

PASSION

CHIRURGIE

NOTARZT

PANORAMA

MEDIZINISCHE GERÄTE
UND HUMANITÄRE HILFE
FÜR DIE UKRAINE –
HILFE, DIE ANKOMMT

im Fokus

NOTFALLVERSORGUNG

09 | III | 2025

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGIE

DGCH

DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
CHIRURGIE E.V.



BDC



Berufsverband der
Deutschen Chirurgie e.V.

Der Gemeinsame Bundesausschuss als höchstes Gremium der Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitssystem entscheidet:

Wirtschaftlichkeit und medizinische Notwendigkeit der ambulanten Vakuumversiegelungstherapie ist belegt!¹



www.vakuumversiegelungstherapie.de

PICO[◇] hilft, Wunden schneller zu schließen als Standardverbände. Und ist dabei so einfach zu handhaben wie ein Verband.

Smith+Nephew

- + Extrabudgetäre² EBM-Erstattung, belastet nicht das Verbandmittelbudget
- + Erhöhte Sachkosten mit 91,14€ bzw. 94,27€ pro Verbandwechsel³

Melden Sie sich für unser kostenloses Webinar an!

28.10.2025 18:30-20:00

- + Dr. Inga-Nadine Kummer (Innere Medizin und Diabetologin DDG) und Dr. Inka Trapp (Gefäßchirurgie)



Wundmanagement

Smith & Nephew GmbH

smith-nephew.de

Hersteller: Smith & Nephew Medical Limited
101 Hessle Road, HU3 2BN, Hull, U.K.

* auch NPWT oder Unterdruckwundtherapie genannt

¹ <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/831/>

² Für die ersten 6 Jahre ab 01.10.2020; Quelle: B E S C H L U S S des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V

in seiner 788. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) mit Wirkung zum 1. Januar 2026 ³ Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 776. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 01. April 2025.



Trauma, Trauma, Trauma

Benedikt Braun

Die Unfallchirurgie ist ein Fach, das eigentlich niemals stillsteht. Das gilt für den Arbeitsalltag, unsere Versorgung, im Behandlungsergebnis meist auch für unsere Patientinnen und Patienten und letztlich auch für alles „Drum Herum“. Sie ist geprägt von rasanten Fortschritten in der Behandlung komplexer Verletzungen, innovativen diagnostischen Verfahren und einer stetigen Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen, unter denen wir unsere Patientinnen und Patienten versorgen. Gleichzeitig steht die Unfallchirurgie, wie viele andere medizinische Disziplinen, vor Herausforderungen im Bereich der Personalentwicklung und der Sicherstellung einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Versorgung. Es ist unser gemeinsames Anliegen beim BDC, diese Dynamik aufzugreifen und die Attraktivität unseres Fachs nachhaltig zu sichern.

Mit diesem Themenheft der PASSION CHIRURGIE möchten wir Sie auf den neuesten Stand bringen und Ihnen eine kurzweilige Lektüre zu ausgewählten aktuellen Entwicklungen in der Unfallchirurgie bieten. Wir beleuchten spannende Neuerungen in der Behandlung und Diagnostik, werfen einen Blick auf das D-Arzt-Wesen und widmen uns relevanten personalpolitischen Themen.

In einem Übersichtsartikel zur Versorgung von Rippen- und Sternumfrakturen gibt uns Prof. Stefan Schulz-Drost von den Helios Kliniken Schwerin einen umfassenden Einblick in die aktuellen Konzepte und

Techniken bei diesen häufigen Verletzungen. Er zeigt auf, welche Fortschritte in der konservativen und operativen Therapie erzielt wurden und wie eine optimierte Versorgung die Genesung der Patientinnen und Patienten maßgeblich beeinflusst

Dr. Ludger Tüshaus von der Klinik für Kinderchirurgie des UKSH Lübeck widmet sich einem besonders wichtigen Thema in der pädiatrischen Trauma Versorgung: dem Fraktur-Ultraschall. Sein Beitrag beleuchtet die Vorteile und Einsatzmöglichkeiten dieser schonenden Diagnostikmethode, die gerade bei jungen Patientinnen und Patienten eine immer größere Rolle spielt. An dieser Stelle auch eine kurze Werbung in eigener Sache. Wer nicht nur lesen möchte, sondern auch etwas „auf die Ohren“ braucht, dem möchte ich hierzu auch den BDC Podcast Surgeon Talk mit der Folge „**Schall und Wahn -Sinn, dass das geht...**“ besonders ans Herz legen (www.bit.ly/SurgTalk_Schall).

Dr. Peter Kalbe, Vizepräsident unseres Berufsverbandes, greift ein hochaktuelles und für viele Kolleginnen und Kollegen relevantes Thema auf: die Anpassung der D-Arzt-Bedingungen – Wie bleibt die D-Arzt-Tätigkeit attraktiv? Er analysiert die jüngsten Änderungen und diskutiert, wie die Rahmenbedingungen für die Durchgangsärztinnen und -ärzte verbessert werden können, um die D-Arzt-Tätigkeit auch zukünftig attraktiv zu gestalten und dem Rückgang der D-Arzt-Zahlen entgegenzuwirken.

Abgerundet wird dieses Heft durch ein spannendes Interview mit Prof. Georg Osterhoff, dem neuen Ärztlichen Direktor des BG Klinikums Unfallkrankenhauses Berlin (ukb) und Professor für Traumatologie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Im Gespräch mit Frau Prof. Julia Seifert und Frau Angela Kijewski spricht Prof. Osterhoff sehr persönlich über die vielfältigen Facetten seines Berufs – als Chefarzt, Ärztlicher Direktor, Forscher und Dozent – und gibt Einblicke in seine Visionen für die Zukunft der Unfallchirurgie am ukb, aber auch allgemein insbesondere im Hinblick auf Forschung, Digitalisierung und Akademisierung. Absolut lesenswert!

Dieses Themenheft ist ein Zeugnis der Lebendigkeit und Breite der Unfallchirurgie. Es soll Sie nicht nur informieren, sondern auch inspirieren, sich weiterhin aktiv in die Gestaltung unseres Fachs einzubringen. Die Sicherung einer exzellenten Patientenversorgung und die Attraktivität des Berufsfeldes hoch zu halten, sind eine Aufgabe, die wir am besten im engen Austausch und mit vereinten Kräften meistern können.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre!

Ihr

Prof. Dr. med. Benedikt Braun
Stellv. Leiter der BDC|Akademie
BDC-Themen-Referat Nachwuchs
BDC-Themen-Referat Digitalisierung und technische Innovationen

Braun B: Editorial 09/III: Trauma, Trauma, Trauma.
Passion Chirurgie. 2025 September;
15(09/III): Artikel 01.



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

CHIRURGIE

HERAUSGEBER

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

DGCH

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

BDC

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

REDAKTION

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

VERLAG

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

DESIGN

Nina Maria Küchler, Berlin

ANZEIGEN

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

ABBILDUNGSHINWEISE

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

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

ISSN 2194-5586

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

1 EDITORIAL

1 Trauma, Trauma, Trauma *Benedikt Braun*

4 KURZNACHRICHTEN

6 CHIRURGIE

6

**STERNUM- UND RIPPENFRACTUREN:
WO KOMMEN WIR HER? WO STEHEN
WIR HEUTE? WO WOLLEN WIR HIN?**

Stefan Schulz-Drost

12

FRakturULTRASCHALL

Jurek Schultz, Ludger Tüshaus

16

**ANPASSUNG DER D-ARZT-
BEDINGUNGEN – WIE BLEIBT
DIE D-ARZT-TÄTIGKEIT ATTRAKTIV?**

Peter Kalbe

20

**GENERATIONENWECHSEL
UND STRUKTURWANDEL IM
UNFALLKRANKENHAUS BERLIN**

Julia Seifert, Angela Kijewski



25 CHIRURGIE⁺

- 25 **Advertorial:** Wundversorgung, die sich lohnt: für Sie und Ihre Patienten
- 26 **Akademie Aktuell:** BDC-Fortbildung „Osteosyntheseverfahren an der unteren Extremität“
- 28 **Karriere:** Physician Assistants sichern die ärztliche medizinische Versorgung im Team
Patrick Klein, Peter Hüttl
- 32 BDC-Kommentar „Physician Assistants“
Dietmar Pennig
- 33 **Safety Clip:** Integration des Patientensicherheitsindex in die Patientensicherheitsstrategie
Marsha Fleischer
- 40 **Hygiene-Tipp:** Sterilverpackung
Lutz Jatzwauk, Martin Groth, Nils Hübner, Wolfgang Kohnen
- 41 Personalia
- 42 **RECHT**
- 42 **F&A:** Lesbarkeit von Eintragungen auf dem Aufklärungsbogen
Jörg Heberer

43 GESUNDHEITSPOLITIK

- 43 Vorwort
Carsten J. Krones, Daniel Vallböhmer
- BDC-Praxistest:** Mediziner:in oder Ökonom:in – wer sollte die Führung im Krankenhaus übernehmen?
Christian Peters
- 48 Weiterer Comic macht auf fachärztliche Weiterbildung aufmerksam
Olivia Päßler

- 50 Ergebnisse der BDC-Umfrage „Bürokratielast in Kliniken“
Friederike Burgdorf, Claudia Kunze, Benedikt Braun, Doreen Richardt, Hans-Joachim Meyer, Thomas Auhuber

- 55 **Berufspolitik Aktuell:** Operation Gesetzgebung – Wird die Krankenhausreform nun praxistauglicher?
Friederike Burgdorf

58 INTERN

- 58 **DGCH**
- 58 Kommentar des Generalsekretärs
Thomas Schmitz-Rixen
- 61 Sehr persönlich nachgefragt bei Johannes Zeller
- 62 Prof. Dr. med. Norbert Grzywa (1891-1942) – Teil 1
Michael Sachs, Francesco-Mariano Bruno
- 66 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland
Solveig Tenckhoff
- 70 Spendenaufruf Langenbeck-Virchow-Haus
- 71 **BDC**
- 71 BDC|News
- 72 Termine BDC|Akademie

76 PANORAMA

- 76 Medizinische Geräte und humanitäre Hilfe für unsere Partnerstadt Riwne – Hilfe, die ankommt
Daryna Illienko
- 81 Bilderrätsel

09 25

Kurz Nachrichten

TIPPS FÜR ELTERN

ZUR PRÄVENTION VON GEHIRNERSCHÜTTERUNG UND VERSORGUNG BEI BETROFFENEN KINDERN UND JUGENDLICHEN



DIE DGKJCH INFORMIERT UND GIBT ELTERN WICHTIGE RATSCHLÄGE.

In Deutschland erleiden jedes Jahr etwa 50.000 bis 60.000 Kinder ein Schädel-Hirn-Trauma oder eine Gehirnerschütterung. Die meisten dieser Fälle sind mild und erfordern keinen Klinikaufenthalt. In etwa 5-10 % der Fälle ist jedoch eine stationäre Behandlung erforderlich. Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendchirurgie e.V. (DGKJCH) informiert Eltern über die wichtigsten Fakten zum Thema und gibt Tipps, wie eine Gehirnerschütterung bei Kleinkindern und Jugendlichen verhindert, erkannt und behandelt werden kann.

PD Dr. med. habil. Peter Zimmermann, Direktor der Klinik für Kinderchirurgie und angeborene Fehlbildungen an den Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden und ausgewiesener Experte in der Behandlung von verunfallten Kindern und Jugendlichen, beantwortet die wichtigsten Fragen zur Gehirnerschütterung. Lesen über den Link unten das Interview.

Mehr Informationen: www.bit.ly/PM-DGKJCH-Gehirnerschüttung

Viszeralchirurg Prof. Dr. Matthias Anthuber geht in den Ruhestand

Nach über 40 Jahren Chirurgie und 20 Jahren als Direktor der Chirurgischen Klinik des Universitätsklinikum Augsburg ist Prof. Dr. Matthias Anthuber im Juli dieses Jahres in den Ruhestand gegangen. Neben seiner Tätigkeit als Chirurg und Klinikmanager hatte die Aus- und Weiterbildung des chirurgischen Nachwuchses für ihn höchste Priorität.

Nach eigener Aussage gab es etliche Highlights in Anthubers chirurgischen Laufbahn.

Prägend war für ihn der zufällige Zutritt in die Transplantationschirurgie. Neueste Entwicklungen in der Chirurgie begleitete er während seiner Zeit in der damals noch jungen Klinik in Regensburg. Hier begeisterte er sich für die gerade gestartete minimalinvasive Chirurgie bei onkologischen Fragestellungen. Der Wechsel an das „schwergewichtige Hochleistungs-krankenhaus“, das Zentralklinikum Augsburg, war für ihn ebenfalls ein Meilenstein. Das Klinikum bescheinigt Anthuber heute „Pionierarbeit in der minimalinvasiven Karzinomchirurgie – heute Standard in der Medizin“...

Lesen Sie hier mehr über Professor Anthuber: www.bit.ly/BDC-Anthuber



Mitglieder werben Mitglieder



Hoodie „Aufschneiderin“ oder „Aufschneider“



50% Rabatt

auf Ihren BDC-Mitgliedschaftsbeitrag



Alle Prämien ansehen!

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



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

oder

6-Monatsabo der Fachzeitschrift
Die Unfallchirurgie

oder

35€ Wunschgutschein
(Amazon oder Dussmann)



IM FOKUS

Notfall- versorgung



Prof. Dr. Stefan Schulz-Drost, FEBS

Co-Leiter der interdisziplinären AG
Thoraxtrauma der DGT und DGU
Chairperson AO TC Thoracic Expert
Group
President elect Chest Wall Injury
Society (CWIS)
Helios Kliniken Schwerin
Zentrum für Bewegungs- und
Altersmedizin
Klinik für Unfallchirurgie/Traumatologie
Department für Unfall- und
Orthopädische Chirurgie
Universitätsklinikum Erlangen
Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg (FAU)
stefan.schulz-drost@helios-
gesundheit.de

Schulz-Drost S: Sternum- und
Rippenfrakturen: Wo kommen wir her?
Wo stehen wir heute? Wo wollen wir hin?
Passion Chirurgie. 2025 September;
15(09/III): Artikel 03_01.



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

Sternum- und Rippenfrakturen: Wo kommen wir her? Wo stehen wir heute? Wo wollen wir hin?

Stefan Schulz-Drost

KLINISCHE BEDEUTUNG

In der heutigen Zeit werden schwere Thoraxtraumata für etwa 25 % der Todesfälle bei Unfallverletzten verantwortlich gemacht, etwa jeder zweite Schwerverletzte erleidet Rippen- und/oder Sternumfrakturen [1].

Wie war das früher? Schon vor weit über 100 Jahren beschäftigte ein schweres Thoraxtrauma die Menschheit mit der Frage, was therapeutisch unternommen werden kann, um die Funktion des Thorax wieder herzustellen, die Atmung zu sichern und eine Mobilisierung aus dem Bett zu ermöglichen.

Die besondere Herausforderung lag gestern wie heute in der Einzigartigkeit des Thorax, wichtige physiologische Organfunktionen mit der muskuloskelettalen Funktion der Thoraxwand zu vereinen. Neben der Schutzfunktion innerer Organe, Stützfunktion für den Rumpf und Aufhängebasis für unsere oberen Extremitäten leistet die Brustwand als lokomotorische Einheit einen erheblichen Anteil der Atemtätigkeit. Dieses gelingt dem menschlichen Körper im einzigartigen Zusammenspiel der Lungen und der Biomechanik der Thoraxwand mit dem Sternum als Schlüsselstein im vorderen Bereich und den zwölf Rippenpaaren sowie dazwischenliegender Muskulatur. Die Basis

für dieses Zusammenspiel bildet die Brustwirbelsäule, sprichwörtlich als Rückgrat. An der unteren Begrenzung des Brustraums sorgt das Zwerchfell als größter Atemmuskel einerseits für die Abgrenzung zum Bauchraum und andererseits eben auch für die Atemtätigkeit.

Verletzungen der knöchernen Brustwand können die Atemtätigkeit erheblich einschränken. Schon lange ist der Menschheit bewusst, dass Rippenserien- und auch Sternumfrakturen diese Atemtätigkeit extrem gefährden können. Noch im 19. Jahrhundert sind zahlreiche Fälle gut untersucht und publiziert, die dann jedoch allermeistens tödlich verliefen [2]. Verlust der Integrität der Thoraxwand, Deformierung, Funktionsverlust durch Instabilität und auch direkte Organverletzung durch einspießende Knochen stellen die Hauptursachen für Komplikationsverläufe dar. Im frühen 20. Jahrhundert wurden vor allen Dingen Verletzungen der vorderen Brustwand als kritisch erkannt und begonnen, chirurgisch interventionell zu behandeln.

OPERATIVE STABILISIERUNGSMETHODEN

Es sind Berichte überliefert, ausgeglühte Kleiderhaken in das Sternum zu drehen und

mit einer Zugvorrichtung die Thoraxwand wieder anzuheben. Aus der Sauerbruch-Zeit ist überliefert, dass Drähte retrosternal durchgezogen wurden und ebenfalls mit einem externen Zugmechanismus die vordere Brustwand nach vorne angehoben wurde. Diesen Bemühungen ist gemeinsam, dass der Patient bettlägerig war und tage- beziehungsweise wochenlang in dieser Position verharren musste, bis der Brustkorb stabil konsolidierte. In nächster Konsequenz wurde versucht, mit perkutanen intrathorakalen Repositionsmethoden gegen äußere Halteschalen, ähnlich einem Brace, die Thoraxwand zu reponieren und den Patienten früh zu mobilisieren. Logischerweise war dies jedoch eine offene Methode mit Eröffnung der Pleura, sodass weitere Entwicklungen erforderlich wurden [3].

In den 50er-Jahren des 20. Jahrhunderts hatten dann Drähte eine besondere Bedeutung erlangt. Durch Spickung von Sternum- und Rippenfrakturen, Cerclage-techniken und intramedulläre Auffädung durch Drähte wurde versucht, die Thoraxwand zu stabilisieren. Die dauerhafte Biege- und Stressbelastung durch die regelmäßige Atemtätigkeit und die Rumpfbewegung führte jedoch in zahlreichen Fällen zum Versagen der Drahtkonstrukte. Brechen von Material, Migration durch die Knochen hindurch und schlimmstenfalls eine Organverletzung durch Wanderung von Drähten in Herz und große Gefäße.

Eine Weiterentwicklung ab den 60er-Jahren war dann, Metallbügel zu implantieren. Diese konnten transsternal eingebracht werden und stützten sich auf der vorderen Brustwand oder auch weiter lateral ab, um diese in anatomischer Position zu halten. Sowohl posttraumatisch als auch vor allem bei angeborenen Deformitäten wie Trichter- und Kielbrust-Korrekturen kam diese Methode zur Anwendung [4, 5]. Mit Erwachen der modernen Ostsynthesetechniken wurden auch Platten und Schrauben schnell für die Thoraxwand interessant. Analog der Osteosynthesetechniken an Extremitäten- und Beckenknochen kamen auch am Thorax Plattenosteosynthesen mit Kompressionsschrauben zum Einsatz.

Während der morphologisch platte Sternumknochen sich dadurch gut stabilisieren ließ und in der Regel hervorragend ausheilte, ist dieses bei Rippenfrakturen schwieriger [6]. Aufgrund der Atem- und Rumpfmobilität lockerten sich häufig die Platten, bevor die Frakturen konsolidierten, und das Gesamtkonstrukt kollabierte. So kam die Plattenosteosynthese am Thorax relativ schnell in Verruf. Die Antwort darauf waren dann technische Weiterentwicklungen, um auch der Dynamik einer Rippenfraktur standzuhalten.

Verschiedene Metallklammer-Konstrukte, die sich um die Rippen bei den Hauptfragmenten legten, waren von Sanchez-Lloret und Judet beschrieben und kamen regelmäßig zur Anwendung. Auch diese konnten jedoch als statische Materialien unter dynamischer Krafteinwirkung versagen.

Labitzke beantwortete dieses Thema mit elastischen Klammersystemen, die sich dynamisch der Rippenform und deren Atemmobilität anpassen.

Insgesamt ist jedoch die Stabilisierung von Rippenfrakturen immer kontrovers diskutiert worden. In der modernen chirurgischen Welt war sie über Jahrzehnte sehr zurückhaltend und teilweise sogar ablehnend betrachtet worden. Komplikationen durch damalige sehr invasive Zugangswege zur Brustwand stützten diese Ansichtsweise im Sinne der Risiko- und Nutzenabwägung [7]. Heute stellen muskelsparende minimalisierte Zugangswege den Standard der Versorgung dar, häufig kombiniert mit einer videoassistierten Thorakoskopie [8, 9, 10].

Mit dem Verständnis der Biomechanik wurden in Orthopädie und Unfallchirurgie auch die Implantate zur Frakturbehandlung weiterentwickelt. Winkelstabile Plattenkonstrukte repräsentieren das Prinzip des Fixateurs intern und kamen mit Platten und Schraubenverbindungen schnell und weitreichend zum Einsatz bei der Versorgung gelenknaher Frakturen und auch von Frakturen langer Röhrenknochen. Erst relativ spät wurde die Anwendung auch auf Rippenfrakturen übertragen. Durch

Verschmälerung von Plattendesigns zu Low-Profile-Platten, die mit winkelstabilen Schrauben am Knochen befestigt werden, kam ein Konstrukt auf den Markt, welches den biomechanischen Herausforderungen von Rippen und Sternumfrakturen hervorragend gerecht wurde – die elastisch winkelstabile Plattenosteosynthese. Diese Platten halten Rippenfragmente einerseits in der Kontinuität und ermöglichen gleichzeitig die Atemmobilität, die dann wiederum Frakturkompression und damit Frakturheilung erwirkt [11].

Die Rate an Materialversagen wird bei sachgerechter Anwendung drastisch minimiert, bei idealer Anwendung und Verständnis der Verletzungsmechanismen eigentlich ausgeschlossen.

Seit der Verfügbarkeit dieser Systeme auf dem Markt im Jahr 2010 kann ein relativ linearer Anstieg der operativen Versorgungszahlen von Rippenfrakturen auch in Deutschland wieder beobachtet werden. In der gleichen Zeit wurden auch Klammersysteme weiterentwickelt und mit semirigidem Material für die Rippen zur Verfügung gestellt. Auch sie vermitteln eine relative Stabilität der Rippe und im Zuge der Atemmechanik Frakturkompression. Einige dieser Klammersysteme sind modular verfügbar und können auch langstreckige Rippensegmente sowie gelenknahe Verbindungen überbrücken. Somit kommen sie im Wirkungsprinzip den winkelstabilen Implantaten sehr nah. Aus biomechanischer Sicht repräsentieren alle diese Implantate auf der Außenseite der Rippe ein Zugband-Prinzip, das sogenannte Tension-Band principle. Dieses kennen wir in Orthopädie und Unfallchirurgie gut und in der Plattenosteosynthese langer Röhrenknochen auf deren Zugseite, wie zum Beispiel am großkalibrigen Femur. Auf die Rippen übertragen, bedeutet dies die Wiederherstellung der Formgebung des Thorax, die Vermittlung der Atemmechanik und durch die Atemtätigkeit Vermittlung der Frakturkompression zur Heilungsstimulation. Zusammenfassend stehen uns heute zutage also technische Innovationen zur Verfügung, die eine optimale

Frakturheilung auch an der Thoraxwand ermöglichen.

INDIKATIONSSTELLUNG ZUR OPERATIVEN BEHANDLUNG

Genau aus dieser guten technischen Situation heraus stellt sich in der heutigen Zeit die Frage nach der korrekten Indikationsstellung für eine Osteosynthese von Sternum- (SSSF: surgical stabilization of sternal fractures) und Rippenfrakturen (SSRF: surgical stabilization of rib fractures). Hier kommen Fachschaftsverbünde zusammen und versuchen anhand von Expertenmeinungen und Studiendaten Leitlinien zu schaffen. Das Problem stellt sich im Zusammenspiel von 25 Knochen als lokomotorischer Einheit. 24 Rippen und ein Sternum können an verschiedenen Stellen und in verschiedensten Kombinationen brechen und auch noch verschiedene Frakturmorphologien aufweisen.

Diese schier unendlich erscheinenden Kombinationsmöglichkeiten erschweren die Vergleichbarkeit der Verletzungsmuster, was sich in einem erheblichen Mangel an prospektiv randomisierten Studien zum Nutzen der Thoraxwandosteosynthese repräsentiert. Dennoch lassen sich einige gemeinsame Merkmale herausarbeiten, die im Alltag helfen die Indikationsstellung zu prüfen:

- Instabilität der Thoraxwand
- offensichtliche Deformität (≥ 3 Rippenfrakturen mit ≥ 50 % Dislokationsgrad)
- Pulmonale Komplikationen
- Weaningversagen des intubierten Patienten
- einschränkende Atemtätigkeit mit Schmerzen und Verlust von Hustenfunktion
- etc.

ZEITPUNKT DER OPERATIVEN BEHANDLUNG

Im bundesdeutschen Durchschnitt werden Rippen und Sternumfrakturen zwischen dem fünften und siebten Tag nach Unfall stabilisiert. Das ist deutlich später als der aktuelle internationale Konsens, möglichst

frühzeitig diese Operation durchzuführen – wenigstens binnen 48 bis 72 Stunden bevor pulmonale Komplikationen oder gar eine Sepsis bei Polytrauma eintreten. Gerade diese schwerverletzten Patienten mit groben Strukturverletzungen (z. B. Crushtrauma) scheinen von einer sehr frühzeitigen Rekonstruktion der Brustwand zu profitieren – bereits am Unfalltag notfalls oder wenigstens binnen 24 Stunden [12, 13, 14, 15].

INTERNATIONALE UND NATIONALE ARBEITSGRUPPEN

Die technischen und biomechanischen Prinzipien der Thoraxwandosteosynthese wurden nach 2005 auch zu einem Thema in der Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen (AO). Unter dem Dach der Technischen Kommission (AO TK) wurde in der Partition Cranio-maxillo-facial Chirurgie eine Thoracic Surgery Working Group etabliert. Osteosyntheseimplantate, Instrumente und erste Therapiestandards wurden aus dieser Gruppe erarbeitet. Mit zunehmender Bedeutung des Themenfeldes in der Traumatologie wurde die Gruppe zur Thoracic Surgery Expert group aufgewertet und nimmt heute die Tätigkeit innerhalb der AO Technical commission im Upper Extremity Global committee wahr. Gemeinsam mit Partnern der Industrie konnten die heutigen, hochwertigen Implantate entwickelt, biomechanisch validiert und für die klinische Anwendung freigegeben werden.

Mit Gründung der Chest Wall Injury Society in 2017 ist ein internationales Netzwerk entstanden, welches interdisziplinär und interprofessionell die Behandlung von Thoraxwandverletzungen optimieren möchte – operativ und nicht operativ. Hier konnten Konsensusguidelines geschaffen und publiziert werden und im klinischen Alltag die Entscheidungsfindung sehr unterstützen [16, 17]. In der Translation auf unsere nationale chirurgische Tätigkeit bedeutet dies, alle Patienten in ihrem Zusammenspiel aus muskuloskelettalem Verletzungsimpakt und der gefährdeten Organfunktion betrachtet werden sollten. Da sich hierbei biomechanisches Verständnis mit dem

Management der Organpathophysiologie treffen muss, gebietet uns die gelebte Praxis interdisziplinär zu arbeiten.

Zu diesem Zwecke wurde 2019 die interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft Thoraxtrauma der Deutschen Gesellschaft Thoraxchirurgie DGT und Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie DGU unter Leitung von Christof Schreyer (Koblenz) und Stefan Schulz-Drost (Schwerin und Erlangen) gegründet. Sie möchte internationale Erkenntnisse auf die deutschen Praktiken übersetzen und die Voraussetzungen stärken, allen Thoraxverletzten, egal wo sie behandelt werden, die beste Behandlung zukommen zu lassen. Üblicherweise sollten Thoraxverletzte an zertifizierten Traumazentren behandelt werden. Schwere Verletzungen sollen in überregionalen Traumazentren behandelt werden, wo in jedem Fall thoraxchirurgische Expertise vorgehalten wird sowie auch die entsprechende perioperative und intensivmedizinische Logistik. Eine kurze, interdisziplinäre Absprache bei Eintreffen eines Thoraxverletzten hilft, schnell eine gemeinsame und zielorientierte Strategie festzulegen und die beste Behandlungsqualität zu erzielen. Miteinbezogen werden muss die Rekonstruktion der Brustwand und auch das Management der intrapleurale Begleiterscheinungen.

Welches Team dann im Einzelfall welche Therapie übernimmt, muss in den Krankenhäusern vor Ort strukturiert und 24/7 gelebt werden.

VERSCHIEDENE VERLETZUNGSMUSTER

Aus der Komplexität verschiedener Thoraxverletzungen im Zusammenspiel der oben erwähnten 25 Knochen konnten im Konsens der Arbeitsgruppen einige Verletzungsmuster zu vergleichbaren Entitäten zusammengefasst werden, um besser miteinander in ihrer Schwere und in der Anwendung von Behandlungsmethoden verglichen werden zu können. Das eröffnet überhaupt erst die Möglichkeit, vergleichbare Forschungsergebnisse und in weiteren Translationen auch transparente und

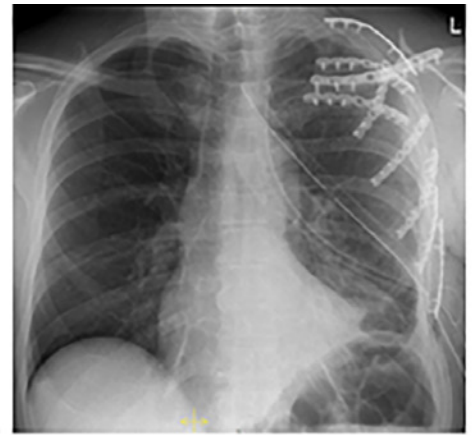
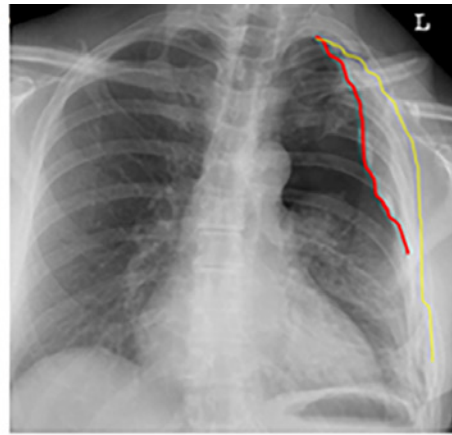
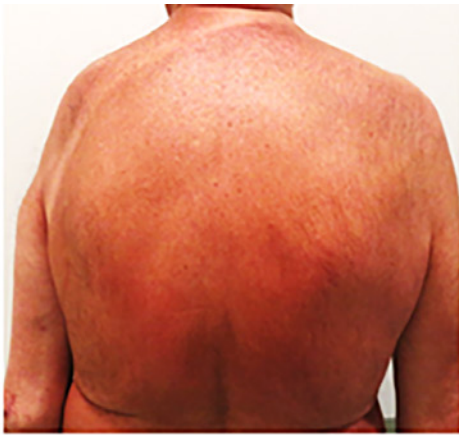


Abb. 1: „Forequarter lateral implosion injury“: Der obere Rumpfquadrant wird durch die knöcherne Brustwand und den Schultergürtel mit Klavikula und Skapula geformt. Vor allem laterale Gewaltrichtungen führen zu Frakturen dieser knöchernen Komponenten. Als Kombinationsverletzung von Rippen mit Klavikula und/oder Skapula werden die Funktionalität und Form der Thoraxwand und des Schultergürtels besonders gefährdet.

belastbare Behandlungsempfehlungen für die Zukunft erarbeiten zu können:

- peristernale Verletzung: Alle Frakturen rund um das Sternum mit ggf. angrenzenden Frakturen der Rippenknorpel und/oder der anterolateralen-lateralen Schaftregion der Rippen
- laterale Implosionsverletzung: Rippenfrakturen des oberen Thoraxquadranten (Rippe I-IV) mit Beteiligung des Schultergürtels, am häufigsten in der Clavicula und/oder der Skapula
- laterale Brustwandverletzung: Dieses ist quasi die häufigste standardmäßig beschriebene Verletzung der Rippen im Schaftbereich, zumeist III-IX, am häufigsten in Rippe 5-7
- posterolaterale Verletzung: Hierbei ist das dorsale Segment an der costotransversalen Aufhängung der Rippen am Wirbelkörper betroffen. Diese Verletzungen können außerhalb der Gelenkverbindung, mit einer Teil-Destabilisierung oder einer kompletten Avulsion costotransversal. Sie stellen eine große Herausforderung in der Fixierung dar, da nur wenige technische Optionen zu Verfügung stehen, insbesondere noch keine Standard-Implantate.
- Rippenbogen-Verletzung: Die sogenannten falschen Rippen VIII-X bilden den Rippenbogen mit knorpeliger Verbindung zur Rippe VII und im Netzwerk auch bereits zur Rippe VI. Rippenknorpel können isoliert zerreißen, das Zwerchfell mitbeteiligen und auch

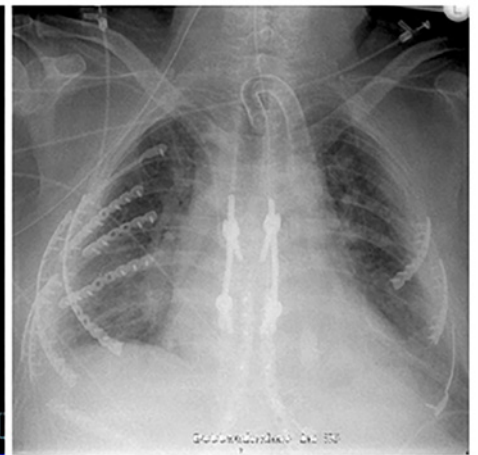
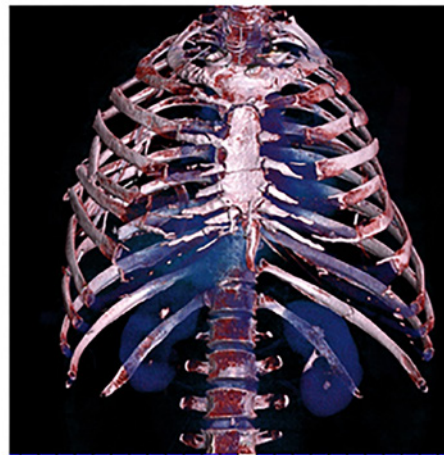


Abb. 2: Crush-Verletzung (Kombination mehrerer Entitäten bei schwersten Verletzungen): Die Verletzung gleich mehrerer Thoraxwandabschnitte resultiert meist aus schwerer Gewalteinwirkung wie Überrollen, Quetschen oder Verschütten des Thorax wie im obigen Fall. Hier zerbrachen die Wirbelsäule, beide Hemithoraces mit zahlreichen Rippen und auch das Sternum am Korpus. Alle Komponenten wurden in ihrer Form und Funktion erfolgreich rekonstruiert.

den angrenzenden Intercostalraum. Dieses birgt das Risiko, eine Lungenhernie und bei weiter Dehiszenz auch Stressfrakturen der angrenzenden Rippen auszubilden. Selten werden bei schweren Verletzungsmechanismen auch intercostale Zerreißungen bis hin zum angrenzenden Wirbelkörper, der dann eine Distraktionsfraktur erleiden kann.

