

PASSION

CHIRURGIE

Neues
BDC|AKADEMIE
Programm 2026



PANORAMA

FÖRDERUNG DER
MOTIVATION IN DIE
CHIRURGIE ZU GEHEN

im Fokus

WEITER- UND
FORTBILDUNG

12 | IV | 2025

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGIE

DGCH

DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
CHIRURGIE E.V.



Berufsverband der
Deutschen Chirurgie e.V.

~~956,- €~~
399,- €

Für Ihre
jungen
Ärztinnen/
Ärzte

Das neue BDC-Starterpaket

Das günstigste Weiterbildungspaket für die Chirurgie

Das ist drin für Ihre Assistentinnen und Assistenten:

Ein Weiterbildungsseminar

Freie Wahl zwischen einem Seminar* der BDC|Akademie aus dem Curriculum „Basischirurgie“ oder einem Seminar zur „Facharztvorbereitung“ für alle Säulen der Chirurgie.

Einjährige Mitgliedschaft im Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.

Mitglied werden im größten chirurgischen Netzwerk Europas! Es ist die Chance, durch das BDC-Starterpaket** alle Services und Dienstleistungen kennenzulernen und und sich von unseren Experten zum Thema Karriere, Weiterbildung und Fortbildung beraten zu lassen.

Sechsmonatiger Zugang zur Lernplattform Amboss

Vollzugriff auf alle Inhalte und Möglichkeiten auf Amboss.***

Teilnahme am Deutschen Chirurgie-Kongress

DCK bedeutet drei Tage Networking mit den Expert:innen in der Chirurgie. Der Deutsche Chirurgie-Kongress ist praktische Fortbildung und berufspolitische Diskussionsplattform in einem.

Jetzt bestellen!
Per E-Mail unter:
karriere@bdc.de



* Das Seminar muss innerhalb der Mitgliedschaft gebucht werden.

** Die BDC-Mitgliedschaft gilt ab Buchung in 2024 bis Dezember 2025.

*** Amboss: Der kostenfreie Zugang endet nach 6 Monaten und wird dann kostenpflichtig.

Das Abo mit mehr Tiefe

„DIE CHIRURGIE“

(12 Hefte pro Jahr)

Digitale chirurgische
Fachzeitschriften

Facharzt-Training

e.Medpedia

CME

JETZT NEU

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



Hier eintauchen:
www.springermedizin.de/bdc



Sonderpreis
für BDC-
Mitglieder

Kognitive Dissonanz

Hans-Joachim Meyer, Friederike Burgdorf, Peter Kalbe, Jörg A. Rüggeberg



Korrespondierender Autor:
Prof. Dr. med.
Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
Präsident des Berufsverbandes der
Deutschen Chirurgie e.V. (BDC)
praesident@bdc.de



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

Liebe Mitglieder,
wir sind Chirurginnen und Chirurgen, die ihren Beruf mit Leidenschaft ausüben. Unsere Profession und die Passion dafür sind im Prinzip zwei uns einende Parameter. Was wir allerdings ebenfalls im berufspolitischen Alltag immer wieder erfahren, ist, dass die Rechnung nicht so einfach ist. So sind diese beiden Eigenschaften eine Klammer um zahllose Variablen, die die Chirurgie bietet. Wenn wir noch die Medizin und das Gesundheitssystem als übergeordnete Faktoren miteinschließen, ist die Komplexität des Ganzen für den einzelnen nicht mehr zu überblicken. Was meinen wir: Uns eint unser Beruf und das Gebiet in dem wir tätig sind. Danach differenzieren wir uns aber schon: In unterschiedliche Fachrichtungen, in Angestellte in der Klinik und Praxisinhaber, in unterschiedliche Altersgruppen, in Ärzte und Ärztinnen in der Stadt und auf dem Land, in unseren diversen Karriereabsichten, in unseren politischen Einstellungen, etc. Wir handeln also auch als Einzelpersonen, die ihre eigenen Werte und Ziele haben und ihre individuellen Bedürfnisse decken wollen.

Für die Arbeit des BDC ist diese Heterogenität bereits eine stetige Herausforderung. Um tragfähige Konzepte etwa für die chirurgische Weiterbildung, sinnvolle

Dienstleistungen und pointierte politische Stellungnahmen zu realisieren, muss der Verband hier immer wieder den allgemeinen Konsens herausarbeiten oder bewusst einige Gruppen adressieren und andere in diesem Moment weniger berücksichtigen. Der Berufsverband befindet sich aber noch in einem weiteren Spannungsfeld: Einerseits vertritt er die Interessen seiner Mitglieder. Gleichzeitig muss er gerade in politischen Belangen sehr sensibel die Ambitionen der anderen Player außerhalb des BDC kennen und in seinen Handlungen berücksichtigen. Es müssen dann manchmal Entscheidungen getroffen werden, die nicht für jeden passen. Wir wissen, dass



Unsere Weihnachtsspende geht auch dieses Jahr an das Krankenhausprojekt Chak in der Nähe von Kabul. Jede Hilfe ist hier nach wie vor sinnvoll. Wir denken an diejenigen, die dort und in allen anderen Krisengebieten weltweit ihre ärztliche Hilfe einbringen und damit persönliche Risiken in Kauf nehmen.

Meyer HJ, Burgdorf F, Kalbe P, Rüggeberg JA:
Kognitive Dissonanz. Passion Chirurgie.
2025 Dezember; 15(12/IV): Artikel 01.



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

diese empfundene kognitive Dissonanz nicht nur bei uns zu spüren ist. Egal, ob Sie in der Klinik oder eigenen Praxis arbeiten, in einem MVZ oder einer Behörde – jeden Tag sind Sie mit Themen konfrontiert, die bis ins Detail kontrovers diskutiert und ausgehandelt werden können. Ab einem Punkt müssen wir die Diskussion jedoch beenden und handeln, wenn wir wollen, dass sich in unseren Systemen – der Chirurgie, der Medizin und dem Gesundheitsbereich – Dinge weiterentwickeln.

Unsere Verantwortlichen in der Gesundheitspolitik zeigen, wie man sich bestmöglich im Weg stehen, Initiativen zerreden und

Prozesse blockieren kann. Unser Sektor ist durch die vielen starken Interessensgruppen auch prädestiniert dafür, neue Wege hin zu innovativen Lösungen zögerlich und behäbig zu beschreiten, weil es immer Gruppen gibt, die mit Gegenargumenten oder aktivem Widerstand scheinbar positive Entwicklungen hemmen können.

Wie wichtig ist in diesem Kontext für unseren chirurgischen Alltag und uns als BDC-Gemeinschaft die Klammer „Chirurgie mit Passion“? Essenziell. Ohne Leidenschaft wären wir nicht in diesem Beruf und ohne die Chirurgie nicht im BDC. Die Klammer gibt uns Orientierung und Rückversicherung, wo wir zu Hause sind in turbulenten Zeiten. Die Klammer löst die kognitive Dissonanz auf, die wir verspüren, wenn wir mit etwas mitgehen müssen, das nicht unseren persönlichen Überzeugungen entspricht, aber der gemeinsamen Sache dient. Mit Einigkeit untereinander und Konsensfähigkeit können wir starker Partner der Selbstverwaltung sein und für politische Entscheidungsträger sichtbar werden. So funktioniert erfolgreiche Interessensvertretung im Sinne der Chirurgie. In diesem Sinne: Vielen Dank für Ihre Treue und Ihre Unterstützung unserer Verbandsarbeit im vergangenen Jahr. ○



Dr. med. Peter Kalbe

Vizepräsident
Berufsverband der Deutschen
Chirurgie e.V. (BDC)
Gelenkzentrum Schaumburg
Stükenstraße 3
Kalbe@bdc.de



Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg

Vizepräsident
Berufsverband der Deutschen
Chirurgie e.V. (BDC)
dr.rueggeberg@t-online.de



HERAUSGEBER

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

DGCH

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

BDC

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

REDAKTION

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer (V.i.S.d.P.)
Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen (V.i.S.d.P.)
Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg
Dr. med. Friederike Burgdorf
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 © iStock/Vadym Terelyuk

ERSCHEINUNGSWEISE UND BEZUG:

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



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

EIGENTÜMER UND COPYRIGHT:

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

ISSN 2194-5586

GERICHTSSTAND UND ERFÜLLUNGORT: BERLIN

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

**INHALT****2 EDITORIAL**

2 Kognitive Dissonanz *Hans-Joachim Meyer,
Friederike Burgdorf, Peter Kalbe, Jörg A. Rüggeberg*

6 KURZNACHRICHTEN**7 CHIRURGIE**

7
21

BDC|AKADEMIE-PROGRAMM 2026**GEN-Z UND WEITERBILDUNG
IN DER CHIRURGIE**

Jonah Grütters, Johanna Ludwig



27 CHIRURGIE⁺

- 27 **Akademie Aktuell:** Hands-on-Kurs
Kindertraumatologie 2025 – praxisnah,
interaktiv, wegweisend
Peter Zimmermann, Martin Lacher
- 32 **Safety Clip:** Fit for Dienst!
Vera Triphaus, Guido Michels
- 37 **Hygiene-Tipp:** Im OP auch Mund-Nasen-Schutz
für Patienten?
*Lutz Jatzwauk, Martin Groth,
Nils Hübner, Wolfgang Kohnen*
- 38 Personalia

39 RECHT

- 39 **F+A:** Werbung mit Vorher-Nachher-Bildern
für ästhetische Unterspritzungen *Jörg Heberer*

40 GESUNDHEITSPOLITIK

- 40 **Berufspolitik aktuell:** Zwischenbilanz
Jörg-A. Rüggeberg
- 41 Vorwort *Carsten J. Krones, Daniel Vallböhmer*
- BDC-Praxistest:** Best-Practices für Ressourcen
und Emissionen sparendes Arbeiten
in der Proktologie *Ina Prinz-Bravin*

46 INTERN

46 DGCH

- 46 Kommentar des Generalsekretärs
- 49 Einladung zum DCK2026 *Roland Goldbrunner*
- 51 Sehr persönlich nachgefragt bei Nina Marie Müller
- 52 Prof. Dr. med. Norbert Grzywa (1891–1942) – Teil 2
Michael Sachs, Francesco-Mariano Bruno
- 57 Nachruf auf Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Peiper
- 62 Rekrutierende multizentrische chirurgische
Studien in Deutschland *Solveig Tenckhoff*
- 67 Spendenaufruf Langenbeck-Virchow-Haus

71 BDC

- 71 BDC|News
- 72 Einladung zur BDC-Mitgliederversammlung 2026
Hans-Joachim Meyer
- 73 Jahresrückblick 2025 – Zusammenhalt in
Zeiten des Strukturwandels und der
politischen Transformation
*Friederike Burgdorf, Peter Kalbe,
Hans-Joachim Meyer, Jörg A. Rüggeberg*

76 PANORAMA

- 76 Förderung der Motivation in die Chirurgie
zu gehen *Guido Schumacher, Astrid Marsoner*
- 81 Bilderrätsel: And the winner is...

1225

Kurz Nachrichten

HERZLICHEN GLÜCKWUNSCH!



5 Jahre eAkademie

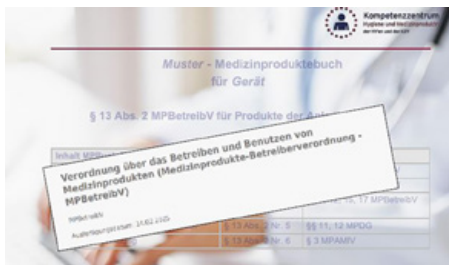
Vor fünf Jahren, genau am 18. November, wurde in einer Pressemitteilung die neue BDC|eAkademie als moderne Plattform für chirurgische Fortbildung angekündigt und so feierte die BDC|eAkademie dieses Jahr ihren fünften Geburtstag!

Wir bedanken uns bei allen, die in den letzten fünf Jahren mit ihren Beiträgen tatkräftig geholfen haben, die eAkademie zu dem zu machen, was sie heute für unsere BDC-Mitglieder und alle Chirurg:innen ist - eine fest etablierte Marke für chirurgische Fort- und Weiterbildung.

Mehr über die eAkademie lesen Sie hier: www.bdc.de

HILFESTELLUNG FÜR ARZTPRAXEN

Die neue MPBetreibV



Seit 1998 regelt die Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) Anforderungen wie Einweisungs-, Dokumentations- und Prüfpflichten für bestimmte Medizinprodukte. Im Februar 2025 wurde sie umfassend neu gefasst und um zusätzliche Vorgaben ergänzt. Ärztinnen und Ärzte müssen diese Vorschriften einhalten und nachweisen, da sie Voraussetzung für Genehmigungen und Abrechnungen bestimmter Leistungen sind. Das Kompetenzzentrum (CoC) Hygiene und Medizinprodukte der Kassenärztlichen Vereinigungen stellt zur Unterstützung zwei Übersichten sowie Mustervorlagen und ein Einlegeblatt zu den wichtigsten Änderungen auf seiner Website bereit. Die aktualisierte Fassung der Broschüre „Hygiene in der Arztpraxis“ befindet sich derzeit in Vorbereitung.

Übersichten zu den geforderten Dokumentations- und Prüfpflichten nach MPBetreibV, Mustervorlagen und mehr Informationen finden Sie hier: www.bdc.de/die-neue-mpbetreibv-hilfestellung-fuer-arztpraxen/

Neues
BDC|Akademie
Programm 2026



BDC|AKADEMIE Programm 2026

Auch dieses Jahr freuen wir uns, unseren BDC-Mitgliedern und allen, die unsere BDC|Akademie unterstützen, ein umfassendes und spannendes Programm für das neue Fortbildungsjahr 2026 vorlegen zu können.

Mit Blick in das Vorwort aus dem letzten Jahr müssen wir feststellen, dass die anstehende Krankenhausstrukturreform die Gesundheitspolitik weiterhin fest im Griff hat. Aber trotz der Verabschiedung eines Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) durch den Bundesrat, einem Regierungswechsel mit einer neuen Gesundheitsministerin und einem Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) zur Reform der Reform, ist der Sachstand für die Krankenhäuser – Nordrhein-Westfalen einmal ausgenommen – im Wesentlichen weiterhin unverändert unsicher, was am Ende denn nun kommen wird. Das Thema „Fort- und Weiterbildung“ wird auf der großen bundespolitischen Bühne nach wie vor nur am Rande abgehandelt.

Unabhängig von der gesundheitspolitischen Ebene scheint chirurgische Fort- und

Weiterbildung auch von ganz anderen Entwicklungen getriggert zu werden. Die spürbaren Veränderungen werden hier primär getrieben von einem immensen Zuwachs an medizinischem Wissen, von technologischen Entwicklungen und der damit fortschreitenden Spezialisierung sowie nicht zuletzt durch die gesellschaftlichen Veränderungen einer auf den Gesundheitsmarkt drängenden jüngeren Generation. Alle Bereiche sind bereits jetzt untrennbar geprägt durch Digitalisierung und den Einsatz künstlicher Intelligenz. Wenn medizinische Informationen digital in Echtzeit überall abrufbar sind und medizinische Entscheidungsalgorithmen vorgeben, ist für alle an Fortbildung beteiligten Institutionen die neu zu denkende und entscheidende Frage, für welche Zielgruppe welches Fachwissen überhaupt zukünftig vermittelt werden muss. Diese sich abzeichnende Transformation darf aber nicht unsere zentrale Aufgabe einer insbesondere patientenorientierten Medizin aus dem Auge verlieren: „The needs of the patients come first“.

In diesem Spannungsfeld und unter dieser Prämisse wird sich auch das Programm der BDC|Akademie in

den nächsten Jahren neu ausrichten müssen. Dabei ist es zwingende Voraussetzung, allen engagierten und ambitionierten Chirurgen und Chirurgen der nächsten Generationen für diese relevanten Veränderungen Platz zu machen und spürbar kreativen Raum zu überlassen. Wir sehen diese Ausrichtung aber als große Chance und möchten alle unsere Unterstützer:innen, denen wir jetzt schon für ihr gegenwärtiges Engagement zu großem Dank verpflichtet sind, einladen, an diesem Prozess aktiv zu partizipieren.

In diesem Sinne wünschen wir allen BDC|Mitgliedern ein erfolgreiches Fortbildungsjahr 2026 und freuen uns weiterhin auf einen konstruktiven wie persönlichen Dialog rund um alles zum Fort- und Weiterbildungsprogramm unserer BDC|Akademie.

Ihre

Prof. Dr. Dr. h.c. H.-J. Meyer
Präsident des BDC

Prof. Dr. W. Schröder
Leiter der BDC|Akademie

Inhalt

AUSBILDUNG

9 PROGRAMME FÜR DEN CHIRURGISCHEN NACHWUCHS

WEITERBILDUNG

11 BASISCHIRURGISCHE SEMINARE UND WORKSHOPS

12 SEMINARE ZUR FACHARTZTVORBEREITUNG

FORTBILDUNG

13 FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

- 13 Curriculum Laparoskopische Chirurgie
- 13 Curriculum Robotische Chirurgie
- 13 Hernienschule
- 14 Curriculum Fußchirurgie
- 14 Viszeralchirurgie Kompakt
- 14 Fortbildungen Allgemein- und Viszeralchirurgie
- 15 Fortbildungen Thoraxchirurgie
- 15 Fortbildungen Orthopädie und Unfallchirurgie
- 15 Fortbildungen D-Ärzte/-Ärztinnen

16 SOFTSKILL- UND MANAGEMENTSEMINARE

- 16 Seminarreihe: Chirurginnen auf dem Weg nach oben
- 16 Seminare für Niedergelassene

17 BDC|eAKADEMIE

- 17 Podcast: Surgeon Talk
- 17 Webinar-Reihe: Leitlinien in der Chirurgie
- 18 Webinar-Reihe: Fraktur im Fokus
- 18 Webinar-Reihe: Medizinökonomie Kompakt
- 18 Webinar-Reihe: Gesundheitspolitik aktuell
- 19 Blended Learning: Hygienebeauftragte(r) Arzt/Ärztin

PROGRAMME FÜR DEN CHIRURGISCHEN NACHWUCHS

M3 STAATSEXAMEN UND KARRIERE

Nach sechs langen Jahren stellt die mündliche Prüfung im Staatsexamen die letzte große Hürde im Studium dar. Jetzt geht es um alles! Die Berufsverbände der Deutschen Chirurgie und der Deutschen Internistinnen und Internisten – BDC und BDI – bringen Dich in zwei intensiven Tagen in eine prüfungstaugliche Form. Vorträge, Diskussionen und Videos zeigen dabei, was wichtig und unwichtig ist. Dazu bieten wir Tipps und Tricks für den praktischen Prüfungsablauf.

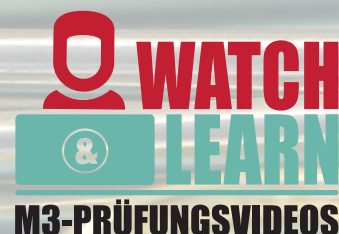
Als weiterer Teil des M3-Abschlusstrainings „Staatsexamen & Karriere“ laden wir Dich ein, verschiedene Karrierepfade in der Medizin kennenzulernen und Möglichkeiten für Deine berufliche Laufbahn auszuloten. Diskutiere im persönlichen Gespräch mit den Referent:innen über Deine individuelle Karriereplanung.

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
20.03.2026	21.03.2026	Essen	Staatsexamen & Karriere	Prof. Dr. med. Andreas Kirschniak; Prof. Dr. med. Benedikt J. Braun; Dr. med. Andreas Jerrentrup	99,00	99,00
09.10.2026	10.10.2026	Berlin	Staatsexamen & Karriere	Prof. Dr. med. Andreas Kirschniak; Prof. Dr. med. Benedikt J. Braun; Dr. med. Andreas Jerrentrup	99,00	99,00

M3-PRÜFUNGSVIDEOS „WATCH & LEARN“

Auch im Programm sind M3-Prüfungsvideos, die Ihr als direkte Vorbereitung auf das mündliche M3-Examen nutzen könnt. Hier werden realistische Prüfungssituationen am Krankenbett mit verschiedensten chirurgischen Krankheitsbildern im Videoformat simuliert. Wer diese Videosequenzen durchgearbeitet hat, wird nicht mehr das Gefühl des ersten Mals bei der echten Prüfung haben. Nach Kongressbesuch und Lernen mit den M3-Prüfungsvideos kann eigentlich nichts mehr passieren.

Die Prüfungsvideos sind ganzjährig in der BDC|eAkademie abrufbar.



Hier geht's zu den Videos...

ORSI SUMMER SCHOOL

Die ORSI Summer School ist eine europäische Initiative mit Unterstützung des BDC zur Förderung des chirurgischen Nachwuchses. Eingeladen sind Studierende im praktischen Jahr und Berufseinsteiger:innen im ersten chirurgischen Weiterbildungsjahr. Das ORSI ist eines der modernsten und innovativsten europäischen Trainingszentren für

minimal-invasive und roboter-assistierte Chirurgie in Gent, Belgien. Trainiert werden Laparoskopie, robotische Simulation und Robotik-Wetlab aber auch die klassischen Hands-on Nahttechniken. Übernachtungsmöglichkeiten werden vor Ort angeboten, Social Activities helfen, ein erstes Netzwerk aufzubauen.

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
01.09.2026	03.09.2026	Gent	ORSI Summer School	PD Dr. med. Rabi Raj Datta; Prof. Dr. med. Hans Fuchs; Dr. med. Stefano Puliatti	249,00	249,00

14. CHIRURGISCHE WOCHEN

Die „Chirurgische Woche“, eine Initiative des BDC zur Förderung des chirurgischen Nachwuchses, richtet sich an Studierende der klinischen Fachsemester. Eine Woche habt Ihr Gelegenheit, Euch intensiv mit dem Fach Chirurgie auseinander zu setzen. Das Ziel ist es, Euch für die chirurgischen Fächer zu begeistern und Eure Entscheidung für eine chirurgische Karriere zu festigen.

Theoretische Unterrichtseinheiten der häufigsten Krankheitsbilder, praktisches Hands-on-Training in der offenen, laparoskopischen und roboter-assistierte Chirurgie, Übungsmodelle in der flexiblen Endoskopie sowie erste Einblicke in die mikrochirurgische Operationstechnik – all das gehört in das Programm. Ergänzt wird die „Chirurgische Woche“ durch Beiträge zur Karriere- und Lebensplanung aus Sicht von erfahrenen Chefärztinnen und Chefarzten.

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
21.09.2026	25.09.2026	Mönchengladbach	14. Chirurgische Woche	Prof. Dr. med. Andreas Kirschniak	kostenlos	kostenlos

WORKSHOPS „NUR MUT! CHIRURGIE ZUM MITMACHEN“

Angehende Chirurginnen und Chirurgen setzen sich hohe Ziele. Die Faszination des Berufs und seine Erfolge sind groß – die Chirurgie stellt aber auch hohe mentale und physische Anforderungen. Dazu gehören natürlich auch die technischen Fähigkeiten.

In unseren Nur Mut!-Workshops bieten wir Dir die Möglichkeit, die handwerkliche Seite des Berufs kennenzulernen. Teste Dein Potenzial in exzellent ausgestatteten Trainingsräumen – mit den eigenen Händen schneiden, bohren, schrauben, spiegeln, stechen, nähen. Alles ist dabei.

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
09.05.2026		Greifswald	Nur Mut! Chirurgie zum Mitmachen	Prof. Dr. med. Stephan Kersting	0,00	35,00
13.06.2026		Erlangen	Nur Mut! Chirurgie zum Mitmachen	PD Dr. med. Christian Krautz	0,00	35,00
20.06.2026		Berlin	Nur Mut! Chirurgie zum Mitmachen	Prof. Dr. med. Andreas Kirschniak; Prof. Dr. med. Benedikt Braun	0,00	35,00
vsl. 09.09.2026		Mainz	Nur Mut! Thorax-Chirurgie zum Mitmachen		0,00	35,00
10.10.2026		Minden	Nur Mut! Chirurgie zum Mitmachen	Prof. Dr. med. Berthold Gerdes; Dr. med. Saleem Elhabash	0,00	35,00
14.11.2026		Langen	Nur Mut! Chirurgie zum Mitmachen	Dr. med. Alexander Buia	0,00	35,00
28.11.2026		Dresden	Nur Mut! Chirurgie zum Mitmachen	PD Dr. med. Andreas Volk; Prof. Dr. med. Alexander Disch	0,00	35,00

BASISCHIRURGISCHE SEMINARE UND WORKSHOPS

CURRICULUM BASISCHIRURGIE

Das BDC-Programm Basischirurgie vermittelt Berufseinsteiger:innen das nötige theoretische Grundwissen und die ersten praktischen Fertigkeiten, die für eine chirurgische Tätigkeit auf Station, in der Ambulanz, der Notaufnahme und auf der Intensivstation in den ersten beiden Jahren erforderlich sind. Alle Angebote lassen sich innerhalb der ersten zwei Weiterbildungsjahre inhaltlich und organisatorisch gut miteinander kombinieren. Kernelement des Curriculums ist das seit vielen Jahren etablierte und immer wieder aktualisierte Seminar „Basischirurgie“ als ein umfassender und begleitender Einstieg in die chirurgische Weiterbildung.

Ergänzt wird das Programm zur Basischirurgie durch Workshops. Die technischen Fertigkeiten ohne Druck und unter erfahrener Anleitung lernen, üben und selbstständig durchführen können - das ist das Ziel dieser Veranstaltungen. Das Seminar Notfallmanagement im Bereitschaftsdienst vermittelt dabei interdisziplinäre Basisfertigkeiten und Kenntnisse für eine sichere Bewältigung von Bereitschaftsdiensten.

Nach Teilnahme an einem Seminar Basischirurgie und einem weiteren Workshop oder Seminar des Curriculums verleiht die BDC|Akademie das BDC-Zertifikat Basischirurgie.

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
17.04.2026	18.04.2026	Leipzig	Notfallmanagement im Bereitschaftsdienst	Dr. med. Lutz Meyer	200,00	300,00
07.05.2026	09.05.2026	Hamburg	Basischirurgie	PD Dr. Dr. med. Uwe Johannes Roblick; Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith	350,00	350,00
07.05.2026	09.05.2026	Berlin	Praktischer Workshop: Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie	Dr. med. Jörg Sauer	400,00	600,00
08.10.2026	09.10.2026	Ingolstadt	Workshop Basischirurgie	Prof. Dr. med. Hans-Georg Palm	440,00	580,00
30.11.2026	04.12.2026	Berlin	Basischirurgie	Dr. med. Christian Müller; Prof. Dr. med. Stephan Gretschel	400,00	600,00

SEMINARE ZUR FACHARZTVORBEREITUNG

Die Facharztseminare gehören seit vielen Jahren zum Kerngeschäft der BDC|Akademie. Die Seminare sind konzipiert, um am Ende der sechsjährigen Weiterbildung das notwendige Wissen des Weiterbildungskatalogs für die anstehende Facharztprüfung noch einmal zu rekapitulieren und damit die jungen Kolleginnen und Kollegen direkt auf die Prüfung vorzubereiten.

Die Seminare werden in enger Kooperation mit den verantwortlichen Fachgesellschaften und deren wissenschaftlichen Leitungen organisiert. Das Seminarangebot umfasst alle acht Säulen des Gebietes Chirurgie, sodass diese mehrtägigen Seminare auch für Fachärztinnen und Fachärzte anderer Disziplinen und für den Quer- und Wiedereinstieg als Refresher-Kurse bestens geeignet sind.

