



DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
UNFALLCHIRURGIE

1954: Prof. Dr. med. Lothar Kreuz (Tübingen)

Vorbemerkung:

Für die Inhalte der Präsidentenrede war und ist ausschließlich der jeweils vortragende Präsident verantwortlich.

Im Namen des Geschäftsführenden Vorstandes
(gez.) Der Generalsekretär

Eröffnungsrede des Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs- und Versorgungsmedizin, XVIII. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs- und Versorgungsmedizin am 03.-04.06.1954 in Stuttgart.

„I

Herr Staatsminister, Spektabilitäten, sehr verehrte Gäste, meine Damen und Herren!

Ich eröffne die 18. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs- und Versorgungsmedizin und begrüße herzlich alle aus dem Ausland und Inland erschienenen Gäste und Kollegen.

Mein Dank gilt vor allem unseren *Ehrengästen*. Wir sind aufrichtig erfreut, daß sie in so großer Zahl zu uns kamen und damit ihre Wertschätzung und ihr Interesse für unsere ärztliche Arbeit bekunden.

Ganz besonders begrüße ich Sie, Herr Arbeitsminister HOHLWEGLER.

Wir freuen uns herzlich und danken Ihnen, daß Sie als oberster Leiter des Versorgungswesens Württemberg den Weg zu uns fanden und trotz Ihrer Arbeitsüberlastung an der Eröffnung dieser Tagung teilnehmen. Ihr Kommen bezeugt die Wertschätzung und das Interesse des Landes an unserer Arbeit.

Desgleichen danke ich Seiner Spektabilität Prof. TÖNDURY, Dekan der Med. Fakultät der Universität Zürich und Spektabilität Prof. BICKENBACH, Dekan der Med. Fakultät der Universität Tübingen, Herrn Prof. NEUFFER und Dr. BORCK, den Präsidenten der Ärztekammer, sowie Herrn Dr. LAUTERBACH, dem Leiter des Hauptverbandes der Berufsgenossenschaften und allen an wesenden Vertretern der staatlichen und städtischen Behörden aufrichtig und herzlich für ihr Kommen.

Mein Dank und Gruß gilt insbesondere allen ausländischen Kollegen, die heute zahlreich aus Österreich, Holland, der Schweiz und Spanien hier vertreten sind, sowie den deutschen

Kollegen aus der Ostzone, - insbesondere unserem verehrten Ehrenmitglied Prof. QUENSEL, Leipzig, - mit denen wir uns über Zeit und Zonengrenzen hinaus verbunden fühlen und verbunden bleiben.

Ich bitte alle geladenen Gäste meines herzlichen Dankes gewiß zu sein, auch wenn ich sie hier nicht namentlich begrüße.

Ich werde ihre Namen in meinem Herzen bewahren.

Sodann habe ich die Pflicht, eine kurze Erklärung für die Wahl des Ortes der Tagung abzugeben. An sich ist es eine Ausnahme, daß unsere Tagung nicht am Wirkungsort des Präsidenten, in meinem Falle also im schönen Tübingen abgehalten wird. Es ist nicht nötig, besonders zu versichern, daß ich mit begreiflicher Liebe an dieser ehrwürdigen, aber von jugendfrischem studentischem Leben durchpulsten Universitätsstadt hänge, die meiner Wissenschaft eine neue Heimat gegeben hat und mir selbst eine zweite Heimat wurde.

Deshalb hätte diese Tagung in mehrfachem Sinne als Zeichen meiner Verbundenheit nach Tübingen gehört. Leider reichen aber die Unterbringungsverhältnisse in Tübingen z. Z. noch nicht aus, um eine so erfreuliche große Zahl von Kongreßteilnehmern gastlich aufzunehmen.

Ich war deshalb hochofret, als uns die Landeshauptstadt entgegenkommend ihre Arme öffnete.

Ich danke der Stadt Stuttgart und Herrn Oberbürgermeister Dr. KLETT für den herzlichen Empfang und die freundliche Aufnahme in ihren Mauern.

Meine Damen und Herren. Leider haben wir auch im vergangenen Berichtsjahr den Heimgang zahlreicher lieber und wertvoller Kollegen betrauern müssen:

1. Im Mai 1953 schied von uns Herr Dr. THERSTAPPEN, Köln, ein langjähriges treues Mitglied unserer Gesellschaft und
2. Am 23. 6. 1953 starb kurz vor Vollendung seines 80. Lebensjahres unser bewährtes und bekanntes Mitglied Herr Dr. Ludwig WAGNER in Berlin.

Als junger Militärarzt erhielt WAGNER 1906 ein Kommando nach Berlin an die II. Med. Klinik der Charité. Dort beeinflußte ihn das Wirken seines großen Lehrers KRAUSS so stark, daß er dem Gebiete der inneren Medizin für sein Leben verbunden blieb. In seiner späteren Stellung als Vertrauens- und Gesellschaftsarzt der Nordstern-Versicherungsgesellschaft ist er Mitglied unserer Gesellschaft geworden und hat unserer Gesellschaft bereits viele Jahre vor dem letzten Weltkrieg angehört. Sein besonderes Interesse galt den Berufskrankheiten und der Arbeitsmedizin, auf der er sich auch selbst in vielen wissenschaftlichen Arbeiten mit Erfolg betätigte.

3. Am 28. 8. 1953 verschied im Alter von 49 Jahren an einem Herzinfarkt der Direktor des Kreiskrankenhauses Obertaunus und Chefarzt Dr. med. FRANZ GROSSMANN. G. war im Dezember 1904 in Berlin geboren und hat seit dem 15. 12. 1945 in Homburg seine ganze Kraft für den Ausbau des dortigen Kreiskrankenhauses eingesetzt. Seine besondere Vorliebe galt neben seiner großen und erfolgreichen ärztlichen Tätigkeit der Betreuung der

traditionsreichen Hornburger Turngemeinde. Neben seiner Gattin betrauern 6 Kinder im Alter von 7 bis 20 Jahren den Heimgang dieses von allen hochgeschätzten Kollegen.

4. Im September 1953 verschied im 63. Lebensjahr Prof. Dr. WILLIBALD HEYN, Chefarzt der chir. Abteilung des Oskar-Ziethen-Krankenhauses, Berlin-Lichtenberg.

H. hatte von seinem Lehrer MORITZ BORCHARD nicht nur ein hervorragendes chir. technisches Können gelernt, sondern zeigte sich auch wissenschaftlich außerordentlich begabt und interessiert. Ich selbst lernte ihn in langjähriger Zusammenarbeit an der Privatklinik Derflingerstraße kennen, in der Prof. BORCHARD mit dem Chef Prof. GOCHT zusammenarbeiteten. HEYN war ein stets liebenswürdiger und hilfsbereiter Kamerad, dessen Tod nicht nur den Verlust eines hervorragenden Chirurgen, sondern eines überaus wertvollen Kollegen für unsere Gesellschaft bedeutet. Ich selbst verliere in ihm einen bewährten Freund aus meinen jungen Assistentenjahren.

5. Am 22. 11. 1953 verschied unser korrespondierendes Mitglied Prof. ISELIN-HAEGER, Basel, im 76. Lebensjahr. Das Wirken dieses großen Gelehrten, idealen Arztes und aufrichtigen Freundes ist in zahlreichen Nachrufen in allen Ländern bereits ausführlich gewürdigt worden. Seine besonderen Verdienste um die Schweizer Unfallmedizin - für die er an der Universität Basel in einer mehr als 30 jährigen Lehrtätigkeit als Dozent Großes und Unvergessliches geleistet hat - machen sein Hinscheiden für die Unfallmedizin zu einem tief schmerzlichen Ereignis und einem schweren Verlust. Sein Tod erfolgte, wie mir seine Gattin schrieb, auf seinem Jagdgebiet auf schöner deutscher Erde. Er war ein gnädiger und schöner Abschluß seines Lebens, so wie er ihn vielleicht im Innern seines Herzens selbst gewünscht hat.'

