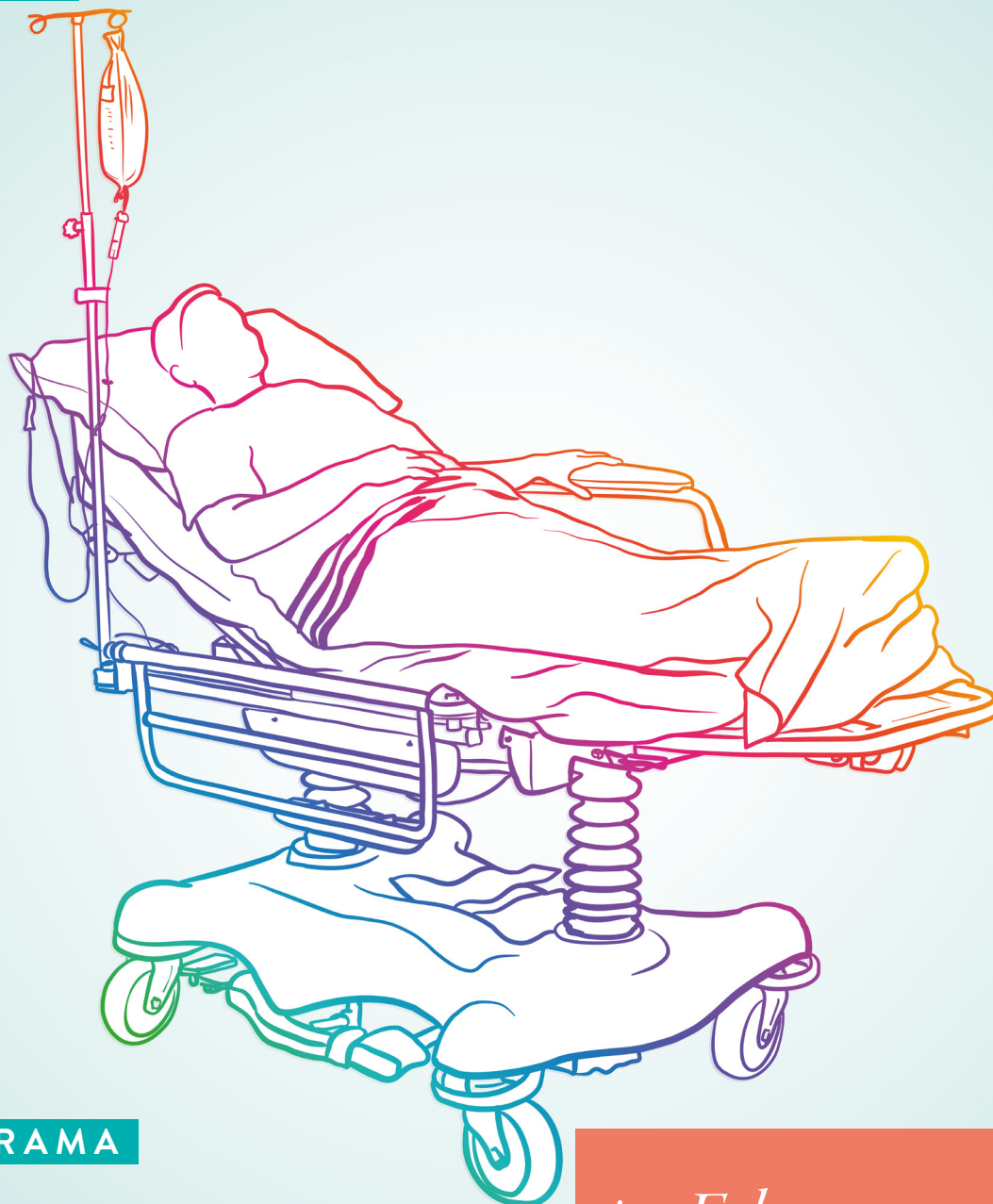


PASSION

CHIRURGIE



PANORAMA

**ZWEI FUNDSTÜCKE
CHIRURGISCHER
VERGANGENHEIT:
LAMBOTTE & SAUERBRUCH**

im Fokus

**PERIOPERATIVES
MANAGEMENT**

01/02 | 2026

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGIE

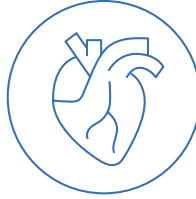
DGCH

DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
CHIRURGIE E.V.



BDC

Berufsverband der
Deutschen Chirurgie e.V.



KidsClub CHIRURGIE

Kinderbetreuung auf dem Deutschen Chirurgie Kongress 2026

- **Wann?** An allen Kongresstagen, Mittwoch 22. April bis Freitag 24. April 2026, von 08:00 Uhr bis 18:00 Uhr (Freitag nur bis 17:00 Uhr).
- **Wer?** Kinder im Alter von 12 Monaten bis 10 Jahre. Die Kinderbetreuung ist auf 20 Kinder täglich begrenzt.
- **Wo?** CCL Congress Center Leipzig
- **Wie?** Verbindliche Anmeldung* bis zum 01. April 2026 im Rahmen der Kongressanmeldung unter www.dck2026.de/anmeldung/
Vor-Ort-Anmeldungen am Tagungsschalter je nach Kapazität gegebenenfalls noch möglich.
Nähere Informationen über BDC|Online (www.bdc.de) oder über die Kongressseite unter www.dck2026.de. Zu zahlen sind 15 Euro pro Tag Selbstkostenbeitrag pro Kind.



