



DEUTSCHE  
GESELLSCHAFT FÜR  
UNFALLCHIRURGIE

**1998: Prof. Dr. med. Lothar Kinzl (Ulm)**

**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 Unfallheilkunde, 62. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie am 18.11 bis 21.11.1998 in Berlin**

„‘Mach dir zwei Trompeten aus getriebenem Silber, daß du sie brauchest, die Gemeinde zu rufen!’

Dies befahl der Herr Moses,  
dokumentiert im 4. Buch Moses, 13. Kapitel.

Und so bediente ich mich soeben, ähnlich wie damals, dieser zwei trompetenähnlichen Instrumente, um Sie, die Gemeinde der Unfallchirurgen, zu rufen und damit die 62. Tagung unserer Gesellschaft hier in Berlin zu eröffnen.

Verehrte Damen, geschätzte Herren,  
liebe Kolleginnen und Kollegen,

wenn wir heute wieder in Berlin tagen, so bekennen wir uns zu unserer über 75jährigen Geschichte!

Hier in Berlin fand die Mehrzahl unserer Kongresse statt.

Hier wurden Wissenschaft und Lehre der Unfallchirurgie konzipiert, geprüft und bewahrt.

Hier wurden Innovationen mitgeteilt und es entstand wiederum hier nach der Teilung unseres Landes die zentrale Versammlung unabhängiger, gleichberechtigter Kollegen, verbunden durch gleiche Interessen, Denkansätze und Ziele.

Unsere Gesellschaft lebt in und mit ihren Mitgliedern!

Sie, die Mitglieder, bewahren Beständigkeit und Fortschritt unseres Faches, sie sind es, die unsere Tagungen mit Spannung und Leben erfüllen!

Ich spreche also ganz bewußt eingangs all diejenigen an, die ihrer verantwortungsvollen Arbeit in Stille nachgehen, in Bescheidenheit, unter persönlichen Opfern, die niemals ein öffentliches Lob ernten, sondern allenfalls Kritik öffentlich erfahren!

Vor dem Einsatz dieser Kolleginnen und Kollegen halte ich inne, um ihnen allen in Dankbarkeit den ersten Willkommensgruß zu entbieten.

Natürlich heiße ich auch all die anderen hier Versammelten auf das herzlichste willkommen.

So sehe ich unter uns viele hervorragende Persönlichkeiten  
des öffentlichen,  
des geistigen,  
des kulturellen Lebens,  
viele Repräsentanten wissenschaftlicher Fachgesellschaften sowie der Ärzteschaft aus allen Bereichen.

Ihr aller Erscheinen verdeutlicht die Wertschätzung dieses Kongresses wie auch den Stand, den die Unfallchirurgie unseres Landes heute genießt.

Weiter ist es mir Ehre und Freude zugleich, begrüßen zu dürfen unsere Ehrenmitglieder, ehemaligen Präsidenten, korrespondierenden Mitglieder, die Repräsentanten der gesetzlichen Unfallversicherungsträger sowie alle Gäste aus dem In- und Ausland.

Gruß und herzlichen Dank überbringe ich der ausstellenden Industrie, die auf mehr als 2000 m<sup>2</sup> Fläche Neuerungen wie auch technischen Fortschritt präsentiert und uns dadurch auf ihre Weise unterstützt.

Schließlich begrüße ich die Vertreter der Presse und der Medien.  
Sie, meine Damen und Herren, prägen in besonderem Maße das Bild der Unfallchirurgie in der Öffentlichkeit. Deshalb bitte ich Sie, unser Bemühen um Wissenschaft und Praxis durch faire Berichterstattung ausdrücklich und ausführlich wiederzugeben.

Einen besonderen Gruß entbiete ich unserem heutigen Ehrengast und Festredner, Herrn Professor Schwab,

und darf vorsorglich um Verständnis bitten, wenn nicht alle namentlich Erwähnung finden können, die nach Rang und Bedeutung dieses verdient hätten.

Einer selbstverständlichen Dankespflicht folgend, begrüße ich für die Stadt Berlin in Vertretung des Regierenden Bürgermeisters  
Frau Gesundheitssenatorin Hübner,

stellvertretend für die wissenschaftlichen Fachgesellschaften die Präsidentin der DGOT  
Frau Kollegin Maronna,

Herrn Präsidenten Karsten Vilmar  
als Repräsentanten der gesamten deutschen Ärzteschaft  
sowie

für die Chirurgische Gesellschaft deren Präsidenten  
Herrn Professor Rühland.

