



DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
UNFALLCHIRURGIE

1990: Prof. Dr. med. Alfred Pannike (Frankfurt/Main)

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, 54. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde am 28.11 bis 01.12.1990 in Berlin

„Rückschauend begreifen wir, was wir sind. Vorausschauend müssen wir erkennen, was wir(sein) wollen.

Diese Lebenseinsicht werde ich nicht in Zweifel ziehen, auch wenn ich Verständnis dafür erbitte, daß ich diese Stunde nicht meinen eigenen Wurzeln und meinem eigenen Werdegang widmen werde. Das bedeutet nicht, daß ich an dem Platz, auf den Sie mich gestellt haben, diejenigen vergesse, deren Existenz und Wirken mein Leben und mich selbst geprägt und begleitet haben. Ihnen dafür Dank zu sagen gab und gibt es andere Gelegenheiten als eben diese.

Am heutigen Tage fühle ich mich eher gedrängt, John Locke zu folgen, der vor präzis 300 Jahren zur Theorie der Willensbildung ausführte:

„Was bestimmt den Willen bezüglich unserer Handlungen? Nach wiederhollern Nachdenken neige ich zu der Ansicht, daß es nicht, wie man gewöhnlich annimmt, das in Aussicht stehende höhere Gut ist, sondern irgendein (und zwar meist das drückendste) Unbehagen, das man gegenwärtig empfindet' [1].

Lassen Sie mich daher aussprechen, was mir - und wie ich denke und hoffe - nicht nur mir am Herzen liegt.

In den ersten Jahren unseres Jahrhunderts hat der Theologe und Philosoph Paul Tillich ein Bild des Politikbewußtseins in unserem Lande gezeichnet, dessen Gültigkeit, so unverständlich dies auch sein mag, die Schrecken der seither vergangenen Zeit überdauert zu haben scheint [2].

Paul Tillich schrieb:

„Der Durchschnittsbürger, auch wenn er zu Rang und Ansehen in seinem Beruf gelangt ist, hat die Tendenz, Entscheidungen, die das Leben der Gesellschaft bestimmen, der er angehört, für eine Fügung des Schicksals zu halten, auf die er keinen Einfluß hat - wie die römischen Untertanen überall in der Welt zur Zeit des römischen Imperiums: Eine Verhaltensweise, die das Wiederaufleben der Religion begünstigt, sich aber nachteilig auswirkt auf die Erhaltung einer lebendigen Demokratie.“

Es überrascht sicher nicht, daß ich bei diesem Zitat, anders als Tillich, heute nicht zuerst an die Zukunft der Religion denke. Als Oswald von Nell-Breuning, Theologe und Vordenker der neueren christlichen Soziallehre vor 10 Jahren in dem Alter stand, das unser Jahrhundert jetzt erreicht hat, sagte er in einer Rede [3]:

„Was wir in unserem Wirtschaftssystem an Bremsweg vor uns haben, dürfen wir auf keinen Fall durch unschlüssiges Zögern verspielen.“

Auch hier kann nicht überraschen, daß ich angesichts der Aufgaben, denen wir uns heute und in den kommenden Jahren zu stellen haben, nicht zuerst und vor allem nicht ausschließlich an ökonomische Sachzwänge denke.

„Wenn man etwas ändern will, soll man zunächst bei sich selbst nachsehen, was änderungsbedürftig ist. Wir müssen daher Bestrebungen pflegen, die bisher vernachlässigt wurden.“

So nachzulesen im Text des Referates „Über die Entstehung und die Ziele der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs- und Versorgungsmedizin“, mit dem Kühne/Cottbus 1922 die Gründungsversammlung unserer Gesellschaft in Leipzig einzuleiten gedachte. Wegen „der Fülle der Tagesordnung“ wurde dieser Vortrag jedoch nicht gehalten, sondern wie andere „ungehaltene Reden“ schriftlich überliefert.

Lassen Sie mich zunächst im Sinne unserer einleitenden Sentenz fragen: „Wer sind wir?“

Ich werde versuchen, diese Frage vor dem Hintergrund des Generalthemas unserer Tagung: „Qualitätssicherung durch Qualitätsverbesserung“ zu beantworten. Ein allgemeiner Hinweis gilt der Rolle und Bedeutung der wissenschaftlichen Fachgesellschaften [4]. Spezielle Fehlentwicklungen und Defizite werden mit dem Blick auf die eigene Fachgesellschaft beschrieben und an ihrem Beispiel verdeutlicht. Heckhausen, ehemals Vorsitzender des Wissenschaftsrates fragte 1987: „Sind Fachgesellschaften bloß Zünfte, die Interessenverbände oder Einzelgewerkschaften von Wissenschaftlern der verschiedenen Forschungsbereiche - als Zusammenschlüsse, die sich in idealistischer Verkennung ihrer fachpolitischen und standesegoistischen Belange zu „Scientific communities“ hinaufstilisieren?“ .

Er gab die Antwort, daß die Fachgesellschaften dies sicherlich auch seien und wie jeder Zusammenschluß einer Gruppe mit gleichen oder ähnlichen Fachinteressen auch fachegoistische Ziele verfolgen würden.

Wo findet hier eine „interdisziplinäre“ Fachgesellschaft wie die unsere ihren Platz? -

In diesem Zusammenhang habe ich bei anderer Gelegenheit schon einmal Probst zitiert, der unter Hinweis auf die Plastische- und Wiederherstellungschirurgie festgestellt hatte: ‚Ohne diese Rückerinnerung - gemeint waren die Gedanken Hans von Seemens, die schließlich zur Gründung der Deutschen Gesellschaft für Plastische- und Wiederherstellungschirurgie führten - wäre in der Tat nicht verständlich, daß es neben den großen Fachgesellschaften auch solche geben muß, die die Vertreter verschiedener Disziplinen zusammenführen, wenn gleiche Ziele oder gleiche Methoden einen Gedanken- und Erfahrungsaustausch fordern‘ [5].

