



DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
UNFALLCHIRURGIE

1992: Prof. Dr. med. Rahim Rahmanzadeh (Berlin)

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 Unfallchirurgie, 56. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie am 18. bis 21.11.1992 in Berlin

„IN RE PERSONALE

Als nicht-deutsches Original bin ich einen zwar erfolgreichen, aber dennoch nicht ganz hürdenfreien Weg gegangen. Der deutschen Sprache habe ich mich autodidaktisch genähert, und wie viel Wegs in diesem listenreichen Labyrinth noch vor mir liegt - der Himmel weiß es. Dieser Umstand aber bildete das nicht ganz unwillkommene Motiv, in besonderen Arbeitsanstrengungen den Ausgleich zu suchen. Diese Anstrengungen waren oft von dem Gefühl begleitet, mehr tun zu müssen als andere, um Anerkennung zu finden. Daß ich heute als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie zu Ihnen sprechen kann, habe ich jedoch dem vorurteilsfreien Blick der Kollegen und Mitglieder dieser Gesellschaft zu verdanken.

Vor allem aber danke ich meinen Lehrern Dr. GOCKL, Prof. Dr. KÜMMERLE und Prof. Dr. SCHWEIKERT. Sie scheuten sich damals nicht, den Arzt aus dem Iran mit Studium in der Türkei unter ihre Fittiche zu nehmen und nach Kräften zu fördern.

Indem ich nun Ihnen und mir, meine Damen und Herren, aus meinem Blickwinkel einen Weg durch den Themenkomplex Unfallchirurgie zu bahnen versuche, wird womöglich manches Gesagte teils zornig abgelehnt, teils wohlwollend aufgenommen und manches Ungesagte sicher schmerzlich vermißt werden.

DAS UNFALLGESCHEHEN

Das Unfallgeschehen in Deutschland ist unverändert hoch. Über eine halbe Million Unfallopfer gab es 1991 im gesamtdeutschen Straßenverkehr. Prof. SCHMIT-NEUERBURG stellte bereits 1989 in seiner Ansprache als Präsident der DGU mit Bedauern fest, daß seit 1980 keine Reduktion des Unfallgeschehens bewirkt werden konnte.

Nach Beseitigung der innerdeutschen Grenze ist die Unfallhäufigkeit vor allem in den neuen Bundesländern sprunghaft angestiegen. Hier wuchs die Zahl der durch

Straßenverkehrsunfälle Verletzten in den letzten drei Jahren um fast 100 % auf beinahe 63.000 an.

Dieser Umstand fordert zu einigen Bemerkungen heraus.

Tempo, so lautet die Devise. Autolawinen wälzen sich durch unsere Städte. In fliegender, beinahe kopfloser Hast wickeln wir unsere Angelegenheiten ab. Dabei haben wir ein Verkehrs- und Arbeitsleben eingerichtet, das, auf extremer massenhafter Mobilität beruhend, das Wachstum der alltäglichen Unfallraten beträchtlich fördert.

Der Rekordfetisch: höher, schneller, weiter, verselbständigt die bloße Maximierung gegen den menschlichen Zweck. Zu Buche schlagen die Rekorde nicht nur in Fahrzeiten, Transportwegen und Terminabsprachen, sondern auch in den Unfallstatistiken. Daß die bei dieser Hetzjagd auf der Strecke Gebliebenen, Entstellten, Zerschlagenen und beinahe zu Tode Gekommenen so schnell in unsere Hände gelangen, verdanken wir einem vielerorts schon ausgezeichnet organisierten Rettungswesen. Allerdings verlangen hier die auffälligen Unterschiede zwischen Stadt und Land einerseits und den alten und neuen Bundesländern andererseits eine Angleichung der Standards im Sinne des Optimums.

Wie sich nun die medizinische Versorgung um den zum Patienten Gewordenen bemüht und was wir dabei zu bedenken haben, bildet einen wesentlichen Bezugspunkt meiner Ausführungen. Beispielsweise in Erwägung der Frage, ob ein ambulantes OP-Verfahren möglich oder die stationäre Behandlung notwendig ist, zieht der versierte Unfallchirurg eine Vielzahl maßgeblicher Faktoren für sein Behandlungskonzept in Betracht. Wie auch immer er sich entscheidet - im Vordergrund steht das am Wohl des Patienten orientierte medizinisch Zweckmäßige, nicht aber das vom Kostenstandpunkt Opportune. Sein Berufsethos verpflichtet den Arzt auf das Wohl seines Patienten; sicher kann er in seinen Entscheidungen nur nach fachlichen Kriterien sein; denn seine Verantwortung besteht hauptsächlich darin, die im Sinne des ihm Anvertrauten richtigen Maßnahmen zu treffen. Erst in zweiter, wenngleich nicht unerheblicher Linie fällt die Rechtfertigung gegenüber dem Kostenträger ins Gewicht. Als zentraler Bestandteil einer Wohlstandsgesellschaft sollte die Medizin nicht immer wieder durch die Kostenbrille beargwöhnt werden.

DIE REHABILITATION

Das an der Sicherung der qualitativen Standards ausgerichtete Behandlungskonzept wird selbstverständlich auch geeignete Rehabilitationsmaßnahmen vorsehen. Um so unverständlicher ist es, daß man die Rehabilitation in der medizinischen Versorgung - den Bereich, der den Berufsgenossenschaften obliegt, ausgenommen - bis auf den heutigen Tag sträflich vernachlässigt.

