



DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
UNFALLCHIRURGIE

1980: Prof. Dr. med. Walter Düben (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, XXXIV. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde am 19. bis 22.11.1980 in Berlin

„Nach dieser musikalischen Einstimmung eröffne ich die 44. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde und heiße Sie, meine sehr geehrten Damen und Herren, in Berlin, unserem ständigen Tagungsort, herzlich willkommen.

Mein besonderer Gruß gilt dabei unseren ausländischen Gästen und Ehrenmitgliedern, Herrn Junghanns und Herrn Perret. Als Zeichen enger Verbundenheit dürfen wir die Teilnahme der Präsidenten der uns befreundeten Österreichischen Gesellschaft für Unfallchirurgie und der Schweizerischen Gesellschaft für Unfallmedizin und Berufskrankheiten werten, der Herren Primarius Dr. Beck und Professor Dr. Baur. In Vertretung des Regierenden Bürgermeisters von Berlin begrüße ich den Senator für Gesundheit- und Umweltschutz, Herrn Pätzold.

Ich danke unseren Ehrengästen für ihr Erscheinen und begrüße den Präsidenten des Sozialgerichtes Berlin, Herrn Bernd, den Dezernenten des Gesundheitswesens Spandau, Herrn Bezirksstadtrat Heidepriem, sowie den Geschäftsführer des Landesverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften Berlin, Herrn Assessor Last.

Daß Sie, Herr Heim, in zweifacher Funktion, als Ehrenmitglied, aber auch als Präsident der Ärztekammer mit Ihrem Geschäftsführer, Herrn Cloppenburg, heute zu uns gekommen sind, ehrt uns.

Sehr geehrter Herr Kollege Vilmar, es erfüllt uns mit großer Freude, daß Sie, trotz zahlreicher Verpflichtungen, die Ihnen Ihr hohes Amt aufbürdet, an unserer Eröffnungsfeier teilnehmen.

Ihre Anwesenheit, lieber Herr Spohn, als amtierender Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, und Herr Heberer als Pastpräsident, unterstreicht die Gemeinsamkeiten unserer beiden Gesellschaften.

Ich darf um Nachsicht bitten, falls ich den einen oder anderen nicht persönlich begrüßt habe, obwohl er es hätte erwarten können.

Die Vorbereitungen zur diesjährigen Tagung waren durch den Einsturz der Kongreßhalle - ein in vieler Hinsicht idealer Tagungsort - überschattet. Als Ersatzlösung bot sich schließlich das Palais am Funkturm an, das unter wohlwollender Berücksichtigung unserer Wünsche und Vorstellungen rechtzeitig umgestaltet worden ist.

In unserer an Vorbildern armen Zeit ist es mir ein aufrichtiges persönliches Bedürfnis, vorab mit einigen Worten meines verstorbenen Lehrers Hans Hellner zu gedenken.

Am 24. Oktober 1900 als Sohn eines Arztes in dieser Stadt geboren, fühlte sich Hans Hellner zeitlebens als Berliner. Unter den Chirurgen seiner Generation war er eine herausragende Persönlichkeit in Klinik und Forschung, von hoher Intelligenz, fachlichem Weitblick und unvergleichbarer Originalität. Im Wissen um eigene und anderer Menschen Schwächen haßte Hans Hellner jede überhöhte Pose und jegliches autoritäre Gehabe. In der von ihm geleiteten Göttinger Chirurgischen Universitätsklinik herrschte ein Klima, das durch ‚Mitdenken‘ und ‚Mitarbeiten‘ bestimmt war, und das von allen seinen Schülern in besonderer Weise hoch geschätzt wurde. Bahnbrechend beispielhaft beteiligte er seine engeren Mitarbeiter in damals nicht üblichem Maße an der Verantwortung, aber auch an den wirtschaftlichen Erträgen der Klinik. Seine Lebensarbeit galt, wie Sie wissen, der Pathologie und Klinik der Knochengeschwülste und -krankheiten. Ihm gelang als Erstem die tierexperimentelle Erzeugung eines Knochensarkoms. Seine wissenschaftlichen und chirurgischen Interessen waren jedoch wesentlich breiter gefächert, so wie seine Neigungen und seine Bildung weit über das Medizinische, ja über das Ärztliche hinausreichten. Lassen wir den Humanisten, der seine Mußestunden mit Büchern, am Klavier oder mit der Geige verbrachte, in seinen vor zehn Jahren erschienenen ‚Randnotizen‘ selbst zu Wort kommen, wenn er beispielhaft ein vielschichtiges und stets aktuelles Phänomen unserer sogenannten Massengesellschaft ‚prägnant‘ folgendermaßen formuliert:

‚Das Anonyme
ist das Niederträchtige,
und das Niederträchtige
ist stets das Mächtige,
daß Ihr es wißt!
Der Einzelne ist gegen die
Masse wehrlos.
Wundere Dich nicht, wenn Du
als Einzelner gegen die Masse,
die ehrlos,
gegen die mächtige anonyme Masse
wehrlos bist.‘

Dem haben auch wir Chirurgen - so meine ich - heute nichts hinzuzufügen!

Zu den Grundzügen meines Tagungsprogramms gebe ich nun einige Erläuterungen. Neue Erkenntnisse der ‚Experimentellen Unfallchirurgie‘ wurden uns bereits gestern vermittelt.

Experimente sind unabdingbare Voraussetzung für Forschung und Praxis. Daß diese Beiträge an anderer als bislang gewohnter Stelle des Programms plazierte waren, ist rein organisatorisch bedingt und ohne tiefere Bedeutung.

Für das II. Hauptthema *„Chancen und Risiken der Frakturbehandlung“* sind Vortragsanmeldungen in so großer Zahl eingegangen, daß nur jede dritte berücksichtigt werden konnte. Sicherlich einer Zeitströmung entsprechend, für mich aber völlig überraschend, ist dabei die konservative Behandlung unberechtigt in den Hintergrund gedrängt worden. Auf ein Beispiel negativer Auswirkungen der operativen Knochenbruchbehandlung werde ich am Ende meiner Rede ausführlich eingehen.

Abwägbar Chancen und Risiken der Frakturbehandlung werden abermals berührt, wenn Experten zum III. Hauptthema über *„Aufklärungspflicht und Dokumentation“* vortragen und im anschließenden Rundgespräch mit dem Auditorium diskutieren. Die mit der Aufklärungspflicht zusammenhängenden vielfältigen Fragen zwischen Juristen und Ärzten sind bislang nicht erschöpfend beantwortet. Insbesondere besteht auch heute noch große Rechtsunsicherheit über die praktische Durchführung der sogenannten *„Einwilligungsaufklärung zur Operation“*, die für uns Chirurgen so entscheidend ist.

Die legitime Zuständigkeit von Neurochirurgen für die Behandlung epiduraler Hämatome führte zu Konsequenzen, die den Verletzten bei langen Transportwegen in weiter entfernt liegende Spezialabteilungen nicht immer genutzt, ja eher geschadet haben. Ich habe deswegen die Anregung Kuhlendahls gern aufgegriffen, um mit Neurochirurgen und Unfallchirurgen die vielleicht etwas provokatorisch gestellte Frage zu diskutieren, ob die *Behandlung des epiduralen Hämatoms* mit zum Aufgabenbereich des Unfallchirurgen gehören muß. Die Problematik der Diagnose und Therapie des epiduralen Hämatoms wurde 1973 auf dem von Gelbke geleiteten Deutschen Chirurgenkongreß und zuletzt in diesem Jahr von Marguth aufgezeigt, der vom Zurückdrehen des Rades sprach. Damit ist gemeint, daß Chirurgen ohne neurochirurgische Abteilung in unmittelbarer Nachbarschaft die Trepanation selbst oder wieder selbst in die Hand nehmen sollten.

über die Bedeutung des V. Hauptthemas *„Erstversorgung von Sehnenverletzungen an Hand und Unterarm“* braucht in diesem Kreise kein Wort verloren zu werden. Sie erfolgt im praktischen Alltag auch heute noch größtenteils durch Allgemein- und Unfallchirurgen und nur zum geringen Teil durch Spezialisten, die sich ganz dem Organ *„Hand“* verschrieben haben. Wir haben also allen Grund, uns auf dem laufenden zu halten und neue, inzwischen aber weitgehend standardisierte Nahttechniken in unser Behandlungsrepertoire mit einzubeziehen.

