



DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
UNFALLCHIRURGIE

1987: Prof. Dr. med. Eugen Hermann Kuner (Freiburg i. Brsg.)

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, 51. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde (= 5. Deutsch-Österreichisch-Schweizerische Unfalltagung) am 18.11 bis 21.11.1987 in Berlin

„Sehr verehrte Gäste und Freunde unserer Gesellschaften,
verehrte Kolleginnen und Kollegen,
meine Damen und Herren!

Zum fünften Mal schließen sich die wissenschaftlichen Gesellschaften aus der Bundesrepublik Deutschland, aus Österreich und der Schweiz zu einem gemeinsamen Kongreß zusammen, der sich mit *Unfallheilkunde, Unfallchirurgie, Unfallmedizin und Berufskrankheiten* befaßt.

Die etwas unterschiedliche Bezeichnung der Gesellschaften läßt zwar eine gewisse Pointierung erkennen, im Grunde aber weist sie auf die gemeinsamen und umfangreichen Aufgaben hin, die in der Unfallforschung, der Diagnostik und Therapie von Verletzungen liegen, sowie in der Rehabilitation. Darüber hinaus aber gehört auch das Nachdenken über sinnvolle Maßnahmen zur *Prävention – zur eigentlichen Unfallverhütung* - zum Aufgabenbereich der Gesellschaften.

Veranstaltungen dieser Art und in der seit 1972 geschlossenen Folge stellen im Leben und Wirken dieser Gesellschaften wichtige Ereignisse dar. Das Verlangen der wissenschaftlich und klinisch tätigen Ärzte, die sich mit dem Unfall unter den verschiedensten Aspekten beschäftigen, nach einem gemeinsamen Gedankenaustausch über die Landesgrenzen hinweg, ist ein alter Wunsch, der bereits vor fast 100 Jahren (1894) Unfallärzte aus Deutschland, Österreich und der Schweiz anläßlich der 66. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Wien zusammenführte.

Ziele solcher Vereinigungen waren und sind, Erkenntnisse von Forschern und Forschergruppen interessierten Kollegen zu vermitteln, sie zu diskutieren, Kritik und Anregung entgegen zu nehmen, Geselligkeit und kollegialen Umgang miteinander zu pflegen und Freundschaften zu schließen.

Als vor 15 Jahren die erste gemeinsame Deutsch-Österreichisch-Schweizerische Unfalltagung in Bern mit den Präsidenten Georg Maurer, Jörg Böhler und Maurice Müller begann, begrüßte der Gastgeber Maurice Müller die Teilnehmer als *Freunde* und setzte damit ein Zeichen, das verstanden wurde und zu einer ganz wesentlichen Vertiefung persönlicher Beziehungen unfallchirurgisch tätiger Ärzte untereinander und speziell auch der Fachgesellschaften führte. Heute zeichnen sich diese gewachsenen Verbindungen durch gegenseitige Mitgliedschaften und Kongreßbesuche, durch gemeinsam erarbeitete Therapiekonzepte, Behandlungsstrategien und Operationstechniken aus, die allgemein anerkannt sind.

Im vergangenen Jahr konnte die Deutsche Gesellschaft für Unfallheilkunde ihr 50. Kongreßjubiläum festlich hier in Berlin begehen, dem ständigen Tagungssitz unserer Gesellschaft. Dies war berechtigter Anlaß einmal auch auf die großen Anstrengungen und beachtlichen Erfolge hinzuweisen wie beispielsweise die Primärversorgung verletzter Patienten sowie auf das hervorragend funktionierende Rettungswesen (Notarzteinsatz, Rettungshubschrauber usw.). Dies wird so auch in den Medizinempfehlungen für 1986 vom Wissenschaftsrat gesehen. Es kann jedoch kein Zweifel bestehen, daß diese Leistungen erst mit der Schaffung von Lehrstühlen an Universitätskliniken und der Einrichtung selbstständiger Unfallchirurgischer Abteilungen an größeren Krankenanstalten möglich wurden. Gerade aus Anlaß dieser gemeinsamen Tagung darf darauf hingewiesen werden, daß diese fortschrittliche Entwicklung ein Grundanliegen von Lorenz Böhler war, das in Österreich mit der Schaffung des Unfallkrankenhauses vorbildlich realisiert ist.

