

Die gesamte Chirurgie ist gefordert



Eine veränderte Lage erfordert neue Antworten

Die sicherheitspolitische und gesellschaftliche Lage in Deutschland und Europa hat sich in den vergangenen Jahren grundlegend verändert. Pandemie, Naturkatastrophen, Terrorlagen, hybride Bedrohungen, internationale Konflikte und die reale Möglichkeit einer notwendigen Landes- und Bündnisverteidigung haben gezeigt, dass das Gesundheitswesen auf Szenarien vorbereitet sein muss, die weit über den klinischen Regelbetrieb hinausgehen. Es geht nicht mehr nur um einzelne Schadensereignisse, sondern um die Frage, wie Kliniken, Rettungsdienst, Katastrophenschutz, Bundeswehr, Öffentlicher Gesundheitsdienst und ambulante Strukturen auch unter anhaltender Belastung handlungsfähig bleiben.

Chirurgische Verantwortung über den OP-Saal hinaus

Für die Chirurgie ergibt sich daraus eine besondere Verantwortung. In nahezu allen Großschadenslagen sind chirurgische und notfallmedizinische Kompetenzen essenziell: bei Polytraumata, penetrierenden Verletzungen, Explosions- und Schussverletzungen, Verbrennungen, Crush-Traumata, Gefäßverletzungen, Thorax- und Abdominalverletzungen, Kopf-Hals-Verletzungen und komplexen rekonstruktiven Versorgungen. Damit übernimmt die Chirurgie Verantwortung weit über den OP-Saal hinaus. Gleichzeitig ist offensichtlich geworden, dass keine chirurgische Disziplin und keine Klinik diese Aufgabe allein tragen kann. Die Versorgung im 3K-Szenario – Katastrophe, Krise und Krieg – gelingt nur, wenn vorhandene Kompetenzen gebündelt werden.

DIE CARG als Plattform für Resilienz

Aus dieser Erkenntnis heraus wurde die Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Resilienz im Gesundheitswesen, kurz CARG, unter dem Dach der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie etabliert. Sie versteht sich als Plattform und mögliche Anlaufstelle für alle chirurgischen Fachgesellschaften zur Stärkung der Resilienz im Gesundheitswesen. Zu ihren zentralen Aufgaben gehören die Vernetzung der chirurgischen Fachgesellschaften, der Austausch mit allen an Notfall- und Katastrophenmedizin beteiligten Fächern und Professionen, die Weiterentwicklung von Aus-, Fort- und Weiterbildung, die Verbesserung der zivil-militärischen Zusammenarbeit sowie die Beratung von Politik und Verwaltung.

Von Zuständigkeit zu gemeinsamer Wirkung

Zudem steht die CARG für einen Perspektivwechsel: weg von isolierten Zuständigkeiten einzelner Fächer, hin zu gemeinsamer Verantwortung und gemeinsamer Wirkung. Die gesamte Chirurgie ist gefordert – nicht, weil jedes Fach dasselbe leisten soll, sondern weil jede chirurgische Disziplin einen Beitrag zur Widerstandsfähigkeit unserer Kliniken und unseres Gesundheitssystems leisten kann. Die moderne Chirurgie ist hoch spezialisiert. Diese Spezialisierung ist eine große Errungenschaft, doch außergewöhnliche Lagen folgen einer anderen Logik als der elektive Regelbetrieb. Die Antwort kann nicht sein, Spezialisierung zurückzudrehen. Die Antwort muss sein, Spezialisierung krisenfest zu machen und erforderliche Skills zusätzlich über Formate wie den Notfallchirurgen zu vermitteln.

Ein gemeinsames Mindset entwickeln

Dabei wurde schnell klar, dass es nicht nur um die Chirurgie geht. Wir müssen uns fächerübergreifend als ein Team mit gemeinsamem Mindset, Plan und Ziel verstehen. Wenn innerhalb kurzer Zeit viele Verletzte versorgt werden müssen und Ressourcen knapp werden, reicht die Exzellenz des einzelnen Faches allein nicht aus. Dann wird entscheidend, ob wir vom lokalen Krankenhaus bis zum überregionalen Traumazentrum im TraumaNetzwerk DGU® priorisieren, verteilen, kommunizieren und zusammenarbeiten können. Dann müssen operative Kapazitäten über Fachgrenzen hinweg gedacht, Patient:innenströme gesteuert und Behandlungsstrategien an eine dynamische Lage angepasst werden. Dafür braucht es gemeinsame Sprache, Lagebilder, Priorisierungsmechanismen, Übungen und ein Verständnis der benötigten Fachkompetenzen. Die CARG will hierfür eine fachgesellschaftsübergreifende Plattform bieten.

