POLITIK 01.11.2026

„Die Politik muss uns zuhören“ – Neuer BDC-Präsident Pennig pocht auf Einbindung der Praktiker

Für unser Foto (siehe Abbildung 1 unten) geht es aufs Dach an der Luisenstraße 58/59. Von dort kann Prof. Dietmar Pennig seinen Blick vom Charité-Komplex bis zur Reichstagskuppel schweifen lassen. Doch wir treffen den neuen Präsidenten des Berufsverbands der Deutschen Chirurgie (BDC) nicht, um die schöne Aussicht zu genießen. Denn die Aussichten für die Chirurgie im Speziellen und die Gesundheitsversorgung im Allgemeinen sind nicht so rosig, lässt er im Gespräch mit der *Presseagentur Gesundheit* wissen. Wir sprechen über Sparen und Reformen, Notfallversorgung und Ambulantisierung, Linnemanns Amtseintritt und Pennigs Leitmotiv.

opg: Herr Prof. Pennig, ein neuer Bundesgesundheitsminister ist in die Mauerstraße eingezogen. Was muss Dr. Carsten Linnemann als Erstes angehen?
Prof. Dietmar Pennig (DP): Er muss das Gesundheitswesen strukturieren und darf es nicht zu Tode sparen.

Wie strukturieren?
DP: Auf Effizienz. Er sollte einen weiteren Ausbau der bürokratischen Elemente vermeiden, eine Rücknahme ist erforderlich. Wenn wir uns angucken, wie wenig Zeit Ärztinnen und Ärzte, Pflegerinnen und Pfleger am Patienten verbringen, dann erschreckt man sich. Nicht einmal die Hälfte der Arbeitszeit verbringt ein Arzt am Patienten. Das heißt, wir verschwenden die Ressource Arzt. Und wir kontrollieren alle Elemente, die wir im Gesundheitswesen erbringen – sei es in den Kliniken, sei es in den Praxen – über den Medizinischen Dienst. Das ist nicht sinnvoll, das muss beendet werden, weil das enorm viel Zeit frisst und uns von unserer Kernaufgabe abhält. Es ist nicht so, dass es zu wenig Geld im Gesundheitswesen gibt. Die Allokation der Finanzmittel ist falsch. Und wir wissen alle, dass im Gesundheitswesen Ausgaben aufgewendet werden, die da nicht hineingehören. Und das muss Herr Linnemann eliminieren.

Haben Sie schon Zugang zur neuen Hausleitung?
DP: Wir haben natürlich die personellen Veränderungen wahrgenommen. Herr Linnemann sollte in den Dialog treten, er muss mit denen reden, die in der praktischen Umsetzung Maßnahmen zur Anwendung und natürlich auch zum Erfolg bringen können. Wenn man an der Arbeitsebene vorbei anordnet und entwickelt, wird man scheitern.

Der Primat des Sparens macht auch vor der Chirurgie keinen Halt. Wie werden die chirurgischen Abteilungen nach Zuteilung der Leistungsgruppen in den Krankenhäusern und die ambulanten OP-Zentren das Beitragssatzstabilisierungsgesetz, mit beispielsweise der Orientierung an der Grundlohnrate, zu spüren bekommen?
DP: Die höchsten Ausgaben verzeichnen wir bei den Personalkosten. Diese können wir nun nicht mehr adäquat abbilden. Das wird sich auf die Personalschlüssel in den Kliniken, aber auch auf die personelle Infrastruktur in den Praxen auswirken. Hinzu kommt eine immer älter werdende Gesellschaft, die auch immer mehr Leistung abfordert. Gleichzeitig erleben wir eine Abschmelzung der Leistungserbringer. Wir können die Abgänge in der Versorgung nicht mehr durch Neuzugänge kompensieren. Die Schere geht weiter auseinander und wir haben künftig mehr Leistungsansprüche und weniger Leistungserbringer. Das ist im derzeitigen politischen Umfeld Wahlkampfmunition für politische Extreme.

Abb. 1: pag-Redakteur Lukas Dirscherl (im Foto rechts) mit Prof. Dietmar Pennig (mitte) und opg-Chefredakteur Christoph Starke.