Das VI. Hauptthema *„Wie läßt sich die Prognose stumpfer Bauchverletzungen verbessern?“* ist von besonderer Wichtigkeit, denn intraabdominelle Verletzungen stellen Chirurgen und Unfallchirurgen immer wieder vor schwerwiegende Entscheidungen und belasten mit ihrer hohen Mortalität uns alle. Schwerpunktmäßig sollen neue diagnostische Möglichkeiten als echte Bereicherung von den Referenten dargestellt werden.

Obwohl von großem klinischem Wert, wurden *Gelenksteifen* auf vorangegangenen Tagungen etwas stiefmütterlich bedacht, so daß ich sie als VII. Hauptthema auf das Tagungsprogramm gesetzt habe. Orthopäden und Unfallchirurgen sind gleichermaßen angesprochen. Weil

Orthopäden meistens die größeren Erfahrungen mit rekonstruktiven Gelenkeingriffen besitzen, stehen orthopädische Vorträge im Vordergrund. Die gar nicht hoch genug einzuschätzenden prophylaktischen Maßnahmen stellen einen wesentlichen Bestandteil dieses letzten Tagesthemas dar.

Meine Damen und Herren,
durch ein über drei Jahrzehnte währendes Engagement als Unfallchirurg und aufgrund der Wahl zum Präsidenten dieser Gesellschaft fühle ich mich aufgefordert, zu aktuellen Fragen unseres Berufes einige persönliche Gedanken zu äußern, die weder Vollständigkeitsanspruch noch Unfehlbarkeitsdogmatismus beinhalten.

In einem 1957 erschienenen Beitrag hat Hans Hellner vergleichende Betrachtungen über die Chirurgie des 19. und 20. Jahrhunderts angestellt und dabei wörtlich ausgeführt: „Es sind also auch die Zeiten vorbei, wo ‚der‘ Chirurg oder ‚Chef‘ alles operierte und alles in seinem Fach beherrschte.“

Inzwischen ist die Aufzweigung der Chirurgie in mehrere Teilgebiete als logische Konsequenz der Verfeinerung und Weiterentwicklung vollzogen und nahezu widerspruchslös toleriert worden. Freilich ist die Aufgabenteilung zwischen Allgemein- und Unfallchirurgen nach wie vor in Einzelheiten umstritten und durch das Ihnen bekannte, von Unfallchirurgen unterzeichnete „Memorandum“ erneut in den Blickpunkt des Interesses gerückt. Stein des Anstoßes für Kompetenzstreitigkeiten ist in erster Linie die letztendliche Verantwortung für den polytraumatisierten Patienten in indikatorischer und operativer Hinsicht. Nach Meinung Allgöwers ist dieses Problem in seiner Vielschichtigkeit nirgendwo in idealer Weise gelöst. Vom selben Autoren stammt die Äußerung, daß der Polytraumatisierte in Deutschland wesentlich besser gestellt ist als in den angelsächsischen und lateinamerikanischen Ländern, weil die Arbeitsteilung am Patienten bei uns noch nicht so weit spezialisiert ist. Sind diese Auslegungen etwa so zu verstehen, daß der Vielfachverletzte letztlich von einem Arzt, gleichsam einem Superchirurgen, bessere und wirksamere Hilfe erhoffen kann, als von einem noch so gut eingespielten Spezialistenteam? Das ist hier die Frage des Seins oder Nichtseins für den Patienten! Ist die Verantwortung quo ad vitam teilbar oder nicht, und wer trägt ärztlich-ethisch und forensisch die letzte Verantwortung?