6. Im Dezember 1953 starb unser langjähriges Mitglied Obermed.-Rat Dr. HERMANN ANGENETE aus Herford im 77. Lebensjahr. Mit ihm wurde der Senior der westfälischen Amtsärzteschaft nach einem arbeitsreichen und erfolgreichen Leben in die Ewigkeit abberufen. Neben seiner großen und erfolgreichen amtsärztlichen Tätigkeit ist sein besonderes Verdienst der Aufbau des staatlichen Gesundheitsamtes Herford-Stadt, das er nach dem Krieg übernahm. ANGENETE war nicht nur wegen seines erfahrenen ärztlichen, unbestechlichen Urteils hochgeschätzt, er zeichnete sich auch durch seine besondere Hingabe an die Erfüllung seiner ärztlichen Aufgaben aus. Die Gesellschaft verliert in ihm einen kenntnisreichen Kollegen seines besonderen Aufgabengebietes.

7. Am 1. 2. 1954 verstarb im 54. Lebensjahr Herr Dr. med. HANS BÄR, der als Facharzt für Orthopädie und Chirurgie eine eigene klinische Behandlungsstätte für Unfallverletzte in München leitete. Er war nicht nur ein wertvoller Arzt und eifriges Mitglied unserer Gesellschaft, sondern zeichnete sich durch sein besonderes Interesse für die Anliegen der berufsgenossenschaftlichen Ärzte aus. BÄR hat sich in dieser organisatorischen Tätigkeit um den Zusammenschluß des Bezirksverbandes Bayern im Verband der für die Berufsgenossenschaften tätigen Ärzte besonders verdient gemacht.

8. Am 17. 2. 1954 entschlief im 63. Lebensjahr der ärztliche Direktor und Chefarzt der chir. Abteilung des Krankenhauses Wannsee Dr. med. ERNST-LUDWIG BLUMANN. BLUMANN wurde am 12.8.1891 in Berlin geboren. Seine chirurg. Ausbildung erhielt er anfänglich bei KIRSCHNER in Königsberg, um sie später am Urban-Krankenhaus in Berlin unter BRENTANO und KÖRTE zu vervollständigen. Die Arbeitszeit bei KÖRTE hat ihn maßgeblich in seiner chir.

Arbeitsrichtung beeinflusst. 1945 übernahm er die Chir. Abteilung des Städt. Krankenhauses Wannsee, die er bis zu seinem Tode behielt. Hier widmete er sich neben der großen Chirurgie besonders den unfallchir. Aufgaben, wo er sein ganzes Können für die leidende Menschheit einsetzte. Auch seinem arbeits- und erfolgreichen Leben setzte ein Herzinfarkt ein jähes Ende.

9. Am 23.2.1954 verschied im 62. Lebensjahr unser langjähriges, beliebtes und hochgeschätztes Mitglied Prof. Dr. med. dent. HERBERT SIEGMUND, Direktor des Patholog. Institutes der Universität Münster und Inhaber der Paracelsusmedaille. Sein unerwarteter Tod hat viele, die auf unserer vorletzten Tagung in Oldenburg sein ausgezeichnetes Referat hörten, auf das Tiefste erschüttert. Mit seinem Hinscheiden hat die Universität Münster in diesem großen Pathologen und hervorragenden Forscher einen ihrer besten Hochschullehrer und die gesamte deutsche Ärzteschaft eine ihrer markantesten Persönlichkeiten verloren. Die Deutsche Gesellschaft für Unfallheilkunde beklagt mit seinem Tode den Verlust eines langjährigen interessereichen Mitgliedes, das auf unseren Tagungen wiederholt aus dem Schatz seines Wissens zu unserer Belehrung beitrug. SIEGMUND war ein Mann von universalem Wissen auf einem besonderen Gebiete der Pathologie und ist mit grundlegenden neuen Forschungsergebnissen bis in die letzte Zeit in Wort und Schrift

hervorgetreten. SIEGMUND war ein Feind aller naiven Spekulationen und mystischen Dogmatik. Sein Lebenswerk als Pathologe galt nicht nur dem Erforschen toter Zusammenhänge, sondern dem lebendigen Geschehen. Die Ergebnisse seiner Arbeit werden auch den kommenden Ärztegenerationen noch als Grundlage für ihre weitere Arbeit dienen.

10. Am 29.3.1954 verstarb im 54. Lebensjahr Dr. med. ERICK MÜHLBRADT, Facharzt für Chirurgie in Wesel und

11. Am 30.3.1954 Dr. THIEROLF in Hamburg.

Beides erfahrene, bewährte und bei ihren Kranken beliebte Ärzte, die ein treues Mitglied unserer Gesellschaft waren.

12. Endlich erreichte uns in diesen Tagen die Trauerkunde. daß am 12.5.1954 im 67. Lebensjahr Herr Hofrat Dr. BENEDIKT KARPLUS. Wien, unerwartet verschieden ist.

In Hofrat KARPLUS verliert die allgemeine Unfallversicherungsanstalt Österreich den hervorragenden Organisator und lebenswürdigen, stets verbindlichen, aber doch energischen Leiter. Die ganze Unfallheilkunde Österreichs besaß in dem Verstorbenen einen Förderer, der sich für ihre Interessen und ihre Aufgaben jederzeit und unermüdlich mit seiner ganzen Kraft einsetzte. Auch die deutschen Berufsgenossenschaften, das Unfallversicherungswesen und die Deutsche Gesellschaft für Unfallheilkunde stehen voll Trauer am Grabe dieses überaus erfolgreichen und in seiner Arbeit vorbildlichen und unersetzlichen Mannes.

Meine Damen und Herren! Es konnte nicht meine Aufgabe sein, das Lebenswerk dieser Verstorbenen und ihre großen Verdienste um unsere gemeinsame Arbeit im einzelnen nachzuzeichnen. Ich mußte mich mit kurzen Skizzen ihres Wirkens und ihrer Verdienste um unsere Gesellschaft begnügen. Das Andenken an alle diese Männer, welchen Platz sie auch im Leben einnahmen, wird in unseren Reihen unvergessen bleiben.

Wir scheiden heute von ihnen mit einem letzten Gruß. Ich bitte Sie, sich zu Ehren der Heimgegangenen von Ihren Plätzen zu erheben. - Ich danke Ihnen.

Meine Damen und Herren! Nunmehr tritt das Leben und die Arbeit in ihr Recht. Ich freue mich vorerst an dieser Stelle unserem verehrten langjährigen Mitglied Dr. ERNST KAERGER, Kiel, Facharzt für Chirurgie und Orthopädie, der heute sein 75. Lebensjahr vollendet, die aufrichtigsten Glückwünsche der Gesellschaft zu seinem Geburtstag zu übersenden. Ich bitte um ihr Einverständnis, wenn ich ihm den Glückwunsch unserer Gesellschaft telegrafisch übermittle.

Auch Herrn Prof. Dr. REICHARDT. Würzburg, der leider an unserer Tagung nicht teilnehmen kann, freue ich mich, an dieser Stelle zur nahen Vollendung seines 80. Lebensjahres unseren herzlichen Glückwunsch aussprechen zu können.

Meine größte Freude ist es aber, zwei hier anwesende Geburtstagskinder persönlich ansprechen und beglückwünschen zu können.