- Crush-Verletzung: Diese schwere Form der Thoraxwandverletzung subsummiert die Kombination oben genannter Verletzungsgruppen.

Für diese Verletzungsgruppen der Brustwand sind Klassifizierungsschlüssel und

Schweregradeinteilungen in Arbeit der Konsensusgruppen, während für Einzelfrakturen der Brustwand bereits internationale Definitionen etabliert wurden.

KLASSIFIZIERUNG

Sämtliche Knochen und deren Frakturen werden durch das AO-System von Maurice Müller seit vielen Jahrzehnten erfolgreich und reproduzierbar beschrieben. Zuletzt fehlte noch die knöcherne Brustwand mit ihren 25 Knochen. In der letzten Revision des AO- und OTA-Klassifizierungssystems 2018 wurden nun Rippen und Sternum mit aufgenommen [18]. Als Region 16 erhielt jeder Knochen eine reproduzierbare Nummer

und wurde in Subsegmente eingeteilt. Am Sternum sind dies embryonal gewachsen, das Manubrium, der Korpus und Xiphoid. An den Rippen ist das anteriore Endsegment durch die Knorpelregion repräsentiert, das posteriore Endsegment durch die costotransversale Gelenkverbindung unter Einbeziehung des Tuberculum der Rippe, dazwischen findet sich das Schaftsegment. Somit konnte eine jede Fraktur eindeutig beschrieben werden. Die AO-Klassifizierung versteht sich als morphologische Beschreibung, um Frakturen wiedererkennbar und vergleichbar zu machen.

Im Schaftsegment können auch am Thorax die gängigen Methoden der einfachen Frakturen als A-Fraktur, mehrfach- oder Komplexfrakturen als C-Fraktur und lokal zertrümmerte Frakturen als B-Fraktur angewendet werden. In den Endsegmenten wird dieses relativ analog einer gelenk beteiligten Fraktur mit extraartikulärem Frakturverlauf als A-Fraktur, Teilgelenkbeteiligung als B-Fraktur und komplette Gelenkfrakturen als C-Fraktur abgebildet.

Obwohl in der Praxis von noch untergeordneter Bedeutung, war dies ein sehr großer Meilenstein in der Klassifizierung von Thoraxwandfrakturen mit einem internationalen Konsens. Derzeit besteht die Aufgabe darin, die Frakturmorphologie und weitere Erkenntnisse zu verfeinern und mit klinischen Daten zu hinterlegen. Die interdisziplinäre und internationale Aufgabe besteht jedoch darin, Verletzungskombinationen zu reproduzierbaren Klassifizierungssystemen zusammenzufügen. Mit der oben beschriebenen Clusterung und dem AO/OTA-System kann dieses gelingen.

Neben der Frakturmorphologie ist der Dislokationsgrad ein wichtiges Indiz für die Verletzungsschwere. Nicht dislozierte Frakturen haben wenigstens 90 % Kontakt der Fraktarenden, dislozierte Frakturen haben keinen Kontakt mehr. Dazwischen finden sich Offset-Frakturen, die noch Teilkontakt haben [19]. Darüber hinaus können Frakturen komplett sein, mit Unterbrechung beider Corticalis eines Schaftbereiches oder inkomplett mit Knickbildung, Zerreißen

oder Eindellung einer Corticalis unter Erhalt der zweiten Corticalis.

Auch der Frakturmechanismus ist für die Frakturbeschreibung entscheidend. Es finden sich direkte Frakturen in der Regel mit Intrusion in den Thorax hinein und indirekte Frakturen im Verlaufe derselben Rippe, dann häufig durch Knickbildung oder auch mit kompletter Dislokation der zweiten Fraktur [20, 21]. Auch diese Zusammenhänge sind jahrzehntelang bekannt und schon in den 30 Jahren des vergangenen Jahrhunderts hervorragend illustriert und in Lehrbüchern der Knochenheilkunde publiziert [22]. Heute müssen wir sie wieder auf die neuen Erkenntnisse übersetzen, in unsere Köpfe zurückrufen und damit das Verständnis für Thoraxwandverletzungen schärfen und den Weg zur Findung einer optimalen Behandlungsstrategie bahnen.

Stabile Verletzungsmuster ohne physiologische Einschränkung können hervorragend konservativ behandelt werden und bedürfen einer konsequenten Schmerztherapie und Physiotherapie. Instabile Frakturmuster bedürfen der Kontrolle und bei pulmonalen oder mechanischen Komplikationen

einer operativen Stabilisierung. Diese muss nach den Regeln der Biomechanik und mit minimalinvasiven, weichteilschonenden Zugangstechniken durchgeführt werden. Kommt es bei der instabilen Verletzung zu Weaningversagen bei beatmeten Patienten oder zu einer manifesten Deformität, ist der Konsens weit vorangeschritten und bewertet dies als absolute OP-Indikation.

In den Folgejahren sollten wir darauf fokussieren, gemeinsam in den chirurgischen Disziplinen unser Wissen und die klinischen Erfahrungen zusammen zu tragen, um die Strategien der Verletzungsversorgung an der Thoraxwand zu verbessern und gemeinsamen in die Breite zu tragen, so dass diese zum Standard reifen.

Die Mitarbeit in den interdisziplinären Arbeitsgemeinschaften ist unbedingt gewünscht und herzlich willkommen, auch im internationalen Netzwerk der Chest Wall Injury Society (CWIS).

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



Deutsche
Kontinenz Gesellschaft
GEMEINSAM FÜR KONTINENZ

**36. KONGRESS DER
DEUTSCHEN KONTINENZ
GESELLSCHAFT**

**99. Seminar des Arbeitskreises
Funktionelle Urologie**

**14.–15. November 2025
Stadthalle Bielefeld**

Jetzt anmelden und dabei sein!

Informationen, das Programm und
die Online-Anmeldung finden Sie unter:

www.kontinenzkongress.de

QR-Code scannen
und direkt anmelden!



KONGRESSPRÄSIDENT*INNEN

Dr. Fabian Queißert | Münster
Dr. Erik Allemeyer | Georgsmarienhütte
Dr. Claudia Fischäß | Coesfeld



Frakturultraschall

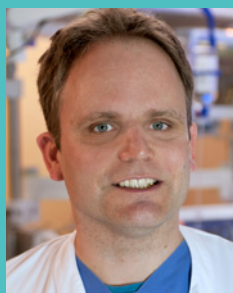
**DIE STRAHLENFREIE FRAKTURDIAGNOSTIK IM KINDES- UND JUGEND-
ALTER WIRD BESTANDTEIL DER REGELVERSORGUNG.**

Jurek Schultz, Ludger Tüshaus

Ultraschall als sichere, schnelle, strahlenfreie und gesundheitsökonomisch relevante „Point-of-Care-Diagnostik“ ist zur Diagnostik von Frakturen langer Röhrenknochen bis zum 18. Lebensjahr bereits seit August 2024 mit den gesetzlichen Unfallversicherungen besser abrechenbar als das Röntgen. An Ober- und Unterarm bis zum Ende des 12. Lebensjahrs wird der Frakturultraschall nun auch als Kassenleistung erstattungsfähig.

HINTERGRUND

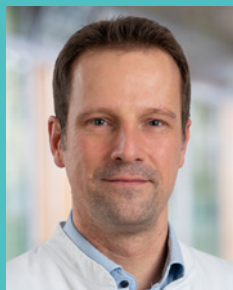
Mit der zunehmenden Verfügbarkeit von mobilen und kostengünstigen Ultraschallgeräten mit adäquater Bildqualität ist es möglich, eine „Point-of-Care-Diagnostik“ (POCUS) in Notaufnahmen, Ambulanzen und Praxen zum Ausschluss von Frakturen bei Kindern und Jugendlichen durchzuführen. Durch die Ultraschall-Bildgebung zur



Korrespondierender Autor:

Dr. med. Ludger Tüshaus

Klinik für Kinderchirurgie
Universitätsklinikum Schleswig-
Holstein, Campus Lübeck
Ratzeburger Allee 160
23568 Lübeck
ludger.tueshaus@uksh.de



Dr. med. Jurek Schultz

Klinik für Kinder- und Jugendchirurgie
und -urologie,
Klinikum Chemnitz
Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie
Universitätsklinikum C. G. Carus,
Dresden
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
jurek.schultz@uniklinikum-dresden.de

Jurek Schultz, Ludger Tüshaus: Frakturultraschall:
Die strahlenfreie Frakturdiagnostik im
Kindes- und Jugendalter wird Bestandteil der
Regelversorgung. *Passion Chirurgie*. 2025
September; 15(09/III): Artikel 03_02.



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

Frakturdiagnostik im Kindes- und Jugendalter ist eine im Vergleich zur Röntgen-diagnostik nebenwirkungsarme (keine Anwendung von Röntgenstrahlen), schnellere (keine Wartezeiten zur radiologischen Diagnostik) und schmerzärmere Untersuchung möglich. Breite und aktuelle Evidenz stützt die Knochensonografie bei bestimmten Indikationen als Ersatz bzw. komplementäre Ergänzung der Röntgenuntersuchung [1, 2].

AWMF-LEITLINIE „FRAKTURSONOGRAFIE“

Im Februar 2023 wurde erstmalig eine S2e-Leitlinie Fraktursonografie durch die AWMF veröffentlicht. In Zusammenarbeit der beteiligten Fachgesellschaften aus den Bereichen Kinderchirurgie, Unfallchirurgie, Radiologie, Kinder- und Jugendmedizin, Handchirurgie und Ultraschall in der Medizin wurde die vorliegende Evidenz zusammengestellt und für alle Regionen des Bewegungs- und Stützapparats, die dem Knochensonografie zugänglich sind, bewertet und in eine AWMF-Leitlinie umgesetzt. Die nun vorliegende Leitlinie zeigt sowohl das Potential als auch die Grenzen dieser Untersuchungsmethode auf und bietet damit eine sehr gute Handlungsempfehlung für die tägliche klinische Arbeit. Deutschland ist somit das erste Land, das über eine nationale Leitlinie zu dieser Methodik verfügt.

BERATUNGSVERFAHREN ÜBER DIE ERSTATTUNGSFÄHIGKEIT DURCH DEN GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS (GBA)

Parallel dazu wurde 2022 ein Beratungsverfahren zur Bewertung der Fraktursonografie zur Diagnosestellung bei Kindern mit Verdacht auf Fraktur eines langen Röhrenknochens der oberen Extremitäten durch den GBA hinsichtlich der Erstattungsfähigkeit eingeleitet. In diesem Rahmen wurde durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) ein wissenschaftliches Gutachten zur Methodenbewertung erstellt. Im Verlauf des Verfahrens wurden sowohl die betroffenen

Fachgesellschaften als auch Patientenvertreter durch schriftliche und mündliche Stellungnahmen miteinbezogen. Als Einschränkung wurde im Rahmen des Verfahrens u. a. durch die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendchirurgie (DGKJCH) und durch die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) ein Mangel an belastbarer Evidenz für die Anwendung der Ultraschall-diagnostik bei Schaftfrakturen des Unter- und Oberarms formuliert.

Schlussendlich hat der GBA im Oktober 2024 die Fraktursonografie der langen Röhrenknochen der oberen Extremität in die Richtlinie „Methoden vertragsärztlicher Versorgung“ (MVV-RL) und in die Richtlinie „Methoden Krankenhausbehandlung“ (KHMe-RL) aufgenommen. Nachdem dieser Beschluss vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) nicht beanstandet wurde, war nun der Bewertungsausschuss aufgerufen, den einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) entsprechend anzupassen.

WAS ÄNDERT SICH NUN IN PRAXIS UND KLINIK HINSICHTLICH DER ERSTATTUNGSFÄHIGKEIT DES FRAKTURULTRASCHALLS BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN?

Wurde bisher das Röntgen in zwei Ebenen bei einem Kind mit Verdacht auf eine distale Radiusfraktur nach EBM mit 11,81 € vergütet, konnten ersatzweise für eine Sonografie von Strukturen des Bewegungsapparats (EBM 33050) nur 8,12 € abgerechnet werden. Mit dem GBA-Beschluss vom 17. Oktober 2024 wird nun der Frakturultraschall an Ober- und Unterarm bei Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr als eigene Leistung eingeführt. Nun können für den Frakturultraschall von Humerus, Radius oder Ulna 103 Punkte oder 12,77 € (EBM 33053) außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung abgerechnet werden. Damit ist nun auch bei Kassenpatienten die Fraktursonografie besser abrechenbar als das Röntgen in 2 Ebenen.

Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherungen ist die Fraktursonografie aller

langen Röhrenknochen bis zum 18. Geburtstag schon seit August 2024 besser abgebildet als das Röntgen. So kann man für das Röntgen in zwei Ebenen (allgemeine Heilbehandlung) 40,12 € abrechnen, für den alternativen Ultraschall jedoch zusätzlich zur Ziffer 410 (17,81 €) auch die Ziffer 411 (38,30 €), sodass der Ultraschall mit 56,11 € um 15,99 € besser abgebildet ist. Diese zusätzliche Ziffer 411 konnte vormals nur bei Frakturkontrollen abgerechnet werden, ist aber seit August 2024 auch bei der initialen Frakturdiagnostik abrechenbar, sofern am selben Tag kein Röntgen durchgeführt wird.

Wann die gesetzlichen Krankenkassen dem Beispiel der Unfallversicherungen folgen und die Abrechenbarkeit vom Frakturultraschall auf weitere Körperregionen und auf Patienten zwischen 12 und 18 ausweiten, ist derzeit noch nicht absehbar. Klar ist aber heute schon, dass nach EBM ab dem 01.10.2025 die Fraktursonografie am selben Tag zeitlich nur vor einer Röntgenuntersuchung durchgeführt und entsprechend abgerechnet werden darf. Diese sind beispielsweise bei der erhöhten Wahrscheinlichkeit intraossärer Zysten am proximalen Oberarm oder bei nachgewiesenem Erguss im Ellenbogengelenk im Screening-Ultraschall weiterhin klinisch wichtig, richtig und sogar allgemein gefordert. Schließlich ist es wichtig zu wissen, dass die GOP 33053 ausdrücklich nicht zur Verlaufskontrolle von Frakturen abgerechnet werden darf.

REGULATORISCHE GRUNDLAGEN

Der § 83 Absatz 5 Strahlenschutzgesetz fordert: „Die Exposition durch eine Untersuchung mit ionisierender Strahlung oder radioaktiven Stoffen ist so weit einzuschränken, wie dies mit den Erfordernissen der medizinischen Wissenschaft zu vereinbaren ist.“ Der § 119 der Strahlenschutzverordnung konkretisiert: „... die verfügbaren Informationen über bisherige medizinische Erkenntnisse heranzuziehen, um jede unnötige Exposition zu vermeiden.“ Auch die Strahlenschutzkommission (SSK) erklärte bereits in ihrer Orientierungshilfe vom 27. Juni 2019

die Sonografie zur Diagnostik von Extremitätenverletzungen zum anerkannten Spezialverfahren, in einigen Indikationen sogar zu einem Primärverfahren. Obwohl das Röntgen einer Extremität in 2 Ebenen eine sehr niedrige Strahlenbelastung mit sich bringt, die teilweise im Bereich eines längeren Spaziergangs in Mittelgebirge liegt, gilt dennoch uneingeschränkt das sogenannte ALARA-Prinzip als die gesetzlich geforderte Begrenzung des Röntgeneinsatzes auf „as low as reasonably possible“. Da es nun bei der AWMF auch eine belastbare klinische Leitlinie zur Fraktursonografie gibt, ist deren Anwendung jetzt auch evidenzbasiert und hinreichend „rechtssicher“.

”

**DIE „LETZTE MEILE“
IN DIE VERSORGUNG
IST GESCHAFFT: DIE
ABRECHENBARKEIT
IST EINE NOTWENDIGE
RAHMENBEDINGUNG
FÜR DEN KLINISCH-
SINNVOLLEN EINSATZ.**

VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE ABRECHENBARKEIT

Bisher galt im Bereich der kassenärztlichen Versorgung für die Abrechenbarkeit von Ultraschalldiagnostik die sogenannte „Ultraschallvereinbarung“ (letztmalige Überarbeitung 01.04.2025). Hier ist als technische Voraussetzung ein Ultraschallgerät mit Linearschallkopf von mindestens 5MHz und weiteren Spezifikationen, die nahezu jedes in den letzten 20 Jahren vermarktete Gerät erfüllt, gefordert. Der Untersucher musste bei Vorliegen einer anderen Qualifikation im B-Modus-Ultraschall (wie allgemein in den einschlägigen Weiterbildungsordnungen

betroffener Facharztweiterbildungen enthalten) zusätzlich 200 Sonografien des Bewegungsapparats nachweisen können. Laut GBA-Beschluss gilt nun für den Frakturultraschall der Qualifikationsnachweis, wenn eine mindestens 6-stündige Schulung absolviert wurde. Näheres soll in der nächsten Novellierung der „Ultraschallvereinbarung“ konkretisiert werden. Bis dahin kann die KV befristete Genehmigungsbescheide auf Antrag erteilen.

Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherungen gibt es derartige Qualifikation - nachweispflichten bisher nicht. Es gilt hier die Annahme, dass nur ein Leistungserbringer die Ziffern 410 und 411 abrechnen würde, der hier auch ausreichend kompetent ist.

SCHULUNG UND ZERTIFIKATE

Derzeit wird das Thema **Frakturultraschall** im Rahmen spezieller Seminare zum Beispiel durch die DEGUM oder durch unabhängige Anbieter sowie über das Zertifikat „**Kindertraumatologie**“ von DGU und DGKJCH vermittelt.

Empfohlen wurde vom GBA eine Weiterbildung innerhalb eines mindestens 6-stündigen Kurses. Nach aktueller Literatur können jedoch Schulungseinheiten von etwa 30 Minuten bereits ausreichen, um Anwenderinnen und Anwendern grundlegende Kenntnisse zur sicheren Anwendung des Verfahrens zu vermitteln. Um jedoch eine flächendeckende und nachhaltige Etablierung der Fraktursonografie in der klinischen Versorgung zu gewährleisten, sollte die Methode langfristig in die Weiterbildungsinhalte der Fächer Unfallchirurgie, Orthopädie und Kinderchirurgie aufgenommen werden.

Die „letzte Meile“ in die Versorgung ist geschafft: Die Abrechenbarkeit ist eine notwendige Rahmenbedingung für den klinisch-sinnvollen Einsatz. Durch die positive Beurteilung der Anwendung des Knochenultraschalls für den Arm durch den GBA ist nun die letzte Hürde genommen, dass diese unbestritten sinnvolle Technik

in der Routineversorgung ankommen kann. Indirekt unterstützt dieser Beschluss die bereits vorhandenen Vorgaben der Strahlenschutzkommission.

Es braucht jetzt im ambulanten und im stationären Sektor eine „Marktdurchdringung“ dieser Technik, sodass die Anwender und Anwenderinnen vom Nutzen überzeugt und in der praktischen Anwendbarkeit geschult sind und der Frakturultraschall in die tägliche Routine dauerhaft Eingang finden wird.

Unter Berücksichtigung der obengenannten Einschränkungen sollte bei Verdacht auf Fraktur oder zum Ausschluss einer Fraktur der oberen Extremität primär ein Knochenultraschall erfolgen. Gerade bei der häufigen Lokalisation am distalen Unterarm sollte dieser nach dem standardisierten und validierten Untersuchungsgang

(Wrist-SAFE-Algorithmus) nach Ole Ackermann erfolgen. Bei subkapitalen Oberarmfrakturen sollte ein Röntgenbild in einer Ebene zum Ausschluss von Knochenzysten erfolgen. Am Ellenbogen ist der Elbow-SAFE-Algorithmus (ebenfalls nach Ole Ackermann) ein wertvolles Screening, um bei nicht vorhandenem Erguss zunächst auf ein Röntgenbild verzichten zu können.

LITERATUR

[1] Ole Ackermann, Christian A Fischer, Kay Grosser, Christina Hauenstein, Sebastian Kluge, Jörg D Moritz, Lars Berthold, Constantin V Kaisenberg, Christian Tesch. Fracture sonography-review of literature and current recommendations. Arch Orthop Trauma Surg. 2024 Jul;144(7):3025-3043. doi: 10.1007/s00402-024-05396-1.

[2] Peter J Snelling, Philip Jones, David Bade, Randy Bindra, Joshua Byrnes, Michelle Davison, Shane George, Mark Moore, Gerben Keijzers, Robert S Ware; BUCKLED Trial Group Ultrasonography or Radiography for Suspected Pediatric Distal Forearm Fractures N Engl J Med. 2023 Jun 1;388(22):2049-2057. doi: 10.1056/NEJMoa2213883.

WEITERFÜHRENDE LINKS

- AWMF Leitlinienregister (S2e-Leitlinie Fraktursonografie : <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/085-003>
- Fraktursonografie zur Diagnosestellung bei Kindern mit Verdacht auf Fraktur eines langen Röhrenknochens der oberen Extremitäten (§ 135 SGB V) – Gemeinsamer Bundesausschuss (g-ba.de): www.bit.ly/g-ba-Fraktur-Kind



Präsenz-Seminar

Wissenschaftliche Leitung:

Dr. med. Ludwig Schütz, Chemnitz

Prof. Dr. med. Peter Lamesch, Leipzig

Klick!
Jetzt
anmelden!

Facharztseminar

Allgemeinchirurgie

Leipzig, 22. – 25. September 2025





© iStock/Milan Jovic

Anpassung der D-Arzt-Bedingungen – Wie bleibt die D-Arzt-Tätigkeit attraktiv?

Peter Kalbe

Der BDC engagiert sich im Schulterschluss mit dem BDD, dem BVOU, dem BNC und den wissenschaftlichen Fachgesellschaften intensiv dafür, die Arbeitsbedingungen der Durchgangsärztinnen und -ärzte stetig zu verbessern. Die Gremien der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) sind dazu immer Gesprächsbereit,

denn unser gemeinsames Interesse ist es, diesen Kernbereich der Tätigkeit von Orthopäde:innen und Unfallchirurg:innen attraktiv zu gestalten und dem Rückgang der D-Arzt-Zahlen (**Abb. 1**) entgegenzuwirken.

Nahezu 1.600 und damit fast 10 % der Mitglieder des BDC sind durchgangsarztlich



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

tätig. Der BDC hat die Geschäftsführung in der gemeinsamen BG-Kommission der orthopädisch-unfallchirurgischen Berufsverbände und ist in der ständigen Gebührenkommission zwischen der KBV und der DGUV personell vertreten. Durch Aktivitäten bei verschiedenen BG-Tagungen und Zeitschriften-Artikel wie diesen können die Wünsche und Vorstellungen der tätigen D-Ärztinnen und -Ärzte gesammelt und als Forderungen an die DGUV übermittelt werden.

ANPASSUNG DER D-ARZT-BEDINGUNGEN AB 01.01.2024

Nicht zuletzt durch diese Aktivitäten konnten zum 01. Januar 2024 zahlreiche Erleichterungen und Verbesserungen für die Zulassungsbedingungen und für die praktische Tätigkeit von Durchgangsärzten in Praxen und Kliniken erreicht werden, die in der Passion Chirurgie **09/2023** und **01/02/2024** ausführlich dargestellt wurden. Aktuell wurden weitere Regelungen von der DGUV angepasst:

BETEILIGUNG VON KINDERTRAUMATOLOGINNEN UND KINDERTRAUMATOLOGEN AM DURCHGANGSARZTVERFAHREN (DAV-KIND), ANPASSUNG ZUM 01.07.2025

Für den Bereich der Kindertraumatologie wurden die organisatorischen und strukturellen Anforderungen an das zum Anfang 2024 reformierte D-Arzt-Verfahren angepasst.

Nach wie vor stellt dies kein gesondertes kindertraumatologisches D-Arzt-Verfahren dar. Vielmehr soll es traumatologisch erfahrenen Kinder- und Jugendchirurgen ermöglicht werden, am D-Arzt-Verfahren teilzunehmen, auch wenn sie nicht die individuellen Voraussetzungen (FA O und U, ZWB spezielle Unfallchirurgie) erfüllen. Dies ist aus Versorgungsgesichtspunkten zu begrüßen.

Nach wie vor ist zusätzlich zum Facharztstatus für Kinder- und Jugendchirurgie nach der Facharztanerkennung eine mindestens 24-monatige vollschichtige Tätigkeit in der Kindertraumatologie nachzuweisen. Dies entweder in einer unfallchirurgischen Abteilung, in der auch Kinder behandelt werden, oder in einer kinderchirurgischen Abteilung bzw. Klinik mit traumatologischem Aufgabenschwerpunkt, die zum VAV- oder SAV-Verfahren zugelassen ist. Neu ist die Regelung, dass auf diese Zeit bis zu 12 Monate kindertraumatologische Tätigkeit bei einem Durchgangsarzt/-ärztin angerechnet werden können, wobei nicht zwischen D-Arzt/-Ärztin am Krankenhaus und in einer Praxis differenziert wird. Auch Teilzeittätigkeiten (mindestens zu 25 %) können angerechnet werden, die Zeiten verlängern sich dann entsprechend.

Neu ist auch die Relativierung der Altersgrenze für die betroffenen Kinder und Jugendlichen bis zur Beendigung des 15. Lebensjahrs.

Kalbe P: Anpassung der D-Arzt-Bedingungen – Wie bleibt die D-Arzt-Tätigkeit attraktiv? Passion Chirurgie. 2025 September; 15(09/III): Artikel 03_03.



Weitere Artikel zum Thema D-Arzt finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Fachgebiete | Orthopädie/Unfallchirurgie.

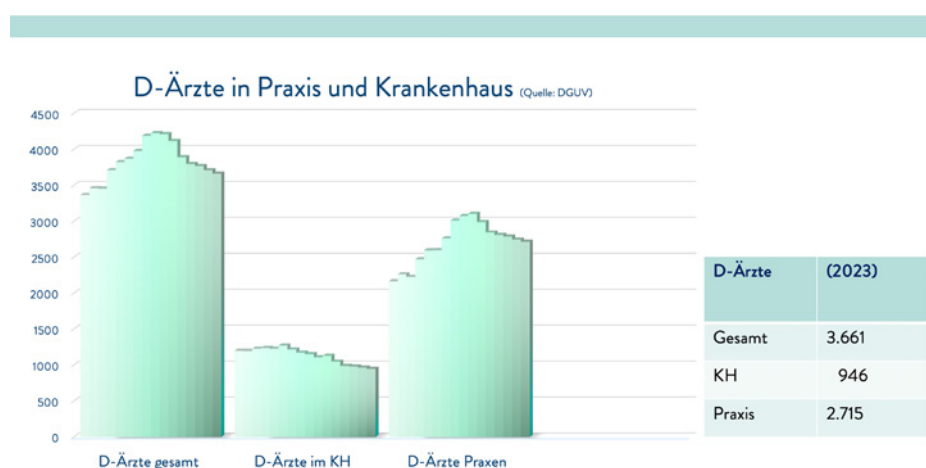


Abb. 1: Seit Jahren rückläufige D-Arzt-Zahlen in Krankenhäusern und Praxen (2008 bis 2023). Daten aus 2024 liegen noch nicht vor. Der Gipfel in den Jahren 2015 bis 2017 in den Praxen ist durch die Umwandlung von H-Arzt-in D-Arzt-Praxen zu erklären.

ANFORDERUNGEN DER DGUV AN KRANKENHÄUSER ZUR BETEILIGUNG AM VERLETZUNGSARTENVERFAHREN (VAV), ANPASSUNG AB DEM 01.07.2025

Auch die Bedingungen zur Zulassung als VAV-Krankenhaus wurden gegenüber dem Stand von 2013 überarbeitet und gelten ab dem 01.07.2025 (Tab. 1). Dabei wurden folgende Erleichterungen vorgenommen: Der/Die verantwortliche Arzt/Ärztin hat nunmehr nach dem Erwerb der Zusatzbezeichnung „Spezielle Unfallchirurgie“ statt drei Jahren nur zwei Jahre Tätigkeit bei einem D-Arzt/-Ärztin in einer VAV- oder SAV-Klinik nachzuweisen. Der/Die verantwortliche Arzt/Ärztin muss die Weiterbildungsermächtigung in der speziellen Unfallchirurgie nach alter Weiterbildungsordnung (WBO) 24 Monate besitzen und nach neuer WBO in der Regel nur noch 18 Monate.

Eine wesentliche Änderung gab es auch bei den hygienischen Voraussetzungen. Die strenge räumliche Trennung des septischen vom aseptischen OP-Bereich gilt zukünftig nur noch für SAV-Kliniken. Im VAV-Bereich sind, wie auch bei den DAV-Krankenhäusern, die Empfehlungen der KRINKO lediglich in Bezug auf die organisatorische Trennung der Bereiche einzuhalten.