In Heckhausens Analyse finden wir die Feststellung, daß die wissenschaftlichen Fachgesellschaften in unserem Lande und im Vergleich mit wissenschaftlichen Fachgesellschaften anderer Länder, ein ‚sehr auf sich selbst bezogenes Selbstverständnis pflegen‘. Die Auswirksamkeit der Fachgesellschaften, ihr Einfluß auf die gesellschaftliche politische Öffentlichkeit ist gering. Dies kann und muß zum Teil als Hinweis auf einen Mangel an Öffentlichkeitsarbeit seitens der Fachgesellschaften gewertet werden. Offenbar - so Heckhausen - galt und gilt in unserem Land die Regel, daß die Fachgesellschaften umso mehr wissenschaftlich und umso weniger standespolitisch orientiert sind, je kleiner sie sind.

Allerdings waren auch die in jüngerer Zeit nicht mehr so seltenen Berührungen zwischen den wissenschaftlichen Fachgesellschaften und den politischen Organen durchaus nicht immer dazu angetan, die Hoffnung auf wechselseitiges Verständnis zu stärken. Als Ausnahme werden hier gelegentlich die Anhörungen der Parlamente in einzelnen Gesetzgebungsverfahren angeführt. Realistisch muß jedoch gesehen werden, daß diese Anhörungen ausschließlich der Information der Parlamentarier dienen und ärztlicher Sachverstand nur dann und nur in soweit eingebracht werden kann, als er von den Parlamentariern formal und inhaltlich gewünscht und gesucht wird.

Bedauerlicherweise muß man Heckhausen daher zustimmen, wenn er die Fachgesellschaften eher als marginale Erscheinungen der wissenschaftspolitischen und politischen Öffentlichkeit einstuft.

Gern und nicht selten unreflektiert wird in der wissenschaftspolitischen und politischen Öffentlichkeit an die gesellschaftliche Bringschuld der wissenschaftlichen Fachgesellschaften appelliert. Unreflektiert insoweit als die ordnungspolitischen und ökonomischen Grundlagen, ohne die Wissenschaft nicht lebensfähig und nicht entwicklungsfähig ist, aus dieser Diskussion weitgehend herausgehalten werden. Ich bitte diese Feststellung nicht als Exkulpierungsversuch dafür mißzuverstehen, daß sich viele Fachgesellschaften in ihren Aktivitäten traditionell auf den rein wissenschaftlichen Bereich, das heißt auf die interne Vermittlung von Fachwissen und die Vermittlung dessen beschränken, was nach offener oder stiller Übereinkunft im Selbstverständnis der jeweiligen Fachgesellschaft als Wissenschaft gilt.

In Übereinstimmung mit Heckhausen halte ich an der Auffassung fest, daß es vorrangig Aufgabe der wissenschaftlichen Fachgesellschaften ist, die Standards des von ihnen vertretenen Wissenschaftszweiges bzw. des von ihnen vertretenen Fachgebietes zu definieren und sich mit allen Kräften für deren Publizität, Durchsetzung und Sicherstellung einzusetzen. Aufgabe der Fachgesellschaften ist es auch, die Standards vorzugeben, ich zitiere Heckhausen, ‚nach welchen Begutachten und Beraten dem letzten Stand

wissenschaftlicher Erkenntnisse genügen, aber auch innerhalb abgesteckter Grenzen der fachwissenschaftlichen Zuständigkeit bleiben‘.

Ein solches Aufgabenverständnis würde die Fachgesellschaften zwingen, über ihren engeren Wissenschaftsbereich aber auch über den eigenen fachpolitischen Interessenbereich hinaus zu wirken und sich auch in allgemeinen wissenschaftlichen und - wo dies erforderlich und möglich ist- sozio-ökonomischen Bereichen zu engagieren.

Die anstehenden Probleme sind in der Regel so aktuell und so öffentlich, daß die Politiker denken, man könne sie nicht länger der sich selbst verwaltenden Wissenschaft und ihren Fachgesellschaften allein überlassen (Heckhausen). Umgekehrt betrachtet sollte dies bei Wissenschaft und Fachgesellschaft die Überzeugung wachsen lassen, daß die Probleme zu wichtig, zu wissenschaftsbezogen und zu gesellschaftsrelevant sind, als daß man sie allein dem Sachverständnis der Politiker überlassen dürfe. Aus dieser Sicht kann es für Wissenschaft und Fachgesellschaft keinen Sinn machen - hiermit kehren wir zu Paul Tillich zurück - , sich aus Bereichen, in denen Wissenschaft und Fachgesellschaft auch oder vorrangig gefordert sind, verdängen zu lassen und dies als unabwendbare Fügung des Schicksals hinzunehmen. Diese Feststellung macht den Weg frei für den speziellen Aspekt unserer Frage und erinnert zugleich an das Unbehagen, das zum Ausdruck gebracht werden soll.

