



DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
UNFALLCHIRURGIE

1994: Prof. Dr. med. Axel Rüter (Augsburg)

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, 58. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie am 16. bis 19.11.1994 in Berlin

„Hochverehrte Gäste, lieben Kolleginnen und Kollegen aus dem In- und Ausland!

Lange Zeit hieß es in Wien: Wo Brahms ist, kann Billroth nicht weit sein.

Nach dieser wunderschönen Wiedergabe des 1. und 4. Satzes des C-Moll-Streichquartetts von Johannes Brahms, das dieser im Sommer 1873 Theodor Billroth widmete, eröffne ich die 58. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie im Gedenken an diesen großen Chirurgen, dessen Todestag sich am 06. Februar zum 100sten Mal jährte.

Theodor Billroth war und bleibt ein Meilenstein in der Entwicklung der Chirurgie. Seine Leistungen auf die Magenchirurgie und die nach ihm benannten Resektionsverfahren zu beschränken und ihn somit zu einem ‚Visceralchirurgen‘ zu stempeln, bedeutet das Wesentliche seines Lebenswerkes zu verkennen. Seine Feststellung von 1882:

„Die erfolgreiche Behandlung einer offenen Fraktur verschafft mir größere Genugtuung als die schwierigste Bauchoperation“, hören wir Unfallchirurgen in tiefer innerer Zustimmung natürlich besonders gern. Sie macht ihn auch zu einem unserer Väter. Aber jede auch nur teilweise Vereinnahmung dieses chirurgischen Urgesteins für einen der heutigen Schwerpunkte verstellt den Blick für Billroths fundamentale Leistungen für die Chirurgie und darüber hinaus für die gesamte Medizin. Dies sind die Forderung und Einführung von pathophysiologischen Grundlagen für jede Therapie und Operationsplanung, die Bereitschaft zur Zusammenarbeit und zum offenen wissenschaftlichen Gespräch mit chirurgischen und nichtchirurgischen Kollegen und - aktueller denn je - die Verpflichtung zur Qualitätskontrolle.

Seine Empfehlung ‚Lassen Sie das Beobachtete recht in Ihr Innerstes eindringen, lassen Sie sich davon recht erwärmen und davon so erfüllen, daß Sie immer wieder daran denken müssen, dann wird auch die rechte Lust und Freude an der Chirurgie über Sie kommen‘ ist eine Empfehlung auch für die diesjährige Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie.

Mit Freude sehe ich unter uns einen Senator sowie zahlreiche Ehrenmitglieder und korrespondierende Mitglieder unserer Gesellschaft, die ich herzlich begrüße.

Wir haben die Ehre, Vertreter der Berliner Universitäten bei uns zu haben. Seien Sie herzlich willkommen. Besonders begrüße ich Herrn Prof. Gaethgens, Vizepräsident der Freien Universität Berlin.

In enger Verbundenheit unserer Gesellschaft zur Stadt Berlin begrüße ich die Vertreter aus Politik und öffentlichem Leben dieser Stadt und hierbei in besonderer Weise Herrn Gesundheitssenator Dr. Luther.

Leider kann ich den Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Herrn Prof. Hartel, heute nicht bei uns willkommen heißen. Er hält zur Zeit eine Laudatio auf Prof. Häring, kommt aber ab morgen zu uns.

Geradezu ein Heimspiel hat der amtierende Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, unser unfallchirurgischer Kollege und Freund, Prof. Hierholzer, an den ich ebenso wie an den kommenden Präsidenten, Prof. Pichlmayr, einen herzlichen Willkommensgruß richte.

Ich begrüße in kollegialer Verbundenheit den Präsidenten des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen, Herrn Prof. Hempel. Alle diese Kollegen haben in den letzten Monaten mit uns ein schwieriges, aber gutes Stück Weges zurückgelegt, über das noch zu sprechen sein wird.

Es ist mir eine persönliche Freude, unter den uns verbundenen Orthopäden den Past-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie, Herrn Prof. Puhl, bei uns zu sehen.

Mit besonderem Dank für einen erfolgreichen Kampf gegen seinen Terminkalender begrüße ich den Präsidenten der Bundesärztekammer, Herrn Dr. Vilmar.

