



DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
UNFALLCHIRURGIE

1999: Prof. Dr. med. Peter Hertel (Berlin)

Vorbemerkung:

Für die Inhalte der Präsidentenrede war und ist ausschließlich der jeweils vortragende Präsident verantwortlich.

Im Namen des Geschäftsführenden Vorstandes
(gez.) Der Generalsekretär

Eröffnungsansprache des Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie, 63. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie am 17.11 bis 20.11.1999 in Berlin

„Gedanken zur Unfallchirurgie in Deutschland

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

„Nachher ist man klüger“- „Die Zeit ist kurz“- diese Volksweisheiten sind Kurzbeschreibungen der Erfahrungen, die ein Präsident in seiner einjährigen Amtszeit gewinnt. Sie untermalen die Vielzahl der Fragen, die für unsere wissenschaftliche Fachgesellschaft im Kontext der allgemeinen gesundheitspolitischen Diskussion zur Lösung anstehen. Mein Resümee: Ich habe mitgezogen, das schwere Schiff aber nur Millimeter voranbewegen können. Entscheidungen brauchen Reifung.

„Der allgegenwärtige Anwalt für den Verletzten als Person, für kompetente Versorgung vom Unfallort bis zur sozialen Eingliederung“ - so ist die Meinung des Unfallchirurgen vom Unfallchirurgen.

Ich möchte hierzu einige öffentliche Daten nennen, die mir zum Teil von meinem Vorgänger Lothar Kinzl in seiner 2020-Vision weitergegeben bzw. von Herrn Mischkowsky über eine Umfrage (an der sich meine Abteilung beteiligt hat) publiziert wurden. Es gibt ca. 1300 Kliniken mit chirurgischen Abteilungen in Deutschland, 22 % dieser Kliniken haben eine eigenständige unfallchirurgische Abteilung. Die Umfrage von 1997 bei den rund 280 eigenständigen unfallchirurgischen Abteilungen hat unter vielen anderen Daten folgende Erkenntnisse gebracht: 75 % der Intensivabteilungen werden von Anaesthesisten geleitet. Bei Bauchverletzungen operieren von 280 unfallchirurgischen Abteilungen 30 % in eigener Regie, 40 % zusammen mit der Visceralchirurgie, und 30 % haben die Zuständigkeit an die Visceralchirurgie abgegeben. Die Jahresfrequenz, gleich welcher Modus der Kooperation

existiert, beträgt durchschnittlich 6 Bauch-Verletzungsoperationen pro Jahr und Abteilung. In diesen Zahlen spiegeln sich ländliche und städtische, vorwiegend lokal und persönlich bedingte, völlig unterschiedliche Strukturen wider.

Ca. 180 T Totalendoprothesen der Hüfte, gleich welcher Indikation, werden in Deutschland jährlich eingesetzt: Durch Orthopäden 40 %, durch Chirurgen 30 %, durch Unfallchirurgen 30 %. Diese Zahlen werden von interessierter Seite instrumentalisiert, da etwa die Hälfte der Hüftprothesen nicht aus verletzungsbedingter Indikation eingesetzt wird, sondern aus Versorgungsgesichtspunkten.

Die Hüftprothetik ist integraler Bestandteil der Versorgung von hüftnahen Frakturen. 2020 wird die Zahl der über 95-jährigen in Deutschland von jetzt 67 T auf 212 T gestiegen sein. 1996 wurden 118 T hüftnahe Frakturen in Deutschland versorgt, Steigerungsrate etwa 7 %. Allein schon diese Zahlen widerlegen das Argument, fallende Zahlen von Unfällen auf den Straßen und bei der Arbeit veranlassten die Unfallchirurgen, sich die elektive Hüftprothetik als Ausgleich zu suchen. Sie ist vielmehr eine sachliche Mitgift durch gewachsene Strukturen und Vertrauen der Bevölkerung. Der Rückgang der Zahlen von Verkehrs- und Arbeitsunfällen ist Tatsache und einhellig zu begrüßen. Tödliche Unfälle sind vor allem wegen der Absenkung der tödlichen Verkehrsunfälle rückläufig - bei gestiegenem Aufwand für die überlebenden Unfallopfer.

