



Gegründet 1872
Sitz Berlin

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Termin: Mittwoch, 5. Dezember 2012, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Langenbeck-Virchow-Haus, Raum Virchow, Luisenstraße 59, 10117 Berlin

Themen und Referenten:

Chirurgie mit Leidenschaft & Augenmaß – von Gesichts-OP bis Lebertransplantation

Professor Dr. med. Dr. h.c. Karl-Walter Jauch

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Direktor der Chirurgischen Klinik und Poliklinik, Klinikum Großhadern der Ludwig Maximilian Universität, München

Bonusverträge für Chefarzte – Führen falsche Anreize zu unnötigen Operationen?

Professor Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Berlin

„Lohnen“ sich Gefäßoperationen auch im hohen Alter – Wie können hoch Betagte von neuesten gefäßchirurgischen Techniken profitieren, ohne dass die Kosten steigen?

Professor Dr. med. E. Sebastian Debus

Vize-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG), Direktor der Klinik und Poliklinik für Gefäßmedizin, Univ. Herzzentrum, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Ärztmangel und ökonomischer Druck in den Kliniken als Symptom der Überversorgung und Fehlanreize des DRG-Systems

Professor Dr. med. Stefan Post

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), Direktor der Chirurgischen Klinik, Universitätsmedizin Mannheim

Kontakt für Journalisten:

DGCH Pressestelle

Anna Julia Voormann/Irina Lorenz-Meyer

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Berliner Büro:

Langenbeck-Virchow-Haus

Luisenstraße 59, 10117 Berlin

Telefon: 0711 8931-642 /-552

Fax: 0711 8931-984

lorenz-meyer@medizinkommunikation.org

www.dgch.de



Gegründet 1872
Sitz Berlin

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Termin: Mittwoch, 5. Dezember 2012, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Langenbeck-Virchow-Haus, Raum Virchow, Luisenstraße 59, 10117 Berlin

Inhalt:

**Pressemitteilungen: Gefäß-Operation auch im hohen Alter sinnvoll
Chirurgen fordern spezialisierte gefäßchirurgische Versorgung**

**Qualität statt möglichst hohe Fallzahlen
Chirurgen für patientenorientierte Anreize in Chefarztverträgen**

Redemanuskripte: Professor Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer

Professor Dr. med. E. Sebastian Debus

Professor Dr. med. Stefan Post

Curriculum Vitae der Referenten

Bestellformular für Fotos

*Falls Sie das Material in digitaler Form wünschen, stellen wir Ihnen dies gerne zur Verfügung.
Bitte kontaktieren Sie uns per E-Mail unter: lorenz-meyer@medizinkommunikation.org.*

Kontakt für Journalisten:

DGCH Pressestelle

Anna Julia Voormann/Irina Lorenz-Meyer

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Berliner Büro:

Langenbeck-Virchow-Haus

Luisenstraße 59, 10117 Berlin

Telefon: 0711 8931-642 /-552

Fax: 0711 8931-984

lorenz-meyer@medizinkommunikation.org

www.dgch.de



Gegründet 1872
Sitz Berlin

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Gefäß-Operation auch im hohen Alter sinnvoll

Chirurgen fordern spezialisierte gefäßchirurgische Versorgung

Berlin, 5. Dezember 2012 – Durchblutungsstörungen – etwa in den Beinen, in der Bauchschlagader oder am Herzen – sind der häufigste Grund für eine Einweisung in deutsche Krankenhäuser. Jährlich stellen Ärzte hierzulande mehr als 200 000 gefäßchirurgische Hauptdiagnosen, vor allem bei betagten Patienten. Die Zahl der Fälle wird in den nächsten Jahren um 30 Prozent steigen, denn unsere Bevölkerung altert. Die Kosten für die Therapie belaufen sich auf mehrere Milliarden Euro. Wie sich auch bei Hochbetagten gefäßchirurgische Eingriffe sicherer und zugleich effizienter machen lassen, diskutieren Experten heute im Rahmen einer Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) in Berlin. In jedem Fall setze dies voraus, so die Experten, der Gefäßchirurgie in den Kliniken mehr Gewicht zu verleihen.

Im Jahr 2030 wird jeder Dritte Bundesbürger über 60 Jahre alt sein. Dementsprechend wird in den kommenden Jahren der Anteil der stationären Behandlungen im Krankenhaus bei den über 60-Jährigen auf über 60 Prozent ansteigen. Vor allem die Zahl der Herz-Kreislaufkrankungen wird erheblich zunehmen: Verengte Gefäße in den Beinen oder gar eine überdehnte Bauchschlagader können schnell das Leben eines Patienten in Gefahr bringen. Gefäßchirurgische Operationen sind jedoch vor allem für ältere Patienten mit hohen Risiken verbunden, weiß Professor Dr. med. E. Sebastian Debus, Vize-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG) aus Hamburg: „Hochbetagte werden daher oft erst operiert, wenn die Krankheit weit fortgeschritten ist“. Doch gerade diese späten Eingriffe verursachen die Hauptkosten. „Wir streben deshalb an, durch Spezialisierung und innovative Technik die Eingriffsinvasivität zu minimieren und zugleich die Effektivität der Behandlung zu maximieren“, sagt der Direktor der Klinik und Poliklinik für Gefäßmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Eine aufgeweitete Bauchschlagader etwa operierten Ärzte früher in aufwendigen, offenen Eingriffen. Heute wird ein solches Aortenaneurysma meist minimalinvasiv behandelt: Der Operateur setzt über einen Katheter ein Röhrchen aus Drahtgeflecht in die Ader ein, um diese zu stabilisieren. „Dadurch treten seltener Komplikationen auf, der Patient kann früher nach Hause und braucht meist keine Rehabilitation“, sagt Debus. Dieses Vorgehen schont also den Patienten, verhindert Komplikationen und spart zugleich Kosten.



Gegründet 1872
Sitz Berlin

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Denn allein die Behandlung von Durchblutungsstörungen kostet in Deutschland pro Jahr bis zu drei Milliarden Euro. 92 Prozent davon entfallen auf hochbetagte Patienten, erläutert Professor Debus und mahnt: „Die Spezialisierung der Gefäßchirurgie kann Kosten minimieren, vor allem aber ist sie dringend erforderlich.“ Trotzdem unterhält nur etwa ein Drittel aller Kliniken eine eigenständige Abteilung für Gefäßchirurgie. Bisher hindere vor allem Personalmangel die Gefäßchirurgen daran, das Fachgebiet weiterzuentwickeln und die Spezialisierung voranzutreiben. „Denn in den meisten Krankenhäuser arbeitet die Gefäßchirurgie nicht autark und wird ohne eigene Personalhoheit betrieben“, so Debus. Es sei deshalb etwa nicht möglich, Mitarbeiter auszuwählen, anzustellen und zu befördern. Dies verhindere, die gefäßchirurgische Spezialisierung für den ärztlichen Nachwuchs attraktiv zu gestalten.

Wie immer mehr Hochbetagte ohne steigende Kosten von neuesten gefäßchirurgischen Techniken profitieren können, darüber diskutieren Experten auf der Pressekonferenz der DGCH.

--Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.--

Kontakt für Journalisten:

DGCH Pressestelle

Anna Julia Voormann/Irina Lorenz-Meyer

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Berliner Büro:

Langenbeck-Virchow-Haus

Luisenstraße 59, 10117 Berlin

Telefon: 0711 8931-642 /-552

Fax: 0711 8931-167

lorenz-meyer@medizinkommunikation.org

www.dgch.de



Gegründet 1872
Sitz Berlin

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Qualität statt möglichst hohe Fallzahlen

Chirurgen für patientenorientierte Anreize in Chefarztverträgen

Berlin, 5. Dezember 2012 – Nach einer aktuellen Untersuchung der Personalberatung Kienbaum ist die Zahl an Chefarztverträgen mit Bonuszahlungen seit 1995 auf heute 45 Prozent gestiegen. Die darin oftmals vereinbarten Boni für Ausweitungen von Menge und Art der Eingriffe, setzen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) zufolge falsche Anreize. Dadurch wachse der Druck auf den Arzt, entgegen seiner ärztlichen Pflicht im Sinne des Patienten zu behandeln. Würden finanzielle Anreize im Gehalt gesetzt, sollten diese sich nicht an Fallzahlen orientieren, so die chirurgische Fachgesellschaft. Stattdessen eignen sich als Kriterien beispielsweise Komplikationsraten, Qualität und auch die Zufriedenheit der Patienten. Ihre Position erläutert die DGCH auf ihrer Jahrespressekonferenz heute in Berlin.

Nahezu die Hälfte aller neu abgeschlossenen Chefarztverträge umfassen laut Kienbaum mittlerweile variable Vergütungsvereinbarungen. Diese sind an Zielvereinbarungen zwischen Klinik und Arzt gebunden und Teil von dessen Gesamtvergütung bei abgesenktem Festgehalt. Wie der frühere Mustervertrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft empfahl und zuletzt der Göttinger Transplantationsskandal zu Tage förderte, werden darin auch finanzielle Vergütung bei Fallzahlsteigerung vereinbart. Die DGCH lehnt derartige quantifizierende Leistungssteigerungszahlen jedoch wiederholt ab: „Eine fallzahlorientierte Vergütung fördert eine großzügigere Indikationsstellung und eine Ausweitung von Eingriffen“, sagt Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans-Joachim Meyer, Generalsekretär der DGCH in Berlin.

Auch Vorgaben, Material- und Personalkosten zu verringern, sieht die Fachgesellschaft äußerst kritisch. „Wenn das variable Gehalt zusätzlich einen beträchtlichen Teil des Gesamtverdienstes ausmacht, ist der Druck auf den Arzt sehr hoch, entgegen das ärztliche Ethos zu handeln“, so Meyer, der in diesem Jahr seine Chefarztstätigkeit in der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Städtischen Klinikum Solingen beendete.



Gegründet 1872
Sitz Berlin

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Zielvereinbarungen dürfen der DGCH zufolge keine falschen Anreize setzen. Denn diese könnten den Arzt dazu verleiten, entgegen dem Patientenwohl zu handeln oder die Qualität der Versorgung zu schmälern. Grundsätzlich lehnt die Fachgesellschaft leistungsorientierte Boni jedoch nicht ab. „Belohnungen, die sich an der Qualität der Behandlung oder der Mitarbeiterführung orientieren, würden den Patienten in den Mittelpunkt stellen“, so Meyer. Als Beispiel nennt er Parameter wie hohe Patientenzufriedenheit, eine niedrige Rate an Komplikationen und Zweiteingriffen oder auch die Qualität der ärztlichen Weiterbildung und Mitarbeiterführung.

Die DGCH sieht ein Umdenken und eine Änderung in den Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen als Voraussetzung dafür, weiterhin eine primär krankheits- und patientenorientierte Medizin betreiben zu können und damit in allen medizinischen Bereichen glaubwürdig zu bleiben. Im Rahmen einer Pressekonferenz heute in Berlin diskutieren Experten der DGCH dieses und weitere chirurgische Themen.

--Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.--

Literatur:

T. Nölling 2012: Zielvereinbarungen in Chefarztdienstverträgen,
in: *Mitteilungen der DGCH*, 2/2012, www.dgch.de

Kontakt für Journalisten:

DGCH Pressestelle
Anna Julia Voormann/Irina Lorenz-Meyer
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Berliner Büro:
Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 59, 10117 Berlin
Telefon: 0711 8931-642 /-552
Fax: 0711 8931-167
lorenz-meyer@medizinkommunikation.org
www.dgch.de

Bonusverträge für Chefärzte – Führen falsche Anreize zu unnötigen Operationen?

Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans-Joachim Meyer, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Berlin

Nach einer aktuellen Untersuchung der Personalberatung Kienbaum wird deutlich, dass in den Chefarztverträgen Bonusvereinbarungen von fünf Prozent im Jahr 1995 auf jetzt bis zu 45 Prozent zugenommen haben. In gleicher Zeit wurde das Liquidationsrecht des Chefarztes, wenn überhaupt noch erteilt, deutlich zurückgenommen und führte somit auch zu einer Reduktion des Gesamteinkommens. Per Definition stellen also die Chefarzt-Boni kein „add on“ dar, sondern sind Bestandteil einer Gesamtvergütung bei abgesenktem Festgehalt.

Dieses nun bereits seit Jahren praktizierte Verfahren, das von der Deutschen Krankenhausgesellschaft in ihren früheren Musterverträgen mit Benennung von Zielgrößen auch unterstützt wurde (§ 8, Abs. 3), ist nun im Rahmen des sogenannten Transplantationsskandals erneut ins Schlaglicht geraten. Dies obwohl bereits im Jahr 2002 Bonuszahlungen durch eine eindeutige Stellungnahme der Bundesärztekammer, des Marburger Bundes und des Verbandes Leitender Krankenhausärzte abgelehnt worden sind. Als Hauptargument gilt dabei, dass ärztliche Tätigkeiten nicht vorrangig von wirtschaftlichen Kriterien geleitet werden dürfen und eine enge Verknüpfung medizinischer Entscheidungsprozesse mit ökonomischen Erwägungen dem ursächlichen ärztlichen Berufsethos widerspricht. Dies wird sogar als Pervertierung der Patientenversorgung bezeichnet.

Im Rahmen der Aufklärung der Vorgänge in der Transplantationsmedizin kam nun auch die fallzahlbezogene Vergütung in den letzten Monaten erneut in die Diskussion. Eine Vielzahl von medizinischen Verbänden und wissenschaftlichen Fachgesellschaften distanzieren sich jetzt teilweise vehement von einer reinen Mengenideologie im Sinne quantifizierender Leistungssteigerungszahlen und warnen vor einer möglichen großzügigeren Indikationsstellung und Ausweitung verschiedener Eingriffe – aktuell die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin oder die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft. Viele Kliniken mit unterschiedlichen Trägerschaften haben nun wohl doch erkannt, dass Vertragsformen mit einem hohen Bonusanteil schwerwiegende Probleme im Sinne falscher Anreize zu verschiedenen Therapieverfahren bewirken können und rücken vermehrt von dem fallorientierten Vergütungssystem ab. Sogar die herkömmliche Form der Privatliquidation könnte eine Renaissance erfahren. Leistungsorientierte Anreize sollen also nicht mehr von reinen Fallzahlen abhängig gemacht werden, sondern andere, teilweise auch weiche Parameter wie Zuweiser- und Patientenzufriedenheit beziehungsweise Steigerung der Qualität durch Senkung von Komplikationen oder Revisionseingriffen, Mitarbeiterführung, Qualität der Weiterbildung etc. könnten vermehrt die leistungsorientierte Vergütung bestimmen.

