FACHÜBERGREIFEND 01.11.2026

BDC-Praxistest: Mixed Teams in der Chirurgie – eine Frage der Zukunftsfähigkeit

Vorwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir beide sind Chefärzte, jenseits der 50 und damit statistisch gesehen ziemlich genau das, wovor der folgende Artikel warnt. Wer im Spiegel das Titelbild einer Debatte erkennt, kann beleidigt sein oder weiterlesen. Wir empfehlen Letzteres, denn es lohnt sich.

Die Autorinnen und Autoren halten uns einen Befund vor, der wehtut. Im PJ-Ranking belegt die Unfallchirurgie Platz 40 von 40, die Viszeralchirurgie Platz 39. Im Fußball hieße das: wir spielen nächste Saison Kreisliga. Gleichzeitig sind zwei Drittel der Medizinstudierenden weiblich, im Schnitt unter 30 und kulturell so vielfältig wie nie. Ein besser gefüllter Talentpool war selten, und selten haben wir so wenig daraus geschöpft.

Warum das so ist, erklärt der Artikel mit einem Begriff, den man sich auf der Zunge zergehen lassen sollte: homosoziale Kooptation. Auf Deutsch: Wir fördern gern Menschen, die uns ähneln. In deutschen Vorständen gab es lange mehr Thomasse und Michaels als Frauen insgesamt.

Dass Teams mit unterschiedlichen Perspektiven besser arbeiten, weiß die Wirtschaft längst. Dass risikoadjustierte Kohortenstudien Chirurginnen günstigere Komplikations- und Mortalitätsraten bescheinigen, sollte selbst den hartnäckigsten Traditionalisten zumindest kurz innehalten lassen. Die Autorinnen und Autoren sind dabei angenehm redlich: Sie behaupten keine überlegene Fingerfertigkeit, sondern verweisen auf Arbeits- und Entscheidungsstile. Das ist eine gute Nachricht für uns alle, denn Stile kann man lernen. Hände tauscht man schwerer.

Was also tun? Der Artikel liefert keine Revolution, sondern etwas Unbequemeres: Hausaufgaben. Respekt, Abbau dysfunktionaler Hierarchien, klare Kommunikation, Mentoring. Nichts davon kostet Millionen, aber alles kostet Überwindung. Und bevor jemand ruft, das sei „New Work"-Folklore für Leute, die nie eine Anastomose genäht haben: Die Autorinnen und Autoren betonen ausdrücklich, dass es nicht um weniger Struktur geht, sondern um die richtige.

Erhellende Lektüre wünschen

Prof. Dr. med. C. J. Krones und Prof. Dr. med. D. Vallböhmer

Der Wandel des Gesundheitssystems geht mit vielfältigen Herausforderungen einher, die sich insbesondere in der Chirurgie grundlegend auf etablierte Versorgungsstrukturen auswirken und eine Modernisierung erforderlich machen. Vor diesem Hintergrund ist der Mangel an künftigen Chirurginnen und Chirurgen zunehmend kritisch zu bewerten und bedroht langfristig die Aufrechterhaltung der chirurgischen Versorgung in Deutschland. Die demografische Entwicklung verschärft den Nachwuchsmangel: Bis 2036 erreichen rund 20 Millionen Erwerbstätige in Deutschland, die sogenannten Babyboomer, das Rentenalter [1]. Auch in der Medizin zeigt sich diese Entwicklung deutlich – mehr als ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte ist über 60 Jahre alt (Abb. 1).

