

PASSION **CHIRURGIE**



PANORAMA

**UM LEBEN UND TOD –
DEUTSCHLANDS KLINIKEN
STECKEN IN DER KRISE**

im Fokus

**KRANKENHAUSSTRUKTUR-
REFORM – CHANCEN FÜR
DIE CHIRURGIE**

10 | 2025

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGIE

DGCH

DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
CHIRURGIE E.V.



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. 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
Katrín Kammerer (Tel: +49 (0) 30 28004-202 |
passion_chirurgie@bdc.de)

VERLAG

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

DESIGN

Nina Maria Kuchler, Berlin

ANZEIGEN

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

ABBILDUNGSHINWEISE

Teaserfotos von iStock oder von den Autoren.
Cover © iStock/Martin Barraud

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

2 EDITORIAL

2 Krankenhausstrukturreform – Chancen für die Chirurgie
Wolfgang Schröder, Stephan M. Freys

6 KURZNACHRICHTEN

8 CHIRURGIE

8

UMSETZUNG DES KRANKENHAUSPLANS IN NRW – LEHREN FÜR DIE CHIRURGIE

Florian Gebauer, Daniel Vallböhmer

12

NEUE MODELLE DER ROTATIONSPLANUNG

Dilan Sinem Sert

19

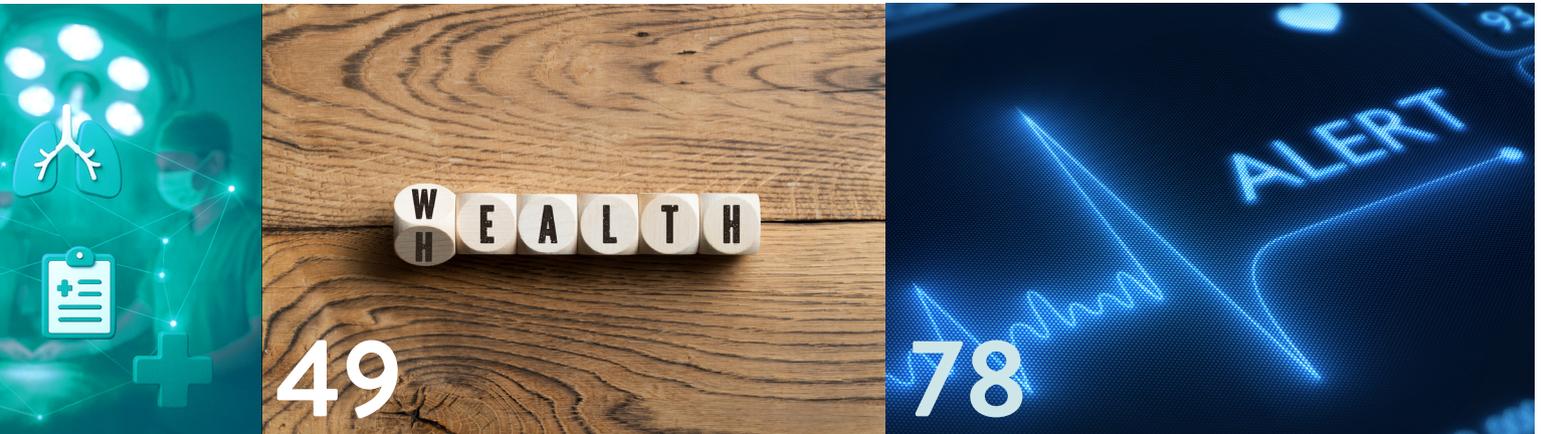
WEITERBILDUNG WEITERGEDACHT

Doreen Richardt, Friederike Burgdorf

24

STELLENWERT DER SPEZIALISIERUNG – CHANCE ZUR NEUORIENTIERUNG

Sebastian Debus, Henrik Meyer-Hoeven



30 CHIRURGIE⁺

- 30 **Akademie Aktuell:** BDC-Facharztseminare im November
- 31 **Safety Clip:** Gewaltprävention in Notaufnahmen
Michael Schrewe
- 37 **Hygiene-Tipp:** Umziehen nach septischer Operation?
Lutz Jatzwauk, Martin Groth, Nils Hübner, Wolfgang Köhnen
- 38 **Arztpraxis Tipp:** Barrierefreie Praxiswebsite
Jörg Heberer
- 42 **Abrechnung:** DRG und Kodierung 2025 in der Chirurgie
Thomas Auhuber
- 46 Personalia
- 47 **RECHT**
- 47 **F&A:** Gültigkeitsdauer der Patienten-Einwilligung
Jörg Heberer

