



DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
UNFALLCHIRURGIE

1985: Prof. Dr. med. Günther Hierholzer (Duisburg-Burgholz)

Vorbemerkung:

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

Im Namen des Geschäftsführenden Vorstandes
(gez.) Der Generalsekretär

Eröffnungsansprache „Ärztliches Verständnis als Grundlage der unfallchirurgischen Behandlung“ des Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, 49. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde am 13.11 bis 16.11.1985 in Berlin

„Einleitende Bemerkungen: Die Chronik der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde weist in diesen Jahren beachtenswerte Daten und Merkmale einer dynamischen Entwicklung auf. Am Ende des Jahres 1985, in dem die gesetzlichen Unfallversicherungsträger ihr 100-jähriges Bestehen und die historische Übertragung der politischen Selbstverwaltung feiern, ist der Unfallkongress ein würdiges Forum, um die medizinische Bedeutung des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens mit seinem umfassenden Auftrag von der Erstversorgung bis zur Wiedereingliederung des Verletzten in den Arbeitsprozess zu betonen. Als eine der tragenden Säulen haben die Berufsgenossenschaften die Geschichte unserer Gesellschaft mitgeprägt. Ihrer Pionierleistung für die Unfallheilkunde im zurückliegenden Jahrhundert und der anhaltenden Unterstützung für die Weiterentwicklung der unfallchirurgischen Behandlungsverfahren zollen wir Dank und Anerkennung. Für die angesprochenen politischen Gremien ist damit auch eine in die Zukunft weisende humanitäre und sozialpolitische Verantwortung entstanden.

„Fragestellung“: Wir versammeln uns wieder in Berlin als dem in freier Entscheidung und in Wahrnehmung von Verantwortung gewählten ständigen Tagungsort. Wir bewundern dabei die fortwährende Ausstrahlung dieser Stadt, die die Menschen aus allen Bereichen und von Jahr zu Jahr zunehmend anzieht und beeindruckt. Uns muss das Vermächtnis der Geisteswissenschaften, der Naturwissenschaften und der Medizin dazu anregen, humanistisches Kulturgut bewusst zu machen, es zu mehrern und daraus Einsichten zu erlangen. Zum Beginn eines Kongresses, der sich mit einem für das Gemeinwesen so wichtigen Behandlungsauftrag beschäftigt, stellen sich damit Fragen, die über die speziellen Fachthemen hinausgehen. Prüfen und diskutieren wir z.B., ob unser ärztliches Verständnis

mit dem humanistischen Begriff und dem hippokratischen Gelöbnis in Einklang steht, erkennen wir die Auswirkungen unserer Verantwortung bei den alltäglichen Entscheidungen, und vergessen wir nicht, bei der Frage nach der Wegweisung die nachrückende Kollegenschaft miteinzubeziehen.

Das im Corpus Hippocraticum überlieferte Gedankengut ist durch das Gelöbnis des Weltärztebundes 1948 in Genf und durch das Gelöbnis der Deutschen Ärzteschaft aus dem Jahre 1956 als Grundlage unseres Denkens und Handelns bestätigt. Es bedarf sicher nicht des Kommentars, sondern allenfalls des Nachlesens.

Die Definition des humanistischen Begriffes hingegen erfuhr im geschichtlichen Ablauf Ergänzungen und unter dem Einfluss politischer Strömungen unterschiedliche Auslegungen. Die in seinem Kern verankerten Leitsätze blieben davon unberührt.

So sind wir unverändert aufgefordert, arbeitend, forschend und ergebnisprüfend zu neuen Erkenntnissen zu kommen, um damit einen Beitrag zur Wahrheitsfindung zu leisten. Je schneller die medizinisch-technische Entwicklung fortschreitet, um so mehr verpflichtet uns der humanistische Auftrag, die Menschenwürde zu beachten, die bei der Anwendung verschiedener Behandlungsmassnahmen zum entscheidenden Gesichtspunkt werden kann. Aus der Beziehung dieser Leitsätze zum aktuellen Tagesgeschehen ergeben sich ganz von selbst einige Gedanken und Feststellungen, die mir wert erscheinen, besprochen zu werden.

