

PASSION

CHIRURGIE



PANORAMA

OP-ABFALL ALS
KUNSTOBJEKT

im Fokus

NACHHALTIGKEIT
IN DER CHIRURGIE

05 | 2026

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGIE

DGCH

DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
CHIRURGIE E.V.
Gründ. 1972, Sitz Berlin



BDC

Berufsverband der
Deutschen Chirurgie e.V.

~~956,- €~~
399,- €

Für Ihre
jungen
Ärztinnen/
Ärzte

Das neue BDC-Starterpaket

Das günstigste Weiterbildungspaket für die Chirurgie

Das ist drin für Ihre Assistentinnen und Assistenten:

Ein Weiterbildungsseminar

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

Einjährige Mitgliedschaft im Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.

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

Sechsmonatiger Zugang zur Lernplattform Amboss

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

Teilnahme am Deutschen Chirurgie-Kongress

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

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



* Das Seminar muss innerhalb der Mitgliedschaft gebucht werden.

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

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

Nachhaltigkeit in der Chirurgie

Jonas Dohmen, Johannes Klose, Carsten Krones,
Olivia Päßler, Ina Prinz-Bravin, Daniel Vallböhmer

Dr. med. Jonas Dohmen
Klinik und Poliklinik für
Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und
Transplantationschirurgie
Bonn

**apl. Prof. Dr. med. Johannes Klose,
MBA**
Universitätsklinik und Poliklinik für
Viszerele, Gefäß- und Endokrine
Chirurgie
Universitätsmedizin Halle (Saale)

Prof. Dr. med. Carsten Krones
Klinik für Allgemein-, Visceral- und
Thoraxchirurgie, Proktologie
Krankenhaus Düren gem. GmbH

Olivia Päßler
Presse & Kommunikation
Berufsverband der Deutschen
Chirurgie e.V.

Dr. med. Ina Prinz-Bravin
Fachärztin für Viszeralchirurgie

Prof. Dr. Daniel Vallböhmer
Klinik für Allgemein- und
Viszeralchirurgie
Evangelisches Klinikum Niederrhein
gGmbH

Dohmen J, Klose J, Krones C, Paessler O,
Prinz-Bravin I, Vallboehmer D: Editorial
Nachhaltigkeit in der Chirurgie.
Passion Chirurgie. 2026 Mai;
16(05): Artikel 01.



www.bdc.de

Ökologische Bilanzen ärztlicher Tätigkeit in den Vordergrund zu rücken, fällt aktuell schwer. Krisen drohen dem Gesundheitssystem von überall. Die finanzielle Lücke im Gesundheitssektor ist neben den reinen Kosten auch auf ein Defizit bei den Einnahmen und eine Explosion bei den allgemeinen Ausgaben zurückzuführen. Und so fallen selbst die stetig flackernden Kriege in den weltversorgenden Energieregionen heftig ins Gewicht. Frieden in Europa reicht auch für ein stabiles Gesellschaftssystem nicht mehr aus. Bei so vielen drängenden Herausforderungen lässt sich nur allzu schnell vergessen, dass die ökologische Uhr weiterhin tickt und tickt und tickt. Gerade deshalb ist es so bedeutsam, das große Thema „gesunde Menschen gibt es nur auf einem gesunden Planeten“ lebendig zu halten. Dieses Heft hat genau dieses Ziel!

Manchmal kann Kunst auf Dinge aufmerksam machen, für die wir im chirurgischen Alltag bereits betriebsblind sind. Auf dem Titelbild der Passion Chirurgie sehen Sie die Künstlerin Maria Kojck inmitten einer ihrer Installationen. Die gebürtige Niederländerin macht Dinge auf ästhetische Weise sichtbar, die uns in ihrer Drastik nicht bewusst sind: So hat sie bei dieser Aktion alle Einmalmaterialien, die rund um ihre Brust-Operation angefallen sind, gesammelt und als riesiges Muster um sich herum drapiert. Im Interview mit Frau Kojck haben wir nach ihrer Motivation für ihre Kunstaktion gefragt und wie sie sie praktisch durchgeführt hat. Ihre Antworten dazu sind unterhaltsam, erkenntnisreich und teilweise sogar abenteuerlich!

Die Anstrengungen ausgewählter Kliniken und Institute, die ökologische Bilanz von

Gesundheitspflege zu verbessern, sind im wahrsten Sinne bemerkenswert. Klar scheint, dass Einrichtungen öffentlicher Trägerschaft wie Universitätskliniken mehr Möglichkeiten haben als der lokale Versorger um die Ecke. Aber man braucht nicht unbedingt Elektrofahrzeuge im Shuttleservice des Insektenhotels, um messbare Effekte zu erreichen. Ein einfacher Schlüssel scheint die Vermeidung von „Single-use Items“ zu sein, die nicht nur die Abfallmengen, sondern auch die Emissionen erhöhen. Ein weiteres Beispiel ist die Mülltrennung, die längst jeden Privathaushalt erreicht hat, Krankenhäuser aber oft auspart. Hier ist jede einzelne Klinik gefragt, einen Beitrag zu leisten. Zur Umsetzung der Ziele müssen wir als Anwender endlich die Industrie in die Pflicht nehmen, die oft den Wiedereinsatz von Instrumenten zugunsten der eigenen Absätze unterbindet und „Design for Recycling“ selbst im angelifzierten Management-Talk für ein Fremdwort hält. Wir als Chirurginnen und Chirurgen haben den Hebel in der Hand, Lösungen einzufordern.

Liebe Leserinnen und Leser, den für die Chirurgie entscheidenden Punkt formuliert letztendlich Viszeralchirurg Johannes Klose: „Es ist nicht die Frage, welche OP-Methode die nachhaltigste ist, sondern wie wir chirurgische Versorgung insgesamt klimaverträglicher gestalten.“ Dieser eine Satz bringt die ökologische Diskussion in der Medizin sicherlich derzeit am besten auf den Punkt.

Packen wir es endlich an. Schaffen wir Bewusstsein. ○

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 © Maria Kojick

ERSCHEINUNGSWEISE UND BEZUG:

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

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

EIGENTÜMER UND COPYRIGHT:

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

eISSN 2194-5578

GERICHTSSTAND UND ERFÜLLUNGORT: BERLIN

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

**INHALT****3 EDITORIAL**

- 3 Nachhaltigkeit in der Chirurgie
*Jonas Dohmen, Johannes Klose, Carsten Krones,
Olivia Päßler, Ina Prinz-Bravin, Daniel Vallböhmer*

6 KURZNACHRICHTEN**8 CHIRURGIE**

8

**CO₂-FUSSABDRUCK VON OFFENEN
OPERATIONEN, LAPAROSKOPIE
UND ROBOTIK**

Johannes Klose

14

**NACHHALTIGKEIT IN DER
MEDIZINTECHNIK – WARUM SICH
EIN RECYCLING LOHNT**

Daniel Hikisch, Romy Auerbach, Leonie Wenzel

20

**CO₂-FOOTPRINTANALYSE
IN DER KOLOREKTALEN UND
PANKREAS-CHIRURGIE**

*Lucas Hartmann, Djurdjija Petrovic, Mark A. Punke,
Timo Busch, Thilo Hackert, Sven Lundie, Thilo Welsch*

24

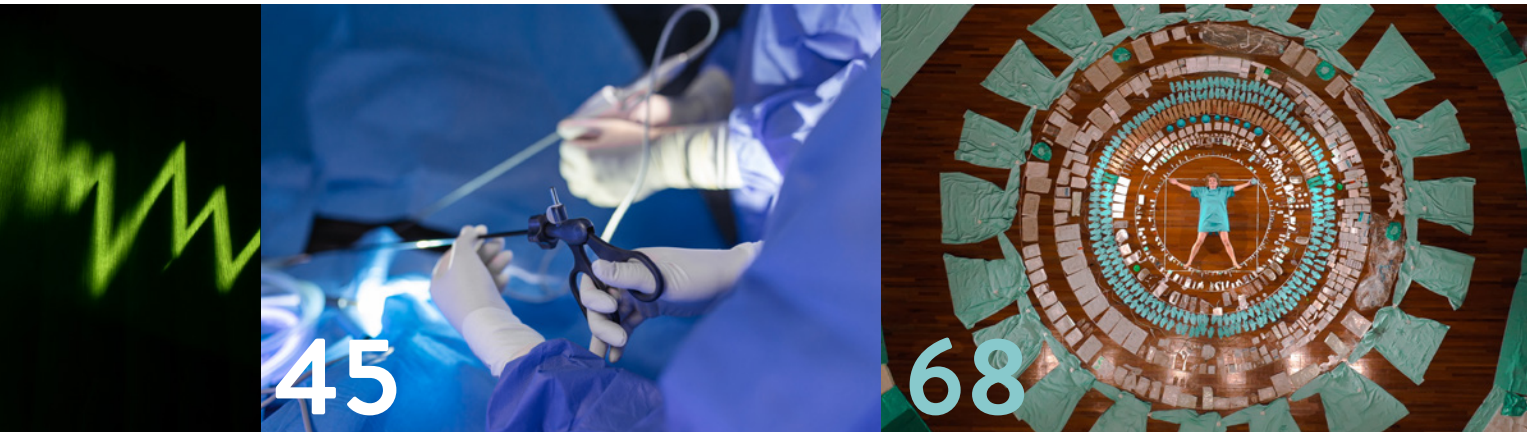
**KANN EIN KRANKENHAUS DER
MAXIMALVERSORGUNG ÜBERHAUPT
NACHHALTIG SEIN?**

Renate Linné, Helene Buser

29

**WEGE ZU EINER UMWELTBEWUSSTEN
CHIRURGISCHEN PRAXIS**

Antje Boccatius



31 CHIRURGIE⁺

- 31 **Akademie aktuell:** Exklusiv für BDC-Mitglieder:
Einladung zur Teilnahme an der PINKPRO Studie
Stephan M. Freys, Wolfgang Schröder
- 32 **Why I do it:** Meine Passion für Chirurgie
Johanna Betzler
- 33 **Hygiene-Tipp:** Müssen Umluftkühlgeräte in
Patientenzimmern mit Filtern ausgestattet sein?
*Lutz Jatzwauk, Martin Groth, Nils Hübner,
Wolfgang Kohnen, Dieter Wieting*
- 35 **Abrechnung:** Ambulantes Operieren im
Krankenhaus ist möglich!
Ralf Schmitz
- 36 Personalia
- 37 Leserbrief *Frank Schönbach*
- 38 **RECHT**
- 38 **F+A:** Wie viele Feuerlöscher in der Niederlassung?
Jörg Heberer

40 GESUNDHEITSPOLITIK

- 40 **Berufspolitik aktuell:** Nachhaltigkeit in der Politik
Jörg-A. Rüggeberg
- 41 Vorwort *Carsten J. Krones, Daniel Vallböhmer*
- BDC-Praxistest:** Carus Green – Nachhaltigkeit
und höhere Umweltverträglichkeit am
Universitätsklinikum Dresden *Patrick Emmerlich*
- 44 **BDC|Pressemitteilung:** Berufsverband der
Deutschen Chirurgie startet digitales Netzwerk mit
Doctolib Connect

45 INTERN

- 45 **DGCH**
- 45 Bericht zum Karl Storz Preis 2026
Felix Freiherr von Bechtolsheim
- 50 Rekrutierende multizentrische chirurgische
Studien in Deutschland *Solveig Tenckhoff*
- 55 Spendenaufruf Langenbeck-Virchow-Haus
- 56 **BDC**
- 56 BDC|Schnittstelle – im Fokus: Dr. Matthias Krüger
Olivia Päßler
- 60 BDC | Landesverbände
- 62 Termine BDC|Akademie
- 65 Lifestyle-Angebote im Mai 2026

66 PANORAMA

- 66 OP-Abfall als Kunstobjekt – Maria Kojck, die
Künstlerin auf und hinter dem Titelbild der
aktuellen Ausgabe *Olivia Päßler*

Gewalt gegen Ärztenschaft und Team

ANONYME MELDESTELLE DER LANDESÄRZTEKAMMER HESSEN

Gewalt gegen Ärzt:innen und medizinisches Personal gefährdet die Sicherheit der Mitarbeitenden und beeinträchtigt zugleich die Patientensicherheit. Gesellschaftliche Belastungen wie demografischer Wandel, Fachkräftemangel und eine angespannte Stimmung tragen dazu bei, dass Patient:innen und Angehörige in Stresssituationen häufiger mit Ungeduld und Aggression reagieren.

Um Ausmaß und Formen dieser Gewalt besser zu erfassen, richtete die Landesärztekammer Hessen 2019 eine Meldestelle

„Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte und Team“ ein. Ärzt:innen aller Fachrichtungen und Bundesländer können dort anonym Vorfälle und erlebte Aggressionsformen dokumentieren.

Bis Februar 2026 gingen über 500 Meldungen ein. Die meisten stammen aus dem ambulanten Bereich, insbesondere aus der Allgemeinmedizin, gefolgt von Psychiatrie, Innerer Medizin und Chirurgie. Inhaltlich berichten die Meldenden vor allem von Beleidigungen und Beschimpfungen sowie Bedrohungen und Einschüchterungen. Auch Rufschädigungen im Internet werden genannt. Darüber hinaus kommt es zu körperlichen Übergriffen wie Schubsen oder Festhalten, in selteneren Fällen zu schwerer Gewalt wie Schlagen oder Treten sowie zu sexueller Belästigung.

Als Reaktion bietet die Ärztekammer Fortbildungen für interprofessionelle Teams an. Diese vermitteln Wissen über Ursachen

aggressiven Verhaltens und trainieren praxisnahe Deeskalationsstrategien, etwa durch Rollenspiele. Ziel ist es, Sicherheit im Umgang mit kritischen Situationen zu stärken.

Die bisherigen Ergebnisse zeigen deutlich, dass viele Betroffene Gewalt als belastend und verunsichernd erleben. Gleichzeitig wird sichtbar, dass sich Aggressionen häufig gegen medizinische Fachangestellte richten und Meldungen aus dem stationären Bereich bislang unterrepräsentiert sind. Daher ist es entscheidend: Melden Sie Gewaltvorfälle konsequent und anonym. Jede Meldung hilft, Entwicklungen frühzeitig zu erkennen, Risiken besser einzuschätzen und wirksame Präventionsmaßnahmen zu entwickeln. So tragen Sie aktiv dazu bei, den Schutz des medizinischen Personals zu verbessern und das Bewusstsein für dieses wichtige Thema zu stärken.



Mehr Informationen finden Sie [HIER](#)...

Der Meldebogen „**Gewalt gegen Ärzteschaft und Team**“ ist unter <https://kurzlinks.de/Gewalt-Meldebogen> abrufbar.

Mitglieder werben Mitglieder



Hoodie „Aufschneiderin“ oder „Aufschneider“



50% Rabatt

auf Ihren BDC-Mitgliedschaftsbeitrag



Alle Prämien ansehen!

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



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

oder

6-Monatsabo der Fachzeitschrift
Die Unfallchirurgie

oder

35€ Wunschgutschein
(Amazon oder Dussmann)



IM FOKUS

Nachhaltigkeit in der Chirurgie



CO₂-Fußabdruck
von offenen Operationen,
Laparoskopie und Robotik

Johannes Klose

NACHHALTIGKEIT



NACHHALTIGKEIT ALS NEUE DIMENSION CHIRURGISCHER VERSORGUNGSQUALITÄT

Der Klimawandel rückt die ökologische Verantwortung des Gesundheitswesens zunehmend in den Fokus. In den westlichen Industrienationen verursacht das Gesundheitssystem 4–8 % der nationalen Treibhausgasemissionen [1, 2]. Der Operationssaal zählt dabei zu den ressourcen- und energieintensivsten Bereichen eines Krankenhauses und trägt wesentlich zu dessen CO₂-Emissionen bei [3]. Lebenszyklusanalysen zeigen, dass ein erheblicher Anteil der Emissionen nicht intraoperativ, sondern in vorgelagerten Produktions- und

Lieferketten entsteht. Offene Verfahren sind apparativ weniger komplex, können jedoch durch längere postoperative Verweildauer relativ höhere Gesamtressourcenverbräuche verursachen. Laparoskopische Eingriffe weisen häufig einen erhöhten materialbedingten CO₂-Ausstoß auf, profitieren jedoch von verkürzten Krankenhausaufenthalten und reduzierten Komplikationsraten. Robotische Verfahren zeigen derzeit meist die höchsten prozedurbezogenen Emissionen, insbesondere aufgrund energieintensiver Systemtechnik und limitierter Instrumentennutzungszyklen.

Neben der Operationstechnik beeinflussen strukturelle Faktoren wie OP-Auslastung,

Energiequelle des Krankenhauses, Instrumentenmanagement und insbesondere die Wahl des Anästhesieverfahrens die Klimabilanz erheblich. Nachhaltige Chirurgie erfordert daher eine systemische, interdisziplinäre Betrachtung. Die ökologische Bewertung chirurgischer Verfahren sollte die gesamte Behandlungskette berücksichtigen. Nachhaltigkeit entwickelt sich damit zu einer zusätzlichen Dimension chirurgischer Qualität, ohne die patientenzentrierte Indikationsstellung zu kompromittieren. Das Ziel dieses Beitrags ist es, den CO₂-Fußabdruck offener, laparoskopischer und robotischer Operationsverfahren vergleichend darzustellen und zentrale Einflussfaktoren zu identifizieren.



Korrespondierender Autor:
Prof. Dr. med. Johannes Klose
 Klinik für Viszerale, Gefäß- und
 Endokrine Chirurgie
 Universitätsmedizin Halle (Saale)
 Ernst-Grube-Straße 40
 06120 Halle (Saale)
 Johannes.Klose@uk-halle.de

Klose J: CO₂-Fußabdruck von offenen Operationen, Laparoskopie und Robotik. *Passion Chirurgie*. 2026 Mai; 16(05): Artikel 03_01.



www.bdc.de

EMISSIONSQUELLEN IM OP

Die Emissionen entstehen entlang der gesamten Wertschöpfungskette. Lebenszyklusanalysen (*Life Cycle Assessments*, LCA) zeigen, dass ein großer Anteil der CO₂-Last aus Herstellung, Transport und Entsorgung von Medizinprodukten stammt [4, 5]. Relevante Quellen sind:

- Energiebedarf von Raumluftechnik (Laminar-Flow), Klimatisierung und Beleuchtung
- Stromverbrauch medizinischer Geräte
- Produktion und Entsorgung von Einwegmaterialien
- Sterilisation und Aufbereitung von Mehrweginstrumenten
- Anästhesiegase mit hohem Treibhauspotenzial
- Logistik und Lieferketten

Oft werden 60–80 % der Emissionen vorgelagerten Prozessen zugeschrieben [5]. Die Wahl des Verfahrens beeinflusst somit nicht nur den intraoperativen Verbrauch, sondern auch die industrielle Emissionsbilanz.

OFFENE CHIRURGIE

Der CO₂-Fußabdruck, ausgedrückt als das CO₂-Äquivalent (CO₂e), gilt als das direkteste Maß für die verursachte Umweltbelastung eines bestimmten Ereignisses, Methode, Verfahren oder ähnlichem [6]. Daher wurde die Bestimmung des CO₂e auch in der Chirurgie untersucht, um das mit der Prozedur verbundene Ausmaß der Umweltbelastung quantifizieren zu können.

Offene Eingriffe sind apparativ weniger komplex als minimalinvasiver Verfahren. So entfallen etwa Insufflatoren, Videotürme oder Robotersysteme. Insgesamt ist die Datenlage zum CO₂-Fußabdruck der offenen Chirurgie schmal. Wenige Daten zu gynäkologischen Prozeduren suggerieren eine bessere CO₂-Bilanz offener Operationen im Vergleich zur minimalinvasiven Technik [7, 8]. Im direkten OP-Vergleich zeigen sich teils geringere gerätebezogene Emissionen [4]. Dieser Vorteil relativiert

sich jedoch bei Einbezug postoperativer Faktoren. Längere Verweildauer, höherer Analgetikabedarf und potenziell mehr Wundkomplikationen können den stationären Ressourcenverbrauch erhöhen [3]. Eine valide ökologische Bewertung muss daher die gesamte Behandlungskette berücksichtigen.

MINIMALINVASIVE CHIRURGIE

Die minimalinvasive Chirurgie erfordert neben der CO₂-Insufflation, Video- und Lichtsysteme sowie häufig Einweg-Trokare und Energieinstrumente. Für einzelne Eingriffe wurde ein erhöhter materialbedingter CO₂-Ausstoß gegenüber offenen Verfahren beschrieben [4]. Robotische Systeme erhöhen Präzision und Ergonomie, gehen jedoch mit zusätzlichem apparativem Aufwand einher: höherer Energiebedarf, komplexe Herstellung der Plattform sowie limitierte Nutzungszyklen der Instrumente. Vergleichende Analysen berichten häufig die höchsten prozedurbezogenen Emissionen für robotische Eingriffe [7]. Haupttreiber sind Produktion und begrenzte Wiederverwendbarkeit der Instrumente. Gleichzeitig sind postoperative Vorteile gut belegt: weniger Schmerzen, geringere Komplikationsraten, kürzere Liegedauer [3, 6]. Diese Effekte reduzieren stationäre Ressourcen und können die Gesamtbilanz verbessern. Präzisere Daten hinsichtlich des CO₂-Fußabdruckes kommen wieder aus der Gynäkologie. Robotische Operationen, wie die robotisch-assistierte Hysterektomie, weisen dabei im Vergleich zur laparoskopischen Technik ein höheres CO₂e auf. Im Durchschnitt entsteht bei einer robotischen Hysterektomie ein CO₂e von 40,3 kg pro Patientin im Vergleich zu 29,9 kg CO₂e pro Patientin im Rahmen einer laparoskopischen Hysterektomie oder 22,7 kg CO₂e pro Patientin bei einer konventionell offenen Hysterektomie [7, 8]. Damit verursacht eine robotische Hysterektomie durchschnittlich eine höhere CO₂e verglichen mit den laparoskopischen bzw. offenen Operationstechnik (p<0,01). Im Vergleich dazu weisen andere chirurgische Prozeduren ein deutlich niedrigeres CO₂e



Abb. 1: Vergleich des CO₂-Fußabdrucks von offenen Operationen, Laparoskopie und Robotik, Emissionsquellen im OP und Reduktionsstrategien.

auf. Eine minimalinvasive Emulsifikation der Augenlinse führt zu einem CO₂e von 6 kg pro Fall [10]. Die CO₂-Emission wird dabei insbesondere durch die notwendige Energie und die Entsorgung des entstandenen Mülls verursacht.

Bei der minimalinvasiven Chirurgie wird die CO₂-Emission einerseits durch die Insufflation des Gases zur Herstellung eines Pneumoperitoneums verwendet [10]. Das dadurch verursachte CO₂e akkumuliert sich im Jahr auf geschätzte 355.294 Tonnen CO₂, die in den USA jährlich durch laparoskopische oder robotische Operationen verursacht werden [11]. Dennoch ist die reine CO₂-Insufflation und der damit verbundene Ausstoß von Treibhausgasen nicht der einzige Grund

für das hohe CO₂e der minimalinvasiven Chirurgie. Alle für die Sterilisation der Instrumente notwendige Energie, der Energieverbrauch der Geräte an sich (Strom-Applikator für die monopolaren oder bipolaren Koagulationsgeräte oder der Monitor), der OP-Beleuchtung oder der durch die Anästhesie verursachte Verbrauch an CO₂ hat einen erheblichen Anteil an dem CO₂e minimalinvasiver Operationen [10]. Hier zeigt sich zugleich eine Möglichkeit, das CO₂e zu reduzieren. Dazu gehört beispielsweise die Verwendung von total intravenösen Narkoseführungen und der Verzicht auf Gasnarkosen [12]. Allein durch die Verwendung der total intravenösen Anästhesie (TIVA) kann eine Reduktion des CO₂e um knapp ein Drittel erreicht werden [12, 13].

