

PASSION

CHIRURGIE

PANORAMA

JOURNALISTENPREIS 2025 –
„KLINIKEN AM LIMIT –
WER ÜBERLEBT DIE
KRANKENHAUSREFORM?“

im Fokus

CHIRURGISCHER
NACHWUCHS

03 | I | 2026

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGIE

DGCH

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



BDC

Berufsverband der
Deutschen Chirurgie e.V.

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

Wirtschaftlichkeit und medizinische Notwendigkeit der ambulanten Vakuumversiegelungstherapie ist belegt!¹



www.vakuumversiegelungstherapie.de

PICO[◇] hilft, Wunden schneller zu schließen als
Standardverbände. Und ist dabei so einfach zu
handhaben wie ein Verband.

Smith+Nephew

- + Extrabudgetäre² EBM-Erstattung,
belastet nicht das Verbandmittelbudget
- + Erhöhte Sachkosten mit 91,14€ bzw.
94,27€ pro Verbandwechsel³

Melden Sie sich für unser
kostenloses Webinar an!

01.04.2026, 19:00 – 20:00 Uhr

Dr. Inga-Nadine
Kummer
Fachärztin für
Diabetologie

Dr. Raphaela
Zitzselsberger
Fachärztin für Orthopädie
und Unfallchirurgie



Wundmanagement

Smith & Nephew GmbH

smith-nephew.de

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

* auch NPWT oder Unterdruckwundtherapie genannt

¹ <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/831/>

² Für die ersten 6 Jahre ab 01.10.2020; Quelle: Beschluss des
Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V

in seiner 788. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) mit Wirkung
zum 1. Januar 2026 ³ Beschluss des Bewertungsausschusses nach §
87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 776. Sitzung (schriftliche Beschluss-
fassung) zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)
mit Wirkung zum 01. April 2025.



~~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.

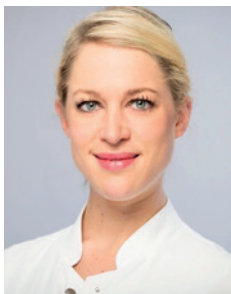
Chirurgischer Nachwuchs

Andreas Kirschniak, Benedikt Braun, Annika Hättich, Marie Samland



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

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



Dr. med. Annika Hättich
Director of Medical Education EMEA
Arthrex GmbH
annika.haettich@arthrex.de

Kirschniak A, Braun B, Hättich A, Samland M:
Editorial: Chirurgischer Nachwuchs.
Passion Chirurgie. 2026 März; 16(03/Q1):
Artikel 01.



www.bdc.de

In dieser Ausgabe stellen wir, wie im letzten Jahr, aktuelle Aspekte der Nachwuchsaktivitäten des BDC dar. Im Mittelpunkt der Diskussion standen dabei in den letzten zwölf Monaten die Umsetzung der Leistungsgruppen in Nordrhein-Westfalen und ihre Ausbreitung auf die Bundesrepublik, sowie die Einführung der Hybrid-DRGs. Beide politischen Entscheidungen haben einen großen Einfluss auf unsere Weiterbildung und die damit verbundene Zufriedenheit unserer nächsten Generation an Chirurginnen und Chirurgen. Objektiv beleuchtet haben dies Herr Krones und Herr Braun in ihrem Artikel über Resilienz und die ersten Ergebnisse der Weiterbildungsumfrage des Berufsverbandes zur allgemeinen Zufriedenheit in der chirurgischen Weiterbildung. Hierbei wurden das subjektive Wohlbefinden im chirurgischen Fach und das persönliche Stressempfinden erhoben sowie mögliche Faktoren bzw. Auslöser identifiziert. Um sich der Problematik weiter anzunehmen, plant der BDC ein eigenes Artikelformat zum Thema „Resilienz“, das persönliche Erfahrungsberichte, mögliche Bewältigungsstrategien sowie externe Unterstützungsangebote beinhalten soll.

Bekanntermaßen fällt der Zeitpunkt der Familiengründung sehr häufig in die Weiterbildungszeit der Kolleginnen und Kollegen. In einem weiteren Artikel geht Frau Rosch auf das Spannungsfeld zwischen der chirurgischen Weiterbildung und Familienplanung ein und zeigt mögliche Lösungsansätze auf. Der Artikel wird ergänzt durch den Beitrag von Frau Samland über moderne Arbeitszeitmodelle in chirurgischen Disziplinen und benennt praktische Umsetzungsstrategien zur Arbeitszeitgestaltung für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit Kindern.

Überblickt man die letzten 20 Jahre der Nachwuchsförderung – sowohl der Fachgesellschaften als auch der Berufsverbände – zeigt sich, dass sich die wesentlichen Probleme bislang nicht signifikant lösen ließen. Durch die aktuell veränderten



Rahmenbedingungen wird es sogar noch schwerer chirurgischen Nachwuchs für das Fach zu begeistern. Auch der Einsatz des Perspektivforums „Junge Chirurgie“ der DGCH versucht durch ihre Aktivitäten und Positionspapiere dem Nachwuchs aller chirurgischen Disziplinen in „Zeiten des Umbruchs“ eine Stimme zu geben und versteht sich als Plattform für Austausch, Vernetzung und Positionsbildung. Hierauf gehen Herr Schaaf und Herr Schlottmann in ihrem Artikel ein.

Auch oder vor allem die chirurgische Lehre an den Hochschulen hat Einfluss auf die spätere Berufswahl und kann somit als möglicher Einflussfaktor auf den chirurgischen Nachwuchs diskutiert werden. Der Kommentar von Herrn Keiber und Herrn

Betzler, Frau Vogel und Herr Braun stellen in ihrem Beitrag das neue Format vor, dass sich als eine Ergänzung zu bereits bestehenden Programmen versteht und eine enge Zusammenarbeit mit anderen Nachwuchsforen ermöglicht. So sollen die Interessen junger Chirurginnen und Chirurgen noch besser abgebildet werden und eine aktive Weiterentwicklung unseres Berufes stattfinden können. Interessierte, die sich beim YSC anschließen wollen, können sich jederzeit über unsere Geschäftsstelle melden. Wir freuen uns über jede aktive Teilnahme und Diskussion. Auch Studierende mit dem Berufsziel ein chirurgisches Fach zu wählen, sind herzlich willkommen.

Für mich persönlich hat sich die Perspektive vom ehemals Weiterzubildenden zum Weiterbilder insofern geändert, dass mir viel bewusster klar ist, in welchem engen Korridor wir uns aufgrund der äußeren Rahmenbedingungen bewegen und dass wir – genau aus diesem Grund – alle Chancen der aktiven Mitgestaltung sinnvoll nutzen müssen. So verstehe ich mich als Motivator für das gemeinsame Ziel einer guten chirurgischen Weiterbildung.

Auf den nächsten Seiten haben wir außerdem noch eine neue Kolumne versteckt: Unter dem Motto „Why I do it“ erzählen uns ab jetzt regelmäßig Chirurginnen und Chirurgen, warum Sie sich für die Chirurgie entschieden haben, eben Passion Chirurgie!

Wir wünschen Ihnen eine inspirierende Lektüre unserer Passion. ○

Vogt geht darauf ein, wie hochwertige medizindidaktische Konzepte zur Nachwuchsgewinnung beitragen können.

Neben dem ausbleibenden chirurgischen Nachwuchs fehlt es auch an begeisterten Chirurginnen und Chirurgen, die sich in Fachgesellschaften und Berufsverbänden aktiv miteinbringen, um unser Berufsbild mitzugestalten. Aus diesem Grund wurde letztes Jahr der Young Surgeons Club (YSC) des BDC gegründet. Frau Heitzmann, Frau



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

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



Dr. med. Marie Samland

Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie
Stellv. Landesvorsitzende BVOU und BDC|Berlin
Leitung Öffentlichkeitsarbeit Junges Forum O und U
BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin
Klinik für Rückenmarkverletzte und Paraplegiologie
marie.samland@ukb.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
Katrin Kammerer (Tel: +49 (0) 30 28004-202 |
passion_chirurgie@bdc.de)

VERLAG

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

DESIGN

Nina Maria Küchler, Berlin

ANZEIGEN

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

ABBILDUNGSHINWEISE

Teaserfotos von iStock oder von den Autoren.
Cover © iStock/LPETTET

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.



8

31

© smp

INHALT**2 EDITORIAL**

2 Chirurgischer Nachwuchs

Andreas Kirschniak, Benedikt Braun,
Annika Hättich, Marie Samland

6 KURZNACHRICHTEN**8 CHIRURGIE**

8

RESILIENZ STÄRKEN – WAS DIE BDC-WEITERBILDUNGSSUMFRAGE 2025 ZEIGT

Tillman L. Krones, Carolina Vogel, Benedikt Braun

14

FAMILIE GRÜNDEN IN DER WEITERBILDUNGSZEIT

Lisa Rosch

19

NEW WORK TRIFFT 24/7: IDEEN FÜR MODERNE ARBEITSZEITMODELLE

Marie Samland

27

YOUNG SURGEONS CLUB @ BDC – WIESO, WESHALB, WARUM?

Wiebke Heitzmann, Johanna Betzler,
Carolina Vogel, Benedikt Braun

31

DAS PERSPEKTIVFORUM JUNGE CHIRURGIE

Sebastian Schaaf, Frederik Schlottmann



34 CHIRURGIE⁺

- 34 **Akademie Aktuell:** Frühjahrs-Fortbildungen für den chirurgischen Nachwuchs
- 36 **Hygiene-Tipp:** Müssen stillgelegte AEMP-Geräte wegen Stagnationswasser gespült werden?
Dieter Wieting, Martin Groth, Nils Hübner, Lutz Jatzwauk, Wolfgang Kohnen
- 37 **Abrechnung:** Ambulantes Operieren im Krankenhaus ist möglich!
Ralf Schmitz
- 39 Personalia
- 40 **RECHT**
- 40 **F+A:** Intraoperative Blutentnahme zur HIV-Testung von OP-Personal
Jörg Heberer

41 GESUNDHEITSPOLITIK

- 41 **Berufspolitik aktuell:** Störungen im Betriebsablauf
Jörg-A. Rüggeberg
- 42 BDC-Weiterbildungskampagne: Mit neuen Wegen zum Erfolg!
Friederike Burgdorf, Claudia Kunze, Olivia Päßler
- 45 Vorwort
Carsten J. Krones, Daniel Vallböhmer
- BDC-Praxistest:** Moderne Lehre als Schlüssel zur Motivation – Nachwuchsmangel beginnt im Hörsaal
Lukas Keiber, Stephan Vogt
- 49 **BDC|Pressemitteilung:** Krankenhausreform und Hybrid-DRG: Umsetzungsdruck bei Kliniken kann Häuser in die Insolvenz zwingen

51 INTERN

51 DGCH

- 51 Kommentar des Generalsekretärs
Thomas Schmitz-Rixen
- 54 Einladung zur DGCH-Mitgliederversammlung 2026
Thomas Schmitz-Rixen
- 55 Traditionelle Heilkunde und Wundversorgung auf Bali
Michael Sachs
- 60 Nachruf auf Prof. Dr. med. Klaus Schönleben
- 62 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland
Solveig Tenckhoff
- 67 Spendenaufruf Langenbeck-Virchow-Haus
- 68 DGCH-Präsidium ab Januar 2026

69 BDC

- 69 BDC|News
- 70 Einladung zur BDC-Mitgliederversammlung 2026
Hans-Joachim Meyer
- 71 BDC-Sitzungen, Seminare und Workshops anlässlich des DCK 2026
- 72 26 Jahre Engagement, Herz und Verstand: Danke, Hanne Quandt!
- 75 Termine BDC|Akademie

78 PANORAMA

- 78 Journalistenpreis 2025 – „Kliniken am Limit – wer überlebt die Krankenhausreform?“
Olivia Päßler
- 81 Bilderrätsel



MEINE PASSION FÜR CHIRURGIE!

Ich habe mich damals aus dem Bauch heraus für die Chirurgie entschieden, obwohl ich initial Dermatologin werden wollte. Dazu beigetragen haben unter anderem sehr engagierte und inspirierende Fach- und Oberärzte aus meinem PJ-Klinikum sowie die Eingriffsvielfalt, die ich dort schon miterleben durfte. Die Stimmung im Operationssaal, das Ineinandergreifen und Funktionieren aller Beteiligten, die volle Konzentration jedes Teammitglieds und trotzdem immer wieder Raum zum Lachen – das ist mir nachhaltig in Erinnerung geblieben und begleitet mich bis heute.

Dazu kam eine Begeisterung für das handwerkliche Geschick, das man mit anatomischer Expertise kombinieren muss, und die Erkenntnis, dass mir das Lernen von Handgriffen und Abläufen leichter fällt als das klassische Auswendiglernen. In der ersten klinischen Verwendung kam noch die Faszination für onkologische Chirurgie hinzu und damit war der Weg quasi final gebahnt. Durch die gute und frühe operative Ausbildung in unserem Haus sind sowohl die Eingriffszahlen als auch die Motivation, das Fach weiterhin zu verfolgen, bisher stets angestiegen.

www.chirurg-werden.de



Wiebke Heitzmann, 29

Weiterbildungsassistentin
Viszeralchirurgie
Bundeswehrkrankenhaus
Ulm

M3-PRÜFUNG



NOCH FREIE PLÄTZE: VORBEREITUNG AUF DIE M3- PRÜFUNG

Staatsexamen und Karriere ist eines der effektivsten M3-Trainings, die es auf dem Fortbildungsmarkt gibt (mit Prüfungssimulation). Die nächste Veranstaltung findet vom 20.-21.03.2026 in Essen statt und hat derzeit noch freie Plätze. **SAGEN SIE ES DEM NACHWUCHS WEITER!**

Hier geht's zu mehr Informationen und zur Anmeldung: www.bit.ly/BDC-M3-Info

Weitersagen!

NUR MUT!



NUR-MUT!-WORKSHOPS ZUM MITMACHEN – AB IN DIE CHIRURGIE!

Zusammen mit seinen Partnern organisiert der Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V. (BDC) zahlreiche Hands-on-Workshops in ganz Deutschland zum Thema „Nur Mut! Chirurgie zum Mitmachen“. Die Workshops richten sich an Medizinstudierende, die sich für Chirurgie interessieren.

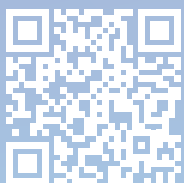
Klicken Sie **HIER**, um zu den Terminen und der Anmeldung zu „NurMut“-Veranstaltungen zu gelangen:
www.chirurg-werden.de/termine

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

IM FOKUS

Chirurgischer Nachwuchs

Resilienz stärken – Was die BDC-Weiterbildungsumfrage 2025 zeigt

Tillman L. Krones, Carolina Vogel, Benedikt Braun

Nachwuchsmangel in der Chirurgie bleibt trotz zahlreicher Gegenmaßnahmen ein dominierendes Thema unserer Zeit. Zwar verzeichnen die einschlägigen Statistiken teils leichte Anstiege bei den Kopfzahlen, doch diese bilden nicht den real zu leistenden Arbeitsaufwand ab und müssen immer im Verhältnis zum steigenden Versorgungsbedarf gesehen werden. Wir haben in Deutschland pro Kopf gesehen zwar eine hohe Ärzt:innen-Dichte, doch auch die Rate an Ärzt:innen-Besuchen von Patienten ist extrem hoch. Deutlich höher als im innereuropäischen Vergleich. Unser Berufsverband und zahlreiche weitere Akteure arbeiten unermüdlich an diesem Problemfeld: Der in dieser Ausgabe vorgestellte Artikel zum neu formierten „Young Surgeons Club“ ist nur ein Beispiel für die vielfältigen berufspolitischen Initiativen, Kurse und Konzepte, die darauf abzielen, die Weiterbildung qualitativ aufzuwerten und die Attraktivität der Chirurgie zu sichern. Das primäre Ziel vieler auf den Nachwuchs abzielender Projekte ist meist die nachhaltige Verbesserung der strukturellen Rahmenbedingungen – von der Dienstplangestaltung bis zur Entbürokratisierung. Doch politische und strukturelle Mühlen mahlen langsam. Bis Reformen in der Breite der Versorgungslandschaft greifen vergehen oft Jahre, die wir in unserer täglichen Arbeit überbrücken müssen.





Korrespondierender Autor:
Dr. med. Tillman L. Krones
 Assistenzarzt Allgemein- und
 Viszeralchirurgie
 St. Josefs-Hospital Wiesbaden
 tkrones@joho.de



Dr. med. Carolina Vogel
 Ärztin in Weiterbildung
 Unfallchirurgie, 4. Weiterbildungsjahr
 BG Klinik Tübingen



Prof. Dr. med. Benedikt Braun, MBA
 Stellv. Leiter der BDC|Akademie
 Klinik für Unfall- und
 Wiederherstellungschirurgie
 Eberhard Karls Universität Tübingen
 BG Klinik Tübingen
 bbraun@bgu-tuebingen.de

Krones TL, Vogel C, Braun B: Resilienz und die
 Weiterbildungsumfrage 2025.
 Passion Chirurgie. 2026 März;
 16(03/I): Artikel 03_01.



www.bdc.de

Die aktuelle Realität in den Kliniken zeigt für viele Kolleg:innen in Weiterbildung ein hohes Maß an Unzufriedenheit und Unsicherheit. Neben der generellen Verunsicherung durch die Umgestaltung unserer Krankenhauslandschaft – Stichworte KHVVG und KHAG – und der Berichterstattung zu Krankenhausinsolvenzen und Sparmaßnahmen, sind es vor allem die täglichen Rahmenbedingungen unserer Arbeit vor Ort, die zur Unzufriedenheit beitragen. Es ist selten das Fachgebiet selbst, das frustriert, sondern vielmehr die „arztfremden Tätigkeiten“, die die Freude an der Chirurgie stark einschränken. Verschiedene Studien zeigen, dass Kolleg:innen in Weiterbildung im Schnitt über zwei Stunden täglich mit Aufgaben verbringen, die prinzipiell auch delegierbar wären. Diese Arbeitsverdichtung führt dazu, dass wertvolle Zeit für die eigentliche Arbeit an den Patient:innen und im OP fehlt, was wiederum als Hauptgrund für mangelnde Zufriedenheit und sogar die Erwägung eines Berufsausstiegs genannt wird. Wenn administrative Lasten die klinische Tätigkeit verdrängen, entsteht eine Diskrepanz zwischen dem eigenen Anspruch an den Ärzt:innenberuf und der Arbeitsrealität. Es ist also kein Wunder, dass wir die initial hohe Motivation unserer Studierenden den chirurgischen Beruf zu ergreifen mit zunehmender Exposition zum klinischen Alltag ersticken und die potentiellen zukünftigen Kolleg:innen abschrecken.

Angesichts der Diskrepanz zwischen spannendem Fach und schlechten Rahmenbedingungen sowie der langen Latenzzeit bis zum Greifen von strukturellen Maßnahmen stellt sich die dringende Frage: Was können wir ganz akut tun? Können und müssen wir uns selbst helfen, um in diesem System zu bestehen? Insbesondere in den angloamerikanischen Gesundheitssystemen ist der Begriff des „Surgeon Well-Being“ längst etabliert und wird nicht als „Wellness“-Trend, sondern als essenzieller Faktor für die Leistungsfähigkeit und sogar die Patientensicherheit verstanden. Es geht in diesem Rahmen auch darum, individuelle Resilienzfaktoren zu identifizieren und Strategien für den Umgang

mit herausfordernden Situationen zu entwickeln, etwa durch Konzepte wie Achtsamkeit („Mindfulness“), trotz widriger Umstände gesund zu bleiben und den Fokus auf das zu richten, was uns antreibt.

Um diese Konzepte auch in Deutschland zu verbreiten, müssen wir zunächst verstehen, wie es um dieses „Well-Being“ unseres Nachwuchses eigentlich wirklich bestellt ist. Wir haben daher die aktuelle BDC-Weiterbildungsumfrage genutzt, um über die reine „Zufriedenheit“ hinauszublicken. Erstmals wurden mit dem WHO-5 Well-Being Index und der Perceived Stress Scale international verbreitete Instrumente eingesetzt, um das Wohlbefinden und das subjektive Stressempfinden objektiv zu messen. Die vorläufigen Ergebnisse der Weiterbildungsumfrage, die wir in diesem Heft präsentieren, sollen ein Bewusstsein für die reale Belastungssituation schaffen und gleichzeitig aufzeigen, welche Maßnahmen – individuell wie institutionell – jetzt ergriffen werden können, um die Resilienz zu stärken und die Freude am chirurgischen Beruf zu bewahren.

DIE ERSTEN ERGEBNISSE – BDC-WEITERBILDUNGSUMFRAGE 2025

An der Umfrage nahmen insgesamt 82 Mitglieder des BDC (M) und 130 Nicht-Mitglieder (NM) teil. Die allgemeine Zufriedenheit in der Weiterbildung bewerteten die Befragten auf einer Skala von 1 (sehr zufrieden) bis 6 (sehr unzufrieden). Der Großteil der Mitglieder mit 29,27 % gab die Zufriedenheit mit einer 2 an, gefolgt von 25,61 % mit einer 4. 20,73 % wählten eine 3 und 24,39 % eine 5 oder 6. Unter den Nicht-Mitgliedern wählte der Großteil eine 3 mit 29,7 %. Der zweitgrößte Anteil wählte eine 4 mit 28,71 %. Mit einer 2 bewerteten 17,82 % ihre Weiterbildung. Eine 5 oder 6 wurde von 21,78 % gewählt (**Abb. 1 und 2**).

Bei der Befragung nach den Faktoren, die die Unzufriedenheit der jungen Chirurg:innen bedingen, ergaben sich vier Hauptpunkte. Zunächst die „Mangelnde Qualität der ärztlichen Weiterbildung“ die

Zufriedenheit insgesamt mit der beruflichen Situation: MITGLIEDER

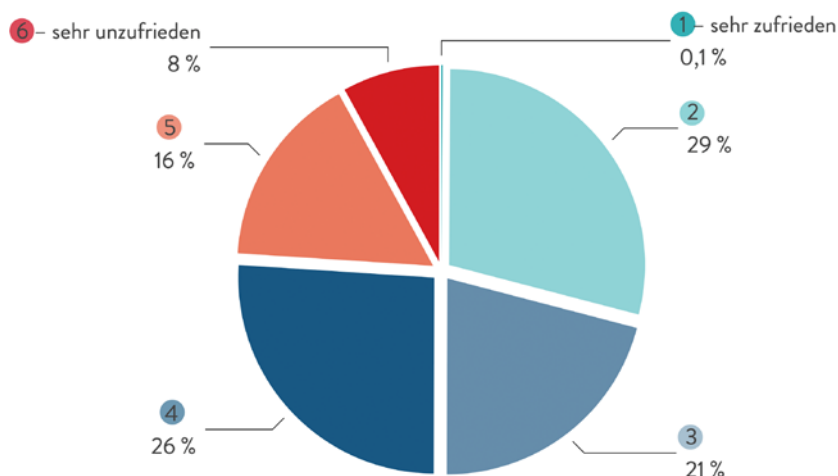


Abb. 1: Zufriedenheit insgesamt mit der beruflichen Situation, 1 = sehr zufrieden – 6 = sehr unzufrieden – Mitglieder

von 60,89 % der Mitglieder und 66,34 % der Nicht-Mitglieder als Problem identifiziert wurde. Weiterhin sehen 57,32 % der Mitglieder und 66,34 % der Nicht-Mitglieder den „Hohen Anteil arztfremder Tätigkeiten im Berufsfeld“ als Unzufriedenheit bedingenden Faktor. Zudem wurden der „Hohe Zeitdruck während der Arbeit (Arbeitsverdichtung)“ von 54,88 % und 65,35 % gewählt, und die „Hohe zeitliche Arbeitsbelastung (z. B. Überstunden)“ von 54,88 % und 57,43 %. Für 65,35 % der Nicht-Mitglieder ist die Unzufriedenheit auch durch eine „Schlechte Vereinbarkeit mit anderen privaten Tätigkeiten (z. B. Freizeitaktivitäten)“ bedingt. Die weiteren Antwortmöglichkeiten mit den entsprechenden Werten sind **Abbildung 3** und **Abbildung 4** zu entnehmen. Bezüglich des Arbeitsaufwandes in Form von Tätigkeiten, die prinzipiell auch an nicht-ärztliches Personal delegierbar wären, gaben Mitglieder und Nicht-Mitglieder im Durchschnitt 132 Minuten pro Arbeitstag an.

Der Großteil der Befragten sieht dabei, in unterschiedlichen Abstufungen, vor allem die Rahmenbedingungen als problematisch, nicht die Chirurgie an sich. Lediglich zwei Befragte finden das chirurgische Fach an sich problematischer. Auf einer Skala von 0 bis 100 (0 = Reines Problem des Fachgebietes, 100 = Reines Problem der Rahmenbedingungen) lag der Mittelwert bei $87,7 \pm 13,7$.

WIE GEHT ES UNSEREM NACHWUCHS – WHO WELL BEING INDEX UND PERCEIVED STRESS SCALE

Zur möglichst objektiven Messung von subjektivem Wohlbefinden und Stressempfinden wurden der WHO Well Being Index und die Perceived Stress Scale eingesetzt. Um eine Übersicht zu erlangen, fokussieren wir uns hier auf die meistgegebenen Antworten.

Die Fragen aus dem WHO Well Being Index beziehen sich jeweils auf das Erleben der letzten zwei Wochen. Hierbei gaben 35,37 % der Mitglieder und 32,95 % der Nicht-Mitglieder

Zufriedenheit insgesamt mit der beruflichen Situation: NICHT-MITGLIEDER

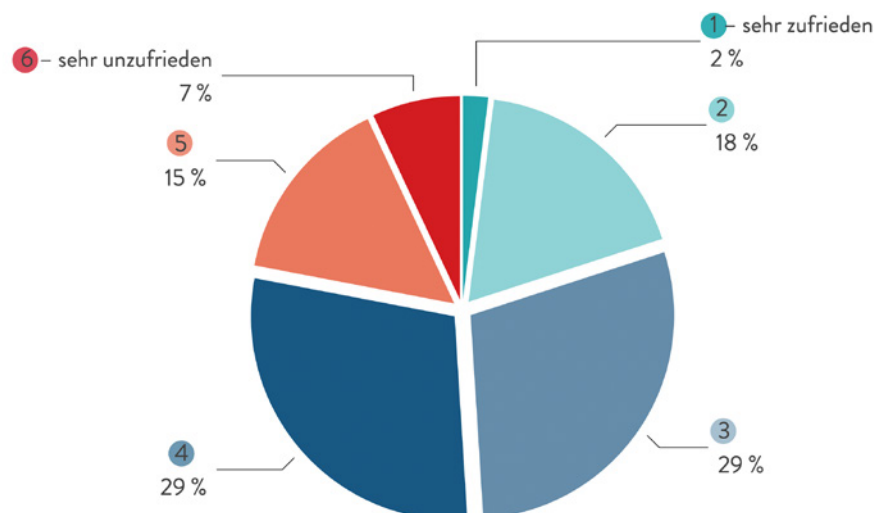
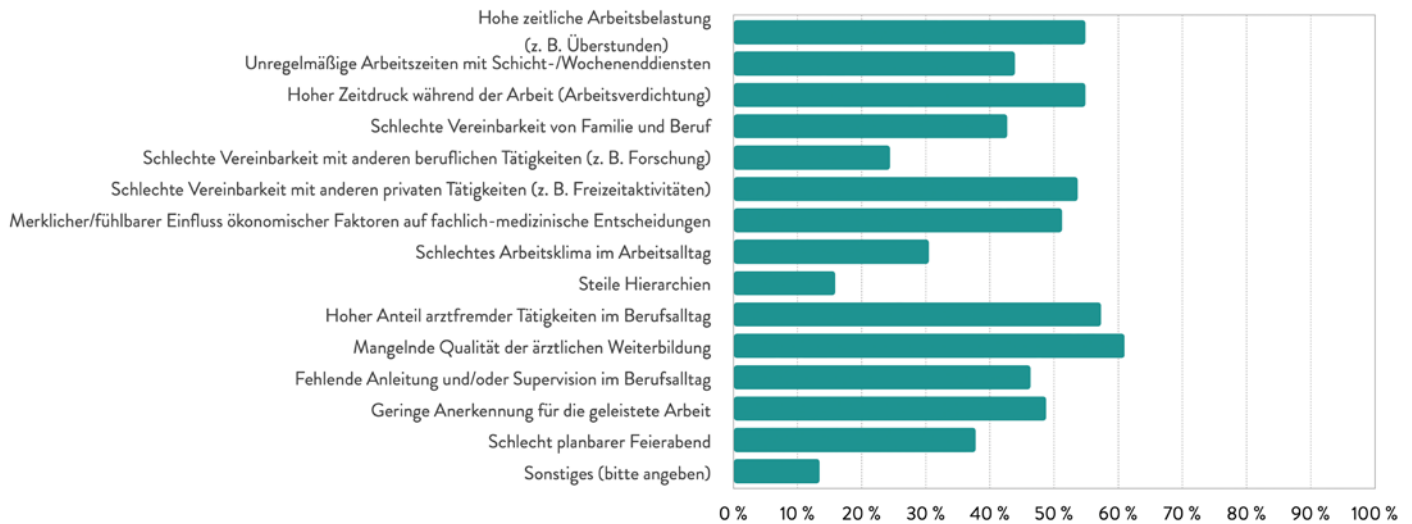
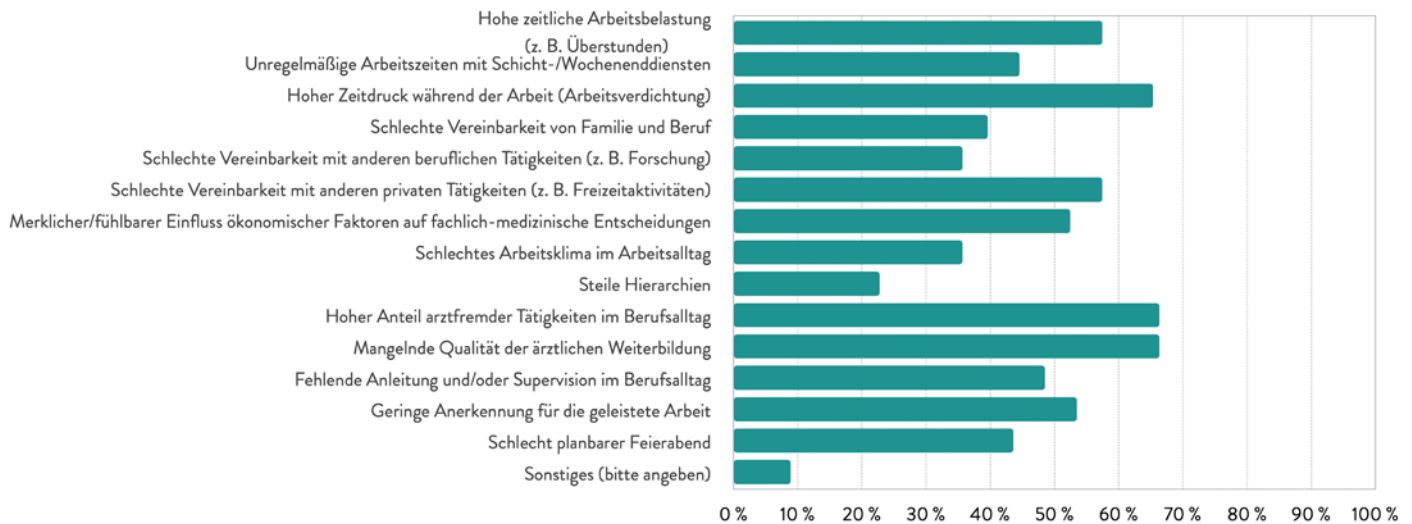


Abb. 2: Zufriedenheit insgesamt mit der beruflichen Situation, 1 = sehr zufrieden – 6 = sehr unzufrieden – Nicht-Mitglieder

Hauptgründe für eine fehlende komplette Zufriedenheit: MITGLIEDER

**Abb. 3:** Was sind Ihrer Meinung nach die Hauptgründe für eine fehlende komplette Zufriedenheit? – Mitglieder

Hauptgründe für eine fehlende komplette Zufriedenheit: NICHT-MITGLIEDER

**Abb. 4:** Was sind Ihrer Meinung nach die Hauptgründe für eine fehlende komplette Zufriedenheit? – Nicht-Mitglieder

an, lediglich ab und zu froh und guter Laune gewesen zu sein. Ruhig und entspannt gefühlt haben sich 48,78 % der Mitglieder und 37,93 % der Nicht-Mitglieder ebenfalls nur ab und zu. Auch energisch und aktiv fühlte sich der Großteil in beiden Gruppen nur ab und zu (M 42,68 %, NM 32,03 %). Beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt hingegen haben sich 42,68 % der BDC-Mitglieder zu keinem Zeitpunkt in den letzten zwei Wochen. Bei den Nicht-Mitgliedern waren es

39,77 % die sich ab und zu nach dem Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt haben. Auf die Frage, ob der Alltag voller Dinge war, die die Befragten interessiert hat, gaben 48,78 % der Mitglieder und 31,82 % der Nicht-Mitglieder ein „ab und zu“ an.