Kernpunkt unterschiedlicher Meinungen ist wohl die grundsätzliche Orientierung operativer Fächer und deren Teilgebiete. Der Spezialisierungsmodus an Organen und funktionellen Organsystemen ist eindeutig und deshalb prima vista am wenigsten strittig. Die Aufgabenabgrenzung nach ätiologischen Gesichtspunkten, wie sie sich die Unfallchirurgie zu eigen macht, oder nach Lebensalter, die für die Kinderchirurgie zutrifft, schafft eine Reihe von beachtlichen Problemen! Sie betreffen den ganzen Menschen mit allen seinen anatomischen und funktionellen Strukturen. Will man das Betätigungsfeld des Unfallchirurgen ganz auf die Gliedmaßen abstellen, Rumpf und Körperhöhlen aber ausklammern? Kann andererseits der Kinderchirurg gleichsam vom „kleinen Organismus“ alle Organe beherrschen, was am erwachsenen Organismus auf einmal nicht mehr möglich sein soll? Besteht die Unfallchirurgie nur aus der Knochenbruchbehandlung und sind sonstige traumatisierte Organe und Funktionssysteme ausgeschlossen? Haben aber Unfallschock, Blutverlust und Infektion nach Frakturen nicht dieselbe Bedeutung wie der Wundchock und die Infektionen nach großen Operationen in den Körperhöhlen? Ist die allgemeine

Pathophysiologie der Traumatologie nicht letztlich die gleiche wie die Pathophysiologie der Operationen schlechthin? Man lese doch nochmal in Lexers klassischen zwei Bänden ‚Allgemeine Chirurgie‘ nach! Von Wunden und Wundbehandlung, Aseptik, allgemeiner und örtlicher Betäubung, allgemeiner plastischer Chirurgie, Wundinfektionen und chirurgisch wichtigen Infektionskrankheiten bis zur Tuberkulose und Syphilis hin handeln die ersten Kapitel, um sich dann den Verletzungen der Knochen und Gelenke zuzuwenden, die für den chirurgischen Giganten Lexer zur allgemeinen Chirurgie zählten. Weshalb soll nun heute die viscerale Chirurgie der Prototyp der Allgemeinchirurgie sein? Gehören Herz, Niere, Uterus, Lunge etc. nicht auch zu den ‚Eingeweiden‘ und sind dennoch durch Spezialisierung, sprich Fachbereiche oder Teilgebiete vertreten? Ist also die Visceral-Chirurgie nicht in letzter Konsequenz ebenfalls ein Teilgebiet, wenn vielleicht auch das größte?

Die Unfallchirurgie ist in meinen Augen integrierter Bestandteil der Gesamtchirurgie und kann nur von voll weitergebildeten Chirurgen ausgeübt werden. Die meisten jetzigen leitenden Chirurgen traumatalogischer Abteilungen beherrschen noch lebensbedrohliche Notsituationen in der visceralen Chirurgie. Das wird man aus vielerlei Gründen in der Zukunft vermutlich nicht von den meisten unserer Nachwuchsunfallchirurgen erwarten können. Allerdings muß, um die Zulassung zum Verletzungsarten-Verfahren zu erfüllen, nach abgeschlossener Weiterbildung in Allgemeinchirurgie eine vierjährige unfallchirurgische Tätigkeit nachgewiesen werden. Die während einer insgesamt zehnjährigen beruflichen Weiterbildung erworbenen Kenntnisse und Erfahrungen in der Gesamtchirurgie dürften einem Unfallchirurgen die notwendigen Voraussetzungen für die Rolle als Koordinator im interdisziplinären Zusammenwirken bei der Versorgung von Polytraumatisierten verschaffen, insbesondere deswegen, weil meistens Unfallchirurgen in der Unfallrettung und als Erste Hilfe am Unfallort eingesetzt sind. Kein Unfallchirurg sollte sich jedoch anmaßen, alle Verletzungen der drei Körperhöhlen, des Rumpfes und der Gliedmaßen gleich gut versorgen zu können. So sollte Bauchverletzungen der sog. Allgemeinchirurg behandeln, der nach seiner Weiterbildung und Erfahrung die besten Voraussetzungen dazu mitbringt und deswegen unvorhergesehene Situationen eher meistern kann. Ich bin mir bewußt, daß auch dieser gedankliche Entwurf nicht die schwierigsten Fragen unseres chirurgischen Berufes, nämlich die der indikatorischen Prioritäten, in jeder Situation beantworten kann. Daß die Pflege kooperativer Zusammenarbeit unsererseits aber sehr ernst gemeint ist, können Sie schon daraus ersehen, daß anerkannte Allgemeinchirurgen die Hauptreferenten für das Thema Bauchverletzungen sind. Rivalitätsdenken oder Konkurrenzstreben sind mir in dieser Thematik völlig fremd.

