

PASSION

# CHIRURGIE



PANORAMA

**CHIRURGISCHE KOMPETENZEN  
– EINE FRAGE DER DIENSTZEIT?**

*im Fokus*

**KONGRESSNACHLESE  
2025**

06 | 11 | 2025

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:  
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE  
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGIE

**DGCH**

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



Berufsverband der  
Deutschen Chirurgie e.V.

Der Gemeinsame Bundesausschuss als höchstes Gremium  
der Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitssystem entscheidet:

# Nutzen und medizinische Notwendigkeit der ambulanten Vakuumversiegelungs- therapie ist belegt!<sup>1</sup>



[www.vakuumversiegelungstherapie.de](http://www.vakuumversiegelungstherapie.de)

PICO<sup>◇</sup> hilft, Wunden schneller zu schließen.  
Und ist dabei so einfach zu handhaben wie ein  
Verband. Damit Ihre Patienten mobil bleiben.

## Smith+Nephew

+ Extrabudgetäre<sup>2</sup> EBM-Erstattung

+ Seit April um bis zu 39 % erhöhte  
leistungsbezogene Sachkosten<sup>3</sup>

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



### Wundmanagement

Smith & Nephew GmbH

[smith-nephew.de](http://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

**1** Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 776. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 01. April 2025. **2** Für die ersten 5 Jahre ab 01.10.2020. **3** Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 776. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 01. April 2025.



# Kongressnachlese DCK 2025

Udo Rolle



**Prof. Dr. med. Udo Rolle**  
Klinik für Kinderchirurgie und  
Kinderurologie  
Universitätsklinik Frankfurt/M.  
Präsident DGCH  
Past-Präsident DGKCH

**E**s ist mir ein großes Anliegen und eine persönliche Freude, in der PASSION CHIRURGIE ein Editorial zur Ausgabe zum DCK 2025 (Deutscher Chirurgie Kongress 2025) zu verfassen. Wir blicken mit Stolz auf einen sehr gelungenen Kongress der DGCH mit 13 beteiligten Fachgesellschaften und Berufsverbänden in München vom 26. bis 28. März 2025 zurück.

Die Wochen und Monate der Vorbereitungen waren anstrengend, teilweise aufregend. Das begründete sich in der großen Aufgabe einen multidisziplinären und multiprofessionellen Kongress zu organisieren, aber auch durch die vielen gleichzeitigen und bedeutsamen innen- und außenpolitischen Ereignissen, wie z. B. das Inkrafttreten des KVHHG, die Neuwahlen und Regierungsbildung in Deutschland, Kriege in Europa und dem Nahen Osten, und nicht zuletzt durch die Präsidentschaftswahl in den USA.

Der DCK 2025 war ein sehr großer Erfolg, die drei Tage des wissenschaftlichen und berufspolitischen Austauschs vergingen wie im Flug. Es ist dabei besonders erwähnenswert, dass es den Veranstaltern nicht nur gelungen ist, verschiedene chirurgische und benachbarte Fachgebiete, unterschiedliche Berufsgruppen, Studierende und Angehörige der Bundeswehr und Rettungsdienste zu versammeln, sondern auch weitere relevante Interessengruppen wie Gesundheitsämter, Patientensicherheitsvereinigungen und vor allem auch unsere Unterstützer aus der Industrie.

Das Motto des DCK 2025 „Sichere Chirurgie für Alle“ sollte eine Referenz auf unsere

ureigenste Aufgabe und Kernkompetenz, die qualitätsgerechte chirurgische Versorgung aller unserer Patientinnen und Patienten ungeachtet ihres sozialen oder finanziellen Status sein. Es war sehr erfreulich zu sehen, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dieses Motto nicht nur akzeptiert hatten, sondern auch vielfältige Aktivitäten entwickelten, die unseren Versorgungsauftrag nachhaltig unterstützen werden. Besonders erwähnenswert ist die zunehmende Attraktivität des DCK für Studierende und junge Ärztinnen und Ärzte. Die Ausgestaltung und Förderung interaktiver Formate zur Aus- und Weiterbildung wurden sehr positiv von den jeweiligen Zielgruppen angenommen. Das unmittelbare Feedback der jungen Kolleginnen und Kollegen übersetzt sich hoffentlich in eine weiter zunehmende Attraktivität unseres Faches Chirurgie.

Das Erleben eines solchen integrativen und gleichzeitig höchst attraktiven Kongresses lässt einen mit Zuversicht in die Zukunft des DCK schauen. Eine weitere Fokussierung auf hoch qualitative chirurgische Versorgung, idealerweise ergänzt durch gute Aus- und Weiterbildungskonzepte, zielgerichtete Wissenschaft und interprofessionelles Vorgehen, sollte ein Garant für die Entwicklung der Chirurgie und ihre Partnerdisziplinen darstellen.

Chirurgie zu betreiben, ist nicht nur ein Beruf, Chirurgie ist Lebensaufgabe und Lebensinhalt.

Ihr Udo Rolle



Rolle U: Kongressnachlese DCK 2025.  
Passion Chirurgie. 2025 Juni; 15(06/QII):  
Artikel 01.



Neuigkeiten aus dem BDC finden Sie  
auf BDC|Online ([www.bdc.de](http://www.bdc.de)) unter  
der Rubrik BDC|News.

**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  
Katrín 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 © DGCH

**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.

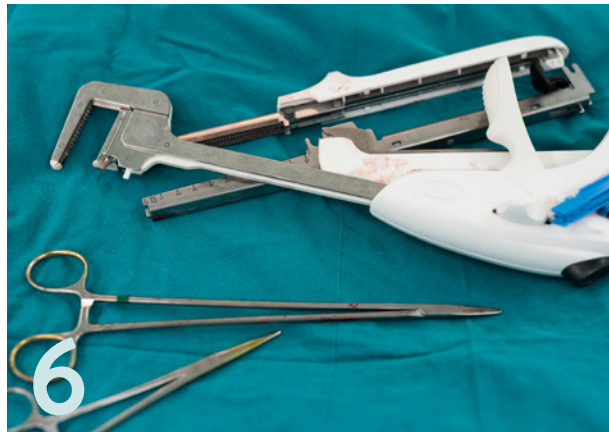
**EIGENTÜMER UND COPYRIGHT:**

© 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****1 EDITORIAL**

1 Kongressnachlese DCK 2025 *Udo Rolle*

**4 KURZNACHRICHTEN****6 CHIRURGIE**

6 Aktueller Stand der minimalinvasiven  
Viszeralchirurgie – Was hat bereits Einzug  
in den klinischen Alltag erhalten?  
*Alexander Novotny, Selim Oliver Koca*

13 **Advertorial:** Schaum-Sklerotherapie bei Vena-  
saphena-parva-Varizen

**14 CHIRURGIE<sup>+</sup>**

14 **Akademie aktuell:** Kompetenzbasierte  
Weiterbildung *Johanna Ludwig*

17 **Safety Clip:** Verbesserung und Darstellung der  
OP-Sicherheit durch einen Patientensicherheitsindex  
Teil 1: Grundlagen und theoretische Ansätze  
*Marsha Fleischer*

24 **Hygiene-Tipp:** Untersuchung des Trinkwassers  
auf Pseudomonas *Lutz Jatzwauk, Martin Groth,  
Nils Hübner, Wolfgang Kohnen*

25 Personalia

**26 RECHT**

26 **F+A:** Einsendung von Resektaten zur  
histopathologischen Beurteilung





## 27 GESUNDHEITSPOLITIK

- 27 Vorwort *Carsten J. Krones, Daniel Vallböhmer*
- BDC-Praxistest: 5 Dos und Don'ts beim Recruiting von Ärzten und Ärztinnen**
- 30 **Berufspolitik Aktuell: Wer ist Nina Warken?**  
*Friederike Burgdorf*

## 31 INTERN

- 31 **DGCH**
- 31 Kommentar des Generalsekretärs
- 35 Sehr persönlich nachgefragt bei Georg Weber
- 37 Bildergalerie zur Eröffnungsveranstaltung
- 39 Überblick Vergabe von Preisen, Stipendien und Ehrungen der DGCH
- 41 Preise und Stipendien 2026
- 43 Wahl des Präsidenten 2027/28
- 45 Impressionen vom DCK 2025
- 48 DGCH-Organspendelauf in München mit Rekord-Teilnehmerzahl
- 51 Protokoll Bericht über die Mitgliederversammlung der DGCH 2025
- 54 DCK 2026 – Passion, Präzision und Personalisierung
- 57 „Gott ist auf der Seite der großen Bataillone“ – Ein Reisebericht  
*Stanislav Litkevych*

- 61 Dr. med. Nicolaas Tulp (1593–1674) *Michael Sachs*
- 64 Nachruf auf Univ.- Prof. em.  
Dr. med. Hans-Ulrich Steinau
- 66 Spendenaufruf Langenbeck-Virchow-Haus
- 67 DGCH-Präsidium ab 01. Juli 2025
- 68 BDC**
- 68 BDC|News
- 69 Nachruf auf Univ.-Prof.  
Dr. med. Michael-Jürgen Polonius
- 70 Rückblick auf die BDC-Mitgliederversammlung 2025
- 72 Termine BDC|Akademie

## 76 PANORAMA

- 76 Chirurgische Kompetenzen – eine Frage der Dienstzeit?  
*Elfie Reichenstein,  
Michael Köhler, Vanessa Wenig*

# 06 25

## Kurz Nachrichten

### DCK KOMPAKT 2025

#### EIN PODCAST VON SURGEON TALK



Das Surgeon Talk Team ist beim 142. Deutschen Chirurgie Kongress in München ausgeschwärmt und hat eine Menge spannender Kurz-Interviews mitgebracht.

Stimmen, Trends und Perspektiven aus der Chirurgie: Burnout in der Chirurgie, Nachwuchsförderung, Digitale Tools, Schmerztherapie, Frauenförderung. Der DCK hat gezeigt: Die Themen, die die Chirurgie bewegen, sind so vielfältig wie die Menschen, die sie gestalten. Wir waren vor Ort, haben zugehört, nachgefragt und Stimmen eingefangen – von erfahrenen Expert:innen, jungen Ärzt:innen und engagierten Studierenden. In dieser Folge sprechen wir über Herausforderungen, Visionen und über das, was sich verändern muss – und kann. Eine Folge für alle, die wissen wollen, wie sich die Chirurgie von morgen anfühlt.

HIER geht's zum Podcast: [www.bit.ly/DCK-Kompakt25](http://www.bit.ly/DCK-Kompakt25)

### EINFÜHRUNG DER ePA IN PRAXEN GESTARTET



#### VERPFLICHTENDE NUTZUNG AB 1. OKTOBER

Die bundesweite Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) ist jetzt gestartet. Seit dem 29. April stellen Software-Hersteller für Praxen, Apotheken und Krankenhäuser das ePA-Modul bereit. Ärzte und Ärztinnen können die ePA freiwillig mit aktuellen Befunden, Arztbriefen und Laborwerten befüllen, sobald sie das Software-Update erhalten haben. Ab 01. Oktober ist die Nutzung für alle verpflichtend.

Zur Unterstützung der Praxen hat die KBV ein Starterpaket zusammengestellt, das online alle Materialien zum Download zur Verfügung stellt. Teil des Pakets sind unter anderem ein neues Serviceheft in der Reihe PraxisWissen sowie Materialien für das Wartezimmer zur Information der Patienten.

HIER werden Sie zur ePA-Infoseite der KBV weitergeleitet: [www.bit.ly/Einführung-ePA25](http://www.bit.ly/Einführung-ePA25)

## DRG-HYBRID-KATALOG

### ERWEITERUNG DES DRG-HYBRID KATALOGS BESCHLOSSEN



#### DIE NEUEN LEISTUNGSBEREICHE

Die neue Beschlussfassung umfasst rund 100 neue OPS-Kodes. Dabei sind unter anderem mehrere kardiologische Eingriffe und perkutan-transluminale Gefäßinterventionen neu hinzugekommen. Bei Leistungen der Hernienchirurgie kommen beispielsweise weitere OPS-Kodes hinzu. Dabei umfasst der Leistungskatalog auch Fälle mit einer Krankenhausverweildauer von bis zu zwei Belegungstagen. Dies ist durch den Ausschuss festgelegt worden, um die für das Jahr 2026 gesetzlich vorgeschriebene Fallzahl in Höhe von einer Million zu erreichen.

HIER geht's zur Übersichtsseite bei der KBV: [www.kbv.de/html/1150\\_74644.php](http://www.kbv.de/html/1150_74644.php)

## CHIRURGISCHE VERBÄNDE WARNEN VOR DEN FOLGEN EINES VERPFLICHTENDEN PRIMÄRARZT- SYSTEMS

Gerade im Falle eines Unfalls ist eine schnelle und kompetente medizinische Versorgung entscheidend. Insbesondere bei akuten Verletzungen, wie sie im Sport oder im Alltag häufig vorkommen, zeigt die aktuelle Diskussion um ein verpflichtendes Primärarztsystem für gesetzlich Krankenversicherte, das Union und SPD im Koalitionsvertrag vorschlagen, aus Sicht der zuständigen Fachgesellschaft DGOU und der Berufsverbände BDC, BVOU und BNC gravierende Schwächen auf. **Sie warnen eindringlich vor den Folgen eines solchen Systems und fordern, den Direktzugang zu Unfallärztinnen und -ärzten im Gesundheitssystem zu erhalten...**

HIER geht's zur vollständigen Meldung: [www.bdc.de/chirurgische-verbaende-warnen-vor-folgen-eines-verpflichtenden-primararztsystems/](http://www.bdc.de/chirurgische-verbaende-warnen-vor-folgen-eines-verpflichtenden-primararztsystems/)



**CME**  
ARTIKEL  
2 CME PUNKTE

# Aktueller Stand der minimalinvasiven Viszeralchirurgie – Was hat bereits Einzug in den klinischen Alltag erhalten?

Alexander Novotny, Selim Oliver Koca

**BDC**  **AKADEMIE**  
Einfach starten!

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

Der Artikel „Aktueller Stand der minimalinvasiven Viszeralchirurgie“ ist für BDC-Mitglieder drei Monate kostenlos in ihr Konto gebucht! Loggen Sie sich auf [www.bdc-eakademie.de](http://www.bdc-eakademie.de) ein: Einfach starten!



**Korrespondierender Autor:**  
**Prof. Dr. med. Alexander Novotny**  
 Allgemein-, Viszeral- und  
 Gefäßchirurgie  
 Klinikum Freising  
 prof.novotny@klinikum-freising.de



**Dr. med. Selim Oliver Koca**  
 Allgemein-, Viszeral- und  
 Gefäßchirurgie  
 Klinikum Freising  
 kocas@klinikum-freising.de

## HISTORISCHE HINTERGRÜNDE ZUR LAPAROSKOPIE

Die minimalinvasive Chirurgie (MIC) hat in den letzten Jahrzehnten einen revolutionären Wandel in der operativen Medizin eingeleitet. Einen bedeutenden Meilenstein stellt die Laparoskopie dar, deren Anfänge bis ins frühe 20. Jahrhundert zurückreichen. Bereits 1901 führte der deutsche Internist Georg Kelling eine experimentelle Bauchspiegelung (Celioskopie) an einem Hund durch, bei der er die Bauchhöhle durch ein starres Endoskop inspizierte. 1910 unternahm der schwedische Internist Hans Christian Jacobaeus erste laparoskopische Versuche am Menschen. Die Entwicklung war jedoch lange Zeit durch technische Limitierungen und das Fehlen einer adäquaten Bildgebungstechnologie gehemmt.

In den 1960er und 1970er Jahren trieb Kurt Semm, ein deutscher Gynäkologe, die Technik mit der Einführung der CO<sub>2</sub>-Insufflation des Bauchraums weiter voran und standardisierte die Anwendung der Laparoskopie, insbesondere bei gynäkologischen Eingriffen. Seine bedeutendste Leistung war jedoch die erste laparoskopische Appendektomie im Jahr 1980, die einen Paradigmenwechsel in der Chirurgie markierte.

Die Verbreitung der Laparoskopie in der Viszeralchirurgie nahm in den 1990er Jahren rasant zu, vor allem dank der Einführung von Videokameras, die den Chirurg:innen eine klare und vergrößerte Sicht auf das Operationsfeld ermöglichten. Insbesondere die laparoskopische Cholezystektomie setzte sich weltweit als Standardverfahren durch. In den folgenden Jahren kamen immer mehr Eingriffe hinzu, wie laparoskopische Hernienreparationen, Fundoplikationen und Darmresektionen. Diese Entwicklung stellte die Weichen für die moderne MIC, die sich heute durch kontinuierliche technologische Innovationen auszeichnet.

## ADVANCED ENERGY: DISSEKTION UND BLUTSTILLUNG AUF EINEM NEUEN LEVEL

„Advanced Energy“-Technologien haben die Möglichkeiten zur sicheren Dissektion und Blutstillung revolutioniert. Jenseits klassischer mono- und bipolarer Koagulationsverfahren bieten moderne Geräte wie ultraschallbasierte und bipolare Versiegelungssysteme sowie radiofrequenzgestützte Instrumente eine präzise und effiziente Gewebehandhabung.

Durch hochfrequente Vibration von Ultraschallskalpell-Systemen wird Gewebe gleichzeitig geschnitten und Gefäße bis zu einem Durchmesser von 7 mm sicher versiegelt. Diese Technologie minimiert thermische Schäden an umliegenden Strukturen und bietet eine schnelle und nahezu blutungsfreie Dissektion.

Die Weiterentwicklung dieser Technologien hat auch die Effizienz und Sicherheit in schwierigen Operationssituationen, wie bei der Dissektion in entzündlichem oder fibrotischem Gewebe, erheblich verbessert. Gleichzeitig sollen sie dazu beitragen, die Eingriffsdauer zu verkürzen und das postoperative Komplikationsrisiko zu verringern.

Zukünftige Innovationen könnten durch „Smart Feedback“-Systeme, die die Gewebeschaffenheit in Echtzeit analysieren und die Energiezufuhr automatisch anpassen, die Gewebepreparation weiter optimieren.

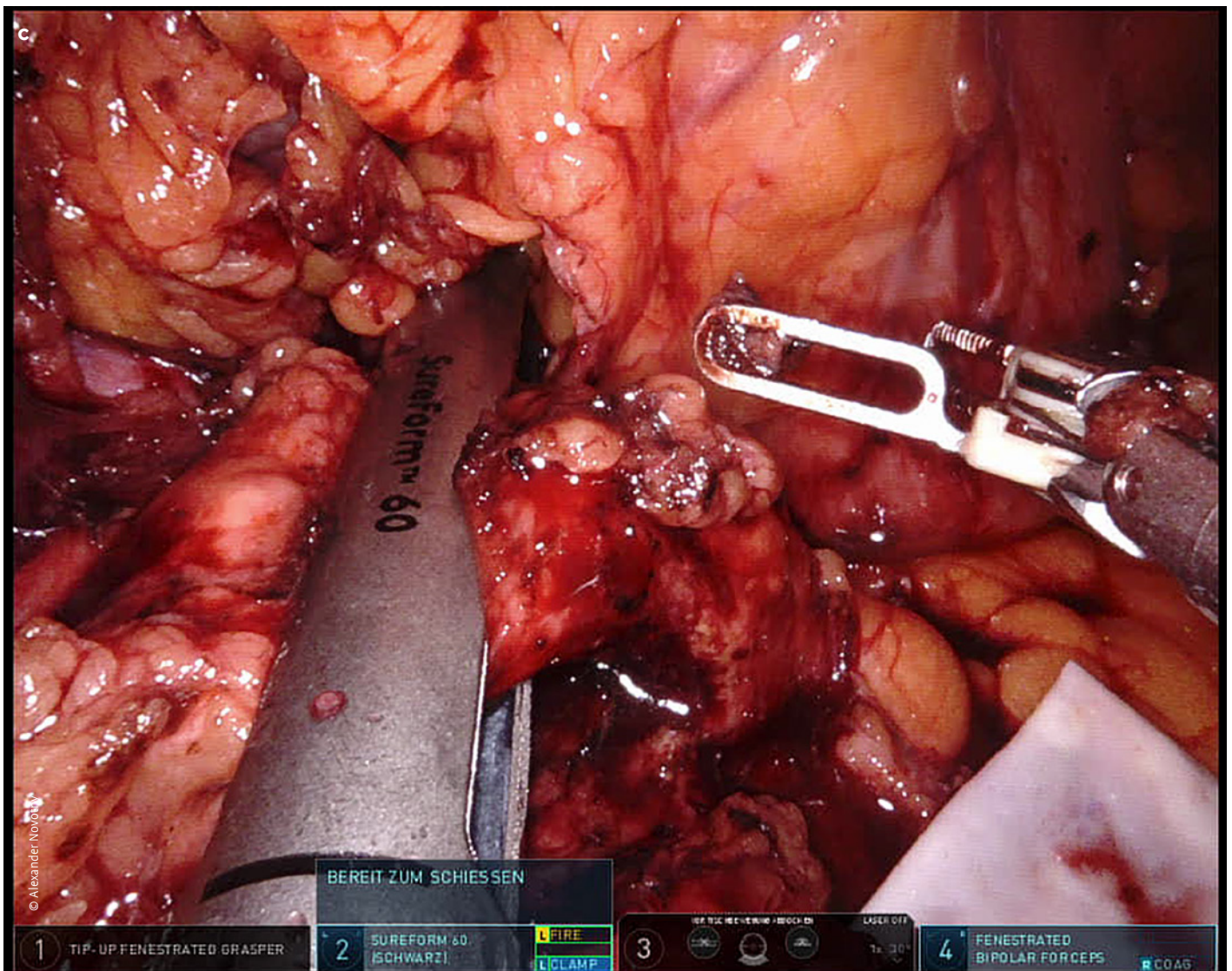
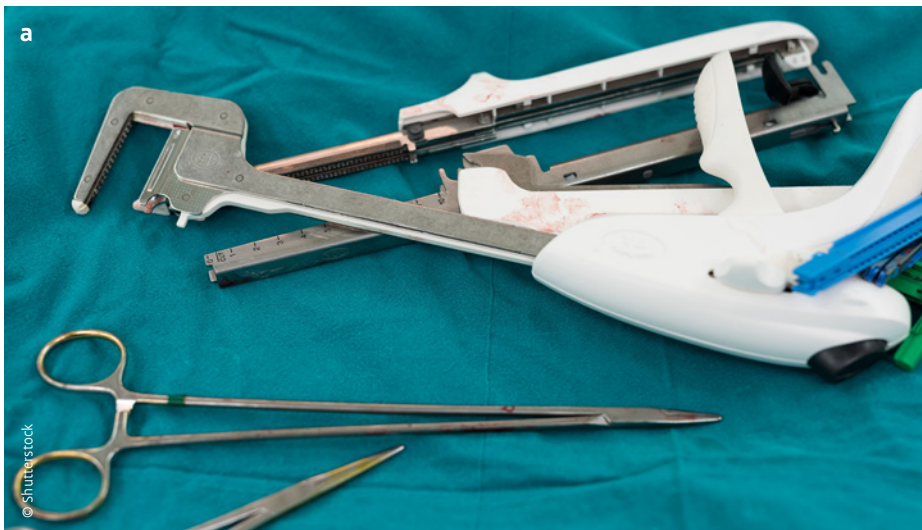
## MINIMALINVASIVE KLAMMERNHAFT: PRÄZISION UND EFFIZIENZ BEI ANASTOMOSEN

Die Klammernaht hat sich als unverzichtbares Verfahren in der MIC etabliert, insbesondere bei der Anlage von Anastomosen in der GI-Chirurgie. Zwei zentrale Systeme sind die linearen Klammernahtgeräte, bekannt als GIA (Gastrointestinal Anastomosis), und die zirkulären Klammernahtgeräte.

Novotny A, Koca SO: CME-Artikel: Aktueller Stand der minimalinvasiven Viszeralchirurgie – Was hat bereits Einzug in den klinischen Alltag erhalten? *Passion Chirurgie*. 2025 Juni; 15(06/Q11): Artikel 03\_01.



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



**Abb. 1 a–c:** a) Lineare Klammernahtgeräte wie sie in der offenen Chirurgie zur Anwendung kommen. b) Laparoskopisch einsetzbarer Smart Stapler mit visuellen und hörbaren Feedback zu unterschiedlichen Gewebestärken (kleiner grüner LED-Bildschirm am Ende des Geräts). Signia™ Powered stapler with Tri-Staple™ technology. c) Robotischer Smart Stapler bei der Transsektion des Pankreashalses i. R. der Linksresektion – schrittweise und dosierte Kompression des Gewebes während des Auslösens.

GIA-Klammernahtgeräte werden hauptsächlich für die lineare Transsektion und Verschluss von Gewebe sowie für die Anlage von Seit-zu-Seit-Anastomosen verwendet. Sie ermöglichen präzise Gewebeschnitte mit gleichzeitiger Applikation von Klammern, was Blutungen minimiert, die Sicherheit erhöht und eine Kontamination des OP-Situs vermeidet. Zirkuläre Klammernahtgeräte hingegen kommen bei der Anlage von End-zu-End- oder End-zu-Seit-Anastomosen zum Einsatz, beispielsweise nach Dickdarmresektionen. Sie arbeiten mit einem zirkulären Mechanismus, der insbesondere bei Anastomosen im kleinen Becken sowie bei transhiataler und transthorakaler Anwendung von Vorteil ist, wo der Raum begrenzt ist.

Die Einführung von „Smart Stapling“-Technologien hat die Klammernaht weiter optimiert, indem Geräte mittels Sensoren Gewebedicke und -spannung in Echtzeit messen und die Klammerapplikation automatisch anpassen.

Die minimalinvasive Klammernaht kann durch diese fortschrittlichen Technologien Präzision, Sicherheit und Effizienz kombinieren und eine Schlüsselrolle bei der Weiterentwicklung der MIC spielen.

### **HD UND UHD – EINE BILDQUALITÄT WIE ZU HAUSE AUF DEM FERNSEHER!**

Die Einführung hochauflösender (HD) und ultra-hochauflösender (UHD) Bildgebungssysteme hat die Visualisierung in der MIC deutlich verbessert. UHD-Systeme liefern eine viermal höhere Auflösung im Vergleich zu HD, wodurch selbst feinste anatomische Strukturen und Gewebedetails sichtbar werden.

Insbesondere Gefäßstrukturen, Nervenbahnen und pathologische Veränderungen, die in herkömmlicher HD-Qualität weniger gut erkennbar sind, werden deutlich besser dargestellt. Diese Systeme verbessern nicht nur die Tiefenschärfe, sondern auch die Farbtreue, was die Identifikation von Gewebetypen erleichtert. Dadurch wird

zum Beispiel die Beurteilung der Resektionsränder oder die Schonung empfindlicher Strukturen deutlich präziser.

Zudem profitieren moderne Bildgebungssysteme häufig von zusätzlichen Features wie HDR (High Dynamic Range), das Kontraste verstärkt und die Sichtbarkeit in schwierigen Lichtverhältnissen optimiert. Die Integration von 3D-Bildgebung in UHD-Systeme verbessert die Tiefenwahrnehmung zusätzlich.

Zukünftige Entwicklungen könnten UHD-Bildgebung mit künstlicher Intelligenz kombinieren, um Bildanalysen in Echtzeit zu liefern und damit die Entscheidungsfindung weiter zu unterstützen.

### **3D-LAPAROSKOPIE: EINE NEUE DIMENSION DER VISUALISIERUNG**

Die Einführung der 3D-Laparoskopie stellt eine weitere Verbesserung in der visuellen Unterstützung minimalinvasiver Eingriffe dar, indem eine verbesserte Tiefenwahrnehmung ermöglicht wird. Dies ist insbesondere bei komplexen Eingriffen von Vorteil, die eine hohe Präzision und komplexe Dissektionen erfordern. Die Technologie verbessert die Hand-Auge-Koordination, verkürzt die Lernkurve für angehende Chirurg:innen und reduziert die Eingriffsdauer sowie die Rate technischer Fehler. Studien haben gezeigt, dass die 3D-Laparoskopie zu einer besseren Ausführung und Präzision bei laparoskopischen Nähten, der Anlage von Anastomosen sowie der Tumorsektion führt.

Der 3D-Laparoskopie kommt die Rolle einer Brückentechnologie zu, da diese bei der roboterassistierten Chirurgie bereits standardmäßig zum Einsatz kommt. Die Zukunft der 3D-Laparoskopie könnte durch die Integration von Augmented Reality (AR) und künstlicher Intelligenz (KI) weiter verbessert werden. Erste Studien evaluieren den Einsatz von AR zur Projektion anatomischer Strukturen, die während der Operation nicht sichtbar sind, wie etwa Nerven oder Gefäße.

### **INDOCYANIN-GRÜN: FLUORESZENZBILDGEBUNG ZUR OPTIMIERUNG DER OPERATIONSSICHERHEIT**

Die Fluoreszenzbildgebung mit Indocyanin-Grün (ICG) hat sich als wertvolles Hilfsmittel in der MIC etabliert. ICG wird intravenös verabreicht und unter speziellem Licht sichtbar gemacht.

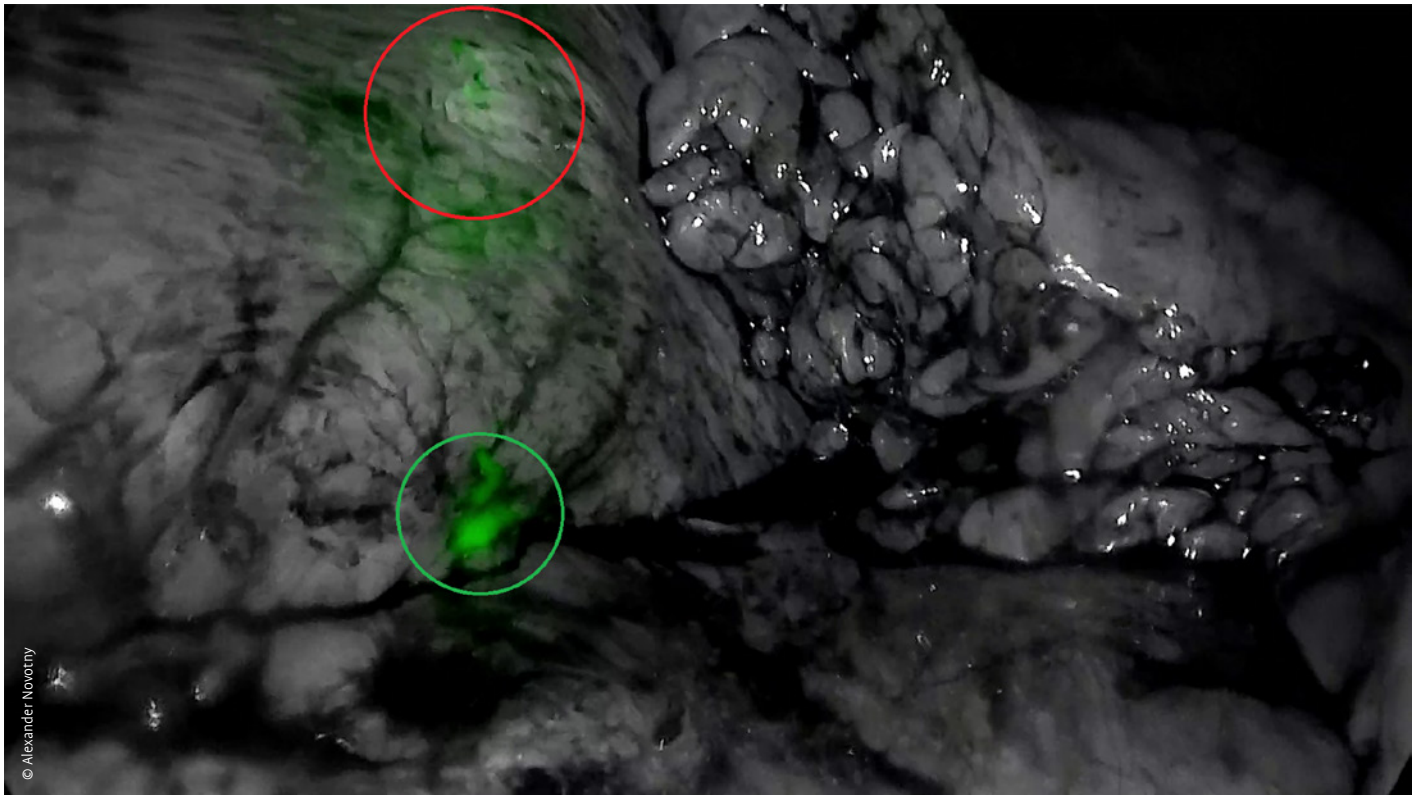
In der Leberchirurgie können die Durchblutung von Lebersegmenten, extrahepatische Gallenwege sowie primäre und sekundäre Tumoren visualisiert werden. In der GI-Chirurgie ermöglicht die ICG eine verbesserte Evaluation der Anastomosen in der Ösophagus- und kolorektalen Chirurgie. Dies kann dazu beitragen, das Risiko von Anastomoseninsuffizienzen zu minimieren, die eine der schwerwiegendsten Komplikationen nach gastrointestinalen Eingriffen darstellen. Bei malignen Befunden lässt sich der Lymphabfluss inkl. Wächterlymphknoten darstellen, was in der onkologischen Chirurgie hilfreich sein kann.