Die Lebensjahre bei Tod vor dem 69. Lebensjahr sind durch die WHO als ‚Verlorene Lebensjahre‘ definiert. Unfalltote in der Statistik der ‚Verlorenen Lebensjahre‘ nehmen mit 25 % den ersten Platz ein, entsprechendes gilt für die Arbeitsunfähigkeit: Von 2,3 Millionen jährlich durch Arbeitsunfähigkeit verlorenen Arbeitsjahren in Deutschland sind 16 % durch Unfälle bedingt, dies ist der 2. Platz hinter den degenerativen Erkrankungen. Gute Unfallchirurgie ist somit ein volkswirtschaftlich außerordentlicher, beachtenswerter Faktor.

Patienten werden von Medien, Krankenkassen, Verbraucherverbänden und nicht zuletzt von den Krankenhäusern selbst dazu angehalten, nach Beweisen für qualitativ hochwertige Medizin zu fragen.

Die Zertifizierung der Kliniken steht uns in eigenem Interesse bevor. Sie wird nach gegenwärtiger Planung jedoch ohne die Ärzte von Kassen und Krankenhausgesellschaften vorbereitet und von den Selbstverwaltungsorganen inklusive der Bundesärztekammer überwacht - ohne staatlichen Einfluss. Hingegen werden die Rahmenpläne für den Bedarf an Krankenhäusern von gesetzlichen Krankenkassen und Gesundheitsverwaltung festgelegt, die Krankenhausgesellschaften werden lediglich angehört - ärztliche Einflüsse sind weitgehend ausgeschaltet. Die Abwehr bzw. Minimalisierung ärztlichen Sachverständes in der Rahmenplanung (wie dies auch in Berlin praktiziert wird) ist mir politisch-taktisch, aber auch unter dem Gesichtspunkt der Subsidiarität unverständlich. Landesärztekammern und die wissenschaftlichen Fachgesellschaften sollten mit dem aus mehrjährigen Verschlüsselungen massenhaft vorhandenen Datenmaterial versehen werden, sollten sich in Absprache mit Gesundheitsverwaltung und Kassen auf ein langfristiges, jedoch nach Bedarf adaptierbares Mengengerüst einigen und dann eigene Vorschläge zum Krankenhaus-Bedarfsplan machen. Glauben Sie nicht, dass dies für die Unfallchirurgen in Deutschland eine einfache Aufgabe wäre, sie wäre jedoch eigenverantwortlich und würde die Politiker entlasten.

„Der beste Arzt soll am optimalen Platz wirken können“, dieses für unsere Patienten in sich logische Prinzip bewirkt, wenn es sich durchsetzen würde, langfristig:

1. Eine Einrichtung des nach außen in Richtung Praxis und nach innen offenen, persönlich orientierten Teammodells in unseren Kliniken - die Ablösung des Chirurgen (der natürlicherweise oder nach fundierter Ausbildung „selbstverständlich“ alles kann) und auch des Unfallchirurgen, der sich am liebsten Leiter der Abteilung für Unfall-, Hand-, Wiederherstellungs-, Verbrennungs- und Plastische Chirurgie nennen möchte. Das Bauchtrauma würde nach dem Differenzierungsprozess selbstverständlich vom Teamarzt Visceralchirurg versorgt, der dafür aber auch den irreführenden Begriff „Allgemeinchirurg“ abgelegt hat. Gerade dies kooperative Modell taugt gut für die kleineren Versorgungskrankenhäuser, wenn z. B. die stationäre Versorgung gemeinsam gestaltet wird.

Wenn es noch einen „Allgemeinchirurgen“ geben soll, dann ist es der Mann, der nach 12- bis 15-jähriger Weiterbildung z. B. die Module Visceralchirurgie, Unfallchirurgie und Gefäßchirurgie und einen Teil der Neurochirurgie nachgewiesenermaßen beherrscht.