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
23.02.2026	27.02.2026	Berlin	Gefäßchirurgie	Prof. Dr. med. Andreas Greiner	450,00	600,00
12.03.2026	14.03.2026	online	Plastische Chirurgie	Prof. Dr. med. Heinz-Herbert Homann; Prof. Dr. med. Ulrich Kneser	300,00	500,00
16.03.2026	20.03.2026	Berlin	Allgemein- und Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Gero Puhl	450,00	600,00
18.03.2026	21.03.2026	Leipzig und online	Orthopädie/Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Christian Kleber	400,00	550,00
20.04.2026	24.04.2026	Hamburg	Orthopädie/Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Frank Timo Beil; Prof. Dr. med. Lars G. Großterlinden	450,00	600,00
04.05.2026	06.05.2026	online	Allgemein- und Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Katharina Beyer; Prof. Dr. med. Johannes Lauscher	300,00	500,00
08.06.2026	12.06.2026	Magdeburg	Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Roland S. Croner; Prof. Dr. med. Karsten Ridwelski	450,00	600,00
24.06.2026	26.06.2026	Essen	Thoraxchirurgie	Dr. med. Jan Volmerig	350,00	550,00
10.09.2026	11.09.2026	online	Orthopädie/Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. Dr. med. Georg Osterhoff; Prof. Dr. med. Stefan Schulz-Drost	400,00	550,00
14.09.2026	15.09.2026	Berlin				
21.09.2026	25.09.2026	Leipzig	Allgemeinchirurgie	Prof. Dr. med. Peter Lamesch; Dr. med. Ludwig Schütz	400,00	550,00
09.11.2026	13.11.2026	Dortmund	Allgemein- und Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Maximilian Schmeding; Dr. med. Jens-Peter Stahl	450,00	600,00
23.11.2026	26.11.2026	Hamburg	Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Thilo Hackert; Dr. med. Philipp Busch; PD Dr. med. Matthias Reeh	400,00	550,00
25.11.2026	27.11.2026	online	Orthopädie/Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Hans-Georg Palm	300,00	500,00

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

CURRICULUM LAPAROSKOPISCHE CHIRURGIE

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
15.01.2026	16.01.2026	Berlin	CAMIC 1: Grundlagen der minimalinvasiven Chirurgie	Dr. med. Panagiotis Fikatas	500,00	700,00
12.03.2026	13.03.2026	Berlin	CAMIC 2: Laparoskopische Nahttechniken und Endoskopische Hernienchirurgie	Dr. med. Panagiotis Fikatas	500,00	700,00
11.06.2026	12.06.2026	Hamburg	MIC 1: Grundlagen der minimalinvasiven Chirurgie Teil 1	PD Dr. med. Anna Duprée	500,00	700,00
10.09.2026	11.09.2026	Berlin	CAMIC 3: Laparoskopische Chirurgie des Gastrointestinaltraktes	Dr. med. Panagiotis Fikatas	500,00	700,00
05.11.2026	06.11.2026	Berlin	CAMIC 4: Laparoskopische kolorektale Chirurgie	Dr. med. Panagiotis Fikatas	500,00	700,00
vsl. 10.12.2026	11.12.2026	Hamburg	MIC 2: Grundlagen der minimalinvasiven Chirurgie Teil 2	PD Dr. med. Anna Duprée	500,00	700,00

CURRICULUM ROBOTISCHE CHIRURGIE

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
24.02.2026	25.02.2026	Freiburg	Modul 2 - Hands-On Robotik im Trainingszentrum	Prof. Dr. med. Hans Fuchs; Prof. Dr. Dr. Barbara Seeliger ; PD Dr. med. MBA Colin Markus Krüger; Prof. Dr. med. Wolfgang Schröder	599,00	799,00
05.10.2026	06.10.2026					
27.05.2026		online	Modul 1 - Theorie der roboterassistierten Chirurgie	Prof. Dr. med. Hans Fuchs; Prof. Dr. Dr. Barbara Seeliger	80,00	100,00
05.11.2026	06.11.2026	Köln	Modul 3 - Robotische Chirurgie: Hospitation roboterassistierte kolorektale Chirurgie	Prof. Dr. med. Christiane J. Bruns; PD Dr. med. Georg Dieplinger; Prof. Dr. med. Hans Fuchs	400,00	600,00
19.11.2026	20.11.2026	Köln	Modul 3 - Robotische Chirurgie: Hospitation roboterassistierte onkologische Chirurgie	Prof. Dr. med. Christiane J. Bruns; Prof. Dr. med. Hans Fuchs	400,00	600,00
ganzjährig abrufbar		online	Modul 4 - Ökonomie der roboterassistierten Chirurgie	Dr. med. Alexander Urbanski	40,00	50,00

HERNIENSCHULE

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
17.06.2026	18.06.2026	online	Hernie komplex	Dr. med. Ralph Lorenz	200,00	250,00
3 Termine je Standort		verschiedene	Hernie konkret	Dr. med. Ralph Lorenz; Dr. med. Bernd Stechemesser; Dr. med. Wolfgang Reinpold	200,00	250,00
15.04.2026 und 07.10.2026		online	Hernie kontakt	Dr. med. Ralph Lorenz; Dr. med. Bernd Stechemesser; Dr. med. Wolfgang Reinpold	0,00	0,00

CURRICULUM FUSSCHIRURGIE

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
04.09.2026	05.09.2026	Aachen	Fußchirurgie I	Dr. med. Thorsten Randt	500,00	650,00
1. Quartal 2027		Hamburg	Fußchirurgie II	Dr. med. Ralph Springfeld	500,00	650,00
2027		Berlin	Fußchirurgie III	Dr. med. Anja Helmers; Dr. med. Angela Simon	500,00	650,00
2027		Köln	Fußchirurgie IV	Prof. Dr. med. Jonas Andermahr	500,00	650,00

VISZERALCHIRURGIE KOMPAKT

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
06.02.2026		online	Beckenbodenchirurgie	Prof. Dr. med. Annett Gauruder-Burmester	175,00	250,00
14.04.2026	15.04.2026	Berlin	Kolorektale Chirurgie	Prof. Dr. med. Johann Pratschke; PD Dr. med. Robert Siegel	350,00	500,00
07.05.2026	08.05.2026	Berlin	Endokrine Chirurgie	Prof. Dr. med. Gero Puhl, Dr. med. Mechthild Hermanns	350,00	500,00
08.05.2026	09.05.2026	Mannheim	Proktologie	Dr. med. Philipp C. Manegold; Prof. Dr. med. Dieter G. Bussen; Dr. med. Andreas K. Joos; Prof. Dr. med. Stefan Fritz	350,00	500,00
01.10.2026	02.10.2026	Köln	Schilddrüsenchirurgie	Prof. Dr. med. Christiane J. Bruns; Dr. med. Aycan Akca; Prof. Dr. med. Hakan Alakus; Dr. med. Nina Sehnke	350,00	500,00
15.10.2026	16.10.2026	Köln	Pankreaschirurgie	Prof. Dr. med. Christiane J. Bruns; Prof. Dr. med. Hans Fuchs; Prof. Dr. Dr. med. Thomas Schmidt	350,00	500,00
21.10.2026	22.10.2026	Offenbach am Main	Onkologische und funktionelle Operationstechniken am oberen Gastrointestinaltrakt	Dr. med. Wolfram Breithaupt; PD Dr. med. Benjamin Babic	350,00	500,00
06.11.2026		Frankfurt am Main	Adipositas- und metabolische Chirurgie	Dr. med. Sylvia Weiner; Prof. Dr. med. Mirko Otto; PD Dr. med. Susanne Blank	250,00	300,00
13.11.2026		online	Beckenbodenchirurgie	Prof. Dr. med. Annett Gauruder-Burmester	175,00	250,00
19.11.2026	20.11.2026	Reckling- hausen	Rektum- und Analfistelchirurgie	Asin Dorenkamp	350,00	500,00
auf Anfrage		Köln	Funktionelle Chirurgie des oberen Gastrointestinaltraktes	Prof. Dr. med. Jessica Leers	200,00	250,00

FORTBILDUNGEN ALLGEMEIN- UND VISZERALCHIRURGIE

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
12.06.2026	13.06.2026	Templin OT Groß Dölln	17. Brandenburger Viszeralchirurgi- sches Update	Prof. Dr. med. habil. Frank Marusch; Dr. med. Zülküf Tekin	60,00	95,00
16.06.2026	17.06.2026	online	Spezielle Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Wolfgang Schröder; Prof. Dr. med. Florian Gebauer	300,00	500,00

FORTBILDUNGEN THORAXCHIRURGIE

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
07.05.2026	08.05.2026	Köln	VATS OP Kurs: Anatomische Segmentresektion, Sleeve-Lobektomie	Prof. Dr. med. Erich Stoelben	400,00	500,00
26.11.2026	27.11.2026	Köln	VATS OP Kurs: Anatomische Segmentresektion, Sleeve-Lobektomie	Prof. Dr. med. Erich Stoelben	400,00	500,00

FORTBILDUNGEN ORTHOPÄDIE/UNFALLCHIRURGIE

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
24.03.2026		online	Osteosyntheseverfahren an der oberen Extremität	Prof. Dr. med. Lars Gerhard Großterlinden	150,00	200,00
04.06.2026	05.06.2026	online und Berlin	Hands-on-Kurs Kindertraumatologie	Prof. Dr. med. Martin Lacher; PD Dr. med. Peter Zimmermann	Preis folgt	
September 2026		online	Spezielle Unfallchirurgie Teil I	Univ.-Prof. Dr. med. Frank Hildebrand	300,00	500,00
15.09.2026		online	Osteosyntheseverfahren an der unteren Extremität	Prof. Dr. med. Lars Gerhard Großterlinden	150,00	200,00
13.11.2026	14.11.2026	Dresden	14. Dresdner Handkurs: Wiederherstellung der Handfunktion	Prof. Dr. med. Adrian Dragu; Dr. med. Tim Fülling	500,00	650,00

FORTBILDUNGEN D-ÄRZTE/-ÄRZTINNEN

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
13.04.2026		online	Unfallbegutachtung in der gesetzlichen Unfallversicherung	Prof. Dr. med. Julia Seifert	120,00	140,00
15.04.2026		online	Rehabilitationsmedizin/-management	Dr. med. Peter Kalbe; Dr. med. Sybille Larsen	90,00	105,00
17.04.2026		online	Kindertraumatologie für D-Ärzte/-Ärztinnen	Prof. Dr. med. Julia Seifert	120,00	140,00
06.06.2026		Berlin	Begutachtung im Behandlungsfehlerprozess	Prof. Dr. med. Heiner Wenk	270,00	330,00

SOFTSKILL- UND MANAGEMENTSEMINARE

SEMINARREIHE: CHIRURGINNEN AUF DEM WEG NACH OBEN

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
27.03.2026	28.03.2026	Berlin	Refresherkurs: Chirurginnen auf dem Weg nach oben	Dr. med. Gunda Leschber; Sabine Schicke	500,00	700,00
	2027	Berlin	Chirurginnen auf dem Weg nach oben: Module 1 - 4	Dr. med. Gunda Leschber; Sabine Schicke	500,00	700,00

SEMINARE FÜR NIEDERGELESSENE

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
vsf. 03.02.2026		online	Hybrid-DRG bei ambulanten Operationen: Basics und aktueller Stand nach Ausweitung 2026	Dr. med. Peter Kalbe, Prof. Dr. med. Thomas Auhuber, Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz	50,00	70,00
11.04.2026		online	Abrechnungswebinar EBM	Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz	50,00	80,00
11.04.2026		online	Abrechnungswebinar GOÄ und UV-GOÄ	Dr. med. Peter Kalbe	50,00	80,00
17.10.2026		online	Abrechnungswebinar EBM	Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz	50,00	80,00
17.10.2026		online	Abrechnungswebinar GOÄ und UV-GOÄ	Dr. med. Peter Kalbe	50,00	80,00

PODCAST SURGEON TALK

Surgeon Talk – der BDC|Podcast geht in das fünfte Jahr. Chirurgisches Fachwissen auf den Punkt, interessante Fälle aus dem chirurgischen Alltag, Diskussionen von practice-changing Publikationen, neue Ideen zur Karriereplanung oder auch mal ein Blick über den Tellerrand in der Gesundheitspolitik – in Surgeon Talk kommt alles auf den Tisch, was in der Chirurgie unter die Haut geht.



Egal ob unentschlossene:r Berufseinsteiger:in, chirurgische:r Arbeiter:in oder Held:in, oder einfach Chirurg:in aus Passion – Surgeon Talk verbindet alle, mehrmals im Monat. Wir, die Moderatorinnen und Moderatoren, ein Team von Begeisterten, die in der Chirurgie schon wahrlich viel gesehen, aber noch immer nicht genug erlebt haben. Ihr, unsere Zuhörerinnen und Zuhörer, neugierig auf alles, was Chirurgie spannend macht und mutig genug, uns Eure Meinung zu sagen.

Hier geht's zum Reinhören...



Auch 2026 besuchen wir wieder die großen Jahreskongresse der verschiedenen chirurgischen Fachgesellschaften und berichten von den aktuellen Trends in der Chirurgie. Als besonders Highlight sind wir im April für Euch auf dem Deutschen Chirurgenkongress (DCK) in Leipzig und interviewen klinische Meinungsmacher und wissenschaftliche Nerds – alles zusammengefasst im Podcast „DCK Kompakt“, der kurz nach dem Kongress online geht.

WEBINAR-REIHE „LEITLINIEN IN DER CHIRURGIE“

Der Klassiker der BDC|eAkademie geht in das neunte Jahr. Auch in 2026 wird wieder jeden Monat eine Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der medizinischen Fachgesellschaft (AWMF) aus allen Gebieten der Chirurgie vorgestellt. In einem 45-minütigen Live-Vortrag referieren Expert:innen die aktuelle Leitlinie und diskutieren diese online via Chat-Funktion. Parallel hierzu erscheint in jeder Ausgabe eine Rubrik in „Die Chirurgie“ (Springer-Medizin) mit den Highlights vorab. Die Archivierung der Webinare ermöglicht die CME-zertifizierte Teilnahme zu jedem späteren Zeitpunkt. Ein kostenfreies Fortbildungsangebot für alle BDC- und DGCH-Mitglieder.

Hier geht's zu den Leitlinien-Webinaren der BDC|eAkademie...



Webinar-Termine

S3-Leitlinie „Magenkarzinom“	29.01.2026	S3-Leitlinie „Gonarthrose“	27.08.2026
S3-Leitlinie „Ösophaguskarzinom“	26.02.2026	S2k-Leitlinie „Diagnostik und Therapie osteoporotischer thorakolumbaler Wirbelfrakturen“	24.09.2026
S3-Leitlinie „Versorgung peripherer Nervenverletzungen“	26.03.2026	S2e-Leitlinie „Hallux valgus“	29.10.2026
S3-Leitlinie „Perioperative und Periinterventionelle Antibiotikaprophylaxe“	30.04.2026	S2k-Leitlinie „Chirurgische Maßnahmen bei Geschlechtsinkongruenz“	12.11.2026
S3-Leitlinie „Schilddrüsenkarzinom“	21.05.2026	S2k-Leitlinie „Hydrocephalus im Kindesalter“	03.12.2026
S2k-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Nachsorge VON low-grade muzinösen Neoplasien der Appendix (LAMN)“	18.06.2026		
S1-Leitlinie „Tibia- und Unterschenkelchaftfrakturen im Kindesalter“	09.07.2026		

WEBINAR-REIHE „FRAKTUR IM FOKUS“

Mit der Webinar-Reihe „Fraktur im Fokus“ soll jeden Monat des Jahres eine Fraktur unter die Lupe genommen werden. Expert:innen für den jeweiligen Bereich stellen die aktuellen Entwicklungen auf ihrem Gebiet vor und diskutieren diese anschließend anhand von konkreten Fallbeispielen. Für Teilnehmer:innen besteht während des Webinars die Möglichkeit zur Vorstellung eigener Fälle. Begleitet wird jeder Vortrag von einem vorausgezeichneten Einführungswebinar, Literaturempfehlungen der Referent:innen und/oder Links zu OP-Videos zur Nachbereitung.

Die Webinar-Reihe ist in einem bewusst niederschweligen Format zur Fort- und Weiterbildung in kompaktem Rahmen konzipiert – außerhalb der Arbeitszeit und bequem von zu Hause. Jedes Webinar vereint durch Darstellung der aktuellen Literatur und interaktive Falldiskussion das Thema zu einem praxisbezogenen Update.

Hier gibt's mehr Infos zum neuen Webinar...



Webinar-Termine

Im Fokus: LWS Frakturen	28.01.2026	Im Fokus: Distale Femurfrakturen	08.07.2026
Im Fokus: Proximale Humerusfrakturen	25.02.2026	Im Fokus: Calcaneusfrakturen	26.08.2026
Im Fokus: Terrible Triad Verletzungen	25.03.2026	Im Fokus: Proximale Femurfrakturen	23.09.2026
Im Fokus: Beckenringfrakturen	29.04.2026	Im Fokus: Metatarsale und Lisfrac Frakturen	28.10.2026
Im Fokus: Acetabulumfrakturen	20.05.2026	Im Fokus: Pilon Tibiale Frakturen	11.11.2026
Im Fokus: Proximale Tibiafrakturen	17.06.2026	Im Fokus: Distale Radiusfrakturen	02.12.2026

WEBINAR-REIHE „MEDIZINÖKONOMIE KOMPAKT“

Die Webinar-Reihe „Medizinökonomie Kompakt“ soll Chirurginnen und Chirurgen im Klinikalltag helfen, die notwendigen Kenntnisse zu Fragen der Gesundheitswirtschaft zu entwickeln. Das Konzept ist modular aufgebaut und beantwortet alle Fragen rund um die Themen Dokumentation, Kodierung, Abrechnung, Controlling, Qualitäts- und OP-Management. Alle zwölf Themenblöcke dieser Reihe sind im Videoformat über die BDC|eAkademie abrufbar und können einzeln oder als Gesamtpaket gebucht werden.

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
ganzjährig abrufbar		online	Medizinökonomie Kompakt	Prof. Dr. med. Thomas Auhuber	200,00	400,00
24.04.2026		DCK, Leipzig	Workshop DRG-System: Dokumentation, Kodierung und Abrechnung	Prof. Dr. med. Thomas Auhuber	20,00*	20,00*

* zzgl. Kongress-Ticket

WEBINAR-REIHE „GESUNDHEITSPOLITIK AKTUELL“

Mit dieser neuen Webinar-Reihe kommt der BDC einer seiner Kernaufgaben nach, nämlich seine Mitglieder über Fragen der Gesundheits- und Berufspolitik aktuell und umfassend zu informieren. Die Themen der Webinare ergeben sich aus den aktuellen Entwicklungen der gesundheitspolitischen Gesetzgebung und werden kurz vor den vorgegebenen Terminen über die BDC-Website und die Social-Media Kanäle bekanntgegeben. Ein Informations-Paket, um auf dem neusten Stand der Diskussion zu bleiben.

Webinar-Termine

24.02.2026	25.08.2026
14.04.2026	27.10.2026
09.06.2026	08.12.2026

HYGIENEBEAUFTRAGTE(R) ARZT/ÄRZTIN (HBA)



Kompaktkurs – geeignet für alle
Ärztinnen und Ärzte

Hygienebeauftragte(r) Arzt/Ärztin (HBA)

Mit der Smart-Learning-Methode

Ein modernes Lernkonzept für flexible und
individuelle Fortbildung:

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

BDC  **AKADEMIE**
Einfach starten!

meduplus 

60
CME-
Punkte!



Jetzt anmelden:
www.bdc-eakademie.de

VON	BIS	ORT	FORTBILDUNG	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS BDC-MG	PREIS NICHT-MG
13.03.2026	14.03.2026	online	Hygienebeauftragte(r) Arzt/Ärztin (HBA)	Prof. Dr. med. Axel Kramer	639,00	799,00
08.05.2026	09.05.2026	Berlin und online	Hygienebeauftragte(r) Arzt/Ärztin (HBA)	Prof. Dr. med. Axel Kramer	639,00	799,00
16.10.2026	17.10.2026	Berlin und online	Hygienebeauftragte(r) Arzt/Ärztin (HBA)	Prof. Dr. med. Axel Kramer	639,00	799,00

* zzgl. 19 % MwSt.

BDC  **AKADEMIE**
Einfach starten!

Qualifizierte Fortbildungen für alle fachlichen Säulen der Chirurgie

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



www.bdc-eakademie.de

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 Chirurginnen 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

IM FOKUS

Weiter- und Fortbildung

© iStock/jacoblund

Gen-Z und Weiterbildung in der Chirurgie

Jonah Grütters, Johanna Ludwig

Die chirurgische Facharztweiterbildung steht an einem kritischen Wendepunkt. Die Generation Z (Ärztinnen und Ärzte, die ab 1997 geboren wurden und vollständig in einer digital vernetzten Welt aufgewachsen sind) tritt mit einem neuen Werteverständnis in die Kliniken ein [1, 2]. Geprägt von permanenter Vernetzung, sozialer Vielfalt und dem starken Fokus auf individuellen Sinn und Selbstverwirklichung, fordern sie eine Arbeitswelt, die mit der traditionellen Krankenhauskultur oft diametral kollidiert [3, 4].

Die Gen-Z ist die erste Generation, die sich als „Digital Natives 2.0“ beschreiben lässt. Sie sind realistisch, sicherheitsorientiert und zugleich anspruchsvoll, wünschen sich Unabhängigkeit und ein optimales Verhältnis aus Arbeitsleben, Freizeit und Familie [2]. Demgegenüber steht ein Weiterbildungssystem, das in vielerlei Hinsicht noch in den Strukturen des 20. Jahrhunderts verankert ist: lange Präsenzzeiten, starre Hierarchien und die Erwartung, dass persönliche Bedürfnisse hinter beruflicher Hingabe zurückzustehen haben.



Korrespondierende Autorin:
Dr. med. Johanna Ludwig
 Fachärztin Orthopädie &
 Unfallchirurgie
 ZB Spezielle Unfallchirurgie
 MSc Surgical Science and Practice
 University of Oxford
 mail@johannaludwig.com



Jonah Grütters
 CEO & Co-Founder von
 acceler8health
 B.A. Healthcare Management
 Cand. M.Sc. Business Intelligence &
 Smart Services, Maastricht University

Grütters J, Ludwig J: Gen-Z und Weiterbildung
 in der Chirurgie. Passion Chirurgie.
 2025 Dezember; 15(12/IV): Artikel 03_03.



Mehr zur chirurgischen Weiterbildung
 lesen Sie auf BDC|Online
 (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen |
 Aus-, Weiter- und Fortbildung.

Die provokante These lautet: Wir bilden nach einem Modell aus, das älter ist als die Menschen, die wir ausbilden.

Die junge Generation bringt neue Perspektiven, Werte und Kompetenzen mit, die den Wandel in der chirurgischen Weiterbildung entscheidend vorantreiben können. Die Herausforderung der kommenden Jahre besteht darin, diese Haltung in konkrete Verbesserungen zu übersetzen, sodass aus dem Streben nach Sinn, Work-Life-Balance und digitaler Vernetzung spürbare Vorteile für Patient:innen, Teams und das gesamte Versorgungssystem entstehen. Eine Modernisierung der Weiterbildung ist damit kein Bruch mit Bewährtem, sondern ein notwendiger Schritt, um die Zukunftsfähigkeit, Attraktivität und Innovationskraft der Chirurgie langfristig zu sichern.

KULTURCLASH: KLINIKALLTAG TRIFFT GENERATION SINN

Das Aufeinandertreffen der sogenannten Generation Sinn, wie die Gen Z auch genannt wird, mit der chirurgischen Realität legt tief liegende Spannungsfelder offen. Der Wunsch nach Selbstgestaltung, planbaren Arbeitszeiten und einer sinnstiftenden Tätigkeit, die über das bloße Abarbeiten hinausgeht, prallt auf eine Weiterbildungskultur, die noch immer von Unplanbarkeit, körperlicher Belastung und Hierarchien geprägt ist.

Was zunächst wie ein Generationenkonflikt aussieht, ist in Wahrheit Ausdruck struktureller Defizite: starre Arbeitsmodelle, eine begrenzte Feedbackkultur und eine fehlende Flexibilität bei der Gestaltung von Lernprozessen. Die Forderung nach einer ausgewogeneren Balance zwischen Berufs- und Privatleben ist dabei kein exklusives Anliegen der Jüngeren, sondern ein gesamtgesellschaftlicher Trend. Studien zeigen, dass dieser Wunsch nach Vereinbarkeit die Loyalität gegenüber Arbeitgebern sinken und die Wechselbereitschaft steigen lässt [3]. Besonders im Gesundheitswesen sind die Spannungen zwischen den Generationen mit rund 30 % überdurchschnittlich ausgeprägt [4], was darauf hindeutet, dass

die bestehenden Strukturen nur begrenzt zukunftsfähig sind.

Konfliktlinien im chirurgischen Alltag:

- **Erwartung:** planbare Arbeitszeiten, die das Privatleben respektieren
Realität: unvorhergesehene, oft lange Operationen, starre Dienstpläne, die oft an die Grenzen der europäischen Arbeitszeitrichtlinie stoßen [1]
- **Erwartung:** hohe Wertschätzung, kontinuierliches Feedback, Coaching-Mentalität
Realität: traditionelle Hierarchien, Führungsverhalten nach dem Prinzip „Befehl und Gehorsam“ sowie häufig fehlende strukturierte Weiterbildungsgespräche [5]
- **Erwartung:** strukturierte, kompetenzbasierte Weiterbildung, die den individuellen Fortschritt in den Fokus stellt [6]
Realität: starre Rotationspläne, die primär dem Personalbedarf dienen, und ein Fokus auf Anwesenheit statt auf Lernerfolg [6]

Die Folge: Trotz guter Ansätze scheitert die Umsetzung einer modernen, kompetenzorientierten Weiterbildung häufig an systemischen Grenzen, Personalknappheit und finanziellem Druck [7]. Während die chirurgische Klinik im Rahmen der Weiterbildungsordnung oft durch hohe Belastung und unflexible Strukturen geprägt bleibt, gewinnen ambulante Versorgungsformen an Attraktivität – nicht, weil sie weniger anspruchsvoll sind, sondern weil sie mehr Gestaltungsspielraum, Planbarkeit und Eigenverantwortung bieten [2].

PERSPEKTIVWECHSEL: WAS DIE GEN Z EINBRINGEN KANN

Es geht nicht darum, in einem Generationenkonflikt zu verharren, sondern die Chirurgie zukunftsfähig zu gestalten. Angesichts attraktiverer und flexiblerer Arbeitsmodelle in anderen Branchen (von Homeoffice und Workcation bis hin zu personalisierten, individuellen Karrierewegen) wird es zur strategischen Notwendigkeit, die Generation Z nicht als Fordernde,

sondern als Katalysator für strukturelle Veränderungen zu verstehen.

Die Diskussion über die Generation Z darf daher nicht im Klagen über vermeintlich hohe Ansprüche verharren. Vielmehr eröffnet sie die Chance, lang etablierte Strukturen zu hinterfragen, Lern- und Arbeitsprozesse effizienter zu gestalten und die chirurgische Weiterbildung an die Anforderungen der kommenden Jahrzehnte anzupassen.

Die Generation Z ist somit keine Gefahr für das System, sondern das Potenzial, das dessen Modernisierung ermöglicht.

Ihre Stärken sind bereits heute auf viele Herausforderungen der modernen Klinik übertragbar:

1. **Digitalkompetenz und Innovationsbereitschaft:** Als „Digital Natives 2.0“ verfügt die Gen-Z über eine ausgeprägte Routine im Umgang mit digitalen Tools, sozialen Medien und neuen Technologien [1, 7]. Diese Fähigkeiten sind von zentraler Bedeutung für die Weiterentwicklung der chirurgischen Weiterbildung – von Telemedizin und OP-Simulationen über KI-gestützte Weiterbildung bis hin zu digitalem Wund- und Fallmanagement. Viele junge Ärzt:innen treiben die Digitalisierung der Weiterbildung aktiv voran, indem sie Social-Media-Plattformen zur fachlichen Vernetzung, Wissensvermittlung und Aufklärung von Patient:innen nutzen [1].
2. **Werteorientierung und Teamkultur:** Der Wunsch nach Sinnhaftigkeit, Transparenz und Wertschätzung ist die ideale Grundlage für eine moderne Klinik- und Teamkultur. Die Generation Z fordert flachere Hierarchien und eine positive Fehlerkultur, in der Führung als Coaching verstanden wird. Diese Haltung fördert die Offenheit im Umgang mit Komplikationen, stärkt das Lernen im Team und steigert die Patientensicherheit. Gleichzeitig bringt die Generation mit ihrer Kreativität und Flexibilität neue Impulse ein, um ineffiziente Prozesse zu hinterfragen und klinische Abläufe konstruktiv zu verbessern.

Wer ist die Generation Z?

Ärzt:innen der nächsten Generation zwischen Sinn, Sicherheit und Selbstbestimmung

	Geburtsjahrgänge: 1997–2012
	Digitale Prägung: Aufgewachsen mit Smartphone & Social Media - intuitiver Umgang mit Technologie
	Kommunikationsstil: Dialogorientiert, wertschätzend, hohes Interesse an regelmäßigem Feedback
	Zentrale Werte: Sinnhaftigkeit, Flexibilität, Sicherheit, Work-Live-Balance, Diversität
	Erwartung an Führung: Mentoring-Verhältnis statt reiner Autokratie, psychologische Sicherheit am Arbeitsplatz
	Motivationstreiber: Entwicklungsmöglichkeiten, Anerkennung für messbare Beiträge zum großen Ganzen

Abb. 1: „Wer ist die Gen-Z?“

3. **Veränderungswille und Effizienzdenken:** Die Gen-Z stellt vor allem die Frage „Warum?“. Dieses kritische Hinterfragen zielt jedoch nicht auf Widerstand, sondern auf Verbesserung ab. Ihr Fokus auf klare Ziele, Feedback und messbare Ergebnisse unterstützt die Einführung kompetenzbasierter Weiterbildungsmodelle, wie beispielsweise Entrustable Professional Activities (EPAs), und eine effizientere Nutzung der verfügbaren Arbeitszeit [8]. Dadurch wird die Weiterbildung nicht nur strukturierter, sondern auch nachvollziehbarer und leistungsorientierter – ein Gewinn für Weiterzubildende, Kliniken und Patient:innen gleichermaßen.

Beispiele aus chirurgischen Disziplinen zeigen, dass eine gezielte Ausrichtung der Weiterbildung auf die Bedürfnisse der Generation Z messbare Effekte haben kann. Wo flexible Arbeitsmodelle, klare Lernstrukturen und praxisnahe Ausbildungsmöglichkeiten umgesetzt wurden, steigt die Attraktivität des Fachs spürbar – insbesondere im ambulanten Bereich [2].

Diese Erfahrungen verdeutlichen: **Wenn Weiterbildung modern gedacht und konsequent umgesetzt wird, profitieren nicht nur junge Ärzt:innen, sondern das gesamte Versorgungssystem.**

LÖSUNGEN STATT LAMENTO:
CHANCEN FÜR DIE
WEITERBILDUNG

Um die Chirurgie langfristig zukunftsfähig zu gestalten, ist eine klare Abkehr von der traditionellen Präsenzkultur hin zu einem individualisierten, kompetenzbasierten Weiterbildungsmodell erforderlich. Dabei geht es nicht darum, die Weiterbildung bequemer, sondern effizienter, motivieren-der und wirksamer zu gestalten.

Der Fokus sollte auf den tatsächlichen Lern-fortschritten liegen und nicht auf der bloßen Anwesenheit. Eine moderne Weiterbildung zeichnet sich durch erworbene Kompeten-zen, nachvollziehbare Entwicklungsziele und eine gezielte Begleitung durch qualifizierte Weiterbildungsbefugte aus.

So entsteht ein System, in dem Leistung gefördert, Motivation gestärkt und Qua-lität gesichert wird – zum Vorteil von Nachwuchs, Teams und Patient:innen gleichermaßen.

1. PERSONALISIERUNG DURCH
KOMPETENZBASIERTE
WEITERBILDUNG:

- Meilenstein oder/und EPA-basiertes Lernen: Eine moderne chirurgische Weiterbildung sollte sich an klar defi-nierten Kompetenzen und nicht an starren Zeitvorgaben orientieren. Das Konzept der „Entrustable Profession-al Activities“ (EPAs) bietet hierfür einen geeigneten Rahmen. Es ermög-licht eine gezielte Förderung und transparente Dokumentation von

Lernfortschritten sowie eine Anpas-sung operativer Tätigkeiten an den individuellen Weiterbildungsstand. Durch EPAs werden Erwartungen klar formuliert und Lernziele überprüfbar. Dies ist ein entscheidender Schritt hin zu einer Weiterbildung, die Qualität messbar und Entwicklung nachvoll-ziehbar macht.

2. „NEW WORK“ IM CHIRURGISCHEN
KONTEXT

- Teilzeit ohne Stigma: Teilzeitmodelle in der Weiterbildung sind bereits Rea-lität, müssen jedoch als gleichwertige Karriereoption anerkannt und orga-nisatorisch abgesichert werden. Ent-scheidend ist eine Entstigmatisierung, damit reduzierte Arbeitszeit nicht als fehlendes Engagement, sondern als bewusste Entscheidung für eine nach-haltige Karriere wahrgenommen wird.
- Flexible Arbeitsgestaltung: Nicht jede Aufgabe muss im Krankenhaus erfol-gen. Tätigkeiten wie das Verfassen von Arztbriefen, die Dokumentation von Operationen oder die Nachberei-tung von Fällen lassen sich effizient im Homeoffice bearbeiten. Dadurch kann die Präsenzzeit im Krankenhaus fokussierter genutzt werden – für das, was den Kern der Weiterbildung aus-macht: Das operative Lernen an Pati-ent:innen.

3. MENTORING-STRUKTUREN UND
ENTWICKLUNG:

- Die Forderung nach Vorgesetzten als „Coaches“ erfordert eine systemati-

sche Schulung von Weiterbildern im Bereich Führung und Mentoring. Wäh-rend viele Weiterbildungsbefugten ihre Kompetenz in der Weiterbildung sehen, zeigt die Befragung der Weiter-zubildenden, dass hier eine höherer Kompetenz in Supervision, Feedback und Erwachsenenbildung gewünscht sind [8].

- Die Entwicklung der Weiterbildungs-befugten kann in unterschiedlichen Formaten und Ebenen gestaltet wer-den. Formelle Gruppenformate wie Workshops und Seminare bieten strukturierte Lerngelegenheiten zu pädagogischen Themen und fördern den kollegialen Austausch. Individu-elle und formelle Ansätze wie Mentoring und Coaching unterstützen die persönliche Weiterentwicklung und Reflexion der Lehrpraxis. Peer-Review-Verfahren und systematisches Feed-back ermöglichen eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung durch gegen-seitige Rückmeldung unter Kollegin-nen und Kollegen. Ergänzend können E-Learning-Angebote und Simula-tionen flexible, orts- und zeitunab-hängige Lernmöglichkeiten schaffen. Eine Kombination dieser Methoden ermöglicht eine umfassende, praxis-nahe und nachhaltige Fakultätsent-wicklung [9].

4. DIFFERENZIERTE KARRIEREPFADE:

- Um den aktuellen und zukünftigen Bedürfnissen gerecht zu werden, sind vielfältigere Karrierepfade in der Chi-rurgie zu berücksichtigen. Nicht alle Ärztinnen und Ärzte streben eine

Tab. 1: Darstellung der Gen-Z Erwartungen, des aktuellen Chirurgischen Alltags und die Möglichkeiten zur Veränderung/Anpassung.