Eine Initiative von



© peopleimages.com – stock.adobe.com

* Bitte geben Sie uns so früh wie möglich Bescheid, wenn Ihr Kind doch nicht betreut werden soll: dck@wikonect.de.

Haftungsausschluss durch den Kongressveranstalter: Der Veranstalter übernimmt keine Haftung für Sach- und Personenschäden. Dies gilt auch für Schäden, die durch Dritte verursacht werden. Der Haftungsausschluss erstreckt sich auch vollständig auf fahrlässige und grobfahrlässige Pflichtverletzungen des vom Veranstalter mit der Kinderbetreuung beauftragten Fachpersonals!

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

VERLAG

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

DESIGN

Nina Maria Küchler, Berlin

ANZEIGEN

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

ABBILDUNGSHINWEISE

Teaserfotos von iStock oder von den Autoren.
Cover © iStock/A-Digit

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 Stille Heldengeschichten *Carsten J. Krones*

6 KURZNACHRICHTEN

8 CHIRURGIE

8

PERIOPERATIVES MANAGEMENT – DAS SIND DIE 10 WICHTIGSTEN MASSNAHMEN

Mario Kaufmann, Christoph Reißfelder, Julia Hardt

14

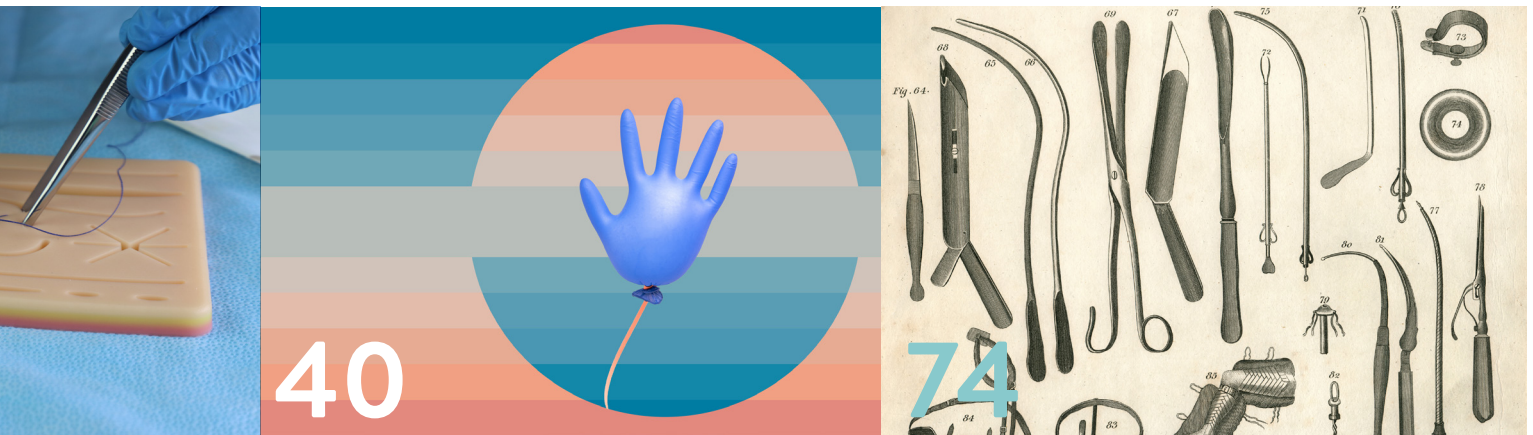
PROZESSMANAGEMENT – DER IDEALISIERTE WORKFLOW IN EINEM ZENTRAL-OP

Matthias Diemer

19

PRÄHABILITATION – VOM THEORETISCHEN IDEAL ZUR PRAKTISCHEN UMSETZUNG

Natascha Nüssler, Eva-Maria Jacob



40

74

25 CHIRURGIE⁺

- 25 **Akademie Aktuell:** Webinar-Reihe „Fraktur im Fokus“ geht weiter
- 27 **Nachwuchs:** Facharztmangel – zwei Schritte, um die Ausbildung von Chirurgen zu retten
Margitta True
- 31 **Hygiene-Tipp:** Wunden mit Leitungswasser ausduschen?
Lutz Jatzwauk, Martin Groth, Nils Hübner, Wolfgang Kohnen
- 32 **Abrechnung:** Hybrid-DRG bei PKV-Operationen möglich?
Peter Kalbe, Jörg Heberer
- 34 Leserbrief
Hans-Friedrich Bär
- 35 Personalia

36 RECHT

- 36 **F+A:** Abrechnung für eine Akutbehandlung im EU-Ausland von gesetzlich krankenversicherten Patienten
Jörg Heberer

37 GESUNDHEITSPOLITIK

- 37 **Berufspolitik aktuell:** 2026 wird nichts für Zauderer – aber immerhin kommt die GOÄ voran
Friederike Burgdorf
- 40 Vorwort
Carsten J. Krones, Daniel Vallböhmer
- BDC-Praxistest:** Mit oder Ohne? Unsterile Handschuhe
Katharina Schilcher, Sybille Barkhausen
- 46 12. D-Arztforum in Dortmund
Dirk Arbter, Jens-Peter Stahl
- 49 **Pressemitteilung:** Tatjana Mischke erhält den BDC-Journalistenpreis 2025 für „Kliniken am Limit – wer überlebt die Krankenhausreform?“

51 INTERN

51 DGCH

- 51 Sehr persönlich nachgefragt bei Frederik Schlottmann
Thomas Schmitz-Rixen
- 52 Bericht über die Herbsttagung „Medizin & Recht im Dialog“ der AWMF
Joachim Jähne
- 57 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland
Solveig Tenckhoff
- 62 Spendenaufruf Langenbeck-Virchow-Haus

63 BDC

- 63 BDC|News
- 64 Einladung zur BDC-Mitgliederversammlung 2026
Hans-Joachim Meyer
- 65 Erklärtes Ziel: Schulterschluss aller Chirurginnen und Chirurgen in allen Regionen Deutschlands
Carolin Tonus, Björn Schmitz
- 68 BDC | Landesverbände
- 70 Termine BDC|Akademie
- 73 Lifestyle-Angebote im Januar/Februar 2026

74 PANORAMA

- 74 Zwei Fundstücke chirurgischer Vergangenheit
Volker Klimpel



SEHR PERSÖNLICH NACHGEFRAGT BEI FREDERIK SCHLOTTMANN

Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?