„Chirurgisches Verständnis“. CARSTENSEN hat die Chirurgie als Wissenschaft, ihre Ausübung als Handwerk bezeichnet. Lassen Sie mich dieser Definition eine Anmerkung hinzufügen:

Die chirurgisch-operativ tätigen Ärzte haben weit in die Geschichte der Menschheit zurückreichende Wurzeln mit einer darin verankerten humanitären Geisteshaltung. Zwar können die ärztlichen Wertvorstellungen negative Einzelercheinungen und zeitweilig gefährdende Einflüsse nicht verhindern, ungeachtet dessen ist aber die hippokratische Verpflichtung mit erstaunlicher Kontinuität von Generation zu Generation weitergegeben worden.

Die Achtung und die Bewahrung menschlichen Lebens bleiben Teil unseres unumstösslichen Bekenntnisses. Diese Festlegung hat ebenso Gültigkeit für die Behandlung eines Schwerverletzten nach einem Unfall wie für einen aus innerer Ursache erkrankten Menschen. Bis heute waren Diskussionen, Anhörungen, spektakuläre Auftritte und juristische Verfahren ohne negativen Einfluss auf dieses ärztliche Selbstverständnis, sie haben in die Kollegenschaft nicht einmal Unruhe gebracht. Wir erinnern uns sehr wohl der Ermahnung HUFELANDS, der vor 180 Jahren in Berlin gewirkt hat. Erliegt nämlich der Arzt erst einmal der Versuchung, bestehendes Leben bewerten zu wollen und bezieht er diese Anmassung in seine Entscheidung mit ein, so muss er zum gefährlichsten Menschen im Staat werden.

Natürlich sind Ärzte und Personen der damit verbundenen Berufe an Katastrophen und Kriegen immer beteiligt gewesen. Nur erfolgte die Beteiligung nicht, um diese zu betreiben, sondern in der nachweisbaren Absicht, Verletzungsfolgen zu behandeln und Leiden zu mindern. Der aktuelle Bezug besteht in der derzeitigen Diskussion um die Notwendigkeit, ja überhaupt um die Berechtigung, bei einer Katastrophe ärztliche Hilfe zu leisten. Es ist jedoch

irrationaler Unfug, durch Infragestellung oder Verweigerung von Hilfeleistung, Katastrophen vermeiden zu wollen und zu glauben, man könne die Menschen damit zur Friedfertigkeit zwingen. Menschliches Versagen wird leider auch in der Zukunft Anlass für Katastrophen geben, das haben die Ereignisse in einem europäischen Stadion - also mitten unter uns - gezeigt und das zeigen tagtägliche Unfälle im Strassenverkehr, die Unfälle im Flugverkehr ebenso wie die Fortsetzung politisch bedingter Ausschreitungen. Ärztliche Hilfe ist moralische Verpflichtung, gleichgültig unter welchen Bedingungen und Umständen. Ihr qualitativer Anspruch steht nicht in Beziehung zu einer Zahl von Verletzten, er nimmt also auch mit einem Massenunfall nicht zu. Der quantitative Teil der Aufgabe kann allerdings insoweit in den Vordergrund treten als die Versorgung vieler Verletzter Probleme in der Bewältigung mit sich bringt. So bleibt es unsere Aufgabe, fachliche und organisatorische Lösungen zu finden, mit denen wir ärztliche Hilfe nach einem Unfall eines einzelnen Menschen ebenso wie nach einem Unfall vieler Menschen verwirklichen können. Eine ärztlich wissenschaftliche Gesellschaft wie die unsere hat in dieser wie in anderen Grundsatzfragen zweifelsfrei nicht die Funktion der politischen Willensbildung. Wir haben aber das Recht und die Pflicht, durch eigenes Verhalten und durch Bekundung unüberhörbare politische Entscheidungshilfen zu geben und Einfluss geltend zu machen.