49 GESUNDHEITSPOLITIK

- 49 Vorwort
Carsten J. Krones, Daniel Vallböhrer
- BDC-Praxistest:** Krankenhausfinanzierung anhand von Leistungsgruppen und Vorhaltefinanzierung – wird nun alles besser?
Nils Dehne
- 54 **Berufspolitik aktuell:** Entscheidungen stehen an
Jörg-A. Rüggeberg
- 55 **BDC|Pressemitteilung:** Krankenhausreformenpassungsgesetz bleibt für den BDC hinter den Erwartungen zurück

56 INTERN

- 56 **DGCH**
- 56 Sehr persönlich nachgefragt bei Dolores Thea Krauss
- 57 Chirurgischer Nachwuchs im Wandel: Herausforderungen und Chancen
Frederik Schlottmann
- 59 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland
Solveig Tenckhoff
- 63 Satzungsänderungen der DGCH e.v.
- 64 Spendenaufruf Langenbeck-Virchow-Haus
- 65 **BDC**
- 65 BDC|News
- 67 Verlässlichkeit, die wächst – Ecclesia & BDC
- 72 BDC | Landesverbände
- 74 Termine BDC|Akademie
- 77 Lifestyle-Angebote im Oktober 2025

78 PANORAMA

- 78 Um Leben und Tod – Deutschlands Kliniken stecken in der Krise
Matthias Bartsch, Martin U. Müller



SEHR PERSÖNLICH NACHGEFRAGT BEI DOLORES THEA KRAUSS

Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?

Patienten gesund und glücklich nach erfolgter Therapie nach Hause zu entlassen.

Welche Forschungsrichtung inspiriert Sie?

Robotik und neue technische Innovationen

Welchen klinischen Schwerpunkt haben Sie?

Perspektivisch die Chirurgie des oberen Gastrointestinaltrakts

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

Perioperative Chemotherapy or Preoperative Chemoradiotherapy in Esophageal Cancer – von Hoepfner et al.

Welches Buch liegt auf Ihrem Nachttisch?

The Wide Wide Sea von Hampton Sides

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

Das kommt ganz darauf an, was mein 20 Jahre alter Radiowecker um 05:30 Uhr spielt.

Was war für Ihr berufliches Fortkommen besonders hilfreich?

Mein Forschungsjahr in Portland, OR (USA) 2019 im Bereich der Chirurgie des oberen Gastrointestinaltrakts.

Was war Ihre größte Inspiration?

Meine Mentoren sowohl im Bereich der Forschung als auch der klinischen Ausbildung – bis heute.

Welches Forschungsthema bearbeiten Sie?

Die Implementierung der Robotik insbesondere unter den Aspekten Sicherstellung der Patientensicherheit und Schaffung eines ergonomischen Arbeitsplatzes für Chirurg:innen.

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

Eine ergonomische Arbeitsweise insbesondere im robotischen Operationssaal.

Welche persönlichen Visionen möchten Sie gerne umsetzen?

Flexibilität in der Chirurgie – vor allem Konzepte, die Forschung und Klinik kombinieren.

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

Den Erhalt einer strukturierten Weiterbildung im Hinblick auf die Mindestmengen.

Wann platzt Ihnen der Kragen?

Bei Gleichgültigkeit.

Welche Hoffnung haben Sie aufgegeben?

Mit der Deutschen Bahn pünktlich anzukommen.

Wie gehen Sie mit Frustrationen um?

Kurz aufregen – dann schnell eine Lösung finden.

Ihr wichtigstes Hobby?

Mein kleiner Gemüsegarten auf meinem Balkon und kreatives Geschenkebasteln.

