

PASSION

CHIRURGIE

PANORAMA

**CHARITÉ INTENSIV:
GEGEN DIE ZEIT –
INTERVIEW**

im Fokus
WUNDVERSORGUNG

05 | 2025

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGIE

DGCH

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



BDC

Berufsverband der
Deutschen Chirurgie e.V.

~~956,- €~~
399,- €

Für Ihre
jungen
Ärztinnen/
Ärzte

Das neue BDC-Starterpaket

Das günstigste Weiterbildungspaket für die Chirurgie

Das ist drin für Ihre Assistentinnen und Assistenten:

Ein Weiterbildungsseminar

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

Einjährige Mitgliedschaft im Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.

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

Sechsmonatiger Zugang zur Lernplattform Amboss

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

Teilnahme am Deutschen Chirurgie-Kongress

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

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



* Das Seminar muss innerhalb der Mitgliedschaft gebucht werden.

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

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

Wundversorgung

MEDIZINISCH – RECHTLICH – ÖKONOMISCH – FACH- UND SEKTORENÜBERGREIFEND

Peter Fellmer



PD Dr. med. Peter Fellmer
Chefarzt
Klinik für Gefäßchirurgie
Ev. Klinikum Niederrhein Duisburg/
Dinslaken
Stellv. Landesvorsitzender
BDC|Nordrhein
peter.fellmer@evklin.de

Nahezu 1 Million behandlungsbedürftige Fälle von chronischen oder schlecht heilenden Wunden, Kosten für das Gesundheitssystem von geschätzt 8 Mrd. Euro werden als Belastung für das deutsche Gesundheitswesen bezeichnet. Der Wirtschaftsfaktor „Wunde“ führt laut statistischem Bundesamt zu einem geschätzten Umsatz von 175 Millionen Euro im Jahr für die verwendeten Produkte, mit steigender Tendenz.

Hinter jedem Behandlungsfall steht jedoch immer noch ein Mensch, der auf medizinische Hilfe und Versorgung, nicht selten im Tagesabstand, angewiesen ist.

Chronische Wunden führen bei Patienten häufig zu einer massiven Einschränkung der Lebensqualität und zu einem partiellen Verlust der sozialen Teilhabe innerhalb unserer Gesellschaft. Die Gesamtheit der Heilberufe steht hier in einer besonderen Verantwortung.

Eine intensive stationäre Versorgung ist in Zeiten nicht refinanzierter überlanger Liegezeiten zunehmend die Ausnahme. Die ambulante Versorgung chronischer und ausgedehnter Wunden findet überwiegend im schon seit langem überlasteten ambulanten Bereich statt. Die Vergütung im vertragsärztlichen Bereich deckt nicht einmal im Ansatz Kosten für ärztliche Behandlungen im Wochen- oder Tagesrhythmus ab.

Lösungen hierzu entwickelten die beteiligten Berufsgruppen zunehmend aus der Not heraus, die dann von der Politik aufgenommen wurden. Nicht selten als eigene

Erfolge präsentiert. Effektive Wundversorgung ist heute meist ein Zusammenspiel von stationärer und ambulanter Versorgung sowie ärztlichen- und nichtärztlichen Therapeuten.

Die Überwindung und der Umgang mit diesen Schnittstellen stellen das Erfolgsrezept in der individuellen Versorgung von Wundpatienten dar. Der Themenschwerpunkt „Wunde“ nimmt diese Hürden aber auch Möglichkeiten in den Fokus. Wundversorgung aus ärztlicher Sicht, stets der Ausgangspunkt für die Behandlung, darf einerseits nicht unterschätzt werden. Das Erkennen von zugrunde liegenden Erkrankungen, sei es aus den gefäßchirurgischen oder anderen medizinischen und chirurgischen Bereichen, eröffnet erst eine substantielle Behandlung über die Lokalthherapie hinaus.

Andererseits führt nicht jede noch so anspruchsvolle Versorgung der Grunderkrankung zur sofortigen Abheilung der Wunde. Die Übergabe in den ambulanten Sektor und insbesondere in den nichtärztlichen Bereich ist die zweite unersetzliche Stufe der abschließenden Wundheilung.

Der Umgang mit Schnittstellen benötigt jedoch Vertrauen. Vertrauen in die Kompetenz des Behandlungspartners, aber auch in die rechtlichen Rahmenbedingungen.

In allen Bereichen hat sich – zum Wohle des Patienten – sehr viel getan.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen eine aufschlussreiche Lektüre. 

Fellmer P: Editorial. Wundversorgung. Passion Chirurgie. 2025 Mai; 15(05): Artikel 01.



Neuigkeiten aus dem BDC finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik BDC|News.

HERAUSGEBER

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V.
Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.

DGCH

Präsident: Prof. Dr. med. Udo Rolle
Vizepräsidenten: Prof. Dr. med. Christiane Bruns,
Prof. Dr. med. Roland Goldbrunner,
Prof. Dr. med. Jens Werner
Generalsekretär: Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen
(V.i.S.d.P.)
Schatzmeister: Prof. Dr. med. Johann Pratschke

BDC

Präsident: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
V.i.S.d.P.
Vizepräsidenten: Dr. med. Peter Kalbe,
Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg
Geschäftsführerin: Dr. med. Friederike Burgdorf
Justitiar: Dr. jur. Jörg Heberer, Berlin/München

REDAKTION

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer (V.i.S.d.P.)
Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen (V.i.S.d.P.)
Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg
Dr. med. Friederike Burgdorf
Katrin Kammerer (Tel: +49 (0) 30 28004-202 |
passion_chirurgie@bdc.de)

VERLAG

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

DESIGN

Nina Maria Küchler, Berlin

ANZEIGEN

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

ABBILDUNGSHINWEISE

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

ERSCHEINUNGSWEISE UND BEZUG:

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

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

EIGENTÜMER UND COPYRIGHT:

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

eISSN 2194-5578

GERICHTSSTAND UND ERFÜLLUNGORT: BERLIN

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

**INHALT****3 EDITORIAL**

3 Wundversorgung

Peter Fellmer

6 KURZNACHRICHTEN**8 CHIRURGIE**

8

DIE ROLLE DER CHIRURGIE IN DER VERSORGUNG CHRONISCHER WUNDEN

Thomas Karl

16

WAS BENÖTIGEN SPEZIALISIERTE LEISTUNGSERBRINGER ZUR BEHANDLUNG SCHWER HEILENDER UND CHRONISCHER WUNDEN VON CHIRURG:INNEN FÜR EINE GUTE ZUSAMMENARBEIT

Falk Goedecke

20

DELEGATION VON WUNDMANAGEMENT AN NICHTÄRZTLICHES PERSONAL

Jörg Heberer, Nicole Bäuml

24

FORTBILDUNG ZUR WUNDVERSORGUNG MIT AMBOSS – MEINE SUBJEKTIVEN ERFAHRUNGEN

Peter Kalbe



- 26 Das Schädel-Hirn-Trauma im Kindes- und
Jugendalter *Florian Wilhelmy, Peter Zimmermann,
Oliver Deffaa*

- 32 Geschlechtssensible Aspekte in der Herzchirurgie:
Neue Perspektiven und Herausforderungen
Sabine Bleiziffer, Elpiniki Katsari

36 CHIRURGIE⁺

- 36 Akademie aktuell: Webinar-Reihe „Fraktur im
Fokus“ – FAQ *Benedikt Braun*

- 39 **Artzpraxis Tipp:** Aggression und Gewalt
und ihr steigendes Potenzial als
neuer Praxisalltag *Antje Boccatus*

- 42 **Hygiene-Tipp:** Viruzide Händedesinfektion bei
Versorgung von HPV-Patienten *Lutz Jatzwauk,
Martin Groth, Nils Hübner, Wolfgang Kohnen*

- 45 Personalia

46 RECHT

- 46 **F+A:** Konsequenzen bei Nichterfüllung der
vertragsärztlichen Fortbildungspflicht *Jörg Heberer*

- 48 **F+A:** Zugriff auf Patientenakten bei Wechsel
des Krankenhausträgers *Jörg Heberer*

50 GESUNDHEITSPOLITIK

- 50 **BDC-Praxistest:** Bedeutung von Zertifikaten
im Gesundheitswesen – für Zentren,
Gesundheitspolitik und chirurgisch Tätige
Simone Wesselmann, Waldemar Uhl, Jörg Kalff

- 54 Kommentar: Less is more
Carsten J. Krones, Daniel Vallböhmer

- 55 Fachärztliche Weiterbildung: Hausaufgaben erledigen
und Kulturwandel vorantreiben
Olivia Päßler

- 57 **Berufspolitik Aktuell:** Alte Ideen, neu verpackt
Jörg-A. Rüggeberg

58 INTERN

58 DGCH

- 58 Sehr persönlich nachgefragt bei Miriam Rüsseler
- 59 Bericht über die Frühjahrstagung „Medizin & Recht
im Dialog“ der AWMF
- 63 Rekrutierende multizentrische chirurgische
Studien in Deutschland *Solveig Tenckhoff*
- 67 Spendenaufruf Langenbeck-Virchow-Haus

68 BDC

- 68 BDC|News
- 70 BDC | Landesverbände
- 72 Termine BDC|Akademie
- 75 Lifestyle-Angebote im Mai 2025

76 PANORAMA

- 76 Interview mit der Regisseurin der Doku-Serie „Charité
intensiv: Gegen die Zeit“ *Olivia Päßler*

TRENDSTUDIE

„HEALTH START-UPS MADE IN GERMANY“ ZUR ZUKUNFT DES GESUNDHEITSMARKTES



Die Ecclesia Gruppe und die Gesundheitsstadt Berlin haben gemeinsam eine Trendstudie zur Zukunft des Gesundheitsmarktes veröffentlicht. Die Studie „Health Start-ups made in Germany“ beleuchtet aktuelle Entwicklungen, zentrale Herausforderungen und gibt innovative Lösungsansätze für die zukünftige Gesundheitsversorgung in Deutschland.

INNOVATIVE AKTEURE IM GESUNDHEITSEKTOR: START-UPS ALS TREIBER DES WANDELS

Die Studie hebt die Rolle von Start-ups als Innovationsmotor hervor. Health Start-ups made in Germany entwickeln präzisere, effizientere und patientenzentrierte Lösungen. Es geht um ein Gesundheitssystem, das funktioniert, lange, bevor die Menschen krank

werden. Dabei stehen gesellschaftliche Herausforderungen wie Einsamkeit, Depression und Demenz im Fokus. Digitale Gesundheitsdienste, Medizintechnik, Biotechnologie und Pharma gehören zu den wichtigsten Innovationsfeldern. Beispiele sind Marta und ihr Online-Marktplatzmodell für die Vermittlung von Betreuungskräften oder Nuuron, die den neuronalen Code des Gedächtniszentrums gehackt und damit ein digitales Medikament zur Behandlung der Alzheimer Demenz entwickelt haben.

[Mehr Informationen zur Studie...](#)

KOMPAKTES
ONLINE-LEXIKON
ZUR KRANKEN-
HAUSREFORM

Mit der Krankenhausreform, die seit Januar 2025 in Kraft ist, steht die Berliner Krankenhauslandschaft vor großen Veränderungen und Herausforderungen. Das Lexikon der Berliner Krankenhausgesellschaft bietet kompakt und verständliche Erklärungen zu den zentralen Punkten der Reform. Die Themen reichen von A wie Ambulantisierung bis Z wie Zeitplan.

[Zum Online-Lexikon...](#)



ZERTIFIZIERUNG

„NOTFALLCHIRURG – KRISEN- UND KATASTROPHENLAGEN“



In Katastrophensituationen sind hochqualifizierte Ärztinnen und Ärzte unverzichtbar – insbesondere solche, die für außergewöhnliche Situationen und komplexe Verletzungen speziell ausgebildet sind. Die alleinige Facharztqualifikation reicht häufig nicht aus, um den besonderen Herausforderungen gerecht zu werden.

Aus diesem Grund haben die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) und die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) auf Initiative der BG Kliniken und des Sanitätsdienstes der Bundeswehr das Konzept „Notfallchirurg – Krisen- und Katastrophenlagen“ entwickelt. Diese Weiterbildung bietet eine spezialisierte Schulung für die Notfallversorgung bei Massenanfällen von Verletzten (MANV) und lebensbedrohlichen Einsatzlagen (TerrorMANV).

Die Weiterbildung „Notfallchirurg – Krisen- und Katastrophenlagen“ wird von führenden Partnern getragen: der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) und der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU). Gemeinsam mit den BG Kliniken und dem Sanitätsdienst der Bundeswehr garantieren sie ein praxisnahes und fundiertes Ausbildungskonzept, das Sie auf die besonderen Herausforderungen in Katastrophensituationen vorbereitet.

Nach erfolgreichem Abschluss erhalten Sie das Zertifikat der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie.

Mehr Informationen und Kontakt: <https://www.auc-online.de/notfallchirurg/>

Link auf bdc.de: <https://www.bdc.de/zertifizierung-notfallchirurg-krisen-und-katastrophenlagen/>

SURGEON TALK PODCAST

WUNDMANAGEMENT NEU GEDACHT!



Wenn ein Thema in die Chirurgie gehört und chirurgischer nicht sein kann, dann alles rund um das Wundmanagement. Was zunächst selbstverständlich klingt, erweist sich spätestens beim zweiten Blick als komplexes Thema. Welches moderne Wundprodukt soll bei welcher Wunde in welcher Wundheilungsphase zum Einsatz kommen? Weshalb kann es zu Wundheilungsstörungen kommen? Und wie heilen Wunden überhaupt? Hier ein kompaktes und übersichtliches Update mit einer wirklichen Wundexpertin, Dr. Iris Schumacher. Viel Spaß beim Zuhören!

Hier geht's zum Podcast...



IM FOKUS

Wund- versorgung



Die Rolle der Chirurgie in der Versorgung chronischer Wunden

Thomas Karl



Dr. med. Thomas Karl
Direktor
Zentrum für Gefäßchirurgie und
Endovascularchirurgie
SLK Kliniken Heilbronn GmbH
thomas.karl@slk-kliniken.de

Das deutsche Gesundheitssystem steht in den nächsten Jahren vor immensen Herausforderungen. Die politisch gewünschte Zentralisierung und hieraus folgende Reduzierung stationärer Leistungserbringer sowie die Verschiebung von Behandlungen in den ambulanten Sektor wird auch für die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden zu noch nicht absehbaren Verwerfungen und vermutlich auch zu einer Verschlechterung der Behandlungsqualität, der ohnehin oftmals bereits unterversorgten Patienten führen. Es ist zumindest nicht vollkommen abwegig in Frage zu stellen, ob die angestrebte Verbesserung der Versorgungsqualität mit den verabschiedeten Gesetzen zu erreichen sein wird. Auch wenn noch nicht absehbar ist welche konkreten Auswirkungen das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) auf die Krankenhauslandschaft haben wird, ist davon auszugehen, dass es einer erheblichen Anstrengung bedürfen wird, dem Zuwachs an Menschen mit chronischen Wunden flächendeckend und wohnortnah zukünftig gerecht zu werden.

EPIDEMIOLOGIE

Derzeit sind geschätzt mindestens 950.000 nicht heilende Wunden pro Jahr behandlungsbedürftig [1]. Aufgrund der altersbedingt zunehmenden Prävalenz verschiedener Wundentitäten, der Zunahme von Gefäßerkrankungen, metabolischem Syndrom und Diabetes mellitus, demographischen Effekten und der steigenden Lebenserwartung muss von einer weiteren

Zunahme von Menschen mit chronischen Wunden ausgegangen werden, sofern nicht Maßnahmen zur Prävention und frühzeitigeren Behandlung ergriffen werden. Die sozioökonomischen Belastungen sind bereits jetzt immens und stellen mit ca. 8 Mrd. € jährlich die höchsten singulären Gesundheitsausgaben in Deutschland dar und wären bei rechtzeitiger Intervention und koordinierter Versorgung zu weiten Teilen vermeidbar [2, 3].

Der überwiegenden Zahl chronischer Wunden liegt eine Erkrankung des Gefäßsystems oder eine mechanische Druckbelastung (diabetisches Fußsyndrom und Dekubitus) zugrunde. Eine dauerhafte Abheilung ist auch bei Einsatz moderner Lokaltheraeutika ohne suffiziente Kausaltherapie nicht zu erzielen. Aus diesem Umstand resultiert die Notwendigkeit einer zeitnahen Diagnostik, an erster Stelle die Erhebung des arteriellen und venösen Gefäßstatus. Gefäßchirurg:innen und Gefäßmediziner:innen kommt eine Schlüsselrolle in Diagnostik und (Kausal-) Therapie chronischer Wunden zu. In der oftmals fehlenden Abklärung und langwierigen Behandlungsversuchen ohne adäquate Kausaltherapie liegt einer der Hauptgründe für die hohen Behandlungskosten und fehlende Abheilung.

STATUS QUO

Trotz vielfältiger Bemühungen in den vergangenen Jahrzehnten, Angehörige medizinischer Assistenzberufe mit weitreichenden Kompetenzen auszustatten (u. a.

Karl T: Die Rolle der Chirurgie in der Versorgung chronischer Wunden. Passion Chirurgie. 2025 Mai; 15(05): Artikel 03_01.



Mehr Artikel zum Thema „Wundversorgung“ finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Fachgebiete | Fachübergreifend.

Heil- und Hilfsmittel-Versorgungs-Gesetz (HHVG), Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL)) und deren Qualifikation durch entsprechende Weiterbildungen zu verbessern, wird die therapeutische und wirtschaftliche Verantwortung auch in Zukunft *eine ärztliche Aufgabe bleiben*. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit, sich dem Krankheitsbild chronische Wunde mit verstärktem Interesse zu widmen und Behandlungskompetenzen zu erwerben.

Die Therapie chronischer Wunden ist komplex, zeitaufwändig und mit einem hohen Ressourceneinsatz verbunden. Es bedarf regelhaft einer interdisziplinären und koordinierten interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Arzt und Pflege. Trotz erheblichen finanziellen Aufwendungen sind Wundpatienten überwiegend alles andere als optimal versorgt. Die Ursachen hierfür sind vielfältig. Entscheidend erscheint der Umstand, dass es insbesondere an der Koordination der zahlreichen Akteure (Arzt, ambulanter Pflegedienst, Facharzt, Sanitätshaus, Wundmanager, Orthopädietechnik, Podologie) scheitert.

Nach wie vor kommen als obsolet angesehene Produkte in der Lokalthherapie zum Einsatz und werden benötigte Hilfsmittel, beispielsweise Materialien zur Kompressionstherapie oder Druckentlastung, nicht verordnet. Hausärzte und auch Fachärzte sind mit der Behandlung von Wundpatienten häufig überfordert. Der überwiegend fehlende Nutznachweis der allermeisten zugelassenen Verbandsprodukte erschwert die Erstellung von evidenzbasierten Handlungsempfehlungen, sodass auch die aktualisierte S3 LL zur Lokalthherapie chronischer Wunden vielfach wage bleibt und lediglich good clinical practice (GCP) Empfehlungen aussprechen kann [4].

Der nachvollziehbare, seit Jahren seitens der meisten Hersteller ignorierte Auftrag des Gesetzgebers, einen Nutznachweis durch qualitativ hochwertige Studien zu erbringen, hat zu einer Änderung der Arzneimittel-Richtlinie für Wundprodukte

geführt (AM-RL Va, Gruppe 3. Sonstige Produkte). Von der Verordnungs- und somit auch Erstattungsfähigkeit sollen demnach zukünftig alle Produkte ausgeschlossen werden, die eine zusätzliche pharmakologische, immunologische oder metabolische Wirkung **in** der Wunde entfalten und keinen Nutznachweis im Rahmen qualitativ hochwertiger Studien erbracht haben. Auch wenn die Übergangsfrist zur Erstattungsfähigkeit nun nochmal bis zum 02. Dezember 2025 verlängert wurde,

“ EIN ERHEBLICHER TEIL DER IMMENSEN FINANZIELLEN AUFWENDUNGEN LIESSE SICH DURCH PRÄVENTIVE MASSNAHMEN SOWIE ENTSPRECHENDE VERBESSERUNGEN, INSBESONDERE DURCH EINE FRÜHZEITIGERE DIAGNOSTIK UND KAUSALTHERAPIE, REDUZIEREN.

steht zu befürchten, dass hierdurch eine Verschlechterung der Wundversorgung im ambulanten Bereich resultieren wird. Insbesondere für die Lokalthherapie von kritisch kolonisierten oder infizierten Wunden werden viele Produkte, die bis dato in derartigen Situationen zum Einsatz kamen, zukünftig nicht mehr zur Verfügung stehen, u. a. wirkstoffhaltige, nicht formstabile Hydrogele, silberhaltige und auch antiseptikahaltige Wundauflagen. Stark

bezweifelt werden darf, dass die Medizinproduktehersteller zeitnah bis zum Ablauf der (schon mehrfach verlängerten) Übergangsfrist qualitativ den Forderungen des IQWiG entsprechende RCTs vorlegen werden, um den geforderten medizinischen Nutznachweis ihrer Produkte zu erbringen [5].

Fehlender Nutznachweis und mangelhafte Evidenz für Lokalthapeutika, die unzureichende Koordination unter den Leistungserbringern, unzureichende, zu späte Abklärung und unterlassene Kausaltherapie sind nur einige Aspekte, an denen es bei der medizinischen Versorgung von nahezu einer Millionen Wundpatient:innen in Deutschland mangelt. Ein erheblicher Teil der immensen finanziellen Aufwendungen ließe sich durch präventive Maßnahmen sowie entsprechende Verbesserungen, insbesondere durch eine frühzeitigere Diagnostik und Kausaltherapie, reduzieren. Ein weiterer Grund für die unzureichende Behandlungsqualität liegt nicht zuletzt in der schlechten sowohl ärztlichen und insbesondere auch pflegerischen Vergütung vor allem im ambulanten Sektor, aber auch mangelndem ärztlichem Fachwissen und Interesse.

MASSNAHMEN ZUR VERBESSERUNG DER BEHANDLUNG VON MENSCHEN MIT CHRONISCHEN WUNDEN

Dem optimierten Ressourceneinsatz von Personal, Material bei gleichzeitiger Effizienzsteigerung mit dem Ziel einer optimierten Behandlungsqualität kommt in Zukunft noch größere Bedeutung zu. Einer wachsenden Zahl an versorgungsbedürftigen Wundpatienten stehen eine immer geringere Zahl an Fachkräften, reduzierte finanzielle Ressourcen und stationäre Behandlungseinrichtungen gegenüber. Diesen Herausforderungen wird sich nicht alleine mittels gesetzgeberischer Aktivitäten begegnen lassen. Es bedarf zahlreicher Maßnahmen, um die Behandlung effizienter zu gestalten und die Kosten pro Wundpatient zu reduzieren:

1. ZEITNAHE UND FRÜHZEITIGERE DIAGNOSTIK

Die Kausaltherapie der zugrundeliegenden Ursache ist **die** entscheidende therapeutische Maßnahme, um Behandlungsdauer und -kosten maßgeblich zu reduzieren. Dies setzt eine zeitnahe (fachärztliche-gefäßmedizinische) Diagnostik voraus. Chronische Wunden sollen frühestmöglich, spätestens bei unter phasengerechter Lokalthherapie mehr als 6 Wochen ausbleibender Heilungstendenz einem in der Wundbehandlung und Gefäßdiagnostik erfahrenen (Fach-) Arzt vorgestellt werden. Die Abklärung erfolgt nach der sogenannten ABCDE-Regel (A = Anamnese, B = Bakterien, C = Clinical examination, D = Durchblutung, E = Extras, z. B. Histologie, Labordiagnostik) [6].

ABCDE-Regel [6]

A = Anamnese
B = Bakterien
C = Clinical examination
D = Durchblutung
E = Extras, z. B. Histologie, Labordiagnostik

2. SUFFIZIENTE KAUSALTHERAPIE

Ohne Behandlung der zugrunde liegenden Ursache wird die Abheilung einer chronischen Wunde nicht zu erzielen sein. In mehr als der Hälfte der Fälle ist eine Erkrankung des venösen und/oder arteriellen Gefäßsystems für die Entstehung einer chronischen Wunde ursächlich. Bei venös bedingten Ulzerationen ist eine suffiziente Kompressionstherapie mittels Mehrlagenkompressionsverbänden oder medizinischen Kompressionsstrümpfen unverzichtbar. Fakultativ kommen chirurgische Maßnahmen zur Verbesserung der venösen Hämodynamik und Ausschaltung eines venösen Refluxes in Betracht. Bei arteriellen Durchblutungsstörungen ist eine interventionelle oder operative Revaskularisation obligat. Bei druckbedingten

Läsionen (Decubitus oder dem neuropathischen diabetischen Fußsyndrom) sind grundsätzlich Maßnahmen zur effektiven (inneren) Druckentlastung (z. B. durch Verordnung geeigneter Hilfsmittel, Lagerungssorhtesen, Interimsschuhe oder orthopädischer Maßschuhe) und fakultativ operative Maßnahmen zur Defektdeckung und insbesondere zur Rezidivprophylaxe erforderlich.

3. PHASENGERECHTE WUNDBEHANDLUNG

Die Lokalthherapie soll phasengerecht erfolgen. Hierzu stehen eine Vielzahl an Wundaufgaben und -produkten zu Verfügung. Sogenannte sonstige Produkte nach AM-RL Anlage VA Gruppe 3 sind nach wie vor im Rahmen der Übergangsfrist bis zum 02.12.2025 erstattungs- und verordnungsfähig! Hierunter fallen sämtliche Produkte, die durch eine zusätzliche pharmakologische, immunologische oder metabolische Wirkweise die Wundheilung aktiv beeinflussen. Als obsolet angesehene Produkte (z. B. Farbstoffe, Lebensmittel) haben keinen Stellenwert mehr in der Lokalthherapie chronischer Wunden. Wie zukünftig, nach Auslaufen der Übergangsfrist kritisch kolonisierte oder infizierte Wunden ambulant lokal antiinfektiös therapiert werden sollen, ist unklar. Es steht zu befürchten, dass (noch) häufiger systemisch Antibiotika verordnet werden und Patienten vermehrt zur stationären Behandlung eingewiesen werden. Eine regelmäßige periodische aktive Wundreinigung, im Bedarfsfall ein (regelmäßiges) Wunddebridement zur Entfernung von Nekrosen und Biofilm ist eine unerlässliche Maßnahme, die im ambulanten Sektor lediglich sporadisch durchgeführt wird. Ein mechanisches oder auch scharfes Debridement bis **an** intakte Strukturen ist prinzipiell eine auf die Pflege delegierbare Tätigkeit, sofern die jeweilige Person über eine ausreichende Kompetenz verfügt. Dies zu beurteilen, obliegt dem behandelnden Arzt. Ein chirurgisches Debridement bis **in** intakte Strukturen hinein ist dahingegen eine obligat ärztliche Tätigkeit.

4. PATIENTEN- UND ANGEHÖRIGENSCHULUNG

Patientenberatung und Patientenedukation sind Strategien, die darauf zielen, die Selbststeuerungsfähigkeit zu verbessern. Die Schulung von Patienten und Angehörigen ist explizit durch den GB-A in der HKP-Richtlinie gefordert und dient der Entwicklung von Eigenkompetenzen, beispielsweise zur Optimierung einer Druckentlastung oder zum Erkennen und Vermeiden von wundheilungshemmenden Einflussfaktoren. Vor allem bei chronischen Krankheiten unterstützen sie Betroffene dabei, das Leben eigenverantwortlich zu bewältigen und aktiv am Heilungsprozess zu partizipieren [7].

5. VERBESSERUNG DER SCHNITTSTELLEN ZWISCHEN STATIONÄREM UND AMBULANTEM SEKTOR

Die Vermeidung von Versorgungsbrüchen zwischen dem stationären und ambulanten Sektor ist von erheblicher Bedeutung. Oftmals scheitert eine frühzeitigere Entlassung aus der stationären Behandlung an einer fehlenden kompetenten ambulanten Weiterbehandlung. Regelmäßige, periodische mechanische Wundreinigungen finden mangels Zeit, adäquater Vergütung, ausreichender Qualifikation sowie Unsicherheiten hinsichtlich der Übertragbarkeit derartiger Maßnahmen nicht statt und sind einer der Gründe für eine erneute Verschlechterung der Wundverhältnisse. Unbegründete Therapiewechsel (z. B. wg. fehlender Produktkenntnisse, persönlicher Vorlieben) nach Entlassung aus der stationären Behandlung sollten vermieden werden. Die Versorgung mit entsprechendem Verbandmaterial muss an der Schnittstelle bis zur Folgeverordnung gewährleistet werden.

6. ERWEITERUNG DER HANDLUNGSKOMPETENZEN IN DER PFLEGE

Die HKP-Richtlinie vom 17.09.2020 stärkt die Rolle besonders qualifizierter

Pflegefachkräfte in der Behandlung chronischer Wunden [8]. Die Wundversorgung ist durch Nr. 31 a Bestandteil der HKP-Richtlinie geworden und soll demnach nur noch von Leistungserbringern erfolgen, die durch entsprechende Qualifikationsmaßnahmen (für die fachliche Leitung 168 Unterrichtseinheiten, für wundversorgende Pflegekräfte 84 Unterrichtseinheiten) entsprechende Kenntnisse und Fertigkeiten erworben haben. Grundsätzlich sind diese Maßnahmen sinnvoll und wünschenswert. Die flächendeckende Umsetzung scheitert aber bislang an hohen Kosten für die Qualifikationsmaßnahmen, fehlendem Fachpersonal, um Freistellungen hierzu zu ermöglichen sowie bürokratischen Hürden. Darüber hinaus müssen die sogenannten spezialisierten Leistungserbringer nach § 132a Abs. 4 SGB V Versorgungsverträge mit den Kostenträgern abschließen, deren Eckpunkte bislang nicht einheitlich geregelt sind. Das Ziel, eine qualitativ hochwertigere, interprofessionelle ambulante Versorgungsstruktur zu schaffen ist trotz der bisherigen Bemühungen des Gesetzgebers bislang nicht erzielt worden. Gleichzeitig erfordern die Umwälzungen, die das KHVG u.a. durch eine Reduktion stationärer Kapazitäten mit sich bringen wird, eine rasche Optimierung ambulanter Versorgungsstrukturen.

7. NIEDRIGSCHWELLIGER INFORMATIONSAUSTAUSCH ZWISCHEN DEN LEISTUNGSERBRINGERN

Eine für alle in der Behandlung involvierten Akteure einsehbare schriftliche und fotografische digitale Dokumentation des Behandlungsverlaufs sowie sämtlicher Verordnungen (z. B. Wundaufgaben, Hilfsmittel, Physiotherapie, MLD etc.) ist für eine koordinierte Behandlung unerlässlich. Ein Projekt, welches die Versorgungskontinuität unterstützen soll, ist das MIO (Medizinisches Informationsobjekt) Überleitungsbogen Chronische Wunde, welches seit mehreren Jahren durch die Forschungsgruppe Informatik

im Gesundheitswesen der Hochschule Osnabrück entwickelt wird. Mithilfe eines elektronischen Wundberichts sollen der behandelnden Person über Sektorengrenzen hinweg alle behandlungsrelevanten Informationen unmittelbar zur Verfügung gestellt werden. So soll eine lückenlose Dokumentation ebenso wie die Behandlungskontinuität sichergestellt werden. In der Praxis ist dies noch nicht implementiert. Es wäre wünschenswert, wenn die Anbieter von KIS-Systemen verpflichtet würden, einen derartigen bundeseinheitlichen Überleitungsbogen automatisch aus den Daten zu generieren und zur Verfügung zu stellen.