„Arzt-Patientenverhältnis“: In Verbindung mit medizinischen und ärztlichen Fragen ist im modernen Sprachgebrauch der Begriff ‚Humanismus‘ durch das Wort ‚Humanität‘ weitgehend abgelöst worden. Die damit verbundene Sinndeutung steht zwar dem geschichtlichen Verständnis seit dem 16. Jahrhundert nicht grundsätzlich entgegen, man verbindet aber mit dem Begriff zunehmend die Beachtung der Menschenwürde, der Menschlichkeit und des Aufklärungsbestrebens. Es ergeben sich daraus auch für die tägliche ärztliche Arbeit aktuelle Auswirkungen, von denen ich einige herausgreife.

Das Interesse der Menschen an der Biologie und an der Medizin hat in den zurückliegenden Jahren und parallel zum fachlichen Fortschritt stark zugenommen. Für unsere Besprechung erscheint es wichtig, auf ein damit verbundenes Phänomen hinzuweisen. Ein Teil der Patienten lässt ein auffallend starkes Zutrauen in die Erfolgsaussicht operativ-technischer Behandlungsmassnahmen erkennen. Das tiefergehende Gespräch wie der Behandlungsverlauf zeigen aber, dass es sich dabei mehr um eine Erwartungshaltung an die Leistungsfähigkeit der Medizin als um ein besonderes Vertrauen zum Arzt handelt. Diese subjektive Einschätzung des Patienten ist offenkundig die Ursache der zunehmenden Erwartungshaltung, Heilung und Wiederherstellung auch nach schwerwiegenden Verletzungen erfahren zu können. Im Kontrast zu einem vermeintlich fest gefügten Patienten-Arzt-Verhältnis kann dann sehr schnell ein belastendes Misstrauen aufkeimen, sobald das Ausmass einer Verletzung oder einer auftretenden Komplikation an die Grenze therapeutischer Möglichkeiten oder gar in den Bereich ärztlicher Ohnmacht führen. Besonders betroffen sind davon Angehörige junger Menschen, die aus voller Gesundheit einen Unfall mit schwerwiegenden Verletzungsfolgen erleiden, Menschen also, die auf ein derartiges Ereignis nicht vorbereitet sind. Betroffen sind aber auch wir als behandelnde Ärzte, nur sollten wir über dieses Phänomen nicht klagen, sondern durch persönliches Verhalten, Bereitschaft zur Information und Bereitschaft zur Transparenz unsere Tätigkeit erklären und darauf hinweisen, dass es trotz der eindrucksvollen Fortschritte in der Medizin einen grossen Bereich ärztlicher Ohnmacht heute noch gibt und auch in der Zukunft geben

wird. Achten wir weiterhin sehr darauf, jeden Ansatz von Hybris bei der Deutung medizinischer Behandlungserfolge zu vermeiden. Beanspruchen wir auch nicht den Erfolgsanteil der Arbeit, der der Grundlagenforschung zuzuordnen ist.

