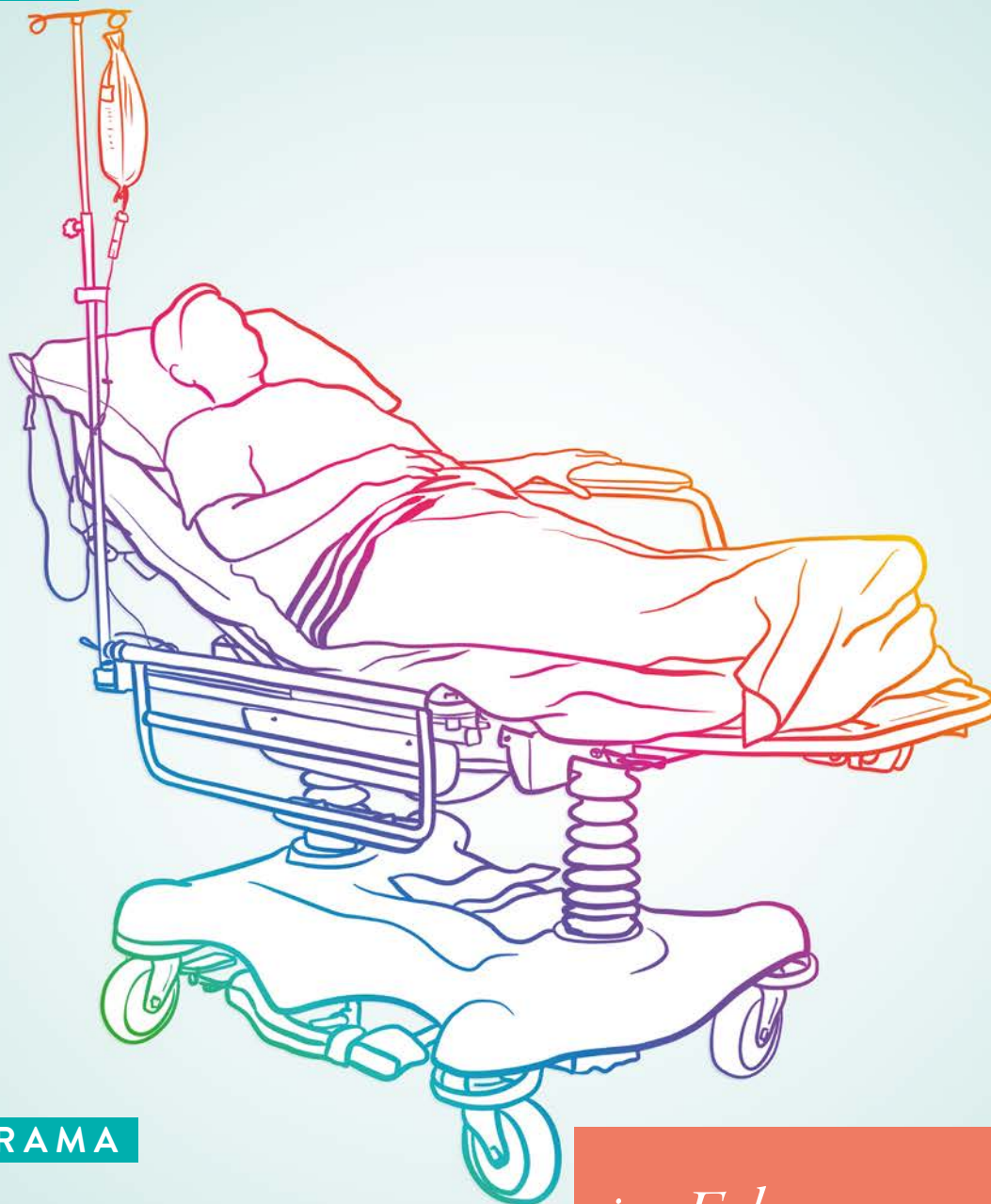


PASSION

CHIRURGIE



PANORAMA

**ZWEI FUNDSTÜCKE
CHIRURGISCHER
VERGANGENHEIT:
LAMBOTTE & SAUERBRUCH**

im Fokus

**PERIOPERATIVES
MANAGEMENT**

01/02 | 2026

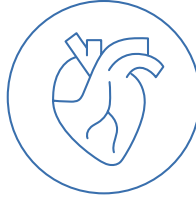
MITGLIEDERZEITSCHRIFT:
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE
BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGIE

DGCH

DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
CHIRURGIE E.V.



BDC  Berufsverband der
Deutschen Chirurgie e.V.



KidsClub CHIRURGIE

Kinderbetreuung auf dem Deutschen Chirurgie Kongress 2026

- **Wann?** An allen Kongresstagen, Mittwoch 22. April bis Freitag 24. April 2026, von 08:00 Uhr bis 18:00 Uhr (Freitag nur bis 17:00 Uhr).
- **Wer?** Kinder im Alter von 12 Monaten bis 10 Jahre. Die Kinderbetreuung ist auf 20 Kinder täglich begrenzt.
- **Wo?** CCL Congress Center Leipzig
- **Wie?** Verbindliche Anmeldung* bis zum 01. April 2026 im Rahmen der Kongressanmeldung unter www.dck2026.de/anmeldung/
Vor-Ort-Anmeldungen am Tagungsschalter je nach Kapazität gegebenenfalls noch möglich.
Nähere Informationen über BDC|Online (www.bdc.de) oder über die Kongressseite unter www.dck2026.de. Zu zahlen sind 15 Euro pro Tag Selbstkostenbeitrag pro Kind.



Eine Initiative von



© peopleimages.com – stock.adobe.com

* Bitte geben Sie uns so früh wie möglich Bescheid, wenn Ihr Kind doch nicht betreut werden soll: dck@wikonect.de.

Haftungsausschluss durch den Kongressveranstalter: Der Veranstalter übernimmt keine Haftung für Sach- und Personenschäden. Dies gilt auch für Schäden, die durch Dritte verursacht werden. Der Haftungsausschluss erstreckt sich auch vollständig auf fahrlässige und grobfahrlässige Pflichtverletzungen des vom Veranstalter mit der Kinderbetreuung beauftragten Fachpersonals!

Stille Heldengeschichten

Carsten J. Krones



Prof. Dr. med. Carsten J. Krones

Leiter BDC-Themen-Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Mitglied des erweiterten BDC-Vorstands
Mitglied BDC-Themenreferat Krankenhausstrukturen, sektorenübergreifende Versorgung und Nachhaltigkeit
Chefarzt
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie, Proktologie
Krankenhaus Düren gem. GmbH
carsten.krones@krankenhaus-dueren.de

Die Chirurgie – auch die deutsche – strotzt vor Heldengeschichten. Billroths Magenresektionen, die Entwicklung der Laparoskopie, Küntschners Marknagel, der erste bewegliche prothetische Arm oder die erste Herztransplantation gehören zu den wichtigsten Meilensteinen der internationalen Medizingeschichte. Selbst die erste dokumentierte ärztliche Tätigkeit – die prähistorische Trepanation – war eine chirurgische Maßnahme. In dieser Tradition kann man sich in der operativen Handlung jederzeit verlieren. Der Rausch der Tat vergisst dann schnell die Funktionalität des Patienten als Primat des Erfolgs. Und so folgen wir in der Community auch leuchtenden Irrwegen – von der selektiven Vagotomie oder der minimalinvasiven Schilddrüsenchirurgie spricht heute keiner mehr, von SILS oder Notes nur noch sehr wenige. Chirurgen treiben den medizinischen Fortschritt voran, bleiben dabei aber auch sensationslüstern. Der Hustle um die robotisch-unterstützten Eingriffe hält noch an, obwohl aktuell ziemlich klar zu

sein scheint, dass die Vorteile der auch in Deutschland schwer zu finanzierenden Eingriffe, die lediglich für einen Bruchteil der Weltbevölkerung relevant werden könnten, bis jetzt nur sehr schwer messbar sind.

Hinter diesen Epen von Technik und Talent geraten stillere Erfolgsgeschichten ohne ausreichenden Glanz schnell in den Hintergrund. Die Fortschritte in der perioperativen Medizin sind ein solcher Hidden Champion, dem immer noch zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird. Ohne zu viel Aufwand sind mit konsequenter Prähabilitation, cleverem „Perioperativum“ und orchestrierten Prozessen medizinische und auch finanzielle Erfolge zu zeitigen, die Mitarbeitende der in der Chirurgie klassisch starken Medizinprodukte-Industrie erblassen lassen. Man muss den Autorinnen und Autoren dieser Ausgabe von Herzen danken, dass sie nicht müde werden Ihre Ergebnisse zu präsentieren. Sie gehören zu den stilleren Helden des „épos cheirourgikó“, die alle kennen sollten. ○



Krones CJ: Stille Heldengeschichten.
Passion Chirurgie. 2026 Januar/Februar;
16(01/02): Artikel 01.



www.bdc.de

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
Katrín 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/A-Digit

ERSCHEINUNGSWEISE UND BEZUG:

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

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

EIGENTÜMER UND COPYRIGHT:

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

eISSN 2194-5578

GERICHTSSTAND UND ERFÜLLUNGORT: BERLIN

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



INHALT

3 EDITORIAL

3 Stille Heldengeschichten *Carsten J. Krones*

6 KURZNACHRICHTEN

8 CHIRURGIE

8

PERIOPERATIVES MANAGEMENT – DAS SIND DIE 10 WICHTIGSTEN MASSNAHMEN

Mario Kaufmann, Christoph Reißfelder, Julia Hardt

14

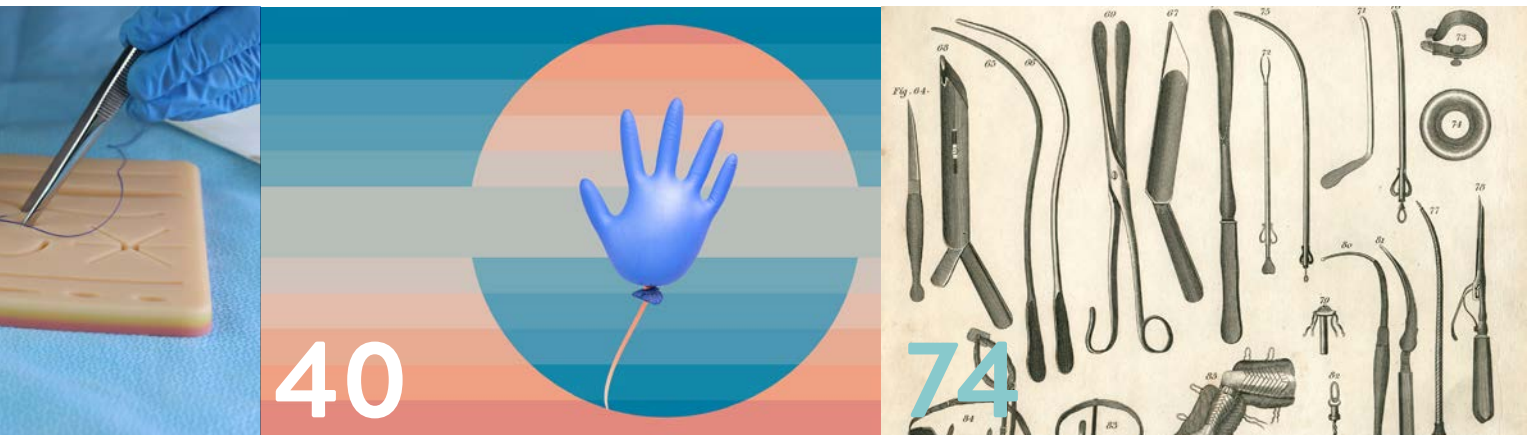
PROZESSMANAGEMENT – DER IDEALISIERTE WORKFLOW IN EINEM ZENTRAL-OP

Matthias Diemer

19

PRÄHABILITATION – VOM THEORETISCHEN IDEAL ZUR PRAKTISCHEN UMSETZUNG

Natascha Nüssler, Eva-Maria Jacob



40

74

25 CHIRURGIE⁺

- 25 **Akademie Aktuell:** Webinar-Reihe „Fraktur im Fokus“ geht weiter
- 27 **Nachwuchs:** Facharztmangel – zwei Schritte, um die Ausbildung von Chirurgen zu retten
Margitta True
- 31 **Hygiene-Tipp:** Wunden mit Leitungswasser ausduschen?
Lutz Jatzwauk, Martin Groth, Nils Hübner, Wolfgang Kohnen
- 32 **Abrechnung:** Hybrid-DRG bei PKV-Operationen möglich?
Peter Kalbe, Jörg Heberer
- 34 Leserbrief
Hans-Friedrich Bär
- 35 Personalia
- 36 **RECHT**
- 36 **F+A:** Abrechnung für eine Akutbehandlung im EU-Ausland von gesetzlich krankenversicherten Patienten
Jörg Heberer

37 GESUNDHEITSPOLITIK

- 37 **Berufspolitik aktuell:** 2026 wird nichts für Zauderer – aber immerhin kommt die GOÄ voran
Friederike Burgdorf
- 40 Vorwort
Carsten J. Krones, Daniel Vallböhmer
- BDC-Praxistest:** Mit oder Ohne? Unsterile Handschuhe
Katharina Schilcher, Sybille Barkhausen
- 46 12. D-Arztforum in Dortmund
Dirk Arbter, Jens-Peter Stahl
- 49 **Pressemitteilung:** Tatjana Mischke erhält den BDC-Journalistenpreis 2025 für „Kliniken am Limit – wer überlebt die Krankenhausreform?“

51 INTERN

51 DGCH

- 51 Sehr persönlich nachgefragt bei Frederik Schlottmann
Thomas Schmitz-Rixen
- 52 Bericht über die Herbsttagung „Medizin & Recht im Dialog“ der AWMF
Joachim Jähne
- 57 Rekrutierende multizentrische chirurgische Studien in Deutschland
Solveig Tenckhoff
- 62 Spendenaufruf Langenbeck-Virchow-Haus
- 63 **BDC**
- 63 BDC|News
- 64 Einladung zur BDC-Mitgliederversammlung 2026
Hans-Joachim Meyer
- 65 Erklärtes Ziel: Schulterschluss aller Chirurginnen und Chirurgen in allen Regionen Deutschlands
Carolin Tonus, Björn Schmitz
- 68 BDC | Landesverbände
- 70 Termine BDC|Akademie
- 73 Lifestyle-Angebote im Januar/Februar 2026

74 PANORAMA

- 74 Zwei Fundstücke chirurgischer Vergangenheit
Volker Klimpel

1/2 26

Kurz *Nachrichten*

Honorarberichte der KBV

1. UND 2. QUARTAL 2024

Die Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat die Honorarberichte für die vertragsärztliche Versorgung nach § 87c SGB V für die ersten zwei Quartale 2024 veröffentlicht. Sie informieren über die Honorarverteilung, die Gesamtvergütung, die Bereinigungssummen und das Honorar je Arzt und Abrechnungsgruppe:

[Erstes Quartal 2024](#)

[Zweites Quartal 2024](#)

[Zur Honorarseite der KBV...](#)



© iStock/utrecht

AUSSCHREIBUNG LOHFERT-PREIS 2026



Ausschreibung Lohfert-Preis 2026

Unter dem Titel „Patient Journey neu gedacht – Innovative Lösungen für ein institutionenübergreifendes Patientenmanagement“ lädt die Christoph Lohfert Stiftung Projekte, die die Versorgung konsequent aus der Perspektive der Patient:innen heraus gestalten, zur Bewerbung um den Lohfert-Preis 2026 ein. Die Schirmherrschaft für den mit 20.000 Euro dotierten Förderpreis übernimmt Stefan Schwartze, MdB, Patientenbeauftragter der Bundesregierung.

Die Bewerbungen können bis zum 28. Februar 2026 [HIER](#) online eingereicht werden.

§ 115B ABS. 1 SGB V (AOP-VERTRAG) UND § 115F DES SGB V

ANPASSUNG AB 1. JANUAR 2026



Der AOP-Vertrag und seine Anlagen wurden zum 1. Januar 2026 angepasst. Darauf haben sich KBV, Deutsche Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband verständigt. Insbesondere handelt es sich um Anpassungen an die Version des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) für 2026 und den aktuellen EBM.

Den AOP-Vertrag inklusive der Anlagen 1, 2 und 3 steht Ihnen auf der Internetseite der KBV zur Verfügung.

[Zum AOP-Vertrag der KBV... BDC zu den Erweiterungen des Hybrid-DRG Katalogs...](#)

BDC: Mit neuen Wegen zum Erfolg!

PETITION ABGESCHLOSSEN – VIELEN DANK FÜRS UNTERSCHREIBEN!

Die BDC-Weiterbildungskampagne „Kein Weiter ohne Bildung“ wurde breit geteilt und unterstützt. Mit 32.000 Unterschriften haben wir die Petition der Kampagne im politischen Berlin übergeben und nun beendet. Sie hat dazu beigetragen, das Thema fachärztliche Weiterbildung in den Fokus von Entscheiderinnen und Entscheidern zu rücken. Mehr lesen Sie in der nächsten gedruckten Ausgabe der PASSION CHIRURGIE.

[Zur BDC-Kampagne...](#)



IM FOKUS

Perioperatives Management



Mario Kaufmann
Chirurgische Klinik
Universitätsmedizin Mannheim
Universitätsklinikum Heidelberg
mario.kaufmann@umm.de



Prof. Dr. med. Christoph Reißfelder
Direktor der Chirurgischen Klinik
Universitätsmedizin Mannheim
Universitätsklinikum Heidelberg



Korrespondierende Autorin:
Prof. Dr. med. Julia Hardt
Sektionsleiterin Darmchirurgie
Chirurgische Klinik
Universitätsmedizin Mannheim
Universitätsklinikum Heidelberg

Kaufmann M, Reißfelder C, Hardt J:
Perioperatives Management – das sind
die 10 wichtigsten Maßnahmen.
Passion Chirurgie. 2026 Januar/Februar;
16(01/02): Artikel 03_01.



www.bdc.de

Perioperatives Management – das sind die 10 wichtigsten Maßnahmen

Mario Kaufmann, Christoph Reißfelder, Julia Hardt

In der modernen Chirurgie spielen viele Maßnahmen bezüglich eines adäquaten prä-, intra- und postoperativen Managements eine relevante Rolle, um die Krankenhausverweildauer sowie die Morbidität und Mortalität der Patient:innen zu reduzieren. Das optimale perioperative Management ist ein interdisziplinäres und interprofessionelles Themengebiet, das sich aus einer Vielzahl an einzelnen Bausteinen zusammensetzt. Von einer guten präoperativen Vorbereitung der Patient:innen, über ein adäquates Narkosemanagement mit minimalinvasiver Operation bis hin zur Versorgung auf Station gibt es viele Punkte zu beachten. Hierbei gibt es nicht die eine entscheidende Maßnahme, vielmehr bauen die einzelnen Punkte aufeinander auf und ergänzen sich. Relevant ist ebenfalls, dass die Patient:innen auch im Rahmen des perioperativen Managements durch eine Fachkraft als Manager der diversen Maßnahmen begleitet und angeleitet werden.^[1] Durch den Einsatz der Fachkraft kann die Einhaltung der Maßnahmen, die im weiteren Text beschrieben werden, signifikant gesteigert werden.^[2]

Für den deutschsprachigen Raum hat sich mit der POMGAT Leitlinie aus 2023 bereits ein Handlungspfad etabliert, welcher das gesamte Spektrum der Viszeralchirurgie (Ösophagus, Magen, Pankreas, Leber, Kolon und Rektum) abbildet.^[1] Auf

internationaler Ebene wird diese Leitlinie durch die ERAS®-Guidelines flankiert, welche die einzelnen operativen Gebiete separat thematisieren. Auch wenn der Gedanke der Fast-track-Chirurgie, welche auf einem adäquaten perioperativen Management beruht, bereits vor circa 30 Jahren Einzug in den klinischen Alltag hielt, sind die Maßnahmen hierfür im deutschsprachigen Raum noch nicht flächendeckend etabliert. So zeigten zwei aktuelle Umfragen unter deutschsprachigen Anästhesist:innen und Chirurg:innen auf, dass viele Elemente gar nicht bekannt sind und noch weniger im klinischen Alltag gelebt werden.^[3, 4] In diesem Übersichtsartikel sollen die zehn wichtigsten Maßnahmen im Rahmen des perioperativen Managements in Kürze mit Evidenz und den relevanten Informationen für den klinischen Alltag besprochen werden.

1. PRÄOPERATIVE RISIKOEVALUATION

Bei Indikationsstellung zur Operation sollte die Komorbidität der Patient:innen berücksichtigt werden. Gemäß der britischen Leitlinie des National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sollten Screening-Tools (z. B. P-POSSUM, POSSUM) für eine adäquate Stratifizierung der perioperativen Mortalität genutzt werden.^[5] Bei weniger komplexen Eingriffen kann der

ASA (American Society of Anaesthesiology)-Status, dessen Erhebung mit weniger Aufwand verbunden ist, herangezogen werden.[5, 6] Patient:innen einer höhergradigen ASA-Klasse profitierten beispielsweise durch Prähabilitationsmaßnahmen, die zur Risikoreduktion der postoperativen Komplikationen von bis zu 50 % führen können.[7] Durch weitere einfache Fragebögen lassen sich Risikokonstellationen, wie z. B. eine Mangelernährung oder eine Delir-Prädisposition, erkennen.[5] Diese können bereits präoperativ durch eine adäquate Ernährungsberatung oder Delir-Management adressiert werden.

2. PATIENT BLOOD MANAGEMENT

Bei maligner Grunderkrankung, z. B. einem kolorektalen Karzinom, weisen 30 %-67 % der Patient:innen eine relevante (Tumor)-Anämie auf, welche mit einem schlechteren Overall-Survival einhergeht.[8] Bei initialer Vorstellung der Patient:innen zur Operation sollte nicht nur der Hämoglobin-Wert, sondern bei erhöhter Wahrscheinlichkeit für eine Eisenmangelanämie ein entsprechendes Panel an Blutwerten abgenommen werden. Bei Vorliegen einer Eisenmangelanämie sollte präoperativ im Rahmen der Prämedikation bevorzugt eine Eiseninfusion verabreicht werden, da diese effektiver als die orale Substitution ist.[9] Durch eine adäquate Gabe von 1-2 g Gramm Eisen (maximal 1 g pro Woche) je nach Ausgangshämoglobinwert ist durch die intravenöse Eiseneingabe ein medianer Anstieg von 1,55 g/dl zu erreichen.[9]

3. PONV (POSTOPERATIVE NAUSEA AND VOMITING)-PROPHYLAXE

Das weibliche Geschlecht, Nichtraucher:innen, eine positive Anamnese für PONV oder Reiseübelkeit sowie ein postoperativer Opiatbedarf sind Risikofaktoren für PONV.[10] In diesem Kollektiv sollte eine Kombinationstherapie aus verschiedenen Medikamentenklassen zur Prophylaxe erfolgen.[1] Zur Prophylaxe sollte daher eine intraoperative Gabe von zwei Medikamenten

der Substanzklassen 5-HT₃-Rezeptorantagonisten, D₂-Rezeptorantagonisten, NK₁-Rezeptorantagonisten (off-label use) und Kortikosteroide erfolgen.[1, 11] Zudem kann durch den Einsatz einer total intravenösen Anästhesie (TIVA) die PONV-Rate weiter gesenkt werden.[12, 13]

4. WUNDINFEKTIONS-PROPHYLAXE

Bei viszeralchirurgischen Eingriffen ist mit einer Wundinfektionsrate (Surgical Site Infection), SSI) von 15 % zu rechnen.[14] Verschiedene Maßnahmen fließen in die adäquate Prophylaxe einer Wundinfektion ein. Zentraler Punkt ist die frühzeitige prophylaktische Gabe (60 Minuten vor Hautschnitt) eines Antibiotikums (z. B. 2. Generation Cephalosporin, bei Resektion gastrointestinaler Tumore eine Erweiterung um Metronidazol). Bei Operationen unter drei Stunden ist eine Einzelgabe ausreichend, jedoch sollte die Verabreichung des Antibiotikums bei längeren Operationen wiederholt werden. Ebenfalls relevant ist die Hautdesinfektion mittels Chlorhexidin.[1] Auf eine präoperative Rasur sollte verzichtet werden.[1]

5. MINIMALINVASIVE CHIRURGIE

Wann immer technisch möglich und sinnvoll sollte ein minimalinvasives Vorgehen (laparoskopisch oder robotisch) dem offenen Verfahren gegenüber bevorzugt werden. Durch einen minimalinvasiven Eingriff kann die postoperative Erholung beschleunigt und dadurch die Liegedauer sowie Morbidität deutlich reduziert werden.[15]. Zudem ist bei technischer Expertise die minimalinvasive Chirurgie bei onkologischer Resektion dem offenen Verfahren gleichwertig.[16]

6. DRAINAGEMANAGEMENT

Wann immer möglich sollte die Anlage einer intraoperativ eingebrachten Drainage vermieden werden. Die Drainagen sind mit erhöhten Infektionsraten und einer Behinderung der Mobilisation der

Patient:innen durch verstärkte Schmerzen verbunden, wodurch sich der Krankenhausaufenthalt verlängern kann.[17] Potentielle Ausnahmen stellen Drainagen dar, die eine schnellere Diagnostik bei intraabdomineller Pathologie (Zieldrainagen nach Pankreasresektion) oder der Ableitung erwartbarer relevanter Flüssigkeitsansammlungen dienen (Pleuradrainage nach Ösophagusresektion). Falls – aus spezifischen Gründen – eine Drainage platziert wurde, sollte ihr Nutzen täglich kritisch hinterfragt und eine zeitnahe Entfernung angestrebt werden.

7. BLASENKATHETER- UND MAGENSONDEN-MANAGEMENT

Ein Harnblasenkatheter sollte nur bei längeren Operationen zum Monitoring der Nierenfunktion sowie des intraoperativen Flüssigkeitsmanagements eingebracht werden. Idealerweise sollte der Katheter direkt nach der Operation entfernt werden, spätestens innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Operation.[1] Eine unmittelbar präoperativ für die OP-Dauer eingebrachte Magensonde sollte direkt am Ende der OP wieder entfernt werden.

8. MULTIMODALE SCHMERZTHERAPIE

Zentraler Punkt einer raschen Erholung der Patient:innen nach einer Operation ist eine adäquate Analgesie. Hierdurch können eine rasche Mobilisierung und ein zügiger Kostenaufbau der Patient:innen erreicht werden. Bei minimalinvasiven Operationen sollte auf die Anlage eines Periduralkatheters verzichtet werden und stattdessen Regionalanästhesieverfahren wie z. B. der „Transversus abdominis plane Block“ bevorzugt werden.[18] Die postoperative Analgesie auf der Normalstation sollte nach Möglichkeit auf dem Boden einer ausreichenden Basisanalgesie (Metamizol oder Paracetamol) erfolgen. Wo immer möglich sollte auf eine prophylaktische Gabe von Opioiden verzichtet werden, um Nebenwirkungen wie eine Darmatonie oder Atemdepression zu reduzieren.

