



DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
UNFALLCHIRURGIE

1961: Prof. Dr. med. Alfons Lob (Murnau)

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-, Versorgungs- und Verkehrsmedizin, XXV. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs-, Versorgungs- und Verkehrsmedizin am 15. bis 17.05.1961 in Garmisch-Partenkirchen.

„Als Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs-, Versorgungs- und Verkehrsmedizin eröffne ich die 25. Jahrestagung unserer Gesellschaft mit der schönsten und urältesten menschlichen Handlung, der Begrüßung der Gäste. Wer von Ihnen unseren Tagungsführer in der Hand hält, wird zuerst das Grußwort des Herrn Bundesarbeitsministers finden, der wegen starker Arbeitsüberlastung nicht zu uns kommen konnte. Er hat uns deshalb sein Grußwort übermittelt, um uns seine guten Wünsche zum Verlauf unserer Jubiläumstagung auszudrücken. Wir danken herzlich dafür.

Herrn Staatsminister STAIN bin ich sehr dankbar, daß er zu der Eröffnung unserer Jubiläumstagung gekommen ist. In der vorigen Woche habe ich selbst erlebt, wie außerordentlich besetzt sein Tageslauf ist. Unsere Gesellschaft kann sich mit Recht geehrt fühlen, daß der Herr Staatsminister trotz seiner zeitlichen arbeitsmäßigen Beanspruchung zu uns gekommen ist, um das Interesse seines Ministeriums an unserer Arbeit zu bekunden.

Ich begrüße auch Herrn Dr. SIMON, den Vertreter des Herrn Staatsminister des Innern, der uns die Grüße seines Ministeriums überbringt.

Herr Senator SCHRAMM als Vertreter des Bayerischen Senats und zugleich als Vertreter des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften hat es sich ebenfalls nicht nehmen lassen, durch seinen Besuch unsere Gesellschaft zu ehren. Ich danke ihm recht sehr dafür.

An Stelle des erkrankten Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, Herrn Dr. SEWERING, begrüße ich Herrn Dr. SIGGELKOW ganz besonders herzlich. Die

Aufgeschlossenheit, mit der Herr Dr. SIGGELKOW immer unsere Arbeit verfolgt hat, und die vertrauensvolle Zusammenarbeit, die wir gerade mit der Bayerischen Landesärztekammer pflegen können, sind nicht zuletzt sein Verdienst.

Herr Bürgermeister VOGEL weilt unter uns. Er und die Herren der Kurverwaltung dieses schönen Gemeinwesens haben sich alle Mühe gegeben, die Voraussetzungen für das Gelingen unserer Tagung zu schaffen. Mit großem Verständnis ist die Kurverwaltung Garmisch-Partenkirchen unseren Wünschen entgegengekommen. Ihnen, lieber Herr Bürgermeister, dafür zu danken ist mir ein wirkliches Bedürfnis, denn Sie haben unsere Arbeit sehr erleichtert. Ich begrüße Sie auch im Namen unserer Mitglieder.

Ich freue mich dann noch ganz besonders, Herrn Prof. Dr. VOLKMANN begrüßen zu dürfen, der heute 25 Jahre Mitglied unserer Gesellschaft ist. Seine Treue zu unserer Gesellschaft sei von uns allen bedankt.

Leider kann ich nicht jeden unserer Ehrengäste namentlich begrüßen. Unsere Mitglieder, vor allem diejenigen aus dem Osten unseres Vaterlandes, grüße ich recht herzlich. Mögen unsere Gäste und unsere Mitglieder gute Eindrücke von unserer Jubiläumstagung mit nach Hause nehmen.

Unsere Gesellschaft ist 39 Jahre alt. Im Vergleich zu dem schon fast ehrwürdigen Alter der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie ist sie also noch sehr jung. Aber ihre Gründung kam gerade rechtzeitig, denn sie fällt in eine Zeit, in der durch die furchtbare vorwärtstreibende Kraft des ersten Weltkrieges alle wissenschaftlichen, technischen und wirtschaftlichen Prozesse zu immer schnelleren, immer umfassenderen und immer spezielleren Entwicklungen und Entfaltungen gebracht wurden.

In klarer Erkenntnis neuer Fragestellungen, Aufgaben und Pflichten hat LINIGER, der eigentliche Motor der Gründung, im Jahre 1922 mit anderen Männern die Gesellschaft zu dem Zwecke aus der Taufe gehoben, die Unfallheilkunde, die Versicherungsmedizin und die sozialen Fürsorgebestrebungen, sowie die persönlichen Beziehungen zwischen den sich mit diesen sozialen Fragen beschäftigenden Ärzten zu fördern. So steht es im § 2 der ersten Satzungen, die sich die Gesellschaft gab.