Die Fragen der Perceived Stress Scale beziehen sich jeweils auf den letzten Monat. So haben sich 43,9 % der Mitglieder und 50 % der Nicht-Mitglieder manchmal aufgewühlt

gefühlt, weil etwas Unerwartetes passiert ist. Der Großteil beider Gruppen hatte zudem manchmal das Gefühl, nicht in der Lage zu sein die wichtigen Dinge in ihrem Leben kontrollieren zu können (M 39,02 %, NM 35,23 %). Nervös und gestresst fühlten sich 37,8 % der Mitglieder und 45,98 % der Nicht-Mitglieder ziemlich oft. Hingegen zuversichtlich fähig zu sein, die persönlichen Probleme zu bewältigen waren 37,8 % der Mitglieder ziemlich oft und 43,68 % der

Nicht-Mitglieder manchmal. Das Gefühl, dass sich die Dinge zu den eigenen Gunsten entwickeln, hatten aus beiden Gruppen die meisten Befragten manchmal (M 48,78 %, NM 57,47 %). Den Eindruck manchmal nicht allen anstehenden Aufgaben gewachsen zu sein, hatten 32,93 % der Mitglieder und 43,68 % der Nicht-Mitglieder. In der Lage, ärgerliche Situationen im Leben zu beeinflussen waren 46,34 % der Mitglieder und 49,43 % der Nicht-Mitglieder manchmal. Das Gefühl, alles im Griff zu haben, hatten die meisten Befragten ebenfalls nur manchmal im letzten Monat (M 42,68 %, NM 51,72 %). Dementsprechend haben sich 35,37 % der Mitglieder ziemlich oft über Dinge geärgert, auf die sie keinen Einfluss hatten. Bei den Nicht-Mitgliedern waren es 34,48 % die diesen Ärger manchmal verspürten. Zuletzt waren es 35,37 % der Mitglieder, die manchmal das Gefühl hatten, es würden sich so viele Schwierigkeiten anhäufen, dass diese nicht zu überwinden seien. Unter den Nicht-Mitglieder verspürten jeweils 31,03 % dieses Gefühl fast nie und 31,03 % manchmal.

... UND WAS KÖNNEN WIR TUN?

Bei Betrachtung dieser vorläufigen Ergebnisse der BDC-Weiterbildungsumfrage scheint es unserem Nachwuchs aktuell nicht sonderlich gut zu gehen. Die Gesamtzufriedenheit bezüglich der aktuellen beruflichen Situation bewegt sich im mittleren bis schlechten Bereich. Vollständig zufrieden ist aktuell so gut wie keiner der Befragten. Die Faktoren, die diese Unzufriedenheit speisen scheinen dabei vornehmlich die momentanen Rahmenbedingungen unseres Faches zu sein, nicht das Fach an sich. So wird neben der Weiterbildung

hauptsächlich der hohe Zeitaufwand für arztfremde Tätigkeiten kritisiert. Über zwei Stunden pro Arbeitstag wenden die Befragten im Schnitt hierfür auf. Das Frustration bei den jungen Chirurginnen und Chirurgen hervorgerufen wird, wenn sie erneut Reha-Plätze oder Vorbefunde organisieren, anstatt chirurgisch oder zumindest medizinisch tätig zu sein, ist vollkommen verständlich. Gleichzeitig ist solch einer Problematik eigentlich schnell Abhilfe geschaffen, wenn für diese Aufgaben beispielsweise zusätzliches nicht-medizinisches Personal vorhanden wäre.

Der WHO Well-Being Index und die Perceived Stress Scale zeigen uns zudem doch recht deutlich eine psychische und auch körperliche Belastung unseres Nachwuchses an. Positive Gefühle kommen doch recht selten vor, die Negativen dafür umso häufiger. Der empfundene Stress scheint zudem meist durch die Befragten nicht kontrollierbar, was zusätzliche Frustration bedingt. Um diese Punkte sowie die weiteren Unzufriedenheit-bedingenden Faktoren zu adressieren wollen wir mit dem Berufsverband aktiv das Wohlbefinden und die Resilienz unseres Nachwuchses fördern. Da stressreiche Situationen in der Chirurgie sicherlich systemimmanent sind und aus der Natur des Faches auch nicht vollständig zu eliminieren sein werden, wollen wir vor allem einen sinnvollen Umgang mit diesen und ein Bewusstsein für das eigene Wohlbefinden schaffen. Das American College of Surgeons und die Orthopaedic Trauma Association haben die Wichtigkeit des „Surgeon Well-Being“ bereits erkannt und bieten zahlreiche Programme zur Messung desselbigen und zur Förderung

von Wohlbefinden und Resilienz an. In Anlehnung an unsere amerikanischen Kollegen wollen wir als Berufsverband, und speziell als Young Surgeons Club, ähnliche Programme aufbauen. Zunächst soll über ein Artikelformat mit persönlichen Erfahrungen und positiven Bewältigungsstrategien im ersten Schritt ein Identifikationsmoment schaffen, denn jede/r Chirurg:in kennt solch stressreiche und teilweise auch überfordernde Situationen. Der Fokus dieses Formats soll jedoch nicht auf der Benennung der Missstände liegen, sondern auf dem zweiten Schritt, in dem von den entsprechenden Bewältigungsstrategien berichtet wird. So können individuell Praktiken übernommen werden, die eine positive Überwindung solcher Situationen ermöglichen und letztlich die Resilienz stärken. Perspektivisch soll dieses Format auch als Videorubrik oder Podcast seinen Platz finden. Zusätzlich wollen wir gemeinsam mit dem Nachwuchsressort, nach Abschluss der Weiterbildungsumfrage, eine Art Tacho entwickeln, der nach Beantwortung einiger Fragen das Well-Being der jeweiligen Person anzeigt. So soll mehr Awareness für das eigene Wohlbefinden geschaffen werden. Kombiniert werden sollen diese beiden Formate mit einem entsprechenden psychotherapeutischen Angebot, sodass bei Bedarf, über den BDC vermittelt, schnell Hilfe zu finden ist. Auch weitere Projekte existieren bereits als Ideen oder stehen in den Startlöchern.

Zuletzt wollen wir an dieser Stelle noch darauf hinweisen, dass natürlich eine vollständige und umfassende Auswertung der Weiterbildungsumfrage in Zukunft noch publiziert wird. ○



Präsenz-Seminar

Viszeralchirurgie Kompakt
Kolorektale Chirurgie
Berlin, 14. – 15. April 2026

Wissenschaftliche Leitung:
PD Dr. med. Robert Siegel,
Dr. med. Oliver Haase








Familie gründen in der Weiterbildungszeit

EIN SPANNUNGSFELD VOLL POSITIVER ENERGIE

Lisa Rosch

Die Entscheidung, eine Familie zu gründen, ist naturgemäß hochgradig individuell. Sie hängt von Lebensumständen, Partnerschaft und persönlicher Gesundheit ab. Reine Privatsache ist sie jedoch nicht. Gerade in der eng getakteten Zeit der chirurgischen Weiterbildung besteht eine unauflösbare Verzahnung von Berufs- und Privatleben.

SPANNUNGSFELD CHIRURGISCHE WEITERBILDUNG UND FAMILIE

Die chirurgische Weiterbildung verlangt jungen Ärztinnen und Ärzten ein hohes Maß an Engagement ab. Lange Arbeitszeiten, unvorhersehbare OP-Dauern, Dienste und ein permanenter Leistungsanspruch



Dr. med. Lisa Rosch
 Fachärztin für Orthopädie und
 Unfallchirurgie
 Städtisches Klinikum Dresden
 Leitungsteam OPidS

prägen den Alltag. Das Erfüllen des Weiterbildungskatalogs erscheint unter den heutigen Rahmenbedingungen – zunehmende Arbeitsverdichtung, überbordende Bürokratie, ökonomischer Druck und fortschreitende Ambulantisierung – deutlich schwieriger als früher [1]. Operationszeiten sind rar und kostbar. Zusätzlich fällt in diese Phase für viele Chirurg:innen der Wunsch nach Gründung einer Familie. Dadurch können weitere Schwierigkeiten entstehen und der Kinderwunsch trifft vielerorts auf strukturelle Bedingungen, die die Vereinbarkeit erschweren.

STÄNDIG UNTER STROM: ZWISCHEN KLINIK UND BETREUUNGSEINRICHTUNGEN

Mit der Geburt eines Kindes verändert sich der berufliche Alltag grundlegend. Der Arbeitstag beginnt bereits vor dem Eintreffen in der Klinik: Pünktlich das Haus zu verlassen, Kinder in den Kindergarten und die Schule zu bringen und ohne Verspätung bei der Arbeit zu erscheinen ist im Grunde genommen eine organisatorische Meisterleistung. Wird ein Kind krank, müssen Betreuungslösungen gefunden oder kurzfristig Kind-krank-Tage organisiert werden.

Am Nachmittag können unvorhergesehene Ereignisse wie verlängerte Operationen oder akute Notfälle dazu führen, dass man in Kita oder Hort anrufen und um Verständnis für das Zuspätkommen bitten muss.

Der große Unterschied zum Leben ohne Kinder ist der des ausbleibenden Feierabends und der begrenzten Möglichkeit der Erholung. Denn nach getaner Arbeit im Krankenhaus oder Praxis beginnt die „Nachmittagsschicht“: Kinderturnen, Hausaufgaben, Musikunterricht statt Ausruhen, Sport oder der Blick in den OP-Atlas. Die Doppelbelastung erfordert eine hohe Anpassungsfähigkeit und eine kontinuierliche Abstimmung mit dem Partner oder der Partnerin.

ZWISCHEN DEN POLEN ELTERNZEIT, TEILZEIT UND OPERATIVER WEITERBILDUNG

Eltern stoßen in chirurgischen Abteilungen häufig auf strukturelle Hürden. Insbesondere Chirurginnen sind im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft häufig von Einschränkungen der operativen Tätigkeit betroffen. Pauschale OP-Verbote oder unzureichende individuelle Gefährdungsbeurteilungen führen nicht selten zu einem Verlust operativer Erfahrung, was einen deutlichen Karriereknick bedeuten kann [2].

Durch Elternzeit-bedingte Pausen verlängert sich die Weiterbildung und im Vergleich zu kinderlosen Kolleg:innen wird die Facharztstufe eventuell später erreicht. Väter sehen sich noch immer mit Unverständnis aufgrund veralteter Rollenbilder konfrontiert, wenn sie einen Eltern- oder Teilzeitantrag einreichen.

Teilzeitmodelle werden zwar zunehmend nachgefragt, sind jedoch vielerorts noch nicht ausreichend in Weiterbildungs-konzepten integriert. Gleichzeitig zeigen bestehende Modelle, dass operative Weiterbildung auch in reduzierter Arbeitszeit möglich ist, sofern eine Abteilung sich darauf einstellt [3].

Kolleg:innen ohne Kinder absolvieren ihre Weiterbildung zwar häufig schneller, legen dadurch früher die Facharztprüfung ab und werden vielleicht eher in höhere Positionen berufen. Doch macht das kinderlose Kolleg:innen automatisch zu besseren Chirurg:innen? Oder entwickeln Ärzt:innen mit Familie andere, ebenso wertvolle Kompetenzen?

DA STECKT ENERGIE DRIN: ORGANISATIONSTALENT UND EFFIZIENZ

Der Alltag mit Kindern erfordert ein nicht enden wollendes Maß an Flexibilität. Die Anforderungen führen dazu, dass Chirurg:innen mit Kindern frühzeitig ein

Rosch L: Familie gründen in der
 Weiterbildungszeit – Ein Spannungsfeld
 voll positiver Energie. Passion Chirurgie.
 2026 März; 16(03/I): Artikel 03_02.



www.bdc.de

ausgeprägtes Organisationstalent entwickeln, welches ihnen im Arbeitsalltag hilft. Zeitfenster werden präzise genutzt, Abläufe vorausschauend geplant und Prioritäten klar gesetzt. Unproduktive Leerlaufzeiten kann man sich nicht leisten, wenn der Feierabend pünktlich sein soll, um rechtzeitig bei der Kita zu sein.

Auch Entscheidungsprozesse verändern sich: Was wirklich relevant ist, wird schneller erkannt, weniger Wesentliches konsequenter ausgeblendet. Diese Fokussierung wirkt sich nicht nur positiv auf den Arbeitsalltag aus, sondern kann auch die Qualität der ärztlichen Tätigkeit steigern. Effizientes Arbeiten wird zur Notwendigkeit – und zugleich zur hilfreichen Kompetenz.

Hinzu kommt, dass die Vereinbarkeit von Familie und chirurgischem Beruf ein hohes Maß an Verlässlichkeit und Verantwortungsbewusstsein erfordert. Termine müssen eingehalten, Übergaben sorgfältig vorbereitet und Abwesenheiten frühzeitig kommuniziert werden. Ärzt:innen mit Kindern sind daher in der Planung und Umsetzung ihrer Aufgaben häufig besonders zuverlässig, da ungeplante Verzögerungen direkte Auswirkungen auf das familiäre Umfeld haben.

Nicht zuletzt stärkt die familiäre Verantwortung soziale Fertigkeiten wie Empathie, Kommunikationsfähigkeit und Konfliktmanagement. Diese Fähigkeiten sind im klinischen Alltag – im Umgang mit Patient:innen, Angehörigen und interprofessionellen Teams – von erheblichem Wert. Organisationstalent und Effizienz sind somit keine bloßen Bewältigungsstrategien, sondern entwickeln sich zu Kernkompetenzen im Verlauf der Weiterbildung.

So können Kinder tatsächlich dazu beitragen wertvolle Kompetenzen zu entwickeln, die zwar nicht im Logbuch abgefragt werden aber gute Chirurg:innen ausmachen.

ANZIEHUNGSKRAFT FÜR MOTIVIERTES PERSONAL: EIN FAMILIENFREUNDLICHER ARBEITGEBER

Der Arbeitgeber kann unterstützend auf eine gelungene Vereinbarkeit hinwirken. Was Eltern fehlt, ist Zeit. Der Tag müsste so oft eigentlich mehr als 24 Stunden haben, um allen Aufgaben gerecht zu werden. Im gemeinsamen Gespräch sollten individuelle Lösungen gefunden werden, die für Arbeitnehmer genauso wie für die Abteilung und den Rest des Teams passen. Bewährte Teilzeitmodelle müssen dabei nicht neu erfunden werden [3].

Ebenso wichtig sind ein verlässlicher Feierabend – für Teilzeit- wie für Vollzeitkräfte – und ein gut planbares, zumutbares Maß an Bereitschaftsdiensten. Familienfreundlichkeit entsteht nicht allein auf dem Papier, sondern zeigt sich im Alltag. Dienstpläne müssen realistisch gestaltet sein, Überstunden erfasst und zeitnah ausgeglichen werden. Eine verlässliche Planung schafft Vertrauen – besonders für Mitarbeitende mit familiären Verpflichtungen.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist der Umgang mit Elternzeit und Teilzeit. Diese sollten nicht als Karriereknick gesehen werden, sondern als selbstverständliche und gleichwertige Arbeitsmodelle. Das gilt insbesondere für den Zugang zu OPs, Fortbildungen und Entwicklungsmöglichkeiten. Teilzeit darf nicht automatisch bedeuten, fachlich weniger eingebunden zu sein oder geringere Aufstiegschancen zu haben.

Auch gut strukturierte Wiedereinstiege nach der Elternzeit machen einen großen Unterschied. Mentoring, klare Einarbeitungsphasen und eine schrittweise Rückkehr in den OP helfen dabei, Sicherheit zurückzugewinnen, ohne zu überfordern. Davon profitieren nicht nur die betroffenen Chirurg:innen, sondern letztlich auch die Patientensicherheit und das gesamte Team.

Werden diese Faktoren berücksichtigt, erhöht sich die Mitarbeiterzufriedenheit und der Arbeitgeber wird mit motiviertem Personal belohnt. Durch die eindeutige Positionierung mit einem Konzept zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf ergibt sich ein Wettbewerbsvorteil und langfristige Bindung von qualifiziertem Personal.

KINDERKRIEGEN IST KEINE PRIVATSACHE

Deutschland steuert auf einen massiven Fachkräftemangel zu, während die Geburtenzahlen weiter sinken. Schon heute ist der Nachwuchsmangel in der Chirurgie deutlich spürbar – bedingt durch Arbeitsverdichtung, ungünstige Arbeitszeiten und unzureichende Vereinbarkeit von Familie und Beruf [4].

Die Unterstützung und Förderung der Familiengründung von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung ist daher nicht nur eine Frage der kurzfristigen Nachwuchssicherung in den chirurgischen Fächern. Sie ist vielmehr eine Aufgabe von langfristiger, gesellschaftlicher Bedeutung. Und wer sich für Kinder entscheidet, trifft eine Entscheidung, die der gesamten Gesellschaft zugutekommt.

EIN PLUS: ARBEITSPLATZSICHERHEIT WÄHREND DER ELTERNZEIT

Ein Vorteil der Familiengründung während der Weiterbildungszeit liegt in der vergleichsweise guten arbeitsrechtlichen Absicherung. Das Ärztliche Arbeitsvertragsgesetz regelt den Umgang mit befristeten Verträgen: Nach § 1 Abs. 4 ÄArbVtrG verlängert sich die Vertragslaufzeit um Zeiten des Mutterschutzes und der Elternzeit. Diese Absicherung fehlt bei vielen Facharztverträgen. Im ungünstigsten Fall kann ein Vertrag während der Elternzeit auslaufen – mit erheblichen persönlichen und finanziellen Unsicherheiten für die Betroffenen. Ein relevanter Vorteil also der Familiengründung während der Weiterbildungszeit.

FAMILIENGRÜNDUNG UND BIOLOGISCHE GRENZEN

Das Durchschnittsalter bei der Geburt des ersten Kindes steigt in Deutschland kontinuierlich. Erstgebärende sind laut Statistischem Bundesamt im Schnitt 30,4 Jahre alt [5], Akademikerinnen sogar 32,5 Jahre [6]. Viele Chirurg:innen planen die Familiengründung bewusst erst nach Abschluss der Facharztweiterbildung, um keine Verlängerung der Weiterbildungszeit in Kauf nehmen zu müssen. Dadurch fällt diese Lebensphase in das frühe bis mittlere vierte Lebensjahrzehnt oder nahe an das 40. Lebensjahr – eine Phase, in der bei sinkender Fertilität das Risiko für Schwangerschaftskomplikationen und Fehlgeburten zunimmt [7]. Der Verzicht auf ein Aufschieben des Kinderwunsches und die Realisierung während der Weiterbildungszeit kann diese Risiken minimieren. Und man darf sich bewusstmachen: Werde ich mich, am Ende meiner Karriere stehend, daran erinnern, ob ich meine Facharztprüfung ein paar Jahre früher oder später gemacht habe?

LEBEN MIT KINDERN – EINE EMPFEHLUNG

Kinder bereichern das Leben. Sie haben einen unvergleichlichen Blick auf das Leben, lehren uns Achtsamkeit und Freude an den kleinen Beobachtungen des Alltags. Sie fordern uns und zwingen uns zur konstanten Selbstreflexion. Sie geben dem Leben einen Sinn, der es als komplett erscheinen lässt. Ja, sie machen uns zu glücklichen Menschen – und Chirurgen und Chirurginnen mit positiver Energie.

Das Berufsleben endet irgendwann. Das Privatleben geht weiter. Und wie wertvoll ist das Wissen, für die eigenen Kinder da sein zu können – auch dann noch, wenn unsere Patient:innen uns nicht mehr brauchen.

LITERATUR

[1] Hilienhof, A. Ärztliche Weiterbildung – Chirurgen schlagen Alarm. Dtsch Ärztebl. Online, Zugriff am 20.1.2026 unter <https://www.aerzteblatt.de/news/aerztliche-weiterbildung-chirurgen-schlagen-alarm-a3080495-7c4d-4858-88e7-905f44fd3314>

- [2] Martin, M. Umfrage: Schwangerschaft setzt Ärztinnen unter Druck, Dt. Ärztebl. Online, Zugriff am 20.01.2026 unter <https://www.aerzteblatt.de/news/umfrage-schwangerschaft-setzt-aerztinnen-unter-druck-720c25a3-a177-4613-bdc2-11f7aac31c76>
- [3] Samland M., Hofmann A. Arbeitszeitmodelle – ein Wunschkonzert? Ärzteblatt Sachsen, 11|2022
- [4] Hofmann A, Samland M, Rosch L, Rommelfanger G. Quo vadis: New Work, Elternzeit, Wiedereinstieg und Teilzeit – Ergebnisse der Jahresumfrage des Jungen Forums O und U 2022. Z Orthop Unfall. 2023 Dec;161(6):599–602. German. doi: 10.1055/a-2151-7733
- [5] https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2025/07/PD25_259_12.html, Zugriff am 20.01.2026
- [6] https://www.bib.bund.de/Publikation/2024/pdf/Beguenstigt-eine-spaetere-Mutterschaft-die-kindliche-Entwicklung.pdf?__blob=publicationFile&v=1, Zugriff am 20.01.2026
- [7] J Reproduktionsmed Endokrinol 2011; 8 (2): 112–22

Miele

Setzen Sie auf Effizienz.
Kompakt gedacht.



Entdecken Sie CompactLine – die clevere, platzoptimierte Lösung für eine effiziente und intuitive Aufbereitung von Instrumenten. Entwickelt für kleinere Teams, liefert sie schnelle, hygienische Ergebnisse mit maximaler Zuverlässigkeit und reduziertem ökologischen Fußabdruck. Dank ergonomischer Beladehöhe, Komponenten für unterschiedliche Instrumente und einer benutzerfreundlichen Oberfläche passt sich CompactLine perfekt an die vielfältigen Anforderungen jeder Praxis an. www.miele.de/pro/compactline-med



Miele Professional. Immer Besser.

CompactLine



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





New Work trifft 24/7: Ideen für moderne Arbeitszeitmodelle

Marie Samland

Als Chirurgeninnen und Chirurgen leben wir tagtäglich unsere Berufung und sehen, genau wie es der New-Work-Gedanke vorgibt unsere „Arbeit als Selbstverwirklichung“ [1]. Mittlerweile entsteht auch in der Krankenhauslandschaft eine Arbeitswelt, in der agile und flexible Arbeitszeitmodelle, Homeoffice und mobiles Arbeiten eingefordert werden. Der Fachkräftemangel macht es möglich, dass Arbeitgeber (AG) in chirurgischen Fachgebieten nicht

umhinkommen, sich mit den Wünschen der Arbeitnehmer (AN) nach mehr Freizeit und gelebter Vereinbarkeit auseinanderzusetzen, während weiterhin eine lückenlose Patientenversorgung gewährleistet werden muss. [2, 3]

Krankenhäuser sind längst nicht die einzigen Orte einer 24/7-Abdeckung – so muss auch beispielsweise bei der Polizei, dem Sicherheitsdienst oder der Feuerwehr



Dr. med. Marie Samland
 Fachärztin für Orthopädie und
 Unfallchirurgie
 Stellv. Landesvorsitzende BVOU und
 BDC|Berlin
 Leitung Öffentlichkeitsarbeit Junges
 Forum O und U
 BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin
 Klinik für Rückenmarkverletzte und
 Paraplegiologie
 marie.samland@ukb.de

Samland M: New Work trifft 24/7:
 Ideen für moderne Arbeitszeitmodelle.
 Passion Chirurgie. 2026 März; 16(03/I):
 Artikel 03_03.



www.bdc.de

eine permanente Anwesenheit organisiert werden. Ein Blick auf die Feuerwehr lässt jedoch so manchen ärztlichen Kollegen neidvoll erblassen. Ein 24-Stunden-Dienst bei der Feuerwehr beläuft sich auf acht Stunden Arbeitszeit, acht Stunden Bereitschaft und acht Stunden Ruhebereitschaft. Der Dienstplan sieht so zwei 24-Dienste wöchentlich vor, sodass die Mitarbeitenden der Feuerwehr die 48-Stunden im 3-Wochen-Durchschnitt nie überschreiten. In der Ärzteschaft sieht es dagegen anders aus. Mit Opt-Out-Verträgen lässt sich die Wochenarbeitszeit auf 56 Stunden durchschnittlich anheben. [4] Der MB-Monitor, die größte Befragung der deutschen Ärzteschaft des Marburger Bundes, ergab, dass die Wochenarbeitszeit (inklusive Dienste und Überstunden) bei 35 % der 9.649 befragte Ärztinnen und Ärzte zwischen 49–59 Stunden liegt, etwa 17 % arbeiten über 60 Stunden. Nicht verwunderlich ist damit der steigende Anteil an Teilzeit. Mittlerweile arbeiten 36 % der Ärztinnen und Ärzte in Teilzeit. Davon haben 65 % ihre Arbeitsverträge auf 29 bis 39 Stunden reduziert. Setzt sich der Trend fort, wird in naher Zukunft eine Teilzeitarbeit die Regel sein.

Jedoch – auch wer Teilzeit arbeitet, kommt im Durchschnitt immer noch auf 49 Stunden tatsächlicher Wochenarbeitszeit. Zwar regeln Tarifverträge die zulässige Anzahl an Diensten, vor einer Überlastung scheint dies aber nur unzureichend zu schützen. 49 % der Ärzteschaft ist häufig überlastet und 11 % gehen ständig über ihre Grenzen. Die nur **unzureichende personelle Besetzung** ist einer der Hauptgründe. [5] Es sei daran erinnert, dass Höchstarbeitszeiten gesetzlich nicht überschritten werden dürfen, es sich andernfalls um ein Organisationsverschulden der Verantwortlichen handelt und der Chef oder die Chefin bei Arbeitszeitverstößen mit ihrem Privatvermögen für die Strafzahlungen aufkommen müssen.

Alarmierend sollte es daher sein, wenn trotz gesetzlicher Regelungen deutlich mehr als die vier erlaubten Bereitschaftsdienste monatlich im Durchschnitt geleistet werden; exemplarisch sei hier auf die Umfrage

aus der Gefäßchirurgie verwiesen: 30 % der Befragten leisten mehr als sechs Dienste und sogar 5 % mehr als acht Dienste pro Monat durchschnittlich. Paradoxerweise senkt die hohe Dienstbelastung die Einteilung im OP-Saal erheblich. Da die Dienste mit einem hohen Anteil Bereitschaftsdienst einhergehen, sind die OP-Tage durch den Freizeitausgleich am Folgetag vermindert. Weiterzubildende in der Gefäßchirurgie kommen im Monat auf weniger als fünf eigene Operationen. [6]

EIN OFFENES OHR FÜR DIE MITARBEITERSCHAFT

Je bunter und vielseitiger das eigene Team (auch Diversität genannt), desto mehr Perspektiven kommen bei der Entscheidungsfindung zur Ausprägung. Es ist entscheidend, den Frauenanteil im eigenen Team und in Führungspositionen explizit zu fördern, denn gemischte Teams senken die Mortalität im OP-Saal [7]. Mitarbeiterbindung hat für die AG höchste Priorität. Der AG sollte das eigene Team gut kennen und wertschätzen. Besteht eine Kommunikationskultur, fühlt sich die Mitarbeiterschaft akzeptiert und so sicher, sodass auch Konflikte und Probleme angesprochen werden. Je mehr Barrieren abgebaut und gegenseitiges Verständnis für verschiedene Lebensabschnitte und -hintergründe geschaffen werden, desto mehr wächst das Team zusammen. Und zufriedene Mitarbeiter fühlen sich stärker an ihr Haus, an ihr gesamtes Team, gebunden und tragen dieses Gefühl der Zugehörigkeit nach innen und außen.

Arbeit und Freizeit gegeneinander auszubalancieren, wie es der Begriff Work-Life-Balance suggeriert, birgt das Risiko der Arbeit eher Negatives zuzuschreiben. Positives findet demnach nur in der Freizeit statt. Der Blick auf verschiedene Lebensbereiche (vgl. **Abb. 1**), hilft dabei, die Prioritäten und unterschiedlichen Hintergründe der einzelnen Personen im Team zu verstehen und verschiedene Sichtweisen zu fördern.

