

PASSION

# CHIRURGIE

NOTARZT

PANORAMA

MEDIZINISCHE GERÄTE  
UND HUMANITÄRE HILFE  
FÜR DIE UKRAINE –  
HILFE, DIE ANKOMMT

*im Fokus*

NOTFALLVERSORGUNG

09 | III | 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.

# CHIRURGIE

## HERAUSGEBER

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

## DGCH

Präsident: Prof. Dr. med. Roland Goldbrunner  
Vizepräsidenten: Prof. Dr. med. Udo Rolle;  
Prof. Dr. med. Jens Werner;  
Prof. Dr. Dr. med. Lukas Prantl, PhD  
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 Küchler, Berlin

## ANZEIGEN

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

## ABBILDUNGSHINWEISE

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

## 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.

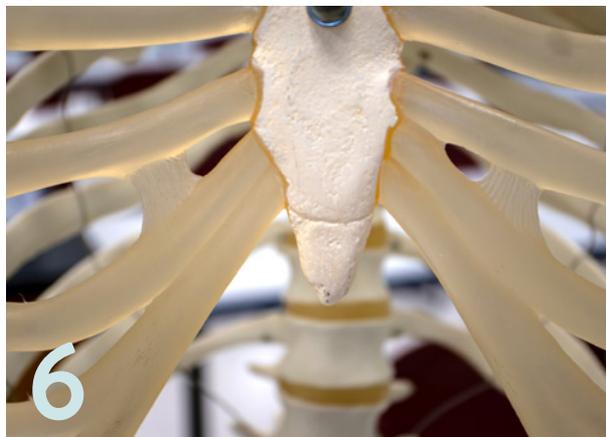
## EIGENTÜMER UND COPYRIGHT:

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

ISSN 2194-5586

## GERICHTSSTAND UND ERFÜLLUNGORT: BERLIN

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



## INHALT

### 1 EDITORIAL

1 Trauma, Trauma, Trauma *Benedikt Braun*

### 4 KURZNACHRICHTEN

### 6 CHIRURGIE

6

**STERNUM- UND RIPPENFRAKTUREN:  
WO KOMMEN WIR HER? WO STEHEN  
WIR HEUTE? WO WOLLEN WIR HIN?**

*Stefan Schulz-Drost*

12

**FRAKTURULTRASCHALL**

*Jurek Schultz, Ludger Tüshaus*

16

**ANPASSUNG DER D-ARZT-  
BEDINGUNGEN – WIE BLEIBT  
DIE D-ARZT-TÄTIGKEIT ATTRAKTIV?**

*Peter Kalbe*

20

**GENERATIONENWECHSEL  
UND STRUKTURWANDEL IM  
UNFALLKRANKENHAUS BERLIN**

*Julia Seifert, Angela Kijewski*



## 25 CHIRURGIE<sup>+</sup>

- 25 **Advertorial:** Wundversorgung, die sich lohnt: für Sie und Ihre Patienten
- 26 **Akademie Aktuell:** BDC-Fortbildung „Osteosyntheseverfahren an der unteren Extremität“
- 28 **Karriere:** Physician Assistants sichern die ärztliche medizinische Versorgung im Team  
*Patrick Klein, Peter Hüttl*
- 32 BDC-Kommentar „Physician Assitants“  
*Dietmar Pennig*
- 33 **Safety Clip:** Integration des Patientensicherheitsindex in die Patientensicherheitsstrategie  
*Marsha Fleischer*
- 40 **Hygiene-Tipp:** Sterilverpackung  
*Lutz Jatzwauk, Martin Groth, Nils Hübner, Wolfgang Kohnen*
- 41 Personalia

## 42 RECHT

- 42 **F&A:** Lesbarkeit von Eintragungen auf dem Aufklärungsbogen  
*Jörg Heberer*

## 43 GESUNDHEITSPOLITIK

- 43 Vorwort  
*Carsten J. Krones, Daniel Vallböhrer*
- BDC-Praxistest:** Mediziner:in oder Ökonom:in – wer sollte die Führung im Krankenhaus übernehmen?  
*Christian Peters*
- 48 Weiterer Comic macht auf fachärztliche Weiterbildung aufmerksam  
*Olivia Päßler*

- 50 Ergebnisse der BDC-Umfrage „Bürokratielast in Kliniken“  
*Friederike Burgdorf, Claudia Kunze, Benedikt Braun, Doreen Richardt, Hans-Joachim Meyer, Thomas Auhuber*

- 55 **Berufspolitik Aktuell:** Operation Gesetzgebung – Wird die Krankenhausreform nun praxistauglicher?  
*Friederike Burgdorf*

## 58 INTERN

- 58 **DGCH**
- 58 Kommentar des Generalsekretärs  
*Thomas Schmitz-Rixen*
- 61 Sehr persönlich nachgefragt bei Johannes Zeller
- 62 Prof. Dr. med. Norbert Grzywa (1891-1942) – Teil 1  
*Michael Sachs, Francesco-Mariano Bruno*
- 66 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland  
*Solveig Tenckhoff*
- 70 Spendenaufruf Langenbeck-Virchow-Haus
- 71 **BDC**
- 71 BDC|News
- 72 Termine BDC|Akademie

## 76 PANORAMA

- 76 Medizinische Geräte und humanitäre Hilfe für unsere Partnerstadt Riwne – Hilfe, die ankommt  
*Daryna Illienko*

# Kommentar des Generalsekretärs



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

**S**ehr geehrte Frau Kollegin,  
sehr geehrter Herr Kollege,

## KRANKENHAUSANPASSUNGS- GESETZ (KHAG)

Der neue Entwurf des Krankenhausanpassungsgesetzes (KHAG) verändert die Krankenhausreform in zentralen Punkten und rückt den ursprünglichen Anspruch einer verbindlichen Qualitätssteigerung deutlich in den Hintergrund. Offiziell soll die Reform „praxistauglicher“ und leichter umsetzbar werden, tatsächlich aber erhalten die Länder erheblich mehr Spielraum, um von den im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) festgelegten Standards abzuweichen. Künftig dürfen Leistungsgruppen auch dann zugewiesen werden, wenn die geforderten Qualitätskriterien – etwa bestimmte Facharztzahlen oder technische Ausstattung – nicht erfüllt sind, sofern dies für die flächendeckende Versorgung „zwingend erforderlich“ ist. Diese Ausnahmen können bis zu sechs Jahre gelten, und für Kliniken mit Sicherstellungszuschlägen sogar unbefristet. Damit werden politische und regionale Interessen gestärkt, während die ursprünglich geplante Konzentration von Leistungen in spezialisierten Zentren an Verbindlichkeit verliert.