Mit dem Gefühl innerer Verbundenheit freue ich mich über Deine Anwesenheit, lieber  
Dieter, ganz besonders.

Meine Damen, meine Herren,

nochmals heiße ich Sie alle herzlich willkommen und darf Sie nunmehr um Ihre  
Aufmerksamkeit für die Grußworte bitten.

(...).

*Je öfter die Medizin in wohlüberlegten Reden gepriesen wurde und zwar von Männern, die  
über eine außerordentliche Beredsamkeit verfügten, desto geringer ist natürlich meine  
Zuversicht, eine so große Aufgabe bewältigen zu können.*

Meine Damen, meine Herren,

mit dieser kurzen Feststellung eröffnete Erasmus von Rotterdam vor über 450 Jahren seine  
Deklamation zum Lobe der Heilkunst.

Wie seinerzeit ihm geht es heute wohl jedem, der bei der Fülle von wissenschaftlichen  
Tagungen gezwungen ist, sich Gedanken zu einer Kongresseröffnung zu machen. Ersparen  
Sie mir Außergewöhnliches.

Erlauben Sie mir vielmehr zu versuchen, die gegenwärtige Situation eines Unfallchirurgen  
darzustellen. Ein bescheidener Versuch also, festzustellen, wie weit die Sehnsucht- Illusion-  
in uns und die Erfüllung- Realität- sich decken. In den seltenen Augenblicken der Einkehr bin  
ich - und Ihnen wird es wahrscheinlich gleich ergehen - oft entsetzt über die Kluft, die sich  
auftut zwischen dem, was mir als das Ideal meines Berufes, als 'die Sendung' des Chirurgen  
vorschwebte und dem, was ich tagtäglich erleben darf, in dem sinnlos Kräfte  
verschleißenden Spannungsfeld zwischen

- traditionellem chirurgischem Anspruch,
- visionären operationstechnischen Herausforderungen sowie
- der nüchternen Krankenhausrealität, die, wie ich meine, zunehmend dazu anregt, über  
Verweigerungsstrategien nachzudenken.

Die Fülle aktueller Probleme und die Kürze der mir gesetzten Zeit zwingt mich zur  
Konzentration auf 4 Problemkreise:

1. In welchem Umfeld arbeiten wir?
2. Finanzielle Absicherung der Schwerstverletztenversorgung.
3. Situation unfallchirurgischer Forschung?
4. Unsere Position an der Nahtstelle zwischen Chirurgie und Orthopädie.

## Arbeitsumfeld

Im zurückliegenden Wahlkampf haben Experten aller politischen Lager unser Gesundheitswesen nach wie vor als eines der besten der Welt gepriesen und dennoch die zurückliegenden Jahre munter genutzt, um dieses System durch Gesetzesfluten - mehr als 6800 Einzelbestimmungen seit 1977 - zu demontieren.

Der Beitragsstabilität Priorität einräumend, gelangen zwar oberflächliche Korrekturen, für das Kernproblem der Verknappung bei zunehmender Mengenausweitung indessen fand man keine Lösung. Denn auf das Übermaß des Machbaren sind weder die Medizin, noch deren Nutznießer, die Patienten, vorbereitet.

Ob wir, wie aktuell, 8 - 9 %, 20 oder 30 % unseres Sozialproduktes der Gesundheit widmen, es werden Wünsche offenbleiben! Daran wird sich vermutlich auch nichts ändern, wenn wir glauben, unter der Devise nach mehr Effizienz dem Zauber totaler Transparenz huldigen zu müssen. Mittlerweile kreieren wir so viel Transparenz, daß es den wenigsten gelingt, das System noch

als Ganzes zu durchschauen, geschweige denn, die hochtransparenten Datenfriedhöfe zu ergründen.

Gegen Regulations- und Dokumentationszwänge ist grundsätzlich wenig einzuwenden, wären die Zeiten anders und müßten wir speziell in operativen Einrichtungen die Administration nicht unter gedeckelten Budgets realisieren.