9. POSTOPERATIVE ILEUSPROPHYLAXE

Optimalerweise sollte eine Stimulation des Magendarmtraktes bereits im Aufwachraum durch die Gabe von oraler Flüssigkeit erfolgen. Weitere Stimulationsmaßnahmen können die Gabe von Kaugummi oder Kaffee darstellen.[19–22] Im nächsten Schritt können Laxantien frühzeitig als Prophylaxe beziehungsweise schon zu Beginn von postoperativer Darmatonie eingesetzt werden.[1] Opioide sollten optimalerweise vermieden werden.

10. MOBILISIERUNG

Es ist eine frühzeitige Mobilisierung der Patient:innen anzustreben, um das Risiko einer Pneumonie oder eines Ileus zu reduzieren. Bei minimalinvasiven Eingriffen ist bereits eine Mobilisierung außerhalb des Bettes am Operationstag zu veranlassen. Durch eine Frühmobilisierung kann zusätzlich die Krankenhausverweildauer signifikant reduziert werden.[23] Wichtig ist, dass die Patient:innen bereits präoperativ über die zentrale Bedeutung der Mobilisation aufgeklärt werden und dadurch die Patient:innen-Motivation gestärkt wird, sich eigenständig und regelmäßig postoperativ zu mobilisieren. [24]

ZUSAMMENFASSUNG

Die in dieser Kurzübersicht aufgeführten Maßnahmen sollen zu einer schnelleren Genesung der Patient:innen, einem kürzeren Krankenhausaufenthalt und einer geringeren Gesamtkomplikationsrate führen. Die Maßnahmen stellen dabei keine einzelnen Handlungen dar, sondern fungieren als Gesamtkonzept. So führt beispielsweise ein adäquates Schmerzmanagement mit der Vermeidung oraler Opioide zu einer schnelleren Mobilisierung der Patient:innen und wiederum zu einer Reduktion der Rate an postoperativen Darmatonien. Für die erfolgreiche Umsetzung aller Maßnahmen und die Koordination zwischen den einzelnen beteiligten Fachdisziplinen ist der Einsatz einer entsprechenden Fachkraft für perioperatives Management („ERAS Nurse“) ratsam.

LITERATUR

- [1] Post, S. and T. Vilz, [S3 Guideline “Perioperative management of gastrointestinal tumors (POMGAT)“]. Chirurgie (Heidelb), 2023. **94**(5): p. 468.
- [2] Forsmo, H.M., et al., Compliance with enhanced recovery after surgery criteria and preoperative and postoperative counselling reduces length of hospital stay in colorectal surgery: results of a randomized controlled trial. Colorectal Dis, 2016. **18**(6): p. 603–11.
- [3] Willis, M.A., et al., Adherence to fast track measures in colorectal surgery—a survey among German and Austrian surgeons. Int J Colorectal Dis, 2023. **38**(1): p. 80.
- [4] Willis, M.A., et al., [Implementation of fast-track measures in colorectal resections : A survey among members of the DGAI]. Anaesthesiologie, 2022. **71**(7): p. 510–517.
- [5] National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines, in Perioperative care in adults. 2020, National Institute for Health and Care Excellence (NICE); Copyright © NICE 2020.: London.
- [6] Doyle, D.J., J.M. Hendrix, and E.H. Garmon, American Society of Anesthesiologists Classification, in StatPearls. 2024, StatPearls Publishing; Copyright © 2024, StatPearls Publishing LLC.: Treasure Island (FL).
- [7] Barberan-Garcia, A., et al., Personalised Prehabilitation in High-risk Patients Undergoing Elective Major Abdominal Surgery: A Randomized Blinded Controlled Trial. Ann Surg, 2018. **267**(1): p. 50–56.
- [8] Wilson, M.J., et al., Long-term prognostic value of preoperative anemia in patients with colorectal cancer: A systematic review and meta-analysis. Surg Oncol, 2017. **26**(1): p. 96–104.
- [9] Keeler, B.D., et al., Randomized clinical trial of preoperative oral versus intravenous iron in anaemic patients with colorectal cancer. Br J Surg, 2017. **104**(3): p. 214–221.
- [10] Apfel, C.C., et al., A simplified risk score for predicting postoperative nausea and vomiting: conclusions from cross-validations between two centers. Anesthesiology, 1999. **91**(3): p. 693–700.
- [11] Weibel, S., et al., Drugs for preventing postoperative nausea and vomiting in adults after general anaesthesia: a network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev, 2020. **10**(10): p. Cd012859.
- [12] Schaefer, M.S., et al., Total intravenous anaesthesia versus single-drug pharmacological antiemetic prophylaxis in adults: A systematic review and meta-analysis. Eur J Anaesthesiol, 2016. **33**(10): p. 750–60.
- [13] Schraag, S., et al., Propofol vs. inhalational agents to maintain general anaesthesia in ambulatory and in-patient surgery: a systematic review and meta-analysis. BMC Anesthesiol, 2018. **18**(1): p. 162.
- [14] Allegranzi, B., et al., New WHO recommendations on intraoperative and postoperative measures for surgical site infection prevention: an evidence-based global perspective. Lancet Infect Dis, 2016. **16**(12): p. e288–e303.
- [15] Gaertner, J., et al., Effect of specialist palliative care services on quality of life in adults with advanced incurable illness in hospital, hospice, or community settings: systematic review and meta-analysis. Bmj, 2017. **357**: p. j2925.
- [16] Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Kolorektales Karzinom, Langversion 3.0, WMF-Registernummer: 021-007OL. 2025.
- [17] Intraperitoneal drain placement and outcomes after elective colorectal surgery: international matched, prospective, cohort study. Br J Surg, 2022. **109**(6): p. 520–529.
- [18] Gustafsson, U.O., et al., Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations 2025. Surgery, 2025. **184**: p. 109397.
- [19] Yang, T.W., et al., The effect of coffee/caffeine on postoperative ileus following elective colorectal surgery: a meta-analysis of randomized controlled trials. Int J Colorectal Dis, 2022. **37**(3): p. 623–630.

- [20] Kane, T.D., T.D. Tubog, and J.R. Schmidt, *The Use of Coffee to Decrease the Incidence of Postoperative Ileus: A Systematic Review and Meta-Analysis*. J Perianesth Nurs, 2020. **35**(2): p. 171-177.e1.
- [21] Mei, B., et al., *Chewing Gum for Intestinal Function Recovery after Colorectal Cancer Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Gastroenterol Res Pract, 2017. **2017**: p. 3087904.
- [22] Roslan, F., et al., *The Impact of Sham Feeding with Chewing Gum on Postoperative Ileus Following Colorectal Surgery: a Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials*. J Gastrointest Surg, 2020. **24**(11): p. 2643-2653.
- [23] Ahn, K.Y., et al., *The effects of inpatient exercise therapy on the length of hospital stay in stages I-III colon cancer patients: randomized controlled trial*. Int J Colorectal Dis, 2013. **28**(5): p. 643-51.
- [24] Wiesenberger, R., et al., *Influence of motivational interviewing on postoperative mobilization in the enhanced recovery after surgery (ERAS®) pathway in elective colorectal surgery – a randomized patient-blinded pilot study*. Langenbecks Arch Surg, 2024. **409**(1): p. 134. 



Qualifizierte Fortbildungen für alle fachlichen Säulen der Chirurgie

- ✓ Hochkarätig wissenschaftliche Referent:innen
- ✓ CME-zertifizierte Online-Kurse
- ✓ Webinare live und on demand
- ✓ Podcasts
- ✓ Seminarunterlagen
- ✓ Kongressnachlese „DCK Kompakt“
- ✓ Mitgliederrabatt



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





PROZESS- MANAGEMENT

– DER IDEALISIERTE WORKFLOW IN EINEM ZENTRAL-OP

Matthias Diemer

Der idealisierte Workflow im Zentral-OP ergibt sich aus einer hochgradig standardisierten und zunehmend digital orchestrierten Prozesslandschaft. Ziel ist die Maximierung der Patientensicherheit, das Garantieren einer definierten Ergebnisqualität und eine Effizienz bei gleichzeitiger Schonung der personellen Ressourcen.



Matthias Diemer
Vorstandsvorsitzender
Verband für OP-Management
matthias.diemer@op-campus.com

Diemer M: Prozessmanagement – der idealisierte Work Flow in einem Zentral-OP. *Passion Chirurgie*. 2026 Januar/Februar; 16(01/02): Artikel 03_02.



www.bdc.de

Das Verstehen von Prozessen und das ganzheitliche Arbeiten mit Prozessen bedeuten eine Überwindung aufbauorganisatorischer Grenzen. In einer modernen Organisation funktionieren Aufbauorganisation und Ablauforganisation zusammen. Die Aufbauorganisation bildet die disziplinäre Basis und spiegelt die übergeordneten Organisationseinheiten wider; die Ablauforganisation beantwortet die Frage, welcher Beitrag zu welchem Zeitpunkt in welcher Form durch wen geleistet werden muss. Dafür müssen Steuerungsstrukturen implementiert sein. Grundvoraussetzung für eine Steuerung sind klar definierte Verantwortungen und definierte Kompetenzen aller Prozessbeteiligten.

Für viele Häuser bedeutet das eine elementare Veränderung in der Kultur. Verkrustete hierarchische Strukturen, anachronistische Entscheidungsalgorithmen stehen einer zukunftsfähigen Organisationsstruktur entgegen. Eine sorgfältig strukturierte Prozesslandschaft zeichnet sich durch ein geregeltes Miteinander von trainierter Fachkompetenz und einem Teamverständnis aus. Die Verantwortungen ergänzen sich und greifen ineinander.

HERAUSFORDERUNGEN FÜR DEN WORKFLOW IM ZENTRAL-OP

Die Frage ist somit weniger, wie ein idealisierter Workflow im Zentral-OP auszusehen hat, sondern vielmehr, wie eine optimierter Workflow im Zentral-OP erreicht werden kann. Für einen zukunftsfähigen OP ist eine strukturierte Prozesslandschaft obligat. Sie ist eine Voraussetzung zur Bewältigung der aktuellen immensen Herausforderungen aus:

DEMOGRAFIE

Der Bedarf an medizinischen Leistungen steigt, gleichzeitig scheiden immer mehr Mitarbeitende aus dem Berufsleben aus. Die alternde Gesellschaft belastet das System also gleich doppelt. Nach pessimistischen Schätzungen könnten ab 2030 bis zu 35 % weniger Fachkräfte in der operativen

Versorgung im Vergleich zu 2025 verfügbar sein. Es gilt, neues Fachpersonal zu rekrutieren, das vorhandene an sich zu binden und es strategisch weiterzuentwickeln. Ärzte und Funktionsdienste zeigen sich bei einer subjektiv empfundenen hohen Arbeitsbelastung zunehmend wechselbereit. Die Mehrheit kann sich aufgrund der empfunden harten Arbeitsbedingungen nicht vorstellen, ihren Beruf bis zum Renteneintritt auszuüben.

IT

Deutschland belegt im EU-Vergleich bei der Implementierung von IT in der Gesundheitsversorgung weiterhin einen Platz im unteren Mittelfeld. Der Investitionsstau in deutschen Krankenhäusern hat zum Jahresbeginn 2026 kritische Ausmaße erreicht. Deutsche Kliniken investieren im internationalen Vergleich besonders wenig in IT. Rund 60 % der Krankenhäuser erzielten nicht genügend Überschüsse um notwendige Investitionen in moderne IT-Infrastruktur und Cybersicherheit eigenständig zu finanzieren. Die Einführung moderner Systeme erfolgt oft ohne ausreichende Vernetzung, eine mangelnde Interoperabilität zeigt sich darin, dass viele Geräte und Datensysteme nicht effektiv miteinander kommunizieren. Trotzdem lässt sich ein Robotik-Boom feststellen. Der Markt für chirurgische Robotersysteme wächst massiv, was hohe Investitionskosten und ständige Schulungen erfordert. Zukunftsfähige Technologien im OP wie Robotik, navigiertes Operieren oder die Technik im Hybrid-OP verlangen eine trainierte Handhabung und Spezialisierung mit der Entwicklung besonderer Fachkompetenzen.

BETRIEBSWIRTSCHAFT

Steigende Kosten und der gleichzeitige Druck zur Spezialisierung belasten die Budgets. Der Investitionsstau in deutschen Krankenhäusern hat zum Jahresbeginn 2026 kritische Ausmaße erreicht. Gesundheitsökonominnen und Fachgesellschaften schätzen den gesamten Modernisierungsrückstand auf 30 bis 50 Milliarden Euro. Laut dem aktuellen Krankenhausbarometer

schreiben zwei Drittel aller Krankenhäuser rote Zahlen. Nur etwa 13 % der Häuser erwarten für das Jahr 2026 eine Verbesserung ihrer wirtschaftlichen Lage.

VERSORGUNGSQUALITÄT

Die Gesellschaft verändert sich. Durch die Potenziale von Internet und durch eine erwartete Transparenz in der medizinischen Versorgung werden Patienten zu Recht reproduzierbare operative Ergebnisse einfordern. Die Optimierung der Qualität in der medizinischen Versorgung wird von allen Reformen aufgrund der nur mittelmäßigen Position von Deutschland innerhalb der EU eingefordert. Die gesicherte Ergebnisqualität in der medizinischen Versorgung ist zu gewährleisten.

Diesen Herausforderungen kann zukunfts-fähig durch eine Reorganisation begegnet werden. Es wäre fatal zu warten, ein „Weiter so“ ist nicht mehr zielführend. Für Kliniken bedeutet dies in erster Linie das Problem-bewusstsein zu schärfen, den dringenden Handlungsbedarf zu erkennen und eigenständig Lösungsstrategien für die Zukunft zu entwickeln.

PROZESSEFFIZIENZ IM ZENTRAL-OP

Im Fokus einer solchen Neuorientierung und Umgestaltung sollte eine gut funktionierende und strukturiert organisierte Prozessorganisation stehen. Dies kann aus vorhandenen Strukturen und Kompetenzen, und vor allem dann erreicht werden, wenn die Patientenversorgung durchgängig und konsequent im Sinne von Effizienz und Versorgungsqualität in einem „Clinical Pathway“ durchdacht wird.

Eine gesteigerte Prozesseffizienz im OP-Bereich ist nicht nur von den internen OP-Abläufen, sondern auch von den prä- und postoperativen Prozessen abhängig. Die Prozesse im Krankenhaus müssen patienten- und mitarbeiterorientiert so reformiert werden, dass die vorhandenen und eingesetzten Ressourcen die gewünschte Wirkung bei der Qualität entfalten; die Ergebnisqualität muss gesichert und reproduzierbar sein. Letzteres ergibt sich durch die Einhaltung abgestimmter und verabreiteter Prozessschritte. Durch eine konsequente Standardisierung und Festlegung der durchzuführenden Maßnahmen wird

zum einen eine zielgerichtete Personalorganisation mit zeitgerechtem Einsatz notwendiger Fachkompetenz, Material und Infrastruktur ermöglicht und zum anderen ein messbarer Erfolg in der Patientenversorgung garantiert. Den strategischen Rahmen liefert die Organisationskultur von „Value based Medicine“ und „Outcome Measurements“.

Voraussetzungen sind:

- Die Abkehr von strengen Hierarchien und fachabteilungsspezifischem Silo-Denken hin zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit von ärztlichen und nichtärztlichen Berufsgruppen. Damit einher geht eine Unternehmenskultur, in welcher der Arbeitsplatz OP gemeinsam gestaltet wird.
- Die Abkehr vom Denken in Zuständigkeiten hin zu einem ganzheitlichen Patientenpfad von der Aufnahme bis zur Entlassung, in dessen Rahmen alle Ressourcen gemeinschaftlich flexibel genutzt werden. Damit einher geht, dass Redundanzen vermieden werden und die Prozesse im Sinne von Lean Management organisiert werden.

 **OP MANAGEMENT
KONGRESS**

**Jetzt anmelden
15.–16. April 2026
Bremen**



Ermäßigte Teilnahme für Mitglieder des BDC

www.op-campus.com



Der Gedanke einer holistischen prozessualen Versorgung findet sich nur in wenigen Krankenhausbetrieben, er ist selten Bestandteil einer operativen Versorgung. Es ist festzustellen, dass sich insbesondere die Chirurgie wenig an der Gestaltung von Standards und Festlegungen beteiligt.

Die Chirurgie ist aufgefordert sich mit ihrer originären medizinischen Verantwortung für Indikation und Durchführung operativer Eingriffe an der verbindlichen Organisation zu beteiligen. Ihre Aufgabe besteht in der Organisation und Festlegung von Standards. Wesentlich für die Implementierung einer Prozesslandschaft ist zunächst die Festlegung auf exakte und reproduzierbare Teilschritte für Patientenwege, Diagnostik, präoperative Vorbereitung, Terminplanung und Durchführung der eigentlichen Operation. Sie beinhaltet die postoperative Therapie mit Remobilisation, Medikation und Entlassmanagement.

Standardisiertes Operieren bedeutet die einzelnen Operationsschritte so zu verabreden, dass unabhängig vom Operateur jeder Teilschritt präzise nach vorheriger Festlegung mit Verwendung von Instrumentarium und Material durchgeführt wird. Das Teilergebnis eines jeden Prozessschrittes ist definiert. Die Standardisierung

berücksichtigt auch potentielle Komplikationen und deren Beherrschbarkeit. Im Ergebnis ergeben sich Handlungsoptionen innerhalb eines Algorithmus.

Mit der Standardisierung wird erreicht, dass die Zusammenarbeit der Teams im OP effizienter und zielgerichteter ablaufen kann. Die Verfügbarkeit von Material und Expertise kann in Abhängigkeit der standardisierten Operation organisiert werden. Standardisierung führt bereits mit der Indikationsstellung zu den notwendigen Vorhaltungen im OP.

Die Prozessqualität setzt neben einer Prozessorganisation auch die Messbarkeit der Prozessschritte und Ergebnisse voraus.

Wenn man einen Prozess beschreiben will, benötigt man klar definierte Messpunkte. In der chirurgischen Versorgung sind dies Zeitpunkte, die bei der Versorgung von Patienten dokumentiert werden. Die valide Dokumentation von Zeitpunkten ermöglicht die daraus resultierenden Zeitdauern zu bewerten. Die Ergebnisqualität wird anhand klinischer Parameter und Patientenzentrierte Ergebnisse gemessen. Ergebnis- und Prozessbewertung ermöglichen notwendige Rückschlüsse zur Verbesserung der Ablauforganisation, sie lassen erkennen

welche notwendigen Fachexpertisen für die einzelnen Prozessschritte vorhanden sein müssen und lassen Rückschlüsse zu, welches Fachwissen entwickelt und abgestimmt werden muss. Standardisierung und Prozessorganisation leisten einen wesentlichen Beitrag zu einer verlässlichen Fort- und Weiterbildung.

FAZIT

Eine optimierte Prozesslandschaft im Zentral-OP und in den angrenzenden prä- und postoperativen Strukturen ist trotz oder gerade wegen der immensen aktuellen Herausforderungen jetzt anzustreben.

Im Ergebnis ergeben sich schlanke effiziente Prozesse, die ggf. mit weniger Fachkräften darzustellen sind, die somit wirtschaftlicher sind, dem Fachkräftemangel entgegenwirken und eine verbesserte Ergebnisqualität in der Patientenversorgung garantieren.

Das Entwickeln und die Gestaltung effizienter Prozesse kann auch ohne IT-Support begonnen werden. Selbstverständlich verlangt die Steuerung einer hochkomplexen Prozesslandschaft IT-Lösungen, die insbesondere durch KI zukunftsfähig moduliert werden sollten. ○

OP MANAGEMENT KONGRESS

Bereits zum 23. Mal findet der vom BDC mit dem Verband für OP Management (VOPM) und BDA gemeinsam veranstaltete Kongress statt. Die führenden Themen sind weiterhin die Qualitätssicherung in der chirurgischen Versorgung bei eingeschränkten Ressourcen und die Frage, wie alle Prozessbeteiligten gemeinsam an der Arbeitsplatzgestaltung OP wirken können. Das betrifft in besonderer Weise den chirurgischen Alltag. Interessenkollisionen, Zielkonflikte zwischen Wirtschaftlichkeit, Qualität und Mitarbeiter- und Partikularinteressen müssen ausgeräumt werden. Gemeinsames Ziel ist eine qualitätsgesicherte optimale Versorgung der Patienten. Die Gestaltung des Arbeitsplatzes OP gelingt, wenn Chirurg:innen mitgestalten und Verantwortung übernehmen.

Der Kongress findet als Hybridveranstaltung (Online/Bremen) statt. BDC-Mitglieder erhalten vergünstigte Tickets für den Kongress.

Veranstalter: VOPM, BDA und BDC

Infos und Programm finden Sie [HIER...](#)



© iStock/Maria Casinos

Prähabilitation – vom theoretischen Ideal zur praktischen Umsetzung

Natascha Nüssler, Eva-Maria Jacob

Lange wurde dem Allgemeinzustand von Patient:innen vor onkologischen Eingriffen wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Es galt die Devise, den Tumor so rasch wie möglich nach Diagnosestellung zu entfernen. Dabei wurden erhöhte Risiken für Wundinfektionen, längeren Krankenhausaufenthalt, höhere Gesamtmortalität und eine schlechtere postoperative Lebensqualität bei gebrechlichen oder mangelernährten Patient:innen als unvermeidlich akzeptiert [1-3].

Das Konzept der Prähabilitation fokussiert nun darauf, bereits präoperativ

Risikofaktoren wie Mangelernährung, Gebrechlichkeit oder Blutarmut zu identifizieren und im Idealfall zu eliminieren. Ziel ist eine postoperative Risikoreduktion und damit verbunden eine schnellere Rekonvaleszenz der betroffenen Patient:innen [4-6].

Prähabilitation ist jedoch keine Einzelmaßnahme, sondern besteht aus einem Bündel an Interventionen im Bereich Ernährung und Physiotherapie ergänzt durch Empfehlungen zur Nikotin- und Alkoholkarenz sowie eine psychoonkologische Anbindung [4-6]. Zusätzlich werden bei



Korrespondierende Autorin:
Prof. Dr. med. Natascha Nüssler
 Klinik für Allgemein-, Viszeralchirurgie
 und Koloproktologie
 München Klinik Neuperlach
 natascha.nuessler@muenchen-klinik.de



Dr. med. Eva-Maria Jacob
 Stabsstelle Ernährungsmedizin
 München Klinik Neuperlach

Nüssler N, Jacob EM: Prähabilitation – vom theoretischen Ideal zur praktischen Umsetzung. *Passion Chirurgie*. 2026 Januar/Februar; 16(01/02): Artikel 03_03.



www.bdc.de

Substratmangel Eisen- und Vitaminsubstitution bei anämischen Patient:innen empfohlen.

Was auf den ersten Blick banal erscheint – regelmäßige, zügige Spaziergänge von ca. 30 Minuten täglich oder hochkalorische Trinknahrung [6-8] – ist in der Praxis oft von großer Bedeutung. Jedoch lässt die derzeitige sehr heterogene Studienlage mit unterschiedlichen Patientenkollektiven, unterschiedlichen Interventionen und unterschiedlichen Outcomeparametern bislang nicht eindeutig erkennen, welche Maßnahmen bei welchem Patientenkollektiv am erfolgversprechendsten sind. [5]

In der aktuellen S3-Leitlinie zum perioperativen Management gastrointestinaler Tumore wird daher auch eine über die allgemeinen Empfehlungen hinausgehende strukturierte, ressourcenaufwändige Prähabilitation als verzichtbar bezeichnet [9]. Dies fußt jedoch vor allem auf der Auffassung, dass Empfehlungen zur Erhaltung und Verbesserung der körperlichen Aktivität, zu ausgewogener Ernährung sowie zum Nikotin-/Alkoholverzicht vor Tumoroperationen heutzutage als Mindeststandard gelten sollten. Gleichzeitig betont die Leitlinie, dass Risikopatient:innen bei der Vorbereitung größerer Operationen partizipativ zu einer individualisierten Prähabilitation zu Hause motiviert werden sollten. [9]

Diese Einschätzung und Empfehlung gehen allerdings an der aktuellen Versorgungsrealität in Deutschland vorbei, in der eine strukturierte, präoperative Beratung und Begleitung der Patient:innen nicht flächendeckend gewährleistet ist.

Wir möchten daher sowohl Screeningtools zur Identifikation von Risikopatient:innen, als auch Prähabilitationsmaßnahmen vorstellen, deren positive Effekte belegt und die unseres Erachtens im klinischen Alltag gut umzusetzen sind. [6-8]

Es ist hervorzuheben, dass weder die in der Leitlinie als Standard formulierte perioperative Beratung und Begleitung noch die Betreuung und Prähabilitation von

Risikopatienten ohne fachärztliche, ernährungsmedizinische Beteiligung umzusetzen sind. Diese Anforderungen spiegeln sich auch in dem OPS Code für ernährungsmedizinische Komplexbehandlung wider (OPS Code 8-98j, OPS Version 2025), für dessen Codierung die werktägliche Verfügbarkeit eines Ernährungsteams bestehend aus mind. einer Fachärzt:in mit curricularer Weiterbildung oder Zusatzbezeichnung Ernährungsmedizin sowie einer Ernährungsfachkraft erforderlich ist. In unserem Haus wird der Bereich Prähabilitation daher durch eine Stabsstelle Ernährungsmedizin betreut. Als Minimalsausstattung ist in den Kliniken jedoch eine konsiliarische ernährungsmedizinische Mitbetreuung anzustreben.

SCREENING

Nicht alle Patienten bedürfen einer Prähabilitation. Um jedoch jene sicher zu identifizieren, die davon profitieren könnten, sollten alle Patient:innen vor größeren chirurgischen Eingriffen ein Screening durchlaufen, in dem mindestens der Ernährungszustand analysiert, das Vorliegen einer Sarkopenie untersucht wird, sowie eine Anämiediagnostik erfolgt.

Alter und Körpergewicht alleine sind hierfür unzureichend. So gibt es betagte Patient:innen, die weder mangelernährt noch gebrechlich oder sarkopen sind, während derartige Mangelzustände auch bei Jüngeren oder Übergewichtigen vorliegen können (sog. sarcopenic obesity).

MANGELERNÄHRUNG

Sowohl Inzidenz als auch klinische Bedeutung von Mangelernährung werden oft unterschätzt. Etwa 25–30 % aller hospitalisierten Patient:innen und mehr als die Hälfte der onkologischen Patient:innen in Deutschland sind mangelernährt [10]. Zudem ist Mangelernährung nicht zwangsläufig gleichbedeutend mit Untergewicht, auch übergewichtige Patient:innen können mangelernährt sein.

