Führungskräfteentwicklung als strategische Investition in die Zukunft

Brauchen wir das auch?

In großen Unternehmen der Privatwirtschaft sind Programme zur Entwicklung der Führungskräfte seit Jahrzehnten fester Bestandteil der Personal- und Organisationsentwicklung. Zunehmend hält dieser Ansatz auch Einzug in das Gesundheitswesen: Immer mehr Krankenhäuser etablieren strukturierte Programme zur Entwicklung ihrer Führungskräfte. Für Krankenhausverantwortliche, die bislang kein solches Programm eingeführt haben, stellen sich damit berechtigte Fragen: Braucht es das wirklich? Welcher konkrete Nutzen kann erwartet werden? Welche Probleme lassen sich damit wirklich lösen und welche Ziele sind realistisch? Oder wird lediglich einem Trend gefolgt?

Unternehmen außerhalb des Gesundheitswesens investieren in Führungskräfteentwicklung, weil sie wissen: Führungskräfte beeinflussen nicht nur die Motivation, Zufriedenheit und Bindung von Mitarbeitern, sondern auch die Zusammenarbeit in Teams, die Umsetzung von Veränderungen und letztlich die Leistungs- und Zukunftsfähigkeit der gesamten Organisation. Ein Leadership-Programm kann nachweislich Führungskompetenzen aufbauen und das Verhalten von Führungskräften nachhaltig verändern. Professionell gestaltet kann es als Intervention messbare Verbesserungen auf Organisationsebene bewirken.

Beim Blick aufs Krankenhauswesen wird deutlich: Hohe Arbeitsbelastung, wirtschaftlicher Druck und die Komplexität der Zusammenarbeit vieler unterschiedlicher Berufsgruppen stellen enorme Anforderungen an Führungskräfte. Verhalten sie sich unreflektiert so, wie es ihr natürlicher Instinkt ist oder sie es von ihren Vorgesetzten übernommen haben, können sie zur Gefahr für den Erfolg des Krankenhauses werden. Um die Unternehmensziele zu erreichen, sollten Führungskräfte Arbeitsabläufe effizienter gestalten, Mitarbeiter wertschätzend führen und Veränderungen erfolgreich begleiten können. All das ist nicht nur eine Frage der persönlichen Haltung, sondern kann erlernt werden.

Systematische Führungskräfteentwicklung setzt damit an einem zentralen Einflussfaktor für den Erfolg von Krankenhäusern an. Sie kann strukturelle und gesundheitspolitische Probleme nicht lösen, aber Führungskräfte befähigen, vorhandene Ressourcen besser einzusetzen, Mitarbeiter zu binden und Veränderungsprozesse wirksamer zu gestalten. Die entscheidende Frage lautet daher nicht, ob sich Kliniken ein Führungskräfteprogramm leisten können, sondern eher, ob sie es sich leisten können, darauf zu verzichten.

Rechnet sich Führungskräfteentwicklung?

Führungskräfteentwicklung kostet Geld – keine Frage. Doch was kostet es, auf sie zu verzichten? Schlechte Führung verursacht erhebliche Folgekosten, insbesondere durch hohe Fluktuation und krankheitsbedingte Fehlzeiten. Eine exemplarische Kosten-Nutzen-Rechnung aus dem Buch ‚Der Luxus schlechter Führung' [1] verdeutlicht das Potenzial: Für ein Krankenhaus mit 400 Betten und 950 Mitarbeitern wird für ein umfassendes, dreijähriges Leadership-Programm eine Investition von rund 960.000 Euro veranschlagt. Bereits eine Reduktion der Fluktuation um 15 Prozent und der Fehltage um zehn Prozent ergibt in der Modellrechnung Einsparungen von rund 2,6 Millionen Euro (siehe Abb. 1). Das entspricht einem Return on Investment von 174 Prozent (siehe Abb. 2).

Unternehmen außerhalb des Gesundheitswesens wissen es schon längst: In die Entwicklung von Führungskräften zu investieren, lohnt sich. Denn sie beeinflussen nicht nur die Motivation und Zufriedenheit von Mitarbeitern sowie die Zusammenarbeit im Team, sondern letztlich auch die Leistungsfähigkeit der gesamten Organisation. Bild: unai/stock.adobe.com

Auch die Methodik ist entscheidend: Besonders wirksam sind Leadership-Programme, die theoretisches Wissen, praktische Demonstrationen und eigenständiges Üben miteinander verbinden. Bild: Jacob Lund/stock.adobe.com

Die Rechnung zeigt: Führungskräfteentwicklung sollte nicht als Kostenfaktor, sondern als wirtschaftlich attraktive Investition betrachtet werden – mit einer Rendite, die sich in die Zukunft fortschreiben lassen kann.

Was macht ein Programm erfolgreich?

Nicht jedes Führungskräfteentwicklungsprogramm erzielt die gewünschte Wirkung. Eine Metaanalyse aus dem Jahr 2017 [2] mit 335 Studien und über 26.000 Teilnehmern zeigt, welche Faktoren den Erfolg maßgeblich beeinflussen.
Am Anfang steht eine systematische Bedarfsanalyse: Welche Führungsprobleme bestehen und welche Kompetenzen sollen entwickelt werden? Standardprogramme von der Stange sind für Krankenhäuser weniger erfolgversprechend als Angebote, die auf den tatsächlichen Bedarf zugeschnitten sind.
Auch die Methodik ist entscheidend. Besonders wirksam sind Programme, die theoretisches Wissen, praktische Demonstrationen und eigenständiges Üben miteinander verbinden. Dabei gilt: Führung lernt man vor allem durch Anwendung. Rollenspiele, Fallarbeit und gezieltes Feedback sind deshalb unverzichtbare Bestandteile. Um das beste Verhältnis aus Aufwand und Wirkung des Programms zu erhalten, gilt als Grundsatz: so umfassend wie nötig, so kompakt wie möglich. Zudem sollten Trainings über mehrere Monate verteilt und keine einmalige Kompaktveranstaltung sein. Präsenzformate mit qualifizierten und erfahrenen Trainern fördern insbesondere die Verhaltensänderung.
Jede Klinik muss vorab die Entscheidung treffen, ob die Teilnahme freiwillig oder verpflichtend ist. Hier zeigt die Erfahrung, dass freiwillige Programme insbesondere individuelle Verhaltensänderungen fördern, während verpflichtende Programme stärkere Effekte auf Organisationsebene erzielen. Für Krankenhäuser, die nicht nur einzelne Führungskräfte entwickeln, sondern ein gemeinsames Führungsverständnis etablieren möchten, ergibt sich daraus die Tendenz, das Programm eher verpflichtend durchzuführen.
Dabei sollten Kliniken grundsätzlich zwischen zwei Zielsetzungen unterscheiden: Geht es darum, die individuellen Führungskompetenzen einzelner Führungskräfte zu verbessern, etwa bei Mitarbeitergesprächen oder im Konfliktmanagement? Oder soll darüber hinaus ein gemeinsames Führungsverständnis etabliert und die Führungskultur des gesamten Krankenhauses verändert werden? Letzteres erfordert mehr als ein Trainingsprogramm: Die Klinik muss sich zunächst darüber verständigen, wie Führung künftig gelebt werden soll, und diese Prinzipien anschließend systematisch im Führungsalltag verankern.

Finanzieller Nutzen durch	Jahr 1	Jahr 2	Jahr 3 (und jedes folgende Jahr)	3 Jahre kumulativ
Reduzierte Fluktuation	0 €	760.000 €	1.160.000 €	1.920.000 €
Senkung der AU-Tage	0 €	237.500 €	475.000 €	712.500 €
GESAMTNUTZEN	**0 €**	**997.500 €**	**1.635.000 €**	**2.632.500 €**

Abb. 1: Exemplarische Kalkulation des finanziellen Nutzens durch ein Leadership-Programm (400-Betten-Haus mit 950 Mitarbeitern) Bilder: Andresen/Carstensen

	Jahr 1	Jahr 2	Jahr 3	Jahr 4	Jahr 5
Invest	959.000 €			150.000 €	150.000 €
Wirtschaftlicher Nutzen	2.632.500 €			1.635.000 €	1.635.000 €
Return on Investment (ROI) kumulativ	**175 %**			**285 %**	**369 %**

Abb. 2: Kosten-Nutzen-Analyse (ROI) eines Leadership-Programms, betrachtet über fünf Jahre

Wann Leadership-Programme verpuffen

Drei Fallstricke gefährden den nachhaltigen positiven Effekt von Programmen zur Führungskräfteentwicklung besonders und sind daher zentral, um den Invest nicht zu gefährden.
Mangelnde Passung zwischen Programm und Klinikbedarf: Jede Klinik hat andere Herausforderungen und die Führungskräfte stehen an verschiedenen Punkten. Standardprogramme berücksichtigen nicht immer den konkreten individuellen Bedarf und bleiben so hinter ihrem Potenzial zurück. Deshalb ist eine sorgfältige Analyse zu Beginn entscheidend.
Fehlender Rückhalt durch die Krankenhausleitung: Steht die Klinikleitung nicht geschlossen hinter dem Programm und lebt die angestrebten Führungsprinzipien nicht selbst vor, wird insbesondere ein organisationsweiter Kulturwandel kaum gelingen. In solchen Fällen hören Trainer häufig Sätze wie: „Da müsste erst mal unsere Geschäftsführung ins Seminar."

