Präsidentenrede anlässlich des 134. DGCH-Kongresses 2017

AUS DER DGCH

Sehr verehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

Verantwortung, Vertrauen, Sicherheit – warum dieses Motto, was wollen Sie damit erreichen und warum gerade jetzt? Das waren häufige Fragen, die ich im bisherigen Präsidentenjahr in vielen Gesprächen beantworten musste.

Lassen Sie uns gemeinsam diese Fragen erörtern und versuchen zu erläutern, warum wir uns nicht nur in den nächsten Tagen intensiv mit den sogenannten Grundwerten der Chirurgie beschäftigen sollten und wie uns die DGCH in unseren gemeinsamen Zielen unterstützen könnte.

Ich konzentriere mich auf drei Themenbereiche:

1. Was sind Grundwerte in der Chirurgie und wie definieren wir sie?
2. Was erwarten wir konkret von Politik, Kostenträgern und Partnern?
3. Welche Rolle spielt die DGCH in diesem Prozess?

1. WAS SIND GRUNDWERTE IN DER CHIRURGIE UND WIE DEFINIEREN WIR SIE?

Was macht nun eine Chirurgin, einen Chirurgen aus? Auf den ersten Blick eine einfache Frage, erscheint das Berufsbild des Chirurgen doch klar definiert. Bei genauerer Betrachtung ist eine Definition allerdings vielschichtiger und viel komplizierter! Sind wir auf das Führen eines Skalpells reduziert, eine Definition, die die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin in einer kürzlich veröffentlichten Stellungnahme angewandt hat, oder ist es die besondere Form der Verantwortung dem Patienten gegenüber? Ist es unsere besondere Charakterstruktur und innere Einstellung – ich verweise nur auf die gerne in Arztserien verwendeten Klischees - oder ist es die Verpflichtung nicht nur akademisch verankerter Mediziner zu sein, sondern auch noch manuelles Geschick zu haben? Ist es Entscheidungsfreude, aber auch Entscheidungszwang, gerade in kompliziertesten Situationen unmittelbar Lösungen finden zu müssen? Ist es die Weisheit manche Dinge zu lassen oder aber die Gewissheit, dass wir letztendlich in vielen Fällen „verletzen“ müssen - und das teilweise in ganz erheblichen Maße - um hoffentlich eine Heilung zu erreichen?

Wahrscheinlich werden wird nur durch die Kombination verschiedener Eigenschaften, letztendlich aber eher durch ihre Summe beschreibbar!

Aus dem Gesagten wird aber ganz klar: Die Chirurgie ist besonders! Sie ist salopp gesagt eine „besondere Branche“ innerhalb der Medizin. Sie braucht auch sehr spezielle Mediziner, die sie ausüben können. Diese brauchen dafür auch ganz besondere Rahmenbedingungen, über die wir noch sprechen werden. Das betrifft grundsätzlich alle Bereiche der Chirurgie, ob überwiegend operativ oder auch konservativ, die chirurgische Denkweise, das chirurgische Herangehen an das klinische Problem ist die bindende Eigenschaft.

BESONDERHEITEN IN DER CHIRURGIE: ARZT-PATIENTEN-BEZIEHUNG

In diesem Zusammenhang ist zunächst die ganz besondere Arzt–Patienten-Beziehung zu nennen, eine Beziehung ohne „Hintertür“, unmittelbar und häufig ohne Ausweichmöglichkeit, weder für den Patienten, noch für den Chirurgen. Wir müssen definitionsgemäß oft

PROF. DR. MED. TIM POHLEMANN
Präsident DGCH 2016/2017
info@dgch.de

„verletzen". Der Patient weiß das, davor hat er Angst! Wir selbst hingegen müssen abwägen, ob die Therapieoption geeignet ist, ob der Patient geeignet ist, ob wir selbst geeignet sind und wo und wie eventuelle Lösungsmöglichkeiten bei der großen Vielzahl von erwarteten, aber auch viel häufiger, den möglichen, unerwarteten Komplikationen liegen. In diesem Spannungsfeld bewegt sich unser Verantwortungsbewusstsein, das kann uns niemand abnehmen und das soll uns auch niemand abnehmen! Dieses Verantwortungsbewusstsein ist die Grundlage des benötigten Vertrauensverhältnisses zum Patienten. Dieses Vertrauen ist extrem persönlich, ich möchte sogar sagen intim. Es entwickelt sich oft in wenigen Sekunden, wenn der erfahrene chirurgische Arzt auf den Patienten zugeht und der Dialog über einen anstehenden operativen Eingriff beginnt. Natürlich kann es dabei auch Störungen geben, aber im Regelfall verlässt sich der Patient darauf, dass genau dieser Chirurg ihn sicher durch die ihm vollkommen unbekannte Welt des Krankenhauses, des Operationssaals führt und den Überblick über alle, ihm in der Regel unbekannten, Beteiligten behält. Die Entwicklung dieser Eigenschaft wächst mit der Zeit, wir bezeichnen sie landläufig als Erfahrung. Rein formell als „Indikationsstellung" bezeichnet, inkludiert dieser Prozess einen äußerst komplexen, intellektuellen Vorgang. Es ist eine hochindividuelle, patientenzentrierte Entscheidungsabwägung. Sie kann, von außen betrachtet, schnell, direkt und einfach aussehen, ist es aber nicht. Diese verantwortliche Abwägung ist ein wesentlicher Grundwert einer verantwortungsvollen Chirurgie und hat uns von Anbeginn begleitet. Daher waren wir auch über die öffentlichkeitswirksame Kampagne „Choosing wisely" (Gemeinsam klug entscheiden) überrascht. Wir dachten, darauf müsste man an sich nicht explizit hinweisen müssen, die gemeinsame Entscheidungsbasis ist in der modernen Chirurgie Alltag! Für schwierige Situationen haben wir in vielfältigen Leitlinien Entscheidungshilfen gegeben.

