

PASSION

CHIRURGIE

PANORAMA

JOURNALISTENPREIS 2025 –
„KLINIKEN AM LIMIT –
WER ÜBERLEBT DIE
KRANKENHAUSREFORM?“

im Fokus

CHIRURGISCHER
NACHWUCHS

03 | I | 2026

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGIE

DGCH

DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
CHIRURGIE E.V.
gegr. 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/LPETTET

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

2 EDITORIAL

2 Chirurgischer Nachwuchs

Andreas Kirschniak, Benedikt Braun,
Annika Hättich, Marie Samland

6 KURZNACHRICHTEN

8 CHIRURGIE

8

RESILIENZ STÄRKEN – WAS DIE BDC-WEITERBILDUNGSSUMFRAGE 2025 ZEIGT

Tillman L. Krones, Carolina Vogel, Benedikt Braun

14

FAMILIE GRÜNDEN IN DER WEITERBILDUNGSZEIT

Lisa Rosch

19

NEW WORK TRIFFT 24/7: IDEEN FÜR MODERNE ARBEITSZEITMODELLE

Marie Samland

27

YOUNG SURGEONS CLUB @ BDC – WIESO, WESHALB, WARUM?

Wiebke Heitzmann, Johanna Betzler,
Carolina Vogel, Benedikt Braun

31

DAS PERSPEKTIVFORUM JUNGE CHIRURGIE

Sebastian Schaaf, Frederik Schlottmann



45



78

34 CHIRURGIE⁺

- 34 **Akademie Aktuell:** Frühjahrs-Fortbildungen für den chirurgischen Nachwuchs
- 36 **Hygiene-Tipp:** Müssen stillgelegte AEMP-Geräte wegen Stagnationswasser gespült werden?
Dieter Wieting, Martin Groth, Nils Hübner, Lutz Jatzwauk, Wolfgang Kohnen
- 37 **Abrechnung:** Ambulantes Operieren im Krankenhaus ist möglich!
Ralf Schmitz
- 39 Personalia

40 RECHT

- 40 **F+A:** Intraoperative Blutentnahme zur HIV-Testung von OP-Personal
Jörg Heberer

41 GESUNDHEITSPOLITIK

- 41 **Berufspolitik aktuell:** Störungen im Betriebsablauf
Jörg-A. Rüggeberg
- 42 **BDC-Weiterbildungskampagne:** Mit neuen Wegen zum Erfolg!
Friederike Burgdorf, Claudia Kunze, Olivia Päßler
- 45 **Vorwort** *Carsten J. Krones, Daniel Vallböhmer*
BDC-Praxistest: Moderne Lehre als Schlüssel zur Motivation – Nachwuchsmangel beginnt im Hörsaal
Lukas Keiber, Stephan Vogt
- 49 **BDC|Pressemitteilung:** Krankenhausreform und Hybrid-DRG: Umsetzungsdruck bei Kliniken kann Häuser in die Insolvenz zwingen

51 INTERN

51 DGCH

- 51 Kommentar des Generalsekretärs
Thomas Schmitz-Rixen
- 54 Einladung zur DGCH-Mitgliederversammlung 2026
Thomas Schmitz-Rixen
- 55 Traditionelle Heilkunde und Wundversorgung auf Bali
Michael Sachs
- 60 Nachruf auf Prof. Dr. med. Klaus Schönleben
- 62 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland
Solveig Tenckhoff
- 67 Spendenaufruf Langenbeck-Virchow-Haus
- 68 DGCH-Präsidium ab Januar 2026

69 BDC

- 69 BDC|News
- 70 Einladung zur BDC-Mitgliederversammlung 2026
Hans-Joachim Meyer
- 71 BDC-Sitzungen, Seminare und Workshops anlässlich des DCK 2026
- 72 26 Jahre Engagement, Herz und Verstand: Danke, Hanne Quandt!
- 75 Termine BDC|Akademie

78 PANORAMA

- 78 Journalistenpreis 2025 – „Kliniken am Limit – wer überlebt die Krankenhausreform?“ *Olivia Päßler*
- 81 Bilderrätsel



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**



Jetzt einen Blick ins Programm
werfen und anmelden!

www.dck2026.de

Kommentar des Generalsekretärs



AUS DER
DGCH

Thomas Schmitz-Rixen

DIGITALISIERUNG ALS SCHLÜSSEL SEKTORENÜBERGREIFENDER CHIRURGISCHER VERSORGUNG

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

Internationale Erfahrungen zeigen übereinstimmend, dass sektorenübergreifende Versorgung ohne digitale Unterstützung kaum wirksam umsetzbar ist. Digitalisierung fungiert dabei nicht als Zusatzinstrument, sondern als zentrale infrastrukturelle Voraussetzung für Koordination, Transparenz und Ergebnisqualität – insbesondere in der Chirurgie mit ihren komplexen, zeitkritischen Versorgungspfaden. Ziel sektorenübergreifender Versorgung ist es, die Fragmentierung im Gesundheitssystem zu überwinden und eine patientenzentrierte, durchgängig koordinierte Behandlung zu ermöglichen. Eine zentrale Herausforderung besteht darin, den Informationsfluss über die Sektorengrenzen hinweg sicherzustellen, um Kontinuität und Qualität der Versorgung zu gewährleisten

Digitale Patientenakten, interoperable IT-Systeme, strukturierte Datensätze und zunehmend KI-gestützte Anwendungen ermöglichen einen kontinuierlichen Informationsfluss über Sektorengrenzen hinweg. Dadurch werden nicht nur Versorgungsbrüche reduziert, sondern auch Entscheidungsprozesse verbessert, Risiken frühzeitig erkannt und postoperative Verläufe gezielter gesteuert.

BEDEUTUNG FÜR DIE CHIRURGISCHE VERSORGUNG

Gerade in der chirurgischen Versorgung zeigt sich der Mehrwert intersektoraler Zusammenarbeit: Der Behandlungsverlauf beginnt oft im ambulanten Bereich mit Diagnostik und Indikationsstellung, gefolgt vom stationären operativen Eingriff und setzt sich in der ambulanten Nachsorge oder Rehabilitation fort. Ein typischer Versorgungspfad umfasst präoperative Aufklärung und Risikoeinschätzung in der Praxis, operative Durchführung im Krankenhaus und postoperative Betreuung inklusive Wundmanagement und Physiotherapie im niedergelassenen oder rehabilitativen Bereich sinnvoll ergänzt. Brüche in der Kommunikation, unklare Zuständigkeiten oder fehlende Anschlussstrukturen können postoperative Komplikationen, unnötige Doppeluntersuchungen oder gar Rehospitalisierungen nach sich ziehen. Studien zeigen, dass mangelnde Abstimmung zu einer erhöhten Komplikationsrate und verlängerten Krankenhausverweildauern führen kann.