Wo werden Sie schwach?

Bei Ziegen – absolute Empfehlung: Probieren Sie Ziegen-Yoga aus!

Was bringt Sie zum Lachen?

Situationskomik

Was gehört für Sie zu einem gelungenen Tag?

Ein guter Kaffee

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

Klare Strukturen schaffen sowie eine faire und offene Kommunikation der Aufgabenverteilung und Pflichten.

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

Besprechen der persönlichen und fachlichen Ziele und planen der nächsten konkreten Schritte, um diese zu erreichen.

Muss eine Chirurgin/ein Chirurg Optimismus ausstrahlen?

Nein, ich denke das ist jedem selbst überlassen – ich persönlich bin absolute Optimistin.

AUS DER
DGCH

Dr. med. Dolores Thea Krauss

Ärztin in Weiterbildung der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Transplantationschirurgie der Uniklinik Köln

Assistentensprecherin, Consultant des EAES Technology Robotic Committee

Mitglied im Organisationskomitee

Verheiratet, 2 Ragdoll Katzen

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

Chirurgischer Nachwuchs im Wandel: Herausforderungen und Chancen

Frederik Schlottmann



Dr. med. Frederik Schlottmann
 Facharzt für Plastische, Rekonstruktive
 und Ästhetische Chirurgie
 Medizinische Hochschule Hannover
 Klinik für Plastische, Ästhetische,
 Hand- und Wiederherstellungschirurgie
 Carl-Neuberg-Str. 1
 30625 Hannover

Frederik Schlottmann ist stellvertreter Sprecher des Perspektivforums Junge Chirurgie der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie sowie des Jungen Forums der Deutschen Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie. Für sein Engagement zum Thema chirurgische Weiterbildung mit Erstautorschaft von zwei Positionspapieren im Rahmen des Runden Tisches „Weiterbildung“ der DGCH wurde ihm der Wolfgang Müller-Osten-Preis 2025 zuerkannt.

Die Chirurgie in Deutschland steht vor einem tiefgreifenden Wandel. Ausgelöst durch politische Reformen im Gesundheitswesen – insbesondere durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) – zeichnen sich massive strukturelle Veränderungen ab, die nicht nur die Versorgung, sondern auch die chirurgische Weiterbildung und Karriereplanung junger Chirurginnen und Chirurgen nachhaltig beeinflussen werden. Während die geplante Krankenhausstrukturreform einerseits sinnvolle Veränderungen einleiten soll, birgt sie zugleich erhebliche Herausforderungen – gerade für den chirurgischen Nachwuchs. Doch wo Risiken entstehen, eröffnen sich auch neue Chancen und Perspektiven.

Im Zentrum der Reform steht die Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft. Ziel ist es, durch Zentralisierung und Spezialisierung die stationäre Versorgung effizienter und qualitativ hochwertiger zu gestalten. Die Einführung neuer Leistungsgruppen, eine überarbeitete Finanzierung mit Fokus auf Vorhaltepauschalen sowie verbindliche Qualitätsvorgaben für bestimmte Eingriffe markieren den Beginn eines Paradigmenwechsels. Für die chirurgische Weiterbildung bedeutet dies:

Weniger kleine Kliniken, mehr Spezialisierung – und damit tiefgreifende Veränderungen in Ausbildung, Karrierewegen und Arbeitsplatzsicherheit.

Besonders die Zentralisierung wirft für den Nachwuchs eine Reihe kritischer Fragen auf. Der Rückgang kleiner Kliniken führt zwangsläufig zu einer geringeren Zahl an Weiterbildungsstätten. Damit steigt nicht nur die Konkurrenz um Ausbildungsplätze, sondern es entsteht auch ein erhöhtes Risiko regionaler Ungleichverteilung. Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass durch die Konzentration komplexer Eingriffe auf wenige Zentren die chirurgische Ausbildung zu stark fragmentiert wird. Es droht eine Entwicklung hin zum „Super-Spezialisten“, während grundlegende chirurgische Kompetenzen, wie in den Weiterbildungskatalogen gefordert, zu kurz kommen könnten.

