



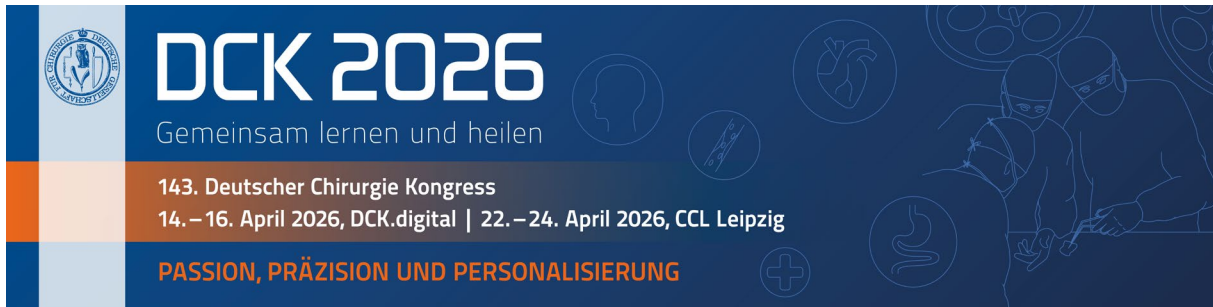
Pressemappe zur Pressekonferenz vom 14. April 2026
anlässlich des 143. Deutschen Chirurgie Kongresses (DCK 2026)

Inhaltsverzeichnis

Seite 2	Themen und Referenten der heutigen Pressekonferenz
Seite 3 bis 5	Grußwort Prof. Goldbrunner
Seite 6 bis 9	Statement Prof. Ritz
Seite 10 bis 13	Statement Prof. Kaiser
Seite 14 bis 16	Statement Prof. Meyer
Seite 17 bis 19	Statement Prof. Schmitz-Rixen
Seite 20 bis 23	Pressemitteilung Gute Chirurgie braucht gute Weiterbildung Positionspapier schlägt erstmals Qualitätsindikatoren zur Sicherung von Versorgungsqualität und Nachwuchsförderung vor
Seite 24 bis 27	Pressemitteilung Wenn eine OP-Komplikation zur Karrierekrise wird DGCH: „Second Victims“ verschärfen Nachwuchsmangel in der Chirurgie
Seite 28 bis 32	Pressemitteilung Robotische Chirurgie: breites Einsatzspektrum, aber offene Fragen zur Bewertung Diskussion zu Nutzen, Kosten und Einsatzkriterien beim DCK 2026
Seite 33 bis 35	Sitzungshinweise „Wie künstliche Intelligenz die Chirurgie verändert“
Seite 36 bis 38	Sitzungshinweise zu neuen Entwicklungen in der Lungenchirurgie
Seite 39 bis 40	Sitzungshinweise zu neuen Neurotechnologien in der Chirurgie Brain-Computer-Interfaces und Neurotechnologie als Zukunftsthema
Seite 41	Fact Sheet der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-173
liebendoerfer@medizinkommunikation.org
www.dck2026.de | <https://www.dgch.de>



Online-Pressekonferenz anlässlich des 143. Deutschen Chirurgie Kongresses (DCK 2026) „Passion, Präzision und Personalisierung“

Termin: Dienstag, 14. April 2026, 11.00 bis 12.30 Uhr

Link zur Registrierung / Teilnahme:

https://us02web.zoom.us/join/register/WN_zuV0UxuRBmlzVyMsBCwoA

Themen und Referenten

Begrüßung und Einführung:

Chirurgie im Team – warum Spezialisierung Zusammenarbeit braucht: Kongress-Highlights 2026

Univ.-Professor Dr. med. Roland Goldbrunner

Präsident 2025 / 2026 der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Direktor der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie und geschäftsführender Direktor des Zentrums für Neurochirurgie, Universitätsklinikum Köln

Schwerverletztenversorgung im Krisenfall: Lehren aus Krieg und Katastrophen für die Chirurgie

Dr. med. Johannes Backus, Generalstabsarzt

Kommandeur des Kommandos Gesundheitsversorgung der Bundeswehr (KdoGesVersBw)

Künstliche Intelligenz (KI) in der Chirurgie – werden Chirurginnen und Chirurgen durch Maschinen ersetzt?

Professor Dr. med. Jörg-Peter Ritz

Präsident 2026 der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)

Chefarzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie und Ärztlicher Direktor

Helios Kliniken Schwerin

Bewegungsmangel und Übergewicht bei Kindern – ein Teufelskreis, der zu mehr Verletzungen führt Beobachtungen aus der Kinder- und Jugendchirurgie

Univ.-Professor Dr. med. Martin Kaiser

Kongresspräsident der DGKJCH 2026

Direktor der Klinik für Kindertraumatologie und Kinderchirurgie, Universitätsmedizin Halle

Die Zukunft der chirurgischen Weiterbildung – Ausbildung im Klinik-Praxis-Verbund

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

Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgie (BDC)

Gute Chirurgie braucht gute Weiterbildung – neue Qualitätsstandards für mehr Patientensicherheit

Univ.-Professor Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Moderation: Dr. Adelheid Liebendörfer, DCK 2026-Pressestelle

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e. V. (DGCH)

Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-173, Telefax: 0711 8931-167

liebendoerfer@medizinkommunikation.org

www.dck2026.de | www.dgch.de

Grußwort

Univ.-Professor Dr. med. Roland Goldbrunner
Präsident 2025 / 2026 der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
Direktor der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie und geschäftsführender Direktor des
Zentrums für Neurochirurgie, Universitätsklinikum Köln

**Liebe Kolleginnen und Kollegen,
meine sehr geehrten Damen und Herren,**

es ist mir eine große Freude und Ehre, Sie im Namen der DGCH und der mitveranstaltenden Fachgesellschaften DGAV und DGKJCH zum 143. Deutschen Chirurgie Kongress im April 2026 nach Leipzig einzuladen.

Wir leben in unruhigen Zeiten, in welchen viele als gesichert erachtete soziale und politische Errungenschaften hinterfragt werden, die Wahrheit als solche plötzlich zum Fakultativum wird und sogar die Demokratie als Staatsform Probleme hat, weiter anerkannt zu werden. Ein Grund dafür ist, dass in unserer immer komplexer werdenden Welt das Ego bei vielen Menschen so stark und unkritisch im Vordergrund steht, dass viele zu Kompromissen und echtem sozialem Verhalten kaum noch in der Lage sind. Umso mehr müssen und werden wir als Chirurginnen und Chirurgen weiterhin unserem gesellschaftlichen Auftrag gerecht werden und nicht nur eine sehr gute Patientenversorgung gewährleisten, sondern auch durch unseren interprofessionellen und interdisziplinären Zusammenhalt zeigen, dass wir zu einem echten und wertschätzenden Miteinander in der Lage sind.

Das Motto unseres DCK 2026 ist „Passion, Präzision und Personalisierung“. Aus der Passion für unsere Patienten beziehen wir die Kraft für unsere oftmals sehr anstrengende und hoch anspruchsvolle Arbeit, die Präzision ist ein wichtiges Werkzeug und Voraussetzung für die Qualität unserer Leistungen, und im Zeitalter der Leitlinien müssen wir im Sinne der Personalisierung immer die persönlich exakt adaptierte Therapie für jeden einzelnen unserer Patienten finden.

Ein großes Anliegen ist mir die Intensivierung unserer wissenschaftlichen Bemühungen. Nach unseren wissenschaftlichen Erfolgen richtet sich auch das politische und gesellschaftliche Gewicht unserer DGCH und aller chirurgischen Fächer an sich. Nur wenn wir zeigen, dass wir die Chirurgie mit relevanten Erkenntnissen und Innovationen voranbringen, werden wir in der Welt der Wissenschaftsförderung und Politik erfolgreich sein. Der DCK ist die wichtigste Plattform für dieses Unterfangen und bereits auf einem sehr guten Weg. Der DCK 2026 wird sich noch mehr

als in den letzten Jahren an die jungen Chirurgeninnen und Chirurgen wenden, welche motiviert werden sollen, neben ihrer klinischen Routinearbeit sich für wissenschaftliche Fragestellungen zu interessieren. Dazu werden wir bereits bewährte, interaktive Formate wie Diskussionen in der „Arena“, offene Pro / Contra-Diskussionen, freie Fallvorstellungen und moderierte Podiumsdiskussionen weiter ausbauen.

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

Neben der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie werden auch traditionell die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) und die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKJCH) mit ihren Jahrestagungen unseren Kongress bereichern. Zudem werden die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG) und die Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie (DGPRÄC) ihre jeweiligen Frühjahrstagungen auf dem gemeinsamen Kongress abhalten. Weiterhin beteiligt sind der Berufsverband der Deutschen Chirurgie (BDC) sowie der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) und die Rettungsdienste mit eigenen Programmpunkten. Der angesichts des Zeitgeschehens wichtigen Zusammenarbeit mit der Bundeswehr werden wir ebenfalls gebührend Raum einräumen.

Neben den wertvollen Beiträgen aller unter dem Dach der DGCH organisierten chirurgischen Fachgesellschaften freue ich mich natürlich besonders über eine starke Beteiligung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC), welche mehrere der inhaltlichen Schwerpunkte des DCK 2026 wie Oligometastasierung und Computer-Brain-Interfaces mit abdecken wird. Zudem werden Beiträge der DGNC die wirbelsäulenchirurgischen Inhalte der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft (DWG) unterstützen, welche auf dem DCK 2026 erstmalig als Partnergesellschaft vertreten sein wird.

Ein seit mehreren Jahren fest etablierter Bestandteil des DCK ist der Organspendelauf, der in diesem Jahr über 5 000 Teilnehmende umfassen wird und damit schon zu einem Wahrzeichen des DCK geworden ist. Auch zu diesem gesellschaftlichen Ereignis darf ich herzlich einladen! Danken möchte ich auch unseren Partnern aus der Industrie, die uns auch in wirtschaftlich zunehmend schwierigeren Zeiten treu geblieben sind. Auch auf ihre Unterstützung zählen wir im kommenden Jahr und hoffen, dass auch sie von den jungen und interaktiven Formaten, von denen einige im Rahmen der Industrieausstellung abgehalten werden, profitieren werden.

*Online-Presskonferenz anlässlich des DCK 2026
143. Deutscher Chirurgie Kongress
Dienstag, 14. April 2026, 11.00 bis 12.30 Uhr*

Gemeinsam mit meinem Team und den Präsidenten der DGCH-Mitgliedsgesellschaften hoffe ich, dass wir Ihnen eine spannende und anregende Kongresszeit im nächsten Jahr bieten können. Wir freuen uns sehr darauf, Sie zahlreich zu dem 143. Deutschen Chirurgie Kongress in Leipzig willkommen zu heißen!

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Köln, April 2026

STATEMENT

Künstliche Intelligenz in der Chirurgie – werden Chirurgeninnen und Chirurgen durch Maschinen ersetzt?

Professor Dr. med. Jörg-Peter Ritz

Präsident 2026 der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)
Chefarzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie und Ärztlicher Direktor der
Helios Kliniken Schwerin

Künstliche Intelligenz (KI) ist in aller Munde und hält zunehmend auch in der Viszeralchirurgie (Bauchchirurgie) Einzug. Sie eröffnet neue Möglichkeiten in der Versorgung von Patienten auf vielen Ebenen der ambulanten und stationären Behandlung. Die Optionen der KI stehen erst am Anfang einer Entwicklung. Aber nach den großen chirurgischen Epochen

- der operativen Eroberung der Körperhöhlen,
- der Minimalisierung des chirurgischen Traumas,
- der multimodalen interdisziplinären Therapie und
- der Optimierung des perioperativen Managements

wird die KI zur nächsten Revolution, welche die Viszeralchirurgie grundlegend beeinflusst, unterstützt und verändert.