STRUKTURELLE FAKTOREN

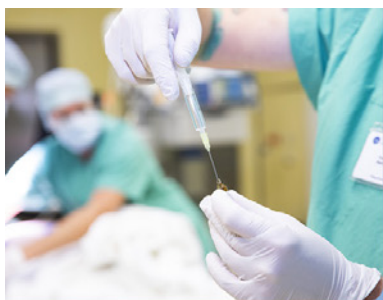
Zentrale Ansätze zur Reduktion der CO₂-Belastung minimalinvasiver Operationen sind standardisierte OP-Sets, die Reduktion unnötiger Einwegkomponenten und – wo sicher möglich – der Einsatz von Mehrweginstrumenten [15]. Neben dem Verfahren wirken OP-Dauer, Saalauslastung, Energiequelle der Klinik, Wiederaufbereitung und Abfallmanagement auf die Bilanz. Green-OR-Initiativen zeigen relevante Reduktionen ohne Einbußen der Patientensicherheit [15, 16]. Optimierte Instrumentensiebe, Verpackungsreduktion, Recyclingprogramme und energieeffiziente Raumluftechnik sind wirksame Maßnahmen. Eine erneuerbare Stromversorgung verbessert die Bilanz aller Verfahren deutlich [16].

FAZIT

Der OP ist ein Emissions-Hotspot. Offene Verfahren sind apparativ weniger komplex, aber nicht automatisch klimafreundlicher. Laparoskopische Eingriffe verursachen höhere Materialemissionen, können durch kürzere Verweildauer kompensieren. Robotische Operationen zeigen derzeit meist die höchsten prozedurbezogenen Emissionen. Entscheidend ist die systemische Optimierung der chirurgischen Versorgung. Die Indikationsstellung bleibt primär patientenorientiert. Klimaschutz darf die Behandlungsqualität nicht kompromittieren. Sind Verfahren klinisch gleichwertig, kann die ökologische Bilanz jedoch ein legitimer Entscheidungsfaktor sein. Nachhaltigkeit wird damit zu einer zusätzlichen Dimension chirurgischer Qualität. Die entscheidende Frage lautet daher nicht „Welches Operationsverfahren ist am nachhaltigsten?“, sondern „Wie gestaltet man chirurgische Versorgung insgesamt klimaverträglicher?“. Nachhaltiges Handeln und achtsames Operieren wird damit zu einer neuen Qualitätsdimension chirurgischer Exzellenz.

LITERATUR

- [1] Eckelman MJ, Sherman J. Environmental impacts of the U.S. health care system and effects on public health. *PLoS One*. 2016;11(6):e0157014.
- [2] World Health Organization. Health care's climate footprint: how the health sector contributes to the global climate crisis and opportunities for action. Geneva: WHO; 2019.
- [3] MacNeill AJ, Lillywhite R, Brown CJ. The impact of surgery on global climate: a carbon footprinting study of operating theatres in three health systems. *Lancet Planet Health*. 2017;1(9):e381–e388.
- [4] Thiel CL, Eckelman M, Guido R, et al. Environmental impacts of surgical procedures: life cycle assessment of hysterectomy in the United States. *Environ Sci Technol*. 2015;49(3):1779–1786.
- [5] Rizan C, Steinbach I, Nicholson R, Lillywhite R, Reed M. The carbon footprint of surgical operations: a systematic review. *Ann Surg*. 2020;272(6):986–995.
- [6] Rodríguez de Santiago, E., et al., Reducing the environmental footprint of gastrointestinal endoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) and European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates (ESGENA) Position Statement. *Endoscopy*, 2022. 54(8): p. 797–826.
- [7] Woods DL, McAndrew T, Nevadunsky N, Hou JY, Goldberg G, Yi-Shin Kuo D et al (2015) Carbon footprint of robotically-assisted laparoscopy, laparoscopy and laparotomy: a comparison. *Intern J Med Robot Comp Assis Surg* 11(4):406–412
- [8] Ramani S, Hartnett J, Karki S, Gallousis SM, Clark M, Andikyan V (2023) Carbon dioxide emissions and environmental impact of different surgical modalities of hysterectomies. *J Soc Laparoendosc Surg*. 10.4293/JLS.2023.00021
- [9] Papadopoulou A, Kumar NS, Vanhoes-tenberghe A, Francis NK. *Br J Surg*. 2022 Sep 9;109(10):921–932. doi: 10.1093/bjs/znac191.
- [10] Thiel, C.L., et al., Cataract surgery and environmental sustainability: Waste and lifecycle assessment of phacoemulsification at a private healthcare facility. *J Cataract Refract Surg*, 2017. 43(11): p. 1391–1398.
- [11] Thiel CL, Woods NC, Bilec MM. Strategies to reduce greenhouse gas emissions from laparoscopic surgery. *J Minim Invasive Gynecol*. 2018;25(6):1025–1033.
- [12] Power, N.E., et al., Environmental impact of minimally invasive surgery in the United States: an estimate of the carbon dioxide footprint. *J Endourol*, 2012. 26(12): p. 1639–44.
- [13] Singh, H., et al., Mandatory Reporting of Emissions to Achieve Net-Zero Health Care. *N Engl J Med*, 2022. 387(26): p. 2469–2476.
- [14] Sherman JD, Thiel C, MacNeill A, et al. The Green Print: advancement of environmental sustainability in healthcare. *Resour Conserv Recycl*. 2020;161:104882.
- [15] Overcash M. A comparison of reusable and disposable perioperative textiles: sustainability state-of-the-art 2012. *Anesth Analg*. 2012;114(5):1055–1066.
- [16] Wyssusek KH, Keys MT, van Zundert AAJ. Operating room greening initiatives – the old, the new, and the way forward: a narrative review. *Waste Manag Res*. 2019;37(1):3–19.



Live-Webinar

Änderungen UV-GOÄ ab dem 01. Juli 2026

Mittwoch, 03.06.2026, 18:00 Uhr



Klick!
jetzt
anmelden!

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





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





Nachhaltigkeit in der Medizintechnik – warum sich ein Recycling lohnt

Daniel Hikisch, Romy Auerbach, Leonie Wenzel

STATUS QUO

Der Auftrag des Gesundheitswesens ist eindeutig. Es soll Krankheiten behandeln, Leben retten und die Lebensqualität sichern. Wenn in Deutschland über Klimaschutz gesprochen wird, fällt der Begriff Gesundheitssektor jedoch meist spät. Dabei ist seine Klimabilanz beachtlich. Globale Analysen beziffern den Anteil des Gesundheitswesens an den weltweiten Treibhausgasemissionen auf rund 5 % [3]. Für Deutschland weist das Bundesgesundheitsministerium für 2019 rund

68 Millionen Tonnen CO₂-Äquivalente aus. Dies entspricht 6 % der nationalen Emissionen [5].

Noch deutlicher wird die Problematik mit Blick auf die Ressourcenperspektive. Der Rohstoffbedarf des deutschen Gesundheitssektors liegt bei etwa 107 Millionen Tonnen pro Jahr, das entspricht 5 % des gesamten deutschen Rohstoffverbrauchs [7].

Parallel dazu wächst der Druck auf die Branche. Emissionen sollen gesenkt und Ressourcenkreisläufe geschlossen werden.

Korrespondierende Autorin:**Dr. Romy Auerbach**

Fraunhofer-Einrichtung
für Wertstoffkreisläufe und
Ressourcenstrategie IWKS
Alzenau und Hanau
romy.auerbach@iwks.fraunhofer.de
www.iwks.fraunhofer.de

Daniel Hikisch

Fraunhofer-Einrichtung
für Wertstoffkreisläufe und
Ressourcenstrategie IWKS
Alzenau und Hanau

Leonie Wenzel, M. Eng.

Fraunhofer-Einrichtung
für Wertstoffkreisläufe und
Ressourcenstrategie IWKS
Alzenau und Hanau



Abb. 1: Das Team Medizintechnik-Recycling am Fraunhofer IWKS bestehend aus von links: Leonie Wenzel, Dr. Romy Auerbach, Daniel Hikisch

Der Deutsche Ärztetag fordert die Klimaneutralität des Gesundheitswesens [1] und die EU setzt mit Kreislaufwirtschafts- und Rohstoffstrategien den Rahmen [2].

Wie „linear“ der Alltag in deutschen Krankenhäusern ist, zeigt ein Blick in die Abfallstatistiken. Eine aktuelle Benchmarkstudie der Hochschule Pforzheim mit 122 Krankenhausstandorten zeigt, dass im Mittel 1.545 kg Abfall pro Bett und Jahr anfällt. Innerhalb der Abfallgruppe 18 01 („Abfälle aus der Diagnose, Behandlung oder Vorbeugung von Krankheiten beim Menschen“) dominiert der nicht infektiöse Abfall (18 01 04) mit rund 95,6 % der Masse [6]. Nach geltendem Abfallrecht wäre ein großer Teil dieses Abfalls stofflich verwertbar, wird aber in der Praxis nahezu vollständig thermisch behandelt [4]. In Bezug auf die Klima- und Ressourcenpolitik ist dieser Sachverhalt problematisch, da auf dieser Grundlage weder die Klimaneutralität noch eine Kreislaufwirtschaft entstehen kann.

In der Praxis dominieren Einwegprodukte die Kliniklandschaft. Häufig kommen Verbundkunststoffe und Hochleistungspolymere zum Einsatz, die mit etablierten mechanischen Recyclingverfahren kaum hochwertig zu verwerten sind.

Gleichzeitig stammen in Deutschland 81 % der gesundheitsbezogenen Emissionen aus dem Bereich Scope 3, also aus eingekauften Gütern und Dienstleistungen [5]. Genau dort finden sich auch die durch Einwegprodukte verursachten Emissionen wieder. Kurz gesagt ist das, was heute in der Klinik als „Abfall“ endet, ein wesentlicher Teil des Klima- und Ressourcenproblems und zugleich ein wichtiger Hebel für Lösungen. Vor diesem Hintergrund braucht es Akteure, die technische Lösungen und neue Konzepte in den Klinikalltag bringen. Genau hier setzt das Fraunhofer IWKS an.

DIE ROLLE DES FRAUNHOFER IWKS

Im Themenfeld Kreislaufwirtschaft entwickelt das Institut

- ganzheitliche Kreislaufwirtschaftskonzepte,
- innovative Verfahren durch sensorbasierte und KI-gestützte Trenn- und Sortierprozesse,
- Geschäftsmodellentwicklungen,
- Etablierung von Sammel- und Recyclingstrategien,
- sowie Short-loop und Long-loop Recyclingstrategien für sämtliche Wertstoff- und Abfallströme.

Hikisch D, Auerbach R, Wenzel L:
Nachhaltigkeit in der Medizintechnik –
warum sich ein Recycling lohnt.
Passion Chirurgie. 2026 Mai;
16(05): Artikel 03_02.



www.bdc.de

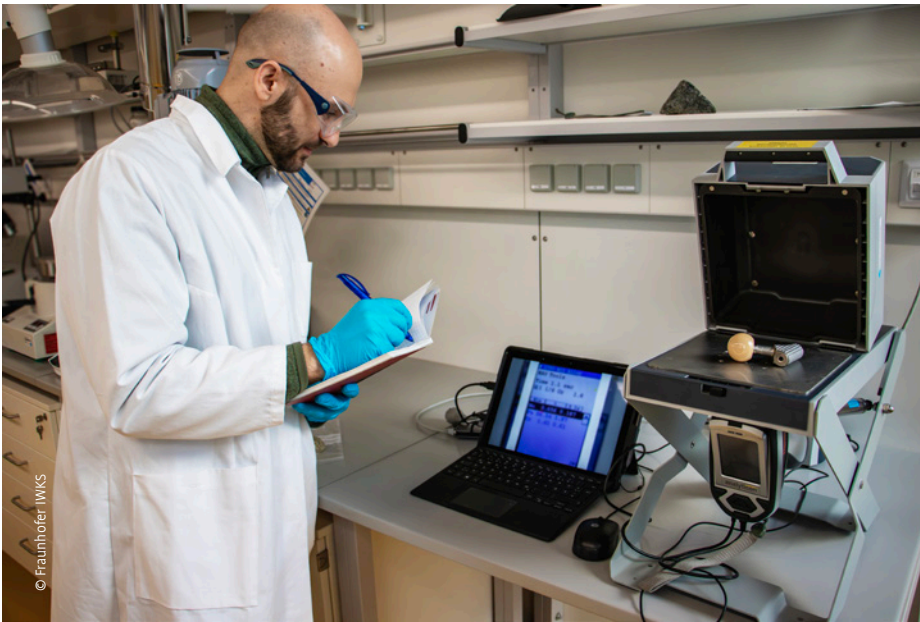


Abb. 2: Bestimmung der Materialzusammensetzung einer Endoprothese mittels Röntgenstrahlen (im Bild: Hr. Hikisch)



Abb. 3: Bestimmung der Materialzusammensetzung einer Endoprothese mittels Röntgenstrahlen (im Bild: Hr. Hikisch)

Für den Gesundheitssektor bedeutet das sehr konkret, dass aus Wegwerfprodukten Wertstoffquellen werden.

Gemeinsam mit dem Institut für Recycling, Ökologie, Design (IRED) entwickelte das Fraunhofer IWKS bereits 2018 ein Sammel- und Verwertungssystem für Einweg-Instrumente aus Chromstahl. Dabei

wurden gebrauchte Instrumente in speziellen Abwurfbeuteln gesammelt, über die klinikinterne Logistik in gesicherte Container verbracht und von dort aus gebündelt direkt in eine Edelstahlschmelze überführt. Die Erprobung in vier deutschen Kliniken zeigte, dass das System hygienisch sicher, praktisch umsetzbar und rechtlich zulässig ist. Eine Risikobewertung

ergab keine erhöhten Gesundheits- oder Sicherheitsrisiken gegenüber der bisherigen Entsorgung über den allgemeinen Krankenhausabfall.

Auch für typische Verbrauchsprodukte wie Einweghandschuhe, Schutzkleidung oder Wundabdeckungen wäre ein rohstoffersparendes Recycling der Königsweg. Am Fraunhofer IWKS werden dazu unter anderem Plasmapyrolyse-Verfahren erprobt, mit denen sich aus verunreinigten Kunststoffabfällen Wasserstoff und elementarer Kohlenstoff zurückgewinnen lassen. Solche Verfahren sind gerade für stark kontaminierte Fraktionen interessant, bei denen das mechanische Recycling an seine Grenzen stößt.

HERAUSFORDERUNGEN UND LÖSUNGSANSÄTZE

Trotz dieser Fortschritte bleiben Kreislauf-lösungen in der Medizin noch die Ausnahme. Aus Sicht des Fraunhofer IWKS zeichnet sich ab, dass weitere Schritte erforderlich sind.

Medizinprodukte sind bislang überwiegend nicht recyclinggerecht konstruiert. Aufwendige Verbundmaterialien, fehlende Kennzeichnungen und intransparente Materialdaten erschweren jede hochwertige Verwertung. „Design-for-Recycling“, modulare Bauweisen und digitale Produktpässe könnten hier Abhilfe schaffen und sind zugleich Voraussetzung, um EU-Vorgaben zu erfüllen [2].

Aktuell existieren in Deutschland keine etablierten Verwertungspfade, die dem komplexen Wertgehalt der klinischen Wertstoffe Rechnung tragen. Verschiedene Häuser und Hersteller testen Insellösungen, jedoch fehlt eine flächendeckende Umsetzung. Stoffstromanalysen der deutschen Krankenhäuser können dabei helfen, Ziele zu formulieren und Fortschritte messbar zu machen. Wiederaufbereitete Produkte und Sekundärrohstoffe sollten nicht die Ausnahme darstellen, sondern zum Regelfall werden, während Sicherheit und Qualität gewährleistet sind.



Abb. 4: Darstellung modularer Endoprothese: Knieendoprothese mit Schaft



Abb. 5: Darstellung modularer Endoprothesenkomponenten (links: Hüftendoprothese, rechts: Knieendoprothese mit Anhaftungen von Knochenzement)

Obwohl die Kreislaufwirtschaft im Gesundheitswesen zunehmend Aufmerksamkeit erhält, verläuft die Umsetzung nur langsam. Die Gründe liegen vor allem in regulatorischen Lücken mit unverbindlichen Vorgaben und einer fehlenden Gesamtstrategie für medizinische Abfälle. Gleichzeitig stehen Kliniken unter starkem ökonomischem Druck durch begrenzte Budgets und Personalmangel. Die Auflagen des Gesundheitsschutzes erschweren eine Zuführung zum Recycling. Oftmals ist das Mengengerüst einzelner Kliniken und Praxen auch nicht hoch genug, um eine ökonomische Logistikkette aufzubauen und eine separate Sammlung ist mit zusätzlichem Aufwand verbunden. Darüber hinaus erschweren technische und organisatorische Hürden eine effiziente Sammlung, Sortierung und Verwertung. Gerade deshalb kommt Forschungseinrichtungen wie dem Fraunhofer IWKS eine Schlüsselrolle zu. Sie können praxistaugliche Technologien entwickeln, diese im Klinikalltag testen, Risiken bewerten, gemeinsam mit Industrie und Kliniken neue Geschäftsmodelle und Logistikkösungen gestalten und unterstützen Politik und Verbände bei der Entwicklung geeigneter Rahmenbedingungen.

DIE ZUKUNFT – ZUM WEGWERFEN ZU SCHADE

Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen ist längst mehr als ein Image-Thema. Sie entscheidet mit über Versorgungsqualität, Versorgungssicherheit und die Glaubwürdigkeit eines Systems, das Gesundheit schützen soll, ohne selbst schädliche Nebenwirkungen zu erzeugen. Hersteller und Nutzer sind aus ökologischen und ökonomischen Gründen gut beraten, die Recyclingquote von Medizinprodukten nachhaltig zu verbessern, um die darin enthaltenen Wertstoffe zurückzugewinnen. Die Datenlage ist klar. Emissionen, Rohstoff- und Abfallmengen sind hoch und die technische Machbarkeit einer Kreislaufführung ist an vielen Stellen belegt.

Das Fraunhofer IWKS begleitet Kliniken, Hersteller und Entsorger entlang der Wertschöpfungskette mit anwendungsnaher Forschung, regulatorischem Verständnis und einem belastbaren Netzwerk. Aufbauend auf den gemeinsam mit dem Institut für Recycling, Ökologie, Design (IRED) erzielten Ergebnissen richtet das Fraunhofer IWKS aktuell den Fokus auf weitere

hochwertige Stoffströme wie metallische Einmalinstrumente, hochwertige Verpackungen und auch Explantate, bei denen die Rückgewinnung von Legierungen und Funktionswerkstoffen im Vordergrund steht. In einer intern laufenden Machbarkeitsstudie werden hierzu sichere, rechtlich belastbare und wirtschaftliche Verwertungspfade geprüft.

Als nächster Schritt sollen die validierten Ansätze in den Pilotmaßstab überführt und gemeinsam mit Partnern aus Industrie, Gesundheitswesen und Entsorgungswirtschaft in einem Verbundprojekt weiterentwickelt werden. Welche Stoffströme im Projekt adressiert werden, legen die beteiligten Partner fest.

Informationen und Ansprechpartner finden sich HIER.



LITERATUR

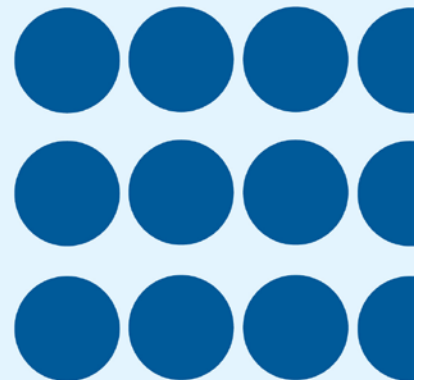
- [1] Bundesärztekammer (2021): TOP Vb Nachtragshaushalt für das Geschäftsjahr 2021/2022 (01.07.2021–30.06.2022) – Bericht über die Beratungen in den Finanzgremien. Berlin: Bundesärztekammer (125. Deutscher Ärztetag, Beschlussprotokoll).
- [2] Europäische Kommission (2020): Ein neuer Aktionsplan für die Kreislaufwirtschaft – Für ein saubereres und wettbewerbsfähigeres Europa. Verfügbar unter: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=OJ:L_202401252 (abgerufen am 27.02.2026).
- [3] Health Care Without Harm; Arup (2019): Health care's climate footprint: How the health sector contributes to the global climate crisis and opportunities for action. Verfügbar unter: <https://global.noharm.org/resources/health-care-climate-footprint-report> (abgerufen am 19.01.2026).
- [4] Lukac, S.; Schüler-Toprak, S.; Hasenburg, A.; Goeckenjan-Festag, M. (2025): Nachhaltigkeit in der Klinik – Was können wir tun? Die Gynäkologie 58(6), 373–380. <https://doi.org/10.1007/s00129-025-05341-2>.
- [5] Pichler, P.-P.; Jaccard, I. S.; Hanewinkel, L.; Weisz, H. (2023): Sachbericht zum Projekt: Evidenzbasis Treibhausgasemissionen des deutschen Gesundheitswesens „GermanHealthCFP“. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Abschlussberichte/
- GermanHealthCFP_Sachbericht.pdf (abgerufen am 27.02.2026).
- [6] Vielsack, A. (2025): Benchmarkstudie zur Abfallentstehung an deutschen Krankenhäusern. Verfügbar unter: https://www.hs-pforzheim.de/fileadmin/user_upload/uploads_redakteur/Forschung/IWWT/Projekte/meik/Aktuelle_Benchmarkstudie_Version.pdf (abgerufen am 23.02.2026).
- [7] Ostertag, K.; Bratan, T.; Gandenberger, C.; Hüsing, B.; Pfaff, M. (2021): Ressourcenschonung im Gesundheitssektor – Erschließung von Synergien zwischen den Politikfeldern Ressourcenschonung und Gesundheit. Dessau-Roßlau: Umweltbundesamt (TEXTE 15/2021). Verfügbar unter: <https://www.umweltbundesamt.de/publikationen> (abgerufen am 27.02.2026). ○



Webinar, 17. – 18. Juni 2026

Wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. med. Ferdinand Köckerling

Ein Gemeinschaftsprojekt der
Deutschen Herniengesellschaft (DHG)
und der BDC|Akademie





SURGEONTALK

Der BDC | Podcast



WIR PRÄSENTIEREN SURGEON TALK

**Chirurgisches Wissen
auf den Punkt.**

www.surgeontalk.de



BDC

Berufsverband der
Deutschen Chirurgie e.V.



© iStock/PornWang

CO₂

NACHHALTIGKEIT



**Lucas Hartmann**

Klinik und Poliklinik für Allgemein-
Viszeral- und Thoraxchirurgie
Universitätsklinikum Hamburg-
Eppendorf (UKE)

**Djurdjija Petrovic**

Fachbereich Mathematik –
Naturwissenschaften
Universität Koblenz

**Dr. med. Mark A. Punke**

Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

**Prof. Dr. Timo Busch**

Fakultät für Wirtschafts- und
Sozialwissenschaften
Universität Hamburg, Deutschland


www.bdc.de

CO₂-Footprintanalyse in der kolorektalen und Pankreas-Chirurgie

Lucas Hartmann, Djurdjija Petrovic, Mark A. Punke,
Timo Busch, Thilo Hackert, Sven Lundie, Thilo Welsch

Um dem Klimawandel entgegen wirken zu können, müssen die Treibhausgas(THG)-Emissionen weltweit drastisch reduziert werden. Der Gesundheitssektor, dessen Aufgabe die Förderung und Erhaltung der Gesundheit auf unserem Planeten ist, trägt mit 4,4 % wesentlich zum globalen CO₂-Fußabdruck bei. In Deutschland verursacht das Gesundheitssystem 5,2 % der gesamten THG-Emissionen, in den Vereinigten Staaten von Amerika sind es 7,6 % [7].