Zwei im ursprünglichen Entwurf enthaltene Verschärfungen konnten auf Intervention des BDC verhindert bzw. abgemildert werden: Die Vorhaltung eines 3-D-Bildwandlers ist erst nach einer Übergangsfrist bis zum 30.6.2030 nachzuweisen. Diese

Übergangsfrist findet sich nicht in den veröffentlichten Bedingungen, wurde aber von der DGUV dem BDC schriftlich zugesagt. Die meisten VAV-Krankenhäuser dürften ohnehin über diese technische Einrichtung verfügen, alle anderen haben jetzt genügend Zeit, das Gerät anzuschaffen und die Fachkunde zum Betrieb zu erwerben.

Die bedarfsweise Zuziehung eines Radiologen wird wie bisher ohne konkrete Frist gefordert und kann nunmehr auch telera-diologisch erfolgen. Die im ursprünglichen Entwurf geforderte 30 Minuten-Anwesenheits-Frist für einen Radiologen wäre in peripher gelegenen VAV-Kliniken nicht umsetzbar gewesen.

D-ARZT-VERFAHREN HANDCHIRURGIE IN DER DISKUSSION

Bisher existiert kein eigenständiges D-Arzt Verfahren für Handchirurgen. Die Beteiligung der Handchirurg:innen wurde bisher durch die Hilfskonstruktion der Befreiung von der Vorstellungspflicht beim D-Arzt gelöst. Nunmehr wird seitens der DGUV diskutiert, qualifizierte Handchirurg:innen vollständig am D-Arzt-Verfahren zu beteiligen, dies unter Verwendung aller d-ärztlichen Formulare und Einbindung in das DALE-UV. Laut DGUV-Statistik sind 31,8 % aller meldepflichtigen Arbeitsunfälle Handverletzungen, bei Einbezug von Handwurzel, Handgelenk und Unterarm sogar knapp 40 %. Insofern erscheint diese Überlegung sinnvoll, solange dieses

Verfahren komplementär zum unfallchirurgischen D-Arzt-Verfahren implementiert wird und für komplexe Handgelenk- und Unterarmfrakturen keine Vorstellungspflicht beim Handchirurgen resultiert. Bei der distalen Radiusfraktur als häufigem Volumeneingriff in allen Krankenhäusern ist eine sachgerechte Zuordnung oder Aufteilung erforderlich, was allerdings auch für alle anderen Unfälle gilt.

VERBESSERUNG DER RECHTLICHEN STELLUNG DER DURCHGANGSÄRZTE IN KRANKENHÄUSERN UND PRAXEN

Über die Notwendigkeit, den individuellen Umfang der Berufshaftpflichtversicherung zur Vermeidung von existenzgefährdenden Regress-Forderungen einzelner UV-Träger gegenüber Durchgangsarzten zu prüfen, hatten wir bereits in der Passion Chirurgie 05/2024 berichtet. Zu dieser Problematik wird aktuell ein Rechtsgutachten erstellt, welches zusätzliche Lösungswege aufzeigen soll. Darüber hinaus gibt es Überlegungen, wie das organisatorische Durchgriffsrecht des Durchgangsarztes rechtlich gestärkt werden kann.

Unabhängig davon wäre es wünschenswert, dass zukünftig in den Anstellungsverträgen für leitende Ärztinnen und Ärzte wieder regelmäßig eine leistungsabhängige finanzielle Beteiligung für die durchgangsarztliche Tätigkeit vereinbart wird. Dies würde das Engagement der leitenden Ärztinnen

Tab. 1: Neuerungen im Verletzungsarten(VAV-)Verfahren an 01.07.2025

Regelung	Bisher	Neu ab 01.07.2025
Verantwortlicher Arzt/Ärztin im VAV/Durchgangsarzt: Nachweisende Tätigkeit nach Erwerb der Zusatzbezeichnung „Spezielle Unfallchirurgie“	3 Jahre bei D-Arzt/Ärztin in VAV- oder SAV-Klinik	2 Jahre bei D-Arzt/Ärztin in VAV- oder SAV-Klinik
Verantwortlicher Arzt/Ärztin im VAV/Durchgangsarzt: Weiterbildungsermächtigung „Spezielle Unfallchirurgie“	Mindestens 24 Monate nach WBO alt	Sollregelung: in der Regel 18 Monate nach WBO neu
OP-Abteilung	Eine Abtrennbarkeit aseptisch/septisch ist zu gewährleisten.	Es gelten die Empfehlungen der KRINKO (wie im stat. DAV). Nur im SAV ist eine Abtrennbarkeit aseptisch/septisch zu gewährleisten.

Tab. 2: Neue Leistungen und Anpassungen in der UV-GOÄ zum 01.07.2025. Darüber hinaus erfolgt eine lineare Anhebung der Gebühren um 4,41 %.

Nr. UV-GOÄ	Leistungslegende	Bewertung	Kommentar
17b	Fortschreibung des Reha- und Teilhabepplans nach Nr. 17 UV-GOÄ. Die Mitwirkung bedarf eines Auftrags durch den UV-Träger.	67,90 €	Nur bei besonderer Heilbehandlung und bei Auftrag durch den UV-Träger. Lange geforderte Kompensation für den Aufwand bei Änderungen oder Anpassungen eines Reha-Plans.
3318	Abnahme orthopädischer Schuhe	37,18 €	Bei allgemeiner und besonderer Heilbehandlung gleich bewertet.
3319	Abnahme Prothesen	37,18 €	Bei allgemeiner und besonderer Heilbehandlung gleich bewertet.
6000 ff.	Diverse Leistungen der Schmerztherapie	Anhebung Honorare	Die Anpassung holt die Erhöhungen der Gebühren in den letzten Jahren nach.

und Ärzte über die medizinischen Aspekte hinaus fördern und auch das Interesse an tiefgreifenden Verbesserungen der Gebührenordnung UV-GOÄ (**Tab. 2**) aus dem Kreis der stationär tätigen D-Ärzte vermehren.

GRUNDLEGENDE ÜBERARBEITUNG DER GEBÜHRENORDNUNG (UV-GOÄ)

In den letzten Jahren wurden in der ständigen Gebührenkommission zwischen der KBV und der DGUV neben den Anhebungen der Honorare um die Steigerung der Grundlohnsumme viele Detail-Verbesserungen

vorgenommen, über die wir fortlaufend berichtet haben. Details zu den aktuellen Änderungen ab 01.07.2025 finden Sie in der Tabelle 2.

Darüber hinaus stehen grundlegende Verbesserungen der Struktur der UV-GOÄ auf der Agenda, wobei die Überarbeitung der Grundleistungen für Untersuchungen und Beratungen sowie die Schaffung eines gesonderten Abschnitts für die arthroskopischen Leistungen weit fortgeschritten sind. Weitere Themen sind die ambulanten Operationen und die Leistungen der Wundversorgung und Verbände. Zwischen den

Vertragspartnern KBV und DGUV gibt es einen grundsätzlichen Konsens, dass die UV-GOÄ als eigenständige Gebührenordnung mit einer Einzelleistungsvergütung auf Dauer erhalten und – angepasst an die spezifischen Bedingungen des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens – weiterentwickelt werden soll.

Alle geschilderten Maßnahmen sollen die durchgangsärztliche Tätigkeit attraktiver machen. Der BDC beteiligt sich konstruktiv an diesem Prozess und nimmt gerne weitere Anregungen vonseiten der Mitglieder an. 



Live-Webinar

Wissenschaftliche Leitung:
Dr. med. Alexander Urbanski,
Köln

Klick!
Jetzt
anmelden!

Modul 4 des Curriculums Robotische Chirurgie
Ökonomie in der Robotik
Mittwoch, 01. Oktober 2025 ab 18.00 Uhr





Generationenwechsel und Strukturwandel im Unfallkrankenhaus Berlin

BERUF: CHEFARZT, ÄRZTLICHER DIREKTOR, FORSCHER UND
DOZENT – PROF DR. GEORG OSTERHOFF

Julia Seifert, Angela Kijewski



PASSION CHIRURGIE (PC) Herr Professor Osterhoff, Sie starteten im Juli 2025 als neuer Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie und in Personalunion auch als Ärztlicher Direktor des ukb mit 430 Ärzten. Neu ist die Anbindung der BG-Kliniken an Universitäten.

In Berlin also des ukb an die Charité, an der Sie somit gleichzeitig einen Ruf für eine W3-Professur erhalten haben.

Was heißt das für Sie konkret im Hinblick auf Patientenversorgung, Manager für viele Ärztinnen und Ärzte,



Das Interview führten:
Prof. Dr. med. Julia Seifert
 Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie
 Ukb



Angela Kijewski
 Pressesprecherin
 ukb

Seifert J, Kijewski A: Generationenwechsel und Strukturwandel im Unfallkrankenhaus Berlin. *Passion Chirurgie*. 2025 September; 15(09/III): Artikel 03_04.



Lesen Sie Personalien-Meldungen auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Karriere | Personalien.

Wissenschaftler und Dozent ... Wie wollen sie das eigentlich alles unter einen Hut kriegen?

Georg Osterhoff (GO) Man kann all die Dinge kombinieren. Ich glaube, dass es das ist, was mich motiviert hat, Chefarzt zu sein oder sogar jetzt eine erste Direktion zu übernehmen. Damit kann ich nicht nur einzelne Patientenschicksale beeinflussen, sondern auch strukturell organisatorisch Abläufe im Krankenhaus so optimieren, dass viele davon profitieren. Es ist doch so: Wir haben mehr Leute durchs Händewaschen und durch die Erfindung des präoperativen Händewaschens gerettet als durch hervorragende Operateure.

Aber natürlich freue ich mich auch darauf, dass ich weiterhin an Patienten arbeiten kann. Mir macht Operieren Spaß. Es sind die kleinen Momente, wenn man nach der Operation noch mal zu den Patienten hingeht, mit ihnen spricht und auch direkt Dankbarkeit empfängt. Das sind Erlebnisse, die mir Energie geben. Gerade die Kombination aus beidem ist toll.

Forschung und Wissenschaft war immer mein dritter Pfeiler, aus dem ich Energie gezogen habe, der mir Freude bereitet hat. Wenn man hervorragende exzellente Medizin machen will, muss man immer auch am Puls der Forschung bleiben, und das geht am besten, wenn man selber Forschung macht oder sich damit intensiv beschäftigt. Das Großartige ist, dass wir das in Kooperation mit der Charité betreiben können, d. h. die Charité ist unser fester Partner.

Mein Wunsch und mein Ziel wäre es, hier im ukb eine gewisse Akademisierung zu schaffen. Also, dass jede Ärztin, jeder Arzt, aber auch die Pflege und die medizinisch-technischen Berufe verstehen, was der Sinn von Forschung ist, wie uns das vorwärtsbringen kann und wie das vor allem unseren Patientinnen und Patienten zugutekommt.

PC Gab es einen Moment in ihrer Aus- oder in der Weiterbildung, in dem Ihnen die Erkenntnis kam, ich muss nach vorne, an die Spitze, ich will Chefarzt werden oder war das eher etwas, was sich über die Zeit so ergeben hat? Gab es einen Förderer oder Mentor?

GO Also, von allem ein bisschen: Als ich angefangen habe zu studieren, hatte ich nicht die Vorstellung, Chefarzt zu werden. Da wollte ich in die Niederlassung gehen und habe gedacht, das wird mein Leben. An der Niederlassung ist attraktiv, dass man selber organisieren kann.

Ich hatte aber auch eine entscheidende Person: Das war mein Doktorvater. Bei dem habe ich was gespürt, eine Begeisterung für Forschung, und die hat er auf uns, seine Doktoranden, übertragen, sodass wir mit ihm bis 4:00 Uhr nachts Schafe operiert haben. Da habe ich das erste Mal gemerkt, dass für eine Sache hart zu arbeiten richtig Spaß machen kann, und dass dann auch was rauskommt, aber auch, dass es Niederlagen gibt.

Als ich die ersten Daten von meiner Doktorarbeit angeguckt habe, hatte ich Tränen in den Augen, weil das so wenig war, ja, und dann noch mal ranzugehen und doch noch was draus zu machen und das zu entwickeln, das war was, was ich dann sehr inspirierend fand.

Und dann gab es natürlich auch Momente, und das geht ja allen Assistenten irgendwann mal so, wo man nicht in den OP kommt und stattdessen nur Dokumentationstätigkeit erledigt und denkt, dafür bin ich doch nicht Arzt geworden.

Da war Forschung gleichzeitig auch immer eine Möglichkeit, parallel etwas für mich selbst zu schaffen, wo ich wusste, egal, das wird immer mein Paper sein. Und in diesem Rahmen wurde mir dann zunehmend von außen Rückmeldung gegeben, dass

» ZUR PERSON



Prof. G. Osterhoff ist Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie. Er war zuletzt Stellvertretender Bereichsleiter der Unfallchirurgie und Geschäftsführender Oberarzt sowie Leiter des Sarkomzentrums der Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Plastische Chirurgie des Universitätsklinikums Leipzig.

Zu den klinischen und wissenschaftlichen Schwerpunkten von Prof. Osterhoff gehören zusätzlich zur Behandlung von Schwerverletzten, Becken- und Wirbelsäulenverletzungen auch die Behandlung von osteoporotischen Frakturen und die Alterstraumatologie.

Die Lehre für die Studierenden und die Nachwuchsförderung von Mediziner:innen und Wissenschaftler:innen liegen Prof. Osterhoff besonders am Herzen.

ich das offensichtlich gut mache. Man hat mir dann Verantwortung angetragen. Das hat mir Spaß gemacht, und dann habe ich mich zusehends mit dieser Idee angefreundet, und dann irgendwann ja auch in die Richtung gearbeitet.

Aber die Gelegenheiten sind eigentlich mehr auf mich zugekommen, als dass ich von Anfang an hartnäckig einen Plan verfolgt hätte. Natürlich, irgendwann ist der Entschluss da. Ich musste mich entscheiden, wo entwickle ich mich chirurgisch hin. Und da habe ich dann die Entscheidung für Wirbelsäulen- und Beckenchirurgie getroffen. Damit ist die Niederlassung nicht mehr infrage gekommen.

Ich habe mal in einem Interview mit der Gräfin Marion Dönhoff gelesen, die gefragt wurde: „Wie haben sie es geschafft als eine Frau, die mit dem Handwagen nach dem Krieg aus Ostpreußen über die Grenze geflohen ist, Herausgeberin der *Zeit* zu werden?“ Und die hat gesagt, sie sei nicht mit der Idee aufgewacht, Herausgeberin der *Zeit* werden, sondern sie hat gesagt, und diesen einen Spruch habe ich immer versucht zu befolgen: „Man muss dem Zufall eine Chance geben.“

Also das heißt, dass man immer versucht, Optionen zu wählen oder Entscheidungen zu treffen, die einem noch Möglichkeiten offenlassen.

PC Sie hatten also starke Vorbilder in der Forschung. Gab es denn auch so etwas wie „Antibilder“, also Vorgesetzte, wo sie gesagt haben, so will ich nicht werden?

GO Ich muss vielleicht vorausschicken, ich hatte viele Vorbilder. Ich habe ja in fünf Kliniken und in drei Gesundheitssystemen gearbeitet. Und habe da ganz viele Persönlichkeiten getroffen, von denen ich unglaublich viel gelernt habe. Sowohl Positives als auch Negatives. Ich hatte einen Vorgesetzten, der hat hervorragend operiert, aber wenn er eine Komplikation hatte, ist er nicht mehr zu dem Patienten gegangen. Also man kann durchaus auch in seinen Vorbildern Dinge entdecken, wo man sagt, das möchte man vielleicht später anders machen und ich glaube, das ist mir eigentlich überall so gegangen.

Ich habe fünf Chefärzte bei ihrem Anfang beobachten dürfen, und da habe ich mir relativ klar rausgezogen, was ich auch so mache und was nicht. Es gab einen Chef, den musste man zur Entscheidung zwingen, und ich hatte einen Chef, der hat immer

entschieden, ohne vorher auch mal die Meinung anderer anzuhören. Und irgendwo dazwischen muss es sein.

Was ich immer bewundert habe, sind Leute, die Haltung haben, die nicht nur Dinge sagen, sondern die sie auch so leben und Vorbild sind. Die ihre Prinzipien klar erkennbar selbst befolgen. Und als Gegenstück Leute, die das nicht tun, die wären das Antibild.

PC Hatten Sie in Ihrer Karriere mal Rückschläge oder hatten Sie mal eine richtig große Hürde zu überwinden? Wie haben Sie darauf reagiert oder wie gehen Sie damit um?

GO Also, das kommt ja andauernd vor. Das ist aber das, woran man wächst, und deswegen habe ich auch immer versucht, meine Mitarbeiter in Situationen zu bringen, wo sie Hürden begegnen. Ich glaube, man muss auch Aufgaben zuteilen, die nicht problemlos zu 100 Prozent bewältigt werden können, weil genau das dann passiert.

PC Wir möchten nochmal zu Ihren Leistungsschwerpunkten kommen. Das Wort Polytraumaversorgung steht beim ukb natürlich ganz oben. Wie passt das zu Ihren Schwerpunkten der Becken- und Wirbelsäulenchirurgie?

GO Verletzungen der Wirbelsäule und des Beckens haben Sie ganz häufig bei Polytraumapatienten. Insofern ist das etwas, was Sie chirurgisch leisten können müssen. Aber eigentlich würde ich bei der Polytraumaversorgung voranstellen, dass nicht nur die operativ chirurgische Expertise, sondern das Patientenmanagement im Schockraum entscheidend für das Outcome ist. Das ist Teamführung, Entscheidungen in kurzer Zeit treffen, das ist aber auch, standardisierte Prozeduren und Prozesse vorher zu klären, eine Infrastruktur aufzustellen, schon bevor der Patient kommt, und dann organisieren, dass alles richtig läuft.

Die Polytraumabehandlung ist das perfekte Beispiel für eine umfassende Unfallchirurgie, und da sehe ich ganz unbedingt meinen Schwerpunkt.

Daneben habe ich sicher in der minimalinvasiven Versorgung von Frakturen in der Beckenchirurgie einen Schwerpunkt, was ich in Kanada gelernt habe. Das werde ich auch hier anwenden und ausbauen.

Und natürlich gehört das klassische Spektrum, das, was ich in Leipzig viel gemacht habe, dazu: Gelenkfrakturen, eigentlich das ganze SAV Spektrum (Anm.: gemeint ist das Schwerverletztenartenverzeichnis der DGUV).

PC Sie sind ja eines der Gründungsmitglieder der AG Digitalisierung der DGOU. Aktuell befinden wir uns in einem Umbruch, der nicht immer zu positiven Erlebnissen führt. Ein Beispiel: Wir erhalten immer noch umfangreiche Patientenunterlagen zugefaxt, die dann hier im System zu einem pdf-Dokument zusammengefasst abgespeichert werden. Es erfolgt also keine thematische Zuordnung der einzelnen Unterlagen. Digitalisierung, die uns unterstützt, scheint noch nicht so gut zu funktionieren. Wo wollen Sie da Schwerpunkte setzen?

GO Digitalisierung ist so ein Modeschlagwort geworden. Da wird alles

druntergepackt. Am Schluss denke ich, dass es wichtig ist, sich vorher zu überlegen: Was ist das Ziel? Wie messe ich, ob ich das erreicht habe? Zuletzt muss ich mir dann halt angucken: Funktioniert es oder nicht? Also, ich würde mir wünschen, dass keine Briefe mehr zur Unterschrift irgendwohin verschoben werden müssen.

Ich möchte komplette elektronische Verordnungen. Jetzt wäre der nächste Schritt, wenn wir das alles im System haben, warum muss dann ein Arzt noch diktieren oder selber schreiben? Warum kann das nicht die KI vorschreiben, denn da gibt es erste Programme, die das machen. Das wäre sicher ein Projekt, das ich hier gerne beginnen würde.

Warum muss in der Visite immer noch jemand den Befund eintippen? Warum kann das nicht die KI machen, entweder weil ich es kurz reindiktieren, oder wir können noch weiterdenken, weil die einfach mithört im Arzt-Patientengespräch. Auch das gibt es für die Ambulanz schon. Dann sind wir plötzlich nicht mehr 2-3 Stunden im Schnitt mit Dokumentation beschäftigt, sondern haben einfach mehr Zeit für andere Sachen.

Wo kann Digitalisierung noch funktionieren: im Schockraum bei der Versorgung von Polytraumapatienten zum Beispiel. Wir haben in Leipzig gerade ein Tablet für den Trauma Leader im Schockraum. Ein Algorithmus führt leitliniengerecht durch die nächsten Behandlungsschritte. Also Decision Support oder computergestützte Entscheidungsunterstützung ist das. Es gibt Algorithmen, die können alleine an der Art, wie die Sauerstoffkurve pendelt, vorhersagen, ob der Patient eine Bluttransfusion braucht oder nicht.

Wir werden einen großen Bildschirm haben in unserem Schockraum, der uns Hinweise und Empfehlungen gibt. Wir haben das mal simuliert. In der

simulierten Schockraumversorgung haben wir gesehen, es werden keine Fehler mehr gemacht, außer von erfahrenen Fachärzten, die sich gegen die Empfehlungen entschieden haben.

PC Sie übernehmen ein Team junger und älterer Mitarbeiter, die jahrzehntelang unter einem Chef gearbeitet haben. Wie wollen Sie diese Begeisterung, die Sie in sich tragen, rüberbringen? Wie wollen Sie da auch Ängste, die mit dem Beginn eines neuen Chefs verbunden sind, einfangen?

GO Ich gehe von der Grundannahme aus, dass wir alle wollen, dass unsere Patienten auf hohem Niveau behandelt werden. Und die zweite Annahme: Wir wollen alle Spaß bei der Arbeit haben. Das muss beides funktionieren.

Und dann ist es wie bei jeder Veränderung, man muss offen und klar sprechen. Also genau sagen, was ist das Ziel und wie gedenken wir das zu erreichen? Dann muss es auch Partizipation geben, also die Leute dürfen sich dazu äußern. Kleine Schritte machen und nach jedem Schritt wird geschaut, geht es in die richtige Richtung oder nicht. Was auch klar sein muss, dass Veränderungen kein rein demokratischer Abstimmungsprozess sind, sondern ein gesteuerter Prozess. Das kann man aber in kleinen Schritten erreichen.

PC Nun sind Sie ja auch neu in der Welt der DGUV und der berufsgenossenschaftlichen Kliniken. Wie wollen Sie sich da positionieren?

GO Also sicher hatte ich auch in meiner bisherigen Laufbahn Berührungspunkte mit der BG-Welt. Natürlich wird das für mich ein ganz wichtiger Anteil meiner Arbeit sein. Ich habe bereits einige Geschäftsführer und Vorstände aus dem Bereich der DGUV bei verschiedenen Veranstaltungen getroffen. Zum Beispiel war ich auf dem Symposium Hochleistungssport und habe auch andere Gremien und Veranstaltungen besucht. Ich fand es sehr beeindruckend, die ehrliche Begeisterung der Teilnehmer und Veranstalter

für das BG-Wesen und für die gesetzliche Unfallversicherung.

Das ukb soll da ein Flaggschiff bleiben. Und ein offenes Haus für die Berufsgenossenschaften und Unfallkassen.

PC *Gibt es berufspolitische Themen, die Ihnen am Herzen liegen? Zum Beispiel Weiterbildung oder andere?*

GO Was mich immer noch verzweifeln lässt, ist, wieso es z. B. in Vancouver möglich war, dass es einen festen Weiterbildungsplan für jeden gab. Und wieso geht das bei uns nicht? Wir haben es in der Schweiz versucht und in Leipzig. Natürlich gibt es immer ein Papier dazu. Aber wieso sich das trotzdem so schwer umsetzen lässt, ist mir ein Rätsel. Vielleicht liegt es an der Struktur unserer Arbeitszeitgesetzgebung. Aber eigentlich muss es ja möglich sein, das zu realisieren. Das ist immer noch was, was ich sehr spannend finde. Die viel größere Frage ist, wen können wir überhaupt noch überzeugen, in unser Weiterbildungscurriculum einzutreten? Wie kann ich Leute überhaupt noch dazu bringen, in der Chirurgie zu arbeiten? Ich glaube, da müssen wir halt umdenken. In Leipzig haben wir 60 VK in der klassischen Chirurgie, aber 90 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, also etwa 40 % Teilzeitarbeiter.

PC *Wenn wir annehmen, die Freude und Begeisterung für die Arbeit generiert sich aus der Arbeit, dann müssten doch diejenigen, die Halbzeit arbeiten, auch nur halb so viel Begeisterung mitbringen. Das ist provokativ gesagt und die jungen Leute werden das anders sehen und anders vertreten und verteidigen.*

GO Also, wir hatten in Leipzig eine Oberärztin, die 80 % arbeitet. Und die ist das Rückgrat eines guten Teams, die macht die Zertifizierung, die macht alles, die organisiert den Laden am Schluss. Und das geht absolut und die ist begeistert dafür. Und zwar auch, weil wir ihr ermöglichen, in dem Beruf, den sie gerne macht, zu arbeiten, ohne andere Verpflichtungen zu vernachlässigen. Und wenn die zeitliche Arbeitsbelastung der Grund dafür ist, den Beruf nicht mehr zu mögen, dann wäre das fatal.

PC *Das ist eine gute Überleitung zu mehr persönlichen Fragen. Wie sind Sie denn hier angekommen in Berlin? Wie hat Ihre Familie das aufgenommen? Und was machen Sie denn noch neben Ihrem Beruf?*

GO Ich kenne Berlin gut. Ich habe schon ein Jahr hier gelebt und Zivildienst gemacht, habe Erste-Hilfe-Kurse in Schulen unterrichtet von Hohenschönhausen bis nach Dahlem. Und deswegen kannte ich Berlin immer und war auch oft in Berlin. In diesem Jahr war das erste Mal, dass ich so ein Heimatgefühl hatte. Irgendwann mal hatte ich ein langes Gespräch mit meiner Frau, und dann haben wir überlegt: Wir wussten ja, das kann viele Städte treffen. Das war auch was, was meine Kinder immer wussten, dass es noch mal weitergeht. Das haben wir immer so kommuniziert. Und in dem Gespräch mit meiner Frau kam dann tatsächlich Berlin raus.

Zu meiner Frau habe ich bei meinem Hochzeitsantrag gesagt, ich liebe dich, ich möchte mein Leben mit dir verbringen, aber ich bin oft nicht da. Ohne ihre Kinder kann sie nicht, aber ohne

mich kann sie schon mal gut und das funktioniert sehr gut. Meine Frau hat auch von vornherein gesagt, dass sie sich, wenn die Kinder klein sind, um die kümmern möchte. Also ich habe da durchaus Gegenangebote gemacht, aber sie hat das ganz klar so kommuniziert. Und damit hatte ich natürlich einen ganz anderen Freiraum.

Und Hobbys: Ich lese gerne und ich freue mich jetzt auf die Dahme. Ich segle gerne und ich möchte ein Holzboot bauen.

PC *Vorletzte Frage, wie würden Sie sich beschreiben?*

GO Ich bin integer und integrativ. Neugierig und begeisterungsfähig, und ich glaube, dass ich eine relativ offene Art habe. Irgendjemand hat mal auf meinem Geburtstag gesagt, „der Georg kommt in Himmel“.

PC *Zu guter Letzt, wie würden Sie ein Pressestatement formulieren bzw. welche Vokabeln oder Formeln sollten darin vorkommen?*

GO Die Formeln wären Forschung, Digitalisierung und Akademisierung.

Ich würde auch das Ziel haben, weiterhin bester Arbeitgeber im Berliner Gesundheitswesen zu sein und dafür auch konkret Ressourcen einsetzen. Und so wie Prof. Ekkernkamp das ja auch schon gemacht hat, Personal oder Persönlichkeiten entwickeln, sodass sie nicht nur hier im Haus Verantwortung übernehmen, sondern auch drum herum. ○

Wundversorgung, die sich lohnt: für Sie und Ihre Patienten

Der Gemeinsame Bundesausschuss als höchstes Gremium der Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitssystem entscheidet: Nutzen und medizinische Notwendigkeit der ambulanten Vakuumversiegelungstherapie (VVS) ist belegt! Daher wurde die VVS in den ambulanten EBM-Katalog als extrabudgetäre Leistung aufgenommen.

Wie würden Sie die bisherige Versorgungssituation bei schwer heilenden Wunden aus Ihrer Erfahrung beschreiben?

Bei der Versorgung sind derzeit verschiedene Akteure sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor aktiv. Aktuell gehen die Bemühungen daher eher zu einer Standardisierung i.S. einer holistischen Diagnostik und Therapie bei chronischen Wunden. Während der Übergang aus dem stationären in den ambulanten Sektor bei Standardverbänden in der Regel nahtlos fortgeführt werden konnte, war dies für die Vakuumversiegelungstherapie bei chronischen Wunden bis vor einigen Jahren kaum möglich.

Welche Vorteile bei der Wundheilung bietet Vakuumversiegelungstherapie (VVS) Ihrer eigenen Erfahrung nach gegenüber der Standardversorgung? Wir nutzen die VVS zumeist bei Fällen, in welchen es unter der Standardtherapie zu einem Stillstand oder einer Verschlechterung des Lokalbefundes kommt. Die VVS ist für uns daher ein zusätzlicher Baustein bei der Therapie von chronischen Wunden.

Welches Feedback bekommen Sie von Patienten, die mit VVS behandelt werden? Welche Patientengruppen

und Indikationen profitieren besonders von dieser aktiven Therapie?

Die Patienten schätzen an den kanisterlosen Systemen wie PICO 14 den Erhalt der Mobilität und die zumeist selteneren Verbandwechsel. Bei unseren meist multimorbiden gefäßchirurgischen Patienten, haben wir gute Erfahrungen bei der Behandlung von inguinalen Wundheilungsstörungen, Ulcus cruris und sekundären Wundheilungsstörungen nach Extremitäten-Amputationen gemacht. Die VVS wird auch durch viele andere Fachgruppen, z.B. beim Dekubitus, routinemäßig angewandt.

Welche Erfahrung haben Sie mit der ambulanten Erstattung gemacht und welche Punkte sollte man hierbei z.B. hinsichtlich der Dokumentation beachten?

Die VVS wird seit dem 1. Oktober 2020 auch ambulant, über die Kassenärztliche Vereinigung, erstattet. Es gibt entsprechende GOP-Ziffern im EBM, welche man je nach Anwendungsdauer und Wundgröße abrechnen kann. Die Vergütung erfolgt aktuell extrabudgetär, also ohne Mengenbegrenzung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Darüber hinaus

Smith+Nephew



Dr. Aristotelis Touloumtzidis ist Facharzt für Gefäßchirurgie im MVZ für Gefäßmedizin und leitender Oberarzt für Gefäßchirurgie im Helios Klinikum in Krefeld. Im Interview berichtet er von seinen Erfahrungen mit der ambulanten VVS-Versorgung.

gehören für uns eine standardisierte fotografische und schriftliche Wund- sowie eine Maßnahmendokumentation dazu. Wir haben bereits seit über einem Jahr eine problemlose und unbürokratische Erstattung erhalten.

Da Sie ja auch in der Klinik tätig sind, welche Chancen sehen Sie in diesem Bereich durch die ambulante Erstattung der VVS?

Vor Oktober 2020 gab es bei der Überleitung von VVS-Patienten nur die Möglichkeit der Einzelfallanträge. Nur sehr selten, nach mehreren Anträgen und mit deutlicher Verzögerung wurde damals von den Krankenkassen eine ambulante VVS genehmigt. Nun ist es problemlos möglich diese Patienten mit einer VVS ambulant weiter zu betreuen. Im stationären Sektor kann so unnötige Liegedauer reduziert werden. Und davon profitieren auch die Patienten, die in die Häuslichkeit zurückkehren können.