Ein weiteres Einsatzgebiet ist die Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenchirurgie, da mit dieser Methode Nebenschilddrüsen bzw. Nebenschilddrüsenadenome visualisiert werden können.

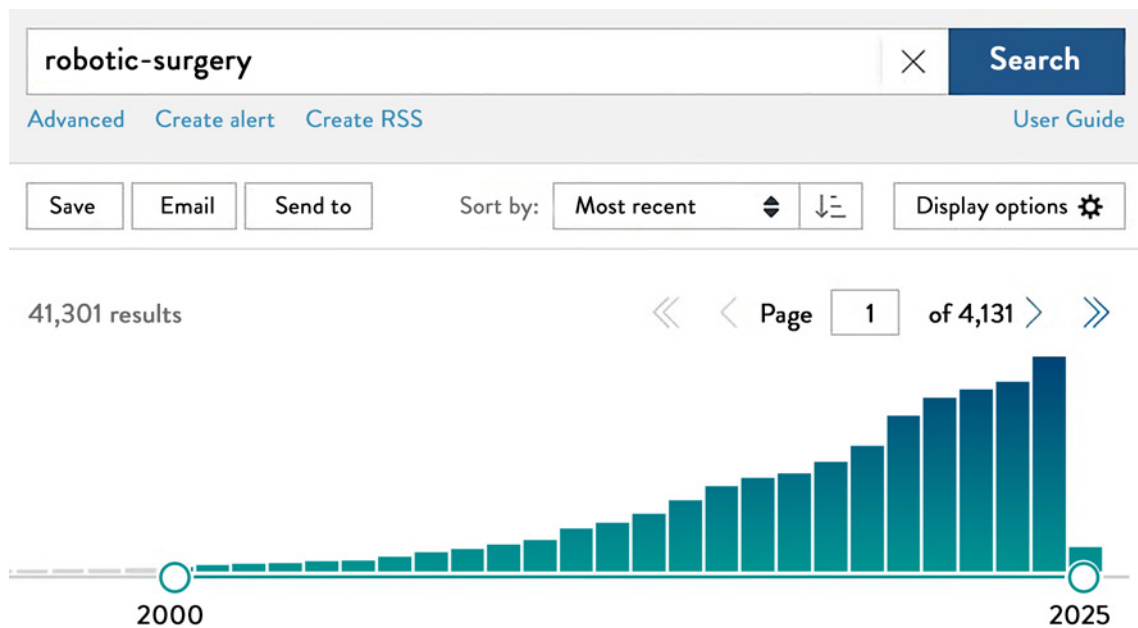
### **ROBOTISCHE CHIRURGIE: PRÄZISION DURCH TECHNOLOGIE**

Die Robotik hat in der Chirurgie einen rasanten Aufstieg erlebt und gehört mittlerweile zu den modernsten Technologien in der MIC. Die aktuell eingesetzten robotischen Systeme ermöglichen Operateur:innen eine präzise, minimalinvasive Durchführung von Eingriffen mit einer Genauigkeit, die mit der konventionellen Laparoskopie nicht zu erreichen ist.

Robotische Systeme bieten mehrere wesentliche Vorteile: Neben einer Verbesserung der Ergonomie eliminieren sie das natürliche Zittern der Hand, bieten eine vergrößerte 3D-Darstellung des Operationfeldes und ermöglichen Bewegungen



**Abb. 2:** Nach endoskopischer submuköser ICG-Injektion in eine großkurvaturseitig gelegene Magenläsion (NET) (rot umrandet) präsentiert sich das Sentinel-Basin hingegen kleinkurvaturseitig (grün umrandet).



**Abb. 3:** Suchergebnisse zu robotischer Chirurgie auf Pubmed von 2000–2024: Die Ergebnisse zeigen, dass diese neue Technologie „gekommen ist, um zu bleiben“.



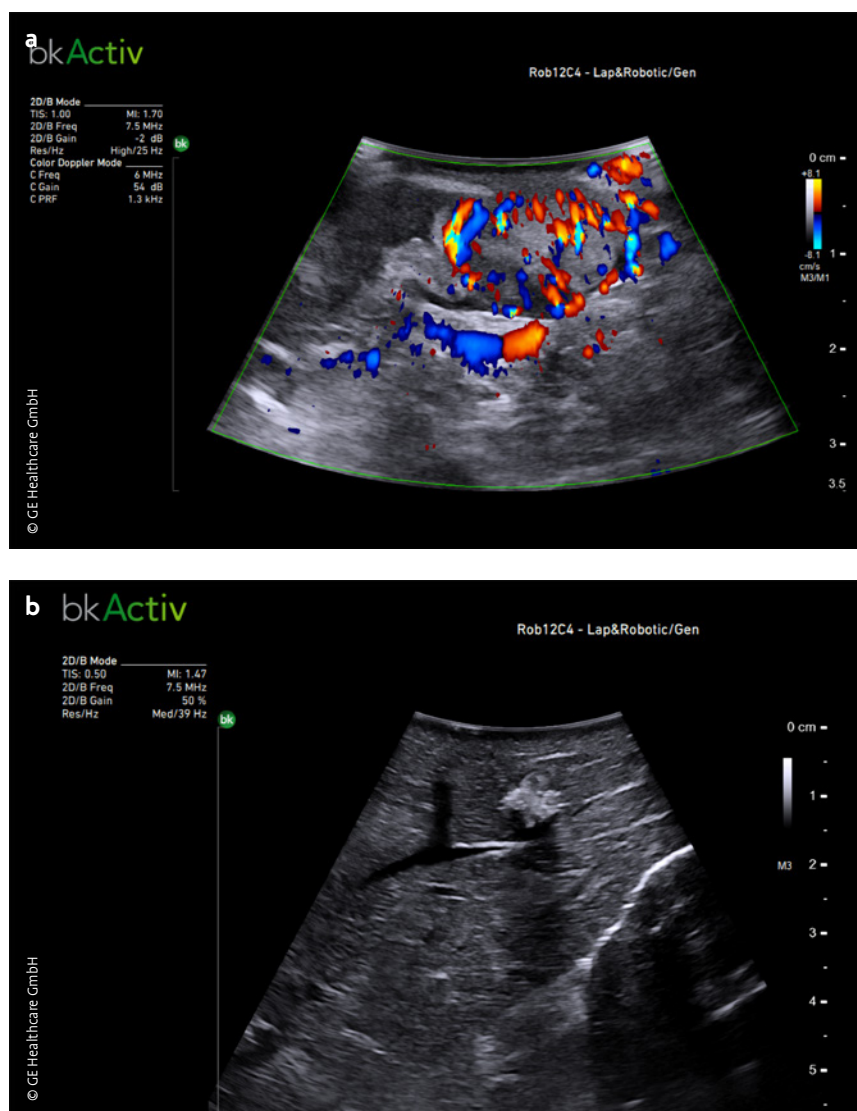
**Abb. 4 a,b:** Die intraoperative Anwendung von Ultraschallgeräten: a) in der offenen, b) in der minimalinvasiven Chirurgie.

mit Freiheitsgraden, die jenen des menschlichen Handgelenks ähnlich sind. Diese technischen Fähigkeiten sind besonders nützlich in der komplexen Viszeralchirurgie, etwa bei Operationen an der Bauchspeicheldrüse, bei komplexen Darmresektionen oder in der onkologischen Chirurgie.

Die erhöhte Beweglichkeit der robotischen Instrumente erleichtert die Dissektion in engen Räumen. Dies ist beispielsweise bei tiefen Rektumresektionen im kleinen Becken von Vorteil, wo eine präzisere Dissektion das anatomiegerechte Operieren erleichtert und das Risiko von Nervenverletzungen minimieren kann, die postoperative Komplikationen wie Harn- und Sexualfunktionsstörungen nach sich ziehen können.

## INTRAOPERATIVER ULTRASCHALL: PRÄZISION DURCH ECHTZEITBILDGEBUNG

Der intraoperative Ultraschall (IOUS) hat sich als unverzichtbares Werkzeug in der MIC etabliert, insbesondere bei komplexen Eingriffen wie der Leber- und Pankreaschirurgie. Durch die direkte Anwendung des Ultraschallkopfes auf das freigelegte Gewebe ermöglicht IOUS eine hochauflösende Echtzeitbildgebung, die präzise Informationen über die anatomische Lage und den Zustand von Organen und Geweben liefert.



**Abb. 5 a,b:** Zwei intraoperative Ultraschallbefunde: a) ein Pankreastumor mit Farbdoppler dargestellt, b) eine hyperechogene Lebermetastase mit dorsaler Schallauslöschung.

Ein bedeutender Vorteil des IOUS ist die Fähigkeit, Tumore, Metastasen oder Gefäßstrukturen zu detektieren, die mit herkömmlichen bildgebenden Verfahren während der Operation schwer zu identifizieren sind. So kann der Chirurg beispielsweise bei einer Leberresektion die genaue Lage und Ausdehnung von Läsionen bestimmen, was zu einer optimierten Planung und Durchführung der Resektion beiträgt.

Zukunftsperspektiven für den intraoperativen Ultraschall liegen in der Kombination mit anderen Technologien wie der 3D-Bildgebung oder der Integration in robotische Systeme.

## FAZIT: DER FORTSCHRITT DER MINIMALINVASIVEN VISZERALCHIRURGIE

Die MIC hat durch technologische Innovationen eine beispiellose Entwicklung erfahren. Die Kombination von 3D-Laparoskopie, Fluoreszenzbildgebung, robotischer Chirurgie und intelligenten elektronischen Geräten hat die Präzision, Sicherheit und Effizienz operativer Eingriffe erheblich gesteigert. Diese Entwicklungen bieten neue Möglichkeiten, komplexe Eingriffe schonender und sicherer durchzuführen, was letztlich Komplikationen reduzieren soll und zu einer schnelleren Genesung der Patient:innen beiträgt.

Zukünftige Trends werden voraussichtlich durch die fortschreitende Integration von KI, Augmented Reality und weiteren smarten Technologien bestimmt sein, mit dem Ziel, den chirurgischen Workflow weiter zu verbessern. Trotz der hohen Anschaffungs- und teilweise auch Unterhaltskosten, sowie der Notwendigkeit, Chirurg:innen kontinuierlich an neuen Systemen zu schulen, wird erwartet, dass sich weiterhin jene Innovationen in der Breite durchsetzen, die dem Anwender (Chirurg:in) einen wahrnehmbaren Mehrwert bieten.

**Die Literaturliste erhalten Sie auf Anfrage via [passion\\_chirurgie@bdc.de](mailto:passion_chirurgie@bdc.de).** 

**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](http://www.bdc-eakademie.de/kurse)

**BDC**  **eAKADEMIE**  
Einfach starten!

# Schaum-Sklerotherapie bei Vena-saphena-parva-Varizen:

## FOVELASS-Studie belegt gute klinische Wirksamkeit<sup>1</sup>

### Verschlussraten und klinische Outcomes

An der 2023 publizierten FOVELASS-Studie hatten insgesamt 161 Erwachsene mit einer Refluxzeit über 0,5 Sekunden (Durchschnittsalter 59 Jahre, 74 % Frauen) teilgenommen, die randomisiert auf zwei gleich große Gruppen verteilt und in elf phlebologischen Zentren entweder mit Schaum-Sklerotherapie oder Laser behandelt wurden. Die Schaum-Sklerotherapie wurde je nach Venenkaliber mit 1 %igem bis 3 %igem Aethoxysklerol® durchgeführt, das unmittelbar vor der Behandlung mit einem geeigneten Spritzensystem aufgeschäumt und unter Ultraschallkontrolle in die Zielvene injiziert wurde. Die endovenöse Laserablation erfolgte mit einem gebräuchlichen Varizen-Laser-System ebenfalls unter Ultraschallkontrolle. Außerdem erhielten die Patienten bei der Laserbehandlung eine Tumescenz-Lokalanästhesie. Nach der initialen Behandlung wurden die Probanden drei Jahre lang nachverfolgt. Als primärer Endpunkt der Studie wurden die Verschlussraten der behandelten Vena saphena parva definiert; sekundäre Ziele waren die Ermittlung und Bewertung der Verträglichkeit beider Verfahren sowie klinischer Outcomes wie der Verbesserung der Symptome, der Lebensqualität sowie Patientenzufriedenheit und Schmerzen während der Behandlung.<sup>2,3</sup>

### Keine Unterschiede bei Symptomscore und Patientenzufriedenheit

Bei den ersten beiden Nachuntersuchungen waren sowohl in der Schaum-Sklerotherapie- als auch Laserablationsgruppe fast alle Patienten frei von Reflux. Beim dreijährigen Follow-up zeigte die endovenöse Laserablation zwar bessere Verschlussraten (97 % der Varizen waren noch komplett oder teilweise verschlossen gegenüber 83 % bei der Sklerotherapie); die klinischen Erfolge waren aber bei beiden Verfahren vergleichbar gut. Keine Unterschiede ließen sich etwa bei der Häufigkeit sichtbarer Varizen und bei der Verbesserung von Symptomen sowie der Lebensqualität konstatieren. Die mittleren Patientenzufriedenheitswerte betrugen bei der Schaum-Sklerotherapie nach 3 Jahren 93 %, worin die Autoren einen Beleg für die hohe Wirksamkeit der Schaum-Sklerotherapie sehen. Es traten keine schwerwiegenden oder behandlungsbedürftigen Nebenwirkungen auf.

*Eine häufige Ursache von Varizen ist eine pathologisch veränderte Vena saphena magna. In 10 bis 20% der Fälle lassen sich die Venenprobleme indes auf eine isolierte Insuffizienz der Vena saphena parva zurückführen.<sup>2,3</sup> Die vom Fuß bis zur Kniekehle verlaufende Stammvene unterscheidet sich anatomisch erheblich von ihrem größeren und längeren Pendant. Wegen ihrer Nähe zu Nerven und Arterien stellt ihre Behandlung eine besondere Herausforderung dar. Anders als bei der Vena saphena magna gibt es zur Therapie der Vena saphena parva bis dato wenig Studien. Um diese Informationslücke zu schließen, haben Wissenschaftler in Zusammenarbeit mit der Französischen Gesellschaft für Phlebologie nunmehr die ultraschallgesteuerte Schaum-Sklerotherapie und die endovenöse Laserablation in der FOVELASS-Studie (FOam Versus LAser in the SSV) gezielt miteinander verglichen. Welche zahlreichen Vorteile die Schaum-Sklerotherapie bieten kann, erfahren Sie hier.*

### Deutlich geringere Schmerzen und Kosten bei Schaum-Sklerotherapie

Alles in allem decken sich die Erkenntnisse der FOVELASS-Studie mit denen anderer großer Untersuchungen zur Effektivität der Schaum-Sklerotherapie und endovenösen Laserablation bei Stammvarikose.<sup>2,3</sup> Speziell die Schaum-Sklerotherapie stellte außerdem erneut ihre Schmerzarzmut unter Beweis: Hier lag der mediane Score in der ersten Woche nach der Behandlung bei 3 und bei 13 für die Laserablation. Tatsächlich erwies sich die Sklerotherapie erneut als so patientenschonend, dass bei keinem der Probanden eine anschließende Krankschreibung erfolgte. Als weitere Vorteile der Schaum-Sklerotherapie wurden ihre einfache Anwendbarkeit und Vielseitigkeit genannt, die es selbst kleineren Praxen und Kliniken erlauben, mit geringem apparativem, personellem und finanziellem Aufwand alle Formen von Varizen zu behandeln – von Stamm- und Seitenast- über Rest- und Rezidivarizen bis hin zu stark geschlängelten Venen, bei denen die Laserablation schwierig ist. Die von den französischen Autoren veröffentlichten konkreten Kosten der Schaum-Sklerotherapie lagen in der FOVELASS-Studie deutlich unter denen der endovenösen Laserablation (105,46 EUR versus 1.270,34 EUR pro Patienten). Fazit der Experten: Abhängig von dem Durchmesser der Venen und den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen stellt die Schaum-Sklerotherapie immer eine interessante Behandlungsoption dar und zeigt bei Vena-saphena-parva-Varizen nach 3 Jahren ebenso gute klinische Ergebnisse und eine gleich hohe Patientenzufriedenheit wie die endovenöse Laserablation.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hamel-Desnos C. Contemporary management of incompetence of the small saphenous vein in the light of the recent results of the FOVELASS study. JMV-Journal de Médecine Vasculaire. Volume 48, Issues 5–6, November–December 2023, Pages 194–198.

<sup>2</sup> Gerard J-L. Small saphenous vein interventional treatment. Phlebology 2017;24(3):119–129.

<sup>3</sup> Whing J et al. Interventions for great saphenous vein incompetence. Cochrane Database Syst Rev. 2021 Aug 11;8(8):CD005624.



AKADEMIE AKTUELL

# Kompetenzbasierte Weiterbildung

Johanna Ludwig

**S**tellen Sie sich eine Chirurgin vor, die im Laufe ihres Berufslebens 10.000 Operationen durchführt – und dieses Wissen an zehn weitere Chirurg:innen weitergibt, die wiederum je 10.000 Eingriffe verantworten. Was hier geschieht, ist nicht nur Wissensvermittlung – es ist Multiplikation von Versorgungsqualität. Weiterbildung ist keine Nebensache. Sie ist der stille Motor unserer Gesundheitsversorgung. Und dieser Motor läuft zunehmend unrund.

## DIE HERAUSFORDERUNGEN: WEITERBILDUNG UNTER DRUCK

In der täglichen klinischen Realität steht die Weiterbildung unter Dauerstress. Zeitmangel, wirtschaftlicher Druck, Personalknappheit – und ein System, das Verantwortung delegiert, ohne Ressourcen mitzuliefern. Die Einführung des DRG-Systems hat die Ökonomie in den Vordergrund gerückt.

Weiterbildung, die Zeit kostet, wird zum Verlustgeschäft. OP-Zeiten verlängern sich bei Weiterzubildenden – das wirkt sich unmittelbar auf Erlöse aus. Weiterbildung wird zur Belastung.

Diese Last tragen meist die Weiterbildenden, auf deren Schultern Supervision und Lehre ruhen – oft ohne Unterstützung, ohne Struktur, ohne Anerkennung. Konflikte entstehen. Nicht weil die Beteiligten es nicht wollen, sondern weil das System versagt. Die Konsequenz: Weiterbildung wird zum Reibungspunkt – obwohl sie unser größtes Kapital sein könnte.

Während wir medizinische Behandlungen auf solide Evidenz gründen, bleibt die ärztliche Weiterbildung oft bemerkenswert unreflektiert. Doch benötigt evidenzbasierte Medizin nicht auch evidenzbasierte Weiterbildung?



**Dr. med. Johanna Ludwig, MSc**  
BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin  
gGmbH  
Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie  
Fachärztin für Orthopädie und  
Unfallchirurgie  
MSc Surgical Science and  
Practice, University Oxford  
mail@johannaludwig.com

## DAS KONZEPT: KOMPETENZBASIERT BEDEUTET MEHR ALS NEUE BEGRIFFE

Kompetenzbasierte Weiterbildung ist kein Modetrend – sie ist die evidenzbasierte Weiterentwicklung ärztlicher Lehre in einer komplexer werdenden Welt. Sie bedeutet nicht nur, „Zahlen“ in Logbüchern durch „Handlungskompetenzen“ zu ersetzen. Sie fragt: Was müssen Ärztinnen und Ärzte wirklich können, um verantwortungsvoll, sicher und patientenzentriert zu handeln?

Sie rückt die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt. Kompetenzen sind dabei mehrdimensional – sie verbinden Wissen, Fertigkeiten, Haltung. Ärztliche Identität wird nicht nur durch Fachwissen und operatives Können geprägt, sondern durch Kommunikationsfähigkeit, Teamarbeit, Führungsverantwortung, professionelle Haltung.

## DIE UMSETZUNG: VOM ANSPRUCH IN DEN ALLTAG

Doch wie kommt man vom Konzept zur Realität? Das Buch „Kompetenzbasierte Weiterbildung“ setzt hier an. Es ist ein Handbuch, ein Werkzeugkasten, ein Impulsgeber – und vor allem: praxisnah.

Es zeigt, wie man ein Weiterbildungscurriculum schreibt, das nicht in der Schublade verschwindet, sondern im OP, in der Visite, im Notfall funktioniert. Es erklärt, wie man Jahresgespräche zu echten Entwicklungsgesprächen macht, Feedback als Wachstumsinstrument nutzt und trotz Zeitdruck Lernräume schafft – auch bei Operationen. Es beschreibt, wie eine gelebte Weiterbildungskultur entstehen kann, die wertvoll für alle Beteiligten ist.

Weiterbildung soll wieder Spaß machen, inspirieren, begleiten, beflügeln. Dieses Buch lädt ein, genau das neu zu entdecken.

## FAZIT: WEITERBILDUNG IST MACHT

Weiterbildung beeinflusst jede einzelne Patientenbehandlung. Sie ist damit eines der mächtigsten Instrumente unseres Gesundheitssystems. Sie braucht den Stellenwert, den sie verdient – strukturell, kulturell und fachlich – dann stärkt sie ärztliche Exzellenz, die nicht zufällig entsteht, sondern durch Weiterbildung bewusst und gezielt gefördert wird.

Kompetenzbasierte Weiterbildung ist der Weg dorthin. Lassen Sie uns gemeinsam beginnen. 



**Kompetenzbasierte Weiterbildung**  
Ludwig, Johanna (Autor), Schorlemmer, Julia (Autor)

Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH  
2025, 1. Auflage, 39,00 Euro  
ISBN: 9783437210273

**Beim Verlag bestellen:**



Ludwig J: Kompetenzbasierte Weiterbildung.  
Passion Chirurgie. 2025 Juni; 15(06/Q11):  
Artikel 04\_01.



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

# 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](http://www.springermedizin.de/bdc)

Sonderpreis  
für BDC-  
Mitglieder



## SAFETY CLIP

# Verbesserung und Darstellung der OP-Sicherheit durch einen Patientensicherheitsindex

## TEIL 1: GRUNDLAGEN UND THEORETISCHE ANSÄTZE

Marsha Fleischer

**D**er Operationssaal (OP) ist zweifellos das Herzstück eines jeden Krankenhauses. Ebenso wie das Herz im Körper präzise und rhythmisch schlagen muss, bedarf auch der OP einer präzisen und optimal abgestimmten Prozessführung, um Menschen am Leben zu halten. Wie sicher die OP-Organisation dies im Krankenhausalltag gewährleistet, lässt sich

mittels eines Patientensicherheitsindex messen.

### DEFINITION „PATIENTENSICHERHEITSINDEX“

Der Patientensicherheitsindex ist ein Instrument zur Bewertung des klinischen Risikomanagements in medizinischen

**Marsha Fleischer**

Risikoberaterin, Business-Risikomanagerin,  
Qualitätsmanagerin  
GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung  
mbH  
Ecclesiastraße 1 – 4  
32758 Detmold  
marsha.fleischer@grb.de

Einrichtungen. Er basiert auf einem Risiko- und Sicherheitsaudit, das spezifische Präventionsmaßnahmen zur Vermeidung von Risiken und Fehlern anhand von patientennahen Prozessen überprüft. Der Indexwert wird anhand einer Skala von 0 bis 100 Punkten dargestellt. Er kann als hohes, mittleres oder niedriges Sicherheitsniveau interpretiert werden. Der Patientensicherheitsindex ermöglicht es Einrichtungen, potenzielle Risiken frühzeitig zu erkennen, proaktiv Maßnahmen zur Risikominderung zu ergreifen und das Sicherheitsniveau für Patienten zu verbessern. Darüber hinaus kann er die Wirtschaftlichkeit und das Marketing von Einrichtungen beeinflussen, indem er Haftungsansprüche und die damit verbundenen Kosten reduziert und das Vertrauen der Patienten stärkt.

### RELEVANZ – SOWOHL INTERN ALS AUCH EXTERN

Die Anzahl der OP-Säle sowie operierender Fachdisziplinen, die unterschiedlichsten OP-Techniken und dazu die verschiedensten Berufsgruppen, die im OP-Tätigkeiten ausüben, haben Einfluss auf einen sicheren, reibungslosen OP-Ablauf. Nur wenn alle Prozesse in richtiger Art und Weise ineinandergreifen und alle an den Prozessen Beteiligten zusammenspielen, steht am Ende ein positiver Behandlungserfolg; letzteres wird mit dem Patientensicherheitsindex transparent gemacht.

Wenn es zu einem Schaden kommt, zum Beispiel durch eine Verkettung ungünstiger Umstände, kommt der Haftpflichtversicherer ins Spiel. Er übernimmt das finanzielle Risiko im Falle eines Schadenereignisses. Folglich ist daher nicht nur das Management eines Krankenhauses daran interessiert, eine hohe Patientensicherheit zu gewährleisten. Auch die Risikoträger für Haftpflichtversicherungen haben gezieltes Interesse an einem gut funktionierenden Risiko- und Patientensicherheitsmanagement, damit möglichst wenig passiert.

**Wichtig zu wissen: Der Patientensicherheitsindex bietet die Möglichkeit, ein hohes Sicherheitsniveau eines Krankenhauses auch dem Haftpflichtversicherer gegenüber deklariert darzulegen.**

### GRUNDVORAUSETZUNG

Die essenzielle Voraussetzung für die Berechnung eines Patientensicherheitsindex in einem Krankenhaus liegt im klaren Auftrag der Krankenhausleitung. Dieser Auftrag manifestiert sich in der Bereitschaft, sich kritisch zu hinterfragen und den Wert darin zu erkennen, einen umfassenden Einblick in das bestehende Sicherheitsniveau der klinisch relevanten Kernprozesse zu gewinnen sowie entsprechende Maßnahmen dafür abzuleiten. Bereits im Jahr 2014 erklärte der Gemeinsame Bundesausschuss das Risikomanagement zur zentralen Führungsaufgabe und betonte die Notwendigkeit regelmäßiger Sicherheitsanalysen und -audits [2].

**Merke: Patientensicherheit ist Führungsaufgabe.**

### BESTIMMUNG DES PATIENTENSICHERHEITSINDEX IM KLINISCHEN RISIKOMANAGEMENT-PROZESS

Die Bestimmung des Patientensicherheitsindex basiert auf den Elementen des klinischen Risikomanagementprozesses:

1. **Risikoidentifikation:** Identifizierung von Sicherheitsrisiken
2. **Risikoanalyse:** Ermittlung der Ursachen von Risiken und fehlerbegünstigenden Faktoren
3. **Risikobewertung:** Bewertung der identifizierten Sicherheitsrisiken anhand Schadenausmaß und Eintrittswahrscheinlichkeit

Fleischer M: Safety Clip: Verbesserung und Darstellung der OP-Sicherheit durch einen Patientensicherheitsindex – Teil 1: Grundlagen und theoretische Ansätze. *Passion Chirurgie*. 2025 Juni; 15(06/Q11): Artikel 04\_02.



Weitere Artikel zur Patientensicherheit finden Sie auf BDC|Online ([www.bdc.de](http://www.bdc.de)), Rubrik Wissen | Qualität & Patientensicherheit | Safety Clip.

4. **Risikobewältigung:** Entwicklung und Implementierung von Präventionsmaßnahmen
5. **Risikokontrolle:** Überprüfung installierter Maßnahmen zur Risikominimierung hinsichtlich ihrer Wirksamkeit

## RISIKOIDENTIFIKATION

Zu Beginn steht die Risikoidentifikation. Zur Risikoidentifikation können beispielsweise potenzielle Risiken anhand von

Schadenfällen beziehungsweise Behandlungsfehlervorwürfen abgeleitet werden. Ein konkretes Beispiel ist der nachgestellte Fall eines 49-jährigen Mannes mit langjährigen Kniebeschwerden. Der Mann stellt sich zur Arthroskopie des linken Knies im Krankenhaus vor.

## RISIKOANALYSE

Die Risikoanalyse beinhaltet die Untersuchung der Ursachen von Risiken und

fehlerbegünstigenden Faktoren. Im vorliegenden Fall war die Verwechslung der Operationsseite aufgrund einer falschen Kennzeichnung ein zentraler Fehler beziehungsweise das zentrale Ereignis. Anstelle links wurde das rechte Knie mit einem Kreuz versehen. Die fehlerbegünstigenden Faktoren lassen sich gemäß dem Ishikawa-Diagramm wie folgt ableiten:

### Falsches Knie arthroskopiert

Ein 49-jähriger Mann hat seit drei Jahren Beschwerden im Knie. Bei der Vorstellung im Krankenhaus spricht er mit dem Operateur über die Arthroskopie und willigt in den Eingriff am linken Knie ein. Er wird von der Anästhesie prämediziert. Zwei Wochen später stellt er sich leicht verspätet morgens im Bereich der chirurgischen Station zur stationären Aufnahme vor. Die Pflegekraft erledigt alle administrativen Tätigkeiten und dokumentiert diese sowie relevante Punkte zur OP-Vorbereitung in der präoperativen Checkliste. Der Patient erhält OP-Kleidung, zieht sich um und schließt seine privaten Gegenstände in einen Schrank ein. Er legt sich in sein Bett und wird sofort darauf vom Patiententransportdienst in den OP gefahren.

An der Patientenschleuse sind um diese Zeit vier Patienten gleichzeitig eingetroffen. Der Patient muss kurz warten, dann wird er nach seinem Namen gefragt und welche Seite operiert werden soll. Die Seitenkennzeichnung erfolgt durch den Operateur direkt in der Einschleusung. Es folgen die Umlagerung auf den OP-Tisch, die Narkoseeinleitung und die Arthroskopie im OP-Saal. Im Aufwachraum erwacht er später und wird zur weiteren Überwachung zurück in den Bereich der chirurgischen Station gebracht. Nach etwa zwei Stunden kommt ein ihm bisher unbekannter Chirurg, um den Befund der Untersuchung vor Entlassung zu erläutern. Er entschuldigt seinen ärztlichen Kollegen, der wegen Krankheit die Arthroskopie des Knies nicht selbst vornehmen konnte. Im Entlassgespräch stellt sich heraus, dass das falsche Knie arthroskopiert wurde, weil es falsch gekennzeichnet war.

Anhand des Fallbeispiels kann das Risiko „Verwechslung“ – hier „falsche Seitenkennzeichnung“ identifiziert werden.

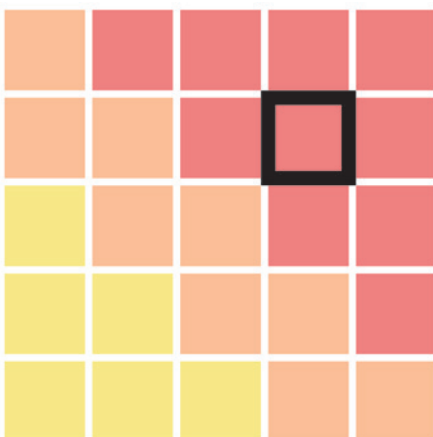


Abb. 1: Ishikawa-Diagramm

Tab. 1: Fehlerbegünstigende Faktoren nach Ishikawa-Methodik

| Fehlerbegünstigende Faktoren | Abgeleitete Nebenursachen                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Organisation, Management     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Zeitgleiches Einbestellen von Patienten in der OP-Einschleusung.</li> <li>Kennzeichnung der OP-Seite erst in der Schleuse.</li> </ul>                                                                                                 |
| Mitarbeitende, Teamarbeit    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Operateur kennt den Patienten nicht.</li> <li>Übergabe des Patienten durch Mitarbeitende des Transportdienstes.</li> <li>OP-Sicherheitscheckliste und vorliegende Patientenunterlagen scheinbar nicht ausreichend geprüft.</li> </ul> |
| Patient                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Durch Verspätung des Patienten am Morgen kommt Hektik zum Tragen. Patient selbst nimmt falsche Kennzeichnung nicht wahr.</li> </ul>                                                                                                   |
| Material                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Präoperative Checkliste nicht Teil der OP-Sicherheitscheckliste.</li> </ul>                                                                                                                                                           |
| Messung, Kontrolle           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Keine Identifikation der falsch angebrachten Seitenkennzeichnung während der Anästhesieeinleitung oder im OP im Rahmen des Team-Time-outs.</li> </ul>                                                                                 |

**Tab. 2:** Kategorisierung Schadensschweregrad

| Kategorie    | Interpretation                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| unbedeutend  | Vorkommnis ohne Folgen (zum Beispiel leichter Fehler in der Patientendokumentation (falsches Datum), der jedoch sofort erkannt und korrigiert wird, bevor er Auswirkungen auf die Behandlung des Patienten hat)                                       |
| gering       | Gesundheitsschaden mit vorübergehenden Folgen (zum Beispiel akute Schmerzen, vorübergehende Einschränkungen in der Beweglichkeit)                                                                                                                     |
| spürbar      | Gesundheitsschaden mit dauerhaften Folgen ohne relevante Einschränkungen im Alltag (zum Beispiel chronische Schmerzen, dauerhafte Einschränkungen in der Beweglichkeit)                                                                               |
| kritisch     | Schwerer Gesundheitsschaden mit in der Regel dauerhaften Folgen, die mit relevanten Einschränkungen im Alltag einhergehen, die jedoch ohne Hilfe Dritter bewältigt werden können (zum Beispiel massiver Organ- oder Nervenschaden, Lähmungen, Sepsis) |
| katastrophal | Schwerer Gesundheitsschaden mit dauerhaften Folgen und erforderlicher täglicher Hilfe Dritter im Alltag (dauerhafte Pflegebedürftigkeit, zum Beispiel hypoxischer Hirnschaden, Wachkoma) oder Tod                                                     |

## RISIKOBEWERTUNG

Die Bewertung der identifizierten Sicherheitsrisiken erfolgt analog der ÖNORM D 4901:2021 (nationale österreichische Norm). Für die Interpretationen von Schadenausmaß beziehungsweise Schadensschweregrad und Eintrittswahrscheinlichkeit werden Erfahrungen aus einer der größten Heilwesen-Schadendatenbank im deutschsprachigen Raum zugrunde gelegt. Auf Grundlage dieser Datenbank können allgemeingültige Aussagen, d. h. Risiken in medizinischen Einrichtungen und deren Auswirkung – Schaden- und Eintrittswahrscheinlichkeit – zweifellos abgeleitet werden.

