PASSION

CHIRURGIE

BDC-PRAXISTEST

BEWERBUNGSTIEF GEN Z – STEHT IHRE KLINIK AUF DER BLACKLIST?

im Fokus

PROKTOLOGIE

07/08 | 2026

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGIE

DGCH DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE E.V.

BDC Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.

IMPRESSUM

PASSION CHIRURGIE

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

DGCH
Präsident: Prof. Dr. med. Jens Werner
Vizepräsidenten: Prof. Dr. Dr. med. Lukas Prantl, PhD; Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Dr. h.c. Jürgen Hoffmann
Generalsekretär: Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen (V.i.S.d.P.)
Schatzmeister: Prof. Dr. med. Johann Pratschke

BDC
Präsident: Prof. Dr. med. Dietmar Pennig (V.i.S.d.P.)
Vizepräsidenten: Dr. med. Peter Kalbe, Prof. Dr. med. Wolfgang Schröder
Geschäftsführerin: Dr. med. Friederike Burgdorf
Justitiar: Dr. jur. Jörg Heberer, Berlin/München

REDAKTION
Prof. Dr. med. Dietmar Pennig (V.i.S.d.P.)
Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen (V.i.S.d.P.)
Prof. Dr. med. Wolfgang Schröder
Dr. med. Peter Kalbe
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/GummyBone

ERSCHEINUNGSWEISE UND BEZUG:
Passion Chirurgie erscheint 10-mal jährlich als elektronische Ausgabe (eMagazin via BDC|Mobile App über Apple AppStore oder GooglePlay).

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 ERFÜLLUNGSORT: 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 Proktologie *Arndt Voigtsberger*

6 KURZNACHRICHTEN

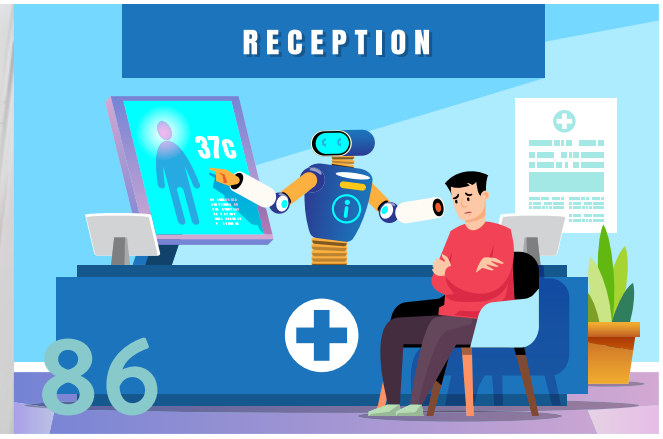
8 CHIRURGIE

8 FISTELN – ALTE UND NEUE THERAPIEN
Johannes Jongen, Jessica Schneider, Volker Kahlke, Tilman Laubert

16 SAKRALNERVENSTIMULATION
Andreas Ommer

22 LAPAROSKOPISCHE UND ROBOTISCHE VENTRALE MESH-REKTOPEXIE (VMR) BEI STUHLENTLEERUNGSSTÖRUNG UND STUHLINKONTINENZ
Toralf Wolkersdörfer

28 SINUS PILONIDALIS – ALTE UND NEUE VERFAHREN UND THERAPIEN
Nozim Shodiev



35 CHIRURGIE+

35 **Akademie aktuell:** Eine Dekade Fortbildung in der BDC|Akademie – ein kurzer Rück- und Ausblick *Wolfgang Schröder*

40 **Hygiene-Tipp:** Sind Kompressionsstrümpfe im OP-Bereich erlaubt? *Lutz Jatzwauk, Martin Groth, Nils Hübner, Wolfgang Kohnen, Dieter Wieting*

42 **Abrechnung:** DRG und Kodierung 2026 in der Chirurgie *Thomas Auhuber*

47 **Abrechnung:** Verbesserungen bei der Abrechnung von Grundleistungen im D-Arzt-Verfahren ab Juli 2026 *Peter Kalbe, Gerd Rauch*

51 **Abrechnung:** Ein neuer Abschnitt und deutliche Verbesserungen für die Abrechnung arthroskopischer Operationen in der UV-GOÄ ab Juli 2026 *Gerd Rauch, Peter Kalbe*

55 Personalia

56 **RECHT**

56 **F+A:** Belegarzt-Abrechnung von Hybrid-DRG-Leistung bei Privatpatienten möglich? *Jörg Heberer*

57 GESUNDHEITSPOLITIK

57 **Berufspolitik aktuell:** Besser Kettensäge als Skalpell? *Friederike Burgdorf*

59 Gemeinsames Positionspapier zur Primärversorgung *DGUV, BDC, DGU, BDD, BNC*

60 Vorwort *Carsten J. Krones, Daniel Vallböhmer*

BDC-Praxistest: Bewerbungstief Gen Z – Steht Ihre Klinik auf der Blacklist? *Mona Bickel-Dabadghao*

65 INTERN

65 **DGCH**

65 Sehr persönlich nachgefragt bei Janina Deyng

66 Bericht zur Frühjahrstagung „Medizin und Recht im Dialog“ der AWMF *Joachim Jähne*

71 Nachruf auf Prof. Dr. med. Joachim M. Müller

73 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland *Solveig Tenckhoff*

78 Spendenaufruf Langenbeck-Virchow-Haus

79 **BDC**

79 BDC|News

80 BDC | Landesverbände

82 Termine BDC|Akademie

85 Lifestyle-Angebote im Juli/August 2026

86 PANORAMA

86 KI und Robotik heißt nicht nur OP-Roboter *Dirk Farghal*

AUS DER DGCH

SEHR PERSÖNLICH NACHGEFRAGT BEI JANINA DEYNG

Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?
Menschen in Momenten großer Unsicherheit begleiten, durch Operationen helfen und Sorgen lindern.

Welchen klinischen Schwerpunkt haben Sie?
Neuroonkologie

Was war für Ihr berufliches Fortkommen besonders hilfreich?
Durchhaltevermögen und die Bereitschaft, auch in schwierigen Situationen weiterzulernen.

Was ist Ihre größte Inspiration?
Meine Eltern und viele Kolleginnen aus dem Chirurginnen-Verein.