2. Die Einbeziehung der Orthopäden unter qualitativen Gesichtspunkten in das Gesamtgebiet Chirurgie - besonders im Rahmen grundlegender chirurgischer Kenntnisse und Fertigkeiten, gemeinsamer Forschung und auch gemeinsamer stationärer Patienten-Versorgung in unmittelbarer Nähe der anderen chirurgischen Fächer und nicht vor der Stadt auf der grünen Wiese. Wäre nicht der Name „Chirurg“ in Verbindung mit „Orthopäde“ eine Auszeichnung für viele operativ tätige Orthopäden? Eine Öffnungsklausel mit einer weitergehenden gegenseitigen Anerkennung von Weiterbildungszeiten in Orthopädie und Unfallchirurgie wäre ein aktuell und auf Landesärztekammer-Ebene zu verwirklichender Anfang.

3. Eine höhere operativ-technische Qualifizierung der Fachärzte – bei Verringerung der Zahlen von Ausbildungsplätzen für Medizin-Studenten und einer ebensolchen Verringerung der Zahlen von Weiterbildungsverträgen. Ich glaube, wir bilden zu viele Operateure aus - dies wird von unseren Nachbarländern kritisch beobachtet. Nicht jeder Stationsassistent oder Operationsassistent muss ein Weiterbildungsassistent mit eigener operativer Tätigkeit sein. Die Qualität eines chirurgischen Eingriffs steigt mit der Häufigkeit mit der ein einzelner Chirurg ihn ausführt. Wir haben zu wenig Operationen für gute Chirurgen, die mit Büroarbeit von ihrer Berufung abgehalten werden. Qualifizierte unfallchirurgische Tätigkeiten sind z. B. auch über ein Modulsystem in der Intensivbehandlung, Schmerztherapie, Qualitätskontrolle, Forschung und Rettungsmedizin notwendig. Die Deutsche Gerichtsbarkeit hält alle aus diesen Gedanken ableitbaren Umsetzungen und Beschränkungen (z. B. des Studienplatzangebots) für verfassungswidrig. Die Korrektur einer als falsch erkannten Verteilung darf jedoch nicht am Schluss durch verschärfte Facharztprüfung erfolgen, sondern muss am Anfang - wie auch immer - gesteuert werden. Eine qualifizierte hochwertige Facharztprüfung muss natürlich erhalten bleiben. Dass die Definition der Menge benötigter Chirurgen eng mit der Frage nach sinnvoller und bezahlbarer Spezialisierung zusammenhängt, ist mir wohl bewusst.

4. Eine abgestufte unfallchirurgische Versorgung mit höchstqualifizierten Trauma-Zentren und Unfallabteilungen der Schwerpunkt- sowie Grund- und Regelversorgung. Trauma-

Zentren werden für ca. 1 Millionen Einwohner flächendeckend vorgesehen, davon sind wir nicht weit entfernt. Die tariflichen Aufstiegsmöglichkeiten und die Vertragsflexibilität sollen die Trauma-Zentren bevorzugen.

Eine faire Aufgabenverteilung zwischen den unfallchirurgischen Versorgungsstufen ist anzustreben, wobei das Trauma-Zentrum an der Universitätsklinik diejenigen Kapazitäten, die es an den einfachen Herausforderungen wie Schnittwunden, Kopfplatzwunden und einfache Frakturen einsparen könnte, zugunsten einer vermehrten Zuwendung zu Forschung und Lehre verwenden könnte.

Vermehrte Zuwendung zu Forschung und Lehre wird von den unfallchirurgischen Lehrstuhlinhabern und dem Wissenschaftsrat gleichermaßen gefordert. Wir erinnern uns an die Worte von Lothar Kinzl vor einem Jahr. Das von mir hier beschriebene Modell entspricht dem vom Präsidium der DGU verabschiedeten, selbstverständlich idealistischen Strukturpapier von 1997, ergänzt durch eine faire Aufgabenverteilung und berücksichtigt eine wohnortnahe patientenfreundliche unfallchirurgische Versorgung.

