

Präsidentenrede anlässlich des 133. DGCH-Kongresses 2016



Prof. Dr. med. Gabriele Schackert

Meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen

Im Jahre 1872, vor nunmehr 144 Jahren, wurde die ehrwürdige Deutsche Gesellschaft für Chirurgie von Bernhard von Langenbeck und Rudolf Virchow in Berlin gegründet. Seither standen viele namhafte Chirurgen der Gesellschaft als Präsidenten vor.

Für mich ist es eine ganz besondere Ehre, als erste Neurochirurgin und erste Frau nach 143 Jahren zur Präsidentin dieser Gesellschaft gewählt worden zu sein.

Ich möchte an meine neurochirurgischen Lehrer, Prof. Wolfgang Schiefer, Universität Erlangen und Prof. Stefan Kunze, Universität Erlangen und Heidelberg erinnern. Wolfgang Schiefer war Schüler von Wilhelm Tönnis, dem Nestor der deutschen Neurochirurgie, der 1937 unter Ferdinand Sauerbruch an der Hansaklinik in Berlin tätig war und 1949 den ersten Lehrstuhl für Neurochirurgie an der Universität Köln erhielt. Er gründete 1950 die Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie.

Ich danke meinen neurochirurgischen Lehrern für das in mich gesetzte Vertrauen, besonders meinem von mir hochverehrten Lehrer Stefan Kunze, der mich mit großer Selbstverständlichkeit in leitende Funktionen der Klinik einsetzte. Wolfgang Schiefer und Stefan Kunze waren für mich Vorbilder im Umgang mit dem Patienten, in der klinischen Priorisierung, in der operativen Fertigkeit und Präzision mit Schonung des Gewebes, aber auch in der

konsequenten Kontrolle der operativen Ergebnisse.

Mein besonderer Dank gilt auch meinem akademischen Lehrer Prof. Isaiah Joshua Fidler aus Houston. Zwei Jahre verbrachte ich an seinem Institut für Zellbiologie. Ihm verdanke ich meine Liebe zur Forschung, speziell zur Tumorforschung. Er hat Chirurgen aus der ganzen Welt in der Forschung ausgebildet. Ich freue mich ganz besonders, dass er heute unter uns ist.

"Medizin ohne Maß – vom Diktat des Machbaren zu einer Ethik der Besonnenheit", so heißt das Buch des Medizinethikers Giovanni Maio. Er schreibt von dem modernen Menschen als einem Menschen, der ein Leben ohne Mängel begehrt und sich mit nichts abfinden will.

Es ist seit jeher der Wunsch des Menschen, lange zu leben und das bei bester Gesundheit, in Unabhängigkeit und Selbstbestimmung. Der Schriftsteller und Philosoph Marcus Tullius Cicereo schrieb dazu bereits vor mehr als 2000 Jahren:

78 Chirurgie | Juli 2016

"Alter ist nur geehrt unter der Bedingung, dass es sich selbst verteidigt, seine Rechte behält, sich niemandem unterordnet und bis zum letzten Atemzug die eigene Domäne beherrscht."

Den alt gewordenen 60-Jährigen unserer Großelterngeneration gibt es kaum noch. Heutzutage ist man gesund, sportlich aktiv, steht auch nach der Pensionierung mitten im Leben.

Nach Angaben der FAZ vom März 2016 wird sich die Lebenserwartung bei Frauen seit 1950 von 68 Jahren bis 2060 auf 89 Jahre und bei Männern von 65 Jahren auf 85 Jahre verlängern. Wir sind einem demografischen Wandel unterworfen, unsere Bevölkerung wird immer älter. Erfreulicherweise sind die Geburtenraten in den letzten 3 Jahren wieder angestiegen, sodass wir jetzt in Deutschland bei 1,47 Kindern/Frau liegen.