Seit 2016 sind die THG-Emissionen im Gesundheitssektor sogar um 36 % gestiegen [16] und damit ist der Gesundheitssektor weit entfernt von einem Ziel einer CO₂-Neutralität. Dabei trägt der OP-Bereich maßgeblich zu den THG-Emissionen im Krankenhaus bei: ca. 30 % des Krankenhausabfalls fällt im Operationsbereich an. Zudem ist der Operationsbereich 3-6mal energieintensiver als andere Krankenhausbereiche, u. a. wegen der Heizung, Lüftung und Klimatisierung [8, 11].

Diese Zahlen verdeutlichen wie wichtig und dringend die THG-Emissionen im Operationsbereich erfasst und reduziert werden müssen. Für die Viszeralchirurgie als eine der größten chirurgischen Fachrichtungen liegen nur wenig belastbare Daten zum CO₂e-Fußabdruck vor. Stellungnahmen und Empfehlungen für klimaschonende Prozesse wurden jedoch bereits von anästhesiologischen, gastroenterologischen und auch der Amerikanischen Gesellschaft der

Gastrointestinal- und endoskopischen Chirurgen (SAGES) gemeinsam mit der Europäischen Gesellschaft für Endoskopische Chirurgie (EAES) [1] veröffentlicht.

Am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf haben wir eine CO₂e-Fußdruckanalyse für kolorektale und Pankreas-Resektionen interdisziplinär und multiprofessionell durchgeführt, um Optimierungspotenziale zu identifizieren.

GRUNDLAGEN UND METHODIK DER CO₂e-FUSSABDRUCKANALYSE

Entscheidend für die Bewertung einer Treibhausgasanalyse ist der Umfang der berücksichtigten Variablen und die zugrundeliegenden Berechnungsverfahren. Vielfach werden die drei Bereiche (Scopes) entsprechend des THG-Protokolls [5,] definiert, wobei „Scope 1“ die direkten Emissionen des Krankenhauses (z. B. Anästhesiegas und die Verbrennung von Stadtgas), „Scope 2“ die indirekten Emissionen der Energieerzeugung (z. B. Erzeugung von Elektrizität und Fernwärme) und „Scope 3“ die übrigen indirekten Emissionen (während der Produktkette inkl. Transport und Abfallbeseitigung) umfasst [11]. Im eigenen Vorgehen wurde eine lebenszyklusbasierte Analyse entsprechend der Product Environmental Footprint (PEF) Empfehlungen der Europäischen Kommission durchgeführt (2021). Dabei wurde sich an den Phasen Zieldefinition (einschließlich Scope-Definition),



Prof. Dr. med. Thilo Hackert
Klinik und Poliklinik für Allgemein-
Viszeral- und Thoraxchirurgie
Universitätsklinikum Hamburg-
Eppendorf (UKE)



Dr. Sven Lundie
Fakultät für Wirtschafts- und
Sozialwissenschaften
Universität Hamburg, Deutschland
Water Research Centre
School of Civil and Environmental
Engineering
University of New South Wales,
Sydney, NSW, Australia



Prof. Dr. med. Thilo Welsch
Klinik und Poliklinik für Allgemein-
Viszeral- und Thoraxchirurgie
Universitätsklinikum Hamburg-
Eppendorf (UKE)
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und
Tumorchirurgie
Krankenhaus Nordwest, Frankfurt

Hartmann L, Petrovic D, Punke MA,
Busch T, Hackert T, Lundie S, Welsch T:
CO₂-Footprintanalyse in der kolorektalen
und Pankreas-Chirurgie. *Passion Chirurgie*.
2026 Mai; 16(05): Artikel 03_03.

Tab. 1: Berücksichtigte Ressourcen und Prozesse für die CO_{2e}-Analyse

Input	Intraoperativ	Output
Rohstoffgewinnung und Verarbeitung	Energie: Heizung	Abfallentsorgung (Recycling, Verbrennung, Deponie)
Herstellung*	Energie: Kühlung	Sterilisation
Transport und Distribution*	Energie: Strom	Direkte Emissionen
	Medizinprodukte (Einweg = single use)	
	Medizinprodukte (wiederverwendbar)	
	Pharmazeutika	
	CO ₂ -Gase	
	Wasser*	

*Für die eigene Lebenszyklus-Analyse nicht berücksichtigt

Sach- und Wirkungsbilanz sowie Interpretation orientiert. Die im eigenen Vorgehen berücksichtigten Ressourcen und Prozesse für die CO_{2e}-Analyse von kolorektalen und Pankreasoperationen sind in Tabelle 1 dargestellt (**Tab. 1**).

Insgesamt wurden 30 kolorektale und Pankreasoperationen in einem Zeitraum von drei Monaten in zwei definierten Operationssälen im Jahr 2024 analysiert. Um möglichst genaue Daten über den Energieverbrauch zu erhalten, wurde der gesamte Stromverbrauch (u. a. auch für Heizung und Lüftung) dieser zwei Operationssäle aufgezeichnet, aber auch der entstandene Müll der Operationen gewogen. Für die LCA wurden relevante Informationen und Herstellerangaben über die verwendeten Medizinprodukte verwendet. Die Ergebnisse wurden in CO₂-Äquivalenten (d. h. CO_{2e}) angegeben. Das Projekt wurde durch eine medizinische Doktorarbeit und eine Masterarbeit im Bereich der Wirtschaftswissenschaften der Universität Hamburg begleitet und unterstützt.

**ERGEBNISSE AM
UNIVERSITÄTSKLINIKUM
HAMBURG-EPPENDORF –
ENTSCHEIDEND FÜR DIE
CO_{2e}-ANALYSE IST DAS
MULTIPROFESSIONELLE TEAM**

Die Erfassung und Auswertung der komplexen Daten erfordert ein motiviertes interdisziplinäres und multiprofessionelles

Team und den Rückhalt der Geschäftsführung, welches wir am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf zusammenführen konnten. Auf ärztlicher Seite führten Chirurg:innen und Anästhesist:innen die Untersuchungen, unterstützt durch LCA-Expert:innen des Instituts für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, durch. Umfangreiche Unterstützung erhielten wir hierbei von der OP- und Anästhesiepflege, den Mitarbeiter:innen der AEMP (Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte) sowie dem technischen Dienst des Klinikums.

Insgesamt bildeten die 30 Operationen die aktuelle Entwicklung hin zu minimal-invasiven oder robotischen Operationen ab. Davon wurden nur neun Operationen primär offen operiert. Der mittlere CO_{2e}-Fußabdruck aller Resektionen betrug 49 kg CO_{2e}. Pankreasoperationen hatten einen höheren CO_{2e}-Verbrauch als kolorektale Resektionen. Den größten Beitrag in dieser prospektiven Studie produzierten die Einwegprodukte.

**STUDIENÜBERBLICK IN DER
ABDOMINALCHIRURGIE**

Da mittlerweile mehrere Arbeiten über den CO₂-Verbrauch von viszeralchirurgischen Operationen publiziert wurden, lassen sich die eigenen Ergebnisse nun einordnen. Eine systematische Übersichtsarbeit hatte den CO_{2e}-Fußabdruck verschiedener Operationen in mehreren Ländern von

jeweils 6 kg CO_{2e}) (Katarakt-Operation) bis zu 814 kg CO_{2e} (robotische Hysterektomie) aufgezeigt [11]. Während bei einer laparoskopischen Cholecystektomie ca. 20,3 kg CO_{2e} anfallen, wurden Kolonresektionen bei entzündlichen Darmerkrankungen mit einem CO₂-Abdruck von 43,6–116 kg CO_{2e} berechnet [9]. Bei diesen Ergebnissen muss allerdings immer die entsprechende Methodik der CO_{2e}-Fußdruckanalyse berücksichtigt und bewertet werden, um Vergleiche schließen zu können.

Interessant für den Bereich der Viszeralchirurgie ist der Vergleich der offenen und minimalinvasiven Operationstechniken. Einige Autoren attestieren den robotischen Eingriffen einen höheren CO_{2e}-Verbrauch (12–40,3 kg CO_{2e}) als den laparoskopischen und den geringsten CO_{2e}-Fußabdruck dem offenen Vorgehen [2, 18], allerdings ist die Datenlage und die Anzahl der Operationen limitiert. Zuletzt wurden die Ergebnisse einer monozentrischen Studie von 24 kolorektalen Resektionen publiziert, bei der die robotischen kolorektalen Resektionen verglichen mit den laparoskopischen einen signifikant höheren Abfall- und CO_{2e}-Verbrauch verursacht haben [10]. In unserer Studie konnte keine verlässliche Aussage getroffen werden, ob robotische Eingriffe mit einem höheren CO_{2e}-Verbrauch assoziiert waren als laparoskopische, da die Fallzahl der laparoskopischen (kolorektalen) Operationen zu gering war. Allen Studien gemeinsam ist aber, dass das für das Capnoperitoneum eingesetzte CO₂-Gas nur einen vernachlässigbaren Einfluss auf den CO_{2e}-Fußabdruck von minimalinvasiven Operationen hat ([2], eigene Daten).

Einmalprodukte sind die kritische Determinante für den CO₂-Fußabdruck

Der negative Effekt von Einmalprodukten („single use items“) auf den CO_{2e}-Fußabdruck wurde in allen Studien einheitlich dokumentiert. Teilweise waren Einmalprodukte für 68 % des CO_{2e}-Fußabdrucks verantwortlich [12, 17] und auch unsere Analyse kam zu diesem Ergebnis. Aktuelle Berechnungen zeigen, dass die Reduktion von *single-use items* und der Einsatz von Hybrid-Produkten eine klimafreundliche und ökonomisch sinnvolle Alternative sein kann [13, 14].

Eine große Mehrheit der Chirurg:innen (55–97 %) sind sich der Klimaverantwortung im OP bewusst und bereit ihre Arbeitsweise anzupassen, um die Nachhaltigkeit zu verbessern, allerdings ist bei der Auswahl der Medizinprodukte für eine laparoskopische Cholecystektomie der CO₂-Fußabdruck nur bei der Hälfte ein entscheidender Faktor [3, 4]. Auch ca. die Hälfte der Chirurg:innen gab in dieser Umfragestudie an, keine sterilisierbaren Trokare zur Verfügung zu haben.

Konklusion und Ausblick

Es bleibt außer Frage, dass der Gesundheitssektor die dringende Notwendigkeit der klimafreundlichen CO_{2e}-Einsparung erkannt und erste Maßnahmen zur Verbesserung durchgeführt hat. Das Ziel einer Klimaneutralität ist jedoch noch in weiter Ferne. Während 57 % von klimaorientierten Krankenhäusern erste Schritte zur Quantifizierung und Reduktion von THG-Emissionen absolviert haben, werden nachhaltige

Maßnahmen im OP-Bereich nur in 6 % unternommen [4].

Die kolorektalen und Pankreas-Resektionen sind zwei der wichtigsten Hauptbereiche der Viszeralchirurgie, welche zunehmend von minimalinvasiven (laparoskopisch und robotisch) Operationsmethoden dominiert werden. Die minimalinvasiven Verfahren gehen in der Regel mit einem höheren Verbrauch von Einmal-Medizinprodukten einher, welcher im Hinblick auf die Klimaziele nun wieder kritischer betrachtet werden sollte. Zu diesem Ergebnis sind wir auch im Rahmen unserer Studie gekommen. Es zeigten sich, dass Einweg-Medizinprodukte der Hauptverursacher für die Gesamtmenge an CO_{2e} sind. Insgesamt kann der Verbrauch an Einmalprodukten reduziert, die Nutzung von Recyclingverfahren erhöht und auch die Abfallsortierung und -Entsorgung optimiert werden. Wahrscheinlich ist diese Transformation auch ökonomisch günstiger und birgt keine Nachteile für die medizinische Versorgung. Die Mehrheit der Chirurg:innen zeigt hierfür Bereitschaft. Für eine erfolgreiche Umsetzung bedarf es jedoch einer stärkeren Priorisierung des Themas durch die Fachgesellschaften und die Geschäftsführungen.

Danksagung: Die Autoren bedanken sich vor allem bei Fr. Khanh Van Nghiem (KFE, UKE) sowie allen Pflegekräften für die herausragende Unterstützung zur Realisierung dieses Projekts.

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



Zusatzweiterbildungswebinar

Spezielle Viszeralchirurgie

16. – 17. Juni 2026

Wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. med. Florian Gebauer
Prof. Dr. med. Wolfgang Schröder

optional:
Prüfungs-
simulation

BDC | Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.



Kann ein Krankenhaus der Maximalversorgung überhaupt nachhaltig sein?

Renate Linné, Helene Buser

BEDEUTUNG DER MAXIMALVERSORGER IM DEUTSCHEN GESUNDHEITSWESEN

Krankenhäuser der Maximalversorgung zählen zu den komplexesten Organisationsformen im Gesundheitswesen. Sie gewährleisten hochspezialisierte, innovative und interdisziplinäre Medizin auf höchstem Versorgungsniveau und garantieren die interprofessionelle 24/7-Akutversorgung. Überregionale Einzugsgebiete und die kooperative Unterstützung von

Kliniken niedrigerer Versorgungsstufen ergänzen das Leistungsangebot. Sie bilden den ärztlichen Nachwuchs aus und leisten einen wesentlichen Beitrag zur Forschung.

Gleichzeitig zählen gerade diese Einrichtungen zu den ressourcenintensivsten Institutionen der Gesellschaft. Sie verbrauchen hohe Mengen an Energie, Wasser und Materialien, produzieren große Abfallmengen und verursachen relevante CO₂-Emissionen. Bis zu 5,3 Prozent der globalen Treibhausgasemissionen (THG) entfallen weltweit auf den Gesundheitssektor und in Deutschland



Korrespondierende Autorin:
Dr. Renate Linné

Stv. Kaufmännische Direktorin
Leitung Stabstelle Medizin und
Gesellschaft
Universitätsklinikum Augsburg
renate.linne@uk-augsburg.de



Helene Buser
Referentin der Kaufmännischen
Direktion
Universitätsklinikum Augsburg
helene.buser@uk-augsburg.de

Linné R, Buser H: Kann ein Krankenhaus der
Maximalversorgung überhaupt nachhaltig sein?
Passion Chirurgie. 2026 Mai; 16(05):
Artikel 03_04.



www.bdc.de

sogar bis zu rund 6 Prozent [5]. Damit übertrifft dieser Sektor in Bezug auf die THG-Emissionen den innerdeutschen Flugverkehr (knapp 4 Prozent) [4].

NACHHALTIGKEIT UND MAXIMALVERSORGUNG – SYNERGIE ODER WIDERSPRUCH?

Es stellt sich daher die Frage, ob Nachhaltigkeit für diese Institutionen letztlich ein wohlmeinender, aber realitätsferner Anspruch ist.

Die Erfahrung am Universitätsklinikum Augsburg (UKA) zeigt: Ein Krankenhaus der Maximalversorgung kann und muss nachhaltig handeln. Nicht trotz, sondern gerade wegen des Versorgungsauftrags. Nachhaltigkeit ist keine Imagefrage oder Einzelmaßnahme, sondern eine Bringschuld gegenüber den Patientinnen und Patienten, den Mitarbeitenden und gegenüber der Gesellschaft.

UNIVERSITÄTSMEDIZIN IM SPANNUNGSFELD PLANETARER GRENZEN

Die globalen Klima- und Umweltveränderungen sind längst keine abstrakten Zukunftsszenarien mehr. Extremwetterereignisse, hitzebedingte Mortalität, veränderte Infektionsdynamiken und zunehmende chronische Belastungen betreffen die Versorgungsrealität unmittelbar [1]. Zugleich trägt der Gesundheitssektor selbst erheblich zu Treibhausgasemissionen bei. Daraus entsteht ein ethischer Doppelauftrag mit Konfliktpotential: Das UKA als Maximalversorger ist dazu aufgerufen, seinen Patientinnen und Patienten hochtechnisierte Medizin anzubieten und gleichzeitig den eigenen ökologischen Fußabdruck zu reduzieren.

Mit dem aktualisierten International Code of Medical Ethics wurde ökologische Nachhaltigkeit explizit als ärztliche Verpflichtung verankert [7]. Gesundheit zu schützen bedeutet heute auch, natürliche Lebensgrundlagen zu erhalten. Für die Universitätsmedizin Augsburg, die Forschung, Lehre und Krankenversorgung verbindet, ist diese Perspektive integraler Bestandteil

des Selbstverständnisses. Dabei erstreckt sich nachhaltiges Handeln nicht nur auf ökologische, sondern explizit auch auf soziale und ökonomische Dimensionen.

DAS UNIVERSITÄTSKLINIKUM AUGSBURG ALS EIN HAUS DER MAXIMALVERSORGUNG

Das UKA als eines der jüngsten Universitätsklinika in Deutschland gehört mit über 7.600 Mitarbeitenden, 66.870 stationären und 239.430 ambulanten Fällen im Jahr 2025 zu den größten Kliniken des Freistaats. 1.699 stationäre Planbetten und 46 teilstationäre Plätze stehen für 24 Kliniken und fünf Institute zur Verfügung.

Im Januar 2026 eröffnete das UKA sein neues, hochtechnisiertes Zentrum für Intensivtherapie (ZIT) mit insgesamt 135 Intensiv- und Intermediate-Care Bettenplätzen als eines der modernsten dieser Art in Bayern. Im März 2023 entschied der Freistaat Bayern über einen Neubau des bettenführenden Zentralgebäudes des UKA bis zum Jahr 2040. Die diesbezüglichen Planungen laufen auf Hochtouren.

In Bezug auf soziale Nachhaltigkeit stellt das UKA mit rund 450 Ausbildungsplätzen einen der größten Ausbildungsträger in ganz Bayerisch Schwaben dar.

VISION UND INSTITUTIONALISIERUNG VON NACHHALTIGKEIT

Das Bekenntnis zur Nachhaltigkeit bedeutet in erster Linie eine Vision auf Vorstandsebene. Der zweite Schlüssel für gelingende Nachhaltigkeit an einem Maximalversorger liegt in ausgesuchten Governancestrukturen.

- Eindeutige personelle und organisatorische Verantwortlichkeiten – bestenfalls in Nähe zur Unternehmensleitung – verankern Zielsetzungen auf einer transparenten und dynamisch fortzuschreibenden Zeitschiene.
- Einschlägige Regelwerke sichern die Aufgaben, Projektvorhaben und Berichtspflichten verbindlich ab.

- Wiederkehrende Prüfung und Fortentwicklung der hinterlegten Inhalte stehen für belastbare Qualität und Zukunftsorientiertheit.
- Zur Erfüllung gesetzlicher Vorgaben stellt der Vorstand entsprechende finanzielle und personelle Ressourcen zur Verfügung.
- Die Institution gibt Raum für Netzwerkarbeit mit der internen und externen Öffentlichkeit.
- Im Idealfall bauen die Verantwortlichen wissenschaftliche Kooperationen auf.

UMSETZUNG DER INSTITUTIONALISIERUNG AM UKA

ETABLIERUNG WIRKSAMER STRUKTUREN

Am UKA etablierte der Vorstand im Jahr 2019 die interprofessionelle Initiative „University Medicine Augsburg Goes Green“ (UMAGG). Der Lenkungskreis von UMAGG vereint Vertreterinnen und Vertreter der Vorstandsebene, des ärztlichen und pflegerischen Dienstes, der Administration sowie der Medizinischen Fakultät und der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Augsburg (siehe Organigramm Lenkungskreis UMAGG).

Die Leitung bekleidet eine stellvertretende Vorstandsposition und steht damit als Garant für einen niedrigschwelligen Austausch mit der obersten Leitungsebene.

Die Interprofessionalität des Gremiums repräsentiert Nachhaltigkeit als Querschnittsaufgabe. Die vom Vorstand verabschiedete Satzung von UMAGG steht für die Verbindlichkeit der Aufgaben und deren Zielerreichung.

NACHHALTIGKEIT UND UNTERNEHMENSKULTUR

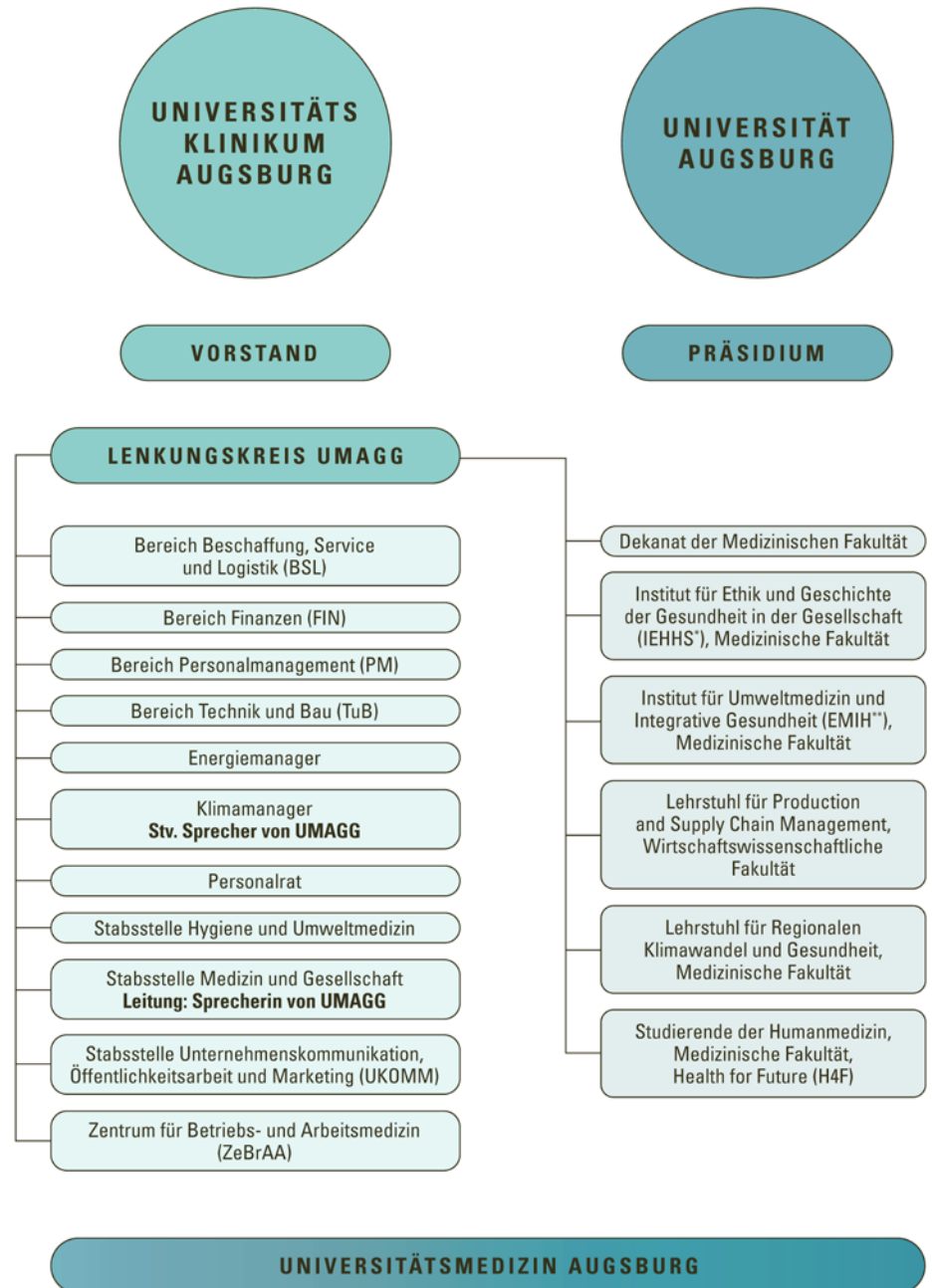
Seit Februar 2024 ist Nachhaltigkeit eine von vier tragenden Säulen des Leitbildes des Universitätsklinikums Augsburg – gleichrangig mit Menschen, Innovation sowie Forschung und Lehre.