Es geziemt uns, der Mitbegründer unserer Gesellschaft zu gedenken.

Es waren MARTINECK, Berlin; VON BRUNN, Bochum; FINKELNBURG, Bonn; REICHARD, Würzburg; FRANK, Berlin; GRITZKA, Berlin; KÜHNE, Cottbus; SCHÜTZ, Berlin.

Zu den Gründungsmitgliedern zählten Ordinarien der Chirurgie: SCHMIEDEN, VOELKER, VON REDWITZ, der Orthopädie: VON BAEYER, der Pathologie z. B. RÖSSLE. Viele bedeutende Chirurgen. Orthopäden, innere Mediziner, Neurologen und Psychiater, Versicherungs- und Arbeitsmediziner schlossen sich von Anfang an der Gesellschaft an. Die meisten sind schon dahingegangen, aber einige dieser Männer leben noch und einige sind in ungebrochener Frische Teilnehmer dieser Jubiläumstagung.

Ich habe mir gestattet, den Herren REICHARD und VON REDWITZ, die durch Krankheit am Erscheinen verhindert sind, unserer Verehrung und Anhänglichkeit durch Telegramme Ausdruck zu geben.

Von den Mitbegründern und ersten Mitgliedern begrüße ich unter uns besonders herzlich Herrn FLESCHE-THIBESIIUS, der auch schon auf der ersten Jahrestagung der Gesellschaft einen Vortrag über Unfall und Tuberkulose hielt, und Herrn SCHEELE.

Wir dürfen auch mit Stolz und Dankbarkeit sagen, daß bei der Gründung der Gesellschaft holländische, schweizerische und österreichische Ärzte, Mediziner und Versicherungsrechtler zu uns gestoßen sind und daß die enge Verbundenheit mit diesen Kollegen auch schwere Zeiten überdauert hat.

Von der Gründung an haben sich auch die Berufsgenossenschaften der Gesellschaft angeschlossen und ihre Ziele durch Mitarbeit unterstützt.

Meine Damen und Herren! Alle menschlichen Bestrebungen rufen Widerstände hervor. Oft vermögen sie sich nur nach heftigen Kämpfen durchzusetzen. Ideen liegen in der Luft. Sie werden zwar intuitiv empfangen, aber ihre Verwirklichung stößt auf Hindernisse, die nur mit viel Mühe und harten Anstrengungen überwunden werden. Sie müssen anders als Pallas Athene, die dem Kopfe des Zeus vollendet schön entsprang erst im Für und Wider der Meinungen Form und Gestalt gewinnen. Manches bleibt unvollendet, manches nimmt zwar Umrisse an, wird aber nicht weitergeführt. Anderes wird vollendet, aber in anderer Form, als es der Gedanke ursprünglich wollte.

Wenn man die Einleitungsrede von KÜHNE, Cottbus, auf der Gründungstagung der Gesellschaft liest, dann hat man die Möglichkeit festzustellen, was von den Gedanken, Plänen und Forderungen, die er vortrug, verwirklicht wurde und was davon im Anlauf stecken blieb. Im Sinne meiner obigen Ausführungen wird man die Unvollkommenheit aller menschlichen Bemühungen bedauern, aber dies Bedauern entspringt nicht müder Skepsis oder Resignation. Zu groß sind die Aufgaben, die uns zu lösen übrigblieben.

Seit jenem 23. September 1922 wandelte sich das Bild der Welt, eine neue industrielle Revolution setzte ein, in der wir uns immer noch befinden. Der motorisierte Verkehr z. B. brachte neue Fragen und Aufgaben, die wir noch kaum bewältigt haben. Welche Probleme sich ergeben, wenn der Mensch das Weltall zu erobern sich anschickt, kann unsere Vorstellungskraft noch nicht erfassen.

Die Ziele, die KÜHNE auf der ersten Tagung unserer Gesellschaft 1922 in Leipzig aufstellte, bauen auf der Grundauffassung auf, daß die Unfallheilkunde den Grundpfeiler unserer Gesellschaft bildet. Es hat auch damals Streit und Kampf über diese Auffassung gegeben. Sie setzte sich durch, weil KÜHNE Recht hatte, wenn er ausdrücklich die unlösbare Verbundenheit von Unfallheilkunde, Patient und Krankenhaus betonte. Ohne Unfallverletzte, Unfallkranke oder Berufskranke gäbe und gibt es keine Unfallheilkunde.

