

PASSION **CHIRURGIE**



PANORAMA

OP-ABFALL ALS
KUNSTOBJEKT

im Fokus

NACHHALTIGKEIT
IN DER CHIRURGIE

05 | 2026

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGIE

DGCH DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
CHIRURGIE E.V.



BDC Berufsverband der
Deutschen Chirurgie e.V.

CHIRURGIE

HERAUSGEBER

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

DGCH

Präsident: Prof. Dr. med. 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 © Maria Kojick

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 Nachhaltigkeit in der Chirurgie
Jonas Dohmen, Johannes Klose, Carsten Krones, Olivia Päßler, Ina Prinz-Bravin, Daniel Vallböhmer

6 KURZNACHRICHTEN

8 CHIRURGIE

8

CO₂-FUSSABDRUCK VON OFFENEN OPERATIONEN, LAPAROSKOPIE UND ROBOTIK

Johannes Klose

14

NACHHALTIGKEIT IN DER MEDIZINTECHNIK – WARUM SICH EIN RECYCLING LOHNT

Daniel Hikisch, Romy Auerbach, Leonie Wenzel

20

CO₂-FOOTPRINTANALYSE IN DER KOLOREKTALEN UND PANKREAS-CHIRURGIE

Lucas Hartmann, Djurdjija Petrovic, Mark A. Punke, Timo Busch, Thilo Hackert, Sven Lundie, Thilo Welsch

24

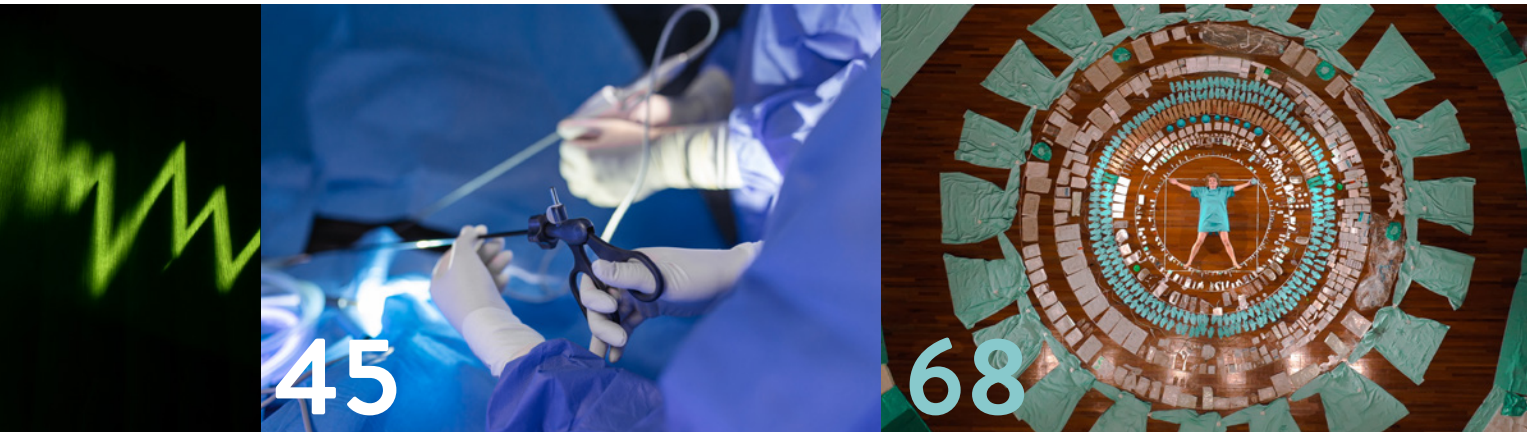
KANN EIN KRANKENHAUS DER MAXIMALVERSORGUNG ÜBERHAUPT NACHHALTIG SEIN?