BESONDERHEITEN IN DER CHIRURGIE: DER OPERATIVE EINGRIFF UND DIE PERIOPERATIVE BETREUUNG

Die Indikationsstellung, Operationsdurchführung und -nachsorge sind Spezifika in der operativen Medizin. Hierzu werden besondere Rahmenbedingungen benötigt. Die präoperative Risikoevaluation, Indikationsstellung, der Operationsbereich und die postoperativen Intensiv- oder Überwachungseinheiten sind zwischenzeitlich in Ausstattung und Prozessen recht gut definiert und zumindest von der Papierform her auskömmlich ausgestattet. Fehlt dort eine der benötigten Komponenten, macht sich das innerhalb kurzer Zeit durch Bettenschließungen, Operationsverschiebungen, Saalschließung und andere Kapazitätsengpässe bemerkbar. Neu für uns sind dagegen die Mangelsituationen im Bereich der Normalstationen. Diese Bereiche sind leider nicht gut definiert und unterliegen daher, wie alle anderen Normalstationen eines Krankenhauses, einem radikalen Sparkurs. Chirurgische Stationen wiesen aber aufgabenbedingt schon immer einen deutlich höheren Pflegeaufwand auf. Ich erinnere daran, es waren chirurgische Stationen aus denen sich die ersten Überwachungseinheiten und Intensivstationen entwickelt haben. Diesen besonderen Pflege- und Betreuungsaufwand gibt es aber noch immer, er ist heutzutage sogar noch höher, da sich Liegezeiten verkürzen, damit Patientenwechsel häufiger werden und der dramatische demographische Wandel inzwischen auf den Stationen angekommen ist. Darunter leidet die Chirurgie besonders. Der allgemeine Pflegeschlüssel Deutschlands ist nach aktuellen Untersuchungen im Europavergleich an die unterste Stelle gerückt. Bei der Betrachtung der Personalausstattung wird aber nur selten auf unsere spezifischen Bedürfnisse eingegangen. Ich nenne in diesem Punkt aber unsere Krankenhausverwaltungen. Im derzeitigen Vergütungssystem muss systembedingt jedes Jahr erneut gespart werden oder die Leistung erweitert werden, um zusätzliches Einkommen zu generieren und Abschläge zu kompensieren. Das führt natürlich auch innerhalb der Häuser zu unschönen Verteilungskämpfen um die Ressourcen. Der bisher von uns schablonenhaft geübte „chirurgische" Lösungsansatz ist leider jetzt nicht mehr zielführend und inzwischen hinderlich. Steigt der Patientendruck, wird schneller gearbeitet, die ärztliche Versorgung auf den Stationen wird eingeschränkt und alle verfügbaren Kräfte in

POHLEMANN T. PRÄSIDENTENREDE ANLÄSSLICH DES 134. DGCH-KONGRESSES 2017. PASSION CHIRURGIE. 2017 MAI, 7(05): ARTIKEL 06_01.

Operationsbereich und Ambulanz eingesetzt, um möglichst vielen Patienten gerecht zu werden. Die Überlastung auf den Normalstationen und das Komplikationsrisiko nimmt dadurch weiter zu, vielfältige wissenschaftliche Untersuchungen belegen diese Entwicklung. Reduziert man sich auf eine vernünftige Belegungsrate, müssen Patienten abgewiesen werden und die typischen Folgeeffekte sind Bettenschließungen, weiterer Personalabbau oder Patientenunzufriedenheit bei unzumutbaren Wartezeiten. Anders ist das z. B. in Skandinavien, wo lange Wartezeiten, teilweise über mehrere Monate für elektive Operationen, politisch begründet werden und gesellschaftlich akzeptiert sind.

BESONDERHEITEN IN DER CHIRURGIE: CHIRURGIE IST TEUER!