Die Unfallheilkunde ist ein vielschichtig zusammengesetztes Gebiet. Unfallchirurgie und Wiederherstellungschirurgie sind tatsächlich ihre Basis denn die überwiegende Mehrzahl aller Patienten der Unfallheilkunde sind Verletzte, die auf der Arbeitsstelle, im Straßenverkehr, beim Sport oder im Haushalt Körperschäden erleiden. Man braucht nur einen Blick in die Statistiken zu werfen, um das zu erkennen.

Der Anteil der Unfälle im Krankengut der Heidelberger Chirurgischen Klinik betrug nach einer Angabe von K. H. BAUER aus dem Jahre 1953 für die stationären Fälle 23,1 %, für die

ambulanten sogar 44,3 %. Man kann annehmen, daß in Allgemein-Krankenhäusern die Zahlen noch höher liegen.

Wenn wir also unseres Erachtens mit Recht in der Unfallheilkunde eine Vorrangstellung der Unfall- und Wiederherstellungschirurgie fordern können und müssen, so verkennen wir keineswegs die Wichtigkeit aller übrigen Fächer, denn alle Fächer der Medizin sind mit der Unfallheilkunde verknüpft. Ich nenne zuerst die Orthopädie, einschließlich der Übungs- und Nachbehandlung und der funktionellen Beschäftigungstherapie sowie der Arbeitstherapie. Ich nenne die innere Medizin, die so oft z. B. in wichtigen Zusammenhangsfragen gehört werden muß und die das große Gebiet der Berufskrankheiten bearbeitet zusammen mit der Arbeitsmedizin. Ich hebe die Rolle der Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie hervor mit ihren im Zeichen der Verkehrsverletzungen immer zahlreicheren, schwierig zu beurteilenden Fragestellungen. Auch Pathologie, Gerichtsmedizin und Physiologie stellen ihre Arbeit und ihre Erkenntnisse zur Verfügung, ebenso wie die Röntgenologie, die in vielen Fällen allein eine exakte topographische Diagnose möglich macht.

Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Augenheilkunde und Dermatologie, alle Fächer der gesamten Heilkunde werden ständig aufgerufen, das große Gebiet der Unfallheilkunde zu bearbeiten. Und oft begegnen sie und vereinigen sie sich bei der Begutachtung.

Zum Zwecke der gemeinsamen Arbeit aller Fächer der Medizin ist unsere Gesellschaft begründet worden. Darauf wies schon KÜHNE in seinem Eröffnungsreferat 1922 ausdrücklich hin. Er meinte diese Einheit durch eine große und umfassende medizinische Statistik erreichen zu können, die es gestatten würde, mit mathematisch-wissenschaftlichen Methoden Behandlungsergebnisse zu vergleichen, Kausalzusammenhänge zu klären und vergleichende Rentenstudien bei Versicherten und Nichtversicherten zu betreiben. Wir wissen alle, daß dieser großzügige Plan nie begonnen wurde. Eine Riesenorganisation, die sich über das ganze damalige Deutsche Reich hätte erstrecken müssen, wäre notwendig gewesen, um einem solch idealen Ziel näherzukommen. Der Gedanke ist es aber wert, wieder aufgegriffen zu werden.

Sind wir also unter den obigen Gesichtspunkten berechtigt, die Unfallheilkunde in Verbindung mit der Unfall- und der Wiederherstellungschirurgie für ein besonderes selbständiges Fach zu halten, da doch alle anderen Disziplinen an ihren Arbeiten beteiligt sind? Ich bin der festen Überzeugung, daß diese Frage mit einem entschiedenen Ja zu beantworten ist. Die Gründe dafür sind rasch aufgezählt:

1. Es gibt überhaupt kein unabhängiges Fach in der Medizin, wie es auch sonst im Leben nichts Unabhängiges gibt. Jedes Gebiet ist in irgendeiner Weise mit allen anderen verbunden. Man denke nur an die Bakteriologie mit ihren Beziehungen zu den anderen Disziplinen oder an die Anaesthesie.
2. Die Unfall- und Wiederherstellungschirurgie besitzt wie andere Spezialfächer auch Besonderheiten, die es rechtfertigen, daß diese ihr eigentümlichen Aufgaben von entsprechend erfahrenen Sachkennern bearbeitet werden. Im Zeichen der steigenden Verkehrsunfallzahlen verlangen sie eine erhöhte Aufmerksamkeit.