Renate Linné, Helene Buser

29

WEGE ZU EINER UMWELTBEWUSSTEN CHIRURGISCHEN PRAXIS

Antje Boccatius



45

68

31 CHIRURGIE⁺

- 31 **Akademie aktuell:** Exklusiv für BDC-Mitglieder: Einladung zur Teilnahme an der PINKPRO Studie
Stephan M. Freys, Wolfgang Schröder
- 32 **Why I do it:** Meine Passion für Chirurgie
Johanna Betzler
- 33 **Hygiene-Tipp:** Müssen Umluftkühlgeräte in Patientenzimmern mit Filtern ausgestattet sein?
Lutz Jatzwauk, Martin Groth, Nils Hübner, Wolfgang Kohnen, Dieter Wieting
- 35 **Abrechnung:** Ambulantes Operieren im Krankenhaus ist möglich!
Ralf Schmitz
- 36 Personalia
- 37 Leserbrief
Frank Schönbach
- 38 **RECHT**
- 38 **F+A:** Wie viele Feuerlöscher in der Niederlassung?
Jörg Heberer

40 GESUNDHEITSPOLITIK

- 40 **Berufspolitik aktuell:** Nachhaltigkeit in der Politik
Jörg-A. Rüggeberg
- 41 Vorwort
Carsten J. Krones, Daniel Vallböhmer
- BDC-Praxistest:** Carus Green – Nachhaltigkeit und höhere Umweltverträglichkeit am Universitätsklinikum Dresden
Patrick Emmerlich
- 44 **BDC|Pressemitteilung:** Berufsverband der Deutschen Chirurgie startet digitales Netzwerk mit Doctolib Connect

45 INTERN

- 45 **DGCH**
- 45 Bericht zum Karl Storz Preis 2026
Felix Freiherr von Bechtolsheim
- 50 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland
Solveig Tenckhoff
- 55 Spendenaufruf Langenbeck-Virchow-Haus
- 56 **BDC**
- 56 BDC|Schnittstelle – im Fokus: Dr. Matthias Krüger
Olivia Päßler
- 60 BDC | Landesverbände
- 62 Termine BDC|Akademie
- 65 Lifestyle-Angebote im Mai 2026

66 PANORAMA

- 66 OP-Abfall als Kunstobjekt – Maria Kojck, die Künstlerin auf und hinter dem Titelbild der aktuellen Ausgabe
Olivia Päßler



AUS DER
DGCH

Bericht zum Karl Storz Preis 2026

CHIRURGISCHE FERTIGKEITEN UND PERFORMANCE IN DER MINIMALINVASIVEN CHIRURGIE

Die Chirurgie wird traditionell als handwerklich geprägtes Fach verstanden. Trotz aller technologischen Innovationen bleibt die individuelle Leistungsfähigkeit der Operateur:innen ein entscheidender Faktor für den Erfolg chirurgischer Eingriffe. Mit der zunehmenden Etablierung minimalinvasiver Verfahren hat sich diese Bedeutung weiter verstärkt: Während Patient:innen von geringerer Invasivität, weniger Schmerzen und kürzeren Rekonvaleszenzzeiten profitieren, steigen zugleich die technischen, kognitiven und

ergonomischen Anforderungen an Chirurg:innen erheblich.

Gerade die minimalinvasive Chirurgie (MIC) erfordert ein hohes Maß an spezifischen Fertigkeiten, deren Erwerb ausschließlich intraoperativ und auf Basis steigender Fallzahlen sowohl aus ethischer als auch aus didaktischer Perspektive kritisch zu hinterfragen ist. Dennoch basiert die chirurgische Weiterbildung in Deutschland weiterhin überwiegend auf einem traditionellen, zeit- und fallzahlbasierten Modell. Diese Diskrepanz zwischen den realen Anforderungen moderner Chirurgie und den bestehenden Ausbildungsstrukturen stellt ein zentrales Problem der aktuellen chirurgischen Versorgung dar.



PD Dr. med. Felix Freiherr von Bechtolsheim

Klinik und Poliklinik für Viszeral-,
Thorax- und Gefäßchirurgie
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
felix.bechtolsheim@ukdd.de

CHIRURGISCHE PERFORMANCE – EIN MULTIDIMENSIONALES KONZEPT

Chirurgische Performance ist kein ein-dimensionales Konstrukt. Sie ergibt sich aus dem Zusammenspiel technischer und nicht-technischer Fertigkeiten. Zu den technischen Fertigkeiten zählen unter anderem Präzision, Koordination beider Hände, Umgang mit Gewebe und Hand-Auge-Koordination. Nicht-technische Fertigkeiten umfassen z.B. anatomisches Wissen, Entscheidungsfindung, Situationswahrnehmung, Kommunikation, Teamführung und Stressverarbeitung.