Zu den eingangs genannten Zielen wissenschaftlicher Vereinigungen, die sich mit Unfallchirurgie beschäftigen, fügte Maurice Müller damals noch ein weiteres hinzu, nämlich *die gegenseitige Schulung*. Gerade die in der Schweiz ins Leben gerufene *Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen (AO)* verfolgt den Schulungsgedanken von Anfang an als eine ihrer wesentlichsten Aufgaben. Er hat sich nicht nur in den deutschsprachigen Ländern, sondern in Europa und darüber hinaus als ein sehr segensreiches Element erwiesen. Nur dadurch war es möglich, in so kurzer Zeit und in der beachtlichen Breite diesen hohen Behandlungsstandard zu erreichen.

Neben reinen fachspezifischen Fragen gibt es heute, bei unserer fünften gemeinsamen Tagung eine ganze Reihe aktueller Themen, welche uns Ärzte in den verschiedenen Ländern gleichermaßen betreffen und angehen. Ich nenne nur die offenen Fragen der Weiterbildung in Unfallchirurgie, die Arbeitslosigkeit junger Ärzte, das Pflichtjahr, die Erschwerung experimenteller und klinischer Forschung, die Diskriminierung des Tierexperimentes ganz allgemein, die Bedeutung der Triage in der Katastrophenmedizin, die unverständlicherweise in unserem Land meist von nicht chirurgisch tätigen Medizinern in Frage gestellt wird. Ich denke auch an die Fortschritte der Gentechnologie, wobei besonders das Gebiet der Onkologie als Hoffnungsträger gelten kann.

Auf der anderen Seite sind Eingriffe in die menschliche Keimbahn möglich geworden. Eine solche Entwicklung muß uns mit großer Sorge erfüllen. Uns Ärzte beschäftigen auch die Fragen der In-vitro-Fertilisation, wie Fragen im Zusammenhang mit der Forschung an menschlichen Embryonen. Auch die Diskussion um das Sterben *aktive und passive Sterbehilfe* - dringt tief in das ärztliche Gewissen.

Die große Zahl der jährlich vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche berühren die ärztliche Sittlichkeit sehr eng, weil gerade hier Aufklärung und Eintreten für eine *präventive Medizin* mit Sicherheit viele Probleme gar nicht erst entstehen ließe.

Es sind der *Umgang mit Leben, die erkennbaren Tendenzen angemäßigter Fremdbestimmung und Fremdverfügung*, die gerade dem unfallchirurgisch tätigen Arzt zu schaffen machen müssen. Am Beispiel der Unfallchirurgie nämlich wird die ganze Tragweite des Dilemmas sichtbar, weil der Arzt hier seinen ganzen persönlichen Einsatz und all sein Können anbietet und mit allen zu Gebote stehenden chirurgischen und medizinischen Möglichkeiten *für die Erhaltung des Lebens*, für die Wiederherstellung von Anatomie und Funktion im wahrsten Sinne des Wortes *kämpft*, selbst wenn er zu diesem frühen Zeitpunkt keineswegs weiß oder sicher sein kann, diesen Kampf in jedem Fall auch gewinnen zu können.

Der Unfallchirurg bejaht deshalb die Gesinnung, wie sie der hippokratische Eid in so einfacher wie umfassender Formulierung zum Ausdruck bringt ohne jede Einschränkung. Unsere Patienten können sich blind darauf verlassen.

Franz Büchner bringt dies in seiner so denkwürdigen Rede, die er in der Zeit des Nationalsozialismus - am 18. November 1941 (auf den Tag genau vor 46 Jahren) - in der Aula der Albert-Ludwigs-Universität zu Freiburg gehalten hat auf den Punkt, indem er sagt: ‚Der einzige Herr, dem der Arzt zu dienen hat, ist das Leben.‘ Und an anderer Stelle heißt es: ‚*Die menschliche Gesellschaft hat dem Arzt das Amt zugewiesen, allem bedrohten Leben, wenn möglich Heiler, wenn nicht möglich Zuflucht zu sein.*‘ Daß diese Einstellung Dreh- und Angelpunkt in der Beziehung Arzt-Patient ist, wird von K.H. Bauer (1952) so zum Ausdruck gebracht: ‚*Übersehen wir nicht: Nur das hippokratische Bild des helfenden Arztes entspricht auch heute noch dem Bedürfnis des menschlichen Herzens! Aber wer noch ein Ideal sein eigen nennt, muß auch dafür- kämpfen.*‘