Frau Hannelore Kohl, die Schirmherrin des Kuratoriums ZNS hat in einem sehr freundschaftlichen Brief, für den ich mich an dieser Stelle gerne offiziell bedanke, unter Hinweis auf Terminschwierigkeiten ihr Kommen offengelassen.

Als Vertreter des Kuratoriums ist Herr Prof. Mayer, der seit Jahren die enge Verbindung zu unserer Gesellschaft sicherstellt, heute bei uns. Herzlich willkommen.

Mein Gruß gilt dem geschäftsführenden Arzt des Bundesverbandes der für die Berufsgenossenschaften tätigen Ärzte, Herrn Dr. Volk, mit dem mich seit Jahren eine enge Zusammenarbeit im Präsidium dieses Verbandes verbindet.

Es ist mir eine große Ehre und Freude, Herrn Prof. Virchow, der uns nachher das Vergnügen seines Festvortrages schenkt, bei uns zu haben.

Wir bereiten einen herzlichen Empfang den Vertretern der ausländischen Gesellschaften.

Ich freue mich, speziell zahlreiche Präsidenten der unter dem Dach des Zentraleuropäischen Unfallkongresses zusammengeschlossenen wissenschaftlichen Vereinigungen heute unter uns zu sehen.

Die für beide Seiten tragende Bedeutung der Zusammenarbeit wird durch die Anwesenheit von Herrn Kleinherne, Vorsitzender des Vorstandes des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Herrn Dr. Greiner, dem stellvertretenden Hauptgeschäftsführer dieses Verbandes unterstrichen. Ich heiße Sie herzlich willkommen.

An die Worte des Grußes an unsere Aussteller schließe ich diejenigen des Dankes an. Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie weiß, daß die Repräsentanz Ihrer Firmen an unserer Jahrestagung nicht nur auf merkantilen Überlegungen beruht, sondern auch Ausdruck Ihrer Unterstützung ist.

Ich freue mich über das Interesse zahlreicher Vertreter der Medien und heiße Sie bei uns willkommen. Wir wären, nicht aus Eitelkeit, sondern aus Gründen der Zusammenarbeit mit unseren Patienten dankbar, wenn die täglichen detaillierten Berichte über Unfälle und Katastrophen in einem gewissen, und sei es auch bescheidenen, Umfang durch ebenso kontinuierliche Berichte über die Leistungen und Erfolge des Faches ergänzt würden, das täglich versucht, die menschlichen und ökonomischen Folgen solcher Ereignisse zu minimieren.

Einen persönlichen Wunsch sehe ich durch die Anwesenheit so vieler junger Kollegen erfüllt. Seien Sie auch bei diesem Teil der Tagung besonders herzlich willkommen.

Schließlich gilt mein besonderer Gruß den zahlreichen Organisatoren und Helfern in dem breiten Spektrum der Kongreßvorbereitung und Durchführung. Danken kann ich Ihnen allerdings erst, wenn wir den Samstag katastrophenfrei erreicht haben.

Bevor ich nun Herrn Dr. Luther zu seinem Grußwort bitte, verabschieden wir das Brandis-Quartett mit nochmals herzlichem Dank und höchster Anerkennung.

(...).

Meine sehr verehrten Damen und Herrn,

an dieser Stelle und zu diesem Anlaß sind von Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie schon oft fundierte, ja philosophische Reden über das Wesen des Arztes, seine Stellung in der Gesellschaft und die Bedeutung der Unfallchirurgie in medizinischer wie sozio-ökonomischer Hinsicht gehalten worden. Auch ich hätte gerne durch solche Ausführungen Intellekt und Belesenheit demonstriert. Die sich häufenden und brisanter werdenden Probleme des täglichen Lebens in unserem Beruf lassen hierfür aber, zumindest zur Zeit, keinen Platz. Nicht erst die Erfahrungen aus dem Untergang der Titanic lehren, daß es nicht gut ist, wenn man in der Belle Etage - wenn ich das Präsidium unserer Gesellschaft einmal dort ansiedeln darf – sich den schönen Künsten hingibt, während im Maschinenraum - und das ist unser täglicher Arbeitsbereich - schon das Wasser steht.