8. REGIONALE KOMPETENZZENTREN FÜR MENSCHEN MIT CHRONISCHEN WUNDEN

Zukünftig soll die Versorgung chronischer und schwer heilender Wunden vorrangig im Haushalt des Patienten oder außerhalb der Häuslichkeit durch spezialisierte Einrichtungen bzw. Leistungserbringer erbracht werden (HKP-RL § 1 Abs. 3, Nr. 31a Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde) [8]. Die konkrete Ausgestaltung und Überwindung der bürokratischen Hemmnisse, Regelung der Kompetenzen und (wirtschaftlichen) Verantwortlichkeiten bleibt den Protagonisten überlassen. Insbesondere sind nach § 132a Abs. 4 SGB V Versorgungsverträge mit den Krankenkassen zu verhandeln und abzuschließen, um zukünftig chronische Wunden behandeln zu dürfen. Verbindliche Vorgaben, Musterverträge und konkrete Gestaltungsvorgaben hierzu sind bislang nicht vorhanden.

Im ambulanten Sektor haben sich die bisherigen Versorgungsstrukturen für die Versorgung chronischer Wunden überwiegend als ineffizient erwiesen. Die Behandlung von Menschen mit chronischen Wunden erfordert eine koordinierte berufsgruppenübergreifende und interdisziplinäre Zusammenarbeit (z. B. Gefäßchirurgie, Dermatologie, Diabetologie, Angiologie, Podologie, Orthopädietechnik,

Wundmanagement, Pflege). Erforderlich sind wohnortnahe, regionale Kompetenzzentren, an denen die erforderlichen Kompetenzen gebündelt und aufeinander abgestimmt an einem Ort zu Verfügung gestellt werden. Einzelne regionale Projekte, z. B. über IV Verträge, haben nachweisen können, dass durch eine koordinierte Behandlung Kosten reduziert und gleichzeitig eine höhere Zahl an Wunden schneller zur Abheilung gebracht werden können [9].

9. STÄRKUNG ÄRZTLICHER KOMPETENZEN IN DER WUNDBEHANDLUNG

Unabhängig aller organisatorischer Unzulänglichkeiten bleibt eine besondere Herausforderung die oftmals lückenhafte ärztliche Kompetenz in der Behandlung chronischer Wunden. Das ärztliche Interesse und insbesondere auch das Interesse von Chirurg:innen an dem Thema ist überschaubar. Wünschenswert wäre eine Zusatzweiterbildung „Spezielle Wundbehandlung“. Nicht nur Fachärzte und -ärztinnen für Gefäßchirurgie und Dermatologie sollten über grundlegende Kenntnisse hinsichtlich Basisdiagnostik und Lokaltherapie verfügen. Je früher schon in den Hausarztpraxen eine chronische Wunde diagnostiziert wird, umso rascher können weitere spezialisierte fachärztliche Untersuchungen veranlasst und die notwendige Kausaltherapie eingeleitet werden. Dies verbessert die Aussicht auf eine Abheilung der Wunde und eine kürzere Behandlungsdauer. Entsprechende Handlungsempfehlungen für verschiedene ärztliche Kompetenzlevel sind entwickelt [10]. Die Vergütung sollte auch für ärztliche Leistungen abhängig vom Kompetenzlevel erfolgen, um entsprechende Anreize zum Erwerb entsprechender Zusatzqualifikationen zu schaffen (z. B. ICW Wundexperte, Zusatzweiterbildung etc.). Gleichzeitig ist zu fordern, dass Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Regressforderungen bei nachgewiesener Qualifikation begrenzt oder abgeschafft werden.

FAZIT

Zusammenfassend bedarf es erheblicher Anstrengungen, um dem Anspruch einer qualitativ besseren Versorgung einer wachsenden Zahl von Menschen mit chronischen Wunden in unserem Gesundheitssystem zukünftig gerecht zu werden. Dies ist und bleibt eine interprofessionelle, aber insbesondere auch ärztliche Aufgabe. Wir Chirurg:innen sind in besonderem Maße gefordert, einen maßgeblichen Beitrag hierzu zu leisten und nachfolgende Ärzt:innen im Rahmen der Facharztausbildung für das Thema zu gewinnen und hinreichend zu qualifizieren.

LITERATUR

- [1] Augustin M, Hagenström K. Epidemiologie chronischer Wunden in Deutschland. In: Karl T, Storck M. Ärztliches Wundmanagement im interprofessionellen Team. Springer Verlag. ISBD 978-3-662-67123-8
- [2] Augustin M, Rustenbach SJ, Debus S, Grams L et al.(2011) Quality of care in chronic leg ulcer in the community. *Dermatology* 222(4):321–329
- [3] Herberger K, Rustenbach SJ, Grams L, Muentner KC Schaefer E, Augustin M (2012) Quality of care for leg ulcers in the metropolitan area of hamburg. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 26(4):495–502
- [4] Lokalthherapie schwerheilender und/oder chronischer Wunden aufgrund von peripherer arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus oder chronischer venöser Insuffizienz. AWMF Register Nr. 091/001 Version 2.2 Stand 31.10.2023
- [5] Wissenschaftliche Ausarbeitung zu klinischen Studien im Therapiegebiet Wundbehandlung. Vorläufiger Rapid Report. Projekt: A24-61 Version 1.0 Stand 07.01.2025]
- [6] Dissemond J. ABCDE-Regel der Diagnostik chronischer Wunden. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2017 Jul;15(7):732–734. doi: 10.1111/ddg.13273_g. PMID: 28677178.
- [7] Schaeffer, D. (2024). Patientenberatung/Patientenedukation. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i087-3.0>
- [8] HKP Richtlinie. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3275/HKP-RL_2021-11-19_2022-07-21_iK-2023-10-31.pdf
- [9] Schmidt, M. Der Einfluss des Apothekers auf die Therapie chronischer Wunden <https://archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z2010/0754/pdf/dms.pdf>
- [10] Storck M, Dissemond J, Gerber V, Augustin M, Expertenrat Strukturentwicklung Wundmanagement (2019) Kompetenzlevel in der Wundbehandlung. Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgungsstruktur für Menschen mit chronischen Wunden in Deutschland. *Gefäßchirurgie* 24: 388–398



Präsenz-Seminar

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. med. Lars Gerhard Großterlinden
Prof. Dr. med. Frank Timo Beil

Klick!
Jetzt
anmelden!

Facharztseminar

Orthopädie/Unfallchirurgie

Hamburg, 19. – 23. Mai 2025

Das Abo mit mehr Tiefe

„DIE CHIRURGIE“

(12 Hefte pro Jahr)

Digitale chirurgische
Fachzeitschriften

Facharzt-Training

e.Medpedia

CME

JETZT NEU

Die Chirurgie plus
umfangreiches Online-Angebot
zur Wissensvertiefung, zum
Fortbilden und Trainieren.



Hier eintauchen:
www.springermedizin.de/bdc

Sonderpreis
für BDC-
Mitglieder





**Falk Goedecke**

Leiter spezialisierte pflegerische
Wundbehandlung und Wissenschaft
WZ-WundZentren GmbH
falk.goedecke@wundzentren.de

Was benötigen spezialisierte Leistungserbringer zur Behandlung schwer heilender und chronischer Wunden von Chirurg:innen für eine gute Zusammenarbeit

Falk Goedecke

Wunden haben immer eine Ursache. Sie sind Folge eines Ereignisses oder Symptom einer Erkrankung. Interne Faktoren, wie zum Beispiel Erkrankungen der Atemwege, des Verdauungs-, Herz-Kreislauf-, des Immunsystems oder Funktionsverlust der Haut können zusätzlich die physiologischen Mechanismen der Wundheilung stören. Aus dieser Tatsache leitet sich folgerichtig die Erkenntnis ab, dass ohne eine erfolgreiche Behandlung der Wundursache sowie der Behandlung beeinflussender Begleiterkrankungen eine Wunde nicht abheilen kann.

Neben den medizinischen Herausforderungen können schwer heilende Wunden bei den Betroffenen zu erheblichen physischen, psychischen und sozialen Belastungen führen. Am häufigsten sind hier Schmerzen, Mobilitätsverlust, hohe Exsudatmengen, Geruch und daraus resultierend ein Verlust sozialer Teilhabe zu nennen. [1]

Erschwerend können externe Faktoren, wie beengte, unhygienische Wohnsituationen, mangelnde finanzielle Ressourcen,

unzureichende sanitäre Ausstattung oder mangelnde Selbstfürsorge hinzukommen. Aus all diesen Aspekten ergibt sich ein individuelles Risikoprofil, welches die Komplexität und den Umfang des jeweiligen Behandlungspfades beeinflusst.

Daraus lässt sich ableiten, dass die Behandlung schwer heilender und chronischer Wunden einer interdisziplinären und interprofessionellen Versorgungsstruktur bedarf.

Um alle heilungsfördernden Aspekte strukturiert und zielorientiert zu verzaubern bedarf es einer vertrauensvollen, vernetzten, interdisziplinären und interprofessionellen Versorgung durch Leistungserbringer mit spezialisierter Fachexpertise. Dazu zählen die Berufsgruppen Ärzte/Ärztinnen, Pflegefachpersonen, Podolog:innen, Physiotherapeut:innen, etc.

Die Zusammenarbeit stützt sich dabei auf

1. eine strukturierte, umfassende ärztliche Anamnese und Diagnostik zur Ermittlung der Wundursache und beeinflussender

Goedecke F: Was benötigen spezialisierte Leistungserbringer zur Behandlung schwerheilender und chronischer Wunden von Chirurg:innen für eine gute Zusammenarbeit. *Passion Chirurgie*. 2025 Mai; 15(05): Artikel 03_02.



Mehr Artikel zum Thema „Wundversorgung“ finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Fachgebiete | Fachübergreifend.

Nebenerkrankungen sowie deren Therapien, Differentialdiagnostik.

2. eine strukturierte, umfassende pflegerische Anamnese zur Ermittlung von Wundheilung beeinflussenden Faktoren mit Bezug auf die psychosoziale Lebenssituation, Hygiene, Lebensqualität und Selbstpflegekompetenz.
3. die Beurteilung der individuellen Risiken für die Wundheilung und die Erarbeitung von darauf basierenden Therapiezielen unter Beachtung der Patientenpräferenzen.
4. eine evidenzbasierte Therapieplanung und fachgerechte Umsetzung.
5. die Edukation zu krankheitsspezifischen Risikofaktoren, Umgang mit der Erkrankung im Alltag, Wundheilungsfördernder Maßnahmen, sowie der notwendigen psychosozialen Unterstützung und Hilfe zur Bewältigung individueller Probleme im Zusammenhang mit der Erkrankung.
6. eine digital gestützte, gemeinsame, vollständige, plausible und evaluierbare Dokumentation der aktuellen Wundsituation, sowie der Maßnahmen zur Therapiezielerreichung.
7. eine regelhafte Evaluation der Therapie und deren bedarfsgerechte Anpassung.
8. eine strukturierte Überleitung zwischen den Sektoren, die geplante Nachsorge und ggf. dem Einleiten rehabilitativer Maßnahmen.

GRUNDLAGE INTERDISZIPLINÄRE ZUSAMMENARBEIT

Bis 2017 war die ambulante pflegerische Wundversorgung auf Verbandwechsel durch ambulante Pflegedienste, mit nicht besonders spezialisierten Pflegekräften, ausschließlich in der Häuslichkeit der Betroffenen reduziert.

Für Patient:innen, mit großflächigen und tiefen Wunden, freiliegenden Knochen, Sehnen, Organen, sowie immunsupprimierenden Erkrankungen, birgt die Behandlung durch unzureichend qualifiziertes Personal, in einer hygienisch nicht kontrollierbaren

häuslichen Umgebung ein erhöhtes Risiko für Wundheilungsstörungen und progrediente Infektionsverläufe bis hin zur Sepsis / SIRS.

Im April 2017 wurde in § 37 SGB V ein neuer Abs. 7 hinzugefügt, der die Versorgung, chronischer und schwer heilender Wunden außerhalb der Häuslichkeit möglich macht. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bekam den Auftrag, die Versorgung von schwer heilenden und chronischen Wunden in der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie zu regeln. Im Dezember 2019 trat die G-BA-Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege in Kraft, dazu wurde die Leistungsposition 31a „Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde“ eingeführt. Im Januar 2022 folgte die Rahmenempfehlung (nach § 132a Abs 1 SGB V) zur Versorgung Häuslicher Krankenpflege, die in § 6 die Anforderungen an spezialisierten Leistungserbringern, zur Versorgung von schwer heilenden und chronischen Wunden innerhalb und außerhalb der Häuslichkeit regelt.

In seiner Pressemitteilung zur HKP-Richtlinie schreibt der G-BA, dass für die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden eine besondere pflegefachliche Kompetenz von sehr großer Bedeutung ist und durch einen spezialisierten Leistungserbringer mit dahingehend qualifizierten Pflegefachkräften erfolgen soll. Kann die Versorgung der chronischen und schwer heilenden Wunde aufgrund der Komplexität der Wundversorgung oder den Gegebenheiten in der Häuslichkeit voraussichtlich nicht im Haushalt der oder des Versicherten erfolgen, soll die Wundversorgung durch spezialisierte Einrichtungen außerhalb der Häuslichkeit erfolgen. [2]

Die Versorgung schwer heilender und chronischer Wunden durch einen spezialisierten Leistungserbringer verfolgt das Ziel, eine bedarfsgerechte, flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung sicherzustellen. Dies kann nur gelingen in einer engen Kooperation mit niedergelassen Chirurgen, insbesondere mit dem Schwerpunkt Gefäßchirurgie.

Die grundlegenden Strukturen für eine interdisziplinäre, ergänzende und vertrauensvolle Zusammenarbeit im ambulanten Versorgungssetting sind damit geschaffen.

WAS WIRD FÜR EINE ERFOLGREICHE ZUSAMMENARBEIT BENÖTIGT

1. Schneller Zugang zu Diagnostik

Zügige Diagnosestellung der wundbedingenden Erkrankung ist Grundvoraussetzung für jedwede Therapie und Versorgungsplanung.

2. Gemeinsame Entscheidungsfindung zu den leitlinienbasierten Therapiemaßnahmen unter Einbezug der pflegefachlichen Kompetenzen und Patientenpräferenzen

Wesentlicher Aspekt dieses Punktes ist die ärztliche Aufklärung zu Nutzen und Schaden einzelner Therapieoptionen als Grundlage für eine Therapieeinleitung und -umsetzung. Darüber hinaus bedarf es eines, mit den Patient:innen erarbeiteten Pflegeplans zur Verbesserung der Lebensqualität, Förderung der Selbständigkeit und Sicherung des Therapieerfolges. Die Verordnung notwendiger Arznei-, Heil- und Hilfsmittel erfolgt auf Grundlage von Leitlinienempfehlungen und pflegefachlicher Expertise. Die Auswahl von Verbandmitteln soll indikationsbezogen, zielorientiert und in angemessenen Verbrauchsmengen erfolgen.

3. Direkter Arztkontakt bei Komplikationen

Bei auftretenden Komplikationen soll innerhalb 24 Stunden ein Arztkontakt möglich sein.

4. Zeitnahe Evaluation eingeleiteter Maßnahmen

Anhand von Zielerreichungsparametern, wie beispielsweise:

- Verbesserung des ABI bei PAVK,
- Störungsfreier Wundheilungsverlauf,
- Entfernung von avitalem Gewebe und Detritus,
- Verkleinerung der Wundfläche,

- Reduktion von Schmerz,
- Reduktion von Risikofaktoren, wie Übergewicht, Raucherentwöhnung, Ernährungsumstellung, durch pflegefachliche Patientenedukation.

5. Debridement

Ist eine mechanische Wundreinigung nicht ausreichend, z. B. bei sichtbarem avitalem Gewebe, oder therapieresistenten Infektionen sollte zeitnah ein chirurgisches Debridement durchgeführt werden. Das Debridement beschreibt dabei eine radi-kale Abtragung bis in das gesunde Gewebe.

6. Zeitnahe Differentialdiagnostik

Kommt es nach sechs Wochen leitlinien-gerechter Behandlung nicht zu sichtbaren Verbesserungen der Wundheilung, oder der Grunderkrankung, sollten weitere dif-ferenzialdiagnostische Maßnahmen, z. B. histologische und/oder mikrobiologische Probeentnahmen erwogen werden.

7. Spezielle Interventionen

- Niederdruck Wundtherapie
- Plastisch chirurgische Deckung
- Hautersatzverfahren
- andere adjuvante Maßnahmen auf der Grundlage von Leitlinienempfehlungen aus dem AWMF Register

DISKUSSION

Die für eine spezialisierte Wundbehand-lung benötigten Ressourcen sind stark kontextabhängig und variieren vor allem mit Blick auf die verschiedenen Risiko-profile der Patient:innen. Die Risikoprofile sind abhängig von der Kombination der bei den Patienten vorliegenden Risikofaktoren, welche die Wundheilung beeinflussen. (3)

Im Wundzentrum müssen Ressourcen für die hohe Qualifikation der Pflegefachpersonen, zur direkte Patientenversorgung, für Koordi-nationsleistungen, sowie ein hohes Maß an Hygienemanagement vorgehalten werden.

Zur direkten Patientenversorgung gehören unter anderem lokaltherapeutische Maß-nahmen wie Wundreinigung, Wundabde-ckung, dermatokurative- und protektive Maßnahmen, eine sichere Risikoerkennung, Kompetenz zur Patientenedukation, die Umsetzung konservativer kausaltherapeu-tischer Maßnahmen, wie z. B. Kompressi-onstherapie und die Evaluationskompetenz zum Therapieverlauf sowie eingesetzte Hilfsmittel und adjuvante Maßnahmen.

Je nach Risikoprofil unterscheidet sich die Intensität der einzusetzenden Ressourcen.

[3] Dem muss bei der Quantifizierung von ärztlichen und pflegerischen Vergütungs-sätzen Rechnung getragen werden. Im ambulanten Honorarsystem der Ärzte ist die Wundbehandlung einzelverrichtungs-bezogen angelegt und als Mischkalkula-tion bewertet. Die Verschiedenartigkeit der Risiken wird hierdurch aktuell noch zu wenig berücksichtigt.

Gute Zusammenarbeit zwischen Wundzentren und Chirurg:innen bedeutet gemeinsame Versorgungsziele in einem interprofessionel-len Versorgungsverbund umzusetzen.

LITERATUR

- [1] Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e. V. (DGfW) (Hrsg.) (2023). Lokaltherapie schwerheilender und/oder chronischer Wunden aufgrund von peripherer arterieller Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus oder chronisch venöser Insuffizienz. Version 2.2. Stand 31.10.2023. AWMF-Register-Nr.: 091-001
- [2] <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/804/>
- [3] Laag, et. al., Die Zeit schürt alle Wunden, G+S 6/2018, DOI: 10.5771/1611-5821-2018-6-52



Präsenz-Seminar

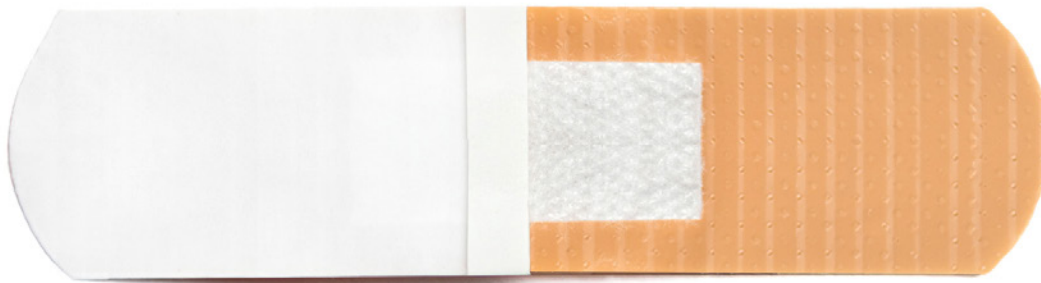
Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. med. Jonas Andermahr,
Mechernich

Fußchirurgie IV

Köln, 21. – 22. Mai 2025

Klick!
Jetzt
anmelden!



Delegation von Wundmanagement an nichtärztliches Personal

Jörg Heberer, Nicole Bäuml

Sowohl in Kliniken als auch bei vertragsärztlich niedergelassenen Leistungserbringern* stellt sich, insbesondere angesichts der Personalsituation und der stetig steigenden Zahl an Patienten, immer wieder die Frage der zulässigen Delegation von ärztlichen Leistungen an nichtärztliches Personal. In der juristischen Beratungspraxis ist dabei häufig die Delegation des Wundmanagements Gegenstand von Anfragen. Unter Wundmanagement sind dabei regelmäßig alle Tätigkeiten von der Wundanamnese, der Wundinspektion, der Wundversorgung bis hin zur Wunddokumentation zu verstehen, die durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit aller an der Behandlung beteiligten Personen gekennzeichnet sind.

1. RECHTLICHE GRUNDSÄTZE ZUR DELEGATIONSFÄHIGKEIT

Bereits 1975 stellte der BGH betreffend der Pflicht des Arztes zur persönlichen Leistungserbringung folgenden Grundsatz auf: „Damit kann sich eine Pflicht des Arztes, solche Tätigkeiten im Einzelfall persönlich auszuüben, nicht schon aus der Schwere der Gefahren ergeben, die eine unsachgemäße Ausführung mit sich bringen kann. Ein persönliches Eingreifen des Arztes ist vielmehr grundsätzlich nur zu fordern, wo die betreffende Tätigkeit gerade dem Arzte eigene Kenntnisse und Kunstfertigkeiten voraussetzt (vgl. BGH, NJW 1975, 2245 f.).“

Für die Frage der Delegationsfähigkeit einer ärztlichen Leistung an nichtärztliches



Dr. jur. Jörg Heberer
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht, München
Justitiar BDC



Nicole Bäuml
Fachanwältin für Medizinrecht,
München

*Zur besseren Lesbarkeit wird in diesem Artikel das generische Maskulinum verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten immer für alle Geschlechter.

Heberer J, Bäuml N: Delegation von Wundmanagement an nicht-ärztliches Personal. *Passion Chirurgie*. 2025 Mai; 15(05): Artikel 03_03.



Mehr Artikel zum Thema „Wundversorgung“ finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Fachgebiete | Fachübergreifend.

Personal kommt es somit darauf an, ob diese Leistung unter dem sog. Arztvorbehalt steht.

Eine Leistung muss nach der Rechtsprechung höchstpersönlich von einem Arzt erbracht werden, wenn diese wegen ihrer Schwierigkeit, Gefährlichkeit für den Patienten oder wegen der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen seine spezifische ärztliche Fachkenntnis und Erfahrung erfordert. Solche dem ärztlichen Personal vorbehaltene Leistungen darf der Arzt nicht an nichtärztliche Mitarbeiter delegieren (vgl. *Hüttl/Heberer: Physician Assistants – eine juristische Einschätzung, Passion Chirurgie*, 03/2021. S. 15 ff.).

Zu den nicht delegationsfähigen ärztlichen Kernleistungen zählen nach herrschender Meinung insbesondere Anamnese, Indikationsstellung, Untersuchung des Patienten einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen, Diagnosestellung, Aufklärung und Beratung des Patienten, Entscheidungen über die Therapie und Durchführung invasiver Therapien und operativer Eingriffe. Diese Aufzählung ist jedoch nicht als abschließend zu sehen.

Ferner zählen hierzu Tätigkeiten, für die spezialgesetzliche Arztvorbehalte festgelegt sind, wie beispielsweise für die Verschreibung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (§ 48 AMG) oder von Betäubungsmitteln (§ 13 Abs. 1 S. 1 BtMG) sowie für die Entnahme von (Eigen-)Blutspenden (§ 7 Abs. 2 TFG).

Der Arztvorbehalt kann sich zudem aus sonstigen untergesetzlichen Regelungen, wie z. B. der G-BA-Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V oder der Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), ergeben.

Sofern kein Arztvorbehalt besteht, ist die grundsätzliche Zulässigkeit einer Delegation auch gesetzlich anerkannt. Denn gemäß § 28 Abs. 1 S. 2 SGB V umfasst die ärztliche Behandlung auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von einem Arzt angeordnet oder von ihm zu verantworten ist.

WUNDMANAGEMENT/ WUNDVERSORGUNG

Nach den Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aus dem Jahr 2008 ist die Versorgung unkomplizierter Wunden an nichtärztliches Personal delegierbar. Die Versorgung komplizierter und sekundär heilender Wunden ist ebenfalls an dieses delegierbar, wobei hier eine initiale und anschließend in regelmäßigen Intervallen ärztliche Überwachung gefordert wird, sodass für diese Fälle die Delegation nur nach Festlegung des patientenspezifischen Vorgehens durch einen Arzt zulässig sein soll (vgl. BÄK und KBV, **Persönliche Leistungserbringung – Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen**, Stand 29.08.2008, abgerufen 06.03.2025).

Für die ambulante vertragsärztliche Versorgung enthält der Anhang zu Anlage 24 zum BMV-Ä einen Beispielkatalog delegierbarer ärztlicher Leistungen. Hier findet sich in Nr. 10 die Wundversorgung / Verbandwechsel. Als Besonderheiten und Hinweise sind hierzu hinterlegt, dass die initiale Wundversorgung durch den Arzt erfolgt, die weitere Wundversorgung nach Rücksprache mit dem Arzt. Als typische Mindestberufsqualifikation des nichtärztlichen Personals wird die der Medizinischen Fachangestellten (MFA) festgelegt, mit ggf. der Fortbildung zum Wundexperten/Wundmanager oder mit ggf. Curriculum „Ambulante Versorgung älterer Menschen“ (vgl. **KBV, Anlage 24 zum BMV-Ä**, abgerufen am 06.03.2025).

Gemäß der G-BA-Richtlinie zu § 63 Abs. 3c SGB V ist bei den im besonderen Teil aufgeführten ärztlichen Tätigkeiten im Rahmen von Modellvorhaben eine Übertragung auf Berufsangehörige der Kranken- und

Altenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde zulässig. Die selbständige Ausübung von Heilkunde durch diese setzt danach voraus, dass die jeweils erforderliche Qualifikation gemäß § 4 Abs. 7 Krankenpflegegesetz (KrPflG) bzw. § 4 Abs. 7 Altenpflegegesetz (AltPflG) erworben wurde. Demgemäß kann sodann beispielsweise gemäß Nr. 3 bei der Diagnose „chronische Wunden z. B. Ulcus cruris“ die ärztliche Tätigkeit „Assessment Verlaufsdiagnostik“, die nach Art und Umfang die Erfassung des Wundzustands inklusive Wundgröße und Wundinfektion und pathophysiologischer Ursachen sowie relevanter Begleitparameter als auch tiefe Wundabstriche umfasst, delegiert werden.

Ebenso kann in solchen Modellvorhaben nach dieser G-BA-Richtlinie die „Umsetzung des Therapieplans (Wundmanagement)“ delegiert werden, die die Prozesssteuerung und Durchführung therapeutischer Maßnahmen umfasst:

- lokale Wundbehandlung: z. B. konservatives Vorgehen, Debridement, weitere einzuleitende Maßnahmen;
- Information, Beratung und Anleitung von Patienten und anderer am Prozess Beteiligten im persönlichen Umfeld;
- Bewertung des Behandlungsergebnisses; der Selbstmanagementfähigkeiten und Hilfebedarfe der Betroffenen insbesondere im Kontext der häuslichen Pflege-, Betreuungs- und Versorgungssituation;
- bei stationärer Versorgung in Kooperation mit dem Patienten und aller am Prozess Beteiligten frühzeitige Abstimmung des voraussichtlichen Entlassungstermins sowie die Initiierung erforderlicher nachstationärer Maßnahmen).

Als Qualifikationsanforderungen für die Delegation dieser Tätigkeit an das nichtärztliche Personal nach § 4 Krankenpflegegesetz bzw. Altenpflegegesetz werden festgelegt:

- Wissen um Aufgabenprofile und Aufgabenbereiche der am Wundmanagement beteiligten Akteure und Fähigkeit zur Koordination der Leistungen,
- Wissen um Grundlagen (z. B. pharmakologisch, internistisch, chirurgisch),

Auswahl, Anwendung und Evaluation von heilkundlichen Interventionen,

- Wissen um Versorgungsstrukturen und -angebote für chronisch Kranke (u. a. Selbstmanagement, IV),
- Fähigkeit zu Information, Beratung und Anleitung sowie
- Wissen um die Gestaltung einer bedarfsgerechten Entlassung und deren verantwortliche Durchführung, gefordert (vgl. **G-BA-Richtlinie zu § 63 Abs. 3c SGB V**, abgerufen am 06.03.2025).

Aus juristischer Sicht der Autoren dürfte somit von einer grundsätzlichen Delegationsfähigkeit des Wundmanagements an hierfür qualifiziertes nichtärztliches Personal auszugehen sein. Die Frage der Delegationsfähigkeit einer konkreten Leistung ist aber eine stets aus medizinischer Sicht zu treffende Einzelfallentscheidung, sodass sich dies einer juristischen Beurteilung entzieht.

2. DELEGATIONSEMPFÄNGER

Kommt der behandelnde Arzt nach medizinischer Bewertung zum Ergebnis, dass es sich um eine delegationsfähige Leistung handelt, so stellen sich weitere Fragen:

- Soll die Leistung im konkreten Fall delegiert werden und wenn ja, an welchen nichtärztlichen Mitarbeiter darf die Leistung delegiert werden?
- Muss der betreffende nichtärztliche Mitarbeiter besonders angeleitet und/oder überwacht werden?

Die Beantwortung dieser Fragen muss der entscheidende Arzt stets von der Gefahrengeneigntheit der durchzuführenden Tätigkeit, der Schutzbedürftigkeit des Patienten auch unter Berücksichtigung der Komplikationsdichte und etwaigen Behandlungsschwierigkeiten sowie der Qualifikation des nichtärztlichen Mitarbeiters abhängig machen (vgl. Hüttl/Heberer, a. a. O.). Entscheidet er sich für eine Delegation der Leistung, so treffen ihn Auswahl-, Anordnungs-, Anleitungs- und Überwachungspflichten.

Hinsichtlich der Auswahl des Delegationsempfängers kommt es auf die

Berufsqualifikation oder die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Erbringung der delegierten Leistung des Mitarbeiters an. Der Mitarbeiter muss hierfür geeignet sein.