Wer sind wir? - Gemäß § 1 Ihrer am 30.6.89 beschlossenen und am 10.7.90 in Kraft gesetzten Satzung ist die Deutsche Gesellschaft für Unfallheilkunde eine interdisziplinäre wissenschaftliche Gesellschaft, die die Unfallchirurgie und alle Disziplinen integriert, die sich mit dem Unfallverletzten befassen. Zugleich ist sie die wissenschaftliche Fachgesellschaft der Unfallchirurgen. - Sollte die Gesellschaft ihr äußeres Erscheinungsbild in den nächsten Tagen in Weiterführung der bisherigen Entwicklung nach Beschluß ihrer Mitgliederversammlung durch Umbenennung in ‚Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie‘ - verändern, wird - das sei allen gesagt, die bei diesem Gedanken weitere Eingrenzung und Ausgrenzung fürchten - die interdisziplinäre Struktur und Zielsetzung der Gesellschaft keine Abstriche hinnehmen müssen.

Ähnlich wie dies 1939 Kellogg Speed als Präsident der American Association for the Surgery of Trauma formulierte, wird sich die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie solange für den Fortbestand oder die Wiederherstellung der Einheit der Chirurgie einsetzen als sie im Haus der Chirurgie angemessene, d.h. eine von wechselseitiger Anerkennung der Gleichwertigkeit bestimmte Heimstatt findet [6].

Darüberhinaus empfehle ich unserer Gesellschaft, sich künftig noch mehr als dies bereits bisher der Fall war als Forum für alle operativen und nicht-operativen Disziplinen zu öffnen, die sich wissenschaftlich und klinisch um das Trauma, seine Ursache, seine Pathophysiologie, Diagnostik und Behandlung sowie um die Rehabilitation des Unfallverletzten bemühen. In diesem Zusammenhang halte ich es auch für sinnvoll und der weiteren Entwicklung nützlich, wenn unsere Gesellschaft nach Wegen sucht für eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Fachberufen im Gesundheitswesen, die sich für das Trauma interessieren oder für das Trauma zu interessieren sind. Vergleichbare Fachgesellschaften in der englischsprachigen Welt aber auch in der ehemaligen DDR praktizieren dies seit längerem

mit großem Gewinn für die Patienten. Ich denke hier an Epidemiologen ebenso wie an Biostatistiker und Soziologen wie auch an die uns primär näherstehenden Rettungsdienste, den Pflegedienst, die Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter usw.

Das Thema, dem wir uns zu widmen haben, ist die Qualität der unfallmedizinischen Versorgung im Lande. Nicht ohne Genugtuung zitieren wir die englischsprachige Fachwelt mit Vorliebe dort, wo sie seit etwa 10 Jahren feststellt, Deutschland, das war die seinerzeitige Bundesrepublik, verfüge über das weltbeste ‚Trauma-Care-System‘. Liegt es da nicht nahe, zu denken, Verbesserung tue nicht Not, da ja schon alles gut sei, auch zu denken, es werde sicherlich nicht all zu schwer sein, dort gut zu bleiben, wo man schon gut ist.

In der Tat können zahlreiche Krankenhäuser und Kliniken im Lande benannt werden, in denen der Unfallverletzte hervorragende ärztliche und medizinische Hilfe findet. Das darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, daß die unfallmedizinische Versorgung dennoch weiterhin verbesserungsfähig ist und die landesweite Sicherstellung einer qualifizierten unfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in den vor uns liegenden Jahren aus unterschiedlichen Gründen zunehmend bedroht scheint.

Ursachen hierfür sind strukturelle und - wie bereits angesprochen – konzeptionelle Defizite der Medizin und ihren wissenschaftlichen Fachgesellschaften, aber auch politische und ökonomische Entwicklungen, die nur zum Teil und gewiß nicht ausschließlich von der Medizin zu verantworten sind.

Beginnen wir dennoch zunächst bei den Fehlentwicklungen, die von den wissenschaftlichen Fachgesellschaften, aber auch von den Universitäten zu vertreten sind.

In einer Analyse der Rolle und Bedeutung wissenschaftlicher Fachgesellschaften kam Heckhausen zu dem Schluß, daß die Versäumnisse, die sich Fachgesellschaften und Universitäten in den siebziger Jahren zu Schulden kommen ließen, als sie ihre ‚Mentorfunktion‘ nicht oder nicht ausreichend wahrnahmen, dazu geführt haben, daß heute über Mindestvoraussetzungen diskutiert werden muß und Mittelmäßigkeit allenthalben zu beklagen ist.

Betrachten wir die angesprochene Problematik aus dem Blickwinkel der Unfallmedizin, so wird eine Wurzel dieser Fehlentwicklungen und Defizite erkennbar, wenn sich zeigt, daß die während des Studiums vermittelten theoretischen und praktischen Kenntnisse in der Notfallmedizin nach wie vor lückenhaft sind. Zu meinem Bedauern kann ich nicht auf diese universitären Defizite eingehen, sondern muß mich auf die Feststellung beschränken, daß neue konzeptionelle Entwicklungen zur Sicherstellung und weiteren Verbesserung der unfallmedizinischen Versorgung prae- und parauniversitär einsetzen müssen und im Studium in angemessener Weise curricular zu verankern sind. Nur ein solches Vorgehen scheint geeignet, das erforderliche ärztliche und gesellschaftsbezogene Interesse für das Trauma, aber auch die unersetzliche Motivation zur Mitarbeit an der Bewältigung des Traumas in den jungen Menschen zu wecken.

Die prae-universitären und universitären Defizite wirken weiter auf die nach-universitäre berufliche Weiterbildung. Erstaunt und bedrückt erkennen wir auch in diesem Bereich den von Tillich beklagten Hang des Einzelnen, Entscheidungsbefugnis und Verantwortung

abzugeben sowie seine Bereitschaft, organisierte Fremdbestimmung hinzunehmen. Fehlentwicklungen und Defizite kann ich auch in diesem Zusammenhang lediglich aus dem speziellen Blickwinkel der an der Unfallmedizin vorrangig beteiligten operativen Disziplinen erörtern.

Die gegen Ende des 19. Jahrhunderts rasch voranschreitende Entwicklung der Medizin ließ bald auch die hierdurch mögliche Spezialisierung sinnvoll und dem Fortschritt förderlich erscheinen. Dennoch wurde schon zu Anfang unseres Jahrhunderts vor Aufsplitterung und allzu weitreichender Spezialisierung gewarnt. Trotz allem aber war die Spezialisierung, überwiegend zum Nutzen des Fortschritts und zum Nutzen der Patienten nicht aufzuhalten.

Melvin Strakey Henderson, der 1. Präsident des American Board of Orthopaedic Surgery, begründete die Notwendigkeit zur Spezialisierung im Jahre 1934 wie folgt:

„Art und Zahl der heute möglichen und erforderlichen operativen Eingriffe sind derart differenziert und komplex, daß der einzelne Chirurg nicht länger in der Lage ist, sich in allen Bereichen seines Faches gleichermaßen als Spezialist zu qualifizieren“ [9].

Henderson stellte die Frage: „Kann ein Chirurg (Orthopäde) annehmen daß er in allen Bereichen der Chirurgie (Orthopädie) qualifiziert ist und qualifiziert bleibt?“

Eine Antwort auf diese Frage ist auch bei namhaften Chirurgen unseres Landes nachzulesen.

Ich beschränke mich darauf, Otto Götze, den Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie des Jahres 1954, und Rudolf Zenker, den Präsidenten des Jahres 1968 zu zitieren. Anlässlich der 63. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie sagte Götze im Jahre 1939:

„Vergessen wir zunächst nicht, daß fast aller Fortschritt in jeglicher Wissenschaft ganz allgemein durch die inbrünstige Beschäftigung mit Einzelfragen, also durch Spezialisierung, erzielt wurde. Das grenzenlose Anwachsen des Umfangs aller Wissenschaft, und so auch der Chirurgie, und das begrenzte Fassungsvermögen auch des besten Chirurgengehirns bringen es zwangsläufig mit sich, daß heute kein Chirurg mehr vollendeter Meister auf allen chirurgischen Teilgebieten sein kann.“

Die im Spezialistentum sichtbare Zerlegung des ärztlichen Wissens und Könnens ist auch in Zukunft weder aufzuhalten noch generell als schädlich zu bezeichnende. Der Universalarzt der alten Zeiten gehört endgültig der Vergangenheit an; er kann nur in gänzlich neuer Form wiederkehren“ [8].

In seiner Präsidentenrede zur 85. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie vermittelte Rudolf Zenker 1968 seine Sicht des Problems.

„So wird die Spezialisierung in der Chirurgie fortschreiten, weil kein Chirurg mehr das gesamte Fach wissenschaftlich und technisch nur annähernd beherrschen kann und nur durch intensive Beschäftigung auf einem umschriebenen Gebiet wissenschaftlicher Fortschritt und nicht zuletzt der größte Nutzen für die Kranken erwächst.“

Die Abgrenzung der Spezialfächer gegeneinander und gegenüber der allgemeinen Chirurgie darf aber nicht starr sein und vor allem darf es keinem in der Praxis tätigen

Allgemeinchirurgen verwehrt werden, spezielle Eingriffe und Behandlungsverfahren durchzuführen, für die er Interesse hat und die er beherrscht. Auch werden sich die Grenzen der Spezialgebiete gelegentlich überschneiden oder im Laufe der Zeit ändern.

Die Sorge um eine Zersplitterung der Chirurgie und darüberhinaus der Medizin – ein Kassandrarufer der immer wieder ertönt - braucht uns nicht zu beschleichen, wenn sich die Spezialisten schon im Interesse der weiteren Entwicklung ihres Faches der gesamten Medizin und Chirurgie verbunden fühlen. Erleichtert wird ein Zusammenarbeiten, wenn die Spezialfächer mit der allgemeinen Chirurgie und den ihnen nahestehenden Disziplinen der Medizin sinnvoll unter einem Dach vereint sind' [9] .

Lassen Sie uns erneut zurückkehren zum Unbehagen, mit dem wir begannen.

Juristischem und politischem Sprachgebrauch folgend wurde Kompetenz im Laufe der Zeit beständig reduziert auf die in ihr und durch sie begründete Zuständigkeit. Verloren ging dabei- ich zitiere den Philosophen Odo Marquard - , daß Kompetenz zwar offenbar (irgendwie) zu tun hat mit Zuständigkeit, aber auch mit Fähigkeit und mit Bereitschaft und damit, daß Zuständigkeit, Fähigkeit und Bereitschaft sich in Deckung befinden' [10].

Im Sinne Lessings ließe sich ergänzen, es sei darüberhinaus besser, nicht zuerst vom Besitz einer Sache- bei Lessing war es die Wahrheit - auszugehen, sondern vielmehr die Aufrichtigkeit der Mühe zu würdigen, mit der man sich um diese Sache bemüht.

Im hier zu diskutierenden Zusammenhang haben Trunkey, Blaisdell u. a. einige traditionelle Mythen entlarvt [11, 12]. So das Festhalten an der Vorstellung, daß alle Krankenhäuser gleichwertig und alle dort tätigen Ärzte gleichermaßen qualifiziert sind. Donald S. Gann, 1988 Präsident der American Association for the Surgery of Trauma, griff die Gedanken von Blaisdell und Trunkey auf und verdeutlichte sie [13] . Nach Gann ist die Annahme, alle - Chirurgen, Orthopäden, usf. - seien gleich gut, nicht nur offenkundig falsch, sie ist für ihn ebenso offenkundig auch Zeichen einer Fehlreaktion des individuellen Selbstverständnisses. Fehlreaktion insoweit als das Selbstverständnis dem Individuum nicht erlaube, sich selbst einzugestehen oder gegen Außen anzuerkennen, daß ein anderer - Institution oder Kollege - eine Sache besser macht als man selbst. Im Gegenteil - so Gann - sei jedermann überzeugt, besser zu sein als irgendjemand sonst.

Der bereits zitierte Odo Marquard hat mit Bezug auf rue von ihm zu vertretende Philosophie den Begriff der Kompetenznostalgie geprägt, den er wie folgt erläutert:

„Jeder sehnt sich danach etwas zu sein. - Danach sehnt sich auch die Philosophie; die war etwas: das kann sie nicht vergessen, auch nicht dadurch, daß sie sich einredet, sie sei noch etwas, was sie nicht mehr ist.“

Die Umsetzung dieses Gedankens auf Medizin und Chirurgie wie auch die Umsetzung auf das Selbstverständnis des Arztes und des Chirurgen stelle ich anheim.

Im gleichen Felde wurzelt auch die nicht selten erkennbar werdende Absicht, eine Subspezialisierung - natürlich die eines anderen - herbeizureden bzw. durch gezielte Nicht-Wahrnehmung einer durch Spezialisierung begründeten Qualität wie auch durch subtile Ab- und Ausgrenzung bewußt und unbewußt zu fördern.

Bestätigung findet diese Feststellung beispielsweise durch diejenigen, die - zum Teil beeindruckt vom eigenen Wortwitz - bemüht sind, die Unfallchirurgie in der allgemeinen Wertschätzung als problemlos einfachen Bereich der Chirurgie erscheinen zu lassen, den jeder Chirurg, der die Grundfertigkeiten seines Faches erlernt hat, ohne zusätzliche und spezielle Erfahrungsbildung problemlos einfach zu bewältigen vermag. - Ohne wesentliche Selbstzweifel wird hier ein Bild der Chirurgie in die Gegenwart übertragen, das bereits vor mehr als 30 Jahren seine Gültigkeit weitgehend eingebüßt hatte. Im Mindesten wird dabei völlig außeracht gelassen, daß die inhaltliche Gewichtung und Strukturierung der Chirurgie insbesondere in diesen letzten 30 Jahren einen grundlegenden Wandel durchgemacht hat. Nach dem letzten Krieg galt das wissenschaftliche und klinische Interesse unserer chirurgischen Lehrer aus verständlichen Gründen nahezu ausschließlich der Thorax- und Kardiovascularchirurgie; die Schockforschung jener Tage wurzelte vor allem in der Herzchirurgie. - Die Tatsache, daß sich ein Teil der dann antretenden Chirurgengeneration dem zunehmend vernachlässigten Gesamttrauma und gemeinsam mit den Orthopäden dem zunehmend problematischen Bereich der Verletzungen des Stütz- und Bewegungsapparates zuwandte, führte zu revolutionären Veränderungen in diesem Teil der Chirurgie. Dessen ungeachtet sollte in diesem Zusammenhang nicht vergessen werden, daß die an der Forschung und Klinik im Bereich der Kardiovascularchirurgie geschulte Intensivmedizin und auch die Organchirurgie wesentliche Beiträge geleistet haben für die Erforschung und Behandlung des Traumas und insoweit gleichfalls essentiell beitragen konnten zur Fortentwicklung der Unfallmedizin.

Als Ausdruck des irritierten Selbstverständnisses eines Teils der Chirurgen wird, wie bereits angesprochen, gewertet werden müssen, daß Anerkennung und Wertschätzung des Fortschritts in der Chirurgie des Traumas unter den an dieser Entwicklung nicht oder nur im geringen Umfang beteiligten so zögerlich und verhalten geblieben sind, daß der Deutsche Ärztetag 1989 eine Beschlußfassung zur Förderung der Unfallchirurgie für angezeigt hielt.

Kehren wir zurück zur Qualität: Qualität hat in diesem Zusammenhang auch zu tun mit Quantität. Schon Otto Götze übersah bei seiner Befürwortung der Spezialisierung nicht die Gefahr, daß Kompetenzgewinn auf einem Feld notwendig Kompetenzverlust auf anderen Feldern nach sich ziehen muß. Ich zitiere Otto Götze:

„Das Einzelfach bringt seinem Vertreter die Gunst der großen Zahl der Patienten aus einer sonst verstreuten Krankheitsgruppe und von hier aus ist er nicht-nur in der Lage, sondern er wird geradezu induktiv durch die Substanz seines Faches gedrängt, die Vielgestaltigkeit der pathologischen Erscheinungsformen weitergehender zu analysieren und die diagnostischen, indikatorischen und therapeutischen Möglichkeiten zielstrebig methodisch zu entwickeln. Das reiche und relativ gleichmäßige Krankengut fördert den Überblick und begünstigt durch Wiederkehr und tägliche Übung das Haften der wichtigsten Merkmale und Vorschriften nicht nur beim Spezialisten selbst, sondern auch beim zugehörigen Hilfsarzt, beim Schwestern- und Pflegepersonal [8]. Weiter heißt es bei Götze: „Als Grundlage für den Assistenten- und Studentennachwuchs besitzt ein solches Richtlinienchema sehr großen Wert. Kein Zweifel, daß den einzelnen Kranken auf solche Weise die besseren Heilresultate zufließen können“ [8].

