



DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
UNFALLCHIRURGIE

1982: Prof. Dr. med. Jürgen Probst (Murnau)

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, 46. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde am 28.11 bis 01.12.1982 in Berlin

„Herr Regierender Bürgermeister, hochverehrte Ehrenmitglieder, verehrte Gäste und Freunde der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde aus dem Ausland und Inland, liebe Kolleginnen und Kollegen, meine sehr verehrten Damen und Herren!

60 Jahre nach ihrer am 23. September 1922 im Auditorium Maximum der Alma Mater Lipsiensis vollzogenen Gründung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde versammeln wir uns in Berlin zur 46. Jahrestagung.

Zahl der Jahre und Zahl der Tagungen unterscheiden sich. Sie erinnern an Zeiten der inneren und der äußeren Not, an Krieg und Kriegsfolgen, an die Unterbrechung bis zur Wiedergründung 1950. Auf unserer Gesellschaft lastet wie auf unserem Volk die Teilung, für die Berlin das allgegenwärtige Zeugnis ist. Mit der Wahl der alten Reichshauptstadt zum ständigen Kongreßort hat die Deutsche Gesellschaft für Unfallheilkunde ein beredtes Bekenntnis zu dieser Stadt abgelegt. Unseren diesjährigen Tagungsführer ziert nicht ohne tieferen Sinn das 700 Jahre alte Stadtsiegel.

Berlin war immer auch die Stadt der Wissenschaften. Lange bevor die Universität entstand, hatte Leibnitz die Akademie der Wissenschaften gegründet, deren Unterbringung in einem Marstallgebäude allerdings eine eigenartige Rangordnung verrät.

Wir freuen uns, nach vielen Jahren den Regierenden Bürgermeister dieser Stadt wieder unter uns zu sehen. Für Ihr Erscheinen danken wir Ihnen und wir hoffen, daß durch Ihre Anwesenheit mehr als eine Geste dokumentiert wird. Staat und Wissenschaft brauchen einander, was beide Seiten über der Tagespolitik nicht vergessen sollten.

Der Regierende Bürgermeister, Herr Dr. Richard von Weizsäcker, war bereits so liebenswürdig, uns ein Grußwort in den Tagungsführer zu schreiben. Ich darf Sie jetzt, sehr geehrter Herr Regierender Bürgermeister, um Ihre Begrüßungsansprache bitten.

(...).

Sehr geehrter Herr Regierender Bürgermeister, Sie haben am Applaus der Kongreßteilnehmer feststellen können, wie eng wir uns Berlin verbunden fühlen. Berlin ist und bleibt für uns der ideale Treffpunkt und wenn wir in größeren Abständen zu den gemeinsamen Tagungen mit unseren ausländischen Freunden auch einmal über die Grenzen, die keine sind, hinausgehen, kommen wir dafür mit vielen Kollegen von dort wieder nach Berlin zurück.

Meine Damen und Herren, die Arbeit der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde hat auch die Würdigung des Herrn Bundespräsidenten erfahren, der den Teilnehmern der 46. Jahrestagung seine Grüße übermittelt und insbesondere die interdisziplinäre Aufgabe unserer Gesellschaft anerkennend gewürdigt hat.

Und nun lassen Sie mich mit großer Freude unsere zahlreich erschienenen Ehrenmitglieder und korrespondierenden Mitglieder begrüßen:

Professor Dr. Wilhelm Heim, zugleich als Präsident der Landesärztekammer Berlin; Professor Dr. Dr. h. c. Herbert Junghanns, den soeben 80jährigen; Obermedizinalrat Dr. Wolfgang Krösl, Wien; Dr. Wolfgang Perret; Professor Dr. Jörg Rehn; Professor Dr. Emanuel Trojan, Wien; Professor Dr. Dr. h. c. Alfred Nikolaus Witt ; Professor Dr. Ernst Baur, Luzern; Professor Dr. Dantin Gallego, Madrid; Professor Dr. Marc Iselin, Paris; Professor Dr. Stephan Perren, Davos. Für später haben sich angesagt Professor Dr. Jörg Böhler, Wien und Professor Dr. Hans Willenegger, Bern.

Es freut uns ganz besonders, daß wir heute unter unseren ausländischen Kollegen neben dem Präsidenten der Schweizerischen Gesellschaft für Unfallmedizin und Berufskrankheiten, Herrn Kollegen Heim, und dem Präsidenten der Österreichischen Gesellschaft für Unfallchirurgie, Herrn Kollegen Poigenfurst, nun auch den Präsidenten der Nederlandse Vereniging voor Traumatologie, Herrn Professor Dr. Goris aus Nijmegen, unter uns begrüßen dürfen.