Wenn heute schon fast 2/5 der gesetzlich reglementierten Arbeitszeit meiner ärztlichen Mitarbeiter durch angeordnete Dokumentations-, Aufklärungs- und Verwaltungsaufgaben verzehrt wird, so muß das fatale Folgen für das Rollenverständnis unserer potentiellen Leistungsträger haben.

Aktuelle Ausschreibungen für die Besetzung unfallchirurgischer Chefarztpositionen bahnen diese, die traditionelle, chirurgische Einsatzfreude paralysierende Entwicklung.

Da werden Persönlichkeiten gesucht, die zuallererst

- Organisations-, Wirtschafts- und Qualitätsmanager im Auftrag des Trägers, dann
- Mitentscheider und Kommunikatoren auf allen Ebenen und zuallerletzt auch noch
- Operateure sein sollen, die ein spezialisiertes, Fallpauschalen adaptiertes Spektrum aufzuweisen haben!

Durch diese groteske Verzerrung des Anforderungsprofils dokumentieren Geschäftsleitungen sog. Gesundheitsbetriebe wahrscheinlich ganz bewußt den Verzicht auf unverwechselbare unfallchirurgische Identität ihrer Chefarzte und demonstrieren die bevorzugte, meist befristete Einstellung willfähriger, auswechselbarer Konformisten.

Die Vergütung leitender Ärzte ist mittlerweile ein Hohn im Vergleich zu entsprechenden Tätigkeiten in der Gesellschaft anderswo.

Die Vergütung oberärztlicher Tätigkeit ist desolat. Die von politischer Seite beabsichtigte weitere Absenkung der GOÄ mit Mindereinnahmen des Pools wird die Vergütungssituation dieser Verantwortungsträger weiter belasten. Auf der Basis dieser Verantwortung und Qualifikation besteht ohne Zweifel Nachholbedarf. Nur, es vertritt ihn keiner!

Die Situation unserer Assistenten ist ein Skandal. Unbezahlte Überstunden sowie auf zwei Jahre limitierte Arbeitsverträge machen sie zum Spielball und billigen Saisonarbeiter gleich eines Erntehelfers.

Wann endlich, so frage ich mich, wird die Zeit gekommen sein, wo wir Ärzte uns das nicht mehr bieten lassen? Wann endlich werden wir wieder nur noch Chirurgen sein,

- die ihre Patienten behandeln,
- die für das Wohl ihrer Patienten allzeit zur Verfügung stehen und
- die nicht ständig im Clinch mit Geschäftsführern, Kassen und Politikern liegen!

Die meisten von uns haben in den zurückliegenden Jahren geschwiegen, anstatt aufzuschreien. Inzwischen wird zwar nicht mehr vornehm geschwiegen, aber anstatt aufzuklären und um unsere berechtigten Forderungen zu kämpfen, wird jetzt nur noch geklagt und der diskriminierende Verteilungskampf weitergeführt. Das bringt nichts! Statt dessen wären wir Ärzte gefordert, Lösungsvorschläge zu erarbeiten, wie das System neu strukturiert werden kann, denn es stimmt so nicht mehr! Wir sollten für Veränderungen sorgen, offen kommunizieren und auch zu unangenehmen Themen Stellung beziehen.

Wir selbst hätten Sparpotentiale aufzutun - auch bei uns selbst!

Wir hätten Angebote zu machen, beispielsweise wie unsere chirurgische Leistung be- und gemessen werden kann.

Unser Gesundheitswesen wäre - wie ich meine - reif genug, um mit wenigen Einschränkungen in die freie Marktwirtschaft entlassen zu werden. Bedarf und Bedürfnisse ließen sich differenzieren und würden in direkter Konsequenz unser Qualitätsbewußtsein schärfen.

Wer Qualität zu liefern nicht imstande wäre, müßte damit rechnen, auf der Strecke zu bleiben!

Dennoch sollten wir den Mut haben, uns diesem Wettbewerb zu stellen und uns aus der Bevormundung von Ökonomie und Politik befreien. Die Befreiung vom Anforderungsballast neuzeitlicher Prägung sollte uns wieder Luft geben zur Konzentration auf unsere genuine Aufgabe, nämlich willens und in der Lage zu sein, nach den Regeln der Kunst optimale Qualität zu erbringen und dies unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit.

