

PASSION

CHIRURGIE

PANORAMA

CHARITÉ INTENSIV:
GEGEN DIE ZEIT –
INTERVIEW

im Fokus
WUNDVERSORGUNG

05 | 2025

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGIE

DGCH

DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
CHIRURGIE E.V.



BDC



Berufsverband der
Deutschen Chirurgie e.V.

CHIRURGIE

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/brebca

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 Wundversorgung *Peter Fellmer*

6 KURZNACHRICHTEN

8 CHIRURGIE

8

DIE ROLLE DER CHIRURGIE IN DER VERSORGUNG CHRONISCHER WUNDEN

Thomas Karl

16

WAS BENÖTIGEN SPEZIALISIERTE LEISTUNGSERBRINGER ZUR BEHANDLUNG SCHWER HEILENDER UND CHRONISCHER WUNDEN VON CHIRURG:INNEN FÜR EINE GUTE ZUSAMMENARBEIT

Falk Goedecke

20

DELEGATION VON WUNDMANAGEMENT AN NICHTÄRZTLICHES PERSONAL

Jörg Heberer, Nicole Bäuml

24

FORTBILDUNG ZUR WUNDVERSORGUNG MIT AMBOSS – MEINE SUBJEKTIVEN ERFAHRUNGEN

Peter Kalbe



- 26 Das Schädel-Hirn-Trauma im Kindes- und Jugendalter *Florian Wilhelmy, Peter Zimmermann, Oliver Deffaa*
- 32 Geschlechtssensible Aspekte in der Herzchirurgie: Neue Perspektiven und Herausforderungen *Sabine Bleiziffer, Elpiniki Katsari*

36 CHIRURGIE⁺

- 36 Akademie aktuell: Webinar-Reihe „Fraktur im Fokus“ – FAQ *Benedikt Braun*
- 39 **Artzpraxis Tipp:** Aggression und Gewalt und ihr steigendes Potenzial als neuer Praxisalltag *Antje Boccatus*
- 42 **Hygiene-Tipp:** Viruzide Händedesinfektion bei Versorgung von HPV-Patienten *Lutz Jatzwauk, Martin Groth, Nils Hübner, Wolfgang Kohnen*

45 Personalia

46 RECHT

- 46 **F+A:** Konsequenzen bei Nichterfüllung der vertragsärztlichen Fortbildungspflicht *Jörg Heberer*
- 48 **F+A:** Zugriff auf Patientenakten bei Wechsel des Krankenhausträgers *Jörg Heberer*

50 GESUNDHEITSPOLITIK

- 50 Vorwort: Less is more *Carsten J. Krones, Daniel Vallböhmer*

- 50 **BDC-Praxistest:** Bedeutung von Zertifikaten im Gesundheitswesen – für Zentren, Gesundheitspolitik und chirurgisch Tätige *Simone Wesselmann, Waldemar Uhl, Jörg Kalff*
- 55 Fachärztliche Weiterbildung: Hausaufgaben erledigen und Kulturwandel vorantreiben *Olivia Päßler*
- 57 **Berufspolitik Aktuell:** Alte Ideen, neu verpackt *Jörg-A. Rüggeberg*

58 INTERN

- 58 DGCH
- 58 Sehr persönlich nachgefragt bei Miriam Rüsseler
- 59 Bericht über die Frühjahrstagung „Medizin & Recht im Dialog“ der AWMF
- 63 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland *Solveig Tenckhoff*
- 67 Spendenaufruf Langenbeck-Virchow-Haus
- 68 BDC
- 68 BDC|News
- 70 BDC | Landesverbände
- 72 Termine BDC|Akademie
- 75 Lifestyle-Angebote im Mai 2025

76 PANORAMA

- 76 Interview mit der Regisseurin der Doku-Serie „Charité intensiv: Gegen die Zeit“ *Olivia Päßler*



AUS DER
DGCH

SEHR PERSÖNLICH NACHGEFRAGT BEI MIRIAM RÜSSELER

Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?

Die Vielseitigkeit, die jeden Tag einzigartig macht, und das besondere Gefühl, die Faszination und Leidenschaft an unseren Nachwuchs weiterzugeben und zu sehen, wenn der Funke überspringt.

Welches Buch liegt auf Ihrem Nachttisch?

