

PANORAMA

KÜNSTLICHE INTELLIGENZ IN DER MEDIZINISCHEN DOKUMENTATION

im Fokus

NAVIGATING CARE – ZUGANG, KOORDINATION UND KOOPERATION

**60
CME-
Punkte!**

Hygiene- beauftragte(r) Arzt/Ärztin (HBA)

Geeignet für alle
Ärztinnen und Ärzte



Mit der Smart-Learning-Methode

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V. (BDC) und meduplus haben gemeinsam mit renommierten Krankenhaushygieniker:innen ein kompaktes Angebot zur zertifizierten Qualifikation „Hygienebeauftragte(r) Arzt/Ärztin“ entwickelt.

Ein modernes Lernkonzept für flexible und individuelle Fortbildung:

- Zertifizierter Kurs
- Anerkannte strukturierte curriculare Fortbildung gemäß Mustercurriculum der Bundesärztekammer
- 21 Online-Lernmodule
- Nur 2 Tage Präsenzveranstaltung am Wochenende
- Teilnahmebescheinigung
- 2 Jahre Learning Community - Ärzte

Im Gegensatz zu den üblichen 40-stündigen Präsenzkursen zeichnet sich unser Kurs durch einen kombinierten Ansatz aus E-Learning, Abschlusscolloquium sowie einem kontinuierlichen Wissens-Update aus.

Dieses Konzept kommt dem engen Zeitbudget von Ärztinnen und Ärzten entgegen und lässt sich nahtlos in den Klinik- und Praxisalltag integrieren.



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/ARTQU (modifiziert)

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 Primärversorgung, Sparpolitik, Strukturreformen:
Was auf die Chirurgie zukommt *Friederike Burgdorf*

6 KURZNACHRICHTEN

8 CHIRURGIE

8

PRIMÄRARZTSYSTEM ZWEI SEITEN EINER MEDAILLE

Karsten Braun, Monika Schliffke

16

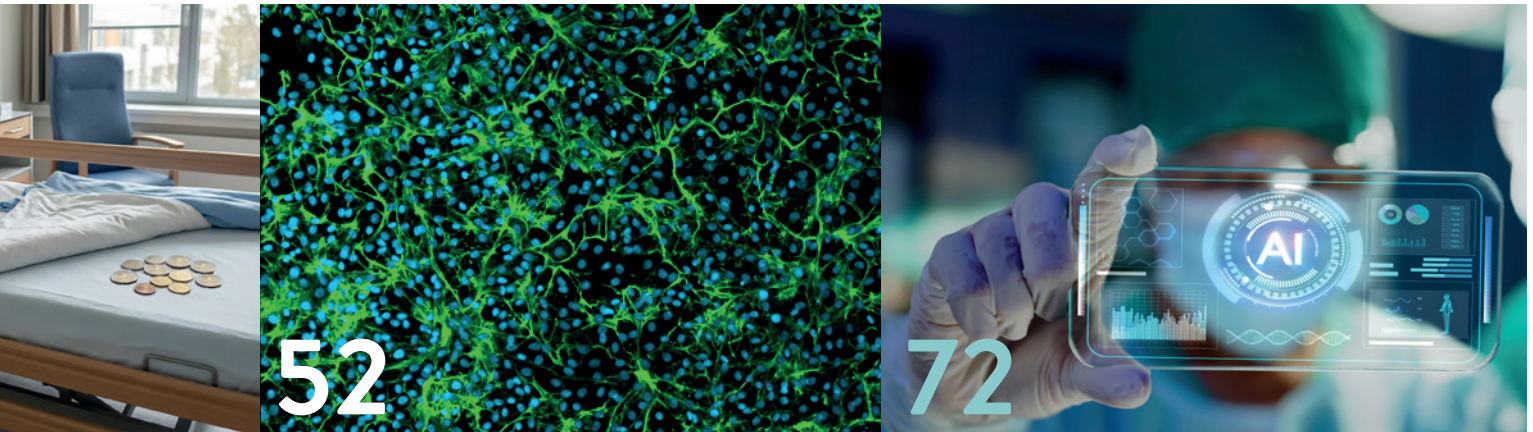
BLAUPAUSE FÜR DIE ERSTEINSCHÄTZUNG INNERHALB EINES PRIMÄRVERSORGUNGSSYSTEMS

Mark Barjenbruch

19

PRIMÄRVERSORGUNGSSYSTEM: GEZIELTE PATIENTENSTEUERUNG – ODER DER WEG IN DIE WARTELISTENMEDIZIN?