Da ist zunächst unser verehrter Kollege und gemeinsamer Freund Prof. SCHEELE, der am 20. Mai 70 Jahre alt geworden ist. Wer ihn hier sieht und seine Tatkraft kennt, der glaubt es nicht, daß er das 7. Decennium vollendet hat. Ich beglückwünsche hier nachträglich unseren lieben Mitarbeiter, Herrn Kollegen SCHEELE als den hochverdienten und allseits beliebten Vorsitzenden des Verbandes der für die Berufsgenossenschaften tätigen Ärzte herzlichst. Ich bringe ihm im Namen der Gesellschaft unseren aufrichtigen Geburtstagswunsch zum Ausdruck, daß er sich noch mindestens weitere 20 Jahre so jung wie heute erhalten möge!

Meine Damen und Herren! Dann habe ich noch eine besondere Überraschung für Sie, damit heute eine schöne Feststimmung um sich greift. Ich habe Ihnen mitzuteilen, daß unser lieber und verehrter Freund und Schriftführer, der hochverdiente Neugründer und Neuschöpfer unserer Gesellschaft, Prof. BÜRKLE DE LA CAMP heute seinen 59. Geburtstag feiert.

Mein lieber BÜRKLE, aus vollem Herzen und mit ehrlichem Dank an das Schicksal empfinde ich es, daß es ausgerechnet mir vergönnt ist, Dir heute die Fülle jenes Dankes auszusprechen, den die Gesellschaft - und ich mit ihr - Dir für Deine hingebende Arbeit im Dienste der Gesellschaft schuldig sind.

Irgendwer hat Dich bei einem Fest einmal in völliger Verkennung Deines Wesens die graue Eminenz der Gesellschaft genannt. Der Redner hat es damals gut gemeint. Es war aber, wenn man Dich ansieht und kennt, ein total verfehltes Kompliment. Was ist an Dir grau? Weder die Haare, noch Dein Empfinden, noch Deine Theorien. Du stehst wahrhaftig nicht verstaubt und hintergründig, sondern blutfrisch und kraftvoll vor uns. Dieser Deiner Tatkraft und Deinem jugendfrischen Zugreifen verdankt die Gesellschaft ihre Auferstehung und dafür gebührt Dir unser bleibender herzlicher Dank.

Ad multos annos!

(Überreichung eines Straußes roter Rosen.)

Meine Damen und Herren, wenn ich nun noch ein Geburtstagsständchen spielen ließe und alsdann Schluß mit dieser Eröffnungsrede machte, so würde ich für das Empfinden mancher

Hörer eine geradezu vorbildliche Zurückhaltung als Tagungspräsident entwickeln und die eiligen, ewig an Zeitmangel leidenden Kollegen hätten einen ruhigeren Puls!

Aber viele gute Freunde erwarten solche Bescheidenheit nicht von mir und - ich bringe es auch nicht übers Herz, so tugendhaft zu sein. Deshalb bitte ich Sie noch ein wenig Geduld zu üben. Ich werde versuchen, alt und jung nicht zu ermüden!

II.

Meine Damen und Herren! Es ist begreiflich, daß eine große Anzahl der Teilnehmer unserer Tagung noch unter dem nachhaltigen Eindruck des interessanten Referates des Herrn Prof. K. H. BAUER steht, das dieser auf der letzten Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in München über die Bedeutung des Verkehrsunfalls gehalten hat. Wenn ich heute die Ausführungen BAUERS durch einige Ausführungen zur Bedeutung des Betriebsunfalls und zur Therapie der Unfallfolgezustände ergänze, so wollen Sie bitte in diesen Sätzen lediglich das programmatische Leitmotiv unserer diesmaligen Unfalltagung sehen. Erwarten Sie keine pikanten Gegensätzlichkeiten. Sie werden vielmehr erkennen, daß eine logisch aufgebaute Betrachtung auch zu logischen Schlüssen in der Medizin zu führen vermag.

In einer Zeit, da Motoren und Maschinen sich von Tag zu Tag immer intensiver der handwerklichen Arbeit bemächtigen und darüber hinaus sogar in einem so eng mit der Natur verbundenen Beruf wie der Landwirtschaft ständig größere Bedeutung gewinnen, wächst begreiflicherweise mit der Zahl der Maschinen und der an ihnen beschäftigten Arbeiter auch die Zahl der Betriebs- und Arbeitsunfälle.

Erfreulicherweise haben die gesetzlich eingeführten Schutzmaßnahmen und Unfallverhütungsvorschriften nachweislich den Erfolg herbeigeführt, daß die Zahl der *schweren Betriebsunfälle* in den letzten Jahren ständig gesunken ist. Diese Feststellung, die bereits in dem Referat BAUERS zum Ausdruck kam, darf heute nach den mir zur Verfügung stehenden Zahlen der Berufsgenossenschaften nachdrücklich bestätigt werden.

So weist z.B. eine Statistik der Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft Württemberg bezüglich der Verteilung der Rentenzahlungen aus, daß im Jahre

1938	986 Verletzte eine Rente von 60 % und
------	---------------------------------------

1952 nur	790	“	“	“	“	60 % erhielten.
----------	-----	---	---	---	---	-----------------

Im Jahre 1938 erhielten 188 Verletzte eine 80 %ige Rente

Im Jahre 1952	“	166	“	eine 80 %ige	“
---------------	---	-----	---	--------------	---

Im Jahre 1938	“	248	“	“	90 – 100 %ige Rente
---------------	---	-----	---	---	---------------------

Im Jahre 1952	“	232	“	“	90 – 100 %ige	“
---------------	---	-----	---	---	---------------	---

Im Hinblick auf die Gesamtzahl von 1 348 361 Betriebsbeschäftigten können diese Zahlen als ein erfreulicher Fortschritt und ein Erfolg der Unfallverhütungsmaßnahmen gelten.

Die tödlichen Unfälle erreichten 1938 eine Zahl von 225,

und 1952 “ “ “ 239.

Für diese Steigerung ist aber nicht die Art der Beschäftigung anzuschuldigen, vielmehr entscheidet hier die vermehrte Zahl der schwersten Unfälle auf dem Wege zur Arbeit (Motorrad!).

Gewiß bleiben alle diese Zahlen absolut gesehen auch weiterhin bedauerlich hoch. Der Rückgang der schweren *Betriebsunfälle* ist aber unverkennbar. Er wird noch sinnbildlicher, wenn man vergleicht, wie stark die Zahl der Unfallanzeigen insgesamt im Wachsen begriffen ist. Die Zunahme der Unfallmeldungen 1952 gegenüber 1938 betrug 24,5%.

Diese Zunahme der leichten Unfälle und die aus ihren Folgen sich ergebenden Berentungen machen die Verantwortlichen heute bereits sehr besorgt.

So erklärt der Geschäftsbericht der Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft:

„Bei den Unfällen mit völliger Erwerbsunfähigkeit ist (wie bei den tödlichen Unfällen) ein anhaltender leichter Rückgang festzustellen. Dagegen sind die leichteren Unfälle mit einer teilweisen Erwerbsunfähigkeit durch fortgesetzte Zunahme gekennzeichnet!“

Und weiter:

„Diese bei allen Berufsgenossenschaften (auch bei den gewerblichen) zu beobachtende starke Zunahme der Rentenlälle gibt Anlaß zu ernster Besorgnis, besonders deshalb, weil die Zunahme vorwiegend Verletztenrenten mit einer Erwerbsminderung von 20 % betrifft. So müssen wir bei der Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft Württ. feststellen, daß die Zahl der Fälle mit einer Erwerbsminderung von 20 % von 662 Fällen im Jahre 1938 gestiegen ist auf 3325 Fälle im Jahre 1950, auf 3979 im Jahre 1951 und auf 4081 im Jahre 1952“.