Es gilt eine möglichst große Schnittmenge aus den Wünschen der AN zu bilden – die



Abb. 1: Fragt man das eigene Team, wo auf diesem Kontinuum zwischen den Lebenszielen Selbstverwirklichung, Karriere und Privatleben aktuell die eigenen Prioritäten gesehen werden, kommen schnell ganz unterschiedlichen Standpunkte zu Tage und erhöhen das Verständnis für diverse Teams. (adaptiert nach [8]) Zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Leben setzen wir unsere Prioritäten unterschiedlich.

über regelmäßige Gespräche oder Umfragen erfasst werden – und Erwartungen des AG. Dass die Vorgesetzten proaktiv Lösungen und Umsetzungen von verschiedenen Arbeitszeitmodellen anbieten, kann dabei erwartet werden. Zusätzlich sollte ein langjähriges Teammitglied zum Familienbeauftragten ernannt werden und sämtliche Teilzeitmodelle dokumentieren, die am jeweiligen Standort umgesetzt wurden und werden, um der (zukünftigen) Kollegschaft beratend zur Seite zu stehen.

MACHBARKEIT UND LÖSUNGSANSÄTZE

Die genannten Wünsche der AN zur besseren Strukturierung ihres Tagesablaufs und Steigerung der Effizienz lassen sich durch den Einsatz verschiedener Konzepte erfüllen, die im Folgenden, adaptiert nach [9–13], zusammengefasst werden:

Homeoffice und mobiles Arbeiten: Dem starken Wunsch nach Homeoffice-Tagen nachzukommen, wäre für die AG ein gewinnbringender erster Schritt: Einerseits für die bessere Vereinbarkeit der AN, andererseits um Dokumentationsarbeit zügig abzuarbeiten [9, 10, 11]. Eine aktuelle Umfrage aus der Orthopädie und Unfallchirurgie legt jedoch offen, dass bei über 84 % noch keine Möglichkeiten zum Homeoffice geschaffen wurden [12]. Eine Stufe weiter wäre das mobile Arbeiten, das dem AN ein hochflexibles Arbeiten ermöglicht.

Gleitzeit: Unter Beachtung einer festen Kernarbeitszeit könnten Gleitzeitmodelle dabei helfen, Arbeitsbeginn und -ende flexibel zu gestalten. Die Autonomie des AN wird dabei deutlich erhöht.

Die Möglichkeiten des Arbeitszeitmodells **Invest** gilt als Burnout-Prophylaxe: Die Überstunden werden in einem Zeitkonto

aufgespart, um in regelmäßigen Abständen längere Abwesenheiten im Sinne eines Sabbaticals zu ermöglichen. Dieses Modell hält auch in der betrieblichen Gesundheitsförderung für Beschäftigte im Krankenhaus langsam Einzug.

Die Stundenreduktion kann in verschiedenen Varianten erfolgen. Im Teilzeitmodell **Classic** wird die Stundenanzahl der täglichen Arbeitszeit reduziert. Dieses Modell stößt im klinischen Alltag mit festen Übergabezeiten und einem festgelegten Beginn im OP-Saal schnell an seine Grenzen. Auch besteht die Gefahr, dass die gleiche Arbeit, bspw. auf Station, in weniger Zeit geschafft werden muss. Die Arbeitszeit kann jedoch auch auf unterschiedliche Tage verteilt werden, bezeichnet als **Classic Vario**. Mit einem freien Tag in der Woche sind die AN bereits deutlich erholt und produktiver. [14, 15] Interessant wird es, wenn sich zwei AN eine Vollzeitstelle eigenverantwortlich

teilen, dem sog. Teilzeitmodell **Team**. Anwendung findet dieses Modell bei geteilten Chefarztpositionen oder mancherorts auch bei Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung, die sich wochenweise abwechseln.

Schlüssel zur Mitarbeiterbindung und Grundvoraussetzung einer Beschäftigung von Eltern ist eine verlässliche, arbeitsplatznahe Kinderbetreuung mit umfassendem Betreuungsangebot. Auch die betriebsinterne Ausgestaltung einer Notfall-Kinderbetreuung, die bei kurzfristigen Ausfällen von z. B. Tagesmüttern einspringt, kann hilfreich sein. [13, 16]

Um Eltern nach der Geburt des Kindes einen Wiedereinstieg an ihren alten Arbeitsplatz zu ermöglichen, müssen die Wünsche und die zu erwartenden Kinderbetreuungszeiten mit den Möglichkeiten des jeweiligen Standortes abgeglichen werden. Meist wird von Müttern eine Rückkehr an den Arbeitsplatz zum zwölften Lebensmonat des Kindes angestrebt, da hiernach häufig die Väter zwei Partnermonate nehmen. Aufgrund nur eingeschränkter Krippenplätze und Öffnungszeiten muss dann oft ein verspäteter Arbeitsbeginn und vorgezogenes Arbeitsende realisiert werden.

MÖGLICHKEITEN VERSCHIEDENER ARBEITSZEITMODELLE

Viele Chancen werden in der Umsetzung neuer Konzepte gesehen. Die nachfolgend aufgezählten Modelle sind adaptiert nach [17–21]. Moderne Arbeitszeitmodelle und gelebte Vereinbarkeit beschränken sich nicht auf das Arbeiten in Teilzeit, sondern gelten auch für Vollzeitbeschäftigte. [13]

Klassische Schichtmodelle: In Bereichen mit notwendiger Patientenversorgung rund um die Uhr (OP, Notaufnahme, Intensivstation, IMC) bleiben Schichtsysteme die Regel. Wiederholte Schichtwechsel machen jedoch häufige Übergaben notwendig mit der Gefahr des Informationsverlusts. Auch besteht eine erhöhte gesundheitliche

Tab. 1: Übersicht verschiedener Teilzeitmodelle, zur Verfügung gestellt von Dr. Lisa Rosch – AN: Arbeitnehmer; AG: Arbeitgeber, publiziert in [21]

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

Belastung der AN durch regelmäßige Nachtdienste. [22]

☑ **Drei-Schicht-Modell:** Eine lückenlose Patientenversorgung ist mit einer jeweils 8-stündigen Früh-, Spät- und Nachtschicht gewährleistet. Wenn hier ein festes Team (bspw. in der Notaufnahme) für einen bestimmten Zeitraum fest eingeplant ist, dann lohnt sich das Teilzeitmodell **Team**, bei dem letztlich der AG nur vorgibt, wie viele AN in welchem Zeitraum anwesend sein müssen, die Arbeitszeiten werden dann durch die Beschäftigte selbst abgestimmt (vgl. **Tab. 2**).

☑ **Zwei-Schicht-Modell:** Beliebt zur Abdeckung von Nachtdiensten mit einer Präsenz von bspw. 19:00 – 07:45 Uhr oder für die Wochenend-Dienste. Achtung: Es ist ein Bereitschaftsdienst von 4 Stunden inkludiert, sodass dieses Modell für eine lückenlose Patientenversorgung **nicht** geeignet ist. Der Vorteil liegt planerisch darin, dass weniger Personal notwendig ist, um bspw. samstags und sonntags die 12-Stunden-Tag und -Nachtdienste abzudecken. [23]

Bereitschaftsdienst: geht oft mit überlangen Arbeitszeiten mit fester Anwesenheit in der Klinik einher, der sich häufig im

Anschluss an einen bereits abgeleisteten 8- oder 9-stündigen Stations- oder OP-Tag anschließt und ist ein entscheidender Faktor für die hohe Unzufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte. [24, 25]

Rufdienst: Hier befindet sich der AN zu Hause und muss telefonisch erreichbar sein.

Stationsdienst: ein AN ist für einen Bereich oder eine Station zuständig und betreut diese in der Woche zu festgelegten Arbeitszeiten (Einsatz z. B. im Alterstraumatologischen Zentrum)

Springerdienst: Flexibler Einsatz in verschiedenen Bereichen, Facharztstatus sinnvoll, Weiterbildung jedoch erschwert

Teilzeittätigkeit in Elternzeit: Die Möglichkeit auch während der Elternzeit eine geringe Teilzeittätigkeit wahrzunehmen, kann dabei helfen, fachlich am Ball zu bleiben, und das Team ist durch die Übernahme von zum Beispiel einem Visiten dienst am Wochenende oder der Besetzung einer Sprechstunde im Monat deutlich entlastet. Eine Win-Win-Situation für alle. [26]

Wochenendbereitschaft: Dienst speziell oder ausschließlich an Feiertagen oder Wochenenden mit zusätzlicher Vergütung.

- ☑ Wenn sich im Team nicht ausreichend Kolleginnen und Kollegen für die Besetzung von Wochenend- und/oder Nachtdiensten finden lassen, ist im Rahmen einer Mitarbeiterumfrage zu erwägen, das Bereitschaftssystem generell zu verlassen und auf eine konsequente Dreischicht-Besetzung zu wechseln. Wenn nachts eine volle Anwesenheit vergütet wird, steigt möglicherweise bei einigen die Bereitschaft für die Übernahme dieser Dienste.
- ☑ Finden sich jedoch auch dann keine Kolleginnen oder Kollegen für Nacht-, Spät- oder Wochenenddienste, könnten nur für diese Dienste eigene Stellen ausgeschrieben und besetzt werden, was immer noch kostengünstiger wäre, als über Agenturen Honorarärzte kurzfristig zu buchen. Es ist zu bedenken, dass die eigenen Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung durch einen deutlichen Wegfall der Dienstbelastung häufiger die Möglichkeit bekämen, im regulären Tagdienst zu festen OP-Tagen eingeteilt zu werden.
- ☑ Als eine weitere Idee sei das Modell erwähnt, bei dem diejenigen Kolleginnen und Kollegen, die nach der Facharztprüfung geplant das Haus verlassen und z. B. in die Praxis wechseln, über spezielle Arbeitsverträge weiter an das Haus gebunden und für einige Nachtdienste im Haus eingeplant werden. Der Vorteil von bereits eingearbeiteten Fachkräften liegt auf der Hand.

PRAKTISCHE TIPPS FÜR DIE DIENSTPLANGESTALTUNG

- ☑ Ausgedruckte Excel-Dienstpläne müssen der Vergangenheit anhören, nicht nur, dass hier schnell Konflikte mit der Datenschutzgrundverordnung entstehen, auch sind so unversehens unterschiedliche Versionen im Umlauf und die Übersichtlichkeit geht verloren. Die Dienstplanung

sollte durch die AN selbst im Sinne einer Mitarbeiterintegration digital erfolgen. So lassen sich individuelle Wünsche und Absprachen der AN bei der Diensterteilung berücksichtigen. Dienste untereinander zu tauschen, ist so schnell und unkompliziert möglich und erhöht die Mitarbeiterzufriedenheit enorm.

- ☑ Schwangerschaftsausfälle und freie Stellen aufgrund von Elternzeiten müssen konsequent nachbesetzt werden. Dies hat zur Entlastung des gesamten Teams höchste Priorität.
- ☑ Die unterschiedlichen Gründe, die zur Stundenreduktion geführt haben, gilt es zu berücksichtigen: Kinderbetreuung, Betreuung und Pflege von Angehörigen oder andere Herausforderungen. Auch sollte bspw. geklärt werden, ob eine oder zwei erwachsene Betreuungspersonen innerhalb der Partnerschaft verantwortlich sind für die Betreuung der Kinder.
- ☑ Eine ehrliche und wertschätzende Kommunikation von beiden Seiten ist Grundvoraussetzung.

GENERATION 50 PLUS

Jahrelange Bereitschafts- und Schichtdienste machen sich irgendwann bemerkbar. Es ist zu überlegen, die Kollegschaft jenseits der 50 Jahre generell aus den Bereitschafts- und Rufdiensten auszuplanen. Besteht die Notwendigkeit der Pflege von Angehörigen, müssen auch hier die Arbeitszeiten entsprechend angepasst werden und proaktive Lösungen ähnlich wie den AN mit kleinen Kindern angeboten werden.

ANGESTELLTE MIT KINDERN VOM 1.–3. LEBENSJAHR

Classic: Mit dem Ziel einen möglichst reibungslosen Wiedereinstieg anzubieten, können die AN, deren Kinder das vierte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ihre Arbeitszeiten und auch den Zeitpunkt ihres Arbeitsbeginns selbst festlegen. Dies bringt jedoch schnell sämtliche

personalplanerischen Kompensationsmöglichkeiten an ihre Grenzen. Bereitschaftsdienste brauchen nur am Wochenende abgeleistet werden, wenn die Kinderbetreuung in der Woche sonst nicht gewährleistet ist, unter der Annahme, dass sich am Wochenende eine Betreuung der Kinder einfacher organisieren lässt.

Classic Vario: Auch könnte eine Stundenreduktion mit einem festen freien Tag pro Woche als Modell vorgeschlagen werden, dies vereinfacht die dienstliche und private Planung.

Job Sharing: Zwei AN teilen sich eine Vollzeitstelle 50/50 und teilen ihre Arbeitstage untereinander auf. Für den AG vereinfacht dies die Dienstplanung, denn die meiste Kommunikation findet zwischen den Tandempartnern statt.

ANGESTELLTE MIT KINDERN 4.–11. LEBENSJAHR

Im gegenseitigen Einverständnis kann davon ausgegangen werden, dass die AN ihre Arbeitszeiten weiter ausdehnen können. Alleinerziehenden sollte allerdings auch während dieser Zeit weiterhin eine flexible Arbeitszeitgestaltung sowie das Ableisten von Bereitschaftsdiensten nur am Wochenende ermöglicht werden.

ANGESTELLTE MIT KINDERN AB DEM 11. LEBENSJAHR

Nun kann mit den AN, auch den Alleinerziehenden, besprochen und werden, morgens regulär mit der Arbeit zu beginnen und bis mind. 13 Uhr zu arbeiten.

Wie lässt sich dies mit den festen Übergabezeiten, den vorgegebenen Visiten-Zeiten auf Station, einer 24/7-Abdeckung in der Notaufnahme und einem reibungslosen OP-Ablauf in Einklang bringen?

FALLBEISPIEL PERSONALPLANUNG NOTAUFNAHME

Lassen Sie uns gemeinsam die fiktive Personalplanung in einer Notaufnahme vornehmen (vgl. **Tab. 2**). Der AG gibt die Dienststrukturen vor: Maximal vier Nachtdienste pro Person und mindestens zwei Wochenenden frei im Monat. Folgende Dienste sollen unter den zehn AN verteilt werden:

- Frühdienst (FD): 6:30 – 15:00 Uhr: mind. 2 AN täglich
- Spätdienst (SD): 14:00 – 22:30 Uhr: 1 AN
- Nachtdienst (ND): 22:00 – 6:30 Uhr: 1 AN
- Zwischendienst (ZD): 10:00 – 18:00 Uhr: mind. 2 AN täglich, am Wochenende variabel

Es gilt gesonderte Absprachen und Teilzeitmodelle zu berücksichtigen, da sich die AN in unterschiedlichen Lebenssituationen befinden und unterschiedlichste Dienstplanwünsche genannt haben.

- Joachim (51) macht keine Nachtdienste mehr, da er der Generation 50 plus angehört.
- Sabine (45) arbeitet **Classic Vario** 80 % (30 Stunden/Woche, donnerstags frei, sonst flexibel). Ihr Mann pendelt viel und hat viele Auslandseinsätze. Wann sie Nachtdienste übernehmen kann, gibt sie ihrem AG vor. Ihre zwei Kinder sind 6 und 11 Jahre alt. Sie kann an manchen Tagen erst später zur Arbeit kommen, daher wird ihr 1 Stunde von der regulären Schicht abgezogen und nach Möglichkeit die Schicht doppelt besetzt.
- Max (33) arbeitet im **Classic Vario** 70 % (die 2. Woche im Monat wird frei geplant, die restlichen Wochen sind sonst flexibel). Max ist vor kurzem nach der Elternzeit mit Zwillingen an seinen Arbeitsplatz zurückgekehrt und freut sich auf den beruflichen Wiedereinstieg. Max wünscht sich planbare freie Zeit, um unkompliziert Arzttermine o.ä. mit den Kindern zu erledigen und Zeit mit seiner Familie zu haben. So hat er keine weiteren Dienstplanwünsche mehr.

- Sarah (34) und Jasmin (31) werden gemeinsam als eine Vollzeit-Stelle verplant, sie arbeiten beide 60 % im **Jobsharing-Modell**. Sie sprechen sich untereinander ab, wie sie sich am Ende einteilen. Falls einer krank ist, springt der andere ein. Beide kennen sich noch aus Studienzeiten und sind gut befreundet. Ihre Partner sind auch Ärzte. Beide haben kleine Kinder < 4 Jahren. Das Modell ist zeitlich auf 6 Monate befristet. Sollten Stunden Ende des Monats fehlen, übernehmen Sarah und Jasmin verschiedene Sprechstunden.
- Jörg (48) arbeitet lieber FD als SD, so kann er morgens seine Kinder zur Kita wegbringen und ist zum Abendessen bei seiner Familie.
- Hakim (37) hat mittwochabends immer Fußballtraining und sich daher „Mittwochabend frei, wenn möglich“ gewünscht.
- Heike (49) nimmt freitags 8:30 Uhr am betrieblichen Yoga-Kurs teil und hat sich früh nach Möglichkeit frei gewünscht.
- Matthias (35) betreut nachmittags seinen pflegebedürftigen Vater nach einem Schlaganfall und hat sich daher vor allem FD gewünscht.
- Lea (34) arbeitet gern am Wochenende und auch freitags und freut sich über die Zuschläge.

In **Tabelle 2** ist die Dienstplangestaltung für einen Monat vorgenommen worden und die meisten Wünsche und Modelle konnten entsprechend umgesetzt werden. Opt-Out-Verträge liegen nur von Jörg und Lea unterschrieben vor.

Fazit: Verschiedene Teilzeitmodelle in bestehende Strukturen einzubetten, stellt eine hohe Herausforderung an die Dienstplanenden dar. Die Zufriedenheit der AN steigt jedoch, wenn ihre Wünsche berücksichtigt werden und sie an der Gestaltung des Dienstplanes teilhaben können. Das Gefühl der Ungerechtigkeit entsteht vor allem dann, wenn die AN wenig Einfluss auf ihre Dienstplangestaltung haben. [25]



BDC | Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.

Präsenz-Seminar

Wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith
PD Dr. Dr. Uwe Roblick

Klick!
Jetzt anmelden!

Basischirurgie

Hamburg, 07. – 09. Mai 2026



Tabelle 2: Es ist zeitintensiv, aber machbar, individuelle Teilzeitmodelle bei der Planung zu berücksichtigen wie in diesem fiktiven Beispiel mit 10 AN bei der Besetzung einer Notaufnahme. Wenn Dienstplanwünsche realisiert werden, fühlen sich die AN stärker wahrgenommener und haben mehr Freude an der Arbeit. FA – Freizeitausgleich. U – Urlaub. FD – Frühdienst, ZD – Zwischendienst, SD – Spätdienst, ND – Nachtdienst. Anmerkungen zu den Mitarbeitern im Text.

Woche 1	Joachim	Sabine	Max	Sarah	Jasmin	Jörg	Hakim	Heike	Matthias	Lea
Mo	FD	ZD – 1 h	SD	FD		ND		FA	U	ZD
Di	FD	ZD – 1 h		FD		ND	SD		U	ZD
Mi		SD	ZD	FD		ND		FD	U	ZD
Do	ZD	FREI		SD		ND	FD	FD		SD
Fr	ZD		ND				FD		FD	SD
Sa			ND	SD			FD		FD	
So	ZD		ND	SD			FD		FD	
Woche 2										
Mo	ZD	FD – 1h	FREI	FA			ND	SD	FA	FD
Di	SD	FD – 1h	FREI	ZD		FA	ND	U	FD	ZD
Mi	SD	ZD	FREI			FD	ND	U	FD	ZD
Do	SD	FREI	FREI	U		FD	ND	ZD	FD	
Fr	FA	FD	FREI	ND		SD		ZD		
Sa		FD		ND		SD		ZD	FD	
So		FD		ND		SD		ZD	FD	
Woche 3										
Mo	SD	FA	U	FA		FA	FD	ND	FD	ZD
Di		SD	U	FD		ZD	FD	ND		
Mi	FoBi	SD	FD	FD		ZD		ND	ZD	FoBi
Do		FREI	FD	ZD		ZD	SD	ND	FA	FD
Fr	FD	ND	FA	FA			SD		ZD	FD
Sa	FD	ND					SD			FD
So	FD	ND					SD			FD
Woche 4										
Mo	ZD	FA	FD	SD			ZD	FD	ND	U
Di	ZD	FD – 1h	FD	SD		FA	ZD	FA	ND	U
Mi	SD	ZD	FA	U		FD	FA	FoBi	ND	FD
Do	SD	FREI		ZD		FD	FD		ND	
Fr	FA		SD	ZD		FD	ZD	FD		ND
Sa			SD			FD		FD		ND
So			SD			FD		FD		ND
Ø Woche 1 – 4	40h	32h	28h	44h		40h	40h	40h	40h	40h
	100%	80%	70%	100% Jobsharing		100%	100%	100%	100%	100%

FLEXIBILISIERUNG MUSS MEHR WERDEN ALS EINE FLOSKEL AUS DER STELLENAUSSCHREIBUNG.

Diversität existiert immer. Es ist die Frage, wie offen AG sind, die Vorteile, die sich daraus ergeben, zu nutzen. Aktuelle Studien zeigen, wie prekäre Arbeitsbedingungen die physische und psychische Gesundheit der AN sowie deren familiäre Beziehungen belasten [25]. Um einen Ausgleich zu schaffen, bleibt den AN dann nur eine Reduktion auf Teilzeit. Viele Fachrichtungen haben sich bereits mit realisierbaren Teilzeitmodellen auseinandergesetzt und zeigen uns, wie es gehen kann. [19, 20] Für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung ist es de facto nicht attraktiv, auf Teilzeit zu reduzieren, da sich die Einteilung im OP-Saal schwieriger umsetzen lässt (obwohl Teilzeitbeschäftigte per Gesetz nicht benachteiligt werden dürfen), sich die Weiterbildungszeit verlängert und gesonderte Absprachen mit den Landesärztekammern vonnöten sind.

Wenn wir den Status quo akzeptierten, würden weiter potenzielle Nachwuchskräfte aus der Chirurgie abwandern. Viele Medizinstudierende, die den klinischen Alltag kennenlernen, sind schnell desillusioniert und verlieren ihr Interesse an einer chirurgischen Weiterbildung. [28] Es ist von entscheidender Bedeutung, die positiven Aspekte der Chirurgie zu betonen und die junge Generation wieder verstärkt in den OP-Saal zu integrieren [29] Eine Umfrage des BDC hat bereits 2019 gezeigt, dass die Leidenschaft für die Chirurgie maßgeblich aus der Freude am Operieren herrührt und letztlich auch dazu beiträgt, dass viele Frauen, auch während der Schwangerschaft, weiterhin in diesem Bereich arbeiten möchten. [30]

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

Das traditionelle 24/7-Modell ist nach wie vor der Standard in vielen Kliniken. Aber die Nachfrage nach flexibleren Arbeitsmodellen wächst, um auch ein Leben neben

dem Beruf und soziale Kontakte zu Familie und Freunden zu ermöglichen. Bei der Suche nach Lösungen sollten die eigenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu Wort kommen. Je offener die AG für die Vorteile ihrer diversen Teams sind, desto eher werden die AN selbst kreative Lösungsvorschläge anbieten. Auch die Führungskräfte sind gefragt, proaktiv Konzepte wie Jobsharing, Gleitzeit oder die Einführung einer 4-Tage-Woche mit dem eigenen Team zu besprechen. Es sei daran erinnert, dass das Vermeiden von überbordenden Arbeitszeiten und Überschreiten der wöchentlichen Höchstarbeitszeiten für viele AN eine Stundenreduktion gar nicht erst notwendig machen würde. Es gilt, die Vereinbarkeit der eigenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in jedweder Form maximal zu unterstützen, denn auch drei Fachkräfte in Teilzeit sind besser als gar keine.

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

Dein Verband

BDC Der größte Chirurגיעverband

Name, Vorname des/der Chirurg*in

Dein Name

Für

Chirurginnen und Chirurגיע 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€**



v.l.n.r.: Annika Uelwer, Johanna Miller, Vivien Weber, Wiebke Heitzmann, Tillman Krones, Robin Horray, Johanna Betzler, Dannik Haas

Young Surgeons Club @ BDC – Wieso, weshalb, warum?

Wiebke Heitzmann, Johanna Betzler, Carolina Vogel, Benedikt Braun

WARUM?

Das Thema Nachwuchsmangel in der Chirurgie ist älter als viele Mitglieder unseres neuen Young Surgeons Club (YSC). Es wird seit Jahren intensiv diskutiert und von verschiedensten Akteuren bearbeitet. Man darf und muss sich daher die Frage gefallen lassen: Warum ruft der BDC, der mit seinem Nachwuchsressort und etablierten Formaten wie „Nur Mut“, „Staatsexamen und Karriere“, der eAkademie und zahlreichen Webinaren bereits „gut aufgestellt“ ist, nun ein weiteres Forum ins Leben? Schaffen wir

damit nicht eine unnötige Parallelstruktur? Aus Sicht des BDC ist die Antwort eindeutig: Man kann gar nicht „zu viel“ für den Nachwuchs tun. Allein die Altersstruktur unseres Verbandes, die sich parallel zur demografischen Entwicklung in Deutschland bewegt, zeigt, dass wir dringend neue, junge Köpfe für unser Fach und unseren Berufsverband begeistern müssen.

Doch es geht nicht nur um Statistik, es geht um die Realität in den Kliniken. Trotz jahrelanger Bemühungen bestehen erhebliche Missstände, insbesondere bezüglich



Wiebke Heitzmann
Ärztin in Weiterbildung
Viszeralchirurgie, 3. Weiterbildungsjahr
Bundeswehrkrankenhaus in Ulm



Prof. Dr. med. Benedikt Braun, MBA
Stellv. Leiter der BDC|Akademie
BDC-Themen-Referat Nachwuchs
BDC-Themen-Referat Digitalisierung
und technische Innovationen
Beauftragter für die
Nachwuchsförderung
in der Gemeinschaften
Weiterbildungskommission Chirurgie
Klinik für Unfall- und
Wiederherstellungschirurgie
Eberhard Karls Universität Tübingen
BG Klinik Tübingen
bbraun@bgu-tuebingen.de

Heitzmann W, Betzler J, Vogel C,
Braun B: Young Surgeons Club @ BDC –
Wieso, weshalb, warum?
Passion Chirurgie. 2026 März; 16(03/I):
Artikel 03_04.



www.bdc.de

der Rahmenbedingungen, unter denen wir unser eigentlich schönes Fach ausüben, fort. Aktuelle Umfragen zeigen, dass die Burnout-Rate bei Ärzt:innen in Weiterbildung steigt und mehr als die Hälfte der Befragten im WHO-5 Well-Being-Index Werte im kritischen Bereich aufweisen. Gleichzeitig stehen wir durch die Krankenhausstrukturreform (KHVG/KHAG) vor einem tiefgreifenden Wandel, der die chirurgische Weiterbildung durch Ambulantisierung und neue Versorgungsmodelle deutlich verändern wird. Es besteht also weiterhin ein dringender Handlungsbedarf – sowohl seitens des Nachwuchses als auch gesamtgesellschaftlich. Und wer könnte sich authentischer und effektiver für den Nachwuchs einsetzen als der Nachwuchs selbst?

Wir haben das neue Format daher so konzipiert, dass es die Stimmen aller Ausbildungsstufen bündelt: von Studierenden über Kolleg:innen in Weiterbildung bis hin zu jungen Fachärzt:innen. Unser Ziel ist es, Themen in den Fokus zu rücken, die in bestehenden Gremien oft noch zu kurz kommen. Dazu gehören explizit auch Aspekte wie „Surgeon Well-being“ und Resilienz. Wir wollen keine Konkurrenz, sondern eine sinnvolle Ergänzung zu den bestehenden Programmen sein. Deshalb suchen wir bewusst den Schulterschluss mit den relevanten Akteuren in Deutschland: Wir arbeiten eng mit den Nachwuchsforen der großen Fachgesellschaften im Perspektivforum Junge Chirurgie, mit „Die Chirurginnen“ sowie mit dem fachübergreifenden „Bündnis Junger Ärzte“ zusammen. Unser Anspruch ist es, Synergien zu nutzen, das Angebot für den Nachwuchs qualitativ zu erweitern und uns als starker, integrativer Partner zu positionieren.

Im Folgenden möchten sich Ihnen die Mitglieder des Clubs vorstellen und Ihnen einen Einblick in unsere konkreten Handlungspläne geben. Gleichzeitig verbinden wir diesen Artikel mit einem Appell an Sie alle: Setzen Sie sich gemeinsam mit uns für die Zukunft der Chirurgie ein. Ob vor Ort in Ihrer Klinik oder direkt bei uns im Verband. Die BDC-Website bietet hierfür

bereits ein breites Portfolio an Hilfestellungen (z. B. den PJ-Leitfaden in Kooperation mit der bvmf (<https://www.bdc.de/chirurgin-werden/pj-leitfaden/>)) – nutzen Sie diese Ressourcen und treten Sie mit uns in Kontakt. Wir freuen uns auf den Austausch, Ihre Mitarbeit und neue Mitstreiter:innen!

