

CHIRURGIE

Mitteilungen
der Deutschen
Gesellschaft
für Chirurgie



Ausgabe 3/2013

Arztsein trotz Ökonomie

Giovanni Maio über die
neue Rolle des Arztes
und seine Beziehung
zum Patienten

Aktuelles Interview

Der DGCH-Präsident
Joachim Jähne im
Gespräch

Wissenschafts- förderung

Die DGCH sorgt für
Vernetzung und Inter-
disziplinarität

Herausforderungen mutig entgegengehen

In einer von den verschiedenen Medien entscheidend beeinflussten Zeit kann man sich oftmals nicht des Eindrucks erwehren, dass in der medizinischen Landschaft, besonders auch in der Chirurgie, nur „bad news“ eigentlich „good news“ mit schlagzeilenträchtigen Berichten darstellen. Beiträge wie „Behandlungsfehler in jedem dritten Kranken bestätigt – das Künstlerpech der Ärzte“, die Diskussion um korrupte Ärzte oder „Patientenfälle Krankenhaus – unnötige Operationen für satte Gewinne?“ oder „Klarer Befund Operationitis“ werden in den Mittelpunkt gerückt. Im Gegensatz dazu möchte ich hingegen mit positiven Mitteilungen beginnen. Der 130. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie mit dem Leitthema „Chirurgie mit Leidenschaft und Augenmaß“ in München ist äußerst erfolgreich verlaufen, so auch die Eröffnungsveranstaltung in der traditionsreichen Aula der Ludwig-Maximilians-Universität. Insgesamt nahmen mehr als 5600 Teilnehmer aus 42 Nationen an diesem Kongress teil, wobei zahlreiche Besucher aus dem Partnerland Österreich kamen. In der diesjährigen Kongressevaluation wurde einmal mehr deutlich, dass zu fast 90% der Fortbildungscharakter bzw. der Erwerb neuer klinisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse die Motivation zum Kongressbesuch bestimmen. Die Auswahl, Zusammenstellung und Aktualität während der Thementage wurde zu mehr als 80% als sehr gut oder gut eingestuft, in etwa 90% wurde die gleiche Bewertung hinsichtlich des eigenen Erkenntnisgewinns durch die Besucher angegeben. Insgesamt darf man also unserem Präsidenten, K.-W. Jauch, und seinem Kongressteam um Herrn W. E. Thasler gratulieren und ganz besonderen Dank aussprechen.

Die weitere erfreuliche, allerdings paramedizinische Nachricht bezieht sich auf eine ganz aktuelle Studie der BBC aus Großbritannien. Bei einer Umfrage unter 26000 Menschen aus 25 Ländern über den möglichen positiven Einfluss eines Landes auf die Welt sehen 59% Deutschland auf dem 1. Platz, gefolgt von Kanada und Großbritannien. Die entsprechenden

Kommentare zeigen, dass sich das Bild der Deutschen in der Außendarstellung deutlich verbessert hat. Der Hinweis auf den derzeit attraktiven Fußball fehlt nicht, zudem wird das Lebensgefühl in Norddeutschland – zur Überraschung, aber auch Freude eines Hannoveraners – entsprechend kommentiert: „Hamburg, Hannover or Berlin, where lifestyle is great.“

Unter den weniger erfreulichen Problemkomplexen wird die Diskussion im sog. Transplantationsskandal mit daraus resultierenden möglichen Konsequenzen, wie der Vorschlag zur Einrichtung einer staatlichen Stiftung als Kontrollorgan bzw. die Reduktion der Lebertransplantationszentren fortgeführt. Des Weiteren steht die Feststellung der zu hohen Operationszahlen in den operativen Fächern unverändert im Fokus. Nach aktueller OECD-Statistik nimmt die Bundesrepublik Deutschland einen Spitzenplatz bei der Implantation von Hüftprothesen, in der Behandlung von Oberschenkelfrakturen bzw. Operationen von Leistenhernien, Struma nodosa oder der Sigmadivertikulitis ein.

In Anlehnung an Paracelsus: „Dosis facit venenum“ wird die mediengesteuerte Diskussion zu verschiedenen Problemfeldern im Gesundheitswesen schon fast regelmäßig im Zusammenhang mit dem Deutschen Ärztetag angefacht, wie auch durch den Präsidenten der Bundesärztekammer in seiner Eröffnungsansprache angemerkt. In diesem Jahr geht es um die aktuelle Statistik zu Behandlungsfehlerbegutachtungen des medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK), die sich dann in Schlagzeilen wie „Gutachter bestätigen jeden dritten Verdacht auf Ärztefuschi“ niederschlagen. Ähnlich wie bei den oftmals global erscheinenden Vorwürfen zur Korruption im Gesundheitswesen relativieren sich die Zahlenangaben bei exakter Analyse relativ schnell. Auch beim MDK selbst wird bei Interpretation der Daten eingeräumt, dass eine hohe Anzahl an Vorwürfen nicht gleichzusetzen ist mit einer hohen tatsächlichen Fehlerzahl und Rückschlüsse



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

auf die Behandlungsqualität insgesamt kaum möglich sind, da weder die Gesamtzahl der Behandlungen noch die Anzahl aller Behandlungsfehler wirklich bekannt sind. Insgesamt waren 12403 Gutachten im Jahr 2012 erstellt worden, wobei in 31,5% der Fälle ein Behandlungsfehler bestätigt wurde, davon in 21,7% mit nachgewiesenem Zusammenhang zur Behandlung. Bezogen auf die Anzahl der Vorwürfe wurden die meisten Fehler in der Pflege (58,9%), Zahnmedizin (45,5%) und Gynäkologie/Geburtshilfe (31,7%) angegeben, während die Quote in der Orthopädie/Unfallchirurgie bei 29,6% und in der Chirurgie generell bei 27,4% lag. Angesichts dieser Zahlen spricht sich S. Gronemeyer vom Medizinischen Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) u.a. dafür aus, dass zumindest in den Fällen, in denen gutachterlicherseits ein Behandlungsfehler bestätigt wird, zukünftig die Beweislast für den Patienten erleichtert werden sollte. Außerdem fordert er ein einheitliches bundesweites Behandlungsfehlerregister, umso mehr, da er davon ausgeht, dass nach Einführung des Patientenrechtegesetzes die Zahl der Behandlungsfehlerwürfe weiter ansteigen wird.

Mit einem anderen, sicherlich nicht ganz neuen Problem beschäftigte sich auch der

116. Deutsche Ärztetag in Hannover, nämlich den demografischen Veränderungen und den daraus resultierenden Nachwuchsproblemen bei Ärzten und Pflegefachkräften. Unabhängig von dem von der Bundesregierung initiierten Demografiegipfel mit 9 Schwerpunktthemen zur Demografiestrategie ist es bereits jetzt offensichtlich, dass zwischen 2010 und 2025 ein Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials von 6 Millionen Menschen zu erwarten ist. Die verstärkte Aktivierung einheimischer Fachkräfte kann nicht ausreichend sein, um den notwendigen Bedarf in Deutschland zu kompensieren. Auch im medizinischen Bereich werden bis zum Jahr 2020 mehr als 70 000 Ärzte aus dem aktiven Berufsleben ausscheiden, was einem Anteil von etwa 20% der derzeit tätigen Ärzte entspricht. Erschwerend kommt hinzu, dass nach einer Onlinebefragung von mehr als 3300 Krankenhausärzten nach Aussagen des Marburger Bundes etwa drei Viertel der Ärzte durchschnittlich mehr als 48 Stunden pro Woche arbeiten. Bei 25% der Krankenhausärzte können die festgeschriebenen durchschnittlichen Höchst-arbeitszeitgrenzen von 60 Stunden nicht eingehalten werden. In den Kliniken wird in 53% der Antworten die Gesamtarbeitszeit nicht systematisch erfasst und fast jeder fünfte Arzt erhält weder eine Vergütung noch einen Freizeitausgleich der angefallenen Überstunden. Nach dieser Umfrage haben 71% der Klinikärzte das Gefühl, dass durch die Arbeitsgestaltung und -belastung im Krankenhaus die eigene Gesundheit beeinträchtigt wird. Als Konsequenz der hohen Arbeitsdichte und dem inadäquaten Ausgleich der Überstunden übertrifft die Zahl der ins Ausland abwandernden Ärzte die Zahl der in Deutschland gemeldeten ausländischen Ärztinnen und Ärzte. Nach dem Facharztindex 2012 zeigt sich nun, dass sich im Gebiet Chirurgie die Bewerbersituation scheinbar etwas entspannt hat. Trotzdem ist es weiterhin, besonders in einer Zeit der immer wieder zitierten Generation Y unverzichtbar, die „Ressource Arzt“ sinnvoll und durch zeitgemäßes Personalmanagement für die Medizin und gerade auch Chirurgie zu begeistern, denn Ärzte können ihre Position auf dem Arbeitsmarkt nutzen und haben gute Bedingungen, ihre durchaus nachvollziehbaren Forderungen durchzusetzen. Die sog. Generation Y weiß also die Macht der Demografie hinter sich, wie schon im Jahre 2011 beschrieben. Ein Vergleich verschie-

dener Generationen, von der Wirtschaftswundergeneration über die Babyboomer hin zur Generation X oder Y, zeigt, dass gerade die jüngste Generation dem Credo folgt: „Arbeit ist schön, aber nicht das ganze Leben.“ Trotzdem haben nach einer Studie des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen 85% dieser Generation sehr wohl ihre Karriereperspektiven vor Augen, wobei sie in 91% ihren Arbeitgeber nach der Möglichkeit einer exzellenten Weiterbildung auswählen. Dabei wird gerade in diesem Punkt eine verbindliche Planbarkeit und Struktur mit regelmäßigem Feedback gewünscht; in mehr als 80% der Befragten wird in den Vorgesetzten eine Vorbildfunktion gesehen. Unter dem Aspekt, dass besonders auch in den operativen Fächern der Anteil an Ärztinnen zunehmend ansteigt, achten 67% auf eine Work-Life-Balance und in 73% auf Familienfreundlichkeit einer Klinik, um die angestrebten Ziele der Vereinbarkeit zwischen Beruf, Familie und Freizeit realisieren zu können. „Die junge Generation Y fordert also nur, was alle anderen Generationen immer wollten“, so der Titel eines Beitrags im Deutschen Ärzteblatt, gilt in dieser Aussage nur bedingt, denn die jungen KollegenInnen wollen vielmehr selbst gleichzeitig gefordert und gefördert werden. Erfahrene Führungskräfte älterer Generation werden diese Veränderungen bei der derzeitigen klinischen Realität akzeptieren und umsetzen müssen. Die Meinung, dass sich diese Einstellung im natürlichen Wandel der Generationen von selbst regulieren oder gar revidieren lässt, ist sicherlich nicht wegweisend, geschweige denn einer lösbaren Umsetzung derzeitiger Vorstellungen und Lebenseinstellungen dienlich.

Abschließend zu den aktuell geplanten Kooperationen der DGCH mit ausländischen wissenschaftlichen Gesellschaften. Während der enge Kontakt zu den Fachgesellschaften im deutschsprachigen Ausland schon seit vielen Jahren gepflegt wird, wurde in den letzten Monaten auch die Verbindung zur Association of Polish Surgeons (APS) und der Japanese Surgical Society (JSS) intensiviert bzw. reaktiviert. Mit den polnischen Kollegen wurde vereinbart, dass neben jungen Chirurgen auch Mitglieder des Präsidiums regelmäßig an den Jahreskongressen teilnehmen. Die Vorträge sollen nicht in einem separaten Sitzungsblock präsentiert werden, sondern vielmehr themenbezogen in verschiedene Sitzungen integriert wer-

den. Solche Vereinbarungen sollen auch mit den japanischen Kollegen konkretisiert werden, da die früheren recht engen Verbindungen, auch während der Jahreskongresse, eher rückläufig sind. Dieses bestätigte sich auch während des diesjährigen Kongresses in Fukuoka, wo neben 2 Senioren noch 2 Stipendiaten der DGCH teilnahmen, obwohl mittlerweile auch die englische Sprache zur offiziellen Kongresssprache gehört. Es ist somit möglich, gerade von den teilweise hervorragenden Videositzungen profitieren zu können. Zwar besucht auch jährlich ein jüngerer Vertreter der Japanischen Chirurgengesellschaft unseren Kongress, ansonsten tendiert das Interesse der jungen Kollegen in Japan mehr zu Ländern mit angloamerikanischer Sprache. Zudem bestätigte sich auch im persönlichen Gespräch, dass in Japan eine deutliche Zunahme von Ärztinnen zu beobachten ist, ebenfalls hat die Einstellung der Generation Y Einzug gehalten.

Den aufgezeigten Problemen und Entwicklungen müssen wir uns auch vonseiten der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in der nächsten Zeit selbstkritisch, aber auch selbstbewusst stellen. Dabei sollte, so auch bei der angestrebten Einheit der deutschen Chirurgie der „nötige Respekt“ auf allen Seiten vorherrschen; dies wurde nachdrücklich vom Präsidenten der Bundesärztekammer Montgomery generell für die und in der Ärzteschaft eingefordert. Nicht selten hat man nämlich den Eindruck, dass Respekt im Wort und Verhalten oftmals in den Hintergrund getreten ist. Bei natürlicher Beachtung alter Tugenden ist es dann sehr wohl auch möglich, dass die Deutsche Gesellschaft weiterhin als Heimat ihrer mittlerweile mehr als 18 000 ordentlichen und assoziierten Mitglieder anzusehen ist; folgen wir also Demokrit: „Mut steht am Anfang des Handelns, Glück am Ende.“

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

Präsidium ab 01.07.2013

Vorstand

Präsident

Prof. Dr. med. J. Jähne
Chefarzt der Klinik für Allgemein- und
Viszeralchirurgie, Diakoniekrankenhaus,
Henriettenstiftung gGmbH
Marienstr. 72–90, 30171 Hannover
Tel.: 0511/2892101, Fax: 0511/2892022

1. Vizepräsident

Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult. K.-W. Jauch
Direktor der Chirurgischen Klinik und
Poliklinik, Klinikum Großhadern der LMU
Marchioninstr. 15, 81377 München
Tel.: 089/709527-90 oder -91,
Fax: 089/70958893

2. Vizepräsident

Prof. Dr. med. Dr. P. Vogt
Direktor der Klinik für Plastische, Hand- und
Wiederherstellungschirurgie, MH Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
Tel.: 0511/532-8860, Fax: 0511/532-8890

3. Vizepräsident

Prof. Dr. med. Gabriele Schackert
Direktorin der Klinik und Poliklinik für
Neurochirurgie
Universitätsklinikum Dresden
Fetscherstr. 74, 01307 Dresden
Tel.: 0351/458-2883, Fax: 0351/458-4304

Schatzmeister

Prof. Dr. med. T. H. K. Schiedeck
Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemein-
und Viszeralchirurgie, Klinikum Ludwigsburg
Posilipostr. 4, 71640 Ludwigsburg
Tel.: 07141/9966501, Fax: 07141/9966519

Generalsekretär

Prof. Dr. med. Dr. h. c. H.-J. Meyer
c/o Geschäftsstelle der DGCH
Luisenstr. 58/59, 10117 Berlin
Tel.: 030/2887-62911, Fax: 030/288-76299

Vertreter der Fachgesellschaften

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und
Viszeralchirurgie: M. Anthuber, Augsburg
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie/
Vertreter Allgemeine Chirurgie: K. Rückert,
Hamburg

Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie
und Gefäßmedizin: S. Debus, Hamburg

Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie:
J. Fuchs, Tübingen

Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und
Gesichtschirurgie: A. Hemprich, Leipzig

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie:
G. Schackert, Dresden

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und
Orthopädische Chirurgie: F. U. Niethard,
Aachen

Deutsche Gesellschaft der Plastischen,
Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirur-
gen: P. Vogt, Hannover

Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und
Gefäßchirurgie: J. Cremer, Kiel

Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie:
B. Passlick, Freiburg

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie:
H. Siebert, Schwäbisch Hall

Berufsverband der Deutschen Chirurgen
e. V.: H.-P. Bruch, Berlin

Weitere Mitglieder

Leitender Universitätschirurg: C. F. Vahl,
Mainz

Leitender Krankenhauschirurg: F. Köckerling,
Berlin

Oberarzt in nicht selbstständiger Stellung
einer chirurgischen Universitätsklinik:
S. Fichtner-Feigl, Regensburg

Oberärztin in nicht selbstständiger Stellung
einer chirurgischen Krankenhausabteilung:
K. Welcker, Bremen

Niedergelassener Arzt für Chirurgie:
C. Deindl, Nürnberg

Chirurg aus dem deutschsprachigen
Ausland: U. T. Laffer, Biel

Vertreter der Sektion Chirurgische
Forschung: E. Klar, Rostock

Frühere Präsidenten

R. Gradinger, München 2010
A. Haverich, Hannover 2011
M. W. Büchler, Heidelberg 2012

Gewählte Mitglieder des Senates

N. P. Haas, Berlin
B. Ulrich, Düsseldorf

Senat

F. Kümmerle, Mainz 1974
S. Weller, Tübingen 1982
F. Stelzner, Bonn 1985
H.-J. Peiper, Göttingen 1987
K.-H. Schriefers, Koblenz 1988
H. Hamelmann, Kiel 1989
W. Hartel, Ulm 1991
F. P. Gall, Erlangen 1992
M. Trede, Mannheim 1994
G. Hierholzer, Duisburg 1995
H. Bauer, Altötting 1997
C. Herfarth, Heidelberg 1998
D. Rühland, Singen 1999
A. Encke, Frankfurt 2000
K. Schönleben, Ludwigshafen 2001
J. R. Siewert, München 2002
N. P. Haas, Berlin 2003
B. Ulrich, Düsseldorf 2004
M. Rothmund, Marburg 2005
H. D. Saeger, Dresden 2006
H. U. Steinau, Bochum 2007
K. Junghanns, Ludwigsburg
R. Arbogast, Pforzheim 2008
V. Schumpelick, Aachen 2009

Amtszeit

Die **Amtszeit des Präsidiums** für
2013/2014 endet am 30. Juni 2014.

Geschäftsstelle

Herr Prof. Dr. med. Dr. h. c. H.-J. Meyer, Generalsekretär
Frau Dr. rer. pol. R. Nowoiski u. Mitarbeiterinnen
Luisenstr. 58/59, 10117 Berlin
Tel.: 030/28876290, Fax: 030/28876299,
E-Mail: dgchirurgie@t-online.de

Bankverbindungen

Deutsche Apotheker- und Ärztebank Berlin

Kto.-Nr.: 0005298393
BLZ: 300 606 01

Deutsche Bank

Kto.-Nr.: 070161500 / BLZ: 100 700 24



Das aktuelle Thema

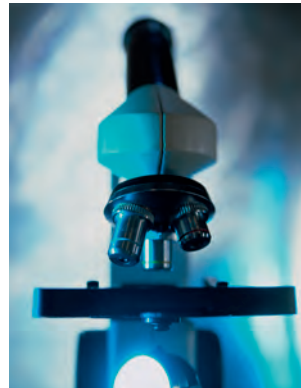
Interview mit dem Präsidenten der DGCH

Professor Dr. med. Joachim Jähne hat zum 1. Juli die Präsidentschaft der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie übernommen. Im Gespräch mit dieser Ausgabe der „Chirurgie“, den Mitteilungen der DGCH, führt der Präsident aus, was ihm in seiner Amtszeit besonders wichtig ist.

Einen Schwerpunkt legt Prof. Jähne auf die Patientensicherheit. Vor allem bei der Einführung neuer Medizinprodukte und bei Innovationen für die Patientenbehandlung sieht Prof. Jähne Verbesserungsbedarf. Durch den Austausch mit Politik, Industrie und Patientenselbsthilfegruppen will die DGCH konstruktive Lösungen entwickeln, um deren Anwendungen am Menschen sicherer zu gestalten.

Auch zum aktuellen Image der Chirurgie, das zuletzt stark durch die öffentlichen Diskussionen über beispielsweise hohe Interventionszahlen geprägt wurde, vertritt Prof. Jähne einen klaren Standpunkt: faktenorientierte Informationen über das Engagement und die Aktivitäten von Chirurgen sind der einzige Weg, das Bild in der Öffentlichkeit gerade zu rücken. Außerdem wird Prof. Jähne seine Amtszeit nutzen, um die „Einheit der Chirurgie“ weiter zu fördern. Hier sieht er die Möglichkeit, durch das Zusammenwirken mit verschiedenen Fachgesellschaften eine Art Clubwesen zu etablieren und so von Größeneffekten zu profitieren.

Nach wie vor spielen Forschung und die Förderung von Innovationen die entscheidende Rolle in der DGCH. In diesem Zusammenhang betont Prof. Jähne die Bedeutung des DGCH-Studienzentrums in Heidelberg. Angesichts der anstehenden Bundestagswahl formuliert Prof. Jähne im Chirurgie-Interview klar und pointiert Anliegen an die Politik, um in Medizin und Gesellschaft der Herausforderung des demografischen Wandels besser begegnen zu können.



Projektgruppe Wissenschaft unverzichtbar für die Chirurgie

Chirurgische Forschung muss intensiv gefördert werden. Besonders wichtig in diesem Kontext ist es, das Selbstverständnis der Gesamtchirurgie immer im Blick zu haben: Daher sieht die DGCH ihre Rolle vor allem auch darin, für Vernetzung und Interdisziplinarität zu sorgen. ► S. 174



Erste Frau im DGCH Vorstand

Die Neurochirurgin Professor Dr. med. Gabriele Schackert gilt als einer der bedeutendsten Spezialisten für Schädelbasis- und Hirntumoren im Kindes- und Erwachsenenalter. 2015 wird sie ihre Amtszeit als Präsidentin der DGCH aufnehmen. Sie ist somit die erste Frau im Vorstand der DGCH. ► S. 160

In eigener Sache

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

nach einer Leserumfrage im letzten Jahr haben wir viel positives Feedback und zahlreiche Anregungen zu den DGCH-Mitteilungen erhalten. Diese haben wir nun in eine modernisierte Mitgliederzeitschrift einfließen lassen. Künftig wird unsere Zeitschrift durchgängig vierfarbig erscheinen. Außerdem haben wir das Innenlayout durch Bilder, Kästen, Zwischenüberschriften aufgelockert und lesefreundlicher gestaltet. Zudem trägt unsere Mitgliederzeitschrift künftig auch einen eigenen Namen. Wir haben uns für den Titel „Chirurgie“ entschieden. Bei all diesen Veränderungen am und im Heft soll die „Chirurgie“ mehr denn je Ihre Mitgliederzeitschrift sein und Plattform für alle, die chirurgisch tätig sind.

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



Editorial

- 143 Herausforderungen mutig entgegengehen
H.-J. Meyer

Kongress

- 149 130. Kongress: Chirurgie mit Leidenschaft und Augenmaß
K.-W. Jauch
- 152 130. Kongress: Rückbesinnung auf eine geringere Anzahl an Operationen
S. Post
- 153 130. Kongress: Grußwort der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie
J. Fuchs
- 154 130. Kongress: Augenmaß und Leidenschaft
H.-P. Bruch
- 155 130. Kongress: Ehrungen, Preisverleihungen und Vergabe von Stipendien
- 158 130. Kongress: Überblick Vergabe von Preisen, Stipendien und Ehrungen der DGCH
- 160 Erste Frau im Vorstand: Neurochirurgin Gabriele Schackert wird 2015 Präsidentin der DGCH
- 161 Kongressimpressionen
- 162 131. Kongress: Erste Einladung
J. Jähne
- 163 Ethik und Ökonomie in Einklang bringen

Das aktuelle Thema

- 167 Über die Umprogrammierung der inneren Identität der Ärzte durch die Ökonomie
G. Maio

Chirurg/-in und Chirurgie

- 174 Die Projektgruppe Wissenschaft der DGCH
H. D. Saeger
- 176 Empfehlung zu leistungsbezogenen Zielvereinbarungen

Aus der DGCH

- 177 Protokoll der Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie anlässlich des 130. Kongresses
K.-W. Jauch, H.-J. Meyer, T. H. K. Schiedeck
- 178 Tätigkeitsbericht der Sektion CTAC, Mai 2013
P. M. Schlag, H. Feußner
- 180 Protokoll Gremiumssitzung der CAM am 30. April 2013
P. M. Schlag, H. Feußner
- 181 Mitteilungen der Gesellschaft

- 182 Reisestipendium zum Jahreskongress des American College of Surgeons
- 182 Travelling Fellowship Exchange
- 184 Spendenaufruf „Bausteine“ für das Langenbeck-Virchow-Haus
- 185 Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus
- 187 Bericht über das Joint Council Meeting der DGCH mit dem Royal College of Surgeons
W. Thasler, H.-J. Meyer
- 190 Tagungskalender

Aus Verbänden

- 193 Fusion der Arbeitskreise

Personalia

- 194 80. Geburtstag von Herr Prof. Tscherne
C. Krettek
- 195 Ernennungen und Auszeichnungen
- 196 Wir gedenken unserer verstorbenen Mitglieder
- 197 Änderungen zum Mitgliederverzeichnis

Leserbriefe

- 199 Leserbrief zu „Mitteilungen“ 1/2013: „Die DGCH und der Chirurg Fritz de Quervain ...“
H. Haferkamp
- 199 Leserbrief zu „Mitteilungen“ 2/2013 „Ein Leben lang Chefarzt?“
M. Richter-Turtur
- 201 Kommentar zum Leserbrief von Herrn Prof. Dr. Richter-Turtur zu „Mitteilungen“ 2/2013 „Ein Leben lang Chefarzt?“
A. Wienke

Buchbesprechung

- 202 Praxis der Kinder- und Jugendtraumatologie H. G. Dietz, P. Illing, P. P. Schmittbecher et al.
J. Probst

-
- 145 Präsidium
- 202 Impressum

130. Kongress: Chirurgie mit Leidenschaft und Augenmaß

Ansprache des Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie am 30.04.2013



Präsident der DGCH, Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult. Karl-Walter Jauch.

Chirurgie mit Leidenschaft und Augenmaß als Motto des diesjährigen 130. Chirurgenkongresses umschreibt Eigenschaften, die den Chirurgen in seinem täglichen Wirken für den Patienten auszeichnen. Auf der einen Seite der volle Einsatz für den Hilfe suchenden Patienten. Auf der anderen Seite die rationale sowie moralische Rückbesinnung auf das im Einzelfall Sinnvolle und Machbare.

Dieses Motto wurde von mir aus meinem Selbstverständnis heraus gewählt, so wie ich von meinen chirurgischen Lehrern geprägt wurde.

An erster Stelle Georg Heberer, er faszinierte alle Mitarbeiter mit seiner überschäumenden Vitalität und Leidenschaft, die manchen auch leiden ließ, aber er legte auch höchsten Wert auf das richtige Maß – besonders bei der Indikationsfindung.

Friedrich Wilhelm Schildberg überzeugte durch sein klares, überlegtes Handeln in Verantwortung für den Patienten und Hans Martin Becker begeisterte durch seine operative Technik verbunden mit Herzblut.

Hirn, Herz und Hand, dieser Dreiklang aus der verantwortungsvollen, patientenge-rechten Indikationsstellung, einer handwerklich präzisen nach Perfektion strebenden Operation und der ärztlichen Begleitung des Patienten wurde so als Faszinosum des Chirurgenberufs vermittelt. Diese Tradition gilt es zu wahren, indem man – frei nach Gustav Mahler – nicht das Andenken oder die Asche bewahrt, sondern wir das Feuer der Leidenschaft weitergeben.

Zufall oder Intuition mögen Pate bei der Wahl des Kongressmottos gestanden haben, da diese Thematik unsere aktuelle Herausforderung am besten wiedergibt.

Das Motto Leidenschaft und Augenmaß wird allgemein Max Weber zugeschrieben. In 2 Vorträgen – „Politik als Beruf“ und „Wissenschaft als Beruf“ – unweit dieser Aula hat dieser 1919 als Voraussetzung für einen Politiker 3 Qualitäten hervorgehoben: sachliche Leidenschaft, Verantwortungsgefühl und distanzierteres Augenmaß. Daneben hat Weber die Begriffe der Gesinnungsethik und der Verantwortungsethik geprägt. Er forderte, dass die Verantwortungsethik mit Bedenken der Folgen des Tuns oder Unterlassens entscheidend sei.

Helmut Schmidt führte 2007 in einer Rede zum Ethos des Politikers aus: „in vielen Fällen finden Politiker weder Entscheidungshilfen im Gesetz, ihrer Religion ..., sondern sie sind angewiesen auf ihre eigene Vernunft und ihre eigene Urteilskraft, und auf ihr eigenes Gewissen. Deshalb habe ich Max Webers Wort von der Notwendigkeit der Verantwortungsethik im Gegensatz zur Gesinnungsethik immer als gültig empfunden.“

Wenn schon für den Politiker diese Grundsätze gelten, um wie viel eindeutiger treffen sie dann die Situation des Chirurgen.

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

Die Chirurgie ist zu Recht **die Königsdisziplin der Medizin**. Heilung, Symptomlin-derung, medizinischer Fortschritt und technische Innovation werden hier für jeden Patienten offensichtlich und direkt erlebbar. Darauf dürfen wir stolz sein, dies bringt aber auch ganz besondere Verantwortung und Verpflichtungen mit sich.

Ärzte führen immer noch die Berufspres-tigeskala an. Dabei prägen Chirurgen be-sonders das Bild in der Öffentlichkeit. Im Positiven bei Beratung und Begleitung des Patienten, Verantwortungsübernah-me, Belastbarkeit und Entscheidungsfreude – wie im Negativen bei Themen wie Boni, zu viele Operationen, Behandlungs-fehlern oder Manipulationen.

In vielen öffentlichen Diskussionen um Überversorgung steht immer der Chirurg im Mittelpunkt. Dem Chirurgen liefert man sich aus, ihm muss man vertrauen und darauf beruht unsere besondere Stellung in der öffentlichen Wahrnehmung. Wir müssen aktuell alles tun, um dieses Vertrauen zu erhalten oder auch wieder zu gewinnen, dann können wir auch auf die Patienten als unsere wichtigsten Partner bauen.

Die Entwicklung in der Medizin gerät mit der **einseitigen ökonomischen „Gewinnmaximierung“** unter den ungezügeltten Mechanismen der freien Marktwirtschaft an ihre Grenzen. Die ursprüngliche Aus-gewogenheit, das Zusammenspiel von Hirn, Herz und Hand geht verloren, ja die echte Professionalität, das Berufensein und das Bekennen ist gefährdet. Dies wird erkennbar an der Zunahme vieler Eingriffsindikationen und besonders im Transplantationskandal. Dabei kann die-

ser Skandal von seinen Eigenschaften als pars pro toto unseres Gesundheitssystems gesehen werden. Entscheidend ist, aus diesem Skandal die richtigen Lehren zu ziehen, um aus der Defensive in der öffentlichen Diskussion herauszukommen, unser gesellschaftliches Ansehen zu erhalten und vor allem das Vertrauen der Patienten in uns Chirurgen zu erhalten, die Grundvoraussetzung für unser Tun.