Was haben Sie erst vor kurzem in Ihre chirurgische Praxis implementiert?
Noch in der Mache: Ich möchte feste „Stop Points" im OP nutzen. Das reduziert Varianz, erzwingt strukturierte Entscheidungen und erhöht die Nachvollziehbarkeit für die Ärzt:innen in Weiterbildung.

Welche persönlichen Visionen möchten Sie gerne umsetzen?
Ich möchte eine Chirurgie mitgestalten, in der trotz des enormen wirtschaftlichen Drucks die Zeit für das menschliche Gespräch nicht verloren geht. Mein Ziel ist es, dass jede Patientin und jeder Patient sich vor und nach der OP nicht nur medizinisch bestens versorgt, sondern vor allem als Mensch gesehen und verstanden fühlt.

Welche Publikation der letzten zwei Jahre halten Sie für einen Game Changer in Ihrem Fach?
Microbubble-enhanced transcranial focused ultrasound with temozolomide for patients with high-grade glioma (BT008NA): a multicentre, open-label, phase 1/2 trial. DOI 10.1016/S1470-2045(25)00492-9

Wie fördern Sie die persönliche und fachliche Entwicklung in Ihrem Team?
Ich versuche, eine Atmosphäre zu schaffen, in der Verantwortung übernommen werden kann, ohne Angst vor Fehlern zu haben.

Welches Buch liegt auf Ihrem Nachttisch?
Der Krieg mit den Molchen – aktueller denn je.

Mit welchem Song wachen Sie in der Früh am liebsten auf?
Das ist alles von der Kunstfreiheit gedeckt – Danger Dan.

In der Gesundheitspolitik gibt es viele Baustellen. Was sollte als Erstes angepackt werden?
Digitalisierung ist für mich kein Selbstzweck, sondern die Chance, Medizin effizienter und patientenorientierter zu machen. Wenn Daten sinnvoll vernetzt werden, gewinnen wir vor allem eines: mehr Zeit für die Menschen.

Wie gehen Sie mit Frustrationen um?
Ich versuche, die Ursache der Frustration zu verstehen und zu überlegen, ob und wie ich die Situation konkret verbessern kann.

Drei Dinge, die Ihnen am Herzen liegen?
Verlässlichkeit, Empathie und Offenheit

Wo werden sie schwach?
Wenn meine Kinder lachen.

Was bringt Sie zum Lachen?
Situationskomik

Was gehört für Sie zu einem gelungenen Tag?
Zeit mit meiner Familie, Zeit im OP, etwas Gutes zu essen – und ein Moment der Ruhe.

Muss eine Chirurgin/ein Chirurg Optimismus ausstrahlen?
Ich glaube, Zuversicht ist wichtig – besonders in Situationen, die für Patientinnen und Patienten mit Angst verbunden sind. Gleichzeitig sollten wir immer ehrlich und realistisch bleiben.

Dr. med. Janina Deyng
Fachärztin für Neurochirurgie
Beisitzerin Die Chirurginnen e. V.
Verheiratet, 2 Kinder, Bibliotheks-begeistert,
Oberärztin am Klinikum Merheim, Kliniken der Stadt Köln

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

© iStock/Mihajlo Maricic

Bericht zur Frühjahrstagung „Medizin und Recht im Dialog“ der AWMF[1]

Joachim Jähne

[1] Am 17. und 18. April 2026 fand in Würzburg die Frühjahrstagung der Reihe „Medizin und Recht im Dialog“ der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) statt. Wie üblich wurden drei Themen bearbeitet, die auch für die Chirurgie eine Bedeutung haben.

MEDIZINISCHE BEHANDLUNG UNTER ZWANG

Die rechtlichen Aspekte wurden von Frau **Prof. Dr. iur. Angie Schneider**/Universität Bremen dargestellt. Ärztliche Behandlung unter Zwang markiert einen der sensibelsten Berührungspunkte zwischen Medizin,

1 Der Autor dankt den Referent:innen für die Bereitstellung der Vortragsfolien. Für den Artikel wurden die Inhalte der Vorträge zusammengefasst und mit Hilfe von Künstlicher Intelligenz (Microsoft 365 Copilot) weiterbearbeitet. Der Bericht ist mit den Ko-Vorsitzenden der Veranstaltungsreihe, Herrn Prof. Dr. iur. Henning Rosenau, Halle, und Herrn Prof. Dr. med. Rainer Hellweg, Berlin, abgestimmt.

Prof. Dr. med. Joachim Jähne, FACS, MBA
Senator der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
joachim.jaehne@gmx.de

Zivilrecht und Verfassungsrecht. Sie zwingt den Rechtsstaat, das ärztliche Fürsorgeideal mit dem grundrechtlich geschützten Selbstbestimmungsanspruch des Patienten in ein ausgewogenes Gleichgewicht zu bringen. Die geltende Rechtslage trägt diesem Spannungsverhältnis durch ein eng austariertes System materieller und verfahrensrechtlicher Schranken Rechnung und steht zugleich vor einem erneuten Umbruch.

Zivilrechtlicher Anknüpfungspunkt ist § 1832 BGB. Die Norm definiert den Begriff der Zwangsbehandlung weit: Bereits der entgegenstehende natürliche Wille des Betroffenen genügt, um eine Maßnahme als Zwang zu qualifizieren. Körperlicher Widerstand oder offene Gewaltanwendung sind ebenso wenig erforderlich wie eine ausdrücklich artikulierte Ablehnung; auch verdeckte Medikationen fallen in den Anwendungsbereich. Damit folgt das Recht einem realistischen, personenschützenden Begriffsverständnis. Die materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen sind bewusst hoch angesetzt. Eine Zwangsbehandlung kommt nur in Betracht, wenn ein erheblicher gesundheitlicher Schaden droht, der Betroffene krankheitsbedingt nicht einsichtsfähig ist, keine entgegenstehende Patientenverfügung existiert und sämtliche Überzeugungsversuche ohne Druck erfolglos geblieben sind. Hinzutreten müssen das Fehlen milderer Mittel sowie eine strenge Nutzen-Schaden-Abwägung. Bislang fordert das Gesetz zudem die Durchführung im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthalts. Diese Kumulation verdeutlicht den Ausnahmecharakter der Maßnahme: Zwangsbehandlung ist die ultima ratio staatlich legitimierter Fürsorge, nicht Mittel therapeutischer Zweckmäßigkeit.