Gen-Z Erwartungen	Chirurgischer Alltag (Traditionell)	Möglichkeiten
Flexible Arbeitsmodelle, Teilzeit ohne Stigma	48h-Woche (oder mehr), Präsenzkultur	New Work im chirurgischen Kontext
Vorgesetzte als Coach/Mentor	Hierarchie, Befehl & Gehorsam	Ausbildung von Weiterbildungsbefugten um die Qualität und den Wert der Weiterbildung zu erhöhen
Sinnhaftigkeit, Transparenz, Wertschätzung	Stress, Überlastung, unklare Abläufe	Meilenstein, EPA-basierte, Kompetenzbasierte Weiterbil-dung; Differenzierte Karrierepfade
Digitale Tools & mobiles Lernen	Papierakten, CDs, Faxgeräte, mangelnde digitale Infras-truktur	New Work im chirurgischen Kontext

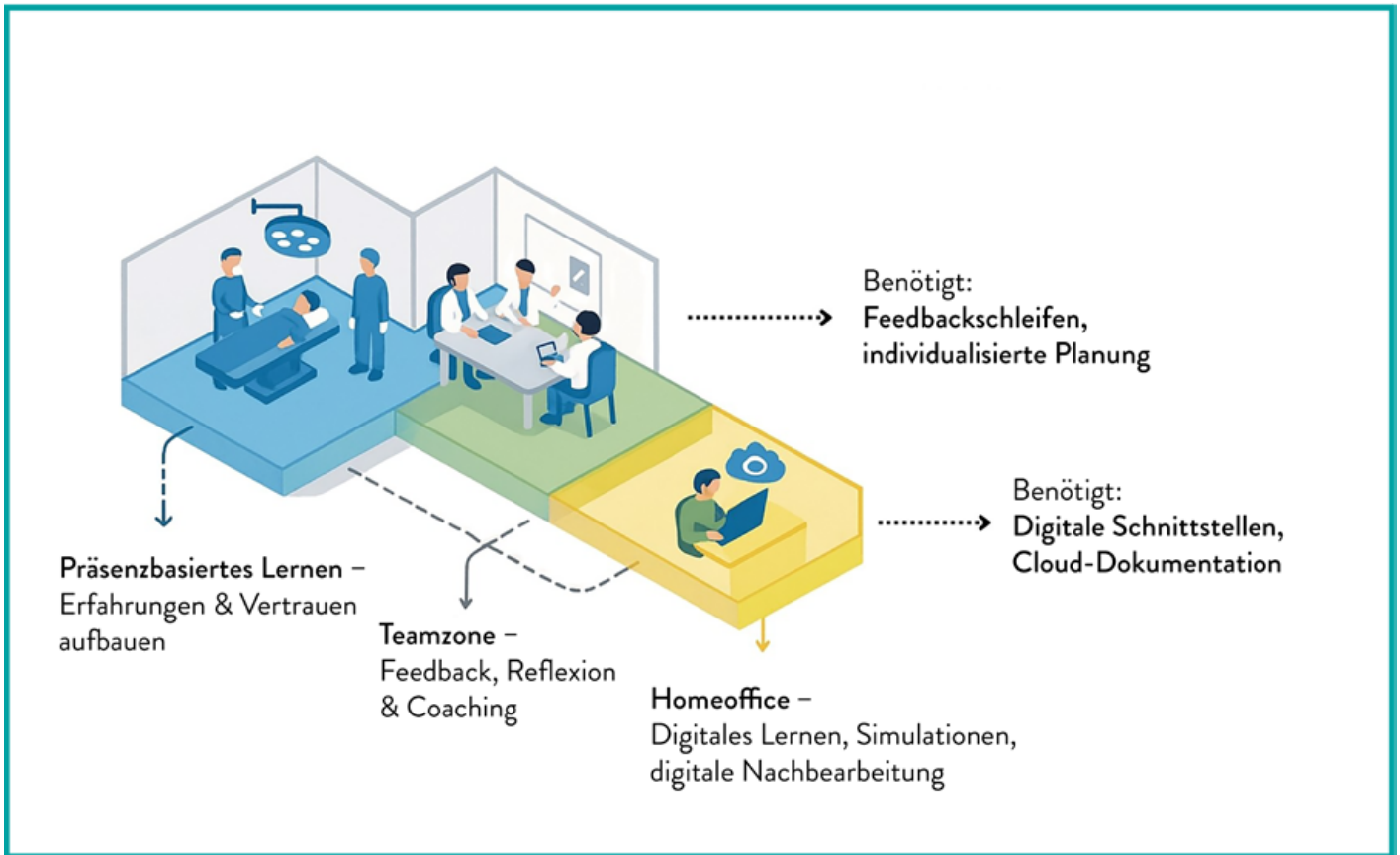


Abb. 2: New Work im OP

klassische Hierarchielaufbahn bis zur Chefarz/Chefärztinposition an. Durch die Etablierung differenzierter Karrierewege in Klinik, Praxis, Forschung oder Lehre können individuelle Stärken gezielt gefördert werden. Werden Arbeitszeitmodelle, Verantwortlichkeiten und Entwicklungsperspektiven entsprechend angepasst, steigert das nicht nur die Zufriedenheit, sondern auch die langfristige Bindung an das Fachgebiet.

FAZIT & AUSBLICK

Die Generation Z ist kein Problem, das gelöst werden muss, sondern die entscheidende Ressource, um die Zukunftsfähigkeit

der Chirurgie zu gewährleisten. Eine moderne chirurgische Weiterbildung muss nicht bequem sein, aber effizient, motivierend und transparent gestaltet werden.

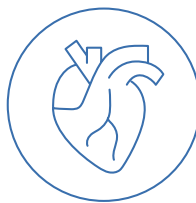
Der Auftrag an alle Weiterbildungsbefugten ist klar: Wer auch künftig exzellente Chirurginnen und Chirurgen gewinnen und ausbilden will, muss die Generation verstehen, die dieses Fach in Zukunft prägen wird. Die Integration neuer Werte wie Sinnhaftigkeit, Vereinbarkeit und digitale Kompetenz ist dabei keine Konzession, sondern ein strategischer Wettbewerbsvorteil.

Kliniken, die die Weiterbildung strukturiert, individuell und wertschätzend gestalten, profitieren mehrfach: Sie erhöhen

ihre Attraktivität als Arbeitgeber, verbessern die Mitarbeiterbindung und die Weiterbildungsqualität und sichern so ihre Versorgungs- und Innovationsfähigkeit langfristig.

Die von den Fachgesellschaften angestoßenen modularen, kompetenzbasierten Ansätze sind ein richtiger Anfang. Nun gilt es, diese Konzepte mutig in den klinischen Alltag zu übertragen, um die Chirurgie als modernes, leistungsfähiges und für kommende Generationen begeisterndes Fach zu erhalten.

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



KidsClub CHIRURGIE

Kinderbetreuung auf dem Deutschen Chirurgie Kongress 2026

- **Wann?** An allen Kongresstagen, Mittwoch 22. April bis Freitag 24. April 2026, von 08:00 Uhr bis 18:00 Uhr (Freitag nur bis 17:00 Uhr).
- **Wer?** Kinder im Alter von 12 Monaten bis 10 Jahre. Die Kinderbetreuung ist auf 20 Kinder täglich begrenzt.
- **Wo?** CCL Congress Center Leipzig
- **Wie?** Verbindliche Anmeldung* bis zum 01. April 2026 im Rahmen der Kongressanmeldung unter www.dck2026.de/anmeldung/
Vor-Ort-Anmeldungen am Tagungsschalter je nach Kapazität gegebenenfalls noch möglich.
Nähere Informationen über BDC|Online (www.bdc.de) oder über die Kongressseite unter www.dck2026.de. Zu zahlen sind 15 Euro pro Tag Selbstkostenbeitrag pro Kind.



Eine Initiative von



dgav



© peopleimages.com – stock.adobe.com

* Bitte geben Sie uns so früh wie möglich Bescheid, wenn Ihr Kind doch nicht betreut werden soll: dck@wikonect.de.

Haftungsausschluss durch den Kongressveranstalter: Der Veranstalter übernimmt keine Haftung für Sach- und Personenschäden. Dies gilt auch für Schäden, die durch Dritte verursacht werden. Der Haftungsausschluss erstreckt sich auch vollständig auf fahrlässige und grobfahrlässige Pflichtverletzungen des vom Veranstalter mit der Kinderbetreuung beauftragten Fachpersonals!



AKADEMIE AKTUELL

Hands-on-Kurs Kindertraumatologie 2025 – praxisnah, interaktiv, wegweisend

Peter Zimmermann, Martin Lacher

Am 12. und 13. Juni 2025 fand im traditionsreichen Langenbeck-Virchow-Haus in Berlin der erste „Hands-on-Kurs Kindertraumatologie“ der BDC|Akademie statt. Unter der wissenschaftlichen Leitung von PD Dr. med. Peter Zimmermann (Helios

Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken Wiesbaden) und Prof. Dr. med. Martin Lacher (Universitätsklinikum Leipzig) bot die Veranstaltung ein kompaktes und hochdynamisches Fortbildungsformat, das Theorie, Praxis und Interaktion in idealer Weise verband.



Korrespondierender Autor:
PD Dr. med. habil. Peter Zimmermann

Klinik für Kinderchirurgie und angeborene Fehlbildungen
Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken
Wiesbaden GmbH
Peter.Zimmermann@helios-gesundheit.de



Prof. Dr. med. Martin Lacher
Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie
Universitätsklinikum Leipzig

Zimmermann P, Lacher M: Hands-on-Kurs Kindertraumatologie 2025 – praxisnah, interaktiv, wegweisend. Passion Chirurgie. 2025 Dezember; 15(12/IV): Artikel 04_01.



Mehr aus der BDC|Akademie lesen
Sie auf BDC|Online (www.bdc.de)
unter der Rubrik Wissen |
Aus- Weiterbildung | Akademie Aktuell.



BREITES THEMENSPEKTRUM – VON KOPF BIS FUSS

In zwei intensiven Kurstagen wurden alle Themen der Kindertraumatologie abgedeckt – von Extremitätenverletzungen, Polytrauma und Thorax- sowie Abdominaltrauma, Schädelhirntrauma bis hin zu spezifischen Aspekten wie Non-Accidental-Trauma und pathologischen Frakturen. Besonders geschätzt wurde der interdisziplinäre Zugang: Unfall- und Kinderchirurg:innen, Anästhesist:innen und Radiolog:innen diskutierten gemeinsam praxisnahe Behandlungspfade.

WORKSHOPS MIT HOHEM PRAXISANTEIL

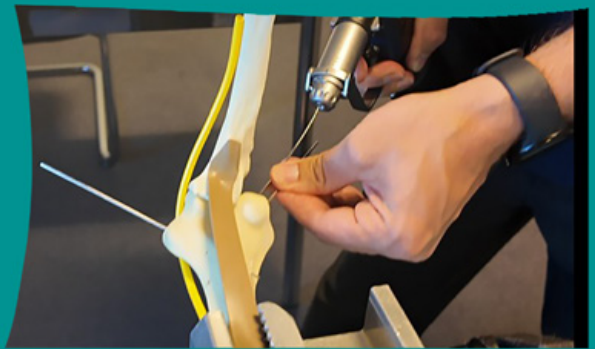
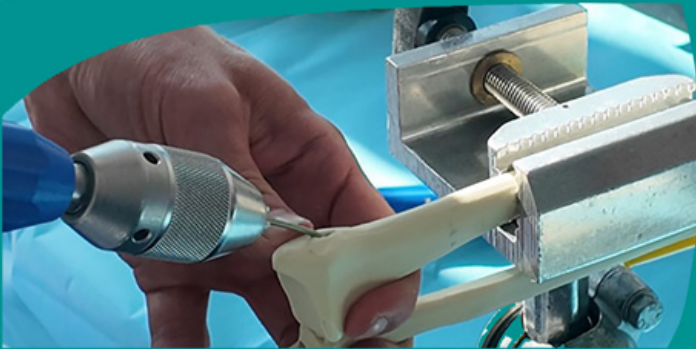
Die sieben parallel angebotenen Hands-on-Workshops bildeten den Kern des Kurses: Thoraxdrainage, Extended-Fast, Fraktursonographie, ESIN-Osteosynthesen an Ober- und Unterarm, Femur und Tibia, KD-Osteosynthese suprakondyläre Humerusfraktur, Schraubenosteosynthesen an Übergangsfrakturen sowie die Behandlung von pathologischen Frakturen infolge von Knochenzysten. Kleingruppen mit intensiver Supervision durch erfahrene Tutor:innen aus Deutschland, der Schweiz

und Österreich ermöglichten eine außergewöhnlich steile Lernkurve.

EXZELLENTES FEEDBACK UND EVALUATION

Mit einer Gesamtnote von 1,78 im Schulnotensystem erhielt der Kurs ein ausgesprochen positives Feedback. 93 % der Teilnehmenden würden die Veranstaltung weiterempfehlen. Besonders gelobt wurden die Praxisorientierung und die Arbeit in Kleingruppen, die hochwertigen 3D-Modelle und realitätsnahen Übungsmaterialien, die didaktisch klar strukturierten Vorträge in angenehmer Atmosphäre sowie die hervorragende Organisation durch das Team der BDC|Akademie.

Der „Hands-on-Kurs Kindertraumatologie“ hat sich damit innerhalb kürzester Zeit als feste Größe im Fortbildungsprogramm der BDC|Akademie etabliert. Er verbindet klinische Relevanz mit praxisnaher Wissensvermittlung und fördert den kollegialen Austausch über Fachgrenzen hinweg. Das Konzept, Theorie und praktische Fertigkeiten in intensiver Atmosphäre zu vereinen, überzeugte auf ganzer Linie – ein Kursformat, das auch 2026 wieder Maßstäbe setzen wird.



SAVE THE DATE!

HANDS-ON-KURS KINDERTRAUMATOLOGIE 2026

Der nächste Kurs findet am **04. und 05. Juni 2026** erneut im **Langenbeck-Virchow-Haus, Berlin**, statt – wahlweise in Präsenz oder online in der BDC|eAkademie. Zielgruppe sind Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, Fachärzt:innen der Kinderchirurgie und Unfallchirurgie sowie niedergelassene Kolleg:innen. Die wissenschaftliche Leitung übernehmen PD Dr. med. Peter Zimmermann (Helios HSK Wiesbaden) und Prof. Dr. med. Martin Lacher (Universitätsklinikum Leipzig).



Weitere Informationen und Anmeldung: www.bdc.de/events/hands-on-kurs-kindertraumatologie-04-05-juni-2026-online-und-berlin



Dein Verband

BDC Der größte Chirurgieverband

Name, Vorname des/der Chirurg*in

Dein Name

WEITER-
SAGEN

Für

Chirurginnen und Chirurgen in WB

Zusätzlich

Bis Jahresende beitragsfrei!

**Rabatt auf alle
Akademie-Veranstaltungen**

X

**3 Monate AMBOSS
Vollzugriff**

X

**Berufsrechtsschutz-
versicherung**

X

**Jetzt Mitgliedschaft und
exklusive Vorteile
sichern!**



Gesamtpreis pro Jahr

nur 55,00€

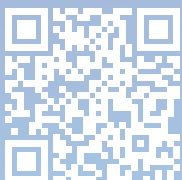
statt: ~~112€~~

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



© iStock/pakin.jarendee

Fit for Dienst!

EINARBEITUNG UND DIENSTFREIGABE IM KONTEXT DES KLINISCHEN RISIKOMANAGEMENTS

Vera Triphaus, Guido Michels

In Krankenhäusern arbeiten vielfältige Berufsgruppen mit unterschiedlichen Qualifikationen, Erfahrungen und Kompetenzen eng zusammen. Unabhängig von ihrer Vorerfahrung müssen alle neuen Mitarbeitenden in die Organisationsstrukturen, die Prozesse und Besonderheiten der jeweiligen Einrichtung eingearbeitet werden. Ziel einer erfolgreichen Einarbeitung ist die sichere Integration in das bestehende Dienstmodell. Voraussetzung dafür ist, dass definierte Kompetenzen zuverlässig beherrscht werden – erst dann kann die Führungskraft eine „Dienstfreigabe“ erteilen. Nur der dienstreife Arzt bzw.

Nicht-Facharzt mit Facharztstand sollte am ärztlichen Dienst teilnehmen.

Der Einarbeitungsprozess sollte systematisch, strukturiert und nachvollziehbar gestaltet sein. So weiß die einzuarbeitende Person, worauf es ankommt, und die Führungskraft kann den Fortschritt transparent dokumentieren.

Üblicherweise existieren fachübergreifende Einarbeitungskonzepte, die allgemeine Informationen zur Einrichtung enthalten und die Kommunikation zwischen neuen Mitarbeitenden und



Prof. Dr. med. Guido Michels
Chefarzt des Notfallzentrums
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder
Trier
Nordallee 1
54292 Trier



Vera Triphaus
Risikoberaterin
GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung
mbH
Ecclesiaststraße 1-4
32758 Detmold

Triphaus V, Michels G: Safety Clip: Fit for Dienst!
Einarbeitung und Dienstfreigabe im Kontext des
klinischen Risikomanagements. *Passion Chirurgie*.
2025 Dezember; 15(12/IV): Artikel 04_02.



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

Führungskräften – meist über die Dauer der Probezeit hinweg – strukturieren. Am Ende steht häufig die Entscheidung, ob die Probezeit erfolgreich absolviert wurde. Im ärztlichen Dienst wird zusätzlich der Ausbildungsstand in den persönlichen Logbüchern der Ärztekammern dokumentiert. Beide Modelle lassen jedoch zentrale Aspekte des klinischen Risikomanagements außer Acht, wie zum Beispiel:

- Ist die einzuarbeitende Person fachlich und organisatorisch in der Lage, Dienste zu übernehmen?
- Auf welcher Grundlage trifft die Führungskraft diese Einschätzung?
- Wie kann sie im Zweifel nachweisen, dass die Prüfung ausreichend erfolgt ist?

Um diese Fragen objektiv und gegebenenfalls auch retrospektiv beantworten zu können, empfiehlt sich die Entwicklung eines bereichsspezifischen Einarbeitungskonzepts. Darin sollten alle relevanten Kompetenzen und Tätigkeiten aufgeführt sein, die vor der Übernahme eines Ruf- bzw. Bereitschaftsdienstes sicher beherrscht oder bekannt sein müssen. Dazu zählen beispielsweise:

- Definition der Kernaufgaben,
- Spezifika der Arbeit und des Patientenspektrums der jeweiligen Abteilung,
- Personelle Strukturierung, Räumlichkeiten und Prozessmanagement (z. B. Flowmanagement einer Notaufnahme),
- Ablaufprozesse (z. B. Aufnahme, Diagnostik, Therapiemöglichkeiten, Entlassmanagement),
- Dienststruktur (u. a. Dienstplanmanagement),
- Fortbildungen, insbesondere Pflichtfortbildungen,
- Kenntnisse über medizinische und organisatorische Standvorgehensweisen, sogenannte SOPs,
- Einweisung in medizinische Geräte durch den Medizinproduktebeauftragten,
- Ausbildung in der Akutdiagnostik (u. a. Notfallsonografie, EKG- und Labordiagnostik),
- Teilnahme an Reanimations- oder Simulationstrainings,
- Strahlenschutzunterweisung und Belehrung.

Je nach Fachbereich und Dienstmodell (z. B. Normalstation versus Notaufnahme) variiert der Umfang dieser Anforderungen. In großen Abteilungen mit Facharztpräsenz im Schichtdienst ist der Katalog meist überschaubarer als in kleineren Einrichtungen mit Rufdienstregelungen.

Idealerweise erfolgt die Einarbeitung in den ersten Wochen – sogenannte Einarbeitungswochen – durch einen benannten fachärztlichen Mentor. Die Einarbeitung sollte idealerweise Checklisten-basiert dokumentiert werden. Dabei sollten praktische Handlungskompetenzen in einem dreistufigen Modell erlernt werden:

1. Demonstration der Tätigkeit durch die Mentorin bzw. den Mentor,
2. Durchführung unter Supervision,
3. Selbstständige Ausführung.

Theoretische Kenntnisse bzw. kognitive Kompetenzen können zum Beispiel modular in Form von E-Learning Einheiten parallel zur praktischen Einweisung erworben werden. Die theoretische und praktische Einarbeitung in der jeweiligen Abteilung sollte dabei die Weiterbildungsinhalte des jeweiligen Fachgebietes berücksichtigen. Jede Kompetenz sollte durch Unterschrift der supervidierenden Person bestätigt werden. Diese strukturierte Vorgehensweise bietet der einzuarbeitenden Person eine klare Orientierung, welche Kompetenzen für die ersten Dienste besonders relevant sind. Gleichzeitig ermöglicht sie den Kollegen eine realistische Einschätzung, was die diensthabende Person leisten kann – und wo gegebenenfalls frühzeitig Unterstützung erforderlich ist, etwa in der Zentralen Notaufnahme.

Im Austausch mit der Führungskraft kann diese Dokumentation als Grundlage für die Dienstfreigabe dienen. Zusätzlich sollte ein fachlicher Austausch mit Fach-/Oberärzten erfolgen, um die organisatorische und fachliche Dienstreife der neuen Mitarbeitenden einzustufen (**Tab. 1**).

Bei Unsicherheiten kann auch die Einschätzung weiterer Berufsgruppen, zum Beispiel Pflegefachpersonen, hinzugezogen werden.

Tab. 1: Dienststreifefeststellung des Notfallzentrums der Barmherzigen Brüder Trier (in Anlehnung an das Reifegradmodell von Hersey und Blanchard, 1985)

Weiterbildungsassistent	Fachärztlicher Weiterbilder	Dienststreifeempfehlung
• hat wenig bis fehlende Fachkompetenz • wenig bis fehlende Motivation • erkennt nicht seine Grenzen	• muss kontinuierlich anleiten, um Erfolg der Arbeit zu gewährleisten • enge Leistungskontrolle	Nicht dienstreif: eine Verlängerung der Einarbeitung soll erwogen werden; erneute Beurteilung nach weiteren 2-4 Wochen Einarbeitung
• Motivation ist vorhanden • Kompetenz noch nicht ausreichend • erkennt noch nicht seine Grenzen	• Meinung von Facharzt wird kontinuierlich eingeholt • notfallmedizinische Entscheidungen werden noch nicht selbstständig getroffen	Eingeschränkt dienstreif: eine Verlängerung der Einarbeitung oder ein Start im Tagdienst kann erwogen werden; erneute Beurteilung nach weiteren 2-4 Wochen Einarbeitung
• vorhandene Fachkompetenz • kann Umsetzung der Aufgaben mitgestalten und eine effiziente fachliche Umsetzung gewähren • erkennt seine Grenzen	• Assistenzarzt beteiligt sich an den medizinischen Konzepten • notfallmedizinische Entscheidungen werden selbstständig getroffen	Dienstreif: eine Beurteilung erfolgt im Zwischengespräch

Sind alle notwendigen Kompetenzen erworben, Pflichtfortbildungen absolviert und die Fachexperten überzeugt, dass die Dienstfähigkeit gegeben ist, folgt ein abschließendes Gespräch mit der einzuarbeitenden Person. Dabei sollte auch ihre eigene Einschätzung zur Dienstübernahme erfragt

werden. Besteht beiderseitige Zustimmung, kann die Dienstfreigabe erfolgen und somit die Dienststreife dokumentiert werden.

Der erforderliche Aufbau von Handlungs- und Methodenkompetenz (**Abb. 1**) für Weiterbildungsassistenten innerhalb des

Einarbeitungszeitraums kann nachstehend systematisiert werden.

Im Rahmen der Einarbeitung stellen Honorar- und Belegärzte eine besondere Personengruppe dar. Honorarärzte sind in der Regel erfahrene Fachärzte, deren Einsatz mit

**Abb. 1:** Handlungs- und Methodenkompetenz

höheren Kosten verbunden ist. Die jeweiligen Fachabteilungen legen fest, ob sie innerhalb oder außerhalb der Regelarbeitszeit tätig sind und welche Aufgaben sie übernehmen. Auf dieser Grundlage erfolgt ihre Einweisung in die spezifischen Organisationsstrukturen und Abläufe – eine Dokumentation dieser Einweisung ist empfehlenswert.

Zur Unterstützung bietet sich die Erstellung einer Checkliste an, auf der relevante Themen und Prozesse stichpunktartig aufgeführt sind. Diese dient als Gesprächsleitfaden im Einführungsgespräch und vor dem ersten Dienst. Nach vollständiger Durchsprache wird die Checkliste von beiden Seiten unterzeichnet und archiviert. So lässt sich sicherstellen, dass alle wesentlichen Punkte adressiert wurden und die Honorarkraft entsprechend informiert ist.

Belegärzte arbeiten eigenverantwortlich und nutzen die personellen sowie organisatorischen Ressourcen des Krankenhauses zur Versorgung ihrer Patienten. Sie unterliegen keiner Weisungsbefugnis durch Vorgesetzte. Im Sinne der Patientensicherheit und zur Gewährleistung reibungsloser Abläufe sollte auch hier eine strukturierte Einführung in die

jeweiligen Organisationsbereiche und Prozesse erfolgen. Die Benennung eines Mentors oder einer Supervisorin kann dabei helfen, offene Fragen zu klären und Unsicherheiten zu beseitigen. Eine Checkliste kann gezielt auf die relevanten Aspekte hinweisen und lässt sich als Auszug aus einem übergeordneten Einarbeitungskonzept ableiten.

Eine optimale Patientenversorgung setzt unter anderem eine funktionierende Teamarbeit voraus. Dafür ist es essenziell, dass alle Teammitglieder ihre eigenen Aufgaben- und Verantwortungsbereiche sowie die der Kollegen kennen und sicher umsetzen können. Dazu gehört auch, notwendige Kompetenzen zu beherrschen und im Zweifel Unterstützung einzuholen. Eine strukturierte Einarbeitung von Assistenzärzten, die diese Aspekte vermittelt, trägt wesentlich zur Sicherheit der Patienten, der Assistenzärzte und des gesamten Teams bei. Auch die gezielte Einführung von Honorar- und Belegärzten fördert reibungslose Abläufe und eine effektive Zusammenarbeit.

Eine strukturierte und kompetenzbasierte Einarbeitung neuer Mitarbeitender im ärztlichen Dienst ist essenziell für die

Patientensicherheit und die Qualität der Versorgung. Die Dienstfreigabe darf erst erfolgen, wenn alle relevanten fachlichen, organisatorischen und praktischen Kompetenzen nachweislich beherrscht werden. Ein bereichsspezifisches Einarbeitungskonzept mit klar definierten Anforderungen, Checklisten und dokumentierten Lernschritten schafft Transparenz und Nachvollziehbarkeit für Führungskräfte und Mitarbeitende. Die Einbindung von Mentoren, interprofessionellen Einschätzungen und modularen Lernformaten unterstützt eine fundierte Bewertung der Dienststreife. Auch für Honorar- und Belegärzte ist eine strukturierte Einführung unerlässlich, um reibungslose Abläufe und Sicherheit im Klinikalltag zu gewährleisten. Insgesamt stärkt ein systematischer Einarbeitungsprozess das klinische Risikomanagement und fördert eine verantwortungsvolle Dienstübernahme.

LITERATUR

Hersey, Paul, und Kenneth H. Blanchard (1982): Management of Organizational Behavior: Utilizing Human Resources, 4. Auflage. New Jersey/Prentice Hall. ○



Mitglieder werben Mitglieder

Werben Sie ein neues Mitglied und belohnen sich mit

- Hoodie „Aufschneiderin“ oder „Aufschneider“ (türkis oder blau)
- 1 Jahr 50% Rabatt auf Ihren BDC-Mitgliedschaftsbeitrag

Wählen Sie zusätzlich eine dieser Prämien:

- 3-Monatsabo der Fachzeitschrift Die Chirurgie inklusive Zugang zu allen Online-Angeboten oder
- 6-Monatsabo der Fachzeitschrift Die Unfallchirurgie oder
- 35 Euro Wunschgutschein (amazon oder Dussmann)



Prämien für neue BDC-Mitglieder:

- 3-Monatsabo einer Fachzeitschrift der Wahl (Die Chirurgie, Die Unfallchirurgie, Die Orthopädie)
- + Vollzugriff auf die Wissensplattform AMBOSS für 3 Monate



Empfehlen und Prämie sichern!



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

HYGIENE TIPP

Im OP auch Mund-Nasen-Schutz für Patienten?

Lutz Jatzwauk, Martin Groth, Nils Hübner, Wolfgang Kohnen

FRAGE:

Während einer Hospitation im Nachbar Krankenhaus habe ich gesehen, dass Patienten in Regionalanästhesie intraoperativ eine chirurgische Gesichtsmaske trugen. Das wurde mit einer Infektionsgefahr begründet. Ist das wirklich notwendig?

ANTWORT:

Die Wirksamkeit des intraoperativen Tragens einer chirurgischen Gesichtsmaske (MNS) durch Patienten zur Senkung der postoperativen Wundinfektion (SSI) ist bisher nicht durch wissenschaftliche Studien belegt. Allerdings sind in der Literatur Fälle beschrieben, bei denen identische Erreger aus der Wunde und dem Nasen-Rachen-Raum von an der Operation beteiligten Chirurgen isoliert werden konnten und daher eine Tröpfcheninfektion anzunehmen war. Da nicht ausgeschlossen werden kann, dass nicht intubierte Patienten intraoperativ sprechen, niesen oder husten und damit infektiöse Tröpfchen in die OP-Wunde gelangen, können auch hier Tröpfcheninfektionen auftreten.

Wir würden daher für nicht intubierte Patienten in Regionalanästhesie intraoperativ einen MNS empfehlen, wenn dagegen keine medizinische Kontraindikation spricht oder die Tröpfcheninfektion anderweitig sicher ausgeschlossen werden kann, denn:

1. Der Nasen-Rachen-Raum des Patienten befindet sich in der Regel im Abstand von max. 1,5 m von der OP-Wunde. Und das genügt für eine Tröpfcheninfektion (Jepsen, O.B. et al.: Importance of surgical masks for perioperative asepsis. Ugeskr Laeger. 1993; 155,25: 1940-2.)
2. Die KRINKO-Empfehlung zur Prävention postoperativer Wundinfektionen (2018) empfiehlt MNS für alle Mitarbeiter im OP, auch für Patienten. Und die Beachtung der KRINKO-Empfehlungen entspricht nach § 23 IfSG dem Stand der Wissenschaft und schafft damit Rechtssicherheit. Zitat: „Die Wertigkeit des MNS für Patienten und Mitarbeiter ist plausibel, seine Wirkung auf die mikrobielle Belastung der Raumluft ist nachgewiesen, seine Wirkung auf die Rate von SSI jedoch nicht in vergleichenden Studien belegt. In der Fachliteratur sind Ausbrüche postoperativer Infektionen beschrieben, in denen vor allem *S. aureus* und *A-Streptokokken* von kolonisiertem chirurgischem Personal – insbesondere intraoperativ – auf Patienten übertragen wurden.“

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



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:
Im OP auch Mund-Nasen-Schutz für Patienten?
Passion Chirurgie. 2025 Dezember; 15(12/IV): Artikel 04_03.



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

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.

DEZEMBER 2025

Dr. med. Mathias Henning ist seit Juni 2025 neuer Chefarzt der Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie am DRK-Krankenhaus Grimen in Süderholz.

Prof. Dr. med. Dr. Matthias Heuer ist neuer Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie an den Knappschaft Kliniken Gelsenkirchen-Buer.

Prof. Dr. med. Georg Lurje ist seit Dezember 2025 neuer Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie am Krankenhaus der Augustinerinnen in Köln.

Prof. Dr. med. Hannes Philipp Neeff, zuletzt geschäftsführender Oberarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Universitätsklinikum Freiburg, ist seit November 2025 neuer Chefarzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Diakonie Klinikum Stuttgart als Nachfolger von Dr. med. Barbara Kraft.

PD Dr. med. Markus Paschold ist neuer Chefarzt der Klinik für Allgemeinchirurgie an der Kreisklinik in Groß-Umstadt. Er ist Nachfolger von **Dr. med. Hans-Jürgen Hain**, der in eine eigene Praxis wechselte.

Dr. med. Kai Pieritz ist seit August 2025 neuer Chefarzt der Abteilungen Orthopädie und Endoprothetik am Krankenhaus Land Hadeln Otterndorf.

Dr. med. Christian Spell ist seit Oktober 2025 neuer Chefarzt der Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie im Verbundkrankenhaus Linz-Remagen.

PD Dr. med. Markus Utech leitet seit Juli 2025 die Allgemein- und Viszeralchirurgie an der Asklepios Klinik Wandsbek in Hamburg. Zuvor war er als Chefarzt der Viszeralchirurgie an den Knappschaft Kliniken Gelsenkirchen-Buer tätig.

Dr. med. Thomas Ziegler, langjähriger Oberarzt der Abteilung, ist seit Oktober 2025 neuer Chefarzt der Gefäßchirurgie am Marienhaus Klinikum Hetzelstift in Neustadt. 



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

Frage & Antwort



Werbung mit Vorher-Nachher-Bildern für ästhetische Unterspritzungen

FRAGE:

Ein niedergelassener Chirurg fragt an, ob er auf seiner Webseite und seinem Social-Media-Kanal mit Vorher-Nachher-Bildern für ästhetische Unterspritzungen im Gesicht mit Hyaluron oder Hyaluronidase werben darf.

