



DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
UNFALLCHIRURGIE

1988: Prof. Dr. med. Karl-Heinz Jungbluth (Hamburg)

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, 52. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde am 16.11 bis 18.11.1988 in Berlin

„Im Ausklang der Ouvertüre zur Feuerwerksmusik von Georg Friedrich Händel eröffne ich die 52. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde.

Hochverehrte Gäste, liebe Kollegen aus dem In- und Ausland, meine sehr verehrten Damen, meine sehr geehrten Herren!

Im Namen der Gesellschaft begrüße ich Sie herzlich in Berlin.

Es ist uns eine Ehre auch in diesem Jahr wieder zahlreiche Persönlichkeiten aus dem öffentlichen Leben, aus Wissenschaft und Politik bei uns zu haben.

Gruß und Dank gelten zunächst dem regierenden Bürgermeister der Stadt, der auch in diesem Jahr die Schirmherrschaft über unsere Tagung übernommen hat. Leider lassen die Dienstgeschäfte es erneut nicht zu, daß Herr Diepgen selbst unsere Eröffnungsveranstaltung eröffnen kann. In Vertretung des regierenden Bürgermeisters dürfen wir deshalb den Senator für Gesundheit und Soziales, Herrn Ulf Fink, recht herzlich hier begrüßen. Herr Fink, Sie sind uns über die Grenzen Berlins hinaus als engagierter Arbeiter in der Sozialpolitik wohl bekannt, wir freuen uns, Sie bei uns zu haben.

Willkommensgrüße richte ich auch an den Vertreter der Freien Universität, ihren Vizepräsidenten, Herrn Kollegen Prof. Brückner. Die Deutsche Ärzteschaft ist repräsentiert durch den Präsidenten des Deutschen Ärztetages und der Bundesärztekammer, Herrn Dr. Vilmar. Es ist bekannt, in welcher zeitlichen Bedrängnis Sie, Herr Vilmar stehen durch die Beratungen des Reformgesetzes in Bonn. Wir danken Ihnen deshalb um so mehr, daß Sie heute zu uns gekommen sind. Unter den Berliner Kollegen gilt mein Gruß dem Präsidenten

des Bundesgesundheitsamtes, Herrn Prof. Dr. Großklaus, dem Präsidenten des Landesverbandes Berlin, des Deutschen Roten Kreuzes, Herrn Medizinaldirektor Dr. Schmidt.

Ich begrüße die Vorsitzende der Akademie für Ärztliche Fortbildung, Frau Professor Alexander, den Vorsitzenden des Berliner Verbandes leitender Krankenhausärzte, Herrn Prof. Schlungbaum, den Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, Herrn Dr. Raudsus, den Direktor des Landesinstitutes für Arbeitsmedizin, Herrn Dr. Bauer und den Präsidenten der Apothekerkammer Berlin, Herrn Sturzbächer.

Die große Zahl der Ehrengäste, aber auch die vielen Teilnehmer aus dem Ausland lassen erkennen, daß unsere interdisziplinäre Fachgesellschaft national wie international Beachtung findet. über die engen fachlichen Grenzen hinaus bietet unsere Jahrestagung Gelegenheit zum kollegialen Gespräch zwischen allen medizinischen Disziplinen, die sich mit der Behandlung Unfallverletzter befaßt haben.

So freue ich mich, den Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Herrn Prof. Hamelmann, den Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie, Herrn Prof. Rossak, den Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Katastrophenmedizin, Herrn Prof. Ungeheuer, herzlich begrüßen zu dürfen. Ich begrüße weiterhin den Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie, Herrn Prof. Mittelmeier.

In nachbarlicher Verbundenheit heiße ich auch Herrn Prof. Kuderna, den Präsidenten der österreichischen Gesellschaft für Unfallchirurgie, herzlich willkommen.

Mein Gruß gilt weiterhin dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen und dem Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie, vertreten durch die beiden Präsidenten, Herrn Dr. Hempel und Herrn Dr. Holfelder.