Verfügt der nichtärztliche Mitarbeiter über eine abgeschlossene, ihn zu der zu delegierenden Leistung befähigenden Ausbildung in einem Fachberuf im Gesundheitswesen, so muss zunächst die formale Qualifikation anhand von Zeugnissen etc. festgestellt werden. Vor Beginn der Leistungserbringung muss sodann eine Überprüfung der tatsächlichen Qualität der von dem Mitarbeiter zu erbringenden Leistung und deren Übereinstimmung mit seiner formalen Qualifikation erfolgen. Stimmen diese überein, so reicht in der Folge eine stichprobenartige Qualitätsprüfung aus. Ergeben sich in der Leistungserbringung Abweichungen zwischen formaler Qualifikation und tatsächlicher Qualität, so müssen Nachschulungen sowie engmaschigere Kontrollen stattfinden.

Beispielsweise kann bei initialer Wundversorgung durch einen Arzt in der Regel die Delegation der weiteren Wundversorgung auf einen Physician Assistant erfolgen. Dies beinhaltet natürlich auch Verbandwechsel jeglicher Art, wobei sicherzustellen ist, dass bei auffälligen Feststellungen der Arzt hinzugezogen wird. Ebenfalls muss die Versorgung von Wunden im Sinne von Debridement etc. zulässig sein (vgl. Hüttl/Heberer, a. a. O.).

Handelt es sich hingegen um einen Mitarbeiter ohne eine abgeschlossene, die zu delegierende Leistung umfassende Ausbildung in einem Fachberuf im Gesundheitswesen, bestehen für den Arzt wesentlich mehr Pflichten. Hier muss zunächst zur ordnungsgemäßen Erfüllung der Auswahlpflicht geprüft werden, ob der Mitarbeiter aufgrund seiner allgemeinen Fähigkeiten überhaupt für eine Delegation der konkreten Leistung geeignet ist. Wird die Eignung bejaht, so muss der Arzt seine Anleitungspflicht erfüllen, indem er den Mitarbeiter zur eigenständigen Durchführung der Leistung anlernt. Auch wenn der Mitarbeiter

die Leistung sodann beherrscht, muss er diesen dennoch zunächst regelmäßig überwachen. Eine stichprobenartige Überprüfung wird grundsätzlich erst nach einer gewissen Zeit möglich sein, wobei es hier keine festgelegten Grenzen gibt, da dies auf die jeweiligen Einzelfallumstände ankommt (s. zu Vorstehendem BÄK und KBV, *Persönliche Leistungserbringung – Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen*, Stand 29.08.2008, a. a. O.).

Erfüllt der jeweilige Mitarbeiter nicht diese Qualifikationsanforderungen an eine zulässige Delegation, so ist von einer Delegation zwingend abzuweichen.

3. VERANTWORTLICHKEITEN UND HAFTUNG

Der delegierende Arzt ist für die ordnungsgemäße Auswahl, Anordnung, Anleitung und Überwachung des nichtärztlichen Mitarbeiters verantwortlich. Je höher die fachliche Qualifikation und tatsächlichen Fertigkeiten, Fähigkeiten und Kenntnisse des Mitarbeiters, umso geringer werden lediglich die Überwachungspflichten des Arztes. Im Rahmen der Delegation an nichtärztliche Mitarbeiter besteht zudem regelmäßig die Verpflichtung des Arztes zum Aufenthalt in unmittelbarer Nähe (Rufweite). Verletzt er eine dieser Pflichten schuldhaft und verursacht dies einen Patientenschaden, so ist er haftbar.

Lediglich der Vollständigkeit halber wird erwähnt, dass selbstverständlich auch die Einwilligung des Patienten zur Delegation der ärztlichen Leistung auf nichtärztliches Personal vorliegen muss, damit diese zulässig ist.

Führt eine schuldhafte Pflichtverletzung des nichtärztlichen Mitarbeiters zu einem Patientenschaden, so haftet auch hierfür der delegierende Arzt. Im Krankenhaus haftet zudem der Krankenhausträger. Aufgrund des rechtlichen Umstandes, dass die delegierte Leistung dem Arzt als eigene zugerechnet wird, verbleibt auch bei zulässiger Delegation die haftungsrechtliche Gesamtverantwortung stets beim delegierenden Arzt.

Dem nichtärztlichen Mitarbeiter kommt zum einen die sog. Remonstrationspflicht zu, d. h. er muss dem Arzt seine Bedenken hinsichtlich der Rechtmäßigkeit der Delegation mitteilen, wenn er der Ansicht ist, dass er die Leistung nicht erbringen kann oder darf. Zum anderen trägt der Mitarbeiter selbstverständlich die Übernahme- und Durchführungsverantwortung, d. h. wenn er eine auf ihn zulässig delegierte Leistung übernommen hat, haftet er für deren leget artis Durchführung. Treten Komplikationen auf, so ist der Mitarbeiter zudem zur unmittelbaren Hinzuziehung des Arztes verpflichtet. Verletzungen dieser Pflichten führen zur unmittelbaren Haftung des nichtärztlichen Mitarbeiters im Falle eines Patientenschadens (vgl. Hüttl/Heberer, a. a. O.).

STELLUNGNAHME

Nachdem juristisch lediglich der Rahmen für eine zulässige Delegation vorgegeben ist, bestehen in der Praxis immer wieder Schwierigkeiten diesen mit konkret zulässigen Leistungen auszufüllen.

Den bestehenden Handlungsbedarf zur Konkretisierung delegationsfähiger Leistungen hat auch der Gesetzgeber gesehen. Insbesondere die bereits im Vertragsarztrecht geltenden Regelungen des § 37 Abs. 7 SGB V i. V. m. den Rahmenempfehlungen gemäß § 132a Abs. 1 SGB V, der G-BA-Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege, der G-BA-Richtlinie zu § 63 Abs. 3c SGB V sowie Anlage 24 zum BMV-Ä sehen hier eine Übertragung von Tätigkeiten im Rahmen der Wundversorgung bzw. des Wundmanagements auf nichtärztliches Fachpersonal vor.

Auch wenn es sich hierbei um Rechtsgrundlagen aus dem GKV-Bereich handelt, kann dies nach Meinung der Autoren nicht zu einer ausschließlichen Beschränkung hierauf führen. Denn insbesondere wird aus der Gesetzesbegründung zum Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3 c SGB V deutlich, dass berufsrechtlich die zusätzlich erworbenen Kompetenzen nicht auf Tätigkeiten im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung beschränkbar sind, da die Ausbildung eine grundlegende Kompetenz vermittelt, die

generell und dauerhaft den Zugang zum erlernten Beruf und damit die Ausübung der erlernten heilkundlichen Tätigkeit gestattet (vgl. Hüttl/Heberer, a. a. O.). Hieraus lässt sich aus Sicht der Autoren also folgern, dass eine grundlegend erworbene Kompetenz zur generellen und dauerhaften Ausübung berechtigt.

Des Weiteren sieht der noch vom alten Bundeskabinett der Ampelkoalition am 18.12.2024 beschlossene Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz) konkret weitere eigenverantwortlich zu erbringende Tätigkeiten durch Pflegefachkräfte insbesondere auch beim Wundmanagement vor. Ob dieser Gesetzentwurf nun aber tatsächlich umgesetzt wird, bleibt abzuwarten.

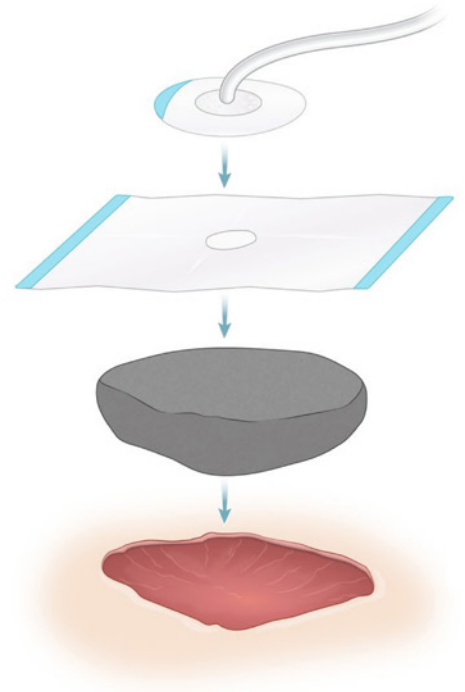
Im Übrigen ist bei der Füllung des Rahmens auch die Rechtsprechung zur Delegation sowie die Entwicklung der Berufsbilder und Qualifikationen nichtärztlichen Fachpersonals zu beachten. Beispielsweise sieht das Pflegestudium-Stärkungsgesetz (PfStudStG) seit 01.01.2025 eine Ergänzung des Pflegestudiums in Bezug auf die erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von chronischen Wunden betroffen sind, vor (vgl. Anlage 5 Abschnitt B III. *Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung*).

Das Wundmanagement ist nach Einschätzung der Autoren eine grundsätzlich delegationsfähige Leistung und kann jedenfalls an nichtärztliches qualifiziertes Fachpersonal des Gesundheitswesens delegiert werden. Die Frage der Delegation ist zusammenfassend aber stets im Rahmen einer medizinischen Einzelfallbetrachtung vor allem nach der Überschaubarkeit bzw. Schwere der Behandlungsmaßnahme und der Qualifikation des Mitarbeiters zu treffen. Die Gefährdung des Patienten bestimmt hier in jedem Einzelfall das Maß der objektivierten und erforderlichen Sorgfaltspflichten des Arztes. Eine Beeinträchtigung der Versorgungsqualität und der Patientensicherheit muss in jedem Falle ausgeschlossen werden. ○



Online-Fortbildung

Wundversorgung



Fortbildung zur Wundversorgung mit AMBOSS – meine subjektiven Erfahrungen

Peter Kalbe

Das Amboss-Portal ist technisch top, übersichtlich und einfach zu bedienen. In den von mir getesteten Fortbildungen fanden sich zahlreiche Links auf den gesamten Wissensschatz der Medizin. Diese Querverweise bieten erhellende Einblicke in andere Bereiche sowie seltene Erkrankungen aus den Nachbardisziplinen, mit denen man meist seit dem Studium nichts mehr zu tun hatte. Hier kommt zum Tragen, dass AMBOSS der unangefochtene Marktführer für online-Wissensvermittlung für Medizinstudierende ist. Im Hinblick auf spezielle fachärztlich chirurgische

Techniken bleibt das von mir getestete Format allerdings auf dem Niveau der Studierenden. Hierfür bietet das Fortbildungsangebot der BDC|Akademie die ideale Ergänzung. Also, warum nicht AMBOSS als unseren BDC-Kooperationspartner wählen und 20 % der Gebühr sparen?

Nunmehr schon erfahren auf dem AMBOSS-Fortbildungsportal, habe ich eine Fortbildung durchgearbeitet, die in Zusammenarbeit mit dem BDC entwickelt wurde. Der Kursus „**Wundversorgung**“ bietet in sieben Modulen einen umfassenden



Dr. med. Peter Kalbe
Vizepräsident
Berufsverband der Deutschen
Chirurgie e.V. (BDC)
Gelenkzentrum Schaumburg
Kalbe@bdc.de

Überblick über die Grundprinzipien und die Behandlungsoptionen von akuten und chronischen Wunden. Insbesondere die systematische Abhandlung der Ursachen und der Therapie der chronischen Wunden mit Videos und zahlreichen Fotos von realen Wundsituationen fand ich sehr hilfreich. Dabei wird gegliedert nach arteriell oder venös bedingten Wunden mit Spezialkapiteln zum diabetischen Fußsyndrom und zum Dekubitus. Besonders wertvoll fand ich die gut begründeten Empfehlungen zur

Anwendung verschiedener Verbandmittel und das Video zur korrekten Anlage eines entstauenden Kompressionsverbands, welches man auch bei der Fortbildung des Personals einsetzen könnte. Im Hinblick auf weitergehende chirurgische Maßnahmen der Wundbehandlung, z. B. zum Débridement, zu gefäßchirurgischen und zu plastisch-chirurgischen Maßnahmen muss allerdings auf zusätzliche Quellen zugegriffen werden. ○

KURS WUNDVERSORGUNG

Online-Fortbildung

Wundversorgung

- ✓ CME-zertifiziert
- 📺 7 Videolektionen
- 🕒 Flexibel ohne Terminbindung

Scannen und 25% Mitgliederrabatt sichern

In sieben Modulen wird das breite Spektrum des Wundmanagement aufgearbeitet. Wundbeurteilung mit Fotodokumentation von akuten und chronischen Wunden und eine übersichtliche Gliederung der eingesetzten Wundprodukte sind vermitteltes Grundlagenwissen im ersten Modul. Weitere Module adressieren arteriell und venös bedingte Wunden mit ihren zugrundeliegenden Erkrankungen, den Dekubitus und postoperative Wundheilungsstörungen. Den Schlusspunkt bildet ein Kapitel über das Einmaleins der Verordnungen. Jedes Modul enthält ein praxisnahes Video von 15 bis 25 Minuten Länge und wird ergänzt durch relevante Kapitel aus der AMBOSS Online-Bibliothek. Mit der Beantwortung von zehn CME Fragen kann die eigene Kompetenz überprüft und mit CME Punkten zertifiziert werden.

Ein aktiver AMBOSS-Account ist Voraussetzung für die Nutzung der jeweils gebuchten Fortbildung. **HIER geht's zur BDC-Kooperation mit Amboss...**

Schon bei Amboss registriert? Hier geht's direkt zum BDC-Mitgliedervorteil für die Online-Fortbildung auf AMBOSS...

Kalbe P: Fortbildung zur Wundversorgung mit AMBOSS – meine subjektiven Erfahrungen. Passion Chirurgie. 2025 Mai; 15(05): Artikel 03_04.



Mehr Artikel zum Thema „Wundversorgung“ finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Fachgebiete | Fachübergreifend.



Das Schädel-Hirn-Trauma im Kindes- und Jugendalter

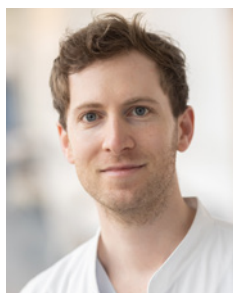
Florian Wilhelmy, Peter Zimmermann, Oliver Deffaa

Schädel-Hirn-Traumata (SHT) im Kindesalter gehören zu den häufigsten Krankheitsbildern, die im kinder(neuro-)chirurgischen Alltag vorkommen. Die rasche und richtige klinische Einschätzung der Gefährdung, die resultierende Diagnostik und die ggf. notwendige chirurgische Therapie sind der Schlüssel zu einer zeitgerechten Behandlung mit dem bestmöglichen Outcome. Darüber hinaus gehören Aufklärung und Prävention zu den interdisziplinären Aufgaben im Umgang mit diesem Krankheitsbild. Im Folgenden werden die Diagnostik und Therapie des SHT vorgestellt.

Als weiterführende Literatur sei bereits an dieser Stelle auf die S2k Leitlinie „SHT im Kindes- und Jugendalter“ verwiesen.

KLINISCHE EINTEILUNG

Das Schädel-Hirn-Trauma ist definiert als Verletzung des Schädels mit einer Verletzung des Gehirns. Klinische Anzeichen für eine Hirnschädigung können z. B. Erbrechen, Bewusstlosigkeit, eine Amnesie oder Wesensveränderung, aber auch Krampfanfälle sein. Die orientierende Einteilung erfolgt anhand der Glasgow Coma Scale bzw.

**Korrespondierender Autor:****Dr. med. Florian Wilhelmy**

Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie
Universitätsklinikum Leipzig
florian.wilhelmy@medizin.uni-leipzig.de

**PD Dr. med. habil. Peter Zimmermann**

Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie
Universitätsklinikum Leipzig

**Dr. med. Oliver Deffaa**

Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie
Universitätsklinikum Leipzig

Wilhelmy F, Zimmermann P, Deffaa O:
Das Schädel-Hirn-Trauma im Kindes- und
Jugendalter. *Passion Chirurgie*. 2025 Mai;
15(05): Artikel 03_05.



Mehr aus der Kinderchirurgie lesen
Sie auf BDC|Online (www.bdc.de)
unter der Rubrik Wissen | Fachgebiete |
Kinderchirurgie.

Tab. 1: Glasgow Coma Scale (GCS) bei Erwachsenen

Punkte	Motorische Antwort	Verbale Antwort	Augenöffnen
6	Aufforderungsbefolgen		
5	gezielte Schmerzabwehr	adäquat, orientiert	
4	ungezielte Schmerzabwehr	desorientiert	spontan
3	Beugesynergismen	einzelne Worte	auf Ansprache
2	Strecksynergismen	lautieren, unverständlich	auf Schmerzreiz
1	keine Bewegung	keine Lautäußerung	kein Augenöffnen

Tab. 2: Glasgow Coma Scale (GCS) bei Kindern

Punkte	Motorische Antwort	Verbale Antwort	Augenöffnen
6	spontan, gezielt		
5	wegziehen bei Berührung	lächelt, reagiert auf Töne, verfolgt Objekte, interagiert	
4	wegziehen bei Schmerz	weint, kann beruhigt werden, keine adäquate Interaktion	spontan
3	Flektion bei Schmerzreiz (Dekortikation)	teilweise nicht zu beruhigen, jammern	auf Ansprache
2	Extension bei Schmerzreiz (Dezerebration)	nicht zu beruhigen, agitiert	auf Schmerz
1	keine Bewegung	keine Antwort	kein

Tab. 3: Schweregradeinteilung nach Glasgow Coma Scale (GCS)

Schweregrad des SHT	GCS
leichtes SHT	15-14
mittelschweres SHT	13-9
schweres SHT	8-3

der ihrer Adaptation für Kinder, wobei hier insbesondere die eingeschränkte verbale Antwort kleiner Kinder berücksichtigt wird. Bei Adoleszenten kann die GCS für Erwachsene angewendet werden (s. Tabelle 1–3).

EPIDEMIOLOGIE

Das schwere Schädel-Hirn-Trauma ist nicht nur verantwortlich für ca. 90 % der

tödlichen Unfallfolgen, sondern bleibt auch weltweit die häufigste Todesursache insgesamt im Kindes- und Jugendalter [1, 2].

Für stationär behandelte SHTs wurde im Jahr 2015 durch das statistische Bundesamt eine Inzidenz von ca. 650/100.000 Kindern < 15 Jahren erfasst. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle handelt es sich um leichte SHT (91–97,3 %), der Anteil an mittelgradigen (1,7–4 %) und schweren SHT (1,0–5 %) ist dementsprechend niedrig. Die Mortalität beträgt insgesamt 0,5 %, beim schweren SHT jedoch bis über 15 % [3]. Während Kleinkinder häufig durch Stürze betroffen sind, dominieren im Schul- und Jugendalter Fahrrad-, Sport- und Verkehrsunfälle sowie Freizeitverletzungen. Jungen sind etwa doppelt so häufig betroffen wie Mädchen.

DIAGNOSTIK

Ein schweres Schädel-Hirn-Trauma (SHT) bei Kindern stellt eine potenziell lebensbedrohliche Situation dar und erfordert eine rasche und zielgerichtete Diagnostik und Therapie. Die klinische Untersuchung folgt dem ABCDE-Schema gemäß den Empfehlungen des Advanced Paediatric Life Support (APLS) [4] und sollte mit einer sorgfältigen neurologischen Untersuchung (Pupillenweite und -reaktion, Reflexstatus und Muskeltonus) sowie der Suche nach Begleitverletzungen ergänzt werden.

Wichtige Warnsymptome sind: Persistierende Bewusstseinsveränderungen, anhaltendes Erbrechen, fokalneurologische Defizite, Zeichen erhöhten Hirndrucks (Pupillendifferenz, Bradykardie, Hypertonie).

BILDGEBENDE DIAGNOSTIK

In Abhängigkeit der Schwere des Traumas muss eine bildgebende Diagnostik des Schädels und ggf. der Wirbelsäule erfolgen. Die Indikation zur kranialen Bildgebung richtet sich nach klinischer Einschätzung anhand validierter Scores wie z. B. dem PECARN-Algorithmus [5].

Absolute Indikationen zur sofortigen Durchführung eines CTs oder FAST-MRT sind:

- GCS ≤ 13
- Fokal-neurologische Ausfälle
- Hinweise auf Schädelbasisfraktur (z. B. Liquorrhoe, Monokel- oder Brillenhämatom)

- anhaltender Bewusstseinsverlust oder Verschlechterung des Zustands

Beim leichten SHT steht im Kindesalter die stationäre Aufnahme zur engmaschigen neurologischen Überwachung im Vordergrund. Eine primäre Bildgebung ist unter diesen Maßnahmen hier nicht erforderlich. Bei ausreichendem Verdachtsmoment kann beim leichten SHT eine dringliche MRT-Diagnostik erfolgen, insbesondere auch zur Beurteilung eines diffusen axonalen Schadens.

THERAPIE

Die Therapie richtet sich nach dem Schweregrad des Traumas:

- **Leichtes SHT:** Symptomatische Therapie, Überwachung (s. auch **Tabelle 4**)
- **Mittleres SHT:** Stationäre Überwachung, neurologische Verlaufskontrollen, ggf. intensivmedizinische Maßnahmen, ggf. neurochirurgische Intervention
- **Schweres SHT:** Intensivmedizinische Therapie, Hirndruckmonitoring, ggf. neurochirurgische Intervention (Kraniotomie, externe Ventrikeldrainage).

Die intensivmedizinische Betreuung umfasst Maßnahmen zur Senkung des intrakraniellen Drucks (z. B. osmotherapeutische Maßnahmen mit Mannitol oder hypertoner Kochsalzlösung) und zur Sicherstellung der zerebralen Perfusion. Wichtig zu bedenken ist, dass es bei der Behandlung des schweren SHT um die Verhinderung sekundärer Hirnschäden geht,

da die beim Unfall eingetretene Hirnschädigung nicht mehr reversibel ist.

CHIRURGISCHE THERAPIE

Eine operative Intervention ist beim schwerem SHT oft lebensrettend. Zu den absoluten Indikationen gehören: Akute intrakranielle Blutungen (Sub- oder Epiduralhämatom > 30 ml oder mit Mittellinienverlagerung oder klinischer Verschlechterung), Einklemmungssyndrom (Ein- oder beidseitige Pupillenerweiterung, fehlende Lichtreaktion, Koma), imprimierende Schädelkalottenfrakturen > 5 mm sowie ein therapierefraktärer, persistierend erhöhter intrakranieller Druck (> 20 mmHg).

Für alle o. g. Indikationen gilt: prospektive, altersadjustierte Daten zu Blutungsvolumina, Mittellinienverlagerung oder anderen objektivierbaren Parametern existieren nicht. Die klinische Einschätzung des Kindes ist also maßgeblich für die operative Therapie. Der zentrale Unterschied der kindlichen SHTs zu denen Erwachsener ist die Dynamik: Kinder besitzen kaum intrakranielle Reserveräume. Die Hirnventrikel sind noch schmal, Atrophien sind physiologischerweise nicht vorhanden. Gemäß der Monro-Kellie-Doktrin bedeutet das einen schnelleren Anstieg des intrakraniellen Druckes bei kleinen Volumenverschiebungen, also bei Blutungen oder traumatischem Hirnödem. Bei Verdacht auf eine der oben genannten klinischen oder bildgebenden Zeichen ist die schnelle Entscheidung und zügige Durchführung einer operativen Entlastung daher oft lebensrettend.

Tab. 4: Maßnahmen im Rahmen der stationären Überwachung nach [2, 3]

stationäre Überwachung	Monitoring	Überwachungsintervall ab Aufnahme	
		stündlich	1–6 h
- keine audiovisuellen Reize - gelockerte Bettruhe	- GCS	3-stündlich	7–24 h
	- Pupillenreaktion	2-mal pro Schicht	25–48 h
	- Pulsoxymetrie		
Indikation Bildgebung	- GCS-Abfall um 2 bis 3 Punkte - rezidivierendes Erbrechen (>3- bis 5-mal) - anhaltendes Erbrechen >6 h nach Trauma - fokalneurologische Störungen - Krampfanfall		

PROGNOSE UND NACHSORGE

Die Prognose ist abhängig von der Schwere des Traumas. Während leichte SHT meist folgenlos ausheilen, können schwere SHT zu bleibenden neurologischen und kognitiven Defiziten führen. Eine frühzeitige rehabilitative Betreuung ist entscheidend für die langfristige Lebensqualität der betroffenen Kinder und Jugendlichen.

NON-ACCIDENTAL INJURY

Eine besondere Untergruppe bildet das frühkindliche Schädeltrauma im Rahmen einer Kindesmisshandlung. Insbesondere bei Kindern unter zwei Jahren und bei unklarem Unfallmechanismus bedarf es eines hohen Grads an Misstrauen um Fälle von Kindesmisshandlung zu identifizieren. Verdächtig sind hier Schädelfrakturen, retinale Einblutungen ebenso wie subdurale Hämatome und intrakranielle Blutungen unterschiedlichen Alters, welche sich insb. im MRT gut nachweisen lassen. Diesbezüglich verweisen wir an dieser Stelle auf die entsprechenden Leitlinien [6].

DAS CHRONISCHE SCHÄDEL-HIRN-TRAUMA IM KINDESALTER

Abseits der schweren Schädel-Hirn-Traumata hat sich insbesondere in jüngerer Vergangenheit der Fokus auf wiederholte Schädelprellungen und leichte SHTs gerichtet. Die Symptomatik eines leichten Kopf-anpralls bleibt zumeist mild und die Eltern

unbesorgt. Doch auch unkomplizierte Verläufe können bei genauerem Hinsehen Langzeitfolgen auf die geistige Entwicklung haben: Mittlerweile konnte der negative Einfluss auch scheinbar unbedeutender Verletzungen auf die geistigen Fähigkeiten der betroffenen Kinder gezeigt werden, so auf die verbale Intelligenz [7], emotionale Kontrolle, oder auch Kurzzeitgedächtnis und andere exekutive Funktionen [8]. Zusammen mit den Erkenntnissen aus dem Erwachsenensport hat dies zu einem Paradigmenwechsel bei der Beurteilung vermeintlich milder, chronischer Traumata, wie z. B. im Sport durch Stürze oder regelhafte Vorgänge wie z. B. Kopfbälle geführt [9].

Prinzipiell ist zur Erfassung, Diagnose und Therapie gerade leichter Traumata und ihrer Folgen eine ausführliche Untersuchung und Dokumentation notwendig. Die Darstellung geistiger Defizite ist bei jungen Menschen in ihrer Entwicklung besonders anspruchsvoll. Ein standardisierter Prozess hierfür existiert bis dato noch nicht. Gerade für den Bereich Sport existiert mit dem Child SCAT 6 (Sport Concussion Assessment Tool) ein altersgerechtes Item zur Erfassung latenter SHTs, der zumindest eine Beurteilung hinsichtlich der Rückkehr zum Sport ermöglicht [10].

Die Abwägung zwischen den Risiken verschiedener Sportarten und den möglichen Folgen obliegt letztlich den Eltern. Als Behandler ist aber die Aufklärung, die damit verbundene Prävention und nicht

zuletzt die systematische Erfassung unsere Aufgabe. Dies kann durch eine enge Zusammenarbeit mit Vereinen, z. B. in der Ausbildung von Jugendtrainer/innen wie auch die Beratung der Eltern nach vermeintlichen Bagateltraumata geschehen. Die politische Diskussion mit dem Deutschen Fußballbund (DFB) und Vertreter/innen der Ärzt/innenschaft ist dabei hochaktuell: Mit dem Beginn der Saison 2024/2025 setzt der DFB in der fußballerischen Ausbildung auf Spiel- und Trainingsformen, die Kopfbälle bei unter 18-jährigen reduzieren sollen. Ärztinnen und Ärzte fordern jedoch weiterreichende Regelungen, u. a. ein Kopfballverbot in Spielen und Trainings der unter 12-jährigen. Angesichts der o. g. Datenlage können wir uns den Forderungen nur anschließen und ermuntern, die Frage nach vermeidbaren Schädelhirntraumata auch in Verbänden anderer Sportarten zu diskutieren.

FAZIT

Das SHT im Kindes- und Jugendalter erfordert ein multidisziplinäres Management, um mögliche Langzeitfolgen zu minimieren. Eine optimierte präklinische und klinische Versorgung sowie die Entwicklung standardisierter Behandlungsleitlinien sind essenziell, um die Prognose dieser vulnerablen Patientengruppe zu verbessern. Durch verstärkte Präventionsmaßnahmen kann zudem das Risiko wiederholter Kopfverletzungen signifikant reduziert werden.

FALLBEISPIEL: MITTLERES SHT?

Wir berichten über einen 5-jährigen Jungen, der als PKW-Insasse im Rahmen eines Verkehrsunfalles einen Kopfanprall erlitt. Äußerlich zeigte sich eine links frontale Prellmarke. Die Übergabe im Schockraum beinhaltete folgende Eckpunkte: A: nicht intubiert, B: spontan atmend,

C: kreislaufstabil ohne Katecholamine, D: nicht kontaktfähig, Minderbewegung links (sic!), in den Massenbewegungen der oberen und unteren Extremität. Äußerlich keine weiteren Verletzungsfolgen.

Die Befunde konnten in der klinischen Untersuchung bestätigt werden. Die Pupillen waren eng und lichtreagibel.

Der Junge antwortete nicht auf Fragen, lautete auf Schmerzreiz und öffnete auf Schmerzreiz die Augen. Ein Aufforderungsbefolgen bestand nicht, eine dezidierte Kraftprüfung war nicht möglich. Die Extremitäten wurden teils spontan gezielt bewegt, jedoch nicht auf Aufforderung. Links deutlich weniger. Im interdisziplinären Setting wurde bei

sofortiger Verfügbarkeit eine MRT des Schädels (s. **Abb. 1A–B**) und der Halswirbelsäule durchgeführt.

Es erfolgte die sofortige Übernahme in den Operationssaal und Dekompression mittels Hemikraniektomie. Die Aufwachreaktion erfolgte über mehrere Tage. In der postoperativen Verlaufsbildgebung zeigte sich ein regelrechter postoperativer Situs. Nach abgeschlossener Rehabilitation konnte die Reimplantation des Knochenfragmentes durchgeführt werden (s. **Abb. 2 C–D**).

Bei vollständiger Wachheit zeigte sich keine Minderbewegung der linken Seite mehr. Nach einer Rekonvaleszenzphase mit regelmäßiger Physiotherapie wurde der Junge am 14. postoperativen Tag in die rehabilitative Weiterbehandlung entlassen. Ein fokales neurologisches Defizit lag nicht vor. Nach Abschluss der Rehabilitation erfolgte die Reimplantation des Knochenfragmentes (s. **Abb. 3 E–F**).

Key Points

- Formal liegt ein mittelgradiges SHT (GCS 9–10) vor (Augenöffnen: 2 Punkte, Motorische Antwort: 5–6 Punkte, Verbale Antwort: 2 Punkte)
- Eine Dekompensation der im MRT zu unterstellenden Drucksymptomatik (Mittellinienverlagerung!) geht bei Kindern deutlich schneller vonstatten. Eine rasche, präemptive Entlastung sollte daher wie in diesem Fall trotz des formal nur mittelgradigen SHT notfallmäßig erfolgen.
- Bei neurologischen Defiziten, die durch das Verletzungsmuster nicht zu erklären sind, sollte eine sofortige bildgebende und ggf. elektrophysiologische Abklärung erfolgen.
- Schädelfrakturen, die im Bereich der großen Hirnvenen liegen, bergen das Risiko eines massiven Blutverlustes beim Heben der Fraktur oder des Knochenfragmentes.