Das Risiko der Verwechslung der Operationsseite im Fallbeispiel kann nach den Kategorien Schadensschweregrad und Eintrittswahrscheinlichkeit bewertet werden. Die Visualisierung erfolgt mittels Risikoportfolio, das die Bedeutung des Risikos anhand von Schadenausmaß und Eintrittswahrscheinlichkeit darstellt.

Die Einstufung im Risikoportfolio bedeutet für die Initiierung von Verbesserungsmaßnahmen folglich:

- **Rot:** Das Risiko ist nicht vertretbar und nicht tolerierbar. Es erfordert unverzügliche Maßnahmen.
- **Gelb:** Das Risiko steht unter besonderer Beobachtung und erfordert zeitnahe Maßnahmen.

- **Grün:** Das Risiko bietet Potenzial zur Verbesserung der Sicherheit und erfordert mittelfristige Anpassungen.

Wichtig bei der Bewertung ist: Die Bewertung von Risiken basierend auf Schadenausmaß beziehungsweise Schadensschweregrad und Eintrittswahrscheinlichkeit kann variieren. Sie hängt davon ab, welche Personen / Berufsgruppen diese Bewertung vornehmen. Es wird deshalb empfohlen, die Risikobewertung anhand des Worst-Case-Szenarios durchzuführen. Dabei wird der schlimmstmögliche, jedoch noch glaubwürdige Fall betrachtet. Eine solche Extremsituation kann Führungskräfte und die Organisation erheblich beeinträchtigen (ÖNORM D 4901:2021).

## BEWERTUNGSBEISPIELE

### AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT (APS):

Das identifizierte Risiko einer „Verwechslung/falsche Seitenkennzeichnung“ fällt eindeutig in die Kategorie der sogenannten Never Events. Never Events sind schwerwiegende Ereignisse, die als vermeidbar gelten. Nach den zuvor beschriebenen Kategorien von Schadensschweregrad und Eintrittswahrscheinlichkeit ist das Risiko eines jeden Never Events im übertragenen Sinn mit katastrophal und sehr selten einzustufen. Dies gilt somit auch für das identifizierte Risiko des

**Tab. 3:** Kategorisierung Eintrittswahrscheinlichkeit

| Kategorie        | Interpretation                                   |
|------------------|--------------------------------------------------|
| unwahrscheinlich | seltener als alle fünf Jahre                     |
| sehr selten      | alle zwei bis fünf Jahre                         |
| seltener         | häufiger als alle zwei Jahre bis einmal pro Jahr |
| möglich          | häufiger als einmal bis zweimal pro Jahr         |
| häufig           | häufiger als zweimal pro Jahr                    |

Fallbeispiels „Verwechslung/falsche Seitenkennzeichnung“. Gemäß der Definition des APS handelt es sich bei dem Never Event um „Eine Operation oder andere invasive Prozedur, die am falschen Patienten oder an der falschen Stelle des Körpers begonnen wird bzw. von der eigentlich vereinbarten Intervention abweicht. Dies gilt unabhängig davon, ob der Irrtum während der Intervention oder erst danach entdeckt wird.“ [2]

## ARZTHAFTPFLICHTJURISTEN

Arzthaftpflichtjuristen, die eine der umfangreichsten Schadendatenbanken in Deutschland betreuen, sind in der Lage, das Risiko basierend auf ihrer Fachexpertise und den Erkenntnissen aus eingehenden Ansprüchen zu beurteilen. Bei der Ermittlung von unbekannten Werten kann die unabhängige Einschätzung von Experten und die anschließende Mitteilung der Ergebnisse mittels modifiziertem Delphi-Verfahren die genaueste Annäherung an den wahren Wert ermöglichen [1]. Das Risiko „Verwechslung/falsche Seitenkennzeichnung“ wurde von den Arzthaftpflichtjuristen als kritisch und möglich bewertet. Diese Bewertung basiert auf Erfahrungswerten hinsichtlich des Outcomes von gemeldeten Schadenereignissen und stellt einen Durchschnittswert dar.

## KRANKENHAUS

Auch Krankenhäuser können ihre Risiken selbstständig bewerten. In Krankenhäusern sollten identifizierte Risiken individuell beurteilt werden, basierend auf Erkenntnissen

aus verschiedenen Risikomanagement-Instrumenten wie Schadenauswertungen, Audits, Critical Incident Reporting System (CIRS), Beschwerdemanagement und anderen. Ein Auswertungsteam, zusammengesetzt aus Mitarbeitenden des Qualitäts- und Risikomanagements, ärztliche und pflegerische Vertreter eines Krankenhauses stuften beispielsweise das Risiko „Verwechslung / falsche Seitenkennzeichnung“ als katastrophal und selten ein.

Ein Vergleich der drei oben dargestellten Bewertungen durch unterschiedliche Fachexpertisen zeigt, dass das Risiko „Verwechslung/falsche Seitenkennzeichnung“ unabhängig voneinander in allen Risikoportfolios im roten Bereich eingestuft würde.

## RISIKOBEWÄLTIGUNG

Um das Risiko einer Verwechslung oder falschen Seitenkennzeichnung wie im Fallbeispiel beschrieben zu minimieren, sind gezielte Maßnahmen zur Verbesserung und Prävention unerlässlich. Zielorientierte Maßnahme lassen sich am besten aus den Fehlerursachen ableiten.

Aus den unter **Risikoanalyse** herausgearbeiteten Ursachen und fehlerbegünstigenden Faktoren ergeben sich zum Beispiel folgende Präventionsmaßnahmen:

- Patienten erhalten unmittelbar bei stationärer Aufnahme oder vor ambulanten operativen Eingriffen ein Patientenarmband mit deutlich sichtbaren, dauerhaften personenbezogenen Daten.
- Die Markierung des Operationsgebietes erfolgt durch den Operateur, den aufklärenden Arzt oder ein erfahrenes Mitglied des Behandlungsteams.
- Bei Patiententransporten werden Identifizierungsmerkmale überprüft, indem Daten des Patientenarmbands mit den Angaben des Patienten sowie der Patientenakte abgeglichen werden.
- Die Übergabe des Patienten an das OP-Team erfolgt durch qualifiziertes Personal.
- Die Verantwortlichkeiten für Kontrollschritte während der Einschleusung werden eindeutig festgelegt und in der OP-Checkliste dokumentiert.
- Es findet ein persönliches Übergabegespräch statt und mitgelieferte Unterlagen werden auf Vollständigkeit überprüft.
- Der Patient nennt auf Aufforderung Name und Geburtsdatum zur Identitätsprüfung.
- Eine bedarfsgerechte OP-Sicherheits-Checkliste, einschließlich eines präoperativen Checks, wird verwendet, die sich an anerkannten Empfehlungen orientiert.

- Patienten tragen bei der Einschleusung in den OP ein Namensband, das von OP-Mitarbeitern aktiv kontrolliert wird.
- Zur Vermeidung von Verwechslungen des Operationsgebietes kommt ein einheitliches Kennzeichnungssystem zum Einsatz, das schriftlich hinterlegt ist.
- Es wird sich strikt an die Vorgaben zur Seitenkennzeichnung im OP gehalten und bei Unklarheiten werden diese vor dem Schnitt geklärt.
- Ein routinemäßiges „Team-Time-Out“ mit standardisierten Abfragepunkten unmittelbar vor dem Schnitt ist etabliert.
- Der Operateur kennt den Patienten.

## RISIKOKONTROLLE

Ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess im Risikomanagement ist entscheidend, um die Effektivität implementierter Sicherheitsmaßnahmen zu gewährleisten und die Patientensicherheit zu optimieren. Die Risikokontrolle spielt dabei eine zentrale Rolle. Sie stellt sicher, dass installierte Präventionsmaßnahmen kontinuierlich auf die Umsetzung in der Praxis, aber auch auf ihre Richtigkeit und Wirksamkeit hin überprüft werden. Die Präventionsmaßnahmen sollten dabei einen hohen Grad an objektiver Überprüfbarkeit aufweisen.

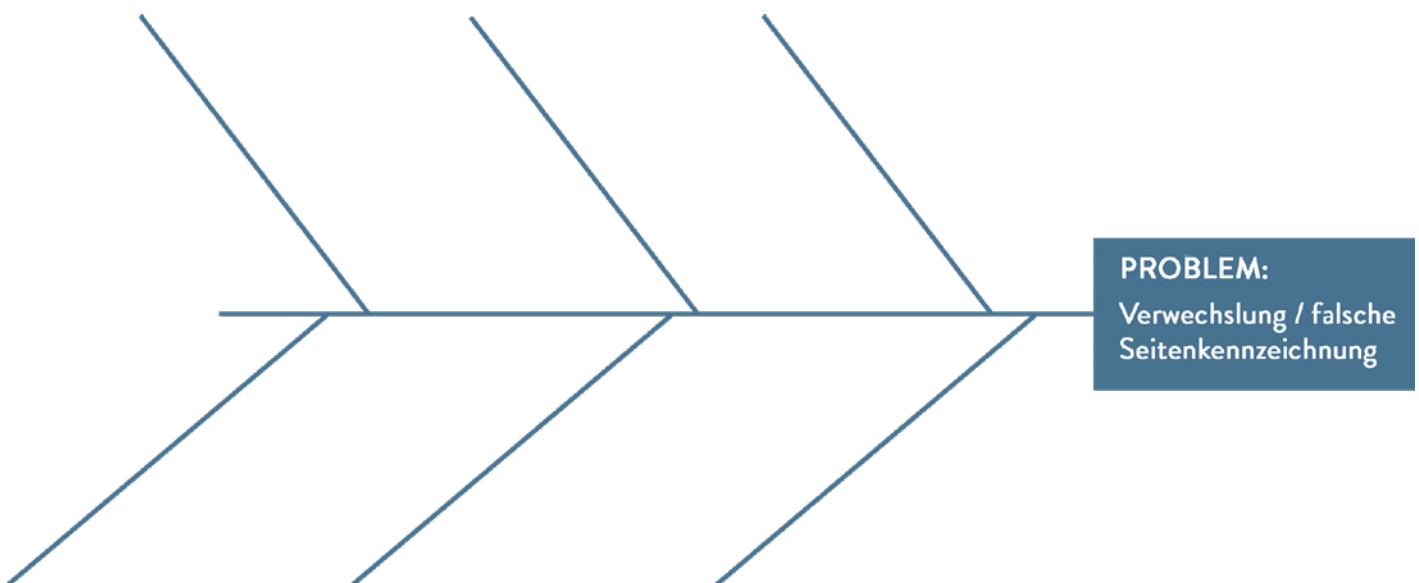


Abb. 2: Risikoportfolio

Präventionsmaßnahmen können entsprechend ihrer Wirksamkeit in die Kategorien „extrem wirksam“, „sehr wirksam“, „wirksam“ und „kaum bis gar nicht wirksam“ eingeteilt werden. Weiterhin kann ihre Objektivität mit „ja“, „teilweise“ oder „nein“ eingeschätzt werden. Die Objektivität bezieht sich darauf, wie realistisch eine Präventionsmaßnahme beurteilt werden kann. Ein Beispiel für eine Maßnahme mit hoher Objektivität wäre: „Patienten tragen bei der Einschleusung in den OP ein Namensband, das von OP-Mitarbeitenden aktiv kontrolliert wird.“

Sicherheits- und Risikoaudits in verschiedenen Leistungsbereichen des Krankenhauses sind ein etabliertes Instrument, um die Prozesse und Präventionsmaßnahmen in der Praxis hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und der Zuverlässigkeit der Umsetzung durch die Mitarbeitenden zu überprüfen. Dies hilft dabei, potenziell schadenstiftende Prozesse frühzeitig zu erkennen, zu bewerten und zu bewältigen. Durch intensive Gespräche, Interviews und aktive Beobachtung können mögliche Risiken in der Patientenversorgung identifiziert und einer eingehenden Analyse in Form eines Audits unterzogen werden.

Für das Fallbeispiel bedeutet dies, ein solches Audit im Leistungsbereich OP durchzuführen. Darauf aufbauend kann

der Patientensicherheitsindex ermittelt werden.

**Merke! Die relevanten Parameter für die Berechnung des Patientensicherheitsindex werden basierend auf den Phasen Identifikation, Analyse, Bewertung, Bewältigung und Kontrolle des klinischen Risikomanagement-Prozesses erhoben. In einem Sicherheits- und Risikoaudit erfolgt die Bewertung. Am Ende steht der Patientensicherheitsindex als Kennzahl.**

## FAZIT

Der Patientensicherheitsindex ist ein äußerst wertvolles Instrument zur Messung und Verbesserung der Patientensicherheit. Durch seine systematische Anwendung können potenzielle Risiken frühzeitig erkannt und gezielte Maßnahmen zur Risikominimierung ergriffen werden. Dies führt nicht nur zu einer erhöhten Sicherheit für die Patienten, sondern stärkt auch deren Vertrauen in die medizinische Einrichtung und kann zudem die Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses positiv beeinflussen. Für die Krankenhausleitung stellt der Index ein wegweisendes

Werkzeug dar, da er hilft, notwendige Schritte zur Implementierung in die Krankenhauspraxis gezielt zu identifizieren und Prozesse kontinuierlich zu optimieren. Darüber hinaus ermöglicht der Index anderen Interessengruppen wie den Haftpflichtversicherern, das Patientensicherheitsniveau transparent zu machen.

## AUSBLICK

In unserem nächsten Artikel zum Patientensicherheitsindex werden wir uns intensiver mit dessen praktischer Anwendung beschäftigen und konkrete Ergebnisse darstellen und interpretieren. Bleiben Sie gespannt und lassen Sie sich von den innovativen Ansätzen und Erkenntnissen überzeugen!

## LITERATUR

- [1] Zinn W., Fleischer M. (2015): Bewertung und Evaluation des klinischen Risikomanagements durch einen Sicherheitsindex. In Gausmann, P., Henniger, M., & Koppenberg, J. Patienten-Sicherheits-Management. Berlin/Boston: de Gruyter, 492–505.
- [2] APS e.V. (Hrsg) 2023: „Die APS-Never-Event-Liste“, Berlin. DOI: 10.21960/202307.2 



# Präsenz-Seminar

Wissenschaftliche Leitung:  
Dr. med. Jan Volmerig,  
Essen

Facharztseminar  
**Thoraxchirurgie**  
Essen, 25. – 27. Juni 2025

**Klick!**  
Jetzt  
anmelden!



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](mailto:bdc-versicherungsservice@ecclesia.de)

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

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

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

Krankenhaushygiene/Umweltschutz  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

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

Vorstand der Deutschen Gesellschaft für  
Krankenhaushygiene 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:  
Untersuchung des Trinkwassers auf *Pseudomonas*.  
Passion Chirurgie. 2025 Juni; 15(06/QII): Artikel 04\_03.



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

**HYGIENE TIPP****Untersuchung des Trinkwassers auf *Pseudomonas***

Lutz Jatzwauk, Martin Groth, Nils Hübner, Wolfgang Kohnen

**FRAGE:**

Fallen ambulant operierende Praxen gemäß Pkt. 4.2.b der UBA-Veröffentlichung von 2017 unter untersuchungspflichtige Einrichtungen und müssen dementsprechend regelmäßige Untersuchungen des Trinkwassers auf *Pseudomonas aeruginosa* (gemäß DVGW W 551-4 (03/2024)) durchführen?

**ANTWORT:**

Nach Abs. 14 § 61 (1,2) TrinkwV 2023 muss das Gesundheitsamt Trinkwasser-Installationen, aus denen Trinkwasser im Rahmen einer öffentlichen Tätigkeit zur Verfügung gestellt wird, in ein stichprobenartiges Überwachungsprogramm einbinden und dabei mindestens auf die Parameter untersuchen oder untersuchen lassen, die sich in der Trinkwasser-Installation nachteilig verändern können. Für bestimmte Einrichtungen ist auch *Pseudomonas aeruginosa* in die regelmäßige Überwachung einzubeziehen. Dazu zählen aus Gründen der Gesundheitsvorsorge gemäß Pkt. 4.2.b der Umweltbundesamt (UBA)-Veröffentlichung zu *Pseudomonas aeruginosa* (2017) auch Einrichtungen für ambulantes Operieren. Gemäß der Hygieneverordnungen der Bundesländer und der Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) am Robert Koch-Institut zu den „Anforderungen der Hygiene bei Operationen und anderen invasiven Eingriffen“ (2018) ergeben sich für Einrichtungen des ambulanten Operierens definierte Anforderungen bezüglich des Personaleinsatzes, der Dokumentation, der baulichen Voraussetzungen und der behördlichen Überwachung.

Das zuständige Gesundheitsamt kann daher eine anlassbezogene Untersuchung gemäß Pkt. 4.2.b der UBA-Veröffentlichung zu *Pseudomonas aeruginosa* (Umweltbundesamt, 2017) anordnen, um festzustellen, ob die Anforderungen gemäß § 6 der TrinkwV (2023) erfüllt sind und die erforderliche mikrobiologische Qualität des Trinkwassers gewährleistet ist. Sollten in der Praxis ambulante Operationen durchgeführt und abgerechnet werden, muss der Betreiber die vom Gesundheitsamt angeordneten Untersuchungen des Trinkwassers auf *Pseudomonas aeruginosa* realisieren (die Untersuchungen werden von im jeweiligen Bundesland benannten und durch die Deutsche Akkreditierungsstelle (DAKKS) akkreditierten Untersuchungsstellen für Trinkwasser durchgeführt).

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](mailto:passion_chirurgie@bdc.de).

## JUNI 2025

**Dr. med. Ahmet Ali Akbayir** wechselte aus seiner Position des Chefarztes von der Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sporttraumatologie des Sana Klinikums in Biberach an das Städtische Krankenhaus Nettetal, wo er nun das Zentrum für Unfallchirurgie leitet.

**Sven Henne**, Facharzt für Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie sowie zuletzt geschäftsführender Oberarzt am Klinikum Fürth, ist seit Mai 2025 Chefarzt der neugegründeten Klinik für Viszeralchirurgie am Krankenhaus Rummelsberg in Schwarzenbruck.

**Dr. med. Michael Hohaus** zuletzt seit März 2024 stellvertretender Chefarzt der chirurgischen Klinik in Radebeul, hat im März 2025 die cheftätliche Verantwortung der chirurgischen Kliniken der Elblandkliniken Stiftung & Co. KG in Meißen und Radebeul übernommen.

**Dr. med. Thomas Horbas**, seit Juli 2023 leitender Oberarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie der Elblandkliniken Stiftung & Co. KG, Standort Riesa, hat dort im März 2025 die Position des Chefarztes übernommen.

**Dr. med. Udo Huberts** hat ab April 2025 die Position des Chefarztes der Gefäßchirurgie im EVK Mettmann übernommen. Der Facharzt für Chirurgie, Gefäßchirurgie und Herzchirurgie leitete zuvor das Gefäßzentrum der Schön Klinik Düsseldorf und wechselte als Konsequenz auf die Ergebnisse der NRW-Krankenhausreform.

**Prof. Dr. med. Maya Niethard** hat Anfang April 2025 den Ruf auf die W2-Professur für Sarkomchirurgie an der Universität Regensburg angenommen und leitet dort ab sofort als geschäftsführende Oberärztin die Tumororthopädie und das DKG-zertifizierte Sarkomzentrum für Weichgewebssarkome an der Klinik für Unfallchirurgie.

**Prof. Dr. med. Felix Popp**, zuletzt geschäftsführender Oberarzt der Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Transplantationschirurgie am Klinikum der Universität zu Köln, mit den Schwerpunkten Tumorchirurgie von Darm und Pankreas, ist seit März 2025 Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie im Klinikum Emden.

**Dr. med. Ahmad Jalal Rasuli** übernahm im Mai 2025 die cheftätliche Leitung der Unfall- und Wiederherstellungschirurgie am Krankenhaus St. Josef in Schweinfurt. Der Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie mit der ZB spezielle Unfallchirurgie hatte bis Ende 2024 als leitender Oberarzt im St. Josef gearbeitet.

Als Chefarzt wechselte **Dr. med. Christoph Riepl** im April 2025 an die Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sporttraumatologie des Sana Klinikums in Biberach. Er war zuvor seit Anfang 2022 Chefarzt der Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie der Kreisspitalstiftung Weißenhorn.

**Prof. Dr. med. Thomas Schiedeck**, ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Kinder- und Thoraxchirurgie am RKH Klinikum Ludwigsburg, wurde Mitte März auf dem Jahreskongress 2025 in Augsburg zum neuen Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Koloproktologie (DGK) gewählt. ○



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

# Frage & Antwort



## Einsendung von Resektaten zur histopathologischen Beurteilung

### FRAGE:

Ein niedergelassener Chirurg fragt an, ob Resektate zwingend zur histopathologischen Beurteilung an einen Pathologen gesandt werden müssen.

### ANTWORT:

Für das zivilrechtliche Haftungsrecht ist die rechtliche Vorgabe für die Beantwortung dieser Frage der medizinische Standard, sodass der Arzt letztendlich entscheiden muss, ob die Einsendung nach dem medizinischen Standard erforderlich ist. Wann eine Maßnahme medizinisch notwendig ist, definiert der BGH in ständiger Rechtsprechung danach, ob es nach objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung vertretbar war, sie als medizinisch notwendig anzusehen (vgl. BGH, Urteil vom 12.03.03, Az.: IV ZR 278/01). Medizinisch notwendig sind daher auch aufwendige und anspruchsvolle Maßnahmen, wenn sie eine dauerhafte und wirksame Versorgung gewährleisten und die Maßnahmen objektiv geeignet sind das Leiden zu heilen, zu beseitigen oder zu lindern (vgl. BGH, a. a. O.). Hierbei handelt es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff, bei dem der behandelnde Arzt im Zeitpunkt der ärztlichen Entscheidung

einen Ermessensspielraum besitzt, ob nach objektiven medizinischen Befunden und Erkenntnissen die Maßnahme zu vertreten und als notwendig anzusehen ist.

Beispielhaft hat die Rechtsprechung entschieden, dass die Entnahme einer Gewebeprobe (hier: aus dem Gebärmutterhals) indiziert ist, wenn bei erkennbar suspekten Veränderungen eine zuverlässige Diagnose nur auf Grund einer histologischen Untersuchung möglich ist (vgl. Tadayan in: Jorzig, Handbuch Arzthaftungsrecht, 2. Aufl. 2021, Diagnosefehler, Rn. 66). Bei dermatologischen Auffälligkeiten muss ein möglicher, bösartiger Befund (hier: Melanom) differentialdiagnostisch ausgeschlossen werden. Die histologische Entnahme einer Probe muss durch den Arzt erfolgen und darf nicht dem Patienten überlassen werden. Eine fehlerhafte Probeentnahme und der unterlassene Hinweis auf die Erforderlichkeit einer Wiedervorstellung begründen in der Gesamtschau zudem einen „groben Behandlungsfehler“ (vgl. OLG Hamm v. 27.10.2015 – 26 U 63/15, GesR 2016, 22, 23). Es muss aus Sicht des Verfassers damit in jedem Einzelfall entschieden werden, ob die Einsendung an den Pathologen nach dem medizinischen Standard

medizinisch notwendig ist. Dies ist eine ausschließlich medizinisch zu beurteilende Frage, zu der in einem Haftungsprozess ein medizinisches Sachverständigengutachten eingeholt werden muss. Zudem kann es natürlich sein, dass die Einsendung an die Pathologie eine Abrechnungsvoraussetzung einer konkreten EBM-Ziffer oder im Klinikbereich einer DRG ist. Dies bedeutet, dass die Einsendung entweder obligater Leistungsbestandteil der jeweiligen EBM-Ziffer bzw. DRG sein muss oder, dass die Einsendung zum Nachweis der Diagnose und zur Begründung der Indikation für das operative Vorgehen erforderlich ist. Letzteres deshalb, da der Vergütungsanspruch ja stets voraussetzt, dass die operative Leistung auch erforderlich war. In diesem Fall müsste dann unabhängig von dem eingangs Gesagten eine Einsendung erfolgen, da die rechtmäßige Abrechnung eine vollständige Leistungserbringung voraussetzt. ○

Heberer J: F+A: Einsendung von Resektaten zur histopathologischen Beurteilung. 2025 Juni; 15(06/QII): Artikel 04\_05.



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

**BDC-PRAXISTEST**

# 5 Dos und Don'ts beim Recruiting von Ärzten und Ärztinnen

## VORWORT

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in gerade mal 15 Jahren sollen laut Schätzung des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung aus dem Jahr 2024 30.000 bis 50.000 Ärztinnen und Ärzte dem deutschen Gesundheitssystem fehlen. Aber bereits heute ist der Kampf um medizinische Fachkräfte gerade in den chirurgischen Fachdisziplinen deutlich spürbar und die Gefahr von Abwanderungen der Mitarbeiter in andere Kliniken groß. Denn basierend auf einer Studie des deutschen Ärzteverbands aus dem Jahr 2023 mit 3.968 angestellten Ärztinnen und Ärzten sind 82 Prozent der befragten Kolleginnen/Kollegen offen für eine neue Stelle.



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

Wie kann man diesen „War for Talents“ erfolgreich gestalten und Mitarbeiter langfristig binden? Und warum schaffen es viele Krankenhäuser nicht, diesen Zustand der „Wechselbereitschaft“ zu ihrem Vorteil zu nutzen? Zweifellos, je genauer man seine Zielgruppe kennt, desto effektiver lassen sich Recruiting-Maßnahmen planen und umsetzen. Aber viele Gesundheitseinrichtungen setzen eher auf ihr Bauchgefühl als auf handfeste Erkenntnisse und agieren beim Thema Recruiting „als ob der erste Karl-May-Film TV-Premiere hatte“. Dabei macht ein genauer Blick auf die Bedürfnisse und Anforderungen bei Ärztinnen und Ärzten Sinn, um z. B. eine echte Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, faire Arbeitsbedingungen sowie attraktive Entwicklungsperspektiven anzubieten.

Spannende Lektüre wünschen

Prof. Dr. med. C. J. Krones

Prof. Dr. med. D. Vallböhmer

**G**erade im Gesundheitswesen stehen Personalverantwortliche vor nie dagewesenen Herausforderungen – was sollte beim Thema Recruiting unbedingt beachtet werden, um die besten Ärzte und Ärztinnen zu gewinnen?

Ein Blick auf das Heute zeigt: Immer näher rückende Altersruhestände, eine steigende Abwanderung ins Ausland und sinkende Wochenarbeitsstunden stellen Krankenhäuser und Medizinische Versorgungszentren vor erhebliche Herausforderungen im Personalmanagement. Ein entschlossenes Handeln ist notwendig, um die medizinische Versorgung aufrechtzuerhalten. Dies bedeutet auch, dass wir uns bei der Rekrutierung von Ärzten und Ärztinnen auf neue Gegebenheiten einstellen und zukunftsweisende Strategien entwickeln müssen. Was gilt es also beim Recruiting zu beachten, um diesen Herausforderungen wirksam begegnen zu können?

## 5 DOS

### 1. Totgeglaubte leben länger: den richtigen Kanal wählen

Ein klassischer Recruiting-Prozess beginnt noch immer meist mit der Stellenanzeige, sehr häufig online. Schließlich ist Print doch tot – oder? Nicht wirklich. Bei Ärztinnen und

Ärzten stehen medizinische Fachzeitschriften zur Informationsbeschaffung noch immer hoch im Kurs, gefolgt vom Austausch mit Kolleginnen und Weggefährten sowie der Onlinerecherche. Personalverantwortliche sollten sich entsprechend nicht nur auf einen Kanal verlassen und die Strategie je nach zu besetzender Position anpassen. Mit steigender Hierarchiestufe steigt erfahrungsgemäß auch die Printaffinität.

### 2. Individuelle Ansprache je nach Fachrichtung

Je nach Fachrichtung gibt es große Unterschiede, was die passgenaue Ansprache betrifft. In der Chirurgie sind beispielsweise 76 Prozent der Ärzte männlich und weit mehr als die Hälfte von ihnen ist über 50 Jahre alt. Mehr als jeder Vierte sogar über 60 Jahre. Im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin sieht es hingegen ganz anders aus: 63 Prozent sind weiblich und mehr als 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 Interessen und Bedürfnisse der Zielgruppen zu verstehen.

Degner K: BDC-Praxistest: 5 Dos und Don'ts beim Recruiting von Ärzten und Ärztinnen.  
Passion Chirurgie. 2025 Juni; 15(06/QII):  
Artikel 05\_01.



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

### 3. Know your numbers

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. Ein Beispiel: In Deutschland gibt es ca. 2.000 Neurochirurgen im Angestelltenverhältnis – das ist verglichen mit anderen Fachbereichen nicht sehr viel. Die gute Nachricht: Aus Studien ist bekannt, dass rund 80 Prozent der Ärzte und Ärztinnen derzeit offen für einen Jobwechsel sind. Besonderes Augenmerk sollte den latent Suchenden gelten, denn hier findet sich die größte Bereitschaft, eine neue berufliche Herausforderung anzunehmen. Die Recruiting-Maßnahmen gilt es dann entsprechend spitz anzupassen und so auszurichten, dass neben den aktiv Suchenden auch die latent Suchenden Ärzt:innen angesprochen werden.

### 4. Flexible Arbeitsbedingungen als USP begreifen

Die Arbeitskultur im medizinischen Bereich ist einem nie dagewesenen Wandel unterworfen, angetrieben durch die Bedürfnisse und Ansprüche nachrückender Generationen von Ärzten und Ärztinnen. Und dazu gehören auch die Arbeitsbedingungen: Gerade die 20- bis 35-Jährigen können Kliniken viel mehr mit einer ausgeglichenen Work-Life-Balance locken als mit einem guten Gehalt. Darüber hinaus stehen viele Ärztinnen und Ärzte vor der Herausforderung, Beruf und Familie zu vereinen. In diesem Kontext sind flexible Arbeitsmodelle – wie Teilzeitarbeit, Job-Sharing, flexible Arbeitszeiten oder 4-Tage-Woche – entscheidende Faktoren.

### 5. Zusammenarbeit beim Recruiting etablieren

Eine gute Zusammenarbeit zwischen dem Personalbereich und den

im Recruiting-Prozess involvierten Chefärzten und Oberärztinnen ist entscheidend. Während Personalverantwortliche durch Wissen über die Zielgruppe und sämtliche USPs punkten können, kennen die Chef- und Oberärzte die Herausforderungen aus der Praxis sehr genau. Es ist essenziell wichtig, dass der Recruiting-Prozess für alle Beteiligten maximal transparent läuft. Beispielsweise dürfen Bewerbungen an den Chefarzt oder die Chefärztin – was gar nicht mal selten vorkommt – nicht dort liegen bleiben und womöglich im Alltagsstress untergehen, sondern sollten unmittelbar mit der HR-Abteilung geteilt werden.

## 5 DON'TS

### 1. Das Onboarding vernachlässigen

Mit der Vertragsunterschrift ist der Recruiting-Prozess nicht beendet, denn das Onboarding ist der finale Prozessschritt im Recruiting. Ein strukturierter Onboarding-Prozess vermindert Leerläufe, chaotische Einarbeitungstage und mitunter hohe Nachbesetzungskosten – denn etliche Ärztinnen und Ärzte kündigen innerhalb der Probezeit. Dazu gehören Überlegungen wie: Was braucht die neue Chirurgin, damit sie sich von Anfang an sicher fühlt? Wie können wir dem Assistenzarzt aus dem Ausland helfen, sich schneller zu integrieren? Wen stellen wir dem Neuankömmling zur Seite?