Mehr Informationen zu den Vorteilen der Vakuumversiegelungstherapie finden Sie auf:

www.vakuumversiegelungstherapie.de

BDC-Fortbildung „Osteosyntheseverfahren an der unteren Extremität“

Webinar
mit
anschließendem
Video-on-
Demand

Das Webinar „Osteosyntheseverfahren an der unteren Extremität“ beschäftigt sich diesmal mit dem Ober- und Unterschenkel. Die entsprechenden Verletzungen machen einen bedeutenden Anteil unserer täglichen Arbeit aus. Die Kunst der optimalen operativen Versorgung ist die Voraussetzung für die Wiedererlangung der Mobilität unserer Patient:innen.

Die Referenten werden mit evidenzbasierten Empfehlungen und ihrem Fundus an klinischen Erfahrungen für Kolleg:innen in der Weiterbildung und auch für erfahrene Fachärzte und Fachärztinnen zu einer interessanten Fortbildung beitragen!

Dieser Kurs ist für Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung sowie als Update für Fachärzte und Fachärztinnen geeignet und spricht Orthopäd:innen und Unfallchirurg:innen gleichermaßen an. Nach Teilnahme an den beiden Osteosynthese-Fortbildungen „Obere Extremität“ und „Untere Extremität“ sowie an mindestens einem weiteren Kurs des Curriculums erhalten Sie das BDC-Zertifikat Os eosynthese.

Das Webinar findet am 05. November an nur einem Nachmittag statt, nehmen Sie zeitsparend online teil.

Mehr Infos zum Programm, den Referenten und zur Anmeldung... 

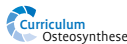
BDC-Fortbildung „Osteosyntheseverfahren an der unteren Extremität“. Passion Chirurgie. 2025 September; 15(09/III): Artikel 04_01.



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



DEUTSCHE AKADEMIE FÜR CHIRURGISCHE FORT- UND WEITERBILDUNG




BDC | Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.



**Osteosyntheseverfahren
an der unteren Extremität**
Webinar, 05. November 2025

Empfohlen für
Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung
und Fachärztinnen/-ärzte

**Live-
Webinar**



SURGEONTALK

Der BDC | Podcast



WIR PRÄSENTIEREN

SURGEON TALK

**Chirurgisches Wissen
auf den Punkt.**

www.surgeontalk.de



BDC

Berufsverband der
Deutschen Chirurgie e.V.



© iStock/fangXiaoNuo

Physician Assistants sichern die ärztliche medizinische Versorgung im Team

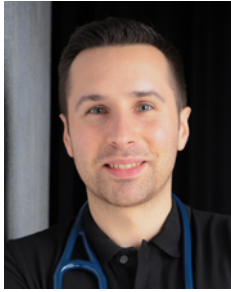
MEHR TEMPO, MEHR TEAMGEIST

Patrick Klein, Peter Hüttl

EIN NEUER TAKT IM KLINIKALLTAG

Die Uhr im Gesundheitswesen tickt immer schneller: Fachkräfte fehlen, Patientenzahlen steigen, Dokumentationspflichten wachsen. In diesem Spannungsfeld wirken Physician Assistants (PAs) wie Katalysatoren. Sie sind akademisch qualifiziert, klinisch erfahren

und übernehmen unter ärztlicher Delegation Routine-, Organisations- und Versorgungstätigkeiten – damit Ärzte und Ärztinnen wieder da sein können, wo sie am meisten gebraucht werden: bei Diagnose- und Therapieentscheidungen. Das Positionspapier „**Physician Assistance ein etabliertes Berufsbild im deutschen Gesundheitswesen**“ der Bundesärztekammer vom April 2025, das



Korrespondierender Autor:
Patrick Klein M. Sc.

Deutsche Gesellschaft für Physician Assistants e. V. (DGPA)
patrick.klein@pa-deutschland.de



Prof. Dr. Peter Hüttl
Fachanwalt für Arbeitsrecht und
Medizinrecht, München
Kanzlei Dr. Heberer & Kollegen

Klein P, Hüttl P: Mehr Tempo, mehr Teamgeist:
Physician Assistants sichern die ärztliche
medizinische Versorgung im Team.
Passion Chirurgie. 2025 September;
14(09/III): Artikel 04_02.



Weitere Artikel zum Thema Physician Assistants finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Karriere.

unter aktiver Mitwirkung der DGPA erarbeitet wurde, beschreibt die Rolle der PAs als „hochschulisch qualifizierte Gesundheitsberufler:innen, die ärztliche Versorgung kooperativ unterstützen“.

VOM PILOTPROJEKT ZUM BERUFSBILD – DIE KURZE GESCHICHTE DER PAS IN DEUTSCHLAND

- 2005 startete an der Steinbeis-Hochschule Berlin der erste deutsche PA-Studiengang.
- In den folgenden zwei Jahrzehnten wuchs die Zahl der Studiengänge rasch; aktuell bieten über 26 Hochschulen an ca. 40 Standorten verteilt akkreditierte Bachelor-Programme an.
- Heute arbeiten rund 2.500 PAs in Kliniken, MVZs und Praxen; die DGPA zählt mehr als 1.600 Mitglieder.

WER PAS SIND – UND WAS SIE LEISTEN

Zwei Wege, ein Ziel – hochqualifizierte Unterstützung am Patientenbett:

- **Primärqualifikation** – das dreijährige Vollzeitstudium für Abiturienten und Abiturientinnen. Ohne vorherige Berufsausbildung erwerben die Studierenden in Campus- und Klinikblöcken zugleich Theorie und Praxis und entwickeln sich Schritt für Schritt zu ärztlich versierten Teamplayern.
- **Sekundärqualifikation** – das berufsbegleitende Teilzeitstudium, das Angehörigen von Gesundheitsberufen wie bspw. Pflegefachkraft, Notfallsanitäter:in, OTA, ATA u. a. erlaubt, bis zu 50 % weiter im Job zu arbeiten. So wird vorhandene Erfahrung nahtlos mit akademischem Wissen verknüpft.

In beiden Formaten stehen medizinisch-praktische Fertigkeiten, wissenschaftlich-ärztliches Denken und Prozessmanagement im Fokus. Nach dem Abschluss reicht das Einsatzspektrum der PAs von Anamnese, körperlicher Untersuchung und Wund- bzw. Gipsversorgung bis zu spezialisierten Tätigkeiten wie bspw.:

1. 1. und 2. Assistenz im OP
2. Wundnahttechniken
3. Anlage von Pleuradrainagen
4. Durchführung endoskopischer Maßnahmen
5. Aufklärung nach Delegation, nach § 630 e BGB und der Vorgabe im Papier der Bundesärztekammer 2025 „Physician Assistance ein etabliertes Berufsbild im deutschen Gesundheitswesen“
(**Link siehe INFO BOX**)

Ebenso übernehmen sie Befundbesprechungen, Dokumentation und die Koordination komplexer Behandlungsabläufe. Kurz – PAs bringen Zeit und Struktur in den Klinikalltag, ohne die eigenverantwortliche Ausübung der Heilkunde zu berühren – ganz im Sinne der Bundesärztekammer, die in ihren *Positionen zu einer interdisziplinären und teamorientierten Patientenversorgung* (Dez 2021) klar „Team statt Hierarchie“ fordert.

WARUM DEUTSCHLANDS VERSORGUNG PAS DRINGEND BRAUCHT

Der demografische Wandel schlägt doppelt zu: Immer mehr Patientinnen und Patienten, immer mehr Ärzte und Ärztinnen in Teilzeit und immer komplexere Therapien. Gesundheitsökonomische Analysen zeigen: Um zwei ausscheidende Hausärzte und Hausärztinnen zu ersetzen, müssten derzeit drei Nachwuchskräfte gefunden werden – ein aussichtsloses Verhältnis.

Hier setzt der PA an. Ein Modellprojekt der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (2023–2025) belegt:

- Wartezeiten in teilnehmenden Praxen sanken signifikant
- Ärzte und Ärztinnen und Patienten und Patientinnen bewerteten den PA-Einsatz „überwiegend sehr positiv“.
- Mehr als die Hälfte der Praxen plant, zusätzliche PAs einzustellen.

Ergebnis: Mehr Termine, kürzere Wege, höhere Zufriedenheit – und das ohne Abstriche bei der Behandlungsqualität.

RÜCKENWIND AUS BERLIN: DAS PAPIER DER BUNDESÄRZTEKAMMER 2025

Das neue Rahmenpapier der Bundesärztekammer definiert:

- Zulassung: Hochschulreife plus anerkannte Gesundheitsausbildung
- Curriculum: Klinisch fokussierte Module, Präsenzlehre in der Hochschule
- wissenschaftliches Arbeiten
- Kompetenzstufen: Grund-, erweiterte und spezielle Kompetenzen – transparent, prüfbar für Bachelorabsolventinnen- und Absolventen
- Delegationsrahmen: Dauerhafte Übertragung definierter Tätigkeiten
- Teilnahme an ärztlichen Fortbildungen

Bemerkenswert: Die DGPA brachte ihre Expertise als maßgebliche beratende Stimme in die Expertenarbeitsgruppen ein, die das Papier erarbeiteten. Damit erhält das Berufsbild nicht nur höchste fachliche, sondern auch kraftvolle berufspolitische Legitimation – ein echter Meilenstein für die Entwicklung der Physician Assistants in Deutschland.

JURISTISCHE EINSCHÄTZUNG

Aus juristischer Sicht bewegt sich das allgemeine Thema der Übertragung ärztlicher Leistungen auf nichtärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stets im Rahmen der Delegation.

Dies bedeutet, dass keine eigenständige Zuständigkeit der nichtärztlichen Mitarbeiter begründet wird, sondern tatsächlich die Ärzteschaft die Verantwortung dafür trägt, wem welche Leistungserbringung angeordnet wird. Diese Anordnungsverordnung korrespondiert mit der Durchführungsverantwortung der nichtärztlichen Mitarbeiter, damit auch der PAs. Dabei gilt der Grundsatz des Bundesgerichtshofs schon seit mehr als 30 Jahren, dass all dasjenige delegationsfähig ist, was nicht fachärztliches Wissen voraussetzt.

Insofern gewinnt natürlich jedwede Stellungnahme der Ärzteschaft zur Frage der Delegationsfähigkeit einzelner Leistungen extrem an Bedeutung. Verwiesen darf an dieser Stelle beispielsweise auf das

Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Gefäß- und Herzchirurgie vom 28.12.2021, das sich im Detail für den Fachbereich mit der Übertragbarkeit von Leistungen auf PAs auseinandersetzt.

Derartige Positionspapiere sind allerdings noch nicht von allen Fachgesellschaften erarbeitet worden.

Umso wichtiger ist daher der allgemeine Rahmen, den die Bundesärztekammer nunmehr mit ihrem Positionspapier „Physician Assistance – ein etabliertes Berufsbild im deutschen Gesundheitswesen“ vom April 2025 gesteckt hat.

Die sich darin findende Aufteilung in unterschiedliche Entwicklungsstufen und damit einhergehenden Kompetenzen ist eine erste Richtschnur, an der man sich beim Einsatz von PAs orientieren kann. Juristisch spannend wird es sicherlich ab der Entwicklungsstufe 2 und insbesondere der Entwicklungsstufe 3. Gerade bei letzterer sind beispielsweise die Durchführung von endoskopischen Maßnahmen und auch die Aufklärung benannt. Die Aufklärung durch PAs soll zulässig sein, sofern über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt wird. Was auf den ersten Anblick möglicherweise seltsam anmutet und sich ein Stück weit auch von demjenigen entfernt, was die Rechtsprechung bislang fordert, nämlich, dass die Aufklärung unter dem absoluten Arztvorbehalt steht, ist bei Licht betrachtet und unter Berücksichtigung des Gesetzestextes des § 630 e Abs. 2 BGB nur konsequent. Der Gesetzgeber hat sich nämlich dafür entschieden, dass die Aufklärung – zumindest im Gesetzeskontext – nicht unter dem Arztvorbehalt steht.

Auch muss man auch klar festhalten, dass die derzeitige Praxis, dass beispielsweise einzelne therapeutische Maßnahmen delegationsfähig sind und immer schon waren, andererseits dann vorher ein Arzt-Patienten-Gespräch im Hinblick auf die Aufklärung stattfinden müsste, mehr als unpraktikabel ist. Genannt sei hier beispielsweise die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs zur Aufklärung bei Blutentnahmen im Hinblick

INFOBOX



„**Physician Assistance ein etabliertes Berufsbild im deutschen Gesundheitswesen**“ der Bundesärztekammer vom April 2025

auf eine mögliche Läsion des Hautnervs. Die Blutentnahme an sich wäre delegationsfähig, das vorher nach Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs notwendige Aufklärungsgespräch nicht. Insofern ist die Darstellung im Positionspapier der Bundesärztekammer nur konsequent.

Zudem greift das Positionspapier der Bundesärztekammer den Grundsatz auf, dass der Umfang der Delegation davon abhängt, welche Kenntnisse die Person hat, auf die delegiert wird. Es ist daher folgerichtig, wenn die Bundesärztekammer den Schwierigkeitsgrad der delegationsfähigen Leistungen von den dreien von ihr benannten Entwicklungsstufen abhängig macht. Im Rahmen der Grundkompetenzen ist der Umfang dessen, was delegiert werden kann geringer, im Rahmen der Entwicklungsstufe 3, wenn also spezielle Kompetenzen, die jenseits des Hochschulabschlusses erworben werden müssen, vorliegen, ist dann ein sehr weites Spektrum der Delegationsfähigkeit gegeben.

Will man sich allerdings auf die Suche danach begeben, dass eine Art Positivkatalog von Leistungen sich in diesem Papier findet, so wird man möglicherweise enttäuscht. Selbstverständlich werden einzelne Leistungen beschrieben, aber es findet sich keine allumfassende Aufzählung. Dies kann und darf auch nicht Sinn und Zweck eines solchen Positionspapiers sein, da und dies darf man nicht vergessen, der Umfang der Delegationsfähigkeit immer davon abhängt, welche Kompetenzen der PA aufweisen kann. Und hier wird es sicherlich, wie immer, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geben, die hochqualifiziert sind, auf die man dann entsprechend auch sehr umfangreich delegieren kann und es wird Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geben, bei welchem man gut beraten ist, eher restriktiv vorzugehen.

Was die rechtliche Einordnung des Positionspapiers der Bundesärztekammer zum Physician Assistance anbelangt, so darf man dieses weder überbewerten, noch gering schätzen. Es ist nicht mehr, aber auch nicht weniger, als ein Positionspapier. Wenn man sich aber beispielsweise vor Augen führt, dass auch Leitlinien der höchsten Evidenz

nicht davon entbinden, sich nochmals Gedanken zu machen, ob angesichts des Patienten, der entsprechenden Anamnese und Diagnostik der Inhalt der Leitlinie tatsächlich tragfähig ist, so wird sehr schnell deutlich, dass auch ein Positionspapier es überhaupt nicht leisten kann, im Sinne einer rechtsverbindlichen Darstellung all diejenigen Fragestellungen zu beantworten, die sich mit dem Einsatz von PAs ergeben.

Dies wird, ähnlich dem ärztlichen Tun, auch ein Prozess der Rechtsprechung sein. Es werden sich in den nächsten Jahren und Jahrzehnten Urteile herausbilden, die hier dann im Einzelfall Fragestellungen beantworten und somit sukzessive für mehr Rechtssicherheit sorgen. Gleichwohl gibt dieses Positionspapier der Bundesärztekammer die Leitplanken vor, innerhalb derer man sich bewegen kann. Natürlich wird man weiterhin gut beraten sein, sukzessive den PA an sein neues Aufgabenfeld heranzuführen, ihn am Anfang engmaschig zu überwachen und dann immer mehr in die Eigenständigkeit zu entlassen. Es ist auch sicherlich anzuraten, die ersten Schritte entsprechend zu dokumentieren und mit SOPs zu hinterlegen.

Auch wenn also das Positionspapier der Bundesärztekammer zum PA aus dem Jahr 2025 die Rechtssicherheit nicht unmittelbar erhöht, dies aber weder schuldet noch leisten kann, so ist es doch ein Meilenstein im Hinblick darauf, was nunmehr ärztlicherseits dem Grunde nach als delegationsfähige Leistungen diskutiert wird. Es ist nunmehr an der Praxis, dies umzusetzen und mit einer klugen Mischung aus Zurückhaltung und Innovationsgeist den Einsatz der PAs in Deutschland weiter voranzutreiben.

AUFBRUCH 2025: AUSTAUSCH, EVIDENZ, PERSPEKTIVE

Der PA-Kongress am 13./14. November 2025 in Kassel stellt die praktische Umsetzung des Bundesärztekammer-Papiers in den Mittelpunkt. Workshops zu Notaufnahme-Skills, Podien mit Gesundheits- und Wissenschaftspolitikern sowie

Best-Practice-Berichte aus Kliniken zeigen: PAs sind keine Zukunftsmusik – sie spielen längst im Orchester der Versorgung.

FAZIT

Physician Assistants sind Beschleuniger und Brückenbauer. Sie verbinden Erfahrung und Studium, Praxis und Wissenschaft, Organisation und Empathie. Mit dem Bundesärztekammer-Papier 2025 liegt der Fahrplan vor; mit tausenden engagierten PAs und der DGPA als Stimme des Berufsbildes stehen die Lokomotiven bereit. Jetzt gilt es, Gleise zu legen – damit aus Tempo Qualität und aus Teamgeist Zukunft wird.

LITERATUR

- [1] Bundesärztekammer: Physician Assistance – ein etabliertes Berufsbild im deutschen Gesundheitswesen, April 2025.
- [2] Bundesärztekammer: Positionen zu einer interdisziplinären und teamorientierten Patientenversorgung, Dezember 2021.
- [3] Steinbeis-Hochschule Berlin: Pressemitteilung zum Start des ersten PA-Studiengangs, 2005.
- [4] DGPA: Mitgliederstatistik, Abruf 05. 07. 2025.
- [5] KVWL & Zentralinstitut: Abschlussbericht Modellprojekt „Physician Assistants im ambulanten Bereich“, März 2025.
- [6] PA-Blog: 2. PA-Kongress 2025 – Wir sind PA, Abruf 05. 07. 2025.
- [7] Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie zum Einsatz von Physician Assistants in der Herzchirurgie Physician Assistants – Eine effektive und sinnvolle Erweiterung des herzchirurgischen Behandlungsteams, Dezember 2021, <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0041-1740534.pdf>
- [8] Bundesgerichtshof, Urteil vom 14. März 2006, Az.: VI ZR 279/04 <https://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&nr=36302&pos=0&anz=1>
- [9] Hüttl P, Heberer J. Physician Assistants – eine juristische Einschätzung. *Passion Chir* 2021;11

BDC-Kommentar

ASSISTENZBERUFE IN DER KLINISCHEN MEDIZIN: PHYSICIAN ASSISTANCE



Prof. Dr. med. Dietmar Pennig

Generalsekretär

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie, Berlin

Die deutsche Sprache kennt keine inhaltlich treffende Übersetzung von Physician Assistance, so dass sich die international übliche Bezeichnung zur Verwendung anbietet. Die rasch voranschreitende Spezialisierung verbunden mit der Notwendigkeit, die Berufsbilder gerade in der klinischen Medizin für den nichtärztlichen Assistenzbereich attraktiv

zu machen, hat die Bundesärztekammer bereits im Jahr 2017 zur Verfassung eines Positionspapiers mit Ergänzung im Jahre 2021 veranlasst. Nun liegt eine weitere Ausarbeitung dieser Position mit dem Titel „Physician Assistance – ein etabliertes Berufsbild im deutschen Gesundheitswesen“ (**siehe InfoBox**) vor. Die Bundesärztekammer und mit ihr die Landesärztekammern sind damit der Verpflichtung nachgekommen, den Studiengang zu strukturieren, Eingangsvoraussetzungen zu definieren und Standards festzulegen. Die sechsemestrigen Studiengänge mit Abschluss Bachelor sind an Hochschulen verortet. Zur Aufnahme ist eine absolvierte anerkannte Berufsausbildung im medizinischen beziehungsweise zahnmedizinischen Bereich für das sekundärqualifizierende Studium erforderlich.

Den Abschluss stellt eine bundeseinheitliche Prüfung dar, die die Qualitätsansprüche der in dem Curriculum vermittelten Inhalte als Kompetenzen und Fertigkeiten sicherstellt. Die staatlich anerkannte Prüfung selbst beinhaltet einen mündlichen, einen schriftlichen und einen praktischen Teil an insgesamt drei Prüfungstagen.

Kernelement des Studiums ist die Übernahme delegierbarer Leistungen durch den erfolgreichen Absolventen. Es ist hierbei zwischen nicht delegierbar, delegierbar und im Einzelfall delegierbar zu unterscheiden. Bei delegationsfähigen Tätigkeiten ist weiterhin zu definieren, ob direkte Arztpräsenz erforderlich ist. Bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen muss sich der betroffene Patient darauf verlassen können, dass der medizinische Standard in vollem Umfang gewährleistet ist und die erforderliche Kompetenz jederzeit zur Verfügung steht. Der Katalog delegierbarer Leistungen ist integraler Bestandteil des Studienganges und dient damit auch der Rechtssicherheit in der Berufsausübung des Physician Assistant.

Es muss im Interesse der klinischen Medizin sein, dieses Berufsbild auszugestalten und attraktiv zu machen. Die enge Anbindung an den ärztlichen Dienst ist hierbei grundsätzliche Voraussetzung. Bei den Pflegedienstleitungen und -direktoren ist um Verständnis zu werben, um eine Konkurrenzsituation mit der etablierten Pflege, die ebenfalls Weiterqualifikationen kennt, gar nicht erst nicht aufkommen zu lassen. Dieses wäre kontraproduktiv.

Ergänzung und Unterstützung der klinisch tätigen Ärztinnen und Ärzte durch qualifizierte Physician Assistants ist bei der demografischen Entwicklung der Ärzteschaft als Notwendigkeit zu begreifen. Die zunehmende Inanspruchnahme des Gesundheitswesens verbunden mit dem greifbaren Ärztemangel macht es erforderlich, aktiv die Assistenzberufe mitzugestalten, zu strukturieren und von der Qualität her zu sichern. Die wissenschaftlichen Fachgesellschaften, aber auch die Berufsverbände sind gut beraten, die erfolgreichen Absolventen dieser Bachelor-Studiengänge zu assoziieren, um Dialogfähigkeit herbeizuführen und Akzeptanz zu signalisieren. Die erfolgreiche Zusammenarbeit in den Gesundheitsfachberufen ist eine Notwendigkeit und dient der besseren Nutzung zunehmend knapper Ressourcen. Die Bundesärztekammer hat mit den jetzt veröffentlichten Studieninhalten einen wesentlichen Eckpfeiler zur weiteren erfolgreichen Integration dieses Berufsbildes geschaffen.

SAFETY CLIP

Integration des Patientensicherheitsindex in die Patientensicherheitsstrategie

TEIL 2: EIN PRÄVENTIVER ANSATZ

Marsha Fleischer

Im ersten Teil dieser Artikelserie (siehe Ausgabe [06/QII-2025](#)) wurde das „Herz“ eines Krankenhauses – der Operationssaal (OP) – als Zentrum von Präzision und Sicherheit im medizinischen Betrieb beschrieben: *Ebenso wie das Herz nur durch ein fein abgestimmtes Zusammenspiel verschiedener Komponenten reibungslos funktioniert, ist auch die*

Patientensicherheit im OP auf das zuverlässige Zusammenwirken standardisierter Prozesse angewiesen. Es wurde aufgezeigt, wie systematisches Risikomanagement zur Früherkennung und Minimierung von Gefahren beiträgt und der Patientensicherheitsindex als zentrales Instrument zur Bewertung und Steuerung dieser Prozesse dienen kann.

**Marsha Fleischer**

Risikoberaterin, Business-Risikomanagerin,
Qualitätsmanagerin
GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung
mbH

Ecclesiaststraße 1 – 4
32758 Detmold
marsha.fleischer@grb.de

Fleischer M: Safety Clip: Integration
des Patientensicherheitsindex in die
Patientensicherheitsstrategie – Teil 2:
Ein präventiver Ansatz. *Passion Chirurgie*.
2025 September; 15(09/III): Artikel 04_03.



Weitere Artikel zur Patientensicherheit
finden Sie auf BDC|Online
(www.bdc.de), Rubrik Wissen | Qualität
& Patientensicherheit | Safety Clip.

Im zweiten Teil wird jetzt die praktische Anwendung dieses Index vertieft – insbesondere im Hinblick auf die Fehlervermeidung in der perioperativen Versorgung. *Anhand eines realen Vorfalls wird dargestellt, wie mit dem Patientensicherheitsindex Risiken identifiziert, bewertet und systematisch reduziert werden können.*

FALLBEISPIEL: VERWECHSLUNG DURCH FEHLERHAFT SEITENKENNZEICHNUNG

Zur Veranschaulichung dient ein reales Ereignis: Ein 49-jähriger Patient mit chronischen Kniebeschwerden willigte nach einem präoperativen Gespräch in eine Arthroskopie des linken Knies ein. Trotz dokumentierter Aufklärung, durchgeführter Prämedikation und vorbereitender Maßnahmen kam es am Operationstag zu einem schwerwiegenden Fehler: Das rechte statt des linken Knies wurde operiert. Ursache war eine fehlerhafte Seitenkennzeichnung unmittelbar vor der Operation – ein klassischer Fall eines sogenannten „Never Events“.

Dieses Fallbeispiel unterstreicht, dass selbst in standardisierten Abläufen Schwachstellen existieren können – insbesondere bei der Identitätssicherung und Seitenverwechslung. Hier setzt der Patientensicherheitsindex als Analyse- und Steuerungsinstrument an.

DER PATIENTENSICHERHEITSINDEX IM PRAKTISCHEN EINSATZ

Der Index dient der systematischen Bewertung von Sicherheitsmaßnahmen in medizinischen Kernprozessen. Er umfasst zahlreiche Kategorien, die auf häufige Risiken in der klinischen Versorgung abzielen – unter anderem die **Sicherheitskategorie „Identitätssicherung/Verwechslungsvermeidung“**, welche im angeführten Fall versagt hat.

SICHERHEITSKATEGORIEN UND PROZESSE

Im Zuge eines Risiko- und Sicherheitsaudits wird das Sicherheitsniveau anhand

definierter Präventionsmaßnahmen erhoben. Diese orientieren sich an den Schweregraden möglicher Schäden und der Wahrscheinlichkeit ihres Eintretens. Mehrere Maßnahmen wirken hierbei gegen ein spezifisches Risiko – erst ihr Zusammenspiel gewährleistet ein belastbares Sicherheitsniveau.

Das „Interdisziplinäre perioperative Management“ umfasst alle Prozesse vor, während und nach der Operation. Die Organisation von Abläufen und Zuständigkeiten zielt darauf ab, die Sicherheit bei Operationen zu maximieren. [1]

Die Prozesse des präoperativen Managements umfassen unter anderem:

- Prämedikation
- **Patientenaufklärung** (Bezug zum Fallbeispiel)
- **OP-Feldkennzeichnung** (Bezug zum Fallbeispiel)
- **Patientenvorbereitung** (Bezug zum Fallbeispiel)
- **OP-Planung und -Koordination** (Bezug zum Fallbeispiel)
- **Patiententransport** (Bezug zum Fallbeispiel)

Die Prozesse des intraoperativen Managements umfassen unter anderem:

- **Patienteneinschleusung** (Bezug zum Fallbeispiel)
- **Patientenidentifikation** (Bezug zum Fallbeispiel)
- Sturzmanagement
- OP-Lagerung
- Airway-Management
- Team-Time-Out
- Hochfrequenz-Chirurgie (HF-Chirurgie)
- Zählkontrolle
- Gewebeproben
- Dokumentation Anästhesie
- OP-Dokumentation

Die Prozesse des postoperativen Managements umfassen unter anderem:

- Überwachung im Aufwachraum
- Schmerzmanagement
- Verlegungsmanagement
- Dokumentation Aufwachraum

- Postoperatives Visitenmanagement
- Überwachung im stationären Bereich
- Arzneimitteltherapie im stationären Bereich

Zusätzlich zu den spezifischen Prozessen spielen allgemeine Maßnahmen eine wichtige Rolle für die Sicherheit, darunter zum Beispiel:

- Einarbeitungsmanagement
- Fort- und Weiterbildungsmanagement
- Notfallmanagement

Die dargestellten Prozesse münden in der Patientenindexberechnung in die folgenden Sicherheitskategorien. Einige Prozesse

sind dabei identisch mit der Bezeichnung der Sicherheitskategorie.

Die in fett herausgestellten Sicherheitskategorien haben Bezug zum Fallbeispiel. Auf die Sicherheitskategorie „Identitätssicherung/Verwechslungsvermeidung“ wird im Folgenden ein Augenmerk gerichtet. In dieser Kategorie sind die Präventionsmaßnahmen hinterlegt, die auf das Risiko „Verwechslung/falsche Seitenkennzeichnung“ wirken, das im beschriebenen Fall zu der fehlerhaften Operation führte.

Für jede ausgewiesene Sicherheitskategorie gibt es eine definierte Anzahl von

Präventionsmaßnahmen, die implementiert sein müssen, um die ganzheitliche Patientensicherheit zu gewährleisten. In einem Sicherheits- und Risikoaudit wird bewertet, inwieweit diese Maßnahmen in der Praxis erfüllt sind, unter Berücksichtigung einer Skala von 0, 25, 50, 75 oder 100 Prozent.

Merke: Im Rahmen von Sicherheits- und Risikoaudits dienen Präventionsmaßnahmen zur Bewertung des Sicherheitsniveaus, wobei mehrere Maßnahmen erforderlich sind, um die Sicherheit in einer bestimmten Kategorie zu gewährleisten.

Tab. 1: Sicherheitskategorien

Sicherheitskategorie	Prozesse
Patientenaufklärung	Patientenaufklärung
Prämedikation	Prämedikation
Behandlung Anästhesie	Airway-Management
Identitätssicherung/Verwechslungsvermeidung	OP-Feldkennzeichnung, Patientenvorbereitung, Patienteneinschleusung, Patientenidentifikation, Team-Time-Out
Dokumentation Anästhesie	Dokumentation Anästhesie
Dokumentation OP	Dokumentation OP
Gewebeproben	Gewebeproben
HF-Chirurgie	HF-Chirurgie
OP-Lagerung	OP-Lagerung
OP-Planung/-Koordination	OP-Planung/-Koordination
Organisation Anästhesie	unter anderem Überwachung während Narkose
Organisation Aufwachraum	Überwachung im Aufwachraum, Verlegungsentscheidung
Prothetik/Implantate	Prothetik/Implantate
Schmerzmanagement	Schmerzmanagement
Transfusionsmanagement	Transfusionsmanagement
Zählkontrolle	Zählkontrolle
Patientendokumentation Station	Patientendokumentation Station
Organisation im stationären Bereich	unter anderem Überwachung im stationären Bereich, postoperatives Visitenmanagement, Patiententransport
Arzneimitteltherapie	Arzneimitteltherapie
Sturzmanagement	unter anderem Sturzmanagement OP
Einarbeitungsmanagement	Einarbeitungsmanagement
Fort- und Weiterbildung	Fort- und Weiterbildung
Notfallmanagement	Notfallmanagement

BEWERTUNG EINZELNER PRÄVENTIONSMASSNAHMEN IM AUDIT

Ein Risiko- und Sicherheitsaudit kann für eine breite Palette an Organisationen durchgeführt werden, sei es für gesamte Einrichtungen wie Krankenhäuser oder Medizinische Versorgungszentren, für spezifische Fachabteilungen oder Leistungsbereiche wie zum Beispiel den OP-Bereich oder auch für bestimmte Sicherheitsthemen wie die Arzneimitteltherapiesicherheit. Je nach Schwerpunkt des Audits existiert ein spezifisches Set an Präventionsmaßnahmen beziehungsweise sollten diese analog den beschriebenen klinischen Risikomanagement-Prozessen abgeleitet worden sein.