Verschiedene Fallstricke können den nachhaltigen positiven Effekt von Programmen zur Führungskräfteentwicklung gefährden, unter anderem eine nicht vorhandene Verankerung im Klinikalltag. Bild: pikselstock/stock.adobe.com

Nicht vorhandene Verankerung im Klinikalltag: Nach Abschluss eines Leadership-Programms liegt die Versuchung nahe, die Führungskräfte seien nun ausreichend ausgebildet und ihre Entwicklung damit abgeschlossen. Doch selbst wenn im Training neue Verhaltensweisen erlernt wurden, fallen Führungskräfte im stressigen Klinikalltag häufig in alte Muster zurück. Damit das Erlernte aber tatsächlich Teil des Führungsalltags wird, müssen meist bestehende Abläufe und Standards angepasst werden, was eine Integration erleichtert.

Beispielsweise können die gewünschten und trainierten Führungsprinzipien in Vorlagen für Mitarbeiter- und Feedbackgespräche, Zielvereinbarungen oder das Onboarding neuer Führungskräfte aufgenommen werden. Regelmäßige Treffen der Führungskräfte nach Programmabschluss können ein hilfreiches Format sein, um konkrete Führungsprobleme kollegial zu besprechen und zu überlegen, welche der erlernten Methoden aus dem Training zur Lösung dienen. Die Verstetigung sollte daher bereits bei der Konzeption des Programms mitgedacht werden.

Hilfreiche Fragen an Anbieter von Leadership-Programmen:

- Wie wird der spezifische Entwicklungsbedarf ermittelt?
- Wie hoch ist der Anteil praktischer Übungen gegenüber Theorie?
- Wie wird sichergestellt, dass das Gelernte im Führungsalltag angewendet wird?
- Welche Erfahrung bringen die Trainer konkret aus Krankenhäusern mit?
- Wie wird der Erfolg des Programms gemessen – auch nach dessen Abschluss?

Wie ein professionelles Programm aussehen kann

Ein Beispiel für ein ganzheitliches Vorgehen ist der LTC-Prozess (Leaders Transform Culture), der Führungskräfteentwicklung mit der Weiterentwicklung der Krankenhauskultur verbindet. Das Programm umfasst vier Phasen:

1. Analyse: Zunächst werden die bestehenden Führungs- und Kulturmuster sowie die zukünftigen Herausforderungen der Klinik untersucht.
2. Ausrichtung: Darauf aufbauend entwickelt die Klinik einen gemeinsamen Führungskompass, der beschreibt, welche Werte, Haltungen und Verhaltensweisen künftig die Führung prägen sollen.
3. Training (das eigentliche Leadership-Programm): In mehreren Modulen entwickeln Führungskräfte die dafür erforderlichen Kompetenzen. Praxisübungen, kollegialer Austausch und Transferprojekte unterstützen die Umsetzung im Alltag.
4. Verstetigung: Abschließend werden die Führungsprinzipien in bestehende Prozesse wie Mitarbeitergespräche, Führungskräftefeedback und das Onboarding integriert.

So kann das Programm nicht nur individuelle Führungskompetenzen stärken, sondern auch dazu beitragen, ein gemeinsames Führungsverständnis im gesamten Krankenhaus zu etablieren.

Fazit: Strategische Investition in die Zukunft

Kliniken können es sich kaum noch leisten, Führung dem Zufall zu überlassen. Führungskräfteentwicklung ist eine strategische Investition in die Zukunftsfähigkeit des Krankenhauses, weil sie einen wirksamen Hebel bietet, um die zentralen Herausforderungen der heutigen Zeit im Gesundheitswesen zu bewältigen.

Wer überlegt, ein Leadership-Programm in seiner Klinik einzuführen, sollte vorab zwei Fragen für sich klären: Welche konkreten Probleme sollen gelöst werden? Und steht die Klinikleitung geschlossen hinter dem Vorhaben? Denn nur wenn Zielsetzung, Programmgestaltung und Unterstützung durch die Klinikleitung zusammenpassen, kann Führungskräfteentwicklung ihre gewünschte Wirkung entfalten: die Leistungs- und Zukunftsfähigkeit des Krankenhauses nachhaltig zu stärken.

Literatur:

1. Andresen, P., Carstensen, B. (2026): Der Luxus schlechter Führung: Wie Sie Krankenhauskultur zum Wettbewerbsvorteil machen. medhochzwei Verlag, Heidelberg, ISBN 978-3988001245
2. Lacerenza, C. N., Reyes, D. L., Marlow, S. L. et al. (2017): Leadership Training Design, Delivery, and Implementation: A Meta-analysis. Journal of Applied Psychology, 102(12), S. 1686–1718, https://doi.org/10.1037/apl0000241

Autoren:

Philipp Andresen, Organisationspsychologe und Gründer des Instituts für Unternehmensgesundheit in Berlin

Dr. Benedict Carstensen, Facharzt für Innere Medizin und Master of Health Business Administration

Kontakt:

Institut für Unternehmensgesundheit
Philipp Andresen
Tel.: +49 30 46794727
andresen@unternehmensgesundheit.de

Treatfair GmbH
Dr. Benedict Carstensen
Tel.: +49 7633 8365835
carstensen@treatfair.org

Titelstory:

Mit regionalen Versorgungsstrukturen Voraussetzungen für eine sichere Geburt schaffen

Sicher ins Leben starten

In Sachsen sterben so wenige Neugeborene wie in keinem anderen Bundesland. Ein wesentlicher Grund dafür ist die Konzentration der Versorgung extrem unreifer Frühgeborener auf lediglich drei Zentren der Maximalversorgung. Die niedrige Sterblichkeit ermöglicht es zugleich, den Fokus zunehmend auf die langfristige Lebensqualität der Kinder zu richten. Im Zuge des Umbaus einer der drei Stationen für Früh- und kranke Neugeborene am Universitätsklinikum Dresden wurden umfangreiche räumliche Veränderungen vorgenommen.

In Deutschland hat die Zahl der Geburten 2025 einen Tiefststand erreicht. Gleichzeitig liegt die Qualität der Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen im europäischen Vergleich lediglich im Mittelfeld, wobei sich große regionale Unterschiede zeigen. Gelänge es in Deutschland, die Säuglingssterblichkeit einheitlich auf das Niveau des besten Bundeslandes zu senken, würden jährlich mindestens 600 Kinder mehr überleben.

Wie mit kritischen Situationen umgehen?

Hauptursachen für das Versterben von Neugeborenen sind eine zu frühe Geburt oder bereits vor der Geburt erkennbare Erkrankungen. Aber auch bei einer risikoarmen Schwangerschaft können während der Geburt unerwartet akute Probleme auftreten: An keinem Tag des Lebens ist das Risiko zu versterben höher als am Tag der Geburt. Kommt es in dieser Situation zu einem Notfall, bedarf es einer sofortigen kinderärztlichen Versorgung. Das erfordert die Vorhaltung entsprechender Expertise in der gesamten Region. Frühgeborene und Kinder mit vorgeburtlichen Risiken hingegen profitieren von einer zentralisierten Maximalversorgung.

Um auch in Zukunft trotz fehlender Fachkräfte und demografischen Wandels eine sichere Geburt für alle Schwangeren – auch außerhalb von Ballungszentren – zu gewährleisten, sind neue Konzepte und Versorgungsstrukturen erforderlich. Die regionalen Partner müssen sich miteinander abstimmen, gemeinsame Versorgungspfade definieren, die Eltern als starke Partner einbinden und sicherstellen, dass notwendige geburtshilfliche oder neonatologische Expertise auch im Notfall jederzeit und überall verfügbar ist.

Regierungskommission und Fachgesellschaften empfehlen daher, die Versorgung in einer Region mit ca. 10.000 Neugeborenen in einem perinatalmedizinischen Kompetenzverbund zu strukturieren, in dem ein Maximalversorger mit Einrichtungen verschiedener Versorgungslevel zusammenarbeitet und Geburten nur in Kliniken erfolgen, in denen auch eine sofortige kinderärztliche Versorgung gewährleistet ist.

Vorbild Sachsen

In Sachsen sterben so wenige Neugeborene wie in keinem anderen Bundesland. Das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden (UKDD), eines der drei sächsischen Zentren der Maximalversorgung extrem unreifer Frühgeborenen, gilt dabei seit vielen Jahren deutschlandweit als Vorreiter bei der Verbesserung der Versorgungsqualität dieser Kinder. Die niedrige Sterblichkeit ermöglicht es, den Fokus zunehmend auf die langfristige Lebensqualität der Frühgeborenen zu richten. Gleichzeitig erlaubt die seit längerer Zeit etablierte gute Zusammenarbeit mit den regionalen Partnern, neue Formen der Kooperation zu erarbeiten und umzusetzen.

Mit dem Zentrum für feto/neonatale Gesundheit wurde 2019 der deutschlandweit erste perinatalmedizinische Kompetenzverbund geschaffen. Im aktuellen sächsischen Krankenhausbettenplan wird dem Verbund nicht nur die Koordination der Versorgung zugewiesen, sondern auch die Perspektive eröffnet, dass künftig in ganz Sachsen die Versorgung in Kompetenzverbänden strukturiert sein soll. Zudem bekennt sich der Freistaat als erstes Bundesland dazu, dass es keine stationären Geburten ohne kinderärztliche Expertise geben soll.

Der sächsische Landtagspräsident Alexander Dierks bei seinem Besuch der Kinderintensivstation im Austausch mit Zentrumsleiter Prof. Dr. med. Mario Rüdiger über wichtige Strukturen in Sachsen. Bilder: UKDD

Mit der Neueröffnung der Früh- und Neugeborenenstation KIK-S6 am UKDD verbessern sich die langfristigen Entwicklungsmöglichkeiten der Neugeborenen deutlich.