Auch bei den zeitlichen Vorgaben rückt der Entwurf von den ursprünglichen Plänen ab. Sowohl die Zuteilung der Leistungsgruppen durch die Länder als auch die Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst werden um bis zu ein Jahr verschoben. Die Einführung der Vorhaltefinanzierung, die Krankenhäuser planbarer finanzieren soll, beginnt nun erst 2028 und entfaltet ihre volle Wirkung erst 2030. Zwar wird die erste Evaluation der Reform auf

2027 vorgezogen, doch wird sie angesichts der langen Übergangsfristen nur begrenzte Aussagekraft besitzen.

Finanziell bringt das KHAG einige Entlastungen und neue Strukturen. Der Bund beteiligt sich nun mit jährlich 2,5 Milliarden Euro am Transformationsfonds, der Kliniken bei der Umstrukturierung unterstützen soll – ursprünglich sollten die GKV-Beitragszahler allein dafür aufkommen. Zudem wird die Mindestreserve des Gesundheitsfonds von 20 auf 22,5 Prozent erhöht, um die Liquidität abzusichern. Vorgaben, die Krankenhäuser bei Förderanträgen zur Prüfung ihres Insolvenzrisikos durch Wirtschaftsprüfer verpflichteten, entfallen, was den Kliniken rund drei Millionen Euro jährlich an Bürokratiekosten erspart.

Auch die Leistungsgruppen selbst werden angepasst: Statt 65 sind künftig nur noch 61 Gruppen vorgesehen, und bei mehreren Fachgebieten werden die personellen und organisatorischen Anforderungen gelockert. So sinkt etwa die vorgeschriebene Endoskopie-Vorhaltezeit in der Inneren Medizin, und die Pflicht zur Vorhaltung eines Blutdepots entfällt in der speziellen Traumatologie. Solche Änderungen erhöhen die Flexibilität der Kliniken, bergen jedoch das Risiko einer schleichenden Qualitätsabsenkung.

Insgesamt wirkt der Gesetzentwurf wie eine politische Kompromisslösung, die die Reformziele zwar formal beibehält, sie aber durch großzügige Ausnahmen, verlängerte Übergangsfristen und weichere Standards stark abschwächt. Während finanzielle Entlastungen und weniger Bürokratie durchaus positiv zu bewerten sind, droht der Kern der Reform – eine klar strukturierte und qualitativ verbesserte

**Tabelle 1:** Übersicht mit klarer Gewinner–Verlierer-Markierung anhand der Änderungen vom ursprünglichen KHVVG zum jetzigen KHAG:

Akteur	Änderungen im KHAG	Einschätzung
Bundesländer	Mehr Ausnahmen bei Qualitätskriterien, längere Fristen, Streichung von Erreichbarkeitsvorgaben, größerer Ermessensspielraum bei Zuweisung der Leistungsgruppen	Klare Gewinner – erhalten mehr Macht und Einfluss auf Umsetzung, können regionale Interessen stärker berücksichtigen
Kleinere Krankenhäuser	Können trotz Nichterfüllung von Qualitätskriterien weiter Leistungen erbringen; längere Übergangsfristen; Wegfall strenger Erreichbarkeits- und Mindestmengenregeln	Gewinner – mehr Bestandssicherheit, geringerer Druck zur Spezialisierung oder Schließung
NRW	Sonderregelung: Landeskrankenhausplan gilt bis Ende 2030 unverändert	Gewinner – kein Anpassungsdruck in den nächsten Jahren
Krankenhäuser allgemein	Lockerungen bei Facharztstunden, Endoskopiezeiten, Blutdepotpflicht; Bürokratieabbau; Bundesmittel im Transformationsfonds	Gewinner – flexiblere Personalplanung, finanzielle Entlastung, weniger Verwaltungsaufwand
Patient:innen in ländlichen Regionen	Sicherung wohnortnaher Versorgung (?) durch Ausnahmen und längere Fristen	Teils Gewinner, teils Verlierer – kurze Wege bleiben erhalten, aber Gefahr geringerer Behandlungsqualität
Qualitäts- und Strukturformziele	Ursprünglich geplante Zentralisierung und Spezialisierung wird durch Ausnahmen, Flexibilisierung und Verzögerungen abgeschwächt	Klare Verlierer – Qualitätsverbesserung tritt in den Hintergrund
Patient:innen mit komplexen oder seltenen Erkrankungen	Lockerung bei onkologischen Mindestmengen und Spezialisierungsanforderungen	Verlierer – erhöhtes Risiko, dass Behandlungen nicht in erfahrensten Zentren erfolgen
GKV-Beitragszahler	Bund beteiligt sich nun am Transformationsfonds; höhere Mindestreserve Gesundheitsfonds	Teils Gewinner – weniger direkte Belastung, aber keine grundsätzliche Kostendämpfung
Krankenhausplanung auf Bundesebene	Weniger verbindliche Vorgaben, mehr föderale Ausnahmen	Verlierer – geringere Steuerungsfähigkeit, ungleichmäßige Umsetzung zwischen den Ländern

Krankenhauslandschaft – durch den wachsenden Einfluss der Länder und die Aufweichung verbindlicher Kriterien verwässert zu werden.

Zur Kommentierung aufgefordert, werden wir diese kritischen Punkte zur Sprache bringen.