Im Zuge einer simulierten Prüfung durch erfahrene Experten/Auditoren zum zentralen Prozess des „Interdisziplinären perioperativen Managements“ werden nachfolgend beispielhaft die Resultate einer Indexberechnung aufgezeigt. Die prozessbezogenen Präventionsmaßnahmen sind diversen Sicherheitskategorien zugeordnet, wobei das Sicherheitsniveau auf einer leicht verständlichen Skala von 0 bis 100 dargestellt wird. Ein Wert von 100 signalisiert dabei die Erreichung des höchstmöglichen Sicherheitsniveaus.

Erläuterung zur Formel

Hinter den Punktwerten des Patientensicherheitsindex steht eine komplexe mathematische Formel, die sich aus zuvor genannten Parametern zusammensetzt:

- Risiko mit den Eigenschaften Schadensschweregrad und Eintrittswahrscheinlichkeit (der Schadensschweregrad fließt mit einer größeren Gewichtung als die Eintrittswahrscheinlichkeit in die Formel ein)
- Anzahl der im Audit zugrunde gelegten Präventionsmaßnahmen, jede mit individuellen Wirksamkeits- und Objektivitätsfaktor
- Bewertung des Erfüllungsgrades (0, 25, 50, 75, 100 Prozent) im Rahmen eines Audits

Die Werte, die als Ergebnis errechnet werden, sind auf 100 genormt, um sie wie einen prozentualen Wert für die Interpretation des Patientensicherheitsniveaus nutzen zu können.

Sicherheitskategorie hierzu ist „Identitätssicherung/Verwechslungsvermeidung“. Die Präventionsmaßnahmen zu anderen Sicherheitskategorien, die zuvor genannt wurden, werden als Gesamtergebnis ausgewiesen.

Im Rahmen eines Audits werden zur Überprüfung des Sicherheitsprozesses „Identitätssicherung/Verwechslungsvermeidung“ alle am Behandlungsprozess Beteiligten (unter anderem chirurgische Ärzte, Anästhesisten, OP- und Anästhesiepersonal, ggf. Lagerungskraft, ggf. Transportdienst, Gesundheits- und Krankenpflegepersonal des stationären Bereiches) zu den folgenden auszugsweise dargestellten Präventionsmaßnahmen befragt.

Die Spalte „Portfolio-Gewichtung“ zeigt, in welche Risikokategorie nach Schaden ausmaß und Eintrittswahrscheinlichkeit das Risiko „Verwechslung/falschen Seitenkennzeichnung“ dem eine Präventionsmaßnahme entgegenwirkt, eingestuft ist.

Die Spalte „Erfüllungsgrad“ zeigt, wie die Präventionsmaßnahmen im Einzelnen anhand von Interviews und Praxisbegehungen bewertet wurden (Bewertungsstufen 0, 25, 50, 75, 100 Prozent).

Bezogen auf das Fallbeispiel: Der niedrige Erfüllungsgrad beim Team-Time-Out ist besonders kritisch, da genau dieser Prozess der finalen Sicherheitsüberprüfung

dient – hier war im Fallbeispiel eine wichtige Kontrollinstanz unzureichend implementiert.

Merke: Basierend auf der Bewertung des Erfüllungsgrades kann der Sicherheitsindex im Anschluss an ein Audit bestimmt werden.

INDEXBERECHNUNG UND ERGEBNISSE

Die standardisierte Ermittlung des Patientensicherheitsindex basiert auf einem standardisierten Kriterienkatalog, der geeignete Präventionsmaßnahmen – abgeleitet aus einer der größten deutschen Heilwesen-Schadendatenbank – zur Minimierung von Risiken in einem Behandlungsprozess am Patienten enthält. Die Risiken wurden im Vorfeld beispielsweise auf Grundlage von Anspruchsstellungen, Schadenereignissen, Zwischenfällen oder Beinahe-Ereignissen identifiziert, analysiert und nach Schaden ausmaß und Eintrittswahrscheinlichkeit bewertet. Im Kriterienkatalog werden nur die Präventionsmaßnahmen abgebildet, die einen hohen Wirkungsgrad haben und objektiv bewertet werden können. Alle Präventionsmaßnahmen sind bestimmten Sicherheitskategorien zugeordnet, um eine gute Übersicht über die Risikolandschaft zu haben. Im Rahmen eines Audits werden die relevanten Präventionsmaßnahmen beziehungsweise Sicherheitsaspekte mittels Interviews und Praxisbeobachtungen geprüft und der Index pro Sicherheitskategorie bis hin zur einzelnen Präventionsmaßnahme ausgewiesen.

Besonderes Augenmerk liegt auf dem Teilprozess zur Überprüfung der Präventionsmaßnahmen zur Vermeidung des Risikos von Verwechslungen oder falscher Seitenkennzeichnung, da dieser auf das angeführte Fallbeispiel Bezug nimmt. Die

Tab. 2: Auszug Übersicht Sicherheitskategorie „Identitätssicherung und Verwechslungsvermeidung“

Portfolio-Gewichtung	Kurzform Präventionsmaßnahme	Erfüllungsgrad
	...	...
	Einheitliches Kennzeichnungssystem Markierung OP-Gebiet	50 %
	Durchführung OP-Feld-Markierung	75 %
	Patienteneinschleusung	75 %
	Nutzung OP-Sicherheitscheckliste	75 %
	Patientenarmband im OP	100 %
	Durchführung Team-Time-out	25 %
	...	...

Am Beispiel „Interdisziplinäres perioperatives Management“ ergeben sich folgende exemplarische Punktwerte, siehe **Tabelle 3**.

Die in fett gedruckten Sicherheitskategorien steht im Kontext zum Fallbeispiel.

Bezogen auf das Fallbeispiel: Der Punktwert von 62 in der zentralen Kategorie des Fallbeispiels liegt deutlich unter dem Zielwert von ≥ 80 und signalisiert ein klares Optimierungspotenzial.

Tab. 3: Patientensicherheitsindex am Beispiel „Interdisziplinäres perioperatives Management“

Sicherheitskategorie	Index (Punktwert)
Arzneimitteltherapie (unter anderem Spritzenkennzeichnung)	80
Behandlung in der Anästhesie	100
Dokumentation Anästhesie	100
Einarbeitungsmanagement	81
Fort- und Weiterbildungsmanagement	90
Gewebeproben	65
HF-Chirurgie	100
Identitätssicherung/Verwechslungsvermeidung	62
Notfallmanagement	48
OP-Dokumentation	100
OP-Lagerung	100
OP-Planung/- Koordination	84
Organisation Anästhesie	79
Organisation Aufwachraum	97
Organisation im stationären Bereich	84
Patientendokumentation Station	82
Patientenaufklärung	81
Prämedikation	100
Prothetik/Implantate	91
Schmerzmanagement	75
Sturzmanagement	59
Transfusionsmanagement	100
Zählkontrolle	100

Ampelsystem zur Einordnung:

- **Grün (≥ 95):** sehr hohes Sicherheitsniveau
- **Gelb (80–94):** mittleres Sicherheitsniveau
- **Rot (< 80):** Handlungsbedarf

BENCHMARKING DES PATIENTENSICHERHEITSINDEX

Es ist auch möglich, die Werte des Patientensicherheitsindex mit einem Benchmark zu vergleichen, sofern die Daten der Berechnung des Index aus Sicherheits- und

Tab. 4: Vergleich des Krankenhaus-Index mit einem Benchmark

Sicherheitskategorie	Benchmark		Index
Gewebeproben	85	↓	65
HF-Chirurgie	94	↗	100
Identitätssicherung/Verwechslungsvermeidung	93	↓	62
Notfallmanagement	94	↓	48
OP-Dokumentation	100	→	100
OP-Lagerung	97	→	100
OP-Planung/- Koordination	89	↘	84
Organisation Anästhesie	87	↓	79
Organisation Aufwachraum	93	↗	97
Organisation im stationären Bereich	96	↓	84
Patientendokumentation Station	96	↓	82
Patientenaufklärung	100	↓	81
Prämedikation	89	↑	100
Prothetik/Implantate	100	↓	91
Schmerzmanagement	97	↓	75

Risikoaudits in einer Datenbank gesammelt wurden und technisch die Generierung von geeigneten Referenzgruppen möglich ist. Dieser Vergleich ermöglicht es, die Ergebnisse eines Krankenhauses oder einer Klinik im Kontext von Best Practices und regionalen oder internationalen Normen zu bewerten.

Die Pfeile in der Vergleichstabelle zeigen, wie sich die Ergebnisse des Krankenhaus-Index im Vergleich zum Benchmark verhalten. Der Vergleich bietet eine klare Übersicht und ermöglicht es, Verbesserungspotenziale frühzeitig zu erkennen und gezielt anzugehen.

NUTZEN UND BEDEUTUNG DES INDEX

Der Patientensicherheitsindex schafft nicht nur *Transparenz*, sondern ermöglicht auch eine *gezielte Verbesserungskultur*. Einrichtungen können Schwachstellen priorisieren, Maßnahmen ableiten und Fortschritte sichtbar machen. Gleichzeitig stärkt der Index die Position gegenüber:

- **Patienten:** Vertrauensbildung durch nachweisbare Sicherheitsqualität
- **Mitarbeitenden:** Klarheit über Sicherheitsstandards und Arbeitsentlastung
- **Versicherern:** Grundlage für Risikobewertung und ggf. Beitragssenkungen

Merke: Die standardisierte Ermittlung des Patientensicherheitsindex basiert auf einem Kriterienkatalog, der geeignete Präventionsmaßnahmen bzw. Sicherheitsaspekte zur Minimierung von Risiken in einem Behandlungsprozess am Patienten enthält. Die Ergebnisse des Patientensicherheitsindex und der Ampelsystematik bieten eine gute Übersicht, um Verbesserungspotenziale in klinischen Bereichen rechtzeitig wahrzunehmen.

Insbesondere in Zeiten, in denen Versicherer zurückhaltender mit dem Angebot von Haftpflichtdeckungen agieren, kann ein transparenter Sicherheitsindex die Attraktivität einer Einrichtung deutlich erhöhen.

FAZIT

Der Patientensicherheitsindex ist ein strategisches Werkzeug, das die Patientensicherheit nicht nur messbar, sondern auch steuerbar macht. Gerade bei

schwerwiegenden Risiken wie Verwechslungen oder Seitenfehlern wie im dargestellten Fall zeigt sich, wie entscheidend strukturierte Prävention ist.

Ein transparenter, datengestützter Sicherheitsindex verbessert nicht nur die Behandlungsqualität, sondern unterstützt auch die Wirtschaftlichkeit, das Reputationsmanagement und die Versicherbarkeit medizinischer Einrichtungen.

LITERATUR

- [1] Perioperatives Management: Abstract (2021), from https://www.amboss.com/de/wissen/Perioperatives_Management; abgerufen am 13. März 2021. 



Präsenz-Seminar

Viszeralchirurgie Kompakt

Adipositas- und metabolische Chirurgie

Frankfurt am Main, 31. Oktober 2025



Klick!
Jetzt
anmelden!

Wissenschaftliche Leitung:
PD Dr. med. Susanne Blank
Prof. Dr. med. Mirko Otto
Dr. med. Sylvia Weiner

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

**Korrespondierender Autor:****Dipl.-Wirt.Ing. Martin Groth**

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

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

Krankenhaushygiene/Umweltschutz
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

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

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

Dr. rer. nat. Wolfgang Kohnen

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

Jatzwauk L, Groth M, Hübner NO, Kohnen W:
Hygiene-Tipp: Sterilverpackung. Passion Chirurgie.
2025 September; 15(09/III): Artikel 04_04.



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

HYGIENE TIPP

Sterilverpackung

Lutz Jatzwauk, Martin Groth, Nils Hübner, Wolfgang Kohnen

FRAGE:

Perspektivisch soll in unserer Praxis auf eine zusätzliche Vliesverpackung in den Sterilgut-Containern bei der Dampfsterilisation von OP-Instrumenten verzichtet werden. Ist das möglich?

ANTWORT:

Literatur zu diesem Thema ist nicht bekannt. Aber in zahlreichen Aufbereitungseinheiten für Medizinprodukte (AEMP) wird schon seit Jahren vor allem aus Kostengründen ohne zusätzliche Innenverpackung (OP-Tücher, Vlies) im Container sterilisiert.

Mit Sterilität haben die Vlies-Innenverpackungen nichts zu tun, denn der Container ist ein zugelassenes Sterilbarrieresystem. Wohl aber mit der Trocknung und aseptischen Entnahme der Instrumente aus dem Container. Daher:

- vor Umstellung prüfen, ob die schweren OP-Container ohne Vlies nach der Entnahme aus dem Sterilisator innen auch trocken sind. Das Vlies hat die Feuchtigkeit aufgesaugt und (durch die im Gegensatz zu einer „Pfütze“ größere Fläche) auch gut getrocknet. Ggf. muss die Trocknungszeit im Sterilisator verlängert werden.
- OP-Personal fragen, ob eine aseptische Entnahme aus dem Container ohne Vlies (das normalerweise über die unsterile Außenseite des Containers gebogen wird) möglich und trainiert ist.

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



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.

SEPTEMBER 2025

Prof. Dr. med. Sabine Bleiziffer ist seit Mitte Juli 2025 Chefarztin der Klinik für Herzchirurgie der Zentralklinik Bad Berka. Die Fachärztin für Herzchirurgie mit Schwerpunkt Strukturelle Klappenerkrankungen, war seit 2019 Leitende Oberärztin der Klinik für Thorax- und Kardiovaskularchirurgie am Herz- und Diabeteszentrum Nordrhein-Westfalen der Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum in Bad Oeynhausen.

Prof. Dr. med. Christiane J. Bruns, seit 2016 Direktorin der Klinik und Poliklinik für Allgemeinchirurgie, Viszeralchirurgie, Thoraxchirurgie und Transplantationschirurgie in Köln, ist ab August 2025 auch stellvertretende ärztliche Direktorin und Vorstandsmitglied der Uniklinik Köln.

Klaus Christian Diederich ist neuer Chefarzt der Allgemein-, Viszeral- und Kinderchirurgie der St. Vincenz-Kliniken in Paderborn. Zuvor war der Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie und Spezielle Viszeralchirurgie als Chefarzt am Bräuderkrankenhaus St. Josef tätig.

Dr. med. Sebastian Lawrenz, seit 2014 Oberarzt und seit Januar 2023 leitender Oberarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Elbe Klinikum Buxtehude, ist seit Juli 2025 nun neuer Chefarztes.

PD Dr. med. Tobias Leibold, zuletzt langjähriger leitender Oberarzt am Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart ist seit Juli 2025 Chefarzt der Abteilung Allgemein- und

Viszeralchirurgie der Medius Kliniken, Standort Ostfildern-Ruit. Der ausgewiesene Spezialist von robotergestützten Eingriffen mit dem Da-Vinci-System, wird dann im Juli 2026 auch die Leitung der Klinikstandorte in Kirchheim und Nürtingen übernehmen.

Ralph Michael, Facharzt für Chirurgie und Gefäßchirurgie und seit 2016 Leitender Oberarzt der Klinik für Gefäßchirurgie, Gefäß- und Endovaskuläre Chirurgie/Phlebologie am Städtischen Klinikum Dessau, hat zum Juli 2025 die Position des Chefarztes übernommen.

Prof. Dr. med. Katja Schlosser ist seit Juli 2025 neue Chefarztin der Gefäßchirurgie und Zentrumsleitung der Allgemein- und Viszeralchirurgie am DIAKOVERE in Hannover. Zuvor war sie fast zehn Jahre Chefarztin der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Endokrine und Gefäßchirurgie am AGAPLESION Evangelischen Krankenhaus Mittelhessen in Gießen. Frau Prof. Schlosser folgt auf Prof. Dr. Joachim Jähne, der in den wohlverdienten Ruhestand gegangen ist.

Dr. med. Steffen Vennemann ist Facharzt für Orthopädie & Unfallchirurgie, Facharzt für Chirurgie, spezielle Unfallchirurgie mit Spezialisierung für Endoprothetik und neuer Leiter der Unfallchirurgie und orthopädischen Chirurgie der Kliniken Ostallgäu-Kaufbeuren in Füssen. 



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

Frage & Antwort

Lesbarkeit von Eintragungen auf dem Aufklärungsbogen

FRAGE:

Ein Oberarzt fragt an, ob bei fehlender Lesbarkeit handschriftlicher Anmerkungen auf dem Aufklärungsbogen zum Inhalt des Aufklärungsgesprächs die Aufklärung nicht ordnungsgemäß ist und Beweinschritte drohen.

ANTWORT:

Im Fall eines Arzthaftungsprozesses trägt der Arzt die Beweislast für den Inhalt der Aufklärung. Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung dürfen an den vom Arzt zu führenden Nachweis einer ordnungsgemäßen Aufklärung keine unbilligen oder übertriebenen Anforderungen gestellt werden (vgl. BGH, Urteil vom 02.09.2021 – III ZR 63/20). Deshalb darf das Gericht seine Überzeugungsbildung gemäß § 286 ZPO auch auf die Angaben des Arztes über eine erfolgte Risikoauflärung stützen, wenn seine Darstellung in sich schlüssig ist, die entsprechende Aufklärung seiner zum fraglichen Zeitpunkt praktizierten „ständigen Übung“ entspricht und der Patient ein Aufklärungsformular unterzeichnet hat, das einen Hinweis auf das sich realisierende Risiko enthält (vgl. Martis/Winkhart, Arzthaftungsrecht, 6. Aufl. 2021, Rn. A2271; BGH, Urteil vom 28.01.2014 – VI ZR 143/13).

Die Vorlage eines Aufklärungsbogens mit oder ohne handschriftliche Bemerkungen ist nach ständiger Rechtsprechung – sowohl in positiver als auch in negativer Hinsicht – ein Indiz für den Inhalt des Aufklärungsgesprächs (vgl. BGH, Urteil vom 02.09.2021 – III ZR 63/20; OLG Dresden, Urteil vom 05.07.2022 – 4 U 657/21 – juris).

Die fehlende Lesbarkeit handschriftlicher Zusätze ist nach einem Urteil des OLG Köln dann unschädlich, wenn die Risiken im Formular abgedruckt sind und das Aufklärungsgespräch unstreitig bzw. glaubhaft vom Arzt dargelegt ist. Der Entscheidung des OLG Köln lag zu Grunde, dass der klagende Patient rügte, die handschriftlichen Zusätze im Aufklärungsbogen seien nicht lesbar gewesen, wodurch die Aufklärung nicht ordnungsgemäß gewesen sei und dies einen Schadensersatzanspruch begründe. Das OLG Köln lehnte dies jedoch ab, da maßgeblich für die Frage nach dem Inhalt der dargestellten Risiken das mündliche Aufklärungsgespräch sei. Die Risiken, insbesondere das sich hier verwirklichte Risiko einer Thrombose, seien dem Kläger nach eigenem Vortrag genannt worden. Darüber hinaus konnte er sich durch Lesen des im Wesentlichen maschinenschriftlich gefassten Aufklärungsbogens weiter über die Risiken im Einzelnen informieren oder Fragen stellen (vgl. OLG Köln, Urteil vom 24.02.2016 – 5 U 77/15).

In einem anderen Fall hatte das LG Gießen ebenfalls entschieden, dass die Lesbarkeit der handschriftlichen Eintragungen für den

Patienten für eine ordnungsgemäße Aufklärung nicht von Bedeutung sei, wenn das entsprechende Risiko Gegenstand des mündlichen Aufklärungsgesprächs war, was auch hier der klagende Patient nicht bestritten hatte. Denn hierbei handele es sich lediglich um die Dokumentation der mündlichen Aufklärung (vgl. LG Gießen, Urteil vom 23.03.2016 – 5 O 354/14).

Folglich ist es durchaus möglich, dass ein Gericht dennoch zu der Überzeugung einer ordnungsgemäßen Aufklärung gelangt, selbst wenn ein Risiko im Aufklärungsbogen nicht genannt oder nicht lesbar ist, sofern dieses vom aufklärenden Arzt tatsächlich im Aufklärungsgespräch erwähnt worden ist (vgl. BGH, Urteil vom 28.01.2014 – VI ZR 143/13). Die ständige Rechtsprechung sieht nämlich für die Frage des Inhalts des Aufklärungsgesprächs stets das mündliche Aufklärungsgespräch als maßgeblich an. Aus diesem Grund ist für den Nachweis einer ordnungsgemäßen Aufklärung regelmäßig eine Anhörung bzw. Zeugeneinvernahme des aufklärenden Arztes erforderlich (vgl. OLG Dresden, a. a. O).

Aus dieser Rechtsprechung lässt sich nach Ansicht des Verfassers zusammenfassend für die gestellte Frage feststellen, dass bei fehlender Lesbarkeit handschriftlicher Zusätze auf dem Aufklärungsbogen jedenfalls dann Beweinschritte drohen, wenn der Arzt nicht schlüssig darlegen kann, dass eine tatsächliche Erwähnung im allein entscheidenden mündlichen Aufklärungsgespräch stattgefunden hat. ○

Heberer J: F+A Lesbarkeit von Eintragungen auf dem Aufklärungsbogen. 2025 September; 15(09/III): Artikel 04_06.



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

BDC-PRAXISTEST

© iStock/bee32

Mediziner:in oder Ökonom:in – wer sollte die Führung im Krankenhaus übernehmen?

Christian Peters

VORWORT

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Franz Beckenbauer prägte den deutschen Fußball, wie kaum jemand anderes: Weltklasse-Fußballer, Erfolgs-Trainer und charismatischer Fußball-Funktionär. Man kann also behaupten, dass die Unternehmensführung das zugrundeliegende Geschäft beherrschen muss. So finden sich z. B. bei Chemiekonzernen häufig Naturwissenschaftler, die die Unternehmensführung innehaben.



Dr. med. Christian Peters

Facharzt für Anästhesie/Intensivmedizin

Facharzt für Transfusionsmedizin

Master of Science in Hospital
Administration, M.Sc.

Geschäftsführer Delme-Klinikum
Delmenhorst GmbH

c.peters@delme-klinikum.de

Und wie ist es in Krankenhäusern? Ökonom oder Mediziner? Dabei lautet die weit verbreitete Meinung, dass Mediziner vor allem das Wohl der Patienten und Ökonomen vor allem die Klinik-Financen im Blick haben. Und wer kann es jetzt besser? Oder sollte doch „ein untrennbares Doppel auf den Platz gestellt werden“?

In der Vergangenheit konnte eine Studie von Gesundheitsökonomen der Universität Bayreuth nachweisen, dass Krankenhäuser mit Ökonomen in der Geschäftsführung eine bessere finanzielle Leistung erreichen, hingegen medizinisch ausgebildete Geschäftsführer einen positiven Einfluss auf die Behandlungsqualität haben

Aber wer sollte es denn jetzt machen? Was sagt die Gesetzgebung? Können wir von anderen Ländern etwas lernen? Der nachfolgende Artikel beleuchtet nach unserer Meinung sehr gut dieses Themenfeld.

Erhellende Lektüre wünschen

Prof. Dr. med. C. J. Krones

Prof. Dr. med. D. Vallböhmer

ERFAHRUNGEN AUS DEN USA

Die Frage nach der besten bzw. sachgerechtesten obersten Führungsstruktur in Krankenhäusern wird auch international kontrovers diskutiert. 2019 erschien im Journal of Hospital Administration eine bemerkenswerte Originalarbeit von Gupta zu diesem Thema: Physician versus non-physician CEOs: the effect of a leader's professional background on the quality of hospital management and health care [1].

Der Autor kommt in seiner Untersuchung zu den folgenden Kernaussagen:

1. Nur 5 Prozent der amerikanischen Krankenhäuser werden von CEOs mit einem medizinischen Hintergrund geleitet.
2. Qualitätsindikatoren wie medizinische Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie Patient-Safety-Indices sind in Krankenhäusern unter ärztlicher Leitung besser als in solchen mit CEOs ohne medizinischen Hintergrund.
3. Die sechs besten U.S. Krankenhäuser werden von medizinischen CEOs geführt.

Gupta führt den positiven Einfluss ärztlicher CEOs auf medizinische Qualitätsindikatoren auf zwei Aspekte zurück. Einerseits

verfügen ärztliche CEOs über profundere Systemkenntnisse von Krankenhausorganisationen. Andererseits vertreten sie und nichtärztliche CEOs oftmals sehr unterschiedliche Auffassungen hinsichtlich der „Mission“ eines Krankenhauses. Allerdings betrachtet Gupta nur den Effekt der beruflichen Sozialisation auf medizinische Qualitätsindikatoren. Betriebswirtschaftliche Ergebnisse werden nicht einbezogen, was für eine Gesamtbetrachtung jedoch angemessen wäre, zumal gerade die nordamerikanischen Top-Krankenhäuser nicht nur medizinisch, sondern auch ökonomisch äußerst erfolgreich sind. Dabei ist zu beachten, dass die Finanzierungssysteme für Krankenhäuser in Deutschland und den USA nicht unterschiedlicher sein könnten. Insbesondere das hochvolumige Sponsoring in den USA hat einen erheblichen positiven Einfluss auf die betriebswirtschaftliche Bilanz der Krankenhäuser.

Dennoch ist das Argument der unterschiedlichen Systemkenntnisse in Abhängigkeit von der Profession nachvollziehbar. Es stellt sich jedoch die Frage, wie es sich mit der jeweiligen Einstellung von ärztlichen und nichtärztlichen CEOs zur „Mission“ von Krankenhäusern verhält. In diesem Kontext

Peters C: BDC-Praxistest: Mediziner:in oder Ökonom:in – wer sollte die Führung im Krankenhaus übernehmen? Passion Chirurgie. 2025 September; 15(09/III): Artikel 05_01.



Mehr lesen Sie auf BDC|Online
(www.bdc.de) unter der
Rubrik Politik.

ist ein Statement von Gianrico Farrugia, **M.D.**, Präsident und **CEO** der Mayo Clinic, Rochester, bemerkenswert: *“...our primary value is the needs of the patient come first...”* [2]. Diese Äußerung entstammt einem Interview anlässlich der Top-1 Platzierung seiner Klinik im U.S. Klinik-Ranking [3]. Die Mayo Clinic nimmt seit 2018 kontinuierlich einen der führenden Ränge unter den nord-amerikanischen Spitzenkliniken ein [4].

Auch wenn es in Deutschland keine vergleichbaren Untersuchungen gibt, erschließt sich zumindest aus der Sicht klinisch tätiger Mediziner:innen geradezu von selbst, dass profunder medizinischer Sachverstand in der obersten Führungsebene eines Krankenhauses zwingend erforderlich ist, und zwar umso mehr, je größer die ökonomischen Implikationen sind. Dabei ist jedoch nicht nur die Positionierung von Mediziner:innen im obersten Leitungsgremium maßgeblich, sondern vor allem auch deren Entscheidungs- und Gestaltungsbefugnisse.

GESETZLICHE REGELUNGEN ZUR LEITUNGSSTRUKTUR IN DEUTSCHEN KRANKENHÄUSERN

Wer in Deutschland ein Krankenhaus leitet ist in § 107 Abs. 2 Sozialgesetzbuch V definiert: *Krankenhäuser im Sinne dieses Gesetzbuches sind Einrichtungen, die... fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen...* [5]. Was juristisch unter „ständiger ärztlicher Leitung“ zu verstehen ist, führen Becker et al. in ihrem Kommentar zur gesetzlichen Krankenversicherung aus: *„...Voraussetzung ist eine auch organisatorische Entscheidungsbefugnis.... dass zunehmend betriebswirtschaftliche Aspekte zu berücksichtigen sind, schließt die ärztliche Gesamtverantwortung nicht aus ...“* [6].

Die Regelung nach § 107 Abs. 2 SGB V ist die einzige bundesweit geltende Vorschrift. Weitere Ausführungen zu den Ausgestaltungen von Leitungsstrukturen eines Krankenhauses ergeben sich aus den jeweiligen Landeskrankenhausgesetzen. In diesen sind die Anforderungen an eine Betriebsleitung festgelegt und in allen Bundesländern

nahezu gleich formuliert. Die Betriebsleitung in somatischen Kliniken besteht in der Regel aus einem klassischen Dreier-Gremium: einer leitenden Ärztin/einem leitenden Arzt, einer leitenden Pflegefachperson und einer Leiterin/einem Leiter des Wirtschafts- und Verwaltungsdienstes. Diese sind gleichrangig zu beteiligen. In psychiatrischen/psychotherapeutischen Kliniken kommt noch eine leitende Psychotherapeutin oder ein leitender Psychotherapeut hinzu [7]. Je nach Trägerschaft kann zudem eine übergeordnete Geschäftsführung bzw. ein Vorstand bestehen, für deren Zusammensetzung es jedoch keinerlei Besetzungsvorgaben gibt.

Analysiert man die Aufgabenprofile von Krankenhausvorständen bzw. -geschäftsführungen in Stellenausschreibungen, so lauten diese im Wesentlichen wie folgt: *Verantwortung für die strategische Ausrichtung, die wirtschaftliche Betriebsführung, die Einhaltung gesetzlicher Vorgaben, die Überwachung des operativen Betriebs sowie die Sicherstellung der Qualität der Versorgung.* Dabei werden vorzugsweise Personen mit einer primär betriebswirtschaftlichen Qualifikation gesucht. Erfolgt die Besetzung mit jemandem ohne medizinischen Hintergrund, wird z. B. die Verantwortung für die Sicherstellung der Qualität der Versorgung an die ärztliche Direktion delegiert. Diese ist aber als Mitglied der Betriebsleitung auf der zweiten Führungsebene angesiedelt und erhält somit, im Gegensatz zu der auf der obersten Ebene angesiedelten nichtmedizinischen Leitung, eine formal „nachrangige“ Rolle und damit einhergehend weniger Entscheidungs- und Gestaltungsbefugnisse.

LEITUNGSSTRUKTUREN IN KRANKENHÄUSERN

Die Abbildung zeigt die grundlegenden Führungsstrukturen in Krankenhäusern der verschiedenen Versorgungskategorien.

In Universitätskliniken wird der Vorsitz des Vorstands und damit die oberste Leitung mit Mediziner:innen besetzt. Nicht-universitäre Maximalversorger und große

Schwerpunktkliniken strukturieren ihre Geschäftsführungen zunehmend mit einer Doppelspitze aus Ökonom:innen und Mediziner:innen. In der Regel übernehmen die Ökonom:innen dabei auch den Vorsitz.

Die klassische Führungsstruktur in den meisten Krankenhäusern ist jedoch eine Geschäftsführung mit alleiniger, vorzugsweise kaufmännischer Leitung und einer nachgeordneten Betriebsleitung, die aus der Geschäftsführung mit Vorsitz sowie der ärztlichen und der pflegerischen Direktion besteht.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass Mediziner:innen in unseren Krankenhäusern ganz überwiegend nur auf der zweiten Leistungsebene in die Führungsstruktur eingebunden sind, obwohl sie laut Gesetz als ständige ärztliche Leitung auch die Gesamtverantwortung für das Krankenhaus tragen [6].

Dieses Ungleichgewicht zwischen ärztlicher Verantwortung einerseits und Entscheidungs- sowie Gestaltungsbefugnis andererseits lässt sich strukturell nur dadurch beheben, dass Mediziner:innen mindestens gleichberechtigt im Vorstand bzw. in der Geschäftsführung vertreten sind.

Auch die neueste Rechtsprechung ändert an dieser Bewertung nichts: Im Zuge der Krankenhausreform vom 05. Dezember 2024 wurde § 107 Abs. 2 SGB V wie folgt ergänzt: *„Krankenhäuser im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, diefachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung, pflegfachlich unter ständiger pflegfachlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem – entsprechende diagnostische, pflegfachliche und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten.“*

Diese, dem Stellenwert der akademisierten Pflege durchaus angemessenen Ergänzungen bedeuten eine strukturelle Aufwertung dieser Berufsgruppe innerhalb der Betriebsleitung. Da der primäre Auftrag eines Krankenhauses jedoch unverändert ein originär

Leitungs- Ebenen	Universitäts- Kliniken	Maximal- und Schwerpunkt- Versorger - innovativ -	Maximal- und Schwerpunkt- Versorger - klassisch -	Schwerpunkt- Grund- u. Regel- Versorger - klassisch -
Vorstand, Geschäftsführung (strategisch)	3-er Gremium Vorsitz: Mediziner:in gemeinsam mit Kffr./m. und L.PFK	2-er Gremium Vorsitz: Kffr./m. gemeinsam mit Mediziner:in	Kffr./m.	Kffr./m.
Betriebs- bzw. Krankenhaus- Leitung (operativ)	Direktorium	Direktorium	3-er Gremium Vorsitz: Kffr./m. (GF) gemeinsam mit Med. und L.PFK	3-er Gremium Vorsitz: Kffr./m. (GF) gemeinsam mit Med. und L.PFK

Med. = Mediziner:in; L.PFK = Ltd. Pflegefachkraft; Kffr./m. = Kauffrau/-mann oder andere Professionen

Abb. 1: Führungsrollen in Krankenhäusern nach Versorgungstufen

medizinischer und kein pflegerischer ist, bleibt das zeitgemäße und sachgerechte Führungsmodell jenes, in dem die oberste Führungsposition in den Händen von Mediziner:innen liegt.