Zeitgleich verabschiedete der Vorstand den Code of Conduct. Auch dieser greift alle drei Dimensionen der Nachhaltigkeit auf. Der Vorstand sichert den Durchdringungsgrad beider Regelwerke durch wiederkehrende Vorstellungen beispielsweise im Rahmen des Einführungstages für neue Mitarbeitende ab. Die soziale Dimension der Nachhaltigkeit wird zudem u. a. durch die systematische Anwendung des Lob-

Anregungs- und Beschwerdefahrens, das anonyme Hinweisgebersystem und das Angebot zur Durchführung ethischer Fallbesprechungen abgebildet.

NACHHALTIGKEIT ALS ETHISCHE UND GESELLSCHAFTLICHE VERPFLICHTUNG

Die bildungspolitische Dimension von Nachhaltigkeit griff das UKA unter anderem



* Institute for Ethics and History of Health in Society

** Institute of Environmental Medicine and Integrative Health

Abb. 1: Organigramm Lenkungskreis UMAGG

über das Klinische Ethikkomitee (KEK) auf. Dieses nahm im Jahr 2024 die ökologische Nachhaltigkeit ausdrücklich in seine Beratungsdimension auf [6].

NETZWERKE UND WISSENSCHAFTLICHE EINBINDUNG

Nachhaltigkeit in der Universitätsmedizin erfordert Kommunikation. Die Initiative UMAGG ist regional und national vernetzt, unter anderem im Nachhaltigkeitsbeirat der Stadt Augsburg, im Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. sowie in gesundheitsbezogenen Klimanetzwerken.

Die enge Verbindung zur Universität Augsburg und der Medizinischen Fakultät mit dem Forschungsschwerpunkt Environmental Health Sciences (EHS) ermöglicht eine wissenschaftliche Aufarbeitung nachhaltigkeitsbezogener Fragestellungen. Nachhaltigkeit wird dadurch nicht nur operativ umgesetzt, sondern akademisch reflektiert

und im Schulterschluss mit der Universität Augsburg weiterentwickelt.

TRANSPARENZ UND MESSBARKEIT

Obwohl die gesetzliche Berichtspflicht nach der Corporate Sustainability Reporting Directive (CSRD) erst ab 2028 greift, veröffentlichte das UKA für das Berichtsjahr 2024 erstmalig einen Nachhaltigkeitsbericht nach dem VSME-Standard auf freiwilliger Basis [3]. Auf der Agenda für das Jahr 2026 steht die neuerliche Erhebung der Doppelten Wesentlichkeitsanalyse nach erfolgter Revision auf EU-Ebene.

Diese freiwillige Transparenz schafft die Grundlage für systematische Weiterentwicklung. Emissionen in Scope 1, 2 und 3, Energieverbräuche, Abfallstrukturen, Wasserentnahme sowie soziale und Governance-Kennzahlen werden dokumentiert und für Entscheidungsträger steuerbar gemacht.

KLIMANEUTRALITÄT ALS STRATEGISCHE ZIELMARKE

Im Kontext der Planungen für den Neubau des UKA (s. o.) verfasste eine Experten-Gruppe unter Federführung der Stabsstelle Medizin und Gesellschaft ein umfassendes Nachhaltigkeitskonzept für die Betriebsplanung des Neubaus [2]. Die hinterlegte Zeitschiene resultierte in einem klimaneutralen UKA unter der Voraussetzung einer Neubaubetriebnahme bis 2040 („Zero Emission Hospital 2040“). Energiestandards, Energieversorgung, Materialwahl und Prozessorganisation sind mit Klimazielen frühzeitig in Einklang zu bringen.

OPERATIONALISIERUNG VON NACHHALTIGKEIT

Eine Zahl von insgesamt 16 Projekten sind unter UMAGG seit dem Jahr 2019 an den Start gegangen. Unter anderem dienen sie den Nachhaltigkeitszielen Kreislaufwirtschaft, Abfallvermeidung, Erhalt der Artenvielfalt, Ressourcenschonung, Energieeffizienz, der nachhaltigen Verpflegung, dem betrieblichen Mobilitätsmanagement und dem Hitzeschutzplan für das UKA.

SCHLUSSFOLGERUNG

Ein Krankenhaus der Maximalversorgung kann nachhaltig sein. Nachhaltigkeit ist unter hochkomplexen Versorgungsbedingungen möglich, wenn sie strategisch verankert, messbar gemacht und kulturell getragen wird.

Die zentrale Herausforderung liegt weniger in der prinzipiellen Umsetzbarkeit als in der strukturellen Ausgestaltung: Nachhaltiges Handeln erfordert klare Verantwortlichkeiten, langfristige Planungshorizonte und geeignete regulatorische sowie finanzielle Rahmenbedingungen.

Universitätsmedizin steht für Exzellenz, Innovation und gesellschaftliche Verantwortung. In Zeiten globaler Klima- und Umweltveränderungen erweitert sich dieser Anspruch.

Die Debatte sollte daher nicht lauten, ob Maximalversorgung nachhaltig sein kann,

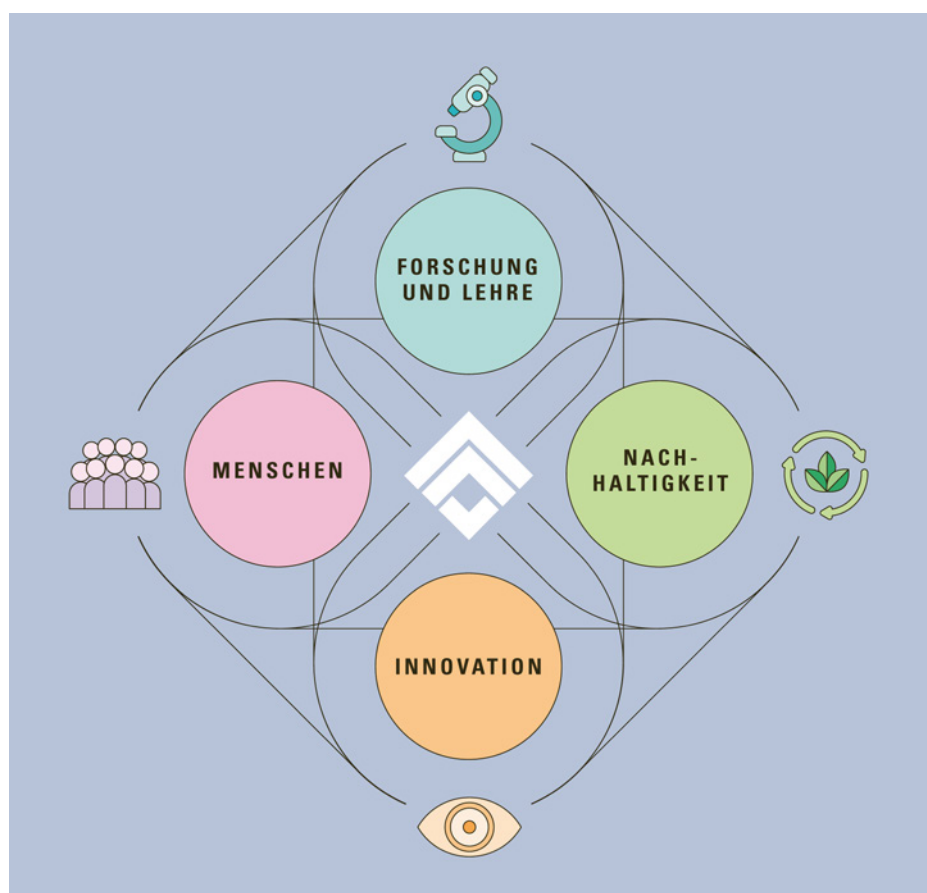


Abb. 2: Leitbild des UKA

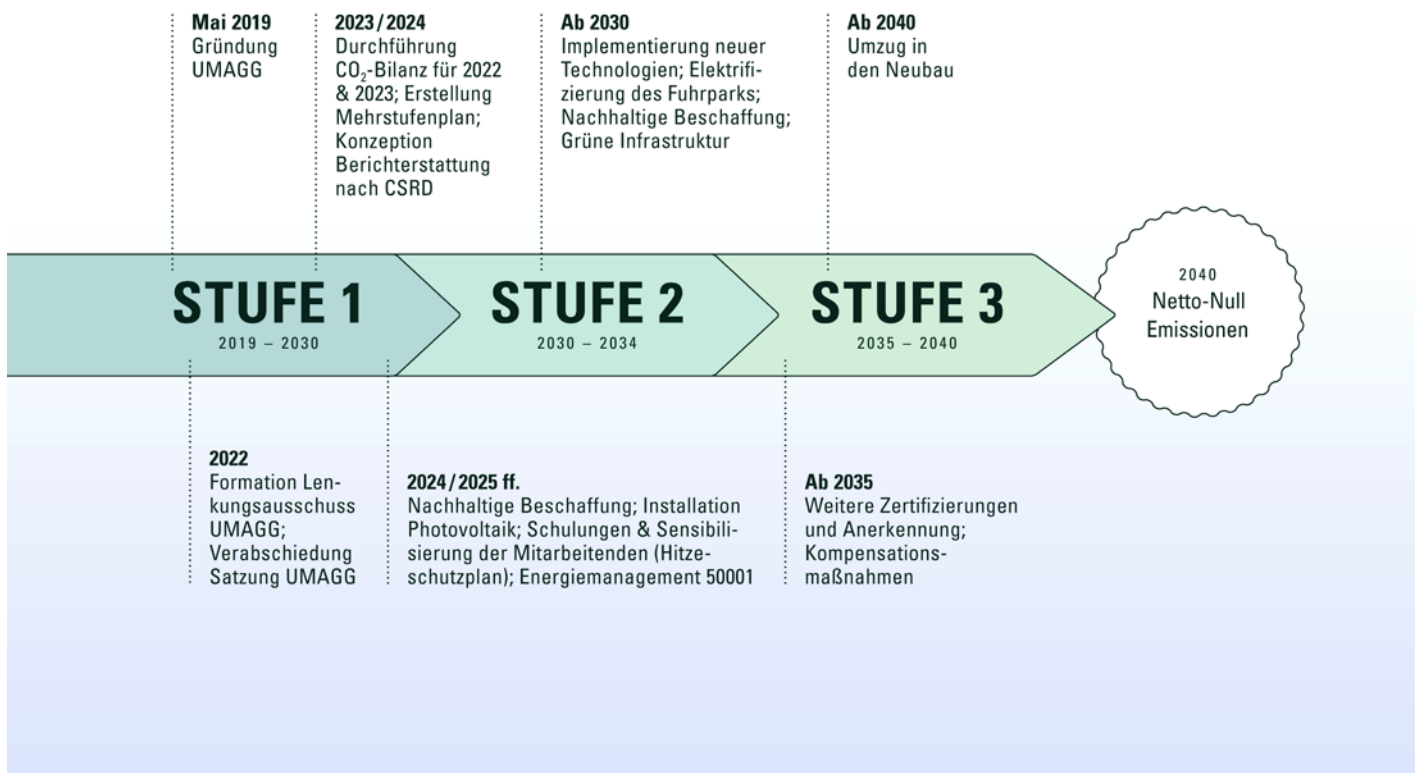


Abb. 3: UKA-Stufenkonzept zur Klimaneutralität bis 2040 | Neubauinbetriebnahme

sondern unter welchen strukturellen und politischen Bedingungen nachhaltiges Handeln systematisch ermöglicht wird.

LITERATUR

- [1] An der Heiden, Zacher, RKI -Geschäftsstelle für Klimawandel & Gesundheit, Diercke und Bremer (2024). Wochenbericht zur hitzebedingten Mortalität KW 38 / 2024, Robert Koch-Institut
- [2] Linné, R., R. Binder, D. Bolkenius, D. Dubbelfeld (2024). „Nachhaltigkeitskonzept für die Betriebsorganisationsplanung des Neubaus des Universitätsklinikums Augsburg“. Universitätsklinikum Augsburg, Stabsstelle Medizin und Gesellschaft. Abrufbar unter: https://www.uk-augsburg.de/fileadmin/Daten/UEber_uns/UMAGG/Nachhaltigkeitsberichte/Nachhaltigkeitskonzept_Nebau.pdf.
- [3] Wabnitz K., Buser H., Linné R. (2026). „Nachhaltigkeitsbericht 2024.“ Universitätsklinikum Augsburg, abrufbar unter: https://www.uk-augsburg.de/fileadmin/Daten/UEber_uns/UMAGG/Nachhaltigkeitsberichte/UKA_NHB_2024.pdf.
- [4] Deutscher Ärzteverlag (2022). „Gesundheitsbranche umweltschädlicher als Flugverkehr.“ MT im Dialog. Abrufbar unter: <https://www.mtdialog.de/news/artikel/gesundheitsbranche-umweltschaedlicher-als-flugverkehr#:~:text=Ausgerechnet%20die%20Gesundheitsbranche%20tr%C3%A4gt%20einen%20wesentlichen%20Teil,ausst%C3%B6%C3%9Ft%20als%20die%20Schifffahrt%20oder%20der%20Flugverkehr.>
- [5] Karliner, J., S. Slotterback, R. Boyd, B. Ashby, K. Steele und J. Wang (2020). „Health care’s climate footprint: the health sector contribution and opportunities for action.“ European journal of public health 30 (Supplement_5): ckaa165. 843.
- [6] Edenhofer O., M. Herrmann (2025). „Erderwärmung: Klimapolitische Konsequenzen und die Verantwortung des Gesundheitswesens“. Jahresveranstaltung des Klinisches Ethikkomitee am Universitätsklinikum Augsburg 2025. Abrufbar unter: https://www.uk-augsburg.de/fileadmin/Daten/Zentrale-Einrichtungen/Klinisches_Ethikkomitee/PDFs/KEK_0002_Platkat_2025.pdf.
- [7] Parsa-Parsi, R. W. (2022). „The international code of medical ethics of the world medical association.“ jama 328(20): 2018-2021. ○

NACHHALTIGKEIT



Wege zu einer umweltbewussten chirurgischen Praxis

Antje Boccatius

Im März 2023 veröffentlichte ich meinen ersten Artikel zum Thema Nachhaltigkeit in einer chirurgischen Praxis. Doch was bedeutet Nachhaltigkeit eigentlich? Sie beschreibt die Fähigkeit, die Bedürfnisse der Gegenwart so zu befriedigen, dass die Möglichkeiten zukünftiger Generationen nicht eingeschränkt werden. Gleichzeitig stellt sich die Frage, wie es uns gelingen kann, dieses anspruchsvolle Vorhaben im alltäglichen Praxisbetrieb und unter den bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen verantwortungsvoll voranzutreiben.

WIE KANN EIN TEAM EINE DERART KOMPLEXE AUFGABE BEWÄLTIGEN?

Die Antwort liegt in einer nachhaltig geprägten und authentisch gelebten Unternehmenskultur sowie einer

entsprechenden Führung. Diese beiden Elemente bilden die entscheidenden Pfeiler unserer Teamtransformation. Um Mitarbeitende in diesem Veränderungsprozess mitzunehmen, müssen sowohl Führung als auch Unternehmenskultur Schritt für Schritt auf Nachhaltigkeit ausgerichtet werden. Indem Führungskräfte nachhaltige Werte vorleben, schaffen sie ein Arbeitsumfeld, das zur Zielerreichung motiviert und die Umsetzung klimafreundlicher Maßnahmen unterstützt. So kann es gelingen, dass eine Praxis nicht nur ökologisch verantwortungsvoll handelt, sondern auch langfristig erfolgreich bleibt.

MITARBEITENDE MOTIVIEREN

Jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter kann einen Beitrag zum Klimaschutz leisten. Dafür ist es notwendig, ein Bewusstsein und eine Akzeptanz für nachhaltiges



Antje Boccatus
Qualitäts- und Praxismanagerin
Orthospine Magdeburg
Durchgangsarztpraxis
Lübecker Straße 32
39124 Magdeburg

Boccatus A: Wege zu einer umweltbewussten chirurgischen Praxis. *Passion Chirurgie*. 2026 Mai; 16(05): Artikel 03_05.



www.bdc.de

Alltagshandeln zu entwickeln. Mitarbeitende sollen darin bestärkt werden, sowohl privat als auch beruflich ressourcenschonender zu leben und zu arbeiten.

Wir alle wissen, dass es schwerfällt, bestehende Gewohnheiten zu verändern. Der Satz „Das haben wir doch schon immer so gemacht“ ist vielen von uns vertraut – insbesondere von Kolleginnen und Kollegen, die sich mit Veränderungen schwertun (mich eingeschlossen). Dennoch kann es durch gemeinsam formulierte Ziele, eine offene und zuhörende Kommunikationskultur sowie das Wissen um psychologische Veränderungsprozesse gelingen, fest verankerte Routinen aufzubrechen. Entscheidend ist, Mitarbeitende aktiv zu beteiligen, sie in die Entwicklung von Maßnahmen einzubinden und transparent über Fortschritte zu informieren. Auf diese Weise können wir gemeinsam wirksame und nachhaltige Veränderungen erreichen. Ein starkes Wir-Gefühl, geprägt von gegenseitiger Unterstützung und Freude am gemeinsamen Fortschritt, fördert nicht nur das Miteinander, sondern auch die langfristige Weiterentwicklung der gesteckten Ziele.

So konnten wir die Ziele, die wir uns für das Jahr 2023 gesetzt hatten, kontinuierlich weiterentwickeln. Unsere Faxe werden inzwischen in einer digitalen Faxbox empfangen, wodurch wir einen erheblichen Papierverbrauch einsparen. Bestellungen erfolgen ausschließlich digital und online, was zusätzlich unseren Arbeitsalltag erleichtert. Bei der Verschreibung von Medikamenten achten wir darauf, Ibuprofen statt Diclofenac zu verordnen, da bekannt ist, dass Diclofenac das Abwasser stark belastet. Zudem tragen neue Computer mit moderner Technik dazu bei, die Stromkosten zu senken und unseren ökologischen Fußabdruck zu verringern.

NACHHALTIGKEITS- BEAUFTRAGTE IN DER PRAXIS

Eine Idee aus unserem gemeinsamen Ideenpool ist die Benennung einer oder eines Nachhaltigkeitsbeauftragten. Diese Person ist verantwortlich für die Analyse von Nachhaltigkeitschancen und -risiken innerhalb der Praxis. Darauf aufbauend werden gemeinsam Ziele und Maßnahmen entwickelt, um die Nachhaltigkeitsleistung kontinuierlich zu verbessern. In Teambesprechungen informiert die oder der Beauftragte regelmäßig über den Fortschritt der Strategieumsetzung sowie über die Einbindung externer Akteure wie Patientinnen, Patienten und Lieferanten.

Abschließend kann ich sagen, dass Nachhaltigkeit in der chirurgischen Praxis ein strategischer Erfolgsfaktor ist, der ökologische Verantwortung, ökonomische Stabilität und medizinische Qualität miteinander verbindet. Die erfolgreiche Umsetzung hängt maßgeblich von Führung, Teamkultur und strukturellen Rahmenbedingungen ab. Durch konsequente Digitalisierung, bewusste Material- und Medikamentenwahl sowie institutionalisierte Verantwortlichkeiten können chirurgische Praxen messbare Beiträge zum Klima- und Ressourcenschutz leisten – ohne Abstriche an der Versorgungsqualität. ○

AKADEMIE AKTUELL

Exklusiv für BDC-Mitglieder: Einladung zur Teilnahme an der PINKPRO Studie

Stephan M. Freys, Wolfgang Schröder

Der chirurgische Alltag stellt neben den fachlichen Qualifikationen hohe Anforderungen an Kommunikation, Führung und persönliche Belastbarkeit – Fähigkeiten, die im Klinik- und Praxisbetrieb jedoch selten gezielt trainiert werden. Deshalb versucht die BDC|Akademie auch auf diesem Gebiet ihre Mitglieder zu unterstützen und zusammen mit Pawlik Medical, einer neu formierten Unternehmensberatung, neue Wege zu gehen. Mit PINKPRO entsteht erstmals ein KI gestützter Coach, der Chirurgeninnen und Chirurgen im klinischen Alltag unterstützt: flexibel, individuell und genau dann, wenn es darauf ankommt.

Um dieses innovative Tool wissenschaftlich zu prüfen und weiterzuentwickeln, führen Pawlik Medical und das Pinktum Institute Hamburg die weltweit erste Studie zum

Einsatz eines KI-Coaches im medizinischen Umfeld durch. Dafür suchen wir 50 engagierte Chirurgeninnen und Chirurgen aller Karrierestufen, die PINKPRO drei Monate lang kostenfrei testen und mit ihrer Erfahrung aktiv zur Weiterentwicklung beitragen möchten.

Was erwartet die Teilnehmer:innen?

- 3-monatiger Zugang zur PINKPRO-Coachingplattform
- 60-minütiges Remote Onboarding
- Drei moderierte Online Reflexionsrunden mit erfahrenen Ärzten und Psychologen
- Begleitende wissenschaftliche Befragungen
- Zugang zu über 1.000 Micro- und Macro-E-Learnings sowie einer Personalisierungsdiagnostik

Welchen Benefit haben die Teilnehmer:innen?

- Exklusiver Vorab-Einblick in ein zukunftsweisendes Coaching-Format
- Konkrete Unterstützung für schwierige Gesprächs-, Führungs- und Entscheidungssituationen
- Austausch auf Augenhöhe in kleinen, moderierten Gruppen
- Möglichkeit, die Entwicklung eines neuen digitalen Standards für ärztliche Kompetenzförderung aktiv mitzugestalten

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Der Studienstart ist für Mai 2026 geplant. Wenn Sie die Zukunft der ärztlichen Kompetenzentwicklung mitgestalten möchten, freuen wir uns über Ihre Nachricht unter medical@pawlik.de oder akademie@bdc.de. 



PINKTUMInstitute
for Soft Skill Intelligence



www.bdc.de



Dr. med. Johanna Betzler

Assistenzärztin
6. Weiterbildungsjahr, angestrebter
Facharzt Viszeralchirurgie
Chirurgische Klinik
Universitätsmedizin Mannheim

johanna.betzler@umm.de

Haben Sie es bemerkt? In der März- und Aprilausgabe haben wir die ersten beiden Interviews unserer neuen Kolumne „Why I do it: Meine Passion für Chirurgie“ vorgestellt. Heute folgt das dritte Interview dieser Reihe, die das Ziel verfolgt, positive Identifikationsangebote für das Berufsbild Chirurg:in zu schaffen und persönliche Einblicke in die Motivation hinter diesem anspruchsvollen Fach zu geben.