Mit diesem sich wohl ändernden System ist es sicherlich viel mehr möglich, für die Öffentlichkeit in allen medizinischen Bereichen glaubwürdig zu bleiben und weiterhin primär eine krankheits- und patientenorientierte Medizin/Chirurgie betreiben zu können.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Dezember 2012

„Lohnen“ sich Gefäßoperationen auch im hohen Alter – Wie können immer mehr hoch Betagte von neuesten gefäßchirurgischen Techniken profitieren, ohne dass die Kosten steigen?

Professor Dr. med. E. Sebastian Debus, Vize-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG), Direktor Universitäres Herzzentrum Hamburg, Klinik für Gefäßmedizin

Wir stehen vor großen Aufgaben, denn zwischen der demografischen Entwicklung und der Versorgungswirklichkeit von Gefäßerkrankungen klafft eine immer größere Lücke: Im Jahr 2030 werden acht Millionen mehr über 60-Jährige unter uns sein als heute, was einer Zunahme von fast 40 Prozent entspricht. Mit fast 60 Prozent steigt der Anteil der 80- bis 90-Jährigen besonders stark. Jeder dritte Bundesbürger wird dann zu dieser Altersgruppe gehören. Unsere Lebenserwartung wird auf 80 Jahre (Männer) beziehungsweise 85 Jahre (Frauen) steigen. Bei insgesamt rückläufiger Bevölkerungszahl ist also in den kommenden Jahren mit einer Zunahme an Pflegebedürftigen und an Krankenhausbehandlungen zu rechnen. Bereits heute macht die stationäre Therapie über ein Viertel der Gesamtgesundheitskosten in Deutschland aus – 2005 waren dies 62 Milliarden Euro.

Mit weitem Abstand waren bereits vor fünf Jahren Herz-Kreislauf-Erkrankungen Einweisungsdiagnose Nummer eins in Deutschland, und auch in den nächsten Jahren werden diese Erkrankungen mit über 30 Prozent im Vergleich zu allen anderen Krankheiten am stärksten ansteigen. Das Statistische Bundesamt rechnet unter anderem mit folgenden Auswirkungen in den kommenden Jahren: Der Anteil der Krankenhausbehandlungen der über 60-Jährigen Patienten wird auf über 60 Prozent ansteigen.

Bei begrenzter Lebenserwartung und hoher Komorbidität dieser Patienten sind gefäßchirurgische Operationen in der Regel Hochrisikoeingriffe. Hochbetagte werden dazu in der Regel erst in den Spätstadien behandelt. Gerade diese verschlingen die Hauptkosten, was am Beispiel der Durchblutungsstörungen verdeutlicht wird: Deren Behandlung verschlingt pro Jahr 2,2 bis 3 Milliarden Euro, 92 Prozent der Kosten entfallen auf die Spätstadien. Wir sind daher bestrebt, durch Spezialisierung und technische Innovationen die Eingriffsinvasivität auf ein Minimum zu beschränken und die Effektivität der Behandlung zu maximieren. Hierzu ein weiteres Beispiel: die krankhafte Erweiterung der Bauchschlagader (Aortenaneurysma) wurde früher durch eine große Operation behandelt. Heute wird ein großer Teil der Patienten mittels Stent therapiert. Dadurch ist nicht nur die Sterblichkeit und die Komplikationsrate deutlich niedriger geworden. Wir sind zusätzlich kosteneffektiv, weil die Behandlungszeiten im Krankenhaus deutlich niedriger sind und meist keine Rehabilitationsmaßnahme notwendig wird.

Spezialisierung kann also Kosten minimieren, die Erfordernis nach Spezialisierung drängt somit. Schon heute werden jährlich in deutschen Krankenhäusern mehr als 200 000 gefäßchirurgische

Hauptdiagnosen kodiert. In der Kliniklandschaft ist jedoch festzustellen, dass in der Großzahl der Krankenhäuser vaskuläre Diagnosen weiterhin nicht spezialisiert versorgt werden. Gefäßchirurgie wird hier nicht autark und ohne eigene Personalhoheit betrieben. Angesichts der generellen ärztlichen Personalknappheit sind den gefäßchirurgischen Arbeitsbereichen sehr enge Grenzen gesetzt, was die Weiterentwicklung des Fachgebiets – insbesondere an Universitätskliniken – stark einschränkt. An dieser Struktur hat sich in den vergangenen Jahren substanziell wenig geändert. Dies hat zu der Situation geführt, dass sich in Deutschland eine eigenständige Gefäßchirurgie bis heute nur in 30 Prozent aller Kliniken etablieren konnte.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Dezember 2012

Ärztmangel und ökonomischer Druck in den Kliniken als Symptom der Überversorgung und Fehlanreize des DRG-Systems

Professor Dr. med. Stefan Post, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), Direktor der Chirurgischen Klinik, Universitätsmedizin Mannheim

Unbesetzte Arztstellen in vielen Kliniken, rote Zahlen, drohende Klinikpleiten: Alles dies wird in Horrorszenarien von vielen Seiten gezeichnet, mit immer wieder der gleichen Folgerung: Das Gesundheitswesen ist unterfinanziert und zur Abwendung einer drohenden Unterversorgung der Bevölkerung muss „mehr Geld ins System.“

Ich möchte Sie dabei mitnehmen, die Situation in Deutschland aus einem anderen Blickwinkel zu betrachten; nämlich der Außenperspektive internationaler Vergleichsstatistiken, wie sie die OECD mit schöner Regelmäßigkeit liefert (zuletzt 2011, siehe Anlage). Danach ist für unser Land festzustellen:

- Wir haben nach wie vor eine überdurchschnittlich hohe Arztdichte (3.2.1 der Anlage) –dies gilt auch für die Chirurgedichte
- Wir bilden mehr Ärzte pro Bevölkerung – und auch pro derzeit aktivem Mediziner – aus als die meisten anderen Länder (3.3.1 und 3.3.2)
- Die Deutschen haben mehr Arztkontakte als fast alle anderen (4.1.1)
- Wir haben mehr Krankenhausbetten (4.3.1) und vor allem Fachabteilungen pro Bevölkerung
- Wir sind Weltmeister in der Frequenz von Herzkathetern (4.6.1)
- Nirgendwo sonst werden so viele künstliche Hüft- oder Kniegelenke eingesetzt wie bei uns (4.7.1 und 4.7.2)
- Zwar fehlt mir eine validierte Vergleichsstatistik zu viszeralchirurgischen Prozeduren aber ich bin mir sicher, dass das Bild – um nur ein Beispiel herauszugreifen – bei der elektiven Resektion wegen Sigma-Divertikulitis nicht anders aussähe
- Wir haben die geringsten Wartezeiten auf Operationen (6.8.2)
- Unser Gesundheitswesen ist in Relation zur Wirtschaftsleistung nach wie vor eines der teuersten der Welt (7.2.1)

Kurzum: Unser offensichtlicher Mangel an ärztlichem Personal und die Überforderung des einzelnen sind ein gutes Stück weit ein relatives Problem, das erzeugt wird von einem Überangebot an Leistungen, verstärkt durch die Existenzängste der zu zahlreichen Abteilungen und Krankenhäuser, die im Kampf gegen die roten Zahlen per Zielvereinbarungen/Bonusregeln auch noch Anreize zur Mengen- und Indikationsausweitung schaffen (siehe Referat Professor Meyer).