Warum sich so viele Fachgesellschaften beteiligen

Dass sich mittlerweile so viele Fachgesellschaften und Organisationen an der CARG beteiligen, ist Ausdruck dieses wachsenden gemeinsamen Mindsets. Viele Akteure haben verstanden: Die kommenden Herausforderungen lassen sich nicht im Modus des Nebeneinanders bewältigen. Resilienz entsteht nicht durch Einzelinitiativen, sondern durch koordinierte Vorbereitung im interdisziplinären, interprofessionellen und ehrlichen Austausch.

Bestehende Expertise bündeln

Die CARG versteht sich nicht als Konkurrenz zu bestehenden Strukturen. Sie baut vielmehr auf dem auf, was bereits in Arbeitsgruppen verschiedener Fachgesellschaften erarbeitet wurde, etwa auf den Erfahrungen der Sektion Einsatz-, Katastrophen- und Taktische Chirurgie (EKT) der DGU und der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Militär- und Notfallchirurgie (CAMIN) der DGAV. Aufgabe ist es, diese Expertise strategisch zu bündeln, stärker miteinander zu vernetzen, Brücken zu bauen und Gemeinsamkeiten aufzuzeigen, um die Strukturen im Belastungsfall weiter zu schärfen.

Umsetzbarkeit als Maßstab

Die CARG will diesen Kulturwandel unterstützen. Das Ziel ist nicht zusätzliche Bürokratie zu schaffen, sondern handlungsfähige Vernetzung und die gemeinsame Erarbeitung erforderlicher Strukturen. Arbeitsgruppen mit klaren Themen, Verantwortlichkeiten und Zeitplänen sollen konkrete Ergebnisse hervorbringen. Der Fokus liegt auf Umsetzbarkeit: Was hilft uns in den Kliniken, den Netzwerken, den Teams und den Patient:innen tatsächlich?

TRAUMANETZWERKE FÜR KATASTROPHE, KRISE UND KRIEG WEITERENTWICKELN

Deutschland verfügt mit den TraumaNetzwerken DGU® über eine etablierte und qualitätsgesicherte Struktur zur Versorgung Schwerverletzter. Diese Netzwerke sind eine Stärke des deutschen Gesundheitswesens. Für 3K-Szenarien müssen sie jedoch weitergedacht werden.

Ein Krisennetzwerk endet nicht bei der initialen Schockraum- oder OP-Versorgung. Es umfasst die gesamte Versorgungskette: vom Hub über Akutklinik, OP, Intensivstation, Isolationskapazitäten, Dekontamination und Rehabilitation bis zur ambulanten Weiterbehandlung. Dazu gehört auch die Frage, wie große Kliniken entlastet und Häuser aller Versorgungsstufen sinnvoll eingebunden werden können.

Ein zentrales Arbeitspaket der CARG ist daher, die im Weißbuch 3K beschriebene Weiterentwicklung der TraumaNetzwerke DGU® für Katastrophe, Krise und Krieg zu unterstützen und mit den übrigen Strukturen des Gesundheitswesens zu verzahnen. Dabei geht es insbesondere um Kapazitätsübersichten, Patientenverteilung und -tracking, digitale Lagebilder und die Interoperabilität vorhandener Systeme. Bereits heute existieren verschiedene Ansätze und Datenquellen, etwa IVENA-MANV-Strukturen, DEGINA-Ampel, Kapazitätsnachweise, AKTIN-Daten oder regionale Modelle. Entscheidend ist, diese Informationen so zu verknüpfen, dass sie im Ereignisfall handlungsleitend werden.

Priorisieren, ohne ärztliche Verantwortung aufzugeben

Ressourcenknappheit kann in Krisenlagen andere Behandlungsstrategien erforderlich machen als im Regelbetrieb. Damage-Control-Konzepte, gestufte chirurgische Versorgung, TASC-Strategien, temporäre Stabilisierung und die Verschiebung weniger dringlicher Eingriffe können notwendig werden, um möglichst vielen Patient:innen eine angemessene Versorgung zu ermöglichen.