Schon jetzt kommt es zu einer zunehmenden Anwendung von KI-Prozessen in der Klinik und im OP, zum Beispiel durch Analyse von Verlaufsparemtern, Bilddaten, Akteneinträgen, automatisierten Befunderhebungen, Diagnose- und Therapievorschlügen. KI-Systeme verlagern sich zunehmend aus dem OP oder von Forschungsanwendungen in den klinischen Alltag am Patientenbett: Sie analysieren Bild-, Vital- und Verlaufsdaten, präzisieren Diagnosen, erkennen Risiken früh und bewerten Therapieoptionen patientenindividuell. Im Zusammenspiel von Diagnostik, Entscheidungsunterstützung und kontinuierlichem Monitoring entlasten sie Arbeitsabläufe und erhöhen die Patientensicherheit.

In der Viszeralchirurgie liegt ein wesentlicher Nutzen von KI in der Verarbeitung großer, multimodaler Datenmengen. Fachveröffentlichungen beschreiben Potenziale insbesondere für die Analyse radiologischer und endoskopischer Bilddaten, für die Vorhersage perioperativer Risiken sowie für kontextsensitive Assistenzsysteme, die Zielstrukturen oder obligate Operationsschritte während eines Eingriffs hervorheben können. Auch in deutschen Kliniken wird diese Entwicklung bereits sichtbar. So werden in einigen Kliniken KI-basierte Assistenzsysteme mit AR-Brille eingesetzt, die für die OP-Vorbereitung und im Operationssaal dreidimensionale Darstellungen relevanter Organe, Gefäße und Tumoren auf den Operationsbereich projizieren.

Weitere Beispiele entstehen im Einsatz von KI bei robotergestützten Operationen. Die modernste Generation des OP-Roboters Da Vinci hat beispielsweise eine 10 000 fache höhere Rechenleistung im Vergleich zur Vorgängergeneration und kann damit perspektivisch intraoperativ erhobene Bilddaten besser analysieren und auswerten. Praktische Beispiele werden aber schon jetzt eingesetzt und sollen im Folgenden aufgezeigt werden.

Verbesserung der Dokumentation

Sprachbasierte KI trägt dazu bei, die Qualität der Dokumentation zu erhöhen, indem sie zum Beispiel Anamnesen und Patientengespräche automatisch strukturiert, relevante Informationen extrahiert und in die Patientenakte überträgt (Ambient Listening). Diese Systeme finden rasche Verbreitung in Kliniken, da sie den Alltag sofort und effektiv unterstützen. Dadurch reduziert sich der manuelle Dokumentationsaufwand und es steigt die Qualität der erfassten Dokumentation. Allerdings sind inhaltliche Kontrollen durch einen Supervisor unerlässlich, um Fehldokumentationen zu minimieren. In der Administration entlasten KI-gestützte Verfahren die Routinen von Klinik und Praxis, indem sie Dokumente aus Freitext automatisiert strukturieren, Abrechnungsinformationen aus OP- / Arztberichten extrahieren und über Prognosemodelle Belegung, OP-Slots und Materialflüsse vorausschauend planen.

Optimierte Ressourcennutzung

KI-Systeme werden eingesetzt, um verfügbare Ressourcen an Personal, Operationskapazitäten, Intensivkapazitäten oder technischen Geräten zu analysieren. Sie können damit optimale Einsatzzeiten vorschlagen und unterstützen, Engpässe frühzeitig erkennen oder eine hohe Auslastung des OP-Saals ermöglichen. So werden Abläufe effizienter koordiniert und Ressourcen optimal genutzt, was zu einer besseren Auslastung und Planungssicherheit im Klinikalltag beiträgt.

Individuell abgestimmte chirurgische Trainings

Durch die Verwendung von Bilddaten und OP-Simulatoren können Operateure und Operateurinnen ihre Kenntnisse in einer risikofreien Umgebung ausbauen. Anhand eines selbstgesteuerten Lehrplans verfeinern Operateur*innen ihre Techniken und testen ihre Fertigkeiten in Simulationsübungen aus verschiedenen chirurgischen Disziplinen. Der integrierte Simulator dient Operateur*innen als Vorbereitung vor Beginn einer Operation. Ziel ist es dabei, durch KI-gestützte Prozesse gezielte Übungen für den individuellen Chirurgen vorzuschlagen, damit dieser seine in der Bildanalyse erkannten Schwachpunkte ausgleichen und verbessern kann. Die KI erstellt objektive Analysen, die Operateur*innen beim Verbessern ihrer Fertigkeiten und beim Optimieren der Patientenergebnisse unterstützen. Dazu wird KI zur Bewertung von

Daten, Videos und kinematischen Bewegungsdaten des robotischen Systems herangezogen. Dies kommt letzten Endes dem Patienten zugute. Die verbesserte Technik führt zu einer erhöhten Sicherheit und Risikominimierung im OP-Saal.

Trotz des hohen Potenzials bleibt die Einführung von KI im Operationssaal an klare Voraussetzungen gebunden. Für leistungsfähige Anwendungen braucht es digital verfügbare, strukturierte und qualitativ hochwertige Daten, interoperable Systeme, tragfähige Datenschutzkonzepte sowie eine breite Akzeptanz bei Fachpersonal und Patientinnen und Patienten. Auch gesundheitspolitisch gewinnt das Thema an Bedeutung. Das Bundesgesundheitsministerium hebt in seinen Forschungs- und Strategiepapieren die Nutzung von KI als relevantes Handlungsfeld für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens hervor. Künstliche Intelligenz ersetzt nicht die chirurgische Verantwortung, sie erweitert die Möglichkeiten des Behandlungsteams. Entscheidend ist, dass technologische Innovationen konsequent an Patientensicherheit, klinischem Nutzen und medizinischer Expertise ausgerichtet werden. Für die Allgemein- und Viszeralchirurgie bedeutet dies: KI ist keine Zukunftsvision mehr, sondern entwickelt sich zunehmend zu einem praktischen Werkzeug entlang des gesamten chirurgischen Behandlungspfads – von der Diagnostik über die Operationsplanung bis hin zu intraoperativer Assistenz, Training und Qualitätskontrolle. Ein direkter Zugriff auf das chirurgische Vorgehen, der die manuellen Handlungen des Operateurs ersetzt, ist jedoch gegenwärtig noch nicht verfügbar und auch nicht für den klinischen Einsatz vorgesehen. Zumal hierbei, analog zur Debatte um selbstfahrende Autos, ethische und juristische Aspekte eine grundlegende Rolle spielen und zunächst geklärt werden müssen.

Der Chirurg wird also auf absehbare Zeit nicht durch Maschinen oder KI ersetzt werden, aber sie werden ihn dabei unterstützen, das Risiko von operativen Eingriffen zu senken, den Aufenthalt des Patienten zu optimieren und die Sicherheit der Patientenversorgung zu verbessern.

Literatur:

1. Garrow CR, Kowalewski K-F, Li L, Wagner M, Schmidt MW, Engelhardt S et al. (2021), Machine Learning for Surgical Phase Recognition: A Systematic Review. *Ann Surg* 273(4):684–693
2. Van Dalen ASHM, Jung JJ, Nieveen van Dijkum EJM, Buskens CJ, Grantcharov TP, Bemelman WA et al. (2022), Analyzing and Discussing Human Factors Affecting Surgical Patient Safety Using Innovative Technology: Creating a Safer Operating Culture. *J Patient Saf* 18(6):617–623
3. Vogel M, Künstliche Intelligenz in der Chirurgie. *Passion Chirurgie*. 2025 November; 15(11)
4. Carstens M, Pfeiffer M, Speidel S, Distler M, Weitz J, Kolbinger FR. Translationale Herausforderungen und klinisches Potenzial von künstlicher Intelligenz in der minimalinvasiven Chirurgie. *Die Chirurgie* 2025, 96(11):901–906

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Schwerin, April 2026

STATEMENT

Kinder und Jugendliche im Schul-, Vereins- und Leistungssport: Jedes Kind hat das Recht auf sichere Teilhabe am Sport!

Univ.-Professor Dr. med. Martin Kaiser

Kongresspräsident der DGKJCH 2026; Direktor der Klinik für Kindertraumatologie und Kinderchirurgie, Universitätsmedizin Halle

Sport ermöglicht Kindern körperliche Gesundheit, stärkt ihr Selbstvertrauen sowie ihre Kompetenzen und unterstützt ihre persönliche Entwicklung und das Wohlbefinden (Reiß et al. 2025). Das „Fitnessbarometer“ in Baden-Württemberg zeigt einen alarmierenden Gewichtssprung beim Wechsel von der Kita in die Grundschule, Übergewicht und Adipositas nahmen in diesem Zeitraum drastisch zu. Adipositas, die krankhafte Fettleibigkeit, hat sich laut dieser Studie beim Wechsel vom Kindergarten zur Grundschule von 3,1 Prozent auf 6,8 Prozent mehr als verdoppelt. Daher lautet die Forderung: Kinder müssen sich bewegen, um gesund aufzuwachsen!

Unsportliche Kinder im Sport

Forscher beobachten eine Reduktion der körperlichen Fitness unserer Kinder, die sie auf die zunehmende Dominanz von sitzenden beziehungsweise inaktiven Lebensstilen, die verstärkte Nutzung von digitalen Medien sowie zu wenige Bewegungsangebote zurückführen (Unger et al. 2023). Somit verringert sich die Leistungsfähigkeit, sodass bereits Schulsport zu einer Herausforderung werden kann. Zusätzlich besteht die Gefahr, dass durch veränderte Biomechanik das Risiko von schweren Verletzungen steigt (Cho et al. 2025, Yang et al. 2025, Aly et al. 2026). Ebenso zeigen Studien, dass häufiger komplette Frakturen statt nur Grünholzfrakturen und häufiger Dislokationen auftreten beziehungsweise häufiger eine operative Versorgung nötig ist. Interessanterweise verletzen sich übergewichtige Kinder seltener beim Sport, dafür häufiger bei

- einfachen Stürzen
- Spielplatzunfällen
- Stolpern oder Rennen
- niedrigen Fallhöhen

Ein weiteres Problem ist die Zunahme von Diabetes-Erkrankungen der Kinder durch das Übergewicht.

Gerade motorisch schwächere oder unsichere Kinder profitieren jedoch besonders von einer kindgerechten, wertschätzenden und individuell angepassten sportlichen Betreuung.

Entscheidend sind Freude an Bewegung statt Leistungsdruck sowie eine altersgerechte Belastungssteuerung.

Vereine, Trainerinnen und Trainer tragen somit eine besondere Verantwortung, auch diesen Kindern Mut zu machen, sie zu stärken und ihnen einen sicheren, positiven Zugang zu Bewegung zu eröffnen – unabhängig von Talent oder Leistungsniveau. Nur so kann der Teufelskreis aus Bewegungsmangel – Gewichtszunahme – schlechterer Koordination / geringerer Muskelkraft – höherem Verletzungsrisiko – noch weniger Bewegung durchbrochen werden.

Vereins- und Leistungssport

Hinsichtlich der Thematik von Kindern und Jugendlichen im Vereins- und Leistungssport können 3 wesentliche Felder hervorgehoben werden:

- Prävention von Verletzungen im Leistungssport
- Schutz der Kinder und Jugendlichen
- kompetente und kindgerechte Betreuung nach Unfällen

Dringend erforderlich ist ein verbindliches Schutzkonzept beziehungsweise ein Kinderschutzkonzept innerhalb der Vereine. Dies sollte Folgendes beinhalten:

- klare Haltung gegen jede Form von Gewalt (psychisch, physisch, sexualisiert)
- Verhaltensregeln für alle im Verein Tätigen
- definierte Ansprechpersonen
- Vorgehen bei Verdachts- und Krisenfällen

Daher sollten schriftlich klare Verhaltensregeln sowie ein Ehren- beziehungsweise Verhaltenskodex festgelegt werden. Diese verschaffen den Kindern und Jugendlichen als auch den Trainern und Betreuern klare Vorgaben, welches Verhalten akzeptabel ist, wo Grenzen verlaufen beziehungsweise welche Grenzverletzungen nicht toleriert werden.

