



DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
UNFALLCHIRURGIE

2001: Prof. Dr. med. Peter Kirschner (Mainz)

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, 65. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie am 14. bis 17.11.2001 in Berlin

„In seiner 'Rechtfertigung und Bericht über meine Reisen in verschiedene Orte' berichtet Ambroise Paré über ein Scharmützel bei Suze, in einem der Kriege zwischen Frankreich und den Kaiserlichen im frühen 16. Jahrhundert. Ein gewisser Hauptmann Le Rat erhielt dort einen Büchschuss in den rechten Knöchel. Der, ganz rauhebeiniger Soldat, geht mit einem markigen Spruch zu Boden: 'Jetzt hat es die Ratte - auf Französisch le rat - erwischt.' Wahrscheinlich eine nicht allzu pessimistische Prognose, denn auch an peripheren Schusswunden starb man damals leicht. Paré widerspricht ihm aber mit dem letzten Satz, der diese Episode in seinen Erinnerungen abschließt: 'Ich aber verband ihn, und Gott heilte ihn.'

Ambroise Paré war einer der Großen unserer Zunft. Sie alle kennen seinen Namen und wissen um sein Wirken. Er hat mit den mehr als bescheidenen Mitteln der frühen Neuzeit in der Chirurgie - und ganz besonders in dem, was wir heute Unfallchirurgie nennen - ganz entscheidende Fortschritte initiiert und durch seine vorbildliche Haltung, seine hervorragende Arbeit, ein bis heute wirkendes Beispiel gegeben.

'Ich aber verband ihn, und Gott heilte ihn.' Das ist ein frappierendes Zitat. Paré machte seine Arbeit mit größter Gewissenhaftigkeit, immer auf der Suche nach Verbesserung. Er tat alles, um die Gesundung zu ermöglichen. Aber die eigentliche Heilung - das hat er mit der selbstverständlichen Demut eines Großen vor dem Größeren benannt - war Sache einer höheren Instanz. Daran hat sich bis heute grundlegend nichts geändert. Wir können inzwischen einiges mehr tun, als es Paré möglich war, wir können sogar in manchen Bereichen behaupten, mit 90-, 95- oder gar 99-prozentiger Sicherheit Erfolg zu haben. Trotzdem liegt die Heilung letztlich nicht in unserer Hand - das sollten wir bei allen Erfolgen,

bei allem Fortschritt nicht vergessen. Im Spannungsfeld zwischen Anspruch und Erfolg haben wir keine realistische Aussicht auf eine hundertprozentige Erfolgsgarantie.

Auf der anderen Seite können wir mit Recht behaupten, dass die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie seit 78 Jahren Erfolgsgeschichte geschrieben hat. Wir haben enorme Fortschritte erzielt. Wir können Menschen retten und 'wiederherstellen' - schon dieses Wort sagt vieles! - die vor noch gar nicht langer Zeit an den Folgen ihrer Unfälle gestorben oder zu Krüppeln geworden wären.

Aus diesem unbestreitbaren Erfolg erwachsen unweigerlich neue Ansprüche. Immer öfter wird die restitutio ad integrum zum einzig anstrebenswerten, ja einzig zulässigen Ziel. Unsere Patienten messen uns zunehmend daran; sie wissen aus den elektronischen Medien, was möglich ist und fordern es immer offener, immer offensiver ein. Die neuen Ansprüche sind, nicht zuletzt bedingt durch unsere Erfolge, immer höher. (Und sie sind es in den meisten - wenn auch nicht allen - Fällen zu Recht.)

Was können wir tun, um ihnen gerecht zu werden? Können wir ihnen überhaupt gerecht werden? Unter welchen Bedingungen können wir ihnen gerecht werden?

In der Regel steht uns Gott - bei den Agnostikern ist es die Natur - ziemlich zuverlässig zur Seite. Wenn wir ordentlich verbinden, wird er oder sie schon heilen. Doch das Verbinden ist ja nicht nur besser, sondern auch komplizierter geworden. Die Arbeit des Arztes ist nach wie vor entscheidend. Aber ohne gute Pflege und Nachbehandlung kann er wenig bewirken. Das Funktionieren der Klinik, der Zustand des Gesundheitswesens insgesamt haben unmittelbaren Einfluss auf die Qualität seiner Arbeit.

Und damit sind wir beim Thema. Im Spannungsfeld zwischen Anspruch und Erfolg müssen wir uns, vor allem anderen, auf die Qualität der unfallchirurgischen Behandlung konzentrieren. Auch wenn unter dem Banner von Qualitätssicherung oder Total Quality Management gelegentlich leeres Stroh gedroschen wird - die gesicherte hohe Qualität unserer Arbeit ist ein Anspruch, dem wir uns stellen müssen, aus medizinischen, aus wirtschaftlichen und ganz besonders aus ethischen Gründen.