Um dieses Ziel umsetzen zu können, haben wir uns berufstypischer Methoden zu bedienen. Es ist ein Irrweg, zu glauben, daß der Ruf nach mehr Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus - deren Berechtigung ich ja nicht anzweifle - eine unausweichliche Verpflichtung darstellt, alle Denk- und Verhaltensweisen aus der Industrie zu übernehmen.

Die tägliche Auseinandersetzung mit dem Leiden Schwerstkranker und Verletzter, die Verpflichtung, auch in extremen Lebenssituationen bis hin zum Sterben ärztlich und menschlich vorbildlich zu handeln, entzieht sich profanen Rationalisierungsbemühungen alla Lopez. Das Krankenhaus ist mehr als eine Kartonagenfabrik!

Es sollte in unser aller Interesse liegen, Krankenhäuser als das zu definieren, was sie aus Tradition sind und auch in Zukunft bleiben sollen, nämlich ein wesentlicher Teil der Sozial- und Dienstleistungskultur unserer Gesellschaft. Verändert sich diese, so bedarf das Kulturinstrument Krankenhaus behutsamer, abgestimmter struktureller Anpassungen und weniger der vielen plattmachenden Kostendämpfungsmaßnahmen.

Die Tatsache, daß wir mittlerweile, ökonomischen Zwängen unterliegend, medizinisch Machbares unterlassen, ist schlimm genug. Daß wir Ärzte darüber hinaus noch, wie viele Geschäftsleitungen von Gesundheitsfarmen meinen, dabei helfen sollen, den wirtschaftlichen Eigennutz dieser Einrichtungen zur Maxime ärztlichen Handelns zu erklären, ist abzulehnen und muß uns herausfordern, intensiver, beispielsweise über die finanzielle Absicherung der Verletztenversorgung in unserem Lande nachzudenken.

### **Verletztenversorgung**

Die Behandlung Mehrfachverletzter nach den von uns gesetzten Standards ist - wie wir alle wissen - ressourcenaufwendig.

So verschlingt heute beispielsweise an meiner Klinik ihre Versorgung, die im übrigen nur 1/20 aller der von meiner Mannschaft und mir in einem Jahr behandelten Patienten ausmacht, mehr als 1/3 des Abteilungsbudgets!

Anders als bei isolierten Krankheitsbildern, bei denen die Verdachtsdiagnose konzentriert und rationell abgearbeitet werden kann, erfordert die klinische Schwerstverletztenversorgung sofortige breitgefächerte diagnostische wie therapeutische Maßnahmen mit hohem personellem wie materiellem Einsatz. Entsprechend hoch sind die finanziellen Aufwendungen, und sie werden aufgrund entwicklungsbedingter Erweiterung der Versorgungsstandards zunehmen! So wird ungeachtet kostensteigernder Effekte, die Indikation zum teureren Spiral-CT des Thorax bei nachgewiesener, wirksamerer therapeutischer Konsequenz großzügiger als bisher zu stellen sein, was die Diskussion um Ausgabenbegrenzungen erweitert und uns die allgemeine Frage stellen läßt, wollen wir künftig auf Behandlungsverbesserungen verzichten oder wollen wir nicht?

Gibt es Lösungen, sich diesem Finanzierungsdilemma zu entziehen? Ich meine ja, ohne mir allerdings einzubilden, über Patentrezepte zu verfügen.

1. Sicherlich existieren umstrittene und teure Behandlungsmaßnahmen. Sie hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zu erforschen und bezüglich ihrer Wertigkeit zu einem Konsens zu gelangen, fördert Kostenreduktion.

2. Wir benötigen dringend flexiblere Entgeltsysteme, da mit Fallpauschalen und Sonderentgelten eine differenzierte, risikoabhängige Versorgung von Mehrfachverletzten kostendeckend nicht abgegolten werden kann. Daß es bis heute für die Diagnose 'Polytrauma' noch keinen ICD-Schlüssel gibt, sollte uns nachdenklich stimmen und veranlassen, darüber die Öffentlichkeit zu informieren.

Sie - die Öffentlichkeit - erwartet nämlich im Ernstfall von uns reibungslose, hochqualifizierte Versorgung und dies selbst bei einem Mega-Gau, wie wir ihn in diesem Jahre in Eschede erlebten. Mein Vorgänger im Amt hat mit seiner Mannschaft eindrücklich bewiesen, was kompetentes unfallchirurgisches Management zu leisten imstande ist. Ohne Panne, ohne Medienschele und natürlich auch ohne dafür besonderes öffentliches Lob zu ernten.