ANTWORT:

Mit aktuellem Urteil vom 31.07.2025 – I ZR 170/24 hat der BGH entschieden, dass für eine Behandlung, bei der durch Unterspritzung mit Hyaluron oder Hyaluronidase Form oder Gestalt von Nase oder Kinn verändert werden, die Werbung mit Vorher-Nachher-Bildern unzulässig ist.

Streitig war, ob eine Behandlung, bei der lediglich mittels Kanüle eine Substanz (Hyaluron oder Hyaluronidase) zur Korrektur von Nase oder Kinn eingebracht wird, bereits einen operativen plastisch-chirurgischen Eingriff i. S. d. § 1 Abs. 1 Nr. 2 Buchst.

c HWG darstellt, für den das Werbeverbot des § 11 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 HWG (Werbeverbot für operativ plastisch-chirurgische Eingriffe mit der Wirkung einer solchen Behandlung durch vergleichende Darstellung des Körperzustandes oder des Aussehens vor und nach dem Eingriff) gilt.

Der BGH vertritt die Auffassung, dass es sich bei einer Behandlung, bei der mittels eines Instruments (*hier: einer Kanüle*) in den menschlichen Körper eingegriffen und seine Form oder Gestalt (*hier: durch Einbringung einer Substanz (Hyaluron oder Hyaluronidase) zur Korrektur von Nase oder Kinn*) verändert werden, um einen operativen plastisch-chirurgischen Eingriff im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. c HWG handelt. Dieses weite Begriffsverständnis des operativen plastisch-chirurgischen Eingriffs ist nach Ansicht des BGH mit dem Wortlaut der Vorschrift vereinbar und entspricht sowohl dem Willen des Gesetzgebers als auch dem Schutzzweck dieser Vorschriften, unsachliche Einflüsse durch potentiell suggestive und irreführende Werbung für medizinisch nicht notwendige Eingriffe zurückzudrängen, die Entscheidungsfreiheit betroffener Personen zu schützen und zu vermeiden, dass sich diese Personen unnötigen Risiken aussetzen, die ihre Gesundheit gefährden können.

Auf den Einwand der auf Unterlassung der Werbung verklagten Ärztin, dass Risiken dieser Behandlung lediglich mit den Risiken von Ohrlochstechen, Piercen und Tätowieren vergleichbar seien, kommt es aus Sicht des BGH nicht an. Denn diese Maßnahmen sind keine operativen plastisch-chirurgischen Eingriffe im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. c HWG, sondern lediglich ästhetische Veränderungen der Hautoberfläche, die nicht in den Anwendungsbereich des § 11 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 HWG fallen (vgl. zu Vorstehendem: BGH, Pressemitteilung Nr. 147/2025 vom 31.07.2025, unter: <https://www.bundesgerichtshof.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2025/2025147.html?nn=10690868>, abgerufen am 01.08.2025).

Die schriftlichen Urteilsgründe, aus denen sich ggf. weitere Erläuterungen zur Reichweite des Begriffs „operativ plastisch-chirurgischer Eingriff i. S. d. § 1 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. c HWG“ ergeben, waren zum Zeitpunkt der Verfassung des Beitrags noch nicht veröffentlicht. ○

Heberer J: F+A Werbung mit Vorher-Nachher-Bildern für ästhetische Unterspritzungen. 2025 Dezember; 15(12/IV): Artikel 04_05.



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

Zwischenbilanz

Jörg-A. Rüggeberg

Nach einem dreiviertel Jahr ist es noch zu früh, eine abschließende Bewertung der Arbeit der neuen Gesundheitsministerin Nina Warken vorzunehmen. Bislang sind nur einige eher administrative Verordnungen erlassen worden; die im Koalitionsvertrag angedachten Gesetze befinden sich noch in der Vorbereitung, einige sind inzwischen vom Kabinett beschlossen und damit in das parlamentarische Gesetzgebungsverfahren eingespeist worden.

Positiv zu vermerken ist ein gegenüber der Zeit von Karl Lauterbach geänderter Umgang mit denjenigen, die von der Gesetzgebung betroffen sein werden. Tatsächlich werden Institutionen und Verbände jetzt gehört und können ihre Argumente einbringen. Das heißt aber noch lange nicht, dass deren Vorstellungen auch umgesetzt werden. Außer einer durchaus löblichen Verbesserung des Gesprächsklimas bleibt, wie nicht anders zu erwarten, die Entscheidung über Reformen beim Ministerium bzw. letztlich im Parlament. Und dort ist zu beobachten, dass die Regierungsparteien überwiegend mit sich selbst beschäftigt sind und jeden Millimeter ihrer Programmatik eisern verteidigen.

Für die Gesundheits- und Sozialpolitik bedeutet das angesichts gravierender Finanzlücken

wie gehabt Kostendämpfungsmaßnahmen und Entlastung der Bürgerinnen und Bürger, damit die Beiträge zu den Sozialversicherungen Rente, Pflege und Krankenkasse nicht immer mehr Abstriche vom Nettoeinkommen verursachen. Immerhin kommt, wenn auch sehr zögerlich, eine Debatte über mögliche Eigenbeteiligungsmodelle in Gang. Vorschläge in diese Richtung sind von der Ärzteschaft und den Arbeitgeberverbänden aus unterschiedlicher Motivation eingebracht worden, sogar von einzelnen Parlamentariern inklusive Staatssekretär im BMG. Das alles ist aber wie seit Jahrzehnten gleich wieder von den politisch Verantwortlichen abgeschmettert worden, im Wissen, dass jegliche Begrenzung des derzeitigen (nahezu unendlichen) Leistungsversprechens die Bürger unmittelbar zu einer Abstrafung der jeweiligen Partei an den Wahlurnen bewegen würde. Stellt sich die Frage, ob das wirklich so wäre, zumal Zuzahlungen in der Apotheke und in der Zahnpraxis inzwischen zur Gewohnheit geworden sind. Manchmal wäre etwas mehr Mut wünschenswert, um sich nicht immer nur von Wahltermin zu Wahltermin mit kleinen Korrekturen durchzumogeln.

Was erwartet uns stattdessen in der kommenden Zeit? Nach wie vor ist das Krankenhausversorgungs-Verbesserungsgesetz (KHVVG) der Vorgängerregierung in Kraft

und wird in NRW zügig umgesetzt. Die Folgen sind Abteilungs- und Klinikschließungen, weil die notwendigen Strukturen und Fallzahlen zur Erlangung der sogenannten Leistungsgruppen nicht vorgehalten werden. Über ein Anpassungsgesetz soll dort mehr Flexibilität erreicht werden, um die ländliche Versorgung irgendwie zu retten. Für uns ist dabei der jeweils erforderliche Bedarf an Fachärzten relevant. Noch gelten Fachärzte alter Weiterbildung immer auch als (geforderte) Allgemeinchirurgen, die es bald aber wegen des demographischen Wandels nicht mehr geben wird. Hier setzen wir uns intensiv für pragmatische Lösungen ein.

Ebenfalls noch ohne abschließende Formulierung ist ein Gesetz zur Notfallreform und noch gar nicht präzisiert die Umsetzung des sogenannten Primärarztmodells. Neu ist allerdings ein Gesetz zur Stärkung der Kompetenzen in der Pflege, das möglicherweise, abgesehen von der Übertragung medizinischer Tätigkeiten, auch eine Entlastung der Ärzteschaft gerade in den Kliniken bringen könnte.

Das kommende Jahr dürfte spannend werden, denn dann werden auch weiterreichende Entscheidungen anstehen. Warten wir's ab.



Rüggeberg JA: Zwischenbilanz. Passion Chirurgie. 2025 Dezember; 15(12/IV): Artikel 05_01.



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



Reduce



Reuse



Recycle



© iStock/Yana Momchilova

BDC-PRAXISTEST

Best-Practices für Ressourcen und Emissionen sparendes Arbeiten in der Proktologie

Ina Prinz-Bravin

VORWORT

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die moderne Entwicklung der Operationstechnik hat die Operation in Industrieländer zu großen Müllhalden gemacht. Hygienevorgaben, Innovationen, Trends und Kostendruck haben den Verbrauch an Einmalmaterialien gigantisch in die Höhe getrieben. In diesem Konvolut an Einflüssen ist die ökologische Kosten-Nutzen-Relation vollkommen in den Hintergrund getreten. Unter dem Ziel eines zukünftig klimaneutralen Gesundheitswesens sollten deshalb auch eingesetzte Materialien und der Verbrauch



Dr. med. Ina Prinz-Bravin
Oberärztin
Märkische Kliniken GmbH
Klinikum Lüdenscheid
Paulmannshöher Str. 14
58515 Lüdenscheid
Ina.Prinz@Klinikum-Luedenscheid.de

im Operationssaal auf den Prüfstand gestellt werden. Dabei lohnt es sich, gleichzeitig mehrere Ziele zu verfolgen. Der geringere Einsatz von Verbrauchsmaterialien mindert nicht nur den Müll, sondern natürlich parallel auch immer die Kosten. Der verantwortungsvolle Umgang mit dem Einsatz industriegetriebener Trends tut ein Gleiches. Und sicher ist es auch nicht verkehrt, das hausinterne Vorgehen mit der zuständigen Hygienekommission kritisch zu durchleuchten. Und alles zusammen reduziert dann auch noch den Arbeitsaufwand. Das wäre dann wohl eine Win-Win-Win-Win...Situation. Glauben Sie nicht?

Anregende Lektüre wünschen

Prof. Dr. med. C. J. Krones

und

Prof. Dr. med. D. Vallböhmer

Ein alltägliches Beispiel: Es steht eine Hämorrhoidektomie nach Miligan Morgan, bei rezidivierend blutenden Hämorrhoiden 3. Grades auf dem Programm. Der Patient, Mitte 40, ASA 1 und bringt, abgesehen von der Bekenntnis zum Rauchen, keine gesundheitlichen Risiken. Trotzdem wurde eine Nacht stationärer Aufenthalt zur Überwachung geplant. Der Anästhesist fragt: Soll ich ein Antibiotikum geben? Der Patient schlummert friedlich unter dem Inhalationsanästhetikum Sevofluran. Es wurde bereits gelagert und die OP-Pflege hat schon abgewaschen und alles mit sterilen Einmalmaterial abgedeckt: Beinlinge, Unterlegtuch, Abdeckung nach oben und nach unten hin, Saugertasche, Sauger, Lampengriff liegen bereit und zwei OP-Tische wurden mit Tischsäcken bezogen. Ein Abstrich wurde bereits prophylaktisch geöffnet. Natürlich alles Einwegmaterial. Der Operateur sowie der instrumentierende Pfleger als auch ein Assistent in Einwegkittel gekleidet, sterile Handschuhe, Mundschutz sowie Haube. Da kommt einiges an Müll zusammen! Der Eingriff dauert 25 Minuten. Zwei große Plastiksäcke Müll verbleiben. Danach rücken die Reinigungskräfte zur Großreinigung an...

MUSS ES SO SEIN?

Der Gesundheitssektor hat einen Anteil von 4,4% der globalen Treibhausgas-Nettoemissionen und liegt damit noch vor Flugverkehr und Schifffahrt. Wäre der globale Gesundheitssektor ein Land, wäre er der fünftgrößte Emittent von Klimagasen im weltweiten Ranking der Länder. In Deutschland liegt der Anteil bei 5,2%, der EU-Durchschnitt bei 4,7%. Innerhalb des Gesundheitssektors machen Medizinprodukte und Lieferketten mit 71% den größten Anteil aus.

Die Verringerung der CO₂-Emissionen ist wesentlich für das Erreichen des Ziels der Klimaneutralität des Gesundheitswesens. Durch Patientenvorbereitung und –selektion, durch Ambulantisierung, bei den OP-Räumlichkeiten, beim Narkose- und OP-Management und der Müllvermeidung können Chirurgeninnen und Chirurgen einen wichtigen Beitrag zur Nachhaltigkeit leisten! Erster wichtiger Schritt ist, dass sich Chirurgeninnen und Chirurgen dieser Verantwortung bewusster werden. Auch kleine Schritte in die richtige Richtung und ein Umdenken in täglichen Arbeitsabläufen und -prozessen können schon einen Unterschied machen.

Dieser Beitrag gibt konkrete Anregungen, für das Handlungsfeld Proktologie, die helfen Umweltbelastungen zu reduzieren

Prinz-Bravin I: BDC-Praxistest: Best-Practices für Ressourcen und Emissionen sparendes Arbeiten in der Proktologie. Passion Chirurgie. 2025 Dezember; 15(12/IV): Artikel 05_02.



Diesen Artikel finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Politik | Aus- und Weiterbildung.

ohne die Versorgungsqualität zu gefährden. Es sind zehn Anregungen, die sich in der täglichen Praxis umsetzen lassen.

1. AMBULANT STATT STATIONÄR

In der Proktologie können die meisten Eingriffe als ambulante Leistung erbracht werden. Die proktologische Versorgung ist

prädestiniert für ambulante Eingriffe. Wo immer möglich, sollte auf die stationäre Aufnahme verzichtet werden. Das spart nicht nur Ressourcen in der Infrastruktur, sondern reduziert auch die CO₂-Bilanz deutlich.

Einer Studie des „VDI Zentrum Ressourceneffizienz“ zufolge betrug im Jahr 2011 der Wasserverbrauch in deutschen Krankenhäusern

ca. 300 bis 600 Liter pro Bett und Tag bzw. ca. 300 bis 1.000 Liter pro Patient/in und Tag. Damit beläuft sich der durchschnittliche tägliche Wasserverbrauch pro Patient/in in Krankenhäusern auf das dreifache einer Person in einem privaten Haushalt.

Im Jahr 2019, vor der Pandemie, fielen pro Krankenhausbett in Deutschland 1.400 kg Müll an. Das entspricht der dreifachen Menge, die ein Single Haushalt im Jahr verursacht. In den fast drei Jahren mit Masken und Schutzkleidung dürfte es noch mehr gewesen sein. Energie wird für ein belegtes Klinikbett genauso viel benötigt wie für ein Einfamilienhaus [3].



2. VOLATILE ANÄSTHESIEN VERMEIDEN, REGIONALANÄSTHESIEN BEVORZUGEN

Die Durchführung proktologischer Eingriffe unter Regionalanästhesie ist oft gut möglich. Narkosegase tragen mit 1,7 % zum ökologischen Fußabdruck bei. Volatile Anästhetika wie Desfluran oder Sevofluran sind klimaschädlich und wirken als direkte Treibhausgase. Alternative Regionalanästhesieverfahren wie der Sattelblock oder die Spinalanästhesie, sind oft nicht nur ökologischer, sondern auch kostengünstiger. Bei totalen intravenösen Anästhesien und Regionalanästhesien kommt es, anders als bei volatilen Anästhesien, nicht zu verfahrensmanenten direkten Treibhausgasemissionen, daher ist die Nutzung von TIVA und Regionalanästhesien sinnvoll, sofern sie medizinisch angemessen sind [6].

3. SIEBE STATT EINZELINSTRUMENTE

Standardisierte OP-Siebe reduzieren nicht nur Verpackungsmüll, sondern auch Rüstzeit und Sterilisationsaufwand. Eine sinnvolle Auswahl der Instrumente spart Material und Energie. Eine Aufbereitung und Verpackung von Einzelinstrumenten ist gegenüber Sieben ökologisch unterlegen. Ab einer Setgröße von ≥ 10 Instrumenten ist es sinnvoll, diese Instrumente gemeinsam in einem Set zu verpacken und wieder aufzubereiten, auch wenn nicht jedes Instrument verwendet wurde [6].



4. MEHRWEG STATT EINWEG

Etwa 20-30 % des im Krankenhaus anfallenden Abfalls entstehen im OP. Dies ist insbesondere auf die zunehmende Nutzung von Einmalartikeln zurückzuführen [5]. Wo es möglich und hygienisch vertretbar ist, sollten wiederverwendbare Materialien, wie OP-Kleidung, Abdeckungen oder Instrumente, Einwegprodukten vorgezogen werden. Dies kann auch wirtschaftlich sinnvoll sein. Ein Wechsel auf mehrfach nutzbare Tücher und Kittel im OP kann zu einer Abfallreduktion bis zu 70 % führen. Waschbare, wiederverwertbare OP-Textilien haben, verglichen mit Einmaltextilien, einen circa 30-50 % geringeren CO₂-Fußabdruck und somit eine bessere Umweltbilanz [5, 1].

Bei proktologischen Untersuchungen und Eingriffen kommen zudem zunehmend Single-use Untersuchungsgeräte wie Proktoskope zur Anwendung. Der Einsatz von Single-use Geräten wird mit Hygiene- und Kostenaspekten begründet und blendet den Aspekt der Nachhaltigkeit und die Schadstoffbilanz der Kunststoffe und in den Geräten verbauten Batterien und LEDs leider vollkommen aus [2].

Insbesondere Einwegartikel aus Metall haben eine schlechte CO₂-Bilanz, hier ist der Ersatz durch Mehrwegprodukte dringend geraten [6]. Der Einsatz von Einmalartikel sollte hinsichtlich des LCA (Life Cycle Assessment, ökologischer Fußabdruck, umfasst Rohstoffgewinnung, Verarbeitung und Herstellung, Transportwege und Verpackung, Nutzung, Wiederverwertung, Instandhaltung, Recycling, Entsorgung) der Produkte kritisch hinterfragt werden und ggf. wieder verstärkt auf Mehrwegprodukte umgestellt werden. Vielfach ist auch nicht bekannt, dass auch Einmalartikel aufbereitet werden können. Aufgearbeitete medizinische Einmalartikel

unterliegen in den USA sogar strenger kontrollierten Auflagen [5].

5. OP-KAPAZITÄTEN SCHONEN

Der Energieverbrauch der OP-Bereiche übersteigt den der übrigen Klinik um das 3- bis 6-fache [5]. Den größten Energieanteil im OP-Bereich machen Heizung, Klimaanlage und Lüftung aus.

Es ist nicht erforderlich, für invasive Eingriffe eines bestimmten Kontaminationsgrades, z. B. „septische Eingriffe“, einen separaten OP vorzuhalten. Hierunter fallen viele proktologische Eingriffe, die ein geringes Risiko für eine postoperative

Operationen sowie Rekto- und Koloskopien und interventionelle Eingriffe durchgeführt werden. Die desinfizierende Zwischenreinigung der Flächen kann in der Regel auf die patientennahen Flächen und alle sichtbaren Kontaminationen beschränkt werden. Raumluftechnische Anlagen sind aus hygienisch-infektionspräventiver Sicht bei koloproktologischen Eingriffen nicht erforderlich. Nach RKI sind viele der üblichen koloproktologischen Eingriffe im Eingriffsraum durchführbar [8].

6. ÜBERTRIEBENE STERILITÄT HINTERFRAGEN

Nicht jede Maßnahme muss unter OP-Bedingungen erfolgen. Die kritische Auseinandersetzung mit Hygieneanforderungen ermöglicht einen ressourcenschonenden Einsatz von Einmalmaterialien. Eingriffe am Anus, Rektum und Kolon finden immer in einem bakteriell kontaminierten Bereich statt. Die normale Keimbeseidlung des Darmes kann durch Desinfektionsmaßnahmen nie ganz beseitigt, sondern lediglich reduziert werden.

Die normale Stuhlflora ist für diesen Bereich per se nicht pathogen; die Keime werden von der Immunabwehr des Körpers toleriert und nicht als Antigen angegriffen. Dennoch gelten die Grundsätze des aseptischen Operierens soweit erfüllbar und sinnvoll uneingeschränkt auch bei Eingriffen in kontaminierten Regionen [8]. Möglicherweise ist die Verwendung eines sterilen Lochtuchs und steriler Handschuhe für den Operateur/ die Operateurin ausreichend und es kann auf eine Vollabdeckung der Patienten und weiteres Equipment wie Einweg-Lampengriffe, Saugertasche etc. verzichtet werden. Steriler Schutzkittel, Haarschutz und Mund-Nasen-Schutz sind bedarfsgerecht zu benutzen, jedoch nicht regelhaft erforderlich. Das Ausmaß der

“
**EINE EINZELNE OP PRODUZIERT
DURCHSCHNITTlich SO VIEL MÜLL,
WIE EINE 4-KÖPFIGE FAMILIE IN DER WOCHE!**

**ES BRAUCHT EIN NACHHALTIGES
ABFALLMANAGEMENT UND EINE REDUKTION
DES ANFALLENDEN ABFALLS**

Wundinfektion (SSI) haben. Proktologische Eingriffe mit geplanter sekundärer Wundheilung haben ein geringes Infektionsrisiko. Diese invasiven Maßnahmen können auch in einem Raum durchgeführt werden, der nicht in eine OP-Abteilung integriert ist. Das geringste Infektionsrisiko ist z. B. bei kleinen Eingriffen an der Haut/Subkutis, Endoskopien von Körperhöhlen sowie Abszesseröffnung gegeben. Der Raum muss geschlossen, ausreichend groß ($\geq 25\text{m}^2$), technisch bedarfsgerecht eingerichtet und alle relevanten Oberflächen müssen leicht zu reinigen und zu desinfizieren sein. In einem für diese Eingriffe ausgestatteten Raum können fast alle koloproktologischen Eingriffe, insbesondere die in § 115 geregelten stationärsersetzenden

Sterilabdeckung und die Art der Personalbekleidung richten sich nach der Art der Operation und nach der Größe des Operationsfelds [7, 4].

7. ANALGETIKA MIT HOHER ÖKOTOXIZITÄT VERMEIDEN

Arzneimittel haben einen relevanten Anteil am CO₂-Fußabdruck. Außerdem weisen einige Arzneimittel eine hohe Ökotoxizität auf. Der umweltschädliche Wirkstoff Diclofenac ist weltweit Spitzenreiter unter den Schmerzmitteln. Der Wirkstoff Diclofenac belastet das Ökosystem durch erhebliche Arzneimittelmüllrückstände und schädigt nach Ausscheidung beispielsweise aquatische Ökosysteme und hat zu einem massiven Rückgang von Geierpopulationen geführt. Es gibt gleichwertige Alternativen, die bevorzugt verschrieben werden sollten [6] (Oekoskop 1/25 Fachzeitschrift der Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz Corneli Wick). Zudem sollten die Packungsgrößen von Analgetika passgenau, dem tatsächlichen Bedarf angepasst sein.

Weiterhin ist die Gabe einer perioperativen antibiotischen Prophylaxe (PAP) bei proktologischen Eingriffen nur in seltenen Ausnahmefällen indiziert.

Eine vermehrte Auseinandersetzung mit der Abbaubarkeit von Wirkstoffen, Vermeidung von Übermedikation, kritische Indikationsstellung und Auswahl umweltfreundlicher Wirkstoffe kann einen Beitrag zu Energieeinsparung und Abfallreduktion beitragen. Hilfreich ist auch die sogenannte „Wise List“, die medizinisches Fachpersonal bei der Auswahl der Medikamente mit vergleichbarer therapeutischer Wirksamkeit, jedoch geringeren ökologischen Auswirkungen, in einer nachhaltigeren Verschreibungspraxis unterstützt (Janusinfo Region Stockholm: Pharmaceuticals and Environment).

8. WUNDMANAGEMENT- WENIGER IST MEHR!

Eine kritische Indikation bei Drainagen, Wundspülungen oder Verbandswechseln beugt einer Materialverschwendung vor und fördert oft sogar die Heilung. Die postoperative Nachsorge nach Analchirurgie ist fast immer unproblematisch. Die äußere anale Wunde heilt planmäßig sekundär. Die gründliche und angemessen schonende Reinigung der Analregion (z. B. nach dem Stuhlgang) erfolgt in aller Regel durch Ausduschen mit Wasser von Trinkwasserqualität entsprechend der gültigen Trinkwasserverordnung. Antiseptische Spülungen sollten nur nach sorgfältiger Indikationsstellung angewandt werden, da bei unbegründeter Anwendung v. a. nach wiederholtem Einsatz Hautreizungen mit konsekutiver Störung der Wundheilung resultieren können. Darüber hinaus können lokal angewandte Antiseptika die ortsansässige Keimflora verändern und stören; so wirkt z. B. Chlorhexidin vorrangig bei grampositiven Keimen, sodass gramnegative (Darm-)Keime in ihrem Wachstum gefördert und dadurch Entzündungen begünstigt werden können. Eine Antibiotika-Therapie ist bei adäquater, chirurgischer Behandlung allein aus Gründen der Wundsituation dann nicht indiziert; bakteriologische Untersuchungen sind entbehrlich. Für den Verbandswechsel gilt: sterile Produkte sind schon aus wirtschaftlichen Gründen nicht erforderlich, da die offenen proktologischen Wunden immer kontaminiert, niemals steril sind [7].

9. INDIKATIONSSTELLUNG MIT AUGENMASS

Jede proktologische Intervention sollte kritisch auf ihre Notwendigkeit und mögliche gleichwertige konservative Alternativen geprüft werden. Weniger Eingriffe bedeutet weniger Verbrauch - bei gleicher oder sogar

besserer Patientenzufriedenheit. Wie hoch liegt die Rezidivwahrscheinlichkeit einer durchgeführten Maßnahme? Gibt es konservative Alternativen?

10. VERANTWORTUNG SCHAFFEN: RESSOURCEN-BEAUFTRAGTE:R

Eine benannte Person im Team kann Abläufe koordinieren, Schulungen anbieten und als Schnittstelle zwischen OP-Koordination, Pflege, Hygiene, Einkauf und Verwaltung wirken - dies kann entscheidend für die Umsetzung nachhaltiger Veränderungen sein. Aufgabengebiete könnten beispielsweise die Etablierung eines Systems zur fachgerechten Entsorgung und Mülltrennung, die Analyse von OP-Zeiten, Wechselzeiten, Saalauslastung und Anpassung der benötigten Energieressourcen an den tatsächlichen Bedarf sein. Die Einführung von Standard Operating Procedures sowie Schulungen neuer Mitarbeiter/innen als auch der Dialog mit Vertreter/innen der Industrie können ebenfalls Teil des Aufgabengebietes einer/eines Ressourcenbeauftragten sein.

Nachhaltigkeit beginnt nicht bei großen Investitionen, sondern im täglichen Handeln. Ein reflektierter Umgang mit Ressourcen ist nicht nur ökologisch, sondern auch ökonomisch sinnvoll und ein Ausdruck professioneller Verantwortung im Gesundheitswesen. Sensibilisieren Sie Ihre Kolleginnen und Kollegen für dieses wichtige Thema und leisten Sie einen aktiven Beitrag zur Klimaneutralität im Gesundheitssystem.

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

Kommentar des Generalsekretärs

AUS DER
DGCH



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

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

Das Jahresende ist die Zeit des Innehaltens – eine Gelegenheit, Hoffnung und Zuversicht neu zu entdecken. Ob wir Weihnachten feiern, ein anderes Fest der Lichter begehen oder einfach den Übergang ins neue Jahr willkommen heißen: Uns alle verbindet die Sehnsucht nach Frieden, Vertrauen und Zusammenhalt.

Gerade in unserem beruflichen Umfeld, in dem Verantwortung, Präzision und Menschlichkeit täglich Hand in Hand gehen, wird spürbar, wie wichtig Hoffnung und menschliche Nähe sind – über Grenzen, Kulturen und Religionen hinweg.

Ich brauche nicht zu betonen, wie radikal solche Grundlagen unserer Gemeinschaft durch äußere und innere Einflüsse ins Wanken geraten sind, eine Entwicklung, die momentan einer Abwärtsspirale gleicht und die einer ganzen Generation Zukunftsängste beschert. Unsere demokratische Grundordnung muss hierauf mit Reformen reagieren. Man hatte uns einen Herbst der Reformen versprochen. Jetzt ist es Winter und wir dürfen zumindest für das Gesundheitssystem mal eine erste Bilanz ziehen:

Vom vielbeschworenen „Herbst der Reformen“ im deutschen Gesundheitswesen ist bis Ende 2025 ein gemischtes Ergebnis geblieben. Zwar sind mit der Krankenhausreform und den großen Digitalisierungsgesetzen zwei zentrale Vorhaben tatsächlich umgesetzt worden, doch viele andere Reformprojekte – etwa in der Pflege, der Notfallversorgung und bei den Apotheken – stecken weiterhin in der politischen oder administrativen Vorbereitung bzw. Diskussion.

KHVVG UND KHAG

Die Krankenhausreform gilt als das Herzstück der Reformagenda. Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), das Anfang 2025 in Kraft trat, soll die stationäre Versorgung neu strukturiert werden. Kernpunkte sind die Einführung von Leistungsgruppen, mehr Transparenz über Versorgungsqualität und die teilweise Abkehr von reiner Fallpauschalenfinanzierung hin zu sogenannten Vorhaltepauschalen. Damit sollen Kliniken entlastet, Überkapazitäten abgebaut und die Spezialisierung gefördert werden. In der Praxis gestaltet sich die Umsetzung allerdings schwierig: Die Länder müssen neue Krankenhauspläne erarbeiten, viele Häuser fürchten finanzielle Einbußen, und die Abstimmung zwischen Bund, Ländern und Kassen sorgt für Konflikte. Ein Krankenhausversorgungsanpassungsgesetz soll Abhilfe schaffen, schafft aber auch Potentiale, die Qualitätsvorgaben zu verwässern. Besonderen Kummer bereitet auch die Leistungsgruppe „Allgemeine Chirurgie“, ein Sammelbecken von viszeralchirurgischen und traumatologisch/orthopädischen Leistungen, was wiederum zur Gelegenheitschirurgie einlädt. Hierzu gehört auch die chirurgische Versorgung des Colon-Karzinoms; bedingt durch „Gelegenheitschirurgie“ wären hier durch Zentralisierung in DKG-zertifizierten Zentren die größte Überlebenszeit zu gewinnen. Als AWMF ringen wir in diesen Fragen um größeren Einfluss im Leistungsgruppenausschuss.

DIGITAL-GESETZ

Deutlich weiter ist die Digitalisierung vorangeschritten. Mit dem Digital-Gesetz (DigiG) und dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz

(GDNG) wurden 2024 und 2025 die rechtlichen Grundlagen für eine vernetzte, datenbasierte Gesundheitsversorgung geschaffen. Seit Anfang 2025 wird die elektronische Patientenakte (ePA) nach dem Opt-out-Prinzip automatisch für alle gesetzlich Versicherten bereitgestellt, und das elektronische Rezept ist bundesweiter Standard. Auch die Nutzung von Gesundheitsdaten für Forschung und Versorgungssteuerung wurde erleichtert. Dennoch zeigt sich in der Praxis, dass die technische Infrastruktur, die Interoperabilität und die Einbindung in klinische Abläufe noch erhebliche Hürden darstellen. Gelingt so der Bürokratieabbau?

PFLEGEREFORM

Wenig Fortschritt gab es auch bei der Pflegereform, die ursprünglich ebenfalls Teil des Reformherbstes sein sollte. Zwar wurden in den vergangenen Jahren Beitragssätze angepasst und kleinere Leistungsverbesserungen beschlossen, doch eine strukturelle Neuordnung der Pflegefinanzierung ist ausgeblieben. Experten warnen vor wachsenden Defiziten in den Pflegekassen und einem anhaltenden Investitionsstau in Pflegeeinrichtungen. Auch die Belastung von Pflegebedürftigen und Angehörigen bleibt hoch. Immerhin hat der Deutsche Bundestag am 6. November 2025 dem Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege zugestimmt.

Der Schwerpunkt des neuen Gesetzes liegt auf der Erweiterung der Kompetenzen von Pflegefachpersonen. Sie dürfen künftig bestimmte heilkundliche Tätigkeiten – etwa das Verordnen von Verband- und Hilfsmitteln oder die Durchführung ausgewählter Therapien – eigenständig übernehmen. Damit sollen ihre fachliche Verantwortung gestärkt und Abläufe im Gesundheitswesen beschleunigt werden.

Ein weiterer zentraler Punkt ist die Entbürokratisierung der Pflege: Dokumentationspflichten werden vereinfacht, digitale Verfahren ausgebaut und Verwaltungsaufwand reduziert. Ziel ist es, Pflegekräfte von unnötiger Bürokratie zu entlasten, damit

mehr Zeit für die direkte Betreuung der Patientinnen und Patienten bleibt.