Die Reaktionen auf das Krankenhausanpassungsgesetz (KHAG) zeigen eine klare Frontlinie zwischen Befürwortern und Kritikern. Auf der einen Seite begrüßen Ländervertreter, kommunale Spitzenverbände und Teile der Krankenhauslandschaft die im Vergleich zum ursprünglichen Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) deutlich erweiterten Ausnahmeregelungen, verlängerten Übergangsfristen und den größeren politischen Gestaltungsspielraum vor Ort. Sie sehen darin eine notwendige Korrektur, um insbesondere kleinere und ländliche Standorte zu sichern, Personalengpässe realistisch zu berücksichtigen und die Reform in geordneten Schritten

umzusetzen. Aus ihrer Sicht verhindern die Änderungen einen überhasteten Strukturwandel, der andernfalls zur Schließung zahlreicher Häuser und zu Versorgungsengpässen geführt hätte.

Auf der anderen Seite äußern medizinische Fachgesellschaften, wie auch die DGCH, Patientenvertreter und Qualitätsexperten deutliche Bedenken. Sie kritisieren, dass zentrale Elemente der ursprünglichen Reform – etwa verbindliche Qualitätskriterien, Mindestmengenregelungen und klare Erreichbarkeitsvorgaben – nun aufgeweicht oder ganz gestrichen wurden. Insbesondere onkologische Fachverbände und Vertreter seltener Erkrankungen warnen, dass künftig mehr komplexe Operationen in Kliniken mit geringer Fallzahl durchgeführt werden, was das Risiko für Patienten erhöhen könnte. Zudem sehen Kritiker in der Stärkung der Länderkompetenzen die Gefahr einer politisch motivierten, uneinheitlichen Krankenhausplanung, die langfristig zu einem Flickenteppich in der Versorgungsqualität führt.

Insgesamt spiegelt das KHAG einen typischen politischen Kompromiss wider: Es stabilisiert kurzfristig viele bestehende Strukturen, verschiebt notwendige Qualitätsverbesserungen jedoch in die Zukunft. Damit ist zwar der akute Reformdruck für zahlreiche Krankenhäuser genommen, zugleich steigt jedoch das Risiko, dass die angestrebte Spezialisierung und Qualitätssteigerung im Versorgungsalltag verwässert – und die eigentlichen Ziele der Krankenhausreform in den Hintergrund treten.

**Unbeantwortet bleibt die Frage der Reform der Weiterbildung.** Im Kontext des KHAG und seiner Abschwächungen gegenüber dem ursprünglichen KHVVG sind die Regelungen zur chirurgischen Weiterbildung ein besonders sensibler Punkt – und zwar aus mehreren Gründen: Die Qualität der Facharztausbildung in der Chirurgie hängt in hohem Maße von der Zahl und der Komplexität der durchgeführten Eingriffe ab. Gerade bei operativen Disziplinen gilt: Routine entsteht nur durch wiederholtes, eigenständiges Operieren unter Supervision in einem Umfeld, das eine ausreichende Fallzahl und ein breites Spektrum bietet. Mit der Lockerung von Mindestmengen und Spezialisierungsvorgaben im KHAG droht jedoch eine stärkere Verteilung komplexer Fälle auf viele kleinere Standorte. Das kann zwar die wohnortnahe Versorgung sichern, führt aber zwangsläufig dazu, dass an einzelnen Kliniken weniger Erfahrungen pro Assistenzarzt gesammelt werden können, zumal komplexe Fälle in der Regel in kleinen Häusern nicht vom Weiterbildungsassistenten operiert werden.

Während das ursprüngliche KHVVG auf eine klare Bündelung anspruchsvoller Eingriffe in spezialisierten Zentren setzte – was die Ausbildung an diesen Standorten verdichtet und strukturiert hätte –, öffnet das KHAG nun den Spielraum für eine größere Zahl an Krankenhäusern, diese Leistungen anzubieten. Befürworter sehen darin einen Vorteil für kleinere Häuser, die so ihre Weiterbildungsbefugnisse behalten und Nachwuchs anziehen können. Kritiker befürchten jedoch, dass dies zu einer „breiten, aber dünnen“ Ausbildung führt: Mehr Standorte bilden zwar aus,

aber mit geringerer Eingriffszahl pro Weiterbildungsassistent und damit schwächerer praktischer Prägung.

Die langfristigen Folgen für die chirurgische Versorgung sind erheblich. Fachliche Defizite in der Ausbildung wirken sich nicht sofort, sondern mit einer Verzögerung von mehreren Jahren aus, wenn die heute ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte eigenständig operieren. Wird in der Ausbildungsphase zu wenig geübt oder fehlt die systematische Exposition gegenüber komplexen OP-Situationen, wird dies zu einer Abnahme der operativen Sicherheit führen – und damit zu einer Einschränkung der Patientensicherheit.

## KHAG UND WEITERBILDUNG

Das KHAG ist daher aus Sicht der chirurgischen Weiterbildung ein zweischneidiges Schwert: Es stabilisiert kurzfristig die Ausbildungskapazitäten an einer Vielzahl von Kliniken, schwächt aber zugleich jene strukturellen Anreize, die notwendig wären, um Ausbildungsqualität langfristig auf ein hohes Niveau zu bringen. Zwischen dem politischen Ziel, Versorgungsstrukturen wohnortnah zu erhalten, und der fachlichen Notwendigkeit, operative Kompetenz in spezialisierten Zentren zu bündeln, entsteht so eine Spannung, die nicht ohne Auswirkungen auf die nächste Generation von Chirurginnen und Chirurgen bleiben wird.

## VERBUNDWEITERBILDUNG

Auch fehlen in der jetzigen Gesetzesvorlage dringend benötigte Regelungen für eine Verbundweiterbildung, die eine Einbeziehung der Weiterbildung in die Ambulantisierungsbestrebungen erforderlich machen. Für eine Verbundweiterbildung greifen gesetzliche und standesrechtliche Grundlagen ineinander und müssen teils ergänzt oder präzisiert werden.