Wir haben eindeutig nicht genug Ärzte, ganz besonders auch in der Chirurgie, die in dem Ruf einer ungünstigen Work-Life-Balance steht. Aber auch bei uns sehe ich keinen absoluten Ärztemangel. Ich sehe – von regionalen Fehlverteilungen einmal abgesehen – nur zu wenige Ärzte um die Überversorgungssituation zu bedienen.

Letztlich stellt sich überspitzt das Problem aus einem anderen Blickwinkel wie folgt dar: Mit Einführung des DRG-Systems 2003 wurde ein massives Kliniksterben vorhergesagt. Dies ist zwar im prognostizierten Maße bisher nicht eingetreten, vermutlich weil die Anpassungs- und Leidensfähigkeiten aller Beteiligten unterschätzt wurden (es knirscht aber immer mehr an allen Ecken!). Ich möchte überspitzt unterstellen, dass es auch eine versteckte Absicht der Politik gab, die als notwendig erachteten Klinikschließungen und Bettenreduktionen über den zunehmenden finanziellen Druck zu realisieren. Damit würde der Lokalpolitiker aus der Verantwortung genommen, der dann nicht mehr um seine Wiederwahl bangen müsste, wie im Falle eines politischen Entschlusses zur Schließung eines Krankenhauses. Ein grundsätzliches Problem des DRG-Systems ist aber der Fehlanreiz zur Mengenausweitung ohne adäquaten Anreiz zur Qualitätsverbesserung und ohne valide Bedarfsplanung.

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) möchte den Fokus verschieben hin zu mehr Qualität (Indikation- und Ergebnis-Qualität) verbunden mit einer Reduktion der Fehlanreize zur Überversorgung. Dies soll ausdrücklich nicht als Plädoyer für die Schließung vieler kleiner Krankenhäuser missverstanden werden. Vielmehr sollen nicht die Größten, sondern die Besten gefördert werden – und dies können durchaus zum Teil kleine spezialisierte Abteilungen sein. Vor allem aber sollen die vorhandenen Chirurgen effizienter im Sinne der Patienten eingesetzt werden – hoffentlich dann auch unter weniger alltäglichem Stress für alle Beteiligten. Das Gesundheitswesen (speziell die stationäre Versorgung in der operativen Medizin) taugt nicht für einen rein ökonomischen Wettbewerb, sondern bedarf einer weiseren Steuerung und sinnvolleren Anreizen als sie bisher vorhanden sind.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Dezember 2012



Health at a Glance 2011

OECD INDICATORS



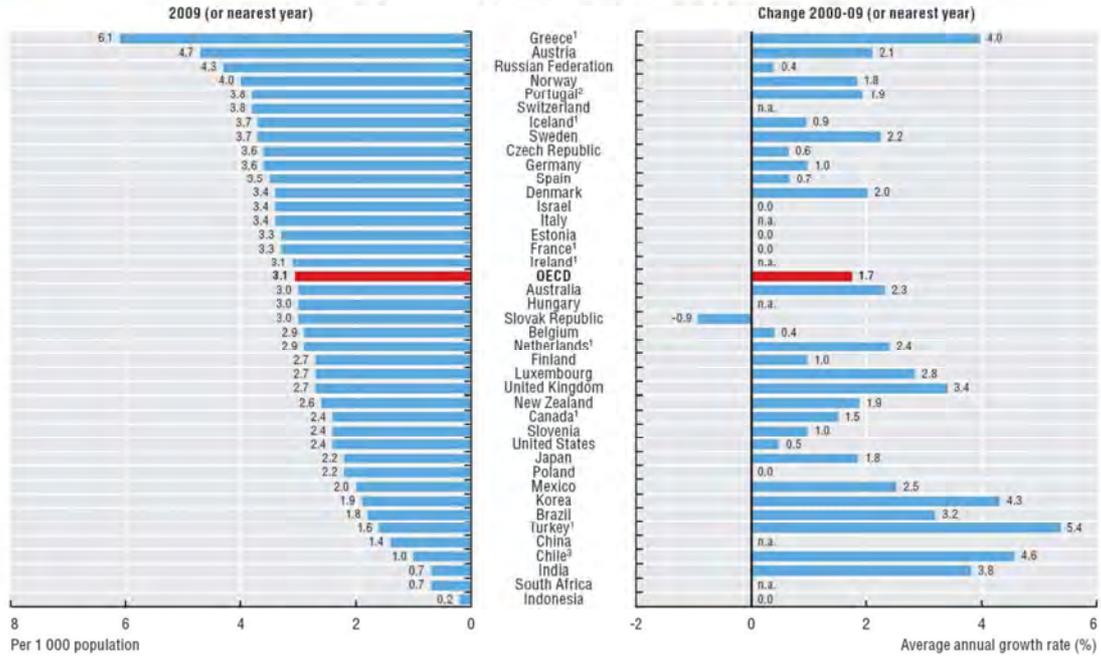
Quelle:

<http://www.oecd.org/health/healthataglance>

3. HEALTH WORKFORCE

3.2. Medical doctors

3.2.1 Practising doctors per 1 000 population, 2009 and change between 2000 and 2009

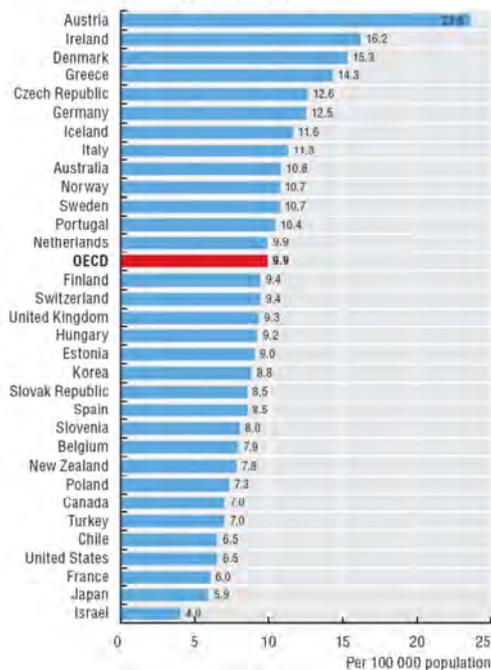


1. Data include not only doctors providing direct care to patients, but also those working in the health sector as managers, educators, researchers, etc. (adding another 5-10% of doctors).
2. Data refer to all doctors who are licensed to practice.
3. Data for Chile include only doctors working in the public sector.

Source: OECD Health Data 2011; WHO-Europe for the Russian Federation and national sources for other non-OECD countries.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524070>

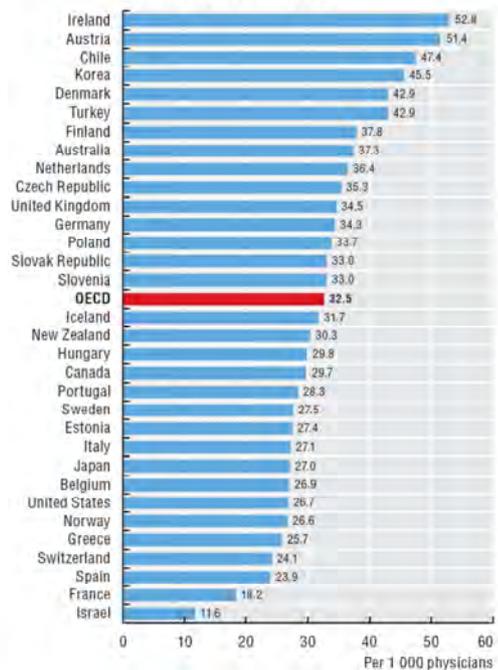
3.3.1 Medical graduates per 100 000 population, 2009 (or nearest year)