Operationsbereiche sind normalerweise die teuersten und personalintensivsten Bereiche eines Krankenhauses. Unter dem derzeitigen ökonomischen Druck ist es verständlich, dass sie effektiv, optimal und möglichst lange über die Zeit betrieben werden sollen. Denn damit kann sich der Kostenfaktor Operationsbereich umkehren und im derzeitigen Finanzierungssystem ganz erheblich zum Einkommen der Häuser beitragen und sogar andere Bereiche querfinanzieren. Unter dem angesprochenen Aspekt der patientengerechten, individuellen Indikationsstellung ist von Seiten des verantwortlichen Chirurgen ein sehr hoher ethischer Standard zu fordern, um sich ggf. bestehenden Fehlanreizen konsequent zu widersetzen. Zwar hat auch der Krankenhausarzt natürlich Therapiefreiheit und ist nur gegenüber seinem ärztlichen Gewissen verantwortlich, nach derzeitiger Vertragslage müssen aber selbst Chefärzte in einem erheblichen Abhängigkeitsverhältnis arbeiten. Die zunehmende Zahl von Chefarztwechseln, auch in chirurgischen Kliniken, sollte aufhorchen lassen. Grundsätzlich zielführender für die Chirurgie wäre es, über zwangsläufig entstehende Anreize und Hindernisse im derzeitigen Finanzierungssystem nachzudenken, die sogenannten Fehlanreize. Ist es wirklich notwendig, alle Patienten einem Quotienten aus Diagnose und Prozedur zuzuordnen? Die Diagnose allein spielt nämlich nur in Kombination mit der „richtigen“ Prozedur eine „günstige“, finanziell definierte, Rolle. Kurz erläutert, beim altersbedingten Wirbelkörperbruch macht die Krankenhausbehandlung nur Sinn, wenn, zwar minimalinvasiv, aber doch operativ vorgegangen wird. Die gleichwertige konservative Behandlung ist zeitaufwändiger und schwieriger, insbesondere wenn ausreichende ambulante Versorgungsmöglichkeiten fehlen, die Familie ausfällt und die betroffene Patientin einfach zwei Wochen intensive Betreuung benötigt. Das Ergebnis wird das gleiche bleiben, nur ist eine Operation vermieden. Hier benötigt man einen starken Charakter, um standhaft zu bleiben!

BESONDERHEITEN IN DER CHIRURGIE: INTERDISZIPLINARITÄT!

Die Chirurgie hat sich immer den fachgebietsübergreifenden Entwicklungen angepasst und war immer Vorreiter im „Technologietransfer“, um Fortschritte zu erzielen. Sie sieht sich daher auch heute noch als typisches, patientenbezogenes Schnittstellenfach. Da wir mit der Entscheidung zu einem operativen Eingriff eine extrem hohe Verantwortung tragen, ist es notwendig engen Kontakt zu allen Nachbargebieten zu halten, um im Sinne der Patienten eine optimale Entscheidung treffen zu können. Die Kenntnis von nichtoperativen Verfahren ist dabei selbstverständlich. Nur so kann die Beratung individuell erfolgen, eine Therapie in allen Facetten durchgeführt und gesteuert wird. Man stelle sich nur die Entwicklung der operativen Frakturbehandlung vor, wenn sich hier über die Jahre hinweg konkurrierende Systeme entwickelt hätten! Nicht vorstellbar, sogar lächerlich, werden Sie zurecht denken, aber es gibt eben Bestrebungen uns zu methodendefinierten Handwerkern zu „degradieren“. Daher ist auch dieser Aspekt eine wichtige und überlebenswichtige Komponente bei der Definition unserer chirurgischen Grundwerte zuzuordnen!

BESONDERHEITEN IN DER CHIRURGIE: AUSBILDUNG UND SCHULUNG

Wie lernt man Chirurgie? Die Besonderheit liegt in der Vielzahl der Inhalte, der Komponente der akademischen Medizin kombiniert mit manuellen Fähigkeiten, dem Fähigkeitserhalt, der Persönlichkeitsformung und der notwendigen Erfahrung. Das Erlernen dieses breiten Spektrums braucht Zeit, Zeit die mit und am Patienten verbracht wird sowie Zeit mit erfahrenen Kolleginnen und Kollegen. Der dazu verfügbare Zeitrahmen wird aber geringer und daher müssen wir auch in der Weiterbildung über spezifische Rahmenbedingungen für die Chirurgie sprechen. Zur Erlangung von Operationsfertigkeiten brauchen wir Repetitionen in relativ kurzen Zeitabschnitten, um die jungen Kolleginnen und Kollegen auf einen operativen Stand zu bringen, in dem sie sich selbstständig, zwar noch unter Anleitung, aber in den Grundfähigkeiten geschult, weiterentwickeln können. Ich vergleiche das gerne mit Piloten, die ja auch neben theoretischen Wissen von Erfahrung und fliegerischem Können abhängen. Nach intensivster Grundausbildung wird in der Berufsluftfahrt noch recht lange unter Anleitung geflogen, bis das erste komplett eigenverantwortliche Kommando übernommen werden kann. Die „Komplikationsraten“ in der Fliegerei sind inzwischen so niedrig, dass zur Komplikationsvermeidung auf Simulatoren ausgewichen wird. Hier kann repetitiv geübt werden. An derartigen Strategien arbeiten wir zwar, stehen aber noch ziemlich am Anfang und das „System Mensch“ ist dabei komplexer und überraschender! Das bedeutet aber, dass wir auf nicht absehbare Zeit noch an unseren traditionellen Strukturen zur Wissensvermittlung festhalten müssen. Die Komponente „Zeit am Patienten“ darf nicht signifikant durch Bürokratie und Arbeitszeitgesetzgebung beschnitten werden. Der Weg zur Chirurgin und zum Chirurgen sollte für uns innerhalb unserer, ich spreche hier provokativ, „Zunft“ bestimmbar bleiben. Stringente Konzepte mit Flexibilität und Bürokratieabbau fehlen hier und erschweren die Nachwuchswerbung zusätzlich.