Das Schönste für mich an der Plastischen Chirurgie ist die Vielfalt und die Individualität jedes einzelnen Falles. Basierend auf theoretischen Kenntnissen müssen oft kreative und passgenaue Lösungen entwickelt und die Patient:innen ganzheitlich betrachtet werden.

Welchen klinischen Schwerpunkt haben Sie?

Ich interessiere mich für mikrochirurgische Rekonstruktionen und die Handchirurgie in ihren Facetten.

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

Novotny MJ, Fast A, Radtke C. Transformative role of artificial intelligence in plastic and reconstructive surgery: innovations, applications and future directions. *Art Int Surg.* 2024;4:376-86. <http://dx.doi.org/10.20517/ais.2024.52>

Welches Buch liegt auf Ihrem Nachttisch?

Brené Brown – Atlas of the Heart: Mapping Meaningful Connection and the Language of Human Experience

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

Faber – Alles Gute

Was war für Ihr berufliches Fortkommen besonders hilfreich?

Ich hatte bisher immer gute Vorbilder, die mich menschlich und persönlich inspirieren und motivieren konnten.

Was war Ihre größte Inspiration?

Ein begeisterter Dozierender in einem klinischen Wahlfach im 2. Studienjahr, der mich überhaupt erst zur Hand- und Plastischen Chirurgie gebracht hat.

Welches Forschungsthema bearbeiten Sie?

Hautersatzverfahren – von der Zellkultur bis zur klinischen Anwendung bei Schwerbrandverletzten

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

Die großflächige Behandlung von Verbrennungswunden mit atmosphärischem Kaltplasma bei multiresistenter Erregerbesiedlung.

Welche persönlichen Visionen möchten Sie gerne umsetzen?

Als Chirurg mit Führungsverantwortung möchte ich ein zukunftsorientiertes, hochwertiges und familienfreundliches Konzept für die

Klinik erarbeiten und auch selbst vorleben. Für den Nachwuchs muss man mit gutem Beispiel vorangehen.

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

Das Thema Weiterbildung – ohne eine adäquate Ausbildung des chirurgischen Nachwuchses stehen wir in wenigen Jahren vor riesigen Problemen und Versorgungsengpässen.

Wann platzt Ihnen der Kragen?

Unehrlichkeit und Unkollegialität machen mich verrückt.

Wie gehen Sie mit Frustrationen um?

Offen und ehrlich im Team darüber zu sprechen halte ich für wichtig. Den Rest der Frustration kann ich beim Joggen im Wald gut verarbeiten.

Ihr wichtigstes Hobby?

Mit unserem Van durch Europa reisen. Segeln, um den Kopf frei zu kriegen.

Wo werden Sie schwach?

Schokolade in allen Formen und Farben.

Was bringt Sie zum Lachen?

Ich lache gerne, viel und laut, auch mal unpassend im Kino.

Was gehört für Sie zu einem gelungenen Tag?

Ein guter, starker Kaffee und ein nettes Gespräch, das zum Denken anregt.

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

Ich versuche in einem persönlichen Gespräch, die Beweggründe zu erfahren und gemeinschaftlich eine Lösung zu finden.

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

Primär probiere ich mit positivem Beispiel voran zu gehen und Erfahrungen an jüngere Kolleginnen und Kollegen weiter zu geben, damit sie nicht die gleichen Fehler wiederholen müssen.

Muss eine Chirurgin/ein Chirurg Optimismus ausstrahlen?

Realismus kommt vor Optimismus. Es ist alles eine Frage der Kommunikation.

AUS DER
DGCH

Dr. med. Frederik Schlottmann

Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie
Sprecher des Jungen Forums der DGPRÄC
Stv. Sprecher des Perspektivforums Junge Chirurgie der DGCH
Klinik für Plastische, Ästhetische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie
Medizinische Hochschule Hannover
Verheiratet, keine Kinder
Preisträger des Wissenschaftspreis der DGPRÄC 2021
Preisträger des Wolfgang Müller-Osten-Preises 2025

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

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



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

Die diesjährige Herbsttagung „Medizin & Recht im Dialog“* der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) fand am 17. und 18. Oktober 2025 in Essen statt. Wie immer bei dieser Veranstaltungsreihe wurden drei Themenbereiche durch äußerst kompetente Referierende vorgestellt und umfänglich diskutiert.