Was sind nun diese Themen, die in den letzten Monaten, ja Tagen, uns, das Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie und ganz sicher auch Sie, die in dieser Unfallchirurgie Tätigen, beschäftigt und belastet haben? Auf die gesamte Vielfalt der Auswirkung des Gesundheitsstrukturgesetzes auf unseren Beruf möchte ich heute nicht eingehen. Hier werden in der Sitzung am Donnerstag Nachmittag besonders berufene

Sachkenner die verschiedenen Aspekte beleuchten und danach zur Diskussion zur Verfügung stehen.

Uns alle berühren darüber hinaus und im einzelnen die Entwicklung des ICPM-Schlüssels, die Fragen von Sonderentgelten und Fallpauschalen, Anforderungen und Möglichkeiten der Qualitätskontrolle und vor allem die Weiterbildungsordnung. Lassen Sie mich den aktuellen Stand ersterer Fragen skizzieren und dann etwas ausführlicher auf die Weiterbildungsordnung und das durch diese beeinflusste Zusammenleben der chirurgischen Schwerpunkte eingehen.

ICPM

Die internationale Klassifikation der Procedures in Medicine, jetzt aus autorenrechtlichen Gründen Operationsschlüssel genannt, wird wesentlicher Anteil an der zukünftigen Berechnung von Pflegesätzen, Sonderentgelten und Fallpauschalen haben. Die sachgerechte Erfassung und Berücksichtigung unserer Leistungen ist daher ein essentielles Anliegen jedes Unfallchirurgen und unserer Gesellschaft. Die erste deutsche Fassung von 1992, erstellt durch die Friedrich-Wingert-Stiftung, wurde unseren Leistungen in keiner Weise gerecht. Zwischenzeitlich ist die gesamte Koordination und Neufassung von Dimdi, einer dem Bundesgesundheitsministerium angegliederten Behörde, in Kooperation mit der Wingert-Stiftung übernommen worden. Gerade in den letzten Wochen konnten von den Vertretern unserer Gesellschaft Abstimmungsgespräche mit den Orthopäden in den sich berührenden Punkten abgeschlossen werden, so daß wir heute in einem gemeinsamen Konzept mit den Visceralchirurgen einerseits und den Orthopäden andererseits unsere Forderungen vertreten können und diese Gruppe auch ernst genommen wird. An dieser Stelle ist es nötig den Herren Kollegen Stürmer und Meenen ganz offiziell sehr herzlich für ihren Sprung auf den schon abfahrenden Zug und die dann rasch, konsequent und erfolgreich geleistete Arbeit für die Unfallchirurgie zu danken.

Fallpauschalen und Sonderentgelte

Diese beiden Finanzierungsmodelle kommen ab 01.01.1996 obligatorisch zur Anwendung. Für die Unfallchirurgie sind Fallpauschalen bisher vorgesehen für die Behandlung der Schenkelhalsfraktur, sowohl durch Osteosynthese wie Prothese, Prothesenwechsel, Frakturen des oberen Sprunggelenkes der Typen B und C sowie Metallentfernungen von großen Röhrenknochen. Die Höhe der Vergütung wurde nach den Unterlagen von 12 Erhebungskliniken zusammen mit von der Regierung beauftragten Institutionen, wie dem Deutschen Krankenhausinstitut und dem Institut für Gesundheitswesen, vereinbart. Nach dem Urteil dieser Kliniken sind die abgeschlossenen Pauschalen fair und tragfähig, so lange ein gemischtes Krankengut von jung und alt, internistisch gesund oder polymorbid, frischverletzt oder voroperiert zur Behandlung kommt und nicht infolge der Vorauswahl problemloser Fälle in einigen Krankenhäusern für andere nur die Problembehandlungen bleiben.

Während die Fallpauschalen sich auf die gesamte Behandlung beziehen, betreffen die Sonderentgelte nur den operativen Eingriff. Bisher ist vorgesehen, solche Sonderentgelte dem Krankenhausträger wahlweise für dieselben Diagnosen anzubieten wie die

Fallpauschalen. Sinnvoll erscheint dabei die Wahl des Sonderentgeltes bei allen Patienten, die in 2 Kliniken behandelt werden, wobei der operierenden Klinik dann dieses zufällt.