Source: OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524108>

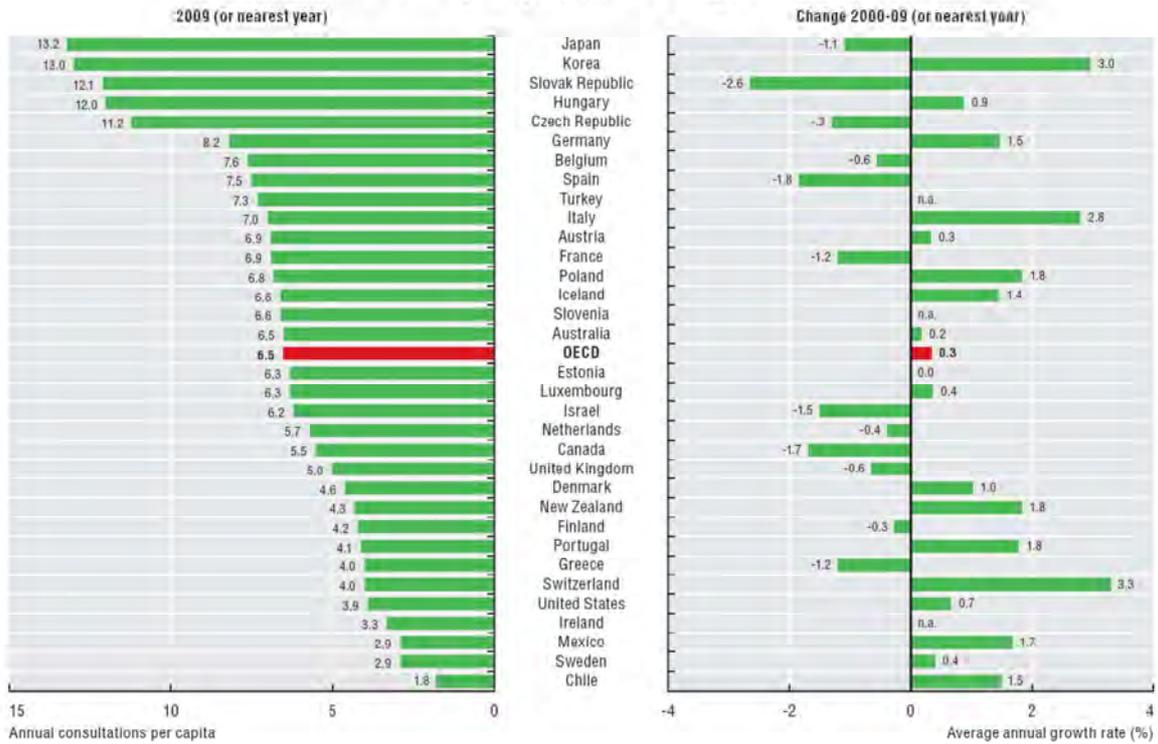
3.3.2 Medical graduates per 1 000 physicians, 2009 (or nearest year)



Source: OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524127>

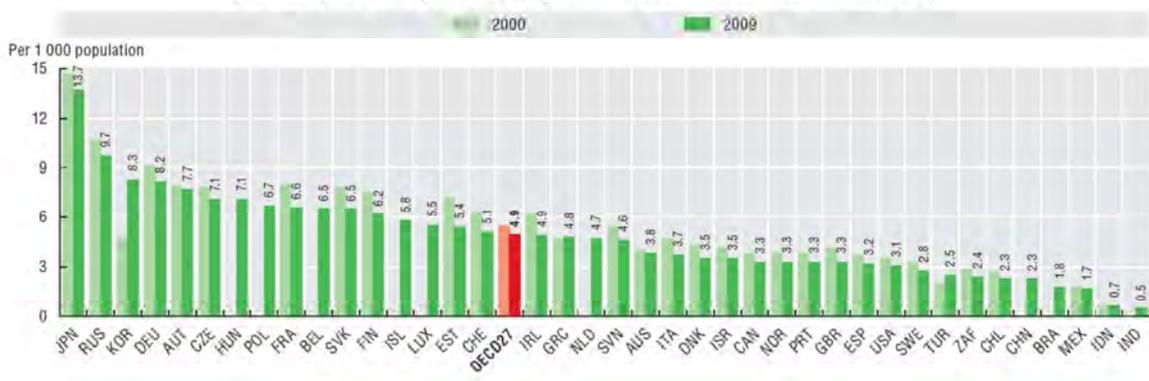
4.1.1 Doctors consultations per capita, 2009 and change between 2000 and 2009



Source: OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524431>

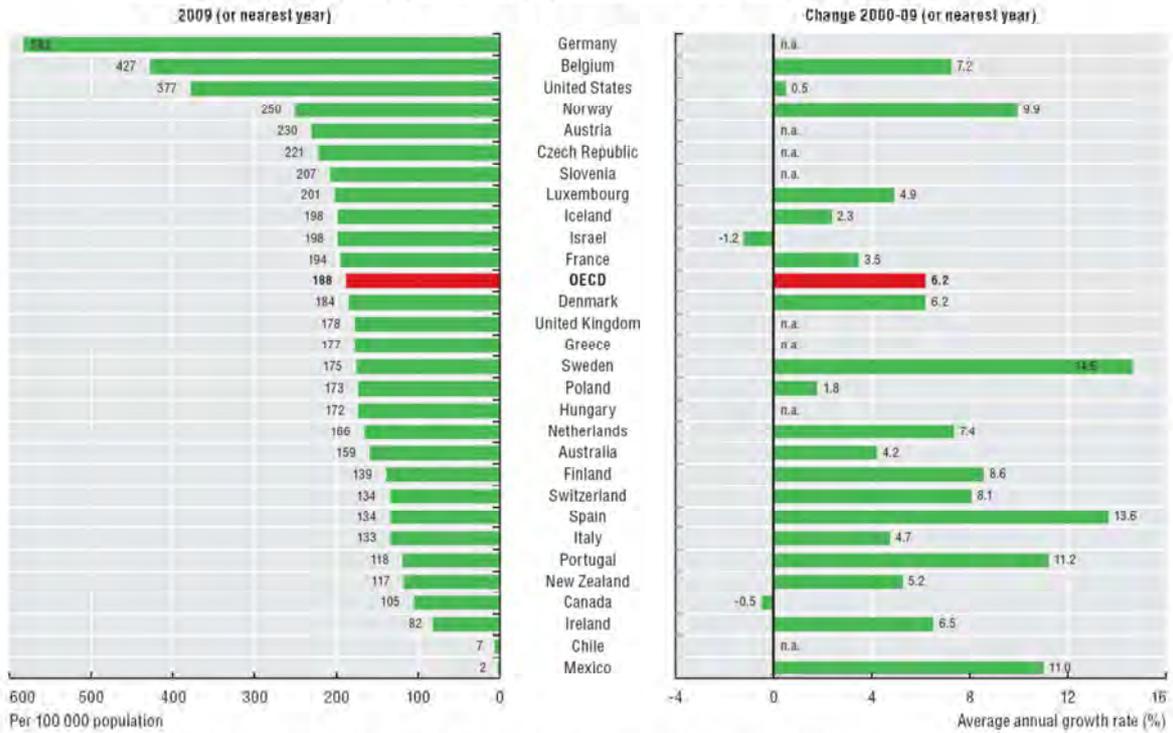
4.3.1 Hospital beds per 1 000 population, 2000 and 2009 (or nearest year)