NOTFALLVERSORGUNG

Ähnlich verhält es sich mit der Reform der Notfallversorgung. Zwar liegt inzwischen ein Konzept für integrierte Notfallzentren vor, das die Zusammenarbeit von Kassenärztlichem Bereitschaftsdienst, Rettungsdienst und Krankenhausnotaufnahmen verbessern soll, doch ein entsprechendes Gesetz befindet sich noch in der Abstimmung. Die Umsetzung dürfte frühestens 2027 spürbare Veränderungen bringen, unter anderem durch die Einrichtung von Akutleitstellen, die Hilfesuchende besser an die richtige Versorgungsstufe weiterleiten sollen, sowie durch Integrierte Notfallzentren (INZ) an Krankenhäusern, in denen ambulante und stationäre Notfallstrukturen zusammengeführt werden.

APOTHEKENREFORM

Auch die Apothekenreform, die eigentlich noch 2025 verabschiedet werden sollte, ist weiterhin nicht abgeschlossen. Der Kabinettsentwurf wird kontrovers diskutiert, insbesondere wegen befürchteter Einschnitte in die flächendeckende Versorgung. Ziel des sogenannten Apotheken-Reformgesetzes (ApoRG) ist es, die flächendeckende Arzneimittelversorgung zu sichern und Apotheken, insbesondere in ländlichen Regionen, zu stärken. Vorgesehen sind unter anderem neue Vergütungsregelungen, der Ausbau digitaler Angebote wie der Telepharmazie sowie flexiblere Vorgaben für Zweigapotheken und Öffnungszeiten. Die Beratungen verzögern sich, da rechtliche und finanzielle Details – etwa zur Honorierung und Organisation von Filialstrukturen – noch ungeklärt sind. Damit bleibt die Reform vorerst in der Schwebe, auch wenn Einigkeit darüber besteht, dass eine Modernisierung des Apothekenwesens dringend notwendig ist, um die Versorgung langfristig zu sichern.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass der „Herbst der Reformen“ zwar gesetzgeberisch Bewegung gebracht hat, aber von

einem echten Strukturwandel noch weit entfernt ist. Die Krankenhaus- und Digitalreformen markieren wichtige Schritte, ihre Wirkung wird sich jedoch erst nach 2030 zeigen. Die großen offenen Baustellen – Pflege, Notfallversorgung und Apothekenstruktur – sind dagegen bislang kaum angegangen worden.

MINDESTVORHALTEZAHLEN IN DER VORHALTEFINANZIERUNG

Licht ins Dunkel der Kalkulation der Vorhaltefinanzierung hat jetzt ein entsprechendes Methodenpapier des IQWiG gebracht: Die vom IQWiG entwickelte Methodik zur Berechnung von Mindestvorhaltezahlen beruht auf dem Anspruch, diese Schwellenwerte wissenschaftlich fundiert und qualitätsorientiert abzuleiten. Der Begriff der „wissenschaftlichen Relevanz“ spielt dabei eine zentrale Rolle. Er bedeutet, dass Mindestvorhaltezahlen nur dann festgelegt werden, wenn sich ihr Nutzen durch empirische Evidenz und statistische Analysen belegen lässt. Grundlage ist der Volume-Outcome-Effekt, der in zahlreichen nationalen und internationalen Studien nachgewiesen wurde: Kliniken mit höheren Fallzahlen erzielen bei komplexen Behandlungen in der Regel bessere Ergebnisse.

Das IQWiG prüft daher, für welche Leistungsgruppen ein solcher Zusammenhang wissenschaftlich relevant und methodisch belastbar ist. Auf dieser Basis werden Fallzahlverteilungen ausgewertet und Schwellenwerte – etwa über ein bestimmtes Perzentil (80-120 %) – so gewählt, dass sie sowohl qualitativ begründbar als auch praktisch umsetzbar sind. Ziel ist es, Mindestvorhaltezahlen nicht rein ökonomisch oder administrativ festzulegen, sondern sie auf nachvollziehbare, datenbasierte und reproduzierbare Kriterien zu stützen. Damit soll sichergestellt werden, dass die Vorhaltevergütung tatsächlich jene Strukturen stärkt, die nachweislich zu einer hohen Behandlungsqualität beitragen. Ist die wissenschaftliche Relevanz nicht erhebbar, zählen rein ökonomische Kriterien.

KI ALS HOFFNUNGSTRÄGER

Wenn wir über Hoffnung und Zukunft nachdenken, kommt unweigerlich die Künstliche Intelligenz (KI) ins Spiel. Sie hat in der Medizin das Potential, auf vielfältige Weise Wertschöpfung zu generieren – sowohl direkt am Patienten als auch in operativen, administrativen und strategischen Prozessen. Sie ermöglicht nicht nur Automatisierung, sondern auch qualitative Verbesserungen und völlig neue Dienstleistungen. In der klinischen Anwendung unterstützt KI Ärztinnen und Ärzte bei der Diagnostik durch die Analyse von Bild- und Labordaten, steigert die diagnostische Sicherheit und beschleunigt die Befundung. In der Therapieplanung kann sie auf Basis von Leitlinien, Studien und individuellen Patientendaten personalisierte Behandlungsvorschläge erstellen und so die Präzision der Medizin erhöhen. Monitoring-Systeme auf Intensivstationen oder im Chroniker-Management erkennen Komplikationen frühzeitig und tragen zur Vermeidung von Notfällen bei. Personalmangel und mangelnde Sprachkenntnisse können kompensiert werden.

KI IN DER CHIRURGIE

Auch operative Prozesse profitieren erheblich: KI-gestützte Robotersysteme erhöhen die Präzision chirurgischer Eingriffe, reduzieren Komplikationen und verkürzen die Genesungszeit. Sprach- und Bilderkenner automatisieren Dokumentationen, wodurch wertvolle Zeit gewonnen und die Abrechnungsqualität verbessert wird. Auf organisatorischer Ebene optimiert KI Termin- und Ressourcenplanung, prognostiziert Auslastungen und verhindert Engpässe. In der Abrechnung kann sie Diagnosen und Prozeduren automatisch kodieren, was zu höherer Abrechnungssicherheit führt. Zudem ermöglicht sie im Qualitätsmanagement die automatisierte Auswertung von Leistungs- und Outcome-Daten, wodurch eine kontinuierliche Qualitätssicherung gewährleistet wird.

Im strategischen Bereich unterstützt KI Forschung und Innovation, indem sie große

Datenmengen analysiert, Hypothesen generiert und Simulationen durchführt. Sie trägt zur beschleunigten Entwicklung neuer Therapien bei und ermöglicht im Population Health Management gezielte Präventionsstrategien, die langfristig die Krankheitslast und die Kosten im Gesundheitssystem senken.

Besonders in der Chirurgie entfaltet KI ihr Potenzial entlang des gesamten Behandlungspfads – von der präoperativen Planung über die intraoperative Unterstützung bis hin zur postoperativen Nachsorge. Sie segmentiert und rekonstruiert Bilddaten, simuliert Operationen, steuert Roboter präzise, erkennt kritische Strukturen in Echtzeit und erstellt automatisch OP-Dokumentationen. Nach dem Eingriff überwacht sie Vital- und Labordaten, erkennt Komplikationen frühzeitig und wertet Ergebnisse zur Qualitätssteigerung aus. Durch automatische Kodierung und Verknüpfung mit Abrechnungssystemen sorgt sie schließlich für höhere Erlössicherheit.

Insgesamt schafft KI entlang der gesamten Prozesskette – vom Erstkontakt bis zur Abrechnung – messbare Wertschöpfung durch beschleunigte Abläufe, höhere Präzision, automatisierte Routinetätigkeiten und personalisierte Entscheidungen. Sie ersetzt den Chirurgen nicht, verändert aber seine Rolle: vom handwerklich tätigen Operateur hin zum datenbasierten Interventionsmanager, der komplexe Hightech-Systeme steuert, KI-Analysen interpretiert und für ethisch verantwortete Entscheidungen sorgt.

AI COMPANION ODER DIGITALER ZWILLING

Langfristig könnte sich KI zudem zu einem „Companion“ entwickeln – einem intelligenten, personalisierten Begleiter, der Patienten und medizinisches Personal dauerhaft im Sinne eines digitalen Zwillings unterstützt. Solche Systeme könnten Patientendaten managen, (Teil-)Aufklärung leisten, Monitoring übernehmen und in der Nachsorge motivierend begleiten.

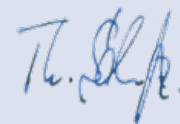
Damit würde KI zu einem adaptiven Bindeglied zwischen Patienten, Angehörigen und Gesundheitswesen, das Sicherheit, Effizienz und Patientenerlebnis verbessert.

Die Kontrolle und Qualitätssicherung solcher Systeme erfolgen zunehmend streng. Mit dem EU Artificial Intelligence Act wird ab 2025 ein verbindlicher Rechtsrahmen etabliert, der Hochrisiko-KI – insbesondere im medizinischen Bereich – umfassend reguliert. Ergänzend greifen bestehende Vorschriften wie DSGVO, MDR und IVDR. Prüfmechanismen reichen von technischen Benchmark- und Fairness-Tests über regulatorische Konformitätsbewertungen bis hin zu ethischen Audits und laufendem Monitoring.

Besondere Impulse liefert dabei die Forschungsarbeit von Heinz U. Lemke, der im Rahmen der CARS-Community den Ansatz der Model Science geprägt hat. Er fordert formale, transparente und überprüfbare Modellrepräsentationen, systematische Verifikation und Validierung, standardisierte Qualitätsmetriken sowie eine lebenszyklusbasierte Governance für KI-Modelle. Sein Ziel ist die Entwicklung vertrauenswürdiger, nachvollziehbarer und klinisch sicherer Systeme – eine Grundlage, die den verantwortungsvollen Einsatz von KI in Chirurgie und Medizin insgesamt ermöglicht. Hierbei über ein entsprechendes Zertifikat nachzudenken, ist naheliegend.

Möge der Dezember uns Kraft schenken, mit Offenheit und gegenseitigem Respekt ins neue Jahr zu gehen und gemeinsam das Vertrauen in die Zukunft zu stärken. Ich wünsche Ihnen und Ihren Familien die Muße, um die notwendige Kraft zu sammeln.

Ihr



Thomas Schmitz-Rixen

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 autokratischen 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 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**

www.dck2026.de

JETZT ANMELDEN!



SEHR PERSÖNLICH NACHGEFRAGT BEI NINA MARIE MÜLLER

Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?

Einen Unterschied machen zu können, manchmal im großen Stil, aber fast täglich mit Kleinigkeiten.

Welchen klinischen Schwerpunkt haben Sie?

Mein größtes Interesse liegt in der Neuroonkologie.

Was war für Ihr berufliches Fortkommen besonders hilfreich?

Mut und Durchhaltevermögen

Was war Ihre größte Inspiration?

Die Mitmenschen, mit denen ich täglich zusammenarbeite und die mich motivieren, das Beste aus mir herauszuholen.

Welches Forschungsthema bearbeiten Sie?

Ich forsche zur intraoperativen Anwendung von adhoc histologischen Untersuchungen mittels Raman Technologie.

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

Eine gute Lagerung erspart so manches unnatürliche Verdrehen während der OP!

Welche persönlichen Visionen möchten Sie gerne umsetzen?

Beruflich nach den Sternen greifen und privat den Pacific Crest Trail in den USA laufen.

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

Ganz aktuell die neuen EANS-EANO Guidelines für das Resektionsausmaß bei Gliomen.

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

Mitbetreuung der Doktorand:innen und Studierenden im PJ liegen mir sehr am Herzen.

Welches Buch liegt auf Ihrem Nachttisch?

„Schnelles Denken, langsames Denken“ von Daniel Kahneman und Thorsten Schmidt

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

Aktuell „Ain't for the Faint“ von Skegss

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

Personalmangel und fehlende Digitalisierung

Wie gehen Sie mit Frustrationen um?

Es gibt fast Nichts, was nicht durch eine Runde Sport und ein vertrautes Gespräch gelöst werden kann.

Drei Dinge, die Ihnen am Herzen liegen?

Natur- und Umweltschutz, Minimalismus (weniger ist fast immer mehr) und Gleichberechtigung für Alle

Wo werden sie schwach?

Kaffee in jeder Form.

Was bringt Sie zum Lachen?

Mit meinen Liebsten zu tanzen und laut zu singen.

Was gehört für Sie zu einem gelungenen Tag?

Kaffee, Sport und Zeit an der frischen Luft

Ihr wichtigstes Hobby?

Trekking-Touren mit meinem Partner.

Muss eine Chirurgin, ein Chirurg Optimismus ausstrahlen?

Ja, für die Patient:innen, aber auch für sich selbst

Dr. med. Nina Marie Müller

Assistenzärztin im 3. Weiterbildungsjahr in der Allgemeinen Neurochirurgie an der Uniklinik Köln
Outdoor-Enthusiastin und Sportliebhaberin
Auf dem Weg zur Forscherin mit Leib und Seele
Ausgezeichnet mit der Borchers-Plakette der RWTH Aachen
Preisträgerin des Hans-Jürgen-Bretschneider Preises 2025

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

Prof. Dr. med. Norbert Grzywa (1891–1942) – Teil 2

Michael Sachs, Francesco-Mariano Bruno

Sie lesen hier eine Fortsetzung, Teil 1 der Lebensgeschichte von Professor Grzywa wurde in der [Septemberausgabe der PASSION CHIRURGIE veröffentlicht.](#)

TOD DURCH ERTRINKEN NACH EINEM SCHIFFSUNTERGANG (1942)

Die teilweise schon Jahrzehnte in den niederländischen Kolonien tätigen deutschen Zivilisten wurden noch am Tage des Einmarschs deutscher Truppen in den Niederlanden (am 10. Mai 1940) nachmittags, basierend auf bereits vorbereiteten Listen, von der Polizei verhaftet. Dies geschah, nachdem telegraphisch ein Codewort von den Niederlanden nach Batavia durchgegeben worden war. Prof. Grzywa war als geborener Österreicher, knapp zwei Jahrzehnte in Niederländisch-Indien tätig. Er erhielt aber 1938 nach dem „Anschluss“ Österreichs vermutlich die deutsche Staatsbürgerschaft und wurde deshalb 1940 interniert.

Prof. Grzywa wurde im Januar 1941 mit etwa 2.600 anderen männlichen deutschen Zivilinternierten, die in der holländischen Kolonie Niederländisch-Indien lebten bzw. arbeiteten, über Zwischenstationen nach Nord-Sumatra in das Lager Lawé-Sigalah-Galah (ca. 15 km südöstlich von Koetatjane <heute „Kutacane“>; ca. 80 km westlich von Medan gelegen) interniert. Die Frauen und Kinder der internierten Männer wurden in speziellen Frauenlagern auf Java oder Sumatra festgehalten und teilweise in der ersten Jahreshälfte 1941 nach Japan ausgeschifft. Von dort aus sollten sie dann über Sibirien nach Deutschland ausreisen, was sich aber angesichts des Einmarsches

der Wehrmacht in die Sowjetunion im II. Weltkrieg dann als unmöglich erwies.

Das in einem von Bergen umgebenen, feuchtheißen und malarieverseuchten Tal des Flusses Allas (Alas-Vallei) gelegene Lager war in sechs „Blöcke“ (A-F) unterteilt (**Abb. 4** und **5**). Jeder Block war von 3-4 m hohen Stacheldrahtzäunen und zwei Meter breiten Laufgräben umgeben und umfasste bis zu neun Baracken. Die Behandlung der internierten Deutschen durch die Holländer war „gerecht“ und die Verpflegung „gut und reichlich“ erinnert sich der einzig überlebende Missionar der Basler Missionsgesellschaft Gottlob Weiler [1953, p. 7].

An der Südseite des Internierungslagers war das zentrale Hospital des Lagers mit 20 Betten gelegen, das von zwei Chirurgen

und einem Internisten versorgt wurde. Instrumentarium, auch für große Chirurgie, war vorhanden. Vermutlich war hier auch Dr. Grzywa tätig. Block A und D wurden von den Holländern als „Nazi-Blocks“ bezeichnet, in Block B waren angeblich „Mitläufer“ und ältere Männer, in Block C und F seien deutsche Seeleute untergebracht gewesen. Der Block E wurden angeblich von den in den anderen Blöcken internierten Nationalsozialisten „Verräterblock“ genannt, also Internierte, die sich nicht für die nationalsozialistische Bewegung engagierten.

Als mit einer japanischen Besetzung Sumatras gerechnet werden musste, wollte man die deutschen Zivilinternierten (Pflanzer, Kaufleute, Seeleute, Ärzte, Künstler, Missionare) nicht in die Hände der mit dem Deutschen Reich verbündeten Japaner fallen lassen und plante deshalb drei



(a) Blick auf Block E des Lagers. Aquarell von G. Bahrs [Abb. aus: van Heekeren 1967, p. 106].



(b) Blick auf einen Lagerblock mit Wachhäuschen. Kreidezeichnung von C. Brückmann [Abb. aus: van Heekeren 1967, p. 106].



(c) Beim Kleiderwaschen. Im Hintergrund sitzen zwei Männer, die wahrscheinlich Schach spielen. Bei dem rechten Spieler handelt es sich vermutlich um den in Bali ansässigen Maler und Musiker Walter Spies, der auch beim Untergang der van Imhoff verstarb. Bei seinem Mitspieler könnte sich um den Kaufmann und Privatgelehrten Hans Overbeck (*1882) handeln, der ebenfalls bei der Katastrophe ums Leben kam. Beide Freunde sollen auch noch zusammen auf dem untergehenden Schiff gesehen worden sein.

Abb. 4a–c: Das Lager für deutsche Zivilinternierte bei Koetatjane (Kutacane) auf Sumatra (1941).

Schiffstransporte nach Britisch-Indien.¹ Am 01. Januar 1942 wurden als dritter und letzter dieser Transporte aus Koetatjane die noch dort verbliebenen 477 der dort internierten Männer in 15 Lastwagen nach Sibolga (Ankunft am 02. Januar 1942) an die Westküste Sumatras gebracht (siehe Karte **Abb. 6**). Die zuletzt nach Sibolga transportierten waren vor allem in Block E interniert (Internierte mit den Familiennamen L-Z) hinzu kamen ältere Männer aus den anderen Blöcken (nachweislich u.a. aus Block A und D) des Lagers. Dies erklärt die auffallende Häufung von Familiennamen aus der zweiten Hälfte des Alphabets auf der Totenliste der „van Imhoff“.

Zwei KPM-Schiffe („M.S. Ophir“ und „S.S. Plancius“) mit insgesamt etwa 1900 Internierten waren bereits am 29. Dezember 1941 („M. S. Ophir“) bzw. am 03. Januar 1942 („S.S. Plancius“) aus Sibolga in Richtung Britisch-Indien gestartet und kamen dort auch planmäßig an. Diese Internierten wurden dann in das Lager Dehradun am Fuße des Himalaya transportiert. Dort war auch Heinrich Harrer² bis zu

seiner spektakulären Flucht nach Tibet in Gefangenschaft.

Karl Seemann, einer der 68 Überlebenden der „van Imhoff“ (ein Dampfer mit 2980 BRT, Stapellauf 1914), erinnert sich später: „Während der fast drei Wochen unseres Aufenthalts <in Sibolga> bis zum Abtransport versuchte unser Sprecher, Professor Grzywa (einer der damals hervorragendsten Chirurgen), bei den Holländern die ordnungsgemäße Anmeldung unseres Internierten-Transportes durchzusetzen. Nach anfänglich ausweichenden Antworten über ‚kriegswichtige Ladung‘, die eine solche Anmeldung an das Rote Kreuz verhindern, sagte der holländische Kommandant³ wörtlich: ‚de wetten van humaniteit zijn over boord gegooit‘ (Die Gesetze der Menschlichkeit sind über Bord geworfen), und Professor Grzywa, ganz niedergeschlagen, äußerte sich dann zu uns: Die wollen uns absaufen lassen ...“ [Leserbrief Seemanns in: Spiegel 20 Nr. 7 (1966), p. 62].

Vom 16. bis 18. Januar 1942 wurden insgesamt 477 Zivilinternierte aus Koetatjane gruppenweise zu jeweils 30 Mann in ca.

ein Meter hohen und zwei Meter breiten Stacheldrahtkäfigen auf dem Kohlendampfer „van Imhoff“ der K.P.M. (Koninklijke Paketvaart Maatschappij = Königlich Niederländische Paketfahrt-Gesellschaft) untergebracht. Am 18. Januar gegen 11 Uhr griffen vier japanische Flugzeuge wie in den Tagen zuvor wieder den Hafen von Sibolga an. Danach gegen 17 Uhr ging der unbewaffnete Dampfer mit dem Ziel Bombay auf See. Das Schiff war offensichtlich auch mit Gummi beladen. Ein militärischer Geleitschutz (Kriegsschiffe) wurde für die „van Imhoff“ nicht zur Verfügung gestellt. Mehrere Kranke und acht Geistesranke waren unter der Obhut von Dr. Grzywa aus Bandung auf dem Spardeck (Oberdeck) untergebracht. Die übrigen Internierten, die alle nicht wussten wohin die Reise geht, befanden sich unterhalb der Wasserlinie und konnten nichts sehen. Es herrschte dort eine fast unerträgliche Hitze und Gestank.

Das nicht mit einem Roten Kreuz gekennzeichnete Schiff wurde am nächsten Morgen (am 19. Januar gegen 10.30 Uhr)

¹ Kutacane (Koetatjane) wurde dann tatsächlich im März 1942 von den Japanern erobert. Das Lager wurde danach von den Japanern für holländische Zivilinternierte verwendet.

² siehe: Harrer, H.: Sieben Jahre in Tibet: Mein Leben am Hofe des Dalai Lama. Berlin, Wien: Ullstein 1952 (Erstauflage); Film 1997 Regie: Jean-Jacques Annaud; mit Brad Pitt als H. Harrer in der Hauptrolle

³ nach van Heekeren [1967, p. 169f.] sprach Dr. Grzywa diesbezüglich nicht nur mit dem militärischen Hafenkommandanten, sondern auch mit einem niederländischen Militärarzt und dieser antwortete: „Meselikeit bestaat nu niet meer“.



Abb. 5: Zensierte Postkarte eines gemeinsam mit Dr. Grzywa in Kutacane Zivilinternierten vom 8. November 1941. Willi Niemann schreibt an seine Mutter, die sich in einem Frauen-Internierungslager in Brastagi/Sumatra befand. Willi Niemann war in Kutacane in derselben Baracke des Blocks (A 9) wie sein Vater Carl interniert. Wilhelm war aber nicht auf der „van Imhoff“ gelistet. Vermutlich wurde er mit einem der beiden ersten Schiffe von Sibolga nach Indien gebracht. Sein Vater Carl Niemann (geb. 13.07.1881 in Klinken/Mecklenburg), war Besitzer einer Reparaturwerkstatt in Tandjong Balei auf Sumatra. Er starb auch beim Untergang der van Imhoff. Stempel auf der Postkarte: „CO~~o~~mmandan~~T~~-INTERN.KAMP KOETATJANE“, weiter Poststempel der Stadt „MEDAN“ und „GECENSUREERD“ (zensiert).

wahrscheinlich von einem japanischen Piloten für einen Truppentransporter gehalten und deshalb bombardiert. Durch den entstandenen Bombenschaden drang Wasser in den Maschinenraum ein, das Schiff bekam langsam zunehmend Schlagseite. Mittags befahl Kapitän Herman J. Hoeksema die Rettungsboote klar zu machen. Das größte und einzige motorisierte Rettungsboot (Motorbarkasse) und vier Ruder-Rettungsboote wurden von der Besatzung mitgenommen, das fünfte Rettungsboot klemmte in seinen Aussetzvorrichtungen (Davits) und konnte von den Holländern nicht zu Wasser gelassen

werden. Diesem einzigen auf dem Schiff zurückbleibenden Rettungsboot (zuge-
lassen für maximal 42 Personen) wurden
aber von der Besatzung noch die Ruder,
das Trinkwasserfass und die Nahrungsre-
serven entnommen. Angeblich wurde von
der Besatzung auch noch abschließend die
Pumpanlage zerstört, mit der das in das
Schiff eingedrungene Wasser wieder nach
außen gepumpt werden konnte.

Auf dem Schiff war noch ein kleines Arbeitsboot (Pinasse) verblieben. Beide Boote konnten dann aber später noch von den Internierten ins Wasser gelassen werden.

Kapitän Hoeksema und seine 48-köpfigen Besatzung verließen gegen Mittag als erste das sinkende Schiff. Danach gingen die 62 bewaffneten, holländischen Wachsoldaten (insgesamt 111 Niederländer) von Bord. Dies geschah unter Mitnahme fast aller Rettungsboote, die nur zur Hälfte besetzt werden konnten und unter Zurücklassung sämtlicher 477 zivilinternierten Deutschen in ihren Stacheldrahtkäfigen. Gerettet wurde von der Besatzung nur ein einziger Internierter (der junge Seemann Stefan Wal-kowiak), nachdem ein holländischer Soldat ihn in die Hand geschossen hatte, als er sich an einem Seil die Bordwand herabgleitend



Abb. 6: Der letzte Weg Prof. Grzywas im Januar 1942 in Nord-Sumatra im Lastwagen von Koetatjanje über Siantar, Kabandjake, die Karo-Hochebene und durch das Silindung-Tal zur Hafenstadt Sibolga. X bezeichnet die Position der van Imhoff zum Zeitpunkt des Unterganges am 19. Januar 1942 [eingezeichnet in die Karte Nordsumatra im Atlas van *Nederlandsch-Indië* (um 1938), Bl. 7].

in ein mit Holländern besetztes Rettungsboot retten wollte. Walkowiak fiel daraufhin in die See neben das Rettungsboot und blutete aus der Schußwunde.⁴ Er hatte sich als erster Internierter aus seinem Stacheldrahtkäfig befreien können.

Der Kaufmann Karl Seemann aus Pforzheim beschreibt als Augenzeuge, wie die restlichen Gefangenen aus den Stacheldrahtkäfigen sich befreiten und an Deck kamen: „Jetzt sahen wir unsere trostlose Lage: Draußen auf See die Holländer im Motorboot, mit leeren Rettungsbooten im Schlepp. Ich trieb zusammen mit zwei Kameraden auf einer Tischplatte, die wir zuvor noch mit mehreren Schwimmgürteln ausgerüstet hatten. An unsere Tischplatte hatten wir ein Bambusfloß angebunden, auf dem Prof. Grzywa und noch zwei Ärzte⁵ saßen. Nach einiger Zeit gelang es uns, an ein Rettungsboot <das große Rettungsboot mit 52 Internierten an Bord> heranzukommen und festzubinden, jedoch riß das Seil oder wurde absichtlich getrennt, da wir für das Boot sehr hinderlich waren, und trieben sofort wieder vom Boot ab. Wir -von der Tischplatte- erreichten schwimmend das Boot wieder, während die Professoren, offensichtlich in ihr Schicksal ergeben, untätig auf ihrem Floß sitzen blieben. Sie erreichten das Boot nicht...“. Die drei Ärzte trieben ab und wurden seitdem nicht wiedergesehen [Leserbrief Seemanns in: Spiegel 20 Nr. 7 (1966), p. 62].

Am 19. Januar 1942 kurz vor Einbruch der Dunkelheit gegen 18.30 Uhr versank die „van Imhoff“ mit dem Bug nach unten (bzw. Heck nach oben) vor der West-Küste von Sumatra (ca. 97° Nord, 0° 24 Minuten Süd). Noch etwa 50-100 Deutsche sollen

sich zu diesem Zeitpunkt an Bord der „van Imhoff“ befunden haben, darunter die acht Geisteskranken.

An Bord trat auf dem langsam sinkenden Schiff mit zunehmender Schlagseite nach Backbord keine Massenpanik aus, es blieb überraschend ruhig. Einzelne, vor allem jüngere, Internierte sprangen aber sofort unüberlegt in das Meer, um sich zu retten. Einige erfahrene Seeleute bemühten sich dagegen, die beiden noch an Bord verbliebenen Boote zu Wasser zu bringen oder bastelten Rettungsflöße aus Bambus und Schwimmwesten. Ein anderer Internierter spielte Klavier, während seine Schicksalsgenossen die Küche plünderten und sich nach langem mal wieder richtig satt essen und trinken konnten. Einige Internierte waren daraufhin betrunken. Andere wiederum plünderten die Offiziersmesse, oder lasen dort in einer Zeitung. Ein Geisteskranker zog eine Kapitänsuniform an und „kommandierte“ auf der Brücke des sinkenden Schiffes. Andere wiederum ergaben, sich in einer Ecke sitzend, klaglos ihrem Schicksal. Ein Pflanze fütterte noch ein letztes Mal die an Bord befindlichen Kühe und sprach zu ihnen: „Meine Freunde, fresset euch satt. Es ist das letzte Mal!“

Angeblich 134 Schiffbrüchige befanden sich auf Bambusflößen, 14 Personen hatten sich auf das kleine Arbeitsboot gerettet, 53 Personen befanden sich in dem größeren Rettungsboot ohne Ruder. Das überladene Rettungsboot, das nur noch handbreit aus dem Wasser ragte, wurde mit Händen und Brettern fortbewegt. Die 67 die Katastrophe (zunächst) überlebenden Deutschen befanden sich auf diesen beiden Booten.

Das größere Rettungsboot erreichte am 22. Januar, das kleinere Arbeitsboot erst am 23. Januar 1942 unabhängig voneinander die Küste der Insel Nias, die etwa 110 km Luftlinie von der Untergangsstelle der „van Imhoff“ entfernt war. Einer der Insassen des großen Rettungsbootes (der Pflanze Friedrich Hermann Gleichmann [*1885 in Coburg/Franken]) kam bei der Landung beim Umschlagen des Rettungsbootes in der Brandung ums Leben. Ein anderer, der 75-jährige Gewehrmacher Oskar R.[hode] aus Magelang/Java, erhängte sich nach der Rettung nachts am Strand an einem Baum. Die beiden einzigen überlebenden Missionare weigerten sich ein Gebet an seinem Grab zu sprechen, weil für den korpulenten, alten Mann zwei junge lebenshungrige Männer an Bord hätten genommen werden können. Von den 477 auf der „van Imhoff“ Internierten ertranken bzw. verstarben 412, darunter 38 Missionare verschiedener christlicher Missionsgesellschaften. Mehrere der Überlebenden (u. a. die Missionare Aloysius Seitz SVD und Gottlob Weiler aus Basel) haben übereinstimmende Erinnerungen an diese Tragödie hinterlassen [auch abgedruckt bei Steinberg]. Beim Lesen der Berichte kann man erahnen, dass die Überlebenden der Katastrophe sich nur auf Kosten anderer retten konnten: indem sie beispielsweise aktiv verhinderten, dass das bereits überfüllte Boot noch weitere im Meer schwimmende oder treibende Menschen aufnahm.

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

⁴ Walkowiak fiel dann später als Soldat am 3. März 1943 in Hamburg infolge eines alliierten Bombenangriffs.

⁵ Es handelte sich neben Grzywa noch um den Tierarzt Prof. Dr. Friedrich (Fritz) Ludwig Huber (*1884 in München), 1914 Regierungstierarzt in Deutsch-Ostafrika, seit 1921 in Niederländisch Indien tätig. Zuletzt war er Direktor des Kgl. Niederländischen Veterinär-Instituts in Buitenzorg (heute Bogor); seit 1938 Offizier des (niederländischen) Ordens von Oranien-Nassau. Außerdem um den Chirurgen Dr. med. Edmund Nowak (geb. 1886 in Sternberg/Deutschland), 1935 tätig als Arzt (Chirurg) in Soerabaja (heute Surabaya), zuletzt in Bandoeng (Bandung). Er war 1918 „k.k. Oberarzt und Leiter der k.k. 6. Mobilen Chirurgentruppe der Klinik Prof. A. Freiherr von Eiselsberg“. 1921 war Nowak Assistent der I. Chirurgischen Universitätsklinik in Wien (Vorstand: Prof. Dr. A. v. Eiselsberg) [Arch. Klin. Chir. Bd. 110 (1918), p. 939 und Bd. 116 (1921), p. 518]. Grzywa und Nowak kannten sich wahrscheinlich aus ihrer Assistentenzeit in Wien.