Flankiert wird das materielle Recht durch ein prozedurales Schutzregime in den §§ 312 ff. FamFG. Die zwingende Bestellung eines Verfahrenspflegers, die Unabhängigkeit des Sachverständigen, umfassende Begründungs- und Dokumentationspflichten sowie kurze Befristungen sollen eine Entgrenzung verhindern. Die richterliche Genehmigung wirkt konstitutiv; eine nachträgliche Legalisierung ist ausgeschlossen. Damit wird das Betreuungsgericht zum zentralen Hüter der Verhältnismäßigkeit.

Verfassungsrechtlich spiegelt die Zwangsbehandlung einen ungelösten Grundkonflikt wider. Auf der einen Seite stehen Selbstbestimmung und körperliche Unversehrtheit, auf der anderen die staatliche Schutzpflicht gegenüber Menschen, die keinen freien Willen bilden können. Das Bundesverfassungsgericht hat diesen Konflikt wiederholt zugunsten strikter Begrenzungen entschieden und dabei auch die „Freiheit zur Krankheit“ anerkannt.

Vor diesem Hintergrund gewinnt die Reformdiskussion an Gewicht. Auslöser ist die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 26. November 2024, die den Krankenhausvorbehalt erneut infrage stellt. Der Referentenentwurf des BMJV von Februar 2026 sieht eine vorsichtige Öffnung für außerstationäre Maßnahmen vor, ohne den grundrechtlichen Schutzstandard abzusenken. Entscheidend wird sein, ob es gelingt, diese Flexibilität prozedural so abzusichern, dass die Ausnahme auch künftig Ausnahme bleibt und die Selbstbestimmung des Patienten strukturelles Leitmotiv ärztlichen Handelns bleibt.

Die medizinische Sicht wurde von Frau **Dr. Susanne Maria Jöbges** (Charité Berlin) beleuchtet. Für die Referentin – und wohl für die meisten Medizinerinnen und Mediziner – zählen Zwangsmaßnahmen auf der Intensivstation zu den ethisch anspruchsvollsten Entscheidungen der klinischen Praxis. Sie betreffen Situationen eingeschränkter oder fehlender Einwilligungsfähigkeit, in denen sich Patienten lebenswichtigen Maßnahmen widersetzen oder als selbst oder fremdgefährdend gelten. Der Einsatz von Zwang berührt damit den Kern ärztlicher Verantwortung: das Spannungsverhältnis zwischen Fürsorgepflicht und Respekt vor der Autonomie.

Zwang im medizinischen Kontext beschränkt sich nicht auf formale Maßnahmen wie Fixierungen, Sedierungen oder

Jähne J: Bericht zur Frühjahrstagung „Medizin und Recht im Dialog“ der AWMF. Passion Chirurgie. 2026 Juli/August; 16(07/08): Artikel 06_02.

räumliche Einschränkungen. Ebenso relevant sind informelle Formen wie Manipulation, verbale Drohungen oder der Entzug beziehungsweise die selektive Weitergabe von Informationen. Allen gemeinsam ist das Ziel, den tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen zu überwinden. Auch wenn sie als praktisch notwendig erscheinen, stellen sie tiefgreifende Eingriffe in Freiheit und Würde dar.

Die Intensivmedizin ist ein besonders sensibler Bereich. Internationale Studien zeigen eine erhebliche Spannweite der Anwendung: In der Akutmedizin werden Fixierungen bei etwa 27–44 % der Patienten berichtet, mit Extremwerten von 84,9 % körperlicher Fixierungen in spanischen Erhebungen und lediglich 1,9 % in den USA. Für Intensivstationen liegen die Prävalenzen konsistenter hoch: je nach Studie zwischen 40,7 % und 46,7 % der Patienten sind zeitweise fixiert. Diese Zahlen machen deutlich, dass es sich nicht um Ausnahmeentscheidungen handelt, sondern um ein strukturell relevantes Phänomen.

Fixierungen werden häufig mit Sturzprävention, Verhaltensauffälligkeiten oder kognitiven Beeinträchtigungen wie dem Delir begründet. Gerade hier zeigt sich jedoch ein zentrales Problem: Fixierungen können Delirien verstärken oder verlängern und sind mit Angst, Kontrollverlust, psychischen Traumatisierungen sowie längerer Beatmungsdauer assoziiert. Sie fungieren damit nicht als neutrale Sicherheitsinstrumente, sondern erzeugen selbst relevante Risiken. Auch Sedierung wird eingesetzt – teils offen, teils als informeller Zwang zur Reduktion von Widerstand oder zur „Erleichterung der Mitarbeit". Dient sie primär der Verhaltenskontrolle und nicht der Symptomminderung, nähert sie sich faktisch einer Zwangsbehandlung an.

Rechtlich ist Zwang nur in engen Ausnahmefällen zulässig: bei erheblicher Gefahr, fehlender Einwilligungsfähigkeit und dem Scheitern milderer Mittel. Er verlangt klare Zieldefinition, sorgfältige Dokumentation, kontinuierliche Reevaluation und – jenseits akuter Notfälle – eine betreuungsgerichtliche Genehmigung. Diese Anforderungen schützen ein zentrales Grundrecht: die persönliche Freiheit.

Ethisch bleibt Zwang ausschließlich als ultima ratio vertretbar. Entscheidungen dürfen nicht aus Routine, Zeitdruck oder Personalmangel erfolgen, sondern erfordern eine transparente Nutzen-Schaden-Abwägung, die Berücksichtigung des mutmaßlichen Patientenwillens sowie einen begründeten interprofessionellen Konsens. Prävention – durch Delirmanagement, Deeskalation und eine reflektierte Organisationskultur – ist daher zentral. Zwangsmaßnahmen sind kein individuelles Versagen, wohl aber ein Prüfstein institutioneller Verantwortung.

Abschließend wurde die psychiatrische Sicht durch Prof. Dr. med. Tom Bschor/Universitätsklinikum Dresden mit dem Untertitel „Psychiatrische Kliniken im Kreuzfeuer: Alltag, Ökonomie, Ethik und juristische Bürden" dargelegt. In seinem viel beachteten Vortrag stellte Prof. Bschor die folgenden zehn Thesen zu dieser Thematik auf.