Auf Bundesebene bildet das Sozialgesetzbuch V die wichtigste Basis. § 75a SGB V regelt bereits die Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in Verbänden und dient als Vorbild für andere Fachrichtungen. § 95 SGB V enthält die

Bestimmungen zur Zulassung und Ermächtigung im vertragsärztlichen Bereich und ist relevant, wenn Weiterbildungsabschnitte in Praxen oder Medizinischen Versorgungszentren stattfinden. Die §§ 135 und 136 ff. SGB V schaffen den Rahmen für Qualitätssicherung und ermöglichen es, verbindliche Mindeststandards für Weiterbildungsabschnitte in ambulanten und stationären Strukturen zu definieren.

Das Landesrecht ergänzt diese bundesrechtlichen Vorgaben durch die Heilberufsgesetze der einzelnen Bundesländer. Sie ermächtigen die Landesärztekammern, Weiterbildungsordnungen zu erlassen und die Anerkennung von Weiterbildungsverbänden zu regeln. Eine zentrale Rolle spielen die Befugnisverordnungen, die es mehreren Einrichtungen ermöglichen, gemeinsam eine Weiterbildungsbefugnis zu erhalten, und festlegen, welche strukturellen, personellen und dokumentarischen Anforderungen dafür erfüllt sein müssen.

Auf standesrechtlicher Ebene gibt die Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer den überregionalen Rahmen für Inhalte, Dauer und Rotationsmöglichkeiten vor. Die Landesärztekammern übertragen diese Vorgaben in ihre eigenen Weiterbildungsordnungen, die konkret festlegen, wie Rotationen innerhalb eines Verbunds anerkannt werden. Ergänzend regeln Weiterbildungsrichtlinien die Verfahren zur Dokumentation, Logbuchführung, Evaluation und Anerkennung von Abschnitten, während Befugnisordnungen festschreiben, wie mehrere Einrichtungen gemeinsam als Weiterbildungsverbund agieren können.

Damit eine Verbundweiterbildung praktisch umgesetzt werden kann, sind zudem arbeits- und vertragsrechtliche Grundlagen erforderlich. Tarifverträge oder Kooperationsverträge zwischen Kliniken, Praxen und MVZ müssen Fragen der Vergütung, Sozialversicherung, Haftung und Urlaubsansprüche klären. Nicht zuletzt ist die finanzielle Absicherung durch Fördervereinbarungen wichtig, wie sie etwa § 75a SGB V für die Allgemeinmedizin vorsieht, um den beteiligten Einrichtungen Planungssicherheit zu geben und die Qualität der Weiterbildung dauerhaft zu sichern.

## WENN DIE KI EINEN FEHLER MACHT.

Der zunehmende Einsatz von KI auch im medizinischen Bereich lässt die Frage der Haftung aufkommen, wenn die KI Fehler macht.

Wenn eine KI eine Entscheidung trifft, haftet rechtlich nicht die KI selbst, da sie keine eigene Rechtspersönlichkeit besitzt. Verantwortlich sind vielmehr die Menschen oder Organisationen, die an Entwicklung, Einsatz oder Überwachung der KI beteiligt sind. Wird die KI nur als Werkzeug eingesetzt und die finale Entscheidung von einem Menschen getroffen, liegt die Haftung in der Regel bei dieser Person oder ihrem Arbeitgeber. Trifft die KI die Entscheidung vollständig automatisiert, können sowohl der Hersteller als auch der Betreiber in der Verantwortung stehen. Der Hersteller haftet, wenn ein Konstruktions-, Programmier- oder Trainingsfehler vorliegt, während der Betreiber haftet, wenn er die KI falsch konfiguriert, unsachgemäß einsetzt oder nicht ausreichend überwacht. In sensiblen Bereichen wie der Medizin gelten besonders strenge Vorschriften, die durch den EU-KI-Act weiter verschärft werden. Ziel ist es, sicherzustellen, dass jede KI-Entscheidung nachvollziehbar bleibt und im Schadensfall klar ist, wer die rechtliche Verantwortung trägt.

Betreiber müssen dokumentieren, wie Entscheidungen zustande kommen, und Notfallmechanismen bereitstellen. Fehlerhafte oder nicht dokumentierte Entscheidungen können schnell zu Haftungsansprüchen führen. Stand heute (2025) kann eine KI weder verklagt noch strafrechtlich belangt werden, weil sie keine Rechtspersönlichkeit hat. Es wird aber diskutiert, ob es künftig eine „elektronische Person“ geben könnte – derzeit jedoch reine Theorie.

Wir kümmern uns in zahlreichen Gremien um all diese Fragen und versuchen, der Chirurgie eine kräftige Stimme zu geben. Wir bleiben beschäftigt.

Ihr  
Thomas Schmitz-Rixen



## SEHR PERSÖNLICH NACHGEFRAGT BEI JOHANNES ZELLER

### Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?

Vielfältigkeit der Plastischen Chirurgie; das Geschenk, in der Handchirurgie den Menschen unmittelbar zu helfen; Grundlagenforschung auf hohem Niveau; Wissen tradieren.

### Welchen klinischen Schwerpunkt haben Sie?

Interesse an rekonstruktiver-, Lymph- und Handchirurgie.

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

„Regeneration of the entire human epidermis using transgenic stem cells“ T Hirsch et al. und „Rewiring the Brain: The Next Frontier in Supermicrosurgery“ Q Xie et al.

### Welches Buch liegt auf Ihrem Nachttisch?

Die kürzeste Geschichte Deutschlands von James Hawes.

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

Daydream – Gunter Kallmann choir oder Bakerman von Laid Back.

### Was war für Ihr berufliches Fortkommen besonders hilfreich?

Mein Forschungsaufenthalt am Baker Heart and Diabetes Institute, Melbourne, bei Prof. Karlheinz Peter.

### Was war Ihre größte Inspiration?

Meine Großmutter mütterlicherseits, Prof. Karlheinz Peter und Prof. Steffen Eisenhardt.