Systemfehler und Fehlverhalten

Dieses Vertrauen wird gefährdet durch Fehlverhalten Einzelner, der immer mehr um sich greifenden Skandalisierung unseres Berufsstands durch die Medien (Transplantationsskandal, Ärztepfusch, Hygieneskandal etc.) und durchaus gezielter zeitlich genau terminierter Veröffentlichungen der Kostenträger (Fangprämien, Korruption, Boni und zu viele Operationen, Fehlabbrechnung). Wir müssen uns aber vor allem fragen, welche Systemfehler den Skandalen zugrunde liegen, bzw. persönliches Fehlverhalten oder systemimmanente Fehler begünstigen oder hervorrufen. Nur so können wir für uns die richtigen Konsequenzen ziehen und auch bei der Politik und Selbstverwaltung die erforderlichen Änderungen und Anpassungen einfordern.

Drei Konstanten sind als Ursachen für die Begünstigung persönlichen Fehlverhaltens in allen Bereichen ähnlich auszumaachen.

1: Ungezügelter Wettbewerb – Konkurrenz belebt das Geschäft?

Überall wird Wettbewerb eingeführt – zwischen Kostenträgern, Kliniken und Ärzten – und als Allheilmittel vergöttert. Bei begrenzten Ressourcen wird aus dem positiven Wettbewerb jedoch sehr schnell ein Verteilungs- und Überlebenskampf. Krankenhäuser kämpfen um „Fälle“, weil sie nur so ihre Betten füllen und überleben. Sie optimieren ihre Prozesse, reduzieren Personal, verdichten die Arbeit und erhöhen den Arbeitsdruck bis Fehler auftreten. Die kostbare Zeit für das Patientengespräch bleibt auf der Strecke.

Im Bereich der Lebertransplantation konnte Halldorson 2013 in einer Arbeit über die USA zeigen, dass höherer Konkurrenzdruck zu mehr Transplantationen führt. Dies erfolgt jedoch auf Kosten der Akzeptanz einer Negativselektion, indem

selbst besonders kranke Patienten noch besonders schlechte Organe erhalten. Die Folge ist ein schlechteres Überleben in Regionen mit hohem Konkurrenzdruck. In Deutschland haben wir einen besonders hohen Konkurrenzdruck. Steht für 10 Millionen Einwohner in Großbritannien ein LTX-Zentrum zur Verfügung, sind dies in den USA und Kanada 1,5, in Bayern 4. Um die Zahlen zu steigern, wird unter ökonomischem Konkurrenzdruck verbunden mit persönlichem Geltungsbedürfnis und dem Antrieb des Helfenwollens die Indikation über das gesunde Maß ausgeweitet.

2: Unzureichende und ineffiziente Ressourcenallokation

In einem freien Markt richtet sich der Wettbewerb entsprechend den Rahmenbedingungen nach den Anreizsystemen aus. Seien dies Boni, Fallpauschalen, Zusatzentgelte oder GOÄ-Punkte. Es gilt daher Fehlanreize so gut wie möglich zu vermeiden. Bei der Leberorganallokation nach dem MELD-Score aus den Werten für Bilirubin, INR und Kreatinin werden die Organe den Patienten mit dem höchsten Score zugeteilt, um den Tod auf der Warteliste zu minimieren. Aus dem Prinzip, die Lebern nach dem Gebot der Dringlichkeit zu verteilen, wurde bei uns jedoch das Prinzip die Lebern den kränksten der Kranken zuzuteilen, selbst wenn diese nur geringe Überlebenschancen haben. In der Folge liegt bei uns die 1-Jahres-Überlebensrate bei 75% gegenüber 90% in den USA oder Großbritannien. Medizinische Einsichten werden ignoriert, um Zahlen zu steigern. Die ärztliche Verantwortungsethik bleibt auf der Strecke.

So wurden Laborwerte und Angaben zu Dialysen manipuliert, Patienten ohne Alkoholikarenz entgegen den Richtlinien systematisch gemeldet und transplantiert. Die Regeln wurden subjektiv als ungerecht und unpassend empfunden, sodass gleichzeitig zu diesen Manipulationen die betroffenen Kollegen sogar Publikationen über die Problematik der Allokation und ihre Patienten veröffentlichten.

3: Mangelnde Professionalität

Dieser Punkt trifft auf die Organisationsstrukturen wie auf die beteiligten Personen in der Organspende und Transplantation zu. Fehlverhalten entsteht auf dem Boden der Vernachlässigung beruflicher

Grundwerte wie Mitgefühl, Redlichkeit, Wahrhaftigkeit. Persönliches Karrierestreben geht vor der Bereitschaft zum Einsatz für das Gemeinwohl. Dies trifft aber nur ein, wenn die „Atmosphäre“ in einer Klinik dazu verleitet und dies quasi legitimiert. Generelle Überbetonung von OP-Zahlen vor Patientenwohl, unkritisches Durchwinken von Indikationen im Alltag und innerliche Akzeptanz von Komplikationen als schicksalhaft, Koautorenschaften ohne aktive Mitwirkung, Doppelpublikationen, Promotionen ohne eigene Erarbeitung und ähnliche Verhaltensweisen bis hin zu geschönten Zeugnissen lassen die innere Richtschnur für Richtig und Falsch verkümmern.

Der amerikanische Sozialwissenschaftler Dan Ariely beschreibt in seinem neuesten Buch mit dem Titel: „Die halbe Wahrheit ist die beste Lüge – wie wir andere täuschen und uns selbst am meisten“, warum wir alle hin und wieder unehrlich sind und schummeln: bei Steuererklärung, Versicherungspolice, Kartenspielen oder Golfen; Angler, Sportler, Jäger, Politiker, Banker und Ärzte.

Vom Nobelpreisträger für Ökonomie Gary Becker stammt die Theorie, dass dies ein rationales Verhalten darstellt. Nutzen des Schummelns und Risiken der Bestrafung werden abgewogen und sekundenschnell eine Entscheidung getroffen. Die logische Folge ist die Forderung nach mehr Kontrollen und höheren Strafen.

Dan Ariely hält dem entgegen, dass der entscheidende Faktor des Lügens darin besteht, die Schummelei so zu begrenzen, dass man vor sich selber noch Achtung bewahrt. Dies belegt er in vielfachen Experimenten und großen Feldversuchen, die problemlos auf die Transplantation übertragen werden können. Unehrllichkeit wird dabei durch Faktoren erhöht wie: Kreativität, Beobachtung der Unehrllichkeit anderer, Kultur der legitimierten Unehrllichkeit, wiederholte Unehrllichkeit oder einem Benefit anderer durch unsere Unehrllichkeit. Keinen Einfluss haben Geldbeträge und die Wahrscheinlichkeit erwischt zu werden. Vermindern können wir die Unehrllichkeit durch Gelöbnisse, moralische Gedächtnisstützen und Beaufsichtigung.

Der Wiener Soziologe Thomas Druyen prangert die Scheinheiligkeit in unserer heutigen Zeit auf dem Boden des Gel-

tungsdrangs und der Selbstüberschätzung generell an und appelliert an die traditionellen Tugenden von Mut bis zu Rechtschaffenheit und Bescheidenheit.

Forderungen an die Chirurgie und Politik

Akzeptiert man diese Analyse mit den dargestellten Schwachstellen, liegen die Forderungen an die Chirurgie und die Politik klar auf der Hand. Ich werde am Freitag ausführlich auf die Forderungen eingehen, die wir als DGCH schon wiederholt formuliert haben und die sich mit den Forderungen von Siewert und Strehl in der FAZ von heute überlappen.

1. Rückbesinnung auf ärztliches Handeln und Vorbildfunktion
2. die Politik muss sozial- und gesundheitspolitisch gebotene Strukturvorgaben implementieren, was zwangsläufig zu einer Reduktion der Zentrenzahl führt
3. die Organallokation muss mehr an Patientenbenefit und Ergebnisqualität ausgerichtet und die Organisation muss professionalisiert werden
4. Ergebnisse müssen öffentlich zugänglich und einsehbar sein und in einem Register erfasst werden
5. im Bereich der Transplantationschirurgie sind durch flache Hierarchien mehr selbstständige Endpositionen zu schaffen

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

dieses Thema erschien mir so wichtig für unsere Profession und unsere Zukunft, dass ich die weiteren Themen nur kurz anreißen kann, wobei ich mich an den Thementagen unserer Tagung orientiere. Der **demografische Wandel** ist jetzt schon in unseren Kliniken und Praxen präsent. Der Anteil der über 70-Jährigen betrug 2012 im Patientengut der LMU 22%, bei den Intensivpatienten sogar 39% mit einer höheren Mortalität erst bei über 79-Jährigen. Das heißt wir können auch bei älteren Patienten große elektive Operationen mit gleichem Erfolg durchführen.

Bis 2020 steigt der Anteil der über 80-Jährigen bei den Männern um 83%, bei den Frauen um 31%. Chirurgisch zu behandelnde Krankheiten wie Krebs, Arteriosklerose, Arthrose und osteoporotische Frakturen werden um 14–42% nach Untersuchungen von Hofmann et al. zunehmen, ebenso die Begleiterkrankungen.

Wir müssen uns nicht nur auf mehr ältere, sondern zudem auch kränkere Patienten einstellen. Das Abwägen der Indikation und die operative Verfahrenswahl und Strategie wird noch mehr vom Zustand und dem Willen des Hochbetagten bestimmt. Die präoperative Konditionierung und die postoperative Pflege und Rehabilitation werden an Bedeutung zunehmen. Diese Themen einschließlich der wichtiger werdenden Prävention müssen von der DGCH und uns allen aktiv angegangen werden. Outcome und Versorgungsforschung gerade beim Älteren verdienen mehr Aufmerksamkeit.

Zu den hiermit verbundenen Problemen zählt auch der Pflegemangel. Die Akademisierung eines Teils der Pflege ist eine dringlich gebotene Maßnahme, um die Attraktivität des Pflegeberufs zu steigern. Wir sollten uns der Substitution ärztlicher Leistungen gegenüber offener zeigen und nicht reflexartig Positionen verteidigen, mit denen die Zukunft nicht gemeistert werden kann.

Lehre und Weiterbildung

Die Attraktivität unseres Berufs wird entscheidend von der Lehre, der Arbeitsatmosphäre und den Arbeitsbedingungen in den Kliniken bestimmt. Nach meiner Einschätzung haben wir kein generelles Nachwuchsproblem. Wir sind jedoch für die Besten nicht mehr so attraktiv. Das können und müssen wir ändern.

Die Arbeit der Arbeitsgemeinschaften Lehre und Medien haben beispielhafte und vorbildliche Pionierarbeit geleistet, um die Lehre tatsächlich zu verbessern. Die Einrichtung von Skillslab in nahezu allen Fakultäten ist ein erfolgreicher Weg junge Studenten für die Chirurgie zu begeistern.

Mit zeitgemäßer Didaktik, Tutorenausbildung, Betonung von Kompetenzvermittlung nach dem Kanadischen Arztrollenmodell sowie ausreichender Zeit für Lehre gewinnen wir motivierte junge Frauen und Männer für unseren Beruf.

Die Lern- und Lehrbedingungen müssen in die Weiterbildung übernommen und unsere Arbeitsbedingungen im Alltag an die Ansprüche der Generation Y angepasst werden.

Arbeitsplatz Chirurgie, Innovationen und Patientensicherheit

Die oft beklagte Arbeitsverdichtung, der ökonomische Druck, hat eine kritische Grenze überschritten. Wir sind aufgerufen, aus diesem Hamsterrad auszusteigen, der Ökonomisierungsfalle zu entkommen und die Gefahren einer falschen Entwicklung für unsere Patienten der Öffentlichkeit und der Politik klarzumachen.

Wir haben nicht nur nach meiner Einschätzung, sondern basierend auf allen internationalen Vergleichszahlen zu viele Kliniken und Betten, genug Ärzte die höchst effizient arbeiten, aber zu viel Eingriffe durchführen. Es gilt die vorhandenen Ressourcen verantwortungsvoller zu verteilen und zu nutzen.

Innovationen müssen durch Umverteilung finanziert möglich bleiben und unter dem Gesichtspunkt der Patientensicherheit und des Nutzens klinisch vor ihrer Einführung geprüft werden. Das Netzwerk der DGCH ist hierfür der geborene Partner.

Zukunftsgestaltung

Weder Wahltermine noch Shareholdererwartungen oder Selbstinteressen verschiedenster Gruppen sollten die Struktur unseres Gesundheitssystems in Zukunft entscheidend bestimmen. Wir benötigen dringend eine rationale medizinisch begründete Strukturplanung mit Überwindung ineffizienter Prozesse an den Sektorengrenzen.

Indikationsstellungen sind zu überdenken, um bei weniger Patienten mehr Zeit und Empathie einzubringen.

Auch ein Überdenken der Patientenerwartungen ist notwendig. Oft wird von übertriebenen Erwartungen ausgegangen. Das Risiko einer Erkrankung und möglicher Gefahren des Spontanverlaufs wird überzeichnet, Risiko und Nutzen eines Eingriffs zu positiv dargestellt. Unrealistische Heilserwartungen führen dann zwangsweise zu großzügigen Indikationsstellungen, um ja jedes natürliche Risiko zu vermeiden. Wir müssen hier wieder ehrlicher werden im Sinne einer Verantwortungsethik, individuell unsere Patienten aufklären und gewisse Risiken ohne Operation auch akzeptieren und mittragen. Die Illusion der Gewissheit

muss uns bewusst werden, um im Sinne von Gerd Gigerenzer bessere Ärzte für bessere Medizin auszubilden.

Qualitätssicherung, Leitlinien, Zertifizierungen und Register bis hin zu Auditierung und IQM-Initiative sind allesamt lobenswert und vorbildlich aber sie optimieren nur innerhalb unseres derzeitigen Systems ohne die grundlegende Frage anzusprechen.

Was ist für den individuellen Patienten das Beste. Die Prägung und Förderung einer Führungskultur und Verantwortungskultur in diesem Sinne bleibt für mich daher das wichtigste Ziel aller unserer Bemühungen.

Einheit der Chirurgie

Die angesprochenen Aufgaben sind nur gemeinsam von allen Fachgesellschaften und Berufsverbänden zu meistern. Das Projekt Einheit der Chirurgie ist unter Wahrung eigener Identität und berechtigter Vielfalt auf den Weg gebracht, aber auch in einer kritischen Phase. Die Politik und andere Player im Haifischbecken Gesundheitssystem erreichen und überzeugen wir nur mit einer gemeinsamen Stimme. Die Erarbeitung gemeinsamer Vorschläge zur Gestaltung unseres Arbeitsplatzes in allen angesprochenen Facetten zum Wohle der Patienten erfordert unseren ganzen Einsatz und die Hintanstellung mancher Eigeninteressen. Ich bitte

Sie um diesen Einsatz mit Leidenschaft und Augenmaß zugunsten der Patienten und der Chirurgie. Nach Max Weber sind wir alle auch verantwortlich für das was wir nicht tun.

Karl-Walter Jauch
(Es gilt das gesprochene Wort)

Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Karl-Walter Jauch
DGCH-Präsident 2013
Klinik für Allgemeine, Viszeral-, Transplantations-, Gefäß- und Thoraxchirurgie,
Universität München
Marchioninistraße 15
81377 München
E-Mail: karl-walter.jauch@med.uni-muenchen.de

130. Kongress: Rückbesinnung auf eine geringere Anzahl an Operationen

Grußwort des Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie



Präsident der DGAV, Prof. Dr. med. Stefan Post.

Verehrter Herr Minister Heubisch, lieber Präsident Karl-Walter Jauch, sehr geehrte Herren Präsidenten und Vorstände, liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Gäste,

im Namen der DGAV, die nun zum 15. Mal ihren Jahreskongress im Rahmen der Jahrestagung der Muttergesellschaft ausrichten darf, möchte auch ich Sie herzlich begrüßen. Ich bedanke mich bei der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, insbesondere Dir Karl und Deinem Team für die gute Kooperation und die Möglichkeiten, unter dem Dach dieses gemeinsamen Kongresses unsere inhaltliche Eigenständigkeit entfalten zu können.

Angesichts der zahlreichen Grußworte und Verleihungen beschränke ich mich auf eine einzige Botschaft. In Fortsetzung und Kurzfassung dessen, was ich in der DGAV-Eröffnung heute Mittag schon ausgeführt habe, darf ich hier und jetzt auch an alle anderen chirurgischen Fachgesellschaften appellieren:

Wir haben in fast allen operativen Fachgebieten ein **Mengenproblem**: Es wird mehr operiert als in den meisten anderen Industrienationen mit großzügigeren Indikationsstellungen. Die Mengen und Mengenzuwächse sind weder durch Demografie, Morbidität oder medizinischen Fortschritt adäquat erklärbar. Ich bin der festen Überzeugung, dass dies auch Ausdruck ist von Überangebot, Konkurrenzdruck, ökonomischen Fehlanreizen und Verkümmern des ärztlichen Selbstverständnisses Einzelner. Wir alle sind als chirurgische Fachgesellschaften gefordert, darauf selbstkritisch hinzuweisen und an Gegensteuerungen konstruktiv mitzuarbeiten. Wenn wir das verpassen, droht ein Horrorszenario: Den Chirurgen, die keine abgewogene Indikationsstellung im Interesse des Patienten mehr leisten, wird das Recht zur Indikationsstellung ganz genommen. Wer überhaupt operiert werden darf, entscheiden dann konservativ tätige Kollegen oder gar der MDK. Lassen Sie uns gemeinsam durch kritische Reflexion und Aktion darauf hinwirken, dass Kostenträger, Politik und Öffentlichkeit

keinen Grund finden, das Vertrauen in uns Chirurgen und unsere Indikationen zu verlieren.

In diesem Sinne wünsche ich uns allen einen diskussions- und erlebnisreichen Chirurgenkongress. Vielen Dank!

Prof. Dr. med. Stefan Post
Präsident der DGAV
Chirurgische Klinik
Universitätsmedizin Mannheim
Theodor-Kutzer-Ufer 1-3
68176 Mannheim
E-Mail: stefan.post@umm.de

130. Kongress: Grußwort der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie



Präsident der DGKCH, Prof. Dr. med. Jörg Fuchs.

Sehr geehrter Herr Präsident,
Sehr geehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen,
sehr geehrte Gäste,

im Namen der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie darf ich Sie herzlich zum 130. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie begrüßen.

Dieser Kongress hat für unsere Fachgesellschaft eine historische Bedeutung, da wir im Jahr des 50-jährigen Bestehens der DGKCH unsere Jahrestagung auf den Chirurgenkongress verlagert haben. Der Schritt der Verlagerung unserer Jahrestagung von der Deutschen Gesellschaft für

Kinder- und Jugendmedizin zur Deutschen Gesellschaft für Chirurgie war einerseits politisch nicht einfach zu vollziehen, stellt andererseits aber auch ein klares Bekenntnis zur „Einheit der Chirurgie“ innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie dar.

Aus meiner persönlichen Sicht demonstrieren wir Kinderchirurgen damit aber auch, dass wir in unserer alltäglichen Arbeit Chirurgen mit einem besonderen Zugang zum Kind sind. Wir werden hinsichtlich unserer medizinischen Erfolge an der Perfektion unseres Handwerks gemessen und sollten deshalb alles tun, um das Fachgebiet Kinderchirurgie gemeinsam mit Ihnen zukunftsfähig zu gestalten.

Mein besonderer Dank an diesem Abend gilt dem Präsidenten der DGCH Herrn Prof. Jauch für seine außerordentliche Arbeit und faire Kooperation mit den anderen Fachgesellschaften innerhalb seiner Amtsperiode. Er hat für den diesjährigen Kongress mit dem Motto „Chirurgie mit Leidenschaft & Augenmaß“ ein sehr aktuelles Thema gewählt. Die Leidenschaft in unserem Fach ist eine Grundvoraussetzung für Leistungsbereitschaft und Innovation. Das Augenmaß soll Selbstkritik und die medizinische, ethische, ja mittlerweile ökonomische Machbarkeit innerhalb der Chirurgie veranschaulichen.

Ich möchte aber auch dem kinderchirurgischen Kongresspräsidenten Herrn Prof. Rolle für die wissenschaftliche Gestaltung sowie kulturelle Umrahmung des Kongresses danken.

Sehr geehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen, ich wünsche Ihnen einen erfolgreichen Kongress und abwechslungsreiche Tage und Abende mit guten Freunden in der schönen bayrischen Hauptstadt.

Prof. Dr. med. Jörg Fuchs
Präsident der DGKCH
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Universität Tübingen
Hoppe-Seyler-Straße 3
72076 Tübingen
E-Mail: joerg.fuchs@med.uni-tuebingen.de

130. Kongress: Augenmaß und Leidenschaft

Grußwort des Präsidenten des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen



Präsident des BDC, Prof. Dr. med. Hans-Peter Bruch.

Sehr geehrter Herr Staatsminister, verehrter Herr Präsident, lieber Karl, sehr geehrte Honoratioren, liebe Kolleginnen und Kollegen, meine sehr verehrten Damen, meine Herren.

Es ist mir eine große Freude und eine Ehre, Sie im Namen des BDC und stellvertretend im Namen aller chirurgischen Berufsverbände herzlich willkommen heißen zu dürfen.

Augenmaß und Leidenschaft – kein Wortpaar dessen Kohärenz sich auf den ersten Blick erschließen würde. Augenmaß heißt quantitatives Schätzen einer Menge oder Ausdehnung durch den Augenschein.

Leidenschaft dagegen ist eine das Gemüt vollständig ergreifende Emotion.

Man muss schon Carl Gustav Jung bemühen, um die Gemeinsamkeit von Augenmaß und Leidenschaft zu erkennen. C.G. Jung war der Überzeugung, dass die Weltanschauung der Menschen durch Arche-

typen geprägt ist, die über Jahrtausende hinweg wirksam bleiben. Für die berühmte Schule der Stoa war das Beherrschen von Leidenschaften höchstes Ziel. Die Mäßigung ist eine der platonischen Kardinaltugenden. Unter dieser Prämisse erfahren Leidenschaft und Augenmaß eine gänzlich andere Bedeutung. Augenmaß wird zur Ermessensentscheidung unter Beachtung der Verhältnismäßigkeit.

Im chirurgischen Handwerk waren und sind die beiden Begriffe seit jeher verbunden und ihr Sinngehalt ist jedem Chirurgen bewusst.

Medizin ist aber längst **nicht mehr allein Dienst am Patienten**. Die Ansprüche der Gesellschaft weisen weit über die reine Fachlichkeit hinaus. Führung, Organisation, Kommunikation, Qualität, Ökonomie und Wettbewerb müssen Teil des Denkens und Handelns im Alltag eines jeden Arztes sein.

Medizin versus Ökonomie

Und die Ökonomie ist gerade dabei, zur alles bestimmenden quasi religiösen Größe zu mutieren, die sich des abendländischen Stereotyps von Schuld und Sühne geschickt zu bedienen weiß. Die tradierten Tugenden der Medizin Caritas und Humanitas befinden sich dagegen auf leisem Rückzug – Tugenden, die sich so harmonisch mit Leidenschaft und Augenmaß verbinden würden.

Bemühen wir noch einmal C.G. Jung: Die Engramme des Unbewussten lassen sich in Krisenzeiten am besten erkennen. „Gerade das zunächst Unerwartete, das beängstigend Chaotische enthüllt tiefen Sinn.“ Es sind im wahrsten Sinne des Wortes die Bruchstellen in unserem Umfeld, die uns zum Denken und vielleicht zum Umdenken veranlassen.

„Ohne Leid, so C.G. Jung, ändert sich nichts, schon gar nicht die menschliche Natur.“

Unser Wirtschaftssystem hat seine Schwächen enthüllt. Die Ökonomie im Medizinsystem stößt allenthalben sichtbar mit Macht an ihre Grenzen.

Das Wachstum und die wirtschaftliche Stärke der zurückliegenden Dekaden haben das Wesen des mehr und mehr ökonomielastigen Medizinsystems verhüllt.

Die wirtschaftlichen Verwerfungen der letzten Jahre haben dessen Schwäche offengelegt.

Zeit also mit Leidenschaft und Augenmaß im archetypischen Sinne Restrukturierungen zu beginnen, die sich auf die Grundlagen eines menschlichen Medizinsystems – Caritas und Humanitas – rückbesinnen müssen!

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen allen eine spannende und erkenntnisreiche Woche in München und unserem Präsidenten wünsche ich einen erfolgreichen Kongress!

Prof. Dr. med. Hans-Peter Bruch
Präsident Berufsverband der Deutschen Chirurgen
Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
E-Mail: praesident@bdc.de

130. Kongress: Ehrungen, Preisverleihungen und Vergabe von Stipendien



Präsident der BÄK, Professor Dr. med. Frank Montgomery.



Blick in die Aula.



Ehrenmitglied Prof. Dr. med. Herbert Imig, Bostelwiebeck.



Ehrenmitglied Prof. Dr. med. Dr. h. c. Hans Lippert, Magdeburg.



Ehrenmitglied Prof. Dr. med. Wolf Mutschler, München.



Senator Prof. Dr. med. Dr. h. c. Volker Schumpelick, Aachen.

Kongress



W.-Körte-Medaille in Gold: Dr. med. Annette Güntert und Dr. med. Franz-Joseph Bartmann, Berlin.



Siegel der DGCH: Ulrich Raebel, Norderstedt.



R-Zenker-Preis: Prof. Dr. med. Peter Neuhaus, Berlin.



B.-v.-Langenbeck-Preis: PD Dr. med. Martin Stockmann, Berlin.



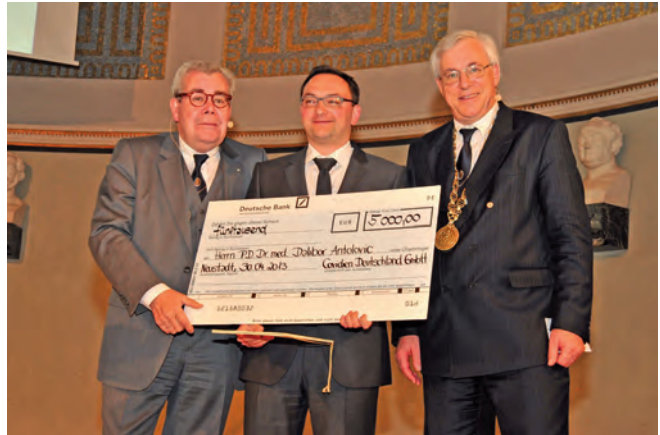
K.-H.-Bauer-Preis: PD Dr. med. Stefan Fritz, Heidelberg.



Preis für perioperative Medizin: Prof. Dr. med. Theresia Weber, Ulm.



Preis für rekonstruktive Chirurgie und Orthopädie: Prof. Dr. med. Dr. habil. Rüdiger G. H. Baumeister, München.



F.-Linder-Preis: PD Dr. med. Dalibor Antolovic, Oldenburg.



W.-Müller-Osten-Preis: Prof. Dr. med. Michael D. Menger, Homburg.



E.-Ungeheuer-Preis: Prof. Dr. med. Robert Grützmann und Dr. med. Marius Distler, Dresden.



Verleihung der Stipendien in der Mitgliederversammlung.



Bundesgesundheitsminister Dr. med. Daniel Bahr mit dem Präsidenten und dem Generalsekretär.

130. Kongress: Überblick Vergabe von Preisen, Stipendien und Ehrungen der DGCH

Preis	Name / Klinik bzw. Funktion	Begründung / Thema
Ehrenmitglied der DGCH	Prof. Dr. med. Herbert Imig, Bostelwiebeck	Engagement in der Etablierung von Qualitätsstandards und Zertifizierung sowie Zusammenarbeit von Gefäßchirurgen und der DGCH
	Prof. Dr. med. Dr. h. c. Hans Lippert, Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, Universität Magdeburg	Erfolgreiche Etablierung der flächendeckenden Qualitätssicherung und Versorgungsforschung sowie persönliches Wirken im Zusammenwachsen der Chirurgen aus alten und neuen Bundesländern
	Prof. Dr. med. Wolf Mutschler, Direktor der chirurgischen Klinik Innenstadt, Klinikum der LMU München	Weiterentwicklung der chirurgischen Lehre und Weiterbildung mit Einführung neuer didaktischer Methoden, insbesondere auch in der Basisweiterbildung
Senator auf Lebenszeit	Prof. Dr. med. Dr. h. c. Volker Schumpelick, em. Direktor der Chirurgischen Klinik, RWTH Aachen	Anerkennung und Würdigung seiner langjährigen Verdienste um die DGCH, vor allem als ihr Präsident im Jahr 2008/2009
Werner-Körte-Medaille in Gold	Dr. med. Annette Güntert und Dr. med. Franz-Joseph Bartmann, Bundesärztekammer Berlin	Partnerschaftliche Kooperation und vielfältige Unterstützung der DGCH, vor allem auch bei der Entwicklung eines innovativen Modells zur Muster-Weiterbildungsordnung
Siegel	Ulrich Raebel, Director Business Relations, Surgical Care, Ethicon/Norderstedt	Langjährige Verdienste um die Förderung der chirurgischen Wissenschaft und der qualifizierten Fortbildung junger Chirurginnen und Chirurgen, für die er sich über sein Unternehmen eingesetzt hat
Rudolf-Zenker-Preis	Prof. Dr. med. Peter Neuhaus, Direktor der Klinik für Allgemein-, Visceral- und Transplantationschirurgie, Universitätsmedizin Berlin/Charité	Herausragende, national und international anerkannte Erfolge in der gesamten Transplantationsmedizin, speziell auf dem Gebiet der Lebertransplantation
Von-Langenbeck-Preis	PD Dr. med. Martin Stockmann, Klinik für Allgemein-, Visceral- und Transplantationschirurgie, Universitätsmedizin Berlin/Charité	„Entwicklung und klinische Validierung eines neuartigen Verfahrens zur Messung der Leberfunktion in der Chirurgie – der LiMAX-Test“
K.-H.-Bauer-Preis	PD Dr. med. Stefan Fritz (Coautoren: M. Klauss, F. Bergmann, T. Hackert, W. Hartwig, O. Strobel, B. D. Bundy, M. W. Büchler, J. Werner), Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Universitätsklinikum Heidelberg	„Small (sendai negative) branch-duct IPMNs: not harmless“
Förderpreis für perioperative Medizin	Prof. Dr. med. Theresia Weber (Coautoren: C. Maier-Funk, D. Ohlhauser, A. Hillenbrand, G. Cammerer, T. F. Barth, D. Henne-Bruns, B. O. Boehm, S. V. Reske, M. Luster), Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Universitätsklinikum Ulm	„Exakte präoperative Lokalisation von Nebenschilddrüsenadenomen mittels C-11 Methionin-PET/CT“

Preis	Name / Klinik bzw. Funktion	Begründung / Thema
Preis für rekonstruktive Chirurgie und Orthopädie	Prof. Dr. med. Dr. habil. Rüdiger G. H. Baumeister, em. Ltr. der Abt. Plastische, Hand- und Mikrochirurgie, Klinikum Großhadern der LMU München	Entwicklung und Ergebnisse der mikrochirurgischen Lymphgefäß-Transplantation auf höchstem nationalen und internationalen Niveau
Fritz-Linder-Preis	Dr. med. Marian Grade (Coautoren: M. Spitzner, B. Roesler, C. Bielfeld, G. Emons, J. Gaedcke, M. Rave-Fränk, M. Ghadimi), Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Universitätsklinikum Göttingen	„STAT3 is a potential molecular target to sensitize colorectal cancer cells to chemoradiotherapy in-vitro and in-vivo“
Felicien-Steichen-Preis	PD Dr. med. Dalibor Antolovic (Coautoren: 8 Studien → s. bitte Arbeiten direkt), Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Klinikum Oldenburg	Wissenschaftliche Untersuchungen zu prädikativen Risikofaktoren bei postoperativen Komplikationen nach Operationen auf dem Gebiet der Allgemein- und Viszeralchirurgie
W.-Müller-Osten-Preis	Prof. Dr. med. Michael D. Menger (Coautoren: M. K. Schilling, H.-J. Schäfers, T. Pohlemann, M. W. Laschke), Institut für klinisch-experimentelle Chirurgie, Universität des Saarlandes Homburg/Saar	„How to ensure the survival of the surgeon-scientist? The Homburg Program“
Video-Film-Preis	Prof. Dr. med. Karl Jürgen Oldhafer, Abt. Chirurgie, Asklepios Klinik, Hamburg-Barmbek (Coautoren: A. Kellersmann und C.-T. Germer, Würzburg)	„Ante situm Leberresektion für Tumore mit Infiltration des Lebervenenkonfluens“
Edgar-Ungeheuer-Preis	Prof. Dr. med. Robert Grützmann und Dr. med. Marius Distler, Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Dresden	„Transduodenale Papillenresektion“
Stipendium als Fortbildungshilfe	Dr. med. Leila Kolios, Abt. für plastische und rekonstruktive Chirurgie, BG Unfallklinik Ludwigshafen	Forschungsaufenthalt an der plastisch-chirurgischen Klinik des Chang Gung Memorial Hospital Taipeh
	Evangelos Sarantopoulos, Klinik für plastische Chirurgie, Klinikum rechts der Isar der LMU München	Forschungsaufenthalt am Massachusetts General Hospital
Stipendium der Herbert-Junghanns-Stiftung	PD Dr. med. Guido Woeste, Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Universitätsklinikum Frankfurt/Main	Forschungsaufenthalt in Rochester und Cleveland
Reisestipendium zum Kongress des ACS	PD Dr. med. Dr. Matthias Heuer, Klinik für Chirurgie, Klinikum Essen-Mitte	Forschungsaufenthalt in Boston und New York
Reisestipendium zum Japanischen Chirurgenkongress	PD Dr. med. Joachim Andrassy, Klinik und Poliklinik für Chirurgie, Klinikum Großhadern der LMU München	
Stipendium für serbische Chirurgen in Deutschland	Dr. med. Milica Nestrovic, Klinik für Allgemeinchirurgie, Klinisches Zentrum der Universität Nis (Serbien)	Fortbildungsaufenthalt an der Abteilung Chirurgie Kreisklinik Günzburg

Erste Frau im Vorstand: Neurochirurgin Gabriele Schackert wird 2015 Präsidentin der DGCH

Am 1. Juli 2013 hat der neue Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie seine Arbeit aufgenommen. Zum ersten Mal in der mehr als 140-jährigen Geschichte der Fachgesellschaft gehört diesem Gremium eine Frau an: Die Neurochirurgin Professor Dr. med. Gabriele Schackert aus Dresden wird im Jahr 2015 Präsidentin der DGCH. Schackert gilt als eine der anerkannten Spezialisten für Schädelbasis- und Hirntumoren im Kindes- und Erwachsenenalter.