Auch die Planbarkeit chirurgischer Karrieren wird durch die Reform erschwert. Viele junge Ärztinnen und Ärzte orientieren sich bei ihrer beruflichen Entwicklung an bestimmten Kliniken oder Regionen. Fällt eine Weiterbildungseinrichtung durch Umstrukturierungen weg oder wird an einen anderen Standort verlagert, entsteht Unsicherheit. Hinzu kommt die steigende Arbeitsbelastung: Weniger Häuser, mehr Patientinnen und Patienten – die Verdichtung der Versorgung kann zulasten der Ausbildungsqualität, der Work-Life-Balance und letztlich auch der Motivation des Nachwuchses gehen.

Doch all diesen Herausforderungen stehen auch echte Chancen gegenüber. Die stärkere Fokussierung auf Qualität könnte ein Katalysator für eine verbesserte chirurgische Weiterbildung sein. Wenn Kliniken künftig verpflichtet sind, Versorgungsqualität

Schlottmann F: Chirurgischer Nachwuchs im Wandel: Herausforderungen und Chancen. *Passion Chirurgie*. 2025 Oktober; 15(10): Artikel 06_03.

nachzuweisen, könnte dies zu besser strukturierten Ausbildungsprogrammen führen – mit verbindlichen Curricula, definierten Rotationen und gezieltem OP-Training. Zudem eröffnet die Reform Spielräume für innovative Ausbildungsformate. Simulationstrainings, digitale OP-Assistenzsysteme und strukturierte Fellowship-Programme könnten fester Bestandteil der Weiterbildung werden. Ebenso bietet die stärkere Vernetzung von Krankenhäusern Potenzial: Regionale Weiterbildungsverbände könnten entstehen, die den Nachwuchs rotieren lassen, ohne dass ein Klinikwechsel notwendig wird.

Auch die Konzentration auf spezialisierte Zentren muss nicht negativ sein: Sie kann jungen Chirurgen und Chirurgen die Möglichkeit bieten, häufiger an komplexen Eingriffen teilzunehmen und dadurch eine hochwertige operative Ausbildung zu erfahren – doch das geschieht nicht automatisch. Vielmehr bedarf es gezielter struktureller Voraussetzungen, um diese Chancen realisieren zu können. Dazu zählen verbindliche Weiterbildungscurricula, personelle Ausstattung mit ausbildungsorientierter Supervision sowie zeitliche Freiräume für Lehre und Lernen. Nur wenn solche Rahmenbedingungen politisch wie institutionell geschaffen werden, kann aus der Spezialisierung ein echter Mehrwert für die chirurgische Weiterbildung entstehen. Andernfalls besteht die Gefahr, dass ökonomische Zwänge, Arbeitsverdichtung und hohe Fallzahlen zwar effizientere Abläufe, aber keine bessere Ausbildung hervorbringen.

Gleichzeitig steigt mit der Zentralisierung die Verantwortung der Zentren und Fachgesellschaften, die chirurgische Nachwuchsförderung nicht dem Zufall zu überlassen, sondern aktiv zu gestalten – etwa durch Rotationsverbände, strukturierte Mentoring-Programme und den Aufbau verbindlicher Ausbildungsnetzwerke. Die geplante Reform kann also ein Katalysator für Fortschritt sein – aber nur dann, wenn die Nachwuchsperspektive frühzeitig mitgedacht und in die Planung implementiert wird.

Diese Entwicklungen zeigen: Der chirurgische Nachwuchs ist gefordert, sich aktiv in diesen Transformationsprozess einzubringen. Die

Krankenhausstrukturreform ist keine rein administrative Entscheidung – sie betrifft unmittelbar diejenigen, die in der Chirurgie tätig sind und es künftig sein werden. Fachgesellschaften wie die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) und ihre assoziierten Gesellschaften bieten jungen Chirurgen und Chirurgen die Möglichkeit, sich einzubringen, mitzugestalten und die Stimme des Nachwuchses in Gremien und Arbeitsgruppen hörbar zu machen.