BESONDERHEITEN IN DER CHIRURGIE: BRAUCHEN WIR VORBILDER?

Wir brauchen sie und in vielen Gesprächen wurde mir bestätigt, dass die Berufsentscheidung Chirurg sich häufig an spezifischen Vorbildern orientiert hat. Wir brauchen also attraktive „Rollenbilder“. Ich darf zu meinem eigenen Werdegang abschweifen. Familiär war ich medizinisch vollkommen unbelastet und kann in dieser autobiographischen

Einzelfallstudie damit als unverdächtig gelten. In den ersten Semestern wollte ich auf keinen Fall Chirurg werden, Unfallchirurg schon gar nicht, eher etwas mit „Forschung" und „Medikamenten" machen. Nach meinem Wechsel von Heidelberg nach Mannheim war ich von der zwar morgens ungünstig gelegenen, aber faszinierenden chirurgischen Hauptvorlesung von Trede sehr beeindruckt. Die Schönheit der praktischen Aspekte brachte mir danach das PJ-Tertial in der Klinik von Junghanns in Ludwigsburg näher und meine Entscheidung Chirurgie zu machen, war gefallen.

In Hannover trat ich 1983, mehr zufällig, als ausgesucht, in ein für damalige Verhältnisse sehr modern aufgestelltes chirurgisches Zentrum ein. Hier beindruckten mich Persönlichkeiten wie Georg Borst, Rudolf Pichlmayr und Harald Tscherne. Es war ein System, dass nicht nur Persönlichkeit schulte, sondern eine Struktur darstellte, die mit starken, hochspezialisierten Partnern in der interdisziplinären Zusammenarbeit an sich keine chirurgische Grenze anerkannte. Das war mein Rollenbild, das wollte ich können, solche Strukturen wollte ich auch aufbauen können. An dieser Stelle bedanke ich mich ausdrücklich bei meinen glücklicherweise noch anwesenden chirurgischen Lehrern für diese einmalige Chance und den weiter bestehenden Zusammenhalt!

Warum erzähle ich das aber? Das damalige Rollenbild war attraktiv: Hoher Spezialisierungsgrad, ein Zentrum starker Persönlichkeiten, die sich gegenseitig förderten, aber auch forderten, ein besonderer Rückhalt durch die Verwaltung und hohe Durchsetzungskraft gegen die Verwaltung. Chirurgie wurde geschätzt und für uns Assistenten hat sich unser Engagement langfristig immer gelohnt.

Taugt aber auch heutzutage die Position eines Klinikdirektors, eines Chefarztes, oder auch des Praxisinhabers, kurz gesagt des eigenverantwortlich agierenden Chirurgen noch als Rollenbild? Vielfach habe ich da meine Zweifel! Zerrieben zwischen Mangelmanagement, Verwaltung, Bürokratisierung, Gesetzgebung und fallzahlbezogener Leistungsorientierung überwiegt vielerorts die Fremdbestimmung oder zumindest der Eindruck einer Fremdbestimmung. Die eigentliche Patientenbehandlung und Operationstätigkeit ist dabei nur noch eine kurze Periode der beruflichen Erfüllung im Tagesablauf, eingebettet in ein enges Korsett der fremdbestimmten Tätigkeiten.

Da erscheint es logisch, dass heute eher das Berufsziel eines „surgical consultant" an Attraktivität gewinnt. Schnelle Hyperspezialisierung, schnellerer Zugang zu eigenständiger Operationsfähigkeit und baldige Tätigkeit an Operationszentren wird gerne als chirurgisches Berufsziel angegeben.

Sind solche Entwicklungen auch für Deutschland eine Lösung? Ich bezweifle das. Wir haben mit der möglichen Aufgabe unseres Systems der „Chirurgischen Schulen" viel zu verlieren. Vor vier Wochen diskutierten wir dieses Problem mit dem Vorstand des Royal College of Surgeons of England. Trotz differenter, auf Consultants basierender Systeme, bestehen auch in England große Probleme Nachwuchs zu gewinnen, große Schwierigkeiten, die Consultants in eine flächendeckende Versorgung zu integrieren und ein im Vergleich zu Deutschland deutlich erschwerter und teilweise rationierter Zugang der Bevölkerung zu chirurgischen Leistungen. Die USA? Schnelle Spezialisierung, schnelle eigenverantwortliche Tätigkeit sind auch dort Merkmale. Auf den ersten Blick erscheint das attraktiv. Aus Patientensicht ist das aber nicht unkritisch. Die zu erwartende Leistung hängt wesentlich vom Erfahrungsgrad des sich selbstständig in seiner Spezialität weiterentwickelnden jungen Chirurgen nach einer „Fellowship" ab. Der Zugang der Bevölkerung zu speziellen Leistungen ist deutlich stärker an das Einkommen gekoppelt als bei uns und das in Verbindung mit einem deutlich teureren Gesundheitssystem.