Source: OECD Health Data 2011; national sources for non-OECD countries.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524545>

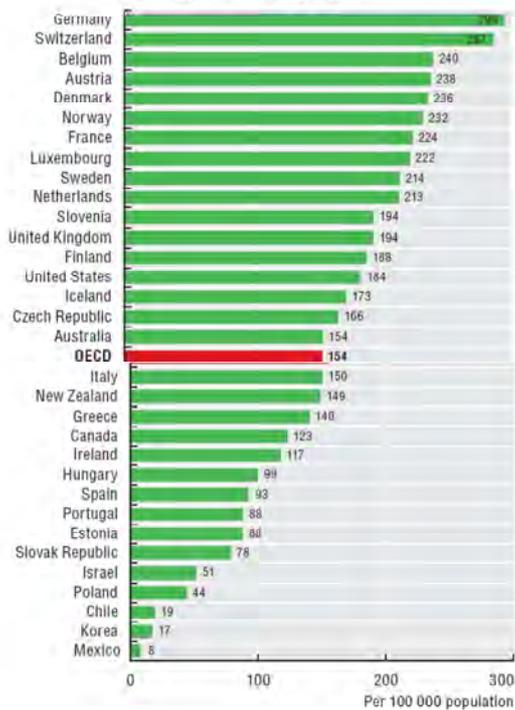
4.6.1 Coronary angioplasty per 100 000 population, 2009 and change between 2000 and 2009



Note: Some of the variations across countries are due to different classification systems and recording practices.
Source: OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524716>

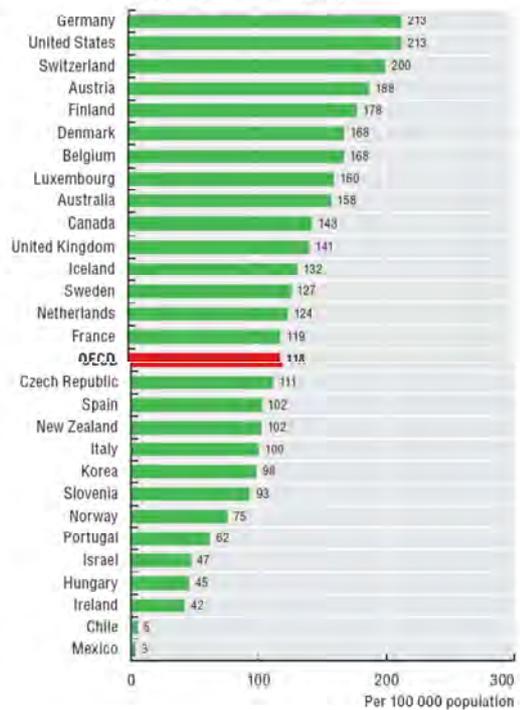
4.7.1 Hip replacement surgery, per 100 000 population, 2009 (or nearest year)



Source: OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524754>

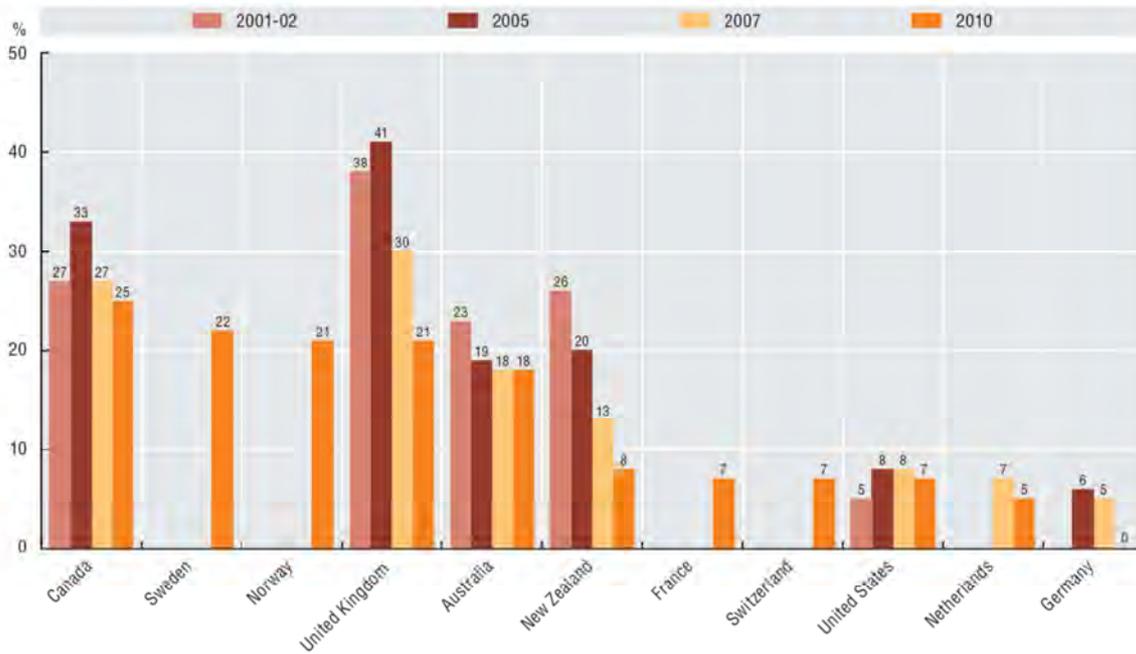
4.7.2 Knee replacement surgery, per 100 000 population, 2009 (or nearest year)



Source: OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524773>

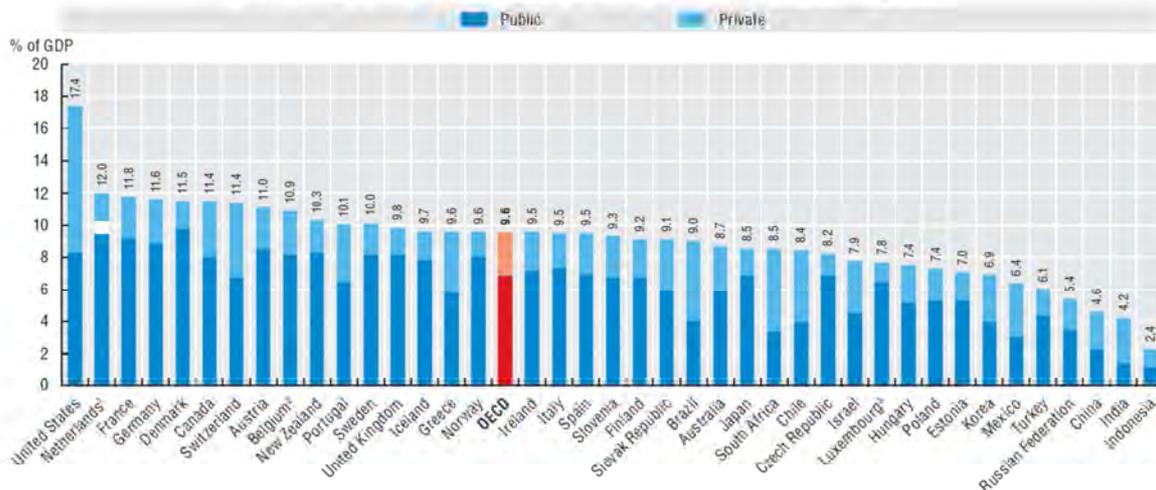
6.8.2 Waiting time of four months or more for elective surgery



Source: Commonwealth Fund International Health Policy Surveys.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932526027>

7.2.1 Total health expenditure as a share of GDP, 2009 (or nearest year)



1. In the Netherlands, it is not possible to clearly distinguish the public and private share related to investments.
2. Total expenditure excluding investments.
3. Health expenditure is for the insured population rather than the resident population.