Deshalb darf ich Dir und Deinem Team für Eueren Einsatz in unser aller Namen herzlich danken. Ihr habt Euch, lieber Jörg, um das Ansehen der Unfallchirurgie verdient gemacht.

3. Da die wünschenswerte Optimierung der Versorgung Schwerstverletzter künftig die Chance zu überleben weiter verbessern dürfte, werden bei abnehmender Anzahl 'kostengünstiger' frühzeitig Verstorbener die Gesamtversorgungskosten steigen. Akzeptieren wird die zahlende Öffentlichkeit Kostenzunahmen aber nur, wenn Effizienzanalysen unsere Versorgungsstandards rechtfertigen und wir nachweisen können, daß jede insuffiziente Primärbehandlung Verunfallter die Reha- wie auch sozialen Folgekosten um ein Vielfaches erhöhen.

4. Trotz des leidvoll zu akzeptierenden Ungleichgewichtes zwischen limitierten Ressourcen und den Ansprüchen im Gesundheitswesen, sollten wir mit den Begriffen Humanität und Wirtschaftlichkeit konfliktfrei umgehen können. Fakt ist nicht ob, sondern wie und wo rationiert werden darf und kann. Dabei gehe ich davon aus, daß Triagen auf sozioökonomischer Basis für uns inakzeptabel bleiben, und die Rettung eines Menschenlebens Priorität behält. Dies kann andererseits aber nicht heißen, daß man nicht vor Eintreten eines Ernstfalles im Einvernehmen mit allen Entscheidungsträgern Kapazitäten beschränken darf. Ein derartiger Konsens würde nämlich niemanden konkret treffen, sondern nur die Versorgungswahrscheinlichkeit für alle einschränken. Auch ohne viel von Wahrscheinlichkeitsrechnung zu verstehen, ahnen Sie instinktiv, daß es einen Unterschied bedeutet, ob man ein Unfallopfer verbluten läßt, obwohl man ihm helfen könnte, oder ob man unter wirtschaftlichem Druck davon abgeht, an jeder gefährlichen Kreuzung einen Hubschrauber bzw. ein Traumazentrum zu etablieren.

Daher bin ich überzeugt, daß wir nicht umhinkommen werden, die Schwerstverletztenversorgung weiter zu konzentrieren.

5. Da es bis heute keine Angaben über die Versorgungswirklichkeit aller Unfallopfer in Deutschland gibt, ist speziell unsere Gesellschaft gefordert, dieses Erkenntnisdefizit schleunigst abzubauen, um anhand exakter Analysen Landesregierungen zu überzeugen, den Ausbau zentraler Einrichtungen zur spezialisierten und kostendeckenden Behandlung Verletzter voranzutreiben. Ob

6. Bemühungen unsererseits um die Unfallprävention, sei es durch

- favorisierte Einschränkung des Individualverkehrs oder

- Aufklärungsarbeiten zur Normalisierung des Freizeitverhaltens ganzer Gruppen langfristig erfolgreich sein können, überlasse ich Ihrem Urteil. Denn Sie kennen alle unsere autonomen, sog. mündigen, häufig in Selbsthilfegruppen organisierten Patienten. Sie leben mit einem an der Grenze der Versicherbarkeit liegenden Gesundheitsbegriff, reagieren auf Krankheit und Verletzung mit Urmißtrauen, glauben an die Käuflichkeit aller Dinge, vergessen, daß Heilmittel keine Lebensmittel sind und sind von dem einklagbaren Recht auf totale Wiederherstellung ebenso überzeugt wie von ihrem Recht auf Unvernunft und Risiko.

## **Forschung**

Wie selten in einer anderen Disziplin begegnen und beeinflussen sich in der Unfallchirurgie Wissenschaft und Technik zugleich.

Gelang es uns einerseits effektvolle Implantate und OP-Techniken zu entwickeln und dadurch internationale Geltung zu erreichen, so mangelt es nachweislich an spezifischer Grundlagenforschung.

Zur erfolgreichen Forschung gehören, - wie ich meine - die Elemente Charakter - Kreativität - Zeit – und - Geld.

