

Präsidenten-Rede anlässlich des 121. Chirurgen-Kongresses – 27.04.04

Frau Senatorin,
Herr Staatssekretär,
meine Herren Präsidenten,
verehrte Gäste !

Der Chirurg, in der Antike „göttlichen Ursprungs“, im Mittelalter „Barbier oder Feldscher“, im 19. Jahrhundert „charismatischer Nothelfer“ und im 20. Jahrhundert „Halbgott in Grün“.

So ist die Profession stets zugleich ein Spiegelbild des jeweiligen Zeitgeistes gewesen.

Daß der Chirurg heute möglicherweise zum Funktionär eines Dienstleistungsgewerbes mutiert, möchte ich provokativ mit meinem Motto „Chirurgen und Chirurgie zwischen Anspruch und Realität“ hinterfragen.

Durch die Ökonomisierung des Gesundheitswesens hat sich unser Berufsbild in den letzten 10 Jahren stark verändert und wird es wahrscheinlich mit zunehmender Rasanz weiter tun.

Denn der Krankenhausbetreiber der Zukunft hat die Möglichkeit, den nach Erfahrung und Alter geeigneten Chirurgen per Chip-Karte – durch einen Scanner gezogen – zeit- und phasenweise auszusuchen und einzusetzen.

Ist das nun eine Horrorvision oder eine Verheißung ?

Machen wir uns nichts vor, verehrte Anwesende:

Der politische Wind bläst unserem Berufsstand ins Gesicht. Und zwar aus allen Richtungen.

Die Systeme sozialer Sicherung brechen weg, die Gesetzliche Krankenversicherung ist quasi Pleite, die Arbeitslosigkeit verharrt auf erschreckend hohem Niveau, die öffentlichen Haushalte schrammen die Grenze verfassungsrechtlicher Normen, die Demografie erheischt einen hohen Zoll.

Der halbherzige Versuch der Politik einer Großen Gesundheitskoalition, diesem Übel beizukommen, hat in seinen kontraproduktiven Auswirkungen auch unseren Berufsstand erreicht.

Die Krankenhauspläne der Bundesländer auf der einen sowie die verordnete Einführung der DRG's auf der anderen Seite werden die Landschaft grundlegend verändern.

Die Frage, wo in diesem Prozeß chaotischen Aktionismus eigentlich der Patient mit seinen Bedürfnissen nach einer humanen Versorgung bleibt, muß letztendlich ebenfalls die Politik beantworten.

Uns fällt in diesem Prozeß lediglich die Rolle des Reagierenden zu. Aus ethischer Verantwortung können wir nur versuchen, negative Auswirkungen zu minimieren.

Meine sehr verehrten Damen und Herren,
 einer unserer großen Vorfahren, Theodor Billroth, war nicht nur als Chirurg sondern auch als Geigenvirtuose hoch angesehen.
 In seinem Brief an seinen Freund Joh. Brahms schreibt er u. a.:“ Wissenschaft und Kunst schöpfen aus der gleichen Quelle“.
 Erst im Jahrhundert Billroths erreichte der Beruf des Künstlers durch das Bildungsbürgertum seine bis heute hochgeachtete Stellung.
 Der Chirurg durchlief eine ähnliche Entwicklung – vom wenig geachteten Handwerker bis zur Koryphäe.
 Darunter ist bei Künstlern und Chirurgen der Zeitgenosse zu verstehen, der Pionierleistungen vorstellte oder aus anderen Gründen besondere Anerkennung fand.

Wer selbstkritisch ist, sein Werk als Chirurg immer wieder in Frage stellt, also permanent über Sinnhaftigkeit seines Tun's philosophiert, ist aus meiner Sicht ein echter Chirurg und Künstler zugleich, unabhängig von der öffentlichen Anerkennung.

Daß sich bestimmte Temperamente eher in der Chirurgie als in anderen Medizinbereichen finden, davon kann man meines Erachtens ausgehen.

Doch: Erst wenn große chirurgische Erfahrung mit ständiger Erhaltung und Verbesserung des Wissens sich vereinen, ist schließlich die Fähigkeit, chirurgisch verantwortungsvoll zu handeln, gegeben.
 Dazu gehört eine gewisse Risikobereitschaft. Sie erfährt Impulse aus der sokratischen These, daß es unmöglich sei, das Gute zu wissen, ohne es zu tun.