Die Besonderheiten der Unfall- und Wiederherstellungschirurgie liegen: a) in ihren Methoden und b) in ihrer sehr innigen und ausgedehnten Verknüpfung mit dem sozialen Leben (Unfallrecht, Berufsfürsorge, soziale Rehabilitation).

a) Besonderheit der Methoden

Was die Methoden betrifft, so sind sie immer differenzierter und feiner geworden. Längst kann die Unfallchirurgie nicht mehr nur als Knochenbruchbehandlung bezeichnet werden. Ich erinnere an die Nagelung frischer Schaftbrüche, an die Entwicklung der Handchirurgie, an Knochen- und Gewebebank mit der Forschungsarbeit über die Möglichkeiten des Gewebeersatzes überhaupt. Über diese Probleme wird auf dieser Tagung berichtet werden.

Eng mit der Chirurgie des frischen Unfalls verbunden, der wir einen Vormittag widmen, ist die Wiederherstellungschirurgie im Sinne ERICH LEXERs. Liest man seine Wiederherstellungschirurgie, so ist man erstaunt über die schöpferische Einfallsgabe, mit der dieser große Meister die schwierigen und mannigfaltigen, stets auch verschiedenen Aufgaben der Wiederherstellung Verletzter aufgriff, sorgfältig durchdachte und unterstützt durch die Gabe der Intuition - mit meisterhaften Operationsmethoden löste. Die Opfer des ersten Weltkrieges zwangen sein Genie, sich zu entfalten. Was der Krieg an der Unversehrtheit des menschlichen Körpers zerstört hatte, bemühte er sich nach Möglichkeit wiedergutzumachen. Dieser Aufgabe hat er sich mit einer nie erlöschenden Leidenschaft hingegeben. Sie war die Flamme, die auch später sein Leben als Wissenschaftler, Chirurg und Arzt erhellte. Er war - das darf ich wohl feststellen - in manchen Verfahren seiner Zeit voraus. Die freie Transplantation von Gelenkabschnitten gelang ihm zu einer Zeit, in der es noch keine Antibiotica gab. Die freie Transplantation von Gefäßen hat ERICH LEXER im ersten Weltkrieg mit Erfolg ausgeführt. Er lenkte den Schritt in unbekanntes Land, ohne daß ihm schon alle Mittel zur Verfügung gestanden wären, die wir heute zur Bewältigung auch schwieriger Wege anwenden können: die modernen Anaesthesieverfahren, die neuen Möglichkeiten der Schockbekämpfung, die Herabsetzung der Infektionsgefährdung durch Antibiotica. Studiert man sein Werk, so wird man feststellen, daß Operationsverfahren unter anderem Namen heute fröhliche Urständ feiern, die LEXER schon in die Wiederherstellungschirurgie einführte. Auch die Arbeiten seines alten Feindes und späteren versöhnten Freundes THEMISTOKLES GLUCK bieten lehrreiche Beispiele für das, was an Ideen und Plänen vergessen wird, weil sie zu ihrer Zeit wegen mangelnder wissenschaftlicher und technischer Voraussetzungen noch nicht verwirklicht werden konnten. Man kann der medizinischen Jugend nur den dringenden Rat geben, gelegentlich in alten Jahrgängen unserer Fachzeitschriften Originalarbeiten zu lesen. Sie wird staunen, was alles schon unsere medizinischen Großväter und Väter erarbeitet haben.

ERICH LEXERs Grundlage im Unterricht und in der praktischen Klinikarbeit war die Allgemeine Chirurgie, von deren überragender Bedeutung für alle operativen Fächer er überzeugt war. Dementsprechend wurde sie in seiner Klinik mit ebenso großer Liebe wie peinlicher Genauigkeit gepflegt. ERICH LEXER, der unter einer rauen, oft abweisenden äußeren Schale ein weiches, ja, verletzliches Herz besaß, war unbittlich hart, wenn er Verstöße gegen die Regeln der Allgemeinen Chirurgie bei seinen Mitarbeitern feststellte. Seine Oberärzte hatten die Pflicht, die jüngeren Mitarbeiter in ihren Aufgabenbereich einzuführen und streng und unnachsichtig darüber zu wachen, daß die Schulregeln der

Allgemeinen Chirurgie eingehalten wurden. ERICH LEXER, der selbst immer wieder neue Operationsverfahren ersann, ältere überprüfte und verbesserte. hatte die Grunderkenntnis jeglicher Pädagogik für die Erziehung seiner Schüler in der Klinik zur Richtschnur gemacht, nach der nur der Schüler später - allein auf sich gestellt - etwas zu leisten in der Lage ist. der über schulmäßig sichere Kenntnisse und Verfahren verfügt. Sie sind der Kompaß, der den Schüler befähigt, selbst in Neuland vorzustoßen.

Ich hatte das große Glück, von Oberärzten et-zogen zu werden, die mit aller Kraft den Geist der Klinik ihren jüngeren Mitarbeitern zu vermitteln versuchten. Ihnen hier in aller Form und in aller Öffentlichkeit meinen Dank aussprechen zu dürfen und zu können, werden alle früheren Lexerschüler sicher auch als ein ehrerbietiges Gedenken an unseren Meister auffassen.