Die Diskussion um Priorisierung ist sensibel. Die ärztliche Indikationsstellung bleibt auch in Krisenlagen patientenbezogen. Davon zu unterscheiden sind Priorisierungs- und Allokationsentscheidungen bei tatsächlicher Ressourcenknappheit. Hierfür braucht es transparente, medizinisch, ethisch und rechtlich legitimierte Kriterien und möglichst vorab definierte Verfahren. Die CARG greift diese Frage als eigenes Arbeitspaket auf. Zu klären ist, welche Eingriffe in welchen Szenarien priorisiert werden müssen, welche Leistungen zeitweise verschoben werden können, welche ethischen Leitplanken gelten und wie gesellschaftliche Akzeptanz für solche Entscheidungen hergestellt werden kann. Diese Debatte darf nicht erst geführt werden, wenn die Ressourcen bereits erschöpft sind.

Ausbildung, Simulation und gemeinsames Training

Resilienz entsteht nicht im Ernstfall. Sie entsteht vorher: durch Ausbildung, Fortbildung, Simulation, Übung und wiederholte Reflexion. Ein Krankenhausalarm- und Einsatzplan, der nie geübt wurde, bleibt Papier. Ein Netzwerk, das sich erst im Ereignis kennenlernt, verliert wertvolle Zeit. Deshalb gehören Ausbildung und Simulation zu den Kernaufgaben der CARG. Dazu zählen die Bekanntmachung und Weiterentwicklung des Personenzertifikats „Notfallchirurg – Krisen- und Katastrophenlagen“. Trainiert werden müssen nicht nur technische Skills. Ebenso wichtig sind Lagebewertung, Teamkommunikation, Führungsverhalten, Schnittstellenmanagement, Ressourcensteuerung und Entscheidungsfindung unter Unsicherheit. Gerade hier entstehen Verbindungen zur täglichen Arbeit: Wer im Team trainiert, wer die Kompetenzen anderer Fächer kennt, wer Kommunikationswege klärt und Abläufe standardisiert, verbessert nicht nur die Krisenfähigkeit, sondern auch die Routineversorgung.

Auch die medizinische Ausbildung muss stärker einbezogen werden. Katastrophenmedizinische Inhalte, Führungswissen, Organisationskompetenz und szenarienabhängige Ausbildung sollten früh vermittelt werden. Studierende können in Krisenlagen eine relevante Ressource sein, wenn ihre Kompetenzen bekannt sind und ihr Einsatz strukturiert erfolgt. Gleiches gilt für die Pflegefachberufe und die Weiterbildung der Funktionspflege in Anästhesie, OP, Intensiv- und Notfallpflege. Resilienz ist eine interprofessionelle Aufgabe.

Zivil-militärische Zusammenarbeit als Teil ziviler Verantwortung

Die zivil-militärische Zusammenarbeit ist kein Spezialthema einzelner Einrichtungen. Im Bündnis- oder Verteidigungsfall wird sie zu einer Aufgabe des gesamten Gesundheitssystems. Die weiterführende Versorgung wird im Bündnis- und Verteidigungsfall wesentlich auf das Zusammenwirken militärischer und ziviler Strukturen angewiesen sein, wobei zivile Kliniken einen großen Teil der klinischen Versorgung übernehmen werden müssen.

Dafür müssen militärische und zivile Systeme besser synchronisiert werden. Unterschiedliche Triagebegriffe, Führungsstrukturen, Kommunikationswege und Dokumentationssysteme dürfen im Ereignisfall nicht zu Verzögerungen führen. Zivile Kliniken müssen wissen, welche Rolle sie übernehmen, welche Patient:innen sie erwarten können und wie Verteilung, Rückverlegung, Rehabilitation und Nachsorge organisiert werden. Daher arbeiten wir auch an Empfehlungen zur zivil-militärischen Schnittstelle mit.

Auch hier gilt: Die Vorbereitung auf den Ausnahmezustand hilft dem Alltag. Krisenresilienz ist kein Parallelprojekt neben der Versorgung, sondern ein Qualitätsgewinn für die Versorgung selbst.

