

PASSION

CHIRURGIE

PANORAMA

UM LEBEN UND TOD –
DEUTSCHLANDS KLINIKEN
STECKEN IN DER KRISE

im Fokus

KRANKENHAUSSTRUKTUR-
REFORM – CHANCEN FÜR
DIE CHIRURGIE

10 | 2025

MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGIE

DGCH

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



BDC

Berufsverband der
Deutschen Chirurgie e.V.

Krankenhausstrukturreform

Chancen für die Chirurgie

Wolfgang Schröder, Stephan M. Freys

Anfang August wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) der Referentenentwurf des Krankenhausreform-anpassungsgesetzes (KHAG) vorgelegt, der jetzt in den Fachgremien diskutiert und kommentiert wird. Im Fokus dieses geplanten Gesetzes als Ergänzung zu dem im Dezember 2024 beschlossenen Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) stehen Ausnahmemöglichkeiten, die es den Ländern zukünftig erlauben, einzelnen Kliniken Leistungsgruppen zuzuweisen, unabhängig davon, ob diese die definierten Qualitätskriterien erfüllen. Während diese Anpassung von den Ländern und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) begrüßt werden, stehen die Krankenkassen diesen Änderungen kritisch gegenüber. Sie befürchten eine Aufweichung eines Kernelements der beschlossenen Krankenhausreform, der Qualitätssteigerung in der Patientenversorgung. Ungeachtet dieser Diskussion ist in den Bundesländern die praktische Umsetzung der bundesweiten Krankenhausreform angelaufen, die Vorbereitung und/oder Umsetzung allerdings recht unterschiedlich ausgeprägt. Der aktuelle Zeitplan sieht vor, dass bis Anfang 2030 die Krankenhausreform mit ihren Leistungsgruppen und dem neuen Modell einer Vorhaltefinanzierung umgesetzt ist.

Das ist der aktuelle Stand bei Redaktionsschluss der Oktoberausgabe von PASSION CHIRURGIE, und damit ist auch völlig unstrittig: Die Krankenhausreform wird trotz möglicher weiterer Modifikationen und vieler ungeklärter Fragen kommen und nachhaltig die Krankenhauslandschaft in Deutschland verändern. Während in der gegenwärtigen Diskussion zur Krankenhausstrukturreform immer wieder die negativen Konsequenzen für einzelne Krankenhäuser und deren Ärzte herausgestellt und aufgezeigt werden, plädieren wir mit diesem Themenheft für einen Ansatz, aus den unvermeidlichen Veränderungen die möglichen Vorteile für den individuellen Chirurgen auf den unterschiedlichen Karrierestufen zu identifizieren und in den Fokus der zukünftigen Gestaltung zu nehmen. Welche Chancen bietet die Krankenhausstrukturreform für die Chirurgie?

Hier ist ein Blick nach Nordrhein-Westfalen sinnvoll, da im Gegensatz zu den anderen Bundesländern die Landesregierung den Krankenhausplan NRW mit rechtsbindender Zuweisung von Leistungsgruppen im Dezember 2024 bereits implementiert hat. Gibt es aus diesem Bundesland bereits Erfahrungen, die bei der bundesweiten Umsetzung den einzelnen chirurgischen Abteilungen in anderen Ländern praktische Hilfestellung leisten können?



**Prof. Dr. med. Wolfgang Schröder,
FACS, FEBS**

Mitglied im erweiterten Vorstand des
BDC

Leiter der BDC|Akademie

Leiter des Zentrums für Speiseröhren-
und Magen Chirurgie

HELIOS Universitätsklinikum

Wuppertal

schroeder@bdc.de



Prof. Dr. med. Stephan M. Freys

em. Chefarzt Chirurgische Klinik

DIAKO Krankenhaus Bremen

freys@mail.de

Die politisch gewollte Zentralisierung komplexer chirurgischer Leistungen wird bei der nächsten Generation die Karriereplanung nachhaltig beeinflussen und eine zunehmend strategische Wahl des zukünftigen Arbeitgebers erforderlich machen. Welche Angebote können hier chirurgische Berufsverbände und Fachgesellschaften ihren Mitgliedern anbieten, um Häuser mit klar definierten Leistungsprofilen oder attraktiven, regionalen Kooperationsnetzwerken zu finden? Inwieweit sind individuelle Beratungen mit Auslotung der eigenen Kompetenzen für die Karriereplanung begleitend sinnvoll? Fest steht, dass eine abgeschlossene chirurgische Facharztweiterbildung den Marktwert deutlich erhöht, da sich aus der Zahl angestellter Fachärzt:innen - auch wenn die vorzuhaltende Anzahl pro Leistungsgruppe noch nicht abschließend definiert ist – ein Wettbewerbsvorteil des Krankenhausträgers ergibt.

Nicht zuletzt rückt wieder einmal mit der Krankenhausreform die chirurgische Weiterbildung in den Mittelpunkt, denn die Umsetzung wird neben einer Anpassung der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer (BÄK) zumindest in einer langen Übergangsfrist die Implementierung von Rotationen in einem Weiterbildungsverbund notwendig machen. Welche Modelle sind auf diesem Feld denkbar und praktisch zu realisieren?

In jedem Fall bleibt die weitere Entwicklung der Krankenhausreform spannend. Die Herausgeber wünschen Ihnen eine erhellende Lektüre mit neuen Ideen für die eigene Karriereplanung. ○

Schröder W, Freys SM:
Krankenhausstrukturreform – Chancen
für die Chirurgie. *Passion Chirurgie*.
2025 Oktober; 15(10): 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/Martin Barraud

ERSCHEINUNGSWEISE UND BEZUG:

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

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

EIGENTÜMER UND COPYRIGHT:

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

eISSN 2194-5578

GERICHTSSTAND UND ERFÜLLUNGORT: BERLIN

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



INHALT

2 EDITORIAL

- 2 Krankenhausstrukturreform – Chancen für die Chirurgie *Wolfgang Schröder, Stephan M. Freys*

6 KURZNACHRICHTEN

8 CHIRURGIE

8

UMSETZUNG DES KRANKENHAUSPLANS IN NRW – LEHREN FÜR DIE CHIRURGIE

Florian Gebauer, Daniel Vallböhmer

12

NEUE MODELLE DER ROTATIONSPLANUNG

Dilan Sinem Sert

19

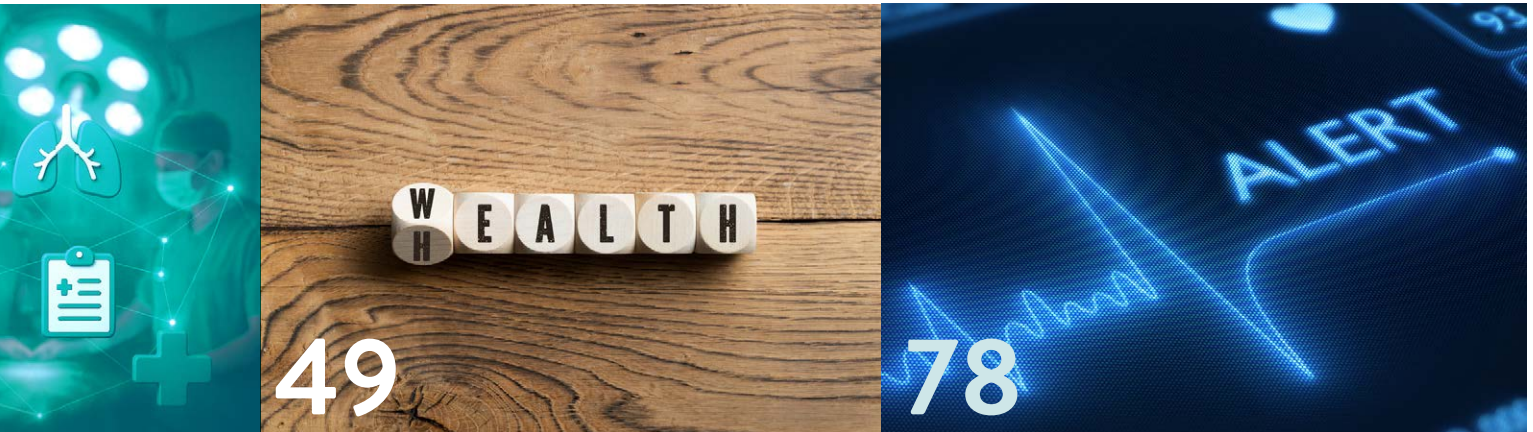
WEITERBILDUNG WEITERGEDACHT

Doreen Richardt, Friederike Burgdorf

24

STELLENWERT DER SPEZIALISIERUNG – CHANCE ZUR NEUORIENTIERUNG

Sebastian Debus, Henrik Meyer-Hoeven



30 CHIRURGIE⁺

- 30 **Akademie Aktuell:** BDC-Facharztseminare im November
- 31 **Safety Clip:** Gewaltprävention in Notaufnahmen
Michael Schrewe
- 37 **Hygiene-Tipp:** Umziehen nach septischer Operation?
Lutz Jatzwauk, Martin Groth, Nils Hübner, Wolfgang Kohnen
- 38 **Arztpraxis Tipp:** Barrierefreie Praxiswebsite
Jörg Heberer
- 42 **Abrechnung:** DRG und Kodierung 2025 in der Chirurgie
Thomas Auhuber
- 46 Personalia
- 47 **RECHT**
- 47 **F&A:** Gültigkeitsdauer der Patienten-Einwilligung
Jörg Heberer

49 GESUNDHEITSPOLITIK

- 49 Vorwort
Carsten J. Krones, Daniel Vallböhmer
- BDC-Praxistest:** Krankenhausfinanzierung anhand von Leistungsgruppen und Vorhaltefinanzierung – wird nun alles besser?
Nils Dehne
- 54 **Berufspolitik aktuell:** Entscheidungen stehen an
Jörg-A. Rüggeberg
- 55 **BDC|Pressemitteilung:** Krankenhausreformenpassungsgesetz bleibt für den BDC hinter den Erwartungen zurück

56 INTERN

56 DGCH

- 56 Sehr persönlich nachgefragt bei Dolores Thea Krauss
- 57 Chirurgischer Nachwuchs im Wandel: Herausforderungen und Chancen
Frederik Schlottmann
- 59 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland
Solveig Tenckhoff
- 63 Satzungsänderungen der DGCH e.v.
- 64 Spendenaufruf Langenbeck-Virchow-Haus
- 65 **BDC**
- 65 BDC|News
- 67 Verlässlichkeit, die wächst – Ecclesia & BDC
- 72 BDC | Landesverbände
- 74 Termine BDC|Akademie
- 77 Lifestyle-Angebote im Oktober 2025

78 PANORAMA

- 78 Um Leben und Tod – Deutschlands Kliniken stecken in der Krise
Matthias Bartsch, Martin U. Müller

1025

Kurz *Nachrichten*

Herniamed Studientreffen und DHG-Hernientage in Berlin 2026

SIE SIND HERZLICH EINGELADEN!

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,
liebe Hernien-Entdeckerinnen und -Entdecker der Zukunft,

schnallen Sie sich an – wir heben ab zu einer spannenden Reise durch die Gegenwart und Zukunft der Hernienchirurgie! Am 22. Januar 2026 starten wir mit dem traditionellen Herniamed-Studientreffen – Ihrem Boarding Gate für die neuesten Daten, Trends und Diskussionen rund um

unser Hernienregister. Gemeinsam werfen wir einen fundierten Blick auf die aktuellen Entwicklungen und stellen die Weichen für zukünftige Forschung. Unter dem Motto „HERNIA trip ... for future?“ laden wir Sie dann am 23. und 24. Januar 2026 herzlich zu den DHG-Hernientagen ein – einem interdisziplinären Kongress, der weit über Netz und Naht hinausgeht.

Was erwartet uns morgen in der Hernienchirurgie? Robotik, personalisierte Implantate, künstliche Intelligenz – oder doch ein Revival der guten alten Naht-Technik mit neuem Twist? Freuen Sie sich auf ein vielfältiges Programm mit innovativen Videobeiträgen, spannenden Vorträgen und kontroversen Diskussionen mit den führenden Köpfen der Hernienchirurgie. Wissenschaftlich fundiert, praxisnah und dabei immer mit dem nötigen Humor

– denn wer die Zukunft gestalten will, darf ihr ruhig mit einem Lächeln begegnen.

Join the HERNIA trip – wir freuen uns auf Sie! Mehr Informationen hier: [Hernienkongress](#)

By the way: Sie forschen zur Hernienchirurgie? Dann bewerben Sie sich für den [Volker Schumpelick-Preis](#)!

Herzliche Grüße im Namen des Vorstandes der DHG

Dr. Ralph Lorenz, FEBS-AWS
Kongresspräsident der DHG-Hernientage 2026

[Mehr zur Hernienschule auf BDC|Online...](#)



HERNIA trip ... for future?

 **22.-24. JANUAR 2026**

 **BERLIN**



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)



Umsetzung des Krankenhausplans in NRW – Lehren für die Chirurgie –

Florian Gebauer, Daniel Vallböhmer

CHRONOLOGIE DES NRW-KRANKENHAUSPLANS

Das 2018 vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) beauftragte Gutachten zur Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen (Lohfert & Lohfert AG, TU Berlin) bildete die Grundlage für eine der tiefgreifendsten

Reformen im deutschen Gesundheitswesen seit Jahrzehnten. Kernaussage: Die Krankenhausplanung muss sich stärker an Versorgungsbedarf und Behandlungsqualität orientieren.

Nach intensiven Abstimmungen mit Ärztekammern, Krankenkassen, der Krankenhausgesellschaft NRW und dem

MAGS wurde 2022 der neue Krankenhausplan verabschiedet. Ende desselben Jahres konnten die Krankenhäuser ihre gewünschten Leistungsgruppen digital beantragen. Die Verhandlungen mit den Krankenkassen schlossen im Mai 2023 ab, woraufhin die Bezirksregierungen die Anträge prüften. Nach zwei Anhörungsrunden wurden im Dezember 2024 die

IM FOKUS

Krankenhaus-Strukturreform



Feststellungsbescheide verschickt. Seit dem 1. April 2025 ist der Plan – mit wenigen Übergangsregelungen – verbindlich in Kraft.

ERFAHRUNGEN AUS DEM ANTRAGSVERFAHREN

ALLGEMEINE BEOBACHTUNGEN

Aus Sicht der Autoren ist die Grundidee des Plans – eine Strukturreform mit Fokus auf Behandlungsqualität – richtig und wichtig. Bei viszeralchirurgischen Leistungsgruppen

wurde die Zuteilung jedoch nahezu ausschließlich anhand von Fallzahlen entschieden, ergänzt durch vorhandene Vorhaltestrukturen. Die Höhe der Fallzahlen orientierte sich, wenn vorhanden, an den G-BA Mindestmengen. Für die Leistungsgruppen (LG), bei denen keine G-BA Vorgaben vorlagen (Adipositas, Leber, Rektum) wurden Fallzahlen von Zertifizierungsvorgaben von Fachgesellschaften (z. B. DGAV) zugrunde gelegt. Zertifikate (DKG, DGAV u. a.) spielten in der Entscheidung nur eine untergeordnete Rolle.

Die Folge war eine deutliche Konzentration der Leistungsgruppen. Besonders drastisch ist dies in der Leberchirurgie: Rund 75 % der beantragenden Häuser erhielten keine Genehmigung für anatomische Leberresektionen. Damit wird eine zentrale Zielgröße – Qualitätssteigerung durch höhere Fallzahlen – stringent verfolgt. Ob dies allein ausreicht, muss sich jedoch zeigen. Unverzichtbar bleibt die ausreichende finanzielle Unterstützung der Krankenhäuser, an der es bislang fehlt.



Prof. Dr. med. Florian Gebauer
Direktor des Chirurgischen Zentrums
Chefarzt der Klinik für Allgemein-,
Viszeral- und onkologische Chirurgie
Helios Universitätsklinikum Wuppertal
Lehrstuhl für Chirurgie II an der
Universität Witten/Herdecke
flegebauer@gmail.com



Prof. Dr. med. Daniel Vallböhmer
Leiter BDC-Themen-Referat
„Krankenhausstrukturen,
sektorenübergreifende Versorgung und
Nachhaltigkeit“
Chefarzt der Klinik für Allgemein- und
Viszeralchirurgie
Evangelisches Klinikum Niederrhein
gGmbH
daniel.vallboehmer@evkln.de

Gebauer F, Vallböhmer D: Umsetzung des
Krankenhausplans in NRW – Lehren für die
Chirurgie. *Passion Chirurgie*. 2025 Oktober;
15(10): Artikel 03_0X.



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

Da ähnliche Verfahren in anderen Bundesländern absehbar sind, lassen sich aus NRW erste Lehren ziehen.

ERSTE ERKENNTNISSE NACH INKRAFTTRETEN

Obwohl der Krankenhausplan NRW erst seit vier Monaten greift, zeichnen sich bereits zentrale Aspekte ab:

1. ONLINE-VERFAHREN UND VERHANDLUNGEN

Die Beantragung und Verhandlung der Leistungsgruppen sollte künftig nicht nur von Ökonomen, sondern auch von medizinischen Fachvertretern begleitet werden.

2. EILVERFAHREN

Die überwiegende Mehrheit, der nach Versendung der Feststellungsbescheide von einigen Klinikern eingereichten Eilanträge gegen den NRW-Krankenhausplan, wurden vom Düsseldorfer Verwaltungsgericht abgelehnt. Aus diesem Grunde scheinen die Beschlüsse weitestgehend rechtssicher zu sein, so dass sich Krankenhäuser nicht drauf verlassen sollten in späteren Rechtsinstanzen Leistungen zugesprochen zu bekommen, welche initial nicht erteilt wurden. Da zum Zeitpunkt des Verfassens dieses Artikels viele Verfahren noch nicht abschließend beschieden sind, muss hier der Verlauf zeigen, inwieweit Gerichte die Entscheidungen des MAGS am Ende widerrufen.

3. BEISPIEL ÖSOPHAGUSCHIRURGIE

Von 71 beantragenden Standorten erhielten 26 (37 %) die Genehmigung zur Durchführung von Ösophagusresektionen. Grundlage war die G-BA-Mindestmenge von 26 Eingriffen pro Jahr. Auffällig ist die ungleichmäßige regionale Verteilung: Alle vier beantragenden Essener Kliniken erhielten eine Zuteilung, während andere Regionen stark eingeschränkt wurden. Die Gründe für diese regionale Ungleichverteilung ist von außen nicht nachzuvollziehen. Interessant ist jedoch auch, dass

alle Krankenhäuser zusammen in NRW ca. 2.400 Ösophagusresektionen beantragt haben. Im Jahr 2024 wurden ca. 1.100 Ösophagusresektionen in NRW durchgeführt, was zeigt, dass die Krankenhäuser eine massive „Überzeichnung“ der beantragten Leistungen durchgeführt haben. Dies wurde vom MAGS dahingehend korrigiert, dass insgesamt 1.229 Speiseröhrenresektionen auf die 26 Zentren verteilt wurden. Dies würde bei einer gleichmäßigen Verteilung knapp 50 Ösophagusresektionen pro Zentrum bedeuten, womit man es schaffen würde alle Zentren zu sogenannten high-volume Zentren aufzubauen. Inwieweit sich diese Verteilung in der Realität so zeigt, ist zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht abschließend zu beurteilen. Da sich die Eingriffe aktuell schon in wenigen High-Volume-Zentren konzentrieren, ist von einer gleichförmigen Verteilung auf die verbleibenden Zentren wahrscheinlich nicht auszugehen.

4. BEISPIEL LEBERCHIRURGIE

Besonders restriktiv verlief die Zuteilung in der Leberchirurgie: Nur 29 von 113 Häusern dürfen anatomische Resektionen durchführen (Ablehnungsquote: 74 %). Grundlage waren 20 Eingriffe pro Jahr – analog zu DGAV-Zertifizierungsvorgaben. Auch hier zeigt sich, analog der Ösophaguschirurgie, eine regionale Ungleichmäßigkeit. Während in Essen drei Zentren zugelassen wurden, fehlen in Regionen wie Niederrhein oder Sauerland wohnortnahe Angebote, wodurch Patienten teils über 50 km Fahrstrecke in Kauf nehmen müssen. Auch hier ist die Entscheidungsgrundlage des MAGS von außen nicht nachzuvollziehen, die individuellen Gründe für oder wider einer Leistungserbringung wurden allen Krankenhäusern individuell zugestellt und sind nicht öffentlich einsehbar.

5. BEISPIEL KOLOREKTALE CHIRURGIE

Bei der Leistungsgruppe „tiefes Rektum“ zeigte sich eine Ablehnungsquote von 52 %. Dies betrifft auch Zentren welche eine DKG Zertifizierung als Darmzentrum vorweisen können. Den Autoren ist leider nicht in der

Fläche bekannt, was die Gründe für ein Leistungsverbot dieser Zentren sind. Klar ist jedoch, dass in der Mehrheit die DKG Zertifikate bei fehlender Rektumchirurgie am Zentrum mit aller Wahrscheinlichkeit nicht aufrechterhalten werden können. Ob es sich bei den Entscheidungen ausschließlich um regionale Effekte handelt oder andere tragende Gründe dahinterstehen, lässt sich nicht abschließend klären. Ebenso ist unklar, ob die Umstrukturierungen in Einklang mit den aktuell einführenden G-BA Mindestmengen für die kolorektale Chirurgie sind, d. h. ob alle Zentren, die aktuell den NRW LG-Zuschlag erhalten haben auch langfristig die G-BA Mindestmengen erreichen werden. Auch dies wird über die nächste Zeit abzuwarten werden.

ÜBERTRAGBARKEIT AUF ANDERE BUNDESLÄNDER

Das Bundesland NRW ist das bevölkerungsreichste Bundesland in Deutschland. In der Region Rhein/Ruhr leben ca. 11 Millionen Menschen und die Region ist eine der am dichtesten besiedelten Landstriche in Europa. Dies muss bei der Planung über Übertragung des Konzeptes NRW auf andere Regionen in Deutschland berücksichtigt werden. Auch wenn sich durch die Umstrukturierung der Leistungserbringung Fahrzeiten für Patient*innen für einige Indikationen verlängert haben, ist die Krankenhausdichte im Bundesland nach wie vor hoch und die medizinische Versorgung innerhalb überschaubarer Fahrstrecken erreichbar.

Dies ist jedoch nicht für alle Regionen in gleicher Weise übertragbar. Insbesondere für spärlich besiedelte Landstriche in Deutschland (z. B. Teile in Mecklenburg-Vorpommern) würde eine 1:1 Übertragung des NRW Konzeptes zu massiven Verlängerungen von Fahrstrecken führen, teilweise können Leistungen im Land gar nicht mehr abgebildet werden. Dies kann

in einer Simulation für thoraxchirurgische Eingriffe in Mecklenburg-Vorpommern gezeigt werden, wo möglicherweise eine Leistungsbündelung an die Universitätsklinik in Rostock und Greifswald nicht ausreichen würde, um die NRW Strukturvorgaben zu erfüllen.

QUALITÄTSASPEKTE

Der NRW-Plan setzt Qualität aktuell allein über Fallzahlen gleich. Zwar korreliert Volumen mit Ergebnisqualität, jedoch fehlen bislang begleitende Outcome-Analysen und eine zentrale Evaluation der Reform.

Offen ist zudem, ob alle Patient:innen mit relevanten Diagnosen tatsächlich in die zugelassenen Zentren gelangen. Hier braucht es verlässliche Zuweisungsstrukturen, um zu vermeiden, dass potenziell geeignete Fälle außerhalb spezialisierter Häuser behandelt werden.

WEITERBILDUNG

Der Krankenhausplan NRW wird weitreichende Auswirkungen auf die chirurgische Weiterbildung im Land haben. Durch den Wegfall bestimmter Leistungsgruppen verändern sich an vielen Standorten die Möglichkeiten der Weiterbildung grundlegend. Besonders betroffen ist die Weiterbildung in der speziellen Viszeralchirurgie, während die fachärztliche Weiterbildung in der allgemeinen Viszeralchirurgie weniger stark eingeschränkt wird.

Die Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe haben bereits alle Weiterbildungsbefugten aufgefordert, Stellungnahmen zur Sicherstellung der Inhalte ihrer Befugnisse abzugeben. Unstrittig ist, dass die fachärztliche Ausbildung an vielen Einrichtungen in der bisherigen Form nicht fortgeführt werden kann. Die Weiterbildung in der speziellen

Viszeralchirurgie muss an die neuen Rahmenbedingungen angepasst werden. Es ist sehr wahrscheinlich, dass – angestoßen durch die Bundesärztekammer – neue Weiterbildungsinhalte definiert werden.

Darüber hinaus werden Kliniken ihre Weiterbildung künftig vermehrt in kooperativen Strukturen anbieten müssen. Für Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten bedeutet dies, dass sie – mit wenigen Ausnahmen – ihre gesamte Weiterbildung nicht mehr an einer einzigen Klinik absolvieren können. Die notwendigen Rahmenbedingungen dafür, insbesondere Finanzierung und Organisation, sind derzeit jedoch noch ungeklärt.

Standorte, die Leistungsgruppen verloren haben, befürchten zudem erhebliche Reputationsverluste bei der Rekrutierung ärztlichen Nachwuchses in einem ohnehin stark kompetitiven Umfeld. Um hier schnell Klarheit zu schaffen, ist eine verbindliche Abstimmung zwischen Ärztekammern und Gesetzgebern dringend erforderlich. Nur so können Unsicherheiten in der Weiterbildungsordnung zeitnah beseitigt werden.

FAZIT

Die Umsetzung des NRW-Krankenhausplans markiert einen historischen Einschnitt in der stationären Versorgung. Positiv ist die konsequente Orientierung an Fallzahlen und die damit verbundene Bündelung komplexer Eingriffe.

Kritisch bleibt jedoch:

- die geringe finanzielle Unterstützung für die Umstrukturierung,
- regionale Ungleichheiten in der Zuteilung und
- das Fehlen von systematischen Outcome-Daten.



Präsenz-Seminar

Basischirurgie

Ingolstadt, 13. – 14. November 2025



Wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. med. Hans-Georg Palm,
Ingolstadt

Klick!
Jetzt
anmelden!



© unsplash – Sonder Quest

Neue Modelle der Rotationsplanung

Dilan Sinem Sert

REFORM UND REALITÄT: WARUM DIE CHIRURGIE NEUE WEGE DER PERSONALPLANUNG BRAUCHT

Die Krankenhausstrukturreform verändert die Versorgungslandschaft in Deutschland grundlegend: Fachabteilungen werden gebündelt, Schwerpunkte neu verteilt, Kooperationen intensiviert und Leistungsgruppen verbindlich definiert. Für die Chirurgie ist dies eine historische Chance – aber auch eine Herausforderung. Denn während die strukturellen Anforderungen steigen,

zeigt sich, wie groß die Defizite in der ärztlichen Personal- und Weiterbildungsplanung bislang sind.

Noch immer werden Rotationen und Einsätze vielerorts mit Excel-Listen, Einzelabsprachen oder dezentralen Tabellen gesteuert. Chefärzt:innen fehlt der Gesamtüberblick über Kompetenzen und Rotationsstände, Oberärzt:innen müssen planen, ohne volle Transparenz über Bedarfe und Verfügbarkeiten zu besitzen, Personalabteilungen haben nur lückenhafte Informationen zu Qualifikationen, und Ärzt:innen



Dr. med. Dilan Sinem Sert
Gründerin, Geschäftsführerin
SEDIWORK GmbH
Käthe-Kollwitz-Straße 60
04109 Leipzig
www.sediwork.de

in Weiterbildung bewegen sich in wenig durchschaubaren Strukturen. Das Ergebnis: hoher Abstimmungsaufwand, lange Einarbeitungszeiten und eine Weiterbildung, die nicht immer zuverlässig den Versorgungsbedarfen entspricht.

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgie (BDC) fordert seit Jahren verlässliche, strukturierte Weiterbildungspfade. Gerade die Chirurgie ist von diesen Entwicklungen besonders betroffen: Viele Eingriffe werden künftig nicht mehr an jedem Standort, teilweise nicht einmal mehr stationär, sondern ambulant angeboten. Das macht standortübergreifende Rotationen unverzichtbar, wenn Ärzt:innen ihre Weiterbildung vollständig absolvieren und Kliniken zugleich ihre Leistungsgruppen erfüllen wollen. Angesichts einer prognostizierten Lücke von mehreren Tausend Chirurg:innen bis 2035 und Weiterbildungszeiten von über sechs Jahren ist klar: Ohne neue Modelle der Rotationsplanung sind sowohl die Nachwuchsförderung als auch die Versorgung gefährdet.

Mit der Reform wird zudem die personelle Dimension sichtbar: Entscheidend ist künftig nicht nur die technische Ausstattung, sondern auch, ob die erforderlichen ärztlichen Kompetenzen am Standort verfügbar sind, um Leistungen erbringen zu können. Genau hier setzt SEDIWORK an – mit Transparenz über vorhandene Kompetenzen, gezielter Entwicklung und einer Planung, die Weiterbildung und Versorgung strategisch verbindet. So wird Rotationsplanung vom organisatorischen Hilfsmittel zum zentralen Instrument für Weiterbildung, Versorgung und Klinikstrategie.

PROBLEM: PLANUNGSALLTAG IN DER CHIRURGIE – KOMPLEX, INTRANSPARENT, ZEITINTENSIV

Hinter den bekannten Schlagworten „Excel-Listen“ und „Einzelabsprachen“ verbirgt sich ein komplexer Alltag, den wir in vielen Häusern sehr genau kennengelernt haben. Oberärzt:innen, die für die Rotationsplanung verantwortlich sind, stehen vor einer Vielzahl von Anforderungen, ohne dafür geeignete Werkzeuge zu haben. Sie müssen

Rotationen planen, ohne die Vorerfahrungen der Ärzt:innen im Detail zu kennen, ohne genaue Daten zur kapazitiven Auslastung in den Bereichen und oft ohne verlässliche Übersicht über Vollzeitäquivalente. Hinzu kommt der Druck, individuelle Wünsche abzufragen und zu berücksichtigen, ohne dass klar ist, wie diese in die Gesamtplanung integriert werden können.

Chefärzt:innen wiederum tragen die Verantwortung, mit dem vorhandenen Personalbestand möglichst effizient auszukommen – aber ohne ein Instrument, das einen Gesamtüberblick über Kompetenzen, Rotationsstände und Bedarfe ermöglicht, bleibt dies eine enorme Herausforderung. Die Verwaltung kann dabei kaum unterstützen, da diese Art von Weiterbildungsdaten bisher schlicht nicht erfasst wird.

Wie aufwendig dieser Alltag tatsächlich ist, zeigt sich in einem Beispiel aus einer universitären Inneren Medizin: Für die Planung der Rotationen im kommenden Quartal wurden über 150 E-Mails zwischen Oberärzt:innen verschickt, bevor eine Lösung gefunden war. In manchen Kliniken übernehmen Sekretariate die Koordinierung, leiten die Ergebnisse an die Personalabteilung weiter, wo diese manuell in die Systeme für die Abrechnung übertragen werden müssen.

Für Ärzt:innen in Weiterbildung bedeutet die aktuelle Planung oft Unsicherheit: Sie wissen nicht zuverlässig, wann und wo sie ihre nächsten Kompetenzen erwerben können, ob Rotationen rechtzeitig zustande kommen und ob ihr Facharztweg planbar bleibt. Das führt nicht selten dazu, dass sie frustriert kündigen – mit spürbaren Folgen für die Häuser. Jede Kündigung bedeutet für die Verwaltung neue Rekrutierungskosten, für Oberärzt:innen zusätzliche Einarbeitung und für die Abteilung den Verlust wertvoller Kontinuität. Mitarbeiterbindung durch transparente Weiterbildung ist bislang in vielen Kliniken kaum verankert – ein blinder Fleck, der zunehmend zum Risiko wird.

Das Ergebnis: Ein hoher administrativer Aufwand, der bis zu 20 % der Arbeitszeit planender Oberärzt:innen binden kann. Zeit,

Sert DS: Neue Modelle der Rotationsplanung.
Passion Chirurgie. 2025 Oktober; 15(10):
Artikel 03_02.



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

die eigentlich besser in die Supervision, das Coaching und die fachliche Entwicklung der Ärzt:innen in Weiterbildung investiert wäre – also in die Aufgaben, die der Weiterbildung echten Mehrwert verleihen.

ROTATIONSPLANUNG NEU GEDACHT – SEDIWORK ALS HERZSTÜCK DER PERSONALSTRATEGIE

Die beschriebenen Herausforderungen machen deutlich: Rotationsplanung darf nicht als organisatorische Nebentätigkeit verstanden werden. Sie ist das Herzstück einer modernen Personalstrategie – denn sie entscheidet darüber, ob Mitarbeiter:innen gebunden werden, Kompetenzen gezielt entwickelt werden und Kliniken ihre Versorgungsaufträge erfüllen können.

SEDIWORK setzt genau hier an. Unser Ansatz macht sichtbar, was bislang unsichtbar blieb: Welche Kompetenzen sind vorhanden, wo können sie erworben werden, und wie lassen sie sich gezielt in

der Versorgung einsetzen? Damit entsteht eine neue Logik der Planung – weg von fragmentierten Tabellen, hin zu einem System, das Weiterbildung, Einsatzsteuerung und Klinikstrategie intelligent miteinander verbindet.

Ein besonderer Vorteil liegt in der Skalierbarkeit. SEDIWORK funktioniert auf allen Ebenen ärztlicher Weiterbildung und Personalplanung (**Abb. 1**):

- **Klinikinterne Einsatzplanung:** Rotationen zwischen Funktionsbereichen werden transparent abgebildet, Qualifikationen und Kapazitäten automatisch berücksichtigt. Oberärzt:innen werden entlastet, weil sie mit vollständigen Informationen planen können.
- **Klinikübergreifende Rotation:** In großen Zentren wie der Inneren Medizin (SKBS Braunschweig) entsteht aus einzelnen Abteilungen ein gemeinsamer Personalpool. Weiterbildung und Dienstplanung greifen ineinander, und die Bedarfe der gesamten Klinik werden abgedeckt.