GRENZEN DER ÄRZTLICHEN THERAPIEFREIHEIT BEI EVIDENZBASIERTER MEDIZIN

Die in diesem Kontext relevanten standesrechtlichen Aspekte wurden von Prof. Dr. iur. Dr. rer. medic. Erik Hahn aus Zittau/Görlitz vorgestellt. Das Standesrecht, ein Landesrecht nach Art. 70 I GG, ist Ausdruck ärztlicher Selbstverwaltung in Form untergesetzlicher Normen und nicht gleichzusetzen mit dem Berufsrecht. Dadurch ist eine Trennung zwischen Berufszugang und -ausübung möglich. Aus dem Standesrecht ergibt sich keine zivilrechtliche Pflicht zur Standeswahrung. Die Funktionen und die Wirkung standesrechtlicher Normen dienen der Grundlage und Form der Selbstverwaltung freier Berufe und ermöglichen z. B. die Durchführung eigenständiger berufsrechtlicher Verfahren. Die durch das Standesrecht adressierten Verhaltensweisen im Kontext der

Therapiefreiheit (gem. MBO-Ä) umfassen die Versorgung, die Kommunikation und die Kollegialität. In diesem Zusammenhang gilt das Gebot der gewissenhaften und weisungsfreien Berufsausübung unter Anwendung geeigneter Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.

Nach einem Urteil des Oberverwaltungsgerichtes Brandenburg Berlin vom 28.02.2019 (OVG 90 H 2.18) verpflichtet die Pflicht zur gewissenhaften Berufsausübung den Arzt zu einer besonders sorgfältigen Vorgehensweise. Dazu gehört dann auch die Beachtung der allgemein anerkannten Regeln der ärztlichen Wissenschaft, wobei allerdings eine individuelle Präferenz vom Standard abweichender Verfahren und Sichtweisen mit sachlicher Einordnung in den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse möglich ist. Hinsichtlich etwaiger Abweichungen vom Standard ist bemerkenswert, dass es dazu kaum dokumentierte gerichtliche Entscheidungen gibt. Argumente für die grundsätzliche Zulässigkeit ergeben sich allerdings aus § 630a Abs. 2 BGB: „Die Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist.“ Ferner ist eine Prüfung an den Maßstäben für Aufklärung und berufliche Kommunikation zu orientieren. Der

* 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 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.

Referent stellte in Frage, ob die „Ärztekammer als tauglicher Wächter gewissenhafter Berufsausübung beim Verlassen evidenzbasierter Medizin“ (Zitat aus dem Vortrag) anzusehen ist. Am Beispiel der Homöopathie verwies Prof. Hahn in diesem Kontext auf einige Entscheidungen der Landesärztekammern (Vgl. Beschl. LÄK Bay 2021, LÄK BW 2024, LÄK ST 2019 usw.: Streichung der Zusatzweiterbildung „Homöopathie“ aus der WBO (vgl. Beschl. 124. DÄT 2022)). Darüber hinaus haben Ärzte mit Blick auf das Standesrecht und die ärztliche Therapiefreiheit darauf zu achten, dass eine Beschränkung auf sachliche Informationen erfolgt und auf Kollegialität geachtet wird. Dabei gilt im Rahmen der Kollegialität und der Kommunikation das Gebot der Meinungsfreiheit zu bedenken, das gerade auch für die berufliche Kommunikation gilt.

Mit Blick auf die Berufsausübungsfreiheit können sich standesrechtliche Beschränkungen im Licht der Grundrechte dann ergeben, wenn die Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung als besonders wichtiges Gemeinschaftsgut einen Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit rechtfertigt. Ferner können sich standesrechtliche Beschränkungen aus der europäischen Gesetzgebung ergeben. Hier sei insbesondere der Schutz der Meinungsäußerungsfreiheit (Art. 11 I GRCh) und der Berufsausübungsfreiheit (Art. 15 GRCh) erwähnt. Der Referent beendete seinen Vortrag mit dem Verweis auf den ärztlichen Eid in der Universitätsverordnung der Universitäten Leipzig und Wittenberg aus dem Jahr 1580, in dem sich die Ärzte zu gewissenhaftem Arbeiten und Kollegialität verpflichteten. Zumindest aus ärztlicher Sicht war dem wenig hinzuzufügen!

Anschließend referierte Frau Prof. Dr. phil. Dipl.-Phys. Müller von der Charité zu dem Thema aus medizinethischer Sicht. Dabei setzte sich die Referentin zunächst mit der Kritik an der Evidenz-basierten Medizin (EbM) auseinander. So sind die Zielgrößen vieler Studien nicht klinisch relevant und statistische Signifikanz wird mit klinischer Relevanz verwechselt. Darüber

hinaus bestimmt die Pharmaindustrie weitgehend die EbM und sorgt durch Festlegung von Zielgrößen, Studiengröße und Einschlusskriterien sowie nachträgliche Subgruppenanalysen für statistisch signifikante Ergebnisse, die dann in Leitlinien übernommen werden. Die Studienpopulationen sind idealisiert (Alter, Geschlecht, Komorbiditäten) und daher nicht repräsentativ für das reale Patientenkollektiv, so dass EbM-basierte Leitlinien schlecht zu vielen, insbes. multimorbiden Patienten, passen.