Roger Kneebone „Expert – Understanding the path to mastery“, ein sehr interessantes Buch eines britischen Chirurgen, der den Weg zum „Experten in einem Gebiet“ analysiert.

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

Mamma Mia (ABBA)

Was war für Ihr berufliches Fortkommen besonders hilfreich?

Mentoren, die mir mit Rat und Tat zur Seite standen und ein Chef, der es mir ermöglicht hat, meinen Weg zu gehen und meine Ideen zu verwirklichen.

Was war Ihre größte Inspiration?

Leider der Frust über die Qualität der Lehre im eigenen Studium und der Blick über den Tellerrand, wie diese in anderen Ländern gelebt wird.

Welches Forschungsthema bearbeiten Sie?

Alle Bereiche der Lehrforschung, insbesondere Lehrmethoden und Lehrformate. Zurzeit v. a. Virtual und Augmented Reality

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

VR-Training zur Verbesserung des Situationsbewusstseins

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

Klarere Strukturen und Standards mit entsprechender Finanzierung für Studium und Weiterbildung

Wann platzt Ihnen der Kragen?

Da muss man sich sehr viel Mühe geben.

Wie gehen Sie mit Frustrationen um?

Ruhig bleiben, drüber schlafen, dann drüber reden und als Lessons learned abhaken

Ihr wichtigstes Hobby?

Musik

Wo werden Sie schwach?

Schokolade

Was bringt Sie zum Lachen?

Meine Kinder

Was gehört für Sie zu einem gelungenen Tag?

Wenn ich das Gefühl habe, etwas bewegt zu haben – sei es im Kleinen oder im Großen – und am Ende mit einem klaren Kopf und einem guten Gefühl nach Hause gehe, war der Tag für mich rund.

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

Bei fehlender Teamfähigkeit suche ich zunächst das persönliche Gespräch, um die Ursachen zu verstehen. Oft helfen ein offenes Feedback und klare Erwartungen, verbunden mit der Unterstützung bei der Weiterentwicklung sozialer Kompetenzen. Ziel ist immer, das Teamklima zu stärken und gemeinsam Lösungen zu finden.

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

Sehr häufiges Feedback auf allen Ebenen als Chefin, Coachin und Mentorin

Muss eine Chirurgin/ein Chirurg Optimismus ausstrahlen?

Ja, aber authentisch und professionell.

Prof. Dr. med. Miriam Rüsseler, MME

Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie
 Professur für Medizindidaktik und klinische Simulation
 Vorsitzende Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Lehre
 2 Kinder plus kleiner Zoo mit viel Musik und vielen Büchern,
 Lehrende und Forscherin mit Herzblut,
 Direktorin Institut für Medizindidaktik, Studiendekanin am
 Fachbereich Medizin der Goethe Universität, forscht über Lehr-
 und Lehrmethoden mit Schwerpunkt Simulation inbs. Virtual/
 Augmented Reality, u. a. Preisträgerin Werner-Körte-Medaille in
 Gold 2022

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

Bericht über die Frühjahrstagung „Medizin & Recht im Dialog“ der AWMF*

Traditionell fand die Frühjahrssitzung dieser Veranstaltungsreihe am 14. und 15. März in Würzburg statt. Dem aufmerksamen Leser wird nicht entgangen sein, dass eine Namensänderung stattgefunden hat: Aus dem „Arbeitskreis Ärzte und Juristen“ wurde die Veranstaltungsreihe „Medizin & Recht im Dialog“.

AKTUELLE ASPEKTE DER TRANSPLANTATIONSMEZIZIN

Im ersten Sitzungsteil wurden aktuelle Aspekte der Transplantationsmedizin thematisiert. Mit umfangreichem Zahlenmaterial erläuterte Dr. Axel Rahmel, Vorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation, die unverändert schwierigen Verhältnisse bei der postmortalen Organspende. Mit 11,4 Spenden/Mio. Einwohner belegt Deutschland in Europa einen der hinteren Ränge. Innerhalb Deutschlands bestehen deutliche regionale Unterschiede. Trotz einer erheblichen Zunahme der Organspende-bezogenen Kontakte auf 3.480 konnte im Jahr 2024 nur in 27 % der Fälle eine Zustimmung zur Spende erreicht werden. Auch das seit dem 18.03.2024 etablierte und vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte betriebene Online-Organspende-Register wird nicht zu einer deutlichen Steigerung der Organspenden führen, weil bei dem aktuellen Tempo der Registrierung (ca. 280.000/Jahr) in etwa zehn Jahren lediglich 4 % der Bevölkerung erfasst sind. Eine mögliche Steigerung der Organspenden könnte durch die Einführung der Widerspruchslösung realisiert werden. Nachdem jedoch im Jahr 2020 der in den Bundestag eingebrachte Entwurf einer doppelten Widerspruchslösung abgelehnt wurde, ist es angesichts