Das wäre seit 1950 im Durchschnitt jährlich das Sechsfache gegenüber 1938!

III.

Fragen wir nach den Ursachen dieser auffallenden Erscheinung, so ist ärztlich kritisch hierzu folgendes zu sagen: Die Zunahme der 20 %igen Rente kann kein Willkürakt und kein Kunstprodukt ärztlicher Tätigkeit in dem Sinne sein, daß etwa eine sehr rigorose Einstufung durch strenge Gutachter, eine Überflutung der 20 %igen Rentenstufe aus den Bezirken der benachbarten höheren Renten herbeigeführt hätte.

Da auch die Zahl der 30-, 40- und 50 %igen Rentenempfänger bei der gleichen Berufsgenossenschaft in den gleichen Jahren im Steigen geblieben ist, kann keine gewaltsame Umschichtung diesem Phänomen zugrundeliegen. Irgendwie ist bei der 20 - 30 %igen Rente deshalb in der Tat eine echte *Anhäufung* und eine besorgniserregende Zunahme festzustellen. Wenn demnach die Betriebsunfälle heute zwar erfreulich selten das Leben des Berufstätigen bedrohen, so erlangen die leichten Betriebsunfälle durch ihr bedenkliches Anwachsen und den mit ihnen verbundenen Folgen ein zunehmendes soziales und volkswirtschaftliches Gewicht. Eine kurze Betrachtung der Folgewirkungen jedes Betriebsunfalls mag das noch näher erläutern.

IV.

In allen Fällen, wo ein qualifizierter Facharbeiter oder auch ein ungelernter Arbeiter durch Gliedmaßenverletzung für längere oder kürzere Zeit seine Arbeitsfähigkeit verliert oder in

seiner Berufsfähigkeit behindert bleibt, führt das Unfallereignis zu einem Komplex von Folgewirkungen.

Es wird *nicht nur die wirtschaftliche Existenz des Verletzten geschädigt*, die *Summierung* derartiger Einzelfälle muß vielmehr einen beachtlichen *Produktionsausfall* nach sich ziehen. *falls keine geeigneten Ersatzkräfte zur Verfügung stehen*. In den Zeiten einer Hochkonjunktur kann diese Ersatzfrage sogar äußerst schwierig sein. Der Betriebsunfall muß dann als gehäufte Erscheinung über seine Einzelbedeutung hinaus gleichzeitig wichtige volkswirtschaftliche Auswirkungen für die Allgemeinheit nach sich ziehen. Diese wirtschaftlich unerfreulichen Folgewirkungen werden noch sichtbarer, wenn wir auf die *soziale Auswirkung und Bedeutung der Rentenzahlungen* näher eingehen.

Es ist durchaus kein Geheimnis, daß *jede Rente* nur die Sicherung eines *Existenzminimums* des Verletzten in sich schließt. Die Rente bleibt für jeden Verletzten immer eine - oft sehr unbefriedigende - Sicherung seiner Existenz. Trotzdem wird diese unerläßliche, aber an sich keineswegs den Verletzten befriedigende Lösung durch eine hohe Zahl der Gesamtfälle die Allgemeinheit fortlaufend und zunehmend mit Aufwendungen belasten, die als durchaus unproduktiv bezeichnet werden müssen. Wir haben deshalb über das Interesse der Verletzten hinaus ein Problem von allgemeiner volkswirtschaftlicher Bedeutung vor uns, wenn wir fragen, ob und wie wir die zahlenmäßig so bedenklich ansteigenden leichteren Betriebsunfälle ärztlich so erfolgreich zur Ausheilung bringen können, daß keine nennenswerten funktionellen Beeinträchtigungen und damit bleibende Minderungen der Erwerbsfähigkeit des Verletzten zurückbleiben. *Der Betriebsingenieur* hat wie die vorgenannten Zahlen eindeutig *beweisen*, seine *Pflicht und Schuldigkeit getan*. Die Frage geht jetzt an uns Ärzte, ob auch wir ebenso erfolgreich unsere therapeutische Nutzleistung steigern können. Dieses Problem geht alle an der Versorgung der Betriebsverletzten beteiligten Ärzte an.

Wir geben zu: Diese Aufgabe besitzt auf den ersten Blick keine so imponierende Problematik, wie sie die Erhaltung des Lebens darstellt. Sie wirkt sich aber für den Verletzten durch die Erhaltung der Arbeitskraft und vor allem durch die Erhaltung der Arbeitsfreude weittragend genug, ja oft entscheidend für seine ganze menschliche Existenz aus.

Es wird notwendig sein, hier mit aller Deutlichkeit auszusprechen, daß die Wiederherstellung der Berufsfähigkeit eines Verletzten wahrhaftig nicht nur einen Akt von *wirtschaftlicher Bedeutung* für die Einzelperson, die für die Allgemeinheit darstellt. Eine völlige Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit hat ebenso bedeutungsvolle *Folgewirkungen* für die *Entwicklung der Persönlichkeit des Verletzten* wie für seine *gesamte geistige Haltung*. Jeder Facharbeiter (sei die Arbeit körperlicher oder geistiger Art) hat Freude an seiner Beschäftigung. Er strebt normalerweise in seinem Arbeitsgebiet nach Weiterentwicklung, Vervollkommen und Aufstiegsmöglichkeiten. Ein bleibender Verlust funktioneller Fähigkeiten muß sich hierbei als Hindernis erweisen und führt damit zwangsläufig neben den wirtschaftlichen auch zu psychischen Folgen.

Sind aber die Unlustdämonen in dem Verletzten erst einmal entfesselt, so ist ihrer nur sehr schwer Herr zu werden. Auch mit Psychoanalytik und Psychotherapie werden wir da in der Regel nicht mehr viel erreichen.

In allen Verletzungsfällen ist es deshalb die Pflicht des Arztes, alles zu tun, um den Verletzten körperlich so weit wiederherzustellen, daß er seine frühere Berufsfähigkeit wieder erlangt und nur Einbußen vorübergehender Art erleidet. Dieser Erfolg bleibt das *Ziel*. Über den *Weg* wird noch zu sprechen sein.

V.

Bei jenen Schwergeschädigten, die trotz bester ärztlicher Versorgung eine bleibende stärkere Einbuße ihres früheren beruflichen Könnens davontragen, ist man heute mit Hilfe berufsfürsorgender Maßnahmen bemüht, ihre Wiederbeschäftigung möglichst in bestimmten Arbeitsgängen des alten oder eines verwandten Berufes zu erreichen. Dieses Ziel bleibt das Streben jeder vorbildlichen Berufsfürsorge. Die Berufsfürsorge hat in allen Fällen bleibender Behinderung die Aufgabe eine Tätigkeit für den Verletzten zu finden, in der dieser so weitgehend wie möglich seine alten geistigen und handwerklichen Fähigkeiten wieder zu entfalten vermag.

Gelingt es einen solchen Arbeitsplatz für den Verletzten zu finden, so sind damit in der Regel auch die besten Voraussetzungen sowohl für die innere Ausgeglichenheit wie für die Sicherung der wirtschaftlichen Existenz des Verletzten erfüllt. Am glücklichsten ist die Aufgabe dort gelöst, wo der Verletzte im Kreise der alten Arbeitskameraden wieder Verwendung finden kann. Die Forderung nach einer solchen Eingliederung erscheint einfach und doch ist sie in vielen Fällen außerordentlich schwer und häufig sogar leider überhaupt nicht zu erfüllen.

VI.