„Bedeutung der medizinischen Forschung aus der Sicht des Kliniklers“. Wissenschaftliches Streben und Forschung haben unbestreitbar für die kulturelle Entwicklung einer Gesellschaft grundsätzliche Bedeutung. Das Verharren in dem einmal erarbeiteten Erkenntnisstand kann vergleichbar den Bereichen der Politik, der Wirtschaft und der Technik keinesfalls verantwortet werden. Ohne Forschung ist die von uns allen erhoffte Evolution des Menschen nicht denkbar. Der erarbeitete neue Befund mehrt unsere Kenntnis und ist Voraussetzung für das Auffinden von Zusammenhängen und Gesetzmässigkeiten, aus denen wiederum neue Behandlungswege abgeleitet werden können. Während die Grundlagenforschung am erfolgreichsten ohne zweckgerichtete Absicht vorangetrieben wird, weil diese sogar hemmend wirken kann, sollten wir bei der wissenschaftlichen Fragestellung den unfallchirurgischen Behandlungsauftrag nicht aus den Augen verlieren. Es ist dabei sinnvoll und zweckmässig, bei der Planung der Untersuchung ebenso wie bei der Auslegung der Befunde sich des Rates der theoretischen Disziplinen zu bedienen. Erkennen wir auch für unser Arbeitsgebiet die begrenzte Aussagefähigkeit einzelner gedanklicher Ansätze. Es gilt jene Form der Verwirrung zu vermeiden, die z.B. bei der Deutung der Befunde zu dem komplexen Umwelt- und Schadstoffproblem derzeit besteht und technische wie politische Lösungen gleichermassen behindert. Erkennen wir auch die Gefahr der rein empirischen Schlussfolgerung und noch mehr die Gefährlichkeit einer Untersuchungsreihe, für die ein bestimmtes Ergebnis bereits postuliert ist.

Medizinische Forschung erfüllt auch einen humanitären Auftrag. Als Beispiel kann der von den Berufsgenossenschaften vorangetriebene präventive Bereich der Arbeitssicherheit genannt werden. Die Erforschung der Unfallursachen hat zu einer stetigen Verbesserung der Unfallverhütungsmassnahmen und zu einem erheblichen Rückgang der Arbeitsunfälle geführt. Zur Darstellung dieser eindrucksvollen Entwicklung ist eigens eine wissenschaftliche Sitzung bei diesem Kongress anberaumt. Lassen Sie mich ein anderes Beispiel aufzeigen. Mit Recht verzichten heute weder die Patienten noch ihre Angehörigen auf den Nutzen und den Fortschritt, der sich aus zurückliegender Forschungsarbeit für eine Behandlung ergibt. Soll etwa in der Zukunft einem schwerverletzten oder erkrankten Menschen die Möglichkeit einer verbesserten Behandlung nur deshalb vorenthalten werden, weil wir Forschung aus kurzsichtigen politischen und wirtschaftlichen Gründen heute reduzieren oder gar einstellen?

Durch Forschung sind die Grundlagen der Asepsis erarbeitet und damit die Voraussetzungen für die moderne operative Medizin überhaupt erst geschaffen worden. Zurückliegende Forschungsarbeit hat weiterhin ermöglicht, die Lebensqualität z.B. durch Gefässersatzoperationen, Osteosynthesen, oder Knochentransplantationen zu verbessern. Schliesslich hat sie bewirkt, dass derartige Eingriffe im Verlauf der Jahre mit wesentlich grösserer Erfolgsaussicht und mit deutlich geringerem Kostenaufwand vorgenommen werden können.

In unsere Überlegungen müssen wir den kritisch geplanten und verantwortungsbewusst durchgeführten Tierversuch ausdrücklich einbeziehen. Die Forderung nach der Obhutspflicht

für das Tier ist berechtigt, sie entlässt uns aber nicht aus der moralischen Verpflichtung, Güterabwägung vorzunehmen und diese sagt uns, ‚es ist inhuman, den Tierversuch abzulehnen‘. Die Mitverantwortung der politischen Institutionen an einer kritisch geplanten Forschungsarbeit wird aus diesen Überlegungen offenkundig. Allerdings geht sie über den angesprochenen Rahmen hinaus, da ihnen zusätzlich die Entscheidung obliegt, sachliche und personelle Voraussetzungen für diesen wichtigen Arbeitsbereich zu schaffen. Und schliesslich müssen wir mit unserer Argumentation auch noch mehr an die Bevölkerung herantreten, um von ihr eine bejahendere Unterstützung für die wissenschaftliche Arbeit zu bekommen.