Qualitätskontrollen

In seinen Züricher Jahren schrieb Billroth:

„Die Wege sich über eigenen Erfahrungen klar zu werden, sind nicht schwer zu finden. Von jedem Kranken muß mit pedantischer Strenge eine Krankengeschichte geführt werden. Sollten nach Abschluß eines oder mehrerer Jahre die erworbenen Erfahrungen zusammengestellt werden, so müssen über alle Kranken, welche nicht völlig geheilt das Spital verließen (und die Zahl dieser Individuen ist in jedem Spital sehr groß), Nachrichten eingezogen werden. Kann man das schließliche Resultat nicht angeben, so bleiben die errungenen Erfahrungen sehr unvollkommen.“

Und

„die Statistik ist eine Methode, und zwar für die praktische Heilkunde einer der wichtigsten, um die Wahrheit zu erforschen. Wenn man sich daran macht, seine Erfahrungen behuf statistischer Verwendung zu ordnen, dann wird man recht inne, wie schief sich doch die eigene Anschauung über das Erlebte gestaltet, wie unser eigenes Leben in unserem Kopfe immer Dichtung und Wahrheit gemischt enthält.“

Diese Feststellungen gelten uneingeschränkt weiter. Wir alle wissen, daß ein definitives Behandlungsergebnis nach den meisten, gerade schwereren Verletzungen und damit die Qualität der Versorgung häufig frühestens am Ende des 2. Jahres ausreichend beurteilt werden kann. Nach § 137 SGB sind wir Ärzte zur Qualitätssicherung verpflichtet. Die Kassen haben diese Forderung zwar verbal übernommen, weigern sich aber, zumindest bisher, hierfür Ausgaben anzuerkennen und zu vergüten. Nun wird dies aber im Rahmen der Einführung der Fallpauschalen auch für die Kassen verpflichtend, wobei zunächst gedacht ist, diese Pflicht auf die mit den Fallpauschalen erfaßten Diagnosen zu beschränken. Grundlage ist der Gedanke, die Auswirkungen dieser Finanzierungsmodelle auf die Qualität der ärztlichen Versorgung zu kontrollieren. Bisher nehmen 6 Kammerbereiche für bestimmte Verletzungsbilder an solchen Kontrollen teil.

Allgemeingültige Instrumentarien, unter denen solche Qualitätskontrollen erfolgen sollen, werden derzeit erst entwickelt. Es gibt sehr energische Vorstöße der Deutschen Krankenhausgesellschaft, die Qualitätskontrolle in anderen Kammerbereichen an ihre Geschäftsstellen zu binden. Dadurch würde die Mitgliedschaft in der Krankenhausgesellschaft zur Pflicht und diese dadurch erheblich aufgewertet.

Bisher ist daran gedacht, zur Finanzierung dieser Kontrollen die Fallpauschale 8,--DM pro Patient anzuheben, wobei diese Summe für eine ausgedehnte Dokumentation des Primärbefundes, der Behandlung, des Verlaufes und des Ausganges ausreichen soll. Im Gegensatz dazu rechnet man heute in den USA, daß für eine sinnvolle Dokumentation pro 300 Betten 20 Vollzeitkräfte beschäftigt werden müssen. Uns Unfallchirurgen bleibt bei jedem Kontrollmodell die Pflicht, immer wieder darauf hinzuweisen, daß, anders wie in manchen anderen Disziplinen, die Ergebnisse unserer Tuns nicht mit Beendigung des Krankenhausaufenthaltes oder allenfalls einer 3-Monats-Kontrolle zu beurteilen sind. Wir

bieten ebenso konsequent unsere Mithilfe und unseren Sachverstand bei der Erstellung problemgerechter Vorschläge an.

Das Haus der Chirurgie

Aber lassen Sie mich nur auf unser zentrales Problem zu sprechen kommen:

Das Haus der Chirurgie und das Zusammenleben in ihm unter den Richtlinien der neuen Weiterbildungsordnung.

Der Weg bis zu ihrer Verabschiedung 1992 erforderte von den Vertretern unseres Schwerpunktes einen Einsatz, der nicht hoch genug eingeschätzt werden kann, da er gleichzeitig mit konsequenter überzeugender Argumentation wie mit größtem Fingerspitzengefühl erfolgen mußte. Diese Weiterbildungsordnung ist für uns umso wichtiger, da die Bundesärztekammer wiederholt die Auffassung bestätigt hat, daß sie diese auch zur Regelung der Berufsausübung einsetzen wird. Somit kommt ihr Auswirkungen auf die Struktur der Krankenhäuser zu. Bisher ist die Weiterbildungsordnung nur von den Landesärztekammern Bayern und Sachsen in Kraft gesetzt worden. Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie hat allen Kammern Berater angeboten.