Weiterentwicklung in Dresden: Eltern im Fokus

Im Zuge des Umbaus einer der drei Stationen für Früh- und kranke Neugeborene am Universitätsklinikum Dresden wurden umfangreiche räumliche Veränderungen vorgenommen, die den modernen Versorgungsstrukturen Rechnung tragen. Mit der Eröffnung der vollständig renovierten Station KIK-S6 sind nicht nur die Voraussetzungen für die telemedizinische Zusammenarbeit mit den Partnerkliniken verbessert worden, sondern es besteht nun erstmals auch die Möglichkeit, bis zu sieben Elternpaare gemeinsam mit ihrem Kind in eigenen Zimmern direkt auf der Station unterzubringen.

Das sogenannte Rooming-in ist insbesondere für Eltern wichtig, deren Kinder sehr früh geboren wurden und weiterhin medizinisch betreut werden müssen. Sobald keine intensivmedizinische Behandlung mehr erforderlich, aber eine Rückverlegung in die Partnerkliniken noch nicht möglich ist, können die Eltern mit auf die Station ziehen und ihr Kind rund um die Uhr selbst versorgen. Das stärkt nicht nur die Eltern-Kind-Bindung, sondern reduziert häufig auch die Dauer des Krankenhausaufenthalts und verbessert die langfristige Entwicklung der Kinder deutlich.

„Mit diesen räumlichen Veränderungen schaffen wir ein Angebot für Eltern aus ganz Ostsachsen und entwickeln unsere deutschlandweit einmalige Versorgungsstruktur für eine gesamte Region weiter“, sagt Prof. Dr. med. Mario Rüdiger, Leiter des Fachbereichs Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin sowie Gründungsdirektor des Zentrums für feto/neonatale Gesundheit.

Langfristige Entwicklung der Kinder im Blick

Während des oftmals mehrere Wochen dauernden Aufenthaltes werden die Familien nicht nur vom engagierten Pflegeteam der Neugeborenenstation begleitet, sondern auch individuell durch das Betreuungskonzept ‚FamilieNetz' unterstützt. Dieser in Dresden entwickelte psychologisch-sozialmedizinische Versorgungsbereich ist deutschlandweit einzigartig.
Mit der Neueröffnung der Station kann das Team des FamilieNetzes zudem einen weiteren wichtigen Baustein für die langfristige Entwicklung der Kinder anbieten: das sogenannte ‚Interaktionszimmer'. Der speziell ausgestattete Raum ermöglicht eine detaillierte Beobachtung und Analyse der Mutter-Kind-Interaktion. Im Mittelpunkt steht dabei die Videoaufzeichnung, die Eltern dabei unterstützt, die Signale ihres Kindes besser wahrzunehmen und darauf reagieren zu können. „Frühgeborene senden andere Signale als normal entwickelte Babys. Um Bindungsstörungen vorzubeugen oder beispielsweise Fütterstörungen frühzeitig auszugleichen, können wir Eltern hier gezielt in der Interaktion mit ihrem Kind begleiten", sagt Josephin Jahnke, Leiterin des FamilieNetzes.

Auch in Zukunft muss eine bestmögliche Versorgung von Frühgeborenen für eine sichere Geburt und ein gesundes Aufwachsen ermöglicht werden.

Innovative Versorgungsstrukturen schaffen

Der Umbau der Station am Universitätsklinikum Dresden ist damit ein weiterer, zwar kleiner, aber wichtiger Baustein, um innovative Versorgungsstrukturen zu schaffen, die auch in Zukunft eine sichere Geburt und ein gesundes Aufwachsen der kommenden Generation gewährleisten. Damit setzt das Universitätsklinikum auch in Zukunft auf eine bestmögliche Versorgung im perinatalmedizinischen Umfeld.
„Wenn wir die Risiken minimieren und die Nachsorgemöglichkeiten optimieren können, dann sind das zwei wichtige Aspekte bei der Betrachtung der Geburtenzahlen in Deutschland. Es geht nicht mehr nur um immer neue rückläufige Zahlen, es geht vor allem auch um die Versorgung der Neugeborenen und deren Familien", ergänzt Professor Rüdiger.

Kontakt:

Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus Dresden
Neonatologie und
Pädiatrische Intensivmedizin
Zentrum für feto/neonatale Gesundheit
Prof. Dr. med. Mario Rüdiger
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Tel.: +49 351 458-3640
mario.ruediger@ukdd.de
www.ukdd.de/fetoneoZentrum

Die neuen Familienzimmer, in denen Eltern ihr Kind rund um die Uhr selbst versorgen können, stärken die Eltern-Kind-Bindung: Dr. Jana Hiekel mit Melanie und ihrem wenige Wochen alten Baby.

Bilder: UKDD

Medica in Düsseldorf richtet ihr Angebot stärker an klinischen Anwendungen aus

Neue Ordnung

Eine neue Themenarchitektur, zusätzliche Konferenzen und Treffpunkte für Klinikleitung und Einkauf werden die Medica vom 16. bis 19. November 2026 in Düsseldorf prägen. Im neu gestalteten ‚Hospital of the Future' sollen Besucher verfolgen können, wie Medizintechnik, IT und Behandlungsabläufe ineinandergreifen. Die parallel stattfindende Compamed zeigt die dazugehörigen Komponenten und Fertigungstechnologien.

Wer die Medica aus den vergangenen Jahren kennt, wird sich im November an einigen Stellen neu orientieren müssen. Die Messe Düsseldorf ordnet das Angebot inhaltlich neu und verändert die Platzierung von Ausstellern und Veranstaltungen. Klinische Aufgaben und Versorgungsabläufe sollen stärker bestimmen, welche Unternehmen gemeinsam in einem Bereich vertreten sind. Krankenhausmanager, Einkäufer und Techniker sollen dadurch leichter zusammengehörige Lösungen finden.
Die Neuordnung setzt einen 2025 begonnenen Veränderungsprozess fort.

Carmen Berger, Hauptverantwortliche der Messe Düsseldorf: „Wir entwickeln Medica und Compamed konsequent weiter von einer klassischen Fachmesse hin zu einer Plattform, die Innovation in konkrete Anwendung übersetzt." Bild: Messe Düsseldorf/Andreas Wiese

„Die Relevanz zählt, nicht die Größe", beschreibt Carmen Berger, Direktorin der beiden Messen, den neuen Anspruch. Dazu sind Befragungen während der vergangenen Messe in die Überarbeitung mit eingeflossen. Die Grundstruktur der Hallenzuordnung bleibt zwar weitgehend erhalten, innerhalb der Bereiche werden die Aussteller jedoch stärker nach klinischen Anforderungen gruppiert.

Fünf Produktbereiche, neue Schwerpunkte in den Hallen

Die neue Themenarchitektur umfasst fünf Hauptbereiche, die die übergeordnete Ordnung des Ausstellungsangebots bilden:

- Klinische Diagnostik und therapeutische Technologien
- Digitale Medizin, Daten und künstliche Intelligenz
- Integrierte Versorgung, Rehabilitation und Homecare
- Gesundheitsinfrastruktur, Herstellung und Qualität
- Gesundheitssysteme, Bildung und globale Gesundheit

Ob medizintechnische Hightech-Produkte, innovative Technologien, medizinische Forschung oder neue Behandlungsmethoden – für alle Messebesucher ist das Passende mit dabei.
Bild: Messe Düsseldorf/Constanze Tillmann

Vom 16. bis 19. November in Düsseldorf: Die Medica und Compamed forcieren ihren Transformationsprozess mit neuen Themen, Programmformaten und Networking-Angeboten. Bild: Messe Düsseldorf/Constanze Tillmann

Für den Rundgang ist daneben die thematische Gliederung der Hallen maßgeblich. Labor und Labordiagnostik sind in den Hallen 1 und 3 angesiedelt. Sport, Prävention und Rehabilitation präsentieren sich in Halle 4. Häusliche Pflege, Verbrauchsmaterialien und Hygiene belegen die Hallen 5, 6, 7a und 7.0. Die Hallen 10 und 11 bündeln unter ‚Healthcare Delivery und Clinical Excellence' Angebote zur Gesundheitsversorgung und klinischen Anwendung. Internationale Gemeinschaftsstände verteilen sich auf die Hallen 7.1, 15 und 16.

Zwei Bereiche verdienen besondere Aufmerksamkeit: In Halle 12 entsteht der ‚Healthcare Transformation Campus', während Halle 17 digitale Gesundheit, Innovationen und Start-ups zusammenführt. Damit verschiebt sich ein Teil des Geschehens gegenüber 2025: Der Start-up Park war im Vorjahr noch in Halle 12 untergebracht. Das dort im vergangenen Jahr gestartete Medica Innovation Forum findet 2026 in Halle 11 statt.

Das Krankenhaus als zusammenhängendes System

Der Healthcare Transformation Campus in Halle 12 umfasst die neue Medica Main Stage, das Hospital of the Future, den Deutschen Krankenhaustag und die Wearables-Konferenz mit zugehörigem Pavillon. Dort finden auch Formate für Klinikleitung und Einkauf statt. Der Campus bündelt damit technische Demonstrationen und Diskussionen über Organisation, Führung und Investitionen.