Janosch Dahmen, Friederike Burgdorf



23 CHIRURGIE+

- 23 **Akademie aktuell:** Die Karriereleiter hoch mit der BDC|Akademie
- 24 **Safety Clip:** Bedeutung des Team-Time-outs im OP *Indra Förg*
- 29 **Hygiene-Tipp:** Sind Trocknungsschränke für Endoskope zwingend?
Lutz Jatzwauk, Martin Groth, Nils Hübner, Wolfgang Kohnen, Dieter Wieting
- 30 **Nachhaltigkeit:** Nachhaltige Ernährung im Krankenhaus – von der Kantine bis zum Patientenbett *Ina Prinz-Bravin*
- 34 **Abrechnung:** Ambulantes Operieren im Krankenhaus ist möglich! *Ralf Schmitz*
- 36 **Rezension:** Gesunde High Performance® *Marie Samland*
- 38 **Leserbrief:** 12,92 Euro für mich – Gedanken einer Wundpatientin *Dennis Borces*
- 41 Personalia
- 42 **Recht:** Risiko der Abgrenzung ambulant/stationär bei Abrechnung der kurzzeitigen Reanimationsbehandlung weiterhin bei den Krankenhäusern *Jörg Heberer*
- 44 **Recht:** Wer trägt die Beweislast bei einer Honorarklage? *Jörg Heberer*
- 45 **Recht:** Intraoperative BV-Aufnahme statt postoperativer Röntgenkontrolle? *Jörg Heberer*

46 GESUNDHEITSPOLITIK

- 46 **Berufspolitik aktuell:** Ist Gesundheitspolitik personengebunden? *Peter Kalbe*
- 47 Vorwort *Carsten J. Krones, Daniel Vallböhmer*
- BDC-Praxistest:** Geben wir in der chirurgischen Ausbildung genug Feedback? *Pernilla V. Conrad*
- 51 **BDC|Pressemitteilung:** Organspende

52 INTERN

- 52 **DGCH**
- 52 Anastomosenhilung verstehen, Anastomosensuffizienzen verhindern: von Real-World-Daten zu zellulären Targets
Marie-Christin Weber
- 56 Reflexionen zum 67. Österreichischen Chirurgenkongress *Udo Barth, Frank Meyer*
- 58 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland *Solveig Tenckhoff*
- 63 Spendenaufruf Langenbeck-Virchow-Haus
- 64 **BDC**
- 64 BDC|News
- 66 BDC | Landesverbände
- 68 Termine BDC|Akademie
- 71 Lifestyle-Angebote im Oktober 2026

72 PANORAMA

- 72 Künstliche Intelligenz in der medizinischen Dokumentation: Potenziale, Risiken und ökologische Implikationen
Rudolf Goller, Sophie Mautner, Ralph Lorenz

Anastomosenheilung verstehen, Anastomoseninsuffizienzen verhindern

Marie-Christin Weber

Von Real-World-Daten zu zellulären Targets

Marie-Christin Weber

Viele der größten Fortschritte der modernen Medizin beruhen auf einem zunächst einfachen Gedanken: Je besser wir verstehen, wie der menschliche Körper selbst auf Krankheit und Verletzung reagiert, desto gezielter können wir seine eigenen Mechanismen therapeutisch nutzen. Ein eindrucksvolles Beispiel hierfür ist die moderne Tumormimmuntherapie. Ihr Prinzip besteht nicht primär darin, den Tumor selbst zu behandeln, sondern körpereigene Immunmechanismen so zu beeinflussen, dass eine zuvor dysregulierte Immunantwort wieder wirksam werden kann. Dieses Prinzip lässt sich nicht unmittelbar auf die chirurgische Wundheilung

bzw. Anastomosenheilung übertragen, die zugrunde liegende Idee aber schon: Um pathologische biologische Prozesse wie Anastomoseninsuffizienzen bzw. Wundheilungsstörungen gezielt beeinflussen zu können, müssen wir zunächst verstehen, wie die physiologischen Grundprozesse einer intakten Wundheilung funktionieren.