WER WIR SIND

Um den Ansprüchen und Bedürfnissen der jungen Generation gerecht zu werden, haben wir ein Team zusammengestellt, das jeden Ausbildungsstand vertritt – von Studierenden bis zur jungen Fachärzt:in. Die studentische Perspektive bringen Vivien Weber und Robin Horray ein, die sich beide im 7. Semester befinden. Beide entdeckten ihre Faszination für das Fach Chirurgie bereits durch praktische Erfahrungen als studentische Hilfskräfte im OP. Im YSC setzen sie sich nun dafür ein, die Interessen der Studierenden zu vertreten und die Sichtbarkeit des BDC an den Universitäten zu verbessern. Die Gruppe der Ärzt:innen in Weiterbildung bildet den Kern unseres Teams und deckt verschiedene chirurgische Disziplinen und Karriereziele ab. Für die Weiterentwicklung strukturierter Ausbildungskonzepte macht sich Annika Uelwer (Viszeralchirurgie, 3. Weiterbildungsjahr) stark, die parallel zur Klinik an der Fertigstellung ihrer Dissertation arbeitet. Ergänzt wird diese Gruppe durch Wiebke Heitzmann (Viszeralchirurgie, 3. Weiterbildungsjahr), die als Sanitätsoffizier der Bundeswehr besondere Expertise in der Vereinbarkeit verschiedener beruflicher Interessen mitbringt und sich der aktiven Nachwuchsgewinnung widmet. Dr. Dannik Haas (O&U, 3. Weiterbildungsjahr) nutzt seine Begeisterung für wissenschaftliches Arbeiten, um schwerpunktmäßig eine geplante Web-App zur Statusbestimmung des Weiterbildungsfortschritts voranzutreiben. Das Thema „Well-Being und Resilienz“ wird federführend von Dr. Tillman Krones (Viszeralchirurgie, 2. Weiterbildungsjahr) betreut, der neben seiner klinischen Tätigkeit eine akademische Laufbahn mit dem Ziel der Habilitation anstrebt. Die Erfahrung der fortgeschrittenen Weiterbildung und der Facharztebene

wird durch Dr. Johanna Betzler (Viszeralchirurgie, 6. Weiterbildungsjahr), Dr. Carolina Vogel (Unfallchirurgie, 4. Weiterbildungsjahr) und Dr. Johanna Miller (Fachärztin, Viszeralchirurgie) repräsentiert. Dr. Betzler steht kurz vor dem Facharzt und strebt eine Habilitation sowie langfristig eine leitende Position an. Als Mutter von zwei Kindern bringt sie ihre persönlichen Erfahrungen ein, um Projekte zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu koordinieren. Frau Dr. Vogel ist ebenfalls wissenschaftlich tätig und sowohl bei „Die Chirurgen“ als auch im Jungen Forum der DGOU aktiv. Diese Schnittstellenrolle ermöglicht eine gute Verzahnung der Arbeit des YSC mit weiteren Nachwuchsstrukturen. Dr. Johanna Miller (Viszeralchirurgie) ist bereits Fachärztin und seit langem in der Nachwuchsförderung des BDC aktiv, wo sie unter anderem erfolgreich M3-Trainings für Studierende organisiert. Diese Arbeit findet gemeinsam mit dem Nachwuchsressort des BDC statt und sucht ganz bewusst den Schulterchluss in der gemeinsamen Arbeit mit den Nachwuchsvertretungen der Fachgesellschaften und Verbände.

WAS WIR WOLLEN

Aus unserer gemeinsamen Motivation und unserem Selbstverständnis leitet sich ab, wofür wir stehen und wofür wir uns einsetzen.

1. EXZELLENTHE CHIRURGISCHE WEITERBILDUNG

Vor dem Hintergrund aktueller Struktur-reformen im deutschen Gesundheitssystem – insbesondere zunehmender Spezialisierung und Ambulantisierung – setzen wir uns für eine verbindliche chirurgische Weiterbildung auf höchstem Niveau ein. Strukturelle Veränderungen dürfen sich nicht zulasten der Weiterbildungsqualität auswirken. Vielmehr müssen an allen Weiterbildungsstandorten eine strukturierte operative wie auch theoretische Ausbildung gewährleistet sein. Langfristig ist es unser Ziel, dass chirurgische Weiterbildung nicht als „Belastung“, sondern als Qualitätsmerkmal eines

Standortes oder Weiterbildungsprogramms wahrgenommen wird. Denn die Förderung und Qualifizierung angehender Chirurg:innen bedeutet die nachhaltige Sicherung der Zukunft unseres Faches.

2. FAIRE RAHMENBEDINGUNGEN IN DER CHIRURGIE

Trotz bestehender gesetzlicher Regelungen, insbesondere des Arbeitszeitgesetzes, zeigen aktuelle Erhebungen – unter anderem die Befragungen des BDC und des Marburger Bundes aus den Jahren 2024/25 – dass die Umsetzung fairer Arbeitszeitmodelle im chirurgischen Alltag häufig unzureichend bleibt. Diese Herausforderungen sind aus unterschiedlichen Perspektiven bekannt. Wir setzen uns daher für transparente und faire Rahmenbedingungen bei den Arbeitgebern ein: Ärzt:innen in Teilzeit dürfen keine Nachteile in ihrer Weiterbildung erfahren, und eine über das reguläre Maß hinausgehende Arbeitsleistung muss angemessen vergütet werden.

3. LEBENSWERTE CHIRURGIE

Faire und flexible Rahmenbedingungen, die sich an die individuellen Lebenssituationen von Chirurg:innen anpassen, wirken sich positiv auf die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, die psychische Gesundheit sowie die langfristige Berufszufriedenheit aus. Wir setzen uns daher für eine lebenswerte Chirurgie ein, die fachliche Exzellenz mit nachhaltigen Arbeitsbedingungen verbindet.

WAS WIR MACHEN

Im Rahmen eines eintägigen Kick-Off Meetings im November 2025 konnten innerhalb weniger Stunden bereits viele Themenbereiche, wie beispielsweise Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Qualität der Weiterbildung, (fehlende) Feedback-Kultur, Attraktivität der Chirurgie, psychische Gesundheit von Chirurg:innen erarbeitet werden, die chirurgisch interessierten Studierenden, chirurgischen Weiterbildungsassistent:innen sowie jungen Fachärzt:innen am Herzen liegen. Aus den



Dr. med. Johanna Betzler
Ärztin in Weiterbildung
Viszeralchirurgie, 6. Weiterbildungsjahr



Dr. med. Carolina Vogel
Ärztin in Weiterbildung
Unfallchirurgie, 4. Weiterbildungsjahr
BG Klinik Tübingen

angeregten Diskussionen dieses Tages entstanden die ersten drei Projekte des YSC.

1. ORIENTIERUNG UND FEEDBACK IN DER WEITERBILDUNG

Ein wiederkehrendes Thema unter Weiterbildungsassistent:innen ist der Wunsch nach besserer Transparenz hinsichtlich des eigenen Ausbildungsstands. Während operative Logbücher und Weiterbildungsordnungen formal existieren, fehlt häufig ein niedrigschwelliges, kontinuierlich nutzbares Instrument zur Selbsteinschätzung und externen Rückmeldung. Der YSC plant daher die Entwicklung einer Web-App, die eine strukturierte Statusbestimmung über alle Weiterbildungsjahre hinweg ermöglicht. Ziel ist es, operative und nicht-operative Skills, typische klinische Situationen sowie zentrale Eingriffe in einem standardisierten Format zu erfassen. Grundlage hierfür ist eine sorgfältige Definition der relevanten Kompetenzen – idealerweise unter Berücksichtigung bestehender Teilschritte-Konzepte. Anschließend sollen geeignete Feedback-Metriken entwickelt werden, um individuelle Fortschritte nachvollziehbar abzubilden. Die App soll nicht nur der Orientierung dienen, sondern auch die Vergleichbarkeit zwischen verschiedenen Ausbildungsstätten erhöhen und so einen Beitrag zur Qualitätssicherung leisten.

2. BEGEISTERUNG FÜR DIE CHIRURGIE FRÜHZEITIG FÖRDERN

Chirurgische Fächer genießen früh im Medizinstudium traditionell eine hohe Faszination: Die unmittelbare Wirksamkeit operativer Eingriffe, die technische

Komponente sowie das starke Teamgefühl im OP werden häufig als motivierende Faktoren genannt. Gleichzeitig zeigen zahlreiche hochschulinterne Befragungen und nationale Absolventenstudien, dass dieses anfängliche Interesse im Verlauf der klinischen Studienjahre abnimmt. Gründe hierfür sind u. a. die Wahrnehmung hoher Arbeitsbelastung, Unsicherheiten hinsichtlich der Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie ein unzureichender Einblick in moderne Weiterbildungsstrukturen. Viele Studierende erleben Chirurgie vor allem über kurze, wenig strukturierte Pflichtpraktika – und weniger über authentische Einblicke in die Vielfalt des Faches oder die tatsächlichen Entwicklungsmöglichkeiten.

Vor diesem Hintergrund verfolgt der YSC das Ziel, die Attraktivität der chirurgischen Weiterbildung gezielt sichtbar zu machen und den Kontakt zu Studierenden nachhaltig zu stärken. Ein modular aufgebautes Slide-Deck, das künftig bundesweit am Ende chirurgischer Hauptvorlesungen eingesetzt werden kann, soll über das breite Portfolio des BDC informieren und niederschwellige Zugänge – etwa über die „Nur Mut“-Kampagne oder die Chirurgische Woche – bieten. Darüber hinaus sollen professionelle, aber auch nahbare Videoformate entstehen, in denen Chirurg:innen und ihre Lebenswege vorgestellt werden. Die ersten Videos (mit dem Fokus auf den Themenbereich „Familie und Beruf“) sollen im Rahmen des DCK 2026 produziert werden. Ergänzend ist ein interaktives „Ask me anything“-Webinar geplant, das Studierenden und Weiterbildungsinteressierten authentische Einblicke in Karrierewege, Herausforderungen

und Chancen der chirurgischen Weiterbildung ermöglicht.

3. RESILIENZ UND WELL-BEING IN DER CHIRURGISCHEN WEITERBILDUNG

Die Arbeit in chirurgischen Fächern ist geprägt von hoher Verantwortung, körperlicher Belastung und komplexen emotionalen Anforderungen. Neben langen Arbeitszeiten und dem Druck, rasch operative Kompetenzen aufzubauen, erleben viele junge Chirurg:innen eine deutliche Diskrepanz zwischen persönlichem Anspruch, Versorgungsrealität und eigenem Wohlbefinden. Vor diesem Hintergrund hat der Young Surgeons Club Resilienz als eines seiner Kernprojekte definiert. Ziel ist es, junge Kolleg:innen frühzeitig für gesundheitsfördernde Strategien zu sensibilisieren und das Thema dauerhaft im chirurgischen Weiterbildungsdiskurs zu verankern. Als erster, sichtbarer Schritt entsteht ein Auftaktartikel für die Nachwuchsausgabe der Passion Chirurgie, der zentrale Ergebnisse der Weiterbildungsumfrage des BDC aufbereitet und diese um wissenschaftliche Erkenntnisse zu Belastungsfaktoren und Schutzmechanismen ergänzt. Der Artikel soll nicht nur Missstände benennen, sondern positive Beispiele und lösungsorientierte Ansätze hervorheben – etwa gelungene Teamkulturen, realistische Erwartungsmanagement-Modelle oder „Best-Practice“-Beispiele der Selbstfürsorge. Ergänzend soll ein Format für die Passion Chirurgie entwickelt werden, das im Rahmen eines monatlich erscheinenden, einseitigen Artikels positive Vorbilder, persönliche Bewältigungsstrategien und Resilienz fördernde Maßnahmen präsentiert.





Das Perspektivforum Junge Chirurgie

STIMME DES CHIRURGISCHEN NACHWUCHSES IN ZEITEN DES UMBRUCHS

Sebastian Schaaf, Frederik Schlottmann

Die chirurgische Weiterbildung in Deutschland steht vor einem tiefgreifenden Wandel. Krankenhausstrukturreform, Ambulantisierung, Zentralisierung und zunehmender Fachkräftemangel verändern die Rahmenbedingungen der chirurgischen Versorgung und stellen insbesondere den Nachwuchs vor große Herausforderungen. Vor

diesem Hintergrund nimmt das Perspektivforum Junge Chirurgie (PFJC) der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) eine zentrale Rolle ein: als fachgesellschaftsübergreifende Interessenvertretung junger Chirurginnen und Chirurgen und als konstruktiver Impulsgeber für eine zukunftsfähige Weiterbildung.



Dr. med. Sebastian Schaaf

Sprecher Perspektivforum Junge Chirurgie der DGCH
Bundeswehrzentral Krankenhaus
Koblenz
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie
PFJC@dgch.de



Dr. med. Frederik Schlottmann

Stv. Sprecher Perspektivforum Junge Chirurgie der DGCH
Sprecher des Jungen Forums der DGPRÄC
Klinik für Plastische, Ästhetische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie
Medizinische Hochschule Hannover

Schaaf S, Schlottmann F:
Das Perspektivforum Junge Chirurgie.
Passion Chirurgie. 2026 März; 16(03/I):
Artikel 03_05.



www.bdc.de

DAS PERSPEKTIVFORUM JUNGE CHIRURGIE: STRUKTUR UND SELBSTVERSTÄNDNIS

Das Perspektivforum Junge Chirurgie ist das gemeinsame Nachwuchsorgan der DGCH und bündelt die Perspektiven der Jungen Foren der chirurgischen Fachgesellschaften. Es versteht sich als Plattform für Austausch, Vernetzung und Positionsbildung über Fachgrenzen hinweg. Ziel ist es, die Anliegen von Medizinstudierenden, Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung sowie jungen Fachärztinnen und Fachärzten sichtbar zu machen und aktiv in gesundheitspolitische und fachgesellschaftliche Diskurse einzubringen.

Das PFJC arbeitet als Teil des Vorstands eng mit dem Präsidium der DGCH, den Fachgesellschaften, Berufsverbänden sowie weiteren Akteuren der ärztlichen Selbstverwaltung zusammen und bringt die Sicht des Nachwuchses systematisch in Entscheidungsprozesse ein.

SCHWERPUNKT: ENGAGEMENT FÜR DIE CHIRURGISCHE WEITERBILDUNG

Der zentrale inhaltliche Schwerpunkt des Perspektivforums liegt auf der chirurgischen Weiterbildung. In den vergangenen Jahren hat das PFJC maßgeblich an der Erarbeitung von drei grundlegenden Positionspapieren mitgewirkt, die die aktuellen Herausforderungen analysieren und konkrete Lösungsansätze formulieren.

HERAUSFORDERUNGEN UND CHANCEN DER CHIRURGISCHEN WEITERBILDUNG IM KONTEXT DER KRANKENHAUS-STRUKTUREREFORM

Das erste **Positionspapier** (via Springer/DIE CHIRURGIE) beleuchtet die Auswirkungen der Krankenhausstrukturreform auf die chirurgische Weiterbildung und wurde fachgesellschaftsübergreifend unter Beteiligung des PFJC erarbeitet. Ausgangspunkt

ist die Sorge vor einem Qualitätsverlust der Weiterbildung durch Ambulantisierung, Zentralisierung und fehlende strukturelle sowie finanzielle Absicherung.

Zentrale Forderungen sind:

- eine unabhängige und transparente Finanzierung der Weiterbildung,
- die konsequente Mitberücksichtigung der Weiterbildung bei allen Reformvorhaben,
- bundesweit strukturierte, kompetenzbasierte Weiterbildungskonzepte,
- verbesserte soziale Rahmenbedingungen (Vereinbarkeit von Familie und Beruf, flexible Arbeitszeitmodelle) sowie
- die frühzeitige Einbindung der Fachgesellschaften in Reformprozesse.

Gleichzeitig betont das Papier die Chance, den Strukturwandel als Ausgangspunkt für eine nachhaltige Neugestaltung der chirurgischen Weiterbildung zu nutzen.

DER CHIRURGISCHE WEITERBILDUNGSVERBUND DER ZUKUNFT

Mit dem zweiten Positionspapier rückt das PFJC die Verbundweiterbildung in den Mittelpunkt. Hintergrund ist die zunehmende Verlagerung weiterbildungsrelevanter Eingriffe in den ambulanten Sektor sowie die abnehmende Zahl von Kliniken mit vollständiger Weiterbildungsermächtigung.

Das Positionspapier formuliert klare Anforderungen an qualitativ hochwertige Weiterbildungsverbünde:

- verbindliche rechtliche Rahmenbedingungen für sektoren- und arbeitgeberübergreifende Arbeitsverträge,
- transparente, standortübergreifende Curricula,
- eine verlässliche und auskömmliche Finanzierung,
- kontinuierliches Monitoring und Evaluation,
- sowie eine zertifizierte didaktische Qualifikation der Weiterbildenden.

Ziel ist eine strukturierte, planbare und qualitativ hochwertige Weiterbildung über alle Versorgungssektoren hinweg, die sowohl den Bedürfnissen der Weiterzubildenden als auch den Anforderungen der Versorgungsrealität gerecht wird.

QUALITÄTSINDIKATOREN FÜR DIE CHIRURGISCHE WEITERBILDUNG

Das dritte Positionspapier widmet sich der bislang kaum systematisch erfassten Qualität der chirurgischen Weiterbildung. (via Springer/DIE CHIRURGIE) Vor dem Hintergrund gesetzlicher Vorgaben (§ 17b KHG) hat das PFJC ein praxisnahes, indikatorbasiertes Bewertungssystem mitentwickelt.

Vorgeschlagen wird ein dreistufiges Set aus:

- Strukturindikatoren (z. B. vorhandenes Curriculum, Betreuungsverhältnis, Teilnahme an Verbundweiterbildungen, didaktische Qualifikation),
- Prozessindikatoren (z. B. strukturierte Weiterbildungsgespräche, operative Supervision, Fortbildungsaktivität),
- Ergebnisindikatoren (z. B. Dauer der Weiterbildung, Bestehensquote der Facharztprüfung, Zufriedenheit der Weiterzubildenden).

Digitale Instrumente, wie das e-Logbuch und ein zu schaffendes Weiterbildungsregister, werden als Schlüssel für eine transparente, vergleich- und steuerbare Weiterbildung hervorgehoben. Langfristig sollen diese Indikatoren auch Grundlage einer qualitätsorientierten Finanzierung sein.

MITGESTALTUNG DES DEUTSCHEN CHIRURGENKONGRESSES (DCK)

Neben der inhaltlichen Arbeit engagiert sich das Perspektivforum aktiv in der Gestaltung des Deutschen Chirurgenkongresses (DCK). Das PFJC organisiert und moderiert eigene Sitzungen, bringt Nachwuchsthemen in das Hauptprogramm ein und fördert neue Formate, wie Karriere-, Mentoring- und Diskussionsveranstaltungen.

Ein aktuelles Beispiel ist die vom PFJC initiierte Kongressumfrage, die Erwartungen, Teilnahmebarrieren und Wünsche junger Chirurginnen und Chirurgen systematisch erfasst. Die Ergebnisse sollen direkt in die Weiterentwicklung des DCK einfließen und dessen Attraktivität für den Nachwuchs weiter steigern.

WEITERE AKTIVITÄTEN UND AUSBLICK

Darüber hinaus engagiert sich das Perspektivforum in:

- der Weiterentwicklung der DGCH-Webpräsenz mit Fokus auf Nachwuchsansprache,
- der Vernetzung mit Politik, Kammern und Institutionen,
- der Unterstützung von Pilotprojekten zur Weiterbildung,
- sowie der Öffentlichkeitsarbeit, unter anderem über Podcasts und soziale Medien.

Das Perspektivforum Junge Chirurgie versteht sich dabei nicht nur als kritische

Stimme, sondern als konstruktiver Partner, der tragfähige Lösungen entwickelt. In einer Zeit tiefgreifender Veränderungen leistet es einen wesentlichen Beitrag dazu, die chirurgische Weiterbildung zukunfts-fähig zu gestalten und den Nachwuchs für die Chirurgie zu begeistern.

NACHWUCHS GEWINNEN – ZUKUNFT GESTALTEN

Die Sicherung einer hochwertigen chirurgischen Versorgung beginnt mit der Gewinnung und Förderung des Nachwuchses. Das Perspektivforum Junge Chirurgie versteht Nachwuchswerbung daher nicht als Randaufgabe, sondern als zentrale Zukunftsaufgabe der gesamten chirurgischen Gemeinschaft. Alle Chirurginnen und Chirurgen – unabhängig von Fach, Karrierephase oder Arbeitsumfeld – sind eingeladen, sich aktiv einzubringen: durch Mitwirkung in den Jungen Foren, durch engagierte Weiterbildung, durch offene Gesprächskultur und durch Vorbildfunktion im klinischen Alltag. Nur gemeinsam gelingt es, junge Menschen für die Chirurgie zu begeistern, Perspektiven aufzuzeigen und attraktive, realistische Karrierewege zu gestalten.

Das Perspektivforum bietet hierfür eine offene Plattform – machen Sie mit, bringen Sie Ihre Erfahrungen ein und gestalten Sie die Zukunft der Chirurgie aktiv mit.

Kontakt: pfjc@dgch.de





Präsenz-Seminar

Facharztseminar

Orthopädie/Unfallchirurgie

Hamburg, 20. – 24. April 2026



Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.

Wissenschaftliche Leitung:
 Prof. Dr. med. Lars Gerhard Großterlinden,
 Prof. Dr. med. Frank Timo Beil



Frühjahrs-Fortbildungen für den chirurgischen Nachwuchs

Hier geht's zu den Fortbildungen der BDC|Akademie.



SAGEN SIE ES WEITER: NOCH PLÄTZE FREI!

Zwei Fortbildungen, die Sie dem Nachwuchs ans Herz legen sollten, denn die Facharztseminare der BDC|Akademie sind so 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, sind:

- vom 20. bis 24. April das „**Facharztseminar Orthopädie/Unfallchirurgie**“ in Hamburg (www.bit.ly/FA-OU-04-26) und
- vom 04. bis 05. Mai das „**Facharztseminar Allgemein- und Viszeralchirurgie**“, online (www.bit.ly/FA-AV-05-26).

Die beiden folgenden Angebote aus dem BDC-Programm Basischirurgie vermitteln 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. Im Mai finden statt:

- das Seminar „**Basischirurgie**“ in Hamburg vom 07. bis 09. Mai: (www.bit.ly/Basis-05-26) und
- der „**Praktische Workshop: Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie**“ in Hamburg vom 07. bis 09. Mai (www.bit.ly/WS-AG-05-26)

Webinar-Reihe „Fraktur im Fokus“.
Passion Chirurgie, 2026 Januar/Februar;
16(01/02): Artikel 04_01.



www.bdc.de



RECHT &
VERSICHERUNG

Versicherungs- angebote des BDC



Diese Leistungen sind in Ihrem BDC-Mitgliedsbeitrag enthalten:

- ✓ Berufs-Rechtsschutz
- ✓ Praxisvertreter-Haftpflicht

Weitere Versicherungsangebote für BDC-Mitglieder über Rahmenverträge

Exklusiv und marktführend

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

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

**HABEN SIE FRAGEN ODER WÜNSCHEN SIE EIN KONKRETES ANGEBOT? BITTE SPRECHEN SIE UNS AN:
BDC-VERSICHERUNGSSERVICE**

ECCLESIA MED GMBH

Klingenbergstr. 1-4, 32758 Detmold

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

E-Mail: bdc-versicherungsservice@ecclesia.de

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

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

Dieter Wieting

Hygienefachkraft
HygSo GmbH & Co. KG

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

Krankenhausthygiene/Umweltschutz
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

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

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

Dr. rer. nat. Wolfgang Kohnen

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

Wieting D, Groth M, Hübner NO, Jatzwauk L, Kohnen W:
Hygiene-Tipp: Müssen stillgelegte AEMP-Geräte wegen
Stagnationswasser gespült werden? *'Passion Chirurgie*.
2026 März; 16(03/I): Artikel 04_003.



www.bdc.de

HYGIENE TIPP

Müssen stillgelegte AEMP-Geräte wegen Stagnationswasser gespült werden?

Dieter Wieting, Martin Groth, Nils Hübner,
Lutz Jatzwauk, Wolfgang Kohnen

FRAGE:

Eine ambulant operierende Einrichtung hat ihr Spektrum reduziert und macht momentan nur noch Eingriffe mit geringem SSI-Risiko und nutzt hierfür Einweginstrumentarium. Sie möchten die AEMP für spätere Zwecke bestehen lassen. Laut dem Hersteller der Osmoseanlage reicht es, wenn diese einmal wöchentlich gespült wird. In der AEMP befinden sich RDG, Sterilisationsgerät, Ultraschallbecken, Waschbecken etc. Laut dem Anwender werden die Geräte weiterhin im normalen Rhythmus gewartet/überprüft. Nun die Frage: Müssen die wasserführenden Systeme regelmäßig (sprich spätestens alle 72 h) wie bei der Legionellenprophylaxe gespült/benutzt werden?

ANTWORT:

Grundsätzlich sollte die Osmoseanlage, weil diese ein Medizinprodukt gemäß DIN EN 1717 ist, vom Trinkwassersystem getrennt sein bzw. ein Rückfluss aus dem Gerät in das Leitungsnetz verhindert werden. Dann wäre man bzgl. des Spülens auf der sicheren Seite und würde gemäß Herstellerangaben handeln. Was ist aber mit dem Bereich der Leitung vor dem Abtrenner bis zur Hauptleitung? Ohne Entnahme gibt es hier eine Stagnation und gemäß VDI 6023 sollte eine Stagnation > 3 Tage vermieden werden.

Daher ist zu empfehlen, alle drei Tage zu spülen oder eine regelmäßige Entnahme bzw. den Betrieb sicherzustellen. Gleiches gilt für die genannten Geräte, diese sollten auch regelmäßig betrieben/gespült werden, auch um hier einer Stagnation, Austrocknung von potenziellen Dichtungen sowie einer Vermehrung von Erregern vorzubeugen.

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



Ambulantes Operieren im Krankenhaus ist möglich!

BEDINGUNGEN UND HERAUSFORDERUNGEN BEI DER EINRICHTUNG EINES OP-ZENTRUMS IM KRANKENHAUS

Ralf Schmitz

Im Zuge der fortschreitenden Ambulantisierung stehen die Krankenhäuser vor der Aufgabe, angeschlossene OP-Zentren zu errichten, wenn nicht bereits geschehen. Dies bringt umfängliche Herausforderungen sowohl für Klinikbetreiber als auch für künftig ambulant arbeitende Chirurginnen und Chirurgen mit sich.

In der neuen Reihe „Ambulantes Operieren im Krankenhaus ist möglich!“ wird Vorstandsmitglied Dr. Ralf Schmitz auf alle Aspekte der Ambulantisierung an Krankenhäusern eingehen und wertvolle Tipps für die Umsetzung geben.

Schmitz ist seit Januar 2000 als Vertragsarzt in Kiel niedergelassen und hat 2006 das MVZ Chirurgie mitgegründet. Mit der Unfallchirurgischen Klinik des UKSH Campus Kiel steht er in enger Kooperation.

FOLGE 1: WORUM GEHT'S?

POLITISCHE UND REGULATIVE ENTWICKLUNG DER AMBULANTISIERUNG

Seit Jahrzehnten belegt Deutschland unter den hochentwickelten OECD-Staaten beim ambulanten Operieren einen der letzten Plätze. Dies ist umso weniger nachvollziehbar, als reichlich Evidenz vorliegt bezüglich Sicherheit, Komplikationsarmut und Patientenzufriedenheit bei einer so genannten Outpatient Surgery. Andere Länder um uns herum haben in der Vergangenheit gezeigt, wie man das ambulante Operieren mittels

Incentivierung unterstützen und ausbauen kann. Bei uns aber wirkte die strikte Trennung der Sektoren offenbar als Bremsklotz. Dies identifizierte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen im Jahr 2018 und empfahl eine Förderung des ambulanten Operierens und die Implementierung einer speziellen sektorengleichen Vergütung. Daraus folgend wurde von der damaligen Bundesregierung im MDK-Gesetz aus 2020 festgelegt, dass eine Förderung und damit Besserstellung der Vergütung beim ambulanten Operieren zu erfolgen hat.

Konkret begann die Ambulantisierung mit Wirkung zum 01. Januar 2023 mit Zuschlägen für bestimmte ambulante operative Eingriffe und zur Sicherstellung der hygienischen Voraussetzungen in den ambulanten OP-Zentren. Auch der Paragraph 115b wurde weiterentwickelt mit der Aufnahme zusätzlicher Prozeduren und Zuschläge. Seit dem 01. April 2023 gilt dieser neue AOP-Vertrag. Die Brisanz liegt dabei in der Einführung sogenannter Kontextfaktoren zur Begründung einer stationär erforderlichen Behandlung. In der Vergangenheit hatten sich Krankenhausgesellschaft und die Krankenkassen auf die sogenannten G-AEP Kriterien verständigt, die eine stationäre Leistungserbringung trotz Listung des Eingriffes im AOP-Vertrag begründen konnten. Diese wurden nun ersatzlos gestrichen und durch insgesamt nur drei Kontextfaktoren ersetzt. Eine stationäre Versorgung ist für Eingriffe der Anlage 1 des AOP-Vertrages nur



Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Regionalvertreter Landesverband
BDC|Schleswig-Holstein
Leiter des Themen-Referates
„Niedergelassene“ im BDC
Mitglied des Themenreferats
Krankenhausstrukturen,
sektorenübergreifende Versorgung und
Nachhaltigkeit
Mitglied des erweiterten BDC-
Vorstand
MVZ Chirurgie Kiel
schmitz@bdc.de

dann möglich, wenn der Patient ein Säugling ist, einen Pflegegrad von 4 oder 5 hat oder beatmet wird. Dies hat verständlicherweise zu Unmut geführt, da dies bei zahlreichen Eingriffen für nicht vereinbar mit der Patientensicherheit oder anderen medicolegalen Aspekten gehalten wird.

Am 18. Dezember 2023 veröffentlichte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die zum 01. Januar 2024 in Kraft getretene Hybrid-DRG-Verordnung. Grundlage für diese Verordnung war der im Krankenhauspflegeentlastungsgesetz neu geschaffene § 115f SGB V. Erklärtes Ziel war und ist es, die Ambulantisierung bislang stationär erbrachter Leistungen weiter zu forcieren. Dadurch sollen Kosten eingespart werden bei gleichzeitiger Verbesserung der Versorgung und Schonung der zunehmend knapper werdenden stationären Ressourcen. Im Jahr 2030 sollen damit etwa zwei Millionen Operationen und interventionelle Eingriffe pro Jahr im Vergleich zu 2023 ambulantisiert worden sein.

Der Start erfolgte 2024 mit zwölf Hybrid-DRGs generiert aus fünf verschiedenen Leistungsgruppen. 2025 traten dann weitere zehn H-DRGs hinzu und für das laufende Jahr wurden insgesamt 69 H-DRGs aus einer Vielzahl weiterer Leistungsgruppen kalkuliert, entsprechend einer gesamten Eingriffszahl von aktuell etwa 900.000 pro Jahr.

Die Leistungsauswahl und die Kalkulation der Vergütungshöhen wurden dem InEK übertragen. Die Auswahl erfolgte anhand einfacher Kriterien wie kurze Verweildauer bis maximal zwei Tage, niedriger patientenbezogenen Gesamtschweregrad (PCCL) und hohes stationäres Substitutionspotential.

Zur Kalkulation der H-DRGs wurde ein Mischpreis aus stationären und ambulanten Kosten und Erlösen gebildet der dann mit dem Grad der Ambulantisierung multipliziert wurde. Je höher das stationäre Substitutionspotential ist, desto näher liegt der resultierende Erlös an der stationären DRG. Allerdings beruht diese Kalkulation weitestgehend auf stationären Daten und diese unterscheiden sich zum Teil erheblich von denen im ambulanten Sektor. Aufgrund dieser bruchstückhaften und inkonsistenten Datenlage steht die Berechnungsmethodik auch weiter unter scharfer Kritik von Berufsverbänden und Fachgesellschaften. Eine Heilung dieser Problematik soll spätestens 2031 erfolgt sein.

Ausblick Folge 2: Was kommt auf die Vertragsärztinnen und -ärzte und die Kolleginnen und Kollegen im Krankenhaus nun jeweils zu?