Die Interviews stammen aus dem Kreis der aktiven Mitglieder unseres neuen Young Surgeons Club (YSC). Der YSC ist ein vom BDC initiiertes Nachwuchsforum, das Studierende, Ärzt:innen in Weiterbildung und junge Fachärzt:innen der Chirurgie zusammenbringt. Ziel ist es, die Perspektiven des chirurgischen Nachwuchses zu bündeln, aktuelle Herausforderungen der Weiterbildung sichtbar zu machen und Themen wie Arbeitsbedingungen, Strukturwandel, Surgeon Well-being und Resilienz stärker in den Fokus zu rücken. Der YSC versteht sich dabei ausdrücklich als ergänzende Plattform zu bestehenden Nachwuchsformaten und setzt auf Vernetzung, Austausch und Zusammenarbeit mit relevanten Akteuren im chirurgischen Umfeld.

MEINE PASSION FÜR CHIRURGIE!

Meine Begeisterung für die Chirurgie begann bereits in meiner Jugend während schulischer Praktika. Schon in der 10. Klasse erzählte ich meiner sehr erstaunten Nicht-Mediziner-Familie, dass ich Chirurgin werden wolle. Was mich damals – und bis heute – an der Chirurgie fasziniert, ist die besondere Kombination aus handwerklicher Tätigkeit im OP, engem Patient:innenkontakt und dem unmittelbar sichtbaren Erfolg der durchgeführten Behandlung.

Unsere Patient:innen begeben sich im wahrsten Sinne des Wortes „in unsere Hände“ und vertrauen uns ihr Leben an. Dieses Vertrauen empfinde ich – auch während langer Nächte im OP – als ein großes Privileg. Auch die klinische Forschung ist Teil meines Berufsalltags. Die Fragestellungen chirurgischer Studien entstehen häufig direkt aus der Versorgung unserer Patient:innen, und die Ergebnisse können oft unmittelbar in ihre Therapie einfließen.

Ich gehe gerne zur Arbeit. Und auch wenn meine Kinder noch nicht ganz verstehen, warum ich manchmal abends oder nachts nicht zu Hause sein kann, habe ich immer das Gefühl, mit meiner Arbeit etwas Sinnvolles zu tun. Ich bin mir sicher, dass sie das schon jetzt spüren – und es später auch verstehen werden. Es ist mir ein großes Anliegen, mit veralteten Klischees über unser Fach aufzuräumen. Deshalb nutze ich jede Gelegenheit, Studierenden und jungen Weiterbildungsassistent:innen zu zeigen, dass es möglich ist, diesen Beruf mit Freude, Empathie und Erfolg auszuüben – und gleichzeitig auch neben der Arbeit ein glückliches Leben zu führen.

Nun übe ich diesen Beruf erst seit einigen Jahren aus und kann mir nicht anmaßen, weise Ratschläge zu erteilen. Einen Gedanken gebe ich Studierenden und jungen Kolleg:innen dennoch immer mit auf den Weg: Tut das, was euch wirklich begeistert. Wenn ihr jeden Morgen gerne zur Arbeit geht und abends erfüllt nach Hause kommt, wird euch das am Ende glücklicher machen, als jahrzehntelang einen Beruf auszuüben, der vielleicht etwas weniger anstrengend ist – euch aber nie wirklich begeistert.

www.chirurg-werden.de

HYGIENE TIPP

Müssen Umluftkühlgeräte in Patientenzimmern mit Filtern ausgestattet sein?

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

FRAGE:

Müssen Umluftkühlgeräte (Klimasplitgeräte) in Patientenzimmern, Wartebereichen und unreinen Arbeitsräumen gemäß DIN 1946 /4 mit Filtern ausgestattet sein?

ANTWORT:

Ja, denn damit wird eine mikrobielle Kontamination der aus den Geräten abgegebenen Luft weitestgehend minimiert. Vor allem aber werden allergische Reaktionen auf Schimmelpilze bei Patienten in Patientenzimmern, Wartebereichen sowie auch bei Beschäftigten (auch in unreinen Arbeitsräumen) ausgeschlossen.

Umluftkühlgeräte, die nach 2018 installiert wurden, unterliegen der DIN 1946/4 und müssen über einen F7-Filter in der Ansaugung und einen F9-Filter für die abgegebene Luft verfügen. Wenn eine Installation gemäß DIN 1946-4 erfolgt ist, muss diese auch entsprechend dieser Vorgaben geprüft werden.

Alle Umluftkühlgeräte sollten nach einem vom Hersteller empfohlenen Zyklus gewartet, gereinigt und desinfiziert sowie mindestens nach VDI 6022 mikrobiologisch untersucht werden. Gibt es einen beratenden Krankenhaushygieniker sollte dieser zudem Grenzwerte, Beprobungsumfang und Beprobungsintervalle festlegen. Wie mit vorher installierten Geräten zu verfahren ist, sollte ebenfalls vorzugsweise durch den KHH bewertet und festgelegt sowie mit dem zuständigen Gesundheitsamt besprochen werden.

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

Korrespondierender Autor:

Dipl.-Wirt.Ing. Martin Groth

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

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

Krankenhaushygiene/Umweltschutz
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

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

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

Dr. rer. nat. Wolfgang Kohnen

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

Dieter Wieting

Hygienefachkraft
HygSo GmbH & Co. KG

Jatzwauk L, Groth M, Hübner NO, Kohnen W, Wieting D:
Hygiene-Tipp: Müssen Umluftkühlgeräte in Patientenzimmern
mit Filtern ausgestattet sein? Passion Chirurgie. 2026 Mai;
16(05): Artikel 04_02.



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

Ambulantes Operieren im Krankenhaus ist möglich!

Ralf Schmitz

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

In der 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 2: WAS KOMMT AUF DIE VERTRAGSÄRZTINNEN UND -ÄRZTE UND DIE KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN IM KRANKENHAUS NUN JEWEILS ZU?

Die mit der Neufassung des AOP-Vertrages im Jahr 2023 und der kurz darauf erfolgten Einführung der H-DRGs sich verstärkende

Ambulantisierung von stationären Leistungen hat in den beiden Sektoren unterschiedliche Auswirkungen. Für den Vertragsarztbereich ist das ambulante Operieren seit Jahren der Kern der chirurgischen Tätigkeit. Hier haben sich hochspezialisierte und auf Effektivität getrimmte ambulante Operationszentren (AOZ) etabliert, entweder betrieben von einzelnen Praxen oder auch von unterschiedlichen Fachgruppen. Allen Einrichtungen gemeinsam ist eine strukturierte, an den Bedürfnissen der ambulanten Patienten orientierte Versorgung, die trotz in der Vergangenheit schwieriger finanzieller Voraussetzungen in der Regel wirtschaftlich erfolgen konnte. Neu ist für die Vertragsärzte nun die pauschalisierte Abrechnung in Form von DRGs und die daraus resultierende Notwendigkeit Honorarverhandlungen mit vom Operateur beauftragten Ärzten zu führen. Dies setzt eine offene und transparente Kommunikation der beteiligten Berufsgruppen voraus, um dann zu einer fairen und alle Seiten zufriedenstellenden Vergütung zu kommen. Mit zunehmender Ausweitung der H-DRGs auch auf die zwei und später auch drei Tagefälle bedarf es auch der Schaffung von Übernachtungsmöglichkeiten, entweder in den Räumlichkeiten der AOZ oder in Zusammenarbeit mit stationären Einrichtungen.

Für das Krankenhaus wiederum ist das Vergütungsmodell der DRG ein alter Hut. Hier geht es zuvorderst um notwendige strukturelle Änderungen baulicher und personeller

Art und eine Optimierung der Arbeitsabläufe. So wurden Krankenhäuser in der Vergangenheit bestimmungsgemäß für die Versorgung von stationären Patienten gebaut und das Personal und alle organisatorischen Abläufe dahingehend optimiert. Keinesfalls macht es aber Sinn ambulante Patienten in diesen Strukturen, also im Zentral-Op. zu versorgen ggf. mit anschließender Überwachung auf einer Normalstation. So können ambulante Operationen unmöglich wirtschaftlich erbracht werden. Hier geht es darum die gut etablierten Strukturen aus dem Vertragsarztsektor zu übernehmen und bestenfalls weiterzuentwickeln, orientiert an den Bedürfnissen des vom Krankenhaus angebotenen Leistungsspektrums und der zu betreuenden Patienten.

Warum also die bisherige kompetitive Konkurrenz der Sektoren nicht beenden und die anstehende Ambulantisierung gemeinsam planen und voneinander zu lernen? Im Idealfall profitieren beide Sektoren von einer solchen Kooperation. Neben einer funktionierenden sektorenübergreifenden Versorgung böte ein solches Modell auch attraktive Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen.

Ausblick Folge 3: Gestaltung ambulantes Operieren – Was muss vorgehalten werden?

Schmitz R: Ambulantes Operieren im Krankenhaus ist möglich. Teil 2. Passion Chirurgie. 2026 Mai; 16(05): Artikel 04_03.



www.bdc.de

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.

MAI 2026

Prof. Dr. med. Joachim Andrassy übernimmt ab April 2026 die Leitung der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Kinderchirurgie an den Kliniken Böblingen.

Dr. med. Raphael Bocklage ist seit März 2026 neuer Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie am St. Marienhospital in Vechta. Zuvor war er am DIAKOVERE Krankenhaus in Hannover tätig.

Dr. med. Kai Peter Drastig ist seit März 2026, gemeinsam mit Dr. med. Birgit Schulz, neuer Chefarzt der Orthopädischen Klinik am Krankenhaus Bethesda in Freudenberg. Der Spezialist für endoprothetischen Ersatz von Knie- und Hüftgelenken war zuletzt Chefarzt der Atos Orthopädischen Klinik Braunfels.

PD Dr. med. Nikos Emmanouilidis ist seit April 2026 neuer Chefarzt der Klinik für Allgemein und Viszeralchirurgie an den Helios Kliniken Mittelweser, Nienburg.

Dr. med. Jens Fielitz, seit 2023 Chefarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie, ist nun auch der ärztliche Leiter der Pleißenental-Klinik in Werdau.

Dr. med. Kerstin Gray-Valdes ist seit Februar 2026 neue Chefarztin der Abteilung für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie an der GFO Klinik Brühl – Marienhospital.

Dr. med. Verena Grünewald ist seit April 2026 neue Chefarztin der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Evangelischen Bethesda Krankenhaus in Mönchengladbach.

Johanna Klatzek ist seit Anfang März 2026 neue Chefarztin der orthopädischen Abteilung an der Dr. Becker Klinik Norddeich. Die Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie bringt langjährige Erfahrung aus der Akutmedizin und der orthopädischen Rehabilitation mit.

Dr. med. Jens Rudzewski ist seit März 2026 neuer Leiter der Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin des Wermelskirchener Krankenhauses. Zuvor war er langjähriger leitender Oberarzt des Hauses.

PD Dr. med. Daniel Schubert, bislang Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie am Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara Halle (Saale), hat ab März 2026 die standortübergreifende chefarztliche Verantwortung auch am Krankenhausstandort Halle-Dölau übernommen. ○



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

Leserbrief

Frank Schönbach

Dr. med. Frank Schönbach
Lahntal

Betrifft: Editorial von Prof. Dr. Carsten Krones in Passion Chirurgie 01/02/2026 „Stille Heldengeschichten“ mit Schwerpunkt „Perioperatives Management“. [HIER finden Sie den Artikel auf BDC|Online.](#)



Sehr geehrter Herr Professor Krones,

Ihr mit Selbstkritik an den Irrwegen, oder netter gesagt: Sackgassen unseres Berufsstands gewürztes Editorial habe ich mit Genuss gelesen.

Ich war als Chirurg mit TG Unfallchirurgie seit 1981 bis zu meinem Ruhestand ab 2018 in der Chirurgie tätig und habe einige der im Text erwähnten technischen Entwicklungen live miterlebt – aber zum Glück nicht alle mitmachen können, oder müssen. Nach meiner Tätigkeit in der Unfallchirurgie bin ich ab 1992 wieder in eine gemischte Abteilung gegangen und hatte dort die Gelegenheit, noch in die laparoskopische Chirurgie einzusteigen. Interessanter Weise hat sie mir durch mein vorheriges Training in der Arthroskopie weniger Schwierigkeiten bereitet als einem meiner Kollegen, der aus der Abdominalchirurgie kommend den umgekehrten Weg gehen wollte (vom großen in den kleinen Raum).

Aber gerade auch die flächendeckende Einführung der minimalinvasiven Chirurgie z. B. an der Gallenblase hat, nach ihrer Etablierung durch einige bewundernswerte Pioniere, ihren Zoll gefordert. In den 1990er Jahren hat die Industrie den Verkauf ihrer Laparoskopie-Türme sehr stark gepusht. Als Konsequenz haben wir zunächst eine sprunghafte Zunahme der akzidentellen Gallengangsverletzungen erlebt, aber auch einige andere schwerwiegende Komplikationen, vor allem durch ältere Kollegen, die sich untrainiert, aber überzeugt auf die neue Technik stürzten. Die Single-Port-Chirurgie der Gallenblase hat sich mir z. B. nie

erschlossen. Was schaden einem Patienten ein bis zwei weitere Einstiche für 5 mm-Ports, deren Narben in der Regel nach etwa einem Jahr unsichtbar sind? War das nicht vor allem ein bisschen Schicki-Micki?

Ein weiteres dunkles Kapitel aus meinem Teilgebiet war die Hüftgelenksprothetik mit dem Robodoc-System in den 1990er Jahren, die wegen erheblicher Komplikationsraten heute praktisch kein Thema mehr ist. Ich kann mich noch gut erinnern, wie damals die Industrie ihre millionenschweren Roboter mit dem Argument der Konkurrenz- und Zukunftsfähigkeit selbst an kleine Kreiskrankenhäuser zu verkaufen versucht hat. Nach wenigen Jahren sind diese teuren Geräte dann alle irgendwo im Keller gelandet.

Als sehr hilfreich für die tägliche Praxis habe ich in meiner Tätigkeit die Entwicklung der Ultraschall-Schneidesysteme und des Neuromonitorings an der Schilddrüse erlebt. Die Entwicklung neuer Techniken für die Chirurgie ist sicher notwendig und faszinierend. Aber durch die Begeisterungsfähigkeit und den Spiel- und Basteltrieb vieler Chirurgen stehen wir, so habe ich es jedenfalls erlebt, leicht in Gefahr, Grenzen der Sinnhaftigkeit zu überschreiten und damit auf solche historischen Irrwege zu geraten. Deshalb danke für Ihr interessantes Editorial, das auf die weniger publikumsträchtigen, aber wichtigen Entwicklungen hinweist.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen,
Dr. med. Frank Schönbach
Lahntal

Schönbach F: Leserbrief. Passion Chirurgie.
2026 Mai; 16(05): Artikel 04_05.

Frage & Antwort



Wie viele Feuerlöscher in der Niederlassung?



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

Heberer J: F+A: Wie viele Feuerlöscher in der Niederlassung? 2026 Mai; 16(05): Artikel 04_06.



www.bdc.de

FRAGE:

Ein niedergelassener Chirurg fragt an, wie viele Feuerlöscher er in seiner Praxis (Größe 330 m²) benötigt.

ANTWORT:

Gemäß der Technischen Regeln für Arbeitsstätten – Maßnahmen gegen Brände (ASR A2.2, zuletzt **HIER** abgerufen am 24.02.2026) hängt die Ausstattung mit Feuerlöschern zunächst von der Beurteilung der Brandgefährdung ab. Für Arbeitsstätten mit normaler Brandgefährdung ist die Grundausrüstung ausreichend. Für Arbeitsstätten mit erhöhter Brandgefährdung sind über die Grundausrüstung hinaus zusätzlich Maßnahmen nach Punkt 6 ASR erforderlich.

Gemäß Punkt 4.2 ASR wird zur Berechnung der Anzahl der erforderlichen Feuerlöscher für die Brandklassen A und B eine Hilfsgröße, die „Löschmitteleinheit (LE)“ verwendet. Dem auf dem Feuerlöscher angegebenen Löschvermögen wird dadurch eine bestimmte Anzahl von Löschmitteleinheiten gemäß nachfolgender Tabelle 1 zugeordnet. Diese Werte können dann je Brandklasse addiert werden.

Für die Brandklassen C und D wird nur die Eignung des Feuerlöschers ohne Bestimmung des Löschvermögens festgestellt. Für die Brandklasse F sind Feuerlöscher mit einem Löschvermögen von 5F, 25F, 40F und 75F erhältlich. Eine Umrechnung in Löschmitteleinheiten (LE) erfolgt nicht.

Sofern gemäß der konkreten Gefährdungsbeurteilung für eine Arztpraxis lediglich eine normale Brandgefährdung vorliegt, bestimmt Punkt 5.2 Abs. 2 ASR, dass in allen Arbeitsstätten für die Grundausrüstung die für einen Bereich erforderliche Anzahl von Feuerlöschern mit dem entsprechenden Löschvermögen für die Brandklassen A und B nach den Tabellen 1 und 2 zu ermitteln ist. Ausgehend von der Grundfläche (Summe der Grundflächen aller Ebenen) der Arbeitsstätte gemäß Tabelle 2 sind die erforderlichen Löschmitteleinheiten zu ermitteln. Aus Tabelle 1 ist dann die entsprechende Art, Anzahl und Größe der Feuerlöscher entsprechend ihrem Löschvermögen zu entnehmen, wobei die Summe der Löschmitteleinheiten mindestens der aus der Tabelle 2 entnommenen Zahl je Brandklasse entsprechen muss.

Tab. 1: Zuordnung des Löschvermögens zu Löschmitteleinheiten
(Zuordnung von Feuerlöschern der Grundausrüstung gemäß Punkt 5.2)

Löschvermögen (Rating gemäß DIN EN 3-7:2007-10)		
LE	Brandklasse A	Brandklasse B
1	5A	21B
2	8A	34B
		55B
4	13A	70B
5		89B
6	21A	113B
9	27A	144B
10	34A	
12	43A	183B
15	55A	233B

Tab. 2: Summe der Löschmitteleinheiten, hier aufgrund der Fragestellung nur auszugsweise bis 400m² wiedergegeben

Grundfläche bis ... m ²	Löschmitteleinheiten (LE)
50	6
100	9
200	12
300	15
400	18

Dies ergibt somit aus Sicht des Verfassers für eine Praxis von 330m² insgesamt für die Grundausrüstung benötigte 18 LE.

Werden in der Arztpraxis beispielsweise Schaum- oder Pulverlöscher mit Löschvermögen 21A und 113B verwendet, entspricht dies nach Tabelle 1 für diesen Feuerlöschertyp 6 LE. Dies würde nach Auffassung des Verfassers bedeuten, dass die Praxis dann insgesamt drei Feuerlöscher (= 18 LE : 6 LE) dieses Typs vorhalten muss.

Für die Grundausrüstung werden nach Punkt 5.2 Abs. 2 ASR im Regelfall nur Feuerlöscher angerechnet, die jeweils über mindestens 6 LE verfügen. Abweichend

davon können für die Grundausrüstung bei normaler Brandgefährdung nach Punkt 5.2 Abs. 2 ASR aber auch Feuerlöscher, die jeweils nur über mindestens 2 LE verfügen (dies wären dann insgesamt 9 Feuerlöscher), angerechnet werden, wenn:

- sich hierdurch eine Vereinfachung in der Bedienung ergibt, z. B. durch mindestens 25 % Gewichtsersparnis je Feuerlöscher,
- die Zugriffszeit, z. B. durch Halbierung der maximalen Entfernung zum nächstgelegenen Feuerlöscher nach Punkt 5.3, reduziert wird und
- die Anzahl der Brandschutzhelfer nach Punkt 7.3 vermindert wird.

Sollte die Praxis auf mehrere Etagen verteilt sein, so ist pro Etage mindestens ein Feuerlöscher mit mindestens 6 LE bereitzustellen.

Im Fall einer sich aus der Gefährdungsbeurteilung ergebenden erhöhten Brandgefährdung wäre die Anzahl ggf. zu erhöhen.

Zusammenfassend muss also in jedem Einzelfall zunächst anhand der Stufe der Brandgefährdung (normal oder erhöht) und der von der Praxis verwendeten Feuerlöscher gemäß den oben stehenden Tabellen der ASR konkret ermittelt werden, wie viele Feuerlöscher benötigt werden. Allerdings kann ggf. abweichend von den Regelungen der ASR durch ein baubehördliches Brandschutzkonzept die Vorhaltung einer höheren Anzahl an Feuerlöschern verpflichtend vorgeschrieben sein, sodass auch dies jeweils überprüft werden müsste. ○



Präsenz-Seminar

MIC: Modul 1

Hamburg, 11. – 12.06.2026

Wissenschaftliche Leitung:
PD Dr. med. Anna Duprée



Nachhaltigkeit in der Politik

Jörg-A. Rüggeberg

Da dies mein letzter Kommentar nach zwanzig Jahren Vizepräsidentschaft im BDC ist, will ich die aktuelle Tagespolitik nur am Rande streifen und mich mehr darauf fokussieren, wie Politik, im Speziellen Gesundheitspolitik nachhaltig gestaltet werden kann und ob überhaupt Nachhaltigkeit erwünscht ist.

Der Begriff Nachhaltigkeit wird gemeinhin im Zusammenhang mit dem Umweltschutz definiert als Aufgabe, „Ressourcen so zu nutzen, dass die Bedürfnisse der gegenwärtigen Generationen erfüllt werden, ohne die Fähigkeit künftiger Generationen zu gefährden, ihre eigenen Bedürfnisse zu decken.“ Nachhaltigkeit umfasst aber nicht nur ökologische Aspekte, sondern auch ökonomische und soziale Dimensionen., damit eben auch die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Wir haben also auf der einen Seite Bedürfnisse, auf der anderen Seite Ressourcen. Angesichts der demographischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts sind die Bedürfnisse massiv gestiegen und werden weiter steigen, die Ressourcen aber hinken in ihrer Entwicklung hinterher. Aufgabe einer nachhaltigen Politik müsste es demnach sein, die sich aufzeigende Schere zwischen den beiden Polen zu schließen.

Der Versuch, in den jetzt nach Vorlage der Vorschläge der Gesundheitskommission anstehenden Gesetzesvorhaben Einsparungen auf der Seite der Leistungserbringer vorzunehmen, verringert die Ressourcen und ist damit auf den ersten Blick nicht nachhaltig. Bei einer anderen Betrachtung wird aber ein anderes ebenso gewichtiges Bedürfnis der Bevölkerung befriedigt, nämlich keinen weiteren Anstieg der Versicherungsbeiträge zuzulassen. Zweites Beispiel Krankenhausreform: Die ursprüngliche Version von Minister Lauterbach ist zwar durch das Krankenhaus-Anpassungsgesetz entschärft worden, dennoch ist das Prinzip das Gleiche. Einsparungen auf der Kostenseite durch Krankenhausschließungen, damit Verminderung der Ressourcen, aber mit der Hoffnung auf Beitragssatzstabilisierung.

Politik wählt also immer den Weg der Bedürfnisbefriedigung stabiler Beiträge in Form einer Ressourcenverknappung auf dem Rücken der Leistungserbringer und nimmt keine Rücksicht auf das Bedürfnis nach maximaler Gesundheitsleistung, denn es muss klar sein, dass reduzierte Leistungsangebote auch zu verminderten Leistungen führen werden. Interessanterweise ist die Bevölkerung zu keinem Zeitpunkt gefragt worden, welches der beiden für sich betrachtet nachvollziehbaren Bedürfnisse diese vordringlich befriedigt sehen will. Jedenfalls ist abzusehen, dass mit derlei kurzfristigen Sparmaßnahmen keine Nachhaltigkeit im Sinne der

Definition, schon gar nicht für zukünftige Generationen erreicht werden wird.