Dabei ist Eigenverantwortung ein zentraler Aspekt moderner Weiterbildung. Digitale Lernplattformen, Simulationstrainings und strukturierte Programme stehen heute bereits zur Verfügung – es liegt am Nachwuchs, diese Angebote aktiv zu nutzen. Gleichzeitig erfordert die sich wandelnde Kliniklandschaft eine flexible Karriereplanung. Akademische Wege, interdisziplinäre Teams oder hochspezialisierte Zentren eröffnen neue berufliche Perspektiven, die frühzeitig bedacht und vorbereitet werden sollten. Heute sind Mentoring, gezielte Hospitationen und strukturierte Weiterbildungsangebote zentrale Elemente einer modernen chirurgischen Laufbahn. Wer seine Zukunft aktiv gestalten will, muss Initiative zeigen – und Führung übernehmen.

Chirurgische Führung – oder „Leadership in der Chirurgie“ – bedeutet dabei mehr als nur fachliche Expertise. Es geht um die Fähigkeit, ein Team zu leiten, unter Druck Entscheidungen zu treffen und eine Kultur der Exzellenz, Sicherheit und Weiterbildung zu schaffen. Entscheidend sind Kompetenzen wie Entscheidungsstärke, klare Kommunikation, Vorbildfunktion, konstruktives Fehlermanagement, Resilienz und strategisches Denken. Gleichzeitig gilt es, mit den Herausforderungen moderner Führung umzugehen: Hierarchien überwinden, Burnout vermeiden, generationsübergreifende Erwartungen managen und dem zunehmenden Verwaltungsdruck standhalten. Moderne Leadership-Strategien setzen auf Mentoring, Coaching – verstanden als individuelle Begleitung zur Entwicklung persönlicher und beruflicher Kompetenzen – und interdisziplinäre Zusammenarbeit. Sie fördern Innovationen – etwa durch digitale Technologien oder neue

OP-Verfahren – und stärken die Selbstführung. Wer langfristig leistungsfähig bleiben will, muss auch seine eigene Resilienz pflegen.

In diesem Kontext spielt die Generation Y – also jene Jahrgänge zwischen 1980 und 1995 – eine Schlüsselrolle. Sie steht aktuell in den Startlöchern, um Führungsverantwortung in der Chirurgie zu übernehmen. Zwischen der Generation X, die heute viele Chefarzt- und Oberarztposten innehat, und der nachrückenden Generation Z vermittelt sie neue Werte und Führungsstile. Flache Hierarchien, Sinnorientierung („Purpose“) und die Offenheit für digitale Innovationen prägen ihr Führungsverständnis. Die Generation Y ist dabei durchaus bereit, viel zu leisten – sofern die Arbeit als sinnvoll empfunden wird, Entwicklungsmöglichkeiten bestehen und die persönliche Investition in einem ausgewogenen Verhältnis zu Anerkennung und Einfluss steht. Statt autoritärer Ansagen setzt die Generation Y auf Coaching, Mentoring und patientenzentrierte Kommunikation. Gleichzeitig bringt sie die nötige Flexibilität mit, um mit den Erwartungen der Generation Z ebenso wie mit den Strukturen der Generation X zu interagieren.

Im Spannungsfeld dieser Generationen ist es Aufgabe der Generation Y, die chirurgische Kultur weiterzuentwickeln – hin zu mehr Zukunftsfähigkeit, Effizienz und Innovationskraft. Sie muss junge Kolleginnen und Kollegen motivieren, ohne auf Hierarchie zu pochen, und gleichzeitig mit Erfahrungsträgern in den Dialog treten. Und sie muss die technologische Transformation – etwa durch Robotik, Künstliche Intelligenz oder Telemedizin – mitgestalten, um die Chirurgie zukunftsfähig zu machen.

Letztlich ist klar: Die Zukunft der Chirurgie liegt in den Händen des Nachwuchses. Die Krankenhausstrukturreform stellt hohe Anforderungen – aber sie bietet auch die Chance, längst überfällige Veränderungen anzustoßen. Wer sich engagiert, modern denkt und Verantwortung übernimmt, kann diesen Wandel mitgestalten. Es liegt an uns allen, dem chirurgischen Nachwuchs nicht nur eine Stimme zu geben, sondern eine starke, gestaltende Rolle in einem sich verändernden Gesundheitssystem.