- **Standortübergreifend im Konzern:** Kompetenzen können gezielt verteilt, Engpässe ausgeglichen und Weiterbildung standortübergreifend gesichert werden.
- **Trägerübergreifend und regional:** In Westbrandenburg wird eine digitale Weiterbildungsbörse entwickelt, die Ärzt:innen personalisierte Weiterbildungspfade vorschlägt und gleichzeitig die Versorgungsanforderungen der Region berücksichtigt.

Das Alleinstellungsmerkmal von SEDIWORK ist das Kompetenz-Matching. Weiterbildungscurricula werden mit den OPS-Anforderungen der Krankenhausstrukturreform verknüpft. Damit wird sichtbar, ob die personelle Erfüllbarkeit von Leistungsgruppen tatsächlich gegeben ist – und welche Rotationen notwendig sind, um Lücken zu schließen. Für Chefärzt:innen und Klinikleitungen ist das ein entscheidender Schritt: Weiterbildung wird zum Instrument, mit dem Leistungsgruppen personell abgesichert werden können.

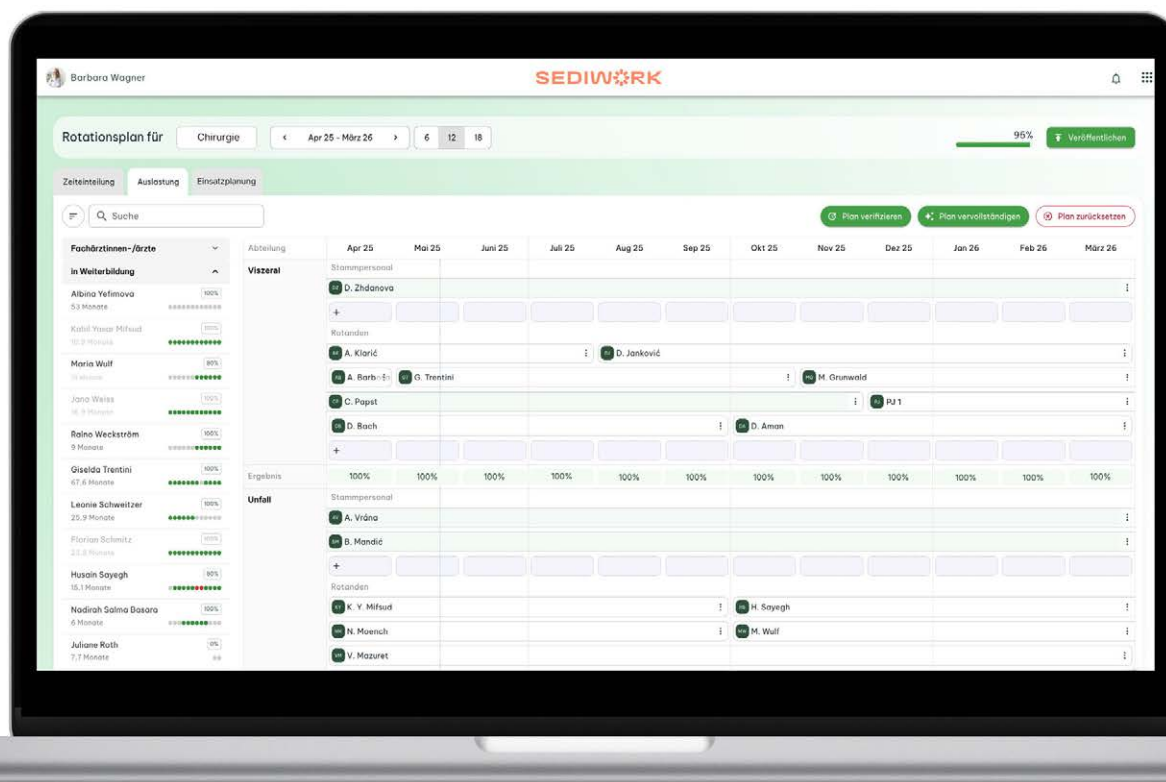


Abb. 1: Mockup der Software SEDIWORK

Mit dem Hospital Steering Hub bietet SEDIWORK zusätzlich ein zentrales Steuerungsinstrument. Hier werden operative Einsatzplanung und strategische Daten zusammengeführt: aktuelle Verfügbarkeiten, Kompetenzstände, Auslastungen und Karrierepfade. Für Chefärzt:innen entsteht ein Gesamtüberblick, Personalabteilungen erhalten eine verlässliche Datenbasis, und Ärzt:innen in Weiterbildung können ihre Entwicklungsschritte transparent nachverfolgen.

Kurz gesagt: SEDIWORK verbindet Software und Steuerungslogik. Kliniken gewinnen sofortige Entlastung in der Planung, sichern langfristig die Erfüllung von Leistungsgruppen und schaffen transparente Karrierewege für ihre Ärzt:innen. Aus einer bislang fehleranfälligen Tabellenarbeit wird ein Instrument, das Weiterbildung strukturiert, Personalressourcen optimal nutzt und die Versorgung zukunftsfähig macht.

AUS DER PRAXIS: WIE SEDIWORK WEITERBILDUNG IN KLINIKEN UND REGIONEN VERÄNDERT

Wie wirkt sich SEDIWORK konkret aus? Drei Beispiele zeigen, wie unterschiedlich die Ausgangslagen sein können – und wie durch unser Zusammenspiel von Software, Kompetenz-Matching und Begleitung nachhaltige Strukturen entstehen.

UNIVERSITÄTSKLINIKUM TÜBINGEN – RADIOLOGIE: KLINIKINTERNE ROTATION UND EINSATZPLANUNG

In der Radiologie des Universitätsklinikums Tübingen gehören Rotationen zwischen Neuroradiologie, Kinderradiologie, diagnostischer und interventioneller Radiologie sowie Außenrotationen an die BG-Klinik fest zur Weiterbildung. Parallel dazu muss die Einsatzplanung innerhalb der Fachabteilung sicherstellen, dass Weiterbildung und Patientenversorgung nahtlos ineinandergreifen.

Bislang wurde die Planung lokal organisiert: Tabellen mussten manuell gepflegt

werden, individuelle Wünsche und Qualifikationen ließen sich nur schwer abbilden. Mit SEDIWORK ist die gesamte Rotations- und Einsatzplanung heute zentral digitalisiert, ortsunabhängig zugänglich und jederzeit aktuell. Qualifikationen, Fortschritte und Präferenzen der Ärzt:innen fließen automatisch in die Planung ein.

Für Ärzt:innen bedeutet das transparente, planbare Weiterbildung; für Chefärzt:innen entsteht ein jederzeit verfügbarer Überblick über Kompetenzen und Rotationsstände; für die Abteilung insgesamt effizientere Abläufe – und damit mehr Zeit für Lehre, Forschung und Patientenversorgung.

Unsere Rolle: Analyse der bestehenden Planungsprozesse, Definition von Zielen, Einführung der digitalen Rotations- und Einsatzplanung inklusive aller Weiterbildungsstationen sowie kontinuierliche Anwendungsbegleitung.

STÄDTISCHES KLINIKUM BRAUNSCHWEIG – INNERE MEDIZIN: KLINIKÜBERGREIFENDER PERSONALPOOL

Die Innere Medizin am SKBS umfasst zahlreiche Fachbereiche, ergänzt durch Zentrale Notaufnahme (ZNA) und Intensivstation (ITS). Vor der Einführung von SEDIWORK war die Rotationsplanung fragmentiert, zeitaufwendig und von Abstimmungskonferenzen geprägt. Entscheidungen fielen oft ohne vollständige Transparenz über Qualifikationen, Rotationsstände oder Vollzeitäquivalente.

SEDIWORK führte hier den Übergang zu einem zentralen Personalpool-Modell herbei. Heute entstehen fachübergreifende Rotationen auf Basis aktueller Kompetenzen, Weiterbildungsbedarfe und verfügbarer Kapazitäten in Echtzeit. Ärzt:innen profitieren von klaren, strukturierten Karrierepfaden; Chefärzt:innen und Leitungsteams von umfassender Transparenz; die Klinikführung von effizienteren Prozessen.

Ein weiterer Vorteil: SEDIWORK ist anschlussfähig an bestehende digitale

Infrastrukturen. Erste Schnittstellen – etwa zu Single-Sign-on und Personalwirtschaftssystemen – wurden bereits umgesetzt. Weitere Anbindungen, beispielsweise an HR- oder Klinikinformationssysteme, folgen. So ergänzt SEDIWORK vorhandene Systeme gezielt, anstatt sie zu ersetzen, und bringt die ärztliche Weiterbildung als neue Dimension in die digitale Gesamtarchitektur der Klinik.

Unsere Rolle: Aufbau des Personalpools, Definition von Rotationszielen, Einführung der Software inklusive ZNA- und ITS-Rotationen, Entwicklung erster Schnittstellen sowie kontinuierliche Begleitung des Rollouts.

WESTBRANDENBURG – DIGITALE WEITERBILDUNGSBÖRSE: TRÄGERÜBERGREIFENDE VERNETZUNG

In Westbrandenburg entsteht ein Modell, das die Verbundweiterbildung auf eine neue Ebene hebt: eine digitale Weiterbildungsbörse. Sie funktioniert wie ein Marktplatz, jedoch KI-gestützt und kompetenzbasiert. Das System schlägt personalisierte Weiterbildungspfade vor, die sowohl individuelle Facharztziele als auch die Versorgungsbedarfe der Region berücksichtigen.

Für Ärzt:innen bedeutet das mehr Selbstbestimmung und Transparenz über ihren Karriereweg. Koordinator:innen werden entlastet, weil Rotationsvorschläge nicht mehr mühsam in Abstimmungsrunden erarbeitet werden müssen. Ein entscheidender Mehrwert für Klinikleitungen: Durch die direkte Verknüpfung von Weiterbildungspfaden mit den Anforderungen der Leistungsgruppen wird sichergestellt, dass die passenden Ärzt:innen mit den erforderlichen Kompetenzen dort eingesetzt werden, wo sie gebraucht werden. So können Kliniken ihre Versorgungsaufträge zuverlässig erfüllen und gleichzeitig die Weiterbildung strukturiert voranbringen.

Unsere Rolle: Konzeption der Weiterbildungsbörse, Abstimmung der Anforderungen mit allen beteiligten Häusern, Entwicklung der KI-gestützten Matching-Technologie,

Integration von Kompetenzprofilen und Leistungsgruppen sowie kontinuierliche Begleitung des Rollouts.

FAZIT USE CASES

Ob Klinikintern, klinikübergreifend oder trägerübergreifend – SEDIWORK verbindet operative Planung mit strategischer Steuerung. Die Beispiele zeigen: Aus komplexen Abstimmungen werden transparente Strukturen, die Weiterbildung planbar machen, Ressourcen gezielt einsetzen und Versorgung langfristig sichern – und zugleich die personelle Erfüllung der Leistungsgruppen gewährleisten.

EINFÜHRUNG MIT WIRKUNG – SOFORT NUTZBAR, LANGFRISTIG TRAGFÄHIG

Ein Projekt mit SEDIWORK ist mehr als die reine Installation einer Software – es ist der Beginn eines strukturierten Veränderungsprozesses, der Weiterbildung und Personalplanung unmittelbar verbessert. Wir begleiten den gesamten Weg: vom ersten Überblick über bestehende Strukturen bis hin zur Umsetzung im klinischen Alltag.

Der Start erfolgt cloudbasiert: Kliniken können sofort mit digitaler, transparenter Planung arbeiten und profitieren ab Tag eins. Schnittstellen zu bestehenden HR- oder KIS-Systemen werden anschließend schrittweise ergänzt, sodass sich SEDIWORK nahtlos in die vorhandene Infrastruktur integriert.

Während der Einführung sorgen wir dafür, dass die Lösung in der Praxis funktioniert: Wir moderieren Abstimmungen, unterstützen bei den ersten Planungsvorschlägen und binden Weiterbildungsbefugte sowie Ärzt:innen in Weiterbildung aktiv ein. Auch nach dem Go-live bleiben wir Partner – wir werten Daten aus, optimieren die Planung und passen Strukturen an neue Rahmenbedingungen an.

Fokus: Mit SEDIWORK erhalten Kliniken eine Software, die sofort nutzbar ist und zugleich strategische Tiefe entfaltet – von

der operativen Einsatzplanung bis zur langfristigen Entwicklung von Kompetenzen und Karrierepfaden (Abb. 2).

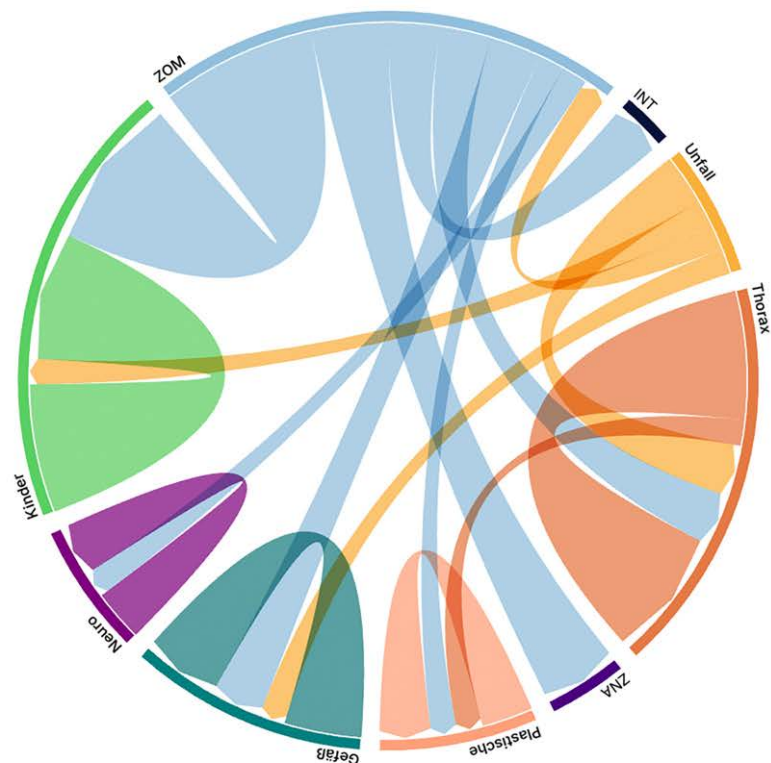
WAS SEDIWORK LEISTET – VON DER WEITERBILDUNG BIS ZUR VERSORGUNGSSTRATEGIE

Rotationsplanung ist weit mehr als Organisation – sie ist ein strategisches Werkzeug, das Weiterbildung, Versorgung und

Arbeitgeberattraktivität verbindet. Mit SEDIWORK werden aus unübersichtlichen Tabellen und Abstimmungen klare Strukturen, die allen Beteiligten spürbare Vorteile bringen.

Für Ärzt:innen in Weiterbildung: SEDIWORK schafft planbare Rotationspfade und gibt Sicherheit, dass alle erforderlichen Kompetenzen im Rahmen der Facharztweiterbildung rechtzeitig erworben werden

Übersicht



- Zentrum Operative Medizin sendet 17, erhält 1
- Intensivstation sendet 5, erhält 2
- Klinik für Kinderchirurgie sendet 5, erhält 7
- Klinik für Gefäßchirurgie sendet 3, erhält 3
- Klinik für Thoraxchirurgie sendet 6, erhält 4
- Klinik für Neurochirurgie sendet 2, erhält 1
- Klinik für Plastische Chirurgie sendet 2, erhält 2
- Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie sendet 5, erhält 2
- Zentrale Notaufnahme sendet 4, erhält 3

Abb. 2: Mockup des Software-Rotationsdiagramms am Beispiel Chirurgie

können – auch wenn bestimmte Eingriffe nur an ausgewählten Standorten angeboten werden. Durch transparente Karrierewege entsteht Verbindlichkeit und Perspektive, die Bindung an die Klinik steigt.

Für Oberärzt:innen: Oberärzt:innen werden entlastet: Statt Rotationen mühsam in Tabellen und E-Mail-Ketten zu koordinieren, greifen sie auf eine aktuelle Übersicht zu Qualifikationen, Rotationsständen und Kapazitäten zurück. So können sie sich stärker auf Supervision, Lehre und die gezielte Entwicklung der Weiterbildungskandidat:innen konzentrieren – dort, wo ihre Rolle den größten Mehrwert schafft.

Für Chefärzt:innen: Chefärzt:innen erhalten jederzeit den Überblick über Kompetenzen und Rotationsverläufe. Sie können gezielt fördern, Weiterbildung mit den Anforderungen der Klinikstrategie verbinden und so sicherstellen, dass Leistungsgruppen personell erfüllt werden. Gleichzeitig positionieren sie ihre Abteilung als attraktiven Arbeitsplatz, an dem Weiterbildung klar strukturiert und nachvollziehbar organisiert ist.

Für Klinikleitungen und Kaufleute: SEDIWORK schafft Transparenz darüber, ob die für die Krankenhausstrukturreform definierten Leistungsgruppen personell abgesichert sind. Kliniken erkennen, welche Kompetenzen vorhanden sind, wo Entwicklungsbedarf besteht und wie Nachwuchs langfristig gebunden werden kann. Damit steigt die Steuerungsfähigkeit, während Fluktuation, Einarbeitungszeiten und Rekrutierungskosten sinken.

Für Regionen: Trägerübergreifende Planung ermöglicht es, Ressourcen gemeinsam zu nutzen und Versorgung auch in strukturschwachen Gebieten mit regionalen Personalpools langfristig zu sichern. Projekte wie Westbrandenburg zeigen, wie Kooperation

und digitale Steuerung neue Wege eröffnen können. Für Nachwuchsärzt:innen entstehen attraktive regionale Karrierewege, die Abwanderung verhindern.

Fokus: Entlang der gesamten Kette – von der Weiterbildung einzelner Ärzt:innen bis zur regionalen Versorgungsstrategie – verbindet SEDIWORK operative Planung mit strategischer Steuerung. Damit wird Weiterbildung planbar, Ressourcen effizient eingesetzt und die chirurgische Versorgung langfristig abgesichert.

FAZIT UND AUSBLICK – ROTATIONSPLANUNG ALS Kernaufgabe der chirurgischen Führung

Die Krankenhausstrukturreform verändert die chirurgische Weiterbildung grundlegend. Entscheidend wird nicht nur die technische Ausstattung, sondern ob die notwendigen ärztlichen Kompetenzen verfügbar sind, um die geforderten Leistungen zu erbringen. Rotationsplanung entwickelt sich damit vom organisatorischen Pflichttakt zum zentralen Instrument für Weiterbildung, Personalstrategie und Versorgungssicherheit.

SEDIWORK zeigt, wie dieser Wandel gelingt: Für Ärzt:innen in Weiterbildung entstehen transparente Karrierepfade; Oberärzt:innen werden in der Planung entlastet und können sich auf ihre Rolle als Ausbilder:innen konzentrieren; Chefärzt:innen behalten jederzeit den Überblick über Kompetenzen und Rotationsstände und können ihre Abteilung strategisch entwickeln; Klinikleitungen und Träger sichern die personelle Erfüllbarkeit von Leistungsgruppen und senken Fluktuations- sowie Rekrutierungskosten.

Gerade im Kontext des Fachkräftemangels wird der Nutzen noch deutlicher:

SEDIWORK stärkt die Mitarbeiterbindung durch planbare Entwicklungspfade, schafft mit Personalpools flexible Strukturen für standort- und trägerübergreifenden Einsatz und stellt sicher, dass vorhandene Ressourcen optimal genutzt werden. So verbindet unser Ansatz Weiterbildung, Versorgung und Personalstrategie – für eine chirurgische Versorgung, die auch morgen tragfähig bleibt.

SEDIWORK steht für den Mut, gewohnte Strukturen zu hinterfragen, für die Gemeinschaft in Klinik und Region und für die Inspiration, ärztliche Weiterbildung neu zu denken – fundiert auf Expertise und getragen von einer klaren Vision.

Ob Klinikleitung, Weiterbildungsbefugte:r oder Ärzt:in in Weiterbildung – der erste Schritt ist einfach: Lassen Sie uns gemeinsam prüfen, wie Weiterbildung, Versorgung und Personalstrategie in Ihrer Klinik verbunden werden können.

SEDIWORK – damit alle Ärztinnen und Ärzte ihr volles Potenzial entfalten können.



Abb. 3: QR-Code für mehr Informationen





SURGEONTALK

Der BDC | Podcast



WIR PRÄSENTIEREN

SURGEON TALK

**Chirurgisches Wissen
auf den Punkt.**

www.surgeontalk.de



BDC

Berufsverband der
Deutschen Chirurgie e.V.



Weiterbildung weitergedacht

ZUKUNFT DER CHIRURGISCHEN ÄRZTLICHEN WEITERBILDUNG IM KONTEXT DER KRANKENHAUSSTRUKTURREFORM

Doreen Richardt, Friederike Burgdorf

Der Status Quo ist ernüchternd: Noch nicht einmal zehn Prozent der in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte arbeiten im ambulanten oder stationären Bereich chirurgisch. Zugleich steigt die Abwanderung ins (europäische) Ausland und viele erfahrene Kolleg:innen gehen in den Ruhestand. Die Zahl der Bewerber:innen für chirurgische Fächer sinkt spürbar, was sich negativ auf die Versorgungsqualität

auswirkt. Das abnehmende Interesse an der Chirurgie lässt sich dabei nicht nur auf die als erschöpfend wahrgenommene Arbeitsrealität und eine oft unbefriedigende Weiterbildung zurückführen. Hinzu kommen die mangelnde Vereinbarkeit von Familie und Beruf, fehlende Wertschätzung im klinischen Alltag sowie eine begrenzte individuelle Entwicklungsperspektive. Auch zunehmender ökonomischer Druck



Korrespondierende Autorin:

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

BDC-Themenreferat Familie und berufliche Perspektiven
Klinik für Chirurgie und Klinik für Herz- und thorakale Gefäßchirurgie
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Campus Lübeck
Klinik für Herzchirurgie
doreen.richardt@uksh.de



Dr. med. Friederike Burgdorf, M. Sc.
Geschäftsführerin

Berufsverband der Deutschen Chirurgie
e.V. (BDC)
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
burgdorf@bdc.de

Richardt D, Burgdorf F: Weiterbildung
weitergedacht. Passion Chirurgie.
2025 Oktober; 15(10): Artikel 03_03.



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

und bürokratische Hürden tragen zur Entfremdung vom Fach bei. [1, 2, 3, 4]

Die politisch forcierte Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft birgt das Risiko eines weiteren Qualitäts- und Erfahrungsverlusts in der chirurgischen Weiterbildung, insbesondere durch Ambulantisierung und Zentralisierung, Fallzahlreduktion und einen noch höheren ökonomischen Druck. Die im Gesetz genannten Mindestvoraussetzungen inklusive weiterer Auswahlkriterien und der personellen Ausstattung mit Qualifikationen und Verfügbarkeit von Fachärztinnen und -ärzten erschweren die Möglichkeiten der ärztlichen Weiterbildung. Eine adäquate Abbildung der ressourcenintensiven Weiterbildung in der Krankenhausstrukturreform findet sich nicht.

Dennoch: Die Krankenhausstrukturreform stellt die chirurgische Weiterbildung in Deutschland zwar vor grundlegende Herausforderungen, eröffnet aber zugleich Chancen für eine nachhaltige Weiterentwicklung, Innovation und Qualitätssteigerung. Um dem drohenden Erfahrungsverlust entgegenzuwirken, könnten rotierende Weiterbildungsmodelle oder Kooperationen zwischen Kliniken und ambulanten Einrichtungen etabliert werden. Solche Ansätze ermöglichen eine bessere Vernetzung und bieten Nachwuchschirurg:innen die Chance, unterschiedliche Versorgungssituationen kennenzulernen und praktische Erfahrungen zu sammeln. Zusätzlich könnten gezielte Förderprogramme und strukturierte Rotationen dazu beitragen, die Qualität der Weiterbildung nachhaltig zu sichern, Weiterbildungszeiten zu verkürzen, eine transparente Finanzierung zu ermöglichen und flexibel auf die veränderten Anforderungen zu reagieren. Studien aus dem Ausland zeigen, dass die Integration von strukturierten Weiterbildungsprogrammen nicht zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität führt, sondern gerade in reformierten Strukturen eine stabile Patientenversorgung möglich ist. [1, 5]

→ Positiv gesehen, eröffnet die Krankenhausstrukturreform also die Möglichkeit, bestehende Defizite gezielt anzugehen und die Weiterbildung zukunftsfähig zu gestalten, etwa durch die strukturierte und für alle Beteiligten verlässliche Weiterbildung in Verbünden, eine transparente Finanzierung, die stärkere Einbindung chirurgischer Fachgesellschaften und Berufsverbänden und die Berücksichtigung sozialer Rahmenbedingungen für Nachwuchschirurg:innen.

HERAUSFORDERUNGEN UND CHANCEN DER KRANKENHAUSSTRUKTURREFORM FÜR DIE ÄRZTLICHE WEITERBILDUNG

AMBULANTISIERUNG, ZENTRALISIERUNG UND WEITERBILDUNGSVERBÜNDE

Die geplante Verschiebung zahlreicher chirurgischer Eingriffe in den ambulanten Sektor sowie die Zentralisierung von vor allem komplexeren Eingriffen auf wenige große Kliniken, erschweren die Umsetzung einer strukturierten Weiterbildung. Auch Maximalversorger und Universitätskliniken werden in der Regel nicht mehr die volle Weiterbildungsbefugnis erhalten können. Kleinere chirurgische Fächer und ländliche Regionen könnten weiter ausgedünnt werden und damit sowohl die Weiterbildungsqualität als auch die Versorgungssicherheit gefährdet werden. Die Einführung von Weiterbildungsmodellen in Verbünden von Kliniken und Praxen/MVZs verschiedener Größe und mit unterschiedlichem Angebot ist – je nach Ärztekammer – weitestgehend unproblematisch und gewünscht. Die Ärztekammer Schleswig-Holstein und die entsprechenden Beteiligten haben mit verschiedenen Modellprojekten z. B. in der Chirurgie und der Kinder- und Jugendmedizin sehr gute Erfahrungen gemacht. Auswertungen zeigen eine Win-Win-Situation für Weiterzubildende und Befugte, insbesondere für den Zugewinn an Wissen auf beiden Seiten, gegenseitiges

Verständnis und Vernetzung. Neben einer notwendigen Flexibilität für z. B. Veränderungen beim Arbeitsweg und der wiederkehrenden Integration in andere Teams, profitieren die Weiterzubildenden v. a. von größeren Fallzahlen, strukturierten Rotationen und einen möglichen Abschluss der Weiterbildung in der Mindestzeit ohne Suche nach Anschluss-Stellen und ein „Hintenanstellen“ in neuen Teams. Die Befugten haben verlässliche Nachfolger für Weiterzubildende und müssen sich nicht auf die Suche nach neuen Weiterzubildenden begeben (**Abb. 1**).

Sektor- und einrichtungsübergreifende Verbundmodelle mit Rotations- und Kursangeboten müssen jedoch noch arbeits- und versicherungsrechtlich abgesichert werden. Die Problematik der arbeitsvertraglichen und versicherungsrechtlichen Gestaltung (Stichwort Arbeitnehmerüberlassungsgesetz und

sektoren- und arbeitgeberübergreifende Arbeitsverträge) wird derzeit ebenfalls auf Bundesebene geklärt.

FINANZIERUNG UND RESSOURCEN

Die ärztliche Weiterbildung erhält bislang keine angemessene finanzielle Kompensation. Kliniken und Praxen werden für die Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses nicht ausreichend vergütet, was nicht nur die Motivation zur Weiterbildung mindert, sondern auch die Arbeitsbedingungen verschlechtert. Infolgedessen verliert die Weiterbildung zunehmend ihren Status als hoheitliche und ehrenvolle Aufgabe, da wirtschaftliche Zwänge in den Vordergrund rücken.

Derzeit werden verschiedene Modelle und Ansätze diskutiert, wie eine adäquate und

unabhängige Finanzierung der Weiterbildung aussehen könnte. Im Fokus stehen dabei Finanzierungsmechanismen, die sowohl den tatsächlichen Aufwand als auch die Bedeutung der Weiterbildung für das Gesundheitssystem berücksichtigen und Anreize für Kliniken und Praxen schaffen.

Ein wichtiger Schritt ist die Einführung und gesetzliche Verankerung (KHVVG, SGB V) einer ärztlichen Personalbedarfsbemessung neben der fachärztlichen personellen Ausstattung. In Berechnungsmodellen wie dem Ärztlichen Personalbemessungssystem der Bundesärztekammer (ÄPS-BÄK) wird die Weiterbildungstätigkeit von Befugten sowie die Arbeitsleistung von Weiterzubildenden erstmals explizit berücksichtigt. Damit erfolgt zumindest eine indirekte finanzielle Anerkennung und Wertschätzung der ärztlichen Weiterbildung, die zukunftsweisend für das gesamte Gesundheitssystem ist. Diese Entwicklung stärkt die nachhaltige Qualitätssicherung in der Weiterbildung und unterstreicht ihre gesellschaftliche Bedeutung. [6, 7]

Auch ein vermehrter Einsatz qualifizierter, auch akademisierter Gesundheitsfachberufe, wie z. B. Physician Assistants, könnten Weiterzubildende entlasten und Valenzen für eine adäquate Weiterbildung schaffen.

FÖDERALISMUS

In Deutschland gibt es 17 Landesärztekammern, welche als Körperschaften des öffentlichen Rechtes mit Sicherstellungsauftrag eine starke Rechtskraft besitzen. Eine der Kernaufgaben ist die Regelung und Überwachung der ärztlichen Weiterbildung. Die föderale Organisation führt zu 17 Weiterbildungsordnungen mit z. T. unterschiedlichen Inhalten und Anerkennungen z. B. bei einer Änderung der zuständigen Kammer durch Wechsel des Arbeitgebers. Die immer wieder geforderte bundesweit einheitliche und verbindliche Weiterbildungsordnung mit klaren Kerncurricula und Kompetenzprofilen wird es in einem föderalen Staat mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht geben und die Bundesärztekammer ist hier als



Abb. 1: Ärztin in Weiterbildung auf Wanderschaft angelehnt an die Wanderjahre von Handwerksgelesen. Die Abbildung wurde von der Autorin kreiert und als Microsoft 365-Abonnentin lizenzfrei verwendet

nicht eingetragener Verein ohne Rechtspersönlichkeit als Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern zu verstehen. Auf Bundesebene versuchen die Landesärztekammern bundesweite Standards und Erleichterungen bei einem Wechsel und der gegenseitigen Anerkennung von Weiterbildungszeiten zu ermöglichen.

Zudem werden zurzeit sogenannte verpflichtende Train-The-Trainer-Programme nach einem Beschluss des Deutschen Ärztetages 2024 im Sinne einer didaktischen Qualifizierungsmaßnahme für Befugte von den Landesärztekammern mit jeweils eigenen Programmen ausgearbeitet und eingeführt.

Die Evaluation der Weiterbildung zur Qualitätssicherung erfolgt zumindest punktuell und sollte verpflichtend ausgebaut werden.

FAMILIENFREUNDLICHKEIT, BEWERBERMANGEL, ARBEITSBEDINGUNGEN UND ARBEITSZEITMODELLE

Die hohe Arbeitsdichte, Personalnot und schlechte Vereinbarkeit von Beruf und Familie führen zu einem Rückgang des Interesses an chirurgischen Karrieren. Befristete Verträge und mangelhafte soziale Rahmenbedingungen verschärfen das Problem.

Die Dauer der Weiterbildungszeiten in Deutschland übersteigt oftmals die von der Europäischen Union vorgegebene Minstdauer laut Berufsanerkenntnisrichtlinie (vgl. Minstdauer der fachärztlichen Weiterbildungen gemäß Anhang V der EU-Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (BARL) 2005/36/EG). [8] Um die Attraktivität des Standorts Deutschland für junge Chirurg:innen zu erhöhen, empfiehlt sich eine kritische Überprüfung der Weiterbildungsinhalte sowie eine Anpassung der Weiterbildungszeiten, sodass die tatsächliche Weiterbildung im Vordergrund steht. Erleichterte Rotationsmöglichkeiten und die Förderung von Weiterbildungsverbünden, die von den

Landesärztekammern begrüßt werden, bieten hier praktikable Ansätze.

Flexibilität und familienfreundliche Strukturen sind essenzielle Faktoren für die Nachwuchsgewinnung und -bindung in der Chirurgie. Befristete Verträge sowie unzureichende soziale Rahmenbedingungen, beispielsweise fehlende Kinderbetreuung, verschärfen den Bewerbermangel. Dafür sind entfristete (Weiterbildungs-) Verträge, Home-Office-Optionen, flächendeckende und flexible Betreuungsangebote für Kinder sowie strukturierte Modelle für Elternzeit und Wiedereinstieg entscheidend. Zudem ist die Sensibilisierung von Führungskräften und Betriebsmediziner:innen für die Bedürfnisse von Chirurg:innen in besonderen Lebenssituationen – etwa beim Operieren in Schwangerschaft und Stillzeit – unerlässlich. Positive Entwicklungen, wie unterstützende Programme für schwangere Chirurginnen und ein wachsendes Bewusstsein für individuelle Lebenslagen, zeigen bereits, dass ein Kulturwandel möglich und eingeleitet ist. [9, 10]

INNOVATIONSSTAU

Moderne Verfahren wie Robotik, Simulationstrainings, Augmented und Virtual Reality sowie digitale Weiterbildungsformate inklusive onlinebasierter Lernmodule werden bislang nur vereinzelt in Weiterbildungscurricula integriert, obwohl sie die Möglichkeit bieten, Lerninhalte ggf. auch orts- und zeitunabhängig hocheffizient zu vermitteln. Hier gibt es immer mehr Ärztekammern (wie z. B. in Schleswig-Holstein), die diese Formate anerkennen und sehr gute Erfahrungen damit machen.