Hierzu werden zum Beispiel von Sportverbänden und Fachstellen Schulungen angeboten. Leitfäden wie „Safe Sport“ beschreiben klare und vorher festgelegte Abläufe für den Umgang mit Hinweisen oder Verdachtsmomenten.

Immer gilt jedoch: Der Schutz des Kindes hat Vorrang.

Grundsätzlich ist die Prävention von Verletzungen im Vereins- und Leistungssport nicht nur ein medizinisches, sondern auch ein leistungs-, karriere- und wirtschaftsrelevantes Thema. Studien insbesondere bei Erwachsenen zeigen, dass die Häufigkeit und Schwere von Verletzungen deutlich reduziert werden können, wenn derartige Maßnahmen systematisch umgesetzt werden.

Somit können Trainer*innen, Sportmediziner*innen, Physiotherapeut*innen und Athletik- und Reha-Trainer*innen mit diversen Maßnahmen positiv eingreifen:

- Programme zur Verbesserung von Stabilität, Kraft und Bewegungsqualität
- sportartspezifische Übungen für Richtungswechsel, Landetechniken und Beschleunigung
- strukturierte Warm-up-Programme mit präventivem Fokus

Ein weiterer bedeutender Punkt sind sportmedizinische Untersuchungen sowohl als Eingangsuntersuchungen als auch als Verlaufskontrollen bei hoher Belastung und ebenso bei der Dokumentation von Verletzungen und Ausfallzeiten. Nach Verletzungen zeigt sich, dass durchstrukturierte Rehabilitationspläne und Belastungsaufbaupläne, die physische und psychische Faktoren beim Wiedereinstieg berücksichtigen und in enger Abstimmung zwischen Medizinern und Trainerstab getroffen werden, ebenso wie bei Erwachsenen wichtige Bausteine des Erfolges sind.

Trotz optimaler Prävention und Betreuung der Kinder und Jugendlichen werden sich jedoch Verletzungen niemals komplett vermeiden lassen. Daher ist insbesondere bei Knochenbrüchen und nach Verletzungen von Gelenken eine optimale Betreuung von größter Bedeutung. Der Vorteil von kindertraumatologisch versierten Behandlern liegt darin, dass sie sich mit den Besonderheiten des wachsenden Skeletts auskennen. Dies bedeutet zum Beispiel bei der Behandlung von Frakturen, dass jeweils ein individuelles Konzept bezogen auf die Lokalisation der Fraktur, die Frakturform, den Grad der Abweichung, aber auch auf das biologische Alter erstellt wird. Entscheidend ist, dass bei Kindern und Jugendlichen viele Brüche auch konservativ behandelt werden können. Andererseits können spezifische Wünsche oder Anforderungen im Leistungssport dazu führen, dass individuell eine Entscheidung für eine Operation getroffen wird. Eine übungsstabile oder im besten Fall gar belastungsstabile Osteosynthese führt dazu, dass sich der „Return to Sports“ im Gegensatz zu einer konservativen Behandlung deutlich verkürzt. Zur Vermeidung schwerer Gelenkverletzungen wie zum Beispiel der Ruptur des vorderen Kreuzbandes bieten sich spezifische Untersuchungen und Präventionsmaßnahmen an. Nach Kreuzbandersatz bedarf es spezifischer Trainingsmaßnahmen, um eine erneute Verletzung zu vermeiden (Winkler et al. 2025).

Quellen:

Reiß F et al. Psychische Gesundheit und körperliche Aktivität von Heranwachsenden unterschiedlicher sozialer Herkunft: Ergebnisse der bundesweiten COMO-Studie, Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, vol. 53, no. 6, pp. 304–316, Nov. 2025, doi: 10.1024 / 1422-4917 / a001045.

Winkler PW, Thorolfsson B, Piussi R, Snaebjörnsson T, Hamrin Senorski R, Karlsson J, Samuelsson K, Hamrin Senorski E. Sport-specific concomitant injuries, return-to-sport rates and second anterior cruciate ligament (ACL) injuries in adolescents with ACL reconstruction. Br J Sports Med. 2025 Jun 18;59(13):931–940. doi: 10.1136 / bjsports-2024-108694. PMID: 40250973; PMCID: PMC12229079.

Fitnessbarometer:

<https://www.kinderturnstiftung-bw.de/aktuelles/das-fitnessbarometer-2025/>

Unger A, Reichel W, Röttig K, Wilke J. Secular trends of physical fitness in Austrian children attending sports schools: An analysis of repeated cross-sections from 2006 to 2023. Prev Med. 2024 Dec; 189:108149. doi: 10.1016 / j.jpmed.2024.108149. Epub 2024 Oct 9. PMID: 39389318.

Cho Y, Jhee JH, Jhee JH, Park HS. Beyond BMI: The role of diabetes and central obesity in fracture risk – Insights from the UK biobank. Diabetes Obes Metab. 2025 Nov;27(11):6644–6653. doi: 10.1111 / dom.70074. Epub 2025 Sep 1. PMID: 40888298.

Aly A, Aly T. Obesity and long bone fractures in children. Systematic review. Arch Orthop Trauma Surg. 2026 Mar 10;146(1):109. doi: 10.1007 / s00402-026-06221-7. PMID: 41806038; PMCID: PMC12975796.

Yang W, Zhou Z, Gu W, Wang X, Ni L. The impact of childhood obesity on different fracture sites. Sci Rep. 2025 Jul 20;15(1):26338. doi: 10.1038 / s41598-025-11203-7. PMID: 40685394; PMCID: PMC12277405.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Halle, April 2026

STATEMENT

Die Zukunft der chirurgischen Weiterbildung – notwendiger Klinik-Praxis-Verbund

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

Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgie (BDC)

Dr. med. Friederike Burgdorf

Geschäftsführerin des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgie (BDC)

Nach mehr als drei Jahren erheblicher Diskussionen zwischen dem Bund und den Bundesländern hofften nun alle von der Krankenhausreform betroffenen Akteure, dass die Reform (KHVVG) als Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) am 27. März 2026 endgültig auch durch den Bundesrat abgestimmt und verabschiedet wird. Zweifel waren nämlich aufgekommen, als Mecklenburg-Vorpommern andeutete, den Vermittlungsausschuss bezüglich des KHAG, nicht zuletzt wegen der Auswirkungen auf die Leistungsgruppenzuteilung beim Streitpunkt über die Pflegepersonaluntergrenzen, anrufen zu wollen. Nachdem die Bundesregierung in einer Protokollnotiz Ausnahmen von diesen Untergrenzen ermöglichte, stimmte nun auch der Bundesrat nach der Beschlussfassung des Bundestages vom 6. März 2026 zu. Konsens besteht nämlich in den primär angestrebten Zielen dieser Reform, durch Konzentration und Spezialisierung von komplexen Leistungen, so auch in der onkologischen Chirurgie, in den Krankenhäusern im Sinne der Patienten die Behandlungsqualität zu stabilisieren und weiter zu steigern. Trotz der befürchteten Verwässerung der ursprünglichen Reformvorhaben betonte die Politik, dass durch das Anpassungsgesetz besonders die Planungssicherheit bei realistischen Fristen für die Bundesländer für die Neustrukturierung einer modernen und bedarfsgerechten Versorgung geschaffen worden sei. Unter diesem Aspekt sind aber weiterhin, neben der ausführlichen Definition der verschiedenen Leistungsgruppen und der Kalkulationen für das Vorhaltebudget, vor allem auch Fragen und etwaige Probleme der ärztlichen Weiterbildung noch ausstehend. Eine verbesserte Versorgungsqualität erfordert zwangsläufig auch eine hohe Qualifikation der nachkommenden Ärztegeneration, was bei zukünftig selten möglicher kompletter Weiterbildung an einer Weiterbildungsstätte bei zunehmender Zentralisierung komplexer Leistungen und wachsender Ambulantisierung zu einer Herausforderung bei dem Erwerb der erforderlichen Kompetenzen werden kann. Die Attraktivität zur Wahl eines chirurgischen Schwerpunktes wird dadurch nur schwerlich zu steigern sein. Neben der Leistungsgruppe 14 mit allgemeiner Chirurgie wird eine Vielzahl weiterer Leistungsgruppen aufgeführt, so zum Beispiel in der Viszeralchirurgie. Die neuen Rahmenbedingungen machen es deutlich schwieriger, alle Inhalte eines Faches, bis hin zu den seltenen Erkrankungen, vermittelt zu bekommen. Hinweise auf hochwertige Weiterbildungsmöglichkeiten sind allerdings im Rahmen des

Gesetzgebungsprozesses offensichtlich fast völlig vernachlässigt worden, aber letztlich sind diese absolut notwendig, um die chirurgische Weiterbildung ohne bürokratische Hindernisse und möglichst zeitgerecht absolvieren zu können. Eine wirkliche Option zur Lösung dieses Problems könnte die Einführung von Weiterbildungsverbänden mit entsprechenden Rotationssystemen sein, was bereits mit Nachdruck auf dem 128. Ärztetag 2024 gefordert worden ist. Mit Unterstützung des BDC laufen solche Modellvorhaben bereits erfolgreich in Kiel und Berlin. Es existieren außerdem in den verschiedenen Landesärztekammern schon vereinzelt Fördermöglichkeiten für Verbundstrukturen, die allerdings primär den regionalen Verhältnissen angepasst und besonders vom persönlichen Engagement der beteiligten Akteure abhängig sind. Zudem ist die Starthilfe zur Gründung eines Verbundes vorerst noch mit vielfältigen bürokratischen Schwierigkeiten verbunden, nicht zuletzt auch durch die föderale Struktur in unserem Gesundheitssystem mit insgesamt 17 Landesärztekammern. Unabhängig davon ist die Erstellung eines Curriculums in strukturierter Form mit Inhalt, Zeitdauer und Lernkonzept absolut notwendig, das sich auch an dem „fachlich empfohlenen Weiterbildungsplan (FEWP)“ der Bundesärztekammer orientieren sollte. Es erscheint dabei auch sinnvoll, bei der Vergabe von Leistungsgruppen die ärztliche Weiterbildung als eines der Auswahlkriterien zu berücksichtigen.

Der BDC sieht zur Förderung der Weiterbildung im Verbund also dringenden Handlungsbedarf, insbesondere auf folgende kritische Punkte bezogen:

- Die finanzielle Unterstützung, besonders im ambulanten Bereich, ist weiterhin ungelöst und der § 75a SGB V im Gebiet Chirurgie kaum effektiv nutzbar. Um Weiterbildung auch im ambulanten Sektor durchführen zu können, benötigen wir – auch vor dem Hintergrund der budgetierten Vergütung – neue Konzepte zur Finanzierung. Hier sieht der BDC den Gesetzgeber in der Pflicht.
- Auch bei den Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern besteht Reformbedarf. Denn Rotationen in ambulanten Einrichtungen können sich dadurch verzögern, dass derzeit nur ein oder maximal zwei Ärzte in Weiterbildung bei einem weiterbildungsbefugten Vertragsarzt tätig sein können. Dies könnte sich bei noch fehlender finanzieller Unterstützung als zusätzliches „Nadelöhr“ erweisen. Ferner muss geklärt werden, wann ein in Rotation befindlicher Arzt in Weiterbildung komplexere Eingriffe eigenverantwortlich übernehmen und nicht nur eine theoretische Kompetenz erwerben kann.
- Schließlich stellt auch das Arbeitnehmerüberlassungsgesetz (AÜG) mit einer Begrenzung auf 18 Monate ein Hemmnis dar, welches vom Gesetzgeber bislang ebenfalls noch nicht angegangen worden ist. Eine sektorenübergreifende Rotation muss möglich sein, ohne

dass eine erlaubnispflichtige Arbeitnehmerüberlassung vorliegt. Eine entsprechende Ausnahmeregelung von der geltenden Norm für den speziellen Bereich der ärztlichen Weiterbildung sollte schnellstmöglich im Arbeitnehmerüberlassungsgesetz implementiert werden.