VORTEILE EINER SEKTORENÜBERGREIFENDEN VERSORGUNG IN DER CHIRURGIE

Demgegenüber bietet eine sektorenübergreifend organisierte Versorgung zahlreiche Vorteile: Die Patientensicherheit wird durch kontinuierliche Informationsweitergabe erhöht, z. B. durch

die transparente Dokumentation von Vorerkrankungen, Medikation und Allergien. Die Behandlungsabläufe lassen sich effizienter gestalten, da OP-Termine koordiniert, Nachsorgebedarfe frühzeitig identifiziert und unnötige Wiederaufnahmen vermieden werden können. Zudem profitieren Patientinnen und Patienten durch kürzere Krankenhausaufenthalte und eine individuellere Betreuung, was sich positiv auf ihre Lebensqualität und Zufriedenheit auswirkt. Die Reduktion von Rehospitalisierungen und von unnötigen Leistungen durch klar abgestimmte Prozesse reduzieren Kosten. Durch die aufkommenden Möglichkeiten von KI wird der Versorgungspfad Ambulant – Stationär – Rehabilitativ durch Digital – Ambulant – Stationär – Rehabilitativ – Digital sinnvoll ergänzt.

MODELLE UND BEISPIELE DER SEKTORENÜBERGREIFENDEN VERSORGUNG

Praktische Umsetzungsbeispiele sektorenübergreifender Versorgung sind etwa integrierte Versorgungsverträge nach § 140 SGB V, Fast-Track- oder ERAS-Konzepte (Enhanced Recovery After Surgery), ambulant-stationäre Kooperationsmodelle oder die Nutzung digitaler Werkzeuge wie die elektronische Patientenakte (ePA). Auch interdisziplinär strukturierte Medizinische Versorgungszentren (MVZ) tragen zur sektorenübergreifenden Kontinuität bei, indem sie chirurgische und andere Fachdisziplinen unter einem organisatorischen Dach

vereinen. Eines der wenigen Beispiele ist die umfassende Kooperation eines Kieler MVZ mit der dortigen Universitätsklinik im Gebiet der Unfallchirurgie.

PERSPEKTIVEN UND GESUNDHEITSPOLITISCHE ENTWICKLUNGEN

Nicht zuletzt fehlt es an Anreizen: Die zeitintensive Organisation sektorenübergreifender Abläufe wird derzeit kaum honoriert. Dennoch zeigen aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen, dass ein Umdenken stattfindet. Die Krankenhausreform (KHVVG), das Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) und Initiativen zur sektorenübergreifenden Vergütung, etwa durch hybride DRGs, zielen auf eine bessere Verzahnung ambulanter und stationärer Leistungen. Der Ausbau interdisziplinärer Behandlungszentren, die verbindliche Nutzung der ePA und eine stärkere Rolle professioneller Versorgungskordinatoren markieren wichtige Perspektiven für eine zukunftsfähige chirurgische Versorgung. Reformansätze bleiben oft auf halbem Weg stehen, wie z. B. die Hybrid-DRG, bei der man schlicht vergessen hat, die Implantat- und Materialkosten zu integrieren. Auch die ePA bleibt trotz jahrzehntelanger Entwicklungszeit hinter den heutigen technischen Möglichkeiten noch zurück.

EUROPÄISCHE MODELLE: DIGITALISIERUNG ALS ERGEBNISVERSTÄRKER

Ein Blick in das europäische Ausland zeigt, dass viele Länder bereits fortgeschrittenere Konzepte sektorenübergreifender Versorgung umgesetzt haben – insbesondere auch mit Blick auf chirurgische Leistungen. Dabei gibt es interessante Modelle, die auch für Deutschland relevant sein können.

In den Niederlanden bildet die flächendeckende Nutzung elektronischer Patientenakten die Grundlage integrierter Versorgung. Der sektorübergreifende Zugriff auf präoperative Befunde, Medikationsdaten und Entlassinformationen ermöglicht standardisierte chirurgische Behandlungspfade.

Die erzielten Effekte – verkürzte Liegezeiten, geringere Rehospitalisierungen und höhere Patientenzufriedenheit – sind eng mit dieser digitalen Transparenz verknüpft.

Dänemark demonstriert besonders eindrücklich den Nutzen digitaler Integration. Das landesweit etablierte elektronische Patientenjournal erlaubt allen Leistungserbringern einen Echtzeitzugriff auf relevante Gesundheitsdaten. In der Chirurgie unterstützt dies evidenzbasierte OP-Planung, standardisierte Nachsorge und die frühzeitige Einbindung ambulanter und pflegerischer Dienste. Die Resultate sind niedrigere Komplikationsraten, effizientere Übergänge und verbesserte funktionelle Ergebnisse.

In Schweden ergänzt Digitalisierung das Case Management. Elektronisch unterstützte Entlass- und Nachsorgeplanung verbessert die Kommunikation zwischen Kliniken, Hausärzten und kommunalen Diensten. Dies führt zu reduzierten Wiederaufnahmeraten und einer höheren wahrgenommenen Versorgungskontinuität, insbesondere bei komplexen chirurgischen Eingriffen.

Das Vereinigte Königreich nutzt digitale Werkzeuge im Rahmen der Integrated Care Systems gezielt zur Risikostratifizierung chirurgischer Patientinnen und Patienten. Systeme wie der Summary Care Record ermöglichen sektorenübergreifende Informationsverfügbarkeit, während telemedizinische Anwendungen „Hospital at Home“-Modelle unterstützen. Dadurch werden Komplikationen früher erkannt, Verweildauern verkürzt und Nachsorgeprozesse flexibilisiert.

Frankreich befindet sich beim digitalen Reifegrad noch im Aufbau, zeigt jedoch erste positive Effekte durch die nationale elektronische Patientenakte. Insbesondere bei onkologisch-chirurgischen Behandlungen verbessert der digitale Informationsaustausch die Koordination zwischen Klinik, ambulanter Versorgung und Pflege und reduziert vermeidbare Versorgungsabbrüche.

INTERNATIONALE BEISPIELE: DIGITALISIERUNG ALS STEUERUNGSTRUMENT

Auch international ist Digitalisierung ein zentraler Treiber erfolgreicher sektorenübergreifender Versorgung.

In Kanada unterstützen digitale Plattformen die Koordination regionaler Versorgungsnetzwerke. Elektronisch gestützte Behandlungspfade ermöglichen eine frühzeitige Einbindung von Rehabilitation und ambulanter Nachsorge, was zu verkürzten Rehabilitationszeiten und besseren funktionellen Ergebnissen führt.

In den USA sind digitale Patientenakten und Datenanalysen Voraussetzung für Modelle wie Accountable Care Organizations und Bundled Payments. Sie ermöglichen Transparenz über gesamte chirurgische Behandlungsepisoden hinweg und tragen zu einer Reduktion vermeidbarer Wiederaufnahmen, besserer Qualitätssteuerung und Kosteneffizienz bei.

Australien nutzt mit nationalen digitalen Gesundheitsregistern und HealthPathways strukturierte, digital unterstützte Versorgungsprozesse. Diese verbessern die Abstimmung zwischen Primär- und Krankenhausversorgung und führen zu klareren postoperativen Versorgungsplänen sowie weniger ungeplanten Wiedervorstellungen.

Japan setzt Digitalisierung gezielt zur Bewältigung demografischer Herausforderungen ein. Telemedizinische Anwendungen, digitale Dokumentation und KI-gestützte Analyseinstrumente unterstützen Community-based Integrated Care Systems. In der geriatrischen Chirurgie resultiert dies in verbesserter Rehabilitation, weniger poststationären Komplikationen und höherer Lebensqualität.