### 2. Keine Kennzahlen erfassen

Etwa jedes dritte Krankenhaus erfasst keine KPIs im Rahmen des Recruitings. Gerade bei einer spitzen Zielgruppe wie Ärztinnen und Ärzten ist es jedoch wichtig zu wissen, wie effektiv die Rekrutierungsbemühungen sind und nicht nur auf das Bauchgefühl zu vertrauen. Die Erfassung und Auswertung

von KPIs ist unerlässlich, um fundierte Entscheidungen zu treffen und das Budget gezielt einzusetzen.

### 3. Unrealistische Budgets einplanen

Die Rekrutierung von Ärztinnen und Ärzten ist zu einer großen Herausforderung geworden – und ein wesentlicher Faktor, der diese Situation negativ beeinflusst, sind zu niedrige Recruiting-Budgets. Die Folge: Stellenaussagen landen nicht auf den relevanten Plattformen und Kanälen, um eine ausreichend breite Reichweite zu erzielen. Dabei sind die Kosten für eine unbesetzte Arztstelle deutlich höher als das Budget, was für die Neubesetzung nötig wäre: Eine Oberarztstelle, welche für 100 Tage nicht besetzt werden kann, kostet ein Krankenhaus mehr als 100.000 Euro.

### 4. Keine mobiloptimierten Bewerbungsformulare

Zwar sind Krankenhaus-Karriereseiten und -Jobbörsen bereits zu rund 90 Prozent mobiloptimiert – das bringt jedoch herzlich wenig, wenn nur knapp die Hälfte aller Bewerbungsformulare auf dem Mobiltelefon nutzbar ist. Entsprechend hoch ist die Abbruchrate. Hier besteht deutlicher Nachholbedarf, da bei der digitalen Jobsuche die Nutzung mobiler Endgeräte auch bei Ärztinnen und Ärzten favorisiert wird (rund 60 Prozent).

### 5. Langsame Kommunikation

In der digitalen Welt läuft alles schneller. Diese Geschwindigkeit führt folglich auch im Bewerbungsprozess zu einer anderen Erwartungshaltung. Mehr als die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte erwarten innerhalb von sieben Tagen eine Rückmeldung zu ihrer Bewerbung – Absage oder Einladung. Wenn diese Erwartungshaltung nicht erfüllt wird, geht viel Zeit und somit interessante Kandidaten verloren. ○

# Wer ist Nina Warken?

## DER BDC HAT HOHE ERWARTUNGEN AN DIE NEUE GESUNDHEITSMINISTERIN

Friederike Burgdorf



**Dr. med. Friederike Burgdorf**  
Geschäftsführerin  
Berufsverband der Deutschen Chirurgie  
e.V. (BDC)  
burgdorf@bdc.de

### INFOBOX

- Pressemitteilung **Chirurgische Verbände warnen vor Folgen eines verpflichtenden Primärarztsystems:** [www.bit.ly/VerbändeWarnen](http://www.bit.ly/VerbändeWarnen)
- Stellungnahme **Notfallreform:** [www.bit.ly/StellungnahmeBDC-DGCH](http://www.bit.ly/StellungnahmeBDC-DGCH)
- **Offener Brief an Ausschussmitglieder zum Primärsystem:** [www.bit.ly/OffenerBriefKoalition](http://www.bit.ly/OffenerBriefKoalition)

Burgdorf F: Wer ist Nina Warken? – Der BDC hat hohe Erwartungen an die neue Gesundheitsministerin. *Passion Chirurgie*. 2025 Juni; 15(06/QII): Artikel 05\_03.



Mehr zur aktuellen Berufspolitik finden Sie auf BDC|Online unter der Rubrik Politik.

**E**ine echte Überraschung: Als neue Bundesgesundheitsministerin übernimmt Nina Warken (MdB CDU) das Amt von ihrem Vorgänger Prof. Dr. Karl Lauterbach (MdB SPD). Mit Gesundheitspolitik hatte die 45-jährige Juristin aus Baden-Württemberg bislang kaum Berührungspunkte; ihr Schwerpunkt lag auf Inneres und Recht. Seit 2013 gehört die erfahrene Politikerin dem Bundestag an und ist seit 2021 Parlamentarische Geschäftsführerin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion. Sie ist Mitglied im Bundesvorstand der Frauen Union Deutschlands und seit 2023 Generalsekretärin der CDU Baden-Württemberg. Als Rechtsanwältin hat Nina Warken in mittelständischen Kanzleien gearbeitet. Sie ist verheiratet und hat drei Söhne. Tatkräftige Unterstützung darf Nina Warken von Tino Sorge und Dr. Georg Kippels erwarten, den nachgerückten parlamentarischen Staatssekretären und langjährigen CDU-Gesundheitspolitikern, beide ebenfalls Juristen.

Mit Nina Warken und ihren beiden parlamentarischen Staatssekretären verbindet der BDC die Aussicht, dass künftig ärztliche Berufsverbände und Fachgesellschaften als maßgebliche Player mit praktischer Systemerfahrung wie auch die Partner der Selbstverwaltung wieder stärker in die Entscheidungsfindung miteinbezogen werden. Denn die erfahrene Politikerin auf Bundes- und Landesebene steht, zusammen mit Sorge und Kippels, vor großen Herausforderungen im Gesundheitswesen. Die Gesundheitsversorgung in Deutschland ist ein wesentliches Element staatlicher

Daseinsvorsorge und genießt ein hohes Vertrauen in der Bevölkerung. Die Versorgung trotz angespannter Kassenlage auf dem gewohnten hohen Niveau aufrecht zu erhalten, ist ein zentrales, nicht nur gesundheits-, sondern auch gesellschaftspolitisches Anliegen.

Erfreulicherweise decken sich zentrale Punkte des Koalitionsvertrags mit den Kernforderungen des BDC. So soll ein Bürokratienteilungsgesetz auf den Weg gebracht werden und die Krankenhausreform soll bis zum Sommer weiterentwickelt werden. Der BDC wird die Gelegenheit nutzen, Änderungen bei der Anrechenbarkeit von Chirurginnen und Chirurgen pro Leistungsgruppe einzubringen und erneut die Finanzierung der fachärztlichen Weiterbildung und auch die notwendigen Verbesserungen der Hybrid-DRG einzufordern. Auch das Thema Patientensteuerung – sei es im Rahmen der angekündigten kurzfristigen Reform der Notfallversorgung oder im Kontext der geplanten Einführung eines Primärarztsystems – wird noch einiger Sacharbeit bedürfen. Der BDC hat sich zu beiden Themen bereits umfassend positioniert.

Mit der stetigen Begleitung der Ausgestaltung dieser und weiterer Schwerpunktthemen aus dem Koalitionsvertrag, auch unter den gebotenen Effizienzerwägungen, wird eine wichtige Aufgabe auf den BDC zukommen. Wir beziehen Position – wir bleiben für Sie dran! Beziehen auch Sie Position gegenüber Ihren politischen Ansprechpartnern vor Ort und melden uns gern Ihre Standpunkte!



AUS DER  
DGCH

# Kommentar des Generalsekretärs

**S**ehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

Inzwischen hat sich die neue Bundesregierung etabliert und die Führung des Bundesministeriums für Gesundheit ging an die CDU mit der Ministerin Nina Warken. Sie trat ihr Amt am 6. Mai 2025 an und folgt auf Karl Lauterbach, dem offenbar keine neuen Ämter in der Gesundheitspolitik zugeordnet werden. Warken ist Juristin und war zuvor vor allem in der Innen- und Rechtspolitik aktiv. Sie war zuletzt Generalsekretärin der CDU Baden-Württemberg. Aktivitäten in der Gesundheitspolitik sind nicht bekannt; deshalb hatte Sie auch niemand auf dem Schirm für diese Position. Ihre Antrittsrede vor dem Deutschen Bundestag wurde naturgemäß mit Spannung erwartet.

## POLITISCHE SCHWERPUNKTE UND PLÄNE DER NEUEN MINISTERIN

In ihrer Antrittsrede betonte Warken, dass sie die Expertise des Ministeriums für die anstehenden Reformen nutzen möchte. Sie kündigte an, mit allen Beteiligten in den Austausch zu gehen, um gemeinsam gute Regelungen zu finden, die insbesondere den Patientinnen und Patienten, Pflegebedürftigen sowie den Beschäftigten im Gesundheitswesen zugutekommen sollen. Sie betonte ihre Dialogbereitschaft innerhalb und außerhalb des Ministeriums. Ob dies uns als chirurgische Fachgesellschaften, immerhin starke Player im Gesundheitssystem, auch betrifft, bleibt abzuwarten. Warken wird für ihre pragmatische und lösungsorientierte Art geschätzt. Sie plant, neue Impulse in der



**Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen**  
 Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)  
 DGCH-Präsident 2019–20  
 Luisenstr. 58/59  
 10117 Berlin Poschingerstr. 5,  
 81679 München

Gesundheitspolitik zu setzen, unterstützt von zwei parlamentarischen Staatssekretären. Die beiden neuen Parlamentarischen Staatssekretäre im Bundesgesundheitsministerium, Tino Sorge und Dr. Georg Kippels, bringen umfangreiche Erfahrung in der Gesundheitspolitik mit und werden als zentrale Akteure bei den anstehenden Reformen im Gesundheitswesen betrachtet. Für Überraschung sorgte, dass Sorge, der für die Position des Ministers lange gehandelt wurde, die Position eines Staatssekretärs angenommen hat.

Tino Sorge, Jurist und seit 2013 Bundestagsabgeordneter, war zuvor gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Fraktion. Er ist bekannt für seine analytische Herangehensweise und sein pragmatisches Vorgehen. Zu seinen politischen Schwerpunkten zählen:

- Digitalisierung des Gesundheitswesens: Er setzt sich für eine stärkere Digitalisierung ein, um Effizienz und Patientenversorgung zu verbessern.
- Krankenhausstrukturreform: Er befürwortet eine effizientere Steuerung der Krankenhäuser, um Ressourcen besser zu nutzen und die Versorgung zu optimieren.
- Stärkung der ambulanten Versorgung: Sorge legt Wert auf eine robuste ambulante Versorgung, insbesondere in ländlichen Regionen.
- Sicherstellung der Arzneimittelversorgung: Er engagiert sich auch für eine zuverlässige Versorgung der Bevölkerung mit notwendigen Medikamenten.

Dr. Georg Kippels, ebenfalls Jurist und seit 2013 Bundestagsabgeordneter, war Mitglied im Gesundheitsausschuss und im Unterausschuss Globale Gesundheit. Ich hatte in den beiden letzten Jahren mehrere Gelegenheiten, ihn kennen zu lernen. Seine politischen Schwerpunkte umfassen:

- Pflegepolitik: Kippels setzt sich für die Stärkung der Pflegeberufe und die Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege ein.
- Digitalisierung im Gesundheitswesen: Er befürwortet den Einsatz digitaler Lösungen, um die Vernetzung und Effizienz im Gesundheitssektor zu erhöhen.

- Globale Gesundheit: Kippels engagiert sich für internationale Gesundheitsfragen und die Zusammenarbeit mit globalen Partnern.

## GEMEINSAME ZIELE UND ZUSAMMENARBEIT

Die Aufgabe beider Staatssekretäre wird nicht nur die Unterstützung der Bundesgesundheitsministerin Nina Warken bei der Umsetzung der im Koalitionsvertrag vereinbarten Reformen sein. Ich erwarte, dass sie auch eigene Themen einbringen. Zunächst wird aber die Umsetzung des Koalitionsvertrages auf der Tagesordnung stehen:

- Einführung eines verpflichtenden Primärarztsystems: Ziel ist es, Hausärztinnen und Hausärzte als erste Ansprechpartner im Gesundheitssystem zu etablieren.
- Reform der Krankenhauslandschaft: Geplant ist die Einführung leistungsbezogener Leistungsgruppen und eine bedarfsgerechte regionale Versorgung. Ist hiermit die Anwendung des KHVVGs gemeint? Schon hört man allerdings erste Verlautbarungen, dass die im KHVVG vorgegebenen Qualitätsziele zugunsten einer flächendeckenden Versorgung verwässert werden sollen.
- Förderung der Telemedizin und digitalen Triage: Die Nutzung digitaler Plattformen soll bei der frühen Bewertung und Koordination des Zugangs zu medizinischen Leistungen helfen.

Der erste Eindruck ist, dass die Kombination aus Ministerin Warkens organisatorischen Fähigkeiten und der gesundheitspolitischen Expertise von Sorge und Kippels als vielversprechend für die Umsetzung dieser Reformen angesehen werden könnte. Hoffentlich schlägt der im Koalitionsvertrag über Allem schwebende Finanzierungsvorbehalt nicht zu. Warken übernimmt das Gesundheitsministerium in einer Zeit großer Herausforderungen, darunter der durch die finanzielle Situation steigende Reformdruck im Gesundheitswesen und der demografische Wandel. Obwohl sie bisher wenig Erfahrung im Gesundheitsbereich hat, wird

ihr zugetraut, durch einen offenen Dialog mit allen Beteiligten positive Veränderungen herbeizuführen.

Konkrete Pläne oder Gesetzesinitiativen, wie man sie aus anderen Ministerien schon vernommen hat, hat Ministerin Warken bislang nicht öffentlich vorgestellt.

Am 21. Mai 2025 geht die Arbeit im Gesundheitsausschuss des Bundestages 87 Tage nach der Wahl wieder los. Etwas verkleinert von 44 auf 38 Abgeordnete wird dort das Herzstück der parlamentarischen Arbeit in der Gesundheitspolitik sein. Bei der ersten Sitzung soll auch der neue Vorsitz gewählt werden. Die SPD hat den Zuschlag für den Ausschussvorsitz erhalten. Die SPD-Bundestagsfraktion hat sich für Tanja Machalet (SPD, Rheinland-Pfalz) als neue Vorsitzende entschieden. Die 51-Jährige aus Montabauer in Rheinland-Pfalz beschäftigt sich in ihrem Wahlkreis auch mit den regionalen Auswirkungen der Krankenhausreform. Insgesamt sind die fünf Fraktionen gemäß ihrer Stärke im Parlament auch im Ausschuss vertreten.

## QUALITÄT IN DEN KRANKENHÄUSERN

Prof. Josef Hecken, Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), hat sich in der Vergangenheit wiederholt und aktuell vehement dazu geäußert, dass Qualität in der Krankenhausversorgung und flächendeckende Präsenz kleiner Kliniken in einem starken Spannungsverhältnis zueinander stehen. Seine Kernaussagen, die wir weitestgehend teilen, lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Versorgung „um jeden Preis“ an jedem Ort sei nicht mehr zeitgemäß, da sie häufig zulasten der medizinischen Qualität gehe.
- Zentralisierung bestimmter Leistungen (z. B. bei komplexen Operationen) erhöhe die Qualität und Sicherheit der Versorgung.
- Kleine Krankenhäuser ohne entsprechende Spezialisierung könnten in bestimmten Fällen die geforderte Qualität nicht sicherstellen.

- Qualitätsorientierung erfordere Konzentration, was aber nicht zwangsläufig eine Unterversorgung im ländlichen Raum bedeute – denn durch sektorenübergreifende Versorgung, Telemedizin und integrierte Notfallstrukturen können neue Wege beschritten werden.

Dies bewirkt wichtige Implikationen:

1. Krankenhausstrukturreform:  
Das KHVVG ist der Weg in die richtige Richtung: Es beinhaltet Reformen, bei denen Kliniken nach Leistungsgruppen klassifiziert und nur dann zugelassen werden, wenn sie bestimmte Qualitätsanforderungen erfüllen. Hier wird in Zukunft dem wiederum unabhängigen Leistungsgruppenausschuss eine zentrale Rolle zugeschrieben. Die AWMF hat in diesem Ausschuss eine wichtige Beratungsfunktion, dabei können sich wiederum die wissenschaftlichen Fachgesellschaften über die AWMF einbringen. Allerdings hat der bereits etablierte Leistungsgruppenausschuss sich noch keine Geschäftsordnung gegeben. Zahlen- und Faktengrundlagen werden durch das INEK erarbeitet.
2. Stärkere Steuerung durch den G-BA  
Der G-BA entwickelt Kriterien für die Qualitätssicherung und Mindestmengen, die Einfluss darauf haben, welche Kliniken bestimmte Eingriffe durchführen dürfen.
3. Kontroversen:  
Eine zu starke Konzentration von Leistungen könnte die Versorgung in strukturschwachen Regionen gefährden. Allerdings ist bei komplexen Eingriffen und Erkrankungen die „flächendeckende Versorgung“ den Patienten nicht wichtig, wie ernsthafte Umfragen ergeben haben.

Die Bedeutung der Qualität wird in einem sehr schönen Artikel der Autoren Simone Wesselmann, Waldemar Uhl und Jörg Kalff über die „Bedeutung von Zertifikaten im Gesundheitswesen“ in diesem Heft beschrieben.

Mit der Aufnahme der DGAV-Zertifikate sowie anderer Fachgesellschaftszertifikate

in den Bundes-Klinik-Atlas (B-K-A) durch das IQTIG ist ein entscheidender Schritt gelungen, um zertifizierte Zentren starker sichtbar zu machen und ihre Behandlungsqualität öffentlich nachvollziehbar zu machen. Seit 2008 zertifiziert die DGAV e.V. chirurgische Zentren anhand definierter Qualitätskriterien. Ziel ist eine kontinuierliche Verbesserung der Patientenversorgung, u. a. durch die Nutzung der StuDoQ-Register. Ende 2024 waren bereits 437 Zentren in 11 Bereichen zertifiziert.

Die Aufnahme in den B-K-A ist das Ergebnis eines politischen Prozesses, der mit dem Koalitionsvertrag 2013 begann. Das IQTIG entwickelte Kriterien, um aussagekräftige Zertifikate zu bewerten. Mit dem Krankenhaustransparenzgesetz (KHTG) von 2024 wird ihre Bedeutung gesetzlich unterstrichen – als Teil eines bundesweiten Transparenzverzeichnisses. Damit erhalten Patienten eine bessere und neutrale Orientierung bei der Krankenhauswahl.

Der Medizinische Dienst (MD) kann Zertifikate zur Qualitätsprüfung in den neuen Leistungsgruppen (LG) nutzen – ein Beitrag zum Bürokratieabbau. Die Einbindung in die Krankenhausreform (KHVVG) ermöglicht, dass hochwertige Zertifikate künftig Grundlage für gesetzlich festgelegte Qualitätsanforderungen sein können.

Perspektiven für die Fachgesellschaften: Die Fachgesellschaften bringen ihre Expertise aktiv in die gesundheitspolitischen Gremien und hier hauptsächlich den Leistungsgruppenausschuss über die AWMF ein. Auch wenn die ursprünglich vorgesehene verbindliche Beteiligung der Fachgesellschaften abgeschwächt wurde, bleibt ihr Beitrag bei der Weiterentwicklung medizinischer Qualitätskriterien zentral.

Fazit der Autoren: Zertifikate der (chirurgischen) Fachgesellschaften sind nun nicht nur klinisch relevant, sondern auch politisch anerkannt. Sie unterstützen die Qualitätssicherung, verbessern die Transparenz für Patientinnen und Patienten und dienen als Grundlage für strukturierte Krankenhausplanung. Damit bieten sie vielfältige

Chancen – sowohl für die Versorgung als auch für die Fachgesellschaften.

Den Vorwurf, hierdurch die Bürokratisierung voranzutreiben, teile ich nicht. Die Darstellung von Qualität ist nicht ohne Dokumentation erreichbar. Wir müssen uns aber für digitale Systeme stark machen, die Mehrfachdokumentation vermeiden und durch KI Qualitätsinhalte automatisch registrieren. Hier gibt es für die Qualitätssicherung und auch die Abrechnung erbrachter Leistungen ein gewaltiges Potential.

## NEUE GESUNDHEITSPOLITIK IN DEN USA

Die US-Gesundheitspolitik hat deutliche indirekte Auswirkungen auf Europa, vor allem über globale Märkte, regulatorische Standards und gesundheitspolitische Vorbilder. Eine stärker deregulierte US-Politik könnte in Europa Debatten über Effizienz, Wettbewerb und Investitionen anstoßen – aber auch zu mehr Druck auf europäische Solidarsysteme führen. Die angedrohten Kürzungen bei der Finanzierung wissenschaftlicher Datenbanken wie PubMed oder klinischer Studienregister haben weitreichende Folgen. Der freie Zugang zu aktueller medizinischer Forschung wird dadurch massiv eingeschränkt, was besonders Forschende, Ärztinnen und Ärzte sowie Studierende trifft. Verzögerungen bei der Veröffentlichung und Auffindbarkeit von Studien gefährden die Qualität und Transparenz wissenschaftlicher Arbeit. Studienregister, die für die Nachvollziehbarkeit klinischer Forschung unerlässlich sind, könnten an Verlässlichkeit verlieren – mit negativen Auswirkungen auf Patientensicherheit und evidenzbasierte Medizin. Gerade Länder mit begrenzten Ressourcen

sind auf frei zugängliche Datenbanken angewiesen. Solche Kürzungen bedrohen daher nicht nur den Forschungsstandort, sondern auch die internationale Zusammenarbeit und den weltweiten Wissensaustausch. Auch die Mittelkürzungen an der Harvard University sind ein alarmierendes Zeichen für die gesamte Wissenschaftslandschaft. Selbst eine der weltweit führenden Forschungseinrichtungen bleibt von politischen Strafmaßnahmen wegen „unbilligem“ Verhalten nicht verschont. Besonders betroffen sind medizinische Forschung und internationale Kooperationen. Harvard reagiert mit öffentlichen Stellungnahmen, politischer Lobbyarbeit und verstärkter Einbindung von Alumni und Förderern. Gemeinsam mit anderen Universitäten setzt sich Harvard aktiv für eine verlässliche und langfristige Forschungsfinanzierung ein, um den Verlust von Wissen, Talenten und Innovationskraft zu verhindern. Wenn mein Eindruck nicht täuscht, ist Harvard hier auf einem erfolgreichen Weg und die US-Administration scheint zurückzurudern.

## DCK 2025

Der 142. Deutsche Chirurgie Kongress (DCK) 2025 im Internationalen Congress Center in München, ergänzt durch den digitalen Präkongress DCK.digital eine Woche vorher, war erneut ein voller Erfolg. Unter dem Motto „Sichere Chirurgie für alle“ wurden zentrale Themen der chirurgischen Versorgung diskutiert. Sehr beeindruckend war das hohe Niveau der wissenschaftlichen Beiträge und deren Diskussion.

Insgesamt 5.479 Teilnehmende kamen bei der Veranstaltung zusammen – und fast ein Viertel davon war unter 35 Jahre alt. Ein starkes

Zeichen dafür, dass auch der wissenschaftliche Nachwuchs mit vollem Engagement dabei war! Besonders erfreulich: Der Frauenanteil lag bei 44 %. Ein tolles Signal für mehr Vielfalt und Gleichberechtigung in der Wissenschaft!

Mit 1.267 Referierenden, darunter viele Abstract-Präsentierende, war das Programm nicht nur umfangreich, sondern auch ausgesprochen vielfältig. Insgesamt 646 Abstracts wurden eingereicht und in 214 spannenden wissenschaftlichen Sitzungen sowie 32 praxisnahen Kursen und Workshops präsentiert.

Auch die Industrie war gut vertreten: Sieben Industriesymposien lockten 632 Teilnehmende an, und 77 Industriepartner brachten sich aktiv ein. Für alle, die nicht vor Ort sein konnten, gab es die Möglichkeit, digital dabei zu sein – 497 Personen nutzten den Livestream. Ein starkes Netzwerk aus 13 Fachgesellschaften und Berufsverbänden unterstützte die Veranstaltung. Außerdem berichteten 37 Journalistinnen und Journalisten direkt vom Geschehen. In den sozialen Medien war richtig was los – 7.350 Follower begleiteten das Event online.

Nächstes Jahr werden wir die jetzt schon sehr erfolgreichen interdisziplinären und interaktiven Formate weiter ausbauen und neue Formate in dieser Richtung hinzufügen. Wir bleiben beschäftigt.

Ihr

Thomas Schmitz-Rixen  
Univ.-Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen,  
Generalsekretär



## SEHR PERSÖNLICH NACHGEFRAGT BEI GEORG WEBER

### Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?

Die Dankbarkeit der Patienten und deren Angehörigen zu spüren, wenn man mit einer Operation helfen konnte.

### Welchen klinischen Schwerpunkt haben Sie?

Hepato-pankreato-biliäre Chirurgie, Chirurgie des oberen Gastrointestinaltrakts, Pankreas-Nierentransplantation, Robotik

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

Die Implementierung der Immuntherapie in der Neoadjuvanz, z. B. Neoadjuvant immunotherapy in locally advanced mismatch repair-deficient colon cancer (N Engl J Med 2024; 390:1949–1958).

### Welches Buch liegt auf Ihrem Nachttisch?

Sturz der Titanen von Ken Follett

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

Nobody von RE/MIND oder More Love von Moderat, Keinemusik, RAMPA, &ME

### Was war für Ihr berufliches Fortkommen besonders hilfreich?

Meine 2-jährige Auslandserfahrung als Postdoc in Harvard, Boston und die offenen Gespräche mit Fil Swirski und Ralph Weissleder.

### Was war Ihre größte Inspiration?

Meine Zeit in Harvard, der Mindset der Menschen, die ich damals getroffen habe, und das berufliche und private Netzwerk, das sich daraus ergeben hat.

### Welches Forschungsthema bearbeiten Sie?

Ich beschäftige mich mit der Früherkennung von Bauchspeicheldrüsensarkomen durch liquid biopsy Analysen und wie das Immunsystem Einfluss auf den Progress von Tumorerkrankungen nimmt.

### Was haben Sie erst vor kurzem in Ihre chirurgische Praxis implementiert?

Robotische Leberchirurgie

### Welche persönlichen Visionen möchten Sie gerne umsetzen?

Mitzuhelfen, liquid biopsy Analysen zur Früherkennung von Krebserkrankungen in den klinischen Alltag einzuführen.

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

Kostenreduktion durch Zentralisierung

### Wann platzt Ihnen der Kragen?

Wenn nichts vorangeht und ich, egal ob im OP, in der Klinik oder im Stau, unnötig Zeit verliere.

### Wie gehen Sie mit Frustrationen um?

Ich reflektiere, atme paar Mal tief durch, und verfolge meine Ziele weiter. Never surrender.

### Ihr wichtigstes Hobby?

Als Hobby-DJ liebe ich es, mit Familie und Freunden aufzulegen.

### Wo werden Sie schwach?

Saftiges Steak

### Was bringt Sie zum Lachen?

Die Witze meiner Tochter.

### Was gehört für Sie zu einem gelungenen Tag?

Bisschen Sport, gutes Essen, tolle Gespräche und einfach die Momente zu genießen, die das Leben für einen bereithält, egal ob zu Hause oder im Urlaub.

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

Für mich ist es wichtig zu verstehen, wo das Problem liegt. Gründe hierfür können privater und beruflicher Natur sein, am Team und Umfeld oder an der/m Mitarbeiter\*in selber liegen. Wenn man erstmal die Gründe kennt, kann man helfen und motivieren, Lösungen zu finden.

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

Mitarbeitenden Verantwortung übergeben, aktives Teaching in und außerhalb des OPs, Ideen der Mitarbeitenden zur Verbesserung des Arbeitsumfelds unterstützen und Wertschätzung vermitteln. Teamevents, ob Skifahren oder abends mal auf ein Bier, dürfen nicht fehlen.

### Muss eine Chirurgin/ein Chirurg Optimismus ausstrahlen?

Optimismus ist ganz entscheidend in unserem Job. Unsere Aufgabe ist es, Vertrauen aufzubauen, Empathie zu zeigen, und optimistisch in die Zukunft zu schauen, damit die Patienten Ihren Lebensmut nicht verlieren.

#### Prof. Dr. med. Georg Weber, MHBA

Facharzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Zusatzbezeichnung spezielle Viszeralchirurgie; verheiratet, 1 Tochter, Musik und Kunstliebhaber, Hobbykoch, Forscher mit Leib und Seele;

stellvertretender Klinikdirektor, Chirurgische Klinik, Uniklinikum Erlangen, FAU Erlangen-Nürnberg;

forscht über Pankreaskarzinom mit Schwerpunkt liquid biopsy Analysen zur Früherkennung und Einfluss des Immunsystems auf die Tumorprogression; Präsident der 22. Chirurgicalen Forschungstage der Sektion Chirurgische Forschung 2018;

Preisträger: Edgar-Ungeheuer-Preis 2025, Johann Nepomuk von Nussbaum-Preis 2021, Von-Langenbeck-Preis 2016, Hugo-Schottmüller-Preis 2015

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

# BILDERGALERIE ZUR ERÖFFNUNGSVERANSTALTUNG



**Grußwort:** Dr. Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer



**Grußwort:** Prof. Dr. Waldemar Uhl, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie



**Grußwort:** PD Dr. Barbara Ludwikowski, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendchirurgie



**Grußwort DGCH:** Prof. Dr. Udo Rolle, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

## DCK 2025 BILDERGALERIE



**Verleihung Ehrenmitgliedschaft:** Prof. Dr. Tomas Wester (Stockholm/Schweden)



**Verleihung Ehrenmitgliedschaft:** Prof. Dr. Prem Puri (Dublin/Irland)



**Senator:** Prof. Dr. Dr. Michael Ehrenfeld



**Siegel der DGCH:** Prof. Dr. Georg Ertl



**Rudolf-Zenker-Preis:** Prof. Dr. Jörg Fuchs



**Gastvortrag:** Prof. Dr. Volker Mosbrugger

# DCK 2025

## 142. KONGRESS DER DGCH

### ÜBERBLICK VERGABE VON PREISEN, STIPENDIEN UND EHRUNGEN DER DGCH

| Preis                                                   | Name/Klinik bzw. Funktion                   | Vergabe wofür                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ehrenmitglied der DGCH                                  | Prof. Dr. Prem Puri (Dublin/Irland)         | Professor Prem Puri is honored for his outstanding international achievements in paediatric surgery and paediatric urology and his groundbreaking work in basic research for congenital anomalies. Professor Puri has had a significant influence on the high quality of the German Paediatric Surgery by training numerous subsequent leaders. |
| Ehrenmitglied der DGCH                                  | Prof. Dr. Tomas Wester (Stockholm/Schweden) | Professor Tomas Wester is honored for his national and international achievements in paediatric surgery, for his outstanding clinical scientific work in the field of congenital anomalies and paediatric appendicitis. Professor Wester contributes substantially to the work of European Reference Networks.                                  |
| Senator auf Lebenszeit                                  | Prof. Dr. Dr. Michael Ehrenfeld             | In Anerkennung und Würdigung seiner besonnenen Führung der DGCH in den Zeiten der Pandemie als Präsident im Jahr 2020/2021.                                                                                                                                                                                                                     |
| Siegel der DGCH                                         | Prof. Dr. Georg Ertl                        | Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie ehrt Prof. Dr. Georg Ertl mit ihrem Siegel als Anerkennung für die stets konstruktive Verbundenheit mit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.                                                                                                                                                       |
| Rudolf-Zenker-Preis                                     | Prof. Dr. Jörg Fuchs                        | Die DGCH ehrt Prof. Dr. Jörg Fuchs als akademischen Chirurgen und beispielgebende chirurgische Persönlichkeit.                                                                                                                                                                                                                                  |
| Nachwuchsförderpreis der Sektion Chirurgische Forschung | Dr. Fiona Kolbinger                         | für die wissenschaftliche Arbeit: „Anatomy segmentation in laparoscopic surgery: comparison of machine learning and human expertise – an experimental study“                                                                                                                                                                                    |
| Werner-Körte-Medaille in Gold                           | Prof. Dr. Hans Fuchs                        | Für seine Verdienste um die innovative Weiterentwicklung der Chirurgie in der Anwendung von Robotic und virtueller Techniken.                                                                                                                                                                                                                   |
| Werner-Körte-Medaille in Silber                         | Joachim Müller-Jung                         | Für die exzellente journalistische Arbeit in der Berichterstattung und Kommentierung medizinischer Themen, die auch die Chirurgie betreffen.                                                                                                                                                                                                    |
| Von-Langenbeck-Preis                                    | Dr. Johannes Zeller                         | Für die wissenschaftliche Arbeit:<br>„Shear-Sensing by C-Reactive Protein: Linking Aortic Stenosis and Inflammation“                                                                                                                                                                                                                            |
| Urkunde der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie        | B. Braun Deutschland GmbH & Co. KG          | Für die langjährige, engagierte Unterstützung der Kongresse der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie!<br>Das Unternehmen hat damit in herausragender Art und Weise zum Gelingen der Fort- und Weiterbildung in den chirurgischen Fachgebieten beigetragen.                                                                                      |
| Leonhard-Schweiberer-Medaille                           | Dr. Volker Rathke                           | Die DGCH ehrt eine chirurgische Persönlichkeit, die sich um die Entwicklung und Qualität der Chirurgie in Dritte-Welt-Ländern außerordentlich verdient gemacht hat.                                                                                                                                                                             |

## DCK 2025

# 142. KONGRESS DER DGCH

| Preis                                                | Name/Klinik bzw. Funktion                   | Vergabe wofür                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Edgar-Ungeheuer-Preis                                | Prof. Dr. Georg Weber                       | Für den herausragenden chirurgischen Videobeitrag für die DGCH Mediathek: „Roboter-assistierte Pankreassegmentresektion“                                                                                                                                                          |
| Video-Film-Preis                                     | Dr. Mohamed El-Mahrouk                      | Für den wissenschaftlichen Beitrag: „Functional magnetic resonance imaging (fMRI) for the evaluation of postoperative liver remnant volume in ALPPS procedure – Case Report“                                                                                                      |
| Best of Rapid Communication (ehemaliger Posterpreis) | Dr. Stephan Herrmann                        | Für die wissenschaftliche Arbeit: „Metabolic-bariatric surgery in patients above 65 years – a comprehensive report on national and regional trends regarding patient selection, procedure selection, complications, and results in the national StuDoQ cohort of 81.560 patients“ |
| Fritz-Linder-Preis                                   | Simone Seefeldt                             | Für die wissenschaftliche Arbeit: „Risk factors for recurrence after laparoscopic inguinal hernia repair – multivariate analysis within the randomized, multicenter, self-controlled BIOLAP trial“                                                                                |
| Felicien-Steichen-Preis                              | Prof. Dr. Dr. Franck Billmann               |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Reisestipendium zum Kongress des ACS                 | PD Dr Dr. rer. nat. Daniel Hartmann (M.Sc.) |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Reisestipendium zum JSS                              | PD Dr. Thomas Hank                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Stipendium als Fortbildungshilfe                     | PD Dr. Felix Oldhafer                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Reisestipendium der Klaus-Junghanns-Stiftung         | Dr. Rim Kiblawi                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Karl-Heinrich-Bauer-Preis                            | Prof. Dr. Ulrich Ronellenfitsch             |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Wolfgang-Müller-Osten-Preis                          | Dr. Paula Beck                              | Für die wissenschaftliche Arbeit: „Nipple Position to Pinpoint Localization of Chest Drain Insertion in FEmale Trauma Patients: The NIPPLE- Trial – A Landmark Study“                                                                                                             |
| Wolfgang-Müller-Osten-Preis                          | Dr. Frederik Schlottmann                    | Für die wissenschaftliche Arbeit: „Herausforderungen und Chancen für chirurgische Weiterbildung – Ein fachgesellschaftsübergreifendes Positionspapier vor dem Hintergrund der Krankenhausstrukturreform“                                                                          |

## AUSSCHREIBUNG PREISE UND STIPENDIEN 2026

# Preise und Stipendien 2026

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie vergibt im Jahr 2026 die nachfolgend aufgeführten Preise und Stipendien.