Krankheiten nehmen im Alter zu. Die älter werdende Bevölkerung ist mehr als die jüngere auf medizinische Leistungen angewiesen. Gesundheitsratgeber geben Tipps für ein Älterwerden in Jugendlichkeit. Auf Homepages preisen Ärzte und Krankenhäuser ihre Expertise an. In Rankinglisten, wie dem Focus, finden wir Beurteilungen, die uns zu den besten Ärzten im Lande führen. Ständig neue Produkte und Innovationen verheißen Ersatz für degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule, den Gelenken, bei Herzklappenfehlern oder Gefäßverschlüssen. Alles scheint ersetzbar - man muss nur den richtigen Arzt finden.

Maio schreibt zum Perfektionswahn in der Medizin: "Die moderne Gesellschaft setzt ganz auf Machbarkeit und nutzt Technik und Wissenschaft dazu, Vollkommenheit auf der Basis von Perfektion zu bestimmen."

Der Anspruch an uns Ärzte ist immens gestiegen. Das bewährte, auf Vertrauen basierende Arzt-Patienten-Verhältnis ist aus der Mode gekommen und einem Kunden-Unternehmens-Verhältnis gewichen. Dass diese neue Nomenklatur – von Krankenhausvorständen gewünscht – ein ganz anderes Anspruchsdenken vonseiten der Patienten impliziert, ist offensichtlich vielen nicht klar.

An den Chirurgen von heute werden mehr und mehr Anforderungen gestellt:

Er muss ein ausgezeichneter Operateur sein – das ist Voraussetzung.

Er muss ein hervorragender Lehrer und Ausbilder sein.

Er muss ein Wissenschaftler mit innovativen Therapiestrategien sein, erfolgreich im Beantragen von wissenschaftlichen Projekten, dem Schreiben von Publikationen und Halten von Vorträgen.

Er muss Manager und Ökonom mit betriebswirtschaftlichen Kenntnissen sein. Dies wird von einem Chefarzt heute obligatorisch verlangt.

Bei alldem ist er Arzt, der die ethische Verantwortung für die ihm zugewiesenen Patienten übernommen hat. Er vertritt im Sinne des Eids des Hippokrates und in der Neufassung der Genfer Konventionen ethisch die Interessen der ihm anvertrauten Patienten.

Unser Gesundheitssystem unterliegt seit Jahren einem dramatischen Wandel. Bedingt ist dies durch die enorme Kostensteigerung bei ständigen Fortschritten und neuen Therapiestrategien, die möglichst allen zugutekommen sollen.

Die Einführung des DRG-Systems vor mehr als 10 Jahren hat nicht zu der erhofften Kostensenkung im Gesundheitswesen geführt. Die gewünschte Bettenreduktion hat zu einer Verkürzung der Liegezeiten mit Verschiebung zu kostenintensiven Tagen beigetragen. Die Zahl der Eingriffe hat nicht ab-, sondern zugenommen. Es zeigt sich ein Trend zu komplexen Fällen mit hohem DRG-Erlös.

Von der Schließung bedrohte Krankenhäuser oder Einrichtungen mit defizitären Jahresabschlüssen versuchen sich durch Etablierung von gewinnträchtigen chirurgischen Abteilungen zu sanieren. Dabei steht nicht eine Strukturnotwendigkeit zur adäquaten Patientenversorgung im Vordergrund, sondern der lokale politische Wille zur Stärkung des Krankenhauses – und dies wird von den Krankenkassen mitgetragen.

Das neue Krankenhausstrukturgesetz und das Versorgungsstärkungsgesetz streben eine Stärkung der Rechte und der Versorgung der Patienten sowie einen Abbau von Überversorgungen an. Mit Terminservicestellen, dem Zweitmeinungsverfahren und der Forderung nach Mindestmengen soll die Qualität gesteigert werden. Der Aufkauf von Arztpraxen durch die KVen in überversorgten Regionen soll regulierend wirken. Die neue Qualitätsoffensive des BMG will schlechte Leistungen sanktionieren und gute Leistungen honorieren. Dies soll Alltag werden und kann bis zu Schließungen von Abteilungen führen. Wie man Qualität vergleichend und objektiv bei dem multifaktoriellen Geschehen eines alten oder multimorbiden Patienten beurteilen will, bleibt jedoch abzuwarten.