Singapur gilt als international führend bei digital integrierter Versorgung. Das nationale elektronische Gesundheitsregister ermöglicht vollständige Transparenz über alle Versorgungsstufen hinweg. Standardisierte digitale OP-Pfade und

outcome-orientierte Datennutzung tragen zu kurzen Liegezeiten, hoher Ergebnisqualität und effizienter Ressourcennutzung bei.

Fazit: Digitalisierung als Gamechanger der sektorenübergreifenden Chirurgie

Die Analyse nationaler, europäischer und internationaler Versorgungsmodelle zeigt, dass sektorenübergreifende chirurgische Versorgung dort erfolgreich ist, wo Digitalisierung nicht als ergänzendes Instrument, sondern als strukturelle Grundlage verstanden wird. Digitale Vernetzung ist der entscheidende Faktor, der Koordination, Transparenz und Ergebnisqualität überhaupt erst ermöglicht – und damit der eigentliche Gamechanger sektorenübergreifender Versorgung.

Elektronische Patientenakten, interoperable IT-Systeme und digital unterstützte Behandlungspfade schaffen die Voraussetzung für einen kontinuierlichen Informationsfluss über alle Versorgungsphasen

hinweg. In der Chirurgie erlaubt dies eine präzisere präoperative Vorbereitung, eine sichere perioperative Steuerung und eine strukturierte postoperative Nachsorge. Die international beobachteten Effekte – verkürzte Verweildauern, reduzierte Rehospitalisierungen, geringere Komplikationsraten und höhere Patientenzufriedenheit – sind ohne digitale Integration nicht erklärbar.

Digitale Systeme ermöglichen darüber hinaus erstmals eine konsequente Ergebnisorientierung über Sektorengrenzen hinweg. Qualität wird nicht mehr isoliert innerhalb einzelner Versorgungsabschnitte gemessen, sondern entlang kompletter chirurgischer Behandlungsepisoden. Damit wird Digitalisierung zum Schlüssel für neue Vergütungsmodelle, für evidenzbasierte Steuerung und für eine nachhaltige Nutzung knapper Ressourcen.

Für Deutschland bedeutet dies: Die sektorenübergreifende Versorgung in der Chirurgie wird nicht primär an fehlenden

Konzepten scheitern, sondern an unzureichender digitaler Umsetzung. Solange die elektronische Patientenakte nicht interoperabel, nutzungsorientiert und sektorenübergreifend verbindlich eingesetzt wird, bleiben Integrationsbemühungen fragmentarisch. Erst eine konsequente digitale Infrastruktur macht Kooperation, gemeinsame Verantwortung und patientenzentrierte Versorgung realisierbar.

Digitalisierung ist damit kein optionales Reformelement, sondern die zentrale Voraussetzung für eine zukunftsfähige chirurgische Versorgung. Sie entscheidet darüber, ob sektorenübergreifende Versorgung ein politisches Schlagwort bleibt – oder zum wirksamen Gamechanger der chirurgischen Praxis wird.

Ausführliche Literatur erhalten Sie beim Verfasser.

Ihr
Thomas Schmitz-Rixen

Tab. 1: Beispiele sektorenübergreifender Versorgung in Europa

Land	Organisationsgrad	Digitale Integration	Chirurgische Relevanz	Besonderheiten
Niederlande	Hoch	Hoch	Sehr hoch	Primärärztliche Versorgung, Regionale Netzwerke (Zorggroepen ⁴ (Versorgungsgruppen), strukturierte Pfade (care paths)
Dänemark	Hoch	Sehr hoch	Hoch	Zentralisierte Kliniken, 5 Versorgungszonen, E-Journal
Schweden	Mittel	Mittel	Mittel	Regionale Versorgung (Landstinget), Kommunale Nachsorge, Case Management
UK (England)	Hoch	Hoch	Hoch	ICS-Struktur, „Hospital at Home“, digitaler Summary Care Record,
Frankreich	Gering steigend	Mittel	Gering steigend	Regionale Projekte Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), nationalen elektronischen Patientenakte (Dossier Médical Partagé, DMP) noch im Aufbau

Tab. 2: Beispiele sektorenübergreifender Versorgung weltweit

Land	Organisatorische Integration	Digitale Unterstützung	Chirurgische Relevanz	Besonderheiten
Kanada	Regional organisiert	Mittel bis hoch	Hoch	Primärärztliche Versorgung, Integrated Health Networks - Frühzeitige Reha-Einbindung
USA	Modellbasiert (Kaiser Permanente)	Hoch (je nach Anbieter)	Hoch	Accountable Care Organizations (ACOs), Finanzielle Anreize durch Bundled Payments for Care Improvement (BPCI)
Australien	Nationales E-Health, lokale Koordination	Hoch	Mittel bis hoch	„HealthPathways“ & hausärztliche Steuerung, nationale digitale Gesundheitsregister My Health Record
Japan	Aufbauend, geriatrischer Fokus	Steigend	Mittel	Community-basierte Pflegemodelle, Community-based Integrated Care Systems (CICS), Robotic in der Pflege
Singapur	Vollständig integriert	Sehr hoch	Sehr hoch	Zentral gesteuert, Outcome-fokussiert, National Electronic Health Record (NEHR), Stadtstaat!

Einladung zur DGCH-Mitgliederversammlung 2026

Im Auftrag des Präsidenten lade ich hiermit alle Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, sowie der Assoziierten und Partner Gesellschaften zur **Mitgliederversammlung** anlässlich des 143. Kongresses der DGCH 2026 (DCK 2026) in Leipzig sehr herzlich ein.

Die **Mitgliederversammlung inkl. Wahlen** findet am **Donnerstag, den 23.04.2026, 13.00 – 14.30 Uhr** in Saal MZF 2 im Congress Center Leipzig (CCL), Seehausener Allee 1, 04356 Leipzig, statt.

Tagesordnung

1. Eröffnung durch den Präsidenten
2. Wahlen (siehe Bekanntmachung)
3. Beschluss Beitragsordnung
4. Bericht des Präsidenten
5. Bericht des Generalsekretärs
6. Bericht des Schatzmeisters
7. Verschiedenes

zu TOP 2: Wahlen

In Vollzug der gültigen Satzung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie sind folgende Positionen des Präsidiums ab 01. Juli 2026 neu zu besetzen:

1. Zweiter Vizepräsident 2026/2027, dann Präsident 2028/2029
2. Vertreter des KLK
3. Vertreter der Oberärzte
4. Vertreter niedergelassener Chirurg/In
5. Vertreter der Sektion Chirurgische Forschung
6. Vertreter/In Österreich
7. Vertreter/In Schweiz

Nach § 15.1 der Satzung erhält die Mitgliederversammlung für die von ihr zu **bestätigenden Kandidaten** (hier 1.) zum Präsidium bzw. Vorstand jeweils einen Namensvorschlag vom Präsidium. (Darüber hinaus unterbreitet das Präsidium Wahlvorschläge für die weiteren Mitglieder des Präsidiums (§ 13.2))

zu 1.:

Als Zweiter Vizepräsident wird der Mitgliederversammlung **Herr Prof. Dr. med. Jürgen Hoffmann aus Heidelberg** vorgeschlagen.

zu 2.:

Als Vertreter des KLK wird der Mitgliederversammlung **Herr Prof. Dr. med. Kaja Ludwig aus Rostock** vorgeschlagen.

zu 3.:

Als Vertreter der Oberärzte wird der Mitgliederversammlung **Frau Dr. med. Susanne Bayerköhler aus Garmisch-Partenkirchen** vorgeschlagen.

zu 4.:

Als Vertreter der niedergelassenen Chirurgen wird der Mitgliederversammlung **Frau Dr. med. Kerstin Schick aus München** vorgeschlagen.

zu 5.:

Als Vertreter der Sektion Chirurgische Forschung wird der Mitgliederversammlung **Herr Prof. Dr. med. Matthias Laschke aus Homburg/Saar** vorgeschlagen.

zu 6.:

Als chirurgischen Vertreter aus Österreich wird der Mitgliederversammlung **Herr Prof. Dr. med. Klaus Emmanuel aus Salzburg** vorgeschlagen.

zu 7.:

Als chirurgischen Vertreter aus der Schweiz wird der Mitgliederversammlung **Herr Dr. René Vonlanthen** vorgeschlagen.

zu TOP 3: Beschluss Beitragsordnung

Der geschäftsführende Vorstand schlägt folgende Ergänzung in Nr. 3 der Beitragsordnung vom Januar 2026 zur Beschlussfassung durch die Mitgliederversammlung gemäß §§ 9.3, 13.7 Unterpunkt 12 der Satzung vor:

Der Jahresbeitrag wird für assoziierte Mitglieder nach § 6.1 der Satzung mit 14,00 € (enbloc Abrechnung über die assoziierte Fachgesellschaft für Nicht-DGCH Mitglieder) und für Partner Mitglieder nach § 6.5 der Satzung mit 3,50 € (enbloc Abrechnung über die Partner-Gesellschaft für Nicht-DGCH Mitglieder) festgelegt.

Berlin, 11.02.2026

Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen

Bitte AN ALLE CHEF- UND OBERÄRZTE:

Bitte stellen Sie Ihre Assistenzärzte, die nicht Mitglied unserer Gesellschaft sind, aber am Kongress teilnehmen, zur kostengünstigen Teilnahme mit einer Arbeitsbescheinigung aus oder motivieren Sie sie zur Mitgliedschaft.



Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen
Generalsekretär
Deutsche Gesellschaft für
Chirurgie e.V. (DGCH)
DGCH-Präsident 2019–20
info@dgch.de

Traditionelle Heilkunde und Wundversorgung auf Bali

Michael Sachs



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

Studiert man die traditionelle Heilkunde südostasiatischer Kulturen muss man bereit sein, die anerzogenen „Denkstile“ [Ludwig Fleck 1935] bzw. „Paradigmen“ [Thomas S. Kuhn 1962] zu mindestens vorübergehend zu verlassen. Denn die Heilkunde auf der indonesischen Insel Bali (**Abb. 1**) ist auch dort untrennbar mit der Religion und magischen Vorstellungen verbunden.

Nach balinesischer Auffassung besteht das Leben aus einem ständigen Kampf zwischen guten und schlechten Einflüssen in Form von Göttern, Geistern und Dämonen. Auch Krankheiten werden nach dieser Vorstellung von bösen Menschen, Geistern oder aber auch von erzürnten bzw. unerlösten Seelen verstorbener Ahnen

verursacht. Das Therapieprinzip bei einer solchen Krankheitsvorstellung besteht daher zuerst einmal in einer Reinigung des Körpers mit von Priestern hergestelltem „heiligen Wasser“ (balines „*tirtha*“). Dieses geweihte Wasser wird durch verschiedene Priester unterschiedlicher Weihegrade in aufwendigen Zeremonien hergestellt. Entweder durch Tempelpriester ([Pe-]Mangku) oder durch höher geweihte Pedanda-Hohepriester. Von Letzteren wird jeden Morgen dieses geweihte Wasser in einer etwa einstündigen Zeremonie („*Surya sewana*“ = Sonnengottesdienst) mit Hilfe von etwa 120 verschiedenen Sanskrit-Mantras unter Verwendung von Räucherstäbchen, Wasser, Feuer (Kokosöllampe) und verschiedenfarbigen Blüten hergestellt (**Abb. 2**). In einem



Abb. 1: Im Norden Balis jenseits des Massentourismus steht der über 3000 m hohe Vulkan „Gunung Agung“ (hoher Berg; letzter Ausbruch 2017, davor 1963) sozusagen mitten in den Reisfeldern bei Sonnenaufgang.

Sachs M: Traditionelle Heilkunde und Wundversorgung auf Bali. *Passion Chirurgie*. 2026 März; 16(03/1): Artikel 06_03.



Abb. 2: Ein Pedanda-Priester beim Herstellen von heiligem Wasser (*tirtha*) in einem Familientempel.

dieser Priestergebete kommt beispielsweise die Formulierung vor: „Gott Shiva, vergib mir das Böse, was ich getan habe durch Taten, Worte und Gedanken.“ Die zu diesem Ritual verwendeten wohlriechenden Blüten sind aber nicht nur Heilpflanzen in unserem Sinne, sondern werden erst wirksam, wenn ein Gebet (Mantra) über sie gesprochen wird und sie anschließend in das Weihwasser gelegt werden.

Die balinesische Religion ist ein „Shivismus“, um den unscharf definierten, aus der Kolonialzeit stammenden Begriff „Hinduismus“ zu vermeiden. In Bali ist Shiva in seinen zahlreichen Manifestationen mit jeweils unterschiedlichen Namen die höchste Gottheit. Früher haben die Balinesen ihre Religion „Religion des heiligen Wassers“ (*Agama Tirtha*) genannt, nach der Gründung des mehrheitlich muslimischen Staates Indonesien nennen sie sich wie in Indien auch „Hindu“.

Erläutern wir die balinesischen Krankheitsvorstellungen an einem Beispiel, das der Autor dieser Zeilen selbst erlebt hat. Ein 60-jähriger Patient sitzt seit einem