Schmitz R: Ambulantes Operieren im Krankenhaus ist möglich Passion Chirurgie. 2026 März; 16(03/I): Artikel 04_04.



www.bdc.de



© iStock/tongpatong

Personalia



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

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

MÄRZ 2026

M.D. Andrei Anghel ist seit Dezember 2025 neuer Chefarzt der Klinik für Wirbelsäulenchirurgie am Gütersloher St.-Elisabeth-Hospital.

Dr. med. Ghassan Batikha leitet seit Anfang 2026, gemeinsam mit dem bisherigen Chefarzt **PD Dr. med. Thorsten Plusczyk**, die Allgemein- und Viszeralchirurgie am Diakonie Klinikum Neunkirchen der Stiftung Kreuznacher Diakonie in kooperativer Leitungsform. Batikha hat das bisherige Spektrum der Abteilung bereits in seiner bisherigen Position als Sektionsleiter erfolgreich um Leberchirurgie und endokrine Chirurgie erweitert.

Dr. med. Cord Christian Corterier ist neuer Chefarzt der Klinik für Plastische-, Ästhetische- und Handchirurgie am Städtischen Klinikum Braunschweig (skbs). Zuvor war Corterier leitender Oberarzt in der Klinik für Plastische- und Handchirurgie/Brandverletzentzentrum an den BG-Kliniken Bergmannstrost.

Dr. med. Nina-Kathrin Kauer ist neue Chefärztin der Plastischen, Hand-, Ästhetischen und Verbrennungschirurgie des Gemeinschaftsklinikums Mittelrhein am Evangelischen Stift St. Martin in Koblenz und am Heilig Geist in Boppard. Zuletzt war Kauer im Heilig Geist Boppard leitende Oberärztin.

Dr. med. Omar Khader ist neuer Direktor der Klinik für Gefäßchirurgie am Klinikum Lüdenscheid. Zuletzt war er als Sektionsleiter der endovaskulären Chirurgie in der Klinik für Gefäßchirurgie tätig.

Prof. Dr. med. Georg Lurje ist seit Dezember 2025 neuer Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie am Cellitinnen-Krankenhaus St. Hildegardis in Köln. Zuvor war Lurje Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie der Uniklinik in Heidelberg.

Dr. med. Georgios Papapostolou ist seit Januar 2026 neuer Chefarzt der Abteilung für Gefäßchirurgie am Katholischen Klinikum in Bochum. Papapostolou ist auch kommissarischer Klinikdirektor.

Patrick Paulsen, seit 2018 leitender Oberarzt der Gefäßchirurgie, ist seit kurzem neuer Chefarzt der Gefäßchirurgie der Sana-Kliniken Ostholstein.

Prof. Dr. med. Tim Vilz, zuletzt geschäftsführender Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie am Universitätsklinikum Bonn, übernahm im Januar 2026 die Professur für Allgemein- und Viszeralchirurgie der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Damit verbunden ist die Leitung der gleichnamigen Klinik am Campus Benjamin Franklin.

Dr. med. Rigo Voigt ist seit November 2025 neuer Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am SRH Klinikum Zeitz. Er folgt auf Dr. med. Thomas Bolle, der in den wohlverdienten Ruhestand geht.



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

Frage & Antwort



Intraoperative Blutentnahme zur HIV-Testung von OP-Personal

FRAGE:

Ein Chefarzt fragt an, ob es bei einer Verletzung des OP-Personals während der OP durch das benutzte Skalpell rechtlich zulässig ist, sogleich intraoperativ dem Patienten Blut abzunehmen, um dieses auf HIV zu testen.

ANTWORT:

Grundsätzlich erfordert jede Blutentnahme und auch jede HIV-Testung die vorherige Aufklärung und Einwilligung des Patienten. Nach § 24 Infektionsschutzgesetz gilt auch der Nachweis eines Erregers bzw. der Test als Teil einer Behandlung und wie jede Behandlung darf auch diese nur mit Zustimmung der betroffenen Person durchgeführt werden. Daher wäre der rechtlich korrekte Weg, den Patienten postoperativ über den gewünschten HIV-Test aufzuklären und erst dann mit seiner Zustimmung Blut zur HIV-Testung zu entnehmen.

Eine Ausnahme ist allenfalls in Notfällen denkbar, etwa bei akuter Gesundheitsgefahr für Dritte kann eine Testung auch

ohne Einwilligung erfolgen. Hierfür gelten jedoch hohe rechtliche Voraussetzungen und diese werden selten vorliegen. Sollte z. B. die sofortige Kenntnis von einer möglichen HIV-Infektion des Patienten notwendig sein, da nur dann das intraoperativ verletzte Personal noch eine medizinische Möglichkeit hätte, eine Eigeninfektion abzuwenden, könnte eine intraoperative Blutentnahme und Testung aus Notfallgesichtspunkten zulässig sein. Ob derartige medizinische Voraussetzungen im Einzelfall gegeben sind, muss stets anhand der konkreten Umstände beantwortet werden.

Denkbar wäre ggf. auch, die Patienten grundsätzlich präoperativ aufzuklären, dass im Falle einer intraoperativen Verletzung des OP-Personals eine sofortige Testung erfolgen soll und das Einverständnis der Patienten hierzu vorab einzuholen. Ob der administrative Aufwand für die wahrscheinlich sehr seltenen Fälle gerechtfertigt ist, obliegt jedoch keiner juristischen Beurteilung. ○

Heberer J: F+A Intraoperative Blutentnahme zur HIV-Testung von OP-Personal.
2026 März; 16(03/I): Artikel 04_06.



www.bdc.de

BERUFSPOLITIK AKTUELL

Störungen im Betriebsablauf

Jörg-A. Rüggeberg

Was haben Deutsche Bahn und Politik gemeinsam? Beide haben einen Fahrplan, der allerdings zumeist nicht eingehalten wird. Auch das Bundesministerium für Gesundheit hat sich eine Art To-Do-Liste gegeben, eigentlich sogar mit Terminen, der aber wohlwollend gesagt, nur als vager Vorschlag interpretiert werden kann. Während bei der Bahn meist technische Störungen bedingt durch Personalmangel wegen fehlenden Geldes ursächlich für Verzögerungen im Betriebsablauf sind, fehlt zwar das Geld auch beim Staat, aber dort sind es vor allem schwer vereinbare Positionen der Koalitionspartner, die rasche Einigungen verhindern.

Natürlich hat man sich vor der gemeinsamen Regierungsbildung auf einen Koalitionsvertrag verständigt, der aber im Wesentlichen nur Ziele beschreibt, aber keine konkreten Lösungen. Die Konflikte kommen bei der Umsetzung. Die Einen wollen den Wirtschaftsstandort stärken (Lohnnebenkosten und Stabilisierung der Sozialabgaben), die Anderen keinesfalls irgendwelche Einschränkungen für die Bürgerinnen und Bürger akzeptieren. Beides lässt sich gut begründen, ist aber nun mal

leider im Ergebnis konträr. Dazu kommt das Problem unseres Föderalismus mit entgegengesetzten Interessen von Bund und Ländern. Notwendige Kompromisse werden durch die Unzahl von Lobbyisten, die naturgemäß jeweils eigene Interessen vertreten, nicht gerade erleichtert.

Streit ist entweder das Bemühen um Konsens oder die Lust an der Blockade.

Entsprechend stockt der Gesetzgebungsprozess an jeder denkbaren Ecke. Beispiel Krankenausreform: Die war noch von der Vorgängerregierung auf den Weg gebracht worden mit dem KHVVG, soll jetzt aber wieder teilweise zurückgedreht werden, um erkennbare Härten und Versorgungsgefährdungen über ein Krankenhausanpassungsgesetz auszugleichen. Leicht vorstellbar, dass diejenigen, die in der letzten Regierung das Gesetz beschlossen haben, jetzt nicht wieder zurückrudern wollen, obwohl dies inhaltlich notwendig wäre. Also ist das neue Gesetz erstmal im Bundesrat gescheitert und muss in den Vermittlungsausschuss. „Störungen im Betriebsablauf – Wir entschuldigen uns für die entstandenen Unannehmlichkeiten.“

Das nächste größere Projekt dürfte die Notfallreform werden. Auch hier prallen die Interessen vor allem der Lobbyisten aufeinander. Man wird sehen, was im parlamentarischen Verfahren von dem ursprünglichen Kabinettsentwurf übrigbleibt.

Noch nicht einmal im Stadium eines Referentenentwurfs befindet sich das viel diskutierte Primärarztmodell (oder vielleicht doch Primärversorgungsmodell?). Noch nicht einmal angefangen wurde die dringend erforderlich GKV-Finanzreform. Die soll in 2026 erste Züge annehmen. Wann dieser Zug den ersten Bahnhof erreicht, hängt davon ab, ob es ausreichend Zugbegleiter gibt, oder die Weichen bis dahin wieder eingefroren sind. Hier können Sie die Vorhabenliste des BMG einsehen:

www.bit.ly/BMG-Vorhaben-26

Etwas Licht am Ende des Tunnels gibt es dennoch. Die Ministerin hat für eine Politikerin ziemlich deutlich gesagt, dass sie die neue GOÄ aufs Gleis setzen will. Aber Vorsicht: Auch die muss noch vom Bundesrat gebilligt werden. 

Rüggeberg JA: Störungen im Betriebsablauf.
2026 März; 16(03/I): Artikel 05_01.



www.bdc.de

BDC-Weiterbildungskampagne: Mit neuen Wegen zum Erfolg!

Friederike Burgdorf, Claudia Kunze, Olivia Päßler

Wir waren als Berufsverband mutig, neue Wege zu gehen und hatten Erfolg damit! Mit unserer Weiterbildungskampagne „Kein Weiter ohne Bildung“ haben wir die hohe und nachhaltige Bedeutung der fachärztlichen Weiterbildung in den Mittelpunkt unserer politischen Kommunikationsarbeit gestellt. Mit 32.000 Unterschriften haben wir die Petition der Kampagne im politischen Berlin übergeben und nun beendet. Sie hat dazu beigetragen, das Thema fachärztliche Weiterbildung in den Fokus von Entscheiderinnen und Entscheidern zu rücken und wurde breit geteilt und unterstützt.

Seit ihrem Start hat die Kampagne das Engagement des BDC für eine

zukunftsfähige und qualitativ hochwertige ärztliche Weiterbildung in Deutschland auf politischer und gesellschaftlicher Ebene sichtbar gemacht. Dank der Unterstützung vieler Kolleginnen und Kollegen, Fachgesellschaften und Partnerorganisationen ist es gelungen, das Thema Weiterbildung nicht nur auf der Verbandsagenda zu behalten, sondern es nachhaltig in den politischen Diskurs einzubringen. In konstruktiven Hintergrundgesprächen unter anderen mit dem parlamentarischen Staatssekretär Tino Sorge, Gesundheitsausschussmitglied Dr. Dahmen und Bundesärztekammerpräsident Dr. Reinhardt konnten wir das Thema Weiterbildung erörtern. Immer dabei – unser neues Maskottchen „Ralfphi“.





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



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



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

Burgdorf F, Kunze C, Päßler O:
BDC-Weiterbildungskampagne: Mit neuen Wegen
zum Erfolg! Passion Chirurgie. 2026 März;
16(03/I): Artikel 05_02.



www.bdc.de



Abb. 1: (v.l.n.r.) BDC-Geschäftsführerin Dr. F. Burgdorf mit BDC-Vizepräsident Dr. P. Kalbe und BDC|Berlin Landesverbandsvorsitzendem Dr. R. Lorenz



Abb. 2: (v.l.n.r.) BDC-Vizepräsident Dr. P. Kalbe, BDC|Berlin Landesverbandsvorsitzender Dr. R. Lorenz, Parlamentarischer Staatssekretär des BMG Tino Sorge und BDC-Geschäftsführerin Dr. F. Burgdorf



Abb. 3: (v.l.n.r.) BDC-Vizepräsident Dr. P. Kalbe, Bundesärztekammerpräsident Dr. K. Reinhardt, Geschäftsführerin Dr. F. Burgdorf, BDC-Präsident Prof. Dr. Dr. h.c. H.-J. Meyer, BDC|Regionalvertretervorsitzender Dr. R. Schmitz



Abb. 4: BDC-Vizepräsident Dr. P. Kalbe, Gesundheitsausschussmitglied Dr. J. Dahmen, BDC-Geschäftsführerin Dr. F. Burgdorf

Wir bedanken uns bei allen Unterstützerinnen und Unterstützern, die durch ihre Unterschriften, ihre Stimmen in den sozialen Medien sowie durch ihr persönliches Engagement dazu beigetragen haben, dieses gemeinsame Anliegen voranzubringen. Ihre Beteiligung war ein zentraler Baustein dafür, dass wir als Verband gehört wurden und weiterhin aktiv mitgestalten können.

Auch wenn die offizielle Phase der Kampagne nun endet, bleibt unser Einsatz für eine zukunftsfähige Weiterbildung bestehen. Die Förderung der chirurgischen Weiterbildung ist und bleibt eines unserer Kernthemen und hat einen hohen Stellenwert. Vorstand, Geschäftsführung und Mandatsträger im Verband arbeiten seit Jahren an Konzepten und Lösungen für eine gesicherte, gut strukturierte und qualitativ hochwertige chirurgische Weiterbildung. Das Schließen der Petition ist für uns der Startpunkt für die nächsten Schritte in der berufspolitischen Weiterentwicklung.

Kampagnen Website: www.bdc.de/kampagne



**EBM und (UV-)GOÄ
Abrechnungs-
webinare**

11. April 2026
17. Oktober 2026



BDC | Berufsverband der
Deutschen Chirurgie e.V.

Wissenschaftliche Leitung:
Dr. med. Peter Kalbe,
Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz,
Dr. med. Max von Seebach

**Jetzt
anmelden!**



Moderne Lehre als Schlüssel zur Motivation – Nachwuchsmangel beginnt im Hörsaal

Lukas Keiber, Stephan Vogt

VORWORT

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

es gibt nichts Gutes außer man tut es.

Lehre lebt von Inhalt, Technik und Vorbild. Chirurgische Inhalte unterliegen einer stetigen Entwicklung. Revolutionen sind selten, wir leben von Tradition. Vorbild meint Persönlichkeit, fachliche Anerkennung und Rhetorik. Charisma kann man erwerben, aber nicht üben, Rhetorik eher schon – ein ständig unterschätztes Thema in der Medizin.

**Korrespondierender Autor:****Dr. med. Lukas Keiber**

Arzt in Weiterbildung für Orthopädie und Unfallchirurgie
Hessing-Kliniken Augsburg
lukas.keiber@hessing-stiftung.de

**Univ.-Prof. Dr. med. Stephan Vogt**

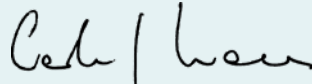
Ärztlicher Direktor
Hessing-Kliniken Augsburg
Professur für Orthopädie und orthopädische Chirurgie Universität Augsburg

Keiber L, Vogt S: BDC-Praxistest:
Moderne Lehre als Schlüssel zur Motivation –
Nachwuchsmangel beginnt im Hörsaal.
Passion Chirurgie. 2026 März;
16(03/I): Artikel 05_03.


www.bdc.de

Am leichtesten zu modellieren ist die Lehrtechnik. Die Autoren unseres Praxistests plädieren deshalb für den Einsatz moderner Lehrtechniken im studentischen Alltag – KI statt Talar. Ein guter Ansatz, vielleicht präsentieren die Autoren mehr Details in einem Teil 2 ihres Kommentars?

Inspirierende Lektüre wünschen


Prof. Dr. med. C. J. Krones

und


Prof. Dr. med. D. Vallböhmer

Der Ärztemangel in Deutschland ist omnipräsent. Insbesondere in chirurgischen Fächern ist dieser schon jahrelang kein Randphänomen mehr. Eine genaue Betrachtung zeigt, dass dies nicht allein auf vorherrschende Arbeitsbedingungen, mangelnde Wertschätzung oder andere strukturelle Faktoren im Klinikalltag zurückzuführen ist. Ebenso entscheidend ist die Art und Weise, wie Chirurgie im Studium vermittelt und erlebt wird.

Dieser Kommentar diskutiert, wie hochwertige medizindidaktische Konzepte zur Nachwuchsgewinnung beitragen können, welche Veränderungen die Digitalisierung und der Einsatz künstlicher Intelligenz im Lernverhalten der Studierenden bewirken und warum gerade in der Chirurgie das Potential dazu besteht, durch gute Lehre Karrieren früh zu prägen.

WENN LEHRE ÜBER BERUFSWAHL ENTSCHEIDET

Der Nachwuchsmangel in den operativen Fächern ist spürbare Realität in Klinik und Weiterbildung und stellt eine reale Bedrohung für die Versorgung der Patient:innen dar. In vielen chirurgischen Disziplinen bleiben Weiterbildungsstellen unbesetzt, die Zahl der Bewerber:innen ist in den vergangenen Jahren deutlich gesunken. Ursachen hierfür liegen unter anderem an den Rahmenbedingungen, die eine chirurgische Karriere für junge Ärzte/

Ärztinnen unattraktiv erscheinen lassen. In der öffentlichen Diskussion werden hier, zuletzt auch in Formaten des Berufsverbandes der deutschen Chirurgie (BDC), insbesondere eine hohe Arbeitsbelastung, unzureichende Vereinbarkeit von Beruf und Familie und eingeschränkt planbare Freizeit genannt [1].

Das Junge Forum O&U hat bereits 2021 exemplarisch zehn Forderungen an die Fort- und Weiterbildungszeit formuliert, um diesen strukturellen Problemen entgegenzuwirken [2]. Diese Ansätze adressieren wichtige Punkte des klinischen Alltags, werden jedoch der Komplexität des Nachwuchsproblems nicht vollständig gerecht.

Mindestens ebenso relevant für die spätere Facharztwahl ist die Art und Weise, wie die Fachrichtung im Studium gelehrt wird. In Befragungen unter Studienanfängern gibt etwa ein Viertel an, sich eine chirurgische Laufbahn vorstellen zu können. Nur ein Bruchteil dieser Studierenden wird jedoch nach Erhalt der Approbation tatsächlich eine operative Weiterbildung beginnen. Es scheint so, als würde das Interesse an der Chirurgie mit zunehmender Exposition gegenüber der klinischen Realität des Faches deutlich abnehmen [3].

Die Faszination für Chirurgie entsteht meist durch positive Erlebnisse im klinischen Alltag – durch Anleitung, Teilhabe und sichtbare Lernfortschritte.

Offensichtlich bleiben solche Erfahrungen in operativen Fächern vielen Studierenden noch verwehrt. In Hospitationen und Praktika herrscht häufig Zeitdruck, strukturierte Lehre findet nur unregelmäßig statt und individuelles Feedback bleibt die Ausnahme. Wer sich hier wiederholt nicht wahrgenommen und nicht gefördert fühlt, entscheidet sich eher gegen das Fach – nicht aus Desinteresse, sondern aus Mangel an positiver Lernerfahrung.

LEHRE ALS REKRUTIERUNGSSTRATEGIE

Die Gestaltung der Lehre liegt zunächst im Verantwortungsbereich der medizinischen Fakultäten. Hier bietet die Medizindidaktik einen zentralen Ansatzpunkt. Sie kann als Hebel gegen den Nachwuchsmangel wirken, indem Lernräume geschaffen werden, in denen Motivation entsteht und Begeisterung vermittelt werden kann.

Gute Lehre wirkt über mehrere Dimensionen. Seit Jahrzehnten werden das Erleben von Kompetenz, Zugehörigkeit und Autonomie als zentrale Elemente intrinsischer Motivationsbildung verstanden. Gerade die Chirurgie kann diese Erfahrungen niederschwellig bieten, etwa durch das Anlegen einer Hautnaht oder erste Assistenzen im OP. Hierbei erlebte positive Erfahrungen verstärken zusätzlich das Selbstwirksamkeitserleben und die Identifikation mit der Fachrichtung.

Daher verwundert es nicht, dass praxisorientierte Lehrveranstaltungen von Studierenden regelmäßig besser bewertet werden als rein theoretische Formate. Insbesondere Programme wie die „Chirurgische Woche“ oder die Kursreihe „Nur Mut! Chirurgie zum Mitmachen“ des BDC zeigen, dass geführte praktische Veranstaltungen Begeisterung wecken und bestehende Vorbehalte abbauen [4, 5]. Die positiven Erfahrungsberichte der Studierenden verdeutlichen, dass

es nicht an der grundsätzlichen Attraktivität der Chirurgie mangelt, sondern an der Art und Weise, wie sie vermittelt wird.

Solche Projekte schaffen Impulse, bewirken jedoch in der Regel keine nachhaltige, breite Veränderung. Entscheidend ist eine systematisch in den Klinikalltag integrierte Lehrkultur. Solange Lehre im klinischen Betrieb überwiegend als Zusatzaufgabe gilt, wird sie in guter Qualität nur punktuell stattfinden. Wird sie stattdessen als integraler Bestandteil ärztlicher Tätigkeit verstanden und organisatorisch gefördert, dann kann sie zu einer wirksamen Ressource der Nachwuchsgewinnung werden [6].

VOM LEHRBUCH ZUR KI – CHIRURGISCHE LEHRE IM DIGITALEN WANDEL

Kaum ein Bereich des Medizinstudiums hat sich im letzten Jahrzehnt so verändert wie der Lernprozess der Studierenden selbst.



© iStock/inkaly

Als viele der heutigen Ärzte/Ärztinnen in Weiterbildung ihr Studium begannen, dominierten noch Lehrbücher, Skripte und frontaler Präsenzunterricht. Der Kontakt zum Operationssaal erfolgte meist spät, fast nur im Rahmen von Famulaturen und blieb überwiegend passiv.

Mit dem Aufkommen digitaler Lernplattformen wie AMBOSS oder Thieme *via medici* veränderte sich das Studium grundlegend. Klinische Fächer wurden strukturierter, Zusammenhänge zwischen Anatomie, Pathophysiologie und Therapie nachvollziehbarer. Die Wissensbasis wurde damit zwar breiter, doch die Kluft zwischen Theorie und Praxis blieb bestehen: Chirurgie als klickbares Lernmodul statt als erlebbares Fach.

Heute prägen KI-gestützte Lernsysteme die nächste Stufe des digitalen Lernens. Tools wie ChatGPT oder in Lernplattformen integrierte Assistenten sind fester Bestandteil des Alltags für Studierende. Sie werden genutzt, um differentialdiagnostisch zu denken, OP-Abläufe nachzuvollziehen oder klinische Entscheidungen zu simulieren. Lernen wird individueller, und im Dialog mit der KI zunehmend selbstgesteuert [7]. Diese Entwicklung bietet, trotz bekannter Nachteile und Limitierungen, viel Potential, verlangt aber zugleich eine didaktisch fundierte Einbettung in das Medizinstudium.

In der Realität hängt die diesbezügliche Ausgestaltung der Lehrveranstaltungen von engagierten Einzelpersonen ab. Die institutionelle chirurgische Lehre hat auf diesen Wandel bislang nur begrenzt reagiert. Traditionelle Formate werden fortgeführt, während Studierende längst neue Lernwege nutzen. Dabei könnte gerade die Chirurgie von modernen Lerntechnologien

profitieren: interaktive präoperative Fallbesprechungen, KI-gestütztes Feedback bei Naht- und Laparoskopietraining oder die Simulation komplexer Eingriffe sind bereits heute möglich [8–10]. Studien zum simulatorbasierten Arthroskopietraining zeigen, dass operative Grundfertigkeiten außerhalb des OPs in einer geschützten Lernumgebung effizient aufgebaut werden können [11]. Solche Formate können den OP-Alltag entlasten und bieten, eingebettet in ein bereits im Medizinstudium beginnendes Curriculum, hohes Potenzial für eine nachhaltige chirurgische Ausbildung [12].

Technologische Innovation ersetzt jedoch keine didaktische Innovation. Nur, wenn die neuen Werkzeuge gezielt eingebettet werden, kann aus digitalem Lernen auch Kompetenz entstehen. Im hier diskutierten Kontext kann die zunehmende Einführung von KI in die universitäre Lehre auch als konstruktivistischer Ansatz gesehen werden, der die aktuelle Generation in ihrer Lernrealität abholt.

Um dies umzusetzen, sollten etablierte Formate nicht verworfen, sondern sinnvoll ergänzt werden. Die Integration künstlicher Intelligenz darf dabei kein Selbstzweck sein, sondern muss die Entwicklung klinischer Handlungsfähigkeit unterstützen. Wenn die Lehre den Anschluss an die Lernrealität der Studierenden verliert, dann verliert sie auch ihre Überzeugungskraft und damit ihren Einfluss auf die Wahl der Fachrichtung.

WARUM DIE CHIRURGIE ZUR VORREITERIN WERDEN KANN

Die chirurgischen Fächer stehen im Zentrum zweier Herausforderungen: einem zunehmenden Nachwuchsmangel und

einem tiefgreifenden Wandel der medizinischen Lehre. Genau in dieser Schnittstelle liegt jedoch auch eine Chance: Die chirurgischen Fächer könnten durch zeitgemäße Lehre als Vorreiter die Verbindung von Theorie, Technologie und praktischer Erfahrung exemplarisch gestalten. Gerade in einer Zeit, in der digitale Lernformen dominieren, muss die Chirurgie sichtbar machen, was sie einzigartig macht – das unmittelbare Erleben ärztlichen Handelns und Handwerks.

Zeitgemäße und attraktive Lehre hat das Potential, die Berufswahl entscheidend zu beeinflussen. In der Chirurgie werden kognitive und manuelle Kompetenzen wie in kaum einem anderen Fach vereint. Wird diese Besonderheit in der Lehre konsequent abgebildet, entsteht ein klarer Mehrwert und eine Abgrenzung gegenüber theoretischen Disziplinen. Hochwertige Lehre ist damit nicht nur ein Qualitätsmerkmal, sondern ein strategisches Instrument zur Nachwuchsgewinnung.

Langfristig wird daher die Zukunftsfähigkeit der Chirurgie maßgeblich davon mitbestimmt werden, in welchem Maße es gelingt, klinische Realität und digitale Innovation miteinander zu verknüpfen. Die Lehrkultur kann entscheidend dazu beitragen, die operative Medizin als attraktives und fortschrittliches Fach zu positionieren. Chirurgische Nachwuchsbildung beginnt dort, wo Lehrende Begeisterung vermitteln – im Hörsaal, im Seminar oder am Operationstisch.

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



Krankenhausreform und Hybrid-DRG: Umsetzungsdruck bei Kliniken kann Häuser in die Insolvenz zwingen

Berlin, den 27.01.2026 – Die Umsetzung der Hybrid-DRGs hat in vielen Krankenhäusern inzwischen zu einer Verschärfung der Erlössituation geführt. Die Erweiterung zum Anfang 2026 betrachtet der BDC daher mit Sorge, zumal vielerorts noch keine ausreichend effizienten Strukturen für ambulante Operationen an den Kliniken bestehen.

„Unter anderem die Umstellung auf Hybrid-DRGs ist dafür verantwortlich, dass einige Kliniken bereits in die Insolvenz gezwungen wurden – und der Trend wird weitergehen“, erklärt Professor Dr. Carolin Tonus, Chefärztin für Allgemein- und Viszeralchirurgie an der Asklepios Klinik St. Georg und BDC-Landesvorsitzende in Hamburg. Ein Grund liege in den laufenden Umstrukturierungsmaßnahmen im Rahmen des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG), das am 12. Dezember 2024 in Kraft getreten ist: Hybrid-DRGs sind potentiell ambulant zu erbringende Leistungen und werden deutlich geringer bewertet. Jedoch zwingen medizinische oder soziale Gründe die Verantwortlichen nicht selten zu stationären Aufenthalten.

Ziel der Einführung der Hybrid-DRGs ist eine Kostenreduktion, etwa durch weniger Personaleinsatz und kürzere Verweildauer der Patienten. „Die Umstellung von

stationärer zu ambulanter Operation funktioniert allerdings nur dann, wenn an der jeweiligen Klinik die entsprechenden strukturellen und baulichen Voraussetzungen vorliegen. Dies ist aber in etlichen Krankenhäusern nicht der Fall: Viele haben noch keine Parallelstruktur aus stationärer und ambulanter Versorgung, bestehend aus einem ambulanten Operationszentrum. Die Konsequenz ist, dass sie ihre Fälle teuer stationär versorgen müssen, dafür allerdings nur die weitaus geringeren Erlöse der Hybrid-DRG erzielen“, erklärt Tonus.

Doppelt gestraft seien die Kliniken, die darüber hinaus aufgrund der zukünftigen Zentralisierung von Leistungen auch große spezialisierte chirurgische Eingriffe durch Nicht-Zuteilung von bestimmten Leistungsgruppen verlieren. „Dann können die defizitären Hybrid-DRG-Operationen auch nicht mehr von klassischen stationären Fällen querfinanziert werden“, betont Tonus. An dieser Stelle sei angemerkt, dass 2026 auch Appendektomien und Cholezystektomien mit einer Verweildauer von zwei Tagen, häufige allgemeinchirurgische Eingriffe, in den Hybrid-Katalog aufgenommen wurden. Die Chefärztin äußert weitere Kritikpunkte: „Die Umstellung auf das System der Hybrid-DRG und die damit verbundene Fallsteuerung ist für alle Beteiligten

derzeit extrem aufwändig und zeitintensiv: Mitarbeitende in der Aufnahme, der ärztliche Dienst in Sprechstunden, Pflegepersonal sowie Bettenmanagement und Controlling müssen die neuen Modalitäten verstehen und dies in der ohnehin schon knapp bemessenen Zeit für die Patientenversorgung.“

BDC-Vizepräsident Dr. Jörg Rüggeberg äußert weitere Bedenken: „Hybrid-DRGs sind klassische Weiterbildungsengriffe. Durch die Krankenhausreform werden diese an vielen Kliniken zukünftig nicht mehr angeboten werden. Es bedarf also eines dringenden Konzepts für eine Verbundweiterbildung im fachärztlichen Bereich, welche die ambulanten Einrichtungen und freien Praxen miteinschließt.“ Mit dem KHVVG wurden zahlreiche wichtige Änderungen der Hybrid-DRGs beschlossen, die großen Einfluss auf die zukünftige Entwicklung der Ambulantisierung haben sollen. So werden bis zum Jahr 2026 rund eine Million und bis 2030 sogar zwei Millionen ambulante Behandlungsfälle angestrebt. Dies erfordert zügige strukturelle Anpassungen der Krankenhäuser und eine ausreichende finanzielle Unterstützung durch die Bundesländer.



