

PASSION

C

HIRURGIE



PANORAMA

**BDC-JOURNALISTENPREIS 2024:
LEBENSRETTER IM OP – EIN
TAG IN DER HERZCHIRURGIE**

im Fokus

**CHIRURGISCHER
NACHWUCHS UND
KARRIEREGESTALTUNG**

03 | I | 2025

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGIE

DGCH

DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
CHIRURGIE E.V.
Gründ. 1872, Sitz Berlin



BDC

Berufsverband der
Deutschen Chirurgie e.V.

Von wegen „früher war alles besser“!

Beste Aussichten dank Vakuumversiegelungstherapie* mit PICO[◇]



www.vakuumversiegelungstherapie.de

PICO[◇] hilft, Wunden schneller zu schließen. Und ist dabei so einfach zu handhaben wie ein Verband. Damit Ihre Patienten mobil bleiben.

+ PICO[◇] – Wundversorgung 2.0

Smith+Nephew

Kostenfreies Live-Webinar:

Die andere Art der ambulanten Versorgung –
Ein extrabudgetärer Kickstart für die
Wundheilung mit kanisterloser NPWT

**02.04.2025, 18:00 - 19:30 Uhr
Jetzt anmelden**



Lesen Sie den
Erfahrungsbericht
eines Kollegen zu
den Vorteilen der
ambulanten NPWT



Wundmanagement

Smith & Nephew GmbH

smith-nephew.de

Hersteller: Smith & Nephew Medical Limited
101 Hessle Road, HU3 2BN, Hull, U.K.

* auch NPWT oder Unterdruck- bzw.
Vakuumversiegelungs-Therapie (VVS) genannt

Mitglieder werben Mitglieder



Hoodie „Aufschneiderin“ oder „Aufschneider“



50% Rabatt

auf Ihren BDC-Mitgliedschaftsbeitrag



Alle Prämien ansehen!

www.bdc.de/leistungen/mitglieder-werben-mitglieder



3-Monatsabo der Fachzeitschrift
Die Chirurgie, inklusive Zugang
zu allen Online-Angeboten

oder

6-Monatsabo der Fachzeitschrift
Die Unfallchirurgie

oder

35€ Wunschgutschein
(Amazon oder Dussmann)





Korrespondierender Autor:
Prof. Dr. med. Andreas Kirschniak,
MBA

Stellvertretender Leiter der
BDC|Akademie
Leiter Themen-Referat „Nachwuchs
und Karrieregestaltung“ im BDC
Mitglied BDC-Themen-Referat
„Digitalisierung und technische
Innovation“
Klinik für Allgemein- und
Viszeralchirurgie
Kliniken Maria Hilf GmbH
andreas.kirschniak@mariahilf.de

Kirschniak A, Braun B, Hättich A: Editorial:
Zukunft der Chirurgie – Herausforderungen und
Perspektiven. Passion Chirurgie. 2025 März;
15(03/Q1): Artikel 01.



Neuigkeiten aus dem BDC finden Sie auf
BDC|Online (www.bdc.de) unter der
Rubrik BDC|News.

Zukunft der Chirurgie – Herausforderungen

Beim Nachwuchsreferat im BDC wird es nicht langweilig und die Themen gehen uns nicht aus: Der Mangel an chirurgischem Nachwuchs ist ein Dauerbrenner in der Diskussion um die Zukunft unseres Fachs. Trotz der schon bestehenden verschiedensten Bemühungen bleibt die Frage drängend: Wie können wir die Attraktivität der Chirurgie als Berufsfeld weiter und vor allem nachhaltig steigern? Es ist eine Realität, dass die Rahmenbedingungen für Chirurg:innen oft weniger ansprechend sind als ihre Leidenschaft für das Fach selbst. Hohe physische und psychische Belastungen, bürokratische

Aufgaben und ökonomischer Druck stehen einem faszinierenden und innovativen Berufsfeld entgegen. Umso wichtiger ist es, diese Hindernisse systematisch anzugehen und in der Zukunft zu überwinden.

Diese Ausgabe der PASSION CHIRURGIE beleuchtet aus verschiedenen Perspektiven, wie wir den Nachwuchs fördern, welche Neuerungen bereits in Angriff genommen wurden und wie wir langfristig eine stabile Basis für unser Fach schaffen können.

Frau Dr. Marie Samland zeigt in ihrem Beitrag, wie sich über die letzten Jahre unsere Arbeitsbedingungen verändert haben und was das für angehende Chirurg:innen, aber auch Arbeitgeber:innen auf der Suche nach neuen Talenten bedeutet.

Frau Dr. Carolina Vogel, Prof. Benedikt Braun und das Team aus Tübingen haben darüber

hinaus die Geschlechterverteilung bei den Kongressanmeldungen des DKOU analysiert und zeigen, wie sehr die Zahlen letztlich auch ein Spiegel der Chirurgie insgesamt sind. Vor dem Hintergrund der aktuellen Zahlen und Entwicklun-

gen werden Lösungsmöglichkeiten zur nach wie vor bestehenden, Geschlechtsdisparität in der Chirurgie diskutiert.

Danach widmen wir uns den strukturierten Nachwuchsförderprogrammen des BDC, die bei der Nachwuchsentwicklung und Gewinnung über alle Phasen des Studiums unterstützen können: Prof. Andreas Kirschniak gibt in seinem Bericht zur „Chirurgischen Woche“ Einblicke in ein bedeutendes Forum zur Förderung des Nachwuchses auch in den frühen Phasen des Studiums.

IM FOKUS

Chirurgischer Nachwuchs und Karrieregestaltung

und Perspektiven

Andreas Kirschniak, Benedikt Braun, Annika Hättich

Im Anschluss widmet sich Claudia Kunze dem gemeinsamen Vorbereitungskurs von BDC und BDI für die Mündliche Prüfung beim M3, dem Kurs „Staatsexamen und Karriere“. Auch die Bedeutung moderner Lehrmethoden soll nicht zu kurz kommen. Dr. Johanna Miller und Prof. Andreas Kirschniak stellen das Projekt „M-3-Prüfungsvideos“ vor und zeigen, wie wir mit diesem Prozess die Studierenden auch online bei ihrer Examensvorbereitung unterstützen können. Letztlich vielleicht auch eine schöne Möglichkeit, vor Ort den Studierenden ohne viel Aufwand in der Examensvorbereitung unter die Arme zu greifen, damit der späteren Einstellung nichts im Wege steht.

Abschließend greift unser BDC-Justiziar Herr Dr. Jörg Herberer ein hochaktuelles Thema auf: die Anerkennung ausländischer Approbationen in Deutschland. Diese Frage

wird in einer zunehmend globalisierten Welt auch für den chirurgischen Nachwuchs immer relevanter und bietet eventuell auch eine weitere Unterstützung auf dem Kampf gegen den Chirurgenmangel.

Dieses Heft ist ein Aufruf zur Reflexion und zum Handeln. Die Sicherung des chirurgischen Nachwuchses ist nicht nur eine Aufgabe der Nachwuchsgeneration selbst, sondern auch der Chefärzt:innen und Entscheider:innen, die durch bessere Rahmenbedingungen und gezielte Förderung entscheidend zur Attraktivität unseres Fachs beitragen können. Lassen Sie uns gemeinsam dafür sorgen, dass die Chirurgie auch in Zukunft ein faszinierendes und erfüllendes Berufsfeld bleibt.

Ihre Annika Hättich, Andreas Kirschniak und Benedikt Braun



apl. Prof. Dr. med. Benedikt Braun, MBA

Stellv. Leiter Themen-Referat
Nachwuchs im BDC
Mitglied im BDC-Themen-Referat
Digitalisierung und technische
Innovation
Beauftragter für die
Nachwuchsförderung
in der Gemeinsamen
Weiterbildungskommission Chirurgie
Klinik für Unfall- und
Wiederherstellungschirurgie
Eberhard Karls Universität Tübingen
BG Klinik Tübingen
bbraun@bgu-tuebingen.de



Dr. med. Annika Hättich
Universitätsklinikum Hamburg-
Eppendorf
Klinik und Poliklinik für Unfallchirurgie
und Orthopädie
a.haettich@uke.de



HERAUSGEBER

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

DGCH

Präsident: Prof. Dr. med. Udo Rolle
Vizepräsidenten: Prof. Dr. med. Christiane Bruns,
Prof. Dr. med. Roland Goldbrunner,
Prof. Dr. med. Jens Werner
Generalsekretär: Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen
(V.i.S.d.P.)
Schatzmeister: Prof. Dr. med. Johann Pratschke

BDC

Präsident: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
V.i.S.d.P.
Vizepräsidenten: Dr. med. Peter Kalbe,
Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg
Geschäftsführerin: Dr. med. Friederike Burgdorf
Justitiar: Dr. jur. Jörg Heberer, Berlin/München

REDAKTION

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer (V.i.S.d.P.)
Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen (V.i.S.d.P.)
Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg
Dr. med. Friederike Burgdorf
Katrin Kammerer (Tel: +49 (0) 30 28004-202 |
passion_chirurgie@bdc.de)

VERLAG

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

DESIGN

Nina Maria Küchler, Berlin

ANZEIGEN

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

ABBILDUNGSHINWEISE

Teaserfotos von iStock oder von den Autoren.
Cover © iStock/Martin Barraud

ERSCHEINUNGSWEISE UND BEZUG:

Passion Chirurgie erscheint 10-mal jährlich als elektronische
Ausgabe (eMagazin via BDC/Mobile App über Apple
AppStore oder GooglePlay).
Quartalsweise erscheint sie als gedruckte Zeitschriftenausgabe
unter IVW-Mitgliedschaft.



Der Bezug ist im Mitgliedsbeitrag des Berufsverbandes
der Deutschen Chirurgie e.V. und der Deutschen
Gesellschaft für Chirurgie e.V. enthalten und den
Mitgliedern vorbehalten.

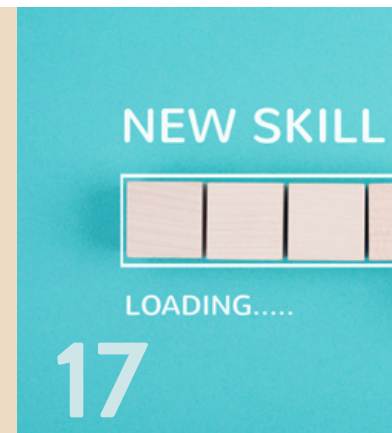
EIGENTÜMER UND COPYRIGHT:

© BDC-Service GmbH | Luisenstraße 58/59, 10117 Berlin

ISSN 2194-5586

GERICHTSSTAND UND ERFÜLLUNGORT: BERLIN

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in Passion
Chirurgie zur Bezeichnung von Personengruppen oft
nur die männliche Form verwendet, gemeint sind aber
Angehörige aller Geschlechter.

**INHALT****2 EDITORIAL**

2 Zukunft der Chirurgie – Herausforderungen
und Perspektiven

Andreas Kirschniak,
Benedikt Braun, Annika Hättich

6 KURZNACHRICHTEN**8 CHIRURGIE****8****CHIRURGIE IM WANDEL:
FÜR LEBENSFREUNDLICHE
ARBEITSBEDINGUNGEN**

Marie Samland

13**NACHWUCHSMANGEL UND
GESCHLECHTERUNTERSCHIEDE –
WIE DER KONGRESS, SO DAS FACH?**

Benedikt J. Braun, Vera Bertsch,
Mika F. Rollmann, Tina Histing, Carolina Vogel

17**12. CHIRURGISCHE WOCHE
IN MÖNCHENGLADBACH**

Johanna Miller

20**NACHBERICHT ZUR VERANSTALTUNG
STAATSEXAMEN UND KARRIERE**

Andreas Kirschniak, Claudia Kunze

23**DIE ÜBUNGSLÜCKE SCHLIESSEN –
PRÜFUNGVIDEOS ALS M3-TRAINING**

Andreas Kirschniak, Johanna Miller



25

APPROBATION IM AUSLAND – ANERKENNUNG IN DEUTSCHLAND

Jörg Heberer

28

Neues aus der aktualisierten S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit

Ulrich Rother, Nasser Malyar, Gerd Grözing, Hartmut Görtz, Markus Steinbauer, Andreas Maier-Hasselmann, Hinrich Böhner, Tomislav Stojanovic, Mathias Wilhelmi, Christian-Alexander Behrendt



35 CHIRURGIE⁺

35 **Akademie aktuell:** Die BDC|Akademie erweitert ihre wissenschaftliche Führung Wolfgang Schröder, Friederike Burgdorf, Hans-Joachim Meyer

37 **Karriere:** Operative Tätigkeiten in der Schwangerschaft und Stillzeit Doreen Richardt, Maya Niethard, Andrea Kreuder

44 **Hygiene-Tipp:** Prüfen von flexiblen Endoskopen Lutz Jatzwauk, Martin Groth, Nils Olaf Hübner, Wolfgang Kohnen

45 Personalia

46 RECHT

46 **F+A:** Gallenblasenentfernung durch Facharzt für Allgemeinchirurgie Jörg Heberer

47 GESUNDHEITSPOLITIK

47 **BDC-Praxistest:** Erfolgreiches Ärzt:innen-Recruiting Konstantin Degner

51 **Berufspolitik Aktuell:** Immer wieder einmischen Jörg-A. Rüggeberg

52 **BDC|Pressemitteilung:** PM „BDC-Positionen in der 21. Legislaturperiode“

54 INTERN

54 DGCH

54 Kommentar des Generalsekretärs Thomas Schmitz-Rixen

57 Sehr persönlich nachgefragt bei Sophia M. Schmitz

58 Zehn Jahre Innovative Surgical Sciences DGCH

59 Erinnerungen an eine bedeutende Chirurgin: Dr. Charlotte Mahler Michael Sachs, Ingrid Hasselblatt-Diedrich

63 Nachruf auf Prof. Dr. med. Dieter Rühland

65 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland Solveig Tenckhoff

69 Spendenaufruf Langenbeck-Virchow-Haus

70 DGCH-Präsidium ab Januar 2025

71 BDC

71 BDC|News

72 Termine BDC|Akademie

76 PANORAMA

76 **BDC-Journalistenpreis 2024:** Lebensretter im OP – ein Tag in der Herzchirurgie Olivia Päßler

AKTUELLE

UMFRAGE

Umfrage zum Umgang
mit einem fatalen
Operationsausgang

Wie verarbeiten Chirurg:innen den Tod eines Patienten/ einer Patientin als Folge einer durchgeführten Operation? Der BDC unterstützt die Umfrage der Kollegen des Uniklinikums Augsburg zu diesem besonderen Thema. Bitte beteiligen Sie sich.

Wir möchten Sie daher zur Teilnahme an dieser Umfrage ermutigen, die Bearbeitungszeit beträgt in etwa 10 min. Der Fragebogen ist anonymisiert. Es können keine Informationen auf Ihre Person rückgeschlossen werden.

Hier geht's zur Umfrage: www.surveymonkey.com/r/8LJPHRY

Immer weniger
Patienten nutzen
Bundes-Klinik-Atlas

Die Nutzerzahlen beim Bundes-Klinik-Atlas sind stark rückläufig: Von 1,4 Millionen Besuchen im Mai 2024 sank die Zahl bis Oktober auf nur 126.000. Die Zahl der Seitenaufrufe sank von 99,5 Millionen auf knapp vier Millionen pro Monat. Der Bundes-Klinik-Atlas wurde in Deutschland am

17. Mai 2024 veröffentlicht. Die ursprüngliche Version war dabei noch unausgereift, unvollständig und fehlerhaft. Dies hat wohl zu einem Vertrauensverlust in der Bevölkerung geführt, woran auch die spätere grundlegende Überarbeitung nichts geändert hat. Quelle: Arzt & Wirtschaft

Zum Bundes-Klinik-Atlas: www.bundes-klinik-atlas.de/

Zur Umfrage zum Klinik-Atlas der DGCH: www.bit.ly/UmfrageDGCH-BKA

BDC, DGCH UND FACHGESELLSCHAFTEN TRETEN FÜR IHRE GRUNDSÄTZE EIN

Auszug aus dem Memorandum der DGCH, ihrer Fachgesellschaften und des BDC: „Als Chirurginnen und Chirurgen sind wir politisch unabhängig und neutral. Unser Handeln im Dienst an unseren Patienten sowie die seit Hippokrates und aktueller dem Genfer Gelöbnis geltenden Werte bestimmen auch unsere Haltung zu politischen und gesellschaftlichen Themen. Wir lehnen jedwede Gewalt ab und distanzieren uns insbesondere von Aktionen gegen die unantastbare Menschenwürde. Eine politische Gesinnung, die sich unmittelbar oder mittelbar gegen die Würde des Menschen richtet, ist mit unseren Grundüberzeugungen nicht vereinbar.“

Zum Memorandum: www.bit.ly/BDC-Memorandum



SURGEONTALK

Der BDC | Podcast

WIR PRÄSENTIEREN SURGEON TALK

**Chirurgisches Wissen
auf den Punkt.**

www.surgeontalk.de



IM FOKUS

Chirurgischer Nachwuchs und Karriere- gestaltung







Dr. med. Marie Samland
 Ärztin in Weiterbildung
 Orthopädie und Unfallchirurgie
 Stellv. Landesvorsitzende BVOU und
 BDC|Berlin
 Leitung Öffentlichkeitsarbeit Junges
 Forum O und U
 jf@marsam.de

Chirurgie im Wandel: Für lebensfreundliche Arbeitsbedingungen

EIN AUFRUF ZUR VERÄNDERUNG

Marie Samland

Die Arbeitsbedingungen in der Chirurgie unterliegen einem stetigen Wandel, der durch gesellschaftliche Entwicklungen und demografische Veränderungen geprägt ist. Um den aktuellen Herausforderungen zu begegnen, müssen alternative Beschäftigungsverhältnisse und lebensfreundliche Arbeitsbedingungen in den Fokus rücken. Die Ursachen für den Nachwuchsmangel in der Chirurgie sind vielfältig – dazu zählen Arbeitsverdichtung, ungünstige Arbeitszeiten und unzureichender Ausgleich für Bereitschaftsdienste. [3]

DIE VEREINBARKEIT VON BERUF UND PRIVATLEBEN

Die Diskussion um die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben ist zentral für die Anwerbung und Bindung junger Ärztinnen und Ärzte. Die anstehenden Herausforderungen erfordern, bestehende Modelle neu zu denken und die eigene Berufstätigkeit sowie die Aufgabenverteilung in der Partnerschaft neu zu interpretieren. So können wir der neuen Generation gerecht werden und die Attraktivität der chirurgischen Fächer steigern.

Die Möglichkeit während der Elternzeit in Teilzeit zu arbeiten, ist ein Schritt in die richtige Richtung. Diese Regelungen in der medizinischen Realität umzusetzen,

scheitert jedoch noch allzu oft an den festgefahrenen Strukturen in Kliniken. Das Fortbestehen der medizinischen Versorgung hängt jedoch davon ab, dass wir auch die Teilzeitkräfte erfolgreich in den Alltag integrieren und ein Arbeitsumfeld schaffen, das sowohl die Gesundheit als auch das Wohlbefinden unserer Ärztinnen und Ärzte fördert.

BEDÜRFNISSE DER NEUEN GENERATION

Die Generation der heutigen Mediziner hat andere Ansprüche an die Arbeitswelt als ihre Vorgänger. Viele junge Ärztinnen und Ärzte streben eine ausgewogene Work-Life-Balance an. Die unflexiblen Arbeitsbedingungen, die in vielen Kliniken herrschen, stehen im Widerspruch zu diesen Wünschen. Eine Veränderung der Arbeitskultur, die auf Flexibilität und Verständnis für private Belange setzt, ist notwendig, um die Attraktivität des Berufs zu erhöhen.

Ein weiteres Problem ist die ungleiche Verteilung der unbezahlten Sorgearbeit, die nach wie vor hauptsächlich von Frauen getragen wird. Um eine gerechte Aufteilung zu erreichen, müssen sowohl Männer als auch Frauen die Verantwortung für Haushalt und Erziehung gleichermaßen übernehmen.

Samland M: Chirurgie im Wandel:
Für lebensfreundliche Arbeitsbedingungen.
Passion Chirurgie. 2025 März; 15(03/Q1):
Artikel 03_01.



Mehr zum Thema „Nachwuchs
und Karrieregestaltung“ lesen Sie
auf BDC|Online (www.bdc.de)
unter der Rubrik Wissen | Aus- und
Weiterbildung.

10 GEFORDERTE THESEN DER SEKTION BERUFSLEBEN DES JUNGEN FORUM O UND U

[adaptiert nach 1, 2]

1. Elternzeit und Teilzeitarbeit sind für alle Arbeitnehmer selbstverständlich möglich.
2. Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Privatleben erfordert das Einhalten von Arbeitszeiten und offene Kommunikation, auch für Vollzeitkräfte.
3. Kliniken sollten Teilzeitkonzepte entwickeln, die klare Aufgabenverteilungen und Übergaben berücksichtigen.
4. Teilzeitkräfte dürfen bezüglich Weiterbildung und Karrierechancen nicht benachteiligt werden und müssen operativ tätig sein können.
5. Homeoffice-Möglichkeiten sind auszubauen.
6. Die konsequente Umsetzung des Konsensuspapiers OPidS ist erforderlich.
7. Während der Schwangerschaft muss eine Unterstützung des Teams für die Dienste gewährleistet sein.
8. Temporär freiwerdende Stellen müssen umgehend durch neue Kolleginnen und Kollegen in Elternzeitvertretung nachbesetzt werden.
9. Elternzeit kann für Fort- und Weiterbildung genutzt werden; das Fortbildungsbudget sollte auch dafür eingeplant werden.
10. Klinikinterne Abläufe für den Wiedereinstieg nach und das Ausscheiden in die Elternzeit sollten entwickelt werden, um das Team zu entlasten.

TEILZEITMODELLE ALS LÖSUNG?

Im Fach Chirurgie stehen Fachkräfte vor besonderen Herausforderungen, die den Arbeitsalltag oft unvorhersehbar und belastend gestalten. Der oft schlecht planbare Verlauf eines OP-Tages, die Notwendigkeit, auf akute Notfälle schnell zu reagieren und die Unmöglichkeit, einfach „den Haken fallen zu lassen“, wenn die Arbeit nicht erledigt ist, erfordern ein hohes Maß an Flexibilität und Engagement.

Um den Herausforderungen zu begegnen können verschiedene Teilzeitmodelle in Betracht gezogen werden. Das klassische Teilzeitmodell mit täglicher Stundenreduzierung bietet eine einfache Handhabung, stößt jedoch in der Praxis häufig an Grenzen. Die Einführung flexibler Arbeitszeitmodelle, die sowohl an den realistischen Arbeitsalltag als auch an die Bedürfnisse der Mitarbeitenden angepasst sind, können die Situation verbessern **vgl. Tabelle 1**. Essenziell ist, dass Teilzeitkräfte keine Benachteiligung erfahren, insbesondere in Bezug auf Weiterbildung und Karrierechancen. Ein weiteres Modell verteilt die wöchentliche Arbeitszeit auf variable Tage, was den Beschäftigten mehr Freiraum gibt. Auch innovative Ansätze wie Jobsharing und Teamarbeit könnten

dazu beitragen, die Arbeitslast besser zu verteilen und gleichzeitig die Teamdynamik zu stärken **vgl. Tabelle 1**.

Ein „Vorleben“ von Teilzeitmodellen, insbesondere durch weibliche Vorbilder in Führungspositionen, kann dazu beitragen,

dass mehr junge Ärztinnen und Ärzte den Schritt in eine familienfreundliche Arbeitswelt wagen. Die positive Erfahrung, Beruf und Privatleben erfolgreich zu verbinden, wird nicht nur die Zufriedenheit der Mitarbeitenden erhöhen, sondern auch die Bindung an den Standort stärken.

Tab. 1: Übersicht verschiedener Teilzeitmodelle, zur Verfügung gestellt von Dr. Lisa Rosch – AN: Arbeitnehmer; AG: Arbeitgeber, publiziert in [4]

Teilzeitmodell	Beschreibung	Pro	Contra
Classic	Das klassische Modell mit täglicher Stundenreduzierung.	regelmäßige Arbeitszeit, planbar für AG und AN	keine Dienste möglich, kaum OP-Tage
Classic Vario	Verteilung der wöchentlichen Arbeitszeit auf 2 bis 5 Tage mit Variation der wöchentlichen oder monatlichen Stundenzahl.	hohe Flexibilität für AN und AG	begrenzte Integration in das Dienstsysteem, wenig OP-Tage
Jobsharing	Zwei AN teilen sich eigenverantwortlich eine Stelle. Dies ist besonders für Führungskräfte geeignet.	hohe Flexibilität für AN	Vertrauensverhältnis nötig
Team	Es wird nur vorgegeben, wie viele Mitarbeiter anwesend sein müssen, die Arbeitszeiten werden im Team abgestimmt.	sehr hohe Flexibilität, kann bei klaren Vorgaben zu hoher Zufriedenheit der AN führen	Schnittstellenprobleme
Invest	Man arbeitet in Vollzeit und füllt sich damit ein Guthaben-Zeitkonto, um ein Sabbatical herauszuarbeiten.	ermöglicht längere Auszeit/Sabbatical bei verlässlicher Bezahlung	Umsetzung für AG im Stellenschlüssel schwierig

AUSBLICK

Die Veränderungen der Arbeitsbedingungen sind nicht nur eine Herausforderung, sondern auch eine Chance für die chirurgische Disziplin, sich neu zu positionieren.

Es ist wichtig, den Kolleginnen und Kollegen zu vermitteln, dass die Einstellung von Teilzeitkräften nicht als Bedrohung für die Vollzeitkräfte betrachtet werden sollte, sondern vielmehr als Chance, offene Stellen zu besetzen und die Arbeitslast zu verteilen. Angesichts des massiven Chirurgenmangels ist es entscheidend, dass wir Teilzeitkräfte nicht als Konkurrenz sehen, die Vollzeitstellen blockieren, sondern als notwendige Ergänzung, um die bestehende Versorgung sicherzustellen. Oftmals sind Stellen unbesetzt, und die Realität ist, dass eine 100%-Kraft nicht alle Aufgaben allein bewältigen kann.

Die Perspektive zu ändern und die Akzeptanz für Teilzeitarbeit zu fördern, ist von zentraler Bedeutung. Diese Veränderung erfordert einen kulturellen Wandel innerhalb der chirurgischen Gemeinschaft, in dem die Vorteile von Teilzeitmodellen und die Notwendigkeit, Personal angemessen zu planen, erkannt und geschätzt werden. Nur so können wir eine zukunftsfähige und nachhaltige Arbeitsumgebung schaffen, die den Herausforderungen der Chirurgie gerecht wird. Arbeitgeber sollten nicht nur den gesetzlichen Anforderungen nachkommen, sondern auch aktiv an der Schaffung lebensfreundlicher Arbeitsbedingungen arbeiten. Dass nachhaltige Qualität in der Patientenversorgung und eine gesunde Wirtschaftlichkeit nicht durch Überlastung und Ausbeutung erreicht werden können, versteht sich von selbst.

Die Chirurgie ist eine facettenreiche Welt, die es verdient, dass wir die Ressourcen und das Potenzial unserer Ärztinnen und Ärzte optimal nutzen – indem wir sie von zeitaufwändigen administrativen Aufgaben und überbordenden Überstunden entlasten und ihnen die Möglichkeit geben, sich auf ihre wesentlichen Aufgaben zu konzentrieren, um letztlich die Vereinbarkeit von Beruf, Privatleben und Familie zu fördern.

LITERATUR

- [1] Samland M, Rosch L, Hofmann A, Rommelfanger G, Grimaldi G. Sektion Familie und Beruf: Das System läuft nicht rund. 10 provokante Thesen. Z Orthop Unfall. 2021 Jun;159(3):249-251
- [2] Rommelfanger G, Samland M, Hofmann A. Es gibt auch noch ein Leben neben dem Beruf. Aus der JFOU-Sektion „Familie und Beruf“ wurde „BerufsLEBEN“. Orth Unfallchir 2023; 13 (2). 19-21.
- [3] Rommelfanger G, Samland M. Gute Chirurgeninnen und Chirurgen brauchen einen „Ausgleich“. Die Unfallchirurgie / Ausgabe 4/2023. DOI: doi.org/10.1007/s00113-022-01273-x.
- [4] Samland M, Hofmann A. Arbeitszeitmodelle - ein Wunschkonzert? Ärzteblatt Sachsen, Heft 11/2022, S. 16-19. Herausgeber: Sächsische Landesärztekammer.

WEITERFÜHRENDE LITERATUR

- Samland M; Junges Forum O und U. Spezialisiert in der Unfallchirurgie – kein einfacher Weg. Unfallchirurgie (Heidelb). 2024 Dec 9. German. doi: 10.1007/s00113-024-01509-y.

- Rommelfanger G, Hofmann A, Rosch L, Samland M. Was Familienplanung bedeutet. Checkliste Elternzeit in O und U. Orth Unfallchir 2024; 14 (1), S.38-39. doi: <https://doi.org/10.1007/s41785-023-4313-1>.
- Hofmann A, Samland M, Rosch L, Rommelfanger G. Quo vadis: New Work, Elternzeit, Wiedereinstieg und Teilzeit – Ergebnisse der Jahresumfrage des Jungen Forums O und U 2022. Z Orthop Unfall. 2023 Dec;161(6):599-602. German. doi: 10.1055/a-2151-7733.
- Samland M. Zeit für das Wesentliche. Checkliste für Teilzeitarbeitsmodelle. Orth Unfallchir 2023; 13 (5). S. 45-47. doi: <https://doi.org/10.1007/s41785-023-3927-7>.
- Rosch L, Rommelfanger G, Samland M, Hofmann A. Mit Struktur und Gelassenheit die Schwangerschaft planen. Neu veröffentlichte Checkliste der Sektion BerufsLEBEN des JFOU. Orth Unfallchir 2023; 13 (6). S. 42-43. doi: <https://doi.org/10.1007/s41785-023-3981-1>.
- Samland M. Mitarbeitergewinnung, Mitarbeiterpflege und Mitarbeiterbindung: ein Appell. Z Orthop Unfall. 2022 Dec;160(6):616-617. German. doi: 10.1055/a-1483-0132.
- Herbolzheimer M, Samland M, Hättich A. <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1959-7378> Homeoffice in O und U – ein Versuch wert. Z Orthop Unfall. 2023 Feb;161(1):14-15. German. DOI: 10.1055/a-1959-7378. 



Präsenz-Seminar

Notfallmanagement im Bereitschaftsdienst

Leipzig, 11. – 12. April 2025

Wissenschaftliche Leitung:
Dr. med. Lutz Meyer,
Plauen






© iStock/marchmeen29

Nachwuchsmangel und Geschlechterunterschiede –

WIE DER KONGRESS, SO DAS FACH?

Benedikt J. Braun, Vera Bertsch, Mika F. Rollmann, Tina Histing, Carolina Vogel

Nachwuchsmangel im ärztlichen Dienst bleibt als Thema ein Dauerbrenner. Im Jahr 2023 waren in Deutschland rund 23 % der Ärztinnen und Ärzte 60 Jahre oder älter. Prognosen besagen, dass bis 2040 zwischen 30.000 bis 50.000 Ärzt:innen in Deutschland fehlen werden (siehe: www.bit.ly/ÄBÄrzttestatistik2023). Doch wer ist dieser Nachwuchs? Aktuell sind in Deutschland über 100.000 Studierende im Fach Humanmedizin zugelassen, von denen mehr als zwei Drittel weiblich sind, Tendenz steigend (siehe: www.bit.ly/GesundheitsdatenKBV).