Die sichere Heilung gastrointestinaler Anastomosen gehört zu den Grundvoraussetzungen erfolgreicher Viszeralchirurgie. Dennoch bleibt die Anastomoseninsuffizienz eine der klinisch relevantesten postoperativen Komplikationen. Sie ist mit erheblicher Morbidität, verlängerter



Dr. med. Marie-Christin Weber

Klinik und Poliklinik für Chirurgie
TUM Klinikum Rechts der Isar
Technische Universität München
Ismaninger Str. 22
81675 München
marie-christin.weber@tum.de

Bild: Immunfluoreszenzfärbung
humaner Mesothelzellen nach
Stimulation mit TGF β . Mesothelzellen
bilden nach profibrotischer
Stimulation dichte Netzwerke von
Fibronektinfasern (grün) aus.

Krankenhausbehandlung, höheren Behandlungskosten und einer deutlich erhöhten Mortalität verbunden. Die chirurgische Forschung hat sich bisher ausführlich mit den Risikofaktoren für die Entwicklung von Anastomoseninsuffizienzen sowie chirurgisch-technischen Aspekten der operativen Anlage von gastrointestinalen Anastomosen beschäftigt. Dennoch zeigt sich in der klinischen Praxis, dass es selbst bei Patient:innen mit multiplen klinischen Risikofaktoren und operationstechnisch komplexen Eingriffen zu komplikationslosen postoperativen Verläufen kommen kann. Ebenso gibt es Fälle, bei denen es bei Patient:innen mit scheinbar geringem Risiko für postoperative Wundheilungsstörungen und technisch einfachen Eingriffen zu Anastomoseninsuffizienzen kommt. Die Anastomoseninsuffizienz lässt sich in meinen Augen deshalb nicht allein als Summe von klinischen patientenbezogenen Risikofaktoren sowie technischen Aspekten verstehen. Sie ist letztlich Ausdruck einer fehlgeschlagenen beziehungsweise dysregulierten Wundheilung. Neben der Perfektionierung der chirurgischen Operationstechnik sowie der Optimierung des klinischen Zustandes der zu behandelnden Patient:innen ist es somit von großer Bedeutung, nicht nur zu untersuchen, warum gastrointestinale Anastomosen insuffizient werden, sondern zunächst zu verstehen, wie sie physiologischerweise heilen.

Wie relevant das Thema der Anastomoseninsuffizienz ist, zeigen aktuelle Versorgungsdaten der DRG-Statistik des Statistischen Bundesamtes, die wir im Rahmen von Forschungsprojekten ausgewertet haben. In unserer deutschlandweiten Analyse von Krankenhausfällen mit Ösophagektomie lag die dokumentierte Anastomoseninsuffizienzrate in Deutschland im Mittel bei 17,1 % im Zeitraum von 2013 bis 2021, bei Krankenhausfällen mit kolorektalen Eingriffen im Mittel bei 6,7 % (Kolon) bzw. 9,2 % (Rektum) im Zeitraum von 2013 bis 2018 [1, 2]. Auch wenn nicht jede Anastomoseninsuffizienz zwangsläufig zu einem ungünstigen Outcome führt, ist es entscheidend, ob die Komplikation rechtzeitig erkannt und erfolgreich

beherrscht werden kann. Ihre klinische Bedeutung ergibt sich insbesondere aus dem Risiko des Failure-to-Rescue sowie aus relevanten Langzeitfolgen; gleichzeitig verursacht sie durch prolongierte stationäre Verläufe eine erhebliche zusätzliche Ressourcen- und Kostenbelastung und kann zu erheblichen Lebensqualitätseinbußen seitens der betroffenen Patient:innen führen.