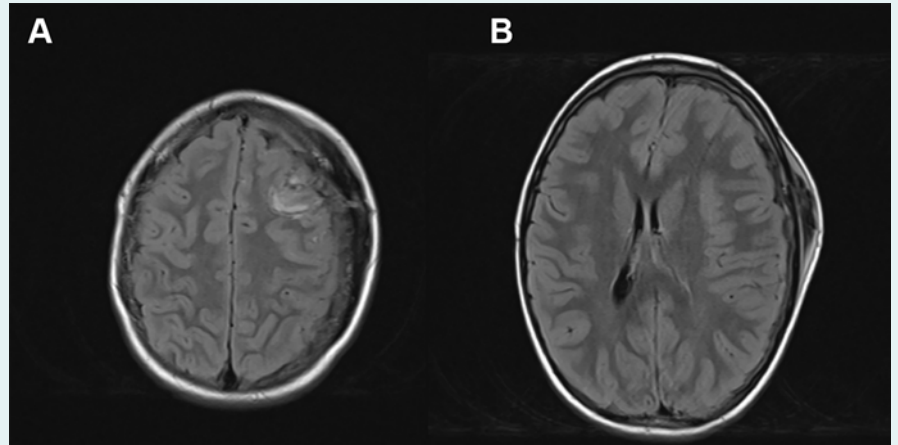


Abb. 1: T1-gewichtete axiale Aufnahme des Neurokraniums im Rahmen der Schockraumversorgung. Es zeigt sich eine links frontale Kontusionsblutung bei darüber liegender frontaler Fraktur (A) sowie eine deutliche Mittellinienverlagerung (B). Eine Verletzung der HWS konnte bildgebend ausgeschlossen werden (nicht gezeigt).

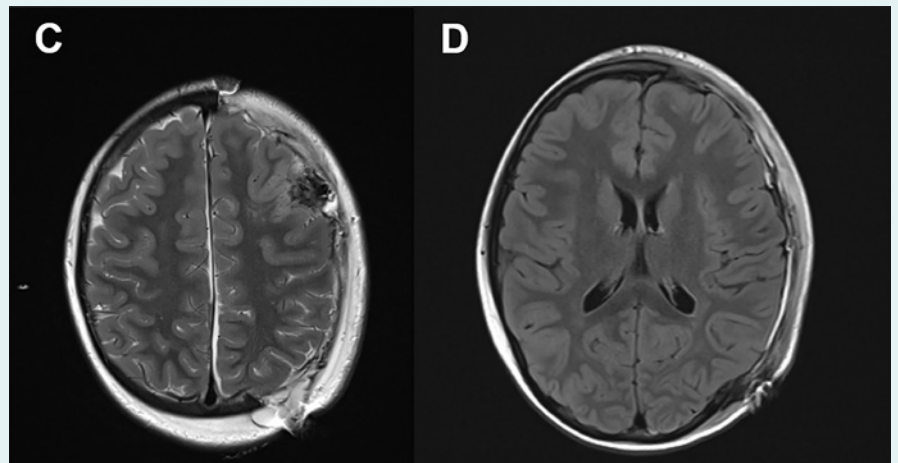


Abb. 2: Postoperative Verlaufsbildgebung. C: T2-gewichtete postoperative Aufnahme mit links frontaler, residueller Kontusionsblutung. Die Schädelkalotte der linken Seite wurde großflächig entfernt. D: T1-gewichtete Darstellung der vollständig rückläufigen Mittellinienverlagerung.

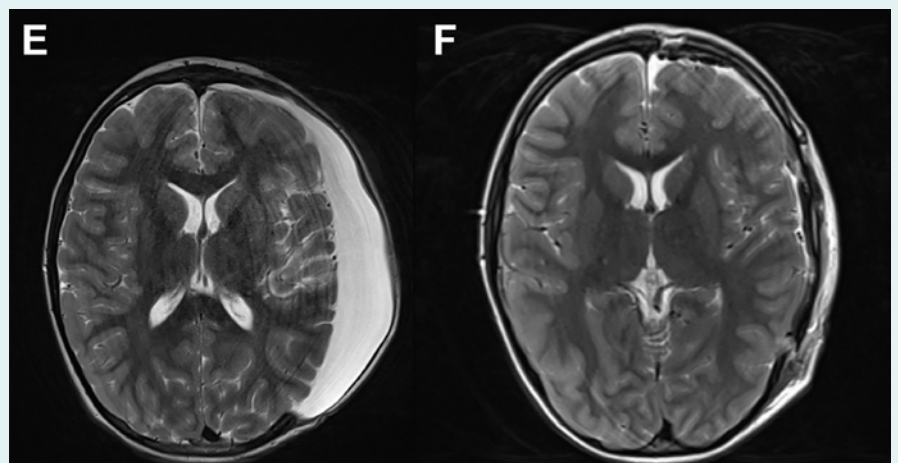


Abb. 3: E: T2-gewichtete Darstellung vor Reimplantation des Knochenfragmentes. F: T2-gewichtete axiale Bildgebung nach Reimplantation des Knochenfragmentes mit mittelständigem Interhemisphärenspalt.

Wie im obigen Fallbeispiel illustriert, erfolgt die Einteilung des SHT gemäß der neurologischen Einschätzung. Die tatsächliche Schwere der Gehirnverletzung kann dazu in scheinbarem Widerspruch stehen. Eine rasche operative Therapie kann lebensrettend sein und erhält neurologische Funktion.

LITERATUR

- [1] Global, regional, and national burden of traumatic brain injury and spinal cord injury, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol.* 2019; 18:56–87. Epub 2018/11/26. doi: 10.1016/S1473-4422(18)30415-0 PMID: 30497965.
- [2] Lacher M, Hoffmann F, Mayer S, editors. *Kinderchirurgie für Pädiater. Blickdiagnosen, ambulantes Management, postoperative Betreuung.* Berlin, Heidelberg: Springer; 2020.
- [3] Lichte P, Andruszkow H, Kappe M, Horst K, Pishnamaz M, Hildebrand F, et al. Increased in-hospital mortality following severe head injury in young children: results from a nationwide trauma registry. *Eur J Med Res.* 2015; 20:65. Epub 2015/08/14. doi: 10.1186/s40001-015-0159-8 PMID: 26272597.
- [4] Samuels MA, Wieteska S, editors. *Advanced paediatric life support. The practical approach to emergencies.* Chichester, West Sussex, UK: BMJ Books; 2016.
- [5] Kuppermann N, Holmes JF, Dayan PS, Hoyle JD, Atabaki SM, Holubkov R, et al. Identification of children at very low risk of clinically-important brain injuries after head trauma: a prospective cohort study. *Lancet.* 2009; 374:1160–70. Epub 2009/09/14. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61558-0 PMID: 19758692.
- [6] Blesken, M., Franke, I., Freiberg, J., Kraft. AWMF S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung. unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie), Langfassung 1.0. AWMF-Registernummer: 027-069. Available from: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/027-069>.
- [7] Cermak CA, Scratch SE, Reed NP, Kakonge L, Beal DS. Effects of Pediatric Traumatic Brain Injury on Verbal IQ: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Int Neuropsychol Soc.* 2022; 28:1091–103. Epub 2021/11/26. doi: 10.1017/S1355617721001296 PMID: 34823632.
- [8] Keenan HT, Clark AE, Holubkov R, Cox CS, Ewing-Cobbs L. Trajectories of Children's Executive Function After Traumatic Brain Injury. *JAMA Netw Open.* 2021; 4:e212624. Epub 2021/03/01. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.2624 PMID: 33739432.
- [9] Coulter IC, Forsyth RJ. Paediatric traumatic brain injury. *Curr Opin Pediatr.* 2019; 31:769–74. doi: 10.1097/MOP.0000000000000820 PMID: 31693586.
- [10] Davis GA, Echemendia RJ, Ahmed OH, Anderson V, Blauwet C, Brett BL, et al. Child SCAT6. *Br J Sports Med.* 2023; 57:636–47. doi: 10.1136/bjsports-2023-106982. PMID: 37316212.



Wissenschaftliche Leitung:

PD Dr. med. Peter Zimmermann,
Prof. Dr. med. Martin Lacher

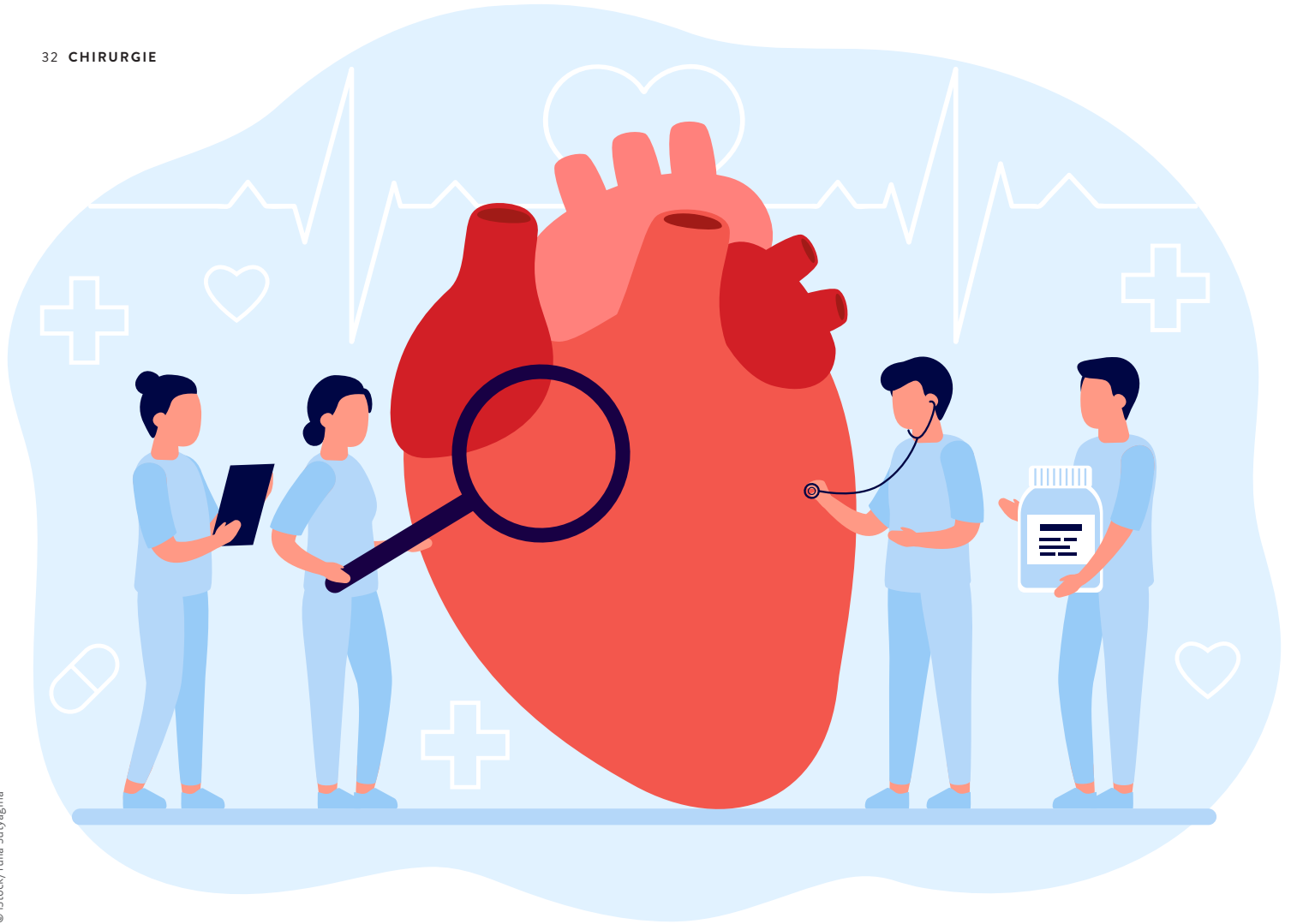
**10 %
Frühbucher-
Rabatt**
nur bis
01.04.2025

Hands-on-Kurs

Kindertraumatologie

Berlin und online, 12. – 13. Juni 2025





Geschlechtssensible Aspekte in der Herzchirurgie: Neue Perspektiven und Herausforderungen

Sabine Bleiziffer, Elpiniki Katsari

GESCHLECHTSSPEZIFISCHE DISPARITÄTEN IN DER HERZCHIRURGIE

Die geschlechtssensible Medizin hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen, auch in Fachbereichen wie der Herzchirurgie, in denen geschlechtsspezifische Unterschiede in Diagnose,

Behandlung und Ergebnissen bisher oft unzureichend berücksichtigt wurden. Zahlreiche aktuelle Studien und laufende Forschungsprojekte belegen, dass Männer und Frauen aufgrund biologischer Unterschiede sowie sozialer und kultureller Faktoren unterschiedliche Behandlungsverläufe im Gesundheitssystem aufweisen. Diese Unterschiede können zu variierenden



Prof. Dr. med. Sabine Bleiziffer

Klinik für Thorax- und
Kardiovaskularchirurgie
Herz- und Diabeteszentrum Nordrhein-
Westfalen/Bad Oeynhausen
Universitätsklinik der Ruhr-Universität
Bochum
sbleiziffer@hdz-nrw.de



Dr. med. Elpiniki Katsari

Fachabteilung für Herzchirurgie
Universitätsmedizin Greifswald
Elpiniki.Katsari@med.uni-greifswald.de

Bleiziffer S, Katsari E: Geschlechtssensible Aspekte
in der Herzchirurgie: Neue Perspektiven und
Herausforderungen. *Passion Chirurgie*. 2025 Mai;
15(05): Artikel 03_06.



Mehr Artikel zur Herzchirurgie finden
Sie auf BDC|Online (www.bdc.de)
unter der Rubrik Wissen | Fachgebiete |
Herzchirurgie.

Behandlungsstrategien und -ergebnissen führen, die insbesondere in der Herzchirurgie eine zentrale Rolle spielen.

Aus der Literatur geht hervor, dass Patientinnen nach großen Operationen darunter herzchirurgische Eingriffe wie die koronare Bypass-Operation, der Aortenklappenersatz sowie der Mitralklappenersatz bzw. -rekonstruktion, eine höhere Sterblichkeitsrate aufweisen als männliche Patienten. Obwohl beide Geschlechter ähnliche Raten schwerwiegender Komplikationen zeigen, sterben Frauen häufiger an diesen. Das könnte darauf hindeuten, dass Ärztinnen und Ärzte Frauen nach der Operation unterschiedlich behandeln, was die Sterblichkeit erhöht. [1] Eine bessere Erkennung und Behandlung von Komplikationen bei Frauen könnten diese geschlechtsspezifische Diskrepanz verringern.

Zudem sind Frauen in vielen großen Studien unterrepräsentiert – oft stellen sie nur etwa 15 % der Teilnehmenden. Diese ungleiche Repräsentation führt zu einer verzerrten Sicht auf die Behandlungsergebnisse und -empfehlungen für Frauen. Es gibt zahlreiche Hypothesen zur Unterdiagnose von Herzerkrankungen bei Frauen. So beschreiben Frauen ihre Symptome häufig anders als Männer und erleben bei einem Herzinfarkt häufig subtilere Symptome wie Atemnot, Übelkeit oder Schmerzen im Kiefer, Arm oder Rücken, während männliche Patienten eher die typischen Brustschmerzen schildern. Studien deuten darauf hin, dass Frauen weniger aggressiv behandelt werden und ihre Beschwerden nicht immer mit der gleichen Priorität gewichtet werden wie die von männlichen Patienten. Beispielsweise werden in Europa deutlich mehr Prozeduren an der Aortenklappe bei Männern durchgeführt (423 Eingriffe pro eine Million Einwohner im Vergleich zu 258 bei Frauen), trotz mutmaßlich gleicher Inzidenz von Aortenklappenvitien. [2]

Dies könnte zu schlechteren Behandlungsergebnissen führen und verdeutlicht die Notwendigkeit, geschlechtsspezifische Faktoren stärker in der klinischen Praxis zu berücksichtigen. [3]

KORONARE BYPASS-CHIRURGIE

Die Ergebnisse der koronaren Bypass-Operation (CABG) sind bei Frauen im Vergleich zu Männern schlechter. Ein internationales Forschungsteam analysierte Daten von 45.372 Fällen aus sieben Studien, darunter 777 Frauen. Die Ergebnisse zeigen, dass Frauen nach einer koronaren Bypass-Operation schlechtere Langzeitergebnisse und mehr Komplikationen haben, insbesondere eine höhere Rate an Bypass-Versagen, vor allem bei der Verwendung von Beinvenen. Frauen benötigen häufiger erneute Eingriffe und haben ein höheres Risiko für Herzinfarkte und Tod. [4]

Es ist bekannt, dass Frauen während der Operationen seltener arterielle Bypässe erhalten, obwohl diese eine bessere Haltbarkeit aufweisen. Die aktuell laufende ROMA-Studie ist die erste Koronarchirurgie-Studie, die sich speziell mit Frauen befasst. Sie wird geschlechtsspezifische Leitlinien für die koronare Bypass-Operation entwickeln helfen, um bestehende Ungleichheiten zu reduzieren und Lücken in der Evidenz zu schließen, die durch die Unterrepräsentation von Frauen in früheren Studien entstanden sind. Darüber hinaus kann die Studie zukünftig als Vorbild für weitere Forschungsprojekte dienen, um gezielt Studien für Frauen und andere Minderheitengruppen zu konzipieren. [5]

AORTENKLAPPENCHIRURGIE

Ein besonders relevantes Thema in der Herzchirurgie ist die Behandlung von Patient:innen mit Aortenklappenstenose. Hier zeigt sich die Unterdiagnostizierung von Frauen ganz deutlich. [2] [6] Männer (31,3 %) werden beim Hausarzt häufiger mit dem Stethoskop untersucht als Frauen (24,2 %, $p < 0.001$), was zeigt, dass eine gewisse Awareness fehlt, Frauen auf Herzerkrankungen hin zu untersuchen, was die Diagnose verzögert. [6] Frauen mit Aortenklappenstenose werden auch seltener invasiv therapiert und häufiger mit Transkatheter-Aortenklappenimplantationen (TAVI) als mit konventionellem Aortenklappenersatz behandelt, was aufgrund ihres höheren Alters und des

höheren Risikoscores bei Indikationsstellung nachvollziehbar scheint. [7] [8]

Die jüngsten Daten über erhöhte Sterblichkeitsraten nach einem chirurgischen Aortenklappenersatz (SAVR) bei weiblichen Patienten sind besorgniserregend und erfordern gezielte Aufmerksamkeit. [7] [9] [10] Es ist notwendig, geschlechtsspezifische Faktoren in den Entscheidungsprozess zur Wahl der optimalen Behandlungsstrategie (TAVI vs. SAVR) einzubeziehen und eine sorgfältige prozedurale Planung vorzunehmen, um den Eingriff an die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen anzupassen.

Ein erheblicher Anteil weiblicher Patienten weist kleinere anatomische Strukturen auf, darunter den Aortenklappenannulus, die Aortenwurzel, den Thorax und periphere Gefäße. Diese Faktoren haben wichtige Auswirkungen auf die prozedurale Planung und die Behandlungsergebnisse. Daten

aus einer randomisierten Studie zeigen, dass 60 % der Frauen eine chirurgische Klappenprothese mit einer Größe von ≤ 21 mm erhielten, im Vergleich zu nur 13,3 % der Männer. [11] Aus chirurgischer Sicht kann der kleinere Brustraum es zusätzlich erschweren, minimalinvasive Eingriffe in einem ohnehin begrenzten Operationsfeld durchzuführen. Eine effektive prozedurale Planung sollte daher Strategien zur Bestimmung des optimalen Prothesentyps und der passenden Größe, die Auswahl des besten Zugangswegs sowie die Beurteilung der Notwendigkeit einer Aortenwurzelvergrößerung beinhalten.

Neue Daten randomisierter Studien zeigen Vorteile von TAVI bezüglich kombinierter Endpunkte aus Letalität, Schlaganfall und Rehospitalisierung insbesondere bei Frauen, während bestimmte schwerwiegende Komplikationen ausschließlich bei Frauen auftraten. [12] Die genaue

wissenschaftliche Bewertung dieser Daten steht noch aus, unstrittig ist jedoch, dass in Zukunft durch geschlechtsspezifische Prozedurplanung die Ergebnisse und Prognosen von Frauen mit Aortenklappenstenose verbessert werden kann.

MITRALKLAPPENCHIRURGIE

In den letzten Jahren hat die Mitralklappenchirurgie große Fortschritte gemacht, wobei die minimalinvasive Technik (MIV) zunehmend den klassischen chirurgischen Zugang ergänzt. MIV hat hervorragende Langzeitergebnisse erzielt, doch es gibt wenig Wissen über geschlechtsspezifische Unterschiede. Eine Studie zu geschlechtsspezifischen Ergebnissen in einer MIV-spezialisierten Kohorte ergab, dass Frauen im Vergleich zu Männern älter waren, höhere EuroSCORE II-Werte aufwiesen, symptomatischer waren und komplexere Klappenpathologien hatten. Die In-hospital-Sterblichkeit war zwischen

INTERNATIONALE FACHTAGUNG

ALFRIED KRUPP WISSENSCHAFTSKOLLEG GREIFSWALD
UNIVERSITÄTSMEDIZIN GREIFSWALD



4. - 7. JUNI 2025 | GREIFSWALD

GESCHLECHTSSPEZIFISCHE

ASPEKTE IN DER

CHIRURGIE

den Geschlechtern ähnlich, jedoch trat bei Frauen häufiger Vorhofflimmern auf. Die 5-Jahres-Überlebensrate und die Freiheit von Reoperationen waren ebenfalls vergleichbar. Nach Propensity-Matching zeigte sich, dass bei Frauen seltener die Mitralklappe reseziert wurde, aber Frauen häufiger Vorhofflimmern entwickelten. Im Follow-up war die Ejektionsfraktion bei Frauen besser. [13]

Insgesamt zeigen Frauen trotz höherer Komplexität und höheren Alters vergleichbare frühe und mittelfristige Ergebnisse in Bezug auf Mortalität und Reoperationen nach MIV. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit im Herzteam könnte helfen, das erhöhte chirurgische Risiko bei Frauen zu verringern. Weitere Studien sind notwendig, um diese Ergebnisse zu bestätigen.

CHIRURGEN-GESCHLECHT BEEINFLUSST OUTCOME

Eine kanadische Studie aus dem Jahr 2022, veröffentlicht in JAMA Surgery, zeigte, dass das Geschlecht des Chirurgen einen entscheidenden Einfluss auf den Verlauf und das Ergebnis einer Operation hat. Die Untersuchung, geleitet von Prof. Dr. Angela Jerath und Prof. Christopher Wallis,

analysierte die Daten von über 1,3 Millionen Patienten:innen, die in Ontario in den letzten 12 Jahren von fast 3.000 Chirurgen:innen operiert wurden. Dabei zeigte sich, dass Frauen, die von männlichen Chirurgen operiert werden, nach dem Eingriff ein um bis zu 15 Prozent höheres Risiko für Komplikationen haben als Frauen, die von weiblichen Chirurgen behandelt wurden. Diese Ergebnisse werfen ein neues Licht auf geschlechtsspezifische Unterschiede in der chirurgischen Praxis und betonen die Notwendigkeit, diese in der Patientenversorgung zu berücksichtigen, auch in der Herzchirurgie bei komplexen Eingriffen. Die Studie deutet darauf hin, dass Unterschiede in Kommunikation und Entscheidungsfindung zwischen männlichen und weiblichen Chirurgen signifikante Auswirkungen auf die Behandlungsergebnisse haben könnten, und empfiehlt die Bildung gemischter Chirurgenteams. [14]

INTERNATIONALE TAGUNG „GESCHLECHTSSPEZIFISCHE ASPEKTE IN DER CHIRURGIE“ – JUNI 2025 IN GREIFSWALD

Die Berücksichtigung von Genderaspekten in der Herzchirurgie ist nicht nur

eine wissenschaftliche Herausforderung, sondern auch eine gesellschaftliche und praktische Notwendigkeit. Angesichts o. g. dringender Fragestellungen wird eine internationale Tagung „Geschlechtsspezifische Aspekte in der Chirurgie“ im Juni 2025 im Alfred Krupp Wissenschaftskolleg in Greifswald unter der wissenschaftlichen Leitung der Autorinnen stattfinden.

Die Veranstaltung wird sich mit den aktuellen Entwicklungen der Geschlechtssensiblen Medizin im Bereich der chirurgischen Fächer insgesamt befassen. Die Tagung wird durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) und Alfred Krupp Wissenschaftskolleg gefördert und bringt führende Expert:innen und Forscher:innen aus Deutschland sowie internationale Partner:innen zusammen, um neue wissenschaftliche Erkenntnisse zu diskutieren und die praktische Umsetzung geschlechtsspezifischer Medizin in allen chirurgischen Fächern zu fördern.

Für weitere Informationen zur Tagung, Podcasts, Statements und zur Anmeldung laden wir Sie ein die [Website der Tagung](#) zu besuchen. ○



Führungsseminar

Wissenschaftliche Leitung:
Dr. med. Gunda Leschber

Chirurginnen auf dem Weg nach oben 2025

Modul 4: Gesprächsstrategie – souverän Klartext reden
Berlin, 13. - 14.06.2025

Klick!
Jetzt
anmelden!

Webinar-Reihe „Fraktur im Fokus“ – FAQ

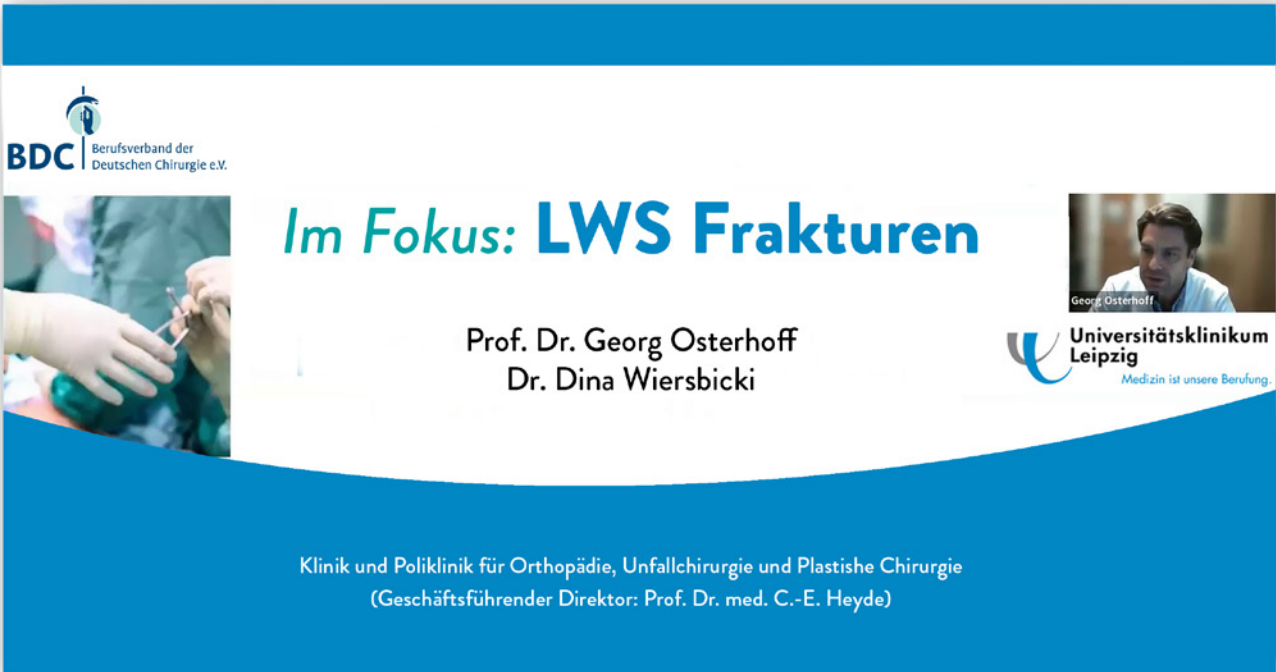
Benedikt Braun

In der Webinar-Reihe „Fraktur im Fokus“ nimmt die BDC eAkademie jeden Monat des Jahres eine Fraktur unter die Lupe. Expert:innen für den jeweiligen Bereich stellen die aktuelle Entwicklungen auf ihrem Gebiet vor und diskutieren diese anschließend anhand von konkreten Fallbeispielen. Professor Braun beantwortet heute meistgestellte Fragen (FAQ) zur Fraktur im Fokus.

Was ist das Besondere an diesem Format?

- Ausgewiesene Experten auf dem jeweiligen Spezialgebiet mit entsprechender klinischer Expertise

- Einstieg in das Webinar mit Übersichtsvorträgen mit Einführung in das Thema und gleichzeitig Update gemäß aktuellster Literatur
- Gepaart mit Fallvorstellungen und gemeinsamer Diskussion bezüglich Behandlung und Therapiealternativen
- Möglichkeit zur Einbringung eigener Fälle
- Zugriff auf das Webinar im Nachgang und gleichzeitig von den Experten ausgewähltes Lesematerial, sowie abgestimmte OP Videos zur Vertiefung vom Kooperationspartner World Surgery Tour



BDC Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.

Im Fokus: LWS Frakturen

Prof. Dr. Georg Osterhoff
Dr. Dina Wiersbicki

Universitätsklinikum Leipzig
Medizin ist unsere Berufung.

Klinik und Poliklinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Plastische Chirurgie
(Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. med. C.-E. Heyde)



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

Stellv. Leiter Themen-Referat Nachwuchs im BDC

Mitglied im BDC-Themen-Referat

Digitalisierung und technische Innovation
Beauftragter für die Nachwuchsförderung
in der Gemeinsamen

Weiterbildungskommission Chirurgie

Klinik für Unfall- und

Wiederherstellungschirurgie

Eberhard Karls Universität Tübingen

BG Klinik Tübingen

bbraun@bgu-tuebingen.de

Für wen ist es besonders geeignet?

- Vom Berufsanfänger bis zum „alten Hasen“ versuchen wir durch die Verbindung von Übersicht und Update möglichst alle Kolleg:Innen anzusprechen, ob in der Niederlassung, oder Klinik

Welchen Wissensgewinn habe ich durch das Webinar?

- Strukturierte Einführung in eine Fraktur-entität und gleichzeitig Update zu den Neuerungen dazu
- Einblick in die Fallbasierte Entscheidungsfindung ausgewiesener Experten zu wesentlichen Frakturen, die uns im Alltag beschäftigen

Wie kam das erste Webinar an und welche Fragen gab es?

- Sehr gut; siehe Evaluation ;-)
- Rege Diskussion, spannende Fälle; ein schneller Einstieg ins Thema bei gleichzeitig so selten gegebenem Einblick in die Entscheidungsfindung zu mitunter komplexen Frakturen durch ausgewiesene Experten

Was ist weiterhin geplant?

- Weiterführen der Seminare wie geplant in diesem Jahr
- Reevaluieren der Kommentare aus den bisherigen Sitzungen und ggfs. Anpassung bezüglich Struktur und Themen über den Sommer

Wie setzt sich der Kreis der Referent:innen zusammen?