- Eine mögliche Alternative ist die parallele Vertragsgestaltung, bei der zwischen dem Weiterzubildenden und den unterschiedlichen Institutionen mit Weiterbildungsbefugnis jeweils separate Arbeitsverträge abgeschlossen werden müssen. Nachteil ist ein vielfach höherer administrativer Aufwand, welcher wiederum eine Hürde auf dem Weg zum Weiterbildungsverbund darstellt.

Um nun Lösungsansätze bei den aktuell bestehenden bürokratischen und finanziellen Hürden zur realisierbaren Umsetzung im Verbund aufzeigen zu können, bereitet der BDC derzeit mit juristischer Unterstützung einen Leitfaden zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Weiterbildung im Verbund vor. Zudem verfolgt der BDC schon seit einiger Zeit eine neue und kreative Kampagne zum Thema einer qualitativ hochwertigen chirurgischen Weiterbildung.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, April 2026

STATEMENT

Qualitätsindikatoren der Weiterbildung basierend auf einer Publikation in „DIE CHIRURGIE“

Univ.-Professor Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Die chirurgische Weiterbildung bildet eine zentrale Grundlage für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung und ist zugleich entscheidend für die Zukunftsfähigkeit des Fachgebiets. Trotz dieser herausragenden Bedeutung existieren in Deutschland bislang keine einheitlichen und validierten **Qualitätsindikatoren** zur systematischen Bewertung der Weiterbildung. Dies steht im Kontrast zu bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen – insbesondere Paragraf 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes –, die eine qualitätsorientierte Finanzierung ausdrücklich vorsehen. Angesichts zunehmender Arbeitsverdichtung, steigender Anforderungen an Patientensicherheit sowie tiefgreifender struktureller Veränderungen im Gesundheitswesen besteht daher ein dringender Bedarf, die **Qualität** der chirurgischen Weiterbildung objektiv zu erfassen, vergleichbar zu machen und gezielt weiterzuentwickeln.

Vor diesem Hintergrund verfolgt das vorliegende Positionspapier aller JUNGEN FOREN der chirurgischen Fachgesellschaften das Ziel, ein praxisnahes und zugleich messbares Set an **Qualitätsindikatoren** zu entwickeln, das eine differenzierte und objektive Bewertung der Weiterbildung ermöglicht. Die vorgeschlagenen Indikatoren sollen Transparenz schaffen, die Vergleichbarkeit zwischen Weiterbildungsstätten fördern und als Grundlage für interne wie externe Evaluationen dienen. Darüber hinaus bieten sie die Perspektive, zukünftige Finanzierungsmodelle qualitätsorientiert auszurichten. Gleichzeitig könnten sie dazu beitragen, die Attraktivität des chirurgischen Berufsbildes zu steigern und die Mobilität innerhalb der Weiterbildung, etwa im Rahmen **strukturierter Verbundmodelle**, zu erleichtern.

Die Entwicklung der Indikatoren basiert auf einer umfassenden Analyse gesetzlicher Vorgaben, einer systematischen Auswertung der internationalen Literatur sowie dem Vergleich etablierter Weiterbildungssysteme anderer Länder. Ergänzend wurde ein strukturierter Expert*innenkonsensprozess durchgeführt. Die resultierenden Indikatoren orientieren sich an zentralen Qualitätskriterien wie **Relevanz, Validität, Reliabilität, Praktikabilität und Vergleichbarkeit**, um sowohl wissenschaftlichen Ansprüchen als auch praktischen Anforderungen gerecht zu werden.

Zur systematischen Erfassung der Weiterbildungsqualität wird ein dreistufiges Modell vorgeschlagen, das zwischen **Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren** differenziert. Strukturindikatoren adressieren die organisatorischen und personellen Rahmenbedingungen der Weiterbildung. Hierzu zählt insbesondere die Verfügbarkeit eines strukturierten, kompetenzbasierten Curriculums, das zu Beginn der Weiterbildung transparent bereitgestellt und kontinuierlich aktualisiert wird. Ebenso wesentlich ist ein angemessenes Betreuungsverhältnis zwischen fachärztlichen Mentorinnen und Mentoren und den Weiterzubildenden, idealerweise im Verhältnis von eins zu zwei – maximal drei. Darüber hinaus wird die **Teilnahme an strukturierten Weiterbildungsverbänden** als zunehmend bedeutsam erachtet, um eine umfassende Abdeckung aller curricularen Inhalte sicherzustellen. Ergänzend ist die didaktische Qualifikation der Weiterbildungsermächtigten von zentraler Bedeutung, wobei eine flächendeckende Teilnahme an entsprechenden Qualifizierungsmaßnahmen (TRAIN THE TRAINER) angestrebt wird.

Prozessindikatoren erfassen die konkrete Umsetzung der Weiterbildung im klinischen Alltag. Ein zentrales Element ist hierbei die regelmäßige Durchführung strukturierter Weiterbildungsgespräche, die jährlich stattfinden und systematisch dokumentiert werden sollten. Ebenso kommt der operativen Supervision eine Schlüsselrolle zu, wobei ein hoher Anteil der Eingriffe unter qualifizierter Anleitung erfolgen sollte, um praktische Kompetenzen gezielt zu entwickeln. Ergänzend wird die kontinuierliche Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen gefordert, die sowohl theoretische als auch praxisorientierte Formate umfassen und somit einen wesentlichen Beitrag zur Kompetenzentwicklung leisten.

Ergebnisindikatoren schließlich bewerten die Resultate der Weiterbildung und ermöglichen eine Einschätzung ihres Erfolgs. Hierzu gehört die Dauer der Weiterbildung, wobei ein überwiegender Anteil der Facharztanerkennungen innerhalb der vorgesehenen Regelweiterbildungszeit erfolgen sollte. Ebenso stellt die Erfolgsquote bei der Facharztprüfung, insbesondere das Bestehen im ersten Versuch, einen zentralen Qualitätsindikator dar. Darüber hinaus ist die Zufriedenheit sowohl der Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten als auch der Weiterbildungsermächtigten ein wichtiger Parameter, der regelmäßig und auf Grundlage standardisierter Erhebungsinstrumente erfasst werden sollte.

Eine entscheidende Voraussetzung für die Implementierung dieser Qualitätsindikatoren ist die **konsequente Nutzung digitaler Instrumente**. Systeme wie das E-Logbuch sowie geplante Weiterbildungsregister ermöglichen erstmals eine strukturierte, standardisierte und vergleichbare Datenerhebung über den gesamten Weiterbildungsverlauf hinweg. Dadurch

können individuelle Fortschritte transparent nachvollzogen und institutionelle Unterschiede systematisch analysiert werden. Eine zentrale, anonymisierte Auswertung dieser Daten bildet die Grundlage für **Benchmarking-Prozesse** und eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung.

Ein internationaler Vergleich zeigt, dass vergleichbare Systeme bereits erfolgreich implementiert wurden. Länder wie das Vereinigte Königreich, die USA oder die Niederlande verfügen über standardisierte Curricula, digitale Dokumentationssysteme sowie regelmäßige Assessments zur Sicherung und Weiterentwicklung der Weiterbildungsqualität. Gemeinsame Erfolgsfaktoren sind insbesondere die konsequente Digitalisierung, klar definierte Kompetenzziele, strukturierte Feedbackprozesse und ein systematisches Benchmarking. Diese Erfahrungen liefern wertvolle Impulse für die Weiterentwicklung der chirurgischen Weiterbildung in Deutschland.

Die Einführung standardisierter Qualitätsindikatoren eröffnet somit vielfältige Potenziale. Sie schafft Transparenz über die Qualität der Weiterbildung, ermöglicht belastbare Vergleiche zwischen verschiedenen Einrichtungen und trägt dazu bei, strukturelle Defizite frühzeitig zu identifizieren. Entscheidend ist dabei, dass die Indikatoren nicht primär als Kontrollinstrument verstanden werden, sondern als Grundlage für eine lernende, datenbasierte Weiterbildungskultur, die kontinuierliche Verbesserungsprozesse unterstützt.

Für die praktische Umsetzung wird empfohlen, die Datenerhebung jährlich und digital durchzuführen, sie in bestehende Qualitätssicherungssysteme zu integrieren und zentral auszuwerten. Eine enge Zusammenarbeit zwischen Fachgesellschaften, Landesärztekammern und Weiterbildungsstätten ist hierbei essenziell. Langfristig könnten die gewonnenen Daten nicht nur zur Qualitätssicherung beitragen, sondern auch in **Finanzierungsmodelle** einfließen und gezielte Anreize für hochwertige Weiterbildungskonzepte schaffen.

Zusammenfassend stellt die Entwicklung und Implementierung standardisierter Qualitätsindikatoren einen entscheidenden Schritt dar, um die chirurgische Weiterbildung in Deutschland zukunftsfähig auszurichten. Sie ermöglicht eine objektive Bewertung, fördert Transparenz und schafft die Grundlage für eine nachhaltige Sicherung der Versorgungsqualität sowie für die langfristige Attraktivität des chirurgischen Berufs. Die notwendigen rechtlichen Rahmenbedingungen werden entwickelt – nun gilt es, diese konsequent in die Praxis zu überführen und die Weiterbildung systematisch weiterzuentwickeln.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, April 2026



PRESSEMITTEILUNG

Gute Chirurgie braucht gute Weiterbildung

Positionspapier schlägt erstmals Qualitätsindikatoren zur Sicherung von Versorgungsqualität und Nachwuchsförderung vor

Leipzig, 14. April 2026 – Die Qualität chirurgischer Eingriffe – und damit auch die Patientensicherheit – hängt entscheidend von der Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte ab. Doch wie gut diese Weiterbildung tatsächlich funktioniert, wird in Deutschland bislang kaum systematisch erfasst. Ein neues Positionspapier des Perspektivforums Junge Chirurgie der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH) schlägt nun erstmals konkrete Qualitätsindikatoren vor, mit denen sich Struktur, Ablauf und Ergebnisse der chirurgischen Weiterbildung messen lassen. Ziel ist der Aufbau einer datengestützten, lernenden Weiterbildungsstruktur, die Transparenz schafft, Stärken sichtbar macht und gezielt auf Verbesserungsbedarfe reagiert.

Auf dem 143. Deutschen Chirurgie Kongress (DCK 2026) vom 22. bis 24. April 2026 in Leipzig ist Weiterbildung eines der Hauptthemen und Gegenstand verschiedener Sitzungen (Terminhinweise siehe unten).

Anspruchsvolle Ausbildung mit Tausenden von Eingriffen

Chirurginnen und Chirurgen müssen in ihrer mehrjährigen Weiterbildung zum Facharzt eine Vielzahl anspruchsvoller Kompetenzen erwerben: Sie stellen Diagnosen, entwickeln Therapiepläne, führen Aufklärungsgespräche mit Patientinnen und Patienten und lernen operative Eingriffe zunehmend eigenständig durchzuführen – von der Blutstillung und Wundversorgung bis zu komplexen Operationen an Magen-Darm-Trakt oder Gehirn.

Eine wichtige Orientierung bietet der sogenannte OP-Katalog der jeweiligen Fachrichtung. Er legt fest, wie viele und welche Eingriffe eine angehende Fachärztin oder ein angehender Facharzt während der Weiterbildung durchführen muss. In der Praxis sollten erfahrene, von der Ärztekammer zur Weiterbildung ermächtigte Fachärztinnen und Fachärzte die jungen Kolleginnen und Kollegen dabei verlässlich begleiten und anleiten.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-173

liebendoerfer@medizinkommunikation.org

www.dck2026.de | <https://www.dgch.de>



Strukturelle Defizite im Klinikalltag stehen einer geregelten Weiterbildung im Weg

Doch genau hier liegen häufig strukturelle Probleme. Die Supervision operativer Eingriffe erfordert Zeit – ein knappes Gut im eng getakteten Klinikalltag. Zudem kostet sie Geld. Gleichzeitig fehlen vielerorts verbindliche Strukturen, etwa klare Weiterbildungscurricula, Mentorenmodelle oder systematische Weiterbildungsgespräche. Die Folge: Weiterbildung hängt häufig stark vom jeweiligen Vorgesetzten ab und dauert oft deutlich länger als vorgesehen. Entsprechend unterschiedlich sind die Qualität der Betreuung – und damit auch die Lernergebnisse.