Nun haben wir also zumindest de facto die erwünschte Weiterbildungsordnung mit Gliederung der Chirurgie in 4 gleichrangige Schwerpunkte und sind nun in der Versuchung, dem geistreichen Zyniker Shaw zuzustimmen: ‚Es gibt im Leben zwei wirkliche Enttäuschungen. Die eine ist, wenn sich ein Herzenswunsch nicht erfüllt, und die andere ist, wenn er sich erfüllt und man sieht, was man sich eigentlich so sehr gewünscht hat.‘ Das viel beschworene gemeinsame Haus der Chirurgie konnte nur den Willen zur Gemeinsamkeit aller der jetzigen chirurgischen Schwerpunkte vor dem Einsturz bewahrt werden. Die Unfallchirurgie hatte ganz wesentlichen Anteil an dieser Stützaktion. Sie stellt auch heute einen der beiden tragenden Pfeiler dar. Wir werden daher allen Bestrebungen, dieses Haus in eine Herrenetage und geduldete Gesindezimmer aufzuteilen, entschieden und anhaltend entgegenzutreten.

Dieses Haus ist gedacht als Gewächshaus, in dem dem Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, sofern sie sich als Dachorganisation aller 4 chirurgischen Schwerpunkte versteht, die Aufgabe des Gärtners zukommt. Nun gehört es zu den Pflichten eines Gärtners, alle ihm anvertrauten Pflanzen gleichmäßig zu hegen und zu pflegen und hierbei die jahrhundertelange Erfahrung zu berücksichtigen, daß nur die Pflanze kräftige Früchte trägt, deren falsche Triebe rechtzeitig zurückgeschnitten wurden.

So ein friedvolles und gedeihliches Miteinander in einem Haus macht für den einzelnen eine definierte, von anderen erkennbare und von ihm selbst mit Leben erfüllte Position notwendig. Es bedarf also auch für uns einer Standortbestimmung. Ohne Zweifel ist die Unfallchirurgie die Mutter der Chirurgie. Die ersten erhaltenen Beweise chirurgischen Handelns geben Zeugnis von der Therapie schwerer Schädelverletzungen, das erste größere Lehrbuch der Chirurgie ‚Das Feldbuch der Wundarzney‘, veröffentlicht 1517 von Hans von Gersdorff, beschäftigt sich mit der Behandlung von Verletzungen. Die Chirurgie der Krankheiten kam erst später hinzu und muß sich, um Probst zu zitieren, anders als die Unfallchirurgie, nicht ständig mit neuen, aus den Erscheinungen der Zeit hervorgehenden

Schäden beschäftigen. In den Kriegen Zentraleuropas wurde, bedingt durch sich änderndes Kriegsgerät, die Verletzungschirurgie von immer neuen Problemen herausgefordert. Hinzu kam im Zeitalter der zunehmenden Industrialisierung die Aufgabe der Versorgung von Arbeitsunfällen. In den letzten Jahren erwachsen durch die Motorisierung mit immer schnelleren Fahrzeugen bei zunehmender Verkehrsdichte, das In-Mode-Kommen von Motorrädern - aber auch Fahrrädern - sowie die riskanter werdenden Techniken im breitgefächerten Freizeitsport der Unfallchirurgie in kurzen Abständen sich ändernde zum Teil völlig neue Aufgaben. Diese Verletzungen betreffen zum größten Teil junge, am Anfang allenfalls in der Mitte ihres Erwerbslebens stehende Menschen. Deren Behandlung mit den heute zur Verfügung stehenden Methoden durch Ärzte, die in der Unfallchirurgie spezialisiert und hochqualifiziert sind, wird dadurch neben allen humanitären Aspekten zu einer volkswirtschaftlichen Notwendigkeit. Auf diesem Wege sind der Unfallchirurgie der letzten Jahre durch die Entwicklung und Anwendung problembezogener Techniken und Taktiken sowohl in der Verhütung, vor allem aber in der Behandlung von Verletzungen, beachtliche Schritte gelungen. An dieser Stelle sei auf die um fast 1/4 zurückgegangene Zahl von Unfalldtoden bei ansteigender Zahl der Gesamtunfälle hingewiesen. Neuere Erkenntnisse in der Pathophysiologie des Polytraumas und die hieraus entwickelten Behandlungsstrategien haben vielen jungen Menschen das Leben gerettet. Die Kombination von Weichteilchirurgie und Kallusdistraction erlaubte in letzter Zeit die Rate posttraumatischer Osteitiden mit ihren bekannten Konsequenzen für Behandlungsdauer, Behandlungskosten und verbleibender Behinderung in einem bis vor wenigen Jahren unvorstellbaren Maße zu senken.