Durch das Anspruchsdenken unserer Patienten - mit gehäuften Entschädigungsansprüchen - wird die Bereitschaft zum Risiko bei der zukünftigen Chirurgen-Generation möglicherweise abnehmen.

Das wäre sicher zum Schaden vieler Patienten, obwohl der Risikoeingriff gelegentlich auch zu einem Mißerfolg führen kann.

Die kalkulierte Risikobereitschaft, die Dominanz im Op-Saal, die als eindeutiges, schnelles und entschlossenes Handeln – gerade in Notfallsituationen – gefragt ist, würde außerhalb des Operationstrakts der partnerschaftlichen Zusammenarbeit bzw. Kollegialität zuwiderlaufen.

Heute sind solche Verhaltensweisen – wenn es sie denn noch gibt – immer seltener zu beobachten; zwingen doch die äußeren Umstände mit Betonung der Interdisziplinarität und der integrierten Versorgung zunehmend zur kollegialen Kooperation.
 Sie sollte eigentlich selbstverständlich sein.
 Sie bedeutet aber auch, daß Chirurgen die Operationsindikation nicht mehr alleine stellen, weil sie heute, und mehr noch in der Zukunft, zeit- und phasenweise in ein medizinisches Gesamtkonzept eingebunden sind.

Verehrte Anwesende,

noch vor wenigen Jahren konnten wir bei der großen Zahl der medizinischen Studienabgänger die besten für unser Fach aussuchen.

Inzwischen befürchten wir ernsthaft, daß dem deutschen Gesundheitswesen die Ärzte ausgehen.

Die Zahl der medizinischen Studienanfänger ging um 14%, die der medizinischen Staatsexamina und der Approbationen um 22% zurück.

Dieser offensichtliche Verlust an jungen Ärzten ist darin begründet, daß die besseren und flexibleren Absolventen die beruflichen Alternativen dort ergreifen, wo die Arbeitszeiten günstiger und die Dotierungen besser sind.

Assistenz- und Oberärzte verdienen im benachbarten Ausland durchschnittlich 100% mehr und haben darüber hinaus noch mehr Freizeit als in unserem Lande.

Wir leben zum Glück in einer offenen Gesellschaft. Man muß sich aber auch deren Bedingungen stellen, um in ihr bestehen zu können.

Die jungen Medizinstudenten haben sehr wohl registriert, daß sich ihre Ausbildungs- und Berufsbedingungen in letzter Zeit stetig verschlechtert haben.

So wurden von ihnen die Einführung des AiP als nackte Ausbeutung und Berufsaussichten am Ende der langen Facharztausbildung als schlecht empfunden.

Was also sollte eine derart lange Ausbildung noch an Perspektiven bieten ?

So orientierte man sich entweder sofort um in Bereiche mit besseren Aussichten oder wechselte nach der Approbation.

Dieser Wechsel - in inzwischen massivem Ausmaß - erfolgte entweder in andere Länder wie die skandinavischen oder Großbritannien oder in benachbarte Berufssparten.

Der Verlust an medizinischem Nachwuchs ist inzwischen enorm.

Von der Politik scheint dieses Problem noch immer nicht wahrgenommen worden zu sein.

In dieser Situation – und erst jetzt – wird schmerzlich registriert, daß der Frauenanteil in der Chirurgie im Vergleich zu Nachbarstaaten außergewöhnlich gering ist.

Während der Anteil von Kolleginnen im Studium über 50% beträgt, finden sich in der Chirurgie weniger als 10%.

Das Defizit an Chirurginnen scheinen wir nicht bemerkt zu haben, genauso wie eine veränderte Definition der Lebensqualität.

Lebensqualität hat bei der jungen Generation eine andere Bedeutung als bei der Vorgängergeneration erlangt.

Die Definition von „Lifestyle“ heute ist „außerberuflicher Zeit“ gleichzusetzen.

Ehepartner, männlich oder weiblich, sind nicht länger zufrieden mit dem Paradigma eines Broterwerbers bzw. Familienvorstandes, weil die Ehe als Partnerschaft verstanden wird und für zwei, die Familie ernährenden Elternteile die sogenannte „Zeit mit Qualität“ immer wichtiger wird.

Ausbildungsdauer, Arbeitszeiten, Arbeitsbedingungen (Hierarchie), Familienplanung und wenig motivierende Vorgesetzte halten heute viele Interessierte von der Chirurgie ab.