Zu Beginn des Studiums können sich in der aktuellen Umfrage *Berufsmonitoring*

Medizinstudium immerhin noch rund 35 % der Studierenden vorstellen, später eine chirurgische Weiterbildung zu absolvieren. Nach dem Praktischen Jahr (PJ) fällt dieser Anteil auf 19 % [1]. Erlaubt man den befragten Studierenden nur noch eine mögliche Weiterbildung zur Auswahl, liegt die Chirurgie sogar bei nur noch 8,4 % zum PJ. Sowohl für weibliche als auch männliche Studierenden zählen zu den motivierenden Faktoren, eine spezifische Facharztweiterbildung zu ergreifen, vor allem anderen die Vereinbarkeit von Familie und Beruf (> 90 %). Diese liegt knapp zehn Prozentpunkte vor dem nächst wichtigsten Faktor und unterscheidet sich auch zwischen den



Korrespondierender Autor:
apl. Prof. Dr. med. Benedikt Braun, MBA

Stellv. Leiter Themen-Referat
Nachwuchs im BDC
Mitglied im BDC-Themen-Referat
Digitalisierung und technische
Innovation
Beauftragter für die
Nachwuchsförderung
in der Gemeinsamen
Weiterbildungskommission Chirurgie
Klinik für Unfall- und
Wiederherstellungschirurgie
Eberhard Karls Universität Tübingen
BG Klinik Tübingen
bbraun@bgu-tuebingen.de



Vera Bertsch
Assistenzärztin
Unfall- und Wiederherstellungs-
chirurgie
BG Klinik Tübingen

Braun BJ, Bertsch V, Rollmann MF,
Histing T, Vogel C: Nachwuchsmangel und
Geschlechterunterschiede – Wie der Kongress,
so das Fach? *Passion Chirurgie*. 2025 März;
15(03/Q1): Artikel 03_02.



Mehr zum Thema „Nachwuchs und
Karrieregestaltung“ lesen Sie auf
BDC|Online (www.bdc.de) unter
der Rubrik Wissen | Aus- und Weiterbildung.

Geschlechtern vor allem bezogen auf den Punkt Kinderbetreuung zunehmend weniger (w: 83,6 %, m: 72,3 %).

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zählt auch für die Kolleg:innen in Weiterbildung zu den elementaren Anforderungen an ihren Arbeitsplatz, wird aber ähnlich wie andere wesentliche Faktoren, welche die Rahmenbedingungen unserer Tätigkeit ausmachen, vielerorts nur unzureichend berücksichtigt [2]. In Zusammenschau, ist daher die Herleitung naheliegend, dass die zunehmende Exposition der Studierenden gegenüber der beruflichen Realität in der Chirurgie ein hohes abschreckendes Moment darstellt. Dazu kommt, dass in unserer patriarchalisch geprägten Gesellschaftsstruktur immer noch der Großteil der Care-Arbeit von Frauen und damit auch von Ärztinnen geleistet wird. Daher ist ein geringer Frauenanteil in Fachrichtungen, die sich aufgrund der oftmals bestehenden Rahmenbedingungen nicht für ein familienfreundliches Leben und Arbeiten qualifizieren, nicht verwunderlich.

In chirurgischen Fächern sind nur rund 23 % Ärztinnen tätig, die Frauenquote im Fach Orthopädie und Unfallchirurgie liegt sogar nur bei 18,6 % [3]. In der akademischen Chirurgie sind Frauen ebenso deutlich unterrepräsentiert, wie regelmäßige Erhebungen des Deutschen Ärztinnenbundes bestätigen. Aufgrund des hohen Frauenanteils im Medizinstudium und des allgemeinen, geschlechtsunabhängigen Mentalitätswandels der Studierenden hin zu mehr Selbstfürsorge und Fokussierung auf private und berufliche Selbstverwirklichung ist ein Umdenken und vor allem ein Überdenken und Anpassen der bestehenden Strukturen dringend erforderlich. Die Gewinnung, Förderung und Bindung von Chirurginnen sowohl in der Klinik als auch in der akademischen Chirurgie sind dabei zentrale Punkte, die dem Nachwuchsmangel entscheidend entgegenwirken können.

Während die Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit zunehmend in den Fokus der Fachpresse und auch der allgemeinen Medien rücken, kommt dem Faktor Wissenschaft und Repräsentanz von Chirurginnen

auf Fachkongressen bisher allenfalls eine Nebenrolle zu. Wir wollen daher mit der aktuellen Arbeit die Geschlechterdisparitäten in den Abstract Einreichungen zu einem der größten Medizinkongresse Europas, dem Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie, untersuchen und Trends und Lösungsmöglichkeiten diskutieren.

METHODIK

Diese retrospektive Studie analysiert die geschlechtsspezifische Verteilung bei der Abstract Einreichungen für den Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) im Zeitraum von 2015 bis 2024. Die anonymisierten Daten wurden von Intercongress bereitgestellt und umfassen alle Einreichungen innerhalb des Untersuchungszeitraums. Zur Analyse wurden die Daten nach Geschlecht, Rolle bei der Abstract Einreichung (einreichende Person, Autor:in, Co-Autor:in), sowie akademischem Titel (cand. med., Master, Promotion, Habilitation, PhD, Professur, Universitätsprofessur, sonstige, kein Titel angegeben) kategorisiert. Die statistische Auswertung umfasst für diesen Artikel lediglich deskriptive Statistik. Da die Daten anonymisiert und frei von personenbezogenen Informationen sind, war keine zusätzliche ethische Genehmigung erforderlich.

ERGEBNISSE

Zwischen 2015 und 2024 wurden von insgesamt 82.813 Personen Abstracts beim DKOU eingereicht. Der Frauenteil lag hier insgesamt bei 20 % (16.534). Im Beobachtungszeitraum stieg der Anteil von 16,7 % im Jahr 2014 auf 21,7 % im Jahr 2024 (**Abb. 1**). Auch die Rolle der Einreichung unterschied sich zwischen den Geschlechtern. Während unter allen Männern 71 % als Co-Autoren und je 15 % als Einreichender oder Präsentierender geführt wurden, waren dies bei den Frauen 63 % als Co-Autorinnen, 18 % als Einreichende und 19 % als Präsentierende.

Auch in der Verteilung der Titel der Einreichenden gab es signifikante Unterschiede. Während die Geschlechterverteilung bei Anmeldenden mit cand. med. (w: 44,7 %

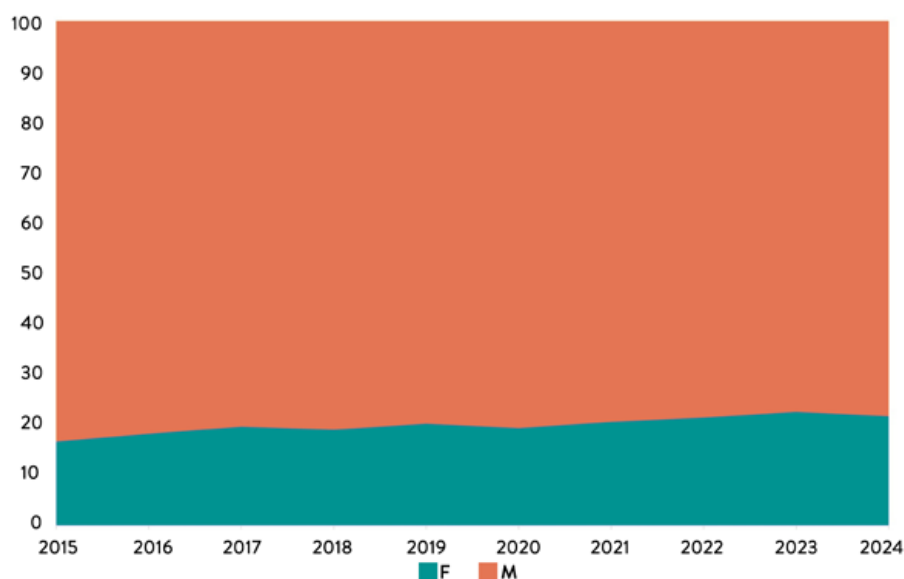


Abb. 1: Das Flächendiagramm zeigt die Entwicklung des Anteils (y-Achse in %) von Frauen (F, blau) und Männern (M, orange) an den Gesamteinreichungen beim DKOU über die Jahre 2015-2024 (x-Achse in Jahren).

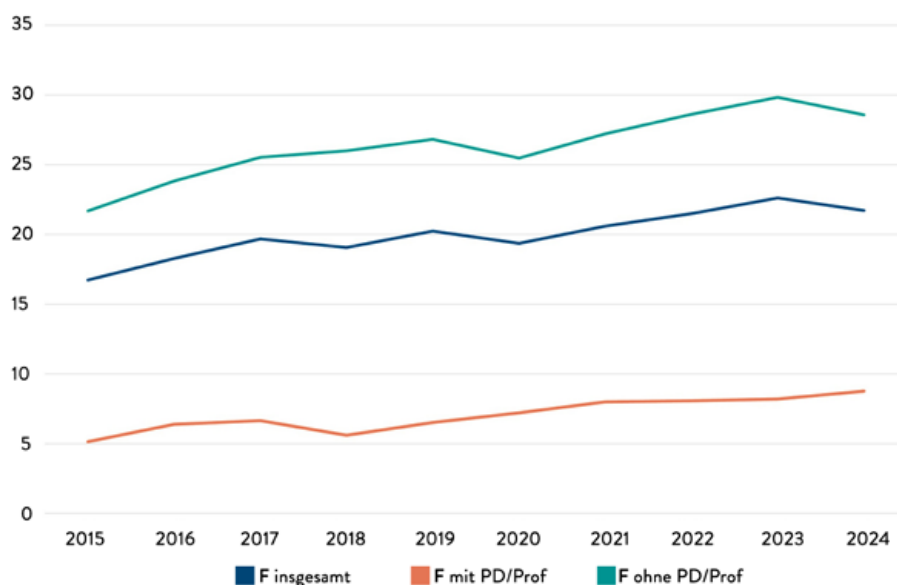


Abb. 2: Das Liniendiagramm zeigt die Entwicklung des Anteils (y-Achse in %) von Frauen insgesamt (F insgesamt, blau), Frauen mit abgeschlossener Habilitation oder Professur (F mit PD/Prof, orange) und Frauen ohne abgeschlossene Habilitation oder Professur (ohne mit PD/Prof, grün) an den Gesamteinreichungen in den jeweiligen Kategorien beim DKOU über die Jahre 2015-2024 (x-Achse in Jahren).

m: 55,3 %), oder Master Titel (w: 48,6 % m: 51,4 %) nahezu ausgeglichen war, lag diese bei allen anderen Titeln zu Ungunsten des weiblichen Geschlechts (PhD: 35,3 % vs. 64,7 %; Promotion: 20,7 % vs. 79,3 %; Habilitation: 7,4 % vs. 92,6 %; Professur: 7,6 % vs. 92,4 %; Universitätsprofessur: 5,2 % vs. 94,8 %). Dabei zeigte sich sowohl bei den Einreichenden mit abgeschlossener Habilitation

oder Professur, wie auch bei allen Einreichenden ohne Habilitation/Professur eine Zunahme weiblicher Einreichender über den Beobachtungszeitraum (**Abb. 2**).

DISKUSSION

Die Ergebnisse unserer Studie zeigen, dass Frauen bei den Abstract-Einreichungen für



PD Dr. med. MIPH Mika Rollmann
Stv. Ärztliche Leitung des klinischen
Studienzentrums
BG Klinik Tübingen



Prof. Dr. med. Tina Histing
Ärztliche Direktorin
Klinik für Unfall-, Hand- und
Wiederherstellungschirurgie
Eberhard Karls Universität Tübingen
BG Klinik Tübingen



Dr. med. Carolina Vogel
Assistenzärztin
Unfall- und Wiederherstellungs-
chirurgie
BG Klinik Tübingen

den DKOU deutlich unterrepräsentiert sind. Der Anteil von Frauen liegt hier bei 20 % und entspricht damit in etwa dem Frauenanteil in der klinischen Orthopädie und Unfallchirurgie, der 2022 bei 18,6 % lag [3]. Diese Verteilung ist ein direkter Spiegel des generellen Zustandes in der Chirurgie, wo Frauen trotz ihrer hohen Präsenz im Medizinstudium (über 60 %) deutlich seltener vertreten sind.

Die Gründe hierfür sind in erster Linie struktureller, aber auch kultureller Natur, wie die aktuelle nationale und internationale Literatur zeigt [4–6]: Studien zeigen, dass die Vereinbarkeit von Beruf und Familie dabei sowohl für Frauen als auch für Männer mitunter der wichtigste Faktor bei der Berufswahl ist [1, 2]. Allgemein aber stellt dieser Punkt für Frauen eine größere Herausforderung dar, da sie in der Gesellschaft weiterhin den Großteil der Care-Arbeit übernehmen, was sich auch bedingt in der Medizin fortzusetzen scheint [7, 8]. Darüber hinaus spielen geschlechtsspezifische Vorurteile, stereotype Vorstellungen und eine wahrgenommene „Ellenbogen-Mentalität“ in der Chirurgie eine entscheidende Rolle [2, 9]. Alle diese Faktoren tragen dazu bei, dass Frauen sich seltener für eine chirurgische Laufbahn entscheiden. Hinzu kommen die allgemeinen Unzufriedenheitsfaktoren für das Ergreifen eines chirurgischen Faches, wie der hohe Anteil prinzipiell delegierbarer Tätigkeiten im Arbeitsalltag und die vielen Stunden, die nicht direkt für die Patientenversorgung genutzt werden [2].

Auf der anderen Seite gibt es motivierende Faktoren, welche die Wahl einer chirurgischen Karriere fördern können. Der Zugang zu Mentor:innen und gezielte Förderprogramme wurden als entscheidend für den Einstieg und den Verbleib in der Chirurgie identifiziert [10, 11]. Strukturelle Maßnahmen, wie flexible Arbeitszeitmodelle, Kinderbetreuung und weitere Maßnahmen, welche die Rahmenbedingungen zur Berufsausübung verbessern, können ebenfalls helfen, den Beruf für beide Geschlechter attraktiver zu gestalten [2]. Es ist davon auszugehen, dass sich die Verbesserung der Rahmenbedingungen, neben der allgemeinen Attraktivitätssteigerung der Chirurgie,

auch in der Steigerung der Attraktivität einer akademischen Karriere und damit letztlich auch den Abstract-Einreichungen beim Kongress, insbesondere auch bei Chirurginnen, auswirken wird. Insbesondere die Förderung und Ermutigung von Chirurginnen hin zu einer klinischen und wissenschaftlichen Karriere durch Mentoring und strukturierte Programme ist hier eine wesentliche Stellschraube zur Attraktivitätssteigerung des Faches, wie auch einer akademischen Karriere [11–14].

Die Ergebnisse unserer Trendanalyse zeigen, dass der Anteil von Frauen an den Einreichungen jährlich langsam um etwa 0,5 % zunimmt. Ob diese Tendenz jedoch tatsächlich die Wirkung gezielter Maßnahmen widerspiegelt, lässt sich nicht mit Sicherheit sagen. Sie könnte auch auf den allgemeinen Anstieg des Frauenanteils im Medizinstudium zurückzuführen sein. Bei steigendem Bedarf an Nachwuchs-Chirurg:innen, auch im Kontext des hohen Frauenanteils im Medizinstudiums, muss sich die Chirurgie auch um die Gewinnung und Bindung von Frauen bemühen, um letztlich auch in Zukunft eine hohe Versorgungs- und Forschungsqualität gewährleisten zu können. Ein jährlicher Zuwachs von lediglich 0,5 % ist dafür schlichtweg zu wenig. Um die Zukunft der Chirurgie nachhaltig zu sichern, sind sowohl die oben genannten allgemeinen strukturellen Veränderungen als auch gezielte Fördermaßnahmen für Frauen in der akademischen Chirurgie unverzichtbar.

Natürlich ist die im Rahmen dieser Arbeit vorgestellte Analyse letztlich ungenau. Nur anhand der Titel auf den Weiterbildungsstand oder auch nur auf einen ärztlichen Beruf zu schließen kann Ungenauigkeiten nicht ausschließen. So kann es sich zum einen bei den Professuren, Promotionen und insbesondere bei den PhD-Titel-Träger:innen auch um andere naturwissenschaftliche Professionen handeln und damit den Frauenanteil als zu hoch einschätzen. Gleichzeitig ist ein vermeintlich höherer Titel nur ein indirekter Hinweis auf die bisherige Berufsausübungsdauer. Trotzdem kann gerade für die Einreichenden mit Titel cand. med. eine angestrebte

Approbation angenommen werden und gleichzeitig für Einreichende mit Habilitation eine gewisse höhere Berufserfahrung, wie in den einzelnen Landeshochschulgesetzen vorgesehen. Alleine die hier bestehenden Differenzen mit nahezu vollständiger Parität beim angehenden chirurgischen Nachwuchs, bis hin zur großen Differenz bei den Professor:innen unterstreichen die Ergebnisse der Arbeit in ihrer grundsätzlichen Tendenz.

SCHLUSSFOLGERUNG

Ob es einer exakten Parität bedarf, bleibt letztlich ein offener Diskussionspunkt. Klar ist aber, dass wir unser Fach für alle Ärzt:innen attraktiver gestalten müssen, wenn wir dem Nachwuchsmangel effektiv begegnen wollen. Der Interessensverlust der Medizinstudierenden an der Chirurgie über den Fortgang des Studiums hinweg spiegelt sich auch in den Einreichungszahlen beim DKOU, wenn man die wissenschaftlichen Titel als Maßstab nimmt. Ist initial das Geschlechterverhältnis der Studierenden bei der Abstract-Einreichung (cand. med.) noch ausgeglichen, so fällt diese bis auf unter 10 % bei den habilitierten Einreichenden. Wenngleich die Verteilung bei den Einreichungen über die vergangenen Jahre einen ausgleichenden Trend aufzeigt, so ist dieser extrem langsam und es würde bei dieser Geschwindigkeit mehr als 50 Jahre dauern, bis eine Parität erreicht ist. Die Umsetzung von Diversitätsstrategien unter gleichzeitiger Verbesserung der Rahmenbedingungen für unsere allgemeine Berufsausübung stellen dabei Maßnahmen dar, die dazu beitragen können, nicht nur eine Geschlechterparität herzustellen, sondern insgesamt die Attraktivität unseres Faches beim Nachwuchs zu steigern. Ziele und Zufriedenheitsfaktoren sind ungeachtet des Geschlechts oftmals sehr ähnlich. Wir können von diesen Maßnahmen alle profitieren.

Weitere detaillierte Auswertungen zur Umfrage werden noch veröffentlicht, wir werden Sie über den Zeitpunkt und die PASSION CHIRURGIE informieren.

Die Literaturliste erhalten Sie auf Anfrage via passion_chirurgie@bdc.de. 

NEW SKILL



© iStock/BertK

12. Chirurgische Woche in Mönchengladbach

Johanna Miller

Die chirurgische Woche wurde vor 14 Jahren auf Initiative des BDCs sowie der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Tübingen ins Leben gerufen. Die Motivation war, Studierende sehr früh und intensiv mit dem Berufsfeld „Chirurgie“ in Kontakt zu bringen und sie, sowohl theoretisch als auch praktisch, fortzubilden und zu bestärken ein operatives Fach als Beruf zu wählen.

Seit 2020 findet die chirurgische Woche in den Kliniken Maria Hilf GmbH in Mönchengladbach statt. Das Team um Prof.

Dr. med. Andreas Kirschniak und Dr. med. Johanna Miller führt jährlich diese Veranstaltung durch. Studierende bewerben sich hierfür schriftlich mit einem Motivationsschreiben und kurzen Lebenslauf. Dieses Jahr waren mehr als 75 Bewerbungen eingegangen. Neben Dozierenden aus unterschiedlichen Kliniken und Universitätskliniken partizipierten alle chirurgischen Disziplinen der Kliniken Maria Hilf GmbH an der Veranstaltung. Hierzu zählen die Allgemein- und Viszeralchirurgie, die Unfallchirurgie und Orthopädie sowie die



Dr. Johanna Miller
 Fachärztin für Viszeralchirurgie
 Klinik für Allgemein- und
 Viszeralchirurgie
 Kliniken Maria Hilf GmbH

Thoraxchirurgie, Gefäßchirurgie und Gäste anderer chirurgischer Disziplinen, wie zum Beispiel die Hand-, Plastische, Rekonstruktive und Verbrennungschirurgie der BG Klinik, Tübingen.

Die nächste Veranstaltung findet vom 29. September bis 3. Oktober 2025 wieder in den Kliniken Maria Hilf GmbH in Mönchengladbach statt.

Anmeldung und Programm finden Sie hier: www.chirurgische-woche.de

Teilnehmerinnen aus der Veranstaltung 2024 haben folgenden Erfahrungsbericht erstellt.

ERFAHRUNGSBERICHT VON TEILNEHMERINNEN DER LETZTEN CHIRURGISCHEN WOCHEN IN MÖNCHENGLADBACH (2024)

Eine ganze Woche verbrachten 35 Studierende gemeinsam in Mönchengladbach auf der chirurgischen Woche. Von Montag bis Freitag gab es spannende Fortbildungen und gemeinschaftliche Erlebnisse in den Kliniken Maria Hilf GmbH und im Wilhelm-Kliwer-Haus, das uns zur Übernachtung zur Verfügung gestellt wurde. Nach der Anreise am Sonntag und einem entspannten Abend mit Spielen und Gesprächen begann ab Montag jeder Tag mit drei abwechslungsreichen Vorträgen an den Vormittagen. Der Theorieanteil wurde mit Kaffeepausen kurzweilig

DIE VERFASSERINNEN



Salomini Sinnathurai
 8. Semester
 Universität zu Lübeck



Klara Nabi Schmidt
 5. Semester
 Universität zu Lübeck



Sara Feistle
 7. Semester
 Universität Tübingen



Marie Schuffert
 5. Semester
 Universität Tübingen

Miller J: 12. Chirurgische Woche in Mönchengladbach. Passion Chirurgie. 2025 März; 15(03/QI): Artikel 03_03.



Mehr zum Thema „Nachwuchs und Karrieregestaltung“ lesen Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Aus- und Weiterbildung.

gestaltet. In der Mittagspause wurde ein leckeres und kostenloses Essen aus der Klinik-Mensa zur Verfügung gestellt. An den Nachmittagen folgten dann Hands-on Workshops in Kleingruppen, die von Fachleuten aus ganz Deutschland geleitet wurden. Der moderne Konferenzraum, direkt an der Terrasse gelegen, bot eine wirklich sehr angenehme Atmosphäre.

Der theoretische Teil bot ein breites Spektrum an Vorträgen aus verschiedenen Fachrichtungen, die einen umfassenden Einblick in die moderne Chirurgie gewährten. Themengebiete aus der kolorektalen Chirurgie, der chirurgischen Versorgung des oberen GI-Trakts, der Leberchirurgie, endokrinen Chirurgie sowie Gefäß- und Thoraxchirurgie wurden behandelt. Eines von vielen Highlights war der Vortrag aus der plastischen Chirurgie zum funktionellen Nerventransfer bei Patient:innen in Kriegsgebieten von Herrn Professor Kolbenschlag (BG Klinik Tübingen) oder der Vortrag zur Notfallchirurgischen Versorgung mit spannenden klinischen Fallbeispielen von Herrn Storz (Maria Hilf Kliniken GmbH). Besonders wertvoll war, dass Dozent:innen aus renommierten Lehrkrankenhäusern, etwa aus Tübingen, Bregenz, Hannover, Duisburg und Mönchengladbach selbst, nicht nur fachliche Inhalte präsentierten, sondern auch

persönliche Erfahrungen teilten, individuelle Berufswege aufzeigten sowie wertvolle Ratschläge für die Karriereplanung gaben.

Besonders beeindruckend waren die Berichte über den beruflichen Aufstieg zur Chefarztin, die exemplarisch die Fortschritte und Herausforderungen für Frauen in der Chirurgie beleuchteten. Ein weiterer Höhepunkt war die Vorstellung von Karrierewegen im Ausland, unter anderem durch einen Chefarzt, der seine Tätigkeit in Österreich darstellte und die Besonderheiten der internationalen chirurgischen Praxis erläuterte. Zudem wurden die Rolle und die Erfahrungen von Chirurg:innen in Krisensituationen – etwa im militärischen Kontext – praxisnah thematisiert, wobei spezifisch auf chirurgische Fachbereiche eingegangen wurde, die in solch einem Umfeld eine besondere Relevanz haben. Die vielfältigen individuellen Perspektiven zeigten eindrucksvoll berufliche Möglichkeiten in der Chirurgie auf und boten uns eine umfassende Orientierung für die eigene berufliche Zukunft.

Der praktische Teil der chirurgischen Woche, der durch die Hands-on Workshops erfüllt wurde, stellte für die meisten Studierenden den Hauptmotivator für ihre Bewerbung dar und wir wurden diesbezüglich nicht enttäuscht! Das Spektrum reichte von der

Vermittlung von chirurgischen Basisfertigkeiten wie dem chirurgischen Nähen und Knoten bishin zur einmaligen Gelegenheit am Da Vinci Roboter aktiv zu werden. Wir haben mittels flexibler Endoskopie heldenhaft Gummibärchen geborgen; gelernt, wie man in der Laparoskopie die Orientierung behält und aneinander geübt, wie schnell wir wirklich einen FAST-Ultraschall umgesetzt bekommen. Wir haben Thoraxdrainagen an Übungskits und Schweinerippen angebracht und mittels verschiedener OP-Instrumente im Industrieparcours verodet und gestapelt sowie bei den Orthopäden und Unfallchirurg:innen sogar gebohrt!

Abseits des Rahmenprogramms kam es abends zu gemeinschaftlichen Aktivitäten, wie Tischtennis, Brettspielen und einem Filmabend. Als Höhepunkt fand am Donnerstag ein Grillabend statt, der einen idealen Rahmen für einen privaten Austausch mit den Dozent:innen und das Knüpfen neuer Kontakte bot.

Alles in allem ein wirklich rundum gelungenes Event, das uns sowohl beruflich als auch persönlich bereichert hat. Wir haben alle super viel Neues gelernt und uns sehr wohl gefühlt!

Vielen lieben Dank für Eure großen Mühen, liebes Team. ○



Wissenschaftliche Leitung:

**PD Dr. med. Peter Zimmermann,
Prof. Dr. med. Martin Lacher**

Hands-on-Kurs

Kindertraumatologie

Berlin und online, 12. – 13. Juni 2025

**10 %
Frühbucher-
Rabatt**
nur bis
01.04.2025





Nachbericht zur Veranstaltung Staatsexamen und Karriere

Andreas Kirschniak, Claudia Kunze

GUT TRAINIERT IST HALB GEWONNEN: DAS FORMAT M3-ABSCHLUSSTRAINING STÄRKT FÜR DEN DRITTEN ABSCHNITT DER ÄRZTLICHEN PRÜFUNG

An der Anmeldung bildet sich eine Traube, denn es ist kurz vor 9 Uhr an diesem herbstlichen 20. September 2024 in Berlin und die Veranstaltung „M3-Abschlusstraining Staatsexamen und Karriere“ wird in wenigen Minuten beginnen. Eine größere Gruppe junger Nachwuchsmediziner:innen

kommt gerade noch an. Kurz nach 9 Uhr haben es dann die rund 95 Teilnehmenden auf ihre Plätze geschafft und blicken gespannt auf Professor Dr. Andreas Kirschniak, Chefarzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie an den Kliniken Maria Hilf in Mönchengladbach und Dr. Andreas Jerrentrup, Internist und Chefarzt an der Universitätsklinik Marburg, die die Teilnehmer in ihrer lockeren Art begrüßen. Diese Atmosphäre braucht es auch, denn die kommenden zwei Veranstaltungstage sind durchgeplant mit vielen Fachvorträgen, Formalia, Befundanalysen, Diskussionen



Korrespondierender Autor:
Prof. Dr. med. Andreas Kirschniak,
MBA

Stellvertretender Leiter der
BDC|Akademie
Leiter Themen-Referat „Nachwuchs
und Karrieregestaltung“ im BDC
Mitglied BDC-Themen-Referat
„Digitalisierung und technische
Innovation“
Klinik für Allgemein- und
Viszeralchirurgie
Kliniken Maria Hilf GmbH
andreas.kirschniak@mariahilf.de



Claudia Kunze
Presse- & Öffentlichkeitsarbeit
Berufsverband der Deutschen
Chirurgie e.V. (BDC)
kunze@bdc.de

Kirschniak A, Kunze C: Nachbericht zur
Veranstaltung Staatsexamen und Karriere.
Passion Chirurgie. 2025 März; 15(03/Q1):
Artikel 03_04.



Mehr zum Thema „Nachwuchs und
Karrieregestaltung“ lesen Sie auf
BDC|Online (www.bdc.de) unter
der Rubrik Wissen | Aus- und Weiterbildung.

und jeder Menge Fallpräsentationen. Das Format ist eine Art Coaching im Kompaktdurchlauf in den Hauptfächern Chirurgie und Innere Medizin inklusive Informationen über die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Die angehenden Medizinerinnen und Mediziner sollen sie schließlich schaffen, die mündliche Prüfung, die den letzten Teil des Medizinstudiums abschließt.

SIMULATION DER PRÜFUNG SCHULT UND STÄRKT DIE NERVEN

Diese gezielte Unterstützung der Medizinstudierenden war die Motivation des BDC gemeinsam mit dem Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI), dieses Veranstaltungsformat „M3-Abschlussstraining Staatsexamen & Karriere“ zu entwickeln und zwei Mal pro Jahr anzubieten. Was dieses Format

heraushebt, ist das Üben der Prüfungssituation. In verschiedenen Rollenspielen können freiwillige Teilnehmende sich der Prüfungssituation am Krankenbett stellen und eine echte Prüfungssituation simulieren. Dafür wird eine Liege in den Vortragsaal gebracht und eine freiwillige Person übernimmt die Rolle der Patientin. Nach einer kurzen Vorabinformation der Prüfer zum Fall geht die Simulation los. Zuerst muss die komplette Anamnese durchgeführt werden, bevor sich die Teilnehmenden den internistischen und chirurgischen Fragen der Prüfenden stellen. Zeitvorgaben und Schwierigkeitsgrad sind ähnlich wie in der echten Prüfung. Jede Simulationsrunde schließt mit einer offenen Diskussion: Was lief gut, was sollte man lieber nicht machen. Aber noch viel spannender: Was sind die Gedanken der Prüfenden und warum wird diese oder jene Frage genau gestellt? Was ist den Prüfenden wichtig?



Abb. 1: Prof. Dr. Andreas Kirschniak im Vortrag

FRAGEN STELLEN UND AUSTAUSCH UNTEREINANDER ERHÖHEN DAS EIGENE SICHERHEITSGEFÜHL

Die Nachwuchsmediziner:innen haben hier die Möglichkeit, ihre offenen Fragen zur Prüfung in die Runde zu stellen. Diese Einblicke zu den Erwartungen der Prüfenden sind eines der Herzstücke der Veranstaltung. Die Direktheit und der offene Austausch zwischen Teilnehmenden und den Prüfenden sind eine Besonderheit, die es sonst kaum gibt in dieser Form. Das zeigen auch die durchweg sehr positiven Veranstaltungsbewertungen der Teilnehmenden. Das i-Tüpfelchen bildet am ersten Abend das Karriere-Speed-Dating, bei dem in kleinen Runden alle Fragen rund um das Thema Karriere mit den Expert:innen diskutiert werden können. Perspektiven ausloten, Weiterbildungstipps geben, aus dem Berufsalltag erzählen. Was die Nachwuchsmedizinerinnen und -mediziner wissen wollen, kommt auf den Tisch. Denn sie erwarten, dass sie durch die Veranstaltung in erster

Die Termine für das M3-Abschlusstraining in 2025 sind:

- 21.-22. März 2025, Essen
- 26.-27. September 2025, Berlin

Programm und Anmeldung via www.staatsexamen-und-karriere.de



Linie mehr Sicherheit, Struktur und Wissen in die Vorbereitung auf die bevorstehende 3. Ärztliche Prüfung gewinnen. Und dieses Ziel ist mit dem Konzept dieser zwei kompakten Tage und durch das enorme Engagement der Referierenden erreichbar.

