



## DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE

Präsident 2004/2005 – Prof. Dr. med. Matthias Rothmund

Gegründet 1872  
Sitz Berlin

Klinikum Philipps-Universität, Baldingerstr., 35033 Marburg

© Nicht zum Abdruck

Verwendung im Rahmen des Zitatrechts

### **122. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 4. - 8. April 2005, Internationales Congresscenter München**

## **Patientensicherheit – Primum nil nocere**

Eröffnungsrede des Präsidenten  
der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Prof. Dr. med. Matthias Rothmund, Universität Marburg

Kongressbüro: Telefon 06421-28 66544, Telefax: 06421-28 66593

Kongresshomepage: <http://www.chirurgie2005.de>, e-mail: [info@chirurgie2005.de](mailto:info@chirurgie2005.de)

Klinikum der Philipps-Universität Marburg, Baldingerstraße, 35033 Marburg

Tel.: 0049(0)6421/2866441, Fax: 0049(0)6421/2868995, E-Mail: [rothmund@med.uni-marburg.de](mailto:rothmund@med.uni-marburg.de)

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

Das zentrale Thema dieses Kongresses heißt „Patientensicherheit“.

Ich möchte ihnen zunächst erläutern, was man darunter zu verstehen hat und wie optimale Patientensicherheit erreicht werden kann.

Zum zweiten muss ich etwas zu den Gesundheitsberufen sagen, die für Patientensicherheit verantwortlich sind, vor allem zu den Ärzten. Ihre Probleme sind im vergangenen Jahr eher grösser geworden. Der politischen Korrektheit halber sei bemerkt, dass ich immer beide Geschlechter einschliesse, wenn ich „Ärzte“ sage.

Zuletzt will ich, da ich an einer Universität arbeite, kurz zur Forschung in Medizin und Chirurgie Stellung nehmen.

Dass sich Ärzte um die Gesundheit von Patienten bemühen und dabei versuchen, ihnen möglichst nicht zu schaden, ist nicht neu. Das „primum nil nocere“ des Hippokrates, das mehr als 2000 Jahre alt ist, belegt das.

Auch die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie wurde im 19. Jahrhundert mit dem Ziel gegründet, operative Medizin auf wissenschaftlicher Grundlage zu fördern und sie mit höchstem Nutzen und maximaler Sicherheit für die Kranken einzusetzen. Sie dient diesem Ziel bis heute.

Dennoch bedarf das Thema erneuter und eingehender Betrachtung.

Der Bericht des Institute of Medicine der USA aus dem Jahr 1999 mit dem Titel „Irrer ist menschlich“, hat die Gesundheitssysteme der industrialisierten Welt aufgeschreckt.

Nach den dort publizierten Daten kommen in amerikanischen Krankenhäusern häufig sogenannte unerwünschte Ereignisse vor. Sie haben bei jährlich etwa 50 - 100 000 Kranken tödliche Folgen und sind damit eine der häufigsten Todesursachen, häufiger als Brustkrebs, AIDS oder Verkehrsunfälle.

Weitere Untersuchungen aus anderen Ländern bestätigen das. Daten aus Deutschland gibt es dazu nicht. Wir müssen jedoch davon ausgehen, dass die Situation bei uns vergleichbar ist.

Der Öffentlichkeit werden diese Risiken bewusst, wenn eine medizinische Katastrophe geschieht, ein nicht kompatibles Organ transplantiert, ein gesunder Lungenlappen entfernt, oder wie kürzlich mit Spenderorganen Tollwut übertragen wird.

Viel häufiger sind es jedoch kleine Unaufmerksamkeiten im Krankenhaus-Alltag, die zu unerwünschten Ereignissen führen, z. B. Missverständnisse am Telefon, Anweisungen in unleserlicher Schrift, Medikamenten-, Namens- und Datenverwechslungen.

Patientensicherheit ist also gegeben, wenn keine unerwünschten Ereignisse durch Handlungen und Entscheidungen von Menschen in Gesundheitsberufen auftreten.

Operative Medizin wird in diesem Land auf hohem Niveau angeboten. Sie ist jedoch eine grundsätzlich risikoreiche Tätigkeit und besonders exponiert, weil Fehlentscheidungen und ihre Konsequenzen schwerwiegend und einfacher nachzuweisen sind als z.B. in der konservativen Medizin.