Geboren 1953 in Sinn/Lahn-Dillkreis studierte Schackert Humanmedizin in Heidelberg. Sie legte 1977 ihr Staatsexamen ab und erlangte ihre Approbation als Ärztin. Nach der Promotion zum „vaskulären Neurom Feyrter-Reubi“ absolvierte sie bis 1984 an den Universitäten Erlangen-Nürnberg und Heidelberg ihre Facharztbildung für Neurochirurgie. Noch im selben Jahr wurde sie zur Oberärztin in der Klinik für Neurochirurgie der Universität Heidelberg ernannt. Ein Forschungsstipendium führte sie von 1986 bis 1988 an das Department of Cell Biology im M.D. Anderson Hospital and Cancer Center in Houston/Texas. 1990 habilitierte sich die Mutter von zwei Söhnen mit dem Thema „Entwicklung eines hämatogenen Hirnmetastasenmodells in der Maus. Untersuchungen zur Biologie und Therapie zerebraler Metastasen im Tierexperiment“. Ein Jahr später erlangte sie die Venia legendi für das Fach Neurochirurgie. Im Jahr 1993 nahm Schackert den Ruf auf die C4-Professur für Neurochirurgie an der Technischen Universität Dresden an. Seitdem leitet sie dort als Direktorin die Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie mit 48 Normal-, 8 Intermediate Care- und 6 Intensivbetten. In drei Operationssälen nehmen Ärzte hier jährlich rund 2000 Operationen vor. Im Jahre 1999 erhielt sie den Ruf auf die C4-Professur für Neurochirurgie an der Universität Hamburg Eppendorf. Sie entschied sich damals, diesen Ruf nicht anzunehmen und in Dresden zu bleiben.

Zu den klinischen Schwerpunkten von Professor Schackert gehören Schädelbasischirurgie, Chirurgie von Tumoren des Gehirns und des Rückenmarks und kindliche Hirntumoren. Im Bereich Neuroonkologie ist sie Expertin insbesondere für Gliome und Metastasen. Gerade hier fordert sie „enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Fachrichtungen“, um für die Patienten weitere Fortschritte zu erzielen. In Dresden baute sie deshalb ein molekularbiologisches Labor auf, um die Gentherapie als Chance für Patienten mit Glioblastom zu erforschen und voranzubringen. Neurochirurgen, Chirurgen, Genetiker, Immunologen und Biologen bringen hier ihr Wissen ein.

Schackert arbeitet außerdem an und mit neuartigen bildgebenden Verfahren zur Darstellung von Hirnfunktionen, Navigationschirurgie und modernsten spektroskopischen Gewebsanalysen. Im Jahr 2004 eröffnete sie in Dresden ein Epilepsiechirurgisches Zentrum. Professor Schackert ist und war aktives Mitglied und Gutachterin in zahlreichen Gremien und Kommissionen – etwa im wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer und im Medizintechnischen Ausschuss des Bundesministeriums für Bildung und Forschung. Seit 2002 sitzt die Ordinaria der Habilitationskommission der Medizinischen Fakultät vor. Bis 2014 ist Schackert 1. Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC).

Mit der Wahl in den Vorstand der DGCH wird Professor Gabriele Schackert zur dritten Vizepräsidentin der Fachgesellschaft und damit im Jahr 2015/2016 DGCH-Präsidentin. Dem DGCH-Vorstand für das Jahr 2013/2014 gehört neben Präsident Professor Dr. med. Joachim Jähne aus Hannover weiterhin Professor Dr. med. Karl-Walter Jauch aus München als erster Vizepräsident an. Zweiter Vizepräsident und damit Präsident für die Amtsperiode 2014/2015 ist Professor Dr. med



Professor Dr. med. Gabriele Schackert.

Peter Vogt, ebenfalls aus Hannover. Zum Vorstand gehört auch Generalsekretär Professor Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, Hannover. Schatzmeister bleibt Professor Dr. med. Thomas Schiedeck aus Ludwigsburg. Weitere Vorstandsmitglieder sind Repräsentanten der zehn chirurgischen Fachgesellschaften, die sich unter dem Dach der DGCH zusammengeschlossen haben.

130. Kongress: Kongressimpressionen

Rundgang durch die Industrierausstellung



Stand von Aesculap.



Stand von Ethicon.



Stand von Covidien.

Festabend



„Laudatio“ der „Blues Brothers“ auf den Präsidenten.



Stimmungsbarometer beim Gesellschaftsabend.



Der verdiente Dank durch den Präsidenten.

131. Kongress: Erste Einladung

Sehr geehrte, liebe Kolleginnen und Kollegen,

im Namen des Präsidiums der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie lade ich Sie ganz herzlich zum **131. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie** vom **25. März bis 28. März 2014** nach Berlin ein.

Kaum ist der sehr erfolgreiche und gelungene Kongress 2013, zu dem ich Herrn Professor Jauch und seinem Team an dieser Stelle im Namen aller Chirurginnen und Chirurgen mit einem herzlichen Danke gratuliere, vorbei, wirft der Jahreskongress 2014 der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie unter veränderten Vorzeichen seine Schatten voraus. Zwei wesentliche Neuerungen kennzeichnen den Kongress: als erste medizinische Großveranstaltung findet der Kongress im neu erbauten City Cube Berlin auf dem Messegelände am ehemaligen Standort der alten Deutschlandhalle statt. Wir alle dürfen uns auf einen hochmodernen Veranstaltungsort freuen, der architektonisch besonders ist und an dem fast alle Sitzungen, Kurse und Workshops einschließlich der Industrieausstellung unter einem Dach veranstaltet werden. Bedingt durch die Attraktivität dieses neuen Gebäudes und aufgrund von logistischen Erfordernissen findet der 131. Kongress darüber hinaus erst- und einmalig bereits Ende März 2014 statt. Ich bitte Sie daher bereits jetzt, sich diesen vorgezogenen Termin zu notieren.

Unter dem Kongressmotto **„Chirurgie zwischen Faszination, Mut und Demut“** möchten wir die vielfältigen Aspekte unseres Fachgebiets über die verschiedenen chirurgischen Subspezialitäten hinaus darstellen. Zweifelsohne ist die Chirurgie hinsichtlich der chirurgisch-technischen Behandlungsmöglichkeiten ein unverändert faszinierendes Arbeitsfeld. Zur Durchführung der Eingriffe in komplexen und herausfordernden Situationen mit der Verschiebung unserer chirurgischen Grenzen gehört ebenso Mut wie zur kritischen Auseinandersetzung mit den politischen und ökonomischen Zwängen. Gleichzeitig haben wir aber auch zu akzeptieren, dass unserem Tun immer wie-

der Grenzen gesetzt werden. Die Anerkennung dieser Grenzen des chirurgisch Machbaren und die Demut gegenüber dem Patienten als Menschen in seiner Schöpfung gehören zu den herausragenden Eigenschaften einer chirurgischen Persönlichkeit.

In diesem Kontext werden wie in der jüngsten Vergangenheit auch beim 131. Kongress Thementage stattfinden, an denen interdisziplinär über alle Fachgesellschaften hinweg das Motto des Kongresses aufgegriffen wird. Der erste Kongresstag wird sich schwerpunktmäßig mit der **Faszination unseres Fachgebietes** auseinandersetzen. Neben zahlreichen Technik- und Videositzungen werden die Möglichkeiten der zunehmenden Digitalisierung Schwerpunkte dieses Tages sein. Darüber hinaus bilden die prophylaktische Chirurgie sowie die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Chirurgie und Pathologie wesentliche Themen dieses Tages.

Der zweite Thementag am Mittwoch beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit dem **Mut zur** und dem **Mut in der Chirurgie**. In interdisziplinären Sitzungen sollen die Grenzen der chirurgischen Möglichkeiten ausgelotet und der chirurgische Mut in Grenzsituationen betrachtet werden. Ferner werden wir uns mit den politischen und ökonomischen Vorgaben unseres Faches auseinandersetzen und uns intensiv dem Risiko- und Fehlermanagement widmen.

Der dritte Thementag am Donnerstag ist der **Demut** gewidmet. Gerade in der Chirurgie schauen wir bevorzugt auf die unmittelbar postoperativen Ergebnisse, ohne unsere eigenen Langzeitergebnisse genau zu kennen. Dies gilt nicht nur für die onkologische Chirurgie, sondern auch beispielsweise für die Traumatologie und Orthopädie. Wir werden Erkenntnisse der evidenzbasierten Chirurgie und der vergleichenden Effektivitätsforschung sowie die verstärkte Patientenorientierung im Gesundheitswesen aufgreifen. Ethische und moralische Aufgabenstellungen unseres Berufs werden diesen Thementag abrunden.

Am letzten Kongresstag geht es um das **Leben mit Einschränkungen**. Hier möchten wir die Ergebnisse zur Lebensqualität nach chirurgischen Eingriffen diskutieren. Viele Patienten erfahren nach operativen Eingriffen eine Einschränkung ihrer bisherigen Lebensgewohnheiten. Gemeinsam mit unseren Partnern aus der Industrie möchten wir Wege aufzeigen, wie Patienten durch Hilfsmittel ihre Lebensqualität stabilisieren oder verbessern können.

Unabhängig von den Thementagen wird sich der Kongress mit der Chirurgie in den Zeiten des Internets unter den Stichworten „internetbasiertes Lernen“ und „Open Access“ beschäftigen. Wird chirurgisches Wissen zukünftig ein Allmendegut, an dem alle teilhaben? Auch beim 131. Kongress werden die **chirurgische Forschung** und die **Versorgungsforschung** nachdrücklich integriert. Spiegeln sich die Ergebnisse klinischer Studien auch in den Ergebnissen der Versorgungsforschung wider? Themenbezogen sollen die Vorträge zur chirurgischen Forschung in die einzelnen Sitzungen integriert werden, um einen Bezug zwischen Grundlagenforschung einerseits und klinisch-chirurgischer Tätigkeit andererseits herzustellen.

Da eine professionelle Chirurgie nur durch die enge **Zusammenarbeit mit der Pflege** möglich ist, freue ich mich besonders auf die Sitzungen gemeinsam mit dem DBfK am Donnerstag und Freitag der Kongresswoche. In diesen Sitzungen sollen u.a. die zentrale Sterilgutaufbereitung, ethische Konflikte und deren Lösung, weitere Spezialisierungen durch neue Berufe im OP sowie der Stellenwert einer Pflegekammer als Garant für eine professionelle Pflege angesprochen werden.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

gemeinsam mit meinem Kongressteam freue ich mich, wenn Sie sich aktiv an der Gestaltung des Kongresses durch die Anmeldung von Vorträgen, Videos und Postern beteiligen. Unterstreichen Sie durch Ihre möglichst zahlreiche Teilnahme am Kongress auch nach außen die Bedeutung unseres Faches! Außerdem freuen wir uns, wenn Sie den Kongress bereits im

Vorfeld unter www.chirurgie2014.de und unter www.facebook.com/chirurgie2014 besuchen – auch der Facebook-Auftritt ist eine Neuerung dieses Kongresses, um insbesondere unsere jungen Kolleginnen und Kollegen verstärkt auf den Kongress hinzuweisen und einzuladen. In diesem Zusammenhang freue ich mich, für 200 Studenten ein Kongressstipendium anbieten zu können, das die Teilnahme am gesamten Kongress ermöglicht. Aus den bisher mehr als 380 eingegangenen Bewerbungen werden wir in den nächsten Mo-

naten die Stipendiatinnen und Stipendiaten auswählen.

Unabhängig davon ist die pulsierende Weltmetropole Berlin für Sie, ihre Partner und Freunde sicher ein weiterer Anreiz zum Kongressbesuch. Neben dem City Cube hat Berlin so viel zu bieten!

Das Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, mein Kongressteam und ich – wir alle möchten Sie ganz herzlich einladen!

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. Joachim Jähne
Präsident 2013/2014
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung
Marienstraße 72-90
30171 Hannover

Ethik und Ökonomie in Einklang bringen

Interview mit Prof. Joachim Jähne, Präsident der DGCH

Professor Dr. med. Joachim Jähne hat zum 1. Juli die Präsidentschaft der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie übernommen. Er folgt damit Professor Dr. med. Karl-Walter Jauch nach, der in den letzten 12 Monaten die Geschicke der Gesamtorganisation für die Chirurgie mit seinen Themen prägte. In einem aktuellen Interview mit den Chirurgie Mitteilungen erläutert Professor Jähne, was ihm in seiner Amtszeit besonders wichtig ist.

Mitteilungen: Herr Professor Jähne, Ihr Vorgänger hat sich, zum Teil auch sehr kritisch, mit den Themen Transplantationsmedizin, OP-Zahlen, leistungsbezogene Verträge beschäftigt. Welchen Schwerpunktthemen wollen Sie sich in Ihrer Amtszeit besonders widmen?

Prof. Jähne: Die von Ihnen angesprochenen Themen werden uns auch in meinem Präsidentenjahr weiter beschäftigen. Die DGCH wird sich zukünftig dazu sachlich, informativ und zugleich kritisch äußern. Ein weiteres wichtiges Thema wird die Frage sein, wie neue Medizinprodukte und andere mögliche Innovationen Eingang in die Patientenbehandlung finden. Nicht erst seit den Geschehnissen um Brustimplantate ist zu hinterfragen, ob ein CE-Siegel ausreichend ist, um die Anwendung von Implantaten am Menschen zu rechtfertigen. Möglicherweise sind



Prof. Dr. med. Joachim Jähne

wie bei Medikamenten auch für neue Medizinprodukte klinische Studien notwendig, um ihre Vorteile im Vergleich zu bisherigen Produkten zu zeigen. Wir stehen hier erst am Anfang unserer Überlegungen, und die DGCH wünscht sich einen konstruktiven Dialog mit den Partnern aus der Industrie, der Politik und natürlich auch den Patientenselbsthilfegruppen, um tragfähige Lösungen für die Zukunft zu schaffen. Klar ist, dass sich die

bisherige Praxis überlebt hat und neue Lösungen gefunden werden müssen.

Mitteilungen: Warum ist Ihnen gerade dieses Thema so wichtig?

Prof. Jähne: Patientensicherheit ist das höchste Anliegen jedes Chirurgen. Und es sind genau die Anforderungen an die Patientensicherheit, die die genannten Themen relevant werden lassen. Unter allen Umständen sollte zukünftig vermieden werden, dass durch nicht hinreichend abgesicherte Medizinprodukte Patienten einen Schaden erleiden. Das ist nicht nur im Interesse der Patienten, sondern entspricht auch unserem ureigenen ärztlichen und chirurgischen Selbstverständnis. Um die Patientensicherheit weiter zu verbessern, braucht es jedoch nicht nur gute OP-Techniken und -Materialien, es bedarf auch der für die speziellen Anforderungen in einem Operationssaal geeigneten Menschen. Daher gehört es für mich – ähnlich wie in der Luftfahrt – auch zur Patientensicherheit, dass wir unsere zukünftigen Mitarbeiter im OP trotz des bestehenden Fachkräftemangels sehr sorgfältig auswählen. Dafür benötigen wir Assessment-Verfahren, mit denen geprüft wird, ob ein Arzt, eine Schwester oder ein Pfleger überhaupt für die Arbeit im Operationssaal der oder die Geeignete ist.



Mitteilungen: Wir erleben zurzeit immer wieder öffentliche Diskussionen über die Rolle des Chirurgen und die Frage, ob zu viel operiert wird. Wie erleben Sie das als ein Chirurg, der täglich am OP-Tisch steht?

Prof. Jähne: Diese Diskussionen machen mich betroffen, weil sie eine unserer wichtigsten Aufgaben als Chirurg, die kritische Indikationsstellung, in ein schlechtes Licht rücken. Ich bin der festen Überzeugung, dass die weit überwiegende Zahl der deutschen Chirurgen in der Frage der Indikationsstellung behutsam vorgeht. Gleichzeitig müssen wir allerdings feststellen: Einerseits wird der Wettbewerb zwischen den Kliniken gefordert, andererseits werden die durchaus kritischen Aspekte dieses Wettbewerbs ausgeblendet. Die Bonus-Regelungen in vielen Verträgen sind da nur die Spitze des Eisbergs. Solange sich die Politik scheut, Krankenhausstrukturen zu modifizieren und eher über die Wirtschaftlichkeit und die finanzielle Ausstattung der Kliniken eine Bereinigung des Krankenhausmarktes billigend in Kauf nimmt, solange werden wir mit möglicherweise steigenden Interventionszahlen konfrontiert werden. Die dazu notwendigen Diskussionen, die auch innerhalb der DGCH intensiv geführt werden, tragen hoffentlich dazu bei, eine Versachlichung in diesem Spannungsfeld herbeizuführen.

Mitteilungen: Das Typische dieser öffentlichen Diskussionen ist häufig, dass sie mit einem wahren Kern beginnen, die ernst-

haften Fragen aber leider der medialen Überspitzung zum Opfer fallen. Was kann und wird die DGCH tun, um hier das Bild in der Öffentlichkeit wieder zurechtzurücken?

Prof. Jähne: Der Weg zu einer realistischen Darstellung der Gegebenheiten führt nach Überzeugung der DGCH nur über eine kritische und mit Zahlen belegbare Information, in die alle in der DGCH vereinten Fachgesellschaften und auch der BDC eingebunden sein müssen. Nur dadurch wird es möglich sein, die überspitzte Berichterstattung zu relativieren. Dies ist eine nicht ganz leichte Aufgabe, da es sich um eine sehr brisante Angelegenheit handelt. Ich hoffe, dass uns dies gelingt.

Mitteilungen: Jenseits der öffentlichen Diskussionen – Sie sprachen es gerade an: Es gibt im gesamten Gesundheitswesen ein Spannungsfeld zwischen Ethik und Ökonomie. Wo sehen Sie hier Handlungsbedarf?

Prof. Jähne: Zunächst einmal schließen sich nach meiner Überzeugung Ethik und Ökonomie nicht aus. Die Finanzkrise hat verdeutlicht, dass unethisches Verhalten in ökonomischen Fragen zu schweren Verwerfungen führt, die unsere Staaten auf die nächsten Jahre hin belasten. In diesem Kontext plädiere ich für eine sinnvolle Verknüpfung von Ethik und Ökonomie auch in medizinischen Fragestellungen. Wenn wir uns ärztlich ethisch verhalten und immer die Sicht des Patienten unter

dem Stichwort „Primum nil nocere“ einnehmen, halte ich den vermeintlichen Konflikt zwischen Ethik und Ökonomie für lösbar. Mit anderen Worten: Wenn wir Patienten leitliniengerecht unter individueller Beachtung der konkreten Patientensituation und den individuellen Vorstellungen des Patienten behandeln, bin ich überzeugt, dass eine hohe Behandlungsqualität resultiert, die dann auch ökonomisch sinnvoll ist. Dazu gehören der gewissenhafte Umgang mit den zur Verfügung gestellten Ressourcen und natürlich wiederum die kritische Indikation zu eventuellen Behandlungsmaßnahmen.

Mitteilungen: Schaut man sich nicht zuletzt diese Herausforderungen an, ist es wichtig, dass die Chirurgie ihre Kräfte bündelt. Ein Thema, das innerhalb der Chirurgie und den chirurgischen Fachgesellschaften seit Jahren diskutiert wird, ist der Einheitsgedanke. Unter dem Dach der DGCH sind derzeit 10 chirurgische Fachgesellschaften versammelt: Wie wollen Sie das Selbstverständnis der Gesamtchirurgie unter dem DGCH-Dach stärken?

Prof. Jähne: Ein wesentliches Bestreben des nächsten Jahres wird es sein, den begonnenen Weg zur „Einheit der Chirurgie“ weiterzugehen. Die letzten Jahre haben gezeigt, dass es intensiver Diskussionen und ein sorgfältiges Abwägen erfordert, um alle Interessen zu berücksichtigen. Ein Präsidentenjahr ist viel zu kurz, um diese Aufgabe umfassend und abschließend zu erfüllen. Mir schwebt vor, dass wir in Analogie zu anderen Gemeinschaftsorganisationen den Clubgedanken eruieren: Einige gehen mit gemeinsamen Zielen voran, um Synergien zu schaffen, während andere erst später dazu stoßen. Dadurch kann es möglich werden, die Einheit zu verwirklichen. Denken Sie nur an die EU: Bei allen gegenwärtigen Schwierigkeiten ist sie eine Erfolgsgeschichte, die uns Frieden seit vielen Jahrzehnten beschert hat. Aber nicht alle machen z.B. bei der gemeinsamen Währung oder dem Schengen-Abkommen mit. Ähnliches kann ich mir auch für die DGCH und die in ihr vereinten Fachgesellschaften vorstellen.

Mitteilungen: Und welche Querschnittsaufgaben seitens der DGCH halten Sie in diesem Zusammenhang für besonders wichtig?

Prof. Jähne: Das sind die Aufgaben, die die DGCH schon seit vielen Jahren mit steigender Intensität und auch Professionalität mit und für die chirurgischen Fächer betreibt. Dazu gehören allem voran die Forschung und die Förderung von Innovationen. Eine wichtige Initiative ist in diesem Zusammenhang unser Studienzentrum in Heidelberg, in dem wir vor allem solche Studien durchführen, die ein höheres Maß an Patientensicherheit möglich machen. Erst mit Studien dieser Art lässt sich feststellen, ob Innovationen wirklich einen Fortschritt darstellen oder ob das Neue möglicherweise gar keine Verbesserung für den Patienten mit sich bringt. In einem zweiten Schritt kümmern wir uns seitens der DGCH intensiv um den Wissenstransfer – insbesondere wenn es darum geht, neue Erkenntnisse mit den dafür notwendigen Fähigkeiten und wissenschaftlichen Bewertungen in die Anwendung der Klinik zu transportieren. Deshalb engagieren wir uns nicht nur in der Weiterbildung, sondern auch in der kontinuierlichen Fortbildung. Ein wichtiger Baustein ist hierbei natürlich der Chirurgenkongress, mit dem wir allen in der Chirurgie Aktiven eine Plattform schaffen, sich auszutauschen, voneinander zu lernen und gemeinsam die richtigen Behandlungswege zu diskutieren. Eine dritte Säule, für die sich die DGCH stark macht, ist die Öffentlichkeitsarbeit. Diese haben wir in den letzten Jahren immer weiter ausgebaut und entwickelt. Der DGCH gelingt es regelmäßig, genau die Themen medial zu vermitteln, die das chirurgische Handeln ausmachen. Dazu gehört es natürlich auch, dass wir ab und an den Finger in die Wunde legen und selbstkritisch das eigene Handeln beleuchten. Das ist wichtig, richtig und notwendig, auch wenn die Medien damit nicht immer angemessen umgehen. Wir müssen weiterhin die für die Gesamtkirurgie wichtigen Botschaften an die Politik, aber auch an die Bevölkerung herantragen, damit die „Entscheider“ – wozu ich auch unsere Patienten zähle – wissen, was unser Fach zu leisten vermag.

Mitteilungen: Immer wieder wird auch über den mangelnden Nachwuchs – gerade in den chirurgischen Fächern – geklagt. Worauf kommt es hierbei in der Zukunft vor allem an?

Prof. Jähne: Wir wissen heute sehr genau, was die nachwachsende Generation, insbesondere die sog. Generation Y, von der

Arbeitswelt und damit auch vom Arbeiten im Krankenhaus erwartet: Familienfreundliche Strukturen sind mittelfristig unverzichtbar. Dazu zählen vor allem planbare und flexiblere Arbeitszeiten. Wir müssen außerdem neue Weiterbildungskonzepte entwickeln, die sich ebenfalls an den Werten dieser Generation orientieren. Es muss beispielsweise möglich sein, während der Weiterbildung eine Familie zu gründen und Elternzeit zu nehmen. Das ist heute fast noch ein Ding der Unmöglichkeit, aber künftig muss auch Weiterbildung in Teilzeit stattfinden können. Das sind wir unseren jungen Ärzten schuldig, aber selbstverständlich auch unseren Patienten, damit sie künftig von einer ausreichenden Zahl gut ausgebildeter Chirurgen versorgt werden.

Mitteilungen: In Ihre Amtszeit fällt auch die Novellierung der Musterweiterbildung – zumindest die Diskussionen darüber. Wie muss aus Ihrer Sicht eine verbesserte Weiterbildung gerade in der Chirurgie aussehen?

Prof. Jähne: Das erste, was wir benötigen, sind realistische OP-Kataloge. Es bringt nichts, beispielsweise Anforderungen an OP-Zahlen zu stellen, die kaum einer während der Weiterbildung erfüllen kann. Wir müssen künftig sicher sein, dass die in der Weiterbildung geforderten Fähigkeiten und Fertigkeiten tatsächlich auch erworben werden können. Daher sollten wir auch Verbundlösungen zwischen Kliniken anstreben, um voneinander zu profitieren. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch die Etablierung von Trainingsmodellen, durch die Teile der operativen Ausbildung zunächst am Modell erlernt werden, bevor der junge Assistent/die junge Assistentin unter fachärztlicher Anleitung den Eingriff erstmals am Patienten durchführt. Die Simulation in Skill-Laps wird zukünftig ein entscheidender Baustein einer zeitgerechten Weiterbildung sein. Die Entwicklung der elektronischen Medien kommt uns bei dem Anliegen einer modernen Weiterbildung sehr entgegen: Durch die Möglichkeiten des webbasierten Lernens wird der Weiterzubildende unabhängig von der Klinik. Denn er kann sich zu jeder Zeit, an jedem beliebigen Ort um seine Weiterbildung kümmern.

Mitteilungen: Welche Rolle übernimmt hierbei die DGCH als Dach aller chirurgischen Fachgesellschaften?



Prof. Jähne: Wir verstehen uns hier als Moderator und gemeinsam mit den anderen chirurgischen Fachgesellschaften als Gestalter. Für die Bundesärztekammer ist es wichtig, in der DGCH einen festen Ansprechpartner zu haben, mit dem sie einen intensiven Gedankenaustausch bezüglich der Weiterbildung in der Chirurgie pflegen kann. Nur so lassen sich dann auch realistische und mehrheitsfähige Vorschläge entwickeln und am Ende umsetzen.

Mitteilungen: Die DGCH ist vor allem eine wissenschaftliche Fachgesellschaft, die sich zunehmend auch mit politischen Gegebenheiten auseinandersetzen muss. Gerade angesichts des demografischen Wandels, des medizinischen Fortschritts und des wachsenden Kostendrucks werden die Fragen, welche Operationen für wen wann die richtigen sind und wie sich Komplikationen vermeiden lassen, immer drängender. In welchen Bereichen müssen Ihrer Meinung nach besondere Forschungsanstrengungen unternommen werden?

Prof. Jähne: Ich verspreche mir hier viel von der individualisierten Medizin – einem Gebiet, auf dem es bereits hochinteressante Ansätze gibt, auf dem aber auch noch sehr viel Forschung notwendig ist. Wir wissen heute schon sehr viel genauer, welche Therapie bei welchem Patienten sinnvoll ist und welche nicht. Im Rahmen dieser Entwicklung werden die unterschiedlichen Fächer – insbesondere Chirurgie und Innere Medizin – deutlich enger zusammenarbeiten. Eine ganzheitliche Sicht auf den Patienten wird meines Erachtens immer wichtiger. Zur individualisierten Medizin gehört es für mich auch, bei der Indikationsstellung sehr ge-

nau die momentane Lebenssituation des Patienten, seine Lebensqualität und die Erwartungen daran zu berücksichtigen. Durch zunehmende Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung lassen sich solche individuellen Bewertungen zukünftig dann wissenschaftlich abgesichert noch genauer einordnen. Wichtig wäre es außerdem, ein konsequentes Risikomanagement systematisch, klinik- und fachübergreifend zu initiieren, um daraus die notwendigen Impulse für Forschung, Innovation und kontinuierliche Verbesserungen zu bekommen.

Mitteilungen: Und nun doch noch einmal zurück zur Politik: In wenigen Wochen ist Bundestagswahl. Was wünschen Sie sich von einer neuen Bundesregierung? Was könnte diese anders oder künftig besser machen, um die Chirurgie im Interesse der Patienten zu stärken?