Das Wissen über die physiologischen zellulären und molekularen Wundheilungsprozesse intestinaler Anastomosen ist bislang begrenzt und basiert teilweise auf Erkenntnissen zur kutanen Wundheilung, obwohl Haut und der Gastrointestinaltrakt insbesondere hinsichtlich Funktion, mikroskopischem und makroskopischem Aufbau sowie der Lokalisation im menschlichen Körper kaum vergleichbar sind. Essenzielle Fragen zum genaueren Verständnis der intestinalen Anastomosenheilung sind bisher noch offen. Insbesondere ist bisher nicht bekannt, welche Zelltypen bzw. Schichten der Darmwand für den Heilungsprozess besonders entscheidend sind. Ebenso ist nicht ausreichend geklärt, welche Bedeutung das Zusammenspiel der einzelnen Wandschichten für eine erfolgreiche Heilung hat und wie sich die Heilungsprozesse in den unterschiedlichen Abschnitten des Gastrointestinaltraktes unterscheiden [3].

Genau diese Fragen faszinieren mich in meiner Forschung als Clinician bzw. Surgeon Scientist am meisten. Bevor wir uns den zellulären Grundlagen der physiologischen intestinalen Anastomosenheilung gewidmet haben, beschäftigten wir uns intensiv mit den histopathologischen Merkmalen intakt verheilter Anastomosen. So analysierten wir neben histologisch aufgearbeiteten Anastomosen aus einem murinen in-vivo-Modell, bei dem eine End-zu-End-Kolonanastomose in Einzelknopftechnik angelegt wird, auch histopathologisch aufgearbeitete humane intestinale Anastomosen von Patienten, bei denen im frühen postoperativen Verlauf eine Revisionsoperation mit Anastomosenresektion durchgeführt worden war. Zu unserem Erstaunen zeigte sich

Weber MC: Anastomosenheilung verstehen, Anastomoseninsuffizienzen verhindern: von Real-World-Daten zu zellulären Targets. *Passion Chirurgie*. 2026 Oktober; 16(10): Artikel 06_01.

sowohl bei den murinen Anastomosen, die aufgrund technischer Gegebenheiten im Mausmodell eher evertierend genäht wurden, als auch bei den invertiert genähten humanen Anastomosen, dass die Serosa die erste Darmwandschicht war, die durch die Ausbildung einer bindegeweblichen Narbe verschlossen wurde. Insbesondere im Mausmodell zeigte sich, dass sich die Mukosa erst im weiteren Verlauf über der von der Serosa und teilweise auch der Submukosa gebildeten bindegeweblichen Narbe regenerierte [4].

Bereits Ivor Lewis stellt in seiner Publikation aus dem Jahr 1946 zur chirurgischen Therapie des Ösophaguskarzinoms das Vorhandensein einer serosalen Schicht indirekt als wichtige Voraussetzung für erfolgreiche Resektionen gastrointestinaler Tumoren mit anschließenden Rekonstruktionen der gastrointestinalen Passage dar [5]. Was macht jedoch die dünnste und vielleicht am wenigsten erforschte Darmwandschicht, die Serosa, so besonders? Die Serosa bildet als äußerste Schicht des Darms die Grenzfläche zur Peritonealhöhle und besteht im Wesentlichen aus einer dünnen Bindegewebsschicht, die von Mesothelzellen bedeckt wird. Lange Zeit wurde sie vor allem als passive Schutz- und Gleitschicht betrachtet; zunehmend wird jedoch deutlich, dass Mesothelzellen auf Gewebeschädigungen äußerst dynamisch reagieren und durch Migration, Proliferation sowie die Freisetzung von Zytokinen, Wachstumsfaktoren, Gerinnungsfaktoren und Bestandteilen der extrazellulären Matrix aktiv an Entzündungs- und Reparaturprozessen in der Peritonealhöhle beteiligt sein können. Darüber hinaus zeichnen sich Mesothelzellen durch eine ausgeprägte zelluläre Plastizität aus und können nach Gewebeschädigung embryonale Entwicklungsprogramme reaktivieren, mesenchymale Eigenschaften annehmen und so unmittelbar zur Gewebereparatur und Narbenbildung beitragen [6]. Damit stellt die Serosa keine rein passive Grenzschrift dar, sondern eine biologisch aktive Schnittstelle, die Entzündung, Regeneration und fibrotische Reparaturprozesse maßgeblich

beeinflussen kann. Genau darin könnte ihre besondere Bedeutung für die Anastomosenheilung liegen.