Nicht nur deshalb, sondern vor allem weil der Anspruch, möglichst fehlerfrei zu arbeiten, in der Chirurgie besonders hoch sein muss, widmet sich die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie diesem Thema. Sie hat Maßnahmen ergriffen und geplant, um hier Verbesserungen zu erreichen.

Kenntnisse aus Qualitäts- und Risikomanagement liefern uns Methoden und Ansatzpunkte. Vorbilder sind die Industrie und die Fluggesellschaften, die sich schon lange mit Fehlerprävention und Umgang mit Fehlern beschäftigen. Es kommt nicht von ungefähr, dass bei Flugreisen das Risiko, einen schwerwiegenden Zwischenfall zu erleben, nur bei 1: 2 Millionen Passagieren liegt, und damit erheblich niedriger ist als im Krankenhaus.

Zuerst brauchen wir eine Fehlerkultur.

Es muss über Fehler gesprochen werden. Die Null-Fehler-Attitüde darf nicht mehr die Regel sein. Wir müssen Fehleranalyse als Chance sehen, Verbesserungen zu erreichen.

Zu einer Fehlerkultur gehört auch, dass die Medien differenziert berichten. Wie wir als Reaktion der Medien auf diesen Kongress heute gesehen haben, gelingt das nur wenigen. Fehlerkultur hat mit Begriffen wie Kunstfehler und Ärztefuschi nichts zu tun.

Wir brauchen in den Krankenhäusern und auch für den Praxisbereich anonyme, nicht-straftende Meldesysteme, in denen man nach dem Schlagwort: „no shame, no blame, no name“, Fehler mitteilen kann. Noch wichtiger ist es, Fehler, die fast geschehen wären, zu melden, um ihr Auftreten zu vermeiden.

Wir brauchen in unseren Kliniken Mortalitäts- und Morbiditäts-Konferenzen, wo offen und ohne persönliche Beschuldigungen über alle unerwünschten Ereignisse gesprochen wird.

Eine repräsentative Umfrage des Berufsverbandes und der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie bei mehr als 500 Chirurgen in Weiterbildung ergab, dass solche Konferenzen nur in 20% der Weiterbildungsstätten für Chirurgie stattfinden. Andere Fächer machen es nicht besser.

In den angelsächsischen Ländern wäre das Fehlen einer solchen Konferenz ein Grund, dem Weiterbilder die Befugnis zu entziehen. Die Ärztekammern müssen M und M – Konferenzen zur Voraussetzung für die Anerkennung von Weiterbildungsstätten machen und ihre Qualität, wie auch die der Weiterbildung überhaupt, überprüfen.

In der Chirurgie erhöht auch ein Training am Modell oder am Simulator die Patientensicherheit. Die Lernkurve eines Chirurgen muss - soweit möglich - vor den Operationssaal gelegt werden. Studien haben gezeigt, dass signifikant weniger Fehlmanipulationen z. B. bei den ersten laparoskopischen Operationen vorkommen, wenn dieser Eingriff zuvor im Simulator geübt wurde.

Auch Spezialisierung bedeutet mehr Patientensicherheit. Wir sind in Deutschland im Verhältnis zu anderen Staaten wenig spezialisiert. Zum Beispiel stösst das Operationsspektrum eines deutschen Visceralchirurgen in den USA, Schweden, England oder auch in Fernost auf Unverständnis. Unsere Kollegen sind hepatobiliäre, Ösophagus-Magen-, colorektale oder endokrine Chirurgen. Keiner von ihnen würde anspruchsvolle Eingriffe an der Leber, der Speiseröhre, dem Enddarm *und* der Schilddrüse machen. Ähnliches gilt für alle anderen Gebiete der operativen Medizin.

Wir brauchen über die Gebiets- und Schwerpunktsqualifikation hinaus formale Subspezialisierungen und wir müssen uns auf Tätigkeiten innerhalb dieses begrenzten Rahmens beschränken, zumindest was schwierige Eingriffe angeht.

Wir müssen Mindestmengen akzeptieren. Es zeichnet uns aus, wenn wir auf komplexe Operationen, die wir selten machen, verzichten und die Patienten zu Kollegen empfehlen, deren spezielle Expertise uns bekannt ist. Dieses Verhalten bedeutet nicht Gesichtsverlust, sondern zeugt von Respekt vor dem Kranken und seiner Menschenwürde.

Auch der immer besser informierte Patient fordert den Spezialisten, will mit ihm über die für ihn beste Art der Behandlung diskutieren und fragt, wie oft der Arzt den beabsichtigten Eingriff schon gemacht hat und mit welchen Ergebnissen.