Qualitätsindikatoren in der Weiterbildung

Das nun veröffentlichte Positionspapier „Qualitätsindikatoren für die chirurgische Weiterbildung“ schlägt deshalb ein strukturiertes Set von Indikatoren vor, mit denen sich Weiterbildung erstmals transparent und vergleichbar abbilden ließe. Dazu gehören unter anderem:

- strukturierte und verbindliche Weiterbildungscurricula
- definierte Betreuungsverhältnisse zwischen Fachärzten und Weiterzubildenden
- dokumentierte Weiterbildungsgespräche und operative Supervision
- Erfolgsquoten bei Facharztprüfungen sowie Zufriedenheit der Weiterzubildenden

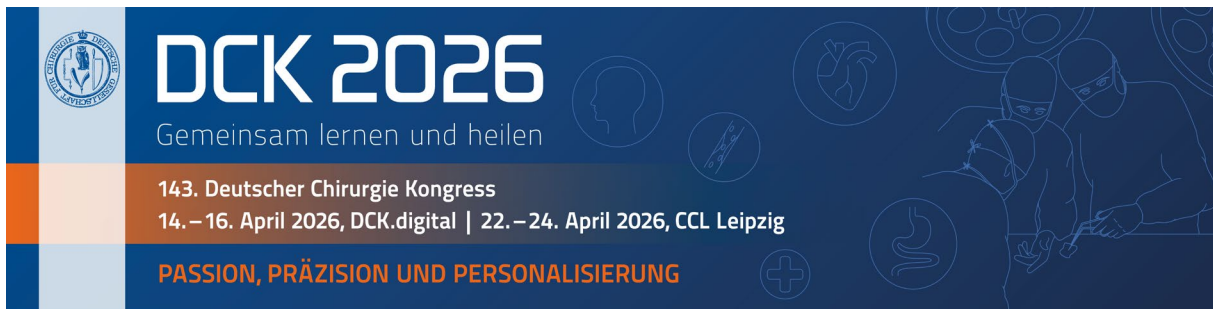
„Die chirurgische Weiterbildung ist die Grundlage für die Qualität der Versorgung von morgen“, sagt Dr. med. Sebastian Schaaf, Sprecher des Perspektivforums Junge Chirurgie der DGCH. „Trotzdem wissen wir bisher erstaunlich wenig darüber, wie gut Weiterbildung tatsächlich funktioniert. Mit klar definierten Qualitätsindikatoren und Zahlen können wir erstmals Transparenz schaffen und Verbesserungen gezielt anstoßen.“

Gesundheitspolitische Relevanz der Weiterbildung

Auch gesundheitspolitisch gewinnt das Thema an Bedeutung. Bereits heute sieht das Krankenhausfinanzierungsgesetz vor, dass Qualität stärker in die Finanzierung der medizinischen Versorgung einfließen soll (§ 17b). Perspektivisch könnten Qualitätsindikatoren daher auch eine Rolle bei der Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung spielen.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-173
liebendoerfer@medizinkommunikation.org
www.dck2026.de | <https://www.dgch.de>



„Eine gute Weiterbildung entsteht nicht zufällig, sondern braucht verlässliche Strukturen“, erklärt Dr. med. Frederik Schlottmann, stellvertretender Sprecher des Perspektivforums Junge Chirurgie. „Digitale Instrumente wie E-Logbücher oder Weiterbildungsregister könnten helfen, Weiterbildung bundesweit vergleichbar zu machen und Qualitätsentwicklung systematisch zu fördern.“

Geregelte Weiterbildung erhöht Attraktivität der Chirurgie

Über die Qualität der Weiterbildung entscheidet sich jedoch auch, wie attraktiv das Fachgebiet für junge Ärztinnen und Ärzte ist. „Chirurgie ist ein äußerst erfüllendes Fach mit großen Gestaltungsmöglichkeiten – aber junge Kolleginnen und Kollegen erwarten heute nachvollziehbare Strukturen und eine verlässliche Weiterbildung“, sagt Professor Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. „Wenn Weiterbildung transparent organisiert und qualitätsgesichert ist, stärkt das die Attraktivität der Chirurgie und hilft, dringend benötigten Nachwuchs zu gewinnen.“

International längst etabliert

Ein Blick ins Ausland zeigt, dass entsprechende Systeme bereits erfolgreich umgesetzt werden. Länder wie Großbritannien, die Niederlande oder die USA nutzen digitale Logbücher, standardisierte Assessments und regelmäßige Evaluationen, um Weiterbildung und Versorgungsqualität eng miteinander zu verknüpfen.

Die Autorinnen und Autoren sehen in den vorgeschlagenen Qualitätsindikatoren daher einen wichtigen Schritt hin zu einer transparenten, datenbasierten und verlässlichen Weiterbildungskultur in der Chirurgie. Ziel sei es nicht, Weiterbildung stärker zu kontrollieren, sondern Strukturen zu schaffen, die kontinuierliche Verbesserung ermöglichen – und damit langfristig auch die Patientensicherheit stärken.

Das Thema wird auch auf dem 143. Deutschen Chirurgie Kongress (DCK) vom 22. bis 24. April 2026 in Leipzig eine zentrale Rolle spielen.

Quelle:

- (1) Schlottmann, F., Mulorz, J., Braun, B., et al. Qualitätsindikatoren für die chirurgische Weiterbildung. Chirurgie (2026). <https://doi.org/10.1007/s00104-026-02474-5>

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-173
liebendoerfer@medizinkommunikation.org
www.dck2026.de | <https://www.dgch.de>



Ausgewählte Terminhinweise zum Thema Weiterbildung auf dem DCK 2026:

Crossing Borders – European Perspectives on Surgical Training Quality

Termin: Mittwoch, 22. April 2026, 11:45 bis 12:45 Uhr

Ort: DCK Arena

Link: <https://pag.virtual-meeting.org/RELEASE/dck2026/de-DE/pag/session/126066>

+++++

Was muss in der Weiterbildungsordnung geändert werden? Podiumsdiskussion

Termin: Donnerstag, 23. April 2026, 15:30 bis 17:00 Uhr

Ort: Saal 1 (Liveübertragung vom Kongress in Leipzig)

Link: <https://pag.virtual-meeting.org/RELEASE/dck2026/de-DE/pag/session/126116>

+++++

Gute Weiterbildung messbar machen: Definition & Design von Qualitätsindikatoren

Termin: Donnerstag, 23. April 2026, 17:15 bis 18:15 Uhr

Ort: Saal 1 (Liveübertragung vom Kongress in Leipzig)

Link: <https://pag.virtual-meeting.org/RELEASE/dck2026/de-DE/pag/session/126125>

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-173

liebendoerfer@medizinkommunikation.org

www.dck2026.de | <https://www.dgch.de>



PRESSEMITTEILUNG

Wenn eine OP-Komplikation zur Karrierekrise wird
DGCH: „Second Victims“ verschärfen Nachwuchsmangel in der Chirurgie

Leipzig, 14. April 2026 – Komplikationen im OP können nicht nur für Patientinnen und Patienten schwerwiegende Folgen haben – sie belasten oft auch die behandelnden Chirurginnen und Chirurgen selbst massiv. Studien zeigen: Viele Ärztinnen und Ärzte leiden nach solchen Ereignissen unter Angst, Schuldgefühlen und Schlafstörungen (1, 2). Fast jede beziehungsweise jeder Fünfte denkt anschließend über einen Berufswechsel nach (2). Fachleute sprechen hier von „Second Victims“, medizinischen Fachpersonen, die nach unerwarteten Komplikationen oder Behandlungsfehlern unter anhaltenden psychischen oder körperlichen Folgen leiden. Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH) fordert im Vorfeld ihres 143. Deutschen Chirurgie Kongresses (DCK 2026) vom 22. bis 24. April 2026 in Leipzig (CCL) deshalb verbindliche Unterstützungsangebote für betroffene Ärztinnen und Ärzte in Kliniken.

Schwere Unfälle, starke Blutungen, Darmverschluss, Magendurchbruch oder ein geplatztes Aneurysma – in der Chirurgie müssen Ärztinnen und Ärzte häufig unter extremem Zeitdruck entscheiden: Operieren oder nicht? Und wenn ja: wann und wie? Selbst bei größter Sorgfalt lassen sich Komplikationen nicht immer vermeiden – von schweren Infektionen bis hin zum Tod von Patientinnen und Patienten. Doch auch ohne Fehler kann der Ausgang einer Behandlung emotional belastend sein, etwa wenn ein schwer verletzter Mensch trotz aller Bemühungen nicht gerettet werden kann.

Belastung ist die Regel, nicht die Ausnahme

Dass solche Situationen im chirurgischen Alltag häufig vorkommen, zeigt eine Studie unter Viszeralchirurginnen und -chirurgen an 35 deutschen Universitätskliniken: 91,7 Prozent der Befragten hatten bereits schwerste Komplikationen bei Patientinnen und Patienten miterlebt (Clavien-Dindo Grad IV oder V). Die meisten berichteten anschließend über starke emotionale Belastungen wie Trauer, Wut oder Schuldgefühle. Ein kleiner Teil nutzt dabei auch problematische Bewältigungsstrategien wie Substanzkonsum – den Gebrauch berauschender oder beruhigender Mittel. Gleichzeitig boten nur 17 Prozent der Kliniken strukturierte

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-173

liebendoerfer@medizinkommunikation.org

www.dck2026.de | <https://www.dgch.de>



Unterstützungsangebote für betroffene Ärztinnen und Ärzte an. In Einrichtungen ohne solche Programme wünschten sich 72 Prozent professionelle Hilfe (1).

Auch internationale Daten belegen die Dimension des Problems. Eine Metaanalyse von 36 Studien, veröffentlicht 2026 im *British Journal of Surgery*, zeigt: 56 Prozent der Chirurginnen und Chirurgen berichten nach belastenden Ereignissen über Angst, 54 Prozent über Schuldgefühle und rund die Hälfte über Schlafstörungen (2).

Besonders betroffen sind jüngere und weniger erfahrene Ärztinnen und Ärzte – also jene Generation, auf die das Fach dringend angewiesen ist.

Nachwuchs sichern – Belastungen ernst nehmen

„Chirurgie ist Hochleistungsmedizin unter maximaler Verantwortung. Wenn junge Kolleginnen und Kollegen nach schweren Komplikationen mit ihren Belastungen allein bleiben, verlieren wir Talente – und verschärfen den ohnehin bestehenden Nachwuchsmangel“, erklärt DGCH-Generalsekretär Professor Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen. Denn die Chirurgie konkurriert mit anderen Disziplinen, die oft planbarere Arbeitszeiten und geringere Haftungsrisiken bieten. Der Handlungsdruck wächst auch aus demografischen Gründen: Ende 2024 waren laut Bundesärztekammer 41.839 Ärztinnen und Ärzte mit der Gebietsbezeichnung Chirurgie registriert, mehr als ein Viertel der Fachärztinnen und Fachärzte ist über 60 Jahre alt.

Strukturelle Unterstützung statt individueller Bewältigung

„Second Victim ist kein individuelles Problem mangelnder Resilienz“, so Professor Dr. med. Roland Goldbrunner, DGCH-Präsident 2025 / 2026 und Direktor der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie und geschäftsführender Direktor des Zentrums für Neurochirurgie am Universitätsklinikum Köln. „Es ist eine Frage der Organisationskultur.“ Die DGCH fordert deshalb, strukturierte Debriefings nach belastenden Ereignissen sowie niedrigschwellige psychologische Unterstützungsangebote in Kliniken verbindlich zu etablieren. Auch eine feste Verankerung des Themas in der chirurgischen Weiterbildung ist der Fachgesellschaft ein Anliegen.