1. **Rechtliche Absicherung**
   Psychiater:innen wünschen, dass Zwang gerichtlich genehmigt wird, um Klarheit und Rechtssicherheit zu haben und die therapeutische Beziehung nicht zu belasten.
2. **Ablehnung von Zwang**
   Psychiater:innen hassen Zwangsmaßnahmen – ihr Ziel ist es, den besonders Schwachen zu helfen und Therapieziele gemeinsam zu erreichen.
3. **Keine Lösung für soziale Probleme**
   Steigende Unterbringungszahlen lösen keine gesellschaftlichen Probleme wie Drogenabhängigkeit, Obdachlosigkeit oder soziale Desintegration.
4. **Keine Ordnungsfunktion**
   Krankenhäuser sind nicht für Ordnungsaufgaben gedacht: Sie sind dafür weder ausgestattet, finanziert noch personell vorbereitet, und es entspricht auch nicht ihrem gesetzlichen Auftrag.
5. **Behandlung ≠ Freiheitsentzug**
   Unterbringung und Behandlungserlaubnis gehören zusammen – psychiatrische Kliniken sind Behandlungseinrichtungen, keine Gefängnisse.
6. **Ärztliche Therapiefreiheit**
   Behandlung zum Patientenwohl braucht ein Mindestmaß an ärztlicher Entscheidungsfreiheit, auch bei gerichtlich genehmigtem Zwang.
7. **Übermäßiges Misstrauen**
   Öffentliches, politisches und juristisches Misstrauen gegenüber der Psychiatrie führt zu einem extremen Kontroll- und Überwachungssystem.
8. **Systemische Belastung**
   Die Vielzahl an Kontrollinstanzen erzeugt hohe bürokratische Lasten und erschwert klinisch sinnvolles Handeln.
9. **Realitätsfernes Rechtssystem**
   Juristische Erwartungen und bürokratische Vorgaben sind häufig nicht mit der Behandlungsrealität vereinbar und zwingen Kliniken in Grauebereiche.
10. **Fürsorge statt Autonomismus**
    Schwere psychische Erkrankungen können die freie Willensbildung einschränken – zeitweises Entscheiden für Betroffene kann Ausdruck von Fürsorge und Verantwortung sein.

Zusammenfassend ist Zwang ethisch belastend, rechtlich notwendig, medizinisch komplex und darf nur als begründete Ausnahme im Sinne des Patientenwohls verstanden werden.

DAS AKTUELLE URTEIL

Am Samstag berichtete **Vera von Pentz**, stellvertretende Vorsitzende des VI. Zivilsenats des BGH, über das Urteil des Bundesgerichtshofs vom 21. Januar 2025 (VI ZR 204/22). Die Entscheidung markiert einen weiteren Präzisierungs- und zugleich Verschärfungsschritt in der haftungsrechtlichen Bewertung ärztlicher Therapiewahl und Aufklärung bei konkurrierenden Behandlungsmethoden. Ausgehend von einem hochspezialisierten

neurochirurgischen Sachverhalt entfaltet sie Bedeutung weit über den Einzelfall hinaus, insbesondere für seltene Erkrankungen und technisch überholte, jedoch weiterhin praktizierte Verfahren.

Medizinischer Ausgangspunkt war die operative Stabilisierung einer atlantoaxialen Instabilität bei einer minderjährigen Patientin infolge eines Os odontoideum. Die Erstoperation erfolgte mittels Gallie-Verdrahtung, einer in den 1990er-Jahren anerkannten Methode. Nach Stürzen, Revisionseingriffen und schließlich gravierenden neurologischen Komplikationen bis hin zur Querschnittslähmung stellte sich die Frage, ob diese Methode trotz Existenz einer biomechanisch stabileren Verschraubungstechnik noch dem medizinischen Standard entsprach und ob über diese Behandlungsalternative ausreichend aufgeklärt worden war.

Während das Landgericht ein Aufklärungsversäumnis annahm und ein erhebliches Schmerzensgeld zusprach, verneinte das Oberlandesgericht einen Behandlungsfehler und ließ die Klage mangels Kausalität scheitern. Diese Verkürzung korrigiert der BGH nun mit bemerkenswerter Klarheit.

Zentral ist die Einordnung der Therapiewahl. Der Senat betont, dass die bloße Existenz mehrerer anerkannter Methoden die ärztliche Wahlfreiheit nicht zeitlos absichert. Maßgeblich sei, ob die konkret gewählte Methode zum Behandlungszeitpunkt unter Berücksichtigung von Erfolgsaussichten, Risiken und individueller Patientensituation noch als medizinisch vertretbar gelten könne. Bestehen Anhaltspunkte für eine signifikant risikoärmere Alternative, dürfen Gerichte sich nicht mit pauschalen Verweisen auf Standardmethoden begnügen. Das OLG habe es versäumt, den maßgeblichen medizinischen Erkenntnisstand tragfähig festzustellen.

Besonders deutlich fällt die Positionierung des BGH zur Aufklärungspflicht aus. Über echte Behandlungsalternativen ist aufzuklären, auch wenn beide Methoden als anerkannt gelten. Maßgeblich ist nicht die Präferenz des Behandlers, sondern die autonome Entscheidungsfindung des Patienten beziehungsweise der Sorgeberechtigten. Bei seltenen Krankheitsbildern kann die Aufklärung zudem Hinweise auf spezialisierte Zentren und höhere Erfahrungsstufen umfassen, wodurch sie eine strukturelle Dimension erhält.

In der Summe stärkt der BGH die patientenseitige Selbstbestimmung und präzisiert zugleich die Anforderungen an ärztliche Entscheidungsbegründung. Therapiefreiheit bleibt bestehen, wird aber stärker an Transparenz, Begründungstiefe und Aufklärung gekoppelt. Das Urteil fügt sich damit folgerichtig in eine Entwicklung ein, die ärztliches Handeln nicht defensiv kontrolliert, sondern verantwortliche Entscheidungskompetenz an die Verpflichtung zur informierten Teilhabe des Patienten bindet.

DIE FREIE ARZTWAHL IM KONTEXT DER ZENTRALISIERUNG MEDIZINISCHER LEISTUNGEN

Die freie Arztwahl gilt als prägendes Leitbild des deutschen Gesundheitswesens. Sie steht für Vertrauen, individuelle Autonomie und patientenzentrierte Versorgung. Wie **Prof. Dr. med. Carsten Krones**, Dülmen, hervorhob, war diese Freiheit jedoch historisch nie absolut. Sie entstand als sozialrechtlich gerahmtes Prinzip und blieb stets an strukturelle, organisatorische und wirtschaftliche Voraussetzungen gebunden. In der aktuellen Debatte um eine zunehmend zentrierte Versorgung tritt dieser Befund besonders deutlich zutage.