Nachruf auf Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Peiper



In memoriam
Prof. Dr. med.
Hans-Jürgen Peiper
(*04.12.1925 † 02.03.2025)

Die medizinische Fakultät der Universitätsmedizin Göttingen (UMG) hatte am 22. August 2025 zu einer öffentlichen Gedenkfeier für den ehemaligen Direktor der Abteilung Allgemeinchirurgie der UMG, Herrn Professor em. Dr. Hans-Jürgen Peiper, eingeladen, der in seinem hundertsten Lebensjahr am 02. März 2025 in Göttingen verstorben war. Hineingeboren in eine bedeutende Medizinerfamilie am 04. Dezember 1925 in Frankfurt am Main hat er nach seinem Medizinstudium in Berlin und Mainz seine chirurgische Weiterbildung an der Universitätsklinik Marburg unter Professor Rudolf Zenker absolviert. H.-J. Peiper wechselte 1959 mit Professor Dr. Georg Heberer nach Köln und wurde 1969 auf den Lehrstuhl Chirurgie und damit als Direktor der Abteilung Allgemeinchirurgie der UMG berufen, wo er auch 1994 emeritiert wurde. Professor Peiper war in den 25 Jahren seiner klinischen Tätigkeit zum einen um die Wahrung der chirurgischen Tradition

bemüht, zum anderen zeigte er sich den jeweiligen Neuerungen stets offen, was u. a. die Chirurgie des Pankreas und besonders auch die Etablierung minimal invasiver Operationsverfahren betraf. Für seine außerordentlichen Verdienste auf dem Gebiet der Chirurgie wurde Professor Peiper international und national mehrfach hochrangig ausgezeichnet, so z. B. 2002 mit der Wolfgang-Müller-Osten-Medaille des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgie oder 2008 mit dem Rudolf-Zenker-Preis der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Professor H.-J. Peiper blieb dabei bis ins hohe Alter der Chirurgie stets eng verbunden und alle, die ihn als empathische und lebenswürdige Persönlichkeit kennenlernen durften, werden diese Momente mit Sicherheit nicht vergessen.

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
Präsident des BDC

GEDENKFEIER FÜR PROFESSOR EMERITUS DR. MED. HANS- JÜRGEN PEIPER

Grußwort von Prof. Dr. Gabriele Schackert

Spektabilität, sehr geehrte Ehrengäste, hohe Fakultät,
liebe Angehörige und Freunde der Familie Peiper,

die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie denkt heute in großer Verehrung und Dankbarkeit an Hans-Jürgen Peiper, sein langjähriges Wirken und seinen unermüdlichen Einsatz für die Gesellschaft.

Professor Hans-Jürgen Peiper lebte in der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie wie kaum ein anderer. Sie gehörte zu ihm und er zu ihr. Die jährlichen Kongressbesuche, die Teilnahme an der Senatoren Sitzung, die Herbst- und Frühjahrspräsidiumssitzungen waren ein fester Bestandteil seines Lebens. Er interessierte sich für alles und nahm an den neuesten Entwicklungen im Gebiet Chirurgie bis ins hohe Alter teil. Er besuchte auf den Kongressen die Vorträge – das war eine Selbstverständlichkeit für ihn. Er blieb – wie man so schön sagt – auf dem Laufenden. Und – er hatte die Gnade eines scharfen

Verstandes bis in sein 100. Lebensjahr, bis zu seinem Tod.

Im Herbst 2024 besuchte er noch die Herbstpräsidiumssitzung der DGCH in Frankfurt. Da sah ich ihn das letzte Mal, wie immer in Begleitung seiner lieben Lebensgefährtin Gisela Wetzel-Willert, ohne die die Kongressbesuche in den letzten Jahren sicher nicht mehr möglich gewesen wären. Liebe Gisela, dafür war Dir Hans-Jürgen immer sehr dankbar und wir Dir auch. Kongresse ohne ihn konnte man sich nicht vorstellen. Er gehörte einfach dazu. Immer freute man sich, wenn man ihn traf und seine Beiträge waren stets

bereichernd und gern gehört. Ich glaube, sagen zu dürfen: Hier spreche ich für alle.

Schon in den frühen Jahren seiner chirurgischen Facharztausbildung wurde Hans-Jürgen Peiper Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Ein Mitgliedsantrag findet sich im LVH, der auf den 18.11.1960 zurückgeht. Seine Bürgen waren Professor Heberer, Köln, Professor Zenker, München und Professor Hegemann, Erlangen. Am 01.01.1961 wurde er als Mitglied aufgenommen. In seinen Erinnerungen berichtet Hans-Jürgen Peiper, dass damals die Kongresse der DGCH im Deutschen Museum in München stattfanden und noch sehr bescheiden waren. Das Kongressprogramm umfasste nur wenige Seiten mit kaum 100 Vorträgen. Er selbst hielt sein erstes Hauptreferat über die Behandlung des Ulcus duodeni.

Hans-Jürgen Peiper ist Zeitzeuge der Entwicklung der Deutschen Chirurgischen Gesellschaft über 65 Jahre. Er sah, wie die Gesellschaft kontinuierlich wuchs, sich Berlin und München als Kongressstandorte abwechselten. Aber er erlebte auch das Selbstständig werden und die Abspaltung der verschiedenen chirurgischen Disziplinen, wie z. B. der Kinderchirurgie, der Unfallchirurgie, der Orthopädie, der Herz- und Thoraxchirurgie oder der Neurochirurgie aus der Muttergesellschaft. Er war dabei, als nach der Wiedervereinigung 1990 der Kongress im Plenarsaal des Reichstags abgehalten wurde. Und er erlebte auch, dass sich unter der Initiative der Einheit der Chirurgie die verschiedenen chirurgischen Fachgesellschaften wieder unter dem Dach der DGCH zusammenfanden und teilweise ihre Kongresse sogar wieder zusammen mit der DGCH durchführten. Die Programme wuchsen. Hans-Jürgen Peiper nennt es ein „Mammutunternehmen“ mit ca. 15 parallelen Vortragssälen, Sondersitzungen, chirurgischen Trainingslabors, Workshops sowie Fortbildungsveranstaltungen für die Pflegeberufe im OP-Saal und ein Studentenforum.

Professor Peiper war Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1987/88. Der von ihm organisierte Kongress fand in München statt. Er schildert diese Zeit

als sehr arbeitsintensiv. Besonders hervor hebt er seinen damaligen Oberarzt Professor Anton Schafmayer, der ihm bei der Ausgestaltung des wissenschaftlichen Programms und der Organisation der Redner und Vorsitzenden maßgeblich zur Seite stand. Seine Frau Mense unterstützte ihn dann bei der Gestaltung des Rahmenprogramms. Für die Eröffnung konnte er dank seiner Verbindungen Frau Professor Süsmuth als Rednerin gewinnen, die damalige Bundestagspräsidentin.

Seine nationalen und internationalen Aktivitäten waren für die DGCH von großer Bedeutung. Sie belegen die notwendige Präsenz der deutschen Chirurgen im In- und Ausland. Erwähnt findet man in seiner Biographie die Mitgliedschaften in den nationalen Chirurgenvereinigungen, wie der Mittelrheinischen, der Niederrheinisch-Westfälischen und der Nordwestdeutschen, die sich nach der Wiedervereinigung in Norddeutsche Chirurgenvereinigung umbenannte. Besonders freute ihn die Verleihung der Ehrenmitgliedschaft der Norddeutschen Chirurgenvereinigung und der Thüringer Chirurgen, die er in Erfurt zusammen mit Professor Helmut Wolff, ehemaliger Direktor der Charité, erhielt.

Seit den 80iger Jahren besuchte Hans-Jürgen Peiper regelmäßig als einer der Vertreter der DGCH die Kongresse des American College of Surgeons. Seinem Einsatz ist es zu verdanken, dass ein German Chapter im American College 1989 gegründet wurde, dessen erster Governor er war. Durch die Kontaktaufnahme mit vielen namhaften amerikanischen Chirurgen konnte er seinen Mitarbeitern den Weg für ein praktisches Jahr in den USA ebnen und hatte seine Hand am Puls der neusten Entwicklungen in der Chirurgie. Im Laufe der Jahre ergab sich ein reger Austausch auf internationaler Bühne mit vielen eingeladenen Vorträgen, die ihn durch die ganze Welt trugen. Besonders seine Kontakte zu Japan, der Deutschen Demokratischen Republik und Saudi-Arabien werden von ihm hervorgehoben, wobei die Einladung von Professor Helmut Wolff, seinem Kollegen an der Charité und späteren Freund zur 100-Jahrfeier der Berliner Chirurgischen Gesellschaft

im Langenbeck-Virchow-Haus für Peiper eine besondere Bedeutung hatte. Sehr nachhaltig müssen auch die Kontakte nach Saudi-Arabien gewesen sein, wo er als Operateur vor Ort die saudischen Chirurgen in die minimal-invasiven Eingriffe einführte.

2008 erhielt Hans-Jürgen Peiper von der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie die Rudolf-Zenker-Medaille in Anerkennung seiner maßgeblichen Beiträge zur Weiterentwicklung der Deutschen Chirurgie.

Professor Peiper war auch Mitglied des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen, des BDC. Hier engagierte er sich über mehrere Jahre im Vorstand, wo er als Vertreter der Ordinarien fungierte. 2002 erhielt er die Wolfgang-Müller-Osten-Medaille in Anerkennung seiner Verdienste um den Verband.

Als Mitglied in der Gründungskommission nahm Hans Jürgen Peiper an der Neugründung von zwei medizinischen Fakultäten teil: Regensburg und Dresden. 1992 begegnete ich Professor Peiper zum ersten Mal. Er war Mitglied der Berufungskommission der noch zu gründenden Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus in Dresden. Die damalige Kommission wurde von dem Neurochirurgen Professor Bushe, früherer Ordinarius in Würzburg, geleitet. Dieser Kommission habe ich meine Berufung nach Dresden zu verdanken. Von Hans-Jürgen Peiper hörte man immer, dass diese Zeit für ihn von besonderer Bedeutung war, da er an einer neu zu berufenden Fakultät mitwirken konnte.

Der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie blieb Peiper, wie bereits oben erwähnt, zeitlebens verbunden. Nach seinem Ausscheiden aus dem aktiven Berufsleben hat er seine Aufgabe vor allem in der Traditionspflege der Chirurgie gesehen. Zusammen mit seinem Freund Professor Wilhelm Hartel, dem früheren Generalsekretär und Präsidenten der Gesellschaft konzipierte er die geschichtswissenschaftlichen Sitzungen an den Jahreskongressen unter dem Titel: „Tradition und Innovation“. Fester Bestandteil dieser Sitzung war die Würdigung eines großen Vorfahren, gefolgt von aktuellen Themen. Glücklicherweise

er, dass nach ihm Professor Hartwig Bauer, der ebenfalls Generalsekretär und Präsident der Gesellschaft war, die Funktion des Sprechers der Projektgruppe übernahm. Peipers Interesse an der Geschichte der Chirurgie zeigt sich in einem von ihm veröffentlichten Buch über das Langenbeck-Virchow-Haus mit dem Titel: „Das Langenbeck-Virchow-Haus im Spiegel der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie“, das 2001 erschien. Besonders fasziniert hat ihn das Gründerbild der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie aus dem Jahr 1872. Mit viel persönlichem Engagement gelang es ihm, eine Kopie des Gemäldes bereits auf seinem Kongress 1988 aufzustellen. Inzwischen hängt das Original wieder im Langenbeck-Virchow-Haus. Dieses Gebäude versinnbildlichte für Peiper den Aufstieg einer naturwissenschaftlich begründeten Medizin im 19. Jahrhundert und zeigte die Bedeutung Berlins als Zentrum der Medizin mit internationaler Ausstrahlung. Wichtig ist in diesem

Zusammenhang das Zusammenwirken der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und der Berliner Medizinischen Gesellschaft.

Auch das Theodor-Billroth-Haus, das Geburtshaus Billroths, eines der Gründer der DGCH, auf Rügen in Bergen, hatte für Peiper eine große Bedeutung. Auch hierzu veröffentlichte er ein Buch zusammen mit Wilhelm Hartel, dem die Vorträge anlässlich der Einweihungsfeier 2001 zugrunde lagen. Als das Haus von der DGCH wieder erworben wurde, gehörte Peiper zu den Unterzeichnern des Kaufvertrages.

Der Wunsch Hans-Jürgen Peipers war, die Pflege der Geschichte der Deutschen Chirurgie zu intensivieren und das Archiv im Langenbeck-Virchow-Haus auszubauen. Er hat mir Unterlagen zukommen lassen, die seine Initiative schon 2012 belegen. Mein Angebot, mich für den Ausbau des Archivs

einzusetzen, hat er stets unterstützt. Das Andenken an große deutsche Chirurgen sollte aufrechterhalten werden und in einem Archiv zugänglich sein. Zudem stand er mir mit Rat und Tat zur Seite, wenn es um die Konzeption der Geschichtssitzungen auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie ging. Gespräche mit ihm waren immer fruchtbar.

So wird er der Nachwelt in Erinnerung bleiben als einer der herausragenden großen deutschen Chirurgen des 20. Jahrhunderts.

Wir alle hätten gerne seinen 100. Geburtstag mit ihm gefeiert.

Professor Dr. med. Gabriele Schackert
Präsidentin der DGCH 2015/16

Laudatio von Prof. Dr. Michael Ghadimi

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Medizinische Fakultät und die Klinik für Allgemein-, Viszeral und Kinderchirurgie der Universitätsmedizin Göttingen freuen sich, dass Sie alle zu der Gedenkfeier für Herrn Prof. Hans-Jürgen Peiper gekommen sind.

Ich darf Familie Peiper begrüßen, wie auch Gisela Wetzels-Willert, einige ehemalige Mitarbeiter und viele Schüler von ihm, die gekommen sind. Dies hätte ihm viel bedeutet. Lieber Herr Prof. Kroemer, als Vorstandsvorsitzender der Charité und guter Bekannter von H.-J. Peiper, liebe Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und Fachvertreter der Viszeralchirurgie:

Liebe Gäste, es freut mich sehr, dass Sie alle heute hier erschienen sind!

Vor wenigen Monaten haben sich Familie Peiper und Gisela Wetzels-Willert mit vielen Freunden und geladenen Gästen im

Rahmen eines sehr bewegenden Gottesdienstes in der Albanikirche von Prof. Hans-Jürgen Peiper verabschiedet.

Bei der heutigen Feier hier im Hörsaal der Universitätsmedizin Göttingen verabschiedet und gedenkt die Medizinische Fakultät der Universität Göttingen Prof. Hans-Jürgen Peiper, einem der vornehmsten Vertreter der operativen Medizin Deutschlands.

Vor 10 Jahren haben wir uns ebenfalls hier getroffen, um seinen 90. Geburtstag mit einer Reihe von Referaten zu feiern. Damals hatten wir die gute und berechtigte Hoffnung, bei seiner legendären Vitalität und geistigen Frische, auch den 100jährigen Geburtstag gemeinsam zu begehen. Die Aula war schon für diesen Dezember reserviert. Leider ist es anders gekommen.

Alle, die hier in diesem Hörsaal sind, werden das gleiche fühlen, nämlich Dankbarkeit, einen solchen besonderen Menschen gekannt zu haben, der viele von uns tief beeindruckt hat.

Was machte H.-J. Peiper so besonders, warum besitzt sein Name noch heute eine solche Strahlkraft in der Deutschen Chirurgie, was können wir von ihm lernen und was gilt es zu bewahren?

Ich glaube, man kann es unter anderem an folgenden Schlagworten festmachen:

- Neugier und Hunger nach Neuem
- Menschenliebe und Freundlichkeit
- Professionalität und Innovationsfreude

NEUGIER UND HUNGER NACH NEUEM

Ich habe selten einen Menschen getroffen, der immer an Neuem, am Anderen, an Veränderung, so interessiert war wie H.-J. Peiper. Seine weltweiten Reisen waren Ausdruck für sein aufrichtiges Interesse an der Welt, an anderen Gesellschaftsformen, Kunst und Musik. Mir ist ganz schwindelig geworden beim Lesen seiner fantastischen Autobiographie, in der er all diese Reisen beschreibt und auch die sorgfältigen Vorbereitungen darauf. Wer von Ihnen kennt einen Menschen, der mit 85 Jahren einen

Golflehrer engagiert, um noch mit dem Golfen anzufangen? Sie werden es erraten. Es war Hans Jürgen Peiper – und er hat es mit großem Interesse und Freude gemacht.

Eine Woche vor seinem Tod hat er noch Bücher in einer Göttinger Buchhandlung bestellt. Er war ein Mensch, der wissbegierig und hungrig blieb, diese schöne Welt zu erleben. Er war zutiefst interessiert an anderen Kulturen, anderen Formen des gesellschaftlichen Lebens. Hans-Jürgen Peiper war offen und liberal.

Hans-Jürgen Peiper fragte immer nach Neuigkeiten aus der UMG, nach Weiterentwicklungen in der Chirurgie. Er wollte sich unbedingt selbst an die Roboter-Konsole setzen, um zu sehen, wie diese Technik funktioniert und in welche neuen Sphären sich die Viszeralchirurgie hin entwickelt.

Wenige Stunden vor seinem Tod, es war ein sonniger Sonntag, was auch sonst, liebe Gisela und Anna, lieber Herr von Hahn, Sie werden sich gut erinnern, erkundigte er sich noch nach den Neubau-Aktivitäten hier am Campus. Er war der UMG immer verbunden und hat trotz Avancen anderer Universitätsklinika diesem Standort immer die Treue gehalten.

MENSCHENLIEBE UND FREUNDLICHKEIT

Einer der grundlegenden Wesenszüge des Arzttums ist Menschenliebe und Empathie gegenüber kranken und auch schwerstkranken Menschen, denen wir Ärzte versuchen, Genesung zu bringen oder deren Leiden zu lindern. Jeder der H.-J. Peiper kennengelernt hat, weiß, dass das Arzttum tief in ihm drinnen war, tief in seiner genetischen Signatur verankert und wesentlicher Teil seines Charakters und seiner Persönlichkeit.

Unendlich viele Patienten haben ihn dafür verehrt und ihm viel zu verdanken. Dies war auch durch seinen Nachfolger Heinz Becker gelebte Realität und prägend für dessen Schüler. Ich halte dies für essentiell

für unser Fach der Chirurgie und eine *Conditio sine qua non*, eine unabdingbare Voraussetzung also, für die Ausübung unseres Berufs.

Menschenliebe und Freundlichkeit haben sich bei H.-J. Peiper auch ganz besonders im Verhältnis zu seinem ärztlichen Team gezeigt. Es war geprägt von Vertrauen und väterlicher Zuneigung. H.-J. Peiper hat von seinen Chirurgen viel Engagement in klinischer Versorgung und starkes Engagement in der Forschung erwartet und bekommen. Und er hat vieles zurückgegeben. Dies zeigt sich zum Beispiel darin, dass aus diesem engen Lehrer-Schüler Verhältnis echte Freundschaften erwachsen sind, exemplarisch erwähne ich Jörg Rüdiger Siewert und Anton Schafmayer. Die vielen, die ich jetzt nicht genannt habe, mögen mir verzeihen.

Hans-Jürgen Peiper war ein durch und durch freundlicher und höflicher Mensch, ruhig, zurückhaltend und immer kristallklar. In einer immer schrilleren, kurzlebigeren, irrationalen und lauter werdenden Welt war er so wohlthuend ruhig und gelassen. Das Gegenteil von Provokation und Polarisierung. Wir sollten uns gerade heutzutage dies zum Vorbild nehmen und in die Gesellschaft hineinwirken.

PROFESSIONALITÄT UND INNOVATIONSFREUDE

Nun zur Professionalität und Innovationsfreude und zum Thema Vater der Viszeralmedizin in Deutschland, zusammen mit Werner Creutzfeldt.

H.-J. Peiper hat eine Reihe von Innovationen und Strukturen in die Göttinger Klinik gebracht, die heute noch Bestand haben, wie zum Beispiel eine eigene chirurgische Intensivstation. Diese hatte damals wie heute einen unschätzbaren Wert für die Entwicklung und Qualität der chirurgischen Versorgung. Andere Klinika, wie z. B. die Charité, die Medizinische Hochschule Hannover, München-Großhadern, Würzburg und Freiburg sind den gleichen Weg gegangen.

H.-J. Peiper – als versierter Gefäßchirurg aus der Zenker/Heberer Schule aus Marburg und Köln kommend – hat damals die Nierentransplantation hier am Standort eingeführt, und ich bin sehr froh, dass wir seit einem Jahr wieder Nieren transplantieren. Ich bedanke mich bei allen Beteiligten, auch bei den Freunden der MHH.

Ein Beispiel technischer Innovation ist die minimal-invasive Chirurgie, die in Deutschland – vor allem in den Anfangsjahren – wenig an Universitätskliniken praktiziert wurde. Dies verhielt sich in Göttingen anders – und das verdanken wir maßgeblich dem Engagement H.-J. Peipers. Dank seiner Vision wurde die minimal-invasive Chirurgie frühzeitig in unserer Klinik etabliert: Praktiziert und getragen von seinen Oberärzten, die er stets zu motivieren wusste und gezielt in erfolgreiche Projekte einband. So schuf er eine lebendige Kultur des Fortschritts.

Ein weiteres eindrucksvolles Beispiel seines nachhaltigen Wirkens ist die Ösophaguschirurgie: durch seinen Schüler Jörg Rüdiger Siewert in München erlangte sie internationale Sichtbarkeit und wurde – dank der Arbeit seines weiteren Schülers Arnulf Hölscher – in Köln zum größten Europäischen Zentrum für diese anspruchsvolle chirurgische Disziplin weiterentwickelt.

Das nächste Beispiel für seinen visionären Einfluss ist die Einführung der flexiblen Endoskopie in Göttingen. Ein japanischer Hospitant hatte eines der ersten Geräte mit nach Göttingen gebracht und H.-J. Peiper vorgestellt. Dieser erkannte das große Potenzial sofort und setzte das Verfahren persönlich mehrfach ein. Gemeinsam mit seinem Partner Werner Creutzfeldt, der die Bedeutung dieser technischen Innovation ebenso früh erfasste, wurde die flexible Endoskopie erfolgreich in die interdisziplinäre Endoskopie hier am Standort integriert – eine Einrichtung, die bis heute besteht.

Ich könnte an dieser Stelle viele weitere Beispiele anführen, doch möchte ich nun auf etwas ganz Entscheidendes zu sprechen

kommen – etwas, das hier in Göttingen vor vielen Jahren Großes bewirkte. Es war die Geburtsstunde der Viszeralmedizin, die maßgeblich von Hans-Jürgen Peiper und seinem starken Partner Werner Creutzfeldt, dem damaligen Chef der Gastroenterologie, getragen wurde. Beide haben gemeinsam ein Fachgebiet aus der Taufe gehoben, das es in dieser Form noch gar nicht gab.

Dies gelang durch die enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit zweier großer Persönlichkeiten, die durch tiefe Freundschaft, gegenseitigen Respekt und ein gemeinsames Ziel verbunden waren. So formten sie aus ihrer Partnerschaft die Grundlage für ein neues Kapitel in der Medizin – die Viszeralmedizin. Diese Zusammenarbeit wurde auf die Teams der Chirurgie und Gastroenterologie übertragen, die sich gemeinsam daran machten, die starren Fächergrenzen

durchlässig zu machen, neue Interaktionen zu entwickeln, die zuvor undenkbar waren und die Grenzflächen zwischen diesen Fächern neu zu definieren. Für die damalige Zeit war dies eine geradezu geniale Leistung, die die Viszeralmedizin grundlegend neu gestaltete. Die Interaktionen erstreckten sich dabei über ein breites Spektrum: Von den klassischen Themen der Onkologie über die Pankreatitis bis hin zu den gastrointestinalen Hormonen, als Schwerpunkt von Werner Creutzfeldt, sowie der Endokrinologie. Auch hier wurden Maßstäbe gesetzt, die national und international sichtbar waren und bis heute nachwirken.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, Im Verlauf dieser Gedenkfeier haben Sie in den Vorträgen verschiedene Facetten von Hans-Jürgen Peiper erfahren, allen gemein ist die außergewöhnliche nahbare

Persönlichkeit. Ich persönlich werde immer dankbar sein, ihm verbunden und nah gewesen zu sein. Nah in unserer Leidenschaft zu dem Fach der Chirurgie und der Essenz von Medizin und nah in vielen Ansichten über das Leben und die Welt.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, heute gedenken wir Hans-Jürgen Peiper, einer außergewöhnlichen Persönlichkeit, Zeitzeuge der deutschen Geschichte, der prägend für das Fach Chirurgie wirkte, prägend für die Medizinische Fakultät und prägend für viele von uns, ein großer Mensch und ein vornehmer Repräsentant des Faches Chirurgie.

Prof. Dr. med. Michael Ghadimi
Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Kinderchirurgie
Universitätsmedizin Göttingen

WIR GEDENKEN UNSERER VERSTORBENEN MITGLIEDER

Herr Prof. Dr. med. Paul Hahnloser, Zürich, Schweiz
Herr Dr. med. Hans Rau, Pfarrkirchen
Herr Prof. Dr. rer. nat. Dr. med. habil. Axel Stemberger, Neubibereg
Herr Prof. Dr. med. Bernhard J. Husemann, Grabenstädt-Marwang
Herr Prof. Dr. med. Günter Mangold, Lahr

*19.05.1932 †01.05.2025
*30.06.1948 †15.05.2025
*29.04.1944 †28.07.2025
*19.03.1942 †09.08.2025
*22.04.1941 †29.09.2025

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

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

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

KONTAKT

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

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

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
---------------	-------------------------	--	-------------------------------------	-----------------------------

Studientitel: City₃***Registrierungsnummer: DRKS0033520**

Prof. Dr. med. D. K. Bartsch	Patienten (n = 2426), bei denen eine totale Thyreoidektomie oder Hemithyreoidektomie wegen einer gutartigen Struma durchgeführt wurde	28.02.2024	Keine Finanzierung	PD Dr. med. Elisabeth Maurer Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie Philipps-Universität Marburg Baldingerstraße 35043 Marburg T: 06421/58-65869 F: 06421/58-68995 E: maurere@med.uni-marburg.de
	Exper. Gruppe: kontinuierliches intraoperatives Neuromonitoring	1335 von 2426 Patienten	Fallgeld: 0 €/Patient	
	Kontrollgruppe: intermittierendes intraoperatives Neuromonitoring			

Studientitel: COMPASS₄**Registrierungsnummer: DRKS00031827**

Prof. Dr. med. Christoph Kahlert Trial Coordinator: Dr. med. Mathieu Pecqueux	Patienten mit einem linksseitigen Dickdarmtumor und Symptomen einer Obstruktion	16.04.2024 53 von 468 Patienten	BMBF 1000 €/Patient	Anika Stützer Studienkoordinatorin Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden Anstalt des öffentlichen Rechts des Freistaates Sachsen T: 0351 458 11710 F: 0351 458 7273 E: anika.stuetzer@ukdd.de
	Experimentelle Gruppe: Anlage eines dekomprimierenden Stomas, gefolgt von einer zweizeitigen onkologischen Elektivresektion nach der Rekonvaleszenz			
	Kontrollgruppe: Notfallresektion des linksseitigen obstruktiven Kolontumors			

Studientitel: DISPACT-2₅***Registrierungsnummer: DRKS00014011**

Prof. Dr. med. Rosa Klotz	Patienten mit benignen und malignen Veränderungen des Pankreaskörpers und des -schwanzes mit Indikation zur elektiven distalen Pankreatektomie	13.08.2020 281 von 294 Patienten	DFG 1.250 € / Patient	PD Dr. med. Rosa Klotz Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie Universitätsklinikum Heidelberg Im Neuenheimer Feld 420 T: 06221 56 6980 F: 06221 56 33 850 E: rosa.klotz@med.uni-heidelberg.de
	Exper. Gruppe Minimalinvasive distale Pankreatektomie			
	Kontrollgruppe Offene distale Pankreatektomie			

Studientitel: ESORE₅₆**Registriernummer: DRKS00030567**

Prof. Dr. med. Jens Höppner	Patienten mit Ösophaguskarzinom	30.01.2024 25 von 670 Patienten	BMBF 1520 €/Patient	Prof. Dr. Jens Höppner Universitätsklinikum OWL der Universität Bielefeld, Campus Lippe Klinikum Lippe GmbH T: 05231 721151 F: 05231 721045 E: jens.hoepfner@uni-bielefeld.de
	Experimentelle Gruppe: Die Behandlung in Studienarm A besteht aus der Beurteilung des klinischen Ansprechens (CRE) durch ÖGD, endoskopische Biopsien des Tumorbereichs, EUS plus FNA verdächtiger Lymphknoten und einem F18-FDG-PET CT. Bei klinisch-histologisch gesichertem positivem lokalem Tumorstatus und ohne Fernmetastasierung nach CRE („non-CR“) erfolgt die Therapie durch Operation. Patienten ohne histologischen Nachweis einer lokalen Resterkrankung und ohne Fernmetastasen werden als klinische CR betrachtet und aktiv beobachtet. Im Falle eines lokalen Tumorrezidivs wird die Behandlung des Patienten mit einer Operation fortgeführt. Die aktive engmaschige Beobachtung erfolgt durch Visiten nach 3 m/6 m/9 m/12 m/18 m/24 m/36 m umfasst ÖGD, endoskopische tiefe Biopsien des Tumorbereichs, EUS plus FNA und CT-Thorax/Abdomen. Bei histologisch nachgewiesenem Tumorrezidiv im Rahmen der aktiven Beobachtung („non-CR“) erfolgt eine Operation und anschließende Standardnachsorge.			