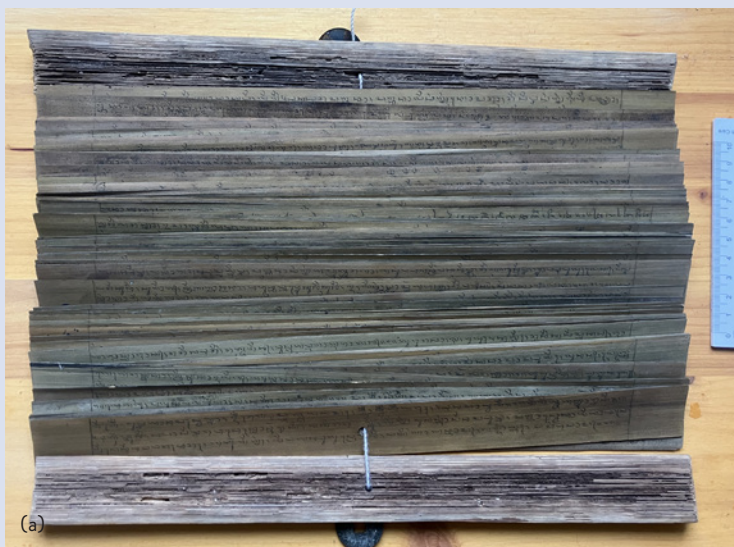
Schlaganfall halbseitig gelähmt in einem Rollstuhl. Zunächst wurden von der Familie verschiedenen Heiler und Priester beauftragt, Reinigungszeremonien mit Weihwasser durchzuführen, die aber ohne sichtbaren Erfolg blieben. Danach wurde von der Familie des Erkrankten ein traditioneller Heiler (*balian*) aufgesucht, der in Trance feststellte, dass der Kranke vor einigen Jahren bei seiner Heirat ein bestimmtes, vorgeschriebenes Ablösungsritual im Sippentempel nicht korrekt ausgeführt hatte. Dieses aufwendige Ritual wurde dann im Beisein der gesamten Großfamilie, die in den Tagen zuvor Hunderte von Opfergaben aus pflanzlichen Produkten kunstvoll hergestellt hatte, von einer Hohepriesterin (*Pedanda Istri*) nachgeholt. Dabei wurde der Patient mehrfach mit verschiedenen heiligen Wassern übergossen (vgl. **Abb. 3**). Nach Aussagen von Familienangehörigen hätten sich dann Wochen nach diesem Ritual die Lähmungen weitgehend zurückgebildet (was ich leider nicht überprüfen konnte).

Neben diesen religiösen Heilungsritualen gibt es in Bali aber auch Wissen über



Abb. 3: Ein alter Pedanda-Priester gießt über ein Sieb heiliges Wasser (*tirtha*) in die Hände einer kranken Frau, die es dann zur inneren Reinigung trinkt. Dabei spricht er u.a. ein Mantra: „alles Böse möge verschwinden“ („*sarva papa vinasini*“ [Sanskrit]). Vorher übergoss der Priester den Kopf der Frau mit *Tirtha*.

Heilpflanzen, die meist von den älteren Frauen in der Familie gesammelt und direkt angewendet werden, insbesondere bei äußeren Wunden. Das balinesische Wissen über Heilpflanzen wurde in speziellen „Arzneibüchern“ überliefert, die auf Blättern der Lontarpalme [*Borassus flabelliformis* L.] geritzt wurden (**Abb. 4a-c**). Die Lontarbücher bestehen bis zu 100, doppelseitig beschriebenen Palmblattstreifen (jeweils etwa 33x3 cm). Die einzelnen Blätter sind in der Mitte gelocht und mit einem durch zwei chinesische Lochmünzen armierten Faden verbunden. Die Buchstaben sind balinesisch, die verwendeten Sprachen aber Sanskrit, Altjavanisch oder Hochbalinesisch. Das bekannteste dieser Arzneipflanzenbücher ist das Lontarbuch „*Taru premana*“ (Sanskrit: „Pflanzenbeschreibung“). In diesem Lontarbuch treten über 200 Pflanzen als Personen auf und erzählen dem meditierenden Heiler, welche Eigenschaften sie besitzen und gegen welche Krankheiten sie anzuwenden sind. Die ersten Zeilen dieses Lontars lauten übersetzt aus dem Sanskrit sinngemäß:



(a)



(b)



(c)

Abb. 4 a-c: (a) Das Lontarbuch „Kuranta bolong“ mit wichtigen Überlieferungen zur traditionellen Heilkunde Balis. (b) Ein Gelehrter kopiert Texte, indem er sie auf Blattstreifen der Lontarpalme einritz. Die Sprache ist Sanskrit und Altjavanisch, aber in balinesischen Buchstaben wiedergegeben. (c) Ein kunstvoll ausgearbeiteter Holzkasten zur Aufbewahrung eines wertvollen Lontarbuches.

„Mögen keine Hindernisse [beim Lesen dieser Schrift] auftreten. Dieses Buch hat den Namen TARU PREMANA. Einst lebte auf Bali ein erhabener Gelehrter namens Sang Prabhu Empu Kuturan, der auf einem Leichenverbrennungsplatze [setra] meditierte, weil er sich seiner Unwissenheit bezüglich der Arzneibehandlung seiner Patienten schämte. Er rief durch seine magische Kraft alle Heilpflanzen zu sich. Und es erschien zuerst der Waringin-Baum [Banyanbaum, *Ficus benghalensis*] und dieser sprach zu ihm: ‚Warum bist du so ärgerlich, hoher Herr?‘ Und Sang Prabhu Empu Kuturan antwortete: ‚Wie das kommt, mein lieber

Waringin-Baum, das will ich dir erzählen. Ich beschäftige mich mit der Tätigkeit eines Heilers [Balian]; ich kenne eine Menge von Heilkräutern für Kranke, aber kein einziger Mensch will dadurch gesundwerden.‘ Darum habe ich euch, meine Freunde, alle hierher beordert.‘ Und es erschien darauf silagwi [*Sida rhombifolia* L.] und gab über sich selbst Auskunft; ‚Mein Gewebe ist kühl und kann verwandt werden als Medizin für Säuglinge, sobald sie 5 Tage alt sind. Nur so weit geht mein Nutzen. Meine Wurzel kann für Säuglinge gebraucht werden als Paste, die aus der zerriebenen Wurzel hergestellt wird:“

Auch hier finden wir wieder die typische Vermischung von empirischem Wissen mit magischen Vorstellungen, denn die erwähnte Blütenpflanze *Sida rhombifolia* wird in Südostasien von zahlreichen Ethnien beispielsweise auch zur Behandlung von Durchfall verwendet.

Einige Lontarblätter weiter finden wir im Lontarbuch „TARU PREMANA“ folgende Beschreibung: „Mein Name ist ‚Jepun‘. Meine Eigenschaft ist warm, meine Blätter sind medium, meine Rinde und mein Saft sind heiß. Ich kann bei Kranken mit Rückenschmerzen eingesetzt werden...“ Es handelt

sich um *Plumeria obtusa* L. (Apocynaceae) = Frangipani, siehe **Abb. 5**].

Diese Einteilung der Heilpflanzen in „warm“ und „kalt“ finden wir auch in unseren mittelalterlichen Kräuterbüchern [z.B. L. Fuchs (1543), Cap. VIII; Tabernaemontanus, Ausgabe C. Bauhin (1664), p. 61]. Der Kamille (*Matricaria chamomilla* L.) beispielsweise wurden in den mitteleuropäischen Kräuterbüchern erwärmende Eigenschaften zugeschrieben, weswegen die Blüten u. a. bei „kalten Krankheiten“ (Erkältungen!) als Tee eingesetzt wurden und werden. Nach diesen humoralpathologischen Vorstellungen muss man eine Krankheit mit einer Arznei der gegenteiligen Eigenschaft therapieren. Dieses Therapieprinzip findet sich demnach sowohl in der balinesischen als auch in der mitteleuropäischen Heilkunde.

Abb. 6 zeigt diejenigen Zeremonialpflanzen, die von einer Hohepriesterin (*Pedanda Istri*) zur Herstellung von heiligem Wasser verwendet werden. Olfaktorisch hervorstechend sind die Blüten des in Bali „Capaka“ genannten Baumes [*Michelia champaca* L. = *Magnolia champaca* (L.) Baill. Ex Pierre], die auch heute noch zur Herstellung von Parfüm verwendet werden. In Bali legen die Priester u.a. diese Blüte in das heilige Wasser ein, was dadurch einen etwas parfümierten Geschmack erhält und dann für Reinigungszeremonien rituell verwendet wird (zum äußeren Reinigen und als innere Reinigung zum Trinken; siehe **Abb. 3**). Diese Blüte wird aber auch in der traditionellen Medizin anderer südostasiatischer Länder verwendet, beispielsweise in der ayurvedischen Medizin.