Prof. Jähne: Grundsätzlich war die bisherige Gesundheitspolitik der jetzigen Bundesregierung nicht schlecht und auch das Wissen der Politiker um Fragen der Gesundheit und die Herausforderungen der Zukunft ist – über alle Fraktionen hinweg

– durchaus hoch. Wünschenswert wäre in der nächsten Legislaturperiode eine bundesweite Angleichung der Landesbasis-Fallwerte, damit wirklich eine gleiche Erlassituation für alle Krankenhäuser besteht. Ferner wäre wünschenswert, für Universitätskliniken und Maximalversorger auskömmliche finanzielle Regelungen zu finden, die der Bedeutung dieser Einrichtungen für die Patientenversorgung gerade in der Spezialisierung auf komplexe Krankheitsbilder widerspiegelt. Politik sollte auch die Entwicklung von zertifizierten Behandlungszentren sowie andere sinnvolle Maßnahmen zur Qualitätssicherung in unserem Gesundheitssystem stärker unterstützen. Dazu könnte es auch gehören, die Etablierung von einheitlichen Risikomanagementsystemen zu fördern. Das heißt: Genau die Dinge zu unterstützen, die unseren Patienten unmittelbar zugutekommen.

Die größte Herausforderung für uns alle – die gesamte Gesellschaft und damit allen voran die Politik – ist der demografische Wandel: Politik muss die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen so verändern, dass sie einer zunehmend alternden Patientenpopulation gerecht werden. Das

fängt beim medizinischen Nachwuchs an, der ausreichend vorhanden und sehr gut ausgebildet sein muss. Hier wäre es wichtig, Finanzierungskonzepte für die Weiterbildung von jungen Fachärzten zu haben. Wir brauchen aber auch eine öffentliche Diskussion darüber, was Gesundheit jedem einzelnen Bürger künftig wert ist. Beitragsstabilität kann kein legitimes Anliegen einer rationalen Gesundheitspolitik sein. Politik sollte auch nicht weiter darüber nachdenken, wie mehr Geld in das System gebracht werden kann. Denn wir haben keine Kostenexplosion, sondern eine Einnahmenimplosion, da sich der GKV-Beitrag an der seit Jahren nahezu unveränderten Grundlohnsumme orientiert. Im Grunde haben wir genügend Geld im System – denken Sie nur an den sog. zweiten und dritten Gesundheitsmarkt. Entscheidend wird sein, wie das Geld vernünftig eingesetzt wird, damit wir unser quantitativ und qualitativ leistungsfähiges Gesundheitswesen zukunftsfest gestalten. Hier bieten sich die DGCH und die in ihr vereinigten Fachgesellschaften als Gesprächspartner für die Politik bzw. die Selbstverwaltungsorgane förmlich an.

Über die Umprogrammierung der inneren Identität der Ärzte durch die Ökonomie¹

Auch vor der Medizin macht die Ökonomisierung keinen Halt. Sparzwänge und Haushaltsdefizite haben ernste Konsequenzen für die Rolle des Arztes und seine Beziehung zum Patienten

Ökonomische Maßstäbe in der Medizin

Wir leben in einer Zeit, in der die Politik selbst nicht die Verantwortung übernehmen möchte für die Frage, wo ein Krankenhaus stehen soll und wo nicht. Für die Politik ist es das Einfachste, die Frage nach der Notwendigkeit von Krankenhäusern unbeantwortet zu lassen und es stattdessen dem Markt zu überlassen, wo welches Krankenhaus übrig bleibt oder nicht. Auf diese Weise werden rein **ökonomische** Parameter ausschlaggebend, und so ist der Politiker entlastet, weil eine Schließung eines Krankenhauses eben dann „selbst verschuldet“ ist. Diese politische **Zurückhaltung** aber ist gefährlich, weil auf diese Weise die Krankenhäuser einfach ihrem ökonomischen Schicksal überlassen werden und sie alle um ihre Zukunft bangen müssen, wenn sie nicht schwarze Zahlen schreiben. Natürlich ist es notwendig, dass Krankenhäuser wirtschaftlich arbeiten, aber die Güte eines Hauses darf sich nicht allein an wirtschaftlichen Parametern festmachen, sondern an der medizinischen Qualität der Behandlung und der Sorge. Heute aber wird das Schreiben schwarzer Zahlen zum neuen Qualitätsmerkmal der Krankenhäuser, und nicht etwa die gute Versorgung von Patienten. Wenn somit die ganze Existenz des Krankenhauses allein vom Schreiben schwarzer Zahlen abhängt, dann wird klar, dass das Diktat der Einsparung, das Diktat der schnellen Durchschleusung von Patienten, das Diktat der Beschränkung auf das Formale immer mehr zum leitenden Paradigma wird. Wir haben also eine Situation, in der rein formal die Medizin zwar alles Notwendige zur Verfügung stellt, aber in der konkreten Ausgestaltung des Notwendigen wird die Medizin immer mehr dazu angehalten, eine subtile Unterversorgung in Kauf zu nehmen, weil es letzten Endes

die Bilanzen sind, die über die Weiterexistenz des Hauses entscheiden.

Effizienz und Effektivität als Entscheidungskriterien

Als Einstieg in diese Thematik möchte ich die Aussage eines Assistenzarztes in der Chirurgie zitieren, der in einer Interviewstudie Folgendes zu Protokoll gegeben hat: „Das Problem, was ich sehe, ist nicht so, dass ich jetzt sage, wir machen eine Katastrophenmedizin, und wir machen eine schlechte Medizin, wir operieren die Leute nicht richtig, oder wir haben dafür keine Ressourcen. Das ist es nicht! Aber es ist eben so, dass ich bei der Aufnahme mir überlegen muss: ... Wo wird die mittlere Verweildauer für Herrn Meyer liegen? Oder ich bekomme jemanden, wo ich im Prinzip sagen muss, der ist kostengünstig schon, nehmen wir das böse Wort ‚verbrannt‘, da ist so viel an Diagnostik gelaufen, dass man den eigentlich ökonomisch gar nicht mehr operieren kann. Dann hat man natürlich nicht viel Spielraum.“ (Klinke 2008, S. 207f.) – An diesem Zitat ist klar zu erkennen, wie subtil sich ein **neues Denken** einschleicht, das eben die Behandlung von Patienten unter neuen Kategorien erscheinen lässt, dass nicht mehr allein der Bedarf des Patienten reflektiert wird, sondern dieser Bedarf immer in Abgleich gebracht wird mit dem Ressourcenverbrauch und der Rentabilität der Diagnose. Das ist die leise Form der Unterminierung rein ärztlicher Entscheidungskategorien durch betriebswirtschaftliches Denken. Vor allem dort, wo teure Diagnostiken und Therapien anstehen, hat der Unternehmer, also die Krankenhausleitung und die Kostenträger ein besonderes Interesse daran, diese Ausgaben zu kontrollieren, sie so zu managen, dass sie steuerbar erscheinen, um keinem Verlustrisiko aufzusitzen. Das Manage-

ment hat die Aufgabe, diese Kontrolle und Vorhersagbarkeit zu realisieren. Aber Management ist nichts anderes als eine Bürokratie, die eine ökonomisch-rationale Herrschaft erzeugt. Durch das Management dominieren die Funktionserfordernisse und es wird die Kreativität erstickt, es wird die Rolle des Arztes als individuell dienende Person unterminiert. Aus der Sicht des Unternehmens ist das natürlich vernünftig, hier zu steuern.

Ärzte im Zielkonflikt

Aber wenn diese Logik des Unternehmens sehr wirkmächtig wird, dann gerät diese Logik in ein **Spannungsfeld** mit der ärztlichen Logik. Der Arzt hat ja die Aufgabe, für seinen Patienten und mit ihm die bestmögliche Behandlung auszuwählen; ihm geht es um das beste Resultat für den Patienten. Hierbei ist der Arzt selbstverständlich angehalten, jedwede Verschwendung zu vermeiden, also dort kostengünstiger zu behandeln, wo damit der gleiche Effekt evoziert wird wie mit aufwendig teuren Verfahren. Wenn aber das Einsparen dazu führte, dass die Versorgung des Patienten Einschnitte erführe, dann bereitet so eine Entscheidung dem Arzt vom Prinzip her Bauchschmerzen; er bekommt ein schlechtes Gewissen, weil er als Arzt sich primär als Verantwortlicher für das Wohl der Patienten verstehen möchte und nicht primär als Verantwortlicher für die ausgeglichene Bilanz. In der gegenwärtigen Situation der Krankenhäuser aber nimmt der Druck auf die Ärzte so zu, dass sie täglich spüren, ihrem eigentlichen Ziel, Anwalt des Patientenwohls zu sein, nicht mehr gerecht werden können. Sie haben oft, so wird ihnen suggeriert, gar keine Wahl. Sie müssen dafür sorgen, dass die Bilanzen stimmen, weil sie ansonsten um die Zukunft des Hauses bangen müssen. Und wenn

Das aktuelle Thema

den Ärzten dieses Szenario oft genug ausgemalt wird, dann beugen sie sich und handeln so wie es die Unternehmensführung erwartet. Das System funktioniert aber ganz ohne Druck. Das ist das Gefährliche daran. Die Krankenkassen und die Krankenhausleitungen, sie machen keine klaren Vorgaben, aber durch die Abteilungsbudgets und durch die Transparenz der Erlöse werden die einzelnen Abteilungen automatisch und subschwellig unter Druck gesetzt (Braun et al. 2009, S. 236). Man erpresst sie sozusagen, sagt aber, dass letztendlich die Ärzte selbst entscheiden sollen. Es ist also eine **vorgegaukelte** ärztliche Freiheit, die sukzessive durch die Rahmenbedingungen ausgehöhlt wird, ohne dies aber zuzugeben. Man tut so, als würde jeder Arzt doch eigenverantwortlich entscheiden, aber ihnen bleibt durch das Korsett oft keine andere Wahl. Mehr noch: das Präsenthalten der ökonomischen Ziffern wird sukzessive so zur Selbstverständlichkeit, dass die Ärzte es gar nicht mehr merken, dass sie durch das System innerlich sozusagen umgepolt worden sind. Das ist vielleicht die folgenschwerste Veränderung durch die Ökonomisierung, dass die Ärzte sich innerlich verändern und Zug um Zug die eigentlich fremde Logik der Ökonomie zu ihrer eigenen Logik machen. Ganz ohne äußere Verordnung übernehmen die Ärzte die ökonomische Logik und werden auf diese Weise von der Ökonomie innerlich gekapert. Die Ärzte werden gekapert, weil sie vorher durch die strukturellen Entscheidungen und die neuen Machtverhältnisse in die Situation einer strukturellen Entmündigung gebracht worden sind.

Ökonomie in der Medizin – ein Dilemma?

Nun muss man ja zunächst konstatieren, dass das Ziel der Unternehmensführung, den **Fortbestand** des Krankenhauses durch ein gutes Wirtschaften zu sichern, ein hehres Ziel ist, und viele Häuser, die zunächst darum bangen müssen, ggf. verkauft oder gar aufgelöst zu werden, sie sind ja den neuen Krankenhausleitungen, ihren Geschäftsführern überaus dankbar, wenn sie mit ihrem Sachverstand das Haus aus den roten Zahlen führen. Dieser Sachverstand ist für viele Häuser die letzte Rettung. Daher kann es nicht darum gehen, das ökonomische Denken zu verteuflern. Das ökonomische Denken ist eine **Notwendigkeit** und auch im Interesse der Beitragszahler. Aber man muss sich darü-

ber im Klaren sein, dass das ökonomische Denken einer ihm eigenen Logik folgt und dass die Logik der Ökonomie in einen Konflikt geraten kann mit der Logik der Medizin. Oder sagen wir so: in der konkreten Ausgestaltung erweist sich gerade am Krankenbett die Logik der Ökonomie als eine der Medizin fremde Logik, weil die Medizin eben nicht Ökonomie ist, sondern eine soziale Praxis, und weil die Medizin es nicht mit Käufern zu tun hat, sondern mit hilfsbedürftigen Menschen, die nichts kaufen wollen und die sich nichts aussuchen wollen, sondern die händeringend nach einem Menschen suchen, der sie aus ihrer krankheitsbedingten Krise herausführt. Das heißt also, dass die Logik der Ökonomie sich vor allem dort ausbreiten kann, wo es um die Optimierung der Prozesse geht, dort wo es um den günstigen Einkauf geht, dort eben, wo die Arzt-Patient-Beziehung oder auch die Pflege-Patient-Beziehung nicht das Entscheidende ist. Je patientennäher aber der Bereich ist, auf den die Ökonomie Einfluss nimmt, desto größer wird die Gefahr der Kollision zweier verschiedener Logiken, die dann eben in einen Wettstreit geraten und **Dilemmasituationen** herbeiführen, die für die Vertreter einer medizinischen Logik, einer Fürsorge-logik dann zu Gewissensproblemen führen. Je mehr also das für sich genommen notwendige ökonomische Denken auch dort als das entscheidende Denken sich breit macht, wo eigentlich ein anderes Denken naturgemäß seinen Raum beanspruchte, desto mehr entfremdet sich die Medizin von ihrem eigentlichen Ziel. Und desto mehr wird die Medizin dazu verleitet, sich nach Kriterien zu orientieren, die sie als Medizin und damit als Anwältin des Patienten sonst nicht wählen würde. Wie aber sieht diese Gefährdung der medizinischen Logik nun konkret aus? Wie manifestiert sich diese Kollision von ökonomischer Rationalität und ärztlich-fürsorgender Identität?

1. Aufnahme: Kategorisierung der Patienten nach ökonomischen Kriterien

Wie wir bereits am ersten Zitat des Assistenzarztes gesehen haben, besteht unter dem Einfluss der DRG-Abrechnung die Tendenz, Patienten in ökonomische Kategorien aufzuteilen. So wird heute den Ärzten subschwellig beigebracht, bei jedem Patienten stets mitzureflekieren, welche Bilanz er verspricht. Eine schlechte Bilanz versprechen vor allem chronisch Kranke,

Patienten mit Mehrfacherkrankungen, Patienten mit Komplikationsrisiken, Patienten mit hohem Versorgungsaufwand. Zu den unbeliebten gehören nicht nur diese oft alten und schwer kranken Patienten, sondern auch die Patienten mit unklarer Diagnose. Solche Patienten versucht man eher zu meiden, weil sie eine unkalkulierbare Verweildauer und einen offenen Ausgang haben. Der Patient also in Not, er wird nicht mehr ausschließlich aus der Perspektive betrachtet, was seine Not erfordert, sondern zusätzlich und damit auch manchmal konkurrierend auch aus der Perspektive, welche Bilanz er verspricht. Auf diese Weise kehrt sich aber die ärztliche Logik um. Eine Medizin hat es mit schwachen Patienten zu tun, und deswegen ist die Antwort der Medizin auf diese Schwachheit die Selbstverständlichkeit der Hilfe, der Unterstützung, letzten Endes des professionellen Ausgleichs dieser Not. Wenn aber der Patient nun in der ökonomischen Logik unter dem Blickwinkel betrachtet wird, welche Bilanz er verspricht, dann ist das eine komplett andere Logik, denn diese sucht nicht primär nach dem Ausgleich der Not, sondern benutzt die Not dazu, um gute Zahlen damit zu machen. Das heißt ja nicht weniger, als dass der Patient, der nur noch so gesehen wird, im Grunde benutzt wird zur Steigerung der Bilanzen. In letzter Konsequenz bedeutet das, dass ab dem Moment, wo die ökonomische Logik allein herrschte, der Patient komplett funktionalisiert, ja in gewisser Weise gar verwertet werden würde. Subtil also schleicht sich im Zeitalter der wirtschaftlichen Bedrohung aller Häuser sukzessive ein Denken ein, das am Ende die medizinische Logik auf den Kopf stellt. Denn nach der medizinischen Logik ist der Arzt für den Patienten da und nicht der Patient für die Bilanz.

Diese Umorientierung des Denkens vollzieht sich aber so subtil, dass sie eben nur wenig „stört“, weil sie fast unbemerkt bleibt, sich eben „nur“ in den Köpfen, im Bewusstsein abspielt. Hinzu kommt, dass ökonomisch motivierte Entscheidungen nicht kenntlich gemacht werden. Stattdessen werden dort, wo ökonomische Kriterien eine Rolle bei der Entscheidung spielen, vielmehr medizinische Gründe vorgegeben. Die ökonomisch motivierte Entscheidung erfolgt also verdeckt, wodurch eine leise Form der subtilen Täuschung des Patienten vorgenommen wird. Ein Chefarzt bringt in einer Interviewstunde die Folgendes zu Protokoll: „Ja, man darf

sagen, dass ich zu einer Art von Medizinalbeamten gemacht worden bin, und dass ich gezwungen bin, Punktlandung zu machen und letztendlich unter einer bestimmten Form der Beugung medizinischer Sachverhalte, und unter Inkaufnahme von dem, was man so als medizinisches Unrecht bezeichnen darf. Also ich muss mir überlegen, ob ich nicht doch mit – in Anführungsstrichen – fadenscheinigen ‚medizinischen‘ Überlegungen bestimmte Patienten ablehne, was man nur als wirklich tief Eingeweihter mitbekommt, einer bestimmten Form von Rationierung entspricht und nicht mehr nur auf Grund von reinen, glasharten, medizinischen Kriterien ausgesprochen wird.“ (Simon 2001, S. 82)

An dieser Aussage lässt sich unschwer ein Eindringen ökonomischen Denkens in das ärztliche Entscheiden feststellen, und es wird deutlich, dass diese Gewichtung ökonomischer Kriterien dem Arzt Gewissensbisse bereitet und dass der Arzt hier im Grunde nur *contre coeur* handelt; er beugt sich einer fremden Logik, weil er das Gefühl hat, es sich nicht leisten zu können, eine Entscheidung gegen die ökonomische Rationalität zu fällen. Und viele Befragungen zeigen, dass die Ärzte deswegen so handeln, weil ihnen auch suggeriert wird, dass, wenn die Zahlen nicht stimmen, die Existenz des Klinikums auf Dauer gefährdet sei. Durch den Hinweis auf die Abhängigkeit der Existenz des Hauses von den eigenen medizinischen Entscheidungen werden die Ärzte in gewisser Weise erpresst. All dies führt dazu, dass eine Verschiebung stattfindet, in der medizinisch motivierte Entscheidungen durch ökonomisch motivierte Entscheidungen ersetzt werden. Gerade bei der Aufnahme zeigt sich das, weil man aus Geldgründen dazu neigt, lieber relativ gesunde Patienten aufzunehmen und zugleich bei kränkeren Menschen mit hohem Versorgungsaufwand einen Druck auszuüben, dass sie schnellstmöglich entlassen oder verlegt werden. Der kranke Mensch wird hier erstmals nicht primär als Auftrag gesehen, hier zu investieren, sondern je kränker der Mensch, desto mehr wird er als Gefahr gesehen, als mögliche Bedrohung der Bilanzen.

2. Diagnostik: Parallelität von Über- und Unterdiagnostik

Nicht nur die Aufnahmeentscheidungen, sondern auch die diagnostischen Ent-

scheidungen unterliegen einer subtilen Veränderung. So kann man eine Parallelität von diagnostischer Unter- und Überversorgung feststellen (Braun et al. S. 196). Während viele befragte Ärzte angeben, dass bei Privatversicherten tendenziell eine Überdiagnostik stattfindet, verweisen sie zugleich darauf, dass bei DRG-relevanten Patienten eine Tendenz zur Unterdiagnostik besteht. Die Unterdiagnostik erfolgt aber nicht in der Art, dass man einfach eine notwendige Diagnostik nicht macht. Man geht vielmehr dazu über, Befunde nicht noch mal zu überprüfen und sichert sich bei Entscheidungen nicht in dem Maße diagnostisch ab wie das früher der Fall war. Ein Oberarzt hat das wie folgt zu Protokoll gegeben: „Wenn Sie 5-mal von Ihrem Chef gesagt bekommen, wir machen zu viele CTs, dann machen Sie beim nächsten Zugang keinen CT mehr“ (zit. in Braun et al. S. 196). Man gibt sich oft mit weniger Diagnostik zufrieden und konzentriert sich dabei oft auf konservative Untersuchungsmethoden. Gerade wenn es um teure Diagnostik geht, neigt man dazu, auf diese zu verzichten, was gerade für junge Ärzte eine Belastung darstellt. Insgesamt lässt sich sagen, dass die Abrechnung nach DRGs am Ende schnelle Entscheidungen begünstigt. Eine weitere Strategie, teure Diagnostik zu sparen, besteht darin, diese auf den ambulanten Bereich abzuwälzen. Man geht also dazu über, mehr prästationäre Diagnostik vorzunehmen, dies einerseits, um Ressourcen zu sparen, andererseits, um die Verweildauer niedrig zu halten.

Noch eine weitere Auswirkung der DRGs bezogen auf die Diagnostik ist feststellbar. Da nur eine Diagnose abgerechnet werden kann, neigt man dazu, sich diagnostisch auf die Hauptdiagnose zu konzentrieren, und man nimmt eine weitgehende Ausblendung der weiteren Krankheiten in Kauf. Ein Oberarzt der Inneren Medizin hat das wie folgt ausgedrückt: – „Der hat Zucker und sonst was, und was der Patient alles noch hat, interessiert uns nicht. Wir machen jetzt das, weswegen er hierher kommt, und dann soll den Rest mal der Hausarzt machen“ (zit. in Braun et al. S. 207). Insgesamt führt das zu einem Verlust der Ganzheitlichkeit, und oft werden Zusammenhänge nicht erkannt, weil der Patient als ganzer Mensch nicht mehr in den Blick kommt. Ein Assistenzarzt bringt das wie folgt auf den Punkt „Wir müssen nur die Diagnose gu-

cken, warum der Patient da ist, und alles was daneben steht, das spielt keine Rolle, und da wird der Patient als Krankheitsbild weiterbehandelt, leider, nicht als eine Person...“ (zit. in Braun et al. S. 198).

3. Therapie: Fraktionierung und Ziffer im Kopf

Die Tatsache, dass nur eine DRG als Hauptdiagnose abgerechnet werden kann, hat auch auf die Therapie Auswirkungen. Das führt nämlich zu einer Fragmentierung der Behandlungen. Aus rein ökonomischer Sicht lohnt es sich für das Haus nicht mehr, verschiedene Krankheiten gleichzeitig zu behandeln. Das führt zu einer Zerstückelung der Behandlungen. Statt einer längeren Aufenthaltsdauer wird der Patient entlassen und wieder aufgenommen; er muss dann mehrere kürzere Aufenthalte in Kauf nehmen. Darüber hinaus besteht ein Anreiz, dass im Zweifelsfall die Ärzte die Behandlungsmethode wählen, die dem Krankenhaus am meisten Geld bringt. In einer Interviewstudie hat ein Assistenzarzt wie folgt ausgedrückt: „Wir haben auch die Ziffer im Kopf, und dann sagt man, okay, anstatt das zu machen, machen wir das andere, denn das wird im DRG-System ja viel besser belohnt.“ (zit. in Braun et al. S. 195)

4. Entlassung: Kein sanftes Hinausbegleiten

Zunächst einmal zeigen die Studien, dass die Ärzte sich bei den Entlassungen nicht primär an das DRG-System halten, sondern daran, was medizinisch sinnvoll ist und auf diese Weise sie eben schon Rücksicht nehmen auf das Patientenwohl. Die gefürchteten blutigen Entlassungen, das ist nicht die primäre Folge, weil Ärzte Verantwortung übernehmen und keinen Patienten entlassen, von dem sie wissen, dass der Behandlungserfolg gefährdet ist. So entscheiden Ärzte nicht; das belegen die empirischen Befunde (Braun et al. 2009, S. 218f.). Aber es verändert sich dennoch viel bei der Entlassung, und dies auch auf Kosten des Patienten, nur viel subtiler. Ein Beispiel ist die Pflege; so verweisen viele Pflegenden und Ärzte in den verschiedenen Befragungen darauf, dass z.B. die mobilisierende Pflege aus Zeitgründen oft nicht mehr geleistet wird, was im Grunde eine Herabsetzung des Versorgungsniveaus der Patienten bedeutet (Braun et al. 2009, S. 235).

Das aktuelle Thema

Ein folgenschwerer Effekt der DRG-Einführung liegt darin, dass die Betreuung, die Anweisung der Angehörigen weniger intensiv erfolgt. Viele Kommentare belegen, dass Ärzte und auch Pflegende sich immer weniger Zeit nehmen können, die Patienten durch zwischenmenschliche Gespräche so auf die Entlassung vorzubereiten, dass der Übergang in den ambulanten Bereich auch reibungslos verläuft. Es sind dann die schwachen Patienten, die alten, die Pflegebedürftigen, die hier zu kurz kommen, weil sie mehr Erklärungen brauchen als der formalisierte Zeittakt zulässt. Gerade bei der Entlassung zeigt sich dieses Manko; so fühlen sich heute sehr viele Patienten schlecht auf ihre Entlassung vorbereitet, weil man sich nicht genügend Zeit dafür nehmen kann, ihnen Hilfestellungen zu geben und Ratschläge (Braun et al. 2009, S. 228ff.). Der Arzt, der Ratschläge gibt, der den Patienten sozusagen hinausbegleitet aus dem Krankenhaus, damit er zu Hause gut weiterleben kann, dieser Arzt wird zunehmend abgeschafft. – Genau diese und ähnliche Situationen aber bereiten gerade vielen Ärzten zunehmend Bauchschmerzen, und viele Studien belegen, dass sehr viele Ärzte in diesem System immer wieder ein schlechtes Gewissen bekommen, weil sie das Gefühl haben, ihrer ärztlichen Aufgabe nicht richtig gerecht geworden zu sein (Braun et al. 2009, S. 161).

5. Patientenkontakt: Handwerklich-technische Qualität vor Beziehungsqualität

Die Ökonomisierung der Medizin, wie sie durch die DRG-Einführung zur Geltung gebracht wird, bringt einen Trend zur Reduzierung der Personalkosten mit sich und damit unweigerlich eine starke Arbeitsverdichtung für alle Beschäftigten. Eine Arbeitsverdichtung, die auch dadurch begründet ist, dass administrative Aufgaben in Form der DRG-Codierung und der Bürokratie der Qualitätssicherung zusätzlich dem Arzt aufgebürdet werden ohne dass er an anderer Stelle Entlastung fände. Durch diese Verdichtung der Arbeit laufen die patientenbezogenen Arbeiten, die Gespräche mit Patienten immer mehr in den Zeiten, in denen die Ärzte ihr Arbeitspensum erledigt haben, und dies eben oft genug außerhalb der eigentlichen Arbeitszeit. So wird deutlich, dass in der modernen Medizin nicht dadurch gespart wird, dass Patienten notwendige Behandlungen nicht bekommen,

sondern es wird dadurch gespart, dass man angehalten wird, sich auf das Handwerklich-technische zu beschränken und alles andere für weniger wichtig zu halten. Das ist die neue Wertehierarchie, die sukzessive etabliert wird durch die Übermacht betriebswirtschaftlichen Denkens, was nichts anderes ist als eine betriebswirtschaftliche Überformung der Medizin. Sukzessive und ohne das explizit gemacht zu haben, wird die psychosoziale Betreuung des Patienten Zug um Zug zurückgefahren, aber in einer so subtilen Form, dass das zunächst kaum auffällt. Das heißt also, dass man implizit dazu angeleitet wird, die Beziehungsqualität zu vernachlässigen.

Das Problem liegt aber nicht allein in der Reduktion der Kontaktzeit mit den Patienten; hinzu kommt, dass die sozialen Kontakte zum Patienten durch die ökonomische Logik komplett getaktet werden (Klinke 2008). Sie sind geradezu strikt vorgegeben. Es ergibt sich dadurch kaum eine Möglichkeit, spontan zu reagieren, sich auch mal mehr Zeit zu nehmen. Die Zeitkontingente sind so vorgegeben, dass man dazu angehalten wird, die Patienten sozusagen schablonenartig hineinzupressen. Es sind dann die schwachen Patienten, die alten, die Pflegebedürftigen, die hier zu kurz kommen, weil sie mehr Erklärungen brauchen als der Zeittakt zulässt. In einer aufwendigen 2007 erfolgten aufwendigen Befragung von Ärzten gaben nur 11% an, dass „die soziale und emotionale Zuwendung“ zum Patienten voll gewährleistet sei; 36% der Ärzte gaben an, dass eine psychosoziale Versorgung eher nicht oder gar nicht gewährleistet sei, während die restlichen 53% eher ambivalent ankreuzten (Braun et al. S. 200).

Die ökonomische Rationalität führt somit indirekt zu einer leisen Absenkung des Versorgungsniveaus, indem sie eine neue Herrschaft etabliert, und zwar eine Herrschaft des Formalistischen, eine Herrschaft der Funktionserfordernisse (Kühn 2008). Dadurch wird sukzessive die fürsorgende und empathische Zwischenmenschbeziehung ersetzt durch den Standard der Unpersönlichkeit. Wir haben es hier zu tun mit einer Auslagerung relevanter Entscheidungen aus der konkreten Arzt-Patient-Beziehung, in der Weise, dass die formalen Vorgaben so aufgebaut werden, dass dem Arzt am Ende kaum mehr eigene ärztliche Entscheidungsspielräume gelassen werden. Es wird

nicht weniger als eine technisch-rationale Bürokratie etabliert. So sollen, nach den Vorstellungen der Leitungsstrukturen, die Entscheidungen des Arztes eher anhand von Angestellten eines Managements über Checklisten getroffen werden und nicht mehr primär im Angesicht des individuellen kranken Menschen und der ihn betreffenden einzigartigen Situationslage. Es ist eben eine Art rationale Bürokratie, die hier sukzessive etabliert wird, eine Bürokratisierung, die dann eine ganz andere Beziehung zum Patienten auf den Weg bringen soll. Eine Beziehung, die gespickt ist mit Unpersönlichkeit, die getragen ist von der Dominanz technischer Rationalität und die dadurch funktionieren soll, dass den Ärzten ein Befolgen von abstrakten Regeln beigebracht wird.

Deutlich wird also, dass in der modernen Medizin nicht dadurch gespart, dass Patienten notwendige Medikamente nicht bekommen, sondern es wird dadurch gespart, dass man sich auf das Handwerklich-technische beschränkt und alles andere eben wegrationiert. Das ist die neue Wertehierarchie, die subversiv etabliert wird über die Übermacht betriebswirtschaftlichen Denkens, durch die betriebswirtschaftliche Überformung der Medizin. Es wird einfach die psychosoziale Betreuung des Patienten zurückgefahren und das führt zum Verlust der Ganzheitlichkeit; ein Assistenzarzt der Chirurgie hat das wie folgt zu Protokoll gegeben: „Je älter, je weniger artikulationsfähig und je weniger sozial eingebunden der Patient ist, da bin ich überzeugt von, desto höher ist die Gefahr, dass das, was Medizin letztendlich ausmacht, dass man sich nämlich mit dem Menschen beschäftigt und nicht mit der Fraktur in Zimmer 730, dass das untergeht“ (Braun et al. S. 190). Das heißt also, man wird dazu angeleitet, auf die handwerklich-technische Qualität zu fokussieren und die Beziehungsqualität zu vernachlässigen.