Viele notwendige Studien werden mangels Finanzierung unterlassen, insbesondere solche mit Medikamenten ohne Patentschutz, billigen Nahrungsergänzungsmitteln oder Lebensstilveränderungen. Last, but not least macht die Masse an Evidenz-basierten Leitlinien diese schwer handhabbar. Darüber hinaus wies Frau Prof. Müller u. a. darauf hin, dass Studien oft nicht den für die Patienten relevanten Outcome untersuchen und die Behandlungsziele und Akzeptanz von Risiken und Nebenwirkungen stark abhängig von den Zielen und Werten sowie der Lebenssituation der individuellen Patienten sind. Ferner droht eine Einschränkung der ärztlichen Therapiefreiheit, indem lokale und individuelle Besonderheiten unberücksichtigt bleiben und Ärzte nur noch Regeln befolgen, statt mit eigener klinischer Expertise zu behandeln. Die klinische Erfahrung wird durch die Fokussierung auf externe Evidenz abgewertet. Daraus resultieren Einschränkungen der Behandlungsoptionen für Patienten. Dabei gilt zu beachten, dass sich die Kritik nicht gegen das Konzept der Evidenz-basierten Medizin, sondern gegen Probleme in der praktischen Anwendung richtet. Die Referentin unterstrich, dass EbM bedeutet, die externe wissenschaftliche Evidenz mit der klinischen Expertise und den Wünschen der Patienten zu integrieren, und dass lokale medizinische Kontextfaktoren berücksichtigt werden sollten. Demnach eröffnet die Praxis der EbM viel mehr Spielraum für die ärztliche Therapiefreiheit als das enge Verständnis von EbM annehmen lässt. Vor diesem Hintergrund bietet die EbM aus medizinethischer Sicht

einen großen Spielraum für die ärztliche Therapiefreiheit.

DAS AKTUELLE URTEIL: URTEIL DES BGH VOM 05.12.2023 – VI ZR 108/21 (OLG KOBLENZ): BEWEISRECHTLICHE BEDEUTUNG DER BEHANDLUNGSDOKUMENTATION

Frau Prof. Dr. iur. Cramer von der SOH-Kanzlei in Essen stellte ein aktuelles Urteil des BGH aus dem Jahr 2023 vor. In dem Urteil geht es um die beweisrechtliche Bedeutung der Behandlungsdokumentation. Im Jahr 2009 stellte sich die schwangere Mutter im Krankenhaus vor. Die Behandlung erfolgte durch eine gynäkologische und geburtshilfliche Gemeinschaftspraxis. Die Beklagten zu 2) und 3) waren die Belegärzte, der Beklagte zu 4) war angestellter Assistenzarzt in Weiterbildung bei der Praxis. Die Beklagte zu 5) war Beleghebamme. Der Sachverhalt stellte sich wie folgt dar: Nach initialer Behandlung ab 08:00 Uhr durch eine angestellte Hebamme des Krankenhauses übernahm die Beklagte zu 5) ab 11:00 Uhr die Behandlung. Das CTG war ab 15:00 Uhr pathologisch, ab 15:30 Uhr eindeutig pathologisch und ab 15:55 Uhr hoch pathologisch. Eine Reaktion erfolgte nicht. Die Hebamme behauptete, den Beklagten zu 4) um 19:10 Uhr mit Hinweis auf ein auffälliges CTG verständigt zu haben. Um 19:36 Uhr sei ein Anruf mit der Bitte erfolgt, den Kreißaal aufzusuchen. Der Beklagte zu 4) traf um 19:45 Uhr im Kreißaal ein. Das CTG zeigte eine Bradykardie. Es erfolgte die Information des Beklagten zu 2 (Facharzt), der eine eilige Sectio anordnete. Das Kind wurde um 20:20 Uhr als schlaffes Neugeborenes tot geboren, ein OP-Bericht über den Kaiserschnitt fehlte. Die Dokumentation der Beklagten zu 5) zeigte: „Übernahme der Entbindenden um 11.00 Uhr am 10.09.2009, Veranlassung von CTGs um 15:00 Uhr, 15:30 Uhr, 15:55 Uhr; Eintrag 19:10 Uhr DIP I, H.S (Beklagter zu 4) CTG gezeigt, 19.36 Uhr Anruf des Beklagten zu 4) mit der Aufforderung in den Kreißaal zu kommen“ (Zitat aus dem Vortrag). Der Beklagte zu 4) dokumentierte wie folgt: „Information durch die Hebamme über stationäre Aufnahme

am Nachmittag, 16:20 Uhr Information über Blasensprung und Eröffnung des Muttermundes bis auf 7 cm, keine Information über CTG, 19:36 Uhr Anruf durch die Hebamme, Muttermund sei vollständig, selbständiges Aufsuchen des Kreißsaales, Feststellung der Bradykardie anhand des CTGs“ (Zitat aus dem Vortrag). Der Beklagte zu 2) dokumentierte als Nachtrag am Folgetag: „Geburtsbetreuung durch die Hebamme, keine Information an ihn oder seinen Kollegen, 18:00 Uhr Nachfrage bei der Hebamme nach dem Befund und dem CTG, Hinweis auf Eröffnung des Muttermundes bis 7 cm, ein DIP im CTG, dann Normalisierung, 19:55 Uhr Anruf durch den Assistenzarzt, Aufforderung in den Kreißsaal zu kommen, sofortiger Entschluss zur Sectio Caesarea, massiver Abfall des Herztons, 20:15 Uhr sofortiger Entschluss zur Notsectio mangels feststellbarer Herzöne, 20:20 Uhr Entbindung eines schlaffen Neugeborenen“ (Zitat aus dem Vortrag).

Erstinstanzlich war die Beklagte zu 5) verurteilt worden. Die Klägerseite legte Berufung ein. Beim OLG Koblenz wurden daraufhin die Beklagten zu 1-4) in die Haftung genommen. Anschließend legten die Beklagten zu 1-4) Berufung ein, so dass der Fall zum BGH ging.