Ob all diese Maßnahmen zu einer Reduzierung der Ausgaben im Gesundheitssystem führen werden, darf bezweifelt werden. Denn auch diese regulierenden, kontrollierenden Stellen verursachen neue Kosten.

Eines wird jedoch klar, sowohl die freie Arztwahl als auch die Freiheit des ärztlichen Berufs werden eingeschränkt. Der Arzt wird mehr und mehr zum weisungsgebundenen, kontrollierten Dienstleister. Von der KBV kommt jetzt der Vorschlag: Freie Arztwahl nur gegen Zuzahlung.

Das Motto des diesjährigen Kongresses: "Chirurgie im Spannungsfeld von Technik, Ethik und Ökonomie" adressiert die Probleme der Medizin der heutigen Zeit.

Lassen Sie mich meine nun folgenden Ausführungen in 5 Punkte unterteilen:

- 1. Der technische Fortschritt
- 2. Das Spannungsfeld zwischen Technik und Ethik
- Das Spannungsfeld zwischen Ethik und Ökonomie
- 4. Auswirkungen auf den Nachwuchs
- 5. Meine Visionen zur Zukunft der Chirurgie

Zunächst möchte ich einige wesentliche Punkte zum aktuellen technischen Fortschritt in den chirurgischen Fächern aus meiner Sicht erwähnen.

Die prä- und intraoperative Bildgebung mit der Entwicklung von hochauflösenden Verfahren haben die operativen Prozeduren sicherer gemacht, die Eingriffe minimalisiert, die Operationstraumen reduziert und das intraoperative Vorgehen kontrolliert. Moderne spektroskopische Verfahren werden uns in Zukunft histologische Klassifikationen in situ erlauben. In der Neurochirurgie war die Visualisierung

Chirurgie | Juli 2016 79

133. Kongress

innerhalb der Schädelkapsel, die vorher für uns nahezu eine "Blackbox" war, besonders wichtig. Mit der Entwicklung der Neuronavigation und des intraoperativen MRTs wurde eine große Sicherheit für unsere Patienten erlangt. Heute können wir bereits bildgebend Funktionen des Gehirns über einen Algorithmus des erhöhten Blutflusses im aktivierten Hirnareal intraoperativ darstellen.

Die "robotic"-Chirurgie gewinnt zunehmend an Beachtung. Es bleibt abzuwarten, inwieweit intelligente Robotersysteme zuverlässig chirurgische Arbeiten übernehmen können und zum Standard im Operationssaal werden.

Faszinierend sind die Entwicklungen in der Restauration von Funktionen, wie Brain Computer Interfaces, intelligente Extremitätenprothesen oder Guidingsystemen, die intraoperativ über Kurvenverläufe unter Schonung von eloquenten Arealen zu unserem Operationsziel führen.

Die Implantatentwicklungen und innovativen Medizinprodukte sind ein weiterer Meilenstein, der unsere operativen Strategien revolutioniert hat. Nach Angaben des statistischen Bundesamts vom April 2015 lag der Gesamtumsatz für Medizinprodukte 2013 bei 31 Milliarden € ohne Investitionsgüter und Zahnersatz.

Aber nicht nur die uns unmittelbar im Operationssaal beeinflussenden technischen Neuentwicklungen tragen zu den Fortschritten in der Chirurgie bei, sondern vor allem auch die Arbeiten im Labor. Die personalisierte Medizin oder "tailored medicine" ist ein fester Begriff geworden. In der Chirurgie werden bereits präventiv Operationen bei pathologischer genetischer Disposition vorgenommen.

Die Regenerationsforschung hat zusammen mit der Stammzellforschung eine ganz neue Bedeutung erlangt. Selbst im Gehirn, einem ausdifferenzierten postmitotischen Gewebe, finden wir in einigen Regionen adulte neurale Stammzellen und glauben an eine Regenerationsfähigkeit.