Viele traditionelle Heiler in Bali erhielten durch ein mystisches Erlebnis ihre Berufung: Die Berufung des *Ida Bagus Ketut Anyar* (ca. 1923–2015) zum traditionellen Heiler [*balian*], erfolgte beispielsweise im Alter von etwa 17 Jahren: Damals sei er abends an einem Bach in der Nähe des Dorfes fischen gegangen. Es habe aber kein Fisch angebissen. Am nächsten Tag hielt er wieder vergeblich seine Angel in diesen Bach. Plötzlich hörte er eine Stimme, ohne dass er jemanden sehen konnte: „Du



Abb. 5: Krone eines Jepun-Baumes in Bali. Die Blüten werden in Bali sehr häufig als Ritualpflanzen verwendet.



Abb. 6: Blüten, die zur Herstellung von „Tirtha“ von einer *Pedanda*-Priesterin zusammengestellt wurden, darunter u.a. links im Bild „Capaka“ [*Michelia champaca* L. = *Magnolia champaca* (L.) Baill. Ex Pierre] und (vorne rechts im Bild) „Jepun“ [*Plumeria obtusa* L. (Apocynaceae) = Frangipani].



Abb. 7a–b: Die geriebenen Blätter der *Centella asiatica* L. (Urb.) werden in Bali u.a. zur lokalen Wundbehandlung, hier am Beispiel einer Blutung nach einer frischen Nagelverletzung am Fuß verwendet.

musst weiter oben fischen.“ Aus Angst sei er dann nach Hause gelaufen, aber dann habe er am nächsten Abend an dem von der Stimme empfohlenen Ort geangelt. Währenddessen habe er ein helles Licht im Wasser gesehen und kurz darauf habe ein besonderer Fisch angebissen. Er habe den Fisch mit nach Hause genommen und die Innereien ausgenommen. Dabei habe er in den Därmen einen „Edelstein“ gefunden. Seitdem seien die kranken Menschen zu ihm gekommen, um sich von ihm heilen zu lassen.

Gefragt, ob er dem Autor den Edelstein einmal zeigen könnte, holte er aus seinem Schlafraum eine Glasflasche mit Kokosöl

mit einigen darin eingelegten Pflanzenbestandteilen. Am Boden der Glasflasche war ein kirschgroßer, schwärzlich-bröckeliger Stein zu erkennen, der mich an einen Galenstein beim Menschen erinnerte.

In der balinesischen Heilkunde gibt es demnach also empirisches Wissen über die Wirkung von Heilpflanzen, kombiniert mit religiösen oder magischen Ritualen. Beispiel für dieses empirisch gewonnene Wissen ist die Verwendung von grünen Pflanzenblättern zur Behandlung von blutenden oder eiternden Wunden. In Bali werden von der Bevölkerung die herzförmigen Blätter einer auf Wiesen wachsende Pflanze genutzt, die dort „*Piduh-Piduh*“ [*Centella*

asiatica L. (Urb.)] genannt wird (**Abb. 7**). Sie entspricht in ihren Anwendungsbereichen dem in unseren alten Kräuterbüchern [z.B. Fuchs 1543, Cap. XI] ausführlich dargestellten Spitzwegerich [*Plantago lanceolata* L.]. Beide Pflanzen enthalten beispielsweise Flavonoide, die möglicherweise für die lokale Wirksamkeit verantwortlich sind. Die Blätter beider Pflanzen haben nachgewiesenermaßen in vitro eine antimikrobielle und antiphlogistische Wirkung.

Dieses empirische Wissen zu nutzen und aus den häufig verwendeten Heil- bzw. Ritualpflanzen die pharmakologisch wirksamen Substanzen zu isolieren, bleibt ein Desiderat.

Nachruf auf Prof. Dr. med. Klaus Schönleben



In memoriam
Prof. Dr. med.
Klaus Schönleben
(*05.03.1942 † 25.10.2025)

Prof. Dr. med. Klaus Schönleben, langjähriger Direktor der Chirurgischen Klinik in Ludwigshafen und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) ist am 25. Oktober 2025 im 84. Lebensjahr nach langer und schwerer Krankheit verstorben.

Prof. Dr. Schönleben wurde am 05. März 1942 als Sohn eines Chirurgen in Nürnberg geboren. Nach Besuch des humanistischen Gymnasiums in Fürth und Abitur 1962, Beginn des Medizinstudiums in Erlangen und 1964 Staatsexamen ebendort. Im gleichen Jahr Promotion an der Universität Erlangen, Doktorvater war Prof. Dr. Hermann Bünte. Nach der Medizinalassistentenzeit in Kulmbach und Coburg erhielt er 1970 die Approbation. 1969 heiratete er Frau Dr. Ulrike Schönleben und aus dieser Ehe gingen drei Kinder hervor.

Von 1970 bis 1973 war er wissenschaftlicher Assistent an der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen bei Prof. Dr. Gerd Hegemann. Im Jahre 1973 wechselte er an die Chirurgische Universitätsklinik Münster wo sein Doktorvater, Prof. Dr. Bünte zum Ordinarius ernannt worden war. Im Jahre 1976 wurde er zum Facharzt für Chirurgie ernannt und habilitierte in diesem Fach. 1979 Facharzt für Gefäßchirurgie und Ernennung zum Apl. Professor.

1983 wurde Prof. Dr. Schönleben zum Nachfolger von Prof. Dr. Heinz Gelbke als Direktor der Chirurgischen Klinik am Klinikum Ludwigshafen gewählt und übte

dieses Amt bis 2007 sehr erfolgreich aus. 1996 war Schönleben Präsident der Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen und wurde später zum Ehrenmitglied der Gesellschaft ernannt. Von 2000 bis 2001 war er Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und wurde 2005 zum Senator auf Lebenszeit ernannt. Weiterhin war Schönleben Gründungsmitglied und langjähriges Vorstandsmitglied des Konvents der Leitenden Krankenhauschirurgen (KLK). Ebenso war er langjähriges Mitglied der Schrifteleitung der Zeitschrift „Chirurgische Praxis“ und später im Beirat der Chirurgischen Allgemeinen Zeitung (CHAZ).