„Patientensicherheit und stabile Teams gehören zusammen“, betont PD Dr. med. habil. Matthias Mehdorn, viszeralchirurgischer Oberarzt am Universitätsklinikum Leipzig und Autor der deutschen Studie. „Wir müssen genauso viel Wert legen auf die psychische Gesundheit der Operierenden wie auf die technische Sicherheit unserer Instrumente.“

Das Thema „Second Victim, Resilienz und Fehlerkultur“ steht auch auf der Agenda des 143. Deutschen Chirurgie Kongresses (DCK 2026), der vom 22. bis 24. April 2026 in Leipzig stattfindet (Sitzungshinweise siehe unten).

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-173
liebendoerfer@medizinkommunikation.org
www.dck2026.de | <https://www.dgch.de>



Quellen:

- (1) Mehdorn, Matthias, Danker, Helge, Mehdorn, Anne-Sophie: The psychological burden of major surgical complications in visceral Surgery, Langenbeck's Archives of Surgery (2024) 409:255, <https://doi.org/10.1007/s00423-024-03447-0>

- (2) James Bryan, Adele Ketley, Kate Cavanagh, Carly Bisset, Susan Moug, Lynda Wyld, Jenna Morgan: Second victim syndrome in surgeons: systematic review and meta-analysis of the impact of adverse events on surgeons, BJS, Volume 113, Issue 1, January 2026, znaf258, <https://doi.org/10.1093/bjs/znaf258>

Terminhinweise zum Thema „Second Victim“ auf dem DCK 2026

Nachwuchsgewinnung und Weiterbildung

Termin: Mittwoch, 22. April 2026, 08:00 bis 09:00 Uhr

Ort: Saal 2

Link: <https://pag.virtual-meeting.org/RELEASE/dck2026/de-DE/pag/session/126776>

- Ist Chirurgie noch attraktiv???
- Familienplanung, Schwangerschaft und berufliche Belastung in der Viszeralmedizin

+++++

Wie geht der Chirurg damit um? Das Second-Victim-Phänomen

Matthias Mehdorn, PD Dr. med. (Leipzig)

Termin: Donnerstag, 23. April 2026, 16:21 bis 16:38 Uhr

Ort: Saal 2

Link: <https://pag.virtual-meeting.org/RELEASE/dck2026/de-DE/pag/presentation/730504>

+++++

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-173

liebendoerfer@medizinkommunikation.org

www.dck2026.de | <https://www.dgch.de>



Chirurgie der Zukunft – employee-well being vs. Resilienz

Termin: Donnerstag, 23. April 2026, 17:15 bis 18:15 Uhr

Ort: Mehrzweckfläche 1

Link: <https://pag.virtual-meeting.org/RELEASE/dck2026/de-DE/pag/session/126131>

- Wohlfühlen allein reicht nicht
- Mixed Teams als Erfolgsfaktor
- Neue Chirurg*innen braucht das Land
- Modern Leadership in der Chirurgie

+++++

Welche Verbesserungsmöglichkeiten zur Fehlervermeidung bestehen bereits?

Termin: Freitag, 24. April 2026, 12:30 bis 12:45 Uhr

Ort: Mehrzweckfläche 4

Hardy Müller (Reutlingen)

Link: <https://pag.virtual-meeting.org/RELEASE/dck2026/de-DE/pag/presentation/741009>

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-173

liebendoerfer@medizinkommunikation.org

www.dck2026.de | <https://www.dgch.de>



PRESSEMITTEILUNG

Robotische Chirurgie: breites Einsatzspektrum, aber offene Fragen zur Bewertung Diskussion zu Nutzen, Kosten und Einsatzkriterien beim Deutschen Chirurgie Kongress 2026

Leipzig, 14. April 2026 – Robotische Assistenzsysteme werden in der Chirurgie zunehmend eingesetzt – von Eingriffen an Knie, Prostata und Wirbelsäule bis hin zu Operationen bei Krebs der Verdauungsorgane oder bei Hernien. Sie ermöglichen präzise Bewegungen, können Gewebe schonen und werden von vielen Patientinnen und Patienten aktiv nachgefragt. Gleichzeitig ist ihr Nutzen nicht in allen Bereichen eindeutig belegt und ihre Kosten sind nicht abschließend geklärt. „Wir müssen überhaupt erst verstehen, was robotische Chirurgie in der Gesamtbetrachtung kostet und welchen Mehrwert sie tatsächlich bietet“, so Prof. Dr. med. Roland Goldbrunner, Präsident 2025 / 2026 der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) im Vorfeld des 143. Deutschen Chirurgie Kongresses (DCK 2026). Der DCK 2026 greift diese Fragen aus unterschiedlichen fachlichen Perspektiven in zahlreichen Sitzungen auf (*Sitzungshinweise siehe unten*).

Vielseitige Anwendung – aber kein einheitliches Bild

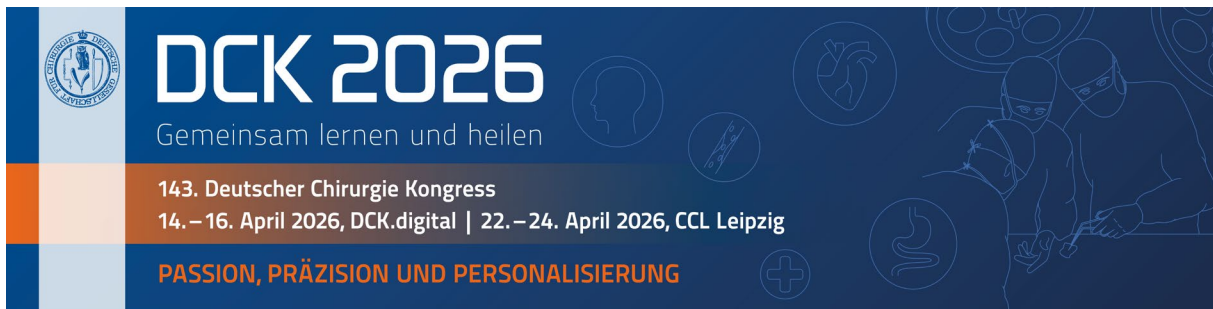
Robotisch unterstütztes Operieren eignet sich insbesondere für komplexe Eingriffe in engen und schwer zugänglichen Körperregionen. Die Systeme ermöglichen eine hohe Präzision, gleichen Zitterbewegungen aus und erweitern den Handlungsspielraum gegenüber der klassischen und minimalinvasiven Chirurgie. Erste Studien deuten auf Vorteile hin, etwa kürzere Intensivaufenthalte, weniger Schmerzen oder eine bessere Schonung von Nervenstrukturen. Gleichzeitig zeigt sich ein uneinheitliches Bild: „Wir sehen eine enorme Dynamik über viele chirurgische Disziplinen hinweg – gleichzeitig ist die Evidenz nicht in allen Bereichen gleich stark“, sagt Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen, DGCH-Generalsekretär.

Nutzen ist abhängig von Eingriff, Erfahrung und Patient

„Robotik hat nicht überall Vorteile“, sagt Prof. Dr. med. Christiane Bruns, Direktorin der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und Transplantationschirurgie und Leiterin des Wissenschaftsressorts der DGCH. „Wir müssen sehr genau hinschauen, bei welchen Eingriffen sie tatsächlich einen Mehrwert gegenüber den sehr hohen Kosten bietet.“

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-173
liebendoerfer@medizinkommunikation.org
www.dck2026.de | <https://www.dgch.de>



Die Diskussion zeigt: Der Nutzen hängt stark von der jeweiligen Indikation ab – und von der Erfahrung des Teams. Die Lernkurve ist ausgeprägt, und Ergebnisse lassen sich nicht ohne Weiteres von einem Zentrum auf ein anderes übertragen. Fehlende Erfahrung kann die Ergebnisse beeinflussen und den tatsächlichen Nutzen der Methode unterschätzen. Auch die Patientenauswahl spielt eine Rolle. „In der Krebschirurgie etwa können sehr komplexe Befunde mit Voroperationen oder Organbeteiligung die robotische Technik an Grenzen bringen“, so Bruns.

Tatsächliche Kosten-Nutzen-Berechnung fehlt

Eine belastbare Gesamtbewertung liegt bislang nicht vor. „Deshalb brauchen wir eine differenzierte Betrachtung“, betont Prof. Dr. med. Jens Werner, 2. Vizepräsident der DGCH und Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie am LMU-Klinikum München. „Dazu gehören nicht nur Anschaffung, Verbrauchsmaterialien und Instrumente, sondern auch Faktoren wie Verweildauer im Krankenhaus, Komplikationen oder der Personaleinsatz im OP.“

Schonung der Operateure durch physiologische Körperhaltung

Neben Patientennutzen und Kosten rücken weitere Faktoren in den Fokus. Für die Operierenden hat Robotik einige Vorteile, etwa die schonende Ergonomie: Robotische Systeme ermöglichen eine sitzende, körperlich entlastende Arbeitsweise. „Sonst müssen wir häufig stundenlang in unphysiologischen Körperhaltungen operieren“, sagt Dr. med. Dolores Krauss, Assistenzärztin im Team von Prof. Bruns. Positiv ist auch, dass Nadelstichverletzungen bei robotischen Verfahren vermieden werden. Außerdem ergeben sich neue Möglichkeiten für Chirurginnen während der Schwangerschaft. „Diese Effekte werden bislang kaum in ökonomische Bewertungen einbezogen.“

Gleichzeitig gibt es Hinweise auf ein weiteres mögliches Einsparpotenzial durch weniger Personaleinsatz im OP. „Bei robotisch unterstützten Operationen kommen wir oft mit 2 statt 3 Kolleginnen und Kollegen am OP-Tisch aus, da der Roboter viele Assistenzfunktionen übernimmt“, so Werner.

Neue Möglichkeiten durch Kombination von Robotik mit digitalen Anwendungen
Ebenso eröffnen digitale Anwendungen neue Möglichkeiten, etwa durch KI-gestützte Entscheidungsunterstützung, erweiterte Einsatzfelder, Simulationstraining und Weiterbildung sowie perspektivisch auch telechirurgische Verfahren.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-173
liebendoerfer@medizinkommunikation.org
www.dck2026.de | <https://www.dgch.de>



Unzureichende Datenlage entlang des gesamten Behandlungspfads

„Kostentransparenz entlang des gesamten Behandlungspfads ist eine zentrale Voraussetzung für eine sachgerechte Bewertung und eine angemessene Vergütung“, betont Bruns. Viele Kostenfaktoren werden bislang nicht systematisch erfasst oder ausgewertet. Auch Ergebnisse wie Komplikationen, Folgeeingriffe oder Lebensqualität werden nicht einheitlich zusammengeführt. Und nicht zuletzt sind Fragen der Datensouveränität und ethischen Verantwortung noch offen.

Robotik darf nicht nur ein Marketinginstrument sein

Viele Expertinnen und Experten gehen davon aus, dass robotische Verfahren langfristig zum Standard werden könnten. „Robotik hat das Potenzial, die Chirurgie nachhaltig zu verändern; doch Robotik darf kein Marketinginstrument sein, sondern muss sich am Patientennutzen und an der Versorgungsrealität messen lassen“, so Bruns.