Aus dieser Beobachtung entwickelte sich für uns die Frage, ob die Serosa und insbesondere ihre mesothelialen Zellen tatsächlich eine aktive und möglicherweise bislang unterschätzte Rolle in der frühen Anastomosenheilung einnehmen. Dabei wäre es jedoch zu kurz gegriffen, die Heilung einer gastrointestinalen Anastomose auf einen einzelnen Zelltyp oder eine einzelne Darmwandschicht zu reduzieren. Wundheilung ist vielmehr das Ergebnis eines hochdynamischen Zusammenspiels unterschiedlicher residenter und rekrutierter Zellpopulationen. Neben mesothelialen Zellen sind unter anderem Fibroblasten und andere mesenchymale Vorläuferzellen, Endothelzellen sowie verschiedene Zellen des angeborenen und adaptiven Immunsystems beteiligt. Insbesondere Makrophagen nehmen hierbei eine zentrale Stellung ein, da sie nicht nur die frühe inflammatorische Reaktion koordinieren, sondern im weiteren Verlauf auch die Auflösung der Entzündung, den Gewebeumbau und regenerative Prozesse beeinflussen können.

Für uns stellt sich deshalb weniger die Frage, ob Mesothelzellen die entscheidenden Zellen der Anastomosenheilung sind. Vielmehr möchten wir verstehen, welchen spezifischen Beitrag sie innerhalb dieses komplexen zellulären Netzwerks leisten: Welche Zellen reagieren zuerst auf die chirurgische Verletzung? Woher stammen die Zellen, die das frühe reparative Gewebe bilden? Wie kommunizieren Mesothelzellen, Fibroblasten, Makrophagen und andere Vorläuferzellen miteinander? Und welche dieser zellulären Programme sind notwendig, damit aus zwei chirurgisch miteinander verbundenen Darmenden letztlich wieder eine mechanisch stabile und funktionell intakte Einheit entsteht?

Wir als Chirurg:innen haben dabei eine besondere Perspektive: Wir operieren täglich in genau dem biologischen Kompartiment, das wir verstehen wollen. Wir sehen

Peritoneum und Serosa, erzeugen durch Resektionen und Anastomosen definierte Verletzungen dieser Gewebe und beobachten anschließend deren klinische Heilung. Gleichzeitig haben wir im Rahmen von Forschungsprojekten Zugang zu humanen Operationspräparaten und können klinische Beobachtungen mit histopathologischen und molekularen Analysen sowie experimentellen Modellen verbinden. Diese unmittelbare Verbindung zwischen klinischer Beobachtung und mechanistischer Grundlagenforschung ist eine besondere Möglichkeit der chirurgischen Forschung, und bringt aus meiner Sicht zugleich die Verantwortung mit sich, die biologischen Mechanismen hinter den Komplikationen unserer eigenen Eingriffe zu verstehen.

Die entscheidende Frage lautet daher nicht nur: Welche Patient:innen entwickeln eine Anastomoseninsuffizienz? Sondern auch: Welche Zellen und molekularen Programme sorgen dafür, dass eine Anastomose physiologischerweise heilt, und wie können wir diese körpereigenen Reparaturmechanismen gezielt unterstützen? Genau an dieser Schnittstelle zwischen klinischer Chirurgie und Grundlagenwissenschaft setzt meine Forschung an.

Wenn es uns gelingt, die körpereigenen zellulären und molekularen Mechanismen der intakten intestinalen Anastomosenheilung zu entschlüsseln, eröffnet sich langfristig die Perspektive, diese gezielt therapeutisch zu nutzen. Ein entscheidender Schritt zur Vermeidung von Anastomoseninsuffizienzen könnte daher nicht allein in der weiteren Perfektionierung unserer chirurgischen Technik liegen, sondern ebenso darin, die Biologie der Wundheilung in ihrer Komplexität zu verstehen und dieses Wissen auf neue therapeutische Ansätze für unsere Patient:innen zu übertragen.