Wenn also die Ressourcen nicht mehr reichen, muss nach meiner Auffassung die Frage gestellt und beantwortet werden, ob nicht die Bedürfnisse seitens der Bevölkerung aktiv reduziert werden sollten und nicht indirekt durch immer neue Sparmaßnahmen, die durchaus am Ende den gleichen Effekt haben. Nirgendwo auf der Welt ist das Leistungsversprechen der Gesundheitsversorgung derart umfangreich wie bei uns. Man darf darüber nachdenken, ob in anderen Ländern die Zufriedenheit der Bürgerinnen und Bürger geringer ist, weil sie weniger erwarten dürfen. Hierzulande ist es aber ein politisches No-Go, Kürzungen im Leistungsangebot und damit eine nachhaltige Schonung des Gesamtsystems auch nur zu diskutieren. Der Grund ist einfach. Allgemein gilt: wer Wahlen gewinnen will, muss Versprechen abgeben und nicht Appelle zum Verzicht. Bedauerlicherweise hat das mit Nachhaltigkeit nicht das Geringste zu tun. Es fehlt der Mut zu unpopulären Einschnitten und letztlich der Wille, im Sinne einer echten Nachhaltigkeit Entscheidungen zu treffen, die über die jeweilige Legislaturperiode hinaus zum Wohle der kommenden Generation ausgerichtet sind. **Trotz der eher düsteren Aussichten blicke ich dankbar und mit etwas Stolz auf das Erreichte, auch mit Zerknirschung auf das Unerreichte zurück und wünsche Ihnen und dem BDC viel Erfolg beim Streben nach der eigenen Nachhaltigkeit.** ○

Rüggeberg JA: Nachhaltigkeit in der Politik.
2026 Mai; 16(05): Artikel 05_01.



www.bdc.de

BDC-PRAXISTEST

Carus Green – Nachhaltigkeit und höhere Umweltverträglichkeit am Universitätsklinikum Dresden

Patrick Emmerlich

VORWORT – GRÜN, GRÜN, GRÜN SIND ALLE MEINE KLEIDER...

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Ressourcenschonung und Kreislaufwirtschaft in einem komplexen Krankenhausbetrieb erfolgreich umzusetzen, ist eine große Aufgabe. In Zeiten, in denen es in vielen Häusern ums nackte Überleben geht, treten Programme wie die Umweltverträglichkeit von Medizin verständlicherweise in den Hintergrund. Umso wichtiger werden dann die leuchtenden Beispiele wie in diesem Fall das Universitätsklinikum Dresden.

**Dipl.-Ing.(BA) Patrick Emmerlich**

Referent für Umweltschutz

Team Krankenhausökologie

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Dresden

patrick.emmerlich@uniklinikum-dresden.de

Das UKD hat mit seiner Initiative „Carus Green“ sehr erfolgreich Nachhaltigkeit und Umweltschonung im eigenen Klinikbetrieb etabliert. Die präsentierten Maßnahmen stellen gute Beispiele dar, die sich in der Gruppe, aber auch als Einzelteile auf andere Häuser übertragen lassen. Man muss nicht einen biodiversen Campus pflegen, kann aber sehr leicht Recyclingquoten erhöhen. Man muss auch keine veganen Menüs anbieten, kann aber sehr leicht Narkosegase umstellen. Die Initiative steht also nicht nur in der Tradition des Namensgebers des UKD, Carl Gustav Carus, der als einer der bedeutendsten Ärzte der Romantischen Medizin gilt. Die einzelnen Maßnahmen sind ganz handfest. Es wird schwer sein, in Zeiten großer finanzieller Belastungen im Gesundheitswesen, für Projekte dieser Art aktuell Gehör zu finden. Das schlagende Argument wird „Einsparungen“ lauten, aber auch die lassen sich mit ökologischen Veränderungen erreichen. Wir müssen am Ball bleiben, denn ein gesundes Gesundheitssystem nutzt uns in einer kranken Umwelt wenig.

Aktive Lektüre wünschen

Prof. Dr. med. C. J. Krones

und

Prof. Dr. med. D. Vallböhmer

„Wir sind ein umweltfreundliches Klinikum“ – ein Leitsatz, dem sich das Universitätsklinikum Dresden bereits seit 2012 mit der Initiative „Carus Green“ verschrieben hat. Das Gesundheitswesen trägt in Deutschland zwischen 5,2 % und 6,7 % zu den gesamten Treibhausgasemissionen bei, wobei Krankenhäuser international etwa 30 % der Emissionen im Gesundheitssektor verursachen [1]. Als Maximalversorger mit über 1.400 Betten zeigt das Dresdner Universitätsklinikum, wie ökologische Nachhaltigkeit im Klinikalltag gelingen kann – trotz angespannter Finanzierungssituation und eines Systems, das Nachhaltigkeitsmaßnahmen nicht gesondert vergütet.

ENTSTEHUNG: VOM TRAINEE-PROJEKT ZUR NACHHALTIGKEITSMARKE

Die Initiative „Carus Green“ entstand 2012 aus einem interdisziplinär besetzten Trainee-Projekt. Zwölf Trainees aus unterschiedlichen Fachbereichen – darunter Rechtsstelle, Pflege, Bau und Technik, Personal, Finanzen und Qualitätsmanagement – erarbeiteten in einer Konzeptphase erste Handlungsfelder und Maßnahmenkataloge. Im Anschluss wurde das

Projekt an eine neu gegründete Mitarbeiterinitiative übergeben, die bis heute unter Koordination der Krankenhausökologie fortbesteht. Sechs zentrale Handlungsfelder wurden definiert: Bildung/Sensibilisierung, Campusgestaltung/Biodiversität, Ressourcenverbrauch, Energiemanagement, Verpflegung und Mobilität.

UMGESETZTE MASSNAHMEN IM ÜBERBLICK

Seit 2012 wurden zahlreiche Projekte realisiert, die messbare ökologische und ökonomische Effekte erzielen:

- **Energie:** Photovoltaik-Anlagen mit über 140 kWp Gesamtleistung erzeugen jährlich ca. 130 MWh Strom und sparen 48 t CO₂ Emissionen. LED-Umrüstungen reduzieren den Strombezug um weitere 82 MWh pro Jahr. Das bedarfsorientierte Herunterfahren von OP-Lüftungsanlagen in betriebsfreien Zeiten spart zusätzlich 40 MWh jährlich und wurde zur Blaupause für andere Kliniken. Die Einführung eines Energiemanagementsystems nach DIN ISO 50001 ermöglicht eine systematische Erfassung weiterer Einsparpotenziale.

Emmerlich P: BDC-Praxistest:
Carus Green – Nachhaltigkeit und höhere
Umweltverträglichkeit am Universitätsklinikum
Dresden. Passion Chirurgie. 2026 Mai;
16(05): Artikel 05_02.



www.bdc.de

- **Narkosegase:** Die Umstellung von Desfluran auf Sevofluran in Verbindung mit der Minimal-Flow-Anästhesie senkt die direkten Treibhausgasemissionen erheblich.
- **Mobilität:** Aktuell 22 Elektrofahrzeuge ersetzen rund ein Viertel des konventionellen Fuhrparks. Ergänzt wird dies durch Lastenräder, abschließbare Fahrradstellplätze, Job-Bike-Angebote und die Teilnahme am Stadtradeln.
- **Ressourcen:** Die Recyclingpapierquote wurde auf über 50 % gesteigert. Über 120 Wasserspender vermeiden Einwegplastikflaschen, das Projekt „Stifte sammeln“ führte zum Recycling von 4,4 t Material und vermied 9 t CO₂. Weitere Maßnahmen umfassen Mehrweg-OP-Kittel, die Rückführung von Polypropylen und Polyethylen in den Stoffkreislauf, die Wiederverwendung von Styroporboxen sowie einen internen Möbelkiosk.
- **Biodiversität und Campus:** Blühwiesen, Insektenhotels und Nistkästen schaffen naturnahe Lebensräume für Insekten sowie Erholungsräume für Patient:innen und Mitarbeitende.
- **Verpflegung:** Die sukzessive Einführung vegetarischer und veganer Menüs im Mitarbeiterrestaurant ebnet den Weg in Richtung der Planetary Health Diet.

ORGANISATIONSSTRUKTUR UND ERFOLGSFAKTOREN

Das Carus-Green-Team organisierte sich in Arbeitsgruppen und traf sich regelmäßig zum Projektupdate. Die Mitglieder fungierten als Ideengeber:innen, Vernetzer:innen

wichtiger Stakeholder und Empfänger:innen von Mitarbeitervorschlägen – die konkrete Umsetzung erfolgt meist in den jeweiligen Fachbereichen. Diese dezentrale Struktur bei zentraler Koordination durch die Krankenhausökologie hat sich als praxistauglich erwiesen. Um weitere Potentiale heben zu können wird es künftig eine neue Carus Green-Steuerungsgruppe geben, die die Umweltstrategie weiter ausbaut, zentral koordiniert und regelmäßig Bericht an den Vorstand erstattet.

ERFOLGSFAKTOREN FÜR DIE ÜBERTRAGBARKEIT:

- Engagierte Mitarbeitende, die für ökologische Themen brennen
- Rückendeckung durch die Geschäftsleitung
- Niedrigschwellige erste Maßnahmen (Energiespartipps, zusätzliche Abfallfraktionen, Blühwiesen)
- Eine gemeinsame Dachmarke, die Sichtbarkeit schafft

HERAUSFORDERUNGEN UND LEARNINGS

Der kontinuierliche Erhalt implementierter Maßnahmen gestaltet sich im Klinikalltag anspruchsvoll. Die Erkenntnis reifte, dass es in jedem Bereich sogenannte Umwelt- und Energiebotschafter:innen braucht – Mitarbeitende, denen diese Themen persönlich wichtig sind und die nach entsprechender Schulung dauerhaft in ihrem Bereich auf die Umsetzung achten. Diese „Carus Green Botschafter:innen“ sollen künftig als Multiplikator:innen den Nachhaltigkeitsgedanken ins Kollegium tragen.

AUSBLICK UND PREISTRÄGER 2025

Im September 2025 wurde „Carus Green“ mit dem **Lohfert-Preis „Green Hospital – Umweltschutz und Ressourceneffizienz in Krankenhäusern“** ausgezeichnet. Außerdem stand man im Finale des Deutschen Nachhaltigkeitspreises Gesundheit 2025. „Diese Würdigungen verstehen wir aber vor allem als Auftrag zur Weiterentwicklung, denn es ist noch sehr viel zu tun. An Ideen, wie man universitäre Spitzenmedizin nachhaltiger und umweltfreundlicher machen kann, mangelt es nicht.“

Konkrete Ziele für 2026 umfassen die systematische Erhebung von Kennzahlen zu CO₂-Einsparungen, die kontinuierliche Erweiterung der PV-Kapazität sowie die Optimierung des Campus in Richtung eines klimaresilienten, biodiversitätsfreundlichen, gesundheitsfördernden Raumes.

Hier geht's zu einem Interview mit **Carolin Liebel-Ros, Betriebsbeauftragte für Abfall im Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, und Patrick Emmerlich zur Initiative „Carus Green“...**

LITERATUR

- [1] Pichler P et al. (2019). International comparison of health care carbon footprints. <https://iopscience.iop.org/article/10.1088/1748-9326/ab19e1>, zuletzt geprüft am 08.06.2023



Modul 1 - Theorie der roboterassistierten Chirurgie

Mittwoch, 27.05.2026 ab 18.00 Uhr

Live-Webinar

Prof. Dr. med. Hans Fuchs
Prof. Dr. med. Barbara Seeliger
PD Dr. med. Colin Markus Krüger





BDC Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.

Klick!
Jetzt
anmelden!

Berufsverband der Deutschen Chirurgie startet digitales Netzwerk mit Doctolib Connect



Berlin, den 31.03.2026 – Doctolib, eines der führenden Healthtech-Unternehmen in Europa, und der Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V. (BDC) haben ein gemeinsames digitales Netzwerk über Doctolib Connect für bis zu 16.000 Chirurgeninnen und Chirurgen in Deutschland eingerichtet. Mit dem sogenannten BDC-Messenger können sich Chirurgeninnen und Chirurgen ab sofort einfach vernetzen und austauschen – über Praxis- und Klinikgrenzen hinweg.

Bisher waren Chirurgeninnen und Chirurgen bei fachlichen Rückfragen oder Themen rund um ihren Beruf häufig auf persönliche Kontakte per E-Mail oder Telefon angewiesen. Der BDC-Messenger schafft erstmals eine zentrale Lösung für die Vernetzung untereinander und mit dem Verband. Mit dem BDC-Messenger von Doctolib Connect steht Mitgliedern ein kostenfreies, DSGVO-konformes Kooperationstool zur Verfügung, das speziell für den medizinischen Bereich entwickelt wurde. Chirurgeninnen und Chirurgen können sich damit direkt und sicher austauschen und per Textnachricht, Sprach- oder Videoanruf kommunizieren. Als Mitglieder des Netzwerks können sie etwa Befunde teilen, Patientenfälle anonym besprechen oder Karrieretipps austauschen. Zusätzlich kann der BDC seine Mitglieder mit Informationen rund um den chirurgischen Beruf versorgen, wie etwa zu den Themen Karriere, Vergütung, Recht und Weiterbildung. Pro Jahr werden insgesamt über alle medizinischen

Einrichtungen hinweg bereits rund zwanzig Millionen Nachrichten über Doctolib Connect versandt.

„Die unbürokratische, digitale Vernetzung ist auch für Chirurgeninnen und Chirurgen unverzichtbar geworden. Mit dem BDC-Messenger über Doctolib Connect bieten wir unseren Mitgliedern ein Tool, das den Austausch untereinander erheblich erleichtert. Die Bedienung ist intuitiv und die Informationsvermittlung erfolgt unmittelbar. Eine erhebliche Erleichterung im chirurgischen Alltag“, sagt BDC-Geschäftsführerin Dr. Friederike Burgdorf.

„Die Zusammenarbeit mit dem BDC unterstützt unser Ziel, Ärztinnen und Ärzte im Alltag zu verbinden. Die über 300.000 Nutzerinnen und Nutzer von Doctolib Connect in Deutschland zeigen, dass es eine große Nachfrage für einfache und sichere Kommunikation gibt. Mit dem BDC-Messenger erhalten Chirurgeninnen und Chirurgen jetzt eine Kooperationslösung, die einen spürbaren Mehrwert bietet – von der Zweitmeinung bis zur schnellen Rückfrage“, sagt Ricardo Colón, Head of Doctolib Connect.

Das BDC-Connect-Netzwerk startete im Februar 2026. BDC-Mitglieder können sich über diese Seite registrieren: www.bdc.de/neu-fuer-mitglieder-der-bdc-messenger-bei-doctolib-connect/ 



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

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



AUS DER
DGCH

Bericht zum Karl Storz Preis 2026

CHIRURGISCHE FERTIGKEITEN UND PERFORMANCE IN DER MINIMALINVASIVEN CHIRURGIE

Die Chirurgie wird traditionell als handwerklich geprägtes Fach verstanden. Trotz aller technologischen Innovationen bleibt die individuelle Leistungsfähigkeit der Operateur:innen ein entscheidender Faktor für den Erfolg chirurgischer Eingriffe. Mit der zunehmenden Etablierung minimalinvasiver Verfahren hat sich diese Bedeutung weiter verstärkt: Während Patient:innen von geringerer Invasivität, weniger Schmerzen und kürzeren Rekonvaleszenzzeiten profitieren, steigen zugleich die technischen, kognitiven und

ergonomischen Anforderungen an Chirurg:innen erheblich.

Gerade die minimalinvasive Chirurgie (MIC) erfordert ein hohes Maß an spezifischen Fertigkeiten, deren Erwerb ausschließlich intraoperativ und auf Basis steigender Fallzahlen sowohl aus ethischer als auch aus didaktischer Perspektive kritisch zu hinterfragen ist. Dennoch basiert die chirurgische Weiterbildung in Deutschland weiterhin überwiegend auf einem traditionellen, zeit- und fallzahlbasierten Modell. Diese Diskrepanz zwischen den realen Anforderungen moderner Chirurgie und den bestehenden Ausbildungsstrukturen stellt ein zentrales Problem der aktuellen chirurgischen Versorgung dar.



PD Dr. med. Felix Freiherr von Bechtolsheim

Klinik und Poliklinik für Viszeral-,
Thorax- und Gefäßchirurgie
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
felix.bechtolsheim@ukdd.de

CHIRURGISCHE PERFORMANCE – EIN MULTIDIMENSIONALES KONZEPT

Chirurgische Performance ist kein eindimensionales Konstrukt. Sie ergibt sich aus dem Zusammenspiel technischer und nicht-technischer Fertigkeiten. Zu den technischen Fertigkeiten zählen unter anderem Präzision, Koordination beider Hände, Umgang mit Gewebe und Hand-Auge-Koordination. Nicht-technische Fertigkeiten umfassen z.B. anatomisches Wissen, Entscheidungsfindung, Situationswahrnehmung, Kommunikation, Teamführung und Stressverarbeitung.

Insbesondere in der laparoskopischen Chirurgie kommt den technischen Fertigkeiten durch den Verlust der direkten Haptik, den Fulcrum-Effekt, eingeschränkte Freiheitsgrade der Instrumente sowie die eingeschränkte Visualisierung eine besondere Bedeutung zu. Mehrere Studien konnten zeigen, dass Unterschiede in der technisch-chirurgischen Performance und in den nicht-technischen Fertigkeiten objektivierbar sind und mit intraoperativen Fehlern, Komplikationsraten sowie dem postoperativen Verlauf der Patient:innen korrelieren [1–3]. Chirurgische Qualität ist damit messbar und hat einen direkten Einfluss auf den Verlauf der operierten Patient:innen.

MINIMALINVASIVE VERFAHREN UND WACHSENDE ANFORDERUNGEN

Laparoskopische und roboterassistierte Verfahren sind heute fester Bestandteil der Allgemein- und Viszeralchirurgie. Die Vorteile für Patient:innen sind gut belegt, gleichzeitig verändern diese Techniken jedoch die Arbeitsrealität der Chirurg:innen grundlegend. Die roboterassistierte Chirurgie kann einige Limitationen der konventionellen Laparoskopie kompensieren, etwa durch dreidimensionale Visualisierung, Tremorfilterung und ergonomische Arbeitspositionen. Sie ersetzt jedoch weder chirurgisches Verständnis noch operative Erfahrung und lässt Operateur:innen

sogar – im wahrsten Sinne des Wortes – auf Distanz zu ihren Patient:innen gehen.

Vielmehr entstehen neue Lernkurven, neue kognitive Anforderungen und neue Fehlerquellen. Technologischer Fortschritt allein führt daher nicht automatisch zu einer Qualitätssteigerung. Ohne strukturierte Ausbildung besteht vielmehr die Gefahr, dass individuelle Leistungsunterschiede stärker zum Tragen kommen und sich auf die Versorgungsqualität auswirken können.

AUSBILDUNGSREALITÄT IN DEUTSCHLAND – ZWISCHEN ANSPRUCH UND WIRKLICHKEIT

Die chirurgische Weiterbildung in Deutschland ist weiterhin stark fallzahlorientiert organisiert. Gleichzeitig nehmen Arbeitsverdichtung, ökonomischer Druck, Personalmangel und administrative Tätigkeiten kontinuierlich zu. Zeit für strukturierte Ausbildung und Training – insbesondere außerhalb des Operationssaals – ist im klinischen Alltag häufig nicht vorgesehen oder wird in die Eigenverantwortung der Weiterzubildenden verlagert.

Eine eigeninitiierte deutschlandweite Umfrage unter Teilnahme von über 1.000 Chirurg:innen verschiedener Ausbildungsstufen verdeutlicht diese Problematik eindrücklich [4]. Zwar gaben fast 60 % der Befragten an, Zugang zu Trainingsequipment für die MIC zu haben, jedoch verfügten weniger als ein Drittel über ein strukturiertes Curriculum für Training außerhalb des OP-Saals. Noch geringer war der Anteil der Kliniken (26 %) mit klar definierten Konzepten für die intraoperative Ausbildung. Der entscheidende Befund: Das Vorhandensein eines Curriculums erwies sich als stärkster Prädiktor für die Zufriedenheit der Teilnehmer:innen mit der Ausbildungssituation.

Diese Ergebnisse legen ein strukturelles Defizit offen. Ausbildung in der MIC wird vielerorts als zusätzliche, individuelle Aufgabe verstanden – nicht als systematisch geschützter Kernauftrag chirurgischer Kliniken. Der Kompetenzerwerb hängt damit in hohem Maße vom persönlichen

von Bechtolsheim F: BDC-Praxistest: Bericht zum Karl Storz Preis 2026. Passion Chirurgie. 2026 Mai; 16(05): Artikel 06_01.

Engagement einzelner Ausbildender und Auszubildender ab.

Jedoch ist diese Entwicklung nicht ausschließlich den Ausbildenden und den Kliniken zuzuschreiben. Rückblickend lässt sich feststellen, dass die strukturelle Weiterentwicklung der chirurgischen Ausbildung durch maßgebliche Akteure – darunter Ärztekammern, Fachgesellschaften und politische Entscheidungsträger – teilweise hinter der technologischen Dynamik zurückgeblieben ist. Vorschläge und Ideen gibt es zuhauf, darunter beispielsweise die Einführung eines standardisierten, deutschlandweiten Curriculums, strengere Anforderungen an die Ausbildenden, Subvention für Training und Simulation oder der verpflichtende Nachweis von Trainingsmaßnahmen außerhalb der OPs in den OP-Katalogen für die Fachweiterbildung [5, 6].

TRAINING, KOMPETENZ UND OBJEKTIVE MESSBARKEIT

Internationale Fachgesellschaften empfehlen ein stufenweises, kompetenzbasiertes Trainingsmodell. Grundlagenfertigkeiten sollen zunächst im Dry-Lab, Wet-Lab oder in virtueller Realität erlernt und objektiv bewertet werden, bevor ein schrittweiser Transfer in den Operationssaal erfolgt [7–9]. Zentrales Element dieser Konzepte ist die Messbarkeit chirurgischer Leistung.

Moderne Simulatoren erlauben die Erfassung objektiver Bewegungsmetriken wie Weglängen, Bewegungseffizienz, Geschwindigkeit oder Krafteinwirkung. Diese Parameter ermöglichen eine differenzierte Darstellung individueller Lernkurven. Studien zeigen, dass strukturiertes Training insbesondere die Qualität und Effizienz der Bewegungen verbessert [10]. Objektive Leistungsparameter eröffnen damit neue Möglichkeiten für Ausbildung, Evaluation und Qualitätssicherung.

Jedoch zeigt sich spätestens in der klinischen Realität, dass viele dieser Metriken und Messmethoden Grenzen haben. Es gibt zwar auch hier Ansätze, chirurgische Leistung und Fertigkeiten möglichst

vergleichbar und standardisiert zu erfassen, jedoch meist nur mit großem Aufwand und in überschaubarem Ausmaß. Eine flächendeckende Messung intraoperativer, chirurgischer Leistung und Fertigkeiten erfolgt somit bislang nicht.

EINFLUSSFAKTOREN UND HUMAN FACTORS

Neben Ausbildung und Training wird chirurgische Performance durch zahlreiche kurzfristige Einflussfaktoren geprägt. Zeitdruck, mentale Belastung, Lärm, Ermüdung, Dehydratation oder Hunger können die technisch-chirurgische Leistung messbar beeinflussen [11–14]. Diese sogenannten Human Factors sind im klinischen Alltag allgegenwärtig, werden jedoch bislang nur unzureichend systematisch berücksichtigt.