Zuletzt wird die Pflicht, noch in diesem Jahr Qualitätsberichte zu veröffentlichen, die Dinge regeln.

Die grössten Anstrengungen müssen der Fehlervermeidung gelten. In der modernen Medizin, in der viele Berufsgruppen miteinander arbeiten, high-tech-Geräte in grosser Zahl genutzt, immer mehr Medikamente mit teilweise unbekanntem Interaktionen beim gleichen Patienten eingesetzt, immer schwierigere Eingriffe bei immer älteren und multimorbiden Patienten gemacht werden, wächst das Risiko. Es wächst auch, wenn durch Kostendruck mit weniger Personal in der gleichen Zeit mehr geleistet werden muss.

Wir brauchen Checklisten und redundante Sicherheits-Systeme. Wir müssen die Informationstechnologie nützen: den Palm am Krankenbett, der die nötigen Fakten in der aktuellen Situation liefert, die kompletten Informationen über Patienten im internen Klinikrechner, Anordnungen nur noch über das Visiten - Laptop und anderes mehr.

Ein weiterer Punkt ist der Umgang mit Fehlern, wenn sie denn passiert sind. Es darf nicht versucht werden, etwas zu verbergen. Offenheit ist die Devise. Das Verhalten der Deutschen Stiftung Organtransplantation und der beteiligten Zentren nach der Übertragung der Tollwut-Erkrankungen im Rahmen von Transplantationen, ist ein positives Beispiel.

Um sich adäquat und auf allen Ebenen des Problems „Patientensicherheit“ anzunehmen, wird in der nächsten Woche das „Aktionsbündnis Patientensicherheit“ gegründet. Initiatoren sind die Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung, die Ärztekammern, die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Deutsche Pflegerat, die Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung, das neu gegründete Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen sowie Selbsthilfegruppen. Zu den Initiatoren gehört auch die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie.

Eine der ersten Aufgaben des Aktionsbündnisses wird sein, Daten zu unerwünschten Ereignissen in Praxis und Krankenhaus in unserem Land zu erheben.

Obwohl wir wissen, dass Fehler unvermeidbar sind – der gute Arzt unterscheidet sich vom nicht so guten nur dadurch, dass er weniger Fehler macht – dürfen wir sie nicht als schicksalhaft gegeben hinnehmen und rechtfertigen.

Gerade an Ärzte und alle anderen Gesundheitsberufe müssen besondere Massstäbe gelegt werden, wenn es um Sorgfalt, Mitdenken, Sich-Kümmern, also um Patientensicherheit geht.

Wenn man heute noch mit Zutrauen in ein Krankenhaus gehen kann, dann deshalb, weil es gottseidank immer noch genug Ärztinnen und Ärzte, Schwestern und Pfleger gibt, die diesen Massstäben nachkommen.

Damit bin ich bei den Ärzten.

Patientensicherheit braucht gut ausgebildete Gesundheitsberufe, auch Ärzte. Die Ausbildung der Ärzte, formal Weiterbildung und lebenslange Fortbildung, muss verbessert werden. Die Kompetenz der Ärzte ist zu verschieden.

Bei der Weiterbildung reicht es nicht, die Formalien - Zeit und Zahl der Tätigkeiten - zu registrieren und eine mündliche Prüfung abzuhalten. Die Inhalte sind wichtig:

Kümmert sich der Chef um den ihm anvertrauten Nachwuchs? Gibt es im Krankenhaus zugängliche Fachbücher und Zeitschriften? Hält der Weiterbilder die angehenden Fachärzte zum Lesen an? Führt er Lehrassistenten durch? Wurden auch alle von ihm abgezeichneten Eingriffe wirklich gemacht? Überprüft er ihr Wissen?

Auch die Qualität der Weiterbilder streut zu weit. Die schon genannte Umfrage bei über 500 Assistenten beunruhigt.

Eine möglichst gute, lebenslange Fortbildung dient ebenfalls der Patientensicherheit. Das Sammeln von CME-Punkten, viel zu lange freiwillig, reicht nicht. Es bleibt in der Abfolge „Wissen, Können und beim Patienten anwenden“ auf der Stufe des Wissens stehen. „Continuous Professional Development“, die Vermittlung und Sicherung professioneller Kompetenz während des ganzen Berufslebens ist der wichtigere Schritt.