Insbesondere in der laparoskopischen Chirurgie kommt den technischen Fertigkeiten durch den Verlust der direkten Haptik, den Fulcrum-Effekt, eingeschränkte Freiheitsgrade der Instrumente sowie die eingeschränkte Visualisierung eine besondere Bedeutung zu. Mehrere Studien konnten zeigen, dass Unterschiede in der technisch-chirurgischen Performance und in den nicht-technischen Fertigkeiten objektivierbar sind und mit intraoperativen Fehlern, Komplikationsraten sowie dem postoperativen Verlauf der Patient:innen korrelieren [1–3]. Chirurgische Qualität ist damit messbar und hat einen direkten Einfluss auf den Verlauf der operierten Patient:innen.

MINIMALINVASIVE VERFAHREN UND WACHSENDE ANFORDERUNGEN

Laparoskopische und roboterassistierte Verfahren sind heute fester Bestandteil der Allgemein- und Viszeralchirurgie. Die Vorteile für Patient:innen sind gut belegt, gleichzeitig verändern diese Techniken jedoch die Arbeitsrealität der Chirurg:innen grundlegend. Die roboterassistierte Chirurgie kann einige Limitationen der konventionellen Laparoskopie kompensieren, etwa durch dreidimensionale Visualisierung, Tremorfilterung und ergonomische Arbeitspositionen. Sie ersetzt jedoch weder chirurgisches Verständnis noch operative Erfahrung und lässt Operateur:innen

sogar – im wahrsten Sinne des Wortes – auf Distanz zu ihren Patient:innen gehen.

Vielmehr entstehen neue Lernkurven, neue kognitive Anforderungen und neue Fehlerquellen. Technologischer Fortschritt allein führt daher nicht automatisch zu einer Qualitätssteigerung. Ohne strukturierte Ausbildung besteht vielmehr die Gefahr, dass individuelle Leistungsunterschiede stärker zum Tragen kommen und sich auf die Versorgungsqualität auswirken können.

AUSBILDUNGSREALITÄT IN DEUTSCHLAND – ZWISCHEN ANSPRUCH UND WIRKLICHKEIT

Die chirurgische Weiterbildung in Deutschland ist weiterhin stark fallzahlorientiert organisiert. Gleichzeitig nehmen Arbeitsverdichtung, ökonomischer Druck, Personalmangel und administrative Tätigkeiten kontinuierlich zu. Zeit für strukturierte Ausbildung und Training – insbesondere außerhalb des Operationsaals – ist im klinischen Alltag häufig nicht vorgesehen oder wird in die Eigenverantwortung der Weiterzubildenden verlagert.

Eine eigeninitiierte deutschlandweite Umfrage unter Teilnahme von über 1.000 Chirurg:innen verschiedener Ausbildungsstufen verdeutlicht diese Problematik eindrücklich [4]. Zwar gaben fast 60 % der Befragten an, Zugang zu Trainingsequipment für die MIC zu haben, jedoch verfügten weniger als ein Drittel über ein strukturiertes Curriculum für Training außerhalb des OP-Saals. Noch geringer war der Anteil der Kliniken (26 %) mit klar definierten Konzepten für die intraoperative Ausbildung. Der entscheidende Befund: Das Vorhandensein eines Curriculums erwies sich als stärkster Prädiktor für die Zufriedenheit der Teilnehmer:innen mit der Ausbildungssituation.

Diese Ergebnisse legen ein strukturelles Defizit offen. Ausbildung in der MIC wird vielerorts als zusätzliche, individuelle Aufgabe verstanden – nicht als systematisch geschützter Kernauftrag chirurgischer Kliniken. Der Kompetenzerwerb hängt damit in hohem Maße vom persönlichen

von Bechtolsheim F: BDC-Praxistest: Bericht zum Karl Storz Preis 2026. Passion Chirurgie. 2026 Mai; 16(05): Artikel 06_01.

Engagement einzelner Ausbildender und Auszubildender ab.

Jedoch ist diese Entwicklung nicht ausschließlich den Ausbildenden und den Kliniken zuzuschreiben. Rückblickend lässt sich feststellen, dass die strukturelle Weiterentwicklung der chirurgischen Ausbildung durch maßgebliche Akteure – darunter Ärztekammern, Fachgesellschaften und politische Entscheidungsträger – teilweise hinter der technologischen Dynamik zurückgeblieben ist. Vorschläge und Ideen gibt es zuhauf, darunter beispielsweise die Einführung eines standardisierten, deutschlandweiten Curriculums, strengere Anforderungen an die Auszubildenden, Subvention für Training und Simulation oder der verpflichtende Nachweis von Trainingsmaßnahmen außerhalb der OPs in den OP-Katalogen für die Fachweiterbildung [5, 6].