Lassen Sie mich auf ein anderes Thema näher eingehen, das sehr eng mit dem Schutz des Lebens zusammenhängt und zu dem wir Unfallchirurgen einmal Stellung beziehen müssen. Es ist ein Problem, dem wir offenbar ohne eigene Einflußnahme oder eine Lösungsmöglichkeit gegenüber stehen, obwohl gerade wir uns in der Unfallchirurgie tagtäglich damit befassen müssen und jeder hier im Saal ohne eigenes Zutun unvermittelt auf das Stärkste davon betroffen werden kann. Ich meine das Unfallgeschehen auf unseren Straßen, das wie es scheint, in letzter Zeit zu eskalieren droht. In diesem Zusammenhang drängt sich geradezu und unausweichlich die Frage nach der

Prävention - der Verhütung und Verhinderung von Unfällen – auf.

Die große Zahl der jährlichen Verkehrsoffer ist uns allen bekannt. Die Aktion ‚*Fragen zur Gesundheit*‘ hat bei einer 1980 ausgewerteten Umfrage ergeben, daß sich 12 % der Bevölkerung als unfallverletzt bezeichnen. Die Folgen sind für den Betroffenen, seine Familie

und die Gesellschaft oftmals schwerwiegend und weitreichend. Gar nicht so selten sind sie unkorrigierbar. Sie betreffen den menschlich-persönlichen, den sozialen und den volkswirtschaftlichen Bereich.

Der tägliche Umgang mit Unfallopfern, die fast intime Kenntnis vom Unfallhergang verpflichten den Arzt, seine Stimme zu erheben und alle verantwortlichen Institutionen und Verbände, aber besonders die Politiker eindringlich aufzufordern, sich noch stärker für eine wirksame *Unfallverhütung* einzusetzen.

Die Meldung eines Verkehrsunfalles im halbstündlichen Verkehrsfunk gehört heute zu den Nachrichten, die bei uns weder ein Bedauern noch eine Anteilnahme für die Unfallopfer auslösen. Vielmehr ist die Gewöhnung daran soweit fortgeschritten, daß eher Ärger und Unmut aufkommen, weil möglicherweise die eigene Fortbewegung beeinträchtigt werden könnte. Es ist dies ein Phaenomen, über das wir alle nachdenken sollten.

„Würde in einem Staat mit 50 Millionen Einwohnern plötzlich eine Krankheit ausbrechen, die täglich 1000 Kranke und 35 Tote fordere die Welt hielte den Atem an, alles rief nach Hilfe. Aber daß es z.B. in Westdeutschland täglich 1000 Verletzte und 35 Tote durch Verkehrsunfälle gibt darüber regt sich kaum jemand mehr auf, weil es buchstäblich etwas Alltägliches geworden ist.“

Diese Feststellung traf K.H. Bauer, der Mitbegründer der Verkehrsmedizin und Ehrenmitglied unserer Gesellschaft bereits schon 1957!

Noch 1980 wurden in der Bundesrepublik Deutschland 13 000 Menschen im Straßenverkehr getötet und 380 000 verletzt. Rechnet man die Zahl der Getöteten auf nur 10 Jahre zusammen, wäre eine Stadt wie etwa Freiburg völlig ausgestorben und menschenleer. Eine erschütternde Vorstellung. Nach 1980 wurde für Pkw-Unfälle eine fallende Tendenz erkennbar. Dagegen aber stieg die Zahl der tödlichen Zweiradunfälle um 33 % und die der dabei schwerverletzten Personen gar um 43 %.

Wertvolle Hinweise auf die Entwicklung des Unfallgeschehens verdanken wir der Unfallforschung, wie sie beispielhaft die Unfallchirurgische Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover zusammen mit der Technischen Universität hier in Berlin seit 1973 durchführt.