Zum Nachweis der krankheitsspezifischen Mangelernährung (**Info-Box 1**) [11] eignet

Info-Box 1: Definition krankheitsspezifische Mangelernährung [11]

Body-Mass-Index (BMI) < 18,5 kg/m²
oder
 unbeabsichtigter Gewichtsverlust > 10 % in den letzten 3–6 Monaten
oder
 Body-Mass-Index (BMI) < 20 kg/m² **und** unbeabsichtigter Gewichtsverlust > 5 %
 in den letzten 3–6 Monaten

Tab. 1: Nutritional Risk Screening [12]

Vorscreening		
BMI < 20,5 kg/m²?	ja	nein
Gewichtsverlust in den letzten drei Monaten?	ja	nein
Während der letzten Woche weniger gegessen als normal?	ja	nein
leidet der Patient an einer schweren Erkrankung?	ja	nein
Wird eine Frage mit ja beantwortet, muss auch das Hauptscreening durchgeführt werden		
Hauptscreening		
Verschlechterung des Ernährungszustandes	Punkte	
Keine Verschlechterung	0	
Grad 1 (leicht): Gewichtsverlust > 5 % in drei Monaten oder während der letzten Woche weniger gegessen (50-75 %)	1	
Grad 2 (mäßig): Gewichtsverlust > 5 % in zwei Monaten oder BMI 18,5-20,5 + reduzierter AZ oder während der letzten Woche weniger als die Hälfte gegessen (25-50 %)	2	
Grad 3 (schwer): Gewichtsverlust > 5 % in einem Monat (> 15 %/3 Mo.) oder BMI < 18,5 + reduzierter AZ oder während der letzten Woche sehr wenig gegessen (< 25 %)	3	
Schwere der Erkrankung		
normaler, gesunder Patient	0	
Grad 1 (leicht): z. B. hüftnahe Fraktur, Zirrhose, COPD, Hämodialyse, Tumorerkrankung	1	
Grad 2 (mäßig): z. B. große abdominelle OP, Pneumonie, Chemotherapie, hämatologische Tumorerkrankung	2	
Grad 3 (schwer): z. B. Schädel-Hirn-Trauma, Polytrauma, Verbrennung, Intensivpatient (APACHE<10)	3	
Lebensalter > 70 Jahre	1	
Gesamt	0-7	
Gesamtpunktzahl ≥3: Mangelernährung oder hohes Risiko für Mangelernährung Ernährungsmedizinisches Assessment und Ernährungstherapie erforderlich		

Info-Box 2: Definition metabolisches Risiko [13]; ein hohes metabolisches Risiko besteht, wenn mind. 1 Kriterium erfüllt ist. SGA: Subjective Global Assessment.

BMI < 18,5 kg/m²
oder
 Gewichtsverlust > 10–15 % innerhalb von 6 Monaten
oder
 Serumalbumin < 30 g/l (Ausschluss Leber und/oder Nierenerkrankung) oder
 SGA Grad C
oder
 NRS ≥ 5

sich das Nutritional Risk Screening, NRS 2002 (**Tab. 1**), das bereits beim Erstkontakt mit dem Patienten erhoben werden sollte und mit nur einem geringen Zeitaufwand verbunden ist [12].

Dabei kann die Erhebung am einfachsten sichergestellt werden, wenn das NRS im jeweiligen Krankenhausinformationssystem zu einem Pflichtfeld gemacht wird.

Neben dem NRS kann die Bestimmung der Serumalbuminkonzentration im präoperativen Routinelabor einen weiteren Hinweis auf das Vorliegen eines hohen metabolischen Risikos geben (**Info-Box 2**) [13]. So ist eine Albuminkonzentration im Serum von < 30 g/L ein unabhängiger Prädiktor für postoperative Komplikationen [13, 14].

Bei Vorliegen einer Mangelernährung bzw. eines erhöhten metabolischen Risikos richtet sich das weitere Vorgehen nach dem Ausmaß des Defizits, der Dringlichkeit der Operation und evtl. vorhandener, weiterer Komorbiditäten. Die Abstimmung sollte interdisziplinär zwischen Chirurg:innen und Ernährungsmediziner:innen erfolgen.

Am häufigsten liegt eine leichtgradige Mangelernährung vor, für die sich eine präoperative Ernährungsberatung in Verbindung mit häuslicher Proteinsupplementierung mit Eiweißpulver oder hochkalorischer Trinknahrung für 1–2 Wochen bewährt hat. Bei Diabetikern und Patient:innen mit bereits präoperativ gestörter Glukosetoleranz, sollten Ernährungstherapie und ggfs. antidiabetische Medikation engmaschig überwacht und im Bedarfsfall angepasst werden. In unserer Klinik erfolgt diese Begleitung wöchentlich in der Tagesklinik.

Ausgeprägte Mangelernährung, Schluckstörungen oder ein Passagehindernis im GI-Trakt können hingegen eine stationäre Behandlung mit parenteraler Ernährung vor der Operation erforderlich machen. Bei hochgradiger oder rasch fortschreitender Mangelernährung ist zudem eine langsame, kontrollierte Kaloriensteigerung sowie die bedarfsorientierte Substitution von Mikronährstoffen angezeigt, um das

Risiko eines sog. Refeeding Syndroms mit potentiell lebensbedrohlichen Elektrolyt- und Flüssigkeitsverschiebungen zu minimieren [13].

SARKOPENIE

Ein weiterer wichtiger und leicht messbarer Indikator ist die Sarkopenie, die als Verlust von Muskelmasse und -kraft sowie damit einhergehenden funktionellen Einschränkungen definiert ist [15].

In der onkologischen Viszeralchirurgie hat sich zur Bestimmung der Sarkopenie der Total Psoas Index (TPI) etabliert [16]. Der TPI setzt die beidseitige Fläche des M. psoas auf Höhe von LWK 3 ins Verhältnis zur Körpergröße (Info-Box 3).

Da vor einer größeren Operation in der Regel eine Computertomographie des Abdomens zur Diagnostik erfolgt, lässt sich in dieser Untersuchung das Vorliegen einer Sarkopenie in wenigen Minuten über den TPI detektieren (Abb. 4). Der TPI kann

auch in extern durchgeführten CTs ermittelt werden.

Patienten mit Sarkopenie profitieren von einer präoperativen Bewegungs- und Sporttherapie, die individuell angepasst von Spazierengehen bis hin zu Krafttraining im Fitnessstudio reichen kann [6].

Eine ausführliche Aufklärung zur präoperativen körperlichen Aktivität sowie Informationsmaterialien mit Übungen für zu Hause unterstützen die Anleitung. Die Therapieadhärenz, aber auch der Erfolg der Intervention lassen sich durch digitale Bewegungsmessung (z. B. Schrittzähler), vor allem aber durch regelmäßiges Üben unter professioneller Anleitung erhöhen [17, 18].

ANÄMIE

Eine Anämie (Hämoglobinkonzentration im Serum bei Männern < 13 g/dl; bei Frauen < 12 g/dl) ist ein unabhängiger Risikofaktor für postoperative Morbidität, Mortalität und

längere Krankenhausverweildauer [19]. Perioperative Transfusionen sind bei malignen Erkrankungen sogar mit schlechterer Prognose und erhöhtem Metastasierungsrisiko assoziiert [20].

Nach § 4.2 der Richtlinie Hämotherapie der Bundesärztekammer ist zu prüfen, ob auch andere Maßnahmen als Transfusionen geeignet sind, chronische oder akute Mangelzustände zu beheben. Daher soll im Sinne des Patient-Blood-Management präoperativ so früh als möglich eine Anämieabklärung und, sofern möglich, auch eine Therapie erfolgen [21].

Da bis zu einem Drittel der Anämien viszeralonkologischer Patient:innen durch Eisenmangel bedingt sind, sollte beim Nachweis einer Anämie grundsätzlich der Eisenstatus (Eisen, Ferritin, Transferrinsättigung) erhoben werden. Bei Eisenmangelanämie besteht die Indikation zur präoperativen Eisensubstitution. Idealerweise erfolgt diese intravenös, um eine rasche, präoperative Stabilisierung des Hb zu erreichen.

Die damit verbundene Reduktion des Transfusionsrisikos ist sowohl medizinisch als auch aus Gründen der Kosteneffizienz zu begrüßen. Gleichzeitig kann die Unterlassung des sog. Patient-Blood-Management einen Behandlungsfehler darstellen und dadurch potentiell haftungsrelevant sein [22].

Info-Box 3: Total Psoas Index (TPI) als ein Maß für Sarkopenie [16].

TPA: total psoas area: beidseitige Fläche des M. psoas auf Höhe LWK 3 in mm².
Normalwerte: **Frauen:** > 385 mm²/m², **Männer:** > 545 mm²/m².

$$\text{TPI} = \frac{\text{TPA (mm}^2\text{)}}{\text{Körpergröße (m}^2\text{)}}$$

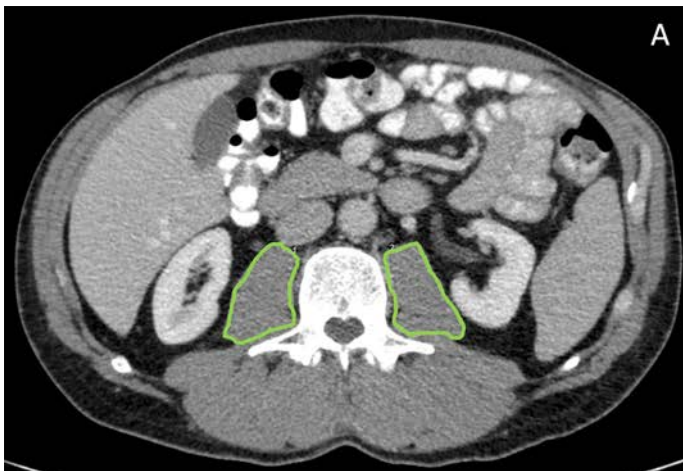


Abb. 1: TPI-Messung im CT. A: Patient ohne Sarkopenie mit normalem TPI. B: Sarkopener Patient mit erniedrigtem TPI

PRAKTISCHES VORGEHEN

In unserer Klinik werden alle Patient:innen bei der Erstvorstellung vor onkologischen Operationen sowie vor anderen größeren chirurgischen Eingriffen auf Mangelernährung, Sarkopenie und Anämie gescreent. Die Erhebung von NRS und TPI erfolgt dabei mit sehr geringem zeitlichem Aufwand. Das Anämiescreening und die Bestimmung des Serumalbumins erfolgen im Rahmen des Routinelabors und verursachen somit keine relevanten Zusatzkosten.

Beim Vorliegen eines der genannten Risikofaktoren erfolgt die Vorstellung der Patient:innen in unserer Stabstelle für Ernährungsmedizin zum weiteren Assessment. Anschließend wird interdisziplinär über notwendige Prähabilitationsmaßnahmen und die dafür erforderliche Behandlungsdauer entschieden.

Bei Patient:innen, die eine neoadjuvante Therapie vor der Operation benötigen, erfolgt die Betreuung bereits während der Neoadjuvanz und wird bis zur Operation fortgeführt.

Im Gegensatz dazu stehen Risikopatienten, bei denen keine neoadjuvante Therapie geplant ist, mitunter einer Prähabilitation zunächst ablehnend gegenüber, meist aus Sorge um einen onkologischen Nachteil durch den Aufschub der Operation. Die Mehrzahl der Patient:innen lässt sich jedoch durch eine ausführliche Aufklärung von den Vorteilen der Prähabilitation überzeugen.

Während das Screening durch die Chirurg:innen erfolgt, werden die Patient:innen in der Prähabilitationsphase in enger Absprache mit den Chirurg:innen vollständig von den Ernährungsmediziner:innen betreut – entweder konsiliarisch oder in einem multimodalen Programm in der Tagesklinik.

ZUSAMMENFASSUNG

Prähabilitation ermöglicht bei viszeralkirurgischen Risikopatient:innen eine

Reduktion der perioperativen Risiken. Prähabilitation bedarf Zeit und die positiven Effekte der Prähabilitation sind umso größer, je länger die Maßnahmen erfolgen. Um ausreichend Zeit für die erforderlichen Interventionen zu haben, sollte das Screening so früh wie möglich, am besten bei der Erstvorstellung, erfolgen.

Im klinischen Alltag haben sich Mangelernährung, Sarkopenie und Anämie als Risikofaktoren etabliert, die nicht nur mit geringem Zeit- und Kostenaufwand erhoben werden können, sondern auch ideale Angriffspunkte für prähabilitative Maßnahmen bieten.

Bei den meisten Patienten kann eine deutliche Verbesserung der Mangelzustände bereits nach wenigen Wochen erreicht werden. Diese Zeit sollte man auch investieren, zumal gezeigt werden konnte, dass eine onkologische Operation um bis zu 3–6 Wochen verschoben werden kann, ohne dass hieraus ein Nachteil in Bezug auf die Prognose erwächst [23].

Nicht zu unterschätzen ist auch der psychologische Effekt der Prähabilitation: So bietet die präoperative Vorbereitung motivierten Patient:innen die Möglichkeit, ihren Krankheitsverlauf aktiv zu beeinflussen. Dabei konnten wir beobachten, dass sich auch die Einbindung der Angehörigen positiv auf die Therapieadhärenz insbesondere bei der körperlichen Aktivität und der Umsetzung der Ernährungsempfehlungen auswirkt.

Prähabilitation erscheint auf dem ersten Blick als Banalität hat sich aber zu einem der wichtigsten Faktoren der multimodalen Behandlung vor großen viszeralkirurgischen Operationen entwickelt. So muss man – politisch inkorrekt aber dennoch treffend formuliert – fordern: „Prähabilitation first“.

LITERATUR

[1] Studley HO. Percentage of weight loss: basic indicator of surgical risk in patients with chronic peptic ulcer. *JAMA* 1936;106:458-460.

- [2] Lobo DN, Gianotti L, Adiamah A, et al. Perioperative nutrition: Recommendations from the ESPEN expert group. *Clinical Nutrition* 2020;39:3211-3227.
- [3] Ryan AM, Power DG, Daly L, et al., Cancer-Associated Malnutrition, Cachexia and Sarcopenia: The Skeleton in the Hospital Closet 40 Years Later. *Proc Nutr Soc* 2016;75:199-211. doi: 10.1017/S002966511500419X.
- [4] Daniels, S L, Lee MJ, George J et al. Prehabilitation in Elective Abdominal Cancer Surgery in Older Patients: Systematic Review and Meta-Analysis. *BJS Open* 2020;4:1022-1041. doi: 10.1002/bjs5.50347
- [5] McIsaac DI, Prehabilitation in adult patients undergoing surgery: an umbrella review of systematic reviews. *Br J Anaesth* 2022;128:244-257doi: 10.1016/j.bja.2021.11.014
- [6] Waterland JL, McCourt O, Edbrooke L, et al. Efficacy of Prehabilitation Including Exercise on Postoperative Outcomes Following Abdominal Cancer Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front. Surg.* 2021;8:628848. doi: 10.3389/fsurg.2021.628848
- [7] Berardi G, Cucchetti A, Colasanti M, et al. Prehabilitation With Exercise and Nutrition to Reduce Morbidity of Major Hepatectomy in Patients With Sarcopenia The PREHEP Randomized Clinical Trial. *JAMA Surg.* 2025;160:1068-1075. doi: 10.1001/jamasurg.2025.3102.
- [8] Molenaar CJL, Minnella EM, Coca-Martinez M, et al. Effect of Multimodal Prehabilitation on Reducing Postoperative Complications and Enhancing Functional Capacity Following Colorectal Cancer Surgery: The PREHAB Randomized Clinical Trial. *JAMA Surg.* 2023;158:572-581. doi: 10.1001/jamasurg.2023.0198.
- [9] Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Perioperatives Management bei gastrointestinalen Tumoren (POMGAT), Langversion 1.0, 2023, AWMF-Registernummer: 088-010OL <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/perioperatives-management-bei-gas->

trointestinalen-tumoren-pomgat/
Zugriff am 28.11.2025

- [10] Pirlich M, Schütz T, Norman K, et al. The German hospital malnutrition study. *Clin Nutr.* 2006;25:563-72. doi: 10.1016/j.clnu.2006.03.005. Epub 2006 May 15.
- [11] Cederholm T, Barazzoni R, Austin P et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clin Nutr.* 2017;36:49-64. doi: 10.1016/j.clnu.2016.09.004.
- [12] Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O et al. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clin Nutr* 2003;22:321-36. doi: 10.1016/s0261-5614(02)00214-5.
- [13] Loftus TJ, Brown MP, Sligh JH et al. Serum Levels of Prealbumin and Albumin for Preoperative Risk Stratification. *Nutr Clin Pract.* 2019;34:340-348. doi: 10.1002/ncp.10271.
- [14] Weimann A, Bezmarevic M, Braga M, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in surgery – Update 2025. *Clin Nutr.* 2025;53:222-261. doi: 10.1016/j.clnu.2025.08.029.
- [15] Spira, D, Norman K, Nikolov J et al. Prevalence and Definition of Sarcopenia in Community Dwelling Older People: Data from the Berlin Aging Study II (BASE-II). *Z Gerontol Geriatr.* 2016;49:94-9. doi: 10.1007/s00391-015-0886-z.
- [16] Richards SJG, Sajith C. Senadeera SC, Frizelle FA. Sarcopenia, as Assessed by Psoas Cross-Sectional Area, Is Predictive of Adverse Postoperative Outcomes in Patients Undergoing Colorectal Cancer Surgery. *Dis Colon Rectum* 2020;63:807-815. doi: 10.1097/DCR.0000000000001633.
- [17] Amélie Cambriel A, Tsai A, Choisy B, et al. Immune Modulation by Personalized vs Standard Prehabilitation Before Major Surgery. A Randomized Clinical Trial. *JAMA Surg.* 2025;12:e254917. doi: 10.1001/jamasurg.2025.4917.
- [18] Boden I, Skinner EH, Browning L, et al. Preoperative physiotherapy for the prevention of respiratory complications after upper abdominal surgery: pragmatic, double blinded, multicentre randomised controlled trial. *BMJ* 2018;24:360:j5916. doi: 10.1136/bmj.j5916.
- [19] Baron DM, Hochrieser H, Posch M et al. Preoperative anaemia is associated with poor clinical outcome in non-cardiac surgery patients. *Br J Anaesth.* 2014;113:416-23. doi: 10.1093/bja/aeu098.
- [20] Tai YH, Wu HL, Mandell MS et al. The association of allogeneic blood transfusion and the recurrence of hepatic cancer after surgical resection. *Anaesthesia* 2020;75:464-471 doi: 10.1111/anae.14862.
- [21] Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie) <https://www.wbbaek.de/richtlinien-leitlinien/haemotherapie-transfusionsmedizin/richtlinie/> Zugriff am 07.12.2025
- [22] Ärzteblatt, Deutscher Ärzteverlag GmbH, Redaktion Deutsches. „Neue Behandlungsmodelle: Patient Blood Management“. Deutsches Ärzteblatt, 30. April 2021. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/218906/Neue-Behandlungsmodelle-Patient-Blood-Management>.
- [23] Kucejko RJ, Holleran TJ, Stein DE et al. How Soon Should Patients With Colon Cancer Undergo Definitive Resection? *Dis Colon Rectum* 2020;63:172-182 doi: 10.1097/DCR.0000000000001525



Live-Webinar

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. med. Heinz-Herbert Homann
Prof. Dr. med. Ulrich Kneser

Facharztseminar

Plastische Chirurgie

12. – 14. März 2026

Klick!
Jetzt
anmelden!

AKADEMIE AKTUELL

Webinar-Reihe „Fraktur im Fokus“ geht weiter

Die Webinar-Reihe „Fraktur im Fokus“ nimmt auch 2026 jeden Monat eine Fraktur unter die Lupe! Expert:innen für den jeweiligen Bereich stellen die aktuellen Entwicklungen auf ihrem Gebiet vor und diskutieren diese anschließend anhand von konkreten Fallbeispielen.

Für Teilnehmer:innen besteht während des Webinars die Möglichkeit zur Vorstellung eigener Fälle. Begleitet wird jeder Vortrag von einem vorausgezeichneten Einführungswebinar, Literaturempfehlungen der Referent:innen und/oder Links zu OP-Videos zur Nachbereitung.

Was erwartet Sie?

Die BDC-Webinare sind in einem bewusst niederschweligen Format zur Fort- und Weiterbildung in kompaktem Rahmen konzipiert – außerhalb der Arbeitszeit und bequem von zu Hause. Jedes Webinar vereint durch Darstellung der aktuellen Literatur und interaktiven Falldiskussion das Thema zu einem praxisbezogenen Update.

Tab. 1: Webinar-Termine, (Startzeit: 17.00 Uhr)

Im Fokus: Proximale Humerusfrakturen	25.02.2026
Im Fokus: Terrible Triad Verletzungen	25.03.2026
Im Fokus: Beckenringfrakturen	29.04.2026
Im Fokus: Acetabulumfrakturen	20.05.2026
Im Fokus: Proximale Tibiafrakturen	17.06.2026
Im Fokus: Distale Femurfrakturen	08.07.2026
Im Fokus: Calcaneusfrakturen	26.08.2026
Im Fokus: Proximale Femurfrakturen	23.09.2026
Im Fokus: Metatarsale und Lisfrac Frakturen	28.10.2026
Im Fokus: Pilon Tibiale Frakturen	11.11.2026
Im Fokus: Distale Radiusfrakturen	02.12.2026

Hier geht's zum Programm und zur Anmeldung. 

Webinar-Reihe „Fraktur im Fokus“.
Passion Chirurgie, 2026 Januar/Februar;
16(01/02): Artikel 04_01.



www.bdc.de





SURGEONTALK

Der BDC | Podcast

WIR PRÄSENTIEREN SURGEON TALK

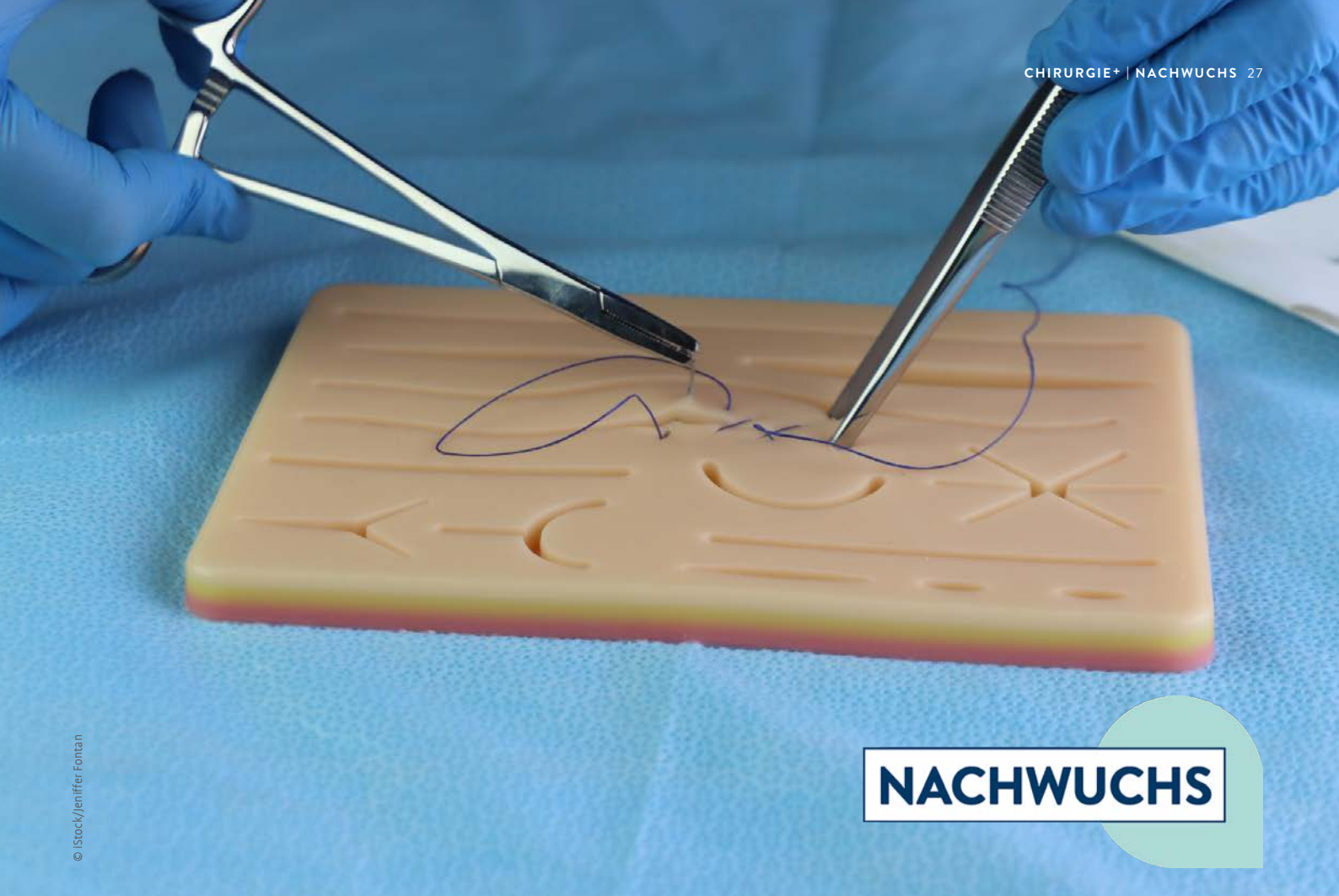
**Chirurgisches Wissen
auf den Punkt.**

www.surgeontalk.de



BDC

Berufsverband der
Deutschen Chirurgie e.V.



NACHWUCHS

Facharztmangel – zwei Schritte, um die Ausbildung von Chirurgen zu retten

Margitta True

Ein Modellprojekt in Kiel verbindet die chirurgische Weiterbildung in Klinik und Praxis. Damit werden die Sektoren zwischen stationär und ambulant überbrückt. Ein Modell, das Schule machen könnte, um wieder mehr Chirurgen auszubilden. Wäre da nicht die fehlende Finanzierung.

Wer monatelang auf Facharzttermine wartet, weiß: Nicht nur in der ländlichen Fläche werden medizinische Strukturen ausgedünnt. Das liegt auch an fehlendem

Nachwuchs von Medizinerinnen. Dieses Problem wird noch dramatischer, warnt Ralf Schmitz, schleswig-holsteinischer Landesvorsitzender des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgie (BDC).

Denn die Krankenhausreform verstärke eine „eigentlich gute“ Entwicklung: Bestimmte Leistungen werden in dafür besser ausgestatteten Zentren angeboten, und der medizinische Fortschritt ermöglicht mehr ambulante Behandlungen ohne stationäre Klinikaufenthalte.