Wir haben in den vergangenen Monaten eine intensive Korrespondenz untereinander geführt und die Gesellschaften der Schweiz, Österreichs und Deutschlands hoffen, daß die gemeinsame Arbeit mit den Kollegen der Niederlande bald so selbstverständlich sein wird, wie die 3 Gesellschaften es seit nunmehr 10 Jahren miteinander praktiziert haben.

Die bisherige geographische Beziehung der alpenländischen Gemeinsamkeit braucht nicht geändert zu werden; denn in den Alpen entspringt auch der Rhein, der in den Niederlanden mündet.

Aus dem übrigen Ausland begrüßen wir unsere Kollegen aus Dänemark, Finnland, Frankreich, Italien, Jugoslawien, Polen, Schweden, Spanien, Ungarn, USA.

Wir grüßen stumm unsere Kollegen im anderen Teil Deutschlands, die nicht bei uns sind.

Das Zusammenwachsen der Traumatologen so vieler Länder stellt eine europäische Gemeinschaft für sich dar, politische Grenzen sind ihr fremd. Nicht nur der wissenschaftliche Austausch fördert diese Gemeinsamkeit, sondern auch die über Ländergrenzen hinwegreichende Unfallrettung Verletzter trägt zur Verbindungsaufnahme bei. Die von den Berufsgenossenschaften geschaffenen Unfallversicherungsverbindungsstellen zu vielen europäischen und außereuropäischen Ländern vermittelt auch für uns wichtige Beziehungen.

Wir sollten nach der Tradition früherer Jahrzehnte an die Wiederaufnahme internationaler Kongresse für Unfallheilkunde denken. Die dadurch geschaffenen Verbindungen hätten ihren Wert über das Fachliche hinaus. Der Zusammenschluß der Völker geschieht nicht durch Paragraphen und Verträge, sondern durch Menschen.

Eine große Zahl von Ehrengästen des Inlands dokumentiert die besondere Stellung, die die Deutsche Gesellschaft für Unfallheilkunde als interdisziplinäre wissenschaftliche Gesellschaft einnimmt. Wir freuen uns besonders über die Teilnahme der Präsidenten zahlreicher wissenschaftlicher Gesellschaften, und ich begrüße an erster Stelle Herrn Professor Dr. Schreiber als Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, die in wenigen Monaten ihren 100. Kongreß begehen und aus diesem Anlaß an eben dieser Stelle tagen wird. Wir sind ein wenig stolz, daß wir für unsere große Muttergesellschaft hier die Statthalterstelle wahrgenommen haben.

Des weiteren heiße ich willkommen Herrn Professor Dr. Schlegel als Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie, Herrn Professor Dr. Rettig als Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie, Herrn Professor Dr. Hofmeister als Präsidenten der Berliner Gesellschaft für Unfallheilkunde und Versicherungsmedizin, einer der ältesten Gesellschaften überhaupt, denn sie wird in wenigen Wochen (12. Januar 1983) 90 Jahre alt.

Ganz eng verbunden mit der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde ist seit 1926 der Bundesverband der für Berufsgenossenschaften tätigen Ärzte, der die Interessen der Durchgangsarzte und der zum Verletzungsverfahren zugelassenen Krankenhausärzte wahrnimmt; seinen langjährigen Präsidenten, Herrn Professor Dr. Raisch, und alle Mitglieder des Bundesverbandes begrüße ich besonders herzlich.

Schließlich bin ich Herrn Kollegen Vilmar außerordentlich dankbar, daß er als Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages trotz äußerster Zeitnot zu uns gekommen ist. Sie, sehr geehrter Herr Kollege Vilmar, sind selbst Unfallchirurg und Mitglied unserer Gesellschaft. In den vergangenen Monaten oblagen Ihnen berufspolitische Lasten und Entscheidungen besonderer Art. Wir wissen, in welchem großen Maße Sie sich für die Ärzte und für unsere Patienten eingesetzt haben und einsetzen. Unser Dank und unsere Anerkennung können nicht geschmälert werden durch den versagt gebliebenen Erfolg. Wir bitten Sie, in Ihren hartnäckigen Bemühungen um die Sicherstellung unseres ärztlichen Auftrages in jeder Beziehung - und dazu gehören auch moralischer und materieller Respekt vor der ärztlichen Leistung - nicht nachzulassen.