Wer sich noch intensiver und in aller Ruhe weiter vorbereiten möchte, der sollte sich das BDC-Angebot „M3-Prüfungsvideos: Watch and Learn“ (nächster Artikel im Heft) durchlesen. Es handelt sich hier um Prüfungsvideos, in denen die mündlichen Prüfungen am Krankenbett in einem

Videoformat realitätsnah simuliert werden. Insgesamt wurden elf Prüfungen mit konstruierten Fällen aus den verschiedenen Fachbereichen, immer mit den Disziplinen Chirurgie und Innere Medizin, am Patientenbett aufgezeichnet. Watch and Learn wird über die BDC|eAkademie für einen 3-monatigen Zugang gebucht. Mittels Suchfunktion können Prüfungsfächer, Krankheitsbilder sowie Untersuchungstechniken gezielt ausgewählt werden. Alle Informationen zu diesem innovativen Online-Angebot für Studierende sind unter www.bdc-eakademie.de/m3-pruefungsvideos zu finden. ○

M3-Abschlusstraining STAATSEXAMEN UND KARRIERE

Berlin, 26.–27.09.2025

Intensiv-Vorbereitung auf die 3. Ärztliche Prüfung in Chirurgie und Innerer Medizin

→ www.staatsexamen-und-karriere.de

Bester
Support
für Ihre
PJ:er:innen

- Fallbasierte Sessions
- Simulierte Prüfungssituationen
- »Get-Together« mit den Teilnehmer:innen und Referent:innen
- Echte M3-Prüfer:innen
- u. v. m.



Beste Vorbereitung auf deine M3-Prüfung – lerne durch Fallbeispiele!

www.bdc-eakademie.de

Die Übungslücke schließen – Prüfungsvideos als M3-Training

Andreas Kirschniak, Johanna Miller

Das Medizinstudium schließt mit dem dritten Staatsexamen, dem M3-Examen, in Form einer mündlich-praktischen Prüfung ab. Für sämtliche schriftliche Prüfungen im vorklinischen sowie klinischen Studienabschnitt stehen den Medizinstudent:innen zahlreiche Lernhilfsmittel zur Prüfungsvorbereitung zur Verfügung. Aber zur mündlich-praktischen Prüfung, dem Ablauf der Prüfung und möglichen Fragestellungen fehlte bisher Übungs- beziehungsweise Simulationsmaterial. Das führt dazu, dass das M3-Examen weiterhin als besondere Hürde wahrgenommen wird und bei den Studierenden zu großer Verunsicherung führt.

SIMULATIONSVIDEOS ALS TRAINING

Vor diesem Hintergrund wurde in Zusammenarbeit mit dem BDC ein Videoprojekt ins

Leben gerufen, das realitätsnahe Simulationen mündlicher Prüfungssituationen beinhaltet. Von 2019 bis 2022 fanden insgesamt elf Prüfungssimulationen an zwei Standorten (Universitätsklinikum Tübingen, Kliniken Maria Hilf GmbH Mönchengladbach) statt. Nach dem Vorbild des M3-Examens setzte sich dabei jede Prüfung aus zwei bis vier Einzelprüfungen unterschiedlicher Fachbereiche (Chirurgie, Innere Medizin, Wahl- bzw. Viertfach) zusammen. Die Prüfungen beinhalten die Vorstellung des Patientenfalles durch die Prüflinge und das anschließende Abprüfen fallbezogener praktischer Fertigkeiten sowie fachlichen Wissens. An den Simulationen nahmen erfahrene Prüfer:innen verschiedener Kliniken, Medizinstudierende höherer Semester als Prüfungskandidat:innen sowie Schauspielpatient:innen teil. Als Grundlage für den jeweiligen Prüfungsablauf diente ein konstruierter Patientenfall.



Prof. Dr. med. Andreas Kirschniak, MBA

Stellvertretender Leiter der BDC|Akademie
Leiter Themen-Referat „Nachwuchs und Karrieregestaltung“ im BDC
Mitglied BDC-Themen-Referat „Digitalisierung und technische Innovation“
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Kliniken Maria Hilf GmbH
andreas.kirschniak@mariahilf.de



Dr. Johanna Miller

Fachärztin für Viszeralchirurgie
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Kliniken Maria Hilf GmbH

Kirschniak A, Miller J: Die Übungslücke schließen - Prüfungsvideos als M3-Training. Passion Chirurgie. 2025 März; 15(03/Q1): Artikel 03_05.



Mehr zum Thema „Nachwuchs und Karrieregestaltung“ lesen Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Aus- und Weiterbildung.



Abb. 1: Trainingssituation mit Schauspieler:in

DARSTELLUNGSZIEL: REALITÄTSNAH

Seit November 2023 sind die M3-Prüfungsvideos unter dem Slogan „Watch & Learn“ über die BDC|eAkademie zu finden und können vor allem PJ-Student:innen als Vorbereitung auf das M3-Examen dienen. Im Vordergrund steht dabei die Darstellung einer realitätsnahen und nicht fehlerfreien oder „perfekten“ Prüfung. Für eine individuelle Prüfungsvorbereitung können über eine Suchfunktion Prüfungsfächer, Krankheitsbilder sowie

Untersuchungstechniken bzw. Fachthemen gezielt ausgewählt werden. Neben der eigentlichen Prüfungssimulation sind auch aufgezeichnete Feedbacks von den Prüfern und einer neutralen Beobachter:in einsehbar. Das bisherige positive Feedback der Nutzer:innen des Videoangebots sowie die hohe Nachfrage nach weiteren Aufzeichnungen sprechen für die Relevanz von Simulationen als möglicher neuartiger Baustein der Prüfungsvorbereitung auf mündliche bzw. praktische Prüfungen. ○

WATCH & LEARN

ZUM WEITERGEBEN UND WEITERSAGEN!



Hier geht's zu den Videos in der BDC|eAkademie:
www.bdc-eakademie.de/m3-pruefungsvideos



Approbation im Ausland – Anerkennung in Deutschland

Jörg Heberer

Nachdem Deutschland in den letzten Jahren einen Zustrom von ausländischen Ärztinnen und Ärzte erlebt hat, aber auch deutsche Staatsangehörige immer wieder ihre ärztliche Grundausbildung im Ausland abschließen, stellt sich in solchen Fällen stets die Frage, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit Ärztinnen und Ärzte, die im Ausland bereits eine Berufsqualifikation im Sinne einer Approbation erhalten haben, auch hierzulande rechtmäßig ärztlich tätig sein können. Die wesentlichen Grundzüge werden in diesem Beitrag erläutert.

BERUFSZUGANG IN DEUTSCHLAND

Die maßgeblichen Regelungen für den Zugang zum ärztlichen Beruf in Deutschland trifft die Bundesärzteordnung (BÄO). Unter der Ausübung des ärztlichen Berufs versteht man die Ausübung der Heilkunde unter der Berufsbezeichnung „Arzt“ oder „Ärztin“ (vgl. § 2 Abs. 5 BÄO). Für den Berufszugang gibt es zunächst mehrere Möglichkeiten:

§ 2 Abs. 1 BÄO bestimmt, dass wer in Deutschland den ärztlichen Beruf ausüben will, der Approbation als Arzt bedarf.

Ausnahmen hiervon kommen nur in Betracht zum einen gemäß § 2 Abs. 2 BÄO bei einer vorübergehenden oder auf bestimmte Tätigkeiten beschränkten Ausübung des Arztberufs aufgrund einer Berufserlaubnis nach § 10 BÄO.

Zum Weiteren bedarf es weder einer Approbation noch einer Berufserlaubnis, wenn es sich gemäß § 2 Abs. 3 BÄO um Ärztinnen und Ärzte handelt, die Angehörige eines EU/EWR/Vertragsstaates sind, dort eine entsprechende gleichwertige Berufserlaubnis innehaben

sowie nur vorübergehend und gelegentlich ärztliche Tätigkeiten in Deutschland erbringen. Der vorübergehende und gelegentliche Charakter der Erbringung von Dienstleistungen wird im Einzelfall beurteilt, insbesondere anhand der Dauer, der Häufigkeit, der regelmäßigen Wiederkehr und der Kontinuität der Dienstleistung, sodass hier ein Ermessen gegeben ist. In diesem Fall besteht eine Meldepflicht mit entsprechender Vorlagepflicht diverser Dokumente gegenüber der Approbationsbehörde (§§ 2 Abs. 3 S. 2, 10b Abs. 2 BÄO).

Darüber hinaus gibt es noch eine Ausübungsberechtigung für die ärztliche Berufsausübung in den Grenzgebieten Schweiz, Frankreich, Luxemburg, Belgien, Niederlande, Österreich durch im Inland nicht niedergelassene Ärztinnen und Ärzte aufgrund von Abkommen nach § 2 Abs. 4 BÄO.

Die Approbation ist somit die unbeschränkte und deutschlandweit geltende Berechtigung zur Ausübung des Arztberufs. Sowohl die Berufserlaubnis als auch die sonstigen Ausübungsberechtigungen sind hierzu aufgrund ihrer zeitlichen, inhaltlichen und örtlichen Einschränkungen ein rechtliches Minus.

VORAUSSETZUNGEN DER ERLANGUNG DER APPROBATION

Die Voraussetzungen zur Erlangung der Approbation sind in § 3 Abs. 1 S. 1 Nrn. 2 bis 5 BÄO festgelegt. Dies sind:

- der Antragsteller darf sich nicht eines Verhaltens schuldig gemacht haben, aus dem sich seine Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs ergibt (Nr. 2),
- er darf nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs ungeeignet sein (Nr. 3),



Dr. jur. Jörg Heberer
Justitiar des BDC
Rechtsanwalt und Fachanwalt für
Medizinrecht
justitiar@bdc.de

Heberer J: Approbation im Ausland –
Anerkennung in Deutschland.
Passion Chirurgie. 2025 März; 15(03/Q1):
Artikel 03_06.



Juristische Informationen zu
chirurgischen Themen finden Sie auf
BDC|Online (www.bdc.de) unter der
Rubrik Wissen | Recht&Versicherung.

- er muss nach einem Studium der Medizin an einer wissenschaftlichen Hochschule von mindestens 5.500 Stunden und einer Dauer von mindestens sechs Jahren, von denen mindestens acht, höchstens zwölf Monate auf eine praktische Ausbildung in Krankenhäusern oder geeigneten Einrichtungen der ärztlichen Krankenversorgung entfallen müssen, die ärztliche Prüfung im Geltungsbereich dieses Gesetzes bestanden haben (Nr. 4), und
- er muss über die für die Ausübung der Berufstätigkeit erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen (Nr. 5).

Wenn die ärztliche Ausbildung nicht in Deutschland abgeschlossen wurde, dann ist regelmäßig die Erfüllung der Voraussetzung des § 3 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 BÄO problematisch. Denn aufgrund der Reglementierung des Arztberufes ist eine Anerkennung der Ausbildung durch die jeweilige Approbationsbehörde erforderlich. Die Anerkennung richtet sich sodann danach, in welchem Staat der Ausbildungsnachweis erworben wurde. Auf die Staatsangehörigkeit des Antragstellers kommt es hingegen bereits seit 01.04.2012 nicht mehr an.

ÄRZTLICHE AUSBILDUNG IN STAATEN DER EU, DES EWR, EINEM VERTRAGSSTAAT ODER DER SCHWEIZ

§ 3 Abs. 1 Sätze 2 und 3 BÄO bestimmen, dass eine in einem Mitgliedstaat der **EU** oder des **EWER** abgeschlossene ärztliche Ausbildung als Ausbildung im Sinne des § 3 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 gilt, wenn sie durch Vorlage

- eines Europäischen Berufsausweises,
- eines nach dem 20.12.1976 ausgestellten, in der Anlage zur BÄO aufgeführten ärztlichen Ausbildungsnachweises eines EU-Mitgliedstaates oder
- eines in der Anlage zur BÄO aufgeführten, nach dem 31.12.1992 ausgestellten ärztlichen Ausbildungsnachweises eines anderen EWR-Vertragsstaates

nachgewiesen wird. Für später beigetretene Staaten gilt dies nach Satz 3 nur für solche Ausbildungsnachweise, bei denen

die Ausbildung nach dem Beitrittsdatum begonnen wurde.

Gemäß **§ 3 Abs. 1 Satz 4 BÄO** gilt das Vorstehende entsprechend für Ausbildungsnachweise von Vertragsstaaten, denen Deutschland und die Europäische Gemeinschaft oder Deutschland und die Europäische Union vertraglich einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben (sog. Vertragsstaaten), ab dem hierfür maßgebenden Zeitpunkt.

Die so nachgewiesenen Ausbildungsabschlüsse werden damit rechtssystematisch der Ausbildung nach deutschem Recht gleichgestellt, sodass gemäß der EU-Richtlinie 2005/36/EG eine automatische Anerkennung erfolgt.

Ferner bestimmt **§ 3 Abs. 1 S. 6 BÄO**, dass diesen ärztlichen Ausbildungsnachweisen gleichwertig sind, die nach dem jeweiligen Stichtag von einem dieser Staaten ausgestellten ärztlichen Ausbildungsnachweise, die den in der *Anlage zur BÄO für den betreffenden Staat aufgeführten Bezeichnungen nicht entsprechen*, aber mit einer Bescheinigung der zuständigen Behörde oder Stelle des Staates darüber vorgelegt werden, dass sie eine Ausbildung abschließen, die den *Mindestanforderungen des Art. 24 der Richtlinie 2005/36/EG entspricht*, und dass sie den für diesen Staat in der Anlage zur BÄO aufgeführten Nachweisen gleichstehen.

§ 14b BÄO beinhaltet für ganz bestimmte Fälle einen weiteren Rechtsanspruch auf Erteilung der Approbation, nämlich zum einen für Antragsteller, die die Approbation auf Grund eines *ärztlichen Ausbildungsnachweises* beantragen, der in einem EU-, EWR-Staat oder der Schweiz *vor deren Beitritt* zur EU, dem EWR oder dem Abkommen mit der Schweiz *ausgestellt* wurde. Zum anderen für Antragsteller, deren Ausbildungsnachweis aus der früheren Tschechoslowakei, der früheren Sowjetunion für Estland, Lettland, Litauen sowie dem früheren Jugoslawien stammen.

§ 3 Abs. 2 BÄO trifft sodann eine Regelung für Fälle, in denen zwar eine abgeschlossene

Ausbildung aus der EU, dem EWR oder der Schweiz vorliegt, die jedoch nicht unter § 3 Abs. 1 oder § 14b BÄO fallen und damit keiner automatischen Anerkennung nach der EU-Richtlinie unterfallen. Aus praktischer Sicht des Verfassers ist jedoch der Anwendungsbereich dieser Regelung fraglich. Denkbar wäre dies aus Sicht des Verfassers beispielsweise bei Nichterfüllung der Mindestanforderungen des Art. 24 der Richtlinie 2005/36/EG an die ärztliche Grundausbildung. In diesen Fällen wäre dann jedenfalls die Feststellung der Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes Voraussetzung für den Anspruch auf Approbationserteilung.

Zusammengefasst erfolgt damit grundsätzlich eine automatische Anerkennung von innerhalb der EU, des EWR und in Vertragsstaaten abgeschlossenen Ausbildungen. Dies gilt aufgrund bilateraler Abkommen i. V. m. der Richtlinie 2005/36/EG auch für in der Schweiz abgeschlossene ärztliche Ausbildungen.

ÄRZTLICHE AUSBILDUNG IN DRITTSTAATEN (ANDERE STAATEN ALS EU-/EWR-MITGLIEDSTAATEN/ SCHWEIZ)

Die Anerkennung der in einem Drittstaat erworbenen ärztlichen Ausbildung bestimmt sich nach § 3 Abs. 3 BÄO. Eine Anerkennung der in einem Drittstaat erworbenen Ausbildungsnachweise gestaltet sich nach der praktischen Erfahrung des Verfassers in diesen Fällen oftmals wesentlich schwieriger.

In diesen Fällen ist stets eine Prüfung der *Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes* erforderlich. Nur bei Feststellung der Gleichwertigkeit besteht ein Anspruch auf Approbationserteilung.

Für die Prüfung der Gleichwertigkeit gelten § 3 Abs. 2 Satz 2 bis 6 sowie 8 und 9 entsprechend. Hiernach ist der Ausbildungsstand als gleichwertig anzusehen, wenn die Ausbildung des Antragstellers keine wesentlichen Unterschiede gegenüber der deutschen Ausbildung, wie sie in der BÄO und der Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte geregelt ist, aufweist.

Wesentliche Unterschiede liegen vor, wenn

1. die Ausbildung der Antragsteller sich hinsichtlich der beruflichen Tätigkeit auf Fächer bezieht, die sich wesentlich von der deutschen Ausbildung unterscheiden, **oder**
2. der Beruf des Arztes eine oder mehrere reglementierte Tätigkeiten umfasst, die in dem Staat, der den Ausbildungsnachweis ausgestellt hat, nicht Bestandteil des Berufs des Arztes sind, und sich die deutsche Ausbildung auf Fächer bezieht, die sich wesentlich von denen unterscheiden, die von dem Ausbildungsnachweis der Antragsteller abgedeckt werden.

Fächer unterscheiden sich wesentlich, bei denen Kenntnis und Fähigkeiten eine wesentliche Voraussetzung für die Ausübung des Berufs sind und bei denen die Ausbildung der Antragsteller gegenüber der deutschen Ausbildung wesentliche Abweichungen hinsichtlich des Inhalts aufweist.

§ 3 Abs. 2 S. 5 BÄO bestimmt jedoch, dass wesentliche Unterschiede ganz oder teilweise durch Kenntnisse und Fähigkeiten ausgeglichen werden, die die Antragsteller im Rahmen ihrer ärztlichen Berufspraxis in Voll- oder Teilzeit oder durch lebenslanges Lernen erworben haben, sofern die durch lebenslanges Lernen erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten von einer dafür in dem jeweiligen Staat zuständigen Stelle formell als gültig anerkannt wurden; dabei ist nicht entscheidend, in welchem Staat diese Kenntnisse und Fähigkeiten erworben worden sind.

Die Gleichwertigkeit wird in der Regel durch Einholung eines Gutachtens auf Basis der vom Antragsteller eingereichten Unterlagen geprüft. Es ist deshalb äußerst wichtig, dass diese Unterlagen den Ausbildungsstoff substantiiert belegen.

§ 3 Abs. 2 S. 8, 9 BÄO legen sodann fest, dass die Approbationsbehörde spätestens vier Monate, nachdem ihr alle erforderlichen Unterlagen vorliegen, den Antragstellern einen rechtsmittelfähigen Bescheid über die Feststellung der wesentlichen Unterschiede, die zur Auferlegung einer Prüfung führen, erteilen müssen. Dies bedeutet aus Sicht

des Verfassers letztendlich, dass die Approbationsbehörde innerhalb von vier Monaten nach Vorlage der vollständigen Unterlagen damit über die Gleichwertigkeit entscheiden muss. Im Fall des § 81a des Aufenthaltsgesetzes soll der Bescheid innerhalb von zwei Monaten erteilt werden. Fraglich und häufig Grund für Diskussionen ist, ob und wann die Unterlagen vollständig vorliegen.

Wird nach entsprechender Prüfung die Gleichwertigkeit festgestellt, so ist die Approbation zu erteilen.

Sofern jedoch wesentliche Unterschiede vorliegen, sodass eine *Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes nicht gegeben* ist, regelt § 3 Abs. 2 S. 6 BÄO, dass die Antragsteller nachweisen müssen, dass sie über die Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen, die zur Ausübung des Berufs des Arztes erforderlich sind. Gemäß § 3 Abs. 3 S. 3 BÄO ist dieser Nachweis der erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten durch das Ablegen einer Prüfung zu erbringen, die sich auf den Inhalt der staatlichen Abschlussprüfung bezieht (sog. Kenntnisprüfung). Eine Kenntnisprüfung ist auch dann abzulegen, wenn die Prüfung des Antrags nur mit unangemessenem zeitlichem oder sachlichem Aufwand möglich ist, weil die erforderlichen Unterlagen und Nachweise aus Gründen, die nicht in der Person der Antragsteller liegen, von diesen nicht vorgelegt werden können.

Die Rechtsprechung vertritt in diesem Zusammenhang auch die Auffassung, dass die Gleichwertigkeitsprüfung zwingend Vorrang vor der Kenntnisprüfung hat. Denn nach den gesetzlichen Bestimmungen besteht weder eine Wahlmöglichkeit zwischen Gleichwertigkeitsprüfung und Kenntnisprüfung noch kann auf die Gleichwertigkeitsprüfung verzichtet werden. Die Kenntnisprüfung darf somit nicht vor Abschluss der Gleichwertigkeitsprüfung mit der Notwendigkeit des Erlasses eines rechtsmittelfähigen Bescheides über die Feststellung der wesentlichen Unterschiede durchgeführt werden. Der gesetzlich angeordnete Verfahrensablauf steht nicht zur Disposition der Beteiligten (vgl. VGH München, Beschluss v. 16.08.2024 – 21 CE 24.1212; Sächsisches OVG, Urteil v. 29.8.2023 – 2 A 370/22).

CME
ARTIKEL
2 CME PUNKTE



**Korrespondierender Autor:**

PD Dr. med. Ulrich Rother
Gefäßchirurgische Abteilung
Universitätsklinikum Erlangen
Friedrich-Alexander Universität
Erlangen-Nürnberg
Ulrich.rother@uk-erlangen.de

PD Dr. med. Nasser Malyar

Sektion Angiologie, Klinik für
Kardiologie I, Universitätsklinikum
Münster

Dr. med. Hartmut Görtz

Fachbereich Kardiologie und
Gefäßmedizin
Fachklinik Bad Bentheim

Prof. Dr. med. Markus Steinbauer

Klinik für Gefäßchirurgie
Barmherzige Brüder Regensburg

Prof. Dr. med. Andreas Maier-Hasselmann

Klinik für Gefäßchirurgie
Klinik Bogenhausen, München

Dr. med. Hinrich Böhner

Klinik für Chirurgie
St. Rochus-Hospital in Castrop-Rauxel

Prof. Dr. med. Tomislav Stojanovic

Klinik für vaskuläre und endovaskuläre
Gefäßchirurgie
Klinikum Wolfsburg

Prof. Dr. med. Mathias Wilhelmi

Klinik für Gefäßchirurgie
St. Bernhard Krankenhaus Hildesheim

PD Dr. med. Christian-Alexander Behrendt

Abteilung für Allgemeine und
Endovaskuläre Gefäßchirurgie
Asklepios Klinik Wandsbek
Asklepios Medical School Hamburg

Rother U, Malyar N, Grözing G, Görtz H,
Steinbauer M, Maier-Hasselmann A, Böhner H,
Stojanovic T, Wilhelmi M, Behrendt CA:
CME-Artikel: Neues aus der aktualisierten
S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und
Nachsorge der peripheren arteriellen
Verschlusskrankheit. Passion Chirurgie.
2025 März; 15(03/I): Artikel 03_07.



Mehr CME-Artikel finden Sie
auf BDC|Online (www.bdc.de),
Rubrik Wissen | Aus-, Weiter- und
Fortbildung | CME-Artikel.

Neues aus der aktualisierten S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit

Ulrich Rother, Nasser Malyar, Gerd Grözing, Hartmut Görtz,
Markus Steinbauer, Andreas Maier-Hasselmann, Hinrich Böhner,
Tomislav Stojanovic, Mathias Wilhelmi, Christian-Alexander Behrendt



Erweitern Sie Ihre CME-Punkte, indem Sie nach dem Lesen des Artikels die Fragen dazu auf der BDC|eAkademie beantworten!

Der Artikel „S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit“ ist für BDC-Mitglieder drei Monate kostenlos in ihr Konto gebucht! Loggen Sie sich auf www.bdc-eakademie.de ein: Einfach starten!

Die periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) ist eine häufige Erkrankung, die mit einer signifikanten Morbidität und Mortalität einhergeht. Sie betrifft ca. 237 Millionen Menschen weltweit und jeden vierten Einwohner zwischen 45 und 74 Jahren in Deutschland [1-3]. Das Vorliegen dieser Marker-Erkrankung ist eng mit zahlreichen kardiovaskulären Risikofaktoren verbunden. In den letzten Jahren hat sich das Verständnis der Erkrankung sowie der diagnostischen und therapeutischen Ansätze erheblich weiterentwickelt. Zwischen 2019 und 2024 sind ca. zehn internationale Praxisleitlinien unterschiedlicher Fachgesellschaften

veröffentlicht worden. Die in diesem Jahr aktualisierte Version der interdisziplinären S3-Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der pAVK spiegelt diese Fortschritte wider und bietet evidenzbasierte Empfehlungen für die klinische Praxis in Deutschland. Sie wurde in interdisziplinärer Zusammenarbeit aller beteiligten Fachdisziplinen entworfen und im September 2024 final veröffentlicht [4]. Erstmals sind der Leitlinie Schlüsselfragen vorangestellt, die den inhaltlichen Fokus der Literaturrecherche und des Leitlinienupdates darstellen.

Dieser Übersichtsartikel beleuchtet die wesentlichen Änderungen und Neuerungen der Leitlinie und analysiert deren klinische Relevanz für die Versorgung von Patienten mit pAVK in Deutschland. Ziel ist es, ein vertieftes Verständnis der aktuellen Standards zu vermitteln und die Implementierung dieser Leitlinien in die tägliche Praxis zu fördern.

DIAGNOSTIK

Das aktualisierte Kapitel zur Diagnose der pAVK legt größeren Wert auf die Spezifizierung der chronischen extremitätengefährdenden (kritischen) Durchblutungsstörung mit dem Ziel, sich stärker auf das Amputationsrisiko zu konzentrieren und dieses möglicherweise abwendbare Ergebnis zu vermeiden. Zu diesem Zweck wurde der Begriff „chronic limb-threatening ischemia“ (CLTI) anstelle des weniger spezifischen und teilweise irreführenden Begriffs „critical limb ischemia“ (CLI) an die internationale Terminologie angepasst. Hierdurch kann der spezifische Verlauf und die Pathogenese der CLTI im Gegensatz zur akuten

Extremitätenischämie besser abgegrenzt werden. Sobald der Verdacht auf eine CLTI besteht, sollte eine weiterführende stufenweise Gefäßdiagnostik eingeleitet werden, um die Festlegung des weiteren Vorgehens zu unterstützen. In diesem Zusammenhang hat sich seit mehreren Jahren auch der „Wound, Ischemia, and Foot Infection“ (WIFI) Score etabliert, der neben der Beurteilung der Wunde auch funktionelle Parameter wie Knöchel-Brachial-Index (ABI), Zehen-Brachial-Index (TBI) und transkutane Sauerstoffpartialdruck (tcPO₂) berücksichtigt und somit eine Hilfestellung für die Indikationsstellung als auch eine Prognose für das Amputationsrisiko liefert.

Ein Überblick über den in der Leitlinie empfohlenen Algorithmus zum diagnostischen Vorgehen wird in **Abbildung 1** gegeben.

KONSERVATIVE THERAPIE

Aufgrund der zunehmenden Überalterung der Gesellschaft (demografische Entwicklung) und der Zunahme der Prävalenz

anerkannter Risikofaktoren wie Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie, Übergewicht und Dyslipidämie ist in den nächsten Jahren mit einem weiteren Anstieg der Prävalenz der pAVK zu rechnen [5]. Es gilt außerdem als anerkannt, dass ca. 7 % der asymptomatischen Betroffenen innerhalb von fünf Jahren eine Claudicatio intermittens bzw. von diesen wiederum etwa 21 % eine CLTI entwickeln werden, was den potenziell progressiven Charakter dieser Erkrankung illustriert [6]. Nur durch ein konsequentes Management der etablierten Risikofaktoren und eine optimale Arzneimitteltherapie lässt sich diese Progression verlangsamen oder sogar aufhalten.

Die Säulen der Behandlung der pAVK sind die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung des arteriellen Blutflusses zu den Extremitäten und die Behandlung der kardiovaskulären Risikofaktoren und Begleiterkrankungen. Zu diesem Zweck wird in erster Linie eine konservative Therapie eingesetzt, die alle invasiven Maßnahmen flankieren muss.

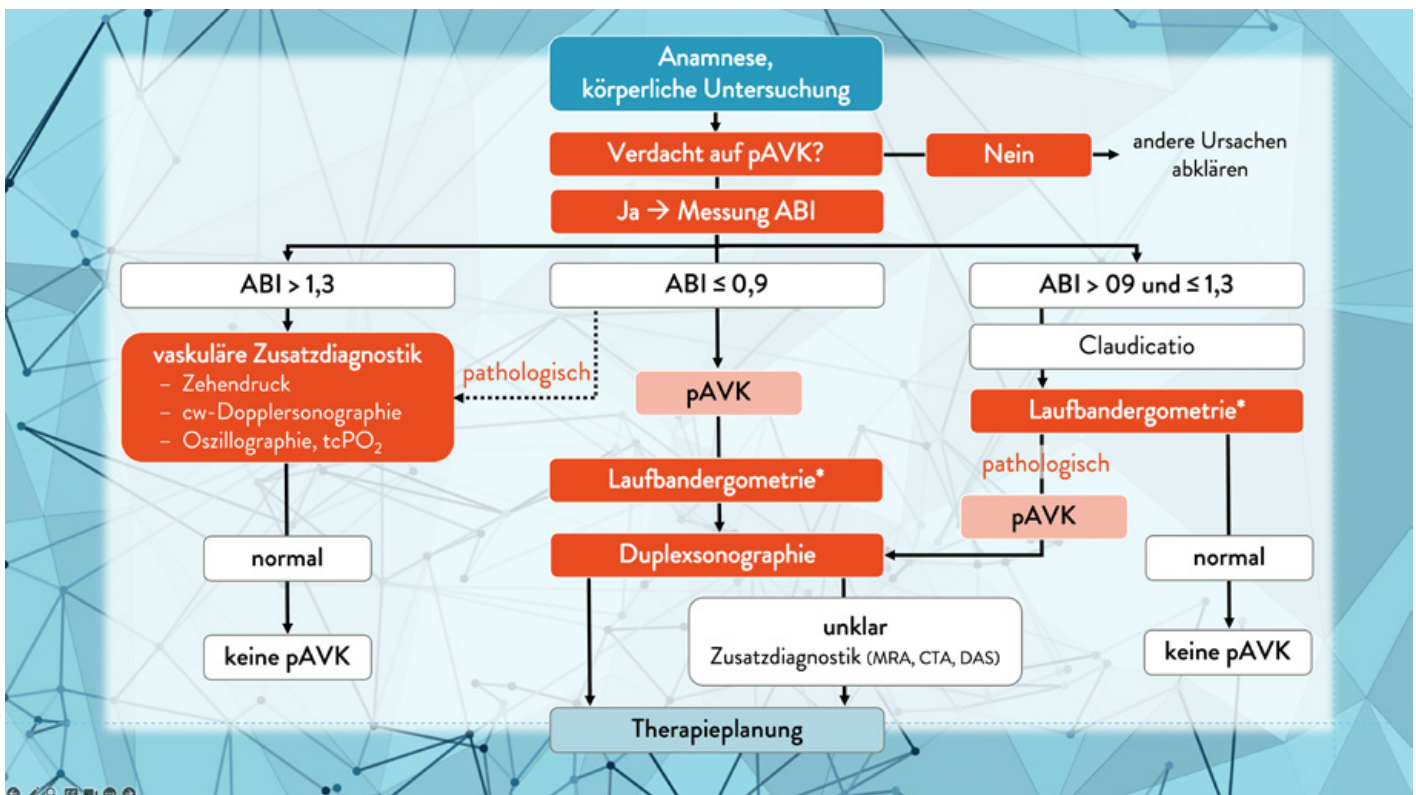


Abb. 1: Diagnostischer Algorithmus aus [4]

Die Basisbehandlung umfasst die Anleitung zu körperlicher Aktivität und systematischem Gehtraining, Gewichtsreduktion bei übergewichtigen Patienten, Rauchentwöhnung und die Behandlung von relevanten Komorbiditäten, wie arterielle Hypertonie, Dyslipidämie und Diabetes mellitus.