Das bedeutet, wir haben viel zu verlieren, wenn wir unkritisch und leichtfertig über chirurgische Weiterbildungscurricula und Organisationsformen entscheiden! Die Chirurgie hat auch hier besondere Anforderungen, die grundsätzlich auch von uns gestaltet werden müssen. Qualität und Sicherheit zu riskieren, um in fünf Jahren „Barfußchirurgen" weiterzubilden, die dann in der unterversorgten Fläche ihre Erfahrungen sammeln, kann und darf nicht unser Ziel sein! Die chirurgischen Standards von Qualität und Sicherheit müssen überall in Deutschland gelten!

Ich komme zum nächsten Abschnitt:

2. WAS ERWARTEN WIR NUN KONKRET VON POLITIK, KOSTENTRÄGERN UND PARTNERN?

DIE RAHMENBEDINGUNGEN FÜR DIE CHIRURGIE MÜSSEN DEFINIERT UND PATIENTENGERECHT ANPASST WERDEN!

Chirurgische Stationen sind pflegeintensive Stationen, sie brauchen besondere Ausstattung und Berücksichtigung. Die demographische Entwicklung erhöht den Aufwand zusätzlich! Die notwendige perioperative pflegerische und ärztliche Betreuung muss einheitlich ausreichend berücksichtigt werden.

Die erforderlichen Rahmenbedingungen haben wir heute Morgen zusammen mit dem Berufsverband Pflege und dem Deutschen Pflegerat diskutiert und artikuliert.

CHIRURGISCHE FORSCHUNG ERMÖGLICHEN!

Über den Bereich der chirurgischen Forschung habe ich bisher noch nicht gesprochen. Das hätte den Rahmen gesprengt und war auch ständiges Thema der letzten Jahre. Aber auch jetzt ist dieses Thema weiter hochaktuell und brisant. Wir wissen, dass chirurgische Sprunginnovationen, wie z. B. die Einführung endoskopischer Operationen, die operative Frakturbehandlung, Technologieintegration und anderes sich außerhalb der strukturellen Forschungsförderung entwickelt haben. Auch hierzu brauchen wir eine besondere Betrachtung der Forschung. Chirurgische Forschung braucht Raum und Zeit im Alltag. Fragestellungen entwickeln sich aus dem Patientenkontakt. Vorschläge zum „Chirurgischen Clinician Scientist" haben wir heute in einer Sitzung formuliert und werden sie als Münchner Deklaration zu Papier bringen.

WIR WOLLEN QUALITÄT UND SICHERHEIT IN DER PERIOPERATIVEN CHIRURGIE STEIGERN!

In diesem Zusammenhang einen herzlichen Dank an die DGAI und ihre anwesenden Repräsentanten für die offenen und konstruktiven Gespräche! Wir brauchen einander und trotz

aller Neckereien können wir nur gemeinsam agieren! Klare Aussagen zur ärztlichen Ausstattung von chirurgischen Stationen, MET und möglichen technischen Ergänzungen wurden diskutiert und auch in gemeinsamen Statements artikuliert.

Erhöhte Qualität und Sicherheit braucht aber zusätzliche Resourcen. Diese müssen sinnvoll eingesetzt werden und wir sind uns alle einig, dass zusätzliche Strukturen erst dann akzeptabel sind, wenn die ausreichende Grundausstattung chirurgischer Stationen gesichert ist.

UNSERE POSITION ZUR MINDESTMENGENDISKUSSION

Eine rein numerische Betrachtung der Mindestmenge ist unseres Erachtens zu kurz gegriffen. Wir alle wissen, dass höhere Fallzahlen die Expertise wachsen lassen und damit auch zu einer höheren Qualität beitragen können. Die Zertifizierungsangebote unserer Fachgesellschaften gehen da weiter und schließen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ein. Muss gesteuert werden, brauchen wir Vorgaben. Andere Länder, und ich nenne hierbei exemplarisch unser Partnerland Niederlande, sind in dieser Beziehung schon deutlich weiter. Hier ist genau festgelegt, in welchem Zentrum, welche Art von Chirurgie angeboten werden soll und im Endeffekt auch nur angeboten werden darf. Das ist aber eine gesundheitspolitische Entscheidung, die auch politisch durchgesetzt wird. Derartiges würde uns sehr helfen, denn die Prinzipien der „freien Marktwirtschaft" sind meiner Meinung nach im hochregulierten Gesundheitsmarkt nur bedingt tauglich.

Auch das Abrücken von einem flächendeckenden, wohnortnahen Versorgungsangebot muss gemeinsam vertreten werden und kann nicht am Unvermögen eines einzelnen Krankenhauses festgemacht werden, das die Mindestmenge nicht erreicht hat.

Es ist zu begrüßen, dass schon derzeit in hochspezialisierten Zentren einzelne Operationen hochfrequent und hochqualitativ angeboten werden. Diese Zentren arbeiten auch ökonomisch vorbildlich und werden als Positivbeispiele genannt. Für eine Standardsituation ist das eine, für alle Beteiligten, äußerst positive Situation.

