



DEUTSCHE  
GESELLSCHAFT FÜR  
UNFALLCHIRURGIE

**1995: Prof. Dr. med. Gert Muhr (Bochum)**

**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, 59. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie am 22. bis 25.11.1995 in Berlin**

„Es ist der Tradition angemessen, im Rahmen der Eröffnung von Jahrestagungen der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie zu Fragen und Problemen des Fachgebietes in wohlgesetzten Worten Stellung zu nehmen. In einer uralten europäischen, sehr konfliktfreudigen Grenzregion aufgewachsen, liegt mir Kontemplation aber nicht. Der Reiz der heutigen Situation besteht vielmehr darin, direkt und ohne Umwege, also aus chirurgischer und persönlicher Sicht, die Stellung der Unfallchirurgie im Rahmen des derzeitigen gesundheitspolitischen Umfeldes zu beschreiben.

**Welche Bedeutung hat die Unfallchirurgie in der Gesundheitsversorgung?**

Deutschland liegt nach Belgien und Österreich an der Spitze des Verletzungsrisikos im Straßenverkehr.

Bei fast 400.000 Unfällen mit Personenschaden erlitten im Jahre 1992 10.600 Menschen den Tod, über 130.000 wurden schwer und 386.000 leicht verletzt. 1995 ist mit 11 Verletzten pro 1.000 Kraftfahrzeugen und mit einem Toten auf 2.500 Kraftfahrzeuge zu rechnen.

Zwar ist seit 1990 die Zahl der tödlichen Unfälle um 11 % zurückgegangen, der Anteil der Verletzten liegt jedoch immer noch deutlich und unverändert bei über einer halben Million.

Dies erscheint zunächst als ein eindrückliches Zahlendokument zum Bedarf unfallchirurgischer Kompetenz in Deutschland. Bedenkt man aber, daß von insgesamt 885.000 Verstorbenen eines Jahres etwa 45.000 Unfallopfer waren, so sind dies letztlich nur 5 %.

So schwierig und schicksalhaft der Einzelfall auch sein mag, im Gesamtkontext steht das Sterberisiko ‚Unfall‘ weit abgeschlagen nach Herz-Kreislauf-Störungen, bösartigen Neubildungen und Atemwegserkrankungen an nachgeordneter Stelle.

Diese Relation spiegelt sich auch in der Bettenzahl wider. 1992 waren 3,1 % aller aufgestellten Krankenhausbetten und nur 11,3 % der chirurgischen Betten unfallchirurgischen Fachabteilungen zuzuordnen.

Aber innerhalb der Chirurgie lag die Unfallchirurgie mit knapp 89 % Auslastung weit an der Spitze. Bezogen auf die medizinischen Gebiete insgesamt, wurde diese Zahl nur von Kardiologie, Rheumatologie und Geriatrie übertroffen.

Unabhängig davon ist festzustellen, daß der Prozentsatz von Unfallpatienten in ungeteilten chirurgischen Abteilungen bei 40 % liegt, regional sogar oft noch höher.

Berücksichtigt man die Altersstruktur der Verstorbenen, so liegt das mittlere Alter der Straßenverkehrstopfer bei 42 Jahren, im Vergleich zur mittleren Lebenserwartung von 75. Dies ergibt nicht nur einen Verlust von 33 Lebensjahren, sondern auch ein volkswirtschaftlich erhebliches Defizit von 23 Lebensarbeitsjahren. Hochgerechnet gehen also über 1 Mio. Arbeitsjahre pro Jahr verloren. Die Anzahl alter Patienten mit hüftnahen Oberschenkelbrüchen wird von 1995 bis 2030 um 40 % steigen, die Kosten werden dafür von 980 Mio. DM auf 1,3 Mrd. DM zunehmen.

### **Wie sind denn die Gesundheitsausgaben bisher verteilt?**

Von den Gesamtgesundheitskosten werden nur etwa 7 % zur Vorbeugung ausgegeben, 59 % für Behandlung und 28 % für Krankheits- und Verletzungsfolgen. Ein kläglicher Rest von 1,7 % bleibt für Ausbildung und Forschung.