**Ihre Bewerbungen schicken Sie bis spätestens zum 30.11.2025 an die**

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

Generalsekretär

Herrn Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen

Luisenstraße 58/59

10117 Berlin

### PREISE

#### NACHWUCHSFÖRDERPREIS DER SEKTION CHIRURGISCHE FORSCHUNG

Der Nachwuchsförderpreis der Sektion Chirurgische Forschung soll der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses in der akademischen Chirurgie dienen. Der Preis wird der besten eingereichten einschlägigen Originalarbeit aus dem Bereich der chirurgischen Forschung zuerkannt.

Dotierung: € 1.000

#### Achtung!

#### Bitte

#### einsenden an

Prof. Dr. med.

Matthias Laschke

Direktor

Klinisch-Experimentelle

Chirurgie am

Universitätsklinikum

des Saarlandes

#### VON-LANGENBECK-PREIS

Auszeichnung für besondere wissenschaftliche Leistungen auf dem Gebiet der Chirurgie. Bewerben können sich Oberärzte und Assistenten.

Dotierung: € 10.000

#### RUDOLF-ZENKER-PREIS, GESTIFTET VON BRAUN MELSUNGEN AG

Vergabe an Persönlichkeiten/Personengruppen, die sich in der Vergangenheit um die Weiterentwicklung der klinischen Chirurgie besonders verdient gemacht hat und damit einen Beitrag zu einer wesentlichen Verbesserung der Krankenbehandlung auf dem Gebiet der Chirurgie leistete.

Dotierung: € 6.000

#### FELICIEN-STEICHEN-PREIS, GESTIFTET VON MEDTRONIC GMBH

Vergabe für besondere Leistungen auf dem Gebiet der viszeralchirurgischen Operationstechniken.

Dotierung: € 5.000

#### KARL-STORZ-PREIS, GESTIFTET VON KARL STORZ GMBH CO. KG

Vergabe für besondere Verdienste und Leistungen auf dem Gebiet der minimal-invasiven Chirurgie.

Dotierung: € 4.000

#### WOLFGANG-MÜLLER-OSTEN-PREIS

Zur Förderung wissenschaftlicher Arbeiten, die sich insbesondere mit der Geschichte der Chirurgie, der Erhaltung von Substanz und Einheit der Chirurgie, der Zukunftsentwicklung der Chirurgie sowie der Qualitätssicherung der chirurgischen Tätigkeit in Krankenhaus und Praxis und den wissenschaftlichen und ethischen Grundlagen des ärztlichen, insbesondere des chirurgischen Berufes befassen.

Dotierung: € 5.000

#### LEONARD SCHWEIBERER MEDAILLE

Mit der Leonard Schweiberer Medaille soll ein Chirurg (m/w/d) oder eine der Chirurgie nahestehende Persönlichkeit oder eine Organisation geehrt werden, die sich um die Fortentwicklung der Chirurgie in einem Entwicklungsland (LMIC) verdient gemacht hat. Der Preis wird jährlich ausgeschrieben.

#### E.-UNGEHEUER-PREIS, GESTIFTET VON DER AESCULAP AKADEMIE

Verleihung für Neuaufnahmen von besonderem wissenschaftlichem und didaktischem Wert in die Mediathek der DGCH.

Dotierung: € 3.000

#### FRITZ-LINDER-PREIS

Wird an den Erstautor des besten Vortrages innerhalb der Fritz-Linder-Sitzungen zur chirurgischen Forschung vergeben.

Dotierung: € 2.500

#### FILMPREIS

Der Preis wird verliehen für Filme bzw. Videos über die Chirurgie und ihre Teilgebiete, die neue wissenschaftliche oder operationstechnische Kenntnisse vermitteln sowie als Lehr- oder Unterrichtsfilme angemeldet werden.

Dotierung: € 1.500

#### POSTERPREIS

Gegenstand soll die Darstellung der neuesten Ergebnisse aus der klinischen und experimentellen Chirurgie sein.

Dotierung: € 1.500

## AUSSCHREIBUNG PREISE UND STIPENDIEN 2026

### STIPENDIEN

#### STIPENDIUM ALS FORTBILDUNGSHILFE

Beihilfe zu einer Forschungsreise zwecks Fortbildung in der Allgemeinen Chirurgie oder einem Spezialgebiet der Chirurgie.

Dotierung: € 5.000

#### REISESTIPENDIUM ZUM JAHRESKONGRESS DES AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS

In Abstimmung mit dem American College of Surgeons (ACS) wird die aktive Teilnahme am Jahreskongress des ACS mit anschließender Hospitation in relevanten Zentren unterstützt.

Dotierung: € 5.000

#### REISESTIPENDIUM DER KLAUS- JUNGHANNS-STIFTUNG

Die nach unserem früheren Präsidenten und langjährigen Generalsekretär benannte Klaus-Junghanns-Stiftung verleiht ein Reisestipendium, bevorzugt an eine/n Krankenhauschirurgen/in. Voraussetzung ist

Facharztstatus und die Mitgliedschaft in der DGCH.

Dotierung: € 5.000

#### WOLFGANG-MÜLLER-OSTEN- STIPENDIUM

Zur Förderung wissenschaftlicher Arbeiten über die Geschichte der Chirurgie, die Erhaltung von Substanz und Einheit sowie der Zukunftsentwicklung der Chirurgie, der Qualitätssicherung der chirurgischen Tätigkeit in Krankenhaus und Praxis und den wissenschaftlichen und ethischen Grundlagen des chirurgischen Berufes.

Dotierung: € 5.000

#### WOLFGANG-MÜLLER-OSTEN- STIPENDIUM FÜR AUSLÄNDISCHE HOSPITANTEN

Wird ausgeschrieben zur Weiterbildung durch Hospitation an einer selbst gewählten deutschen chirurgischen Klinik.

Dotierung: € 5.000

#### INTERNATIONALES GASTSTIPENDIUM DER DGCH

Wird verliehen an junge Chirurgen, die ihre Weiterbildung zum Facharzt für Chirurgie (oder entsprechende Qualifikation) in ihrem Heimatland absolviert haben und anschließend zur Ausübung ihres Berufes dorthin zurückkehren.

Dotierung: € 5.000

#### REISESTIPENDIUM ZUM JAPANISCHEN CHIRURGENKONGRESS

In Abstimmung mit der Japanischen Gesellschaft für Chirurgie wird die aktive Teilnahme am Japanischen Chirurgenkongress mit anschließender Hospitation in japanischen Zentren unterstützt.

Dotierung: € 5.000

Die Bestimmungen für die Verleihung der Preise und die Vergabe von Stipendien finden Sie im Internet unter

[www.dgch.de](http://www.dgch.de)

Sie können auch in der Geschäftsstelle (030/28876290) abgefordert werden.

## DCK 2025 PRÄSIDENTENWAHL

### Wahl des Präsidenten

# 2027/ 28



Univ.-Prof. Dr. Dr. med. Lukas Prantl,  
Ph.D., MHBA, FACS

**Facharzt für Chirurgie, Plastische  
und Ästhetische Chirurgie,  
Handchirurgie, EBOPRAS, FESSH  
Abteilung für Plastische, Hand-  
und Wiederherstellungschirurgie  
Universitätsklinikum Regensburg**

#### CURRICULUM VITAE

**UNIV.-PROF. DR. DR. MED.  
LUKAS PRANTL, PH.D., MHBA,  
FACS**

Prof. Dr. Dr. med. Lukas Prantl, Ph.D., MHBA, FACS ist ordentlicher Professor und Direktor des Hochschulzentrums für Plastische und Ästhetische, Hand- und Wiederherstellungs-Chirurgie am Universitätsklinikum Regensburg sowie am Caritas-Krankenhaus St. Josef.

Sein Medizinstudium absolvierte er an der Universität Innsbruck und wurde dort 1994 mit Auszeichnung zum Dr. med. univ. promoviert. Im Jahr 2015 folgte eine weitere Promotion zum Transkriptionsprofil von Stammzellen aus Fettgewebe an der Universität Regensburg, die er mit *summa cum laude* abschloss. Zusätzlich erwarb er 2019 den Master of Health Business Administration (MHBA) an der Universität Erlangen-Nürnberg. Seine fachärztliche Weiterbildung begann er am Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, wo er im Jahr 2000 als Facharzt für Chirurgie anerkannt wurde. Es folgten die Facharztanerkennung für Plastische und Ästhetische Chirurgie und der Europäische Facharzt (EBOPRAS) im Jahr 2004 (Unfallklinik Murnau und Universitätsklinik Regensburg) sowie die Zusatzbezeichnung Handchirurgie im Jahr 2008 und die europäische Anerkennung (FESSH) 2013.

Im Jahr 2010 gründete er nach einem einjährigen Forschungsaufenthalt am MD Anderson Cancer Center in Houston (University of Texas) das Zentrum für Angewandte Stammzellforschung an der Universität Regensburg. Seit 2012 ist er Direktor des Hochschulzentrums für Plastische und Ästhetische, Hand- und

Wiederherstellungs- Chirurgie mit zwei Standorten in Regensburg.

Ein Schwerpunkt seiner wissenschaftlichen Tätigkeit liegt auf der regenerativen plastischen Chirurgie. Im Fokus steht die Erforschung und klinische Anwendung von Stammzellen aus Fettgewebe zur Regeneration geschädigter Gewebe. Hierbei entwickelte Prof. Prantl das innovative Verfahren des Cell Enriched Lipotransfer (CELT), welches die Einheilung transplantierten Fettgewebes signifikant verbessert. Für dieses Verfahren wurde eine Gewebezubereitungs-erlaubnis nach §§ 20b und 20c des Arzneimittelgesetzes erteilt.

Prof. Prantl ist Autor von über 390 peer-reviewten wissenschaftlichen Artikeln und 35 Buchkapiteln. Zudem veröffentlichte er das Fachbuch *Essentials of Fat Grafting* im Springer Verlag. Für seine wissenschaftliche und akademische Arbeit wurde Prof. Prantl mehrfach ausgezeichnet, unter anderem mit dem Paper Award Gold der American Society of Plastic Surgeons, Vortragspreisen der Deutschen Gesellschaft für Senologie (DGS) und der Deutschen Gesellschaft für Klinische Mikrozirkulation und Hämorheologie (DGKMH), dem Publikationspreis der Fachzeitschrift *Der Chirurg* (Springer), dem Innovationspreis für Lehre und dem Flügge-Innovationspreis der Universität Regensburg sowie der Auszeichnung als bester Weiterbildner der DGPRÄC.

Prof. Prantl ist als Gastprofessor an international führenden Universitäten tätig, darunter das MD Anderson Cancer Center in Texas, die Stanford University in Kalifornien sowie die Jiao Tong University in Shanghai. Er erhielt mehrere Berufungen auf universitäre Lehrstühle – *primo loco* an die Universität Leipzig (2008), die Universität

## DCK 2025 PRÄSIDENTENWAHL

Regensburg (2010) und die Medizinische Universität Wien (2015).

Er engagiert sich aktiv in nationalen und internationalen Fachgesellschaften. Für die Sicherheit von Medizinprodukten hat er an der Ausarbeitung des Implantateregister-Errichtungsgesetz – EIRD und an der

Etablierung des verpflichtenden Implantateregister federführend mitgewirkt. Er war Präsident der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC) und ist derzeit Präsident der Deutschen und Europäischen Gesellschaft für Klinische Hämorheologie und Mikrozirkulation (ESCHM).

Darüber hinaus ist er Editor-in-Chief der Fachzeitschrift *Clinical Hemorheology and Microcirculation*.

Ehrenamtlich engagiert er sich für die Verbesserung der medizinischen Versorgung in Entwicklungsländern, insbesondere in Myanmar.

# DCK 2025 IMPRESSIONEN

## IMPRESSIONEN VOM DCK 2025



### BILDERGALERIE ZUM PRÄSIDENTENEMPfang



**Werner Körte-Medaille Gold:** Prof. Dr. Hans Fuchs



**Werner Körte-Medaille Silber:** Joachim Müller-Jung



**Von-Langenbeck-Preis:** Dr. Johannes Zeller



**Urkunde der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V.:** B. Braun Deutschland GmbH & Co. KG



**Leonhard-Schweiberer-Medaille:** Dr. Volker Rathke

### BILDERGALERIE ZU ZUR MITGLIEDERVERSAMMLUNG



Geschäftsführender Vorstand



Wahl des 3. Vizepräsidenten



Geschäftsführender Vorstand & gewählte Präsidiumsmitglieder

# DCK 2025 IMPRESSIONEN



## BILDERGALERIE ZUM GESELLSCHAFTSABEND



**Reisestipendium zum Kongress der JSS:**  
PD Dr. Thomas Hank



**Reisestipendium zum Kongress des ACS:**  
PD Dr. rer. nat. Daniel Hartmann (M.Sc.)



**Stipendium als Fortbildungshilfe:** PD Dr. Felix Oldhafer



**Reisestipendium der Klaus-Junghanns-Stiftung:**  
Dr. Rim Kiblawi

## FAREWELL-EMPFANG



**Edgar-Ungeheuer-Preis:** Prof. Dr. Georg Weber



**Video-Film-Preis:** Dr. Mohamed El-Mahrouk



**Best of Rapid Communication (ehemaliger Posterpreis):** Dr. Stephan Herrmann in Vertretung durch PD Dr. Seifert entgegengenommen.



**Fritz-Linder-Preis:** Simone Seefeldt



**Felicien-Steichen-Preis:** Prof. Dr. Dr. Franck Billmann

# DCK 2025 IMPRESSIONEN



**Karl-Heinrich-Bauer-Preis:** Prof. Dr. Ulrich Ronellenfitsch



**Wolfgang-Müller-Osten-Preis:** Dr. Frederik Schlottmann



**Wolfgang-Müller-Osten-Preis:** Dr. Paula Beck

## IMPRESSIONEN VOM ORGANSPENDELAUF



## DCK 2025 ORGANSPENDELAUF

# DGCH-Organ Spendelauf in München mit Rekord-Teilnehmerzahl

**M**it einer Rekordzahl von Teilnehmern war der DGCH Organ Spendelauf, eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie DGCH, der am Abend des 27. März 2025 im Englischen Garten München stattfand, ein voller Erfolg. Bereits zwei Wochen vor dem Termin war die Veranstaltung komplett ausgebucht. 1.000 Walker und Läufer jeglichen Alters kamen am Chinesischen Turm zusammen, um gemeinsam auf das Thema Organspende aufmerksam zu machen.

Großartige Stimmung herrschte, trotz der nicht ganz optimalen Witterung, nicht nur unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, sondern auch unter den

prominenten Gästen der Veranstaltung: Neben hochkarätigen Vertretern aus dem Sport, wie beispielsweise Doppelolympiasieger im Skirennsport Markus Wasmeier oder den Olympiasieger und fünffachem Weltmeister im Diskuswurf Lars Riedel sowie Olympiasieger im 100-km Mannschaftszeitfahren Mario Kummer, war auch die Bayerische Staatsministerin für Gesundheit, Pflege und Prävention Judith Gerlach gekommen. Sie ist engagierte Verfechterin der Organspende und fungierte als Schirmherrin der Veranstaltung.

Auch zahlreiche Betroffene waren aktiv mit von der Partie und zeigten eindrucksvoll, welche hohe Lebensqualität und sportliche



## DCK 2025 ORGANSPENDELAUF

Leistung nach einer erfolgreichen Organspende wieder möglich ist: Regina Richtmann ist herztransplantierte Schwimmerin und Triathletin. Sie gewann über 100 m Brustschwimmen bei den European Transplant Games 2024 und absolvierte beim Organspendelauf 2025 den 5-km-Lauf. Ebenfalls am Start war Bera Wierhake. Sie ist lebertransplantiert und siebenfache Weltmeisterin der Transplantierten über die Kurz- und Mitteldistanz (Laufen). Beim Organspendelauf war sie die schnellste Frau auf den 5 km mit einer hervorragenden Zeit von 19:18 Minuten. Ein alter Bekannter war ebenfalls erneut angetreten: Dr. Bernd Ullrich nahm bereits mehrfach am Organspendelauf teil. Er hält den Weltrekord des am längsten mit dem gleichen Spenderherz lebenden Menschen walkte die 2,5 km Strecke. Am 18. Mai dieses Jahres feiert er bereits seinen 42. Herzgeburtstag.

Staatsministerin Gerlach ließ es sich nicht nehmen, die Laufschuhe zu schnüren. Mit einer ganz besonderen Startnummer: „Ich

trage nicht umsonst diese Nummer hier. Meine Startnummer 8178 ist die Anzahl der Menschen, die in Deutschland auf ein Spenderorgan warten (...) und teilweise vielleicht sogar vergeblich warten, weil sie nie eines bekommen werden und eventuell sogar sterben. Das kann in Deutschland nicht sein und deshalb wollen wir heute ein Zeichen Richtung Organspende senden!“

Prof. Dr. Matthias Anthuber, Direktor für Viszeralchirurgie am Universitätsklinikum Augsburg, Initiator des Laufes in der heutigen Form und Beauftragter der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie DGCH, sieht das ähnlich: „Jeden Tag sterben drei Patienten auf der Warteliste. Deshalb ist unser Impetus, die Organspende in Deutschland auf ein höheres Niveau zu heben. Ich würde mir wünschen, dass die Bevölkerung einfach den Mut hat, das Tabuthema „Sterben“ aus dieser Ecke rauszuholen und zu sagen „Zum Leben gehört das Sterben dazu. Wir müssen uns darüber unterhalten.““

### VIRTUELLER LAUF

Parallel zum Präsenzlaf in München fand bis Sonntag, den 30 März 2025, der weltweit mögliche virtuelle DGCH Organspendelauf statt. Geboren wurde diese Form des Laufs aus der Not: Während der Pandemie war aufgrund der zahlreichen Einschränkungen für Großveranstaltungen kein Lauf in Präsenzform möglich. Deshalb war man dazu übergegangen, den Lauf statt in Präsenzform in virtueller Form durchzuführen. Dies fand bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern so großen Zuspruch, dass man aus der ursprünglich aus der Not entstandenen Idee eine Tugend macht und den virtuellen Lauf dauerhaft anbietet. Mittels App kann standortunabhängig individuell gelaufen werden. Eigens für den Organspendelauf generierte Audio-Files bieten fast echtes Renn-Feeling – komplett mit Moderation, Startschuss und Zieleinlauf.

### DER DGCH ORGANSPENDELAUF – HINTERGRÜNDE

Um die lebenswichtige Thematik Organspende wieder mehr ins Bewusstsein der Öffentlichkeit zu rücken, findet bereits zum 6. Mal der DGCH Organspendelauf statt. Der Lauf ist eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie im Rahmen des Jahreskongress DCK. Bereits 2019 und 2023 wurde der Lauf am Standort München durchgeführt, von Münchens Läufer-schaft mit Begeisterung aufgenommen und mit großem medialem Echo bedacht. In diesem Jahr war der Lauf mit 1.000 Teilnehmern bereits zwei Wochen vor der Veranstaltung ausgebucht.



## DCK 2025

# ORGANSPENDELAUF

### TEILNEHMER UND LAUFSTRECKE

Allen Teilnehmern stehen beim Lauf verschiedene Streckenlängen (2,5/5/10 km) zur Verfügung, es kann entweder gelaufen oder gewalked werden. So soll, unabhängig vom individuellen Fitnesslevel und Gesundheitszustand, jeder die Möglichkeit haben, am Lauf teilzunehmen. Im Teilnehmerfeld sind regelmäßig zahlreiche Betroffene anzutreffen – sowohl Patienten, die auf ein dringend benötigtes Spenderorgan warten und die entsprechend mit zahlreichen Einschränkungen zu kämpfen haben, als auch Personen, denen durch eine Transplantation ein neues Leben ermöglicht wurde.

### LAUFSHIRT IM ORGANSPENDELAUF-DESIGN

Für große Aufmerksamkeit sorgt auch das offizielle Laufshirt der Veranstaltung,

das jährlich wechselnd individuell für den Organspendelauf gestaltet wird. In diesem Jahr zeigt das Langarm-Funktionsshirt ein stilisiertes menschliches Herz – übrigens das Organ, das am dritthäufigsten transplantiert wird.

### LAUFEND HELFEN – DIE CHARITY-AKTION DES ORGANSPENDELAUFS

Neben der wichtigen Aufgabe, die öffentliche Aufmerksamkeit auf das Thema Organspende zu richten, versteht sich der DGCH Organspendelauf als Charity-Veranstaltung. Deshalb spenden die Veranstalter einen Teil der Startgebühr jedes Teilnehmers an soziale Zwecke. Zusätzlich wird auch der finanzielle Überschuss der Veranstaltung gespendet. Insgesamt kam so seit 2019 ein Betrag von mehr als 117.000 Euro zusammen, der an Organisationen weitergereicht wurde, die sich seit Jahren

unermüdlich und erfolgreich im Bereich Kindertransplantation engagieren: die Kinderhilfe Organtransplantation (KIO), den Ederhof der Rudolf Pichlmayr-Stiftung, die Organisation „Junge Helden e.V.“, die Radtour Bayern „Pro Organspende“ des Transdia Sport e.V. und das Bündnis Pro Transplant e.V..

### ALLE INFOS IM ÜBERBLICK – DER DGCH ORGANSPENDELAUF IM INTERNET

Weitere Informationen rund um den Lauf sowie aktuelle Videos und O-Töne vom Organspendelauf 2025 finden Sie hier: [www.organspendelauf.de](http://www.organspendelauf.de).

# DCK 2025

## PROTOKOLL MITGLIEDERVERSAMMLUNG

### Protokoll BERICHT ÜBER DIE MITGLIEDERVERSAMM- LUNG DER DGCH 2025

ICM München, 25.03.2025,  
13.00–14.15 Uhr, Saal 14C

#### TOP 1: ERÖFFNUNG DURCH DEN PRÄSIDENTEN

Der **Präsident** eröffnet die Mitgliederversammlung und weist auf Folgendes hin: Es wurde satzungsgemäß rechtzeitig unter Angabe der Tagesordnung durch fristgerechte Veröffentlichungen in der Mitgliederzeitschrift „Passion Chirurgie“ und erneutem postalischen wie auch digitalen Versand an die Mitglieder eingeladen. Änderungsanträge sind nicht eingegangen. Lt. Satzung besteht bei jeder ordnungsgemäß einberufenen Mitgliederversammlung ohne Rücksicht auf die Zahl der erschienenen Mitglieder Beschlussfähigkeit.

Die vorliegende Tagesordnung wurde angenommen.

#### TOP 2: WAHLEN

Der **Präsident** erläutert die satzungsgemäßen unterschiedlichen Vorgaben zur Bestätigung bzw. Wahl von Mitgliedern des geschäftsführenden Vorstands bzw. des Präsidiums sowie den Wahlmodus für ordentliche Mitglieder. Zum Wahlleiter wurde Herr Prof. Dr. med. Hartwig Bauer vorgeschlagen:

Die Benennung des Wahlleiters (**Prof. Dr. med. Hartwig Bauer**) wurde durch die Mitglieder einstimmig bestätigt.

Der **Wahlleiter** teilt mit: An den Eingängen zum Saal wurde die Legitimation der Teilnehmer der Mitgliederversammlung überprüft und jedem ordentlichen Mitglied ein Stimmzettel für die anstehenden Wahlen zur Abstimmung über die Personalentscheidungen ausgehändigt. Der **Präsident** stellt die Kandidaten vor, wie sie bereits veröffentlicht worden waren. Weitere Vorschläge sind nicht eingegangen:

##### 1. 3. Vizepräsident 2025/26, dann Präsident 2027/28:

Herr Prof. Dr. med. Lukas Prantl, Regensburg

##### 2. Oberärztin/Oberarzt in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Krankenhausabteilung:

Frau Dr. med. Susanne Bayerköhler, Garmisch-Partenkirchen

##### 3. Oberärztin/Oberarzt in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Universitätsklinik:

Herr Prof. Dr. Dr. med. Daniel E. Stange, Dresden

##### 4. Vertreter/in dem niedergelassenen Chirurgen:

Frau Dr. med. Kerstin Schick, München

##### 5. Wahl Chirurg/in aus dem deutschsprachigen Ausland:

Herr Prof. Dr. med. Klaus Emmanuel, Salzburg

Nach Bestätigung, dass nur Mitglieder der DGCH im Saal sind, erfolgt die Wahl mittels anonymer Stimmabgabe. Nach abgeschlossener Auszählung dankt der Präsident dem Wahlleiter und gibt das Wahlergebnis bekannt:

##### 1. Bestätigung durch die Mitgliederversammlung:

Auf Herrn **Prof. Dr. med. Lukas Prantl**, 3. Vizepräsident 2025/26 und dann Präsident 2027/28, entfielen von 63 abgegebenen gültigen Stimmen 61 Ja-Stimmen (97%), 1 Nein-Stimme und 1 Enthaltung.

##### 2. Wahl durch die Mitgliederversammlung:

Auf Frau **Dr. med. Susanne Bayerköhler**, Garmisch-Partenkirchen, Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Krankenhausabteilung, entfielen von 63 abgegebenen gültigen Stimmen 59 Ja-Stimmen (94 %), 1 Nein-Stimme und 3 Enthaltungen.

Auf Herrn **Prof. Dr. Dr. med. Daniel E. Stange**, Oberarzt in nichtselbstständiger

# DCK 2024

## PROTOKOLL MITGLIEDERVERSAMMLUNG

Stellung einer chirurgischen Universitätsklinik, entfielen von 63 abgegebenen gültigen Stimmen 60 Ja- Stimmen (95 %), 1 Nein- Stimme und 2 Enthaltungen

Auf Frau **Dr. med Kerstin Schick**, Vertreterin der niedergelassenen Chirurgen, entfielen von 63 abgegebenen gültigen Stimmen 57 Ja- Stimmen (90 %), 1 Nein- Stimme und 5 Enthaltungen  
Auf Herrn **Prof. Dr.med. Klaus Emmanuel**, Vertreter der Chirurgen aus dem deutschsprachigen Ausland, entfielen von 63 abgegebenen gültigen Stimmen 56 Ja- Stimmen (89 %), 1 Nein- Stimme und 6 Enthaltungen

Der **Präsident** fragt die anwesenden gewählten Personen (Dr. Susanne Bayerköhler, Dr. Kerstin Schick, Prof. Dr. Lukas Prantl, Prof. Dr. Dr. med Daniel E. Stange und Prof. Dr.med. Klaus Emmanuel), ob Sie die Wahl annehmen. Dies ist der Fall. Die gewählten Personen bedankten sich für das ihnen geschenkte Vertrauen. Der **Präsident** stellt damit den erfolgreichen Abschluss des Wahlvorgangs für die anwesenden Kandidaten fest und dankt allen anwesenden Mitgliedern für die Teilnahme an diesem Wahlvorgang.

### TOP 3: BERICHT DES PRÄSIDENTEN

Der **Präsident** geht auf einige wichtige Punkte seiner Präsidentschaft ein. Der zentrale Bestandteil seines Berichtes liegt zum einen auf den Aktivitäten während seiner Präsidentschaft und zum anderen auf dem 142. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Es gibt keine Fragen oder Anmerkungen zu diesem Bericht.

### TOP 4: BERICHT DES GENERALSEKRETÄRS

Der **Generalsekretär** beginnt seinen Bericht mit einem Dank bei allen, die ihn stets in seiner Tätigkeit unterstützen. Im Nachgang stellt er seine Aktivitäten dar. Die Darstellung des aktuellen Diskussionstandes zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) findet in seinem Bericht eine besondere Bedeutung.

Der **Präsident** dankt im Anschluss dem Generalsekretär für seine Ausführungen und seine engagierte Arbeit.

### TOP 5: ÄNDERUNG DER SATZUNG MIT DISKUSSION DER ÄNDERUNGEN

Der **Generalsekretär** erläutert die Ziele der Satzungsänderung. Durch diese wird es der DGCH ermöglicht, ihr Profil zu erweitern und auch andere Fachgesellschaften, die keinen Facharzt repräsentieren in die DGCH mitaufzunehmen. Er stellt fest, dass die Vorschläge zur Satzungsänderung frist- und gremiengerecht beantragt wurden und allen Mitgliedern fristgerecht zugegangen sind. Anschließend fragt er die Mitglieder an, ob Unklarheiten und/oder Änderungswünsche bestehen. Nach dem dies nicht der Fall ist, bittet er Prof. Dr. Hartwig Bauer auch die Wahlleitung zur Abstimmung zur Satzungsänderung zu übernehmen und zu beginnen.

### TOP 6: ABSTIMMUNG ÜBER DIE SATZUNGSÄNDERUNGEN

Nach Bestätigung, dass nur Mitglieder der DGCH im Saal sind, erfolgt die Wahl mittels Handzeichen. Nach abgeschlossener Auszählung dankt der Präsident dem Wahlleiter und gibt das Wahlergebnis bekannt:

Bericht über die Mitgliederversammlung der DGCH 2025. Passion Chirurgie. 2025 Juni; 15(06/II): Artikel 06\_10.

# DCK 2025

## PROTOKOLL MITGLIEDERVERSAMMLUNG

Das Wahlergebnis ergab von 66 abgegebenen gültigen Stimmen /Handzeichen 61 Ja-Stimmen und 5 Enthaltungen.

Nach satzungsgemäßen Vorgaben (3/4-Mehrheit) ist die Wahl zur vorliegenden Satzungsänderung angenommen worden.

Der **Präsident** dankt im Anschluss dem **Wahlleiter** für seine Ausführungen und seine engagierte Arbeit.

### TOP 7: BERICHT DES SCHATZMEISTERS

Der **Schatzmeister** beginnt seinen Bericht mit einem Dank an die Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle, und erläutert die Entwicklung der Mitgliederzahlen.

Er legt Rechenschaft über Einnahmen und Ausgaben für das Geschäftsjahr 2024 ab und stellt den Haushaltsplan für das Kalenderjahr 2025 vor, welcher durch die Mitglieder zur Kenntnis genommen wird.

| Statusgruppe       | Aktuell        | Änderung           | Vorschlag |
|--------------------|----------------|--------------------|-----------|
| <b>Mitglieder</b>  | 130,- €        | 7,7 % Steigerung   | 140,- €   |
| <b>Senioren</b>    | 130,- € bzw. ø | 21,5 % vom Beitrag | 30,- €    |
| <b>Junior</b>      | 65,- €         | 50 % vom Beitrag   | 70,- €    |
| <b>Studierende</b> | ø              | 14 % vom Beitrag   | 20,- €    |

Die Kassenprüfer, Herr Prof. **Germer** und Herr Prof. **Köckerling**, berichten, dass Sie den Jahresbericht der DGCH rechtzeitig erhalten und keine Unstimmigkeiten gefunden haben, so dass eine einwandfreie Beleg- und Kassenführung festgestellt werden konnte.