der aktuellen politischen Lage fraglich, wann erneut die Widerspruchslösung auf der Agenda erscheint. Im Hinblick auf die Spenderorganoptimierung könnte zukünftig der Maschinenperfusion eine größere Bedeutung zukommen. Des Weiteren ging Herr Rahmel auf die Problematik der Wartelisten – rückläufig für die Nierentransplantation – und die für Deutschland fehlenden Daten zur Nierenersatztherapie sowie auf die Zahlen zur altruistischen und Überkreuzspende aus den USA, den Niederlanden und der Schweiz ein.

Ergänzend zu diesem Vortrag widmete sich Prof. Dr. Thomas Becker von der chirurgischen Universitätsklinik Schleswig-Holstein, Standort Kiel, der Lebend- und im Besonderen der Crossover-Spende. Unter allen realisierten Nierentransplantationen entfallen etwa mehr als 25 % auf die Lebendspende. Die Crossover-Spende gestaltet sich in Deutschland im Gegensatz zu den USA und den Niederlanden besonders wegen gesetzgeberischen Unsicherheiten schwierig. Mit der Änderung des Transplantationsgesetzes wird eine Novellierung der Regelungen zur Lebendorganspende angestrebt. Das Ziel ist die Aufhebung des Subsidiaritätsgrundsatzes der Lebendniere spende gegenüber der postmortalen Spende zur Erweiterung des Kreises der Lebend-Organspender, sodass die Crossover-Lebendspende bei immunologisch inkompatiblen Paaren sowie die nichtgerichtete Lebendniere spende (altruistische Spende) möglich werden. In Europa existiert bereits trotz unterschiedlicher Organisationsstrukturen, verschiedener Gesetzesgrundlagen und länderspezifischer Charakteristika ein „Kidney Exchange Program“ (KEP), wobei Deutschland bis

* In diesem Bericht werden z. T. Zitationen aus den Vortragsfolien der Referent:innen verwendet, ohne dass dies hier kenntlich gemacht wird. Der Text ermöglicht eine klare Zuordnung des Geschriebenen zu den jeweiligen Vortragenden. Darüber hinaus sind alle Vorträge über die Homepage der AWMF unter <https://www.awmf.org/die-awmf/veranstaltungen/medizin-und-recht-im-dialog> abrufbar. Der Bericht ist mit den Ko-Vorsitzenden der Veranstaltungsreihe, Herrn Prof. Dr. iur. Henning Rosenau, Halle, und Herrn Prof. Dr. med. Rainer Hellweg, Berlin, abgestimmt.



Prof. Dr. med. Joachim Jähne,
FACS, MBA
 Senator der Deutschen Gesellschaft
 für Chirurgie
 Berlin

dato kein Teil dieses Programmes ist. In Übereinstimmung mit Herrn Rahmel zeigte sich Herr Becker überzeugt, dass die Crossover-Spende nicht substanziiell zu einer Lösung des Organmangels beitragen wird, als global anerkannte Methode zur Erweiterung des Donorpools jedoch vorangetrieben werden sollte.