Lieber HEINZ BÜRKLE DE LA CAMP, Du hast zu aller Last, die Du trägst, auch noch ein Hauptreferat übernommen. Dir muß ich danken für Deine strenge Erziehungsarbeit und für ein stetes Wohlwollen. In gewisser Weise hast Du mir die Richtung auf mein Lebensziel erst gegeben. Du weißt es vielleicht. nicht. Vielleicht ist es für Dich aber doch ein Dank, daß ich an dieser Stelle zu Dir spreche. Ich denke noch an die unermüdliche Geduld, mit der Du den einzelnen Assistenten belehrtest, zurechtwiesest, anfeuertest; ein Mahner und Lehrer.

Lieber HANS v. SEEMEN, Dir verdanke ich die Einführung in die wissenschaftliche Arbeit und das Herausarbeiten einer klaren Fragestellung, den auch mir anfangs nicht sehr sympathischen Sinn für knappe klare Formulierungen und eine übersichtliche Gliederung. Das Schönste, was man am Ende sagen kann, ist, daß aus strengen Lehrern gute Freunde wurden.

Und noch zweier Männer muß ich gedenken, denen ich zu Dank verpflichtet bin: es sind der Röntgenologe ALBERT KOHLER und der Nachfolger LEXERs in München GEORG MAGNUS. Sie waren mir immer wohlwollende Chefs und uneigennützig Förderer meiner Ziele und Pläne.

Meine Damen und Herren! Die knappe Zeit erlaubt mir kein Verweilen. Ich knüpfe wieder an die allgemeine Chirurgie an. Auf der 69. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1952 hob ihr damaliger Präsident K. H. BAUER die Rolle der Allgemeinen Chirurgie ganz besonders hervor. Wir alle müssen ihm auch heute noch dafür dankbar sein. Und ich möchte ihm diesen Dank dadurch erstatten, daß ich an seine Ausführungen von dieser Stelle aus erinnere. Die Allgemeine Chirurgie ist kein Prüfungsfach. Ich habe den schmerzlichen Eindruck, daß die Allgemeine Chirurgie da und dort in das sogenannte kleine Nebenkolleg abwandert. Es wäre bedauerlich, wenn diese Entwicklung weiterginge.

Ich möchte noch einmal betonen, daß die Unfallchirurgie, um ein Wort des Aristoteles abzuwandeln, die Causa prima movens aller Chirurgie war und auch heute noch ist. Unfallchirurgie und Allgemeine Chirurgie sind Zwillingsschwestern. ja noch mehr, sind siamesische Zwillinge. die sich nicht trennen lassen, ohne abzusterben.

Blicken wir noch einmal zurück und fassen zusammen: Die Unfallchirurgie und die Wiederherstellungschirurgie bilden die Grundlage der Unfallheilkunde. Sie haben sich zu Sondergebieten der Chirurgie entwickelt mit besonderen Methoden, besonderen technischen Hilfsmitteln und besonderen Fragestellungen. Diese Feststellungen zwingen zu

der Folgerung, daß es eine Fehlleitung von öffentlichen Geldern bedeutet, wenn in den kleinsten und verkehrsmäßig abgelegensten Krankenhäusern Instrumentarien und Apparaturen angeschafft werden, z. B. Bestecke für alle möglichen Nagelungen, Bildverstärker und Extensionstische, obgleich Jährlich nur wenige Fälle aufgenommen werden, bei denen diese Mittel anwendbar sind. Auch in dieser Frage sollte Zusammenfassung der Kräfte und Zusammenarbeit vor Prestige gehen - zugunsten unserer Verletzten. Nicht überall kann Herz- und Lungenchirurgie betrieben werden. Das wird jeder anerkennen. Aber auch bestimmte Eingriffe der Unfall- und Wiederherstellungschirurgie erfordern eine Stätte mit besonderen Einrichtungen und spezialistischen Kräften. Nach Abklingen der Schockerscheinungen - der Chirurg eines kleineren Krankenhauses sollte in der Schockbekämpfung seine besonderen Möglichkeiten sehen - kann nach meinen Erfahrungen eine schwere Gelenkverletzung oder eine schwere Extremitätenverletzung ohne Gefahr für den Patienten in ein Zentrum verlegt werden. Als ehemaliger Chefarzt einer Chirurgischen Klinik eines Landkrankenhauses, der eine Sonderabteilung angegliedert war, weiß ich aus Erfahrung, wie schwer die verschiedenartigen Belange einer allgemeinchirurgischen Klinik und einer Sonderstation zu vereinen sind, wenn nicht für letztere eine eigene Arbeitsgruppe zur Verfügung steht. Im Rahmen der zahlenmäßig oft nicht einmal personell ausreichend besetzten allgemein-chirurgischen Kliniken oder Krankenhausabteilungen steht die Unfallchirurgie mit ihren Eingriffen leider nicht selten hinter allen anderen täglich routinemäßig aufzuarbeitenden Eingriffen. Operationen der frischen Unfallchirurgie und der Wiederherstellungschirurgie erfordert Zeit. Sie gehören zu den sogenannten ‚tifteligen‘ Eingriffen. K. H. BAUER hat auf der Unfallchirurgischen Tagung 1953 in Frankfurt/Main* gesagt: ‚Die Alternative ‚Unfallkrankenhäuser oder allgemeinchirurgische Abteilungen‘ in Krankenanstalten ist gestellt. Wir brauchen beide und beide gleich notwendig.‘