Zur Person

Berufspolitisch ist Prof. Dietmar Pennig (Jahrgang 1955) kein unbeschriebenes Blatt. Im Gegenteil. Bevor er im Juli 2026 die Präsidentschaft des BDC antritt, war er unter anderem Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) und der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU). Vor seiner Pensionierung arbeitet der gebürtige Ostwestfale bis 2021 als Ärztlicher Direktor sowie Chefarzt der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Handchirurgie und Orthopädie des St. Vinzenz-Hospitals in Köln. Sein Beruf verschlug ihn 1991 sogar in den Iran. Dort übernahm er eine Gastdozentur an der University of Medical Science in Teheran.

Das Spargesetz wird zwangsläufig zu Entlassungen führen?
Pennig: Ja, anders geht es nicht. Wir wissen von einigen universitären Standorten, die im hohen zweistelligen Bereich Arztstellen einsparen müssen. Das ist die Folge. Uns droht der sichere Weg in eine katastrophale Versorgungslücke. Das wissen in der Praxis alle. Die Politik muss uns zuhören.

Mutmaßlich nicht den allergrößten Spareffekt, aber trotzdem große Aus-wirkungen könnten die verpflichtenden Zweitmeinungsverfahren haben. Wie realistisch ist dieses Vorhaben?
DP: Das Zweitmeinungsverfahren ist nicht zu Ende gedacht. Diese Maßnahme ist getriggert durch ein fundamentales Misstrauen gegenüber einer gestellten Diagnose und dementsprechend der Handlungskompetenz des Mediziners. Wenn sich Erst- und Zweitmeiner nicht einig sind, soll dann der Medizinische Dienst den Schiedsrichter spielen? Das ist ein bisschen wie beim Fußball und dem VAR (Videoschiedsrichter, Anm. d. Red.). Die Diskussion wollen Sie in der Medizin nicht erleben. Im Fußball ist das alles andere als schön. Wirkt das souverän? Nein. Macht es das ganze Spiel besser? Nein. Außerdem: Wer soll das alles leisten? Nehmen Sie den Bereich Orthopädie/Unfallchirurgie. Wir rechnen damit, dass wir etwa 240.000 Zweitmeinungsverfahren pro Jahr durchlaufen müssten. Dafür fehlen uns die Kapazitäten. Sollen wir KI-gestützte Zweitmeinung machen? Ich glaube, das wäre nicht vermittelbar.

Zeit ist auch ein Faktor.
DP: Der Patient geht mit seinem Problem zum Haus- oder Facharzt und lässt sich beraten. Diese Beratung schließt Bildgebung mit ein. Womöglich wird dem Patienten gesagt, was er für Möglichkeiten hat. Wenn der Arzt ein neues Hüftgelenk vorschlägt, fragt der Patient: „Wann denn?“ Der Arzt antwortet in der Regel, dass er noch ein bisschen Zeit überbrücken kann. Er wird ihn aber darauf hinweisen, dass seine Muskelmasse schwindet. Dieser Abbau der Muskelmasse ist für das Ergebnis einer Versorgung ungünstig bis sehr ungünstig, vor allem, wenn der Eingriff durch ein Zweitmeinungsverfahren weiter verzögert wird.

Günstiger wird es auch nicht, wenn der Zweitmeiner vielleicht auch noch mal eine Diagnostik anordnet und selbst noch einmal gründlich untersucht?
DP: Was auch verständlich ist. Ich operiere doch kein Röntgenbild, sondern einen Menschen.

In ihrer kurzen Amtszeit hat es Frau Warken immerhin geschafft, das Krankenhausreformanpassungsgesetz durchzubringen. Ist die Reform jetzt wirklich „gangbar“? Finden Sie die Chirurgie im Leistungsgruppen-Gerüst adäquat dargestellt?
DP: Leistungsgruppen sind sinnvoll, wenn sie zur Zentralisierung der komplexen chirurgischen Eingriffe, beispielsweise an der Bauchspeicheldrüse, beitragen. Das muss man mit Mindestmengen koppeln und einer Verbesserung der Infrastruktur. Es nutzt nichts, wenn Sie hochkomplexe Eingriffe am Bewegungsapparat durchführen lassen, aber keine Intensivstation in dieser Einheit haben. Zudem bringt es nichts, wenn eine Klinik neben den hochkomplexen Eingriffen keine Standardchirurgie mehr anbieten darf. Wo soll ich die Leute denn qualifiziert und kompetent aus- und weiterbilden?