- klinische Experten zu den jeweiligen Themengebieten aus ganz Deutschland

Durch welches Material wird das Webinar begleitet?

- Webinar auf Abruf; Lesematerial von den Referent:innen ausgewählt; begleitende OP Videos und internationale Expertendiskussionen durch den Partner World Surgery Tour

Tab. 1: Webinar-Termine, alle Webinare finden um 17.00 Uhr statt

Im Fokus: Acetabulumfrakturen	21.05.25
Im Fokus: Proximale Tibiafrakturen	25.06.25
Im Fokus: Distale Femurfrakturen	09.07.25
Im Fokus: Pilon Tibiale Frakturen	27.08.25
Im Fokus: Proximale Femurfrakturen	24.09.25
Im Fokus: Metatarsalefrakturen	22.10.25
Im Fokus: Calcaneusfrakturen	12.11.25
Im Fokus: Distale Radiusfrakturen	03.12.25

Hier geht's zum Programm und zur Anmeldung. [○](#)

Braun B: Webinar-Reihe „Fraktur im Fokus“ –
FAQ. Passion Chirurgie. 2025 Mai; 15(05):
Artikel 04_01.



Mehr aus unserer Akademie auf
BDC|Online (www.bdc.de) unter der
Rubrik Wissen | Aus-, Weiter- und
Fortbildung | Akademie Aktuell.



SURGEONTALK

Der BDC | Podcast



WIR PRÄSENTIEREN

SURGEON TALK

**Chirurgisches Wissen
auf den Punkt.**

www.surgeontalk.de



BDC

Berufsverband der
Deutschen Chirurgie e.V.



ARZTPRAXIS TIPP

Aggression und Gewalt und ihr steigendes Potenzial als neuer Praxisalltag

Antje Boccatius

Ein seit Jahren stetig steigendes Potenzial an Gewalt und Aggression spiegelt sich in unserem täglichen Arbeitsalltag wider und ist ein sehr ernstzunehmendes Thema. Im Jahr 2019 schon forderte die Bundesärztekammer härtere Strafen für Gewalt gegen Ärzte ([zum Artikel auf BDC|Online](#)). Heute, sechs Jahre später, sind wir nur gefühlt einen Schritt weiter. Am 13.09.2024 hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) eine Resolution zur Änderung des

Strafgesetzbuchs zur „Unterstützung der Verschärfung des Strafrechts zum Schutz von Ärztinnen, Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie des Praxispersonals“ verabschiedet.

Aggression und Wut bei Patienten steigen stetig an und somit auch die Angst und Unsicherheit beim Personal. Bei einer Umfrage der KBV im Sommer 2024 gaben 80 % der befragten Praxen an, im Jahr 2023

**Antje Boccatus**

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

mehrfach mit Beschimpfungen, Beleidigungen und mit körperlicher Gewalt in Kontakt gekommen zu sein.

Ich erinnere mich noch an Zeiten, in denen das Handy leise gemacht wurde, wenn man die Praxis betrat, man Gespräche, wenn überhaupt, im Flüsterton untereinander führte.

Es hatte etwas Respektvolles, fast schon Demütiges, im Verhalten dem Arzt und seinem Team gegenüber, das heute fast nicht mehr zu finden ist. Das Handy als permanenter Begleiter unseres Lebens wird auf Lautsprecher gestellt, damit auch der letzte Patient oder Mitarbeiter das Gespräch verfolgen kann. Gespräche im Wartezimmer werden nicht mehr leise, sondern in voller Lautstärke absolviert. Privatsphäre: Fehlanzeige!

Die daraus resultierende Reizbarkeit der Patienten und daraus folgende Potenzial zur Gewalt wird durch den permanenten Umgang mit Medien (Radio, Fernsehen), sozialen Medien wie TikTok, Instagram und Co. noch gefördert.

Mangelnder Schlaf, zu wenig Bewegung und das andauernde Beflimmern unseres Geistes lassen uns schneller genervt von echten zwischenmenschlichen Interaktionen sein.

Wenn dann noch Schmerz, Angst oder Überforderung hinzukommen, kann diese Mischung explosiv sein – oder werden – und spiegelt den Druck wider, unter dem viele Menschen heutzutage stehen. Die angespannte Situation im Gesundheitswesen, wie Personalmangel und lange Wartezeiten, trägt nicht gerade zu einer besseren Situation bei.

Hinzu kommen diverse kulturelle Unterschiede, Sprachbarrieren und Verständigungsschwierigkeiten.

Patienten und Angehörige reagieren in Stress- oder Krisensituationen häufiger impulsiv, was sich in verbaler oder sogar körperlicher Gewalt äußern kann.

Ganz allgemein finde ich, dass der Umgang, den wir Menschen miteinander haben und auch in der Gesellschaft als solche, ruppiger und rauer geworden ist.

Tägliche erschütternde Nachrichten von Angriffen auf Menschen, Krieg in großen Teilen der Welt und nicht zuletzt der unfassbare Anschlag am 20. Dezember 2024 in meiner so schönen Heimatstadt Magdeburg machen das nochmal ganz deutlich.

Der gesamtgesellschaftliche Werteverfall trifft auf ein marodes Gesundheitssystem.

Aggression und Gewalt und ihr steigendes Potenzial als neuer Praxisalltag. Passion Chirurgie. 2025 Mai; 15(05): Artikel 04_02.



Mehr aus der Niederlassung finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik Wissen | Fachgebiete | Niederlassung.



© iStock/Patrick Daxenbichler

Der steigende Anteil von Patient:innen mit einer Wertevorstellung von: „Hier komme ich und nur ich zähle und ich will alles, und zwar sofort, weil mir die Medien und die Politik das ja so suggerieren und versprechen“ steigt prozentual zu den Gewalttaten und Beleidigungen. Das gefährdet nicht nur das Sicherheitsgefühl des Personals, sondern auch die Qualität der Patientenversorgung.

Wir leben in einer neuen Realität, in der es Praxen mit Sicherheitsmitarbeitern gibt. Praxen, in denen Notfallmanagement nicht nur im medizinischen Sinne geführt wird, sondern zusätzlich mit Maßnahmen zur Sicherheit von Arzt und Personal, wie z. B. Selbstverteidigungskurse, Pfefferspray am Empfang und nicht zu vergessen, Praxen, in denen es einen Notrufknopf mit Verbindung zur Polizeiwache gibt, was fast schon dystopisch anmutet.

Ich arbeite in einer Praxis für Unfallchirurgie und Orthopädie. Täglich erleben wir

Menschen, die mit starken Schmerzen durch Unfallgeschehen zu uns in die Praxis kommen. Auch wir erleben den Frust und die steigende Aggression der Patienten durch Beschimpfungen und Beleidigungen.

Diese entstehen meistens durch die vorhandene Ungeduld der Patienten und haben starke Auswirkungen. Gewalt kann nicht nur physische Folgen haben, sondern belastet auch das psychische Wohlbefinden von uns betroffenen Mitarbeiter:innen. Es führt zu Stress, Unsicherheit und kann langfristig zu einem Gefühl der Unzufriedenheit oder Burnout beitragen.

SCHUTZMASSNAHMEN

Wir versuchen als präventive Maßnahme eine klare und konkrete Kommunikation mit den Patienten über Wartezeiten, Abläufe und mögliche Einschränkungen zu führen. In den meisten Fällen gibt es dem Patienten das Gefühl, angenommen und verstanden zu werden, durch freundliche

Erklärungen mit ruhiger Stimme, einem Lächeln und ohne Aggression.

Regelmäßige Schulungen der Mitarbeiter:innen zu Deeskalationstechniken und Kommunikation können helfen, Konflikte frühzeitig zu erkennen und zu entschärfen.

Unser Eingangsbereich ist mit einem Sicherheitssystem ausgestattet und im Haus gibt es einen Sicherheitsdienst.

Regelmäßige Teambesprechungen, die das Erlebte thematisieren, eventuell mit psychologischer Unterstützung, können helfen, das Erlebte besser zu verarbeiten und sich nicht allein zu fühlen.

Aber es braucht definitiv eine langfristige Lösung, mit und durch die Unterstützung der Politik, die es uns als medizinischem Personal wieder möglich macht, in Sicherheit und mit Freude unseren Beruf täglich ausüben zu können. ○



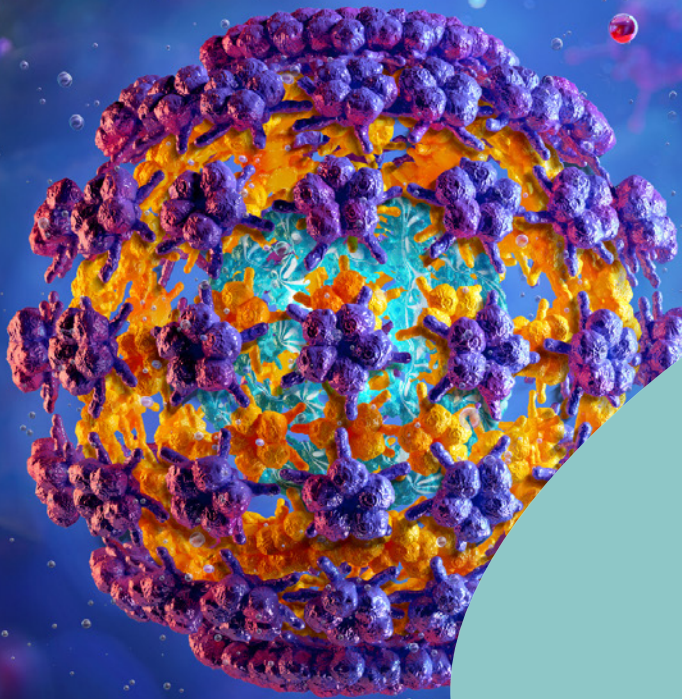
Live-Webinar

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

Robotische Chirurgie: Modul 1 – Theorie

Mittwoch, 25.06.2025 ab 18.00 Uhr




HYGIENE TIPP


Viruzide Händedesinfektion bei Versorgung von HPV-Patienten

Lutz Jatzwauk, Martin Groth, Nils Hübner, Wolfgang Kohnen

FRAGE:

Wir haben immer wieder Anfragen zum Umgang mit Patienten mit Humanen Papillomviren im Operationsbereich. Gemäß VAH-Liste benötigen wir den Wirkbereich „viruzid“ für die Flächendesinfektion. Benötigen wir dies auch für die hygienische Händedesinfektion bei Kontakt mit möglicherweise kontaminierten Oberflächen? Oder ist begrenzt viruzid PLUS ausreichend?

ANTWORT:

HPV-Viren sind unbehüllte DNA-Viren. Also wären viruzide Desinfektionsmittel anzuwenden. „Begrenzt viruzid PLUS“ reicht nicht zur Inaktivierung des Surrogate-Virus Polyoma SV-40. Ob Desinfektionsmittel mit dem Wirkbereich „begrenzt viruzid PLUS“ bei HPV-Virus ausreichend wirksam wäre, ist wohl gegenwärtig nicht bekannt. Allerdings kann aus dem RKI-Ratgeber für Ärzte auch abgeleitet werden, dass „gemäß **Empfehlungen der Kommission**

für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) zur Infektionsprävention im Rahmen der Pflege und Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten (...) bei der Behandlung von Patienten mit Papillomviren generell **keine** über die Basis-hygiene hinausgehende Maßnahmen erforderlich [sind].

Im Rahmen der Basishygiene sind in Einrichtungen des Gesundheitswesens zur Desinfektion von **Medizinprodukten mit Schleimhautkontakt** grundsätzlich nur Mittel oder Verfahren mit nachgewiesener Wirksamkeit gegen behüllte und unbehüllte Viren (mit dem Wirkungsbereich viruzid) anzuwenden (siehe **KRINKO-Empfehlung**).“

Also wären im Rahmen der Basishygiene auch keine besonderen Händedesinfektionsmittel erforderlich. Die begrenzt viruziden Händedesinfektionsmittel sind zwar nicht ausreichend wirksam, aber der Infektionsweg der HP-Viren erscheint nicht gegeben – es sei denn, es kommt nach Kontamination zum Schleimhautkontakt mit den Händen.

Laserbehandlungen von *Condylomata acuminata* (Feigwarzen) sollten nur in künstlich belüfteten OP-Sälen der Klasse IA nach DIN 1946/4 durchgeführt werden. Im Laser-rauch findet sich HPV-DNA. Ob die DNA (das Virus) auch infektiös ist, ist nicht untersucht. Der Rauch wird durch die TAV-Decken im Wesentlichen nach unten abgedrängt. Der wahrnehmbare Geruch nach Rauch zeigt aber an, dass dieser auch in den Respirationstrakt gelangt. Daher sollten **ungeimpfte** Mitglieder des OP-Teams FFP2-Masken ohne Ausatemventil tragen und nach dem Ausziehen der Schutzhandschuhe eine viruzide Händedesinfektion durchführen (Literatur: FRAUENARZT 56 (2015) Nr. 10, 898–903)

Nosokomiale Infektionen durch HPV wurden nach unserer Kenntnis noch nie eindeutig nachgewiesen. Das Risiko beim Einsatz nicht viruzid wirksamer Händedesinfektionsmittel erscheint also gering. Bei einem potenziell krebserregenden Virus ist aber Vorsicht geboten.

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

Korrespondierender Autor:

Dipl.-Wirt.Ing. Martin Groth

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

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

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

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

Krankenhaushygiene/Umweltschutz
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Dr. rer. nat. Wolfgang Kohnen

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

Jatzwauk L, Groth M, Hübner NO, Kohnen W:
Hygiene-Tipp: Viruzide Händedesinfektion bei Versorgung von HPV-Patienten. *Passion Chirurgie*. 2025 Mai; 15(05): Artikel 04_03.



Weitere Hygiene-Tipps finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de), Rubrik Wissen | Qualität & Patientensicherheit | Hygiene-Tipp.

BDC Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.

Präsenz-Seminar

Wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. med. Karsten Ridwelski
Prof. Dr. med. Roland Croner

Klick! Jetzt anmelden!

Facharztseminar
Viszeralchirurgie
Magdeburg, 16. – 20. Juni 2025

RECHT &
VERSICHERUNG

Versicherungs- angebote des BDC



Diese Leistungen sind in Ihrem BDC-Mitgliedsbeitrag enthalten:

- ✓ Berufs-Rechtsschutz
- ✓ Praxisvertreter-Haftpflicht

Weitere Versicherungsangebote für BDC-Mitglieder über Rahmenverträge

Exklusiv und marktführend

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

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

HABEN SIE FRAGEN ODER WÜNSCHEN SIE EIN KONKRETES ANGEBOT? BITTE SPRECHEN SIE UNS AN:

BDC-VERSICHERUNGSSERVICE

ECCLESIA MED GMBH

Klingenbergstr. 1-4, 32758 Detmold

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

E-Mail: bdc-versicherungsservice@ecclesia.de

Personalia



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

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

MAI 2025

Dr. med. Kai Peter Drastig ist neuer Chefarzt in der Atos Orthopädischen Klinik Braunfels. Der Spezialist für endoprothetischen Ersatz von Knie- und Hüftgelenken war zuletzt geschäftsführender Oberarzt in der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie der Lahn-Dill-Kliniken GmbH, Klinikum Wetzlar.

Dr. med. Steffen Heck hat Anfang April 2025 die Leitung der Klinik für Unfall- und Handchirurgie am Hegau-Bodensee-Klinikum (HBK) in Singen übernommen. Heck leitete zuvor die Orthopädie und Unfallchirurgie am Klinikum Hochrhein in Waldshut-Tiengen, wo er die unfallchirurgische Versorgung maßgeblich weiterentwickelt hat.

Dr. med. Holger Frackenpohl, Facharzt für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Spezielle Unfallchirurgie, seit 2008 im Team des St. Josef Krankenhauses Engelskirchen und in seiner vorherigen Funktion als leitender Oberarzt maßgebend verantwortlich für die Zertifizierung des Hauses als EndoProthetikZentrum der Maximalversorgung sowie als AltersTraumaZentrum, ist nun der neue Chefarzt der Orthopädie und Unfallchirurgie Klinik Engelskirchen.

Bereits seit Anfang Februar 2025 ist **Dr. med. (Syr.) Taiseer Sayegh** der neue Chefarzt der Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie

am Marienhaus Klinikum St. Wendel. Der Facharzt für Chirurgie sowie Viszeralchirurgie und Spezialist in der speziellen Viszeralchirurgie übernahm die Leitung zusätzlich zu seiner Funktion als Chefarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie am Marienhaus Klinikum Neunkirchen.

Stefan Scholz ist neuer Chefarzt der Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Kreiskrankenhaus Schrobenuhausen. Der Spezialist der Kolonchirurgie, Magenoperationen bei gut- und bösartigen Erkrankungen sowie der Hernienchirurgie, war zuvor viele Jahre als leitender Oberarzt bei den Kliniken an der Paar Krankenhaus Aichach tätig.

PD Dr. Dr. med. Georgi Vassilev, zuvor leitender Oberarzt und zertifizierter Chirurg für Tumoroperationen im Bauchraum der Chirurgischen Klinik an der Universitätsklinik Mannheim, hat Anfang April 2025 die chefarztliche Leitung der Allgemein- und Viszeralchirurgie am Klinikum Bamberg übernommen.

Dr. med. Jörg Walter übernahm den Chefarztposten der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie am SRH-Klinikum Zeitz von Dr. med. Andreas Pflug, der in den Ruhestand wechselte. Der langjährige Oberarzt der Klinik hat seinen Schwerpunkt auf der Arbeit im zertifizierten Endoprothetikzentrum und Alterstraumazentrum der Orthopädischen Klinik. ○



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

Frage & Antwort



Konsequenzen bei Nichterfüllung der vertragsärztlichen Fortbildungspflicht



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

Heberer J: F+A: Konsequenzen bei Nichterfüllung der vertragsärztlichen Fortbildungspflicht.
2025 Mai; 15(05): Artikel 04_05.



Weitere Fragen & Antworten finden Sie auf
BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik Wissen |
Recht & Versicherung).

FRAGE:

Ein niedergelassener Chirurg fragt an, welche Konsequenzen bei einem Verstoß gegen die vertragsärztliche Fortbildungspflicht drohen.

ANTWORT:

Rechtsgrundlage der vertragsärztlichen Fortbildungspflicht ist § 95d SGB V i. V. m. der Regelung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Fortbildungsverpflichtung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten nach § 95d SGB V.

Gemäß § 95d Abs. 3 SGB V hat ein Vertragsarzt alle fünf Jahre gegenüber der KV den Nachweis zu erbringen, dass er in dem zurückliegenden Fünfjahreszeitraum seiner Fortbildungspflicht nachgekommen ist. Die Fortbildungsverpflichtung gilt als erfüllt, wenn innerhalb des Fünfjahreszeitraums insgesamt mindestens 250 Fortbildungspunkte nachgewiesen werden. Der Nachweis der 250 Fortbildungspunkte erfolgt über ein Zertifikat der Landesärztekammer bzw. ein Zertifikat, das den Musterregelungen der Bundesärztekammer entspricht

(vgl. §§ 1, 2 Regelung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Fortbildungsverpflichtung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten nach § 95d SGB V).

Wird innerhalb dieses Nachweiszeitraumes der Fortbildungsnachweis nicht oder nicht vollständig erbracht, so bestimmt § 95d Abs. 3 SGB V weiter, dass zunächst die KV verpflichtet ist, das an den Vertragsarzt zu zahlende Honorar für die ersten vier Quartale, die auf den Fünfjahreszeitraum folgen, um 10 % zu kürzen, ab dem fünften Quartal sodann um 25 %. Die Honorarkürzungen sind somit zwingend, sodass der KV hier auch kein Ermessen zukommt.

Der Vertragsarzt hat jedoch die Möglichkeit, die Fortbildung binnen zwei Jahren nach Ablauf des Fünfjahreszeitraums ganz oder teilweise nachzuholen, worauf ihn die KV hinweisen muss. Die Honorarkürzung läuft während dieser Nachholfrist parallel weiter und endet erst nach Ablauf des Quartals, in dem der vollständige Fortbildungsnachweis erbracht wird.

Erbringt der Vertragsarzt den Fortbildungsnachweis allerdings auch nicht nach Ablauf dieser zweijährigen Nachfrist, soll die KV unverzüglich gegenüber dem Zulassungsausschuss einen Antrag auf Entziehung der Zulassung stellen. Gemäß § 95 Abs. 6 Satz 1 SGB V ist die Zulassung zu entziehen, wenn der Vertragsarzt seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletzt. Hierzu gehört die Pflicht zur Fortbildung nach § 95d Abs. 1

Satz 1 SGB V und zum Nachweis der Fortbildung nach § 95d Abs. 3 SGB V.

Bei Verstoß gegen die vertragsärztliche Fortbildungspflicht drohen folglich Honorarkürzungen und als letztes Mittel der Zulassungsentzug. Möglichkeiten zur Verlängerung der gesetzlichen Zeiträume gibt es nicht und es werden auch keine anderweitigen Weiterbildungen als die in der

Regelung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Fortbildungsverpflichtung genannten anerkannt, dies ist jedenfalls ständige bisherige Rechtsprechung. Die vertragsärztliche Fortbildungspflicht gilt übrigens nicht nur für zugelassene Vertragsärzte, sondern auch für ermächtigte und bei einem Vertragsarzt oder im MVZ angestellte Ärzte. ○



in Kooperation mit



DER BDC PRÄSENTIERT:

DCK Kompakt 2025

Trends und Innovationen in der Chirurgie als Podcast

DCK Kompakt ist die Nachlese des Deutschen Chirurgie Kongresses, moderiert vom Podcast-Team von Surgeon Talk.

Hören Sie spannende

- Kurz-Interviews zu den wichtigsten Kongressthemen
- aktuelle chirurgische Trends und Herausforderungen
- Entwicklungen in Weiterbildung, Forschung und Krankenversorgung

JETZT REINHÖREN!
www.bdc.de/dck-kompakt2025



Frage & Antwort



Zugriff auf Patientenakten bei Wechsel des Krankenhausträgers



Antwort von Dr. jur. Jörg Heberer:

Justitiar BDC
Rechtsanwalt und Fachanwalt für
Medizinrecht
justitiar@bdc.de

Heberer J: F+A: Zugriff auf Patientenakten bei Wechsel des Krankenhausträgers. 2025 Mai; 15(05): Artikel 04_06.



Weitere Fragen & Antworten finden Sie auf
BDC|Online (www.bdc.de, Rubrik Wissen |
Recht & Versicherung).

FRAGE:

Eine Chefarztin fragt an, ob es rechtens ist, dass nach einem Wechsel des Krankenhaus-trägers der vorherige Träger den Zugriff auf die alten Patientenakten gesperrt hat und für den Fall, dass ein ehemaliger Patient Einsicht in seine Patientenakte verlangt, der Patient an den vorherigen Träger verwiesen werden muss.

ANTWORT:

Aus juristischer Sicht des Verfassers ist das Vorgehen des vorherigen Krankenhausträgers grundsätzlich rechtmäßig. Denn dieser bleibt für sämtliche Patientenakten, die vor dem Verkauf bzw. Trägerwechsel angelegt wurden, nach dem Datenschutzrecht Verantwortlicher gemäß Art. 4 Nr. 7 DSGVO und er hat auch nach wie vor die diesbezügliche Einhaltung der Schweigepflicht zu sichern sowie eine Aufbewahrungspflicht hinsichtlich der Patientenakten.

Dies bedeutet, die Offenbarung der Patientendaten durch Zugriff auf die Patientenakten ist vom alten Krankenhausträger gegenüber dem neuen Krankenhausträger und dessen Angestellten juristisch nur mit

Einverständnis des ehemaligen Patienten zulässig.

Der Patient kann sein Einverständnis hierzu entweder ausdrücklich (mündlich oder schriftlich) oder konkludent durch Erscheinen zur weiteren Behandlung erteilen.

Im Idealfall würde deshalb vor dem Trägerwechsel ein schriftliches Einverständnis des jeweiligen Patienten zur Offenbarung und Datenverarbeitung durch den konkret zu benennenden neuen Träger eingeholt werden.

Da dies in der Praxis oftmals nicht realisierbar ist, wird üblicherweise für die Patientenakten mit dem Käufer ein Verwahrungsvertrag sowohl für manuelle als auch EDV-geführte Patientenakten geschlossen. Hierin ist aufgrund der datenschutz- und schweigepflichtrechtlichen Vorschriften im Kaufvertrag zu regeln, dass ein Zugriff auf diese Karteien durch den Nachfolger nur zulässig ist, wenn der jeweilige Patient dem entweder ausdrücklich nachweisbar zustimmt oder durch sein Erscheinen zur weiteren Behandlung sein Einverständnis

anzunehmen ist. Die alten Patientenakte sind durch den Nachfolger auch getrennt von seinen eigenen aufzubewahren und erst mit Einwilligung des Patienten darf die Patientenakte in den Aktenbestand des neuen Trägers überführt werden bzw. dessen Angestellte hierauf Zugriff nehmen. Bei elektronischen Patientenakten lässt sich dies beispielsweise durch entsprechenden Passwortschutz abbilden, sodass auch hier erst nach Einwilligung eine Freischaltung und Übernahme in den Aktenbestand durch den neuen Träger erfolgen darf. Inwieweit derartige vertragliche Regelungen zwischen altem und neuem Krankenhausträger getroffen wurden, muss somit im Einzelfall geprüft werden.

Damit darf dem neuen Krankenhausträger und dessen Angestellten aus Sicht des

Verfassers somit zusammenfassend grundsätzlich solange kein Zugriff auf die Patientenakten ehemaliger Patienten durch den vorherigen Krankenhausträger gegeben werden, solange nicht das ausdrückliche oder zumindest das konkludente Einverständnis des jeweiligen Patienten vorliegt.

Bei Patienten, die sich bereits vor dem Trägerwechsel in stationärer Behandlung befunden haben und sich während und nach dem Wechsel immer noch ohne Unterbrechung dort befinden, die also während der Zeit des Trägerwechsels nicht entlassen wurden, wäre nach Auffassung des Verfassers aber jedenfalls ein konkludentes Einverständnis aufgrund der durchgehenden Weiterbehandlung anzunehmen. Dasselbe gilt aus Sicht des Verfassers für Patienten, die vor dem Wechsel durch den alten

Krankenhausträger behandelt wurden und nach dem Wechsel den neuen Krankenhausträger zur erneuten oder weiteren Behandlung aufsuchen. Zur Rechtssicherheit sollten diese ehemaligen Patienten, sofern aufgrund des Gesundheitszustands möglich, aber ausdrücklich nach deren Einwilligung zum Zugriff auf die Patientenakte gefragt und dies dokumentiert werden.

Wenn ehemalige Patienten lediglich Auskunft, Einsicht in oder Herausgabe ihrer Patientenakte verlangen, dann ist, wie eingangs erwähnt, nach Ansicht des Verfassers regelmäßig der alte Krankenhausträger nach wie vor Aufbewahrungspflichtiger und datenschutzrechtlich Verantwortlicher, sodass diese Patienten mit ihrem Begehren zunächst primär an diesen verwiesen werden müssen.



DER BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGIE E.V. TRAUERT UM SEINEN EHEMALIGEN PRÄSIDENTEN



Prof. Dr. med. Michael-J. Polonius

* 18.12.1937 † 05.05.2025

Präsident von 2003 – 2010

Mit großer Bestürzung haben wir die Nachricht vom Ableben unseres ehemaligen Präsidenten aufgenommen.

In tiefer Trauer gedenken wir einer herausragenden Persönlichkeit als Mensch und Chirurg. Mit Geradlinigkeit, Aufrichtigkeit, Kompetenz und Fairness hat er den Berufsverband der Deutschen Chirurgie von 2003 – 2010 als Präsident geführt. Seine hervorragenden Leistungen für den Berufsverband der Deutschen Chirurgie fanden im In- und Ausland hohe Anerkennung. Sein ausgewogenes Urteil und sein Rat wurden stets geschätzt.

Seinen Angehörigen gilt unser tiefes Mitgefühl.

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgie wird seine liebenswürdige und verbindliche Persönlichkeit sehr vermissen und seiner immer in Hochachtung und Dankbarkeit gedenken.

Prof. Dr. med. H.-J. Meyer
Präsident

Dr. med. J.-A. Rüggeberg
Vizepräsident

Dr. med. P. Kalbe
Vizepräsident



Bedeutung von Zertifikaten im Gesundheitswesen – für Zentren, Gesundheitspolitik und chirurgisch Tätige

Simone Wesselmann, Waldemar Uhl, Jörg Kalff

Anfang Januar 2025 hat das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) bekanntgegeben, dass die Zertifikate der DGAV e.V. in den Bundes-Klinik-Atlas (B-K-A) des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) aufgenommen werden. Damit ist aus Sicht der Zentren und aus Sicht der DGAV e.V. ein wichtiger Meilenstein erreicht, der die Türen für weitere Schritte öffnet: in den Zentren vor Ort, aber auch auf politischer Ebene für die Expertinnen und Experten, die sich in der DGAV e.V. engagieren und Kriterien für die Qualität der allgemein- und viszeralchirurgischen Behandlung definieren. Im Folgenden werden die sich

ergebenden Möglichkeiten beschrieben und in die aktuellen politischen Entwicklungen u. a. des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVVG) eingeordnet.

ZERTIFIZIERTE ZENTREN DER DGAV E.V.

Seit 2008 werden durch die Arbeitsgemeinschaften der DGAV e.V. in Zusammenarbeit mit weiteren Fachdisziplinen und -gesellschaften, Kriterien für Zentren in der Allgemein- und Visceralchirurgie definiert und das Erfüllen der Kriterien in Zertifizierungsaudits vor Ort überprüft. Ziel des

**Korrespondierende Autorin:****PD Dr. med. Simone Wesselmann, MBA**

Geschäftsführerin

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und
Viszeralchirurgie (DGAV) e.V.

wesselmann@dgav.de

**Prof. Dr. med. Waldemar Uhl**

Präsident der DGAV e.V.

Direktor der Klinik für Allgemein- und
Viszeralchirurgie

Katholisches Klinikum Bochum

St. Josef-Hospital

**Prof. Dr. med. Jörg Kalff**

Generalsekretär der DGAV e.V.

Direktor der Klinik und Poliklinik für

Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und

Gefäßchirurgie

Universitätsklinikum Bonn (UKB)

Wesselmann S, Uhl W, Kalff J: BDC-Praxistest:
Bedeutung von Zertifikaten im Gesundheitswesen
– für Zentren, Gesundheitspolitik und chirurgisch
Tätige. *Passion Chirurgie*. 2025 Mai; 15(05):
Artikel 05_01.



Mehr Artikel zum Thema finden Sie auf
BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik
Wissen | Qualität & Patientensicherheit.

Zertifizierungssystem ist es, eine bestmögliche Behandlung der Patientinnen und Patienten bei allgemein- und viszeralchirurgischen Erkrankungen zu gewährleisten. Dazu gehört, die Qualität der Behandlung mit Umsetzung eines PDCA-Zyklus zu analysieren und wenn nötig, zu verbessern. Die obligate Dokumentation in die StuDoQ-Register ermöglicht die Beantwortung von wissenschaftlichen Fragestellungen [1] und soll für Versorgungsforschungsprojekte in den zertifizierten Zentren genutzt werden. Ende 2024 waren 437 Zentren in 11 Zertifizierungsbereichen zertifiziert [2].