Ein Wort zum Problem Unfallkrankenhaus: Ein Unfallkrankenhaus, als Zentrum für eine Region gedacht, muß in seinen Mauern orthopädische Versorgung, Übungs- und Bäderbehandlung, Beschäftigungs- und Arbeitstherapie durchführen. Der operative Eingriff ist zwar eine entscheidende Voraussetzung für den Erfolg, oft aber ist die Übungsbehandlung für die Sicherung des guten Ergebnisses ebenso wichtig. Eine technisch einwandfrei durchgeführte Nagelung eines Oberschenkelbrüches, der mit Versteifung des Kniegelenkes ausheilt, ist ein Fehlschlag, den wir uns eingestehen müssen. Ich bin glücklich, daß Herr WITT, selbst ein hervorragender Operateur, meiner Bitte entsprach, uns über das große Gebiet der Übungs-, Nach- und Bäderbehandlung zu berichten, um seine Wichtigkeit hervorzuheben: denn es sind oft noch erstaunliche Ergebnisse zu erzielen, wo man sie kaum noch erwartet und geneigt ist, die Hände in den Schoß zu legen. Übrigens ist dieser Teil der Medizin auf unseren Tagungen noch nie Gegenstand der Erörterungen gewesen.

Auch die Beschäftigungstherapie ist eine Spezialaufgabe eines Unfallkrankenhauses. Darüber wird eine besonders erfahrene Dozentin der Münchner Schule, Frau HUCHTHAUSEN, berichten. Wir fassen die Beschäftigungstherapie als funktionelle Behandlung auf, die unerlässlich bei den verschiedensten Verletzungsformen ist. z. B. nach Handverletzungen.

Das Unfallkrankenhaus muß unter seinem Dach Chirurgen-Orthopäden, Internisten und Neurologen zu einer Arbeitsgemeinschaft zusammenfassen. Darin sehe ich seine Berechtigung und seinen Sinn. Immer wieder erleben wir es, daß Patienten aufgenommen

werden, denen Prothesen angefertigt wurden, die lediglich von einem orthopädisch ganz unerfahrenen Assistenzarzt auf einem Rezeptformular verordnet wurden. Kein sachkundiger Arzt hat sich von der Zweckmäßigkeit, dem guten Sitz und der Arbeitsfähigkeit des Verletzten mit dieser Prothese überzeugt. Das ist ein Irrweg, der durch Zusammenarbeit mit dem Orthopäden draußen oder im Unfallkrankenhaus leicht vermieden werden kann. Es wäre noch manches zu erwähnen, z. B. die Gehschule bei Beinamputierten. Ich muß darauf verzichten.

b) Verknüpfung der Unfall- und Wiederherstellungschirurgie mit dem sozialen Leben

Man kann immer wieder die Erfahrung machen - und gerade unsere Gesellschaft darf darüber nicht schweigend hinweggehen - daß der Student und der junge Arzt viel zu wenig, leider oft auch gar nichts von der Verknüpfung seines ärztlichen Handelns mit dem sozialen Leben weiß. Dabei spielt z. B. in der Unfallchirurgie die soziale Unfallversicherung eine zahlenmäßig und materiell überaus große Rolle. In der Bundesrepublik Deutschland genossen im Jahre 1957 26 000 000 Menschen den Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung. Für sie tritt bei Arbeits- und sogenannten Wegeunfällen die soziale Unfallversicherung ein, deren Träger von Gesetz wegen die gewerblichen Berufsgenossenschaften, die Ausführungsbehörden, Gemeindeunfallversicherungsverbände und die Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften sind. Der Student und der junge Arzt fragen sich oft ebensowenig, wie der Versicherte selbst, wer denn die Kosten für das Heilverfahren übernimmt. So groß ist das Vertrauen in den Wohlfahrtsstaat, daß anscheinend jeder Mann das Gefühl hat, irgendwer wird schon zahlen. In der eigenen Praxis erfolgt dann der Zusammenstoß mit der harten Wirklichkeit. Die Unkenntnis der sozialen Gegebenheiten beim Arzt führt leider nicht selten dazu, daß dem Versicherten moralischer und materieller Schaden zugefügt wird, der oft nicht mehr wiedergutzumachen ist und im Verletzten für das ganze Leben ein Gefühl entstehen läßt, ungerecht behandelt worden zu sein.