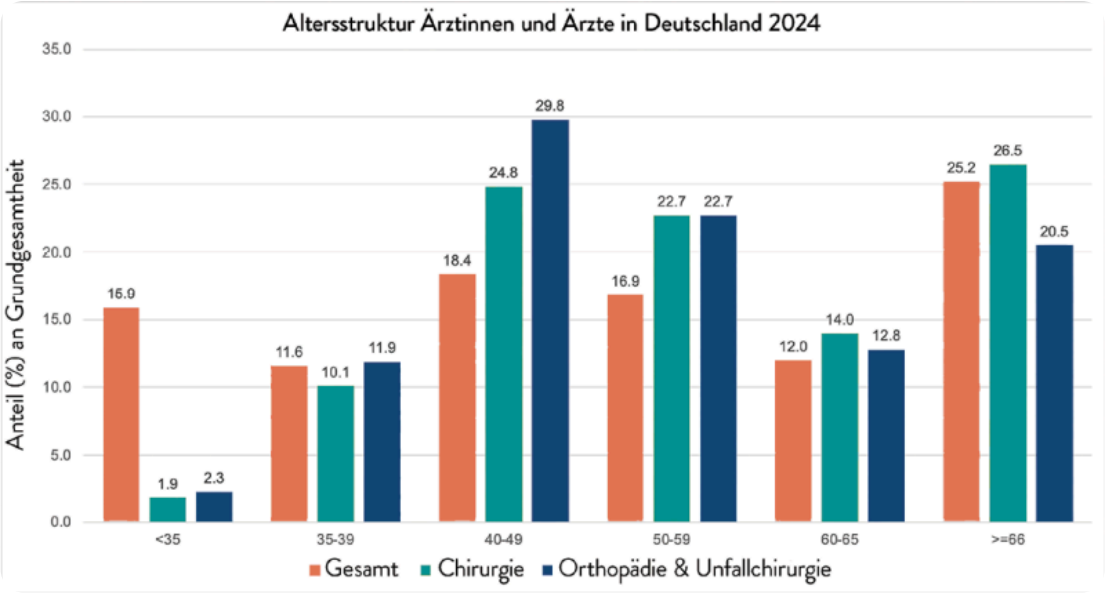

Abb. 1: Altersstruktur der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland 2024; erstellt auf Datengrundlage der Bundesärztekammer, Ärztestatistik zum 31. Dezember 2024

Trotz intensiver Bemühungen von Fachgesellschaften und Berufsverbänden gelingt es bislang nicht, ausreichend Medizinstudierende für unser Fach zu begeistern, so liegt beispielsweise im PJ-Ranking die Unfallchirurgie auf dem letzten Platz (40/40) und die Viszeralchirurgie auf Platz 39 [2]. Dieses Ranking ist alarmierend. Gleichzeitig berichten aktuelle Studien über hohe Raten an wahrgenommener oder erlebter Diskriminierung, sexueller Belästigung und Machtmissbrauch in chirurgischen Kliniken [3]. Die Zahlen, Fakten und das daraus resultierende Image schrecken Medizinstudierende verständlicherweise von einer chirurgischen Laufbahn ab. Plakativ gesehen ist das Bild des Chirurgen nach wie vor das des „alten, weißen Mannes“. Dieses Bild wird durch Statistiken bestätigt: Männer stellen rund 75 % der Chirurgen und über 60% der chirurgisch Tätigen sind über 50 Jahre alt [4]. Demgegenüber sind die Medizinstudierenden zu 65 % weiblich (Abb. 2; [5]) und durchschnittlich unter 30 Jahre alt. Hinzu kommt eine zunehmende kulturelle Vielfalt, etwa ein Viertel der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland hat einen Migrationshintergrund [6].