Hinzu kommen die als unattraktiv geltenden Einkommensbedingungen vor allem in den Endpositionen bzw. Lebensstellungen.

Wahrscheinlich würden einige junge Kolleginnen und Kollegen die als „Ochsentour“ bekannte Durststrecke früherer Generationen auch heute noch auf sich nehmen, wenn die Endposition entsprechend attraktiver wäre, das heißt leistungsbezogen honoriert würde.

Auch wenn die Umsetzung des EuGH-Urteils wegen Realitätsferne und aus Kostengründen zunächst noch einmal zurückgestellt wurde, ist die Arbeitszeit bzw. die zeitliche Belastung chirurgischer Assistenten ein brennendes Problem.

Das Arbeitszeitgesetz von 1994 wird von der jetzigen Chefarztgeneration mehrheitlich kritisiert und auch oft mißachtet, dagegen wird von der jungen – Nachwuchsgeneration die Einhaltung mehrheitlich gefordert.

Assistenzärzte befinden sich inzwischen in der Arbeitszeit-Falle. Und zunehmend empfinden sie die Nichtachtung des Arbeitszeitgesetzes als Affront. Wir sollten nicht auf jene allein setzen, die – aus welchen Gründen auch immer – bereit sind, mit der Verwaltung diese Vorschriften zu ignorieren. Das optimiert zwar die Stellenpläne, schneidet uns jedoch vom Nachwuchs ab.

Verehrte Kolleginnen und Kollegen, liebe Gäste, in dieser Situation stellt sich die Frage, wie die Attraktivität des Berufsbildes Chirurg erhalten bzw. wieder verbessert werden soll und kann.

Der Hebel müßte schon im Studium mit einer strukturierten Ausbildung angesetzt werden.

Dazu ergeben sich jetzt vielleicht bessere Voraussetzungen, wo wieder über Eliten diskutiert werden darf, wo der Numerus clausus in Frage gestellt wird, womit den Universitäten die Möglichkeit gegeben wäre, ihre Studenten selbst auszusuchen und womit ein Ausbildungskonzept nach Vorbild der Harvard Medical School ermöglicht würde.

Die Verteuerung durch Anhebung der Zahl der Tutoren bei gleichzeitigem Rückgang der Studentenzahlen wäre nur mit Studiengebühren – und das wahrscheinlich auch nicht ganz – zu finanzieren.

Modellprogramme in Dresden und Heidelberg (Heicumed) und München werden hoffentlich bald weitere Nachahmer in Deutschland finden.

Auf dem Weg dahin müssen, wie die öffentliche Debatte zeigt, aber noch viele ideologische Barrieren überwunden werden.

Trotz Arbeitszeitgesetzvorgaben wäre auch die von vielen als in der Zeit nicht praktikabel angesehene Weiterbildung mit Common trunk in 6 Jahren möglich, wenn sie strukturiert wäre, unter Anleitung eines Tutors stattfände und realistische (nicht durch Versorgungskriterien niedriggehaltene) Anhaltzahlen die Grundlage wären. Förderlich wäre dabei, wenn die Überwachung in Zukunft statt von Ärztekammern von den wissenschaftlichen Fachgesellschaften vorgenommen werden könnten.

Damit würde Tendenzen, die Facharztzahlen zur Strukturanpassung auf Kosten von Eingriffszahlen anzuheben, entgegengetreten.

Diese strukturierte Weiterbildung wird möglicherweise durch die vor uns stehenden, sich verändernden Bedingungen der Krankenhauslandschaft weiter erschwert. Das Konzept der Rhön-Kliniken vor Augen - mit sogenannten Teleportal und Schwerpunktkliniken - wird sich Weiterbildung nur im Rotationsprinzip mit mehrmaligem Orts- und bzw. Arbeitsplatzwechsel unter Verwendung von e-learning Programmen und Operationssimulationen bewerkstelligen lassen.

Trotzdem wäre die Weiterbildung innerhalb von 6 Jahren realisierbar, wenn die Assistenzarztstätigkeit von arztfremden Aufgaben befreit würde, die z. Zt. bei 40% liegt.

Kodierungen sollten von Dokumentationsassistenten und das Arztbriefschreiben wieder von Sekretärinnen übernommen werden.