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



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**



**Jetzt einen Blick ins Programm
werfen und anmelden!**

www.dck2026.de

Kommentar des Generalsekretärs

AUS DER
DGCH

Thomas Schmitz-Rixen

DIGITALISIERUNG ALS SCHLÜSSEL SEKTORENÜBERGREIFENDER CHIRURGISCHER VERSORGUNG

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

Internationale Erfahrungen zeigen übereinstimmend, dass sektorenübergreifende Versorgung ohne digitale Unterstützung kaum wirksam umsetzbar ist. Digitalisierung fungiert dabei nicht als Zusatzinstrument, sondern als zentrale infrastrukturelle Voraussetzung für Koordination, Transparenz und Ergebnisqualität – insbesondere in der Chirurgie mit ihren komplexen, zeitkritischen Versorgungspfaden. Ziel sektorenübergreifender Versorgung ist es, die Fragmentierung im Gesundheitssystem zu überwinden und eine patientenzentrierte, durchgängig koordinierte Behandlung zu ermöglichen. Eine zentrale Herausforderung besteht darin, den Informationsfluss über die Sektorengrenzen hinweg sicherzustellen, um Kontinuität und Qualität der Versorgung zu gewährleisten.

Digitale Patientenakten, interoperable IT-Systeme, strukturierte Datensätze und zunehmend KI-gestützte Anwendungen ermöglichen einen kontinuierlichen Informationsfluss über Sektorengrenzen hinweg. Dadurch werden nicht nur Versorgungsbrüche reduziert, sondern auch Entscheidungsprozesse verbessert, Risiken frühzeitig erkannt und postoperative Verläufe gezielter gesteuert.

BEDEUTUNG FÜR DIE CHIRURGISCHE VERSORGUNG

Gerade in der chirurgischen Versorgung zeigt sich der Mehrwert intersektoraler Zusammenarbeit: Der Behandlungsverlauf beginnt oft im ambulanten Bereich mit Diagnostik und Indikationsstellung, gefolgt vom stationären operativen Eingriff und setzt sich in der ambulanten Nachsorge oder Rehabilitation fort. Ein typischer Versorgungspfad umfasst präoperative Aufklärung und Risikoeinschätzung in der Praxis, operative Durchführung im Krankenhaus und postoperative Betreuung inklusive Wundmanagement und Physiotherapie im niedergelassenen oder rehabilitativen Bereich sinnvoll ergänzt. Brüche in der Kommunikation, unklare Zuständigkeiten oder fehlende Anschlussstrukturen können postoperative Komplikationen, unnötige Doppeluntersuchungen oder gar Rehospitalisierungen nach sich ziehen. Studien zeigen, dass mangelnde Abstimmung zu einer erhöhten Komplikationsrate und verlängerten Krankenhausverweildauern führen kann.

VORTEILE EINER SEKTORENÜBERGREIFENDEN VERSORGUNG IN DER CHIRURGIE

Demgegenüber bietet eine sektorenübergreifend organisierte Versorgung zahlreiche Vorteile: Die Patientensicherheit wird durch kontinuierliche Informationsweitergabe erhöht, z. B. durch

die transparente Dokumentation von Vorerkrankungen, Medikation und Allergien. Die Behandlungsabläufe lassen sich effizienter gestalten, da OP-Termine koordiniert, Nachsorgebedarfe frühzeitig identifiziert und unnötige Wiederaufnahmen vermieden werden können. Zudem profitieren Patientinnen und Patienten durch kürzere Krankenhausaufenthalte und eine individuellere Betreuung, was sich positiv auf ihre Lebensqualität und Zufriedenheit auswirkt. Die Reduktion von Rehospitalisierungen und von unnötigen Leistungen durch klar abgestimmte Prozesse reduzieren Kosten. Durch die aufkommenen Möglichkeiten von KI wird der Versorgungspfad Ambulant – Stationär – Rehabilitativ durch Digital – Ambulant – Stationär – Rehabilitativ – Digital sinnvoll ergänzt.

MODELLE UND BEISPIELE DER SEKTORENÜBERGREIFENDEN VERSORGUNG

Praktische Umsetzungsbeispiele sektorenübergreifender Versorgung sind etwa integrierte Versorgungsverträge nach § 140 SGB V, Fast-Track- oder ERAS-Konzepte (Enhanced Recovery After Surgery), ambulant-stationäre Kooperationsmodelle oder die Nutzung digitaler Werkzeuge wie die elektronische Patientenakte (ePA). Auch interdisziplinär strukturierte Medizinische Versorgungszentren (MVZ) tragen zur sektorenübergreifenden Kontinuität bei, indem sie chirurgische und andere Fachdisziplinen unter einem organisatorischen Dach

vereinen. Eines der wenigen Beispiele ist die umfassende Kooperation eines Kieler MVZ mit der dortigen Universitätsklinik im Gebiet der Unfallchirurgie.

PERSPEKTIVEN UND GESUNDHEITSPOLITISCHE ENTWICKLUNGEN

Nicht zuletzt fehlt es an Anreizen: Die zeitintensive Organisation sektorenübergreifender Abläufe wird derzeit kaum honoriert. Dennoch zeigen aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen, dass ein Umdenken stattfindet. Die Krankenhausreform (KHVVG), das Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) und Initiativen zur sektorenübergreifenden Vergütung, etwa durch hybride DRGs, zielen auf eine bessere Verzahnung ambulanter und stationärer Leistungen. Der Ausbau interdisziplinärer Behandlungszentren, die verbindliche Nutzung der ePA und eine stärkere Rolle professioneller Versorgungskoordinatoren markieren wichtige Perspektiven für eine zukunftsfähige chirurgische Versorgung. Reformansätze bleiben oft auf halbem Weg stehen, wie z. B. die Hybrid-DRG, bei der man schlicht vergessen hat, die Implantat- und Materialkosten zu integrieren. Auch die ePA bleibt trotz jahrzehntelanger Entwicklungszeit hinter den heutigen technischen Möglichkeiten noch zurück.

EUROPÄISCHE MODELLE: DIGITALISIERUNG ALS ERGEBNISVERSTÄRKER

Ein Blick in das europäische Ausland zeigt, dass viele Länder bereits fortgeschrittenere Konzepte sektorenübergreifender Versorgung umgesetzt haben – insbesondere auch mit Blick auf chirurgische Leistungen. Dabei gibt es interessante Modelle, die auch für Deutschland relevant sein können.

In den Niederlanden bildet die flächendeckende Nutzung elektronischer Patientenakten die Grundlage integrierter Versorgung. Der sektorübergreifende Zugriff auf präoperative Befunde, Medikationsdaten und Entlassinformationen ermöglicht standardisierte chirurgische Behandlungspfade.

Die erzielten Effekte – verkürzte Liegezeiten, geringere Rehospitalisierungen und höhere Patientenzufriedenheit – sind eng mit dieser digitalen Transparenz verknüpft.

Dänemark demonstriert besonders eindrücklich den Nutzen digitaler Integration. Das landesweit etablierte elektronische Patientenjournal erlaubt allen Leistungserbringern einen Echtzeitzugriff auf relevante Gesundheitsdaten. In der Chirurgie unterstützt dies evidenzbasierte OP-Planung, standardisierte Nachsorge und die frühzeitige Einbindung ambulanter und pflegerischer Dienste. Die Resultate sind niedrigere Komplikationsraten, effizientere Übergänge und verbesserte funktionelle Ergebnisse.

In Schweden ergänzt Digitalisierung das Case Management. Elektronisch unterstützte Entlass- und Nachsorgeplanung verbessert die Kommunikation zwischen Kliniken, Hausärzten und kommunalen Diensten. Dies führt zu reduzierten Wiederaufnahmeraten und einer höheren wahrgenommenen Versorgungskontinuität, insbesondere bei komplexen chirurgischen Eingriffen.

Das Vereinigte Königreich nutzt digitale Werkzeuge im Rahmen der Integrated Care Systems gezielt zur Risikostratifizierung chirurgischer Patientinnen und Patienten. Systeme wie der Summary Care Record ermöglichen sektorenübergreifende Informationsverfügbarkeit, während telemedizinische Anwendungen „Hospital at Home“-Modelle unterstützen. Dadurch werden Komplikationen früher erkannt, Verweildauern verkürzt und Nachsorgeprozesse flexibilisiert.

Frankreich befindet sich beim digitalen Reifegrad noch im Aufbau, zeigt jedoch erste positive Effekte durch die nationale elektronische Patientenakte. Insbesondere bei onkologisch-chirurgischen Behandlungen verbessert der digitale Informationsaustausch die Koordination zwischen Klinik, ambulanter Versorgung und Pflege und reduziert vermeidbare Versorgungsabbrüche.

INTERNATIONALE BEISPIELE: DIGITALISIERUNG ALS STEUERUNGSTRUMENT

Auch international ist Digitalisierung ein zentraler Treiber erfolgreicher sektorenübergreifender Versorgung.

In Kanada unterstützen digitale Plattformen die Koordination regionaler Versorgungsnetzwerke. Elektronisch gestützte Behandlungspfade ermöglichen eine frühzeitige Einbindung von Rehabilitation und ambulanter Nachsorge, was zu verkürzten Rehabilitationszeiten und besseren funktionellen Ergebnissen führt.

In den USA sind digitale Patientenakten und Datenanalysen Voraussetzung für Modelle wie Accountable Care Organizations und Bundled Payments. Sie ermöglichen Transparenz über gesamte chirurgische Behandlungsepisoden hinweg und tragen zu einer Reduktion vermeidbarer Wiederaufnahmen, besserer Qualitätssteuerung und Kosteneffizienz bei.

Australien nutzt mit nationalen digitalen Gesundheitsregistern und HealthPathways strukturierte, digital unterstützte Versorgungsprozesse. Diese verbessern die Abstimmung zwischen Primär- und Krankenhausversorgung und führen zu klareren postoperativen Versorgungsplänen sowie weniger ungeplanten Wiedervorstellungen.

Japan setzt Digitalisierung gezielt zur Bewältigung demografischer Herausforderungen ein. Telemedizinische Anwendungen, digitale Dokumentation und KI-gestützte Analyseinstrumente unterstützen Community-based Integrated Care Systems. In der geriatrischen Chirurgie resultiert dies in verbesserter Rehabilitation, weniger poststationären Komplikationen und höherer Lebensqualität.

Singapur gilt als international führend bei digital integrierter Versorgung. Das nationale elektronische Gesundheitsregister ermöglicht vollständige Transparenz über alle Versorgungsstufen hinweg. Standardisierte digitale OP-Pfade und

outcome-orientierte Datennutzung tragen zu kurzen Liegezeiten, hoher Ergebnisqualität und effizienter Ressourcennutzung bei.

Fazit: Digitalisierung als Gamechanger der sektorenübergreifenden Chirurgie

Die Analyse nationaler, europäischer und internationaler Versorgungsmodelle zeigt, dass sektorenübergreifende chirurgische Versorgung dort erfolgreich ist, wo Digitalisierung nicht als ergänzendes Instrument, sondern als strukturelle Grundlage verstanden wird. Digitale Vernetzung ist der entscheidende Faktor, der Koordination, Transparenz und Ergebnisqualität überhaupt erst ermöglicht – und damit der eigentliche Gamechanger sektorenübergreifender Versorgung.

Elektronische Patientenakten, interoperable IT-Systeme und digital unterstützte Behandlungspfade schaffen die Voraussetzung für einen kontinuierlichen Informationsfluss über alle Versorgungsphasen

hinweg. In der Chirurgie erlaubt dies eine präzisere präoperative Vorbereitung, eine sichere perioperative Steuerung und eine strukturierte postoperative Nachsorge. Die international beobachteten Effekte – verkürzte Verweildauern, reduzierte Rehospitalisierungen, geringere Komplikationsraten und höhere Patientenzufriedenheit – sind ohne digitale Integration nicht erklärbar.

Digitale Systeme ermöglichen darüber hinaus erstmals eine konsequente Ergebnisorientierung über Sektorengrenzen hinweg. Qualität wird nicht mehr isoliert innerhalb einzelner Versorgungsabschnitte gemessen, sondern entlang kompletter chirurgischer Behandlungsepisoden. Damit wird Digitalisierung zum Schlüssel für neue Vergütungsmodelle, für evidenzbasierte Steuerung und für eine nachhaltige Nutzung knapper Ressourcen.

Für Deutschland bedeutet dies: Die sektorenübergreifende Versorgung in der Chirurgie wird nicht primär an fehlenden

Konzepten scheitern, sondern an unzureichender digitaler Umsetzung. Solange die elektronische Patientenakte nicht interoperabel, nutzungsorientiert und sektorenübergreifend verbindlich eingesetzt wird, bleiben Integrationsbemühungen fragmentarisch. Erst eine konsequente digitale Infrastruktur macht Kooperation, gemeinsame Verantwortung und patientenzentrierte Versorgung realisierbar.

Digitalisierung ist damit kein optionales Reformelement, sondern die zentrale Voraussetzung für eine zukunftsfähige chirurgische Versorgung. Sie entscheidet darüber, ob sektorenübergreifende Versorgung ein politisches Schlagwort bleibt – oder zum wirksamen Gamechanger der chirurgischen Praxis wird.

Ausführliche Literatur erhalten Sie beim Verfasser.

Ihr
Thomas Schmitz-Rixen

Tab. 1: Beispiele sektorenübergreifender Versorgung in Europa

Land	Organisationsgrad	Digitale Integration	Chirurgische Relevanz	Besonderheiten
Niederlande	Hoch	Hoch	Sehr hoch	Primärärztliche Versorgung, Regionale Netzwerke (Zorggroepen) (Versorgungsgruppen), strukturierte Pfade (care paths)
Dänemark	Hoch	Sehr hoch	Hoch	Zentralisierte Kliniken, 5 Versorgungszonen, E-Journal
Schweden	Mittel	Mittel	Mittel	Regionale Versorgung (Landstinget), Kommunale Nachsorge, Case Management
UK (England)	Hoch	Hoch	Hoch	ICS-Struktur, „Hospital at Home“, digitaler Summary Care Record,
Frankreich	Gering steigend	Mittel	Gering steigend	Regionale Projekte Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), nationalen elektronischen Patientenakte (Dossier Médical Partagé, DMP) noch im Aufbau

Tab. 2: Beispiele sektorenübergreifender Versorgung weltweit

Land	Organisatorische Integration	Digitale Unterstützung	Chirurgische Relevanz	Besonderheiten
Kanada	Regional organisiert	Mittel bis hoch	Hoch	Primärärztliche Versorgung, Integrated Health Networks - Frühzeitige Reha-Einbindung
USA	Modellbasiert (Kaiser Permanente)	Hoch (je nach Anbieter)	Hoch	Accountable Care Organizations (ACOs), Finanzielle Anreize durch Bundled Payments for Care Improvement (BPCI)
Australien	Nationales E-Health, lokale Koordination	Hoch	Mittel bis hoch	„HealthPathways“ & hausärztliche Steuerung, nationale digitale Gesundheitsregister My Health Record
Japan	Aufbauend, geriatrischer Fokus	Steigend	Mittel	Community-basierte Pflegemodelle, Community-based Integrated Care Systems (CICS), Robotic in der Pflege
Singapur	Vollständig integriert	Sehr hoch	Sehr hoch	Zentral gesteuert, Outcome-fokussiert, National Electronic Health Record (NEHR), Stadtstaat!

Einladung zur DGCH-Mitgliederversammlung 2026

Im Auftrag des Präsidenten lade ich hiermit alle Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, sowie der Assoziierten und Partner Gesellschaften zur **Mitgliederversammlung** anlässlich des 143. Kongresses der DGCH 2026 (DCK 2026) in Leipzig sehr herzlich ein.

Die **Mitgliederversammlung inkl. Wahlen** findet am **Donnerstag, den 23.04.2026, 13.00 – 14.30 Uhr** in Saal MZF 2 im Congress Center Leipzig (CCL), Seehausener Allee 1, 04356 Leipzig, statt.

Tagesordnung

1. Eröffnung durch den Präsidenten
2. Wahlen (siehe Bekanntmachung)
3. Beschluss Beitragsordnung
4. Bericht des Präsidenten
5. Bericht des Generalsekretärs
6. Bericht des Schatzmeisters
7. Verschiedenes

zu TOP 2: Wahlen

In Vollzug der gültigen Satzung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie sind folgende Positionen des Präsidiums ab 01. Juli 2026 neu zu besetzen:

1. Zweiter Vizepräsident 2026/2027, dann Präsident 2028/2029
2. Vertreter des KLK
3. Vertreter der Oberärzte
4. Vertreter niedergelassener Chirurg/In
5. Vertreter der Sektion Chirurgische Forschung
6. Vertreter/In Österreich
7. Vertreter/In Schweiz

Nach § 15.1 der Satzung erhält die Mitgliederversammlung für die von ihr zu **bestätigenden Kandidaten** (hier 1.) zum Präsidium bzw. Vorstand jeweils einen Namensvorschlag vom Präsidium. (Darüber hinaus unterbreitet das Präsidium Wahlvorschläge für die weiteren Mitglieder des Präsidiums (§ 13.2))

zu 1.:

Als Zweiter Vizepräsident wird der Mitgliederversammlung **Herr Prof. Dr. med. Jürgen Hoffmann aus Heidelberg** vorgeschlagen.

zu 2.:

Als Vertreter des KLK wird der Mitgliederversammlung **Herr Prof. Dr. med. Kaja Ludwig aus Rostock** vorgeschlagen.

zu 3.:

Als Vertreter der Oberärzte wird der Mitgliederversammlung **Frau Dr. med. Susanne Bayerköhler aus Garmisch-Partenkirchen** vorgeschlagen.

zu 4.:

Als Vertreter der niedergelassenen Chirurgen wird der Mitgliederversammlung **Frau Dr. med. Kerstin Schick aus München** vorgeschlagen.

zu 5.:

Als Vertreter der Sektion Chirurgische Forschung wird der Mitgliederversammlung **Herr Prof. Dr. med. Matthias Laschke aus Homburg/Saar** vorgeschlagen.

zu 6.:

Als chirurgischen Vertreter aus Österreich wird der Mitgliederversammlung **Herr Prof. Dr. med. Klaus Emmanuel aus Salzburg** vorgeschlagen.

zu 7.:

Als chirurgischen Vertreter aus der Schweiz wird der Mitgliederversammlung **Herr Dr. René Vonlanthen** vorgeschlagen.

zu TOP 3: Beschluss Beitragsordnung

Der geschäftsführende Vorstand schlägt folgende Ergänzung in Nr. 3 der Beitragsordnung vom Januar 2026 zur Beschlussfassung durch die Mitgliederversammlung gemäß §§ 9.3, 13.7 Unterpunkt 12 der Satzung vor:

Der Jahresbeitrag wird für assoziierte Mitglieder nach § 6.1 der Satzung mit 14,00 € (enbloc Abrechnung über die assoziierte Fachgesellschaft für Nicht-DGCH Mitglieder) und für Partner Mitglieder nach § 6.5 der Satzung mit 3,50 € (enbloc Abrechnung über die Partner-Gesellschaft für Nicht-DGCH Mitglieder) festgelegt.

Berlin, 11.02.2026

Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen

Bitte AN ALLE CHEF- UND OBERÄRZTE:

Bitte stellen Sie Ihre Assistenzärzte, die nicht Mitglied unserer Gesellschaft sind, aber am Kongress teilnehmen, zur kostengünstigen Teilnahme mit einer Arbeitsbescheinigung aus oder motivieren Sie sie zur Mitgliedschaft.



Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen
Generalsekretär
Deutsche Gesellschaft für
Chirurgie e.V. (DGCH)
DGCH-Präsident 2019–20
info@dgch.de

Traditionelle Heilkunde und Wundversorgung auf Bali

Michael Sachs



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

Studiert man die traditionelle Heilkunde südostasiatischer Kulturen muss man bereit sein, die anerzogenen „Denkstile“ [Ludwig Fleck 1935] bzw. „Paradigmen“ [Thomas S. Kuhn 1962] zu mindestens vorübergehend zu verlassen. Denn die Heilkunde auf der indonesischen Insel Bali (**Abb. 1**) ist auch dort untrennbar mit der Religion und magischen Vorstellungen verbunden.

Nach balinesischer Auffassung besteht das Leben aus einem ständigen Kampf zwischen guten und schlechten Einflüssen in Form von Göttern, Geistern und Dämonen. Auch Krankheiten werden nach dieser Vorstellung von bösen Menschen, Geistern oder aber auch von erzürnten bzw. unerlösten Seelen verstorbener Ahnen

verursacht. Das Therapieprinzip bei einer solchen Krankheitsvorstellung besteht daher zuerst einmal in einer Reinigung des Körpers mit von Priestern hergestelltem „heiligen Wasser“ (balines „*tirtha*“). Dieses geweihte Wasser wird durch verschiedene Priester unterschiedlicher Weihegrade in aufwendigen Zeremonien hergestellt. Entweder durch Tempelpriester ([Pe-]Mangku) oder durch höher geweihte Pedanda-Hohepriester. Von Letzteren wird jeden Morgen dieses geweihte Wasser in einer etwa einstündigen Zeremonie („*Surya sewana*“ = Sonnengottesdienst) mit Hilfe von etwa 120 verschiedenen Sanskrit-Mantras unter Verwendung von Räucherstäbchen, Wasser, Feuer (Kokosöllampe) und verschiedenfarbigen Blüten hergestellt (**Abb. 2**). In einem



Abb. 1: Im Norden Balis jenseits des Massentourismus steht der über 3000 m hohe Vulkan „Gunung Agung“ (hoher Berg; letzter Ausbruch 2017, davor 1963) sozusagen mitten in den Reisfeldern bei Sonnenaufgang.

Sachs M: Traditionelle Heilkunde und Wundversorgung auf Bali. *Passion Chirurgie*. 2026 März; 16(03/I): Artikel 06_03.



Abb. 2: Ein Pedanda-Priester beim Herstellen von heiligem Wasser (*tirtha*) in einem Familientempel.

dieser Priestergebete kommt beispielsweise die Formulierung vor: „Gott Shiva, vergib mir das Böse, was ich getan habe durch Taten, Worte und Gedanken.“ Die zu diesem Ritual verwendeten wohlriechenden Blüten sind aber nicht nur Heilpflanzen in unserem Sinne, sondern werden erst wirksam, wenn ein Gebet (Mantra) über sie gesprochen wird und sie anschließend in das Weihwasser gelegt werden.

Die balinesische Religion ist ein „Shivismus“, um den unscharf definierten, aus der Kolonialzeit stammenden Begriff „Hinduismus“ zu vermeiden. In Bali ist Shiva in seinen zahlreichen Manifestationen mit jeweils unterschiedlichen Namen die höchste Gottheit. Früher haben die Balinesen ihre Religion „Religion des heiligen Wassers“ (*Agama Tirtha*) genannt, nach der Gründung des mehrheitlich muslimischen Staates Indonesien nennen sie sich wie in Indien auch „Hindu“.

Erläutern wir die balinesischen Krankheitsvorstellungen an einem Beispiel, das der Autor dieser Zeilen selbst erlebt hat. Ein 60-jähriger Patient sitzt seit einem

Schlaganfall halbseitig gelähmt in einem Rollstuhl. Zunächst wurden von der Familie verschiedenen Heiler und Priester beauftragt, Reinigungszeremonien mit Weihwasser durchzuführen, die aber ohne sichtbaren Erfolg blieben. Danach wurde von der Familie des Erkrankten ein traditioneller Heiler (*balian*) aufgesucht, der in Trance feststellte, dass der Kranke vor einigen Jahren bei seiner Heirat ein bestimmtes, vorgeschriebenes Ablösungsritual im Sippentempel nicht korrekt ausgeführt hatte. Dieses aufwendige Ritual wurde dann im Beisein der gesamten Großfamilie, die in den Tagen zuvor Hunderte von Opfergaben aus pflanzlichen Produkten kunstvoll hergestellt hatte, von einer Hohepriesterin (*Pedanda Istri*) nachgeholt. Dabei wurde der Patient mehrfach mit verschiedenen heiligen Wassern übergossen (vgl. **Abb. 3**). Nach Aussagen von Familienangehörigen hätten sich dann Wochen nach diesem Ritual die Lähmungen weitgehend zurückgebildet (was ich leider nicht überprüfen konnte).

Neben diesen religiösen Heilungsritualen gibt es in Bali aber auch Wissen über



Abb. 3: Ein alter Pedanda-Priester gießt über ein Sieb heiliges Wasser (*tirtha*) in die Hände einer kranken Frau, die es dann zur inneren Reinigung trinkt. Dabei spricht er u.a. ein Mantra: „alles Böse möge verschwinden“ („*sarva papa vinasini*“ [Sanskrit]). Vorher übergoss der Priester den Kopf der Frau mit *Tirtha*.

Heilpflanzen, die meist von den älteren Frauen in der Familie gesammelt und direkt angewendet werden, insbesondere bei äußeren Wunden. Das balinesische Wissen über Heilpflanzen wurde in speziellen „Arzneibüchern“ überliefert, die auf Blättern der Lontarpalme [*Borassus flabelliformis* L.] geritzt wurden (**Abb. 4a-c**). Die Lontarbücher bestehen bis zu 100, doppelseitig beschriebenen Palmblattstreifen (jeweils etwa 33x3 cm). Die einzelnen Blätter sind in der Mitte gelocht und mit einem durch zwei chinesische Lochmünzen armierten Faden verbunden. Die Buchstaben sind balinesisch, die verwendeten Sprachen aber Sanskrit, Altjavanisch oder Hochbalinesisch. Das bekannteste dieser Arzneipflanzenbücher ist das Lontarbuch „*Taru premana*“ (Sanskrit: „Pflanzenbeschreibung“). In diesem Lontarbuch treten über 200 Pflanzen als Personen auf und erzählen dem meditierenden Heiler, welche Eigenschaften sie besitzen und gegen welche Krankheiten sie anzuwenden sind. Die ersten Zeilen dieses Lontars lauten übersetzt aus dem Sanskrit sinngemäß:

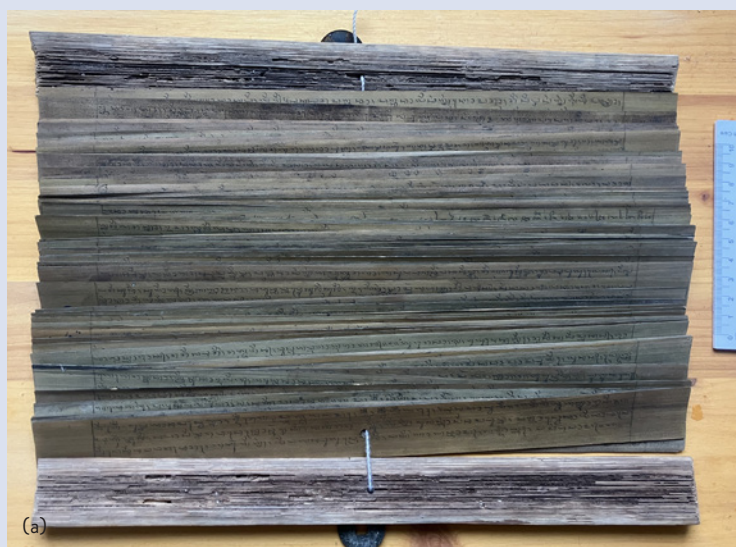


Abb. 4 a-c: (a) Das Lontarbuch „Kuranta bolong“ mit wichtigen Überlieferungen zur traditionellen Heilkunde Balis. (b) Ein Gelehrter kopiert Texte, indem er sie auf Blattstreifen der Lontarpalme einritz. Die Sprache ist Sanskrit und Altjavanisch, aber in balinesischen Buchstaben wiedergegeben. (c) Ein kunstvoll ausgearbeiteter Holzkasten zur Aufbewahrung eines wertvollen Lontarbuches.

„Mögen keine Hindernisse [beim Lesen dieser Schrift] auftreten. Dieses Buch hat den Namen TARU PREMANA. Einst lebte auf Bali ein erhabener Gelehrter namens Sang Prabhu Empu Kuturan, der auf einem Leichenverbrennungsplatze [setra] meditierte, weil er sich seiner Unwissenheit bezüglich der Arzneibehandlung seiner Patienten schämte. Er rief durch seine magische Kraft alle Heilpflanzen zu sich. Und es erschien zuerst der Waringin-Baum [Banyanbaum, *Ficus benghalensis*] und dieser sprach zu ihm: ‚Warum bist du so ärgerlich, hoher Herr?‘ Und Sang Prabhu Empu Kuturan antwortete: ‚Wie das kommt, mein lieber

Waringin-Baum, das will ich dir erzählen. Ich beschäftige mich mit der Tätigkeit eines Heilers [Balian]; ich kenne eine Menge von Heilkräutern für Kranke, aber kein einziger Mensch will dadurch gesundwerden.‘ Darum habe ich euch, meine Freunde, alle hierher beordert.‘ Und es erschien darauf silagwi [*Sida rhombifolia* L.] und gab über sich selbst Auskunft; ‚Mein Gewebe ist kühl und kann verwandt werden als Medizin für Säuglinge, sobald sie 5 Tage alt sind. Nur so weit geht mein Nutzen. Meine Wurzel kann für Säuglinge gebraucht werden als Paste, die aus der zerriebenen Wurzel hergestellt wird.‘“

Auch hier finden wir wieder die typische Vermischung von empirischem Wissen mit magischen Vorstellungen, denn die erwähnte Blütenpflanze *Sida rhombifolia* wird in Südostasien von zahlreichen Ethnien beispielsweise auch zur Behandlung von Durchfall verwendet.

Einige Lontarblätter weiter finden wir im Lontarbuch „TARU PREMANA“ folgende Beschreibung: „Mein Name ist ‚Jepun‘. Meine Eigenschaft ist warm, meine Blätter sind medium, meine Rinde und mein Saft sind heiß. Ich kann bei Kranken mit Rückenschmerzen eingesetzt werden...“ Es handelt

sich um *Plumeria obtusa* L. (Apocynaceae) = Frangipani, siehe **Abb. 5**].

Diese Einteilung der Heilpflanzen in „warm“ und „kalt“ finden wir auch in unseren mittelalterlichen Kräuterbüchern [z.B. L. Fuchs (1543), Cap. VIII; Tabernaemontanus, Ausgabe C. Bauhin (1664), p. 61]. Der Kamille (*Matricaria chamomilla* L.) beispielsweise wurden in den mitteleuropäischen Kräuterbüchern erwärmende Eigenschaften zugeschrieben, weswegen die Blüten u. a. bei „kalten Krankheiten“ (Erkältungen!) als Tee eingesetzt wurden und werden. Nach diesen humoralpathologischen Vorstellungen muss man eine Krankheit mit einer Arznei der gegenteiligen Eigenschaft therapieren. Dieses Therapieprinzip findet sich demnach sowohl in der balinesischen als auch in der mitteleuropäischen Heilkunde.