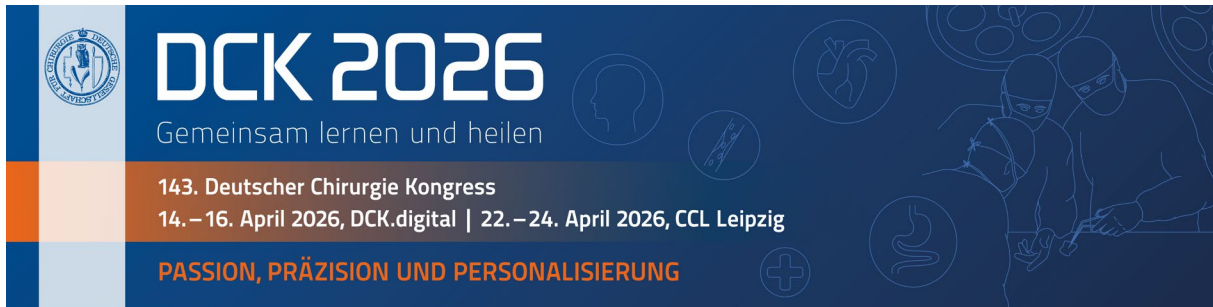
Struktur, Daten und klare Kriterien

Einigkeit besteht darin, dass die zunehmende Verbreitung der Robotik klare Rahmenbedingungen erfordert. Dazu gehören definierte Indikationskriterien, belastbare gesundheitsökonomische Daten, Qualitätsstandards und Zentrenbildung. „Komplexe robotische Eingriffe gehören in Zentren“, betont Bruns. „Und Kostentransparenz ist die Grundlage für eine faire Vergütung.“

Das Thema „Robotik“ steht mit zahlreichen Sitzungen auf der Agenda des 143. Deutschen Chirurgie Kongresses (DCK 2026), der vom 22. bis 24. April 2026 in Leipzig stattfindet. DCK.digital (nur online) vom 14. bis 16. April 2026.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-173
liebendoerfer@medizinkommunikation.org
www.dck2026.de | <https://www.dgch.de>



Ausgewählte Terminhinweise Robotik auf dem DCK 2026

Kostentransparenz in der Robotik (CA Robin)

Termin: Freitag, 24. April 2026, 15:45 bis 16:45 Uhr

Ort: Saal 2

Link:

- Oesophagus – RAS vs. Lap und offen
- Pankreas – RAS vs. Lap und offen
- Leber – RAS vs. Lap und offen
- kolorektal – RAS vs. Lap und offen
- Hernien – RAS vs. Lap und offen

+++++

Smart Surgery – Digitalisierung & Robotik als gemeinsame Chance

Termin: Donnerstag, 23. April 2026, 09:15 bis 10:45 Uhr

Ort: Saal 1 (Live-Übertragung aus Leipzig)

Link: <https://pag.virtual-meeting.org/RELEASE/dck2026/de-DE/pag/session/126094>

+++++

Robotik in der Mikrochirurgie: Pro und Contra

Termin: Mittwoch, 22. April 2026, 08:00 bis 09:00 Uhr

Ort: Mehrzweckfläche 2

Link: <https://pag.virtual-meeting.org/RELEASE/dck2026/de-DE/pag/session/126000>

+++++

Effizient trainieren und Ressourcen sparen? Virtuelles und physisches Robotiktraining im Vergleich

Termin: Mittwoch, 22. April 2026, 08:28 bis 08:35 Uhr

Ort: Saal 2

Link: <https://pag.virtual-meeting.org/RELEASE/dck2026/de-DE/pag/presentation/732152>

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

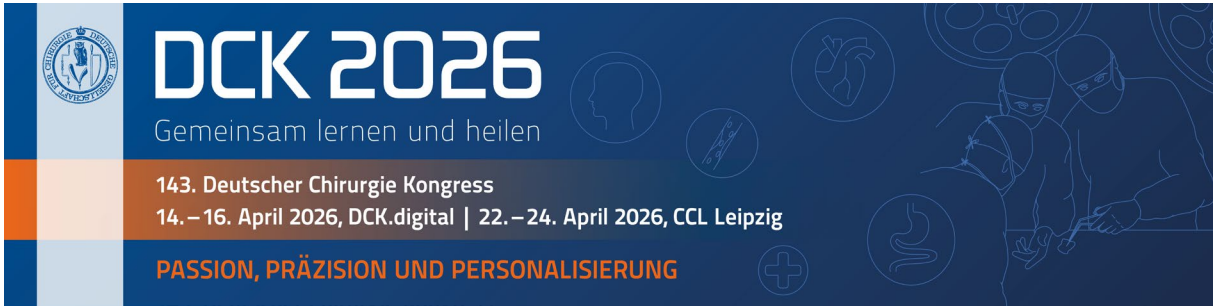
Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-173

liebendoerfer@medizinkommunikation.org

www.dck2026.de | <https://www.dgch.de>



+++++

Chirurg 2030 – welche Skills brauchen wir im Zeitalter von Robotik und KI?

Termin: Donnerstag, 23. April 2026, 09:15 bis 09:30 Uhr

Ort: Saal 1

Link: [https:// pag.virtual-meeting.org / RELEASE / dck2026 / de-DE / pag / presentation / 729256](https://pag.virtual-meeting.org/RELEASE/dck2026/de-DE/pag/presentation/729256)

+++++

KI und Robotik in der Neurochirurgie

Termin: Freitag, 24. April 2026, 08:00 bis 09:00 Uhr

Ort: Saal 1 (Live-Übertragung aus Leipzig)

Link: [https:// pag.virtual-meeting.org / RELEASE / dck2026 / de-DE / pag / session / 126775](https://pag.virtual-meeting.org/RELEASE/dck2026/de-DE/pag/session/126775)

+++++

MIC und Robotik – was gibt es Neues? (CA Robin mit CAMIC)

Termin: Freitag, 24. April 2026, 11:15 bis 12:45 Uhr

Ort: Plenar 1

Link: [https:// pag.virtual-meeting.org / RELEASE / dck2026 / de-DE / pag / session / 126196](https://pag.virtual-meeting.org/RELEASE/dck2026/de-DE/pag/session/126196)

Ihr Kontakt für Rückfragen:
Kongress-Pressestelle
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-173
liebendoerfer@medizinkommunikation.org
www.dck2026.de | [https:// www.dgch.de](https://www.dgch.de)



Sitzungshinweise „Wie künstliche Intelligenz die Chirurgie verändert“ auf dem DCK 2026

+++ Operiert uns bald die KI? – Wie künstliche Intelligenz die Chirurgie verändert +++

Leipzig, 14. April 2026 – **Künstliche Intelligenz** hält mit hoher Geschwindigkeit Einzug in die Chirurgie – vom **OP-Roboter über Bildanalyse** bis hin zur **personalisierten Therapieplanung und Qualitätskontrolle**. Sie verändert, wie **weitergebildet** wird, **Operationen vorbereitet, durchgeführt und nachversorgt** werden, und stellt zugleich neue Fragen zu Verantwortung, Qualität und Patientensicherheit.

Welche KI-Anwendungen bereits heute im klinischen Alltag angekommen sind und welches Potenzial für die Chirurgie von morgen erwartet wird, zeigt der **143. Deutsche Chirurgie Kongress (DCK 2026)** in Leipzig. Rund 200 Sitzungen und Präsentationen befassen sich dort mit künstlicher Intelligenz in der Chirurgie.

Ausgewählte Terminhinweise zu KI in der Chirurgie auf dem DCK 2026:

Digitale Prähabilitation in der chirurgischen Onkologie – von der Pilotstudie zur KI-gestützten Applikation

Termin: Dienstag, 14. April 2026, 15:08 bis 15:12 Uhr

Ort: Stream 2

Link: <https://pag.virtual-meeting.org/RELEASE/dck2026/de-DE/pag/presentation/732213>

KI zur Analyse chirurgischer Bilddaten: Metaanalyse zu Barrieren der klinischen Translation

Termin: Mittwoch, 15. April 2026, 14:18 bis 14:27 Uhr

Ort: Stream 1

Link: <https://pag.virtual-meeting.org/RELEASE/dck2026/de-DE/pag/presentation/731581>

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-173

liebendoerfer@medizinkommunikation.org

www.dck2026.de | <https://www.dgch.de>



Erkennung von Lymphknoten durch das markierungsfreie SWIR-basierte
Bildgebungssystem ITIS

Termin: Mittwoch, 15. April 2026, 18:51 bis 19:08 Uhr

Ort: Stream 3

Link: <https://pag.virtual-meeting.org/RELEASE/dck2026/de-DE/pag/presentation/730228>

+++++

Impact of video gaming and playing a musical instrument on surgical skills – a systematic
review

Termin: Donnerstag, 16. April 2026, 14:32 bis 14:40 Uhr

Ort: Stream 1

Link: <https://pag.virtual-meeting.org/RELEASE/dck2026/de-DE/pag/presentation/731599>

+++++

VR & Simulation: Zukunft der chirurgischen Skills

Termin: Donnerstag, 16. April 2026, 16:00 bis 17:30 Uhr

Ort: Stream 1

Link: <https://pag.virtual-meeting.org/RELEASE/dck2026/de-DE/pag/session/125986>

+++++

KI-gestützte Trainingsmethoden für onkologische Chirurg*innen

Termin: Mittwoch, 22. April 2026, 08:22 bis 08:33 Uhr

Ort: Plenar 1

Link: <https://pag.virtual-meeting.org/RELEASE/dck2026/de-DE/pag/presentation/730009>

+++++

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-173

liebendoerfer@medizinkommunikation.org

www.dck2026.de | <https://www.dgch.de>



Smart Surgery – Digitalisierung & Robotik als gemeinsame Chance

Termin: Donnerstag, 23. April 2026, 09:15 bis 10:45 Uhr

Ort: Saal 1 (Live-Übertragung)

Link: <https://pag.virtual-meeting.org/RELEASE/dck2026/de-DE/pag/session/126094>

+++++

KI und Robotik in der Neurochirurgie

Termin: Freitag, 24. April 2026, 08:00 bis 09:00 Uhr

Ort: Saal 1 (Live-Übertragung)

Link: <https://pag.virtual-meeting.org/RELEASE/dck2026/de-DE/pag/session/126775>

+++++

Transformative Technologien für die Chirurgie – CTAC-Innovationssitzung

Termin: Freitag, 24. April 2026, 14:00 bis 15:30 Uhr

Ort: Saal 1 (Live-Übertragung)

Link: <https://pag.virtual-meeting.org/RELEASE/dck2026/de-DE/pag/session/126164>

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

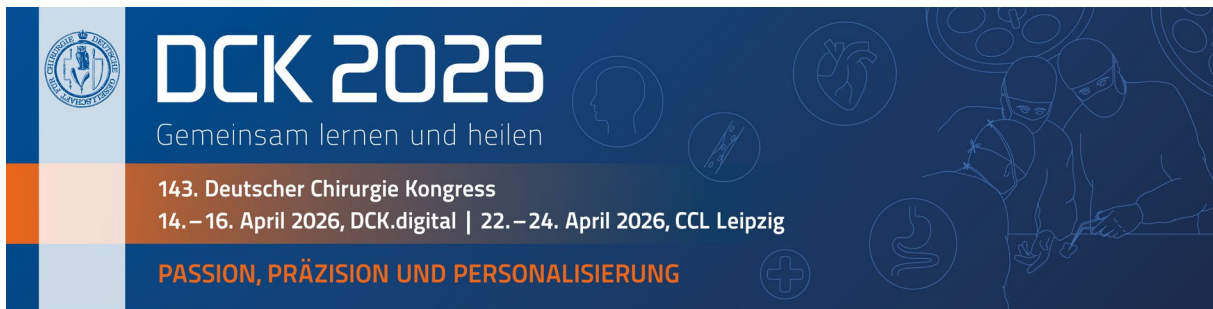
Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-173

liebendoerfer@medizinkommunikation.org

www.dck2026.de | <https://www.dgch.de>



Sitzungshinweise zu neuen Entwicklungen in der Lungenchirurgie auf dem DCK 2026

+++ Unklarer Lungenrundherd: Was tun? Themen zur Lungenchirurgie auf dem DCK 2026 +++

Leipzig, 14. April 2026 – Ab dem 1. April 2026 können starke Raucherinnen und Raucher im Alter zwischen 50 und 75 Jahren einmal jährlich eine Untersuchung ihrer Lunge mittels Niedrigdosis-Computertomografie (NDCT) in Anspruch nehmen. Ziel des Screenings ist es, Lungenkrebs möglichst früh zu erkennen – und damit die Behandlungschancen zu verbessern. In Deutschland erkranken jedes Jahr rund 57.000 Menschen an Lungenkrebs, meist infolge langjährigen Rauchens.