Besonders für Krankenhausplaner, Medizintechniker und IT-Verantwortliche dürfte das Hospital of the Future interessant sein (siehe auch DGTelemed-Verbandsinfos auf Seite 60/61). Die bereits etablierte Sonderschau wurde für 2026 vollständig neu konzipiert und erweitert. Mehrere Stationen sollen den gesamten klinischen Behandlungspfad in einer vernetzten Krankenhausumgebung abbilden. Gezeigt werden soll, wie Technologien mit Prozessen, Infrastruktur und medizinischer Anwendung zusammenspielen. Besucher können die vorgestellten Lösungen damit im Zusammenhang eines Behandlungsablaufs betrachten und auch die Schnittstellen zwischen Geräten, IT und Arbeitsorganisation genauer prüfen.

Die neue Medica Main Stage übernimmt auf dem Campus die Funktion einer zentralen Bühne. Vertreter aus Medizin, Wissenschaft, Industrie und Politik diskutieren dort unter anderem künstliche Intelligenz, widerstandsfähige Gesundheitssysteme und Präzisionsmedizin.

Eigene Treffpunkte für Klinikführung und Einkauf

Der Deutsche Krankenhaustag bleibt in seiner 49. Ausgabe ein Anlaufpunkt für das Klinikmanagement und ist ebenfalls in Halle 12 angesiedelt. Ergänzend sind ein Hospital Leadership Summit und ein Hospital Procurement Summit vorgesehen. Sie richten sich gezielt an Klinikleitungen und Einkaufsverantwortliche. Damit werden Führungs- und Beschaffungsfragen im Messeprogramm deutlicher sichtbar.

Weitere geplante Angebote sind Women in Health by Medica, Gesprächsrunden für politische und kommunale Entscheider, Masterclasses und geführte Rundgänge mit begrenzter Teilnehmerzahl. Die Investment and Growth Lounge in Halle 17 widmet sich der Gründerszene.

Krisenfestigkeit wird zum Konferenzthema

Premiere mit unmittelbarem Bezug zum Krankenhausbetrieb feiert die 1st German Health Resilience Conference in Halle 11. Messe Düsseldorf und German Health Alliance organisieren die deutschsprachige Konferenz gemeinsam, unterstützt durch den Industrieverband Spec-

taris. Im Mittelpunkt steht die Frage, wie Gesundheitseinrichtungen bei Stromausfällen, Cyberangriffen, Naturkatastrophen und Versorgungsengpässen handlungsfähig bleiben.
Das angekündigte Programm reicht von gesellschaftlicher Widerstandsfähigkeit und staatlicher Verantwortung bis zur Alarm- und Einsatzplanung im Krankenhaus. Der leitende Berliner Branddirektor Karsten Göwecke spricht über die Folgen eines länger dauernden Stromausfalls für die ambulante Versorgung und den Klinikbetrieb. André Solarek, Leiter der Stabsstelle Krisenmanagement an der Charité, befasst sich mit Strom- und Wasserversorgung, IT-Sicherheit, Objektschutz und klaren Zuständigkeiten im Krisenfall. Eine Podiumsdiskussion soll Erfahrungen aus tatsächlichen Krisen mit bestehenden Planungen vergleichen.
Die Konferenz bezieht auch Rettungsdienste, Pflegeeinrichtungen, Apotheken, Behörden, Hilfsorganisationen und die Bundeswehr mit ein. Klinikverantwortliche können so die eigene Notfallplanung im Zusammenhang mit den übrigen Versorgungsstrukturen betrachten.

Wearables näher an der klinischen Anwendung

Neu in Düsseldorf ist die bislang in München veranstaltete Wearable Technologies Conference Europe. Sie findet am 16. und 17. November in Halle 12 statt. Der begleitende Wearable Technologies Pavillon zeigt an allen vier Messetagen Produktentwicklungen. Die Konferenz ergänzt die bereits etablierte Wearables-Ausstellung um ein eigenes Fachprogramm.

Die Medica entwickelt sich weiter – mit neuen Produktwelten, innovativen Formaten, mehr Möglichkeiten für Wissenstransfer, Networking und Inspiration und einem noch stärkeren Fokus auf die Zukunft des Gesundheitswesens. Bild: Messe Düsseldorf/Constanze Tillmann

Zu den angekündigten Themen zählen digitale Biomarker, intelligente Pflaster, Biosensorik und kontinuierliche Patientenüberwachung. Beiträge zu Hospital at Home und perioperativem Monitoring greifen die Frage auf, wie tragbare Systeme die Betreuung über den stationären Aufenthalt hinaus unterstützen können. Weitere Programmpunkte befassen sich mit Therapiebegleitung, Cybersicherheit und regulatorischen Anforderungen. Für Krankenhäuser stellt sich dabei die Frage, wie sich solche Systeme in bestehende Versorgungsprozesse einbinden lassen.

Digital Health und Fachforen

In Halle 17 behandelt die neue Medica Digital Health Stage Anwendungen von KI, Robotik, Cloud-Technologien, Extended Reality und Gesundheitsdaten. Gemeinsam mit dem Start-up Park, der Start-up Stage und der Investment and Growth Lounge bildet sie den Schwerpunkt für digitale Medizin und junge Unternehmen.
Auch die etablierten Fachforen bleiben Teil des Programms. Das Labmed-Forum in Halle 1 und das Infection-Control-Forum in Halle 4 widmen sich Labormedizin bzw. Infektionskontrolle. In Halle 10 sind das Tech Forum und das Medica Econ Forum by TK angesiedelt, in Halle 11 das Emergency and Critical Care Forum und das Innovation Forum. Die Market Entry Stage in Halle 15 ergänzt das Angebot um Fragen des Marktzugangs.
Die Medica Medicine + Sports Conference rückt 2026 näher an das Ausstellungsgeschehen. In Halle 4 wird sie enger mit dem Sports Hub verbunden, um wissenschaftliche Beiträge und praktische Anwendungen in Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation zusammenzuführen.

Neue Tickets für Messe und Konferenzen

Mit der Programmänderung führt der Veranstalter eine neue Ticketstruktur ein. Das Standard-Ticket gilt für Medica und Compamed einschließlich der frei zugänglichen Bühnen, Foren und Sonderschauen. Dazu gehört auch das Hospital of the Future. Es ist als Tages- oder Dauerticket erhältlich.
Das neue Premium-Ticket gilt an allen vier Messetagen und schließt ausgewählte Konferenzen, exklusive Masterclasses und die Premium-Lounge ein. Enthalten sind unter anderem die Medicine + Sports Conference, die Wearable Technologies Conference und der Deutsche Krankenhaustag. Letzterer bleibt organisatorisch eigenständig mit entsprechender Teilnehmerregistrierung. Konferenztickets können auch einzeln erworben werden und enthalten jeweils die Leistungen des Standard-Tickets.

Kontakt:

Messe Düsseldorf GmbH
Stockumer Kirchstraße 61
40474 Düsseldorf
Tickethotline: +49 211 4560-7600
ticket@messe-duesseldorf.de
https://shop.messe-duesseldorf.de
www.medica.de

Mit entwickelte Integrationsplattform unterstützt OP-Alltag in der Universitäts-Frauenklinik Tübingen

Auf neues Niveau gehoben

Der neue OP-Saal der Universitäts-Frauenklinik Tübingen kombiniert eine leistungsstarke 4K-Bildinfrastruktur mit einem ergonomisch optimierten Raumkonzept. Deckenmontierte Monitore sorgen für eine kristallklare Visualisierung des Körperinneren, während der in die Wand eingelassene Screen schnellen Zugriff auf klinische Informationssysteme und eine besonders intuitive Steuerung der OP-Technik ermöglicht. Das modernisierte User Interface sowie die vollständig integrierte Technik schaffen ein ruhiges, intuitives und hochfunktionales Arbeitsumfeld.

Digitale Vernetzung, intelligente Informationssysteme und ergonomisch optimierte Arbeitsplätze verändern den Operationssaal grundlegend. Das Team der Universitäts-Frauenklinik Tübingen gehört zu den ersten Anwendern der neuen Integrationsplattform OR1 X Pro von Karl Storz. Als langjähriger Entwicklungspartner konnte die Klinik ihre Erfahrungen aus dem OP-Alltag in die Weiterentwicklung der Lösung einbringen.
Heute profitieren Ärzte und OP-Teams von einer zentralen Plattform, die Informationen, Bilddaten und Kommunikation intelligent vernetzt und damit Effizienz, Zusammenarbeit und Ergonomie im Operationssaal verbessert. Für die Klinik markiert das Projekt einen wichtigen Schritt in die Zukunft. „Wir sind sehr stolz auf unseren neuen OP“, sagt Prof. Dr. Sara Y. Brucker, Ärztliche Direktorin der Klinik. „Durch die enge Zusammenarbeit von Medizin und Industrie ist etwas ganz Besonderes entstanden. Mit dem Projekt feiert die neueste Generation integrierter OP-Technologie Weltpremiere. OR1 X Pro steht für Professionalität und wird die Arbeit im OP über Fachdisziplinen hinweg nachhaltig verändern.“

Prof. Dr. Sara Y. Brucker, Ärztliche Direktorin der Universitäts-Frauenklinik Tübingen: „Wir sind sehr stolz auf unseren neuen OP. Durch die enge Zusammenarbeit von Medizin und Industrie ist etwas ganz Besonderes entstanden.“ Bild: Universitäts-Frauenklinik Tübingen

Auf Anwenderbedürfnisse zugeschnitten

Die Anforderungen in der modernen Frauenheilkunde sind hoch. Unterschiedliche operative Verfahren, zunehmende Spezialisierung und komplexe Eingriffe verlangen nach flexiblen Lösungen. Für die Verantwortlichen der Universitäts-Frauenklinik stand deshalb von Beginn an fest, dass ein moderner OP weit mehr leisten muss als die reine Integration medizinischer Geräte.
„Der neue OP findet bei unseren Teams eine außerordentlich hohe Akzeptanz“, so Brucker. „Es ist aufregend und spannend, in diesem Umfeld zu operieren. Der Raum wirkt aufgeräumt, wir haben deutlich mehr Platz und die in die Wände integrierten Monitore schaffen eine ganz neue Arbeitsatmosphäre.“ Besonders überzeugt

Die in Wand und Decke integrierten Monitore ermöglichen aus unterschiedlichen Positionen eine optimale Sicht auf relevante Bilddaten und unterstützen ergonomisches Arbeiten im neuen Operationssaal. Bild: Karl Storz

sie die hohe Flexibilität des Konzepts. „Wir haben lange nach einer Lösung gesucht, die unterschiedliche Anforderungen gleichermaßen unterstützt. Mit diesem OP können wir verschiedene Verfahren optimal abbilden und bleiben dabei jederzeit flexibel. Genau das war unser Ziel“, betont die Ärztliche Direktorin.