Source: OECD Health Data 2011; WHO Global Health Expenditure Database.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932526103>

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Dr. h.c. Karl-Walter Jauch
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH),
Direktor der Chirurgischen Klinik und Poliklinik, Klinikum Großhadern
der Ludwig Maximilian Universität, München

* 1952



Beruflicher Werdegang:

- | | |
|----------------|--|
| 1971–1978 | Studium der Humanmedizin an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg |
| 27.4.1978 | Approbation |
| 10.5.1978 | Promotion „Ergebnisse ein Jahr nach aortokoronarer Bypassoperation unter besonderer Berücksichtigung ergometrischer und hämodynamischer Befunde“ (Professor Roskamm, Freiburg/Bad Krozingen) |
| 6/1978–8/1979 | Truppenarzt (Bundeswehr) |
| 9/1979–10/1981 | Assistenzarzt an der Chirurgischen Klinik Villingen (Professor Dr. E. Pross) |
| 27.11.1985 | Anerkennung als Arzt für Chirurgie |
| 15.7.1987 | Anerkennung als Arzt für Gefäßchirurgie |
| 30.12.1995 | Anerkennung als Arzt für Viszeralchirurgie |
| 30.4.1997 | Anerkennung Physikalische Medizin |
| 11/1981–1/1988 | Assistent an der Chirurgischen Klinik und Poliklinik, Klinikum Großhadern, LMU München (Professor Dr. Dr. h.c. G. Heberer; 3/1989 Professor Dr. Dr. h.c. F.W. Schildberg) |
| 15.6.1988 | Habilitation „Die postoperative Insulinresistenz und ihre Beeinflussung durch das Kallikrein-Kinin-System“, LMU München |
| 25.7.1988 | Ernennung zum Privatdozenten für Chirurgie |
| 10.2.1995 | Ernennung zum außerplanmäßigen Professor |
| 12/1996–9/2002 | Direktor der Klinik und Poliklinik für Chirurgie der Universität Regensburg |
| 2000–2002 | Ärztlicher Direktor der Universitätsklinik Regensburg |
| Seit 1.10.2002 | Direktor der Chirurgischen Klinik und Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München – Campus Großhadern |
| Seit 1.1.2008 | Stellvertretender Ärztlicher Direktor der LMU München |

Mitgliedschaften:

- | | |
|----------------|---|
| 1976–2003 | Präsident der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) |
| 10/2000–9/2001 | Vorsitzender der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen,
Mitglied im Ausschuss der Bayerischen Chirurgen |
| 2001 und 2006 | Tagungspräsident der Deutschen Transplantationsgesellschaft
Mitglied und Beirat in verschiedenen Fachgesellschaften/Stiftungen und
öffentlichen Gremien |
| 2000–2003 | Vorsitzender der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Endoskopie und Sonografie |
| 2003–2006 | Vorsitzender der Sektion Chirurgische Forschung der Deutschen Gesellschaft für
Chirurgie |
| 2005–2006 | Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Koloproktologie |
| 2006 | Tagungspräsident der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für
Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)
Mitglied des Eurotransplant Board seit 2005
Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der BÄK seit 2005
Mitglied des Wissenschaftsrats (Medizinausschuss) seit 2006 |
| 2010 | Wahl zum Vizepräsidenten der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und
Kongresspräsident 2013 |

Wissenschaftliche/organisatorische Tätigkeiten und Selbstverwaltung:

- | | |
|-----------|---|
| 1994–1997 | Vorsitzender Ethikkommission der Uniklinik Regensburg |
| 1998–2000 | Stellvertretender Ärztlicher Direktor und Baubeauftragter der Uniklinik
Regensburg |
| 2000 | Gründung der Stiftung HTCR zur Forschung mit humanem Gewebe und
Zellmaterial |

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

* 1948



Beruflicher Werdegang:

1967–1972	Studium der Humanmedizin an der LMU München
1972	Promotion an der Universität Göttingen
1973–1980	Chirurgische Weiterbildung an der Medizinischen Hochschule Hannover
1981	Habilitation
1988–1996	Leitender Oberarzt der Klinik für Abdominal- und Transplantationschirurgie der MH Hannover (Prof. Dr. R. Pichlmayr)
1996–2012	Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie des Städtischen Klinikums Solingen
2011	Doctor honoris causa der Jagiellonien Universität Krakau
2012	Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Eike Sebastian Debus
Vize-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG),
Direktor Universitäres Herzzentrum Hamburg, Klinik für Gefäßmedizin

* 1962



Beruflicher Werdegang:

Zunächst Musikstudium an der Musikhochschule Lübeck. Parallel 1981 Beginn mit dem Medizinstudium an der Christian-Albrechts-Universität Kiel, später an der MAYO-Clinic in Rochester/Minnesota/USA und Zürich/Schweiz. Approbation 1988 in Kiel. Promotion 1989. 1989 bis 1990 Assistent am Pathologischen Institut der Universität Würzburg, danach Beginn der Chirurgischen Ausbildung (Universität Marburg). 1991 erneuter Wechsel nach Würzburg an die Chirurgische Universitätsklinik. 1997 Facharzt und Oberarzt der Klinik, 1998 European Board of Surgery Qualification (EBSQ). 1999 Habilitation und leitender Oberarzt der Abteilung vaskuläre und endovaskuläre Chirurgie. 2000 Schwerpunktbezeichnung Gefäßchirurgie, 2002 European Board of Vascular Surgery (EBSQ-VASC). 2001/2002 berufsbegleitendes Health Care Management Studium. 2003 Schwerpunktbezeichnung Viszeralchirurgie. 2003–2009 Chefarzt Abteilung Allgemein-, Gefäß- und Viszeralchirurgie an der Asklepios Klinik Harburg. Seit 1.10.2009 Direktor der Klinik und Poliklinik für Gefäßmedizin am Universitären Herzzentrum des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf und Ordinarius für Gefäßchirurgie. Leiter des Comprehensive Wound Center des UKE.

Weitere Tätigkeiten:

Mitgliedschaft im Editorial Board mehrerer nationaler und internationaler Zeitschriften, Schriftleitung Journal of Wound Healing 2001 bis 2007 und Gefäßchirurgie 2003 bis 2012. Beirat der Deutschen Herzstiftung e. V. Herausgeber und Autor mehrerer Lehrbücher und Buchbeiträge sowie zahlreicher Publikationen. Stipendiat der DGG sowie Preisträger mehrerer Fachgesellschaften. Mitglied verschiedener nationaler und internationaler chirurgischer und medizinischer Fachgesellschaften, sowie Medical Board Chirurgie von Asklepios (bis 2009). Seit 2005 Vorstandsmitglied und incoming Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin. 2. Schriftführer der Vereinigung Nordwestdeutscher Chirurgen, Gründungsvorstand der Vereinigung Norddeutscher Gefäßmediziner, Präsident mehrerer nationaler und internationaler Kongresse.