Ich möchte mich hiermit herzlich bei der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie für die Auszeichnung mit dem Von-Langenbeck-Preis 2026 und die Anerkennung und Unterstützung meiner Forschung bedanken.

LITERATUR

- [1] Weber M-C, Jorek N, Neumann P-A, et al. Incidence and treatment of anastomotic leakage after esophagectomy in German acute care hospitals: a retrospective cohort study. *International Journal of Surgery* 2025;111.
- [2] Weber MC, Berlet M, Stoess C, et al. A nationwide population-based study on the clinical and economic burden of anastomotic leakage in colorectal surgery. *Langenbecks Arch Surg* 2023;408:55.
- [3] Rosendorf J, Klicova M, Herrmann I, et al. Intestinal Anastomotic Healing: What do We Know About Processes Behind Anastomotic Complications. *Front Surg* 2022;9:904810.
- [4] Weber MC, Clees Z, Buck A, et al. Role of the serosa in intestinal anastomotic healing: insights from in-depth histological analysis of human and murine anastomoses. *BJS Open* 2024;8.
- [5] Lewis I. The surgical treatment of carcinoma of the oesophagus; with special reference to a new operation for growths of the middle third. *Br J Surg* 1946;34:18–31.
- [6] Koopmans T, Rinkevich Y. Mesothelial to mesenchyme transition as a major developmental and pathological player in trunk organs and their cavities. *Commun Biol* 2018;1:170.



DCK 2027

Gemeinsam lernen und heilen

144. Deutscher Chirurgie Kongress
 13. – 15. April 2027, DCK.digital
 21. – 23. April 2027, ICM – Internationales
 Congress Center München

RESILIENZ – ACTA NON VERBA

www.dck2027.de

Reflexionen zum 67. Österreichischen Chirurgenkongress



Korrespondierender Autor:

Dr. Udo Barth

Oberarzt Gefäßchirurgie
Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß-
und Transplantationschirurgie
Otto-von-Guericke-Universität mit
Universitätsklinikum Magdeburg A.
ö. R.
udo.barth@med.ovgu.de

Prof. Dr. med. Frank Meyer

Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß-
und Transplantationschirurgie
Otto-von-Guericke-Universität mit
Universitätsklinikum
Magdeburg

Vom 17. bis 19. Juni 2026 fand in Salzburg der diesjährige, mittlerweile 67. Jahreskongress der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie statt. Als Kongresspräsident war Herr Prim. Univ. Doz. Dr. Sebastian Roka, MBA, FEBS, FACS, Wiener Gesundheitsverbund – Klinik Donaustadt, Wien, gewählt worden, dem mit seinen Kongresssekretär:innen, Herr Dr. Claudio Erschig, Herr Dr. Benjamin Glaser und Herr Dr. Viktor Frieders-Justin, die wissenschaftliche Leitung oblag.

Der Kongress stand unter dem Motto: „Wo sind die Grenzen?“ Der Kongresspräsident

schrieb auf der Kongress-Website hierzu: „Grenzen sind bei genauerer Betrachtung selten jene scharfen Linien, als die wir sie in unserer Sehnsucht nach Ordnung gerne definieren.“ In einem sehr ambitionierten wissenschaftlichen Programm wurde in neun Veranstaltungssälen mit teils simultan laufenden Vorträgen ein breites Themenspektrum geboten, das alle österreichisch-chirurgischen Fachgesellschaften wie der Herz-, Thorax-, Gefäß-, Kinder-, Adipositas-, Wirbelsäulen-, Hernien-, plastischen und endokrinen Chirurgie vereinte – mit Themen zur „Künstliche Intelligenz“, robotisch assistierten Chirurgie sowie



Abb. 1: Schnappschuss vor einer Posterpräsentationsrunde – das Auditorium sammelt sich im Tagungsort „Salzburg Congress“ (Quelle: Bilder- und Imagefundus der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Transplantationschirurgie; Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg)

Bart U, Meyer F: Reflexionen zum 67. Österreichischen Chirurgenkongress.
Passion Chirurgie. 2026 Oktober; 16(10):
Artikel 06_02.