Das Umwidmen bisheriger Arztstellen für diese Aufgaben könnte ein erster Schritt sein, und von den jungen Kollegen (innen) als positives Signal gewertet werden.

Mit Blick auf Maßnahmen zur Beseitigung des Nachwuchsmangels und in Kenntnis des Geschlechterverhältnisses während des Medizinstudiums wäre der wichtigste Lösungsansatz zur Verbesserung des Berufsbildes und zur Behebung des Nachwuchsmangels aus meiner Sicht eine Abschaffung von entwürdigenden Zeitverträgen – nicht nur Jahres-, sogar Monatsverträgen – und zu schaffende Voraussetzungen für eine Balance zwischen Beruf und Familie - kluge Rotationspläne in heute veränderten Klinikstrukturen vorausgesetzt - .

Dazu zählt natürlich die Betreuung von Kindern und die Einrichtung von flexiblen Arbeitszeiten bis zum Angebot von Teilzeitarbeit.

Der wichtigste Lösungsansatz aber ist die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes.

Die Umfrageergebnisse unter chirurgischen Assistenten sind besonders in unserem Land uneinheitlich, was die Einstellung zum Arbeitszeitgesetz angeht.

Mehrheitlich - und auch in den USA - sprechen sich aber Assistenten unter dem Gesichtspunkt der Verbesserung würdiger Lebensqualität für begrenzte bzw. überschaubare Arbeitszeiten aus.

Im Gegensatz zu ihren Ausbildern glauben sie nicht, daß sie bei begrenzter Arbeitszeit eine schlechtere oder verlängerte Weiterbildungszeit in Kauf nehmen müßten, und daß die Patientenvorsorgung dadurch vernachlässigt würde.

Zur beruflichen Zufriedenheit gehört nach allgemeiner Einschätzung neben Lebensqualität und Prestige auch die Dotierung.

Zur Zeit werden Chefarztverträge angeboten, deren Dotierung weder die lange Weiterbildungszeit, noch die Verantwortung der Tätigkeit, den Umfang der Arbeit noch die gesellschaftliche Stellung adäquat widerspiegeln.

Wenn Leistungsträger der Chirurgie sich hinsichtlich ihres Einkommens nicht mehr von nicht-akademischen freien Berufen abheben und sogar darunter liegen, sollten wir uns über ausbleibenden Nachwuchs nicht wundern.

Als aktuelles Beispiel für die eklatante Fehleinschätzung des Wertes chirurgischer Arbeit und chirurgischer Sachverständiger ist die völlig inakzeptable Vergütung medizinischer Gutachten zu werten. Sie liegt unter der für Fußböden oder Rundfunktechnik.

So wie die Sozialbindung des Arztes den Marktwert bei der Begutachtung beeinflusst, beeinflusst sie das gesamte Berufsbild. Von einem Beruf mit höherem Prestige kann nicht mehr die Rede sein.

Meine sehr verehrten Damen und Herren,
bei der Betrachtung des Berufsbildes Chirurgie ist die zukünftige Krankenhausentwicklung mitzubedenken.

Unter der Vorstellung, daß höhere Qualität in der chirurgischen Versorgung nur entstehen kann, wenn es über eine Fallzahlverdichtung zu einer höheren Wiederholung, und damit neben niedrigeren Kosten zu höherer Professionalität kommt, werden in Zukunft Patienten wohnortnah nach Diagnosen sortiert, und diejenigen, für die es nötig ist, zum Platz höchsterreichbarer Kompetenz gebracht. So heißt es im Konzept der Rhön-Kliniken mit Teleportal- und Schwerpunktkliniken. In den Schwerpunktkliniken wird die Spezialisierung hoffentlich nicht soweit kommen, daß nur noch organspezifisch operiert und der Patientenkontakt auf ein Minimum reduziert wird.

Die mittlerweile rein ökonomisch-fiskalischen Zwängen untergeordnete Politik will diesen Weg erzwingen: Ziel ist ein Optimum an identischen Fallzahlen in spezialisierten Einrichtungen.

Das mag betriebswirtschaftlich Sinn machen, beantwortet jedoch nicht die Frage, wo der Patient mit seinen unter Umständen multiplen Erkrankungen bleibt.