Aufgrund fehlender Informationen und daraus resultierenden Fehleinschätzungen wird die Adhärenz von Menschen mit pAVK oft als gering eingeschätzt. Dies macht die konservative Behandlung besonders schwierig, da erwartete positive Effekte (z. B. Erhöhung der Mobilität, Linderung von Schmerzen) nicht unmittelbar bzw. spürbar einsetzen. Das systematische Gefäßtraining als anerkannte Grundlage der Gefäßtherapie wird nur von etwa 10 % der Patienten regelmäßig und effektiv durchgeführt [7]. Eine begleitete Rauchentwöhnungsmaßnahme wird nur in ca. 30 % der Fälle angeboten bzw. wahrgenommen. Warnsignale hinsichtlich einer symptomatischen Verschlechterung der pAVK werden häufig falsch interpretiert oder negiert. Der Grundsatz jeglicher Therapie der pAVK ist ein streng stadiengerechtes Vorgehen.

Spezielle Neuerungen der konservativen Therapie spiegeln sich in folgenden Empfehlungen wider.

RAUCHEN

Patientinnen und Patienten mit pAVK sollen das Tabakrauchen (in jeglicher Form) einstellen. **(Grad A LoE 1)**

Raucherinnen und Raucher soll ein Programm aus ärztlicher Betreuung, Gruppentherapie, Nikotinersatz sowie evidenz-basierten Rauchentwöhnungspräparaten (Varenicline, Bupropion) angeboten werden. **(Grad A LoE 1)**

DYSLIPIDÄMIE

Bei Patientinnen und Patienten mit pAVK soll eine lipidsenkende Therapie durchgeführt werden. Dabei soll ein High-Intensity-Statins angewandt werden. **(Grad A LoE 1)**

Der LDL-Zielwert sollte kleiner 55 mg/dl bzw. kleiner 1,4 mmol/l und ≥ 50 % Senkung des Ausgangswertes bei Erkrankten mit pAVK betragen. **(Konsensempfehlung)**

ANTITHROMBOTISCHE THERAPIE

Für die antithrombotische Therapie stabiler Patienten sowie zur postoperativen bzw. postinterventionellen Behandlung fehlen bis heute robuste und einheitliche Daten aus hochwertigen randomisierten kontrollierten Studien. Neben der grundsätzlichen Empfehlung zur Einleitung einer Thrombozytenaggregationshemmenden Therapie bei allen symptomatischen Patienten konkurrieren daher heute zahlreiche Alternativstrategien, teilweise auf dem Boden einer schwachen Evidenzbasis: Einfache vs. duale Thrombozytenaggregationshemmung, therapeutische Antikoagulation (z. B. mit Vitamin-K-Antagonisten) und die Kombination von ASS 100mg mit Rivaroxaban in vaskulärer Dosis (2,5mg) [8–10]. Bei allen Therapieerwägungen sollte grundsätzlich das individuelle Blutungsrisiko erhoben werden, wobei bis heute nur ein extern mehrfach validierter Risikoscore zur Verfügung steht ([11]). Folgende Empfehlungen haben Einzug erhalten:

- Patientinnen und Patienten mit symptomatischer pAVK sollen mit einem Thrombozytenaggregationshemmer behandelt werden. **(Grad A LoE 1)**
- Dabei sollte Clopidogrel 75 mg/d gegenüber ASS 100 mg/d bevorzugt werden. **(Grad B LoE 2)**
- Bei vaskulären Hochrisikopatientinnen und -patienten sollte unter Beachtung von Blutungsrisiken eine kombinierte antithrombotische Therapie (Dual-Pathway Inhibition) mit ASS 100 mg/d und Rivaroxaban 2x 2,5 mg/d erwogen werden. **(Grad B LoE 1)**
- Bei frisch operierten Gefäßpatientinnen und -patienten mit pAVK sollte unter Beachtung von Blutungsrisiken eine kombinierte antithrombotische Therapie (mit ASS 100 mg/d und Rivaroxaban 2x 2,5 mg/d) erwogen werden. **(Konsensempfehlung)**

GEFÄSSSPEZIFISCHES BEWEGUNGSTRAINING

Zum Konzept der stadienadaptierten Behandlung der pAVK gehört, dass allen Patientinnen und Patienten mit pAVK im Stadium II (Claudicatio intermittens) als Initial-Therapie ein Gehtraining, idealerweise in strukturierter und angeleiteter Form, einschließlich einer Best Medical Therapy (BMT), empfohlen wird. Die Dauer der konservativen Therapie (Gehtraining+BMT) soll mindestens drei bis sechs Monate betragen und anschließend reevaluiert werden. Bei Verbesserung der Claudicatio intermittens Symptomatik ist die Fortführung der konservativen Therapie empfohlen, bei Stagnation oder Verschlechterung kann eine Revaskularisation erwogen werden. Entsprechend dieses Vorgehens haben sich folgende Empfehlungen ergeben:

Strukturiertes Gehtraining unter qualifizierter Anleitung ist wirksamer als unstrukturiertes Gehtraining und soll allen Patientinnen und Patienten mit Claudicatio als Bestandteil der Basisbehandlung angeboten werden. **(Grad A LoE 1)**

Alternatives Bewegungstraining unter Anleitung ist hinsichtlich der schmerzfreien und maximalen Gehstrecke dem traditionellen Gehtraining unter Anleitung gleichwertig und sollte erwogen werden, wenn überwachtes Training nicht möglich ist. **(Grad A LoE 2)**

Ein gefäßspezifisches Bewegungstraining bei Patientinnen und Patienten mit Claudicatio soll mindestens dreimal wöchentlich in Übungseinheiten von 30 bis 60 Minuten über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten erfolgen. **(Grad A LoE 2)**

Neuere Ansätze zur Erhöhung der Erfolgswahrscheinlichkeit eines Gehtrainings sind z. B. Aktivitätssensoren und Fitness-Apps die sich zum Monitoring von körperlicher Aktivität und als Mittel zur Steigerung der schmerzfreien und maximalen Gehstrecke bei Patientinnen und Patienten mit pAVK eignen.

Ergänzend muss aber erwähnt werden, dass trotz der überragenden Evidenz für die Wirksamkeit eines strukturierten Gehtrainings bundesweit eine Unterversorgung an Angeboten spezieller Gefäßsportgruppen besteht. Idealerweise sollten Rahmenbedingungen geschaffen werden, die häusliches strukturiertes Training mit entsprechendem Monitoring des Trainingsfortschritts und Begleitung des Trainings ermöglichen, um damit eine Alternative zum strukturierten Bewegungstraining in Gefäßsportgruppen zu eröffnen.

REVASKULARISIERENDE THERAPIE

Das Kapitel „Revaskularisierende Therapie“ wurde in der aktualisierten Form der Leitlinie neu strukturiert und umfasst nun erstmals die endovaskulären und offenen chirurgischen Therapieformen in einem Kapitel. Hierdurch wird dem behandelnden Team ein besserer Überblick über die möglichen Revaskularisationsoptionen und deren Evidenzbasis in den verschiedensten Patientenkonstellationen ermöglicht. Untergliedert ist das Kapitel dabei anhand der verschiedenen anatomischen Regionen (aorto-iliakal, Leistenregion, femoro-popliteal und crural). Dabei ist gerade die Frage der bestmöglichen Revaskularisation im Falle einer CLTI durch neue Evidenz belegt. Hierzu wurden im Rahmen der Leitlinienerstellung zwei neue randomisiert kontrollierte Studien veröffentlicht (BEST-CLI und BASIL-2), die in die Empfehlungen Einzug hielten [12, 13]. Diese beiden Studien, die auf den ersten Blick konträre Schlussfolgerungen zogen wurden diskutiert sowie bewertet. Folgende Empfehlungen sind dabei besonders relevant:

AORTO-ILIKALE STROMBAHN

- Die Wahl des Behandlungsverfahrens bei aorto-iliakalen Läsionen soll unter Hinzuziehung endovaskulärer und offen-operativer Expertise interdisziplinär erfolgen. Die Entscheidung soll unter Berücksichtigung der

Gefäßmorphologie, der Begleiterkrankungen und der Prognose getroffen werden. **(Grad A LoE 3)**

FEMORALISGABEL

Verschlussprozesse der Femoralisgabel sollen primär gefäßchirurgisch behandelt werden. **(Grad A LoE 3)**

Bei Patientinnen und Patienten mit hohem patientenspezifischem Risiko bei offen-chirurgischem Vorgehen sollte ein endovaskuläres Vorgehen zur Behandlung von Läsionen der A. femoralis communis erwogen werden. **(Grad B LoE 2)**

FEMORO-POPLITALE/CRURALE STROMBAHN

Patientinnen und Patienten im Stadium der kritischen Ischämie mit komplexen, langstreckigen infrainguinalen Verschlussläsionen können primär offen-chirurgisch oder interventionell therapiert werden.

Hierbei sind zu berücksichtigen: Vorhandensein einer geeigneten Vene, Gefäßmorphologie, Begleiterkrankungen, Lebenserwartung sowie die lokale Expertise. **(Grad o LoE 2)**

Im Bereich der endovaskulären Verfahren werden Empfehlungen zu den jeweils technisch sinnvoll zur Verfügung stehenden Verfahren gegeben. Hierzu zählen u. a.:

- Bei endovaskulärer Behandlung femoropoplitealer Läsionen sollen adjuvant Paclitaxel-beschichtete Ballons eingesetzt werden, da sie nachweislich die Restenoserate sowie die Reinterventionsrate im Vergleich zu Angioplastie mit unbeschichteten Ballons senken. **(Grad A LoE 1)**
- Bei der Behandlung langstreckiger (> 20 cm) oder stark verkalkter femoropoplitealer Läsionen können aufgrund höherer Offenheitsraten im Vergleich zu herkömmlichen Nitinolstents heparinbeschichtete Stentgrafts eingesetzt werden. **(Grad o LoE 3)**

Im Falle eines offen-chirurgischen Vorgehens sind speziell folgende Empfehlungen von Relevanz:

- Bei gegebener Indikation eines femoropoplitealen Bypasses soll die Vena saphena magna (möglichst aus einem Segment bestehend) verwendet werden, sowohl bei Claudicatio als auch bei kritischer Ischämie, da sie alternativem Bypassmaterial überlegen ist. **(Grad A LoE 1)**
- Falls keine geeignete Vena saphena magna vorhanden ist, sollte alternatives Material (körpereigene Venen, PTFE, Dacron) als Bypassmaterial verwendet werden. **(Grad B LoE 2)**

FUSSARTERIEN

Die offen-chirurgische pedale Revaskularisierung soll bei anders nicht revas-kularisierbarer CLTI angeboten werden. **(Konsensempfehlung)**

Weiterhin behandelt dieses Kapitel erstmals das Vorgehen im Rahmen von Infekt Situationen und gibt Empfehlungen im Falle der Notwendigkeit von Amputationen. Folgende Empfehlungen sind dabei hervorzuheben.

Vor jeder Amputation soll durch eine gefäßmedizinische Facharztbeurteilung ein Gefäßstatus erhoben, ein lokaler Infekt saniert und im Falle einer Ischämie eine Revaskularisation durchgeführt werden. **(Konsensempfehlung)**

Die Amputationshöhe sollte durch die Perfusion, die zu erwartende Mobilität und Funktionalität der Extremität sowie die orthopädische Belastbarkeit des Stumpfes bestimmt werden. **(Konsensempfehlung)**

DER GERIATRISCHE PATIENT

Ein komplett neues Kapitel der Leitlinie beschäftigt sich erstmals mit Aspekten in der Behandlung von geriatrischen Patienten. Im Fokus steht hierbei im Speziellen die für diese Patienten typische Multimorbidität, welche sich durch folgende Merkmale auszeichnet: Immobilität,

Sturzneigung und Schwindel, kognitive Defizite wie Demenz, Inkontinenz, Dekubitalulcera, Fehl- und Mangelernährung, Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt, Depression und Angststörungen, chronische Schmerzsyndrome, Sensibilitätsstörungen, Seh- und Hörbehinderungen, Medikationsprobleme. Daher ist gerade bei geriatrischen Patienten mit einer CLTI die Frage einer Revaskularisation individuell zu beantworten, wobei eine patientenzentrierte Festlegung realistischer Therapieziele maßgeblich ist. Hierzu haben folgende Empfehlungen Eingang gehalten:

Das Tasten der Fußpulse soll bei geriatrischen Patientinnen und Patienten im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung auch ohne Symptome der pAVK Bestandteil der körperlichen Untersuchung sein, um das Gefährdungspotential vor allem für pedale

Druckläsionen zu erkennen. Bei nicht tastbaren Fußpulsen sollte bei Risikopatientinnen und -patienten eine nicht-invasive weitere Abklärung der arteriellen Perfusion erfolgen. **(Konsensempfehlung)**

Bei geriatrischen Patienten mit CLTI soll überprüft werden, ob ein Frailty-Syndrom vorliegt. Ist dies der Fall, soll die Indikation revaskularisierender Maßnahmen restriktiv gestellt werden unter Berücksichtigung der zu erwartenden Invasivität des Eingriffs und im Einklang mit dem primären Therapieziel einer Beschwerdelinderung. **(Konsensempfehlung)**

Bei geriatrischen Patienten mit pAVK sollten nach Hospitalisierung oder invasiven Eingriffen die Voraussetzungen für eine indikationsübergreifende geriatrische (Früh) Rehabilitation geprüft werden. **(Konsensempfehlung)**

ZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der pAVK stellt einen interdisziplinären Konsens dar, der sich mit den zahlreichen Facetten und Herausforderungen des oftmals kritisch kranken Patientenguts beschäftigt. Die aktuell vorhandene Evidenz wird kritisch bewertet und versucht, dies in praktisch relevante Handlungsempfehlungen für den Alltag zu übersetzen. Nicht zuletzt auch aufgrund demographischer Entwicklungen wird die Häufigkeit arteriosklerotisch bedingter Erkrankungen jedoch auch zukünftig weiter zunehmen und die zu behandelnden Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer Multimorbidität insgesamt „komplexer“, sodass die vorliegende Leitlinie nur den aktuellen Status optimaler Handlungsempfehlungen darstellen kann. Ob und wenn ja, wie neue technische Entwicklungen, wie z. B.



Abb. 2: Epidemiologischer Hintergrund der pAVK

medikamentöse und minimalinvasive Therapien sowie therapieunterstützende Maßnahmen, wie z. B. der Einsatz von KI und „Wearables“ zur individuellen Überwachung und Steuerung gesundheitsbezogener Maßnahmen diese Handlungsempfehlungen zukünftig beeinflussen werden, bleibt abzuwarten. Gleichwohl – eine ganzheitliche, optimierte und stadiengerechte der pAVK ist und bleibt eine interdisziplinäre Aufgabe, die es weiterhin gemeinsam interdisziplinär zu bewältigen gilt!

LITERATUR

- [1] Fowkes, F.G., et al., *Comparison of global estimates of prevalence and risk factors for peripheral artery disease in 2000 and 2010: a systematic review and analysis*. Lancet, 2013. **382**(9901): p. 1329-40.
- [2] Diehm, C., et al., *High prevalence of peripheral arterial disease and co-morbidity in 6880 primary care patients: cross-sectional study*. Atherosclerosis, 2004. **172**(1): p. 95-105.
- [3] Song, P., et al., *Global, regional, and national prevalence and risk factors for peripheral artery disease in 2015: an updated systematic review and analysis*. Lancet Glob Health, 2019. **7**(8): p. e1020-e1030.
- [4] S3-LEITLINIE ZUR DIAGNOSTIK, THERAPIE UND NACHSORGE DER PERIPHEREN ARTERIELLEN VERSCHLUSSKRANKHEIT. 2024, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).
- [5] Sogaard, M., et al., *Epidemiological Trends and Projections of Incidence, Prevalence, and Disease Related Mortality Associated With Peripheral Arterial Disease: Observations Using Nationwide Danish Data*. Eur J Vasc Endovasc Surg, 2023. **66**(5): p. 662-669.
- [6] Nordanstig, J., et al., *Editor's Choice -- European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2024 Clinical Practice Guidelines on the Management of Asymptomatic Lower Limb Peripheral Arterial Disease and Intermittent Claudication*. Eur J Vasc Endovasc Surg, 2024. **67**(1): p. 9-96.
- [7] Li, Y., et al., *A prospective survey study on the education and awareness about walking exercise amongst inpatients with symptomatic peripheral arterial disease in Germany*. Vasa, 2023. **52**(4): p. 218-223.
- [8] Bonaca, M.P., et al., *Rivaroxaban in Peripheral Artery Disease after Revascularization*. N Engl J Med, 2020. **382**(21): p. 1994-2004.
- [9] Committee, C.S., *A randomised, blinded, trial of clopidogrel versus aspirin in patients at risk of ischaemic events (CAPRIE)*. CAPRIE Steering Committee. Lancet, 1996. **348**(9038): p. 1329-39.
- [10] Debus, E.S., et al., *Effect of Rivaroxaban and Aspirin in Patients With Peripheral Artery Disease Undergoing Surgical Revascularization: Insights From the VOYAGER PAD Trial*. Circulation, 2021. **144**(14): p. 1104-1116.
- [11] Behrendt, C.A., et al., *The OAC(3)-PAD Risk Score Predicts Major Bleeding Events one Year after Hospitalisation for Peripheral Artery Disease*. Eur J Vasc Endovasc Surg, 2022. **63**(3): p. 503-510.
- [12] Farber, A., et al., *Surgery or Endovascular Therapy for Chronic Limb-Threatening Ischemia*. N Engl J Med, 2022. **387**(25): p. 2305-2316.
- [13] Bradbury, A.W., et al., *A vein bypass first versus a best endovascular treatment first revascularisation strategy for patients with chronic limb threatening ischaemia who required an infra-popliteal, with or without an additional more proximal infra-inguinal revascularisation procedure to restore limb perfusion (BASIL-2): an open-label, randomised, multicentre, phase 3 trial*. Lancet, 2023. **401**(10390): p. 1798-1809. ○

**JETZT
STARTEN**



**10 FRAGEN ZU DIESEM ARTIKEL
BEANTWORTEN UND
CME-PUNKTE HOLEN!
MIT DER eAKADEMIE DES BDC GEHT'S:
EINFACH STARTEN!**

Dieser CME-Artikel ist für BDC-Mitglieder ab jetzt drei Monate kostenlos in Ihr Konto der BDC|eAkademie eingebucht.

www.bdc-eakademie.de/kurse

BDC  **eAKADEMIE**
Einfach starten



BDC|AKADEMIE Programm 2025

Jetzt online
ansehen:



Die BDC|Akademie erweitert ihre wissenschaftliche Führung

Wolfgang Schröder, Friederike Burgdorf, Hans-Joachim Meyer



**Prof. Dr. med. Wolfgang Schröder,
FACS, FEBS**

Mitglied im erweiterten Vorstand des BDC
Leiter der BDC|Akademie
Leiter des Zentrums für Speiseröhren- und
Magenchirurgie
HELIOS Universitätsklinikum Wuppertal
Heusnerstr. 40
42283 Wuppertal
schroeder@bdc.de

Nachdem Ende letzten Jahres Frau Prof. Dr. Julia Seifert und Prof. Dr. Paul Michael Hahn als Stellvertretende Akademieleiter aus ihren Ämtern ausgeschieden sind, wurde zunächst der Staffelnstab an Prof. Dr. Benedikt Johannes Braun mit dem Schwerpunkt Orthopädie/Unfallchirurgie weitergegeben. Zum 1. April 2025 ist die Akademieleitung wieder komplett besetzt, wenn Prof. Dr. Andreas Kirschniak das Amt als Stellvertretender Akademieleiter übernimmt.

Nach dem Studium der Humanmedizin in Tübingen und einer sich anschließenden mehrjährigen Tätigkeit am Anatomischen Institut der Universität Tübingen begann Professor Kirschniak 2005 seine chirurgische Weiterbildung in der Abteilung für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie

Universitätsklinik Tübingen unter Leitung von Prof. Dr. A. Königsrainer. Nach einem kurzen Intermezzo in der Allgemein- und Viszeralchirurgie Krankenhaus Neuwerk, „Maria von den Aposteln“, Mönchengladbach (Prof. Dr. F. A. Granderath) ging er als Facharzt zurück an die Chirurgische Universitätsklinik Tübingen und durchlief hier die klassische Karriere bis zum Leitenden Oberarzt. Schwerpunkt seiner wissenschaftlichen Tätigkeit mit einer eigenen Arbeitsgruppe waren insbesondere die technologischen Entwicklungen in der minimal-invasiven und später dann auch der robotischen Chirurgie. Nach seiner Habilitation 2013 folgte 2019 der Ruf auf die W2-Professur „Chirurgische Technologie“ der Eberhard-Karls-Universität Tübingen. Professor Kirschniak, ein durch und durch passionierter und bekennender Viszeralchirurg, ist seit August 2020 als



Dr. med. Friederike Burgdorf, M. Sc.
Geschäftsführerin
Berufsverband der Deutschen Chirurgie
e.V. (BDC)
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
burgdorf@bdc.de



Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
Präsident
Berufsverband der Deutschen Chirurgie
e.V. (BDC)
praesident@bdc.de

Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Kliniken Maria Hilf GmbH, in Mönchengladbach unter Vertrag.

Neben der klinischen und wissenschaftlichen Tätigkeit war ein weiterer, sichtbarer Schwerpunkt seiner Arbeit das Thema „Didaktik in der Medizin“. Von 2013 bis 2016 war Professor Kirschniak Vorsitzender der „Chirurgische Arbeitsgemeinschaft junger Chirurgen“ (CAJC) der DGAV, seit 2018 leitet er verantwortlich das Nachwuchsressort des BDC e.V. Sein letztes großes Projekt waren hier der Aufbau einer umfangreichen Videoplattform

für Studierenden mit Clips zur Vorbereitung auf die mündliche Prüfung des 3.Staatsexamens („Watch and Learn“). Bei dieser Vita ist es jetzt wenig überraschend, dass der Vorstand des BDC Prof. Kirschniak gebeten hat, die stellvertretende Akademieleitung zu übernehmen, um hier weitere Fortbildungsangebote im Bereich der Allgemein- und Viszeralchirurgie zu entwickeln.

Die BDC|Akademie und der Vorstand freuen sich jetzt auf die gemeinsame Zusammenarbeit mit Professor Kirschniak und begrüßen ihn herzlich im Führungskreis des BDC. ○



Prof. Dr. med. Andreas Kirschniak, MBA
Stellvertretender Leiter der BDC|Akademie
Leiter Themen-Referat „Nachwuchs und Karrieregestaltung“ im BDC
Mitglied BDC-Themen-Referat „Digitalisierung und technische Innovation“
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Kliniken Maria Hilf GmbH
andreas.kirschniak@mariahilf.de

Schröder W, Burgdorf F, Meyer HJ: Die BDC|Akademie erweitert ihre wissenschaftliche Führung. *Passion Chirurgie*. 2025 März; 15(03/Q1): Artikel 04_01.



Mehr aus der BDC|Akademie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Aus-, Weiter- und Fortbildung | Akademie Aktuell.

BDC AKADEMIE
Einfach starten!

Qualifizierte Fortbildungen für alle fachlichen Säulen der Chirurgie

- ✓ Hochkarätig wissenschaftliche Referent:innen
- ✓ CME-zertifizierte Online-Kurse
- ✓ Webinare live und on demand
- ✓ Podcasts
- ✓ Seminarunterlagen
- ✓ Kongressnachlese „DCK Kompakt“
- ✓ Mitgliederrabatt



www.bdc-eakademie.de



© iStock/DMP

Operative Tätigkeiten in der Schwangerschaft und Stillzeit

Doreen Richardt, Maya Niethard, Andrea Kreuder

Die Frage, ob und in welchem Umfang schwangere und stillende Chirurginnen operativ tätig sein können, bewegt nicht nur die betroffenen Kolleginnen, sondern auch Betriebs- und Arbeitsmediziner:innen, Führungskräfte und Teammitglieder. Auch unter dem Aspekt, dass ggf. wertvolle Weiterbildungszeit und -inhalte durch ein betriebliches Beschäftigungsverbot nicht erlangt werden können, werden die Rechtfertigung von Beschäftigungs- und OP-Verboten immer mehr hinterfragt und die gesetzlichen Grundlagen betrachtet. Ziel allen Handelns sollte eine Verhinderung

von schwangerschafts- und mutterschafts-assoziierten Nachteilen in der persönlichen Karriere und von Verzögerungen in der Weiterbildung bei gleichzeitig bestmöglichem Schutz von Mutter und Kind sein.

Mit der Novellierung des Gesetzes zum Schutz von Müttern bei der Arbeit, in der Ausbildung und im Studium (Mutterschutzgesetzes; MuSchG) im Jahr 2018 sind die beiden gleichwertigen Schutzziele bekräftigt worden: zum einen die Verhinderung von unverantwortbarer Gefährdung und zum anderen die



Korrespondierende Autorin:

Prof. Dr. med. habil. Doreen Richardt, LL.M.

BDC-Themenreferat Familie und berufliche Perspektiven
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Campus Lübeck
Klinik für Chirurgie
Klinik für Herzchirurgie
doreen.richardt@uksh.de



Dr. med. Maya Niethard

HELIOS Klinikum Berlin-Buch
Tumorthorax
maya.niethard@helios.de



Dr. med. Andrea Kreuder

Ärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe
Die Chirurgen e. V.
Initiative OPidS (Operieren in der Schwangerschaft)
kreuder.andrea@gmail.com

Richardt D, Niethard M, Kreuder A: Operative Tätigkeiten in der Schwangerschaft und Stillzeit. *Passion Chirurgie*. 2025 März; 15(03/Q1): Artikel 04_02.



Weitere Artikel zum Thema finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Karriere | Chirurginnen.

Verhinderung von beruflicher Benachteiligung, während die individuelle Situation der Ärztin in den Mittelpunkt gestellt, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf gefördert und gleichzeitig der bestmögliche Gesundheitsschutz von Mutter und Kind während der Schwangerschaft, nach der Entbindung und in der Stillzeit gewährleistet werden sollen. Das MuSchG gilt nicht nur für angestellte Ärztinnen, sondern auch für Studentinnen. [1]

Durch eine Anpassung und/oder Umgestaltung der Arbeitsbedingungen sind

eine berufliche Teilhabe während der Schwangerschaft und Stillzeit in der Regel möglich und Beschäftigungsverbote vermeidbar. Pauschalierte betriebliche Beschäftigungsverbote ohne Einhalten der Rangfolge der erforderlichen Schutzmaßnahmen nach § 13 MuSchG sind rechtswidrig und begründen möglicherweise sogar Schadensersatzansprüche z. B. wegen Diskriminierung. Anders formuliert, sind operative Tätigkeiten von Schwangeren und Stillenden mit einer individuellen Gefährdungsbeurteilung ausdrücklich erlaubt (s. Abb. 1). [1]

ESKALATIONSSTUFEN BEI SCHWANGEREN UND STILLENDEN: Juristisch verbindliche Rangfolge der Schutzmaßnahmen (§13 Abs. 1 MuSchG)

- 1 Erst muss, nach einer individuellen Gefährdungsbeurteilung und wenn nötig, eine Umgestaltung der Arbeitsbedingungen (Arbeitsumfeld, Arbeitsrhythmus, Arbeitszeit, Arbeitsort) erfolgen.
- 2 Wenn die Umgestaltung wegen des nachweislich unverhältnismäßigen Aufwandes für den Arbeitgeber unzumutbar ist, muss der Arbeitgeber einen anderen geeigneten Arbeitsplatz anbieten.
- 3 Die teilweise oder vollständige Freistellung von der gefährdenden Beschäftigung/das Beschäftigungsverbot ist erst nach Ausschöpfung von 1. und 2. als ultima ratio möglich!

Abb. 1: Eskalationsstufen bei Schwangeren und Stillenden: juristisch verbindliche Rangfolge der Schutzmaßnahmen (§ 13 Abs. 1 MuSchG)

ZUM NACHLESEN



„Fächerübergreifender Konsens in der Chirurgie – Operative Tätigkeiten in Schwangerschaft und Stillzeit“ – Ein Leitfaden für Personen, die schwanger sind oder es werden wollen, an Chefärzt:innen und Personalverantwortliche sowie an Arbeitgeber:innen mit ihren zuständigen Fachkräften für Arbeitssicherheit, Betriebsmedizin sowie an Hygiene- und Strahlenschutzbeauftragte.



DAS KONSENSUSPAPIER: EIN MEILENSTEIN FÜR DIE CHIRURGIE

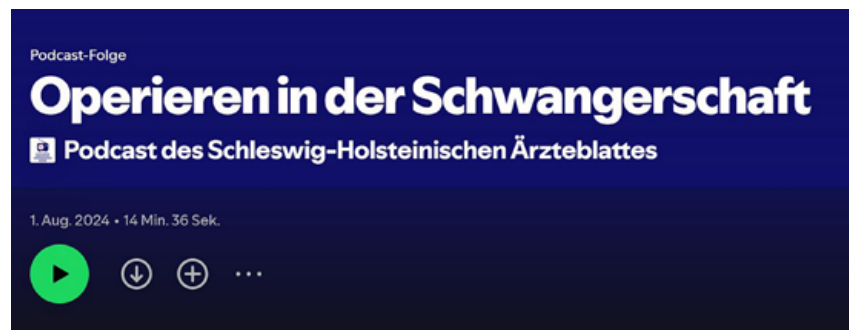
Ein bedeutender Fortschritt in der praktischen Umsetzung des MuSchG ist das fächerübergreifende Konsensuspapier zum Thema „Operative Tätigkeiten in Schwangerschaft und Stillzeit“. [2] Es adressiert die Unsicherheit, die oft zu pauschalen betrieblichen Beschäftigungsverboten führt und bietet umfassende Informationen und Empfehlungen für schwangere Chirurginnen, Betriebs- und Arbeitsmediziner:innen, Führungskräfte und Behörden. Zusätzlich dient es als praktische Hilfestellung und Leitfaden für die Erstellung der im MuSchG geforderten individuellen Gefährdungsbeurteilung und soll dabei helfen, diese immer wieder an die schwangerschafts- und mutterschaftsbezogenen Besonderheiten im Laufe der Schwangerschaft und Stillzeit anzupassen. Durch die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie wurde es den für Arbeits- und Mutterschutz zuständigen obersten Landesbehörden sowie den zuständigen Berufsgenossenschaften zur Kenntnis gegeben.

