



Gegründet 1872
Sitz Berlin

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) Was Chirurgen können, können nur Chirurgen!

Termin: Mittwoch, 3. Dezember 2014, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Langenbeck-Virchow-Haus, Bibliothek der DGCH, Luisenstraße 59, 10117 Berlin

Themen und Referenten:

Diskussion um Qualität und Kosten: Chirurgische Versorgungsforschung ist hierfür von vorrangiger Bedeutung

Professor Dr. med. Peter M. Vogt, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Direktor der Klinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie an der Medizinischen Hochschule Hannover

Hat der Journal Impact Factor zur Beurteilung wissenschaftlicher Leistungen ausgedient?

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

Metabolische Chirurgie bei Diabetes Typ II: DGAV-Register nimmt Aufgaben des Instituts zur Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) vorweg

Professor Dr. med. Claus Dieter Heidecke, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), Direktor der Klinik für Allgemeine Chirurgie, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Universitätsmedizin Greifswald

Milzverletzungen bei Kindern und Jugendlichen: eine Indikation zum Organerhalt, doch wer versorgt die kleinen Patienten?

Professor Dr. med. Bernd Tillig, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH), Direktor der Klinik für Kinderchirurgie, Vivantes Klinikum Neukölln, Berlin

Das neue Gesetz zur Stärkung der Versorgung – was nützt es chirurgischen Patienten, was bedeutet es für Chirurgen?

Professor Dr. med. Hans-Peter Bruch, Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e. V. (BDC), Berlin

Chirurgische Weiterbildung im Spannungsbogen zwischen Deutschland und Afghanistan – als Nachwuchschirurg in Konflikt- und Krisenregionen?

Oberstabsarzt Dr. med. Gerhard Achatz, Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Rekonstruktive und Septische Chirurgie, Sporttraumatologie am Bundeswehrkrankenhaus Ulm

Moderation: Anne-Katrin Döbler, Pressestelle DGCH, Stuttgart

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

Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Was Chirurgen können, können nur Chirurgen!

Termin: Mittwoch, 3. Dezember 2014, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Langenbeck-Virchow-Haus, Bibliothek der DGCH, Luisenstraße 59, 10117 Berlin

Inhalt:

Pressemitteilungen

Redemanuskripte

Kommentar: Eine radikale Revolution auf dem Wissenschaftsmarkt

Lebensläufe der Referenten

Bestellformular für Fotos

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

Ihr Kontakt für Rückfragen:

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

Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Was Chirurgen können, können nur Chirurgen!

Mittwoch, 3. Dezember 2014, 11.00 bis 12.00 Uhr, Berlin

Chirurgen fordern faire Beurteilung ihrer Forschung Impaktfaktor darf Wissenschaftskarrieren nicht länger bestimmen

Berlin, 3. Dezember 2014 – Bei der leistungsorientierten Vergabe von Geldern an Universitäten, bei Habilitationsverfahren und Forschungsanträgen bis hin zum Chefarztposten soll der „Journal Impaktfaktor“ zukünftig weniger Gewicht haben, fordert die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH). Denn der Quotient aus Zitaten und wissenschaftlichen Artikeln stelle lediglich ein Qualitätsmerkmal für das Gesamtjournal dar. Er dürfe nicht länger als Messlatte für Wissenschaftler dienen, so die DGCH. Stattdessen fordert die Fachgesellschaft einen fairen Vergleich unter Forschern. Sie sieht darin die Chance für einen Wandel am Wissenschaftsstandort Deutschland und auch für die Chirurgie.

Die Karriere von Wissenschaftlern hing bislang stark davon ab, ob renommierte Fachzeitschriften ihre Forschungsergebnisse publizieren. Rang und Einfluss der Zeitschriften drücken sich im sogenannten „Journal Impact Factor“ aus – ursprünglich als Orientierungshilfe für Bibliothekare entwickelt. Den Punktwert aktualisiert regelmäßig der Medienkonzern Thomson Reuters. „Es ist nicht länger vertretbar, dass auf Basis eines solchen Index etwa eine Milliarde Euro Steuergelder für leistungsorientierte Mittel an Kliniken fließen“, sagt Professor Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer, Generalsekretär der DGCH. Insgesamt schütten die Länder jährlich mehr als drei Milliarden Euro an medizinische Fakultäten aus. Deutschland könne es sich nicht leisten, seine Wissenschaftler jahrelang anhand ungeeigneter Kriterien zu bewerten, meint DGCH Präsident Professor Dr. med. Peter Vogt, Direktor der Klinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie an der Medizinischen Hochschule Hannover.

Auch wenn es darum geht, medizinische Lehrstühle oder Chefarztstellen zu besetzen, wenn die Länder Gelder für Sonderforschungsbereiche verteilen oder wenn akademische Zentren finanziert werden – überall dort galt der Impaktfaktor zuletzt immer mehr als Qualitätsgarant. „Auch persönliche Karrieren in der Medizin beeinflusst diese Punktesystematik ganz entscheidend“, erläutert Professor Meyer. Das

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie · Pressestelle
Anna Julia Voormann
Postfach 30 11 20 · D - 70451 Stuttgart
Tel: 0711 89 31 552 · Fax: 0711 89 31 167
E-Mail: voormann@medizinkommunikation.org

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie · Geschäftsstelle
Luisenstraße 58/59 · D - 10117 Berlin
Tel: 030 28 87 62 90 · Fax: 030 28 87 62 99
E-Mail: info@dgch.de
Internet: www.dgch.de



Gegründet 1872
Sitz Berlin

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

ändert sich jetzt. Anstoß dazu gab ein Positionspapier der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) als Vertretung von 160 Organisationen: Die AWMF kritisiert die Dominanz des Impactfaktors bei der Evaluation medizinischer Forschungsleistungen. Das Papier benennt stattdessen alternative Kriterien: Unabhängige Gutachten, normierte Zitationsraten, die Höhe eingeworbener Forschungsgelder, die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses und auch der Nutzen von Forschung. Die DGCH sieht darin eine Chance Fach: „Insbesondere für die Chirurgie eröffnet dies die Möglichkeit, den Rückstand gegenüber anderen impact-begünstigten medizinischen Disziplinen zu verringern“, meint Meyer.

„Auf diese Weise gelangen wir zu einer objektiveren Grundlage für Entscheidungen, die in Fakultätsräten, interdisziplinären Konferenzen oder etwa Habilitationsverfahren gefällt werden“, betont Professor Dr. med. Christian Friedrich Vahl, Direktor der Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie der Universitätsmedizin Mainz. Vahl, der in der DGCH der Projektgruppe Wissenschaft angehört, beschreibt dies in einem Statement als „radikale Revolution auf dem Wissenschaftsmarkt“. Zumal Mahnern der Impactpunktwelt immer wieder vorgeworfen werde, ihre Kritik sei dem eigenen Scheitern geschuldet und nicht dem System. Derweil wächst die Zahl der Professorenstellen in Fächern, die beim Impactfaktor gut abschneiden. Hier herrsche eine deutliche Schiefelage, meint Vahl: „Deutschland kann im internationalen Wettbewerb nur bestehen, wenn Forscher bereit sind, sich auf faire Weise evaluieren zu lassen und Konsequenzen aus den Ergebnissen zu entwickeln.“



Gegründet 1872
Sitz Berlin

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Was Chirurgen können, können nur Chirurgen!

Mittwoch, 3. Dezember 2014, 11.00 bis 12.00 Uhr, Berlin

Kinderunfälle: verletzte Milz nicht entfernen Immunorgan schützt lebenslang vor Infekten

Berlin, 3. Dezember 2014 – Etwa 8000 Menschen ließen hierzulande im vergangenen Jahr ihre Milz auf dem Operations-Tisch – meist wegen einer Verletzung, etwa einem Milzriss. Unter den Operierten waren nur 300 Kinder und Jugendliche. Denn gerade junge Menschen brauchen ihre Milz für die körpereigene Abwehr. Kinderchirurgen bemühen sich deshalb, eine verletzte Milz zu retten anstatt das Immunorgan zu entfernen. Warum das so wichtig ist und welche Unterschiede es zwischen der Erwachsenen- und Kinderchirurgie bei der Versorgung von Bauchverletzungen gibt, diskutieren Experten auf der heutigen Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) in Berlin.