Ich wende mich nun zu dem ärztlichen Aufgabenkreis: Wird wirklich seitens der Ärzte alles getan, um die möglichst vollkommene therapeutische Wiederherstellung des Betriebsverletzten aller Kategorien zu erreichen? Bei dieser ärztlichen Fragestellung wird es unerlässlich, nicht nur mit Stolz zu verzeichnen, wie herrlich weit wir es bereits gebracht, - darüber hinaus werden wir prüfen müssen, ob und wie sich unsere therapeutischen Ergebnisse noch verbessern lassen. Die Notwendigkeit eines solchen Fortschritts ist klar zu getreten. Doch handelt es sich hierbei nicht mehr um Einzelfragen, es erhebt sich vor uns ein ganzer Fragenkomplex.

Lassen Sie mich vorerst einmal mit Gelassenheit die brennendste Frage berühren. Es ist das heiße Eisen, das BÖHLER, unser weltbekannter tüchtiger Unfallschmied in Österreich auf dem Amboß hält:

Die Unfallkrankenhäuser.

Prof. BÖHLER ist der Vorkämpfer des Gedankens, die Versorgung aller Unfall- oder Betriebsverletzten zukünftig nur in besonderen Unfallkrankenhäusern durchzuführen. Die Allgemeingültigkeit seiner Thesen wird besonders durch K. H. BAUER nachdrücklich bestritten. Wer ist im Recht? -

Wer die Frage ‚Sollen besondere Unfallkrankenhäuser errichtet werden oder nicht‘ erörtern will, kann die Feststellung Bauers nicht übergehen, daß heute die Verkehrsunfälle das Hauptkontingent der schweren Unfallverletzungen bilden. Schwere lebensbedrohende

Verkehrsunfälle treten aber in der Regel nur in den großen Städten gehäuft auf. Das gleiche läßt sich auch für den schweren Betriebsunfall sagen. Hier sind es in der Regel nur bestimmte Industriezentren, wo durch die Eigenart der Betriebsarbeit (Bergbau usw.) eine Anhäufung schwerer Betriebsunfälle zu beobachten ist. Im Gegensatz zu den ständig sich mehrenden Zentren der Anhäufung schwerer Verkehrsunfälle hören wir aber über eine analoge Zunahme der Zentren schwerer Betriebsunfälle erfreulicherweise bisher so gut wie nichts. Im Gegenteil wir erfahren sogar, daß die Zahl der schweren Betriebsunfälle im allgemeinen eine rückläufige Bewegung zeigt! Wir dürfen auch weiterhin hoffen, daß der schwere Betriebsunfall in Zukunft zu einer immer selteneren Erscheinung wird, falls nicht die schweren Motorrad- und Radfahrunfälle auf dem Wege zur Arbeitsstätte diesen erfreulichen Aspekt der Betriebsunfälle wieder nachhaltig verdunkeln!

Die Anzeichen hierfür sind leider bereits vorhanden.

Wer soll nun die schweren Betriebsunfälle vorsorgen? Wie und wo kann dies am erfolgreichsten geschehen?

Es kann kein Zweifel darüber bestehen, daß die *ärztliche Versorgung*, die am *Schwerverletzten* zu leisten ist, ganz gleich, ob es sich um einen *schweren Straßen- oder Betriebsunfall* handelt, *in der Regel, ja sogar ausschließlich nur von einem Arzt erfolgreich durchgeführt werden kann, der über eine gründliche chirurgische Allgemeinbildung verfügt*. Deshalb gehört nach meiner Auffassung - ich spreche hier lediglich meine persönliche Ansicht zu diesen Fragen aus - und äußere mich nicht etwa als Beauftragter meiner (orthopädischen) Fraktion - *der frische schwere Betriebsunfall in gleicher Weise wie der frische schwere Straßenunfall in die Hand des erfahrenen Allgemeinchirurgen*.

Das entscheidende Charakteristikum aller dieser schweren Unfälle bleiben die lebensbedrohlichen Schädel-, Brust- und Bauchverletzungen, die (vor den Extremitätenschäden) das Krankheitsbild beherrschen. Die Frage der Erstversorgung dieser frischen schweren Leibeshöhlenverletzungen ist deshalb in der Regel identisch mit der Frage der Erhaltung des Lebens. Es bleibt dabei, daß diese Arbeit in die Hand des Allgemeinchirurgen gehört.

Die Auseinandersetzungen darüber, ob nun an einigen bestimmten Industriezentren analog den Erfordernissen der Verkehrszentren der Großstädte - wo erfahrungsgemäß schwere Verkehrsunfälle gehäuft auftreten - *selbständige Unfallabteilungen* an den großen chirurgischen Kliniken die Aufgabe der Versorgung schwerster Betriebsunfälle übernehmen sollen, oder ob hierfür einigen neuen *selbständigen Unfallkrankenhäusern* der Vorzug zu geben ist, bleibt eine Frage, die dem Unbefangenen nurmehr als eine organisatorische Angelegenheit erscheint. Entscheidend bleibt aber - und darin ist Herrn BÖHLER beizupflichten - daß von chirurgischer Seite zukünftig der Forderung Genüge geleistet wird, daß die *Unfallabteilungen chirurgischer Krankenhäuser selbständige Abteilungsleiter erhalten*, die die volle Verantwortung für ihr therapeutisches Aufgabengebiet tragen. Das aber setzt in jedem Fall voraus, daß diese Abteilung durch ältere interessierte und erfahrene Allgemeinchirurgen selbständig geleitet werden und nicht dem ständigen Wechsel in ihrer Aufsicht und Leitung durch jüngere Assistenten unterworfen sind, die - je nach den

Neigungen ihres Chefs- einmal bevorzugte und ein andermal wieder uninteressante Persönlichkeiten bleiben.

Wer diese Notwendigkeit in der Entwicklung der Unfallmedizin leugnet, der hat entweder über die Konsequenzen der Höhen- und Weiterentwicklung der Unfallchirurgie in den letzten Jahrzehnten bis heute noch nicht ernsthaft nachgedacht, oder er verschließt sich gewaltsam gegen selbstverständliche Folgerungen. Ich bin überzeugt, daß diese Forderung über kurz oder lang ohnehin ihre Anerkennung finden wird, selbst wenn wir uns bis heute scheuten, offen über sie zu sprechen.

Abgesehen von diesen wenigen selbständigen unfallklinischen Arbeitsstätten in den Zentren des gehäuften Verkehrs- und Betriebsunfalls erscheint es aber nicht möglich, Stadt und Land mit einem so dichten Netz von Unfallabteilungen oder Unfallkrankenhäusern zu überziehen, daß bei jedem gelegentlich vorkommenden schweren Verkehrsunfall oder Betriebsunfall irgend auf dem flachen Lande oder in der Nähe einer kleinen Stadt stets und überall die *schnellste Erstversorgung* in einer *Spezialklinik* gewährleistet ist. *Dieses bleibt aber die entscheidende Frage.*

Die Zeitspanne zwischen Unfallgeschehen und Erstversorgung muß so klein wie möglich bleiben, da der schnelle Transport und der sofortige Beginn der ärztlichen Versorgung in allen Fällen die entscheidenden Faktoren für die Erhaltung des Lebens darstellen und im Wettlauf zwischen Leben und Tod entscheiden.