MACHEN ES ANDERE BESSER?

In der Soziologie werden drei klassische Professionen unterschieden: die Jurisdiktion, die Theologie sowie die Medizin [8]. Auch wenn die moderne Professionssoziologie das Konzept der Professionalisierung inzwischen weit über diese drei Fachgebiete hinaus entwickelt hat, haben Organisationen der Jurisdiktion und der Theologie bis heute ein strukturelles Charakteristikum gemeinsam: die fachgleiche Besetzung der Spitzenpositionen in ihren jeweiligen Einrichtungen. In keiner Organisation der Judikative käme man auf die Idee, die oberste Leitungsposition in der Organisationshierarchie fachfremd zu besetzen (aktuelles Beispiel: das Bundesjustizministerium), das gleiche gilt für kirchlichen

Einrichtungen. Im deutschen Gesundheitssystem (aktuelles Beispiel: das Bundesgesundheitsministerium) und insbesondere in unseren Krankenhäusern übernehmen jedoch, bis auf wenige Ausnahmen (Universitätskliniken), regelhaft fachfremde Professionen die Endverantwortung.

Das Konzept der fachgleichen Besetzung der obersten Leitungspositionen in Einrichtungen der Judikative sowie in theologischen Organisationen hat sich offenbar bewährt. Warum sollte diese Erkenntnis nicht auch auf Einrichtungen des Gesundheitswesens und insbesondere auf Krankenhäuser übertragen werden?

Ein Handlungsbedarf besteht allemal, zumal die maßgeblichen Bilanzen der letzten beiden Jahrzehnte im deutschen Gesundheitswesen eher bescheiden ausfallen: wir haben das drittteuerste Gesundheitssystem aller OECD-Staaten [9], laut statistischem Bundesamt das teuerste in Europa [10], sind bei der Ergebnis-Qualität

häufig nur Mittelmaß [9] oder sogar noch schlechter [11] und unsere durchökonomisierten Krankenhäuser sind dabei definitiv ein Teil des Problems.

FAZIT

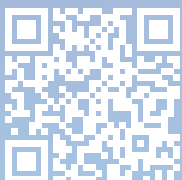
Es wird höchste Zeit, dass Krankenhäuser wieder mehr aus medizinischer Sicht betrachtet und geleitet werden. Gerade die „Qualität der Versorgung“ ist zwingend eine Führungsaufgabe erster Ordnung und nicht auf die zweite Organisationsebene delegierbar. Daher müssen Mediziner:innen in die strukturell-organisatorische Endverantwortung unsere Krankenhäuser, so wie es der gesetzliche Auftrag auch vorsieht: Mediziner:innen leiten das Krankenhaus! Nur so können sie die „Mission“ einer bestmöglichen medizinischen Versorgungsqualität realisieren oder wie es Gianrico Farrugia, Gastroenterologe, Präsident und CEO der Mayo Clinic so trefflich formulierte: „The needs of the patient come first!“

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



Weiterer Comic macht auf fachärztliche Weiterbildung aufmerksam

Olivia Päßler



„Kein Weiter ohne Bildung“ geht in die zweite Runde. Mit einem weiteren Comic sorgt das Kampagnenteam des BDC erneut dafür, auf die Wichtigkeit einer qualitativ hochwertigen und finanziell gesicherten Weiterbildung hinzuweisen.

Dr. Ralf Schmitz und Professor Carsten Krones engagieren sich im BDC-Projekt für die fachärztliche Weiterbildung. Gemeinsam beantworten sie die wichtigsten Fragen zum Follow-up der langfristig angelegten Weiterbildungskampagne.

PASSION CHIRURGIE (PC): Erst Arm ab, jetzt Darm raus – was soll das?

Carsten Krones (CK): Die Kampagne war von Anfang an als Serie gedacht. Mit unserem gelben Protagonisten können wir auf deutliche Art und Weise überspitzt und humorvoll zeigen, was passieren wird, wenn die Politik den ärztlichen Nachwuchs ignoriert. Schon unser erster Clip in Videoformat kam ausgesprochen gut an, sowohl bei den Nachwuchskräften in der Chirurgie als auch bei etablierten Chirurgen und Chirurinnen. Es geht nicht

Päßler O: Weiterer Comic macht auf fachärztliche Weiterbildung aufmerksam. *Passion Chirurgie*. 2025 September; 15(09/III): Artikel 05_02.



Mehr dazu auf BDC|Online unter der Rubrik KAMPAGNE.

» ZUR PERSON



Dr. Ralf Schmitz ist niedergelassener Chirurg im MVZ Chirurgie Kiel. Beim BDC ist er Vorstandsmitglied, Referatsleiter Niedergelassene Chirurgen sowie Mitglied in zwei Themenreferaten.



Professor Dr. Carsten Krones ist Chefarzt der Allgemeinmedizin im Krankenhaus Düren. Beim BDC ist er Vorstandsmitglied und Vorsitzender des Themenreferats Presse- und Öffentlichkeitsarbeit.

um Aufmerksamkeit für teures Geld, sondern um Provokation mit Hintersinn und Witz. Aus unserer Sicht ist das Szenario mit den DIY-Anleitungen nicht unrealistisch, wenn wir die momentane Situation des Fachärztemangels betrachten, und, wie sie sich entwickeln kann.

PC Was genau drückt Comic 2 aus?

Ralf Schmitz (RF): Der Comic-Streifen ist diesmal detaillierter. Im ersten Video stand die Figur noch vorm OP und verzweifelte am Automaten, der die DIY-Anleitung ausdrückte. Im zweiten Comic ist unser gelber Protagonist nun schon einen Schritt weiter: Mutig, da alternativlos, betritt er den OP und sucht sich eine der DIY-Anleitungen heraus. Letztendlich scheitert er aber dann doch beim Versuch, an sich selbst chirurgisch Hand anzulegen. Verständlich! Es ist doch so: In vielen Bereichen finden Patientinnen und Patienten heute schon medizinische Informationen und Anleitungen per Ratgeber und KI aus dem Netz. Das mag in manchen Bereichen gehen. Die Chirurgie ist und bleibt aber ein Fachgebiet, dass Expertinnen und Experten vorbehalten ist und eine fundierte Weiterbildung erfordert!

PC Wohin soll die Kampagne führen?

CK Mit der Kampagne verbunden ist eine Petition auf change.org, für die wir

damit Werbung machen. Ein gut ausgebildeter chirurgischer Nachwuchs sollte alle interessieren! Und die Zahl der Unterschriften und Kommentare auf der Petitionsplattform gibt uns Recht: Nicht nur in der Chirurgie Tätige, sondern Bürgerinnen und Bürger unterstützen uns mit ihrer Unterschrift. Da wir kein Riesenbudget für Plakate vor dem Bundestag, in U-Bahnen und auf Taxis haben, konzentrieren wir uns auf eine Online-Kampagne, die wir über unsere Soziale Netzwerke und unsere Kontakte verbreiten. Um im Bewusstsein zu bleiben, müssen wir aktiv bleiben und zeigen, dass wir mit Herzblut, Sinn für den Nachwuchs und auch Spaß an der Sache bleiben.

PC Wie schätzen Sie den bisherigen Erfolg der Kampagne ein?

RS Erst einmal sind wir zufrieden über die Resonanz. Wir haben knapp 31.500 Unterschriften einsammeln können und positives Feedback aus vielen Richtungen erhalten. Unter den niedergelassenen Chirurginnen und Chirurgen war der Zuspruch enorm. Einige haben die Kampagne aus der Online-Welt in ihre Praxen geholt und mit Plakaten, Flyern und auf Praxis-TV dafür geworben. Fachärztliche Berufsverbände machen Werbung dafür, Ärztekammern liken uns in den Sozialen

Medien, die jungen fachärztlichen Bündnisse mögen und unterstützen uns. Aber stetig ernährt sich das Eichhörnchen: In einer Welt von Reizüberflutung können wir uns nicht ausruhen und müssen weiter kommunizieren. Und wir sind ehrgeizig: Bevor wir die Unterschriften für die Petition an den Bundestag weiterreichen, möchten wir die 50.000-Marke erreicht haben!

PC Wie können BDC-Mitglieder Sie unterstützen?

CK Wer bis heute noch nicht unterschrieben hat, möge dies bitte im Sinne der chirurgischen Weiterbildung tun. Es kommt uns allen zugute, nicht nur für die Zukunft der Chirurgie, sondern auch als zukünftige Patientinnen und Patienten!

RS Redet darüber – als Mandatsträgerinnen, in den Praxen, mit Chefinnen und Chefs und Weiterbildungsassistenten, in den Kammern. Teilt die Links auf euren Social Media Kanälen. Unsere kleinen Geschichten geben genug Gesprächsstoff und Anknüpfungspunkte. Und wem sie nicht gefallen: Redet mit uns – wir haben ein offenes Ohr und sind für Vorschläge offen. Die dritte Idee ist übrigens schon in Planung. ○



© iStock/fokussiert

Ergebnisse der BDC-Umfrage „Bürokratielast in Kliniken“

DER BDC UNTERMAUERT SEINE FORDERUNG NACH BÜROKRATIEABBAU
AN DEN KLINIKEN DURCH EINE MITGLIEDERBEFRAGUNG

Friederike Burgdorf, Claudia Kunze, Benedikt Braun, Doreen Richardt, Hans-Joachim Meyer, Thomas Auhuber



HIER geht's zur ausführlichen Erstveröffentlichung
in DIE CHIRURGIE, veröffentlicht online am
08. August 2025.

AUS DEN ERGEBNISSEN LEITET DER VERBAND KONKRETE FORDERUNGEN UND LÖSUNGSVORSCHLÄGE AB

Bürokratieabbau im chirurgischen Alltag zielt darauf ab, Chirurginnen und Chirurgen wieder mehr Zeit für die Patientenversorgung zu geben und Gesundheitsversorgung insgesamt effizienter zu organisieren.

Die aktuelle Bundesregierung hat sich klar zu diesem Thema bekannt und kündigt in ihrem Koalitionsvertrag „**Verantwortung**

für Deutschland“ ein Bürokratieentlastungsgesetz an. Bereits 2023, in der vergangenen Legislaturperiode, hatte das Bundesministerium für Gesundheit ein „**Eckpunktepapier zum Bürokratieabbau im Gesundheitswesen**“ veröffentlicht. Dies wurde 2024 durch die Stellungnahme „**Abbau überbordender Bürokratie**“ der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung ergänzt. Zu einer Gesetzgebung innerhalb der Legislaturperiode 2021-2025 ist es allerdings nicht gekommen, obwohl auch die **Deutsche Krankenhausgesellschaft**



Korrespondierende Autorin:
Dr. med. Friederike Burgdorf, M. Sc.
 Geschäftsführerin
 Berufsverband der Deutschen Chirurgie
 e.V. (BDC)
 burgdorf@bdc.de



Claudia Kunze
 Presse- & Öffentlichkeitsarbeit
 Berufsverband der Deutschen Chirurgie
 e.V. (BDC)
 kunze@bdc.de

und die **Kassenärztliche Bundesvereinigung** sowie zahlreiche weitere Verbände im Gesundheitswesen mögliche Vorschläge zur Eindämmung der Bürokratielast eingereicht hatten. Umso wichtiger ist es, das Thema in der laufenden Legislaturperiode prioritär anzugehen.

Aufgrund des zunehmenden Fachkräftemangels einerseits und des wachsenden Versorgungsbedarfs einer älter werdenden Gesellschaft andererseits ist es mehr denn je notwendig, Chirurgeninnen und Chirurgen so weit wie möglich von administrativen Tätigkeiten zu entlasten. Damit soll zudem einer übermäßigen Abwanderung von (angehenden) Chirurgeninnen und Chirurgen in andere Fachgebiete oder fachfremde Tätigkeiten entgegengewirkt werden.

Um die aktuelle Situation in den Krankenhäusern transparent zu machen, hat der BDC von Ende November 2024 bis Mitte Februar 2025 alle stationär tätigen Mitglieder zur „Bürokratielast in Krankenhäusern“ befragt. Mit dieser Umfrage will der BDC den Handlungsbedarf ermitteln, auf die chirurgische Perspektive aufmerksam machen und das Thema Bürokratieabbau in der neuen Legislaturperiode öffentlichkeitswirksam voranbringen.

METHODIK

Die Datenerhebung erfolgte als Umfrage anhand eines digitalen Fragebogens mit 29 Fragen. Alle 8.884 stationär tätigen Mitglieder des BDC erhielten die Einladung zur Teilnahme drei Mal per E-Mail. Mehrfachteilnahmen waren technisch nicht möglich.

GUTE TEILNAHMEQUOTE

Insgesamt 1.659 Chirurgeninnen und Chirurgen öffneten die Umfrage. Bezogen auf die angeschriebenen BDC-Mitglieder handelt es sich also um eine Rücklaufquote von 19 %. Der BDC dankt an dieser Stelle allen Mitgliedern, die mit ihrer Teilnahme den Verband unterstützen, seine politische Arbeit fundiert durchführen zu können.

CHARAKTERISTIKA DER TEILNEHMENDEN CHIRURGINNEN UND CHIRURGEN

68 % der Befragten waren männlich, 32 % weiblich. 75 % der Vollzeittätigen waren männlich, 25 % weiblich. 18 % der Befragten waren unter 40 Jahre alt, 25 % waren 40 bis 49-, 39 % 50 bis 60- und 19 % über 60 Jahre alt.

95 % der Teilnehmenden gaben an, aktiv in der Chirurgie tätig zu sein. Entsprechend der Altersverteilung waren 52 % Oberärzte und stellten damit die größte Dienstgruppe im Befragungskollektiv dar, gefolgt von der Gruppe der Chefärzte mit 22 %, der weiteren Fachärzte mit 13 % und der Ärzte in Weiterbildung mit 11 %.

41 % (n=652) der Befragten waren in der Viszeralchirurgie und 29 % (n=459) in der Orthopädie und Unfallchirurgie tätig. Es folgten die Fachgruppen der Allgemeinchirurgie und der Gefäßchirurgie mit 11 % (n=168) und 10 % (n=152) der Befragten.

41 % waren an Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung tätig, 33 % an Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung und nur 17 % waren an Krankenhäusern der Maximalversorgung bzw. 7 % an Universitätskliniken tätig.

81 % gaben an, in Vollzeit und 19 % in Teilzeit tätig zu sein.

BÜROKRATISCHER AUFWAND IN DER CHIRURGIE

Die befragten vollzeittätigen Chirurgeninnen und Chirurgen gaben eine insgesamt sehr hohe Arbeitsbelastung an. 13 % der Befragten antworteten, durchschnittlich insgesamt 40 bis 48 Stunden pro Woche tätig zu sein. Fast die Hälfte (48 %) gab eine Arbeitszeit von 49 bis 59 Stunden pro Woche an und ein Drittel (34 %) von durchschnittlich 60 bis 79 Stunden. 5 % der Teilnehmenden kreuzte an, in der Regel über 80 Stunden pro Woche tätig zu sein.

Burgdorf F, Kunze C, Braun B, Richardt D, Meyer HJ, Auhuber T: Ergebnisse der BDC-Umfrage „Bürokratielast in Kliniken“. *Passion Chirurgie*. 2025 September; 15(09/III): Artikel 05_03.



Ähnliche Artikel finden Sie auf BDC|Online unter der Rubrik Politik | Sektorenübergreifend.



Prof. Dr. med. Benedikt Braun, MBA

Stellv. Leiter der BDC|Akademie
Stellv. Leiter BDC-Themen-Referat
Nachwuchs
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



Prof. Dr. med. habil. Doreen Richardt, LL.M.

BDC-Themen-Referat Familie und
berufliche Perspektiven
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Campus Lübeck
Klinik für Herzchirurgie
doreen.richardt@uksh.de



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

Präsident des Berufsverbandes der
Deutschen Chirurgie e.V. (BDC)
praesident@bdc.de

Bei der Frage nach dem täglichen Zeitaufwand für Verwaltungstätigkeiten und Organisation (z. B. Datenerfassung, Dokumentation, OP-Voranmeldung, Arzt-Briefe, Besprechungen), die über rein ärztliche Tätigkeiten hinausgehen, kreuzten 20 % 1 bis 2 Stunden an, die Mehrheit mit 67 % 3 bis 4 Stunden und 13 % 5 Stunden und mehr.

Dabei waren 36 % der Meinung, dass davon eine Stunde täglich an Verwaltungstätigkeiten und Organisation an nicht medizinisches Personal delegiert werden sollte, die Mehrheit mit 41 % sprach sich für 2 Stunden aus und 20 % für 3 bis 4 Stunden. Lediglich 2 % der Befragten würden mehr als 5 Stunden an Verwaltungstätigkeiten und Organisation delegieren.

Mit 58 % gaben die meisten aller Befragten an, dass im klinischen Alltag häufig Mehrfachangaben identischer Daten erforderlich seien. Demgegenüber fanden nur 12 %, dass dies selten der Fall sei. Beklagt wurde in den Freitextangaben die mangelnde digitale Verknüpfung der unterschiedlichen Eingabemasken.

➔ Lediglich 40 % der Befragten gaben an, bürokratische Arbeit delegieren zu können.

Exkurs: Vergleich der Gruppe der Fachärzte und Ärzte in Weiterbildung mit der Gruppe der weiteren Befragten (i. W. Chefärzte und Oberärzte)

Die Gruppe der Fachärzte und Ärzte in Weiterbildung umfasste insgesamt 378 Teilnehmer. Davon waren 28 % in Teilzeit tätig, gegenüber 19 % in der Gruppe der Oberärzte und Chefärzte. Die Gruppe der Ärzte in Weiterbildung und weiteren Fachärzte gab eine geringfügig niedrigere Arbeitszeit an als die Gruppe der Ober- und Chefärzte. Dies ist auf die vermehrte Teilzeittätigkeit zurückzuführen. Dabei gab die Gruppe der Fachärzte und Ärzte in Weiterbildung, trotz eines höheren Anteils an Teilzeittätigkeit, einen höheren täglichen Zeitaufwand für administrative Tätigkeiten an: 68 % gaben täglich 3 bis 4 Stunden für Administration an (vs. 66 %) und 21 %

geben an, täglich über 5 Stunden mit Administration beschäftigt zu sein (vs. 12 % bei den Chef- und Oberärzten). Dazu passend können nur 23 % der Fachärzte und Ärzte in Weiterbildung administrative Tätigkeiten delegieren, gegenüber 40 % der Ober- und Chefärzte.

Die Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen war bei den Fachärzten und Ärzten in Weiterbildung niedriger ausgeprägt als bei Ober- und Chefärzten: 34 % beurteilten ihre Arbeitsbedingungen als gut und sehr gut gegenüber 39 % bei Ober- und Chefärzten.

Als Beispiele für redundante zu dokumentierende Daten wurden am häufigsten genannt:

- Patientenstammdaten
- Anamnese, Diagnosen, Prozeduren
- Angaben zu Medikamenten

Dieselben Daten sind für unterschiedliche Erfordernisse mehrfach zu dokumentieren:

- Stammbblatt, Anamnesebögen, Patientenakte, Arztbrief
- Chirurgische und anästhesiologische Aufklärung
- Prä-, intra- und postoperative Dokumentation
- Anmeldung zur Diagnostik, zum Tumorboard, Anträge zur Rehabilitation
- Qualitätssicherungsbögen, Krebsregistrierungen, Studienzwecke, Register

ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION

Die Ergebnisse der Umfrage passen in den Kontext weiterer Umfragen zur Bürokratielast in Krankenhäusern (**MB Monitor 2022, Deutsches Krankenhausinstitut (DKI) 2024**).

Kernaussage der Umfrage ist, dass stationär tätige Chirurginnen und Chirurgen, sowohl in Voll- als auch in Teilzeit, nicht nur ein hohes Arbeitspensum bewältigen, sondern auch mit einem besonders hohen Anteil an administrativen Tätigkeiten konfrontiert sind. 67 % der Vollzeitbeschäftigten gaben

in der vorliegenden Umfrage an, 3 bis 4 Stunden für administrative Tätigkeiten täglich gegenüber 57 % der Vollzeitbeschäftigten gemäß MB-Monitor. Der durchschnittliche Anteil für Dokumentationsaufgaben an der Regelarbeitszeit gemäß der Umfrage des DKI entsprach 36 % in Allgemeinkrankenhäusern und lag damit ebenfalls darunter.

Der hohe Anteil administrativer Tätigkeiten resultiert in besonderem Maß aus Mehrfachdokumentationen identischer Daten. 58 % der Befragten gaben an, dass diese häufig oder sehr häufig vorkommen versus 32 % beim MB-Monitor.

Besonders negativ konnotiert waren die Prüfungen des Medizinischen Dienstes, die ebenfalls einen erheblichen Anteil zur administrativen Tätigkeit beitragen (größte Gruppe mit 21 % der Vollzeitbeschäftigten = 5 Stunden pro Monat). Weitere regelmäßige

administrative Aufwände ergaben sich aus der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung und dem internen Qualitätsmanagement.

KRANKENHÄUSER IN DER PFLICHT

Priorisiert werden muss aber auch der Bürokratieabbau in den Krankenhäusern vor Ort. Krankenhausträger müssen unbedingt Sorge dafür tragen, dass die Dokumentationserfordernisse in den eigenen Einrichtungen analysiert und die Dokumente bzw. Eingabemasken soweit wie möglich harmonisiert und vernetzt werden. Umständliche Anmeldeprozesse z. B. zur Bildgebung, Funktionsdiagnostik, Operation, Nachsorge und Rehabilitation sollten im Rahmen eines Prozessmanagements analysiert und verschlankt werden.



Prof. Dr. med. Thomas Auhuber

Leiter BDC-Themen-Referat

„Vergütungssystematik und Leistungsmanagement“

thomas@auhuber.com

Um die Bürokratielast zu senken, empfiehlt der BDC dem Gesetzgeber die Umsetzung folgender Sofortmaßnahmen:

- Vorgaben für die Standardisierung der Dokumentation und die Interoperabilität der Datenverwaltungssysteme über einheitliche Schnittstellen als Voraussetzung für den umfassenden und validen Datenaustausch innerhalb der Kliniken und zwischen unterschiedlichen Einrichtungen
- Vorgaben zur Reduktion von Dokumentationserfordernissen im Sinne der Datensparsamkeit:
 - Verpflichtung der Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung zur Überprüfung aller Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagementmaßnahmen auf ihren Nutzen und Möglichkeiten, Dokumentationsaufwand einzusparen (u. a. Umsetzung des G-BA-Beschlusses über Eckpunkte zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung), Überprüfung der Qualitätsberichte der Krankenhäuser)
 - Verpflichtung der Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung zur Überprüfung aller in der Versorgung häufig verwendeten Formulare im Hinblick auf Vereinfachung und digitale Verwendung
 - Verpflichtung des Medizinischen Dienstes zur Vereinheitlichung von OPS-Strukturprüfungen und Qualitätsprüfungen zu einem gemeinsamen Prüfregime, Einführung eines übersichtlichen Standarddokumentensatzes für die Abrechnungsprüfung, Überarbeitung der Richtlinie „Regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes“ (StrOPS-Richtlinie), u. a. durch Überprüfung der vorgeschriebenen Strukturmerkmale, die Verlängerung der Gültigkeit von Bescheinigungen sowie die Einführung einer zentralen Datenbank.
 - Abschaffung der Doppeldokumentation beim Endoprothesenregister
 - Abschaffung überflüssiger Dokumentation bei der Einleitung einer Anschluss-Rehabilitation

DELEGATION AN NICHT MEDIZINISCHES PERSONAL

Angesichts des hohen Arbeitspensums und der hohen Bürokratielast fordert der BDC Krankenhausträger zudem dringend dazu auf, verstärkt Möglichkeiten für die Delegation bürokratischer Tätigkeiten an nicht-ärztliches Personal zu schaffen. Es erscheint unverständlich, dass nur 40 % der Befragten angaben, bürokratische Tätigkeiten delegieren zu können, obwohl ein hoher Anteil an Verwaltungstätigkeiten als delegierbar an nicht medizinisches Personal eingeschätzt wurde (2 Stunden (41 %), 3-4 Stunden (20 %) täglich bei Vollzeitbeschäftigten). Dies steht in Einklang mit weiteren Erhebungen, die ein hohes Potential prinzipiell delegierbarer Tätigkeiten in der Chirurgie identifizieren konnten und gleichzeitig ein hohes Einsparpotential durch entsprechende Delegation aufzeigen.

DIGITALISIERUNG VORANTREIBEN UND DIGITALE INSTRUMENTE UND PROGRAMME EINSETZEN

Schließlich müssen die Chancen der Digitalisierung endlich genutzt werden. Neben den gesetzlichen Rahmenbedingungen

sind hier wiederum die Krankenhausträger in der Pflicht, intelligente IT-Strukturen vor Ort umzusetzen. Die Tatsache, dass 88 % der Befragten den tatsächlichen Nutzen der Informationstechnik zur Reduktion des Dokumentationsaufwands als eher gering oder gering einschätzten, macht deutlich, dass entscheidende Potenziale leider immer noch ungenutzt bleiben. Dieses frappierende Ergebnis sollte Entscheidungsträgern auf allen Ebenen unbedingt ein Ansporn zu mehr Investitionen in eine angemessene IT-Infrastruktur sein. Dabei sollten die Beteiligten zukünftig unbedingt einbezogen werden (65 % der Befragten gaben an, dass ärztliche Anforderungen bei der Anschaffung neuer Software nicht berücksichtigt wurden).

FAZIT

Chirurginnen und Chirurgen bewältigen ein hohes Arbeitspensum mit einem immensen Anteil administrativer Aufgaben. Die Möglichkeiten der Delegation administrativer Aufgaben an nicht-ärztliches Personal sind bei Weitem nicht ausgeschöpft.

Überflüssige Dokumentation entsteht durch überbordende bürokratische Vorgaben der Normgeber, die teilweise nicht ausreichend aufeinander abgestimmt sind,

aber auch durch Doppeldokumentation im Rahmen ineffizienter Aufbau- und Ablauforganisation in den Krankenhäusern. Die Verantwortlichen vor Ort wie auch die Normgeber sind in der Pflicht, überflüssige Dokumentation abzubauen und die Voraussetzungen für den reibungslosen Datenaustausch zu schaffen.

Erforderlich sind gesetzliche Vorgaben, Infrastrukturförderung sowie Investitionen der lokalen Krankenhausträger. Ein Expertengremium von Akteuren aus der Selbstverwaltung sowie Berufsverbänden und Fachgesellschaften soll das Bundesgesundheitsministerium bei der Entbürokratisierung beraten. Die vorliegenden Konzepte u. a. von der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sind zu berücksichtigen. Schließlich brauchen wir einen Kulturwandel: Bürokratie und Überregulierung müssen abgebaut und das Vertrauen in die Leistungsträger vor Ort gestärkt werden.

Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels bei einer älter werdenden Bevölkerung müssen angehende Chirurginnen und Chirurgen für ihr Fachgebiet begeistert, anstatt überproportional mit bürokratischen Pflichten belastet zu werden. ○



Live-Webinar

Wissenschaftliche Leitung:

Univ.-Prof. Dr. med. Frank Hildebrand
Prof. Dr. med. Christian Herren
Prof. Dr. med. Klemens Horst

Klick!
Jetzt
anmelden!

Orthopädie/Unfallchirurgie

Spezielle Unfallchirurgie Teil II

18. – 19. September 2025



Operation Gesetzgebung – Wird die Krankenhausreform nun praxistauglicher?

Friederike Burgdorf



Dr. med. Friederike Burgdorf

Geschäftsführerin
Berufsverband der Deutschen Chirurgie
e.V. (BDC)
burgdorf@bdc.de

Im Mai trat Nina Warken das Amt der Bundesministerin für Gesundheit an. Seither hat das Ministerium beachtliche sieben Gesetzgebungsverfahren auf den Weg gebracht. Der Erwartungsdruck der Akteure ist hoch. Zum einen geht es um die Partizipation in der Entscheidungsfindung, die in der letzten Legislaturperiode bekanntermaßen in den Hintergrund getreten ist. Zum anderen fielen einige laufende Gesetzgebungsverfahren dem Bruch der Koalition zum Opfer, so wurden Entscheidungen getroffen, die nun teilweise korrigiert werden sollen. Entsprechend wurde am 6. August 2025 der angekündigte Referentenentwurf für ein Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) veröffentlicht. Das erklärte Ziel bestand darin, die Krankenhausreform praxis- und alltagstauglicher zu machen.

AUS SICHT DES BDC BIETET DER REFERENTENENTWURF CHANCEN, BLEIBT ABER HINTER DEN ERWARTUNGEN ZURÜCK.

Durchgesetzt haben sich insbesondere die Länder. Denn sie hatten bis zuletzt die mangelnde Flexibilität bei der Zuweisung von Leistungsgruppen zur Sicherstellung der Grund- und Notfallversorgung kritisiert. Ihre Stimme wurde nun gehört. Gemäß Referentenentwurf sollen zukünftig mehr Ausnahmen von den Qualitätskriterien zu Sicherstellungszwecken möglich sein. Außerdem können Krankenhäuser die

geforderten Leistungen auch in Kooperation mit anderen Häusern erbringen.

Flexibilisiert und gedehnt wurde auch der von Kliniken und Ländern kritisierte Zeitplan. So soll die Einführung der Vorhaltepauschalen um ein Jahr verschoben werden. Das Jahr 2027 soll für alle Krankenhäuser erlösneutral ausgestaltet werden und die volle Finanzwirksamkeit der Vorhaltepauschalen 2030 eintreten. Schließlich sollen Länder nun endlich, zeitnah nach Zuweisung von Leistungsgruppen, Krankenhausindividuelle Auswirkungsanalysen erhalten; ein vom Bund lang versprochenes Planungsinstrument.

Einige weitere Änderungen wurden primär aufgrund der Stellungnahmen ärztlicher Verbände und des neu gegründeten Leistungsgruppenausschusses vorgenommen. Dazu gehört die Rücknahme der Leistungsgruppen Infektiologie, Notfallmedizin, spezielle Kinder- und Jugendchirurgie sowie Kinder- und Jugendmedizin und die Lockerung der Qualitätskriterien für die Onkochirurgie. Zudem kann bei der Leistungsgruppe „Allgemeine Chirurgie“ nun ein Allgemeinchirurg bzw. eine Allgemeinchirurgin durch zwei Chirurg:innen der Fachrichtungen Orthopädie und Unfallchirurgie und Viszeralchirurgie ersetzt werden.

Der BDC begrüßt, dass Ländern und Krankenhäusern nun offenbar mehr Vertrauen

Burgdorf F: Operation Gesetzgebung –
Wird die Krankenhausreform nun praxistauglicher?
Passion Chirurgie. 2025 September;
15(09/QIII): Artikel 05_04.



Mehr zur aktuellen Berufspolitik
finden Sie auf BDC|Online unter
der Rubrik Politik.

entgegengebracht wird, die Ziele der Reform – mehr Konzentration und Spezialisierung und damit Qualitätssteigerung an den Häusern – mit mehr Flexibilität umzusetzen.