In allen Jahren erfreuten wir uns des Interesses zahlreicher Berliner Institutionen, von denen ich heute besonders begrüßen darf die Herren Dr. Basset und Assessor KJoppenborg, Ärztekammer Berlin; Professor Dr. Bschor, Vizepräsident der Freien Universität; Professor Dr. Dreßler, Vorsitzender der Berliner Chirurgischen Gesellschaft; Präsident Dinger, Präsident des Landessozialgerichts Berlin; Professor Dr. Schlungbaum, 1. Vorsitzender des Berliner Verbandes Leitender Krankenhausärzte; Dr. Bach, 1. Vorsitzender der Berliner Orthopädischen Gesellschaft; Medizinaldirektor Dr. Schmidt, Präsident des Deutschen Roten Kreuzes, Landesverband Berlin; Herrn Weber, Landesvorsitzender des Verbandes der Kriegs- und Wehrdienstopfer, Behinderten und Sozialrentner Deutschlands; Herrn Assessor Last, Geschäftsführer des Landesverbandes Berlin der gewerblichen Berufsgenossenschaften; Frau Medizinaldirektorin Dr. Stollenz, Leiterin der Akademie für Arbeitsmedizin; Frau Dr. Herzog, Berliner Feuerwehr, und Herrn Leitenden Medizinaldirektor Dr. Mehlhorn, Polizeipräsidium Berlin.

Aus dem Bundesgebiet begrüße ich die Herren Dr. Wedel, Bundesarzt des Malteserhilfsdienstes, Bonn, und Dr. Holfelder, Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Orthopäden sowie Frau Dr. Ruth Bergholtz, Syndika des Zentralverbandes Krankengymnastik, München.

Engste Beziehungen verbanden von der Entstehung an unsere Gesellschaft mit den Berufsgenossenschaften. So gehörte zu den Gründern am 23. September 1922 korporativ auch der Verband der Deutschen Berufsgenossenschaften. Und neuerlich halfen die Berufsgenossenschaften tatkräftig bei der Wiedegründung 1950. Dies ist die eine, die Gesellschaft unmittelbar betreffende Seite.

Die andere ist die für die Unfallheilkunde entscheidende Wirkung, die von der Gründung der Berufsgenossenschaften nach deren gesetzlicher Installierung vor fast 100 Jahren, am 6. Juli 1884, ausging. Entgegen skeptischen Voraussagen erwiesen sich die Berufsgenossenschaften nicht nur als lebensfähig, sondern sie entwickelten - über die zunächst angenommene Aufgabenstellung hinaus - auch sehr rasch Vorstellungen zur Einrichtung des Heilverfahrens, die bekanntlich 1890 zur Inbetriebnahme des ersten Unfallkrankenhauses der Welt, des Bergmannsheil, in Bochum führten. Weniger bekannt ist, daß auch eine ganze Reihe von anderen Einrichtungen, darunter sog. Rekonvaleszenten Häuser zur Weiterbehandlung Unfallverletzter, geschaffen wurden. Und schon 1891 gab der Verband der Deutschen Berufsgenossenschaften eine ‚Denkschrift betreffend die Einrichtung von Unfallkrankenhäusern‘ heraus.

Zum Bau des ursprünglich vorgesehenen Unfallkrankenhauses in Berlin im Jahre 1894 ist es allerdings leider nicht gekommen. Aber ein anderer Gedanke hat damals Fuß gefaßt und zur Beeinflussung der Unfallchirurgie ganz wesentlich beigetragen: Man wurde sich sehr rasch klar darüber, daß es mit der Erstbehandlung der Unfallverletzung allein nicht getan sei, Erforschung und Behandlung der Folgen dazugehörten.

1891 schrieb ein Chirurg: ‚Nachbehandlung - hier liegt die Sache im argen und hier muß Remedur geschaffen werden. Für gewöhnlich ist mit der Beseitigung des Verbandes die Kur beendet.‘

Ihre Erfahrungen haben die Berufsgenossenschaften veranlaßt, immer wieder für Verbesserungen der Behandlung Unfallverletzter einzutreten. Neben dem Durchgangsarztverfahren mit seinen Grundsätzen von Dokumentation, Erstversorgung und Rechtzeitigkeit hat das bis zur Wiedereingliederung des Verletzten reichende Heilverfahren eine Fülle von Erkenntnissen und Anregungen hervorgebracht, ohne die die Entwicklung der Unfallheilkunde wohl kaum ihren heutigen Stand erreicht hätte.

Die Einrichtung eigener Unfallkliniken und die Bildung von Schwerpunkten in der Behandlung Rückenmarksverletzter, Schwerbrandverletzter, Handverletzter waren Voraussetzungen für die Entwicklungsschübe, die auch dem Durchbruch zu einem eigenständigen Teilgebiet Unfallchirurgie den Boden bereiteten. Hier haben die Berufsgenossenschaften ein historisches Verdienst.

Es ist mir verständlicherweise eine große persönliche Freude, daß an der Spitze zahlreicher Damen und Herren der ehrenamtlichen Organe und einer großen Anzahl von hauptamtlichen Geschäftsführern der Berufsgenossenschaften der Vorsitzende des Vorstandes des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Herr von Hassell, und der Hauptgeschäftsführer des Hauptverbandes, Herr Dr. Watermann, heute zu uns gekommen sind.