### Welches Forschungsthema bearbeiten Sie?

Das C-reaktive Protein als Schlüsselmolekül in der Immunreaktion des angeborenen Immunsystems, Aktivierungsmechanismen und mögliche targeted therapy.

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

Ein mikrochirurgisches Skills Lab für Studierende.

### Welche persönlichen Visionen möchten Sie gerne umsetzen?

Meine Leidenschaft für experimentelle Forschung ansteckend machen.

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

Mir erscheint die persönliche Wertschätzung sehr wichtig.

### Wann platzt Ihnen der Kragen?

Bei intrigantem Verhalten, Ungerechtigkeit und Nepotismus.

### Wie gehen Sie mit Frustrationen um?

Im Zweifelsfall höre ich Musik und lese Wikipedia-Artikel.

### Ihr wichtigstes Hobby?

Fotografie in der Natur, am liebsten kombiniert mit einer Wanderung.

### Wo werden Sie schwach?

Ich habe eine Schwäche für die Kleinigkeiten im Leben. Die ersten Blüten der Kirschbäume, eine Nachricht eines geliebten Menschen, Nichtigkeiten, die mein Leben besonders machen.

### Was bringt Sie zum Lachen?

Gemeinsame Momente mit geliebten Menschen, Absurditäten im Alltag und Schlafentzug.

### Was gehört für Sie zu einem gelungenen Tag?

Ein wertvoller Moment in der Natur, eine schöne Begegnung mit einem besonderen Menschen und ein kleines Erfolgserlebnis, das mich positiv bestärkt.

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

Hier suche ich das persönliche Gespräch, um die Gründe zu verstehen/nach Verbesserungsmöglichkeiten zu suchen.

### Muss eine Chirurgin/ein Chirurg Optimismus ausstrahlen?

Ja, aber nicht bedingungslos. Ernste Momente und eine realistische Sicht zu vermitteln, gehört ebenso zu den Aufgaben einer Chirurgin/eines Chirurgen.

#### Dr. med. Johannes Zeller

Assistenzarzt für Plastische Chirurgie, Klinik für Plastische und Handchirurgie Freiburg;

ledig;

DGPRÄC Wissenschaftspreisträger 2024, von Langenbeck-Preisträger 2025;

Wissenschaftlicher Leiter Freiburg Intravital Imaging Facility;

Leiter Lymphchirurgie; Forschungsschwerpunkt: C-reaktives Protein als Schlüsselmolekül der akuten Inflammation und Ziel anti-inflammatorischer targeted therapy

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



*„Bedeutende, aber (fast) vergessene Chirurg:innen“*

# Prof. Dr. med. Norbert Grzywa (1891–1942) – Teil 1

Michael Sachs, Francesco-Mariano Bruno

## **DAS LEBEN UND DER TRAGISCHE TOD EINES CHIRURGEN IN DER DAMALIGEN KOLONIE „NIEDERLÄNDISCH-INDIEN“ (HEUTE INDONESIEN)**

Wir wollen uns heute mit einem weiteren heute vergessenen, österreichischen Chirurgen beschäftigen, der sich aber durch seine Arbeit in den holländischen Kolonien im heutigen Indonesien verdient gemacht hat. In Teil 2 im Dezember soll sein tragisches Sterben bei einem Schiffsuntergang als Zivilinternierter auf dem holländischen Dampfer „van Imhoff“ während des II. Weltkrieges dargestellt werden.

## **FAMILIE**

Norbert Grzywa wurde am 06. Juni 1891 in Lemberg geboren, das seinerzeit Haupt- und Residenzstadt des österreichischen Kronlandes „Königreich Galizien und Lodomerien“ (heute Lwiw/Ukraine) war. Er war österreichischer Staatsbürger, seine Muttersprache war deutsch, und er gehörte der römisch-katholischen Konfession an. Norbert war Sohn des k. k. (kaiserlich-königlich) Gendarmerie-Offiziers Emil Otmar Grzywa und seiner Ehefrau Luise geb. Siegl. Sein Vater war zur Zeit der Geburt seines Sohnes für einige Jahre nach Lemberg versetzt worden. 1900 wird sein Vater Emil Grzywa als Rittmeister und Adjutant des Gendarmerie-Inspektors in Wien



**Prof. Dr. med. Michael Sachs**

Chirurg und Medizinhistoriker  
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

**Francesco-Mariano Bruno**

Wissenschaftlicher Mitarbeiter  
Instituts für Geschichte und Ethik der  
Medizin

erwähnt [1]. 1913 wird er in Wien als Oberst und Landes-Gendarmerie-Kommandant für Niederösterreich bezeichnet [2].