Weitere Aspekte der Vernetzung

Zudem will sich die CARG zukünftig um einen intensiven Austausch mit der Ukraine zu Logistik, Infrastruktur, Hygienemanagement, resistenten Erregern und Telemedizin bemühen. Weitere Aufgaben betreffen die Einbindung bislang noch nicht ausreichend einbezogener Fächer und Versorgungsbereiche, etwa Gynäkologie, Augenheilkunde, Allgemeinmedizin, Zahnmedizin, Transfusionsmedizin sowie ärztliche Kolleginnen und Kollegen in der ambulanten Versorgung.

Über den Tellerrand schauen

Ein wichtiger Effekt der CARG liegt bereits jetzt darin, dass Fachgesellschaften und Professionen wieder stärker miteinander ins Gespräch kommen. Die tägliche Arbeitsverdichtung, Spezialisierung und Ökonomisierung der Kliniken haben vielerorts dazu geführt, dass jedes Fach vor allem die eigenen Engpässe bewältigt. Die CARG eröffnet einen Raum, in dem wieder gemeinsam auf das System geschaut wird.

Die CARG will kein starres System vorgeben, sondern einen Entwicklungsprozess begleiten. Dieser Prozess muss fachlich fundiert, politisch anschlussfähig und praktisch umsetzbar sein. Entscheidend wird sein, dass aus Arbeitsgruppen Ergebnisse entstehen, die Kliniken tatsächlich nutzen können.

Finanzierung und politische Verantwortung

Krisenresilienz kostet Ressourcen. Übungen, Materialbevorratung, digitale Vernetzung, Ausbildung, Simulation, Personalbindung, bauliche und technische Resilienz sowie sichere Kommunikationsstrukturen lassen sich nicht aus bestehenden Budgets nebenbei finanzieren. Wer Kliniken resilient machen will, muss diese Aufgabe als Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge verstehen.

Die Politik ist gefordert, klare Rahmenbedingungen zu schaffen. Ein Gesundheitssicherstellungsgesetz (GeSiG) kann hierfür ein wichtiger Schritt sein, wenn es nicht nur Zuständigkeiten formuliert, sondern auch Finanzierung, Umsetzung und Beübung ermöglicht. Kliniken dürfen mit dieser Aufgabe nicht allein gelassen werden.

Gleichzeitig darf das Gesundheitswesen nicht passiv auf gesetzliche Vorgaben warten. Vorbereitung kann und muss auch aus dem System selbst heraus entstehen.

Fazit: Resilienz gelingt nur gemeinsam

Die Gründung der CARG war notwendig und richtig. Sie ist Ausdruck einer gemeinsamen Erkenntnis: Die Herausforderungen der kommenden Jahre lassen sich nur bewältigen, wenn wir unsere Kräfte bündeln. Denn nur gemeinsam können wir Strukturen schaffen, die unsere Kliniken und unser gesamtes Gesundheitswesen widerstandsfähiger machen. Entscheidend ist aber, dass aus der vorhandenen Bereitschaft zur Zusammenarbeit nun verbindliche Strukturen, konkrete Arbeitsergebnisse und regelmäßige Übungsformate entstehen.

Die Literaturliste sowie weitere Quellen erhalten Sie über passion_chirurgie@bdc.de

Autor:innen des Artikels



Korrespondierende Autorin: Dr. med. Katharina Witzel

Schriftführerin der CARG
IPHAM – Institut für Public Health in der Akutmedizin
Universitätsmedizin Magdeburg

 [Kontakt](#)



Prof. Dr. med. Farzin Adili

Direktor der Klinik für Gefäßmedizin, Gefäßchirurgie und Endovaskuläre Chirurgie
Klinikum Darmstadt
Stellvertretender Vorsitzender
der CARG
farzin.adili@mail.klinikum-darmstadt.de



PD Dr. med. Dan Bieler

Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Hand-, Wiederherstellungs- und Plastische Chirurgie
Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz
Stellvertretender Vorsitzender
der CARG



Prof. Dr. med. Felix Walcher, MME

Direktor des Institutes für Public Health in der Akutmedizin
Universitätsmedizin Magdeburg
Vorsitzender der CARG
felix.walcher@med.ovgu.de

Witzel K, Adili F, Bieler D, Walcher F:
Die gesamte Chirurgie ist gefordert.
Passion Chirurgie. 2026 September;
16(09): Artikel 03_05.