Bereits mit der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung wurde die freie Arztwahl anerkannt, zugleich aber dem Wirtschaftlichkeitsgebot unterstellt. Auch das heutige Sozialrecht formuliert sie als subjektives Recht der Versicherten, ordnet sie jedoch klar dem Leistungs- und Vertragsarztrecht unter. Maßgeblich bleibt die Verpflichtung zu einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung. Die Freiheit der Wahl endet dort, wo sie die Funktionsfähigkeit des solidarisch finanzierten Systems gefährden würde.

Vor diesem Hintergrund erscheint die Zentralisierung medizinischer Leistungen weniger als Bruch denn als Fortschreibung bestehender Steuerungsmechanismen. Der Referent unterschied dabei zwischen Zentralisierung und Zentrierung. Letztere meint nicht zwingend eine räumliche Konzentration, sondern die Bündelung von Expertise, Fallzahlen und Versorgungsprozessen. Gerade diese begriffliche Offenheit macht Zentrierung politisch und ökonomisch attraktiv, erschwert aber eine präzise Bewertung ihrer tatsächlichen Effekte.

Häufig wird Zentrierung gesundheitsökonomisch legitimiert. Höhere Fallzahlen sollen Qualität sichern, Ressourcen effizienter nutzen und Kosten senken. Diese Argumentation beruht auf der Annahme eines Zusammenhangs zwischen Leistungsmenge und Ergebnisqualität. Die empirische Evidenz hierzu erweist sich jedoch als heterogen und stark indikationsabhängig. Eine generelle qualitative Überlegenheit zentrierter Versorgung lässt sich bislang nicht überzeugend belegen; auch übergreifende Bewertungen ärztlicher und gesundheitsökonomischer Institutionen fallen zurückhaltend aus.

Unbestreitbar bietet Zentrierung Chancen. Standardisierte Abläufe, bessere Leitlinientreue, interdisziplinäre Zusammenarbeit und höhere Vergleichbarkeit können die Prozessqualität verbessern. Dem stehen jedoch relevante Nebenwirkungen gegenüber: längere Anfahrtswege, eingeschränkter Zugang, Versorgungsfragmentierung und eine faktische – wenngleich rechtlich nicht aufgehobene – Begrenzung der freien Arztwahl. Besonders im stationären Bereich ist diese Einschränkung strukturell angelegt, da der Krankenhausaufnahmevertrag regelmäßig keine individuelle Arztwahl vorsieht, abgesehen von gesonderten Wahlleistungen.

Normativ lässt sich dieses Spannungsfeld nicht auflösen. Während die ärztliche Berufsethik die freie Arztwahl als

Ausdruck von Autonomie respektiert, weist das Sozial- und Verfassungsrecht dem Gesetzgeber ausdrücklich Steuerungs- und Schutzpflichten zugunsten des Patientenkollektivs zu. Qualitätssicherung, Spezialisierung und Bedarfsplanung sind in einem Pflichtversicherungssystem nicht nur zulässig, sondern geboten. Die Frage, in welchem Umfang freie Arztwahl zugunsten strukturierter Versorgung eingeschränkt werden soll, ist daher letztlich eine politische Entscheidung. Die Medizin sollte diese Debatte sachlich, kritisch und stets patientenorientiert begleiten.

Abschließend beleuchtete **Prof. Dr. iur. Karsten Scholz**, Hannover, die rechtlichen Gesichtspunkte der freien Arztwahl. Auch aus juristischer Sicht gehört sie zu den prägenden Grundvorstellungen des deutschen Gesundheitswesens. Sie steht für Patientenautonomie, Vertrauen und Individualität in der medizinischen Behandlung. Zugleich war sie jedoch nie als schrankenlose Freiheit ausgestaltet, sondern von Beginn an eingebettet in die Logik eines solidarisch finanzierten und staatlich regulierten Versorgungssystems.

Bereits das Kassenarztrecht der Reichsversicherungsordnung erkannte die freie Arztwahl an, stellte sie jedoch unter wirtschaftliche und versorgungspolitische Vorbehalte. Versicherte konnten ihren Arzt zwar wählen, mussten jedoch Mehrkosten tragen, wenn sie ohne zwingenden Grund nicht den nächsterreichbaren Leistungserbringer aufsuchten. Schon historisch handelte es sich somit nicht um eine absolute, sondern um eine konditionierte Freiheit.

Diese Grundkonzeption setzt sich im geltenden Sozialrecht fort. § 76 SGB V formuliert die freie Arztwahl ausdrücklich als subjektives Recht der Versicherten, ordnet sie systematisch jedoch dem Leistungserbringungsrecht unter. Maßgeblich bleibt das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V, das eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung verlangt. Die individuelle Arztwahl findet ihre Grenze dort, wo sie die finanzielle und organisatorische Leistungsfähigkeit der Solidargemeinschaft gefährden würde.

In der Versorgungsrealität werden diese Grenzen deutlich sichtbar. Zentrale Planungsinstrumente, besondere Versorgungsformen sowie zunehmend integrierte Strukturen – etwa in Medizinischen Versorgungszentren oder spezialisierten Krankenhausabteilungen – reduzieren die faktische Wahlfreiheit. Besonders ausgeprägt ist dies im stationären Bereich: Mit dem Krankenhausaufnahmevertrag erklärt sich der Patient regelmäßig mit der Behandlung durch die dienstplanmäßig zuständigen Ärztinnen und Ärzte einverstanden. Eine individuelle Auswahl des behandelnden Arztes ist systematisch nicht vorgesehen und lediglich im Rahmen gesonderter Wahlleistungsvereinbarungen möglich.

Berufsrechtlich ist die freie Arztwahl als ethisches Leitbild in der (Muster-)Berufsordnung verankert. Ärztinnen und Ärzte sollen das Recht der Patienten achten, den Arzt frei zu wählen oder zu wechseln. Diese Vorgabe begründet jedoch kein einklagbares Patientenrecht, sondern entfaltet ihre Wirkung primär als Standes und Disziplinarrecht. Gleichwohl können vertragliche Gestaltungen, die die freie Arztwahl unangemessen beschneiden, zivilrechtlich angreifbar sein.

