



DEUTSCHE  
GESELLSCHAFT FÜR  
UNFALLCHIRURGIE

## **1991: Prof. Dr. med. Dieter Havemann (Kiel)**

### **Vorbemerkung:**

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

Im Namen des Geschäftsführenden Vorstandes  
(gez.) Der Generalsekretär

Die 55. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie fand vom 21. bis 25.05.1991 im Rahmen der 6. Deutsch-Österreichisch-Schweizerischen Unfalltagung in Wien statt. Aus Zeitgründen hielt Prof. Dr. Havemann dort keine Eröffnungsansprache.

Daher bringen wir hier stattdessen den

### **„Festvortrag ‚Spezialisierung und Einheit der Chirurgie‘ zur 1. Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Kindertraumatologie in der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie, 20.11.1991, in Erfurt**

„Bei der Vorbereitung dieser ersten Tagung der Arbeitsgemeinschaft Kindertraumatologie in der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie haben Sie mich, verehrter Herr Kollege KURZ, um die Übernahme eines in der Eröffnung zu haltenden Vortrages gebeten.

Dieser Bitte bin ich gern nachgekommen, um so mehr, weil ich Ihnen jetzt im Namen der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie den Dank für die Ausrichtung dieses Kongresses aussprechen kann. Er setzt eine Tradition fort, die in den vergangenen Jahren die mit großem Engagement betriebene Fürsorge für das unfallverletzte Kind dokumentiert. Die unselige Trennung Deutschlands bewirkte den in der Vergangenheit beklagten Verlust der Beziehungen untereinander, so daß nur ein kleinerer Teil der erfolgreichen Arbeiten der Kindertraumatologen im anderen Teil Deutschlands bekannt wurde.

Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie hat es seit dem Anbeginn der historischen Veränderungen mit der möglich gewordenen Kommunikation einstimmig und vorbehaltlos begrüßt, daß die Kindertraumatologen als Arbeitsgemeinschaft willkommen waren und sind.

Der heutige Tag der ersten Gemeinsamkeit ist allein deswegen ein Grund zur Freude.

Der vor uns liegende Kongreß reflektiert mit seinem Programm sowohl die in der Vergangenheit unter schwierigen Bedingungen erreichten Erfolge der unfallchirurgisch tätigen Kinderchirurgen als auch die bei der Behandlung unfallverletzter Kinder gewonnenen

Erkenntnisse von Chirurgen, Unfallchirurgen und Orthopäden. Es ist das Spiegelbild einer erfolgreichen, durch äußere Bedingungen und den Willen zu gemeinsamer Arbeit getragenen international geprägten Kooperation chirurgischer Disziplinen.

Ich wünsche diesem Kongreß einen harmonischen und erfolgreichen Verlauf.

Lassen Sie mich am Beginn meines Vortrages, der unter dem Thema

### **„Spezialisierung und Einheit der Chirurgie“**

steht und Stellung nehmen soll zu den aktuellen Fragen der Entwicklung der Chirurgie in unseren Tagen mit den möglichen Auswirkungen für die Zukunft der chirurgischen Fächer, diese Begrüßung und Einführung beenden.

Die Heilkunst ist eine kulturelle Leistung des Homo sapiens mit jahrtausendealter Geschichte. Sie wird erklärt durch allein dem Menschen eigene sozioethische Verhaltensweisen.

Aus der am Ursprung stehenden Hilfeleistung des anderen am Verletzten und Hilflosen wuchs die mit der Hand dargebotene unmittelbare Behandlung des Traumatisierten.

Der Rahmen des Themas verbietet eine ungehemmte und damit notwendigerweise fragmentarische, sicher auch zu stark simplifizierende Entwicklungsdarstellung der Chirurgie, die bis heute im europäischen Raum fehlt. Die historische Retrospektive - wird auf sie auch teilweise verzichtet werden müssen - ist dennoch geeignet, mit ihren Wurzeln das Verständnis der heutigen Situation zu fördern. Die Barbieri und Wundärzte des Mittelalters, die bis zum Anfang des vorigen Jahrhunderts im Gegensatz zu den akademisch gebildeten, durch vielfältige religiöse, philosophische und soziale Einflüsse geprägten Ärzten standen, sind als die eigentlichen Ahnen der Chirurgen zu bezeichnen. Inhalt ihres Berufes war die handwerkliche Heilkunst, die, modern ausgedrückt, als „Dienstleistung“ in allen Gesellschaftsformen menschlichen Zusammenlebens mit dem sich in der Moderne verstärkenden Anspruch auf Perfektion und Zuverlässigkeit angeboten und dargebracht wurde.