## AUS- UND WEITERBILDUNG

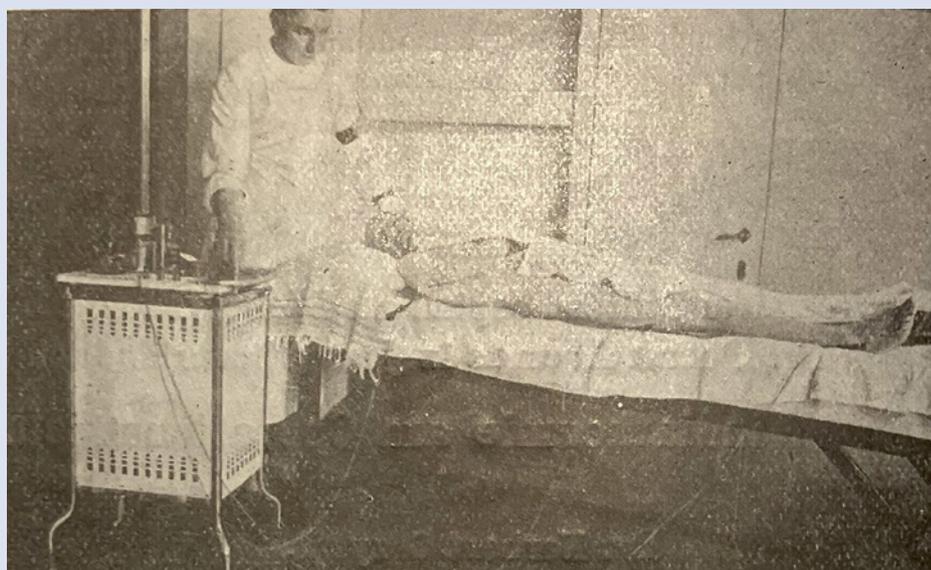
Am 7. Juli 1911 absolvierte Norbert Grzywa seine Matura am k. k. Staatsgymnasium im VIII. Wiener Bezirk, wo seine Familie in der Zeltgasse 12 wohnte. Im darauffolgenden Wintersemester 1911/12 begann er sein Medizinstudium an der k. k. Universität Wien. Das erste Rigorosum legte er am 20. März 1914 ab. Vom Wintersemester 1914/15 bis zum Sommersemester 1918 musste er sein Studium unterbrechen, da er zur k. k. Armee eingezogen wurde. Dort diente er vom 1. Juli 1914 bis zum 30. November 1918, zuletzt als Leutnant. Nur im Sommersemester 1916 durfte er vorübergehend wieder studieren. Im März und Mai 1919 legte er schließlich das zweite bzw. dritte Rigorosum in Wien ab und promovierte schließlich am 26. Mai 1919. Während seines Studiums erhielt er ein „militärärztliches Stipendium“ (1.000 Kronen) vom k. k. Landesverteidigungsministerium. Sein Vater starb 1913 oder 1914 als Witwer verstorben, denn als Vormund wird im 6. Semester (wohl Sommersemester 1914) ein Kollege seines Vaters genannt: k. k. Gendarmerie-Oberstleutnant Adolf Staromiejski im Landesverteidigungsministerium. Als Wohnung des Studierenden wird im 7. Semester die „Klinik

Hochenegg“ (d. h. die II. Chirurgische Universitätsklinik zu Wien) angegeben, der Vater als verstorben bezeichnet und kein Vormund mehr angegeben. Ab dem achten Semester wohnt Norbert Grzywa in Wiener Bezirk XIX in der Schätzgasse 3.

Nach Abschluss des Medizinstudiums wurde er Assistent (einmal bezeichnet er sich als „Demonstrator“) an der II. Chirurgischen Universitätsklinik (Vorstand: Prof. Dr. med. Julius v. Hocheneegg [1859-1940]). Am 17. Juni 1921 hielt er einen Vortrag über einen Riss der peripheren Bizepssehne vor der „Gesellschaft der Ärzte in Wien“ [3].

## MILITÄRCHIRURG IN NIEDERLÄNDISCH-INDIEN (INDONESIEN)

Am 24. August 1921 trat er als „*Offizier van Gezondheid der 2. Klasse*“ (Gesundheitsoffizier II. Klasse) in die „Koninklijk Nederlandsch-Indisch Leger“ (Königliche Niederländisch-Indische Armee) ein und wurde zunächst der Kolonial-Reserve zugeteilt. Zahlreiche deutsche und österreichische Ärzte gingen nach dem Ende des I. Weltkrieges wegen der schlechten wirtschaftlichen Verhältnisse in niederländische Kolonialdienste. Die Holländer suchten damals Ärzte für ihre Kolonien, die unter 40 Jahre alt waren. Von diesen ausländischen Ärzten verlangte man damals



**Abb. 1:** Prof. Grzywa. Reproduktion einer Abbildung aus seiner 1922 erschienen Publikation über eine elektrische Apparatur zur perioperativen Erwärmung des Patienten als Schutz vor Auskühlung insbesondere bei Laparotomien.

zunächst das Absolvieren eines tropenmedizinischen Kursus am Tropeninstitut in Amsterdam. Dies berichtet der später international bekannt gewordene Malariaforscher Dr. med. Ernst Rodenwaldt (1878-1965), der 1921-1934 als ziviler Arzt in Niederländisch-Indien tätig gewesen war.

Ein halbes Jahr später, am 14. Januar 1922, reiste Grzywa mit dem Dampfschiff „Konigin der Nederlanden“ von Genua nach Niederländisch-Indien. Nach dreiwöchiger Schiffsreise (also durch den Suezkanal) kam er am 06. Februar 1922 in der Hauptstadt Batavia (heute Jakarta) im damaligen Niederländisch-Indien (heute Indonesien) an.

Er wurde 1922 zunächst als Gesundheitsoffizier II. Klasse im Militärhospital zu Weltevreden (**Abb. 2**) in Java (Kommandant: Oberst Dr. Arends) eingesetzt. Bereits ein Jahr später wird er als Leiter der dortigen orthopädischen Abteilung erwähnt.

Grzywa heiratete am 07. Juli 1923 in Batavia Dr. med. Amelie Marie Caroline Rahm geb. Götz (geb. 31.01.1894 in Fürth/Königreich Bayern). Sie bezeichnete sich selbst als „Preußin evangelischer Konfession“ und war die Tochter des Photographen Heinrich Götz und seiner Ehefrau Pauline Charlotte Götz geb. Petzoldt. Ihr Vater Heinrich Götz war seit etwa 1900 in Breslau als Photograph tätig. Mehrere hundert seiner Aufnahmen wurden u. a. in einem aufwendigen Bildband über Schlesien (publiziert 1913) reproduziert. Dr. Amelie Götz war in erster Ehe mit dem Assistenten der chirurgischen Universitätsklinik Breslau Hans (Johannes) Rahm (1891-1945) verheiratet. Unklar ist bisher, wo sich die beiden Eheleute Götz-Grzywa, die aus unterschiedlichen Regionen (Lemberg-Wien bzw. Fürth-Breslau) stammten, kennengelernt hatten.