Gerade in der minimalinvasiven Chirurgie, in der Fehler schwerer zu kompensieren sind, gewinnt das Verständnis dieser Einflussfaktoren an Bedeutung. Eine moderne chirurgische Ausbildung muss daher nicht nur operative Fertigkeiten vermitteln, sondern auch Rahmenbedingungen reflektieren, unter denen konstante Leistung überhaupt möglich ist.

SURGICAL SKILLS LAB DRESDEN – STRUKTUR STATT ZUFALL

Vor dem Hintergrund, dass die chirurgische Performance im Operationssaal einen der größten und sprichwörtlich einschneidendsten Einflüsse auf das Outcome unserer Patient:innen hat, besteht bislang ein zentrales Dilemma: Weder existiert eine einheitliche Definition dessen, was eine „gute“ chirurgische Performance ausmacht, noch ist ausreichend verstanden, welche Faktoren diese Leistung zuverlässig und nachhaltig verbessern können. Aus der Motivation diese Dynamiken besser zu verstehen und praktisch beeinflussen zu können, wurde am Universitätsklinikum Dresden das Surgical Skills Lab Dresden gegründet.

Das Surgical Skills Lab basiert auf drei zentralen Säulen: chirurgische Ausbildung und Training, Forschung zu chirurgischer Ausbildung und Fertigkeiten sowie die gezielte Förderung minimalinvasiver Chirurgie im klinischen Alltag.

Die erste Säule bildet die strukturierte Ausbildung (Abb. 1). Ziel ist es, chirurgische Lehre evidenzbasiert, reproduzierbar und messbar zu gestalten. Das Skills Lab bündelt



Abb. 1: Ausbildung für roboterassistierte Chirurgie am Virtual-Reality-Simulator des Surgical Skills Lab Dresden



Abb. 2: Studie zu intraoperativem Stress-Erleben mit simulierter, laparoskopischer Cholezystektomie



Abb. 3: Klinisches Training und Ausbau der roboterassistierten Chirurgie

simulatorbasiertes Training und curriculare Ausbildungsformate für laparoskopische und roboterassistierte Verfahren und verfolgt dabei einen stufenweisen, kompetenzbasierten Ansatz, der die Ausbildung im Operationssaal ergänzt und vorbereitet.

Die zweite Säule umfasst die Forschung zu chirurgischer Ausbildung und chirurgischen Fertigkeiten. Im Fokus stehen die Evaluation unterschiedlicher Trainingsmodalitäten, die Untersuchung relevanter Einflussfaktoren auf operative Fertigkeiten sowie die objektive Erfassung und Analyse chirurgischer Performance, auch im klinischen Kontext (**Abb. 2**).

Die dritte Säule stellt die gezielte Förderung minimalinvasiver Chirurgie im klinischen Alltag dar (**Abb. 3**). Neue Techniken und Ausbildungsformate werden nicht isoliert entwickelt, sondern strukturiert in die Versorgung integriert, um operative Qualität und Patient:innensicherheit nachhaltig zu verbessern.

AUSBLICK – VON TRAINING ZU DATENBASIERTER CHIRURGIE

Die Weiterentwicklung chirurgischer Ausbildung wird in den kommenden Jahren zunehmend von digitalen und datenbasierten Ansätzen geprägt sein. Eigene Forschungsarbeiten befassen sich unter anderem mit dem Einsatz von Smart Glasses im praktischen Unterricht, die in Kombination mit KI-basierten Modellen, ein selbstständiges Training mit weniger Supervision ermöglichen können.

Auch deswegen liegt ein weiterer Schwerpunkt von uns auf der Entwicklung KI-basierter Modelle zur automatischen Analyse laparoskopischer Fertigkeiten. Durch die Kombination objektiver Bewegungs- und Kraftdaten mit maschinellen Lernverfahren sollen chirurgische Skills zukünftig automatisiert, reproduzierbar und unabhängig von subjektiven Bewertungen analysiert werden können.

Darüber hinaus gewinnt die translationale Forschung zum Zusammenhang zwischen

chirurgischer Performance und Patient:innenoutcomes zunehmend an Bedeutung. Ziel ist es, den Einfluss messbarer Leistungsparameter auf postoperative Verläufe systematisch zu untersuchen und Ausbildung damit unmittelbar an patientenrelevante Endpunkte zu koppeln.

PERSÖNLICHER BEITRAG UND EINORDNUNG

Meine wissenschaftliche und klinische Tätigkeit konzentriert sich auf die Frage, wie chirurgische Performance in der minimalinvasiven Chirurgie objektivierbar erfasst, durch gezieltes Training verbessert und durch geeignete Ausbildungsstrukturen nachhaltig gesichert werden kann. Darüber hinaus untersuche ich, welchen konkreten Einfluss messbare Leistungsparameter auf den postoperativen Verlauf und das Outcome operierter Patient:innen haben. Ziel ist es, chirurgische Qualität nicht nur technisch zu definieren, sondern ihren unmittelbaren Nutzen für die Patient:innenversorgung transparent und nachvollziehbar zu machen.

Die Würdigung dieser Arbeiten im Rahmen der Verleihung des Karl-Storz-Preises 2026 verstehe ich als Anerkennung eines Ansatzes, der chirurgische Exzellenz nicht allein technisch, sondern ebenso über strukturierte Ausbildung, gezieltes Training und klar definierte Verantwortungsstrukturen begreift. Eine solche Auszeichnung wirkt dabei weit über die persönliche Ebene hinaus. Sie bestätigt, dass die systematische Auseinandersetzung mit chirurgischer Performance, mit Trainingsqualität und mit messbaren Kompetenzkriterien ein relevanter und notwendiger Bestandteil moderner Chirurgie ist. Vor allem jedoch begreife ich den Karl-Storz-Preis als außerordentliche Motivation, mich auch künftig mit Engagement in Lehre, Forschung und Klinik der minimalinvasiven Chirurgie zu widmen

und dabei kontinuierliche Verbesserungen in sämtlichen Bereichen anzustreben.

LITERATUR

- [1] Birkmeyer JD, Finks JF, O'Reilly A, et al (2013) Surgical Skill and Complication Rates after Bariatric Surgery. *N Engl J Med* 369:1434–1442. <https://doi.org/10.1056/nejmsa1300625>
- [2] Fecso AB, Szasz P, Kerezov G, Grantcharov TP (2017) The Effect of Technical Performance on Patient Outcomes in Surgery. *Ann Surg* 265:492–501. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000001959>
- [3] Abahuje E, Cong L, Iroz CB, et al (2024) A Prospective Study to Assess the Relationship Between Nontechnical Skills for Surgeons (NOTSS) and Patient Outcomes. *J Surg Educ* 81:1568–1576. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2024.07.022>
- [4] von Bechtolsheim F, Schneider A, Schmidt S, et al (2024) Satisfaction of surgeons with the current state of training in minimally invasive surgery: a survey among German surgeons. *Surg Endosc* 38:1029–1044. <https://doi.org/10.1007/s00464-023-10584-y>
- [5] Huber T, Weber J, Von Bechtolsheim F, et al (2024) Modified Delphi Procedure to Achieve Consensus for the Concept of a National Curriculum for Minimally Invasive and Robot-assisted Surgery in Germany (GeRMIQ). *Zentralblatt für Chirurgie - Zeitschrift für Allgemeine und Gefäßchirurgie*. <https://doi.org/10.1055/a-2386-9463>
- [6] Drossard S (2019) Structured surgical residency training in Germany: an overview of existing training programs in 10 surgical subspecialties. *Innov Surg Sci* 4:15–24. <https://doi.org/10.1515/iss-2018-0033>
- [7] Dawe SR, Windsor JA, Broeders JAJL, et al (2014) A Systematic Review of Surgical Skills Transfer After Simulation-Based Training. *Ann Surg* 259:236–248. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000000245>
- [8] Alaker M, Wynn GR, Arulampalam T (2016) Virtual reality training in laparoscopic surgery: A systematic review & meta-analysis. *Int J Surg* 29:85–94. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2016.03.034>
- [9] von Bechtolsheim F, Oehme F, Weitz J, Distler M (2020) Strukturierte Aus- und Weiterbildung in minimalinvasiver Chirurgie für junge Chirurgen. *Allg und Visz up2date* 14:415–430. <https://doi.org/10.1055/a-1096-9435>
- [10] von Bechtolsheim F, Petzsch S, Schmidt S, et al (2023) Does practice make perfect? Laparoscopic training mainly improves motion efficiency: a prospective trial. *Updates Surg*. <https://doi.org/10.1007/s13304-023-01511-w>
- [11] von Bechtolsheim F, Schmidt S, Abel S, et al (2022) Does speed equal quality? Time pressure impairs minimally invasive surgical skills in a prospective crossover trial. *Int J Surg* 104:106813. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2022.106813>
- [12] Bereuter JP, Geissler ME, Geissler R, et al (2024) Impact of dehydration on laparoscopic performance: a prospective, open-label, randomized cross-over trial. *Surg Endosc* 38:1390–1397. <https://doi.org/10.1007/s00464-023-10644-3>
- [13] Arora S, Sevdalis N, Nestel D, et al (2010) The impact of stress on surgical performance: A systematic review of the literature. *Surgery* 147:318–330.e6. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2009.10.007>
- [14] Whelehan DF, McCarrick CA, Ridgway PF (2020) A systematic review of sleep deprivation and technical skill in surgery. *Surgeon* 18:375–384. <https://doi.org/10.1016/j.surge.2020.01.004>

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 Studienkordinatorin 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 Ösophagogastrostomie mit einem Zirkularstapler (zweireihige Klammernaht, Größe 25 bis 29) und zusätzlicher zirkulärer Übernähtung mit resorbierbaren Fäden. Kontrollgruppe: Standardisierte Anlage der Endzu-Seit Ösophagogastrostomie mit einem Zirkularstapler (zweireihige Klammernaht, Größe 25 bis 29)	FPI: 28.11.2024 37 von 100 Patienten (Vorlaufphase)	Keine Finanzierung 0 €/Patient	PD Dr. med. Christian Krautz Chirurgische Klinik des Uniklinikum Erlangen E: christian.krautz@uk-erlangen.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

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

MULTIZENTRISCH NICHT-RANDOMISIERTE STUDIEN

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

- [1] Anatomical Resection of liver Metastases in patients with RAS-mutated colorectal cancer
- [2] Sleeve gastrectomy versus Roux-en-Y gastric bypass in obese patients with BMI 35–60 kg/m² – a multicenter randomized trial
- [3] Continuous vs. intermittent intraoperative neuromonitoring for reduction of transient recurrent laryngeal nerve palsy in thyroid surgery – a prospective randomized controlled multicenter trial
- [4] Dekomprimierendes Stoma und zweistufige elektive Resektion vs. Notfall-Resektion bei Patienten mit linksseitigem obstruktivem Dickdarmkrebs
- [5] Distal Pancreatectomy – A randomised controlled trial to compare minimal-invasive distal pancreatectomy to open resection (DISPACT-2 Trial)
- [6] Chirurgie „as needed“ versus Chirurgie „on principle“ bei vollständiger Tumorremission nach neoadjuvanter Therapie von Speiseröhrenkrebs/ESORES
- [7] Hernia reduction following laparotomy using small stitch abdominal wall closure with and without mesh augmentation – HULC
- [8] Intensivierte Therapie bei Patienten mit lokal resektablem oligometastatischem 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



BDC|Schnittstelle – im Fokus: Dr. Matthias Krüger

Olivia Päßler

» Unser Format **BDC|Schnittstelle** präsentiert Persönlichkeiten aus den BDC|Landesverbänden. „Heute stellen wir Dr. Matthias Krüger vor, Vorsitzender des Landesverbands BDC|Sachsen-Anhalt“. Das Interview führte Olivia Päßler vom BDC.

Passion Chirurgie: Welchen Auftrag haben Sie sich für Ihren Landesverband persönlich auf die Fahne geschrieben. Was sind Ihre Pläne in Sachsen-Anhalt?

Matthias Krüger (MK): Zusammen mit dem Vorstand strebe ich eine stärkere Verzahnung der Mitglieder Sachsen-Anhalt mit den gesundheitlichen Themen des Landes Sachsen-Anhalt an. Weiterhin plane ich eine Professionalisierung der Verbandsarbeit an

den Themen- und Problemfelder der chirurgisch-ländlichen Versorgungsrealität. Ziel ist es eine stärkere Anbindung der Mitglieder an den BDC durch regelmäßige Veranstaltungen gern als Hybridformat mit den anderen Landesverbänden Mitteldeutschlands. Hierzu werden ich - gemeinsam mit dem Vorstand - in den nächsten Wochen und Monaten intensive Gespräche führen und Konzept erarbeiten. Eine Befragung der Mitglieder des Landesverbandes Sachsen-Anhalt zu diesen Themenfeldern unter dem Motto: Was wünsche ich von meinem Landesverband? Soll die Grundlage dafür sein.

Ich möchte den intersektoralen und interprofessionalen Austausch mit



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

allen Protagonisten fördern und sowohl mit den Leistungsträgern aber auch mit Politik, Wirtschaft und Gesellschaft ausbauen. Am Ende soll ein starkes berufspolitisches Netzwerk aus allen an der Gesundheitsversorgung in Sachsen-Anhalt beteiligten Akteuren entstehen.

PC: Welches Thema liegt Ihnen für Ihre Region in den nächsten Jahren besonders am Herzen?

MK: Mir liegen folgende 5 Themenfelder besonders am Herzen:

1. Fachkräftemangel im Gesundheitswesen
2. Chirurgische Aus- und Weiterbildung (Finanzierung, Verbundweiterbildung, Möglichkeiten der intersektoralen Weiterbildung)
3. Gesamte Gebiet Krankenhausreform insbesondere einer flächendeckenden Sicherstellung der chirurgischen Versorgungsqualität (Leistungsgruppen)
4. Stärkere Verzahnung von Ökonomie **und** Medizin im Sinne einer Stärkung der medizinischen Excellence in den Führungsgremien von Gesundheitseinrichtungen
5. Modernisierung des Landesverbandes – Mitmachen-Mitgestalten-Versorgung sichern

PC: Wie möchten Sie Ihre Themen mit Ihrem Verband anpacken? Was sind die Hürden?

MK: Die Bearbeitung der Themen und deren erfolgreiche Umsetzung sind stark von dem Engagement der Mitglieder abhängig. Diese gilt es für den Landesverband und für die Berufspolitik zu motivieren. Die alltägliche Belastung der Chirurgeninnen und Chirurgen in Weiterbildung, als Fach-, Ober- und Chefärzte sind mitunter enorm und lassen hier scheinbar wenig Spielraum. Der ökonomische Druck spaltet mitunter Ökonomie und Medizin. Die Gespräche auf Führungsebene werden kontrovers. Nicht nur die Themen und Problemfelder ansprechen, sondern auch aktiv mitanpacken muss

das Ziel sein. Dafür müssen geeignete Formate neu gedacht und etabliert werden. Wir stehen vor enormen Herausforderungen, die wir nur gemeinsam bewerkstelligen können.

PC: Welche Verantwortung und welchen Einfluss auf die Politik haben die Landesvertretungen des BDC aus Ihrer Sicht?

MK: Leider muss ich feststellen, dass unser Einfluss auf die Politik in den letzten Jahren stark gesunken bis nahezu null ist. Die Politik scheint uns als Interessensgruppe nicht mehr richtig wahrzunehmen. Ursache ist hier sicherlich, dass es uns nicht gelungen ist als „Einheit der Chirurgie“ aufzutreten. Die diesbezüglichen jahrelangen Bemühungen des BDC waren nicht ausreichend erfolgreich. Die Besitzstandswahrungen der einzelnen Interessensgruppen waren scheinbar zu groß. Die Verlustaversionen verhielten zeitweise eine starke gemeinsame Stimme.

Hier muss der BDC wieder klar als berufspolitische Stimme auftreten. Aus meiner Sicht haben die Landesverbände die Verantwortung, sich zu einer starken Stimme unter dem Motto: **Chirurgie gestaltet Versorgung** durch den Aufbau eines starken intersektoral-interprofessionalen Netzwerkes aus Landespolitik, Wirtschaft und Gesellschaft zu entwickeln. Ich lade alle Interessierten ein, bei der „Versorgungsallianz Gesundheit“ mitzumachen.

PC: Was wünschen Sie sich für Ihren Landesverband und die BDC-Landesverbände in den nächsten Jahren?

MK: Für den Landesverband wünsche ich mir einen lebendigen und engagierten Landesverband, der sich traut, auch unangenehme gesundheitspolitische Positionen im Interesse unserer Mitglieder anzusprechen, zu diskutieren, aber auch Lösungen zu erarbeiten.

Mein Slogan für Sachsen-Anhalt ist: **„Chirurgie braucht Engagement. Unseres.“**

Päßler O: BDC|Schnittstelle – im Fokus:
 Dr. Matthias Krüger. Passion Chirurgie.
 2026 Mai; 16(05): Artikel 07_01.



www.bdc.de

» ZUR PERSON



Dr. med. Matthias Krüger

FA für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Zusatzqualifikation: spezielle Viszeralchirurgie, Proktologie, Notfallmedizin
AMEOS Klinikum Schönebeck
Master of Arts Health Business Administration
Klinischer Risikomanager
Lehrbeauftragter Chirurgie im Studiengang Physician Assistance an der Hochschule Anhalt, Köthen

Systemischer Businesscoach (Quadriga University)

Externer Fachauditor DIN ISO En 9001-2015 und Organzentren

Dr. Matthias Krüger ist Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie mit besonderer Expertise in der kolorektalen Chirurgie. Seit vielen Jahren beschäftigt er sich klinisch und wissenschaftlich mit Erkrankungen des Kolons und Rektums sowie von Beckenbodenfunktionsstörungen nach operativen Eingriffen. Neben seiner operativen Tätigkeit gilt sein Interesse der Weiterentwicklung von Qualität, Sicherheit und Organisation in der Medizin. Fragen des klinischen Risiko- und Qualitätsmanagements sowie die gesundheitsökonomischen Herausforderungen des deutschen Gesundheitssystems auf Klinik-, Landes- und Bundesebene bilden einen weiteren Schwerpunkt seiner Arbeit.

Mit seinem Master of Arts in Health Business Administration verbindet er medizinische Expertise mit ökonomischem Verständnis. Sein Anliegen ist es, eine gemeinsame Sprache zwischen Medizin und Ökonomie zu entwickeln, um klinische Qualität, wirtschaftliche Rahmenbedingungen und strategische Krankenhausentwicklung besser miteinander zu verbinden. Darüber hinaus engagiert er sich für moderne Führung im Gesundheitswesen. Als Netzwerkexperte und systemischer Businesscoach für Führungskräfte setzt er sich für zeitgemäße Führungsinstrumente, interdisziplinäre Zusammenarbeit und starke professionelle Netzwerke im Gesundheitssystem ein.

Sein berufspolitisches Engagement begann bereits während der Assistenzarztzeit im Berufsverband der Deutschen Chirurgie (BDC). Dort engagierte er sich früh in der Nachwuchsförderung und war Mitglied des Präsidiums. Sein Ziel war und ist es, jungen Chirurginnen und Chirurgen eine stärkere Stimme in der Berufspolitik zu geben. In diesem Zusammenhang war er auch Mitbegründer des Bündnisses Junge Ärzte.



Heute ist Dr. Matthias Krüger Landesvorsitzender des BDC in Sachsen-Anhalt und befindet sich in seiner zweiten Legislaturperiode. Sein besonderes Anliegen ist es, die chirurgische Versorgung – insbesondere in einem Flächenland – aktiv mitzugestalten und den Dialog zwischen Chirurgie, Politik und allen Partnern der Gesundheitsversorgung zu stärken.

Für den BDC insgesamt wünsche ich mir:

Innen

1. Ausbau der Transparenz für die Mitglieder der Arbeit des BDCs in der Gremienarbeit
2. Controlling der Effizienz der Gremienarbeit
3. Modernisierung der Vereinsstruktur und ggf. Überprüfung der Vereinsziele

Außen

1. Stärkere Förderung des chirurgischen Nachwuchses

Ohne Nachwuchs keine Versorgung

2. Starke Stimme für verlässliche gesundheitspolitische Rahmenbedingungen

Versorgung braucht politische Verlässlichkeit

3. Aufbau eines starken Netzwerkes aller an der Gesundheitsversorgung beteiligten Partner

Partnerschaft für die Zukunft der Chirurgie

PC: Warum lohnt sich als BDC-Mitglied ein Engagement in den Landesverbänden? Wer kann für ein Mandat kandidieren?

MK: Ein Engagement im BDC lohnt sich, weil berufspolitische Entscheidungen unseren Alltag unmittelbar beeinflussen – Arbeitsbedingungen, Weiterbildung, Krankenhausstrukturen oder Vergütung. Wenn wir diese Themen nicht selbst mitgestalten, werden sie von anderen entschieden. Der BDC bietet die Möglichkeit, die Zukunft der Chirurgie aktiv mitzuprägen und sich gleichzeitig mit engagierten Kolleginnen und Kollegen zu vernetzen. Die Akademie ist seit Jahren ein Garant für qualitative Fort- und Weiterbildung.

Ich wünsche mir, dass sich künftig noch mehr Kolleginnen und Kollegen für ein Mandat im Verband zur Verfügung stellen – aus Klinik und Praxis, aus unterschiedlichen chirurgischen Disziplinen und besonders auch aus der jüngeren Generation. Der Verband lebt von der Vielfalt der Perspektiven.

Der BDC ist über viele Jahre von sehr erfahrenen Persönlichkeiten geprägt worden, denen wir viel zu verdanken haben. Gleichzeitig ist es wichtig, dass nun auch jüngere Kolleginnen und Kollegen Verantwortung übernehmen und neue Ideen einbringen. Es geht nicht darum, die Lebensleistung der „Alten“ in Frage zu stellen, sondern darum, auf diesem Fundament gemeinsam die Zukunft der Chirurgie weiterzuentwickeln.

Berufspolitik braucht Erfahrung – aber sie braucht genauso neue Perspektiven und Engagement.

Hier geht's zu den
BDC|Landesverbänden...



Präsenz-Seminar

Facharztseminar

Viszeralchirurgie

Magdeburg, 08. – 12. Juni 2026

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. med. Karsten Ridwelski

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Roland S. Croner



BDC | Landesverbände

BDC | Westfalen-Lippe

Vorsitzender
Dr. med. Björn Schmitz, MHBA

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Waldemar Uhl, MHSA

Regionalvertreter NL
Prof. Dr. med. Michael Aufmkolk

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Kai Neumeuer

BDC | Bremen

Vorsitzender
Dr. med. Knut Müller-Stahl

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn

Regionalvertreter NL
N.N.

BDC | Hamburg

Vorsitzende
Prof. Dr. med. Carolin Tonus

Stellv. Vorsitzende
Dr. med. Michaela Rothe

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Thomas Mansfeld

Regionalvertreter NL
Dr. med. Philipp Kölln

Regionalvertreter in NL
Dr. med. Michaela Rothe

BDC | Schleswig-Holstein

Vorsitzender
Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Michael Müller

Regionalvertreter NL
Prof. Dr. med. Tobias Kisch

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Christian Hirschner



DER BDC IN DEN BUNDESLÄNDERN

Der BDC ist in allen Regionen Deutschlands tätig und bietet Ihnen lokale Ansprechpartner. Suchen Sie sich den Landesverband, der für Ihre Arbeitsadresse zuständig ist, heraus. Auf der nebenstehenden Abbildung finden Sie die Namen der Mandatsträger aus Ihrem BDC|Landesverband. Die Kontaktdaten der Mandatsträger finden Sie auf BDC|Online (s. u.).