Zuallererst Charakter und damit das selbstverständliche Prinzip von Exaktheit und Ehrlichkeit anzumahnen, mag uns Unfallchirurgen mit gradliniger Gesinnung unverständlich erscheinen, liegt mir aber aufgrund meiner jüngst in Ulm gesammelten Erfahrungen am Herzen.

Es muß ja nicht gleich Forschungsbetrug sein!

Vielmehr meine ich, die vielen schrägen Bilder, die in Literatur wie auch auf Kongressen vermittelt werden!

Als Tagungsteilnehmer überkommt mich nämlich leider oft das Gefühl, die Heilungsverläufe der eigenen Patienten seien einfach anders, als diejenigen der von den Referenten vorgestellten.

Wenn ich beispielsweise höre oder lese, daß es Kliniken gibt, die selbst schwerst weichteilkontusionierte Frakturen am Unterschenkel mit weniger als 1 % Infekten behandeln oder gar Osteosynthesen am Becken ohne Komplikationen beherrschen, kann ich nur betreten bekennen, so erfolgreich behandle ich meine Patienten nicht!

Trost spendet mir dann in tiefster Depression Friedrich von Weizsäcker, indem er erläutert, daß das Erkennen von Wahrheit erst möglich wird, wenn man gelernt hat, die Unwahrheit nicht mehr zu verdrängen!

Denken wir alle daran, auch bei dieser Tagung!

Hatte ich zuvor allgemein die Auswahlpraxis für ärztliche Leitungspositionen kritisiert, so gilt ähnliches für viele akademische Berufungsverfahren mit ihren teilweise bedenklichen Intrigen. Mit mehr Mut und Verantwortungsbewußtsein sollten Fakultäten unbestechlich nach dem ideenreichsten und innovationsstärksten Kandidaten suchen, denn nur ein solcher wird visionäre Forschungsarbeit gestalten und langfristig gewährleisten können.

Fachgutachten und Impactfaktoren sind leider nur allzu oft fragwürdig und der Transfer von Forschungsfördermitteln eine Illusion. Ein weiterer, vielleicht sogar der gewichtigste Grund für das von mir angesprochene Defizit um die Grundlagenforschung liegt im Verlust an forschungsaktiver Zeit. Insbesondere den akademischen operativen Einrichtungen ist Zeit gründlich genommen worden. Genommen worden in Form von

- Stellenabbau,
- bürokratischer Überfrachtung sowie
- der Verpflichtung unserer Assistenten zu mehr Lehre und zunehmender Krankenversorgung.

Niederschlag findet meine Behauptung im Ergebnis einer aktuellen Boston Consulting Studie zu dieser Thematik, wonach in den USA ein Professor durchschnittlich 50 - 70 % seiner Arbeitszeit mit Forschung, 10 % mit Lehre und 20 - 40 % im klinischen Betrieb verbringt. Dem gegenüber arbeitet der deutsche Hochschulkliniker zu 60 - 80 % kurativ, so daß ihm für Lehre und Forschung jeweils nur 10 – 20 % verbleiben. Ganz abgesehen von der Tatsache, daß er heute oft mehr Zeit für die Akquisition von Mitteln und das Durchboxen von Ethikanträgen aufbringen muß, als für die Forschung selbst.

Daß unsere Forschung gegenüber anderen Ländern zurücksteht, liegt also weniger an Ignoranz noch Faulheit der Beteiligten, sondern vielmehr an der ungünstigeren Struktur, in der wir gezwungen sind, zu arbeiten.

Besonders hart trifft dies unseren chirurgischen Nachwuchs, der im Grunde hochmotiviert ist, den aber die Doppelbelastungen im Zugriff des öffentlichen Dienstes mit seiner Leistungsfeindlichkeit zunehmend deprimiert. Forschungsfördernd zu wirken hieße, zum einen mit der Gesetzgebung das Struktur- und Zeitproblem an unseren Hochschulkliniken zu lösen und zum anderen, der Öffentlichkeit wie auch der Politik klarzumachen, daß unsere Kliniken zum Produktivvermögen unseres Volkes gehören!

Anstatt dort zu investieren, werden die Mittel andernorts konsumptiv verschleudert!

Um in dieser Situation den Wettbewerb an unseren Universitätskliniken zu akzentuieren, wurde ministeriell beschlossen, die alljährliche Forschungsförderung abhängig zu machen von der Höhe der eingeworbenen Drittmittel.