Unfälle beim Reiten, Downhill-Mountainbiking oder im Straßenverkehr, aber auch ein Sturz vom Wickeltisch verursachen in bis zu 15 Prozent schwere Verletzungen der Bauchorgane von Kindern. In einem Drittel der Fälle ist dabei die Milz betroffen. Ein Milzriss kann zum Schock und Tod durch Verbluten führen. Bei Erwachsenen entfernen Ärzte deshalb meist die verletzte Milz. Jedoch bedeutet die Entnahme des Immunorgans für Patienten, dass sie lebenslang stärker anfällig für Infekte sind – bis hin zur Blutvergiftung mit Todesfolge. „Dieses Risiko ist vor allem im Kindesalter, aber auch bei Jugendlichen noch einmal deutlich erhöht“, sagt Professor Dr. med. Bernd Tillig, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH).

Die Erkenntnisse über die Milz als wichtiges Organ hätten in der Kinderchirurgie in den letzten Jahren einen Wandel bewirkt: „Wir versuchen bei Kindern und Jugendlichen sehr gezielt, das Organ zu erhalten und eine Entnahme zu vermeiden“, erläutert Tillig, der Chefarzt der Kinderchirurgie am Klinikum Vivantes in Berlin ist. Auch Fortschritte in Diagnostik und Therapie spielten bei dieser Entwicklung eine Rolle. So ist es heute möglich, eine Verletzung im Bauch zu orten, zu beurteilen und schonend zu



Gegründet 1872
Sitz Berlin

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

behandeln. In etwa 98 Prozent der Fälle ist eine Verletzung der Milz heute erfolgreich ohne Operation zu behandeln. „Voraussetzung ist jedoch, dass die Blutung beherrschbar und nicht primär lebensbedrohlich ist. Zudem müssen die Kliniken die entsprechende kinderchirurgische Expertise, spezialisierte Ärzte und die erforderliche technische Ausstattung besitzen“. Oft helfen moderne interventionelle, radiologische Therapieverfahren, bei denen der Arzt kleine Katheter über eine Punktion in die Blutgefäße einführt und die Blutungen in der Milz durch gezielte Embolisierung stoppt.

Das nicht operative Vorgehen sei jedoch oftmals aufwändiger als die schnelle Entfernung der Milz. „Wir müssen unsere Patienten auf der Intensivstation Stunden bis Tage mit modernster Technik engmaschig überwachen. Da es bei schweren Milzverletzungen letztendlich um Leben und Tod geht, stehen wir rund um die Uhr bereit, um bei Bedarf die Blutung doch noch operativ stoppen zu können“. Kinderchirurgie bedeute mitunter eben auch, gezielt nicht zu operieren, so Tillig.

„Rein betriebswirtschaftlich gesehen ist das jedoch ein Verlustgeschäft“, gibt er zu Bedenken. Denn die Krankenkassen bezahlen im Rahmen ihrer Fallpauschalen für eine Milzentfernung mehr Geld als für einen Klinikaufenthalt, bei dem die Milz gerettet würde. Hier müsse noch nachjustiert werden, fordert er. Wie Kinderchirurgen heute die Milz von Kindern retten können, ist ein Thema auf der heutigen Pressekonferenz der DGCH in Berlin.

Quellen:

DRG-Statistik 2013 - Vollstationäre Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/OperationenProzeduren5231401137014.pdf?__blob=publicationFile, Seite 19

Selective Angioembolization in Blunt Solid Organ Injury in Children and Adolescents: Review of Recent Literature and Own Experiences. Schuster, Tobias, Leissner, Giessbert. Eur J Pediatr Surg 2013;23:454–463.



Gegründet 1872
Sitz Berlin

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Was Chirurgen können, können nur Chirurgen!

Mittwoch, 3. Dezember 2014, 11.00 bis 12.00 Uhr, Berlin

Einsatz in Krisen- und Konfliktregionen erfordert hochqualifizierte Chirurgen – Nachwuchs gezielt fördern

Berlin, 3. Dezember 2014 – Bei Bundeswehreinsätzen in Krisen- und Konfliktgebieten versorgen Chirurgen die verletzten Einsatzkräfte der eigenen und teils auch der verbündeten Streitkräfte und wenn möglich auch die zivile Bevölkerung. Die Umstände vor Ort fordern die Ärzte fachlich und psychisch in hohem Maße. „Die Bedeutung dieses anspruchsvollen Arbeitsfeldes wird vielfach unterschätzt, dementsprechend ist es auch hier notwendig, den chirurgischen Nachwuchs gut auszubilden und zu versuchen, motivierend einem möglichen Mangel entgegenzuwirken“, sagt Professor Dr. med. Peter M. Vogt, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH). Um die chirurgische Versorgung der Soldaten auch zukünftig zu sichern, müssen sich auch weiterhin junge Ärzte für diesen Berufsweg entscheiden.

Ob in Afghanistan, Afrika oder aktuell beim Nato-Einsatz an der türkisch-syrischen Grenze: Nicht nur Klima, Infrastruktur und Arbeitsmittel unterscheiden sich in Krisen- und Konfliktregionen oft erheblich von den Bedingungen in der Heimat. „Die Arbeit in diesen Regionen ist für Ärzte eine fachliche, vor allem aber auch große persönliche und menschliche Herausforderung“, sagt Oberstabsarzt Dr. med. Gerhard Achatz von der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Rekonstruktive und Septische Chirurgie, Sporttraumatologie am Bundeswehrkrankenhaus Ulm.

Chirurgen der Bundeswehr arbeiten in Auslandseinsätzen meist in Zweierteams, bestehend aus einem älteren, erfahrenen und einem jüngeren Kollegen. In Krisen- und Konfliktregionen begegnen sie dabei Verletzungen, die im Klinikalltag in Deutschland eher selten sind: „Schuss- und Explosionsverletzungen im Sinne von penetrierenden Verletzungen kommen dort häufiger vor, aber auch alle anderen Arten von Verletzungen, so dass sich das operative Spektrum gegenüber der geregelten Arbeit in der Klinik zu Hause erweitert“, beschreibt Achatz, der selbst schon für die Bundeswehr in Afghanistan und dem



Gegründet 1872
Sitz Berlin

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Kosovo im Einsatz war. Das erfordere vom Chirurgen eine breit angelegte Ausbildung, um die sogenannte Einsatzchirurgie abbilden zu können. In den meist sechswöchigen Einsätzen steht das chirurgische Team rund um die Uhr bereit, um im Ernstfall sofort zu operieren. In diesem ungewohnten Umfeld erleben sie mitunter dramatische Einzelschicksale und Verletzungen oder sogar den Tod von Kameraden. „Das erhöht im Einsatz in Krisen und Konfliktregionen auch für die dort tätigen Mediziner die psychische Belastung“, so Achatz, der zudem auch das Perspektivforum Junge Chirurgie bei der DGCH leitet: eine Vertretung des Nachwuchses innerhalb der DGCH, die sich in ganz besonderem Maße um die Belange des Nachwuchses, gerade für den Bereich Aus- und Weiterbildung, annimmt und bemüht.

„Für Operationen bei Bundeswehreinrätzen brauchen wir hochqualifizierte Chirurgen mit einer gut strukturierten, breiten notfallchirurgischen Ausbildung“, sagt DGCH Präsident Professor Vogt von der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). Die meisten Chirurgen, die Kriseneinsätze begleiten, bildet die Bundeswehr selbst aus. Ein Teil kommt auch als Seiteneinsteiger aus den zivilen Versorgungsstrukturen zur Bundeswehr. Nicht wenige von ihnen wählen diesen Weg, weil sie die fachliche Vielfalt im Auslandeinsatz und die dazu notwendige komplexe und breite chirurgische Ausbildung im Vorfeld anspricht, die der spezialisierten Chirurgie in den normalen Kliniken in der Heimat gegenübersteht. „Die zivile Chirurgie kann von der Wehr-Chirurgie viel lernen, etwa über bestimmte Arten von Verletzungen, die in diesem Bereich besonders häufig versorgt werden“, so Professor Vogt. Ob nun bei der Bundeswehr oder auf dem zivilen Arbeitsmarkt: „Insgesamt entscheiden sich heute zu wenig angehende Ärzte für die Chirurgie“, bedauert der DGCH Präsident. Denn nicht nur hierzulande, sondern auch bei Kriseneinsätzen im Ausland, sind Chirurgen aus Deutschland gefragt. Die DGCH unterstützt deshalb aktiv den ärztlichen Nachwuchs und setzt sich für deren bestmögliche Ausbildung ein.