All diese Entwicklungen stimmen euphorisch, optimistisch – fast alles scheint möglich zu sein. Die erheblich gestiegene Lebenserwartung der Bevölkerung kommt nicht von ungefähr. Sie beruht

neben dem deutlich gestiegenen Lebensstandard und der politischen Sicherheit im Wesentlichen auf den Fortschritten in der Medizin.

Was bedeutet das, oder besser gesagt, impliziert das bei unseren Patienten – und damit komme ich zu meinem zweiten Punkt, dem Spannungsfeld zwischen technischer Machbarkeit und unserer ethischen Verantwortung.

Der aufgeklärte Patient hat längst gelernt, sich im Internet Informationen über Krankheiten und die kompetentesten Ärzte zu organisieren. Er liest über Heilungen in aussichtslos geglaubten Fällen, hält das für Normalität und hofft auf Hilfe. Sein Anspruchsdenken ist groß, die Erwartungen häufig unrealistisch. Wir alle wissen, dass ein Patient in einem Aufklärungsgespräch – und wenn es noch so gut geführt wird - oft nur einen Bruchteil versteht und das heraushört, was er erhofft und erwartet. Die Risiken sind ihm meist nicht bewusst oder werden einfach ausgeblendet. Erwähnungen von Folgeeingriffen werden ignoriert, mögliche Spätkomplikationen nicht zur Kenntnis genommen. Bei weit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen mit systemischer Metastasierung wird von Patientenseite auf wiederholte Eingriffe gedrungen. Von Arztseite wird es möglich gemacht, obwohl die Lebensverlängerung marginal ist und schon lange nicht mehr mit einer entsprechenden Lebensqualität einhergeht. Hier sind wir in unserer ethischen Verantwortung gefordert, rechtzeitig sinnlose Operationen abzulehnen und den Patienten in die richtige Richtung zu führen.

Den enormen Patientenerwartungen stehen auf der anderen Seite die Patientenverfügungen gegenüber. Der Patient will leben, aber er will ein Leben in Unabhängigkeit. Während wir auf der einen Seite mit überzogenen Patientenerwartungen konfrontiert werden, sollen wir auf der anderen Seite auch dieienigen sein, die Therapien beenden, den Patienten sterben lassen. Hinzu kommt der Druck der Angehörigen, die die Übernahme eines Pflegefalls häufig - trotz der berichteten hohen Prozentzahl der Pflege durch Angehörige zu Hause - ablehnen. Nicht selten sehen sich die Krankenhäuser gerade in diesen Situationen alleine gelassen, Patienten nicht entlassen zu können, auf teuren Maximalversorgungs- oder Intensivbetten schon längst austherapierte Patienten halten zu müssen, weil die Weiterversorgung zu Hause nicht gewährleistet ist oder in einem anderen Krankenhaus, einer Reha-Klinik, in der Kurzzeitpflege oder auf der Palliativstation Kapazitäten zur Übernahme nicht zur Verfügung stehen. Dieses soziale und humanitäre Verhalten der Krankenhäuser wird dann im Gegenzug durch die Krankenkassen noch mit Abschlägen beschieden, da die Liegezeiten überschritten wurden, der Krankenhausaufenthalt nicht mehr nötig war. Wo sind an dieser Stelle die Hilfen und die Regelungen, derer wir so dringend bedürfen?

Natürlich will man Grenzen verschieben. Ernst Bloch sagt: "Man muss ins Gelingen verliebt sein, nicht ins Scheitern." Natürlich fordert der Patient heute in der Regel ein aktives Vorgehen, sucht den Arzt auf, der dann doch noch den aussichtslosen Versuch wagt. Dazu wieder Bloch: "Wenn wir zu hoffen aufhören, kommt, was wir befürchten, bestimmt." Natürlich können nur mit "einem Grenzen verschieben Wollen" Fortschritte erzielt werden. Aber immer mit Augenmaß und nicht um jeden Preis und vor allem nicht aus Prestigeoder ökonomischen Erwägungen.