Im Prinzip kein schlechter Gedanke! Jedoch die eingeworbenen Gelder werden einem Ranking unterzogen, wonach DFG-Mittel eine 4fach höhere Bewertung erfahren, als die von der Industrie zur Verfügung gestellten Finanzierungen.

Dies hat bei einer durch Mittelverknappung gesteuerten Ablehnungsrate der DFG-Anträge von mehr als 70 % zur Folge, daß chirurgische Kliniken mit ihrer traditionell guten Kooperation und Forschungsförderung durch die Industrie künftig auf bis zu 2/3 ihrer staatlichen Forschungsgelder verzichten müssen.

Die öffentliche Hand entzieht sich - wie Sie merken - elegant ihrer Verantwortung, schichtet Geld um und rechtfertigt das Vorgehen mit dem Argument veränderter politischer Vorgaben.

So finanziert seit Jahren die Industrie den Großteil unserer anwendungsorientierten Forschung und pflegt mit uns engste Kontakte. Gerade diese engen Verbindungen sind es aber, die immer wieder im Kreuzfeuer der öffentlichen Kritik stehen, kriminalisiert werden und Anlaß zu obskuren Lösungsvorschlägen geben, so z.B. einer kostenrelevanten Verwaltung industrieller Fördermittel durch Beamte.

Daß dieses der unsinnigste Weg ist, industrielles Sponsoring zweckorientiert und schnell zu verwenden, ist evident, frustriert tätige Forscher und behindert die Zusammenarbeit mit der Industrie.

Dabei ist heute ohne Mitwirkung der Medizintechnik ein Zuwachs an wissenschaftlicher Methodik und Erkenntnis undenkbar.

Dies veranlaßt mich, allen mit uns zusammenarbeitenden Firmen herzlich zu danken für gewährte und noch zu gewährende Unterstützung.

Bei all meiner Freude über die hilfreiche Unterstützung der Industrie beunruhigen mich Überlegungen von Universitätsverwaltungen, Fakultäten und Kliniken unter dem Gebot der Wirtschaftlichkeit entkernen zu wollen.

Mit der Verschlankung von Fakultäten Geld zu sparen oder durch Ausgliederung einzelner Abteilungen übersichtlichere Verhältnisse schaffen zu wollen, ist m.E. ein gefährlicher Weg, der qualifizierte Ausbildung beschneidet und die Intensivierung der Forschungslandschaft am Standort Deutschland torpediert.

Wir sollten Herrn Frühwald, den ehemaligen Präsidenten der DFG unterstützen, wenn er in den Universitäten die kostbarste gesellschaftliche Institution sieht und aufruft, sie nie fiskalischer Zerstörungswut preiszugeben. Und ich füge hinzu, Gleiches gilt für die akademische operative Medizin, die nur so lange human behandeln wird, als sie gesamtheitlich wissenschaftlich bleibt!

### **Unfallchirurgie zwischen Chirurgie und Orthopädie**

So gesehen gewinnt die unter Sparzwang an zwei Medizinischen Fakultäten begonnene Diskussion um Integration der Unfallchirurgie in Orthopädische Kliniken besondere Aktualität.

Unberücksichtigt bleibt dabei allerdings, daß das nach geltender Weiterbildungsordnung in Gefäß-, Thorax-, Viszeral- und Unfallchirurgie strukturierte Breitenfach Chirurgie hinsichtlich Forschung, Lehre und Krankenversorgung eine untrennbare Einheit darstellt. Diese würde durch das Herauslösen auch nur eines Schwerpunktfaches zerstört.

Abtrennung und Verlagerung der Unfallchirurgie aus der Chirurgie zu propagieren bedeutet:

- Chirurgischen Kliniken ureigenste Aufgaben zu nehmen,
- sowie die gesamtheitliche und flächendeckende Verletztenversorgung zu gefährden.

Orthopädische Einrichtungen - zumindest diejenigen deutschen Zuschnitts - sind zur Kompensation ungeeignet, da es ihnen nicht nur mangelt an interdisziplinärer

Organisationsstruktur für die Behandlung Unfallverletzter, sondern auch an dem jederzeit einsetzbaren operationstechnisch geschulten Personal.