Die Bedeutung der ärztlichen Dokumentation ergibt sich aus den gesetzlichen Regelungen des § 630f BGB. Danach ist der Behandelnde zum Zweck der Dokumentation im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung verpflichtet, eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Ferner ist der Behandelnde verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und deren Wirkungen, Eingriffe und deren Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Berichtigungs- und Änderungseintragung in der Papierakte sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen

worden sind. Dies ist auch für elektronisch geführte Patientenakten sicherzustellen (Manipulationssicherheit erforderlich). Eine negative Indizwirkung der Dokumentation ergibt sich nach § 630h Abs. 3 BGB. Hat der Behandelnde eine medizinisch gebotene wesentliche Maßnahme und ihr Ergebnis nicht in der Patientenakte aufgezeichnet oder hat er die Patientenakte nicht aufbewahrt, wird vermutet, dass er diese Maßnahme nicht getroffen hat. Demgegenüber ergibt sich eine positive Indizwirkung (zugunsten des Arztes) bei plausibler, zeitnaher und formell korrekter Dokumentation, die als Beweis gilt, dass Maßnahmen tatsächlich durchgeführt wurden. Es gilt hier die Beweisregel nach § 416 ZPO, wonach eine Privaturkunde den vollen Beweis der Erklärung des Ausstellers begründet. Es muss betont werden, dass die Indizwirkung nicht automatisch gegeben ist und Zweifel oder Widersprüche in der Dokumentation diese entkräften können.

Die Leitsätze aus dem BGH-Urteil – das Verfahren wurde an das OLG zurückverwiesen, weil die Dokumentation die Beklagten zu 1) bis 4) entlastete (tatsächliche Vermutung, dass die Dokumentation richtig war) – können dahingehend zusammengefasst werden, dass „einer ordnungsgemäßen, zeitnah erstellten Dokumentation in Papierform oder elektronisch, die keinen Anhalt für Veränderungen, Verfälschungen oder Widersprüchlichkeiten bietet, zugunsten der Behandlungsseite Indizwirkung zukommt. In die Beweiswürdigung sind alle vom Beweisgegner vorgebrachten Gesichtspunkte einzubeziehen. Der Beweisgegner muss nicht die inhaltliche Richtigkeit der Dokumentation widerlegen. Ihm obliegt nicht der Beweis des Gegenteils. Vielmehr genügt es, wenn er Umstände dargetut, die bleibende Zweifel daran begründen, dass das Dokumentierte der Wahrheit entspricht. So verhält es sich insbesondere, wenn der Beweisgegner Umstände aufzeigt, die den Indizwert der Dokumentation in Frage stellt. An dem erforderlichen Indizwert der Dokumentation fehlt es dann, wenn der Dokumentierende Umstände in der Patientenakte

festgehalten hat, die sich zu Lasten des im konkreten Fall in Anspruch genommenen Mitbehandlers (Beweisgegners) auswirken, und nicht ausgeschlossen werden kann, dass dies aus eigenem Interesse an einer Vermeidung oder Verringerung der eigenen Haftung erfolgt ist“ (Zitat aus dem Vortrag).

ORGANISATION VON NOTAUFNAHMEN

Aus medizinischer Sicht wurde das Thema von Herrn Dr. Bayeff-Fillof aus Rosenheim dargestellt. Zunächst erläuterte der Referent, wie das BMG der Bevölkerung das Prinzip der Notaufnahme erklärt und wann sie aufgesucht werden sollte. In der Realität werden Notaufnahmen in der Mehrzahl der Fälle während normaler Praxisöffnungszeiten und auf eigene Initiative, also ohne Rettungswagen, aufgesucht. Wenn alle Patienten statt einer Notaufnahme die Praxisärzte konsultieren würden, würde eine erhebliche Entlastung der Notaufnahmen resultieren, die sich dann auf Ihre Hauptaufgaben konzentrieren könnten. Der Referent räumte mit der Einschätzung auf, dass die Notaufnahme zu einer Mehrzahl an stationären Fällen führt. Die Zahlen des Klinikum Rosenheim zeigen, dass von Selbsteinweisen, Rettungsdiensten und Vertragsärzten nach Zuweisung 85 %, 41 % bzw. 47 % der Patienten ambulant geblieben sind. In diesem Zusammenhang hat sich zudem in den letzten Jahren der Trend verstärkt, dass der ärztliche Bereitschaftsdienst immer weniger, die Notaufnahmen jedoch immer häufiger in Anspruch genommen werden.

Sodann wurden die geforderten Strukturen, deren Sinn und Unsinn sowie die Machbarkeit dargestellt. Zunächst ist zwischen Basis-, erweiterter und umfassender Notfallversorgung zu unterscheiden. Eine 24/7 Vorhaltung der Versorgungsbereitschaft der Akutkliniken mit Notfallstufe ist zu gewährleisten. Dabei ist die Organisation so zu gestalten, dass der Patient mit einem Herzinfarkt an der Notaufnahme vorbei direkt in das Herzkatheterlabor gefahren wird.

Die Ersteinschätzung in der Notaufnahme hat binnen zehn Minuten nach Eintreffen z. B. mit dem Manchester Triage System zu erfolgen. In diesem Kontext thematisierte der Referent die zunehmende Gewaltbereitschaft von Patienten und Angehörigen, so dass die Organisation einer Notaufnahme den Schutz der Mitarbeitenden zu berücksichtigen hat. Nach den GBA-Kriterien muss die Notaufnahme die Anlaufstelle für alle Notfallpatienten sein und organisatorisch z. B. feste Übergabepunkte für den Rettungsdienst und eine suffiziente technische Ausstattung bereithalten. Auch kommen alle Ärzte zum Patienten und eine Verbringung ist nicht vorgesehen. Die gemeinsame elektronische Dokumentation ist unerlässlich. Die Strukturen müssen an die zeitkritische Versorgung von Hochrisikopatienten angepasst werden (Anzahl Schockräume, Hubschrauberlandeplatz mit direktem Zugang zum Schockraum, CT-Diagnostik in der Notaufnahme für Schlaganfallpatienten – Stichwort: Time is Brain). Personell-strukturell ist darauf zu achten, dass alle Ärzte den Risikopatienten erwarten und der Facharztstatus vorliegt, zumindest jedoch die abgeschlossene Intensivzeit. In diesem Kontext wurde auf die Bedeutung der ärztliche Zusatzbezeichnung Klinische Notfall- und Akutmedizin und die pflegerische Ausbildung in der Notfallpflege hingewiesen.