Abschließend erörterte Prof. Dr. iur. Bijan Fateh-Moghadam von der Universität Basel die juristischen Aspekte der Lebendspende. Als ausgewiesener Experte, der vielfältig zur Organspende publiziert hat, ging Herr Fateh-Moghadam auf die mit der Lebendspende verbundenen Rechtsprobleme ein, u. a. Einwilligung in einen medizinisch nicht indizierten Eingriff und Kommerzialisierung bei eventuellem Organhandel. Während sich für die Lebendspende juristisch die Fragen des geltenden und des perspektivisch anzustrebenden Rechts stellen, ergibt sich bei der Crossover-Spende die Frage, ob das geltende Verbot gerechtfertigt ist. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt weist das deutsche Transplantationsgesetz gemäß § 8 gerade mit Blick auf den Spenderkreis eine nicht unerhebliche Problematik auf, weil die Entnahme einer Niere, des Teils einer Leber oder anderer Organe nur zulässig ist zum Zwecke der Übertragung auf Verwandte ersten oder zweiten Grades, Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Verlobte oder andere Personen, die dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahestehen. Dadurch sind zahlreiche Möglichkeiten der gerichteten direkten und indirekten Organspende nicht erlaubt (z. B. altruistische Spende ohne persönliche Verbundenheit, Crossover-Spende, Pool-Spende zugunsten der Warteliste). Spenden außerhalb persönlicher Beziehungen werden so – anders als z. B. in der Schweiz und Großbritannien – kriminalisiert. Dies stellt jedoch einen Eingriff in die Grundrechte des Spenders und des Empfängers dar. Seitens des Bundesverfassungsgerichtes wird dies mit dem Gesundheitsschutz des Organspenders vor sich selbst, der Absicherung der Freiwilligkeit der Organspende und der Absicherung des Organhandelsverbots gerechtfertigt, ist allerdings im Ergebnis ein unzulässiger

Paternalismus. Um dies zu ändern, könnte das Schweizer Transplantationsgesetz als mögliches Modell dienen. Der Entwurf eines geänderten deutschen Transplantationsgesetzes aus dem Oktober 2024 beinhaltet die Aufhebung der Subsidiaritätsklausel, die Erweiterung des Spenderkreises, die Einrichtung eines nationalen Programms für die Überkreuzlebenspende, die Zulassung der nicht gerichteten, anonymen Nierenspende und die Klärung des Status der Lebendspendekommissionen. Diesen positiven Aspekten stehen gegenüber, dass z. B. die Beschränkung des Spenderkreises bestehen bleibt und außerhalb von Näheverhältnissen nur nicht gerichtete (anonyme) Lebendspenden zulässig sind. Überkreuzlebenspenden zwischen Paaren, die sich kennen, bleiben verboten. Als Fazit kann festgestellt werden, dass der Gesetzentwurf zwar in die richtige Richtung geht, aber ein bürokratisches Monster und inhaltlich zu eng, überregulierend und paternalistisch bevormundend ist.

An die drei Vorträge schloss sich eine mehr als einstündige intensive und lebendige Diskussion an, die die Komplexität der Organspende widerspiegelte.

DAS AKTUELLE URTEIL – BGH VOM 4. JUNI 2024 VI ZR 108/23

Am nächsten Tag berichtete Vera von Pentz, stellvertretende Vorsitzende Richterin des VI. Zivilsenates beim Bundesgerichtshof (BGH), zu einem aktuellen Urteil vom 4. Juni 2024 (VI ZR 108/23), in dem es thematisch zum einen um die Abgrenzung eines Befunderhebungsfehler bzw. eines Fehlers der therapeutischen Information ging und zum anderen um die Verpflichtung des Krankenhausträgers und der den Patienten im Krankenhaus behandelnden Ärzte, für eine sachgerechte Nachbehandlung des Patienten nach der Entlassung aus stationärer Behandlung zu sorgen. Ein Befunderhebungsfehler als Unterfall eines Behandlungsfehlers ist immer dann zu bejahen, wenn die Ermittlung der aus medizinischer Sicht erforderlichen tatsächlichen Grundlagen für eine differenzierte Diagnosestellung, für die Überprüfung