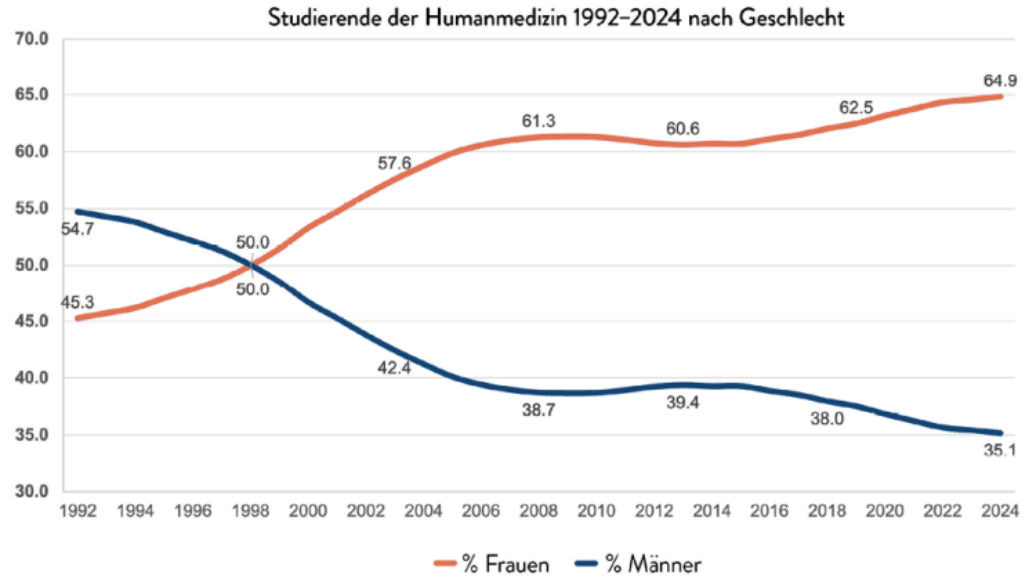

Abb. 2: Studierende der Humanmedizin 1992-2024 nach Geschlecht; erstellt auf Datengrundlage des Deutsche Hochschulmedizin e.V., Statistisches Bundesamt, Stiftung für Hochschulzulassung

Nichtsdestotrotz liegt der Anteil von Chirurginnen insgesamt nur bei etwa 24 %, in der Orthopädie und Unfallchirurgie sogar bei lediglich 18 % [4]. Auch in Führungspositionen sind Frauen weiterhin stark unterrepräsentiert, sodass Vorbilder und Mentoring für weibliche Karrierewege in der Chirurgie rar sind [7]. Aus dieser Diskrepanz entsteht ein Spannungsfeld zwischen Generationen, Geschlechtern und kulturellen Hintergründen – zugleich aber auch ein erhebliches Entwicklungspotenzial für die gezielte Gestaltung leistungsfähiger Teams.

Doch was macht ein chirurgisches Team überhaupt erfolgreich?

Erfolg in der Chirurgie ist mehrdimensional. Als übergeordneter Erfolg zählt für uns Chirurginnen und Chirurgen die höchste Qualität der chirurgischen Versorgung, niedrige Komplikationsraten und eine hohe Patient:innenzufriedenheit – idealerweise im Rahmen zertifizierter Zentren, die zugleich ökonomisch wertvoll für die Kliniken sind. Hinzu kommen eine hohe Mitarbeitendenzufriedenheit durch Förderung und exzellente Weiterbildung bei guter Vereinbarkeit von Familie und Beruf, aus der eine langfristige Mitarbeiterbindung resultiert. Ein weiterer Faktor ist der wissenschaftliche Output in Form von Publikationen und eingeworbenen Drittmitteln, was insbesondere im akademischen Kontext eine Währung des Erfolgs ist.

Wie gelingt es also, diesen komplexen interpersonellen und systemischen Anforderungen an Erfolg in einem chirurgischen Team gerecht zu werden?

Im Operationssaal sind die Determinanten eines leistungsstarken Teams die „6 C“: Communication – Cooperation – Coordination – Cognition – Conflict resolution – Coaching [8]. Erfolg zeigt sich hier im Zusammenspiel von klarer, respektvoller Kommunikation und strukturierten Abläufen, die Patient:innensicherheit und Ergebnisqualität gewährleisten. Gute Chirurgie ist somit immer Teamleistung. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, welche Teamstrukturen diesen Erfolg begünstigen. Groß angelegte Kohortenstudien aus Kanada und den USA bestätigen Chirurginnen ein besseres Patient:innenoutcome hinsichtlich Komplikationsraten und Mortalität [9,10]. Die Ergebnisse wurden risikoadjustiert, um auszuschließen, dass Chirurginnen womöglich „die einfachen Fälle“ behandelt hätten. Die Studien

belegen jedoch keine Kausalität im Sinne „besserer chirurgischer Fähigkeiten“, sondern vielmehr eine Assoziation zwischen unterschiedlichen Arbeits- und Entscheidungsstilen und einer höheren Ergebnisqualität.