Bessere Zusammenarbeit durch digitale Vernetzung

Im klinischen Alltag arbeiten zahlreiche Berufsgruppen eng zusammen. Damit Eingriffe reibungslos ablaufen, müssen Informationen schnell verfügbar sein und zuverlässig zwischen den Beteiligten ausgetauscht werden können. „Wir arbeiten heute noch besser als Team zusammen“, sagt Prof. Dr. Bernhard Krämer, stellvertretender Ärztlicher Direktor Gynäkologie. „Die Kommunikationswege sind kürzer geworden und alle Beteiligten verfügen jederzeit über dieselben Informationen. Dadurch können Entscheidungen schneller getroffen und Abläufe effizienter gestaltet werden.“
Die zentrale Verfügbarkeit von Bilddaten, Dokumentationen und Patienteninformationen sorgt dafür, dass die Teams während eines Eingriffs ohne Zeitverlust auf relevante Inhalte zugreifen können. „Wir haben sämtliche Informationen genau dort verfügbar, wo wir sie benötigen“, so Krämer. „Das verbessert die Zusammenarbeit und erleichtert viele Prozesse im Alltag.“

Mehr Ergonomie, mehr Effizienz

Neben der Digitalisierung spielte auch die Ergonomie eine wichtige Rolle bei der Planung des neuen Operationsbereichs. „Die in die Wände integrierten Monitore bringen einen enormen Vorteil mit sich“, so Krämer. „Wir haben kürzere Wege, bessere Sichtachsen und müssen deutlich seltener unbequeme Körperhaltungen einnehmen. Gerade bei längeren Eingriffen macht sich das bemerkbar.“
Auch die Dokumentation profitiert von der technischen Integration. Bild- und Videoaufnahmen, die früher manuell ausgelöst werden mussten, laufen heute im Hintergrund mit. Sequenzen können im Nachgang gesichtet, zugeschnitten und beispielsweise für Kongresse, zur Erläuterung gegenüber Patientinnen oder für die Weiterbehandlung durch andere Ärzte oder Kliniken genutzt werden.

OP-Leitung Sylvia Hinze-Köhler: „Wir haben alle relevanten Patientendaten in einem System. Dadurch können wir sehr schnell auf die benötigten Informationen zugreifen. Das erleichtert die Arbeit im Alltag erheblich.“ Bild: privat

Gleichzeitig unterstützt das Raumkonzept effiziente Arbeitsabläufe. Gut integrierte Systemkomponenten, leicht zu reinigende Oberflächen und ein deutlich strukturierter Arbeitsplatz tragen dazu bei, Reinigungsprozesse zu vereinfachen und im OP-Arbeitsalltag zu entlasten.

Schneller Zugriff auf relevante Informationen

Für das OP-Management sind die Vorteile unmittelbar spürbar. Informationen müssen nicht mehr aus verschiedenen Quellen zusammengesucht werden, sondern stehen zentral bereit. „Wir haben alle relevanten Patientendaten in einem System“, sagt OP-Leitung Sylvia Hinze-Köhler. „Dadurch können wir sehr schnell auf die benötigten Informationen zugreifen. Das erleichtert die Arbeit im Alltag erheblich.“
Besonders wichtig ist aus Sicht des OP-Teams die optimierte Arbeitsplatzgestaltung. Keine störenden, tiefhängenden Monitore, weniger sichtbare Kabel und ein gut integriertes Monitorkonzept schaffen mehr Übersichtlichkeit, unterstützen ergonomisches Arbeiten und vermitteln Sicherheit im Arbeitsalltag. Die Bedienoberflächen können individuell an die Bedürfnisse des Teams angepasst und per Touch oder Maus gesteuert werden.

Strukturierte Einführung und intuitivere Abläufe

Die Einführung des neuen Systems verlief aus Sicht der OP-Koordination strukturiert. Schulungen durch den Hersteller unterstützten die Teams dabei, sich mit den neuen Funktionen und Anwendungen vertraut zu machen. In der Anfangsphase war eine gewisse Eingewöhnungszeit notwendig, um die neuen Abläufe in den täglichen OP-Betrieb zu integrieren. Bei Fragen konnte das Team jederzeit Kontakt zum Anbieter aufnehmen und erhielt zeitnah Unterstützung.
„Das System ist sehr benutzerfreundlich aufgebaut und für das OP-Personal intuitiv zu bedienen“, so Nicole Dreßler, stellvertretende OP-Leitung. Besonders schnell angenommen wurden Funktionen, die den Arbeitsalltag erleichtern und einen schnellen Überblick ermöglichen. Dazu gehören insbesondere die übersichtliche Darstellung, die intuitive Handhabung und die Möglichkeit, Operationen aufzuzeichnen sowie diese für Schulungen, Fortbildungen und die Ein-

Prof. Dr. Sara Y. Brucker (li.) schätzt die in die Wände integrierten Monitore, die für mehr Übersicht und eine moderne Arbeitsatmosphäre im OP sorgen. Bild: Karl Storz

arbeitung neuer Mitarbeiter zu nutzen. Gleichzeitig zeigt der laufende Betrieb, dass die Weiterentwicklung der Lösung ein dynamischer Prozess bleibt.

Eine Plattform für moderne Zusammenarbeit

Die Möglichkeiten der Vernetzung gehen weit über den eigentlichen Operationssaal hinaus. Über die Plattform können Fachleute unkompliziert eingebunden und Informationen standortübergreifend geteilt werden. „OR1 X Pro bietet uns eine hervorragende Plattform", sagt Prof. Dr. Harald Abele, stellvertretender Ärztlicher Direktor Geburtshilfe. „Kommunikation und Zusammenarbeit haben sich spürbar verbessert. Über die Touchpanels können wir Funktionen einfach steuern und bei Bedarf Kolleginnen und Kollegen remote hinzuschalten." Gerade bei komplexen Eingriffen sei das ein großer Vorteil. „Wir werden technisch hervorragend unterstützt. Zusätzliche Expertise kann schnell eingebunden werden, wenn sie benötigt wird", so Abele.
Auch mit Blick auf künftige Entwicklungen bietet die Plattform Potenzial. Weitere KI-basierte Funktionen könnten künftig dabei unterstützen, Dokumentationsaufgaben zu erleichtern, Informationen automatisch strukturierter zu erfassen und organisatorische Abläufe im OP weiter zu optimieren. Entscheidend bleibt aus Sicht der Anwender, dass neue Funktionen zuverlässig arbeiten, gut in bestehende Strukturen integriert sind und der Mensch weiterhin die Kontrolle über Entscheidungen behält.

Prof. Dr. Bernhard Krämer (2. v. r.), stellvertretender Ärztlicher Direktor Gynäkologie, sieht in der digitalen Vernetzung einen wesentlichen Vorteil: Informationen stehen zentral zur Verfügung und fördern die Zusammenarbeit aller Beteiligten.

Internationale Aufmerksamkeit für das Tübinger Konzept

Das innovative Konzept stößt inzwischen weit über die Region hinaus auf Interesse. Fachbesucher aus dem In- und Ausland nutzen die Gelegenheit, die Lösung vor Ort kennenzulernen. Für die Ärztliche Direktorin bestätigt das den eingeschlagenen Weg. „Die Digitalisierung eröffnet uns völlig neue Möglichkeiten. Entscheidend ist dabei immer, dass die Technik die Arbeit der Menschen unterstützt. Genau das erleben wir hier. Die Plattform verbessert Kommunikation, Zusammenarbeit und Effizienz gleichermaßen", so Brucker.
Der eigentliche Mehrwert liege jedoch nicht in der Technologie selbst. „Am Ende geht es immer um eine bestmögliche Versorgung unserer Patientinnen. Wenn Prozesse einfacher werden und Teams besser zusammenarbeiten können, profitieren davon alle Beteiligten", fügt Prof. Dr. Diethelm Wallwiener, Ärztlicher Seniorprofessor, hinzu.

Auch Patientinnen erleben den Unterschied

Die moderne Umgebung und die besondere Atmosphäre werden nicht nur von den Mitarbeitern wahrgenommen. Auch Patientinnen gewinnen schnell Vertrauen

Das innovative Konzept stößt inzwischen weit über die Region hinaus auf Interesse. Fachbesucher aus dem In- und Ausland nutzen die Gelegenheit, die Lösung vor Ort kennenzulernen.