Abgedeckt wird diese Gesamtsumme zu 48 % von den gesetzlichen Krankenkassen. Die gesetzliche Unfallversicherung ist hier nur mit 3 % beteiligt.

Die Gesamtkosten für das Gesundheitswesen in bezug auf das Bruttoinlandsprodukt sind für Deutschland äußerst günstig. Sie liegen mit 8,6 % hinter den Niederlanden, Österreich, Frankreich, der Schweiz, Finnland, Kanada und den USA. Letztere geben mehr als 14 % aus!

Da aber 1/3 der Kassenbeiträge 1994 für Krankenhausbehandlungen aufgewendet wurden, gilt dieses unter Kassenvertretern und Gesundheitspolitikern als der Kostenfaktor schlechthin, den man unter Kontrolle bekommen müsse.

### **Hat das Krankenhaus seinen schlechten Ruf wirklich verdient?**

Zwischen 1970 und 1992 ist die Bettenzahl um 12 % gesunken, die Auslastung dagegen um 2 % gestiegen, die Verweildauer wurde im selben Zeitraum um 36 % reduziert. Wegen des bisherigen Fehlens geeigneter Rehabilitationsmöglichkeiten müssen Patienten immer noch stationär behandelt werden, die bei geeigneter Pflegemöglichkeit ambulant therapierbar wären. Wer versorgt die 75jährige, alleinstehende Dame mit dem einfachen Oberarmbruch, die am Freitagabend in das Krankenhaus eingeliefert wird? Bestenfalls Montagmittag ist die Entlassung möglich, wenn Hausarzt, Sozialdienst oder mitleidige Nachbarn die ambulante Versorgung übernehmen können. Und sechs Monate später werden die Spitalskosten wegen angeblicher Fehlbelegung von der Kasse nicht mehr übernommen.

### **Was haben die Krankenhäuser in den letzten zwei Jahren zur Preisstabilität beigetragen?**

Sie haben die Pfl egetage um 4 % reduziert, sie haben trotz Budgetdeckung den Fallzahlenanstieg von jährlich 1 % verkraftet, die Zahl der Patienten stieg seit 1993 bei gleichbleibenden Einnahmen um über 300.000 auf 14,4 Mio. an. Sie haben den Prozeß der Kapazitätsreduzierung fortgesetzt und zwischen 1990 und 1993 93 Krankenhäuser geschlossen und über 57.000 Betten abgebaut, dies sind etwa 10 % des gesamten Bettenbestandes.

Gleichzeitig wurden wesentliche Strukturverbesserungen vorgenommen, Großabteilungen diversifiziert und Betten umgewandelt.

Die dadurch zunehmende Zahl unfallchirurgischer Abteilungen entspringt jedoch nicht der besseren Einsicht auf einen gehobenen Versorgungsstandard, sondern dem Wunsch, durch eine Spezialisierung dem Betten- oder gar Krankenhausverlust rechtzeitig vorzubeugen.

Auch die Berufsgenossenschaften haben sich ein völlig neues Konzept gegeben, indem sie anstelle der traditionellen, monostrukturierten Unfallkliniken, gemeinsam mit öffentlichen Gesundheitsträgern Schwerpunktkrankenhäuser mit Unfallzentren errichten.

In den Kliniken selbst wurden sämtliche reformbedingten Organisationsmechanismen umgesetzt, wie Übermittlung von Kosten- und Erlösdaten an die Krankenkassen, permanente Verschlüsselung medizinischer Leistungszahlen durch die zuständigen Ärzte, sowie in Zahl und Umfang zunehmende Qualitätssicherungsdokumentationen.

Gerade an dieser Stelle ist hervorzuheben, daß Reformhektik und ständig neue, komplizierter werdende Regelungen beginnen, die Mitarbeiter in den Krankenhäusern zu überfordern und letztlich auch zu demotivieren. Und dies kann nicht im Sinne der notwendigen Strukturreform sein.

Die wiederholte pauschale Aussage ‚Krankenhäuser verursachen Kosten‘ und die anschließende Forderung ‚Kosten müssen gesenkt werden‘ führt zum logischen Schluß, weitere Betten abzubauen und Kliniken zu schließen.