Verfassungsrechtlich lässt sich die freie Arztwahl vor allem aus der allgemeinen Handlungsfreiheit und dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten herleiten. Dem stehen jedoch staatliche Schutz, Steuerungs- und Gewährleistungspflichten gegenüber, insbesondere zur Sicherung von Qualität, Patientensicherheit und Wirtschaftlichkeit in einem Pflichtversicherungssystem.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten: Die freie Arztwahl ist ein zentrales Strukturprinzip des deutschen Gesundheitswesens, aber kein grenzenloses Freiheitsrecht. Der Gesetzgeber darf – und muss – medizinische Leistungen dort bündeln und steuern, wo dies der Versorgungsqualität und der Patientensicherheit dient. Entscheidend ist ein sachgerechter Ausgleich zwischen individueller Autonomie und kollektiver Verantwortung.

Wie bei allen bisherigen Veranstaltungen zeichneten sich die Referent:innen durch ihre hohe Kompetenz und ihr großes Engagement aus. Dem Grundgedanken der Veranstaltungsreihe folgend, in einen Dialog zu treten, wurden alle Vorträge umfangreich interdisziplinär diskutiert. Am Ende hatten alle Teilnehmer:innen das Gefühl, das Wissen aus dem Spannungsfeld zwischen Medizin und Recht etwas erweitert zu haben. Die nächste Veranstaltung wird am 06. und 07. November in Hamburg stattfinden. Bereits jetzt darf ich Sie im Namen der DGCH, der AWMF und auch der Mitorganisatoren sehr herzlich zur Teilnahme einladen. Ihr Interesse können Sie bei der Geschäftsstelle der AWMF unter office@awmf.org bekunden.

Mit freundlichen Grüßen,
Joachim Jähne

Nachruf auf Prof. Dr. med. Joachim M. Müller

in memoriam
Prof. Dr. med.
Joachim M. Müller
***16.06.1946 † 18.03.2026**

Prof. Dr. Joachim M. Müller verstarb am 18. März 2026 noch vor seinem 80. Geburtstag nach langer schwerer Krankheit in Berlin, der Stadt seines erfolgreichen Wirkens als langjähriger Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie der Charité, Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte.

Joachim M. Müller wurde am 16.06.1946 in Rosenheim geboren und begann nach erfolgreicher Reifeprüfung 1966 das Studium der Medizin an der Ludwig-Maximilians-Universität in München, das er mit dem Staatsexamen 1972 abschloss. Nach Beendigung der Medizinalassistentenzeit promovierte er 1974 mit einem experimentellen orthopädischen Thema. Nach der Approbation im April 1974 arbeitete er als Assistent am Pathologischen Institut der Universität München und folgte seinem späteren chirurgischen Lehrer Heinz Pichlmaier 1975 nach Köln. Zunächst war er als Assistent und Stationsarzt eingesetzt, 1983 wurde er zum Oberarzt ernannt und ab 1988 war er leitender Oberarzt der Klinik. Er war Arzt für Chirurgie, Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie und schließlich Viszeralchirurgie.

Die Medizinische Fakultät der Universität zu Köln erteilte ihm 1982 auf Grund seiner Habilitationsschrift „Der Einfluss der präoperativen hochkalorischen parenteralen Ernährung auf den klinischen Verlauf und das Stoffwechselverhalten bei Karzinompatienten in der prä- und postoperativen Phase“ die Venia legendi für das Fach Chirurgie. 1984 erfolgte die Ernennung zum Professor auf Zeit (C2) und 1990 zum außerplanmäßigen Professor.

Sein Interesse für den Themenbereich der parenteralen Ernährung wurde sicherlich durch seine langjährige Zuständigkeit für die Chirurgische Intensivstation geweckt. Besonders interessierte ihn der ambulante Einsatz der parenteralen Ernährung bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen und dem Kurzdarmsyndrom. Für seine Arbeiten auf dem Gebiet der parenteralen Ernährung von Karzinompatienten erhielt er 1984 den Förderpreis der Jacques-Pfrimmer Gedächtnisstiftung.

Die Chirurgie der Speiseröhre fand schon früh sein Interesse und blieb über sein gesamtes Berufsleben bestehen. Als leidenschaftlicher Chirurg war für ihn auch das spätere Wohlergehen seiner Patienten wichtig und somit die „Tumornachsorge“, die als konstante Sprechstunde fest in die Poliklinik integriert wurde. Als Oberarzt war er auch zeitweise für die Chirurgische Palliativstation und das spätere Mildred-Scheel-Haus zuständig.

Bereits in Köln, wie auch später in Berlin, beschäftigte sich Joachim M. Müller mit den Möglichkeiten der minimal-invasiven Chirurgie, deren Bedeutung er schon früh erkannte, sowie mit der Adipositas-Chirurgie und der Optimierung der postoperativen Therapie. Wissenschaftliches Arbeiten war fester Bestandteil seiner klinischen Tätigkeit. Über 400 Publikationen und zahlreiche Vorträge stehen hierfür.

Nach einer kurzen Zeit (1993 bis 1994) als Chefarzt der chirurgischen Klinik des Rotes-Kreuz Krankenhauses in Kassel erhielt er den Ruf an die Charité. 1994 wurde er Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie der Medizinischen Fakultät der Humboldt – Universität zu Berlin und bis 1996 gleichzeitig kommissarischer Direktor der Klinik für Unfallchirurgie.

Joachim M. Müller war ein hervorragender Chirurg und empathischer Arzt, dem die Sorge gegenüber den ihm anvertrauten Patienten Anspruch und Pflicht zugleich waren. Dies forderte er auch von seinen Mitarbeitern. Sehr deutlich konnten Versäumnisse durch die uns allen bekannte Anmerkung „Low care, no observation“ sichtbar gemacht werden. Dies war für uns stets Mahnung und Motivation zugleich. Entstandene Spannungen konnte er durch seinen sehr persönlichen Humor auflösen. Er lehnte die alten hierarchischen Strukturen ab und war ein Verfechter der flachen Hierarchie in der Chirurgie. Daher legte er

als Vorgesetzter und Mentor großen Wert auf eine offene und ehrliche Kommunikation, war immer hilfsbereit und lösungsorientiert, nie nachtragend. Diese Haltung vermittelte er vielen Mitarbeitern auf allen Ebenen. Die Besetzung von zahlreichen Chefarztstellen mit seinen Schülern belegen eindrucksvoll seine Qualitäten als chirurgischer Lehrer und Mentor. 2013 wurde er in den Ruhestand verabschiedet.