Ich greife das Gebiet der Begutachtung heraus, ein Gebiet, das von den Gerichten und Sozialgerichten bestimmt wird und durch Urteile und Entscheide im Fluß und in ständiger Fortentwicklung ist. Das Gebiet kann der Arzt nur verstehen, und auf ihm kann er nur erfolgreich arbeiten, wenn er selbst in den Grundzügen über gewisse Rechtsnormen, an die wir gebunden sind, Bescheid weiß. Der Arzt kann ein sehr guter Chirurg sein, aber nicht immer ist er deswegen auch ein beschlagener Gutachter. Der Mediziner vermag sich aber heute kaum noch der Aufgabe der Begutachtung zu entziehen. Es ist das Gebiet, auf dem er oft selbst seine eigenen Erfolge und Mißerfolge zahlenmäßig durch Renteneinschätzung bewerten muß, was es auf keinem anderen Gebiet sonst gibt. Das zwingt ihn zur Ehrlichkeit, Sachlichkeit, Gewissenhaftigkeit. Er soll aber nicht selten auch die Ergebnisse anderer Kollegen begutachten, was ihm in erhöhtem Maße zur Unparteiischkeit und Gerechtigkeit verpflichtet. Schließlich soll er zu ursächlichen Zusammenhangsfragen Stellung nehmen. Hier werden die größten und schwerstwiegenden Fehler gemacht. Zwar ist auch der junge Arzt oft ausgezeichnet über die medizinischen Grundlagen unterrichtet, was ihn nicht selten verführt, hochwissenschaftliche Hypothesen anzuwenden, um sie als Beweise auszugeben. Jedoch ist die unerläßliche Kenntnis der Rechtsgrundlagen sehr häufig äußerst mangelhaft,

und man hat den Eindruck, als ob es dem Gutachter völlig gleichgültig wäre, auf welchem Rechtsboden er sich bewegt. Schon A. W. FISCHER, BÜRKLE DE LA CAMP und KREUZ haben als Vorsitzende dieser Gesellschaft darauf hingewiesen, daß für die Begutachtung umfassende Kenntnisse notwendig sind. BÜRKLE DE LA CAMP hat mit Recht beanstandet, daß nicht selten Obergutachten, die von großen Kliniken angefordert werden, von Assistenzärzten gemacht werden, die in der Begutachtung vollständig unerfahren sind. Ich muß leider darauf hinweisen, daß seit dem Kongreß, auf dem BÜRKLE DE LA CAMP diese Feststellung traf, sich nicht viel in dieser Beziehung gebessert hat. Da die meisten Zusammenhangsgutachten doch wohl auf unfallchirurgischem Gebiet erstattet werden müssen, wäre es dringend angezeigt, daß auch im chirurgischen Unterricht Fragen der Begutachtung mehr und besser berücksichtigt würden. Ich möchte mich auch in dieser Beziehung den Forderungen von BÜRKLE DE LA CAMP und KREUZ anschließen, die sie schon 1950 und 1954 gestellt haben. Seiner Wichtigkeit entsprechend wird das Thema der Begutachtung heute nachmittag von besonderen Sachkennern erörtert. Der Arzt muß die Versicherungsträger und die Entwicklungsmöglichkeiten unserer sozialen Versicherungen kennen. Darüber wird Dr. LAUTERBACH als berufener Fachkenner zu uns sprechen.

Als beratender Arzt des Landesverbandes Bayern der gewerblichen Berufsgenossenschaften mache ich immer wieder die Erfahrung, daß viele Fachärzte für Chirurgie und Orthopädie, die Annehmlichkeiten der gesetzlichen Unfallversicherung, z. B. als D-Ärzte für sich beanspruchen, ohne aber über eine genügende Ausbildung in der Unfallchirurgie und in allen ihren Belangen zu verfügen. Es kann den Berufsgenossenschaften nicht zugemutet werden, daß Heilverfahren in unfallchirurgisch und unfallheilkundlich unerfahrene Hände gelangen. Die Berufsgenossenschaften müssen im Interesse ihrer Verletzten verlangen, daß die sich bewerbenden Ärzte auf diesen Gebieten genauso gut ausgebildet sind, wie es letzten Endes der Chirurg sein muß, der Bauchchirurgie, Thorax- und Herzchirurgie, Urologie oder Neurochirurgie betreibt. Es genügt nicht, etwa die Handchirurgie zu beherrschen, ohne die mit der Unfallheilkunde zusammenhängenden besonderen Kenntnisse zu besitzen.