Herr Dr. Bayeff-Filoff bedauerte, dass im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz die Leistungsgruppe 65, Notfallmedizin, gestrichen wurde, da dadurch die Qualität der notfallmäßigen Patientenversorgung aufgrund unzureichender Standards gefährdet wird. Sodann wurde die Problematik der Abmeldung und die verfügbaren Bettenkapazitäten erörtert. Der Referent unterstrich, dass sich der Patient an das Gesundheitssystem mit seinem Bedürfnis wendet. „Erreichbarkeit, Verfügbarkeit und wahrgenommene Qualität der medizinischen Versorgung sind relevant für die Inanspruchnahme. Hier muss man ihm mit sektorenverbindender verbesserter Patientensteuerung das effizienteste Angebot zuteilen. Es kommt dabei darauf an, dass der Patient aufgrund seines

naturgemäß subjektiv geprägten Bedürfnisses möglichst wenig für die Steuerung ausschlaggebend ist.“ (Zitat aus dem Vortrag)

Das Ziel für die Organisation der Notaufnahmen muss eine konsequente Entlastung des Rettungsdienstes und der Notaufnahmen von „niedrigschwellig Hilfesuchenden“ unter Einhaltung der Patientensicherheit sein. Dies kann z. B. durch die Einbindung von Bereitschaftspraxen während der Stoßzeiten der Patientenaufnahme erreicht werden, aber auch durch die Nutzung neuer digitaler Möglichkeiten und unter Einbindung der Patienten in ihre eigene gesundheitliche Einschätzung. Zusammenfassend plädierte der Referent zur Organisation von Notaufnahmen im Interesse der Patientensicherheit für den Status einer Fachabteilung, für eine Konzeption der innerklinischen und präklinischen Schnittstellen und für eine zukünftige sektorenverbindende Struktur.

Die rechtlichen Aspekte wurden von Dr. iur. Vogeler aus Hannover geschildert. Einleitend meinte der Referent, dass er keine rechtlichen Lösungen bereithalten, sehr wohl aber die möglichen juristischen Fallstricke bei der Behandlung in Notaufnahmen darlegen könne. Zunächst führte Dr. Vogeler aus, dass den Träger des Krankenhauses eine primäre Organisationspflicht dahingehend trifft, eine an den Aufgaben orientierte, zweckmäßige Organisation der Klinik zu schaffen. In diesem Zusammenhang war der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System der Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c IV SGB V wegweisend. Der Erfüllungsgrad erfolgt bekanntermaßen stichprobenartig durch den regionalen Medizinischen Dienst. Bei der rechtlichen Bewertung der Organisation von Notaufnahmen sind sowohl das öffentliche Recht (Sozialrecht – Zulassung, Vergütung) als auch das Zivilrecht (Haftungsrecht) bedeutend. Sodann wurden Haftungsfragen und Schnittstellenthemen dargestellt. Es ist festzustellen, dass auch bei Personalmangel und angespannten Behandlungssituationen der fachärztliche Standard geschuldet

wird. Mit anderen Worten: Personalmangel senkt nicht den haftungserheblichen Standard. Unter rechtlichen Aspekten muss somit vom Krankenhaus geregelt sein, wie bei Engpässen verfahren wird.

Anschließend äußerte der Referent einige Gedanken zum Facharztstandard binnen 30 Minuten. „Gehört die 30minütige Verfügbarkeit eines Facharztes zum allgemein anerkannten fachlichen Standard (§ 630a II BGB) bzw. zur fahrlässigkeitsvermeidenden (erforderlichen) Sorgfalt (§ 276 II BGB)? Wenn ja: Verfügbarkeit ist sicherzustellen durch Arbeitsvertrag oder Betriebsvereinbarung oder Dienstanweisung? Ist dies Rufbereitschaft oder Bereitschaftsdienst?“ (Zitat aus dem Vortrag) Der dritte thematisierte Aspekt betraf den haftungsrechtlichen Umgang bei verschiedenen Fachabteilungen. Hier gilt der Vertrauensgrundsatz, wobei kursorische Plausibilitätsprüfungen sinnvoll sind. Letztlich gilt auch hier der Facharztstandard. Darüber hinaus ergeben sich zahlreiche rechtliche und mehrheitlich ungelöste Probleme bei der Abmeldung von Notaufnahmen bzw. der Umleitung von Patienten, die z. B. die Behandlungspflicht bei abgemeldeter Notaufnahme, die Weiterleitung/Umleitung von auch fußläufigen Patienten und die Haftung bei Abmeldung aufgrund von Organisationsverschulden betreffen.

Ausführlich widmete sich Dr. Vogeler der Thematik der Aufklärung in den Notaufnahmen, die sich immer am Facharztstandard bzw. bei fachfremder Aufklärung an der Weiterbildungsordnung des jeweiligen Fachgebietes zu orientieren hat. Dabei kommt der mündlichen Aufklärung eine hohe Bedeutung zu. Von der Aufklärung darf nur in absoluten Ausnahmen wie z. B. einer unaufschiebbaren Behandlung abgewichen werden. Bei einwilligungsunfähigen Patienten ist der mutmaßliche Wille anzunehmen, wenn es sich um eine unaufschiebbare Maßnahme handelt. Andernfalls sollte immer versucht werden, einen für die Einwilligung Berechtigten zu kontaktieren.