Die positive Bewertung des Zertifizierungssystems der DGAV e.V. mit nachfolgender Aufnahme in den B-K-A ist das Ergebnis der Anwendung von Kriterien für „Aussagekräftige Zertifikate und Gütesiegel“ durch das IQTIG. Diese Kriterien stehen am Ende eines langen politischen Prozesses, der erstmals mit dem Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD im Jahr 2013 angestoßen wurde.

POLITISCHE GRUNDLAGEN FÜR DIE ENTWICKLUNG VON KRITERIEN FÜR ZERTIFIKATE

In dem Koalitionsvertrag war für das neu zu gründende IQTIG vorgesehen, dass es u. a. „eine online einsehbare Vergleichsliste erstellen und führen und die Vielzahl von Zertifikaten [in Krankenhäusern] bewerten und einordnen“ solle [3]. Dieser Auftrag ist dementsprechend auch seit 2014 im SGB V als Aufgabe des IQTIG beschrieben (§ 137a Abs. 3 Satz 7) und der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Qualitätsmanagement-Richtlinie von 2015 bereits darauf hingewiesen, dass „sobald Gütekriterien [...] beschlossen sind, [...] Zertifikate und Gütesiegel, die diesen Gütekriterien genügen, von den Krankenhäusern, Vertragsarzt- und Vertragszahnarztpraxen zum Nachweis der Einhaltung der QM-Verpflichtung [nach § 135a SGB V] herangezogen werden können“ [4].

Interessanterweise gerieten diese sinnvollen Ideen, nämlich zum einen das IQTIG mit einer Bewertung von Zertifikaten zu beauftragen und die Zertifikate dann zum Nachweis der Erfüllung von Anforderungen in G-BA-Richtlinien, Gesetzen o. ä. zu verwenden, zunächst

aus dem Fokus: 2020 wurde das IQTIG durch den G-BA beauftragt, Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten in der Gesundheitsversorgung zu erarbeiten und „diese für Patientinnen und Patienten verständlich, leicht anwendbar und nachvollziehbar [darzustellen]. In der vom G-BA [...] beschlossenen Beauftragung des IQTIG [wurde] klargestellt, dass eine Bewertung einzelner Zertifikate und Qualitätssiegel **nicht** Teil des Auftrags ist“ [5].

Damit waren die ursprünglichen Absichten für die Entwicklung von Kriterien nicht mehr Teil der Aufgabe und fast erwartungsgemäß kam das IQTIG in seinem Abschlussbericht zu dem Ergebnis, dass eine selbstständige Anwendung der entwickelten Kriterien für die Beurteilung von Zertifikaten durch Betroffene letztlich kaum möglich sei, weil Fachwissen notwendig wäre, das nicht als gegeben vorausgesetzt werden könne. Zudem stehe der zeitliche Aufwand für das Durchführen einer Bewertung durch Betroffene in keinem Verhältnis zu ihrem Informationsbedürfnis [6]. Als notwendige Weiterentwicklung empfahl das IQTIG dann auch folgerichtig die standardisierte Bewertung von Zertifikaten durch eine unabhängige Stelle.

Erfreulicherweise hat Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach diesen Vorschlag im März 2024 mit dem Krankenhaustransparenzgesetz (KHTG) aufgegriffen. Das Gesetz sieht vor, dass die Qualität des Leistungsgeschehens in den Krankenhäusern in einem Transparenzverzeichnis (Bundes-Klinik-Atlas (B-K-A)) veröffentlicht wird. Dazu gehört u. a. der Nachweis, ob am Krankenhausstandort aussagekräftige Zertifikate vorliegen, also Zertifikate, die die oben genannten Bewertungskriterien des IQTIG erfüllen (§ 135d Abs 3 Satz 5 SGB V).

Der B-K-A ging im Mai 2024 an den Start und enthielt zunächst die Zertifikate, die bereits in der Weißen Liste, die ihre Arbeit Ende März 2024 eingestellt hatte, ausgewiesen waren. Die erste Prüfungsrunde durch das IQTIG, in der auch die Zertifikate der Weißen Liste offiziell bewertet wurden, haben 13 Zertifikatsherausgeber mit zusammen 57 Zertifikaten bestanden (Stand: 12.02.2025 [7]). Die Zertifikate der DGAV e.V. sind Teil der ausgezeichneten Gütesiegel und bekommen damit

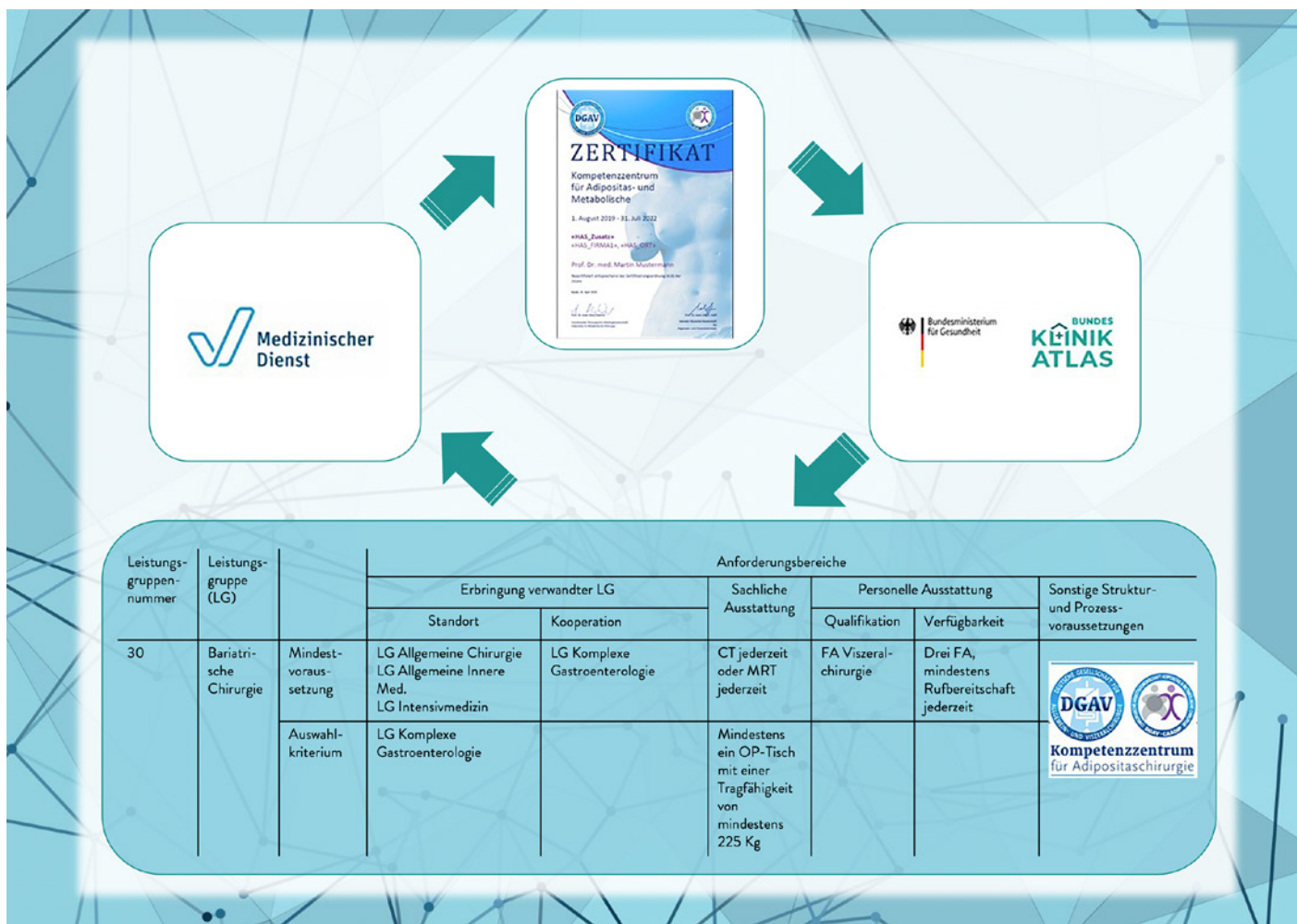


Abb. 1: Zusammenwirken von Zertifikat, Transparenzverzeichnis und Krankenhausreform

ihre Aussagekraft und Wertigkeit durch eine unabhängige Stelle bestätigt.

WAS ERGIBT SICH AUS DER AUFNAHME DER ZERTIFIKATE IN DEN BUNDES-KLINIK-ATLAS?

Neben der positiven Aussage über den grundsätzlichen Aufbau und die Umsetzung des Zertifizierungssystems der DGAV e.V., bedeutet die Aufnahme in den B-K-A natürlich auch eine vermehrte Sichtbarkeit für die ausgewiesenen Zentren.

Die hohe Qualität, die die klinisch Tätigen in den Zentren erreichen, kann durch Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen eingeschätzt werden und hilft diesen, informierte Entscheidungen über den Ort ihrer Behandlung zu treffen und sich für, aber auch gegen Leistungserbringende zu entscheiden.

Darüber hinaus sieht das KHVVG vor, dass aussagekräftige Zertifikate, also die Zertifikate, die in den B-K-A aufgenommen wurden, durch den Medizinischen Dienst (MD) genutzt werden können, um das Erfüllen der Qualitätskriterien in den Leistungsgruppen zu prüfen (§ 275a SGB V). Das KHVVG greift damit sinnvollerweise die oben beschriebene Idee der QM-Richtlinie des G-BA von 2015 wieder auf, weitet sie aus und trägt damit sehr praktisch zu dem unbedingt benötigten Bürokratieabbau und der Entlastung der Zentren und des MD bei. Doppelt und dreifach Ein- und Angaben sollen vermieden und der aufwandsarme Nachweis mit Hilfe aussagekräftiger Zertifikate gefördert werden.

Damit die Zertifikate durch den MD berücksichtigt werden können, ist es notwendig, die Zertifikate bzw. ihre Inhalte in die Leistungsgruppen (LG) zu integrieren. Vorbild dafür ist

die Aufnahme der „Zertifizierung als Brustzentrum NRW“ in die „Sonstigen Struktur- und Prozesskriterien“ der Leistungsgruppe „Senologie“ bei der Krankenhausplanung NRW [8]. Das Zertifikat „Brustkrebszentrum NRW“ ist wie die DGAV-Zertifikate auch, im B-K-A genannt, so dass man hier einen sehr guten Ausgangspunkt für ein analoges Verfahren hat, um alle im B-K-A aufgeführten Zertifikate in die LG aufzunehmen. Dieses Vorgehen wird zudem durch die Begründungen des Gesetzgebers für die Einführung des Transparenzgesetzes in Verbindung mit der Krankenhausreform bekräftigt: eine qualitativ hochwertige und für Patientinnen und Patienten sichere medizinische Versorgung soll sichtbar gemacht, gefordert und gefördert werden. Daraus ergibt sich notwendigerweise, dass die Inhalte der Zertifikate, die im B-K-A als qualitativ hochwertig ausgewiesen sind, eben auch Teil der LG des KHVVG sind (Abb. 1).

Bisher sind 65 LG, davon fünf viszeralchirurgische LG und eine LG Allgemein Chirurgie und nur wenige Qualitätskriterien im KHVVG beschrieben, das am 12.12.2024 in Kraft getreten ist [9]. Mit dem neuen § 135e SGB V „Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung“ ist jedoch bereits vorgesehen, dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) einen Ausschuss einrichtet, der u. a. die Aufgabe hat, genau diese Qualitätskriterien der LG festzulegen. Die Inhalte der Rechtsverordnung, die der Ausschuss im Sinne von Empfehlungen definieren soll, sollen bis zum 31.3.2025 mit Wirkung zum 01.01.2027 erlassen werden. Dafür haben sich die Mitglieder des Ausschusses, also der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Bundesärztekammer, die Hochschulmedizin, die Berufsorganisationen der Pflegeberufe und in beratender Funktion die Patientenorganisationen und der MD am 28.01.2025 zu einer Auftaktsitzung getroffen.

Der § 135e SGB V ist die einzige Stelle im KHVVG, die es den wissenschaftlichen Fachgesellschaften in der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) ermöglicht, sich an der Definition „Was macht eine qualitativ hochwertige Versorgung aus?“ zu beteiligen und ihre Expertise einzubringen. Bedauerlicherweise ist die im Referentenentwurf (15.04.2024) noch verpflichtend vorgesehene Einholung eines Vorschlags der AWMF für die Weiterentwicklung der LG und Qualitätskriterien im weiteren Verlauf in eine „kann“-Formulierung („kann der Ausschuss hierzu zunächst einen Vorschlag der [AWMF] einholen“) abgeschwächt worden. Ungeachtet dessen hat die AWMF den Vorschlag eingegeben, als ständiger Gast an den Sitzungen des Ausschusses teilzunehmen und Expertinnen und Experten bei spezifischen Fragestellungen vorschlagen zu können. Die DGAV e.V. ist Mitglied in der „Ad hoc Kommission Versorgungsstrukturen“ der AWMF und bringt unter anderem an dieser Stelle ihre Vorschläge für die Weiterentwicklung der LG und Qualitätskriterien auf Grundlage des Zertifizierungssystems der DGAV ein.

ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

Mit der Aufnahme des Zertifikates der DGAV e.V. in den BKA ergeben sich Möglichkeiten, die durch Zentren, gesundheitspolitische Institutionen und Expertinnen und Experten der DGAV genutzt werden können und sollen:

- Die hochwertige Behandlung durch zertifizierte Zentren der DGAV wird (nicht nur) für Patientinnen und Patienten sichtbar und gibt ihnen eine Entscheidungshilfe.
- Die Zertifikate des B-K-A sollen durch den Medizinischen Dienst für den Nachweis der Erfüllung von Qualitätskriterien in LG genutzt werden können.
- Für die nachhaltige Abbildung im B-K-A, wird das Zertifizierungssystem der DGAV kontinuierlich weiterentwickelt (z. B. Initiierung von Zertifizierungskomitees mit Aktualisierung der Kriterien und der StuDoQ-Register uwm.) und bietet damit den chirurgisch Tätigen in der DGAV die Möglichkeit, ihre Expertise in die Weiterentwicklung einzubringen.
- Gesundheitspolitische Aktivitäten werden auf verschiedenen Ebenen u.a. mit Eingaben für die Weiterentwicklung der Qualitätskriterien durch die DGAV unterstützt.

Die aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen zeigen, dass qualitativ hochwertige Zertifikate im Gesundheitssystem eine zunehmende Bedeutung haben. Damit steigen die Anforderungen an die Expertinnen und Experten wissenschaftlicher Fachgesellschaften, aber es bietet sich gleichzeitig auch die Möglichkeit der gemeinsamen innovativen Weiterentwicklung allgemeinen und viszeralchirurgischer Inhalte.

LITERATUR

- [1] Publikationen mit StuDoQ-Daten: <http://www.dgav.de/studodq/ueberstudodq/publikationen.html>
- [2] Informationen über das Zertifizierungssystem der DGAV e.V.: <http://www.dgav.de/zertifizierung.html>
- [3] Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und

SPD, 18. Legislaturperiode, <https://www.bundestag.de/resource/blob/194886/696f36f795961df200fb27fb6803d83e/koalitionsvertrag-data.pdf> (Zugriff am 18.02.2025)

- [4] Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Qualitätsmanagement-Richtlinie, https://www.g-ba.de/downloads/40-268-3574/2015-12-17_QM-RL_Erstfassung_TrG.pdf (Zugriff am 18.02.2025)
- [5] Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe der Berichte Entwicklung von Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln. Bericht zu Teil A sowie Abschlussbericht zu Teil B zur Veröffentlichung, https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6399/2023-12-21_Freigabe-IQTIG-Bericht_Zertifikate-Qualitaetssiegel.pdf (Zugriff am 18.02.2025)
- [6] Kriterien zur Bewertung der Aussagekraft von Zertifikaten und Qualitätssiegeln
- [7] Abschlussbericht zu Teil B: Kriterienentwicklung, https://iqtig.org/downloads/berichte/2022/IQTIG_Kriterien-Zertifikate-Qualitaetssiegel_Abschlussbericht-Teil-B_2022-09-30.pdf
- [8] IQTIG, Aussagekräftige Zertifikate und Siegel: Übersicht, <https://iqtig.org/qs-instrumente/bundes-klinik-atlas/zertifikaten-und-siegel/aussagekraeftige-zertifikate-und-siegel-uebersicht/> (Zugriff am 18.02.2025)
- [9] Übersicht über die Qualitätskriterien für die Krh-Planung in NRW, https://www.mags.nrw/system/files/media/document/file/uebersichtstabelle_ueber_die_qualitaetskriterien.pdf (Zugriff am 18.02.2025)
- [10] Bundesministerium für Gesundheit. Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz-khvvg.html> (Zugriff am 18.02.2025) 

KOMMENTAR: LESS IS MORE

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

eine zentrale Handlungsvorgabe aller in den aktuellen Tagen inaugurierten Regierungen und Konzernleitungen ist der Abbau von Bürokratie. Und so treten auch die aktuellen Reformgesetze im Gesundheitswesen an. Less is more! Das wäre zu schön, aber natürlich ist alles wieder mal nicht so einfach. Ganz konträr und ganz ungebremst entwickeln sich im System nämlich die Kurse in der Qualitätssicherung. Die immer umfangreicheren Vorgaben vertiefen sich im ruinösen Wettbewerb der verschiedenen Anbieter in immer kleinere Details um nur ja den Unterschied zu treffen. Das ist zermürend und ermattend. Deshalb hat so mancher bei der Durchsicht der Kriterien für die Leistungszuteilung im Krankenhaus und den neuen Mindestzahlen schon frohlockt. Wer braucht ein Zertifikat, wenn die Zahlen erfüllt und die Zuteilungen erfolgt sind? Schade, schade, Schokolade – weit gefehlt. Der Verwaltungskrake hat immer noch ein Ass im Ärmel. Nämlich den Bundes-Klinik-Atlas! Dieser erratisch zusammengestolperte Thesaurus wird jetzt auch um chirurgische Zertifikate ergänzt. Es bleibt unklar, ob das nicht doch die hübschen Embleme der Auditoren als das diskreditiert, was viele Kritiker schon immer behaupten: ein Instrument des Wettbewerbs. Nein, nein, wir sind nicht gegen Zertifizierungen, wir sind für gute. Gute Zertifikate repräsentieren – gerne schlank – gute Qualität. Aber ob man dafür im B-K-A auftauchen muss? Nicht jede Botschaft gewinnt im trivialen Gewand. Less ist dann doch more.

Erhellende Lektüre wünschen



Prof. Dr. med. C. J. Krones



Prof. Dr. med. D. Vallböhmer



Präsenz-Seminar

Wissenschaftliche Leitung:

Dr. med. Jan Volmerig,
Essen

Facharztseminar

Thoraxchirurgie

Essen, 25. – 27. Juni 2025

Klick!
Jetzt
anmelden!

Fachärztliche Weiterbildung: Hausaufgaben erledigen und Kulturwandel vorantreiben

Olivia Päßler



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

Gesundheitspolitische Vernetzung in Hamburg für die fachärztliche Weiterbildung: Im März tauschten sich die BDC-Geschäftsführerin Dr. Friederike Burgdorf, die Vorsitzende des BDC-Landesverbands Hamburg, Professor Carolin Tonus und der Präsident der Landesärztekammer (LÄK) Hamburg, Dr. Pedram Emami in den Räumlichkeiten der LÄK Hamburg zur Zukunft der fachärztlichen Weiterbildung aus. Sowohl für die beiden BDC-Vertreterinnen als auch für den Präsidenten der LÄK Hamburg ist die Sicherung einer qualitativ hochwertigen und strukturierten Weiterbildung ein zentrales Thema ihrer politischen Arbeit. Die

Maßnahmen, die sie erarbeiten, möchten sie zukünftig stärker verzahnen. Ziel ist es, Strukturen und Bedingungen für beide Seiten gleichermaßen – Weiterbildende und Weiterzubildende – zu klären und zu verbessern.

Emami erklärte, dass es für die LÄK Hamburg in den nächsten Jahren um die Kernthemen Weiterbildungsregister und -befugnis, Evaluation der Weiterbildung sowie das eLogbuch gehen wird. So ist die Kammer dabei, ein digitales Register der Weiterbildungsbefugten mit Darstellung der Weiterbildungsinhalte und der Kooperationen zu entwickeln, um Weiterzubildende



Abb. 1: Ziel des Treffens von LÄK Hamburg und dem BDC war es, Maßnahmen für eine zukunftsfähige fachärztliche Weiterbildung sowohl in Hamburg als auch Bundesland übergreifend zu entwickeln. vlnr: BDC-Geschäftsführerin Dr. Friederike Burgdorf, die Vorsitzende des BDC-Landesverbands Hamburg, Professor Carolin Tonus, der Präsident der LÄK Hamburg, Dr. Pedram Emami, die Vizepräsidentin der ÄK Hamburg, PD Dr. Birgit Wulff, der Ärztliche Geschäftsführer der ÄK Hamburg, Dr. Felix Lüdek.

Päßler O: Fachärztliche Weiterbildung: Hausaufgaben erledigen und Kulturwandel vorantreiben. *Passion Chirurgie*. 2025 Mai; 15(05): Artikel 05_02.



Mehr Artikel zum Thema finden Sie auf BDC|Online unter der Rubrik Wissen | Politik.

dabei zu unterstützen, ihre Weiterbildung strukturiert zu planen. Ein weiteres soll aufgebaut werden mit einer Übersicht der Weiterzubildenden je Einrichtung. Dies soll perspektivisch dabei helfen, die Ergebnisse der Evaluation der Weiterbildung durch die Weiterzubildenden besser einzuordnen. Die LÄK Hamburg wird im Zuge der Befugnisanträge erheben, welche Kompetenzen an den jeweiligen Weiterbildungsstätten (WBS) vermittelt werden. Dies kann Grundlage für den Aufbau von (intersektoralen) Weiterbildungsverbünden sein. Eine zu lösende Aufgabe hierbei wird das Thema Arbeitnehmerüberlassung sein. Darüber hinaus wird die Befugten-Suche der Ärztekammer künftig nicht nur den zeitlichen Umfang einer Befugnis, sondern auch die an der WBS vermittelbaren Kompetenzen ausweisen. Diese Transparenz ist für die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung für die Planungssicherheit unabdingbar.

Der BDC plant, die Weiterbildung mit einem Servicepaket zur Organisation von Verbundmodellen in der Weiterbildung zu unterstützen. Enthalten sein sollen Musterarbeitsverträge, Hintergrundinformationen zur Abordnung und Arbeitnehmerüberlassung und Fragen der Finanzierung. Bei den letzten beiden Punkten waren sich alle einig, dass Lösungen des Gesetzgebers dringend überfällig seien. Der BDC setzt sich außerdem dafür ein, Weiterzubildende durch medizinische Fachkräfte zunehmend zu entlasten. Dies soll unter anderem durch Reduktion an Bürokratie erfolgen, damit Weiterzubildende sich stärker auf die Weiterbildungsinhalte konzentrieren können.



Abb. 2: Emami (Präsident LÄK Hamburg), Tonus (Vorsitzende des BDC|LV-Hamburg) und John Afful, Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg, bei der Mitgliederversammlung des BDC Landesverbands Hamburg im Dezember 2024

Auch der BDC fordert ein Transparenzregister für eine bessere Planbarkeit der Weiterbildung. Zudem sind sich Verband und LÄK Hamburg einig, dass die Vorgaben für die Leistungsgruppen als Teil der Krankenhausreform in enger Zusammenarbeit mit Ärztekammern und Fachverbänden erarbeitet werden müssen. „Die fachärztliche Weiterbildung im vorgegebenen zeitlichen Rahmen und so absolvieren zu können, dass die erforderlichen Fachkenntnisse erworben sind, ist für angehende Chirurgeninnen und Chirurgen bereits jetzt herausfordernd. Die Krankenhausreform wird die Zentralisierung und Ambulantisierung im Gesundheitswesen vorantreiben. Dadurch wird sich die Lage für Weiterzubildende

noch verschärfen, wenn wir nicht mit den genannten Maßnahmen dagegen steuern“, erklärt Burgdorf.

Die Sitzungsteilnehmenden waren sich einig, dass nicht nur strukturelle Maßnahmen getroffen werden müssten, sondern auch ein Kulturwandel bei der Weiterbildung gefördert werden müsse. „In meinen verschiedenen Rollen als Landesverbandsvorsitzende, Chefärztin der Chirurgie und Weiterbildende sehe ich zwei Dinge: Sogar in einer Metropolregion wie Hamburg werden wir zukünftig Schwierigkeiten haben, ausreichend vollständige Weiterbildungscurricula für Weiterzubildende abzubilden. Gleichzeitig ändern sich die Erwartungen des ärztlichen Nachwuchses an ihre Arbeitsbedingungen beispielsweise bezüglich Arbeitsort und Stundenumfang. Beidem Rechnung zu tragen, stellt Kliniken, Praxen, Verbände und die Selbstverwaltung vor gewaltige Herausforderungen, die wir rasch angehen müssen“, betont Tonus. BDC und die LÄK Hamburg wollen ihre Zusammenarbeit fortführen und vertiefen. Emami hatte bereits im Dezember 2024 an der Mitgliederversammlung des BDC in Hamburg teilgenommen. Beim Follow-Up in der LÄK Hamburg mit der BDC-Geschäftsführung haben die Teilnehmenden ihren Fokus nun geschärft und Aufgaben verteilt. Für das Landesverbandstreffen des BDC Hamburg Ende 2025 hat Emami bereits seine Zusage gegeben. ○

Um einen Überblick über die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, ihre WBS und die Fachrichtungen zu bekommen, hat die Ärztekammer im Oktober 2024 alle Weiterzubildenden aufgefordert, die Anzahl ihrer Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung zu benennen und sie zugleich gebeten, einen Umfrage-Link an ihre ÄiW weiterzuleiten, damit diese der Kammer beispielsweise ihren Stand der Weiterbildung mitteilen können. Die Eintragung in das Register ist (noch) freiwillig. Insoweit können bislang noch keine validen Zahlen genannt werden.

BERUFSPOLITIK AKTUELL

Alte Ideen, neu verpackt

Jörg-A. Rüggeberg

Wir wollen eine gute, bedarfsgerechte und bezahlbare medizinische und pflegerische Versorgung für die Menschen im ganzen Land sichern.“ Mit diesem ebenso wohlklingenden wie nichtssagendem Satz beginnt im Koalitionsvertrag der Abschnitt zu den gesundheitspolitischen Absichten der neuen Bundesregierung. Das stand so ähnlich in nahezu allen Vorläuferversionen der letzten Jahre und wir wissen, was am Ende dabei herausgekommen ist. Interessant ist allenfalls, dass es nicht mehr „wir werden“, sondern nur noch „wir wollen“ heißt. Wünschen kann man Vieles, Absichtserklärungen sind noch keine konkreten Gesetzespläne. Da passt es ins Bild, dass die zentrale Herausforderung der Stabilisierung der Gesundheitskosten erstmal nach altem Muster in eine Kommission abgeschoben wird, die erst in zwei Jahren Vorschläge präsentieren soll. Wie immer haben die politisch Verantwortlichen nicht den Mut, der Bevölkerung auch nur ansatzweise eine Reduktion von Leistungen zuzumuten, da versucht man lieber, bei den Leistungserbringern zu sparen, so wie all die Jahre zuvor mit den diversen „Verbesserungsgesetzen“.

Originell ist dabei ein Ansatz, der seinerzeit von der SPD-Ministerin Ulla Schmidt gegen den Widerstand der Union nicht umgesetzt werden konnte, jetzt aber von einem CDU-Minister realisiert werden soll: das

Primärarztsystem. Einen direkten Zugang zu Fachärzten soll es nicht mehr geben, stattdessen legen Haus- und Kinderärzte oder die von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) betriebene Rufnummer 116 117 den medizinisch notwendigen Bedarf für einen Facharzttermin fest und legen den dafür notwendigen Zeitkorridor (Termingarantie) fest. Wenn das nicht klappt, sollen die Fachärzte an den Krankenhäusern dann die ambulante Versorgung übernehmen. Offenbar ist den Koalitionären entgangen, dass es dort zumindest derzeit überhaupt gar keine ausreichenden Kapazitäten für die Millionen zusätzlicher Behandlungsfälle gibt. Letztlich ist das Ganze dann eben doch eine verkappte Rationierung, denn in dem Nadelöhr Primärarzt werden viele Patientinnen und Patienten hängen bleiben, man möge nur ins Nachbarland Niederlande blicken. Allerdings soll im Hausarztbereich das Personalangebot aufgestockt werden, indem pro Arzt nunmehr zwei Weiterbildungsassistenten ermöglicht werden, von einer fachärztlichen Weiterbildung in unseren Praxen ist selbstverständlich keine Rede.

Außerdem werden Fachärzte auch honorar-technisch beglückt durch eine Entbudgetierung in unterversorgten Gebieten (die es aber praktisch nicht gibt!). In (drohend) unterversorgten Gebieten soll es Zuschläge zum, in überversorgten Gebieten (größer 120 Prozent) Abschläge vom Honorar geben. Mit anderen Worten: die meisten Kolleginnen und Kollegen, können mit Abschlägen rechnen. Nicht verschwiegen soll, dass es auch ein paar positive Aspekte gibt: So soll (eine lange vorgetragene Forderung der Ärzteschaft) die Sozialversicherungsfreiheit von Ärztinnen und Ärzten im Bereitschaftsdienst

der Krankenversicherung geregelt werden. Ebenso soll die sektorenübergreifende Versorgung mit Weiterentwicklung der Hybrid-DRGs gefördert werden. Daran arbeiten derzeit die Partner der Selbstverwaltung. Auch der BDC hat seine Vorstellungen eingebracht, wobei wir darauf drängen, medizinisch kritische Prozeduren wie Cholezystektomie oder Strumachirurgie nicht in verpflichtend ambulante Eingriffe umzuwidmen. Ansonsten bleibt es bei der noch von Minister Lauterbach auf den Weg gebrachten Krankenhausreform, auf die wir ja schon mehrfach eingegangen sind.

Auch wenn die Formulierungen im Koalitionsvertrag noch keine Gesetzestexte darstellen, bleibt festzustellen, dass im Grunde keine wirklich systemverändernden Pläne zu erkennen sind, sondern eher so weitergemacht wird wie bisher. Keine Einschränkungen für die Bevölkerung, Daumenschrauben für die Leistungserbringer, speziell für Kliniken über das schon beschlossene KHVVG mit der Zuteilung von Leistungsgruppen sowie für niedergelassenen Fachärzte mit Einführung eines Primärarztsystems und potentiellen Honorarkürzungen.

Um dem Ganzen noch eine versuchsweise versöhnliche Note abzugewinnen: Zumindest müssen wir uns nicht mehr mit den erratischen Ideen eines Prof. Lauterbach herumschlagen. Dessen Gastspiel ist nach drei Jahren beendet. Hoffen wir, dass der neue Minister nicht seinem Namen gerecht wird und uns neue Sorgen beschert.