Amalie Götz besuchte das Realgymnasium Viktoriaschule in Breslau (Reifeprüfung 1912 ebd.) und absolvierte ihr Medizinstudium von 1912 bis 1917 an der Universität Breslau. Die Approbation erhielt sie 1918. Im selben Jahr erfolgte ihre Promotion 1918 ebenfalls an der Universität Breslau mit einer Dissertationsarbeit aus der Chirurgischen Universitätsklinik, wo sie offensichtlichen

ihren ersten Ehemann kennengelernt hatte, der 1916 auch an dieser Klinik promovierte. Wie sie ihren zweiten Ehemann (Grzywa) kennenlernte, der in Wien und dann in Niederländisch-Indien tätig war, ist noch unklar. Ein Namensträger Grzywa ist in den Breslauer Adressbüchern nicht nachweisbar.

1925 und 1926 war Grzywa in einem Militärkrankenhaus in Batavia tätig, wo er zahlreiche Arthrotomien am Kniegelenk vornahm. 1929 erfolgte seine Beförderung zum „Officier van gezondheid der 1. Klasse“. 1929 war er wieder in Java tätig. 1930 war

er als Chirurg in Koetaradja (heute: Kotaraja) auf Sumatra tätig. 1932 wurde er an das Militärhospital in Padang (Sumatra) versetzt, 1933 dann in das Militärhospital in Magelang (Java), wo er auch noch 1933 und 1935 nachweislich als Chirurg tätig war (**Abb. 3**). Sein Chef war seinerzeit ein Leitender Gesundheitsoffizier namens Eskes („Chef: Dir. Off. V. Gez.“).

Am 11. November 1936 erhielt er eine Auszeichnung für seine langjährige Tätigkeit als Gesundheitsoffizier in der Niederländischen Kolonialarmee. Vermutlich ist er



**Abb. 2:** Außenansicht des Militär-Hospitals in Weltevreden, ein bevorzugt von Europäern bewohnter Vorort der Hauptstadt Batavia auf Java, Niederländisch-Indien (heute Jakarta/Indonesien). Hier war Dr. Grzywa in Anfang der 1920er Jahre als Chirurg und Orthopäde tätig [Postkarte um 1935].



**Abb. 3:** Das Militär-Hospital in Magelang (Java), wo Dr. Grzywa in Anfang der 1930er Jahre als Chirurg und Orthopäde tätig gewesen war [Postkarte um 1935].

damals pensioniert worden, denn danach finden sich in seinen Militärakten keine Einträge mehr.

1941 wird er von Zeitzeugen ausdrücklich als „Professor“ bezeichnet, wobei noch unklar ist, an welcher Hochschule er diesen Titel erworben haben könnte. Möglicherweise an der Medizinische Hochschule im späteren Jakarta („Geneeskundige Hoogeschool te Batavia“), die von 1927 bis 1942 bestand und auch das Recht zur Promotionsrecht hatte. Der Tropenmediziner Ernst Rodenwaldt bezeichnet sie in seinen Lebenserinnerungen diese Hochschule als „medizinische Fakultät“. Allerdings wird Grzywa in den Jahrbüchern („Jaarboekje“) dieser Hochschule (1935-1938) nicht unter den dort Lehrenden erwähnt. Zuletzt war Grzywa jedenfalls in Bandung (Java) wohnhaft und wird als Altoffizier bezeichnet („Oud-officier van gezondheid van het K.N. I. L. dr. N. Grzywa“) [4].

#### WISSENSCHAFTLICHE ARBEITEN (1922–1934)

In seinen wissenschaftlichen Publikationen beschäftigte sich Grzywa 1922 zuerst mit der Bekämpfung der intraoperativen Hypothermie von Patienten, die sich länger dauernden Laparotomien unterziehen lassen mussten. Von Grzywa wurde dabei die Verwendung von Diathermiestrom (1,5 Ampère) empfohlen, die mittels dreier Elektroden zu drei jeweils 30x40 cm Bleifolien geleitet wurden. Diese drei Bleifolien

wurden unter die Schultern, unter das Gesäß und unter die Waden gelegt.

1923 und 1924 erschienen zwei Publikation über die Behandlung von chronisch-traumatischen Kniegelenksentzündungen mit „schmerzhafter Vergrößerung des vorderen Fettkörpers“. Auch hier empfahl Grzywa die Anwendung von Diathermie „durch Anlegung einer plastischen Wirkungselektrode über dem Ligamentum patellae und einer indifferenten breiten Bleigenelektrode“, die an der Oberschenkel- und Wadenmuskulatur angelegt wurde. Der Diathermiestrom sollte in anterior-posteriorer Richtung (acht Sitzungen von jeweils 30-50 Minuten bei 1-1,5 Ampère) appliziert werden. Beiden Publikationen ist gemeinsam, dass die Ergebnisse nicht durch Messungen bei den behandelten Patienten belegt wurden, sondern es sich um zusammenfassende Erfahrungsberichte („Expertenmeinungen“) ohne statistische Angaben handelte.

Grzywas vierte Publikation beschäftigt sich mit seinen Erfahrungen über „etwa 40 Kniearthrotomien“, die er in Batavia nach der „Payerschen S-Arthrotomie“ mit breiter Übersicht über das Kniegelenk durchgeführt hatte. „Die voriges Jahr<sup>1</sup> publizierte Methode des Kniegelenkes mit Hilfe eines Troicart-ähnlichen Endoskops nach Sauerstofffüllung des Gelenkes konnte ich mangels Instrumentariums noch nicht ausprobieren. Im Übrigen glaube ich nicht an den Wert dieser Methode“ [Grzywa 1925, p. 453]. Auch hier ist die Behauptung,

dass „zur übersichtlichen Eröffnung des Kniegelenkes die Payersche S-Arthrotomie den übrigen Methoden vorzuziehen“ sei, nicht durch Messergebnisse untermauert.

In seiner 1926 erschienenen Publikation über Allgemeinnarkose mit Chloroethyl, das tropfenweise auf eine über dem Mund des Patienten liegende Gazekompressen appliziert wurde, warnt er aufgrund seiner Erfahrungen vor einer Asphyxie bei zu schneller bzw. zu hochdosierte Anwendung dieses damals häufig verwendeten Narkosemittels.