Hat der Journal Impact Factor zur Beurteilung wissenschaftlicher Leistungen ausgedient?

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

Diese Fragestellung zur Evaluation der medizinischen Forschungsleistung unter besonderer Berücksichtigung des Journal Impact Factors muss provokativ erscheinen, hat dieser doch jahrzehntelang die wissenschaftliche Medizin ganz entscheidend bestimmt und zwar in allen ihren Facetten. Seien es die Aktivitäten in der Forschung, individuell oder innerhalb einer Fakultät, Einrichtung von Sonderforschungsbereichen, die leistungsorientierte Mittelvergabe, Habilitationsverfahren, Besetzung von Lehrstühlen oder akademischen Lehrkrankenhäusern et cetera. Somit konnten auch persönliche Karrieren in der Medizin durch diese Punktesystematik ganz entscheidend beeinflusst werden. Bereits im Jahr 1999 hatte deshalb die AWMF kritisch auf diese Entwicklung hingewiesen, welche im amerikanischen Schrifttum sogar als Tyrannei des Impact Factors bezeichnet wird.

Die Grundidee für diesen eher bibliometrischen Indikator geht dabei auf Eugene Garfield bereits aus dem Jahr 1954 zur Auflistung von Journalen in den Universitätsbibliotheken zurück und wurde dann 1975 vom Thomson Reuters Journal Citation Reports umgesetzt. Neben verschiedenen anderen Parametern bezieht sich der Journal Impact Factor primär auf die Zitierhäufigkeit der verschiedenen medizinischen Journale über einen bestimmten Zeitraum. Dieser Faktor stellt letztlich lediglich ein Qualitätsmerkmal für das Gesamtjournal dar, ist jedoch nicht Ausdruck für die Qualität der individuellen Arbeit. Dies gilt besonders für innovative Mitteilungen aus der klinischen und experimentellen Forschung im Vergleich zu Übersichtsarbeiten und sollte nicht – im Gegensatz zum praktischen Vorgehen – zwischen verschiedenen Disziplinen verglichen werden. Aus diesen Gründen und bei oftmals nicht erkennbarer Transparenz des zur Anwendung kommenden Indikators kam es im Dezember 2012 zur sogenannten San Francisco Declaration on Research Assessment (DORA), die sich eindeutig gegen die alleinige Anwendung dieses Faktors ausgesprochen und zudem auf die neuen Möglichkeiten einer Online-Publikation hingewiesen hat.

Mittlerweile haben sich über 1 200 Wissenschaftler und Hunderte von wissenschaftlichen Gesellschaften dieser Deklaration angeschlossen, so auch die AWMF. In diesem Jahr hat sie sich nun in einem Positionspapier eindeutig gegen die Bewertung einzelner Publikationen oder Autoren durch Anwendung des Journal Impact Factors geäußert. Vielmehr ist eine multidimensionale Beurteilung wissenschaftlicher Publikationen einschließlich von Tätigkeiten in wissenschaftlichen Organisationen, differenzierter Bewertung von Drittmittelwerbungen bis hin zur Nachwuchsförderung gefordert. Es soll also angestrebt werden, den Impact der Forschungsleistungen einer Person oder Institution an der Frage zu messen, ob selbige wirklich etwas in ihrem Fachgebiet bewegt, also vorangebracht haben.

Obwohl viele Evaluationsindikatoren im Einzelnen noch genauer definiert werden müssen, bietet sich dadurch gerade für die Chirurgie die Möglichkeit, den Rückstand gegenüber anderen impact-begünstigten medizinischen Disziplinen zu verringern, wobei allerdings langer Atem zur validen Bewertung exzellenter medizinischer Forschungsleistungen außerhalb eines Punkt-Bewertungssystems notwendig ist. Auf keinen Fall darf dieses Ziel aber zur völligen Assimilierung der experimentellen und klinischen Forschung führen.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Dezember 2014

Diskussion um Qualität und Kosten: Chirurgische Versorgungsforschung ist hierfür von vorrangiger Bedeutung

Professor Dr. med. Peter M. Vogt, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Direktor der Klinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie an der Medizinischen Hochschule Hannover

Die Diskussion um Kosten und Qualität begleitet die Chirurgie fortwährend, wobei immer wieder alleine die durchgeführte Anzahl von Operationen im Vordergrund steht. Reine Eingriffszahlen aber lassen weder direkte Rückschlüsse auf die sogenannte Prävalenz chirurgischer Erkrankungen in der Bevölkerung, noch die damit verbundenen Einschränkungen, die Effektivität der verwendeten Verfahren und insbesondere die erreichte Lebensqualität in der Fläche zu. Anstatt also nur die Ausgabenseite zu betrachten, sollte eine erweiterte Betrachtung der erbrachten operativen Leistungen hinsichtlich der erreichten gesundheitlichen Verbesserungen erfolgen. Hier kann die Versorgungsforschung als ein Teil der Gesundheitssystemforschung zur Klärung der Nutzen-Kosten-Relation beitragen. Die DGCH hat dazu seit 2002 folgende Entwicklungen vorangetrieben:

1. 2002 hat die DGCH als eine von 24 Fachgesellschaften das Deutsche Netzwerk für Versorgungsforschung gegründet.
2. Seit 2004 betreibt die DGCH das Studienzentrum der Deutschen Chirurgie in Heidelberg mit dem Ziel, die chirurgische Therapie auf der Grundlage evidenzbasierter Medizin weiterzuentwickeln und die patientenorientierte und wissenschaftsinitiierte Forschung zu stärken. Seit dem Einschluss des ersten Studienpatienten im Jahr 2004 begleitet das SDGC bereits die 17. randomisiert kontrollierte Multizenterstudie (RCT), wobei bisher über 4500 Patienten rekrutiert werden konnten.
3. 2006 hat die DGCH das chirurgische Studiennetzwerk CHIR-Net als ein vom BMBF gefördertes Netzwerk chirurgischer Regionalzentren gegründet, um Qualitätssicherung, Studienmethodik und Fortbildung im Bereich chirurgischer Studien zu verbessern. Es können chirurgische multizentrische klinische Studien initiiert und durch regionale, nationale und internationale Vernetzung effektiv durchgeführt werden.
4. Eine Erweiterung hat 2014 durch die Kooperation mit dem An-Institut für Qualitätssicherung in der operativen Medizin gGmbH des Universitätsklinikums Magdeburg stattgefunden, mit Studienschwerpunkten zum kolorektalen Karzinom, Magenkarzinom, zur operativen Therapie der Adipositas und Appendizitis.

Somit verfügt die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie über effiziente Strukturen der Versorgungsforschung, die zur Bearbeitung drängender Fragen im Gesundheitssystem beitragen können. Unser Wunsch ist es, in die Projekte der Politik zur Qualitäts- und Kostensituation stärker eingebunden zu werden, da nicht nur unsere Expertise zu den chirurgischen Fragen unerlässlich ist, sondern auch der Kostenvorteil für derartige Projekte durch bereits vorhandene Infrastruktur und Expertise in der Fachgesellschaft auch für den Steuerzahler von Interesse ist.

Rolle der metabolischen Chirurgie bei der Volkserkrankung Diabetes Typ II: DGAV-Register nimmt Aufgaben des Instituts zur Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) vorweg

Professor Dr. med. Claus Dieter Heidecke, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), Direktor der Klinik für Allgemeine Chirurgie, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Universitätsmedizin Greifswald

Die Adipositas ist mittlerweile eine Volkskrankheit. Epidemiologische Studien belegen einen starken Zusammenhang zwischen erhöhtem Körpergewicht, Adipositas und höherer Typ-2-Diabetes-Inzidenz. Weitere Begleiterkrankungen des adipösen Patienten sind Arteriosklerose, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen und Gelenkverschleißerscheinungen, aber auch psychologische Erkrankungen. Die Rolle der bariatrischen Chirurgie bei der morbidem Adipositas ist heute unbestritten, konservative Verfahren wie konservative medikamentöse Therapien oder Diäten sind auf Dauer nicht erfolgreich.

Als Resultat konnte die bariatrische Chirurgie zeigen, dass sich auch der Diabetes mellitus Typ II bei 50 Prozent der Patienten verbesserte. Diese Ergebnisse sind Gegenstand aktueller Forschungen, weil der Mechanismus der Zucker-Stoffwechsel-Verbesserung unklar ist. Daher wird gegenwärtig als ein neuer therapeutischer Ansatz diskutiert, Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ II ohne krankhaftes Übergewicht eine metabolische Operation anzubieten. Hierfür ist es wichtig, diejenigen Patienten zu identifizieren, die von einem frühzeitigen chirurgischen Eingriff profitieren.