Besondere Freude bereitet es mir, daß mein Amtskollege Prof. Schreiber unter uns weilt. Ihm an dieser Stelle für bislang 15 Jahre vertrauensvoller und harmonischer Zusammenarbeit zum Wohle der Chirurgischen Klinik in Eppendorf herzlich zu danken ist mir ein wichtiges Anliegen.

Die Arbeit in der Unfallheilkunde wird getragen von einer engen Zusammenarbeit mit der gesetzlichen Unfallversicherung, als ihren Repräsentanten begrüße ich den stellvertretenden Hauptgeschäftsführer des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Herrn Dr. Greiner.

Wie alle Präsidenten unserer Gesellschaft möchte auch ich meine Verbundenheit mit den Kollegen im anderen Teil Deutschlands zum Ausdruck bringen und in die Grüße ganz besonders meine Geburtsstadt Erfurt einbeziehen.

Erwähnenswert ist, daß mein erster chirurgischer Lehrer, Dr. Karl Hammerschlag, heute anwesend ist. Er war Chefarzt in Recklinghausen. Seine Begeisterung für die Chirurgie hat auch meinen Lebensweg sehr stark beeinflußt.

Unser diesjähriger Kongreß ist wiederum begleitet von einer ausgedehnten pharmazeutisch-technischen und wissenschaftlichen Ausstellung. Sie umfaßt über 1100 m² und vermittelt auf

engstem Raum einen Überblick über die technischen Fortschritte und Erneuerungen unserer Tage.

Ich danke den Ausstellern und allen Teilnehmern für ihren Besuch unserer Veranstaltung und darf Sie, meine Damen und Herren, recht herzlich bitten, diese Ausstellung zu besuchen.

Schließlich begrüße ich die Vertreter der Presse und der Medien. Neben der direkten Auswirkung unserer Tätigkeit am Verletzten prägen Sie, meine Damen und Herren, in starkem Maße das Bild der Traumatologie in der Öffentlichkeit. Wir bitten Sie deshalb, unsere Bemühungen um Wissenschaft und Praxis durch Ihre Berichterstattung ausführlich und ausdrücklich zu unterstützen.

(...).

Meine Damen und Herren, zu den ehrenvollsten Aufgaben des Präsidenten zählt es der Toten zu gedenken.

Im vergangenen Jahr verstarb eine große Zahl angesehener Kollegen, die teils in bescheidener Zurückhaltung und Zurückgezogenheit, teils mit großer Öffentlichkeitswirkung zum Wohle der Kranken und Verletzten gewirkt haben. Ihre aufopfernde Berufsarbeit hat zum Ansehen der Unfallheilkunde ebenso beigetragen wie ihr Streben nach Wissenschaft und nach persönlicher menschlicher Vollendung. Wir danken an dieser Stelle allen Verstorbenen und gedenken ihnen mit Hochachtung.

Heinz Bleckmann, Hans H. Fischer, Hermann Gisbertz, Vilmos Hönig, Marc Iselin, Walter Krauland, Hans Oberdalhoff, Wilfried Penitschka, Hans Symanski, Milton Schillings, Friedrich Georg Schmieder, Paul-Gerhard Westphal, Fritz Wolf, Max Zumtobel.

Meine Damen und Herren, ich darf Sie bitten sich zu Ehren unserer verstorbenen Kollegen von Ihren Plätzen zu erheben. Ich danke Ihnen sehr.

Mit Befriedigung können wir feststellen, daß der Unfallheilkunde des deutschsprachigen Raumes heute weltweit eine führende Bedeutung zukommt. Dies beschränkt sich nicht auf die Entwicklung von Osteosynthesetechniken, sondern erstreckt sich auch auf die Bereiche der Notfallrettung, Intensivmedizin, Systematisierung von Verletzungen, Verbesserung konservativer und operativer Maßnahmen und auf die Rehabilitation. Für immer mehr Schwer- und Vielfachverletzte besteht damit die Chance des Überlebens und der Wiederherstellung.