Niemand sollte in Frage stellen, daß mit dem Fädenziehen nur das erste Behandlungsstadium eines Unfallpatienten abgeschlossen ist. Eine unfallchirurgische Ausbildung ohne intensive Beschäftigung auch mit den notwendigen physikalischen Therapien und psychologischen Grundkenntnissen muß als insuffizient angesehen werden. Dem in den Rehabilitationseinrichtungen arbeitenden Fachpersonal wird eine große Verantwortung übertragen. Es geht um eine Rehabilitation, welche die Patienten motiviert, engagiert und kooperativ an der Nachbehandlung mitzuwirken. Gut geführte Patienten

können schneller wieder in ihr gewohntes soziales Umfeld entlassen werden. Eine raschere Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß ist nicht nur volkswirtschaftlich nützlich, sondern auch für die psychische Rekonstitution des Patienten, sein Selbstwertgefühl und sein Selbstbewußtsein außerordentlich wichtig. Gerade während der Rehabilitation ist der Patient auf Unterstützung angewiesen. Ganz im Gegensatz zum ‚Blitzsieg‘ des Skalpells beginnt hier der dornenreiche Weg der vielen kleinen Schritte.

In der Unfallchirurgie spielt vom Anfang der Behandlung an die Rehabilitation und damit die Verhinderung eines irreparablen gesundheitlichen Schadens die Hauptrolle. Die damit verbundenen, evtl. hohen Behandlungskosten für die Krankenkassen liegen jedoch weit unter den fälligen Rentenzahlungen bei insuffizienter Therapie. Vergleicht man die von den Berufsgenossenschaften verausgabten Mittel mit den Rentenaufwendungen, so wird deutlich, daß intensive Investitionen in die gesundheitliche Wiederherstellung wesentlich umfangreichere Rentenzahlungen ersparen.

Wir müssen mit großem Bedauern feststellen, daß einige Rehabilitationseinrichtungen dem Anspruch des Rehabilitationskonzepts nicht gerecht werden. Es nützt freilich wenig, wenn nur wir ihnen unsere Patienten nicht mehr anvertrauen. Wir fordern diese Einrichtungen auf, die Versorgung unserer Patienten zu optimieren.

Neben dem unhaltbaren Zustand, daß eine unsachgemäß oder nachlässig geführte Rehabilitationseinrichtung Geld für mehr schlecht als recht erbrachte Leistungen erhält, ist vor allem die Tatsache erschreckend, daß Patienten möglicherweise darunter leiden müssen, wenn man ihrem Anspruch auf optimale Behandlung nicht genügt. Hier tut Abhilfe not. Lassen Sie mich in diesem Zusammenhang die beispielhaft positive Zusammenarbeit mit den Einrichtungen des Kuratoriums ZNS und den berufsgenossenschaftlichen Instituten anführen. Sie liefern den Maßstab für die erforderliche Qualität solcher Institutionen. Allen Aktivitäten dieser Träger sowie der qualitativ exzellenten Ausführung ihrer Projekte gebührt meine Hochachtung.

DAS ÜBERNAHMEVERSCHULDEN

Wenden wir nun unsere Aufmerksamkeit einem der wohl brisantesten Themen zu, dem Übernahmeverschulden. Seiner Bedeutung wegen soll dieser heikle Punkt hier in einiger Ausführlichkeit behandelt werden. Im Interesse des Patienten sowohl als auch zur Vermeidung unnötig langfristiger Folgekosten sollte dieses aus unfallchirurgischer Sicht überflüssige Problem aus der Welt geschafft werden.

Es ist mir persönlich unverständlich und unserer Gesellschaft uneinsichtig, daß bei Wahleingriffen an einigen großen Kliniken anspruchsvolle Operationen ausgeführt werden, die in Spezialabteilungen gehören. Indem er ein inadäquates OP-Verfahren wählt, verhält sich ein Arzt fahrlässig und begeht einen Behandlungsfehler; er handelt wider die Sorgfaltspflicht; er betreut seinen Patienten nicht dem erreichten Wissensstand der Medizin gemäß. Wenn der Betreffende den vorhersehbaren Behandlungsfehler gegen die Vermeidbarkeit riskiert, wird es unvermeidbar sein, ein Übernahmeverschulden zu attestieren.

Fast jeder Verletzungsfall hat heute ein versicherungstechnisches und in vielen Fällen auch juristisches Nachspiel. Schon um dieser Entwicklung nicht weiterhin Vorschub zu leisten - die in den USA zum Geschäftsmittel findiger Advokaten avancierten ‚Kunstfehler‘-Prozesse geben hier ein abschreckendes Beispiel - müssen wir auf eine exakte Befunderhebung und -dokumentation dringen, die den Gesamtumfang der Behandlung erfaßt. Eine solche Praxis trägt auch zur Kostenvermeidung bei.

Was ein Kunstfehler sei, ist ein traditionsreiches chirurgisch-juristisches Problem. So urteilte im Jahre 1811 ein preußisches Kammergericht angesichts der besonderen Schwierigkeiten, vor die es sich in einem Kunstfehlerprozeß gestellt sah, ich zitiere:

‚Unendlich schwankend und unsicher ist die Wissenschaft, unendlich mannigfaltig und verschieden das Maß der Erkenntnis und des praktischen Talents unter den Ärzten. Der eine wirft dem anderen als Quelle allen Irrtums vor, worin der andere die Summe aller Wahrheit findet. Der Staat kann nicht bestimmen, was wahr ist, weil die Wahrheit ewig der Freiheit wissenschaftlicher Entwicklung überlassen bleiben muß.‘

Von der vorgesetzten Behörde dazu gezwungen, eröffnete jenes Gericht dennoch das Verfahren und bestellte in seiner Not Sachverständige. Damals gelangte man zu einem Urteil. Problematisch aber waren damals und sind bis heute die völlig divergierenden Perspektiven von Jurisprudenz einer- und Medizin andererseits. Sie offenbarten sich z. B. darin, daß der operative Eingriff rechtlich eine Körperverletzung darstellt.

Wie auch immer man dazu steht, die Arzthaftung bedarf einer befriedigenden Regelung. In den Vereinigten Staaten unterscheidet man im Hinblick auf das ärztliche Tun und Unterlassen drei strafrechtliche Klassen von Fahrlässigkeit: 1. die einfache als die gewöhnliche Außerachtlassung der erforderlichen Sorgfalt, 2. die grobe unbewußte und 3. die grobe Fahrlässigkeit. Strafbare sind nur solche ärztlichen Handlungen, die unter die beiden letztgenannten Kategorien fallen. Vielleicht läßt sich diese Rechtsbetrachtung auch bei uns zu einer tragfähigen Rechtsgrundlage ausbauen.

Natürlich liegt das juristische Nachspiel in fast niemandes Interesse. Wir helfen es dadurch vermeiden, daß wir das medizinisch Angemessene und Bewährte tun. Das bedeutet für uns, die Einrichtung unfallchirurgischer Abteilungen sowie die Erhaltung und Schaffung von Lehrstühlen zu verlangen und zu fördern.

Der finanzielle Aufwand, den die Einrichtung solcher Spezialabteilungen zunächst fordert, macht sich mit einer dauerhaft besseren, effektiveren und damit sozial verträglicheren Patientenversorgung langfristig mehr als bezahlt - nicht nur in Universitätskliniken, sondern auch in kleineren Häusern.

Wenn also die investive Seite auf lange Sicht kein Problem darstellt, welchen medizinisch fundierten Einwand möchte man dann der Forderung entgegenhalten, solche Abteilungen an allen Krankenhäusern einzurichten?

Inzwischen haben wir Beachtliches erreicht. Die in der Unfallchirurgie wirkenden Frauen und Männer haben unübersehbare Erfolge erzielt. Daß gleichwohl in Unkenntnis, mindestens aber grober Fehleinschätzung der Entwicklung, die das Fach in den vergangenen 20 Jahren genommen, noch immer Lehrstuhlinhaber an einigen deutschen Universitätendanach

trachten, alle Fäden in ihrer Hand zu versammeln, ist und bleibt mir angesichts der theoretischen und praktischen Fortschritte unserer Disziplin ein absolutes Rätsel. Mein Lehrer, Prof. KÜMMERLE, forderte bereits vor 22 Jahren - hellsichtig und wissenschaftlich brillant - die Einrichtung eines Lehrstuhls für Unfallchirurgie. Er tat dies, obwohl oder gerade weil er einzuschätzen vermochte, wie diffizil und vielschichtig die optimale Versorgung Unfallverletzter ist.

Was wir dennoch erreicht haben, müssen wir festigen und verbreiten. Mit der Anstrengung, die erreichte Qualität zu sichern, geht das Bestreben einher, sie zu verbessern. Beides indes ist nicht machbar ohne eine wirksame Qualitätskontrolle.

Dieser Sache müssen wir uns von zwei Seiten nähern. Die technische Seite stellt insofern kein Problem dar, als eindeutige Dokumentationen des Behandlungsablaufs bei entsprechender Arbeitsorganisation ohne weiteres angefertigt werden können. Die psychologische Seite aber zwingt uns zu einer veränderten Auffassung des Kontrollbegriffs. Statt darin eine Belastung zu erblicken, sollte der Arzt Qualitätskontrollen als willkommene Gelegenheit begreifen, Fehlurteile abzuwenden, Selbstüberschätzungen vorzubeugen, aber auch seine Kenntnisse ständig zu erweitern.

Ein Fehler darf nicht als deklassierend oder gar stigmatisierend aufgefaßt werden. Er ist integraler Bestandteil jedes Lernprozesses - und wer wollte schon behaupten, er lerne nichts mehr dazu? Dazulernen aber bedeutet nicht automatisch quantitative Expansion der Aus- und Weiterbildung. Einem interessierten und motivierten Nachwuchs sollten wissenschaftlich fundierte, in sich schlüssige, aber auf ein vernünftiges Maß begrenzte Aus- und Weiterbildungsanforderungen gestellt werden.

Werfen wir an dieser Stelle einen Blick auf die novellierte Muster-Weiterbildungsordnung. Darin weist die Chirurgie neben den nun selbständigen Gebieten Herz-, Kinder- und Plastische Chirurgie vier gleichrangige Schwerpunkte auf, nämlich Gefäß-, Thorax-, Unfall- und Visceralchirurgie. Von dieser Struktur und den damit korrespondierenden Regelungen zur Weiterbildung sowie deren Auswirkungen auf die Krankenhausgliederung ist eine klarere Kompetenzenordnung zu erwarten. Der omnipotente ‚Allgemeinchirurg‘ entfällt.

Eine neuverstandene Allgemeinchirurgie, wie sie manchem Kollegen vorschweben mag, muß als interdisziplinäre Kooperation mehrerer Schwerpunkt- und Gebiets-Fachkräfte aufgefaßt werden. Wir werden uns jedenfalls auch weiterhin dafür einsetzen, daß der Unfallchirurg als gleichberechtigter Partner und Mitsprecher im Konzert der chirurgischen Schwerpunkte betrachtet wird. Die Verantwortung für die Versorgung eines Polytraumatisierten jedoch sollte im Hinblick auf die Koordination von Diagnostik, Therapie und Rehabilitation in den Händen des Unfallchirurgen liegen.

Statt wissenschaftlicher Kenntnis und berufspraktisch erworbener Klugheit scheinen oft persönliche Eitelkeiten und statusbedingte Rivalitäten das ärztliche Handeln zu leiten, so daß die erforderliche interdisziplinäre Kooperation vielerorts auf der Strecke bleibt. Zum Wohle des Patienten sollen und wollen wir handeln und dabei nicht die Fehler derjenigen wiederholen, welche die erworbene Position und deren Möglichkeiten mit dem fachlich Gebotenen verwechseln. Wenn wir schon nicht wissen, daß wir nichts wissen, sollte das Bewußtsein um die Fehlbarkeit uns stets - und ebenfalls im Sinne des Zitierten - dazu

anhalten, das Wagnis der Selbsterkenntnis einzugehen, uns also unserer Grenzen inne zu werden.

DER BERUF DES UNFALLCHIRURGEN

Folgen Sie mir nun in den Alltag der Unfallchirurgie. Wir wollen das sich uns bietende Szenario im Lichte dreier Aspekte reflektieren. Während uns zum einen die beruflichen Anforderungen in Ausbildung und Praxis interessieren, wollen wir zum anderen die menschliche Gestaltung des ärztlichen Handelns beleuchten. Daß wir es dann auch mit politischen Implikationen zu tun bekommen, ergibt sich im Geflecht der unterschiedlichen Gesichtspunkte zwangsläufig.

AUS- UND WEITERBILDUNG DES CHIRURGEN

Der Beruf des Unfallchirurgen erfordert neben dem Durchhaltevermögen in der langen Ausbildungszeit eine starke Persönlichkeit. Eine Persönlichkeit, die von einem ausgeprägten Gefühl der Menschlichkeit durchdrungen ist - oder dies wenigstens sein müßte. Das Bildungsideal dieser Humanitas sollte durchaus auf der humanistischen Tradition des Okzidents beruhen. Unser Bildungssystem jedoch berücksichtigt in ausreichendem Maße weder den humanitären noch den humanistischen Aspekt unserer kulturellen Verwurzelung.

Die Wesenszüge Bekenntnis und Berufung als biographische Zentralmomente der Berufswahl beispielsweise gehen denjenigen Generationen verloren, die in einer Durchschnittsnote schon die hinreichende Basis für die Wahl eines bestimmten Ausbildungsweges sehen.

Job-Mentalität und automatisierte Routinen unterwandern den Beruf und Berufsalltag. Ärzte mit derart beeinflusster Arbeitshaltung sind es letzten Endes, die das Verhältnis Arzt-Patient - das Bewährungsfeld für Humanismus und Humanität - in ein schlechtes Licht rücken und immer noch rücken.

Die im Lichte dieser Erwägungen einzufordernde menschliche Intelligenz betrifft sowohl das Verhältnis des Arztes zu seinen Patienten als auch das des werdenden und Vervollständigung suchenden Arztes zu seinen Lehrern. In einer Lehr- und Lernbeziehung gibt es keine reine Wissensvermittlung, sondern immer auch eine Vermittlung menschlicher Qualitäten. Indem wir dies in Rechnung stellen, scheint uns auch im medizinischen know-how-Transfer eine Freilegung gewisser Traditionen geboten, die für die Lehr- und Lernrolle von Belang sind. Die Vorbildfunktion des Klinikleiters muß wieder stärker in den Vordergrund treten. Daß wir von den jungen Ärzten größere Achtung vor den Erfahrungen und Traditionen der Alten erwarten, bürdet diesen nur um so konsequenter Verantwortung auf. Während wir dem Lehrenden Autorität zubilligen, also dem Lernenden Respekt abverlangen, scheint uns der Lehrende in außerordentlich großem Maße einer beständigen Gewissensprüfung verpflichtet, ob er nach bestem Wissen lehre. Dem entspricht die unbedingte Bereitschaft des Lernenden, seinen Mentor ernst zu nehmen, auch wenn ihm dies die kritische Auseinandersetzung mit der Materie nicht erspart. Ebenso wenig wie die Rolle des Lehrers Unfehlbarkeit einschließt, gestattet die des Lernenden Besserwisserei.

Unser Berufsalltag ist ein stetiger Lernprozeß. Die angewandten Verfahren und Methoden auf ihre Effektivität und Gültigkeit hin zu überprüfen, erweist sich stets von neuem als notwendig. Auch wenn wir einerseits Respekt vor dem Hergebrachten erwarten - es muß weichen, wo es seine Legitimation zu beweisen verfehlt. Denn wesentliche innovative Impulse haben wir meist dem Bruch mit den Traditionen zu verdanken. Schätzen wir daher jenes anarchische Element aller Entwicklung nicht gering - ‚Der Kopf ist rund, damit das Denken seine Richtung ändern kann.‘

Gerade der erhebliche qualitative Aufschwung, den die Unfallchirurgie besonders in den deutschsprachigen Ländern vorgelegt hat, stellt besondere Anforderungen an Lehrende und Lernende. Zudem verlangt diese Entwicklung, daß die damit verbundenen Änderungen in der Weiterbildung der unfallchirurgischen Fachkraft festgeschrieben werden. Wir haben daran gearbeitet, diesen Wandel in der neuen Muster-Weiterbildungsordnung zu manifestieren, damit wir wünschenswerte Entwicklungen fortschreiben und die erreichte Qualität halten können.

Aber nicht immer können die in der Weiterbildungsordnung festgelegten Mindestzeiten erfüllt werden. Zu allem Überfluß münzen die Krankenhausträger diese Zeiten in limitierte Verträge mit den weiterzubildenden Assistenten um. Die daraus resultierende Unsicherheit, ob in der Vertragszeit auch die Weiterbildung abgeschlossen werden kann, führt unter den Assistenten zu Duckmäuserei und unerträglichem Konkurrenzkampf.

Ich appelliere daher an alle weiterbildenden Chirurgen und Unfallchirurgen, ihre Abteilungen so zu strukturieren, daß die Weiterbildung nach Maßgabe der von den Fachgesellschaften und Ärztekammern festgelegten Kataloge und im Rahmen der angegebenen Zeiten wahrgenommen werden kann. Die Krankenhausträger fordere ich dazu auf, die Weiterbildungsverträge zu verlängern und dafür zu sorgen, daß ausreichend Fachärzte an den Abteilungen beschäftigt werden, welche die Weiterbildung der Jüngeren mittragen können.

Wenn im Zuge der Europäischen Union die Aus- und Weiterbildungswege sowie die zugehörigen Abschlüsse angeglichen bzw. vereinheitlicht werden, muß man zunächst mit qualitätsmindernden Konsequenzen rechnen. Trotzdem sehe ich in dieser Entwicklung eine großartige Herausforderung. Ich wünsche es mir sehr, daß gerade die junge Ärztegeneration im europäischen Austausch eine verlockende Bildungschance entdeckt. Freilich müssen dafür die organisatorischen und finanziellen Voraussetzungen geschaffen werden.

Betrachten wir nun aber die konkrete Situation des Unfallchirurgen: Damit er zu dem, was er tut, taugt - ich erinnere an den wortgeschichtlichen Zusammenhang dieses Verbums mit dem Wort Tugend - erwarten wir von ihm Sachkenntnis, logisches Denken, ein ausgeprägtes räumliches Vorstellungsvermögen, ungewöhnliches manuelles Geschick, Koordinations- und Kooperationsfähigkeit, geistige Flexibilität, Reaktionsschnelligkeit, Charakterstärke, eine an ethischen und moralischen Maßstäben orientierte Handlungskompetenz, großes Einfühlungsvermögen und Courage.

Dem Unfallchirurgen mag das Wort Streß angesichts der enormen Ansprüche, die seine Tätigkeit an ihn stellt, beinahe wie eine schönredende Bezeichnung vorkommen, besonders

wenn er sich vergegenwärtigt, welche Berufsgruppen verschwenderisch nach diesem Ausdruck greifen.

Fast fehlt ihm die Zeit, darüber wenigstens zu lächeln. Diesem Druck vermag er nur in einem intakten persönlichen Umfeld standzuhalten. Wieviel von diesem persönlichen Umfeld läßt der Beruf aber noch unangetastet?! Mit wieviel Liebe, Verständnis oder wenigstens Akzeptanz für seine Tätigkeit darf der Unfallchirurg in seiner persönlichen Umgebung denn noch rechnen?!

Vor diesem Hintergrund muß auch die hohe körperliche und seelische Belastung des medizinischen Hilfspersonals gesehen werden. Eine Verbesserung der Strukturen in diesem Bereich ist überfällig. Hier werden hoch schätzbare und unentbehrliche Leistungen erbracht. Um auf diesem Gebiet den Nachwuchs nicht zu verlieren, müssen wir für ein attraktives Berufsbild sorgen, indem wir u. a. die geeigneten technischen Hilfsmittel zur Verfügung stellen. Es ist ja in der Tat ein erheblicher Unterschied, ob die Liegefläche eines Bettes per Elektronik oder mit bloßer Muskelkraft manipuliert werden muß. Letztendlich aber sollte diese Arbeit einfach besser honoriert werden.

Das Tempo unseres Berufes und seine Fülle geht nur mit, wer Workaholic ist oder früher oder später dazu wird. Die 80- bis 120-Stundenwoche ist die Regel. Darüber will ich nicht klagen. Wohl aber davor warnen, die Bedingungen durch eine fortgesetzt restriktive Gesundheitspolitik weiterhin zu verschlechtern. Die geplante Reform, ein Produkt der Banner Regierungsparteien, zu denen einem vielleicht soziale und marktwirtschaftliche Grundsätze einfallen - man mag da Begriffe wie LEISTUNG oder LEISTUNGSPRINZIP assoziieren, und daß Leistung sich angeblich lohne – diese Reform aber sieht schmerzhaft Einschnitte in die Honorierung der Leistungsträger vor. Nach welchen Kriterien soll es ein leitender Arzt nachvollziehen, daß um ihn herum kräftig dazuverdient wird, daß die Einkommensentwicklung Fabrik- und Bankdirektoren, Gastronomen und Bäcker so sehr begünstigt? In welchem Verhältnis stehen diese Dienstleistungen zu derjenigen des Arztes? Scharf und m. E. gerecht finden wir diesen Zustand im Editorial einer Fachzeitschrift kommentiert. Da heißt es:

, ... damit sind die Prinzipien der Leistungsgesellschaft und der Freien Marktwirtschaft endgültig erledigt, da die normalen Prämissen der Wertigkeit, nämlich Leistung, Können und Wissen nicht mehr honoriert werden. SOZIALISMUS VON RECHTS‘

Es kann nicht angehen, daß es haushaltspolitischer Usus ist, krisenbedingte finanzielle Umstrukturierungen immer wieder an der Medizin zu vollstrecken. Daß man diesen unsinnigen Brauch auch in anderen europäischen Ländern pflegt, macht die Sache keineswegs verträglicher.

Daß wieder einmal die Ärzte - zu ‚Leistungserbringern‘ degradiert - für die entstandene Kostenlawine verantwortlich gemacht werden, verwundert nicht, da sich Politiker gemeinhin scheuen, die Verantwortung für die von ihnen mitverursachte Kostenescalation zu übernehmen.

Unsere Leistungen werden von der Bevölkerung eingefordert und in Anspruch genommen. Dabei können das medizinisch Machbare und das volkswirtschaftlich Finanzierbare auseinanderklaffen.

Zwischen beiden die jeweils angemessene Grenze zu ziehen, ist indes nicht unsere Aufgabe, sofern wir als Ärzte handeln. Wir dürfen uns nicht die ethisch fragwürdige Entscheidung aufzwingen lassen, ob wir z. B. eine 90jährige Patientin, die einen Oberschenkelhalsbruch erlitten hat, noch mit einer Hüftgelenksprothese versorgen und intensivmedizinisch behandeln dürfen. Die darin aufscheinende ethische Problematik ist eine gesamtgesellschaftliche, also politische Angelegenheit!

In dieser Angelegenheit sind Fragen zu verhandeln, die mit der öffentlichen Parole ‚Kostendämpfung‘ unzulänglich, wenn nicht bewußt irreführend ausgedrückt sind. Man muß leider feststellen, daß - auch unter tatkräftiger Beihilfe interessierter politischer Kreise - das Bild des Mediziners coram publico bewußt verzerrt worden ist. Die in der Tat außerordentlich schwierige Aufgabe, ein aus verschiedenen Gründen viel zu teures und volkswirtschaftlich zum untragbaren Luxus gewordenen Gesundheitssystem zu durchforsten, um Kosten einzusparen, verlangt eine differenzierte Betrachtung. Eine Betrachtung, die es nicht nötig hätte, vermeintlich Schuldige zu denunzieren, weil eine solche Methode der politischen Durchsetzung der vorgesehenen und m. E. falschen Maßnahmen den Boden bereitet.

Wer nach Medizinern, Pharmaerzeugern, Apothekern schlägt und damit wider besseres Wissen in der Öffentlichkeit den Eindruck erweckt, ein Komplott reicher Magnaten trage die Schuld an zu hohen Kosten, vergeht sich nicht nur an der Wahrheit, schlimmer noch, der vertuscht die wirklich brennende Frage, welche Folgen die Kluft zwischen medizinisch Machbarem und volkswirtschaftlich Finanzierbarem für die medizinische Versorgung der Bevölkerung haben wird. Jenseits der öffentlichen Versorgung durch die Krankenkassen, auf dem freien Markt wird als Patient in den Genuß des Machbaren kommen, wer es sich leisten kann. Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversorgung dagegen wird der Arzt zur Selektion gezwungen sein. Nach welchen Kriterien soll er vorgehen? Soll man sich auf Regelungen beziehen, wie sie in Kriegszeiten gelten? Es liegt die ungeheure Aufgabe vor uns, eine immer noch gute Versorgung für alle - ich betone: alle Patienten in den Grenzen des Finanzierbaren zu gestalten.

Es ist andererseits eine gefährliche Verfehlung, das Finanzierbare für das Optimale auszugeben.

Es sind ja gerade auch signifikante Fortschritte der medizinischen Wissenschaft, die sich in einer kostenintensiven Patientenversorgung ausdrücken.

Selbst wenn man in Einzelfällen einräumt, daß es dieses oder jenes preiswertere Medikament auch tue, dieses oder jenes nicht so teure Diagnose- und Heilverfahren auch zum Erfolg führe – hier wird eine Entwicklung eingeläutet, die auf Dauer und in der Menge aller Fälle eine Zweiklassen-Versorgung hervortreibt. Nationale Wirklichkeit ist dieser Klassenunterschied ja schon, wenn man die - noch - unverändert prekäre medizinische Versorgungslage in den fünf neuen Bundesländern mit derjenigen in den alten Bundesländern vergleicht. Allerdings nehmen wir mit großer Freude zur Kenntnis, daß die

Berufsgenossenschaften beschlossen haben, an zwei Standorten in den neuen Bundesländern gemeinsam mit Allgemeinkrankenhäusern Berufsgenossenschaftliche Unfallkliniken zu errichten. An einem dritten Standort soll eine Klinik für Berufskrankheiten entstehen.

Dies ist um so begrüßenswerter, als eine beispielhaft organisierte Institution, wie die Berufsgenossenschaften, sich der problematischen Versorgungslage in den neuen Ländern annimmt.

Dafür, aber ebenso für die rasche und wirkungsvolle Einführung der gesetzlichen Unfallversicherung, zollen wir den Berufsgenossenschaften höchste Anerkennung.

Dennoch haben sich die Aussichten auch auf Angleichung der unfallchirurgischen Versorgung eher verschlechtert, seit man erkennt, daß nur ein Teil der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern sanierungsfähig ist. Wir appellieren daher an die Berufsgenossenschaften, mindestens eine weitere Unfallklinik in einem industriellen Ballungsbezirk aufzubauen, damit die traumatologische Versorgung der Bevölkerung verbessert und den Krankenhäusern dieser Region eine fruchtbare Orientierungshilfe gegeben werden kann. Die fortlaufende Überführung Schwerstverletzter in westdeutsche Krankenhäuser - eine menschliche und materielle Hilfe, die wir sehr hoch schätzen – deckt in keiner Weise die notwendige unfallchirurgische Versorgung vor Ort. Obwohl oder gerade weil wirtschaftliche und soziale Probleme im Verein mit bedenklichen politischen Entscheidungen uns den Weg dorthin erschweren - wir müssen alles in unserer Macht Stehende tun, um das Versorgungsniveau im Osten demjenigen im Westen anzugleichen.

Man muß aber, alles in allem, befürchten, daß die erwähnte Selektion auf ökonomischem Wege zur Realität wird.

In einer großen deutschen Wochenzeitung formuliert es ein kluger und ernstzunehmender Artikel so: ‚Unter Philosophen, Ärzten und Gesundheitsökonomen läuft derzeit eine brisante Debatte, die sich um das Stichwort Rationierung dreht.

Das klingt harmlos, aber dahinter steht die Frage, ob die Krankenkassen auch künftig jedem Patienten jede mögliche Behandlung bezahlen sollen.

Anders gesagt: Das teure Gesundheitssystem saniert sich zu Lasten der Patienten. Die Kassen kommen aus den roten Zahlen, die Kranken schneller ins Grab.‘

Überprüft man genau, weshalb dieses Gesundheitssystem so teuer ist, wird man auch den Verwaltungsapparat der Krankenkassen auf die schwarze Liste setzen müssen. Ich empfehle Ihnen in diesem Zusammenhang ein sehr aufschlußreiches Buch, das sich humorvoll und ernüchternd mit dem Wachstum bürokratischer Apparate beschäftigt. U. a. behauptet sein Verfasser, Northcote Parkinson, darin, daß es keinen nachweislichen Zusammenhang zwischen stetiger Vermehrung der Verwaltungsangestellten und -beamten einerseits und dem Arbeitspensum, geschweige denn der Effektivität andererseits gebe.

Die genannte Reform wird die Patientenversorgung jedenfalls derart beeinträchtigen, daß, in welcher Form des Mangels auch immer, volkswirtschaftlicher Schaden entstehen muß. So haben beispielsweise Einsparungen von Betten und die Reduktion von Liegezeiten schon

jetzt zu einer derartigen Überbelastung des Personals geführt, daß die Zeit, die das ärztliche und das nichtärztliche Personal dem Patienten widmen können, in erschreckendem Maße verringert worden ist. Wie das Arzt-Patient-Verhältnis darunter leidet, drückt sich bereits in einer steigenden Zahl gerichtlicher Verfahren aus. Restriktive Maßnahmen haben Qualitätseinbußen zur Folge, während mangelnde Qualität unweigerlich Folgekosten verursacht!

DER HUMANITÄRE ASPEKT

Das unausgesetzte Bemühen darum, als Arzt menschlich zu handeln, verlangt nur eine sehr schlichte Überlegung von uns. Welche Ansprüche würden wir selbst an die ärztliche Versorgung stellen, wenn uns oder jemandem, den wir lieben, ein Unglück zustößt?

Neben der fachlichen Kompetenz, die voraussetzen wir schlechterdings das Recht hätten, würden wir uns vermutlich einen Arzt wünschen, dem wir vorbehaltlos vertrauen können, wir würden wahrscheinlich hoffen, daß nicht nur der Arzt, sondern auch alle Stationsmitarbeiter uns freundlich und teilnahmsvoll behandeln. Wir wären darüberhinaus sicher auch höchst befriedigt, wenn unsere interessierten, vielleicht kritischen Fragen zu sämtlichen Behandlungsstadien und therapeutischen Maßnahmen aufgeschlossen, geduldig und ohne jede Überheblichkeit beantwortet würden. Freilich stößt die auch aus rechtlicher Perspektive wünschenswerte Aufklärung an gewisse Grenzen.

Infolge seiner besonderen Erkrankung, seines Lebensalters, aber auch eines mangelnden Auffassungsvermögens mag der Patient außerstande sein, die Erklärungen zu verstehen. Heilung erfährt auch Rückschläge. Dann gilt es, das Vertrauen zwar auch in den Arzt wiederherzustellen, aber vor allem in die eigene Zuversicht und Kraft des Patienten, die Genesung dennoch zu vollbringen.

POLITISCHE IMPLIKATIONEN

Niemand täusche sich darüber, wie facettenreich die Rolle des Arztes im Erkrankungs- und Genesungsprozeß des Patienten ist. Die in unserer Gesellschaft herrschende Ausgrenzung von Krankheit und Tod führt in der Krankenhaussituation zu einer spezifischen Vereinsamung. In ihr vertritt der Mediziner oftmals die Rolle eines Geistlichen. Seine Bedeutung für den Patienten liegt damit weit jenseits der Grenze, welche die medizinische Wissenschaft in Ausbildung und Praxis um sich errichtet. Definieren läßt sich diese Grenze im Rahmen der Begriffe Technologie, Naturwissenschaft und Datenverarbeitung.

Es war der Philosoph Platon, der in seinem Buch über den Staat die Frage nach dem Fortschritt der Heilkunst aus gänzlich anderer Perspektive stellte, als wir es heute zu tun gewohnt sind. Während uns eine beeindruckend-apparativ unterstützte Diagnostik nicht nur Beherrschbarkeit, sondern auch tatsächliche Beherrschung des Erzfeindes Krankheit suggeriert, plagt uns immerhin der leise Zweifel, ob dies im Umgang mit dem physiologischen, psychologischen und sozialen Phänomen Krankheit schon alles gewesen ist. Platon aber deutete die quantitative und qualitative Expansion der Heilkunde weniger als erfreulichen Fortschritt in der Krankheitsbekämpfung, sondern vielmehr als alarmierendes Anzeichen für den Verlust von Gesundheit.

Es ist vielleicht notwendig, die geistigen Grundlagen der heutigen Medizin neu zu durchdenken - gerade angesichts der jüngsten Gesundheitskatastrophe, die, von der Wohlstandsgrenze nur notdürftig ferngehalten, ante portas lauert. In der Hauptsache reagiert die moderne Medizin auf quantifizierbare Phänomene und reduziert das menschliche Wesen, das ihr als Patient gegenübertritt, auf einen Symptomträger, zu dem es per Apparatur sich Zugang zu verschaffen gilt. Nicht, daß wir - und die Unfallchirurgen schon gar nicht - die außerordentlichen Segnungen der modernen medizinischen Gerätetechnologie unterschätzten oder gar verteufelten - auf zu vielen Gebieten und in zu vieler Hinsicht gelangt beispielsweise die computergestützte Diagnostik und Therapie zu aufsehenerregenden Resultaten.

Dennoch erlauben wir uns den Hinweis, daß Begriff und Selbstverständnis des Arztes weit über die Anwendung technischer Ausrüstung hinausgehen.

In einer technologisch hochentwickelten und nicht zuletzt deshalb kostenaufwendigen Medizin spricht die Politik ein gewichtiges Wort. Wo aber die Politik hineinregiert und mitbestimmt, metastasiert die Bürokratie. Bei aller fragwürdigen Beschränkung, der die Mediziner dank der besonderen Entwicklung ihres Faches unterworfen sind, liegt die Eignung zum Verwaltungsbeamten ihren medizinischen Obliegenheiten wohl am fernsten. Beklagenswert daran ist besonders, daß die administrativen Verpflichtungen die medizinische Arbeitskraft zersplittern.

Aber der Staat bzw. die politischen Gegebenheiten setzen die Rahmenbedingungen medizinischer Forschung und Praxis. Es ist daher in ihrem ureigenen Interesse, das Verhältnis zu den Behörden und den öffentlichen Entscheidungsträgern kritisch zu pflegen.

Die Medizin in ihrer heutigen Gestalt ist vom Staate nicht zu trennen. Resultate, Befunde, Forschungserfolge-gesichertes Wissen von heute wuchs, auch das sollten wir nicht vergessen, auf dem Boden schrecklichster historischer Gegebenheiten.

Die teils segensreiche, teils beengende und teils medizinische Fehlentwicklungen begünstigende staatliche Umklammerung darf bei uns Ärzten indes nicht zu einer apolitischen Haltung führen.

Was wir durchsetzen wollen, müssen wir mit deutlichen Worten und konkreten Alternativen zu Gehör bringen. Wir dürfen das politische Engagement bis hinein in die Berufspolitik nicht scheuen. Auch die tarifrechtlichen Möglichkeiten politischen Engagements werden wir genau prüfen, um die Politikfähigkeit des Mediziners zu stärken.

Ebenso gibt es auf dem weiten Feld der öffentlichen Meinungsbildung viel für uns zu tun. Es darf den in medizinischer Hinsicht Halb- und Ungebildeten nicht weiterhin überlassen bleiben, die Öffentlichkeit mit unqualifizierten Kommentaren und Scheininformationen zu verunsichern und die Ärzteschaft zu diskreditieren. Schon aus Gründen der medizinischen Prävention müssen wir uns in der Öffentlichkeitsarbeit engagieren. Erobern wir Vertrauen zurück, das Scharlatane ohne unser Zutun, aber auch nicht gegen unseren energischen Widerstand zerstört haben.

Verschließen wir unsere Augen also weder vor der Tagespolitik, noch vor jener Politik, die in globaler Verflechtung den Wohlstand schützt und das Elend verwaltet. Jener Politik, die in

technologiegestützter Armierung auf dieser Erde Schlachten schlagen läßt. Diese Politik konserviert oder verschärft Umstände, deren furchtbarste Folgen der Medizin mit denen übergeben werden, die als Soldaten und als Zivilisten Opfer der technologisch potenzierten Grausamkeit wurden, die sich an den Fronten dieser Welt entlädt.

Dem Recht auf Leben sind wir Ärzte verpflichtet - nicht also auch den Rechten, die darauf aufbauen?

Müssen nicht auch wir das Wort ergreifen in einer Zeit, in der gewalttätige Umtriebe in blindwütigem und verabscheuenswerthem Haß die körperliche und seelische Unversehrtheit einer Gruppe von Menschen bedrohen, die man unter der äußerst fragwürdigen Kategorie ‚Ausländer‘ subsumiert?

KRIEG UND VORKRIEGSZEIT IN EINEM ATEMZUG

Es sei daran erinnert, daß nach 1945 kaum eine Stunde verstrich, in der nicht ein kriegsbedingter Schuß gefallen wäre. Es ist unsere Pflicht, die Stimme dort zu erheben und Hand anzulegen, wo es darum geht, dem medizinischen Ernstfall vorzubeugen.“

LITERATUR

Hierholzer, Günther u. Hierholzer, Sabine: Chirurgisches Handeln. Stuttgart 1989, S. 116

Kurbjuweit, Dirk: Tödliche Grenzen. In: Die Zeit, 42 / 9.10.92, S. 37

Mörl, Hubert: Editorial. In: Herz+ Gefäße, 9/ 1992, S. 379

Pannike, Alfred: Zur Situation der chirurgischen Weiterbildung in Deutschland. In: DGU, 25/1992, S. 23-28

Parkinson, Northcote C.: The Law. Boston 1980

Platon: Politeia. (3. Buch, Abschn. 14ft., Schleiermacher-Übersetzung), Hamburg 1958

Probst, Jürgen: Die Unfallchirurgie in der novellierten Muster-Weiterbildungsordnung. In: DGU, 25/1992, S. 16-21

Schmit-Neuerburg, Klaus-Peter: Eröffnungsansprache. DGU. 53. Kongreß, Berlin 1989“