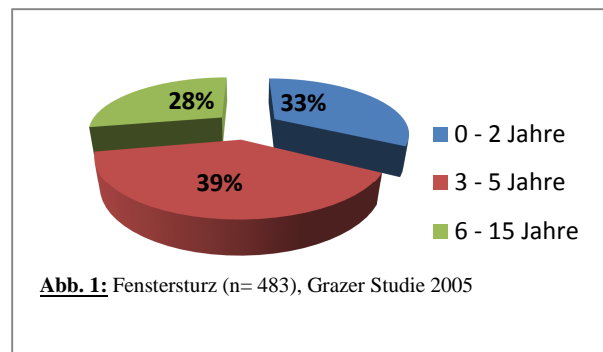
Die DGAV erweitert das bestehende Register des An-Instituts für Qualitätssicherung in der operativen Medizin in Magdeburg um gesellschaftspolitische beziehungsweise gesundheitsökonomische Fragestellungen im Zusammenhang mit Übergewicht und Diabetes Typ II. Dabei soll über die Dokumentation chirurgischer Qualität hinaus eine Versorgungsforschung initiiert werden, die alle Patienten (konservativ wie operativ behandelte) bereits bei Erstkontakt registriert und im Verlauf nachverfolgt. Neben den medizinischen Fragen sollen vor allem auch sozioökonomische Fragen beantwortet werden, ob zum Beispiel ein Wiedereinstieg in das Berufsleben in Abhängigkeit von medizinischen und sozialen Faktoren wie der Schulbildung gelingt.

Die DGAV ist dabei der Gründung des Instituts zur Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen bei der Beantwortung von gesundheitspolitischen Fragestellungen dieser Volkserkrankung weit voraus.

Milzverletzungen bei Kindern und Jugendlichen: eine Indikation zum Organerhalt, doch wer versorgt die kleinen Patienten?

Professor Dr. med. Bernd Tillig, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH), Direktor der Klinik für Kinderchirurgie, Vivantes Klinikum Neukölln, Berlin

Verletzungen der inneren Bauchorgane kommen im Kindesalter und bei Jugendlichen bei bis zu fünf Prozent aller Unfälle im Sinne von sogenannten stumpfen Bauchverletzungen vor. Ursachen für derartige Verletzungen sind bei Säuglingen und Kleinkindern vorwiegend Stürze im Haushalt beziehungsweise auf dem Spielplatz (Wickeltisch, Spielgeräte) während bei Schulkindern und Jugendlichen zunehmend Freizeit- und Sportunfälle (Reiten) sowie Unfälle als aktiver Verkehrsteilnehmer (Fahrrad, Skateboard) eine Rolle spielen. Unfälle als passiver Verkehrsteilnehmer und Stürze aus großer Höhe (Balkon, Fenster) gehören in allen Altersgruppen zu den typischen Ursachen (Abb. 1). Zudem sind Verletzungen der Bauchorgane bei acht Prozent aller Fälle von Kindesmisshandlung zu finden. Die Milz wird dabei, wie die Leber, mit 33 Prozent nach den Nieren (42 Prozent) statistisch am zweithäufigsten verletzt. Aufgrund von anatomischen Besonderheiten, sind diese Organe im Kindesalter besonders gefährdet.



Bei der Behandlung von Organverletzungen im Kindes- und Jugendalter steht generell die Erhaltung der Funktion der Organe im Vordergrund. Organentfernungen stellen immer die letzte Option dar. Die besondere Wichtigkeit der Organerhaltung bei Milzruptur ergibt sich aus dem bekannten Risiko, dass es nach Milzentfernung zu schweren Infektionen kommen kann, die in 50 bis 80 Prozent der Fälle tödlich enden. Dieses Risiko ist vor allem im Kindesalter, aber auch bei Jugendlichen noch einmal deutlich erhöht. Deshalb ist die konservative, nicht operative Behandlung von Milzverletzungen im Kindesalter heute als Methode der Wahl etabliert und ist in circa 98 Prozent erfolgreich.

Voraussetzungen dafür sind jedoch medizinische Einrichtungen mit entsprechender fachlicher Expertise und allen technischen Möglichkeiten, um initial möglichst schnell und präzise die Schwere der Verletzung diagnostizieren und alle Komplikationen beherrschen zu können. Deshalb sollen derart schwerverletzte Kinder und Jugendliche in erster Linie in Traumazentren an Krankenhäusern der Maximalversorgung behandelt werden, in denen eine interdisziplinäre Betreuung mit allen derzeit möglichen technischen Voraussetzungen garantiert werden kann. Für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen sind zudem zahlreiche physische, psychische und anatomische Besonderheiten in den verschiedenen Entwicklungsstufen zu beachten. Dementsprechend gibt es für diese Altersgruppen Mediziner mit einer besonderen Expertise. Zum interdisziplinären Team zur Betreuung von

schwerverletzten Kindern und Jugendlichen sollen deshalb neben Neurochirurgen, Gefäßchirurgen, Unfallchirurgen, und spezialisierten Röntgenärzten unbedingt Kinderintensivmediziner, Kinderchirurgen, Kinderärzte und Kinderpsychologen sowie entsprechend geschultes Pflegepersonal für Kinder und Jugendliche gehören.

Aufgrund der Tragweite der Entscheidung und der möglichen Komplikationen ist bei schweren Verletzungen der Bauchorgane die Entscheidung, nicht zu operieren, immer eine chirurgische Entscheidung. Bei Kindern und Jugendlichen obliegen diese Entscheidung und die Betreuung dieser Patienten im interdisziplinären Kontext dem Kinderchirurgen.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Dezember 2014

Das neue Gesetz zur Stärkung der Versorgung – was nützt es den Patienten, was bedeutet es für Chirurgen?

Zweitmeinung, Wartezeiten, Krankenhäuser – Eine Mogelpackung soll zum Gesetz werden!

Professor Dr. med. Hans-Peter Bruch, Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e. V. (BDC), Berlin

Das Versorgungsstärkungsgesetz versucht Fehlentwicklungen und Strukturverwerfungen im Medizinsystem, die in den letzten Jahrzehnten entstanden sind, auszugleichen. Entscheidender Grund ist die demographische Entwicklung, welche die Sozialsysteme in sehr absehbarer Zeit an ihre finanziellen Grenzen führen wird. Die Vorgaben des deutschen Ethikrates lauten: Straffung der Organisation, Abbau von Überkapazitäten, Vermeidung von Verschwendung. Diese Vorgaben sollten eigentlich zu jeder Zeit gelten.

Aus Sicht der deutschen Chirurgen stellen sich die Entwürfe im Gesetz folgendermaßen dar:

- Thema Wartezeiten: die Politik macht sich zum Anwalt der Patienten, folgt dabei wahltaktischen Überlegungen und schreibt die populistische Maßnahme der Praxis-Wartezeiten-Verkürzung in das Gesetz. Wer nicht zeitnah einen Termin bekommt, soll über die „Servicestelle“ einen Termin angeboten bekommen. Nur: Den müssen die Patienten annehmen. Die freie Arztwahl, ein hohes Gut im System der Freiberuflichkeit, ist damit außer Kraft gesetzt. Nach vier Wochen sollen Patienten ohne Termin das Recht haben eine Klinik aufzusuchen. Nur: wer soll den Patienten dort behandeln? Der Oberarzt, der dringend auf Station gebraucht wird? Zusätzliche Ärzte? Nichts steht im Entwurf wie, was durch wen finanziert werden soll. Die Kliniken selbst sind zum Notfall geworden, haben nicht genug Personal, rund 50 Prozent schreiben rote Zahlen, 30 Prozent stehen vor dem Aus! Wartezeiten-Verkürzung, wie? Das kann sich jeder selbst ausrechnen.
- Thema Facharzt-Standard: Der Facharzt-Standard kann nach dem Gesetz-Entwurf in keiner Weise gewährleistet werden. Die von der Service-Stelle an ein Krankenhaus verwiesenen Patienten hätten nicht einmal die Garantie, dass sie dort von einem Facharzt behandelt werden. Dazu heißt es im Entwurf lapidar: „Die Behandlung im Krankenhaus hat nicht zwingend durch Ärzte mit einer abgeschlossenen Facharztweiterbildung zu erfolgen.“ Dies spricht für sich und kann nicht im Interesse der Patienten sein.
- Thema Zweitmeinung: die Politik wirbt für das Recht auf eine medizinische Zweitmeinung. Dies ist nicht neu. Wenn es um medizinische Entscheidungen geht, hat jeder Patient heute schon das Recht auf eine Zweitmeinung. Eine Zweitmeinung erfordert Zeit und sie ist eine medizinische

Leistung, welche nur von Fachleuten erbracht werden kann. Dokumentation und Honorierung müssen geregelt werden. Außerdem muss man vermeiden, dass der medizinische Dienst der Krankenkassen eine Zweitmeinung anbietet. Denn der medizinische Dienst ist Partei und nur allzu leicht könnten ökonomische Überlegungen im Sinne der Kosteneinsparung in die Auskünfte eingehen. Wollen Sie als Patient nicht einen frei wählbaren, unabhängigen Arzt für Ihre Zweitmeinung?