Unterstützt wurde die Unfallheilkunde durch eine vertrauensvolle, von gegenseitigem Respekt bestimmte Zusammenarbeit mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherungen. Der Zielsetzung einer Wiederherstellung der Verletzten ‚mit allen geeigneten Mitteln‘, wie sie von den Gewerblichen Berufsgenossenschaften formuliert worden war, konnten sich die traumatologisch tätigen Ärzte vorbehaltlos anschließen.

Parallel zur klinisch-praktischen Versorgung der Verletzten machte auch die grundlegende Forschung in der Unfallchirurgie beachtliche Fortschritte. Zahllose Beobachtungen zur Morphologie und Biomechanik der gesunden und verletzten Gewebestrukturen fanden

international Beachtung und trugen dazu bei, die Unfallbehandlung besser und sicherer zu machen.

Notwendigerweise ging die fachliche Differenzierung der Traumatologie einher mit der Bildung eines eigenen Teilgebietes innerhalb der Chirurgie mit speziellen Anforderungen an die ärztliche Weiterbildung. Der hohe Anteil der Verletzten am gesamten Krankengut wie auch die fachlichen und organisatorischen Besonderheiten in der Behandlung haben zur Einrichtung selbständiger Abteilungen und Kliniken nicht nur an den Universitäten, sondern - bemerkenswerterweise - vor allem auch an den großen kommunalen Krankenhäusern geführt. Eine Landesregierung, wie etwa die bayerische, ist falsch beraten, wenn sie diesem Entwicklungsprozeß bei der Strukturierung ihrer Universitätskliniken nicht Rechnung trägt. Größere klinisch-wissenschaftliche Einrichtungen bedürfen einer eigenständigen organisatorischen Struktur und einer Leitung, die neben der persönlichen Führungsqualität impulsgebende fachliche Kompetenz im gesamten Spektrum des Arbeitsgebietes hat. Zugleich ist dies eine Voraussetzung für den heute unerläßlichen kollegialen Verbund in der Leitung großer Kliniken.

Eine zentrale Sorge, die uns derzeit bewegt, geht weit über das Gebiet der Unfallheilkunde hinaus. Sie richtet sich auf den von der Bundesregierung vorbereiteten Gesetzentwurf zur Reform des Gesundheitswesens. Deutlich beeinflußt ist der Entwurf durch die These einer mangelnden Effizienz der Medizin für den Gesundheitszustand der Bevölkerung. Eine These, die von manchen Soziologen und Volkswirtschaftlern immer wieder vertreten wird. In der Tat kann es wohl kaum gelingen, für eine Kostenutzenanalyse eine plausible Werteskala der medizinischen Leistungen zu erbringen, an der sich eine sinnvolle Bewertung orientieren ließe.

Umstritten sind -des ungeachtet - die umwälzenden Veränderungen und Erleichterungen, welche die Medizin auf dem Fundament der Naturwissenschaft und Technik für die körperliche Existenz der Menschheit gebracht hat. Das Spektrum ist kaum zu erfassen. Die Lebenserwartung der Deutschen hat sich in den letzten 110 Jahren verdoppelt. Sie beträgt im Bundesgebiet derzeit 78,3 Jahre für Frauen und 71 ,8 Jahre für Männer. Seit 1930 - also innerhalb eines Lebensalters - ist der Anteil der Infektionen an den Todesfällen von 58 % auf heute etwa 1 % zurückgegangen. Volksseuchen, wie die Kinderlähmung, sind praktisch verschwunden. Die Säuglingssterblichkeit hat sich in allen Ländern drastisch verringert. In der Bundesrepublik beträgt die Zahl der über 80jährigen Mitbürger inzwischen 2,5 Mio.

Dennoch ist das Verhältnis unserer heutigen Gesellschaft zur Medizin ähnlich zwiespältig, wie dies auch gegenüber der Naturwissenschaft und Technik zu beobachten ist.

Einerseits bewundern wir Wissenschaft und Fortschritt und gründen auf sie grenzenlose Hoffnung, andererseits erfüllen uns Sorge und Furcht wegen des immer schnelleren Fortschreitens und der kaum noch absehbaren Folgen der Entwicklung.

Große Teile unserer Bevölkerung stehen derzeit unter dem Einfluß einer apokalyptischen Endzeitstimmung. Dies ist im Prinzip nichts Neues. Seit Menschengedenken hat das Bewußtsein der Endlichkeit unserer Erde und ihrer belebten Materie kulturelle Epochen nachhaltig beeinflußt.

Die Ängste und Sorgen unserer Tage werden genährt durch die Tatsache, daß mit der Freisetzung atomarer Kräfte eine Selbstvernichtung der Menschheit möglich geworden ist. Sie werden aber auch genährt durch Prognosen, wonach sich die Rohstoffe mit ähnlicher Konsequenz erschöpfen, wie sich die Abfallprodukte anhäufen.

Der amerikanische ‚Report to the President‘ rechnet damit, daß die Weltbevölkerung von derzeit 4,6 Milliarden im Jahre 2000 auf 6,35 Milliarden und im Jahr 2100 sogar auf 30 Milliarden ansteigen wird. Schreibt man die gegenwärtige Entwicklung fort, so ist zu erkennen, daß die Wachstumsrate der Wirtschaft bis zum Jahre 2000 auf 1 % sinken wird, daß hingegen die Preise für Nahrungsmittel um 100 %, für Energie gar um 150 % steigen werden. Es ist damit zu rechnen, daß die Süßwasservorräte auf 65 %, die Holzbestände auf 53 %, die Rohölressourcen auf 50 % des derzeitigen Weltbestandes absinken werden.

Auch wenn die Veränderungen unserer Lebenswelt weniger dramatisch fortschreiten sollten, so kann nach Meinung der Berichtersteller die Wissenschaft zur Zeit keine verlässlichen Lösungen anbieten, diese aufzuhalten. Wir sind vielmehr gezwungen, in der Hoffnung auf künftige Entwicklungen mit diesem Risiko zu leben.

Die sogenannte Krise der Medizin, von der soviel gesprochen wird, ist eng verbunden mit den Ursachen eines sich abzeichnenden ökologischen Dilemmas, bestimmt durch

- das rasante Anwachsen der Weltbevölkerung,
- das weiterhin exponentielle Wachstum in Wirtschaft und Industrie,
- den sich stetig steigenden Güterwechsel,
- die hemmungslos wachsenden Ansprüche einer Konsumhaltung.

Ins Krisenbewußtsein des modernen Menschen wurde die Medizin vor allem durch volkswirtschaftliche Überlegungen einbezogen. Übereinstimmend beklagen die Industrieländer eine sogenannte Kostenexplosion im Gesundheitswesen. Hierzulande stieg der Anteil der Gesundheitskosten in den Jahren von 1965 bis 1975 zwar von 6 % auf 10 % des Bruttosozialproduktes an, blieb aber seit 1975 mit rund 10 % unverändert.

Im Gegensatz zu den Gesamtkosten am Bruttosozialprodukt ist ein permanenter Anstieg der Ausgaben und Beiträge bei den Gesetzlichen Krankenversicherungen erkennbar. Als Ursachen hierfür werden angesehen:

1. Die Veränderung der Bevölkerungsstruktur mit einem Anstieg des Anteils älterer Menschen, bedingt durch den drastischen Geburtenrückgang und die steigende Lebenserwartung in der Bundesrepublik.
2. Die Frühberentung und Invalidität. Darüber hinaus auch steigende Zahlen alleinstehender Personen, die in Krankheit und Alter keine familiäre Unterstützung erfahren.

Der Auftrag zum Handeln und Eingreifen ist gegründet auf gegenseitiges Einverständnis und Vertrauen. Diese Grundlagen im Abkommen zwischen Arzt und Patienten erlangen insofern besondere Bedeutung, als der Arzt lediglich seine Dienstleistung anbieten kann, den gewünschten Erfolg indes nicht zu garantieren vermag. Jeder Arzt, vor allem aber der Chirurg, ist gezwungen, bei seiner invasiven Tätigkeit persönliche Verantwortung für den

Patienten zu übernehmen. Er muß für Fehlleistungen und deren Folgen haften. Dies muß er auch dann, wenn er gezwungen ist, unter äußerstem Zeitdruck Entscheidungen zu treffen und Risiken zu übernehmen. Eine Situation, die uns Unfallchirurgen besonders geläufig ist.

Diese unerläßliche Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung steht im krassen Gegensatz zum Trend unserer Zeit. Der Trend geht im Zeitalter der Massenzivilisation eher dahin, Entscheidungen in Ausschüsse, Gremien und Räte zu verlagern. Persönliche Verantwortung und Haftung werden hierdurch umgangen, Entscheidungen nach Möglichkeit unter hoheitlichem Schutz gefällt.

Im Interesse der Kosteneinsparung und einer gelenkten Krankenhausbedarfsplanung sind von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherungen sogenannte Ärztliche Dienste eingerichtet worden. In diesen Dienststellen sind Beamte oder Angestellte mit ärztlicher Approbation tätig, denen es obliegt, Behandlungsdaten zu sammeln und diese im Vergleich mit anderen Krankenhäusern für die Pflegesatzverhandlungen aufzubereiten. Da die Kollegen dieser Institutionen nicht an der Patientenbehandlung teilnehmen, sind sie auch nicht in ärztliche Verantwortung und Haftung einbezogen. Über Einflußnahme auf die Krankenhausträger sind sie aber sehr wohl in der Lage, ihren Vorstellungen über Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit von Behandlungsmaßnahmen Geltung zu verschaffen, um somit indirekt auf die Patientenbehandlung einzuwirken. Einengung der Behandlungsfreiheit ist auf diesem verwaltungstechnischen Wege vorgezeichnet.

Der erhebliche administrative Mehraufwand, der den behandelnden Ärzten zur Durchführung dieses Verfahrens in Zukunft abverlangt wird, muß die verfügbare Zeit für Kontakte und Gespräche mit dem Patienten weiterhin einengen.

Die Tatsache, daß ärztliche Bemühungen um die bestmögliche Behandlung gegen betriebswirtschaftliche Vorgaben abgewogen werden müssen, kann dem Patienten nicht verborgen bleiben. Sie wird es dem Kranken und Verletzten erschweren, das erforderliche Vertrauensverhältnis zu Arzt und Pflegepersonal aufzubauen.

Probleme zeichnen sich für die Zukunft ab auch im Hinblick auf die ärztliche Schweigepflicht. Die Verpflichtung des Arztes, Geheimnisse zu wahren, die ihm bei der Ausübung seines Berufes vom Patienten anvertraut wurden, geht zurück auf den hippokratischen Eid. Sie ist seit langem sowohl in den Ärzteordnungen wie im Strafgesetzbuch verankert.

Im Zeitalter der elektronischen Datenverarbeitung kommt dem Persönlichkeitsschutz eine besondere Bedeutung zu. Daß die Sicherheit von Datenbanken derzeit nicht gewährleistet werden kann, ist durch das Eindringen von ‚Hackern‘ in militärische Hochsicherheitsbereiche spektakulär deutlich geworden. Wir Ärzte müssen uns selbst und anderen wieder klarmachen, daß Krankenakten und Patientendaten der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Die Weitergabe von Behandlungsdaten an Behörden, Sozialinstitutionen und selbst an Ärzte, die nicht in die Behandlung einbezogen sind, bedarf somit der Zustimmung des Patienten. Bei Pflichtversicherten in einer gesetzlichen Krankenkasse kann nicht davon ausgegangen werden, daß sie durch ihre Mitgliedschaft zugleich schon eine pauschale Einwilligung zur Weiterleitung schutzwürdiger Daten erteilt hätten.