5. Eine patientenorientierte Definition überflüssiger und fragwürdiger diagnostischer Maßnahmen und Operationen in der Unfallchirurgie wie in allen anderen Fachgebieten wird von Politikern, Kassen und Ärzten gemeinsam erarbeitet, ich erwähne hier für uns beispielhaft die Außenbandruptur des oberen Sprunggelenkes. Der Sachverständigenrat

für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat weitere Felder genannt:

Röntgenuntersuchung, praeoperative Routine-Untersuchungen, Knochendichtemessung, Arthroskopien, Rückenschmerzen, Ruhe-EKG. Ich füge hinzu: Arzneimittelverbrauch, coronare Diagnostik und Therapie. Die Leitlinien weisen den richtigen Weg. All das hat noch längst nichts mit Rationierung zu tun.

Diese 5 Punkte (Team-Modell kompetenter chirurgischer Spezialisten, Einbeziehung der Orthopäden, Verringerung der Operateure bei Steigerung der speziellen Ausbildungsqualität, Schaffung bzw. Ausbau von flächendeckenden, höchstqualifizierten Trauma-Zentren, Definition von überflüssiger Diagnostik und Therapie) sind patientenorientierte Qualitätsverbesserungen und ureigene Aufgaben der ärztlichen Selbstverwaltung in Bundesärztekammer und Fachgesellschaften. Auch wir in den Fachgesellschaften haben bisher zu wenig getan oder tun können, die fachlichen und wissenschaftlichen Voraussetzungen für alle diese 5 Punkte soweit präsentationsreif zu machen, dass diejenigen verstummen, die uns jetzt diese Verantwortung zugunsten einer weitgehend monetär gesteuerten Auswahl (über den billigsten Einkaufspreis) aus der Hand nehmen wollen.

Und nun noch ein Wort zu uns, zur Wende. Die Jahrtausendwende und der ganze Rummel drumherum sind - ungeachtet aller Werte der christlichen Tradition - Zufall, eine Folge des Dezimalsystems und dazu noch mit falsch verstandener Zählweise. Die Diskrepanz zwischen den wissenschaftlich-technischen Höhenflügen der Neuzeit wie der weltumspannenden Elektronik und der Molekularbiologie und der Tatsache, dass direkt neben uns und noch mehr weit weg von uns wie in Urzeiten Kriegsgreuel und Hunger wüten, ist deprimierend. Worte, die Aufbruchstimmung in das nächste Jahrtausend adressieren, sind häufig hohl. Unsere Wende liegt 10 Jahre zurück. Vor 10 Jahren haben mutige Bürger der DDR die Zeichen der Zeit erkannt und die Grenzen in ihrem eigenen Land geöffnet - nach interner

Diskussion und Abstimmung mit den Füßen. Der nur langfristig denkbare Prozess der Annäherung und Angleichung ist auf gutem Wege, um den die Deutschen beneidet werden. Die Balance zwischen ökonomisch Machbarem und ökonomisch Sinnvollem ist schwierig, da immer Menschen betroffen sind. Die Produktivität hat sich noch nicht egalisiert, die Löhne sind aus gutem Grund (z. B. dem der Arbeitslosenzahlen) noch nicht angeglichen, davon sind indirekt als lohnsummenabhängige Dienstleister auch die Ärzte betroffen.

In der Alltagskultur bewegen sich Gewohnheiten und Sprache aufeinander zu; die Geburtszahlen gleichen sich an. Im Deutschen Ärzteblatt war kürzlich in einer treffenden Beschreibung von Brähler, Berth und Wagner gefordert, unterschiedliche Verhaltensweisen zwischen Ost und West zu erkennen und zu akzeptieren: Während Westdeutsche nur bei förmlichen Anlässen die Hand geben, so eine zwanglose Atmosphäre schaffen und zugleich den Kontakt zu ungeliebten Personen vermeiden, erzeugen Ostdeutsche durch das tägliche Händeschütteln eine größere Nähe und zeigen Beachtung für jede Person. Ostdeutsche könnten das Nicht-Handgeben eines Westdeutschen als Arroganz wahrnehmen und umgekehrt Westdeutsche das ständige Handgeben von Ostdeutschen als aufdringlich empfinden. Das Wissen um diese Unterschiede entschärft die Situation.