Dazu gehören auch die Fragen der Berufsfürsorge und der Umschulung, also das, was die sogenannte soziale Rehabilitation genannt wird. Auch hier muß man über die Unkenntnis staunen, mit der der Arzt sich auf diesen Gebieten zu betätigen versucht. Wie man die Berufsfürsorge zugunsten der Verletzten einsetzen kann, ist meistens völlig unbekannt, und was die Berufsfürsorge leistet, ist ebenfalls kaum gegenwärtig. Auch dieser Kongreß wird sich mit dem Thema der Berufsfürsorge befassen und wird auch das Gebiet der Umschulung streifen. Über dieses Gebiet spricht einer der besten Kenner der Berufsfürsorge, Herr Dr. NICKL, der Geschäftsführer der Holz-Berufsgenossenschaft.

Die Unfall- und Wiederherstellungschirurgie stellt in ihrer Verknüpfung mit dem sozialen Leben und damit in ihrer Ausweitung zur Unfallheilkunde ein besonderes Fachgebiet dar, das auch besondere fachlich geschulte Kräfte benötigt. Ich bin der Meinung, daß die Unfall- und Wiederherstellungschirurgie als selbständiges Fach an den Universitäten gelehrt werden sollte, und zwar im lebendigen Austausch mit den anderen Zweigen der Chirurgie.

Die Unfallheilkunde, mit der Basis der Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, ist in ihrer sozialen Bedeutung größer, in ihren medizinischen Belangen umfassender als manches chirurgische Nebenfach, das heute schon über Extraordinariate verfügt.

Ich weiß, daß viele Chirurgen die Unfallchirurgie mit besonderer Liebe ausüben. Sie können es aber nur mit Erfolg tun, weil sie über eine gute allgemein-chirurgische Ausbildung verfügen. An diesem Punkt muß m. E. die Organisation der Ausbildung einsetzen. Wir haben bei uns im Unfallkrankenhaus Murnau den Vorzug des Austausches unserer Mitarbeiter mit den Münchner Kliniken und Städtischen Krankenanstalten. Jeder Assistenzarzt des Unfallkrankenhauses Murnau, der nicht schon eine allgemein-chirurgische Ausbildung besitzt, wird hierzu delegiert. So gewinnt er die unbedingt notwendigen allgemein-chirurgischen Grundlagen.

Als Vorsitzender der 25. Jahrestagung dieser Gesellschaft habe ich Ihnen keine revolutionären Ideen anzubieten. Ich bin aber der Überzeugung, daß unsere Gesellschaft, viel mehr als andere Gesellschaften, ein Spiegelbild des sozialen Lebens unseres Landes ist und das Recht und die Pflicht hat, durch den Mund ihrer Vorsitzenden das ihr notwendig Erscheinende an aufbauender Kritik und an Forderungen zu sagen. Der jeweilige Vorsitzende hat - so will es unsere Tradition - das Recht, dies vom Standpunkt seines Faches aus zu tun. Wir stehen sicherlich am Beginn einer neuen industriellen Entwicklung, in der die Unfallheilkunde mit ihren Grundlagen der Unfall- und Wiederherstellungschirurgie schwere Aufgaben zu erfüllen haben wird. Als Unfallchirurg muß ich daher noch einmal zum Ausdruck bringen, daß die Unfallchirurgie und die Wiederherstellungschirurgie in der Ausbildung der Studenten und in der Fortbildung der Ärzte eine größere Rolle spielen muß als bisher. Wie das zu bewerkstelligen sein wird, darüber kann man mit den maßgebenden Stellen sicherlich zu einer befriedigenden Einigung kommen.

Als Vorsitzender der 25. Jahrestagung wünsche ich unserer Gesellschaft, daß sie in einer friedlichen Zukunft wachsen, blühen und gedeihen möge. So werden die Früchte ihrer Arbeit dem Menschen bei Verletzung und Krankheit im Beruf, in der Jugend, auf der Höhe seines Lebens und im Alter zugute kommen.“

* Veranstaltet vom Landesverband Hessen-Mittelrhein der gewerblichen Berufsgenossenschaften