Völlig unbeachtet bleibt bei derartigen Überlegungen, daß allein im deutschen Krankenhauswesen mit ca. 80 Mrd. DM Jahresumsatz, mittlerweile über 1,1 Mio. Mitarbeiter beschäftigt sind und dadurch auch in anderen Wirtschaftssektoren Einkommen und Kaufkraft geschaffen werden.

### **Wie hat sich die sozialpolitische Situation entwickelt, in der dies alles geschieht?**

4 Mio. Arbeitslose beweisen, daß das Industriezeitalter in Deutschland zu Ende geht, die Arbeitsplätze wandern ab. Wir stehen am Beginn des Zeitalters von Kommunikation und Dienstleistung, ein zunehmend wichtiger werdender Sektor.

Überblättert man die Wirtschaftsteile der Presse, so wird überall die wachsende Leistungsbilanz und Effizienz der Dienstleistungsbereiche hervorgehoben und deren Zukunftsbedeutung unterstrichen. Nur für den Dienstleistungssektor Medizin, hier insbesondere für das Spital, soll dies nicht gelten. Leistungssteigerung und Wachstumsraten werden hier negativ dargestellt und durch gesetzliche Verordnungen gebremst. Diese Maßnahmen verschieben letztlich aber nur die Probleme, das reformbedürftige System selbst bleibt unverändert. Wie soll aber auch der große Wurf gelingen, wenn die Experten

der Regierungskoalition für die Lösung dieser schwierigen Situation ganze zwei Tage in Bad Neuenahr veranschlagt haben?

Die Folgen haben sich auch schon eingestellt. Wie bereits zweimal vorher, unter anderen Gesundheitsministern, steht nun erneut nach vorübergehender Kurzberuhigung, eine Beitragserhöhung in der Krankenversicherung bevor.

Droht uns eine neue gesundheitspolitische Reformruine?

### **Sind diese Probleme wiederum der Medizin und dem Krankenhaus anzulasten?**

Nach dem 1993 beschlossenen Gesundheitsstrukturgesetz dürfen die Ausgaben der Kassen nur in dem Maße steigen, wie die durchschnittliche Grundlohnsumme aller Versicherten. Dies würde aber bedeuten, daß sich der Beitragssatz nicht verändert.

### **Was ist also geschehen?**

Trotz eigentlich gedeckelten Budgets wurden mit Hinweis auf einen Pflegenotstand im Krankenpflegebereich zahlreiche neue Stellen geschaffen. Dies war politisch gewollt und wird nun um- und durchgesetzt.

Die neue Arbeitszeitverordnung, die ab 1996 auch für die Ärzte gilt, muß zwangsweise zu einer Erhöhung der Medizinerzahl in den Krankenhäusern führen, die Kosten steigen weiter.

Auch die Arbeitslosigkeit beeinflußt zunehmend die Krankenversicherung, da die Bundesanstalt für Arbeit nur einen reduzierten Festbetrag bezahlt, den Rest trägt die Kasse. Darüber hinaus sollen ab 1997 alle 2,5 Mio. Sozialhilfeempfänger krankenversichert werden, wiederum muß die gesetzliche Krankenkasse einen Großteil der Finanzlast übernehmen.

### **Welche unfallchirurgischen Faktoren können für Kostensteigerungen verantwortlich gemacht werden?**

Eingehende Untersuchungen der Münchner Innenstadtlinik haben gezeigt, daß die Kosten für die Behandlung eines Mehrfachverletzten im Durchschnitt 64.000 DM betragen, kommt es zu Komplikationen, steigen die Aufwendungen auf über 95.000 DM an. Die Versorgung von Patienten, die früh verstarben, kostete im Mittel 8.500 DM, für Patienten, die später einem Organversagen erlagen, mußten insgesamt 102.000 DM aufgewendet werden.

Am teuersten ist mit 45.000 DM der Aufenthalt auf der Intensivstation, auf Schockraumkosten entfallen pro Patient 3.000 DM.

Die Rechtfertigung für diesen hohen Aufwand liegt in dem niedrigen Durchschnittsalter dieser Patientengruppe mit prospektiv hoher Lebensarbeitszeit und den doch guten Langzeitergebnissen, da fast 80 % wieder in das Berufsleben zurückgekehrt sind.