➤ Thema Abbau/Aufkauf von Arztsitzen: die Politik will massiv Arztsitze abbauen. Betrachtet man die Verteilung von Facharztsitzen aus den verschiedenen medizinischen Gebieten, erkennt man unschwer über- und unterversorgte Regionen in Deutschland. Eine Vielzahl von Studien hat bewiesen, dass eine hohe Arztdichte unmittelbar mit steigenden Kosten im Gesundheitssystem verbunden ist. Deshalb scheint es auf den ersten Blick sinnvoll, staatlich regelnd einzugreifen, wenn eine adäquate Verteilung von Arztsitzen durch die ärztliche Selbstverwaltung nicht sichergestellt werden kann. Als Bürger muss man jedoch wissen, dass diese Regelung und deren Kosten so angelegt wurden, dass die Politik den Ärzten und letztlich den Patienten alle negativen Folgen auferlegt. Denn: Eine Facharztpraxis erfordert hohe Investitionen. Der Arzt erwirbt damit Eigentum. Dieses Eigentum ist durch Rechtsnormen geschützt. Der Verkauf der eigenen Praxis ist in der Regel ein geplanter Teil der Alterssicherung. Durch den Aufkauf von Arztsitzen in überversorgten Gebieten würden in relativ kurzer Zeit 25 000 Praxen wegfallen. Von der Politik wird wohl angestrebt, die medizinische Versorgung dem Durchschnitt von 23 OECD Ländern anzugleichen. Der Mikroökonom Dr. Thomas Drabinski aus Kiel hat errechnet, dass dem niedergelassenen Bereich damit 18,795 Milliarde Euro entzogen würden.

➤ Für die Patienten bedeutet dies weitere Wege, längere Wartezeiten, Verlust ihres Vertrauens-Arztes, Einschränkung der Arztwahl. Für die Ärzte bedeutet es einen unerhörten staatlichen Eingriff in die Eigentumsrechte. Wenn, wie zu vermuten, der Wert einer Praxis entsprechend der finanziellen Abschreibung definiert werden sollte, würde dies einer Zwangsenteignung gleichkommen. Wie wurde von Seiten der AOK doch so treffend formuliert? Schließlich seien die Praxen ja von den Patienten finanziert. Eine vernunftgeleitete Regelung lässt sich bislang nicht erkennen.

Der Vorsitzende der KBV Herr Kollege Gassen hat es auf den Punkt gebracht:

"Wir sagen den jungen Kollegen und Kolleginnen: Du sollst Dich in der Region niederlassen – wir wissen aber nicht, ob sich die Versorgungssituation ändert und wir die Praxis in zehn Jahren wieder aufkaufen müssen. Wir wissen auch nicht, ob die Kommune in ein oder zwei Jahren ein Medizinisches Versorgungszentren (MVZ) dort eröffnen wird." Wer wollte das Risiko einer Niederlassung dann noch eingehen? Und wie soll die flächendeckende, wohnortnahe Versorgung so gesichert werden?

➤ Thema Medizinische Versorgungszentren: Um die Versorgung in der Fläche zu gewährleisten, sollen die Gemeinden das Recht erhalten, MVZs zu eröffnen. Dieses Recht wurde jedoch den Kliniken längst schon zugestanden. Finanzierung? Fehlanzeige! Nicht für die Kliniken und schon gar nicht für die in entlegeneren Gebieten oft finanzschwachen Gemeinden. Was dies auf Dauer für die Patienten bedeuten würde, ist nicht abzusehen. Mit freier Arztwahl oder kürzeren Wartezeiten ist dann jedenfalls nicht mehr zu rechnen.

Einen Ausweg aus diesem Dilemma böte eine wirklich gute, funktionierende, Sektor-übergreifende Versorgung – eine Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Sektor. Niedergelassene Fachärzte würden eng mit ihren Kollegen in den Kliniken kooperieren, ohne überflüssige Doppeluntersuchungen, zeitnah im Management. Der Patient würde sich aufgehoben fühlen und nicht wie ein Ping-Pong-Ball über sinnlose bürokratische Grenzen wechseln müssen. Doch dafür wäre eine Reihe von Maßnahmen nötig, die von Politik, Ärzteschaft, Krankenhausgesellschaft und anderen vernunftgeleitet und mit Augenmaß angelegt werden müssten.

1. Konzentration und Spezialisierung von Kliniken, Abbau von Bettenüberkapazitäten.
2. Eine Sektor-übergreifende Weiterbildung auf dem Weg zum Facharzt. Denn die Ambulantisierung der Medizin schreitet voran und immer mehr Inhalte der Weiterbildung können von den Kliniken nicht mehr angeboten werden. Junge Ärzte müssen in Kliniken und Praxen weitergebildet werden.
3. Damit wird eine Sektor-übergreifende Bezahlung a) der Weiterbildung, b) medizinischer Leistungen zum Gebot der Stunde.

Eine flächendeckende, wohnortnahe Versorgung, wie sie im Koalitionsvertrag definiert wird, kann nur auf diese Weise aufrechterhalten werden. Kleinere Kliniken werden nach der neuen Weiterbildungsordnung nicht mehr ausreichend Assistenten weiterbilden dürfen, um den Klinikbetrieb aufrechterhalten zu können. Ein Sektor übergreifendes Consultant System würde den Bestand sichern und dem Patientenwohl dienen. Damit wäre eine effektive Verzahnung der Sektoren gegeben.

Allein Patientenströme durch Gesetze lenken zu wollen, ohne die erforderlichen strukturellen Voraussetzungen zu schaffen, erscheint also wenig hilfreich – es sei denn man hätte die von Herrn Lauterbach seit langem geforderte Abschaffung des niedergelassenen Facharztes im Visier. Damit aber würde eine wesentliche Säule der hervorragenden ambulanten Patientenversorgung in Deutschland geopfert. Und dies wäre sicher nicht im Sinne der Patienten.

Man dürfe nicht die Frösche fragen, wenn man den Sumpf austrocknen wolle, ist eine oft gehörte aber nicht sonderlich kluge Begründung für politisches Handeln, beraten von ökonomiegetriebenen Entscheidern, fernab von begründeten Argumenten medizinischer Fachleute.

Es bleibt im Sinne des Patientenwohles und einer guten medizinischen Versorgung, auch in Zukunft, zu hoffen, dass das Versorgungsstärkungsgesetz in seiner endgültigen Form deutliche Modifikationen erfahren wird, die den begründeten Argumenten der Leistungsträger im Medizinsystem, namentlich der Ärzte, Rechnung tragen und damit vor allem auf das Patientenwohl abheben!