Neben den „Mutterschutz-Basics“ (wie grundlegende Aspekte zur Sicherheit am Arbeitsplatz, Arbeitszeitregelungen, Schutzfristen, Arten von Gefährdungsbeurteilungen und Beschäftigungsverboten) werden Empfehlungen und Erläuterungen zu Risikothemen wie Infektionsgefahr, Strahlenschutz und Narkosegase gegeben und die sogenannten Positivlisten aufgeführt. Aus Platzgründen soll in diesem Artikel nur am Rande auf die „Mutterschutz-Basics“ eingegangen werden. Diese werden ausführlich im Konsensuspapier beschrieben, wo auch weitere Informationen und Gesetzestexte per QR-Codes und Links abrufbar sind (s. Abb. 5). [2, 6]

WAS CHIRURGINNEN OPERIEREN DÜRFEN

Als besonders wertvoll werden die Positivlisten angesehen. Hierbei werden von 14 chirurgischen Fächern Operationen und Eingriffe aufgelistet, die von den jeweiligen Fachgesellschaften freigegeben wurden und

ZUM NACHHÖREN



Podcast der Schleswig-Holsteinischen Ärzteblätter zum Thema „Operieren in der Schwangerschaft“



Abb. 2: Vertretene chirurgische Fächer in den Positivlisten

die von Schwangeren und Stillenden unter Einhaltung entsprechender Schutzmaßnahmen unbedenklich durchgeführt werden können (s. Abb. 2). Die Positivlisten sind als Orientierungshilfen mit Empfehlungscharakter zu verstehen und ersetzen nicht die Prüfung und Empfehlung durch die zuständige Aufsichtsbehörde (s. Abb.3). Erfahrungsgemäß bestehen in den meisten Bundesländern keine Bedenken der zuständigen Aufsichtsbehörden gegen den Einsatz der Schwangeren, wenn die Vorgaben der Positivlisten beachtet werden. In einer ganzen Anzahl an Fachgebieten sind alle der laut Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer notwendigen Operationen und Weiterbildungsinhalte durchführbar. [2]



Abb. 3: Beispiel Positivliste Viszeralchirurgie

Grundsätzlich sollten Voraussetzungen, die sich aus § 9, § 10, § 11 MuSchG ergeben, geschaffen werden (s. Abb. 4). [1, 2]



Abb. 4: Empfohlene fächerübergreifende Schutzmaßnahmen

ZUM NACHHÖREN



Podcast von OPiD – Operieren in der Schwangerschaft „Ein ganz normaler Knochenjob“



SPEZIFISCHE EMPFEHLUNGEN UND SICHERHEITASPEKTE

STRAHLENSCHUTZ

Der Umgang mit ionisierender Strahlung erfordert besondere Vorsichtsmaßnahmen.

Im gebärfähigen Alter darf ein Grenzwert für die Exposition gegenüber Strahlung von 2 mSv in einem Monat, in der Schwangerschaft ein Grenzwert von 1 mSv für die gesamte Dauer der Schwangerschaft nicht überschritten werden. Jede Schwangere sollte ein zusätzliches, ggf. direkt ablesbares, elektronisches Dosimeter auf Uterushöhe tragen, das wöchentlich ausgelesen werden muss.

Wann immer es möglich ist, sollten der Kontrollbereich verlassen, strahlungsarme Bildgebungsverfahren verwendet, die Expositionszeit begrenzt und die Positionierung im OP-Saal zur Minimierung der Strahlenexposition optimiert werden. Der Zutritt zum Kontrollbereich ist Schwangeren nur gestattet, wenn eine schriftliche Zutrittsberechtigung der bzw. des Strahlenschutzbeauftragten vorliegt und sichergestellt ist, dass durch geeignete Schutz- und Überwachungsmaßnahmen der Grenzwert eingehalten wird.

Nicht möglich in Schwangerschaft und Stillzeit ist der Umgang mit offenen

Radionukliden mit der Möglichkeit einer Inkorporation. [2, 3]

INFEKTIONSSCHUTZ

Der Schutz vor Infektionen ist ein zentraler Aspekt bei der Beschäftigung schwangerer und stillender Chirurgen. Die Beurteilung des Infektionsschutzes am Arbeitsplatz erfolgt zwingend unter Berücksichtigung der reichlich vorhandenen gesetzlichen Vorgaben und Empfehlungen. Ein besonderes Augenmerk liegt auf der Prävention von Infektionen, wobei ein ausreichender Impfschutz gegen die impfpräventablen Krankheiten im Idealfall bereits vor dem Eintritt einer Schwangerschaft bestehen und die nach der Gefährdungsbeurteilung festgelegte persönliche Schutzausrüstung (PSA) getragen werden sollte (s. auch Abb. 4). Wertvolle Details sind im Hintergrundpapier zu „Information zur Relevanz von Infektionserregern in Deutschland aus Sicht des Mutterschutzes“ und FAQ zu „Mutterschutz bei luftgetragenen Infektionserregern“ des Ausschusses für Mutterschutz (AfMu) des Bundesministeriums für Soziales, Familien und Jugend zu finden. [2, 4, 5]

NARKOSEGASE

Narkosegase oder Inhalationsnarkotika zählen zu den Gefahrenstoffen, für die

festgelegte Arbeitsplatzgrenzwerte einzuhalten sind, die es in Deutschland für die in der Praxis eingesetzten gängigen Inhalationsnarkotika derzeit nicht gibt. In anderen Ländern existieren diese Grenzwerte. Eine Anwendung in Deutschland befindet sich in Prüfung. Durch den Ausschuss für Mutterschutz wird aktuell ein Papier zu entsprechenden Empfehlungen und vorzunehmenden Maßnahmen für die verantwortbare Beschäftigung schwangerer Frauen im OP-Bereich bei Einsatz von volatilen Anästhetika vorbereitet.

Zusammenfassend kann in der jetzigen Situation am Arbeitsplatz OP durch einen Verzicht auf den Einsatz von Narkosegasen mit Eingriffen in einer totalen intravenösen Anästhesie (TIVA) oder einer Lokal-/Regionalanästhesie sowie durch bautechnisch geforderte Raumausstattung, wie z. B. Laminar Airflow, ein sicherer Arbeitsplatz geschaffen werden.

In Aufwächerräumen mit Klimatisierung besteht bei den modernen volatilen Anästhetika und adäquater technischer Raumausstattung in der Regel keine Gefahr erhöhter Belastung. [2, 7]

PRAKTISCHE UMSETZUNG

Zur praktischen Umsetzung der Empfehlungen wurden Checklisten als Hilfestellung entwickelt, die in Zusammenarbeit mit der schwangeren Chirurgen, Vorgesetzten und Fachkräften für Arbeitsmedizin/-sicherheit bzw. Betriebsmedizin ausgefüllt werden können, um eine fundierte Entscheidungsgrundlage für die individuelle Gefährdungsbeurteilung bzw. Einsatzfähigkeit zu schaffen (s. z. B. Webseite OPiD: www.opids.de). [8]

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Berücksichtigung der emotionalen und mentalen Beanspruchung. Jede Chirurgen sollte selbst entscheiden, ob und in welchem Ausmaß sie während der Schwangerschaft und Stillzeit operativ tätig sein möchte, natürlich ohne ihre Arbeitnehmerpflichten zu verletzen.

HAFTUNG

Viele Entscheidungsträger haben Bedenken bei der Haftungsfrage. Arbeitgeber bzw. Arbeitsschutzverantwortliche haften lediglich bei Vorsatz oder sorgfaltswidrigem Verhalten. Wichtig ist hierbei der Begriff der „unverantwortbaren Gefährdung“, der durch § 9 Abs. 2 S. 2 MuSchG definiert wird. In diesem Sinne ist sowohl die anlasslose als auch die individuelle, anlassbezogene Gefährdungsbeurteilung eine Risikoabwägung und das Eruiere notwendiger Anpassungen sowie die Weitergabe von Informationen und bedarfsgerechte Überprüfung und Anpassung – kurz gesagt ein Verhalten im Sinne des MuSchG kein sorgfaltswidriges Verhalten (§ 9, Abs. 2 S. 3). Kommt es zum Schadensfall trotz Einhalten der Schutzmaßnahmen und der gebotenen Sorgfalt, tritt keine Schadensersatzpflicht ein (fehlender Pflichtenverstoß). Im Falle einer Gesundheitsschädigung durch einen Unfall oder eine Berufskrankheit kommt die Unfallversicherung des Arbeitgebers auf (§ 12 SGB VII). [1, 6]

FAZIT

Die Einhaltung des MuSchG, der Empfehlungen und entsprechenden Gesetze

ermöglichen schwangeren und stillenden Chirurinnen unter Berücksichtigung individueller Schutzmaßnahmen die Durchführung der meisten elektiven Operationen.

Auch wenn es inzwischen viele Beispiele für operierende schwangere bzw. stillende Chirurinnen gibt, liegt die Herausforderung in der flächendeckenden Umsetzung. Dies erfordert nicht nur die Anpassung von Arbeitsabläufen und -umgebungen, sondern auch einen Mentalitätswandel in Kliniken und Behörden. Mit der zunehmenden Etablierung hat die Chirurgie die Chance, sich als modernes und familienfreundliches Fach zu positionieren. Dies ist angesichts des demographischen Wandels und des zunehmenden Anteils weiblicher Medizinstudierender von entscheidender Bedeutung für die Zukunft unseres Faches. Die kontinuierliche Evaluation und Weiterentwicklung der Konzepte sowie der offene Dialog zwischen allen Beteiligten werden entscheidend sein, um die Sicherheit und Praktikabilität des Operierens in der Schwangerschaft und Stillzeit weiter zu optimieren, Karrierechancen von Chirurinnen zu verbessern und die Attraktivität des Faches

insbesondere für den weiblichen Nachwuchs zu steigern.

LITERATUR

- [1] Gesetz zum Schutz von Müttern bei der Arbeit, in der Ausbildung und im Studium (Mutterschutzgesetzes; MuSchG); https://www.gesetze-im-internet.de/muschg_2018/; letzter Zugriff am 19.01.2025
- [2] https://dgou.de/fileadmin/OPidS/Dokumente/Fächergreifender_Konsens_in_der_Chirurgie_operative_Tätigkeiten_in_Schwangerschaft_und_Stillzeit.pdf; letzter Zugriff am 19.01.2025
- [3] https://www.gesetze-im-internet.de/strlschv_2018/StrlSchV.pdf; letzter Zugriff am 19.01.2025
- [4] https://www.ausschuss-fuer-mutterschutz.de/fileadmin/content/Dokumente/MuSchH_01-2022_Information_zur_Relevanz_von_Infektionserregern_in_Deutschland_aus_Sicht_des_Mutterschutzes.pdf; letzter Zugriff am 19.01.2025
- [5] <https://www.ausschuss-fuer-mutterschutz.de/arbeitsergebnisse/faq>; letzter Zugriff am 19.01.2025
- [6] <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/229382/7f53927d39aa-783ef9791d96bf5fc495/afmu-regelgefaehrungsbeurteilung-data.pdf>; letzter Zugriff am 19.01.2025
- [7] https://www.ai-online.info/images/ai-ausgabe/2024/01-2024/AI_01-2024_Verbaende_BDA_Mutterschutz.pdf; letzter Zugriff am 19.01.2025
- [8] <https://www.opids.de/fileadmin/OPidS/Dokumente/Checkliste-OPIDS-Schwanger-was-nun.pdf>; letzter Zugriff am 19.01.2025

ZUM NACHHÖREN



Die Chirurinnen e.V. auf Instagram: „Interview der DGOU mit Dr. Maya Niethard zum Thema: Lösungsmöglichkeiten für einen zeitgemäßen Umgang mit dem Mutterschutzgesetz in der Chirurgie“.



RECHT &
VERSICHERUNG

Versicherungs- angebote des BDC



Diese Leistungen sind in Ihrem BDC-Mitgliedsbeitrag enthalten:

- ✓ Berufs-Rechtsschutz
- ✓ Praxisvertreter-Haftpflicht

Weitere Versicherungsangebote für BDC-Mitglieder über Rahmenverträge

Exklusiv und marktführend

Über Ihre Mitgliedschaft im BDC hinaus können Sie Sonderkonditionen und besondere Versicherungslösungen u. a. auch in folgenden Bereichen erhalten:

- ✓ Berufs-Haftpflicht-Versicherung
- ✓ Sachversicherungen für Betriebsausstattung
- ✓ Betriebsunterbrechung und Ertragsausfall
- ✓ Absicherungslösungen für IT- und Cybergefahren
- ✓ Absicherung von Vermögensschäden aus Management- und Geschäftsführungs-Risiken
- ✓ Rundum-Sorglos-Paket Rechtsschutz
- ✓ Private und betriebliche Kranken- und Altersvorsorge, Unfall-Versicherungen
- ✓ Versicherungsschutz für Berufseinsteiger

HABEN SIE FRAGEN ODER WÜNSCHEN SIE EIN KONKRETES ANGEBOT? BITTE SPRECHEN SIE UNS AN:

BDC-VERSICHERUNGSSERVICE

ECCLESIA MED GMBH

Klingenbergstr. 1-4, 32758 Detmold

Telefon: 05231 / 603 6363 oder kostenlos unter: 0800 603 603 0 | Fax: 05231 / 603 60 6363

E-Mail: bdc-versicherungsservice@ecclesia.de

**Korrespondierender Autor:****Dipl.-Wirt.Ing. Martin Groth**

Vorstand der Deutschen Gesellschaft für
Krankenhausthygiene e.V. (DGKH)
HygSo GmbH & Co. KG
m.groth@hygso.de

Prof. Dr. rer. nat. et rer. medic. habil. Lutz Jatzwauk

Krankenhausthygiene/Umweltschutz
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Prof. Dr. med. habil. Nils-Olaf Hübner, M.Sc.

Vorstand der Deutschen Gesellschaft für
Krankenhausthygiene e.V. (DGKH)
Institut für Hygiene und Umweltmedizin
Universitätsmedizin Greifswald

Dr. rer. nat. Wolfgang Kohnen

Stellvertretender Abteilungsleiter Krankenhaushygiene
Beauftragter für das Qualitätsmanagement
Abteilung für Hygiene und Infektionsprävention
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität
Mainz

Jatzwauk L, Groth M, Hübner NO, Kohnen W:
Hygiene-Tipp: Prüfen von flexiblen Endoskopen.
Passion Chirurgie. 2025 März; 15(03/Q1):
Artikel 04_04.



Weitere Hygiene-Tipps finden Sie auf BDC|Online
(www.bdc.de), Rubrik Wissen | Qualität &
Patientensicherheit | Hygiene-Tipp.

HYGIENE TIPP

Prüfen von flexiblen Endoskopen

Lutz Jatzwauk, Martin Groth, Nils Olaf Hübner, Wolfgang Kohnen

Ist es notwendig, flexible Endoskope der Klasse kritisch C, die nach vorheriger Aufbereitung im RDG-E steril am Patienten zum Einsatz kommen (Zystoskope, Ureterorenoskope), ebenso wie Gastroskope, Bronchoskope oder Koloskope einmal jährlich einer mikrobiologischen Routinetestung zu unterziehen?

In Tabelle 3 der im Jahr 2024 aktualisierten Anlage 8 (Bundesgesundheitsbl. 67, 1410–1468, 2024) der Empfehlung der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zu den „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ ist eine Produktkontrolle durch Elution von Mikroorganismen aus allen vorhandenen Kanälen beschrieben.

Gefordert wird ein kultureller Nachweis der Gesamtmikroorganismenzahl und die Abwesenheit von Indikatormikroorganismen aus Kanälen von Endoskopen nach maschinellen, teilmaschinellen oder manuellen Aufbereitungsprozessen (Gesamtprozesswirkung). Das trifft auch für abschließend sterilisierte flexible Endoskope zu, die vor der abschließenden Niedrigtemperatur-Sterilisation untersucht werden müssen.

Eine analoge Untersuchung ist ebenfalls Bestandteil der Validierung des Aufbereitungsverfahrens gemäß der Leitlinie zur Validierung maschineller Reinigungs-Desinfektionsprozesse zur Aufbereitung thermolabiler Endoskope. Im Rahmen der Validierung wird zusätzlich auch die Reinigungswirkung an Praxisinstrumenten geprüft. Das ist von besonderer Bedeutung, da die Wirksamkeit der nachfolgenden Ethylenoxid-, Formaldehyd-, Wasserdampf-, besonders aber der H₂O₂-Sterilisation vor allem durch Blutreste dramatisch reduziert wird.

Der Kurztipp im Auftrag der DGKH gibt die Meinung der Autoren wieder.



Personalia



Der Berufsverband der Deutschen Chirurgie und die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie gratulieren allen Mitgliedern zu den neuen Funktionen, Ernennungen und Auszeichnungen.

Bitte geben Sie uns Bescheid, wenn sich für Sie beruflich etwas ändert. Senden Sie uns einfach eine kurze Nachricht mit Ihrer neuen Funktion und wir veröffentlichen die Neuigkeiten an dieser Stelle. Bitte schreiben Sie an passion_chirurgie@bdc.de.

MÄRZ 2025

Dr. med. Timm Franzke, zuvor Oberarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie des Diakovere Henriettenstiftes in Hannover, hat im Januar 2025 die Chefarztstelle der Allgemein- und Viszeralchirurgie im Sana Klinikum Hameln-Pyrmont übernommen.

Dr. med. Josef Lang, Facharzt für Chirurgie, Viszeralchirurgie und Proktologie und zuvor 12 Jahre lang Chefarzt der im Sommer geschlossenen Rotkreuzklinik Lindenberg, ist seit Anfang des Jahres Chefarzt der chirurgischen Abteilung der St. Vinzenz Klinik in Pfronten.

Anke Meyer ist seit Dezember 2024 neue Chefarztin in der Klinik für Endokrine Chirurgie am Helios Universitätsklinikum in Wuppertal (HUKW). Meyer setzt den Schwerpunkt auf die Endokrine Chirurgie mit Schilddrüsen, Nebenschilddrüsen und Nebennieren und will ihn in Zusammenarbeit mit der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und onkologische Chirurgie um das Gebiet der neuroendokrinen Tumoren zukünftig erweitern.

Dr. med. Olaf Pridöhl hat im Januar 2025 die Chefarztposition der Klinik für Viszeral-, Thorax-, Gefäß- und Kinderchirurgie am Luisenpark Seeland Klinikum in Hoyerswerda übernommen. Der Facharzt für Chirurgie, Viszeralchirurgie, Spezielle Viszeralchirurgie und Gefäßchirurgie war zuvor Oberarzt am Städtisches Klinikum Dresden.

Dr. med. Björn Schmitz, MHBA, Vorsitzender des BDC-Landesverbands Westfalen, ist seit Januar 2025 neuer Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Proktologie der Knappschaft Kliniken Kamen. Schmitz war zuvor schon ab 2016 Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Unfallchirurgie in den Knappschaft Kliniken Lütgendortmund und wechselte 2017 als Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie an die Knappschaft Kliniken Lünen.

Dr. med. Dagmar Sohlbach, MBA, ist neue Chefarztin der Chirurgie/Koloproktologie an der DKD Helios Klinik Wiesbaden. Sie war zuvor Oberärztin des Fachbereiches.

Prof. Dr. med. Oliver Stöltzing übernahm im Januar 2025 die Leitung der Amberger Klinik für Chirurgie. Zuvor arbeitete er als Chefarzt im Elblandklinikum Meißen sowie Riesa, wo er die robotische Chirurgie aufgebaut hat.

PD Dr. med. habil. Jörg Tautenhahn, Facharzt für Chirurgie, Gefäß- und Viszeralchirurgie sowie Phlebologie und zuvor Chefarzt der Gefäßchirurgie am Städtischen Klinikum Magdeburg, ist seit Januar 2025 neuer Chefarzt der Klinik für Gefäßchirurgie, endovaskuläre Chirurgie und Phlebologie am Ameos Klinikum Halberstadt.

PD Dr. med. Kai Timrott ist seit Januar 2025 neuer Chefarzt der Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Ev. Agaplesion Klinikum Schaumburg in Obernkirchen. Der Spezialist für onkologische Chirurgie war zuvor Chefarzt der Helios Kliniken Mittelweser in Nienburg.

Dr. med. Immanuel von Bar ist seit Januar 2025 neuer Chefarzt der Chirurgie am St. Marien-Hospital Lüdinghausen. Zuvor war er seit 2019 leitender Oberarzt am Maria-Josef-Hospital Greven, das unter gleicher Trägerschaft steht.

Dr. med. Thomas Wagner, ehemaliger Oberarzt der Gefäßchirurgie, ist seit Januar 2025 Chefarzt der neu formierten Abteilung für Gefäßchirurgie an den Helios Kliniken Mittelweser.

Dr. med. Udo Warkotsch, zuvor langjähriger Leitender Oberarzt am Gefäßzentrum Offenbach am Sana Klinikum Offenbach, ist seit Januar 2025 Klinikdirektor der Klinik für Gefäßmedizin an den Helios Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken in Wiesbaden. ○



Personalia-Meldungen finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de), unter der Rubrik Wissen | Karriere.

Frage & Antwort



Gallenblasenentfernung durch Facharzt für Allgemeinchirurgie



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

Justitiar BDC
Rechtsanwalt und Fachanwalt für
Medizinrecht
justitiar@bdc.de

Heberer J: F+A: Blutentnahmen auch ohne
Einwilligung des Patienten? 2025 Januar/Februar;
15(01/02): Artikel 04_10.



Weitere Fragen & Antworten finden Sie auf
BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik Wissen |
Recht & Versicherung).

FRAGE:

Ein Oberarzt fragt an, ob er als Facharzt für Allgemeinchirurgie Gallenblasenentfernungen durchführen darf oder ob diese für ihn fachfremd und deshalb den Fachärzten für Viszeralchirurgie vorbehalten sind.

ANTWORT:

Für die Frage, welche Leistungen ein Arzt erbringen darf, ist das Berufsrecht maßgeblich, also das jeweils geltende Heilberufe-Kammergesetz sowie die geltende Weiterbildungsordnung (WBO) nebst den hierzu erlassenen WBO-Richtlinien. Denn der Arzt ist bei der Leistungserbringung grundsätzlich an die Grenzen seines Fachgebietes gebunden, d. h. fachfremde Leistungen darf er generell nicht erbringen. Die WBO bestimmt, dass die Gebietsdefinition die Grenzen für die Ausübung der fachärztlichen Tätigkeit zieht. Hier verhält es sich nunmehr so, dass sämtliche Fachärzte im Rahmen der chirurgischen Leistungen unter der Bezeichnung „Gebiet Chirurgie“ zusammengefasst werden. Es ist also Sicht des Verfassers die Grenze des Fachgebietes immer

noch durch die Definition des Gebietes „Chirurgie“ gekennzeichnet und nicht durch die Fachkompetenz innerhalb des Gebietes. Innerhalb des Gesamtgebietes „Chirurgie“ gibt es demnach rein formal nach Meinung des Verfassers keine „fachfremden“ Leistungen. Die Untergliederung verbietet deshalb eine „interne“ Grenzüberschreitung in der Regel aus Sicht des Verfassers nicht.

Eine solche interne Grenzüberschreitung liegt aber in dem geschilderten Fall nach Auffassung des Verfassers schon gar nicht vor. Da nach der (alten und neuen) WBO für den Facharzt für Allgemeinchirurgie Gallenblasenentfernungen Bestandteil des Weiterbildungsinhalts sind, genauso wie beim Facharzt für Viszeralchirurgie, sodass hier sich überschneidende Bestandteile der Facharztkompetenzen vorliegen, darf ein Facharzt für Allgemeinchirurgie nach Meinung des Verfassers diese Eingriffe folglich auch durchführen. Denn diese gehören gemäß der WBO zu seinem Fachgebiet und sind damit für ihn gerade nicht fachfremd. ○

BDC-PRAXISTEST

Erfolgreiches Ärzt:innen-Recruiting

WAS ZÄHLT WIRKLICH UND WIE MAN ES RICHTIG MACHT

Konstantin Degner

Immer näher rückende Altersruhestände, eine steigende Abwanderung ins Ausland, begrenzte Ausbildungskapazitäten und sinkende Wochenarbeitsstunden – um nur einige Punkte zu nennen – setzen Krankenhäuser und Medizinische Versorgungszentren im Personalmanagement zunehmend unter Druck. Doch worauf kommt es wirklich an, um Ärzt:innen erfolgreich zu rekrutieren? Moderne Tools und Technologien allein reichen nicht aus. Entscheidend ist, die Zielgruppe zu verstehen und gezielt auf ihre Bedürfnisse einzugehen.

Im Rahmen einer groß angelegten Studie haben wir das Vorgehen von mehr als 3.900 Ärzt:innen bei der Jobsuche analysiert. Dabei wurden angestellte Ärzt:innen verschiedener Funktionen und

Fachrichtungen befragt. In diesem Beitrag stelle ich einige der wichtigsten Erkenntnisse unserer aktuellen Studie vor und erläutere, was diese für das Recruiting von Ärzt:innen bedeuten.

WECHSELBEREITSCHAFT UND MOTIVATION: WAS TREIBT ÄRZT:INNEN AN?

Ein besonders spannendes Ergebnis unserer Studie zeigt, dass 82,2 Prozent der Ärzt:innen grundsätzlich bereit wären, den Job zu wechseln. Interessant dabei: Nur 15,4 Prozent suchen aktiv nach einer neuen Stelle. Das heißt, die meisten Ärzt:innen fühlen sich zwar in ihrem aktuellen Job wohl, sind aber offen für einen Wechsel, sobald ein passendes Angebot auf sie zukommt.



Konstantin Degner
Senior Expert Business Development &
Market
Recruiting Solutions @ ÄRZTESTELLEN
Deutscher Ärzteverlag GmbH
degner@aerzteverlag.de

Ein Großteil der Ärzteschaft ist somit „latent suchend“. Man könnte sagen, sie sind nicht aktiv auf der Jagd, aber sie haben Pfeil und Bogen stets griffbereit – für den Fall, dass sich eine lohnende Gelegenheit bietet.

Was bedeutet das für das Recruiting? Diese Erkenntnis zeigt, dass sich Recruiter:innen nicht nur auf die aktiv Suchenden konzentrieren sollten. Erfolgreiches Recruiting bedeutet, die unterschiedlichen Zielgruppen gezielt anzusprechen und Stellenanzeigen dort zu platzieren, wo Ärzt:innen sie sehen – sei es in Fachpublikationen, auf Online-Portalen oder in sozialen Netzwerken. Ziel ist es, auch die latent Suchenden zu erreichen, die nicht aktiv nach neuen Stellen schauen, aber durch ein interessantes Angebot neugierig werden könnten.

UNTERSCHIEDLICHE MEDIENNUTZUNG JE NACH HIERARCHIESTUFE

Ein weiteres spannendes Ergebnis unserer Studie betrifft die Mediennutzung. Denn die Nutzung von Medien zur Stellensuche variiert stark je nach beruflicher Position und digitalem Mindset der Zielgruppe.

Warum ist das so? Die nachrückenden Generationen, wie die Generation Y (1981–1997) und Generation Z (ab 1998), sind als „Digital Natives“ mit digitalen Medien aufgewachsen und mit den Vorteilen digitaler Plattformen vertraut, die ihnen eine flexible und intuitive Möglichkeit bieten, sich über offene Stellen zu informieren. Ärzt:innen in höheren beruflichen Positionen, insbesondere auf Oberarzt- und Chefarztebene, zeigen hingegen eine höhere Affinität zu traditionellen Medien, wie beispielsweise Fachzeitschriften.

Was bedeutet das für das Recruiting? Für eine effektive Ansprache unterschiedlicher Zielgruppen ist ein ausgewogener Medienmix entscheidend. Um Ärzt:innen in Weiterbildung ebenso wie erfahrenere Fachkräfte in leitenden Positionen zu erreichen, sollten Stellenanzeigen sowohl auf digitalen Plattformen als auch in

etablierten Fachzeitschriften erscheinen. Auf diese Weise können die spezifischen Medienpräferenzen der jeweiligen Zielgruppen optimal berücksichtigt und die Reichweite maximiert werden. Die Faustregel lautet: Mit steigender Hierarchiestufe steigt die Printaffinität.

GEOGRAFISCHE PRÄFERENZEN: REGIONALE STELLENANZEIGEN ALS SCHLÜSSEL

Unsere Studie zeigt, dass mehr als zwei Drittel der Ärzt:innen (68,5 Prozent) in ihrer Region nach einer neuen Stelle suchen. Vor allem Fach- und Oberärzt:innen haben eine starke Bindung an ihren Wohnort. Ärzt:innen beim Berufseinstieg suchen hingegen überdurchschnittlich häufig eine Stelle für die Facharztweiterbildung in ganz Deutschland.

Warum ist das so? Die Gründe sind oft familiär oder lebensqualitätsbedingt. Viele Ärzt:innen haben ihre Familie, ihren Freundeskreis und ihre sozialen Strukturen in der Region, und ein Umzug kommt für sie nur selten in Frage.

Was bedeutet das für das Recruiting? Für Recruiter:innen bedeutet das: Regionalmarketing wird in Stellenanzeigen zunehmend zum entscheidenden Erfolgsfaktor. Es reicht längst nicht mehr aus, nur die fachlichen Qualifikationen und die Vorteile der Stelle aufzuzählen. Stattdessen müssen auch die Vorzüge der Region gezielt hervorgehoben werden. Denn insbesondere bei schwierigen Fachbereichen mit einer begrenzten Anzahl potenzieller Kandidat:innen ist die Wahrscheinlichkeit gering, dass passende Bewerber:innen direkt aus der Region kommen – vor allem, wenn sie nicht aktiv auf Jobsuche sind.

Hier kommt die überregionale Ansprache ins Spiel: Was macht die Region oder Stadt attraktiv? Wie ist die Lebensqualität vor Ort? Gibt es gute Schulen, Kinderbetreuung und Freizeitmöglichkeiten? Wie sieht die Verkehrsanbindung aus? Vielleicht liegt der ICE-Bahnhof nur wenige Minuten vom Arbeitsplatz entfernt – ein Aspekt, der gerade

Degner K: BDC-Praxistest: Erfolgreiches
Ärzt:innen-Recruiting. Passion Chirurgie.
2025 März; 15(03/Q1): Artikel 05_01.



Mehr zu diesem Thema lesen Sie auf
BDC|Online (www.bdc.de) unter der
Rubrik Wissen | Aus-, Weiter- & Fortbildung.

für Pendler:innen interessant sein könnte. Für Ärzt:innen, die ihre aktuelle Wohnsituation nicht verändern möchten, kann eine optimale Anbindung an den Fernverkehr den Job attraktiv machen. Wenn dazu noch ein Benefit wie eine BahnCard angeboten wird, könnte dies den Ausschlag geben, den neuen Arbeitsplatz anzunehmen – ohne den Wohnort wechseln zu müssen.

Recruiter:innen müssen also überregional denken und gezielt Lokalmarketing betreiben, um Fachkräfte von außerhalb für die Region zu begeistern. Der Standort wird so zum zentralen Argument in der Stellenausschreibung – und kann die entscheidende Hürde zwischen Interesse und tatsächlicher Bewerbung überwinden.

DAS ARBEITSKLIMA: EIN UNTERSCHÄTZTER FAKTOR

98,6 Prozent der Ärzt:innen gaben an, dass das Arbeitsklima für sie von größter Bedeutung ist. Doch nur wenige Stellenausschreibungen heben diesen Aspekt ausreichend hervor.

Warum ist das so? Ärzt:innen suchen nicht nur nach einem gut bezahlten Job, sondern auch nach einem Arbeitsplatz, an dem sie sich wohlfühlen und sich weiterentwickeln können. Ein gutes Arbeitsklima kann entscheidend dafür sein, ob sich Ärzt:innen langfristig binden.

Was bedeutet das für das Recruiting? Arbeitgeber sollten in Stellenausschreibungen nicht nur Angaben zu Gehalt und Arbeitszeiten machen, sondern das Arbeitsklima und die Teamarbeit stärker in den Vordergrund rücken. Authentische Einblicke in den Arbeitsalltag, Mitarbeitendenstimmen und die Unternehmenskultur können dabei helfen, das Arbeitsklima bereits in der Stellenausschreibung zu vermitteln.

STRESSFAKTOR BEWERBUNG: WENIGER HÜRDEN, MEHR BEWERBUNGEN

Einer der häufigsten Kritikpunkte in unserer Studie war die Komplexität des Bewerbungsprozesses. 44,3 Prozent der

Ärzt:innen gaben an, dass sie nur wenig Zeit für Bewerbungen haben und sich einfachere Prozesse wünschen.

Warum ist das so? Der Arbeitsalltag von Ärzt:innen ist stark ausgelastet, und ein komplizierter Bewerbungsprozess kann abschreckend wirken. Viele wünschen sich, dass auf langwierige Anschreiben und komplizierte Bewerbungsschritte verzichtet wird.