Noch zu Kölner Zeiten entdeckte er seine Liebe zum Golfspiel und zu ausgefallenen und schnellen Autos, die zeitlebens erhalten blieb. Alle, die die Freude hatten, Joachim M. Müller kennengelernt zu haben, werden sicherlich aus einem großen Schatz an Anekdoten und Bonmots schöpfen können.

Er hatte aber auch die wunderbare Eigenschaft, sich über sich selbst zu amüsieren. Eigentlich alles, was Joachim M. Müller tat, geschah mit Enthusiasmus, Lebendigkeit und Begeisterung.

Uns war er über viele Jahre ein treuer Freund und ein großzügiger Lehrer und Mentor. Zwar konnte er „bayrisch-direkt" sein, aber nach einem kräftigen „Spinn dich aus" organisierte er wie selbstverständlich Hilfe, wenn immer es möglich war.

Hierfür und gewiss noch für vieles andere möchten wir uns bedanken. Zum Schluss können wir uns nur dem anschließen, was oft aus seinem Operationssaal zu hören war: „Simply the best".

Es fällt schwer, von dem hervorragenden Chirurgen und wahren Freund Joachim M. Müller Abschied nehmen zu müssen.

Wir denken an seine Frau Cornelia und seine Töchter Verena und Laura mit deren Familien, denen unser tiefes Mitgefühl gilt.

Prof. Dr. med. Heide Erasmi
Prof. Dr. med. Rainer Schmidt

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

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

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

KONTAKT

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

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel ARMANI$_{1*}$ **Registrierungsnummer: NCT04678583, DRKS00023792**				
Prof. Dr. med. Jürgen Weitz, MSc. Prof. Dr. med. Nuh Rahbari	Patienten mit Lebermetastasen Exper. Gruppe anatomische Resektion der Lebermetastase(n). Kontrollgruppe nicht-anatomische Resektion der Lebermetastase(n).	FPI: 12.03.2021 83 von 240 Patienten	DKTK Joint Funding 1530 € / Patient	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
Studientitel: BariSurg$_{2*}$ **Registriernummer: DRKS00004766**				
Prof. Dr. Dr. med. Franck Billmann	Patienten mit einem BMI von 35–40 kg/m² und mit mindestens einer assoziierten Begleiterkrankung sowie Patienten mit einem BMI von 40–60 kg/m² 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 Transplantationschirurgie 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: City$_{3}$* **Registrierungsnummer: DRKS0033520**				
Prof. Dr. med. D. K. Bartsch	Patienten (*n* = 2426), bei denen eine totale Thyreoidektomie oder Hemithyreoidektomie wegen einer gutartigen Struma durchgeführt wurde Exper. Gruppe: kontinuierliches intraoperatives Neuromonitoring Kontrollgruppe: intermittierendes intraoperatives Neuromonitoring	28.02.2024 2294 von 2426 Patienten	Keine Finanzierung Fallgeld: 0 €/Patient	PD Dr. med. Elisabeth Maurer Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie Philipps-Universität Marburg Baldingerstraße 35043 Marburg E: maurere@med.uni-marburg.de
Studientitel: COMPASS$_{4}$ **Registrierungsnummer: DRKS00031827**				
Prof. Dr. med. Christoph Kahlert Trial Coordinator: Dr. med. Mathieu Pecqueux	Patienten mit einem linksseitigen Dickdarmtumor und Symptomen einer Obstruktion Experimentelle Gruppe: Anlage eines dekomprimierenden Stomas, gefolgt von einer zweizeitigen onkologischen Elektivresektion nach der Rekonvaleszenz Kontrollgruppe: Notfallresektion des linksseitigen obstruktiven Kolontumors	16.04.2024 76 von 468 Patienten	BMFTR 1000 €/Patient	Anika Stützer Studienkoordinatorin Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden Anstalt des öffentlichen Rechts des Freistaates Sachsen E: anika.stuetzer@ukdd.de
Studientitel: DISPACT-2$_{5}$* **Registrierungsnummer: DRKS00014011**				
Prof. Dr. med. Rosa Klotz	Patienten mit benignen und malignen Veränderungen des Pankreaskörpers und des -schwanzes mit Indikation zur elektiven distalen Pankretektomie Exper. Gruppe Minimalinvasive distale Pankreatektomie Kontrollgruppe Offene distale Pankreatektomie	13.08.2020 296 von 294 Patienten Rekrutierung beendet	DFG 1.250 € / Patient	PD Dr. med. Rosa Klotz Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie Universitätsklinikum Heidelberg Im Neuenheimer Feld 420 E: rosa.klotz@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: ESORES$_{6}$ **Registriernummer: DRKS00030567**				
Prof. Dr. med. Jens Höppner	Patienten mit Ösophaguskarzinom Experimentelle Gruppe: Die Behandlung in Studienarm A besteht aus der Beurteilung des klinischen Ansprechens (CRE) durch ÖGD, endoskopische Biopsien des Tumorbereichs, EUS plus FNA verdächtiger Lymphknoten und einem F18-FDG-PET CT. Bei klinisch-histologisch gesichertem positivem lokalem Tumorstatus und ohne Fernmetastasierung nach CRE („non-CR“) erfolgt die Therapie durch Operation. Patienten ohne histologischen Nachweis einer lokalen Resterkrankung und ohne Fernmetastasen werden als klinische CR betrachtet und aktiv beobachtet. Im Falle eines lokalen Tumorrezidivs wird die Behandlung des Patienten mit einer Operation fortgeführt. Die aktive engmaschige Beobachtung erfolgt durch Visiten nach 3 m/6 m/9 m/12 m/18 m/24 m/36 m umfasst ÖGD, endoskopische tiefe Biopsien des Tumorbereichs, EUS plus FNA und CT-Thorax/Abdomen. Bei histologisch nachgewiesenem Tumorrezidiv im Rahmen der aktiven Beobachtung („non-CR“) erfolgt eine Operation und anschließende Standardnachsorge.	30.01.2024 34 von 670 Patienten	BMFTR 1520 €/Patient	Prof. Dr. Jens Höppner Universitätsklinikum OWL der Universität Bielefeld, Campus Lippe Klinikum Lippe GmbH E: jens.hoeppner@uni- bielefeld.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
	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.			
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: METAPANC$_{8}$ Registrierungsnummer: 2023-503558-10-00/IAG-VO-0822				
Prof. Dr. med Michael Ghadimi	Patienten mit lokal resektablem 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 Transplantationschirurgie 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 Transplantationschirurgie 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 Pankreaskörpers oder -schwanzes, bei denen eine Pankreaslinksresektion 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$_{13}$* **Registriernummer: 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: SEVTAR$_{14}$ **Registernummer: 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: STITCHES$_{15}$ **Registrierungsnummer: DRKS00034787**				
PD Dr. med. Christian Krautz	Adaptives Stichprobendesign: zunächst 100 Patienten (Vorlaufphase), dann finale Berechnung des Sichprobenumfangs Expererimentelle Gruppe: Standardisierte Anlage der Endzu-Seit Ösophagogastrostomie mit einem Zirkularstapler (zweireihige Klammernaht, Größe 25 bis 29) und zusätzlicher zirkulärer Übernähung 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: TRIANGLE$_{16}$* **Registrierungsnummer: DRKS00030576 | UTN U1111-1243-441**				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Patienten mit resektablem, Borderline oder lokal fortgeschrittenem Pankreaskopfkarzinom Experimentelle Gruppe: TRIANGLE-Operation: Radikale Weichteildissektion entlang der Arteria mesenterica superior (Level 3 nach Inoue) um mindestens 180 Grad rechtseitig UND vollständige Dissektion des Weichgewebes im „Dreieck" zwischen Arteria mesenterica superior, Pfortader und Truncus coeliacus wie von Hackert et al. beschrieben Kontrollgruppe: Standard-Dissektion der AMS nach Inoue Level 1 oder 2 und Standard-Lymphadenektomie entsprechend der deutschen S3-Leitlinie	22.11.2024 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-Q$_{17}$ **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 DKGzertifizierten Sarkomzentrum oder Krankenhaus, das zertifizierungsäquvivalente Kriterien erfüllt.	FPI: 27.01.2025 91 von 120 Patienten	Deutsche-Sarkom-Stiftung Kein Fallgeld	Dr. Madelaine Hettler Chirurgische Klinik Universitätsmedizin Mannheim E: madelainehenny.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 oligometastatischen Pankreaskarzinom – multimodale operative Therapie versus alleinige systemische Chemotherapie