Gerade dieses Beispiel zeigt deutlich den Zusammenhang zwischen Betriebs- und Volkswirtschaft in der Medizin.

### **Welche Verantwortung müssen Ärzte in diesem gesundheitspolitischen Umfeld zeigen?**

Auch das Gesundheitsbewußtsein der Menschen ist ein Kostenfaktor.

Aufgeklärte Patienten wollen umfassend informiert und behandelt werden, sie haben hohe Ansprüche. Dies geht alles einher mit der Bereitschaft von Ärzten und Krankenhäusern, auf diese Wünsche einzugehen und sie zu erfüllen.

Natürlich verdient man am Dienen.

Das krasseste Beispiel hierfür ist die Arthroskopie, wo bedauerlicherweise bei vielen Ärzten die Hemmschwelle so tief gesunken ist, daß diese Eingriffe eine mehrfach 100 %ige Steigerungsrate erfahren haben. Sind wir denn über Nacht ein Volk von Kniekranken geworden, oder sind wir der Versuchung erlegen, durch unnötige Leistungsausweitungen Betten zu füllen und Einkommen zu verbessern. Über Knöchelbandnähte etc. möchte ich gar nichts mehr sagen.

Kritikfähigkeit und Redlichkeit sind angesagt, nicht nur bei den anderen, sondern zuallererst bei uns selbst. ‚Behandle deinen Nächsten wie dich selbst‘ wäre eine gute Regel.

Darüberhinaus sind wir Ärzte gefordert, die Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen, die Leistungsfähigkeit zu verbessern und die Kostenausweitung zu begrenzen. Sollten wir versuchen, uns diesen Dingen zu entziehen, wird ohne uns und vielleicht gegen uns entschieden werden. Also Kooperation, aber mit Selbstbewußtsein.

Wir Ärzte dürfen uns nicht scheuen, letztendlich auch einen leistungsorientierten Wettbewerb, wie in der Wirtschaft, zu akzeptieren. Wenn sich Ärzte als berufliche Elite verstehen, dann ist ihnen ein Denken und Handeln für das Wohl des Staates zuzumuten, dem sie sich nicht durch Freikauf mittels Steuerzahlung entziehen können.

Die Festlegung standardisierter Diagnose- und Behandlungstechniken wird daher nicht zu umgehen sein.

Durch Qualitätssicherungsmaßnahmen könnten Komplikationsraten weiter gesenkt und das Indikationsverhalten überprüft werden. Was in anderen Ländern seit langem positiv funktioniert, gegen das sollten wir uns nicht stellen.

Eine bessere Kooperation zwischen Regierung und Ärzten könnte dazu führen, daß für Standardbehandlungen, Standardmedikamente und Standardimplantate Festpreise ausgehandelt werden könnten. Diskussionen um überteuerte Herzklappen und die Gründe hierfür wären dann Vergangenheit.

### **Welche Meinung haben die Bürger als potentielle Patienten?**

Ein Meinungsforschungsinstitut hat repräsentativ 2.000 Bundesbürger im Hinblick auf Eigenverantwortung für Gesundheit und Kostensenkungsmaßnahmen befragt und erhielt dazu klare, differenzierte Antworten. 86 % der Befragten treten für eine gesunde Ernährung ein, 314 von ihnen für weitgehenden Verzicht auf Genußgifte wie Alkohol und Zigaretten, für regelmäßigen Sport und für ausführliche und bessere Informationen über Gesundheitsrisiken. Nach sinnvollen Kostensenkungsmaßnahmen befragt, ist nur jeder 5. für eine stärkere Beteiligung der Patienten an den Behandlungskosten. Bei über 80 % steht dafür der Ruf nach einer Belohnung für vorbeugende Maßnahmen durch die Krankenkassen und bessere Aufklärung über Gesundheitsrisiken durch die Ärzte. 77 % betonen ihr Einverständnis mit einer preiswerten Therapie bei gleicher Qualität, die Hälfte der Befragten

ist bereit, Medikamente für Bagatellerkrankungen selbst zu bezahlen. Die Bürger sind hier also offener als ihre gewählten Repräsentanten.