Voraussetzung für gesicherte Qualität ist gesichertes Wissen, und dieses muss schon bei der Prävention beginnen.

Erstmals hat die Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit unserer Gesellschaft vor wenigen Wochen einen aktuellen, umfassenden Bericht zum Unfallgeschehen in Deutschland herausgegeben. Unter dem Titel 'Verletzungen und deren Folgen - Prävention als ärztliche Aufgabe' sind Texte und Materialien zur Fort- und Weiterbildung zusammengestellt. Da es in Deutschland bezeichnenderweise keine einheitliche Datenerhebung für die unterschiedlichen Unfallarten gibt, hat man eine ganze Reihe von Statistiken zu Rate ziehen müssen.

Ich möchte beispielhaft einige Ergebnisse dieses Berichts zitieren:

Mehr als 12% der Bevölkerung Deutschlands, das sind über 10 Millionen Menschen, erleiden jedes Jahr eine Verletzung, 34.000 Personen versterben an den Folgen.

Häufigste Verletzungsfolgen sind Verstauchungen, Zerrungen, offene Wunden und Quetschungen bei 66 % der männlichen und 60 % der weiblichen Bevölkerung, gefolgt von Frakturen bei 20 % der Männer und 24 % der Frauen. Gehirnerschütterungen machen lediglich 6 % der Verletzungsarten aus, bilden aber unter den Unfallfolgen den häufigsten Grund zur stationären Behandlung.

1999 wurden über 2,4 Mio. Straßenverkehrsunfälle polizeilich erfasst, bei denen 520.000 Personen verletzt und 8.000 getötet wurden. Hier stellen insbesondere die 18-24-jährigen eine besondere Risikogruppe dar, obwohl sie nur 7,7 % der Gesamtbevölkerung ausmachen, beträgt ihr Anteil an den im Verkehr Verletzten und Getöteten 22 %.

Fünf Millionen Haus- und Freizeitunfälle verursachen pro Jahr etwa 25 Mio. Arbeitsunfähigkeitstage.

Einen deutlich positiven Trend haben wir eigentlich nur bei den Arbeitsunfällen zu verzeichnen: meldepflichtige Arbeitsunfälle sind um 70%, neue Unfallrenten um 75% und tödliche Arbeitsunfälle um 83 % zurückgegangen. 40 Jahre umfangreicher Bemühungen um die Prävention haben sich hier ausgezahlt.

Meine Damen und Herren, das waren nur Streiflichter aus einer äußerst detaillierten und informativen Datensammlung. Wesentlich und wichtig erscheint mir jedoch ein Satz im Kapitel 'Grundlagen' dieses Werkes: (ich zitiere wörtlich) 'Die für den Survey gesammelten Daten zeigen, dass die Unfallhäufigkeit bisher unterschätzt wurde. Dies gilt nicht nur für Haus- und Freizeitunfälle, sondern auch für Verkehrsunfälle.'

Das Verletzungsgeschehen in Deutschland hat eine Größenordnung, die eine verstärkte Prävention auf allen Ebenen dringend erforderlich macht.

Wir brauchen eine qualitätssichernde Datenbasis zum Unfall- und Verletzungsgeschehen. Wir brauchen regelmäßige statistische Erhebungen über Haus- und Freizeitunfälle. Wir brauchen eine Unfallberichterstattung durch die Gesetzlichen Krankenversicherungen, Verletzungen, auch Gesundheitssurveys zu und besonders bei Unfällen und Hochbetagten, Wohnheimbewohnern sowie bei Kindern und Jugendlichen. Wir müssen dringend ein nationales Traumaregister einrichten.

Außerdem benötigen wir eine Verbesserung der interdisziplinären Forschung, die sich mit den Ursachen von Unfällen und Verletzungen beschäftigt. Wir müssen Forschungsdefizite und Forschungsbedarf identifizieren. Und natürlich brauchen wir in diesem Bereich eine zuverlässige, langfristig ausgerichtete Forschungsförderung.

Und damit sind wir wieder bei der Qualität. Denn Forschung dient ja dem Zweck, die Qualität unserer Arbeit zu steigern. Die Evidenzbasierte Medizin bietet uns hier ein wirksames Werkzeug.