der Diagnose oder für die Therapie unterbleibt. Es bleibt dabei typischerweise offen, welche ärztlichen Maßnahmen hätten eingeleitet werden müssen und ob sie sich positiv auf den Gesundheitszustand des Patienten ausgewirkt hätten. Es resultiert dann eine Beweislastumkehr auch bei einfachem Befunderhebungsfehler, wenn sich bei gebotener Abklärung der Symptome mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein so deutlicher und gravierender Befund ergeben hätte, dass sich dessen Verkenntung als fundamental oder die Nichtreaktion hierauf als grob fehlerhaft darstellen würde, und dieser Fehler generell geeignet ist, den tatsächlich eingetretenen Gesundheitsschaden herbeizuführen. Oftmals wird in solchen Fällen von Behandlerseite dann ein Diagnoseirrtum oder ein Fehler in der therapeutischen Information angeführt, weil sich in solchen Situationen keine Beweislastumkehr nach einem einfachen Fehler ergibt. Die therapeutische Information soll den Heilerfolg sicherstellen, sie dient der Information und Beratung und muss einen Hinweis auf die Dringlichkeit der erforderlichen Maßnahmen und die mit ihrem Unterbleiben verbundenen Risiken enthalten. Wenn es z. B. unterlassen wird, einen Patienten auf die Dringlichkeit der Behandlung hinzuweisen, so liegt grundsätzlich nur ein Verstoß gegen die Pflicht zur therapeutischen Information vor. Wird hingegen ein medizinisch gebotener Befund nicht rechtzeitig erhoben oder gesichert, liegt eine unterbliebene Befunderhebung vor, da die standardwidrig verspätete Erhebung eines Befundes seiner Nichterhebung gleichkommt. Vor diesem rechtlichen Hintergrund ging es in dem Urteil vom 04.06.2024 um ein am 29.07.2016 in der 25. Schwangerschaftswoche geborenes Kind mit dem besonderen Risiko einer Neugeborenen-Retinopathie mit Netzhautablösung. Das Kind wurde regelmäßig augenärztlich untersucht, zuletzt am 18.10.2016, und am 31.10.2016 aus dem Krankenhaus entlassen. Der errechnete reguläre Geburtstermin war der 10.11.2016. Im vorläufigen Entlassungsbrief war eine augenärztliche Kontrolle in drei Monaten empfohlen worden. Am 24.11.2016 wurde eine Erblindung des rechten Auges

und eine hochgradige Sehbehinderung auf dem linken Auge festgestellt. Der Sachverständige kam in seinem Gutachten zu der Feststellung, dass eine Abschlussuntersuchung innerhalb von drei Wochen nach dem letzten Untersuchungstermin bzw. jedenfalls zum errechneten Geburtstermin vorzunehmen gewesen sei. Während die Klage beim Landgericht abgewiesen wurde, gab das Oberlandesgericht (OLG) der Klage in der Berufung statt, weil die fehlerhafte Angabe der Dringlichkeit der Kontrolluntersuchung einen Behandlungsfehler darstellt und zudem ein Fehler der therapeutischen Information vorliegt, dieser nicht grob und ohne nachgewiesene Kausalität. Daraus resultiert an sich keine Beweislastumkehr, aber in analoger Anwendung des § 630h Abs. 5 Satz 2 BGB eben doch, da die geschuldete Untersuchung durch falsche Angaben vereitelt wurde. Der Sachverständige hatte dazu ausgeführt, dass zum Zeitpunkt der rechtzeitigen Kontrolle mit einer Wahrscheinlichkeit von deutlich über 50 % („an Sicherheit grenzend“) eine Frühgeborenen-Retinopathie Stadium 3 festgestellt worden wäre und die Lesefähigkeit des Klägers (ggf. mit Hilfsmitteln) bei rechtzeitiger Intervention „mit hoher Wahrscheinlichkeit“ hätte erhalten werden können. Der BGH hat das Urteil aufgehoben und an das OLG zurückverwiesen. Der Fehler der therapeutischen Information löst keine Beweislastumkehr aus. Eine analoge Anwendung des § 630h Abs. 5 Satz 2 BGB komme nicht in Betracht. Jedoch wiesen die Versäumnisse der Beklagten auf einen Befunderhebungsfehler hin, weil es pflichtwidrig unterlassen wurde, medizinisch gebotene Befunde zu erheben bzw. ihre Erhebung zu veranlassen. Für die Qualifikation des Fehlers ist es irrelevant, ob der Arzt die Befunderhebung selbst durchzuführen oder ob er diese anderweitig zu veranlassen bzw. dem Patienten lediglich anzuraten hat. Es besteht jedenfalls immer die Pflicht zur Sicherstellung der Nachbehandlung eines Patienten. Bei arbeitsteiligem Zusammenwirken ist sicherzustellen, dass den spezifischen Gefahren der Arbeitsteilung entgegengewirkt wird und die Behandlungsabläufe koordiniert werden. Hier sei auf die Möglichkeit der nachstationären

Behandlung und die Rolle des Entlassmanagements verwiesen, wobei die auch nach diesem Vortrag lebhaft diskutierte, dass diese Instrumente einer möglichen koordinierten Nachbetreuung des Patienten oftmals aufgrund logistischer oder personeller Schwierigkeiten in der Praxis nicht so funktionieren, wie es sich der Gesetzgeber vorgestellt hat.