Es kann nicht sein, dass die Facharzt-Prüfung die letzte im Leben eines Arztes ist. Wir brauchen Rezertifizierungen bis zum Ende unserer Berufstätigkeit.

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie hat zusammen mit dem Berufsverband ein Pilotprojekt „Evaluation Chirurgischer Kompetenz“, kurz ECKO, gestartet, das aufbauend auf kanadischen Erfahrungen, ein umfassendes Bild der Kompetenz eines Arztes jeder Altersstufe erlaubt. Die Ergebnisse der Evaluation in Kanada zeigen bei 90% der überprüften Ärzte adäquate professionelle Fähigkeiten. Bei etwa 10% finden sich Defizite, die bei der Hälfte dieser Gruppe nicht reversibel sind.

Wir müssen auch für bessere Arbeitsbedingungen für Ärzte im Krankenhaus sorgen.

Die öffentlichen Arbeitgeber scheinen alles zu tun, um junge Ärzte aus dem Krankenhaus zu vertreiben. Es gibt keinen ähnlich qualifizierten und verantwortungsvollen Beruf, der so schlecht bezahlt wird. Ich will hier konkrete Zahlen nennen.

Ein 30 jähriger lediger Arzt in Weiterbildung verdient nach BAT in seiner Regelarbeitszeit, die heute bei neuen Vertragsabschlüssen 42 Wochenstunden beträgt, 3210 € brutto im Monat. Das entspricht 1692 € netto und auf die Stunde umgerechnet brutto 17,58 € und netto – es ist unglaublich - 9,27 €. Das Monatsgehalt für einen 35 jährigen Facharzt, verheiratet mit zwei Kindern ist nur unwesentlich höher. Er muss seine Familie mit 2526 € netto ernähren.

Ich habe gezögert, angesichts von mehr als 5 Millionen Arbeitslosen diese Situation anzusprechen. Es ist aber kein Klagen auf hohem Niveau mehr. Viele junge Ärzte– und vielleicht gerade die Besseren – gehen in andere Berufe oder andere Länder.

Die neuesten Zahlen der Ärztekammern aus 2004 belegen das.

Der Altersdurchschnitt der Ärzte steigt, weil es weniger Nachwuchs gibt. Junge Ärzte kommen zunehmend aus den Ländern Osteuropas.

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie stellt sich eindeutig auf die Seite der Krankenhausärzte und unterstützt ihre Forderung nach Einkommensverbesserung.

Es ist aber nicht allein das Geld, das kürzlich Ärzte wieder streiken ließ. Es sind nach wie vor die nicht-ärztlichen Tätigkeiten, zu denen sie verpflichtet werden. Zwei Stunden pro Tag am Computer fehlen der Zuwendung zum Kranken. Sie werden oft unbezahlt an den Arbeitstag angehängt. Es sind auch die langen, gegenüber früher verdichteten Arbeitszeiten und vor allem die schlechteren Aussichten auf eine attraktive berufliche Endposition.

Schichtarbeit nach dem Urteil des Europäischen Gerichtshofes kann auch nicht die Lösung sein. Sie führt zu einer schlechteren Krankenversorgung durch Informationsverlust an den Übergabestellen – eine Untersuchung aus den USA hat dies belegt. Sie führt auch zu einer verlängerten und ausgedünnten Weiterbildung. Wir haben die Wahl zwischen Chirurgen, die erst mit 40 oder 45 Jahren ihre Weiterbildung beenden oder jüngeren, die zu wenig Training hatten.

Wir brauchen für optimale Patientensicherheit Ärzte und Chirurgen, die nach einer guten Ausbildung Verantwortung übernehmen.

Ärzte sind keine Medizindienstleister, genauso wenig wie Patienten Kunden sind.

Ein guter Chirurg lässt sich auf den Patienten ein, schließt einen Pakt mit ihm, der optimale Sorge beinhaltet, begleitet ihn durch alle diagnostischen und therapeutischen Prozeduren, macht sich zu seinem Anwalt und kümmert sich um ihn, vor allem wenn es ihm schlecht geht. Dieser Zweierpakt zwischen zwei Individuen, ist das Kernstück unseres Berufes. Es heißt nicht von ungefähr: „Salus aegroti“ - nicht „aegrotorum“ - „suprema lex“.