Obwohl mehr als Anekdote gedacht – Wo ist meine Daunenjacke? – ging der Referent

abschließend auf die Obhutspflicht der Mitarbeitenden der Notaufnahme für die persönlichen Gegenstände der Patienten ein. Hierzu hat das OLG Hamm mit Urteil vom 21.7.2023 – 26 U 4/23 entschieden, dass „eine besondere Obhutspflicht der Klinik für die persönliche Habe der Patienten“ besteht. „Die Klinik hat bei einer Notaufnahme die erforderlichen und zumutbaren Maßnahmen zu treffen, um die persönlichen Gegenstände der Patienten zu sichern.“ (Zitat aus dem Vortrag) Auch wenn der Verlust einer Daunenjacke möglicherweise zu verschmerzen ist, kommt dieser Pflicht z. B. für Brillen, Hörgeräte oder Gebisse eine wesentliche

Bedeutung zu, die nicht unterschätzt werden darf.

Wie eingangs erwähnt, zeichneten sich alle Referierenden durch die hohe Kompetenz und das besondere Engagement aus. Entsprechend lebhaft und durchaus kontrovers war die Diskussion der aufgeworfenen Fragestellungen. Aufgrund der hohen Bedeutung von rechtlichen Belangen im deutschen Gesundheitssystem ist die Veranstaltung „Medizin & Recht im Dialog“ allen Ärztinnen und Ärzten, sei es mit Facharztstatus oder noch in der Weiterbildung, aber auch jenen Juristen mit einem besonderen Interesse an medico-legalen

Fragen, sehr ans Herz gelegt. Anmeldungen für die Frühjahrstagung 2026, die traditionell immer in Würzburg stattfindet, sind über die Geschäftsstelle der AWMF unter <https://www.awmf.org/die-awmf#c752> möglich. 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



DCK 2026

Gemeinsam lernen und heilen

143. Deutscher Chirurgie Kongress

14. – 16. April 2026, DCK.digital

22. – 24. April 2026, CCL Leipzig

**PASSION, PRÄZISION
UND PERSONALISIERUNG**

www.dck2026.de

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

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

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

KONTAKT

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

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel ARMANI ₁ *				
Registrierungsnummer: NCT04678583, DRKS00023792				
Prof. Dr. med. Jürgen Weitz, MSc.	Patienten mit Lebermetastasen Exper. Gruppe anato- mische 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: BariSurg ₂ *				
Registriernummer: DRKS00004766				
Prof. Dr. Dr. med. Franck Billmann	Patienten mit einem BMI von 35–40 kg/m ² und mit mindestens einer assoziierten Begleiterkrankung sowie Patienten mit einem BMI von 40–60 kg/m ²	FPI: 27.11.2013	–	Prof. Dr. Dr. med. Franck Billmann Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Heidelberg T: 06221 563 44 11 E: Franck.Billmann@med.uni-heidelberg.de
	Experimentelle Gruppe: Magenschlauch-OP	187 von 248 Patienten	Kein Fallgeld	
	Kontrollgruppe: Magenbypass-OP			

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: City₃* Registrierungsnummer: DRKS0033520				
Prof. Dr. med. D. K. Bartsch	Patienten (n = 2426), bei denen eine totale Thyreoidektomie oder Hemithyreoidektomie wegen einer gutartigen Struma durchgeführt wurde Exper. Gruppe: kontinuierliches intraoperatives Neuromonitoring Kontrollgruppe: intermittierendes intraoperatives Neuromonitoring	28.02.2024 1335 von 2426 Patienten	Keine Finanzierung Fallgeld: 0 €/Patient	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
Studientitel: COMPASS₄ Registrierungsnummer: DRKS00031827				
Prof. Dr. med. Christoph Kahlert Trial Coordinator: Dr. med. Mathieu Pecqueux	Patienten mit einem linksseitigen Dickdarmtumor und Symptomen einer Obstruktion Experimentelle Gruppe: Anlage eines dekomprimierenden Stomas, gefolgt von einer zweizeitigen onkologischen Elektivresektion nach der Rekonvaleszenz Kontrollgruppe: Notfallresektion des linksseitigen obstruktiven Kolontumors	16.04.2024 53 von 468 Patienten	BMBF 1000 €/Patient	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
Studientitel: DISPACT-2₅* Registrierungsnummer: DRKS00014011				
Prof. Dr. med. Rosa Klotz	Patienten mit benignen und malignen Veränderungen des Pankreaskörpers und des -schwanzes mit Indikation zur elektiven distalen Pankreatektomie Exper. Gruppe Minimalinvasive distale Pankreatektomie Kontrollgruppe Offene distale Pankreatektomie	13.08.2020 281 von 294 Patienten	DFG 1.250 € / Patient	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
Studientitel: ESORE₅₆ Registriernummer: DRKS00030567				
Prof. Dr. med. Jens Höppner	Patienten mit Ösophaguskarzinom 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.	30.01.2024 25 von 670 Patienten	BMBF 1520 €/Patient	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

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: HULC₇* 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: MICkey₉* 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.N₁₀* 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: RAMPS₁₁* 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: RECOPS₁₂* 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: SELREC₁₃* 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 Schwammeeinlage, 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 Übernähtung 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 rechteitig 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 oligometastatischen 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

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