Die philosophische Grundlage der Evidenzbasierten Medizin ist das ständige Hinterfragen bestehender Behandlungskonzepte und -strategien. Nach Köbberling ist 'wahrhaftes, unauffektiertes Misstrauen in allen Stücken das sicherste Zeichen von Geistesstärke'. Sir Karl Popper hat diesem Misstrauen einen wesentlichen Teil seines Lebenswerks gewidmet und seine Fehlbarkeitstheorie darauf aufgebaut. Wir können den Satz 'Alle Schwäne sind weiß'

nicht verifizieren. Wir können ihn lediglich falsifizieren, widerlegen, indem wir einen andersfarbigen Schwan finden. Solange wir ständig und ausschließlich weiße Schwäne erblicken, können wir den Satz als Arbeitshypothese nutzen. Aber wir dürfen nie aufhören, den schwarzen Schwan zu suchen.

Das Kriterium der Wissenschaftlichkeit ist für Popper die Bereitschaft zur ständigen, kritischen Überprüfung und gegebenenfalls Verwerfung unserer Hypothesen. Der Zweifel ist der Motor der Wissenschaft. Wissenschaftlicher Fortschritt entsteht durch die Bemühung, immer feinere Siebe der Falsifikation zu konstruieren und dadurch zu immer richtigeren Aussagen über unsere Welt zu gelangen. Wenn in diesem fortlaufenden Prozess der Zweifel unterentwickelt ist oder sogar fehlt, ist der Fortschritt behindert oder gänzlich zum Stehen gebracht.

Nur in einem Umfeld, in dem der Zweifel gedeihen kann, gedeiht auch die Wissenschaft. Dies gilt insbesondere auch für die Wissenschaft in der Medizin. Auch hier fördert nur der Zweifel die Suche nach der englischen evidence - was ins Deutsche übersetzt ja 'Beweis' heißt. (Um im Popperschen Pragmatismus zu verbleiben: Der so gewonnene Beweis ist natürlich nicht der Beweis für die Wahrheit der Theorie, sondern lediglich für die Brauchbarkeit der Methode.)

Im Grunde ist das alles gar nicht so neu, und der eingangs zitierte Ambroise Paré ist dafür ein gutes Beispiel. Als Paré seine Laufbahn als Militärarzt begann, glaubte man, Schießpulver sei giftig, Schusswunden mithin vergiftet. Deshalb gossen die Chirurgen siedendes Öl in solche Wunden, um sie zu entgiften. Das war natürlich nicht nur eine völlig sinnlose und falsche Maßnahme, sondern auch eine furchtbare Tortur für die ohnehin leidenden Verwundeten. Paré zweifelte an der Richtigkeit der Therapie, entdeckte durch Beobachtung und Experiment, dass Schießpulver nicht giftig, und die Öl-Tortur also überflüssig war. Er behandelte Schusswunden fortan mit einer einfachen Heilsalbe und gewöhnlichen Verbänden - zum Segen seiner Patienten.

Paré begnügte sich aber nicht damit, seine Methoden zu verbessern. Er hielt sein Wissen in einem umfangreichen schriftlichen Werk fest, machte es somit transparent, nachvollziehbar und also falsifizierbar.

An Nachvollziehbarkeit und Transparenz herrscht großer Mangel in unserem heutigen Gesundheitswesen - von der fehlenden Offenheit für Versuche der Falsifizierung gar nicht zu reden. Das Gesundheitswesen ist nicht nur für Patienten, sondern auch für viele Beteiligte intransparent. Vertrauenswürdige, belastbare Informationen über seine Prozess- und Ergebnisqualität sind Mangelware. Der öffentliche Druck in diese Richtung nimmt jedoch zu. Über drei Viertel der Bevölkerung wünschen sich Informationen zur Beurteilung eines Arztes; ebenso viele wollen Ärzte bei Kunstfehlern stärker zur Rechenschaft ziehen.

Der Patient hat ein Anrecht auf transparente Information über die begründete Richtigkeit einer medizinischen Maßnahme. Das offensichtlich Wirksame muss durch einschlägige Nachweise begründet - also evidence based - sein. Dazu gehört auch das Offenlegen von Wissenslücken. Die größte Chance, die uns die Evidenzbasierte Medizin eröffnet, liegt in der Möglichkeit, Transparenz zu schaffen und damit sinnvolle und effektive Strategien zu erkennen.

Evidenzbasierte Medizin ist sicher nicht die universale Antwort auf alle offenen Fragen der wissenschaftlichen Fundierung unseres medizinischen Handelns. Sie ist aber eine durchdachte und sinnvolle Methode, Qualität zu sichern und zu verbessern. Sie verfügt über einige vertraute und einige neue Aspekte. Um diese Methode verständlich zu nutzen, braucht es allerdings ein zum Teil tiefgreifendes Umdenken.