Die fortschreitende Digitalisierung bietet großes Potenzial zur Entlastung und Modernisierung der ärztlichen Weiterbildung. Digitale Werkzeuge und innovative Technologien, etwa bei der Erstellung von Arztbriefen, können nicht nur die klinische Versorgung strukturieren, sondern auch die Zeitbelastung spürbar senken. Werden diese Lösungen gezielt gefördert,

entstehen wertvolle Kapazitäten für die praktische Weiterbildung, was wiederum die Effizienz und Qualität der Weiterbildung deutlich steigert. [11, 12]

FAZIT

Die Krankenhausstrukturreform birgt erhebliche Risiken für die chirurgische Weiterbildung. Gleichzeitig eröffnet sie die Chance, als Katalysator für eine zukunfts-fähige und qualitativ hochwertige chirurgische Weiterbildung genutzt zu werden, wenn eine unabhängige und transparente Finanzierung sowie innovative, praxisnahe Weiterbildungs-Modelle und digitale Tools systematisch integriert werden. Um außerdem dem Bewerbermangel entgegenzuwirken und die Attraktivität der Chirurgie langfristig zu steigern, sind eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben im Sinne einer wertschätzenden Weiterbildungskultur mit evidenzbasierten, modernen und sozial nachhaltig gestalteten Strukturen erforderlich. Nur durch gezielte Verbesserungen kann die chirurgische Weiterbildung fit für die Zukunft gemacht werden, wieder mehr Nachwuchs begeistern und so eine qualitativ hochwertige und quantitativ ausreichende ärztliche Versorgung in Deutschland auf Facharztzniveau gesichert werden. Lösungen und Veränderungen sind nur gemeinsam durch enge Zusammenarbeit zwischen Ärztekammern, den jeweiligen Fachgesellschaften und Berufsverbänden unter Einbezug der sich weiterbildenden Ärztinnen und Ärzte umsetzbar. Nachfolgend sind auch die weiteren Akteure im deutschen Gesundheitswesen, die Politik und die Gesellschaft gefragt.

LITERATUR

- [1] Schlottmann F, Drossard S, Dey Hazra M, Blank B, Herbolzheimer M, Mulorz J, Kröplin J, Huber T, Doukas P, Sadat N, Rüsseler M, Rösch R, Bouffleur F, Lif Keller S, Freund G. Herausforderungen und Chancen für die chirurgische Weiterbildung : Ein fachgesellschaftsübergreifendes Positionspapier vor dem

- Hintergrund der Krankenhausstrukturreform [Challenges and options for advanced training in surgery : An interdisciplinary position paper against the background of the hospital structural reform in Germany]. *Chirurgie (Heidelb)*. 2024 Jul;95(7):539-545. German. doi: 10.1007/s00104-024-02113-x. Epub 2024 Jun 12. PMID: 38864879; PMCID: PMC1190013.
- [2] Persönliche Abfrage bei der Bundesärztekammer sowie Blum M. Ärztestatistik 2022 Warten auf die Wende. *Dtsch Arztebl*. 2023;120:A848-B724.
- [3] Vallböhmer D. „Nehmen wir jetzt jeden?“. Eine Umfrage in Deutschen chirurgischen Kliniken. *Passion Chir*. 2018;8:04-02.
- [4] Schneider KN, Masthoff M, Gosheger G, et al. Generation Y in der Chirurgie – der Konkurrenzkampf um Talente in Zeiten des Nachwuchsmangels. *Chirurg*. 2020;91:955-961. doi: 10.1007/s00104-020-01138-2.
- [5] Louis M, Gibson B, Krause M. Impact of Surgical Residency Integration on Trauma and Acute Care Surgery Outcomes: A Retrospective Analysis. *J Surg Educ*. 2024 Sep;81(9):1293-1296. doi: 10.1016/j.jsurg.2024.06.009. Epub 2024 Jul 2. PMID: 38955660.
- [6] https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/AEPSBAEK/Praesentation_DAET_aktualisiert_28082024.pdf; letzter Zugriff 24.01.2025
- [7] <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/aeps-baek>; letzter Zugriff 01.09.2025#
- [8] <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32005L0036>; letzter Zugriff. 01.09.2025
- [9] https://www.opids.de/fileadmin/OPIDS/Dokumente/Fächerübergreifender_Konsens_in_der_Chirurgie_operative_Tätigkeiten_in_Schwangerschaft_und_Stillzeit.pdf; letzter Zugriff 01.09.2025
- [10] Richardt D, Niethard M, Kreuder A. Operative Tätigkeiten in der Schwangerschaft und Stillzeit, *Passion Chirurgie* 03/2025, <https://www.bdc.de/karriere-operative-taetigkeiten-in-der-schwangerschaft-und-stillzeit/>, letzter Zugriff 01.09.2025
- [11] Vogel C, Bertsch V, Rollmann MF, Herath SC, Histing T, Braun BJ. Digitalisierung in der chirurgischen Weiterbildung : Status quo, Chancen und Herausforderungen [Digitalization in surgical training : Status quo, opportunities and challenges]. *Chirurgie (Heidelb)*. 2025 Jun;96(6):482-491. German. doi: 10.1007/s00104-025-02285-0. Epub 2025 May 5. PMID: 40323369; PMCID: PMC12098399.
- [12] Brunner S, Kröplin J, Meyer HJ, Schmitz-Rixen T, Fritz T. Einsatz chirurgischer Simulatoren in der Weiterbildung – eine deutschlandweite Analyse [Use of surgical simulators in further education-A nationwide analysis in Germany]. *Chirurg*. 2021 Nov;92(11):1040-1049. German. doi: 10.1007/s00104-020-01332-2. Epub 2021 Jan 5. PMID: 33399900; PMCID: PMC8536651. 



Wissenschaftliche Leitung:
Dr. med. Peter Kalbe,
Dr. med. Björn Ackermann

EBM und (UV-)GOÄ Abrechnungs- webinare

08. März 2025
 08. November 2025

Klick!
 Jetzt
 anmelden!


BDC | Berufsverband der
 Deutschen Chirurgie e.V.





Stellenwert der Spezialisierung – Chance zur Neuorientierung

Sebastian Debus, Henrik Meyer-Hoeven

Die Veränderungen im Kontext der Krankenhausreform machen eine Neuorientierung der persönlichen Kompetenzen des Klinikarzt-Berufs erforderlich. Wer sich darauf gezielt vorbereitet, wird seine individuellen Herausforderungen bewältigen und für sich eine positive Lebensqualität sicherstellen.

Die Krankenhausreform 2025 (auch „Level-Reform“) ist eines der größten gesundheitspolitischen Projekte der letzten Jahrzehnte.

Sie zielt darauf ab, Qualität, Effizienz und Versorgungssicherheit zu verbessern, und sie hat für alle weitreichende Folgen. (Abb. 1) Anlass dafür war, die steigenden Kosten im Gesundheitswesen besser zu kontrollieren und langfristig tragfähig zu gestalten. Darüber hinaus zielt die Gesundheitsreform auf eine verbesserte Qualität der Versorgung ab und eine Erhöhung der Transparenz in der Leistungserbringung. Nicht zuletzt geht es auch darum, die Finanzierung gerechter und nachhaltiger zu gestalten. [1, 2]



Korrespondierender Autor:
Prof. Dr. med. Eike Sebastian Debus,
FEBS, FEBVS

Direktor Klinik für Gefäßmedizin
(Gefäßchirurgie – Angiologie –
endovaskuläre Therapie)
Universitäres Herz- und Gefäßzentrum
Universitätsklinikum Hamburg/Eppendorf
Martinistr. 52
20246 Hamburg
s.debus@uke.de



Prof. Dr. phil. Henrik Meyer- Hoeven
Pawlik Consultants GmbH
Zirkusweg 2 - 20359 Hamburg
Hamburg School of Business
Administration (HSBA)
Willy-Brandt Str. 75
20459 Hamburg

Debus ES, Meyer-Hoeven H: Stellenwert der
Spezialisierung – Chance zur Neuorientierung.
Passion Chirurgie. 2025 Oktober;
15(10): Artikel 03_04.



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

Auswirkungen der Krankenhausreform



a) Kliniken



Einführung von Leistungsgruppen
und Versorgungslevel (Level I – III)



Finanzierung: Wegfall der
Fallpauschalen als Hauptanreiz



Schließungen & Umwandlungen



Transparenzregister &
Qualitäts offenlegung



b) Klinikärzte



Veränderung der Arbeitsstruktur



Standortverlagerung oder
Arbeitsplatzunsicherheit



Höhere Spezialisierungsanforderungen
Bürokratie und Dokumentation

Abb 1: Auswirkungen der Krankenhausreform auf
Kliniken und Krankenhausärzte

AUSWIRKUNGEN AUF KLINIKEN

Die Kliniken werden nach ihrer Leistungsfähigkeit in sog. Versorgungsstufen/-level eingeteilt. Die Einteilung erfolgt in drei Versorgungsstufen, wobei die erste Stufe die Grund- und Regelversorgung, die zweite die spezialisierte Versorgung und die dritte Stufe die hochspezialisierte Versorgung betrifft. Diese uns seit vielen Jahren bekannte Einteilung soll dabei helfen, die Patientenströme zu lenken und die Ressourcen effizient zu nutzen. Diese unterschiedlichen Versorgungsstufen werden in der Krankenhausreform spezifisch genutzt, um adäquat Leistungen auf die verschiedenen Versorgungsstufen zu verteilen. Das Besondere dabei ist die Einbeziehung aller Krankenhäuser: Universitätskliniken sind genauso wie hochspezialisierte Privatkliniken Teil dieser Reform. Kliniken dürfen nur noch bestimmte Leistungen erbringen – definiert in sogenannten Leistungsgruppen –, wenn sie die dafür nötige Infrastruktur, das Patientenvolumen und Personalqualifikation nachweisen. Bereits vor der aktuellen Gesundheitsreform wurden die sogenannten Mindestmengen dazu genutzt, Patientenströme zu kanalisieren. Es sollte damit sichergestellt werden, dass bestimmte

Behandlungen nur noch von Einrichtungen durchgeführt werden, die eine ausreichende Erfahrung für die zu erbringenden Eingriffe mitbringen. Dies sollte die Qualität der Versorgung erhöhen und Komplikationen minimieren. Eines von vielen Beispielen sind Herztransplantationen: Ab Januar 2026 gilt hier eine Mindestzahl von zehn Eingriffen pro Jahr und Krankenhausstandort. Hiermit soll nicht nur sichergestellt werden, dass das Krankenhaus, sondern auch die Operateure entsprechende Erfahrung mit diesen Eingriffen erreichen und kontinuierlich halten können. Allerdings hatte dies die nicht unerhebliche Folge, dass falsche Leistungsanreize gesetzt wurden und die Fallzahlen künstlich in die Höhe getrieben wurden. Dadurch bestand die Gefahr einer Fehlversorgung, was eine der Ursachen für die aktuelle Gesundheitsreform ist. Die Folge ist, dass kleinere Kliniken Fachabteilungen verlieren oder sich neu spezialisieren müssen bzw. mit Kliniken höherer Leistungsstufen Verbundsysteme etablieren oder gar ganz schließen werden. Andererseits werden möglicherweise auch Maximalversorger und Universitätskliniken künftig nicht mehr alle Leistungen erbringen dürfen.

Der Wegfall der Fallpauschalen als Hauptanreiz für die Finanzierung führt zur Einführung von Vorhaltepauschalen: Kliniken erhalten Geld für das „Bereitstellen“ von Kapazitäten, nicht nur für tatsächlich erbrachte Leistungen. Dies reduziert den wirtschaftlichen Druck, möglichst viele Fälle zu behandeln, und sorgt für bessere Planbarkeit und finanzielle Unsicherheit für kleinere Kliniken, die auf hohe Fallzahlen angewiesen waren. Da es durch die intendierte Fokussierung der Kliniken in der Folge zu einer Konzentration auf die zugelassenen Behandlungsgruppen kommen wird, wird davon ausgegangen, dass hierdurch die Fallzahlen in den entsprechenden Kliniken steigen, Indikationen schärfer als bisher gestellt werden und in der Gesamtheit eine Qualitätsverbesserung in Bezug auf Prozess- und Ergebnisqualität erfolgen wird. Diese Vorhaltepauschalen sollen dazu beitragen, Leistungen auch unabhängig von der aktuellen Auslastung finanziell abzusichern. [3]

Dies soll vor allem die Planungssicherheit erhöhen, die Versorgungssicherheit garantieren und auch sicherstellen, dass Krankenhäuser bestimmte Leistungen, gerade in weniger gut ausgelasteten Zeiten, trotzdem aufrechterhalten können. Damit soll insgesamt eine Stabilisierung und mehr Planungssicherheit erreicht werden. [4]

Hieraus leiten sich jedoch zwangsweise auch Schließungen und Umwandlungen ab, d. h. Kliniken ohne Nachweis einer notwendigen Struktur verlieren Leistungsaufträge, einige Häuser werden in Gesundheitszentren oder Tageskliniken umgewandelt werden. Die Folge könnte die Gefahr von Versorgungslücken im ländlichen Raum sein. Eine deutlich engere Kooperation zwischen den Häusern wird damit zur Notwendigkeit werden.

Das Transparenzregister und die Qualitätsoffenlegung sollen dazu führen, dass Kliniken ihre Qualitätskennzahlen öffentlich machen (z. B. Komplikationsraten, gegebenenfalls auch Operateur-spezifisch, Personalbesetzung etc.) müssen. [5] In der Folge wird der Wettbewerb über Qualität statt nur über die Wirtschaftlichkeit gesteuert. Hiermit ist insgesamt eine Outcomeverbesserung der Patientenbehandlung beabsichtigt.

AUSWIRKUNGEN AUF KLINIK-ÄRZTINNEN UND -ÄRZTE

Die veränderten Rahmenbedingungen führen für die Klinik-Ärztinnen und -Ärzte zu einer ganz erheblichen Veränderung der Arbeitsstruktur – und ihres eigenen Selbstverständnisses. Fachärzte werden künftig nicht mehr in ihrer ganzen Facharztbreite tätig sein, sondern werden sich auf Kernkompetenzen spezialisieren und „zurückziehen“ müssen. Konkret bedeutet dies: Weniger „Falljagd“, mehr Fokus auf Qualität und Koordination und Verlagerung hin zu interdisziplinärer Teamarbeit in spezialisierten Zentren. Die Folgen sind auch auf die Weiterbildung der Assistentinnen und Assistenten vielfältig: Die neuen Strukturen werden zu einer erhöhten medizinischen Behandlungsfreiheit, aber auch zu

Umstellungen in Arbeitsabläufen führen. Die weiterbildungsermächtigten Ärztinnen und Ärzte werden ihre Berechtigungen in der bisherigen Form verlieren und Verbundweiterbildungen werden erforderlich werden. Dies wiederum hat zur Folge, dass Assistenzärztinnen und -ärzte in Weiterbildung ihre Facharztausbildung künftig nicht mehr an einer Klinik absolvieren werden, sondern hierzu im Rotationsprinzip an unterschiedliche Kliniken wechseln müssen, um den Fachartztkatalog erfüllen zu können. Auch dies könnte zu einer Verbesserung der Weiterbildungsqualität führen, da nunmehr sämtliche weiterbildungsermächtigten Kliniken im Verbund mit einem höheren Spezialisierungsgrad arbeiten. Die Spezialisierungen führen somit zu Standortverlagerungen, jedoch auch Arbeitsplatzunsicherheit. Bei Umstrukturierung oder Schließung von Kliniken ist ein Wechsel an größere Standorte oder andere Fachrichtungen erforderlich. Die Folge: Besonders junge Ärztinnen und Ärzte könnten profitieren (mehr Spezialisierung), während andere umdenken müssen.

Damit sind höhere Spezialisierungsanforderungen verbunden. Nur noch zertifizierte Zentren dürfen bestimmte Eingriffe durchführen. Das Thema wechselnde Zusammenarbeit gewinnt einen neuen Stellenwert für Kliniken und für Klinikärztinnen und -ärzte. Hierdurch entsteht eine Zunahme von Fortbildungsdruck, aber auch Qualitätssicherung im Berufsalltag.

Schließlich wird die Reform auch Einfluss auf Bürokratie und Administration haben. Durch die neue Struktur entsteht zusätzlicher Dokumentationsaufwand (z. B. Nachweis der Struktur- und Prozessqualität), der vermutlich zu einer weiteren Erhöhung administrativer Tätigkeiten für Ärztinnen und Ärzte bedeuten wird.

All diese Veränderungen kommen zusätzlich zu der bereits bestehenden Alltagswelt, die gekennzeichnet ist von:

- voller Konzentration über einen langen Arbeitstag,
- wechselnden Herausforderungen mit Patienten und Mitarbeitenden,

- wechselnden Teamkonstellationen bei der Visite, auf Station und im OP,
- wechselnden Kliniken und Kulturen,
- fehleranfälligen Abläufen oder suboptimaler Arbeitsqualität,
- suboptimaler Kommunikation in der Sache und in Bezug auf Menschen und ihr Verhalten,
- vielfältigem Druck im privaten Umfeld,
- wenig Zeit für sich, zum Auftanken.

DIE RICHTIGEN KOMPETENZEN, UM VOR DER WELLE ZU BLEIBEN

Welche Kernkompetenzen braucht es also, um in diesem Kontext und den neuen Herausforderungen zu bestehen? Nachfolgend zeigen wir die wesentlichen Human Skills auf, die Klinik-Ärztinnen und -Ärzte fit für das Leben machen. Sie orientieren sich an den Basismotiven von David McClelland [6]. Er definierte Gestaltung (Power), Leistung (Performance) und Beziehung (Relationship) als Kraftquellen, die in jedem Menschen angelegt sind, i. d. R. in unterschiedlichen Ausprägungen. Das nachfolgende Modell hat diesen Basismotiven konkrete persönliche Profilkompetenzen zugeordnet und wurde mit Selbstbefähigung (Empowerment) um eine weitere, wesentliche Kategorie ergänzt. Um nun den skizzierten Anforderungen gerecht zu werden, haben erfahrene Klinikärzte und Psychologen aus den generellen 24 die Top 9 Kompetenzen priorisiert, die nachstehend dargestellt sind.

Das Cluster **Power** umfasst Kompetenzen, die das Einfluss- sowie Gestaltungsbedürfnis einer Person zeigen, also das Bestreben, Führung und Verantwortung zu übernehmen sowie Entscheidungen zu treffen. Dabei spielen auch Themen wie unternehmerisches Denken und Feedback eine wesentliche Rolle sowie das Aufsuchen möglicher Durchsetzungssituationen, um dem Drang nach Selbstbehauptung nachzukommen. Personen, die hohe Ausprägungen in diesem Cluster aufweisen, wollen demnach Einfluss nehmen, aktiv gestalten und eine tragende Rolle im Unternehmen einnehmen.



Abb 2: Profilkompetenzen in Motivclustern (Quelle: Pawlik Consultants GmbH)

- 1. Verantwortungsübernahme:** Fähigkeit, sich für Personen und Aufgaben verantwortlich zu fühlen und proaktiv einzusetzen.
- 2. Unternehmerisch denken:** Fähigkeit, die Interessen des Unternehmens im Blick zu haben und Themen aus einer übergeordneten Perspektive zu betrachten.

Das Cluster **Performance** umfasst Kompetenzen, die das Bedürfnis einer Person nach inhaltlicher Auseinandersetzung mit herausfordernden Aufgaben widerspiegeln. Dafür sind Themen wie das Einbringen eigener Ideen und die Erarbeitung strategischer Konzepte, als auch eine Detailorientierung und Umsetzungsstärke relevant. Zudem wird die Fähigkeit erfasst, passende Rückschlüsse aus Fehlern oder Rückschlägen für das eigene Verhalten zu ziehen.

Personen mit starken Ausprägungen in diesem Cluster legen ihren Fokus demnach

stark auf die inhaltliche Umsetzung von Aufgaben. Sie wollen Ziele erreichen und Neues lernen.

- 3. Innovationsstärke:** Fähigkeit, sich mit eigenen Impulsen einzubringen sowie die Ideen anderer zu unterstützen.
- 4. Lernen aus Fehlern:** Fähigkeit, Rückschlüsse zu reflektieren und die damit verbundenen Erkenntnisse für sich anzunehmen.

Das Cluster **Relationship** umfasst Kompetenzen, die den Anschluss einer Person geben, also ihr Bedürfnis nach einem wertschätzenden Miteinander, Zugehörigkeit und Geselligkeit im Arbeitskontext. Neben grundlegenden Sozialkompetenzen, wie dem Aufbau von Beziehungen oder der Zusammenarbeit im Team, werden auch Kompetenzen wie Empathie oder Konfliktlösung dargestellt. Personen mit starken Ausprägungen in diesem Cluster legen daher großen Wert

auf ein wertschätzendes und kollaboratives Arbeitsumfeld und vernetzen sich gern mit anderen.

- 5. Teamorientierung:** Fähigkeit, mit anderen Personen zusammenzuarbeiten und kooperativ zu agieren.
- 6. Konfliktlösung:** Fähigkeit, Unstimmigkeiten zu erkennen und gemeinsam konstruktive Lösungen zu entwickeln.

Das Cluster **Empowerment** bildet die Selbststeuerungskompetenzen einer Person ab, also deren Fähigkeiten, im selbstbestimmten Umgang mit Belastungssituationen und Anpassung an neue Gegebenheiten umzugehen. Dafür sind Themen wie Selbstmotivation und -reflexion ebenso wichtig, wie der souveräne Umgang mit Widersprüchlichkeiten und emotionalen Stressoren.

Personen mit starken Ausprägungen in diesem Cluster verfügen über eine hohe Selbststeuerung und können demnach leichter mit Veränderungen, neuen Herausforderungen oder Stresssituationen umgehen und diese selbstbestimmt sowie souverän meistern.

- 7. Selbstmotivation:** Fähigkeit, unliebsame Aufgaben zuversichtlich anzugehen und sich die positiven Anreize vor Augen führen zu können.
- 8. Selbstreflexion:** Fähigkeit, sich selbst kritisch zu hinterfragen und externes Feedback in das Selbstbild integrieren zu können.
- 9. Anpassungsstärke:** Fähigkeit, sich veränderten Rahmenbedingungen anzupassen und das eigene Verhalten daraufhin zu ändern.

... UND JETZT?

Wenn wir das souveräne Denken und Handeln in Bezug auf relevante Kompetenzen als Lebensinvestition betrachten, bietet sich ein bewährter und professioneller Wachstumsweg an:

Der erste Schritt ist immer die Selbsteinschätzung: Wo bin ich bereits hinreichend

gut, wo habe ich noch deutliches Entwicklungspotenzial? Es gibt viele Wege, das zu tun: Es kann sehr einfach mit einer simplen Liste erfolgen oder mit einem wissenschaftlich fundierten Online-Assessment mit umfassenden Gutachten, der sog. Scan-Analyse [7].

Im zweiten Schritt gilt es, die Ergebnisse zu reflektieren und individuelle Entwicklungsziele zu priorisieren, zu konkretisieren und dann einen persönlichen Entwicklungsplan zu gestalten inkl. der dafür passenden Unterstützung. Letztere kann durch professionelle Experten, am besten in einem Tandem von Ärztinnen und Ärzte sowie Psychologinnen und Psychologen, erfolgen, mit didaktisch interaktivem E-Learning oder auch durch einen geeigneten AI-Coach.

Ein dritter Schritt ist dann das Lernen und Üben im Alltag und das wiederkehrende Reflektieren und Dranbleiben. Dies ist ein permanenter Prozess, der nie aufhört (permanentes Lernen). Es kann nützlich sein,

sich wiederholt zur Adjustierung auch extern begleiten zu lassen (Coaching).

Dieser Weg zu einer persönlichen Neuorientierung ermöglicht ein persönliches Bewusstsein über seine Notwendigkeit und über den fundamentalen Nutzen für das eigene Leben.

LITERATUR

- [1] AUGURZKY, Boris; KARAGIANNIDIS, Christian. *Gesundheitsagenda 2030: Ohne Reformen drohen Sozialabgaben von 50% und mehr. Steigende GKV-Beiträge und demografischer Wandel erfordern tiefgreifende Strukturreformen*. RWI Impact Notes, 2025.
- [2] WELLER, M. (2025). Die Krankenhausreform. *Gesundheits-und Sozialpolitik (G&S)*, 78(4-5), 54-60.]
- [3] VAN DEN HEUVEL, Dirk. Krankenhausreform: Einführung von Leistungsgruppen und Vorhaltepaulen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 2023, 8. Jg., S. 707.]
- [4] ROHATSCH, Nadine. 15 Thesen zur zukünftigen strategischen Ausrichtung von Krankenhäusern in Deutschland. *Gesundheits-und Sozialpolitik (G&S)*, 2025, 78. Jg., Nr. 3, S. 4-15.]
- [5] STOLLMANN, Frank; TRIEBEL, Enrico. Zum Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz (Krankenhaustransparenzgesetz). *GesundheitsRecht*, 2023, 22. Jg., Nr. 10, S. 613-620.]
- [6] KRUG, Joachim Siegbert / KUHL, Julius: Macht, Leistung und Freundschaft – Motive als Erfolgsfaktoren in Wirtschaft, Politik und Spitzensport, Kohlhammer 2006
- [7] Hogrefe-Verlag: „Motivation und Persönlichkeit: Interaktionen psychischer Systeme“, 2001, <https://www.amazon.de/Motivation-Pers%C3%B6nlichkeit-Interaktionen-psychischer-Systeme/dp/3801713075> 



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

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



BDC-Facharztseminare im November

Die Facharztseminare gehören seit vielen Jahren zum Kerngeschäft der BDC|Akademie. Die Seminare sind konzipiert, um am Ende der sechsjährigen Weiterbildung das notwendige Wissen des Weiterbildungskatalogs für die anstehende Facharztprüfung noch einmal zu rekapitulieren und damit die jungen Kolleginnen und Kollegen direkt auf die Prüfung vorzubereiten.

Die Seminare werden in enger Kooperation mit den verantwortlichen

Fachgesellschaften und deren wissenschaftlichen Leitungen organisiert. Das Seminarangebot umfasst alle acht Säulen des Gebietes Chirurgie, sodass diese mehrtägigen Seminare auch für Fachärztinnen und Fachärzte anderer Disziplinen und für den Quer- und Wiedereinstieg als Refresher-Kurse bestens geeignet sind.

Mit Klick auf die Veranstaltung unten, gelangen Sie auf das Programm und zur Anmeldung.

Die nächsten Facharztseminare:

- **Facharztseminar Allgemeinchirurgie**, vom 03.11. bis 07.11.2025 in Dortmund
- **Facharztseminar Viszeralchirurgie**, vom 17.11. bis 20.11.2025 in Hamburg
- **Facharztseminar Orthopädie/Unfallchirurgie**, vom 26.11. bis 28.11.2025 online

Zum BDC|Akademie-Programm mit allen Terminen 2025...



BDC-Facharztseminare im November.
Passion Chirurgie. 2025 Oktober;
15(10): Artikel 04_01.



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

SAFETY CLIP

Gewaltprävention in Notaufnahmen

Michael Schrewe

Ob Belästigungen am Arbeitsplatz, sexuelle Übergriffe im Freibad, Hassparolen in sozialen Medien oder Gewalt unter Jugendlichen in Schulen – es vergeht kaum ein Tag ohne entsprechende Berichterstattungen. Allgemeiner Tenor ist, dass Menschen im gesellschaftlichen Miteinander zunehmend aggressiv reagieren und die Hemmschwelle für Gewalt gesunken ist.

Diese Entwicklung macht auch vor der Institution Krankenhaus nicht halt. In einer repräsentativen Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) gaben 73 Prozent der Krankenhäuser an,

dass die Zahl der Übergriffe in ihren Häusern in den vergangenen fünf Jahren gestiegen ist [1].

Die Hälfte der Kliniken benennt in der Umfrage die Notaufnahme als einen besonders durch Gewalt belasteten Bereich. Die genannten Hauptursachen sind: zustandsbedingte Übergriffe durch zum Beispiel Alkohol oder Schmerz, der Verlust von Respekt gegenüber Krankenhauspersonal, krankheitsbedingtes Verhalten (wie Demenz oder psychische Erkrankungen) und lange Wartezeiten. In einer deutschlandweiten Befragung von Mitarbeitern in deutschen Notaufnahmen zu



Michael Schrewe

Senior Berater
GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung
mbH
Ecclesiastraße 1 – 4
32758 Detmold
michael.schrewe@grb.de

Gewalterlebnissen gaben 97 Prozent der Befragten an, in den letzten 12 Monaten verbale Gewalt durch Patienten erlebt zu haben, 88 Prozent sogar körperliche Gewalt. In Bezug auf Negativerfahrungen mit Angehörigen berichteten 94 Prozent über verbale und rund 65 Prozent über körperliche Gewalt [2].

Die Problemstellung ist somit für Krankenhäuser nicht neu und vielerorts sind in den vergangenen Jahren erste Maßnahmen umgesetzt worden. Die Berufsgenossenschaft, Verbände und große Kliniken haben hierzu Handlungsempfehlungen veröffentlicht, die in Aufbau und Inhalt im Wesentlichen deckungsgleich sind (vgl. die weiterführende Literatur am Ende des Artikels). Ziel dieses Artikels ist, diese Empfehlungen noch einmal in komprimierter Form für die Rubrik „Safety Clip“ aufzubereiten und um eigene Aspekte zu ergänzen. Hierbei fokussiert sich der Beitrag auf Maßnahmen zur Gewaltprävention, die konkret und speziell für die Notaufnahme von Bedeutung sind, sowie auf Maßnahmen, die zentral für das Krankenhaus oder die Klinikgruppe auf übergeordneter Ebene getroffen werden sollten.

STRATEGISCHE PLANUNG UND OPERATIVE FÜHRUNG

Im Zusammenhang mit der Fürsorgepflicht ist es Aufgabe der Krankenhausführung, für die Sicherheit der Mitarbeitenden und Patienten zu sorgen. Hierfür müssen die Rahmenbedingungen geprüft und der Handlungsrahmen für die Prävention, Intervention und Nachsorge in Bezug auf Gewalt festgelegt werden.

Grundvoraussetzungen für eine Strategie, die wirkungsvoll und nachhaltig umgesetzt werden kann, ist das klare Bekenntnis zu einer Null-Toleranz gegenüber Gewalt und die Schaffung einer Kultur, in der Achtsamkeit und Sensibilität in Bezug auf Gewaltereignisse bestehen sowie ein offener Umgang möglich ist. Nur wenn von Gewalt betroffene Mitarbeitende ohne Schamgefühle über ihre Ängste und ihr Befinden berichten können, ist eine adäquate

Unterstützung möglich. Diese Strategie muss nachfolgend operationalisiert und in einem Konzept verankert werden. Hierbei sollten folgende Aspekte berücksichtigt und auf interne Umsetzung geprüft werden:

- Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen

Diese sind nicht nur Pflicht (§ 5 ArbSchG), sondern auch ein geeignetes internes Instrument zur Identifikation von Gefahren an unterschiedlichen Arbeitsplätzen und bei spezifischen Tätigkeiten. Da die Gefährdungsbeurteilungen nach dem Deming-Kreis (PDCA-Zyklus) durchgeführt werden, kann hiermit auch die Umsetzung und Wirksamkeit von Maßnahmen geprüft werden.

- Darstellung des rechtlichen Rahmens
 - Schutz der Mitarbeitenden (Notwehr § 32 StGB und Rechtfertigender Notstand § 34 StGB)

- Bestrafung für Gewalt oder Gewaltandrohung gegen Hilfeleistende einer Notaufnahme (§ 115 StGB)

Hinweis: Aktuell gibt es den Vorstoß durch Bundesgesundheitsministerin Nina Warken für eine härtere Strafbemessung bei Gewalt gegen Klinikpersonal [3]. Die DKG fordert hierfür eine Gleichstellung mit Rettungskräften. [4]

- Übertragung des Hausrechts auf Mitarbeitende
- Stellen von Strafanzeigen nach Gewaltereignissen
- Etablierung eines Meldesystems zur internen Erfassung von Vorfällen
- Erstellung von Notfallplänen, in denen die Abläufe bei Eskalation vorgeplant sind. Hierbei ist zu beachten, dass keine Parallelstrukturen aufgebaut werden (Alarm- und Einsatzplan und/oder „Krisenhandbuch“).
- Entwicklung eines Betreuungs- und Nachsorgekonzepts für Opfer von Gewalt mit vorgeplanten Nachsorgeangeboten und externen Unterstützungsmöglichkeiten
 - Krisenintervention durch psychologische Unterstützung (kurzfristig, kurzzeitig)
 - Begleitung bei posttraumatischen Belastungen (längerfristig)

Schrewe M: Safety Clip: Gewaltprävention in Notaufnahmen. *Passion Chirurgie*. 2025 Oktober; 15(10): Artikel 04_02.



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

- Teamsupervision
- Bezugnahme auf Betriebliches Eingliederungsmanagement
- Berücksichtigung der Anforderungen, Leistungen und Angebote der Berufsgenossenschaft (Verbandbuch, D-Arzt-Verfahren, Meldung Arbeitsunfälle, Rehabilitation/Wiedereingliederung)

ORGANISATORISCHE PRÄVENTIONSMASSNAHMEN

Eine suffiziente Patientenversorgung mit erträglichen Wartezeiten, eine respektvolle Behandlung mit verständlicher und direkter Kommunikation sowie eine gute Organisation und Betreuung tragen maßgeblich zur Zufriedenheit der Patienten bei. Um diesen Erwartungen gerecht werden zu können, braucht es einen bedarfsorientierten Personaleinsatz.

Auslöser für ein aggressives Verhalten seitens des Patienten kann Unzufriedenheit mit der Behandlung sein. Bei dem allgemeinen Personalmangel und bestehenden Liquiditätsengpässen darf dies nicht vergessen werden.

Eine Pflegeperson allein in der Notaufnahme, wie es im Nachtdienst kleinerer Krankenhäuser vorkommt, ist in Hinblick auf den Umgang mit herausfordernden Patienten besonders bedenklich, da keine unmittelbare Unterstützung durch das Team möglich ist und der Mitarbeitende sich nicht ohne weiteres aus der Situation herausziehen kann. Die Möglichkeit einer niederschweligen Unterstützung einer weiteren Person ist hier besonders wichtig, im Szenario des Nachtdiensts im kleinen Krankenhaus jedoch per se organisatorisch herausfordernd.