Keine Änderung beinhaltet der vorliegende Referentenentwurf in Bezug auf die Anrechenbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten pro Leistungsgruppe. Dies aber ist und bleibt eine Forderung des BDC. Denn die Chirurgie ist – aufgrund der hohen Anzahl

definierter Leistungsgruppen – in besonderem Maße betroffen von der hohen Anzahl vorzuhaltender Fachärztinnen und Fachärzte: Zur Erbringung einer Leistungsgruppe werden jeweils drei Fachärzte der jeweiligen Fachrichtung benötigt; bei speziellen Leistungsgruppen, wie Pankreas- oder Ösophaguschirurgie, schon fünf Fachärzte mit entsprechender Zusatzweiterbildung und in der Transplantationschirurgie sogar sechs bis neun Fachärzte. Auch die Forderung einer Berücksichtigung von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung in der Leistungsgruppensystematik – sprich deren

Finanzierung und notwendige Modelle der Rotation – wurde nicht aufgegriffen.

Beibehalten werden soll auch die fallzahlabhängige Vorhaltevergütung als zentrales Reformelement. Dies beurteilt der BDC auch bei zeitlicher Verschiebung, auch bei zeitlicher Verzögerung, als äußerst kritisch und bleibt bei seiner Forderung einer grundlegenden Überarbeitung der Betriebskostenfinanzierung für Krankenhäuser und übergangsweisen Einführung weiterer Strukturkostenkomponenten, etwa Zuschläge für Notfallstufen, Zentren und

fach kritisierten Regelungen zu Hybrid-DRG wurden nicht revidiert. Dies zeigt, dass die ärztliche und insbesondere die chirurgische Community unbedingt am Ball bleiben muss, um sich das viel versprochene Gehör der neuen Ministerin zu verschaffen. In der jetzigen Form kann der vorliegende Referentenentwurf lediglich einen ersten Schritt zu dem weiter notwendigen echten Anpassungsprozess darstellen. Der BDC wird sich mit verschiedenen Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen für die Interessen der Chirurginnen und Chirurgen stark machen. ○

”

DIE KRANKENHAUSREFORM IST VON BESONDERER RELEVANZ FÜR DEN CHIRURGISCHEN ALLTAG. WIR NEHMEN ALLE GELEGENHEITEN WAHR, UM MIT DEM BUNDESGESUNDHEITSMINISTERIUM OFFENE PUNKTE UND MASSNAHMEN, DIE AUS CHIRURGISCHER SICHT IN DIE FALSCHER RICHTUNG GEHEN, ZU DISKUTIEREN UND GEGEBENENFALLS ZU KORRIGIEREN. EINE ERSTE STELLUNGNAHME VONSEITEN BDC ZUM KRANKENHAUSREFORMANPASSUNGSGESETZ IST BEREITS AN DAS BUNDESGESUNDHEITSMINISTERIUM GEGANGEN.“

Friederike Burgdorf

insbesondere auch für die Weiterbildung.

Resümieren lässt sich, dass die Reform der Reform einige wesentliche Forderungen der Länder und Krankenhäuser zum Zeitplan und zu Ausnahmen umsetzt. Tiefgreifende systematische Veränderungen sind bislang jedoch ausgeblieben. So findet die Weiterbildung und deren Finanzierung wie oben erwähnt keine weitergehende Berücksichtigung und auch die viel-

Weitere laufende Gesetzesvorhaben finden Sie [HIER](#):

www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen.html

Relevanz für die Chirurgie haben insbesondere:

- **Drittes Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes – Novellierung der Regelungen zur Lebendorganspende und weitere Änderungen**
- **Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege**
- **Gesetz zur Beschleunigung der Anerkennungsverfahren ausländischer Berufsqualifikationen in Heilberufen**



DCK 2026

Gemeinsam lernen und heilen

143. Deutscher Chirurgie Kongress
14. – 16. April 2026, DCK.digital
22. – 24. April 2026, CCL Leipzig



**PASSION, PRÄZISION
UND PERSONALISIERUNG**

**JETZT ABSTRACT
EINREICHEN!**
dck2026.de/abstracts/



www.dck2026.de



Kommentar des Generalsekretärs

AUS DER
DGCH



Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)
DGCH-Präsident 2019-20
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

KRANKENHAUSANPASSUNGS-GESETZ (KHAG)

Der neue Entwurf des Krankenhausanpassungsgesetzes (KHAG) verändert die Krankenhausreform in zentralen Punkten und rückt den ursprünglichen Anspruch einer verbindlichen Qualitätssteigerung deutlich in den Hintergrund. Offiziell soll die Reform „praxistauglicher“ und leichter umsetzbar werden, tatsächlich aber erhalten die Länder erheblich mehr Spielraum, um von den im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) festgelegten Standards abzuweichen. Künftig dürfen Leistungsgruppen auch dann zugewiesen werden, wenn die geforderten Qualitätskriterien – etwa bestimmte Facharztzahlen oder technische Ausstattung – nicht erfüllt sind, sofern dies für die flächendeckende Versorgung „zwingend erforderlich“ ist. Diese Ausnahmen können bis zu sechs Jahre gelten, und für Kliniken mit Sicherstellungszuschlägen sogar unbefristet. Damit werden politische und regionale Interessen gestärkt, während die ursprünglich geplante Konzentration von Leistungen in spezialisierten Zentren an Verbindlichkeit verliert.

Auch bei den zeitlichen Vorgaben rückt der Entwurf von den ursprünglichen Plänen ab. Sowohl die Zuteilung der Leistungsgruppen durch die Länder als auch die Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst werden um bis zu ein Jahr verschoben. Die Einführung der Vorhaltefinanzierung, die Krankenhäuser planbarer finanzieren soll, beginnt nun erst 2028 und entfaltet ihre volle Wirkung erst 2030. Zwar wird die erste Evaluation der Reform auf

2027 vorgezogen, doch wird sie angesichts der langen Übergangsfristen nur begrenzte Aussagekraft besitzen.

Finanziell bringt das KHAG einige Entlastungen und neue Strukturen. Der Bund beteiligt sich nun mit jährlich 2,5 Milliarden Euro am Transformationsfonds, der Kliniken bei der Umstrukturierung unterstützen soll – ursprünglich sollten die GKV-Beitragszahler allein dafür aufkommen. Zudem wird die Mindestreserve des Gesundheitsfonds von 20 auf 22,5 Prozent erhöht, um die Liquidität abzusichern. Vorgaben, die Krankenhäuser bei Förderanträgen zur Prüfung ihres Insolvenzrisikos durch Wirtschaftsprüfer verpflichten, entfallen, was den Kliniken rund drei Millionen Euro jährlich an Bürokratiekosten erspart.

Auch die Leistungsgruppen selbst werden angepasst: Statt 65 sind künftig nur noch 61 Gruppen vorgesehen, und bei mehreren Fachgebieten werden die personellen und organisatorischen Anforderungen gelockert. So sinkt etwa die vorgeschriebene Endoskopie-Vorhaltezeit in der Inneren Medizin, und die Pflicht zur Vorhaltung eines Blutdepots entfällt in der speziellen Traumatologie. Solche Änderungen erhöhen die Flexibilität der Kliniken, bergen jedoch das Risiko einer schleichenden Qualitätsabsenkung.

Insgesamt wirkt der Gesetzentwurf wie eine politische Kompromisslösung, die die Reformziele zwar formal beibehält, sie aber durch großzügige Ausnahmen, verlängerte Übergangsfristen und weichere Standards stark abschwächt. Während finanzielle Entlastungen und weniger Bürokratie durchaus positiv zu bewerten sind, droht der Kern der Reform – eine klar strukturierte und qualitativ verbesserte

Tabelle 1: Übersicht mit klarer Gewinner–Verlierer-Markierung anhand der Änderungen vom ursprünglichen KHVVG zum jetzigen KHAG:

Akteur	Änderungen im KHAG	Einschätzung
Bundesländer	Mehr Ausnahmen bei Qualitätskriterien, längere Fristen, Streichung von Erreichbarkeitsvorgaben, größerer Ermessensspielraum bei Zuweisung der Leistungsgruppen	Klare Gewinner – erhalten mehr Macht und Einfluss auf Umsetzung, können regionale Interessen stärker berücksichtigen
Kleinere Krankenhäuser	Können trotz Nichterfüllung von Qualitätskriterien weiter Leistungen erbringen; längere Übergangsfristen; Wegfall strenger Erreichbarkeits- und Mindestmengenregeln	Gewinner – mehr Bestandssicherheit, geringerer Druck zur Spezialisierung oder Schließung
NRW	Sonderregelung: Landeskrankenhausplan gilt bis Ende 2030 unverändert	Gewinner – kein Anpassungsdruck in den nächsten Jahren
Krankenhäuser allgemein	Lockerungen bei Facharztstunden, Endoskopiezeiten, Blutdepotpflicht; Bürokratieabbau; Bundesmittel im Transformationsfonds	Gewinner – flexiblere Personalplanung, finanzielle Entlastung, weniger Verwaltungsaufwand
Patient:innen in ländlichen Regionen	Sicherung wohnortnaher Versorgung (?) durch Ausnahmen und längere Fristen	Teils Gewinner, teils Verlierer – kurze Wege bleiben erhalten, aber Gefahr geringerer Behandlungsqualität
Qualitäts- und Strukturformziele	Ursprünglich geplante Zentralisierung und Spezialisierung wird durch Ausnahmen, Flexibilisierung und Verzögerungen abgeschwächt	Klare Verlierer – Qualitätsverbesserung tritt in den Hintergrund
Patient:innen mit komplexen oder seltenen Erkrankungen	Lockerung bei onkologischen Mindestmengen und Spezialisierungsanforderungen	Verlierer – erhöhtes Risiko, dass Behandlungen nicht in erfahrensten Zentren erfolgen
GKV-Beitragszahler	Bund beteiligt sich nun am Transformationsfonds; höhere Mindestreserve Gesundheitsfonds	Teils Gewinner – weniger direkte Belastung, aber keine grundsätzliche Kostendämpfung
Krankenhausplanung auf Bundesebene	Weniger verbindliche Vorgaben, mehr föderale Ausnahmen	Verlierer – geringere Steuerungsfähigkeit, ungleichmäßige Umsetzung zwischen den Ländern

Krankenhauslandschaft – durch den wachsenden Einfluss der Länder und die Aufweichung verbindlicher Kriterien verwässert zu werden.

Zur Kommentierung aufgefordert, werden wir diese kritischen Punkte zur Sprache bringen.

Die Reaktionen auf das Krankenhausanpassungsgesetz (KHAG) zeigen eine klare Frontlinie zwischen Befürwortern und Kritikern. Auf der einen Seite begrüßen Ländervertreter, kommunale Spitzenverbände und Teile der Krankenhauslandschaft die im Vergleich zum ursprünglichen Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) deutlich erweiterten Ausnahmeregelungen, verlängerten Übergangsfristen und den größeren politischen Gestaltungsspielraum vor Ort. Sie sehen darin eine notwendige Korrektur, um insbesondere kleinere und ländliche Standorte zu sichern, Personalengpässe realistisch zu berücksichtigen und die Reform in geordneten Schritten

umzusetzen. Aus ihrer Sicht verhindern die Änderungen einen überhasteten Strukturwandel, der andernfalls zur Schließung zahlreicher Häuser und zu Versorgungsengpässen geführt hätte.

Auf der anderen Seite äußern medizinische Fachgesellschaften, wie auch die DGCH, Patientenvertreter und Qualitätsexperten deutliche Bedenken. Sie kritisieren, dass zentrale Elemente der ursprünglichen Reform – etwa verbindliche Qualitätskriterien, Mindestmengenregelungen und klare Erreichbarkeitsvorgaben – nun aufgeweicht oder ganz gestrichen wurden. Insbesondere onkologische Fachverbände und Vertreter seltener Erkrankungen warnen, dass künftig mehr komplexe Operationen in Kliniken mit geringer Fallzahl durchgeführt werden, was das Risiko für Patienten erhöhen könnte. Zudem sehen Kritiker in der Stärkung der Länderkompetenzen die Gefahr einer politisch motivierten, uneinheitlichen Krankenhausplanung, die langfristig zu einem Flickenteppich in der Versorgungsqualität führt.

Insgesamt spiegelt das KHAG einen typischen politischen Kompromiss wider: Es stabilisiert kurzfristig viele bestehende Strukturen, verschiebt notwendige Qualitätsverbesserungen jedoch in die Zukunft. Damit ist zwar der akute Reformdruck für zahlreiche Krankenhäuser genommen, zugleich steigt jedoch das Risiko, dass die angestrebte Spezialisierung und Qualitätssteigerung im Versorgungsalltag verwässert – und die eigentlichen Ziele der Krankenhausreform in den Hintergrund treten.

Unbeantwortet bleibt die Frage der Reform der Weiterbildung. Im Kontext des KHAG und seiner Abschwächungen gegenüber dem ursprünglichen KHVVG sind die Regelungen zur chirurgischen Weiterbildung ein besonders sensibler Punkt – und zwar aus mehreren Gründen: Die Qualität der Facharztausbildung in der Chirurgie hängt in hohem Maße von der Zahl und der Komplexität der durchgeführten Eingriffe ab. Gerade bei operativen Disziplinen gilt: Routine entsteht nur durch wiederholtes, eigenständiges Operieren unter Supervision in einem Umfeld, das eine ausreichende Fallzahl und ein breites Spektrum bietet. Mit der Lockerung von Mindestmengen und Spezialisierungsvorgaben im KHAG droht jedoch eine stärkere Verteilung komplexer Fälle auf viele kleinere Standorte. Das kann zwar die wohnortnahe Versorgung sichern, führt aber zwangsläufig dazu, dass an einzelnen Kliniken weniger Erfahrungen pro Assistenzarzt gesammelt werden können, zumal komplexe Fälle in der Regel in kleinen Häusern nicht vom Weiterbildungsassistenten operiert werden.

Während das ursprüngliche KHVVG auf eine klare Bündelung anspruchsvoller Eingriffe in spezialisierten Zentren setzte – was die Ausbildung an diesen Standorten verdichtet und strukturiert hätte –, öffnet das KHAG nun den Spielraum für eine größere Zahl an Krankenhäusern, diese Leistungen anzubieten. Befürworter sehen darin einen Vorteil für kleinere Häuser, die so ihre Weiterbildungsbefugnisse behalten und Nachwuchs anziehen können. Kritiker befürchten jedoch, dass dies zu einer „breiten, aber dünnen“ Ausbildung führt: Mehr Standorte bilden zwar aus,

aber mit geringerer Eingriffszahl pro Weiterbildungsassistent und damit schwächerer praktischer Prägung.

Die langfristigen Folgen für die chirurgische Versorgung sind erheblich. Fachliche Defizite in der Ausbildung wirken sich nicht sofort, sondern mit einer Verzögerung von mehreren Jahren aus, wenn die heute ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte eigenständig operieren. Wird in der Ausbildungsphase zu wenig geübt oder fehlt die systematische Exposition gegenüber komplexen OP-Situationen, wird dies zu einer Abnahme der operativen Sicherheit führen – und damit zu einer Einschränkung der Patientensicherheit.

KHAG UND WEITERBILDUNG

Das KHAG ist daher aus Sicht der chirurgischen Weiterbildung ein zweischneidiges Schwert: Es stabilisiert kurzfristig die Ausbildungskapazitäten an einer Vielzahl von Kliniken, schwächt aber zugleich jene strukturellen Anreize, die notwendig wären, um Ausbildungsqualität langfristig auf ein hohes Niveau zu bringen. Zwischen dem politischen Ziel, Versorgungsstrukturen wohnortnah zu erhalten, und der fachlichen Notwendigkeit, operative Kompetenz in spezialisierten Zentren zu bündeln, entsteht so eine Spannung, die nicht ohne Auswirkungen auf die nächste Generation von Chirurgeninnen und Chirurgen bleiben wird.

VERBUNDWEITERBILDUNG

Auch fehlen in der jetzigen Gesetzesvorlage dringend benötigte Regelungen für eine Verbundweiterbildung, die eine Einbeziehung der Weiterbildung in die Ambulantisierungsbestrebungen erforderlich machen. Für eine Verbundweiterbildung greifen gesetzliche und standesrechtliche Grundlagen ineinander und müssen teils ergänzt oder präzisiert werden.

Auf Bundesebene bildet das Sozialgesetzbuch V die wichtigste Basis. § 75a SGB V regelt bereits die Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in Verbünden und dient als Vorbild für andere Fachrichtungen. § 95 SGB V enthält die

Bestimmungen zur Zulassung und Ermächtigung im vertragsärztlichen Bereich und ist relevant, wenn Weiterbildungsabschnitte in Praxen oder Medizinischen Versorgungszentren stattfinden. Die §§ 135 und 136 ff. SGB V schaffen den Rahmen für Qualitätssicherung und ermöglichen es, verbindliche Mindeststandards für Weiterbildungsabschnitte in ambulanten und stationären Strukturen zu definieren.

Das Landesrecht ergänzt diese bundesrechtlichen Vorgaben durch die Heilberufsgesetze der einzelnen Bundesländer. Sie ermächtigen die Landesärztekammern, Weiterbildungsordnungen zu erlassen und die Anerkennung von Weiterbildungsverbünden zu regeln. Eine zentrale Rolle spielen die Befugnisverordnungen, die es mehreren Einrichtungen ermöglichen, gemeinsam eine Weiterbildungsbefugnis zu erhalten, und festlegen, welche strukturellen, personellen und dokumentarischen Anforderungen dafür erfüllt sein müssen.

Auf standesrechtlicher Ebene gibt die Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer den überregionalen Rahmen für Inhalte, Dauer und Rotationsmöglichkeiten vor. Die Landesärztekammern übertragen diese Vorgaben in ihre eigenen Weiterbildungsordnungen, die konkret festlegen, wie Rotationen innerhalb eines Verbunds anerkannt werden. Ergänzend regeln Weiterbildungsrichtlinien die Verfahren zur Dokumentation, Logbuchführung, Evaluation und Anerkennung von Abschnitten, während Befugnisordnungen festschreiben, wie mehrere Einrichtungen gemeinsam als Weiterbildungsverbund agieren können.

Damit eine Verbundweiterbildung praktisch umgesetzt werden kann, sind zudem arbeits- und vertragsrechtliche Grundlagen erforderlich. Tarifverträge oder Kooperationsverträge zwischen Kliniken, Praxen und MVZ müssen Fragen der Vergütung, Sozialversicherung, Haftung und Urlaubsansprüche klären. Nicht zuletzt ist die finanzielle Absicherung durch Fördervereinbarungen wichtig, wie sie etwa § 75a SGB V für die Allgemeinmedizin vorsieht, um den beteiligten Einrichtungen Planungssicherheit zu geben und die Qualität der Weiterbildung dauerhaft zu sichern.

WENN DIE KI EINEN FEHLER MACHT.

Der zunehmende Einsatz von KI auch im medizinischen Bereich lässt die Frage der Haftung aufkommen, wenn die KI Fehler macht.

Wenn eine KI eine Entscheidung trifft, haftet rechtlich nicht die KI selbst, da sie keine eigene Rechtspersönlichkeit besitzt. Verantwortlich sind vielmehr die Menschen oder Organisationen, die an Entwicklung, Einsatz oder Überwachung der KI beteiligt sind. Wird die KI nur als Werkzeug eingesetzt und die finale Entscheidung von einem Menschen getroffen, liegt die Haftung in der Regel bei dieser Person oder ihrem Arbeitgeber. Trifft die KI die Entscheidung vollständig automatisiert, können sowohl der Hersteller als auch der Betreiber in der Verantwortung stehen. Der Hersteller haftet, wenn ein Konstruktions-, Programmier- oder Trainingsfehler vorliegt, während der Betreiber haftet, wenn er die KI falsch konfiguriert, unsachgemäß einsetzt oder nicht ausreichend überwacht. In sensiblen Bereichen wie der Medizin gelten besonders strenge Vorschriften, die durch den EU-KI-Act weiter verschärft werden. Ziel ist es, sicherzustellen, dass jede KI-Entscheidung nachvollziehbar bleibt und im Schadensfall klar ist, wer die rechtliche Verantwortung trägt.

Betreiber müssen dokumentieren, wie Entscheidungen zustande kommen, und Notfallmechanismen bereitstellen. Fehlerhafte oder nicht dokumentierte Entscheidungen können schnell zu Haftungsansprüchen führen. Stand heute (2025) kann eine KI weder verklagt noch strafrechtlich belangt werden, weil sie keine Rechtspersönlichkeit hat. Es wird aber diskutiert, ob es künftig eine „elektronische Person“ geben könnte – derzeit jedoch reine Theorie.

Wir kümmern uns in zahlreichen Gremien um all diese Fragen und versuchen, der Chirurgie eine kräftige Stimme zu geben. Wir bleiben beschäftigt.

Ihr
Thomas Schmitz-Rixen



SEHR PERSÖNLICH NACHGEFRAGT BEI JOHANNES ZELLER

Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?

Vielfältigkeit der Plastischen Chirurgie; das Geschenk, in der Handchirurgie den Menschen unmittelbar zu helfen; Grundlagenforschung auf hohem Niveau; Wissen tradieren.

Welchen klinischen Schwerpunkt haben Sie?

Interesse an rekonstruktiver-, Lymph- und Handchirurgie.

Welche Publikation der letzten zwei Jahre halten Sie für einen Game Changer in Ihrem Fach?

„Regeneration of the entire human epidermis using transgenic stem cells“ T Hirsch et al. und „Rewiring the Brain: The Next Frontier in Supermicrosurgery“ Q Xie et al.

Welches Buch liegt auf Ihrem Nachttisch?

Die kürzeste Geschichte Deutschlands von James Hawes.

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

Daydream – Gunter Kallmann choir oder Bakerman von Laid Back.

Was war für Ihr berufliches Fortkommen besonders hilfreich?

Mein Forschungsaufenthalt am Baker Heart and Diabetes Institute, Melbourne, bei Prof. Karlheinz Peter.

Was war Ihre größte Inspiration?

Meine Großmutter mütterlicherseits, Prof. Karlheinz Peter und Prof. Steffen Eisenhardt.

Welches Forschungsthema bearbeiten Sie?

Das C-reaktive Protein als Schlüsselmolekül in der Immunreaktion des angeborenen Immunsystems, Aktivierungsmechanismen und mögliche targeted therapy.

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

Ein mikrochirurgisches Skills Lab für Studierende.

Welche persönlichen Visionen möchten Sie gerne umsetzen?

Meine Leidenschaft für experimentelle Forschung ansteckend machen.

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

Mir erscheint die persönliche Wertschätzung sehr wichtig.

Wann platzt Ihnen der Kragen?

Bei intrigantem Verhalten, Ungerechtigkeit und Nepotismus.

Wie gehen Sie mit Frustrationen um?

Im Zweifelsfall höre ich Musik und lese Wikipedia-Artikel.

Ihr wichtigstes Hobby?

Fotografie in der Natur, am liebsten kombiniert mit einer Wanderung.

Wo werden Sie schwach?

Ich habe eine Schwäche für die Kleinigkeiten im Leben. Die ersten Blüten der Kirschbäume, eine Nachricht eines geliebten Menschen, Nichtigkeiten, die mein Leben besonders machen.

Was bringt Sie zum Lachen?

Gemeinsame Momente mit geliebten Menschen, Absurditäten im Alltag und Schlafentzug.

Was gehört für Sie zu einem gelungenen Tag?

Ein wertvoller Moment in der Natur, eine schöne Begegnung mit einem besonderen Menschen und ein kleines Erfolgserlebnis, das mich positiv bestärkt.

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

Hier suche ich das persönliche Gespräch, um die Gründe zu verstehen/nach Verbesserungsmöglichkeiten zu suchen.

Muss eine Chirurgin/ein Chirurg Optimismus ausstrahlen?

Ja, aber nicht bedingungslos. Ernste Momente und eine realistische Sicht zu vermitteln, gehört ebenso zu den Aufgaben einer Chirurgin/eines Chirurgen.

Dr. med. Johannes Zeller

Assistenzarzt für Plastische Chirurgie, Klinik für Plastische und Handchirurgie Freiburg;

ledig;

DGPRÄC Wissenschaftspreisträger 2024, von Langenbeck-Preisträger 2025;

Wissenschaftlicher Leiter Freiburg Intravital Imaging Facility;

Leiter Lymphchirurgie; Forschungsschwerpunkt: C-reaktives Protein als Schlüsselmolekül der akuten Inflammation und Ziel anti-inflammatorischer targeted therapy

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



„Bedeutende, aber (fast) vergessene Chirurg:innen“

Prof. Dr. med. Norbert Grzywa (1891–1942) – Teil 1

Michael Sachs, Francesco-Mariano Bruno

DAS LEBEN UND DER TRAGISCHE TOD EINES CHIRURGEN IN DER DAMALIGEN KOLONIE „NIEDERLÄNDISCH-INDIEN“ (HEUTE INDONESIEN)

Wir wollen uns heute mit einem weiteren heute vergessenen, österreichischen Chirurgen beschäftigen, der sich aber durch seine Arbeit in den holländischen Kolonien im heutigen Indonesien verdient gemacht hat. In Teil 2 im Dezember soll sein tragisches Sterben bei einem Schiffsuntergang als Zivilinternierter auf dem holländischen Dampfer „van Imhoff“ während des II. Weltkrieges dargestellt werden.

FAMILIE

Norbert Grzywa wurde am 06. Juni 1891 in Lemberg geboren, das seinerzeit Haupt- und Residenzstadt des österreichischen Kronlandes „Königreich Galizien und Lodomerien“ (heute Lwiw/Ukraine) war. Er war österreichischer Staatsbürger, seine Muttersprache war deutsch, und er gehörte der römisch-katholischen Konfession an. Norbert war Sohn des k. k. (kaiserlich-königlich) Gendarmerie-Offiziers Emil Otmar Grzywa und seiner Ehefrau Luise geb. Siegl. Sein Vater war zur Zeit der Geburt seines Sohnes für einige Jahre nach Lemberg versetzt worden. 1900 wird sein Vater Emil Grzywa als Rittmeister und Adjutant des Gendarmerie-Inspektors in Wien



Prof. Dr. med. Michael Sachs

Chirurg und Medizinhistoriker
Komm. Leiter des Dr.
Senckenbergischen
Instituts für Geschichte und Ethik der
Medizin
Goethe-Universität Frankfurt am Main
Paul-Ehrlich-Str. 20-22
60590 Frankfurt am Main

Francesco-Mariano Bruno

Wissenschaftlicher Mitarbeiter
Instituts für Geschichte und Ethik der
Medizin

erwähnt [1]. 1913 wird er in Wien als Oberst und Landes-Gendarmerie-Kommandant für Niederösterreich bezeichnet [2].

AUS- UND WEITERBILDUNG

Am 7. Juli 1911 absolvierte Norbert Grzywa seine Matura am k. k. Staatsgymnasium im VIII. Wiener Bezirk, wo seine Familie in der Zeltgasse 12 wohnte. Im darauffolgenden Wintersemester 1911/12 begann er sein Medizinstudium an der k. k. Universität Wien. Das erste Rigorosum legte er am 20. März 1914 ab. Vom Wintersemester 1914/15 bis zum Sommersemester 1918 musste er sein Studium unterbrechen, da er zur k. k. Armee eingezogen wurde. Dort diente er vom 1. Juli 1914 bis zum 30. November 1918, zuletzt als Leutnant. Nur im Sommersemester 1916 durfte er vorübergehend wieder studieren. Im März und Mai 1919 legte er schließlich das zweite bzw. dritte Rigorosum in Wien ab und promovierte schließlich am 26. Mai 1919. Während seines Studiums erhielt er ein „militärärztliches Stipendium“ (1.000 Kronen) vom k. k. Landesverteidigungsministerium. Sein Vater starb 1913 oder 1914 als Witwer verstorben, denn als Vormund wird im 6. Semester (wohl Sommersemester 1914) ein Kollege seines Vaters genannt: k. k. Gendarmerie-Oberstleutnant Adolf Staromiejski im Landesverteidigungsministerium. Als Wohnung des Studierenden wird im 7. Semester die „Klinik

Hochenegg“ (d. h. die II. Chirurgische Universitätsklinik zu Wien) angegeben, der Vater als verstorben bezeichnet und kein Vormund mehr angegeben. Ab dem achten Semester wohnt Norbert Grzywa in Wiener Bezirk XIX in der Schätzgasse 3.

Nach Abschluss des Medizinstudiums wurde er Assistent (einmal bezeichnet er sich als „Demonstrator“) an der II. Chirurgischen Universitätsklinik (Vorstand: Prof. Dr. med. Julius v. Hochenegg [1859-1940]). Am 17. Juni 1921 hielt er einen Vortrag über einen Riss der peripheren Bizepssehne vor der „Gesellschaft der Ärzte in Wien“ [3].

MILITÄRCHIRURG IN NIEDERLÄNDISCH-INDIEN (INDONESIEN)

Am 24. August 1921 trat er als „Offizier van Gezondheid der 2. Klasse“ (Gesundheitsoffizier II. Klasse) in die „Koninklijk Nederlandsch-Indisch Leger“ (Königliche Niederländisch-Indische Armee) ein und wurde zunächst der Kolonial-Reserve zugeteilt. Zahlreiche deutsche und österreichische Ärzte gingen nach dem Ende des I. Weltkrieges wegen der schlechten wirtschaftlichen Verhältnisse in niederländische Kolonialdienste. Die Holländer suchten damals Ärzte für ihre Kolonien, die unter 40 Jahre alt waren. Von diesen ausländischen Ärzten verlangte man damals

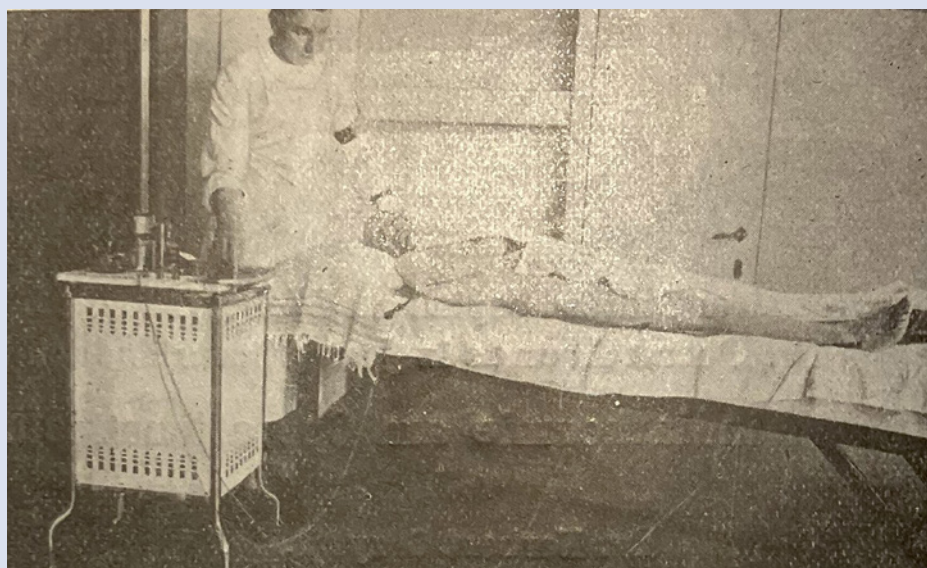


Abb. 1: Prof. Grzywa. Reproduktion einer Abbildung aus seiner 1922 erschienen Publikation über eine elektrische Apparatur zur perioperativen Erwärmung des Patienten als Schutz vor Auskühlung insbesondere bei Laparotomien.

zunächst das Absolvieren eines tropenmedizinischen Kursus am Tropeninstitut in Amsterdam. Dies berichtet der später international bekannt gewordene Malariaforscher Dr. med. Ernst Rodenwaldt (1878-1965), der 1921-1934 als ziviler Arzt in Niederländisch-Indien tätig gewesen war.

Ein halbes Jahr später, am 14. Januar 1922, reiste Grzywa mit dem Dampfschiff „Konigin der Nederlanden“ von Genua nach Niederländisch-Indien. Nach dreiwöchiger Schiffsreise (also durch den Suezkanal) kam er am 06. Februar 1922 in der Hauptstadt Batavia (heute Jakarta) im damaligen Niederländisch-Indien (heute Indonesien) an.