Abb. 6 zeigt diejenigen Zeremonialpflanzen, die von einer Hohepriesterin (*Pedanda Istri*) zur Herstellung von heiligem Wasser verwendet werden. Olfaktorisch hervorstechend sind die Blüten des in Bali „Capaka“ genannten Baumes [*Michelia champaca* L. = *Magnolia champaca* (L.) Baill. Ex Pierre], die auch heute noch zur Herstellung von Parfüm verwendet werden. In Bali legen die Priester u.a. diese Blüte in das heilige Wasser ein, was dadurch einen etwas parfümierten Geschmack erhält und dann für Reinigungszeremonien rituell verwendet wird (zum äußeren Reinigen und als innere Reinigung zum Trinken; siehe **Abb. 3**). Diese Blüte wird aber auch in der traditionellen Medizin anderer südostasiatischer Länder verwendet, beispielsweise in der ayurvedischen Medizin.

Viele traditionelle Heiler in Bali erhielten durch ein mystisches Erlebnis ihre Berufung: Die Berufung des *Ida Bagus Ketut Anyar* (ca. 1923–2015) zum traditionellen Heiler [*balian*], erfolgte beispielsweise im Alter von etwa 17 Jahren: Damals sei er abends an einem Bach in der Nähe des Dorfes fischen gegangen. Es habe aber kein Fisch angebissen. Am nächsten Tag hielt er wieder vergeblich seine Angel in diesen Bach. Plötzlich hörte er eine Stimme, ohne dass er jemanden sehen konnte: „Du



Abb. 5: Krone eines Jepun-Baumes in Bali. Die Blüten werden in Bali sehr häufig als Ritualpflanzen verwendet.



Abb. 6: Blüten, die zur Herstellung von „Tirtha“ von einer Pedanda-Priesterin zusammengestellt wurden, darunter u.a. links im Bild „Capaka“ [*Michelia champaca* L. = *Magnolia champaca* (L.) Baill. Ex Pierre] und (vorne rechts im Bild) „Jepun“ [*Plumeria obtusa* L. (Apocynaceae) = Frangipani].



Abb. 7a–b: Die geriebenen Blätter der *Centella asiatica* L. (Urb.) werden in Bali u.a. zur lokalen Wundbehandlung, hier am Beispiel einer Blutung nach einer frischen Nagelverletzung am Fuß verwendet.

musst weiter oben fischen.“ Aus Angst sei er dann nach Hause gelaufen, aber dann habe er am nächsten Abend an dem von der Stimme empfohlenen Ort geangelt. Währenddessen habe er ein helles Licht im Wasser gesehen und kurz darauf habe ein besonderer Fisch angebissen. Er habe den Fisch mit nach Hause genommen und die Innereien ausgenommen. Dabei habe er in den Därmen einen „Edelstein“ gefunden. Seitdem seien die kranken Menschen zu ihm gekommen, um sich von ihm heilen zu lassen.

Gefragt, ob er dem Autor den Edelstein einmal zeigen könnte, holte er aus seinem Schlafraum eine Glasflasche mit Kokosöl

mit einigen darin eingelegten Pflanzenbestandteilen. Am Boden der Glasflasche war ein kirschgroßer, schwärzlich-bröckeliger Stein zu erkennen, der mich an einen Gallenstein beim Menschen erinnerte.

In der balinesischen Heilkunde gibt es demnach also empirisches Wissen über die Wirkung von Heilpflanzen, kombiniert mit religiösen oder magischen Ritualen. Beispiel für dieses empirisch gewonnene Wissen ist die Verwendung von grünen Pflanzenblättern zur Behandlung von blutenden oder eiternden Wunden. In Bali werden von der Bevölkerung die herzförmigen Blätter einer auf Wiesen wachsende Pflanze genutzt, die dort „*Piduh-Piduh*“ [*Centella*

asiatica L. (Urb.)] genannt wird (**Abb. 7**). Sie entspricht in ihren Anwendungsbereichen dem in unseren alten Kräuterbüchern [z.B. Fuchs 1543, Cap. XI] ausführlich dargestellten Spitzwegerich [*Plantago lanceolata* L.]. Beide Pflanzen enthalten beispielsweise Flavonoide, die möglicherweise für die lokale Wirksamkeit verantwortlich sind. Die Blätter beider Pflanzen haben nachgewiesenermaßen in vitro eine antimikrobielle und antiphlogistische Wirkung.

Dieses empirische Wissen zu nutzen und aus den häufig verwendeten Heil- bzw. Ritualpflanzen die pharmakologisch wirksamen Substanzen zu isolieren, bleibt ein Desiderat.

Nachruf auf Prof. Dr. med. Klaus Schönleben



**In memoriam
Prof. Dr. med.
Klaus Schönleben
(*05.03.1942 † 25.10.2025)**

Prof. Dr. med. Klaus Schönleben, langjähriger Direktor der Chirurgischen Klinik in Ludwigshafen und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) ist am 25. Oktober 2025 im 84. Lebensjahr nach langer und schwerer Krankheit verstorben.

Prof. Dr. Schönleben wurde am 05. März 1942 als Sohn eines Chirurgen in Nürnberg geboren. Nach Besuch des humanistischen Gymnasiums in Fürth und Abitur 1962, Beginn des Medizinstudiums in Erlangen und 1964 Staatsexamen ebendort. Im gleichen Jahr Promotion an der Universität Erlangen, Doktorvater war Prof. Dr. Hermann Bünthe. Nach der Medizinalassistentenzeit in Kulmbach und Coburg erhielt er 1970 die Approbation. 1969 heiratete er Frau Dr. Ulrike Schönleben und aus dieser Ehe gingen drei Kinder hervor.

Von 1970 bis 1973 war er wissenschaftlicher Assistent an der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen bei Prof. Dr. Gerd Hegemann. Im Jahre 1973 wechselte er an die Chirurgische Universitätsklinik Münster wo sein Doktorvater, Prof. Dr. Bünthe zum Ordinarius ernannt worden war. Im Jahre 1976 wurde er zum Facharzt für Chirurgie ernannt und habilitierte in diesem Fach. 1979 Facharzt für Gefäßchirurgie und Ernennung zum Apl. Professor.

1983 wurde Prof. Dr. Schönleben zum Nachfolger von Prof. Dr. Heinz Gelbke als Direktor der Chirurgischen Klinik am Klinikum Ludwigshafen gewählt und übte

dieses Amt bis 2007 sehr erfolgreich aus. 1996 war Schönleben Präsident der Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen und wurde später zum Ehrenmitglied der Gesellschaft ernannt. Von 2000 bis 2001 war er Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und wurde 2005 zum Senator auf Lebenszeit ernannt. Weiterhin war Schönleben Gründungsmitglied und langjähriges Vorstandsmitglied des Konvents der Leitenden Krankenhauschirurgen (KLK). Ebenso war er langjähriges Mitglied der Schriftleitung der Zeitschrift „Chirurgische Praxis“ und später im Beirat der Chirurgischen Allgemeinen Zeitung (CHAZ).

Klaus Schönleben war ein Sympathieträger, geprägt durch sein fränkisches Naturell, sein stets zuvorkommendes, humorvolles und freundliches Wesen. Er prägte über Jahrzehnte die Chirurgie in Ludwigshafen und darüber hinaus. Schönleben verband konsequent qualitätsorientierte, fachliche Exzellenz mit menschlicher Zuwendung. Sein Wirken reichte weit über die Region hinaus. Weiterhin setzte er wichtige Impulse für die Weiterentwicklung seines Fachgebietes. Bemerkenswert war seine nahezu prophetische Prognose zur technischen Entwicklung der Chirurgie, insbesondere der Minimalinvasiven Chirurgie, der robotergestützten Chirurgie und der Telemedizin. Seine humanistische Bildung hat ihn sein ganzes Leben geprägt und so stellte er in seinem Präsidentenjahr der DGCH den Kongress unter das Motto von Heraklit: *Panta rhei*, alles ist im Fluss. Seine

Passion gehörte in erster Linie seiner Familie, danach der Chirurgie und nicht zuletzt der Jagd, die er gemeinsam mit seinen chirurgischen Freunden ausübte. Wir verlieren mit Prof. Dr. Klaus Schönleben einen besonderen und wertvollen

Freund und Weggefährten, einen exzellenten Chirurgen und vor allem einen großartigen Menschen und Familienvater.

Wenn Bertolt Brecht sagt: „Der Mensch ist erst dann tot, wenn niemand mehr an ihn

denkt“, so werden wir, seine Freunde, Kollegen und Weggefährten ihn nicht vergessen und ihm ein ehrenvolles Angedenken bewahren.

Prof. Dr. med. Rainer Arbogast

WIR GEDENKEN UNSERER VERSTORBENEN MITGLIEDER

Herr Dr. med. Horst Ziegler, Bad Reichenhall
 Herr Dr. med. Thomas Riemensperger, Truchtlaching
 Herr Dr. med. Hans-Werner Druse, Berlin
 Herr Dr. med. Hermann Balk, Augsburg
 Herr Prof. Dr. med. Ludger Sunder-Plassmann, München
 Herr Dr. med. Christoph Troppmann, Sacramento/USA
 Herr Prof. Dr. med. Samir Said, Jahnstein
 Herr Prof. Dr. med. Prof. h.c. Arnulf Thiede, Würzburg
 Herr Dr. med. Jürgen Kutscher, Köthen
 Herr Dr. med. Wilhelm Enzler, Neusäß-Steppach
 Frau Dr. med. Cornelia Fiedler, Düren
 Herr Dr. med. Karl-Heinz Jungbluth, Hamburg
 Herr Prof. Dr. med. Etzel Adler, Bayreuth
 Herr Prof. Dr. med. Klaus Peter, München, Ehrenmitglied

*21.02.1937 †22.04.2025
 *15.08.1944 †22.06.2025
 *06.06.1957 †27.09.2025
 *01.01.1931 †05.10.2025
 *15.06.1944 †22.10.2025
 *16.04.1960 †27.10.2025
 *06.01.1957 †02.11.2025
 *20.08.1942 †17.12.2025
 *12.04.1936 †18.12.2025
 *25.04.1950 †19.12.2025
 *16.10.1947 †03.01.2026
 *10.06.1931 †06.01.2026
 *25.04.1933 †21.01.2026
 *14.09.1938 †27.01.2026

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

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

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

KONTAKT

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

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

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: City₃+ Registrierungsnummer: DRKS0033520				
Prof. Dr. med. D. K. Bartsch	Patienten (n = 2426), bei denen eine totale Thyreoidektomie oder Hemithyreoidektomie wegen einer gutartigen Struma durchgeführt wurde Exper. Gruppe: kontinuierliches intraoperatives Neuromonitoring Kontrollgruppe: intermittierendes intraoperatives Neuromonitoring	28.02.2024 2294 von 2426 Patienten	Keine Finanzierung Fallgeld: 0 €/Patient	PD Dr. med. Elisabeth Maurer Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie Philipps-Universität Marburg Baldingerstraße 35043 Marburg E: maurere@med.uni-marburg.de
Studientitel: COMPASS₄ Registrierungsnummer: DRKS00031827				
Prof. Dr. med. Christoph Kahlert Trial Coordinator: Dr. med. Mathieu Pecqueux	Patienten mit einem linksseitigen Dickdarmtumor und Symptomen einer Obstruktion Experimentelle Gruppe: Anlage eines dekomprimierenden Stomas, gefolgt von einer zweizeitigen onkologischen Elektivresektion nach der Rekonvaleszenz Kontrollgruppe: Notfallresektion des linksseitigen obstruktiven Kolontumors	16.04.2024 76 von 468 Patienten	BMFTR 1000 €/Patient	Anika Stützer Studienkoordinatorin Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden Anstalt des öffentlichen Rechts des Freistaates Sachsen E: anika.stuetzer@ukdd.de
Studientitel: DISPACT-2₅+ Registrierungsnummer: DRKS00014011				
Prof. Dr. med. Rosa Klotz	Patienten mit benignen und malignen Veränderungen des Pankreaskörpers und des -schwanzes mit Indikation zur elektiven distalen Pankreatektomie Exper. Gruppe Minimalinvasive distale Pankreatektomie Kontrollgruppe Offene distale Pankreatektomie	13.08.2020 296 von 294 Patienten Rekrutierung beendet	DFG 1.250 € / Patient	PD Dr. med. Rosa Klotz Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie Universitätsklinikum Heidelberg Im Neuenheimer Feld 420 E: rosa.klotz@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: ESORES₆ Registrierungsnummer: DRKS00030567				
Prof. Dr. med. Jens Höppner	Patienten mit Ösophaguskarzinom Experimentelle Gruppe: Die Behandlung in Studienarm A besteht aus der Beurteilung des klinischen Ansprechens (CRE) durch ÖGD, endoskopische Biopsien des Tumorbereichs, EUS plus FNA verdächtiger Lymphknoten und einem F18-FDG-PET CT. Bei klinisch-histologisch gesichertem positivem lokalem Tumorstatus und ohne Fernmetastasierung nach CRE („non-CR“) erfolgt die Therapie durch Operation. Patienten ohne histologischen Nachweis einer lokalen Resterkrankung und ohne Fernmetastasen werden als klinische CR betrachtet und aktiv beobachtet. Im Falle eines lokalen Tumorrezidivs wird die Behandlung des Patienten mit einer Operation fortgeführt. Die aktive engmaschige Beobachtung erfolgt durch Visiten nach 3 m/6 m/9 m/12 m/18 m/24 m/36 m umfasst ÖGD, endoskopische tiefe Biopsien des Tumorbereichs, EUS plus FNA und CT-Thorax/Abdomen. Bei histologisch nachgewiesenem Tumorrezidiv im Rahmen der aktiven Beobachtung („non-CR“) erfolgt eine Operation und anschließende Standardnachsorge.	30.01.2024 34 von 670 Patienten	BMFTR 1520 €/Patient	Prof. Dr. Jens Höppner Universitätsklinikum OWL der Universität Bielefeld, Campus Lippe Klinikum Lippe GmbH E: jens.hoepfner@uni-bielefeld.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
	Kontrollgruppe: Die Behandlung im Studienarm B besteht aus einer obligaten postneoadjuvanten Operation, die 4–12 Wochen nach Ende der neoadjuvanten Therapie durchgeführt wird. In beiden Armen erfolgt die Operation durch transthorakale oder transabdominale Ösophagektomie einschließlich Lokoregionärer Lymphadenektomie.			
Studientitel: HULC₇* Registrierungsnummer: DRKS00017517				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilen Faden in Small-Stitches-Technik und zusätzlicher Onlay-Mesh-Augmentation mit einem Polypropylen-Netz Kontrollgruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilen Faden in Small-Stitches-Technik	08.08.2019 648 von 812 Patienten	DFG 500 € / Patient	Dr. Solveig Tenckhoff Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) Marsilius-Arkaden Turm-West Im Neuenheimer Feld 130.3 69120 Heidelberg E: solveig.tenckhoff@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: METAPANC₈ Registrierungsnummer: 2023-503558-10-00/IAG-VO-0822				
Prof. Dr. med Michael Ghadimi	Patienten mit lokal resektabelm oligometastatischen (Leber, synchron o. metachron) Pankreaskarzinom Experimentelle Gruppe: 8 Zyklen mFOLFIRINOX bis zur Randomisation gefolgt von der chirurgischen Entfernung des Primärtumors und der Metastasen gefolgt von 4 Zyklen mFOLFIRINOX Kontrollgruppe: 8 Zyklen mFOLFIRINOX bis zur Randomisation gefolgt von 4 Zyklen mFOLFIRINOX	FPI: 17.10.2023 45 von 272 Patienten	DFG Exper. Gruppe: 3250 €/Patient Kontrollgruppe: 2800 €/Patient	Prof. Dr. med. Michael Ghadimi Universitätsmedizin Göttingen Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Kinderchirurgie E: chirurgie.sekretariat@med.uni-goettingen.de
Studientitel: MICkey₉* Registriernummer: DRKS00027927				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Totale minimal-invasive Ösophagektomie (MIN-E; entweder über „klassische“ minimal-invasive Laparoskopie + Thorakoskopie; oder über Roboter-assistierte minimal-invasive Ösophagektomie [RAMIE] oder eine Kombination aus beidem) Kontrollgruppe: Hybrid-Ösophagektomie (HYBRID-E; laparoskopische/robotische Bauchchirurgie und offene Thoraxchirurgie)	14.06.2023 153 von 152 Patienten Rekrutierung beendet	BMFTR 850 €/Patient	Prof. Dr. A. L. Mihaljevic Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation-chirurgie Universitätsklinikum Tübingen E: andre.mihaljevic@med.uni-tuebingen.de
Studientitel: P.E.L.I.O.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 145 von 304 Patienten	BMFTR 650 €/Patient	Prof. Dr. A. L. Mihaljevic Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation-chirurgie Universitätsklinikum Tübingen E: andre.mihaljevic@med.uni-tuebingen.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: RAMPS₁₁*				
Registrierungsnummer: DRKS00033031				
Prof. Dr. med. Felix Hüttner Dr. med. Frank Pianka	Patienten mit einem Pankreaskarzinom des Pankreas-körpers oder -schwanzes, bei denen eine Pankreas-linksresektion mit Splenektomie geplant ist. Experimentelle Gruppe: Radikale antegrade modulare Pankreatosplenektomie (RAMPS) Kontrollgruppe: Standardmäßige Pankreaslinksresektion mit Splenektomie	20.02.2025 28 von 266 Patienten	DFG 1057,23 €/Patient	Prof. Dr. med. Felix Hüttner Klinik für Allgemeine, Viszeral- und Thoraxchirurgie, Klinikum Nürnberg E: felix.huettner@klinikum-nuernberg.de
Studientitel: RECOPS₁₂*				
Registrierungsnummer: DRKS00024364				
Prof. Dr. med. Daniel Reim	Experimentelle Gruppe: Patienten mit pyloruserhaltender Pankreaskopfresektion, Child-Rekonstruktion und zusätzlicher Braun'scher Fußpunktanastomose zwischen der zu- und abführender Schlinge der Duodenojejunostomie Kontrollgruppe: Patienten mit pyloruserhaltender Pankreaskopfresektion und Child-Rekonstruktion	05.05.2022 606 von 606 Patienten	675 €/Patient	Prof. Dr. Daniel Reim Klinikum Rechts der Isar der TU München Klinik und Poliklinik für Chirurgie Ismaninger Str 22 81675 München E: Daniel.reim@tum.de
Studientitel: SELREC₁₃*				
Registrierungsnummer: DRKS00030567				
Prof. Dr. med. Rosa Klotz	Experimentelle Gruppe: Totale mesorektale Exzision (TME) ohne neoadjuvante (Chemo-)Radiotherapie Kontrollgruppe: Leitlinienkonforme neoadjuvante (Chemo-) Radiotherapie (5x5 Gy oder insgesamt 50,4Gy) und ggf. begleitende 5-FU-basierte Chemotherapie gefolgt von TME innerhalb von 12 Wochen	04.05.2023 31 von 1.074 Patienten Rekrutierung beendet	BMFTR 1.762,39€/Patient	Dr. S. Tenckhoff Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) E: solveig.tenckhoff@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: SEVTAR₁₄				
Registrierungsnummer: DRKS00023436				
PD Dr. med. Leif Schiffmann	Patienten/Op.-Verfahren: Patienten mit Rektumresektion, Anastomosenhöhe zwischen 2 und 8cm und protektivem Stoma Experimentelle Gruppe: Einlage eines Vacuumschwammes am Ende der Operation für 5 Tage, weitere Behandlung wie lokal üblich Kontrollgruppe: Keine Schwammeinlage, Behandlung wie lokal üblich	FPI: 26.01.2021 170 von 362 Patienten	keine Finanzierung 0€/Patient	PD Dr. med. Leif Schiffmann Asklepios Klinik Pasewalk, Abteilung für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, Pasewalk E: leif@dr-schiffmann.de
Studientitel: STITCHES₁₅				
Registrierungsnummer: DRKS00034787				
PD Dr. med. Christian Krautz	Adaptives Stichprobendesign: zunächst 100 Patienten (Vorlaufphase), dann finale Berechnung des Stichprobenumfangs Experimentelle Gruppe: Standardisierte Anlage der Endzu-Seit Ösophagogastrastomie mit einem Zirkularstapler (zweireihige Klammernaht, Größe 25 bis 29) und zusätzlicher zirkulärer Übernähtung mit resorbierbaren Fäden. Kontrollgruppe: Standardisierte Anlage der Endzu-Seit Ösophagogastrastomie mit einem Zirkularstapler (zweireihige Klammernaht, Größe 25 bis 29)	FPI: 28.11.2024 37 von 100 Patienten (Vorlaufphase)	Keine Finanzierung 0 €/Patient	PD Dr. med. Christian Krautz Chirurgische Klinik des Uniklinikum Erlangen E: christian.krautz@uk-erlangen.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: TRIANGLE₁₆* Registrierungsnummer: DRKS00030576 UTN U1111-1243-441				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Patienten mit resektablem, Borderline oder lokal fortgeschrittenem Pankreaskopfkarcinom Experimentelle Gruppe: TRIANGLE-Operation: Radikale Weichteildissektion entlang der Arteria mesenterica superior (Level 3 nach Inoue) um mindestens 180 Grad rechtseitig UND vollständige Dissektion des Weichgewebes im „Dreieck“ zwischen Arteria mesenterica superior, Pfortader und Truncus coeliacus wie von Hackert et al. beschrieben Kontrollgruppe: Standard-Dissektion der AMS nach Inoue Level 1 oder 2 und Standard-Lymphadenektomie entsprechend der deutschen S3-Leitlinie	22.11.2024 71 von 270 Patienten	BMFTR 1190 €/Patient	Prof. Dr. A. L. Mihaljevic Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Tübingen T: 07071 29 86 619 E: andre.mihaljevic@med.uni-tuebingen.de

MULTIZENTRISCH NICHT-RANDOMISIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: COLOSARC-Q₁₇ Registrierungsnummer: DRKS00034135				
Prof. Dr. Jens Jakob	Patienten mit primären retroperitonealen Sarkomen, die an DKG-zertifizierten Sarkomzentren oder Krankenhäusern, die zertifizierungsäquivalente Kriterien erfüllen, operiert wurden und eine kolorektale Resektion erhalten haben. Experimentelle Gruppe: Kolorektale Resektion im Rahmen einer primären retroperitonealen Sarkomresektion an einem DKG-zertifizierten Sarkomzentrum oder Krankenhaus, das zertifizierungsäquivalente Kriterien erfüllt.	FPI: 27.01.2025 91 von 120 Patienten	Deutsche-Sarkom-Stiftung Kein Fallgeld	Dr. Madelaine Hettler Chirurgische Klinik Universitätsmedizin Mannheim E: madelainehenry.hettler@umm.de

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

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

Stand: Januar 2026

SPENDENAUFTRUF

Langenbeck-Virchow-Haus



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

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

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

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

Prof. Dr. med. R. Goldbrunner

Präsident

Prof. Dr. med. Th. Schmitz-Rixen

Generalsekretär

Prof. Dr. med. Johann Pratschke

Schatzmeister



DGCH-PRÄSIDIUM

ab 01. Januar 2026

VORSTAND

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

VERTRETER DER FACHGESELLSCHAFTEN

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie	J.-P. Ritz, Schwerin
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie/Vertreter Allgemeine Chirurgie	K. Ridwelski, Magdeburg
Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin	F. Adili, Darmstadt
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie	B. Ludwikowski, Hannover
Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	J. Hoffmann, Heidelberg
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie	H. Clusmann, Aachen
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie	B. Kladny, Herzogenaurach
Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen	T. Kremer, Leipzig
Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie	J. Börgermann, Duisburg
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie	E. Hecker, Bochum
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie	S. Flohé, Solingen
Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.	H.-J. Meyer, Hannover
Perspektivforum Junge Chirurgie	S. Schaaf, Koblenz

WEITERE MITGLIEDER

Leitender Krankenhauschirurg	K. Ludwig, Rostock
Oberärztin einer Chirurgischen Krankenhaus- abteilung	S. Bayerköhler, Garmisch-Partenkirchen
Niedergelassene Ärztin	K. Schick, München
Chirurg aus dem deutschsprachigen Ausland	K. Emmanuel, Salzburg/Österreich
Vertreter der Sektion Chirurgische Forschung	M. Laschke, Homburg/Saar
Geschäftsführer LVH	J. Pratschke, Berlin
Schriftleiter ISS	U. Rolle, Frankfurt/M

GEWÄHLTE MITGLIEDER DES SENATES

P. Vogt, Hannover
T. Pohlemann, Homburg

SENAT

W. Hartel, Ulm	1991
G. Hierholzer, Duisburg	1995
H. Bauer, Altötting	1997
N.P. Haas, Berlin	2003
B. Ulrich, Düsseldorf	2004
M. Rothmund, Marburg	2005
H.D. Saeger, Dresden	2006
K. Junghanns, Ludwigsburg*	
R. Arbogast, Pforzheim	2008
R. Gradinger, München	2010
A. Haverich, Hannover	2011
M. Büchler, Heidelberg	2012
K.-W. Jauch, München	2013
J. Jähne, Hannover	2014
P. Vogt, Hannover	2015
G. Schackert, Dresden	2016
T. Pohlemann, Homburg	2017
J. Fuchs, Tübingen	2018
M. Anthuber, Augsburg	2019
H.-J. Meyer, Hannover**	
T. Schmitz-Rixen, Frankfurt/M.	2020
M. Ehrenfeld, München	2021
H. Lang, Mainz	2022
A. Seekamp, Kiel	2023
C. Bruns, Köln	2024

* Senator ehrenhalber, Schatzmeister 1996–2011

** Senator ehrenhalber, Generalsekretär 2012–2022

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

KINDERBETREUUNG

...AUF DEM DCK 2026 IN LEIPZIG



Auf dem Chirurgiekongress 2026 in Leipzig können Sie Ihre Kinder an allen Kongresstagen von (8:00 bis 18:00 Uhr) durch den KidsClub im CCL Congress Center Leipzig betreuen lassen!

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 und Vor-Ort-Anmeldungen am Tagungsschalter je nach Kapazität gegebenenfalls noch möglich.

Anmeldung unter: www.dck2026.de/anmeldung/

100. FOLGE SURGEON TALK



100 mal geTALKed – Bereits am 18. Februar wurde die 100. Folge **Surgeon Talk** ausgestrahlt, was uns mächtig stolz macht, ebenso, wie das erreichte Etappenziel von 4.000 Followern!

In unserer Jubiläumsfolge sitzt das gesamte Team gemeinsam am Mikro und blickt mit einem Augenzwinkern zurück – auf Highlights, Lieblingsmomente und Dinge, die wir so nie geplant hatten.

Und ja – auch auf Fehler, Überraschungen und kleine Skandale, die dazugehören.

Zu den Podcasts von Surgeon Talk: <https://surgeontalk.bdc.de/>

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, Mehrzweckfläche 2, 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.

BDC-Sitzungen, Seminare und Workshops anlässlich des DCK 2026

MITTWOCH, 22. APRIL 2026

Wann?	Wo?	Sitzungsname	Vorsitz
tba	Saal 3	Gemeinsame Sitzung BDC und DGCH: Onkologische Viszeralchirurgie – Aktuelle Publikationen, die man kennen muss!	Prof. W. Schröder, Prof. A. Mihaljevic, Dr. A. Dyprière

DONNERSTAG, 23. APRIL 2026

Wann?	Wo?	Sitzungsname	Vorsitz
11:15–12:45 Uhr	Mehrzweckfläche 2	Verbundweiterbildung: Vision und Wirklichkeit	Prof. H.-J. Meyer, Prof. T. Schmitz-Rixen, Dr. F. Burgdorf
17:15–18:15 Uhr	Mehrzweckfläche 1	Chirurgie der Zukunft – employee-well being vs. Resilienz	Prof. B. Braun, Dr. F. Burgdorf, Prof. C. Krones
8.00–9.00 Uhr	Mehrzweckfläche 2	Interdisziplinäre Sitzung (BDC, DGOU und DGCH): Ambulantes Operieren	Dr. P. Kalbe, Dr. K. Schick, Prof. M. Kaiser

FREITAG, 24. APRIL 2026

Wann?	Wo?	Sitzungsname	Vorsitz
8.00–9.00 Uhr	Mehrzweckfläche 2	Neue Konzepte der Vereinbarkeit von Beruf und Familie – Fantasie trifft Wirklichkeit	Dr. W. Schulte, Dr. S. Axt, L. M. Zimmermann
9.15–10.45 Uhr	Mehrzweckfläche 2	Gemeinsam mit DGAV: Der schwierige viszeralchirurgische Situs	Prof. W. Schröder, Prof. C. Reißfelder, Dr. Mara Götz
11.15–12.45 Uhr	Mehrzweckfläche 2	Die bundesweite Krankenhausreform – Chirurgie quo vadis?	Dr. B. Schmitz, Prof. C. Krones, Prof. D. Vallböhmer
14:00–15:30 Uhr	Mehrzweckfläche 2	KI in der chirurgischen Weiterbildung	Prof. Dr. J. Seifert, Prof. Dr. M. Betzler, Dr. F. Schlottmann
15.45–16.45 Uhr	Mehrzweckfläche 2	Recruiting von Mitarbeitern/innen in der Chirurgie	Prof. Dr. M. Betzler, Prof. C. Krones, Dr. J. Miller
10:00–12:30 Uhr	am BDC-Stand	Rechtsberatung	Dr. J. Heberer
13:00–13:45 Uhr	Mehrzweckfläche 2	Mitgliederversammlung	Prof. H.-J. Meyer

BDC-SEMINARE & -WORKSHOPS

Wann?	Wo?	Was?	Vorsitz
Mi., 22. April 2026 11.15–12.45 Uhr	tba	Vorbereitung auf die Niederlassung	Dr. P. Kalbe Dr. R.W. Schmitz Dr. K. Schick
24. April 2026 9.15–10.45 Uhr	tba	DRG-Workshop	Prof. T. Auhuber



26 Jahre Engagement, Herz und Verstand: Danke, Hanne Quandt!

Nach fast 26 Jahren engagierter und verlässlicher Arbeit im Sekretariat des Berufsverbands der Deutschen Chirurgie verabschieden wir unsere geschätzte Kollegin Hanne Quandt in den wohlverdienten Ruhestand. Mit ihrer Kompetenz, Umsicht und Herzlichkeit war sie über viele Jahre eine unverzichtbare Stütze des Verbands. Sie hielt den organisatorischen Ablauf zusammen, war Anlaufstelle für Mitglieder, Vorstände und Kolleginnen und Kollegen – stets mit einem offenen Ohr, einem freundlichen Wort und einem beeindruckenden Überblick über alle Details. Ihr unermüdlicher Einsatz, ihre Loyalität und ihre ruhige, verlässliche Art haben den Verband in vielfältiger Weise geprägt. Dafür möchten wir von Herzen Danke sagen – für ihre hervorragende Arbeit, ihr Engagement und die vielen kleinen und großen Dinge, die sie tagtäglich möglich gemacht hat. Wir wünschen ihr für den neuen Lebensabschnitt alles Gute – Gesundheit, Freude, Zeit für Familie, Hobbys und für alles, was bisher zu kurz gekommen ist. Möge dieser neue Lebensabschnitt genauso erfüllend und bereichernd sein wie die gemeinsame Zeit mit uns.