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Stefan Post
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und
Viszeralchirurgie (DGAV), Direktor der Chirurgischen Klinik,
Universitätsmedizin Mannheim



Beruflicher Werdegang:

1973–1980	Studium der Medizin an den Universitäten Düsseldorf und Denver/USA
1980–1982	Assistenzarzt in Wuppertal (Gynäkologie) und Meerbusch (Chirurgie)
1982–1984	Arzt im Entwicklungsdienst mit dem Deutschen Entwicklungsdienst am Newala District Hospital/Tansania
1984–1990	Assistenzarzt an der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg (Herfarth)
1990–1991	Forschungsjahr in München (Meßmer)
1991–1994	Facharzt/Oberarzt in Heidelberg mit Habilitation und Zusatzausbildung Gefäßchirurgie
1994–1998	Leitender Oberarzt und C3-Professor an der Uniklinik Göttingen
Seit 5/1998	Direktor der Chirurgischen Klinik, Universitätsmedizin Mannheim, Inhaber des Lehrstuhls für Chirurgie der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg (Nachfolge Trede)
2001	Ruf auf den Lehrstuhl für Chirurgie der Universität Frankfurt abgelehnt

Klinische und wissenschaftliche Schwerpunkte:

- Chirurgische Onkologie (Tumorbehandlung)
- Chirurgie des Dickdarms und Mastdarms (Darmkrebs, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)
- Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse (Pankreaskarzinom, Pankreatitis)
- Leberchirurgie
- Transplantationschirurgie
- Hernienchirurgie

Mitgliedschaften mit beruflichen Ämtern:

- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
 - Ständiger Delegierter bei der UEMS (Europäische Facharzt-Union) seit 2005
 - Vorsitzender der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Entwicklungsländer CAEL (2000–2007)
- Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie
 - Präsident 2012/2013, im Vorstand seit 2010
 - Vorsitzender der Zertifizierungskommission seit 2007
- Deutsche Gesellschaft für Tropenchirurgie, 1. Vorsitzender 1999–2006
- Deutsche Krebsgesellschaft, Stellvertretender Vorsitzender der Zertifizierungskommission für Darmkrebszentren seit 2010
- International Surgical Group, Sekretär seit 2006
- Südwestdeutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Präsident 2008/2009
- European Society of Coloproctology, Membership Officer im Vorstand seit 2005 und Vorsitzender des Membership Committee seit 2011
- British Journal of Surgery Society, Council Member (als einziger Deutscher) seit 2008
- Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg
 - Mitglied im Fakultätsvorstand 1999–2001
 - Mitglied der Studienkommission 2005–2010
 - Stellvertretender Vorsitzender des Forschungsschwerpunkts Onkologie 2008–2012

Mitgliedschaften (ohne Ämter):

- Berufsverband der Deutschen Chirurgen
- Deutsche Crohn-Colitis Vereinigung
- Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie
- Deutsche Transplantationsgesellschaft
- Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen

Publikationen:

- über 260 Originalarbeiten
- über 30 Buchbeiträge
- über 35 Videos zur Operationstechnik
- 9 Softwareprogramme



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie mit derzeit 6.600 Mitgliedern wurde 1872 in Berlin gegründet. Sie gehört damit im 140. Jahr ihres Bestehens zu den ältesten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften.

Zweck der Gesellschaft ist laut Satzung „die Förderung der wissenschaftlichen und praktischen Belange der Chirurgie“. Neben dem Fortschritt in Forschung und Klinik, dessen kritischer Evaluation und Umsetzung in eine flächendeckende Versorgung zählt dazu auch die Auseinandersetzung mit den politischen, ökonomischen und sozialen Rahmenbedingungen unseres Faches. Die chirurgische Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie die Nachwuchsförderung durch Vergabe zahlreicher Preise und Stipendien an in- und ausländische junge Wissenschaftler sind weitere Kernaufgaben. Kontinuierliche Bemühungen gelten der Pflege internationaler Kontakte und der Beziehung zu den Nachbarfächern, zu Wissenschafts-Organisationen und allen Partnern im Gesundheitswesen.

Der traditionsreiche Deutsche Chirurgenkongress mit seiner schwerpunkts- und gebietsübergreifenden Themensetzung wurde früher ausschließlich in Berlin und nach dem Krieg über 40 Jahre in München abgehalten. Kongressort ist jetzt im jährlichen Wechsel Berlin und München.

Eine bereits bei Gründung der Gesellschaft 1872 formulierte Aufgabe, nämlich „die chirurgischen Arbeitskräfte zu einigen“, hat heute eine besondere Bedeutung erhalten. Vor dem Hintergrund der im Jahr 2003 neu strukturierten Weiterbildungsordnung mit einer gemeinsamen Basisausbildung aller chirurgischen Fächer (Common Trunk) ist es jetzt mit einer neuen Satzung gelungen, alle Säulen des Gebietes Chirurgie (Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Kinderchirurgie, Herzchirurgie, Plastische und Wiederherstellungschirurgie, Thoraxchirurgie, Unfallchirurgie/Orthopädie und Viszeralchirurgie) mit ihren wissenschaftlichen Fachgesellschaften unter dem Dach der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu vereinen. 2007 sind auch die Neurochirurgen und 2010 die Mund.-Kiefer-Gesichts-Chirurgen dieser Dachgesellschaft beigetreten. Sie vertritt mit ihren über die einzelnen Fachgesellschaften assoziierten Mitgliedern damit rd. 17.500 Chirurgen. Es können so die gemeinsamen Interessen besser gebündelt und in einer starken Gemeinschaft nach außen vertreten werden.

Nach jahrelangem Rechtsstreit wurde der Gesellschaft im Jahre 2002 ihre nach dem Krieg durch die DDR enteignete, 1915 gemeinsam mit der Berliner Medizinischen Gesellschaft errichtete Heimstätte, das Langenbeck-Virchow-Haus in Berlin Mitte, wieder rückübergeben. Renoviert ist es jetzt wieder in neuem Glanz erstanden. Dieses symbolträchtige Haus der Chirurgie mit seinem traditionsreichen Hörsaal ist der Sitz aller wissenschaftlich-chirurgischen Fachgesellschaften sowie des Berufsverbandes Deutscher Chirurgen und repräsentiert auch in dieser räumlichen Vereinigung die große Gemeinschaft aller Chirurgen.

Weitere Informationen zur Deutschen Gesellschaft für Chirurgie unter www.dgch.de.

Professor Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
Generalsekretär
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin

Tel. 030/28876290
Fax 030/28876299
Mail: info@dgch.de



Gegründet 1872
Sitz Berlin

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Bestellformular Fotos:

Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Termin: Mittwoch, 5. Dezember 2012, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Langenbeck-Virchow-Haus, Raum Virchow, Luisenstraße 59, 10117 Berlin

Bitte schicken Sie mir folgende(s) Foto(s) per E-Mail:

- Professor Dr. med. Dr. h.c. Karl-Walter Jauch
- Professor Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer
- Professor Dr. med. E. Sebastian Debus
- Professor Dr. med. Stefan Post

Vorname:	Name:
Redaktion:	Ressort:
Anschrift:	PLZ/Ort:
Telefon:	Fax:
E-Mail:	Unterschrift:

Bitte an 0711 8931-984 zurückfaxen.

Kontakt für Journalisten:

DGCH Pressestelle

Anna Julia Voormann/Irina Lorenz-Meyer

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Berliner Büro:

Langenbeck-Virchow-Haus

Luisenstraße 59, 10117 Berlin

Telefon: 0711 8931-642 /-552

Fax: 0711 8931-984

lorenz-meyer@medizinkommunikation.org

www.dgch.de