Bei der Dienstplanung sollte darauf geachtet werden, dass mindestens jeder Dienst mit einem gut geschulten und hinsichtlich Gewaltprävention erfahrenen Mitarbeiter besetzt ist.

Eine entsprechende Frequentierung der Notaufnahme vorausgesetzt, kann der

Einsatz eines Sicherheitsdiensts geprüft werden. Hierbei ist auf gut geschultes Personal mit zurückhaltendem und deeskalierendem Auftreten zu achten. Damit im Ernstfall auch ohne lange Erklärungen die Unterstützung der Polizei angefordert werden kann, sollten klare Absprachen getroffen und ggf. auch eine Regelkommunikation vereinbart werden. Auch in somatisch ausgerichteten Notaufnahmen kommt eine Erstbehandlung von psychiatrischen Patienten durchaus vor. Unabhängig vom Versorgungsspektrum des Krankenhauses sollten in jeder Notaufnahme Grundkenntnisse zu den häufigsten psychiatrischen Krankheitsbildern vorhanden sein. Die (abgelaufene, aber in Überarbeitung befindliche) S2k-Leitlinie Notfallpsychiatrie gibt einen guten Überblick zu Symptomen und Therapie. [5]

BAULICHE UND TECHNISCHE PRÄVENTIONSMASSNAHMEN

Neben den allgemeinen Empfehlungen zur Gestaltung von Krankenhäusern, die für eine ruhige und angenehme Atmosphäre sorgen sollen (Tageslicht, Beleuchtung, lärmreduzierende Materialien) und den Zugang vereinfachen (Beschilderung, Barrierefreiheit), sind in der Notaufnahme eine Reihe weiterer baulich-räumlicher und technischer Aspekte von Bedeutung.

Viele Notaufnahmen sind regelmäßig durch Overcrowding (Überfüllung) und Exit Block (Abflussblockade) belastet. Beide Phänomene können im Normalfall nicht durch die Notaufnahme beeinflusst werden. Ein Hebel kann jedoch eine bessere Steuerung der Patientenströme innerhalb der Notaufnahme sein. Weniger Patienten geballt auf einem Fleck führen zu mehr Übersicht und einem ruhigeren Umfeld. Empfehlungen sind:

- Getrennte Wartebereiche für liegende und sitzende Patienten
- Auslagerung von ambulanten Patientenversorgungen (Nachsorgeambulanz, Zweitmeinungsverfahren)
- Auslagerung von Patienten, die fertig behandelt sind (und noch auf Entlassbrief oder Abholung warten), in einen separaten Wartebereich

Um den Überblick darüber zu behalten, wer sich in welchem Bereich der Notaufnahme aufhält, ist es sinnvoll, den Zugang zu kontrollieren und steuern.

- Für eine größtmögliche Flexibilität ist ein elektronisches Zutrittskontrollsystem sinnvoll. Hiermit lassen sich der Zutritt tageszeitabhängig steuern, auf berechtigte Personen beschränken und/oder Türen bei Bedarf öffnen (mit Gegensprechanlage), was insbesondere bei Nebeneingängen sinnvoll ist (zum Beispiel Infektionseingang).
- Die Anzahl an Zugängen „von vorne“ und „nach hinten“ sollte sich an dem Weg des Patienten orientieren und möglichst gering gehalten werden.
- Hierbei kann auch der Aspekt des unkontrollierten Zugangs aus der Notaufnahme in das Krankenhaus hinein berücksichtigt werden.

Die Empfehlung eines „kontrollierten Zugangs“ bezieht sich aber nicht nur auf die Notaufnahme insgesamt, sondern auch auf die Räumlichkeiten innerhalb des Bereichs. Anmeldebereich, Dienstzimmer und andere Räume, die nicht der Patientenversorgung dienen, sollten nicht nur optisch getrennt, sondern für Dritte nicht zugänglich sein. Mindestens ein zentral gelegener Raum sollte zudem als gesicherter Schutz- und Zufluchtsraum deklariert und ausgestattet sein: ein Raum mit stabiler Tür inkl. Türspion und der Möglichkeit, Hilfe herbeizurufen.

Für die Hinzuziehung von Hilfe bestehen unterschiedliche technische Möglichkeiten, die auch abhängig von der Ausstattung des Krankenhauses sind. Grundsätzlich gilt, je näher „am Mann“ und je niederschweliger ein Alarm abgegeben werden kann, desto besser. Empfehlungen sind:

- mobile Telefone mit integriertem Personalarms
- separate Notfallknöpfe als Wandschalter
- direkte Alarmschaltung zur Polizei
- Patientenrufanlage („Schwesternruf“)
- Gruppenruf über die Telefonanlage
- Telefonat

In vielen Krankenhäusern sind mittlerweile Videokameras installiert, um Zugänge, Flure und Wartebereiche besser im Blick zu haben. Vor dem Einsatz einer Videokamera muss festgelegt werden, welches Ziel hiermit verfolgt wird, nicht zuletzt aufgrund der DSGVO in Hinblick auf die Datenerfassung immer das mildeste Mittel zu wählen. Für einen Nebeneingang, der nur auf Klingeln geöffnet wird, dürfte eine Videoüberwachung reichen.

Vor der Installation muss der Einsatz hierbei aus zwei Perspektiven geprüft werden:

- Reicht eine Videoüberwachung (im Sinne einer Bildübertragung) aus oder bedarf es einer Videoaufzeichnung? Die DSGVO fordert in Hinblick auf die Datenerfassung immer das mildeste Mittel zu wählen (Verhältnismäßigkeit). In vielen Fällen (zum Beispiel Nebentür, an der geklingelt werden muss) reicht eine einfache Bildübertragung aus.
- Ist die Kamera nur für den Bedarfsfall installiert (Beispiel Nebentür) oder ersetzt sie die Augen des Personals? Eine Kamera im Wartebereich ist nur zielführend, wenn jemand am Monitor sitzt und regelmäßig das Bild prüft. Andernfalls entsteht eine Scheinsicherheit.

PERSONENBEZOGENE PRÄVENTIONSMASSNAHMEN

Ein inzwischen verbreitetes Instrument zur Qualifikation und Stärkung der Mitarbeitenden stellen Deeskalationstrainings dar. Unter dem Begriff sind eine Vielzahl unterschiedlicher Formate und Inhalte am Markt verfügbar, die sowohl von externen Anbietern als auch von Landesärztekammern oder der Berufsgenossenschaft angeboten werden, auch zur Ausbildung interner Trainer. Zumeist sind die Trainings modular und zielgruppenorientiert aufgebaut und beinhalten Kommunikations- und Deeskalationstechniken, Körpersprache

und theoretische Anteile wie zum Beispiel rechtliche Grundlagen. In weiterführenden Modulen wird häufig auch der Körperkontakt trainiert, also das Abwehren, Lösen oder Halten von Patienten. Für eine hohe Durchdringung der Trainings im interprofessionellen Team sollten diese zudem als verpflichtend deklariert werden.

Bereits bei der Konzeption der Deeskalationstrainings ist zu berücksichtigen, dass die Ausbildungsinhalte regelmäßig wiederholt und eingeübt werden müssen, damit diese im Bedarfsfall abrufbar und routiniert angewendet werden können. Dies betrifft sowohl Simulationen mit Fokus auf die verbale Deeskalation als auch praktische Übungen zu den körperlichen Techniken und ggf. erlernten Eingriffstechniken.

Weitere Angebote zur Resilienzförderung (zum Beispiel emotionale Abgrenzung, Umgang mit Stress) runden die Deeskalationstrainings sinnvoll ab. Bei kontinuierlicher und fortwährender Belastung des Teams sind darüber hinaus Team-Supervisionen hilfreich.

PATIENTENPERSPEKTIVE UND FAZIT

Die hier vorgestellten Präventionsmaßnahmen sind als Maßnahmenbündel zu verstehen, das alle relevanten Perspektiven berücksichtigt. Sie zielen jedoch auf unterschiedliche Phasen der Konflikteskalation ab. Ein Wartebereich in sanften Blautönen kann in einer frühen Phase der Erregung beruhigend auf den Patienten wirken. Wenn ein Patient motorisch unruhig ist und lautstark Drohungen ausstößt, wird die Farbgebung allein wahrscheinlich nicht mehr für eine Entspannung der Situation sorgen können. Andersherum ist es nicht zielführend, Gewaltprävention erst ab den Themen „Sicherheitsdienst“ und „Schutzraum“ zu denken und andere Maßnahmen außen vor zu lassen.

Gewaltsituationen entstehen oft durch das Zusammenwirken unterschiedlicher sozialer und individueller Faktoren. Substanzmissbrauch und psychische Erkrankungen sind zwei individuelle Faktoren, die bereits in der Einleitung dieses Artikels als Ursache für Übergriffe genannt wurden. Wenn aufgrund formaler und inhaltlicher Denkstörungen kein geordnetes Gespräch mit dem Patienten möglich ist, ist auch eine verbale Deeskalation schwierig bis unmöglich.

Mehrheitlich ist glücklicherweise ein Gespräch mit den Patienten möglich. Aber auch hier gibt es typische Umstände, die als Auslöser zu einer Eskalation beitragen können. Es macht daher Sinn, sich noch einmal die Situation der Patienten zu vergegenwärtigen, die in der Notaufnahme vorstellig werden: Patienten kommen kurzfristig in die Notaufnahme, ohne sich auf die Situation einstellen zu können, sie kommen nach einem anstrengenden Tag oder mitten in der Nacht. Sie sind vielleicht plötzlich bewegungseingeschränkt oder haben starke Schmerzen, fühlen sich unwohl in der Krankenhausumgebung und ein Stück weit hilflos ausgeliefert. Sie kommen mit Sorge um ihre Gesundheit oder gar ihr Leben.

Bei all den vorgestellten Maßnahmen darf somit eine Perspektive nicht außer Acht gelassen werden: die der Patienten und Begleitpersonen. Die Räumlichkeiten und Abläufe sollten daher immer auch aus diesem Blickwinkel betrachtet werden.

- Können sich Patienten gut in den Räumlichkeiten zurechtfinden?
- Sind unsere Informationen und Erläuterungen für Laien verständlich?
- Haben wir die unterschiedlich langen Wartezeiten durch die Triage-Farben gut erklärt?
- Können sich wartende Angehörige ausreichend beschäftigen und ablenken?

LITERATUR

- [1] Deutsche Krankenhausgesellschaft (2024). Krankenhaus-Personal deutlich stärker von Gewalt betroffen. DKG zu Übergriffen auf Klinik-Beschäftigte (Pressemitteilung). <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/krankenhaus-personal-deutlich-staerker-von-gewalt-betroffen/> (abgerufen am 16.07.2025).
- [2] Schablon A, Kersten JF, Nienhaus A et al (2022). Risk of burnout among emergency department staff as a result of violence and aggression from patients and their relatives. <https://doi.org/10.3390/ijerph19094945>
- [3] Geinitz, C (2025). „Diejenigen anzugreifen, die anderen helfen, ist absolut inakzeptabel“. Nina Warken. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 13.07.2025. <https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/nina-warken-diejenigen-anzugreifen-die-anderen-helfen-ist-absolut-inakzeptabel-110588435.html> (abgerufen am 16.07.2025)
- [4] Deutsche Krankenhausgesellschaft (2025). Strafverschärfungen wären wichtiges Signal an die Betroffenen. DKG zum Vorstoß, Gewalt im Krankenhaus härter zu bestrafen (Pressemitteilung). <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/strafverschae-rungen-waeren-wichtiges-signal-an-die-betroffenen/> (abgerufen am 16.07.2025).
- [5] Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2019). S2k-Leitlinie Notfallpsychiatrie, Version 1.0, 13.04.2019. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-023> (abgerufen am 16.07.2025).

QUELLEN & WEITERFÜHRENDE LITERATUR

- BGW: <https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/themen/gesund-im-betrieb/umgang-mit-gewalt/kliniken-mindeststandard-fuer-die-gewaltpraevention-in-der-notaufnahme-106366>
- DGUV: <https://publikationen.dguv.de/regelwerk/dguv-informationen/3429/praevention-von-gewalt-und-aggression-im-gesundheitsdienst-und-wohlfahrtspflege-eine-handlungshilfe>
- KGNW: <https://www.kgnw.de/klinik-welt/gewaltpraevention>
- UKE: [https://www.uk.de/dateien/institute/versorgungsforschung-in-der-dermatologie-und-bei-pfle-geberufen-\(ivdp\)/cvcare/gina/neuer-ordner/broschu%CC%88re_pra%CC%88vention_notaufnahme_einzelseiten_2023.pdf](https://www.uk.de/dateien/institute/versorgungsforschung-in-der-dermatologie-und-bei-pfle-geberufen-(ivdp)/cvcare/gina/neuer-ordner/broschu%CC%88re_pra%CC%88vention_notaufnahme_einzelseiten_2023.pdf)



Live-Webinar

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. med. Lars Gerhard Großerlinden,
Hamburg

Klick!
Jetzt
anmelden!

Osteosyntheseverfahren an der unteren Extremität

05. November 2025

RECHT &
VERSICHERUNG

Versicherungs- angebote des BDC



Diese Leistungen sind in Ihrem BDC-Mitgliedsbeitrag enthalten:

- ✓ Berufs-Rechtsschutz
- ✓ Praxisvertreter-Haftpflicht

Weitere Versicherungsangebote für BDC-Mitglieder über Rahmenverträge

Exklusiv und marktführend

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

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

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

BDC-VERSICHERUNGSSERVICE

ECCLESIA MED GMBH

Klingenbergstr. 1-4, 32758 Detmold

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

E-Mail: bdc-versicherungsservice@ecclesia.de

HYGIENE TIPP

Umziehen nach septischer Operation?

Lutz Jatzwauk, Martin Groth, Nils Hübner, Wolfgang Kohnen

FRAGE:

Nach jeder Operation im septischen OP-Saal soll in unserem Krankenhaus ein kompletter Wechsel der Bereichskleidung durchgeführt werden. Ist das wirklich notwendig?

ANTWORT:

Das komplette Umkleiden nach einer septischen Operation ist ein nicht mehr zeitgemäßes Ritual. Die früher benutzten OP-Mäntel aus Baumwolle waren nicht dicht, sobald sie feucht wurden. Darum galt die darunter befindliche Bereichskleidung nach einer septischen Operation als potenziell kontaminiert und musste gewechselt werden, damit es bei der nächsten Operation mit frischem, aber ebenfalls undichtem OP-Mantel nicht zur Kontamination der Operationswunde kommt.

Heute verhindern OP-Mäntel nach DIN EN 13795-1:2019-06 (Operationskleidung und -abdecktücher – Anforderungen und Prüfverfahren – Teil 1: Operationsabdecktücher und -mäntel) vollständig ein Durchdringen von Mikroorganismen in beide Richtungen. Ein Wechsel der Bereichskleidung nach einer septischen Operation ist daher nicht mehr erforderlich. Allerdings sind bei sichtbarer Kontamination des Fußbodens mit infektiösem Material die OP-Schuhe zu wechseln, bevor der Saal verlassen wird.

Die in Deutschland als Stand der Wissenschaft geltenden KRINKO-Empfehlungen zur Prävention postoperativer Wundinfektionen (Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 4, 2018) enthalten außerdem folgenden Text zum Sinn sogenannter septischer OP-Säle: *Weist et al. fanden 1988 nur an patientennahen Oberflächen Hinweise auf eine unterschiedliche Erregerbelastung bei „septischen“ vs. „aseptischen“ Eingriffen. Eine jüngere Beobachtungsstudie konnte bei allgemein chirurgischen Eingriffen der Kontaminationsklassen I und II vs. Kontaminationsklasse IV keine unterschiedliche Belastung von Luft oder Oberflächen finden. Angaben zu SSI-Raten werden jeweils zu dieser Frage nicht gemacht. **Mithin ergibt sich bislang kein Nachweis dafür, dass eine Trennung der OP-Räume nach Kontaminationsklassen („septischer OP-Saal“) das SSI-Risiko senken kann.***

Allerdings fordern die Berufsgenossenschaften im Rahmen des Verletzungsartenverfahrens (VAV) für ihre Patienten das Vorhalten eines septischen OP-Saals mit septischer Patientenschleuse. Dieser Forderung ist nachzukommen (auch wenn sie wissenschaftlich nicht begründet ist).

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



Korrespondierender Autor:

Dipl.-Wirt.Ing. Martin Groth

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

Prof. Dr. 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: Umziehen nach septischer Operation?

Passion Chirurgie. 2025 Oktober; 15(10): Artikel 04_03.



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



ARZTPRAXIS TIPP

BARRIEREFREIE PRAXISWEBSITE

Jörg Heberer

Das Barrierefreiheitsstärkungsgesetz (BFSG) ist am 28.06.2025 in Kraft getreten und stellt Anforderungen an die Barrierefreiheit von Produkten und Dienstleistungen. Hiervon kann auch die Website einer medizinischen Einrichtung (Arztpraxis, MVZ etc.) betroffen sein. Deshalb werden in diesem Beitrag die wichtigsten Informationen kurz dargestellt.

WANN FÄLLT EINE MEDIZINISCHE EINRICHTUNG UNTER DAS BFSG?

Der Anwendungsbereich des BFSG (vgl. im Folgenden unter <https://bfsg-gesetz.de>) ist für eine medizinische Einrichtung eröffnet, wenn diese

1. Dienstleistungen i. S. d. BFSG anbietet und
2. kein Kleinunternehmen im Sinne des BFSG ist.

1) NACH § 1 ABS. 3 BFSG UNTERFALLEN U. A. FOLGENDE DIENSTLEISTUNGEN DEM BFSG:

- **Telekommunikationsdienste (Nr. 1):** dies sind z. B. ein Online-Kontaktformular oder Videosprechstunde;
- **Dienstleistungen im elektronischen Geschäftsverkehr (Nr. 5):** dies sind Dienstleistungen der Telemedien, die über Webseiten und über Anwendungen auf Mobilgeräten (Apps) angeboten werden und elektronisch und auf individuelle



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

Anfrage eines Verbrauchers im Hinblick auf den Abschluss eines Verbrauchervertrags erbracht werden (§ 2 Nr. 26 BFSG). Hierzu zählen insbesondere die auf Praxiswebseiten eingebundenen Angebote von Online-Terminbuchung, Online-Kontaktformular, sonstige digitale Möglichkeiten der Patientenaufnahme oder Chatbots. Denn diese werden regelmäßig im Hinblick auf den Abschluss eines Verbrauchervertrages, zu dem auch der Behandlungsvertrag nach § 630a BGB zählt, erbracht.

Ausnahmen:

Die Bundesfachstelle Barrierefreiheit ist der Auffassung, dass Praxiswebseiten, die zur Terminbuchung ausschließlich auf eine andere Website verlinken, über die dann ein Termin ausgemacht werden kann, vom BFSG nicht unmittelbar betroffen sind. Ebenso dürften Praxiswebseiten, auf denen lediglich reine Informationen mit nur allgemeinen Kontaktdaten bereitgestellt werden und keinerlei interaktive Funktionen enthalten sind, ausgenommen sein (vgl. Bayerische Landesärztekammer, Barrierefreiheitsstärkungsgesetz (BFSG) – Was Ärztinnen und Ärzte wissen müssen, Stand Juli 2025, unter: <https://api.blaek.de/media/pages/medien/7d760fstxx1524808768aimwgtlzc360/c5180495f0-1751528840/informationsblatt-blak-barrierefreiheitsstärkungsgesetz.pdf>).

Ferner unterfallen nach § 1 Abs. 4 BFSG Inhalte von Webseiten dann nicht dem BFSG, wenn es sich um Inhalte von Dritten handelt, die von der Arztpraxis weder finanziert oder entwickelt werden noch deren Kontrolle unterliegen. Wenn, wie nach Ansicht des Verfassers wohl üblich, eine Arztpraxis ein fertiges Anwendungstool wie eine Online-Terminbuchung von einem externen Anbieter (z. B. Doctolib) erwirbt, dürfte nach derzeitiger Einschätzung des Verfassers dies grundsätzlich vom Anwendungsbereich des BFSG ausgenommen sein, weil in der Regel die Tatbestandsmerkmale des Finanzierens, der Entwicklung und der Kontrollmöglichkeit durch den Praxisinhaber nicht erfüllt sein dürften. Dies muss aber in jedem Einzelfall anhand der tatsächlichen Umstände geprüft werden. Hier muss sich dann zumindest der Drittanbieter

darum kümmern, dass sein Tool barrierefrei ist.

2) KEIN KLEINSTUNTERNEHMEN I. S. D. BFSG

Wenn es sich bei der medizinischen Einrichtung um ein Kleinunternehmen handelt, gilt das BFSG für das Angebot und die Erbringung von Dienstleistungen gemäß § 3 Abs. 3 S. 1 nicht.

Nach der Legaldefinition in § 2 Nr. 17 BFSG ist ein „Kleinunternehmen“ ein Unternehmen, das weniger als zehn Personen beschäftigt und das entweder einen Jahresumsatz von höchstens 2 Millionen Euro erzielt oder dessen Jahresbilanzsumme sich auf höchstens 2 Millionen Euro beläuft.

Zur Berechnung der Beschäftigtenzahl wird auf Art. 5 der Empfehlung der Kommission vom 06.05.2003 betreffend die Definition der Kleinunternehmen sowie der kleinen und mittleren Unternehmen (2003/361/EG) abzustellen sein, da hierauf laut der Gesetzesbegründung zum BFSG die Definition des Kleinunternehmens zurückgeht.

Maßgeblich ist die Zahl der Jahresarbeits-einheiten (JAE), d. h. der Anzahl der während eines Jahres beschäftigten Vollzeitarbeitnehmer. In die Mitarbeiterzahl einzubeziehen sind hiernach

- a) Lohn- und Gehaltsempfänger,
- b) für das Unternehmen tätige Personen, die in einem Unterordnungsverhältnis zu diesem stehen und nach nationalem Recht Arbeitnehmern gleichgestellt sind,
- c) mitarbeitende Eigentümer sowie
- d) Teilhaber, die eine regelmäßige Tätigkeit in dem Unternehmen ausüben und finanzielle Vorteile aus dem Unternehmen ziehen.

Teilzeitbeschäftigte, Zeitarbeitskräfte und Saisonarbeiter werden nur entsprechend ihres Anteils an den JAE berücksichtigt. Auszubildende sowie Mitarbeiter im Mutterschafts- oder Elternurlaub sind während der Dauer des Mutterschafts- oder Elternurlaus nicht zu berücksichtigen (vgl. häufige Fragen zum BFSG unter: <https://bfsg-gesetz.de/> abgerufen 07.07.2025).

Heberer J: Barrierefreie Webseite.
Passion Chirurgie. 2025 Oktober;
15(10): Artikel 04_04.



Mehr lesen Sie auf BDC|Online
(www.bdc.de, Rubrik Qualität und Patientensicherheit).

Fraglich ist, wie größere Einrichtungen, die sich in Trägerschaft eines anderen Unternehmens befinden, wie dies bei MVZ durchaus der Fall sein kann, die relevanten Zahlen ermitteln. Auch hier ist aus derzeitiger Sicht des Verfassers auf die Empfehlung der Kommission vom 06.05.2003 2003/261/EG abzustellen. Die maßgeblichen Regelungen finden sich in Art. 3 und 6 der Empfehlung. Hier muss zunächst unterschieden werden, ob es sich bei dem einzelnen MVZ um ein „*eigenständiges Unternehmen*“ nach Art. 3 Abs. 1 oder um ein „*Partnerunternehmen*“ nach Art. 3 Abs. 2 oder um ein „*verbundenes Unternehmen*“ nach Art. 3 Abs. 3 handelt.

Artikel 6 legt dann fest, wie die Daten sodann aufgrund der sich aus Artikel 3 ergebenden Unternehmenstypen erstellt und berechnet werden. Hierbei ist letztendlich festzustellen, dass bei eigenständigen Unternehmen die Daten einschließlich der Mitarbeiterzahl ausschließlich auf der Grundlage der Jahresabschlüsse dieses Unternehmens erstellt werden. In allen anderen Fällen werden die Daten angerechnet bzw. addiert.

Es muss also jede medizinische Einrichtung für sich prüfen, ob sie unter die Kleinstunternehmerregelung fällt und damit vom BFSG ausgenommen ist.

WEITERE AUSNAHMEN VON DER BARRIEREFREIHEITSPFLICHT

Die §§ 16 und 17 BFSG sehen sodann weitere Ausnahmetatbestände vor, bei denen die Barrierefreiheitsanforderungen nicht zu erfüllen sind.

Nach § 16 Abs. 1 BFSG gelten die Barrierefreiheitsanforderungen nur insoweit, als deren Einhaltung keine wesentliche Änderung eines Produkts oder einer Dienstleistung erfordert, die zu einer grundlegenden Veränderung der Wesensmerkmale des Produkts oder der Dienstleistung führt. Die Gesetzesbegründung führt hierzu beispielhaft aus, dass dies der Fall wäre, wenn die Einhaltung der Barrierefreiheitsanforderungen, etwa durch den Einsatz einer neuen Technologie oder Software, die Leistungsfähigkeit des Produktes in einem solchen Ausmaß beeinflussen würde, dass es

nicht mehr den intendierten Zweck erreichen kann (vgl. Gesetzentwurf der Bundesregierung, BT-DS 19/28653, S. 81).

Nach § 17 Abs. 1 BFSG gelten die Barrierefreiheitsanforderungen nur insoweit, als deren Einhaltung nicht zu einer unverhältnismäßigen Belastung nach Anlage 4 des betreffenden Wirtschaftsakteurs führen würde. Eine unverhältnismäßige Belastung kann laut der Gesetzesbegründung dann vorliegen, wenn die Einhaltung der Barrierefreiheitsanforderungen eine zusätzliche übermäßige organisatorische oder finanzielle Belastung für den Wirtschaftsakteur darstellt und es dem Wirtschaftsakteur nach vernünftigem Ermessen nicht möglich wäre, eine oder mehrere der Barrierefreiheitsanforderungen dieses Gesetzes vollumfänglich anzuwenden. Die Beurteilung, ob eine unverhältnismäßige Belastung vorliegt, erfolgt gemäß den Vorgaben in Anlage 4 zum BFSG (vgl. Gesetzentwurf der Bundesregierung, BT-DS 19/28653, S. 81, 82).

Beide Paragraphen enthalten hierzu Beurteilungs-, Dokumentations-, Aufbewahrungs- und Unterrichtungspflichten, die aber wiederum zum Teil für Kleinstunternehmer nicht gelten. Inwieweit einer der Ausnahmetatbestände greift, obliegt aus Sicht des Verfassers letztendlich keiner juristischen Entscheidung, sondern vielmehr einer technischen bzw. organisatorischen oder betriebswirtschaftlichen Bewertung.

ANFORDERUNGEN AN DIE BARRIEREFREIHEIT

Gemäß § 3 Abs. 1 S. 2 BFSG sind Produkte und Dienstleistungen barrierefrei, wenn sie für Menschen mit Behinderungen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe auffindbar, zugänglich und nutzbar sind. Beispielsweise müssen Schriftarten und Kontraste flexibel einstellbar sein, die Inhalte müssen mittels Tastatur vollständig bedienbar sein oder es muss möglich sein, die Website mit Screenreadern zu nutzen. Die konkreten Anforderungen an die Barrierefreiheit für Produkte und Dienstleistungen richten sich nach der Verordnung zum Barrierefreiheitsstärkungsgesetz (BFSGV). Die BFSGV legt spezifische

Anforderungen an die barrierefreie Gestaltung fest und verweist auf für die Umsetzung maßgebende technische Standards.

§ 12 Nr. 3 BFSGV legt für Webseiten fest, dass diese, einschließlich der zugehörigen Online-Anwendungen und auf Mobilgeräten angebotenen Dienstleistungen, einschließlich mobiler Apps, auf konsistente und angemessene Weise wahrnehmbar, bedienbar, verständlich und robust gestaltet werden. Die technischen Anforderungen an Webseiten werden derzeit noch in der EN 301 549, die in Abschnitt 9 auf die Web Content Accessibility Guidelines (WCAG) verweist, und im Anhang in der Tabelle A.1 dargestellt. Aktuell gilt noch die WCAG-Version 2.1. Mit Einhaltung der WCAG in den Stufen A + AA geht das BFSG von Barrierefreiheit aus. Die EN 301 549 befindet sich derzeit aber in Aktualisierung. Die für das BFSG aktualisierte Version der EN 301 549 wird nach Auskunft der Bundesfachstelle für Barrierefreiheit dann auf die WCAG-Version 2.2 verweisen.

Für Telekommunikationsdienste (s. o. unter I.) bestimmt § 14 BFSGV zusätzliche Anforderungen. Hiernach müssen Telekommunikationsdienste, die Sprachkommunikation ermöglichen, zusätzlich zur Sprachkommunikation Text in Echtzeit bereitstellen. Soweit die Telekommunikationsdienste Video zur Verfügung stellen, muss ein Gesamtgesprächsdienst bereitgestellt werden.

Nach Auffassung des Verfassers ist noch nicht abschließend geklärt, ob die ganze Website barrierefrei sein muss oder nur die Seiten, die auf einen Vertragsschluss abzielen. Eine Meinung vertritt die Ansicht, dass bei abgrenzbaren Bereichen, die unmittelbar auf den Abschluss von Verbraucherverträgen abzielen und für die das BFSG gilt, nur diese barrierefrei sein müssen. Die Bundesfachstelle Barrierefreiheit hingegen vertritt die Ansicht, dass § 12 Nr. 3 BFSGV i. V. m. Anlage 1 Nr. 2 BFSG nahelegen, dass die gesamte Website barrierefrei sein muss. Nachdem es hierzu noch keine Rechtsprechung gibt, ist aus Gründen der Rechtssicherheit zu empfehlen, die gesamte Website barrierefrei zu gestalten.

Nähere Informationen zur technischen Umsetzung wird die Bundesfachstelle Barrierefreiheit

auf ihrer Website zur Verfügung stellen unter https://www.bundesfachstelle-barrierefreiheit.de/DE/Home/home_node.html.

Des Weiteren kommt der medizinischen Einrichtung eine Informationspflicht über Dienstleistungen, die den Barrierefreiheitsanforderungen entsprechen, zu. Diese Informationen müssen abermals für die Allgemeinheit in barrierefreier Form nach der BFGVG zugänglich gemacht werden (§ 14 Abs. 1 Nr. 2 BFGVG). In Anlage 3 zum BFGVG sind die konkreten Anforderungen an die Erfüllung dieser Informationspflicht festgelegt. Die Informationen sind in Allgemeinen Geschäftsbedingungen oder auf andere deutlich wahrnehmbare Weise, z. B. feste Integration in der Kopf- oder Fußzeile der Website wie dies auch für das Impressum oder die Datenschutzerklärung gilt, zu erteilen. Sie umfassen eine Beschreibung der geltenden Anforderungen und decken, soweit für die Bewertung von Belang, die Gestaltung und die Durchführung der Dienstleistung ab. Die Information muss hiernach jedenfalls enthalten

- a) eine allgemeine Beschreibung der Dienstleistung in einem barrierefreien Format;
- b) Beschreibungen und Erläuterungen, die zum Verständnis der Durchführung der Dienstleistung erforderlich sind;
- c) eine Beschreibung, wie die Dienstleistung die einschlägigen in der nach § 3 Absatz 2 zu erlassenden Rechtsverord-

nung aufgeführten Barrierefreiheitsanforderungen erfüllt;

- d) die Angabe der zuständigen Marktüberwachungsbehörde;
- e) die Verbraucherinformation nach Art. 246 EGBGB.

KONSEQUENZEN BEI VERSTÖßEN

Die Umsetzung der Barrierefreiheit wird von der Marktüberwachungsstelle der Länder für die Barrierefreiheit von Produkten und Dienstleistungen (MLBF) mit Sitz in Magdeburg überwacht. Diese befindet sich derzeit noch in formaler Errichtung und ist aktuell unter folgenden Kontaktdaten erreichbar:

MLBF (in Errichtung) c/o Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung Sachsen-Anhalt, Postfach 39 11 55, 39135 Magdeburg, Telefon: 0391 567 6970, E-Mail: MLBF(at)ms.sachsen-anhalt.de.

Wenn Dienstleistungen die Barrierefreiheitsanforderungen nicht erfüllen, erfolgen nach der gesetzlichen Regelung zunächst bis zu zweimal Aufforderungen zur Ergreifung von Korrekturmaßnahmen. Werden auch nach der zweiten Aufforderung keine entsprechenden Maßnahmen getroffen, wird die Dienstleistungserbringung untersagt. Die Untersagung gilt dann bis zum Nachweis der Konformität.

Zudem sind bestimmte Verstöße als Ordnungswidrigkeiten ausgestaltet, sodass ein Bußgeld bis zu EUR 100.000,00 drohen kann.

SCHLUSSFOLGERUNG

Zusammenfassend ist deshalb festzustellen, dass wenn eine medizinische Einrichtung unter den Anwendungsbereich des BFGVG fällt und auch sonst keine Ausnahme zur Erfüllung der Barrierefreiheitsanforderungen greift, aus derzeitiger juristischer Sicht des Verfassers die Website barrierefrei gestaltet sein muss. Nach derzeitiger juristischer Einschätzung des Verfassers sind die Übergangsfristen des § 38 BFGVG nicht auf Webseiten anwendbar, sodass diese seit 29.06.2025 barrierefrei sein müssen, weshalb eine zeitnahe Umsetzung dringend anzuraten ist. Hinsichtlich der Anwendbarkeit der Übergangsbestimmungen gibt es vereinzelt, z. B. von der Ärztekammer Niedersachsen, aber auch andere Meinungen, die eine Umsetzung der Barrierefreiheitsanforderungen betreffend die Website erst bis 27.06.2030 sehen. Nachdem es bislang noch keine Judikatur zu den Regelungen des BFGVG bzw. dessen konkreter Umsetzung gibt, sind die vorstehenden Ausführungen abschließend nicht gesichert und es bleibt abzuwarten, wie sich ggf. die Rechtsprechung zukünftig zu einzelnen Fragen positionieren wird. ○



Präsenz-Seminar

Wissenschaftliche Leitung:

Univ.-Prof. Dr. med. Adrian Dragu, MHBA
Dr. med. Tim Fülling

Klick!
Jetzt
anmelden!