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Dezember 2014

Chirurgische Weiterbildung im Spannungsbogen zwischen Deutschland und Afghanistan - als Nachwuchschirurg der Bundeswehr in Konflikt- und Krisenregionen

Oberstabsarzt Dr. med. Gerhard Achatz, Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Rekonstruktive und Septische Chirurgie, Sporttraumatologie am Bundeswehrkrankenhaus Ulm

Die Nachwuchssituation in der Chirurgie wird aktuell von vielen Seiten sehr genau beleuchtet, da unter anderem ein eklatanter Nachwuchsmangel befürchtet wird, sich die Einstellung des Nachwuchses für die Tätigkeit im Bereich der Chirurgie ändert und unter anderem Aspekte wie eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie eine ausgewogene Work-Life-Balance in den Vordergrund treten. Es besteht also eine Situation, die es notwendig macht, die Bedürfnisse und Wünsche des Nachwuchses zunehmend mehr wahrzunehmen und stärker zu beachten. Professor Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer, formuliert dazu in diesem Sinne: „Junge Menschen mit einer hochqualifizierten Ausbildung sind zu Recht nicht mehr bereit, ihren Lebensstil, ihre Lebensqualität und ihre Arbeitnehmerrechte an den Pforten der Krankenhäuser und Arztpraxen abzugeben.“

In der gesamten Diskussion spielt jedoch die Aus- und Weiterbildung weiterhin die zentrale Rolle, da nur über eine fundierte und nachhaltige Vermittlung von Fachwissen und den Erwerb entsprechender operativer Fähigkeiten und Fertigkeiten die chirurgische Versorgung auf Dauer auf dem in Deutschland gewohnten Niveau sichergestellt werden kann. Aus Sicht eines großen Teils des chirurgischen Nachwuchses sollte die Weiterbildung dabei breit und umfänglich ausgerichtet sein, wie dies verschiedene Umfrageergebnisse, wie zum Beispiel der fachgesellschaftlichen Nachwuchsvertretung für das Fachgebiet Unfallchirurgie und Orthopädie, belegen können. Dieser Wunsch geht jedoch teilweise mit den Entwicklungen in unserer medizinischen Versorgungslandschaft konträr, die zunehmend spezialisierte Versorgungsstrukturen – mit entsprechenden Auswirkungen auf die Weiterbildungsmöglichkeiten – vorhält.

Bei Bundeswehreinräsen in Krisen- und Konfliktgebieten, in denen verletzte Einsatzkräfte der eigenen, teils auch der verbündeten Streitkräfte – und im Rahmen freier Kapazitäten auch die zivile Bevölkerung – versorgt werden, sind die fachlichen Anforderungen an den vor Ort eingesetzten Chirurgen dann auch in der täglichen Arbeit breit und umfangreich. Es wird in der Einsatzsituation der Patient in seiner Gesamtheit durch diesen Chirurgen versorgt. Mehrere spezialisierte Chirurgen verschiedener Fachdisziplinen, wie es der klinische Alltag in Deutschland teilweise ermöglicht, stehen nicht zur Verfügung. Die Konsequenz ist, dass die notwendige Aus- und Weiterbildung für Chirurgen der Bundeswehr deutlich umfangreicher und zeitintensiver sein muss, um den Patienten gesamtheitlich behandeln zu können. Gerade weil hier in Krisen- und Konfliktregionen noch Verletzungen hinzukommen, die im Klinikalltag in Deutschland eher selten sind, wie zum Beispiel Schuss- und Explosionsverletzungen. Das operative Spektrum für den einzelnen Chirurgen ist damit gegenüber der

geregelten und spezialisierten Arbeit in der Klinik zu Hause deutlich erweitert. Somit ist die Arbeit in diesen Regionen für die Chirurgen der Bundeswehr eine fachliche und aber damit auch eine große persönliche und menschliche Herausforderung, da neben der breiten Fachlichkeit vor allem auch psychische Belastungen in einem ungewohnten, nicht selten gefährlichen und instabilen Umfeld hinzukommen und die Konfrontation mit teils dramatischen Einzelschicksalen, Verletzungen und Verwundungen oder sogar dem Tod von Kameraden auf einen einwirken können.

Die Bundeswehr hat durch eine entsprechende Weiterbildungsausrichtung mit stets für jeden Chirurgen zu absolvierender Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinchirurgie im ersten und einem spezialisierten Facharzt im zweiten Schritt auf diese Erfordernisse erfolgreich reagiert.

Auch in Deutschland wird die Sicherstellung der notfallchirurgischen Versorgung in den kommenden Jahren gerade auch vor dem Hintergrund des demografischen Wandels eine große Herausforderung sein. Hier wird der Bedarf an gut ausgebildetem und fachlich qualifiziertem Nachwuchs weiter hoch sein. Es werden gerade Chirurgen gefordert und notwendig sein, die Patienten in Akut- und Notfallsituationen adäquat chirurgisch versorgen können. Die politische Einschätzung unterstreicht dies auf verschiedenen Ebenen deutlich. Eine fundierte und vor allem in der Breite entsprechend angepasste Weiterbildung wird hierzu notwendig sein, entsprechende Überlegungen müssen in die aktuell anstehende Überarbeitung und Neuausrichtung der ärztlichen Musterweiterbildungsordnung einfließen. Die Bundeswehr kann hier mit Ihrem Curriculum Erfahrungen anbieten und Möglichkeiten aufzeigen, die für eine entsprechende Umsetzung interessant erscheinen.

Auf Ebene der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie wird das Thema für und durch den Nachwuchs nun intensiv durch das Perspektivforum Junge Chirurgie begleitet.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Dezember 2014



Eine radikale Revolution auf dem Wissenschaftsmarkt: Impactpunkte im Abseits

Was niemand mehr für möglich gehalten hatte, ist plötzlich doch Wirklichkeit geworden: die vollständige Abkehr von dem Evaluationsinstrument „Impactpunkt“ für die Bewertung der wissenschaftlichen Leistung von Forschern in der Medizin ist vollzogen. Das aktuelle Positionspapier der AWMF lässt für Spekulationen und Rückzugsgefechte keinen Spielraum. Die AWMF vertritt etwa 160 medizinische Fachgesellschaften. Nachdem die AWMF bereits einer international von mehr als 10 000 Wissenschaftlern unterzeichneten Erklärung beigetreten ist, die eine Bewertung von Forschern nach

Impactpunkten für unzulässig erklärt [1], stellt das vorliegende Positionspapier [2] einen konsequenten und entscheidenden Endpunkt dieser Entwicklung dar: Wer aus der Impactpunktposition ein Tor schießen will, steht im Abseits: das Tor zählt nicht mehr.

Was bedeutet das praktisch: in Deutschland werden von den Ländern mehr als 3 Milliarden Euro pro Jahr an die medizinischen Fakultäten ausgeschüttet. Etwa ein Drittel dieser Mittel werden über die leistungsorientierte Mittelvergabe (LOM) verteilt, wobei das Impactpunktsystem

bisher eine wichtige Rolle spielte. Die Verteilung derart großer Mengen von Steuergeldern auf der Grundlage von Impactfaktoren hat nun keine Legitimationsbasis mehr. Auch die Praxis bei Habilitationsverfahren, Lehrstuhlbesetzungen, Beurteilungen von Forschungsanträgen, Einrichtungen von Sonderforschungsbereichen, Entwicklungen akademischer Schwerpunkte und Zentren, Besetzungen von Chefarztstellen in Lehrkrankenhäusern usw. steht jetzt überall dort auf dem Prüfstand, wo eine Impactpunktssystematik zur Bewertung von Forschern appliziert wurde.

Chirurg/-in und Chirurgie

Lange erschien die Impactpunktwelt wie ein undurchdringliches sich selbst stabilisierendes System, das ungeachtet vieler skeptischer Stellungnahmen [3–5] durch sprachgewandte und rhetorisch gewandte Wissenschaftler überzeugend und nachhaltig unterstützt wurde [6, 7]: die Kritiker wurden in eine Inferioritäts- und Versagensposition lanciert, als sei ihre Kritik in der Sache ihrem eigenen Scheitern in der von ihnen vertretenen wissenschaftlichen Disziplin geschuldet und nicht einer objektiv ungeeigneten Systematik der Impactpunktwelt selbst, wie kürzlich in einem Editorial in Science dargestellt [8]. Die mitunter gönnerhaften Deutungen, dass die Chirurgen wissenschaftlich versagen, weil sie in der Hochschulmedizin durch die Versorgung akuter Notfälle vor allem in den Nebenzeiten an Wochenenden und des Nachts derart beansprucht seien, dass für wissenschaftliche Entwicklungen kein Raum mehr sei, tat das ihrige. Als ob die Versorgung akuter Notfälle durch akademische Chirurgen und wissenschaftliche Reflektion des chirurgischen Handelns Widersprüche seien. Supramaximalversorgung in der Chirurgie war immer schon Wissenschaft und diese Wissenschaft war immer schon Supramaximalversorgung. Fairerweise gab es gerade unter den Profiteuren der Impactpunkte akademisch herausragende Mahner, die sich der kritiklosen Mitläuferschaft nicht anschlossen: am bekanntesten ist hier wohl das Märchen des Kardiologen Wolfgang Kübler [9], der erzählt, dass ein König, der im Land der Impactpunkte herrscht, sich dann, als es ihn selbst betrifft, von Chirurgen aus einem Land operieren lässt, das nicht nach Impactpunkten strukturiert wird.