Margitta True

Reporterin

Redaktion Schleswig-Holstein

sh:z Schleswig-Holsteinischer

Zeitungsverlag GmbH & Co KG

margitta.true@shz.de

Zweitverwertung mit freundlicher

Genehmigung von sh:z Schleswig-

Holsteinischer Zeitungsverlag GmbH &

Co KG, Erstveröffentlichung am

31.07.2025 in der sh:z

QUALITÄT DER FACHARZTAUSBILDUNG STEHT AUF DEM SPIEL

Doch ein Aspekt sei bei Zentralisierung und Ambulantisierung vergessen worden: die fachärztliche Weiterbildung. Am Beispiel seines Fachbereichs, der Orthopädie und Unfallchirurgie, macht Schmitz klar, in welche Sackgasse das Gesundheitssystem hier geraten ist. Seine Warnung: „Die Qualität der Fachärzte nimmt ab.“



Abb. 1: Ralf Schmitz ist Landesvorsitzender des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgie (BDC) für Schleswig-Holstein und leitender Arzt am MVZ Chirurgie in Kiel.

Bereits vor zehn Jahren hat er gemeinsam mit dem Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) ein Modell auf den Weg gebracht, das Schnittmuster für eine Lösung sein könnte.

WECHSEL ZWISCHEN DEM OP IN DER UNIKLINIK UND IN DER PRAXIS

Das „Modellprojekt sektorenübergreifender chirurgischer Weiterbildungsverbund Kiel“ Orthopädie und Unfallchirurgie ermöglicht Assistenzärzten, in der Weiterbildung zu wechseln zwischen dem Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) und einer vertragsärztlichen Praxis, dem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) Chirurgie in Kiel. Über die Jahre kommen sie so zu der Bandbreite an Fällen, die sie für ihre Qualifizierung brauchen. Also etwa Wirbelsäulenchirurgie an der Uni, Handchirurgie in der Praxis.

„VOLLE WEITERBILDUNG“ IN EINEM KRANKENHAUS GIBT ES NICHT MEHR

In den Kliniken sei das immer seltener möglich, erklärt Schmitz. In Häusern ab einer bestimmten Klinikgröße – beispielsweise beim Schwerpunktversorger Neumünster – gab es mal die „volle Weiterbildung“ mit der erforderlichen Bandbreite an Behandlungsfällen innerhalb des Hauses. Doch immer mehr Eingriffe und Diagnostikverfahren fänden nicht mehr überall statt.

Operieren – nur wo? Der Berufsverband der Chirurgie warnt, dass das Fallspektrum für Weiterbildungsassistent:innen in der Chirurgie immer kleiner wird. Die Lösung: sektorenübergreifend denken.

Jetzt seien Weiterbildungsassistenten oft gezwungen, selbst innerhalb eines Fachbereichs mehrere Ausbildungsstätten abzuklappern, „Klinik-Hopping“ sozusagen. Und das schrecke immer mehr junge Mediziner ab, so Schmitz: „Sie werden damit alleingelassen“, ganz nach dem Motto: „Sieh zu, wo du hingehst.“

KRANKENHAUSREFORM VERSTÄRKT DAS FACHARZT-PROBLEM

Was die 2024 verabschiedete Krankenhausreform noch verstärkt und sich auch durch angekündigte Nachbesserungen durch Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) kaum noch ändern wird: die weitere Spezialisierung durch die Leistungsgruppen, die das Spektrum von Krankheitsfällen und Operationstechniken nochmals verkleinert.

Im Reform-Vorzeigeland Nordrhein-Westfalen, wo Leistungsgruppen schon greifen, gibt es ein weiteres Problem. Wo Kliniken die notwendigen Kriterien nicht erfüllen,

True M: Facharztmangel: Zwei Schritte, um die Ausbildung von Chirurgen zu retten. Passion Chirurgie. 2026 Januar/Februar; 16(01/02): Artikel 04_02.


www.bdc.de

wurden schon Abteilungen geschlossen und Assistenzärzte standen mitten in der Ausbildung auf der Straße.



Abb. 2: Patrick Reimund, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein, @ KGSH

Patrick Reimund, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein, sieht in dem Kieler Projekt „eine Brücke, die über die Sektorengrenzen hinweg geschlagen wird“: zwischen einem Hochleistungs Krankenhaus und Maximalversorger einerseits, den Erfahrungen aus der Praxis im MVZ auf der anderen Seite. Das habe Vorteile, nicht nur für die angehenden Chirurgen, sondern auch für die Patientenversorgung, wie Reimund betont. Auch die Ärztekammer begrüßt das Modell.

Vor allem soll es beweisen, so Schmitz dazu, „dass es geht“, um wieder mehr Bewerber zu gewinnen für „die Krone der Medizin“, die Chirurgie. Im Juli 2024 wurde das Projekt neu aufgelegt, ein ähnliches gebe es laut Schmitz für den Fachbereich sonst nur noch in Berlin.

Um die Vorlage aus Kiel bundesweit umsetzen zu können, nennt der Arzt zwei Schritte:

ZUERST DIE FINANZIERUNG ABSICHERN

Erstens, die Finanzierung zu regeln. Zwar gibt es eine Förderung von Kassenärztlichen Vereinigungen und den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) zur Weiterbildung

von Haus- und Fachärzten, aber die Plätze und Mittel seien „sehr begrenzt“. Die Finanzierung des Projekts könne auch kein Vorbild sein, denn hier, sagt Schmitz, komme das Geld „von den falschen Partnern“: je hälftig von den GKV und den Vertragsärzten. Seine Forderung: „Eigentlich müsste es aus Steuermitteln kommen, denn die Weiterbildung von Fachärzten ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.“

FESTER LEHRPLAN FÜR SECHS JAHRE WEITERBILDUNG

Der zweite Schritt wäre, sektorenübergreifende Weiterbildungsverbünde auf die Beine zu stellen zwischen Kliniken und Praxen. Allerdings dann verpflichtend: Chirurgen in Weiterbildung müssten ein sechsjähriges Curriculum durchlaufen, „wo festgelegt ist, wann und wo welche Kompetenzen erworben werden“. Das gebe es so längst in anderen Ländern. „Und wir müssen es jetzt auch so machen, wir haben gar keine andere Wahl.“

Damit werde die Freiheit der Klinikwahl für angehende Chirurgen zwar eingeschränkt. Aber: „Wer die Qualifizierung will, erhält sie. Immerhin gibt es dann Planungssicherheit.“ Da viele zu Beginn der Weiterbildung in der Phase der Familiengründung seien, hält er Kinderbetreuungsangebote an den Weiterbildungsstätten für zwingend erforderlich.

Dass mit der Weiterbildung Wechsel verbunden wären, sei nicht zu vermeiden, aber dann immerhin vorhersehbar. Das sieht Schmitz nicht nur als Nachteil: „Es ist gut, auch mal zu sehen, wie in anderen Küchen gekocht wird.“ Bundesweit herumgeschickt, ergänzt der Mediziner, würden die Assistenzärzte eher nicht. „Dank des Föderalismus“ werde nicht jede Weiterbildung in jedem Bundesland gleichermaßen anerkannt.

KAMPAGNE: KEIN WEITER OHNE BILDUNG

Der BDC hat eine Kampagne „Kein Weiter ohne Bildung“ gestartet, um auf die fehlenden Weiterbildungsmöglichkeiten für Chirurgen aufmerksam zu machen. Dazu gibt

es auch eine [Petition zum Untersreiben](#). (Anmerkung Redaktion: Erstveröffentlichung im Juli 2025. Mittlerweile ist die Kampagne erfolgreich mit 32.000 Unterschriften abgeschlossen.)

INFO

Wie Schleswig-Holstein von einem neuen System profitieren könnte

Dieses Thema wurde schon lange vor der Krankenhausreform diskutiert: es anderen Ländern nachzumachen und die festen Schranken zwischen den Sektoren in unserem Gesundheitssystem aufzuheben – nicht nur zwischen ambulantem und stationärem Bereich; auch Pflege, Reha und soziale Dienste müssten nahtlos eingebunden sein. Die Krankenkasse Barmer hat 2023 für den Norden hochgerechnet: Im vierten Quartal des Jahres 2022 hätten fast 20 Prozent der Krankenhausfälle auch ambulant durchgeführt werden können.

Gerade das Flächenland Schleswig-Holstein könnte von einer Durchlässigkeit des Systems profitieren, denn es verfügt über ein entsprechendes Spektrum von Versorgern: von Facharztpraxen über MVZ bis zu Unikliniken, die im Bundesvergleich qualitativ gut dastehen.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen, die mit der Krankenhausreform umgesetzt werden sollen, seien laut Ralf Schmitz vom Berufsverband der Deutschen Chirurgie vom Prinzip her zwar sinnvoll: Komplexe Eingriffe in Klinik A, einem Zentralkrankenhaus, und ambulante OPs in Klinik B, das nicht die entsprechende Leistungsgruppe aufweist. Doch auch hier gilt: Das Fachpersonal fehlt, womit sich nichts ändert am Problem der Finanzierung fachärztlicher Weiterbildung.



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: bdv-versicherungsservice@ecclesia.de

HYGIENE TIPP

Wunden mit Leitungswasser ausduschen?

Lutz Jatzwauk, Martin Groth, Nils Hübner, Wolfgang Kohnen

FRAGE:

Ist es zu empfehlen, Wunden zur Anregung der Wundheilung mit Leitungswasser auszuduschen?

ANTWORT:

Das vorsätzliche Ausduschen der Wunde zur Anregung der Wundheilung mittels Leitungswassers ist aufgrund eines möglichen Keimeintrages (Leitungswasser ist zwar keimarm, aber nicht steril) zu unterlassen. Ausgenommen davon sind ärztlich angeordnete Wundspülungen zur Reinigung der Wunde, wobei dann die Dusche über einen endständigen Sterilfilter verfügen muss. Wenn dabei bei mehreren Patienten derselbe Duschkopf verwendet wird, ist eine Zwischendesinfektion des Duschkopfes sowie ein Austausch des Sterilfilters (Aufbereitung durch Dampfsterilisation oder steriler Einwegfilter) erforderlich.

Ob ein Ausduschen von so genannten „septischen“ Wunden mit Leitungswasser ohne Sterilfilter bei anschließender Spülung mit geeigneten Wundantiseptika zum Erregerwechsel (prolongierte Wundheilung) führt, ist wissenschaftlich nicht abschließend geklärt.

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:
Wunden mit Leitungswasser ausduschen? Passion Chirurgie.
2026 Januar/Februar; 16(01/02): Artikel 04_03.



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



© iStock/erikocak

Hybrid-DRG bei PKV-Operationen möglich?

Peter Kalbe, Jörg Heberer

FRAGE:

Der Inhaber einer chirurgischen Praxis mit OP-Möglichkeit inkl. Anästhesie operiert hauptsächlich endoskopische und offene Hernien und proktologische Eingriffe. Kolleg:innen aus seinem Umfeld rechnen Privat-Patienten weiterhin nach GOÄ ab und nicht nach H-DRG, wenn entsprechende Eingriffe durchgeführt wurden (TAPP, Nabelhernie, Milligan-Morgan-OP etc.). Er fragt, ob man die H-DRG bei Privat-Patienten überhaupt anwenden kann?

ANTWORT:

Diese konkrete Frage müssen wir leider mit „Nein“ beantworten. Ambulante Operationen in der Arztpraxis, also außerhalb des Krankenhauses, bei PKV-versicherten Patienten können von niedergelassenen Ärzten nicht nach H-DRGs abgerechnet werden. Die GOÄ ist hierfür aus folgenden Gründen alleinige Abrechnungsgrundlage:

Der Anwendungsbereich der GOÄ ist in § 1 Abs. 1 GOÄ legaldefiniert, wonach die



Antwort von:

Dr. med. Peter Kalbe

Vizepräsident

Berufsverband der Deutschen

Chirurgie e.V. (BDC)

Gelenkzentrum Schaumburg

Kalbe@bdc.de



Dr. jur. Jörg Heberer

Justitiar des BDC

Rechtsanwalt und Fachanwalt für

Medizinrecht

justitiar@bdc.de

Vergütungen für die beruflichen Leistungen der Ärzte sich nach der GOÄ bestimmen, soweit nicht durch Bundesgesetz etwas anderes bestimmt ist.

§ 115f SGB V als Bundesgesetz i. V. m. der Hybrid-DRG-Verordnung gilt zum einen nur für an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Einrichtungen und medizinische Versorgungszentren bei GKV-Patienten sowie für die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser. Die entsprechende Vereinbarung der PKV mit der DKG bezieht sich des Weiteren eindeutig nur auf Krankenhaus-Fälle.

Zum anderen existiert nur für die Behandlung von Privatpatienten in zugelassenen Krankenhäusern mit der neuen Regelung in § 1 Abs. 3 S. 3 KHEntgG gerade eine solche abweichende Regelung durch Bundesgesetz. Diese Vorschrift gilt aber eben ausschließlich für ambulante Operationen in Krankenhäusern.

Für die ambulante Operation von Privatpatienten, die nicht in einem Krankenhaus, sondern in einer Arztpraxis oder MVZ erfolgt, wird für Hybrid-DRG-Operationen folglich gerade keine zu § 1 Abs. 3 S. 3 KHEntgG vergleichbare, durch Bundesgesetz abweichende Regelung zum Anwendungsbereich der GOÄ getroffen. Insofern gelten hier unterschiedliche Rechtsgrundlagen für Krankenhaus und Arztpraxis bei Privatpatienten.

Das unzureichende Honorar für die Hernien- (und auch zahlreiche andere) Operationen

ist vor allem durch die veraltete Gebührenordnung GOÄ begründet. Auch die vom Deutschen Ärztetag 2025 beschlossene (und vielleicht demnächst umgesetzte) Reform-GOÄ wird nach unseren Recherchen im Bereich der Hernien-Operationen keine wesentlichen Verbesserungen beim Honorar ergeben.

Daher bleibt leider zurzeit nur der Weg, bei Vorliegen von Besonderheiten im konkreten Einzelfall aufgrund der in § 5 Abs. 2 genannten Bemessungskriterien ein höheres Honorar durch (gut begründete) Anpassung der Steigerungsfaktoren von 2,3-fach auf bis zu 3,5-fach zu suchen. Oder nach § 2 der allgemeinen Bestimmungen der GOÄ eine Abdingung für ein höheres Honorar zu vereinbaren, was aber hohe bürokratischen Hürden aufwirft. Darüber hinaus erstatten viele Privatkassen diese Honorare nur teilweise, sodass dieser Weg bei den Patienten naturgemäß unbeliebt ist und potenziell Ärger verursacht.

Gleichwohl propagieren wir als Berufsverband den Erhalt einer Einzelleistungsvergütung im Rahmen der GOÄ und auch der UV-GOÄ und sehen Pauschalen für die Privat-Liquidation grundsätzlich kritisch. Eine Honorar-Steigerung für bestimmte Operationen wird zurzeit für die BG-Abrechnung von Arbeitsunfällen nach der UV-GOÄ mit der DGUV verhandelt. Dies muss grundsätzlich auch das Ziel für die GOÄ sein. ○

Kalbe, P, Heberer J: F&A: Hybrid-DRG bei PKV-Operationen möglich? Passion Chirurgie. 2026 Januar/Februar; 16(01/02): Artikel 04_04.



www.bdc.de

Leserbrief

Hans-Friedrich Bär



Dipl.-Ing.(FH) Hans-Friedrich Bär
 Facharzt für Orthopädie und
 Unfallchirurgie
 Nürnberg – Werl

Betrifft: Artikel von Dr. Dolores Krauss und Prof. Dr. Hans Fuchs in Passion Chirurgie 11/2026 „Wenn Roboter operieren – Chancen und Grenzen der autonomen Chirurgie“.

HIER finden Sie den Artikel auf BDC|Online

Sehr geehrte Frau Kollegin Dr. Krauss,
 sehr geehrter Herr Professor Fuchs,
 sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

mit großem Interesse habe ich den außerordentlich wichtigen Artikel gelesen. Der Artikel bringt die Ethik mit der Frage: „Wer haftet?“ auf den Punkt. In Anlehnung an die im Text zitierte SAE – Stufenklassifikation des autonomen Fahrens: Wer keine Fahrerlaubnis hat und in einem am Straßenrand geparkten Fahrzeug den Zündschlüssel umdreht, fährt ohne Fahrerlaubnis, auch wenn er noch gar nicht losgefahren ist.

Die Medizinprodukte-Betreiberverordnung gibt dem Anwender die maßgebliche Orientierung für Medizinprodukte, um die es sich hier handelt. In § 17 (Verantwortung für Software) [1] kann man das Prinzip

erkennen. Technikfolgenabschätzung ist praxisrelevant, aber ausgesprochen schwierig [2, 3]. Deswegen ist es gut, dass die Passion Chirurgie aufmerksam dazu ist und wenn sie aufmerksam dazu bleibt.

Mit vorzüglicher und kollegialer Hochachtung

Dipl.-Ing.(FH) Hans – Friedrich Bär
 Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
 Nürnberg – Werl

[1] https://www.gesetze-im-internet.de/mpbetreibv_2025/_17.html

[2] <https://www.itas.kit.edu/>

[3] <https://www.vdi.de/mitgliedschaft/vdi-richtlinien/details/vdi-3780-technikbewertung-begriffe-und-grundlage> ○

Bär HF: Leserbrief. Passion Chirurgie.
 2026 Januar/Februar; 16(01/02):
 Artikel 04_05.



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.

JANUAR/FEBRUAR 2026

Prof. Dr. med. Thomas Auhuber, CEO von BG prevent, einem Dienstleister für betriebliches Gesundheitsmanagement, hat für das Unternehmen einen Sonderpreis „KI-Innovator des Jahres“ entgegengenommen. Der Preis wurde im Rahmen der Veranstaltung „Innovator des Jahres“ im November 2025 in Berlin verliehen.

Dr. med. Tim Claußnitzer ist seit November 2025 neuer Chefarzt der Klinik für Gefäß- und Endovaskularchirurgie am Sana Klinikum Landkreis Biberach. Zuletzt war Dr. Claußnitzer Chefarzt des Zentrums für Gefäß- und Herzchirurgie an der Schön Klinik Vogtareuth.

Prof. Dr. med. Oliver Dewald ist seit Januar 2026 neuer Direktor der Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie in Karlsburg.

Dr. med. Beatrice Fundel übernahm Anfang Januar 2026 die Leitung der Zentralen Notaufnahme am St.-Agnes-Hospital Bocholt. Die Fachärztin für Viszeralchirurgie mit den Zusatzbezeichnungen Akut- und Notfallmedizin sowie Praktische Notfallmedizin kommt vom Krankenhaus Maria Hilf Krefeld, wo sie seit 2023 als leitende Oberärztin tätig und bereits seit 2020 als Oberärztin angestellt war.

Dr. med. Sebastian Kreienborg ist seit Dezember 2025 neuer Chefarzt der Gefäßchirurgie am St.-Josefs-Hospital in Cloppenburg. Dr. Kreienborg tritt die Nachfolge von **Dr. med. Wojciech Klonek** an, der in den Ruhestand geht.

Dr. med. Gunda Leschber wurde im Oktober 2025 auf dem Kongress der Japanischen Thoraxchirurgischen Gesellschaft (JATS – Japanese Association for Thoracic Surgery) zum Ehrenmitglied ernannt. Dr. Leschber wurde für ihr außerordentliches Engagement für JATS (u.a. Initiierung der Kooperation der Europäischen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (ESTS) als

ESTS-Präsidentin sowie für ihr langjähriges Engagement für die Thoraxchirurginnen in Asien) gewürdigt. Außerdem wurde Dr. Leschber 2025 in den Vorstand der Sonnenfeld Stiftung in Berlin gewählt, eine Stiftung die Medizinforschung fördert und Stipendien für begabte Nachwuchswissenschaftler:innen vergibt.

Dr. med. Simon Rieder ist seit Januar 2026 neuer Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Barmherzige Brüder Krankenhaus St. Barbara in Schwandorf.

Prof. Dr. med. Carina Riediger, M.Sc. ist seit Juli 2025 Chefarztin der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie am Marienhospital Stuttgart. Zuletzt war sie leitende Oberärztin und ständige Stellvertretung des Klinikdirektors am Universitätsklinikum Dresden.

Dr. med. Karsten Schwinn, vormals in einer Leitungsrolle mit Chefarztvertretung am Knappschaftsklinikum Püttlingen, ist seit Januar 2026 neuer Chefarzt der chirurgischen Abteilung am Krankenhaus Saarlouis vom DRK.

PD Dr. med. Salmai Tural ist seit November 2025 neuer Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie der Universitätsmedizin Mainz. Dr. Tural wechselt vom Universitätsklinikum Magdeburg, wo er seit 2020 Chefarzt der Abteilung für Kinderchirurgie, Kindertraumatologie und Kinderurologie war.

Dr. med. Christopher Wenck, langjähriger Leiter der Allgemein- und Viszeralchirurgie in Bad Segeberg, wird nun auch neuer Klinikdirektor der Allgemeinklinik Bad Segeberg. In seiner neuen Funktion wird Wenck für die strategische und organisatorische Weiterentwicklung der Allgemeinklinik verantwortlich sein. ○



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

Frage & Antwort



Abrechnung für eine Akutbehandlung im EU-Ausland von gesetzlich krankenversicherten Patienten

FRAGE:

Ein niedergelassener Chirurg fragt an, wie akut medizinisch notwendige Behandlungen bei im EU-Ausland gesetzlich krankenversicherten Patienten abzurechnen sind.

ANTWORT:

Für Personen, die im EU-Ausland gesetzlich krankenversichert sind, gilt die EU-Verordnung Nr. 883/04 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit i. V. m. der zu deren Durchführung erlassenen EU-Verordnung Nr. 987/09. Die nachfolgenden Ausführungen gelten deshalb für alle in einem EU-/EWR-Staat, der Schweiz sowie aufgrund weiterer Abkommen im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland gesetzlich krankenversicherten Patienten.

Die entsprechende nationale Umsetzungsregelung zur EU-Verordnung findet sich für Vertragsärzte in Anlage 20 BMV-Ä. Hiernach

haben diese Patienten bei medizinischen Behandlungen, die akut notwendig sind und nicht bis zur Rückreise ins Heimatland aufgeschoben werden können, Anspruch auf die unter Berücksichtigung der Art der Leistung und der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer medizinisch notwendigen Sachleistungen zu Lasten der vom Patienten vor Behandlungsbeginn zu wählenden aushelfenden deutschen Krankenkasse (vgl. § 1 Anlage 20 BMV-Ä).

Voraussetzungen für den Sachleistungsanspruch sind zudem, dass der Patient einen Identitätsnachweis (Personalausweis oder Reisepass) sowie einen der folgenden Anspruchsnachweise vorlegt:

- EHIC – Europäische Krankenversicherungskarte,
- GHIC – Global Health Insurance Card,
- PEB – Provisorische Ersatzbescheinigung oder
- nationaler Anspruchsnachweis ausgestellt von der aushelfenden deutschen Krankenkasse.

Legt der Patient diese Nachweise vor, muss der Vertragsarzt die Behandlung über die Kassenärztliche Vereinigung nach den Regelungen des Ersatzverfahrens nach Anhang 1 der Anlage 4a BMV-Ä abrechnen (§ 3 Anlage 20 BMV-Ä).

Wird vom Patienten entweder der Identitätsnachweis oder der Anspruchsnachweis nicht vorgelegt, so ist der Vertragsarzt nach § 1 Abs. 5 Anlage 20 BMV-Ä berechtigt und verpflichtet, vom Patienten unmittelbar eine Vergütung nach GOÄ zu fordern. Hierüber ist der Patient vorab zu informieren.

Lediglich wenn der Patient spätestens bis zum Quartalsende eine PEB oder den nationalen Anspruchsnachweis (nebst den Identitätsnachweis) nachreicht, muss das von ihm gezahlte Honorar vom Vertragsarzt zurück-erstattet werden. Die erbrachten Leistungen sind dann über die KV abzurechnen. Hin-gegen muss die Praxis die nachträgliche Vor-lage der EHIC oder der GHIC nur akzeptieren, wenn diese spätestens im Laufe des folgen-den Arbeitstages nachgereicht werden.

In § 2 Anlage 20 BMV-Ä werden im Übrigen spezielle Dokumentationspflichten des Vertragsarztes bezüglich des Behandlungsanspruchs sowie die Anforderungen hinsichtlich der vom Patienten auszufüllen-den „Patientenerklärung Europäische Kranken-versicherung“ festgelegt. Das Formular „Patientenerklärung Europäische Kranken-versicherung“ (Anlage 2 der Anlage 20 BMV-Ä), welches verschiedene europäische Sprachen enthält, wird dem Vertragsarzt als Formular-vordruck digital zum Abruf im Praxisverwal-tungssystem als ausdrucksbares Dokument für den Nutzer zur Verfügung gestellt.

Die KBV hat eine **gut strukturierte Praxisinfo** zum Thema „Im Ausland Krankenversicherte“ auf deren Homepage herausgegeben, in der sich eine gute Über-sicht sowie weitere hilfreiche Informatio-nen zum Verfahrensablauf sowohl bei akut medizinisch notwendigen als auch bei plan-baren (zuvor zu genehmigenden) Behand-lungen ergeben. ○

Heberer J: F+A Abrechnung für eine Akutbehandlung im EU-Ausland von gesetzlich krankenversicherten Patienten.
2026 Januar/Februar; 16(01/02):
Artikel 04_07.



www.bdc.de

BERUFSPOLITIK AKTUELL

2026 wird nichts für Zauderer – aber immerhin kommt die GOÄ voran

Friederike Burgdorf



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

Für das Gesundheitswesen beginnt das neue Jahr ebenso, wie das alte Jahr geendet hat: Die Kassen stehen unter enormem finanziellem Druck. Einnahmen und Ausgaben klaffen immer weiter auseinander. Schuld sind die demographischen Veränderungen. Dabei stehen immer weniger Erwerbstätige immer mehr Erwerbslosen gegenüber. Bereits ab dem Jahr 2027 wird daher ein Defizit im zweistelligen Milliardenbereich, allein innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung, prognostiziert. Der Handlungsdruck steigt. Wie also soll es weitergehen? Um Kosten zu senken, sollen Angebot und Nachfrage stärker gesteuert und Leistungsangebote abgebaut werden. Weitergehende Lösungen soll nun die von Bundesgesundheitsministerin Warken kürzlich eingesetzte „Finanzkommission Gesundheit“ vorlegen. Bereits im März 2026 erwarten wir einen Katalog mit kurzfristigen Sparmaßnahmen ab 2027, gefolgt von einem zweiten Bericht im Dezember 2026 mit längerfristigen strukturellen Maßnahmen. Um die Ideen für ein Primärversorgungssystem voranzubringen, hat die Bundesgesundheitsministerin kürzlich einen „Fachdialog Primärversorgungssystem“, immerhin unter Beteiligung von ärztlichen Verbänden, ins Leben gerufen. Unverständlich bleibt vor diesem Hintergrund, dass wichtige Reformvorhaben seit Jahren stagnieren (Krankenhausreform), von einer Legislaturperiode in die nächste verschoben werden (Reform des Not- und Rettungsdienstes) oder gar nicht erst angegangen werden (Bürokratieabbau), um

nur einige zu nennen. Vielmehr liegt es in Anbetracht der momentanen Situation auf der Hand, dass in Politik, Selbstverwaltung und den Ärzteverbänden alle Kräfte zu bündeln sind, um gemeinsam Lösungen für ein finanzierbares Gesundheitssystem zu finden, das gleichzeitig eine adäquate medizinische Versorgung insgesamt gewährleistet.