PRÜFUNG DURCH DEN MEDIZINISCHEN DIENST

Im letzten Sitzungsteil wurden die Prüfungen durch den medizinischen Dienst und ihre Implikationen aus medizinischer und juristischer Sicht erörtert. Vom Sinn und Unsinn der Prüfungen des Medizinischen Dienstes am Krankenhaus berichtete einleitend Herr PD Dr. Nikolaus von Dercks, Unfallchirurg und Leiter des Bereiches Medizinmanagement am Universitätsklinikum Leipzig. Mit dem Einstieg in den Vortrag, dass in den Medien reißerisch von Millionenverlusten der Krankenkassen durch Falschabrechnungen berichtet wird, ging Herr von Dercks auf den Ablauf der Rechnungsprüfungen und die vorgegebene Prüfquote ein. Anhand von Fallbeispielen schilderte er die z.T. irrationalen Prüfgründe der Kostenträger und ging in diesem Zusammenhang auch auf die Thematik der primären und sekundären Fehlbelegung sowie auf die Problematik „ambulant versus stationär“ ein. In diesem Vortrag wurden weiterhin die mit den Strukturprüfungen verbundenen Probleme umfassend erörtert. Die OPS-Strukturprüfungen und die GBA-Richtlinien-Prüfungen haben ihre Rechtsgrundlage nach § 275a SGB V. Dem stehen ein Generalverdacht und ein Bürokratiewust, kein Mitspracherecht der Krankenhäuser bei den Richtlinien, streitbefangene Anforderungen, undefinierte Rechtsbegriffe, die Gefahr des kalten Strukturwandels und die fehlende Differenzierung nach Versorgungsauftrag gegenüber. In diesem Kontext erwähnte der Referent auch die wiederholt seitens der AWMF vorgebrachten Argumente und Vorbehalte gegenüber den Richtlinien und den Begutachtungsleitfaden des Medizinischen Dienstes. Als Fazit seiner Überlegungen

hält Herr von Dercks die Prüfungen durch den Medizinischen Dienst für erforderlich und sinnvoll. Gleichwohl sollten die Prüfungen mit Augenmaß erfolgen, und die gutachterliche Eignung ist zwingend erforderlich. Insbesondere die Begutachtung der Leistungsgruppen geht aufgrund der Krankenhausplanung mit einer großen Verantwortung einher. Der Vortrag endete mit dem vielerorts gehörten Appell an die Politik zur Entbürokratisierung.

Frau Dr. Christine Adolph, stellvertretende Vorstandsvorsitzende des Medizinischen Dienstes Bayern, betonte sodann die hohe sozialmedizinische Expertise des Medizinischen Dienstes und ging auf die drei Säulen der Sozialgesetzgebung – Solidarität, Eigenverantwortung, Wirtschaftlichkeit – ein. Bei breiter Fachkompetenz der Gutachter*innen gehört die Sozialmedizin zu den Kernkompetenzen des Medizinischen Dienstes. Im Jahr 2023 wurden knapp 3,0 Mio. Begutachtungen vorgenommen. Während etwa 1,0 Mio. Gutachten zur Rehabilitation, zu Hilfsmitteln und zur Arbeitsunfähigkeit erfolgten, wurden gut 1,4 Mio. Krankenhausabrechnungen überprüft. Im Zusammenhang mit der Krankenhausstrukturreform kommen auf den Medizinischen Dienst Qualitätskontrollen, Qualitätsprüfungen der Leistungsgruppen und Strukturprüfungen zu. Durch die sog. LOPS-Richtlinie sollen die Prüfungen der Leistungsgruppen und der Strukturmerkmale miteinander verzahnt werden, um die Prüfungen aufwandsärmer zu gestalten. Im Jahr 2023 hat der Medizinische Dienst etwas mehr als 13.000 Prüfungen vorgenommen. In Bayern wurden bei nur 1,5 % (2023) bzw. 1,9 % (2024) der geprüften Krankenhäuser die Strukturmerkmale nicht eingehalten. Hier stellt sich aus Sicht der Krankenhäuser die Frage, ob der mit den Strukturprüfungen verbundene Aufwand gerechtfertigt ist. Andererseits kann argumentiert werden, dass erst durch die regelmäßigen Prüfungen eine hohe Strukturqualität erreicht

wird. An Fallbeispielen zur Beatmungsentwöhnung auf Intensivstationen betonte Frau Adolph die Bedeutung von eindeutigen Definitionen – wann ist eine Station eine Intensivstation? – und die Rolle von Leitlinien, die bei den Prüfungen immer berücksichtigt werden.