TRAINING, KOMPETENZ UND OBJEKTIVE MESSBARKEIT

Internationale Fachgesellschaften empfehlen ein stufenweises, kompetenzbasiertes Trainingsmodell. Grundlagenfertigkeiten sollen zunächst im Dry-Lab, Wet-Lab oder in virtueller Realität erlernt und objektiv bewertet werden, bevor ein schrittweiser Transfer in den Operationssaal erfolgt [7–9]. Zentrales Element dieser Konzepte ist die Messbarkeit chirurgischer Leistung.

Moderne Simulatoren erlauben die Erfassung objektiver Bewegungsmetriken wie Weglängen, Bewegungseffizienz, Geschwindigkeit oder Krafteinwirkung. Diese Parameter ermöglichen eine differenzierte Darstellung individueller Lernkurven. Studien zeigen, dass strukturiertes Training insbesondere die Qualität und Effizienz der Bewegungen verbessert [10]. Objektive Leistungsparameter eröffnen damit neue Möglichkeiten für Ausbildung, Evaluation und Qualitätssicherung.

Jedoch zeigt sich spätestens in der klinischen Realität, dass viele dieser Metriken und Messmethoden Grenzen haben. Es gibt zwar auch hier Ansätze, chirurgische Leistung und Fertigkeiten möglichst

vergleichbar und standardisiert zu erfassen, jedoch meist nur mit großem Aufwand und in überschaubarem Ausmaß. Eine flächendeckende Messung intraoperativer, chirurgischer Leistung und Fertigkeiten erfolgt somit bislang nicht.

EINFLUSSFAKTOREN UND HUMAN FACTORS

Neben Ausbildung und Training wird chirurgische Performance durch zahlreiche kurzfristige Einflussfaktoren geprägt. Zeitdruck, mentale Belastung, Lärm, Ermüdung, Dehydratation oder Hunger können die technisch-chirurgische Leistung messbar beeinflussen [11–14]. Diese sogenannten Human Factors sind im klinischen Alltag allgegenwärtig, werden jedoch bislang nur unzureichend systematisch berücksichtigt.

Gerade in der minimalinvasiven Chirurgie, in der Fehler schwerer zu kompensieren sind, gewinnt das Verständnis dieser Einflussfaktoren an Bedeutung. Eine moderne chirurgische Ausbildung muss daher nicht nur operative Fertigkeiten vermitteln, sondern auch Rahmenbedingungen reflektieren, unter denen konstante Leistung überhaupt möglich ist.

SURGICAL SKILLS LAB DRESDEN – STRUKTUR STATT ZUFALL

Vor dem Hintergrund, dass die chirurgische Performance im Operationssaal einen der größten und sprichwörtlich einschneidendsten Einflüsse auf das Outcome unserer Patient:innen hat, besteht bislang ein zentrales Dilemma: Weder existiert eine einheitliche Definition dessen, was eine „gute“ chirurgische Performance ausmacht, noch ist ausreichend verstanden, welche Faktoren diese Leistung zuverlässig und nachhaltig verbessern können. Aus der Motivation diese Dynamiken besser zu verstehen und praktisch beeinflussen zu können, wurde am Universitätsklinikum Dresden das Surgical Skills Lab Dresden gegründet.

Das Surgical Skills Lab basiert auf drei zentralen Säulen: chirurgische Ausbildung und Training, Forschung zu chirurgischer Ausbildung und Fertigkeiten sowie die gezielte Förderung minimalinvasiver Chirurgie im klinischen Alltag.

Die erste Säule bildet die strukturierte Ausbildung (Abb. 1). Ziel ist es, chirurgische Lehre evidenzbasiert, reproduzierbar und messbar zu gestalten. Das Skills Lab bündelt



Abb. 1: Ausbildung für roboterassistierte Chirurgie am Virtual-Reality-Simulator des Surgical Skills Lab Dresden



Abb. 2: Studie zu intraoperativem Stress-Erleben mit simulierter, laparoskopischer Cholezystektomie



Abb. 3: Klinisches Training und Ausbau der roboterassistierten Chirurgie

simulatorbasiertes Training und curriculare Ausbildungsformate für laparoskopische und roboterassistierte Verfahren und verfolgt dabei einen stufenweisen, kompetenzbasierten Ansatz, der die Ausbildung im Operationssaal ergänzt und vorbereitet.