Klaus Schönleben war ein Sympathieträger, geprägt durch sein fränkisches Naturell, sein stets zuvorkommendes, humorvolles und freundliches Wesen. Er prägte über Jahrzehnte die Chirurgie in Ludwigshafen und darüber hinaus. Schönleben verband konsequent qualitätsorientierte, fachliche Exzellenz mit menschlicher Zuwendung. Sein Wirken reichte weit über die Region hinaus. Weiterhin setzte er wichtige Impulse für die Weiterentwicklung seines Fachgebietes. Bemerkenswert war seine nahezu prophetische Prognose zur technischen Entwicklung der Chirurgie, insbesondere der Minimalinvasiven Chirurgie, der robotergestützten Chirurgie und der Telemedizin. Seine humanistische Bildung hat ihn sein ganzes Leben geprägt und so stellte er in seinem Präsidentenjahr der DGCH den Kongress unter das Motto von Heraklit: *Panta rhei, alles ist im Fluss*. Seine

Passion gehörte in erster Linie seiner Familie, danach der Chirurgie und nicht zuletzt der Jagd, die er gemeinsam mit seinen chirurgischen Freunden ausübte. Wir verlieren mit Prof. Dr. Klaus Schönleben einen besonderen und wertvollen

Freund und Weggefährten, einen exzellenten Chirurgen und vor allem einen großartigen Menschen und Familienvater.

Wenn Bertolt Brecht sagt: „Der Mensch ist erst dann tot, wenn niemand mehr an ihn

denkt“, so werden wir, seine Freunde, Kollegen und Weggefährten ihn nicht vergessen und ihm ein ehrenvolles Angedenken bewahren.

Prof. Dr. med. Rainer Arbogast

WIR GEDENKEN UNSERER VERSTORBENEN MITGLIEDER

Herr Dr. med. Horst Ziegler, Bad Reichenhall	*21.02.1937 †22.04.2025
Herr Dr. med. Thomas Riemensperger, Truchtlaching	*15.08.1944 †22.06.2025
Herr Dr. med. Hans-Werner Druse, Berlin	*06.06.1957 †27.09.2025
Herr Dr. med. Hermann Balk, Augsburg	*01.01.1931 †05.10.2025
Herr Prof. Dr. med. Ludger Sunder-Plassmann, München	*15.06.1944 †22.10.2025
Herr Dr. med. Christoph Troppmann, Sacramento/USA	*16.04.1960 †27.10.2025
Herr Prof. Dr. med. Samir Said, Jahnstein	*06.01.1957 †02.11.2025
Herr Prof. Dr. med. Prof. h.c. Arnulf Thiede, Würzburg	*20.08.1942 †17.12.2025
Herr Dr. med. Jürgen Kutscher, Köthen	*12.04.1936 †18.12.2025
Herr Dr. med. Wilhelm Enzler, Neusäß-Steppach	*25.04.1950 †19.12.2025
Frau Dr. med. Cornelia Fiedler, Düren	*16.10.1947 †03.01.2026
Herr Dr. med. Karl-Heinz Jungbluth, Hamburg	*10.06.1931 †06.01.2026
Herr Prof. Dr. med. Etzel Adler, Bayreuth	*25.04.1933 †21.01.2026
Herr Prof. Dr. med. Klaus Peter, München, Ehrenmitglied	*14.09.1938 †27.01.2026

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 E: sandra.korn@ukdd.de
Prof. Dr. med. Nuh Rahbari	Kontrollgruppe nicht-anatomische Resektion der Lebermetastase(n).	83 von 240 Patienten	1530 € / Patient	
Studientitel: BariSurg₂*				
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 Experimentelle Gruppe: Magenschlauch-OP Kontrollgruppe: Magenbypass-OP	FPI: 27.11.2013 189 von 248 Patienten	– Kein Fallgeld	Prof. Dr. Dr. med. Franck Billmann Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- chirurgie Universitätsklinikum Heidelberg 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>2294 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 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>76 von 468 Patienten</p>	<p>BMFTR</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 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>296 von 294 Patienten Rekrutierung beendet</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 E: rosa.klotz@med.uni-heidelberg.de</p>
Studientitel: ESORES₆				
Registrierungsnummer: 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>34 von 670 Patienten</p>	<p>BMFTR</p> <p>1520 €/Patient</p>	<p>Prof. Dr. Jens Höppner Universitätsklinikum OWL der Universität Bielefeld, Campus Lippe Klinikum Lippe GmbH E: jens.hoepfner@uni-bielefeld.de</p>

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: HULC_{7*} Registrierungsnummer: DRKS00017517				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilen Faden in Small-Stitches-Technik und zusätzlicher Onlay-Mesh-Augmentation mit einem Polypropylen-Netz Kontrollgruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilen Faden in Small-Stitches-Technik	08.08.2019 648 von 812 Patienten	DFG 500 € / Patient	Dr. Solveig Tenckhoff Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) Marsilius-Arkaden Turm-West Im Neuenheimer Feld 130.3 69120 Heidelberg E: solveig.tenckhoff@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: METAPANC₈ Registrierungsnummer: 2023-503558-10-00/IAG-VO-0822				
Prof. Dr. med Michael Ghadimi	Patienten mit lokal resektabelm oligometastatischen (Leber, synchron o. metachron) Pankreaskarzinom Experimentelle Gruppe: 8 Zyklen mFOLFIRINOX bis zur Randomisation gefolgt von der chirurgischen Entfernung des Primärtumors und der Metastasen gefolgt von 4 Zyklen mFOLFIRINOX Kontrollgruppe: 8 Zyklen mFOLFIRINOX bis zur Randomisation gefolgt von 4 Zyklen mFOLFIRINOX	FPI: 17.10.2023 45 von 272 Patienten	DFG Exper. Gruppe: 3250 €/Patient Kontrollgruppe: 2800 €/Patient	Prof. Dr. med. Michael Ghadimi Universitätsmedizin Göttingen Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Kinderchirurgie E: chirurgie.sekretariat@med.uni-goettingen.de
Studientitel: MICKey_{9*} Registriernummer: DRKS00027927				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Totale minimal-invasive Ösophagektomie (MIN-E; entweder über „klassische“ minimal-invasive Laparoskopie + Thorakoskopie; oder über Roboter-assistierte minimal-invasive Ösophagektomie [RAMIE] oder eine Kombination aus beidem) Kontrollgruppe: Hybrid-Ösophagektomie (HYBRID-E; laparoskopische/robotische Bauchchirurgie und offene Thoraxchirurgie)	14.06.2023 153 von 152 Patienten Rekrutierung beendet	BMFTR 850 €/Patient	Prof. Dr. A. L. Mihaljevic Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation-chirurgie Universitätsklinikum Tübingen E: andre.mihaljevic@med.uni-tuebingen.de
Studientitel: P.E.L.I.O.N_{10*} Registriernummer: DRKS00027921				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Verschluss der Bauchwand während des Loop-Ileostoma-Verschlusses mit fortlaufendem, langsam resorbierbaren Nahtmaterial in small-stitch-Technik, der mit einem retromuskulären, nicht resorbierbaren, makroporigen leichten Monofilament- oder Mixed Structure-Netz verstärkt wird. Kontrollgruppe: Bauchwandverschluss beim Loop-Ileostoma-Verschluss mit fortlaufendem langsam resorbierbaren Nahtmaterial in small-stitch-Technik ohne Netzverstärkung.	20.01.2023 145 von 304 Patienten	BMFTR 650 €/Patient	Prof. Dr. A. L. Mihaljevic Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation-chirurgie Universitätsklinikum Tübingen E: andre.mihaljevic@med.uni-tuebingen.de