Angesichts der drohenden Sparmaßnahmen positiv zu bewerten: Ein Durchbruch zeichnet sich bei der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ab. „Die GOÄ wird angegangen und wir werden sie auch in diesem Jahr regeln und umsetzen“, so Bundesgesundheitsministerin Nina Warken bei ihrer Rede zum Neujahrsempfang der Deutschen Ärzteschaft im KaDeWe in Berlin. Im Bundesministerium für Gesundheit habe sie dafür eine Arbeitsgruppe eingesetzt und ergänzte: „Die Notwendigkeit der GOÄ-Reform steht für mich außer Frage.“ Gleichzeitig veröffentlichte die Bundesärztekammer (BÄK) den **Entwurf der neuen GOÄ** mit über 5.500 neuen Gebührennummern auf ihrer Website, flankiert von einem 18-Seitigen Fragen-und-Antworten-Katalog. Bereits am 30.04.2025 hatte sich der Deutsche Ärztetag mit breiter Mehrheit dafür ausgesprochen.

Gut zu wissen: Bei dem vorliegenden Entwurf der neuen GOÄ handelt es sich um einen von BÄK und dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) entwickelten Vorschlag. Eine neue GOÄ kann

Burgdorf F: 2026 wird nichts für Zauderer – aber immerhin kommt die GOÄ voran.
Passion Chirurgie. 2026 Januar/Februar;
16(01/02): Artikel 05_01.

hingegen nur im Rahmen eines Gesetzgebungs- und Verordnungsverfahrens umgesetzt werden. Wann und vor allem in welcher Form die GOÄ in Kraft tritt, liegt damit in der Hand von Parlament und Regierung. Es ist dringend zu hoffen, dass in diesem Rahmen nicht noch zusätzliche Sparmaßnahmen den mühsam zwischen der Ärzteschaft und der PKV erzielten Kompromiss konterkarieren.

In die Erarbeitung des modernen Gebührenverzeichnisses wurden die Fachgesellschaften und Berufsverbände eng einbezogen. Trotzdem war es zwischenzeitlich zu heftigen Diskussionen gekommen. Scharfe Kritik übte der BDC insbesondere an den deutlichen Abwertungen komplexer operativer Leistungen als Resultat des abschließenden Beratungsprozesses zwischen BÄK und PKV, an dem die Berufsverbände nicht beteiligt worden waren.

Was wird die neue GOÄ nun bringen? Genau wird sich das erst nach ihrer Einführung bemessen lassen. Fest steht aber: Die neue GOÄ wird für Einzelne Vorteile bringen, für andere sicher nicht. Wenn Sie bereits jetzt anhand der aktuellen Veröffentlichung mögliche Auswirkungen auf Ihren Erlös abschätzen möchten, dann sollten Sie unbedingt folgende Aspekte berücksichtigen: Aufgrund der geänderten Systematik (Komplexierung von Leistungen, Aufnahme von Erschwerungszuschlägen, Wegfall von Abrechnungsausschlüssen, Zeittaktung von Leistungen, etc.) können einzelne Leistungen aus der bisherigen und dem Entwurf der neuen GOÄ nicht 1:1 verglichen werden. Wer einen Honorarvergleich anstellen möchte, muss also ganze Behandlungsfälle vergleichen und dabei auch berücksichtigen, welche Leistungen im Entwurf der neuen Gebührenordnung abrechnungsfähig sind, die in

der geltenden GOÄ unberücksichtigt oder durch Abrechnungsausschlüsse blockiert sind. Als Berufsverband werden wir die weiteren Entwicklungen eng für Sie begutachten und uns in die Debatte einbringen.

Folgende weitere Vorhaben im Bundesgesundheitsministerium wird der BDC mit besonderem Augenmerk für Sie begleiten: Das „**Krankenhausreformanpassungsgesetz**“, die „**Notfall- und Rettungsdienstreform**“, das Gesetz zur „**Beschleunigung der Anerkennungsverfahren ausländischer Berufsqualifikationen in Heilberufen**“ sowie die angekündigten Gesetzgebungsverfahren zur „**Primärversorgung**“ und zur „**Gesundheitssicherstellung**“ (Resilienz im Krisenfall).



M3-Abschlusstraining STAATSEXAMEN UND KARRIERE

Essen, 20.–21.03.2026

Intensiv-Vorbereitung auf die 3. Ärztliche Prüfung in Chirurgie und Innerer Medizin

→ www.staatsexamen-und-karriere.de

Bester
Support
für Ihre
pj'ler:innen

NEU
Fokus:
Prüfungs-
simulation

- Fallbasierte Sessions
- Simulierte Prüfungssituationen
- ›Get-Together‹ mit den Teilnehmer:innen und Referent:innen
- Echte M3-Prüfer:innen
- u.v.m.

BDC | Berufsverband der
Deutschen Chirurgie e.V.

BDI | Berufsverband
Deutscher
Internisten
und Internisten

~~956,- €~~
399,- €

Für Ihre
jungen
Ärztinnen/
Ärzte

Das neue BDC-Starterpaket

Das günstigste Weiterbildungspaket für die Chirurgie

Das ist drin für Ihre Assistentinnen und Assistenten:

Ein Weiterbildungsseminar

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

Einjährige Mitgliedschaft im Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.

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

Sechsmonatiger Zugang zur Lernplattform Amboss

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

Teilnahme am Deutschen Chirurgie-Kongress

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

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



* Das Seminar muss innerhalb der Mitgliedschaft gebucht werden.

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

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



© iStock/ Oleksandr Bushko

Mit oder Ohne?

DER BEWUSSTE EINSATZ UNSTERILER HANDSCHUHE ALS HEBEL FÜR HYGIENISCHE UND ÖKOLOGISCHE FORTSCHRITTE IM PERIOPERATIVEN MANAGEMENT

Katharina Schilcher, Sybille Barkhausen

VORWORT

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Das Gesundheitswesen ist der Dienstleistungssektor mit den höchsten Treibhausgasemissionen. So entspricht der Klima-Fußabdruck des weltweiten Gesundheitswesens 4,4 % der globalen Nettoemissionen, entsprechend den jährlichen Treibhausgasemissionen von 514 kohlebetriebenen Kraftwerken. Natürlich besteht allgemeiner Konsens, dass die Gesundheitsversorgung zu priorisieren ist. Es ist jedoch zeitgemäß zu evaluieren, ob auch hier ein Einsparpotential aus Sicht der ökologischen Nachhaltigkeit gegeben ist.



Dr. Katharina Schilcher
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Kompetenzzentrum für klimaresiliente
Medizin und Gesundheitseinrichtungen
kathi.schilcher@gmail.com



Dr. Sybille Barkhausen
Institut für Infektionsprävention und
Krankenhaushygiene
Universitätsklinikum Freiburg

Schilcher K, Barkhausen S: BDC-Praxistest:
Mit oder Ohne? Der bewusste Einsatz
unsteriler Handschuhe. *Passion Chirurgie*.
2025 Januar/Februar; 16(01/02): Artikel 05_02.



www.bdc.de

Was kann denn in unserem klinischen Alltag eingespart werden? Eine der von uns am häufigsten verwendeten Produkte in der täglichen Arbeit sind unsterile Handschuhe. So wird der globale Markt für medizinische Einmalhandschuhe perspektivisch von ca. 15 Mrd. USD im Jahr 2022 auf ca. 21 Mrd. USD im Jahr 2029 wachsen. Aber ist vielleicht für Patienten und Umwelt „weniger mehr“? Sieht das Tragen von Einmalhandschuhen oft hygienischer aus als es tatsächlich ist? Falls wir tatsächlich in unserer täglichen Arbeit fälschlicherweise zu oft „mit“ anstatt „ohne“ unterwegs sind, könnte der sachgerechte Einsatz von Handschuhen zur häufigeren Händedesinfektion, geringeren Hautbelastung des Personals, weniger Abfall und geringeren Kosten führen.

Anregende Lektüre wünschen


Prof. Dr. med. C. J. Krones

und


Prof. Dr. med. D. Vallböhmer

Wir alle kennen folgende Situationen: Eine Ärztin oder Pflegende verlässt ein Patientenzimmer mit benutzten Handschuhen an den Händen, um auf dem Flur etwas aus dem Pflegewagen zu entnehmen oder um zu telefonieren. Im Nachbarzimmer dokumentiert eine Fachkraft in der elektronischen Patientenakte den soeben durchgeführten Verbandswechsel, obwohl sie noch die dabei verwendeten Handschuhe trägt. Ein paar Türen weiter bereitet ein Arzt eine Impfung vor. Aus Routine greift er zu einem frischen Paar Handschuhe, obwohl dazu für eine solche Injektion keine Indikation besteht. Auch beim Umlagern einer Patientin im Nebenzimmer gehen die Teammitglieder wie selbstverständlich zur Handschuhbox, obwohl kein Kontakt zu Blut oder Ausscheidungen zu erwarten ist.

Im Klinikalltag ist der Griff zur Handschuhbox häufig zum Reflex geworden. Die dahinterstehende Logik scheint auf den ersten Blick überzeugend: „Mit Handschuhen kann ich mich selbst vor Infektionen schützen – und den Patient:innen schadet es auch nicht.“ Jedoch beginnt genau hier das Problem des unbewussten Gebrauchs von unsterilen Handschuhen: Studien zeigen, dass sich Mitarbeitende vor und nach dem Patient:innen-Kontakt deutlich

seltener die Hände desinfizieren, wenn sie Handschuhe tragen. [1] So hat eine gut gemeinte Schutzmaßnahme am Ende unter Umständen das Gegenteil zur Folge: Eine erhöhte Infektionsrate.

VERWENDUNG ZU VIELER HANDSCHUHE – TROTZ KLARER EMPFEHLUNGEN

Unsterile Handschuhe sind ein fester und unverzichtbarer Bestandteil der persönlichen Schutzausrüstung. Aus Beobachtungsstudien wissen wir allerdings, dass rund **35 bis 45 Prozent** der Handschuhnutzung im klinischen Alltag medizinisch nicht indiziert sind. [1] Das Problem ist weniger der Handschuhgebrauch selbst als das Verhalten, das er auslöst: „Handschuh **statt** Händedesinfektion“ – anstatt „Handschuh **plus** Händedesinfektion“. Denn viele Mitarbeitende in Gesundheitsberufen verlassen sich fälschlich auf die „Barriere“ des Handschuhs und verzichten dabei auf die Händedesinfektion vor und nach dem Patient:innen-Kontakt. Zudem werden teilweise dieselben Handschuhe über mehrere Tätigkeiten hinweg getragen oder sogar zwischen dem Kontakt mit verschiedenen Patient:innen nicht gewechselt. Dies führt zur Verbreitung von Erregern – zwischen verschiedenen Körperstellen oder Wunden

und zwischen verschiedenen Patient:innen und dem Personal.

Vielen Mitarbeitenden ist nicht bekannt, dass unsterile Handschuhe nicht 100-prozentig dicht sind, denn sie können teilweise mikroskopisch kleine Defekte aufweisen, durch die Krankheitserreger von Patient:innen auf die Haut von Pflegefachkräften, Ärzten und Ärztinnen, Therapeut:innen und anderen Gesundheitsberufler:innen übertragen werden können, und umgekehrt. Zudem kann das unkontrollierte Ausziehen der Handschuhe zu einer Kontamination der Hände oder Handgelenke mit erregerrhaltigem Material führen. Werden die Hände nach dem

Patient:innen-Kontakt dann nicht desinfiziert, steht einer Verbreitung der Erreger wenig im Weg. Hygienisch bleibt daher klar: **Keine Maßnahme ersetzt die korrekte Händedesinfektion!**

Die **Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO)** hat das Problem des Fehlgebrauches und der fehlenden zusätzlichen Händedesinfektion deshalb ausdrücklich adressiert. In einem Kommentar zum indikationsgerechten Einsatz medizinischer Einmalhandschuhe beschreibt sie, dass Handschuhe im deutschen Gesundheitswesen zu häufig und zu ungezielt eingesetzt werden – und dass dieser Übergebrauch hygienisch

problematisch ist. Die KRINKO betont zugleich, dass medizinische Einmalhandschuhe ein unverzichtbares Instrument des Infektionsschutzes bleiben – jedoch nur in den richtigen Situationen und mit der richtigen Anwendung. Ihre Empfehlungen zeigen deutlich, wann Handschuhe erforderlich sind und wann nicht. Damit gibt sie erstmals eine präzise Orientierung, die Gesundheitsberufler:innen unmittelbar unterstützt. [2]

Trotz dieser nicht erst seit der KRINKO-Empfehlung definierten Indikationen ist der Handschuhverbrauch in vielen Einrichtungen in den letzten Jahren weiter gestiegen. Rückmeldungen aus dem Mitgliedsnetzwerk des **Kompetenzzentrums für klimaresiliente Medizin und Gesundheitseinrichtungen** (KliMeG | www.klimmeg.de) zeigen, dass insbesondere die SARS-CoV-2-Pandemie diesen Trend verstärkt hat – während der Verbrauch von Händedesinfektionsmitteln zum Teil zurückgegangen ist!

WEITERE VORTEILE DURCH DAS WEGLASSEN NICHT-INDIZIERTER UNSTERILER HANDSCHUHE

1. ÖKOLOGISCHE DIMENSION

Der Über- und Fehlgebrauch unsteriler Handschuhe ist nicht nur ein hygienisches Risiko, sondern auch ein bislang unterschätzter Faktor einer der größten Gesundheits Herausforderungen unserer Zeit: Dem Klimawandel. Das Gesundheitswesen

Wann sind unsterile Handschuhe wirklich indiziert – und wann nicht?

Indikationen für die Verwendung:

- Kontakt mit Blut, Sekreten oder Exkreten
- Umgang mit Erregern, gegen die alkoholische Händedesinfektionsmittel teilweise unwirksam sind (z. B. Clostridioides difficile aufgrund der Sporenbildung)
- Kontakt mit Schleimhäuten
- Kontakt mit nicht-intakter Haut
- Kontakt mit z. B. Zytostatika und Desinfektionsmitteln

Keine Indikationen bestehen in den folgenden Fällen, hier reicht die alleinige hygienische Händedesinfektion aus, z. B. bei:

- Körperlichen Untersuchungen ohne Kontakt zu Körperflüssigkeiten, Schleimhäuten und nicht-intakter Haut
- Umlagern, Mobilisieren oder Transportieren von Patient:innen
- Messen von Vitalzeichen (Blutdruck, Temperatur, Puls)
- Verabreichen von Mahlzeiten oder Anreichen von Essen
- Dokumentation und Computerarbeit
- Sonografie und vielen weiteren diagnostischen Tätigkeiten an intakter Haut



Abb. 1: Indikationen für den bewussten Gebrauch unsteriler Handschuhe. © KliMeG

verursacht ca. sechs Prozent der bundesweiten Treibhausgasemissionen und trägt damit erheblich zu einer Krise bei, die wiederum unsere Gesundheit massiv beeinträchtigt – durch Hitzewellen, Extremwetterereignisse, Luftverschmutzung und die Ausbreitung bisher in Deutschland unbekannter Infektionskrankheiten. [3] Vor diesem Hintergrund haben sich im KliMeG-Netzwerk bereits **über 350 Einrichtungen** auf den Weg gemacht, Klimaschutz im Krankenhaus konkret umzusetzen. Ein überraschend großer Hebel hierbei: Der Verbrauch nicht-steriler Handschuhe.

Analysen zeigen, dass Handschuhe **bis zu einem Prozent der Gesamtemissionen eines Krankenhauses** verursachen können [4]. Ihre Herstellung basiert überwiegend auf kunststoffbasierten Materialien; entlang der Produktions- und Lieferkette werden erhebliche Mengen Energie, Wasser und Chemikalien eingesetzt. Am Ende steht eine Entsorgung unnötig großer Mengen an Abfall, mit entsprechendem ökologischem Fußabdruck. Jeder eingesparte Handschuh reduziert daher nicht nur Kunststoff, sondern unmittelbar auch Emissionen und Ressourcenverbrauch.

2. HAUTGESUNDHEIT DES KRANKENHAUSPERSONALS

Beim Tragen von Handschuhen entsteht zwischen Haut und Handschuh häufig eine sogenannte feuchte Kammer, die die Haut aufweicht und anfälliger für Irritationen und Ekzeme macht. Wer seltener Handschuhe trägt, berichtet von weniger Hautproblemen und weniger Belastung durch Schwitzen.

3. EMPATHISCHER PATIENT:INNEN-KONTAKT

Berührungen ohne Handschuhe wird von vielen Patient:innen als wärmer, direkter und empathischer erlebt. Gerade in pflegerischen und ärztlichen Situationen, in denen keine Indikation für Handschuhe besteht – etwa beim Eincremen, bei der Mobilisation oder bei der körperlichen Untersuchung ohne Kontakt zu Körperflüssigkeiten – kann direkter Hautkontakt das Erleben von

Jetzt aktiv werden!

Mit unserer Kampagne „Mit oder Ohne? – Handschuhe bewusst einsetzen“

Gemeinsam mit Kolleg:innen aus Hygiene, Pflege, OP-Management und Klimamanagement hat KliMeG die Kampagne „Mit oder Ohne? – Handschuhe bewusst einsetzen“ entwickelt. Unser Ziel ist, dass alle Gesundheitsberufler:innen genau wissen, **in welchen Situationen unsterile Handschuhe tatsächlich erforderlich sind – und dass Handschuhe niemals die hygienische Händedesinfektion ersetzen.**

Die Kampagne wurde mit Unterstützung der **Röchling-Stiftung** ins Leben gerufen. Die **KliMeG-Webseite** dient als zentrale Anlaufstelle, die alle Materialien bündelt, die für die Umsetzung in Ihrer Einrichtung benötigt werden:

- ✓ Wissenschaftlich geprüfte Informationen
- ✓ Poster zum Aushängen
- ✓ Info-Sheets mit Indikationen
- ✓ Schulungsfolien
- ✓ Praxisleitfaden
- ✓ Social Media-Vorlagen
- ✓ Kommunikationsbausteine für Intranet, Newsletter oder Stationsaushänge

Alle Materialien können **HIER** kostenlos heruntergeladen und an die eigene Klinik angepasst werden.

Fürsorge und Nähe stärken und damit den Genesungsprozess positiv beeinflussen.

4. ÖKONOMISCHE VORTEILE

Schließlich sind auch ökonomische Effekte messbar: Weniger Handschuhe bedeuten weniger Einkauf, weniger Abfallvolumen sowie geringere Entsorgungs- und Beschaffungskosten. In Zeiten knapper Budgets und steigender Preise ist dies ein überzeugender Nebeneffekt.

UMSETZUNG DER KAMPAGNE IM OP- UND STATIONSALLTAG

In der Praxis hat sich ein mehrstufiges Vorgehen bewährt. Zunächst melden sich interessierte Häuser über die Kampagnen-Website an und benennen eine:n Koordinator:in, die häufig aus dem Bereich Hygiene, Pflege, Klimamanagement oder dem Ärztlichen Dienst kommt. In einem *online* Start-Workshop werden die Kampagne erläutert, typische Fehlanwendungen dargestellt und erste Ideen für lokale Maßnahmen gesammelt.

Im nächsten Schritt formen viele Einrichtungen ein interdisziplinäres Projektteam aus Pflege, Ärzt:innen, Hygiene, Arbeitsschutz, Einkauf und Öffentlichkeitsarbeit. Dieses Team sichtet die Einkaufsdaten zum Handschuhverbrauch, identifiziert Schwerpunktbereiche – häufig OP, Notaufnahme oder Intensivstation – und definiert messbare Ziele.

Auf Station oder im OP selbst kommen anschließend die Kampagnenmaterialien zum Einsatz: Poster in Aufenthaltsräumen, Info-Sheets mit KRINKO-Indikationen an Desinfektionsmittelspendern und Handschuhboxen, kurze Schulungssessions im Rahmen bestehender Fortbildungen, Quiz-Formate für Teams oder Fallbeispiele in Morgenbesprechungen.

ERFAHRUNGEN AUS DER PRAXIS UND AUSBLICK

Mittlerweile beteiligen sich bereits über 50 Einrichtungen aktiv an der Kampagne – von großen Maximalversorgern über Fachkliniken bis zu Praxen und Pflegeeinrichtungen.

MIT oder OHNE?



Handschuhe bewusst einsetzen

Handschuhe ersetzen niemals eine hygienische Händedesinfektion!

Kontakt mit Körperflüssigkeiten



Kontakt mit Schleimhäuten



Kontakt mit geschädigter Haut



Kontakt mit Zytostatika und Flächen-Desinfektionsmittel



Begleitung und Transport von Patient*innen



Diagnostische und therapeutische Maßnahmen mit Berührung intakter Haut



Manipulation an Gefäßzugängen bei fehlendem Blutfluss



Intradermale, subkutane, intramuskuläre Injektionen (z.B. Impfen)



Gemeinsam für mehr Hygiene, gesündere Haut und mehr Umweltschutz

Einmalhandschuhe werden häufig in Situationen getragen, in denen sie nicht notwendig sind – aus Routine, Unsicherheit oder Zeitdruck. Dabei ist in vielen Fällen die alleinige hygienische Händedesinfektion die bessere Wahl – für Patient*innen, Personal und Umwelt!

Eine indikationsgerechte Nutzung bringt klare Vorteile:

- **Besserer Schutz vor Infektionen** – weil konsequente Händedesinfektion Krankheitserreger gezielt entfernt und Infektionen verhindert
- **Gesündere Haut** – weil weniger Handschuhe auch weniger Irritationen in Folge des feuchten Milieus bedeuten
- **Mehr Umweltschutz** – durch weniger Plastikmüll und geringere Emissionen bei Herstellung, Transport und Entsorgung

Wussten Sie schon?

Ein Krankenhaus aus unserem KliMeG-Netzwerk mit etwa 400 Planbetten verbraucht jährlich rund 3 Millionen Einmalhandschuhe. Das entspricht etwa 78 Tonnen CO₂-Emissionen und 9 Tonnen Abfall – allein durch Handschuhe. Zum Vergleich: Ein einziges Paar Handschuhe verursacht so viel CO₂ wie 58 hygienische Händedesinfektionen.

Wichtig ist dabei: Auch nach dem Ausziehen der Handschuhe muss immer eine Desinfektion der Hände erfolgen. Das konkrete Vorgehen – insbesondere bei komplexen Situationen – sollte stets in enger Abstimmung mit dem zuständigen Hygienefachpersonal und der Arbeitsmedizin erfolgen.

In fachlicher Kooperation mit dem Institut für Infektionsprävention und Krankenhaushygiene, Universitätsklinikum Freiburg



Mehr Infos unter:
<https://klimeg.de/mit-oder-ohne/>

Gefördert durch:



Kompetenzzentrum
für klimaresiliente Medizin
und Gesundheitseinrichtungen

In den monatlichen *online* Austauschformaten berichten viele von ähnlichen Mustern: Einem sehr hohen Ausgangsverbrauch, teils verunsicherten Teams nach der Pandemie und der Erfahrung, dass schon kleine Interventionen spürbare Effekte haben können. Gerade im perioperativen Management ist der bewusste Umgang mit Einmalhandschuhen ein naheliegender Baustein für eine nachhaltigere und sicherere Versorgung. Er verbindet zentrale Ziele chirurgischer Einrichtungen: Hohe Patient:innen-Sicherheit, guter Arbeitsschutz, effiziente Prozesse und eine Reduktion des ökologischen Fußabdrucks.

Am Ende ist die Frage „Mit oder Ohne?“ keine Detailfrage, sondern ein Symbol für einen größeren kulturellen Wandel: Weg von reflexhaften Routinen, hin zu bewussten Entscheidungen auf Basis von Evidenz.

Wenn es gelingt, dass Gesundheitsberufler:innen im perioperativen Setting diese Frage immer wieder kurz stellen – und informiert beantworten – ist viel gewonnen: Infektionsschutz, Hautgesundheit, Klimaschutz. In einem Wort zusammengefasst: Gesundheitsschutz.

LITERATUR

- [1] Bellini C, Eder M, Senn L, Sommerstein R, Vuichard-Gysin D, Schmiedel Y et al. Providing care to patients in contact isolation: is the systematic use of gloves still indicated? *Swiss Med Wkly* 2022; 152:w30110. doi: 10.4414/SMW.2022.w30110.
- [2] Robert-Koch-Institut. Kommentar der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) zum indikationsgerechten Einsatz

medizinischer Einmalhandschuhe im Gesundheitswesen. *Epidemiologisches Bulletin* 2024;3–15 [Stand: 04.12.2025]. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Epidemiologisches-Bulletin/2024/10_24.pdf?__blob=publicationFile&v=3.

- [3] Traidl-Hoffmann C, Schulz CM, Herrmann M, Simon B, Hrsg. *Planetary health: Klima, Umwelt und Gesundheit im Anthropozän*. Berlin: MWV; 2021. Verfügbar unter: <https://www.beck-elibrary.de/10.32745/9783954666737>.
- [4] Schneider M, Michael J. Nachhaltiger Einkauf in der Charité. *Nachhaltiger Einkauf in der Klinik* 2025;18–9 [Stand: 04.12.2025]. Verfügbar unter: <https://epaper.nachhaltige-beschaffung.com/p/special-interest/24-06-25/r/10/18-19/8695/1950013>. 





BDC | Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.

Hybrid-Veranstaltung

Wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. med. Christian Kleber

Klick!
Jetzt
anmelden!

Facharztseminar
Orthopädie/Unfallchirurgie
Leipzig und online, 18. – 21. März 2026



J. - P. Stahl



B. Berner



K. Dragowsky



T. Ideker

T. Schmitt



F. Sinning



12. D-Arztforum in Dortmund

Dirk Arbter, Jens-Peter Stahl

KLARE KANTE IN DER GESUNDHEITSPOLITIK UND NEUE IMPULSE FÜR DIE UNFALLVERSORGUNG

„Das wird stark“, hatte BDD-Präsident Dr. Jens-Peter Stahl im Vorfeld versprochen – und er sollte Recht behalten. Vom 4. bis 6. Dezember 2025 versammelten sich Durchgangsarztinnen und -ärzte, deren ständigen Vertreter und Vertreterinnen sowie Vertreter der gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), der Kassenärztlichen

Bundesvereinigung (KBV) und des BNC zum 12. D-Arztforum in Dortmund. Inhaltlich bot das Forum ein breites Spektrum seitens der Ärztekammer und der DGUV zertifizierter Fortbildungen in der Kindertraumatologie, Begutachtung und im Rehamanagement.

In der Kindertraumatologie wurden neben den immerwährenden Themen typischer Verletzungen und deren Behandlung vor allem auch das Management von Komplikationen offen angesprochen und diskutiert.