Es wird hier politisch ein teuflisches Gift verabreicht: Die Verengung des Spektrums (die Vereinfachung) ist simpel, schafft schnelle berufliche Befriedigung – allerdings unter Außerachtlassung der dem Arztberuf trotz aller Spezialisierung unauflöslich verbundenen ganzheitlichen Betrachtungsweise.

Im Klartext: DRG's und damit einhergehende Spezialisierungen können Transparenz schaffen, Verweildauer und Kosten senken, werden jedoch zu einem gravierenden inhaltlichen Wandel des Arzt-Patienten – Verhältnisses führen.

Vor dem Hintergrund des auch für den Chirurgen der Zukunft unabdingbaren Patientenkontaktes kann ich nur davor warnen, daß das in der Chirurgie nachgeahmt wird, was Henry Ford vor 100 Jahren zur Steigerung der Produktivität in der Autofertigung als erster umsetzte, nämlich eine auf ein oder zwei Organe beschränkte operative Tätigkeit, entsprechend einer Fließbandarbeit.

Mit Blick auf die sogenannten Portalkliniken, in denen nicht nur eine hoch genaue Komplettkörperdiagnostik, sondern auch eine Alltagschirurgie angeboten werden soll, sollten wir überlegen, ob wir den Facharzt für Allgemeine Chirurgie, den wir als kränkliches Kind mit begrenzter Lebenserwartung angesehen haben, seinem Schicksal überlassen oder eine konsequente Therapie anbieten sollten.

Bisher gingen wir davon aus, daß der Allgemeinchirurg in Zukunft überflüssig werden würde. Zur Zeit wird diese Facharztsäule mit der europäischen Zwangsvorgabe begründet.

Neben Portalkliniken könnte der Allgemeinchirurg bei Behörden, Versicherungen und vor allem beim Sanitätsdienst der Bundeswehr seinen Aufgabenbereich finden. Der hochspezialisierte Chirurg in der Schwerpunktlinik wäre die Alternative. Schon jetzt ist die Rede vom Mini- und Maxi-Chirurg.

Der Maximal-Chirurg der Vergangenheit war der klassische Chefarzt mit breitgefächertem Basiswissen.

In Zukunft werden aber wahrscheinlich die Spezialisten als Maximal- und die Allgemeinchirurgen als Minimal-Chirurgen angesehen.

Erstere arbeiten schließlich aus ökonomischer Sicht maximal effizient und liefern höchste Qualität.

Es scheint klar, daß weder Maxi – noch Mini - Chirurgen der Zukunft Funktionen einnehmen können, die denen eines Chefarztes alter Prägung entsprechen.

Die heutige Bedeutung des Allgemeinchirurgen innerhalb des Hauses der Chirurgie könnte man mit der des Allgemeinmediziners innerhalb des Hauses Innere Medizin vergleichen.

In Kenntnis des Aufgaben- und Bedeutungswandels des Facharztes für Allgemeinmedizin und desjenigen für Innere Medizin werden Zweifel wach, ob die zeitgenössische Bedeutung von Mini und Maxi in der Chirurgie dauerhaft sein wird.

Unsere amerikanischen Freunde haben offenbar das gleiche Problem. Britt schrieb in Annals of surgery 2002, daß die Subspezialisierung eine Zahl von prozessoralen Chirurgen hervorbringe, die in einem begrenzten Gebiet gut operieren, die aber nicht bereit oder fähig sind, die Verantwortung für den ganzen Patienten zu übernehmen.

Er spricht von einer Organsystemversorgung oder vom "multiplen Doktorsyndrom", und prophezeit für die nächsten Jahre einen Mangel an Allgemeinchirurgen, weil der Bedarf z. Zt. unterschätzt würde.

Verehrte Anwesende,
die Zeiten des Chefarztes alter Prägung, des omnipotenten Generalisten, sind sicherlich vorbei.

Während unsere Vorgängergeneration in Ermangelung kooperierender – vielleicht spezialisierter Fachabteilungen – auf sich selbst gestellt handeln mußte, können wir heute fast flächendeckend die Fachkompetenz von Nachbardisziplinen prä-, intra- und postoperativ einbinden.

Diese Interdisziplinarität erscheint wegen der Komplexität, die die moderne Chirurgie heute erreicht hat und dem daraus resultierenden Zwang zur Spezialisierung, unumgänglich.

Vereinfacht umsetzbar ist sie heute durch die moderne Informationstechnologie bzw. Telematik.