Wunde, Mammachirurgie, Pflege, medizinische Videographie, ambulante Chirurgie, Schmerztherapie, chirurgische Endoskopie, Komplikationsmanagement, chirurgische Forschung, Transplantation, HIPEC, multimodale onkologische Therapiekonzepte, Grenzfälle, sektorenübergreifende Versorgung, Berufspolitik und Klimaänderungen als auch Varia.

Ergänzt wurde das wissenschaftliche Programm durch bewährte und neu etablierte Veranstaltungsformate wie „Champions League“, „Clash of Clinics“, eine Sitzung für niedergelassene Chirurg:innen, eine spezielle Wundsitzung sowie das Young Surgeons Forum, die sich allesamt regen Zuspruchs erfreuten. Im Rahmen des Kongresses wurden zudem in einem bislang nicht gekannten Umfang wissenschaftliche Preise vergeben, was den hohen wissenschaftlichen Anspruch der Veranstaltung unterstreicht, zugleich aber auch die finanziellen Ressourcen der veranstaltenden Fachgesellschaft spürbar beanspruchte.

Auch zahlreiche internationale Gäste des Fachgebiets waren nach Salzburg gekommen, wie aus Deutschland – neben den berichtenden Autoren aus Magdeburg – eine größere Zahl namhafter Vertreterinnen und Vertreter chirurgischer Universitätskliniken (u. a. aus München, Düsseldorf, Dresden, Lübeck, Berlin und Brandenburg), was die Verbundenheit deutscher Kolleginnen und Kollegen mit der österreichischen Chirurgie ausweist.

Einhellig kann festgestellt werden, dass der diesjährige Österreichische Chirurgenkongress die gute Tradition der Jahreskongresse mit einem würdigen, innovativen Programm fortgesetzt, neue Akzente gesetzt und aktuelle Themen bestritten hat.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Networking, medizinische Innovationen und die aktuellen strukturellen Herausforderungen des Gesundheitswesens sowie die nachhaltige Nachwuchsförderung standen als programmatische Leitthemen im Mittelpunkt.



Abb. 2: Beispielhafte POSTER-Präsentation – Dück et al. (Medizin-Stud. im 6. Studienjahr) [Dück E, Rahimi M, Rose C, Gennari P, Ignatov A, Croner RS, Meyer F. Uterusperforation mit freier Luft und konsekutiver Peritonitis seltene Komplikation im klinischen Alltag – notwendige operative Notfallversorgung im interdisziplinären Setting bei manifestem Zervixkarzinom (A46). 67th Austrian Surgical Congress, June 17-19, 2026, Salzburg (Austria)]

In der jeweiligen kritischen Nachfrage, ob der Kongress Signalcharakter für Zusammenhalt, Erneuerungskraft und den Gestaltungswillen in der österreichischen Chirurgie aufwies bzw. annehmen konnte, ist festzuhalten, dass der Kongress den Teilnehmer:innen nachhaltig in Erinnerung bleiben wird.

Mit Abschluss des Kongresses übergab Präsident Roka turnusgemäß das Amt an den designierten neuen ÖGCH-Präsidenten, Prof. Michael Grimm, der die Vorbereitungen für den 68. Österreichischen Chirurgenkongress (9.–11. Juni 2027, erneut in Salzburg) unter dem Motto „Besser Werden“ bereits aufgenommen hat.

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

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

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

KONTAKT

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

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel ARMANI ₁ *				
Registrierungsnummer: NCT04678583, DRKS00023792				
Prof. Dr. med. Jürgen Weitz, MSc.	Patienten mit Lebermetastasen Exper. Gruppe anato- mische Resektion der Lebermetastase(n).	FPI: 12.03.2021	DKTK Joint Funding	Dr. Sandra Korn Studienkoordinatorin Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden Anstalt des öffentlichen Rechts des Freistaates Sachsen Fetscherstraße 74 01307 Dresden E: sandra.korn@ukdd.de
Prof. Dr. med. Nuh Rahbari	Kontrollgruppe nicht-anatomische Resektion der Lebermetastase(n).	83 von 240 Patienten	1530 € / Patient	
Studientitel: BariSurg ₂ *				
Registriernummer: DRKS00004766				
Prof. Dr. Dr. med. Franck Billmann	Patienten mit einem BMI von 35–40 kg/m ² und mit mindestens einer assoziierten Begleiterkrankung sowie Patienten mit einem BMI von 40–60 kg/m ²	FPI: 27.11.2013	–	Prof. Dr. Dr. med. Franck Billmann Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Heidelberg E: Franck.Billmann@med.uni-heidelberg.de
	Experimentelle Gruppe: Magenschlauch-OP	189 von 248 Patienten	Kein Fallgeld	
	Kontrollgruppe: Magenbypass-OP			