Von Politikern, Ärzten und der Pharmaindustrie werden intelligente Lösungsvorschläge und ein noch stärkeres Engagement zur Kostendämpfung erwartet.

### **Wie reagiert die Politik?**

Der Trend geht klar in Richtung Billigmedizin. Spitäler, die in den 70ern gebaut oder renoviert wurden, werden in den 90ern geschlossen. Dabei wird außer Acht gelassen, daß im Dienstleistungssektor Gesundheit eine Rationalisierung nicht in jenem Maße möglich ist, wie dies vielleicht für Banken oder Behörden gelten mag.

Wir wissen, daß Hochleistungsmedizin nur qualitativ teuer ist, da die Masse der Gesundheitskosten an die kleine Gruppe von Versicherten mit chronischen Erkrankungen geht.

Der ‚Zukunftsminister‘ fördert milliardenschwer die Forschung in Richtung vermarktbarer Mikromedizintechniken, die die Medizin einmal sicherer, risikoärmer, einfacher und damit auch volkswirtschaftlich billiger machen. Wenn die Restriktionen aber weiter anhalten, muß man fragen, wer diese Neuentwicklungen dann kaufen soll und ob nicht auch dadurch der Innovationsstandort Deutschland gefährdet wird.

Ausbau des Dienstleistungsbereiches Gesundheitswesen, größer werdende Personalzahlen, steigende Preise, Zunahme schwerer Krankheiten und Verletzungen, neue und teurere Diagnose- und Behandlungsverfahren und das Primat des unbeschränkten Zuganges zur Hochleistungsmedizin für Jedermann sind die Gespenster, die mit dem Zauberwort ‚Beitragssatzstabilität‘ gebannt werden sollen.

Es ist für mich verständlich, daß der Bundesgesundheitsminister dieses Problem, gleich der Quadratur des Kreises, mit dem Schlagwort ‚Vorfahrt für die Selbstverwaltung‘ weiterreicht und den medizinischen Fachgesellschaften, kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenhausgesellschaften und auch Krankenkassen empfiehlt, Lösungsvorschläge zu erarbeiten und Schwerpunkte zu setzen.

Es ist völlig klar, daß hier ein kurzfristiger Erfolg nicht zu erzielen ist.

Deshalb gibt die ‚Vorfahrt für die Selbstverwaltung‘ dem Bundesgesundheitsministerium genügend Zeit, weitere Restriktionsmaßnahmen vorzubereiten mit dem Hinweis, die Selbstverwaltung sei zur Regelung ihrer Probleme leider nicht in der Lage gewesen.

So zeigen z.B. Überlegungen zur Neugestaltung von Struktur und Finanzierung der Hochschulmedizin auf 107 Seiten allein 10 Seiten Regelungsbedarf bei Chefarzt-Professoren, denen kein eigenes Liquidationsrecht mehr zustehen wird. Geplant ist zudem, bestehende Untergliederungen von Kliniken aufzulösen und ‚übergreifende Verantwortungen größerer klinischer Einheiten‘ zu schaffen, also eine kalte Strukturbereinigung. Die Untergliederung der großen Gebiete könne in Abteilungen mit kompetenten Oberärzten als Leitern erfolgen, um attraktive Lebenspositionen für nachgeordnete Ärzte zu schaffen.

Offensichtlich liegt die Zukunft in der Vergangenheit.

## **Gibt es keine Rettung vor dem drohenden Gesundheits-Finanz-Desaster?**

Welche Möglichkeiten sind denkbar, um die gesetzlichen Krankenkassen zu entlasten und individuell beeinflussbare, zuzuordnende Gesundheitsrisiken extra zu versichern? So wird vom Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen auch über individuelle Risikoabsicherungen nachgedacht, ob sich beispielsweise Krankheitsfolgen bei Verkehrsunfällen, die den Unfallverursacher treffen, nicht außerhalb der gesetzlichen Krankenkassen versichern lassen, eigentlich eine alte Forderung der Bundesärztekammer. Dazu wäre eine private Pflichtversicherung denkbar, die bei der Anmeldung des Fahrzeuges vorgelegt werden müßte. Da nach Schätzungen der Bundesanstalt für Straßenwesen die direkten Kosten für Personenschäden im Straßenverkehr bei fast 1,5 Mrd. DM pro Jahr liegen, ließen sich allein dadurch beträchtliche Entlastungen erzielen.