Dies führt uns zu dem dritten Punkt, dem Spannungsfeld zwischen Ethik und Ökonomie.

Der Staat greift heute mit ständig neuen Gesetzen regulierend in das Gesundheitssystem ein. Offensichtlich ist es die Ohnmacht, die Kosten, die durch den Fortschritt in der Medizin entstehen, noch abdecken zu können. Nach Angaben des statistischen Bundesamts 2015 lagen die Gesundheitsausgaben 2014 bei 328 Milliarden € und machten damit 11,2% des Bruttoinlandsprodukts aus. Es ist die drängende Frage, wie man unter dem ökonomischen Druck neueste medizinische Erkenntnisse noch für alle verfügbar halten kann. Diese Sorgen sind berechtigt und nachvollziehbar.

Budgetdeckelungen, Planzahlen der zu behandelnden Fälle, Casemix-Punkte, Liegezeiten, Bettenbelegungen, Ausgaben und Erlöse gehören seit Jahren zu einer normalen Klinikführung. Die Vorgaben werden in Strukturgesprächen am Jahresanfang definiert, eine Punktlandung soll zum Jahresende angestrebt werden. Personal soll möglichst reduziert, dabei das Arbeitszeitgesetz eingehalten und die Er-

löse jährlich gesteigert werden, um zumindest die Inflationsrate und die steigenden Gehälter auffangen zu können.

Mit Nachdenklichkeit konnte man in den letzten 10 Jahren zusehen, wie sich die Krankenhauslandschaft in Deutschland verändert hat, sich die Häuser neu organisiert haben. Es geht um das Überleben der Krankenhäuser. Nach einem Bericht des Rheinisch-Westfälischen Wirtschaftsinstituts RWI 2013 werden bis 2020 voraussichtlich 13% der jetzigen Krankenhäuser geschlossen sein. 6% der ländlichen Krankenhäuser gehen davon aus, dass sie die nächsten 5 Jahre nicht überleben. Circa die Hälfte aller Krankenhäuser weisen am Ende des Jahres rote Zahlen auf. Es ist ein Fond von 1 Milliarde € vorgesehen, der eine Überführung dieser Häuser in andere Einrichtungen ermöglichen soll. Aktuell benötigen die Krankenhäuser 6 Milliarden € an Investitionsmitteln.

Wir kennen die Krankenhausketten, die unser Land überziehen. Wir sehen Großkonzerne, die defizitäre Krankenhäuser aufkaufen, zunächst investieren, und dann z.B. durch die Gleichschaltung von Einkauf, Hygienestandards, OP-Management und -Strategien diese in die positive Erlössituation führen. Über assoziierte Praxen werden die Patienten rekrutiert und teilweise bei Bedarf über hunderte von Kilometern innerhalb des Konzerns verlegt. Die erwartete Erlössteigerung in einigen der kommerziellen Häuser liegt nach 1 Jahr bei 2, nach 6 Jahren bei 12–15%.

In den Medien wird kolportiert: "Auf der Intensivstation. Jedes vierte Krankenhaus in Deutschland macht Verlust. Dabei ist es gar nicht so schwer mit dem Geld auszukommen. Man muss es nur wollen."

In den letzten 10 Jahren ist der Anteil der privaten Krankenhäuser in Deutschland nach Angaben des Bundesverbands Deutscher Privatkliniken 2013 auf ca. 34% gestiegen. Der Großkonzern Fresenius erwartet aufgrund der Flüchtlingskrise eine weitere Privatisierung der Krankenhäuser, weil die Zuwanderung auf mittlere Sicht zu knappen staatlichen Budgets führen könnte, die dies beflügeln.

Die Konzernstrukturen werden die Medizin neu prägen – von den medizinischen Inhalten bis hin zum vereinheitlichten Nahtmaterial und Mundschutz. Es ist irri-

tierend, wie unlängst in der Zeitung zu lesen war, dass die Hygienestandards in einem der großen Klinikkonzerne an zwei Standorten unter den Anforderungen lagen, und somit eine Patientengefährdung vorlag.