Das Zitat, das dem Heidelberger Chirurgen Martin Kirschner zugeschrieben wird; „Nicht die Operation, sondern der Operateur rettet den Patienten“ sagt etwas ähnliches. Es wirkt nur auf den ersten Blick arrogant. In Wahrheit beschreibt es die Chirurgenseite des Paktes, das persönliche Engagement für den Patienten, das Einbringen alles Wissens und Könnens eines Operateurs im entscheidenden Moment und die Übernahme der Verantwortung für die Folgen der Operation. Es ist nicht gleich *wer* die Operation macht.

Um solche Chirurgen auszubilden, brauchen wir, einen Teil der guten Medizinstudenten für unser Fach, eine angemessene Bezahlung, die Konzentration auf wirklich ärztliche Tätigkeit und vor allem eine adäquate, den Bedürfnissen der Patienten und Ärzte gerecht werdende Arbeitszeit. Vorschläge sind gemacht worden.

Unser Gesundheitssystem gehört zu den besten der Welt. Damit es so bleibt, muss es eine permanente Baustelle sein. Der Diskurs darf jedoch nicht weiter nur ökonomiegesteuert geführt werden. Wir brauchen eine Patienten- und sogar Arzt –orientierte Diskussion, natürlich unter Beachtung ökonomischer Aspekte, sonst haben wir, bei der gegenläufigen Entwicklung der Zahl alter Menschen und der von Ärzten, sehr bald ein Versorgungsdefizit.

Ich komme zur Forschung:

Medizinische Forschung aus Deutschland wird in der Welt kaum wahrgenommen, mit wenigen Ausnahmen, den sogenannten Leuchttürmen.

Woran liegt das?

Stellt man diese Frage in Deutschland, ist die erste Antwort: am Geld.

In der Tat sind unsere Universitäten chronisch unterfinanziert. Die Boston Consulting Studie aus dem Jahr 1999 und die EU- Studie „Science and Technology Indicators 2003“ haben das gut belegt.

Stellt man die Frage im Ausland, werden verkrustete Strukturen und steile Hierarchien in den deutschen Fakultäten und Kliniken genannt.

Faktum ist, dass Geld eine Rolle spielt. Die in unserem Land zu beobachtende Nord – Süd - Differenz in der Hochschul – Finanzierung, korreliert mit wissenschaftlicher Leistung.

Baden-Württemberg und Bayern haben über Jahrzehnte konsequent ihre Hochschulen mehr gefördert als die anderen Bundesländer, letztlich wahrscheinlich deshalb, weil starke Wissenschaftsminister ihr Ressort in der Kabinettsrunde gut vertreten haben.

Das DFG Ranking aus 2003 zeigt denn auch, dass sich 8 der 10 drittmittelstärksten Universitäten Deutschlands in diesen beiden Ländern befinden und 5 der 10 besten medizinischen Fakultäten. Die sind zumindest auf dem Weg international beachtet zu werden.

Die meisten anderen sind einfach zu schlecht ausgestattet, zum Beispiel im reichen Hessen, das nie eine wissenschaftsfreundliche Politik gemacht hat und jetzt zwei Klinika zusammenlegt und verkauft, nicht um Exzellenz zu fördern, sondern um eine finanzielle Last loszuwerden.

Wenn dann auch noch Klinika nördlich der Mainlinie drastisch sparen, um im DRG - System schwarze Zahlen zu schreiben, kann sich ein Oberarzt und Senior Investigator nicht die Woche zurückziehen, die er bräuchte, um einen guten Verlängerungsantrag an die DFG für seine bisher erfolgreich arbeitende Gruppe zu schreiben.

Ein zweiter Grund ist, dass Ärzte in deutschen Universitätskliniken viel mehr in Routinetätigkeiten eingebunden sind als ihre Kollegen in Skandinavien, Holland oder den USA. Vor allem Universitätskliniken in kleineren Städten, die auch Stadt- und Kreiskrankenhaus-Funktion haben, ertrinken in Krankenversorgung, in letzter Zeit auch in Lehre. An Forschung ist tagsüber nicht zu denken.

Es gibt jedoch noch andere Gründe – und das hat etwas mit Hierarchien zu tun.

Klinikchefs messen Forschung unterschiedliche Bedeutung zu. Bei manchen rangiert sie gleich mit der Krankenversorgung, bei anderen deutlich darunter. Vielen Klinikern genügt pro-forma-Forschung zur Erlangung von Habilitation und Professorentitel, um die Chancen bei der Chefarztbewerbung zu erhöhen.