Was bedeutet das für das Recruiting? Um die Hürden zu senken und mehr Ärzt:innen zu motivieren, sich zu bewerben, sollten Arbeitgeber den Bewerbungsprozess so einfach wie möglich gestalten. Zum Beispiel auf das klassische Anschreiben verzichten und den Fokus auf schnelle, effiziente Bewerbungsschritte legen. Allein der Verzicht auf ein Anschreiben hätte einen erheblichen Effekt: Die Studie ergab, dass sich mehr als die Hälfte der Befragten eher auf eine Stelle bewerben würde, wenn kein Anschreiben erforderlich wäre.

UNTERSCHIEDLICHE PRIORITÄTEN JE NACH LEBENSPHASE

Generell zeigt sich, dass die Prioritäten bei der Jobsuche von Ärzt:innen stark von ihrer Position und Lebensphase abhängen. So spielt das Gehalt für Oberärzt:innen und Chefärzt:innen eine sehr wichtige Rolle und steht in der Umfrage an zweiter Stelle, während es für den ärztlichen Nachwuchs zwar auch wichtig ist, aber erst nach den Weiterbildungsmöglichkeiten kommt. Die Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Freizeit ist für Frauen (70 Prozent) häufiger „sehr wichtig“ als für Männer (52 Prozent), genauso wie dieser Faktor für Ärzt:innen in Weiterbildung wichtiger ist als für Chefärzt:innen.

Warum ist das so? Jede der angesprochenen Zielgruppen befindet sich in unterschiedlichen Lebensphasen, in denen Gehalt, Work-Life-Balance oder Vereinbarkeit unterschiedlich wichtig sind.

Was bedeutet das für das Recruiting? Recruiter:innen sollten sich bewusst darüber sein, welche Zielgruppe sie mit einer

Stellenausschreibung genau ansprechen und diese dann daraufhin optimieren.

Was alle Stellenausschreibungen gemeinsam haben sollten, ist Transparenz. Bewerbende schätzen möglichst klare Formulierungen und keine Floskeln in der Stellenausschreibung. Das zeigt sich zum Beispiel daran, dass Stellenausschreibungen, die explizit das Gehalt oder eine Gehaltsspanne nennen, deutlich schneller zum Rekrutierungserfolg führen. Die Klinik lebt eine familien- und lebensphasenbewusste Personalpolitik? Das sollte in der Stellenausschreibung hervorgehoben werden. Teilzeitmodelle, Jobsharing, langfristig geplante Dienstpläne, Unterstützung pflegender Angehöriger, Vermittlung von Kinderbetreuungslösungen – all das sind überzeugende Argumente, sich für einen Arbeitgeber bzw. eine Klinik zu entscheiden.

Transparenz bezieht sich aber nicht nur auf die „Benefits“. Wochenend- und Nachtdienste? Kein Problem – auch hier lohnt sich Transparenz und eine offene Kommunikation über die Arbeitszeiten und die Anzahl der Wochenend- und Bereitschaftsdienste. So bewerben sich nur Ärzt:innen, die sich mit den jeweiligen Arbeitszeiten arrangieren können. Dies spart sowohl den Arbeitgebern als auch den interessierten Fachkräften viel Zeit.

BESCHÄFTIGEN SIE SICH MIT IHRER ZIELGRUPPE!

Bevor Sie sich für einen Recruiting-Kanal entscheiden und die Stellenausschreibung verfassen, sollten Sie sich folgende Frage stellen: Wer ist meine Zielgruppe?

Was bedeutet das für das Recruiting? Für Personalverantwortliche ist es unerlässlich, den eigenen Markt inklusive aller Daten und Fakten gründlich zu kennen, insbesondere in Bezug auf die Anzahl und Verteilung der Fachärzte in verschiedenen Bereichen. Und je nach Fachrichtung gibt es große Unterschiede, was die passgenaue Ansprache betrifft.

Ein Beispiel: Sie suchen einen Facharzt/-ärztin für Viszeralchirurgie. Hiervon gibt

es in Deutschland bundesweit ca. 5.400 berufstätige Ärzt:innen. Mehr als jeder zweite berufstätige Arzt/Ärztin ist älter als 50 Jahre und 70 Prozent sind männlich.

Für dieselbe Klinik suchen Sie auch einen Facharzt/-ärztin im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin. Hier sieht es hingegen ganz anders aus: knapp 17.000 berufstätige Ärzt:innen gibt es bundesweit, 64 Prozent sind weiblich und knapp die Hälfte ist jünger als 50 Jahre.

Für das erfolgreiche Recruiting braucht es entsprechend eine differenzierte Betrachtung und das Eintauchen in die jeweilige Fachrichtung. Es ist unerlässlich, die spezifischen Merkmale, Interessen und Bedürfnisse der Zielgruppen zu verstehen.

FAZIT

Unsere Studie zeigt, dass Ärzt:innen je nach Alter, Hierarchie und Lebensphase unterschiedliche Prioritäten haben – von der regionalen Bindung bis hin zur Work-Life-Balance. Während Ärzt:innen in Weiterbildung vor allem online nach Stellen suchen, bevorzugen Ärzt:innen in Leitungsfunktionen gedruckte Fachzeitschriften. Auch Aspekte

wie das Arbeitsklima und einfache Bewerbungsprozesse spielen eine wichtige Rolle.

Die aktuellen Herausforderungen im Ärzt:innen-Recruiting erfordern ein tiefes Verständnis der Zielgruppe und ihrer Bedürfnisse. Wer als Arbeitgeber erfolgreich Ärzt:innen rekrutieren will, muss auf diese Bedürfnisse eingehen. ○

ZUR PERSON

Konstantin Degner ist Recruiting-Experte bei „ÄRZTESTELLEN“, dem Stellenmarkt des Deutschen Ärzteblatts. Er engagiert sich für eine bessere Patient:innen-Versorgung und gegen den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen.



D.A.F.
Deutsche Assoziation für
Fuß und Sprunggelenk e.V.



Landesinnung Bayern
für Orthopädie-Schuhtechnik

30. Jahrestagung der Deutschen Assoziation für Fuß und Sprunggelenk e. V. (D.A.F.)

Spitzenmedizin für Fuß- und Sprunggelenk – „Evidenzbasiert – Interdisziplinär“
Ärzt:innen und Orthopädie-Schuhtechniker:innen mit einem Ziel!

weitere Informationen unter
www.fusskongress.de



8.–10. Mai 2025 | München

www.fusskongress.de | www.liostbayern.de

Immer wieder einmischen

Jörg-A. Rüggeberg

Die Wahlen zum Deutschen Bundestag sind vorbei und hinterlassen das Bild einer tief gespaltenen Gesellschaft mit teilweise unvereinbaren Positionen. Es wäre dringend geboten, jetzt wieder in einen sachorientierten gemeinsamen Diskurs einzutreten und nach einigenden Kompromissen zu suchen. Man wird sehr genau hinsehen müssen, ob und wie eine neue Regierung in der Lage sein wird, die unbestreitbaren Gegensätze in zukunftsorientierte Lösungsansätze zu bringen. Gerade für uns Ärztinnen und Ärzte steht das Wohl der uns anvertrauten kranken Menschen im Vordergrund unseres Handelns. Dem sind wir ungeachtet der Herkunft, des Glaubens, des Sozialstatus oder irgendwelcher Ideologien für jeden gleichermaßen verpflichtet.

Ein Wesensmerkmal ärztlicher Tätigkeit ist dabei die Fokussierung auf jeweilige Einzelschicksale. Politiker dagegen müssen abstrahierend denken und für die Gesamtgesellschaft priorisierend entscheiden, das macht Diskussionen zwischen diesen Gruppen oft schwierig.

Das mag ein Grund dafür sein, dass die Gesundheitspolitik im Wahlkampf praktisch keine Rolle gespielt hat, obwohl es mit

dem bekannten Thema Bürgerversicherung durchaus richtungsweisende fundamentale Gegensätze gab. Gleiches gilt für Positionen zu einer wohnortnahen Versorgung auf qualitativ bestmöglichem Niveau. So sehr Minister Lauterbach zu Ampelzeiten auf allen Kanälen präsent war, so wenig haben strukturelle Fragen im Gesundheitssystem im Wahlkampf eine Rolle gespielt. Jetzt werden wir darauf achten müssen, was dazu in einem Koalitionspapier formuliert werden wird.

Auf dieses Papier haben wir von außen nur wenig Einfluss, später dann auf die Umsetzung der Vorhaben zusammen mit den anderen Playern möglicherweise etwas mehr. Dann sind aber die Weichen schon gestellt und die Eckpfeiler fest eingerammt. Umso wichtiger ist es daher, unsere Vorstellungen rechtzeitig in die Verhandlungen der Koalitionäre einzubringen.

Der BDC hat hierzu ein Positionspapier verfasst und der Öffentlichkeit zugänglich gemacht (wie natürlich auch alle anderen Gruppierungen). Es beinhaltet fünf Punkte, die den besonderen Herausforderungen für das Gesundheitswesen gerecht werden (mehr dazu auf der Folgeseite, siehe BDC-Pressemitteilung):

„Einem stetig wachsenden Versorgungsbedarf einer älter werdenden Bevölkerung stehen ein wachsender Fachkräftemangel und eine veränderte Haushaltslage in Deutschland gegenüber. Ziel muss es daher sein, das Gesundheitssystem in seiner Bedeutung für den gesellschaftlichen Zusammenhalt, die Daseinsvorsorge und nicht zuletzt auch als Wirtschaftsfaktor zu erkennen und zu fördern. Gleichzeitig bedarf es umfassender Reformen. Für die neue Legislaturperiode bezieht der BDC daher Position und fordert die Politik auf, die folgenden Reformschwerpunkte prioritär anzugehen:

1. Fachärztliche Weiterbildung auf ambulanter und stationärer Ebene fördern,
2. Bürokratieabbau umsetzen,
3. Steuerung von Patienten optimieren,
4. Krankenhausreform weiterentwickeln und
5. Sektorenübergreifende Hybrid-DRG weiterentwickeln.“

Wir werden sehen, was eine neue Regierung davon angehen will und werden alles daransetzen, dass wir weiter unsere Patienten so versorgen können, wie es in deren Interesse geboten ist. 

Rüggeberg JA: Immer wieder einmischen. *Passion Chirurgie*. 2025 März; 15(03/Q1): Artikel 05_02.



Mehr aktuelle Nachrichten finden Sie auf BDC|Online unter der Rubrik Politik.

Position beziehen – chirurgische Versorgung sicherstellen!



Im Vorfeld der Bundestagswahl hat der Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V. (BDC) am 13. Februar 2025 in einem Positionspapier seine politischen Schwerpunktthemen in der 21. Legislaturperiode veröffentlicht.

„In der Vergangenheit führte der mangelnde Einbezug auch der Expertise medizinischer Fachverbände immer wieder zu Verzögerungen wichtiger Reformvorhaben. Wir empfehlen der Politik daher nachdrücklich, in Zukunft alle relevanten Akteure aus Wissenschaft und Praxis frühzeitig einzubeziehen“, erklärt BDC-Präsident Professor Dr. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer. „Unsere Chirurginnen und Chirurgen spielen in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung auf allen Ebenen eine unverzichtbare Rolle – von der Grundversorgung in der Fläche bis hin zur universitären Spitzenmedizin. Daher sollten die Belange dieser für das Gesundheitssystem äußerst relevanten Gruppe berücksichtigt werden.“

Im Vorfeld der neuen Legislaturperiode bezieht der BDC Position und fordert die künftige Regierung auf, die folgenden Reformschwerpunkte prioritär anzugehen:

1. Fachärztliche Weiterbildung fördern: Der BDC verlangt eine transparente und auskömmliche Finanzierung der fachärztlichen Weiterbildung im stationären und ambulanten Versorgungsbereich durch leistungsbezogene Zuschläge. Sektorenverbindende Weiterbildungsmodelle sollen gefördert werden. Dafür müssen die gesetzlichen Regelungen zur Arbeitnehmerüberlassung angepasst werden.
2. Bürokratieabbau umsetzen: Der BDC fordert die konsequente Entbürokratisierung zugunsten einer Entlastung des pflegerischen und ärztlichen Fachpersonals. Als Steuerungsinstrumente sollen intelligente Anreizsysteme und zur Arbeitserleichterung digitale Lösungen gefördert werden. Die Umsetzung des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVVG) darf nicht zu bürokratischem Mehraufwand führen.
3. Steuerung von Patienten optimieren: Die dringend überfällige Notfallreform muss in der 21. Legislaturperiode prioritär umgesetzt werden. In einem Positionspapier hat der BDC bereits im April 2024 konkrete Lösungsvorschläge zur Umsetzung gemacht.



4. Krankenhausreform weiterentwickeln: Die mit dem KHVVG eingeführte Vorhaltefinanzierung auf Basis von fallzahlbasierten Kalkulationen führt zu Fehlanreizen. Stattdessen fordert der BDC eine grundlegende Überarbeitung der Betriebskostenfinanzierung durch die Partner der Selbstverwaltung.
5. Sektorenverbindende Hybrid-DRGs überarbeiten: Der BDC fordert für die Hybrid-DRGs eine angemessene Kalkulation auf Grundlage geeigneter empirischer Kostendaten des ambulanten und stationären Bereichs, eine Staffelung der Vergütung nach der Eingriffsdauer und die Rücknahme der automatischen Honorardegression auf EBM-Niveau bis 2030.

In seinem Positionspapier stellt der Verband nicht nur Forderungen an die zukünftige Regierung, sondern liefert auch konkrete Lösungsansätze. „Die medizinische Versorgung auf dem in Deutschland gewohnten hohen Niveau aufrecht zu erhalten, ist ein zentrales, nicht nur gesundheits-, sondern auch gesellschaftspolitisches Anliegen“, betont BDC-Geschäftsführerin Dr. Friederike Burgdorf. „Ziel muss es daher sein, das Gesundheitssystem in seiner Bedeutung für den gesellschaftlichen Zusammenhalt, die Daseinsvorsorge und nicht zuletzt auch als Wirtschaftsfaktor zu erkennen und zu fördern. Dafür bedarf es umfassender Reformen. Als einer der größten fachärztlichen Berufsverbände sind wir gesprächsbereit und bieten unsere fachliche wie praxisnahe Expertise an.“



ZUM POSITIONSPAPIER

Der BDC stellt seine politischen Schwerpunktthemen für die 21. Legislaturperiode des Bundestages vor: **„Position beziehen – Chirurgische Versorgung sicherstellen!“**



Presse-Kontakt BDC: Olivia Päßler, Telefon
030/28004-203, presse@bdc.de

Alle Pressemitteilungen finden Sie auf
BDC|Online im Bereich Presse.

Kommentar des Generalsekretärs

AUS DER
DGCH



Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen
Generalsekretär der Deutschen
Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)
DGCH-Präsident 2019-20
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

Wenn Sie diese Zeilen lesen, kennen Sie das Ergebnis der Bundestagswahl und haben sich womöglich ungläubig die Augen gerieben. Dies haben Sie dem Verfasser dieser Zeilen voraus. Aber schon der Wahlkampf und die disruptiven Verlautbarungen der Trump-Administration verkünden laut und deutlich eine Zeitenwende, einen Paradigmenwechsel, den sich sogar Bundeskanzler Scholz nicht hat träumen lassen, als er vor drei Jahren das Wort der Zeitenwende zum ersten Mal benutzt hat. Im Wahlkampf hat trotz vieler anderer überbordender Probleme das Thema Immigration die Oberhand gewonnen und mündete in einer fast hysterischen Debatte. Der Faktencheck zeigt, dass wir ein Einwanderungsland sind und dass Viele nicht mit fertiger Berufsausbildung als Fachkräfte gekommen sind und von diesen Viele auch nicht unbedingt mit korrekten Papieren. Aber nicht wenige unterstützen mit Ihrer Arbeitskraft unser Gesundheitssystem. So Viele, dass unser Präsident Prof. Dr.med. Udo Rolle zu Recht bemerkt: „Chirurgie ist Vielfalt - ohne ausländische Ärzt:innen und Pflegekräfte geht nichts!“. Nahezu kein Krankenhaus kommt ohne ausländische Beschäftigte aus und die flächendeckende Versorgung wäre ohne Zuwanderung kaum möglich und wird angesichts der demographischen Probleme vollends zum Erliegen kommen. Dies ist bereits täglich gelebte Realität im Gesundheitswesen. Eine Studie des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) für die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) vom 13.12.2024 bestätigt: 96 % der Krankenhäuser in Deutschland haben in den letzten fünf Jahren ausländische Ärzt:innen

oder Pflegekräfte beschäftigt. 83 % erwarten einen weiteren Anstieg in den nächsten fünf Jahren (www.bit.ly/Internationale-Talente). Eine sichere chirurgische Versorgung in allen Fachrichtungen ist nur mit Arbeitskräften aller Berufsgruppen und Nationalitäten möglich. Dies setzt eine entsprechende Willkommenskultur voraus. Dies läuft in der jetzigen überhitzten Debatte Gefahr, zerstört zu werden. (siehe auch das Memorandum aller chirurgischer Fachgesellschaften auf der DGCH-Webseite, www.dgch.de) Und noch einmal möchte ich unseren Präsidenten zitieren: „Die gemeinsame Arbeit in ambulanten und stationären Einrichtungen der Chirurgie und aller anderen Medizinsparten ist eine der besten Formen der Integration und sollte zeitnah nach der Zuwanderung möglich sein“

KHVVG

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wurde am 22. November 2024 vom Bundesrat gebilligt und trat am 12. Dezember 2024 in Kraft. Das Gesetz ist aber nichts Wert ohne eine Reihe von Rechtsverordnungen, die für die Umsetzung des KHVVG erforderlich sind und die verschiedene Aspekte der Krankenhausversorgung in den Ländern regeln. Das KHVVG war für den Bundesrat duldungspflichtig, d. h. es konnte nur mit zwei Drittel Mehrheit über den Vermittlungsausschuss beeinflusst oder gestoppt werden. Die nachfolgenden Verordnungen sind aber im Bundesrat zustimmungspflichtig. Hier greift die einfache Mehrheit!

Eine zentrale Verordnung betrifft die Definition und Zuweisung von Leistungsgruppen.

Das KHVVG sieht die Einführung von 65 Leistungsgruppen vor, die eine bundeseinheitliche Strukturierung der Krankenhausversorgung ermöglichen sollen. Die genauen Kriterien und Qualitätsstandards für diese Leistungsgruppen werden in einer Rechtsverordnung festgelegt, die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erlassen wird. Die Leistungsgruppen folgen ja der Blaupause der Reform in NRW. Hier erfolgte die Leistungsgruppenzuordnung mit Jahresbeginn. Inzwischen sind ca. 100 Gerichtsverfahren gegen fehlende oder fehlerhafte Zuordnung anhängig.

Eine weitere wichtige Verordnung betrifft die Einführung der Vorhaltevergütung. Diese soll sicherstellen, dass Krankenhäuser finanzielle Mittel für die Vorhaltung von Leistungen erhalten, sofern sie bestimmte Qualitätskriterien erfüllen. Die Details zur Berechnung und Auszahlung dieser Vorhaltevergütung werden ebenfalls durch eine Rechtsverordnung des BMG geregelt. Das INEK hat Anfang Februar einen Grouper veröffentlicht. Hier können zu erwartende Erlöse eigenständig kalkuliert werden.

Zusätzlich ist die Etablierung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen vorgesehen, die sowohl stationäre als auch ambulante und pflegerische Leistungen anbieten können. Die spezifischen Anforderungen und Rahmenbedingungen für diese Einrichtungen werden in einer weiteren Verordnung festgelegt.

Schließlich wird ein Transformationsfonds von 50 Millionen Euro eingerichtet, um den Umbau der Krankenhauslandschaft finanziell über zehn Jahre beginnend 2026 zu unterstützen. Die Modalitäten für die Beantragung und Vergabe von Fördermitteln aus diesem Fonds werden durch eine entsprechende Verordnung geregelt. Dies ist auch die erste Verordnung, die im Entwurf vorliegt und bereits ein Stellungnahmeverfahren durchlaufen hat. Hier regt sich Widerstand der GKV, die die Hälfte des Fonds tragen soll.

Ebenfalls im Februar hat sich ein Leistungsrussenausschuss im g-BA konstituiert.

Ärztlicher Sachverstand ist durch die direkte Mitgliedschaft der Bundesärztekammer und eine mögliche Gastrolle (hoffentlich ständiger Gast) der AWMF gegeben. Die wissenschaftlichen Fachgesellschaften können über die adhoc Strukturkommission der AWMF ihre Vorstellungen einbringen. Hier kann man allerdings gespannt sein, wie gut dies funktioniert. Ein förmliches Stellungnahmeverfahren, wie bei Gesetzesvorlagen oder Verordnungsvorlagen üblich, wird es hier voraussichtlich nicht geben.

NEUE GESUNDHEITSPOLITIK IN DEN USA

Im Januar 2025 hat Präsident Donald Trump per Exekutivbefehl den Austritt der USA aus der Weltgesundheitsorganisation (WHO) angeordnet. Dieser Schritt hat weitreichende Konsequenzen für die globale Gesundheitslandschaft: Die USA waren mit Beiträgen von etwa 15 % des Gesamtbudgets einer der größten Geldgeber der WHO. Der Wegfall dieser Mittel führt zu erheblichen finanziellen Engpässen. Wichtige Gesundheitsinitiativen, insbesondere in Entwicklungsländern, könnten aufgrund der fehlenden Finanzierung reduziert oder eingestellt werden. Ohne die Unterstützung und Zusammenarbeit der USA wird die globale Reaktionsfähigkeit auf Gesundheitskrisen wie Pandemien beeinträchtigt. Der Austritt könnte den Zugang zu wichtigen Gesundheitsdaten und -informationen für die USA und andere Länder erschweren. Durch den Rückzug der USA könnte China seine Position, wie schon während der ersten Trump-Regierung, innerhalb der WHO stärken und mehr Einfluss auf globale Gesundheitsentscheidungen gewinnen. Andere Länder könnten dem Beispiel der USA folgen, was die Autorität und Effektivität der WHO weiter untergraben würde. Der Austritt isoliert die USA von internationalen Gesundheitsnetzwerken, was die nationale Sicherheit und Gesundheitsvorsorge gefährden kann. Das Vertrauen in wissenschaftliche Institutionen und internationale Zusammenarbeit könnte innerhalb der USA weiter erodieren.

Insgesamt gefährdet der Austritt der USA aus der WHO die globale Gesundheitsinfrastruktur und könnte die Bewältigung zukünftiger Gesundheitskrisen erheblich erschweren.

Doch damit nicht genug; Im Februar 2025 hat die Trump-Administration erhebliche Kürzungen der Mittel für die National Institutes of Health (NIH) angekündigt, die weitreichende Auswirkungen auf die wissenschaftliche Forschung und das Gesundheitssystem in den USA haben. Die wichtigsten Konsequenzen sind: Die NIH haben die Erstattung für indirekte Kosten, die beispielsweise für Infrastruktur und Verwaltung anfallen, auf 15 % der Gesamtförderung begrenzt. Zuvor lagen diese Sätze oft zwischen 30 % und 70 %, was bedeutet, dass viele Universitäten und Forschungseinrichtungen nun erhebliche Budgetlücken schließen müssen. In den ersten sechs Wochen des Jahres 2025 vergaben die NIH etwa 1,4 Milliarden US-Dollar an Fördergeldern, ein deutlicher Rückgang gegenüber den 2,5 Milliarden US-Dollar im gleichen Zeitraum des Vorjahres. Die Kürzungen zwingen viele Labore dazu, Projekte einzustellen oder zu verkleinern, was den wissenschaftlichen Fortschritt insbesondere in Bereichen wie Krebsforschung, Neurowissenschaften und Infektionskrankheiten beeinträchtigt. Aufgrund der unsicheren Finanzierung erwägen zahlreiche Wissenschaftler, ins Ausland abzuwandern, was zu einem „Brain Drain“ führen könnte und die Position der USA als führende Nation in der Forschung gefährdet. Forschungsgrants sind in den USA zu einem erheblichen Teil Gehaltsbestandteil von Forschern. Mehrere Bundesstaaten und wissenschaftliche Organisationen haben Klagen eingereicht, um die Umsetzung der Kürzungen zu stoppen. Ein Bundesrichter hat die Maßnahmen vorübergehend blockiert, doch die Unsicherheit bleibt bestehen. Unternehmen, die Laborausrüstung herstellen, verzeichnen aufgrund der reduzierten Forschungsausgaben sinkende Aktienkurse. Beispielsweise fiel der Aktienkurs von Illumina um 17 %, während 10XGenomics einen Rückgang von 23 % verzeichnete. Forschungseinrichtungen in

Bundesstaaten wie Texas, darunter das MD Anderson Cancer Center, stehen vor erheblichen finanziellen Herausforderungen, die zu Arbeitsplatzverlusten und einem Rückgang der medizinischen Forschung führen könnten. Insgesamt gefährden die Kürzungen der NIH-Mittel die wissenschaftliche Infrastruktur der USA.

Diese Maßnahmen betreffen auch Deutschland: Wir stehen vor Herausforderungen, aber auch Chancen. Während der US-Ausstieg aus der WHO und die NIH-Kürzungen Probleme für globale Gesundheitssysteme und Forschungsprogramme bringen, ergeben sich für Deutschland auch Chancen:

- Stärkere Führungsrolle in der WHO und globalen Gesundheitsinitiativen
- Gewinn von Spitzenwissenschaftlern aus den USA
- Verlagerung von Forschungsgeldern und Pharma-Investitionen nach Europa

Allerdings müssen diese Chancen aktiv genutzt werden – durch höhere nationale Investitionen in Forschung, stärkere europäische Kooperationen und eine strategische Neuausrichtung der internationalen Gesundheitsdiplomatie.

DCK 2025

Der DCK 2025 steht kurz bevor. Wir freuen uns auf ein vielfältiges Programm, dass der Präsident der DGCH Udo Rolle mit seinem Team und zusammen mit dem Kongresspräsidenten der DGAV Ludger Staib und dem Kongresspräsidenten der DGKJCH Guido Seitz zusammengestellt hat.

Der 142. Deutsche Chirurgie Kongress (DCK 2025) findet vom 26. bis 28. März 2025 im Internationalen Congress Center München (ICM) statt. Zuvor wird vom 18. bis 20. März 2025 der digitale Präkongress, DCKdigital, jeweils nachmittags und abends mit Sitzungen zur chirurgischen Grundlagenforschung und Rapid Communications (früher Poster) der Fachgesellschaften abgehalten.

Unter dem Motto „Sichere Chirurgie für alle“ legt der Kongress den Fokus auf größtmögliche Patientensicherheit durch den flächendeckenden Einsatz von evidenzbasierter Chirurgie, chirurgischen Checklisten, Leitlinien und anderen Qualitätsstandards. Besonderes Augenmerk gilt dem rechtzeitigen Zugang zu adäquater chirurgischer Versorgung für alle, einschließlich vulnerabler Gruppen wie Kinder, geriatrische Patienten, Menschen mit Migrationshintergrund und Personen in prekären Lebenssituationen.

Der DCK 2025 bietet ein vielfältiges Programm mit interdisziplinären Sitzungen, an denen neun weitere chirurgische Fachgesellschaften sowie Vertreter aus Partnerfächern wie Innere Medizin, Anästhesie, Intensivmedizin und Pathologie teilnehmen. Zu den Hauptthemen des Kongresses zählen:

- Fortschritte beim Einsatz modernster Technologien wie Virtual Reality (VR), Robotik, minimalinvasiver Chirurgie, Digitalisierung und Künstlicher Intelligenz (KI)
- Personalisierung in der Chirurgie, neue therapeutische Ansätze, Biomarker und zielgerichtete Therapien
- Perioperative Medizin mit Prähabilitation und Enhanced Recovery After Surgery
- Reform der Krankenhausstrukturen
- Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Chirurgie
- Organtransplantation
- Fachübergreifende Behandlungsansätze von der Notfallversorgung über das Komplikationsmanagement bis hin zur Onkologie

Das Gastland des DCK 2025 ist die Türkei, deren Delegation an englischsprachigen Sessions teilnehmen wird, was einen spannenden internationalen Austausch verspricht.

UNSERE VORSTELLUNGEN ZUR KÜNFTIGEN GESUNDHEITSPOLITIK

Es ist jetzt die Zeit der Koalitionsgespräche (jedenfalls gehe ich kurz vor der Wahl davon aus) und dies sollte uns mit entsprechenden Forderungen auftreten lassen und ich weiß uns da im Schulterschluss mit der AWMF, die 184 deutsche wissenschaftliche Fachgesellschaften vertritt. Im Mittelpunkt steht die Verbesserung der Qualität der chirurgischen Versorgung und der unproblematische Zugang zu dieser Versorgung für alle Menschen in Deutschland. Die resultierende chirurgische Versorgung muss evidenzbasiert sein und die Rahmenbedingungen dafür müssen von der Politik gesetzt werden. Eine gute medizinische Versorgung setzt außerdem eine qualitativ hochwertige Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie medizinische Forschung auf international kompetitivem Niveau voraus. Auch in Anbetracht der Bedrohungslage fordern wir für eine zukunftsorientierte und effektive chirurgische Versorgung für Deutschland:

- Förderung des wissenschaftlichen und klinischen Nachwuchses in der Chirurgie
- Entwicklung einer nachhaltigen, qualitätsorientierten Gesundheitsversorgung durch Abbau der Sektorengrenzen und der Zentralisierung von komplexen Leistungen
- Zentrale Steuerung der Notfallversorgung
- Kooperation der Gesundheitspolitik mit der wissenschaftlichen Medizin und den wissenschaftlichen Fachgesellschaften
- Unterstützung der Entwicklung und Implementierung von Leitlinien
- Digitalisierung zum Bürokratieabbau und zur Versorgungsforschung

Wir bleiben beschäftigt.

Ihr

Thomas Schmitz-Rixen



SEHR PERSÖNLICH NACHGEFRAGT BEI SOPHIA M. SCHMITZ

Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?

Jeder Tag ist anders – und jeder Tag ist spannend!

Welche Forschungsrichtung inspiriert Sie?

Ernährungsmedizin & perioperative Chirurgie

Welchen klinischen Schwerpunkt haben Sie?

Minimalinvasive onkologische Chirurgie

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

Smits FJ, Henry AC, Besselink MG, et al.; Dutch Pancreatic Cancer Group. Algorithm-based care versus usual care for the early recognition and management of complications after pancreatic resection in the Netherlands: an open-label, nationwide, stepped-wedge cluster-randomised trial. Lancet. 2022 May 14;399(10338):1867-1875.

Welches Buch liegt auf Ihrem Nachttisch?

Benn & Bulgakow

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

Mit dem Hochschulradio Aachen – da habe ich im Studium viele Jahre als Moderatorin gearbeitet.

Was war für Ihr berufliches Fortkommen besonders hilfreich?

Fortkommen im engsten Sinne: für mich wohl der Wechsel mit meinem Chef von Aachen nach Essen.

Was war Ihre größte Inspiration?

Der erste klinische Einsatz in der Chirurgie im PJ: Plötzlich merkt man, dass Chirurginnen und Chirurgen auch tolle Ärzte sein können. Das ist in meinem Studium leider immer anders vermittelt worden.

Welches Forschungsthema bearbeiten Sie? Wie lautet(e) Ihr Habilitationsthema?

Forschungsthemen aktuell: Body Composition und perioperative Medizin

Habilitationsthema: Chirurgische und ernährungsmedizinische Aspekte der Fettlebererkrankung bei Adipositas

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

Einsatz von KI zur Literaturrecherche

Welche persönlichen Visionen möchten Sie gerne umsetzen?

Die Klinik ist ein großartiger Arbeitsplatz. Das möchte ich vorleben und der kommenden Generation wieder mehr mit auf den Weg geben.