**Korrespondierender Autor:****Dr. med. Dirk Arbter**

Orthospine Magdeburg

Lübecker Straße 32

39124 Magdeburg

dirk-arbter@t-online.de

**Dr. med. Jens-Peter Stahl**

Direktor

Klinik für Unfall-, Hand- und

Wiederherstellungschirurgie

Klinikum Dortmund gGmbH

In der Begutachtung erläuterten Experten aktuelle Urteile und gaben praktische Tipps für die rechtssichere Erstellung von Gutachten, einem Bereich, der für viele D-Ärzte zunehmend an Komplexität gewinnt.

In der Session Rehamedizin und Rehamanagement wurden unter anderem neue digitale Konzepte in der Nachbehandlung von Unfallverletzten vorgestellt.

Alle drei Kurse waren mit hochrangigen Referenten besetzt und das Niveau der Veranstaltung lag entsprechend hoch, was von den Teilnehmern auch sehr wertschätzend kommuniziert wurde.

Die politische Positionierung des Durchgangsarztes in einem zunehmend digitalisierten und ökonomisch angespannten Gesundheitswesen stand in diesem Jahr im Fokus. Die Stärkung und Abgrenzung des SGB VII zum SGB V wurde eindringlich gefordert, um die hohe Qualität der Versorgung gesetzlich Unfallversicherter weiter gewährleisten zu können. So dürfen etwa Regelungen des SGB V nicht einfach in den Wirkungsbereich des SGB VII übernommen werden. Der Nachwuchs in der D-Arzt Praxis muss zudem mehr angesprochen werden, um das System der Behandlung Unfallverletzter weiter flächendeckend aufrecht erhalten zu können. Dies bedeutet auch, dass die ambulante D-Arztpraxis in die Ausbildung des Nachwuchses miteinbezogen werden sollte.

POLITISCHER VORMITTAG: DIALOG AUF AUGENHÖHE

Ein Höhepunkt der Veranstaltung war der „Politische Vormittag“ am Samstag, den 6. Dezember. In einer Zeit, in der die ambulante und stationäre Notfallversorgung gleichermaßen unter Druck stehen und neue Strukturen z. B. in den Zentralen Notaufnahmen eingeführt wurden und stetig geschärft werden, betont der Bundesverband der Durchgangsarzte e. V., dass den Anforderungen der unfallchirurgischen Primärversorgung u. a. mit der Aufgabe der primär hoheitlichen Tätigkeit des D-Arztes

Rechnung getragen werden muss. Diskutiert wurde diesbezüglich auch die Umsetzung der durchgangsarztlichen Versorgung in der Zentralen Notaufnahme eines Hauses als organisatorische Herausforderung, da die strengen formalen Vorgaben der DGUV mit den hochfrequenten Abläufen einer interdisziplinären Zentralen Notaufnahme in Einklang gebracht werden müssen. Die Umsetzung dieser Prozesse sollten in den einzelnen Häusern durch die DGUV überwacht werden. Die primäre Diagnostik und Versorgung eines Unfallpatienten bedarf eines Unfallchirurgen, eines weisungsungebundenen D-Arztes!

Diskutiert wurden die aktuellen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen, die die Arbeit der D-Ärzte massiv beeinflussen. Eine zentrale Forderung blieb die angemessene Honorierung hochspezialisierter Leistungen, die D-Ärzte täglich erbringen. „Wir sind Partner der DGUV, aber wir brauchen eine Partnerschaft, die auch die wirtschaftlichen Realitäten der Kliniken und Praxen abbildet“, so der Tenor der berufspolitischen Debatten. Während die Einnahmen nach der Reform der UV-GOÄ im Juli 2025 um 4,41 % gestiegen sind, so liegen die Kostensteigerungen für Personal, Material und Energie eher im Bereich von 8–10 %.

Die Anwesenheit von Vertretern aus Politik und Selbstverwaltung auf dem D-Arzt-Forum ermöglichte einen direkten und konstruktiven Schlagabtausch über die Zukunft des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens. Alle Teilnehmenden waren sich darüber einig, dass es sich bei dem Heilverfahren auf der Basis des SGB VII um ein System mit einer hohen Qualität und Struktur handelt, das unbedingt zukunftsicher weiterentwickelt werden und sich zudem eindeutig von den Maßgaben des SGB V abgrenzen muss. Das verfahren ist hocheffizient, was sich auch in den Bemühungen um eine stete Ausweitung der Versicherten (Bundespolizei, Bundeswehr) zeigt.

Diesbezüglich ist die Situation spezialisierter D-Arzt-Praxen und -Kliniken von

Arbter D, Stahl JP: 12. D-Arztforum in Dortmund. Passion Chirurgie. 2026 Januar/Februar; 16(01/02): Artikel 05_03.



www.bdc.de

einem erheblichen Kostendruck gekennzeichnet, um den hohen Anforderungen einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Verletzten mit allen erforderlichen Mitteln gerecht werden zu können. Es gilt wirksam drohendem Personal- und Leistungseinschränkungen entgegenzuwirken.

Eine wirkliche Weiterentwicklung ist im ambulanten, aber auch stationären Bereich nur mit gemeinsamer Anstrengung aller Durchgangsarzte und ihrem Engagement möglich.

NETWORKING IN WESTFÄLISCHER ATMOSPHÄRE

Dass der kollegiale Austausch nicht zu kurz kam, dafür sorgte das Rahmenprogramm. Der Tagungsort in den Räumlichkeiten der traditionsreichen Dortmunder Actien-Brauerei bot den passenden Hintergrund für das „Get-together“ im historischen Sudhaus am Freitagabend. In persönlichen Gesprächen über Sektorengrenzen hinweg tauschten sich Niedergelassene und Klinikärzte bei hervorragender italienischer Musik über die Versorgungsrealitäten aus.

FAZIT

Das 12. D-Arzt Forum hat erneut bewiesen, dass es mehr ist, als eine reine Fortbildungsveranstaltung. Es ist das zentrale Sprachrohr einer Berufsgruppe, die als Rückgrat der traumatologischen Versorgung in Deutschland fungiert. Mit einem klaren Auftrag für die politische Arbeit und frischem Fachwissen im Gepäck blicken die Teilnehmer nun auf das kommende Jahr 2026. 





BDC | Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.

Live-Webinar

Wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. med. Lars Gerhard Großterlinden,
 Hamburg

Osteosyntheseverfahren an der oberen Extremität

24. März 2026

Klick!
 Jetzt
 anmelden!



Tatjana Mischke erhält den BDC-Journalistenpreis 2025 für „Kliniken am Limit – wer überlebt die Krankenhausreform?“

Berlin, den 02.12.2025 – Die Journalistin Tatjana Mischke hat 2025 für ihren Beitrag „Kliniken am Limit – wer überlebt die Krankenhausreform?“ – den Journalistenpreis des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgie e.V. (BDC) erhalten. Der BDC-Vorstand überreichte ihr den Preis im Rahmen der Präsidiumssitzung des Verbands am 28. November 2025.

„Überzeugt hat die Jury die hohe gesundheitspolitische Relevanz des gewählten Themas. Außerdem gelingt es Tatjana Mischke, das sehr komplexe Thema Krankenhausreform, das in unserem ohnehin schon schwer durchschaubaren Gesundheitssystem angesiedelt ist, fundiert und anschaulich zu beschreiben. Die Auswirkungen der Krankenhausreform



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](#).

Dr. J.-A. Rüggeberg, Dr. P. Kalbe, Prof. Dr. Dr. h.c. H.-J. Meyer, T. Mischke, Dr. F. Burgdorf (v.l.n.r.)

beschäftigen den BDC und die gesamte medizinische Gemeinschaft bereits intensiv auf der fachlich-politischen Ebene. Wir freuen uns, wenn das Thema durch solche journalistischen Arbeiten der Bevölkerung nähergebracht werden“, so Prof. Dr. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, Präsident des BDC in seiner Laudatio.

Die 45-minütige Reportage ist am 17. September dieses Jahres im SWR erschienen und in der Mediathek abrufbar. Tatjana Mischke hat zur Krankenhausreform umfassend recherchiert und stellt sie differenziert und faktenbezogen auf allen Ebenen – Politik, Kliniken und Patienten allgemeinverständlich dar. Auf Patientenebene beschreibt sie konkrete Fälle, auf die die Reform unmittelbare Auswirkungen hat und unternimmt mit einem Ärzteteam sogar eine simulierte Notfalleinfahrt zu einer Klinik. Die Redakteurin konnte

relevante Entscheidungsträgerinnen und -träger, sowohl von Seiten der Ärzteschaft und Kliniklandschaft als auch aus der Politik, als Interviewpartner gewinnen, wodurch die Zuschauenden Einblicke zum Thema aus verschiedenen Perspektiven bekommen können.

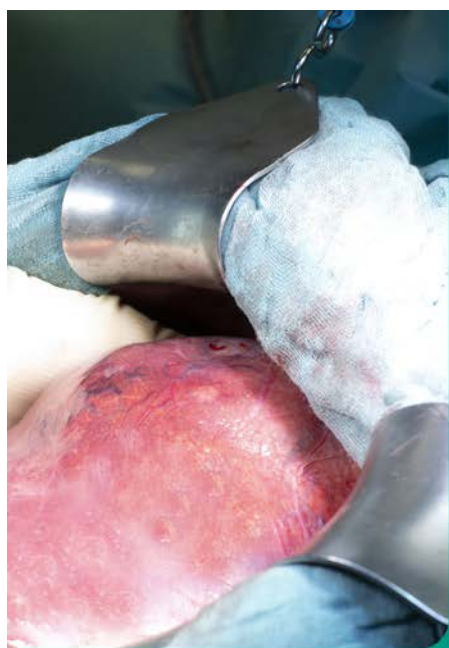
Mischkes Beitrag hat sich gegen 37 weitere hochwertige Bewerbungen durchgesetzt. Auf die Frage, warum sie sich mit dem Thema beschäftigt hat, antwortet die Journalistin: „Mich hat interessiert, ob die Krankenhausreform in der Lage sein wird, die grundlegenden Veränderungen, die besonders die stationäre Versorgung braucht, anzustoßen. Während sich die Branche bei der Analyse des Missstandes weitgehend einig zu sein scheint, gibt es sehr unterschiedliche Antworten auf die Frage, wie man Verbesserungen erreichen kann. Nach einer längeren Beschäftigung würde ich

heute dringend fordern, dass die heute vorhandenen Auswirkungsanalysen zur Krankenhausreform transparenter in Bezug auf die angewendeten Parameter und für die ländliche Bevölkerung verständlicher kommuniziert sein müssten.“

Der BDC-Journalistenpreis wird seit 2014 einmal jährlich verliehen. Der preisgekrönte Beitrag soll die Faszination der Chirurgie einem breiten Publikum vermitteln. Die besten Chancen haben Beiträge, die aktuelle Leistungen in der Chirurgie aus Ärzte- oder Patientensicht, Entwicklungen auf diesem Gebiet oder die Chirurgie betreffende medizinische oder gesundheitspolitische Auswirkungen thematisieren.

Hier geht es zum Beitrag...

Mehr zum BDC-Journalistenpreis auf [bdc.de](https://www.bdc.de) 



Präsenz-Seminar

Wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. med. Gero Puhl

Facharztseminar

Allgemein- und Viszeralchirurgie

Berlin, 16. – 20. März 2026

Klick!
Jetzt
anmelden!



SEHR PERSÖNLICH NACHGEFRAGT BEI FREDERIK SCHLOTTMANN

Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?

Das Schönste für mich an der Plastischen Chirurgie ist die Vielfalt und die Individualität jedes einzelnen Falles. Basierend auf theoretischen Kenntnissen müssen oft kreative und passgenaue Lösungen entwickelt und die Patient:innen ganzheitlich betrachtet werden.

Welchen klinischen Schwerpunkt haben Sie?

Ich interessiere mich für mikrochirurgische Rekonstruktionen und die Handchirurgie in ihren Facetten.

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

Novotny MJ, Fast A, Radtke C. Transformative role of artificial intelligence in plastic and reconstructive surgery: innovations, applications and future directions. *Art Int Surg.* 2024;4:376-86. <http://dx.doi.org/10.20517/ais.2024.52>

Welches Buch liegt auf Ihrem Nachttisch?

Brené Brown – Atlas of the Heart: Mapping Meaningful Connection and the Language of Human Experience

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

Faber – Alles Gute

Was war für Ihr berufliches Fortkommen besonders hilfreich?

Ich hatte bisher immer gute Vorbilder, die mich menschlich und persönlich inspirieren und motivieren konnten.

Was war Ihre größte Inspiration?

Ein begeisterter Dozierender in einem klinischen Wahlfach im 2. Studienjahr, der mich überhaupt erst zur Hand- und Plastischen Chirurgie gebracht hat.

Welches Forschungsthema bearbeiten Sie?

Hautersatzverfahren – von der Zellkultur bis zur klinischen Anwendung bei Schwerbrandverletzten

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

Die großflächige Behandlung von Verbrennungswunden mit atmosphärischem Kaltplasma bei multiresistenter Erregerbesiedlung.

Welche persönlichen Visionen möchten Sie gerne umsetzen?

Als Chirurg mit Führungsverantwortung möchte ich ein zukunftsorientiertes, hochwertiges und familienfreundliches Konzept für die

Klinik erarbeiten und auch selbst vorleben. Für den Nachwuchs muss man mit gutem Beispiel vorangehen.

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

Das Thema Weiterbildung – ohne eine adäquate Ausbildung des chirurgischen Nachwuchses stehen wir in wenigen Jahren vor riesigen Problemen und Versorgungsengpässen.

Wann platzt Ihnen der Kragen?

Unehrlichkeit und Unkollegialität machen mich verrückt.

Wie gehen Sie mit Frustrationen um?

Offen und ehrlich im Team darüber zu sprechen halte ich für wichtig. Den Rest der Frustration kann ich beim Joggen im Wald gut verarbeiten.

Ihr wichtigstes Hobby?

Mit unserem Van durch Europa reisen. Segeln, um den Kopf frei zu kriegen.

Wo werden Sie schwach?

Schokolade in allen Formen und Farben.

Was bringt Sie zum Lachen?

Ich lache gerne, viel und laut, auch mal unpassend im Kino.

Was gehört für Sie zu einem gelungenen Tag?

Ein guter, starker Kaffee und ein nettes Gespräch, das zum Denken anregt.

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

Ich versuche in einem persönlichen Gespräch, die Beweggründe zu erfahren und gemeinschaftlich eine Lösung zu finden.

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

Primär probiere ich mit positivem Beispiel voran zu gehen und Erfahrungen an jüngere Kolleginnen und Kollegen weiter zu geben, damit sie nicht die gleichen Fehler wiederholen müssen.

Muss eine Chirurgin/ein Chirurg Optimismus ausstrahlen?

Realismus kommt vor Optimismus. Es ist alles eine Frage der Kommunikation.

AUS DER
DGCH

Dr. med. Frederik Schlottmann

Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie
Sprecher des Jungen Forums der DGPRÄC
Stv. Sprecher des Perspektivforums Junge Chirurgie der DGCH
Klinik für Plastische, Ästhetische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie
Medizinische Hochschule Hannover
Verheiratet, keine Kinder
Preisträger des Wissenschaftspreis der DGPRÄC 2021
Preisträger des Wolfgang Müller-Osten-Preises 2025

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

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



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

Die diesjährige Herbsttagung „Medizin & Recht im Dialog“* der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) fand am 17. und 18. Oktober 2025 in Essen statt. Wie immer bei dieser Veranstaltungsreihe wurden drei Themenbereiche durch äußerst kompetente Referierende vorgestellt und umfänglich diskutiert.

GRENZEN DER ÄRZTLICHEN THERAPIEFREIHEIT BEI EVIDENZBASIERTER MEDIZIN

Die in diesem Kontext relevanten standesrechtlichen Aspekte wurden von Prof. Dr. iur. Dr. rer. medic. Erik Hahn aus Zittau/Görlitz vorgestellt. Das Standesrecht, ein Landesrecht nach Art. 70 I GG, ist Ausdruck ärztlicher Selbstverwaltung in Form untergesetzlicher Normen und nicht gleichzusetzen mit dem Berufsrecht. Dadurch ist eine Trennung zwischen Berufszugang und -ausübung möglich. Aus dem Standesrecht ergibt sich keine zivilrechtliche Pflicht zur Standeswahrung. Die Funktionen und die Wirkung standesrechtlicher Normen dienen der Grundlage und Form der Selbstverwaltung freier Berufe und ermöglichen z. B. die Durchführung eigenständiger berufsrechtlicher Verfahren. Die durch das Standesrecht adressierten Verhaltensweisen im Kontext der

Therapiefreiheit (gem. MBO-Ä) umfassen die Versorgung, die Kommunikation und die Kollegialität. In diesem Zusammenhang gilt das Gebot der gewissenhaften und weisungsfreien Berufsausübung unter Anwendung geeigneter Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.

Nach einem Urteil des Oberverwaltungsgerichtes Brandenburg Berlin vom 28.02.2019 (OVG 90 H 2.18) verpflichtet die Pflicht zur gewissenhaften Berufsausübung den Arzt zu einer besonders sorgfältigen Vorgehensweise. Dazu gehört dann auch die Beachtung der allgemein anerkannten Regeln der ärztlichen Wissenschaft, wobei allerdings eine individuelle Präferenz vom Standard abweichender Verfahren und Sichtweisen mit sachlicher Einordnung in den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse möglich ist. Hinsichtlich etwaiger Abweichungen vom Standard ist bemerkenswert, dass es dazu kaum dokumentierte gerichtliche Entscheidungen gibt. Argumente für die grundsätzliche Zulässigkeit ergeben sich allerdings aus § 630a Abs. 2 BGB: „Die Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist.“ Ferner ist eine Prüfung an den Maßstäben für Aufklärung und berufliche Kommunikation zu orientieren. Der

* In diesem Bericht werden z. T. Zitationen aus den Vortragsfolien der Referent:innen verwendet, ohne dass dies hier kenntlich gemacht wird. Der Text ermöglicht eine klare Zuordnung des Geschriebenen zu den jeweiligen Vortragenden. Darüber hinaus sind alle Vorträge über die [Homepage der AWMF](#) unter abrufbar. Der Bericht ist mit den Ko-Vorsitzenden der Veranstaltungsreihe, Herrn Prof. Dr. iur. Henning Rosenau, Halle, und Herrn Prof. Dr. med. Rainer Hellweg, Berlin, abgestimmt.

Referent stellte in Frage, ob die „Ärztekammer als tauglicher Wächter gewissenhafter Berufsausübung beim Verlassen evidenzbasierter Medizin“ (Zitat aus dem Vortrag) anzusehen ist. Am Beispiel der Homöopathie verwies Prof. Hahn in diesem Kontext auf einige Entscheidungen der Landesärztekammern (Vgl. Beschl. LÄK Bay 2021, LÄK BW 2024, LÄK ST 2019 usw.: Streichung der Zusatzweiterbildung „Homöopathie“ aus der WBO (vgl. Beschl. 124. DÄT 2022)). Darüber hinaus haben Ärzte mit Blick auf das Standesrecht und die ärztliche Therapiefreiheit darauf zu achten, dass eine Beschränkung auf sachliche Informationen erfolgt und auf Kollegialität geachtet wird. Dabei gilt im Rahmen der Kollegialität und der Kommunikation das Gebot der Meinungsfreiheit zu bedenken, das gerade auch für die berufliche Kommunikation gilt.

Mit Blick auf die Berufsausübungsfreiheit können sich standesrechtliche Beschränkungen im Licht der Grundrechte dann ergeben, wenn die Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung als besonders wichtiges Gemeinschaftsgut einen Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit rechtfertigt. Ferner können sich standesrechtliche Beschränkungen aus der europäischen Gesetzgebung ergeben. Hier sei insbesondere der Schutz der Meinungsäußerungsfreiheit (Art. 11 I GRCh) und der Berufsausübungsfreiheit (Art. 15 GRCh) erwähnt. Der Referent beendete seinen Vortrag mit dem Verweis auf den ärztlichen Eid in der Universitätsverordnung der Universitäten Leipzig und Wittenberg aus dem Jahr 1580, in dem sich die Ärzte zu gewissenhaftem Arbeiten und Kollegialität verpflichteten. Zumindest aus ärztlicher Sicht war dem wenig hinzuzufügen!

Anschließend referierte Frau Prof. Dr. phil. Dipl.-Phys. Müller von der Charité zu dem Thema aus medizinethischer Sicht. Dabei setzte sich die Referentin zunächst mit der Kritik an der Evidenz-basierten Medizin (EbM) auseinander. So sind die Zielgrößen vieler Studien nicht klinisch relevant und statistische Signifikanz wird mit klinischer Relevanz verwechselt. Darüber

hinaus bestimmt die Pharmaindustrie weitgehend die EbM und sorgt durch Festlegung von Zielgrößen, Studiengröße und Einschlusskriterien sowie nachträgliche Subgruppenanalysen für statistisch signifikante Ergebnisse, die dann in Leitlinien übernommen werden. Die Studienpopulationen sind idealisiert (Alter, Geschlecht, Komorbiditäten) und daher nicht repräsentativ für das reale Patientenkollektiv, so dass EbM-basierte Leitlinien schlecht zu vielen, insbes. multimorbiden Patienten, passen.

Viele notwendige Studien werden mangels Finanzierung unterlassen, insbesondere solche mit Medikamenten ohne Patentschutz, billigen Nahrungsergänzungsmitteln oder Lebensstilveränderungen. Last, but not least macht die Masse an Evidenz-basierten Leitlinien diese schwer handhabbar. Darüber hinaus wies Frau Prof. Müller u. a. darauf hin, dass Studien oft nicht den für die Patienten relevanten Outcome untersuchen und die Behandlungsziele und Akzeptanz von Risiken und Nebenwirkungen stark abhängig von den Zielen und Werten sowie der Lebenssituation der individuellen Patienten sind. Ferner droht eine Einschränkung der ärztlichen Therapiefreiheit, indem lokale und individuelle Besonderheiten unberücksichtigt bleiben und Ärzte nur noch Regeln befolgen, statt mit eigener klinischer Expertise zu behandeln. Die klinische Erfahrung wird durch die Fokussierung auf externe Evidenz abgewertet. Daraus resultieren Einschränkungen der Behandlungsoptionen für Patienten. Dabei gilt zu beachten, dass sich die Kritik nicht gegen das Konzept der Evidenz-basierten Medizin, sondern gegen Probleme in der praktischen Anwendung richtet. Die Referentin unterstrich, dass EbM bedeutet, die externe wissenschaftliche Evidenz mit der klinischen Expertise und den Wünschen der Patienten zu integrieren, und dass lokale medizinische Kontextfaktoren berücksichtigt werden sollten. Demnach eröffnet die Praxis der EbM viel mehr Spielraum für die ärztliche Therapiefreiheit als das enge Verständnis von EbM annehmen lässt. Vor diesem Hintergrund bietet die EbM aus medizinethischer Sicht

einen großen Spielraum für die ärztliche Therapiefreiheit.

DAS AKTUELLE URTEIL: URTEIL DES BGH VOM 05.12.2023 – VI ZR 108/21 (OLG KOBLENZ): BEWEISRECHTLICHE BEDEUTUNG DER BEHANDLUNGSDOKUMENTATION

Frau Prof. Dr. iur. Cramer von der SOH-Kanzlei in Essen stellte ein aktuelles Urteil des BGH aus dem Jahr 2023 vor. In dem Urteil geht es um die beweisrechtliche Bedeutung der Behandlungsdokumentation. Im Jahr 2009 stellte sich die schwangere Mutter im Krankenhaus vor. Die Behandlung erfolgte durch eine gynäkologische und geburtshilfliche Gemeinschaftspraxis. Die Beklagten zu 2) und 3) waren die Belegärzte, der Beklagte zu 4) war angestellter Assistenzarzt in Weiterbildung bei der Praxis. Die Beklagte zu 5) war Beleghebamme. Der Sachverhalt stellte sich wie folgt dar: Nach initialer Behandlung ab 08:00 Uhr durch eine angestellte Hebamme des Krankenhauses übernahm die Beklagte zu 5) ab 11:00 Uhr die Behandlung. Das CTG war ab 15:00 Uhr pathologisch, ab 15:30 Uhr eindeutig pathologisch und ab 15:55 Uhr hoch pathologisch. Eine Reaktion erfolgte nicht. Die Hebamme behauptete, den Beklagten zu 4) um 19:10 Uhr mit Hinweis auf ein auffälliges CTG verständigt zu haben. Um 19:36 Uhr sei ein Anruf mit der Bitte erfolgt, den Kreißaal aufzusuchen. Der Beklagte zu 4) traf um 19:45 Uhr im Kreißaal ein. Das CTG zeigte eine Bradykardie. Es erfolgte die Information des Beklagten zu 2 (Facharzt), der eine eilige Sectio anordnete. Das Kind wurde um 20:20 Uhr als schlaffes Neugeborenes tot geboren, ein OP-Bericht über den Kaiserschnitt fehlte. Die Dokumentation der Beklagten zu 5) zeigte: „Übernahme der Entbindenden um 11.00 Uhr am 10.09.2009, Veranlassung von CTGs um 15:00 Uhr, 15:30 Uhr, 15:55 Uhr; Eintrag 19:10 Uhr DIP I, H.S (Beklagter zu 4) CTG gezeigt, 19.36 Uhr Anruf des Beklagten zu 4) mit der Aufforderung in den Kreißaal zu kommen“ (Zitat aus dem Vortrag). Der Beklagte zu 4) dokumentierte wie folgt: „Information durch die Hebamme über stationäre Aufnahme

am Nachmittag, 16:20 Uhr Information über Blasensprung und Eröffnung des Muttermundes bis auf 7 cm, keine Information über CTG, 19:36 Uhr Anruf durch die Hebamme, Muttermund sei vollständig, selbständiges Aufsuchen des Kreißsaales, Feststellung der Bradykardie anhand des CTGs“ (Zitat aus dem Vortrag). Der Beklagte zu 2) dokumentierte als Nachtrag am Folgetag: „Geburtsbetreuung durch die Hebamme, keine Information an ihn oder seinen Kollegen, 18:00 Uhr Nachfrage bei der Hebamme nach dem Befund und dem CTG, Hinweis auf Eröffnung des Muttermundes bis 7 cm, ein DIP im CTG, dann Normalisierung, 19:55 Uhr Anruf durch den Assistenzarzt, Aufforderung in den Kreißsaal zu kommen, sofortiger Entschluss zur Sectio Caesarea, massiver Abfall des Herztons, 20:15 Uhr sofortiger Entschluss zur Notsectio mangels feststellbarer Herzöne, 20:20 Uhr Entbindung eines schlaffen Neugeborenen“ (Zitat aus dem Vortrag).