Diese wird darüber hinaus über eLearning-Programme bis hin zu Operationssimulatoren die Weiterbildung beeinflussen und letztlich das Bild des chirurgischen Lehrers und Mentors verändern.

Die Indikation zum interdisziplinären Eingriff ergibt sich nach Absprache der beteiligten Disziplinen, wobei jeder Mitbehandelnde über die Risiken seines Bereiches aufklären muß.

Das Agieren inter disciplinas - zwischen den Fachgebieten und Wissensfeldern - bzw. über ihre Grenzen hinweg, stellt eine neue Herausforderung für uns Chirurgen dar und wird unsere Arbeit deutlich verändern.

Das heißt, daß alle Beteiligten ihre Arbeit in enger Teilverantwortung (Grundsatz der strikten Arbeitsteilung) nach Vorabsprachen (Koordinierungspflicht) im Vertrauen auf die Kompetenz der anderen Beteiligten (Vertrauensgrundsatz) durchführen. Dem behandlungsführenden Arzt kommt dabei eine besondere Verantwortung zu. Auch wenn im Konfliktfall das Prinzip der Prädominanz sachlicher Erfordernisse gilt, sind die medicolegalen Gesichtspunkte zur Zeit mangels Praxis noch völlig offen.

Der Ansatz, medizinische, besonders operative Fächer, enger zu verknüpfen, indem sie sich gemeinsam der optimalen Patientenversorgung verpflichten, sollte zu neuen Formen der Zusammenarbeit.

Dies wird in naher Zukunft zur Selbstverständlichkeit, weil vom Gesetzgeber inzwischen ein Katalog der Leistungen vorgelegt wurde, bei denen ein Zusammenhang zwischen Qualität des Behandlungsergebnisses und der Menge der erbrachten Leistungen belegt scheint. Danach sollen diejenigen, die sogenannte Mindestmengen nicht mehr erreichen, bestimmte Leistungen nicht mehr abrechnen können.

Auch wenn viele von uns gegen dieses Gesetz opponieren und darin einen Widerspruch zum kommunalen Sicherstellungsauftrag mit der Gefahr einer rechtsstaatlich-steuerbaren Krankenhausplanung – also ein bürokratisches Monster – sehen, sollten wir uns dazu bekennen:

Wissen wir doch selbst am besten, daß wir das, was wir oft tun, immer besser tun. Mittlerweile haben mehr als 300 große Studien die Korrelation von Fallzahl und Ergebnisqualität verschiedener operativer Eingriffe bestätigt (Kizer, siehe VUD). Krankenhäuser, die diese Operationen nur selten durchführen, können im Einzelfall auch gute Ergebnisse erreichen. Die Wahrscheinlichkeit aber, daß Patienten in einer sogenannten High Volume Klinik mit einem signifikant besseren Ergebnis versorgt werden, ist bei bestimmten Eingriffen um ein mehrfaches größer (Birkemeier, siehe VUD).

Das trifft z. B. auf große und komplexe Eingriffe (Ösophagus-, Pankreas – und Leberchirurgie) zu. Für die Colorektal-Chirurgie konnte dieser Zusammenhang bisher nicht nachgewiesen werden.

Mit der jetzt vorliegenden Mindestmengenregelung mit je 5 Eingriffen in der Ösophagus-, Pankreas- und Leberchirurgie wird das gewünschte Ziel der Ergebnisverbesserung sicherlich nicht erreicht.

Es besteht sogar die Gefahr der Qualitätsverschlechterung, weil explorative und Notfalleingriffe aus der Regelung ausgenommen wurden bzw. mitanrechenbar sind. Wir Chirurgen sollten im Sinne verbesserter Patientenversorgung – und wir selbst würden als Betroffene Gleiches erwarten – diesen vom Grundsatz her richtigen Ansatz zur Qualitätsverbesserung aktiv unterstützen.

Meine sehr verehrten Damen und Herren,
erlauben Sie mir abschließend, unsere akademische Ausbildungssituation anzusprechen.

Mit der immer lauter werdenden Diskussion um geistige Eliten (Pisa), akademisches Ausbildungsniveau und Hochschulqualifikation mit Rankinglisten möchte ich den Hinweis unseres Bundespräsidenten Rau, *daß die Schule nicht der Arbeitswelt zu dienen habe, und daß Hochschulen keine Wirtschaftsunternehmen sein sollten*, kritisch hinterfragen.