Die Kürze des Weges zum nächsten Kreiskrankenhaus und das Können des dort tätigen Chirurgen wird zum Richterspruch über Leben oder Tod jedes Schwerverletzten. Deshalb bleibt es in allen Fällen eine offene Schicksalsfrage, wie schnell der Verletzte das *nächstgelegene Krankenhaus erreicht* und *ob* dieses Haus von einem geschickten und *gut ausgebildeten Allgemeinchirurgen geleitet wird.*

Aus dieser Erkenntnis ergeben sich zwei Wünsche für die Versorgung des schweren Betriebsunfalls:

1. An die Polizeilichen Behörden: Es ist unbedingt zu verlangen, daß das polizeiliche Bedürfnis nach Klärung der Schuldfrage gegenüber der Forderung nach dem schnellsten Abtransport des Verletzten zurücktritt. Diese Forderung hat bereits K. H. BAUER erhoben.
2. An die Stadt- und Kreisbehörden: Es muß zukünftig unbedingt erreicht werden, daß auch bei der Besetzung kleinerer Stadt- oder Kreiskrankenhäuser ausschließlich die ärztliche Kenntnis und die gründliche Ausbildung des chirurgischen Bewerbers die Wahl entscheidet.

Wir appellieren an das Verantwortungsgefühl der Land- und Stadtväter. Wir verlangen, daß sie weder den Wünschen des Kämmerers in ihren für die Volksgesundheit folgeschweren Entscheidungen nachgeben, noch irgendwelche anderen Vorzüge, Verdienste oder Beziehungen des Bewerbers bei der Wahl zum Krankenhausarzt gelten lassen.

Wir stellen fest: Schwere Betriebs- und Verkehrsunfälle, die sich irgendwo auf dem flachen Lande oder in kleinen Städten ergeben, sind in jedem Einzelfall eine Schicksalsfrage für den Beteiligten. Der Gedanke, diese Risikoquote durch ein dichteres Netz von Unfallkrankenhäusern zu verkleinern, ist nicht erfolgversprechend.

VII.

Ich komme nun zu der Frage, ob und wie sich bei der Versorgung *leichter* und *mittelschwerer Betriebsunfälle*, die ja zum *überwiegenden Anteil durch Gliedmaßenverletzungen* charakterisiert sind, noch bessere therapeutische Erfolge erzielen lassen. Zunächst ist zahlenmäßig zu klären, in welcher Höhe die Extremitäten an dem Kontingent dieser Verletzungen beteiligt sind. Mir stehen hierfür die Zahlen der gewerblichen Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Fremdenverkehr in Mannheim zur Verfügung. Diese besagen: Die Zahl der gemeldeten Unfälle betrug bei dieser Berufsgenossenschaft in den Jahren 1949 - 1952:

Insgesamt.....167 408 Verletzte

auf Arm und Bein entfielen hierbei...139 377 “

auf Arm und Hand allein.....91 720 “

Gehen wir nun davon aus, daß diese Verletzungen, von Ausnahmen abgesehen, verstreut in den Betrieben auftreten, so werden sie in der Regel zweifellos überall in Stadt und Land ihre erste Versorgung finden müssen.

Hier ist nun im Rahmen des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens durch die sog. Zulassungsbestimmungen Sorge getroffen, daß bestimmte geeignete Ärzte und Krankenhäuser auch in den kleineren und kleinsten Städten die Aufgabe der ärztlichen Versorgung dieser Betriebsverletzten übernehmen. In der Regel genügt ja eine durchschnittliche Kenntnis der Gesetze der Frakturenlehre und Wundversorgung, um bei dieser Kategorie der Verletzten ihre Wiederherstellung zu gewährleisten. Voraussetzung ist ferner, daß bestimmte Behandlungseinrichtungen in der Praxis der Ärzte oder im Krankenhaus vorhanden sind.

Weshalb ist nun aber dennoch eine Zunahme der unbefriedigenden Heilungen bei den Betriebsverletzten zu verzeichnen?

Reichen die eingeschalteten Sicherungen vielleicht nicht aus?

Daran, daß ein überraschendes Anwachsen den Rentenfälle mit einer Rente von 20 % in den letzten 3 Jahren zu verzeichnen ist, kann kein Zweifel mehr sein. Es bleibt nur die Frage, ob dieses Anwachsen zu Lasten der bisherigen Regelung des Heilverfahrens geht oder was wir Ärzte selbst noch zu tun vermögen, um unsere therapeutische Leistung zu verbessern.

Solange eine Arm- und Handverletzung, eine Fuß- oder Knieverletzung komplikationslos und ohne Schwierigkeiten verläuft, wird selbst dort, wo die Nachbehandlung und Übungstherapie etwas im argen liegt, im allgemeinen ein völlig befriedigendes Heilergebnis erreicht werden. In solchen Fällen wird die funktionelle Inanspruchnahme des geschädigten Gliedes in der Berufsarbeit oft eine durchaus erfolgreiche und auch zweckmäßige Übungstherapie darstellen. Die Wiederkehr der normalen Funktion ist hierbei mit Sicherheit zu erwarten.

Was geschieht aber bei leichten oder mittelschweren Verletzungen von Arm und Bein, wenn die zunächst unkompliziert erscheinende Gliedmaßenschädigung während des Heilverlaufes

ernsthafte Störungen des Heilverlaufes usw. erkennen läßt. Als solche kennen wir z.B. Sudecksche Atrophien, Kontrakturen, Lähmungen, verzögerte Callusbildungen, Sequestrierungen, hartnäckige Pseudarthrosen u. a. m. Der behandelnde Arzt steht dann vor der Gewissensfrage, ob er mit den ihm zur Verfügung stehenden Mitteln in der Lage ist, die klinische Situation noch weiterhin zu beherrschen.

Die gleiche Gewissensfrage ergibt sich in jenen Fällen von Gliedmaßenverletzungen, bei denen von Anfang an eine so schwierige Art der Schädigung vorliegt, daß die Wiederherstellung der normalen Funktion überdurchschnittliche Kenntnisse des Arztes und ganz besondere Anforderungen bezüglich seines therapeutischen Rüstzeuges verlangt.

VIII.

Es ist nicht zu bestreiten, daß die für die Versorgung aller solcher Verletzungsfälle erforderlichen mannigfachen und kostspieligen Spezialeinrichtungen nicht an allen Kliniken und Krankenhäusern vorhanden sein können.

Diese Sachlage hat nun dazu geführt, daß im Rahmen des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens Einrichtungen geschaffen wurden, in die der Betriebsverletzte bei Komplikationen des Heilverlaufes usw. auf Wunsch der Berufsgenossenschaften verlegt wird.

Es sind das die sog. *Sonderstationen für Heil- und Berufsfürsorge der Berufsgenossenschaften*.

Diesen Abteilungen fällt die Aufgabe zu, bei der Ausheilung schwieriger Gliedmaßenverletzungen und bei Komplikationen helfend einzugreifen. Diese Stationen sollen die ärztliche Arbeit der Erstversorgung des frischen Betriebsunfalls ergänzen. Sie dienen deshalb in der Hauptsache der *Wiedergutmachung der Unfallfolgezustände*. Die Sonderklinik bzw. Station verfügt, um ihre Aufgabe lösen zu können, über alle Einrichtungen zur Durchführung der operativ-, konservativ- und apparat-technischen Therapie. Sie besitzt gleichzeitig alle erforderlichen Einrichtungen physiko-hydro-, elektro- und arbeitstherapeutischen Charakters zur Durchführung der notwendigen Übungsmaßnahmen.

Es wäre erwünscht, daß wir in Zukunft diese berufsgenossenschaftlichen Heilstätten nicht als unliebsame Nachbarn empfinden, sondern sie bei der Lösung ihrer wichtigen therapeutischen Aufgabe dadurch nachhaltig unterstützen, daß wir sie rechtzeitig bei der Versorgung der Verletzten heranziehen.