Informationsbedürfnis der Bevölkerung, Transparenz ärztlicher Tätigkeit. Offensichtlich bedürfen Sinn und Auswirkung der ärztlichen Schweigepflicht in der Öffentlichkeit einer eingehenderen Erläuterung mit dem besonderen Hinweis, dass diese nicht die Aufgabe hat, den Arzt zu schützen. Sie dient vielmehr dem Schutzbedürfnis eines verletzten oder erkrankten Menschen. Um so verantwortungsvoller ist es aber für uns Ärzte, darüber nachzudenken, wie dem zunehmenden Informationsbedürfnis der Patienten, ihrer Angehörigen und der Allgemeinheit entsprochen werden kann. Im Vordergrund sehe ich zunächst die Aufgabe, Information und Patientenaufklärung nicht allein formal erfüllen zu wollen. Zufriedenstellend wird das Ergebnis nur in Verbindung mit Einfühlsamkeit und menschlicher Zuwendung sein. Die Informationsbereitschaft betrifft natürlich auch die Transparenz ärztlicher Tätigkeit und diese ist gebunden an eine Dokumentation der durchgeführten Untersuchung, der Therapie und des erzielten Ergebnisses. An diesem Punkt schliesst sich der Kreis mit der klinisch-wissenschaftlichen Forschung.

Wir nehmen diesen Auftrag sehr ernst. Von alters her sind in der Chirurgie in besonderem Masse klinische Ergebnisse wissenschaftlich erarbeitet und vergleichend diskutiert worden. Wir anerkennen daher die Verbesserungswürdigkeit der Massnahmen zur Dokumentation und Qualitätssicherung. Nun haben die letzten zwei Jahrzehnte bereits entscheidende Impulse gebracht. Unter der Federführung von DAßBACH ist durch die Berufsgenossenschaften in ihren Kliniken ein medizinisches Basisdokumentationssystem eingeführt worden, das nicht nur weiterentwickelt wird, sondern grundsätzlich allen Krankenhausträgern zur Verfügung steht. In Verbindung mit der ab 1986 gültigen gesetzlichen Neuregelung der entsprechenden Anforderungen an Krankenhäuser erhält dieses Angebot besondere Aktualität. Unter der Federführung von SCHEGA hat die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie inzwischen einen umfangreichen Modellversuch zur Qualitätssicherung durchgeführt und schliesslich haben die Ärztekammern mit der Einführung der Gutachterkommissionen für ärztliche Behandlungsfehler eine sehr kritische Kontrollfunktion übernommen. Natürlich ist die Entwicklung damit nicht abgeschlossen. Es ist aber auch zu erwarten, dass diese erarbeiteten Schritte und Konsequenzen vor verschiedenen aussermedizinischen Bereichen nicht halt machen werden, die sich im Windschatten der aktuellen kritischen Diskussion heute noch gar nicht angesprochen fühlen. Um Transparenz und Qualitätssicherung vorantreiben zu können, bedarf es wiederum der partnerschaftlichen Unterstützung aller Beteiligten, also auch der Bevölkerung. Dazu ein wichtiges Beispiel. Obduktionen dienen nicht nur der wissenschaftlichen Weiterentwicklung der Medizin. Nach Verletzungen mit Todesfolge lassen sich oft nur durch den Obduktionsbefund ärztliche Massnahmen beurteilen und versicherungsrechtliche Fragen

beantworten. Wir müssen daher eindringlich auf die abnehmende Frequenz durchgeführter Obduktionen und auf die abnehmende Bejahung dieser Untersuchungsform durch Ärzte und durch die Bevölkerung hinweisen. Es ergeht deshalb meine besondere Bitte, bei unserem Kongress der wissenschaftlichen Sitzung über dieses Thema Aufmerksamkeit zu widmen.