In einer Arbeit weisen Tscherne und Mitarbeiter 1978 im Zusammenhang mit dem Rückgang tödlicher Pkw-Unfälle und Verringerung der Zahl Schwerverletzter auf folgende Ursachen hin:

- Verkehrserziehung in den Schulen
- Punktesystem für Mehrfachtäter (01.05.1974)
- Herabsetzung der Alkohol-Promille-Grenze auf 0,8 ‰ (1974)
- Anlegepflicht von Sicherheitsgurten (01.01.1976)
- Verbot für Kinder auf Frontsitzen (01.01.1976)
- Entschärfung des Pkw-Innenraumes durch Polsterung

- nachgiebige Lenksysteme
- Tempo 100 km/h auf Landstraßen
- Richtgeschwindigkeit 130 km/h auf Autobahnen
- Partnerschaftliches Verhalten

Durch die Einführung eines Bußgeldes am 01.08.1984 für nicht angeschnallte Personen in einem Pkw konnte die Zahl der Toten noch weiter gesenkt werden. Einen guten Überblick dazu vermitteln die Zahlen von 1983 mit 11 732 Getöteten, 1984 mit 10 199 und 1985 mit 8 400.

Diese positive Entwicklung auf unseren Straßen hielt leider nicht lange an. In diesem Sommer berichtete ein deutsches Nachrichtenmagazin unter der Überschrift: *„Da verstümmelt sich eine Generation“* über steigende Unfallzahlen. Vor allem werden *Temporaussch, riskante Folgeabstände der Fahrzeuge auch bei sehr hohen Geschwindigkeiten sowie Zunahme einer aggressiven Fahrweise ohne Rücksicht auf Verluste* genannt.

Die Zahlen aus der Unfallchirurgie der Chirurgischen Universitätsklinik Freiburg für 1986 sprechen ebenfalls eine deutliche Sprache, ganz besonders was die Zweiradunfälle anbelangt. Von 3 927 stationär behandelten Unfallpatienten hatten 402 - also rund 10 % - einen Zweiradunfall erlitten. Speziell bei den Motorradfahrern liegt der Altersgipfel in der Gruppe der 18 bis 25 jährigen. In einem Jahr kamen 8 Amputationsverletzungen und 30 schwere Schädel-Hirn-Traumen mit bleibenden Schäden zur Behandlung, ganz zu schweigen von den schweren inneren Verletzungen, den breit offenen Frakturen und den zerstörten Gelenken.

Zählen Sie, meine verehrten Kolleginnen und Kollegen, Ihre eigenen Fälle dazu, dann ergibt sich eine verheerende Jahresbilanz.

Es ist keine Frage, daß einem Teil der Verkehrsteilnehmer die Fahrform des *„Thrill“*, dem *„Prickeln“* beim Schnellfahren mit Anstieg von Puls und Blutdruck zum Verhängnis wird. Der bewußte Verzicht auf Sicherheit spielt insofern eine Rolle, als er das volle Auskosten eines derartigen Grenzerlebnisses erst ermöglicht. Nur so wird verständlich, was in unserer Gesellschaft momentan Konjunktur hat, nämlich sich freiwillig in Gefahren zu exponieren, um darin ein neues Erlebnisgefühl zu empfinden oder besser - zu konsumieren.

Auslebenstendenzen werden von der Industrie zu Werbezwecken genutzt, indem die sportlich, kraftbetonte Seite eines Fahrzeugs besonders herausgestellt wird. Damit soll individueller Überlegenheitsgewinn suggeriert werden. Eine solche Einstellung behindert eine realistische Grundhaltung zu Automobil und Motorrad ganz erheblich.

Im Gegenteil. Es treten Symptome in den Vordergrund, die nicht mehr zweckrational bestimmt sind, sondern mit *„Siegen-wollen, Sich-durchsetzen und mit Lustgewinn“* befrachtet sind.

In diesen Zusammenhang paßt nahtlos auch der in vielen Situationen heute fälschlich benutzte Begriff der *Selbstverwirklichung*, der von der Philosophie her ja für die Gestaltung des eigenen Daseins gemäß der eigenen, natürlichen Anlagen steht. Selbstverwirklichung

kann gar nicht mehr dem eigentlichen Sinn entsprechen, wenn dabei die Freiheit des anderen beeinträchtigt bzw. verletzt wird. Für eine bestimmte Gruppe von Verkehrsteilnehmern aber scheint schnelles und rücksichtsloses Fahren offensichtlich die Züge einer falschen Selbstverwirklichung zu tragen. Sie huldigen einem extremen Individualismus, der nur als rücksichtsloser Egoismus bezeichnet werden kann.