In diesem Zusammenhang wird es notwendig, auf eine Erscheinung und Einrichtung der Nachkriegsjahre kritisch einzugehen, die in enger Anlehnung an analoge Lazarettinrichtungen des 2. Weltkrieges heute in Deutschland an mehreren Orten entstanden ist. Es sind dies die sog. Rehabilitationszentren. Wo ein solches Zentrum lediglich den Zweck verfolgt, als Ausbildungsstätte der Schwerbehinderten zu dienen, um diese durch Umschulung usw. wieder zur Ausübung eines neuen Berufes zu befähigen, und wenn hier neben der Berufsausbildung noch sportliche Übungen der Verletzten zu ihrer körperlichen Ertüchtigung stattfinden, so ist vernünftigerweise kein Einwand gegen die Arbeit eines solchen ‚Rehabilitationszentrums‘ zu erheben.

Diese Ausbildungsstätten sollten aber niemals gleichzeitig einen ärztlich-therapeutischen Charakter tragen.

Wenn aber ein ‚Rehabilitationszentrum‘ sich statt dessen in der Hauptsache den Aufgaben der krankengymnastischen Behandlung widmet und dazu dient, nach Abschluß der an anderem Ort durchgeführten sog. klinischen Behandlung Verletzte lediglich zu übungstherapeutischen Zwecken aufzunehmen, so sehe ich in einer solchen Arbeit nichts weiter als das Wiederaufleben der längst überwunden geglaubten Zerteilung der Therapie in eine klinische Behandlung und ‚Nach‘behandlung. Daran ändert es durchaus nichts, wenn die neuen Nachbehandlungsplätze einen fremdländischen Namen tragen und über neuzeitliche Variationen der Arbeits- und Übungstherapie verfügen.

Ich halte es in allen Fällen für einen Irrweg, den Verletzten erst nach Abschluß der klinischen Versorgung in eine besondere Nachbehandlungsstätte zu verbringen, die ihm seine völlige körperliche Wiederertüchtigung - das ist ja das bescheidene deutsche Wort für das Ergebnis dieser therapeutischen Arbeit - zurückgeben soll. Im Gegensatz zu einer derartigen

Aufgabenteilung und Aufgabentrennung vertrete ich mit aller Entschiedenheit die Auffassung, daß *bei allen Gliedmaßenschäden die Übungsbehandlung usw. einen unlöslichen Teil des Heilplanes darstellt.* Sie muß von dem gleichen Arzt geleitet und überwacht werden, der auch die klinische Therapie in seinen Händen hält.

Abgesehen davon, daß das ganze Heilprogramm ohne die Einbeziehung einer planvollen Übungstherapie ein Torso bleibt, ist es eine alte Weisheit, daß der Arzt, der wirklich die Bestleistung bei der Wiederherstellung der gestörten Funktion an Hand und Arm und Fuß und Bein erzielen will, nicht nur seine operative und klinische Aufgabe vollkommen beherrschen muß, sondern auch mit der Wirkungsweise aller übungstherapeutischen Einrichtungen genau vertraut sein muß. Wenn nicht, so kann er auch keinen wirklich allumfassenden Heilplan aufstellen.

Der Heilplan darf in allen diesen Fällen niemals beliebigen Zutaten und Abweichungen von anderer Seite ausgesetzt werden. Wer gegen die Einheit des therapeutischen Planes verstößt und die therapeutische Gesamtaufgabe wieder zerteilt, setzt sich der Gefahr aus, daß die Nachbehandlung (ganz gleich, wie der Name der Übungsbehandlungsstätte auch lautet) seiner Leitung und Aufsicht entgleitet und *die Übungstherapie zu einem schwer zu kontrollierenden Tummelplatz ärztlicher Hilfsberufe und Laien wird.*

Besonders mißlich erscheint mir bei jeder Verlegung in eine Nachbehandlungsstätte die Gefahr, daß die bisherigen therapeutischen Maßnahmen nicht zielbewußt weitergeführt werden, sondern daß sich hier ein ‚Knick‘ in der therapeutischen Linie ergibt. Solche Abweichungen können ernste Vertrauenskrisen des Patienten mit ihren sattem bekannten Folgen (Mißmut, Widersetzlichkeiten der Kranken) heraufbeschwören. Infolgedessen sollte auch bei den Unfallfolgezuständen die klinische wie die übungstherapeutische Arbeit bis zur Wiederaufnahme der Berufstätigkeit an *einer Stelle und unter der gleichen ärztlichen Leitung durchgeführt werden.*

Es ist nicht unsere Schuld, wenn aus Unkenntnis mit dem Wesen der auf den Sonderstationen geleisteten ärztlichen Arbeit die Identifizierung dieser Einrichtungen mit

den BÖHLERSchen Unfallkliniken erfolgte und sich dadurch sogar gelegentlich eine Gegnerschaft ergab.

Deshalb danke ich Ihnen, daß Sie meinen längeren Ausführungen über die Bedeutung der Behandlung der Unfallfolgezustände und das Wesen sowie den Wert der Sonderstationen ohne Ungeduld gefolgt sind.

Ich bekenne mich auf Grund einer mehr als 20jährigen Erfahrung mit dieser Arbeit als einen besonderen Freund dieser berufsgenossenschaftlichen Einrichtungen. Ich halte den therapeutischen Grundgedanken der Sonderstationen für folgerichtig. Gleichzeitig habe ich aber an die Berufsgenossenschaften die Bitte, im Hinblick auf die Bedeutung und den Wert dieser klinischen Einrichtungen die Sonderstationen möglichst nur an Universitäten zu errichten.

In der Frage der Unfallbegutachtung und der Beurteilung der Unfallfolgezustände besitzt der junge Medizinstudent und Arzt heute noch vielfach unzureichende Kenntnisse. Deshalb ist es notwendig, daß zukünftig auch an den Universitäten Einrichtungen bestehen, wo der

werdende und junge Arzt sich mit diesem wichtigen Teil seiner späteren ärztlichen Aufgabe vertraut machen kann. Auf diese Weise würden die berufsgenossenschaftlichen Heilstätten zu einer wertvollen Ergänzung des bisherigen Unterrichtes beitragen.

Praktisch therapeutisch gesehen ist außerdem zur Behebung aller Unfallfolgezustände die Mitarbeit und Mitwirkung erfahrener Augen-, Ohren-, Nervenärzte usw. unerlässlich. Die Gesamtbeurteilung eines Unfallschadens verlangt ebenso wie die Beseitigung der Unfallfolgezustände in vielen Fällen eine ärztliche Gemeinschaftsarbeit.

Ich komme nunmehr zu der Frage, zu welchem Zeitpunkt sich der behandelnde Arzt eines Betriebs- oder Unfallverletzten dieser Sonderklinik bedienen sollte.

IX.

Ich habe hierzu ein offenes Wort zu sagen. Zunächst bitte ich Sie alle: Machen Sie sich von dem bekannten und leider oft auch verständlichen kollegialen Mißtrauen frei. Entschließen Sie sich zukünftig in jedem Einzelfall, wo es nötig wird, ohne Sorge um das ärztliche Prestige rechtzeitig zur Überweisung des Verletzten.

Ich sagte bereits: Es kann nicht jedes Krankenhaus über die erforderlichen therapeutischen Hilfsmittel verfügen, die eine Bestleistung bei Komplikationen des Heilungsverlaufes usw. verbürgen. Darum fassen Sie bitte noch zu einem Zeitpunkt, in dem die besten Wiederherstellungsmöglichkeiten für den Patienten gegeben sind, den Entschluß zur Verlegung in eine Behandlungsstätte, die mit allen therapeutischen Hilfsmitteln bestens ausgerüstet ist, um die ‚Sünden der Natur‘ wiedergutzumachen.