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
	Kontrollgruppe: Die Behandlung im Studienarm B besteht aus einer obligaten postneoadjuvanten Operation, die 4–12 Wochen nach Ende der neoadjuvanten Therapie durchgeführt wird. In beiden Armen erfolgt die Operation durch transthorakale oder transabdominale Ösophagektomie einschließlich Lokoregionärer Lymphadenektomie.			
Studientitel: HULC₇* Registrierungsnummer: DRKS00017517				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilen Faden in Small-Stitches-Technik und zusätzlicher Onlay-Mesh-Augmentation mit einem Polypropylen-Netz Kontrollgruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilen Faden in Small-Stitches-Technik	08.08.2019 591 von 812 Patienten	DFG 500 € / Patient	Dr. Solveig Tenckhoff Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) Marsilius-Arkaden Turm-West Im Neuenheimer Feld 130.3 69120 Heidelberg T: 06221-56-36839 F: 06221-56-33850 E: solveig.tenckhoff@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: METAPANC₈ Registrierungsnummer: 2023-503558-10-00/IAG-VO-0822				
Prof. Dr. med Michael Ghadimi	Patienten mit lokal resektabelm oligometastatischen (Leber, synchron o. metachron) Pankreaskarzinom Experimentelle Gruppe: 8 Zyklen mFOLFIRINOX bis zur Randomisation gefolgt von der chirurgischen Entfernung des Primärtumors und der Metastasen gefolgt von 4 Zyklen mFOLFIRINOX Kontrollgruppe: 8 Zyklen mFOLFIRINOX bis zur Randomisation gefolgt von 4 Zyklen mFOLFIRINOX	FPI: 17.10.2023 24 von 272 Patienten	DFG Exper. Gruppe: 3250 €/Patient Kontrollgruppe: 2800 €/Patient	Prof. Dr. med. Michael Ghadimi Universitätsmedizin Göttingen Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Kinderchirurgie T: 0551 39 67811 E: chirurgie.sekretariat@med.uni-goettingen.de
Studientitel: MICkey₉* Registriernummer: DRKS00027927				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Totale minimal-invasive Ösophagektomie (MIN-E; entweder über „klassische“ minimal-invasive Laparoskopie + Thorakoskopie; oder über Roboter-assistierte minimal-invasive Ösophagektomie [RAMIE] oder eine Kombination aus beidem) Kontrollgruppe: Hybrid-Ösophagektomie (HYBRID-E; laparoskopische/robotische Bauchchirurgie und offene Thoraxchirurgie)	14.06.2023 139 von 152 Patienten	BMBF 850 €/Patient	Prof. Dr. A. L. Mihaljevic Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Tübingen T: 07071 29 86 619 E: andre.mihaljevic@med.uni-tuebingen.de
Studientitel: P.E.L.I.O.N₁₀* Registriernummer: DRKS00027921				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Verschluss der Bauchwand während des Loop-Ileostoma-Verschlusses mit fortlaufendem, langsam resorbierbaren Nahtmaterial in small-stitch-Technik, der mit einem retromuskulären, nicht resorbierbaren, makroporigen leichten Monofilament- oder Mixed Structure-Netz verstärkt wird. Kontrollgruppe: Bauchwandverschluss beim Loop-Ileostoma-Verschluss mit fortlaufendem langsam resorbierbaren Nahtmaterial in small-stitch-Technik ohne Netzverstärkung.	20.01.2023 93 von 304 Patienten	BMBF 650 €/Patient	Prof. Dr. A. L. Mihaljevic Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Tübingen T: 07071 29 86 619 E: andre.mihaljevic@med.uni-tuebingen.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: RAMPS₁₁* Registrierungsnummer: DRKS00033031				
Prof. Dr. med. Felix Hüttner Dr. med. Frank Pianka	Patienten mit einem Pankreaskarzinom des Pankreas-körpers oder -schwanzes, bei denen eine Pankreas-linksresektion mit Splenektomie geplant ist. Experimentelle Gruppe: Radikale antegrade modulare Pankreatosplenektomie (RAMPS) Kontrollgruppe: Standardmäßige Pankreaslinksresektion mit Splenektomie	20.02.2025 14 von 266 Patienten	DFG 1057,23 €/Patient	Prof. Dr. med. Felix Hüttner Klinik für Allgemeine, Viszeral- und Thoraxchirurgie, Klinikum Nürnberg T: 0911 398 113763 E: felix.huettner@klinikum-nuernberg.de
Studientitel: RECOPS₁₂* Registrierungsnummer: DRKS00024364				
Prof. Dr. med. Daniel Reim	Experimentelle Gruppe: Patienten mit pyloruserhaltender Pankreaskopfresektion, Child-Rekonstruktion und zusätzlicher Braun'scher Fußpunktanastomose zwischen der zu- und abführender Schlinge der Duodenojejunostomie Kontrollgruppe: Patienten mit pyloruserhaltender Pankreaskopfresektion und Child-Rekonstruktion	05.05.2022 605 von 606 Patienten	675 €/Patient	Prof. Dr. Daniel Reim Klinikum Rechts der Isar der TU München Klinik und Poliklinik für Chirurgie Ismaninger Str 22 81675 München T: 089 4140 5019 F: 089 4140 2184 E: Daniel.reim@tum.de
Studientitel: SELREC₁₃* Registrierungsnummer: DRKS00030567				
Prof. Dr. med. Rosa Klotz	Experimentelle Gruppe: Totale mesorektale Exzision (TME) ohne neoadjuvante (Chemo-)Radiotherapie Kontrollgruppe: Leitlinienkonforme neoadjuvante (Chemo-) Radiotherapie (5x5 Gy oder insgesamt 50,4Gy) und ggf. begleitende 5-FU-basierte Chemotherapie gefolgt von TME innerhalb von 12 Wochen	04.05.2023 25 von 1.074 Patienten	BMBF 1.762,39€/Patient	Dr. S. Tenckhoff Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) T: 06221 56 36 839 F: 06221 56 33 850 E: solveig.tenckhoff@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: SEVTAR₁₄ Registrierungsnummer: DRKS00023436				
PD Dr. med. Leif Schiffmann	Patienten/Op.-Verfahren: Patienten mit Rektumresektion, Anastomosenhöhe zwischen 2 und 8cm und protektivem Stoma Experimentelle Gruppe: Einlage eines Vacuumschwammes am Ende der Operation für 5 Tage, weitere Behandlung wie lokal üblich Kontrollgruppe: Keine Schwammeinlage, Behandlung wie lokal üblich	FPI: 26.01.2021 150 von 362 Patienten	eine Finanzierung 0€/Patient	PD Dr. med. Leif Schiffmann Asklepios Klinik Pasewalk, Abteilung für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, Pasewalk T: 03973 23 1257 F: 03973 23 1515 E: leif@dr-schiffmann.de
Studientitel: STITCHES₁₅ Registrierungsnummer: DRKS00034787				
PD Dr. med. Christian Krautz	Adaptives Stichprobendesign: zunächst 100 Patienten (Vorlaufphase), dann finale Berechnung des Stichprobenumfangs Experimentelle Gruppe: Standardisierte Anlage der Endzu-Seit Ösophagogastrostomie mit einem Zirkularstapler (zweireihige Klammernaht, Größe 25 bis 29) und zusätzlicher zirkulärer Übernähung mit resorbierbaren Fäden. Kontrollgruppe: Standardisierte Anlage der Endzu-Seit Ösophagogastrostomie mit einem Zirkularstapler (zweireihige Klammernaht, Größe 25 bis 29)	FPI: 28.11.2024 13 von 100 Patienten (Vorlaufphase)	Keine Finanzierung 0 €/Patient	PD Dr. med. Christian Krautz Chirurgische Klinik des Uniklinikum Erlangen T: 09131 8542273 E: christian.krautz@uk-erlangen.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: TRIANGLE₁₆* Registrierungsnummer: DRKS00030576 UTN U1111-1243-441				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Patienten mit resektablem, Borderline oder lokal fortgeschrittenem Pankreaskopfkarcinom Experimentelle Gruppe: TRIANGLE-Operation: Radikale Weichteildissektion entlang der Arteria mesenterica superior (Level 3 nach Inoue) um mindestens 180 Grad rechtseitig UND vollständige Dissektion des Weichgewebes im „Dreieck“ zwischen Arteria mesenterica superior, Pfortader und Truncus coeliacus wie von Hackert et al. beschrieben Kontrollgruppe: Standard-Dissektion der AMS nach Inoue Level 1 oder 2 und Standard-Lymphadenektomie entsprechend der deutschen S3-Leitlinie	22.11.2024 34 von 270 Patienten	BMBF 1190 €/Patient	Prof. Dr. A. L. Mihaljevic Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Tübingen T: 07071 29 86 619 E: andre.mihaljevic@med.uni-tuebingen.de

- [1] Anatomical Resection of liver Metastases in patients with RAS-mutated colorectal cancer
- [2] Sleeve gastrectomy versus Roux-en-Y gastric bypass in obese patients with BMI 35–60 kg/m² – a multicenter randomized trial
- [3] Continuous vs. intermittent intraoperative neuromonitoring for reduction of transient recurrent laryngeal nerve palsy in thyroid surgery – a prospective randomized controlled multicenter trial
- [4] Dekomprimierendes Stoma und zweistufige elektive Resektion vs. Notfall-Resektion bei Patienten mit linksseitigem obstruktivem Dickdarmkrebs
- [5] Distal Pancreatectomy – A randomised controlled trial to compare minimal-invasive distal pancreatectomy to open resection (DISPACT-2 Trial)
- [6] Chirurgie „as needed“ versus Chirurgie „on principle“ bei vollständiger Tumorremission nach neoadjuvanter Therapie von Speiseröhrenkrebs/ESORES
- [7] Hernia reduction following laparotomy using small stitch abdominal wall closure with and without mesh augmentation – HULC
- [8] Intensivierte Therapie bei Patienten mit lokal resektablem oligometastatischen Pankreaskarzinom – multimodale operative Therapie versus alleinige systemische Chemotherapie
- [9] Eine multizentrisch randomisierte Studie zum Vergleich der postoperativen Morbidität nach total minimal invasiver Chirurgie mit der Hybrid Chirurgie bei der Ösophagektomie – MICkey Studie
- [10] Prophylactic Effect of retromuscular mesh placement during Loop Ileostomy closure on incisional hernia incidence – a multicentre randomized patient- and observer-blind trial (P.E.L.I.O.N Trial)
- [11] Radikale antegrade modulare Pankreatosplenektomie (RAMPS) im Vergleich zur standardmäßigen Pankreaslinksresektion mit Splenektomie bei Bauchspeicheldrüsenkrebs – Die multizentrische, randomisierte, kontrollierte RAMPS-Studie
- [12] The effect of an additional Braun anastomosis in patients after pancreas head resections
- [13] Selective Neoadjuvant Therapy of Rectal Cancer Patients: SELREC a randomized controlled, open, multicentre non-inferiority trial
- [14] Studie zum Stellenwert einer prophylaktischen EVT zur Vermeidung von Anastomoseninsuffizienzen nach Rektumresektionen)
- [15] Vergleich der Standard-Zirkularstapleranastomose mit oder ohne zusätzlicher Übernähung bei Patienten mit Roboter-assistierter Ivor-Lewis Ösophagektomie aufgrund von malignen Tumoren der Speiseröhre und des ösophagogastralen Übergangs
- [16] Conventional partial pancreatoduodenectomy versus an extended pancreatoduodenectomy (triangle operation) for pancreatic head cancers – the randomized controlled TRIANGLE trial

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

Stand: September 2025

Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus

**Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie dankt Spendern,
die mit ihren Bausteinen zur Ausgestaltung und zum Unterhalt
des Langenbeck-Virchow-Hauses beigetragen haben.**

BAUSTEIN IN GOLD

Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen

Herr Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Peiper, Göttingen

in memoriam Prof. Dr. med. Herbert Peiper, Berlin und Mainz

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Karl-Walter Jauch, München

in memoriam Prof. Dr. med. Georg Heberer, München

Herr Prof. Dr. med. Reiner Gradinger, München

Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.

in memoriam Prof. Dr. med. Jens Witte

AO Deutschland, Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen,
Berlin

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Axel Haverich, Hannover

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Markus Büchler, Heidelberg

DGTHG – 1971 mit Dank an die Gründungsmitglieder

Herr Prof. Dr. med. Joachim Jähne, Hannover

in memoriam Manfred und Helmi Jähne, Essen

Herr Prof. Dr. med. Uwe Klinge, Aachen

Herr Prof. Dr. med. Erhard Kiffner, Karlsruhe

in memoriam Prof. Dr. med. W. Brendel, Prof. Dr. med. R. Zenker,
Dr. med. R. Kiffner

AIOD Deutschland e. V., Düsseldorf

Familie und Freunde Dr. Schreiter, Hamburg

in memoriam Dr. med. Friedemann Schreiter

Herr Prof. Dr. med. Hans Ulrich Steinau, Bochum

Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und
Ästhetischen Chirurgen e.V.

Herr Dr. med. Ernst Derra und Frau Dr. med. Hildegard

Derra-Henneke, Düsseldorf und München

in memoriam Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Ernst Derra,
Düsseldorf

Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Roland Hetzer, Berlin

Herr Prof. Dr. med. Roderich Schwarz, Bristol, Indiana, USA

in memoriam Prof. Dr. med. Wilhelm Müller, Rostock und

Prof. Dr. med. Egbert Schwarz, Erfurt

Herr Prof. Dr. med. Jürgen Ennker und

Frau PD Dr. med. Ina Carolin Ennker, Berlin

Herr Prof. Dr. med. Henning Putzki, Hannover

in memoriam

Prof. Dr. Peter-Christian Alnor, Braunschweig

Prof. Dr. Horst Heymann, Hannover

Vereinigung Niederrheinisch- Westfälischer Chirurgen

Herr Dr. med. Wolfgang Schneider

In Erinnerung an

Univ.-Prof. Dr. med. Hermann Bunte

gestiftet von 52 Schülern und Weggefährten aus der Zeit von

1973 bis 1996 an der Chirurgischen Universitätsklinik Münster

in dankbarer Wertschätzung und Bewunderung für ihren

Ideengeber und Mentor

Herr SR Dr. med. Rudolf Jakob Peter Blandfort, Friedrichsthal
(2 Bausteine)

Herr Prof. Dr. med. Reinhard Friedrich Gustav Hoffmann, Frankfurt/
Main

Herr Dr. med. Jochen Reichmann, Herford

in memoriam Prof. Dr. med. Joachim Reichmann, Halle/Saale

Herr Prof. Dr. med. Günther Winde, Herford

Prof. Dr. Hans-Jürgen Peiper, Göttingen

in memoriam seine Freunde

posthum Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Dieter Seitz

und in memoriam an meine chirurgischen Lehrer

Dr. Emil Seitz, Neuenbürg

Prof. Dr. Hermann Krauß, Freiburg

BAUSTEIN IN SILBER

Herr Prof. Dr. med. Leonhard Schweiberer, München
 Herr Prof. Dr. med. Klaus Junghanns, Ludwigsburg
 Herr Prof. Dr. med. Hartwig Bauer, Neuötting
 Herr Prof. Dr. med. Hendrik Dienemann, Thoraxklinik Heidelberg
 Herr Prof. Dr. med. habil. Dr.-Ing. Dr. med. h.c. Michael Unge-
 thüm, Tuttlingen
 Herr Prof. Dr. med. Hartmut Siebert, Schwäbisch-Hall
 Herr Prof. Dr. med. Karl Herbert Welsch, München
 Herr Prof. Dr. med. Stefan Wysocki, Heidelberg
 Herr Dr. med. Jürgen Meier zu Eissen, Hannover
 Herr Prof. Dr. med. Stefan Post, Mannheim
 Herr Prof. Dr. med. Wolf Mutschler, München
 Frau Prof. Dr. med. Ursula Schmidt-Tintemann, Vaterstetten
 Herr Prof. Dr. med. Matthias Rothmund, Marburg
 Herr Prof. Dr. med. Christian H. Siebert, Hannover
 Herr Prof. Dr. med. Volker Bühnen, Murnau
 Herr Dr. med. Abdullah Mury, Heide
 Herr Dr. med. Andreas Ungeheuer, München
 Herr Prof. Dr. med. Wolf Schellerer, Bamberg
 Herr Prof. Dr. med. Tilman Mischkowsky, Berlin
 Herr Prof. Dr. med. Hans-Joachim Wiendl, Bamberg
 Herr Prof. Dr. med. Klaus Roosen, Würzburg
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Gert Carstensen, Mülheim
 Herr Prof. Dr. med. Peter M. Vogt, Hannover
 Herr Prof. Dr. med. Fritz L. Ruëff, München
 Herr Prof. Dr. med. Karl-Joseph Paquet, Bad Kissingen
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Volker Schumpelick, Aachen
 Herr Prof. Dr. med. Yoshiki Hiki, Tokio/Japan
 Herr Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith, Konstanz
 Herr Dr. med. Goswin von Mallinckrodt, München
 Herr Prof. Dr. med. Lothar Kinzl, Ulm
 Frau Ingrid und Herr Dr. med. Robert Raus, Riedlingen
 Frau Dr. med. Ursula Engel, Hamburg
 Enddarm-Zentrum Bietigheim,
 Herr Dr. med. Wolfgang Pfeiffer,
 Herr Dr. med. Markus Piro-Noack,
 Herr Dr. med. Edgar Kraft
 Herr Prof. Dr. med. Thomas Rüedi, Maienfeld/Schweiz
 in memoriam Prof. Dr. med. Martin Allgöwer, Chur/Schweiz
 Herr Prof. Dr. med. Gert Specht, Berlin
 Herr Prof. Dr. med. Henning Weidemann, Berlin
 Herr Prof. Dr. med. Otto Scheibe, Stuttgart
 in memoriam Prof. Dr. med. Helmut Remé, Lübeck
 Herr Prof. Dr. med. Stephan Langer, Mönchengladbach
 Herr Dr. med. José Luis Narro, Köln
 Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Ulf Wayand, Linz
 Herr Prof. Dr. med. Werner Grill, Starnberg
 Herr Prof. Dr. med. Fritz Kümmerle, Mainz
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Friedrich Stelzner, Bonn
 Herr Prof. Dr. med. Günther Vetter, Bad Vilbel
 in memoriam Prof. Dr. med. Hans-Bernhard Sprung, Dresden

Frau Dr. med. Eva Böhlau, Bad Soden
 1991–2011 DGT in memoriam
 Prof. Dr. med. Ingolf Vogt-Moykopf zum 80. Geburtstag
 Herr Prof. Dr. med. Gerhard Krönung, Wiesbaden
 in memoriam Prof. Dr. med. Johannes Christian Dobroschke,
 Regensburg
 Herr Prof. Dr. med. Alois Fürst
 Herr Dr. med. Arthur Heiligensetzer
 Herr Dr. med. Peter Sauer
 Herr Dr. med. Bernfried Pikal
 Herr Dr. med. Johannes Winfried Pruy
 in memoriam Prof. Dr. med. Johannes Christian Dobroschke,
 Regensburg
 Herr Prof. Dr. med. Christian Müller, Hamburg
 Herr Dr. med. Friedrich Klee, Heidelberg
 Herr Prof. Dr. med. Karl Dinstl, Wien
 in memoriam Prof. Dr. med. K. Keminger
 Herr Prof. Dr. med. Axel Richter, Hildesheim
 Herr Prof. Dr. med. Ernst Teubner, Göppingen
 Herr Prof. Dr. med. Martin Büsing, Recklinghausen
 Herr Dr. med. Helge Hölzer, Stuttgart
 in memoriam Prof. Dr. med. Gerhard Köveker, Sindelfingen
 und Böblingen
 Herr Dr. med. Friedemann Schreiter, Hamburg
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, Hannover
 Herr Prof. Dr. med. Konrad Schwemmle, Linden
 Herr Dr. med. Frank U. Zittel, Frankenthal
 in memoriam Prof. Dr. med. Richard Xaver Zittel
 Herr Prof. Dr. med. Wulf Brands, Karlsruhe
 in memoriam Dr. med. Hartmut Wirth, Mannheim
 Herr Prof. Dr. med. habil. Dieter Bokelmann, Essen
 in memoriam Dr. med. Ottmar Kohler, Idar-Oberstein
 Herr Prof. Dr. med. Hermann Bünthe, Münster
 Frau Dr. Eva Appel, Frankfurt/Main
 in memoriam Prof. Dr. med. Alexander Appel
 Herr Prof. Dr. med. Gerhard Schönbach, Freiburg
 Frau Prof. Dr. med. Dorothea Liebermann-Meffert, Freiburg
 in memoriam Prof. Dr. med. Martin Allgöwer, Basel
 Herr Dr. med. Andreas Dörmer, Frankfurt/Main
 Herr PD Dr. med. habil. Klaus H. Fey, Berlin
 in memoriam Prof. Dr. med. Fritz Linder, Heidelberg,
 Prof. William P. Longmire Jr., Los Angeles
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Wolfgang Köle, Graz
 in memoriam Prof. Dr. med. Adolf Winkelbauer und
 Prof. Dr. med. Franz Spath
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Helmut Wolff, Berlin
 Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V.
 in memoriam Prof. Dr. med. Fritz Rehbein
 Herr Prof. Dr. med. E. Ulrich Voss, Karlsruhe
 in memoriam Herr Prof. Dr. med. Jörg F. Vollmar
 Herr Dr. med. Christoph Bubb, Landshut

Herr Dr. med. Bernhard Arlt, Herne
 Herr Prof. Dr. Axel Laczkovics, Bochum
 in memoriam Prof. Waldemar Kozuschek, Bochum
 Herr Prof. Dr. med. Hans Ulrich Steinau, Bochum
 in memoriam Prof. Dr. med. Hans Hellmuth Hirsch
 Herr Prof. Dr. med. Otto-Andreas Festge, Greifswald, Herr Dr. med.
 Reinhold Festge, Oelde, Frau Dr. med. Brigitte Festge, Greifswald
 in memoriam Dr. med. Otto Festge
 Herr Prof. Dr. med. Martin Büsing, Recklinghausen
 Herr Prof. Dr. med. Horst Hamelmann, Kiel
 Herr Prof. Dr. med. Paul Hahnloser, Zürich
 in memoriam Prof. Dr. med. Åke Senning
 Herr Dr. med. Christoph Schüürmann, Bad Homburg
 Dres. med. Hermann und Beate Sons, Kassel
 in memoriam Dr. med. Paula Rotter-Pool, Berlin
 Herr PD Dr. med. Stefan Welter, Hemer
 Herr Prof. Dr. med. Rolf Schlumpf, Zürich
 Herr Prof. Dr. med. Reinhart T. Grundmann, Burghausen
 in memoriam Margarethe Grundmann, Burghausen
 Herr Prof. Dr. med. Helmut Witzigmann
 von seinen Mitarbeitern der Chirurgischen Klinik
 Dresden-Friedrichstadt
 Herr Dr. med. Claus Müller, Dresden

Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Hartig, Leipzig
 Herr Dr. med. Klaus Schellerer, Bamberg
 in memoriam Dr. med. Heinrich Schellerer und
 Prof. Dr. med. Gerd Hegemann
 Prof. Dr. med. Dieter Rühlend, Singen
 Herr Dr. med. Jürgen Hofmann, Innsbruck
 in memoriam Dr. med. Werner Pfafferott und
 Dr. med. Hermann Wiesinger
 Herr Prof. Dr. med. Wolf Otto Bechstein, Frankfurt/Main
 Herr Dr. med. Nikolaos Mastragelopoulos, Heinsberg
 „Primum non nocere.“
 Herr Prof. Dr. med. Ralf-Bodo Tröbs, Mülheim a. d. Ruhr
 Herr Dr. med. Alexander Florek, Radebeul
 zu Ehren von Dr. med. Hans-Joachim Florek, Dresden
 Herr Dr. med. Detlev Büttner, Gehrden
 in memoriam Prof. Dr. med. Adalbert Büttner, Goslar
 Herr Prof. Dr. med. Christian Schwokowski, Leipzig
 Herr Prof. Dr. med. Volker Nutz, Bonn
 in memoriam Prof. Dr. med. Antonio Larena-Avellaneda Mesa,
 Frechen
 Herr Dr. med. Lars-Gunther Hein, Ludwigshafen
 Herr Prof. Dr. med. Jörg Fuchs, Tübingen
 Herr Prof. Dr. Stephan Freys, Bremen
 von seinen Kollegen-Freunden

BAUSTEIN IN BRONZE

Herr Dr. med. Holger Barenthin, Celle
 Herr Prof. Dr. med. Gernot Feifel, Homburg
 Herr Prof. Dr. med. Alfred Lamesch, Gotzingen/Luxemburg
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jakob R. Izbicki, Hamburg
 Herr Prof. Dr. med. Hans Zwipp, Dresden
 Herr Dr. med. Dusan Dragojevic, Isernhagen
 Herr Prof. Dr. med. G. Heinz Engelhardt, Wuppertal
 Proktologische Praxis Kiel,
 Herr Dr. med. Johannes Jongen,
 Herr Dr. med. Hans-Günter Peleikis,
 Herr Dr. med. Volker Kahlke
 Herr Dr. med. Wolfgang Hermes, Bremen
 Herr Dr. med. Wolf-Dieter Hirsch, Grimma
 Herr Dr. med. Holger Herzing, Höchstadt/Aisch
 Herr Dr. med. Michael-Alexander Reinke, Plettenberg
 Herr Dr. med. Winfried Hölter, Monheim
 Herr Dr. med. Matthias Becker, Possendorf
 Frau Dr. med. Martina Mittag-Bonsch, Crailsheim
 Zur Erinnerung an den Virchow-Schüler Paul Langerhans,
 Berlin und Madeira. Seine Familie
 Herr Prof. Dr. med. Stefan Riedl, Göppingen
 Herr Dr. med. Gerwin Alexander Bernhardt, Voitsberg/Österreich
 Herr Dr. med. Georgios Adamidis, Pirmasens
 Herr Dr. med. Orhan Özdemir, Herborn
 Herr Dr. med. Marcus Giebelhausen, Paderborn
 Herr Prof. Dr. med. Matthias Richter-Turtur, Münsing
 Herr Dr. med. Michael Eckert, Speyer
 in memoriam Prof. Dr. med. Kurt Spohn
 Herr Prof. Dr. med. Rudolf Bedacht, München
 Herr Dr. med. Hans-Joachim Wigro, Bielefeld

Herr Dr. med. Ingolf Hoellen, Backnang
 Herr Dr. med. Konrad Prenner, Salzburg
 Herr Dr. med. Radovan Stojanovic, Kassel
 Herr Dr. med. Jörg Kluge, Erfurt
 in memoriam Dr. med. habil Werner Kluge, Dresden
 Herr Prof. Dr. med. Gerd Meißner, Bernburg
 Herr Dr. med. Roland Kluge, Dresden
 in memoriam Dr. med. habil. Werner Kluge, Dresden
 Frau Dr. med. Ricarda E. Sieben, Braunschweig
 Herr Dr. med. Peter Gilsdorf, Mainz
 Herr PD Dr. med. Friedrich Thielemann, Villingen-Schwenningen
 Herr Dipl.-Ing. H. - F. Bär, Werl
 Herr Dr. med. Albert Schreiber, Neumarkt
 in memoriam Dr. med. Claus Wiedmann
 Frau Dr. med. Waltraud von Kothén, Tegernsee
 Herr Dr. med. Jürgen Friedrich, Essen
 Herr Dr. med. Arnd Siegel, Stade
 in memoriam Prof. Dr. med. Rudolf Nissen
 Herr Dr. med. Michael-Alexander Reinke, Plettenberg
 in memoriam Prof. Dr. med. E.H. Farthmann
 Saarländische Chirurgenvereinigung e.V., Saarbrücken
 Herr Dr. med. Johannes Zeller, Laufenburg
 in memoriam Prof. Dr. med. Manfred Schmolke, Düsseldorf
 Herr Prof. Tomislav Stojanovic
 Dr. med. Radovan Stojanovic, Wolfsburg
 in memoriam Prof. Dr. med. Heinz Becker, Göttingen
 Herr Dr. med. Jürgen Benz
 in memoriam Prof. Dr. med. Hans-Joachim Streicher
 Frau Dr. med. Frauke Eleonore Meyer-Wigro, Bielefeld
 Herr Prof. Dr. med. Alfred Berger, Deutschlandsberg

Herr Prof. Dr. med. Roland Eisele, Göppingen
 Herr Dr. Joachim Casper, Überlingen
 Herr Dr. med. Thomas Friess
 in memoriam Prof. Dr. med. Klaus Reichel
 Herr Dr. med. Arne Bautz, Kiel
 Herr Dr. med. Jochen Peter, Mainz
 Herr Dr. med. Martin Pöllath, Sulzbach-Rosenberg
 Herr Prof. Dr. med. Karsten Ridwelski, Magdeburg
 Herr Dr. med. Kurt Zimmermann, Lauterbach
 Herr Dr. med. André Stoberneck, Kleve
 in memoriam PD Dr. med. Claus Engelmann
 Herr Prof. Dr. med. Thomas Riemenschneider, Bonefeld
 Herr Wolfgang Johannes,
 Firma Medtronic, in Würdigung seiner Verdienste in mehr als
 30 Jahren um die chirurgische Ausbildung
 Herr Prof. Dr. med. Gerd Meißner, Bernburg
 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Dietrich Röher, Düsseldorf
 in memoriam G. Horeysek, C. D. Stahlknecht, R. A. Wahl
 Herr Dr. med. Marc-Ulrich Helber, Bad Boll
 Die Chirurgeninnen e.V.
 Prof. Dr. med. Dr. h.c. Karsten Vilmar, Bremen
 in memoriam Prof. Dr. med. Wilhelm Rieder
 Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.
 in memoriam Prof. Dr. med. Ingolf Vogt-Moykopf
 Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.
 in memoriam Prof. Dr. med. Werner Maaßen

Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.
 in memoriam Prof. Dr. med. Albrecht Encke
 Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.
 in memoriam Prof. Dr. med. Martin Bartel
 Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.
 in memoriam Prof. Dr. med. Heikki Toomes
 Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.
 in memoriam Prof. Dr. Joachim Hasse
 Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.
 in memoriam Prof. Dr. Heinz Neef
 Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.
 in memoriam Prof. Mikhail Perelman
 Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.
 in memoriam Prof. Dr. Pál Keszler
 Herr Dr. med. Jürgen Hofmann, Innsbruck
 in memoriam Prof. Dr. med. Hans Lorenz Lindenmaier
 Herr Dr. med. Jürgen Hofmann, Innsbruck
 in memoriam Prof. Dr. med. Volker Bühen
 Herr Dr. med. Jürgen Hofmann, Innsbruck
 in memoriam Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Jörg Rüdiger Siewert
 Herr Dr. Uwe Ziemann, Firma Medtronic
 in Würdigung seiner Verdienste in mehr als 30 Jahren um die
 chirurgische Ausbildung
 Herr Prof. Dr. med. Claus-Dieter Heidecke, Greifswald

ORSI SUMMER SCHOOL IM SOMMER 2025



Im August 2025 fand die ORSI Summer School erfolgreich in Gent statt. Wir freuen uns, über so viele glückliche Teilnehmer. Nächste Veranstaltung im Sommer 2026, Termin folgt!

Die ORSI Summer School ist eine europäische Initiative mit Unterstützung des BDC zur Förderung des chirurgischen Nachwuchses. Eingeladen sind Studierende der letzten klinischen Fachsemester und Berufseinsteiger:innen im ersten chirurgischen Weiterbildungsjahr. Das ORSI ist eines der modernsten und innovativsten europäischen Trainingszentren für minimal-invasive und roboter-assistierte Chirurgie. Trainiert werden Laparoskopie, robotische Simulation und Robotik-Wetlab aber auch die klassischen Hands-On Nahttechniken. Übernachtungsmöglichkeiten werden vor Ort angeboten, Social Activities helfen ein erstes Netzwerk zu gründen.

Impressionen unter: www.bit.ly/BDC-ORSI-26

RÜCKBLICK AUF DEN DKOU



Konstruktiv und lösungsorientiert diskutierten Vortragende und die Zuhörerschaft in der Sitzung des BDC beim DKOU 2025 darüber, ob ein Primärarztsystem allgemein sinnvoll und zielführend ist und wie es ausgestaltet sein müsste.

Zur Sprache kam in den Vorträgen der BDC-Vizepräsidenten Dr. Peter Kalbe und Dr. Jörg-A. Rüggeberg, ob und wie sich die Steuerung über die Hausärzte auf den Haushalt auswirken würde und wer eigentlich "Lotse" im Versorgungssystem sein sollte – Fach- oder Hausärzteschaft. Der Bundesvorsitzende des Hausärzteverbands, Dr. Markus Beier, vertrat dabei die Perspektive der Hausärzte. Welche Verantwortung bei der Patientenschaft liegt, wie digitale Systeme helfen können, die Steuerung zu unterstützen und wo die Limitationen bei der Primärarztsystematik liegen, waren ebenfalls Themen.

Der DKOU in Bildern auf www.bdc.de in der Rubrik BDC|News.



Weitere Artikel finden Sie auf BDC|Online
(www.bdc.de, Rubrik BDC-News).

Einladung zur BDC-Mitgliederversammlung 2026

Hans-Joachim Meyer



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

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit lade ich Sie satzungsgemäß zur Mitgliederversammlung des BDC ein.

Zur Vereinfachung der Organisation bitte ich Sie, Ihre gültige Mitgliedskarte zur Überprüfung der Legitimation vorzulegen.

Termin: Freitag, 24. April 2026, 13:00 – 13:45 Uhr

Ort: Congress Center Leipzig, Saal 3, Messe-Allee 1, 04356 Leipzig

Für Mitglieder bietet der BDC-Justitiar, Dr. Jörg Heberer, am Freitag, 24. April 2026, 10:00 – 12:30 Uhr eine kostenlose Rechtsberatung am BDC-Stand an. Bitte melden Sie sich verbindlich via justitiar@bdc.de an.

Ich wünsche Ihnen eine angenehme Anreise.
Ihr

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Hans-Joachim Meyer
Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgie e. V. 