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

Datenschutzmaßnahmen und administrative Hürden auf ein vernünftiges Maß reduzieren. Unfassbar, wie viele gute Ideen täglich blockiert werden.

Wann platzt Ihnen der Kragen?

Unselbstständigkeit macht mich verrückt. Unehrllichkeit vielleicht noch mehr.

Welche Hoffnung haben Sie aufgegeben?

Dass mein Partner mich nach einem anstrengenden Arbeitstag mit Blumen und einer selbstgekochten Mahlzeit überrascht.

Wie gehen Sie mit Frustrationen um?

Ganz wichtig: eine Nacht drüber schlafen. Das musste ich aber erst lernen.

Ihr wichtigstes Hobby?

Wintersport – am liebsten mit meiner Abteilung für Viszeralchirurgie.

Wo werden Sie schwach?

Gutes Essen: egal ob beim Italiener um die Ecke oder in der Sterneküche.

Was bringt Sie zum Lachen?

Trotteligkeit – auch bei mir selbst.

Was gehört für Sie zu einem gelungenen Tag?

Ein gutes Frühstück.

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

Bin dankbar für Tipps.

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

Selbstständigkeit & Übernahme von Verantwortung fördern – das gilt für mich in der Forschung wie im OP

Muss eine Chirurgin/ein Chirurg Optimismus ausstrahlen?

Immer!

PD Dr. med. Sophia M. Schmitz

Fachärztin für Viszeralchirurgie & spezielle Viszeralchirurgie

Zusatzbezeichnung Notfallmedizin

Ernährungsmedizinerin DGEM

Oberärztin

Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Transplantationschirurgie

Uniklinik Essen

Feste Partnerschaft, eine Tochter

DSV Ski-Instructor

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



INNOVATIVE SURGICAL SCIENCES (ISS)

THE RAPID JOURNAL OF THE GERMAN SOCIETY OF SURGERY

Zehn Jahre Innovative Surgical Sciences

DGCH

Die Zeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) „Innovative Surgical Sciences“ (ISS) feiert 2025 ihren 10. Geburtstag. Das Journal wurde fast über den gesamten Zeitraum erfolgreich von Professor Joachim Jähne aus Hannover geleitet. Seit 2024 hat Professor Udo Rolle aus Frankfurt die Schriftleitung inne. In diesen zehn Jahren hat sich das Journal zu einem attraktiven und international anerkannten Open Access Publikationsorgan entwickelt, mit einem kontinuierlich ansteigenden Ranking in Web of Science (Journal Impact Factor) und bei Scopus (CiteScore):

Diese beachtliche Entwicklung verdankt die ISS insbesondere den zahlreichen Autorinnen und Autoren, den Gutachtern und Gutachterinnen sowie den Mitgliedern des Editorial Boards. Dafür bedanken wir uns im Namen der DGCH sowie im Namen des Verlages De Gruyter ausdrücklich!

Nehmen auch Sie an der weiteren Entwicklung unseres Journals aktiv teil: Die unmittelbaren Vorteile für Mitglieder der DGCH sind neben dem schnellen doppelt-anonymisierten Peer-Review Verfahren (erste Entscheidung binnen 60 Tagen), das Erlassen der Publikationsgebühren (APCs). Dasselbe

gilt für durch Mitglieder des National Editorial Boards eingeladene Manuskripte.

ISS veröffentlicht Originalarbeiten, Reviews und Fallberichte klinischer und experimenteller Untersuchungen aller chirurgischen Sub-Spezialitäten in englischer Sprache. Das Journal publiziert darüber hinaus Leitlinien, Empfehlungen, Perspektiven und Briefe an die Schriftleitung. Auch innovative Formate wie Videos sind sehr willkommen. Nach Annahme eines Manuskriptes wird dieses innerhalb weniger Tage online publiziert und ist sofort zitierbar. Neben Originalarbeiten werden Themenhefte mit eingeladenen Beiträgen in insgesamt vier Ausgaben pro Kalenderjahr veröffentlicht.



Abb. 1: Journal Impact Factor Trend 2023

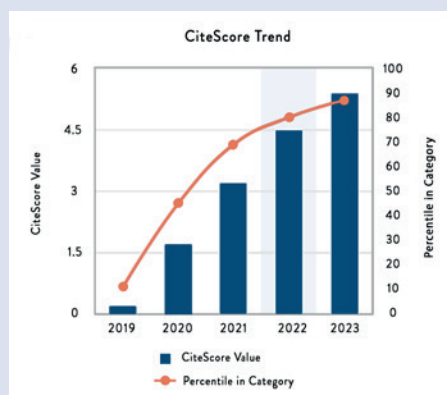


Abb. 2: CiteScore Trend

In 2025/26 können Sie sich auf folgende Themenhefte freuen:

- Esophageal Surgery
- Innovative Concepts in Surgical Education
- Essentials – The ISS Young Surgeons Issue 2025
- Reconstructive Musculoskeletal Surgery

Ihre Beiträge zu diesen Schwerpunkten, aber auch anderen Themen sind herzlich willkommen! Die DGCH (info@dgch.de) und De Gruyter (ISS.editorial@degruyter.com) werden Sie tatkräftig unterstützen.



© iStock-digitalphoto

„Bedeutende, aber (fast) vergessene Chirurginnen und Chirurgen“

Erinnerungen an eine bedeutende Chirurgin: Dr. Charlotte Mahler

Michael Sachs, Ingrid Hasselblatt-Diedrich

ZUM 130. GEBURTSTAG VON DR. MED. HABIL. CHARLOTTE MAHLER (1894–1973)

Die Frankfurter Chirurgin Charlotte Mahler war eine bedeutende Chirurgin und einfühlsame Ärztin, spezialisiert vor allem auf operative Eingriffe bei Kindern, insbesondere Lippen-Kiefer-Gaumenspalte. Zusätzlich ist sie bekannt geworden durch drei „Rekorde“:

- bereits 1922 wurde „Fräulein Charlotte Mahler“ Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie; sie war damals eins von vier weiblichen Mitgliedern dieser Gesellschaft neben insgesamt 2.055 männlichen Kollegen;
- 1945/46 war Charlotte Mahler erstmals im deutschen Sprachraum (vielleicht sogar weltweit) kommissarische Lei-

terin einer chirurgischen Universitätsklinik – in Frankfurt am Main;

- 1947 wurde sie, gerade habilitiert, zur ersten Chefärztin einer chirurgischen Krankenhausabteilung im deutschsprachigen Raum gewählt: an das Bürgerhospital zu Frankfurt am Main, wo sie bis 1964 wirkte.

Alles Gründe genug, dieser bedeutenden Chirurgin anlässlich ihres 130. Geburtstages zu gedenken.

Als Zeitzeugin hat die Chirurgin Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich, selbst lange Jahre Chefärztin der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Sachsenhausen in Frankfurt am Main, Dr. Mahler in den 1960er-Jahren noch persönlich kennengelernt und erinnert



Prof. Dr. med. Michael Sachs

Komm. Leiter des Dr.
Senckenbergischen
Instituts für Geschichte und Ethik der
Medizin
Goethe-Universität Frankfurt am Main
Paul-Ehrlich-Str. 20-22
60590 Frankfurt am Main



Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich

Chefärztin a.D.

Dieser Nachdruck erschien zuerst
im Hessischen Ärzteblatt 11/2024,
S. 616 und ist frei abrufbar unter
www.laekh.de

Sachs M, Hasselblatt-Diedrich I: Erinnerungen an
eine bedeutende Chirurgin: Dr. Charlotte Mahler.
Passion Chirurgie. 2025 März; 15(03/Q1):
Artikel 06_04.



Abb. 1: Dr. med. Charlotte Mahler zusammen mit der Leitenden OP-Schwester Marianne Bruchhaus im chirurgischen Operationssaal im Bürgerhospital um 1960. Foto: Archiv, Rechte bei den Autoren

sich: „Ich machte damals mein Krankenpflegepraktikum im Bürgerhospital. Ich bat Frau Dr. Mahler, meine Zeit im OP und der Kinderchirurgie verbringen zu dürfen. Damals gab es noch keine ‚Anästhesisten‘. Erfahrene Schwestern machten Äthertropfnarkosen mit Schimmelbuschmasken. Frau Dr. Mahler sagte zu mir: ‚Kindchen, komm mal her‘ und drückte mir eine Schimmelbuschmaske mit eingelegtem Mulltuch und eine Flasche Äther in die Hand, zeigte mir, wie ich den Kiefer festhalten musste, und sagte: ‚Kindchen, tropf mal‘. Wenn der Säugling eingeschlafen war, nahm ich die Maske ab. Die Chefin desinfizierte und operierte weiter den Säugling an seiner Lippenpalte, bis er wieder aufwachte und unruhig wurde. Dann erfolgte wieder dieselbe Prozedur. Man kann sich heute gar nicht mehr vorstellen, dass das damals so ging und dass nie etwas passierte. Ich merkte, welchen Respekt die Mitarbeiter vor ihrer Chefin hatten. Die Kinder liebten sie, nannten sie ‚Tante Lotte‘ und bald sagte ganz Frankfurt ‚Wir gehen zu Tante Lotte‘. Sie hatte eine harte Schale, das war in der damaligen Zeit verständlich, hatte aber immer ein warmes Herz für ihre Patienten. Im Bürgerhospital arbeitete sie rund um die Uhr, aus Angst es könnte ‚etwas passieren‘. Sie war streng, forderte viel von sich selbst und anderen, aber es

gelang ihr, der Abteilung einen exzellenten Ruf zu erarbeiten. Sie war unverheiratet und lebte nur für die Chirurgie – und züchtete Orchideen. Sie wohnte in einer Wohnung nahe dem Bürgerhospital in der Frauensteinstraße und baute ein Haus in Bad Homburg-Dornholzhausen. Einige Jahre später (1968), ich war damals junge Assistenzärztin bei ihrem Nachfolger Prof. Dr. Günther Vetter, bin ich häufig in den Nachtdiensten zu ihr ins Krankenzimmer gekommen, sie hat mir damals viel erzählt. Im Grunde war sie einsam, lebte zusammen mit ‚Friedchen‘, die ihr treu den Haushalt führte. Befreundet war sie mit der langjährigen Stationschwester Helga Gusovius und der leitenden OP-Schwester Marianne Bruchhaus.“

Charlotte Mahler wurde am 04. November 1894 in Krippenhna, einem kleinen Ort mit etwa 500 Einwohnern im damaligen Kreis Delitzsch der preußischen Provinz Sachsen als Tochter eines Pfarrers geboren. Im Alter von vier Jahren verlor sie ihren Vater, dadurch geriet die Familie mit fünf kleinen Kindern in wirtschaftliche Schwierigkeiten. Trotzdem konnte sie nach dem Abiturientenexamen 1914 studieren, zunächst Physik, Chemie, Mathematik und Medizin, nach vier Semestern dann ausschließlich Medizin, die ganze Zeit an



Abb. 2: Dr. med. Charlotte Mahler erhält 1964 aus den Händen des Frankfurter Oberbürgermeisters Willi Brundert (1912–1970) die „Ehrenplakette der Stadt Frankfurt“. Foto: Archiv, Rechte bei den Autoren



Abb. 3: Schimmelbusch-Maske für die Äthernarkose, entwickelt um 1890 von dem Berliner Chirurgen Curt Theodor Schimmelbusch (1860–1895). Foto: Archiv, Rechte bei den Autoren

der Universität Halle. Besonders beeindruckt war sie von dem dortigen Chirurgen Prof. Victor Schmieden, bei dem sie auch famulierte. Da die meisten Chirurgen kriegsbedingt „im Felde“ waren, durfte sie auch als Studentin

Prof. Schmieden assistieren. „Kriegsassistentin“ nannte man das damals.

1920 erfolgte die Promotion bei Prof. Friedrich Voelcker, seit 1919 als Nachfolger von Victor

Schmieden (1875–1945) als Direktor der chirurgischen Universitätsklinik zu Halle. Nach ihrem Staatsexamen (1920) und ihrer Approbation 1921 folgte sie als zunächst unbezahlte Volontärassistentin Prof. Schmieden nach Frankfurt am Main, wo dieser 1919–1945 Direktor der chirurgischen Universitätsklinik war. 1923 erhielt sie dort eine planmäßige Assistentenstelle, 1929 wurde sie Leiterin der Tuberkuloseabteilung dieser Klinik und eine Art „Funktionsoberärztin“ (würde man heute sagen), 1938 erhielt sie dann eine planmäßige Oberarztstelle. Sie besuchte für ihre Fortbildung zahlreiche Kliniken des In- und Auslands (u. a. Berlin, London, Paris, Chicago).

Nach der Besetzung Frankfurts durch amerikanische Truppen im März 1945 wurde Mahler mit der Leitung der chirurgischen Universitätsklinik betraut, da ihr im Herbst 1944 schwer erkrankter Chef im Alter von 70 Jahren endlich trotz seiner NSDAP-Mitgliedschaft in Ehren emeritiert werden konnte und nicht wie damals üblich entlassen wurde. Seine Emeritierung war kriegsbedingt 1941 bis „nach Kriegsende“ verschoben worden. Alle anderen Oberärzte der Klinik (apl. Prof. Dr. med. Herbert Junghanns, Dozent Dr. med. habil. Heinrich Geißendörfer, Dozent Dr. med. habil. Hans-Heinrich Westermann) waren als NSDAP-Mitglieder im April 1945 entlassen worden. Dr. Mahler war somit jetzt für eine chirurgische Universitätsklinik mit etwa 300 Betten verantwortlich! Sie habe das erste halbe Jahr die Klinik nicht verlassen können, erzählte sie später. Von Mahler wurden als kommissarische Leiterin der chirurgischen Universitätsklinik vom 1. April 1945 bis 4. Februar 1946 persönlich 840 Operationen (von insgesamt 2.398, d. h. 35 %) durchgeführt.

Sie beherrschte alle Gebiete des damals noch ungeteilten Fachs Chirurgie: Trepanationen, Tumorchirurgie (Magen, Colon, Niere, Blase), Knochenchirurgie (Amputationen, Osteosynthesen: Platten und Marknägel), Eingriffe in der Abdominalhöhle (Appendektomien, Cholecystektomien, Magen- und Darmresektionen), Hernienchirurgie, plastische Chirurgie, Gefäßchirurgie (Embolektomien, Resektion von traumatischen Aneurysmen).

Die meisten Eingriffe gehörten aber zur septischen Chirurgie (Abszesse, Phlegmonen, infizierte Schuss- und Granatsplitterverletzungen). Als Narkoseverfahren wurden Äthernarkosen, Evipannarkosen, Lumbalanästhesien und Lokalanästhesien durchgeführt oder Chloraethyl lokal verwendet. Die Narkosen wurden von jüngeren chirurgischen Assistenten absolviert, spezialisierte Narkoseärzte gab es damals noch nicht.

Im Frühjahr 1946 habilitierte sich Dr. Charlotte Mahler an der Johann Wolfgang Goethe-Universität mit einer bereits 1944 im „Archiv für klinische Chirurgie“ publizierten Arbeit „Über Art und Behandlung von 360 Gesichtsspalten, operiert in den Jahren 1935–1942 in der Chirurgischen Universitätsklinik in Frankfurt am Main“. Die Arbeit hatte sie ihrem zeitlebens hochverehrten Chef Victor Schmieden zum 70. Geburtstag gewidmet.

Diese Erkrankungen wurden damals im Volksmund noch „Hasenscharte“ bzw. „Wolfsrachen“ genannt. Prof. Rudolf Geißendörfer

(1902–1976) schrieb damals noch als leitender Oberarzt der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg (und gerade als Nachfolger Schmiedens auf dessen Empfehlung hin von der Frankfurter Fakultät vorgeschlagen) in seinem Habilitationsgutachten (vom 17.03.1946) über Mahler: „Auch hat sie sich unzweideutig dafür eingesetzt, in jedem Falle einen kosmetisch und funktionell so günstig als möglichen Verschluss der Spalten anzustreben, um die Spaltträger im Lebenskampf konkurrenzfähig zu machen, entgegen mancher damals noch herrschenden Zeitströmung, die aus eugenischen Gründen ein solches Bestreben als unerwünscht bezeichnete.“

1947 wurde Dr. Charlotte Mahler dann von der Administration der Dr. Senckenbergischen Stiftung trotz des Protestes zahlreicher niedergelassener Ärzte einstimmig zur Chefärztin der chirurgischen Abteilung des Bürgerhospitals in Frankfurt am Main gewählt. Als Chefärztin und Ärztliche Direktorin dieses Krankenhauses war sie auch Leiterin der Krankenpflegeschule. Da Mahler

nach ihrer Habilitation (1946) nur noch drei kleinere Übersichtsarbeiten in medizinischen Wochenschriften publizierte, wurde ihr von der medizinischen Fakultät der Universität zu ihrem Kummer nicht der Titel eines „außerplanmäßigen Professors“ verliehen. Im Alter von 70 Jahren trat sie 1964 in den Ruhestand und erhielt als Anerkennung für ihr Wirken das „Große Verdienstkreuz des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland“ und die „Ehrenplakette der Stadt Frankfurt“ verliehen.

Sie starb im Alter von 79 Jahren am 12. Juni 1973 in Frankfurt am Main und wurde auf dem Hauptfriedhof beigesetzt, wo ihr Grab als Ehrengrab von der Stadt gepflegt wird. In der Todesanzeige der Dr. Senckenbergischen Stiftung (FAZ vom 15.06.1973) heißt es: „Ausgestattet mit ungewöhnlich reichen Fähigkeiten und Gaben des Geistes und des Herzens, hat sie sich in den Dienst kranker Menschen gestellt. Sie war Ärztin aus Leidenschaft und Berufung. Ihren Patienten und uns wird sie nie unvergessen bleiben.“

WIR GEDENKEN UNSERER VERSTORBENEN MITGLIEDER

Herr Dr. med. Otto Ernst Alff, Eberbach
 Herr Prof. Dr. med. Heinrich Geisbe, Tübingen
 Herr Prof. Dr. med. Frank Werner Peter, Berlin
 Herr Prof. Dr. med. Heinrich Rudert, München
 Herr Dr. med. Klaus Leber, Marbach
 Herr Prof. Dr. med. Dieter Rühland, Singen
 Herr Dr. med. Bernd Schenkluhn, Binzen
 Herr Dr. med. Hans-Heinrich Jung, Uelzen
 Herr Prof. Dr. med. Walter Kapral, Melk/Österreich
 Herr Dr. med. Leonhard Döbler, Weinheim
 Herr Dr. med. Paul Nockemann, Mülheim
 Herr Prof. Dr. med. Johannes Coburg, Neuss
 Herr Prof. Dr. med. Hans Ulrich Steinau, Bochum
 Herr Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Peiper, Göttingen

*05.04.1935 †01.04.2024
 *21.02.1935 †17.09.2024
 *16.02.1954 †02.11.2024
 *05.07.1935 †09.11.2024
 *02.02.1945 †22.11.2024
 *26.11.1940 †04.12.2024
 *14.05.1961 †14.12.2024
 *19.06.1943 †21.12.2024
 *08.10.1929 †30.12.2024
 *29.05.1944 †31.12.2024
 *20.01.1929 †02.02.2025
 *30.09.1938 †10.02.2025
 *27.04.1946 †26.02.2025
 *04.12.1925 †02.03.2025

Nachruf auf Prof. Dr. med. Dieter Rühland



In memoriam
Prof. Dr. med.
Dieter Rühland
(*26.11.1940 † 04.12.2024)

Prof. Dr. Dieter Rühland, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1998/1999, ist am 04. Dezember 2024 kurz nach seinem 84. Geburtstag nach einer schweren Krankheit in einer Klinik verstorben.

Dieter Rühland ist am 26. November 1940 in Aachen geboren. Im Sternzeichen Schütze Geborene gelten als abenteuerlustig, optimistisch und ehrgeizig. Sie haben eine natürliche Neugier und suchen ständig nach neuen Erfahrungen und Herausforderungen; sie sind auch bekannt für ihre Offenheit und Ehrlichkeit. Im tiefsten Innern sind Schütze-Geborene Idealisten. Im Alltag äußert sich das manchmal in kindlich-naivem Optimismus, aber auch in tiefem Vertrauen, Selbstlosigkeit und Toleranz. Sie können mit Hingabe einer großen Sache dienen. Menschen mit dem Sternzeichen Schütze tragen das Herz auf der Zunge und sind ohne Einschränkungen ehrlich. So haben wir Dieter Rühland, den Schütze-Mann, in den Jahren seiner Zugehörigkeit zum Präsidium der DGCH erlebt: Zunächst von 1994 bis 1997 als Vertreter der leitenden Krankenhauschirurgen, dann als Vizepräsident und Präsident der DGCH und schließlich seit 2003 als Senator auf Lebenszeit. Leider haben seine Aufgaben als Klinikchef, seine Liebe zur Musik, sein seit dem Ruhestand verstärktes kommunalpolitisches Engagement, seine Aktivitäten als Hobby-Winzer auf seinem Haus und Grund auf Mallorca und nicht zuletzt seine Krankheit dazu geführt, dass wir ihn immer seltener in unseren Reihen gesehen haben.

Landarzt zu werden, sei seine ursprüngliche Vision gewesen, erzählte er 2005

einmal in einem Interview beim Übertritt in den Ruhestand. Bei Holzminden wuchs er in der ersten Nachkriegszeit auf. Die Bundeswehr hatte ihm damals ermöglicht, in Münster Medizin zu studieren. Dort hat er 1973 auch promoviert. Seine chirurgische Weiterbildung begann er 1972 in Münster noch bei Paul Sunder-Plassmann und setzte diese 1973 bei Hermann Bünte fort. Bei ihm konnte er sich 1978 habilitieren und wurde zum apl. Professor ernannt. In dieser Zeit war er auch organisatorischer Leiter der dortigen Gefäßchirurgie, wobei er, wie er später als Gründungsmitglied der im Dezember 1984 gegründeten Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG) betonte, vor allem bei erkannten Defiziten einer strukturierten Weiterbildung und wissenschaftlichen Weiterentwicklung sich engagiert für die Verselbstständigung der Gefäßchirurgie in einer eigenständigen Fachgesellschaft einsetzte.

Liest man die Themenschwerpunkte nach, die Dieter Rühland 1999 als Präsident der DGCH unter dem Leitthema „Bilanz zur Jahrtausendwende“ für den 116. Deutschen Chirurgenkongress in München vorgegeben hatte, so glaubt man sich aufgrund ihrer Aktualität in die Gegenwart versetzt. Dies gilt nicht nur für die chirurgisch-wissenschaftlichen, die gesundheitspolitischen und gesundheits-ökonomischen Themen, sondern auch für ein demonstratives Bekenntnis der DGCH zu ihren Schwerpunkten und der Schwerpunkte zur DGCH – letzteres auch optisch zum Ausdruck gebracht mit der erstmaligen Präsenz der Repräsentanten aller chirurgischen Fachgesellschaften auf dem Podium der Eröffnungsveranstaltung. Das

Deutsche Ärzteblatt berichtete damals in dem Kongressbericht „Woche der Chirurgie: Auf dem Weg zur neuen Einheit“, dass Präsident Prof. Dr. Dieter Rühland (Singen) „deutlich die Freude anzumerken war, eine Trendwende eingeleitet zu haben“. Viel von seinem Schwung und der von ihm vermittelten Aufbruchsstimmung würde man sich heute noch wünschen. Der Kongress war, nicht nur gemessen an der Teilnehmerzahl, ein großer Erfolg. Das der Bilanz zur Jahrtausendwende geschuldete überreichliche Programm mit einer Fülle von Sitzungen zu den Hauptthemen aus allen chirurgischen Fachgesellschaften, den Forschungsbeiträgen, den freien Vorträgen, Postern und Videositzungen fand seinen Niederschlag in einem voluminösen Kongressband mit über 1.800 Seiten.

Dieter Rühland war auch überzeugt, dass die chirurgischen Regionalgesellschaften neben der Pflege und Vertiefung kollegialer Beziehungen zwischen allen Chirurg:innen, eine besondere Bedeutung gerade für den klinischen und wissenschaftlichen Nachwuchs hätten, indem sie auf den Jahrestagungen oft die erste Möglichkeit bieten, eigene Forschungsergebnisse in Klinik und Experiment einem fachkundigen Gremium darzulegen und sich einer wissenschaftlichen Diskussion zu stellen. Dies war für ihn der Anlass, während seiner Präsidentschaft, begleitet von einer Posterausstellung über die verschiedenen regionalen Vereinigungen auf dem Kongress, gemeinsam mit Friedrich Wilhelm Eigler ein Buch herauszugeben über die

regionalen Chirurgenvereinigungen in Deutschland, das eine umfassende Dokumentation dieser Aktivitäten und damit auch die Problematik deutscher Geschichte in der Entwicklung verschiedener Regionen widerspiegelt. 1985 kam Dieter Rühland an das Krankenhaus in Singen, um eine Gefäßchirurgie auf- und auszubauen und sich auch intensiv der sich rasch weiterentwickelnden laparoskopischen Chirurgie zu widmen, was bis zu seiner Verabschiedung als Chefchirurg in den Ruhestand 2005 einen erheblichen Einsatz erforderte und so zu dem exzellenten Ruf des Singener Hauses beitrug.

Neben der Chirurgie liebte Rühland vor allem die Jazzmusik: Schon mit einer Schülerband war er stets mit seinem Saxophon unterwegs, das er als Autodidakt aus dem Gehör heraus souverän beherrschte. Mit seiner Dieter Rühland Band war er nicht nur in seiner Region stark nachgefragt. Er hatte, wie der *Südkurier* schrieb, dort u. a. durch einen vor 15 Jahren gegründeten „Jazz Jour Fixe“ immer montags mit besonderen Auftritten den regionalen Jazz salonfähig gemacht und mit lebensfroh zelebriertem Jazz den „Summer in the City“ und manch anderes Fest bereichert. Bei seiner Beziehung zum Theater „Die Färbe“ hat Dieter Rühland am Saxophon mit seiner Band jeweils die Spielzeit eröffnet. Vor zwei Jahren hatte er hier noch auf der Bühne gestanden.

Aber auch bei chirurgischen Tagungen und Symposien, ob zur Eröffnung oder

auf geselligen Abendveranstaltungen, war die Band von Dieter Rühland sehr gefragt. Unvergessen ist auch seine instrumental unterlegte damals noch traditionelle „Damenrede“ auf dem Präsidentenempfang seines Präsidenten-Vorgängers Christian Herfarth im April 1998 in Berlin.

In seinem „Unruhestand“ engagierte er sich auch als Kommunalpolitiker und wurde 2009 für die „Neue Linie“ in den Singener Stadtrat gewählt – für zwei Wahlperioden war er auch im Kreistag. Bis 2019 gab es wichtige Entscheidungen für die Krankenhauslandschaft der Bodenseeregion zu fällen, vor allem auch für das Singener Haus, das nach dem von Lokalpolitikern angeleiteten Abenteuer einer „Hegau-Bodensee-Hochrheinklinik“ enorm in Schieflage geraten war. Ein Ausweg konnte nur über den Gesundheitsverbund Landkreis Konstanz, nicht zuletzt mit Rühlands Rat, gefunden werden.

In Singen und im Hegau hat, wie in Nachrufen der lokalen Presse zu lesen war, der langjährige Chefarzt, Stadtrat und bekennende Jazzmusiker an vielen Ecken Spuren hinterlassen. Die Region gedenkt seiner als großen Chirurgen, Saxophonisten wie kommunalpolitischen Menschen, der es verstand, auch in die ernstesten Debatten noch einen Hauch rheinischen Frohsinns zu mischen. So werden auch wir Dieter Rühland in Erinnerung behalten.

Prof. Dr. Hartwig Bauer
Neuötting



Abb. 1: Dieter Rühland mit seiner Band (© 2022 Förderverein Die Färbe e.V.)