Schließlich begrüße ich die Vertreter der Presse und der Medien. Durch eine vorgeschaltete Konferenz ist ihnen Gelegenheit gegeben worden, die Themen unseres Kongresses kennenzulernen und sich mit aktuellen Fragen der Unfallheilkunde zu befassen. „Sie haben eine gewaltige Macht in Händen und wenn sie sie recht gebrauchen, dann ist es sehr schön!“ Diese Worte Helmut von Moltkes (26. 10. 1890) treffen auch heute noch zu. Wir hoffen, daß ihre Arbeit der Öffentlichkeit gleichermaßen das Bewußtsein der Unfallgefahren wie unserer Bemühungen um die Beseitigung der Unfallfolgen und nicht zuletzt die humanitäre und die volkswirtschaftliche Bedeutung der Unfallheilkunde zu vermitteln vermag.

Damit darf ich meine Willkommensgrüße beschließen und alle, die persönlich ungenannt blieben, um Verständnis für die notwendige Beschränkung bitten.

Ehe ich mich anderen Themen zuwende, habe ich allen zu danken, die in irgendeiner Weise zum Gelingen dieses Kongresses beigetragen haben oder beitragen werden.

Den Referenten und Vortragenden danke ich schon jetzt für die Mühe, die sie aufwandten, um uns Ergebnisse und neue Gedanken vorzutragen. Ich schließe auch die große Zahl derer ein, die allein aus zeitlicher Beschränkung im Programm leider nicht berücksichtigt werden konnten; die Programmkommission und ich selbst haben nach bestem Gewissen, aber eben doch unter dem Zwang des Uhrzeigers auswählen müssen und ich bin mir bewußt, daß die Ablehnung eines Vortrages stets auch etwas Ungleichbehandlung in sich birgt; hierfür bitte ich die Betroffenen um Entschuldigung.

Den Sitzungsleitern gebührt Dank für ihre Mitwirkung an der Führung des Kongreßablaufes.

Wissenschaftliche Ausstellung und Posterausstellung - zusammen 41 Titel – haben sich zu hervorragenden Elementen unseres Kongresses entwickelt, ihre Vorbereitung ist stets mit sehr großer Mühe verbunden.

Ohne die Ausstellung der Industrie, des Gewerbes und des Buchhandels wäre dieser Kongreß schwerlich zu gestalten und ich darf an alle Teilnehmer die herzliche Bitte richten, auch der industriellen Ausstellung die Aufmerksamkeit zu zollen, die sie ob ihrer Reichhaltigkeit und Sorgfalt verdient. Beim heutigen Durchgang habe ich festgestellt, daß viele altbekannte und eine ganze Reihe neuer Aussteller mit großem Einsatz ihre Stände aufgebaut haben. Wir haben heuer mit 44 Ständen auf fast 700 qm Fläche die größte Ausstellung, die uns jemals geboten worden ist!

Endlich muß ich dem ‚Berliner Büro‘ unserer Gesellschaft Dank sagen. Herr Kollege Dorka als Schatzmeister und Frau Vopel als unsere ständige Sekretärin in Berlin haben mich tatkräftig unterstützt - ohne ihre Hilfe könnte ich mir das Gelingen unseres Kongresses nicht vorstellen! Ebenso danke ich meinem ‚Murnauer Büro‘ und meinen Mitarbeitern, die ihren Anteil an den sich hoffentlich erfolgreich erweisenden Vorbereitungen haben.

Meine Damen und Herren, selten ist es einem Präsidenten vergönnt, denen seinen Dank von dieser Stelle abstaten zu können, die ihn durch ihre Schule geführt und auf diesen Platz geleitet haben. Auch ich kann heute meiner chirurgischen Lehrer nur noch im Nachrufe gedenken.

In Alfons Lob traf ich als junger Assistent einen Lehrer, der sich die Unfallchirurgie von der Wiederherstellungschirurgie her erschlossen hatte, fußend auf pathologischer Anatomie, Röntgenologie und eigenschöpferischen Experimenten. Im Vordergrund stand für ihn als Aufgabe und Zweck das, was er die ‚soziale Wirklichkeit‘ nannte, die er auch immer wieder an seine Mitarbeiter und Studenten heranzubringen sich bemühte. Die Chirurgie, so sehr er sie liebte, war für ihn Zweck, nicht Selbstzweck. Mit dem von ihm begründeten Literaturarchiv hat er uns eine in Deutschland einmalige unfallmedizinische Sammlung hinterlassen.

Georg Maurer begeisterte mich durch seine großartige klinische Organisation, die er mit ebenso fester wie eleganter Hand führte. Sein Zugang zur Unfallchirurgie fand sich im Notfall jeder Größenordnung und im unbedingten Willen seiner Bewältigung. In seiner Klinik war die Unfallchirurgie nicht verselbständigt, doch stand sie für den Assistenten als Krönung des Faches am Ende der Laufbahn, wenn er bereits über alle allgemeinen chirurgischen Erfahrungen verfügte. Georg Maurers Maxime der stetigen Hilfsbereitschaft gegen jedermann mag die Wurzel seiner vielfältigen Leistungen gewesen sein, von denen die Gründung ‚seiner‘ medizinischen Fakultät nur die äußerlich am meisten hervortretende ist.

Beide, Alfons Lob und Georg Maurer, brachten die Schule Erich Lexers ein und gaben sie weiter, fühlten sich aber ebenso Georg Magnus verpflichtet, der wie sie einst Präsident unserer Gesellschaft gewesen war.

Es ist mir eine große Freude, heute Frau Dr. Ingeborg Maurer bei uns begrüßen zu können. Und es scheint mir ein besonders gutes Zeichen, daß die Söhne unserer beiden ehemaligen Präsidenten, Privatdozent Dr. Günther Lob und Professor Dr. Peter Maurer, mit Hauptreferaten diesen Kongreß mitbestreiten.

Leben und Wirken einer wissenschaftlichen Gesellschaft beruhen auf den Leistungen ihrer Mitglieder. Sie gestalten durch ihre Mitwirkung die Jahrestagungen, die traditionell wesentlicher Inhalt der Aufgaben der wissenschaftlichen Gesellschaft sind.

Unmerklich wandelt sich das Bild, wenn neue Generationen heranwachsen und alte abtreten. In diesem Wandel und Wechsel bleiben wir einander und unserer Gesellschaft verpflichtet und es schmerzt uns, alljährlich liebgewordenen, geachteten Kollegen den letzten ehrenvollen Gruß erweisen zu müssen.

Walter di Biasi - Kurt Soshhammer - Aloys Eckermann - Hanskarl von Hasselbach - Hanns Heidecker - Ernst Robert Heydemann - Hans-Joachim Hillenbrand - Gerhard Hintze - Ralf Jung - Hans-Heinrich Kallenbach - Ludwig Köhl - Theodor Köller - Günter Küstermann - Rolf Lambrecht - Carl Langemeyer - Heinz Ludwig - Hans-Jürgen Mohr - Friedrich Wilhelm Naegelsbach - Walter Nell - Gottfried Niedeggen - Hans Loy - Oswald Rahmel - Christian Ramm - Hans Reinecke - Karl Rothmund - Gerhard Schneider - Carl Anton Schwering - Heinrich Terhoeven - Johannes Volkmann - Herbert Waskönig - Eduard Witteler.

Im letzten Jahr sind uns 31 Kollegen durch den Tod genommen. Ihre Namen sind für jeden von uns in irgendeiner Weise gute Erinnerungen. Sie haben in Ehren ihrem Beruf gedient, manche ein langes Leben mit allen Höhen und Tiefen erfüllt, manche vor der Zeit ihre Bahn vollendet. Wir gedenken ihrer in Dankbarkeit. Mit ihnen gedenken wir all derer, die von der Gründung an diese Gesellschaft getragen, ihr Leben und Inhalt verliehen haben. Ohne sie stünden wir nicht hier.

Eine Inschrift im über tausendjährigen Dom zu Gandersheim sei ihnen nachgerufen:

„IHR STERBLICHE BEDENKT, BEDENKET / NUR GAREBEN, / UNS TODTE, WEIL IHR LEBT IN EUREM / KURTZEN LEBEN: WAS IHR ANIETZO SEYD, DAS WAREN EBEN WIR, / WAS ABER NUN AUCH WIR, DAS WERDET MORGEN IHR“.

Meine Damen und Herren, Standort und Aufgabenstellung unserer Gesellschaft sind in den letzten Jahren wiederholt bestimmt worden und es ist dem wenig hinzuzufügen außer der Klage, daß viele Hinweise wenig zur Kenntnis genommen worden sind. Das gilt teilweise für den inneren ärztlichen Kreis, das gilt aber insbesondere für die Öffentlichkeit, Staat und Kommunen. Ich will mich auf 2 Vorgänge beschränken, die symptomatisch sind:

Die in den letzten 20 Jahren zu stürmischer Entwicklung gelangte Unfallchirurgie hat die Qualität der Versorgung Unfallverletzter um ein Vielfaches gesteigert.

Dies ist die Frucht des auf breitem chirurgischem Fundament vorgenommenen systematischen Aufbaues der Unfallchirurgie, die dabei sowohl an Erfahrungen aus der Wiederherstellungschirurgie als auch an Erkenntnisse aus den Unfallfolgezuständen anknüpfen konnte.

Die nachgehende Qualitätsbewertung, wie sie die berufsgenossenschaftliche Unfallbegutachtung als tägliche Selbstkontrolle zur Verfügung stellt, bewahrt aufgrund ihrer Langfristigkeit vor der übereilten Positiveinschätzung in Wirklichkeit nicht beständiger Ergebnisse. Eine dauerhaft erfolgreiche Unfallchirurgie - und nur eine solche ist gemäß den Erwartungen des Patienten erfolgreich - setzt im Einzelfall wie vergleichend die Kenntnisnahme der Spätergebnisse voraus. In der Chirurgie und Pathologie des Stützsystems sind diese meist erst nach mehreren Jahren abschließend beurteilbar. So gern man sich auf Lorenz Böhler beruft, so häufig wird seine fundamentale Erkenntnis nicht beachtet.

Auch unsere Weiterbildungsordnung und unsere Berufspraxis berücksichtigen dies leider nicht. Konsequenterweise wird dem Operationskatalog eine übergeordnete, wenn nicht sogar allein entscheidende Stellung in der Rangfolge der zu erbringenden Leistungen eingeräumt, die Operation wird überhaupt zum Dreh- und Angelpunkt der Weiterbildung, dadurch auch zu dem der Berufsauffassung und schließlich somit zu dem der Indikation.

Dies alles hat zur Folge, daß auch in der Behandlungspraxis der Operation der alles beherrschende Rang zuerkannt, dem übrigen Behandlungsanteil die ihm notwendig zukommende Bedeutung abgesprochen wird. Und damit schließt sich der Kreis zur gefährlichen Überschätzung des technischen Eingriffes und zur noch gefährlicheren Selbsteinschätzung des technischen Könnens.

Aus dieser fehlentwickelten Betrachtung des therapeutischen Prinzips leitet sich dann die Auffassung ab, für die Wiedergutmachung nicht heilenwollender Verletzungen stehe nötigenfalls immer noch die Rehabilitation zur Verfügung. Rehabilitation ist aber das Ganze und muß daher von Anfang an Leitlinie der Therapie sein. Als bloß nachgeschobener Ersatz versäumter therapeutischer Möglichkeiten ist die Rehabilitation mißverstanden und muß notwendigerweise zumindest den Betroffenen enttäuschen.

Wenn wir die Ergebnisse der Behandlung Unfallverletzter nicht nur in der Spitze, sondern auch in der Breite verbessern wollen - und angesichts des heutigen Spectrums der Nichtheilungen, für die die Osteomyelitis nur ein allerdings auffälliges Beispiel ist, kommen wir darum nicht herum - müssen wir ansetzen bei dieser Fehlinterpretation der Unfallchirurgie, die dem Augenblickserfolg alles zurechnet und die chirurgisch so reichhaltige lange Phase bis zum Abschluß der Heilung vergißt.

Das große Interesse und die aufopfernde Hinwendung, die der Frischverletzte und der Schwerkranke genießen, stellen keine Rechtfertigung gegenüber der Mindereinschätzung der langzeitigen posttraumatischen bzw. postoperativen Phase dar. Sowohl für den Patienten als auch für den Versicherungsträger ist es unzumutbar, zeit- und kostenaufwendige Umwege zur Heilung gehen zu müssen, weil begrifflich nicht die gesamte Problematik der Unfallverletzung erfaßt wurde. Deswegen kann auch die Delegation der unfallchirurgischen Weiterbildung in nicht gegliederten chirurgischen Abteilungen und Kliniken nicht länger als ein geeignetes Verfahren angesehen werden. Das hat nichts mit Aufspaltung oder Abspaltung, wohl aber etwas mit Aufrichtigkeit sowohl dem Lernenden als auch dem künftigen unfallchirurgischen Patienten gegenüber zu tun.

Die von den Unfallchirurgen ohne Vorbehalt beschworene Einheit der Chirurgie darf nicht verwechselt werden mit der Beherrschung des Gesamtfaches bis an seine sich ständig weiter vorschiebenden Grenzen, einschließlich der speziellen Gegebenheiten und Möglichkeiten der Teilgebiete. Der Schlüssel zur Einheit liegt nicht dort, sondern im Kernbereich, den man etwa mit dem alten, noch von Billroth benutzten Begriff ‚Allgemeine Pathologie und Therapie‘ umschreiben könnte, der jedenfalls das in gehöriger Ausdehnung umfaßt, was allgemeines chirurgisches Krankheitsgeschehen und Therapie unter besonderer Berücksichtigung vitaler Erfordernisse, lokaler und substantieller Interessen begreift.

Auch die Strategie des unfallchirurgischen Eingriffs muß grundsätzlich darauf abzielen, im ersten Zugriff die gestellte Aufgabe zu lösen und nicht erst durch aneinandergereihte und möglicherweise einander auslösende taktische Einzelmaßnahmen das Ziel zu erreichen.

Diese Frage gilt als heikel und die Standpunkte werden emotional vertreten. Unsere jungen Kollegen bedürfen aber wohl eher einer rationalen Vorgabe, wenn sie später einmal sollen bestehen können. Sie werden sich kaum noch berufen können auf Schicksalsergebenheit des Patienten, sondern nachprüfbare Rechenschaft ablegen müssen in jedem einzelnen Fall. Es ist müßig, emotional Autorität dagegensetzen zu wollen.

In seinem Gedenkjahr mag Goethe uns dazu etwas sagen: „Ohne Autorität kann der Mensch nicht existieren, und doch bringt sie ebenso viel Irrtum als Wahrheit mit sich; sie verewigt im einzelnen, was einzeln vorübergehen sollte, lehnt ab und läßt vorübergehen, was festgehalten werden sollte, und ist hauptsächlich Ursache, daß die Menschheit nicht vom Flecke kommt.“ (J. W. v. Goethe. Wahrheit und Irrtum- Aphorismen und Fragmente)

Das Andere ist folgendes: Die nun immerhin mehr als 30 Jahre unter Verschonung von äußeren Katastrophen sich vollziehende medizinisch-wissenschaftliche Entwicklung hat die therapeutische Nutzbarkeit gerade in den Bereichen nähergerückt, die Unfallverletzungen betreffen. Das Schicksalhafte eines Krankheitsgeschehens wandelt sich beim Unfallverletzten zum Tragischen, weil die große Zahl der Verletzten bis dahin gesunde Menschen waren,

überwiegend in jüngeren Lebensjahren, häufig gerade am Beginn des Berufs- und Familienlebens stehend, vielfach Jugendliche und Kinder sind.

Die beiden ‚unbewältigten‘ Verletzungsarten, die bei diesen Jahrgängen noch immer einen hohen Blutzoll fordern, sind die schwere Brandverletzung und das Schädel-Hirn-Trauma. Es sind aber nicht die therapeutischen, sondern es sind die organisatorischen Probleme, die vermeidbar Gesundheit und Leben kosten.

Trotz umfangreichen Langzeiterfahrungen der an der Berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken vorhandenen Schwerbrandverletzententren hat die Öffentlichkeit bis heute nicht reagiert und die Forderung nach einer ausreichenden Zahl von Brandverletzententren nicht erfüllt. Eine aussichtsreiche Behandlung des Schwerbrandverletzten setzt neben anderem die Vermeidung jeden Zeitverlusts voraus. Daraus folgt, daß nur durch die Einrichtung unter allen Bedingungen rasch erreichbarer Behandlungszentren die derzeit noch allzu häufig tödliche Raum-Zeit-Schranke überwunden werden kann.

Nicht viel anders liegt das Problem der lebensnotwendigen Sofortversorgung der schwer Schädel-Hirn-Verletzten. Auch hier hängt alles davon ab, den Wettlauf mit der Zeit zu gewinnen; er geht oft schon im Kampf um die Verfügbarkeit des Neurochirurgen oder des Computertumographen oder des Anästhesiedienstes verloren. Auch auf diesem Gebiet fehlt die öffentliche Reaktion.

Viel gewonnen wäre bereits durch eine dichtere Bestückung mit Computertomographen, um auf diese Weise die diagnostische Sicherheit zu vermehren, rettende Notoperationen auch durch den Nichtneurochirurgen zuverlässiger indizieren sowie nötigenfalls auch durchführen lassen zu können.

Angesichts der unzureichenden Bettenkapazität neurochirurgischer Abteilungen einerseits, der guten Ausstattung der chirurgischen Abteilungen im Verletzungsartenverfahren andererseits sollte auch darüber nachgedacht werden, ob der Neurochirurg zum diagnostizierten Patienten gebracht, damit Zeit gewonnen und so einige der heutigen Haupthindernisse umgangen werden können. Wir müssen ernsthaft fragen, wie wir diese vielfach jungen Leben retten und dadurch die mühsame Rehabilitation überlebender Hirnverletzter sinnvoller machen könnten.

Beide Probleme berühren die Frage, wie der Kostenaufwand moderner medizinischer Versorgung volkswirtschaftlich noch bewältigt werden kann. Die Klage über die nicht mehr finanzierbaren Forderungen erscheint etwas unverständlich angesichts der Tatsache, daß Fachleute schon seit langem zahlreichen nicht sachlich, sondern wahltaktisch begründeten Leistungsangeboten widersprochen haben.

Die Verschärfung der Finanzsituation durch wachsendes Mißtrauen gegen mangelnde Übereinstimmung von Erkenntnisfortschritten mit dem humanitären und sozialen Fortschritt (Hartmann 1972) bezog sich ursprünglich auf die an der gesellschaftlichen Bedeutung vorbeientwickelten technischen Möglichkeiten, deren Nichtbezahlbarkeit die Prioritätenfrage stellte.

Heute muß der Finanzierungsrahmen umgekehrt zu der politischen Einsicht zwingen, zwecklose, nur vermeintlichen Gesundheitsbedürfnissen entsprechende Angebote zurückzunehmen und stattdessen notwendigen Prioritäten den Rang und die Mittel einzuräumen, der sie angesichts ihrer erwiesenen Wirksamkeit und ihres dadurch begründeten humanitären Anspruchs bedürfen. Brandverletzte und Schädel-Hirn-Verletzte sind der Priorität würdig und können sie auch erfüllen.

Meine Damen und Herren, Sinn und Aufgaben der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde hat 1966 unser Ehrenmitglied Herbert Junghanns bildhaft in der Zusammenführung der Fachgebiete, die sich in irgendeiner Weise des Unfallverletzten annehmen, gezeichnet. Er sprach von einer *Academia traumatologica*. Akademie bedeutet eine Versammlung von Gelehrten, die „zu gewissen Zeiten zusammenkommen, um sich miteinander über ihre Wissenschaft freundschaftlich zu besprechen, sich ihre Versuche, Einsichten und Erfahrungen mittheilen, und einer von dem andern zu Lernen sich miteinander der Vollkommenheit zu nähern suchen.“ (Königl. Akademie der Künste und mechanischen Wissenschaften, Bd. 6, 1780-1784. Berlin)

Die Unfallheilkunde umfaßt mehr als nur die aktuelle Versorgung des Unfallverletzten und mehr als die weitergehende medizinische und außermedizinische Fürsorge. Es kommt daher auch nicht darauf an, fachliche Grenzen zu zeigen und damit Zuständigkeiten zu schaffen, die anderweitig ohnehin gegeben sind und die das Wesen der fachspezifisch orientierten wissenschaftlichen Gesellschaften ausmachen.

Aufgabe der wissenschaftlichen Gesellschaft für Unfallheilkunde ist es vielmehr, das Besondere aus den einzelnen Fachgebieten, ihre Betrachtungsweisen und ihre Erfahrungen auf das Ganze, nämlich den Unfallverletzten, zu beziehen. Dazu gehören neben der akuten Unfallchirurgie viele und so weit ausgreifende Probleme wie Rechtsfragen und

Unfallmechanik, Psyche des Unfallgefährdeten und Implantatwirkungen, äußere Beeinflussung des Heilgeschehens und Führungstaktik im Katastrophenfall.

„In der lebendigen Natur geschieht nichts, was nicht in einer Verbindung mit dem Ganzen stehe, und wenn uns die Erfahrungen nur isoliert erscheinen, so wird dadurch nicht gesagt, daß sie isoliert seien. Es ist nur die Frage: wie finden wir die Verbindung dieser Phänomene?“ (J. W. v. Goethe, Schriften zur Wissenschaftslehre)

Wir haben außerdem die Verpflichtung, auf soziale Folgen, die sich aus dem Gesamtgeschehen etwa in Richtung der notwendigen Ausstattung von Krankenhäusern, umgekehrt aber auch in der Ablehnung lediglich ‚sozialer‘ Spendierfreudigkeit entspringender Gesetzesvorhaben ausdrücken.

Unsere Gesellschaft erfüllt eine selbstgestellte Aufgabe, die groß und deren Wert sehr hoch anzusetzen ist. Wissenschaft muß, um den an sie herantretenden Forderungen genügen zu können, die Freiheit haben, ihre Grundlagen nach eigenem Ermessen zu entwickeln. Das geschieht hier in vielhundertfachen Unternehmungen von der Einzelbeobachtung über die prospektive Studie bis zur Gemeinschaftsuntersuchung. In großem Umfange wird diese Forschung durch Eigenfinanzierung getragen. Die in politischer Kurzsichtigkeit und gegen sachverständigen Rat jüngst verordnete Beschränkung der Selbstaufbringung der Mittel wird an unserer wissenschaftlichen Arbeit nicht spurlos vorübergehen, manches Forschungsvorhaben zerstören und insgesamt unserem wissenschaftlichen Nachwuchs schaden. Wir wollen das hier mit aller Deutlichkeit und in aller Öffentlichkeit gesagt haben!

Wissenschaft ist und bleibt die vorurteilslose Erkenntnis der Realitäten. Dies muß auch im politischen Raum gelten!

Als Leibnitz vor bald 300 Jahren - mit ähnlichen Schwierigkeiten kämpfend - hier die Akademie der Wissenschaften gründete, gab er ihr als Auftrag das Motto

THEORIA CUM PRAXI.

Das sei es auch für die Deutsche Gesellschaft für Unfallheilkunde, deren 46. Jahrestagung ich hiermit für eröffnet erkläre.“