6. Subtilität einer Disziplinierung der Ärzte durch die Kostenträger

Die Ökonomisierung der Medizin hat eine Verschiebung des Kräfteverhältnisses auf den Weg gebracht, was sich darin äußert, dass die Kostenträger enorm an Steuerungsmacht gewonnen haben und die Entscheidungsmacht des Arztes dem gegenüber deutlich eingebüßt hat. Aber auch dieser Trend vollzieht sich sehr sub-

til. Die Macht der Kostenträger schlägt durch über den Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Diese Machtzunahme zeigt sich nicht direkt. So nimmt der MDK nicht direkt Einfluss auf die Entscheidungen der Ärzte. Das geschieht viel subtiler, indem der MDK immer wieder Anfragen schickt. Anfragen, die schriftlich beantwortet werden müssen, Anfragen, die Zeit erfordern. In 70% der Fälle bekommen dann die Ärzte auch Recht (Braun et al. 2009, S. 88). Sie haben zwar richtig entschieden, aber sie müssen Rechenschaft ablegen, und dieses Rechenschaftablegen stört den ganzen Ablauf, weil es einfach aufwendig ist. Aber genau das möchte man auch erreichen, dass die Anfragen aufwendig sind. Denn je aufwendiger die Anfragen sind, desto mehr werden die Ärzte dann von sich aus alles tun, um solche Anfragen schon im Vorhinein zu vermeiden. Die Macht der Krankenkassen wird also nicht durchgesetzt durch feste Direktiven, sondern ganz subtil durch die Drohung von Mehrarbeit für die Ärzte. Wenn die Ärzte Entscheidungen treffen, die nicht glasklar sind und Raum für Rückfragen lassen, dann werden diese mutigen Ärzte eben bestraft, durch Papierarbeit. Diese Strategie der Gefügigmachung der Ärzte durch die Krankenkassen funktioniert. Studien belegen, dass die Ärzte als Folge dieser Strategie in voraus-eilendem Gehorsam alles tun, um Nachfragen des MDK zu vermeiden. Man möchte sich eben Frustrationen ersparen, den ein zusätzlicher Arbeitsaufwand mitbringt, und so entscheiden Ärzte dann oft präventiv schon so wie es die Krankenkassen gerne sehen möchten. Manchmal werden dadurch auch sinnvolle Leistungen dann unterlassen, wenn nicht klar ist, ob das die Krankenkasse auch tatsächlich übernimmt (Braun et al. 2009, S. 89f.). Das heißt also, wir haben es hier mit einer Vermeidungsstrategie der Ärzte zu tun, die dazu führt, dass die Ärzte sukzessive dazu gebracht werden, sich weniger für ihre Patienten und für eine patientengerechte und individuelle Behandlung einzusetzen, weil sie Sanktionen in Form von Mehrarbeit befürchten müssen. Konsequenz dieser impliziten Disziplinierung der Ärzte ist also die Bestrafung ärztlichen Engagements und damit nicht weniger als eine Demotivierung der Ärzte.

7. Erstickung der ärztlichen Ideale durch das ökonomische Denken

Durch die ökonomische Überformung kommt es zu einer Aushöhlung des medizinischen Ethos und damit zu einer moralischen Dissonanz, die den Ärzten die Freude an ihrer Arbeit raubt und das Sinnstiftende des ärztlichen Berufs unterminiert. Vor allen Dingen verändern sich die inneren Einstellungen zum ärztlichen Beruf. Durch die Zunahme der Kontrolle und die vielen Vorgaben besteht die Gefahr einer Abnahme der intrinsischen Motivation. So ist bei manchen Ärzten eine Tendenz erkennbar, nach der die Bereitschaft zum persönlichen Einsatz abnimmt. Die Strategie der Politik und der Kassen, aus der Profession Arzt einen bloßen Leistungserbringer zu machen, diese Strategie der Profanisierung des Arztberufs hat zuweilen zur Folge, dass die Ärzte selbst dann auch nicht mehr einsehen, warum sie mehr tun sollen als vorgesehen. Wir haben es hier mit einer zunehmenden Gefährdung der Motivation mancher Ärzte zu tun, sich über das vertraglich Einklagbare hinaus für ihre Patienten zu engagieren. Wenn Ärzte nur danach bewertet werden, was sie dokumentieren können, wird damit nicht in Anschlag gebracht, dass das Eigentliche der ärztlichen Qualität nicht in dem aufgeht, was man dokumentiert. Das Eigentliche ärztlicher, urärztlicher Entscheidungen lässt sich nicht so einfach abbilden, es lässt sich nicht überführen in Algorithmen, weil das Eigentliche der ärztlichen Arbeit sich in den vielen informellen Gesprächen, in dem Nachdenkprozess, in dem Einbringen von Erfahrung und Intuition niederschlägt. Die Entscheidungen über die Behandlung ist das Resultat vieler Gespräche, vieler Erfahrungsmomente, vieler auch informeller Gespräche und nicht nur Resultat einer sozusagen logischen Anwendung einer Leitlinie. Wenn aber nun Ärzte nur noch danach bewertet werden, was sie dokumentieren können, dann sind die Ärzte logischerweise frustriert, weil je mehr sie investieren in die Patientengeschichte, desto mehr erscheinen sie als betriebswirtschaftlich unvernünftig.

Das aber führt sukzessive zu einem Motivationsverlust und zuweilen auch zu dem Gefühl, in gewisser Weise gegängelt zu werden (Manzeschke 2009). Man kann es auch so sagen: je mehr kontrolliert wird, desto weniger ist man motiviert, je mehr

Zeiterfassungssysteme etabliert werden, desto weniger ist man bereit, mehr zu tun als vorgegeben. Je mehr gemessen wird, desto weniger gilt als selbstverständlich, und man wird implizit angehalten, nur das zu tun, was auch dokumentiert werden kann. Das ist eine subtile Form der ideellen Rationierung, weil man auf diese Weise die Ärzte nur implizit dazu erzieht, sich auf das Pflichtgemäße zu beschränken und sich gerade nicht persönlich über das Vorgegebene hinaus zu engagieren. Natürlich muss man kostengünstig arbeiten, aber immer mehr wird eben die ärztliche Qualität primär und nicht nur sekundär an diesem Parameter festgemacht. Auf diese Weise findet eine ideelle Deformation statt. Das rein auf Erlös orientierte Arbeiten „schwächt die Eigenmotivation und somit die eigentliche Stärke in diesem menschennahen Beruf“ (Wild 2011, S. 38). Das ist fatal, weil für viele Ärzte es gerade der Kontakt zum Patienten ist, aus dem sie Motivation beziehen und „Kraft schöpfen, um den anstrengenden Beruf auszuüben“ (ebd.); und je mehr dieser Kontakt eben abgewertet wird, desto mehr erleben dann die Ärzte ihren Beruf als zunehmend sinnentleert. Es findet auf diese Weise nicht weniger statt als eine Entfremdung der Ärzte von ihrem Beruf.

8. Vertrauen in die Integrität der Medizin als öffentliches Gut

Insgesamt lässt sich sagen, dass die ökonomischen Imperative die fachliche und ethische Orientierung am Wohl des Patienten in eine Verantwortung für die Bilanzen und damit für das Wohl des Unternehmens transformieren. Mit dieser beschriebenen Entwicklung aber wird das öffentliche Vertrauen in die Humanität der modernen Medizin erschüttert. Denken wir an die ganze Korruptionsdebatte, die deswegen so vehement war, weil die Vorstellung, dass ein Arzt nicht primär dem Patienten dient, die Bevölkerung zutiefst verstört. Darin sehe ich die größte Gefahr der modernen Ausrichtung, dass es zu einem Vertrauensverlust kommt, zu einem Verlust des Vertrauens in die Humanität und in den humanen Auftrag der Medizin. Daher muss alles getan werden, damit die Medizin ihr Vertrauen bewahrt oder zurückgewinnt. Denn das Vertrauen der Bevölkerung in die Medizin als einer vertrauenswürdigen sozialen Praxis ist eine Art „öffentliches Gut“ (Kühn 2008, S. 300). Ein Gut, auf das jeder Bürger ange-

wiesen ist, um Lebensqualität zu spüren. Wenn der Bürger nicht in das Medizinsystem vertrauen kann, dann ist er in einer ausweglosen Situation, weil er dann im Krankheitsfall und im Fall der Hilfsbedürftigkeit auch noch auf der Hut sein müsste. Keine Gesellschaft kann sich das leisten, Menschen auch in ihrer Not, die durch eigene Krankheit evoziert wird, mit einem sozialen System in Berührung zu kommen, dem sie nicht mehr oder weniger blind vertrauen können. Daher ist das Vertrauen in die moralische Integrität der Medizin ein öffentliches Gut, das nicht geopfert werden darf. Es sind eben keine geschäftlichen, sondern soziale Beziehungen, die den Patienten mit dem Arzt binden. Es sind Beziehungen in Kontexten der Fragilität, denn es geht in der Medizin meist um eine zerbrechliche Existenz. Das heißt, dass die Beziehung zwischen Arzt und Patient eine soziale Beziehung bleiben muss und von ihrem Wesen her nicht die Eigenschaft einer privaten Geschäftsbeziehung je annehmen darf. Der eigentliche Anlass dafür, dass die Patienten eine Beziehung mit dem Krankenhaus eingehen, ist die Situation des Krankseins. Aus dieser Situation heraus suchen sie eben keine Geschäftsbeziehung, sondern sie erwarten eine Sorgebeziehung, eine zwischenmenschliche Vertrauensbeziehung (Maio 2012).

Der Arzt hat zwar auch dem Gemeinwohl zu dienen, aber er ist nicht primär Anwalt des Gemeinwohls, sondern primär ist er Helfer des einzelnen kranken Menschen, und diesen kranken Menschen darf der Arzt nicht hintanstellen. Das heißt also, dass, wenn Ärzte in ihren Beziehungen zum Patienten den ökonomischen Anreizen mehr folgen als der medizinischen Logik (dem Gesichtspunkt des Wohls für den Patienten), dann sind sie in diesem Moment eigentlich gar keine Ärzte mehr, weil sie die Anwaltschaft für den Patienten aufgegeben haben. Wenn die Arzt-Patient-Beziehung ein Ort wird, an dem nicht mehr der Patient, sondern das ökonomische Interesse des individuellen Arztes oder des Klinikums oder der Praxis leitender Gesichtspunkt ist, dann hat der Arzt nicht weniger als die in seiner Berufsbezeichnung bereits eingeschriebene Loyalitätspflicht gegenüber dem Patienten verraten. Er mag dies nun aus übergeordneten Gesichtspunkten tun, aber de facto verhält er sich in diesem Moment eben nicht mehr loyal dem Patienten gegenüber, sondern eben eher loyal der Kli-

nik gegenüber. Ich meine aber, dass es schon strukturell unverantwortlich ist, den Arzt überhaupt in diese Konfliktlage zu bringen, weil deutlich sein muss, dass diese Konfliktlage sich eben im Zweifelsfall gegen das Vertrauensverhältnis wendet, und das ist für alle Patienten und Ärzte der denkbar schlechteste Ausgang.

9. Notwendige moralische Anreize für eine Beziehungsmedizin

Und so kommen wir auf den Anfang zurück. Der Kontakt des Arztes zum Patienten, das Gespräch mit ihnen ist eben nicht, wie implizit suggeriert wird, ein betriebswirtschaftlicher Luxus, sondern es ist der Kern ärztlicher Tätigkeit, weil nur das Gespräch am Ende eine Entscheidung darüber ermöglicht, was gut für den Patienten ist und nur das Gespräch kann den Weg bahnen für das weitere Vorgehen. Wenn die moderne Medizin implizit angehalten wird, am Gespräch zu sparen, dann ist das Resultat eines Missverständnisses in Bezug auf den eigentlichen Auftrag der Medizin und daher eine unverantwortliche Sparmaßnahme. Deswegen wäre es unabdingbar notwendig, nach Möglichkeiten zu suchen, wie dieses Gespräch und die psychosoziale Betreuung des Patienten wieder gestärkt werden kann, wie es aufgewertet werden kann, damit die Ärzte, die ihren Beruf als Dienst am Menschen begreifen und den Beruf mit Hingabe ausüben, dass diese Ärzte nicht auch noch sanktioniert werden, sondern schon vom System her gewertschätzt werden dafür, dass sie sich mit Hingabe der Betreuung der ihnen anvertrauten hilfsbedürftigen Menschen widmen. Gerade weil Patienten vulnerable, angewiesene Wesen sind, darf die Beziehung zu ihnen nicht einer Herrschaft des bloßen Formalismus und der betrieblichen Unpersönlichkeit geopfert werden. Der einzelne Arzt ist nicht nur ein Funktionsträger, er ist immer zugleich in einer zwischenmenschlichen Beziehung zum Patienten. Daher muss eine neue Kultur der Sorge gefördert werden, durch die auch und gerade den jungen Ärzten neu vermittelt wird, dass sie in jeder Begegnung mit dem hilfsbedürftigen Menschen eine wunderbare Gelegenheit erhalten, Sinn zu stiften durch die Verbindung von professionellem Können und gelebter Mitmenschlichkeit.

¹Überarbeitete Fassung des Vortrags auf der Tagung „Quo vadis chirurgia“, am 15. Februar 2013 in Berlin.

Literatur

- Braun B, Buhr P, Klinke S, Müller R, Rosenbrock R. Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzähler – Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Bern: Huber Verlag; 2009
- Klinke S. Ordnungspolitischer Wandel im stationären Sektor. 30 Jahre Gesundheitsreform, DRG-Fallpauschalensystem und ärztliches Handeln im Krankenhaus. Berlin: Pro Business; 2008
- Kühn H. Soziale Verantwortung und Ökonomisierung im Krankenhaus. In: Kolb S, Bonde I, Gerhardt M, Kaiser T, Hrsg. Medizin und Gewissen – Im Streit zwischen Markt und Solidarität. Frankfurt a.M.: Mabuse Verlag; 2008: 285–328
- Manzeschke A. „Zum Einfluss der DRG auf Rolle und Professionsverständnis der Ärztinnen und Ärzte“. In: Schweizerische Gesellschaft für Biomedizinische Ethik, Hrsg. SGBEbulletinSSEB No. 59, September 2009: 11–13
- Maio G. Mittelpunkt Mensch – Ethik in der Medizin. Eine Einführung. Stuttgart: Schattauer; 2012
- Simon M. Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung; 2001
- Wild V. Arbeiten unter DRG-Bedingungen. In: Wild V, Pfister E, Biller-Andorno N, Hrsg. DRG und Ethik. Basel: EMH Schweizerischer Ärzte-Verlag; 2011: 35–40

Prof. Dr. med. Giovanni Maio, M. A. phil.
Lehrstuhl für Medizinethik
Institut für Ethik und Geschichte der Medizin
Stefan-Meier-Straße 26
79104 Freiburg i. Br.
E-Mail: maio@ethik.uni-freiburg.de

Die Projektgruppe Wissenschaft der DGCH

Vernetzung und Interdisziplinarität in der Chirurgie

Forschung ist ein wesentlicher Bestandteil der Chirurgie. Anlässlich verschiedener Kongresse kann man sich immer wieder davon überzeugen. Auch in der Retrospektive beeindrucken chirurgische Forschungsleistungen der letzten Jahrzehnte. Allerdings haben besonders **klinische Studien** in der Chirurgie in Deutschland im Vergleich zu anderen Fachgebieten und anderen Ländern eine untergeordnete Rolle gespielt. Um diese Situation zu verbessern, wurde bereits 2003 mit Förderung des BMBF das Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie mit Sitz in Heidelberg gegründet. Im Jahre 2006 folgte nach Ausschreibung und internationaler Begutachtung die Erweiterung der Studienlandschaft durch Etablierung eines Netzwerks von inzwischen 8 chirurgischen Studienzentren, das CHIR-Net. Die Erfolgsgeschichte dieser Initiative ist sowohl der Darstellung der Patientenrekrutierung (► **Abb. 1**) als auch den daraus entstandenen Publikationen in internationalen Wissenschaftsjournalen zu entnehmen, die periodisch in der Zeitschrift „Der Chirurg“ zusammengefasst veröffentlicht werden.

Chirurgische Forschung und Öffentlichkeit

Wird chirurgische Forschung in der Öffentlichkeit nicht adäquat wahrgenommen oder besteht tatsächlich ein Defizit? Wahrscheinlich trifft beides zu. Sieht man in die Jahresberichte der Institutionen für Wissenschaftsförderung, fließen seit Jahren vergleichsweise geringe Summen in chirurgische Forschungsprojekte. Gleichzeitig ist die Mittelvergabe für Wissenschaftsförderung insgesamt – anders als die Finanzierung im Gesundheitswesen – während der letzten 10 Jahre deutlich gestiegen: im Zeitraum von 2005–2008 haben allein die DFG und die EU ihre Fördermittel um 47,3 bzw. 77% gesteigert (G. Adler, J. v. d. Knesebeck, Bundesgesetzblatt 2009). Davon ist in der Chirurgie zu wenig angekommen.

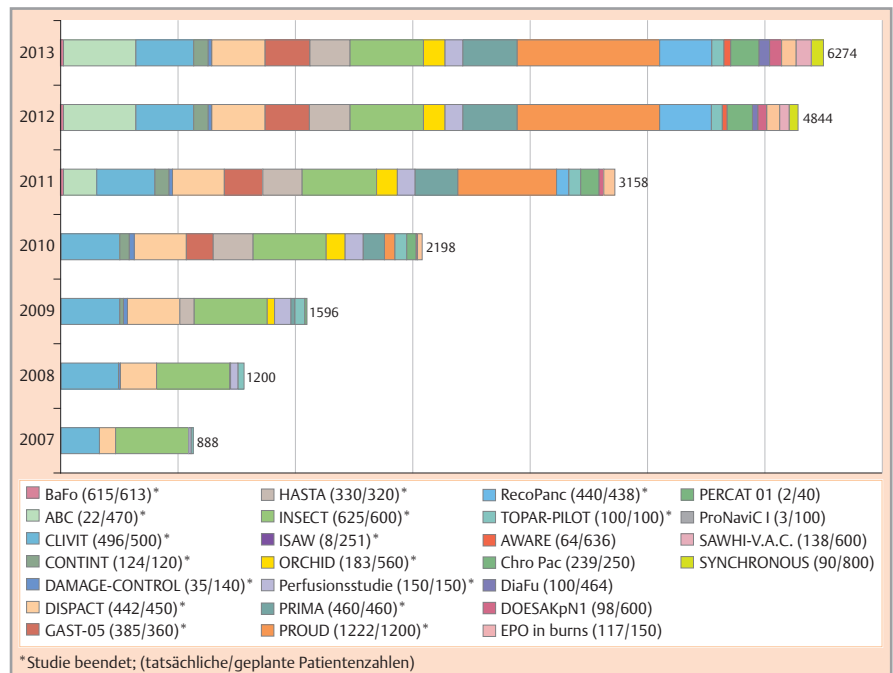


Abb. 1 Patientenrekrutierung SDGC und CHIR-Net für diverse klinische Studien 2007–06/2013.

- Sektion Chirurgische Forschung
- Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC)
- CHIR-Net
- Akademien/Institute der Fachgesellschaften
- Exzellenzakademie des Konvents der Viszeralchirurgie
- Klinische Register

Tab. 1 Beispiele existierender Institutionen innerhalb der DGCH zur Förderung der Forschung in der Chirurgie.

Förderung durch Wissenschaftsressort

Im Herbst 2011 wurde ein Wissenschaftsressort der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie gegründet. Wie andere Ressorts auch, soll es den Prozess im Rahmen der von der DGCH mit ihren Fachgesellschaften und dem BDC getragenen Initiative „Einheit der Chirurgie“ voranbringen. Die Projektgruppe kann das bestehende Po-

- Experimentelle Chirurgie
- Translationale Forschung
- Klinische Studien
- Innovationsforschung und -bewertung
- Versorgungsforschung

Tab. 2 Struktur der Forschung in der Chirurgie.

tenzial verschiedener Gruppen koordinieren (► **Tab. 1**) und als wissenschaftlicher Informationsdienst (WID) fungieren, damit die chirurgische Wissenschaftslandschaft stärken und speziell den wissenschaftlich interessierten Nachwuchs in der Chirurgie fördern.

Vernetzung zur Kompetenzsteigerung

Eine Projektgruppe mit Vertretern aller Fachgebiete hat in einer Konsensfindung beschlossen, die in ► **Tab. 2** gelisteten Bereiche der Chirurgie zu bearbeiten. Primär wollen wir uns gemeinsam dem Fokus „Implantate“ widmen. Von der Idee über

die Grundlagenforschung und die kontrollierte Überprüfung in der Klinik bis zur prospektiv randomisierten Studie kann die Entwicklung und Einführung von Innovationen durch chirurgische Experten wissenschaftlich begleitet werden. Primäres Ziel ist die Gewährleistung von Patientensicherheit bei gleichzeitiger Beförderung der Verfügbarkeit echter Fortschritte.

Dazu bedarf es eines Netzwerks, das die Identifikation von Kompetenz der chirurgischen Fachgebiete, jeweils in ihrer Spezialität, erlaubt. Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) hat der DGCH bereits einen soeben erarbeiteten, detaillierten Forschungskatalog ihrer Fachgebiete zuge stellt. Die anderen Fachgesellschaften sind gebeten, entsprechende Informationen zusammenzustellen, um schließlich allen Interessierten eine „Chirurgische Forschungslandkarte Deutschland“ vorlegen und so interdisziplinäre Kontakte und Kooperationen für Wissenschaftler und Unternehmen herstellen zu können.

Die Chirurgische Forschungslandkarte könnte sich strukturell am bereits bestehenden SDGC und CHIR-Net orientieren. In das Netzwerk sollen nach dem bisherigen Muster Universitätsklinik, nicht universitäre Kliniken, Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte eingebunden sein. Für die Integration bisher im CHIR-Net nicht vertretener Fachgebiete muss die Organisationsform erweitert und spezifiziert werden. Das neue Netzwerk kann somit auf der bisherigen Erfolgsgeschichte aufbauen, sollte aber durch die Namensgebung CHIR-Net + die Schaffung eines neuen Forschungsbündnisses klarstellen. Während des 130. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in München 2013 wurden alle Fachgebiete eingeladen, dem Wissenschaftsressort über die Geschäftsstelle der DGCH-Vertreter für die gemeinsame Arbeit zu benennen. Die 9-jährige Förderung des SDGC und die 6-jährige Förderung des CHIR-Net durch das BMBF laufen im September dieses Jahres aus. Eine kostenneutrale Verlängerung der Förderung für alle Regionalzentren des CHIR-Nets bis März 2014 ist beantragt. Um die in dieser Zeit erzielten Erfolge für die Forschung in der Chirurgie fortzusetzen, ergibt sich somit die Möglichkeit eines Neubeginns auf bewährtem Fundament. Hersteller von Medizinprodukten sollen für die Innova-

tionsforschung und -bewertung in Kooperation mit SDGC und CHIR-Net + eingebunden werden.

Projektideen

Gleichzeitig wurde eine Sammlung von Projektideen initiiert, die zum Ziel hat, chirurgische Forschung in ein Schwerpunktprogramm münden zu lassen. Zu den übergreifenden Themen: Immunologie, Onkologie, Entzündung, Regeneration und Transplantation haben sich interdisziplinäre Gruppen wissenschaftlich aktiver Chirurgen gebildet, die ihre bisher in Workshops erarbeiteten Konzepte beim 130. Kongress der DGCH mit folgenden Zwischenergebnissen vorgestellt haben: während sich ein chirurgisch geleitetes Schwerpunktprogramm „Immunologie“ als derzeit nicht realisierbar herausgestellt hat, werden die anderen Gruppen weiterarbeiten. Chirurgen aus bisher nicht beteiligten Fachgesellschaften werden hiermit nochmals herzlich zur Mitwirkung eingeladen. Kontakte zu den Gruppensprechern werden über das Wissenschaftsressort, die Sektion Chirurgische Forschung oder die weiteren, unten angegebenen Stellen und Personen vermittelt.

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie ist keine Forschungsinstitution, wohl aber eine Vereinigung hochspezialisierter Fachgesellschaften mit eigenen wissenschaftlichen Kompetenzen und Strukturen. Lassen Sie uns die Chance der Etablierung eines interdisziplinären Wissens-„marktes“ zur Stärkung der chirurgischen Wissenschaftslandschaft in Deutschland gemeinsam nutzen.

Kontaktadressen

Wissenschaftsressort der DGCH

Prof. Dr. H. D. Saeger (Leiter)
Prof. Dr. A. Haverich (stellv. Leiter)
Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
Luisenstraße 58/59, 10117 Berlin
Tel.: 0 30/28 87-62 90
E-Mail: hans-detlev.saeger@uniklinikum-dresden.de; haverich.axel@mh-hannover.de

Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC)
PD Dr. M. Diener (Ärztlicher Leiter)
Chirurgische Klinik
Universitätsklinikum Heidelberg

Im Neuenheimer Feld 110
69120 Heidelberg
Tel.: 0 62 21/56-69 86
E-Mail: sdgc@med.uni-heidelberg.de; markus.dierer@med.uni-heidelberg.de

CHIR-Net

PD Dr. Jens Neudecker (Sprecher)
Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie
Charité Universitätsmedizin Berlin
Campus Mitte
Charitéplatz 1, 10117 Berlin
Tel.: 0 30/4 50 50
E-Mail: jens.neudecker@charite.de

Sektion Chirurgische Forschung

Prof. Dr. E. Klar (Vorsitzender)
Chirurgische Klinik und Poliklinik
Universitätsklinikum Rostock
Schillingallee 35, 18057 Rostock
Tel.: 03 81/4 94-60 01
E-Mail: ernst.klar@med.uni-rostock.de

Experimentelle Chirurgie

Prof. Dr. M. Menger
Institut für klinisch-experimentelle Chirurgie
Universität des Saarlandes
Kirrberger Straße, 66421 Homburg
Tel.: 0 68 41/1 62-65 50
E-Mail: michael.menger@uks.eu

Translationale Forschung

Prof. Dr. B. Vollmar
Institut für Experimentelle Chirurgie
Medizinische Fakultät, Universität Rostock
Schillingallee 69a, 18057 Rostock
Tel.: 03 81/4 94-25 00
E-Mail: brigitte.vollmar@med.uni-rostock.de

Versorgungsforschung

Prof. Dr. E. Neugebauer (Direktor)
IFOM – Institut für Forschung in der Operativen Medizin
Universität Witten/Herdecke gGmbH
Ostmerheimer Straße 200
51109 Köln
Tel.: 02 21/9 89 57-0
E-Mail: edmund.neugebauer@uni-wh.de

Prof. Dr. H. D. Saeger
Waldparkstraße 6
01309 Dresden
E-Mail: hans-detlev.saeger@uniklinikum-dresden.de

Empfehlung zu leistungsbezogenen Zielvereinbarungen

Von der BÄK und der DKG

Gemäß § 136a SGB V fördert die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) im Rahmen ihrer Aufgaben die Qualität der Versorgung im Krankenhaus. Hierzu gibt sie im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer (BÄK) folgende Empfehlungen zur Berücksichtigung bei Verträgen mit leitenden Abteilungsärzten (im Folgenden: Chefärzte) ab. Das Einvernehmen der BÄK ergeht lediglich auf der Grundlage des § 136a SGB V und erstreckt sich nicht auch auf die *Beratungs- und Formulierungshilfen der DKG für Verträge der Krankenhäuser mit leitenden Ärzten*:

1. Chefärzte sind in ihrer Verantwortung für die Diagnostik und Therapie des einzelnen Behandlungsfalls unabhängig und keinen Weisungen des Krankenhausträgers unterworfen. Das Wohl der Patienten und die Versor-

gung der Bevölkerung mit medizinisch notwendigen Leistungen müssen stets im Vordergrund stehen.

2. Zielvereinbarungen zwischen Krankenhausträgern und Chefärzten mit ökonomischen Inhalten sind unter der Beachtung der berufsrechtlichen Regelungen (insbesondere § 23 Abs. 2 MBO-Ä) grundsätzlich legitim und sachgerecht, was auch vom Gesetzgeber anerkannt wird.
3. Zielvereinbarungen im Krankenhaus müssen stets mit der notwendigen Sensibilität gehandhabt werden. Die zu vereinbarenden Ziele sind mit Augenmaß so auszuwählen, dass der Chefarzt durch eigene Anstrengungen maßgeblichen Einfluss auf die Zielerreichung ausüben kann.

4. Finanzielle Anreize für einzelne Operationen/Eingriffe oder Leistungen dürfen nicht vereinbart werden, um die Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidung zu sichern.

Berlin, den 24.04.2013

Bundesärztekammer

Deutsche Krankenhausgesellschaft

Chirurgische Nahtmaterialien aller Art

Die Catgut GmbH ist ein traditionelles Unternehmen, das auf eine über 100-jährige Firmengeschichte zurückblicken kann. Profitieren Sie von dieser langjährigen Erfahrung, modernsten Nahtmaterialien und dem besonderen Engagement der Mitarbeiter, Ihnen einen perfekten Service zu bieten.



Nehmen Sie unsere Fäden in die Hand!



Gewerbepark 18
08258 Markneukirchen

E-Mail: Geschäftsführung: catgut.office@catgut.de
Vertrieb: catgut@catgut.de

Internet: www.catgut.de
Telefon: 037422-5830, Telefax: 037422-58339

Protokoll der Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie anlässlich des 130. Kongresses

Donnerstag, 02.05.2013, 12:45 – 14:00 Uhr in München, ICM, Saal 1

TOP 1: Eröffnung durch den Präsidenten

Der Präsident eröffnet die Versammlung. Es wurde ordnungsgemäß rechtzeitig unter Angabe der Tagesordnung durch zweimalige Veröffentlichung in den „Mitteilungen“ eingeladen. Änderungsanträge sind nicht eingegangen. Laut Satzung besteht bei jeder ordnungsgemäß einberufenen Mitgliederversammlung ohne Rücksicht auf die Zahl der erschienenen Mitglieder Beschlussfähigkeit.

TOP 2: Satzungsänderung

Der Vorschlag des Präsidiums der DGCH auf Änderung des § 5 der bestehenden Satzung wurde ebenfalls in den „Mitteilungen“ publiziert, indem ein Auszug aus der bestehenden Satzung sowie der Änderungsvorschlag abgedruckt wurden. Mittels Folien präsentiert der Generalsekretär diese Passagen noch einmal (Anlage). Er bittet um das Handzeichen zur Abstimmung. Die Änderung wird ohne Gegenstimmen oder Enthaltungen angenommen.

TOP 3: Wahlen

An den Eingängen zum Saal war die Legitimation der Teilnehmer der Mitgliederversammlung überprüft und jedem ordentlichen Mitglied ein Stimmzettel für die anstehenden Wahlen ausgehändigt worden. Den Mitgliedsgesellschaften waren rechtzeitig Stimmzettel für die assoziierten Mitglieder zugeleitet worden, auf denen zur Festlegung einer Vollstimme eine Stimmrechtsübertragung von maximal 19 anderen assoziierten Mitgliedern vorgenommen werden konnte.

Der **Generalsekretär** erläutert die satzungsgemäßen unterschiedlichen Vorgehen zur Betätigung bzw. Wahl von Mitgliedern des geschäftsführenden Vorstands bzw. des Präsidiums und stellt die

Kandidaten vor, wie sie bereits in den „Mitteilungen“ veröffentlicht worden waren. Für die Wahl unter 2. bis 4. waren weitere Vorschläge nicht eingegangen:

1. Vizepräsidentin 2013/2014 und Präsidentin 2015/2016: Frau Prof. Dr. med. Gabriele **Schackert**, Dresden
2. Vertreter der niedergelassenen Chirurgen Herr Dr. med. Christian **Deindl**, Nürnberg
3. Vertreter der Oberärzte Universitätsklinik Herr Prof. Dr. med. Stefan **Fichtner-Feigl**, Regensburg
4. Vertreter aus dem deutschsprachigen Ausland Herr Prof. Dr. med. Urban T. **Laffer**, Biel (Schweiz)

Zum Wahlleiter wird Herr Prof. Dr. med. Karsten Ridwelski, Magdeburg, vorgeschlagen und bestätigt. Nach Betätigung, dass nur Mitglieder im Saal seien und dem Schließen der Türen, erfolgt die Wahl mittels Einsammeln der ausgefüllten Wahlzettel in Urnen durch mehrere Wahlhelfer. Nach Überprüfung und Feststellung, dass der Wahlvorgang abgeschlossen sei, werden die Türen wieder geöffnet.