Erstinstanzlich war die Beklagte zu 5) verurteilt worden. Die Klägerseite legte Berufung ein. Beim OLG Koblenz wurden daraufhin die Beklagten zu 1-4) in die Haftung genommen. Anschließend legten die Beklagten zu 1-4) Berufung ein, so dass der Fall zum BGH ging.

Die Bedeutung der ärztlichen Dokumentation ergibt sich aus den gesetzlichen Regelungen des § 630f BGB. Danach ist der Behandelnde zum Zweck der Dokumentation im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung verpflichtet, eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Ferner ist der Behandelnde verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und deren Wirkungen, Eingriffe und deren Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Berichtigungs- und Änderungseintragung in der Papierakte sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen

worden sind. Dies ist auch für elektronisch geführte Patientenakten sicherzustellen (Manipulationssicherheit erforderlich). Eine negative Indizwirkung der Dokumentation ergibt sich nach § 630h Abs. 3 BGB. Hat der Behandelnde eine medizinisch gebotene wesentliche Maßnahme und ihr Ergebnis nicht in der Patientenakte aufgezeichnet oder hat er die Patientenakte nicht aufbewahrt, wird vermutet, dass er diese Maßnahme nicht getroffen hat. Demgegenüber ergibt sich eine positive Indizwirkung (zugunsten des Arztes) bei plausibler, zeitnaher und formell korrekter Dokumentation, die als Beweis gilt, dass Maßnahmen tatsächlich durchgeführt wurden. Es gilt hier die Beweisregel nach § 416 ZPO, wonach eine Privaturkunde den vollen Beweis der Erklärung des Ausstellers begründet. Es muss betont werden, dass die Indizwirkung nicht automatisch gegeben ist und Zweifel oder Widersprüche in der Dokumentation diese entkräften können.

Die Leitsätze aus dem BGH-Urteil – das Verfahren wurde an das OLG zurückverwiesen, weil die Dokumentation die Beklagten zu 1) bis 4) entlastete (tatsächliche Vermutung, dass die Dokumentation richtig war) – können dahingehend zusammengefasst werden, dass „einer ordnungsgemäßen, zeitnah erstellten Dokumentation in Papierform oder elektronisch, die keinen Anhalt für Veränderungen, Verfälschungen oder Widersprüchlichkeiten bietet, zugunsten der Behandlungsseite Indizwirkung zukommt. In die Beweiswürdigung sind alle vom Beweisgegner vorgebrachten Gesichtspunkte einzubeziehen. Der Beweisgegner muss nicht die inhaltliche Richtigkeit der Dokumentation widerlegen. Ihm obliegt nicht der Beweis des Gegenteils. Vielmehr genügt es, wenn er Umstände dartut, die bleibende Zweifel daran begründen, dass das Dokumentierte der Wahrheit entspricht. So verhält es sich insbesondere, wenn der Beweisgegner Umstände aufzeigt, die den Indizwert der Dokumentation in Frage stellt. An dem erforderlichen Indizwert der Dokumentation fehlt es dann, wenn der Dokumentierende Umstände in der Patientenakte

festgehalten hat, die sich zu Lasten des im konkreten Fall in Anspruch genommenen Mitbehandlers (Beweisgegners) auswirken, und nicht ausgeschlossen werden kann, dass dies aus eigenem Interesse an einer Vermeidung oder Verringerung der eigenen Haftung erfolgt ist“ (Zitat aus dem Vortrag).

ORGANISATION VON NOTAUFNAHMEN

Aus medizinischer Sicht wurde das Thema von Herrn Dr. Bayeff-Fillof aus Rosenheim dargestellt. Zunächst erläuterte der Referent, wie das BMG der Bevölkerung das Prinzip der Notaufnahme erklärt und wann sie aufgesucht werden sollte. In der Realität werden Notaufnahmen in der Mehrzahl der Fälle während normaler Praxisöffnungszeiten und auf eigene Initiative, also ohne Rettungswagen, aufgesucht. Wenn alle Patienten statt einer Notaufnahme die Praxisärzte konsultieren würden, würde eine erhebliche Entlastung der Notaufnahmen resultieren, die sich dann auf Ihre Hauptaufgaben konzentrieren könnten. Der Referent räumte mit der Einschätzung auf, dass die Notaufnahme zu einer Mehrzahl an stationären Fällen führt. Die Zahlen des Klinikum Rosenheim zeigen, dass von Selbsteinweisen, Rettungsdiensten und Vertragsärzten nach Zuweisung 85 %, 41 % bzw. 47 % der Patienten ambulant geblieben sind. In diesem Zusammenhang hat sich zudem in den letzten Jahren der Trend verstärkt, dass der ärztliche Bereitschaftsdienst immer weniger, die Notaufnahmen jedoch immer häufiger in Anspruch genommen werden.

Sodann wurden die geforderten Strukturen, deren Sinn und Unsinn sowie die Machbarkeit dargestellt. Zunächst ist zwischen Basis-, erweiterter und umfassender Notfallversorgung zu unterscheiden. Eine 24/7 Vorhaltung der Versorgungsbereitschaft der Akutkliniken mit Notfallstufe ist zu gewährleisten. Dabei ist die Organisation so zu gestalten, dass der Patient mit einem Herzinfarkt an der Notaufnahme vorbei direkt in das Herzkatheterlabor gefahren wird.

Die Ersteinschätzung in der Notaufnahme hat binnen zehn Minuten nach Eintreffen z. B. mit dem Manchester Triage System zu erfolgen. In diesem Kontext thematisierte der Referent die zunehmende Gewaltbereitschaft von Patienten und Angehörigen, so dass die Organisation einer Notaufnahme den Schutz der Mitarbeitenden zu berücksichtigen hat. Nach den GBA-Kriterien muss die Notaufnahme die Anlaufstelle für alle Notfallpatienten sein und organisatorisch z. B. feste Übergabepunkte für den Rettungsdienst und eine suffiziente technische Ausstattung bereithalten. Auch kommen alle Ärzte zum Patienten und eine Verbringung ist nicht vorgesehen. Die gemeinsame elektronische Dokumentation ist unerlässlich. Die Strukturen müssen an die zeitkritische Versorgung von Hochrisikopatienten angepasst werden (Anzahl Schockräume, Hubschrauberlandeplatz mit direktem Zugang zum Schockraum, CT-Diagnostik in der Notaufnahme für Schlaganfallpatienten – Stichwort: Time is Brain). Personell-strukturell ist darauf zu achten, dass alle Ärzte den Risikopatienten erwarten und der Facharztstatus vorliegt, zumindest jedoch die abgeschlossene Intensivzeit. In diesem Kontext wurde auf die Bedeutung der ärztliche Zusatzbezeichnung Klinische Notfall- und Akutmedizin und die pflegerische Ausbildung in der Notfallpflege hingewiesen.

Herr Dr. Bayeff-Filoff bedauerte, dass im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz die Leistungsgruppe 65, Notfallmedizin, gestrichen wurde, da dadurch die Qualität der notfallmäßigen Patientenversorgung aufgrund unzureichender Standards gefährdet wird. Sodann wurde die Problematik der Abmeldung und die verfügbaren Bettenkapazitäten erörtert. Der Referent unterstrich, dass sich der Patient an das Gesundheitssystem mit seinem Bedürfnis wendet. „Erreichbarkeit, Verfügbarkeit und wahrgenommene Qualität der medizinischen Versorgung sind relevant für die Inanspruchnahme. Hier muss man ihm mit sektorenverbindender verbesserter Patientensteuerung das effizienteste Angebot zuteilen. Es kommt dabei darauf an, dass der Patient aufgrund seines

naturgemäß subjektiv geprägten Bedürfnisses möglichst wenig für die Steuerung ausschlaggebend ist.“ (Zitat aus dem Vortrag)

Das Ziel für die Organisation der Notaufnahmen muss eine konsequente Entlastung des Rettungsdienstes und der Notaufnahmen von „niedrigschwellig Hilfesuchenden“ unter Einhaltung der Patientensicherheit sein. Dies kann z. B. durch die Einbindung von Bereitschaftspraxen während der Stoßzeiten der Patientenaufnahme erreicht werden, aber auch durch die Nutzung neuer digitaler Möglichkeiten und unter Einbindung der Patienten in ihre eigene gesundheitliche Einschätzung. Zusammenfassend plädierte der Referent zur Organisation von Notaufnahmen im Interesse der Patientensicherheit für den Status einer Fachabteilung, für eine Konzeption der innerklinischen und präklinischen Schnittstellen und für eine zukünftige sektorenverbindende Struktur.

Die rechtlichen Aspekte wurden von Dr. iur. Vogeler aus Hannover geschildert. Einleitend meinte der Referent, dass er keine rechtlichen Lösungen bereithalten, sehr wohl aber die möglichen juristischen Fallstricke bei der Behandlung in Notaufnahmen darlegen könne. Zunächst führte Dr. Vogeler aus, dass den Träger des Krankenhauses eine primäre Organisationspflicht dahingehend trifft, eine an den Aufgaben orientierte, zweckmäßige Organisation der Klinik zu schaffen. In diesem Zusammenhang war der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System der Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c IV SGB V wegweisend. Der Erfüllungsgrad erfolgt bekanntermaßen stichprobenartig durch den regionalen Medizinischen Dienst. Bei der rechtlichen Bewertung der Organisation von Notaufnahmen sind sowohl das öffentliche Recht (Sozialrecht – Zulassung, Vergütung) als auch das Zivilrecht (Haftungsrecht) bedeutend. Sodann wurden Haftungsfragen und Schnittstellenthemen dargestellt. Es ist festzustellen, dass auch bei Personalmangel und angespannten Behandlungssituationen der fachärztliche Standard geschuldet

wird. Mit anderen Worten: Personalmangel senkt nicht den haftungserheblichen Standard. Unter rechtlichen Aspekten muss somit vom Krankenhaus geregelt sein, wie bei Engpässen verfahren wird.

Anschließend äußerte der Referent einige Gedanken zum Facharztstandard binnen 30 Minuten. „Gehört die 30minütige Verfügbarkeit eines Facharztes zum allgemein anerkannten fachlichen Standard (§ 630a II BGB) bzw. zur fahrlässigkeitsvermeiden (erforderlichen) Sorgfalt (§ 276 II BGB)? Wenn ja: Verfügbarkeit ist sicherzustellen durch Arbeitsvertrag oder Betriebsvereinbarung oder Dienstanweisung? Ist dies Rufbereitschaft oder Bereitschaftsdienst?“ (Zitat aus dem Vortrag) Der dritte thematisierte Aspekt betraf den haftungsrechtlichen Umgang bei verschiedenen Fachabteilungen. Hier gilt der Vertrauensgrundsatz, wobei kursorische Plausibilitätsprüfungen sinnvoll sind. Letztlich gilt auch hier der Facharztstandard. Darüber hinaus ergeben sich zahlreiche rechtliche und mehrheitlich ungelöste Probleme bei der Abmeldung von Notaufnahmen bzw. der Umleitung von Patienten, die z. B. die Behandlungspflicht bei abgemeldeter Notaufnahme, die Weiterleitung/Umleitung von auch fußläufigen Patienten und die Haftung bei Abmeldung aufgrund von Organisationsverschulden betreffen.

Ausführlich widmete sich Dr. Vogeler der Thematik der Aufklärung in den Notaufnahmen, die sich immer am Facharztstandard bzw. bei fachfremder Aufklärung an der Weiterbildungsordnung des jeweiligen Fachgebietes zu orientieren hat. Dabei kommt der mündlichen Aufklärung eine hohe Bedeutung zu. Von der Aufklärung darf nur in absoluten Ausnahmen wie z. B. einer unaufschiebbaren Behandlung abgewichen werden. Bei einwilligungsunfähigen Patienten ist der mutmaßliche Wille anzunehmen, wenn es sich um eine unaufschiebbare Maßnahme handelt. Andernfalls sollte immer versucht werden, einen für die Einwilligung Berechtigten zu kontaktieren.

Obwohl mehr als Anekdote gedacht – Wo ist meine Daunenjacke? – ging der Referent

abschließend auf die Obhutspflicht der Mitarbeitenden der Notaufnahme für die persönlichen Gegenstände der Patienten ein. Hierzu hat das OLG Hamm mit Urteil vom 21.7.2023 – 26 U 4/23 entschieden, dass „eine besondere Obhutspflicht der Klinik für die persönliche Habe der Patienten“ besteht. „Die Klinik hat bei einer Notaufnahme die erforderlichen und zumutbaren Maßnahmen zu treffen, um die persönlichen Gegenstände der Patienten zu sichern.“ (Zitat aus dem Vortrag) Auch wenn der Verlust einer Daunenjacke möglicherweise zu verschmerzen ist, kommt dieser Pflicht z. B. für Brillen, Hörgeräte oder Gebisse eine wesentliche

Bedeutung zu, die nicht unterschätzt werden darf.

Wie eingangs erwähnt, zeichneten sich alle Referierenden durch die hohe Kompetenz und das besondere Engagement aus. Entsprechend lebhaft und durchaus kontrovers war die Diskussion der aufgeworfenen Fragestellungen. Aufgrund der hohen Bedeutung von rechtlichen Belangen im deutschen Gesundheitssystem ist die Veranstaltung „Medizin & Recht im Dialog“ allen Ärztinnen und Ärzten, sei es mit Facharztstatus oder noch in der Weiterbildung, aber auch jenen Juristen mit einem besonderen Interesse an medico-legalen

Fragen, sehr ans Herz gelegt. Anmeldungen für die Frühjahrstagung 2026, die traditionell immer in Würzburg stattfindet, sind über die Geschäftsstelle der AWMF unter <https://www.awmf.org/die-awmf#c752> möglich. Wir freuen uns, wenn wir den ein oder anderen von Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, dort begrüßen können.

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

Ihr

Joachim Jähne



DCK 2026

Gemeinsam lernen und heilen

143. Deutscher Chirurgie Kongress

14. – 16. April 2026, DCK.digital

22. – 24. April 2026, CCL Leipzig

**PASSION, PRÄZISION
UND PERSONALISIERUNG**

www.dck2026.de

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 Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Heidelberg Im Neuenheimer Feld 420 T: 06221 56 6980 F: 06221 56 33 850 E: rosa.klotz@med.uni-heidelberg.de
Studientitel: ESORE₅₆ Registriernummer: DRKS00030567				
Prof. Dr. med. Jens Höppner	Patienten mit Ösophaguskarzinom Experimentelle Gruppe: Die Behandlung in Studienarm A besteht aus der Beur- teilung des klinischen Ansprechens (CRE) durch ÖGD, endoskopische Biopsien des Tumorbereichs, EUS plus FNA verdächtiger Lymphknoten und einem F18-FDG- PET CT. Bei klinisch-histologisch gesichertem positivem 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.N₁₀* 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: RAMPS_{11*} 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: RECOPS_{12*} 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: SELREC_{13*} 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 Schwammeinlage, 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 Transplantation- schirurgie Universitätsklinikum Tübingen T: 07071 29 86 619 E: andre.mihaljevic@med.uni-tuebingen.de

- [1] Anatomical Resection of liver Metastases in patients with RAS-mutated colorectal cancer
- [2] Sleeve gastrectomy versus Roux-en-Y gastric bypass in obese patients with BMI 35–60 kg/m² – a multicenter randomized trial
- [3] Continuous vs. intermittent intraoperative neuromonitoring for reduction of transient recurrent laryngeal nerve palsy in thyroid surgery – a prospective randomized controlled multicenter trial
- [4] Dekomprimierendes Stoma und zweistufige elektive Resektion vs. Notfall-Resektion bei Patienten mit linksseitigem obstruktivem Dickdarmkrebs
- [5] Distal Pancreatectomy – A randomised controlled trial to compare minimal-invasive distal pancreatectomy to open resection (DISPACT-2 Trial)
- [6] Chirurgie „as needed“ versus Chirurgie „on principle“ bei vollständiger Tumorremission nach neoadjuvanter Therapie von Speiseröhrenkrebs/ESORES
- [7] Hernia reduction following laparotomy using small stitch abdominal wall closure with and without mesh augmentation – HULC
- [8] Intensivierte Therapie bei Patienten mit lokal resektablem oligometastatischen 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

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



WOLFGANG-MÜLLER-OSTEN MEDAILLE



...FÜR PROF. DR. TH. STEINMÜLLER

Im Rahmen der BDC-Präsidiumssitzung am 28. November 2025 verlieh der Vorstand Professor Dr. Thomas Steinmüller die Wolfgang-Müller-Osten Medaille.

Seit fast 17 Jahren engagierte sich Prof. Steinmüller für die BDC|Akademie und bereitete in dieser Zeit mehr als 1.300 angehende Fachärztinnen und -ärzte auf die Facharztprüfung vor. Außerdem war er Seminarleiter des Kurses „Viszeralchirurgie Kompakt – Endokrine Chirurgie“ der BDC|Akademie. Professor Steinmüller ist seit 2006 Chefarzt an der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimalinvasive Chirurgie an den DRK Kliniken Berlin Westend und wurde unter anderem für die onkologische Abdominal- und Schilddrüsenchirurgie

ausgezeichnet. Auch an der Einführung zahlreicher minimalinvasiver Verfahren war Professor Steinmüller an seiner Klinik maßgeblich beteiligt, beispielsweise der retroperitoneoskopischen Resektion der Nebenniere.

Der BDC ist dankbar für Professor Steinmüllers konstante und unermüdliche Arbeit für den chirurgischen Berufsverband und seinen herausragenden Einsatz für die Chirurgie.

Rückblick auf die BDC-Präsidiumssitzung...

KI-INNOVATOR DES JAHRES 2025



PROFESSOR THOMAS AUHUBER – PREISTRÄGER BEI INNOVATOR DES JAHRES 2025

Zum ersten Mal vergeben wurde der Sonderpreis „KI-Innovator des Jahres“. Dazu wurde aus allen 20 Teilnehmern des Publikumsvotings, bei denen künstliche Intelligenz eine wichtige Rolle spielt, derjenige mit den meisten Publikumsstimmen ermittelt. Das Rennen machte *BG prevent*. Der führende Dienstleister für betriebliches Gesundheitsmanagement bringt mit seinem neuen VR Fire-Trainer das Löschtraining in die virtuelle Realität – dank VR-Brille, Wärmestrahler und Geruchssimulation. CEO, BDC-Mitglied und Leiter des Themenreferats Vergütungssystematik und Leistungsmanagement **Professor Dr. Thomas Auhuber** legte bereits am Vormittag im Rahmen der Innovator-Presskonferenz dar, wie genau die Entwicklung des innovativen VR Fire-Trainers ablief.

HIER geht's zum Video der Pressekonferenz... HIER geht's zum „Innovator des Jahres 2025“...

Einladung zur BDC-Mitgliederversammlung 2026

Hans-Joachim Meyer



Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgie e.V. (BDC)
praesident@bdc.de

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit lade ich Sie satzungsgemäß zur Mitgliederversammlung des BDC ein.

Zur Vereinfachung der Organisation bitte ich Sie, Ihre gültige Mitgliedskarte zur Überprüfung der Legitimation vorzulegen.

Termin: Freitag, 24. April 2026, 13:00 – 13:45 Uhr

Ort: Congress Center Leipzig, Mehrzwecksaal 2, Messe-Allee 1, 04356 Leipzig

Für Mitglieder bietet der BDC-Justitiar, Dr. Jörg Heberer, am Freitag, 24. April 2026, 10:00 – 12:30 Uhr eine kostenlose Rechtsberatung am BDC-Stand an. Bitte melden Sie sich verbindlich via justitiar@bdc.de an.

Ich wünsche Ihnen eine angenehme Anreise.
Ihr

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Hans-Joachim Meyer
Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgie e. V. 

TAGESORDNUNG

TOP 1	Begrüßung	Meyer
TOP 2	Feststellung der Beschlussfähigkeit	Meyer
TOP 3	Genehmigung der Tagesordnung	Meyer
TOP 4	Bericht des Präsidenten	Meyer
TOP 5	Bericht des Schatzmeisters	Mayer
TOP 6	Antrag auf Entlastung des Vorstandes	
TOP 7	Mitgliedsbeiträge	
TOP 8	Bestellung eines Wahlleiters	
TOP 9	Wahlen des Präsidiums*	
TOP 10	Bericht des Justitiars	Heberer
TOP 11	Aktuelles aus der Berufspolitik	Mitglieder
TOP 12	Verschiedenes	

* **Neuwahlen von:** Vorstand, Erweiterter Vorstand, Leiter/Leiterinnen der Fachreferate und der Themenreferate, Ehrenrat



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

Erklärtes Ziel: Schulterschluss aller Chirurginnen und Chirurgen in allen Regionen Deutschlands

Carolin Tonus, Björn Schmitz



INTERVIEW MIT PROFESSOR CAROLIN TONUS UND DR. BJÖRN SCHMITZ

Im September 2025 wurden Professor Dr. Carolin Tonus und Dr. Björn Schmitz als Doppelspitze zu Sprechern der BDC-Landesverbandsvorsitzenden und der Regionalvertretungen ernannt. Der BDC hat nachgefragt, wie die beiden sich ihre Arbeit mit den Mandatsträgerinnen und -trägern in den Landesverbänden des BDC vorstellen und welche Pläne sie verfolgen. Das Interview führte Olivia Päßler vom BDC.

Passion Chirurgie: *Welchen Auftrag haben Sie sich als Vertreter der BDC-Landesverbände auf die Fahne geschrieben? Welche Pläne haben Sie bereits besprochen?*

Carolin Tonus (CT): Es ist der Moment gekommen, in dem wir bei unserer Arbeit einen integrativen Ansatz verfolgen müssen. Dies meinen wir in alle Richtungen: Wir möchten nicht nur die Landesverbände an einen Tisch, sondern auch Kliniker und Niederelassene miteinander ins Gespräch bringen und zur Zusammenarbeit einladen. Wir wollen unsere Themen und Projekte auch in enger Abstimmung mit Vorstand und Geschäftsführung vorantreiben.

Björn Schmitz (BS): Mit der Neuwahl möchten wir einen Neuanfang wagen. Wir haben eine Riesenchance, als Landesverbände gemeinsam sichtbarer zu werden. Den integrativen Ansatz wollen wir

dabei nach außen wie auch nach innen verfolgen. Wenn wir als berufspolitischer Chirurgieverband etwas bewegen wollen und etwa bei den großen Themen wie Krankenhausreform und Weiterbildung gehört werden und mitbestimmen wollen, geht das nur, wenn wir uns einig sind und mit einer Stimme sprechen.

Welche Vorteile versprechen Sie sich von Ihrer Doppelspitzenfunktion?

BS: Ich kann sehr stark von Carolins Erfahrung profitieren. Sie ist in mehreren Funktionen in Hamburg und darüber hinaus aktiv, hat sogar eine Funktion als Aufsichtsrat an der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH inne. Das ist extrem wertvoll für die Vernetzung und die berufspolitische Tätigkeit im BDC.

CT: Und ich profitiere von Björns jugendlichem Elan und seinen Ideen. Wir ticken ähnlich und ergänzen uns gut. Aufgrund meiner vielen Ämter hätte ich diese

Päßler O: Erklärtes Ziel: Schulterschluss aller Chirurginnen und Chirurgen in allen Regionen Deutschlands. Passion Chirurgie. 2026 Januar/Februar; 16(01/02): Artikel 07_03.



www.bdc.de

» ZU DEN PERSONEN



Prof. Dr. med. Carolin Tonus

1. Vorsitzende BDC|Landesverband Hamburg
Sprecherin der Landes- und Regionalvertreter:innen im BDC
Chefärztin der Allgemein- und Viszeralchirurgie
Asklepios Klinik St. Georg

Professor Carolin Tonus im Portrait...

Dr. med. Björn Schmitz, MHBA

Vorsitzender des Landesverbands BDC|Westfalen-Lippe
Sprecher der Landes- und Regionalvertreter:innen im BDC
Mitglied BDC-Themenreferat „Krankenhausstrukturen, sektorenübergreifende Versorgung und Nachhaltigkeit“
Knappschaft Kliniken Westfalen
Allgemein- und Viszeralchirurgie, Proktologie

Dr. Björn Schmitz im Portrait...

Aufgabe alleine nicht übernommen und ich bin dankbar, dass wir das gemeinsam machen. Zusammen haben wir einfach mehr Power und Perspektive. Es tut gut, wenn man sich mit seinen Gedanken ergänzt – natürlich auch gemeinsam mit allen anderen Playern.

unsere Führungsspitze unsere Interessen vertreten. Dafür müssen wir aktiv werden, unsere Anliegen sammeln und konsentierende Themen beim Vorstand adressieren. Kurzgefasst: Wir identifizieren gemeinsame Themen, kommunizieren und begleiten sie.

Welche Verantwortung und welchen Einfluss haben speziell die Landesverbände aus Ihrer Sicht?

CT: Die Landesverbände sind die Sprecher der Basis. Und die Basis braucht Gewicht: Der Erfolg der Chirurgie in Deutschland hängt davon ab, dass bekannt ist, wo in den einzelnen Regionen der Schuh drückt. Das möchten wir transparent machen, zusammentragen und mit der Verbandsführung diskutieren. Nutzen wir die Stärke der Basis. Wir möchten sichtbar und wirksam werden und fordern daher auch von unseren Mitgliedern Engagement und Einsatz.

BS: Bei uns ist es ähnlich wie in der Politik. Wir als Landesvertretungen wollen bewirken, dass unser Vorstand und

Wie möchten Sie mit den Landesverbänden kooperieren, was erwarten Sie von den Landesverbänden?

CT: Eines ist klar: Wir fordern die Zusammenarbeit mit allen und untereinander ein. Wir sind keine Alleinunterhalter und wir können nicht die Kuh zum Kalben tragen. Deshalb begrüßen wir in den Ämtern für den BDC engagierte Mandatsträgerinnen und -träger, die etwas bewegen wollen. Wir sehen unsere Rolle so, dass wir eine Plattform bieten, informieren und begleiten möchten. Zudem möchten wir als Bindeglied Richtung Politik und BDC-Vorstand agieren.

BS: Der kleine praktische Schritt, wie wir dies umsetzen können, sind unsere regelmäßige gemeinsame Zoom-Konferenzen.

Viele können schnell zusammenkommen. Das hat Zukunft, und die Termine für dieses Jahr stehen schon fest. Wichtig ist ein produktives Miteinander. Wir können nicht die Treiber sein, ein Mandat in den Landesverbänden erfordert Eigenengagement. Und ich kann sagen: Das zahlt sich für jeden einzelnen und jede einzelne aus!

Welche Herausforderungen sehen Sie für sich selbst in Ihrer Position?