13. Dresdner Handkurs

Wiederherstellung der Handfunktion

Dresden, 14. – 15. November 2025



DRG und Kodierung 2025 in der Chirurgie

Thomas Auhuber

Das aG-DRG-System 2025 beinhaltet insgesamt 1.295 Fallpauschalen. Die Anzahl der Fallpauschalen ist gegenüber dem Vorjahr nahezu unverändert. Die kalkulierten Eintages-DRGs haben um 22 aG-DRGs zugenommen. Die dem Institut für Entgeltsysteme im Krankenhaus (InEK) für die Kalkulation des aG-DRG-Systems 2025 zur Verfügung stehenden Daten (Kalkulationsstichprobe) sind auf eine Anzahl von 227 (im Vorjahr 210) Krankenhäusern wieder angestiegen, auch die Anzahl der Universitätskliniken ist auf 14 (im Vorjahr 13)

angestiegen. Die Homogenität der Daten ist auch wieder leicht angestiegen (+0,03 %). Auch in diesem Jahr werden in den Katalogen wieder die Relativgewichte für ausgliederte DRGs (aDRGs) fallbezogen und tagesbezogene Pflegeentgeltwerte angegeben. Die bundesweite mittlere Verweildauer aller stationären Fälle ist mit 5,85 Tage um 0,51 % gesunken. Die stationäre Fallzahl ist mit 16,3 Mio. Fällen weiterhin unterhalb des Vor-Corona-Niveaus. Die Bezugsgröße ist auf 4.172 € (Vorjahr 4.092 €) um 1,96 % angestiegen.



Prof. Dr. med. Thomas Auhuber

Leiter BDC-Themen-Referat
„Vergütungssystematik und
Leistungsmanagement“
Mitglied BDC-Themen-Referat
„Krankenhausstrukturen,
sektorenübergreifende Versorgung und
Nachhaltigkeit“
thomas@auhuber.com

Dieses Kalkulationsjahr bietet einige Besonderheiten:

- Der gestufte Dämpfungsansatz bei Fallpauschalen mit einer von der durchschnittlichen Fallzahlveränderung stark abweichenden Fallzahlveränderung wurde in diesem Jahr insoweit angepasst, dass nach den Vorgaben der Selbstverwaltungspartner die effektiven Bewertungsrelationen bei expliziten und impliziten Ein-Belegungstag-DRGs um 15 % abgesenkt wurden. Die Relativgewichte der übrigen Fälle wurden kompensatorisch angehoben, dass das Casemix-Volumen gleich bleibt.
- Die Bezugsgröße für den Pflegeerlöskatalog ist nun auf 223,77 € (221,03 € im Vorjahr) angestiegen. Dies entspricht einer Steigerung um 1,24 %. Dies entspricht einer weiteren Verbesserung der Kalkulation der Pflege „am Bett“.
- Es wurden weitere Hybrid-DRGs definiert (u. a. H41N, H41M für Eingriffe an Galle, Leber und Pankreas; G26N, G26M bei Eingriffen an Analfisteln; E02N, Q03N, R14N bei Lymphknotenbiopsien) nach §115f SGB V kalkuliert bzw. festgesetzt. Vorhanden Hybrid-DRGs wurden modifiziert. Es handelt sich weiterhin um aus aG-DRGs abgeleitete DRGs, die vom Grouper für bestimmte Fallkonstellationen unter Berücksichtigung von einer Verweildauer <2 Tage und einem PCCL <3 ermittelt werden. Die Methodik zur Einbeziehung der Kalkulation ambulanter Fälle ist weiterhin offen.

Ob man von den zahlreichen Umstrukturierungen des Fallpauschalenkatalogs profitiert (positiver Katalogeffekt) oder nicht (negativer Katalogeffekt), muss je nach Spektrum der Klinik im Detail analysiert werden. Insofern lohnt auch in diesem Jahr die klinikindividuelle Analyse der Katalogveränderungen.

SACHKOSTENKORREKTUR UND MENGENANFÄLLIGE LEISTUNGEN

Die grundsätzlichen Veränderungen seit 2017 zur Sachkostenkorrektur wurden auch

2024 beibehalten. Sie zeigt in diesem Jahr jedoch keine kalkulatorischen Effekte mehr. Unverändert bleibt die gezielte Abwertung von mengenanfälligen Leistungen: Hier sind die G-DRGs I10D bis I10H an der Wirbelsäule und die G-DRG I47C für die primäre Hüftendoprothetik betroffen. Sie wird mit einer Absenkung um 5 % normativ von der Selbstverwaltung fortgesetzt. Nicht operative Behandlungen an der Wirbelsäule, werden unverändert über die aG-DRGs I68D, I68E und I68F abgerechnet.

SCHWEREGRADSTEIGERENDE NEBENDIAGNOSEN

Die Anzahl der Nebendiagnosen sind im Vergleich zum Vorjahr deutlich rückläufig. Grund dafür sind weniger kodierte Corona-Testungen. Es wurden dennoch die Schweregradabhängigkeit der Nebendiagnosen weiter analysiert. Dabei ergaben sich nur punktuelle Anpassungen (33) im Vergleich zum Vorjahr (577).

SCHLICHTUNGS-AUSSCHUSS

Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses nach § 19 KHG gelten als Kodierregeln und sind für Kliniken, MD und Kostenträger bindend. Mittlerweile sind diverse Entscheidungen in die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) aufgenommen und in der Kalkulation der Fallpauschalen berücksichtigt worden. Aktuelle Entscheidungen betreffen u. a. die Themen der Kodierung von patientenindividuell angefertigten Beckenteilersätzen und die Kodierung von Bakteriämien im Rahmen von Infektionen. Alle Informationen und Entscheidungen zum Schlichtungsausschuss findet man unter der Internet-Adresse https://www.g-drg.de/Schlichtungsausschuss_nach_19_KHG.

ICD-KODIERUNG

In der Kodierung gibt es 2025 einige Weiterentwicklungen, die Kodierunsicherheiten aufgreifen und für Sicherheit in der Anwendung der Regelwerke für Kliniken und Gutachter sorgen sowie eine Reduktion von Kostenträgerstreitigkeiten erreichen sollen.

Auhuber T: DRG und Kodierung 2025 in der Chirurgie. Passion Chirurgie. 2025 Oktober; 15(10): Artikel 04_05.



Weitere Artikel zum Thema Abrechnung finden Sie auf BDC|Online (www.bdc.de) unter der Rubrik Wissen | Vergütung | DRG.

Dies ist insbesondere auch vor dem Hintergrund der aktuellen Logiken der sozialgerichtlichen Rechtsprechung von großer Bedeutung.

BAKTERIELLE INFESTIONEN

Bei der Schlüsselnummer A49.- Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation wurden neue 5-Steller eingeführt, um Bakteriämien und Infektionen n. n. bez. Lokalisation nach Erregern spezifisch abzubilden.

BÖSARTIGE NEUBILDUNGEN ALS PRIMÄRTUMOREN

Der Klassentitel der sekundären Schlüsselnummer (Ausrufezeichenschlüsselnummer) C97! wurde angepasst zu Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen. Im Hinweistext wurde verdeutlicht, dass die Schlüsselnummer nur bei bösartigen Neubildungen als Primärtumoren zusammen mit Kode(s) der einzelnen bösartigen Neubildung(en) zu verwenden ist.

KNOCHENFRAKTUREN NACH EINSETZEN ODER ENTFERNEN VON IMPLANTATEN

Bei der Schlüsselnummer M96.6 Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte wurde der Kodierhinweis mit dem Zusatz „oder Entfernen“ ergänzt.

HANDHABUNG VON MEDIKAMENTENPUMPEN

Der Kodebereich Z45.- wurde in Bezug auf die Zuordnung der Überprüfung der Funktionsparameter einer Medikamentenpumpe angepasst. Der Zustand wurde als Inklusivum dem Kode Z45.1 Anpassung und Handhabung einer Infusionspumpe zugeordnet. Zusätzlich wurde ein Inklusivum bei Z45.1 für die Anpassung und Handhabung einer (implantierten) Medikamentenpumpe ergänzt. Der 5-Steller Z45.82 Überprüfung der Funktionsparameter einer Medikamentenpumpe wurde entfernt.

OPS-KODIERUNG

Zahlreiche OPS-Kodes wurden in 2025 in den chirurgischen Fachbereichen präzisiert und sollen Kodierunsicherheiten beseitigen:

DIAGNOSTISCHE MASSNAHMEN

- Unterteilung des Kodes für die (perkutane) Biopsie an axillären Lymphknoten mit Steuerung durch bildgebende Verfahren nach der Art der Markierung (1-426.2 ff.)
- Unterteilung des Kodes für die (perkutane) Biopsie am Mediastinum nach der Art der Punktion (1-494.2 ff.)
- Einführung eines neuen Kodes für die transvenöse oder transarterielle Biopsie der Niere (1-497.4)
- Einführung neuer Kodes für die diagnostische Tracheobronchoskopie mit flexiblem Einmal-Instrument unterteilt nach der Art der durchgeführten Maßnahmen (1-620.4 ff.)
- Einführung neuer Kodes für die diagnostische Anwendung eines OP-Roboters (1-999.6 ff.)

OPERATIONEN AN LUNGE UND BRONCHUS

- Einführung eines neuen Zusatzkodes für die Verwendung eines Einmal-Tracheobronchoskops in einem neuen Zusatzkodbereich für Zusatzinformationen zu Operationen an Lunge und Bronchus (5-33a.2). Verschiebung der bisherigen Zusatzkodes für die plastische Deckung bronchialer oder vaskulärer Anastomosen und/oder Nähte sowie der Zusatzkodes für die Anwendung eines ultradünnen Tracheobronchoskops in den neuen Zusatzkodbereich (5-33a.0 ff., 5-33a.1)

OPERATIONEN AM HERZEN

- Erweiterung der Subklassifikationsliste für den Ersatz oder Wechsel der Aorten- oder Mitralklappe durch kalziumprotegiertes und glyzerolisiertes Xenotransplantat (5-351 ff., 5-352 ff.)

- Erweiterung der Subklassifikationsliste für den Ersatz der Aorten- oder Mitralklappe durch kalziumprotegiertes und glyzerolisiertes Xenotransplantat bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens (5-358 ff.)
- Einführung eines neuen Kodes für die endovaskuläre Implantation eines Trikuspidalklappenersatzes (5-35a.8)
- Einführung neuer Zusatzkodes für die Anwendung eines kalziumprotegierten und glyzerolisierten Xenotransplantates bei minimalinvasivem Aorten- und Mitralklappenersatz (5-35b.13, 5-35b.22)
- Einführung neuer Zusatzkodes für die Anwendung der Valve-in-valve-Technik bei minimalinvasivem Aorten-, Mitralklappen- und Pulmonalklappenersatz (5-35b.14, 5-35b.23, 5-35b.32)
- Einführung neuer Zusatzkodes für die Anwendung ballonexpandierbarer und selbstexpandierender Implantate bei minimalinvasivem Pulmonalklappenersatz (5-35b.30, 5-35b.31)

OPERATIONEN AN DEN BLUTGEFÄßEN

- Streichung und Überleitung des bisherigen Kodes 5-399.8 für die Venenklappenplastik auf neue, nach der Lokalisation unterteilte Kodes für die intraluminale Valvuloplastie (5-39b ff.)
- Einführung neuer Kodes für die extraluminale Valvuloplastie unterteilt nach der Lokalisation (5-39c ff.)

OPERATIONEN AM HÄMATOPOETISCHEN UND LYMPHGEFÄßSYSTEM

- Einführung eines neuen Kodes für die magnetische Markierung bei axillärer Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße (5-401.14)

OPERATIONEN AM VERDAUUNGSTRAKT

- Einführung neuer Kodes für die endoskopische Geweberaffung oder den endoskopischen Gewebeverschluss durch ein in der Muskularis fixiertes

Ankersystem (5-429.u1, 5-44a.4, 5-46a.3, 5-489.j1)

- Einführung eines neuen Codes für die Revision einer Anastomose am Rektum (5-489.q)
- Einführung eines neuen Codes für die erweiterte Hemihepatektomie links mit Resektion der Segmente 2 bis 5 und 8 (5-502.9)
- Einführung eines neuen Zusatzcodes für die Verwendung einer biologisch abbaubaren Prothese in einem neuen Zusatzkodbereich für Zusatzinformationen zu Operationen am Verdauungstrakt (5-54a.1). Verschiebung der bisherigen Zusatzcodes für die Verwendung von auf ein Kauterisierungssystem vorgeladenen selbstexpandierenden Prothesen/Stents (5-549.a) und die Verwendung eines Einmal-Endoskops (5-98m ff.) in den neuen Zusatzkodbereich (5-54a.1, 5-54a.2 ff.)

OPERATIONEN AN KIEFER- UND GESICHTSSCHÄDELKNOCHEN

- Unterteilung des Codes für die plastische Rekonstruktion und Augmentation der Maxilla und der Mandibula durch autogenes Knochentransplantat mit mittels CAD-Verfahren geplanten und hergestellten Schablonen nach der Art der Fixierung (5-774.8 ff., 5-775.9 ff.)

OPERATIONEN AN DEN BEWEGUNGSORGANEN

- Einführung eines neuen Codes für den isolierten Wechsel des Duokopfes einer Duokopfprothese (5-821.f5)
- Überarbeitung und weitere Unterteilung der Codes für Operationen am Zehengelenk (5-808.b ff.)
- Unterteilung des Codes für die Resektionsarthroplastik am Sprunggelenk nach der Lokalisation (5-829.7 ff.)
- Unterteilung des Codes für die Resektionsarthroplastik am Tarsalgelenk und/oder Tarsometatarsalgelenk nach der Anzahl der Gelenke (5-829.8 ff.)
- Umstrukturierung des Kodbereichs 5-831 ff. für die Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe. Einfüh-

rung einer Subklassifikationsliste für die Art des Zugangs. Streichung und Überleitung der bisherigen Codes 5-831.4 und 5-831.5 für die perkutane Exzision einer Bandscheibe mit und ohne Endoskopie auf die entsprechenden neuen Sechssteller. Streichung und Überleitung des bisherigen Codes 5-831.a für die Entfernung eines freien Sequesters mit Endoskopie auf den entsprechenden neuen Sechssteller

- Einführung neuer Codes für die Korrektur einer Wirbelsäulendeformität durch Implantation von intrakorporal expandierbaren Stangen unterteilt nach der Anzahl der Implantate (5-838.h ff.)
- Einführung neuer Codes für die plastische Rekonstruktion an Bändern der Hand mit allogenem, alloplastischem und xenogenem Material (5-841.b ff. bis 5-841.k ff.)

OPERATIONEN AN HAUT UND UNTERHAUT

- Einführung neuer Codes für die Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut mit autologer Fettgewebstransplantation (5-909.5 ff.)

ZUSATZINFORMATIONEN ZU OPERATIONEN

- Unterteilung des Codes für die Anwendung eines komplexen OP-Roboters nach einarmig oder mehrarmig (5-987.0 ff.)
- Einführung eines neuen Codes für die Anwendung eines einfachen einarmigen OP-Roboters (5-987.3)
- Verschiebung des bisherigen Zusatzcodes 5-988.4 für die Anwendung der Radarreflektor-Markierung in einen neuen Zusatzkodbereich für die präoperative Markierung von Gewebe (5-98n.0)
- Einführung eines neuen Zusatzcodes für die präoperative Markierung von Gewebe mit Draht (5-98n.1)
- Einführung neuer Zusatzcodes für die präoperative Markierung von Gewebe mit magnetischem Marker unterteilt nach der Anzahl der Marker (5-98n.2 ff.)

Diverse Vorschläge zu Systemkorrekturen gehen auch in diesem Jahr insbesondere wieder auf Vorschläge der chirurgischen Fachgesellschaften sowie der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) zusammen mit dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) zurück.

Die Komplexität und die Ausdifferenzierung des G-DRG-Systems nehmen 2025 weiter zu. Die Innovationsfinanzierung ist über das vorliegende System weiterhin schwerfällig. Es gibt weiterhin Systemelemente mit der Abkehr von der datengetriebenen Systematik. Die Auswirkungen aus der veränderten Krankenhausplanung, der geplanten Einführung von Notfallstrukturen, Hybrid-DRGs, Leistungsgruppen sowie die vermehrte Ambulantisierung werden ebenfalls im System zu Neuverteilungen führen.

LITERATUR

- [1] ICD-10-GM 2025 – Systematisches Verzeichnis, Deutscher Ärzteverlag, ISBN 978-3-7691-3843-6
- [2] OPS 2025 – Systematisches Verzeichnis, Deutscher Ärzteverlag, ISBN 978-3-7691-3845-0
- [3] Deutsche Kodierrichtlinien 2025, Deutscher Ärzteverlag, ISBN 978-3-7691-3844-3
- [4] BfArM Aktualisierungsliste ICD 2025 https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Kodiersysteme/klassifikationen/icd-10-gm/version2025/icd10gm2025syst-alisten_zip.html
- [5] BfArM Aktualisierungsliste OPS 2025 https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Kodiersysteme/klassifikationen/ops/version2025/ops2025syst-alisten_zip.html
- [6] InEK-Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2025. <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2025/abschlussbericht-zur-weiterentwicklung-des-g-drg-systems-und-report-browser/abschlussbericht-zur-weiterentwicklung-des-ag-drg-systems-fuer-2025>



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.

OKTOBER 2025

Prof. Dr. med. Till Hasenberg hat im September 2025 die Leitung des Sana Adipositaszentrums NRW am Sana-Klinikum Remscheid sowie am Sana-Krankenhaus Düsseldorf-Benrath übernommen.

Dr. med. Norbert Hennes hat im Juli 2025 die Leitung der zwei zusammengeführten Fachabteilungen der Allgemein- und Viszeralchirurgie an den Helios Kliniken St. Anna und Homberg übernommen. Ziel dieser strategischen Zusammenführung ist es, die hohe chirurgische Expertise der Häuser enger zu vernetzen.

Prof. Dr. med. Philipp Hildebrand und **Prof. Dr. med. Hendrik Schimmelpennin** leiten seit Juli/August 2025 im Duo die Allgemein- und Viszeralmedizin der chirurgischen Klinik an den Sana Kliniken Lübeck. Beide wechselten von der Schön Klinik Neustadt i. H. nach Lübeck.

Dr. med. Marco Huth, bislang Chefarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie der SRH Kliniken Landkreis Sigmaringen, wechselte im Juli 2025 in gleicher Position an die Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie am Klinikum am Steinberg in Reutlingen.

Dr. med. Alexandros Kantas, MHBA ist seit August 2025 neuer Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie an den SRH Kliniken Landkreis Sigmaringen. Kantas wechselte vom Helios Spital Überlingen,

wo er ebenfalls Chefarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie war.

Dr. med. Johanna Ludwig leitet seit August 2025 die neu eingerichtete Stabstelle für Versorgung in der Gematik GmbH Berlin. Ziel der Stabstelle ist es, die Versorgungsperspektive stärker in die Arbeit der Gematik zu integrieren und den Austausch mit allen Partnern im Gesundheitswesen zu intensivieren. Die Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie hat bereits mehr als zehn Jahre Erfahrungen in Kliniken gesammelt, ist Mitgründerin eines MedTech-Startups und war bereits parallel zur ärztlichen Tätigkeit als medizinische Beraterin in Digitalisierungsprojekten aktiv.

PD Dr. med. Davor Stamenovic wird im November 2025 neuer Chefarzt für Thoraxchirurgie am Katholischen Klinikum Koblenz Montabaur (KKM) im Marienhof Koblenz. Aktuell ist er noch leitender Oberarzt der Klinik.

PD Dr. med. Salmai Tural wird ab November 2025 neuer Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie der Universitätsmedizin Mainz, wo er vor mehr als zehn Jahren die Kinderchirurgie schon einmal kommissarisch leitete. Tural kommt vom Klinikum der Otto von Guericke-Universität in Magdeburg, wo er bisher als Chefarzt der Kinderchirurgie tätig war. Die Abteilung wird seit August kommissarisch geleitet. ○



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

Frage & Antwort



Gültigkeitsdauer der Patienten-Einwilligung

FRAGE:

Ein Chefarzt fragt an, ob es einen Zeitraum gibt, nach dessen Ablauf davon ausgegangen werden kann, dass die schriftliche Einwilligung des Patienten auf dem Aufklärungsbogen als ungültig betrachtet werden kann und ob dann die Einwilligung zu einem Eingriff oder einer sonstigen Behandlungsmaßnahme erneut schriftlich einzuholen ist.

ANTWORT:

Zunächst ist zu sagen, dass weder nach dem Gesetz noch nach der Rechtsprechung die Schriftform Voraussetzung für die Wirksamkeit der Einwilligung ist. Die Einwilligung in eine ärztliche Maßnahme ist gerade nicht an eine bestimmte Form gebunden. Sie kann ausdrücklich – mündlich oder schriftlich – erfolgen oder sich auch konkludent aus den Umständen und dem gesamten Verhalten des Patienten ergeben. Die Schriftform der Einwilligung dient lediglich zu Beweis Zwecken, da der behandelnde Arzt die Beweislast für deren Einholung trägt. Entscheidend ist, ob der Patient zu irgendeinem Zeitpunkt vor dem Eingriff eine wirksame Einwilligung – mündlich, schriftlich oder konkludent – erklärt und

diese nicht widerruft (vgl. BGH, Urteil vom 20.12.2022 – VI ZR 375/21, Rn. 25).

Eine pauschale Beantwortung der Frage, wie lange eine Einwilligung Gültigkeit besitzt, verbietet sich. Hierzu gibt es auch seitens der Gesetze oder der Rechtsprechung keine festen zeitlichen Grenzen, da es stets auf die Umstände im konkreten Einzelfall ankommt. Ausschließen kann man lediglich, dass eine einmal erteilte Einwilligung für immer gültig ist.

Ansonsten ist stets auf den Empfängerhorizont abzustellen, d. h. wie der Patient den Gültigkeitsbereich der Einwilligung verstehen durfte. Für den zeitlichen Abstand zwischen Aufklärung und Eingriff muss man nach der Lebenserfahrung davon ausgehen können, dass einem Patienten die Vor- und Nachteile sowie die Risiken eines Eingriffes noch gegenwärtig sein müssen.

Nach Auffassung des OLG Dresden, das erstmals konkret zur Frage der Gültigkeitsdauer einer Aufklärung entschieden hatte, ist jedoch ein zeitlicher Abstand von sechs Monaten zwischen Aufklärung und Eingriff jedenfalls zu lang, da dann eben nicht mehr

Heberer J: F+A Gültigkeitsdauer der Patienten-Einwilligung. 2025 Oktober; 15(10): Artikel 04_07.



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

davon ausgegangen werden könne, dass dem Patienten die Vor-/Nachteile und Risiken des Eingriffs noch rememberlich sind (vgl. OLG Dresden, Urteil vom 15.11.2016 – 4 U 507/16). Insofern wird man jedenfalls bei einem Zeitraum von sechs Monaten zwischen Aufklärung bzw. Einwilligungserteilung und Eingriff sagen können, dass Aufklärung und Einwilligung dann nicht mehr gültig sind und der Patient neu aufgeklärt sowie die Einwilligung neu eingeholt werden muss.

Was wiederholte identische Eingriffe wie Punktionen etc. angeht, wird man wohl bei einem verständigen, normal denken- den Patienten davon ausgehen können, dass nicht jedes Mal eine gesonderte Einwilligung im Rahmen einer einheitlichen Behandlung einzuholen ist, wenn es sich um zeitnahe, identische Behandlungsmaßnahmen handelt. Voraussetzung ist aber, dass der Patient vor dem ersten Eingriff ordnungsgemäß aufgeklärt worden ist. Es muss sich aber tatsächlich um einen identischen Folgeeingriff, also z. B. eine

identische Gelenkpunktion, mit den identischen Risiken handeln. Sofern auch nur ein unmaßgeblicher Teil von dem Ausgangs- eingriff abweicht, muss über diesen besonderen Umstand erneut aufgeklärt und die Einwilligung eingeholt werden. Auf eine erneute vollumfängliche Aufklärung vor dem zweiten Eingriff kann somit grundsätzlich nur dann verzichtet werden, wenn die Risiken identisch sind und die identischen Eingriffe zeitnah erfolgen. Aber auch hier kommt es immer auf den Empfänger- horizonz des konkreten Patienten an. Eine festgelegte zeitliche Grenze kann es also aus der juristischen Sicht des Verfassers auch hier nicht geben.

Zur Rechtssicherheit ist nach Ansicht des Verfassers somit unbedingt zu empfehlen, den Patienten vor jeder Maßnahme bzw. jedem Eingriff auch bei einem Abstand von beispielsweise nur ein paar Wochen danach zu fragen, ob ihm die Aufklärung noch in voller Erinnerung ist und ob er auf Basis dieser Aufklärung weiterhin in die Maßnahme/

den Eingriff einwilligt. Dies sollte auch stets dokumentiert werden. Sollte der Arzt ferner den Eindruck haben, dass bei dem Patienten aufgrund irgendwelcher Defizite Verständigungs- und/oder Verständnisprobleme vorliegen oder dass ihm die Aufklärung nicht mehr vollumfänglich rememberlich ist, muss die Aufklärung vollumfänglich wiederholt und die Einwilligung nochmals eingeholt und dokumentiert werden.

Zusammenfassend ist somit aus rechtlicher Sicht zu raten, sich bei jedem Eingriff stets vorab zu vergewissern, ob der Patient bereits vollinformiert ist und eine erneute Information nicht mehr notwendig ist. Dies sollte dann zwingend dokumentiert werden. Denn wenn keine gültige Aufklärung vorliegt, wäre die Einwilligung auch nicht rechtswirksam, sodass hier erhebliche zivil- und strafrechtliche Konsequenzen drohen können. Einer wirksamen Aufklärung und Einwilligung ist deshalb aus juristischer Sicht eine besondere Aufmerksamkeit zu schenken. ○



Präsenz-Seminar

Basischirurgie

Berlin, 24. – 28. November 2025



Wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. med. Stephan Gretschel,
Neuruppin

Klick!
Jetzt
anmelden!



Krankenhausfinanzierung anhand von Leistungsgruppen und Vorhaltefinanzierung – wird nun alles besser?

Nils Dehne

VORWORT

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Karl Lauterbach hat den deutschen Krankenhäusern ein ganz besonderes Vermächtnis hinterlassen: das Krankenhausversorgungs-Verbesserungsgesetz (KHVVG) mit der Integration von Leistungsgruppen und der sogenannten Vorhaltefinanzierung.

**Nils Dehne**

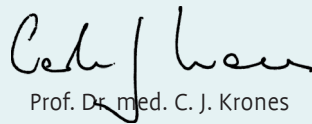
Geschäftsführer
Allianz Kommunalen Großkrankenhäuser
e.V. und EKK plus GmbH
nils.dehne@akg-kliniken.de

Mit der Vorhaltefinanzierung wurde die Hoffnung verbreitet, dass diese zu einer wirtschaftlichen Absicherung der Krankenhäuser und gleichzeitig zu einer „Entökonomisierung“ führt. Es galt die Annahme, dass sämtliche Vorhaltekosten refinanziert werden.

Nachdem nun immer mehr Details zur konkreten Umsetzung der Vorhaltefinanzierung bekannt werden, macht sich jedoch etwas Ernüchterung breit. Denn mit dem Wechsel zur Vorhaltefinanzierung fließt gar nicht mehr Geld ins System, sondern es kommt lediglich zu einer Umverteilung der bisher schon für die Finanzierung der Krankenhäuser ausgeschütteten Mittel.

Um die zukünftigen Jahre möglichst unbeschadet zu überstehen, sollte man als Kliniker auch dieses Detail der aktuellen Reform und seine Auswirkungen verstehen, denn neben den Leistungsgruppen wird die Vorhaltepauschale die bundesweiten Krankenhausstrukturen am nachhaltigsten verändern. Nachfolgender Artikel beleuchtet das Thema exzellent.

Erhellende Lektüre



Prof. Dr. med. C. J. Krones



Prof. Dr. med. D. Vallböhmer

„Die Vorhaltepauschale wird bleiben.“ So wird die Bundesgesundheitsministerin Nina Warken nach ihrer Pressekonferenz zu den Abstimmungen mit den Gesundheitsministerinnen und -ministern der Länder am 03. Juli 2025 zitiert [1]. Die vereinbarten Anpassungen zwischen Bund und Ländern sollen nun kurzfristig im Rahmen eines zustimmungsfreien Gesetzgebungsverfahrens durch den Bundestag beraten und beschlossen werden [1]. Auf dieser Basis kann man den handelnden Akteuren in den zuständigen Planungsbehörden und in den Krankenhäusern nur dringend empfehlen, sich so schnell wie möglich mit der Adaption der veränderten Rahmenbedingungen und Anreize auseinander zu setzen.

Aus dem Kreis der Ärzteschaft erfährt man mehr oder weniger offen, dass die zukünftige Zuordnung von Leistungsgruppen durchaus das Potential hat, die eigene Arbeitsplatzwahl zu beeinflussen. Das Ausmaß dieser Effekte ist zum heutigen Zeitpunkt kaum absehbar. Tatsache ist

jedoch, dass die Krankenhausreform mit ihren beiden Komponenten aus bundeseinheitlicher Leistungsgruppensystematik und Vorhaltefinanzierung die stationäre Versorgung in Deutschland grundlegend verändern wird. Die maßgebliche Veränderungsdynamik ergibt sich dabei gerade durch die systematische Verknüpfung beider Konzepte: Ohne eine veränderte Finanzierungslogik birgt eine Konkretisierung der Versorgungsaufträge das Risiko von nicht tragfähigen Betriebskonzepten. Umgekehrt kann eine veränderte Krankenhausfinanzierung, die nicht allein auf der Vergütung erbrachter Mengen beruht, nur auf Basis einheitlicher Anforderungen an die Strukturen rechtssicher und wirtschaftlich tragfähig ausgestaltet werden. Dabei muss jedem Akteur bewusst sein, dass eines der zentralen Reformziele eine deutliche Reduzierung der Ausgaben für Krankenhausleistungen auf Seiten der gesetzlichen Krankenkassen war und angesichts der aktuellen Finanzlage auch bleiben wird [2].

Dehne N: BDC-Praxistest:
Krankenhausfinanzierung anhand von
Leistungsgruppen und Vorhaltefinanzierung –
wird nun alles besser? Passion Chirurgie.
2025 Oktober; 15(10): Artikel 05_01.



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

VERBINDUNG VON FINANZIERUNG UND PLANUNG VERÄNDERT ANREIZE AUF ALLEN EBENEN

Während die öffentliche Debatte bisher von möglichen Ausnahmen und Besonderheiten der Leistungsgruppensystematik dominiert wird, ist es eigentlich die Vorhaltefinanzierung, die eine einheitliche Krankenhausplanungssprache zwischen den Bundesländern erforderlich macht. Grundsätzlich bringt die Vorhaltefinanzierung in ihrer vorgesehenen Ausgestaltung zwei wesentliche Vorteile für eine nachhaltige Ausrichtung der stationären Versorgung in Deutschland mit:

1. Sie verbindet die Krankenhausplanung mit der Krankenhausfinanzierung und löst damit die bestehende Pattsituation zwischen Bund und Ländern bei der Frage nach qualitativ hochwertigen und bedarfsgerechten Krankenhausstrukturen auf. Voraussetzung ist, dass die Bundesländer die Möglichkeiten der Planfallzahlen aktiv nutzen. Auf diese Weise können die Bundesländer mit der Krankenhausplanung erstmals auch relevante Finanzierungszusagen für den Betrieb der Krankenhausstandorte verbinden.
2. Sie reduziert die Mengenanreize in der stationären Leistungserbringung und fördert gleichzeitig die ambulante Leistungserbringung durch die Krankenhäuser. Dies ergibt sich aus dem 80 % - Korridor in dessen Rahmen auch bei weniger Fallzahlen die volle Vorhaltefinanzierung ausbezahlt wird. Dieser Mechanismus verändert den Optimierungsanreiz im Krankenhausbetrieb grundlegend und reduziert in Verbindung mit den erweiterten Gestaltungsoptionen der Bundesländer (Planfallzahlen) den Fallzahlenwettbewerb zwischen den Krankenhausstandorten.

Das Instrument der Planfallzahlen ist erst mit dem Referentenentwurf vom 15. April 2024 in die Reformüberlegungen aufgenommen worden. Die Bedeutung dieses Instrumentes wird in der öffentlichen Debatte

bisher vielfach kleingeredet. Tatsächlich verlangt dieses Instrument von den Planungsbehörden in den Bundesländern eine fundierte und belastbare Planung von Versorgungsbedarfen im regionalen Kontext. Bei der Zuweisung des Vorhaltevolumens auf die Krankenhausstandorte werden entweder die IST-Fallzahlen des Vorjahres oder eben die gemeldeten Planfallzahlen der Landesbehörden als Kalkulationsgrundlage herangezogen. Aufgrund der begrenzten Vorhaltebudgets je Land und je Leistungsgruppe werden die (geplanten) Fallzahlen auf der Standortebene zur Ermittlung der Anteile am Gesamtvolumen für den jeweiligen Krankenhausstandort benötigt. Als weiterer Faktor kommt die standortindividuelle Vorhaltebewertungsrelation zur Anwendung. Auf diese Weise soll sichergestellt werden, dass die Vorhaltefinanzierung möglichst wenig fallmengensensibel, wohl aber fallschweresensibel ausgestaltet wird. Mit anderen Worten erhält jeder Krankenhausstandort ein Vorhaltevolumen, dass seinem Versorgungsanteil (Fallmenge) im Bundesland entspricht und seine spezifische Versorgungsrolle (Fallschwere) berücksichtigt. Auf diese Weise können die Planungsbehörden in den Bundesländern aktiv einen relevanten Anteil der Krankenhausfinanzierung entsprechend ihrer Versorgungsplanung an den bedarfsnotwendigen Standorten allokalieren.