Zum Aufgabenbereich Chirurgen kleinerer und mittlerer Krankenhäuser gehört neben ihrer schwergewichtigen allgemein-chirurgischen Tätigkeit natürlich die Frakturbehandlung. Entsprechende Ausbildung ist selbstverständliche Grundvoraussetzung dafür. Wo bereits selbständige allgemein- und unfallchirurgische Abteilungen bestehen oder in der Zukunft hoffentlich noch geschaffen werden, sollte es bei vorhandener kooperativer Einstellung nicht schwer fallen, die Aufgabenteilung jeweils so zu lösen, daß Allgemein- und Unfallchirurg unter einem Dach arbeiten und sich ergänzen. Strikte Normen oder rechtliche Patentlösungen lassen sich dafür jedoch nicht aufstellen. Fähigkeit zur Zusammenarbeit, heute teamwork genannt, ist nicht nur eine Frage der Aus- und Weiterbildung, sondern in erster Linie der Persönlichkeit, also des Charakters.

In meinen Erläuterungen zum II. Hauptthema hatte ich das Dominieren von Vorträgen bemängelt, die sich auf operative Fraktur-Behandlungen beziehen. Die negativen Behandlungsergebnisse nach Osteosynthesen vor Augen habend, liegt mir speziell die Infektion nach geschlossenen Frakturen am Herzen. Einerseits ist es die Sorge um unsere Patienten, die oft einen hohen Zoll für die operative Frakturbehandlung entrichten, andererseits liegt es im Interesse der Osteosynthese selbst, die durch beachtliche postoperative Infektionsraten unverdientermaßen in Mißkredit geraten könnte. Qualität und Bewährung der Osteosynthese werden nicht allein an ihren guten Ergebnissen, schon gar nicht an Paradebeispielen, sondern an der Schwere und Häufigkeit bakterieller Infektionen, sprich Mißerfolgen, gemessen. Wie überall im Leben, werden wir auch hier nicht an unseren Siegen, sondern an unseren Niederlagen bewertet.

Die aus traumatalogischen Zentren stammenden Statistiken über postoperative Infektionsraten können schon deswegen kein wirklichkeitsgetreues Bild vermitteln, weil deren Kapazität lediglich 12 % aller chirurgischen Betten ausmacht. Es kann hier auch nicht auf die Probleme der zeit- und organisationsbedingten Diskontinuität unserer Krankenbehandlung eingegangen werden. Postoperative iatrogene Infektionen nach geschlossenen Frakturen erfordern septische Stationen und Abteilungen, ihre Betten sind heute bis zur Hälfte mit ursprünglich geschlossenen Frakturen belegt. Das ist eine beunruhigende und alarmierende Bilanz! Diese Strömungen werden auch im benachbarten Ausland sehr aufmerksam verfolgt und sollten für uns Grund zur Selbstkritik sein.

Wer seine wissenschaftlichen Kenntnisse nicht allein auf die Literatur der letzten fünf Jahre stützt oder gar in Selbstüberschätzung meint, mit ihm persönlich habe die Chirurgie erst eigentlich begonnen, kennt nicht die großen Verdienste von Lorenz Böhler und Bürkle de la Camp, die als Mahner früh zur Stelle waren und besonders vor unnötigen oder gar kritiklosen Osteosynthesen bei geschlossenen Frakturen gewarnt haben. Eine kritische Überprüfung der heute praktizierten Frakturbehandlung erscheint mir unumgänglich! Jedes Bemühen um die Ausschaltung bekannter Infektionsquellen im Klinikbetrieb hilft die Infektionsgefahr zwar verringern, ohne sie jedoch völlig ausschalten zu können. Vorerst müssen wir die Vorstellung einer infektionsfreien Chirurgie als Utopie betrachten und die Praxis der Frakturbehandlung darauf abstellen. Seit Kirschners Zeiten hat sich die minimale Infektionsfrequenz aller streng aseptischen Operationen von ca. 2 % trotz Schleusen, steriler Operationsboxen und Antibiotica nicht verändert. Auch das sollte unseren Fortschrittsoptimismus dämpfen und ist ganz einfach als Faktum zur Kenntnis zu nehmen!