Herr Prof. Seekamp stellt als Mitglied der DGCH den Antrag auf Entlastung des Vorstands für das Geschäftsjahr 2024. Der **Präsident** bittet um entsprechende Abstimmung. Das geschieht bei Enthaltung des geschäftsführenden Vorstands. Der Antrag wurde ohne Gegenstimmen von den anwesenden Mitgliedern angenommen. Damit ist der Jahresabschluss für das Geschäftsjahr 2024 genehmigt und der Vorstand für das Geschäftsjahr 2024 entlastet.

### TOP 8. VORSTELLUNG DER BEITRAGSORDNUNG

Der **Generalsekretär** stellt die beiliegende Beitragsordnung vor erläutert die einzelnen Positionen:

### TOP 9. ABSTIMMUNG ÜBER DIE BEITRAGSORDNUNG

Nach Bestätigung, dass nur Mitglieder der DGCH im Saal sind, erfolgt die Wahl mittels Handzeichen.

Das Wahlergebnis ergab von 46 abgegebenen gültigen Stimmen /Handzeichen 43 Ja-Stimmen und 3 Enthaltungen.

Nach satzungsgemäßen Vorgaben (3/4-Mehrheit) ist die Wahl zur erläuterten Beitragserhöhung angenommen worden.

### TOP 10. VERSCHIEDENES

Der **Präsident** dankt allen Mitgliedern für ihr Engagement in der Gesellschaft, sowie für den DCK und schließt die Sitzung um 14.15 Uhr.

gez.

Prof. Dr. U. Rolle      Prof. Dr. T. Schmitz-Rixen      Prof. Dr. J. Pratschke  
Präsident      Generalsekretär      Schatzmeister

## DCK 2026 EINLADUNG

# DCK 2026 – Passion, Präzision und Persona- lisierung



**Univ.-Prof. Dr. Roland Goldbrunner**  
Direktor der Klinik  
Geschäftsführender Direktor des  
Zentrums für Neurochirurgie  
Sprecher des Neuroonkologischen  
Tumorzentrums

Liebe Kolleginnen und Kollegen,  
liebe Studierende, Pflegekräfte und Angehörige des Rettungsdienstes,

wir leben in weltpolitisch unruhigen Zeiten. Immer komplexer werdende politische, wirtschaftliche und soziale Strukturen werden für die Menschen überall auf dem Globus zunehmend schwerer verständlich. Fast zwangsläufig folgt daraus eine Krise der Demokratie, da die Menschen zu keinen echten, informierten Entscheidungen mehr fähig sind. Populistisch einfache Lösungen und bequeme Botschaften einzelner politischer Akteure haben deshalb Hochkonjunktur und spülen Populisten an die politische Macht, welche ihre Länder unter dem Hurra einer bildungsfernen Mittel- und Unterschicht nach ihren autoritären Vorstellungen umbauen. Bedrückend für uns ist, dass genau dies auch in unserem westlichen Umkreis passiert, der sich eigentlich immer durch gemeinsame demokratische Werte auszeichnete.

Es ist fast schon erleichternd, dass wir in Deutschland nach wie vor von einer Regierung aus der Mitte der Gesellschaft regiert werden. Trotz einer harten Auseinandersetzung mit den mittlerweile sehr breiten Rändern der Gesellschaft und trotz der multiplen wirtschaftlichen und sozialpolitischen Herausforderungen werden wir deshalb nahezu als Insel der Seligen in Europa und weltweit betrachtet.

Bei der Bewältigung dieser gesellschafts- und besonders gesundheitspolitischen Herausforderungen kommen wir als DGCH im 154. Jahr unseres Bestehens ins Spiel. Uns kommt die Aufgabe zu, die angesprochenen Veränderungen nicht nur zu begleiten, sondern kraftvoll mitzugestalten. Als Mitglieder der Kölner Fakultät erlebe ich die durchaus sinnvollen Auswirkungen der in NRW bereits fortgeschrittenen

Krankenhausreform, welche sich allerdings in der nationalen Umsetzung aus vielfältigen Gründen schwertut. Die DGCH und die einzelnen chirurgischen Fächer haben nach meinem Ermessen bei der Definition der Leistungsgruppen bereits gute Arbeit geleistet. Diese Arbeit ist aber noch lange nicht beendet und die Umsetzung der einzelnen Maßnahmen und Gesetze im Rahmen der sogenannten Krankenhausreform wird uns noch über viele Jahre beschäftigen.

Was macht uns als DGCH aus? Was bedingt unsere Stärke? Worin liegen eventuelle Schwächen?

Wir sind als Dachgesellschaft der chirurgischen Fächer mit über 22.000 Mitgliedern **die** Repräsentation der Chirurgie in Deutschland. Wir haben intensiven Kontakt zur Bundespolitik auf vielen Ebenen und befinden uns in gutem, wenn auch zuweilen kompetitivem Austausch mit unseren konservativen Partnergesellschaften wie der DGIM oder der DGAI. Wir werden ernst genommen und gestalten in der Gesundheitspolitik kräftig mit. Das ist aber nicht selbstverständlich und ist auch nicht für alle Zeiten so gesichert. Entscheidend für eine weitere Stärkung der DGCH sind drei Faktoren: Der erste ist der Zusammenhalt der bereits in der DGCH befindlichen Fächer, welche ja durchaus unterschiedliche Interessen haben können. Hier spreche ich auch als Neurochirurg und ehem. Präsident der DGNC, welche hier in den letzten Jahren einen m. E. positiven Wandel in Richtung einer engen Kooperation mit der DGCH durchgemacht hat. Der zweite Faktor ist Wachstum. Stillstand ist Rückschritt. Wir müssen weitere chirurgische Fächer zum gegenseitigen Nutzen unter das Dach der DGCH integrieren. Eine gute Kandidatin hierfür ist z. B. die Deutsche Wirbelsäulengesellschaft (DWG), welche eine sehr rasch

## DCK 2025 EINLADUNG

wachsende Gesellschaft ist und mittlerweile fast 3.000 Mitglieder aufweist. Und zum dritten muss sich die DGCH modernisieren. Modernisierung bedeutet, sich ohne Aufgabe der eigenen, stolzen Tradition an die Erfordernisse der aktuellen Zeit anzupassen und auf zukünftige Herausforderungen einzustellen. Mit der bei der letzten Mitgliederversammlung beschlossenen Modernisierung der Satzung ist hierzu ein kleiner, aber sehr wichtiger Schritt getan.

Eine Grundlage unserer Stärke – und damit sind wir beim Motto des DCK2026 – ist die **Passion** für den erkrankten Patienten, die Passion für die Chirurgie an sich und die Passion für unsere chirurgischen Fächer. Diese gibt uns die Gewissheit, das richtige zu tun. **Präzision** ist nicht nur die Grundlage allen neurochirurgischen Arbeitens, sondern steht für das Streben nach chirurgischer Exaktheit und technischer Weiterentwicklung, natürlich in enger Zusammenarbeit mit unseren Industriepartnern. Der gerne von der Onkologie okkupierte Begriff der **Personalisierung** bedeutet ganz generell, im Zeitalter der allgemeinen Leitlinien das jeweils für den individuellen Patienten beste zu tun. Dies gilt nirgends mehr als in der Chirurgie.

Diese drei Prinzipien werden die Leitschienen für den DCK2026 sein. Technische Weiterentwicklungen und neue Erfindungen

werden in mehreren Sitzungen beleuchtet und diskutiert werden, dabei muss auch die personalisierte Anwendung dieser Techniken spezifiziert werden. Unweigerlich wird dabei auch unsere Passion für die Chirurgie zum Ausdruck kommen.

In Zusammenarbeit mit den mitausrichtenden Gesellschaften DGAV und der DGKJCH werden wir den sehr erfolgreichen Trend zu interdisziplinären und auch interprofessionellen Sitzungen weiterverfolgen. Der angesichts des Zeitgeschehens ungeheuer wichtigen Zusammenarbeit mit der Bundeswehr werden wir gebührend Raum einräumen. Eine gewisse Betonung werden auch neurochirurgische und wirbelsäulenchirurgische Inhalte bekommen.

Neben den ausrichtenden Gesellschaften werden auch die DGG, die DGT, die DGPRÄC ihre Jahrestagungen bzw. Frühjahrstagungen auf dem DCK2026 ausrichten. Auf die entsprechenden Inhalte dürfen wir uns freuen!

Diesjährige Gastnation wird das Vereinigte Königreich sein. Wir erwarten eine Delegation des Royal College of Surgeons, mit welcher wir – neben Vertretern weiterer Nationen – mehrere internationale Sitzungen organisieren werden.

Über das Perspektivforum der DGCH werden für die Studierenden mehrere Sitzungen organisiert, um ein frühzeitiges Interesse an der Chirurgie zu unterstützen. Zudem wird der DCK2026 vielfältige Vernetzungsmöglichkeiten und spezialisierte Veranstaltungen für den chirurgischen Nachwuchs anbieten.

Ein seit mehreren Jahren fest etablierter Bestandteil des DCK ist der Organspendelauf, der in diesem Jahr über 5.000 Teilnehmer umfasste und damit schon zu einem Wahrzeichen des DCK geworden ist. Auch zu diesem gesellschaftlichen Ereignis darf ich herzlich einladen!

Dem DCK2026 unmittelbar vorgeschaltet wird der digitale, sogenannte Prä-Kongress sein, auf dem vor allem Nachwuchswissenschaftler bequem ihre neusten Forschungsergebnisse vorstellen und diskutieren können. Der Hauptkongress wird dann im Kongresszentrum Leipzig vom 22. bis 24. April 2026 stattfinden. Hierzu möchte ich Sie auch im Namen meines Teams und den Präsidenten der DGCH-Fachgesellschaften herzlich einladen!

Univ.-Prof. Dr. Roland Goldbrunner  
Präsident DGCH 2025/2026



# DCK 2026

Gemeinsam lernen und heilen

**143. Deutscher Chirurgie Kongress**  
**14. – 16. April 2026, DCK.digital**  
**22. – 24. April 2026, CCL Leipzig**

**PASSION, PRÄZISION  
UND PERSONALISIERUNG**





# „Gott ist auf der Seite der großen Bataillone“

EIN REISEBERICHT

Stanislav Litkevych

Dieses Zitat wird oft Napoleon und Friedrich II. dem Großen zugeschrieben. Im Folgenden wird es um meine Reise zum ACS-Kongress gehen sowie den Besuch zweier weltweit renommierter, auf hepatobiliäre und pankreatische Chirurgie spezialisierte High-Volume Zentren, dank des Stipendium der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) und des American College of Surgeons (ACS).

Es sei darauf verwiesen, dass es sich nicht um mein erstes Reisestipendium handelt. 2019 wurde mir das [Stipendium der DGCH/Herbert-Junghanns-Stiftung](#) verliehen, sodass ich Japan und die USA zum Thema „Minimalinvasive HPB-Chirurgie“ besuchen konnte. Das damalige Erlebnis hat ohne

Übertreibung mein weiteres Leben bedeutend verändert. Ich kann mich noch ganz gut an den Moment erinnern, als ich zum ersten Mal die robotische Whipple-Operation von Dr. Zureikat/UPMC beobachtet habe. In jenem Moment wurde mir klar, für welche Operationen in welchem Maßstab die robotische Chirurgie prädestiniert ist und wozu die Robotik in trainierten Händen fähig ist. Begeistert davon, habe ich meine Position als Funktionsoberarzt am HBK-Zwickau aufgegeben, um am UKSH Lübeck eine Position als Facharzt anzutreten und damit den Zugang zur robotischen sowie komplexeren HPB-Chirurgie zu bekommen. Darüber hinaus habe ich in der Zwischenzeit die Nierentransplantation und Multiorganentnahmen beherrscht, promoviert,

einige Artikel, ein Buchkapitel verfasst und Lehrvideos erstellt.

**MEMORIAL SLOAN KETTERING  
CANCER CENTER, NEW YORK,  
(MSKCC) 23.09.–04.10.24**

Täglich werden nicht nur in Deutschland unzählige Pankreatikojejunostomien nach Blumgart angelegt. Das klassische Werk „Blumgart's Surgery of the Liver, Biliary Tract and Pancreas“ erfuhr bereits die siebte Auflage. Es bot sich mir die Gelegenheit, die meisten der Autoren, die aus der Klinik von Leslie H. Blumgart stammen, persönlich kennenzulernen. Mein unmittelbarer Ansprechpartner war Dr. Michael D'Angelica. Gemäß Dr. Jeffrey Drebin führt



**Dr. med. Stanislav Litkevych**  
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein  
Stanislav.Litkevych@uksh.de

die Einheit ca. 350 Pankreaseingriffe (zwei Drittel davon sind Pankreatoduodenektomien) und ca. 400 Lebereingriffe pro Jahr durch. Ich konnte insgesamt ca. 30 Eingriffe auch von Dr. William R. Jarnagin, Dr. Peter Kingham, Dr. Alice Wei, Dr. Kevin C. Soares beobachten. Darunter waren robotische und laparoskopische distale Pankreasresektionen, offene Whipples, zentrale Pankreasresektion, robotische anatomische Leberresektionen, offene Trisektorektomien, simultan durchgeführte kolorektale Eingriffe, offene Resektion des Pars IV duodeni bei Karzinom. Einen wesentlichen Teil der operativen Prozeduren stellt die offene oder robotische Implantation der Pumpen für die arterielle Infusionschemotherapie der Leber dar, sodass eine ca. 100- bis 400-fach höhere Konzentration der Chemotherapeutika lokal in der Leber ohne relevante systemische Nebenwirkung erreicht werden kann. Die Relevanz dieses Verfahrens und die Indikation variieren jedoch zwischen den verschiedenen US-amerikanischen Zentren. Alle Patienten mit duktalem Pankreaskarzinom (PDAC) bekommen eine neoadjuvante Radiochemotherapie. Das Staging jedes Patienten mit PDAC umfasst eine diagnostische Laparoskopie mit einer Peritoneallavage. Bei positiver Zytologie werden die Patienten, wie bei einer Peritonealkarzinose therapiert.

Jeder Attending operiert in der Regel drei Tage die Woche in zwei Sälen. Ein Tag ist für die Sprechstunde reserviert. Hervorzuheben sind die donnerstags stattfindenden Tumorboards und die „Leslie Blumgart's teaching Lectures“. Das ca. dreistündige Tumorboard begann mit einer Präsentation über die Neuheiten in der chirurgischen Onkologie. Während der einstündigen „Teaching Lecture“, wurden von Dr. Alice Wei Karriereaspekte, Jobsuche und der Interviewprozess mit den Fellows und Residenten in Details besprochen. Dr. Kevin Soares hielt eine ausführliche praktische Präsentation zur Durchführung der robotischen distalen Pankreasresektion.

### **MAYO CLINIC, ROCHESTER, MN, 07.-18.10.24**

„Ich reseziere die Vene, und wenn nötig auch die Arterie“ – sagte Dr. Michael Kendrick beim Scrollen der CT-Bilder vom Patienten mit einem borderline-resektablem PDAC nach der neoadjuvanten Radiochemotherapie. Als ich den Laparoskopieturm gesehen habe, war meine Überlegung, dass die Spiegelung zum Ausschluss der Peritonealkarzinose angedacht ist. „Nein, wir machen alles laparoskopisch“ – meinte Dr. Kendrick. Die laparoskopische Whipple'sche Operation mit Pfortaderresektion und direkter Anastomose



**Abb. 1:** Dr. Michael D'Angelica (l) mit Dr. Stanislav Litkevych (r)

Litkevych S: „Gott ist auf der Seite der großen Bataillone“ – Ein Reisebericht. Passion Chirurgie. 2025 Juni, 15(06/QII): Artikel 06\_15.

dauerte sechs Stunden und 15 Minuten. Der begnadete Operateur startete mit den ersten laparoskopischen Pankreaseingriffen vor 17 Jahren. Man muss sagen, dass außer ihm niemand in seiner Abteilung solche Operationen laparoskopisch durchführt. Außerdem konnte ich eine offene Resektion eines retroperitonealen PEComs und eine laparoskopische Gastrektomie mit Salpingo-Ovariectomie bei einer CDH1-Mutation ebenfalls bei Dr. Kendrick mitverfolgen.

Die Mayo Clinic in Rochester wurde in der Newsweek-Liste der „World's Best Hospitals“ zum sechsten Mal in Folge zur Nummer 1 der Krankenhäuser ernannt. Die Fallzahlen sind dort ähnlich wie beim MSK, aber zu einem der Schwerpunkte der Klinik gehören die lokal fortgeschrittenen PDAC, bei den jährlich ca. 50 arterielle Resektionen durchgeführt werden, insgesamt sind das mittlerweile über 250. Nur wenige Zentren weltweit können solche Zahlen vorweisen. Um das biologische Ansprechen auf die Neoadjuvanz zu beurteilen wird das FDG-PET-CT eingesetzt.

Ich hatte das Glück, zwei solcher Eingriffe von Dr. Mark Truty und Dr. Patrick Starlinger mit Resektion von A. hepatica beobachten zu können. Beim zweiten Fall gab es eine replazierte linke A. hepatica, die präoperativ embolisiert worden war. Die Rekonstruktion erforderte hier ein Interponat aus einer Leichenarterie. Die chirurgische Pathologie befindet sich gegenüber dem OP-Saal, sodass man den Schnellschnitt gleich mit den Pathologen besprechen und gemeinsam auf einem großen Monitor betrachten kann. Insgesamt konnte ich etwa die gleiche Anzahl an Operationen auch von Dr. Susanne G. Warner und Dr. Rory L. Smoot sowie die Sprechstunden von Dres. Starlinger und Truty besuchen. Darüber hinaus konnte ich den Research-Fellow Dr. Kenjiro Okada aus der Hiroshima University und den klinischen HPB-Fellow PD Matthias Ilmer aus der LMU kennenlernen.

Gemein war beiden Kliniken die hohe Spezialisierung auf komplexe onkologische Krankheitsbilder, die Verfügbarkeit mehrerer DaVinci-Systeme, sodass sogar die

Cholezystektomien robotisch durchgeführt werden. Bei einer hohen Arbeitsbelastung, gab es aber keinen erkennbaren Zeitdruck. Die Visiten begannen in der Regel um 06:15 Uhr, an manchen Tagen wurde bis 22:00 Uhr operiert.

Einen besonderen Stellenwert nimmt, aus meiner Sicht, das chirurgische Training ein. Es ist in Japan, Großbritannien und den Niederlanden identisch strukturiert. Die meisten Eingriffe beginnen die Fellows gemeinsam mit den Residenten. Dabei assistiert ein Fellow einem Residenten, bis der Attending erscheint. Danach übernimmt der Fellow den Hauptteil der Operation. Wenn der Attending in zwei Sälen parallel operierte, laparoskopierten und

cholezystektomierten nicht nur die Fellows, sondern auch die Residenten selbstständig, solange sie vorankamen. Im OP wurden viele Aufgaben von den operationstechnischen Assistenten übernommen (z.B. Trokarpositionierung, Kameraführung). In der Sprechstunde arbeiteten die Residenten mit den Patienten komplett an einem Therapieversuch und berichteten dem Attending mit nachfolgender gemeinsamer Diskussion.

### CONGRESS OF AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS (ACS), SAN FRANCISCO, 19.-22.10.24

Das ACS ist mit über 90.000 Mitgliedern aus 144 Ländern die weltweit größte



Abb. 2: Dr. Stanislav Litkevych (l) mit Dr. Mark Truty und seinem Team



Abb. 3: (vlnr) Dr. Stanislav Litkevych, Mrs. Kendrick, Dr. Kendrick, Dr. Patrick Starlinger, Dr. Kenjiro Okada

chirurgische Fachgesellschaft. Allein in diesem Jahr traten 1894 neue Mitglieder der ACS bei, darunter 35 % Nicht-Amerikaner aus 72 Ländern. Im Jahr 2024 vergab die ACS 23 Stipendien an internationale Chirurgen. Prinzipiell ist der Kongress in seiner Struktur dem Deutschen Chirurgenkongress sehr ähnlich. Anders ist die Dimension, da die US-Amerikaner sich offensichtlich, als einen offenen Hub für die gesamte chirurgische Welt sehen. Zudem ist das Bestreben erkennbar, die führenden internationalen Spezialisten aus aller Welt zu gewinnen.

Zusammenfassend ist das ganze Vorgehen stark ritualisiert, professionell vermarktet und dadurch im Bewusstsein fest verankert. Mehrmals täglich wurden gemeinsame Veranstaltungen für „international Scholars“ durchgeführt, beispielsweise das „Philanthropy and Scholarship Luncheon“ und die „International Reception“.

Ich durfte einen fünfminütigen Vortrag zum Thema „Meine Erfahrungen durch das Stipendium/Besonderheiten des Gesundheitssystems im Herkunftsland“ halten.

Es bot sich die Gelegenheit, eine Reihe von Kollegen persönlich kennenzulernen, darunter Prof. Shailesh V. Shrikhande, Prof. Marco Del Chiaro, Prof. Ronan O'Connell, Dr. Ilaria Pergolini, Prof. Florian Kühn, Prof. Markus Holling, die mir sonst hauptsächlich durch deren wissenschaftlichen Beiträge bekannt waren. Des Weiteren nahm ich an der Sitzung des „German Chapters of ACS“ teil, welche bis zu diesem Jahr von Prof. Norbert Senninger geleitet wurde.

Ich bedanke mich bei der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und beim American College of Surgeons für das verliehene Stipendium von Herzen. Für mich persönlich war es eine außerordentliche Ehre. Ich hoffe, dass ich eine Chance haben werde, etwas Relevantes zurückzugeben.

Ein besonderer Dank gilt meinem Chef, Herrn Prof. Tobias Keck für die allseitige Unterstützung sowie meinem chirurgischen Team.

## MEIN FAZIT

1. „Quantität hat eine ganz eigene Qualität“ – lautet die These Thomas A. Callaghan Jr. Es erscheint mir wenig plausibel, dass in einer Klinik, in der Pankreas- und Lebereingriffe sowie Transplantationen mit z. B. allgemeinchirurgischen Fällen um die Kapazitäten konkurrieren, Ergebnisse erzielt werden können, die mit denen eines spezialisierten high-volume HPB-/Transplantationszentrums gleichwertig sind.
2. Das amerikanische Fellowship-System erzieht gut trainierte und selbstbewusste Chirurgeninnen und Chirurgen.
3. Die Gelegenheit, alle o. g. Kollegen:innen persönlich kennengelernt zu haben, ist von einem unschätzbaren Wert.
4. „Work-life balance“ ist nicht die höchste Priorität der erwähnten Kolleg:innen.
5. Da ich bestimmt einige der besten Kliniken in den USA besucht habe, ist es ein

Schnappschuss. Man sollte alle Seiten der dortigen Chirurgie, des Gesundheitswesens und des Lebensstils nüchtern und realitätsbezogen betrachten.

Im Wesentlichen war diese Fortbildung für mich nicht nur über die Chirurgie alleine, sondern auch über das Land, die Menschen, die Kultur und die Geschichte. Die Vereinigten Staaten sind die Welt der Superlative. Das bezieht sich auf die Größe des Landes und der Bevölkerung, wirtschaftliche, finanzielle und militärische Stärke, technologische Innovationen sowie den massiven kulturellen Einfluss. Nichts ist dort nur „ok“, „good“ oder „well done“. Es ist gleich „great, fantastic, fascinating, awesome, incredible, outstanding“.

Von all diesen grandiosen Aspekten beeinflussen mich die zugrundeliegenden Ideen und Ambitionen am meisten. Nichts Anderes würde ich mir so gerne aneignen. Die großartigen Ideen und Ambitionen, wie z. B. die von Elon Musk und Steve Jobs, in Kombination mit herausragender Demut und Resilienz von Abraham Lincoln und Martin Luther King.



Abb.4: Prof. Tobias Keck (r), Dr. Stanislav Litkevych (l)

# Dr. med. Nicolaas Tulp (1593–1674)

Michael Sachs



**Prof. Dr. med. Michael Sachs**  
Chirurg und Medizinhistoriker  
Komm. Leiter des Dr.  
Senckenbergischen  
Instituts für Geschichte und Ethik der  
Medizin  
Goethe-Universität Frankfurt am Main  
Paul-Ehrlich-Str. 20–22  
60590 Frankfurt am Main

## ARZT UND „PRAELECTOR“ FÜR ANATOMIE AM KOLLEGIUM DER AMSTERDAMER CHIRURGEN („CHIRURGIJNS-GILD“)

Von dem Amsterdamer Arzt Nicolaas Tulp, der durch Rembrandts Gemälde „Die Anatomie des Dr. Tulp“ (Ausschnitt in **Abb. 1**) auch in die Kunstgeschichte eingegangen ist, wurden in seinem in lateinischer Sprache abgefassten Werk „Medizinische Beobachtungen“ (*Observationvm Medicarvm*, 1. Auflage Amsterdam: Elsevir 1641; seit der 2. erweiterten Auflage 1652 erschien das Buch

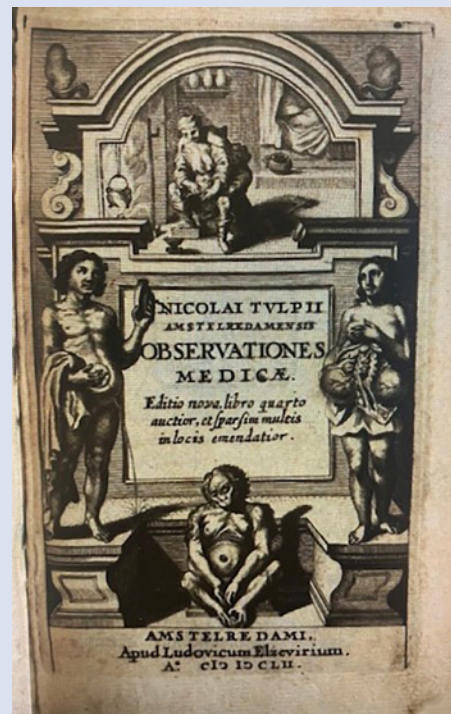
dann unter dem Titel „Observationes medicae“) mehrere interessante Beobachtungen beschrieben und abgebildet.

In der 2. Auflage (1652) dieses Werks wird u. a. die erste genauere klinische und pathologische Beschreibung eines Patienten mit einer „eitrigen Pankreatitis“ (in moderner Nomenklatur erwähnt („*pancreas suppuratum*“)). Tulp beschrieb die „Pankreasvereiterung“ anlässlich der Sektion eines jungen Mannes, der mit heftigem Fieber einige Tage vor seinem Tode erkrankt war. Bei der Sektion zeigte sich das Pankreas als „geschwollen, klebrig, verschleimt und eitrig“ [1].

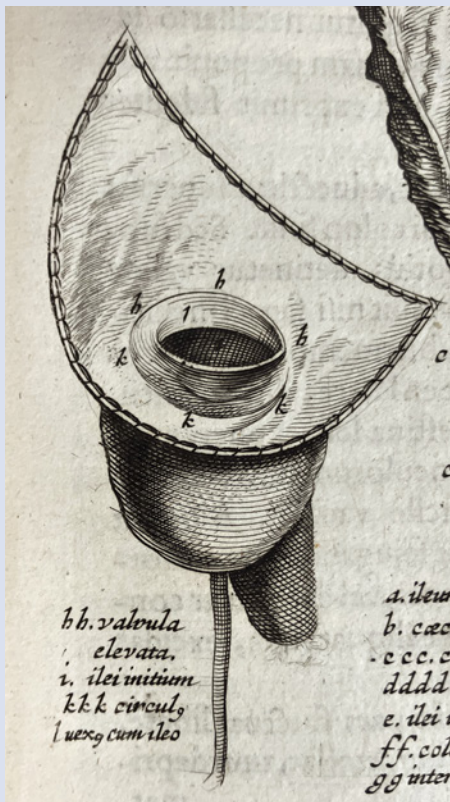
Das Titelkupferblatt der 2. Auflage von 1652 (**Abb. 2**) dieses Buches ist in mehrfacher Hinsicht interessant. Es zeigt u. a. die erste



**Abb. 1:** Ausschnitt aus Rembrandts Gemälde „Die Anatomie des Dr. Tulp“ [Mauritshuis, The Hague] beim Präparieren des linken Unterarmes eines Menschen. Die Vorlage des präparierten Unterarmes auf diesem Gemälde stammt aber von einer Studie des rechten Armes. Diesen anatomischen Fehler Rembrandts erkennt man am Verlauf des *M. flexor digitorum superficialis*, der hier im Bild am linken Arm von lateral nach medial und nicht von medial nach lateral verläuft.



**Abb. 2:** Titelblatt der „Observationes medicae“ von Tulp (2. Auflage von 1652), eines Buches über medizinische Krankengeschichten, die er selbst beobachtet oder von anderen berichtet bekommen hatte.



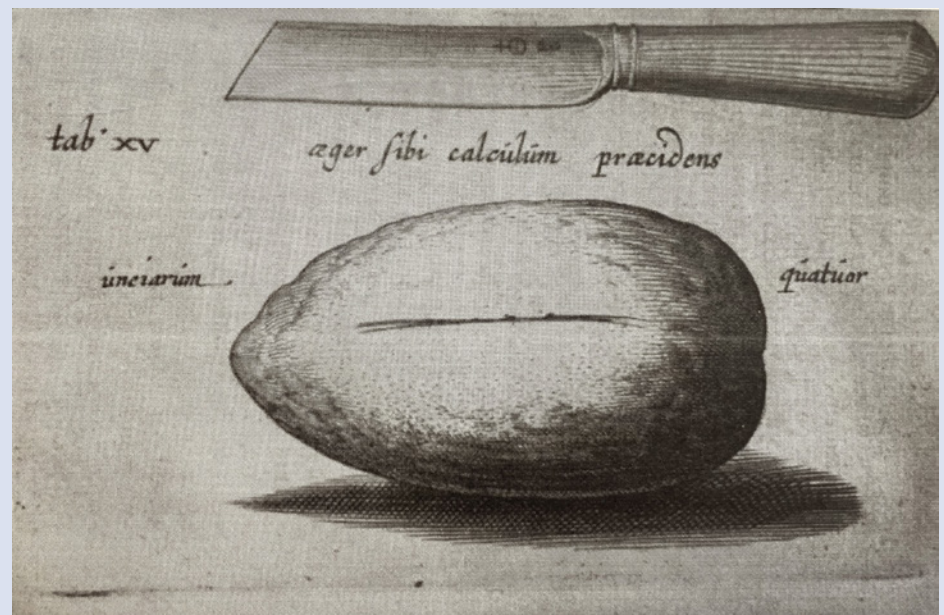
**Abb. 3:** Kupferstichabbildung der Ileocaecalclappe in der Erstausgabe von Tulpus „Observationvm Medicarvm“ (1641).

Abbildung eines „Orang-Outang“ [6] in der wissenschaftlichen Literatur. Das Tier stammte aus den damaligen holländischen Handelsniederlassungen (späteren Kolonien) in Borneo oder Sumatra (im heutigen Indonesien).

Außerdem wurde von Tulp (1641) die Ileocaecalclappe (*Valva ileocaecalis*) als „*Valvula intestinalis*“ [2] in diesem Buch erstmals abgebildet (Abb. 3). Beschrieben hatte diese aber vorher bereits u. a. der spätere Baseler Professor Caspar Bauhin (1560–1624). Bauhin hatte diese Struktur („*Valvula intestino*“) bereits 1579 als Student anlässlich einer Sektion in Paris entdeckt und erstmals 1588 im Anhang des von ihm herausgegebenen Buches „*Hysterotomotokia*“ (Kaiserschnitt) von François Rousset beschrieben [3]. Aber auch die heute in der Klinik noch gelegentlich verwendete Bezeichnung „Bauhinsche Klappe“ ist historisch nicht korrekt, da sie bereits von Constanzio Varolio (1573–1575) in seinem aber erst posthum 1591 publizierten Anatomiebuch als „*Operculum ilei*“



**Abb. 4:** Kupferstichabbildung eines Kindes mit Spina bifida in der Erstausgabe von Tulpus „Observationvm Medicarvm“ (1641).



**Abb. 5:** Abbildung des zur Blasenstein-Operation verwendeten Messers und des angeblich dabei entfernten Blasensteins. Aus Tulpus 1652 in zweiter erweiterter Auflage erschienenem Buch.

erwähnt wurde [4]. Tulp hielt sich deshalb nicht für den Entdecker der sog. Klappe, sondern zitiert korrekt das Werk von Varolio. Literaturkenntnis schützt vor bekanntlich vor Erstbeschreibungen. Die heutige anatomische Nomenklatur verzichtet auf den unglücklichen Begriff „Klappchen“ (Valvula) bzw. Klappe (Valva) und beschreibt lediglich eine „Papilla ilealis“ bzw. ein „Ostium ileale“ [5]. Jedenfalls legt Tulp in der Abbildung und in dem dazugehörigen Text großen Wert auf zirkuläre Strukturen („*Membrana ... circulo*“) im Bereich der Einmündung des Ileums in den Dickdarm.