Daumen und Zeigefinger sind für jeden Chirurgen, auch den Unfallchirurgen, wertvollste Instrumente. Man kann sie u.a. dazu benutzen, um mit gestrecktem Zeigefinger und abgespreiztem Daumen auf andere zu zeigen und dabei untätig in eine lamentierende Depression zu fallen.

Man kann Daumen und Zeigefinger aber auch dazu benutzen, sich - das hohe Auditorium verzeihe mir die Banalität - an die eigene Nase zu fassen. Ein Schwerpunkt innerhalb der Chirurgie begründet sich nicht daraus, daß er anspruchsvoll eingefordert wird. Er rechtfertigt sich nur, wenn der Vertreter dieses Schwerpunktes in diesem über besondere, über das Maß seiner chirurgischen Kollegen hinausgehende Kenntnisse, Erfahrungen und praktische Fertigkeiten verfügt, diese ständig aktualisiert und in die Behandlung des Patienten einbringt. Nun fühlen wir uns diskussionslos verpflichtet, einem Verletzten die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Dies ist häufig nur unter konsiliarischer Mitwirkung erfahrener Spezialisten aus anderen Bereichen erzielbar und es gilt, wie Pannike formuliert: ‚Unzweifelhaft hilft dem Unfallverletzten die Selbstüberschätzung des Generalisten ebenso wenig wie die Selbstüberschätzung des Spezialisten‘. Womit sich der Punkt, an dem der Unfallchirurg einen Spezialisten zur verantwortungsgerechten Bewältigung der Gesamtaufgabe zur Hilfe heranzieht, vor dem Hintergrund von Kompetenz, Engagement und Trainingshaltung von Ort zu Ort, von Haus zu Haus, ganz unterschiedlich darstellen kann. Viele der hierbei evtl. entstehenden Zuständigkeitsprobleme lösen sich von selbst, wenn wir in unseren Entscheidungen und Ansprüchen auf die frühere Formulierung unserer Berufsmaxime zurückgreifen:

„Salus aegroti - Suprema lex“

von Ordinarii, Primarii oder Sekretarii ist hier nicht die Rede.

Eine noch praktikablere Entscheidungshilfe gibt der 4. Absatz des Hippokratischen Eides, den wir ja alle einmal geschworen haben. „Bei einem Steinkranken werde ich niemals den Schnitt machen, sondern ihn den Männern überlassen, die ihn berufsmäßig ausüben“. Dies muß für die Bewohner des Hauses der Chirurgie zeitbezogen heißen: „Ich werde nichts selbst unternehmen, was ein anderer besser kann.“

Wir wissen von vielen strukturierten Kliniken, daß die aktuelle Betreuung eines Verletzten viel effektiver und reibungsloser vonstatten geht, als man dies nach den vielen Grundsatzdiskussionen in und zwischen den Präsidien einzelner chirurgischer Fachgesellschaften erwarten sollte. Unser Kollege Artur Schnitzler hat gesagt: „Weltgeschichte ist die Verschwörung der Diplomaten gegen den gesunden Menschenverstand.“ Ist die Strukturgeschichte der Chirurgie, in deren Entwicklung wir ja eben eine stürmische Zeit durchleben, die Verschwörung der Funktionäre gegen den gesunden Chirurgenverstand? Viele von uns sind in solchen Entscheidungsgremien tätig. Wir sollten uns diese Frage öfters selbst vorlegen.