In der Unfallchirurgie und Chirurgie haben sich die Abläufe anders verhalten als es die Treuhandgesellschaft in schwieriger Situation mit billigen Verkäufen an Externe vorgeführt hat. Man ist aufeinander zugegangen, es wurde viel hin- und hergereist und gemeinsam veranstaltet, ich darf hier nur die Namen Hierholzer, Markgraf, Probst, Specht, Welz und Wuschech stellvertretend für viele andere nennen.

Ungerechtigkeiten in der immer durch Selbstverwaltung gesteuerten Neubesetzung von leitenden Positionen wurden mehrfach durch unabhängige Gerichte korrigiert, wenn auch nicht immer ohne persönlichen Schaden für die Betroffenen. Ausstattung und medizinische Effektivität haben sich nach vielfältiger lokaler Aussage erhöht. Manche Errungenschaften wurden jedoch eher kurzfristig abgeschafft. Die von Ärzten, Kassen und Regierung geforderte Verzahnung von ambulanter und stationärer Medizin war in der DDR auf Institutsebene und zu Anfang in den neuen Bundesländern längst Wirklichkeit. Wir wollen das jetzt wieder einführen - die Gesundheitsreform 2000 hat jedoch die persönliche Zuordnung von Patient und Arzt übersehen. Das Sozialversicherungsbuch der DDR-Bürger, ein quasi persönlicher Pass mit den wichtigsten verschlüsselten medizinischen Informationen über jeden Arztbesuch – das Buch hätten wir gern, wenn Unfall-Rentenansprüche bei unseren westdeutschen Arbeitnehmern aus vergangenen Zeiten bearbeitet werden müssen. Die Diskussion um den ‚gläsernen Patienten‘ zeigt, wie schwer wir uns mit Sinnvollem tun.

Wenn wir an der Schwelle zu einem neuen Jahrtausend stehen, lassen Sie uns noch einmal zurückblicken, wie alt Unfallchirurgie, das Urfach der Chirurgie und Medizin, ist: Mehr als 5000 Jahre alt sind Dokumente aus Babylon, die unfallchirurgische Instrumente von heute wie Sägen und Meißel beschreiben.

Lassen Sie uns bei allem Reformeifer aber auch bescheiden sein: Citius, altius, fortius - Coubertins Glaubensbekenntnis für den olympischen Sport trifft den Kern menschlichen Strebens: Wir wollen alles besser machen. Wir wollen alle - jeder will älter werden und

gesünder bleiben - über den Preis, den wir dafür zu bezahlen bereit sind, und über den Weg dahin wird gerade heftig gestritten. Abschaffung der leistungsfeindlichen, den Fortschritt hemmenden Budgetierung, ärztlicher Wettstreit durch Qualität und Zertifizierung, einvernehmliche Definition des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenkassen, sozial abgesicherte Eigenvorsorge und Selbstbeteiligung sind für mich die richtigen Wege. Der Streit darüber ist wichtig - uns sollte jedoch auch bewusst sein, dass andere Länder gern auf einem so hohen Versorgungsniveau streiten würden. Michael Gorbatschow hat es uns bei der 10-Jahresfeier des Mauerfalls gerade wieder gesagt.

Unfallchirurgie in Deutschland ist erfolgreich, weil sie seit fast 30 Jahren von Aufbruchstimmung, Einsatzbereitschaft, guter Forschung und Innovationseifer getragen wird. Die Herausforderungen des Gesundheitswesens verlangen von uns Entscheidungen, ob nun diese Gesundheitsreform 2000 noch im alten Jahrtausend zu Grabe getragen wird oder nicht.

Viele der im Gesetzentwurf enthaltenen Forderungen können die Unfallchirurgen im Prinzip akzeptieren - wir wünschen uns aber, dass unsere Kompetenz an den entscheidenden Stellen von Gesundheitsverwaltung und Ärztekammer abgefragt wird - dann werden wir auch die Verantwortung dafür tragen.“

Quelle: DGU-Archiv