Welche ernsthaften ärztlichen Gründe stehen denn einer Verlegung dieser Betriebsverletzten entgegen?

X.

Bei langwierigen Unfallfolgezustände, wie *Kontrakturen, Lähmungen, verzögerter Callusbildung, hartnäckigen Pseudarthrosen, Sudeckschen Atrophien* - um nur diese wenigen

Beispiele zu nennen - bestehen doch keine Transportschwierigkeiten! Die Länge des Weges zur neuen Behandlungsstätte spielt hier keine Rolle mehr. Als Hinderungsgrund psychologischen Charakters hat man gelegentlich die Sorge angegeben, daß sich eine schädliche psychische Auswirkung für den Verletzten bei seiner örtlichen Trennung von der Familie ergeben könnte. Diesen Bedenken läßt sich dadurch begegnen, daß die Berufsgenossenschaften - wie es häufig geschieht - in solchen Fällen regelmäßige Reisen der Frau bzw. der Kinder zu dem Verletzten ermöglichen. Es gibt deshalb im Grunde nur äußerst selten einen echten und ärztlich zu begründenden Einwand gegen die Verlegung.

Begreiflicherweise erfüllt nun aber manchen Arzt eine gewisse Besorgnis vor der Mißdeutung solcher Verlegung durch seinen Patienten.

Zwar vertrete ich die Meinung, daß gerade einem von seinem Können überzeugten Arzt der Verzicht auf die Fortsetzung der eigenen Behandlung leichter fällt, als jenem Kollegen, den eine innere Unsicherheit bedrückt. Ich darf hier an das alte Goethewort erinnern: 'Derjenige, der sich mit Einsicht für beschränkt erklärt, ist der Vollkommenheit am nächsten.' (Goethe Naturwissenschaftl. Schriften).

Zweifellos werden aber nicht alle von uns so vollkommen sein. Da mag dann der Hinweis gelten, daß es ja genügt, wenn der Arzt nur die Tatsache würdigt und anerkennt, daß die weiterbehandelnde Klinik über vollkommenere *Einrichtungen* zur Beherrschung der eingetretenen Komplikationen usw. verfügt. Ein solcher psychologischer Brückenschlag bringt vielleicht diesen oder jenen von uns leichter und beruhigter an das sichere Ufer der Verlegung. Die grundlegende ethische Voraussetzung bleibt aber in allen Fällen, daß auch der Empfänger eines kollegialen Vertrauensbeweises sich dieses Vertrauens würdig erweist und genügend Verantwortungsgefühl und Gemeinschaftssinn besitzt, um alle späteren Differenzen auszuschließen.

Sachlich habe ich hier nochmals festzustellen: Es gibt keine objektiven Einwände, die ärztlich in der überwiegenden Mehrzahl dieser Fälle stichhaltig genug wären, um die Verlegung auszuschließen. Der Vollständigkeit halber sei noch ein letzter psychologischer Grund von mir mit angeführt, da er eine historische Merkwürdigkeit darstellt.

Ich nenne die traditionell gewachsene Gegensätzlichkeit der Fachdisziplinen Orthopädie und Chirurgie.

Nur wenige von uns wissen, daß schon die Ahnherren der Chirurgen und Orthopäden bereits im Mittelalter Divergenzen um den ‚Knochen‘ hatten. So berichtet uns eine Lübecker Chronik des 17. Jahrhunderts von einem Streit der Zunft der Barbieri (als Ahnherrn der Chirurgie) mit den Henkern (als Ahnherrn der Orthopädie). Es ging auch damals um die Behandlung der Knochenbrüche. Das Ringen schloß mit einem Abkommen.

Die *Barbieri* erhielten die Versorgung der *frischen Frakturen* und Luxationen! Die *veralteten* Frakturen und Luxationen wurden den *Henkern* zur Versorgung überlassen! Das schien eine weise und gerechte Regelung seitens des hohen Rats. Verfügte doch der Barbier über die leichte und elegante Hand zur Versorgung der frischen Verletzung, und der Henker - über das unentbehrliche maschinelle Rüstzeug zur Wiedereinrenkung veralteter Luxationen und der Refrakturierung schiefgeheilten Knochen. Glauben Sie nun aber bitte nicht, daß dieser

mittelalterliche Streit zwischen Barbieren und Henkern in Lübeck ein Einzelfall geblieben wäre! 100 Jahre später hören wir von dem gleichen Streit und erfahren von einer Entscheidung des ‚alten Fritz‘. In einem Kabinettschreiben vom 28.11.1746 entscheidet der König eine Beschwerde der Chirurgen ‚wegen der den Scharfrichtern erlaubten äußerlichen Kuren‘.

Seine Majestät lehnt die Beschwerde der Barbieri als unbegründet ab und gibt seine Ansicht dahin kund, ‚daß sich jemand lieber durch einen Scharfrichter kurieren und helfen lassen soll, als dem Chirurgus zuliebe lahm und ein Krüppel bleiben‘. (So zu lesen in MENDELSSOHN BARTHOLDY ‚Der König‘, Zeitgenössische Berichte, Verlag Langewiesche, München 1924).

Ein Orthopäde könnte als Urenkel seiner Lübecker Henkersahnen geradezu tiefsinnig bei dem Gedanken werden, was alles schon einmal dagewesen ist!

Indessen, die Zeit schreitet weiter. Ich bin gewiß, auch der uralte Streit um den Knochen wird einmal enden. Im Laufe der kommenden Jahrzehnte oder wenigstens der Jahrhunderte werden alle diese Auseinandersetzungen der Zunft Herren durch die Weiterentwicklung der Medizin ihr Ende finden. Die Erkenntnis wird siegen, daß die verständnisvolle *Zusammenarbeit der Ärzte* (seien es Chirurgen, seien es Orthopäden), *das Beste für den Verletzten bleibt*. Wie diese Gemeinschaftsarbeit beschaffen sein *kann* und beschaffen sein *soll*, beweist der Meinungsaustausch, den unsere Gesellschaft seit mehr als 30 Jahren pflegt. Hier teilen wir uns seit vielen Jahrzehnten als Chirurgen, Orthopäden, Internisten, Neurologen, Versorgungs- und Versicherungsärzte in wissenschaftlicher Gemeinschaftsarbeit zum Besten unserer Verletzten unsere Erfahrungen mit. Warum sollte das gleiche nicht auch in der praktischen Arbeit möglich sein. Da uns das große wissenschaftliche Betätigungsfeld des Unfallgeschehens seit Jahren zu einem reichen und gewinnbringenden Meinungsaustausch geführt hat, wäre es nun doch an der Zeit, daß wir auch praktisch die Konsequenzen ziehen und das erworbene Erfahrungsgut gemeinsam ausnutzen und zur Anwendung bringen. Ich bin gewiß, daß wir auf diesem Wege an unserer ärztlichen Arbeit eine immer größere Freude erleben werden. Es soll uns anders ergehen, als dem von seinem Beruf schwer enttäuschten Leibarzt in Goethes Faust, der voller Resignation über sich aussagt:

„Ein guter Leibarzt muß zu Vielem taugen -
Wir fingen mit den Sternen an und –
endigen mit Hühneraugen.“

Meine Damen und Herren, unser Aufgabenfeld ist so unendlich weit und groß. Es ist Platz genug, daß wir alle gemeinsam und friedlich dort miteinander arbeiten können. Lassen wir uns deshalb von den guten Sternen der Kollegialität erleuchten und streiten wir uns nicht weiter um Hühneraugen.“

Quelle: DGU-Archiv