In Grzywas Arbeit über den „offenen“ Gipsverband (1929) definiert er diesen als einen zirkulär angelegten und in seiner Längsachse primär aufgeschnittenen starren Gipsverband, der auch ohne Polsterung im Bereich der Fraktur anwendbar sei. Er empfiehlt diesen Verband bei Radiusfrakturen, aber nicht bei Unterarmfrakturen von Radius und Ulna.

In der letzten für uns nachweisbaren Publikation Grzywas (1934) berichtet er in einem Fallbericht über die Operation eines 17-jährigen javanischen Mädchens mit ausgeprägten Kontrakturen im Bereich der Beine nach Verbrennung und das gute funktionelle Ergebnis nach der von ihm durchgeführten operativen Korrektur.

**Fortsetzung folgt! Lesen Sie Teil 2 der Lebensgeschichte von Professor Grzywa in der Dezemberausgabe der PASSION CHIRURGIE.**

<sup>1</sup> Das ist nicht ganz richtig; vgl. S. Nordentoft, S.: Ueber Endoskopie geschlossener Cavitäten mittelst meines Troicart-Endoskops. In: Verh. Dtsch. Ges. Chir. 41 (1912), I, p. 78–81.

## WIR GEDENKEN UNSERER VERSTORBENEN MITGLIEDER

**Herr Prof. Dr. med. Lorenzo Cubillos-Osorio, Santiago de Chile, Ehrenmitglied**  
**Herr Dr. rer. nat. Manfred Specker, Blaubeuren**  
**Herr Dr. med. Thomas Riemensperger, Truchtlaching**  
**Herr Prof. Dr. med. Konrad Schwemmler, Linden**

**\*04.11.1926 †28.04.2025**  
**\*08.08.1931 †13.06.2025**  
**\*15.08.1944 †22.06.2025**  
**\*25.12.1934 †14.08.2025**

# 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
<b>Studientitel: ARMANI<sub>1</sub>*</b>				
<b>Registrierungsnummer: NCT04678583, DRKS00023792</b>				
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	
<b>Studientitel: BariSurg<sub>2</sub>*</b>				
<b>Registriernummer: DRKS00004766</b>				
Prof. Dr. Dr. med. Franck Billmann	Patienten mit einem BMI von 35–40 kg/m <sup>2</sup> und mit mindestens einer assoziierten Begleiterkrankung sowie Patienten mit einem BMI von 40–60 kg/m <sup>2</sup>  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
<b>Studientitel: City<sub>3</sub>*</b>				
<b>Registrierungsnummer: DRKS0033520</b>				
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>
<b>Studientitel: COMPASS<sub>4</sub></b>				
<b>Registrierungsnummer: DRKS00031827</b>				
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>
<b>Studientitel: DISPACT-2<sub>5</sub>*</b>				
<b>Registrierungsnummer: DRKS00014011</b>				
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>
<b>Studientitel: ESORES<sub>6</sub></b>				
<b>Registriernummer: DRKS00030567</b>				
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
	<p>Kontrollgruppe: Die Behandlung im Studienarm B besteht aus einer obligaten postneoadjuvanten Operation, die 4–12 Wochen nach Ende der neoadjuvanten Therapie durchgeführt wird.</p> <p>In beiden Armen erfolgt die Operation durch transthorakale oder transabdominale Ösophagektomie einschließlich Lokoregionärer Lymphadenektomie.</p>			
<b>Studientitel: HULC<sub>7</sub>*</b>				
<b>Registrierungsnummer: DRKS00017517</b>				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	<p>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</p> <p>Kontrollgruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilen Faden in Small-Stitches-Technik</p>	<p>08.08.2019</p> <p>559 von 812 Patienten</p>	<p>DFG</p> <p>500 € / Patient</p>	<p>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</p>
<b>Studientitel: MICKey<sub>8</sub>*</b>				
<b>Registriernummer: DRKS00027927</b>				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	<p>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)</p> <p>Kontrollgruppe: Hybrid-Ösophagektomie (HYBRID-E; laparoskopische/robotische Bauchchirurgie und offene Thoraxchirurgie)</p>	<p>14.06.2023</p> <p>78 von 152 Patienten</p>	<p>BMBF</p> <p>850 €/Patient</p>	<p>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</p>
<b>Studientitel: P.E.L.I.O.N<sub>9</sub>*</b>				
<b>Registriernummer: DRKS00027921</b>				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	<p>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.</p> <p>Kontrollgruppe: Bauchwandverschluss beim Loop-Ileostoma-Verschluss mit fortlaufendem langsam resorbierbaren Nahtmaterial in small-stitch-Technik ohne Netzverstärkung.</p>	<p>20.01.2023</p> <p>61 von 304 Patienten</p>	<p>BMBF</p> <p>650 €/Patient</p>	<p>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</p>
<b>Studientitel: RECOPS<sub>10</sub>*</b>				
<b>Registrierungsnummer: DRKS00024364</b>				
Prof. Dr. med. Daniel Reim	<p>Experimentelle Gruppe: Patienten mit pyloruserhaltender Pankreaskopfresektion, Child-Rekonstruktion und zusätzlicher Braun'scher Fußpunktanastomose zwischen der zu- und abführender Schlinge der Duodenojejunostomie</p> <p>Kontrollgruppe: Patienten mit pyloruserhaltender Pankreaskopfresektion und Child-Rekonstruktion</p>	<p>05.05.2022</p> <p>448 von 606 Patienten</p>	<p>675 €/Patient</p>	<p>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</p>

## MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
<b>Studientitel: SELREC<sub>11*</sub></b>				
<b>Registriernummer: DRKS00030567</b>				
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
<b>Studientitel: TRIANGLE<sub>12*</sub></b>				
<b>Registrierungsnummer: DRKS00030576   UTN U1111-1243-441</b>				
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/m<sup>2</sup> – 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. R. Goldbrunner

*Präsident*

Prof. Dr. med. Th. Schmitz-Rixen

*Generalsekretär*

Prof. Dr. med. Johann Pratschke

*Schatzmeister*