Also beißen sich hochgradige Spezialisierung und herkömmliche Weiterbildung?
DP: Genau. Die meisten Eingriffe aus dem Weiterbildungskatalog werden in den ersten drei bis vier Jahren oft im ambulanten Setting durchgeführt. Das heißt auf der einen Seite, dass die Krankenhäuser diese Einheiten aus- oder anbauen – schwierig in Deutschland. Auf der anderen Seite heißt es, dass wir Strukturen schaffen müssen, die einen Weiterbildungsverbund organisieren. Dazu hat der Berufsverband der Deutschen Chirurgie ein Konzept entwickelt. Wir zeigen, wie aus chirurgischen Assistenten die Fachärzte werden, die sie werden wollen. Das Leitpapier ist mit der Bundesärztekammer abgestimmt. Die Weiterbildung sorgt uns generell.

Warum?
DP: Wenn ich jetzt anfange, eine junge Kollegin auszubilden, dann ist diese 23 oder 24 Jahre alt. Beim ersten Facharzttitel wäre sie 29 oder 30 Jahre. Bis sie selbstständig verantwortlich und auch unter kritischen Bedingungen arbeiten kann, vergehen bestimmt noch einmal fünf Jahre. Dann ist sie 35. Rechnen Sie das hoch. Wenn wir uns jetzt nicht auf den Weg machen, wird das ganze System vor die Wand fahren. Diese Regierung muss das begreifen und auf die Anwender aus der Praxis hören. Das sind wir. Deswegen erheben wir unsere Stimme und bieten in dem Zusammenhang natürlich unsere Mitarbeit an.

Kommen wir auf die Krankenhausreform zurück. Prof. Karl Lauterbach wollte zu seiner Zeit der Gelegenheitschirurgie den Garaus machen. Hat diese nun keine Zukunft mehr?
DP: Mit Gelegenheitschirurgie hat Herr Lauterbach gemeint, dass man bestimmte Eingriffe, insbesondere aus dem Katalog der bösartigen Erkrankungen, mit einer gewissen Anzahl machen muss. Damit hat er recht. Aber wenn jemand erfolgreich ein Magenkarzinom am Übergang zwischen Speiseröhre und Magen operieren kann, dann kann er das auch am Magenausgang. Wenn man noch weiter ausdifferenziert, verliert man völlig den Faden. Ein Chirurg muss in einfachen wie komplexen operativen Fähigkeiten ausgebildet sein und dann kann er diese Fähigkeiten bei einer Reihe von durchaus unterschiedlichen Eingriffen einsetzen.

Nicht zuletzt das Deutsche Krankenhausinstitut hat in seinem aktuellen Krankenhaus-Barometer bescheinigt, dass die Ambulantisierung weiter Fahrt aufnimmt. Wie nehmen Sie das wahr? Sprießen die ambulanten OP-Zentren jetzt aus dem Boden?
DP: In bestimmten Bereichen haben wir das schon lange. Nehmen Sie die Augenheilkunde. Das hat sich alles bereits gewandelt. Aber das geschah mit Rückenwind einer wirtschaftlichen Entwicklung. Wenn Sie wollen, dass ambulante Eingriffe, die ambulant durchführbar sind, gemacht werden, müssen Sie es finanziell hinterlegen. Man

kann nicht befehlen: „Ihr müsst das jetzt machen, aber welche Erlöse es dafür gibt, das wissen wir noch nicht genau." Überlegen Sie einmal, ein Unternehmen würde so planen.

Die Notfallreform in der Version Warken hat nun den Bundestag erreicht. Können die Sektorengrenzen damit überwunden werden?
DP: Auf keinen Fall. Die Notfallreform müssen Sie ab der Alarmierung in der Rettungswache denken. Wir geben zurzeit 8,3 Milliarden Euro für Rettungsmittel im präklinischen Bereich aus. Dabei verlassen 40 Prozent dieser Patienten nach RTW-Transport (Rettungswagen, Anm. d. Red.) das Krankenhaus gehend. Selbst wenn diese mit dem Hubschrauber gebracht werden, sind es immer noch 17 Prozent. Die Frage lautet: Setzen wir unsere Rettungsmittel richtig ein? Nein. Findet das Niederschlag in den Reformbemühungen? Nein.