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).	74 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>1335 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>53 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				
Prof. 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>281 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>25 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>			
Studientitel: HULC_{7*}				
Registrierungsnummer: DRKS00017517				
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>591 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>
Studientitel: METAPANC₈				
Registrierungsnummer: 2023-503558-10-00/IAG-VO-0822				
Prof. Dr. med Michael Ghadimi	<p>Patienten mit lokal resektabelm oligometastatischen (Leber, synchron o. metachron) Pankreaskarzinom</p> <p>Experimentelle Gruppe: 8 Zyklen mFOLFIRINOX bis zur Randomisation gefolgt von der chirurgischen Entfernung des Primärtumors und der Metastasen gefolgt von 4 Zyklen mFOLFIRINOX</p> <p>Kontrollgruppe: 8 Zyklen mFOLFIRINOX bis zur Randomisation gefolgt von 4 Zyklen mFOLFIRINOX</p>	<p>FPI: 17.10.2023</p> <p>24 von 272 Patienten</p>	<p>DFG</p> <p>Exper. Gruppe: 3250 €/Patient</p> <p>Kontrollgruppe: 2800 €/Patient</p>	<p>Prof. Dr. med. Michael Ghadimi Universitätsmedizin Göttingen Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Kinderchirurgie T: 0551 39 67811 E: chirurgie.sekretariat@med.uni-goettingen.de</p>
Studientitel: MICKey_{9*}				
Registriernummer: DRKS00027927				
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>139 von 152 Patienten</p>	<p>BMBF</p> <p>850 €/Patient</p>	<p>Prof. Dr. A. L. Mihaljevic Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Tübingen T: 07071 29 86 619 E: andre.mihaljevic@med.uni-tuebingen.de</p>
Studientitel: P.E.L.I.O.N._{10*}				
Registriernummer: DRKS00027921				
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>93 von 304 Patienten</p>	<p>BMBF</p> <p>650 €/Patient</p>	<p>Prof. Dr. A. L. Mihaljevic Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Tübingen T: 07071 29 86 619 E: andre.mihaljevic@med.uni-tuebingen.de</p>

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: RAMPS_{11*}				
Registrierungsnummer: DRKS00033031				
Prof. Dr. med. Felix Hüttner Dr. med. Frank Pianka	Patienten mit einem Pankreaskarzinom des Pankreas-körpers oder -schwanzes, bei denen eine Pankreas-linksresektion mit Splenektomie geplant ist. Experimentelle Gruppe: Radikale antegrade modulare Pankreatosplenektomie (RAMPS) Kontrollgruppe Standardmäßige Pankreaslinksresektion mit Splenektomie	20.02.2025 14 von 266 Patienten	DFG 1057,23 €/Patient	Prof. Dr. med. Felix Hüttner Klinik für Allgemeine, Viszeral- und Thoraxchirurgie, Klinikum Nürnberg T: 0911 398 113763 E: felix.huettner@klinikum-nuernberg.de
Studientitel: RECOPS_{12*}				
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 605 von 606 Patienten	675 €/Patient	Prof. Dr. Daniel Reim Klinikum Rechts der Isar der TU München Klinik und Poliklinik für Chirurgie Ismaninger Str 22 81675 München T: 089 4140 5019 F: 089 4140 2184 E: Daniel.reim@tum.de
Studientitel: SELREC_{13*}				
Registrierungsnummer: DRKS00030567				
Prof. 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 25 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: SEVTAR₁₄				
Registrierungsnummer: DRKS00023436				
PD Dr. med. Leif Schiffmann	Patienten/Op.-Verfahren: Patienten mit Rektumresektion, Anastomosenhöhe zwischen 2 und 8cm und protektivem Stoma Experimentelle Gruppe: Einlage eines Vacuumschwammes am Ende der Operation für 5 Tage, weitere Behandlung wie lokal üblich Kontrollgruppe: Keine Schwammeinlage, Behandlung wie lokal üblich	FPI: 26.01.2021 150 von 362 Patienten	eine Finanzierung 0€/Patient	PD Dr. med. Leif Schiffmann Asklepios Klinik Pasewalk, Abteilung für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, Pasewalk T: 03973 23 1257 F: 03973 23 1515 E: leif@dr-schiffmann.de
Studientitel: STITCHES₁₅				
Registrierungsnummer: DRKS00034787				
PD Dr. med. Christian Krautz	Adaptives Stichprobendesign: zunächst 100 Patienten (Vorlaufphase), dann finale Berechnung des Stichprobenumfangs Experimentelle Gruppe: Standardisierte Anlage der Endzu-Seit Ösophagogastrostomie mit einem Zirkularstapler (zweireihige Klammernaht, Größe 25 bis 29) und zusätzlicher zirkulärer Übernäherung mit resorbierbaren Fäden. Kontrollgruppe: Standardisierte Anlage der Endzu-Seit Ösophagogastrostomie mit einem Zirkularstapler (zweireihige Klammernaht, Größe 25 bis 29)	FPI: 28.11.2024 13 von 100 Patienten (Vorlaufphase)	Keine Finanzierung 0 €/Patient	PD Dr. med. Christian Krautz Chirurgische Klinik des Uniklinikum Erlangen T: 09131 8542273 E: christian.krautz@uk-erlangen.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: TRIANGLE₁₆*				
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 rechteckig 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 34 von 270 Patienten	BMBF 1190 €/Patient	Prof. Dr. A. L. Mihaljevic Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Tübingen T: 07071 29 86 619 E: andre.mihaljevic@med.uni-tuebingen.de