Diese Umverteilung ergibt sich schon alleine daraus, dass der Gesundheitsausschuss im Bundestag im Rahmen des Gesetzgebungsprozesses auf den letzten Metern noch eine Anpassung für die Sicherstellungshäuser nach § 136c Absatz 3 Satz 2 SGB V in das Gesetz aufgenommen hat [3]. Demnach gilt für Krankenhausstandorte, die vom G-BA auf der Liste der Sicherstellungshäuser geführt werden, dass sich die Vorhaltefinanzierung dieser Standorte mindesten aus den Mindestvorhaltezahlen je Leistungsgruppe gemäß der Richtlinie nach § 135f SGB V errechnet. Dabei handelt es sich um eine Rechtsverordnung, die durch das BMG unter Zustimmung des Bundesrates erlassen werden muss. Wenig überraschend ist diese Richtlinie hoch umstritten und bisher nicht verabschiedet.

Dies ergibt sich aus den erheblichen Interessenskonflikten, die diese Festlegung zwischen Bund und Ländern mit sich bringt. Während die Länder möglichst niedrige Mindestvorhaltezahlen anstreben, um möglichst vielen Krankenhausstandorten eine Zuweisung von Vorhaltefinanzierung und somit eine tragfähige Leistungserbringung ermöglichen wollen, hat der Bund ein Interesse an einer deutlichen Reduktion der Krankenhausstandorte. Dahinter steckt, neben den vielfach angeführten Qualitätsargumenten, auch die oben bereits erklärte Kostenreduzierung durch geringere Leistungsausgaben auf Seiten der gesetzlichen Krankenkassen.

Vor diesem Hintergrund kommen die Planungsbehörden in den Bundesländern faktisch nicht umhin, eine aktive Zuweisung von Vorhaltevolumen (über Planfallzahlen) zu betreiben. Um dieser Aufgabe rechtssicher gerecht zu werden, bedarf es neuer Konzepte zur Ermittlung der relevanten Bedarfe und einer regionalen Planungslogik. Schließlich dürfte es kaum bedarfsgerecht sein, wenn im Bayerischen Wald ein Krankenhausstandort aus der Versorgung einer Leistungsgruppe ausscheidet und dadurch alle Krankenhäuser in München in dieser Leistungsgruppe eine höhere Vorhaltefinanzierung erhalten. Es ist jedenfalls nicht davon auszugehen, dass die Fälle aus dem Bayerischen Wald tatsächlich jemals in Münchner Krankenhäusern auftauchen. Umgekehrt stellt sich die Frage, wie eine reduzierte Vorhaltefinanzierung auf die Münchner Kliniken, die alle die gleiche Leistungsgruppe versorgen, verteilt werden soll, wenn der Krankenhausstandort im Bayerischen Wald aus Gründen der Sicherstellung eine höhere Vorhaltefinanzierung erhält, auch wenn dieser die kalkulierten Fallzahlen niemals erreicht. Wahrscheinlich wird in diesem Szenario mindestens einem Standort im gut versorgten Ballungsgebiet von München die Zuweisung der Leistungsgruppe verweigert, um auf diese Weise das Vorhaltebudget im Bayerischen Wald freizusetzen. An dieser Stelle wären differenzierte Planungskreise für die einzelnen Leistungsgruppen innerhalb eines Bundeslandes sinnvoll. Während

es hochspezialisierte Leistungsgruppen gibt, die sinnvollerweise innerhalb des Bundeslandes reallokiert werden können, dürfte bei den allgemeinen Leistungsgruppen eine kleinräumige Zuweisung von Leistungsgruppen und Vorhaltefinanzierung erforderlich sein. Hierfür bietet die Leistungsgruppenplanung mit den verschiedenen Planungsebenen in NRW eine geeignete Blaupause [4]. Wahrscheinlich wird man dabei nicht umhinkommen, einen konkreten Bevölkerungsbezug in die Bedarfsplanung je Leistungsgruppe aufzunehmen. Dieser fehlt bislang (leider) in dem Regelwerk des KHVG.

Mit einer klugen Verknüpfung von Investitionsförderung und Vorhaltefinanzierung sind die Bundesländer unter der neuen Planungslogik in der Lage, die Versorgungslandschaft in ihrem Bundesland nachhaltig zu verändern. So kann die Planungsbehörde über Planfallzahlen auch die ambulante Leistungserbringung zielgerichtet fördern. Denkbar ist, dass ein konstant hohes Vorhaltevolumen auch dann zugewiesen wird, wenn ein Krankenhausstandort immer mehr Leistungen ambulant erbringt. Auf diese Weise wird die ambulante Leistungserbringung gerade im Zusammenhang mit den notwendigen Investitionen wirtschaftlich tragfähig (quersubventioniert aus der Vorhaltefinanzierung). Im Gegenzug können die Investitionsfördermittel des Landes an einem anderen Standort gebündelt werden und auf diese Weise die stationäre Versorgung auch ohne neuerliche Mengenausweitung (angeregt durch selbstfinanzierte Investitionskosten) tragfähig finanziert werden. Durch die begrenzten Budgets der Vorhaltefinanzierung erhalten die Bundesländer einen Anreiz, die zur Verfügung stehenden Finanzmittel zielgerichtet auf die relevanten Standorte zu bündeln. Nur dann lassen sich wirtschaftlich tragfähige Versorgungskonzepte realisieren. Im Zusammenspiel mit der jährlichen Neukalkulation der Vorhaltebudgets je Land und Leistungsgruppe ergibt sich folgendes anschauliches Anreizsystem für die Bundesländer: Das Vorhaltevolumen wird jedes Jahr auf einen Standort weniger verteilt, damit die verbliebenen Standorte wirtschaftlich überleben

können. Damit dürften die angestrebten Einsparziele auf Bundesebene im Zeitverlauf durchaus realisierbar sein.

FESTE BUDGETS SORGEN FÜR EINSPARUNGEN IN DER GKV

Die Reduzierung der Mengenanreize im neuen System aus Leistungsgruppen und Vorhaltefinanzierung ergibt sich also schon daraus, dass die Vorhaltefinanzierung als festes und begrenztes Budget auf die Bundesländer und die Leistungsgruppen verteilt wird. Das Risiko einer Leistungsausweitung wird auf diese Weise für einen beträchtlichen Anteil des Krankenhausbudgets (unter Herausrechnung von Pflegebudget und der fallbezogenen Stückkosten verbleiben ca. 30 % in der Vorhaltefinanzierung) von den gesetzlichen Krankenkassen auf die Gemeinschaft der Leistungserbringer verlagert, da zusätzlich Fälle nur noch mit den variablen Rest-DRGs vergütet werden. Da das Vorhaltevolumen auf der Standortebene zudem für anfangs zwei später drei Jahre festgeschrieben ist, dürften wirtschaftlich erfolgreiche Strategien für eine Leistungsausweitung nahezu ausgeschlossen sein. Einen größeren Effekt haben Standortreduktionen durch die Planungsbehörden, weil in diesem Falle auch das Vorhaltevolumen neu verteilt wird (s. o.).

Gleichzeitig wird für die Krankenhausstandorte je Leistungsgruppe eine 80 %-Schwelle eingeführt: Überschreitet der Standort im Jahresverlauf die Schwelle von 80 % der geplanten oder kalkulierten Fallzahlen, erhält er in jedem Fall 100 % der im Voraus kalkulierten Vorhaltefinanzierung. Mit diesem Schwellenwert soll der Anreiz zur Minderleistung abgemildert werden. Eine betriebswirtschaftliche Optimierung dürfte jedoch darauf abzielen, das Leistungsvolumen an dieser Schwelle auszurichten. Aufgrund der Kalkulationslogik der Vorhaltefinanzierung ist nicht davon auszugehen, dass auf diese Weise alle Fixkosten der Krankenhäuser refinanziert sind. Insofern bleibt ein Leistungs- bzw. Optimierungsdruck auch oberhalb des Schwellenwertes bestehen. Wem es

nicht gelingt, die eigene Kostenstruktur auf die neue Leistungsmenge anzupassen, wird zusätzliche Erlösquellen erschließen müssen. Hierfür bietet sich die ambulante Leistungserbringung am Krankenhaus oder die telemedizinische Versorgung über die eigenen stationären Patientinnen und Patienten hinaus an. Vor diesem Hintergrund wirkt die Vorhaltefinanzierung wie ein Subventionsprogramm für die ambulante Versorgung am Krankenhaus. Durch die Quersubventionierung aus der Vorhaltefinanzierung können auch ambulante Leistungen tragfähig angeboten werden, die bisher wirtschaftlich unattraktiv erschienen. Durch die Anreize zur Leistungsreduktion in der stationären Versorgung wird der Bundesgesetzgeber mit der Einführung der Vorhaltefinanzierung seinem Einsparziel auf Seiten der Krankenhäuser gerecht und sorgt gleichzeitig für zusätzlichen Versorgungsbedarf in der ambulanten Versorgung.

Kritiker der Vorhaltefinanzierung weisen immer wieder darauf hin, dass das Vorhaltebudget je Land und je Leistungsgruppe jährlich auf das aktuelle Casemixvolumen angepasst wird. Tatsächlich führt diese Regelung dazu, dass sich die Mengenanreize von der Standortebene auf die Bundeslandebene verlagern und insbesondere an den Bundeslandgrenzen eine bedarfsgerechte Versorgungsplanung konterkarieren. Für einen nachhaltigen Umbau der Krankenhauslandschaft wäre auch auf der Ebene der Bundesländer eine Festschreibung des Vorhaltevolumens für mindestens fünf, besser zehn Jahre erstrebenswert gewesen. Allerdings würden auf diese Weise die Einsparungen aus der Leistungsreduzierung bei den Krankenhäusern verbleiben und eben nicht zur Entlastung der gesetzlichen Krankenkassen beitragen.

In diesem Falle bräuchte es jedoch eine zusätzliche Lösung zur Abbildung von Leistungsverchiebungen zwischen den verschiedenen Leistungsgruppen. Es ist derzeit kaum absehbar, welche Auswirkungen die Einführung der Leistungsgruppen und die Implementierung des Leistungsgruppen-Groupers auf die zukünftige Zuordnung der

bisherigen Fälle auf die einzelnen Leistungsgruppen haben wird. Neben der Abrechnungsoptimierung könnten hierbei neue sachfremde Optimierungsanreize entstehen, um die Leistungen am eigenen Standort zu halten. Umso wichtiger erscheint eine gezielte Steuerung der Vorhaltevolumen zwischen den Leistungsgruppen. Mit der Berücksichtigung von „Förderbeträgen“ für einzelne Leistungsbereiche ist ein entsprechender Mechanismus ohnehin bereits etabliert.

Die aktuellen Debatten zur Aufweichung und Anpassung der gesetzlich verankerten Strukturanforderungen je Leistungsgruppe sind daher immer auch im Zusammenhang mit den erwarteten Auswirkungen auf die Leistungsmengen zu beobachten. Unabhängig von den tatsächlichen Bedarfen

sorgt die demografische Entwicklung dafür, dass eine Fortsetzung der bestehenden Versorgungs- und Vergütungsstrukturen die gesetzlichen Krankenkassen überfordern werden. Vor diesem Hintergrund erscheint die Einführung von Leistungsgruppen und Vorhaltevergütung einen schrittweisen Einstieg in nachhaltige tragfähige Versorgungsstrukturen zu ermöglichen.

LITERATUR

- [1] Bibliomed Manager. Warken: „Die Vorhaltepauschale wird bleiben“. www.bibliomedmanager.de. [Online] 06. 07 2025. <https://www.bibliomedmanager.de/news/warken-die-vorhaltepauschale-wird-bleiben>.
- [2] Bundesregierung. Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG.

www.bundesgesundheitsministerium.de. [Online] 15. 05 2024. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/K/KHVVG_GE_Kabinett.pdf.

- [3] Gesundheitsausschuss. Beschlussempfehlung zum KHVVG. dserver.bundestag.de. [Online] 16. 10 2024. <https://dserver.bundestag.de/btd/20/134/2013407.pdf>.
- [4] Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales in NRW. Qualitätskriterien der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen. www.mags.de. [Online] https://www.mags.nrw/system/files/media/document/file/uebersichtstabelle_ueber_die_qualitaetskriterien.pdf. 



Präsenz-Seminar

Facharztseminar

Allgemein- und Viszeralchirurgie

Dortmund, 03. – 07. November 2025

Klick!
Jetzt
anmelden!



Wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. med. Maximilian Schmedding
Dr. med. Jens-Peter Stahl

Entscheidungen stehen an

Jörg-A. Rüggeberg

Nach der selbst im Vergleich mit den Schulferien relativ ausgedehnten parlamentarischen Sommerpause beginnt der Politikbetrieb in Berlin langsam wieder Fahrt aufzunehmen. Abgesehen von eher inhaltsleeren Sommerinterviews des Spitzenpersonal gab es aber doch eine Aussage des Bundeskanzlers, die umgehend Kontroversen ausgelöst hat. Es sagte, dass unser Sozialsystem in der bisherigen Form nicht mehr finanzierbar sei, was prompt von der Sozialministerin als „Bullshit“ zurückgewiesen wurde. Zwei Dinge sind daran bemerkenswert: zum einen wirft es ein grelles Schlaglicht auf die interne Kommunikation in der Koalition, zum anderen ging es nur noch um das Rentensystem und das Bürgergeld. Beides ist zwar unbestritten ein Problemfall, aber keineswegs die einzige Säule unserer sozialen Absicherungen. Die Finanzierungsnot der gesetzlichen Krankenversicherung steht mindestens gleichwertig im Fokus von notwendigen Sparmaßnahmen. Wenn sich die Politik beim Bürger schon mit möglichen Veränderungen des Rentensystems extrem unbeliebt macht, so scheut sie nach wie vor eine offene Debatte um mögliche Einschnitte in der Krankenversicherung, wissend, dass sie damit auch den letzten Rest an Wählerzustimmung verlieren könnte.

Rüggeberg JA: Entscheidungen stehen an.
Passion Chirurgie. 2025 Oktober; 15(10):
Artikel 05_02.



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

Umso bemerkenswerter ist da ein Vorstoß des parlamentarischen Staatssekretärs im Bundesgesundheitsministerium Tino Sorge. Er hat dieser Tage eine Aufteilung der Krankenversicherung in eine Art reduzierter Basisversorgung mit optionalen Zusatzpaketen ins Spiel gebracht. Das ist im Übrigen eine uralte Forderung der Ärzteschaft und wurde entsprechend medial begrüßt. Allerdings hat es nicht lange gedauert, bis die Ministerin ihren Staatssekretär zurückgepiffen hat. Auch nicht gerade ein Muster vorbildlicher interner Kommunikation. Dafür hat sie den Giftschrank geöffnet und mögliche Einschränkungen des nahezu unendlichen Leistungsangebots zu Lasten der GKV ins Spiel gebracht. Es wird sich zeigen, welche Dynamik diese Diskussion entwickelt und was am Ende dabei herauskommt. Klar ist, dass die gesetzlichen Krankenkassen dringenden Reformbedarf haben, wenn nicht die Beiträge für die Versicherten ins Unermessliche steigen sollen. Letztlich bleibt nur eine Anpassung auf der Ausgabenseite, denn die Einnahmeseite wird angesichts einer schwächelnden Konjunktur und weiter besorgniserregenden Wirtschaftsdaten kaum ausreichen.

Bekanntlich sind wir Ärzte diejenigen, die Ausgaben produzieren, sowohl in den Kliniken wie im ambulanten Bereich. Die gerade laufenden Honorarverhandlungen für die Vertragsärzte zeigen schon mal, wie eng die Spielräume sind. Und im Krankenhausbereich wird alles darauf hinauslaufen,

dass Kliniken oder einzelne Abteilungen geschlossen werden. Wo die Türen zu sind, wird auch kein Geld mehr ausgegeben.

Die vorgesehene Veränderung der Krankenhausreform ist zwar auf Druck der SPD im letzten Moment von der Tagesordnung des Kabinetts genommen worden, aber diese Veränderung sollte die bereits von der Vorgängerregierung unter Federführung von Herrn Lauterbach eher abschwächen und in der Umsetzung prolongieren (Krankenhaus-„Verwässerungsgesetz“). Aktuell gilt das beschlossene alte Gesetz und das wird eindeutig zu Standortschließungen führen, so wie es in NRW schon praktiziert wird. Auch mit dem neuen Gesetz wird sich an der Zielrichtung nichts ändern. Für unsere chirurgische Kollegenschaft bedeutet das den Wegfall zahlreicher Chefarztpositionen. Fachärzte werden sich nach anderen Häusern umsehen müssen, werden dort aber auch zur Erfüllung der personellen Mindestmengen zum Erhalt sogenannter Leistungsgruppen gebraucht. Assistenzkräfte sind sowieso Mangelware und müssen nur noch den Wechsel Ihres Wohnorts in Kauf nehmen.

Man darf davon ausgehen, dass es einen Herbst der Entscheidungen und Weichenstellungen geben wird. Das betrifft auch das Gesundheitssystem, wenn denn die Entscheidungsträger sich nicht im parteipolitischen Gezänk verzetteln oder individuelle Profilneurosen bedienen. ○



BDC|Pressemitteilung

Krankenhausreformanpassungsgesetz bleibt für den BDC hinter den Erwartungen zurück

Berlin, den 13.08.2025 – Aus Sicht des BDC bietet die Flexibilisierung im Rahmen des Krankenhausreformanpassungsgesetzes (KHAG) Chancen. Für wichtige Themenfelder fehlten im Referentenentwurf jedoch nach wie vor relevante Lösungsansätze und einige Regelungen müssten dringend angepasst werden.

„Wir erkennen im KHAG das erklärte Ziel von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken, die Krankenhausreform praxistauglicher zu machen, und begrüßen dies generell. Um eine qualitativ hochwertige chirurgische Versorgung in den Krankenhäusern in der BRD auch zukünftig sicherzustellen, fehlen dem Gesetz jedoch entscheidende Vorgaben“, erklärt BDC-Präsident Professor Dr. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer.

So beinhalte der vorliegende Referentenentwurf keine Änderung in Bezug auf die Anrechenbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten pro Leistungsgruppe. Dies aber ist und bleibt eine Forderung des BDC. „Die spezialisierte Chirurgie ist in besonderem

Maße betroffen von der hohen Anzahl vorzuhaltender Fachärztinnen und Fachärzte, wenn mehr als ein oder zwei verwandte Leistungsgruppen vorgehalten werden sollen. In diesen Fällen verdoppelt oder verdreifacht sich die Anzahl der benötigten Fachärzte zur Erfüllung der Anforderungen. Dies wird in vielen Kliniken die ohnehin schon angespannte Personalsituation weiter verschärfen und sich nur schwer realisieren lassen“, erläutert Meyer.

Auch die vom BDC und zahlreichen anderen ärztlichen Berufsverbänden vielfach kritisierten Regelungen zur Hybrid-DRG wurden nicht revidiert. „Behandlungen dürfen kein Nullsummen- oder Minusspiel sein, sonst wird die Chirurgie als ärztlicher Beruf unattraktiv. Diese Schieflage in der Abrechnung von Leistungen im Rahmen der Hybrid-DRG muss daher unbedingt korrigiert werden“, fordert Meyer. Beibehalten werden soll auch die Vorhaltevergütung als zentrales Reformelement. Dies beurteilt der BDC ebenfalls sehr kritisch und bleibt bei seiner Forderung nach einer grundlegenden Überarbeitung der Betriebskostenfinanzierung für Krankenhäuser und übergangsweisen Einführung weiterer Strukturkostenkomponenten, etwa Zuschläge für Notfallstufen, Zentren und insbesondere auch für die Weiterbildung.

Bezüglich der fachärztlichen Weiterbildung vermisst der BDC nach wie vor Lösungen für die Finanzierung in Klinik und Praxis: Im Rahmen der neuen Leistungsgruppenzuteilung müssten komplexe Modelle der Rotation für Weiterzubildende entwickelt werden für eine fundierte und zeitgerechte Erfüllung des Weiterbildungscurriculums. Hierfür müsse eine angemessene Vergütung vorgesehen werden.

Insgesamt begrüßt der Verband, dass die Reform einige wesentliche Forderungen der Länder und Krankenhäuser zum Zeitplan und zu Ausnahmen umgesetzt. Tiefgreifende Veränderungen in der Systematik der Krankenhausreform seien aktuell jedoch ausgeblieben. „Die Umsetzung der Krankenhausreform ist von besonderer Relevanz für den chirurgischen Alltag. Wir nehmen Bundesgesundheitsministerin Warken beim Wort und erwarten von ihr Gesprächsbereitschaft mit den Expertinnen und Experten aus den ärztlichen Berufsverbänden und den wissenschaftlichen Fachgesellschaften zur Weiterentwicklung des Krankenhausreformanpassungsgesetzes“, erklärt BDC-Geschäftsführerin Dr. Friederike Burgdorf.



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

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



SEHR PERSÖNLICH NACHGEFRAGT BEI DOLORES THEA KRAUSS

Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?

Patienten gesund und glücklich nach erfolgter Therapie nach Hause zu entlassen.

Welche Forschungsrichtung inspiriert Sie?

Robotik und neue technische Innovationen

Welchen klinischen Schwerpunkt haben Sie?

Perspektivisch die Chirurgie des oberen Gastrointestinaltrakts

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

Perioperative Chemotherapy or Preoperative Chemoradiotherapy in Esophageal Cancer – von Hoepfner et al.

Welches Buch liegt auf Ihrem Nachttisch?

The Wide Wide Sea von Hampton Sides

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

Das kommt ganz darauf an, was mein 20 Jahre alter Radiowecker um 05:30 Uhr spielt.

Was war für Ihr berufliches Fortkommen besonders hilfreich?

Mein Forschungsjahr in Portland, OR (USA) 2019 im Bereich der Chirurgie des oberen Gastrointestinaltrakts.

Was war Ihre größte Inspiration?

Meine Mentoren sowohl im Bereich der Forschung als auch der klinischen Ausbildung – bis heute.

Welches Forschungsthema bearbeiten Sie?

Die Implementierung der Robotik insbesondere unter den Aspekten Sicherstellung der Patientensicherheit und Schaffung eines ergonomischen Arbeitsplatzes für Chirurg:innen.

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

Eine ergonomische Arbeitsweise insbesondere im robotischen Operationssaal.

Welche persönlichen Visionen möchten Sie gerne umsetzen?

Flexibilität in der Chirurgie – vor allem Konzepte, die Forschung und Klinik kombinieren.

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

Den Erhalt einer strukturierten Weiterbildung im Hinblick auf die Mindestmengen.

Wann platzt Ihnen der Kragen?

Bei Gleichgültigkeit.

Welche Hoffnung haben Sie aufgegeben?

Mit der Deutschen Bahn pünktlich anzukommen.

Wie gehen Sie mit Frustrationen um?

Kurz aufregen – dann schnell eine Lösung finden.

Ihr wichtigstes Hobby?

Mein kleiner Gemüsegarten auf meinem Balkon und kreatives Geschenkbasteln.

Wo werden Sie schwach?

Bei Ziegen – absolute Empfehlung: Probieren Sie Ziegen-Yoga aus!

Was bringt Sie zum Lachen?

Situationskomik

Was gehört für Sie zu einem gelungenen Tag?

Ein guter Kaffee

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

Klare Strukturen schaffen sowie eine faire und offene Kommunikation der Aufgabenverteilung und Pflichten.

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

Besprechen der persönlichen und fachlichen Ziele und planen der nächsten konkreten Schritte, um diese zu erreichen.

Muss eine Chirurgin/ein Chirurg Optimismus ausstrahlen?

Nein, ich denke das ist jedem selbst überlassen – ich persönlich bin absolute Optimistin.

AUS DER
DGCH

Dr. med. Dolores Thea Krauss

Ärztin in Weiterbildung der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Transplantationschirurgie der Uniklinik Köln

Assistentensprecherin, Consultant des EAES Technology Robotic Committee

Mitglied im Organisationskomitee

Verheiratet, 2 Ragdoll Katzen

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

Chirurgischer Nachwuchs im Wandel: Herausforderungen und Chancen

Frederik Schlottmann



Dr. med. Frederik Schlottmann
 Facharzt für Plastische, Rekonstruktive
 und Ästhetische Chirurgie
 Medizinische Hochschule Hannover
 Klinik für Plastische, Ästhetische,
 Hand- und Wiederherstellungschirurgie
 Carl-Neuberg-Str. 1
 30625 Hannover

Frederik Schlottmann ist stellvertreter Sprecher des Perspektivforums Junge Chirurgie der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie sowie des Jungen Forums der Deutschen Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie. Für sein Engagement zum Thema chirurgische Weiterbildung mit Erstautorschaft von zwei Positionspapieren im Rahmen des Runden Tisches „Weiterbildung“ der DGCH wurde ihm der Wolfgang Müller-Osten-Preis 2025 zuerkannt.

Die Chirurgie in Deutschland steht vor einem tiefgreifenden Wandel. Ausgelöst durch politische Reformen im Gesundheitswesen – insbesondere durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) – zeichnen sich massive strukturelle Veränderungen ab, die nicht nur die Versorgung, sondern auch die chirurgische Weiterbildung und Karriereplanung junger Chirurginnen und Chirurgen nachhaltig beeinflussen werden. Während die geplante Krankenhausstrukturreform einerseits sinnvolle Veränderungen einleiten soll, birgt sie zugleich erhebliche Herausforderungen – gerade für den chirurgischen Nachwuchs. Doch wo Risiken entstehen, eröffnen sich auch neue Chancen und Perspektiven.

Im Zentrum der Reform steht die Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft. Ziel ist es, durch Zentralisierung und Spezialisierung die stationäre Versorgung effizienter und qualitativ hochwertiger zu gestalten. Die Einführung neuer Leistungsgruppen, eine überarbeitete Finanzierung mit Fokus auf Vorhaltepauschalen sowie verbindliche Qualitätsvorgaben für bestimmte Eingriffe markieren den Beginn eines Paradigmenwechsels. Für die chirurgische Weiterbildung bedeutet dies:

Weniger kleine Kliniken, mehr Spezialisierung – und damit tiefgreifende Veränderungen in Ausbildung, Karrierewegen und Arbeitsplatzsicherheit.

Besonders die Zentralisierung wirft für den Nachwuchs eine Reihe kritischer Fragen auf. Der Rückgang kleiner Kliniken führt zwangsläufig zu einer geringeren Zahl an Weiterbildungsstätten. Damit steigt nicht nur die Konkurrenz um Ausbildungsplätze, sondern es entsteht auch ein erhöhtes Risiko regionaler Ungleichverteilung. Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass durch die Konzentration komplexer Eingriffe auf wenige Zentren die chirurgische Ausbildung zu stark fragmentiert wird. Es droht eine Entwicklung hin zum „Super-Spezialisten“, während grundlegende chirurgische Kompetenzen, wie in den Weiterbildungskatalogen gefordert, zu kurz kommen könnten.

Auch die Planbarkeit chirurgischer Karrieren wird durch die Reform erschwert. Viele junge Ärztinnen und Ärzte orientieren sich bei ihrer beruflichen Entwicklung an bestimmten Kliniken oder Regionen. Fällt eine Weiterbildungseinrichtung durch Umstrukturierungen weg oder wird an einen anderen Standort verlagert, entsteht Unsicherheit. Hinzu kommt die steigende Arbeitsbelastung: Weniger Häuser, mehr Patientinnen und Patienten – die Verdichtung der Versorgung kann zulasten der Ausbildungsqualität, der Work-Life-Balance und letztlich auch der Motivation des Nachwuchses gehen.

Doch all diesen Herausforderungen stehen auch echte Chancen gegenüber. Die stärkere Fokussierung auf Qualität könnte ein Katalysator für eine verbesserte chirurgische Weiterbildung sein. Wenn Kliniken künftig verpflichtet sind, Versorgungsqualität

nachzuweisen, könnte dies zu besser strukturierten Ausbildungsprogrammen führen – mit verbindlichen Curricula, definierten Rotationen und gezieltem OP-Training. Zudem eröffnet die Reform Spielräume für innovative Ausbildungsformate. Simulationstrainings, digitale OP-Assistenzsysteme und strukturierte Fellowship-Programme könnten fester Bestandteil der Weiterbildung werden. Ebenso bietet die stärkere Vernetzung von Krankenhäusern Potenzial: Regionale Weiterbildungsverbünde könnten entstehen, die den Nachwuchs rotieren lassen, ohne dass ein Klinikwechsel notwendig wird.

Auch die Konzentration auf spezialisierte Zentren muss nicht negativ sein: Sie kann jungen Chirurgen und Chirurgen die Möglichkeit bieten, häufiger an komplexen Eingriffen teilzunehmen und dadurch eine hochwertige operative Ausbildung zu erfahren – doch das geschieht nicht automatisch. Vielmehr bedarf es gezielter struktureller Voraussetzungen, um diese Chancen realisieren zu können. Dazu zählen verbindliche Weiterbildungscurricula, personelle Ausstattung mit ausbildungsorientierter Supervision sowie zeitliche Freiräume für Lehre und Lernen. Nur wenn solche Rahmenbedingungen politisch wie institutionell geschaffen werden, kann aus der Spezialisierung ein echter Mehrwert für die chirurgische Weiterbildung entstehen. Andernfalls besteht die Gefahr, dass ökonomische Zwänge, Arbeitsverdichtung und hohe Fallzahlen zwar effizientere Abläufe, aber keine bessere Ausbildung hervorbringen.

Gleichzeitig steigt mit der Zentralisierung die Verantwortung der Zentren und Fachgesellschaften, die chirurgische Nachwuchsförderung nicht dem Zufall zu überlassen, sondern aktiv zu gestalten – etwa durch Rotationsverbünde, strukturierte Mentoring-Programme und den Aufbau verbindlicher Ausbildungsnetzwerke. Die geplante Reform kann also ein Katalysator für Fortschritt sein – aber nur dann, wenn die Nachwuchsperspektive frühzeitig mitgedacht und in die Planung implementiert wird.

Diese Entwicklungen zeigen: Der chirurgische Nachwuchs ist gefordert, sich aktiv in diesen Transformationsprozess einzubringen. Die

Krankenhausstrukturreform ist keine rein administrative Entscheidung – sie betrifft unmittelbar diejenigen, die in der Chirurgie tätig sind und es künftig sein werden. Fachgesellschaften wie die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) und ihre assoziierten Gesellschaften bieten jungen Chirurgen und Chirurgen die Möglichkeit, sich einzubringen, mitzugestalten und die Stimme des Nachwuchses in Gremien und Arbeitsgruppen hörbar zu machen.

Dabei ist Eigenverantwortung ein zentraler Aspekt moderner Weiterbildung. Digitale Lernplattformen, Simulationstrainings und strukturierte Programme stehen heute bereits zur Verfügung – es liegt am Nachwuchs, diese Angebote aktiv zu nutzen. Gleichzeitig erfordert die sich wandelnde Kliniklandschaft eine flexible Karriereplanung. Akademische Wege, interdisziplinäre Teams oder hochspezialisierte Zentren eröffnen neue berufliche Perspektiven, die frühzeitig bedacht und vorbereitet werden sollten. Heute sind Mentoring, gezielte Hospitationen und strukturierte Weiterbildungsangebote zentrale Elemente einer modernen chirurgischen Laufbahn. Wer seine Zukunft aktiv gestalten will, muss Initiative zeigen – und Führung übernehmen.

Chirurgische Führung – oder „Leadership in der Chirurgie“ – bedeutet dabei mehr als nur fachliche Expertise. Es geht um die Fähigkeit, ein Team zu leiten, unter Druck Entscheidungen zu treffen und eine Kultur der Exzellenz, Sicherheit und Weiterbildung zu schaffen. Entscheidend sind Kompetenzen wie Entscheidungsstärke, klare Kommunikation, Vorbildfunktion, konstruktives Fehlermanagement, Resilienz und strategisches Denken. Gleichzeitig gilt es, mit den Herausforderungen moderner Führung umzugehen: Hierarchien überwinden, Burnout vermeiden, generationsübergreifende Erwartungen managen und dem zunehmenden Verwaltungsdruck standhalten. Moderne Leadership-Strategien setzen auf Mentoring, Coaching – verstanden als individuelle Begleitung zur Entwicklung persönlicher und beruflicher Kompetenzen – und interdisziplinäre Zusammenarbeit. Sie fördern Innovationen – etwa durch digitale Technologien oder neue

OP-Verfahren – und stärken die Selbstführung. Wer langfristig leistungsfähig bleiben will, muss auch seine eigene Resilienz pflegen.

In diesem Kontext spielt die Generation Y – also jene Jahrgänge zwischen 1980 und 1995 – eine Schlüsselrolle. Sie steht aktuell in den Startlöchern, um Führungsverantwortung in der Chirurgie zu übernehmen. Zwischen der Generation X, die heute viele Chefarzt- und Oberarztposten innehat, und der nachrückenden Generation Z vermittelt sie neue Werte und Führungsstile. Flache Hierarchien, Sinnorientierung („Purpose“) und die Offenheit für digitale Innovationen prägen ihr Führungsverständnis. Die Generation Y ist dabei durchaus bereit, viel zu leisten – sofern die Arbeit als sinnvoll empfunden wird, Entwicklungsmöglichkeiten bestehen und die persönliche Investition in einem ausgewogenen Verhältnis zu Anerkennung und Einfluss steht. Statt autoritärer Ansagen setzt die Generation Y auf Coaching, Mentoring und patientenzentrierte Kommunikation. Gleichzeitig bringt sie die nötige Flexibilität mit, um mit den Erwartungen der Generation Z ebenso wie mit den Strukturen der Generation X zu interagieren.

Im Spannungsfeld dieser Generationen ist es Aufgabe der Generation Y, die chirurgische Kultur weiterzuentwickeln – hin zu mehr Zukunftsfähigkeit, Effizienz und Innovationskraft. Sie muss junge Kolleginnen und Kollegen motivieren, ohne auf Hierarchie zu pochen, und gleichzeitig mit Erfahrungsträgern in den Dialog treten. Und sie muss die technologische Transformation – etwa durch Robotik, Künstliche Intelligenz oder Telemedizin – mitgestalten, um die Chirurgie zukunftsfähig zu machen.