Wie können wir das Potenzial von Diversität in chirurgischen Teams nutzen?

Unter Diversität (lat. Vielfalt, Verschiedenartigkeit, Heterogenität) werden in der innersten Dimension stabile Persönlichkeitsmerkmale verstanden [11], zu denen auch – aber nicht ausschließlich – das Geschlecht gehört (Abb. 3). Die aktuelle Debatte fokussiert jedoch häufig verkürzt auf diesen einen Aspekt.

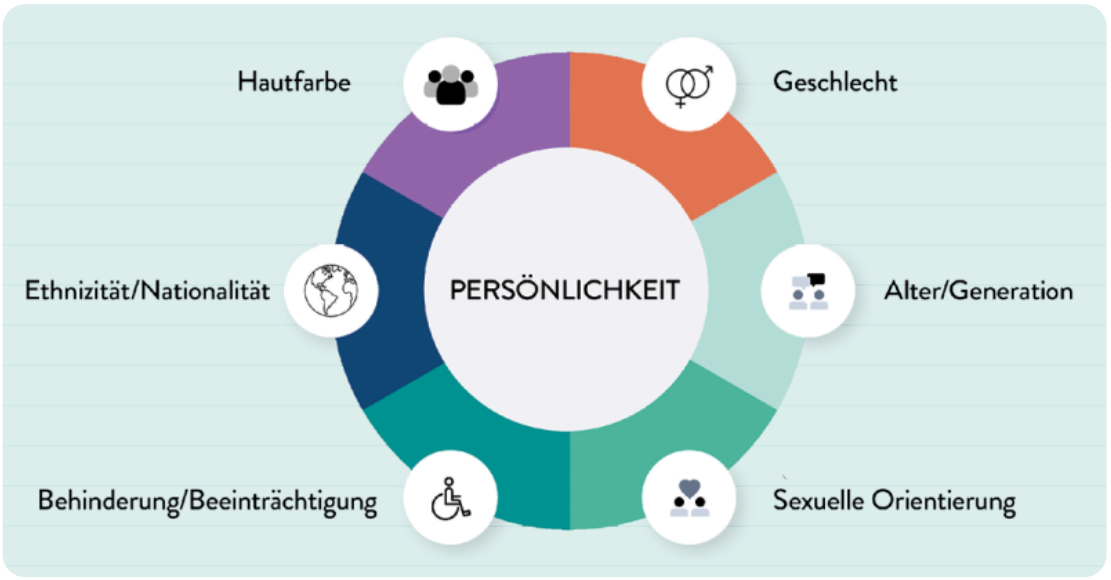

Abb. 3: Innere Dimensionen der Persönlichkeit; adaptiert nach „The Four Layers of Diversity“ nach Lee Gardenswartz & Anita Rowe 1995

Die Dimensionen der Diversität spiegeln sich bereits in verschiedener Ausprägung in unserer Gesellschaft, wie auch unter den Medizinstudierenden wider. Die zentrale Herausforderung besteht darin, diesen diversen Talentpool für die Chirurgie zu begeistern, zu rekrutieren und nachhaltig zu integrieren. Ziel ist es, eine Identifikation mit dem Fach zu ermöglichen und die daraus entstehende Motivation langfristig zu fördern.

„Mixed Teams“ vereinen unterschiedliche Fähigkeiten und Perspektiven, sodass sich die Teammitglieder gewinnbringend in den Behandlungsprozess einbringen können. In der Wirtschaft liegt bereits Evidenz für den Erfolg von „Mixed Teams“ vor. Eine Studie von McKinsey konnte zeigen, dass Unternehmen mit höherer Diversität wirtschaftlich erfolgreicher sind und bessere Teamleistung, höhere Innovationskraft und bessere Talentgewinnung zeigen [12]. Übertragen auf die Chirurgie bedeutet das, dass sich „Mixed Teams“ nicht nur positiv auf die Kultur auswirken können, sondern auch die Ergebnisse, Effizienz und langfristige Zukunftsfähigkeit verbessern können.

Warum fällt es uns also so schwer, Diversität in der Chirurgie zu fördern?