Die Mitarbeiter im ärztlichen und Pflegebereich sehen sich trotz Arbeitszeitgesetz überfordert. Die Arbeit muss bei knappem Personalschlüssel geschafft werden, Überstunden werden nur noch begrenzt bezahlt, OP-Personal ist in Pools organisiert, verliert die Fachzugehörigkeit und damit die Bindung und den Idealismus für das Fach. Der Krankenstand steigt dramatisch.

Man fragt sich, was aus den Krankenhäusern und Praxen wird, die keine Zugehörigkeit zu Konzernen haben? Man fragt sich, was aus den Universitätskliniken wird?

Die ersten Schritte sind bereits gemacht, Universitäten beginnen sich in Klinikverbünden zu organisieren. Was außeruniversitär Schule gemacht hat, wird nun mit universitärer Beteiligung weitergeführt. Der Staat zieht sich aus der finanziellen Verantwortung für die Universitäten schrittweise zurück. Die jährlichen Investitionsbudgets ermöglichen vielfach kaum noch die Ersatzbeschaffung. Der Staat überlässt die Medizin offensichtlich dem freien Markt.

Private Universitäten sprießen aus dem Boden. Es soll ein verkürztes, dafür ausgesprochen praxisorientiertes Medizinstudium angeboten werden, das nach Abschluss dem herkömmlichen Medizinstudium gleichgesetzt wird. Was heißt das für unseren Anspruch an Wissenschaft und Forschung und den Wissenschaftsstandort Deutschland?

Schon jetzt findet man Schlagzeilen: "Mediziner haben das Forschen verlernt. Kaum ein Absolvent der Medizin weiß noch, wie wissenschaftliches Arbeiten geht. Gutachter fordern, dass sich das Studium ändert. Doch den Universitäten fehlt dafür das Geld." Der Wissenschaftsrat fordert daher: Schon während des Medizinstudiums sollen Studenten zu wissenschaftlichem Arbeiten angeleitet werden. Grundlagen sollen in ausführlichen Methodikkursen gelehrt werden. Ein frühzeitiges Heranführen an die Forschung ist gewünscht.

Was bedeuten all diese Entwicklungen für den Nachwuchs?

Eine der wichtigsten Aufgaben für die Zukunft ist, junge Menschen für den Arztberuf zu motivieren und zu begeistern. Wir wollen die Besten für die chirurgischen Fächer gewinnen. Menschen die bereit sind, sich uneingeschränkt für die Patienten einzusetzen, die den Arztberuf als Berufung ansehen. Ich bin überzeugt, dass die Generation Y eine hoch motivierte Generation ist, die sich einsetzen will – aber nicht um jeden Preis. Sie will einen Sinn in dem sehen, was sie macht. Einen kritiklosen Einsatz - wie es noch in unseren Generationen der Nachkriegszeit und der Babyboomer war - gibt es heute nicht mehr. Die Generation Y will ein ausgeglichenes Leben - Work-Life-Balance ist das Schlagwort. Sie will sich im Beruf und in der Familie engagieren, und das gilt für Männer wie für Frauen. Die Zukunft in der Medizin wird von mehr Halbtagsstellen, Elternzeit und Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes geprägt sein. Und wir werden auch mit diesen Herausforderungen zurechtkommen. Die strukturierte Ausbildung, neue Karrieremodelle mit klinischem oder wissenschaftlichem Schwerpunkt - dies gilt auch für die Universitäten - müssen angeboten werden. Der Physician Assistant ist geboren. Themen der Delegation werden diskutiert. Eine Substitution wird abgelehnt. Eine wesentliche Forderung für die Zukunft muss die Entlastung bei den Dokumentationen durch dafür ausgebildete nichtakademische Dienste sein, sodass die Ärzte sich wieder intensiver ihrer eigentlichen Aufgabe in der Patientenversorgung widmen können, und die Attraktivität unseres Arztberufs wächst.

Lassen Sie mich zum Schluss mit Ihnen meine Vision von der Chirurgie teilen.