Letztlich ist klar: Die Zukunft der Chirurgie liegt in den Händen des Nachwuchses. Die Krankenhausstrukturreform stellt hohe Anforderungen – aber sie bietet auch die Chance, längst überfällige Veränderungen anzustoßen. Wer sich engagiert, modern denkt und Verantwortung übernimmt, kann diesen Wandel mitgestalten. Es liegt an uns allen, dem chirurgischen Nachwuchs nicht nur eine Stimme zu geben, sondern eine starke, gestaltende Rolle in einem sich verändernden Gesundheitssystem.

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).	74 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 1335 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 53 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				
Prof. 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 281 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 25 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 591 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: METAPANC₈ Registrierungsnummer: 2023-503558-10-00/IAG-VO-0822				
Prof. Dr. med. Michael Ghadimi	Patienten mit lokal resektabelm oligometastatischen (Leber, synchron o. metachron) Pankreaskarzinom Experimentelle Gruppe: 8 Zyklen mFOLFIRINOX bis zur Randomisation gefolgt von der chirurgischen Entfernung des Primärtumors und der Metastasen gefolgt von 4 Zyklen mFOLFIRINOX Kontrollgruppe: 8 Zyklen mFOLFIRINOX bis zur Randomisation gefolgt von 4 Zyklen mFOLFIRINOX	FPI: 17.10.2023 24 von 272 Patienten	DFG Exper. Gruppe: 3250 €/Patient Kontrollgruppe: 2800 €/Patient	Prof. Dr. med. Michael Ghadimi Universitätsmedizin Göttingen Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Kinderchirurgie T: 0551 39 67811 E: chirurgie.sekretariat@med.uni-goettingen.de
Studientitel: MICkey₉* 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 139 von 152 Patienten	BMBF 850 €/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
Studientitel: P.E.L.I.O.N.₁₀* Registriernummer: 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 93 von 304 Patienten	BMBF 650 €/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

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN				
STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: RAMPS₁₁*				
Registrierungsnummer: DRKS00033031				
Prof. Dr. med. Felix Hüttner Dr. med. Frank Pianka	Patienten mit einem Pankreaskarzinom des Pankreas-körpers oder -schwanzes, bei denen eine Pankreas-linksresektion mit Splenektomie geplant ist. Experimentelle Gruppe: Radikale antegrade modulare Pankreatosplenektomie (RAMPS) Kontrollgruppe: Standardmäßige Pankreaslinksresektion mit Splenektomie	20.02.2025 14 von 266 Patienten	DFG 1057,23 €/Patient	Prof. Dr. med. Felix Hüttner Klinik für Allgemeine, Viszeral- und Thoraxchirurgie, Klinikum Nürnberg T: 0911 398 113763 E: felix.huettner@klinikum-nuernberg.de
Studientitel: RECOPS₁₂*				
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 605 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
Studientitel: SELREC₁₃*				
Registrierungsnummer: DRKS00030567				
Prof. Dr. med. Rosa Klotz	Experimentelle Gruppe: Totale mesorektale Exzision (TME) ohne neoadjuvante (Chemo-)Radiotherapie Kontrollgruppe: Leitlinienkonforme neoadjuvante (Chemo-) Radiotherapie (5x5 Gy oder insgesamt 50,4Gy) und ggf. begleitende 5-FU-basierte Chemotherapie gefolgt von TME innerhalb von 12 Wochen	04.05.2023 25 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: SEVTAR₁₄				
Registrierungsnummer: DRKS00023436				
PD Dr. med. Leif Schiffmann	Patienten/Op.-Verfahren: Patienten mit Rektumresektion, Anastomosenhöhe zwischen 2 und 8cm und protektivem Stoma Experimentelle Gruppe: Einlage eines Vacuumschwammes am Ende der Operation für 5 Tage, weitere Behandlung wie lokal üblich Kontrollgruppe: Keine Schwammeeinlage, Behandlung wie lokal üblich	FPI: 26.01.2021 150 von 362 Patienten	eine Finanzierung 0€/Patient	PD Dr. med. Leif Schiffmann Asklepios Klinik Pasewalk, Abteilung für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, Pasewalk T: 03973 23 1257 F: 03973 23 1515 E: leif@dr-schiffmann.de
Studientitel: STITCHES₁₅				
Registrierungsnummer: DRKS00034787				
PD Dr. med. Christian Krautz	Adaptives Stichprobendesign: zunächst 100 Patienten (Vorlaufphase), dann finale Berechnung des Stichprobenumfangs Experimentelle Gruppe: Standardisierte Anlage der Endzu-Seit Ösophagogastrostomie mit einem Zirkularstapler (zweireihige Klammernaht, Größe 25 bis 29) und zusätzlicher zirkulärer Übernähtung mit resorbierbaren Fäden. Kontrollgruppe: Standardisierte Anlage der Endzu-Seit Ösophagogastrostomie mit einem Zirkularstapler (zweireihige Klammernaht, Größe 25 bis 29)	FPI: 28.11.2024 13 von 100 Patienten (Vorlaufphase)	Keine Finanzierung 0 €/Patient	PD Dr. med. Christian Krautz Chirurgische Klinik des Uniklinikum Erlangen T: 09131 8542273 E: christian.krautz@uk-erlangen.de

MULTIZENTRISCH RANDOMISIERT KONTROLLIERTE STUDIEN

STUDIENLEITER	PATIENTEN/OP.-VERFAHREN	FIRST PATIENT IN/ STATUS DER STUDIE	FINANZIERUNG DER STUDIE/FALLGELD	ANSPRECHPARTNER/ KONTAKT
Studientitel: TRIANGLE₁₆* Registrierungsnummer: DRKS00030576 UTN U1111-1243-441				
Prof. Dr. med. André L. Mihaljevic	Patienten mit resektablem, Borderline oder lokal fortgeschrittenem Pankreaskopfkarcinom Experimentelle Gruppe: TRIANGLE-Operation: Radikale Weichteildissektion entlang der Arteria mesenterica superior (Level 3 nach Inoue) um mindestens 180 Grad rechtseitig UND vollständige Dissektion des Weichgewebes im „Dreieck“ zwischen Arteria mesenterica superior, Pfortader und Truncus coeliacus wie von Hackert et al. beschrieben Kontrollgruppe: Standard-Dissektion der AMS nach Inoue Level 1 oder 2 und Standard-Lymphadenektomie entsprechend der deutschen S3-Leitlinie	22.11.2024 34 von 270 Patienten	BMBF 1190 €/Patient	Prof. Dr. A. L. Mihaljevic Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie Universitätsklinikum Tübingen T: 07071 29 86 619 E: andre.mihaljevic@med.uni-tuebingen.de

- [1] Anatomical Resection of liver Metastases in patients with RAS-mutated colorectal cancer
- [2] Sleeve gastrectomy versus Roux-en-Y gastric bypass in obese patients with BMI 35–60 kg/m² – a multicenter randomized trial
- [3] Continuous vs. intermittent intraoperative neuromonitoring for reduction of transient recurrent laryngeal nerve palsy in thyroid surgery – a prospective randomized controlled multicenter trial
- [4] Dekomprimierendes Stoma und zweistufige elektive Resektion vs. Notfall-Resektion bei Patienten mit linksseitigem obstruktivem Dickdarmkrebs
- [5] Distal Pancreatectomy – A randomised controlled trial to compare minimal-invasive distal pancreatectomy to open resection (DISPACT-2 Trial)
- [6] Chirurgie „as needed“ versus Chirurgie „on principle“ bei vollständiger Tumorremission nach neoadjuvanter Therapie von Speiseröhrenkrebs/ESOREs
- [7] Hernia reduction following laparotomy using small stitch abdominal wall closure with and without mesh augmentation – HULC
- [8] Intensivierte Therapie bei Patienten mit lokal resektablem oligometastatischem Pankreaskarzinom – multimodale operative Therapie versus alleinige systemische Chemotherapie
- [9] Eine multizentrisch randomisierte Studie zum Vergleich der postoperativen Morbidität nach total minimal invasiver Chirurgie mit der Hybrid Chirurgie bei der Ösophagektomie – MICkey Studie
- [10] 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)
- [11] Radikale antegrade modulare Pankreatosplenektomie (RAMPS) im Vergleich zur standardmäßigen Pankreaslinksresektion mit Splenektomie bei Bauchspeicheldrüsenkrebs – Die multizentrische, randomisierte, kontrollierte RAMPS-Studie
- [12] The effect of an additional Braun anastomosis in patients after pancreas head resections
- [13] Selective Neoadjuvant Therapy of Rectal Cancer Patients: SELREC a randomized controlled, open, multicentre non-inferiority trial
- [14] Studie zum Stellenwert einer prophylaktischen EVT zur Vermeidung von Anastomoseninsuffizienzen nach Rektumresektionen)
- [15] Vergleich der Standard-Zirkularstapleranastomose mit oder ohne zusätzlicher Übernähung bei Patienten mit Roboter-assistierter Ivor-Lewis Ösophagektomie aufgrund von malignen Tumoren der Speiseröhre und des ösophagogastralen Übergangs
- [16] 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: September 2025

Satzungsänderungen der DGCH e.v.

Nach positiver Abstimmung der Mitgliederversammlung am 25.03.2025 sind die Satzungsänderungen dem zuständigen Registergericht und dem zuständigen Finanzamt vorgelegt worden. Erfreulicherweise hatten beide Institutionen keine Einwände. Mit dieser Veröffentlichung treten somit die Satzungsänderungen in Kraft. Die Satzungsänderungen waren den Mitgliedern in einer Gegenüberstellung mit der alten Satzung per E-Mail und bei fehlender E-Mail-Adresse auch schriftlich fristgerecht vor der Mitgliederversammlung zugegangen. Die neue Satzung finden Sie jetzt auf unserer Webseite unter <https://www.dgch.de>.

Rückfragen nimmt der Generalsekretär gerne entgegen: schmitz-rixen@dgch.de

Univ.-Prof. Dr.med. Thomas Schmitz-Rixen
 Generalsekretär
 Langenbeck-Virchow-Haus
 Luisenstr. 58/59
 10117 Berlin

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



PATIENTENSICHERHEIT

DER BDC BETEILIGT SICH DIESES JAHR WIEDER BEIM WELTTAG DER PATIENTENSICHERHEIT

Auch in diesem Jahr beteiligt sich der BDC am Welttag der Patientensicherheit und begeht ihn gemeinsam mit anderen Einrichtungen und der Medizinischen Hochschule Hannover am 11. September 2025 im Rahmen der vorangehenden Tagung „Patientensicherheit – Aktueller Stand 2025“.

Schwerpunktthema des Welttags, der immer am 17. September stattfindet, ist dieses Jahr die Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Der BDC wird den Welttag außerdem mit einer Pressemitteilung und Social Media Maßnahmen unterstützen.



**Welttag der
Patientensicherheit**
17. September
Mach dich stark.

Mehr Informationen auf der Website des Welttags der Patientensicherheit...

BDC-STELLUNGNAHME

ZUM KRANKENHAUSREFORMANPASSUNGSGESETZ

Der BDC hat am 21. August seine Stellungnahme zum Krankenhausreformverbesserungsgesetz (KHAG) beim Bundesministerium für Gesundheit eingereicht. Aus Sicht des BDC bietet der Referentenentwurf Chancen, bleibt aber hinter den Erwartungen zurück. Tiefgreifende systematische Veränderungen sind bislang ausgeblieben. So finden die Weiterbildung und deren Finanzierung keine weitergehende Berücksichtigung und auch die vielfach 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.



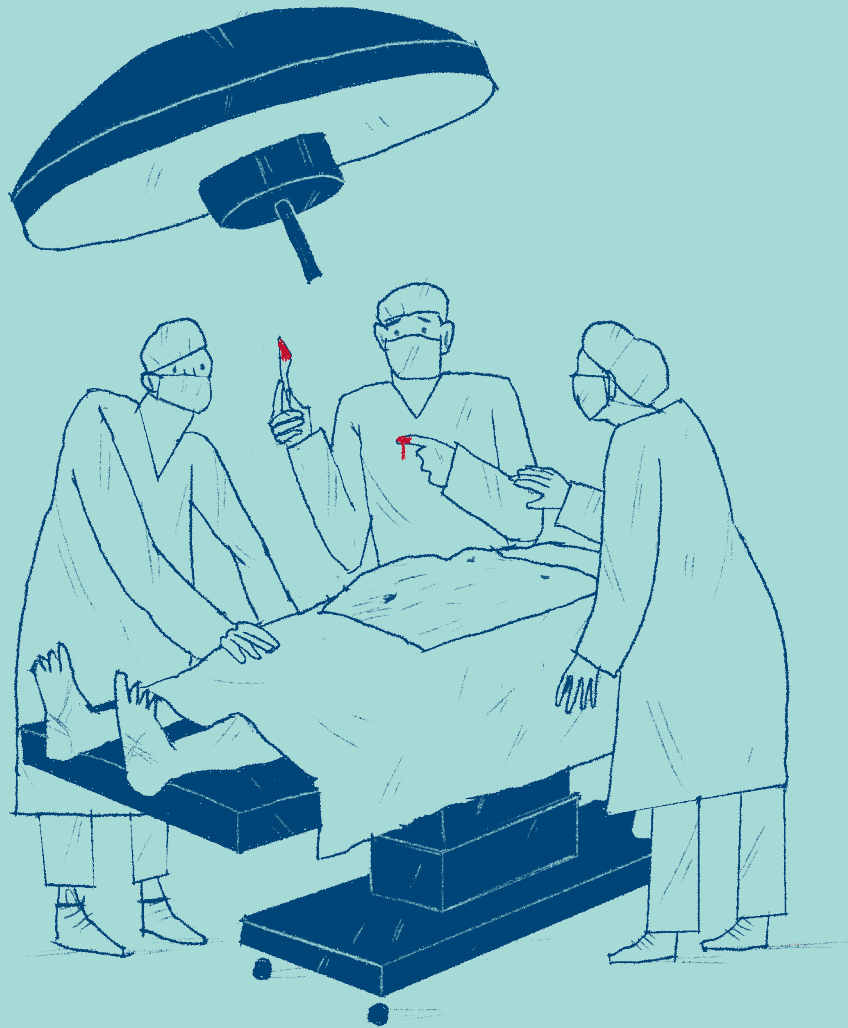
In der jetzigen Form kann der vorliegende Referentenentwurf lediglich einen ersten Schritt zu dem weiter notwendigen echten Anpassungsprozess darstellen. Der BDC wird sich mit verschiedenen Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen für die Interessen der Chirurginnen und Chirurgen stark machen.

Neben dem BDC haben unter anderen auch die DGAV, der BVOU, die DGKJCH sowie die AWMF Stellungnahmen mit Bezug auf die Chirurgie eingereicht. Der BDC setzte sich zudem in der Verbändeanhörung am 21. August dafür ein, dass die im Zuge der Reform bisher weitestgehend unberücksichtigte Finanzierung der fachärztlichen Weiterbildung endlich in den Fokus gerückt werden muss und Lösungen entwickelt werden müssen.

Zur Stellungnahme des BDC...



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



Am Ende braucht jede:r einen **Verband.**



Wir als Berufsverband unterstützen Ihre chirurgische Karriere, wo Sie es brauchen!

- Seminare, Webinare und E-Learning für Ihre Fort- und Weiterbildung
- Versicherungen für Ihren Berufseinstieg
- juristische Beratung für Ihre Verträge
- Karriereberatung und Stellenmarkt für Ihre nächsten Schritte
- Vertretung gegenüber der Politik für unsere Interessen

Verlässlichkeit, die wächst

Wie der Berufsverband der Deutschen Chirurgie e. V. (BDC) und die Ecclesia Gruppe seit fast zwei Jahrzehnten zeigen, dass aus fachlicher Begleitung echte Partnerschaft werden kann.



Berufsverband der
Deutschen Chirurgie e.V.

Manchmal beginnt eine lange Zusammenarbeit mit einem handfesten Problem. Als sich der BDC im Jahr 2007 plötzlich und unerwartet vom damaligen Versicherer mit der Beendigung des Haftpflicht-Rahmenvertrages und aller darüber bestehenden Berufshaftpflichtversicherungen der Mitglieder konfrontiert sah, stand nicht weniger auf dem Spiel als die Absicherung einer ganzen Fachgruppe. Der vorherige Versicherungsmakler hatte das Problem nicht kommen sehen oder ignoriert. Jedenfalls war keine Lösung in Sicht. Dr. Peter Kalbe, heute Vizepräsident des Verbands, bringt es rückblickend auf den Punkt: „Wir waren sehr froh, mit der Ecclesia Gruppe einen Partner zu finden, der die Absicherung der beruflichen Haftungsrisiken für unsere Mitglieder sichern und in die Zukunft führen konnte.“

Die Ecclesia konnte als spezialisierter Versicherungsmakler für das Gesundheitswesen nicht nur eine zukunftsfähige Haftpflicht-Lösung für die Chirurgie gestalten und den Rettungsring für die bereits gekündigten Verträge der Mitglieder werfen, sondern war auch bereit, Verantwortung zu übernehmen – und zwar sehr kurzfristig. Rund 15.000 Mitglieder wurden binnen kurzer Zeit kontaktiert und beraten, eine Herausforderung, die die Ecclesia ohne lange Vorlaufzeit annahm.

Nadja Bürger, Leiterin des Geschäftsfeldes Ambulantes Gesundheitswesen und Mitglied der Geschäftsleitung bei der Ecclesia, begleitet die Zusammenarbeit von Beginn an und erinnert sich gut: „Der Wechsel kam überraschend, auch für uns. Die Mitglieder hatten viele Fragen und unser – damals noch viel kleineres – Team ist damals an seine Grenzen gegangen. Aber wir wurden vom Verband mit offenen Armen aufgenommen. Es wurde uns großes Vertrauen entgegengebracht.“

Kontinuität und Nähe statt kurzer Draht

Seitdem hat sich viel verändert. Die Ecclesia Gruppe beschäftigt heute ein eigenes Team mit mehr als 50 Mitarbeitenden, das sich ausschließlich um die Belange der BDC-Mitglieder kümmert – fachlich geschult, mit Blick auf die besonderen Anforderungen in der Chirurgie und Orthopädie.

Die Zusammenarbeit ist längst keine Frage der Vertragsgestaltung und -verwaltung mehr, sondern Ausdruck eines kontinuierlichen Austauschs. Die Fachlichkeit steht im Vordergrund, das Interesse am gemeinsamen Fortschritt ist spürbar. Dr. Kalbe schätzt besonders, dass die Gespräche mit Ecclesia stets sachlich bleiben:

„Man hat nie das Gefühl, dass etwas auf-gedrängt wird. Die Ecclesia berät – aber ohne Verkaufsdruck.“

Dr. Peter Kalbe

Was heute selbstverständlich wirkt, war anfangs ein ambitionierter Ansatz. Die Ecclesia Gruppe legte früh Wert auf interne Prüfprozesse, die Schadenmeldungen sorgfältig bewerten, bevor sie an Versicherer weitergeleitet werden. So lassen sich Rückstellungen und tarifliche Rückstufungen vermeiden – ein Punkt, der im Praxisalltag für viele Ärztinnen und Ärzte einen erheblichen Unterschied macht.

Gemeinsame Entwicklung,

konkrete Ergebnisse

Im Lauf der Jahre sind zahlreiche Projekte aus der Kooperation entstanden, oft aus einem konkreten Anlass heraus. So wurde 2023 gemeinsam eine potenzielle Deckungslücke in der Berufshaftpflicht für Durchgangsärzte identifiziert und geschlossen. Die Ergebnisse wurden in der Passion Chirurgie, der BDC-Verbandszeitschrift, veröffentlicht und offen kommuniziert – als Teil der Transparenz, die beide Seiten pflegen. Auch auf dem Bundeskongress Chirurgie ist die Ecclesia Gruppe inzwischen fester Bestandteil. Der gemeinsame Stand hat sich zu einem etablierten Treffpunkt für den fachlichen Austausch entwickelt. Darüber hinaus profitieren alle Mitglieder des BDC automatisch von einem exklusiven Rechtsschutz-Gruppenvertrag des BDC. Eine Leistung, die regelmäßig und effektiv genutzt wird.

„Über viele Jahre haben sich die Expertinnen und Experten der Ecclesia Gruppe auch als Referenten bei unseren Seminaren eingebracht“, so Dr. Kalbe. Neben dem Versicherungsmanagement begleitet die Ecclesia Gruppe über ihren Spezialisten für Patientensicherheitsmanagement, die GRB Gesellschaft für Risikoberatung, zudem regelmäßige Fachpublikationen zur Schadensprävention – ein weiterer Baustein der partnerschaftlichen Zusammenarbeit.

Gelebte Anerkennung

Die Wertschätzung für das Engagement der Ecclesia Gruppe zeigte

sich zuletzt auch in einer besonderen Geste: Im Jahr 2024 wurde Nadja Bürger mit der Wolfgang-Müller-Osten-Medaille ausgezeichnet – eine der höchsten Ehren des Verbands, die sonst nur Chirurgen zu Teil wird. „Diese Auszeichnung hat mich sehr berührt“, sagt sie heute. „Sie steht auch für das Vertrauen und die Kontinuität, die wir in der



Wolfgang-Müller-Osten-Medaille (WMO)

Die Wolfgang-Müller-Osten-Medaille wird seit 1997 vom BDC verliehen. Mit ihr ehrt der Verband Persönlichkeiten, die sich in herausragender Weise für die Belange der Chirurgen und Chirurgen in Deutschland engagiert oder sich besondere Verdienste um die Mitglieder des BDC erworben haben. Benannt ist die Auszeichnung nach Professor Wolfgang Müller-Osten, einem bedeutenden Chirurgen und langjährigen Präsidenten des BDC, der maßgeblich am Aufbau des Verbandes beteiligt war.

Zusammenarbeit erleben dürfen.“

Das Bild einer stabilen Verbindung wird durch viele kleine Elemente gestützt: ein fester Jahrestermin zum Austausch, abgestimmte Jahresplanungen, konstante Ansprechpartner. Die Ecclesia versteht sich längst nicht mehr nur als Dienstleister, sondern als verlängerter Arm des Verbandes mit Blick für das Ganze.

„Unsere tägliche Arbeit basiert auf Vertrauen und Kompetenz. Wir sind alle an langfristigen Lösungen interessiert – gerade in einem sensiblen Bereich wie dem Gesundheitswesen.“

Nadja Bürger

Positiver Blick in die Zukunft

Die Anforderungen an Versicherungsschutz im Gesundheitswesen steigen weiter, sowohl in der Breite als auch in der Tiefe. Themen wie Cyberrisiken, Haftungsfragen bei Delegation oder der Einsatz von Künstlicher Intelligenz fordern neue Antworten. Dr. Kalbe sieht genau darin den Wert der Zusammenarbeit:

„Die Medizin verändert sich und damit auch die Versicherungsfragen. Ich bin dankbar, dass wir diesen Wandel mit einem Partner wie der Ecclesia Gruppe gestalten können.“

Die Ecclesia entwickelt die Leistungen kontinuierlich weiter – nicht nur als Reaktion auf Marktveränderungen, sondern mit klarem Blick auf das, was der Verband und seine Mitglieder künftig brauchen werden: transparente Prozesse, pragmatische und wirtschaftlich stabile Lösungen, verlässliche Ansprechpartner.



Berufsverband der Deutschen Chirurgie e. V. (BDC)

- Branche: Gesundheit & Pflege
- Mitglieder: ca. 17.000 (v. a. Chirurgen und Orthopäden)
- Aufgaben: Interessenvertretung, Beratung, Fort- & Weiterbildung, Serviceleistungen
- Rolle von Dr. Peter Kalbe: Vizepräsident – er ist auch für strategische Partnerschaften verantwortlich
- Partnerschaft mit Ecclesia Gruppe: seit 2007

„Unsere Zusammenarbeit ist immer sachorientiert“

Gemeinsam im Interview: Dr. Peter Kalbe, Vizepräsident des BDC, und Nadja Bürger, Leiterin des Geschäftsfeldes Ambulantes Gesundheitswesen und Mitglied der Geschäftsleitung bei der Ecclesia Gruppe

Frau Bürger, was hat Ihnen die Auszeichnung mit der Wolfgang-Müller-Osten-Medaille persönlich bedeutet?

Nadja Bürger: Die Verleihung der Wolfgang-Müller-Osten-Medaille war für mich eine Überraschung, die ich mit großer Freude und Dankbarkeit entgegengenommen habe. Es ist eine Ehre für mich und auch eine Anerkennung für das Engagement, das der BDC und die Ecclesia Gruppe in die gemeinsamen Projekte investiert haben, und die persönliche Verbundenheit, die darüber entstanden ist.

Herr Dr. Kalbe, was schätzen Sie persönlich an der Zusammenarbeit mit Frau Bürger?

Dr. Peter Kalbe: Als besonders angenehm empfinde ich es, dass unsere Zusammenarbeit immer sachorientiert ist und dass man nie das Gefühl hat, dass einem irgendwelche Versicherungsleistungen aus merkantilen Gründen aufgedrängt werden.

Frau Bürger, wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit dem Verband auf persönlicher Ebene?

Nadja Bürger: Die Zusammenarbeit mit dem BDC, dem Präsidium und der Geschäftsstelle macht wahnsinnig viel Spaß. Ich bin sehr dankbar



für den vertrauensvollen und konstruktiven Austausch, den wir über die vielen Jahre kultiviert haben. Dabei hilft es natürlich auch, wenn man sich persönlich kennt und konstante Ansprechpartner hat. Das ist die Kirsche auf der Sahne.

Herr Dr. Kalbe, gibt es ein Beispiel, bei dem sich dieses Miteinander konkret bewährt hat?

Dr. Peter Kalbe: Besonders hervorheben möchte ich, dass das Ärgernis der Rückstellung und tariflichen Rückstufung bei einer Schadensmeldung mithilfe der Ecclesia beseitigt oder zumindest verringert werden konnte. Unser Makler führt nämlich stets eine interne Bewertung des behaupteten Behandlungsfehlers durch, ohne dass es automatisch zu einer Schadensmeldung beim Versicherer und entsprechenden Nachteilen bei der Versicherungsprämie kommt.

Frau Bürger, was bedeutet Ihnen diese Form der Zusammenarbeit – auch im Vergleich zu einer klassischen Maklertätigkeit?

Nadja Bürger: Unsere tägliche Arbeit basiert auf Vertrauen und Kompetenz. Wir sind alle an langfristigen und nachhaltigen Lösungen interessiert, die den sich ständig ändernden Anforderungen für Chirurginnen und Chirurgen gerecht werden. Dabei ist Vertrauen die Grundlage unserer Geschäftsbeziehung, die langjährige Partnerschaften und einen ehrlichen Austausch aller Beteiligten ermöglicht.

Ein sehr guter Makler ist nicht nur Vermittler, sondern versteht die Welt der Kunden und arbeitet in ihr. Unsere Leistungen gehen auch heute schon weit über die Vermittlung von Versicherungen hinaus. Das ist gerade für die Gesundheitsbranche wichtig. Das Gesundheitswesen ist ein Hochrisikobereich. Haftpflichtansprüche, insbesondere aufgrund von medizinischen Fehlern oder Patientenschäden, können nicht nur das Vertrauen in medizinisches Personal und Gesundheitseinrichtungen nachhaltig schädigen, sondern verursachen auch enorm hohe Kosten.

Aufgrund der steigenden Risiken ziehen sich immer mehr Versicherer aus dem Gesundheitswesen zurück. Wir wollen auch weiterhin helfen, die Versicherbarkeit sicherzustellen und die Gesundheitseinrichtungen und ihre Beschäftigten dabei unterstützen, den täglichen Betrieb aufrechtzuerhalten und die Patienten professionell zu behandeln und zu versorgen. Dazu gehört auch, dass wir Ärztinnen und Ärzten – zumindest im Versicherungsbereich – von unnötigen administrativen Aufgaben entlasten.

Niemand in Deutschland bringt so viele Gesundheitseinrichtungen in die Versicherung wie wir. Das machen wir – anders als viele Strukturvertriebe – nicht provisionsorientiert, sondern unabhängig und fachlich auf höchstem Niveau. Wir treten damit gegen den vermeintlich schlechten Ruf einer Branche an und beweisen, dass es auch anders geht.

Bürger N, Kalbe P: Verlässlichkeit, die wächst.
Passion Chirurgie. 2025 Oktober; 15(10):
Artikel 07_02.



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

BDC | Landesverbände

BDC | Westfalen-Lippe

Vorsitzender
Dr. med. Björn Schmitz, MHBA

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

Regionalvertreter NL
Prof. Dr. med. Michael Aufmkolk

Stellv. Regionalvertreter NL
Jerzy Wielowiejski

BDC | Bremen

Vorsitzender
Dr. med. Knut Müller-Stahl

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

Regionalvertreter NL
N.N.

BDC | Hamburg

Vorsitzende
Prof. Dr. med. Carolin Tonus

Stellv. Vorsitzende
Dr. med. Michaela Rothe

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Thomas Mansfeld

Regionalvertreter NL
Dr. med. Philipp Kölln

Regionalvertreter in NL
Dr. med. Michaela Rothe

BDC | Schleswig-Holstein

Vorsitzender
Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Michael Müller

Regionalvertreter NL
Prof. Dr. med. Tobias Kisch

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Bertram Wittrin



DER BDC IN DEN BUNDESLÄNDERN

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

Sprecher der Landesverbände

Prof. Dr. med. Carolin Tonus,
Hamburg
Dr. med. Björn Schmitz MHBA,
Kamen
Stellv.: Dr. med. Ralph Lorenz,
Berlin

www.bdc.de/bdc-landesverbände

BDC | Nordrhein

Vorsitzender
Dr. med. Sven Gregor

Stellv. Vorsitzender
PD Dr. med. habil. Peter Fellmer

Regionalvertreter NL
PD Dr. med. habil. Peter Fellmer

BDC | Hessen

Vorsitzender
Frank Forst

1. Stellvtr. Vorsitzender
Jan Henninger

2. Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Alexander Buia

3. Stellv. Vorsitzende
Nathalena Hein

Regionalvertreter NL
Dr. med. Jörg Schrödter

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Detlev Grapentin

BDC | Rheinland-Pfalz

Vorsitzender
Dr. med. Jörg Fischböck

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Thomas Chatterjee

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

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

BDC | Saarland

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

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Tim Pohlemann

Regionalvertreterin NL
Dr. med. Serpil Koc

BDC | Baden-Württemberg

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Michael Schäffer

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Christoph W. Jaschke

Regionalvertreter NL
Dr. med. Matthias Szabo

Regionalvertreter NL
Dr. med. Christoph W. Jaschke



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

BDC | Mecklenburg-Vorpommern

Vorsitzender
PD Dr. med. Lutz Wilhelm

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Christoph Prinz

Regionalvertreter NL
Dr. med. Andreas Oling

Regionalvertreter NL
Dr. med. Thomas Nowotny

BDC | Berlin

Vorsitzende
Dr. med. Katharina Paul-Promchan

Vorsitzender
Dr. med. Ralph Lorenz

Stellv. Vorsitzende
Dr. med. Marie Samland

Regionalvertreter NL
Dr. med. Max Freiherr von Seebach

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Karsten Mann

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Gunnar Peters

BDC | Brandenburg

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

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Mario Liese

Regionalvertreter NL
Dr. med. Christian Federlein

BDC | Sachsen-Anhalt

Vorsitzender
Dr. med. Matthias Krüger

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

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

Regionalvertreter NL
Dr. med. Dirk Arbter

BDC | Sachsen

Vorsitzender
Dr. med. Ludwig Schütz

Stellv. Vorsitzender
Dr. med. Jörg Hammer

Regionalvertreter NL
Dr. med. Jörg Hammer

BDC | Thüringen

Vorsitzender
Dr. med. Arndt Voigtsberger

Stellv. Vorsitzender
Steffen Minner

Regionalvertreter NL
Dr. med. Arndt Voigtsberger

Stellv. Regionalvertreter NL
Dipl. Med. Ingo Menzel

BDC | Niedersachsen

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Tim Glowka

Stellv. Vorsitzender
Prof. Dr. med. Ulf Culemann

Regionalvertreter NL
Dr. med. Florian Barth

Stellv. Regionalvertreter NL
Dr. med. Raymond Young

Stellv. Regionalvertreterin NL
Dr. med. Annina Donner

BDC | Bayern

Vorsitzende
Dr. med. Julia Gump

Stellv. Vorsitzende
Dr. Kerstin Schick

Regionalvertreter NL
Dr. med. Axel Neumann

Stellv. Regionalvertreter NL
Dirk Farghal

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



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

Termine BDC|Akademie*

CURRICULUM BASISCHIRURGIE							
VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
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
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
22.10.2025	03.12.2025	online	2025-23866	Fraktur im Fokus	Prof. Dr. med. Benedikt Braun	100,00 €	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 €
05.11.2025		online	2025-23613	Osteosyntheseverfahren an der unteren Extremität	Prof. Dr. med. Lars Gerhard Großterlinden	150,00 €	200,00 €
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
08.11.2025		online	2025-27708	Abrechnungswebinar EBM	Dr. med. Björn Ackermann	50,00 €	80,00 €
08.11.2025		online	2025-27703	Abrechnungswebinar GOÄ und UV-GOÄ	Dr. med. Peter Kalbe	50,00 €	80,00 €

BDC|Akademie

Information und Anmeldung:

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

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

SPONSOREN DER BDC | AKADEMIE

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

LIFESTYLE- ANGEBOTE

im Oktober 2025

%

25 %



FISSLER: 25 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

35 %



WIZ: 35 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

20 %



JUST RUSSEL: 20 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

20 %



VALKENTAL: 20 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

WIE KANN ICH DIE ANGEBOTE IN ANSPRUCH NEHMEN?

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

PANORAMA

Kliniken in der Krise

Um Leben und Tod – Deutschlands Kliniken stecken in der Krise

Matthias Bartsch, Martin U. Müller

Dieser Artikel stammt aus DER SPIEGEL Nr. 32/5.8.2023. Er galt unter den Einsendungen für den BDC-Journalistenpreis 2024 als einer der Favoriten. Zum Schwerpunktthema „Krankenhausreform“ passt dieser Artikel, auch wenn er schon etwas älter ist.