Ein zentrales Hindernis ist die sogenannte homosoziale Kooptation: Menschen neigen dazu, Personen auszuwählen und zu fördern, die ihnen ähnlich sind [13]. Im wirtschaftlichen Kontext wird dies als „Thomas-Kreislauf“ beschrieben – lange Zeit gab es in deutschen Vorständen mehr Personen mit den Namen Thomas und Michael als Frauen insgesamt [14]. Das erklärt, warum sich beispielsweise trotz steigender Zahl von Ärztinnen die chirurgischen Strukturen nur langsam verändern.

Welche Veränderungen sind notwendig?

Um diese strukturellen Barrieren zu überwinden, müssen bewusst Rahmenbedingungen geschaffen werden, die Diversität fördern und integrieren.

Zu den strukturellen Maßnahmen gehört die Entwicklung der folgenden Softskills sowohl auf Führungs- als auch auf Teamebene.:

1. Gegenseitiger Respekt, Wertschätzung, Vertrauen
2. Abbau dysfunktionaler Hierarchien
3. Gemeinsames Verständnis von Teamarbeit
4. Klare Kommunikationsstrategien
5. Etablierung von Mentoring-Konzepten

Diese Aspekte sind eng verknüpft mit Konzepten aus dem Bereich „New Work“: moderne, kompetenzbasierte Führung, transparente Kommunikation und eine Kultur der psychologischen Sicherheit. Gerade in der Chirurgie bedeutet dies nicht weniger Struktur, sondern eine bewusst gestaltete, funktionale Struktur.

Fazit: Die Zukunft der Chirurgie ist divers

Die Chirurgie steht vor einer doppelten Herausforderung: ein steigender Versorgungsbedarf vor dem Hintergrund einschneidender gesundheitspolitischer Reformen bei gleichzeitig sinkender Attraktivität des Fachs und zunehmendem Nachwuchsmangel. Die Antwort darauf liegt nicht allein in Effizienzsteigerung und Digitalisierung, sondern auch in der Ausschöpfung des Rekrutierungspotenzials des diversen medizinischen Nachwuchses. Nur durch einen gelebten Imagewandel hin zu einer wertschätzenden, offenen Kultur in der Chirurgie – ergänzt durch strukturelle Verbesserungen der Arbeitsbedingungen – kann die hohe Versorgungsqualität langfristig gesichert werden.

Die Bewältigung dieser Herausforderung erfordert ein gemeinsames Vorgehen im Zusammenspiel von Erfahrung und Nachwuchs sowie in der konsequenten Einbindung der Vielfalt an Perspektiven, Kompetenzen und Hintergründen, einschließlich einer stärkeren Repräsentation von Frauen in der Chirurgie.

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

Autor:innen des Artikels

Korrespondierende Autorin

Dr. med. Carolina Vogel

Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie
Eberhard Karls Universität Tübingen
BG Klinik Tübingen

Kontakt

Dr. med. Dannik Haas

Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie
Eberhard Karls Universität Tübingen
BG Klinik Tübingen

Dr. med. Tillman L. Krones

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
St. Josefs Hospital Wiesbaden

Dr. med. Johanna Betzler

Chirurgische Klinik
Universitätsmedizin Mannheim

Prof. Dr. med. Tina Histing

Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie
Eberhard Karls Universität Tübingen
BG Klinik Tübingen

Prof. Dr. med. Benedikt Braun, MBA

Stellv. Leiter der BDC|Akademie
BDC-Themen-Referat Nachwuchs
BDC-Themen-Referat Digitalisierung und technische Innovationen
Beauftragter für die Nachwuchsförderung in der Gemeinsamen Weiterbildungskommission Chirurgie
Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie
Eberhard Karls Universität Tübingen
BG Klinik Tübingen

Kontakt

Vogel C, Haas D, Krones TL, Betzler J, Histing T, Braun BB: BDC-Praxistest: Mixed Teams in der Chirurgie – eine Frage der Zukunftsfähigkeit. Passion Chirurgie. 2026 November; 16(11): Artikel 05_02.