Ich bin fest davon überzeugt: Das Bild des Chirurgen der Zukunft wird sich ändern. Ob wir es wollen oder nicht: Viele Operationen haben oder werden sich erübrigen, da die Krankheiten medikamentös oder strahlentherapeutisch behandelt werden können. Viele Eingriffe haben sich bereits minimalisiert. Der Begriff der MIC – minimalinvasive Chirurgie – hat in den Alltag Einzug gehalten. Endoskopische Verfahren haben offene chirurgische Prozeduren abgelöst. Interventionelle Vorgehensweisen – gerade in der Gefäßchirurgie – sind heute Standard und in einem nicht unbe-

Chirurgie | Juli 2016

133. Kongress

trächtlichen Prozentsatz einer offenen chirurgischen Maßnahme vorzuziehen. Der Chirurg der Zukunft wird sich nicht mehr überwiegend über seine Tätigkeit im OP-Saal definieren können. Er muss Interventionalist, Radiochirurg und Operateur sein. Die perioperative Medizin muss die Domäne der Chirurgie bleiben.

Organspezifische Zentrumsbildungen könnten zu neuen Facharztstrukturen führen. Es ist nicht auszuschließen, dass es irgendwann z. B. den Lebertherapeuten oder den Kolontherapeuten gibt.

Die Robotik und andere intelligente Systeme werden in gewissem Maße Prozeduren übernehmen.

Viele Erkrankungen werden molekular aufgeschlüsselt sein, frühe therapeutische Interventionen werden möglich.

Wissenschaftlich gehen wir den Weg der Interdisziplinarität und des Expertentums schon heute. Um konkurrenzfähig zu sein, haben wir alle längst einen Wissenschaftler zum Leiter unserer Laboratorien eingesetzt. Wir sehen, dass wir uns in Ver-

bünden vernetzen müssen, um gefördert zu werden.

Die Nachwuchsgewinnung und -förderung sehe ich optimistisch, solange wir die Werte und die Faszination unseres Berufs adäquat vermitteln.

Einer der wesentlichen berufspolitischen Schritte für die Zukunft ist die Einheit der Chirurgie. Ich bin fest davon überzeugt. dass es der einzige Weg ist, um die Interessen der chirurgischen Fachdisziplinen überzeugend vorzutragen und durchzusetzen. Wir haben im vergangenen Jahr große Fortschritte erzielt. Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie ist und bleibt eine Mitgliedergesellschaft, und die 10 chirurgischen Fachgesellschaften haben sich dazu bekannt. Wir arbeiten an dem Ziel der Doppelmitgliedschaft in der DGCH. Um das zu erreichen, müssen wir Vorleistungen erbringen, die die Mitglieder in den verschiedenen Fachgesellschaften von der Notwendigkeit und dem Mehrwert durch einen Beitritt zur DGCH überzeugen.

Der Arztberuf – und natürlich spreche ich besonders für die Chirurgen – sollte sich auch in Zukunft über Idealismus und Berufung definieren, und wir müssen wieder genügend Zeit für unsere Patienten haben. "Heilende Worte. Ärzte sprechen zu wenig mit ihren Patienten, was diese verunsichert und sogar zu falschen Diagnosen führen kann" – so wird in den Medien diskutiert. Dies ist eine Forderung an uns.

Lassen Sie mich schließen mit einem Zitat aus der Präsidentenrede von K. H. Bauer 1952, das auch Prof. Arbogast in seiner Präsidentenrede anführte: "Wir müssen kämpfen um die Freiheit unseres Berufsstandes. Es besteht kein Zweifel, dass wir trotz unseres unersetzlichen Wirkens und unseres großen Arbeitseinsatzes vielfach übergangen werden und ins Hintertreffen zu geraten drohen. Übergriffe von Krankenhausverwaltungen, Eingriffe des Staates verlangen Handeln. Was wir nicht selber tun, das wird mit uns getan."

Gabriele Schackert Präsidentin DGCH 2015/2016

Gabriele lut

82 Chirurgie | Juli 2016