Traumatologie bedeutet mehr als elektive Wiederherstellungschirurgie oder isolierte Läsionsbewältigung am Bewegungsapparat!

Darauf aber hat sich die DGOT in ihrem Memorandum vor drei Jahren in wohlüberlegter Zurückhaltung begrenzt und die Verantwortung für Abdominal-, Schädel- und Thoraxverletzungen anderen Fachrichtungen zugeordnet sowie das Komplextrauma mit seiner Schock- und Sepsisproblematik völlig für sich ausgeklammert.

Die Sicherstellung dieser Behandlung vermag daher auch künftig nur ein Chirurgenteam zu leisten, das in Notfall- und Definitivversorgung akut Kranker und Verletzter ausgebildet und erfahren ist.

Interdisziplinäre Notfallmaßnahmen wie auch Operationen sind dabei von Chirurgen zu koordinieren und entsprechend ihrem Können auch durchzuführen, die sich in klinischer Praxis wie in Forschung und Lehre schwerpunktmäßig und eigenverantwortlich, vor allem aber kontinuierlich mit der Komplexität des Traumas beschäftigen.

Das Gesagte verdeutlicht, daß wir Unfallchirurgen unter Wahrung gesamt- chirurgischer Interessen und in Verantwortung einer qualitativ hochwertigen Verletztenversorgung Chirurgen bleiben müssen, andererseits aber frei sein sollten für Kooperationen mit der Orthopädie in allen sich überlappenden Tätigkeitsbereichen.

Im übrigen kein originärer Vorschlag, wenn ich erinnern darf an die von Chirurgen und Orthopäden vor genau 40 Jahren erarbeiteten Ettlinger Empfehlungen, in denen u.a. die zukünftige Abgrenzung zwischen beiden Fächern kategorisch abgelehnt wurde.

Dem kann ich heute immer noch unverändert zustimmen!

Ich frage mich allerdings, ob das große und so erfolgreiche Fach der Orthopädie künftig die Spannung wird aushalten können zwischen klassisch konservativer Ausrichtung und wiederherstellender Chirurgie am Stütz- und Bewegungsapparat. Wäre es daher nicht denkbar und vielleicht auch besser, wenn die konservativ behandelnden Orthopäden, d.h. also die große Mehrheit sich von der Minderheit der operativ Tätigen trennen und diese wieder zur Chirurgie zurückkehren würden. Angestrebte Harmonisierungen der ärztlichen Weiterbildung in Europa lassen diese Lösung möglich und für mich auch praktikabler erscheinen, als die alternativ angedachte Integration unfallchirurgischer Schwerpunktschirurgie in die Orthopädie.

Unter Einbeziehung derartiger Überlegungen hat eine kleine Initiativgruppe aus Orthopäden und Unfallchirurgen während des vergangenen Jahres Gespräche begonnen, mit dem Ziel,

- operative Weiterbildungsinhalte unserer Fächer zu sichten,
- über Vernetzungen der Weiterbildung nachzudenken sowie
- gemeinsame Forschungsaufgaben zu formulieren und auch anzupacken.

Unterstützenswerte Bemühungen - wie ich meine - das Zusammenarbeiten unter uns

operativ Tätigen aus beiden Lagern zu intensivieren, auch wenn die angestrebte Fusion unserer Fächer, vorerst wahrscheinlich Vision bleiben wird.

## **Abschluß**

Um sie, wie all die anderen angesprochenen Probleme auch, bewältigen und realisieren zu können, benötigen wir Beweglichkeit des Denkens sowie Bereitschaft, alte Vorstellungen zu korrigieren.

Dazu gehören Toleranz, Mut und Phantasie!

Ich meine, um unserem Beruf wieder eine Sendung zu geben, haben wir vorhandene Frustrationen zu überwinden, uns der vielen Abhängigkeiten zu entledigen und zu begreifen, daß es noch viel zu regulieren gibt in unserem Gesundheitssystem.

Erfolge werden sich allerdings nur einstellen, wenn wir wissen was wir tun, lieben, was wir tun und an das glauben, was wir tun.

Tun wir es für uns, tun wir es für unsere Patienten, aber bitte tun wir es bald und gemeinsam!

Denken Sie über meinen Appell wie Sie wollen, aber glauben Sie mir,

**vornehme Zurückhaltung zählt nicht mehr!"**