Außerdem wurde von Tulp in seinem Buch der Begriff „*Spina bifida*“ in die medizinische Literatur eingeführt und erstmals ein Kind mit dieser Spaltbildung im Bereich der Wirbelsäule abgebildet (Abb. 4).

Ferner zeigt der Titelpupferstich der 2. Auflage (Abb. 2) neben zwei barocken Allegorien in der oberen Hälfte einen Mann, der sich im Sitzen an sein Geschlechtsteil greift. Diese für die damalige Zeit sehr ungewöhnliche Abbildung gehört zu einem Fallbericht, der überschrieben ist: „*Aeger sibi calculum praecidens*“, d. h. ein Kranker, der sich selbst den <Blasen->Stein schneidet [7]. Tulps Lehrbuch „*Observationes medicae*“ enthält neben zahlreichen medizinischen Krankengeschichten mit Sektionen aus eigener Praxis auch Berichte, die ihm von anderen Kollegen mitgeteilt wurden. Tulp berichtet in einem dieser Fremdbeobachtungen über einen Amsterdamer Eisenschmied namens Johannes Lethaeus (lateinische Übersetzung des niederländischen Namens Jan de Doot), bei dem Chirurgen angeblich zweimal vergeblich versucht hatten, seinen großen Blasenstein zu entfernen. Solche Operationen wurden damals von perineal durchgeführt [siehe [Passion Chirurgie. 12, IV \(2023\), 70–73](#)], da man die Eröffnung und Infektion der Bauchhöhle bei einem suprasymphysären Steinschnitt (Sectio alta) fürchtete. Der

Schmied berichtete später dem Dr. Tulp, dass er sich den Stein dann selbst durch eine große perineale Inzision und gleichzeitiger manueller Kompression der Blase durch die Bauchdecke aus der Inzisionswunde herausgedrückt habe. Er habe den Eingriff am 5. April 1651 bei sich zu Hause in Amsterdam durchgeführt. Anwesend sei nur sein Bruder („*frater*“) gewesen, der ihm sein Scrotum hochhielt, damit er es nicht bei der Inzision versehentlich verletzen konnte. Der Schmied habe sich selbst dreimal durch die alten Narben geschnitten und dann die Inzision mit seinen beiden Zeigefingern in die Länge gedehnt. Ohne irgendwelche der damals üblichen Instrumente (z. B. Fasszangen, Harnröhrenkatheter aus Metall zur Markierung der Harnröhre), nur durch festes Pressen sei es ihm gelungen, den etwa hühnereigroßen Stein aus der Wunde herauszudrücken. Die von Tulp seinem Bericht hinzugefügte Abbildung zeigt angeblich diesen Stein mit zwei parallelen, genau länglichen durch das Messer hervorgerufenen Einkerbungen und das dabei angeblich verwendete Messer (Abb. 5).

Wir wissen nicht, ob sich diese Operation wirklich so zugetragen hat, es gibt meines Wissens keine Augenzeugenberichte. Chirurgen oder Ärzte waren sicher nicht bei dieser Operation anwesend. Die Schnitte auf dem abgebildeten Stein (Abb. 5) erscheinen mir persönlich jedenfalls zu gerade und zu parallel, um wahr zu sein.

Ähnliche sensationelle Fallberichte erwiesen sich aber später dann als Betrug, wie beispielsweise das angeblich spontane Auftreten eines Goldzahns bei einem „schlesischen Knaben“. Bei diesem neunjährigen Kind wurde im Jahre 1591 ein goldener Backenzahn im linken Oberkiefer beobachtet. Der Helmstedter Prof. Dr. med. Jakob Horst (1537–1600) untersuchte den Knaben persönlich und publizierte darüber im Jahre 1595 ein 156-seitiges Buch: „*De*

*aureo dente maxillari pueri Silesii*“ (Über den goldenen Zahn im Oberkiefer des schlesischen Knaben). Horst erklärte diesen Goldzahn u. a. auch als ein Wunder und Gnadenzeichen Gottes. Später löste sich aber die Goldkrone vom Zahn des Knaben und der Betrug wurde entdeckt. Der junge Mann kam ins Gefängnis, da er seinen Goldzahn auf Jahrmärkten öffentlich gegen Geld zur Schau gestellt hatte. Auch berühmte Professoren können irren ...

## LITERATUR

- [1] „*Pancreas supra infraque ut extuberans, ac turgidum, sic intus sordido pure, ac viscida pituida, impendio nimis infarctum*“ [Nicolai Tulpii Amstelredamensis *Observationes Medicae*. Editio nova, libro quartor auctior, et sparsim multis in locis emendatior. Amstelredami: Apud Ludovicum Elzevirium 1652, Lib. IV, Caput XXXII, p. 345f.].
- [2] Nicolai Tulpii Amstelredamensis *Observationvm Medicarvm*. Libri Tres. Amstelredami: Apud Ludovicvm Elzevirium 1641, Lib. III., p. 213–219 + Tab. X.
- [3] Rousset, F. (Hrsg. C. Bauhin): *Hysterotomotokia*. Basel: Valdkirch 1588, p. 235–237.
- [4] Varolius, Constantius. *Anatomiae sive resolutione corporis humani*. Francofurti <ad Moenum>: J. Wechel, P. Fischer 1591, Lib. III, Cap. 3
- [5] *Terminologia Anatomica*. International Anatomical Terminology. Stuttgart, New York: Thieme 1978, p. 53
- [6] Tulp [Erstausgabe 1641, Lib. III., p. 274–279 + Tab. XIII] verwendet diesen aus der malayischen Sprache stammenden Begriff und übersetzt ihn korrekt ins Lateinische als „*Homo silvestris*“ (Waldmensch) oder auch als „*Satyrus Indicus*“ (indischer Satyr).
- [7] Tulp (2. erw. Auflage von 1652), Lib. IV, Cap. XXX, p. 341–344.

# Nachruf auf Univ.- Prof. em. Dr. med. Hans-Ulrich Steinau



**In memoriam**  
**Univ.-Prof. em. Dr. med.**  
**Hans-Ulrich Steinau**  
**(\*27.04.1946 † 26.02.2025)**

**A**m 26. Februar 2025 verstarb nach langer Krankheit im Alter von 78 Jahren Hans-Ulrich Steinau friedlich im Kreise seiner Familie in Bochum, dem Ort seines erfolgreichen Wirkens als langjähriger Direktor der Klinik für Plastische und Schwerbrandverletzte am BG-Universitätsklinikum Bergmannsheil. Viele Schüler verdanken ihm, dem Wegbereiter einer international anerkannten modernen onkologisch-plastischen Chirurgie und der modernen Mikrochirurgie, ihren eigenen erfolgreichen Weg in der Plastischen Chirurgie und trauern um einen der großen Vertreter dieses Fachgebiets.

Hans-Ulrich Steinau wurde am 27. April 1946 in Sulzbach Taunus geboren; Medizinstudium in Frankfurt am Main und Promotion 1972 in Heidelberg. Nach der Medizinalassistentenzeit am Krankenhaus Höchst entwickelte er an der Universitätsklinik Frankfurt bereits während seiner allgemeinchirurgischen Weiterbildung unter Albrecht Enke einen Schwerpunkt plastisch-rekonstruktive Chirurgie für bösartige Weichteiltumoren. Dies war eine Pionierleistung, da in der Allgemein Chirurgie keine mikrochirurgische Expertise hierzu existierte. Diese hatte sich Hans-Ulrich Steinau in zahlreichen Studienaufenthalten erworben u. a. in Melbourne bei Prof. Bernard O'Brien, der für viele Mikrochirurgen aus aller Welt die erste Adresse war. Zu Steinaus Netzwerk zählten Prof. Harry Buncke in San Francisco und Prof. Russel in Springfield, später Elof Eriksson, Boston, Mark Schustermann, Houston und Randy Sherman in Los Angeles. Vielen seiner Schüler eröffneten sich damit Forschungs- und klinische Weiterbildungsprogramme an diesen renommierten Institutionen. In Frankfurt wurde Hans-Ulrich Steinau für Studierende und Ärzte, die eine moderne rekonstruktive plastische Mikro-Chirurgie erlernen

wollten, der Ansprechpartner und in seiner offenen und verbindlichen Art integrierte er alle Interessierten großzügig in seine experimentelle Arbeitsgruppe. Nach der Habilitation zum Thema: „Ischämie und Reperfusion bei Extremitätenamputation“ wechselte er an das St. Markus-Krankenhaus Frankfurt zu Prof. Gottfried Lemperle, wo er die Teilgebietsbezeichnung Plastische Chirurgie erlangte, dort gleichzeitig die derzeit nördlich der Mainlinie kaum bekannte rekonstruktive Mikrochirurgie einführte und die ersten komplexen mikrochirurgischen Defektrekonstruktionen durchführte. Hans-Ulrich Steinau lebte damals bereits flache Hierarchien, aber über allem stand bei ihm das Wohl der Patientinnen und Patienten.

Hans-Ulrich Steinau wechselte 1984 als Oberarzt an die Abteilung für Plastische Chirurgie des Klinikums rechts der Isar in München unter der Leitung von Frau Prof. Dr. Schmidt-Tintemann und Prof. Dr. Edgar Biemer, wo er sein späteres Hauptarbeitsgebiet, die Gliedmaßen-erhaltende Sarkomchirurgie mit funktioneller Rekonstruktion zu internationaler Sichtbarkeit weiterentwickelte. Zahlreiche Schüler, die später Karriere in der Plastischen Chirurgie machten, stammen aus dieser Zeit. Die Besetzung von Lehrstühlen und zahlreichen Chefarztstellen in der gesamten Bundesrepublik mit seinen Schülern belegt eindrucksvoll Hans-Ulrich Steinaus Qualitäten als chirurgischer Lehrer und Mentor.

1990 wurde er zum Direktor der Klinik für Plastische Chirurgie und Schwerbrandverletzte der Berufsgenossenschaftlichen Universitätsklinik Bergmannsheil Bochum berufen. Zu den von ihm etablierten Schwerpunkten zählten insbesondere die posttraumatische und plastische Wiederherstellungschirurgie. Seine

Klinik entwickelte er zu einem international renommierten operativen Referenzzentrum für bösartige Gliedmaßenentumoren. Mehr als 3.500 Operationen auf diesem anspruchsvollen Gebiet sind sein Verdienst und stellen ein weltweit einmaliges Krankengut dar.

Internationale Gastprofessuren und renommierte Auszeichnungen wurden ihm zuteil wie die Dieffenbach Büste, der Langenbeck-, Lexer- und Zenker Preis der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, die Karl-Schuchardt-Medaille, international die Maliniac Lecture der ASPS, die John Bostwick Lecture an der DUKE University und als erstem Deutschen die George H. Monks Lecture am Memorial Sloan Kettering Center in New York. 2011 erhielt er das Bundesverdienstkreuz am Bande.

Mit ihm wurde erstmalig ein Plastischer Chirurg zum Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie gewählt. Hier gab er im Jahr 2007 den Anstoß das Schicksal unserer chirurgischen Kolleginnen und Kollegen, die während der NS-Zeit Opfer des verbrecherischen staatlichen Systems geworden waren, aufzuarbeiten. Die Rückführung des in den Kriegswirren in die Charité ausgelagerten „Gründerbildes“ der Gesellschaft

und von Abformungen der Büsten unserer großen Vorgänger in das Langenbeck-Virchow-Haus hat er tatkräftig unterstützt.

Im Juni 2012 schied Hans-Ulrich Steinau aus dem aktiven Dienst des Berufsgenossenschaftlichen Universitätsklinikums Bochum aus, um danach noch viele Jahre als Senior-Chirurg und Senior Professor am Universitätsklinikum Essen in seinem Spezialgebiet tätig zu sein.

Als Präsident der Deutschen Plastischen Chirurgie (DGPRÄC) 2001–2003, Mitglied des Präsidiums der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1999–2002, deren Präsident 2006/2007 und Senator auf Lebenszeit lag ihm die Weiterentwicklung des Fächerkanons der Chirurgischen Fachgesellschaften und deren Einheit unter dem Dach der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie ein besonderes Anliegen. In seiner Präsidentenrede hat er die besondere Bedeutung von Leadership und Kooperation für die Zukunft einer „Chirurgie im Systemwandel“ herausgestellt.

Fachlich zeichnete sich Hans-Ulrich Steinau durch ein herausragendes chirurgisches Können, gepaart mit einem enormen

Überblick über die technischen Möglichkeiten benachbarter operativer Fächer und breitgefächerte Literaturkenntnisse aus. Synoptisch führte er dies in dem von ihm am Bergmannsheil aufgebauten Referenzzentrum für Gliedmaßensarkome zusammen und erhielt so unzähligen Patientinnen und Patienten ihre wertvolle Extremitätenfunktion und Teilhabe am Leben.

Hans-Ulrich Steinau war nicht nur ein ganz exzellenter Chirurg, sondern auch ein kulturell umfassend gebildeter und humorvoller Mensch, der seine humanitäre Verantwortung auch als Bürger gelebt hat. So hat er sich mit seiner Ehefrau Rita in einem Programm für Mädchen- und Frauenförderung in Indien engagiert.

Wir verlieren mit Hans-Ulrich Steinau einen herausragenden Wissenschaftler und eine begnadete Persönlichkeit der Plastischen Chirurgie, einen herzlichen Freund, großzügigen Förderer und wahren Humanisten. Wir werden ihn schmerzlich vermissen.

Ihr  
Univ.-Prof. Dr. Peter M. Vogt

## WIR GEDENKEN UNSERER VERSTORBENEN MITGLIEDER

**Frau Mathilde Feist, Berlin**  
**Herr Prof. Dr. med. Klaus Fuchs, Bielefeld**  
**Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Karsten Vilmar,**  
**Herr Prof. Dr. med. Hans Jürgen Refior, München**  
**Herr Dr. med. Hans-Peter Vogel, Reutlingen**  
**Herr Prof. Dr. med. Hans-Jörg Oestern, Celle**  
**Herr Prof. Dr. med. Hans-Ulrich Steinau**  
**Herr Prof. Dr. med. Peter M. Schlag, Berlin**  
**Herr Prof. Dr. med. Eberhard Markgraf, Jena**  
**Herr Prof. Dr. med. Bernd-A. Blencke, Hessisch Lichtenau**  
**Herr Prof. Dr. med. Michael J. Polonius, Berlin**

**\*16.04.1987 †26.05.2024**  
**\*17.07.1935 †12.04.2024**  
**\*24.04.1930 †16.10.2024**  
**\*12.03.1938 †09.11.2024**  
**\*28.09.1943 †01.02.2025**  
**\*23.05.1945 †14.02.2025**  
**\*27.04.1946 †26.02.2025**  
**\*22.04.1948 †28.02.2025**  
**\*02.04.1937 †04.03.2025**  
**\*25.10.1939 †07.04.2025**  
**\*18.12.1937 †05.05.2025**

# 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. R. Goldbrunner

*Präsident*

Prof. Dr. med. Th. Schmitz-Rixen

*Generalsekretär*

Prof. Dr. med. Johann Pratschke

*Schatzmeister*



# DGCH-PRÄSIDIUM

*ab 01. Juli 2025*

## VORSTAND

|                  |                                   |
|------------------|-----------------------------------|
| Präsident        | R. Goldbrunner, Köln              |
| 1. Vizepräsident | U. Rolle, Frankfurt/Main          |
| 2. Vizepräsident | J. Werner, München                |
| 3. Vizepräsident | L. Prantl, Regensburg             |
| Schatzmeister    | J. Pratschke, Berlin              |
| Generalsekretär  | Th. Schmitz-Rixen, Frankfurt/Main |

## VERTRETER DER FACHGESELLSCHAFTEN

|                                                                                   |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie                        | J.-P. Ritz, Schwerin      |
| Deutsche Gesellschaft für Chirurgie/Vertreter Allgemeine Chirurgie                | K. Ridwelski, Magdeburg   |
| Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin                         | F. Adili, Darmstadt       |
| Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie                                         | B. Ludwikowski, Hannover  |
| Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie                    | J. Hoffmann, Heidelberg   |
| Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie                                          | H. Clusmann, Aachen       |
| Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie                  | B. Kladny, Herzogenaurach |
| Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen | M. Lehnhardt, Bochum      |
| Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie                       | J. Börgermann, Duisburg   |
| 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   | D. E. Stange, Dresden                  |
| Oberärztin in nichtselbstständiger Stellung einer Chirurgischen Krankenhausabteilung | S. Bayerköhler, Garmisch-Partenkirchen |
| Niedergelassener Ärztin für Chirurgie                                                | K. Schick, München                     |
| Chirurg aus dem deutschsprachigen Ausland                                            | K. Emmanuel, Salzburg/Österreich       |
| Vertreter der Sektion Chirurgische Forschung                                         | M. Laschke, Homburg/Saar               |

## FRÜHERE PRÄSIDENTEN

|                  |      |
|------------------|------|
| H. Lang, Mainz   | 2022 |
| A. Seekamp, Kiel | 2024 |
| C. Bruns, Köln   | 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 |
| M. Ehrenfeld, München            | 2021 |

\* Senator ehrenhalber, Schatzmeister 1996–2011

\*\* Senator ehrenhalber, Generalsekretär 2012–2022

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

## RÜCKBLICK

### AUF DEN DEUTSCHEN CHIRURGIE KONGRESS 2025



Den diesjährigen 142. Deutschen Chirurjekongress, der vom 26. – 28. März in München stattgefunden hat, konnten sowohl die Veranstaltenden als auch die Teilnehmenden als großen Erfolg verbuchen. Bereits im Vorfeld nahm die Presse relevante Themen wie beispielsweise die fachärztliche Weiterbildung und Vorbereitung der Chirurgie auf den Kriegs- und Krisenfall auf.

Zahlreiche Mitglieder trafen sich am BDC-Stand, der sich im Kreise der chirurgischen Fachgesellschaften befand, zum Austausch und zum Gespräch mit Mitarbeiterinnen der BDC-Geschäftsstelle. Trotz der teils schwierigen politischen und gesellschaftlichen Themen, die behandelt wurden, herrschte eine familiäre und positive Stimmung.

Impressionen und mehr: [www.bit.ly/RückblickDCK25](http://www.bit.ly/RückblickDCK25)

## RÜCKBLICK

### AUF DEN BUNDESKONGRESS CHIRURGIE 2025 IN NÜRNBERG



Für niedergelassene Chirurginnen und Chirurgen ist der Bundeskongress Chirurgie, der dieses Jahr vom 21. bis 22. Februar in Nürnberg stattfand, eine zentrale Veranstaltung. An den zwei Kongresstagen versammelten sich BDC-Mitglieder und Kolleginnen und Kollegen am gut positionierten BDC-Stand zum Austausch beim Kaffee. Die Stimmung unter den Teilnehmenden war gut, das Interesse an den wissenschaftlichen Sitzungen von BDC-Vorstand, Geschäftsführung und -mandats-träger:innen sehr groß. Die anschließenden Fragerunden nutzten viele zur Klärung von Fragen. Das BDC-Team stand vor Ort wie immer für alle Fragen rund um den Verband und eine Mitgliedschaft zur Verfügung.

Impressionen: [www.bit.ly/RückblickBCH25](http://www.bit.ly/RückblickBCH25)



Weitere Artikel finden Sie auf BDC|Online  
([www.bdc.de](http://www.bdc.de), Rubrik BDC-News).

# Nachruf auf Prof. Dr. med. Michael-Jürgen Polonius



**In memoriam**  
**Prof. Dr. med.**  
**Michael-Jürgen Polonius**  
**(\*27.04.1946 † 05.05.2025)**

**A**m 05.05.2025 verstarb im achtundachtzigsten Lebensjahr Prof. Dr. med. Michael-Jürgen Polonius, Präsident unseres Berufsverbands vom 28. Juni 2003 bis 30. Juni 2010. Die Nachricht vom Ableben unseres ehemaligen Präsidenten hat uns tief betroffen, und wir erinnern uns mit großer Dankbarkeit an sein hohes Engagement.

Professor Polonius hat sich stets durch Bescheidenheit und Rücksicht ausgezeichnet und primär nicht nach der Präsidentschaft des BDC gestrebt. Nach dem völlig unerwarteten Tod seines Vorgängers, Prof. Jens Witte, hat er es als damaliger Vizepräsident als seine Pflicht angesehen, seine persönlichen Planungen im Interesse des BDC anzupassen und das Präsidentenamt 2003 zunächst kommissarisch, danach und noch für eine weitere Amtsperiode bis 2010 auszuüben.

Nach dem Medizinstudium hat Professor Polonius seine Ausbildung zunächst von 1967 bis 1970 in den Vereinigten Staaten begonnen, um anschließend am UKE Hamburg seine Weiterbildung zum Facharzt für Chirurgie mit den Teilgebieten: Thorax- und Kardiovaskularchirurgie, Gefäßchirurgie abzuschließen. Es folgte an gleicher Stelle die Tätigkeit als Oberarzt bis 1985 sowie die Habilitation 1978. Seine berufliche Karriere fand ihren Höhepunkt in einer Chefarztposition in den Städtischen Kliniken in Dortmund.

Innerhalb der chirurgischen Gemeinschaft wurden ihm zahlreiche Ehrungen zuteil, u. a. die Werner-Körte-Medaille in Gold der DGCH, die Rudolf-Nissen-Plakette der DGTH und die Jean-Kunlin Medaille der DGG.

Im und für den BDC hat Professor Polonius seit 1978 als Fachvertreter für sein Fach gewirkt, bevor er 2002 zum Vizepräsidenten gewählt wurde. In seiner 2003 angetretenen Präsidentschaft hat er sich

neben den präsidialen Aufgaben auch als Vertreter des BDC in der Müller-Osten-Stiftung engagiert, besonders in der gemeinsamen Weiterbildungskommission und als Herausgeber der damaligen Verbandszeitschrift „Der Chirurg BDC“. Die Zusammenarbeit der Chirurginnen und Chirurgen in den Kliniken und in den Praxen lag ihm stets am Herzen und in seine Amtszeit fällt die Gründung des Referats Niedergelassene Chirurgen im BDC. Darüber hinaus war er in der Section Surgery der UEMS auf europäischer Ebene aktiv, dort auch als Präsident von Section und dem Board of Surgery.

In seinem Wirken für den BDC bleibt uns Professor Polonius als liebenswürdiger, stets diplomatischer und ehrlicher Kollege in Erinnerung. Er war stets authentisch und auf sein Wort war immer Verlass.

Die einzige bekannte Schwäche war allenfalls seine Allergie gegen Tomaten, was gelegentlich die Menu-Auswahl etwas erschweren konnte.

In tiefer Trauer gedenken wir einer herausragenden Persönlichkeit als Mensch und Chirurg. Mit Geradlinigkeit, Aufrichtigkeit, Kompetenz und Fairness hat er den Berufsverband der Deutschen Chirurgie von 2003 bis 2010 als Präsident geführt. Seine hervorragenden Leistungen für den Berufsverband der Deutschen Chirurgie fanden im In- und Ausland hohe Anerkennung. Sein stets ausgewogenes Urteil und sein Rat wurden stets geschätzt.

Seinen Angehörigen gilt unser tiefes Mitgefühl.

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer  
Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg  
Dr. med. Peter Kalbe  
Dr. med. Friederike Burgdorf

Bild: Der BDC-Vorstand beim DCK 2025



## Rückblick auf die BDC-Mitgliederversammlung 2025

Zu Beginn der Mitgliederversammlung begrüßte BDC-Präsident Professor Hans-Joachim Meyer die beiden neuen stellvertretenden Akademieleiter Professor Andreas Kirschniak und Professor Benedikt Braun zu ihrer neuen Position und ihren Aufgaben. Die beiden neuen Mitarbeiterinnen der BDC-Geschäftsstelle Cindy Mangelsdorf (BDC-Akademie) und Sandra Nahlik (Sekretariat) hieß er herzlich willkommen.

Der BDC war in diesem Jahr beim DCK mit zahlreichen eigenen und interdisziplinären Sitzungen und zwei Workshops, unter anderem zu den Themen neue

Weiterbildungsordnung, ePA, Krankenhaus- und Notfallreform, Beruf und Karriere, KI in der klinischen Praxis sowie DRG-System und Vorbereitung auf die Niederlassung präsent.

Die Mitgliederzahlen sind 2024 leicht gesunken, was auf die Zahl der Austritte zurückzuführen ist. Professor Meyer erläuterte dazu, dass diese teilweise altersbedingt beziehungsweise aufgrund der Anzahl an Verstorbenen zu erklären seien. Erfreulich sei die hohe Zahl an Neuanmeldungen im ersten Quartal 2025. Frauen sind im BDC inzwischen zu leicht über 25

Prozent vertreten. Über die Aktivitäten der BDC|Akademie berichtete Professor Meyer, dass die Digitalisierung bewährter Fortbildungsformate voranschreitet. Des Weiteren informierte er über die intensivierte Zusammenarbeit des BDC mit der Deutschen Herniengesellschaft beim Webinar „HERNIE komplex“. Zu den Neuheiten in der Akademie zählen unter anderem die Webinar-Reihe „Fraktur im Fokus“ sowie das neue „Facharztseminar Viszeralchirurgie“ in Magdeburg. Für den Nachwuchs setzt sich der BDC mit seiner neuen Printbroschüre „Faszination Chirurgie“ ein mit Tipps und Informationen zur Weiterbildung, Karriere und Bewerbung. Die bundesweiten „Nur Mut!“-Workshops und M3-Trainings „Staatsexamen und Karriere“ in Essen und Berlin fanden 2024 wieder großen Zuspruch.

Die Marketingkommunikation arbeitet gezielt an der Gewinnung und Bindung von Mitgliedern. Dazu gehört, den chirurgischen Nachwuchs und die jüngere Generation für eine Mitgliedschaft zu begeistern. Im Herbst 2024 hat der Verband mit seiner politischen Mobilisierungskampagne „Kein Weiter ohne Bildung“ für den chirurgischen Nachwuchs Position bezogen. Die Online-Kampagne mit Aufruf zur Unterschrift einer Petition läuft kontinuierlich weiter und wird bereits von etlichen Verbänden und Gremien der Selbstverwaltung unterstützt. Das Projektteam arbeitet derzeit weitere Kampagnenmaßnahmen aus, darunter Printmaterial wie Poster, mit dem die Praxen und Kliniken die Kampagne unterstützen können.

Kernthemen der Pressearbeit des Verbands waren 2024 und im ersten Quartal 2025 die Hybrid-DRG, die Notfallreform, GOÄ, Weiterbildung und Nachwuchsgewinnung, Krankenhausreform und Ambulantisierung sowie die Entbürokratisierung. Insgesamt 14 Pressemitteilungen hat der Verband 2024 veröffentlicht, sechs bereits im ersten Quartal 2025 bei guter Medienresonanz. Anfragen von Publikums- und Fachmedien trafen regelmäßig ein und wurden von chirurgischen Fachleuten aus dem Verband beantwortet. Für den BDC-Journalistenpreis

haben sich im vergangenen Jahr 14 Redakteurinnen und Redakteure beworben. Die Qualität der Beiträge war wieder sehr hoch. Mit dem ersten Preis ausgezeichnet hat die Jury die junge Journalistin Amandine Cormier mit ihrer Videoreportage „Lebensretter im OP – ein Tag in der Herzchirurgie“. Der BDC intensiviert seine Social Media Arbeit auf LinkedIn, Instagram und Facebook weiter, auf Twitter ist der Verband nicht mehr aktiv, behält sein Profil jedoch zu Recherchezwecken.

Zentrales Medium für die Mitgliederkommunikation ist das Magazin PASSION CHIRURGIE, eines der wichtigen deutschsprachigen Journale in der Chirurgie. Mit Themenschwerpunkten pro Ausgaben und hochwertigen Beiträgen zu fachlichen und berufspolitischen Themen erscheint sie monatlich online und dreimonatlich gedruckt und wird inzwischen mit einem visuell überarbeiteten Newsletter angekündigt. Die Portraitreihe BDC|Schnittstelle mit Mandatsträgern aus dem Verband läuft erfolgreich und ist auf [bdc.de](http://bdc.de) und in der PASSION CHIRURGIE zu finden. Mandatsträger:innen im BDC sind herzlich eingeladen, sich mit einem Portrait über sich zu beteiligen. Die BDC-Pressestelle freut sich über Kontaktaufnahme.

Berufspolitisch hat sich der BDC 2024 und im ersten Quartal 2025 auf Bundes- und Länderebene für verschiedene Themen eingesetzt. Neben Stellungnahmen zu den Gesetzgebungsverfahren bezüglich KHVG und Notfallreform Richtung Politik ging ein Schreiben an den damaligen Gesundheitsminister Professor Karl Lauterbach zur Finanzierung der fachärztlichen Weiterbildung. Des Weiteren erfolgten zahlreiche Austauschgespräche mit ärztlichen Berufsverbänden, der Bundesärztekammer, Landesärztekammer Hamburg sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Der BDC engagiert sich weiterhin in Sitzungen der Gemeinsamen BG-Kommission zur berufspolitischen Vertretung der Durchgangsarzte in Kliniken und Praxen.

Bei der UEMS wird eine neue Arbeitsgruppe zur bariatrischen und globalen Chirurgie angestrebt.

Professor Meyer schloss seinen Vortrag mit einem Gedenken an die im Jahr 2024 verstorbenen Chirurgeninnen und Chirurgen.

Im Anschluss stellte Geschäftsführerin Dr. Friederike Burgdorf die Schwerpunktthemen des BDC für die 21. Legislaturperiode des Bundestags vor, die der Verband in einer Broschüre zusammengefasst hat. Kernforderungen beziehen sich dabei auf die fachärztliche Weiterbildung, den Bürokratieabbau, die Patientensteuerung, die Krankenhausreform sowie die sektorenverbindenden Hybrid-DRGs. Die Broschüre ist an Politik, Presse und Verbände gerichtet und kann auf [bdc.de](http://bdc.de) heruntergeladen werden: **BDC-Positionspapier** ([www.bit.ly/BDC-Position\\_2025](http://www.bit.ly/BDC-Position_2025)).

Der darauffolgende Bericht des Schatzmeisters Dr. Hubert Mayer zeigte, dass der BDC 2024 gut gewirtschaftet hat. Für die nächsten Jahre berücksichtigt werden sollten allerdings Aufwendungen für neue Mitarbeitende in der Geschäftsstelle, die IT-Infrastruktur sowie Maßnahmen und Marketing für die Nachwuchsarbeit. Nach wie vor herausfordernd bleibt, die Industrie als Sponsoren zu gewinnen und zu halten, Teilnehmende für die Akademie zu generieren sowie jüngere Chirurgeninnen und Chirurgen für eine Mitgliedschaft im BDC zu begeistern.

Bei der BDC-Mitgliederversammlung fand die Nachwahl des Leiters des BDC-Fachreferats Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG) statt. Die anwesenden Teilnehmenden wählten Herrn Professor Matthias Schneider einstimmig zum neuen Leiter.