Die zweite Säule umfasst die Forschung zu chirurgischer Ausbildung und chirurgischen Fertigkeiten. Im Fokus stehen die Evaluation unterschiedlicher Trainingsmodalitäten, die Untersuchung relevanter Einflussfaktoren auf operative Fertigkeiten sowie die objektive Erfassung und Analyse chirurgischer Performance, auch im klinischen Kontext (**Abb. 2**).

Die dritte Säule stellt die gezielte Förderung minimalinvasiver Chirurgie im klinischen Alltag dar (**Abb. 3**). Neue Techniken und Ausbildungsformate werden nicht isoliert entwickelt, sondern strukturiert in die Versorgung integriert, um operative Qualität und Patient:innensicherheit nachhaltig zu verbessern.

AUSBLICK – VON TRAINING ZU DATENBASIRTER CHIRURGIE

Die Weiterentwicklung chirurgischer Ausbildung wird in den kommenden Jahren zunehmend von digitalen und datenbasierten Ansätzen geprägt sein. Eigene Forschungsarbeiten befassen sich unter anderem mit dem Einsatz von Smart Glasses im praktischen Unterricht, die in Kombination mit KI-basierten Modellen, ein selbstständiger Training mit weniger Supervision ermöglichen können.

Auch deswegen liegt ein weiterer Schwerpunkt von uns auf der Entwicklung KI-basierter Modelle zur automatischen Analyse laparoskopischer Fertigkeiten. Durch die Kombination objektiver Bewegungs- und Kraftdaten mit maschinellen Lernverfahren sollen chirurgische Skills zukünftig automatisiert, reproduzierbar und unabhängig von subjektiven Bewertungen analysiert werden können.

Darüber hinaus gewinnt die translationale Forschung zum Zusammenhang zwischen

chirurgischer Performance und Patient:innenoutcomes zunehmend an Bedeutung. Ziel ist es, den Einfluss messbarer Leistungsparameter auf postoperative Verläufe systematisch zu untersuchen und Ausbildung damit unmittelbar an patientenrelevante Endpunkte zu koppeln.

PERSÖNLICHER BEITRAG UND EINORDNUNG

Meine wissenschaftliche und klinische Tätigkeit konzentriert sich auf die Frage, wie chirurgische Performance in der minimalinvasiven Chirurgie objektivierbar erfasst, durch gezieltes Training verbessert und durch geeignete Ausbildungsstrukturen nachhaltig gesichert werden kann. Darüber hinaus untersuche ich, welchen konkreten Einfluss messbare Leistungsparameter auf den postoperativen Verlauf und das Outcome operierter Patient:innen haben. Ziel ist es, chirurgische Qualität nicht nur technisch zu definieren, sondern ihren unmittelbaren Nutzen für die Patient:innenversorgung transparent und nachvollziehbar zu machen.

Die Würdigung dieser Arbeiten im Rahmen der Verleihung des Karl-Storz-Preises 2026 verstehe ich als Anerkennung eines Ansatzes, der chirurgische Exzellenz nicht allein technisch, sondern ebenso über strukturierte Ausbildung, gezieltes Training und klar definierte Verantwortungsstrukturen begreift. Eine solche Auszeichnung wirkt dabei weit über die persönliche Ebene hinaus. Sie bestätigt, dass die systematische Auseinandersetzung mit chirurgischer Performance, mit Trainingsqualität und mit messbaren Kompetenzkriterien ein relevanter und notwendiger Bestandteil moderner Chirurgie ist. Vor allem jedoch begreife ich den Karl-Storz-Preis als außerordentliche Motivation, mich auch künftig mit Engagement in Lehre, Forschung und Klinik der minimalinvasiven Chirurgie zu widmen

und dabei kontinuierliche Verbesserungen in sämtlichen Bereichen anzustreben.