Bilder: Karl Storz

Die Instrumente von Karl Storz sind nahtlos in das moderne OP-Konzept integriert und unterstützen effiziente Arbeitsabläufe bei gynäkologischen Eingriffen.

in die neue Infrastruktur. „Das Team in Tübingen ist unglaublich offen und engagiert", erzählt Bianca R., die im neuen OP-Saal operiert wurde. „Man merkt sofort, dass die Mitarbeiter gerne in diesem OP arbeiten."

Besonders beeindruckt habe sie die internationale Aufmerksamkeit. „Ärzte aus der ganzen Welt kommen hierher, um sich den OP anzuschauen. Das vermittelt einem als Patientin ein sehr gutes Gefühl", betont Bianca R. Positiv sei zudem die Transparenz im Umgang mit den Patientinnen. „Mir wurde sogar erklärt, welche Technik eingesetzt wird und wie alles funktioniert. Dadurch habe ich mich sehr gut aufgehoben gefühlt. Tübingen gehört für mich zu den besten Kliniken Europas. Zu wissen, dass hier mit modernster Ausstattung gearbeitet wird, gibt zusätzliche Sicherheit", sagt Bianca R.

Spürbare Vorteile

Mit OR1 X Pro hat die Universitäts-Frauenklinik Tübingen eine hochmoderne Operationsumgebung geschaffen, die Digitalisierung, Ergonomie und interdisziplinäre Zusammenarbeit konsequent miteinander verbindet. Die zentrale Verfügbarkeit von Informationen, integrierte Kommunikationswege, optimierte Arbeitsabläufe und die Vorbereitung auf zukünftige Anwendungen schaffen spürbare Vorteile für Ärzte, Pflegekräfte und Patienten.

Die bisherigen Erfahrungen zeigen bereits deutlich, welches Potenzial in der nächsten Generation vernetzter OP-Lösungen steckt: mehr Effizienz, bessere Zusammenarbeit, höhere Patientensicherheit und ein Arbeitsumfeld, das den Menschen in den Mittelpunkt stellt. Zugleich zeigt der praktische Einsatz, dass die Lösung gemeinsam mit den Anwendern weiterentwickelt wird, damit neue Funktionen künftig noch besser in die klinischen Abläufe integriert werden können. Damit setzt die Universitäts-Frauenklinik Tübingen ein starkes Zeichen für die Medizin von morgen.

Kontakt:

Karl Storz
Dr.-Karl-Storz-Straße 34
78532 Tuttlingen
Tel.: +49 7461 708-0
presse@karlstorz.com
www.karlstorz.com

Inoperable Patienten profitieren von mehr Zeit für Transport und Transplantation von Spenderherzen

Grenz-Erweiterung gibt neue Hoffnung

Der bisherige Standard bei der Konservierung und dem Transport von Spenderherzen ist seit etwa 60 Jahren die statische Kaltlagerung. Mit rund drei bis vier Stunden ist das Handlungsfenster bei dieser Methode jedoch sehr knapp. Es gibt Transplantatempfänger, bei denen allein die Explantation deutlich länger dauert. Zudem besteht ein hohes Risiko für ein Ischämie-Reperfusions-Trauma, eine der schwerwiegendsten Frühkomplikationen nach einer Herztransplantation. An diesen Schwachstellen setzt ein spezielles medizinisches Transportsystem an. Anstatt das Spenderorgan auf Eis zu lagern, wird es kontinuierlich mit einer oxygenierten, nährstoff- und erythrozytenreichen Lösung durchströmt.

Bei einer Herztransplantation beginnt mit der Entnahme des Spenderherzens eine zeitkritische Phase. Bei der seit Jahrzehnten etablierten statischen Kaltlagerung auf Eis ist das Zeitfenster mit in der Regel drei bis vier Stunden knapp bemessen. In diesem Zeitraum muss das Herz entnommen, zum Transplantationszentrum gebracht und beim Empfänger, der parallel auf den Eingriff vorbereitet wird, implantiert werden. Ein Überschreiten erhöht durch die verlängerte Ischämiezeit das Risiko für dauerhafte Schäden am Spenderorgan.

Bei Patienten mit komplexer anatomischer Ausgangslage kann bereits das operative Vorbereiten auf die Implantation für sich allein mehrere Stunden beanspruchen. Sowohl Voroperationen als auch implantierte Herzunterstützungssysteme können den chirurgischen Aufwand erheblich erhöhen. Ausgeprägte Verwachsungen verlängern die Präparation zusätzlich. Das limitierte Zeitfenster der statischen Kaltlagerung wird damit zu einem Faktor für die Frage, ob eine Transplantation unter vertretbaren Bedingungen überhaupt durchgeführt werden kann, selbst wenn ein passendes Spenderorgan zur Verfügung steht.

Wenn das Zeitfenster zum limitierenden Faktor wird

Welche Schlüsselrolle der Zeitbedarf einnehmen kann, zeigt eine Fallserie des Deutschen Herzzentrums der Charité [1] mit sechs Patienten, die aufgrund der üblichen zeitlichen Begrenzungen der statischen Kaltlagerung ansonsten nicht für eine Herztransplantation infrage gekommen wären. Die chirurgische Präparation der Empfänger dauerte zwischen 389 und 636 Minuten. Im längsten Fall musste das Operationsteam mehr als zehn Stunden für die Vorbereitung des Brustraums einplanen.

Wie unterschiedlich die Ursachen für den außergewöhnlich hohen Zeitbedarf sein können, zeigen die einzelnen Fälle. Eine der Patientinnen war eine 14-Jährige mit linksventrikulärem Unterstützungssystem aufgrund eines angeborenen Herzfehlers. Nach mehreren vorausgegangenen Sternotomien musste ein früherer Transplantationsversuch aufgrund schwerer Blutungen und dem gescheiterten Versuch, die Herz-Lungen-Maschine an die Leistengefäße anzuschließen, abgebrochen werden. Bei einem weiteren Patienten mussten sowohl ein links- als auch ein rechtsventrikuläres Herzunterstützungssystem entfernt werden, eine schwere Infektion der Prothesen erhöhte den operativen Aufwand zusätzlich. Ein anderer Fall erforderte eine kombinierte Herz- und Lebertransplantation.

Die gesamte Konservierungszeit im Zuge der sechs Transplantationen lag zwischen 286 und 487 Minuten. Die mediane Dauer der hypothermen oxygenierten Perfusion betrug 215 Minuten. Bei keinem der sechs Empfänger trat nach der Transplantation eine primäre Transplantatdysfunktion auf. Fünf Patienten überlebten

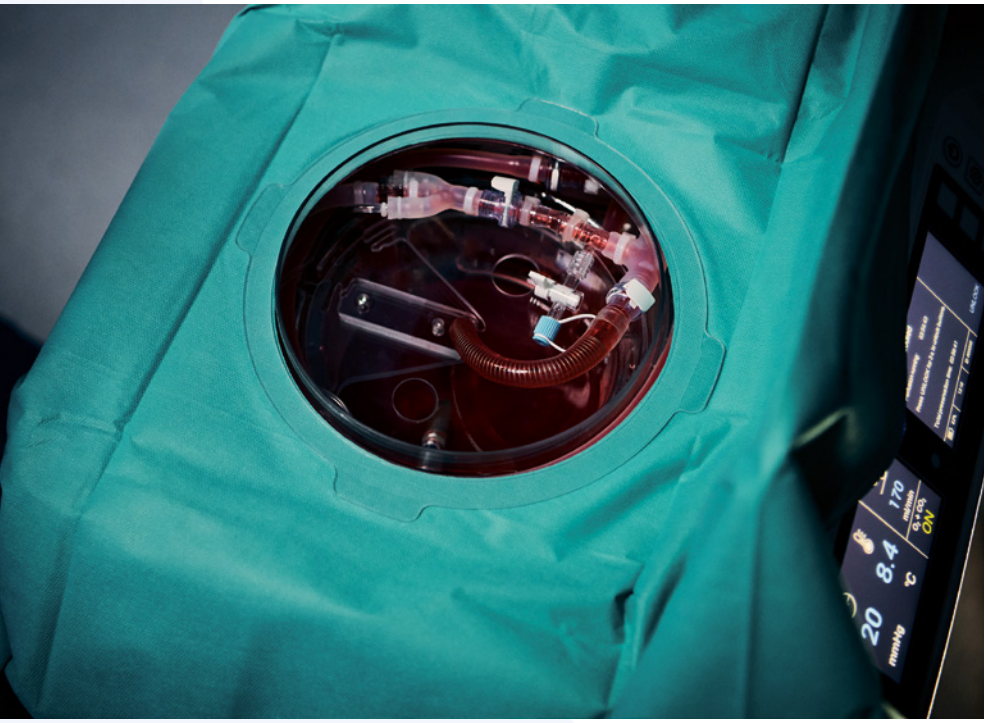
Das tragbare Konservierungs- und Transportsystem ‚Xvivo Heart Assist Transport', das seit August 2026 in der EU CE-gekennzeichnet und damit jetzt auch in Deutschland verfügbar ist, gibt bislang inoperablen Patienten die Chance auf eine Herztransplantation. Bilder: Xvivo

die ersten 30 Tage. Ein dokumentierter Todesfall wurde auf eine schwere immunologische Abstoßungsreaktion und weitere Komplikationen zurückgeführt.
Die Eingriffe machen deutlich, wie stark die Konservierungszeit des Spenderherzens in die Organisation einer Transplantation hineinwirkt. Das Operationsteam muss Organentnahme und Transport eng mit der Vorbereitung des Empfängers abstimmen.

