



DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
UNFALLCHIRURGIE

1979: Prof. Dr. med. Harald Tscherne (Hannover)

Vorbemerkung:

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

Im Namen des Geschäftsführenden Vorstandes
(gez.) Der Generalsekretär

Eröffnungsansprache des Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs-, Versorgungs- und Verkehrsmedizin, XXXXIII. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde (= 3. Deutsch-Österreichisch-Schweizerische Unfalltagung) am 03. bis 06.10.1979 in Wien

„Als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde möchte ich Sie zu unserer gemeinsamen Tagung herzlich begrüßen.

Im Namen der deutschen Kollegen danke ich für die Einladung nach Wien, in eine Stadt, die von bester österreichischer, kosmopolitischer und kultureller Tradition erfüllt ist – vom Geist einer Epoche, in der die europäische Großmacht Österreich-Ungarn die Entwicklung im abendländischen Teil der Welt mitbestimmte, bis hin zu den Bestrebungen der kleinen Republik Österreich, ihr internationales Ansehen für gute Dienste - nicht zuletzt durch den Bau der UNO-City - zur Verfügung zu stellen.

Das Österreich der Nachkriegszeit hat der Welt ein Beispiel gegeben - vor allem durch den Staatsvertrag von 1955 - wie sehr sich kluge Politik zum Wohle aller seiner Mitbürger auswirken kann, wenn man bedenkt, daß wir heute noch unsere Kollegen aus dem anderen Teil Deutschlands auf unseren Tagungen schmerzlich vermissen müssen.

Es erfüllt mich mit Freude, daß die 43. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde als gemeinsame Unfalltagung in meiner Österreichischen Heimat stattfindet, in der, wie Präsident Trojan eindrucklich belegt hat, die Unfallchirurgie ihre Wurzeln hat.

Österreich hat durch Lorenz Böhler und seine Schule einen wesentlichen Beitrag zur Entwicklung der Unfallchirurgie geleistet und hat auf dem Gebiet der Unfallbehandlung im letzten halben Jahrhundert neue Akzente und Maßstäbe gesetzt. Mit dieser Entwicklung hat die Unfallchirurgie in der Bundesrepublik nicht Schritt halten können. Wir müssen von der Tatsache ausgehen, daß nur 12 % der Unfallbetten in selbständigen unfallchirurgischen

Einrichtungen an Universitäten, Unfallkliniken und allgemeinen Krankenhäusern stehen und in weiten Landesteilen unfallchirurgische Abteilungen vollständig fehlen. Dadurch erhalten Unfallverletzte trotz Einsatz moderner Rettungsmittel oft erst verzögert die bestmögliche Hilfe. 23 % - 25 % aller Krankenstandstage in Österreich und in der Bundesrepublik sind unfallbedingt, die Unfallchirurgie ist damit eine der größten medizinischen Disziplinen.

Viele Dauerschäden nach Unfällen sind vermeidbare Behandlungsfolgen. Die Analyse von Mißerfolgen in der Behandlung Unfallverletzter zeigt immer wieder die gleichen Ursachen, und zwar mangelhafte Ausbildung und schlechte Organisation, Fehlen von qualifiziertem Personal und entsprechenden Einrichtungen, obwohl es heute Behandlungsmethoden und Organisationsformen gibt, die dem Unfallopfer völlige Wiederherstellung und berufliche Eingliederung, das Ziel jeder Unfallbehandlung, ermöglichen.

Sehr aufschlußreich sind die Bilanzen, die die Schlichtungsstellen für ärztliche Behandlungsfehler vorlegen.

In der Schlichtungsstelle Hannover der fünf norddeutschen Ärztekammern, steht die Unfallbehandlung mit 50,4 % der chirurgischen Fälle weit an der Spitze. Am häufigsten führen Unkenntnis der konservativen Frakturbehandlungsprinzipien zum Mißerfolg, gefolgt von Osteosynthesemethoden, die keinen Platz mehr in der Unfallversorgung haben dürfen.

Nahezu identisch sind die Erkenntnisse der Nordrheinischen Gutachterkommission. Ich zitiere Grosse-Brockhoff: ‚In der Chirurgie steht die Unfallchirurgie auf der Klagebank an erster Stelle. Auffallend häufig ist eine mangelhafte Kontrolle im Gips bei Frakturen, eine zu spät erneute Korrektur von Frakturen, bei denen sich eine Fehlstellung im Gips entwickelt hat, das Versäumnis einer Entfernung des Gipses bei Stauungssymptomen sowie eine Unterlassung von Röntgenaufnahmen. In mehreren Fällen wurde von den Patienten das unbefriedigende Ergebnis darauf zurückgeführt, daß sie nicht in eine Spezialunfallklinik überwiesen wurden‘.

Lorenz Böhler wurde einmal zu einem Kunstfehlerprozeß wegen eines schlecht verheilten Oberschenkelbruches als Sachverständiger zugezogen. Vor Gericht erklärte er, wenn der angeklagte Arzt die von ihm angewandte Behandlungsart nachweislich von seinem chirurgischen Lehrer erlernte habe, müsse man eigentlich diesen zur Verantwortung ziehen. Habe dieser etwas Unzweckmäßiges gelehrt, müsse man den Unterrichtsminister belangen, der ihn eingesetzt hat. Da aber ein Unterrichtsminister in der Regel nichts von der Behandlung der Oberschenkelbrüche verstehen kann, sei derjenige verantwortlich, der den Minister ernannt hat. In diesem Fall war es Kaiser Franz-Joseph. Der angeklagte Arzt wurde daraufhin freigesprochen.

Die ständige Konferenz der leitenden Unfallchirurgen an Universitätskliniken, Berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken und allgemeinen Krankenhäusern in der Bundesrepublik hat ein Memorandum über die Krankenversorgung und ärztliche Weiterbildung in der Unfallchirurgie verfaßt und es den Landesorganisationen, den politischen Mandatsträgern und der Öffentlichkeit vorgelegt mit der Bitte um Unterstützung und Realisierung. Ziel des Memorandums ist, die Versorgung der Unfallopfer in der Bundesrepublik zu verbessern.

In einer Zeit, in der in unserer Gesellschaft praktisch alles in Bewegung geraten ist, erwachsen auch der Chirurgie durch das rasende Tempo immer neuer naturwissenschaftlicher und medizinischer Erkenntnisse täglich neue Möglichkeiten, die wir für den Kranken nutzbar machen müssen. Während die Bevölkerung der Bundesrepublik allgemeinchirurgisch respektive visceralchirurgisch in jeder Hinsicht optimal versorgt ist, kann das nicht für die Neurochirurgie und die Herzchirurgie, für die Transplantations- und Replantationschirurgie, für die orthopädische Chirurgie, vor allem für die Chirurgie der Wirbelsäule und der Gelenke, für die plastische und Handchirurgie, für die Behandlung von Schwerverbrannten und auch nicht für die Unfallchirurgie gelten.

Alle chirurgischen Fächer sind aufgerufen, einen Strukturplan für die Chirurgie 2000 zu erstellen, der sich nicht an standespolitische Positionen, sondern an den Bedürfnissen unserer kranken Mitmenschen orientieren muß.

Meine Damen und Herren, lassen Sie mich schließen, indem ich den Organisatoren und unseren Wiener Gastgebern im Namen unserer Gesellschaft herzlich danke und der Tagung einen vollen Erfolg wünsche.“