„Risikobereitschaft und Kritikfähigkeit beim chirurgischen Handeln“. Es wird teilweise der Eindruck vermittelt, als seien chirurgisches Denken, Planen und Handeln zunehmend von forensischen Überlegungen getragen. Dem ist mit allem Nachdruck zu widersprechen. Unsere Wertvorstellungen sind weitergehend, wir leiten sie aus dem eingangs benannten Zusammenhang und aus dem Vorbild unserer Lehrer ab. Im Corpus Hippocraticum ist die Verpflichtung dazu eigens ausgesprochen. Ich bedanke mich an dieser Stelle bei meinem Lehrer und Freund Professor Dr. Jörg Rehn für die zuteil gewordene Lehre, für sein Vorbild und für die Einbindung in eine ehrenvolle Tradition. Natürlich ist es eine sehr verantwortungsvolle und auch für den erfahrenen Chirurgen immer wiederkehrende Aufgabe, Risiko zu ermessen. In der Notfallsituation ist sie zusätzlich erschwert, weil die diagnostischen Hilfsmittel nur begrenzt eingesetzt werden können. Ohne die Bereitschaft aber, Risiko zu tragen, werden wir Notfallsituationen nicht bestmöglich beherrschen können. Ohne diese Bereitschaft hätte z.B. Ludwig REHN lange Jahre vor der Entwicklung der Herzchirurgie die erste operative Versorgung einer Herzmuskelstichverletzung nicht erfolgreich durchgeführt.

Diese Feststellung ist mit der Forderung an uns zu verbinden, das eigene fachliche Vermögen und die organisatorischen Gegebenheiten eines Arbeitsbereiches selbstkritisch zu beurteilen. Die so begründete chirurgische Gewissensentscheidung wird dann kaum mit der haftungsrechtlichen Prüfung in Konflikt geraten. Die Ermahnung zur Kritikfähigkeit beschränkt sich nicht auf die Behandlung, sie bezieht sich auch auf die Erarbeitung und Veröffentlichung klinisch-wissenschaftlicher Ergebnisse. Wir sollten uns deshalb die fachliche Diskussion bei den wissenschaftlichen Sitzungen gegenseitig nicht leicht machen. Das schonungslose Fragen gefährdet das kollegiale Verhältnis nicht, es erfüllt vielmehr eine kollegiale Verpflichtung.

„Wünsche für die junge Kollegenschaft“. Berufliche Aufgaben, Verantwortung und die bekannten alltäglichen Probleme dürfen uns den stetigen und doch recht schnellen biologischen Wechsel in den eigenen Reihen nicht übersehen lassen. Die meisten Kollegen in leitender Position haben vor Jahren ihr Amt mit Idealismus, besonderer Aufgeschlossenheit und weitreichenden Plänen angetreten. Nun müssen Erfahrungen mit Erfolgen wie mit Rückschlägen, mit erfreulichen und belastenden Begegnungen, nicht zwangsläufig fortschrittliche Grundeinstellung verändern und Aufgeschlossenheit mindern. Warum sollte also der Präsident nicht auch die Gedanken der nachrückenden Kollegenschaft mitvollziehen und formulieren können. Wie die Erfahrung aber zeigt, ist sowohl im privaten als auch im dienstlichen Bereich der junge Mensch am besten durch die Übertragung von Verantwortung anzusprechen. Anstatt Sie also, meine jüngeren Kolleginnen und Kollegen, mit einer Deklamation zu bedenken, biete ich Ihnen bei dieser Eröffnungsveranstaltung vielmehr das Podium an, auch Sie sollen Gehör finden. Nehmen Sie von mir zuvor noch einen herzlichen Wunsch entgegen. Möge Ihnen die berufliche und private Entfaltungsmöglichkeit in der Zukunft gegeben sein, mögen Sie in der heutigen Zeit ärztliche Vorbilder sehen und

später selbst als solche wirken und mögen Ihnen Fleiss, Arbeit und Engagement erstrebenswert bleiben.

Meine Damen und Herren, sofern Ihnen die Wahl schwer fällt, zwischen dem Vortrag eines bekannten Referenten und dem Beitrag eines jungen Kollegen, besuchen Sie den jungen Kollegen, diskutieren Sie mit ihm, denn dort liegt unsere Zukunft.“

Quelle: DGU-Archiv