PS: Sie finden die Passagen des Koalitionsvertrages zur Gesundheitspolitik **HIER (ab S. 75).** 

Rüggeberg JA: Alte Ideen, neu verpackt.
Passion Chirurgie. 2025 Mai; 15(05):
Artikel 05_03.



Mehr aktuelle Nachrichten finden
Sie auf BDC|Online unter der
Rubrik Politik.



AUS DER
DGCH

SEHR PERSÖNLICH NACHGEFRAGT BEI MIRIAM RÜSSELER

Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?

Die Vielseitigkeit, die jeden Tag einzigartig macht, und das besondere Gefühl, die Faszination und Leidenschaft an unseren Nachwuchs weiterzugeben und zu sehen, wenn der Funke überspringt.

Welches Buch liegt auf Ihrem Nachttisch?

Roger Kneebone „Expert – Understanding the path to mastery“, ein sehr interessantes Buch eines britischen Chirurgen, der den Weg zum „Experten in einem Gebiet“ analysiert.

Mit welchem Song wachen Sie in der Früh am liebsten auf?

Mamma Mia (ABBA)

Was war für Ihr berufliches Fortkommen besonders hilfreich?

Mentoren, die mir mit Rat und Tat zur Seite standen und ein Chef, der es mir ermöglicht hat, meinen Weg zu gehen und meine Ideen zu verwirklichen.

Was war Ihre größte Inspiration?

Leider der Frust über die Qualität der Lehre im eigenen Studium und der Blick über den Tellerrand, wie diese in anderen Ländern gelebt wird.

Welches Forschungsthema bearbeiten Sie?

Alle Bereiche der Lehrforschung, insbesondere Lehrmethoden und Lehrformate. Zurzeit v. a. Virtual und Augmented Reality

Was haben Sie erst vor kurzem in Ihre chirurgische Praxis implementiert?

VR-Training zur Verbesserung des Situationsbewusstseins

In der Krankenhauspolitik gibt es viele Baustellen. Was sollte als Erstes angepackt werden?

Klarere Strukturen und Standards mit entsprechender Finanzierung für Studium und Weiterbildung

Wann platzt Ihnen der Kragen?

Da muss man sich sehr viel Mühe geben.

Wie gehen Sie mit Frustrationen um?

Ruhig bleiben, drüber schlafen, dann drüber reden und als Lessons learned abhaken

Ihr wichtigstes Hobby?

Musik

Wo werden Sie schwach?

Schokolade

Was bringt Sie zum Lachen?

Meine Kinder

Was gehört für Sie zu einem gelungenen Tag?

Wenn ich das Gefühl habe, etwas bewegt zu haben – sei es im Kleinen oder im Großen – und am Ende mit einem klaren Kopf und einem guten Gefühl nach Hause gehe, war der Tag für mich rund.

Wie gehen Sie mit fehlender Teamfähigkeit bei einer/m Mitarbeiter:in um?

Bei fehlender Teamfähigkeit suche ich zunächst das persönliche Gespräch, um die Ursachen zu verstehen. Oft helfen ein offenes Feedback und klare Erwartungen, verbunden mit der Unterstützung bei der Weiterentwicklung sozialer Kompetenzen. Ziel ist immer, das Teamklima zu stärken und gemeinsam Lösungen zu finden.

Wie fördern Sie die persönliche und fachliche Entwicklung in Ihrem Team?

Sehr häufiges Feedback auf allen Ebenen als Chefin, Coachin und Mentorin

Muss eine Chirurgin/ein Chirurg Optimismus ausstrahlen?

Ja, aber authentisch und professionell.

Prof. Dr. med. Miriam Rüsseler, MME

Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie
Professur für Medizindidaktik und klinische Simulation
Vorsitzende Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Lehre
2 Kinder plus kleiner Zoo mit viel Musik und vielen Büchern,
Lehrende und Forscherin mit Herzblut,
Direktorin Institut für Medizindidaktik, Studiendekanin am
Fachbereich Medizin der Goethe Universität, forscht über Lehr-
und Lehrmethoden mit Schwerpunkt Simulation inbs. Virtual/
Augmented Reality, u. a. Preisträgerin Werner-Körte-Medaille in
Gold 2022

Die Fragen stellte Univ.-Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen.

Bericht über die Frühjahrstagung „Medizin & Recht im Dialog“ der AWMF*

Traditionell fand die Frühjahrssitzung dieser Veranstaltungsreihe am 14. und 15. März in Würzburg statt. Dem aufmerksamen Leser wird nicht entgangen sein, dass eine Namensänderung stattgefunden hat: Aus dem „Arbeitskreis Ärzte und Juristen“ wurde die Veranstaltungsreihe „Medizin & Recht im Dialog“.

AKTUELLE ASPEKTE DER TRANSPLANTATIONSMEZIN

Im ersten Sitzungsteil wurden aktuelle Aspekte der Transplantationsmedizin thematisiert. Mit umfangreichem Zahlenmaterial erläuterte Dr. Axel Rahmel, Vorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation, die unverändert schwierigen Verhältnisse bei der postmortalen Organspende. Mit 11,4 Spenden/Mio. Einwohner belegt Deutschland in Europa einen der hinteren Ränge. Innerhalb Deutschlands bestehen deutliche regionale Unterschiede. Trotz einer erheblichen Zunahme der Organspende-bezogenen Kontakte auf 3.480 konnte im Jahr 2024 nur in 27 % der Fälle eine Zustimmung zur Spende erreicht werden. Auch das seit dem 18.03.2024 etablierte und vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte betriebene Online-Organspende-Register wird nicht zu einer deutlichen Steigerung der Organspenden führen, weil bei dem aktuellen Tempo der Registrierung (ca. 280.000/Jahr) in etwa zehn Jahren lediglich 4 % der Bevölkerung erfasst sind. Eine mögliche Steigerung der Organspenden könnte durch die Einführung der Widerspruchslösung realisiert werden. Nachdem jedoch im Jahr 2020 der in den Bundestag eingebrachte Entwurf einer doppelten Widerspruchslösung abgelehnt wurde, ist es angesichts

der aktuellen politischen Lage fraglich, wann erneut die Widerspruchslösung auf der Agenda erscheint. Im Hinblick auf die Spenderorganoptimierung könnte zukünftig der Maschinenperfusion eine größere Bedeutung zukommen. Des Weiteren ging Herr Rahmel auf die Problematik der Wartelisten – rückläufig für die Nierentransplantation – und die für Deutschland fehlenden Daten zur Nierenersatztherapie sowie auf die Zahlen zur altruistischen und Überkreuzspende aus den USA, den Niederlanden und der Schweiz ein.

Ergänzend zu diesem Vortrag widmete sich Prof. Dr. Thomas Becker von der chirurgischen Universitätsklinik Schleswig-Holstein, Standort Kiel, der Lebend- und im Besonderen der Crossover-Spende. Unter allen realisierten Nierentransplantationen entfallen etwa mehr als 25 % auf die Lebendspende. Die Crossover-Spende gestaltet sich in Deutschland im Gegensatz zu den USA und den Niederlanden besonders wegen gesetzgeberischen Unsicherheiten schwierig. Mit der Änderung des Transplantationsgesetzes wird eine Novellierung der Regelungen zur Lebendorganspende angestrebt. Das Ziel ist die Aufhebung des Subsidiaritätsgrundsatzes der Lebendniere spende gegenüber der postmortalen Spende zur Erweiterung des Kreises der Lebend-Organspender, sodass die Crossover-Lebendspende bei immunologisch inkompatiblen Paaren sowie die nichtgerichtete Lebendniere spende (altruistische Spende) möglich werden. In Europa existiert bereits trotz unterschiedlicher Organisationsstrukturen, verschiedener Gesetzesgrundlagen und länderspezifischer Charakteristika ein „Kidney Exchange Program“ (KEP), wobei Deutschland bis

* In diesem Bericht werden z. T. Zitationen aus den Vortragsfolien der Referent:innen verwendet, ohne dass dies hier kenntlich gemacht wird. Der Text ermöglicht eine klare Zuordnung des Geschriebenen zu den jeweiligen Vortragenden. Darüber hinaus sind alle Vorträge über die Homepage der AWMF unter <https://www.awmf.org/die-awmf/veranstaltungen/medizin-und-recht-im-dialog> abrufbar. Der Bericht ist mit den Ko-Vorsitzenden der Veranstaltungsreihe, Herrn Prof. Dr. iur. Henning Rosenau, Halle, und Herrn Prof. Dr. med. Rainer Hellweg, Berlin, abgestimmt.



Prof. Dr. med. Joachim Jähne,
FACS, MBA
Senator der Deutschen Gesellschaft
für Chirurgie
Berlin

dato kein Teil dieses Programmes ist. In Übereinstimmung mit Herrn Rahmel zeigte sich Herr Becker überzeugt, dass die Crossover-Spende nicht substanziell zu einer Lösung des Organmangels beitragen wird, als global anerkannte Methode zur Erweiterung des Donorpools jedoch vorangetrieben werden sollte.

Abschließend erörterte Prof. Dr. iur. Bijan Fateh-Moghadam von der Universität Basel die juristischen Aspekte der Lebendspende. Als ausgewiesener Experte, der vielfältig zur Organspende publiziert hat, ging Herr Fateh-Moghadam auf die mit der Lebendspende verbundenen Rechtsprobleme ein, u. a. Einwilligung in einen medizinisch nicht indizierten Eingriff und Kommerzialisierung bei eventuellem Organhandel. Während sich für die Lebendspende juristisch die Fragen des geltenden und des perspektivisch anzustrebenden Rechts stellen, ergibt sich bei der Crossover-Spende die Frage, ob das geltende Verbot gerechtfertigt ist. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt weist das deutsche Transplantationsgesetz gemäß § 8 gerade mit Blick auf den Spenderkreis eine nicht unerhebliche Problematik auf, weil die Entnahme einer Niere, des Teils einer Leber oder anderer Organe nur zulässig ist zum Zwecke der Übertragung auf Verwandte ersten oder zweiten Grades, Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Verlobte oder andere Personen, die dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahestehen. Dadurch sind zahlreiche Möglichkeiten der gerichteten direkten und indirekten Organspende nicht erlaubt (z. B. altruistische Spende ohne persönliche Verbundenheit, Crossover-Spende, Pool-Spende zugunsten der Warteliste). Spenden außerhalb persönlicher Beziehungen werden so – anders als z. B. in der Schweiz und Großbritannien – kriminalisiert. Dies stellt jedoch einen Eingriff in die Grundrechte des Spenders und des Empfängers dar. Seitens des Bundesverfassungsgerichtes wird dies mit dem Gesundheitsschutz des Organspenders vor sich selbst, der Absicherung der Freiwilligkeit der Organspende und der Absicherung des Organhandelsverbots gerechtfertigt, ist allerdings im Ergebnis ein unzulässiger

Paternalismus. Um dies zu ändern, könnte das Schweizer Transplantationsgesetz als mögliches Modell dienen. Der Entwurf eines geänderten deutschen Transplantationsgesetzes aus dem Oktober 2024 beinhaltet die Aufhebung der Subsidiaritätsklausel, die Erweiterung des Spenderkreises, die Einrichtung eines nationalen Programms für die Überkreuzlebenspende, die Zulassung der nicht gerichteten, anonymen Nierenspende und die Klärung des Status der Lebendspendekommissionen. Diesen positiven Aspekten stehen gegenüber, dass z. B. die Beschränkung des Spenderkreises bestehen bleibt und außerhalb von Näheverhältnissen nur nicht gerichtete (anonyme) Lebendspenden zulässig sind. Überkreuzlebenspenden zwischen Paaren, die sich kennen, bleiben verboten. Als Fazit kann festgestellt werden, dass der Gesetzentwurf zwar in die richtige Richtung geht, aber ein bürokratisches Monster und inhaltlich zu eng, überregulierend und paternalistisch bevormundend ist.

An die drei Vorträge schloss sich eine mehr als einstündige intensive und lebendige Diskussion an, die die Komplexität der Organspende widerspiegelte.

DAS AKTUELLE URTEIL – BGH VOM 4. JUNI 2024 VI ZR 108/23

Am nächsten Tag berichtete Vera von Pentz, stellvertretende Vorsitzende Richterin des VI. Zivilsenates beim Bundesgerichtshof (BGH), zu einem aktuellen Urteil vom 4. Juni 2024 (VI ZR 108/23), in dem es thematisch zum einen um die Abgrenzung eines Befunderhebungsfehler bzw. eines Fehlers der therapeutischen Information ging und zum anderen um die Verpflichtung des Krankenhausträgers und der den Patienten im Krankenhaus behandelnden Ärzte, für eine sachgerechte Nachbehandlung des Patienten nach der Entlassung aus stationärer Behandlung zu sorgen. Ein Befunderhebungsfehler als Unterfall eines Behandlungsfehlers ist immer dann zu bejahen, wenn die Ermittlung der aus medizinischer Sicht erforderlichen tatsächlichen Grundlagen für eine differenzierte Diagnosestellung, für die Überprüfung

der Diagnose oder für die Therapie unterbleibt. Es bleibt dabei typischerweise offen, welche ärztlichen Maßnahmen hätten eingeleitet werden müssen und ob sie sich positiv auf den Gesundheitszustand des Patienten ausgewirkt hätten. Es resultiert dann eine Beweislastumkehr auch bei einfachem Befunderhebungsfehler, wenn sich bei gebotener Abklärung der Symptome mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein so deutlicher und gravierender Befund ergeben hätte, dass sich dessen Verken- nung als fundamental oder die Nichtreak- tion hierauf als grob fehlerhaft darstellen würde, und dieser Fehler generell geeignet ist, den tatsächlich eingetretenen Gesund- heitsschaden herbeizuführen. Oftmals wird in solchen Fällen von Behandlerseite dann ein Diagnoseirrtum oder ein Fehler in der therapeutischen Information ange- führt, weil sich in solchen Situationen keine Beweislastumkehr nach einem ein- fachen Fehler ergibt. Die therapeutische Information soll den Heilerfolg sicherstel- len, sie dient der Information und Beratung und muss einen Hinweis auf die Dringlich- keit der erforderlichen Maßnahmen und die mit ihrem Unterbleiben verbundenen Risiken enthalten. Wenn es z. B. unterlas- sen wird, einen Patienten auf die Dringlich- keit der Behandlung hinzuweisen, so liegt grundsätzlich nur ein Verstoß gegen die Pflicht zur therapeutischen Information vor. Wird hingegen ein medizinisch gebo- tener Befund nicht rechtzeitig erhoben oder gesichert, liegt eine unterbliebene Befunderhebung vor, da die standardwid- rig verspätete Erhebung eines Befundes seiner Nichterhebung gleichkommt. Vor diesem rechtlichen Hintergrund ging es in dem Urteil vom 04.06.2024 um ein am 29.07.2016 in der 25. Schwangerschaftswo- che geborenes Kind mit dem besonderen Risiko einer Neugeborenen-Retinopathie mit Netzhautablösung. Das Kind wurde regelmäßig augenärztlich untersucht, zuletzt am 18.10.2016, und am 31.10.2016 aus dem Krankenhaus entlassen. Der errechnete reguläre Geburtstermin war der 10.11.2016. Im vorläufigen Entlassungsbrief war eine augenärztliche Kontrolle in drei Monaten empfohlen worden. Am 24.11.2016 wurde eine Erblindung des rechten Auges

und eine hochgradige Sehbehinderung auf dem linken Auge festgestellt. Der Sachver- ständige kam in seinem Gutachten zu der Feststellung, dass eine Abschlussunter- suchung innerhalb von drei Wochen nach dem letzten Untersuchungstermin bzw. jedenfalls zum errechneten Geburtstermin vorzunehmen gewesen sei. Während die Klage beim Landgericht abgewiesen wurde, gab das Oberlandesgericht (OLG) der Klage in der Berufung statt, weil die fehlerhafte Angabe der Dringlichkeit der Kontrollunter- suchung einen Behandlungsfehler darstellt und zudem ein Fehler der therapeutischen Information vorliegt, dieser nicht grob und ohne nachgewiesene Kausalität. Dar- aus resultiert an sich keine Beweislast- umkehr, aber in analoger Anwendung des § 630h Abs. 5 Satz 2 BGB eben doch, da die geschuldete Untersuchung durch falsche Angaben vereitelt wurde. Der Sachverstän- dige hatte dazu ausgeführt, dass zum Zeit- punkt der rechtzeitigen Kontrolle mit einer Wahrscheinlichkeit von deutlich über 50 % („an Sicherheit grenzend“) eine Frühgebo- renen-Retinopathie Stadium 3 festgestellt worden wäre und die Lesefähigkeit des Klä- gers (ggf. mit Hilfsmitteln) bei rechtzeitiger Intervention „mit hoher Wahrscheinlich- keit“ hätte erhalten werden können. Der BGH hat das Urteil aufgehoben und an das OLG zurückverwiesen. Der Fehler der thera- peutischen Information löst keine Beweis- lastumkehr aus. Eine analoge Anwendung des § 630h Abs. 5 Satz 2 BGB komme nicht in Betracht. Jedoch wiesen die Versäum- nisse der Beklagten auf einen Befund- erhebungsfehler hin, weil es pflichtwidrig unterlassen wurde, medizinisch gebotene Befunde zu ergehen bzw. ihre Erhebung zu veranlassen. Für die Qualifikation des Feh- lers ist es irrelevant, ob der Arzt die Befund- erhebung selbst durchzuführen oder ob er diese anderweitig zu veranlassen bzw. dem Patienten lediglich anzuraten hat. Es besteht jedenfalls immer die Pflicht zur Sicherstellung der Nachbehandlung eines Patienten. Bei arbeitsteiligem Zusam- menwirken ist sicherzustellen, dass den spezifischen Gefahren der Arbeitsteilung entgegengewirkt wird und die Behand- lungsabläufe koordiniert werden. Hier sei auf die Möglichkeit der nachstationären

Behandlung und die Rolle des Entlassma- nagements verwiesen, wobei die auch nach diesem Vortrag lebhaft Diskussion zeigte, dass diese Instrumente einer möglichen koordinierten Nachbetreuung des Patien- ten oftmals aufgrund logistischer oder per- soneller Schwierigkeiten in der Praxis nicht so funktionieren, wie es sich der Gesetzge- ber vorgestellt hat.

PRÜFUNG DURCH DEN MEDIZINISCHEN DIENST

Im letzten Sitzungsteil wurden die Prüfun- gen durch den medizinischen Dienst und ihre Implikationen aus medizinischer und juristischer Sicht erörtert. Vom Sinn und Unsinn der Prüfungen des Medizinischen Dienstes am Krankenhaus berichtete ein- führend Herr PD Dr. Nikolaus von Dercks, Unfallchirurg und Leiter des Bereiches Medizinmanagement am Universitäts- klinikum Leipzig. Mit dem Einstieg in den Vortrag, dass in den Medien reißerisch von Millionenverlusten der Krankenkassen durch Falschabrechnungen berichtet wird, ging Herr von Dercks auf den Ablauf der Rechnungsprüfungen und die vorgegebene Prüfquote ein. Anhand von Fallbeispielen schilderte er die z.T. irrationalen Prüfgründe der Kostenträger und ging in diesem Zusammenhang auch auf die Thematik der primären und sekundären Fehlbele- gung sowie auf die Problematik „ambulant versus stationär“ ein. In diesem Vortrag wurden weiterhin die mit den Struktur- prüfungen verbundenen Probleme umfas- send erörtert. Die OPS-Strukturprüfungen und die GBA-Richtlinien-Prüfungen haben ihre Rechtsgrundlage nach § 275a SGB V. Dem stehen ein Generalverdacht und ein Bürokratiewust, kein Mitspracherecht der Krankenhäuser bei den Richtlinien, Streit- befangene Anforderungen, undefinierte Rechtsbegriffe, die Gefahr des kalten Struk- turwandels und die fehlende Differenzie- rung nach Versorgungsauftrag gegenüber. In diesem Kontext erwähnte der Referent auch die wiederholt seitens der AWMF vor- gebrachten Argumente und Vorbehalte gegenüber den Richtlinien und den Begut- achtungsleitfaden des Medizinischen Dienstes. Als Fazit seiner Überlegungen

hält Herr von Dercks die Prüfungen durch den Medizinischen Dienst für erforderlich und sinnvoll. Gleichwohl sollten die Prüfungen mit Augenmaß erfolgen, und die gutachterliche Eignung ist zwingend erforderlich. Insbesondere die Begutachtung der Leistungsgruppen geht aufgrund der Krankenhausplanung mit einer großen Verantwortung einher. Der Vortrag endete mit dem vielerorts gehörten Appell an die Politik zur Entbürokratisierung.

Frau Dr. Christine Adolph, stellvertretende Vorstandsvorsitzende des Medizinischen Dienstes Bayern, betonte sodann die hohe sozialmedizinische Expertise des Medizinischen Dienstes und ging auf die drei Säulen der Sozialgesetzgebung – Solidarität, Eigenverantwortung, Wirtschaftlichkeit – ein. Bei breiter Fachkompetenz der Gutachter*innen gehört die Sozialmedizin zu den Kernkompetenzen des Medizinischen Dienstes. Im Jahr 2023 wurden knapp 3,0 Mio. Begutachtungen vorgenommen. Während etwa 1,0 Mio. Gutachten zur Rehabilitation, zu Hilfsmitteln und zur Arbeitsunfähigkeit erfolgten, wurden gut 1,4 Mio. Krankenhausabrechnungen überprüft. Im Zusammenhang mit der Krankenhausstrukturreform kommen auf den Medizinischen Dienst Qualitätskontrollen, Qualitätsprüfungen der Leistungsgruppen und Strukturprüfungen zu. Durch die sog. LOPS-Richtlinie sollen die Prüfungen der Leistungsgruppen und der Strukturmerkmale miteinander verzahnt werden, um die Prüfungen aufwandsärmer zu gestalten. Im Jahr 2023 hat der Medizinische Dienst etwas mehr als 13.000 Prüfungen vorgenommen. In Bayern wurden bei nur 1,5 % (2023) bzw. 1,9 % (2024) der geprüften Krankenhäuser die Strukturmerkmale nicht eingehalten. Hier stellt sich aus Sicht der Krankenhäuser die Frage, ob der mit den Strukturprüfungen verbundene Aufwand gerechtfertigt ist. Andererseits kann argumentiert werden, dass erst durch die regelmäßigen Prüfungen eine hohe Strukturqualität erreicht

wird. An Fallbeispielen zur Beatmungsentwöhnung auf Intensivstationen betonte Frau Adolph die Bedeutung von eindeutigen Definitionen – wann ist eine Station eine Intensivstation? – und die Rolle von Leitlinien, die bei den Prüfungen immer berücksichtigt werden.

Der Themenkomplex zu den Prüfungen durch den Medizinischen Dienst wurde durch die sozialrechtliche Sichtweise abgerundet. Der Vorsitzende Richter am Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Herr Wolfgang Seifert, legte dar, dass das Sozialrecht vom Amtsermittlungsgrundsatz geprägt ist. Dies ist ein Charakteristikum des gesamten öffentlichen Rechtes, sodass alle entscheidungsrelevanten Tatsachen von Amts wegen zu ermitteln sind. Die Gutachten des Medizinischen Dienstes entsprechen in diesem Kontext den Äußerungen von Sachverständigen, wobei die Behörden bzw. Krankenkassen der Meinung der Sachverständigen nicht folgen müssen, zumal das SGB X nichts über die Rechte und Pflichten von Sachverständigen und auftraggebender Behörde sagt. Die Rolle der Sachverständigen ist in der Zivilprozessordnung geregelt, wobei die Anforderungen an den Sachverständigen unabhängig von gerichtlicher oder behördlicher Beauftragung sind. Aus sozialrechtlicher Sicht müssen die Gutachten bei strikter Einhaltung der Fachgrenzen Begründungen und nicht nur Ergebnisse liefern. Im Weiteren wurden die Abrechnungs- und Strukturprüfungen dargestellt, deren rechtliche Grundlage im § 275 SGB V hinterlegt ist. Insbesondere bei den Strukturprüfungen plädierte Herr Seifert für eine Offenlegung des eigenen Fachgebietes seitens des Medizinischen Dienstes. Aus ärztlicher Sicht war es interessant zu hören, dass die Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund zu den regelmäßigen Strukturprüfungen nach Meinung des Referenten wegen der demokratischen Legitimation und des Wesentlichkeitsgrundsatzes als verfassungsrechtlich

heikel eingestuft wurde. Demgegenüber ist die Prüftiefe kaum zu beanstanden, weil der Medizinische Dienst Einblick in Arbeits- und Kooperationsverträge nehmen kann. Bislang sind dazu auch nur wenige Streitfälle bekannt. Mit Blick auf die Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes bei stationären Leistungen legte Herr Seifert großen Wert auf die Tatsache, dass der OPS Auslegungsfragen zulässt und oftmals eine eindeutige Nomenklatur fehlt. Als Beispiel für eine sozialrechtlich nicht eindeutige Nomenklatur sei an dieser Stelle der Begriff der Revision genannt. Für die Leser der „Passion Chirurgie“ ist es eindeutig, dass eine Revision einer Re-Operation bzw. einer Revisionsoperation entspricht. Dies ist jedoch mit Blick auf das Sozialrecht offensichtlich keinesfalls so eindeutig, weil eben ein Sachverhalt mit mehreren Begriffen beschrieben werden kann. Dieses Beispiel mag verdeutlichen, welch hohe Bedeutung ein fortwährender Dialog zwischen Medizin und Recht hat.

AUSBLICK

Wie in den Jahren zuvor zeichnete sich auch diese Tagung durch die ausgezeichneten Vorträge und die lebhafteste Diskussion aus. Daher sei darauf hingewiesen, dass diese Veranstaltungsreihe den Mitgliedern der in der AWMF vereinigten Fachgesellschaften, also auch den Mitgliedern der DGCH, offensteht. Die nächste Veranstaltung wird am 17./18.10.2025 in Essen stattfinden. Wir freuen uns, wenn wir den ein oder anderen von Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, dort begrüßen können.

Für die Veranstaltungsreihe „Medizin und Recht im Dialog“ der AWMF und im Namen der DGCH

Ihr
Joachim Jähne

Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland

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

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

KONTAKT

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

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel ARMANI ₁ *				
Registrierungsnummer: NCT04678583, DRKS00023792				
Prof. Dr. med. Jürgen Weitz, MSc.	Patienten mit Lebermetastasen Exper. Gruppe anato- mische Resektion der Lebermetastase(n).	FPI: 12.03.2021	DKTK Joint Funding	Dr. Sandra Korn Studienkoordinatorin Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden Anstalt des öffentlichen Rechts des Freistaates Sachsen Fetscherstraße 74 01307 Dresden T: 0351 458 4098 F: 0351 458 7273 E: sandra.korn@ukdd.de
Prof. Dr. med. Nuh Rahbari	Kontrollgruppe nicht-anatomische Resektion der Lebermetastase(n).	68 von 240 Patienten	1530 € / Patient	
Studientitel: BariSurg ₂ *				
Registriernummer: DRKS00004766				
Prof. Dr. Dr. med. Franck Billmann	Patienten mit einem BMI von 35–40 kg/m ² und mit mindestens einer assoziierten Begleiterkrankung sowie Patienten mit einem BMI von 40–60 kg/m ²	FPI: 27.11.2013	–	Prof. Dr. Dr. med. Franck Billmann Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Heidelberg T: 06221 563 44 11 E: Franck.Billmann@med.uni-heidelberg.de
	Experimentelle Gruppe: Magenschlauch-OP	187 von 248 Patienten	Kein Fallgeld	
	Kontrollgruppe: Magenbypass-OP			