Auch Schlagworte wie *„Freie Fahrt für freie Bürger“* sind nicht hilfreich. Schlimm sind auch Aufkleber an Fahrzeugen wie: *„Tempo 200 sind genug“*. Der arroganteste Spruch jedoch lautet: *„Mein Auto fährt auch ohne Wald“*. Solche Sprüche sind in ihrer Arroganz, ihrem hervorquellenden Egoismus und in ihrer Dummheit nicht mehr zu überbieten.

Dieser Zeiterscheinung steht der größte Teil unserer Bevölkerung sprachlos gegenüber. Parallel dazu glaubt man, eine Teilnahmslosigkeit zu erkennen oder gar die Umkehrung hin zur Lust am Zuschauen bei Unfällen mit gleichzeitiger Behinderung für Hilfe und Bergung. Für dieses Phänomen unmenschlichen Verhaltens fehlt jede Erklärung.

Der Verlust des Gefühls der Zusammengehörigkeit, des Gemeinschaftssinnes zur spontanen aktiven Hilfeleistung - denn es könnte mir ja das gleiche passieren - , scheint der Flucht in reines passives Beobachten gewichen zu sein. Denn, wozu eigentlich besitzen wir in der Bundesrepublik Deutschland ein engmaschiges und teures Netz einer professionellen Rettung, die in der ganzen Welt Beachtung findet! - *Sie werden schon gleich kommen- sie die Rettungswagen oder besser noch der Rettungshubschrauber mit Notarzt und Rettungssanitätern. In den Unfallkliniken wird man alles schon wieder richten und in Ordnung bringen. Schließlich bin ich gut versichert. Ich habe Anspruch!* Diese Mentalität einer ausgesprochenen Erwartungshaltung kommt ja auch nicht ganz von ungefähr. In der Deklaration der Menschenrechte (1948) ist ausdrücklich auch das *Recht auf Gesundheit* verbrieft. Dies scheint eine weitere Quelle für einen völlig unbegründeten Optimismus zu sein. Maurice Müller sagt dazu in seiner Eröffnungsrede 1972: *„Als Ärzte können wir kaum glauben, daß der Gesetzgeber dabei die Gesundheit im engeren Sinne meint. Denn körperliche und geistige Gesundheit bleiben ein Geschenk Gottes.- ein Geschenk, das jeder zeitlebens hüten muß und für das er täglich etwas zu tun hat. Wer soll für die geistig und körperlich behinderten Wesen verantwortlich gemacht werden? Und sicherlich werden nur die wenigsten von uns als gesunder Mensch diese Erde verlassen. Wo bleibt da das Recht auf Gesundheit?“*

Wir kehren zurück zum Unfallgeschehen auf Deutschlands Straßen, auf denen eine Entwicklung erkennbar wird, die Angst und Sorge bereitet. Wir stellen fest, daß Unfallhäufigkeit und Verletzungsschwere wieder zugenommen haben. Trotz der großen Erfolge der Unfall- und Wiederherstellungschirurgie wird es *„Defektheilungen“*, Invalidität, sozialen Abstieg, Verlust des Arbeitsplatzes, seelische und materielle Not bei vielen Unfallopfern geben.

Wir fragen, was wird getan? Was kann getan werden, um die Zahl der schweren Unfälle zu reduzieren und den Verletzungsgrad zu minimieren.

In der Festschrift zum 100jährigen Jubiläum der gesetzlichen Unfallversicherung vor zwei Jahren sind die imponierenden Leistungen und Erfolge der gewerblichen Berufsgenossenschaften aufgelistet, von denen m.E. die wichtigsten auf die Forschung und

die Unfallverhütung entfallen. Mehr als ein Viertel dieser Schrift befaßt sich mit Unfallverhütung. Dabei rückt die Generalklausel von 1963 ganz in den Mittelpunkt. Sie besagt, daß *„die Verhütung von Unfällen mit allen geeigneten Mitteln betrieben werden muß“*. Diese entschiedene Willensbekundung von 1963 wurde rasch und wirkungsvoll mit speziellen Maßnahmen zur Arbeitssicherheit unterlegt und durch regelmäßige Kontrollen überprüft. Diese haben entscheidend den kaum mehr zu überbietenden hohen Standard der Sicherheit am Arbeitsplatz begründet.

Warum, so muß gefragt werden, soll dieses für den Straßenverkehr nicht auch möglich sein? Es soll besonders betont werden, daß die Arbeit der Deutschen Verkehrswacht und vor allem auch die Forschungsarbeiten der Automobilindustrie beispielsweise zur Verletzungskinetik und den Belastungsgrenzen des menschlichen Körpers mit Umsetzung der Ergebnisse in den Serienbau von Fahrzeugen bereits zu Teilerfolgen geführt haben.

Auf der Suche nach Lösungsmöglichkeit sind zunächst Feststellungen zu treffen, wie sie der Verkehrsexperte Professor Danner (1983) in seinem Buch *„Gurt oder Tod“* aufgrund der Auswertung von Verkehrsunfalldaten aufzeigt:

- etwa ein Drittel der Auto- (und Motorrad-) fahrer

kennt die Gefahren auf den Straßen überhaupt nicht,

- ein weiteres Drittel kennt zwar die Gefahren, es erkennt die Gefahr jedoch nicht im richtigen Moment

- das letzte Drittel schließlich umfaßt Auto- (und Motorrad-) fahrer, welche die Gefahren kennen, diese auch erkennen, dann aber nicht die richtige Reaktion einleiten.

Diese Erkenntnisse führen Max Danner zu der Einschätzung, daß auf unseren Straßen reine Amateure und keine Profis am Steuerrad bzw. am Lenker sitzen. So läßt sich auch mühelos die Verteilung der Unfallursache auf die verschiedenen Bereiche eines Regelkreises erklären:

Mensch - Fahrzeug - Straße - Umwelt

Danach entfallen auf den Menschen als dem schwächsten Glied in dieser Kette mehr als 90 % der Verursachung von Unfällen; auf die Straße und die Umwelt zusammen knapp 8 % und auf das Fahrzeug selbst noch ganze 2 %.

Die Schwachstelle also ist in über 90 % der Unfälle der Mensch selbst. Dieses ist eine wichtige Erkenntnis, die schon wesentlich früher hätte zu Konsequenzen führen müssen. Man muß sich wirklich fragen, warum es reinen Amateuren in unserem Land erlaubt ist, tonnenschwere Fahrzeuge mit Insassen und bei so großer Verkehrsdichte auf jede beliebig mögliche Geschwindigkeit beschleunigen zu dürfen. Es muß endlich auch Schluß gemacht werden mit Verharmlosung und bewußt falscher Interpretation der Zahlen aus dem statistischen Bundesamt in Wiesbaden z.B. durch verkehrspolitische Sprecher. Nur ein Beispiel: Anfang September wurden die Zahlen für das erste Halbjahr 1987 veröffentlicht. Danach wurden 3 535 Menschen im Straßenverkehr getötet und fast 200 000 (192 347) verletzt. Daß die Zahlen im Vergleich zum Vorjahr etwas günstiger liegen, wurde offiziell mit den Schlecht-Wetter-Monaten *Januar und Juni* begründet. Die Gesamtzahl der Unfälle aber ist im genannten Zeitraum fast auf 1 Million (970 000) - also um 5,3% angestiegen. Die für

die Medien bestimmte Schlußfolgerung lautete: Raserei und Rowdytum auf unseren Straßen entsprechen nicht der Wirklichkeit, obwohl bekannt war, daß Anzeigen wegen Nötigung im gleichen Zeitraum um das Doppelte zugenommen hatten und als Hauptunfallursache *nichtangepaßte Geschwindigkeit und zu geringer Sicherheitsabstand* genannt wurden.

Es müssen Überlegungen in alle denkbaren Richtungen angestellt werden, aus denen taugliche Lösungen erwartet werden können. Es darf dabei keine Maßnahme, auch wenn sie unpopulär wäre, tabu sein.

Am Anfang hat die intensive Ausbildung der Führerscheinanwärter zu stehen unter Einschluß der Gefahrenlehre, die Prüfungsgegenstand sein muß. Der Führerschein auf Probe ist eingeführt.