Das ist ein Stück weit legitim, weil im System verlangt. Es handelt sich dabei aber häufig um die Forschung, die nicht über unsere Landesgrenzen hinaus wirkt.

Zu wenige wollen die tatsächliche und langfristige Mitarbeit am Fortschritt und international wirkende, kompetitive Forschung.

Der Leiter einer Universitätsklinik, auch einer chirurgischen, muss dafür sorgen, dass in seiner Klinik geforscht wird, er muss die Atmosphäre für Forschung verbreiten. Er muss Ideen geben und Projekte von Mitarbeitern wohlwollend aber kritisch prüfen. Er muss auch zum Anfang für Räume und Geld sorgen – und für Kooperation.

Forschung in der Chirurgie kann nur auf hohem Niveau funktionieren, wenn Kliniker mit Theoretikern kooperieren. Ein Partner aus der Physiologie, Molekularbiologie oder Immunologie kann keine klinisch relevante Frage stellen, er kann aber sagen, ob die Frage mit seinen Methoden beantwortbar ist und kann sie zusammen mit dem Kliniker zu einer Lösung bringen.

Das gleiche gilt für klinische Studien und Biometriker.

Um mehr Mediziner und Chirurgen für qualifizierte Forschung zu interessieren, muss man sie schon als Medizinstudenten an Forschung heranführen.

Wenn jetzt endlich doch Studiengebühren kommen, das Geld bei den Universitäten bleibt und wir uns vielleicht noch die Studenten selbst aussuchen können, werden forschungsaktive Fakultäten - und Kliniken mit speziellem Profil - die Sieger sein. Sie werden die besten Studenten mit dem Gedanken infizieren können, dass nur forschende Medizin Zukunft hat.

Wenn sich dann noch die Landesregierungen auf Rechtsaufsicht und Gewährleistungshaftung zurückziehen würden und die Universitäten und Fakultäten nicht mehr wie nachgeordnete Behörden behandelten, bräuchte es zur Schaffung von Elitehochschulen gar nicht so viele Milliarden. Konkurrenz in Freiheit bewirkt mehr als Geld und trennt die Spreu vom Weizen.

Die deutsche chirurgische Forschung hat Defizite, vor allem bei klinischen Studien. Wenn ich die besten medizinischen Zeitschriften aufschlage und sehe Studien aus Holland, Schweden oder England, aber kaum eine deutsche, tut das weh. Warum kommt keine der kontrollierten Studien zur laparoskopischen Chirurgie des Dickdarmkrebses aus unserem Land, sondern aus Spanien, USA und Hongkong, wo sich doch in Deutschland so viele für dieses Thema interessieren? Warum bringen wir so wenige Patienten in Studien ein?

Um diesem Defizit strukturell abzuhelpen, hat die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie ein Studienzentrum gegründet, das sich als Dienstleistungs – Einrichtung mit hoher Expertise versteht, um Studien mit operativen Fragestellungen zu ermöglichen. Studienideen sind willkommen. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung fördert dieses Zentrum, das in Heidelberg ansässig ist, und schreibt demnächst regionale Zentren aus.

Ich habe den Traum , in einigen Jahren Lancet oder das New England Journal of Medicine aufzuschlagen und dort eine Studie zu finden, die mit Hilfe dieses Zentrums entstanden ist.

Unserem Land geht es zur Zeit nicht gut. Vieles sinnvolle ist nicht finanzierbar. Wenn es mal ginge, schlägt die Eigenheimpauschale in der politischen Diskussion Bildung und Forschung. Dennoch brauchen wir eine angemessene Vergütung der Ärzte im Krankenhaus und mehr Unterstützung für die medizinischen Fakultäten nördlich von Bayern und Baden-Württemberg.

Wir müssen aber auch selbst etwas beitragen. Wir müssen dafür sorgen, dass Weiter- und Fortbildung besser werden und der Qualitätsunterschied zwischen Ärzten nicht mehr so groß ist.. Wir müssen uns täglich prüfen, ob wird unsere Patienten so behandeln, wie wir selbst behandelt werden möchten. Das erhöht die Patientensicherheit.

Wir müssen an den medizinischen Fakultäten – auch in der Chirurgie - mehr Wert auf gute Forschung legen, um international konkurrieren zu können.

Dann könnten wir in absehbarer Zeit wenigstens eine ähnliche Rolle in der Welt der Medizin zu spielen, wie es vor 100 Jahren der Fall war.

Es gibt viel zu tun, packen wir es an.