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

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

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

KONTAKT

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

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel ARMANI ₁ *				
Registrierungsnummer: NCT04678583, DRKS00023792				
Prof. Dr. med. Jürgen Weitz, MSc.	Patienten mit Lebermetastasen Exper. Gruppe anato- mische Resektion der Lebermetastase(n).	FPI: 12.03.2021	DKTK Joint Funding	Dr. Sandra Korn Studienkoordinatorin Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden Anstalt des öffentlichen Rechts des Freistaates Sachsen Fetscherstraße 74 01307 Dresden T: 0351 458 4098 F: 0351 458 7273 E: sandra.korn@ukdd.de
Prof. Dr. med. Nuh Rahbari	Kontrollgruppe nicht-anatomische Resektion der Lebermetastase(n).	68 von 240 Patienten	1530 € / Patient	
Studientitel: BariSurg ₂ *				
Registriernummer: DRKS00004766				
Prof. Dr. Dr. med. Franck Billmann	Patienten mit einem BMI von 35–40 kg/m ² und mit mindestens einer assoziierten Begleiterkrankung sowie Patienten mit einem BMI von 40–60 kg/m ²	FPI: 27.11.2013	–	Prof. Dr. Dr. med. Franck Billmann Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Heidelberg T: 06221 563 44 11 E: Franck.Billmann@med.uni-heidelberg.de
	Experimentelle Gruppe: Magenschlauch-OP	187 von 248 Patienten	Kein Fallgeld	
	Kontrollgruppe: Magenbypass-OP			

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: City₃* Registrierungsnummer: DRKS0033520				
Prof. Dr. med. D. K. Bartsch	Patienten (n = 2426), bei denen eine totale Thyreoidektomie oder Hemithyreoidektomie wegen einer gutartigen Struma durchgeführt wurde Exper. Gruppe: kontinuierliches intraoperatives Neuromonitoring Kontrollgruppe: intermittierendes intraoperatives Neuromonitoring	28.02.2024 668 von 2426 Patienten	Keine Finanzierung Fallgeld: 0 €/Patient	PD Dr. med. Elisabeth Maurer Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie Philipps-Universität Marburg Baldingerstraße 35043 Marburg T: 06421/58-65869 F: 06421/58-68995 E: maurere@med.uni-marburg.de
Studientitel: COMPASS₄ Registrierungsnummer: DRKS00031827				
Prof. Dr. med. Christoph Kahlert Trial Coordinator: Dr. med. Mathieu Pecqueux	Patienten mit einem linksseitigen Dickdarmtumor und Symptomen einer Obstruktion Experimentelle Gruppe: Anlage eines dekomprimierenden Stomas, gefolgt von einer zweizeitigen onkologischen Elektivresektion nach der Rekonvaleszenz Kontrollgruppe: Notfallresektion des linksseitigen obstruktiven Kolontumors	16.04.2024 30 von 468 Patienten	BMBF 1000 €/Patient	Anika Stützer Studienkoordinatorin Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden Anstalt des öffentlichen Rechts des Freistaates Sachsen T: 0351 458 11710 F: 0351 458 7273 E: anika.stuetzer@ukdd.de
Studientitel: DISPACT-2₅* Registrierungsnummer: DRKS00014011				
PD 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 254 von 294 Patienten	DFG 1.250 € / Patient	PD Dr. med. Rosa Klotz Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie Universitätsklinikum Heidelberg Im Neuenheimer Feld 420 T: 06221 56 6980 F: 06221 56 33 850 E: rosa.klotz@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: ESORE₅₆ Registriernummer: DRKS00030567				
Prof. Dr. med. Jens Höppner	Patienten mit Ösophaguskarzinom Experimentelle Gruppe: Die Behandlung in Studienarm A besteht aus der Beurteilung des klinischen Ansprechens (CRE) durch ÖGD, endoskopische Biopsien des Tumorbereichs, EUS plus FNA verdächtiger Lymphknoten und einem F18-FDG-PET CT. Bei klinisch-histologisch gesichertem positivem lokalem Tumorstatus und ohne Fernmetastasierung nach CRE („non-CR“) erfolgt die Therapie durch Operation. Patienten ohne histologischen Nachweis einer lokalen Resterkrankung und ohne Fernmetastasen werden als klinische CR betrachtet und aktiv beobachtet. Im Falle eines lokalen Tumorrezidivs wird die Behandlung des Patienten mit einer Operation fortgeführt. Die aktive engmaschige Beobachtung erfolgt durch Visiten nach 3 m/6 m/9 m/12 m/18 m/24 m/36 m umfasst ÖGD, endoskopische tiefe Biopsien des Tumorbereichs, EUS plus FNA und CT-Thorax/Abdomen. Bei histologisch nachgewiesenem Tumorrezidiv im Rahmen der aktiven Beobachtung („non-CR“) erfolgt eine Operation und anschließende Standardnachsorge.	30.01.2024 18 von 670 Patienten	BMBF 1520 €/Patient	Prof. Dr. Jens Höppner Universitätsklinikum OWL der Universität Bielefeld, Campus Lippe Klinikum Lippe GmbH T: 05231 721151 F: 05231 721045 E: jens.hoepfner@uni-bielefeld.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
	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 559 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 T: 06221-56-36839 F: 06221-56-33850 E: solveig.tenckhoff@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: MICkey₈* Registrierungsnummer: 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 78 von 152 Patienten	BMBF 850 €/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
Studientitel: P.E.L.I.O.N₉* Registrierungsnummer: 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 61 von 304 Patienten	BMBF 650 €/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
Studientitel: RECOPS₁₀* 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 448 von 606 Patienten	675 €/Patient	Prof. Dr. Daniel Reim Klinikum Rechts der Isar der TU München Klinik und Poliklinik für Chirurgie Ismaninger Str 22 81675 München T: 089 4140 5019 F: 089 4140 2184 E: Daniel.reim@tum.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: SELREC₁₁*				
Registriernummer: DRKS00030567				
PD Dr. med. Rosa Klotz	Experimentelle Gruppe: Totale mesorektale Exzision (TME) ohne neoadjuvante (Chemo-)Radiotherapie Kontrollgruppe: Leitlinienkonforme neoadjuvante (Chemo-) Radio- therapie (5x5 Gy oder insgesamt 50,4Gy) und ggf. begleitende 5-FU-basierte Chemotherapie gefolgt von TME innerhalb von 12 Wochen	04.05.2023 21 von 1.074 Patienten	BMBF 1.762,39€/Patient	Dr. S. Tenckhoff Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) T: 06221 56 36 839 F: 06221 56 33 850 E: solveig.tenckhoff@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: TRIANGLE₁₂*				
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 voll- ständige 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 4 von 270 Patienten	BMBF 1190 €/Patient	Prof. Dr. A. L. Mihaljevic Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Tübingen T: 07071 29 86 619 E: andre.mihaljevic@med.uni-tuebingen.de

- [1] Anatomical Resection of liver MetAstases in patients with RAS-mutated colorectal cancer
- [2] Sleeve gastrectomy versus Roux-en-Y gastric bypass in obese patients with BMI 35–60 kg/m² – a multicenter randomized trial
- [3] Continuous vs. intermittent intraoperative neuromonitoring for reduction of transient recurrent laryngeal nerve palsy in thyroid surgery – a prospective randomized controlled multicenter trial
- [4] Dekomprimierendes Stoma und zweistufige elektive Resektion vs. Notfall-Resektion bei Patienten mit linksseitigem obstruktivem Dickdarmkrebs
- [5] Distal Pancreatectomy – A randomised controlled trial to compare minimal-invasive distal pancreatectomy to open resection (DISPACT-2 Trial)
- [6] Chirurgie „as needed“ versus Chirurgie „on principle“ bei vollständiger Tumorremission nach neoadjuvanter Therapie von Speiseröhrenkrebs/ESORES
- [7] Hernia reduction following laparotomy using small stitch abdominal wall closure with and without mesh augmentation – HULC
- [8] Eine multizentrisch randomisierte Studie zum Vergleich der postoperativen Morbidität nach total minimal invasiver Chirurgie mit der Hybrid Chirurgie bei der Ösophagektomie – MICKey Studie
- [9] 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)
- [10] The effect of an additional Braun anastomosis in patients after pancreas head resections
- [11] Selective Neoadjuvant Therapy of Rectal Cancer Patients: SELREC a randomized controlled, open, multicentre non-inferiority trial
- [12] Conventional partial pancreatoduodenectomy versus an extended pancreatoduodenectomy (triangle operation) for pancreatic head cancers – the randomized controlled TRIANGLE trial

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

Stand: März 2025

SPENDENAUFTRUF

Langenbeck-Virchow-Haus



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

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

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

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

Prof. Dr. med. U. Rolle
Präsident

Prof. Dr. med. Th. Schmitz-Rixen
Generalsekretär

Prof. Dr. med. Johann Pratschke
Schatzmeister



DGCH-PRÄSIDIUM

ab 01. Januar 2025

VORSTAND

Präsident	U. Rolle, Frankfurt/Main
1. Vizepräsidentin	C. Bruns, Köln
2. Vizepräsident	R. Goldbrunner, Köln
3. Vizepräsident	J. Werner, München
Schatzmeister	J. Pratschke, Berlin
Generalsekretär	Th. Schmitz-Rixen, Frankfurt/Main

VERTRETER DER FACHGESELLSCHAFTEN

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie	W. Uhl, Bochum
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie/Vertreter Allgemeine Chirurgie	K. Ridwelski, Magdeburg
Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin	F. Adili, Darmstadt
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie	B. Ludwikowski, Hannover
Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	J. Hoffmann, Heidelberg
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie	H. Clusmann, Aachen
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie	B. Kladny, Herzogenaurach
Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen	M. Lehnhardt, Bochum
Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie	T. Doenst, Jena
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie	L. Hillejan, Ostercappeln
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie	D. Pennig, Köln
Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.	H.-J. Meyer, Hannover
Perspektivforum Junge Chirurgie	S. Schaaf, Koblenz

WEITERE MITGLIEDER

Leitender Universitätschirurg	S. Fichtner-Feigl, Freiburg
Leitender Krankenhauschirurg	K. Ludwig, Rostock
Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Universitätsklinik	C. Hauser, Kiel
Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Krankenhausabteilung	B. Blank, Kulmbach
Niedergelassener Arzt für Chirurgie	P. Kalbe, Rinteln
Chirurg aus dem deutschsprachigen Ausland	K. Emmanuel, Salzburg/Österreich
Vertreter der Sektion Chirurgische Forschung	M. Laschke, Homburg/Saar

FRÜHERE PRÄSIDENTEN

M. Ehrenfeld, München	2021
H. Lang, Mainz	2022
A. Seekamp, Kiel	2024

SPRECHER DER SENATOREN

P. Vogt, Hannover
T. Pohlemann, Homburg

SENAT

W. Hartel, Ulm	1991
G. Hierholzer, Duisburg	1995
H. Bauer, Altötting	1997
K. Schönleben, Ludwigshafen	2001
N.P. Haas, Berlin	2003
B. Ulrich, Düsseldorf	2004
M. Rothmund, Marburg	2005
H.D. Saeger, Dresden	2006
K. Junghanns, Ludwigsburg*	
R. Arbogast, Pforzheim	2008
R. Gradinger, München	2010
A. Haverich, Hannover	2011
M. Büchler, Heidelberg	2012
K.-W. Jauch, München	2013
J. Jähne, Hannover	2014
P. Vogt, Hannover	2015
G. Schackert, Dresden	2016
T. Pohlemann, Homburg	2017
J. Fuchs, Tübingen	2018
M. Anthuber, Augsburg	2019
H.-J. Meyer, Hannover**	
T. Schmitz-Rixen, Frankfurt/Main	2020

* Senator ehrenhalber, Schatzmeister 1996–2011

** Senator ehrenhalber, Generalsekretär 2012–2022

SPITZENGESPRÄCH



TREFFEN DER DREI GROSSEN FACHÄRZTLICHEN BERUFSVERBÄNDE

Die wichtigsten Themen im Wahl- und Reformjahr 2025

Mit gemeinsam rund 60.000 Mitgliedern gehören der Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V. (BDC), der Berufsverband deutscher Internistinnen und Internisten (BDI) sowie der Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten (BDA) zu den größten fachärztlichen Berufsverbänden in Deutschland. Beim gemeinsamen Spitzengespräch Anfang Januar einigten sie sich auf für die Fachärzteschaft drängende Themen im Jahr 2025. „Das Treffen hat gezeigt: Trotz der fachlichen Unterschiede

beurteilen wir die aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen äußerst homogen. Dies wollen wir uns zunutze machen, gemeinsam an Konzepten arbeiten und diese an Politik sowie Öffentlichkeit adressieren. Als Union wollen wir also noch mehr bewirken“, unterstreicht die Initiatorin des Spitzentreffens, BDC-Geschäftsführerin Dr. Friederike Burgdorf.

Die konkreten Forderungen der drei Verbände finden Sie in der Pressemitteilung unter www.bit.ly/BDA-BDC-BDI-Treffen.

DER BDC AUF DEM DCK 2025

Quelle: DCK
DCK 2025
Gemeinsam lernen und heilen

KONGRESSPROGRAMM UND BDC-SITZUNGEN SIND ONLINE

Der diesjährige DGCH-Präsident Professor Dr. Udo Rolle lädt herzlich zum DCK 2025 ein. Das Motto lautet „Sichere Chirurgie für alle“. Gemeint ist damit größtmögliche Patientensicherheit durch den flächendeckenden und routinemäßigen Einsatz von chirurgischen Checklisten und Qualitätsstandards. Robotik und KI sowie neue Technologien in der Chirurgie stehen ebenfalls auf dem Programm. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Interdisziplinarität und der Austausch der verschiedenen chirurgischen Fachbereiche. Der BDC ist mit zahlreichen Sitzungen vertreten. Für die Kinderbetreuung ist wieder der KidsClub eingerichtet!

Übersicht DCK-Sitzungen vom BDC, BDC-Mitgliederversammlung: www.bit.ly/BDC-DCK2025

Zum Sessionplaner des DCK: www.dck2025.de/programm/

Anmeldung zur Kinderbetreuung KidsClub Chirurgie: www.dck2025.de/kinderbetreuung/

Termine BDC|Akademie*

CURRICULUM BASISCHIRURGIE							
VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
11.04.2025	12.04.2025	Leipzig	2025-21520	Notfallmanagement im Bereitschaftsdienst	Dr. med. Lutz Meyer	200,00 €	300,00 €
08.05.2025	10.05.2025	Hamburg	2025-21666	Basischirurgie	PD Dr. Dr. Uwe Johannes Roblick; Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith	350,00 €	550,00 €
15.05.2025	17.05.2025	Berlin	2025-21504	Praktischer Workshop: Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie	Dr. med. Jörg Sauer	400,00 €	600,00 €
18.08.2025	20.08.2025	Gent	2025-28075	ORSI Summer School	PD Dr. med. Rabi Raj Datta; Prof. Dr. med. Hans Fuchs; Dr. med. Stefano Puliatti	249,00 €	249,00 €
29. – 30.09.2025	10. – 11.10.2025	online und Berlin	2025-21665	Basischirurgie	Dr. med. Jörg Sauer	400,00 €	600,00 €

FACHARTZTVORBEREITUNG							
VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
12.05.2025	16.05.2025	Berlin	2025-22570	Facharztseminar Allgemein- und Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Gero Puhl	450,00 €	600,00 €
19.05.2025	23.05.2025	Hamburg	2025-23820	Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Frank Timo Beil; Prof. Dr. med. Lars Gerhard Großterlinden	450,00 €	600,00 €
16.06.2025	20.06.2025	Magdeburg	2025-23670	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Roland S. Croner; Prof. Dr. med. Karsten Ridwelski	450,00 €	600,00 €
25.06.2025	27.06.2025	Essen	2025-23711	Facharztseminar Thoraxchirurgie	Dr. med. Jan Volmerig	350,00 €	550,00 €
11. – 12.09.2025	15. – 16.09.2025	online und Berlin	2025-23823	Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. Dr. med. Stefan Schulz-Drost	400,00 €	500,00 €

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN							
VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
09.04.2025	03.12.2025	online	2025-23866	Fraktur im Fokus	Prof. Dr. med. Benedikt Braun	100,00 €	200,00 €
04.04.2025		online	2025-23612	Osteosyntheseverfahren an der oberen Extremität	Prof. Dr. med. Lars Gerhard Großterlinden	150,00 €	200,00 €
08.04.2025	09.04.2025	Berlin	2025-23678	Viszeralchirurgie Kompakt: Kolorektale Chirurgie	Prof. Dr. med. Johann Pratschke; PD Dr. med. Robert Siegel	350,00 €	500,00 €
10.04.2025	11.04.2025	Berlin	2025-22402	CAMIC 2: Laparoskopische Naht- techniken und Endoskopische Hernienchirurgie	Dr. med. Panagiotis Fikatas	500,00 €	700,00 €
10.04.2025	11.04.2025	Köln	2025-23634	VATS OP Kurs: Anatomische Segmentresektion	Prof. Dr. med. Erich Stoelben	400,00 €	500,00 €
06.05.2025	07.05.2025	Berlin	2025-23681	Viszeralchirurgie Kompakt: Endo- krine Chirurgie	Dr. med. Mechthild Hermanns; Prof. Dr. med. Gero Puhl	350,00 €	500,00 €
15.05.2025	16.05.2025	Hamburg	2025-22411	CAMIC 1: Grundlagen der Mini- malinvasiven Chirurgie	PD Dr. med. Anna Duprée	500,00 €	700,00 €
16.05.2025	17.05.2025	Mannheim	2025-23675	Viszeralchirurgie Kompakt: Proktologie	Dr. med. Philipp C. Manegold; Prof. Dr. med. Dieter G. Bussen; Dr. med. Andreas K. Joos; Prof. Dr. med. Stefan Fritz	350,00 €	500,00 €

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
21.05.2025	22.05.2025	Köln	2025-23864	Fußchirurgie IV	Prof. Dr. med. Jonas Andermahr	500,00 €	650,00 €
12.06.2025	13.06.2025	online und Berlin	2025-23636	Hands-on-Kurs Kindertraumatologie	Prof. Dr. med. Martin Lacher; PD Dr. med. Peter Zimmermann	400,00 €	480,00 €
27.06.2025	28.06.2025	Templin OT Groß Dölln	2025-23682	16. Brandenburger Viszeralchirurgisches Update	Prof. Dr. med. habil. Frank Marusch; Prof. Dr. med. Stephan Gretschel	60,00 €	95,00 €
11.09.2025	12.09.2025	Berlin	2025-22404	CAMIC 3: Laparoskopische Chirurgie des Gastrointestinaltraktes	Dr. med. Panagiotis Fikatas	500,00 €	700,00 €
18.09.2025	19.09.2025	online	2025-23680	Spezielle Unfallchirurgie Teil II	Prof. Dr. med. Frank Hildebrand	300,00 €	500,00 €
26.09.2025		Mainz	2025-25811	Unfallbegutachtung in der gesetzlichen Unfallversicherung	PD Dr. med. habil. Sven-Oliver Dietz; Univ.-Prof. Dr. med. Erol Gercek	270,00 €	330,00 €
27.09.2025		Mainz	2025-23633	Kindertraumatologie für D-Ärzte/-Ärztinnen	Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn; PD Dr. med. habil. Sven-Oliver Dietz; Univ.-Prof. Dr. med. Erol Gercek	180,00 €	220,00 €
27.09.2025		Mainz	2025-25851	Rehabilitationsmedizin/-management	Dr. med. Peter Kalbe; Univ.-Prof. Dr. med. Erol Gercek; Dr. med. Sybille Larsen	135,00 €	165,00 €

FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE

VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
16.05.2025	17.05.2025	Berlin und online	2025-24707	Abschlusscolloquium zum Kurs "Hygienebeauftragte(r) Ärztin/Arzt"	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. em. Dr. med. Axel Kramer		
01.10.2025		online	2025-24636	Ökonomie in der Robotik	Dr. med. Alexander Urbanski	80,00 €	100,00 €
10.10.2025	11.10.2025	Berlin und online	2025-24708	Abschlusscolloquium zum Kurs "Hygienebeauftragte(r) Ärztin/Arzt"	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. em. Dr. med. Axel Kramer		
25.06.2025		online	2025-24631	Robotische Chirurgie: Modul 1 - Theorie	Prof. Dr. med. Hans Fuchs; Prof. Dr. Dr. med. Barbara Seeliger	80,00 €	100,00 €

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE

VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
11.04.2025	12.04.2025	Berlin	2025-26533	Chirurginnen auf dem Weg nach oben: Modul 3 – Erfolgsstrategien in eigener Sache	Dr. med. Gunda Leschber; Sabine Schicke	500,00 €	700,00 €
17.05.2025		Berlin	2025-25590	Begutachtung im Behandlungsfehlerprozess	Prof. Dr. med. Heiner Wenk	270,00 €	330,00 €
13.06.2025	14.06.2025	Berlin	2025-26534	Chirurginnen auf dem Weg nach oben: Modul 4 – Gesprächsstrategie – souverän Klartext reden	Dr. med. Gunda Leschber; Sabine Schicke	500,00 €	700,00 €

BDC|Akademie

Information und Anmeldung:

Tel: 030/28004-120, Fax: 030/28004-108 oder per E-Mail: akademie@bdc.de

oder über BDC|Online unter www.bdc.de, Rubrik BDC|Akademie | Alle Veranstaltungen

* Änderungen hinsichtlich Termin, Ort und Format sind der BDC|Akademie vorbehalten.

SPONSOREN DER BDC | AKADEMIE

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V. (BDC) definiert traditionell chirurgische Fort- und Weiterbildung als eine seiner Kernaufgaben. Das Angebot der BDC|Akademie hat sich in den letzten Jahren insbesondere auf dem digitalen Sektor stetig erweitert und folgt der karrierebedingten Gliederung vom Berufseinstieg des chirurgischen Nachwuchses bis hin zu den praxisorientierten Anforderungen an klinisch tätige Chirurgen und Chirurgen im Krankenhaus und in der Niederlassung.

Dieses umfassende Programm ist ohne finanzielle und materielle Unterstützung der medizintechnischen und pharmazeutischen Industrie heutzutage gerade unter den sich ändernden Rahmenbedingungen nicht umsetzbar. Das betrifft neben dem Gesamtprogramm der Akademie auch immer wieder die gezielte Förderung einzelner zukunftsorientierter

Projekte mit innovativen und modernen Lernkonzepten. Der konstruktive und regelmäßige Dialog, der hier zwischen der BDC|Akademie und den einzelnen Industrieunternehmen intensiv gepflegt wird, ist Ausdruck dieser engen Kooperation.

Hierbei ist zu betonen, dass die Inhalte der ärztlichen Fortbildung nach wie vor unabhängig von wirtschaftlichen Interessen sind. Das wissenschaftliche Programm jeder Veranstaltung wird auch weiterhin produkt- und dienstleistungsneutral gestaltet.

Die BDC|Akademie dankt allen Sponsoren für die vertrauensvolle Zusammenarbeit und für ihr professionelles Engagement in der chirurgischen Fort- und Weiterbildung.

B. BRAUN
SHARING EXPERTISE

corzamedical

INTUITIVE.

Medtronic
Engineering the extraordinary

STORZ
KARL STORZ – ENDOSKOPE

Das Abo mit mehr Tiefe

„DIE CHIRURGIE“

(12 Hefte pro Jahr)

Digitale chirurgische
Fachzeitschriften

Facharzt-Training

e.Medpedia

CME

JETZT NEU

Die Chirurgie plus
umfangreiches Online-Angebot
zur Wissensvertiefung, zum
Fortbilden und Trainieren.



Hier eintauchen:
www.springermedizin.de/bdc



Sonderpreis
für BDC-
Mitglieder

PANORAMA

Lebensretter im OP

**BDC-Journalistenpreis 2024:
Lebensretter im OP – ein Tag in der
Herzchirurgie**

Olivia Päßler



»» **A**mandine Cormier, Journalistin beim Evangelischen Kirchenfunk Niedersachsen-Bremen, hat 2024 den BDC-Journalistenpreis für ihre Reportage „Lebensretter im OP – ein Tag in der Herzchirurgie“ erhalten. Die Veröffentlichung der Reportage war am 01. November 2023 auf dem YouTube-Kanal BASIS:KIRCHE.

In dem Beitrag begleiten Cormier und ihr Team ihren Protagonisten, einen Herzchirurgen, in seinem Berufsalltag, der geprägt

ist von Verantwortung, Präzision, Teamarbeit und, wie er es ausdrückt, Demut. Der Oberarzt einer herzchirurgischen Klinik stellt dabei auch die Grenzen der therapeutischen Möglichkeiten, die Arbeit im Team und den Umgang mit Verantwortung und potenziellem Scheitern dar.

Die Journalistin konnte sich mit ihrem Beitrag gegen 13 Konkurrentinnen und Konkurrenten durchsetzen. Die Jury begründet ihre Entscheidung so: „Die

Redakteurin und ihr Team stellen den Arbeitsalltag des jungen Herzchirurgen mit seinen körperlichen und emotionalen Herausforderungen anschaulich und einfühlbar dar. Ein fundierter und wertvoller Beitrag für ein besseres Verständnis der Chirurgie, ihrer Herausforderungen und ihrer Faszination.“

Die Preisträgerin Amandine Cormier im Interview mit der BDC-Presserverantwortlichen Olivia Päßler.

**Olivia Päßler**

Presse- & Öffentlichkeitsarbeit
Berufsverband der Deutschen
Chirurgie e.V. (BDC)
paessler@bdc.de

» ZUR PERSON

**Amandine Cormier**

Journalistin beim Evan-
gelischen Kirchenfunk
Niedersachsen-Bremen

Olivia Päßler (OP) Welche Rolle hatten Sie bei der Produktion? Wer war noch beteiligt und in welcher Funktion?

Amandine Cormier (AC) Meine Rolle war die der Videoredakteurin und Cutterin. Das bedeutet, dass ich die Reportage geplant und organisiert sowie vor Ort redaktionell geleitet habe. Im Anschluss habe ich das Material geschnitten. Vor Ort war außerdem Lukas Schienke, der die Kameraführung übernommen hat. Vor der Kamera befand sich Maximilian Baden als Creator. Er ist Pastor und begleitet uns bei verschiedensten Reportagen. Dabei lernt er Menschen kennen, denen er in seinem Berufsalltag auf diese Weise nicht begegnet wäre. Gemeinsam mit uns schaut er hinter die Kulissen verschiedener Berufe und stellt sich den Herausforderungen, die unsere Interviewpartnerinnen und -partner mitbringen.

OP Wie ist der Beitrag insgesamt aufgenommen worden?

AC Die Reportage wurde von den Menschen sehr gut aufgenommen, Stand jetzt haben sie 306.500 Menschen auf Youtube gesehen, was für ein sehr hohes Interesse spricht. Außerdem kam viel Feedback von Menschen, die selber bereits eine Operation hatten und dankbar sind für diesen Einblick. Mit insgesamt derzeit 199 Kommentaren tauschen sich die Zuschauer und Zuschauerinnen mit ihren Erfahrungen aus und teilen uns mit, wie spannend sie die Reportage fanden.

OP Wie sind Sie zum Thema gekommen?

AC Zu dem Thema ist mein Chef Lukas Schienke gekommen, der bei der Reportage die Kamera geführt hat. Vor seiner journalistischen Laufbahn arbeitete er als Gesundheits- und Krankenpfleger im Siloah-Krankenhaus Hannover. Sein Interesse an medizinischen Themen ist bis heute geblieben. Als er mir erzählte, dass er bereits vor einigen Jahren eine Herzoperation gefilmt hatte, die ihn nachhaltig beeindruckt hat, wollten wir dieses Thema vertiefen und eine Reportage dazu drehen.

OP Wie haben Sie rund um das Thema recherchiert?

AC Die Recherche und Organisation erstreckten sich über acht Monate. Die Arbeit bestand vor allem aus dem Einholen von Vorabinformationen der Medizinischen Hochschule Hannover und den Telefonaten mit den Chirurgen. Sehr wichtig war es für uns, zu erfahren, wie der Tagesablauf in der Klinik aussieht und was uns auf der Intensivstation sowie im OP-Saal erwarten würde.

OP Wie haben Sie Ihren Protagonisten gefunden?

AC Den Protagonisten Dr. Bastian Schmack (leitender Oberarzt der MHH-Klinik) habe ich über verschiedene Anfragen an die Medizinische Hochschule Hannover gefunden. Ich suchte nach einem Herzchirurgen, der bereit war, uns einen Einblick in seinen

Päßler O: BDC-Journalistenpreis 2024: Lebensretter im OP – ein Tag in der Herzchirurgie. Passion Chirurgie. 2025 März; 15(03/Q1): Artikel 09_01.



Mehr Panorama-Artikel
finden Sie auf BDC|Online
(www.bdc.de) unter der
Rubrik Wissen | Panorama.



Abb. 1: Preisübergabe im November 2025: (v.l.n.r.) Dr. Jörg Rüggeberg, Prof. Dr. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, Amandine Cormier, Dr. Peter Kalbe, Dr. Friederike Burgdorf

beruflichen Alltag zu geben und diesen verständlich zu erklären. Bereits in der Vorrecherche am Telefon mit Dr. Schmack wurde klar, dass wir mit ihm das Thema auf eine nahbare Art und Weise an die Zuschauerinnen und Zuschauer bringen würden.

OP Welches Ziel verfolgen Sie mit Ihrem Beitrag?

AC Wer selbst vor einer Operation steht, wird nie bei Bewusstsein erleben, was in einem OP-Saal passiert. Auch die Angehörigen haben keinen Zutritt und bangen oft mehrere Stunden um ihre Liebsten im Warteraum. Zudem bleibt häufig keine Zeit, den behandelnden Chirurgen oder die Chirurgin näher kennenzulernen. Unser Ziel war es daher, in der Reportage zu zeigen, wer der Mensch am OP-Tisch wirklich ist und welche Gedanken ihn leiten. Damit hatten wir die Hoffnung, den Zuschauenden, Patientinnen und Patienten oder Angehörigen ein Gefühl von Transparenz und Sicherheit zu geben.

OP Welche Erkenntnisse haben Sie zum Thema gewonnen, die Sie vorher nicht hatten?

AC Eigentlich war geplant, dass ich im OP die redaktionelle Verantwortung an Lukas Schienke abgeben würde, da ich mir nicht zutraute, bei einer OP am

offenen Herzen dabei zu sein. Da ich zuvor noch nie einen offenen Brustkorb, OP-Utensilien und entsprechendes Blut gesehen hatte, machte mir diese Vorstellung etwas Angst. Kurz vor dem Betreten des OPs versicherten mir Lukas Schienke und Dr. Bastian Schmack, dass dies eine interessante Erfahrung werden könnte, wenn ich bliebe, dass ich aber auch jederzeit den OP-Saal verlassen könne. Ich trat ein – und blieb. Ich habe die Erkenntnis gewonnen, dass eine OP technischer und weniger emotional ist, als ich gedacht hatte.

Tot ist nicht gleich Tod. Was bei einer Herz-OP technisch und menschlich geleistet wird, hat uns nachhaltig beeindruckt. Die Ruhe, fast Gelassenheit, und die Sicherheit des Teams, dass dieses Herz nach dem Eingriff wieder schlagen wird, sind beeindruckend.

OP Was ist Ihr nächstes Projekt?

AC In der nächsten Reportage geht es um das Tourette-Syndrom. Wir haben den Tourette-Betroffenen Jean-Marc Lorber in seinem Alltag in Stuttgart begleitet und in Hannover die Ärztin Prof. Dr. Müller-Vahl als Expertin zu dem Thema interviewt. ○

ZUM BEITRAG

Schauen Sie sich den Beitrag „Lebensretter im OP – ein Tag in der Herzchirurgie“ auf dem YouTube-Kanal BASIS:KIRCHE vom 01. November 2023 an. (www.youtube.com/watch?v=ZbXJYZYIQSQ)

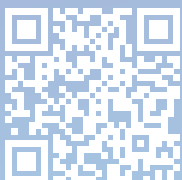


eRef

Mehr wissen. Besser entscheiden.
Ein Mediziner*innen-Leben lang.

Die medizinische Wissensplattform eRef unterstützt Sie ab Tag 1 der Weiterbildung, während Klinik-Rotationen bis zur bestandenen Facharztprüfung und darüber hinaus.

Mit intelligent verknüpften, interdisziplinären und leitlinienbasierten Inhalten. Am PC, Tablet und Smartphone. Angepasst an Ihr individuelles Wissenslevel. Für den gezielten und nachhaltigen Aufbau Ihres Fachwissens – ein Mediziner*innen-Leben lang.



eref-testen.thieme.de

BILDERRÄTSEL



WELCHER MEDIZINISCHE FACHBEGRIFF VERSTECKT SICH HINTER DIESEM BILD?
.... HABEN SIE ES ERRATEN?

Schicken Sie Ihre Antwort unter dem Stichwort „Passion Chirurgie 03/QI/2025“ an bilderraetsel@bdc.de. Einsendeschluss ist der 01. Juni 2025. Die Auflösung dieses Rätsels finden Sie in der nächsten gedruckten Ausgabe im Sommer.

Unter allen richtigen Einsendungen der ersten drei Quartalsausgaben (QI, QII, QIII) verlosen wir Ende 2025 wieder ein Android-Tablet. Die Auslosung wird Anfang November stattfinden und der Gewinner in der Dezemberausgabe bekannt gegeben.

Teilnahmebedingungen: Jedes BDC-Mitglied darf mitmachen, ausgenommen sind BDC-Mitarbeiter und Mitarbeiter von schaefermueller publishing GmbH sowie deren Angehörige. Bei der Gewinnauslosung sind der Rechtsweg und Barauszahlung ausgeschlossen. Wer gewonnen hat, wird schriftlich benachrichtigt. Wir danken für die Teilnahme und wünschen viel Glück.

TachoSil[®]

SEALANT
MATRIX



EVERYDAY HERO

Das Zeug zur
echten Heldin.

TachoSil[®]
Blutstillung und
Versiegelung
in einem.



 **corzamedical**

TachoSil[®] Versiegelungsmatrix

Quantitative und qualitative Zusammensetzung: TachoSil[®] enthält pro cm² Fibrinogen vom Menschen 5,5 mg, Thrombin vom Menschen 2,0 I.E., **Sonstige Bestandteile:** Kollagen vom Pferd, Albumin vom Menschen, Riboflavin (E 101), Natriumchlorid, Natriumcitrat (E 331), L-Arginin-Hydrochlorid. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Lokales Hämostatikum, ATC-Code: B02BC30.

Anwendungsgebiete: Bei Erwachsenen und Kindern ab einem Alter von 1 Monat zur unterstützenden Behandlung in der Chirurgie zur Verbesserung der Hämostase, zur Unterstützung der Gewebeerseiegelung und zur Nahtsicherung in der Gefäßchirurgie, wenn Standardtechniken insuffizient sind, sowie bei Erwachsenen zur unterstützenden Versiegelung der Dura mater, um postoperative Liquorleckagen nach neurochirurgischen Eingriffen zu vermeiden. **Gegenanzeigen:** Intravaskuläre Anwendung, Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile.

Nebenwirkungen (Häufigkeit nicht bekannt): Anaphylaktischer Schock, Überempfindlichkeit, Thrombose, Darmverschluss (in der Bauchchirurgie), Adhäsionen, Bildung eines Fremdkörpergranuloms.

Weitere Warnhinweise: Nach Öffnen der äußeren Folie sofort verwenden. Nicht resterilisieren. Chargendokumentationspflichtig. **Inhaber der Zulassung:** Corza Medical GmbH, Speditionstraße 21, 40221 Düsseldorf, Deutschland. **Stand der Information:** 03/2023. **DE:** Verschreibungspflichtig. **AT:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der Fachinformation von TachoSil[®] Versiegelungsmatrix.

[corza.com](https://www.corza.com)