Meines Erachtens ist unsere abgeschlagene Stellung hinsichtlich der Forschertätigkeit - nicht zuletzt erkenntlich an der Zahl der Nobelpreise - gerade dadurch bedingt, daß Hochschulen keine Wirtschaftsunternehmen wie die berühmten Universitäten der USA sind !

Diese Meinung wurde durch Rau's Vorgänger Herzog in der sogenannten „Ruckrede“ unterstützt, indem er feststellte, daß deutsche Schulen und Hochschulen amerikanischen ebenbürtig sein könnten, wenn sie Wirtschaftsunternehmen wären. Nach seiner Meinung würden dann weniger unserer Besten abwandern und mehr der ausländischen Besten zu uns kommen.

Der dramatische Fehlschlag mit der „Green Card“- Regelung sollte Warnung und Mahnung zugleich sein.

Infolge Wachstumsschwäche werden in Deutschland Forschungsetats von Regierungen gestrichen oder reduziert.

In unserer in unzähligen Reglementierungen versinkenden Nation, erschöpft sich der Wille zur Reform oft in unendlichen Diskussionen.

Die Tatsache, daß Forschungsstätten unbekümmert Etats kürzen bzw. streichen, ist der Grund dafür, daß die Hälfte der in USA tätigen deutschen Nachwuchswissenschaftler - sogenannte postdoc's - nicht wieder zurückkehrt.

Da bei Streichungen der Wissenschaftsetats Fixkosten verbleiben und das Beamtenrecht die Etablierten schützt - Tüchtige und Untüchtige -, trifft es unweigerlich immer die jungen Forscherteams und ihre Projekte.

Schließlich kamen sie zuletzt, deshalb werden Sie als erste wieder aufgegeben bzw. nicht weiter finanziert.

In Deutschland ist Bildung und Ausbildung ein subventionierter gesellschaftlicher Anspruch, in den USA ein begehrtes und teures Produkt, das bei Leistungsnachweis über Stipendien allerdings auch sozial Schwachen zur Verfügung steht. Warum sollten wir dieses System nicht übernehmen ?

Isoliert übernommen haben wir lediglich den Juniorprofessor.

Der aber bringt Nachwuchswissenschaftler der Medizin eher um ihre Karrierechancen. Das ist möglicherweise bei den Geisteswissenschaftlern und in theoretischen Instituten anders.

Der Juniorprofessor verbindet in der Medizin die schlechtesten Elemente der Systeme beider Länder. In den USA ist er autonomes Fakultätsmitglied.

Ihm droht nicht, wie in Deutschland, nach 6 Jahren das Aus, sondern eher die Beförderung zum Associate Professor.

Deshalb ist die Beibehaltung der Habilitation neben dem Juniorprofessor für Mediziner zu fordern, wollen wir nicht eine weitere Ausdünnung unseres wissenschaftlichen Nachwuchses riskieren.

Die Universitätskliniken beziehen ihre Legitimation aus der Forschung. Forschungserfolge sollten ihnen deshalb auch Wettbewerbsvorteile bringen. Wie soll aber Forschung in Deutschland gedeihen, wenn die wirtschaftlichen Voraussetzungen fehlen und der Assistentenpool oft nur für die klinisch anfallenden Arbeiten ausreichend ist ?

In dieser Situation sollte das von der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie ins Leben gerufene Studienzentrum in Heidelberg wegweisend sein.

Im Vergleich zu unseren Nachbarstaaten, wie den BeNeLuxLändern, Skandinavien und Großbritannien, hatte Deutschland nur vergleichsweise wenige anerkannte kontrollierte randomisierte Studien aufzuweisen.

Mit diesem Zentrum besteht die Möglichkeit, die klinische Forschung von Seiten der Chirurgie internationalem Standard wieder näher zu bringen. Mit der Einrichtung dieses Studienzentrums wird darüber hinaus eine Krankenversorgung angestrebt, deren Grundlage die „evidence based medicine“ ist.

Abgesehen davon, daß für eine staatliche oder Drittmittelförderung die Zentrumsbildung unerlässlich ist, können auch Anträge an die Ethikkommission primär und zentral bearbeitet werden und die Fallzahlen von nichtuniversitären Krankenhäusern durch Unterstützung vor Ort besser als bisher eingebunden werden.