Ein Land wie Deutschland kann es sich schlichtweg nicht leisten, seine Forscher über Jahrzehnte hinweg nach Kriterien zu evaluieren, die ungeeignet sind, die

Qualität des Wissenschaftlers zu messen. Der Forschungsstandort Deutschland kann meiner Meinung nach im internationalen Wettbewerb nur bestehen, wenn die Forscher bereit sind, sich auf faire Weise evaluieren zu lassen, sich dem Wettbewerb zu stellen und konkrete Konsequenzen aus dieser Evaluation für sich entwickeln. Das Innovative, das technisch und methodisch Hochstehende, das konzeptionell Neue muss in allen medizinischen Disziplinen eine Chance auf Förderung haben. Ein simpler Rückzug auf das Addieren von Impactpunkten zur Evaluation der Leistung eines Forschers war aus aktueller Sicht ein dramatischer Irrweg.

Es ist nicht an der Zeit zu klagen, dass an manchen Standorten in Impactpunkt-begünstigten Disziplinen Lehrstühle aus dem Boden geschossen sind. Es ist auch nicht an der Zeit, die fehlende Eignung des Impactfaktors als Instrument zu benutzen, die seit 2000 geführte Kontroverse über die generelle Abschaffung von Habilitationen oder die Erfordernis der Habilitation für die Ernennung zum Professor zu befeuern. Es ist jetzt aber an der Zeit für einen Wandel.

Und hier kann die Chirurgie als ebenso kraftvoller wie sachlicher und besonnener Motor eine wichtige Rolle einnehmen. Denn Chirurgie findet in der Öffentlichkeit schon deshalb Gehör, weil sie etwa 50 % der Patienten an Universitätskliniken versorgt. Jetzt können die Chirurgen aus der Rolle des Bittstellers heraustreten und auf der Grundlage des AWMF-Positionspapiers als fairer Makler übergeordneter Interessen für den Wissenschaftsstandort Deutschland agieren: in Fakultätsräten, in interdisziplinären Konferenzen, bei Habilitationsverfahren, bei Lehrstuhlbesetzungen, bei der Beurteilung von Forschungsanträgen, bei der Besetzung von Gremien in der DFG und ande-

ren Institutionen usw. Das ist ein langer Weg, der chirurgische Beharrlichkeit verlangt. Aber das ist nicht zuletzt auch unsere Verpflichtung.

Literatur

- 1 Cagan R. "San Francisco Declaration on Research Assessment." *Disease Models & Mechanisms*. 2013; Doi: 10.1242/dmm.012955
- 2 Herrmann-Lingen C, Brunner E, Hildenbrand S, Loew TH, Raupach T, Spies C, Treede RD, Vahl CF, Wenz HJ. Evaluation of medical research performance – position paper of the Association of the Scientific Medical Societies in Germany (AWMF). *GMS Ger Med Sci* 2014; 12: Doc 11. DOI:10.3205/000196, URN:urn:nbn:de:0183-0001969
- 3 Vahl CF. Forschungsbewertung: Fairness für forschende Chirurgen: ein Plädoyer. *Dtsch Arztebl* 2008; 105 (12): A-625-8 Arzteblatt
- 4 Brähler E, Strauss B. Leistungsorientierte Mittelvergabe an Medizinischen Fakultäten: eine aktuelle Übersicht. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 2009; 52(9): 910–916. DOI: 10.1007/s00103-009-0918-1
- 5 Vahl CF. Forschungsförderung durch leistungsorientierte Mittelvergabe (LOM): Argumente für eine medizinische Wissenskulturskultur jenseits der Impactpunkte. *Z Herz-, Thorax-, Gefäßschir* 2008; 22: 94–97
- 6 Heusch G. Erwiderung auf den Beitrag von C.-F. Vahl „Überlegungen zur Bewertung von Forschung, zur wissenschaftlichen Schwerpunktbildung und zur Forschungsförderung. *Z Herz-, Thorax-, Gefäßschir* 2008; (22): 119–120
- 7 Adler G. Forschende Chirurgen: nicht fair. *Dtsch Arztebl* 2008; 105 (19): A-1002/B-872/C-852
- 8 Alberts B. Impact factor distortions. *Science* 2013 May; 340(6134): 787. DOI: 10.1126/science.1240319
- 9 Kübler W. Der Impact-Faktor oder das Märchen von der Gerechtigkeit. *Z Kardiol* 2003; 92: 529–531

Prof. Dr. med. Christian Friedrich Vahl
Direktor der Klinik für Herz-, Thorax und
Gefäßschirgie
Universitätsmedizin Mainz
E-Mail: christian.vahl@unimedizin-mainz.de

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Peter M. Vogt
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Direktor
der Klinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie an
der Medizinischen Hochschule Hannover

* 1958



Beruflicher Werdegang:

- 1977–1983 Medizinstudium und Promotion an der Johann Wolfgang Goethe-Universität
Frankfurt/Main
- 1984–1985 Wehrdienst als Truppenarzt in Lahnstein
- 1985–1991 Weiterbildung im Gebiet Chirurgie an der Chirurgischen Universitätsklinik Lübeck
(Professor F. W. Schildberg) und Medizinischen Hochschule Hannover
(Professor R. Pichlmayr, Professor H. Tscherne, Professor H. G. Borst);
- 1991–1994 Weiterbildung in plastischer Chirurgie, Handchirurgie und spezieller
Intensivmedizin, Universitätsklinik für Plastische Chirurgie und
Schwerbrandverletzte, „Bergmannsheil“, Bochum (Professor H.U. Steinau)
- 1991–1993 Research Fellowship an der Division of Plastic Surgery, Brigham and Women’s
Hospital, Harvard Medical School, Boston, MA, USA (Professor E. Eriksson)
- 1994–2001 Oberarzt mit Bereichsleitung des Brandverletztenzentrums, Universitätsklinik für
Plastische Chirurgie und Schwerbrandverletzte, „Bergmannsheil“, Bochum
- 1994 Habilitation
- 1999 Außerplanmäßige Professur für Plastische Chirurgie, Ruhr-Universität Bochum
- 2001 Berufung auf die C4-Professur für Plastische-, Hand- und Wiederherstellungs-
chirurgie der Medizin, Hochschule Hannover,
Aufbau eines Labors für Regenerationsbiologie in der plastischen Chirurgie

Mitgliedschaften in deutschen und internationalen Fachgesellschaften

- 2005–2013 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Verbrennungsmedizin (DGV), der
Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung (DGfW), der
Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen,
Präsident der European Burns Association (EBA)
- Seit 2014 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Herausgeber des Open-Access-Journals *GMS German Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*,
Tätigkeit im Editorial Board, Beirat und Reviewer zahlreicher nationaler und internationaler
Fachzeitschriften

Klinische Schwerpunkte:

- rekonstruktive plastische Chirurgie
- Handchirurgie
- Verbrennungsmedizin
- ästhetische Chirurgie

Wissenschaftliche Arbeitsgebiete:

- Nervenrekonstruktion
- regenerative Therapie
- Gewebezüchtung

Curriculum Vitae

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

* 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 Medizinischen Hochschule Hannover (Professor Dr. R. Pichlmayr) |
| 1996–2012 | Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie des Städtischen Klinikums Solingen |
| 2011 | Doctor honoris causa der Jagiellonien-Universität Krakau |
| seit 2012 | Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie |

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Claus-Dieter Heidecke, MBA
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und
Viszeralchirurgie (DGAV), Direktor der Klinik für Allgemeine
Chirurgie, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie,
Universitätsmedizin Greifswald

* 20.8.1954



Beruflicher Werdegang:

Studium der Humanmedizin in Regensburg und München (TU). Forschungsaufenthalt Harvard Medical School 1981 bis 1983 als Stipendiat der DFG. Assistenz- und später Oberarzt an der Chirurgischen Klinik des Klinikums rechts der Isar der TU München bei Prof. Siewert. Facharzt für Chirurgie, Viszeralchirurgie und Thoraxchirurgie. Seit 2001 Inhaber des Lehrstuhls für Allgemeine und Viszeralchirurgie und Geschäftsführender Direktor der Chirurgischen Klinik der Universitätsmedizin Greifswald; 2002 bis 2012 Studiendekan der Medizinischen Fakultät, seit 2012 stellv. Ärztlicher Direktor. 2009 bis 2011 MBA-Studiengang Gesundheitsmanagement an der Hochschule Osnabrück. Seit 2009 Vorsitzender der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Qualität und Sicherheit in der Chirurgie (CAQS) der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 2014/2015 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV).