Die 1988 nach Novellierung mit dem Ziel einer weiteren Qualitätssicherung in Gang gesetzte Weiterbildungsordnung hat bei den großen medizinischen Fachgesellschaften und ihren Teilgebieten anhaltende Irritation und wachsendes Unbehagen ausgelöst. Die Art, in der die Weiterbildungsordnung seither gehandhabt wurde, läßt den begründeten Verdacht aufkommen, daß sie zunehmend als Instrument der berufspolitischen Abgrenzung und anderer Verteilungsstrategien genutzt wird. Arbeitszeitverkürzung und fortschreitender Strukturwandel der Medizin machen darüberhinaus eine qualifizierte Weiterbildung, zumal im vorgegebenen zeitlichen Rahmen der sog. ‚Mindestweiterbildungszeiten‘, ohnehin zunehmend unmöglich. Die Fachgesellschaften sind daher aufgerufen, sich dem durch den weiteren Abbau bisher gewährleisteter Standards wie auch durch die anhaltende Tendenz zur Subspezialisierung drohenden Qualitätsverlust entgegenzustellen.

Im Interesse der Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Einheit der Chirurgie befürworten die Unfallchirurgen auch weiterhin eine einheitliche Weiterbildung im Gebiet Chirurgie.

Nach Abschluß der Weiterbildung im Gebiet muß die erforderliche Schwerpunktbildung durch ergänzende Qualifizierungen erarbeitet werden. Die Berufung in eine eigenverantwortliche oder leitende Position ohne eine die Grundweiterbildung im Gebiet ergänzende Qualifizierung erscheint sachlich nicht länger begründbar.

Da das Trauma als interdisziplinäre Aufgabe aufzufassen ist und sich nicht auf ein einzelnes Organsystem eingrenzen läßt, ist das integrierte Zusammenwirken aller beteiligten Gebiete und Schwerpunktbereiche unerläßlich. Die Kriterien, nach denen diese Aufgaben zu bewerten und anzugehen ist, sind nicht Kriterien einer einzelnen Fachdisziplin, sondern ausschließlich Kriterien der Qualität [14]. Koordinator sollte ein Chirurg sein, der in Forschung, Lehre und Krankenversorgung überwiegend oder ausschließlich mit dem Trauma und dem Unfallverletzten verantwortlich befaßt ist.

Allerdings müssen sich hier zunächst wissenschaftliche Fachgesellschaften und ärztliche Selbstverwaltung darüber klar sein, daß Fortschritt und Weiterentwicklung der unfallmedizinischen Versorgung im Lande nur dann erreicht werden können, wenn Unfallchirurgie und Beschäftigung mit dem Unfallverletzten nicht länger als delegierbare und delegierte Nebenbei-Chirurgie betrachtet werden und - aus welchen Gründen auch immer - in fortbestehender oder wiederbelebter Abhängigkeit gehalten werden. Unfallmedizin und Unfallchirurgie können nur dann auf engagierten und qualifizierten Nachwuchs hoffen, wenn Strukturen und Aufgabenbereiche geschaffen werden oder erhalten bleiben, die ein lebenslanges und uneingeschränktes Engagement sinnvoll erscheinen lassen.

Für jemanden, der sich über lange Zeit für eine Sache, auch für eine Gesellschaft eingesetzt hat, wird es zunehmend schwieriger, einmal - wenigstens für einen Augenblick - vom ‚Eifer für sein Haus‘ abzusehen. Dennoch gebietet der Blick auf die Uhr – das im doppelten Sinne, aber auch der Wille zur ausgleichenden Gewichtung des Unbehagens, welches in dieser Stunde vermittelt werden soll, daß wir im folgenden vor allem unsere Fürsorgepflicht für den Unfallverletzten bewußt machen. Außerhalb des Zuständigkeitsbereiches der Gesetzlichen Unfallversicherung scheint der Unfallverletzte-dieser Eindruck verstärkt sich zusehends -das ungeliebte Kind vieler Väter zu sein. Niemand will sich so recht zu ihm bekennen und ihm ungeteilte Zuwendung widmen. Keiner fühlt sich recht eigentlich verantwortlich. Dennoch

aber möchte niemand die elterliche Reputation vermissen und auf das Recht des Vormunds verzichten. Spätestens bei dieser Betrachtung wird deutlich, daß die Unfallmedizin, vor allem aber der Unfallverletzte selbst in Wissenschaft, Politik und Gesellschaft keine Lobby gefunden hat. Auszunehmen sind hier - das sei nochmals ausdrücklich hervorgehoben - allein die gesetzliche Unfallversicherung und das Kuratorium für Unfallverletzte mit Schäden des Zentralnervensystems. Wissenschaft, Politik und Gesellschaft engagieren sich für Heimdialyse und Organtransplantation.

Darüberhinaus anerkennen wir mit hohem Respekt die Arbeit der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Herzziftung und zahlreicher anderer Organisationen, die sich für den kranken Menschen engagieren. Dies im Blick müssen wir fragen:

Warum hat die Unfallmedizin außerhalb der Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung so wenig Fürsprache und Unterstützung in Politik und Öffentlichkeit gefunden?

Warum ist der Unfallverletzte bis heute ohne menschlich engagierten und in der Öffentlichkeit wirkenden Fürsprecher geblieben?

Liegt die Ursache hierfür etwa bei den Unfallchirurgen selbst? - Sind wir träge geworden in dem Gedanken, wir seien bereits erfolgreich gewesen? Oder hat uns das freundliche Lob aus anderen Ländern vielleicht gar vergessen lassen, daß besser werden muß, was gut bleiben soll. Ist am Ende die Erinnerung an den Hlg. Florian, die den Einzelnen hoffen läßt, ihn werde es schon nicht treffen, auch hier wirksam? Auch bei uns, so mag man denken, könnte die in den USA häufiger beschriebene und psychologisch begründete Denkweise dazu geführt haben, daß wir mit zunehmenden Altersjahren und wachsendem Rang in Beruf und Gesellschaft uns selbst vorrangig gefährdet sehen durch Krebs- und Herzleiden, nur wenige sehen sich selbst auch als potentiell Unfallopfer.

Sicherlich wird - in der Denkweise unserer Zeit - immer wieder gefragt, warum der Staat nicht die rechtlichen und ökonomischen Voraussetzungen für landesweit wirksame unfallmedizinische Programme schaffe. Auch muß angesichts der humanitären und volkswirtschaftlichen Bedeutung des Unfalls und der Unfallmedizin darüber nachgedacht werden, warum bislang kein Politiker, keine Partei, auch kein kompetenter Ökonom das Trauma und die Bewältigung seiner Folgen in unserem Lande zur öffentlichen Aufgabe erklärt hat. Ebenso scheinen Wirtschaft und Industrie bisher nicht in ausreichendem und wünschenswerten Maße erkannt zu haben, daß der Unfall - auch außerhalb des gesetzlich geregelten Zuständigkeitsbereiches - über die Schädigung und existentielle Bedrohung des betroffenen Individuums hinaus eine Bedrohung für <lie Sicherheit und Stabilität unseres Gemeinwesens darstellt.

Zu ergänzen bleibt, daß es offenbar den an der unfallmedizinischen Versorgung beteiligten medizinischen Fachgebieten und ihren Fachgesellschaften nicht gelungen ist, der politischen und sozialen Öffentlichkeit mit der erforderlichen Eindringlichkeit bewußt zu machen, daß die landesweite Sicherstellung einer qualifizierten unfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung als allgemeine öffentliche Aufgabe betrachtet werden muß. Dieses deprimierende Defizit wird erschreckend deutlich, wenn wir sehen, daß das Trauma und

seine Folgen bei der Erörterung gesundheitspolitisch relevanter ‚Volkskrankheiten‘ in der Regel unberücksichtigt bleibt.

Ich denke, es ist uns allen klar geworden, daß eine Deutsche Trauma Stiftung ein weites Feld finden würde, das zum Segen des Unfallverletzten und zum Nutzen des gesamten Volkes bestellt werden könnte.

Lassen Sie mich ein Letztes anfügen:

Essentieller Bestandteil der Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen ist die kritische Wertung des erzielten Behandlungserfolges. Die Evaluation des Behandlungsergebnisses ist allerdings nur dann sinnvoll, wenn die relevanten Daten vollständig und nachprüfbar erfaßt und bearbeitet werden können. § 135 ff SGB V verpflichtet die Krankenhäuser, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen. Lt. Gesetz sind diese Maßnahmen auf die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse zu erstrecken.

Die Krankenhäuser waren seither nicht in der Lage, diese Forderung des Gesetzgebers sinnvoll zu erfüllen. Ursache hierfür ist die mangelnde ordnungspolitische Instrumentation der Gesetzesforderung, aber auch das Fehlen der materiellen und personellen Voraussetzungen zur Durchführung qualifizierter und im Ergebnis vergleichbarer Qualitätssicherungsverfahren.

Spätestens an diesem Punkt werden entscheidende Defizite des SGB V und der derzeitigen Krankenhausfinanzierung deutlich, durch die vor allem Schwerpunktkrankenhäuser und Universitätskliniken und hier insbesondere die Versorgung der Schwerstkranken und Schwerstverletzten belastet werden.

Bei den gesetzgeberischen Bemühungen um Sicherstellung einer qualifizierten Krankenversorgung im Lande, werden Qualitätssicherung und ökonomische Effizienz, wie ich denke zu Recht, miteinander verknüpft. Allerdings wächst auch die Sorge, daß unsere Krankenhäuser als Folge der allgemeinen Mittelverknappung bei Umsetzung des geltenden Rechts bereits in naher Zukunft ihren angestammten Aufgaben, d. h. den Aufgaben, die sie bisher wahrgenommen haben, nicht mehr gewachsen sein werden. Vor allem aber werden die Krankenhäuser nicht in der Lage sein, neue Aufgaben, d. s. in der Regel aufwendigere, kostenträchtigere und risikobetastetere Aufgaben zu übernehmen, wenn es nicht gelingt, das Leistungsprofil des einzelnen Krankenhauses darzustellen, die für eine wirtschaftliche Krankenhausführung erforderlichen Daten zu erfassen und auf dieser Grundlage Strategien zur Sicherung der Existenzfähigkeit der Krankenhäuser zu entwickeln. Bereits jetzt wird dieses Problem unter der Leitformel "Dauerpatient Krankenhaus" diskutiert [15].

Im übrigen wird es auch auf der Basis - bislang nicht vorhandener- gesicherter Daten in den kommenden Jahren immer schwieriger werden, neben der medizinischen Qualität die ökonomische Effizienz der unfallmedizinischen Versorgung zu belegen und zu beurteilen.

In diesem Zusammenhang ist auch daran zu denken, daß die Zahl der zum Zeitpunkt des Unfalls nicht mehr im Erwerbsleben stehenden Bürger entsprechend der demographischen Entwicklung in den vor uns liegenden Jahren sprunghaft ansteigen wird.

Das SGB V verpflichtet das Krankenhaus nicht länger nur zur Beachtung der Wirtschaftlichkeit, abweichend von bisherigen Regelungen verbleiben künftig Gewinn und Verlust beim Krankenhaus. Die Suche nach leistungsbezogenen Entgelten für krankenhaustypische Leistungen führte zur Einführung der Sonderentgelte nach § 6 BPfl. V, die sich nicht mehr allein am medizinisch Notwendigen sondern an marktwirtschaftlichen (gewinnorientierten) Kriterien ausrichten. Da der allgemeine Pflegesatz demgegenüber vergleichbare Gewinnmöglichkeiten nicht eröffnet, verlagert sich das ‚Leistungsgeschehen‘, wo immer dies möglich ist, zwangsläufig in Richtung der Leistungen, für die ein Sonderentgelt vergütet werden kann. Demgemäß wird sich der ökonomisch gewissenhafte Krankenhaus-Administrator in Richtung der Sonderentgeltmedizin orientieren oder nach risikoarmer Elektivmedizin Ausschau halten [15].

In logischer Konsequenz des Vorangegangenen wird es niemanden verwundern, wenn wir die für den Unfallverletzten aufzuwendenden Leistungen auf der Liste der Sonderentgelte vergeblich suchen. Auch in der Diskussion der Zukunftschancen der Krankenhäuser ist von den Zukunftschancen des Unfallverletzten nicht die Rede.

Die Existenzsicherung der Krankenhäuser ist untrennbar verbunden mit der Finanzierbarkeit der Krankenhausleistungen. Außerordentlich gefährlich ist es deshalb, wenn bei den Bemühungen um eine leistungsgerechte und wirtschaftlich vertretbare Vergütung der stationären Krankenversorgung noch immer die Einführung einer ‚diagnosebezogenen Fallpauschale‘ diskutiert wird. Bereits das 1987 im Auftrag des BMA erstellte Sachverständigengutachten belegte eindeutig, daß die wirtschaftliche Existenz von Universitätskliniken und Schwerpunktkrankenhäusern bei Einführung dieses Vergütungssystems infolge mangelnder Berücksichtigung der Fall- und Leistungsstruktur entscheidend gefährdet wäre. In erschreckender Weise eindeutig bestätigt wird die hier drohende Gefahr durch aktuelle Veröffentlichungen aus den USA, die den wirtschaftlichen Zusammenbruch von Schwerpunktkrankenhäusern und Trauma-Zentren berichten.

Die Bürger in unserem Land müssen wissen, daß sie künftig sehr viel eher als bisher Gefahr laufen werden, nach einem Unfall keinen Platz in einem geeigneten Krankenhaus zu finden. Die Kapazität dieser Häuser wird durch risikoarme bzw. durch Sondervergütung finanzierte Elektivchirurgie ausgelastet, die Schwerpunkthäuser und Zentren werden noch mehr als bisher überlastet sein, wenn diese Entwicklung nicht grundlegend korrigiert wird.

Entsprechend dem eingangs zitierten Leitsatz unseres Gründungsmitgliedes Kühne, müssen wir zunächst bei uns selbst nachsehen, wenn etwas verändert werden soll: - Nach Satzung und Zielsetzung hat sich die *Deutsche Gesellschaft für Unfallheilkunde* der Integration aller Kräfte und Disziplinen verschrieben, die sich mit dem Trauma und dem Unfallverletzten befassen. Folgerichtig ist die Gesellschaft vor allen anderen gefordert, auf der Grundlage des in ihr versammelten interdisziplinären Sachverstandes die Standards zu erarbeiten, nach denen Qualität, Sicherheit und Effizienz der unfallmedizinischen Versorgung in unserem Lande beurteilbar und realisierbar bleiben. Es kann nicht genügen, die gewiß vorrangig von Politik, Ökonomie und Administration zu vertretenden Defizite zu beklagen. Unsere Fachgesellschaft wird ihrer selbstgewählten Aufgabe sicherlich nicht gerecht, wenn sie sich weiterhin darauf beschränkt, die Verantwortung für die Beseitigung der Defizite den

„zuständigen“ Organen - die ärztlichen Landesorganisationen seien hier ausdrücklich einbezogen- zuzuordnen und die Beseitigung der Defizite dort einzufordern.

Durch die nach Beschluß der Mitgliederversammlung in diesem Jahr in Kraft gesetzte Satzung hat unsere Gesellschaft Instrument und Gestaltungsrahmen für die Bewältigung alter und neuer Aufgaben geschaffen. Allerdings wird unsere Gesellschaft zur Bewältigung der anstehenden Aufgaben nur dann sinnvoll und effizient beitragen können, wenn es ihr gelingt, diese Satzung mit Leben zu erfüllen.

Ich schließe mit Winston Churchill.

It is no use saying 'We are doing the best'.
You have got to succeed in doing what is necessary.

Qualitätssicherung durch Qualitätsverbesserung.
Lassen wir uns durch nichts und niemanden daran hindern.

Literatur

1. Locke J (1960) Essay über den menschlichen Verstand
2. Tillich P (1913) Über die Zukunft der Religion
3. Nell-Breuning von O. Zukunft- Ängste des heutigen Menschen, St. Peter in Köln, am 20.8.1980
4. Heckhausen H (1987) Zur Rolle und Bedeutung wissenschaftlicher Fachgesellschaften. Beitr Hochschulforsch, Heft 4
5. Probst J (1977) Präsidentenrede zur Eröffnung der 15. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie
6. Speed K (1939) First presidential address: Am Assoc Surg Trauma
7. Henderson MS (1934) Presidential address: The American Orthopaedic Association
8. Götze O (1939) Allgemeinchirurgie und Spezialfach: 68. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
9. Zenker R (1968) Präsidentenrede zur Eröffnung der 85. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
10. Marquard O (1981) Abschied vom Prinzipiellen- Inkompetenzkompensationskompetenz
11. Trunkey DD (1982) Presidential address: Society of University Surgeons
12. Blaisdell FW (1984) Fitts Lecture"