Nach abgeschlossener Auszählung dankt der Präsident dem Wahlleiter und gibt das Wahlergebnis bekannt:

Es wurden alle 4 Kandidaten mit „überwältigender Mehrheit“ gewählt:

1. **Bestätigung durch die Mitgliederversammlung:**
Auf Frau **Schackert** als 3. Vizepräsidentin und Präsidentin 2015/2016 entfielen von 100 abgegebenen gültigen Stimmen 91 Ja-Stimmen (91 %) bei 4 Neinstimmen und 5 Enthaltungen.
2. **Wahl durch die Mitgliederversammlung:**
Auf Herrn **Deindl** als Vertreter der niedergelassenen Chirurgen entfielen von 100 abgegebenen gültigen Stimmen 90 (90 %) bei 4 Neinstimmen und 6 Enthaltungen.

Auf Herrn **Fichtner-Feigl** als Vertreter der Oberärzte Universitätsklinik entfielen von 100 abgegebenen gültigen Stimmen 87 (87 %) bei 7 Neinstimmen und 6 Enthaltungen.

Auf Herrn **Laffer** als Vertreter aus dem deutschsprachigen Ausland entfielen von 100 abgegebenen gültigen Stimmen 93 (93 %) bei 3 Neinstimmen und 4 Enthaltungen.

Die Gewählten bedanken sich für das Vertrauen und nehmen die Wahl an:

Der Präsident stellt damit den erfolgreichen Abschluss des Wahlvorgangs fest.

TOP 4: Bericht des Präsidenten

Der **Präsident** informiert über den bisherigen sehr erfolgreichen Kongressablauf. Er dankt Herrn Büchler, Herrn Bauer und dem Generalsekretär für die Unterstützung in seinem Amt und bei der Vorbereitung des 130. Chirurgenkongresses. Das Konzept der Thementage wurde erfolgreich weitergeführt. Es sei ein Jahr mit brisanten wissenschaftlichen und politischen Themen gewesen. Es sei Anliegen der DGCH, die Chirurgie als Partner für die Patienten noch mehr in den Fokus der Öffentlichkeit zu bringen. Darauf werde er auch nach seiner Zeit als Präsident sein Augenmerk legen. Als Schwerpunkte nannte er

- die weitere Stabilisierung und den Ausbau des SDGC und des CHIR-Net
- die Forschungsförderung im Verbund mit allen Fachgesellschaften
- ein „Weißbuch“ zur Struktur der chirurgischen Versorgung zu erstellen

Auf Befragung keine weitere Diskussion. Der Wahlakt ist abgeschlossen. Der Generalsekretär erlaubt die Öffnung der Türen.

TOP 5: Bericht des Generalsekretärs

Der Bericht des Generalsekretärs wurde durch eine umfangreiche Folienpräsentation hinterlegt. Der komplette Foliensatz der Mitgliederversammlung ist auf der Homepage der DGCH (www.dgch.de) im Mitgliederbereich einsehbar. Folgende Berichtspunkte wurden u. a. ausgeführt:

- Mitgliederstand der Gesellschaft: Die DGCH hat aktuell 6586 ordentliche Mitglieder. Assoziierte Mitglieder der einzelnen Fachgesellschaften: 12314, damit Vertretung von insgesamt 18830 Chirurgeninnen und Chirurgen.
- Erläuterung der neuen Website der DGCH
- Novellierung der Muster-Weiterbildungsordnung
- SDGC und CHIR-Net
- Sektionen, Arbeitsgemeinschaften und Kommissionen
- Projektgruppen in der Initiativgruppe „Einheit der deutschen Chirurgie“
- Aktuelle Mitteilungen
- Langenbeck-Virchow-Haus

Der **Generalsekretär** bedankt sich beim Vorstand, Präsidium, den Fachgesellschaften, den Damen der Geschäftsstelle und allen Mitgliedern für die Unterstützung seiner Tätigkeit.

Auf Befragung keine weitere Diskussion zum Bericht des Generalsekretärs.

TOP 6: Bericht des Schatzmeisters

Der **Schatzmeister** berichtet über die Ausgaben und Einnahmen im Jahr 2012 (Folien s. Präsentation). Der vollständige Jahresabschluss für das Jahr 2012 und der vorgestellte Haushaltsplan für das Jahr 2013 liegen auch in der Geschäftsstelle während des Kongresses zur Einsicht aus.

Der Präsident bittet die Kassenprüfer um ihren Bericht. Herr **Germer**, Würzburg, bestätigt, auch im Namen von Herrn **Wenisch**, Potsdam, nach Prüfung des von der Wirtschaftsprüferin Frau **Westermeier** erstellten Berichts regelrechte und sparsame Geschäftsführung und empfiehlt den Mitgliedern, den Jahresabschluss 2012 zu verabschieden und den Vorstand zu entlasten. Das geschieht per Handzeichen und einstimmig bei Enthaltung des geschäftsführenden Vorstands. Damit ist der Jahresabschluss genehmigt.

Nach der Vorstellung des Haushaltsplans 2013 wird – ebenfalls per Handzeichen – über die vorgesehenen Einnahmen und Ausgaben abgestimmt. Auch der Haushaltsplan für 2013 wird einstimmig verabschiedet. Nach Befragung durch den Präsidenten erteilen die Mitglieder bei Stimmenthaltung der Vorstandsmitglieder dem Vorstand inkl. Schatzmeister einstimmig die Entlastung.

Der Präsident dankt dem Schatzmeister für seine verdienstvolle Arbeit.

TOP 7: Vergabe der Stipendien

Präsident und Generalsekretär bitten die Stipendiaten, deren Namen projiziert werden, auf die Bühne und überreichen ihnen unter dem Beifall der Mitglieder ihre Urkunden. Die Namen werden mit allen anderen Preisträgern wieder in den „Mitteilungen“ veröffentlicht.

TOP 8: Verschiedenes

Zu diesem TOP sind keine Anträge eingegangen, sodass der Präsident die Mitgliederversammlung mit einem Dank an alle Beteiligten um 14:00 Uhr schließt.

Berlin, 02.05.2013

Prof. Dr. Dr. h. c. mult. K.-W. Jauch, Präsident

Prof. Dr. Dr. h. c. H.-J. Meyer, Generalsekretär

Prof. Dr. T. H. K. Schiedeck, Schatzmeister

Tätigkeitsbericht der Sektion CTAC, Mai 2013

1. Bericht über die Veranstaltungen des letzten Jahres

a) Herbsttagung 2012, Düsseldorf

Die Herbsttagung fand in der Zeit vom 15. bis 16. November 2012 back-to-back zur CURAC im Rahmen der Medica in Düsseldorf statt. Wie geplant wurde diesmal die Entwicklung „Chirurgie 2025“ unter dem

Gesichtspunkt der aktuell laufenden Forschungsprojekte betrachtet, wobei u. a. die beiden DFG-Projekte „Kognitive Chirurgie“ (SFB Heidelberg) sowie „Neue Plattformen für Single-Port und NOTES“ (München) und das BMBF-Projekt „OR.NET“ vorgestellt wurde. Anschließend erfolgte eine lebhafte Diskussion zur Chirurgie 2025 aus der Sicht der „jungen“ Chirurgen.

Die Einzelheiten sind in einem Artikel in der CHAZ 14(4) dargelegt.

b) Hands-on-Intensivkurs für Ingenieure

Eine echte Innovation in der Geschichte der CTAC stellte der im Berichtszeitraum erstmals in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Biomedizinische Technik (DGBMT) veranstaltete

Hands-on-Kurs Chirurgie für Wissenschaftler und Ingenieure dar. Die praktische Durchführung wurde durch die Forschungsgruppe MITI am Klinikum rechts der Isar der TU München übernommen. Das Ziel der Veranstaltung ist es, Ingenieure, Informatiker und Grundlagenwissenschaftler an die Wissensdomäne Chirurgie heranzuführen. Das Echo auf das Kursangebot war außerordentlich groß, sodass die insgesamt 16 Teilnehmerplätze sehr rasch besetzt waren und eine lange Warteliste angelegt werden musste. Daher wurde ein zweiter Kurs im Dezember 2012 angeboten, der ebenso positiv verlief. Die Fortsetzung ist geplant (http://www.miti.med.tum.de/index.php?id=66&tx_ttnews%5Btt_news%5D=34&cHash=a5ab4245362d63e8518e2b74947f3d0d).

c) Frühjahrstagung 2013, München

Bereits zum dritten Mal führte die CTAC 2013 ihre Frühjahrstagung zusammen mit der DGE-BV im Westin Grand Hotel in München am 15. März 2013 durch. Thematisch beherrschend waren diesmal wiederum mechatronische Plattformen. Wie bereits die vergangenen beiden Male waren die Sitzungen durch ein hohes wissenschaftliches Niveau gekennzeichnet. Entsprechend groß war auch der interdisziplinäre Zuhörerkreis.

Die regelmäßige Einbindung der CTAC in die interdisziplinäre Deutsche Gesellschaft für Endoskopie und Bildgebende Verfahren hat maßgeblich dazu beigetragen, die Außenwahrnehmung der CTAC zu verbessern.

d) Sitzungen der CTAC im Rahmen des 130. Kongresses der DGCH (unmittelbar im Anschluss an die Mitgliederversammlung) am 02. Mai 2013

In der ersten Nachmittagsitzung, moderiert von G. Rau/Dachau und H. Feußner/München wurden Schlüsseltechnologien und wissenschaftliche Vorhaben in der Zukunft abgehandelt. Die darauffolgende Sitzung unter dem Vorsitz von B. Müller/Heidelberg und C. Schlötelburg/Frankfurt hatte das Thema „Wie viel Technik braucht die Chirurgie?“

2. Berichte aus den Arbeitsgruppen

Bildgebung

Die Bedeutung der Thematik wächst weiter insbesondere auch die intraoperative molekulare Bildgebung für die individualisierte chirurgische Therapie. PD Dr. Wilhelm hat zur intraoperativen Diagnostik im Berichtszeitraum das BMBF-geförderte Projekt „Colonview“ erfolgreich abgeschlossen. PD Dr. Kleemann kann sich künftig wieder in vollem Maß in die Arbeit der AG einbringen.

Mechatronische Instrumente und Supportsysteme

Die bereits im vergangenen Berichtszeitraum begonnene klinische Evaluation des Kameraführungssystems SoloAssist wurde erfolgreich fortgeführt. Die Ergebnisse wurden auf einem Poster während des diesjährigen Chirurgenkongresses vorgestellt. Die Ergebnisse einer um Prof. Fürst/Regensburg durchgeführten vergleichenden Evaluation sind zur Veröffentlichung bei Surgical Endoscopy eingereicht.

Mechatronische Instrumente und Supportsysteme sind auch ein Gegenstand des im vergangenen Jahr bewilligten SFB „Kognitive Chirurgie“ (Heidelberg, Karlsruhe). Mit mechatronischen Plattformen für Single-Port-Chirurgie und NOTES ist die DFG-geförderte Forschergruppe in München und Karlsruhe aktiv. Nach der Phase eines gewissen Stillstands ist somit auf diesem Forschungsgebiet wieder eine erfreuliche Dynamik festzustellen.

Simulation

Nachdem in den vergangenen Jahren Virtual-Reality-Trainer ganz im Vordergrund des Interesses gestanden haben, rücken jetzt wieder analoge und hybride Trainingssysteme in den Vordergrund.

Modellbasierte Chirurgie und Telematik

Mehrere Arbeitsgruppen fokussieren sich derzeit auf die Workflow-Analyse bei chirurgischen Eingriffen. Darüber hinaus ist

ein breit angelegtes, interdisziplinäres wissenschaftliches Projekt zur intelligenten Vernetzung im OP angelaufen.

Sensorik

Im Berichtszeitraum wurden z.B. das Neuromonitoring, aber auch die Sensorik im OP bearbeitet.

3. Planung 2013/2014

Hands-on-Ingenieurkurs für Ingenieure

Der nächste, bereits unter Punkt 1 dargestellte Kurs findet am 16./17. Mai 2013 in München statt. Aufgrund der eher noch anwachsenden Warteliste ist der vierte Kurs dieser Art für Dezember 2013 geplant.

Herbsttagung im Rahmen der CURAC, November 2014, Innsbruck

Die Arbeit an dem Langzeitprojekt „Chirurgie 2025“ wird fortgesetzt.

Frühjahrstagung im Rahmen der DGE-BV, April 2014, Hamburg

Inhaltliche Schwerpunkte werden im Jahr 2014 Monoport-Chirurgie und NOTES sein.

4. Verschiedenes

Mitgliederzahlen

Auch 2012/2013 ist trotz einiger Abmeldungen ein leichter Mitgliederzuwachs zu verzeichnen.

Kooperation mit thematisch verwandten, nichtviszeralchirurgischen Arbeitsgemeinschaften: vorrangiges Ziel für 2013/2014

München, 14. Mai 2013/sst

Univ.-Prof. Dr. Dr. h. c. P. M. Schlag,
Prof. Dr. H. Feußner

Protokoll Gremiumssitzung der CAM am 30. April 2013

Teilnehmer:

PD Dr. Kersting, Prof. Meyer, Dr. Beckers, Prof. Bumm, Dr. Klopp, Prof. Prokop, Dr. Schiffer, Dr. Weber, J. Rodrian, F. Janßen, P. Loch

zur Kenntnis:

Dr. Ansorg, Prof. Hermann, Prof. Ritz, Prof. Schackert, PD Dr. Voss, Prof. Witzel, Prof. Zachariou

1. Status quo

- Umsatz im Jahr 2012: **25 108 €**.
- Das 1. Quartal 2013 bleibt hinter dem Vergleichsquartal 2012 zurück.
- Steigerung der Besucherzahlen auf der Website um 12 000 Besuche zu 2011.
- Es konnten 51 Filme seit dem letzten DGCH-Kongress aufgenommen werden, 5 davon in Kooperation mit dem Zentralblatt für Chirurgie.

2. Marketing Mediathek

- Mailing des neuen Gesamtkatalogs 2013/2014 an die aktiven Mitglieder der Deutschen und Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie. → **Aesculap Akademie**
- Auftritt der Mediathek auf dem ÖGC-Chirurgenkongress 2013 in Wien
- Bewerbung des Angebots der Mediathek durch die verschiedenen Fachgesellschaften und deren Tagungen – Bitte Übersicht der Termine an P. Loch → **Alle**
- Einrichtung eines Klinikabonnements in den Kliniken der CAM-Mitglieder. → **Alle**
- Mailing an die Ordinariate zur neuen unfallchirurgischen Kooperation. → **Prof. Prokop/Dr. Kersting/Aesculap Akademie**

- Mailing an deutsche Dekanate und Unibibliotheken. → **Aesculap Akademie**

3. Edgar-Ungeheuer Preis 2013

Der von der Aesculap Akademie und B. Braun Aesculap gesponserte, mit 3000 Euro dotierte Edgar-Ungeheuer-Preis wurde im Jahr 2013 jeweils zu einer Hälfte an Herrn Prof. Dr. Grützmann und Herrn Dr. Distler verliehen. Mit Ihrem Film „Transduodenale Papillenresektion“ haben Sie einen hervorragenden Beitrag für die Mediathek geleistet.

4. 131. DGCH-Chirurgenkongress 2014 in Berlin

- Mindestens wieder 2 evtl. jedoch 8 Timeslots mit Videopräsentationen und technischer Sitzung (Videogestaltung etc).
- CAM-Gremiums-Sitzung

5. Verschiedenes

- Neue Kooperation mit der „Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie“. Es wird eine Videorubrik wie im „Zentralblatt für Chirurgie“ geben. Das erste Heft soll zum Kongress der DKOU erscheinen.
- Vorstellung des Mediathek's Programm 2013/2014 mit moderner Gestaltung und verbesserter Übersichtlichkeit
- Es wird der Katalog als Flip-Book auf der Internetseite bereitgestellt. → **Aesculap Akademie**
- Eine gezielte Identifizierung von fehlenden Themen/nicht ausreichend abgedeckten Themenbereichen wird durchgeführt. Außerdem sollen die Beiträge identifiziert werden, bei welchen es einer Neuauflage bedarf. → **Alle für den eigener Fachbereich**

- Es wird ein Video zum Thema „Wie drehe ich einen Film“ erstellt. Das „How to do it“-Video, wird auf der Website bereitgestellt, um möglichen Interessenten die Angst und das Unwissen zu nehmen und zu einer einfachen aber qualitativen Filmproduktion anzuleiten. → **J. Rodrian/Aesculap Akademie**

6. Zukunft

Aufruf von Herrn Dr. Kersting: Sollten Sie es im letzten Jahr nicht geschafft haben, sich aktiv an der Gremiumsarbeit zu beteiligen, möchten wir Sie bitten, darüber nachzudenken, ob Sie die Mediathek in Zukunft weiter mitgestalten möchten und die dafür notwendige Zeit zusätzlich zu Ihrer eigentlichen Tätigkeit aufbringen können. Die im kommenden Jahr für jedes Gremiumsmitglied anfallenden Aufgaben kurz im Überblick:

- Sichtung der bereitgestellten Filme innerhalb von 2 Wochen + Rückmeldung an Dr. Kersting und Fr. Loch.
- Die Anwerbung/Eigenproduktion von mind. 3 Filmen pro Jahr für die vertretene Kategorie (Chirurgenkongress bis nächster Chirurgenkongress) Bewerbung der Mediathek und Ihres Angebotes Kommunikation und Weitergabe von interessanten Informationen an das Gremium oder an Frau Loch für den Gremiumsnewsletter.
- Teilnahme an der Gremiumssitzung.

Bitte geben Sie uns in einer formlosen E-Mail (stephan.kersting@uniklinikum-dresden.de und pia.loch@aesculap-akademie.de) Bescheid, ob wir weiterhin auf Sie zählen können. Wir bitten um Rückmeldung **bis zum 11.06.2013**. Über all jene die die Mediathek weiterhin unterstützen, vorantreiben und aktiv mitgestalten möchten, freuen wir uns sehr.

Mitteilungen der Gesellschaft

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie vergibt im Jahr 2012 die nachfolgend aufgeführten Preise und Stipendien.

Ihre Bewerbungen erbitten spätestens bis zum 30.09.2013 an die

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
Generalsekretär Herrn Prof. Dr. med.
Dr. h. c. H.-J. Meyer
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin

Preise

B.-von-Langenbeck-Preis

Auszeichnung für besondere wissenschaftliche Leistungen auf dem Gebiet der Chirurgie. Bewerben können sich Oberärzte und Assistenten.
Dotierung: € 10 500

Chirurgischer Förderpreis für perioperative Medizin, gestiftet von der Fresenius-Stiftung

Vergabe für die Weiterentwicklung und klinische Forschung auf dem Gebiet der klinischen Intensivmedizin.
Dotierung: € 5000

W.-Müller-Osten-Preis

Auszeichnung für hervorragende Leistungen auf dem Gebiet der chirurgisch-interdisziplinären Arbeit oder der Zukunftsentwicklung des Faches Chirurgie.
Dotierung: € 7700

F.-Steichen-Preis, gestiftet von Covidien Deutschland GmbH

Vergabe für besondere Leistungen auf dem Gebiet der Klammernahttechnik und Endoskopie.
Dotierung: € 5000

E.-Ungeheuer-Preis, gestiftet von der Aesculap Akademie

Verleihung für Neuaufnahmen von besonderem wissenschaftlichen und didaktischen Wert in die Mediathek der DGCH.
Dotierung: € 3000

Filmpreis

Der Preis wird verliehen für Filme bzw. Videos über die Chirurgie und ihre Teilgebiete, die neue wissenschaftliche oder operationstechnische Kenntnisse vermitteln sowie als Lehr- oder Unterrichtsfilme angemeldet werden.
Dotierung: € 1500

Posterpreis

Gegenstand soll die Darstellung der neuesten Ergebnisse aus der klinischen und experimentellen Chirurgie sein.
Dotierung: € 1500

F.-Linder-Preis

Wird an den Erstautor des besten Vortrages innerhalb der Fritz-Linder-Sitzungen zur chirurgischen Forschung vergeben.
Dotierung: € 2500

Bitte einsenden an

Herrn Prof. Dr. med. E. Klar
Direktor der Klinik für Gefäß- und Transplantationschirurgie
Universitätsklinikum Rostock
Schillingallee 35
18055 Rostock

Stipendien

Stipendium als Fortbildungshilfe

Beihilfe zu einer Forschungsreise zwecks Fortbildung in der allgemeinen Chirurgie oder einem Spezialgebiet der Chirurgie.
Dotierung: € 5000

Reisestipendium der H.-Junghanns-Stiftung

Die nach unserem früheren Präsidenten und langjährigen Generalsekretär benannte Herbert-Junghanns-Stiftung verleiht ein Reisestipendium, bevorzugt an einen Krankenhauschirurgen. Voraussetzung ist Facharztstatus und die Mitgliedschaft in der DGCH.
Dotierung: € 5000

W.-Müller-Osten-Stipendium

Zur Förderung wissenschaftlicher Arbeiten über die Geschichte der Chirurgie, die Erhaltung von Substanz und Einheit so-

wie der Zukunftsentwicklung der Chirurgie, der Qualitätssicherung der chirurgischen Tätigkeit in Krankenhaus und Praxis und den wissenschaftlichen und ethischen Grundlagen des chirurgischen Berufes.

Dotierung: € 5000

W.-Müller-Osten-Stipendium für ausländische Hospitanten

Wird ausgeschrieben zur Weiterbildung durch Hospitation an einer selbst gewählten deutschen chirurgischen Klinik.
Dotierung: € 5000

Reisestipendium zum Japanischen Chirurgenkongress

In Abstimmung mit der Japanischen Gesellschaft für Chirurgie wird die aktive Teilnahme am Japanischen Chirurgenkongress mit anschließender Hospitation in japanischen Zentren unterstützt.

Internationales Gaststipendium der DGCH

Wird verliehen an junge Chirurgen, die ihre Weiterbildung zum Facharzt für Chirurgie (oder entsprechende Qualifikation) in ihrem Heimatland absolviert haben und anschließend zur Ausübung ihres Berufes dorthin zurückkehren.
Dotierung: € 5000

Reisestipendium für deutsche und serbische Chirurgen

Beihilfe zur Teilnahme serbischer Chirurgen an den Jahreskongressen der DGCH und damit zusammenhängend zur Hospitation an einer oder mehreren deutschen Kliniken/en oder zur Finanzierung einer Vortragsreise oder eines Weiterbildungsaufenthaltes eines deutschen Chirurgen an serbischen Kliniken.
Dotierung: € 5000

Die Bestimmungen für die Verleihung der Preise und die Vergabe von Stipendien finden Sie im Internet unter www.dgch.de

Sie können auch in der Geschäftsstelle (030/28876290) abgefordert werden.

Reisestipendium zum Jahreskongress des American College of Surgeons

Das American College of Surgeons (ACS) und die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) haben ein Reisestipendium für wissenschaftlich engagierte junge Chirurgen/Chirurginnen vereinbart. Im Rahmen dieses Programms ist die Teilnahme am Jahreskongress des ACS vorgesehen. Dabei wird auch Gelegenheit zur Präsentation und Diskussion des eigenen wissenschaftlichen Arbeitsgebiets und der Ergebnisse gegeben. Vor oder nach dem Kongress soll im Rahmen eines insgesamt 2-wöchigen Aufenthalts der Besuch einiger für die eigene Forschung relevanter Zentren organisiert werden.

Für die/den Stipendiatin/Stipendiaten werden bei freier Kongressregistration die Reisekosten von der jeweiligen Gesellschaft übernommen. Die Reiseplanung mit Auswahl der zu besuchenden Zentren (im Regelfall zwei) erfolgt in Abstimmung zwischen der/dem Stipendiatin/Stipendiaten und dem International Relations Committee des ACS und dem German ACS Chapter.

Das nächste Reisestipendium wird für den Besuch des Jahreskongresses vom 26.10. bis 30.10.2014 in San Francisco vergeben. Anträge von Bewerberinnen/Bewerbern (Alter unter 45 Jahren, Mitgliedschaft in der DGCH ist Voraussetzung) mit nachfol-

gend genannten Angaben sind bis **30. September 2013** an den Generalsekretär zu richten. Die Auswahl trifft der Geschäftsführende Vorstand der DGCH in Abstimmung mit dem German Chapter des ACS.

In 5-facher Ausfertigung erforderliche Unterlagen:

- Lebenslauf
- Angabe des Schwerpunkts der wissenschaftlichen Arbeit und Publikationsverzeichnis
- Angabe der Zentren, die im Rahmen des Reisestipendiums besucht werden sollen
- Beurteilung durch den Klinikdirektor bzw. Institutsleiter oder Chefarzt

Travelling Fellowship Exchange:

offered by the American College of Surgeons (ACS) and the German Society of Surgery (GSS)

The international Relations Committee of the ACS is delighted to announce a travelling fellow exchange with the GSS and the German Chapter of the College. For this program, a North American Fellow will travel to Germany to attend and participate in the annual meeting of the GSS in March 2014, and a German surgeon will attend and participate in the Clinical Congress of the ACS from October 26, to 30, 2014 in San Francisco.

Description, Administration and Costs for German Applicants:

The GSS will select a German surgeon to attend the annual Clinical Congress of the ACS, then visit several surgical centers in North America. Awardees are required to submit a report upon completion of the travel exchange, which will be provided to the appropriate officer. The ACS agrees to play an active role in planning the itinerary for the German Traveller, including

a place on the program of the annual meeting of the ACS in which to discuss his/her work.

The GSS will bear the costs of the German traveller.

Application deadline: September 30, 2013



Langenbeck-Virchow-Haus Spendenaufwurf an die Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

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 vorzeitigen 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 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 Spendenaufwurf an die Mitglieder zu wenden.

Mit „Bausteinen“ in Bronze (ab 500 €), in Silber (ab 1500 €) und Gold (ab 5000 €), die in Form von Plaketten seitlich im Eingangsflur angebracht werden, sollen die Spender gewürdigt werden. Sie werden auch in den „Mitteilungen“ 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, Kto.-Nr. 0005298393, BLZ 300 606 01 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. J. Jähne
Präsident

Prof. Dr. Dr. h. c. H.-J. Meyer
Generalsekretär

Prof. Dr. T. Schiedeck
Schatzmeister

Bausteine Langenbeck-Virchow-Haus

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie dankt Spendern,
die mit ihren Bausteinen zur Ausgestaltung und zum Unterhalt
des Langenbeck-Virchow-Hauses beigetragen haben.

Baustein in Gold

Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen

Herr Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Peiper, Göttingen
in memoriam Prof. Dr. med. Herbert Peiper, Berlin und Mainz

Herr Prof. Dr. med. Dr. h. c. Karl-Walter Jauch, München
in memoriam Prof. Dr. med. Georg Heberer, München

Herr Prof. Dr. med. Reiner Gradinger, München

Berufsverband der Deutschen Chirurgen e. V.
in memoriam Prof. Dr. med. Jens Witte

AO Deutschland, Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen,
Berlin

Herr Prof. Dr. med. Axel Haverich, Hannover

Herr Prof. Dr. med. Markus Büchler, Heidelberg

DGTHG – 1971
mit Dank an die Gründungsmitglieder

Herr Prof. Dr. med. Joachim Jähne, Hannover
in memoriam Manfred und Helmi Jähne, Essen

Herr Prof. Dr. med. Uwe Klinge, Aachen

Herr Prof. Dr. med. Erhard Kiffner, Karlsruhe
in memoriam Prof. Dr. W. Brendel, Prof. R. Zenker,
Dr. R. Kiffner

AIOD Deutschland e. V., Düsseldorf

Baustein in Silber

Herr Prof. Dr. med. Leonhard Schweiberer, München

Herr Prof. Dr. med. Klaus Junghanns, Ludwigsburg

Herr Prof. Dr. med. Hartwig Bauer, Neuötting

Herr Prof. Dr. med. Hendrik Dienemann,
Thoraxklinik Heidelberg

Herr Prof. Dr. med. habil. Dr.-Ing. Dr. med. h. c. Michael Unge-
thüm, Tuttlingen

Herr Prof. Dr. med. Hartmut Siebert, Schwäbisch-Hall

Herr Prof. Dr. med. Karl Herbert Welsch, München

Herr Prof. Dr. med. Stefan Wysocki, Heidelberg

Herr Dr. med. Jürgen Meier zu Eissen, Hannover

Herr Prof. Dr. med. Stefan Post, Mannheim

Herr Prof. Dr. med. Wolf Mutschler, München

Frau Prof. Dr. med. Ursula Schmidt-Tintemann, Vaterstetten

Herr Prof. Dr. med. Matthias Rothmund, Marburg

Herr Prof. Dr. med. Christian H. Siebert, Hannover

Herr Prof. Dr. med. Volker Bühren, Murnau

Herr Dr. med. Abdullah Mury, Heide

Herr Dr. med. Andreas Ungeheuer, München

Herr Prof. Dr. med. Wolf Schellerer, Bamberg

Herr Prof. Dr. med. Tilman Mischkowsky, Berlin

Herr Prof. Dr. med. Hans-Joachim Wiendl, Bamberg

Herr Prof. Dr. med. Klaus Roosen, Würzburg

Herr Prof. Dr. med. Dr. h. c. Gert Carstensen, Mülheim

Herr Prof. Dr. med. Peter M. Vogt, Hannover

Herr Prof. Dr. med. Fritz L. Rueff, München

Herr Prof. Dr. med. Karl-Joseph Paquet, Bad Kissingen

Herr Prof. Dr. med. Dr. h. c. Volker Schumpelick, Aachen

Herr Prof. Dr. med. Yoshiki Hiki, Tokio / Japan

Herr Prof. Dr. med. Hans-Bernd Reith, Konstanz

Herr Dr. med. Goswin von Mallinckrodt, München

Herr Prof. Dr. med. Lothar Kinzl, Ulm

Frau Ingrid und Herr Dr. med. Robert Raus, Riedlingen

Frau Dr. med. Ursula Engel, Hamburg

Enddarm-Zentrum Bietigheim,

Herr Dr. med. Wolfgang Pfeiffer,

Herr Dr. med. Markus Piro-Noack,

Herr Dr. med. Edgar Kraft

Herr Prof. Dr. med. Thomas Rüedi, Maienfeld / Schweiz
in memoriam Prof. Dr. med. Martin Allgöwer, Chur / Schweiz

Herr Prof. Dr. med. Gert Specht, Berlin

Herr Prof. Dr. med. Henning Weidemann, Berlin

Herr Prof. Dr. med. Otto Scheibe, Stuttgart
in memoriam Prof. Dr. med. Helmut Remé, Lübeck

Herr Prof. Dr. med. Stephan Langer, Mönchengladbach

Herr Dr. med. José Luis Narro, Köln

Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Ulf Wayand, Linz

Herr Prof. Dr. med. Werner Grill, Starnberg

Herr Prof. Dr. med. Fritz Kümmerle, Mainz

Herr Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult. Friedrich Stelzner, Bonn

Aus der DGCH

Herr Prof. Dr. med. Günther Vetter, Bad Vilbel
in memoriam Prof. Dr. med. Hans-Bernhard Sprung, Dresden

Frau Dr. med. Eva Böhlau, Bad Soden

1991–2011 DGT in memoriam Prof. Dr. med. Ingolf Vogt-Moy-
kopf zum 80. Geburtstag

Herrn Prof. Dr. med. Gerhard Krönung, Wiesbaden

In memoriam Prof. Dr. med. Johannes Christian Dobroschke,
Regensburg
(Herr Prof. Dr. med. Alois Fürst, Herr Dr. med. Arthur Heili-
gensetzer, Herr Dr. med. Peter Sauer, Herr Dr. med. Bernfried
Pikal, Herr Dr. med. Johannes Winfried Pruy)

Herr Prof. Dr. med. Christian Müller, Hamburg

Herr Dr. med. Friedrich Klee, Heidelberg

Herr Prof. Dr. med. Karl Dinstl, Wien
In memoriam Prof. Dr. K. Keminger

Herr Prof. Dr. med. Axel Richter, Hildesheim

Herr Prof. Dr. med. Ernst Teubner, Göppingen

Herr Prof. Dr. med. Martin Büsing, Recklinghausen;

Herr Dr. med. Helge Stölzer, Stuttgart
In memoriam Prof. Dr. med. Gerhard Köveker, Sindelfingen
und Böblingen

Herr Dr. med. Friedemann Schreiter, Hamburg

Baustein in Bronze

Herr Dr. med. Holger Barenthin, Celle

Herr Prof. Dr. med. Gernot Feifel, Homburg

Herr Prof. Dr. med. Alfred Lamesch, Gotzingen / Luxemburg

Herr Prof. Dr. med. Jakob R. Izbicki, Hamburg

Herr Prof. Dr. med. Hans Zwipp, Dresden

Herr Dr. med. Dusan Dragojevic, Isernhagen

Herr Prof. Dr. med. G. Heinz Engelhardt, Wuppertal

Proktologische Praxis Kiel,
Herr Dr. med. Johannes Jongen,
Herr Dr. med. Hans-Günter Peleikis
Herr Dr. med. Volker Kahlke

Herr Dr. med. Wolfgang Hermes, Bremen

Herr Dr. med. Wolf-Dieter Hirsch, Grimma

Herr Dr. med. Holger Herzing, Höchstadt / Aisch

Herr Dr. med. Michael-Alexander Reinke, Plettenberg

Herr Dr. med. Winfried Hölter, Monheim

Herr Dr. med. Matthias Becker, Possendorf

Frau Dr. med. Martina Mittag-Bonsch, Crailsheim

Zur Erinnerung an den Virchow-Schüler Paul Langerhans,
Berlin und Madeira.
Seine Familie

Herr Prof. Dr. med. Stefan Riedl, Göppingen

Herr Dr. med. Gerwin Alexander Bernhardt, Voitsberg/
Österreich

Bericht über das Joint Council Meeting der DGCH mit dem Royal College of Surgeons

London, 14. bis 16.03.2013

Es ist mittlerweile fast eine gute Tradition, dass sich in regelmäßigen Abständen im Rahmen von gegenseitigen Besuchen und gemeinsamen Sitzungen die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie mit dem *Royal College of Surgeons* austauscht. Aktuell fand am 15.03.2013 in London, in den ehrwürdigen Räumlichkeiten des *Royal College of Surgeons*, ein Joint-Meeting der Präsidien beider Gesellschaften statt. Gerade unter dem Eindruck und der aktuellen Diskussion zur Einheit der Chirurgie in Deutschland beeindruckte insbesondere die Struktur, Wirkung und Durchdringung des *Royal College of Surgeons* sowohl im chirurgischen Alltag als auch in der öffentlichen, besonders politischen Wahrnehmung.