Es kann aber auf der anderen Seite nicht angehen, dass sich eben diese Zentren aus der Notfall- und Komplikationsbehandlung heraushalten können und Problemsituationen wie komplizierte Verläufe, Komplikationen, Rezidive und Notfallvorstellungen von den Maximalversorgungszentren rund um die Uhr aufgefangen werden müssen. Diese können wiederum, wegen ihres auftragsgemäß sehr breiten Spektrums, die Mindestmengen für Standardoperationen gar nicht mehr erreichen und haben ökonomisch daher kaum noch Kompensationsmöglichkeiten. Hier bräuchte es Steuerung oder einen Ausgleich!

Sehr gerne würden wir auch gemeinsam mit den Kassen an den vorgelegten Routinedaten forschen und könnten sicherlich noch zusätzliche Expertise einbringen!

Wir Chirurgen stehen für Qualität und Sicherheit, wir sind auch bereit, notwendige Strukturänderungen mitzutragen. Dazu verlangen wir aber verlässliche Vorgaben, die gemeinsam von Politik und Kostenträgern den Beitragszahlern gegenüber vertreten werden müssen.

Erlauben Sie mir bitte in diesem Zusammenhang zwei grundlegende und ggf. auch provokative Fragen:

1. Ist es nötig, dass in einem als Solidarsystem angelegten Gesundheitssystem, das auch noch weltweit als herausragend anerkannt ist, der gerade erlebte Konkurrenzkampf zwischen den Krankenhäusern bewusst geschürt wird oder erlaubt der politische Sicherstellungsauftrag nicht auch andere Lösungen der Steuerung?
2. Macht es im Rahmen einer immer komplizierter werdenden Abrechnungssystematik wirklich Sinn, einerseits in den Krankenhäusern immer mehr hochqualifiziertes medizinisches Fachpersonal im Controlling und Performing einsetzen zu müssen, um den zeitaufwändigen Überprüfungen eines ebenfalls mit Fachkompetenz immer weiter „hochgerüsteten" medizinischen Diensts der Krankenkassen standzuhalten, wenn uns auf den Stationen und in den Notaufnahmen dauerhaft qualifiziertes Personal fehlt, um unsere Patienten situationsgerecht und auch empathisch zu behandeln?

Sie müssen verstehen, dass genau diese Fragen immer dann von uns Chirurgen diskutiert werden, wenn es wieder einmal gilt Patienten zu beruhigen, weil Stationen geschlossen wurden, Operationen verschoben werden mussten, die Wartezeiten in den Notaufnahmen ausufern oder die notwendige aufwändige perioperative Betreuung nur noch unter höchster Anstrengung eines sowieso schon erschöpften Personals aufrechterhalten werden kann.

WIR ERWARTEN GEHÖR IN DER GESTALTUNG DER ZUKÜNFTIGEN MUSTERWEITERBILDUNGSORDNUNG!

Wir haben eine gemeinsame Weiterbildungskommission. Wir stehen für die flächendeckende Weiterbildung. Wir halten die Balance zwischen Spezialisierung und genereller Betätigung. Qualität richtet sich zwangsläufig mittelfristig immer am Spezialisten-Standard aus! Braucht es Spezialisten-Kenntnisse in Personalunion, können diese durch Doppel- und Dreifachqualifikation erworben werden, z. B. für die Einsatzchirurgie.

DIE NOTFALLVERSORGUNG VON PATIENTEN!

Der intersektorale Streit muss aufhören und das möglichst schnell! Gegenseitige Vorwürfe führen bekanntermaßen zu nichts! Weder müssen Betten gefüllt werden, noch werden Patienten böswillig von Praxen ferngehalten. Die geänderte Grundeinstellung unserer heutigen Patienten muss zusätzlich berücksichtigt werden. Erwartet, und oft auch vorgegaukelt, wird die jederzeitige Verfügbarkeit von medizinischer Kompetenz und Leistungen. Von Seiten der Patienten wird dieser Anspruch häufig durch eine eigenen, erhöhten beruflichen Druck begründet und der generell schwindenden Akzeptanz von Wartezeiten und Mehrfachvorstellungen. Medizinische Leistungen erscheinen jederzeit und überall abrufbar, besonders in den immer geöffneten

Notaufnahmen. Wie auch andere Waren und Leistungen im modernen Leben nahezu jederzeit verfügbar sind. Die erneute Einführung von Notfallgebühren könnte Steuerungsfunktion übernehmen. Ist dieser Patient allerdings erst einmal in der Notaufnahme angelangt, muss er ärztlich gesehen werden. Bei der derzeitigen Patientenfülle und geringen Personalausstattung ist die schnelle Behandlung der zuverlässigere Weg dem Patientenstrom Herr zu werden. Sektorenübergreifende, intelligente Strukturen würden allen Beteiligten helfen. Die derzeitigen Bestrebungen Zuschläge für den Betrieb leistungsfähiger Notaufnahmen zu gewähren gehen sicherlich in die richtige Richtung, werden aber kaum ausreichen, das Problem grundlegend zu lösen.