Der Justiziar des BDC, Dr. Jörg Heberer, berichtete über seine Arbeit für den Verband. So erbrachte er im Auftrag des BDC 2024/2025 umfassende juristische Beratungsleistungen für seine Mitglieder, die sie zu verschiedenen Belangen, vor allem im Arbeitsrecht, in Anspruch genommen hatten. Als Beispiel gab er die Sorge vor fristloser Kündigung durch Wegfall von Leistungsgruppen an Kliniken an. ○

# Termine BDC|Akademie\*

| CURRICULUM BASISCHIRURGIE |                    |                      |            |                         |                                                                                        |                |                 |
|---------------------------|--------------------|----------------------|------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|
| VON                       | BIS                | ORT                  | KURS-NR.   | SEMINARTITEL            | WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN                                                          | PREIS MITGLIED | PREIS NICHT-MGL |
| 18.08.2025                | 20.08.2025         | Gent                 | 2025-28075 | ORSI Summer School      | PD Dr. med. Rabi Raj Datta;<br>Prof. Dr. med. Hans Fuchs;<br>Dr. med. Stefano Puliatti | 249,00 €       | 249,00 €        |
| 29.-<br>30.09.2025        | 10.-<br>11.10.2025 | online und<br>Berlin | 2025-21665 | Basischirurgie          | Dr. med. Jörg Sauer                                                                    | 400,00 €       | 600,00 €        |
| 13.11.2025                | 14.11.2025         | Ingolstadt           | 2025-21526 | Workshop Basischirurgie | Prof. Dr. med. Hans-Georg Palm                                                         | 440,00 €       | 580,00 €        |
| 24.11.2025                | 28.11.2025         | Berlin               | 2025-21664 | Basischirurgie          | Dr. med. Christian Müller;<br>Prof. Dr. med. Stephan Gretschel                         | 400,00 €       | 600,00 €        |

| FACHARTZTVORBEREITUNG |                    |                      |            |                                                |                                                                                       |                |                 |
|-----------------------|--------------------|----------------------|------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|
| VON                   | BIS                | ORT                  | KURS-NR.   | SEMINARTITEL                                   | WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN                                                         | PREIS MITGLIED | PREIS NICHT-MGL |
| 25.06.2025            | 27.06.2025         | Essen                | 2025-23711 | Facharztseminar Thoraxchirurgie                | Dr. med. Jan Volmerig                                                                 | 350,00 €       | 550,00 €        |
| 11.-<br>12.09.2025    | 15.-<br>16.09.2025 | online und<br>Berlin | 2025-23823 | Facharztseminar Orthopädie/<br>Unfallchirurgie | Prof. Dr. med. Julia Seifert;<br>Prof. Dr. med. Stefan Schulz-Drost                   | 400,00 €       | 500,00 €        |
| 22.09.2025            | 25.09.2025         | Leipzig              | 2025-22550 | Facharztseminar<br>Allgemeinchirurgie          | Dr. med. Ludwig Schütz;<br>Prof. Dr. med. Peter Lamesch                               | 400,00 €       | 550,00 €        |
| 03.11.2025            | 07.11.2025         | Dortmund             | 2025-22530 | Facharztseminar<br>Allgemeinchirurgie          | Dr. med. Jens-Peter Stahl;<br>Prof. Dr. med. Maximilian Schmeding                     | 450,00 €       | 600,00 €        |
| 17.11.2025            | 20.11.2025         | Hamburg              | 2025-23672 | Facharztseminar Viszeralchirurgie              | Dr. med. Philipp Busch;<br>PD Dr. med. Matthias Reeh;<br>Prof. Dr. med. Thilo Hackert | 400,00 €       | 550,00 €        |
| 26.11.2025            | 28.11.2025         | online               | 2025-23821 | Facharztseminar Orthopädie/<br>Unfallchirurgie | Prof. Dr. med. Hans-Georg Palm                                                        | 300,00 €       | 500,00 €        |

| FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN |            |                          |            |                                                                   |                                                                                                                |                |                 |
|----------------------------------------------------|------------|--------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|
| VON                                                | BIS        | ORT                      | KURS-NR.   | SEMINARTITEL                                                      | WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN                                                                                  | PREIS MITGLIED | PREIS NICHT-MGL |
| 25.06.2025                                         | 03.12.2025 | online                   | 2025-23866 | Fraktur im Fokus                                                  | Prof. Dr. med. Benedikt Braun                                                                                  | 100,00 €       | 200,00 €        |
| 27.06.2025                                         | 28.06.2025 | Templin OT<br>Groß Dölln | 2025-23682 | 16. Brandenburger Viszeralchirurgisches Update                    | Prof. Dr. med. habil. Frank Marusch;<br>Prof. Dr. med. Stephan Gretschel                                       | 60,00 €        | 95,00 €         |
| 28.08.2025                                         | 29.08.2025 | Straßburg                | 2025-24632 | Robotik-/Laparoskopie im IRCAD Modul 2                            | Prof. Dr. med. Hans Fuchs;<br>Prof. Dr. med. Barbara Seeliger                                                  | 1.250,00 €     | 1.500,00 €      |
| 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;<br>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;<br>PD Dr. med. habil. Sven-Oliver Dietz;<br>Univ.-Prof. Dr. med. Erol Gercek | 180,00 €       | 220,00 €        |
| 27.09.2025                                         |            | Mainz                    | 2025-25851 | Rehabilitationsmedizin/-management                                | Dr. med. Peter Kalbe;<br>Univ.-Prof. Dr. med. Erol Gercek;<br>Dr. med. Sybille Larsen                          | 135,00 €       | 165,00 €        |
| 01.10.2025                                         | 02.10.2025 | Köln                     | 2025-24634 | Robotische Chirurgie: Modul 3 – Hospitation Kolorektale Chirurgie | Prof. Dr. med. Christiane J. Bruns;<br>PD Dr. med. Georg Dieplinger;<br>Prof. Dr. med. Hans Fuchs              | 400,00 €       | 600,00 €        |
| 10.10.2025                                         |            | online                   | 2025-23613 | Osteosyntheseverfahren an der unteren Extremität                  | Prof. Dr. med. Lars Gerhard<br>Großterlinden                                                                   | 150,00 €       | 200,00 €        |
| 31.10.2025                                         |            | Frankfurt<br>am Main     | 2025-23674 | Viszeralchirurgie Kompakt: Adipositas- und metabolische Chirurgie | Dr. med. Sylvia Weiner;<br>Prof. Dr. med. Mirko Otto;<br>PD Dr. med. Susanne Blank                             | 250,00 €       | 300,00 €        |

## FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

| VON        | BIS        | ORT                 | KURS-NR.   | SEMINARTITEL                                                                   | WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN                                                                          | PREIS MITGLIED | PREIS NICHT-MGL |
|------------|------------|---------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|
| 06.11.2025 | 07.11.2025 | Köln                | 2025-23684 | Viszeralchirurgie Kompakt:<br>Pankreaschirurgie                                | Prof. Dr. med. Christiane J. Bruns;<br>Prof. Dr. med. Hans Fuchs;<br>Prof. Dr. Dr. med. Thomas Schmidt | 350,00 €       | 500,00 €        |
| 13.11.2025 | 14.11.2025 | Köln                | 2025-23635 | VATS OP Kurs: Anatomische<br>Segmentresektion                                  | Prof. Dr. med. Erich Stoelben                                                                          | 400,00 €       | 500,00 €        |
| 14.11.2025 | 15.11.2025 | Dresden             | 2025-23781 | 13. Dresdner Handkurs: Wieder-<br>herstellung der Handfunktion                 | Prof. Dr. med. Adrian Dragu;<br>Dr. med. Tim Fülling                                                   | 500,00 €       | 650,00 €        |
| 20.11.2025 | 21.11.2025 | Berlin              | 2025-22406 | CAMIC 4: Laparoskopische<br>kolorektale Chirurgie                              | Dr. med. Panagiotis Fikatas                                                                            | 500,00 €       | 700,00 €        |
| 20.11.2025 | 21.11.2025 | Köln                | 2025-24633 | Robotische Chirurgie:<br>Modul 3 - Hospitation Oberer<br>Gastrointestinaltrakt | Prof. Dr. med. Christiane J. Bruns;<br>Prof. Dr. med. Hans Fuchs;<br>PD Dr. med. Lars Schiffmann       | 400,00 €       | 600,00 €        |
| 20.11.2025 | 21.11.2025 | Recklin-<br>ghausen | 2025-23676 | Viszeralchirurgie Kompakt:<br>Rektum- und Analfistelchirurgie                  | PD Dr. med. Gabriele Böhm                                                                              | 350,00 €       | 500,00 €        |
| 21.11.2025 |            | online              | 2025-23685 | Viszeralchirurgie Kompakt:<br>Beckenbodenchirurgie                             | Prof. Dr. med. Annett<br>Gauruder-Burmester                                                            | 175,00 €       | 250,00 €        |

## FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE

| VON        | BIS        | ORT                  | KURS-NR.   | SEMINARTITEL                                                        | WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN                                     | PREIS MITGLIED | PREIS NICHT-MGL |
|------------|------------|----------------------|------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|
| 25.06.2025 |            | online               | 2025-24631 | Robotische Chirurgie: Modul 1 –<br>Theorie                          | Prof. Dr. med. Hans Fuchs;<br>Prof. Dr. Dr. med. Barbara Seeliger | 80,00 €        | 100,00 €        |
| 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<br>online | 2025-24708 | Abschlusscolloquium zum Kurs<br>"Hygienebeauftragte(r) Ärztin/Arzt" | Prof. Dr. med. Julia Seifert;<br>Prof. em. Dr. med. Axel Kramer   |                |                 |

## SOFTSKILL- &amp; MANAGEMENTSEMINARE

| VON        | BIS        | ORT                  | KURS-NR.   | SEMINARTITEL                                                            | WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN                                   | PREIS MITGLIED | PREIS NICHT-MGL |
|------------|------------|----------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|
| 10.10.2025 | 11.10.2025 | Berlin und<br>online | 2025-24708 | Abschlusscolloquium zum Kurs<br>„Hygienebeauftragte(r) Ärztin/<br>Arzt“ | Prof. Dr. med. Julia Seifert;<br>Prof. em. Dr. med. Axel Kramer |                |                 |
| 08.11.2025 |            | online               | 2025-27708 | Abrechnungswebinar EBM                                                  | Dr. med. Björn Ackermann                                        | 50,00 €        | 80,00 €         |
| 08.11.2025 |            | online               | 2025-27703 | Abrechnungswebinar GOÄ und<br>UV-GOÄ                                    | Dr. med. Peter Kalbe                                            | 50,00 €        | 80,00 €         |

## 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

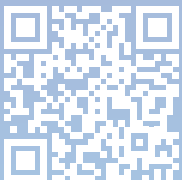
**STORZ**  
KARL STORZ – ENDOSKOPE

# 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](http://eref-testen.thieme.de)



PANORAMA

# Kompetenzlevel im Nachtdienst



**Korrespondierende Autorin:**

**Elfie Reichenstein**

Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Corporate Member der Freien  
Universität Berlin und Humboldt-  
Universität zu Berlin  
Institut für Gesundheits- und  
Pflegerwissenschaft  
Augustenburger Platz 1  
13353 Berlin  
elfie@reichenstein.net



**Dr. Michael Köhler**

Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Corporate Member der Freien  
Universität Berlin und Humboldt-  
Universität zu Berlin  
Institut für Gesundheits- und  
Pflegerwissenschaft  
Augustenburger Platz 1  
13353 Berlin  
michael.koehler@charite.de

Reichenstein E, Köhler M, Wenig V: Chirurgische  
Kompetenzen – eine Frage der Dienstzeit?  
Passion Chirurgie. 2025 Juni; 15(06/QII):  
Artikel 09\_01.



Panorama-Artikel finden Sie auf  
BDC|Online ([www.bdc.de](http://www.bdc.de)) unter der  
Rubrik Wissen | Panorama.

# Chirurgische Kompetenzen – eine Frage der Dienstzeit?

Elfie Reichenstein, Michael Köhler, Vanessa Wenig

## DIE GESCHICKLICHKEIT UND KOGNITIVEN FÄHIGKEITEN VON CHIRURG:INNEN WÄHREND EINES NACHTDIENSTES – EINE QUALITATIVE STUDIE

In Deutschland haben ca. 40.000 Chirurg:innen zu jeder Dienstzeit technische und nicht-technische Kompetenzen nachzuweisen [1–5]. Das gilt auch für den Nachtdienst, der den zirkadianen Rhythmus beeinflusst und eine zirkadiane und homöostatische Einschlafbereitschaft bedingt [5–8]. Einige Studien sind bereits der Frage nachgegangen, inwieweit es zu Einschränkungen in der chirurgischen Leistung während eines Nachtdienstes kommt [9; 10]. Unter dem Einbezug von 134 Studien konnte ein kürzlich publizierter Review aufzeigen, dass heterogene Ergebnisse und methodische Mängel vorliegen [11]. Da die bisherigen Studien oftmals standardisierte Methoden verwendeten [11; 12], betrachtete diese Arbeit die nächtlichen chirurgischen Kompetenzen aus der subjektiven Perspektive von Berliner Klinik-Chirurg:innen. Ziel war es, eine technische (Geschicklichkeit) [2] und nicht-technische (kognitive Fähigkeit) Kompetenz [13] von den Beforschten bewerten zu lassen. Zudem wurden die Qualität der Nachtdienstarbeit, das Wohlbefinden und die Bewältigungsstrategien der Chirurg:innen erfasst.

## METHODIK

Aufgrund der bisher selten untersuchten, subjektiven Chirurg:innenperspektive

bezüglich der chirurgischen Leistungen während eines Nachtdienstes [14; 15], wurde in der vorliegenden Studie ein exploratives, qualitatives Forschungsdesign gewählt. Diese Vorgehensweise ermöglichte ein tiefergehendes Verständnis zu den Sicht- und Handlungsweisen in der alltäglichen Lebenswelt der Beforschten [16]. Im Mai 2024 erfolgte die Rekrutierung der Stichprobe durch persönliche Ansprache in chirurgischen Abteilungen einer Klinik, die den Ansatz eines Gelegenheitssamplings verfolgte [16]. Für die Rekrutierung wurden eine Studieninformation sowie eine Datenschutzerklärung und ein Soziodemografie-Fragebogen versandt. In die Studie eingeschlossen wurden Chirurg:innen, die bei der Berliner Landesärztekammer gemeldet waren, ein Alter von 25 bis 50 Jahren aufwiesen, ausreichende verbale Kommunikationsfähigkeiten in deutscher oder englischer Sprache besaßen und entweder den Status eines/r Assistenzarztes/-ärztin oder eines/r Facharztes/-ärztin aufzeigten. Die Partizipation an der Studie war freiwillig und unabhängig von dem chirurgischen Fachgebiet, dem Geschlecht, dem sozioökonomischen Status und dem religiösen Hintergrund möglich. Ausgeschlossen wiederum wurden Chirurg:innen, die eine Sehschwierigkeit aufwiesen, die sich nicht durch das Tragen einer Brille oder von Kontaktlinsen korrigieren ließ. Weitere Ausschlusskriterien waren ein selbst berichteter Burn-out, eine psychische Erkrankung, ein empfundenes, eingeschränktes Wohlbefinden sowie ein Suchtverhalten.



**Vanessa Wenig**

Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Corporate Member der Freien  
Universität Berlin und Humboldt-  
Universität zu Berlin  
Institut für Gesundheits- und  
Pflegerwissenschaften  
Augustenburger Platz 1  
13353 Berlin  
vanessa.wenig@charite.de

Die Datenerhebung erfolgte anhand von problemzentrierten Interviews, die mithilfe eines thematisch orientierten Interview-Leitfadens absolviert wurden [16; 17]. Der Interview-Leitfaden wurde selbstständig angefertigt und umfasst vier Themen (Wohlbefinden, Geschicklichkeit, kognitive Fähigkeiten, Bewältigungsstrategien), mit jeweils verschiedenen Haupt- und Differenzierungsfragen [16]. Aufgrund der begrenzten Ressourcen der Bachelorarbeit wurde die Stichprobengröße vorab auf fünf Interviews festgelegt. Die Interviews wurden audioaufgezeichnet und anschließend wortwörtlich transkribiert sowie nach der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz ausgewertet [18]. Für die Darstellung der qualitativen Studie nutzten wir die Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR) Checkliste [19] und arbeiteten nach den ethischen Grundsätzen der Deklaration von Helsinki [20], da für die Bachelorarbeit kein Ethikvotum vorgesehen war. Alle Schritte wurden federführend von ER (Bachelorstudentin Gesundheitswissenschaften) durchgeführt und durch VW (Gesundheitswissenschaftlerin) und MK (Gesundheitswissenschaftler) betreut.

## ERGEBNISSE

Die fünf Einzelinterviews dauerten zwischen 18 und 42 Minuten. Die Studienpopulation bildete sich aus drei Männern und zwei Frauen, die ein Alter zwischen 30 und 41 Jahren aufwiesen. Die Befragten besaßen mindestens drei Jahre Berufserfahrung, die sie in der Allgemein-, Viszeral-, Thorax-, Unfallchirurgie oder Orthopädie erworben hatten, und gaben an, bis zu sechs Mal pro Monat einen Nachtdienst zu absolvieren.

Anhand eines inhaltsanalytisch induktiv-deduktiven Vorgehens [18] konnten 6 Haupt- und 17 Subkategorien identifiziert werden (siehe Abb.1). Durch die Gespräche konnte evaluiert werden, dass die handwerklichen Tätigkeiten in der Chirurgie mit Freude absolviert und **Nachtdienste** mit einer physiologischen Anstrengung assoziiert wurden. Chirurg:innen mussten

Aufgaben an mehreren Orten ableisten und gegen die aufsteigende Müdigkeit zwischen 2:00 und 5:00 Uhr im Nachtdienst ankämpfen. In Bezug auf das eigene **Wohlbefinden** im Nachtdienst wurde von einem veränderten Stressgefühl im Vergleich zum Tagesdienst berichtet, wobei das Stressempfinden vom eigenen Erfahrungslevel sowie von dem zur Verfügung stehenden Hintergrunddienst abhängt.

Hinsichtlich der **Geschicklichkeit** wurde von einer reibungslosen Absolvierung handwerklicher Tätigkeiten berichtet, die mit der Arbeitsroutine und dem Ausblenden von umliegenden Reizen während der Arbeit begründet wurde. Ein Leistungsabfall und eine Lustlosigkeit wurden wiederum beim Assistieren am Operationstisch oder beim Nachgehen von monotonen Aufgaben wahrgenommen, wobei dieses Befinden durch die Generierung einer intrinsischen Motivation abgemildert wird. Über eine höhere Komplikationsrate während eines Nachtdienstes wurde nicht berichtet. Allerdings lässt sich nach den Interviewaussagen die Komplikationsrate aufgrund der hohen Anzahl an standardisierten Prozeduren sowie der mangelnden Rückverfolgung des Patient:innen-Zustandes wegen der fehlenden Nachbehandlung kaum bewerten. Zudem werden wegen des tageszeitenabhängigen Operationsprogramms hauptsächlich aufwendige Operationen nur am Tag und kleinere Eingriffe nur in der Nacht durchgeführt, was eine Vergleichbarkeit der Komplikationsrate zwischen den Diensten zusätzlich erschwert.

**Kognitive Fähigkeiten**, wie das Situationsbewusstsein und das Entscheidungsvermögen, wurden während einer Operation im Nachtdienst als uneingeschränkt bewertet. Insbesondere das Situationsbewusstsein in Bezug auf das Sammeln und Erfassen von Informationen erfolgte zeitnah und resultierte in einer leitlinien- und befundorientierten Entscheidungsfällung. Bei untypischen Fällen wurde zudem intuitiv nach Bauchgefühl entschieden, die eigene Erfahrung berücksichtigt und Rücksprache mit dem Hintergrunddienst gehalten.

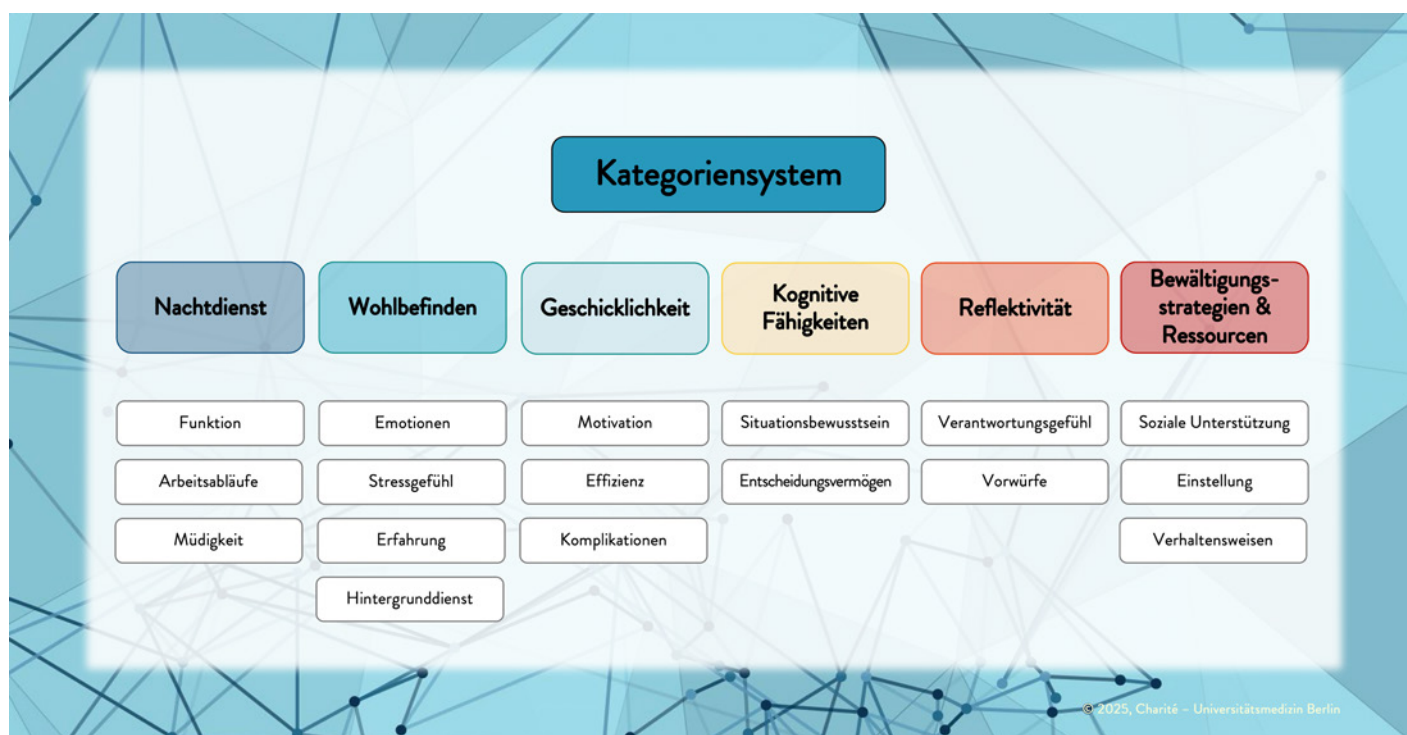


Abb. 1: Selbstständig generiertes induktives-deduktives Kategoriensystem mit 6 Hauptkategorien und 17 Subkategorien

Kognitive Einschränkungen existierten jedoch außerhalb des Operationsaales und äußerten sich in Form von ineffizienten Arbeiten, was allerdings keine Nachteile auf die Vollständigkeit und Qualität der Arbeit hatte.

Neben diesen Ergebnissen wurde ein ausgeprägtes **Verantwortungsgefühl** von den Befragten dargestellt, das mit einer Belastung verbunden war. Auf Fehlentscheidungen folgten oftmals Selbstvorwürfe und Gedankenspiralen, die nur selten mit Kolleg:innen besprochen wurden. Um den Nachtdienst dennoch zu meistern, wurde auf die **Ressource** der sozialen Unterstützung zurückgegriffen, indem beim Auftreten von Einsamkeitsgefühlen oder schwierigen Situationen Kontakt zum Klinikpersonal gesucht wurde. Neben dieser Ressource teilten die Befragten als Bewältigungsstrategien mit, vor Beginn des Nachtdienstes eine positive Einstellung einzunehmen, operative Eingriffe als eine zeitlich definierte Tätigkeit anzusehen und „aufputschende“ Konsummittel (Kaffee, Energydrinks, Süßigkeiten) zu verzehren sowie kurze Schlafpausen von maximal 15

Minuten zur Reduktion von Müdigkeitsanfällen zu integrieren.

## DISKUSSION

Die Teilnehmer:innen dieser Studie berichteten neben der Freude an der handwerklichen Arbeit auch über ein starkes Müdigkeitsempfinden zwischen 2:00 und 5:00 Uhr während eines Nachtdienstes. Ähnliche Ergebnisse hinsichtlich der Müdigkeit zeigte eine frühere Studie auf, bei der eine signifikante Entwicklung der Müdigkeit zwischen 4:00 und 8:00 Uhr bei Chirurg:innen in Dänemark evaluiert wurde [9]. Dass dennoch in dieser Studie über eine reibungslose Durchführung von leichten, chirurgischen Aufgaben im Nachtdienst mitgeteilt wurde, kann mit dem zugrunde liegenden Automatismus bei chirurgisch psychomotorischen Fähigkeiten erklärt werden [11]. Wir konnten feststellen, dass sich jedoch die subjektive Leistungsfähigkeit reduziert, wenn nicht selbstständig operiert, sondern lediglich zugearbeitet wird. Eine geringe Leistung resultiert nach dem Yerkes-Dodson-Gesetz aus der unzureichenden Forderung eines Individuums

und einem reduzierten Stresserleben [21; 22]. Unter der Berücksichtigung dieses Gesetzes kann die Leistungsbereitschaft durch die individuelle Wahrnehmung der Aufgabenschwierigkeit begründet werden [21; 22], die möglicherweise von den Chirurg:innen beim Assistieren am Operationstisch als zu gering eingeschätzt wird und mit wenig Stress assoziiert ist. Da die Interviewten sich über diesem Leistungsnachlass allerdings bewusst sind, motivieren sie sich nach eigenen Angaben selbst. Diese Aussagen belegen die Hypothese des im Jahr 2024 publizierten Reviews, dass positive Operationsergebnisse bei realen chirurgischen Eingriffen durch eine hohe Motivation von Chirurg:innen erzielt werden [11].

Eine höhere Fehlerrate, wie sie etwa in der Studie von Real Noval et al. (2022) bei übernächtierten Chirurg:innen evaluiert wurde [23], berichteten die in der vorliegenden Studie interviewten Chirurg:innen nicht. Jedoch wurde von einem tageszeitenabhängigen Operationsprogramm berichtet, bei dem vorwiegend komplikationsreiche Eingriffe am Tag erfolgen. Demnach kann

die von den Befragten artikulierte (geringe) Fehlerquote zur nächtlichen Uhrzeit einerseits mit der Durchführung von einfachen operativen Eingriffen begründet werden. Andererseits kann diese Fehlerquote auf eine verzerrte Wahrnehmung der Fehlerkultur zurückgeführt werden [24]. Nach einer Ernst & Young-Studie haben Personen, die sich ausführenden Tätigkeiten widmen oder verantwortungsvolle Rollen einnehmen, große Schwierigkeiten, Fehler einzugestehen [24; 25]. Da die Befragten in dieser Studie ein hohes Verantwortungsgefühl wahrnehmen, ist davon auszugehen, dass die Interviewten eventuell Fehler nicht eingestehen möchten oder diese nicht mit ihren Kolleg:innen besprechen, wie sie selbst im Interview berichteten. Eine offene und gezielte Aussprache mit Vorgesetzten und Kolleg:innen bezüglich Fehlern scheint jedoch das Wohlbefinden von Mediziner:innen zu stärken, weshalb diese Thematik in Zukunft mehr Beachtung erhalten sollte [26].

Die kognitive Leistungsfähigkeit in Bezug auf das Situationsbewusstsein im Operationsaal wird von den Interviewten als hoch eingeschätzt. Die rasche Informationserfassung und hohe Aufmerksamkeitsbereitschaft während Operationen kann aufgrund der dargestellten Generierung einer intrinsischen Motivation mit der Signaldetektionstheorie legitimiert werden [27]. Denn nach dieser Theorie ist die Wahrnehmung von Reizen von der Erwartung, dem Erfahrungs- und Müdigkeitslevel sowie der Motivation abhängig [27]. Zudem hängt die Wachsamkeit eines Individuums auch von der Lichtwellenlänge in der Umgebung ab [28]. So kann beispielsweise abends eine längere Belichtung von monochromatischem Licht bei 460 nm eine subjektive Wachsamkeit und verstärkte Suppression von Melatonin hervorrufen [28]. Da Operationssäle und anliegende Nebenräume mit weißem Licht

ausgeleuchtet sind und durch die spektrale Zusammensetzung einen blauen Lichtanteil aufweisen [29; 30], könnte das schnelle Auffassungsvermögen im Operationssaal auch durch die Lichtverhältnisse erklärt werden.

Die von den Befragten dargestellte reduzierte Kognition außerhalb des Operationsaals ist in früheren Studien seltener eruiert worden [9; 10]. Allerdings decken sich die Ergebnisse bezüglich der Entscheidungsfindung mit den empirischen Befunden einer Studie, wonach 46 % der eingeschlossenen Chirurg:innen eine intuitive Entscheidungsfindung anwenden [31]. Zudem können die bei schwierigen Situationen dargestellten Kontaktaufnahmen zum Hintergrunddienst und Klinikpersonal beim Vergleich mit vorherigen Ergebnissen als positiv erachtet werden, da sie zur Reduktion von fachlichen Unsicherheiten und zur Stärkung einer emotionalen Stabilität beitragen [26]. Auch die zur Milderung des Müdigkeitsempfinden artikulierte Absolvierung einer kurzen Schlafpause wurde bereits evaluiert und scheint sich positiv auf die subjektive Schläfrigkeit auszuwirken [32]. Der von den Befragten benannte Koffeinkonsum ist wiederum kritisch anzusehen, da koffeinhaltige Getränke mit einem Unruhegefühl einhergehen können, weshalb Alternativen mit günstigeren Nutzen-Risiko-Profilen zu empfehlen sind [33].

Die vorliegende Studie weist Stärken und Limitationen auf. Als eine der wenigen Studien betrachtete die vorliegende Arbeit die persönlichen Sichtweisen der Chirurg:innen in Bezug auf die Kompetenzen während eines Nachtdienstes. Die Vorgehensweise ermöglichte eine schnelle Informationserfassung und eine Klärung von fachspezifischen Fragen [16]. Die gute wissenschaftliche Praxis wurde durch den Einbezug von Leitlinien und Checklisten gewährt [19; 20]. Auch konnte durch die

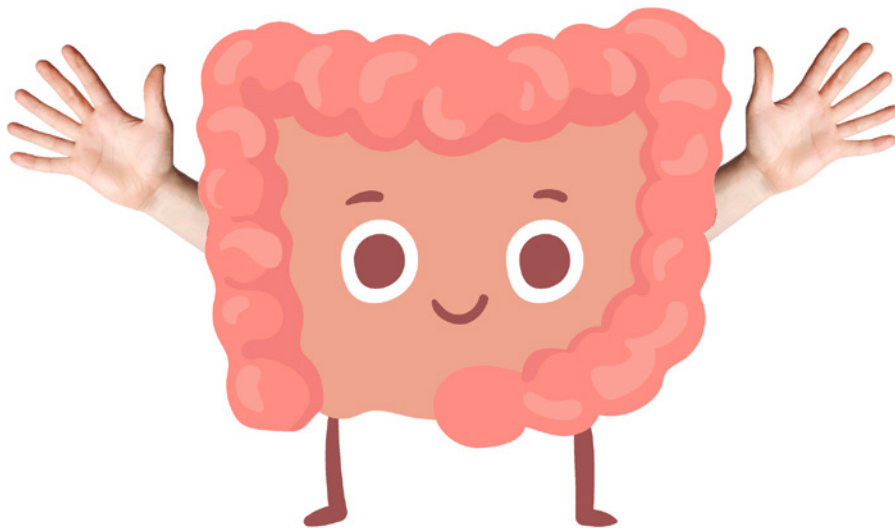
Beachtung der fünf Gütekriterien nach Mayring eine hohe Qualität der Arbeit ermöglicht werden [34]. Aufgrund der Vorgaben zur Bachelorarbeit und der Zeitlimitierung konnte das Gütekriterium „Triangulation“ nicht umgesetzt werden [34]. Ebenfalls limitierend anzumerken ist die Rekrutierungsmethode, bei der durch die persönliche Kontaktaufnahme möglicherweise nur interessierte Mediziner:innen in die Stichprobe miteingeschlossen wurden [16]. Obwohl die Vorabfestlegung der Stichprobengröße ebenso als limitierender Faktor angesehen werden muss, liefern die vorliegenden Interviews einen explorativen Einblick in das Forschungsfeld. Alle Schritte wurden mit VW & MK abgestimmt.

## SCHLUSSFOLGERUNG

Angesichts der Erkenntnisse wird deutlich, dass die positiv-artikulierte chirurgische Leistung im Nachtdienst sowohl durch ein hohes Verantwortungsgefühl und eine innere Motivation als auch durch Bewältigungsstrategien und Mechanismen aufrechterhalten wird. Um die Freude der Chirurg:innen an der Ausübung ihrer praktischen Tätigkeiten langfristig zu erhalten, erscheint es relevant, gezielt an diesen Aspekten anzusetzen. Beispielsweise könnte die Etablierung von Gesprächskreisen in Kliniken einen vertrauensvollen und fachlichen Austausch für das Personal ermöglichen. Auch sollten zukünftig die Erfahrungslevel der Chirurg:innen in der Schichtplangestaltung Beachtung erhalten und Alternativen zum Koffeinkonsum vorgeschlagen werden. Da in dieser Studie die Geschlechter nicht getrennt berücksichtigt wurden, ist es empfehlenswert, in zukünftigen Studien die Aussagen der männlichen und weiblichen Teilnehmer:innen differenzierter zu betrachten.

**Die Literaturliste erhalten Sie auf Anfrage via [passion\\_chirurgie@bdc.de](mailto:passion_chirurgie@bdc.de).** 

# BILDERRÄTSEL



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

Schicken Sie Ihre Antwort unter dem Stichwort „Passion Chirurgie 06/QII/2025“ an bilderraetsel@bdc.de. Einsendeschluss ist der 01. September 2025. Die Auflösung dieses Rätsels finden Sie in der nächsten gedruckten Ausgabe im Herbst.

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<sup>®</sup> SEALANT MATRIX



# EVERYDAY HERO

Das Zeug zur  
echten Heldin.

TachoSil<sup>®</sup>  
Blutstillung und  
Versiegelung  
in einem.



 **corzamedical**

#### TachoSil<sup>®</sup> Versiegelungsmatrix

**Quantitative und qualitative Zusammensetzung:** TachoSil<sup>®</sup> enthält pro cm<sup>2</sup> 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 Gewebsversiegelung 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<sup>®</sup> Versiegelungsmatrix.

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