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Bernd Tillig
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH),
Chefarzt der Klinik für Kinder- und Neugeborenenchirurgie,
Kinderurologie, Vivantes Klinikum Neukölln und Klinikum im
Friedrichshain, Berlin

* 1955



Beruflicher Werdegang:

| | |
|----------------|--|
| 1977–1983 | Studium an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig |
| 1983 | Staatsexamen und Diplom |
| 17.5.1983 | Approbation |
| 1985 | Dissertation zur Promotion, Medizinische Fakultät der Universität Leipzig |
| 1987 | Anerkennung als Facharzt für Kinderchirurgie |
| 1994 | Forschungspreis der Deutschen Akademie der Naturforscher „Leopoldina“ |
| 1995/1996 | Kinderurologie, Stanford University, California |
| 1998 | Habilitation und Venia Legendi für Kinderchirurgie, Universität Bochum |
| 2000 | Forschungspreis der Deutschen Gesellschaft für Urologie |
| Bis 2003 | Oberarzt, Kinderchirurgie, Universität Bochum |
| Seit 2004 | Chefarzt der Klinik für Kinderchirurgie, Neugeborenenchirurgie und Kinderurologie, Vivantes Klinikum Neukölln und Friedrichshain |
| 2008 | Ernennung zum außerplanmäßigen Professor für Kinderchirurgie, Universität Bochum |
| Seit 2010 | Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie |
| 2010–2013 | Stellvertretender Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie |
| Seit 2011 | zusätzlich Ärztlicher Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) Prenzlauer Berg, Zentrum für ambulante Kinder- und Jugendmedizin |
| Seit 1.11.2013 | Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie |

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Hans-Peter Bruch
Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e. V. (BDC),
Berlin

* 1947



Beruflicher Werdegang:

Studium der Medizin und der Biochemie in Würzburg, 1974 Promotion zum Doktor der Medizin mit dem Thema „Bindungsstudien an Phosphoglucose-Isomerase“, Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinchirurgie, Gefäß- und Unfallchirurgie an der Universitätsklinik in Würzburg, 1980 Verleihung des von-Langenbeck-Preises der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie gemeinsam mit Herrn Prof. Dr. Erich Schmidt, 1986 Ernennung zum Leitenden Oberarzt der Chirurgischen Universitätsklinik in Würzburg und 1990 Berufung nach Lübeck. Mitgliedschaft in vielen wissenschaftlichen Vereinigungen, zahlreiche Ehrenämter, Mitglied im Editorial Board diverser deutsch- und englischsprachiger Zeitschriften, seit 1999 Mitglied der Leopoldina, seit 2010 Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e. V. (BDC), seit 2011 Vorsitzender der gemeinsamen Weiterbildungskommission von BDC/DGCH und allen chirurgisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften und BVOU (Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie), seit 2013 Präsident der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände e.V. (GFB).

Curriculum Vitae

Oberstabsarzt Dr. med. Gerhard Achatz
Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Rekonstruktive und
Septische Chirurgie, Sporttraumatologie am Bundeswehrkrankenhaus
Ulm

* 4.11.1978 in Zwiesel, Bayerischer Wald



Beruflicher Werdegang:

| | |
|-------------------|---|
| 01.01.1999 | Diensteintritt in die Bundeswehr als Sanitätsoffiziersanwärter beim Luftwaffenausbildungsregiment Bayreuth |
| 2000 – 2006 | Studium der Humanmedizin an der Universität Regensburg |
| 11/2006 – 12/2008 | Assistenzarzt (Ausbildung des Common Trunk Chirurgie) an der Chirurgischen Klinik des Bundeswehrkrankenhaus Ulm, Abteilungsleiter: Oberstarzt Dr. med. R. Steinmann |
| 01/2009 – 11/2010 | Truppenarzt am Sanitätszentrum Untermeitingen, Lagerlechfeld dabei von 03/2010 bis 07/2010 Leiter Sanitätszentrum Untermeitingen |
| 06/2009 – 12/2009 | Staffelchef der Sanitätsstaffel Einsatz Einsatzgeschwader Tornado NATO Response Force 13 |
| 11/2009 – 12/2009 | Fliegerarztlehrgang im Rahmen 1 st International Basic Course in Aviation Medicine, am Flugmedizinischen Institut der Luftwaffe, Fürstenfeldbruck |
| 05/2010 – 07/2010 | Auslandseinsatz der Bundeswehr, 26. Deutsches Einsatzkontingent KFOR, Kosovo |
| 12/2010 – 02/2011 | Truppenarzt am Sanitätszentrum Ulm, Ulm |
| Seit 03/2011 | Assistenzarzt und Wissenschaftlicher Mitarbeiter Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Rekonstruktive und Septische Chirurgie, Sporttraumatologie, Bundeswehrkrankenhaus Ulm , Ärztlicher Direktor: Oberstarzt Prof. Dr. med. B. Friemert Dabei abgeschlossene Weiterbildungsrotationen: 12 Monate Gefäßchirurgie, Bundeswehrkrankenhaus Ulm, Ärztlicher Direktor: Oberstarzt Dr. med. Michael Engelhardt 18 Monate Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie, Ärztlicher Direktor: Oberstarzt Prof. Dr. med. Roland Schmidt |

11/2013 – 12/2013 Auslandseinsatz der Bundeswehr, 33. Deutsches Einsatzkontingent ISAF,
Afghanistan

Mitgliedschaft in wissenschaftlichen Fachgesellschaften:

- Berufspolitisches Engagement als Sprecher des Perspektivforums Junge Chirurgie der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
- Leiter der Sektion Interdisziplinäre Zusammenarbeit beim Jungen Forum der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Leiter der Arbeitsgemeinschaft Ultraschall der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie
- Mitglied von acht Fachgesellschaften aus den Bereichen Unfallchirurgie und Orthopädie, Schulter- und Ellenbogenchirurgie sowie Ultraschall.

Wissenschaftliche Schwerpunkte:

- zwei große Forschungsprojekte zum Einsatz der Kontrastmittelsonographie beim Traumapatienten
- Schulter- und Ellenbogenchirurgie, Polytraumaforschung
- Betreuung von acht Promotionsarbeiten als Mitglied der Unfallchirurgischen Forschungsgruppe am Bundeswehrkrankenhaus Ulm, Leiter: Oberstarzt Prof. Dr. med. B. Friemert.

Gewinn des wissenschaftlichen Heinz-Gerngroß -Förderpreis in 2012.

Referate und Vorträge auf nationalen und internationalen Fachkongressen:

(beispielhaft)

- regelmäßig: Deutscher Kongress für Chirurgie
- regelmäßig: Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie
- World Congress of Ultrasound 2011, Wien
- World Trauma Congress 2012, Rio de Janeiro
- World Trauma Congress zusammen mit dem European Congress for Trauma and Emergency Surgery 2014, Frankfurt am Main.

Publikationen:

Autor bzw. Co-Autor mehrerer wissenschaftlicher und berufspolitischer Publikationen



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie



Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie mit derzeit 6.550 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 rücküberreignet. 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:

„Was Chirurgen können, können nur Chirurgen!“

Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Termin: Mittwoch, 3. Dezember 2014, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Langenbeck-Virchow-Haus, Bibliothek der DGCH, Luisenstraße 59, 10117 Berlin

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

- Professor Dr. med. Peter M. Vogt
- Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans-Joachim Meyer
- Professor Dr. med. Claus Dieter Heidecke
- Professor Dr. med. Bernd Tillig
- Professor Dr. med. Hans-Peter Bruch
- Oberstabsarzt Dr. med. Gerhard Achatz

| | |
|--------------|---------------|
| Vorname: | Name: |
| Redaktion: | Ressort: |
| Straße, Nr.: | PLZ/Ort: |
| Telefon: | Fax: |
| E-Mail: | Unterschrift: |

Bitte an 0711 8931-167 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 8931-167

lorenz-meyer@medizinkommunikation.org

www.dgch.de