Das Spenderherz wird für die Konservierung und den Transport vorbereitet. Das medizinische Fachpersonal ist für den Einsatz des Transportsystems speziell geschult.

Mehr Spielraum für Vorbereitung und Transplantation

Um die Spenderherzen während der langen Präparationszeiten zu konservieren, setzte das Team in allen sechs Fällen das Konservierungs- und Transportsystem ‚Xvivo Heart Assist Transport' ein, das die Methode der hypothermen oxygenierten Perfusion nutzt. Nach der Entnahme wird das Spenderherz kontinuierlich mit einer sauerstoffreichen, kalten Perfusionslösung durchströmt, die speziell auf Herzen zugeschnitten ist.
Verglichen mit der statischen Kaltlagerung ermöglicht der Xvivo Heart Assist Transport verlängerte Konservierungszeiten. Transplantationszentren erhalten dadurch zusätzlichen Spielraum für den Transport und die Transplantation. Auch weiter entfernte Spenderkliniken können damit in Betracht kommen. Bei geeigneten Distanzen kann die zusätzliche Zeit einen Straßentransport oder die Nutzung eines Linienfluges ermöglichen, womit die Transportkosten gegenüber einem kurzfristig organisierten Sonderflug sinken könnten.
Für den Einsatz im Klinikalltag ist eine standardisierte Einbindung in bestehende Abläufe wichtig. Das Team des LMU-Klinikums München, Standort Campus Großhadern, erstellte für Chirurgen und Perfusionisten eine Schritt-für-Schritt-Anleitung für die Vorbereitung und Anwendung des Systems und schulte die beteiligten Berufsgruppen. Nach zwei bis drei Anwendungen sank die Vorbereitungszeit für das System nach Angaben des Zentrums deutlich. Der Ablauf wurde anschließend als Standard übernommen. Das System wurde dort bei 14 Transplantationen innerhalb der NIHP2019-Studie und in zwei Compassionate-Use-Fällen eingesetzt. Damit lagen Erfahrungen aus 16 erfolgreichen Transplantationen unter Einsatz des Xvivo Heart Assist Transport vor.



Bei der neuen Methode wird das Spenderherz kontinuierlich von einer gekühlten, nährstoffreichen und oxygenierten Perfusionslösung durchströmt.

Bilder: Xvivo

Erfolgreicher Transport über den Atlantik

Welche Konservierungsdauer in einem einzelnen Langstreckentransport erreicht wurde, dokumentiert ein 2024 in *The Lancet* [2] veröffentlichter Fall. Das Spenderherz wurde von den Französischen Antillen nach Paris transportiert. Die Entfernung betrug 6.750 Kilometer. Zwischen der Entnahme und der Transplantation lagen zwölf Stunden und sechs Minuten. Davon entfielen zehn Stunden und 32 Minuten auf die Perfusion mit dem Xvivo Heart Assist Transport.
Der Transport erfolgte in der Passagierkabine eines Linienflugzeugs. Selbst während starker Turbulenzen blieb die Perfusion der Publikation zufolge stabil und ohne Zwischenfälle. Nach der Transplantation nahm das Herz unmittelbar eine normale Funktion beider Herzkammern auf. Bereits zehn Stunden nach dem Eingriff konnte der Patient extubiert werden und 30 Tage später wurde er aus dem Krankenhaus entlassen.

Der Fall veranschaulicht, wie eine verlängerte Konservierungsdauer den geografischen Aktionsradius erweitern und zugleich den Transport über reguläre Flugverbindungen ermöglichen kann.

Früher raus aus der Intensivversorgung

Eine weitere Beobachtung des LMU Klinikums Großhadern betrifft die Dauer der intensivmedizinischen Versorgung. „Der Einsatz des Xvivo Heart Assist Transport war mit einer signifikanten Verkürzung der intensivmedizinischen Behandlungsdauer nach Herztransplantation verbunden. Im Vergleich zu unseren bisherigen Erfahrungen konnten die Patienten deutlich früher von der Intensivstation auf die IMC- oder teilweise direkt auf die Normalstation verlegt werden. Das bedeutet nicht nur eine geringere Belastung für die Patienten, sondern auch eine Reduktion der besonders ressourcen- und kostenintensiven intensivmedizinischen Versorgung“, beschreibt Dr. Christine-Elena Kamla, Herzchirurgin und Transplantationsmedizinerin am Klinikum Großhadern, ihre Erfahrungen.

Für die Krankenhausorganisation ist die Aufenthaltsdauer von besonderer Bedeutung, da sie die Verfügbarkeit spezialisierter Intensivbetten und den damit verbundenen Ressourcenbedarf unmittelbar beeinflusst.

Mehr verwendbare Organe heißt mehr Leben retten

Die dokumentierten Anwendungen verdeutlichen, welche zusätzlichen Spielräume sich aus einer verlängerten Konservierungszeit des Spenderherzens ergeben können. Eine längere Zeit außerhalb des Körpers unter kontrollierten Bedingungen kann nicht nur Transport und Logistik erleichtern, sondern auch die Planung komplexer Eingriffe und letztlich die Nutzung klinischer Ressourcen flexibler gestalten. Für den Einsatz im klinischen Alltag ist dabei entscheidend, dass sich das System nach entsprechender Schulung verlässlich in standardisierte Abläufe und bestehende Logistikstrukturen integrieren lässt.

Für Transplantationszentren kann sich aus dem erweiterten Zeitfenster eine größere Flexibilität bei der Organannahme und Transportplanung ergeben. Auch weiter entfernte Spenderkliniken lassen sich unter Umständen in die Planung mit einbeziehen, ohne dass der verfügbare zeitliche Rahmen in gleichem Maße zum limitierenden Faktor wird. Abhängig von Entfernung und Infrastruktur können neben spezialisierten Transportlösungen auch reguläre Straßen- oder Linienverbindungen infrage kommen. Dadurch kann sich die Abhängigkeit von kurzfristig organisierten Sonderflügen reduzieren und damit potenziell auch der damit verbundene logistische und finanzielle Aufwand.

Gleichzeitig eröffnet ein größerer zeitlicher Puffer mehr Möglichkeiten für die sorgfältige Vorbereitung komplexer Eingriffe. Die zusätzliche Konservierungszeit wird damit nicht nur zu einem Faktor des Organtransports, sondern kann auch dazu beitragen, Abläufe im Transplantationszentrum besser zu koordinieren und vorhandene Ressourcen gezielter einzusetzen.

Mehr Zeit für Transport und Transplantation der gespendeten Organe bedeutet somit letztendlich auch, dass mehr Spenderherzen genutzt und mehr Leben gerettet werden können.

Literatur

1. Stegmann, A., Hennig, F., Mi-Young, C. et al. (2026): Compassionate Use of Hypothermic Oxygenated Perfusion for Donor Hearts: Extending the Boundaries of Heart Recipient Complexity in Heart Transplantation. DOI 10.1016/j.healun.2025.02.1006, www.jhltonline.org/article/S1053-2498(26)01974-1/fulltext

2. Lebreton, G., Leprince, P. (2024): Successful Heart Transplant After 12 h Preservation Aboard a Commercial Flight. The Lancet, Volume 403, Issue 10431, DOI: 10.1016/S0140-6736(24)00258-7

Die verlängerte Konservierungszeit schafft zusätzlichen Spielraum für Transport und logistische Abläufe. So können in geeigneten Fällen auch reguläre Straßen- oder Linienverbindungen genutzt werden.

Autor:

Wolfgang Staschok, Regional Business Manager DACH, Bereich Transplantationsmedizin, Xvivo

Bild: privat

Kontakt:

Xvivo Perfusion AB
Wolfgang Staschok
Gemenskapens gata 9
SE-43153 Mölndal
info@xvivogroup.com
www.xvivogroup.com/contact

Technische Sterilisationsassistentin macht Beruf zum Ehrenamt und hilft den Ärmsten der Armen

Kurswechsel

Mit Ultraschallbädern, Autoklaven und Mikroskopen ist Shaniva Textor bestens vertraut. Die technische Sterilisationsassistentin aus Steinen in Baden-Württemberg arbeitet normalerweise in einer chirurgischen Praxis. Im Juni 2026 wagte die 26-Jährige allerdings einen mutigen Schritt und verlagerte ihren Arbeitsplatz in das über 8.000 Kilometer entfernte Madagaskar. Die internationale Hilfsorganisation Mercy Ships ist in Toamasina für einen humanitären Einsatz vor Ort, bei dem Textor sich für zwei Monate ehrenamtlich auf dem Hospitalschiff der Organisation einbrachte – mit Herzblut, Freude und viel fachlicher Expertise.

Die Not in Madagaskar ist sehr groß. Die medizinische Versorgung entspricht bei weitem nicht europäischen Standards. Im gesamten Land herrscht akuter medizinischer Notstand. Das Gesundheitssystem leidet unter einem drastischen Mangel an qualifizierten Fachkräften, Medikamenten und moderner technischer Ausstattung. In den städtischen Gebieten des Inselstaates gibt es zumindest private Kliniken, die eine grundlegende Erstversorgung anbieten. Schwere Verletzungen und komplexe

Im Juni 2026 wagte Shaniva Textor einen mutigen Schritt und verlagerte ihren Arbeitsplatz ins über 8.000 Kilometer entfernte Madagaskar. Das Hospitalschiff Africa Mercy war für fast zwei Monate ihr Arbeitsplatz.