DIE WERTIGKEIT DER CHIRURGISCHEN LEISTUNG MUSS AUSREICHEND HONORIERT WERDEN

Die gerade beschriebenen hochkomplexen, erfahrungs- und wissensbasierten chirurgischen Entscheidungsabläufe, die außerordentliche Verantwortung, gepaart mit manueller Kunst, muss sich auch finanziell niederschlagen! Gerade in der Beratungsfunktion zur evtuellen Vermeidung unnützer Operationen liegt die Kunst! Diese essenzielle chirurgische Leistung ist bisher nicht oder nur am Rande berücksichtigt. Es ist nicht hinnehmbar, dass sowohl in der Gebührenordnung als auch im stationären Finanzierungssystem die Beträge für technische Leistungen und Zusatzleistungen oft ein Vielfaches der chirurgischen Kernleistung betragen.

Unser Problem: wie quantifizieren wir unsere Leistung? In Zeiteinheiten? Sicherlich nicht! In gewonnenen Lebensjahren? Auch das geht nicht! Andere Partner haben es da leichter, hier müssen wir als Chirurgen schnell vorankommen. Ansonsten ist in der ganzen Abrechnungssystematik die chirurgische Kernleistung als „all inclusive“ in einer allgemeinen Rechnungsspezifikation unter den Tisch gefallen!

DIE CHIRURGIE ALS FREIER BERUF

Dieses Thema betrifft nicht nur uns! Aber insbesondere die gute und jederzeitige Zugänglichkeit zu chirurgischen Leistungen zu einem sehr annehmbaren Preis ist ein Erfolg einer immer noch relativ freien ärztlichen Tätigkeit. Andere Systeme, wie z. B. England oder Skandinavien, reglementieren und rationieren ärztliche Leistungen. Dort wird es von der Bevölkerung hingenommen. Wie das in Deutschland aussehen würde, wage ich nicht zu prognostizieren. Chirurgisch wird derzeit noch nicht „nach Vorschrift“ agiert, daher funktionieren die chirurgischen Einheiten im Großen und Ganzen – noch!

3. WELCHE ROLLE SPIELT DIE DGCH IN DIESER GEMENGELAGE?

DGCH 1872 bis 2017, 145 Jahre eine Erfolgsstory!

„Das wird sicher so weitergehen! Änderungen brauchen wir nicht und als Präsident bist du sowieso eine Eintagsfliege ohne Gestaltungsoption! Lass doch am besten alles wie es ist!“

Das wäre die eine Seite meiner Medaille. Auf der anderen Seite ertönt die allgemeine Kritik an der DGCH: „vollkommen verkrusteter Verein! überholt, nicht mehr zeitgemäß! In Traditionen erstickt!“

Ich möchte es dabei belassen. Aber auch innerhalb unserer Fachgesellschaften sind derartige Kommentare, ich möchte es mal freundlich als Lästereien bezeichnen, nicht gerade selten.

Warum stehe ich also hier? Weil ich auch einmal diese Plakette umhaben wollte, wie eine Trophäe, wie ein Sportabzeichen?

Sicher nicht und wer mich kennt, wird das auch bestätigen.

Ich persönlich glaube an das Potenzial der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. An die enorme Stärke der „Marke Chirurgie“, an unsere gemeinsamen Grundwerte, an die DGCH als Heimat unserer chirurgischen Identität, aber auch an den für uns alle zwischenzeitlich erlebbaren Mehrwert. Ich glaube aber auch an unsere Tradition.

Wieso Tradition? Genau betrachtet war die Tradition von heute ehemals auch eine Innovation, d. h. heutige Innovationen haben durchaus das Potenzial für morgige Traditionen.

Wir Chirurgen sind vom Grundsatz her Traditionalisten. Das müssen wir auch sein, denn chirurgischer Fortschritt ist immer auch risikobehaftet, für alle Beteiligten, besonders für den Patienten.

Nehmen wir das Beispiel Raumfahrt: für viele von Ihnen sicherlich ein überraschender Vergleich. Auch dort gibt es eine ähnliche Situation. Es gilt hier wie dort, keine unbeherrschbaren Risiken, keine Fehler, möglichst nur erprobte und bewährte Verfahren einzusetzen. Ganz ähnlich agieren wir! Wir müssen auf der sicheren Seite bleiben, das hat uns erfolgreich über lange Perioden getragen, aber auch etwas träge gemacht.

Jetzt sind wir aber erneut in einer Phase, in der wir uns erheblichen Anforderungen stellen müssen. Die Rahmenbedingungen für die Chirurgie stellen sich derzeit als besorgniserregend dar. Die Spezialisierung hat uns medizinisch gestärkt, politisch aber schwächer gemacht. Grundlegende Änderungen kann keine einzelne Fachgesellschaft erreichen, allenfalls individuelle Vorteile aushandeln. Grundlegende Änderungen gelingen nur gemeinsam. Dazu muss die DGCH aber ihre Struktur, ihre Aufgaben und ihre Zielrichtung anpassen.

„Dann sollen die mal machen“, höre ich häufig. Ist die DGCH wirklich ein abstraktes Gebilde? Weit gefehlt, Sie alle, die chirurgischen Fachgesellschaften, wir alle sind die DGCH! Die Fachgesellschaften stellen den Vorstand, sie entscheiden! Wir haben gemeinsam die Umsetzung einer Doppelmitgliedschaft beschlossen, d. h. die Aufnahme aller assoziierten Mitglieder als stimmberechtigte Einzelmitglieder in die DGCH. Das wird unsere gemeinsame Durchsetzungskraft stärken, wir haben leider schon viele Jahre durch die vorangegangene Strukturdiskussion verloren. Die Umsetzung wird mühsam sein und erfordert Mut und Überzeugungskraft. Ich bin aber überzeugt, dass ein Verband, der 25.000 chirurgische Meinungsführer vertritt, mehr politisches Gehör finden wird. Nur so kann es gelingen, unser Arbeitsumfeld wieder nach unseren Vorstellungen, patientengerecht und an unsere gewohnten Qualitäts- und Sicherheitsstandards angepasst, auszugestalten!