Unter Berücksichtigung des oben Gesagten und der für jeden Chirurgen verpflichtenden selbstkritischen Beurteilung seines persönlichen Spektrums versteht sich die Unfallchirurgie heute nicht ausschließlich als Behandlungsspezialität, sondern darüber hinaus als Organisationsaufgabe. Ihr Stellenwert entscheidet sich nicht an der Frage, wer die relativ einfachen chirurgischen Handreichungen einer Ligatur der Milzgefäße oder einer Tamponade des rechten Oberbauches ausführt. Der Unfallchirurg ist vielmehr der Begleiter des Verletzten vom Unfallort bis zum Abschluß der Rehabilitation, der stets den gesamten gemeinsam zu gehenden Weg im Auge behält. Natürlich stimmen wir der berechtigten Forderung allenfalls hinzuziehender Disziplinen zu, für ihren Teil der Behandlung die fachliche, aber damit auch forensische Verantwortung zu übernehmen. Dem Unfallchirurgen bleibt dessen ungeachtet die Zuständigkeit und Verantwortung für die Koordination aller diagnostischen und therapeutischen Schritte. Diese Aufgabe ist für ihn auch in der Weiterbildungsordnung verankert. Alle Versuche, die Aufgaben und Zuständigkeiten der Unfallchirurgie auf die Verletzungen des Stütz- und Bewegungsapparates oder gar, wie neulich geschehen, auf dessen knöcherne Strukturen zurückzudrängen, sind tiefe Schnitte in das Fleisch der Chirurgie. Solche Bestrebungen fördern die Entwicklung einer Unfall-Orthopädie. An diese wäre dann fast jedes 2. chirurgische Bett abzugeben, die Anästhesie übernehme die Führung des Polytraumatisierten und alle, aufgrund ihrer Größe nicht strukturierbaren chirurgischen Kliniken müßten geschlossen werden, da es keine Chirurgen mehr gäbe, die für die Aufgaben dieser Position ausreichend ausgebildet sind.

Nun kann ich Ihnen heute mit gewissem Optimismus berichten, daß diese Probleme und Gefahren von unseren visceralchirurgischen Partnern erkannt worden sind und es so scheint, als würde nun eine einvernehmliche Lösung mit uns nachdrücklich angestrebt.

Vor 4 Wochen fand ein erstes Gespräch zwischen Vertretern des Präsidiums der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und unserem Präsidium, vertreten durch unseren Generalsekretär und mich statt. Dieses beschäftigte sich mit der Frage der Zuständigkeiten innerhalb einer

unterteilten Klinik. Wenige Tage später fand ein bestätigendes Gespräch in einem größeren Kreise statt. Was wurde einvernehmlich vereinbart? Bezüglich der Betreuung von Unfallverletzten unter Einschluß der Polytraumatisierten ist der Unfallchirurg organisatorisch für die gesamte Betreuung zuständig und verantwortlich. Die ärztliche Zuständigkeit geht gegebenenfalls in Teilbereichen an den Spezialisten eines anderen Schwerpunktes über.

Außerdem ist geplant, bei generellen Strukturproblemen ad hoc-Kommissionen aus beiden Präsidien einzuberufen.

Meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen, dies sind sozusagen noch druckfeuchte Entwürfe, die der exakten Formulierung und der Zustimmung durch die einzelnen Fachgesellschaften in diesem Haus der Chirurgie bedürfen. Meines Erachtens läßt sich aber schon heute sagen, daß diese Entwicklung wesentlichen Forderungen der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie gerecht wird und wir unter Gutwilligkeit dieser Struktur, die ja dem tatsächlichen Vorgehen in den meisten reibungslos arbeitenden Strukturierten Klinik entspricht, leben, wirken und notfalls auch argumentieren können.

Wirtschaftliche Sicherung unseres Nachwuchses

Ich komme nun auch noch auf ein anderes, unsere Zukunft bedrohendes Thema.

Auch ohne gegen das von Kassen und Politikern immer nur im Rahmen von Einkommensbeschränkungen bemühte ärztliche Ethos zu verstoßen, ist es erlaubt, auch auf die Entwicklung der materiellen Seite unseres Berufes zu sprechen zu kommen. In den USA stehen derzeit einige Traumazentren vor der Schließung, da junge Ärzte gerade in diesem Zweig der Medizin die Relation von Aufwand zu Einkommen in besonderem Maße mißachtet sehen und in ruhigere Tätigkeiten ausweichen. Wir werden die führenden Positionen mit qualifizierten und engagierten jüngeren Chirurgen auf Dauer nur besetzen können, wenn diese für ihren weit über die Gewohnheiten der Gesellschaft hinausgehenden Einsatz von Zeit, Verantwortung und Lernfleiß unter Zurückstellung von Freizeit, Familie und Hobbys, also all dem, was man heute, irriger Weise unter Ausschluß der Arbeit, als ‚Lebensqualität‘ zusammenfaßt, auch eine dem Durchschnitt der Gesellschaft überragende finanzielle Anerkennung erhalten.