Er wurde 1922 zunächst als Gesundheitsoffizier II. Klasse im Militärhospital zu Weltevreden (Abb. 2) in Java (Kommandant: Oberst Dr. Arends) eingesetzt. Bereits ein Jahr später wird er als Leiter der dortigen orthopädischen Abteilung erwähnt.

Grzywa heiratete am 07. Juli 1923 in Batavia Dr. med. Amelie Marie Caroline Rahm geb. Götz (geb. 31.01.1894 in Fürth/Königreich Bayern). Sie bezeichnete sich selbst als „Preußin evangelischer Konfession“ und war die Tochter des Photographen Heinrich Götz und seiner Ehefrau Pauline Charlotte Götz geb. Petzoldt. Ihr Vater Heinrich Götz war seit etwa 1900 in Breslau als Photograph tätig. Mehrere hundert seiner Aufnahmen wurden u. a. in einem aufwendigen Bildband über Schlesien (publiziert 1913) reproduziert. Dr. Amelie Götz war in erster Ehe mit dem Assistenten der chirurgischen Universitätsklinik Breslau Hans (Johannes) Rahm (1891-1945) verheiratet. Unklar ist bisher, wo sich die beiden Eheleute Götz-Grzywa, die aus unterschiedlichen Regionen (Lemberg-Wien bzw. Fürth-Breslau) stammten, kennengelernt hatten.

Amalie Götz besuchte das Realgymnasium Viktoriaschule in Breslau (Reifeprüfung 1912 ebd.) und absolvierte ihr Medizinstudium von 1912 bis 1917 an der Universität Breslau. Die Approbation erhielt sie 1918. Im selben Jahr erfolgte ihre Promotion 1918 ebenfalls an der Universität Breslau mit einer Dissertationsarbeit aus der Chirurgischen Universitätsklinik, wo sie offensichtlichen

ihren ersten Ehemann kennengelernt hatte, der 1916 auch an dieser Klinik promovierte. Wie sie ihren zweiten Ehemann (Grzywa) kennenlernte, der in Wien und dann in Niederländisch-Indien tätig war, ist noch unklar. Ein Namensträger Grzywa ist in den Breslauer Adressbüchern nicht nachweisbar.

1925 und 1926 war Grzywa in einem Militärkrankenhaus in Batavia tätig, wo er zahlreiche Arthrotomien am Kniegelenk vornahm. 1929 erfolgte seine Beförderung zum „Officier van gezondheid der 1. Klasse“. 1929 war er wieder in Java tätig. 1930 war

er als Chirurg in Koetaradja (heute: Kotaraja) auf Sumatra tätig. 1932 wurde er an das Militärhospital in Padang (Sumatra) versetzt, 1933 dann in das Militärhospital in Magelang (Java), wo er auch noch 1933 und 1935 nachweislich als Chirurg tätig war (Abb. 3). Sein Chef war seinerzeit ein Leitender Gesundheitsoffizier namens Eskes („Chef: Dir. Off. V. Gez.“).

Am 11. November 1936 erhielt er eine Auszeichnung für seine langjährige Tätigkeit als Gesundheitsoffizier in der Niederländischen Kolonialarmee. Vermutlich ist er



Abb. 2: Außenansicht des Militär-Hospitals in Weltevreden, ein bevorzugt von Europäern bewohnter Vorort der Hauptstadt Batavia auf Java, Niederländisch-Indien (heute Jakarta/Indonesien). Hier war Dr. Grzywa in Anfang der 1920er Jahre als Chirurg und Orthopäde tätig [Postkarte um 1935].



Abb. 3: Das Militär-Hospital in Magelang (Java), wo Dr. Grzywa in Anfang der 1930er Jahre als Chirurg und Orthopäde tätig gewesen war [Postkarte um 1935].

damals pensioniert worden, denn danach finden sich in seinen Militärakten keine Einträge mehr.

1941 wird er von Zeitzeugen ausdrücklich als „Professor“ bezeichnet, wobei noch unklar ist, an welcher Hochschule er diesen Titel erworben haben könnte. Möglicherweise an der Medizinische Hochschule im späteren Jakarta („Geneeskundige Hoogeschool te Batavia“), die von 1927 bis 1942 bestand und auch das Recht zur Promotionsrecht hatte. Der Tropenmediziner Ernst Rodenwaldt bezeichnet sie in seinen Lebenserinnerungen diese Hochschule als „medizinische Fakultät“. Allerdings wird Grzywa in den Jahrbüchern („Jaarboekje“) dieser Hochschule (1935-1938) nicht unter den dort Lehrenden erwähnt. Zuletzt war Grzywa jedenfalls in Bandung (Java) wohnhaft und wird als Altoffizier bezeichnet („Oud-officier van gezondheid van het K.N. I. L. dr. N. Grzywa“) [4].

WISSENSCHAFTLICHE ARBEITEN (1922–1934)

In seinen wissenschaftlichen Publikationen beschäftigte sich Grzywa 1922 zuerst mit der Bekämpfung der intraoperativen Hypothermie von Patienten, die sich länger dauernden Laparotomien unterziehen lassen mussten. Von Grzywa wurde dabei die Verwendung von Diathermiestrom (1,5 Ampère) empfohlen, die mittels dreier Elektroden zu drei jeweils 30x40 cm Bleifolien geleitet wurden. Diese drei Bleifolien

wurden unter die Schultern, unter das Gesäß und unter die Waden gelegt.

1923 und 1924 erschienen zwei Publikation über die Behandlung von chronisch-traumatischen Kniegelenksentzündungen mit „schmerzhafter Vergrößerung des vorderen Fettkörpers“. Auch hier empfahl Grzywa die Anwendung von Diathermie „durch Anlegung einer plastischen Wirkungselektrode über dem Ligamentum patellae und einer indifferenten breiten Bleigenelektrode“, die an der Oberschenkel- und Wadenmuskulatur angelegt wurde. Der Diathermiestrom sollte in anterior-posteriorer Richtung (acht Sitzungen von jeweils 30-50 Minuten bei 1-11,5 Ampère) appliziert werden. Beiden Publikationen ist gemeinsam, dass die Ergebnisse nicht durch Messungen bei den behandelten Patienten belegt wurden, sondern es sich um zusammenfassende Erfahrungsberichte („Expertenmeinungen“) ohne statistische Angaben handelte.

Grzywas vierte Publikation beschäftigt sich mit seinen Erfahrungen über „etwa 40 Kniearthrotomien“, die er in Batavia nach der „Payrschen S-Arthrotomie“ mit breiter Übersicht über das Kniegelenk durchgeführt hatte. „Die voriges Jahr¹ publizierte Methode des Kniegelenkes mit Hilfe eines Troicart-ähnlichen Endoskops nach Sauerstofffüllung des Gelenkes konnte ich mangels Instrumentariums noch nicht ausprobieren. Im Übrigen glaube ich nicht an den Wert dieser Methode“ [Grzywa 1925, p. 453]. Auch hier ist die Behauptung,

dass „zur übersichtlichen Eröffnung des Kniegelenkes die Payersche S-Arthrotomie den übrigen Methoden vorzuziehen“ sei, nicht durch Messergebnisse untermauert.

In seiner 1926 erschienenen Publikation über Allgemeinnarkose mit Chloroethyl, das tropfenweise auf eine über dem Mund des Patienten liegende Gazekompressen appliziert wurde, warnt er aufgrund seiner Erfahrungen vor einer Asphyxie bei zu schneller bzw. zu hochdosierte Anwendung dieses damals häufig erwendeten Narkosemittels.

In Grzywas Arbeit über den „offenen“ Gipsverband (1929) definiert er diesen als einen zirkulär angelegten und in seiner Längsachse primär aufgeschnittenen starren Gipsverband, der auch ohne Polsterung im Bereich der Fraktur anwendbar sei. Er empfiehlt diesen Verband bei Radiusfrakturen, aber nicht bei Unterarmfrakturen von Radius und Ulna.

In der letzten für uns nachweisbaren Publikation Grzywas (1934) berichtet er in einem Fallbericht über die Operation eines 17-jährigen javanischen Mädchens mit ausgeprägten Kontrakturen im Bereich der Beine nach Verbrennung und das gute funktionelle Ergebnis nach der von ihm durchgeführten operativen Korrektur.

Fortsetzung folgt! Lesen Sie Teil 2 der Lebensgeschichte von Professor Grzywa in der Dezemberausgabe der PASSION CHIRURGIE.

¹ Das ist nicht ganz richtig; vgl. S. Nordentoft, S.: Ueber Endoskopie geschlossener Cavitäten mittelst meines Troicart-Endoskops. In: Verh. Dtsch. Ges. Chir. 41 (1912), I, p. 78–81.

WIR GEDENKEN UNSERER VERSTORBENEN MITGLIEDER

Herr Prof. Dr. med. Lorenzo Cubillos-Osorio, Santiago de Chile, Ehrenmitglied
Herr Dr. rer. nat. Manfred Specker, Blaubeuren
Herr Dr. med. Thomas Riemensperger, Truchtlaching
Herr Prof. Dr. med. Konrad Schwemmler, Linden

*04.11.1926 †28.04.2025
*08.08.1931 †13.06.2025
*15.08.1944 †22.06.2025
*25.12.1934 †14.08.2025

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 Transplantationschirurgie 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 Beurteilung des klinischen Ansprechens (CRE) durch ÖGD, endoskopische Biopsien des Tumorbereichs, EUS plus FNA verdächtiger Lymphknoten und einem F18-FDG-PET CT. Bei klinisch-histologisch gesichertem positivem lokalem Tumorstatus und ohne Fernmetastasierung nach CRE („non-CR“) erfolgt die Therapie durch Operation. Patienten ohne histologischen Nachweis einer lokalen Resterkrankung und ohne Fernmetastasen werden als klinische CR betrachtet und aktiv beobachtet. Im Falle eines lokalen Tumorrezidivs wird die Behandlung des Patienten mit einer Operation fortgeführt. Die aktive engmaschige Beobachtung erfolgt durch Visiten nach 3 m/6 m/9 m/12 m/18 m/24 m/36 m umfasst ÖGD, endoskopische tiefe Biopsien des Tumorbereichs, EUS plus FNA und CT-Thorax/Abdomen. Bei histologisch nachgewiesenem Tumorrezidiv im Rahmen der aktiven Beobachtung („non-CR“) erfolgt eine Operation und anschließende Standardnachsorge.	30.01.2024 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* Registriernummer: DRKS00027927				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Experimentelle Gruppe: Totale minimal-invasive Ösophagektomie (MIN-E; entweder über „klassische“ minimal-invasive Laparoskopie + Thorakoskopie; oder über Roboter-assistierte minimal-invasive Ösophagektomie [RAMIE] oder eine Kombination aus beidem) Kontrollgruppe: Hybrid-Ösophagektomie (HYBRID-E; laparoskopische/robotische Bauchchirurgie und offene Thoraxchirurgie)	14.06.2023 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-) Radio- therapie (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 voll- ständige 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 Transplantation- schirurgie 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. R. Goldbrunner

Präsident

Prof. Dr. med. Th. Schmitz-Rixen

Generalsekretär

Prof. Dr. med. Johann Pratschke

Schatzmeister



STARKER SCHUTZ BEI STEIGENDEN RISIKEN

HAFTPFLICHTVERSICHERUNG FÜR BDC-MITGLIEDER ÜBER ECCLESIA MIT BIS ZU 40% BEITRAGSVORTEIL

Im Zuge der Ambulantisierung und steigender Patientenerwartungen wächst auch das Haftungsrisiko für ambulante Einrichtungen, Praxen und medizinische Versorgungszentren. Behandlungsfehler, Dokumentationslücken oder Versäumnisse in der Patientenaufklärung können heute schneller juristische Folgen haben als je zuvor. Gleichzeitig verändern sich die Rahmenbedingungen: Mit der Einführung neuer Versorgungsmodelle und digitaler Anwendungen (z. B. Telemedizin) entstehen zusätzliche Schnittstellen und Haftungsfragen, die durch klassische Policen oft nicht ausreichend abgedeckt sind.

Hinzu kommt: Ab dem 01. Juli 2025 erhöhen Versicherer laut aktueller GDV-Mitteilung auf Basis einer unabhängigen Prüfung durch Ernst & Young die Haftpflichtprämien um durchschnittlich 10 %. Betroffen sind sämtliche Verträge – sowohl bestehende als auch neue. Positiv für Mitglieder des BDC: Der bestehende Rahmenvertrag zur Haftpflichtversicherung für Chirurgen und Orthopäden bleibt trotz Anpassung weiterhin besonders günstig und leistungsstark. Durch die Zusammenarbeit mit dem BDC-Versicherungsservice der Ecclesia Gruppe sind Beitragsnachlässe von bis zu 40 % gegenüber dem Marktdurchschnitt möglich – bei bewährter Bedingungsqualität.

Wer sich angesichts der Entwicklungen absichern möchte, kann über die BDC-Geschäftsstelle oder direkt bei der Ecclesia Gruppe eine kostenfreie Prüfung oder ein Fortführungsangebot erhalten. Denn: Wer gut abgesichert ist, kann sich auf das Wesentliche konzentrieren – die Versorgung der Patientinnen und Patienten.



Mehr Informationen: www.bit.ly/BDC-Haftpflicht_2025



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

Termine BDC|Akademie*

CURRICULUM BASISCHIRURGIE							
VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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
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
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 €
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		online	2025-24636	Ökonomie in der Robotik	Dr. med. Alexander Urbanski	80,00 €	100,00 €
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 €
22.10.2025	23.10.2025	Offenbach am Main	2025-23677	Viszeralchirurgie Kompakt: Onkologische und funktionelle Techniken am oberen Gastrointes- tinaltrakt	PD Dr. med. Benjamin Babic; Dr. med. Wolfram Breithaupt	350,00 €	500,00 €
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. 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 €
20.11.2025	21.11.2025	Berlin	2025-22406	CAMIC 4: Laparoskopische kolorektale Chirurgie	Dr. med. Panagiotis Fikatas	500,00 €	700,00 €
20.11.2025	21.11.2025	Köln	2025-24633	Robotische Chirurgie: Modul 3 - Hospitation Oberer Gastrointestinaltrakt	Prof. Dr. med. Christiane J. Bruns; Prof. Dr. med. Hans Fuchs; PD Dr. med. Lars Schiffmann	400,00 €	600,00 €
20.11.2025	21.11.2025	Reckling- hausen	2025-23676	Viszeralchirurgie Kompakt: Rektum- und Analfistelchirurgie	PD Dr. med. Gabriele Böhm	350,00 €	500,00 €
21.11.2025		online	2025-23685	Viszeralchirurgie Kompakt: Beckenbodenchirurgie	Prof. Dr. med. Annett Gauruder-Burmester	175,00 €	250,00 €

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE

VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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.de

oder über BDC|Online unter www.bdc.de, Rubrik BDC|Akademie | Alle Veranstaltungen

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

EXTERNE VERANSTALTUNGEN

VON	BIS	ORT	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MG	PREIS NICHT-MGL
01.10.2025	02.10.2025	50829	WST Hands-On Kurs: Complex Fractures of the Ankle Joint	Trauma Academy TA GmbH	1.512,00 €	1.680,00 €
03.10.2025	12.10.2025	Bielefeld	Laserkurs für Ärzte 2 Spezielle Fachkunde Gefäße, Pigmente, Fett, Ablative Systeme (NiSV §5 Abs. 2) Modul IIb nach BÄK-Mustercurriculum	Laserakademie Bielefeld	2.995,00 €	2.995,00 €
10.10.2025	10.10.2025	Hamburg	NORD NORD ORTHO-Forum 2025	sh agentur GmbH – im Auftrag von- Rebhan & Rebhan Praxis für Unfallchirurgie und Orthopädie Soltau	47,00 €	47,00 €
18.10.2025	18.10.2025	Köln	Anorektale dreidimensionale Endosonographie	Endosono.net Fortbildungskurse für Ärzte	539,00 €	539,00 €
19.10.2025	19.10.2025	Köln	Beckenbodendiagnostik mit dreidimensionaler Endosonographie	Endosono.net Fortbildungskures für Ärzte	539,00 €	539,00 €
23.10.2025	24.10.2025	50829	WST Hands-On Kurs: Complex Knee Injuries – Management of Tibial Plateau Fractures and Soft-Tissue Injuries	Trauma Acacemy TA GmbH	0,00 €	1.680,00 €
14.11.2025	15.11.2025	50829	WST Hands-On Kurs: Upper Extremity - Complex Fractures of the Shoulder and Elbow	Trauma Acacemy TA GmbH	1.512,00 €	1.680,00 €
29.12.2025	06.12.2025	Bielefeld	Laserkurs 1 „Allgemeine Fachkunde“ Haarentfernung und nicht-ablative Hautverjüngung (NiSV §5 Abs. 1) Module I und IIa nach BÄK-Mustercurriculum	Laserakademie Bielefeld	2.995,00 €	2.995,00 €

SPONSOREN DER BDC | AKADEMIE

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

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

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

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

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

B. BRAUN
SHARING EXPERTISE

corzamedical

INTUITIVE.

Medtronic
Engineering the extraordinary

STORZ
KARL STORZ – ENDOSKOPE

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





Medizinische Geräte und humanitäre Hilfe für unsere Partnerstadt Riwne – Hilfe, die ankommt

Daryna Illienko

PANORAMA

Hilfe für die Ukraine

Seit zwei Jahren verbindet Pankow eine enge Partnerschaft mit der westukrainischen Stadt Riwne. Es gibt in der Stadt, die selbst 250.000 Einwohner:innen hat, über 20.000 Binnengeflüchtete aus den russisch besetzten Regionen, die untergebracht und versorgt werden müssen. Dafür sind u. a. Lebensmittelkonserven dringend erforderlich. Riwne hat wie viele ukrainische Kommunen Wärmepunkte eingerichtet, wo Menschen sich im Winter aufwärmen, Internetzugang bekommen, ihre Handys laden, sich vernetzen und versorgen können. Hier braucht es Kaminöfen, Generatoren, Powerstations.

Fast die gesamte Busflotte des öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV) musste

für Truppentransporte in den Kampfgebieten requiriert werden. Daher benötigt die Stadt Busse mittlerer Größe, um den ÖPNV wieder bedienen zu können. Sie braucht zudem Rettungswagen, Schneeräumfahrzeuge und auch PKW z. B. für die örtliche Polizei.

Zum Aufbau eines Reha-Zentrums für Kriegsverletzte und Traumatisierte wird außerdem medizinische Grundausstattung benötigt, wie z. B. Betten, medizinische Geräte und Verbrauchsmaterialien.

Trotz mehrerer Angriffe auf die Energieinfrastruktur bleibt die Stadt bislang von massiven Zerstörungen verschont – der Bedarf an Unterstützung ist dennoch enorm.



Daryna Illienko
 Koordinierungsstelle
 Solidaritätspartnerschaft Riwne
 (Ukraine)
 Bezirksamt Pankow von Berlin
 Rathaus Pankow
 Breite Straße 24a-26
 13187 Berlin
 Daryna.Illienko@ba-pankow.berlin.de

Weitere Informationen zur
 Partnerschaft mit Riwne und aktuelle
 Spendenaufrufe: www.berlin.de/ba-pankow/riwne.

Daryna Illienko D: Medizinische Geräte
 und humanitäre Hilfe für unsere Partnerstadt
 Riwne – Hilfe, die ankommt. Passion Chirurgie.
 2025 September; 15(09/III): Artikel 09_01.



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

HILFSTRANSPORTE SEIT 2023

Pankow hat in dieser Zeit dank zahlreicher Spenden und vieler Engagierter Außergewöhnliches geleistet: Drei ehrenamtlich organisierte Hilfstransporte brachten dringend benötigte medizinische Geräte, Krankenbetten, Hygieneartikel und Kleidung nach Riwne. Im Rahmen eines Programms der Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) wurden sogar Baufahrzeuge

wie ein Kipper-Kran, ein Minibagger und ein Einsatzfahrzeug überführt – zusätzlich spendeten die Michels Kliniken einen Rettungswagen.

ERHOLUNGSCAMPS FÜR KINDER 2023 UND 2024

Pankow engagiert sich auch für kriegstraumatisierte Kinder: Vier Gruppen von Kriegswaisen konnten 2023 und 2024 an



Abb. 1: Erster Pankower Hilfskonvoi im Sommer 2023, Übergabe Krankenwagen



Abb. 2: Zweiter Pankower Hilfskonvoi im November 2023



Abb. 3: Feriencamp 2024



Abb. 4: Prothesen-Projekt, Außenansicht des Krankenhauses Nr.2 in Riwnie

Erholungscamps in Berlin-Wannsee teilnehmen – organisiert in Kooperation mit dem Partnerschaftsverein Pankow–Riwne.

STROMVERSORGUNG VOR ORT SICHERN

Als Reaktion auf die Raketenangriffe im November 2024 wurden Generatoren bereitgestellt: Neun leistungsstarke Geräte von Amprion und 22 mobile Einheiten der Stadtwerke Ludwigsburg-Kornwestheim werden im Sommer 2025 nach Riwnie gebracht.

SPENDENAUFBRUF: PROTHESEN-WERKSTATT FÜR KRIEGSVERSEHRTE IN RIWNE

Der Krieg in der Ukraine hat unzählige Menschen schwer verletzt und viele von ihnen haben Gliedmaßen verloren. Die Zahl der Menschen, die auf Prothesen angewiesen sind, wird auf über 30.000 geschätzt – Tendenz steigend. Gleichzeitig fehlt es an Fachkräften und Infrastruktur, um diese Betroffenen angemessen zu versorgen.

Um nachhaltig zu helfen, hat das Bezirksamt Pankow ein umfangreiches Projekt für seine ukrainische Partnerstadt Riwnie ins Leben gerufen. Ziel ist es, im Städtischen Krankenhaus Nr. 2 eine Prothesen-Werkstatt einzurichten und Fachkräfte

auszubilden, die Menschen nach Amputationen professionell versorgen können.

WAS UMFASST DAS PROJEKT?

- Aufbau einer Prothesen-Werkstatt: In bereits vorhandenen Räumlichkeiten wird eine moderne Werkstatt ausgestattet, in der alle Phasen der Prothesen-Versorgung – von der Anpassung bis zur Herstellung und Nachbetreuung – stattfinden
- Ausbildung von Prothesen-Technikern: Zwei Personen aus Riwnie werden eine intensive Ausbildung durchlaufen, um ihr Wissen und ihre Fertigkeiten in der Prothetik zu erweitern. Danach sind sie in der Lage, individuelle Prothesen-Anpassungen zu übernehmen.

WARUM WIRD UNTERSTÜTZUNG GEBRAUCHT?

Die medizinische Versorgung in der Ukraine ist stark belastet und staatliche Mittel für den Ausbau von Krankenhäusern sind begrenzt. Das Bezirksamt Pankow erhält eine großzügige Förderung von der Service-stelle Kommunen in der Einen Welt (SKEW) für dieses Projekt, ist aber gleichzeitig auf Eigenbeteiligung angewiesen und ruft daher zu Spenden auf. Jede Unterstützung hilft, die Mobilität und Lebensqualität von Kriegsversehrten und Menschen

mit Amputationen in Riwnie nachhaltig zu verbessern. Wenn Sie spenden, bitte unbedingt auf dem Überweisungsträger den Verwendungszweck vermerken: 253302324375 Prothesen-Projekt Riwnie.

SIE MÖCHTEN SPENDEN? WIR RUFEN ZUR UNTERSTÜTZUNG AUF!

Gesucht werden **funktionstüchtige medizinische Geräte** – neu oder gebraucht – sowie **Verbrauchsmaterialien und Medikamente**, die vor Ort dringend benötigt werden. Die Bedarfsliste (**Abb. 6**) wurde uns direkt von unseren Partnern in Riwnie übermittelt. Dank ehrenamtlicher Fahrer können wir Sachspenden flexibel abholen und zwischenlagern. In den letzten zwei Jahren konnten bereits zahlreiche Transporte mit Betten, Geräten und medizinischer Ausstattung organisiert werden.

IHRE EINRICHTUNG KANN GERÄTE SPENDEN?

Wir freuen uns über jede Kontaktaufnahme! Gemeinsam können wir dringend benötigte Hilfe leisten.

Wenn Sie Geräte spenden können, melden Sie sich bei Frau Daryna Illienko (Autorin) der Koordinierungsstelle Solidaritätspartnerschaft Riwnie (Ukraine).

AUFBAU EINER PROTHESEN-WERKSTATT IN RIWNE

Spendenaufruf!

Im Ukraine-Krieg sind unzählige Menschen schwer verletzt worden. Aktuell sind über 30.000 auf Prothesen angewiesen. Tendenz steigend. Wir wollen unsere Partnerstadt unterstützen:

- durch den Aufbau einer Prothesen-Werkstatt und
- die Ausbildung von Fachkräften in der Prothetik

Sie können helfen: Jede Spende - ob groß oder klein - trägt dazu bei, den Betroffenen eine Zukunft mit mehr Bewegungsfreiheit und Selbstständigkeit zu schenken.

VIelen DANK!

@Großk Herz: Manuchi_Pivaboy



WEITERE DRINGEND BENÖTIGTE SACHSPENDEN

Auch kleinere Beiträge machen einen Unterschied. Wir nehmen gerne entgegen:

- Erwachsenenwindeln
- Spiele ohne Sprachbarriere, Musikinstrumente
- Haltbare Lebensmittel, Babynahrung und Hygieneartikel
- Sportbekleidung, warme Socken, Hosen und Oberteile

GELDSPENDEN FÜR HILFSGÜTERTRANSPORTE

Mit finanzieller Unterstützung können wir gezielt dringend benötigte Hilfsgüter anschaffen und den Transport nach Riwna organisieren.

Bezirksamt Pankow von Berlin

Daryna Illienko, Koordinierungsstelle für die Solidaritätspartnerschaft mit Riwna (Ukraine)

Telefon: 030 90295 2624, daryna.illienko@ba-pankow.berlin.de



Liste Medizinische Geräte für Riwna

1. Operations Saal und Chirurgische Ausstattung

- Operating table X-ray transparent ETIUDA
- Operating LED double-dome lamp with monitor
- Electrocoagulator ARS 400 BOVA
- Surgical bio-welding generator EK-300M "Svarmed"
- Electro-rolling instrument for open surgery
- Morcellator BOVA ERGO 300
- Diode surgical laser LIKA-SURGEON
- Resectoscope LAPOMED 23 FR (7.6 mm) 12 degrees, mono-bipolar
- Endoscope, telescope 12 degrees, diameter 2.7mm RICHARD VOLF
- LOTUS Series 4 ultrasonic system
- Dental chairs for doctors

2. Geburtshilfe und Gynäkologie

- Colposcope with video system
- Gynaecological chair MS-DOS MEDIK
- Fetal monitor (for twins)
- Incubator ATOM
- Neonatal blade (laryngoscope with 3 blades (00;0;1))
- Newborn heater (infrared heater for newborns)
- Open resuscitation system
- System for hypothermia of newborns TECOTERM NLO
- Steriliser for baby bottles
- Phototherapy lamp

4. Diagnostik und Bildgebung

- Ultrasound diagnostic system Voluxon S8 BT
- Ultrasound machine M-echo of the heart
- Fibroscope and colonoscope
- Electronic scales
- Binocular microscope
- Medical dry-print printer for X-ray images
- transmission device

6. Reinigung, Sterilisation und Versorgung

- Ultraviolet chamber for storage of sterile instruments PANMED 1C
- Ultrasonic cleaner for surgical instruments SKYMAN JP-080S
- Electric water distiller DE-10M medical
- Dental Autoklaven

3. Intensivmedizin und Anästhesie

- Ventilator TV-100 (Transport)
- Electric suction devices for aspiration of the upper respiratory tract
- Electric aspirator on stand Medela Basic 30
- Pulse oximeters for children, new-borns and adults

5. Labor

- Automatic biochemical analyser
- Automatic haematological analyser
- Fluorometers
- Medical laboratory centrifuge
- Laboratory thermostat for heating environment
- Thermo shaker for microtubes with cooling
- UV box for PCR
- Refrigerator for plasma storage (to -35°C & below)

Spendenkonto:

Bezirkskasse Pankow

IBAN DE06 1005 0000 4163 6100 01

Spendenbescheinigungen sind möglich. Die Überweisung einer Spende berechtigt nicht zu einer Gegenleistung. Das Bezirksamt Pankow bedankt sich für die Unterstützung und gelebte Solidarität!

Kontakt bei Fragen oder für weitere Informationen:

Daryna Illienko, Tel.: 030 90295-2624, eMail: Daryna.Illienko@ba-pankow.berlin.de

Abb. 6: Liste der benötigten medizinischen Geräte für Riwna

BILDERRÄTSEL



WELCHER MEDIZINISCHE FACHBEGRIFF VERSTECKT SICH HINTER DIESEM BILD?
.... HABEN SIE ES ERRATEN?

Schicken Sie Ihre Antwort unter dem Stichwort „Passion Chirurgie 09/III/2025“ an bilderraetsel@bdc.de. Einsendeschluss ist der 01. November 2025. Die Auflösung dieses Rätsels finden Sie in der Dezemberausgabe.

Unter allen richtigen Einsendungen der ersten drei Quartalsausgaben (QI, QII, QIII) verlosen wir Ende 2025 wieder ein Android-Tablet. Die Auslosung wird Anfang November stattfinden und der Gewinner in der Dezemberausgabe bekannt gegeben.

Teilnahmebedingungen: Jedes BDC-Mitglied darf mitmachen, ausgenommen sind BDC-Mitarbeiter und Mitarbeiter von schaefermueller publishing GmbH sowie deren Angehörige. Bei der Gewinnauslosung sind der Rechtsweg und Barauszahlung ausgeschlossen. Wer gewonnen hat, wird schriftlich benachrichtigt. Wir danken für die Teilnahme und wünschen viel Glück.

Auflösung Bilder rätsel 09/III/2025: Zwölffingerdarm

TachoSil[®] SEALANT MATRIX



EVERYDAY HERO

Das Zeug zur
echten Heldin.

TachoSil[®]
Blutstillung und
Versiegelung
in einem.



 **corzamedical**

TachoSil[®] Versiegelungsmatrix

Quantitative und qualitative Zusammensetzung: TachoSil enthält pro cm² Fibrinogen vom Menschen 5,5 mg, Thrombin vom Menschen 2,0 I.E., **Sonstige Bestandteile:** Kollagen vom Pferd, Albumin vom Menschen, Riboflavin (E 101), Natriumchlorid, Natriumcitrat (E 331), L-Arginin-Hydrochlorid. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Lokales Hämostatikum, ATC-Code: B02BC30. **Anwendungsgebiete:** Bei Erwachsenen und Kindern ab einem Alter von 1 Monat zur unterstützenden Behandlung in der Chirurgie zur Verbesserung der Hämostase, zur Unterstützung der Gewebersiegelung und zur Nahtsicherung in der Gefäßchirurgie, wenn Standardtechniken insuffizient sind, sowie bei Erwachsenen zur unterstützenden Versiegelung der Dura mater, um postoperative Liquorleckagen nach neurochirurgischen Eingriffen zu vermeiden. **Gegenanzeigen:** Intravaskuläre Anwendung. Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen (Häufigkeit nicht bekannt):** Anaphylaktischer Schock, Überempfindlichkeit, Thrombose, Darmverschluss (in der Bauchchirurgie), Adhäsionen, Bildung eines Fremdkörpergranuloms, Probleme mit der Verklebung des Produkts, Probleme mit der Nicht-Verklebung des Produkts. **Weitere Warnhinweise:** Nach Öffnen der äußeren Folie sofort verwenden. Nicht resterilisieren. Chargendokumentationspflichtig. **Inhaber der Zulassung:** Corza Medical GmbH, Speditionstraße 21, 40221 Düsseldorf, Deutschland. **Stand der Information:** 05/2025. **DE:** Verschreibungspflichtig. **AT:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der Fachinformation von TachoSil Versiegelungsmatrix.

corza.com