Die Medien sind aufgerufen, immer wieder und stärker als bisher über das Unfallgeschehen zu berichten und Hinweise zur Fahrsicherheit zu geben. Über verbesserte und moderne Verkehrsüberwachung aus der Luft wurde kürzlich aus Baden-Württemberg und aus Bayern berichtet. So wird es möglich sein, gefährliches und rücksichtsloses Fahrverhalten einzelner besser zu erkennen und Raser wie Rowdys zur Rechenschaft zu ziehen.

Auch die Ausschöpfung moderner elektronischer Techniken in den Fahrzeugen können den Fahrer stärker entlasten und evtl. die Fahrsicherheit erhöhen. Schließlich muß dann auch dem Amateurstatus des Verkehrsteilnehmers Rechnung getragen werden, indem die zulässige Höchstgeschwindigkeit auf Autobahnen festgesetzt wird. Der hessische Wirtschaftsminister hat vor kurzem eine konkrete Zahl genannt, die sich an den Nachbarländern orientiert.

Es müßte uns in der Bundesrepublik Deutschland schon lange zu denken geben, warum wir in ganz Europa das einzige Land ohne Tempolimit auf den Autobahnen sind und wir offensichtlich weder durch das Sterben des Waldes noch und vor allem durch das der Menschen zu beeindrucken sind. Obwohl wir von den USA fast alles übernehmen, wird kein Gedanke daran verschwendet, daß es dort bereits seit 1972 ein recht drastisches Tempolimit (ca. 90 km/h) gibt, das akzeptiert wird.

Wir verbuchen hier zwar zu Recht, daß dank der hervorragend funktionierenden Rettungskette heute von 100 Unfallverletzten immerhin 80 lebend eine Klinik erreichen. Eine Zahl, die 1959 noch bei 45 Verletzten lag. Vergessen oder verdrängt wird jedoch die Tatsache, daß zwar in vielen Fällen wohl das Leben zu retten war, eine Wiederherstellung bis hin zur vollen Funktionstüchtigkeit dagegen nicht die Regel ist. Die zerstörende Gewalt ist eben doch ungeheuerlich groß und brutal.

Anläßlich des SICOT-Kongresses 1987 in München sagte Professor Webb vom Queen's Medical Center in Nottingham/England im Rahmen eines Panels über Polytrauma und Verletzungsschwere sinngemäß:

Es ist eine Ungeheuerlichkeit, ja ein Skandal, daß es auf deutschen Autobahnen erlaubt ist mit Geschwindigkeiten von 200 km/h und mehr zu rasen. In England habe die Regierung den Verletzungsschweregrad und auch die Häufigkeit solcher Verletzungen durch Gesetze gemildert und reduziert.

Diese Aussage vor einem großen internationalen Publikum sachkundiger Unfallärzte hat mich sehr betroffen und nachdenklich gemacht. Ich bin jedoch sicher, daß es eine ganze Reihe einflußreicher Personen gibt, die an der Geeignetheit einer Geschwindigkeitsbegrenzung zweifeln. Aber gerade sie müssen sich fragen lassen, welche stichhaltigen Argumente sie dagegen vortragen können. Es stimmt einfach nicht, daß alle Langzeituntersuchungen auf bestimmten Autobahnabschnitten für die Beibehaltung der jetzigen Regelung und für eine pathologische Sorglosigkeit sprechen.

Allein die Vernunft und die langjährigen Erfahrungen aller anderen europäischen Länder gebieten ein sinnvolles Tempolimit.

Wir Ärzte sind deshalb aufgerufen, unser Wissen um das Unfallgeschehen und um die menschlichen Schicksale der Unfallopfer an die Politiker heranzutragen. Prophylaxe zu betreiben oder zumindest zu bewirken, daß sie betrieben wird, gehört zu den vornehmsten Aufgaben des Arztes. Dies gilt in besonderem Maße dann, wenn er von der Tauglichkeit eines Instrumentes überzeugt ist, mit dem vieler Menschen Leben oder aber auch nur ein einziges vor allzu großer Beschädigung bewahrt werden könnte.

Leonard Bernstein sagte: wir müssen schnell lernen, solches Wissen, mit dem wir etwas beherrschen können, zu nutzen und zwar mit der Geschwindigkeit von Protonen und Neutronen.

Ich habe eingangs gesagt, daß wir zum Unfallgeschehen und zur Unfallverhütung Stellung beziehen müssen. Jetzt bitte ich Sie, Einfluß zu nehmen, wo immer dies möglich ist.“