Deutschlands Kliniken stecken tief in der Krise. Patienten werden teilweise schlecht versorgt, Tausende könnten gerettet werden, Manager fahren Verluste ein. Eine große Reform soll es nun richten – das Beispiel eines mittelgroßen Hauses zeigt, was das für die Menschen bedeuten kann.



Korrespondierender Autor:
Martin U. Müller
 Redakteur
 DER SPIEGEL
 Martin.Mueller@spiegel.de



Matthias Bartsch
 Redakteur
 DER SPIEGEL

Bartsch M, Müller MU: Um Leben und Tod – Deutschlands Kliniken stecken in der Krise. *Passion Chirurgie*. 2025 Oktober; 15(10): Artikel 09.



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

Der Himmel ist blau an diesem schicksalhaften Morgen des 12. September 2022. Um kurz vor zehn Uhr laufen Frauen und Männer in weißem Kittel durch das Krankenhaus von Spremberg im Süden Brandenburgs. Es sind Chefärzte, die gleich in einem Konferenzraum die Wahrheit hören werden: Ihre Klinik ist insolvent. Zahlungsunfähig. Pleite.

Angereist sind ein Rechtsanwalt mit Assistentin, zwei Unternehmensberater, zwei Vertreter einer Krisenkommunikationsfirma. Die Sitzung dauert fast zwei Stunden. Als die Ärzte den Raum verlassen, schweigen sie. Mittlerweile ist der Insolvenzantrag beim Amtsgericht Cottbus gestellt. Der Beratertruss, der nun das Sagen hat, hatte am Morgen den Besprechungsraum im Leitungsflur bezogen. Er befindet sich im Erdgeschoss des Krankenhauses mit mehr als 200 Betten, 34 Ärzten und 125 Pflegekräften. Die Krisenmanager finden tote Fliegen in Wassergläsern, WLAN gibt es nicht.

Der SPIEGEL konnte über Monate hinweg im Krankenhaus Spremberg recherchieren und die Klinik in ihrem Überlebenskampf begleiten. Was dort passiert ist, könnte so ähnlich bald in Hunderten der mehr als 1.800 Krankenhäuser in Deutschland geschehen. Laut einer Umfrage der Beratungsgesellschaft Roland Berger schreibt etwa die Hälfte der deutschen Hospitäler rote Zahlen.

Die Branche klagt über explodierende Kosten für Lohnerhöhungen und Energie bei bestenfalls stagnierenden Erlösen. Etwa jedes fünfte Krankenhaus werde in den kommenden zehn Jahren verschwinden, warnt Gerald Gaß, Chef der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Der Bundesgesundheitsminister sieht das entspannt. Deutschland hat viele Kliniken und gibt noch mehr für sie aus, bei allenfalls mittelpträglichen Ergebnissen für Patientinnen und Patienten. SPD-Mann Karl Lauterbach will deshalb einen Umbau des Systems. Kliniken wie die in Spremberg könnten zu den Opfern gehören.

Im Krankenhaus leitet Anwalt Mark Boddenberg vom ersten Tag an das Verfahren.

Eine seiner Mitarbeiterinnen hat einen Drucker mitgebracht und sicherheitshalber auch Kopierpapier. »Man weiß nie, was man vorfindet«, sagt sie. Boddenberg verhandelt am Handy mit der Investitionsbank des Landes Brandenburg. Zu Beginn der Mitarbeiterversammlung um 13.27 Uhr ist es mucksmäuschenstill in der Kantine des Krankenhauses, nur die Tiefkühltruhe brummt. Es sind so viele Ärzte, Krankenschwestern und andere Angestellte gekommen, dass etliche von ihnen stehen müssen. »Endlich dürfen wir mal wieder das Licht hier anmachen«, sagt eine Angestellte, die in der Kantine arbeitet. Bisher habe man darauf geachtet, die Beleuchtung im Speisesaal auszulassen – Sparmaßnahme von oben. Die Geschäftsführerin hat ihre Rede mit der Hand in einen Colleagueblock geschrieben. Man stehe vor einer ökonomischen Klippe, windet sie sich. Nach ihr sprechen zwei drahtige Unternehmensberater. Sie bemühen sich um Mitgefühl, machen »das System« und »die Politik« verantwortlich. Einer der beiden hat mal als Arzt in der Gynäkologie des Klinikums rechts der Isar in München gearbeitet. Nun erzählt er etwas von der Ambulantisierung des Gesundheitswesens und »einem massiven Fallzahlrückgang«.

Die Krankenhausfinanzierung ist eine Dauerbaustelle, an der Regierungen und Kassen permanent herumwerkeln. Die letzte größere Reform fand vor 20 Jahren statt, die Gesundheitsministerin hieß damals Ulla Schmidt (SPD), Karl Lauterbach gehörte zu ihren engsten Beratern. Die beiden setzten damals jene »Fallpauschalen« durch, die Lauterbach heute als Ursache vieler Fehlentwicklungen betrachtet. In diesem System hat, vereinfacht gesagt, jedes Krankheitsbild ein Preisschild. Kliniken können anhand eines dicken Katalogs von Basisfallwerten, Multiplikatoren, Zusatzentgelten, Zu- und Abschlägen vorab ausrechnen, ob sie beispielsweise 2000 bis 4000 Euro für eine Blinddarmoperation von den gesetzlichen Krankenkassen bekommen – oder auch rund 10.000 für eine Harnblasenoperation bei einem Krebskranken. Das System führt dazu, dass es aus Sicht der Kliniken lukrative und wenig lukrative

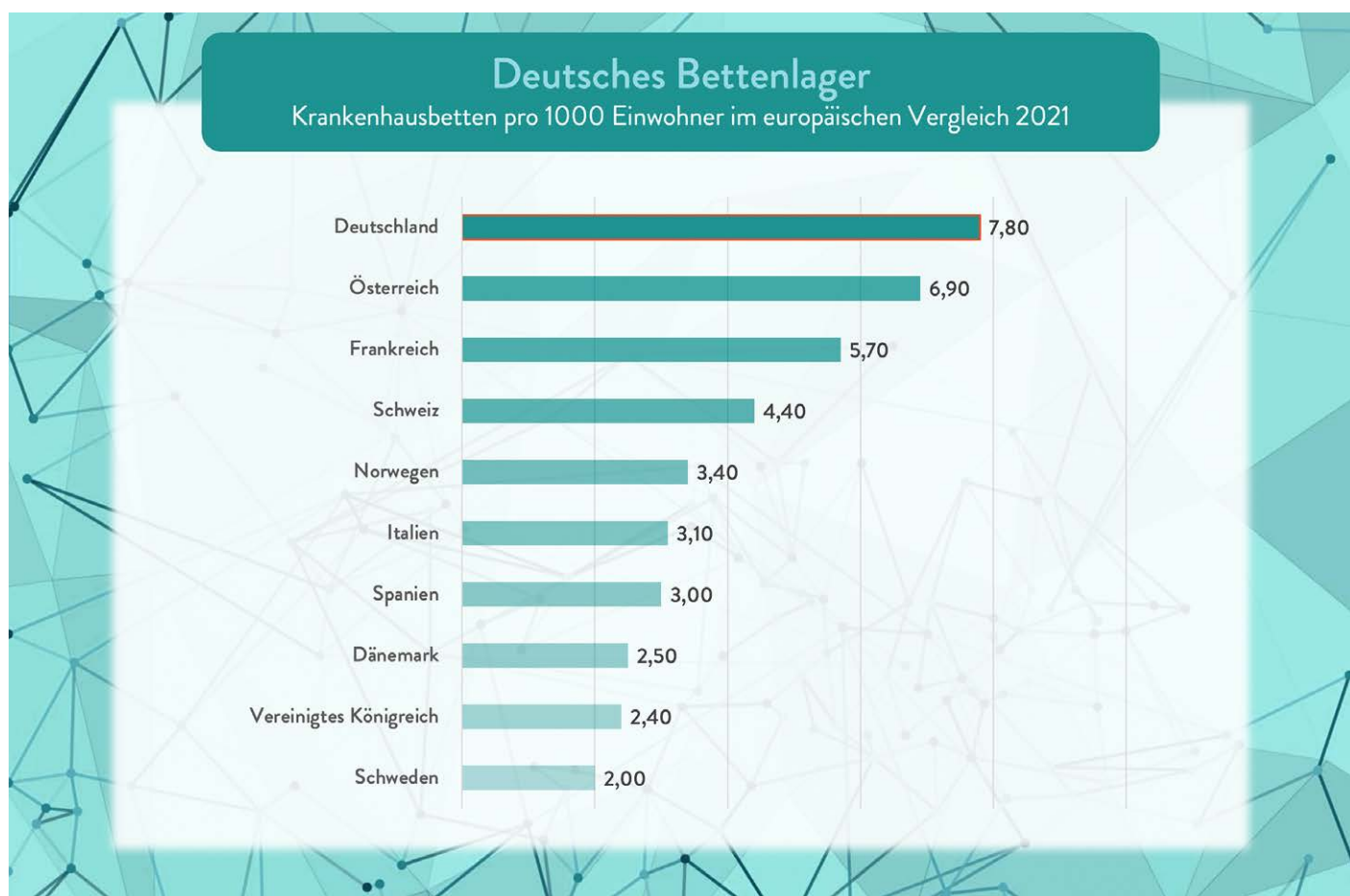


Abb. 1: Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner im europäischen Vergleich 2021

Patientinnen und Patienten gibt. Lukrativ ist, wer eine Krankheit mitbringt, die laut Katalog besonders gut bezahlt wird, keine Komplikationen erwarten lässt und das Klinikbett nicht lange blockiert. Krankenhäuser, die zu wenige solcher Idealpatienten auftreiben und durchschleusen können, geraten leicht in eine Schieflage.

Das Gutachten über die Zukunftsaussichten der Klinik in Spremberg ist 103 Seiten lang. Es stammt von der Münchner Firma WMC Healthcare, einem Beratungsunternehmen für Kliniken, das Krankenhaus hat es in Auftrag gegeben. Liest man es, könnte man kurz zusammengefasst sagen: Kein Mensch braucht dieses Krankenhaus. Die Berater formulieren das etwas differenzierter. Die Klinik besteht zu dem Zeitpunkt aus einem stationären Teil, drei Tageskliniken für Psychiatrie und Psychotherapie sowie einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ), einer Art Poliklinik angestellter

Ärztinnen und Ärzte, die ambulant behandeln. 2019 machte das Krankenhaus rund 24 Millionen Euro Umsatz, 2021 waren es nur noch 23 Millionen. 2021 wurden auch die Probleme sichtbar, ein negatives Betriebsergebnis von mehr als 1,9 Millionen Euro. Das Krankenhaus, seit 1869 an diesem Standort, litt zuletzt durch Corona vor allem an einer schlechten Auslastung der Psychiatrie. Dort waren die Fallzahlen um acht Prozent zurückgegangen. Obwohl weniger Patienten dort waren, musste das Krankenhaus Personal aufstocken, um 18 Stellen in zwei Jahren. Gesetzliche Vorgaben machten das nötig. Ein Arzt verdient in Spremberg im Schnitt 125.000 Euro im Jahr – etwas weniger als im bundesdeutschen Durchschnitt, der bei 129.000 Euro liegt. Trotzdem sank die Produktivität des Krankenhauses, weil mehr Personal weniger Patienten behandelte. 2021 lagen die Personalkosten bei 18,1 Millionen Euro. Spremberg rekrutiert 56 Prozent seiner Patienten aus einem Umkreis

von zehn Kilometern, so die Analyse der WMC-Berater. Im Umkreis von 30 Fahrminuten finden sich gleich vier Konkurrenten, darunter ein Maximalversorger in Cottbus. Würde Spremberg von der Krankenhauslandkarte verschwinden, würde sich für die Bevölkerung der Region die durchschnittliche Fahrzeit zum nächsten Krankenhaus der Grundversorgung um knapp fünf Minuten erhöhen, haben die Berater ausgerechnet – von 8,6 auf dann 13 Minuten. Allerdings wären nur zwei Prozent der Klinikpatienten von einer längeren Fahrzeit betroffen. Soll man ein Krankenhaus retten, weil zwei Prozent der Patienten sonst etwas länger bis in ein anderes Klinikum brauchen?

Vor vielen deutschen Kliniken versammeln sich Mitte Juni Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte und Verwaltungsangestellte, sie halten Plakate hoch, auf denen »Alarmstufe Rot« steht. Sie verlangen Reformen, mehr Personal und vor allem: mehr Geld für

die Kliniken. Die Gesundheitsminister von Bund und Ländern hatten schon vor Monaten angekündigt, die Krankenhausfinanzierung umkrempeln zu wollen. Doch über Details wird gestritten. In Krankenhäusern, denen das Geld auszugehen droht, wachsen Existenzängste. »Es wäre unverantwortlich, Kliniken zu schließen, die für eine flächendeckende, wohnortnahe und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung gebraucht werden«, sagt die Ver.di-Gewerkschafterin Sylvia Bühler auf der zentralen Protestveranstaltung in Berlin.

Spremberg hat keinen wirklichen medizinischen Schwerpunkt. Es ist ein Krankenhaus, das alles Grundlegende macht, nichts aber mit besonderem Profil. Tendenziell, so die Analyse von WMC, werde die Zahl der Patienten weiter sinken. Steigen würden hingegen die Kosten. Personal, Energie, Material – mit drei bis vier Prozent jährlich kalkulieren die Berater. Kurz nach der Insolvenz wollen sie das Krankenhaus schrittweise schließen, nur eine Psychiatrie könnte bleiben. Die restliche Krankenversorgung soll ein MVZ übernehmen, das mit angestellten Ärzten die ambulante Versorgung übernimmt. Nur 15 Prozent der derzeitigen Fälle könnten künftig weiter am Standort behandelt werden. Spremberg steht nicht allein da mit seinen Problemen. Kleine Krankenhäuser, also jene mit weniger als 300 Betten, erwirtschafteten schon 2020 in 44 Prozent der Fälle ein Minus. Große Krankenhäuser mit mehr als 600 Betten standen noch schlechter da; mehr als die Hälfte schrieb rote Zahlen. Am besten ging es jenen Häusern, die mittelgroß sind, also zwischen 300 und 600 Betten haben – 57 Prozent von ihnen machten Gewinn. Spremberg ist das, was Berater als »subkritische Größe« bezeichnen.

Bei einem Treffen in Berlin können sich die Gesundheitsminister Ende Juni immer noch nicht auf ein gemeinsames Konzept einigen. Allerdings zeichnet sich ab, dass die ungeliebten Fallpauschalen gekappt werden. Sie sollen künftig nur noch bis zu 40 Prozent der Behandlungskosten decken. Der Löwenanteil von 60 Prozent soll in Zukunft über »Vorhaltepauschalen«

finanziert werden. Das heißt: Die Kliniken bekommen Geld von den Krankenkassen künftig dafür, dass sie Betten, Personal und Material für die Behandlung bestimmter Krankheiten bereitstellen – auch wenn die Kapazitäten nicht komplett genutzt werden. Das soll den Konkurrenzkampf um Patienten mit lukrativen Krankheitsbildern mildern. Es soll auch verhindern, dass Hilfesuchende aus ökonomischen Gründen auch dann von Kliniken aufgenommen werden, wenn es gar nicht unbedingt nötig wäre – oder dass Kranke dort operiert werden, obwohl sie in einer besser ausgestatteten Klinik viel größere Heilungschancen hätten. Als Reformvorbild wird ein Modell aus Nordrhein-Westfalen gehandelt. Danach sollen etwa 70 medizinische »Leistungsgruppen« benannt und den Kliniken zuge-

” SPREMBERG HÄTTE NICHT IN SCHIEFLAGE GERATEN MÜSSEN.“ Tobias Grundmann, Klinikchef

ordnet werden. Eine Leistungsgruppe wäre etwa Allgemeine Chirurgie, eine andere Kardiologie oder Intensivmedizin. Für jede Leistungsgruppe, die sie anbieten, müssen die Kliniken dann strikte Qualitätsstandards einhalten, etwa eine vorgegebene Zahl an Fachärzten und eine Mindestzahl an Behandlungen oder Operationen in dem jeweiligen Fachgebiet. Eine Klinik, die diese Standards reißt, soll für Behandlungen in dieser Leistungsgruppe kein Geld mehr von den Krankenkassen bekommen.

Krankenhausmanager Tobias Grundmann steht im Frühjahr 2023 vor dem Krankenhaus Spremberg und zeigt auf die Fassade. Grundmann ist der neue Geschäftsführer, er hat seine Vorgängerin im Dezember 2022 abgelöst. Zuvor leitete er für einen großen Krankenhauskonzern eine Klinik

in Rottweil, südwestlich von Stuttgart. Er stammt aus Chemnitz und wollte wieder näher an seiner Heimat sein. Ein paar Wochen vorher hatte Grundmann eine Runde aus Klinikführungskräften in den Konferenzraum geladen, in dem zuvor das vorläufige Ende des Krankenhauses besiegelt worden war. Seitdem ist einiges passiert. Die Stadt sprang als neue Mehrheitsgesellschafterin bei und gab ein Darlehen von bis zu 3,75 Millionen Euro. Das todgeweihte Krankenhaus soll, entgegen dem Rat der Berater, gerettet werden. Grundmann hält nicht viel von den Konzepten seiner Vorgängerin, die etwa aufs Licht ausschalten setzte. Er investiert. Die Station neben dem Operationstrakt soll umgebaut werden. Patientenzimmer werden zurückgebaut, Duschen rausgestemmt, Patientenschränke entfernt. Rund 100.000 Euro soll das kosten. Grundmann erklärt seiner Leitungsrunde, dass das Krankenhaus kleiner werden muss. Wo einst Patienten stationär aufgenommen worden sind, sollen sie nun ambulant operiert werden. Deshalb brauche man die Station so nicht mehr, vielmehr sollten dort bald Untersuchungen vor Operationen und die anschließende Aufnahme stattfinden. Das Personal könne flexibel hin- und hergeschickt werden. Das bringt Geld, denn die Untersuchungen können über ein Pflegebudget gesondert mit den Krankenkassen abgerechnet werden. Grundmann führt die Runde durchs Haus. Der OP-Trakt ist gut zehn Jahre alt. Die Überwachungsstation ist lichtdurchflutet, hat sechs Betten und mit zwei Pflegekräften einen besseren Betreuungsschlüssel als so manche Universitätsklinik. Es ist Nachmittag, zwei Betten werden über den Flur geschoben. Die beiden älteren Patientinnen sind nach ihren Operationen noch intubiert, werden unterstützend beatmet. Schwere intensivmedizinische Fälle können in Spremberg nicht behandelt werden. Sie müssen nach Cottbus gebracht werden – 30 Minuten Fahrzeit entfernt. In der Notaufnahme ist nichts los an diesem Tag. Grundmann steuert einen Raum am Ende des Flurs an. Noch steht darin eine Liege, bald sollen es drei Betten sein. »Wir richten hier eine Überwachungsstation ein.« Wenn die Patienten dort liegen, können sie der

stationären Pflege zugeschlagen und über das Pflegebudget der Kassen abgerechnet werden. Auch das bringe Geld. Grundmann ist sich sicher: Spremberg hätte nicht in Schieflage geraten müssen. Schuld sei zu einem großen Teil das Krankenhaus selbst gewesen, das die Feinheiten des Abrechnungssystems nicht gut genug genutzt habe.

Um den Druck für eine Reform zu erhöhen, stellt Karl Lauterbach im Juni eine Analyse von Experten vor, es ist ein vernichtendes Urteil über die Qualität der deutschen Klinikstruktur. In keinem europäischen Land gebe es mehr Krankenhausbetten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner, und mit Ausnahme der Schweiz stecke auch kein europäisches Land gemessen am Bruttoinlandsprodukt mehr Geld ins Gesundheitssystem als Deutschland. Doch bei der Behandlungsqualität liege die Bundesrepublik im internationalen Vergleich nur im Mittelfeld. Der Grund: Viel zu viele Kranke würden in Kliniken behandelt, die dafür nur unzureichend qualifiziert seien. Patientinnen mit Brustkrebs hätten beispielsweise eine fast 25 Prozent höhere Überlebenschance, wenn sie in einem zertifizierten Brustkrebszentrum behandelt würden statt in einem Wald-und-Wiesen-Hospital. Und würden Menschen mit Schlaganfällen durchweg in Kliniken mit spezieller Behandlungseinheit (Stroke-Unit) gebracht, könnten rund 5000 Todesfälle im Jahr nach dem Gehirnfarkt vermieden werden, so die Experten. Zehntausende Menschenleben, mahnt Lauterbach, könnten jedes Jahr gerettet werden, wenn anspruchsvolle Behandlungen nur noch in Kliniken vorgenommen werden, die über große Routine und Kompetenz verfügten. Kleinere Krankenhäuser sollten sich auf die Grundversorgung und einfache Standardbehandlungen konzentrieren – oder sich in ambulante Behandlungszentren mit Haus und Fachärzten umwandeln. Die gesetzlichen Krankenkassen assistieren. Sie halten 1.250 Kliniken in Deutschland für ausreichend, um die Bevölkerung zu versorgen. Das wäre gut ein Viertel weniger als bisher.

An einem Freitagmorgen im Mai dieses Jahres grillt Geschäftsführer Grundmann für seine Leute. Neben der Notaufnahme des Krankenhauses ist dazu ein Pavillon aufgebaut worden. Grundmann stellt die neu ernannte Pflegedienstleiterin vor, während er leicht verkohlte Würste auf dem Grill wendet. Etwa 100 Meter neben Grundmanns Grillfest führt Sabine Manka durch ihr Reich. Manka hat seit ihrer Ausbildungszeit beruflich nie etwas anderes kennengelernt als das Krankenhaus Spremberg. Sie ist sogar im Krankenhaus auf die Welt gekommen. Seit 1987 arbeitet sie in Spremberg. Manka ist Chefärztin der Gynäkologie. Als sie kam, wurden noch 500 Kinder pro Jahr in Spremberg geboren, in den besten Zeiten waren es mal 700. Kurz vor der Abwicklung der Geburtshilfe waren es nicht mal mehr 50. Schwangere müssen nun zur Entbindung nach Senftenberg, Forst oder Cottbus fahren. Manka hat sich auf Brustkrebsoperationen spezialisiert. Rund 100 Frauen operiert sie pro Jahr. Das ist künftig wohl die Mindestmenge, die ein Krankenhausstandort jährlich erbringen muss, um Brustkrebspatientinnen auf Kosten der Kassen behandeln zu dürfen. Spremberg ist nicht von der Deutschen Krebsgesellschaft als Brustkrebszentrum zertifiziert. In Fachkreisen würde man vermutlich abraten, eine so schwerwiegende Erkrankung in einer schrumpfenden Klinik einer brandenburgischen Kleinstadt behandeln zu lassen. Andererseits ist Manka durch ihre Spezialisierung sehr erfahren. In einem großen Klinikum kann die Gesamtzahl der behandelten Fälle größer sein, aber auf den einzelnen Operateur kommen am Ende eventuell weniger Patienten. Manka sagt, dass aus medizinischer Sicht wenig dagegenspreche, Tumore der Brust auch ambulant zu entfernen – was hier bisher kein medizinischer Standard ist. »Brustoperationen sind oft Operationen an der Oberfläche. Man kann eine Drainage einsetzen und die Frau danach nach Hause schicken.« Ambulante Versorgung soll die Zukunft sein in Spremberg. Spezialistin Manka muss jetzt Sprechstunden abhalten, zu ihr kommen nun auch Frauen für Routineuntersuchungen. »Ich musste mich erst mal damit beschäftigen, wie

man einen Krebsfrüherkennungsabstrich macht«, sagt Manka. Zuletzt hatte sie damit vor Jahrzehnten während ihrer Facharztausbildung zu tun. Ob sie künftig noch Krebspatientinnen operieren kann? 2022 hatte sie 99 Brustoperationen, im ersten Halbjahr 2023 waren es 48. Die Mindestmengen für zertifizierte Zentren würde sie damit verfehlen, und das könnte, wenn die Reform kommt, zum Aus der Brustchirurgie in dem Haus führen. »Das würde uns die Füße weghauen«, sagt Manka. Was dann aus ihr wird? Unklar.

Mitte Juli verkünden die Gesundheitsminister von Bund und Ländern endlich eine Einigung, wenn auch mit einer Gegenstimme aus Bayern. Der Wechsel von den Fallpauschalen zu den Vorhaltevergütungen wird vereinbart, ebenso die Einführung der Leistungsgruppen. Lauterbach spricht euphorisch von einer »Revolution«. Viele Interessenvertreter sind skeptischer. Für die Reform müssten Abteilungen verschiedener Krankenhäuser verlagert, geschlossen oder zusammengelegt werden. Das kostet, doch die Minister können sich nicht auf zusätzliche Mittel zur Finanzierung der Reform einig.

Christine Herntier ist eine Optimistin. Die parteilose Bürgermeisterin von Spremberg vertritt die Anteile der Stadt am Krankenhaus. Bei der vergangenen Wahl musste sie sich gegen den Kandidaten der AfD durchsetzen, gewann dann aber in einer Stichwahl mit komfortabler Mehrheit. Spremberg hat knapp 22.000 Einwohner. Zu DDR-Zeiten waren es mehr, auch wenn der Zuschnitt der Gemeinde ein anderer war als heute. Es boomten Tagebaue und Kohlekraftwerke, die für Arbeitsplätze und Wohnraum sorgten. Steht man auf dem Dach des Krankenhauses, sieht man die Kühltürme des Kraftwerks Schwarze Pumpe, heute ein Ortsteil von Spremberg. Noch husten sie weiße Dampfswaden aus. Für die Bürger hänge jetzt alles am Kohlekompromiss, sagt Herntier. Sie steht in einem Patientenzimmer der Klinik, die Betten sind mit Folie abgedeckt. Es ist zwischenzeitlich ihr Haus geworden, die Stadt übernahm Anteile vom Förderverein und ist nun mit

80 Prozent Mehrheitsgesellschafterin. Seitdem muss Geschäftsführer Grundmann einmal im Monat Zahlen präsentieren, bei ihr im Rathaus. Das Krankenhaus, so Herntier, sei vielleicht medizinisch nicht absolut notwendig, aber als psychologisches Signal. »Es ist ein Pflänzchen Hoffnung. Wäre das Haus verschwunden, hätten sich viele Spremberger mit herunterziehen lassen«, glaubt sie. Dass Herntier dem Krankenhaus überhaupt beispringen konnte, liegt daran, dass die Gemeinde wirtschaftlich nicht so schlecht dasteht. Noch 2022 erwirtschaftete die Stadt knapp 5,7 Millionen Euro Überschuss, die Zahl der Gewerbebetriebe stieg sogar leicht auf 1622. Herntier setzt etwa auf eine australische Firma, die im Gewerbegebiet Vorprodukte für Batterien produziert, ein Windpark soll entstehen. Bis 2030 hofft man in Spremberg auf steigende Einwohnerzahlen. Dann könnte ein eigenes Krankenhaus ein wichtiger Standortfaktor sein – wenn es noch da ist.

Eine Kliniklandschaft, wie Karl Lauterbach sie sich vorstellt, wäre in ein Dreiklassensystem aufgeteilt. Ganz oben, Level 3, würden die großen Maximalversorger stehen, etwa Universitätskliniken mit vielen gut ausgestatteten Abteilungen. Zum Mittelfeld, Level 2, zählten spezialisierte Fachkliniken sowie Krankenhäuser, die neben einer Grundversorgung mit Chirurgie, Intensiv- und Notfallmedizin noch mindestens einen herausragenden Schwerpunkt anbieten können. Kliniken auf Level 1, die »Grundversorger«, sollten nur noch Basisbehandlungen in innerer Medizin und Chirurgie vornehmen. Manche dieser Kliniken sollten sich als Untergruppe Level 1i auf ambulante und kurzstationäre Behandlungen beschränken. Sie hätten keine Notaufnahme mehr und würden nicht mehr von Rettungswagen angefahren. Das wäre dann eine Art Ärztehaus mit Übernachtungsmöglichkeit, spotten Kritiker. Die Gesundheitsminister der Länder halten nicht viel von dieser Kategorisierung. Sie könne dazu führen, dass die Patienten nur noch in Level-3-Kliniken drängen würden, zulasten gut geführter kleinerer Häuser: »Am Ende werden die Leute einfach sagen, große Krankenhäuser sind gute

Krankenhäuser«, sagt Karl-Josef Laumann (CDU), der Gesundheitsminister Nordrhein-Westfalens. »Dabei kann eine Lungenfachklinik in diesem Bereich mindestens genauso gut sein wie eine Universitätsklinik.« Der Kompromiss sieht nun vor, dass Unikliniken und große Krankenhäuser eine Koordinierungsfunktion bekommen sollen. Ähnlich wie in der Coronakrise sollen sie schwere Fälle an sich ziehen und weniger komplizierte an Kliniken mit niedrigeren Levels abgeben. Außerdem will Lauterbach eine »Transparenzoffensive« starten, ohne Beteiligung der Länder. In einem vom Bund initiierten Informationsportal sollen die Bürger nachschauen können, welche Kli-

„ DIE KLINIK IST VIELLEICHT NICHT MEDIZINISCH NOTWENDIG, ABER ALS PSYCHOLOGISCHES SIGNAL.“

Christine Herntier, Bürgermeisterin

niken wie oft bestimmte Eingriffe machen und wie viele Fachärzte sie dafür vorhalten. In diese Datenbank will Lauterbach auch seine Level-Einteilung einpflegen.

In der Notaufnahme des Klinikums Spremberg schieben an einem Freitagvormittag im Juni drei Pflegekräfte Dienst, eine junge Frau im Freiwilligen Sozialen Jahr und der Chefarzt der Abteilung. Ein Pfleger klebt rote Pappe auf eine Glastür, damit Besucherinnen und Besucher nicht mehr durchgucken können. Überfüllte Wartesäle, überlastete Ärzte oder abweisende Pflegekräfte gibt es nicht in Spremberg. Wartezeiten? »Manchmal gibt es die, aber es ist selten«, sagt Anne Grabein, 39, Krankenpflegerin in der

Notaufnahme. Eine 90-Jährige hat Schmerzen an Arm und Schulter, wurde von Angehörigen gebracht. Gestürzt sei sie nicht, doch Arzt Robert Tscherner traut den Aussagen der Dame nicht ganz und schickt sie zum Röntgen. Eine eigene Röntgenabteilung gibt es in Spremberg nicht mehr, dafür eine radiologische Praxis direkt neben der Notaufnahme. Eine Mutter kommt mit ihrem Sohn in die Rettungsstelle. Er war in eine Schulhofschlägerei verwickelt, hat nun eine Wunde an der Lippe. Tscherner, ein Internist, holt einen Chirurgen hinzu, der soll entscheiden, ob man nähen muss. Um 12.29 Uhr klingelt dann das Telefon, Sekunden später geht Tscherners Piepser. Die Rettungsleitstelle hat Alarm ausgelöst. Ein Notruf aus einer Spremberger Grundschule ist eingegangen, ein Kind schaue apathisch. Tscherner muss auch Notarzttdienst schieben, es ist der erste Einsatz heute. Es sind eher die alltäglichen Dramen, die in der Notaufnahme in Spremberg behandelt werden. Und es sind Fälle, für die es in einer ausgedünnten medizinischen Versorgungslandschaft mit wenigen niedergelassenen Ärzten kaum noch Ansprechpartner in der Nähe geben wird.

Auch nach der Einigung der Gesundheitsminister bleiben viele Fragen offen. Vor allem solche, bei denen es ums Geld geht. Lauterbach solle erst aufzeigen, wie die zu Gesundheitszentren abgestuften Kleinkliniken wirtschaftlich arbeiten können, fordern Vertreterinnen und Vertreter der Länder. Bis zum Ende des Sommers soll an Gesetzestexten gebastelt werden. »Bei uns stehen halt die Bürgermeisterinnen und Bürgermeister, und bei uns fliegen die Tomaten, wenn ein Klinikum fusioniert oder ein kleines Klinikum geschlossen wird«, sagt der baden-württembergische Gesundheitsminister Manne Lucha (Grüne). Bis die Reform überall umgesetzt sei, dürften Jahre vergehen, räumt Lauterbach ein. Die Länder pochen darauf, dass die Krankenhausplanung, also die Grundsatzentscheidung über Standorte, in ihrer Hand bleiben soll. Die Entfernung zum nächsten Krankenhaus mit Notaufnahme dürfe in dünn besiedelten Regionen nicht mehr als 30 Autominuten betragen. »Auf dem Land wird sich sehr wahrscheinlich wenig ändern, da wir

da schon oft eine Unterversorgung haben«, kündigt NRW-Minister Laumann schon mal an. »Die Doppelstrukturen haben wir vor allem in den Ballungsgebieten.«

Im Juli herrscht unerwartet Betrieb im ersten Stock des Krankenhauses Spremberg. Geschäftsführer Grundmann hat eingeladen, zur Eröffnung einer neuen Station. Bürgermeisterin Herntier ist gekommen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie eine Journalistin der »Lausitzer Rundschau«.

Dann schreitet der Geschäftsführer zur Tat. Mit je einer Schere schneiden Grundmann und die Pflegedienstleiterin ein rotes Band durch, das an zwei Infusionsständern festgebunden ist. Grundmann weiß noch nicht genau, wie sich die Pläne der Gesundheitsminister auf seine Klinik auswirken werden. Letztlich, sagt er, werde wohl das Land Brandenburg entscheiden, welches Versorgungsniveau das Krankenhaus künftig erbringen könne. Mit der Auslastung der Klinik ist er einstweilen zufrieden. Ende Juni lag sie bei

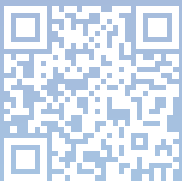
78 Prozent, 65 Patienten seien in der Psychiatrie, 65 weitere in den anderen Abteilungen. Die neu eröffnete Aufnahmestation sieht ein wenig so aus, als hätte Grundmann Restbestände eines Billigmöbelhauses aufgekauft. Wahrscheinlich ist es mit der Station so, wie Herntier die Sache für das ganze Krankenhaus sieht. Besser billige Möbel als gar kein Haus mehr, wenn es darum geht, Zuversicht für den Ort zu demonstrieren. 

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