Die Entscheidung für das jeweilige therapeutische Vorgehen hat sich am ‚Sowohl-als-auch‘ zu orientieren. Konservative und operative Verfahren haben ihre Indikationen, die weniger untereinander rivalisieren als sich gegenseitig ergänzen. Die Osteosynthese kann nur als Alternativlösung gelten, wenn sie der konservativen Behandlung in jeder Hinsicht eindeutig überlegen ist und somit auch operative Risiken und Komplikationen rechtfertigt. Welchen Stellenwert in der Indikation haben z.B. ‚Ungeduld‘ und ‚Anspruchsdenken‘ des Patienten, der ‚Komfortgewinn‘ in der Pflege und Übungsbehandlungsphase, ja selbst der technische Ehrgeiz des Operateurs und die Röntgenkosmetik? Die Indikationsgrenzen unter diesem Blickwinkel respektieren, bewahrt vor Fehlschlägen, insbesondere vor unnötigen Infektionen. In der Negativbilanz unserer Therapie ist nach dem Verlust des Lebens die

Infektion die schwerwiegendste. Der von einer Osteomyelitis betroffene Patient wird durch Monate oder gar Jahre währende Behandlungsdauer auf eine harte Probe gestellt. Auch mit dem Tribut der Amputation als letztem Ausweg zur Sanierung der Osteomyelitis sind die iatrogenen Folgen seiner ‚maladie postoperative‘ (Leriche) nicht behoben. Die durch die heutigen gesundheitspolitischen Sparappelle besonders aktuellen volkswirtschaftlichen Auswirkungen der posttraumatischen Osteomyelitis haben Bürkle de la Camp, Junghanns und Klemm an Zahlenbeispielen aufgezeigt. Danach betragen Behandlungs- und Folgekosten einer Osteomyelitis des Ober- oder Unterschenkels 4-700.000 DM und können nicht selten Größenordnungen von 1 Million DM und darüber erreichen, vom Verlust an ‚ideellen Lebensqualitäten‘- wie man heute sagt- ganz zu schweigen.

Ich habe Entwicklungen und Behandlungen in der Knochenbruchbehandlung über 3 1/2 Jahrzehnte persönlich miterlebt und kritisch beobachtet. Der Weiterentwicklung folgend, wurden viele Neuerungen, aber längst nicht alle, in meiner Klinik nachvollzogen. Nicht alles, was neu und modern war, hat sich als gut und als echter Fortschritt erwiesen. Diese ernüchternde Erfahrung haben wir Chirurgen mit unseren politischen Gesellschaftsreformern gemeinsam machen müssen. Gerade in der Frakturbehandlung sollte man sich wahrhaft kritische Einstellung und redliche Beurteilung bewahren. Beides schützt vor unnötigen Fehlleistungen und ermöglicht uns, die postoperative Infektionsquote bei geschlossener Frakturen einzudämmen. Um nicht mißverstanden zu werden: Ich plädiere keinesfalls für die Rückkehr zum ersten Böhlerschen Hauptsatz der konservativen Frakturbehandlung, daß ein geschlossener Knochenbruch nicht oder nur im Ausnahmefall in einen offenen umgewandelt werden darf. Ich wende mich aber gegen Tendenzen, daß geschlossene Frakturen nur in Ausnahmefällen geschlossene Frakturen bleiben dürfen. Das ‚Nihil nocere‘ unserer Standesethik ist keinesfalls obsolet. Fragen wir uns, welche Indikation wir im Falle einer geschlossenen Fraktur für uns selbst gelten lassen würden. Bewahren wir uns stets den Respekt der Wissenden vor unseren Operationen, selbst wenn wir sie technisch perfekt beherrschen.

Damit schließe ich. Ich danke Ihnen für Ihre Geduld des Zuhörens.“