Dieser Weg ist steinig und ein Ende ist noch nicht absehbar. Er verlangt große Anstrengung und Kompromissfähigkeit. Natürlich brauchen wir dabei auch eine

Mehrwertdiskussion. Aber Mehrwert ist nicht alles. Es geht um eine Idee, es geht um unsere Identität!

Von daher auch ein eindringlicher Appell an alle Beteiligten: Wir brauchen eine starke chirurgische Vertretung, wir brauchen die DGCH als Marke! Beteiligen Sie sich, arbeiten Sie mit, gestalten Sie mit an den neuen Strukturen! Erste Erfolge z. B. in Richtung der Neugestaltung der Musterweiterbildungsordnung und erreichte Lösungen bei der Definition von Fachgebietsgrenzen zeigen, dass wir auf dem richtigen Weg sind. Sie sehen die DGCH bewegt sich, zwar nicht blitzschnell, aber konsequent und stetig, an die Erfordernisse angepasst und überlegt, chirurgisch eben. Und das im Alter von 145 Jahren!

Über die notwendigen Satzungsänderungen werden wir in der Mitgliederversammlung beraten. Ich bitte um Ihre Zustimmung. Sie machen den Weg frei für die Neuausrichtung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Im nächsten Schritt ist es an den tragenden Fachgesellschaften, die notwendigen internen Diskussionen konsequent zu führen und die entsprechenden Satzungsergänzungen von Ihren Mitgliedern tragen zu lassen. Zögerliches Vorgehen ist dabei sicherlich nicht angezeigt, taktieren schadet uns allen und einen fraglich besseren „Deal“ wird es auf absehbare Zeit nicht geben!

Dies wird nicht in einem oder zwei Jahren zu schaffen sein. Präsidenten sind wichtig, aber es sind die vorhandenen Strukturen, die uns durch schwierige Zeiten getragen haben. Die neu angepassten Strukturen werden uns in die Zukunft tragen! Konvent der Generalsekretäre, Gruppentreffen der Schatzmeister, neue Projektgruppen für Doppelmitgliedschaft und Kongressentwicklung, alles trägt zur Stärkung bei!

Besinnen wir uns auf unsere Grundwerte, besinnen wir uns auf unsere Stärken. Wir Chirurgen sind von Haus aus Teamplayer, in kaum einem Beruf arbeitet man so eng zusammen. Leben wir das auch zwischen unseren Spezialitäten, schätzen wir unsere gegenseitige Arbeit, ergänzen wir uns und bringen wir alle Kompetenzen und Kräfte zum Nutzen der Gesamtheit und der uns anvertrauten Patienten ein!

In einer derartigen Ausrichtung wird die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie unsere Heimat bleiben und uns allen gemeinsam als starke Marke dienen.

Die Chirurgie, unsere Chirurgie, ein wunderschöner und von uns allen geschätzter Bereich der Medizin, aber auch ein sehr spezieller Bereich, eine besondere Branche eben, sollte uns diese gemeinsame Anstrengung wert sein!

Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich komme zum Schluss.

Was erwartet uns nun die nächsten Tage?

Die angesprochenen Themen werden uns natürlich weiter beschäftigen.

Es gibt thematisch einige Neuerungen, beachten Sie dazu bitte das Programm!

Besuchen Sie unsere Aktionsfläche „Junge Chirurgie“. Sie dient dem Austausch zwischen Nachwuchs und ihnen als gestandene Chirurginnen und Chirurgen, eine Innovation, die hoffentlich auch zur Tradition wird!

Unterstützen Sie den Organspendelauf! Beteiligen Sie sich, spenden Sie, helfen Sie! 10.000 Patienten warten auf ein neues Organ, viele werden sterben. Die Etablierung eines neuen „Netzwerkes Spenderfamilien“ wird sicher ein wichtiger und notwendiger Schritt für eine höhere Spendenbereitschaft.

Ich danke an dieser Stelle schon allen Partnern und explizit auch den Industriepartnern unseres Kongresses. Ihr Interesse und die Akzeptanz unserer Bestrebungen machen dieses wichtige Forum zum Erkenntnisgewinn erst möglich! Der Kongress soll attraktiv bleiben, wir wollen wachsen! Das spannende Gebiet der Chirurgie ist es sicher wert, dass wir in dieser Beziehung alle in eine Richtung agieren.

Ich danke allen, die mich in den anstrengenden Tagen unterstützt haben und noch unterstützen, meinen Mitarbeitern und ganz besonders natürlich meiner Frau. Liebe Inga, ohne Deine Geduld und Hilfe könnte ich hier nicht stehen!

Uns allen wünsche ich anregende Tage und fruchtbare Diskussionen!