[9] Eine multizentrisch randomisierte Studie zum Vergleich der postoperativen Morbidität nach total minimal invasiver Chirurgie mit der Hybrid Chirurgie bei der Ösophagektomie – MICkey Studie

[10] Prophylactic Effect of retromuscular mesh placement during Loop Ileostomy closure On incisional herNia incidence – a multicentre randomized patient- and observer-blind trial (P.E.L.I.O.N Trial)

[11] Radikale antegrade modulare Pankreatosplenektomie (RAMPS) im Vergleich zur standardmäßigen Pankreaslinksresektion mit Splenektomie bei Bauchspeicheldrüsenkrebs – Die multizentrische, randomisierte, kontrollierte RAMPS-Studie

[12] The effect of an additional Braun anastomosis in patients after pancreas head resections

[13] Selective Neoadjuvant Therapy of Rectal Cancer Patients: SELREC a randomized controlled, open, multicentre non-inferiority trial

[14] Studie zum Stellenwert einer prophylaktischen EVT zur Vermeidung von Anastomoseninsuffizienzen nach Rektumresektionen)

[15] Vergleich der Standard-Zirkularstapleranastomose mit oder ohne zusätzlicher Übernähung bei Patienten mit Roboter-assistierter Ivor-Lewis Ösophagektomie aufgrund von malignen Tumoren der Speiseröhre und des ösophagogastralen Übergangs

[16] Conventional partial pancreatoduodenectomy versus an extended pancreatoduodenectomy (triangle operation) for pancreatic head cancers – the randomized controlled TRIANGLE trial

[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

SPENDENAUFRUF

Es gibt Orte, die mehr sind als Mauern und Räume; Orte, in denen Geschichte spürbar wird, in denen Generationen von Chirurginnen und Chirurgen gedacht, geforscht, gelernt und gelehrt haben. Das Langenbeck-Virchow-Haus in Berlin ist ein solcher Ort. Hier lebt das Vermächtnis unserer Disziplin – leise, aber kraftvoll. Jeder Saal, jede Treppe erzählt von Menschen, die die Chirurgie geprägt haben. Hier begegnen sich Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft unseres Faches. Dieses einzigartige Erbe zu bewahren, ist nicht nur eine Aufgabe. Es ist eine zentrale Verpflichtung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Mit Ihrer Spende setzen Sie ein Zeichen für den Erhalt des Langenbeck-Virchow-Hauses – des Hauses der deutschen Chirurgie. Sie helfen, einen einzigartigen Ort zu bewahren, an dem die Geschichte unseres Faches lebendig bleibt und seine Zukunft gestaltet wird. Darüber hinaus stärken Sie die Arbeit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie insgesamt, die sich der Pflege des chirurgischen Erbes und der Förderung der Chirurgie von morgen verpflichtet fühlt.

All das braucht mehr als gute Absichten. Es braucht Menschen, die handeln. Mit Ihrer Spende setzen Sie ein Zeichen für den Erhalt historischer denkmalgeschützter Bausubstanz, für Erinnerung, für Verantwortung, für Zukunft; sichtbar mit Ihrem Namen als „Baustein“ in der Eingangshalle des Langenbeck-Virchow-Hauses und als Erwähnung in der „Passion Chirurgie“.

Bronze - Baustein (ab 500 €) * Silber - Baustein (ab 1.500 €) * Gold – Baustein (ab 5.000 €)
Helfen Sie uns, Orte zu bewahren, Wissen zu sichern und
die Zukunft der Chirurgie aktiv mitzugestalten.

Jede Spende zählt, jede Unterstützung wirkt und jede Entscheidung beginnt genau jetzt mit Ihrer Überweisung mit dem Stichwort „Baustein“ an die
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V., IBAN: DE54 3006 0601 0005 2983 93, BIC: DAAEDEDDXXX

Prof. Dr. Jens Werner	Prof. Dr. Thomas Schmitz-Rixen	Prof. Dr. Johann Pratschke
Präsident	*Generalsekretär*	*Schatzmeister*