Der Themenkomplex zu den Prüfungen durch den Medizinischen Dienst wurde durch die sozialrechtliche Sichtweise abgerundet. Der Vorsitzende Richter am Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Herr Wolfgang Seifert, legte dar, dass das Sozialrecht vom Amtsermittlungsgrundsatz geprägt ist. Dies ist ein Charakteristikum des gesamten öffentlichen Rechtes, sodass alle entscheidungsrelevanten Tatsachen von Amts wegen zu ermitteln sind. Die Gutachten des Medizinischen Dienstes entsprechen in diesem Kontext den Äußerungen von Sachverständigen, wobei die Behörden bzw. Krankenkassen der Meinung der Sachverständigen nicht folgen müssen, zumal das SGB X nichts über die Rechte und Pflichten von Sachverständigen und auftraggebender Behörde sagt. Die Rolle der Sachverständigen ist in der Zivilprozessordnung geregelt, wobei die Anforderungen an den Sachverständigen unabhängig von gerichtlicher oder behördlicher Beauftragung sind. Aus sozialrechtlicher Sicht müssen die Gutachten bei strikter Einhaltung der Fachgrenzen Begründungen und nicht nur Ergebnisse liefern. Im Weiteren wurden die Abrechnungs- und Strukturprüfungen dargestellt, deren rechtliche Grundlage im § 275 SGB V hinterlegt ist. Insbesondere bei den Strukturprüfungen plädierte Herr Seifert für eine Offenlegung des eigenen Fachgebietes seitens des Medizinischen Dienstes. Aus ärztlicher Sicht war es interessant zu hören, dass die Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund zu den regelmäßigen Strukturprüfungen nach Meinung des Referenten wegen der demokratischen Legitimation und des Wesentlichkeitsgrundsatzes als verfassungsrechtlich

heikel eingestuft wurde. Demgegenüber ist die Prüftiefe kaum zu beanstanden, weil der Medizinische Dienst Einblick in Arbeits- und Kooperationsverträge nehmen kann. Bislang sind dazu auch nur wenige Streitfälle bekannt. Mit Blick auf die Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes bei stationären Leistungen legte Herr Seifert großen Wert auf die Tatsache, dass der OPS Auslegungsfragen zulässt und oftmals eine eindeutige Nomenklatur fehlt. Als Beispiel für eine sozialrechtlich nicht eindeutige Nomenklatur sei an dieser Stelle der Begriff der Revision genannt. Für die Leser der „Passion Chirurgie“ ist es eindeutig, dass eine Revision einer Re-Operation bzw. einer Revisionsoperation entspricht. Dies ist jedoch mit Blick auf das Sozialrecht offensichtlich keinesfalls so eindeutig, weil eben ein Sachverhalt mit mehreren Begriffen beschrieben werden kann. Dieses Beispiel mag verdeutlichen, welche hohe Bedeutung ein fortwährender Dialog zwischen Medizin und Recht hat.

AUSBLICK

Wie in den Jahren zuvor zeichnete sich auch diese Tagung durch die ausgezeichneten Vorträge und die lebhafteste Diskussion aus. Daher sei darauf hingewiesen, dass diese Veranstaltungsreihe den Mitgliedern der in der AWMF vereinigten Fachgesellschaften, also auch den Mitgliedern der DGCH, offensteht. Die nächste Veranstaltung wird am 17./18.10.2025 in Essen stattfinden. Wir freuen uns, wenn wir den ein oder anderen von Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, dort begrüßen können.

Für die Veranstaltungsreihe „Medizin und Recht im Dialog“ der AWMF und im Namen der DGCH

Ihr
Joachim Jähne

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 obstruktiven 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	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 Ärztekasse 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