© Anna Fiolka

Was fehlt außerdem im Gesetz?
DP: Integrierte Notfallzentren brauchen bestimmte Voraussetzungen, zum Beispiel einen Hubschrauberlandeplatz teilweise mit der Möglichkeit der nächtlichen Landung. Schauen Sie mal, wie wenig es davon in Deutschland gibt – da wird Ihnen schlecht. So geht das nicht.

Was missfällt Ihnen noch?
DP: Im Rahmen der Notfallreform soll das Primärarztmodell gefahren werden. Hausärzte – bis auf jene über 60 Jahren – bekommen aber eigentlich keine chirurgischen Weiterbildungsinhalte mehr vermittelt. Das heißt, Sie gehen mit einem unfallverletzten Kind zum Primärarzt. Wenn Sie direkt in die Klinik gehen, drohen Sanktionen. Der Primärarzt hat regelhaft kein Röntgengerät und müsste zur weitergehenden Diagnostik überweisen. Das muss man noch verbessern, der Zeitverlust ist hochproblematisch.

Was wäre denn der Königsweg?
DP: Den Königsweg finden wir im SGB VII (Sozialgesetzbuch zur Gesetzlichen Unfallversicherung, Anm. d. Red.). Durch das dort verankerte berufsgenossenschaftliche Heilverfahren kann man problemlos eine Vorstellung beim Facharzt herbeiführen. Wir können den Hausarzt beziehungsweise Primärarzt, je nach Fallschwere, trotzdem in der Schleife lassen.

Sie haben Sanktionen angesprochen. Das ist ein sensibles Thema. Wie will man das bewerkstelligen?
DP: In den Niederlanden etwa wird sanktioniert. Aber denken Sie an die ehemalige Praxisgebühr von zehn Euro. Was hat das für einen Aufschrei gegeben! Dabei war der Aufwand höher als die zehn Euro. Wir brauchen eine digitale Ersteinschätzung. Dabei dürfen wir aber den älteren Teil der Bevölkerung nicht verlieren. Diese Menschen müssen die 116 117 anrufen können. Dafür brauchen wir eine gute digitale und KI-gestützte Triage. Bereits heute gibt es in der Industrie entsprechende Telefonassistenten. Diese klingen verbindlich, sind aber computergeneriert. Das muss noch geschaffen werden. Sie sehen ja an der ePA, dass Deutschland nicht wirklich in der Lage ist, erfolgreich digitale Lösungen zu finden.

Seit Juli sind Sie nun neuer BDC-Präsident. Was soll Leitmotiv ihrer Präsidentschaft sein?
DP: Das Leitmotiv ist, die Chirurgie in Deutschland so zu positionieren, dass es den Ärztinnen und Ärzten weiterhin Spaß macht, Chirurginnen und Chirurgen zu sein, und die Versorgung in Deutschland weiter auf einem hohen Niveau zu halten. Auch unter dem Blickwinkel, dass wir ein völlig anderes Sicherheitsszenario haben und dass wir uns dringend auf Dinge vorbereiten müssen, die wir alle nicht erleben wollen. Das darf uns aber nicht dazu verleiten, einem Wunschtraum nachzuhängen und zu sagen, es wird schon nicht so schlimm kommen. Meistens kommt es schlimmer. Prepare for the worst, hope for the best.

Das Interview mit Prof. Pennig führten: Lukas Dirscherl, pag-Redakteur und Christoph Starke, opg-Chefredakteur. Die Fotos machte Anna Fiolka.

Erstveröffentlichung dieses Artikels in OPG 22 vom 03. September 2026. Zweitverwertung mit freundlicher Genehmigung der pag Presseagentur Gesundheit GmbH.

Dirscherl L, Pennig D, Starke C: „Die Politik muss uns zuhören" – Neuer BDC-Präsident Pennig pocht auf Einbindung der Praktiker. Passion Chirurgie. 2026 November; 16(11): Artikel 07_02.

Autor:in des Artikels

Prof. Dr. med. Dietmar Pennig

Präsident
Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V. (BDC)
(c) Bild: Intercongress
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin

Kontakt