- [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] Intensivierte Therapie bei Patienten mit lokal resektablem oligometastatischem Pankreaskarzinom - multimodale operative Therapie versus alleinige systemische Chemotherapie
- [9] Eine multizentrisch randomisierte Studie zum Vergleich der postoperativen Morbidität nach total minimal invasiver Chirurgie mit der Hybrid Chirurgie bei der Ösophagektomie – MICKey Studie
- [10] 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)
- [11] Radikale antegrade modulare Pankreatosplenektomie (RAMPS) im Vergleich zur standardmäßigen Pankreaslinksresektion mit Splenektomie bei Bauchspeicheldrüsenkrebs – Die multizentrische, randomisierte, kontrollierte RAMPS-Studie
- [12] The effect of an additional Braun anastomosis in patients after pancreas head resections
- [13] Selective Neoadjuvant Therapy of Rectal Cancer Patients: SELREC a randomized controlled, open, multicentre non-inferiority trial
- [14] Studie zum Stellenwert einer prophylaktischen EVT zur Vermeidung von Anastomoseninsuffizienzen nach Rektumresektionen)
- [15] Vergleich der Standard-Zirkularstapleranastomose mit oder ohne zusätzlicher Übernähung bei Patienten mit Roboter-assistierter Ivor-Lewis Ösophagektomie aufgrund von malignen Tumoren der Speiseröhre und des ösophagogastralen Übergangs
- [16] 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: September 2025

Satzungsänderungen der DGCH e.v.

Nach positiver Abstimmung der Mitgliederversammlung am 25.03.2025 sind die Satzungsänderungen dem zuständigen Registergericht und dem zuständigen Finanzamt vorgelegt worden. Erfreulicherweise hatten beide Institutionen keine Einwände. Mit dieser Veröffentlichung treten somit die Satzungsänderungen in Kraft. Die Satzungsänderungen waren den Mitgliedern in einer Gegenüberstellung mit der alten Satzung per E-Mail und bei fehlender E-Mail-Adresse auch schriftlich fristgerecht vor der Mitgliederversammlung zugegangen. Die neue Satzung finden Sie jetzt auf unserer Webseite unter <https://www.dgch.de>.

Rückfragen nimmt der Generalsekretär gerne entgegen: schmitz-rixen@dgch.de

Univ.-Prof. Dr.med. Thomas Schmitz-Rixen
Generalsekretär
Langenbeck-Virchow-Haus
Luisestr. 58/59
10117 Berlin

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