Der Vorstand, die Geschäftsführerin und das gesamte Team des Berufsverbands der Deutschen Chirurgie



BDC: *Wie fing das mit dir und dem BDC an?*

Hanne Quandt (HQ): Anfang 2000 wollte ich mich beruflich umorientieren und bin auf neue Stellensuche gegangen. Die Angebote waren noch nicht so im Überfluss vorhanden wie heute. Aber dranbleiben und niemals aufgeben war schon immer meine Devise und mein Leitspruch, der mich heute noch begleitet. Dann entdeckte ich in einer großen Berliner Zeitung (nicht die mit vier Buchstaben ☺) eine Stellenanzeige, die mich sofort ansprach. Die Anzeige

habe ich heute noch in meinen Unterlagen. Ich bewarb mich sofort, hatte mich im Sekretariat bei Frau Spindler erkundigt und wartete dann gespannt ab. Es dauerte gar nicht lange und ich erhielt von Herrn Dr. Felsing (†), damaliger Geschäftsführer, eine Einladung zum Vorstellungsgespräch. Ich fuhr nach Berlin und war aufgeregt aber auch etwas Freude schwang mit. Ich wollte die Stelle unbedingt. Als Frau Spindler mir die Tür öffnete kam mir eine Freundlichkeit und Herzlichkeit entgegen, so dass im ersten Moment meine innere Aufgeregtheit verflogen war. Das Vorstellungsgespräch mit Herrn Dr. Bauch (†) damaliger Vizepräsident, Herrn Dr. Felsing und Frau Spindler (Sekretärin) verlief sehr gut. Am Schluss des Gespräches informierte mich Dr. Felsing, dass er sich melden würde. Auf dem Weg nach Hause ging mir nochmal alles durch den Kopf und ich dachte, das alles war bestimmt umsonst. Ich kam gerade zu Hause an, da klingelte das Telefon (Handy gab es noch nicht ☺). Herr Dr. Felsing rief an und sagte mir, dass die Entscheidung auf mich fiel. Ich war so glücklich und erfreut in diesem Moment, dass ich innerlich einen riesigen Luftsprung machte, den ich kaum unterdrücken konnte, sodass wir beide lachen mussten. Ich wurde zum 20.03.2000 eingestellt und ich fühlte mich sofort sehr wohl, strotzte so voll Elan und Tatendrang, die Arbeit machte mir großen Spaß. Meinen vorherigen Job hatte ich dann gekündigt. An dieser Stelle gilt mein ganz besonderer Dank an Herrn Prof. J. Witte (†), der meinen Arbeitsvertrag unterschrieb und ihn mir dann übergab, sowie an die Herren Dr. H.-H. Felsing und Dr. J. Bauch auch wenn alle drei Herren nicht mehr unter uns weilen. Nochmals Dankeschön!



www.bdc.de

BDC: *Wie viele Präsidenten hast du erlebt?*

HQ: Insgesamt habe ich vier Präsidenten erlebt, angefangen mit Herrn Prof. Witte. Er war eine herausragende Persönlichkeit, nahm sich immer Zeit und hatte ein offenes Ohr auch für Themen, die mal nicht im beruflichen Fokus standen. Er war sehr warmherzig und menschlich. Ich kann mich noch erinnern, es war wahnsinnig interessant, wenn er uns erzählte, welche Persönlichkeiten er operiert hatte – natürlich unter Diskretion und streng vertraulich. Nach seinem Tod übernahm Herr Prof. Polonius erst kommissarisch die Position des Präsidenten und wurde nach anschließender Wahl als Präsident bestätigt. Mit ihm gemeinsam durfte ich die Jahre von 2003–2010 zusammenarbeiten. Er verstarb im Mai 2025.

Von 2010–2015 war Herr Prof. Bruch Präsident des BDC und seit 2015 Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. H.-J. Meyer.

Welche Ereignisse sind dir im Gedächtnis geblieben?

HQ: Natürlich der Tod von Prof. Witte, der uns damals schockierte. Ich war zu dieser Zeit im Urlaub und man hatte mich zurückgeholt, um alles Wichtige in die Wege zu leiten und auch Prof. Polonius bei allen Aufgaben dabei zu unterstützen. Er sprang kommissarisch sofort ein.

Auch schöne Ereignisse habe ich in Erinnerung – wie die jährlichen Teamausflüge, die immer abwechslungsreich waren und total viel Spaß machten. Vielleicht kommt diese Frage noch dann dazu später mehr.

BDC: *Was hat sich über die Jahre im Verband verändert?*

HQ: Verändert hat sich u. a. die Personalstruktur. Nach und nach vergrößerte sich die Anzahl der Kolleginnen und Kollegen in der Geschäftsstelle von damals sechs auf jetzt 16 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sowie mit dem Ausbau weiterer Abteilungen wie z. B. in der Akademie und in der Kommunikationsabteilung mit Marketing und Presse- und

Öffentlichkeitsarbeit. Das zeigt, dass sich auch die Ansprüche angepasst haben und weiterhin anpassen werden, denn der Verband steht nicht still. In meinen fast 26 Arbeitsjahren im BDC wurde mein Büro und Aufgabenbereich stets angepasst und umstrukturiert. Nach kurzer Einarbeitungszeit dürfte ich die jeweiligen Geschäftsführer und Präsidenten in ihrer Arbeit unterstützen. Im Laufe der Zeit wurde immer mehr digitalisiert, Papier reduziert, die Technik wurde immer mehr zum Standard und modernisiert. Man übernahm immer mehr Verantwortung, arbeitete vorwiegend selbstständig und das Aufgabenspektrum wurde immer spezieller. Man fuchste sich überall rein – wie man so sagt.

BDC: *Welche Schwerpunkte hat der Verband aus deiner Sicht immer verfolgt?*

HQ: Die Fort- und Weiterbildung stand und steht immer im Fokus. Allein die Fort- und Weiterbildungsangebote haben sich stets den Entwicklungen angepasst. Wenn man die Arbeiten vergleicht, zu dem Zeitpunkt, als ich beim BDC die Arbeit aufnahm, ist das gegenüber heute gar nicht mehr vergleichbar. Was wurden damals u. a. an Diktaten – noch mit Kassettenaufnahmen – geschrieben. Heute ist das gar nicht mehr denkbar, zukünftig übernimmt das die KI und ChatGPT.

Ein weiterer Schwerpunkt ist die Dienstleistung für unsere Mitglieder, die sich in den letzten Jahren immer mehr in unterschiedlichen Richtungen entwickelte und auch weiterentwickeln wird. Für die Mitglieder da zu sein, sie zu beraten und bei gewissen Belangen zu unterstützen, ist nach wie vor sehr wichtig und man merkt es täglich an den Anfragen, die uns erreichen. Die Dankbarkeit, die uns erreicht, spornt uns immer weiter an.

Es hat sich auf allen Ebenen fort-schrittlich, dienstleistungsmäßig und technisch so viel weiterentwickelt. Das muss auch so sein, das ist der Lauf der Zeit. Der BDC ist für seine Mitglieder da und passt sich in allen Belangen an.

Und natürlich auf politischer Ebene: Der Slogan war und ist: „Der BDC vertritt alle chirurgischen Berufsbelange innerhalb der Ärzteschaft gegenüber den Körperschaften des öffentlichen Rechts sowie der Ärztekammer und den Kassenärztlichen Vereinigungen; als auch gegenüber dem Staat, der Regierung und ihren Behörden“.

BDC: *Was hat dir an deiner Arbeit am meisten Freude gemacht?*

HQ: Mir hat die Arbeit hier im BDC von Anfang an sehr viel Freude und auch Spaß gemacht. Ich war stets mit Herzblut dabei und habe meinen hohen Arbeitsanspruch im BDC einsetzen dürfen. Für mich war alles ganz spannend. Besondere Freude kam auf, wenn alles perfekt lief, ob es die Vorbereitungen zu den Sitzungen mit den teils dazugehörigen Abendveranstaltungen waren, die ganze Büroorganisation mit allem was dazu gehörte, der Austausch mit den jeweiligen Präsidenten und Geschäftsführern, unter den Kolleginnen und Kollegen, die telefonischen Beratungen unserer Mitglieder, die engen Kooperationen mit der damaligen Funk-Gruppe, der Ecclesia Gruppe, der Kanzlei Dr. Debong in Heidelberg und natürlich der Kanzlei Dr. Heberer in München. Es gab nichts, was ich nicht gern mochte. Und wenn die Arbeit dann auch gewürdigt wurde, hat man sich gefreut und war stolz auf das Geleistete.

BDC: *Welche lustigen Ereignisse gab es?*

HQ: Da gab es in den fast 26 Jahren so viele. Diese hier aufzuzählen oder näher zu beschreiben, würde den Rahmen sprengen. Es war schön und das Lachen kam wirklich nicht zu kurz. Eine kleine Episode fällt mir gerade ein. Ich war noch nicht lange beim BDC. Im großen Besprechungsraum befand sich eine kleine Küche mit zwei eingebauten Kochplatten. Eine damalige Kollegin aus Hamburg hatte Geburtstag und für uns alle zu Mittag gekocht – natürlich zu Hause vorgekocht und im Anschluss hatten wir gemeinsam gegessen und

» ZUR PERSON



Abb. 1: Hanne Quandt

dabei viel gelacht. Sie hatte so viele teils lustige Storys erzählt. Für mich war das damals neu. Und wie mir erzählt wurde, wurde für den damaligen Präsidenten das Obst geschnitten und sein Obstteller angerichtet.

Als ich beim BDC anfang, hatten wir für die Vorstandssitzungen die belegten Brötchen noch selbst zubereitet. Zu dieser Zeit gab es noch keinen Hauscaterer im LVH und belegte Brötchen beim Bäcker gab es damals auch noch nicht. Jeder ist mal einkaufen gegangen und hatte alles Notwendige besorgt. Lange, lange her – und so wandelt sich alles.

BDC: Was wirst du vermissen?

HQ: Darüber muss ich gar nicht nachdenken. Natürlich das ganze Team! Es hat mir sehr viel Spaß und Freude gemacht, dass wir uns untereinander stets unterstützen, uns sehr gut verstanden, ein großes Vertrauen vorhanden war, viele gemeinsame Teamevents erleben durften, für den einen oder anderen beratend und unterstützend behilflich sein konnte und auch

mal ein offenes Ohr für andere Probleme zur Verfügung stehen dürfte. An dieser Stelle ganz lieben Dank an das Team in der Geschäftsstelle aber auch nicht zu vergessen, an die Kolleginnen, die nicht mehr beim BDC angestellt bzw. bereits im Ruhestand sind.

Und selbstverständlich nicht zu vergessen, alle Mandatsträger, Vorstandsmitglieder, Präsidenten, Geschäftsführer, die ich in meiner langjährigen Betriebszugehörigkeit kennenlernen und unterstützen durfte. Bei Ihnen möchte ich mich ganz herzlich bedanken – für das Vertrauen, dass Sie mir alle entgegengebracht haben und auch die gute Zusammenarbeit der fast 26 Jahre. Diese Zeit hat bei mir viele positive Spuren und Erinnerungen hinterlassen. Die Arbeit im BDC ist und war mein Herzblut von Anfang an. Ich habe sehr gern im BDC gearbeitet, mich engagiert und hatte Freude und Spaß daran. Das trieb mich auch immer an.

Hier nochmal ein großes DANKE-SCHÖN an alle!

BDC: Welcher Moment war für dich ein Erfolg für den BDC?

HQ: Die ersten Chirurgentage im Langenbeck-Virchow-Haus, die der BDC und das Team eigenständig organisierten sowie die Quo Vadis Chirurgia-Veranstaltungen. Es war immer sehr spannend, interessant und vielseitig auch in der Vorbereitung und anschließenden Durchführung. Das ganze Team war immer mit sehr viel Engagement und Freude dabei.

BDC: Dein schönstes Team-Event?

HQ: Da gab es so viele schöne und kreative Events, die Spaß machten, da kann ich mich gar nicht für ein konkretes entscheiden. Ob dass das Bogenschießen war, gemeinsames Plätzchen backen und/oder gemeinsames Kochen in unterschiedlichen Kochstudios, Segway-Fahren durch Berlin, Grillabend bei Dr. Felsing auf dem Grundstück, Dampferfahrten von Berlin nach Grünheide, auf dem Müggelsee, Weihnachtessen und Besuche auf den Weihnachtsmarkt, Paddeltouren im Spreewald und auf der Spree in Berlin, Inline-Skates im Fläming, Fahrradtour in Potsdam, Führung durch die Beelitzer Heilstätten mit Baumpfadwanderung. Alle waren ein Highlight an denen das Team und ich sehr viel Freude hatten.

BDC: Was wünschst du dem Team in der Geschäftsstelle und dem BDC?

HQ: Nochmals ein großes Dankeschön für die tolle Zusammenarbeit und die vielen schönen Erinnerungen! Ich wünsche allen und natürlich dem BDC weiterhin viel Erfolg, ein Wachstum in allen Bereichen, dem Team beruflich und persönlich alles Gute, Gesundheit und uns allen eine friedliche Zukunft. Dankeschön, dass ich ein Vierteljahrhundert Teil des BDC war und meinen Anteil an der Mitgestaltung leisten durfte.

Für mich beginnt nun ein neues Kapitel in meinem Leben – der (Un-)Ruhestand. Es war schön! Auf Wiedersehen! ○

Termine BDC|Akademie*

CURRICULUM BASISCHIRURGIE

VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
17.04.2026	18.04.2026	Leipzig	2026-21520	Notfallmanagement im Bereitschaftsdienst	Dr. med. Lutz Meyer	200,00 €	300,00 €
07.05.2026	09.05.2026	Hamburg	2026-21666	Basischirurgie	PD Dr. med. Dr. Uwe Johannes Roblick; Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith	350,00 €	550,00 €
07.05.2026	09.05.2026	Berlin	2026-21504	Praktischer Workshop: Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie	Dr. med. Jörg Sauer	400,00 €	600,00 €
01.09.2026	03.09.2026	Gent	2026-28075	ORSI Summer School	PD Dr. med. Rabi Raj Datta; Prof. Dr. med. Hans Fuchs; Dr. med. Stefano Puliatti	249,00 €	249,00 €
08.10.2026	09.10.2026	Ingolstadt	2026-21526	Workshop Basischirurgie	Prof. Dr. Hans-Georg Palm	440,00 €	580,00 €

FACHARZTVORBEREITUNG

VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
18.03.2026	21.03.2026	Leipzig und online	2026-23822	Facharztseminar Orthopädie/Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Christian Kleber	400,00 €	550,00 €
20.04.2026	24.04.2026	Hamburg	2026-23820	Facharztseminar Orthopädie/Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Frank Timo Beil; Prof. Dr. med. Lars Gerhard Grobterlinden	450,00 €	600,00 €
04.05.2026	06.05.2026	online	2026-22580	Facharztseminar Allgemein- und Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Katharina Beyer; Prof. Dr. med. Johannes Lauscher	300,00 €	500,00 €
08.06.2026	12.06.2026	Magdeburg	2026-23670	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Roland S. Croner; Prof. Dr. med. Karsten Ridwelski	450,00 €	600,00 €
24.06.2026	26.06.2026	Essen	2026-23711	Facharztseminar Thoraxchirurgie	Dr. med. Jan Volmerig	350,00 €	550,00 €
10. - 11.09.2026 online	14. - 15.09.2026 Berlin	online und Berlin	2026-23823	Facharztseminar Orthopädie/Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. Dr. med. Georg Osterhoff; Prof. Dr. med. Stefan Schulz-Drost	400,00 €	550,00 €
21.09.2026	25.09.2026	Leipzig	2026-22550	Facharztseminar Allgemein-chirurgie	Prof. Dr. med. Peter Lamesch; Dr. med. Ludwig Schütz	450,00 €	600,00 €

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
24.03.2026		online	2026-23612	Osteosyntheseverfahren an der oberen Extremität	Prof. Dr. med. Lars Gerhard Grobterlinden	150,00 €	200,00 €
25.03.2026		online	2026-23866	Fraktur im Fokus	Prof. Dr. med. Benedikt Braun	100,00 €	200,00 €
13.04.2026		online	2026-25810	Unfallbegutachtung in der gesetzlichen Unfallversicherung	Prof. Dr. med. Julia Seifert	120,00 €	140,00 €
14.04.2026	15.04.2026	Berlin	2026-23678	Viszeralchirurgie Kompakt: Kolorektale Chirurgie	Dr. med. Oliver Haase; PD Dr. med. Robert Siegel	350,00 €	500,00 €
15.04.2026		online	2026-25840	Rehabilitationsmedizin/-management	Dr. med. Peter Kalbe; Dr. med. Sybille Larsen	90,00 €	105,00 €
17.04.2026		online	2026-23632	Kindertraumatologie für D-Ärzte/-Ärztinnen	Prof. Dr. med. Julia Seifert	120,00 €	140,00 €
07.05.2026	08.05.2026	Köln	2026-23634	VATS OP Kurs: Anatomische Segmentresektion, Sleeve-Lo-bektomie	Prof. Dr. med. Erich Stoelben	400,00 €	500,00 €
07.05.2026	08.05.2026	Berlin	2026-23681	Viszeralchirurgie Kompakt: Endokrine Chirurgie	Dr. med. Mechthild Hermanns; Prof. Dr. med. Gero Puhl	350,00 €	500,00 €
08.05.2026	09.05.2026	Mannheim	2026-23675	Viszeralchirurgie Kompakt: Proktologie	Dr. med. Philipp C. Manegold; Prof. Dr. med. Dieter G. Bussen; Dr. med. Andreas K. Joos; Prof. Dr. med. Stefan Fritz	350,00 €	500,00 €
27.05.2026		online	2026-24631	Modul 1 – Theorie der roboterassistierten Chirurgie	Prof. Dr. med. Hans Fuchs; Prof. Dr. Dr. med. Barbara Seeliger	80,00 €	100,00 €

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
04.06.2026	05.06.2026	online und Berlin	2026-23636	Hands-on-Kurs Kindertraumatologie	Prof. Dr. med. Martin Lacher; PD Dr. med. Peter Zimmermann	400,00 €	480,00 €
11.06.2026	12.06.2026	Hamburg	2026-22401	MIC: Modul 1	PD Dr. med. Anna Duprée	500,00 €	700,00 €
12.06.2026	13.06.2026	Templin OT Groß Dölln	2026-23682	17. Brandenburger Viszeralchirurgisches Update	Prof. Dr. med. habil. Frank Marusch; Dr. med. Zülküf Tekin	60,00 €	95,00 €
16.06.2026	17.06.2026	online	2026-23683	Spezielle Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Wolfgang Schröder; Prof. Dr. med. Florian Gebauer	300,00 €	500,00 €
17.06.2026	18.06.2026	online	2026-23667	HERNIE komplex	Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling	200,00 €	250,00 €
04.09.2026	05.09.2026	Aachen	2026-23860	Fußchirurgie I	Dr. med. Ralph Springfeld; Prof. Dr. med. Andreas Prescher	500,00 €	650,00 €
10.09.2026	11.09.2026	Berlin	2026-22404	CAMIC 3: Laparoskopische Chirurgie des Gastrointestinaltraktes	PD Dr. med. Sascha S. Chopra; Dr. med. Panagiotis Fikatas	500,00 €	700,00 €
15.09.2026		online	2026-23613	Osteosyntheseverfahren an der unteren Extremität	Prof. Dr. med. Lars Gerhard Großterlinden	150,00 €	200,00 €
17.09.2026	18.09.2026	online	2026-23680	Spezielle Unfallchirurgie Teil I	Univ.-Prof. Dr. med. Frank Hildebrand	300,00 €	500,00 €
01.10.2026	02.10.2026	Köln	2026-23689	Viszeralchirurgie Kompakt: 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	2026-23684	Viszeralchirurgie Kompakt: 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	2026-23677	Viszeralchirurgie Kompakt: Onkologische und funktionelle Operationstechniken am oberen Gastrointestinaltrakt	Dr. med. Wolfram Breithaupt; PD Dr. med. Benjamin Babic	350,00 €	500,00 €

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE

VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
27.03.2026	28.03.2026	Berlin	2026-26536	Refresherkurs: Chirurginnen auf dem Weg nach oben	Dr. med. Gunda Leschber; Sabine Schicke	500,00 €	700,00 €
11.04.2026		online	2026-27706	Abrechnungswebinar EBM	Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz	50,00 €	80,00 €
11.04.2026		online	2026-27701	Abrechnungswebinar GOÄ und UV-GOÄ	Dr. med. Peter Kalbe	50,00 €	80,00 €
06.06.2026		Berlin	2026-25590	Begutachtung im Behandlungsfehlerprozess	Prof. Dr. med. Heiner Wenk; PD Dr. med. Lutz Besch	270,00 €	330,00 €
17.10.2026		online	2026-27708	Abrechnungswebinar EBM	Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz	50,00 €	80,00 €
17.10.2026		online	2026-27703	Abrechnungswebinar GOÄ und UV-GOÄ	Dr. med. Max Freiherr von Seebach	50,00 €	80,00 €

BDC|Akademie

Information und Anmeldung:

Tel: 030/28004-120, Fax: 030/28004-108 oder per E-Mail: akademie@bdc.de
oder über BDC|Online unter www.bdc.de/Veranstaltungen

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

SPONSOREN DER BDC|AKADEMIE

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

PANORAMA

Journalistenpreis 2025

”

Olivia Päßler

KLINIKEN AM LIMIT

Wer überlebt die
Krankenhausreform?

“

Tatjana Mischke hat 2025 den BDC-Journalistenpreis für ihre Reportage „Kliniken am Limit – wer überlebt die Krankenhausreform?“ (SWR 2025, Produktionsfirma Thurnfilm GmbH) erhalten. Mit ihrem Beitrag hat sie sich gegen 37 weitere hochklassige Bewerbungen durchgesetzt.

„Überzeugt hat die Jury die hohe gesundheitspolitische Relevanz des gewählten Themas. Außerdem gelingt es Tatjana Mischke, das sehr komplexe Thema Krankenhausreform, das in unserem ohnehin schon schwer

durchschaubaren Gesundheitssystem angesiedelt ist, fundiert und anschaulich zu beschreiben. Die Auswirkungen der Krankenhausreform beschäftigen den BDC und die gesamte medizinische Gemeinschaft bereits intensiv auf der fachlich-politischen Ebene. Wir freuen uns, wenn das Thema durch solche journalistischen Arbeiten der Bevölkerung nähergebracht werden“, so Prof. Dr. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, Präsident des BDC in seiner Laudatio.



Olivia Päßler

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

Päßler O: Journalistenpreis 2025 –
„Kliniken am Limit – wer überlebt die
Krankenhausreform?“ Passion Chirurgie.
2026 März; 16(03/I): Artikel 09.



www.bdc.de



Abb. 1: Übergabe des Journalistenpreis 2025, v.l.n.r.: Dr. J.-A. Rüggeberg, Dr. P. Kalbe, Prof. Dr. Dr. h.c. H.-J. Meyer, T. Mischke, Dr. F. Burgdorf



Die 45-minütige Reportage ist am 17. September dieses Jahres im SWR erschienen und in der Mediathek abrufbar. Tatjana Mischke hat zur Krankenhausreform umfassend recherchiert und stellt sie differenziert und faktenbezogen auf allen Ebenen – Politik, Kliniken und Patienten allgemeinverständlich dar. Auf Patientenebene beschreibt sie konkrete Fälle, auf die die Reform unmittelbare Auswirkungen hat und unternimmt mit einem Ärzteteam sogar eine simulierte Notfallanfahrt zu einer Klinik. Die Redakteurin konnte relevante Entscheidungsträgerinnen und -träger, sowohl von Seiten der Ärzteschaft und Kliniklandschaft als auch aus der Politik, als Interviewpartner gewinnen, wodurch die Zuschauenden Einblicke zum Thema aus verschiedenen Perspektiven bekommen können.

Die Preisträgerin Tatjana Mischke im Interview mit Olivia Päßler vom BDC.

BDC: Wie sind Sie zum Thema „Krankenhausreform“ gekommen, was

hat Sie dazu bewegt, darüber einen Beitrag zu drehen?

Tatjana Mischke (TM): Die Krankenhausreform ist eine der größten Strukturreformen der vergangenen Jahre und schon deshalb ein wichtiges Thema, das uns alle beschäftigen sollte. Mich hat die Frage interessiert, ob das KHVG in der Lage ist, die grundlegenden Veränderungen, die besonders die stationäre Versorgung braucht, anzustoßen. Während sich die Branche bei der Analyse des Missstandes weitgehend einig zu sein scheint, gibt es sehr unterschiedliche Antworten auf die Frage, wie man Verbesserungen erreichen kann. Ein Beispiel: Wenn Einigkeit darüber besteht, dass die Konzentration von Leistung eine Verbesserung im Sinne der Patienten bewirken kann, wäre die Frage, ob Mindestvorhaltezahlen und Fallzahlen die besten Kriterien sind, um über Schließungen zu entscheiden. Aber die Debatte ist komplex

und würde den Rahmen an dieser Stelle sprengen.

BDC: Welche Aspekte waren Ihnen beim Konzipieren des Beitrags wichtig?

TM: Mein Fokus lag auf der Frage, welche Kriterien bei der Schließung von Krankenhäusern angesetzt werden. Das Treatment habe ich noch zu der Zeit geschrieben, als zwar im Bundesrat über das KHVVG abgestimmt wurde – es aber keine öffentlich zugängliche Auswertungsanalyse gab. Nach einer längeren Beschäftigung würde ich heute dringend fordern, dass die heute vorhandenen Analysen transparenter in Bezug auf die angewendeten Parameter und für die ländliche Bevölkerung verständlicher kommuniziert sein müssten. Die Frage, wie die Versorgung in ländlichen Regionen gesichert werden kann, damit das Überleben nicht vom Wohnort abhängt, finde ich für den Zusammenhalt der Gesellschaft fundamental. Politisch scheint es daher sinnvoll, eine Strukturreform der stationären Versorgung, die die Schließung von Krankenhäusern zur Folge hat, nur zusammen mit der Reform der Notfallversorgung auf den Weg zu bringen.

BDC: Warum haben Sie sich für einen Klinikfall in der Viszeralchirurgie entschieden?

TM: In der Recherche habe ich festgestellt, dass planbare Operationen in der

Endoprothetik und in der komplexen Viszeralchirurgie (LG 16) argumentativ als „elektiver Eingriff“ in einen Topf geworfen werden. Mir hat sich diese Argumentation als schwierig dargestellt, und ich wollte zur Debatte beitragen. Es stellt sich dabei die Frage, ob die Interessen der älteren Krebspatienten aus dem ländlichen Raum ausreichend berücksichtigt sind. Deren Bedürfnisse während der Behandlung einer lebensbedrohlichen Erkrankung unterscheiden sich grundlegend von den Bedürfnissen der Menschen, die eine Knie-OP brauchen. Zusätzlich wären bei der Streichung von Fachbereichen die Wechselwirkungen zwischen Leistungsgruppen stärker zu berücksichtigen. Das betrifft besonders die Notfallversorgung in ländlichen Gebieten. Die Auseinandersetzung mit diesen Fragen schien mir interessant und ausreichend relevant für einen TV-Beitrag.

BDC: Wie lange haben Sie für Vorbereitung, Dreh und Produktion gebraucht? Bitte um kurzen Einblick, wie umfangreich die Erstellung einer solchen Reportage ist.

TM: Kurz zusammengefasst: Es steckt mehr Arbeit drin, als man es von außen sieht. Das hängt auch mit den speziellen Anforderungen in diesem finanzstarken Wirtschaftszweig zusammen. Die Interessensvertretungen aus den Fachbereichen sind stark – die Intransparenz hoch.

Eigene Fehleinschätzungen sind da kaum auszuschließen. Will man sie mindestens minimieren, braucht es Zeit.

BDC: Was hat Sie am meisten geprägt, wer am meisten beeindruckt während der Dreharbeiten?

TM: Es gab viele bleibende Eindrücke. Überall da, wo Mediziner mit einem stabilen Wertekompass und einer intrinsischen Motivation im Sinne der Patienten arbeiten – ohne sich durch ökonomische Zwänge die Entscheidungen diktieren zu lassen – wird gute Medizin gemacht. Und wenn die genannten Faktoren zusammenkommen, hat mich das durchaus beeindruckt.

BDC: Welche gesundheitspolitischen Themen haben Sie bisher behandelt?

TM: Ich habe eine Reportage zum Einsatz von künstlicher Intelligenz in der Medizin gemacht. Ebenso einen TV-Beitrag zu der Frage, wie man die im europäischen Vergleich hohen Operationszahlen in der Endoprothetik korrigieren kann. Außerdem einen Artikel zur medizinischen Versorgung in Israel und den palästinensischen Gebieten.

BDC: An welchem Thema arbeiten Sie derzeit?

TM: Aktuell beschäftige ich mich mit verschiedenen Aspekten der Demokratiestärkung und Demokratieförderung. ○



Hier geht es zum **Beitrag in der ARD Mediathek:** [www./bit.ly/Journalistenpreis25](http://www.bit.ly/Journalistenpreis25)



BILDERRÄTSEL



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

Schicken Sie Ihre Antwort unter dem Stichwort „Passion Chirurgie 03/QI/2026“ an bilderraetsel@bdc.de. Einsendeschluss ist der 01. Juni 2026. Die Auflösung dieses Rätsels finden Sie in der nächsten gedruckten Ausgabe im Sommer.

Unter allen richtigen Einsendungen der ersten drei Quartalsausgaben (QI, QII, QIII) verlosen wir Ende 2026 wieder ein Android-Tablet. Die Auslosung wird Anfang November stattfinden und der Gewinner in der Dezemberausgabe bekannt gegeben.

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

NEU:

Der BDC-Messenger bei DoctolibConnect

Nur für BDC-Mitglieder!



Deine Vorteile:

- ✓ Kläre Patientenfälle sicher per Chat
- ✓ Erweitere dein Karrierenetzwerk in der größten Chirurgie-Community
- ✓ Exklusiv & kostenfrei nur für BDC-Mitglieder
- ✓ Nutze Chatgruppen für deine Weiterbildung

In 2 Schritten ins Netzwerk:

