



DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
UNFALLCHIRURGIE

1993: Prof. Dr. med. Ulrich Holz (Stuttgart)

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, 57. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie am 17. bis 20.11.1993 in Berlin

„Bei der Eröffnungssitzung des Deutschen Reichstages vor 112 Jahren am 17. November 1881, wurde durch Otto von Bismarck im Auftrag Kaiser Wilhelms unter anderem kundgetan, daß ,Er es für seine kaiserliche Pflicht halte, dem Reichstag die Heilung der sozialen Schäden ans Herz zu legen und daß Er mit größerer Befriedigung auf die sichtlichen Erfolge der Regierung dereinst das Bewußtsein mitnehmen wolle, dem Vaterland neue und dauernde Bürgschaften seines inneren Friedens und den Hilfsbedürftigen größere Sicherheit und Ergiebigkeit des Beistandes, auf den sie Anspruch haben, zu hinterlassen«.

Die Grundlagen eines sozialen Gesundheitssystems wurden gelegt und verwirklicht und trotz zwei er großer Kriege zu einem der bestfunktionierenden, allerdings inzwischen sehr teuren Versorgungs- und Betreuungssysteme ausgebaut. Unter den mannigfachen Ursachen der Teuerung ist die steigende Anspruchshaltung von Patienten und Ärzten kein geringer Faktor, denn die Nachfrage nach medizinischen Leistungen ist prinzipiell unbegrenzt.

in dieser Entwicklung hat schließlich auch die Unfallchirurgie in Deutschland mit ihren Bereichen Notfallrettung, Behandlung und Rehabilitation keinen ungestörten, aber letztlich einen guten Aufschwung genommen. Sie wird in der Welt anerkannt.

Neben den traditionellen Berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken wurden seit 1964 auch an den größeren Krankenhäusern eigenständige unfallchirurgische Abteilungen gegründet. An etlichen Universitäten wurden unfallchirurgische Lehrstühle eingerichtet und schließlich hat sich die Gliederung des Faches Chirurgie auf die mittleren Krankenhäuser ausgedehnt mit großem Vorteil für die Qualität der Krankenversorgung und positivem Effekt für die Nutzung der Krankenhauseinrichtungen.

Chirurgische Schwerpunkte

Die Unfallchirurgie ist nach den Beschlüssen des Deutschen Ärztetages 1992 zusammen mit der Viszeral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie unter einem Dach verblieben und in diesen Schwerpunkten soll in Zukunft die Qualität unserer Arbeit kontinuierlich verbessert werden.

Das Verlangen nach Qualität und ständiger Verbesserung gehört zum Selbstverständnis des Arztes und Kontrollen der Güte unserer Arbeit müssen von uns selbst wahrgenommen werden.

Dazu genügt es nicht, Dokumentationssysteme über Verletzungen und Erkrankungen zu perfektionieren und damit den unmittelbaren Operationserfolg und etwaige Frühkomplikationen zu erfassen, sondern es müssen die Langzeitergebnisse geprüft werden, damit Fragen nach dem Wert und Nutzen einer Behandlungsmethode umfassend beantwortet werden können. Vergleichende Studien neuer und spezieller Operationsmethoden sind nur ein Teil dieser Prozeßqualität. Ziel muß es sein, Fehler und Unzulänglichkeiten von vornherein weitgehend auszuschalten, anstatt sie zu beheben, nachdem sie aufgetreten sind. Eine solche Dokumentation beansprucht Zeit und Personal. Nachdem Qualitätskontrolle in unser aller Interesse liegt, sollte die Gemeinschaft der Versicherten auch die Mittel dafür bereitstellen.

Der Anspruch auf Qualität und das Verlangen nach Kompetenz richtet sich nicht nur an den Chirurgen am Krankenhaus der verschiedenen Versorgungsstufen, sondern gleichwohl an den niedergelassenen Kollegen und ganz besonders an den als Vorbild in Forschung und Lehre Tätigen an der Universität. Die Erfüllung von Qualitätsnormen setzt Mittel voraus, die den einzelnen Fächern gleichermaßen zugänglich sein müssen.

Die Finanzknappheit der Länder sollte keinen sein Land beratenden Chirurgen dahingehend motivieren, aus betriebswirtschaftlichen Gründen die vernünftige Gebietsgliederung der Chirurgie dadurch in Frage zu stellen, daß die Lehrstühle der Schwerpunkte allzu ungleich ausgestattet werden. Allen Beratenden sei ans Herz gelegt, daß die glückliche Zukunft der Chirurgie in der Stärkung all ihrer Säulen liegt. Dies bedeutet Ansporn, Ausbau und Hilfestellung bei Lehre und Forschung für alle in der Chirurgie zusammengefaßten Schwerpunkte. Die Arbeitsbedingungen müssen dem Tüchtigen der Nachbardisziplin auch eine Entfaltung ermöglichen. Chancengleichheit ist ein anerkannter Weg zur Motivation und zum Erfolg! Nur so wird die Chirurgie weit mehr sein als die einfache Summe ihrer Schwerpunkte und nur so wird unter Beweis gestellt, daß das Gemeinwohl ein ernsthaftes Anliegen aller Beteiligten darstellt. Beklagte Defizite in der medizinischen Forschung können nicht allein auf eine Reduktion der Forschungsmittel zurückgeführt werden. Weitere Ursachen sind ungleiche Verteilung und Personalausstattung sowie mangelnde Integration verschiedener Fächer, Spezialgebiete und Forschungseinrichtungen bei der Bearbeitung gemeinsamer Grundprobleme.

Es ist zu hoffen, daß nicht allein die Zeit, sondern vielmehr die Vernunft und das Bedürfnis nach interdisziplinärer Kollegialität - übrigens beides Zeichen menschlicher Stärke - eine einvernehmliche Lösung in der Weiterbildung und wissenschaftlichen Fortbildung entstehen läßt.

Die Gründung einer Föderation operativer medizinisch-wissenschaftlicher Fachgesellschaften bietet für die chirurgischen Schwerpunkte eine gute Möglichkeit, Gemeinsames zu fördern

und Spezielles fair abzugrenzen. Auch in der Zukunft werden spezialisierte Chirurgen an gemeinsamen nationalen und europäischen Kongressen Interesse haben, um wechselseitig Anregungen wissenschaftlicher und operationstechnischer Art zu erhalten, allerdings nur dann, wenn die Strukturierung solcher Tagungen deutlich die gemeinsame Handschrift erkennen läßt.

Gesundheits-Struktur-Gesetz

In unsicheren Zeiten einer Gesundheits-Reformbewegung, deren Auswirkungen niemand so recht abschätzen kann und deren Ziele an Kontur verlieren, ist es nicht klug, wenn eine Gruppe um eines kleinen Vorteils willen andere ausgrenzt. Die gesamte Ärzteschaft sollte mehr Solidarität beweisen. Ist es nicht besser, sich auf das gelungene Unternehmen der Arche Noahs zu verlassen und gemeinsam in einem Boot die Sintflut zu überstehen? Unser Kurs ist gleich geblieben-Versorgung des Verletzten und Kranken mit allen geeigneten Mitteln! Betriebswirtschaftliche Regulierungen dürfen nicht den Kurs, allenfalls die Takelage und den Ballast beeinträchtigen. Und wenn es gilt, im Haus der Medizin durch Gesetz vorgegebene Änderungen umzusetzen, so sollen wir unseren Studenten und Auszubildenden nicht nur die Mühen und Nachteile solcher Maßnahmen erklären, wir sollen vielmehr die Sehnsucht nach einer durch und für den Menschen entwickelten, guten Medizin lehren, wie es große Lehrer von jeher getan haben.

Die Auseinandersetzung mit den Organen der Gesetzgebung sollten wir keinesfalls alleine den Interessensvertretern in Kammern und Verbänden überlassen, sondern, weil es ganz offensichtlich nottut, soll jeder vor Ort sich engagieren. Denn in der Unfallchirurgie geht es um viel. Der Unfall bedeutet Unglück und ungünstiges Schicksal mit all seinen Auswirkungen auf das seitherige Leben, auf die Familie und die umgebende Gesellschaft. Bei einer so weiten und vielschichtigen Betroffenheit darf die Steuerung nicht den Politikern allein überlassen werden. Wir müssen bereit sein, die Herausforderung anzunehmen, die mit dem Wechsel verbunden ist und wir müssen uns an der Problemlösung aktiv beteiligen um zu verhindern, daß ein total staatlich verwaltetes Versorgungssystem entsteht.

Formulierungen wie ‚globales Ziel muß es sein, den Versorgungsauftrag Ihres Hauses quantitativ und qualitativ *gerade noch* zu erfüllen‘ zeugen von inhumanen Absichten des Gesetzgebers und der Kostenträger.

Wohl gemerkt, es handelt sich derzeit weniger um die Regulierung einer Krise der Medizin, sondern vornehmlich um eine Krise in der Ressourcenbeschaffung. Es werden also ökonomische Kriterien vorrangig betrachtet und damit besteht die große Gefahr, daß Humanität zur Sekundärangelegenheit werden könnte. Es entsteht der Eindruck, daß Prioritäten und Werte gar nicht mehr gemeinsam abgewogen werden, sondern es wird nur noch taktiert. Dabei wäre doch gerade eine gemeinsame Neubestimmung der Werte in unserem sozialen System erforderlich. Der Hierarchie des Geldes werden Frondienste geleistet und diejenigen, die sich kreativen und konstruktiven Aufgaben zur Bewahrung und Zukunftssicherung einer menschlichen Gesellschaft widmen, werden mehr kritisiert als anerkannt.

Wenn Regierung und Medien vorwiegend die Ärzteschaft in die Rolle des Verursachers hoher Kosten drängen - so erwächst bei den Ärzten der Zweifel, ob es in dieser

Gesundheitsreform vornehmlich um das Gemeinwohl oder mehr um eine Maßregelung eines freien Berufsstandes geht.

Das humane Anliegen der im Krankenhaus Tätigen, nämlich Pflege, Fürsorge, Behandlung und Barmherzigkeit - an denen die Qualität eines Systems der Gesundheitsversorgung und der ganzen Gesellschaft zu messen ist - spielt keine Rolle mehr, wenn nur noch auf Effizienz und Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven geachtet wird.

Eine sinnvolle Reform muß die Bedürfnisse nach Gesundheitsleistungen, den medizinischen Fortschritt und die demographische Entwicklung mit steigenden Zahlen älterer Bürger in Einklang bringen mit den angestrebten Zielen der Ausgabendämpfung und dem Wunsch nach Beitragsstabilität. Die in unserem Lebensraum gewachsene, prinzipiell unbegrenzte Nachfrage nach medizinischen Leistungen kann in der Tat nicht uneingeschränkt durch die gesetzliche Krankenversicherung abgedeckt werden. ‚Keine gesundheitspolitische Maßnahme läßt sich durchsetzen, ohne daß Individuen dazu überredet werden, im Interesse der allgemeinen Wohlfahrt irgendwelche Zugeständnisse zu machen.‘ (2. Jahresbericht des New Yorker Gesundheitsamtes, 1860)

Aber auch in einer neu zu bestimmenden Solidarität muß eine Grundversorgung gut und für jeden auch den Armen - zu erlangen sein! Wenn wir bei der Lösung von Aufgaben des Gesundheitswesens in Zukunft aus Kostengründen Abstriche machen müssen, so sollten wir sehr auf der Hut sein, mühsam erkämpfte Errungenschaften nicht zu verlieren, die es schließlich ermöglicht haben, daß hierzulande auch dem Geringsten unter uns Hilfe geboten wird. Dies unterscheidet uns bislang positiv von vielen anderen Ländern.

Andererseits muß verstanden werden, daß unser Gesundheitssystem kein Automat bleiben kann, aus dem sich Patienten und Ärzte ungehemmt selbst bedienen. Die Medizin der Zukunft wird sich ökonomischer Beeinflussung nicht entziehen können, aber die ärztlichen Entscheidungen müssen unverrückbar von menschlicher und idealistischer Grundhaltung geprägt sein. Andernfalls wird eine vom Finanzrahmen bestimmte Reparaturmedizin entstehen, die weit entfernt ist vom Primat des *Salus aegroti*.

Und all denjenigen in unserer Gesellschaft, die im Gesundheitswesen der Wirtschaftlichkeit mehr Bedeutung beimessen als der Humanität, sei der englische Sozialreformer John Ruskin (1819-1900) in Erinnerung gerufen: ‚Es gibt kaum etwas auf der Welt, das nicht irgend jemand ein wenig schlechter machen und etwas billiger verkaufen könnte, und die Menschen, die sich nur am Preis orientieren, werden als erste die Beute solcher Machenschaften. Es ist unklug, zu viel zu bezahlen, aber es ist noch schlechter, zu wenig zu bezahlen! Wenn sie zuviel bezahlen, verlieren sie etwas Geld, das ist alles. Wenn sie zu wenig bezahlen, verlieren sie manchmal alles, da das Gekaufte die ihm zugedachte Aufgabe nicht erfüllen kann. Das Gesetz der Wirtschaft verbietet es, für wenig Geld viel Wert zu erhalten. Nehmen sie das niedrigste Angebot an, müssen sie für das Risiko, das sie eingehen, etwas hinzurechnen. Und wenn sie das tun, dann haben sie genug Geld, um etwas Besseres zu bezahlen‘.

Fragen wir unsere Patienten, so sind viele bereit, besondere Risiken in eigener Verantwortung zu tragen. Auch nach der Reform sollten wir als Individuum die Möglichkeit

haben, eine Eigenvorsorge zu betreiben, die sich an unserem persönlichen wirtschaftlichen Leistungsvermögen orientiert.

Auf der Suche nach Einsparungen im Gesundheitswesen sind Maßnahmen wie Budgetierung und Controlling in unsere alltägliche Arbeit eingedrungen. Gegen die wohlüberlegte Aufstellung eines Leistungsrahmens, eine rational ausgerichtete Organisation zur Ausfüllung des Rahmens und eine Planung der dafür nötigen Mittel ist im Prinzip nichts einzuwenden. Die Ärzte müssen sich aber erst an eine solche Handlungsweise gewöhnen. Man muß ihnen die Chance des Erlernens solcher Maßnahmen ermöglichen, denn Studium und Berufsausbildung vermitteln in dieser Hinsicht keinerlei Information. Legt nun der nur wirtschaftlich ausgerichtete Verwalter ein Budget vor, so kann der Arzt zunächst die Tragweite eines solchen gar nicht ermessen. Auf der anderen Seite fehlen dem Verwalter viele Details aus dem medizinischen Bereich, damit er eine für die spezifische Situation zugeschnittene, vernünftige Budgetierung vornehmen kann.

In diesem Zusammenhang sind die regionalen Vereinigungen von Unfallchirurgen zu begrüßen, die in kurzer Zeit sachliche Informationen über ihre Tätigkeit zusammengetragen haben, die in vielerlei Hinsicht Argumentationshilfe sein können. Nur der praktizierende Unfallchirurg kennt seine Leistungsskala! Seien wir auf der Hut vor beamteten oder freien Prüfern, die nach Stichproben anhand einer Skala abschätzen, was wir leisten und tun dürfen!

Um mehr Information für diesen Entscheidungsprozeß zu erhalten, müssen aber leider Ärzte, Schwestern und Pfleger immer mehr Leistungsdokumente ausfüllen und bei der ohnehin schon überladenen Bürokratie werden die besten Pflegekräfte auf den Schreibtisch gedrängt oder, was noch schlimmer ist, sie ziehen sich gar freiwillig an ein Schreibpult zurück. Geht dies nicht alles zu Lasten der Pflege und Betreuung unserer Patienten?

Nach Jahren der Unruhen und Unzufriedenheit im Pflegebereich sind für diesen Berufsstand über eine Personalverordnung mit vernünftigen Schlüsselzahlen akzeptable Bedingungen eingetreten. Die Bundesregierung hat es aber bis heute noch nicht für nötig erachtet, eine zeitgemäße Personalverordnung für den ärztlichen Dienst im Krankenhaus zu erarbeiten und zu verabschieden. Dies wirkt sich in den operativen Fächern besonders ungünstig aus.

Man verläßt sich also weiterhin auf den Idealismus solcher Ärzte, die den Grundfesten ärztlichen Handelns, nämlich Hilfsbereitschaft und Zuwendung, Gewissenhaftigkeit und Selbstkritik treu geblieben sind. Diese Ärzte haben sich auch das Vertrauen der Patienten trotz störender Einflüsse von außen erhalten können.

Wird sich aber die Zahl dieser Engagierten nicht nach und nach vermindern angesichts der ungleichen Verteilung der Bürden und vor dem Hintergrund einer zunehmenden Zahl von Hochschulabsolventen, die keine Anstellung und keinen Ausbildungsplatz erhalten werden und für die auch die künftige Niederlassung in einer Praxis außerordentlich erschwert wird?

Meine Kritik möchte nicht außer acht lassen, daß die Lust an der Zensur Anderer oftmals verbunden ist mit der Unfähigkeit der Zensur eigener Unzulänglichkeiten. Durch Selbstkritik und Selbstkontrolle der Ärzte hätte die uns vorgeworfene Ausuferung diagnostischer Maßnahmen durch nicht streng indizierte Mehrfach- und Paralleluntersuchungen vermieden

werden können und auf der Seite der Regierenden wäre es schon immer gut gewesen, nicht aus parteipolitischem Kalkül heraus Versprechungen auf weitere soziale Segnungen zu machen, obgleich schon lange absehbar ist, daß die Ressourcenknappheit ein anderes Verhalten gebietet. Alle scheinen überfordert zu sein: Regierungen und ihre Parteien, Institutionen, Verbände und zuletzt wir selbst, die wir alle Abschied nehmen müssen von einem Zeitalter der Überversorgung.

Nicht zuletzt wegen der versäumten Eigenzensur auf unserer Seite werden jetzt Korrekturen verordnet, die tief in die freiheitliche Ordnung eingreifen und die vor allem der künftigen Ärztegeneration Chancen nehmen. Wir müssen auf der Hut sein, daß nicht allein aus Gründen der Finanzierbarkeit die Bürgschaft für den inneren Frieden verloren geht. Es würde unserem Land gut anstehen, weiterhin ein Vorbild sozialer Ausgewogenheit zu sein.

In dieser schwierigen Situation sei die Frage erlaubt, ob die ungleichen Scharmützel und Feldzüge zur Ordnung der Gebühren wirklich die wichtigsten Aufgaben darstellen, oder ob die Besinnung auf die Grundmotivation des Arztes nicht Priorität haben muß, nämlich dem Leben und Wohl des Patienten zu dienen und dafür gemeinsam auf der Grundlage gesicherter, naturwissenschaftlicher Erkenntnisse zu kämpfen. Mit dieser Einstellung wäre uns das Vertrauen der Patienten gewiß und unter ihnen sind schließlich auch die Regierenden.

Vertrauen in den Arzt

Das Vertrauen in den Arzt ist in der Vergangenheit öfters in Zweifel gezogen worden. Dies mag im Einzelfall begründet gewesen sein in unangemessenen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Vielmehr liegt der Grund in der Enttäuschung des Patienten darüber, daß der gewünschte Heilerfolg nicht eingetreten ist. Wir sollten im Umgang mit unseren Patienten stets bedenken, daß die erfolgreiche Therapie ohne weiteres aus sich selbst verstanden wird, daß aber die Komplikationen und der Mißerfolg einer besonderen Erklärung und einer verstärkten menschlichen Zuwendung bedürfen. Dies wird nicht abgefangen oder ersetzt durch einen langen Aufklärungsbogen für alle Eventualitäten. Aus den Entscheidungen im Bezug auf die Aufklärungshaftung ist zu erkennen, daß es viel mehr auf das persönliche Gespräch und die individuelle Erklärung ankommt. Die gegengezeichnete Dokumentation eines solchen Gesprächstermins und Stichworte oder Skizzen des Gesprächsinhaltes sind erfreulicherweise mehr wert als seitenlange, standardisierte Aufklärungsbroschüren.

Als ein Indiz für die zunehmende kritische Einstellung unserer Patienten gegenüber dem Arzt wird immer wieder eine steigende Zahl von Arzthaftpflichtfällen vor den Gerichten und Kommissionen der Ärztekammern aufgeführt. Nach Auskunft des Vorsitzenden eines Arzthaftungssenates hat aber die Zahl solcher Gerichtsverfahren seit 1985 nicht zugenommen und in Süddeutschland ist auch die jährliche Zahl der Verfahren bei der Gutachterkommission der Ärztekammern in etwa gleichgeblieben. Es sind derzeit also keine ‚amerikanischen Verhältnisse‘ in der Zahl der Haftungsfälle zu fürchten. Eine deutliche Änderung ist allerdings eingetreten bei der Höhe der Forderungen von Kompensationen. Von der Sache her gewinnen betriebliche Unzulänglichkeiten - das Organisationsverschulden - bei der Arzthaftung immer mehr an Bedeutung.

Der Vertrauensbezug zwischen Arzt und Patient ist demnach nicht so gestört, wie es die Überhöhung des Problems in den Medien oftmals vermitteln möchte. Chirurgisches Handeln ist von großer Tragweite und setzt Vertrauen und Empathie voraus, und ich hoffe, daß diese persönliche ärztliche Leistung auch in Zukunft wieder den Platz erhalten wird, der ihr unnötigerweise durch unverhältnismäßig hohe Bewertung der Interpretation technisch gewonnener Daten streitig gemacht wurde.

Bildung, Ausbildung

Was ist zu tun im rauhen Wind einer Reform, um die Erwartungen an den Arzt als dem Vertrauten und Helfenden nicht zu enttäuschen?

Zuerst muß der Arztberuf weiterhin Wunsch und Verpflichtung - also eine innere Angelegenheit sein. Schon von daher paßt dieser Beruf nicht in einen Rahmendienstplan.

Der Arzt muß dafür sorgen, daß dem Patienten geholfen wird. Die dazu erforderliche Diagnostik muß zielstrebig auf das Problem des Patienten ausgerichtet sein. Betriebswirtschaftliche Überlegungen für die Praxis sind unterzuordnen.

Die Therapie muß unverändert dem Ethos des *Nihil nocere* gehorchen! Dies erwähne ich unter anderem mit Blick auf die ansteigenden Zahlen arthroskopischer Eingriffe mit Manipulationen an Knorpel und Menisken, die zum Teil mehr Alibi-funktion als nachweisbaren Nutzen haben. Hat die durch das Endoskop geschaffene Distanz zwischen dem Patienten und der Hand des Chirurgen nicht nur unseren Tastsinn verändert, sondern zugleich auch eine Entfremdung mit sich gebracht?

In der Arthroskopie verführen natürlich auch die Vergrößerungseffekte der Optik dazu, über die Beobachtung des Schadens hinaus instrumentell einzugreifen und Stufen und Rauigkeiten an Knorpel oder Menisken zu ‚glätten‘. Ein Gelenk in seiner komplexen Anatomie und Physiologie kann dadurch allerdings kaum verbessert werden.

An diesem Beispiel der Arthroskopie - oder allgemein der endoskopischen Operationen - wird deutlich, wieviel Wissen und Erfahrung über die sichtbar zu machenden Parameter hinaus nötig sind, um eine Operationsindikation zu stellen, die für den Patienten Hilfe und Heilung bringt. Es sind also mehr denn je die umfassende, kritische Analyse der anamnestischen Angaben, die klinische Untersuchung und der gezielte Einsatz bildgebender diagnostischer Verfahren gefragt, um Sicherheit in der Indikationsstellung zu erreichen.

In allen Krankenhäusern sollte eine ausführliche, patientenorientierte Konferenz täglich im Zentrum der Ausbildung stehen. Vorgetragene Anamnese, Befunde und Therapieempfehlung müssen diskutiert werden - immer wieder aufs Neue - und die Erfahrenen sollten durch Fragen zur Ätiologie, Pathologie, Differentialdiagnose und therapeutischen Alternative die kritische Auseinandersetzung stimulieren und schließlich das deduktive Denken und den Algorithmus für eine fundierte Problemlösung schulen.

Dadurch verringern wir das Risiko für den Patienten und vermeiden weitgehend erfolglose Eingriffe. Mancher unter ihnen wird denken, daß dies doch selbstverständlich sei und keiner Erwähnung bedürfe. Leider ist es aber nicht so.

Wir brauchen naturgemäß handwerklich talentierte, durch häufiges Assistieren und Operieren gut geschulte Chirurgen, die das ganze Konzept der individuellen Behandlung umsichtig bedenken. Dazu müssen wir die Auszubildenden sorgsam betreuen und ihnen viel Aufmerksamkeit und Zeit schenken. Auf solche Weise wird auch die vielerörterte Motivation entstehen. Vermittlung von Erfahrung an seine Kollegen muß ein Bedürfnis des Arztes sein! Billroth hat eine solche Schulung als eine ‚unbewußte Contagion‘ bezeichnet.

Für die Publikationen aus klinischer und wissenschaftlicher Arbeit wird sich eine derartige Ausbildung positiv auf die Qualität und angenehm reduzierend auf die Quantität auswirken. ‚Ein guter Aufsatz kommt selten zu spät‘ hat mir in diesem Zusammenhang ein Freund offenbart. Er hat diese Weisheit von seinem Lehrer erfahren und sich mit gutem Erfolg darangehalten; denn kreatives Denken und die Verwirklichung des Gedachten braucht Zeit! Schöpferische Lösungen lassen sich nicht erzwingen; sie brauchen Zeit und Raum zur Reifung.

Zur Ausbildung gehört auch die Öffnung des Blicks durch Förderung von Austauschprogrammen, die nicht nur den Universitäten reserviert sein sollen. Bei den Partnerschaften unserer Städte und Gemeinden mit Kommunen anderer

Länder sollten sich nicht nur die politischen Funktionäre gegenseitig besuchen können, sondern diese Möglichkeit sollte auch den Ärzten und dem medizinischen Dienst eröffnet werden.

Es ist nämlich erstaunlich, mit welcher unterschiedlichen Methoden und Mitteln gleichartige Probleme der Medizin erfolgreich gelöst werden können. Auch diese Beobachtung ist wertvoll, daß es noch viele Patienten in der Welt gibt, die in der Zeit der Heilung nicht ungeduldig und unzufrieden werden und die Genesung nicht als einfache ‚Instandsetzung‘, sondern als besondere Gabe erleben.

Wenn wir einen Überblick über den Stand unserer Zunft, über Stärken und Schwächen erhalten wollen, darf unser Blick nicht voller Genugtuung nur auf das Eigene gerichtet sein!

Für eine gute Zukunft der Unfallchirurgie unseres Landes braucht es begabte, tüchtige und begeisterungsfähige Ärzte, die dem Fortschritt der Technik gewachsen sind. Sie werden künftig nicht nur mit der bereits etablierten computergestützten Bildanalyse zu tun haben, sondern in irgend einer Form auch mit computergestützter ‚Roboter-Chirurgie‘.

Mit der Dynamik der technologischen Entwicklung wird es jedoch gleichzeitig immer schwieriger zu entscheiden, ob die aktuelle Errungenschaft tatsächlich eine Verbesserung für unseren Patienten mit sich bringt, oder ob die Neuerung vorwiegend ein Produkt industrieller Begehrlichkeit ist, welches den ‚Medizinmarkt‘ erobern soll. Nicht nur Faktenwissen, sondern Orientierungswissen gilt es zu vermitteln, um in diesen Entscheidungen sicher zu werden. Die Lehrer an den Universitäten sind hier besonders aufgerufen.

Aus den anerkannten Erfolgen unfallchirurgischer Arbeit erwächst eine besondere Motivation. Theorie und Praxis unseres Fachgebietes sind voller Faszination. Von daher muß um die Zukunft der Unfallchirurgie nicht gebangt werden. Doch wie die meisten erfolgreichen Unternehmungen, so braucht auch die Unfallchirurgie Vorbilder an der Spitze.

Für Sie wünsche ich mir, daß Sie handwerklich Gediegenes meisterlich vermitteln, das Interesse an der Analyse und Erforschung von Verletzungen und Erkrankungen wach halten und bei Ihren Mitarbeitern ein Bewußtsein dafür wecken, daß zwischen dem heute medizinisch Machbaren und dem verantwortlichen Wollen und Tun streng zu unterscheiden ist. Die Indikationsstellung ist deshalb so schwierig, weil Gesundheit nicht meßbar ist, sondern vielmehr eine innere Angelegenheit und Übereinstimmung des Menschen mit sich selbst darstellt.“

Quelle: DGU-Archiv