Verehrte Kolleginnen und Kollegen,
kommen wir zurück zur Chirurgie zwischen früher und heute, zwischen Anspruch und Realität.

Die Geisteswissenschaftler an den Hochschulen des 19. Jahrhunderts hatten mit der immer stärker werdenden Gruppe der Naturwissenschaftler gewisse Probleme.

Mit seiner Forderung, daß mit streng empirischen Methoden ganz ohne Rücksicht darauf zu forschen sei, ob die zu suchende oder gefundene Wahrheit der Menschenwelt irgendwelchen Nutzen oder Schaden bringe (der Forscher dürfe sich durch keine Konsequenz seiner Forschung im Fortschritt hemmen lassen), hat Theodor Billroth 1876 die Geisteswissenschaftler seiner Universität aufgebracht. Diese ihrerseits rächten sich und sprachen bei Veröffentlichungen von Naturwissenschaftlern und Medizinern von „Nützlichkeitskram“ und bei Technischen Hochschulen von „Schmierölfakultäten“.

An diese Zeiten möchte ich vor dem Hintergrund dessen erinnern, was sich gegenwärtig auf dem Gebiet der Naturwissenschaften, speziell auf dem Gebiet der Biotechnik und Genforschung, abspielt. Wenn von Reproduktionen und Wert bzw. Unwert des Menschen gesprochen wird, dann denkt man an die ungeheuerlichen Möglichkeiten, die die Naturwissenschaften uns Menschen an die Hand gegeben haben, aber auch an deren Preis. Aber nur was über einen Preis erhaben ist, hat nach Kant eine Würde.

Oder modern ausgedrückt: Eine Gesellschaft, die von allem den Preis, aber nicht den Wert kennt, macht Verluste.

Uns, den Chirurgen, möchte ich wünschen und sogleich empfehlen, die Ethik der Würde aufrecht zu erhalten und die Ethik der Erfolgsinteressen hintanzustellen. In diesem Sinne glaube ich auch Theodor Billroth verstanden zu haben. Deshalb sollten wir uns heute mehr als unser Vorfahr wieder den Geisteswissenschaftlern zuwenden und die Ethik der Würde als Basis unserer beruflichen Tätigkeit ansehen, *denn Wertebesinnung und Wertevermittlung waren die Säulen unseres Berufsstandes und sollten es für immer bleiben.*

Meine sehr verehrten Damen und Herren,
ich bin zuversichtlich, daß die Chirurgie und die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie sich den Herausforderungen des 21. Jahrhunderts erfolgreich stellen werden, so wie auch in der Vergangenheit.
Unser Berufsbild hat sich gewandelt.

Der Chirurg der Zukunft repräsentiert Therapieprinzipien im Rahmen der Interdisziplinarität nach den Gesichtspunkten der evidence based medicine mit überschaubarem Spektrum und hoher Einzelfallzahl.
High volume Hospitäler und Mindestmengen sind schon jetzt feste Größen bzw. sinnvolle Konzepte.

Auch in diesem Kontext wird die Chirurgie noch lange die effektivste aller Therapieformen bleiben.

Es muß aber immer unser Bestreben bleiben, sie risikoarm anzuwenden und der Würde des Menschen bei allen Entscheidungen das Primat einzuräumen.

Der Arztberuf und speziell der Beruf des Chirurgen ist zu herausfordernd, zu chancenreich, zu menschlich, als daß der Assistentenmangel von Dauer sein könnte. Die Chirurgie war und ist eine ehrenvolle und bedeutende Tätigkeit mit hohen Idealen und ethischen Grundsätzen.
Sie wird auch diese Herausforderung unserer Zeit bewältigen. Wir schauen nicht wie Pessimisten zurück, sondern stellen uns als Realisten der Problematik und halten als Optimisten Lösungsansätze bereit.

Der Zuspruch junger Ärzte wird wieder wachsen, wenn die Weiterbildung strukturiert angeboten und Lebensqualität nicht außer Acht gelassen wird, wenn Spezialisierung nicht übertrieben wird, adäquate Dotierungen garantiert werden und Ältere Jüngeren wieder Vorbilder sein dürfen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
es war mir eine große Ehre, Ihr Präsident sein zu können. Für das Vertrauen und die spürbare Zustimmung danke ich Ihnen.