1876 ließ der aus Hannover stammende Chirurg Georg FISCHER (1836-1921) sein Werk „Chirurgie vor 100 Jahren“ erscheinen, das uns heute nachgedruckt als lesenswerte und anregende historische Darstellung wieder vorliegt.

Das Buch wurde vom Verfasser der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie gewidmet und beginnt einleitend mit dem damals wie heute aktuellen Grundproblem, dem auch die medizinische Wissenschaft ganz allgemein unterliegt:

„Je weiter von Jahr zu Jahr die Grenzsteine der medicinischen Naturwissenschaften auseinandergerückt werden, umso berechtigter wird die Frage: Ist es dem praktischen Arzt möglich, den Fortschritten der Wissenschaft zu folgen?“ Es gibt nur wenig später den auf die heutige Zeit leicht zu transponierenden Rat, daß eine Befriedigung nur dann gefunden werde, „wenn der Arzt eine Disziplin so viel als möglich beherrscht“ und warnt gleich darauf folgend:

„Damit soll dem Unwesen des Spezialistentums, welches bei der einseitigen Pflege einer Disziplin sich um alle übrigen gar nicht bekümmert, keineswegs Thür und Thor geöffnet

werden.' Zum Schluß wird gefolgert, daß der Arzt sich nie mit seinem Spezialfach ganz abschließen solle.

Vor nun mehr als 100 Jahren wurden mit unmißverständlicher Klarheit die ursächlichen Kräfte, aber auch Zwänge erkannt, die bis heute die mit enormem Engagement, oft aber auch ebensolcher Emotionalität und vordergründiger Interessenwahrnehmung geführte Diskussion um die Spezialisierung kennzeichnen. Schließlich ist die bis in unsere Tage fortbestehende Wahrheit erkennbar: ‚Unser Zeitalter hat eine entschieden spezialistische Tendenz‘ und weiter ‚die auch in die einzelnen Fächer immer tiefer eindringt‘ (FISCHER, 1876).

100 Jahre zuvor äußerte der Göttinger Chirurg A. G. RICHTER, daß ‚es kaum in den Kräften eines einzelnen Mannes sei, die Chirurgie in ihrem ganzen Umfange zu umfassen und sie in allen ihren einzelnen Teilen gleich genau zu kennen‘. Vor 120 Jahren fühlte sich A. von GRAEFE beunruhigt, daß er das Gebiet der Augenheilkunde nicht mehr ganz zu beherrschen vermöge, und Bernhard von LANGENBECK, der Mitbegründer der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, erklärte etwa zur gleichen Zeit, daß wohl nur wenige Chirurgen sich rühmen können, das ganze Gebiet der Chirurgie zu übersehen (FISCHER, 1876).

Faßt man den etwas ausführlicheren Rückblick des historisch zu nennenden Problems der sich anbahnenden und bis heute unverändert aktuell zu nennenden Spezialisierung zusammen, so werden die ursächlichen Faktoren und Triebfedern der Aussonderung von Teilen eines in der vorangegangenen Zeit als Einheit zu verstehenden Gebietes deutlich: Es sind dies die eher beklagte als begrüßte Progredienz des Wissenszuwachses, die die Umsetzung aller Erkenntnisse durch einen Chirurgen nicht mehr zuverlässig erlaubte, der Zwang, dem Anspruch auf Erfolgswahrscheinlichkeit der Behandlungsmaßnahme nicht folgen zu können und die Gefährdung des eigenen Selbstverständnisses.

Das bereits damals bestehende Dilemma zwischen der Bedrohung der Einheit des Gebietes Chirurgie und dem eindeutig erkannten Problem des Verlustes der medizinischen Universalität beherrscht damals wie heute die entscheidende Aufgabe nicht nur des Chirurgen, sondern des Arztes überhaupt:

An dem in akuter Not, Hilflosigkeit und Todesangst befindlichen Verletzten und Erkrankten zu handeln und zu heilen (JUNGBLUTH, 1988) und dieses sachgerecht dem gültigen wissenschaftlichen Grundlagen- und Erkenntnisstand der Heilkunst entsprechend zu tun.

VOSTEEN hat 1990 anläßlich der Eröffnung des deutschen Urologenkongresses in Hamburg ausgeführt, daß ‚die perfekte Medizin der Gegenwart‘ das Resultat der Spezialisierung sei, aber auch auf die Ambivalenz dieser Entwicklung hingewiesen und wiederholt die bereits vor mehr als 100 Jahren geäußerten negativen Aspekte, die sich als Handikap des Spezialisten erweisen.

Die durch spezialisierte Grundlagenforschung ausgelöste enge Beschränkung des Blickes zum Nachbarn äußert sich in dem Dilemma, daß der technisch qualifizierte Spezialist die Krankheit am einzelnen Organ, nicht aber die des Nachbarorgans wirkungsvoll beeinflussen kann. Daraus ist zu folgern, daß im chirurgischen Alltag die Organisation und der sinnvolle Einsatz vieler Spezialisten Priorität haben muß, um den vielfältigen medizinisch-

wissenschaftlichen, juristischen, psycho-sozialen und außerordentlich variablen persönlichen Ansprüchen des Kranken zu genügen. Wie dieses Ziel erreicht werden könnte, spiegeln die zahlreichen, gerade in den letzten Jahren vermehrt erschienenen Managementbeiträge beispielsweise zur Behandlung des Polytraumas wider.

Eines scheint jedoch unbezweifelbar sicher: Wenn aus Gründen der Unüberschaubarkeit der Chirurgie durch den einzelnen Arzt die vorurteilsfreie umfassende Kooperation von Experten eine absolut notwendige Voraussetzung für die Existenz des Gesamtfaches ist, so darf die gleichberechtigte Einordnung eines Spezialgebietes nicht in Frage gestellt werden, weil die individuelle ärztliche Leistung untrennbar mit der ethischen Verpflichtung und Verantwortung gegenüber dem Kranken verbunden ist.

Wird die Frage der Rolle des Spezialisten unter dem Aspekt des ärztlichen Handelns allein gesehen, muß ein Hegemonieanspruch eines Schwerpunktes zur Zerstörung der als notwendig erkannten Zusammenarbeit führen.

Die Einheit der Chirurgie ist nur bei redlicher Bewertung der tatsächlich existenten Situation der den medizinischen Fortschritten folgenden Entwicklung chirurgischer Fächer zu erhalten, wenn dem allgemeingültigen Gebot des fairen Angebotes von Gleichberechtigung und Anerkennung einer fachlichen und persönlichen Autonomie Rechnung getragen wird.

Die Wirklichkeit zeigt, daß in Kliniken, in denen eine erfolgreiche Verbundarbeit der Spezialisten untereinander praktiziert wird, keine Spezialisierungsautomatik, d. h. Desintegration und isolationistische Separation der Funktionsbereiche eintritt (WELLER, 1988). Es kann nicht verschwiegen werden, daß die Findung von Entscheidungsorganen mit Integrationskompetenzen im synergischen Verbund der chirurgischen Gebiete eine stark von der Persönlichkeitsstruktur der Beteiligten beeinflusste Größe ist.

Nahezu untrennbar verbunden mit dem Thema der Integration der Spezialgebiete unter einem Dach ist die Weiterbildung, die als freiwillige Differenzierung und Vertiefung der Kenntnisse nach der Approbation verstanden wird und eine qualifizierte Ausbildung mit Zertifikation gewährleisten soll. Die zur Zeit mit außerordentlichem Einsatz und großem Engagement von den wissenschaftlichen Fachgesellschaften geführte Diskussion um die Novellierung der Weiterbildungsordnung reflektiert die Widersprüchlichkeiten, die sich aus dem Erhalt traditionell hierarchischer Strukturen einerseits und der Bedeutung der schwerpunktmäßig ausgeübten Chirurgie andererseits ergibt.

Die Kritik an der bisherigen Weiterbildungsordnung richtete sich vor allem gegen die Länge der Ausbildungszeit, d. h. zu späte Spezialisierung für Klinikärzte, gegen Inhalte, die überwiegend auf Klinikärzte zugeschnitten sind, gegen die Nichterfüllbarkeit verschiedener Weiterbildungsinhalte, gegen die in der Chirurgie prävalente Prädominanz der Allgemeinchirurgie mit Erwerb von Weiterbildungsinhalten, die in der Bewältigung des Teilgebietes nicht umgesetzt werden können und gegen die durch ungleich lange Weiterbildungszeiten erschwerte Rotation der jungen Chirurgen. Von Klinikärzten meist unterschätzt wird die Weiterbildungsordnung aber auch als Maßstab für die von den kassenärztlichen Vereinigungen zuzulassende Tätigkeit des niedergelassenen Spezialisten, wenn er eine Teilgebietsbezeichnung erwirbt.

Die wissenschaftlichen Gesellschaften der Teilgebiete haben seit Beginn der Novellierungsarbeiten durch die Bundesärztekammer als Vorbereitung zur Beschlußfassung für die Ärtztetage 1991 und 1992 im Rahmen einer so zu nennenden ‚konzertierten Aktion‘ einen nach übereinstimmender Meinung unter mehrfacher Zustimmung des Berufsverbandes der deutschen Chirurgen und zunächst auch des Generalsekretärs der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie den Einigungsbemühungen in Europa entsprechenden Vorschlag zur Novellierung eingebracht, der eine Reihe der bisherigen Kritikpunkte an der alten Weiterbildungsordnung eliminiert.

Herausragende Kernpunkte des Novellierungsvorschlages sind die zeitlich gleich dauernden Weiterbildungsperioden von 3 Jahren in den chirurgischen Disziplinen auf der Basis der Gleichstellung und die wahlfreie Kombination der chirurgischen Basisweiterbildung mit einer Schwerpunktweiterbildung.

Die beteiligten Fachgesellschaften sind in der Beurteilung einig, daß damit eine der wesentlichsten Voraussetzungen für die Erhaltung der Einheit der Chirurgie geschaffen werden kann, die zudem den Ansprüchen des Europarechtes ebenso genügt wie den Bedingungen der Krankenhausstruktur, die aus Gründen ökonomischer Tragfähigkeit einer besonderen Berücksichtigung bedurfte. Da nicht davon ausgegangen werden kann, daß die wirtschaftliche Situation im öffentlichen Gesundheitswesen an der Basis, d. h. am sogenannten Krankenhaus der Regelversorgung, die Einrichtung von Spezialabteilungen zuläßt, mußte die Novellierung diesen Gegebenheiten zutreffend Rechnung tragen.

Unter dem Gesichtspunkt, den das von mir gewählte, Ihnen im Programm vorenthaltene Thema berührt, halte ich die Diskussion von der Einheit der Chirurgie nicht für überflüssig, wohl es aber für erforderlich, sie mit einem Inhalt zu erfüllen, der uns an den elementaren Auftrag der Gesellschaft bindet, in der wir leben: Das Leben der uns Anvertrauten zu schützen, zu erhalten und nicht zu schaden.

Das ist aber nur möglich, wenn wirkliche Fortschritte der naturwissenschaftlich gewonnenen medizinischen Forschung unter den Bedingungen vorurteilsfreier Zusammenarbeit auf der Basis der Gleichberechtigung und Anerkennung der Kompetenz angewandt werden.

Die Einheit der Chirurgie ist keine leere Worthölse - auch wenn zu häufige Beschwörungen zur Aufrechterhaltung traditionell überkommener Organisations- und Machtstrukturen den guten Sinn in den Hintergrund treten lassen können. Es hat den Anschein, als ob die zur Zeit geführte Diskussion mit den Worten Rainer Maria Rilkes

"Uns überfüllts. Wir ordnens. Es zerfällt.  
Wir ordnens wieder und zerfallen selbst"

am besten charakterisiert werden kann. Die Deutung des Ganzen mit dem für die Chirurgie darin enthaltenen Menetekel des Zerfalls führt zu der Befürchtung besonnener Chirurgen der bisherigen Teilgebiete, daß der Verlust an gegenseitigem Verständnis und die damit verbundene Minderung der Qualität des chirurgischen Handelns zu direkter Auswirkung auf den Kranken führt, dessen Leiden nur als Entität behandelt wird.

Die Einheit der Chirurgie enthält den Zusammenhang der spezialisierten Schwerpunkte auf der Basis der Gleichberechtigung, Anerkennung der Person und Leistung des anderen und

den vorurteilsfreien Willen zur Gemeinschaft Gleichgesinnter, damit zum Nutzen der Fortentwicklung und nicht des Stillstandes das gelten kann, was von jeher die Pflicht dem Hilflosen und Leidenden gegenüber war und ist: was gegeben wird, wird empfangen, und ich gebe, damit du gibst - do, ut des!“

Quelle: DGU-Archiv