LITERATUR

- [1] Birkmeyer JD, Finks JF, O'Reilly A, et al (2013) Surgical Skill and Complication Rates after Bariatric Surgery. *N Engl J Med* 369:1434–1442. <https://doi.org/10.1056/nejmsa1300625>
- [2] Fecso AB, Szasz P, Kerezov G, Grantcharov TP (2017) The Effect of Technical Performance on Patient Outcomes in Surgery. *Ann Surg* 265:492–501. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000001959>
- [3] Abahuje E, Cong L, Iroz CB, et al (2024) A Prospective Study to Assess the Relationship Between Nontechnical Skills for Surgeons (NOTSS) and Patient Outcomes. *J Surg Educ* 81:1568–1576. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2024.07.022>
- [4] von Bechtolsheim F, Schneider A, Schmidt S, et al (2024) Satisfaction of surgeons with the current state of training in minimally invasive surgery: a survey among German surgeons. *Surg Endosc* 38:1029–1044. <https://doi.org/10.1007/s00464-023-10584-y>
- [5] Huber T, Weber J, Von Bechtolsheim F, et al (2024) Modified Delphi Procedure to Achieve Consensus for the Concept of a National Curriculum for Minimally Invasive and Robot-assisted Surgery in Germany (GeRMIQ). *Zentralblatt für Chir - Zeitschrift für Allg Visz und Gefasschirurgie*. <https://doi.org/10.1055/a-2386-9463>
- [6] Drossard S (2019) Structured surgical residency training in Germany: an overview of existing training programs in 10 surgical subspecialties. *Innov Surg Sci* 4:15–24. <https://doi.org/10.1515/iss-2018-0033>
- [7] Dawe SR, Windsor JA, Broeders JAJL, et al (2014) A Systematic Review of Surgical Skills Transfer After Simulation-Based Training. *Ann Surg* 259:236–248. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000000245>
- [8] Alaker M, Wynn GR, Arulampalam T (2016) Virtual reality training in laparoscopic surgery: A systematic review & meta-analysis. *Int J Surg* 29:85–94. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2016.03.034>
- [9] von Bechtolsheim F, Oehme F, Weitz J, Distler M (2020) Strukturierte Aus- und Weiterbildung in minimalinvasiver Chirurgie für junge Chirurgen. *Allg und Visz up2date* 14:415–430. <https://doi.org/10.1055/a-1096-9435>
- [10] von Bechtolsheim F, Petzsch S, Schmidt S, et al (2023) Does practice make perfect? Laparoscopic training mainly improves motion efficiency: a prospective trial. *Updates Surg*. <https://doi.org/10.1007/s13304-023-01511-w>
- [11] von Bechtolsheim F, Schmidt S, Abel S, et al (2022) Does speed equal quality? Time pressure impairs minimally invasive surgical skills in a prospective crossover trial. *Int J Surg* 104:106813. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2022.106813>
- [12] Bereuter JP, Geissler ME, Geissler R, et al (2024) Impact of dehydration on laparoscopic performance: a prospective, open-label, randomized cross-over trial. *Surg Endosc* 38:1390–1397. <https://doi.org/10.1007/s00464-023-10644-3>
- [13] Arora S, Sevdalis N, Nestel D, et al (2010) The impact of stress on surgical performance: A systematic review of the literature. *Surgery* 147:318–330.e6. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2009.10.007>
- [14] Whelehan DF, McCarrick CA, Ridgway PF (2020) A systematic review of sleep deprivation and technical skill in surgery. *Surgeon* 18:375–384. <https://doi.org/10.1016/j.surge.2020.01.004>

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</p> <p>Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie</p> <p>Philipps-Universität Marburg</p> <p>Baldingerstraße</p> <p>35043 Marburg</p> <p>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</p> <p>Studienkoordinatorin</p> <p>Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie</p> <p>Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden</p> <p>Anstalt des öffentlichen Rechts des Freistaates Sachsen</p> <p>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</p> <p>Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie</p> <p>Universitätsklinikum Heidelberg</p> <p>Im Neuenheimer Feld 420</p> <p>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</p> <p>Universitätsklinikum OWL der Universität Bielefeld,</p> <p>Campus Lippe</p> <p>Klinikum Lippe GmbH</p> <p>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	Kontrollgruppe: Die Behandlung im Studienarm B besteht aus einer obligaten postneoadjuvanten Operation, die 4–12 Wochen nach Ende der neoadjuvanten Therapie durchgeführt wird. In beiden Armen erfolgt die Operation durch transthorakale oder transabdominale Ösophagektomie einschließlich Lokoregionärer Lymphadenektomie.	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: 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 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: 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 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: 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 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 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