Im Entwurf der Arbeitsgemeinschaft Gesetzlicher Krankenversicherungen, Essen, ist für deren Ärztliche Dienste vorgesehen, Einblick in interessierende Krankengeschichten zu nehmen, Auszüge anzufertigen und diese in die Pflegesatzverhandlungen einzubringen. Solche Vorhaben stehen meines Erachtens in krassem Widerspruch zum Gebot des Datenschutzes und zur ärztlichen Schweigepflicht. Es ist daher eine strenge Trennung zu fordern zwischen Personaldaten einerseits und anonymisierten Daten über Krankheit und Krankheitsverläufe andererseits. Allein die Absicht der genannten Arbeitsgemeinschaft, mit Hilfe ihrer Ärztlichen Dienste ‚Sucht-Karrieren‘ aufzudecken, zeigt, wie leicht sich solche Entwicklungen der Total-Überwachung im Sinne des ‚gläsernen Menschen‘ nähern können.

Lassen Sie mich abschließend auf das Problem weiterer Ausgestaltung der ärztlichen Ethik hinweisen. Die im hippokratischen Eid so vollendet formulierten Grundlagen ärztlicher Ethik haben der Medizin über Jahrhunderte als verbindliche Grundsätze gedient. Große Bereiche der spezialisierten medizinischen Forschung haben aber inzwischen mehr und mehr den Bezug zum Krankenbett, damit die Rückkoppelung an ärztlich-ethische Prinzipien verloren. Einige Forschungsgebiete sind ganz, andere teilweise an die Biologen gefallen oder gehen, wie die Gentechnologie, direkt in wirtschaftlich-industrielle Nutzung über.

Viele Fragen, wie die der experimentellen Verfügbarkeit der menschlichen Eizelle oder die der Genmanipulation, sind mit unseren bisherigen ethisch-moralischen Vorstellungen kaum faßbar. Mit dem Verfall des christlich-abendländischen Wertesystems ist darüber hinaus ein ethisches Vakuum entstanden, das die moderne Massenzivilisation mit ihrem Agnostizismus und mythischem Pluralismus nicht zu füllen vermag. Um so lauter wird der Ruf nach Ethikkommissionen. Im Europäischen Parlament ist in diesem Zusammenhang am 12. September dieses Jahres eine EntschlieÙung zu medizinischen Ethikfragen angenommen worden. Sie sieht unter anderem vor, daß in den Mitgliedstaaten auf nationaler und internationaler Ebene aus Männern und Frauen paritätisch zusammengestellte Ethikkommissionen gegründet werden sollen, in denen alle betroffenen Parteien des Gesundheitswesens einschließlich der Patienten hinreichend vertreten sind, ohne daß eine dieser Gruppen dominiert. Eine ihrer Aufgaben soll es sein, an der Entstehung ethischer Grundsätze mitzuwirken. Darüber hinaus sollen derartige Kommissionen aber auch ärztliche

Verhaltensnormen und - man merke auf - deontologische Codices für alle ärztlichen Standesorganisationen der Europäischen Gemeinschaft verbindlich festlegen. – Ist Ethik wirklich zu einer mehrheitsfähigen Abstimmungsfrage geworden?

Angesichts der monströsen Verordnungsentwürfe der Europäischen Gemeinschaft und der skandalösen Auswirkungen ihrer Agrarpolitik muß die Vorstellung Horrorvisionen wachrufen, daß die subtile, von Gewissensentscheidung geprägte Führung eines Kranken oder Verletzten durch EG-Normen ersetzt werden soll.

Hoffentlich hat das Parlament nicht vergessen, auch dem eigenen Politikerstand derartige Ethikkommissionen zuzuordnen. Als ethische Maxime könnte die Wahrhaftigkeit dienen.

Im Interesse der Heilkunde wie auch der Forschung ist der Gesetzgeber gefordert, sich bei der Gestaltung von Gesetzen und Verordnungen auf das Wesentliche zu beschränken, ausreichend fachlichen Rat einzuholen und sich nicht in der Perfektionierung des Details zu

verlieren. Denn jedweder Dirigismus, selbst wenn er demokratisch legitimiert ist, bedeutet Lähmung - so vor allem auch im Gesundheitswesen. -“

Quelle: DGU-Archiv