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: City₃* Registrierungsnummer: DRKS0033520				
Prof. Dr. med. D. K. Bartsch	Patienten (n = 2426), bei denen eine totale Thyreoidektomie oder Hemithyreoidektomie wegen einer gutartigen Struma durchgeführt wurde Exper. Gruppe: kontinuierliches intraoperatives Neuromonitoring Kontrollgruppe: intermittierendes intraoperatives Neuromonitoring	28.02.2024 668 von 2426 Patienten	Keine Finanzierung Fallgeld: 0 €/Patient	PD Dr. med. Elisabeth Maurer Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie Philipps-Universität Marburg Baldingerstraße 35043 Marburg T: 06421/58-65869 F: 06421/58-68995 E: maurere@med.uni-marburg.de
Studientitel: COMPASS₄ Registrierungsnummer: DRKS00031827				
Prof. Dr. med. Christoph Kahlert Trial Coordinator: Dr. med. Mathieu Pecqueux	Patienten mit einem linksseitigen Dickdarmtumor und Symptomen einer Obstruktion Experimentelle Gruppe: Anlage eines dekomprimierenden Stomas, gefolgt von einer zweizeitigen onkologischen Elektivresektion nach der Rekonvaleszenz Kontrollgruppe: Notfallresektion des linksseitigen obstruktiven Kolontumors	16.04.2024 30 von 468 Patienten	BMBF 1000 €/Patient	Anika Stützer Studienkoordinatorin Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden Anstalt des öffentlichen Rechts des Freistaates Sachsen T: 0351 458 11710 F: 0351 458 7273 E: anika.stuetzer@ukdd.de
Studientitel: DISPACT-2₅* Registrierungsnummer: DRKS00014011				
PD Dr. med. Rosa Klotz	Patienten mit benignen und malignen Veränderungen des Pankreaskörpers und des -schwanzes mit Indikation zur elektiven distalen Pankreatektomie Exper. Gruppe Minimalinvasive distale Pankreatektomie Kontrollgruppe Offene distale Pankreatektomie	13.08.2020 254 von 294 Patienten	DFG 1.250 € / Patient	PD Dr. med. Rosa Klotz Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Heidelberg Im Neuenheimer Feld 420 T: 06221 56 6980 F: 06221 56 33 850 E: rosa.klotz@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: ESORE₅₆ Registriernummer: DRKS00030567				
Prof. Dr. med. Jens Höppner	Patienten mit Ösophaguskarzinom Experimentelle Gruppe: Die Behandlung in Studienarm A besteht aus der Beur- teilung des klinischen Ansprechens (CRE) durch ÖGD, endoskopische Biopsien des Tumorbereichs, EUS plus FNA verdächtiger Lymphknoten und einem F18-FDG- PET CT. Bei klinisch-histologisch gesichertem positivem lokaletumorstatus und ohne Fernmetastasierung nach CRE („non-CR“) erfolgt die Therapie durch Operation. Patienten ohne histologischen Nachweis einer lokalen Resterkrankung und ohne Fernmetastasen werden als klinische CR betrachtet und aktiv beobachtet. Im Falle eines lokalen Tumorrezidivs wird die Behandlung des Patienten mit einer Operation fortgeführt. Die aktive engmaschige Beobachtung erfolgt durch Visiten nach 3 m/6 m/9 m/12 m/18 m/24 m/36 m umfasst ÖGD, endoskopische tiefe Biopsien des Tumorbereichs, EUS plus FNA und CT-Thorax/Abdomen. Bei histologisch nachgewiesenem Tumorrezidiv im Rahmen der aktiven Beobachtung („non-CR“) erfolgt eine Operation und anschließende Standardnachsorge.	30.01.2024 18 von 670 Patienten	BMBF 1520 €/Patient	Prof. Dr. Jens Höppner Universitätsklinikum OWL der Universität Bielefeld, Campus Lippe Klinikum Lippe GmbH T: 05231 721151 F: 05231 721045 E: jens.hoepfner@uni-bielefeld.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
	Kontrollgruppe: Die Behandlung im Studienarm B besteht aus einer obligaten postneoadjuvanten Operation, die 4–12 Wochen nach Ende der neoadjuvanten Therapie durchgeführt wird. In beiden Armen erfolgt die Operation durch transthorakale oder transabdominale Ösophagektomie einschließlich Lokoregionärer Lymphadenektomie.			
Studientitel: HULC₇*				
Registrierungsnummer: DRKS00017517				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilen Faden in Small-Stitches-Technik und zusätzlicher Onlay-Mesh-Augmentation mit einem Polypropylen-Netz Kontrollgruppe: Verschluss der medianen Laparotomie mit einem langsam resorbierbaren monofilen Faden in Small-Stitches-Technik	08.08.2019 559 von 812 Patienten	DFG 500 € / Patient	Dr. Solveig Tenckhoff Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) Marsilius-Arkaden Turm-West Im Neuenheimer Feld 130.3 69120 Heidelberg T: 06221-56-36839 F: 06221-56-33850 E: solveig.tenckhoff@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: MICkey₈*				
Registrierungsnummer: DRKS00027927				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Totale minimal-invasive Ösophagektomie (MIN-E; entweder über „klassische“ minimal-invasive Laparoskopie + Thorakoskopie; oder über Roboter-assistierte minimal-invasive Ösophagektomie [RAMIE] oder eine Kombination aus beidem) Kontrollgruppe: Hybrid-Ösophagektomie (HYBRID-E; laparoskopische/robotische Bauchchirurgie und offene Thoraxchirurgie)	14.06.2023 78 von 152 Patienten	BMBF 850 €/Patient	Prof. Dr. A. L. Mihaljevic Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie Universitätsklinikum Tübingen T: 07071 29 86 619 E: andre.mihaljevic@med.uni-tuebingen.de
Studientitel: P.E.L.I.O.N₉*				
Registrierungsnummer: DRKS00027921				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Verschluss der Bauchwand während des Loop-Ileostoma-Verschlusses mit fortlaufendem, langsam resorbierbaren Nahtmaterial in small-stitch-Technik, der mit einem retromuskulären, nicht resorbierbaren, makroporigen leichten Monofilament- oder Mixed Structure-Netz verstärkt wird. Kontrollgruppe: Bauchwandverschluss beim Loop-Ileostoma-Verschluss mit fortlaufendem langsam resorbierbaren Nahtmaterial in small-stitch-Technik ohne Netzverstärkung.	20.01.2023 61 von 304 Patienten	BMBF 650 €/Patient	Prof. Dr. A. L. Mihaljevic Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie Universitätsklinikum Tübingen T: 07071 29 86 619 E: andre.mihaljevic@med.uni-tuebingen.de
Studientitel: RECOPS₁₀*				
Registrierungsnummer: DRKS00024364				
Prof. Dr. med. Daniel Reim	Experimentelle Gruppe: Patienten mit pyloruserhaltender Pankreaskopfresektion, Child-Rekonstruktion und zusätzlicher Braun'scher Fußpunktanastomose zwischen der zu- und abführender Schlinge der Duodenojejunostomie Kontrollgruppe: Patienten mit pyloruserhaltender Pankreaskopfresektion und Child-Rekonstruktion	05.05.2022 448 von 606 Patienten	675 €/Patient	Prof. Dr. Daniel Reim Klinikum Rechts der Isar der TU München Klinik und Poliklinik für Chirurgie Ismaninger Str 22 81675 München T: 089 4140 5019 F: 089 4140 2184 E: Daniel.reim@tum.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: SELREC₁₁* Registriernummer: DRKS00030567				
PD Dr. med. Rosa Klotz	Experimentelle Gruppe: Totale mesorektale Exzision (TME) ohne neoadjuvante (Chemo-)Radiotherapie Kontrollgruppe: Leitlinienkonforme neoadjuvante (Chemo-) Radiotherapie (5x5 Gy oder insgesamt 50,4Gy) und ggf. begleitende 5-FU-basierte Chemotherapie gefolgt von TME innerhalb von 12 Wochen	04.05.2023 21 von 1.074 Patienten	BMBF 1.762,39€/Patient	Dr. S. Tenckhoff Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) T: 06221 56 36 839 F: 06221 56 33 850 E: solveig.tenckhoff@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: TRIANGLE₁₂* Registrierungsnummer: DRKS00030576 UTN U1111-1243-441				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Patienten mit resektablem, Borderline oder lokal fortgeschrittenem Pankreaskopfkarzinom Experimentelle Gruppe: TRIANGLE-Operation: Radikale Weichteildissektion entlang der Arteria mesenterica superior (Level 3 nach Inoue) um mindestens 180 Grad rechtseitig UND vollständige Dissektion des Weichgewebes im „Dreieck“ zwischen Arteria mesenterica superior, Pfortader und Truncus coeliacus wie von Hackert et al. beschrieben Kontrollgruppe: Standard-Dissektion der AMS nach Inoue Level 1 oder 2 und Standard-Lymphadenektomie entsprechend der deutschen S3-Leitlinie	22.11.2024 4 von 270 Patienten	BMBF 1190 €/Patient	Prof. Dr. A. L. Mihaljevic Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie Universitätsklinikum Tübingen T: 07071 29 86 619 E: andre.mihaljevic@med.uni-tuebingen.de

- [1] Anatomical Resection of liver Metastases in patients with RAS-mutated colorectal cancer
- [2] Sleeve gastrectomy versus Roux-en-Y gastric bypass in obese patients with BMI 35–60 kg/m² – a multicenter randomized trial
- [3] Continuous vs. intermittent intraoperative neuromonitoring for reduction of transient recurrent laryngeal nerve palsy in thyroid surgery – a prospective randomized controlled multicenter trial
- [4] Dekomprimierendes Stoma und zweistufige elektive Resektion vs. Notfall-Resektion bei Patienten mit linksseitigem obstruktivem Dickdarmkrebs
- [5] Distal Pancreatectomy – A randomised controlled trial to compare minimal-invasive distal pancreatectomy to open resection (DISPACT-2 Trial)
- [6] Chirurgie „as needed“ versus Chirurgie „on principle“ bei vollständiger Tumorremission nach neoadjuvanter Therapie von Speiseröhrenkrebs/ESORES
- [7] Hernia reduction following laparotomy using small stitch abdominal wall closure with and without mesh augmentation – HULC
- [8] Eine multizentrisch randomisierte Studie zum Vergleich der postoperativen Morbidität nach total minimal invasiver Chirurgie mit der Hybrid Chirurgie bei der Ösophagektomie – MICKey Studie
- [9] Prophylactic Effect of retromuscular mesh placement during Loop Ileostomy closure on incisional hernia incidence – a multicentre randomized patient- and observer-blind trial (P.E.L.I.O.N Trial)
- [10] The effect of an additional Braun anastomosis in patients after pancreas head resections
- [11] Selective Neoadjuvant Therapy of Rectal Cancer Patients: SELREC a randomized controlled, open, multicentre non-inferiority trial
- [12] Conventional partial pancreatoduodenectomy versus an extended pancreatoduodenectomy (triangle operation) for pancreatic head cancers – the randomized controlled TRIANGLE trial

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

Stand: März 2025

SPENDENAUFTRUF

Langenbeck-Virchow-Haus



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

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

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

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

Prof. Dr. med. U. Rolle
Präsident

Prof. Dr. med. Th. Schmitz-Rixen
Generalsekretär

Prof. Dr. med. Johann Pratschke
Schatzmeister



JOURNALISTENPREIS 2025

DER BDC SCHREIBT JOURNALISTENPREIS 2025 AUS



Der BDC schreibt zum zwölften Mal seinen renommierten Journalistenpreis aus. Mit diesem Preis möchte der Verband die journalistischen Beiträge auszeichnen, die die Chirurgie und ihre Facetten auf informative und packende Art beschreibt. Der Preis wird jährlich im Spätherbst verliehen. Das Preisgeld beträgt 1.500 Euro.

Die Auszeichnung ist für journalistische Arbeiten aller Art vorgesehen. Die Beiträge sind in Textform oder für Radio, TV, als Podcast oder Online-Video willkommen. Sie sollen fachlich fundiert und allgemeinverständlich die Leistungen des Fachs Chirurgie, Entwicklungen auf diesem Gebiet oder die Chirurgie betreffende gesundheitspolitische Aspekte thematisieren. Alle Beiträge müssen den professionellen Standards der journalistischen Arbeit und Sorgfaltspflicht genügen. Jeder Autor beziehungsweise jede Autorin kann einen Beitrag einreichen, Autoren-Teams für jeweils einen Beitrag sind möglich. „Das Gesundheitssystem in Deutschland steht vor einem Transformationsprozess, der die Chirurgie maßgeblich beeinflussen wird. Dazu gehören der demografische Wandel, der rasante technologische Fortschritt in der Medizin, aber auch die aktuelle weltpolitische

Lage. Wir sind gespannt, welche chirurgischen Themen die Journalistinnen und Journalisten dieses Jahr einreichen werden“, erklärt der Präsident des BDC, Professor Dr. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer.

Die Beiträge müssen in einem deutschsprachigen Publikumsmedium im Zeitraum vom 01. Juli 2025 bis 30. Oktober 2025 erschienen sein oder noch erscheinen. Senden Sie Ihre aussagekräftige Bewerbung bitte bis spätestens 31. Oktober 2025 bevorzugt per E-Mail an Olivia Päßler, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit (presse@bdc.de).

Über die Vergabe des Preises entscheidet der BDC-Vorstand. Der Gewinner oder die Gewinnerin wird schriftlich informiert. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen. Weitere Informationen zum Verfahren, insbesondere zu den Formaten der Beiträge und die bisherigen Preisträger finden Sie auf unserer Themenseite zum Journalistenpreis. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag!

Themenseite zum BDC-Journalistenpreis...
Ausschreibung Journalistenpreis 2025...



Weitere Artikel finden Sie auf BDC|Online
(www.bdc.de, Rubrik BDC-News).



ANSCHNITT

chirurgIn-werden.de

Wage den Schnitt!

BDC | Landesverbände

BDC | Westfalen-Lippe

Vorsitzender
Dr. med. Björn Schmitz, MHBA

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

Regionalvertreter NL
Prof. Dr. med. Michael Aufmkolk

Stellv. Regionalvertreter NL
Jerzy Wielowiejski

BDC | Bremen

Vorsitzender
Dr. med. Knut Müller-Stahl

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

Regionalvertreter NL
N.N.

BDC | Hamburg

Vorsitzende
Prof. Dr. med. Carolin Tonus

Stellv. Vorsitzende
Dr. med. Michaela Rothe

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Thomas Mansfeld

Regionalvertreter NL
Dr. med. Philipp Kölln

Regionalvertreter in NL
Dr. med. Michaela Rothe

BDC | Schleswig-Holstein

Vorsitzender
Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Michael Müller

Regionalvertreter NL
Prof. Dr. med. Tobias Kisch

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Bertram Wittrin



DER BDC IN DEN BUNDESLÄNDERN

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

Sprecher der Landesverbände

Dr. med. Sven Gregor, Düsseldorf
Stellv.: Prof. Dr. med. Michael Schäffer, Stuttgart
Stellv.: Dr. med. Ralph Lorenz, Berlin

www.bdc.de/bdc-landesverbände

BDC | Nordrhein

Vorsitzender
Dr. med. Sven Gregor

1. Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Bertil Bouillon

2. stellv. Vorsitzender
PD Dr. med. habil. Peter Fellmer

Regionalvertreter NL
Dr. med. Sven Gregor

BDC | Hessen

Vorsitzender
Frank Forst

1. Stellvert. Vorsitzender
Jan Henninger

2. Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Alexander Buia

3. Stellv. Vorsitzende
Nathalena Hein

Regionalvertreter NL
Dr. med. Jörg Schrödter

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Detlev Grapentin

BDC | Rheinland-Pfalz

Vorsitzender
Dr. med. Jörg Fischböck

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Thomas Chatterjee

Regionalvertreter Rheinland
Dr. med. Andreas Herzog
Dr. med. Christopher Thomas

Regionalvertreter Pfalz
Dr. med. Oliver Dörr
Dr. med. Ulrich Glatzel

BDC | Saarland

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

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Tim Pohlemann

Regionalvertreterin NL
Dr. med. Serpil Koc

BDC | Baden-Württemberg

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Michael Schäffer

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Christoph W. Jaschke

Regionalvertreter NL
Dr. med. Matthias Szabo

Regionalvertreter NL
Dr. med. Christoph W. Jaschke



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

BDC | Mecklenburg-Vorpommern

Vorsitzender
PD Dr. med. Lutz Wilhelm

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Christoph Prinz

Regionalvertreter NL
Dr. med. Andreas Oling

Regionalvertreter NL
Dr. med. Thomas Nowotny

BDC | Berlin

Vorsitzende
Dr. med. Katharina Paul-Promchan

Vorsitzender
Dr. med. Ralph Lorenz

Stellv. Vorsitzende
Dr. med. Marie Samland

Regionalvertreter NL
Dr. med. Max Freiherr von Seebach

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Karsten Mann

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Gunnar Peters

BDC | Brandenburg

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

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Mario Liese

Regionalvertreter NL
Dr. med. Christian Federlein

BDC | Sachsen

Vorsitzender
Dr. med. Ludwig Schütz

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Jörg Hammer

Regionalvertreter NL
Dr. med. Jörg Hammer

BDC | Sachsen-Anhalt

Vorsitzender
Dr. med. Matthias Krüger

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

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

Regionalvertreter NL
Dr. med. Dirk Arbter

BDC | Thüringen

Vorsitzender
Dr. med. Arndt Voigtsberger

Stellv. Vorsitzender
Steffen Minner

Regionalvertreter NL
Dr. med. Arndt Voigtsberger

Stellv. Regionalvertreter NL
Dipl. Med. Ingo Menzel

BDC | Niedersachsen

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Tim Glowka

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Ulf Culemann

Regionalvertreter NL
Dr. med. Florian Barth

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Raymond Young

Stellv. Regionalvertreterin NL
Dr. med. Annina Donner

BDC | Bayern

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Matthias Anthuber

Stellv. Vorsitzende
Dr. med. Hubert Mayer
Dr. Kerstin Schick

Regionalvertreter NL
Dr. med. Axel Neumann

Stellv. Regionalvertreter NL
Dirk Farghal

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Rainer Woischke

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



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

Termine BDC|Akademie*

CURRICULUM BASISCHIRURGIE							
VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
18.08.2025	20.08.2025	Gent	2025-28075	ORSI Summer School	PD Dr. med. Rabi Raj Datta; Prof. Dr. med. Hans Fuchs; Dr. med. Stefano Puliatti	249,00 €	249,00 €
29.- 30.09.2025	10.- 11.10.2025	online und Berlin	2025-21665	Basischirurgie	Dr. med. Jörg Sauer	400,00 €	600,00 €
13.11.2025	14.11.2025	Ingolstadt	2025-21526	Workshop Basischirurgie	Prof. Dr. med. Hans-Georg Palm	440,00 €	580,00 €
24.11.2025	28.11.2025	Berlin	2025-21664	Basischirurgie	Dr. med. Christian Müller; Prof. Dr. med. Stephan Gretschel	400,00 €	600,00 €

FACHARTZTVORBEREITUNG							
VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
19.05.2025	23.05.2025	Hamburg	2025-23820	Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Frank Timo Beil; Prof. Dr. med. Lars Gerhard Großterlinden	450,00 €	600,00 €
16.06.2025	20.06.2025	Magdeburg	2025-23670	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Roland S. Croner; Prof. Dr. med. Karsten Ridwelski	450,00 €	600,00 €
25.06.2025	27.06.2025	Essen	2025-23711	Facharztseminar Thoraxchirurgie	Dr. med. Jan Volmerig	350,00 €	550,00 €
11.- 12.09.2025	15.- 16.09.2025	online und Berlin	2025-23823	Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. Dr. med. Stefan Schulz-Drost	400,00 €	500,00 €
22.09.2025	25.09.2025	Leipzig	2025-22550	Facharztseminar Allgemeinchirurgie	Dr. med. Ludwig Schütz; Prof. Dr. med. Peter Lamesch	400,00 €	550,00 €
03.11.2025	07.11.2025	Dortmund	2025-22530	Facharztseminar Allgemeinchirurgie	Dr. med. Jens-Peter Stahl; Prof. Dr. med. Maximilian Schmeding	450,00 €	600,00 €
17.11.2025	20.11.2025	Hamburg	2025-23672	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Dr. med. Philipp Busch; PD Dr. med. Matthias Reeh; Prof. Dr. med. Thilo Hackert	400,00 €	550,00 €
26.11.2025	28.11.2025	online	2025-23821	Facharztseminar Orthopädie/ Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Hans-Georg Palm	300,00 €	500,00 €

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN							
VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
21.05.2025	03.12.2025	online	2025-23866	Fraktur im Fokus	Prof. Dr. med. Benedikt Braun	100,00 €	200,00 €
21.05.2025	22.05.2025	Köln	2025-23864	Fußchirurgie IV	Prof. Dr. med. Jonas Andermahr	500,00 €	650,00 €
12.06.2025	13.06.2025	online und Berlin	2025-23636	Hands-on-Kurs Kindertrauma- tologie	Prof. Dr. med. Martin Lacher; PD Dr. med. Peter Zimmermann	400,00 €	480,00 €
27.06.2025	28.06.2025	Templin OT Groß Dölln	2025-23682	16. Brandenburger Viszeralchirur- gisches Update	Prof. Dr. med. habil. Frank Marusch; Prof. Dr. med. Stephan Gretschel	60,00 €	95,00 €
28.08.2025	29.08.2025	Straßburg	2025-24632	Robotik-/Laparoskopie im IRCAD Modul 2	Prof. Dr. med. Hans Fuchs; Prof. Dr. Dr. med. Barbara Seeliger	1.250,00 €	1.500,00 €
11.09.2025	12.09.2025	Berlin	2025-22404	CAMIC 3: Laparoskopische Chirurgie des Gastrointestinal- traktes	Dr. med. Panagiotis Fikatas	500,00 €	700,00 €
18.09.2025	19.09.2025	online	2025-23680	Spezielle Unfallchirurgie Teil II	Prof. Dr. med. Frank Hildebrand	300,00 €	500,00 €
26.09.2025		Mainz	2025-25811	Unfallbegutachtung in der gesetzlichen Unfallversicherung	PD Dr. med. habil. Sven-Oliver Dietz; Univ.-Prof. Dr. med. Erol Gercek	270,00 €	330,00 €
27.09.2025		Mainz	2025-23633	Kindertraumatologie für D-Ärzte/-Ärztinnen	Prof. Dr. med. Michael Paul Hahn; PD Dr. med. habil. Sven-Oliver Dietz; Univ.-Prof. Dr. med. Erol Gercek	180,00 €	220,00 €

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
27.09.2025		Mainz	2025-25851	Rehabilitationsmedizin/ -management	Dr. med. Peter Kalbe; Univ.-Prof. Dr. med. Erol Gercek; Dr. med. Sybille Larsen	135,00 €	165,00 €
01.10.2025	02.10.2025	Köln	2025-24634	Robotische Chirurgie: Modul 3 – Hospitation Kolorektale Chirurgie	Prof. Dr. med. Christiane J. Bruns; PD Dr. med. Georg Dieplinger; Prof. Dr. med. Hans Fuchs	400,00 €	600,00 €
10.10.2025		online	2025-23613	Osteosyntheseverfahren an der unteren Extremität	Prof. Dr. med. Lars Gerhard Großterlinden	150,00 €	200,00 €
31.10.2025		Frankfurt am Main	2025-23674	Viszeralchirurgie Kompakt: Adipositas- und metabolische Chirurgie	Dr. med. Sylvia Weiner; Prof. Dr. med. Mirko Otto; PD Dr. med. Susanne Blank	250,00 €	300,00 €
06.11.2025	07.11.2025	Köln	2025-23684	Viszeralchirurgie Kompakt: Pankreaschirurgie	Prof. Dr. med. Christiane J. Bruns; Prof. Dr. med. Hans Fuchs; Prof. Dr. Dr. med. Thomas Schmidt	350,00 €	500,00 €
13.11.2025	14.11.2025	Köln	2025-23635	VATS OP Kurs: Anatomische Segmentresektion	Prof. Dr. med. Erich Stoelben	400,00 €	500,00 €
14.11.2025	15.11.2025	Dresden	2025-23781	13. Dresdner Handkurs: Wieder- herstellung der Handfunktion	Prof. Dr. med. Adrian Dragu; Dr. med. Tim Fülling	500,00 €	650,00 €

FACHÜBERGREIFENDE SEMINARE

VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
25.06.2025		online	2025-24631	Robotische Chirurgie: Modul 1 – Theorie	Prof. Dr. med. Hans Fuchs; Prof. Dr. Dr. med. Barbara Seeliger	80,00 €	100,00 €
01.10.2025		online	2025-24636	Ökonomie in der Robotik	Dr. med. Alexander Urbanski	80,00 €	100,00 €
10.10.2025	11.10.2025	Berlin und online	2025-24708	Abschlusscolloquium zum Kurs "Hygienebeauftragte(r) Ärztin/Arzt"	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. em. Dr. med. Axel Kramer		

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE

VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
17.05.2025		Berlin	2025-25590	Begutachtung im Behandlungs- fehlerprozess	Prof. Dr. med. Heiner Wenk	270,00 €	330,00 €
13.06.2025	14.06.2025	Berlin	2025-26534	Chirurginnen auf dem Weg nach oben: Modul 4 – Gesprächsstrategie – souverän Klartext reden	Dr. med. Gunda Leschber; Sabine Schicke	500,00 €	700,00 €
10.10.2025	11.10.2025	Berlin und online	2025-24708	Abschlusscolloquium zum Kurs „Hygienebeauftragte(r) Ärztin/ Arzt“	Prof. Dr. med. Julia Seifert; Prof. em. Dr. med. Axel Kramer		
08.11.2025		online	2025-27708	Abrechnungswebinar EBM	Dr. med. Björn Ackermann	50,00 €	80,00 €
08.11.2025		online	2025-27703	Abrechnungswebinar GOÄ und UV-GOÄ	Dr. med. Peter Kalbe	50,00 €	80,00 €

BDC|Akademie

Information und Anmeldung:

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

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

SPONSOREN DER BDC | AKADEMIE

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

Dieses umfassende Programm ist ohne finanzielle und materielle Unterstützung der medizintechnischen und pharmazeutischen Industrie heutzutage gerade unter den sich ändernden Rahmenbedingungen nicht umsetzbar. Das betrifft neben dem Gesamtprogramm der Akademie auch immer wieder die gezielte Förderung einzelner zukunftsorientierter

Projekte mit innovativen und modernen Lernkonzepten. Der konstruktive und regelmäßige Dialog, der hier zwischen der BDC|Akademie und den einzelnen Industrieunternehmen intensiv gepflegt wird, ist Ausdruck dieser engen Kooperation.

Hierbei ist zu betonen, dass die Inhalte der ärztlichen Fortbildung nach wie vor unabhängig von wirtschaftlichen Interessen sind. Das wissenschaftliche Programm jeder Veranstaltung wird auch weiterhin produkt- und dienstleistungsneutral gestaltet.

Die BDC|Akademie dankt allen Sponsoren für die vertrauensvolle Zusammenarbeit und für ihr professionelles Engagement in der chirurgischen Fort- und Weiterbildung.

B. BRAUN
SHARING EXPERTISE

corzamedical

INTUITIVE.

Medtronic
Engineering the extraordinary

STORZ
KARL STORZ – ENDOSKOPE

LIFESTYLE- ANGEBOTE

im Mai 2025

%



25 %

PAULA'S CHOICE: BIS ZU 25 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER



22 %

ZWIESEL GLAS: BIS ZU 22 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER



10 %

CEWE FOTOBUCH: BIS ZU 10 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER



10 %

PRINCESS: 10 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

WIE KANN ICH DIE ANGEBOTE IN ANSPRUCH NEHMEN?

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

PANORAMA

Charité intensiv



Bild: Während einer Lebertransplantation an der Berliner Charité

Die vierteilige Serie „Charité intensiv: Gegen die Zeit“, die seit Oktober 2023 in der Mediathek abrufbar ist, war eine der Favoritinnen für den BDC-Journalistenpreis 2024. Die Jury überzeugte unter anderem die nüchterne und konsequente Begleitung eines Chirurgen und des Klinikteams bei ihrer Arbeit. Auch Patienten, die in der Klinik teilweise wochenlang auf ein Spenderorgan warteten, wurden portraitiert und kamen zu Wort.



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

Interview mit der Regisseurin der Doku-Serie „Charité intensiv: Gegen die Zeit“

Olivia Päßler

Passion Chirurgie im Interview mit der verantwortlichen Regisseurin Mareike Müller.

Passion Chirurgie (PC) Frau Müller, wie sind Sie zum Thema gekommen?

Mareike Müller (MM) Ich habe die Serie gemeinsam mit Carl Gierstorfer realisiert. Bei den Dreharbeiten für die erste Staffel, ein Porträt einer Intensivstation auf dem Höhepunkt der Corona-Pandemie, wurde mein Kollege am Rande Zeuge einer Organspende. Uns war schnell klar: Die Organspende bewegt sich im Grenzbereich zwischen Leben und Tod, hat aber auch eine gesellschaftliche Dimension. Das fanden wir spannend.

PC Wie haben Sie rund um das Thema recherchiert?

MM Am Anfang stand eine intensive Internet-Recherche. Nur mit einem grundlegenden Verständnis des Themas kann ich später die richtigen Fragen stellen. Für einen multiperspektivischen Blick habe ich mit sehr vielen unterschiedlichen Menschen gesprochen. Schließlich war ich auch einige Zeit in Kliniken, um mir auch dort einen Eindruck zu verschaffen, wo Organspenden stattfinden.

PC Wie haben Sie Ihren Protagonisten gefunden?

MM Aus der Recherche ergab sich, welche Geschichten wir erzählen möchten,

um das große Bild zu zeigen. Die Menschen im Film fanden wir während der Recherche, über Kontakte und einen Zeitungsartikel. Es ist immer wieder beeindruckend, dass Menschen zustimmen, sich in den schwierigsten Momenten ihres Lebens von einer Kamera begleiten zu lassen. Nur so können wir diese Geschichten erzählen. Ich habe davor großen Respekt.

PC Welches Ziel verfolgten Sie mit Ihrem Beitrag?

MM In der Recherche wurde schnell deutlich: Der Fokus für unsere Serie kann nur der Organmangel sein, denn dieser bestimmt die Organspende in Deutschland. Uns war wichtig zu dokumentieren: Welche Folgen hat dieser Mangel? Für die Patientinnen und Patienten, aber auch für die Medizin?

Der seit Jahrzehnten anhaltende Organmangel in Deutschland zeigt sich nicht nur in geringen Spendezahlen, sondern wirkt sich auch unmittelbar auf die Möglichkeiten der Transplantationschirurgie aus: Wenn Organe minderwertiger Qualität verpflanzt werden oder Patientinnen und Patienten erst in letzter Minute transplantiert werden können, dann kann sie nicht ihr volles Potential ausschöpfen. Dies zeigt sich sehr eindrucksvoll unter anderem in der dokumentierten Lebertransplantation, die die herausragende Leistung des Chirurgen den Zusehenden nahebringt.

Päßler O.: Interview mit der Regisseurin der Doku-Serie „Charité intensiv: Gegen die Zeit“. Passion Chirurgie. 2025 Mai; 15(05): Artikel 09.



Alle Panorama-Artikel finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Panorama.

» ZUR PERSON



Mareike Müller

verantwortliche Regisseurin
Journalistin & Filmemacherin

„Die Suche nach Geschichten, die vom Menschsein erzählen, und dem Verstehen, was unsere Welt in ihrem Innersten zusammenhält, zeichnen meine Arbeit als Journalistin und Filmemacherin aus.“

Seit 2013 entwickle und realisiere ich vorrangig für ARTE und die ARD dokumentarische Stoffe zu Themen aus Gesellschaft und Wissenschaft. Meine Arbeiten wurden mehrfach mit Stipendien gefördert und Preisen ausgezeichnet, u. a. mit dem Grimme-Preis.

Meine Leidenschaft für das Erzählen von Wirklichkeit entdeckte ich in jungen Jahren im Lokalen – bei einer Tageszeitung meiner ostdeutschen Heimat. In Potsdam, Paris und Hamburg studierte ich Europäische Medienwissenschaft, Journalismus und Film.“

» ZUM BEITRAG



„Charité intensiv: Gegen die Zeit“ (4 Teile) ist bis zum 30. Mai 2026 in der ARD- Mediathek verfügbar (Weiterleitung mit Klick auf das Bild): <https://www.ardmediathek.de/serie/charite-intensiv-gegen-die-zeit/staffel-1/Y3JpZDovL3JiYi1vbmxpbmUuZGUvY2hhcmloZS1pbmRlbnNpdiiinZWdlbiikaWUtemVpdA/1>

PC Mit welchen Herausforderungen waren Sie konfrontiert?

MM Ein junger Mann, den wir beim Warten auf eine Organspende begleitet haben, ist während der Dreharbeiten gestorben. Wir haben uns von Lars persönlich verabschieden können und er hat sich gewünscht, dass wir seine Geschichte erzählen. Die ganze Dramatik des Organmangels ist dann

plötzlich sehr nah – und fordert einen auch als Menschen.

PC Welche Erkenntnisse haben Sie zum Thema gewonnen?

MM Es hat mich erschreckt, wie schlecht Patienten mit Organversagen in Deutschland versorgt sind. Obwohl wir in einem ressourcenstarken Land mit einer hervorragenden Medizin

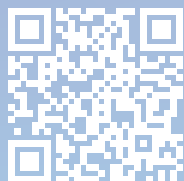
leben, können wir diesen Menschen nicht helfen, weil nicht ausreichend Organe zur Verfügung stehen. Es ist ein Armutszeugnis für unsere Gesellschaft – und ich sehe hier auch ganz klar politisches Versagen: Der Organmangel besteht seit Jahrzehnten und in vielen anderen Ländern überleben Patienten, die hier bei uns sterben. Worauf warten wir? ○

eRef

Mehr wissen. Besser entscheiden.
Ein Mediziner*innen-Leben lang.

Die medizinische Wissensplattform eRef unterstützt Sie ab Tag 1 der Weiterbildung, während Klinik-Rotationen bis zur bestandenen Facharztprüfung und darüber hinaus.

Mit intelligent verknüpften, interdisziplinären und leitlinienbasierten Inhalten. Am PC, Tablet und Smartphone. Angepasst an Ihr individuelles Wissenslevel. Für den gezielten und nachhaltigen Aufbau Ihres Fachwissens – ein Mediziner*innen-Leben lang.



eref-testen.thieme.de



Thieme