Am Vorabend des 15.03.13 wurde zu einem Empfang und Dinner im House of Lords – eine vor britischer Tradition ganz typisch geprägten Örtlichkeit – durch den derzeitigen Präsidenten des *Royal College of Surgeons*, Prof. Norman Williams, geladen. Dies war eine gute Gelegenheit, sich im persönlichen Gespräch und mit Blick auf die Themse auszutauschen, näher kennenzulernen bzw. alte Freundschaften zu pflegen.

In der Vormittagssitzung des 15.03.2013 standen Vorträge und Diskussionen zum nationalen und europäischen Berufsfeld, die Zusammenarbeit und Einbettung der chirurgischen Gesellschaften in die Politik sowie Aspekte der Aus- und Weiterbildung im Vordergrund. Zunächst legte Herr Post eine Übersicht über die Zusammenarbeit und Weiterbildungsregelung in Europa unter dem Dach der UEMS dar. Eines der Ziele dieser Zusammenarbeit ist die gegenseitige Anerkennung von Berufsqualifikationen. Gerade in diesem Zusammenhang spielen weiterhin Arbeitszeitregelungen und Arbeitszufriedenheit eine wichtige Rolle.

Frau Jo Revill, *Director of Strategic Communications des Royal College of Surgeons* stellte dann die strategischen Pläne und Umsetzungen des *Royal College of Surgeons* der letzten Jahre hinsichtlich der Öffentlichkeitsarbeit dar. Es ist beeindruckend, mit welcher Professionalität und Stringenz eine Fachgesellschaft bzw. berufsständische Vertretung aktiv in die Öffentlichkeit tritt. Neben einer dezidierten Lobbyarbeit zu Journalisten und Meinungsbildnern ist es das vordringliche Ziel, dass das *Royal College of Surgeons* selbst mit seiner Abteilung „*Strategic Communications*“ (mit 4 hauptamtlichen fachlich versierten Mitarbeitern) die Hauptquelle von Informationen im chirurgischen Umfeld (beispielsweise zur Patientenversorgung, Ausbildung und Forschung) ist, indem Informationsnetzwerke und Beziehungen zu Schlüsseljournalisten in der Gesundheitssparte geknüpft werden, wobei noch gezielt versucht wird, die Gesundheitspolitik zu beeinflussen. Ein weiterer strategischer Punkt ist die gezielte Kommunikation und Aufarbeitung von wissenschaftlichen *Outcome-Studien*, um möglichst ein positives Bild der Chirurgie in der Öffentlichkeit zu generieren. Dabei hält man Schritt mit der rasanten Veränderung technischer Möglichkeiten in der Kommunikation und nutzt u.a. Soziale Netzwerke, Internet, *Twitter* und *Facebook* als Kommunikationsmedien. Im Zusammenhang mit der öffentlichen Wahrnehmung wurden anschließend auch Themen wie Arbeitszeitschutzgesetzdirektiven, v.a. aus der EU-Legislative sowie Qualitätsaspekte diskutiert.

Herr Jähne legte in seinem Referat die Sicht der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie hinsichtlich ihrer berufspolitischen Verantwortung und Standesvertretung gegenüber Politik und verantwortlichen Ministerien dar. Dabei stehen die Themen bzw. Konflikte wie Überalterung der Ge-

sellschaft, Kostendruck in der medizinisch-chirurgischen Versorgung vor allem bezüglich der wachsenden Erwartungen an die Medizintechnologie bei sinkendem finanziellen Beitrag aufgrund der demografischen Veränderungen im Vordergrund. Als weiterer kritischer Punkt wurde angesprochen, dass immer weniger junge Ärzte die Chirurgie als attraktives, erstrebenswertes Fach sehen, vor allem im Bereich der Nachwuchs- und Weiterbildung. Dieser Aspekt wurde in Folge aus britischer Sicht von Herrn Michael Horrogs, *Vice President and Council Member des Royal College of Surgeons*, umfassend dargestellt. Hier zeigt sich das *Royal College of Surgeons* als führendes nationales und internationales Zentrum für die chirurgische Weiterbildung. Im deutsch-britischen Vergleich wird die deutlich inhomogenere (diversifizierte) Situation mit allen resultierenden Schwierigkeiten offensichtlich. Denn in unserem Land sind die Weiterbildungsvorgaben bei den Landesärztekammern angesiedelt und die jeweiligen Fachgesellschaften haben lediglich beratende Funktion und somit nur indirekten Einfluss. Dabei sieht sich das *Royal College of Surgeons* unabhängig von dem klinischen Alltag in der Verantwortung, hochqualitative Lern- und Ausbildungsorte zu schaffen. Das *Royal College of Surgeons* in London ist selbst eine solche Ausbildungsstätte, welche vor Ort praktische Kurse anbietet, an anatomischen Präparaten sowie Modellsimulationen, vor allem für die laparoskopischen Eingriffe. Auch während der Tagung am 15.03.2013 waren 40 Militäarchirurgen in den Kellerräumen des *Royal College* im praktischen Training zu chirurgischen Techniken anwesend. Diese zentrale Rolle, die das *Royal College of Surgeons* als berufsständische Vertretung, Weiterbildungsinstitution, Akkreditierungs- und Koordinierungseinheit und Entscheidungsgremium in England spielt,



kann also in keiner Weise mit der Situation in Deutschland verglichen werden.

Nach einer kurzen Lunchpause in der renommierten und eindrucksvollen Bibliothek des *Royal College of Surgeons* mit seiner außerordentlichen Sammlung medizinischer und chirurgischer Literatur, welche bis in das 15. Jahrhundert zurückreicht, wurde nachmittags die *Joint Session* mit Themen zu Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung sowie Forschung und klinisches Studienmanagement fortgesetzt.

Zuvor noch einige Anmerkungen zur Bibliothek: Sie ist von historisch-nationaler Bedeutung, da sie eine kontinuierliche Sammlung der Dokumente britischer Chirurgie seit dem 18. Jahrhundert in sämtlichen Drucksammlungen, Zeichnungen und Schriftenverzeichnissen darstellt. Ihre Bedeutung wurde bereits 1836 durch einen Artikel in der Zeitschrift „*The Lancet*“ festgehalten, dass es sich um eine herausragende Sammlung der medizinischen Literatur von internationalem Rang handelte. Die „*Library*“ ist jedoch nicht nur ein historisches Zeitdokument, sondern ist bis in die Neuzeit bibliografisch aktiv. Seit 2003 werden über die *Library*

des *Royal College of Surgeons* elektronische Journale bereitgestellt, welche bei den Mitgliedern höchst beliebt sind und sehr häufig genutzt werden.

Mr. John Ghetty, *Senior Vice President und Chair of Professional Standards and Regulation Board*, stellte in einem Übersichtsvortrag den aktuellen Stand der Qualitätssicherung, v.a. hinsichtlich der Ausbildungsprogramme und Ausbildungsstandards, dar. In Großbritannien haben Qualitätssicherungsprozesse in den letzten Jahren eine kontinuierliche Verbesserung erfahren. In den 90er-Jahren wurde bereits eine Institution „*Quality Assurance Agency for Higher Education*“ (QAA) initiiert, die über Qualität und Standards hinsichtlich der akademischen Forschungsabschlüsse wacht. Darüber hinaus wurden verschiedene Akkreditierungsprogramme und Institutionen ins Leben gerufen, die Lizenzen und Qualifikationen für die Ausbildung erteilen. Davon ist das *Royal College of Surgeons* eine der wichtigsten Institutionen. Mittlerweile haben sich diese Qualitätssicherungsmaßnahmen in Europa, gerade auch infolge der Bologna-Deklaration etabliert. Die QAA-Initiativen in Großbritannien waren dafür beispielhaft. Im Anschluss wurde ein knapper Überblick über die Qualitätssicherung des *Royal College of Surgeons* gegeben.

Das Konzept umfasst 4 wesentliche Punkte:

Das Royal College of Surgeons

- etabliert und unterhält Standards sowohl in der klinischen Praxis der Chirurgie als auch in der Weiterbildung.
- ist der Hauptanbieter der chirurgischen Weiterbildung und sieht sich als „Leuchtturm“ hinsichtlich der Qualität dieser Weiterbildung.
- sieht es als seine zentrale Aufgabe, die Kontrolle, das Monitoring und das Review von Kursen der chirurgischen Weiterbildung hinsichtlich Qualität und Standards selbst durchzuführen.
- sieht sich zudem als Katalysator, um einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess in der chirurgischen Praxis und Weiterbildung zu gewährleisten.

In diesen 4 Punkten beschränken sich die Aktivitäten des *Royal College of Surgeons* nicht nur auf Großbritannien, sondern mittlerweile auch auf andere Staaten, v.a. in Asien (zwei Zentren wurden in China 2012 akkreditiert). Ein Online-Kurs wur-

de sowohl in chinesischer als auch englischer Sprache etabliert.

Im Spiegel dazu wurden von Herrn Vogt aus deutscher Sicht Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Weiterbildung dargestellt. Hierbei wurde klar diskutiert, dass gerade in der Weiterbildung des Gebietes Chirurgie eine Qualitätssicherung mit einem größeren und komplexeren Aufwand zu erfolgen hat als in anderen Disziplinen.

Im zweiten Teil der Nachmittagssitzung, der der Forschung und klinischen Studienlandschaft in der Chirurgie vorbehalten war, wurden zunächst von Herrn David Cromwell, Direktor des *Clinical Effectiveness Unit des Royal College of Surgeons*, diese Aspekte in einer interessanten Präsentation vorgestellt. Strukturell hat das Royal College of Surgeons ein Forschungsdepartment, welches Fellowships vergibt und klinische Forschung projektbezogen fördert.

Darüber hinaus gibt es 3 verschiedene Forschungseinheiten, die am College angesiedelt sind:

- eine **Clinical Effectiveness Unit**
- ein **Center for Evidence in Transplantation Surgery**
- eine **Research Unit for Surgical Clinical Trials**

Hauptaufgabe der *Clinical Effectiveness Unit* ist es, die Forschung auf die chirurgische Tätigkeit zu fokussieren, Outcome-Forschung zu betreiben und im chirurgischen Kontext prospektive Kohortenstudien zu entwerfen. Darüber hinaus sieht sich diese Einheit auch in der Weiter- und Fortbildungsverpflichtung bezüglich verschiedener Forschungs- und statistischer Methoden. Gerade die Vermittlung von methodischen Fähigkeiten hinsichtlich Messung und Darstellung von Datensammlungen und Analysen spielen dabei eine wichtige Rolle. Darüber hinaus werden von dieser Einheit nationale Audits im Sinne von Registern zum Kolorektal-, Ösophagus- und Magenkarzinom, Gefäßchirurgie und Transplantationschirurgie durchgeführt. Allgemeiner Konsens bestand in der Analyse, dass die Anzahl klinischer Studien im Vergleich der unterschiedlichen Fachdisziplinen in der Chirurgie deutlich unterrepräsentiert ist. Die klare Konsequenz daraus ist, dass gerade aus der Fachgesellschaft Institutionen etabliert und stabilisiert werden müssen,

die sich der Durchführung von chirurgisch-klinischen Fragestellungen und klinischen Studien widmen. Interessant war der Abgleich der Initiativen des *Royal College of Surgeons* mit dem Studienzentrum der DGCH, welches in einem Übersichtsvortrag hinsichtlich der aktuellen Situation von Herrn Büchler vorgestellt wurde. In einem zusätzlichen Vortrag von Herrn Klar wurde die Rolle der chirurgischen Forschung im Sinne eines Brückenschlags zwischen Grundlagenforschung und Chirurgie verdeutlicht.

Zusammenfassend war dieser Gedankenaustausch und Abgleich verschiedener Themenbereiche zwischen den zwei wissenschaftlichen Fachgesellschaften für alle Beteiligten ein großer Gewinn. Auch wenn man aus der Sicht der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie beeindruckt ist von der historischen Bedeutung und der britischen Traditionskultur, so sind doch in beiden Gesellschaften die Probleme, Analysen und Zukunftskonzepte vergleichbar. Trotzdem ist auch erneut klar geworden, dass es in Deutschland aufgrund der doch unterschiedlichen Strukturen für die DGCH derzeit nicht möglich sein wird, eine solche dominierende Rolle wie das *Royal College of Surgeons* in naher Zukunft erreichen zu können.

Prof. Dr. W. Thasler
Prof. Dr. Dr. h. c. H.-J. Meyer

Prof. Dr. med. Wolfgang E. Thasler
Kongress-Sekretär DGCH 2012/2013
Stellv. leitender Oberarzt der Klinik für
Allgemeine, Viszeral-, Transplantations-,
Gefäß- und Thoraxchirurgie
Bereichsleiter Allgemein-, Minimalinvasive und
Kolorektale Chirurgie
Ludwig-Maximilians-Universität München
Marchioninistraße 15
81377 München
Tel.: +49-89-7095-3560
Fax: +49-89-7095-6436
E-Mail: wolfgang.thasler@med.uni-muenchen.
de

Tagungskalender

Juli 2013

5. Tegernseer Schulter- und Ellenbogenkurs

17.–20.07.2013

Hanns-Seidel-Stiftung
Bildungszentrum Wildbad Kreuth
83708 Wildbad Kreuth

Wiss. Leitung: Prof. Dr. U. Brunner
Prof. Dr. E. Wiedemann

Themen: Ellenbogen
Rotatorenmanschette
Schulterinstabilität
Prothese
Frakturen

Informationen: www.tese-kurs.de
Intercongress GmbH
Tel.: 07 61/6 96 99-0
Fax: 07 61/6 96 99-11
E-Mail: info.freiburg@intercongress.de

44. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC) und 18. Jahrestagung der Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen (VDÄPC)

12.–14.09.2013

Messe- und Congress-Centrum Halle Münsterland
Münster

Wiss. Leitung: Dr. A. Krause-Bergmann
Dr. W. D. Luerßen

Themen: – Rekonstruktion und ästhetische Behandlung
von Gesicht und Brust
– Deckung von Weichteildefekten

Informationen: www.dgpraec-tagung.de
Conventus GmbH
Tel.: 0 36 41/3 11-63 05
Fax: 0 36 41/3 11-62 43
E-Mail: frau.fischer@conventus.de

August 2013

International Surgical Week ISW 2013

25.–29.08.2013

Helsinki/Finnland

Wiss. Leitung: Prof. Dr. G. Akerström
Prof. Dr. A. Leppäniemi

Informationen: www.isw2013.org

101. Jahrestagung der Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen

26./27.09.2013

Universitätsklinikum Tübingen
Hoppe-Seyler-Straße 3
72076 Tübingen

Wiss. Leitung: Prof. Dr. A. Königsrainer
Prof. Dr. J. Fuchs
Prof. Dr. U. Stöckle

Themen: Kolorektale Chirurgie
Peritonealkarzinose
Leberchirurgie und portale Hypertension
Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
„Von jungen Chirurgen für junge Chirurgen“ u. a.

Informationen: www.mittelrheischechirurgenvereinigung.de
PD Dr. J. Glatzle
Tel.: 0 70 71/2 98-12 22
Fax: 0 70 71/2 94-7 95
E-Mail: joerg.glatzle@med.uni-tuebingen.de

September 2013

38. Berliner Chirurgetreffen

(Berliner Chirurgische Gesellschaft/Vereinigung der Chirurgen
Berlins und Brandenburgs)

05./06.09.2013

Wellnesshotel Hafendorf Rheinsberg
Hafendorfstraße 1
16831 Rheinsberg

Wiss. Leitung: Dr. J. Burghardt
PD Dr. habil. A. Domagk

Thema: Chirurgie des Alltags

Anmeldung: www.bchirg.de

Informationen: MCE – Frau G. Sponholz
Tel.: 01 60 8 45 95 02

41st Meeting International Society for Pediatric Neurosurgery

29.09.–03.10.2013

Congress Centrum Mainz
Kurfürstliches Schloss
Peter-Altmeier-Allee
55116 Mainz

Wiss. Leitung: Prof. Dr. W. Wagner

Informationen: www.ispn2013.org
Porstmann Kongresse GmbH
Tel.: 0 30/28 44-9 90
Fax: 0 30/28 44-99 11
E-Mail: ispn2013@porstmann-kongresse.de

Oktober 2013

17. Chirurgische Forschungstage

04./05.10.2013

Campus der Universität Frankfurt/Main

Hauptgebäude Campus West

Grüneburgplatz 1

60323 Frankfurt/Main

Wiss. Leitung: Prof. Dr. Th. Schmitz-Rixen

Prof. Dr. I. Marzi

Anmeldung: www.forschungstage2013.de

Informationen: wikonect GmbH

Wiesbaden

S. Theis

Tel.: 06 11/20 48 09-25

Fax: 06 11/20 48 09-10

E-Mail: sebastian.theis@wikonect.de

22. Jahrestagung der Deutschen Transplantationsgesellschaft (DTG)

24.–26.10.2013

Sheraton Airport Hotel Conference Center

Frankfurt/Main

Wiss. Leitung: Frau Prof. Dr. I. A. Hauser

PD Dr. F. Ulrich

Informationen: www.dtg2013.de

DTG-Geschäftsstelle

Tel.: 09 41/9 44-73 24

Fax: 09 41/9 44-71 97

E-Mail: dtg.sekretariat@klinik.uni-regensburg.de

Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaft für Thoraxchirurgie (DACH 2013)

24.–26.10.2013

Congress Center

CH – Basel

Anmeldung: www.dach2013.ch

Informationen: Meister ConCept GmbH

CH – Aarau

Frau E. Polsombat

Tel.: 00 41/62/8 36-20 90

E-Mail: dach2013@meister-concept.ch

Informationen: Sekretariat der Klinik für Allgemein-, Visceral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie

Frau C. Schulz

Tel.: 0 51 21/8 94-21 02

Fax: 0 51 21/8 94-21 05

E-Mail: Chir1@klinikum-hildesheim.dek

8. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) e. V.

07.–09.11.2013

CCH – Congress Center Hamburg

Am Dammtor/Marseiller Straße

20355 Hamburg

Wiss. Leitung: Dr. M. Wüning

Dr. B. Hogan

Themen:

Aktuelle wissenschaftliche Studien

Spezielle Patientengruppen in der Notaufnahme

Organisation und Management

Ausbildung nach Curriculum der EuSEM u. a.

Informationen: www.dgina-kongress.de

Conventus GmbH

Tel.: 0 36 41/3 11-63 20

Fax: 0 36 41/3 11-62 41

E-Mail: dgina-kongress@conventus.de

180. Tagung der Vereinigung Niederrheinisch-Westfälischer Chirurgen

28./29.11.2013

Heilig-Geist-Krankenhaus Köln

Wiss. Leitung: Prof Dr. E. Eypasch

Themen:

– Technische Innovationen: Alternativen und Perspektiven für die Viszeralchirurgie

– Onkologische Chirurgie: Organzentren, Zertifizierung, Studien

– Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen: interdisziplinäre Kooperation

– Traumanetzwerke: Polytrauma-Management u. a.

Informationen: INTERPLAN AG

Frau D. Özgül

Tel.: 0 40/32 50-92 53

Fax: 0 40/32 50-92 44

E-Mail: d.oezguel@interplan.de

www.nrw-chirurgen.de

endo-update 2013

29./30.11.2013

Kongress am Park

Augsburg

Wiss. Leitung: Prof. Dr. H. Messmann

Prof. Dr. H.-D. Allescher

Informationen: www.endoupdate.de

COCS GmbH

Tel.: 0 89/89 06 77-0

Fax: 0 89/89 06 77-77

E-Mail: martina.wiederkrantz@coocs.de

November 2013

13. Hildesheimer Nahtkurs

01./02.11.2013

Klinikum Hildesheim

Senator-Braun-Allee 33

31135 Hildesheim

Wiss. Leitung: Prof. Dr. A. Richter

Thema: Kurs für gastrointestinale, laproskopische, gefäßchirurgische, unfallchirurgische und plastische Chirurgie

Anmeldung: www.nahtkurs-hildesheim.de

Aus der DGCH

2. Jahreskongress der Deutschen Kniegesellschaft

29./30.11.2013

Radisson Blu

Hamburg

Wiss. Leitung:

Prof. Dr. H. O. Mayr

Prof. Dr. K. H. Frosch

Thema:

Komplexe Kniechirurgie

Anmeldung:

www.knie-komplex.de

www.deutsche-kniegesellschaft.de

Intercongress GmbH

Tel.: 07 61/6 96 99-0

Fax: 07 61/6 96 99-11

E-Mail: gregor.malotki@intercongress.de

Fusion ADSiMED und ADAWiS

Deutsch als Wissenschaftssprache

In Absprache zwischen den Vorständen von ADSiMED e.V. und ADAWiS e.V. – Arbeitskreis Deutsch als Wissenschaftssprache (www.adawis.de) – und den ADSiMED-Mitgliedern erfolgte zum 01. Januar 2013 eine Fusion der beiden Arbeitskreise. Die administrativen Notwendigkeiten sind abgeschlossen, und zahlreiche ADSiMED-Mitglieder haben ihren ADAWiS-Beitritt vollzogen. Diese Fusion soll einer stärkeren Förderung der deutschen Wissenschaftssprache in Lehre, Forschung und Gesellschaft dienen. Es bedarf keiner Diskussion, dass die englische Sprache auf internationalen Veranstaltungen in Deutschland zu akzeptieren ist. Wird die Veranstaltung jedoch hauptsächlich für deutsche Mediziner durchge-

führt, sollte die Tagungssprache die Landessprache sein. Für ausländische Gäste sollten Simultanübersetzungen ins Englische bereitgestellt werden, die aus dem Etat des Bundesministeriums für Bildung und Forschung finanziert werden könnten. Auf diese Weise könnte verhindert werden, dass Teilnehmer aus der Bundesrepublik, Österreich und der Schweiz von der Fortbildung und Diskussion ausgeschlossen sind.

Auch im Bereich der Erfassung und des Erhalts der historischen und aktuellen Publikationsdaten sowie der Nutzung des Impaktfaktors besteht ein hoher Handlungs- bzw. Diskussionsbedarf.

Wir bitten alle Kolleginnen und Kollegen sehr um ihre Unterstützung.

Für den ehemaligen ADSiMED-Vorstand
Für den ADAWiS Vorstand

Prof. Dr. med. W. Haße
Prof. i.R. der FU Berlin
Friedrichshaller Str.7b
14199 Berlin
Tel.: +49/30/801-72 13
Fax: +49/30/80 58 90 78

Prof. Dr. med. R. Mocikat
Immunologe, München
Frühlingstraße 28
82131 Gauting
Tel.: +49/89/89 30-96 66

80. Geburtstag von Herr Prof. Tscherne



Prof. Harald Tscherne

Der Name Harald Tscherne steht für die Unfallchirurgie. Kaum ein Name ist so eng mit diesem Fach verbunden wie seiner.

Das gilt nicht nur im deutschsprachigen Raum. Sein Schaffen hat viele geprägt und noch mehr inspiriert. Sein persönlicher Erfolg ist dabei eng verbunden mit der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). In dieser universitären Neugründung der 1960er-Jahre entstand der erste Lehrstuhl für Unfallchirurgie. Der Herzchirurg Hans Borst initiierte damals die Gliederung chirurgischer Disziplinen in Zentren nach Schwerpunkten, ein zu jener Zeit einzigartiges Konzept. Anfangs von vielen zunächst belächelt oder bezweifelt, dann als vorbildhaft wahrgenommen, ist es heute flächendeckend verbreitet. In der Anzeige von 1969 aus „Der Chirurg“ wurden „Bewerber um den ausgeschriebenen Lehrstuhl“ gesucht und „soll[t]en eine allgemeine chirurgische Vorbildung besitzen und darüber hinaus alle modernen traumatologischen Verfahren einschließlich der Osteosynthese und die Handchirurgie aus eigener breiter Erfahrung beherrschen. Sie soll[t]en das Fach Unfallchirurgie in Krankenversorgung, Forschung und Lehre eigenständig und unabhängig vertreten“. Es war das erste Mal, dass ein Ordinariat öffentlich ausgeschrieben wurde. Nach nur 4-mona-

tigem Berufungsverfahren konnte sich der damals erst 37-jährige Harald Tscherne aus Graz durchsetzen und trat am 01. November 1970 seine Arbeit in Hannover an.

Seine Passion für die Medizin aber begann bereits viel früher. Schon als Kind hatte er sich als Schüler sehr für Medizin und Erste Hilfe interessiert und den Wunsch, einmal Chirurg zu werden, dann konsequent verfolgt. Der Weg in die Unfallchirurgie war aber durch Zufälle geprägt. Nach 20-monatiger Tätigkeit am Grazer Unfallkrankenhaus begann er an der Universitätsklinik von Graz die chirurgische Weiterbildung, wo er – 2 Jahre später – nach dem plötzlichen Weggang des Oberarztes schlagartig „der erfahrenste Unfallchirurg im Haus“ war. So war er „... ohne es unbedingt zu wollen, in die Unfallchirurgie geschlittert...“.

Mit Engagement und Mut konnte Harald Tscherne die Chance nutzen, in Hannover mit seinem Team passionierter Mitarbeiter und nahezu unbegrenzten Ressourcen ein national und international anerkanntes Behandlungs- und Forschungszentrum für schwer verletzte Patienten zu etablieren. Harald Tscherne hat die Entwicklung der Unfallchirurgie hin zu ihrer jetzigen Form nicht nur erlebt, er konnte sie stets aktiv mitgestalten. In Hannover hat er mit Hingabe und großer Konsequenz eine einheitliche „Schule“ geschaffen. Diese beruhte auf der „kompromisslosen Suche nach der optimalen Behandlung im weitläufigen Spektrum der Unfallchirurgie“.

Die deutschsprachige Unfallchirurgie war auch Vorbild für den Aufbau unfallchirurgischer Versorgungsstrukturen in vielen anderen Ländern, insbesondere auch in Nordamerika. Der bilaterale Gedankenaustausch und enge Kontakt zu Kolleginnen und Kollegen im In- und Ausland waren für Harald Tscherne stets besonders wichtig. So haben sich in den 30 Jahren seiner Ägide 1700 Ärzte aus 56 Nationen als Besucher, Gastärzte oder Stipendiaten an der MHH aufgehalten.

In Deutschland war er Gründungsmitglied der deutschen Sektion der AO am 19.11.1970, deren Prinzipien und Arbeit er stets begleitet und mitgestaltet hat. Er

war über viele Jahre Herausgeber der Zeitschriften „Der Unfallchirurg“ (1975) und „Der Orthopäde“ (1983). Unter seiner Ägide und gegen den anfänglichen Widerstand vieler entwickelte sich „Der Unfallchirurg“ aus der „Monatsschrift für Unfallheilkunde, Versicherungs-, Versorgungs- und Verkehrsmedizin“ zur „wissenschaftlichen und standespolitischen Heimat der deutschen Unfallchirurgie“.

1979 war Harald Tscherne Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie, die Tagung fand in Wien statt und war hervorragend strukturiert und organisiert. Ein weiterer, ganz wichtiger Meilenstein war die Entwicklung und Gründung der European Trauma Society, die er initiiert und mitbegründet hat. Die erste Präsidentschaft im Jahre 2000 war ein wunderbarer Abschluss seiner Ausnahmekarriere. Heute ist er Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie und Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. In der Danksagung wird seine Leistung als „herausragend“ gewürdigt und sein „klinisch ausgerichtetes wissenschaftliches Werk international richtungweisend für die Entwicklung der Unfallchirurgie“ geschildert. Weitere Belege dieser Leistung sind die zahlreichen Ehrungen, die Harald Tscherne über die Jahre zuteilwurden. Unter ihnen der Erich-Lexer-Preis der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, der Deutsche Preis der präklinischen Notfallmedizin, die Johann-Friedrich-Diefenbach-Büste der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie, die Lorenz-Böhler-Medaille der Österreichischen Gesellschaft für Unfallchirurgie, der George Pennal/Robert Judet Award und der Hans-Dietrich-Genscher-Preis für besondere Verdienste in der Notfallrettung und Rettungsmedizin. Die größte Ehre wurde ihm 1998 mit der Verleihung des Bundesverdienstkreuzes Erster Klasse für sein Lebenswerk zuteil.