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: City₃+				
Registrierungsnummer: DRKS0033520				
Prof. Dr. med. D. K. Bartsch	Patienten (n = 2426), bei denen eine totale Thyreoidektomie oder Hemithyreoidektomie wegen einer gutartigen Struma durchgeführt wurde Exper. Gruppe: kontinuierliches intraoperatives Neuromonitoring Kontrollgruppe: intermittierendes intraoperatives Neuromonitoring	28.02.2024 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: COMPASS₄				
Registrierungsnummer: DRKS00031827				
Prof. Dr. med. Christoph Kahlert Trial Coordinator: Dr. med. Mathieu Pecqueux	Patienten mit einem linksseitigen Dickdarmtumor und Symptomen einer Obstruktion Experimentelle Gruppe: Anlage eines dekomprimierenden Stomas, gefolgt von einer zweizeitigen onkologischen Elektivresektion nach der Rekonvaleszenz Kontrollgruppe: Notfallresektion des linksseitigen obstruktiven Kolontumors	16.04.2024 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-2₅+				
Registrierungsnummer: DRKS00014011				
Prof. Dr. med. Rosa Klotz	Patienten mit benignen und malignen Veränderungen des Pankreaskörpers und des -schwanzes mit Indikation zur elektiven distalen Pankreatektomie Exper. Gruppe Minimalinvasive distale Pankreatektomie Kontrollgruppe Offene distale Pankreatektomie	13.08.2020 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: ESORES₆				
Registrierungsnummer: 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.hoepfner@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: HULC₇* Registrierungsnummer: DRKS00017517				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilen Faden in Small-Stitches-Technik und zusätzlicher Onlay-Mesh-Augmentation mit einem Polypropylen-Netz Kontrollgruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilen Faden in Small-Stitches-Technik	08.08.2019 648 von 812 Patienten	DFG 500 € / Patient	Dr. Solveig Tenckhoff Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) Marsilius-Arkaden Turm-West Im Neuenheimer Feld 130.3 69120 Heidelberg E: solveig.tenckhoff@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: METAPANC₈ Registrierungsnummer: 2023-503558-10-00/IAG-VO-0822				
Prof. Dr. med Michael Ghadimi	Patienten mit lokal resektabelm oligometastatischen (Leber, synchron o. metachron) Pankreaskarzinom Experimentelle Gruppe: 8 Zyklen mFOLFIRINOX bis zur Randomisation gefolgt von der chirurgischen Entfernung des Primärtumors und der Metastasen gefolgt von 4 Zyklen mFOLFIRINOX Kontrollgruppe: 8 Zyklen mFOLFIRINOX bis zur Randomisation gefolgt von 4 Zyklen mFOLFIRINOX	FPI: 17.10.2023 45 von 272 Patienten	DFG Exper. Gruppe: 3250 €/Patient Kontrollgruppe: 2800 €/Patient	Prof. Dr. med. Michael Ghadimi Universitätsmedizin Göttingen Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Kinderchirurgie E: chirurgie.sekretariat@med.uni-goettingen.de
Studientitel: MICkey₉* 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 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: 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 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 Transplantation- schirurgie 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: madelaine.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 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



Es gibt Orte, die mehr sind als Mauern und Räume; Orte, in denen Geschichte spürbar wird, in denen Generationen von Chirurgen 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: DAAEDEDXXX

Prof. Dr. Jens Werner
Präsident

Prof. Dr. Thomas Schmitz-Rixen
Generalsekretär

Prof. Dr. Johann Pratschke
Schatzmeister