Derartige Überlegungen werden jedoch bisher politisch abgewiesen, ja die Vorschläge des Sachverständigenrates wurden sogar öffentlich getadelt.

Ist dies nicht ein Anreiz für uns, sich der chirurgischen Eigenschaften zu erinnern, an Mut, Kreativität und Phantasie, an Offenheit, Wahrhaftigkeit und Redlichkeit? Ist dies nicht ein Anreiz, über die tägliche Arbeit hinaus zu blicken und politisch denkend sich für das Gesundheitswesen des Landes intensiver zu engagieren?

Wer nicht mitbestimmt, über den wird bestimmt!

Beginnend in der eigenen Abteilung, beginnend im eigenen Krankenhaus, muß die Struktur von der Basis her umgebaut werden. Dem Management und dem Wirtschaftsdenken in der Medizin wird immer noch zu wenig Raum gegeben, ja sie gelten geradezu als unfein. Die Ignoranz in dieser Hinsicht kann aber die eigene Existenz, die Abteilung oder auch das ganze Krankenhaus gefährden.

Sind wir nur Ärzte oder sind wir auch Staatsbürger, die ihre politischen Rechte wahrnehmen müssen, indem sie über den Tellerrand der Medizin hinaus denken und handeln. Hüten wir uns doch vor Kleinmut und Selbstsucht, die uns unglaublich machen und letztendlich verhindern, die Zukunft positiv zu sehen. Wir leisten gute Arbeit, wir wissen dies und wir dürfen dies nicht von der Politik kaputtreden lassen.

Dies ist mit unserem Selbstverständnis als Ärzte, die in erster Linie dem Patienten verpflichtet sind, unvereinbar. Diese Verpflichtung erstreckt sich aber offensichtlich nicht mehr ausschließlich auf seine Gesundheit, sondern neuerdings auch auf seine Brieftasche, im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Maßnahmen.

Diskutieren wir doch weniger nach innen und beschäftigen wir uns mehr mit dem veränderten Umfeld als mit uns selbst. Beißen wir uns doch nicht immer wieder an Einzelproblemen fest, sondern denken wir weiträumig und fachübergreifend. Entwickeln wir neue, offensive Denk- und Handlungsmodelle, um nicht von der Politik vorgeführt zu werden. Vielleicht sind wir als Angehörige einer traditionell hierarchisch-autoritären Disziplin in unserer Aktionskultur doch zu konservativ.

Wir müssen realisieren, daß die Zukunft nicht die Fortsetzung der Vergangenheit ist, und wir drohen, ins Stolpern zu geraten, wenn wir von ständigen Erinnerungen träumend, immer wieder nach rückwärts blicken.

Lassen Sie mich als Österreicher warnend Franz Grillparzer zitieren, der in seinem Stück ‚Ein Bruderzwist im Hause Habsburg‘ vorausahnend schreibt: ‚Mit halber Kraft und halbem Herzen zaudernd den Weg entlang zu schreiten, ist das Schicksal unseres Hauses‘.

Das Habsburger Schicksal darf niemals für die Unfallchirurgie gelten, die schon von ihrer Struktur her offensiv eingestellt ist. Lassen Sie uns diese Offensive auch auf die Gesundheitspolitik übertragen, um Initiative wiederzuerlangen.

Gesundheit ist ein zu hohes Gut, um sie nur den Politikern zu überlassen.

Ich bedaure, letztendlich doch noch, contemplativ geworden zu sein, im Gegensatz zu meiner einleitenden Bemerkung. Aber wahrscheinlich haben 25 Jahre Teutonisierung auch bei einem Österreicher Spuren hinterlassen.

Dennoch möchte ich mit einem Satz schließen, der zur Zeit ein österreichisches Wahlplakat ziert: Wer Gutes bewahren will, muß manches verändern!“

Quelle: DGU-Archiv