Doch an Preisen und Ehrungen allein lässt sich der Verdienst Harald Tschernes für die Entwicklung der Unfallchirurgie nicht messen. Auch nicht an der Vielzahl an wissenschaftlichen Publikationen und 24 Büchern, die in seinen 30 Jahren als Ordinarius an der MHH entstanden.

Die größte und nachhaltigste Prägung unseres Faches erfolgte wohl durch die Menschen die er klinisch und akademisch gefördert und gefordert, geformt, aus- und weitergebildet hat. Führen durch Vorbild und Vorleben war bei ihm nicht nur Worthülle, sondern inhaltliches Programm. Insgesamt 46 Habilitierte, 55 Chefärzte und 14 Ordinarien im In- und Ausland haben seine Konzepte verbreitet und kontinuierlich weiterentwickelt. Ganz im Sinne

von Harald Tscherne, der Tradition nie als „die Anbetung der Asche“, sondern immer als die „Weitergabe des Feuers“ verstanden hat.

In ihrer Laudatio im voll besetzten Hörsaal der MHH nannte die Bundesministerin für Familie und Arbeit, Frau Dr. Ursula von der Leyen Harald Tscherne einen „... Glücksfall für die MHH und einen Glücksfall für ganz Deutschland...“. Nicht nur

das, Harald Tscherne war und ist auch ein Glücksfall für die gesamte Unfallchirurgie. Nicht nur in Deutschland.

Prof. Dr. med. Christian Krettek
FRACS, FRCSEd
Unfallchirurgische Klinik der MHH
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover
E-Mail: krettek.christian@mh-hannover.de

Ernennungen und Auszeichnungen

(Mitglieder der DGCH)

Herr Professor Dr. med. **Hartwig Bauer**, Neuötting, langjähriger Generalsekretär der DGCH, wurde auf der Tagung des Konvents der Leitenden Krankenhauschirurgen mit der Ehrenmitgliedschaft geehrt.

Die Deutsche Gesellschaft für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie verlieh ihm auf ihrer Jahrestagung die Rudolf-Nissen-Plakette.

Herr Professor Dr. med. Dr. h. c. **Norbert P. Haas**, Direktor des Zentrums für muskuloskeletale Chirurgie, Klinik für Orthopädie, Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsmedizin Berlin, Charité, Campus Virchow, erhielt auf dem Kongress der DGU und DGOOC die Ehrenmitgliedschaft der DGOU.

Herr Professor Dr. med. **Björn Brücher**, Medical Director Peritoneal Surface Malignancies Center of Excellence & Chief Division of Cancer Research, Brema (Richmond), wurde vom New Westminster College in Vancouver mit der Distinguished Fellowship und Professorship of Ethical Leadership geehrt.

Springer Medizin verlieh den Leserpreis von „Der Chirurg 2013“ für den Leitthemenbeitrag „Aktuelle S3-Leitlinie zur Chirurgie des Magenkarzinoms“ an Herrn **Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans-Joachim Meyer**, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie



Wir gedenken unserer verstorbenen Mitglieder

Herr Dr. med. Heinz-Gerhard Braick, Hermeskeil	* 06.11.1948	† 21.06.2012
Herr Dr. med. Klaus Köppel, Weimar	* 29.01.1938	† 30.07.2012
Herr Dr. med. Georg Hoppe, Bonn	* 31.01.1933	† 04.12.2012
Herr Dr. med. Edgar Auerbach, Neustadt	* 21.05.1931	† 15.12.2012
Herr Dr. medic (RO) Octavian Bud, Zwiesel	* 02.04.1965	† 22.01.2013
Herr Dr. med. Kurt Felkl, Vallendar	* 07.10.1918	† 19.02.2013
Herr Prof. Dr. med. Hans-Eberhard Hoffmeister, Tübingen	* 27.04.1928	† 03.03.2013
Herr Dr. med. Walter Klengel, Goslar	* 15.05.1922	† 06.03.2013
Herr Dr. med. Anton Peter, München	* 18.12.1921	† 18.03.2013
Herr Prof. Dr. med. Gerhard Köveker, Böblingen	* 15.07.1950	† 13.04.2013
Herr Bernhard Steubing, Sinn	* 02.09.1946	† 09.05.2013
Herr Klaus-Heinrich Diemer, Bingen	* 27.10.1966	† 20.05.2013
Herr Dr. med. Jörg Konzert-Wenzel, München	* 23.12.1944	† 22.05.2013
Herr Prof. Dr. med. Fritz Lechner, Garmisch-Partenkirchen	* 22.04.1921	† 25.05.2013
Herr Dr. med. Bodo Fleischer, Göttingen	* 02.01.1946	† 06.06.2013
Herr Prof. Dr. med. Albrecht Gläser, Leipzig	* 27.07.1928	† 07.06.2013

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
– Geschäftsstelle –
Luisenstraße 58/59

10117 Berlin

Mitglieds-Nummer: _____

Meine Daten haben sich geändert:

Titel und Name: _____

Vorname: _____

Dienstliche Stellung: _____

Arbeitsstelle: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Telefax: _____ E-Mail: _____

Privatanschrift: _____

Telefon: _____

Kontonummer: _____ BLZ: _____

– Bitte Maschinenschrift oder Druckbuchstaben –

Mithilfe dieses Formulars können Sie die Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie über mögliche Änderungen Ihrer Anschrift unterrichten. Bitte senden Sie Ihre Nachricht an obige Anschrift.

Leserbrief zu „Mitteilungen“ 1/2013: „Die DGCH und der Chirurg Fritz de Quervain...“

Der Beitrag von N. Hardt über den Einsatz von Fritz de Quervain für die nach dem Ersten Weltkrieg international geächtete Deutsche Gesellschaft für Chirurgie ist spannend, hervorragend recherchiert und dem ist eigentlich nichts hinzuzufügen.

Es sei mir dennoch eine kleine, aber doch nicht ganz unwichtige Korrektur erlaubt:

In Abb. 6 wird August Bier gezeigt mit dem Hinweis: Direktor der 1. Chirurgischen Universitätsklinik (Charité) Berlin.

August Bier hat nie an der Charité gewirkt, er war in der Tat Direktor der 1. Chirurgischen Universitätsklinik aber nicht an der Charité, sondern in der Ziegelstraße.

Gleiches Missverständnis gilt auch für den ebenfalls hervorragenden Beitrag von H. J. C. Wenisch über Ernst Gustav Benjamin von Bergmann (Mitteilungen DGCH 02/12). Hier wird zwar die Ziegelstraße erwähnt, diese aber mit Ernst v. Bergmann einschließlich seines Vorgängers Bernhard von Langenbeck wiederum der Charité zugeschlagen.

Bei der Gründung der Berliner Universität 1810 durch den preußischen König Friedrich-Wilhelm III erschien Wilhelm von Humboldt die damals schon 100 Jahre bestehende Charité für eine akademische Ausbildung von Chirurgen nicht geeignet und hat deshalb den 1. Chirurgischen Lehrstuhl der Universität Berlin in der Ziegelstraße eingerichtet. Die Charité folgte erst 1817 als 2. Chirurgischer Lehrstuhl.

Die Geschichte der Ziegelstraße und der Charité sind getrennt zu sehen, sie standen gewissermaßen in Konkurrenz, wobei aus medizinhistorischer Sicht der Ziegelstraße mit den dort wirkenden Chirurgen Ferdinand v. Graefe, Johann-Friedrich Dieffenbach, Bernhardt v. Langenbeck, Ernst v. Bergmann und nicht zuletzt August Bier die größere Bedeutung zugesprochen werden muss.

Dies kommt allein schon dadurch zum Ausdruck, dass Ferdinand Sauerbruch 1928 bei seinem Wechsel von München nach Berlin die Ziegelstraße favorisierte. Dies scheiterte daran, dass August Bier noch bis 1932 im Amt blieb. Sauerbruch wurde die Charité angeboten mit der Option, ggf. in die Ziegelstraße nach entspre-

chenden baulichen Maßnahmen zu wechseln. Wie wir wissen, ist es dazu nie gekommen.

Mit der Übernahme der Ziegelstraße durch die Nazis 1933 endet die Geschichte dieser so bedeutenden chirurgischen Klinik in einer Katastrophe. Mit Sauerbruch hingegen beginnt der Aufstieg der Charité als bedeutendste chirurgische Klinik in Deutschland.

In der DDR wurde die Ziegelstraße dann tatsächlich aus verwaltungstechnischen Gründen in die Charité integriert.

Es erscheint mir jedoch nicht richtig, deshalb die Geschichte der Ziegelstraße, deren Protagonisten die deutsche Chirurgie zur Weltgeltung brachten, zu unterschlagen bzw. mit einem falschen Etikett zu versehen.

Dr. med. Horst Haferkamp
Adolfstraße 28
34121 Kassel
Tel.: 05 61/2 24 79
E-Mail: haferkamp.kassel@t-online.de

Leserbrief zu „Mitteilungen“ 2/2013 „Ein Leben lang Chefarzt?“

Sehr geehrter Herr Kollege Meyer,

besten Dank für die Veröffentlichung des Artikels „Ein Leben lang Chefarzt?“ in den Mitteilungen 02/2013 der DGCH.

Ich würde dazu gerne folgende Leserbrief-Bemerkungen machen:

Ihnen, Herr Dr. Wienke, gebührt großer Dank für die interessanten arbeitsrechtlichen Betrachtungen in Hinblick auf den Kündigungsschutz für Chefärzte. Gestatten Sie, dass ich als Betroffener noch einige Aspekte hinzufüge:

Das arbeitsrechtliche „Instrument“ der außerordentlichen, fristlosen Kündigung kann jederzeit über einen beruflich noch so untadeligen, aber aus welchen Gründen auch immer unliebsamen Chefarzt

hereinbrechen. Zum Zeitpunkt des „Rauschmisses“ muss dem Betroffenen vonseiten des Dienstherrn noch nicht einmal ein Grund genannt werden. Erst innerhalb von 2 Wochen hat der Gekündigte im Prinzip das Recht darauf zu erfahren, was man ihm vorwirft. Aber selbst wenn auch nach 2 Wochen der Grund nicht genannt wird, wird er sich schwer tun, das Recht auf Offenlegung einzuklagen.

Die fristlose Kündigung ist in der Regel begleitet von einem sofortigen Hausverbot. In meinem Fall (Kreisklinik Wolfraatshausen) erhielt ich nach 12 Jahren untadeliger Arbeit eine Frist von 30 Minuten, mein Büro und das Gebäude des Krankenhauses zu verlassen. Die Benutzung eines Telefons innerhalb des Gebäudes wurde mir vom Geschäftsführer untersagt. In be-

greiflicher Panikstimmung denkt man in solch einem Moment vermutlich nicht daran, alle wichtigen Aktenordner, die möglicherweise relevante Briefwechsel, Sitzungsprotokolle und andere persönliche Unterlagen beinhalten, mitzunehmen. Der spätere Zugriff ist einem jedoch vom Moment an verwehrt. Ohne diese Unterlagen ist man aber in den folgenden arbeitsrechtlichen Auseinandersetzungen wehrlos den absurdesten Anschuldigungen ausgesetzt, es sei denn man kann sich dagegen mit für das Gericht justiziablen Beweisen wehren.

Ich bekam es dann zu tun mit einem sog. „Spezialisten für Chefärzte“. Das sind Anwälte, die sich darauf spezialisiert haben, Chefärzten arbeitsrechtliche Fallen zu stellen, bzw. völlig absurde Kündigungs-

gründe an den Haaren herbeizuziehen. Solche Anwälte durchsuchen das durch Hausverbot verwaiste Chefarztbüro nach verfänglichen Unterlagen. Mein Dienstcomputer wurde ebenfalls auch in Hinblick auf meine persönlichen Dateien durchforstet, meine Sekretärin wurde unter Androhung arbeitsrechtlicher Konsequenzen gezwungen, ein Passwort preiszugeben. Arbeitsrechtlich vermutlich unzulässig, aber wie will sich der Entlassene gegen solche Machenschaften wehren?

Das erste arbeitsrechtliche Debakel erlebt, wer als außerordentlich Gekündigter einen Antrag auf Einstweilige Verfügung zur sofortigen Weiterbeschäftigung stellt. Nur für Piloten gibt es ein höchstrichterliches Urteil, das die Fortsetzung der Berufspraxis höher schätzt als das Risiko des Dienstherrn, einen vielleicht doch zu Recht Gekündigten vorerst weiterzubeschäftigen. Chirurgen und anderen Ärzten mutet man vonseiten des Gerichts doch lieber zu, Däumchen zu drehen und auf den endgültigen Ausgang des Prozesses zu warten. Dies freut den Dienstherrn besonders, denn je länger der Prozess dauert, desto unwahrscheinlicher ist die Rückkehr des Gekündigten an seinen Arbeitsplatz.

Dabei rührt die Dauer eines Prozesses keinen der beteiligten Juristen! Meine erste Kündigung (wegen der absurden Vorhaltung eines betrieblichen Geheimnisverratens!) wurde nach einer Prozessdauer von 1 Jahr (!) vom Arbeitsgericht in München als nicht rechtens bewertet. Ein Schelm, wer sich zu diesem Zeitpunkt als glücklichen Sieger des Kündigungsprozesses wähnen würde! Schon Monate vorher hatte der „Spezialist für Chefärzte“ beim Durchschnüffeln meines Computers einen weiteren Kündigungsgrund entdeckt: Unzulässiger Pressekontakt! Chefärzte sind zwar gern gesehen in ihrer positiven Marketingwirkung in Hinblick auf die Presse. Wehe aber, wenn sie es auch wagen, sich kritisch zu äußern. Dann wird die Keule des Alleinvertretungsrechts gegenüber der Öffentlichkeit vom Geschäftsführer hervorgeholt. Arbeitsrechtlich, liebe Chefärztkollegen, ist hier Vorsicht geboten! Die Schutzfunktion des Whistleblower-Urteils zumindest war zu meiner Zeit noch nicht gegeben. Und so dauerte der Prozess trotz gewonnener erster Kündigung mit der zweiten Kündigung weiter an.

Nach über 2 Jahren Prozessdauer wird auch der hartnäckigste um seine Existenz und seinen Ruf gebrachte Chefarzt mürrisch. Jedes Gericht hat in diesem Spiel ein Ziel: einen Vergleich der Prozessgegner herbeizuführen. Das erspart die Mühe einer Urteilsfindung. Dazu kommt noch etwas, das im Falle des herbeigesehnten Urteils bedacht sein sollte:

Fällt das Urteil gegen den Kläger aus, hat er alles verloren, bekommt keinerlei Abfindung und muss auch noch die kompletten Prozesskosten bezahlen. Fällt das Urteil für den Kläger aus, bedeutet das nicht etwa die sichere Rückkehr an seinen Arbeitsplatz als Chefarzt. Da gibt es nämlich noch die perfide Möglichkeit, dass der Dienstherr einen Antrag auf Auflösung des Arbeitsverhältnisses stellt.

Schließlich hat man nun über Monate oder sogar Jahre gegeneinander prozessiert. Welches Gericht wollte da nicht anerkennen, dass das Vertrauensverhältnis doch grundlegend gestört sei und man daher dem Wunsch des Dienstherrn nachkomme, das Arbeitsverhältnis von Gerichts wegen aufzulösen. Das Gericht legt dann auch gleich die Höhe der Entschädigung fest, die in aller Regel einem halben Monatsgehalt pro gearbeitetem Dienstjahr entspricht. Das bedeutet also, dass der gekündigte Chefarzt – trotz gewonnenem Arbeitsgerichtsprozess – so gut wie leer ausgeht. So sieht die gnadenlose Realität unseres vermeintlichen Kündigungsschutzrechts aus.

Der eigentliche Grund meiner Kündigung, nämlich meine Weigerung als Ärztlicher Direktor, einen nachweislich betrügerischen Wirtschaftsgutachter und dessen Handlungsanweisungen als Zielvorgaben zu akzeptieren, blieb bei all dem arbeitsrechtlichen Geplänkel völlig außer Acht.

Dieses Debakel, liebe Kolleginnen und Kollegen, dass Chefärzte mehr und mehr zu Freiwild von Klinikgeschäftsleitungen werden, wie Herr Wienke richtig festgestellt hat, liegt meiner Erfahrung nach aber auch an etwas ganz anderem:

Als Berufsgruppe mangelt es uns Ärzten in erschreckender Weise an kollegialer Solidarität. Die Hoffnung, dass die Kollegen, für die man sich gerade noch ins Zeug gelegt hat, Widerstand gegen die Willkür einer Geschäftsleitung leisten, erweist sich als völlige Illusion. Die einen – obgleich Duzfreunde – erhoffen sich of-

fenbar einen Vorteil für das eigene Fortkommen, die anderen erfreuen sich insgeheim am Schaden des ungeliebten Vorgesetzten, die nächsten haben Angst um die eigene Stelle und so weiter. Keiner jedoch bedenkt, dass dieser Mangel an berufständischer Zusammengehörigkeit bei nächster Gelegenheit auch sie selber treffen kann.

Es scheint mir unsere eigene Aufgabe – nicht die von Arbeitsrechtlern –, die Sicherheit unserer Arbeitsplätze durch Teamgeist und Loyalität zu verbessern. Es wäre außerdem an der Zeit, aus unseren eigenen Reihen eine Art kollegialer Anlaufstelle zu bilden, die einem betroffenen Kollegen in dieser äußerst prekären und bedrohlichen Situation mit Beratung und Vermittlung zur Seite stehen könnte. Vielleicht ließe sich damit manchmal von vornherein die Verwicklung in die fatale und frustrane Mühle eines Arbeitsgerichts vermeiden.

Professor Dr. med. Dr. med. habil.
Matthias Richter-Turtur
Ehem. Chefarzt und Ärztlicher Direktor
Hoffischerweg 5
82541 Münsing
E-Mail: mrturtur@aol.com

Kommentar zum Leserbrief von Herrn Prof. Dr. Richter-Turtur zu „Mitteilungen“ 2/2013 „Ein Leben lang Chefarzt?“

Die sehr emotionale und notwendigerweise von subjektiven Eindrücken geprägte Stellungnahme von Herrn Prof. Richter-Turtur zum Beitrag in den Mitteilungen 02/2013 „Ein Leben lang Chefarzt?“ ist aus Sicht des Autors in mehrerer Hinsicht bemerkenswert:

1. Die von Herrn Prof. Richter-Turtur dargestellten Umstände im Zusammenhang mit arbeitsrechtlichen und arbeitsgerichtlichen Auseinandersetzungen zwischen Krankenhausträgern und Chefarzten entsprechen durchaus der auch hier bekannten und immer wieder erlebten Beratungspraxis. Ohne Rücksicht auf vertragliche Vereinbarungen und/oder arbeitsrechtliche Gepflogenheiten sowie die aktuelle arbeitsgerichtliche Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts werden immer wieder vonseiten der Vorstände und Geschäftsführungen von Krankenhausträgern Umstände und Situationen geschaffen, die es häufig genug für Chefarzte unzumutbar machen, an der Beziehung festzuhalten. Mancherorts werden nach Ausspruch einer bewusst rechtswidrigen Kündigung eines früher auf Lebzeiten angelegten Arbeitsverhältnisses echte Kündigungsgründe gesucht und nachgeschoben, wie dies auch von Herrn Prof. Richter-Turtur anschaulich beschrieben wird. Auch wenn sich nach Abschluss einer arbeitsrechtlichen und arbeitsgerichtlichen Auseinandersetzung über mehrere Instanzen herausstellen sollte, dass die von Arbeitgeberseite ergriffenen arbeitsrechtlichen Maßnahmen bis hin zur Kündigung unwirksam waren, kann ein Chefarzt heutzutage eine solche Latenzzeit kaum unbeschadet überstehen. Hintergrund dieser Umstände, die es auch in anderen gesellschaftlichen Bereichen durchaus gibt, ist der Umstand, dass die Chefarztposition heute keine Lebenszeitstellung mehr ist. Betriebswirtschaftlich und personalwirtschaftlich werden Chefarzte heutzutage dem mittleren Management zugeordnet. Dieses muss sich dann auch den in diesem Bereich üblichen arbeitsrechtlichen Umgang unterordnen.
2. Auch Vorstände und Geschäftsführungen von Krankenhäusern stehen heutzutage unter einem enormen wirt-

schaftlichen Erfolgsdruck. Es ist daher grundsätzlich nachvollziehbar, dass diese Entscheidungsträger den sie belastenden Erfolgsdruck nach unten weitergeben und insoweit andere Verantwortliche ausmachen wollen. Das frühere Miteinander von ärztlicher und medizinisch-wissenschaftlicher Leitung einerseits und Verwaltungsleitung andererseits wird heute nicht mehr von dem Begriff der Administration (administrare = verwalten, ausführen, besorgen) getragen. Dieses Verhältnis hat sich nahezu umgekehrt in dem Sinne, dass heutzutage die ärztlichen Abteilungsleiter dafür Sorge tragen müssen, dass sowohl in der von ihnen geleiteten Abteilung, aber auch im Gesamtklinikum ein wirtschaftlicher Erfolg erzielt wird. Kann dies nicht oder nicht im erwarteten Umfang gewährleistet werden, werden den Chefarzten die Daumenschrauben angelegt. Außerdem erfahren sie persönliche wirtschaftliche Nachteile dadurch, dass die vereinbarte variable Vergütung an das Wohl und Wehe des Gesamtklinikums gebunden ist, ein wirtschaftliches Kriterium, welches die einzelnen Chefarzte schlechterdings nicht beeinflussen können.

3. Daneben gibt es wenige Einzelfälle, die zeigen, dass mit hohem Durchhaltevermögen Chefarzte arbeitsrechtliche und arbeitsgerichtliche Auseinandersetzungen gut überstehen können. So setzte sich vor einigen Jahren ein Chefarzt durch drei Instanzen gegen mehrere ordentliche und außerordentliche Kündigungen seines Arbeitgebers erfolgreich zur Wehr. Im Folgeprozess erstritt er Schadensersatzansprüche gegen seinen ehemaligen Arbeitgeber, der ihn während der 5-jährigen Prozessdauer freigestellt hatte. Die Höhe des Schadensersatzes bemaß sich an der Höhe der durchschnittlichen Erlöse aus privatärztlicher ambulanter und stationärer Tätigkeit, die der Chefarzt in den letzten fünf Jahren seiner aktiven Tätigkeit erzielt hatte. Dies machte einen erklecklichen Betrag aus und konnte jedenfalls wirtschaftlich den rechtswidrigen Verlust des Arbeitsplatzes kompensieren. Ein anderer Chefarzt wehrte sich erfolgreich durch drei arbeitsgerichtliche Instanzen ge-

gen seine vorzeitige Entlassung wegen eines Verstoßes gegen die Altersdiskriminierung. Auch er erhielt nachträglich einen wirtschaftlichen Ausgleich, sah das Krankenhaus von innen aber auch nie wieder.

4. Solche Fälle werden jedoch auch zukünftig die Ausnahme bilden. Das Klima an Krankenhäusern und universitären Einrichtungen der Hochschulmedizin ist in den vergangenen Jahren rauer geworden. Es wäre sehr zu wünschen, den Arztberuf generell aus der ökonomischen Ecke zu holen und die menschliche und soziale Zuwendung zum Patienten auch für Chefarzte wieder in den Vordergrund zu rücken. Wie Giovanni Maio jüngst völlig zu Recht gefordert hat, muss sich die Medizin auf ihre soziale Grundidentität besinnen und für eine solche Implementierung ökonomischen Denkens eintreten, die es ihr ermöglicht, dass zu bleiben, was sie aus Sicht der Patienten sein muss: Eine Disziplin der authentischen Sorge für den ganzen Menschen (Forschung und Lehre, Heft 04/2013, S. 261).

Rechtsanwalt Dr. A. Wienke
 Fachanwalt für Medizinrecht
 Sachsenring 6
 50677 Köln
 Tel.: 02 21/37 65-3 10
 Fax: 02 21/37 65-3 12
 E-Mail: awienke@kanzlei-wbk.de
 Internet: www.kanzlei-wbk.de



Praxis der Kinder- und Jugendtraumatologie

H. G. Dietz, P. Illing, P. P. Schmittbecher, Th. Slongo, D. W. Sommerfeldt (Hrsg.)
2011. XIV, 554 Seiten, 1278 großteils farbige Abbildungen, 88 Tabellen, Hardcover

(D) € 149,95/(A) 154,15/CHF 201,00
Springer-Verlag, Heidelberg
ISBN 978-3-642-12934-6

Gegenwärtig findet das kindliche Trauma – insbesondere als Verkehrsunfall – eine gesteigerte Beachtung in den Medien. Die gegenüber dem globalen Bereich verhältnismäßig geringe Inzidenz mindert nicht das Erschrecken über die realen Opferzahlen im eigenen Land. Umso mehr ist es zu begrüßen, dass sich (nach langer Zeit) wieder eine umfassende Publikation ausschließlich mit dieser Patientengruppe befasst. Zu Recht fordern die Herausgeber die Vorhaltung entsprechender klinischer Einrichtungen mit speziellen strukturellen wie personellen Voraussetzungen. Ein Großteil der verletzten Kinder wird neben der Kinderchirurgie (die nicht ausschließlich traumatologisch ausgerichtet ist) in der Unfallchirurgie/Orthopädie und auch in der Klinik und Praxis der Allgemein Chirurgie erst- und weiterversorgt. Für diesen Kreis ist die auch auf scheinbare Nebenerscheinungen ausgedehnte Abruflbarkeit der aktuellen diagnostischen und therapeutischen Standards mitentscheidend für das fernere Lebensschicksal der jungen Verletzten. Diesen Vorsatz haben sich die 28 Autoren zu eigen gemacht und auf ebenso überzeugende wie anspruchsvolle Weise ausgefüllt. Die Besonderheiten des Kindes und des kindlichen Traumas einschließlich der Grundlagen der konservativen, der operativen und der reponierenden Frakturbehandlung sowie das wichtige Kapitel der Wachstumsphänomene und der Korrekturmechanismen des wachsenden Skeletts sind in einem allgemeinen Teil dargestellt. Die speziellen Kapitel Höhlen- und Stammskelettverletzungen stellen folgerichtig die Besonderheiten des Kindesalters voran; hier wird konsequenterweise der Betrachtung der physiologischen/pathophysiologischen Bedingungen des Kindesalters gebührende Aufmerksamkeit zugewandt, spielen diese doch eine hinsichtlich der Morbidität und Letalität eine noch bedeutendere Rolle als beim Er-

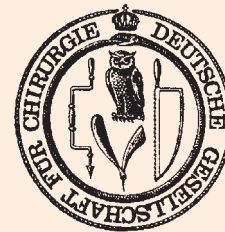
wachsenen. Einen großen Raum nehmen die Kapitel Frakturen und Luxationen der Extremitäten ein. Die speziellen kinderchirurgischen Osteosynthesen, die in Indikationen und OP-Techniken z.T. deutlich abweichen von der Erwachsenenbehandlung, finden sehr gut abgewogene Darstellungen, die durch eingängige schematische Abbildungen und eine Vielzahl überzeugender Röntgen- und MRT-Aufnahmen veranschaulicht werden. Beide Kapitel sind etagenmäßig stark untergliedert, was einer allzu verallgemeinernden Rezeptur entgegenwirkt, vielmehr die speziellen lokalen Mitwirkungsfaktoren in den Vordergrund stellt. Thermischen und Weichteilverletzungen, Kindesmisshandlungen, Geburtstrauma und pathologischen Frakturen, die gerade in der allgemein chirurgischen Praxis häufig auftreten, sind eigene Kapitel gewidmet. Kennzeichnet ist das Gesamtwerk durch eine große Zahl gut ausgewählter instruktiver Abbildungen, die den ohnehin gestrafften Text wirkungsvoll ergänzen. Für eine spätere Auflage sollten die Herausgeber ein Kapitel Amputation und Rekonstruktion hinzufügen sowie auch Grundsätze der Rehabilitation beschreiben. Insgesamt darf dieses Werk ohne Vorbehalt als großer Wurf bewertet werden. Jeder Chirurg sollte sich mit ihm vertraut machen, um die Wiederherstellung ad integrum, für die sich bei Kindern große Möglichkeiten bieten, zu fördern.

J. Probst, Murnau

An unsere Leser

Die Kosten für unsere Zeitschrift sind in diesem Jahr wieder gestiegen. Wir bitten Sie daher um Verständnis, wenn wir uns gezwungen sehen, den Bezugspreis für die Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie ab 1. Januar 2014 neu festzusetzen: Jahresabonnement (4 Hefte) 112,- € Einzelheft 31,- € inkl. 7% Mehrwertsteuer zuzüglich Versandkosten Inland 18,60 €, Ausland Europa 25,80 €, Übersee 34,60 €

Chirurgie – Mitteilungen der DGCH



Gegründet 1872
Sitz Berlin

Herausgegeben im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Prof. Dr. med. Dr. h. c. H.-J. Meyer

Verlag:

Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstr. 14, 70469 Stuttgart
Tel.: 0711/8931-615, Fax: 0711/8931-499
Verantwortlich für den Anzeigenteil:
Thieme.media, Pharmedia Anzeigen- und Verlagsservice GmbH
Verkaufs- und Anzeigenleitung: Christine Volpp
E-Mail: christine.volpp@thieme.de
Satz: Maisch, Ditzingen
Druck: AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten

Bezugsbedingungen:

Jedes Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie erhält regelmäßig die Mitteilungen. Der Bezugspreis ist durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten. Erscheinungsweise: 4-mal jährlich Jahresabonnement (4 Hefte) 100,- € inkl. 7% Mehrwertsteuer zzgl. Versandkosten. Die Bezugsdauer verlängert sich um ein Jahr, wenn bis 3 Monate zum Jahresende keine Abbestellung erfolgt ist. Anzeigenpreisliste vom 1. Oktober 2012. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrofotografie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen, bleiben für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten. Nicht alle Veröffentlichungen in den „Mitteilungen“ der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie geben unbedingt die Meinung des Präsidiums oder des Redakteurs wieder. Sie waren dann auch weder Gegenstand einer Meinungsbildung noch einer Beschlussfassung der „Organe“ der Gesellschaft (Mitgliederversammlung, Präsidium, Vorstand).
ISSN 2197-0548

Abbildungsnachweis

DGCH: S. 143, 146 r.u., 149, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 160, 161, 163, 174, 194; Fotolia: Cover; MEV: S. 188; PhotoDisc: S. 146 l., 146 r.o.; Sabina Przybyla: S. 164, 165

Redaktionsschluss-Termine 2013

Heft 4/2013 20.8.2013

Manuskripte reichen Sie bitte als Worddokument auf CD oder per E-Mail bei der Geschäftsstelle der DGCH ein.

E-Mail: DGChirurgie@t-online.de
Internet: <http://www.dgch.de>



Georg Thieme Verlag
70469 Stuttgart