Sprecher der Landesverbände

Prof. Dr. med. Carolin Tonus,
Hamburg
Dr. med. Björn Schmitz MHBA,
Kamen
Stellv.: Dr. med. Ralph Lorenz,
Berlin

www.bdc.de/bdc-landesverbände

BDC | Nordrhein

Vorsitzender
Dr. med. Sven Gregor

Stellv. Vorsitzender
PD Dr. med. habil. Peter Fellmer

Regionalvertreter NL
PD Dr. med. habil. Peter Fellmer

BDC | Hessen

Vorsitzender
Frank Forst

1. Stellvtr. Vorsitzender
Jan Henninger

2. Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Alexander Buia

3. Stellv. Vorsitzende
Nathalena Hein

Regionalvertreter NL
Dr. med. Jörg Schrödter

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Detlev Grapentin

BDC | Rheinland-Pfalz

Vorsitzender
Dr. med. Jörg Fischböck

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Thomas Chatterjee

Regionalvertreter
Dr. med. Oliver Dörr
Sanitätsrätin Fr. Dr. med. Charis Eibl
Dr. med. Jörg Fischböck

BDC | Saarland

Vorsitzender
Dr. med. Daniel Bastian, Ph.D.

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Tim Pohlemann

Regionalvertreterin NL
Dr. med. Serpil Koc

BDC | Baden-Württemberg

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Jörg Glatzle

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Christoph W. Jaschke

Regionalvertreter NL
Dr. med. Matthias Szabo

Regionalvertreter NL
Dr. med. Christoph W. Jaschke



Weitere Informationen finden Sie auf BDC|Online
im Bereich DER BDC

BDC | Mecklenburg-Vorpommern

Vorsitzender
Dr. med. Christoph Prinz

Stellv. Vorsitzender
PD Dr. med. Lutz Wilhelm

Regionalvertreter NL
Dr. med. Andreas Oling

Regionalvertreter NL
Dr. med. Thomas Nowotny

BDC | Berlin

Vorsitzende
Dr. med. Katharina Paul-Promchan

Vorsitzender
Dr. med. Ralph Lorenz

Stellv. Vorsitzende
Dr. med. Marie Samland

Regionalvertreter NL
Dr. med. Max Freiherr von Seebach

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Karsten Mann

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Gunnar Peters

BDC | Brandenburg

Vorsitzender
Prof. Dr. med. habil. F. Marusch

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Mario Liese

Regionalvertreter NL
Dr. med. Christian Federlein

BDC | Sachsen-Anhalt

Vorsitzender
Dr. med. Matthias Krüger

1. Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. habil. Jörg Fahlke

2. Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Martin Stockmann

Regionalvertreter NL
Dr. med. Dirk Arbter

BDC | Sachsen

Vorsitzender
Dr. med. Ludwig Schütz

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Jörg Hammer

Regionalvertreter NL
Dr. med. Jörg Hammer

BDC | Thüringen

Vorsitzender
Dr. med. Arndt Voigtsberger

Stellv. Vorsitzender
Steffen Minner

Regionalvertreter NL
Dr. med. Arndt Voigtsberger

Stellv. Regionalvertreter NL
Dipl. Med. Ingo Menzel

BDC | Niedersachsen

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Tim Glowka

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Ulf Culemann

Regionalvertreter NL
Dr. med. Florian Barth

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Raymond Young

Stellv. Regionalvertreterin NL
Dr. med. Annina Donner

BDC | Bayern

Vorsitzende
Dr. med. Julia Gump

Stellv. Vorsitzende
Dr. Kerstin Schick

Regionalvertreter NL
Dr. med. Axel Neumann

Stellv. Regionalvertreter NL
Dirk Farghal

BDC-Pressemitteilungen und das Medienecho
finden Sie auf BDC|Online im Bereich Presse.



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

Termine BDC|Akademie*

CURRICULUM BASISCHIRURGIE							
VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
08.10.2026	09.10.2026	Ingolstadt	2026-21526	Workshop Basischirurgie	Prof. Dr. Hans-Georg Palm	440,00 €	580,00 €
30.11.2026	04.12.2026	Berlin	2026-21664	Basischirurgie	Dr. med. Christian Müller; Prof. Dr. med. Stephan Gretschel	400,00 €	600,00 €

FACHARZTVORBEREITUNG							
VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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 €
09.11.2026	13.11.2026	Dortmund	2026-22530	Facharztseminar Allgemein- und Viszeralchirurgie	Dr. med. Jens-Peter Stahl; Prof. Dr. med. Maximilian Schmeding	450,00 €	600,00 €
23.11.2026	26.11.2026	Hamburg	2026-23672	Facharztseminar Viszeralchirurgie	PD Dr. med. Matthias Reeh; Prof. Dr. med. Thilo Hackert; Dr. med. Philipp Busch	400,00 €	550,00 €
25.11.2026	27.11.2026	online	2026-23821	Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie	Prof. Dr. Hans-Georg Palm	300,00 €	500,00 €

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN							
VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
20.05.2026	02.12.2026	online	2026-23866	Fraktur im Fokus	Prof. Dr. med. Benedikt Braun	100,00 €	200,00 €
27.05.2026		online	2026-24631	Modul 1 – Theorie der roboterass- tierten Chirurgie	Prof. Dr. med. Hans Fuchs; Prof. Dr. med. Barbara Seeliger	80,00 €	100,00 €
04.06.2026	05.06.2026	online und Berlin	2026-23636	Hands-on-Kurs Kindertrauma- tologie	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 Viszeralchirur- gisches 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 Springfield; Prof. Dr. med. Andreas Prescher	500,00 €	650,00 €
10.09.2026	11.09.2026	Berlin	2026-22404	CAMIC 3: Laparoskopische Chirurgie des Gastrointestinal- traktes	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. med. Thomas Schmidt	350,00 €	500,00 €

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
21.10.2026	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 €
05.11.2026	06.11.2026	Berlin	2026-22406	CAMIC 4: Laparoskopische kolorektale Chirurgie	PD Dr. med. Sascha S. Chopra; Dr. med. Panagiotis Fikatas	500,00 €	700,00 €
05.11.2026	06.11.2026	Köln	2026-24634	Modul 3 - Robotische Chirurgie: Hospitation roboterassistierte kolorektale Chirurgie	Prof. Dr. med. Christiane J. Bruns; PD Dr. med. Georg Dieplinger; Prof. Dr. med. Hans Fuchs	400,00 €	600,00 €
06.11.2026		Frankfurt am Main	2026-23674	Viszeralchirurgie Kompakt: Adipositas- und metabolische Chirurgie	Dr. med. Sylvia Weiner; Prof. Dr. med. Mirko Otto; PD Dr. med. Susanne Blank	250,00 €	300,00 €
13.11.2026	14.11.2026	Dresden	2026-23781	14. Dresdner Handkurs: Wiederherstellung der Handfunktion	Prof. Dr. med. Adrian Dragu; Dr. med. Tim Fülling	500,00 €	650,00 €
13.11.2026		online	2026-23685	Viszeralchirurgie Kompakt: Beckenbodenchirurgie	Prof. Dr. med. Annett Gauruder-Burmester	175,00 €	250,00 €
19.11.2026	20.11.2026	Köln	2026-24633	Modul 3 - Robotische Chirurgie: Hospitation roboterassistierte onkologische Chirurgie	Prof. Dr. med. Christiane J. Bruns; Prof. Dr. med. Hans Fuchs	400,00 €	600,00 €
19.11.2026	20.11.2026	Recklinghausen	2026-23676	Viszeralchirurgie Kompakt: Rektum- und Analfistelchirurgie	Asin Dorenkamp	350,00 €	500,00 €

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE

VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
03.06.2026		online	2026-27710	Änderungen UV-GOÄ ab dem 01. Juli 2026	Dr. med. Peter Kalbe; Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz; Dr. med. Max Freiherr von Seebach	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.

EXTERNE VERANSTALTUNGEN

VON	BIS	ORT	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MG	PREIS NICHT-MG
30.05.2026	30.05.2026	Köln	Anorektale dreidimensionale Endosonographie	Endosono.net Fortbildungskurse für Ärzte	599,00 €	599,00 €
31.05.2026	31.05.2026	Köln	Tumorstaging mit dreidimensionaler Endosonographie	Endosono.net Fortbildungskurse für Ärzte	599,00 €	599,00 €
05.06.2026	06.06.2026	Bassum	111. Neuwerker Nahtkurs - Minimal-invasive Chirurgie und Nahttechniken	Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie Adipositaszentrum Zentrum für minimalinvasive Chirurgie Klinik Bassum	595,00 €	595,00 €
20.06.2026	20.06.2026	Hamburg	Allgemeine Fraktursonografie - Leitlinienkurs	WfM e.K. Weiterbildung für Medizinberufe	500,00 €	550,00 €
23.10.2026	23.10.2026	Berlin	Zertifikatskurs Fraktursonografie im Wachstumsalter (30 Rabatt für BDC Mitglieder)	durchblicken.org	360,00 €	390,00 €
09.11.2026	13.11.2026	Köln	MVZ-Geschäftsführer/in (IHK)	Frielingsdorf Consult GmbH	4.224,50 €	4.224,50 €

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

LIFESTYLE- ANGEBOTE

im Mai 2026

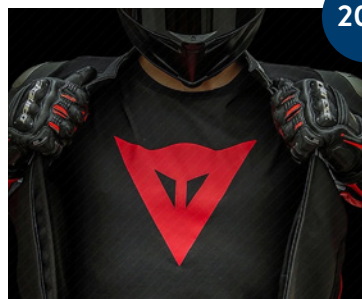
%

23 %



TIMBERLAND: 23 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

20 %



DAINESE: 20 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

10 %



JALOUSIESCOUT: 10 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

10 %



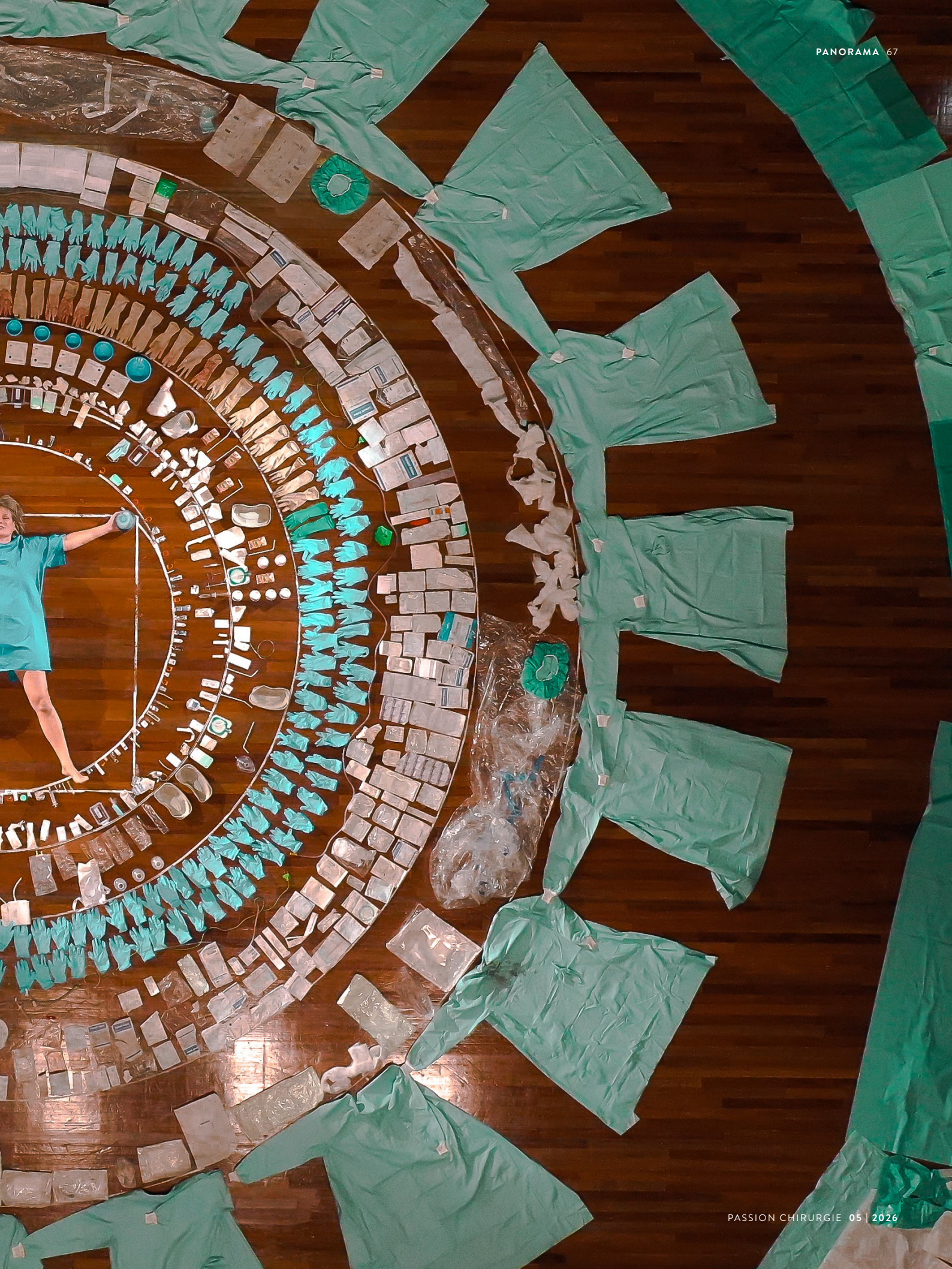
UPWAY: 10 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

WIE KANN ICH DIE ANGEBOTE IN ANSPRUCH NEHMEN?

Alle Service-Angebote für BDC-Mitglieder finden Sie auf BDC|Online unter der Rubrik Leistungen | Lifestyle-Angebote. Bitte halten Sie Ihre Zugangsdaten bereit. Sollten Sie sie nicht zur Hand haben, stehen wir Ihnen gern unter mail@bdc.de oder telefonisch unter 030/28004-150 für Fragen zur Verfügung.

OP-Abfall als Kunstobjekt





MARIA KOIJCK, DIE KÜNSTLERIN AUF UND HINTER DEM TITELBILD DER AKTUELLEN AUSGABE



Der BDC befragt die Nachhaltigkeitskünstlerin aus Groningen, Niederlande, zu ihrer Arbeit.

Passion Chirurgie: Können Sie uns etwas mehr über sich und Ihre Kunst erzählen?

Maria Koijsck (MK): Ich bin Maria Koijsck, geboren 1965, und habe mein ganzes Leben in Groningen verbracht.

Mit achtzehn begann ich ein Studium an der Kunstakademie, brach es aber nach der Hälfte ab. Es wurde einfach zu viel geredet und zu wenig gemacht. Ich hatte absolut keine Ahnung, was ich dort eigentlich tat. Im dritten Jahr gab ich das Studium ganz auf und beschloss aus Frustration und dem Wunsch heraus, endlich einen richtigen Beruf zu erlernen, Klempnerin zu werden.

Das war auch nicht ganz mein Ding, aber ich habe gelernt, wie man Rohre verlegt und Abflüsse anschließt. Damit habe ich etwas Geld verdient und mit meinen Ersparnissen bin ich nach Frankreich gefahren, um Fallschirmspringen zu gehen. Dort ging es schief: Ich habe mir den Knöchel gebrochen und landete wieder im Krankenhaus in Groningen. Die Genesung dauerte ein Jahr, und ich war oft dort.

Während dieser Wochen wurde mir etwas klar: Die Arbeit der Krankenschwestern war wunderschön und wichtig. Das inspirierte mich dazu, eine berufsbegleitende Ausbildung zur examinierten Krankenschwester

zu absolvieren. Ich arbeitete viele Jahre lang mit großer Freude als Krankenschwester, aber man kann sich seinem Wesen nicht entziehen, und schließlich fand ich nach vielen Umwegen meinen Weg zurück zur Kunst.

Ein echter Wendepunkt kam während eines Besuchs in Sierra Leone. Ich war auf Einladung eines Freundes dort, der für Save the Children arbeitete. Dort sah ich zum ersten Mal die „Plastiksuppe“ – nicht als abstraktes Konzept, sondern in der Realität. Dieses Bild veränderte mein Leben. Von diesem Moment an beschloss ich, dass sich meine Kunst darauf konzentrieren musste, das Bewusstsein für unsere seltsamen und oft absurden Abfallgewohnheiten zu schärfen.

PC: Wann wurde Ihnen bewusst, dass die Menge an Abfall, die während Ihrer Krebsbehandlung anfällt, zu einem Thema werden könnte, über das man sprechen sollte?

MK: Als ich die Schere, mit der gerade meine Verbände abgeschnitten worden waren, im Behälter für scharfe Gegenstände liegen sah. Ich verstand wirklich nicht, was sie dort zu suchen hatte, und brachte sie, ohne mir dessen bewusst zu sein, zur Krankenschwester zurück. Sie sagte mir, das sei völlig normal: Es handele sich um eine Einwegscherer. Ich dachte sofort: Wer ist hier verrückt? Edelstahl ist ein wertvolles Material, das man mehrmals verwenden kann – Einweg? Ich konnte es einfach nicht verstehen. Von diesem Moment an

OP-Abfall als Kunstobjekt - Maria Koijsck, die Künstlerin auf und hinter dem Titelbild der aktuellen Ausgabe. *Passion Chirurgie*. 2026 Mai; 16(05): Artikel 09.



www.bdc.de

» ZUR PERSON



Maria Koijck

Designerin bei Bas-is
und freischaffende
Künstlerin
Niederlande
www.mariakoijsck.com

wusste ich: Ich muss etwas dagegen unternehmen.

PC: Wer hat Sie in Ihrem Bestreben unterstützt, Einblick in die enorme Menge an gebrauchten Materialien zu gewinnen?

MK: Meine Onkologin teilte meiner Chirurgin sofort mit, wer ich war und was ich wollte. Ich wollte nach meiner Brustrekonstruktion meine chirurgischen Abfälle mit nach Hause nehmen. Sie gab zu, dass dies eine ungewöhnliche Bitte war, aber sie hatte vollstes Verständnis dafür. Als ich nach zehn Stunden Narkose aufwachte, stand sie strahlend neben meinem Bett: Sechs große Säcke mit Abfällen standen in meinem Zimmer bereit.

PC: Wer hat positiv auf Ihr Projekt reagiert?

MK: Eigentlich zunächst einmal niemand! Die Leute fanden es seltsam, Krankenhausabfälle zu einem Projekt zu machen. „Du wurdest gut behandelt und es geht dir jetzt besser, oder?“, sagten sie. Es bedurfte viel Überzeugungsarbeit, um klar zu machen, dass es nicht um mich ging, sondern um die enorme Umweltverschmutzung in Krankenhäusern.

Meine Tochter hat mir bei dem Video geholfen – sie ist Videografin –, aber selbst sie sagte: „Mama, ich würde gerne wissen, was in deinem Kopf vorgeht, dass du auf so etwas kommst.“

Während COVID, als ein Theater leer stand, habe ich dort zusammen mit einer Gruppe von Freunden und meiner Tochter die Aufnahmen gemacht. Als der gesamte Abfall ausgelegt war, konnte man plötzlich spüren, wie sich die Atmosphäre veränderte: Hier geschah etwas. Von diesem Moment an erhielt ich nichts als Unterstützung und Lob für das Projekt.

PC: Auf welche Hindernisse sind Sie bei der Arbeit an deinem Projekt gestoßen?

MK: Als ich meinen Abfall aus dem Krankenhaus mitnehmen wollte, stellte sich heraus, dass das gar nicht so einfach war. Die Krankenhaushygieneabteilung war der Meinung, dass der Abfall ihnen gehörte und ich ihn nicht mitnehmen durfte. Letztendlich haben wir ihn zusammen mit dem Pflegepersonal an einem Sonntagabend heimlich aus dem Krankenhaus geschmuggelt.

PC: Wie wurde Ihre Botschaft von der Öffentlichkeit und den Medien aufgenommen?

MK: Ich war völlig überwältigt. Von dem Moment an, als mein Video online ging, eskalierte die Situation plötzlich. Es kamen Reaktionen aus aller Welt. In den ersten zwei Monaten gab es enorme Aufmerksamkeit, mit Interviews im Fernsehen und im Radio. Aber es gab auch Ärzte, die mich persönlich anriefen, um mir zu danken. Im Gesundheitswesen war dieses

Problem seit langem bekannt – aber wie bringt man es auf die richtige Art und Weise an die richtige Zielgruppe? Mein Video war genau die richtige Antwort darauf.

Auch jetzt noch erhalte ich Anfragen von Menschen aus allen Teilen der Welt, die mein Video für Vorträge, Bildungsprogramme und Publikationen verwenden möchten. **Hier geht's direkt zu Maria Koijcks Video...**

PC: Welche Reaktionen haben Sie erhalten?

MK: Wie bereits erwähnt: alles von völliger Verwunderung und Bewunderung bis hin zu dankbaren Nachrichten von Ärzten und Mitarbeitern des Gesundheitswesens. Es hat offensichtlich bei vielen Menschen einen Nerv getroffen.

PC: „Maria schuf ein Kunstwerk aus Abfällen, die bei einer Operation anfielen: ihrer eigenen Operation.“ Haben Sie schon vor Ihrer Operation mit Abfällen gearbeitet, oder war die Operation der Moment, in dem Sie begonnen haben, sich darauf zu konzentrieren?

MK: Seit meiner Zeit in Sierra Leone hatte ich beschlossen, meine Kunst den Abfällen zu widmen. Schon vor meiner Brustkrebsdiagnose habe ich große Gemeinschafts-Kunstprojekte ins Leben gerufen. Zusammen mit lokalen Gemeinschaften haben wir aus Abfall große Tiere geschaffen: Zuerst haben wir aufgeräumt, um Materialien zu sammeln, und diese dann in große Kreaturen verwandelt. Ich habe einen riesigen Dinosaurier aus Plastikflaschen in Brasilien, ein Nashorn aus Dosen in Südafrika, einen Flamingo aus Flip-Flops in Bonaire und vieles mehr geschaffen.

Als bei mir Brustkrebs diagnostiziert wurde, erschien es mir völlig logisch, dieses Thema auf persönlicher Ebene anzugehen. Vor allem, weil ich als ehemalige Krankenschwester aus einer ganz anderen Zeit die Dringlichkeit dieses Themas plötzlich noch stärker empfand.

PC: An welchen Projekten arbeiten Sie derzeit?

MK: Im Moment konzentriere ich mich auf Zigarettenkippen. Wussten Sie, dass eine einzige Zigarettenkippe 1.000 Liter Wasser mit Mikroplastik verschmutzen kann? Ich möchte das Bewusstsein dafür schärfen.

PC: Wie können wir uns stärker dafür sensibilisieren, Abfall zu vermeiden? Haben Sie eine Empfehlung aus der Perspektive eines Künstlers?

MK: Machen Sie das Problem auf schöne, originelle Weise sichtbar, sodass die Menschen es sich tatsächlich ansehen und ihre eigenen Schlussfolgerungen

ziehen wollen. Wenn Sie mit dem Finger auf andere zeigen und ihnen die Schuld geben, hat das den gegenteiligen Effekt. Die Menschen gehen sofort in die Defensive und ziehen sich zurück. ○

BDC  **AKADEMIE**
Einfach starten!

Qualifizierte Fortbildungen für alle fachlichen Säulen der Chirurgie

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



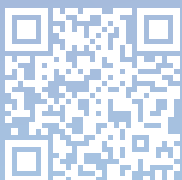
www.bdc-eakademie.de

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

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:

