



DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
UNFALLCHIRURGIE

1984: Prof. Dr. med. Hermann Ecke (Gießen)

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, 48. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde am 14.11 bis 17.11.1984 in Berlin

„Meine Damen und Herren,

die Ansprache des jeweiligen Präsidenten großer deutscher medizinischer Fachgesellschaften hat seit Jahren aktuelle Bezüge zur Gesamtsituation der Medizin und auch des speziellen Faches angesichts der immer dringlicher werdenden Probleme ganz besonders im Hinblick auf die Ausbildung unserer Studierenden - und ich werde und kann mich dieser Vorgabe nicht verschließen.

In diesem Jahr ist die Forderung nach Eliteuniversitäten wiederholt laut geworden. Der Ruf nach solchen speziellen Einrichtungen deckt die Schwächen des momentanen universitären Systems ganz besonders im Hinblick auf die Ausbildung mehr als ein Dutzend Jahre nach Durchführung der Hochschulreform auf. Diese Entwicklung ist ablesbar an immer neuen Novellen der Approbationsordnung für Ärzte - zur Zeit ist die fünfte seit 1979 in Vorbereitung. Hervorgerufen durch Fehlplanungen - und hier ist an erster Stelle der Numerus clausus in seiner bisherigen Form zu nennen, der ja ursprünglich eine nützliche Beschränkung des medizinischen Studiums auf die geeignetsten Anwärter bewirken sollte -, entstanden die gegenwärtigen Schwierigkeiten, die das Studium der Medizin insgesamt in die Diskussion gebracht haben, aber natürlich auch die Frage aufwerfen, wohin mit den am Bedarf vorbei ausgebildeten Ärzten.

Der Numerus clausus wurde bereits im 18. Jahrhundert für eine Reihe von Problemen im Zusammenhang mit der Zulassung zum Medizinstudium in Erwägung gezogen und er wurde

tatsächlich erstmals am 12. September 1774 durch einen Erlaß des Hessischen Staatsministers von Moser vorübergehend an hessischen Universitäten eingeführt.

Bis dahin und im 19. und 20. Jahrhundert sind trotz wiederholter Ansätze in Deutschland, aber auch im deutschsprachigen Ausland, alle Versuche eine solche Beschränkung einzuführen, erfolglos geblieben. Der nach dem 2. Weltkrieg dann hier bei uns doch eingeführte Numerus clausus wurde wie eingangs erwähnt, statt einer nützlichen Beschränkung zum Bumerang, weil die schulische Ausbildung - ebenfalls nach einigen Schulreformen -, ohne für das Studium qualitativ besser zu werden, den Schulabgängern nach der Reifeprüfung immer mehr mit den Noten ‚sehr gut‘ qualifizierte Zeugnisse zumaß. Mit diesen wurden sie, - notfalls nach Beschreitung des Rechtsweges - dann schließlich auch zum Studium zugelassen. Umgekehrt wollten natürlich, ohne Rücksicht auf die Eignung oder ursprüngliche Neigung, fast alle Schulabgänger mit der Note ‚sehr gut‘ auf die sich hier eröffnende Studienmöglichkeit um keinen Preis verzichten. Das führte zu den, unserer Ausbildungskapazität und unserem Bedarf nicht mehr angemessenen, hohen Semesterstärken und konnte trotz des guten Willens nahezu fast aller Mitglieder der Hochschulen von den Universitäten unseres Landes nicht mehr verkraftet werden. Der Numerus clausus wurde aber hierdurch de facto nicht mehr von dem Aufnahmevermögen der Universitäten und ihren Hochschullehrern beeinflußt oder bestimmt, sondern von den Schulen. Das hat man erkannt, weswegen die Konferenz der Länder-Kultusminister jetzt in einem Übergangsverfahren die Annahme zum Medizinstudium vom sogenannten Eingangstest abhängig macht, der über 55 % der Studienplätze entscheidet, davon über 10 % direkt und über 45 % gemeinsam mit der Abiturnote. Ab Wintersemester 86/87 werden außerdem 20 % der Studienplätze über eine gewichtete Wartezeit, 15 % über ein Auswahlgespräch mit einem Professorenngremium und die restlichen 10 % an Ausländer und Härtefälle vergeben. Das ist ein Schritt in die richtige Richtung.

Die geschilderte Gesamtentwicklung führte aber nun bis jetzt, wesentlich in Folge der zu hohen Semesterstärken, fast zwangsläufig auch zu einer verschlechterten Ausbildung. Nach der Hochschulreform wurde ein klinischer Unterricht in kleinen Gruppen besonders favorisiert und die Hochschullehrer, die hierfür zur Verfügung standen - *die große klinische Vorlesung galt in den vergangenen Jahren als obsolet* -, reichten für diesen Unterricht angesichts der wachsenden Semesterstärken nicht mehr aus, ganz abgesehen davon, daß die durch wiederholte Untersuchungen eingetretene Überforderung der Patienten ärztlich nicht mehr zu vertreten war. Der Lehrkörper wurde in aller Kürze durch Ernennung weiterer Professoren verstärkt, denen zu diesem Zeitpunkt zum Teil Erfahrungen im klinischen Unterricht noch nicht zu eigen waren. Dieses wiederum bewirkte eine nicht mehr vertretbare Personalaufstockung in der Lehre, die in den letzten Jahren ebenso wie die Sachmittel für den Unterricht einer ausgiebigen Restriktion unterworfen wurde. Nun ließ sich aber das Konzept der Unterrichtung in kleinen Gruppen am Krankenbett - *also strikt praxisbezogen* - nicht mehr in der ursprünglich gedachten Form aufrecht erhalten, und es wurde damit ein Hauptziel der Hochschulreform, weil nicht bis zu Ende durchdacht und durchführbar, verfehlt. Derjenige Teil der jetzigen Hochschullehrer, der während der Hochschulreform aus der bisherigen Assistentenschaft aufstieg, fehlte - weil in der Regel keine neuen Assistentenstellen hinzu kamen und die Wochenarbeitszeit sich während dieses Zeitraums auch verkürzte später an den Assistentenstellen. Die Folge davon war, bei

wachsenden Aufgaben die sich aus der wissenschaftlichen Forschung und dem ständig erweiterten modernen Standard der Behandlung und der Erschließung neuer aber zum Teil personalaufwendiger Behandlungsmethodiken ergaben, eine zunehmende Überlastung aller Mitarbeiter in den Kliniken ganz besonders in den unfallchirurgischen Kliniken, deren Aufgabe es war, die stets wachsende Anzahl von Schwerverletzten durch den Straßenverkehr einer modernen Behandlung zu unterziehen.

Der Ruf nach Überstundenvergütungen in dieser angespannten Situation war verständlich und man hatte die trügerische Hoffnung, hierdurch die Zuteilung von mehr Assistentenstellen zu erreichen. Die tarifrechtlichen Konsequenzen hieraus, mit denen wir uns täglich auseinandersetzen müssen, waren aber katastrophal. Im Endeffekt ist der wissenschaftlich bedienstete Arzt der heutigen Zeit wegen all dieser Entwicklungen nicht mehr mit dem wissenschaftlichen Assistenten der Vor- und Nachkriegsjahre zu vergleichen. Er ist einfach wegen des Personalstellenmangels, der Ausweitung der einzelnen Fachgebiete und der allgemeinen Restriktionen - wie ich meine am falschen Ort - heute überfordert und soll gemäß der Tradition der alten Humboldtschen Universität neben der Krankenversorgung seine spezielle Berufsbildung, wissenschaftliche Arbeiten und auch in späteren Jahren die Lehre betreiben. Diese fast unzumutbare Überlastung führte nach einem gewaltigen Aufschwung der medizinischen, chirurgischen und unfallchirurgischen Forschung nach dem zweiten Weltkrieg zu einem *in der letzten Zeit schon merkbar ineffektiveren Arbeiten*. Die medizinische Ausbildung wurde wegen der zwangsläufigen Zunahme an Ausbildungsplätzen sowohl teurer als auch weniger intensiv, unter anderem auch deshalb, weil die notwendige praktische Arbeit nicht durch ein hohes Maß an Untersuchungen an den zur Verfügung stehenden Patienten kompensiert werden konnte. Verfassungsrechtlich tritt hier dem grundrechtlich gesicherten Anspruch des Studienaspiranten auf einen Studienplatz das Recht der Patienten von Hochschulkliniken auf einwandfreie medizinische Betreuung gegenüber. Sieht man diese Schwierigkeiten vor dem Hintergrund, daß wegen des allgemeinen Neubaus von Krankenhäusern aller Ordnungen die Ministerien auf Länderebene eine Bettenbeschränkung einführten und damit einen Bettenabbau und daß dieser Abbau nicht nur die neu entstandenen Krankenhäuser, sondern selbstverständlich auch die medizinischen Ausbildungsstätten an der Universität trifft, so haben wir an dieser Stelle bereits einen Circulus vitiosus. Nach § 2, Abs.2 der Approbationsordnung für Ärzte in der jetzt gültigen Form, soll bei der Ausbildung am Krankenbett ein Hochschullehrer 4 Studenten unterrichten. Das ist eine absolut unrealistische Forderung, weil hier nämlich die notwendigen Professoren und die Patienten fehlen.

Unter dem Eindruck der immer besser aber doch auch immer kostspieliger werdenden Patientenbehandlung und dem weiteren Eindruck der schwindenden Ressourcen verordnete der Staat restriktive Maßnahmen aller Art und bei den örtlichen Krankenhausträgern setzte das Streichen von Überstundenvergütungen ein oder es kam zu den meist undurchführbaren Empfehlungen, die geleisteten Überstunden abzufeiern, wie das Tarifrecht es vorsieht. Das unter diesen Bedingungen eine ärztliche Besetzung der Akutbehandlungsstätten ebenso wie die notwendige Weiterbildung nicht mehr möglich ist und somit nicht nur die Behandlung Frischverletzter, sondern auch die Aus- und Weiterbildung schlechter werden muß, scheint den Gesetzgeber und seine Diener nicht zu stören. Bei einer, gemessen an den Anforderungen, die ich geschildert habe, und unzureichender Personalbesetzung bei

steigenden Behandlungszahlen ausgedünnten Ärzteschaft an allen Kliniken des Landes und den Universitätskliniken kann ein solches, *mit Vernunftgründen* nicht mehr zu erklärendes Vorgehen, zur Insuffizienz von Behandlungseinheiten und damit zwangsläufig zu einer Verschlechterung der Patientenbehandlung führen. Es besteht darüber hinaus mit Sicherheit auch eine zunehmende Pressure auf die leitenden Ärzte, die einerseits ihrer Verpflichtung gerecht werden müssen, allen hilfsbedürftigen Patienten, die ihre Klinik aufsuchen zu helfen, aber andererseits von dem jeweiligen Krankenhausträger nicht mit den notwendigen personellen und sachlichen Voraussetzungen und der nötigen Bettenkapazität besonders in Schwerpunktkliniken auf diesem Sektor unterstützt werden.

Wenn sich dann, wie das geschehen ist und durch die Gazetten ging, der Bundeswissenschaftsminister auf der 33. Tagung der Nobelpreisträger 1983 in Lindau zu der Aussage verpflichtet fühlte, die Wissenschaft sei wie ein Vogel, der zu fett gefüttert worden sei, weshalb er in seinem Käfig sitze und nicht mehr singe, dann spricht das für eine den tatsächlichen Vorgängen in unserem Bereich nicht gerecht werdende Ansicht. Auch der bayrische Kultusminister glaubte in die gleiche Kerbe hauen zu müssen, als er auf der gleichen Veranstaltung sagte: 'Wohlstand, Sicherheit und Planstellenschwemme hätten die Forschung behindert.' Auch diese Aussage kann angesichts der Tatsache, daß 1 Mann vor dem Mikroskop heute nichts grundlegendes mehr findet und die Forschung auf Zusammenarbeit im großen Stil angewiesen ist, auf unserem Sektor nur Kopfschütteln auslösen.

Ich hoffe, daß Ihnen nach meinen Ausführungen deutlich wird, daß wir in der Medizin am Scheideweg angekommen sind. Die Ursache unserer Schwierigkeiten ist, auf einen Nenner gebracht, *die zunehmende Verwaltung und Bürokratisierung der ursprünglich freien Forschung und unseres freien Berufes*, der die Verschulung der Lehre parallel geht. An diesem Punkt könnten tatsächlich in den Verwaltungen Planstellen reduziert werden. Notwendig wäre auch eine Studienreform, die die letzten Reformen aufhebt und die 5. Novelle der 1979 in Gang gesetzten und jetzt gültigen Approbationsordnung arbeitet speziell auf das Betreiben der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften darauf hin. Geschätzte Unkosten für die Folgen der Novellierung sind 1,8 Millionen DM. Bis dahin aber gilt es zu retten, was noch zu retten ist und hierzu gehört neben der Situation an den Universitätskliniken vor allem die Ausbildung unserer Studenten.

Es ist auch neben dem Numerus clausus ein weiterer Fehler im Prinzip erkannt worden, der im Prüfungsverfahren selbst liegt. Für einen Großteil des zu prüfenden Wissens reicht es seit der Studienreform völlig aus, eine gewisse Anzahl von Prüfungsfragen gegenwärtig zu haben, mit denen der junge Arzt in der Praxis freilich ebenso wenig anzufangen weiß, wie der blinde Mensch mit einem normalen Buch. Mit anderen Worten, wir müssen von einer zu theoretischen Ausbildung wieder weg. Die praktische Ausbildung allein an den Universitäten überfordert bei den jetzigen Semesterstärken sowohl die Patienten, aber auch die Hochschullehrer. Es liegt also auf der Hand, sich wieder die Erfahrungen der vielen Kollegen außerhalb der Universität für unsere heranwachsende Ärzteschaft im Sinne von Intensivfamulaturen, ganz wie früher auch, nutzbar zu machen. Ein solcher Unterricht, sozusagen in der kleinsten Gruppe, setzt beim Studenten voraus, seinen jeweiligen Lehrer bei seiner täglichen Arbeit zu beobachten und sich an seinem praktischen Tun und Handeln

und seiner Einstellung zum Kranken auszurichten. Es muß wieder dazu kommen, daß anhand solcher Famulaturen die während der täglichen Arbeit auftretenden Fragen anhand von Büchern und gezielten Fragen an die Ausbilder so weit wie möglich ausgearbeitet werden, damit keine Unklarheiten zurückbleiben. Das ist es, was man im engeren Sinne unter einem Studium der Medizin zu verstehen hat, und so ist das multiple-choice-System der Prüfung im dritten Abschnitt, aber sicher auch noch bei der Vorprüfung, trotz eingebauter erheblicher Verbesserungen eine ebenso unverstandene wie für unsere frühere Ausbildung, um die uns die Welt einst beneidete, unmögliche Veränderung des Prüfungswesens. Die Aussagekraft des Ergebnisses aus der Ansammlung von Kreuzchen, die von Prof. Thielicke von dieser Stelle aus auf der 100. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie mit einem gewissen Recht als ein Rückschritt auf das Analphabetentum hin glossiert wurde, ergibt mit Sicherheit weder im positiven noch im negativen Sinn eine valide Aussage über die tatsächliche Qualifikation und *vor allem über die Reife eines Arztes*. Die dann zusätzlich erfolgende Prüfung in der Inneren Medizin und der Chirurgie, sowie in einem Wahlfach in dieser konzentrierten Form wie wir sie jetzt nach dem dritten Abschnitt haben, ist eine große Belastung für die Kandidaten und führt dennoch, gemessen an den präreformatorischen Prüfungsordnungen, zur Einengung des medizinischen Gesichtsfeldes. Das Resultat der mündlichen Prüfung kann auch, weil auf *verstandenenem Wissen* beruhend, zu dem der schriftlichen Prüfung, welches überwiegend auf *erlerntem Wissen* basiert, konträr ausfallen, ohne daß die Prüfer des mündlichen Teils des dritten Abschnittes die Lücken, die gegebenenfalls im schriftlichen Teil schon aufgetreten sind, kennen.

Gestatten Sie mir nach diesen kritischen Gedanken zur Situation unseres beruflichen Nachwuchses einige Verbesserungsvorschläge hier zu skizzieren:

1. Der Numerus clausus in der bisherigen Form muß weg, weil er kein Eignungsmerkmal für den ärztlichen Dienst erkennen läßt. Er ist eine Benotung der Schule und berücksichtigt speziell für das Medizinstudium und den ärztlichen Beruf notwendigen Eigenschaften der Bewerber in keiner Weise. Die Auswahl der Studierenden darf also kein absolutes Notenproblem sein und sollte nicht durch die weiterführende Schule - wie das bis jetzt der Fall war - entschieden werden, sondern bei universitären Organen liegen. Ein Vorsemester naturwissenschaftlichen Studiums würde eine solche Auswahl weit besser gewährleisten, als die Lösung durch den Eingangstest, die gewichtete Wartezeit, das Auswahlgespräch und die Härtefallpauschale. Über die fachliche Zusammensetzung des Vorsemesters müßte man sich unterhalten. Eine abschließende Eignungsprüfung für das Fach Medizin sollte von Hochschullehrern des vorklinischen, aber besonders auch solchen des klinischen Bereiches danach abgehalten werden. Dieses Verfahren muß nicht unbedingt einer weiteren Verlängerung des Studiums gleichkommen, weil man das Vorsemester von den anschließenden 2 Jahren als Arzt im Praktikum abziehen kann. Man hätte dann aber eine bessere Aussicht, wirklich geeignete Bewerber zum Studium zuzulassen und könnte damit die vernünftigerweise vorhandenen, das heißt ausgestatteten oder überhaupt möglichen, Studienplätze besetzen. Hierdurch wäre auch die Ausbildung, die von allen Teilen der Gesellschaft so sehr beklagt wird, ganz wesentlich und fast automatisch zu optimieren. Einer unmöglichen Belastung unserer Patienten würde außerdem gegengesteuert werden.

2. Nach der bisherigen Approbationsordnung werden dem Studierenden zwischen dem 1. und dem 2. Abschnitt des medizinischen Staatsexamens 4 Monate Famulaturen verordnet. Hiervon soll 1 Monat bei einer Dienststelle des öffentlichen Gesundheitsdienstes oder ähnlichen Institutionen oder bei einer Einrichtung für die Rehabilitation Behinderter oder einer Justizvollzugsanstalt oder einer werks- oder betriebsärztlichen Einrichtung oder einer truppenärztlichen Einrichtung der Bundeswehr oder schließlich in einer ärztlichen Praxis abgeleistet werden. Für die Dauer von 2 Monaten soll eine Famulatur in einem Krankenhaus zur Durchführung kommen und für den 4. Monat wahlweise in einer der oben geschilderten öffentlichen Einrichtungen oder einem Krankenhaus.

Meine Damen und Herren, Ziel unserer Bemühungen und auch derjenigen der Studierenden ist die Erlernung ärztlicher Fertigkeiten und diese sollten, abgesehen davon, daß 4 Monate als äußerst knapp bemessen angesehen werden müssen, *ausschließlich in Krankenhäusern erworben werden*, weil die genannten anderen Institutionen - so wichtig sie in unserem sozialen Gefüge sind - erst dann nutzbringend für den angehenden Arzt werden können, wenn er das Rüstzeug der Diagnostik und die grundsätzliche Handhabung der Therapie in diesen Kliniken eben erlernt hat.

3. Es sollte wieder zu einer ausschließlich mündlichen Prüfung sowohl im medizinischen Vorexamen wie im Staatsexamen kommen. Überprüft werden sollte verstandenes Wissen und ärztliche Reife neben der dem Kandidaten zur Verfügung stehenden Untersuchungstechnik.

Gestatten Sie mir bitte nun noch ein Wort zur Einrichtung unfallchirurgischer Abteilungen bei der sinnvollen Teilung größerer Allgemeinchirurgischer Kliniken nach der Pensionierung der bisherigen Stelleninhaber. Mit wachsender Sorge ist hierbei das Verhalten bisher weniger ärztlicher Kollegen zu betrachten und es ist sicherlich weder ein guter Stil noch Kennzeichen einer ausgereiften Persönlichkeit oder auch eines ausgewogenen kollegialen Verhaltens, wenn man dem zu berufenden Unfallchirurgen vor seiner Wahl Zusicherungen für die ‚Abgrenzung‘ seines Fachgebietes abpreßt, um sein eigenes Gebiet ohne Störungen auszuweiten. Das gilt nicht nur für chirurgische, sondern durchaus auch für Nachbardisziplinen.

Auch Berufsorganisationen sind schlecht beraten, wenn sie hier die Interessen derer vertreten, die bei der Berufung des neu hinzutretenden Kollegen eine eigene Rechnung aufzumachen versuchen. In diesem Zusammenhang halte ich es für absolut richtig, daß, ganz gleich, ob die D-ärztliche Tätigkeit von einem Allgemeinchirurgen, einem Unfallchirurgen oder einem Orthopäden abgedeckt wird, die stationäre und die ambulante Behandlung der Unfallpatienten, ausschließlich im wohlverstandenen Interesse der Patienten selbst, in ein und derselben Hand liegt. Berufsverbände, Berufsgenossenschaften und die Landesärztekammern sind dazu aufgerufen, hierauf besonderes Augenmerk zu richten.

Unsere jungen unfallchirurgischen Kollegen sind von uns darauf ausgerichtet und ausgebildet worden, im Interesse der Patienten die Cooperation in der Behandlung zu suchen. Es wäre gut, wenn verwandte Fachrichtungen sich endlich auch zu einem ähnlichen Vorgehen - ich meine überall dort, wo das noch nicht geschehen ist - entschließen könnten. Unser fachärztlicher Nachwuchs kann bei der Ausweitung unseres Stoff- und

Wissensgebietes nur durch Cooperation mit den Schwesterdisziplinen und anderen klinischen Fächern gehobenen Anforderungen an die Behandlung Schwerverletzter gerecht werden. Er braucht dazu die große Ausbildung in der Allgemeinchirurgie und die Weiterbildung im Teilgebiet, um dieses Teilgebiet abzudecken und die Gesamtbehandlung Unfallverletzter kompetent koordinieren zu können. Das wird beispielsweise bei der Setzung von Behandlungsprioritäten unerlässlich. Abgrenzungen jedweder Art werden sehr zum Schaden des Unfallpatienten diese Coordination behindern, weil es nur allzu menschlich ist, eine gewisse Überbewertung der eigenen Rolle in einem solchen Behandlungskonzept der Rehabilitation zu inaugrieren.

Es sollte sich heute jeder darüber im klaren sein, daß von uns Ärzten eine optimale Behandlung unserer Patienten gefordert wird und daß es, was das chirurgische Gebiet anbetrifft, keinen Chirurgen mehr gibt, der dieses Gebiet gleich kompetent in all seinen Verzweigungen abdeckt. Andererseits ist es ein Trost, daß bei der Coordination gleichberechtigter Partner der Gesamtkörper der Chirurgie intakt bleibt, wenn all seine Glieder auf eine Abgrenzung verzichten und stattdessen zum Wohle der Patienten kooperieren. Es ist mir durchaus bewußt, daß diese Forderungen, die wir heute stellen müssen, da und dort vielleicht auch an vielen Stellen Schwierigkeiten haben werden. Im Interesse der Kranken ist es aber unumgänglich notwendig, Persönlichkeiten als Fachärzte für leitende Positionen heranzubilden, die zur Cooperation menschlich fähig sind und keine engstirnigen Stellenverwalter, die ihr angebliches Privileg höher stellen als das Heil der ihnen anvertrauten

Patienten.

Nach diesem allgemeinen Überblick über die Ausbildung unserer heranwachsenden Mediziner und die fachlichen interdisziplinären Fragen einen Ausblick auf die spezielle Entwicklung unseres Faches:

Vor 45 Jahren wurde in Deutschland die bahnbrechende Neuerung in der Behandlung der Röhrenknochenfrakturen durch eine herausragende Leistung Gerhard Küntschers gemacht.

Es war die Marknagelung, die weder damals noch heute zu den einfachen Eingriffen zählt, sondern ein volles chirurgisches Geschick beansprucht und wie alle operativen Maßnahmen, auch die richtige Indikation. Wir deutschen Chirurgen sind stolz auf diese Leistung und viele Hunderttausende von Menschen bei uns und in aller Welt verdanken der Marknagelung ihre Gesundheit und medizinische Rehabilitation.

Angesichts der immer schwerer werdenden Unfälle, die sich eben nicht nur auf Frakturen der Röhrenknochenschäfte beschränken, sondern unter dem Bilde des Polytraumatismus auftreten und auch zunehmend die großen Gelenke und das statische Organ des menschlichen Körpers betreffen, reichte die Osteosynthese der Schäfte der langen Röhrenknochen allein nicht mehr aus. Die konservative Behandlung von Gelenkfrakturen erfolgte trotz intensivster Bemühungen, wie selbst Exponenten einer grundsätzlich konservativen Knochenbruchbehandlung feststellen mußten, stets mit Abstrichen an der Funktion, also mit Defekten. Es ist etwas mehr als ein Vierteljahrhundert nur vergangen, seit sich eine Gruppe Schweizer Ärzte zusammentat, um eine Verbesserung der Osteosynthese gerade bei Gelenk- oder gelenknahen Frakturen und ebenfalls eine Verbesserung der

zugehörigen Implantate und Instrumente hinsichtlich ihrer metallischen Zusammensetzung und Formgebung zu erarbeiten. Die Zeit hierzu war reif, aber es war eben die Schweiz, die diese Gruppe hervorbrachte, wobei man die Namen von Maurice Müller, Martin Allgöwer, Robert Schneider und Hans Willenegger herausstellen muß. Ihre Beschäftigung mit der Thematik erbrachte eine beispielhafte Vereinheitlichung von Instrumenten und Implantaten, eine Vereinheitlichung auch der Operationsmethodiken, sowie eine metallurgisch einwandfrei gleichbleibende und stets kontrollierte Qualität. Mitgerissen durch den Elan dieser Gruppe, die sich *Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen* nennt und auch angesichts steigender Unfallzahlen hier in Zentraleuropa, aber auch sonst in der Welt, mit zunehmender Schwere der Verletzungen, denen eine vorwiegend konservative Therapie nicht mehr gerecht werden konnte, wurde unter der dankenswerten Initiative von Koslowski am 28.11. 1969 die deutsche Sektion dieser Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen in Ettlingen gegründet. Sektionen in anderen Ländern folgten, besonders in Italien, Österreich, der Deutschen Demokratischen Republik und in Spanien. Sie alle und die ihnen angeschlossenen Kliniken verpflichten sich bei gleichbleibender Indikation mit gleichen Methodiken, Instrumenten, Implantaten und nach gleichen Grundsätzen vorzugehen und - was für die Qualitätssicherung besonders wichtig ist - eine gemeinsame Dokumentation der Behandlungsergebnisse bei allen mit Osteosynthesen versorgten Patienten durchzuführen. Sie verpflichten sich ferner zur wissenschaftlichen Arbeit und zur Zusammenarbeit und zu mehrfach im Jahre stattfindenden administrativen Sitzungen mit anschließendem wissenschaftlichen Programm, welche klinischen aber vor allem auch biomechanischen Fragen und Fragen der Knochenneubildung vorbehalten sind. Nicht zu kurz kam auch die Weiterbildung in der operativen Unfallchirurgie. So sind bis Ende 1982 weit über 200 Basiskurse mit über 33 000 Teilnehmern durchgeführt worden. Außerdem fast 250 Instruktionkurse für Operationspersonal mit 23 000 Teilnehmern. Darüber hinaus hat diese Arbeitsgemeinschaft Stipendien an Ärzte anderer Länder und Erdteile mit abgeschlossener Facharztausbildung vergeben, die ihre Stipendiatenzeit an sogenannten AO-Kliniken verbrachten. Ende 1982 waren es über 800 Stipendiaten aus 70 anderen Ländern. Außerdem wurden Delegationen von AO-Mitarbeitern in ausländische Kliniken in Europa, Nordafrika, die Vereinigten Staaten, nach Südamerika und Asien entsandt in der Absicht, die wesentlichen Neuerungen der Osteosynthese auch jenen Fachkollegen dort zugänglich zu machen. Durch diese beispielhafte Zusammenarbeit, insbesondere der deutschsprachigen Länder in Europa, ist ein internationaler Verband, eine weitflächige Verbreitung von Kenntnissen und Techniken und somit ein echter Fortschritt weltweit entstanden.