TAGESORDNUNG

TOP 1	Begrüßung	Meyer
TOP 2	Feststellung der Beschlussfähigkeit	Meyer
TOP 3	Genehmigung der Tagesordnung	Meyer
TOP 4	Bericht des Präsidenten	Meyer
TOP 5	Bericht des Schatzmeisters	Mayer
TOP 6	Antrag auf Entlastung des Vorstandes	
TOP 7	Mitgliedsbeiträge	
TOP 8	Bestellung eines Wahlleiters	
TOP 9	Wahlen des Präsidiums*	
TOP 10	Bericht des Justitiars	Heberer
TOP 11	Aktuelles aus der Berufspolitik	Mitglieder
TOP 12	Verschiedenes	

* **Neuwahlen von:** Vorstand, Erweiterter Vorstand, Leiter/Leiterinnen der Fachreferate und der Themenreferate, Ehrenrat



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

Jahresrückblick 2025 – Zusammenhalt in Zeiten des Strukturwandels und der politischen Transformation

Friederike Burgdorf, Peter Kalbe, Hans-Joachim Meyer, Jörg A. Rüggeberg



Korrespondierende Autorin:
Dr. med. Friederike Burgdorf, M. Sc.
Geschäftsführerin
Berufsverband der Deutschen Chirurgie
e.V. (BDC)
burgdorf@bdc.de

Das Jahr 2025 begann nicht mit einem Knall wie das Jahr zuvor mit dem Beschluss zur Hybrid-DRG, sondern mit der durch die Neuwahlen der Bundesregierung stolpernden Fortführung einer umfassenden Transformation der Klinik- und Praxenlandschaft in der Bundesrepublik Deutschland. Während die Lawine des Strukturwandels unaufhaltsam rollt, stellt sich die Frage, ob die Politik in der laufenden Legislaturperiode die Grundlagen schaffen kann für ein stabiles Gesundheitssystem, das für die Ärzteschaft attraktiv bleibt und eine qualitativ hochwertige und finanzierbare Versorgung der Bevölkerung sichert. Derzeit hat man das Gefühl eines Stop and Go bei den angestoßenen Reformen. Das erstaunt nicht: Die neue Regierung brachte eine neue Bundesgesundheitsministerin und neue personelle Aufstellungen im BMG mit sich, sogar eine Umstrukturierung der Abteilungen. Auf dem Tisch und den Tischen der Länder liegen die alten dringend zu lösenden Probleme, wie die Finanzierung des Gesundheitssystems, die Nachwuchssicherung und die längst überfällige Transformation der Kliniklandschaft. Diese Mammutaufgaben werden nun teilweise in anderer Priorität und abgewandelter Form angegangen.

In allen Bereichen, in denen es um die Zukunft der Chirurgie bzw. von Chirurgen und Chirurginnen geht, ist der BDC beteiligt. Ausschnittartig wollen wir Ihnen in

diesem Jahresrückblick zeigen, wo wir in diesem Jahr aktiv waren und was wir erreicht haben. Dabei stand dieses Jahr im Zeichen der Kooperation:

Mit gemeinsam rund 60.000 Mitgliedern gehören der BDC, der Berufsverband deutscher Internistinnen und Internisten (BDI) sowie der Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten (BDA) zu den größten fachärztlichen Berufsverbänden in Deutschland. Beim gemeinsamen Spitzengespräch Anfang Januar einigten sich die drei Verbände auf für die Fachärzteschaft drängende Themen im Jahr 2025. Das Treffen hat gezeigt: Trotz der fachlichen Unterschiede beurteilen wir die aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen äußerst homogen. Dies wollen wir uns zunutze machen und als Einheit künftig weiter gemeinsam an Konzepten arbeiten, die wir an Politik sowie Öffentlichkeit adressieren. Ein konkretes Ergebnis des Treffens waren drei Anträge, die über Delegierte aus den eigenen Reihen zur erfolgreichen Abstimmung in den diesjährigen Deutschen Ärztetag eingebracht werden konnten: Die Verbände formulierten darin ihre gemeinsamen Forderungen zum Beschluss zu den Hybrid-DRG, zur Scheinselbstständigkeit sowie zur ärztlichen Weiterbildung.

Im Vorfeld des Bundeskongresses Chirurgie, der dieses Jahr im Februar in Nürnberg

Burgdorf F, Kalbe P, Meyer HJ, Rüggeberg JA:
Jahresrückblick 2025 – Zusammenhalt in
Zeiten des Strukturwandels und der politischen
Transformation. *Passion Chirurgie*. 2025
Dezember; 15(12/IV): Artikel 07_03.



Neuigkeiten aus dem BDC lesen Sie auf
BDC|Online unter der Rubrik BDC|News.



Dr. med. Peter Kalbe

Vizepräsident
Berufsverband der Deutschen Chirurgie
e.V. (BDC)
Gelenkzentrum Schaumburg
Stückenstraße 3
Kalbe@bdc.de



Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer

Präsident des Berufsverbandes der
Deutschen Chirurgie e.V. (BDC)
burgdorf@bdc.de



Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg

Vizepräsident
Berufsverband der Deutschen Chirurgie
e.V. (BDC)
dr.rueggeberg@t-online.de

stattgefunden hat, appellierte der BDC, dass Chirurgeninnen und Chirurgen aus Klinik und Praxis, die berufspolitisch aktiv sind, ihre Ziele nur Hand in Hand durchsetzen können. Wichtig ist es, Gemeinsamkeiten zu identifizieren und klar an Selbstverwaltung und Politik zu kommunizieren. Nur als Gemeinschaft können wir sichtbar und wirksam werden.

Ein wichtiger Meilenstein im Jahr für die chirurgische Weiterbildung war das Treffen der Gemeinsamen Weiterbildungskommission Chirurgie, bei dem sich Expertinnen und Experten aus allen chirurgischen Fachgebieten intensiv über aktuelle Entwicklungen in der Weiterbildung und den Einfluss gesellschaftlicher und geopolitischer Ereignisse auf die Chirurgie austauschten. So war eines der Themen neben der Sicherung der fachärztlichen Weiterbildung die Situation der medizinischen Versorgung beim Eintreten von Krisen. Eine Herausforderung, deren Lösung auf verschiedenen politischen Ebenen und in den Kliniken zusätzlichen personellen und materiellen Einsatz erfordert und die im Zweifelsfall existenziell werden kann.

In einem offenen Brief an die Arbeitsgemeinschaft Gesundheit sowie einer Pressemitteilung positionierten sich die chirurgischen Verbände BDC, BNC, DGOU sowie der BVOU gemeinsam zum verpflichtenden Primärarztsystem. So fordern sie, dass vor allem akute Unfälle ohne Umweg in die Hände von Chirurgeninnen und Chirurgen gegeben werden sollen. Des Weiteren hoben die Verbände die bereits existierende Versorgung durch die Durchgangsärzte hervor. Das Thema wird uns weiterhin begleiten, die Medien nehmen die verschiedenen Positionen dazu bereits eifrig auf und diskutieren das Thema differenziert.

Die Nachwuchssicherung und der Einsatz für eine qualitativ hochwertige und zeitlich planbare fachärztliche Weiterbildung sind ein Dauerthema beim BDC. Um praktische Resultate zu erzielen, hat sich inzwischen ein hochqualifiziertes Projektteam gebildet, das sich auf die Weiterbildung im Verbund aus unterschiedlichen

Kliniken, beziehungsweise Kliniken und Praxen konzentriert, weil hier nicht nur Potenzial liegt, sondern höchstwahrscheinlich im Zuge von Zentralisierung und Ambulantisierung die Zukunft für die Durchführung einer konsistenten Weiterbildung liegt. Funktionsträgerinnen und -träger aus BDC, den Ärztekammern und verschiedenen Ländern sind beteiligt und arbeiten sehr engagiert an der Ausarbeitung eines fundierten Handbuchs für Weiterbildende. Unser übergeordnetes Ziel: Deutlich machen, dass Weiterbildung im Verbund bereits heute möglich ist, es sich für alle Beteiligten lohnt, weiterzubilden und eine Win-Win-Situation im „Verbund“ aus Weiterbildenden, Weiterzubildenden, Praxen, Kliniken und letztendlich der Patientenschaft entsteht. Wir arbeiten daran, dass die Deutschlandkarte mit den weiterbildenden chirurgischen Einrichtungen mehr und mehr Punkte bekommt. Natürlich haben wir auch unsere Weiterbildungskampagne fortgeführt und in die zweite Runde geschickt und die sozialen Medien um einen weiteren Comic-Strip mit unserem gelben Patienten bereichert. Sichtbarkeit passiert auf vielen Ebenen. Die Medien haben ihre eigenen Regeln, die wir uns immer schneller aneignen, um unsere Themen zu platzieren. Und es macht uns Spaß, Humor als Stilmittel zu nutzen!

Dass mit Dr. Andreas Philippi ein Chirurg ein hochrangiges Amt im Land Niedersachsen bekleidet, begrüßen wir sehr und halten engen Kontakt zum Minister für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung. In einem ausführlichen Interview gab er uns im Sommer Auskunft zu seinen Positionen zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz und den damit einhergehenden Themen wie der Notfallreform, Zuteilung der Leistungsgruppen, Transformationsfonds und Vorhaltebudgets. Viele seiner Vorstellungen teilen wir – Chirurgeninnen und Chirurgen wissen eben, wie man pragmatische Politik betreibt.

Mit den Medien gehen wir in Kontakt über unsere Pressemitteilungen – dieses Jahr haben wir insgesamt 15 veröffentlicht und können uns guter Resonanz erfreuen.

Wir erkennen daran, dass der BDC gesehen wird und seine Stimme zählt – alleine oder gemeinsam mit anderen chirurgischen Interessensvertretungen. Medienschaffende wiederum haben den BDC als namhaften und verlässlichen Chirurgieverband im Blick: Vielfältige Presseanfragen erreichten uns, und Journalistinnen und Journalisten haben dieses Jahr insgesamt 38 Bewerbungen für den BDC-Journalistenpreis eingereicht – eine überwältigende Zahl an sehr hochwertigen Beiträgen.

Intern sind unsere Themenreferate aktiv und beschäftigen sich neben den bereits erwähnten Themen mit der Digitalisierung, KI und Entbürokratisierung. Themen, die manche gerne verdrängen, weil sie viel Umdenken und Manpower erfordern, aber unser berufliches Umfeld und unseren Alltag stark beeinflussen. Bevor sie sich verselbstständigen, wollen wir hier mitgestalten und die Potenziale ausschöpfen. In einer Mitgliederbefragung, die wir auch in „Die Chirurgie“ publiziert haben, zeigte sich erneut, dass Chirurgeninnen und Chirurgen eine enorme Zahl an Überstunden

schultern, unter anderem getrieben von der hohen Bürokratielast mit durchschnittlich 3-4 Stunden täglich. Dabei gaben lediglich 40 Prozent der Befragten an, bürokratische Aufgaben auch delegieren zu können. Wir werden nicht müde, in regelmäßigen Gesprächen Abgeordnete des Deutschen Bundestags auf dieses Thema anzusprechen und auf Lösungen zu dringen.

Mit Freude möchten wir Ihnen zu guter Letzt unseren neu gegründeten Young Surgeons' Club vorstellen. Hier wollen wir der jungen chirurgischen Community eine Stimme geben und sie in unserem Verband für die Chirurgie aktiv werden lassen. Die Auftaktveranstaltung der Jungen Anfang November war bereits ein voller Erfolg und wir hoffen, dass wir so eine größere Nähe und Verbundenheit zum chirurgischen Nachwuchs aufbauen können, der unsere Zukunft gestalten wird.

Sie sehen, wir verstehen unsere Arbeit sehr stark als Netzwerkarbeit mit allen relevanten Gruppen. Denn je schwieriger es ist, Positionen und fachliche Vorschläge

einzelner Interessensgruppen bei der Politik zu platzieren und durchzusetzen, desto wichtiger ist es, sich zusammenzuschließen und mit einer Stimme zu sprechen. Nutzen Sie daher unser neu eingerichtetes ärztliches Netzwerk Siilo, um sich schlau zu machen, auszutauschen und vielleicht die ein oder andere gemeinsame Lösung für die chirurgischen Herausforderungen unserer Zeit zu finden.

Liebe Mitglieder, für den BDC-Journalistenpreis gingen dieses Jahr sage und schreibe 38 Bewerbungen mit sehr hochwertigen Beiträgen rund um die Chirurgie ein. Gewinnerin ist Tatjana Mischke mit ihrer SWR-Dokumentation zur Krankenhausreform. Darin resümiert sie: „Ein Krankenhaus ist ein komplexer Mechanismus. Zieht man an der falschen Stelle ein Teil raus, bricht alles zusammen.“ Dies gilt in gewisser Weise für das gesamte Gesundheitssystem, daher müssen wir an allen Stellen achtsam sein, als Einheit mitgestalten und vor allem – positiv und immer pragmatisch denken! ○



Die BDC-Themenreferate vor der Kulisse des Humboldt-Forums im Berliner Stadtschloss

PANORAMA

Chirurgischer Nachwuchs

Förderung der Motivation in die Chirurgie zu gehen

Guido Schumacher, Astrid Marsoner

Es ist falsch anzunehmen, dass die junge Generation, die sog. Generation Z, keine Motivation oder Lust hat, etwas zu lernen, zu arbeiten oder in eine Führungsposition aufsteigen zu wollen, wie es hin und wieder gerne unterstellt wird. Wir wissen, wie lang und steinig der Weg vom Abitur bis zum ersehnten Ziel, den erfolgreichen Abschluss mit der Approbation ist. Zunächst muss es überhaupt gelingen, einen Studienplatz zu bekommen, der meist nicht am Wohnort, sondern in einer anderen Stadt oder im Ausland liegt. Das soziale Umfeld wird also zunächst einmal aufgegeben. Es folgt die konsequente Disziplin meist mit geringen finanziellen Mitteln über mindestens 6 Jahre mit schweren Prüfungen und Praktika. Zusätzlich wird noch eine aufwendige Dissertation mit Laborarbeit und Verfassen von Publikationen oder der Dissertationsarbeit erstellt.

Wenn die jungen Ärzte dann endlich das Ziel erreicht haben, fällt es schwer zu glauben, dass sie kein Interesse oder Lust an der Medizin haben. Wir müssen und können also unterstellen, dass sehr wohl eine

starke Motivation vorliegt, denn sonst hätten sie dieses Ziel niemals erreicht. Speziell das Fach der Chirurgie kann durch zahlreiche Reize begeistern.

Ein begeisterter Chirurg spürt täglich diese positiven Momente aus Tab. 1 und geht abends zufrieden nach Hause. Die negativen Aspekte treten dann in der Wahrnehmung gerne in den Hintergrund. Wir wissen aber, dass die Motivation und die Begeisterung an der Chirurgie vom ersten Semester an häufig auf der Strecke bleiben. Was ist da schiefgelaufen? Eine Befragung an 4.398 Studierenden der Humanmedizin in ganz Deutschland konnte zeigen, dass von anfänglich 34 % der Befragten im 1. Semester gerade einmal 14 % am Ende des Studiums übrig blieben, die sich eine Karriere in der Chirurgie vorstellen konnten [1]. In einer anderen Umfrage von Studenten zu Beginn und am Ende des Praktischen Jahres betrug der Verlust der potentiellen Chirurgen 26 %. Hingegen gab es einen starken Zuwachs an Interessenten für die Innere Medizin [2]. Wo liegen die Ursachen und an welchen Stellen kommt es besonders zur Demotivation oder gar Demoralisierung mit

Anreize, Chirurg werden zu wollen

- Spannende vielseitige Tätigkeit mit zahlreichen Spezialisierungsmöglichkeiten
- Anspruchsvoller Beruf mit vielen wechselnden Herausforderungen
- Unmittelbares Erfolgserlebnis mit großer Erfüllung
- Große Dankbarkeit der Patienten
- Persönliche Entwicklungsmöglichkeiten
- Hoher sozialer Status
- Gute Berufsaussichten
- Teamarbeit mit multidisziplinärer Zusammenarbeit
- Kontinuierliche Fortbildung und Lehre



Prof. Dr. med. Guido Schumacher
Chirurgische Klinik
Krankenhaus Brixen und Sterzing
Dantestraße 51
39042 Brixen (BZ)
Italien
guido.schumacher@sabes.it



Dr. Astrid Marsoner
Ärztchamber Südtirol
Via Alessandro Volta, 3
39100 Bolzano
Italien
astrid.marsoner@ordinemedici.bz.it

Schumacher G, Marsoner A: Förderung der Motivation in die Chirurgie zu gehen. *Passion Chirurgie*. 2025 Dezember; 15(12/IV): Artikel 09_01.



Mehr zur chirurgischen Weiterbildung lesen Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Aus-, Weiter- und Fortbildung.

kompletter Abwendung von der Chirurgie? Als wesentliche Gründe wurden bei den Befragungen schlechte Arbeitsbedingungen mit stundenlangem Haken halten, ausgeprägten Hierarchiestrukturen, Geringschätzung, Überstunden und einer schlechten Betreuung seitens der ärztlichen Kollegen angegeben. Diese Argumente hören wir immer wieder.

Es scheint uns allerdings zu leicht, sich auf die geschilderten Begründungen zu beschränken, die jeweils anderen die Schuld geben. Wir sollten das ganze Thema sehr viel differenzierter sehen. Der Ärzte- und Chirurgenmangel ist ein europäisches Phänomen. Studien aus unterschiedlichen Ländern zeigen starke Parallelen auf. So wurden in einer Schweizer Studie [3] Chirurgen befragt, welche Argumente sie für oder gegen eine Karriere in der Chirurgie anführen. Der größte Teil (18,7 %) gab persönliche Erfahrungen im täglichen Leben an. Positiv seien das chirurgische Training, der unmittelbare Erfolg und die intellektuelle Herausforderung. Negative waren bei 19,6 % die spezifischen Arbeits- und Ausbildungsbedingungen. Ähnliche Argumente liefert ein deutscher Review sowie eine Studie aus UK, die ebenfalls persönliche Faktoren und die Ausbildung im Vordergrund sahen [4, 5].

Um die Gründe und die Gewichtung, die die Motivation der Studenten und jungen Ärzte bestimmen, besser einordnen zu können, haben wir die Gründe gegen die Chirurgie in drei Kategorien unterteilt:

1. Gründe, die gegen die Chirurgie als Fach sprechen:

- Hohe Arbeitsbelastung
- Hohe physische und psychische Belastung
- Hoher Leistungsdruck und Verantwortung
- Unvorteilhafte und unzuverlässige Arbeitszeiten
- Erforderliche Flexibilität
- Umgang mit „Niederlagen“
- Zu lange Ausbildung für zu geringes Einkommen

Das Fach Chirurgie ist höchst anspruchsvoll und erfordert eine große Menge an Qualitäten und Stabilität, die bereits ein werdender Chirurg mitbringen sollte. Es muss immer klar sein, dass eine Schwäche unsererseits durch Überlastung für den Patienten fatale Folgen haben kann. Die Arbeit muss also verinnerlicht werden. Müdigkeit oder Erschöpfung dürfen keine Argumente sein, eine Vorgehensweise oder eine Operation zu ändern.

2. Gründe gegen die Chirurgie, die von den Studenten und jungen Ärzten ausgehen:

- Unrealistische Vorstellung vom Beruf
- Zu starkes Pochen auf Rahmenbedingungen, die teilweise nicht erfüllbar sind
- Zunehmendes intellektuelles Verständnis für die konservativen Fächer
- Physische und psychische Überforderung
- Zu starkes Verantwortungsgefühl oder zu geringe Entscheidungsfreudigkeit
- Die sogenannte Work-Life-Balance stimmt nicht
- Zweifel an den eigenen motorischen Fähigkeiten
- Zu starke Spezialisierung und zu geringen Patientenkontakt
- Zu geringes Einkommen für die erbrachte Leistung

Es kann sein, dass sich ein Student zu Beginn des Studiums noch keine konkreten Gedanken über die verschiedenen Fächer gemacht hat und diese im Verlauf kennenlernt. Die Chirurgie ist intellektuell leichter zugänglich, so dass die Vorzüge der konservativen Fächer erst im Verlauf des Studiums erkannt werden und sich dadurch das Interesse verlagert. Andere Faktoren, die Stress verursachen wie die starken physischen und psychischen Anforderungen, das notwendige Treffen schneller Entscheidungen und die hohe tägliche Flexibilität

sind für Viele zu belastend. Immer wieder kann man von Kollegen aus konservativen Fächern hören, dass sie die Chirurgie sehr interessant gefunden hätten, aber doch zu viel Angst vor der körperlichen Belastung oder der notwendigen spontanen Entscheidungsfähigkeit hatten.

3. Gründe, die die Führung im Team der Chirurgen betreffen

- Zu viel Autorität und unfreundlicher Umgang
- Keine strukturierte Ausbildung und geringe Perspektiven
- Missbrauch der jungen Ärzte als „billige“ Arbeitskraft
- Gestresste Grundstimmung im Team mit geringem Teamgeist
- Kein Entgegenkommen für Teilzeitstellen und flexible Arbeitszeiten
- Frauenfeindlichkeit
- Keine vertrauensbildenden Maßnahmen

Die ersten beiden Gründe-Kategorien können auch bei guter Personalführung nur schwer durch uns verantwortliche Ausbilder beeinflusst werden, denn die Chirurgie erfordert nun mal ein großes Maß an Aufgaben und Eigenschaften, die erfüllt werden müssen. Die Entscheidung für ein Fach fällt meist spätestens im PJ, wobei natürlich auch zu einem späteren Zeitpunkt Wechsel möglich sind. Leider verlieren wir im Verlauf des PJ 26 % der Studenten, die sich zuvor für die Chirurgie interessiert hatten. Der Hebel, an dem wir drehen können, ist die dritte Gründe-Kategorie. Hier müssen wir dringend umdenken oder besser werden. Der Chefarzt hat hier die zentrale Verantwortung. Er muss verstehen, dass für die jungen Ärzte nicht die Karriere des Chefarztes, sondern die eigene vorrangig ist. Wenn er dieses Prinzip verinnerlichen kann, hat er meiner Meinung nach bereits das Meiste erreicht. Unsere Erfahrung ist nämlich, dass die allermeisten Studenten und jungen Ärzte relativ leicht zu motivieren sind, wenn bestimmte Voraussetzungen

erfüllt werden. Sie sind in der Regel sehr dankbar für positive Akzente und schätzen die Disponibilität der Ausbilder.

ESSENZIELLE VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE MOTIVATION

Die Studenten und junge Ärzte fordern zurecht eine qualitativ hochwertige Ausbildung. Hier muss der Chefarzt ein gutes Vorbild sein und darf sich nicht zu schade sein, auch Dinge persönlich zu zeigen oder sie etwas machen zu lassen. Diese Vorbildfunktion muss auch im Team gelebt werden und ist entscheidend. Die Stimmung im Team und das Verhältnis zum Chefarzt sollten positiv motivierend, freundlich und konstruktiv sein. Alle sollten das Gefühl haben rasch in das Team integriert zu werden. Jeder Chirurg des Teams braucht eine Perspektive für sich und persönliche Förderung. Der Chefarzt muss sich darum kümmern, dass die Karriere jedes Einzelnen vorangeht. Das umfasst praktische Förderung im OP und theoretische Weiterbildung. Jeder sollte Freude an der Arbeit haben und gerne zur Arbeit kommen. In schwierigen Situationen erwartet der junge Arzt zurecht Unterstützung seiner Vorgesetzten. Das kann im OP sein, oder bei schwierigen Gesprächen mit Patienten oder Angehörigen. Hier ist wieder die Vorbildfunktion des Chefs äußerst wichtig.

Wir müssen also als Vorgesetzte die schon vorhandene intrinsische Motivation aufrechterhalten, indem wir sie extrinsisch verstärken. Nur letztere können wir beeinflussen. Die Motivation lässt sich im Einzelfall steigern, wenn die Motive, die Veränderung begünstigen, stärker sind als die, im alten Muster zu verharren. Das gelingt, wenn die Veränderungen durch die jungen Ärzte selbst mitbestimmt werden.

KONKRETE MASSNAHMEN DER MOTIVATION:

Strafandrohungen als extrinsischer Motivator sind in der modernen Zeit nicht mehr zielführend. Dennoch kommen wir immer

wieder mit negativen Erlebnissen wie z. B. einer Komplikation in Kontakt. Das kann sehr wohl die extrinsische Motivation fördern, noch sorgfältiger zu operieren oder etwas zu verändern.

Als Vorgesetzte sollten wir aktiv Reize wie Belohnung und Anerkennung nutzen, um positiv zu motivieren. Bestimmte Ziele können mit jedem Einzelnen je nach Interessenslage abgestimmt werden. Nach meiner Erfahrung ist es sehr motivierend, mit jedem Mitarbeiter einen Verantwortungsbereich je nach Ausbildungsstand festzulegen. So sollte sich ein erfahrener Mitarbeiter z. B. für das Segment der kolorektalen Chirurgie verantwortlich fühlen und ein jüngerer Kollege z. B. für die Proktologie oder Hernienchirurgie. Natürlich werden sie von einem Facharzt begleitet, so dass ein kleines Prokto- oder Hernienteam entsteht. Eine solche konkrete Aufgabe fördert das Selbstwert- und Verantwortungsgefühl. Dazu gehört der Aufbau eines Netzwerks mit Zuweisern, das Besuchen von Fortbildungen und das Tragen der zunehmenden Expertise ins eigene Team. Natürlich dürfen diese Kollegen auch alle andere Operationen erlernen. Es geht hier um zusätzliche Verantwortungsbereiche.

Studenten sollten Visiten in einem oder zwei Zimmern alleine machen lassen und das hinterher kontrollieren lassen. So sollten sie auch in der Notaufnahme zunächst als Erste die Patienten sehen und sich Gedanken machen, die dann mit dem Facharzt besprochen werden. Wenn immer möglich, sollten junge Chirurgen oder auch schon Studenten Eingriffe assistiert bekommen. Zu nennen sind zu Beginn Hautnähte, Einbringen von Trokaren oder Anlage von Thoraxdrainagen. Dazu kommen dann die Laparotomie, lap. Appendektomie und so weiter. Zur Facharztprüfung sollten die Kollegen bereits schon operieren können und es ab dann alleine dürfen.

Vertrauensbildende Maßnahmen wie Unternehmungen, auch zusammen mit der Pflege sind äußerst wichtig, um auch die persönlichen Beziehungen zu vertiefen.

Radtouren, Wanderungen, der Besuch einer Kletterhalle oder ein Grillabend können wahre Wunder bewirken.

UMGANG MIT NICHT MOTIVierten TEAMMITGLIEDERN

Leider gibt es immer wieder Kollegen im Team, die die geschilderten Konzepte nicht mittragen wollen. Sie verursachen eine schlechte Stimmung und sind kontraproduktiv. Junge motivierte Mitarbeiter, die sich weniger wehren, sind nicht selten die Zielgruppe für aktive Missachtung oder gar Unterdrückung. Diese müssen geschützt werden. Mehrere ausführliche und deutliche Gespräche sind erforderlich, um das Verhalten zu ändern. Wenn die Versuche scheitern, muss auch mit Nachdruck über einen Wechsel der Klinik gesprochen werden.

ZUSAMMENFASSUNG

Wir halten es für extrem wichtig, die Studenten und jungen Ärzte frühzeitig in das bestehende Team zu integrieren und sie sehr ernst zu nehmen. Man darf ihnen auch etwas zumuten und konstruktiv kritisieren. Die Selbständigkeit muss gefördert werden. Der Chefarzt tritt als Vorbild in Erscheinung und ist stets hilfsbereit. Er muss das, was er vom Team verlangt, selbst vorleben. Je mehr der Chefarzt dafür sorgt, dass das Team eine gute Ausbildung erhält, desto besser ist die Gesamtqualität und die Zufriedenheit aller Beteiligten. Eine sehr gute Abteilung ist die, die auf demselben hohen Niveau weiterbesteht, wenn der Chefarzt in Rente geht oder die Klinik vorzeitig verlässt. Nicht akzeptabel ist, wenn nur der Chefarzt in der Lage ist, alle schwierigen OPs durchzuführen.

Auf diese Art entwickelt sich schließlich ein motivierendes konstruktives Ambiente, in dem sich jeder Mitarbeiter des Teams entwickeln kann und zum gewünschten Ziel

kommt. So wird es gelingen in wenigen Jahren eine hoch motivierte und leistungsfähige Abteilung aufzubauen.

LITERATUR

- [1] Osenberg D et al. Wer wird denn noch Chirurg? Berufsverband der Deutschen Chirurgen 01.06.2010
- [2] Elsenhans I et al. PJ-Umfrage 2014: Tolle Ausbildung oder schnelle Ausbeutung? Thieme Umfrage. 18.03.2014
- [3] Businger A et al. Arguments for and Against a Career in Surgery, A Qualitative Analysis. Ann Surg. 2010 Aug;252(2):390-6.
- [4] Johanna Hirsch J et al. [Gender-Specific and Cross-Gender Reasons for Choosing 'Surgeon' as a Career - A Scoping Review] Gesundheitswesen. 2024 Oct 28.
- [5] Walker NR et al. Association of Surgeons in Training. Attracting medical students and doctors into surgical training in the UK and Ireland Int J Surg. 2019 Jul;67:107-112. 

PROGRAMM

- Fachthemen der Allgemein-, Viszeralchirurgie, Kinderchirurgie und -orthopädie, Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie, Fuß- und Handchirurgie
- Digital Health (Robotik und KI)
- DGUV aktuell: D-Arzt-Forum
- Chirurgie der Kriegsverletzungen, Amputationen
- Hernien- und Wundsymposium
- Antibiotika
- Bildgebung
- Sportmedizin
- Alterschirurgie
- GOÄ und H-DRG
- Junges Forum
- Tag der MFA, medizinische Assistenzberufe
- Workshops und Industrieausstellung

AMBULANTE CHIRURGIE BESSER FÜR ALLE

zur Homepage:



zur Anmeldung:



Veranstalter / Organisation / Information

MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg GmbH
 Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg
 ☎ 0911/393 1637 · 📠 0911/393 1620
 📧 info-bch@mcn-nuernberg.de
 🌐 www.bundeskongress-chirurgie.de

Auch in 2026 bieten wir alle von der Berufsgenossenschaft geforderten Fortbildungsveranstaltungen an.

Informationen unter www.bundeskongress-chirurgie.de



Bundesverband für
Ambulantes Operieren e.V.

BILDERRÄTSEL



AND THE WINNER IS ...

L. Parlesak, Wittlich

Wir gratulieren und wünschen viel Spaß
mit dem neuen Android-Tablet.

AUFLÖSUNGEN 2025

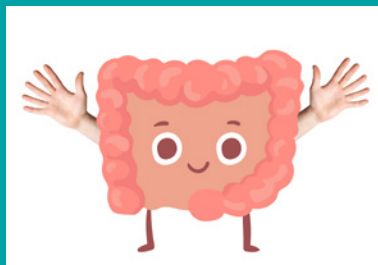
AUSGABE I/2025

BLUMENKOHLOHR



AUSGABE II/2025

ZWÖLFFINGERDARM



AUSGABE III/2025

HEXENSCHUSS



TachoSil[®] SEALANT MATRIX



EVERYDAY HERO

Das Zeug zur
echten Heldin.

TachoSil[®]
Blutstillung und
Versiegelung
in einem.



 **corzamedical**

TachoSil[®] Versiegelungsmatrix

Quantitative und qualitative Zusammensetzung: TachoSil enthält pro cm² Fibrinogen vom Menschen 5,5 mg, Thrombin vom Menschen 2,0 I.E., **Sonstige Bestandteile:** Kollagen vom Pferd, Albumin vom Menschen, Riboflavin (E 101), Natriumchlorid, Natriumcitrat (E 331), L-Arginin-Hydrochlorid. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Lokales Hämostatikum, ATC-Code: B02BC30. **Anwendungsgebiete:** Bei Erwachsenen und Kindern ab einem Alter von 1 Monat zur unterstützenden Behandlung in der Chirurgie zur Verbesserung der Hämostase, zur Unterstützung der Gewebersiegelung 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, Probleme mit der Verklebung des Produkts, Probleme mit der Nicht-Verklebung des Produkts. **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:** 05/2025. **DE:** Verschreibungspflichtig. **AT:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der Fachinformation von TachoSil Versiegelungsmatrix.

corza.com