Hier aber stoßen wir auf den Neid. Die Feststellung von Robert Lembke, ‚Neid ist der Schatten, den der Erfolg wirft‘ klingt zwar tröstlich, nährt aber nicht. Der Punktwertverfall bringt zahlreiche unserer niedergelassenen Kollegen weit über eine ausschließliche Gewinnschmälerung hinaus in akute Existenzprobleme. Die Begehrlichkeit der Krankenhausträger und der nun paradoxerweise von der Rückführung von Privathonoraren begünstigten gesetzlichen Krankenkassen scheint unersättlich.

Heute haben die Verträge, die unseren jungen Kollegen angeboten werden, eine Form angenommen, die nicht mehr akzeptabel ist. Abgaben von 75 % und gar die Verpflichtung, bei defizitärer Krankenhauswirtschaft mit dem gesamten Einkommen zu bürgen, können nicht mehr hingenommen werden. Eine Änderung dieser Tendenzen werden wir aber nicht durch Argumente und Berechnungen erreichen. Wir werden die Zukunftschancen und damit die zum Erhalt jeder Klinik dringend notwendige Motivation gerade unserer qualifizierten Mitarbeiter vielmehr nur sichern können, wenn sich alle zur Übernahme einer

Chefarztposition fähigen Oberärzte in einer Vereinigung zusammenfinden, ihrerseits einen Mustervertrag ausarbeiten und diesen ihren Bewerbungen beilegen. Dies macht allerdings nur Sinn, wenn sie sich dann untereinander zuverlässig verpflichten, keine Stelle anzunehmen, die diesen Mindestanforderungen nicht genügt. Die Situation für ein solches Vorgehen ist nicht ungünstig, da es für den Krankenhausträger angesichts kommender Fallpauschalen erstmals von finanziellem Interesse ist, einen guten Chirurgen einzustellen, d.h. einen Chirurgen, der komplikationsarm operiert und die Patienten so behandelt, daß sie nach kurzer Hospitalisationszeit wieder entlassen werden können. Auf die Bedeutung des einzelnen Chirurgen als ‚Prognostischer Faktor‘ hat Hermanek bereits vor Jahren hingewiesen. Die Multizenter-Darmkrebsstudie von Hohenberger und Herfarth haben dies mit eindrücklichen Zahlen unterstrichen. Es muß dem Krankenhausträger also klar werden, daß es erstmals in seinem eigenen Interesse ist, wenn durch die Wahl des besten verfügbaren Chirurgen Komplikationsraten und Verweildauer niedrig gehalten werden können. Über diesen Weg spart er viel mehr Geld als über restriktive Chefarztverträge. Wir sollten diese Entwicklung nützen.

Meine Damen und Herren, die nächsten Jahre bergen wichtige und interessante Entwicklungen für die Unfallchirurgie. Wir müssen hierbei eingestehen, daß politisch-administrative Aufgaben uns leitende Ärzte allmählich zumindest zeitlich annähernd in gleicher Weise in Anspruch nehmen wie fachliche Fragen. Wir müssen uns beiden Aufgaben stellen.

Der vor 2 Jahren erstellte Rohbau der Weiterbildungsordnung muß nun in Details vervollständigt und mit Leben erfüllt werden. Die Gespräche der letzten Wochen lassen uns für die Zukunft bei der Bewältigung der vielen gemeinsamen Aufgaben auf ein problemorientiertes partnerschaftliches Verhältnis zwischen den chirurgischen Schwerpunkten hoffen.

Wenn sich die jetzt abzeichnenden Verständigungen tatsächlich mit Leben erfüllt, wird die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie gerne zuverlässig und kraftvoll ihrer Aufgabe als eine der tragenden Stützen des gemeinsamen Hauses der Chirurgie nachkommen.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.“