Mit der Einführung des Screenings rückt zugleich eine zentrale medizinische Frage stärker in den Fokus: Wie sollen **kleine oder zunächst unklare Befunde der Lunge** bewertet und behandelt werden? Moderne CT-Verfahren können Veränderungen bereits in sehr frühen Stadien sichtbar machen. Für Ärztinnen und Ärzte bedeutet das, **sorgfältig abzuwägen – zwischen Beobachtung, weiterer Diagnostik oder einer Operation.**

Auch die **chirurgischen Möglichkeiten** haben sich in den vergangenen Jahren deutlich weiterentwickelt. **Minimalinvasive Eingriffe, präzise bildgestützte Verfahren** oder **neue diagnostische Tools** ermöglichen heute eine gezieltere Behandlung als noch vor wenigen Jahren. Darüber hinaus spielt die Chirurgie auch bei **Lungenmetastasen** – also Absiedlungen anderer Tumoren in der Lunge – eine wichtige Rolle.

Der **143. Deutsche Chirurgie Kongress (DCK 2026)** als Dachkongress der Chirurgie greift diese Entwicklungen auf und widmet sich in mehreren Sitzungen den Herausforderungen der modernen Lungenchirurgie – vom **Umgang mit unklaren Rundherden** über **Erfahrungen aus Screening-Programmen** bis hin zu **innovativen Operationsverfahren.**

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-173

liebendoerfer@medizinkommunikation.org

www.dck2026.de | <https://www.dgch.de>



Ausgewählte Terminhinweise zu Lungenkrebs auf dem DCK 2026:

Lungenmetastasen

Termin: Mittwoch, 22. April 2026, 08:30 bis 08:45 Uhr

Ort: Saal 1 (Liveübertragung vom Kongress)

+++++

Lungenkarzinom-Screening

Termin: Mittwoch, 22. April 2026, 18:00 bis 19:00 Uhr

Ort: Vortrag 11

- *Lungs RADS: Klassifikation und radiologische Beispiele*
18:12 bis 18:24 Uhr
- *Hanse-Studie – Erfahrungen aus thoraxchirurgischer Sicht*
18:24 bis 18:36 Uhr
- *Unklarer Lungenrundherd – neue diagnostische Tools*
18:36 bis 18:48 Uhr
- *GGOs (Milchglasstrübungen der Lunge) – wann operieren?*
18:48 bis 19:00 Uhr

+++++

Oligometastasierung im Abdomen: Leber, Lunge, Peritoneum – viszeralchirurgische Strategien

Termin: Mittwoch, 22. April 2026, 09:27 bis 09:39 Uhr

Ort: Saal 3

+++++

Thoraxchirurgie: Lungenmetastasen verschiedener Primärtumoren

Termin: Mittwoch, 22. April 2026, 09:51 bis 10:03 Uhr

Ort: Saal 3

+++++

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-173

liebendoerfer@medizinkommunikation.org

www.dck2026.de | <https://www.dgch.de>



Thorakoskopische Resektion von Lungenmetastasen mit CT-gesteuerter Methylenblau-Markierung

Termin: Mittwoch, 22. April 2026, 12:27 bis 12:39 Uhr

Ort: Saal 4

+++++

KI-gestützte 3D-Rekonstruktion in der Lungenchirurgie – eine retrospektive Studie

Termin: Mittwoch, 15. April 2026, 14:45 bis 14:54 Uhr

Ort: Stream 1 (DCK.digital)

+++++

Mindestmengenregelung Lungenkarzinom: Auswirkungen auf die thoraxchirurgische Kliniklandschaft

Termin: Donnerstag, 16. April 2026, 18:04 bis 18:08 Uhr

Ort: Stream 2 (DCK.digital)

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-173

liebendoerfer@medizinkommunikation.org

www.dck2026.de | <https://www.dgch.de>



Sitzungshinweise zu neuen Neurotechnologien in der Chirurgie Brain-Computer-Interfaces und Neurotechnologie als Zukunftsthema beim DCK 2026

Leipzig, 14. April 2026 – Ein nach Rückenmarksverletzung ans Bett gefesselter Patient steht mithilfe eines implantierten Stimulationssystems wieder auf. Ein anderer kann seine nach Schlaganfall gelähmte Hand wieder bewegen, weil ein Computer Signale aus dem Gehirn interpretiert und weiterleitet: Was vor wenigen Jahren noch als Zukunftsvision galt, wird zunehmend Gegenstand klinischer Forschung und erster Anwendungen in verschiedenen chirurgischen Fachdisziplinen. Beim **143. Deutschen Chirurgie Kongress (DCK 2026)** diskutieren Chirurginnen und Chirurgen, welche **neuen Chancen Brain-Computer-Interfaces und andere neurotechnologische Verfahren** für die Behandlung von Patientinnen und Patienten eröffnen.

Der DCK ist ein Dachkongress der Chirurgie, an dem **elf chirurgische Fachdisziplinen** teilnehmen. Innovationen entstehen häufig zunächst in einem Spezialgebiet – ihr volles Potenzial entfalten sie jedoch erst im Austausch zwischen den Fächern. Neurotechnologische Verfahren entstehen derzeit vor allem in der **Neurochirurgie**, eröffnen aber auch **neue Ansätze für die Rehabilitation nach schweren Verletzungen** in der Unfallchirurgie, für **funktionelle Therapien in der Orthopädie** oder für **neurologische Folgen von Gefäßerkrankungen**.

Der Kongresspräsident, **Professor Dr. med. Roland Goldbrunner**, Direktor des Zentrums für Neurochirurgie am Universitätsklinikum Köln, setzt mit diesem Schwerpunkt bewusst auf Zukunftstechnologien, die derzeit den Schritt von der Forschung in die klinische Anwendung machen.

Im Programm finden sich unter anderem Sitzungen zu

- Neuralink – Brain-Computer-Interfaces
- Computer-Brain-Interfaces über Spinal Cord Stimulation
- Deep Brain Stimulation – New Options
- Translational Neurotechnology

Für diese Sitzungen konnten **international renommierte führende Forscherinnen und Forscher** gewonnen werden, die aktuelle Entwicklungen und klinische Perspektiven vorstellen.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

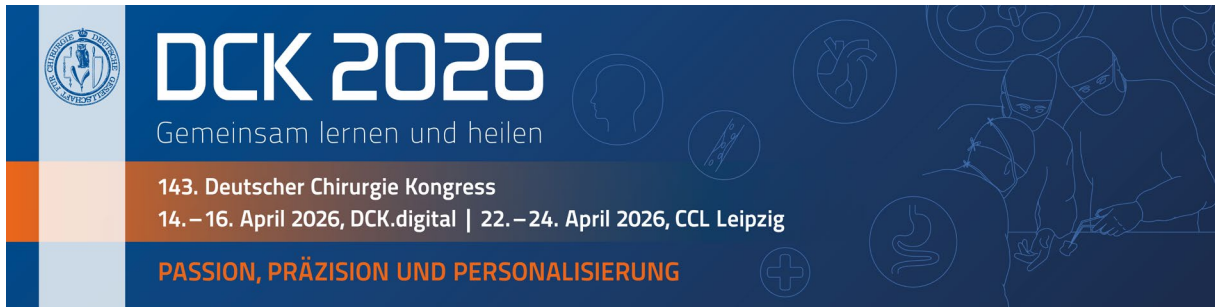
Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-173

liebendoerfer@medizinkommunikation.org

www.dck2026.de | <https://www.dgch.de>



Einige der Veranstaltungen werden zudem live aus dem Kongress übertragen, sodass Interessierte die Diskussionen auch online verfolgen können.

Der interdisziplinäre Austausch beim DCK soll dazu beitragen, neue Ideen schneller in die klinische Versorgung zu überführen – mit dem Ziel, Prognosen zu verbessern und die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten nachhaltig zu erhöhen.

Ausgewählte Terminhinweise zu Neurostimulation / Neurochirurgie auf dem DCK 2026:

Neurotechnology

Termin: Donnerstag, 23. April 2026, 09:15 bis 10:45 Uhr

Ort: Mehrzweckfläche 3 (Live-Übertragung vom Kongress in Leipzig)

Link: <https://pag.virtual-meeting.org/RELEASE/dck2026/de-DE/pag/session/126084>

+++++

Brain-Computer-Interfaces

Donnerstag, 23. April 2026, 11:15 bis 12:45 Uhr

Mehrzweckfläche 3 (Live-Übertragung vom Kongress in Leipzig)

Link: <https://pag.virtual-meeting.org/RELEASE/dck2026/de-DE/pag/session/126096>

+++++

Brain Tumor Surgery

Mittwoch, 22. April 2026, 09:15 bis 10:45 Uhr

Mehrzweckfläche 3 (Live-Übertragung vom Kongress in Leipzig)

Link: <https://pag.virtual-meeting.org/RELEASE/dck2026/de-DE/pag/session/126042>

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Kongress-Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Dr. Adelheid Liebendörfer, Corinna Deckert

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-173

liebendoerfer@medizinkommunikation.org

www.dck2026.de | <https://www.dgch.de>



DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
CHIRURGIE E.V.



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie wurde 1872 in Berlin gegründet. Sie gehört damit im 154. Jahr ihres Bestehens zu den ältesten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften.

Zweck der Gesellschaft ist laut Satzung „die Förderung der wissenschaftlichen und praktischen Belange der Chirurgie“. Neben dem Fortschritt in Forschung und Klinik, dessen kritischer Evaluation und Umsetzung in eine flächendeckende Versorgung zählt dazu auch die Auseinandersetzung mit den politischen und sozialen Rahmenbedingungen des Faches. Die chirurgische Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie die Nachwuchsförderung durch Vergabe zahlreicher Preise und Stipendien an in- und ausländische junge Wissenschaftler sind weitere Kernaufgaben. Kontinuierliche Bemühungen gelten der Pflege internationaler Kontakte und der Beziehung zu den Nachbarfächern, zu Wissenschaftsorganisationen und allen Partnern im Gesundheitswesen.

Der traditionsreiche Deutsche Chirurgie Kongress (DCK) mit seiner schwerpunkt- und gebietsübergreifenden Themensetzung wurde früher ausschließlich in Berlin und nach dem Krieg über 40 Jahre in München abgehalten. Kongressort ist jetzt im jährlichen Wechsel Leipzig, München und Köln.

Eine bereits bei Gründung der Gesellschaft 1872 formulierte Aufgabe, nämlich „die chirurgischen Arbeitskräfte zu einigen“, hat heute eine besondere Bedeutung erhalten. Vor dem Hintergrund der im Jahr 2018 neu strukturierten Weiterbildungsordnung ist es jetzt mit einer neuen Satzung gelungen, alle Säulen des Gebietes Chirurgie (Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Kinderchirurgie, Herzchirurgie, Plastische und Wiederherstellungschirurgie, Thoraxchirurgie, Unfallchirurgie / Orthopädie und Viszeralchirurgie) mit ihren wissenschaftlichen Fachgesellschaften unter dem Dach der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu vereinen. Bereits 2007 waren auch die Neurochirurgen und 2010 die Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen dieser Gesellschaft beigetreten. Sie vertritt mit ihren über die einzelnen Fachgesellschaften assoziierten Mitgliedern damit mehr als 22000 Chirurgen. Es können so die gemeinsamen Interessen besser gebündelt und in einer starken Gemeinschaft nach außen vertreten werden.

Nach jahrelangem Rechtsstreit wurde der Gesellschaft im Jahre 2002 ihre nach dem Krieg durch die DDR enteignete, 1915 gemeinsam mit der Berliner Medizinischen Gesellschaft errichtete Heimstätte, das Langenbeck-Virchow-Haus in Berlin Mitte, wieder rücküberreignet. Renoviert ist es wieder in neuem Glanz erstanden. Dieses symbolträchtige Haus der Chirurgie mit seinem traditionsreichen Hörsaal ist der Sitz mehrerer wissenschaftlich-chirurgischer Fachgesellschaften sowie des Berufsverbandes Deutscher Chirurgen und repräsentiert auch in dieser räumlichen Vereinigung die große Gemeinschaft der Chirurgen.

Weitere Informationen zur Deutschen Gesellschaft für Chirurgie unter www.dgch.de.

Professor Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen
Generalsekretär
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
Luisenstr. 58 / 59
10117 Berlin

Tel.: 030 28876290
Fax: 030 28876299
Mail: info@dgch.de