Krankheiten erfordern meistens eine medizinische Evakuierung in andere afrikanische Länder. Auf dem Land existiert eine medizinische Versorgung nahezu nicht.
Genau hier setzt die vollständig spendenfinanzierte Arbeit von Mercy Ships an. Auf dem Hospitalschiff Africa Mercy werden in Madagaskar beispielsweise gutartige Tumore entfernt, Knochenfehlstellungen korrigiert oder Katarakte operiert. Für die Patienten sind die lebensverändernden Operationen kostenlos. Ziel ist es aber auch, die medizinische Infrastruktur des Landes nachhaltig zu verbessern. Deshalb werden bei jedem Einsatz auch regionale Fachkräfte an Bord geschult.

Überraschende Vertrautheit und neue Herausforderungen

Shaniva Textor fiel der Beginn ihres Einsatzes erstaunlich leicht, weil sie und ihre Kollegen alle den gleichen Hintergrund hatten. Alle verließen ihre vertraute Umgebung, um temporär auf einem Hospitalschiff zu leben und zu arbeiten. „Deshalb verspürte ich auf dem ganzen Schiff eine echte Leichtigkeit und ein heimatliches Gefühl“, so die technische Sterilisationsassistentin (TSA). Ein gutes und schnelles Einarbeiten ermöglichte ihr auch die vorhandene Ausstattung. „Viele Reinigungs- und Desinfektionsgeräte kannte ich von meiner Arbeit in Deutschland. Deshalb musste ich mich

Die 152 Meter lange Africa Mercy bietet Platz für 78 Patienten und ist mit modernsten Geräten ausgestattet. Bilder: Mercy Ships

Durch den ehrenamtlichen Hilfseinsatz als TSA bei Mercy Ships brachte sie viele hilfreiche Erfahrungen mit zurück nach Deutschland.

teilweise gar nicht umgewöhnen“, erinnert sich Textor.

Das völlig neue und ungewohnte Arbeitsumfeld brachte aber auch seine Herausforderungen mit sich. Die fünf Operationssäle auf der Africa Mercy sind während eines Einsatzes oft alle belegt. „Dafür waren wir ein verhältnismäßig kleines Team“, sagt Shaniva Textor rückblickend. Während ihres Hilfseinsatzes bestand das Team der TSA aus fünf Leuten – in Deutschland wäre das gar nicht denkbar. „Auf dem Schiff lief das aber trotzdem perfekt. Wir konnten Hand in Hand arbeiten“, reflektiert die Baden-Württembergerin.

Das Arbeiten auf dem Hospitalschiff war in einigen Punkten spürbar anders als der gewohnte Arbeitsalltag in Deutschland. Hinzu kam, dass an Bord des Schiffes Englisch gesprochen wurde. Das führte gerade im Arbeitskontext zu kleinen Sprachbarrieren. Denn nicht jedem Ehrenamtlichen sind medizinische Fachbegriffe auch im Englischen umfänglich bekannt.

„Das Arbeiten auf dem Schiff fiel mir leichter als in Deutschland“, sagt Shaniva Textor trotz der vielen Veränderungen während ihres Engagements. Das liegt auch daran, dass die ehrenamtlichen Helfer bei der madagassischen Bevölkerung die Erfahrung machen, dass große Not und große Zufriedenheit kein Widerspruch sein müssen. In Deutschland arbeitet die TSA in einer chirurgischen Praxis, in der zum Beispiel Nävi und kleine Tumore entfernt werden. Das Verständnis von Not nimmt sie dort anders wahr. „Auch deutsche Patienten erleben Not, aber mit dem Unterschied, dass sie medizinische Versorgung erwarten könnten. In Madagaskar habe ich gesehen, dass medizinische Hilfe wirklich dringend benötigt wird“, sagt Shaniva Textor.

Medizinische Hilfe für Afrika

Mercy Ships Deutschland e.V., vertreten durch 16 Länderbüros und einen weiteren Standort in Afrika, verbessert mit Hospitalschiffen die medizinische Versorgung in den am wenigsten entwickelten Ländern der Welt. Zum umfangreichen, nachhaltigen Hilfsprogramm zählen spendenfinanzierte Operationen, Fortbildungs- und Schulungsprogramme sowie Infrastrukturprojekte. Seit der Gründung 1978 konnten in mehr als 55 Ländern Hilfeleistungen im Wert von über 1,85 Milliarden Euro erbracht werden, rund drei Millionen Menschen haben direkt oder indirekt von der Arbeit der Organisation profitiert. Jährlich sind im Durchschnitt über 2.500 ehrenamtliche Mitarbeiter aus rund 60 Nationen im Einsatz: Spezialisten aus Chirurgie, Zahnmedizin, Pflege, Gesundheitspädagogik, Schule, Küche, Nautik und Ingenieurwissenschaften.

Begegnungen, die bleiben

In ihrer alltäglichen Arbeit als TSA hatte die Ehrenamtliche keinen Kontakt mit den Patienten. Deshalb nutzte sie sehr gerne die Arbeitspausen, um Patienten auf Deck 7 persönlich zu besuchen. Dort können Crew und Patienten in lockerer Atmosphäre zusammenkommen.

„Wow“, dachte sich Shaniva Textor während der Begegnungen mit den Patienten häufig. „Für jeden Menschen, den ich hier sehe, habe ich die OP-Instrumente

sauber gemacht und war entsprechend auch Teil der Operation." Ob direkter Patientenkontakt oder Arbeiten im Hintergrund – sie ist sich bewusst: „Vielleicht kannten mich die Patienten nicht, aber ich wusste, dass ich meinen Teil dazu beigetragen habe, dass diese Menschen wieder gesund werden."

Eine Situation wird die Baden-Württembergerin nie wieder vergessen. Während einer Schiffsführung begegnete sie einem kleinen Jungen. In eingegipsten Beinen übte er mithilfe eines Gehbocks laufen „Sein Papa stand vor ihm und machte ein Video und feuerte ihn glücklich an. Da sind mir dann echt die Tränen gekommen", schaut Textor gerührt zurück.

Aber nicht nur die Begegnungen mit den Patienten haben Shaniva Textor geprägt, auch die Gemeinschaft mit den Ehrenamtlichen aus aller Welt hat sie fasziniert. „Es gab kaum einen Tag, an dem ich nicht jemand Neuen kennengelernt habe", so Textor. Die räumliche Kompaktheit eines Schiffes lässt die Ehrenamtlichen während ihres Einsatzes automatisch näher zusammenrücken. „Das war jedes Mal ein besonderer Moment, weil ich das Gefühl hatte, dass sich auf dem Schiff jeder ernsthaft für dich interessiert", erzählt die TSA mit einem Lächeln im Gesicht. In Deutschland erlebt sie das oftmals anders.

Autoklaven wie der Amsco 400 Series kennt Shaniva Textor auch von ihrer Arbeit in Deutschland. Aber es gab auch Neues zu lernen wie die Aufbereitung von Bronchoskopen.

Neue Geräte, neue Erfahrungen

Nicht nur menschlich, sondern auch fachlich konnte Textor sich durch den Einsatz weiterentwickeln. „An Bord habe ich unter anderem mit dem Stella-System zur Aufbereitung von Bronchoskopen gearbeitet. mit dem ich in Deutschland bisher keine Berührungspunkte hatte", so die TSA. Auch wenn die Einarbeitung umfangreicher als gedacht war, erlebte sie das als fachliche Horizonterweiterung. „Die Aufbereitung der Bronchoskope ist deutlich aufwendiger, als ich es von anderen Instrumenten gewohnt bin", erinnert sich Textor. „Ich musste mich deshalb erstmal in die einzelnen Schritte und den Umgang mit dem System einarbeiten."

Umso vertrauter dagegen war die Arbeit mit Autoklaven von Amsco sowie Reinigungs- und Desinfektionsgeräten, die Textor auch von ihrer Arbeit in Deutschland her kennt. „Ich war tatsächlich sehr überrascht, als ich den hohen Anspruch an die Standards bei Mercy Ships gesehen habe. Ich konnte trotz leicht unterschiedlicher Ausstattung und Abläufe auf einem sehr vergleichbaren Niveau arbeiten", sagt Shaniva Textor rückblickend über das Arbeiten an Bord der Africa Mercy.

Es überwiegt die Dankbarkeit

Die technische Sterilisationsassistentin blickt auf acht intensive und bewegende Wochen zurück. Shaniva Textor lernte, wie wertvoll und wichtig es ist, sich auch ehrenamtlich im humanitären Bereich einzusetzen, um Menschen in Not eine sichere und bezahlbare medizinische Versorgung zu ermöglichen. Zwei Monate reinigte und desinfizierte sie leidenschaftlich OP-Besteck. „Es waren nicht die großen Dinge, die es auf dem Schiff ausmachten, sondern eher die kleinen Dinge, die kleinen Begegnungen, an die ich in Deutschland noch lange zurückdenken werde", so Shaniva Textor.

Konzentriert bei der Arbeit: Shaniva Textor kontrolliert ein gereinigtes Operationsinstrument an einer Lupenleuchte.

Bilder: Mercy Ships

Autor:

Thomas Sochocki, Referent für Presse und Öffentlichkeitsarbeit, Mercy Ships Deutschland e. V.

Kontakt:

Mercy Ships Deutschland e. V.
Rudolf-Diesel-Straße 5
86899 Landsberg am Lech
Tel.: +49 8191 98550-14
mitarbeiten@mercyships.de
www.mercyships.de