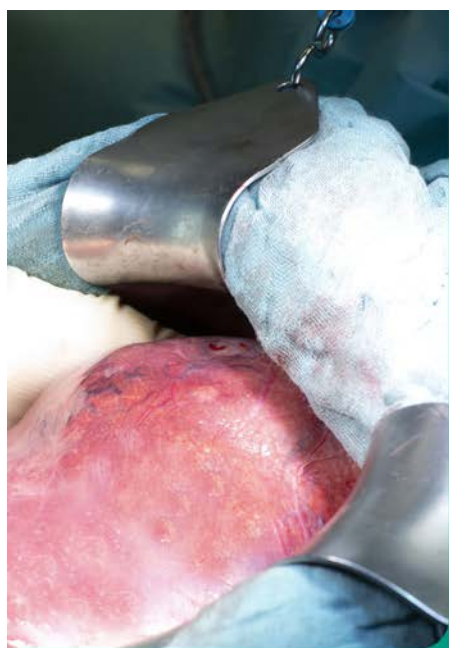
CT: Zunächst einmal sind wir als Ärztinnen und Ärzte keine Lobbyexperten. Wir arbeiten aus Überzeugung und Erfahrung heraus. Bei mir kommt

noch dazu, dass meine Generation es als Baby-Boomer gewöhnt ist, sich durchzubeißen und gegeneinander zu konkurrieren. Die heutige Generation ist geprägt von Kooperation. Dieses Mandat auf Alleinherrschaft ist also vorbei. Wir wollen den Föderalismus überwinden und die Schwarmintelligenz untereinander fördern. Je mehr wir uns vernetzen und austauschen, desto besser sind wir. Das sehe ich in der Klinik auch: Egal ob in der Ärzteschaft oder der Pflege oder übergreifend: Ein Team ist immer stärker als die einzelnen Charaktere.

Ein Schlusswort bitte!

CT: Nochmal – durch Zusammenarbeit können wir mehr PS als die jeweils einzelnen Landesverbände auf die Straße bringen. Das Zusammen ist also wichtig, bedarf aber auch der Loyalität.

BS: Die Landesverbände sollen eine Basis des gemeinsamen Gedeihens sein. Wir fordern Loyalität von allen Seiten, das heißt auf der horizontalen und auf der vertikalen Ebene, und aktives Mitgestalten. So können wir sichtbar werden und uns für unsere Belange effektiv einsetzen. Für den einzelnen erweitert es den Horizont, denn wir alle können voneinander lernen. ○



Präsenz-Seminar

Wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. med. Andreas Greiner, Berlin

Facharztseminar
Gefäßchirurgie

Berlin, 23. - 27. Februar 2026

Klick!
Jetzt
anmelden!

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
Dr. med. Kai Neumeuer

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. Christian Hirschner



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
Dr. med. Oliver Dörr
Sanitätsrätin Fr. Dr. med. Charis Eibl
Dr. med. Jörg Fischböck

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. Jörg Glatzle

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
Dr. med. Christoph Prinz

Stellv. Vorsitzender
PD Dr. med. Lutz Wilhelm

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
17.04.2026	18.04.2026	Leipzig	2026-21520	Notfallmanagement im Bereitschaftsdienst	Dr. med. Lutz Meyer	200,00 €	300,00 €
07.05.2026	09.05.2026	Hamburg	2026-21666	Basischirurgie	PD Dr. med. Dr. Uwe Johannes Roblick; Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith	350,00 €	550,00 €
07.05.2026	09.05.2026	Berlin	2026-21504	Praktischer Workshop: Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie	Dr. med. Jörg Sauer	400,00 €	600,00 €
01.09.2026	03.09.2026	Gent	2026-28075	ORSI Summer School	PD Dr. med. Rabi Raj Datta; Prof. Dr. med. Hans Fuchs; Dr. med. Stefano Puliatti	249,00 €	249,00 €

FACHARZTVORBEREITUNG							
VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
23.02.2026	27.02.2026	Berlin	2026-23691	Facharztseminar Gefäßchirurgie	Prof. Dr. med. univ. Andreas Greiner	450,00 €	600,00 €
12.03.2026	14.03.2026	online	2026-23920	Facharztseminar Plastische Chirurgie	Prof. Dr. med. Heinz-Herbert Homann; Prof. Dr. med. Ulrich Kneser	300,00 €	500,00 €
16.03.2026	20.03.2026	Berlin	2026-22570	Facharztseminar Allgemein- und Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Gero Puhl	450,00 €	600,00 €
18.03.2026	21.03.2026	Leipzig und online	2026-23822	Facharztseminar Orthopädie/Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Christian Kleber	400,00 €	550,00 €
20.04.2026	24.04.2026	Hamburg	2026-23820	Facharztseminar Orthopädie/Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Frank Timo Beil; Prof. Dr. med. Lars Gerhard Großterlinden	450,00 €	600,00 €
04.05.2026	06.05.2026	online	2026-22580	Facharztseminar Allgemein- und Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Katharina Beyer; Prof. Dr. med. Johannes Lauscher	300,00 €	500,00 €
08.06.2026	12.06.2026	Magdeburg	2026-23670	Facharztseminar Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Roland S. Croner; Prof. Dr. med. Karsten Ridwelski	450,00 €	600,00 €
24.06.2026	26.06.2026	Essen	2026-23711	Facharztseminar Thoraxchirurgie	Dr. med. Jan Volmerig	350,00 €	550,00 €

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN							
VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
24.02.2026	06.10.2026	Freiburg	2026-24632	Modul 2 – Hands-On Robotik im Trainingszentrum	Prof. Dr. med. Wolfgang Schröder; PD Dr. med. MBA Colin Markus Krüger; Prof. Dr. med. Hans Fuchs; Prof. Dr. med. Barbara Seeliger	599,00 €	799,00 €
25.02.2026	02.12.2026	online	2026-23866	Fraktur im Fokus	Prof. Dr. med. Benedikt Braun	100,00 €	200,00 €
01.03.2026		online	2026-24636	Modul 4 – Ökonomie der roboterassistierten Chirurgie	Dr. med. Alexander Urbanski	40,00 €	50,00 €
12.03.2026	13.03.2026	Berlin	2026-22402	CAMIC 2: Laparoskopische Nahttechniken und Endoskopische Hernienchirurgie	Dr. med. Panagiotis Fikatas	500,00 €	700,00 €
24.03.2026		online	2026-23612	Osteosyntheseverfahren an der oberen Extremität	Prof. Dr. med. Lars Gerhard Großterlinden	150,00 €	200,00 €
13.04.2026		online	2026-25810	Unfallbegutachtung in der gesetzlichen Unfallversicherung	Prof. Dr. med. Julia Seifert	120,00 €	140,00 €
14.04.2026	15.04.2026	Berlin	2026-23678	Viszeralchirurgie Kompakt: Kolorektale Chirurgie	Dr. med. Oliver Haase; PD Dr. med. Robert Siegel	350,00 €	500,00 €
15.04.2026		online	2026-25840	Rehabilitationsmedizin/-management	Dr. med. Peter Kalbe; Dr. med. Sybille Larsen	90,00 €	105,00 €
17.04.2026		online	2026-23632	Kindertraumatologie für D-Ärzte/-Ärztinnen	Prof. Dr. med. Julia Seifert	120,00 €	140,00 €
07.05.2026	08.05.2026	Köln	2026-23634	VATS OP Kurs: Anatomische Segmentresektion, Sleeve-Lo-bektomie	Prof. Dr. med. Erich Stoelben	400,00 €	500,00 €

FACHBEZOGENE SEMINARE, WORKSHOPS UND HOSPITATIONEN

VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
07.05.2026	08.05.2026	Berlin	2026-23681	Viszeralchirurgie Kompakt: Endokrine Chirurgie	Dr. med. Mechthild Hermanns; Prof. Dr. med. Gero Puhl	350,00 €	500,00 €
08.05.2026	09.05.2026	Mannheim	2026-23675	Viszeralchirurgie Kompakt: Proktologie	Dr. med. Philipp C. Manegold; Prof. Dr. med. Dieter G. Bussen; Dr. med. Andreas K. Joos; Prof. Dr. med. Stefan Fritz	350,00 €	500,00 €
27.05.2026		online	2026-24631	Modul 1 – Theorie der roboterassistierten Chirurgie	Prof. Dr. med. Hans Fuchs; Prof. Dr. Dr. med. Barbara Seeliger	80,00 €	100,00 €
04.06.2026	05.06.2026	online und Berlin	2026-23636	Hands-on-Kurs Kindertraumatologie	Prof. Dr. med. Martin Lacher; PD Dr. med. Peter Zimmermann	400,00 €	480,00 €
11.06.2026	12.06.2026	Hamburg	2026-22401	MIC: Modul 1	PD Dr. med. Anna Duprée	500,00 €	700,00 €
12.06.2026	13.06.2026	Templin OT Groß Döln	2026-23682	17. Brandenburger Viszeralchirurgisches Update	Prof. Dr. med. habil. Frank Marusch; Dr. med. Zülküf Tekin	60,00 €	95,00 €
16.06.2026	17.06.2026	online	2026-23683	Spezielle Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Wolfgang Schröder; Prof. Dr. med. Florian Gebauer	300,00 €	500,00 €

SOFTSKILL- & MANAGEMENTSEMINARE

VON	BIS	ORT	KURS-NR.	SEMINARTITEL	WISSENSCHAFTLICHE:R LEITER:IN	PREIS MITGLIED	PREIS NICHT-MGL
24.02.2026	08.12.2026	online	2026-24717	Gesundheitspolitik aktuell		50,00 €	90,00 €
27.03.2026	28.03.2026	Berlin	2026-26536	Refresherkurs: Chirurginnen auf dem Weg nach oben	Dr. med. Gunda Leschber; Sabine Schicke	500,00 €	700,00 €
11.04.2026		online	2026-27706	Abrechnungswebinar EBM	Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz	50,00 €	80,00 €
11.04.2026		online	2026-27701	Abrechnungswebinar GOÄ und UV-GOÄ	Dr. med. Peter Kalbe	50,00 €	80,00 €
06.06.2026		Berlin	2026-25590	Begutachtung im Behandlungsfehlerprozess	Prof. Dr. med. Heiner Wenk; PD Dr. med. Lutz Besch	270,00 €	330,00 €

BDC|Akademie

Information und Anmeldung:

Tel: 030/28004-120, Fax: 030/28004-108 oder per E-Mail: akademie@bdc.de
oder über BDC|Online unter www.bdc.de/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 Januar/Februar 2026

%



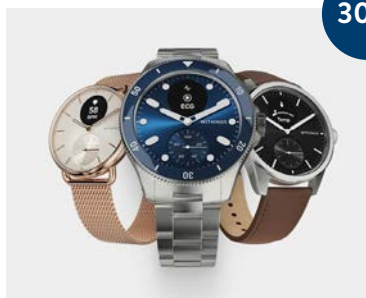
45 %

CINESTAR: BIS ZU 45 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER



35 %

CENTER PARCS: BIS ZU 35 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER



30 %

WITHINGS: BIS ZU 30 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER



15 %

DESIGN BESTSELLER: 15 %
RABATT FÜR BDC-MITGLIEDER

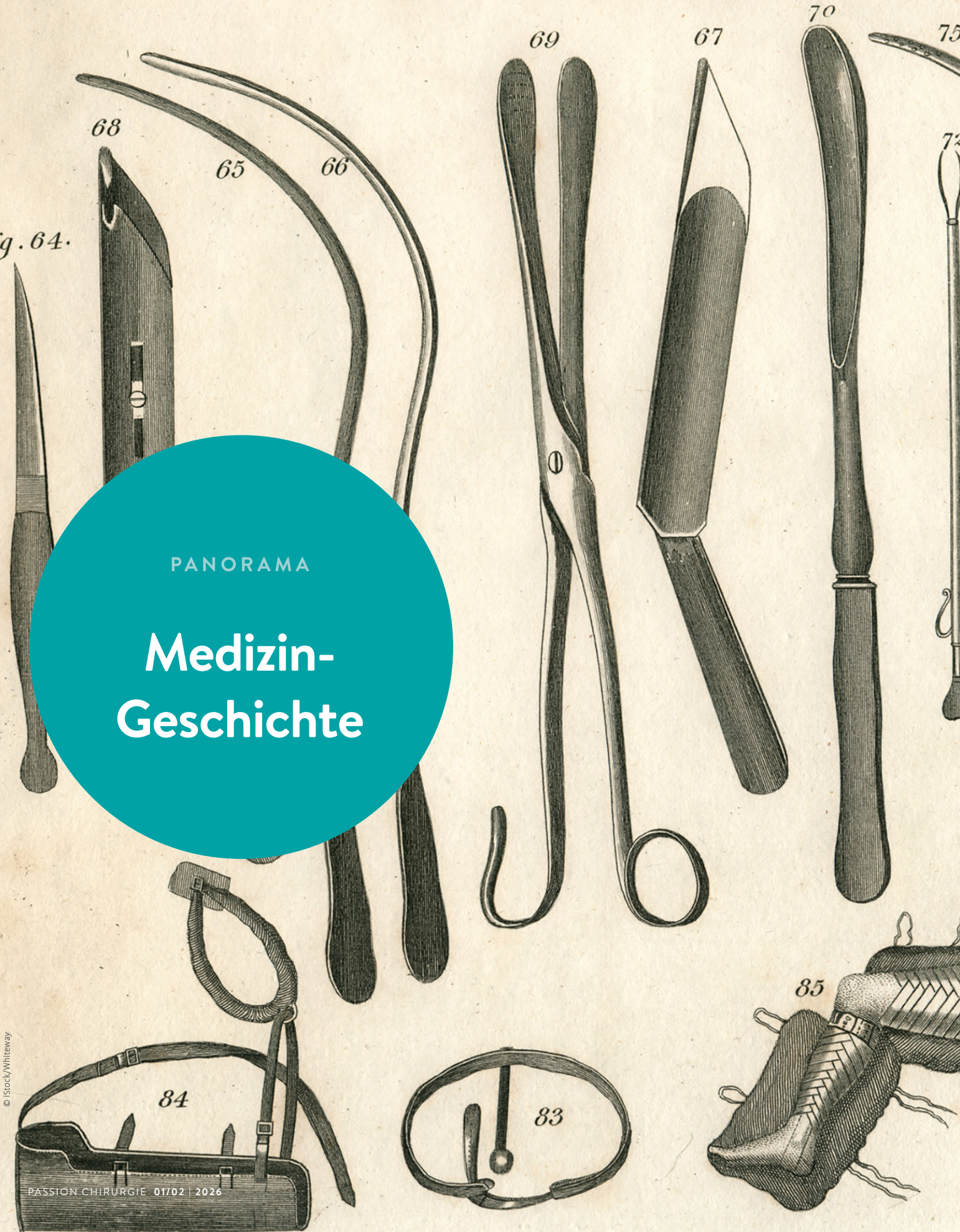
WIE KANN ICH DIE ANGEBOTE IN ANSPRUCH NEHMEN?

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.

Fig. 64.

PANORAMA

Medizin- Geschichte





Dr. med. habil. Volker Klimpel
Grazer Straße 3
01279 Dresden

Zwei Fundstücke chirurgischer Vergangenheit

Volker Klimpel

LAMBOTTES „L'INTERVENTION OPÉATOIRE“ VON 1907 UND SAUERBRUCHS „CHIRURGIE DER BRUSTORGANE“ VON 1920

Zeugnisse chirurgischer Vergangenheit [1] sind das Bindeglied zur Gegenwart. Das Erfassen und Bewahren historisch relevanter Objekte erlaubt die anschauliche Vermittlung von Prozessen und Entwicklungen des jeweiligen Fachgebietes. Zu diesen dinglichen Erinnerungsstücken zählen auch Bücher.

Albin Lambottes „L' Intervention opératoire dans les Fractures“, erschienen 1907 bei Henri Lamertin in Brüssel, trägt auf dem Innentitel den Autographen „Braun“. Es stammt aus der Privatbibliothek von Prof. Dr. Heinrich Braun (1862-1934), von 1906 bis 1928 Direktor des Zwickauer Krankstifts (seit 1934 „Heinrich-Braun-Krankenhaus“).

Er war 1924 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und hat vor allem mit seinen Arbeiten zur Lokalanästhesie seinen Platz in der Geschichte der Chirurgie. [2] Um das Buch vor dem Einstampfen oder Makulieren zu retten, hat es später der Zwickauer Chirurg Günter Heimann (1933-2019) erworben und es dann dem Autor übereignet.

Albin Lambotte, in den einschlägigen Lexika ebenso verewigt wie Heinrich Braun, stammte aus einer Brüsseler Ärztefamilie: sein Vater war Professor der Anatomie, sein Bruder Chirurg und Albins erster Lehrer. Seit 1900 Chefarzt der Chirurgie am Krankenhaus Stuivenberg in Antwerpen, begann Lambotte als einer der ersten in Europa mit der operativen Behandlung von Knochenbrüchen. Den Begriff „ostéo-synthèse“ hat er geprägt! Seine Erfahrungen legte er in der eingangs erwähnten Schrift dar.



Abb. 1: Albin Lambotte



Abb. 2: Albin Lambotte setzt den Fixateur externe ein

Klimpel V: Zwei Fundstücke chirurgischer Vergangenheit. Passion Chirurgie, 2026 Januar/Februar; 16(01/02): Artikel 09.



www.bdc.de

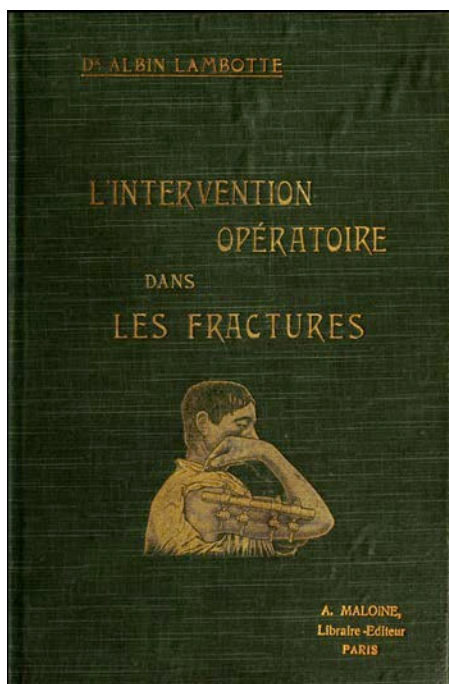


Abb. 3: „L'Intervention Opératoire“.



Abb. 4: Ferdinand Sauerbruch

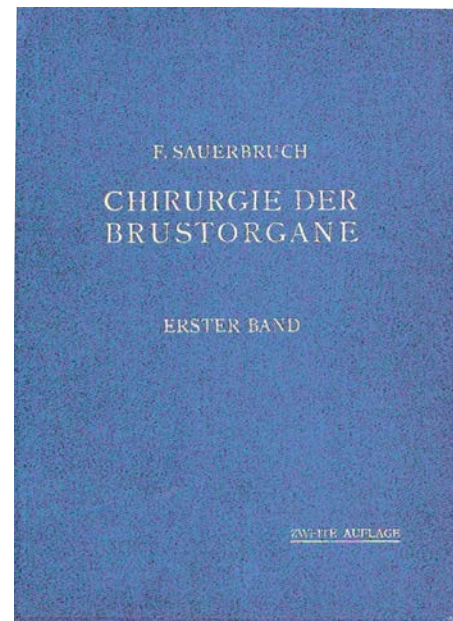


Abb. 5: „Die Chirurgie der Brustorgane I“

Gegliedert in einen allgemeinen und einen speziellen Teil, versehen mit eindrucksvollen Zeichnungen und Fotografien, schildert Lambotte meisterhaft die Prinzipien seines Vorgehens: exakte Reposition, stabile Fixation und frühe Mobilisation. Das galt für alle Formen der Osteosynthese, für die Verplattung ebenso wie für die Verschraubung oder Cerclage. Zum ersten Mal kam auch der Fixateur externe zur Anwendung. Die Ergebnisse waren frappant bezüglich der Wiederherstellung von Form und Funktion unter Vermeidung der Nachteile einer langwierigen Extensions- und Gipsbehandlung. [3] Von Lambotte, dessen Knochenzange- und Meissel wir noch heute kennen, führt der direkte Weg zu der von Allgöwer, Müller und Willenegger 1958 ins Leben gerufenen Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen (AO) und der weltweiten Etablierung einer regelhaften operativen Knochenbruchbehandlung. Albin Lambotte war auch künstlerisch begabt, spielte semiprofessionell Geige und baute – nach einer Geigenbaulehre in der Jugend – selbst Instrumente. Außerdem verfügte er über eine bildnerische Begabung, zeichnete, schnitzte und illustrierte teilweise eigene Fachliteratur.

Das zweite Buch wiegt zwei Kilo! Es handelt sich um den ersten Band von Sauerbruchs „Chirurgie der Brustorgane“, das war die um mehrere hundert Seiten erweiterte zweite Auflage seiner „Technik der Thoraxchirurgie“ und beinhaltete die Erkrankungen der Lunge. Der Verfasser hat das Werk von seinem Doktorvater Prof. Eberhard Hasche (1920-1973) erhalten, diesem wiederum war es von einem Patienten namens Dr. Fritz Loth zu seinem 44. Geburtstag zugeeignet worden. Hasche war, 1957 von der Berliner Charité kommend, Chefarzt der Thorax- und Herzchirurgie an der dem DDR-Gesundheitsministerium unterstehenden Zentralklinik im thüringischen Bad Berka. [4] Als Schüler von Willi Felix (1892-1962) konnte er sich als chirurgischer Enkel von Ferdinand Sauerbruch (1875-1951) betrachten. Über diesen Großmeister muss an dieser Stelle nicht mehr viel gesagt werden. [5] Sein Name, seine Leistungen und seine Licht- und Schattenseiten sind noch heute Gegenstand von Betrachtungen, Diskussionen und auch Kontroversen. Das große Gebäude der Thoraxchirurgie wäre ohne ihn nicht denkbar. Neben den rein fachlichen, anatomischen, physiologischen

und operationstechnischen Aspekten des über 900 Seiten starken Buches mit einzigartigen Abbildungen einschließlich der Wiedergabe von Röntgenaufnahmen und zum Teil farbigen Operationssitus, die zu analysieren es einer gesonderten Betrachtung bedürfte, sind es Randbemerkungen, die unser Interesse hervorrufen. Im Vorsatzblatt widmet Sauerbruch das Werk dem Andenken seines Lehrers Johannes von Mikulicz (1850-1905), der ihn in Breslau an die Thoraxchirurgie herangeführt hatte. In seinem Vorwort weist Sauerbruch auf seinen Mitarbeiter Emil Dagoberth Schumacher (1880-1914) hin, der ihn seit der ersten Auflage als Mitherausgeber begleitet und auch die Operationsbilder gezeichnet hat. Der Luzerner Schumacher, den heute kaum noch jemand kennt, hatte bei Rudolf Krönlein (1847-1918) habilitiert und dann bei Sauerbruch in Zürich und München gearbeitet. Sauerbruch rühmte dessen „künstlerische Hand“, der nicht nur einprägsame Operationsbilder entstammten, sondern auch realistische Darstellungen von pathologischen Präparaten. Tragisch war der Tod dieses hoffnungsvollen Schweizer Chirurgen, der im Alter von 34 Jahren in Davos an

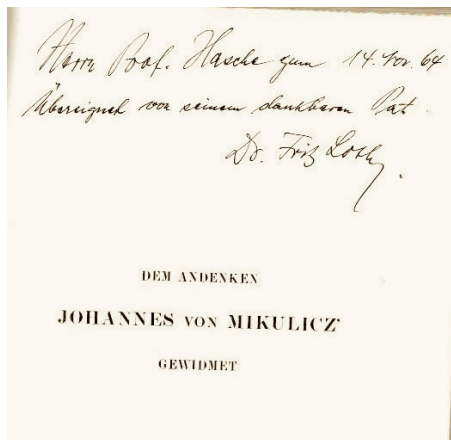


Abb. 6: Die Widmung



Abb. 7: Emil Dagobert Schumacher

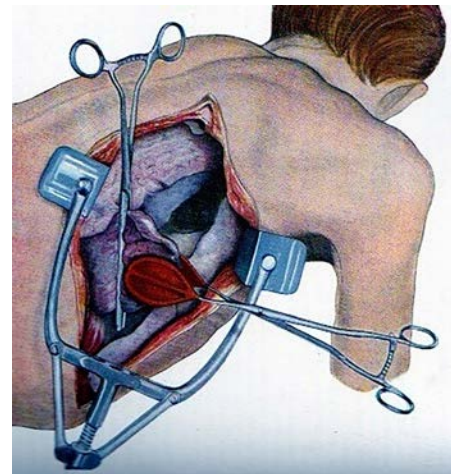


Abb. 8: Lungenresektion

der „Volkskrankheit“ Tuberkulose starb. Wie oftmals zuvor, waren Sauerbruch und Schumacher gemeinsam zum Operieren in die Davoser Heilstätten gereist.

Ein weiteres Vorsatzblatt ist „Der Erinnerung an Georg Ruge“ gewidmet. Ihn hatte Sauerbruch während seiner Züricher Zeit kennengelernt, wo Ruge Ordinarius für Anatomie war. Zusammen mit dem Sauerbruch-Schüler Felix hatte Ruge den anatomischen Part der großen Operationslehre übernommen. Wie Sauerbruch und Felix ist auch er Mitglied der altherwürdigen LEOPOLDINA gewesen. Dem Vorwort entnehmen wir weitere prominente Namen, so den des chirurgischen Radiologen Eduard Stierlin (1878-1919) und des Chirurgen Alfred Brunner (1890-1972). Ein weiterer namhafter Mitarbeiter des

Bandes war Dr. Ludwig von Muralt (1869-1917), Chefarzt eines Davoser Sanatoriums, der kurz nach Fertigstellung seines Kapitels über die Lungentuberkulose an derselben verstarb – erst 48 Jahre alt. Auch Stierlin hat das Erscheinen dieser zweiten Auflage nicht mehr erlebt, während sein Kollege Brunner Sauerbruch nach Zürich und München folgte, Oberarzt wurde und auf den Zürcher Lehrstuhl in der Nachfolge von Paul Clairmont (1875-1942) berufen wurde. Brunner war ebenso Mitglied der LEOPOLDINA wie der oben erwähnte Hasche, der diese Auszeichnung zur höchsten seines Lebens zählte.

2025 begingen wir den 150. Geburtstag von Sauerbruch und den 70. Todestag von Lambotte.

LITERATUR

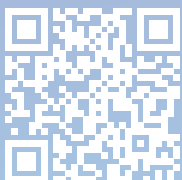
- [1] Klimpel, V.: Zeugnisse chirurgischer Vergangenheit. Zent. bl. Chir. 112(1987), 202-209
- [2] ders.: Die Zwickauer Chirurgie von Karl Hermann Karg bis Frank Otto Meyer. Der Chirurg 69 (1998), 105-108
- [3] https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Albin_Lambotte&oldid=239778667
- [4] Klimpel, V.: Eberhard Hasche (1920-1973): eine bio-bibliographische Skizze. Würzburger medizinhistorische Mitteilungen 13 (1995), 459-472
- [5] Weißer, Chr.: Ernst Ferdinand Sauerbruch. In: Christoph Weißer, Chirurgenlexikon. 2000 Persönlichkeiten aus der Geschichte der Chirurgie. Berlin 2029. 284-285

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