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 28 von 266 Patienten	DFG 1057,23 €/Patient	Prof. Dr. med. Felix Hüttner Klinik für Allgemeine, Viszeral- und Thoraxchirurgie, Klinikum Nürnberg 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 606 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 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 31 von 1.074 Patienten Rekrutierung beendet	BMFTR 1.762,39€/Patient	Dr. S. Tenckhoff Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) 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 170 von 362 Patienten	keine Finanzierung 0€/Patient	PD Dr. med. Leif Schiffmann Asklepios Klinik Pasewalk, Abteilung für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, Pasewalk 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 37 von 100 Patienten (Vorlaufphase)	Keine Finanzierung 0 €/Patient	PD Dr. med. Christian Krautz Chirurgische Klinik des Uniklinikum Erlangen 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 rechteilig 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 71 von 270 Patienten	BMFTR 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

MULTIZENTRISCH NICHT-RANDOMISIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: COLOSARC-Q₁₇				
Registrierungsnummer: DRKS00034135				
Prof. Dr. Jens Jakob	Patienten mit primären retroperitonealen Sarkomen, die an DKG-zertifizierten Sarkomzentren oder Krankenhäusern, die zertifizierungsäquivalente Kriterien erfüllen, operiert wurden und eine kolorektale Resektion erhalten haben. Experimentelle Gruppe: Kolorektale Resektion im Rahmen einer primären retroperitonealen Sarkomresektion an einem DKG-zertifizierten Sarkomzentrum oder Krankenhaus, das zertifizierungsäquivalente Kriterien erfüllt.	FPI: 27.01.2025 91 von 120 Patienten	Deutsche-Sarkom-Stiftung Kein Fallgeld	Dr. Madelaine Hettler Chirurgische Klinik Universitätsmedizin Mannheim E: madelainehenry.hettler@umm.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 pancreateoduodenectomy versus an extended pancreateoduodenectomy (triangle operation) for pancreatic head cancers – the randomized controlled TRIANGLE trial
- [17] Kolorektale Resektionen und Rekonstruktionen bei Patient*innen mit retroperitonealem Sarkom: Evaluation chirurgischer Strategien und postoperativer Lebensqualität

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

Stand: Januar 2026

SPENDENAUFTRUF

Langenbeck-Virchow-Haus



Das Langenbeck-Virchow-Haus wurde nach erfolgreicher „Revitalisierung“ am 01.10.2005 offiziell seiner Bestimmung übergeben. Der historische Hörsaal, die Eingangshalle und der Treppenaufgang sind stilgerecht renoviert, die Büroräume nach dem Auszug der Charité der neuen Nutzung angepasst. Unsere Gesellschaft hatte dabei einen erheblichen Eigenanteil zu tragen. Weitere Belastungen brachte die aufwendige Restaurierung des Gründerbildes. Die Geschäftsstelle, unsere Bibliothek und das Archiv sowie Hallen und Flure des Hauses bedürfen einer verbesserten Ausstattung. Die Mieterlöse, die beiden Trägergesellschaften zugute kommen, werden für die langfristige Refinanzierung benötigt. Das Präsidium unserer Gesellschaft hat auf seiner Sitzung am 07.10.2005 beschlossen, sich mit einem Spendenaufruf an die Mitglieder zu wenden.

Mit „Bausteinen“ in **Bronze (ab 500 €)**, in **Silber (ab 1.500 €)** und **Gold (ab 5.000 €)**, in Form von Plaketten seitlich im Eingangsflur angebracht, würdigen wir die Spender. Sie werden auch in der Mitgliederzeitschrift *PASSION CHIRURGIE* bekannt gegeben.

Überweisungen mit Angabe von Namen und Adresse des Spenders werden erbeten auf das Konto der DGCH bei der Deutschen Apotheker- und Ärztekasse Berlin, IBAN DE54 3006 0601 0005 2983 93, BIC DAAEDEDXXX unter dem Kennwort „Baustein LVH“. Eine Spendenbescheinigung wird Ihnen umgehend zugesandt.

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

Prof. Dr. med. R. Goldbrunner

Präsident

Prof. Dr. med. Th. Schmitz-Rixen

Generalsekretär

Prof. Dr. med. Johann Pratschke

Schatzmeister



DGCH-PRÄSIDIUM

ab 01. Januar 2026

VORSTAND

Präsident	R. Goldbrunner, Köln
Pastpräsident	U. Rolle, Frankfurt/Main
1. Vizepräsident	J. Werner, München
2. Vizepräsident	L. Prantl, Regensburg
Schatzmeister	J. Pratschke, Berlin
Generalsekretär	Th. Schmitz-Rixen, Frankfurt/Main

VERTRETER DER FACHGESELLSCHAFTEN

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie	J.-P. Ritz, Schwerin
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie/Vertreter Allgemeine Chirurgie	K. Ridwelski, Magdeburg
Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin	F. Adili, Darmstadt
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie	B. Ludwikowski, Hannover
Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	J. Hoffmann, Heidelberg
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie	H. Clusmann, Aachen
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie	B. Kladny, Herzogenaurach
Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen	T. Kremer, Leipzig
Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie	J. Börgermann, Duisburg
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie	E. Hecker, Bochum
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie	S. Flohé, Solingen
Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.	H.-J. Meyer, Hannover
Perspektivforum Junge Chirurgie	S. Schaaf, Koblenz

WEITERE MITGLIEDER

Leitender Krankenhauschirurg	K. Ludwig, Rostock
Oberärztin einer Chirurgischen Krankenhausabteilung	S. Bayerköhler, Garmisch-Partenkirchen
Niedergelassene Ärztin	K. Schick, München
Chirurg aus dem deutschsprachigen Ausland	K. Emmanuel, Salzburg/Österreich
Vertreter der Sektion Chirurgische Forschung	M. Laschke, Homburg/Saar
Geschäftsführer LVH	J. Pratschke, Berlin
Schriftleiter ISS	U. Rolle, Frankfurt/M

GEWÄHLTE MITGLIEDER DES SENATES

P. Vogt, Hannover
T. Pohlemann, Homburg

SENAT

W. Hartel, Ulm	1991
G. Hierholzer, Duisburg	1995
H. Bauer, Altötting	1997
N.P. Haas, Berlin	2003
B. Ulrich, Düsseldorf	2004
M. Rothmund, Marburg	2005
H.D. Saeger, Dresden	2006
K. Junghanns, Ludwigsburg*	
R. Arbogast, Pforzheim	2008
R. Gradinger, München	2010
A. Haverich, Hannover	2011
M. Büchler, Heidelberg	2012
K.-W. Jauch, München	2013
J. Jähne, Hannover	2014
P. Vogt, Hannover	2015
G. Schackert, Dresden	2016
T. Pohlemann, Homburg	2017
J. Fuchs, Tübingen	2018
M. Anthuber, Augsburg	2019
H.-J. Meyer, Hannover**	
T. Schmitz-Rixen, Frankfurt/M.	2020
M. Ehrenfeld, München	2021
H. Lang, Mainz	2022
A. Seekamp, Kiel	2023
C. Bruns, Köln	2024

* Senator ehrenhalber, Schatzmeister 1996–2011
 ** Senator ehrenhalber, Generalsekretär 2012–2022

Geschäftsstelle der DGCH
 Prof. Dr. T. Schmitz-Rixen, Generalsekretär,
 Frau Dipl. Kffr. C. Kilci
 Tel.: 030/28876290
 info@dgch.de
 www.dgch.de