Wir verdanken, meine Damen und Herren, diesen Männern der ersten Stunde, nämlich den Vertretern der Schweizerischen AO und Gerhard Küntscher für die moderne Unfallchirurgie sehr viel und haben allen Grund stolz auf sie zu sein. Maßstab für den Erfolg der Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen innerhalb 30 Jahren in der Schweiz ist ein Rückgang der Röntgen nach Oberschenkelfrakturen um 1/3, nach Unterschenkelfrakturen - sie werden in unseren Kongreßthematiken eine zentrale Rolle spielen - um fast die Hälfte, nach Malleolarfrakturen um 1/3, nach Oberarmfrakturen um die Hälfte und nach Unterarmfrakturen um ein knappes Drittel. Interessanterweise beträgt in der Schweiz - sie hat Modellcharakter auch für uns, obgleich eine offizielle vergleichbare Aufstellung bei uns

nicht vorliegt oder zu erhalten ist - der gemeinsame Kostenanteil von Krankenhäusern, Ärzten und Apothekern an der sogenannten Kostenexplosion des Medizinalwesens nur 14 %.

Der Rest sind Renten. Das zeigt deutlich, daß all unsere Bemühungen dort anzusetzen haben, wo noch Möglichkeiten bestehen, ein Invalidentum zu vermeiden. Das heißt, wenn selbst in einem Land wie in der Schweiz von der Kostenexplosion 86 % auf die zu zahlenden Renten entfallen, dann muß alles zu einer weiterführenden Verbesserung der Rehabilitation unserer Verletzten getan werden. Das ist eine Aussage, die unsere Öffentlichkeit - Bürger, Politiker und besonders Journalisten - interessieren sollte.

Die Fälle von Problemen, mit denen wir uns beschäftigen müssen, habe ich, glaube ich, deutlich gemacht. Das Programm unseres Kongresses soll Bausteine hierzu liefern. Es läßt mehr Raum als bisher für die experimentelle Unfallchirurgie, nimmt zur Tüchtigkeit der älteren oder behinderten Menschen im Straßenverkehr Stellung, befaßt sich als Teil des Polytraumas mit dem instabilen Thorax, dem schweren Handtrauma, der Acetabulumfraktur, der Wiederherstellung der Knochenstatik nach Substanzverlust an Röhrenknochen, der Neurotraumatologie und der operativen Behandlung des Unterschenkelbruchs. Daneben werden in diesen Tagen die Aspekte der Hüftprothetik, die Knochendystrophie und die posttraumatische Arthrose behandelt. Es ist ein volles Programm, und ich möchte allen Referenten und Rundgesprächsleitern, die mir ihre Hilfe hierzu nicht versagt haben, schon jetzt für ihre Bereitschaft, die vorgesehenen Thematiken zu übernehmen, herzlich danken.

Ihnen aber, meine lieben Kollegen, wünsche ich, daß Sie viele Anregungen für Ihre verantwortliche Tätigkeit neben neuen Eindrücken aus Berlin nach Ablauf dieser Tage mit nach Hause nehmen.“