Chirurgisches Wissen, das früher in sogenannten Schulen ohne methodisch adäquate Überprüfung weitergegeben wurde, muss sich heute in klinischen Studien beweisen. Noch immer liegt in der Praxis der Unfallchirurgie der Schwerpunkt auf der Erfahrung und der Fähigkeit des einzelnen Arztes. Umso mehr bedarf es intensiver Bemühung um die notwendige Zusammenführung dieser ärztlichen Kunst mit den extern gewonnenen wissenschaftlichen Daten. Die Frage nach evidenzbasierter Nachvollziehbarkeit kann bei der Vielfalt an Methoden und Konzepten derzeit nur für stark abgegrenzte Fragestellungen positiv beschieden werden.

Nachvollziehbarkeit ist eine wesentliche Voraussetzung für gesicherte Qualität, aber nur eine von vielen. Die Qualitätsmanager erklären uns in diesem Zusammenhang, was Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität bedeuten. Sie verlangen von uns, die Krankenhäuser, in denen wir arbeiten, nach vorgegebenen Standards zu zertifizieren. Sich diesen Ansprüchen zu stellen, ist eine große Herausforderung für die Medizin und besonders für die Chirurgie.

Hier drängt sich natürlich die Frage auf, ob wir denn bisher keine Qualität gekannt haben. Mit dem Röntgenbild haben gerade wir Unfallchirurgen schon immer ein sehr wirksames Werkzeug der Qualitätssicherung vorweisen können - heute müsste man es wahrscheinlich Optical Quality Management Tool nennen. Auf dem Film ist deutlich zu erkennen, ob eine Operation ordentlich durchgeführt wurde oder nicht. Trotzdem muss man kritisch anmerken, dass die Qualität einer Klinik im Wesentlichen nach wie vor von den Fähigkeiten des Chefs und der Motivation seiner Mitarbeiter - Ärzten und Schwestern - abhängt. Wir wissen, dass unfallchirurgische Versorgung außerhalb der regulären Klinikarbeitszeit nicht auf gleichem Niveau zu leisten ist wie in einer planbaren Situation. Qualitätsmanagement versucht nun das Niveau generell anzuheben, in allen Bereichen der Klinik, die das enorm wichtige Umfeld für die ärztliche Tätigkeit darstellen. Und doch ist das ärztliche Handeln die kritischste, in der Regel die letztlich entscheidende Station des therapeutischen Prozesses.

Die Qualität des einzelnen Arztes ist formal Teil der Strukturqualität der klinischen Abteilung. An seiner Qualität entscheidet sich aber letztlich die Qualität des Ergebnisses. Gute Ärzte erleichtern also das Qualitätsmanagement und sind, wenn das Umfeld einigermaßen stimmt, eine Garantie für optimale Resultate.

Was braucht ein guter Arzt, ein guter Unfallchirurg? Ganz einfach: Begabung und Lernfähigkeit. Da nur letztere beeinflussbar ist, müssen wir uns auf sie konzentrieren, müssen wir der Ausbildung während des Studiums, während der Weiterbildung zum Facharzt und während der Fortbildung danach die größte Aufmerksamkeit schenken. Die Qualität muss hier letztlich auch wieder der einzelne bringen, aber er kann sie nur bringen, wenn das Umfeld stimmt.

Auf das derzeitige deutsche Medizinstudium im allgemeinen möchte ich hier nicht näher eingehen, sein teilweise mangelhaftes System ist in der Diskussion.

In den chirurgischen Fächern zeichnet sich ein offensichtliches Nachwuchsproblem ab - man könnte sagen, das Umfeld schlägt zurück.

Krankenhaustätigkeit erscheint Jungärzten immer unattraktiver. Tägliche, unbezahlte Überstunden, zusätzliche Nachtdienste, limitierte Arbeitsverträge und immer unattraktivere Endpositionen vertreiben sie aus den Krankenhäusern, oder lassen sie gar nicht erst dorthin gehen.

Schon die derzeitige Arbeitssituation spiegelt ein nicht nachvollziehbares unethisches Verhalten von Krankenkassen, aber auch Krankenhausträgern wider. Sie lassen sich einen nicht unerheblichen Teil der Krankenversorgung unentgeltlich erbringen - Karl Marx hätte angesichts dieser Zustände mit Recht von Ausbeutung gesprochen. Und es wird ja noch schlimmer: Die absehbare, noch höhere Belastung nach der Einführung der DRGs bei Beibehaltung der Budgetdeckelung wird bereits jetzt als 'Verdichtung der Arbeitsabläufe' verniedlicht. Gemeint ist noch mehr Arbeit bei noch weniger Stellen.

Wie soll unter derartigen Voraussetzungen noch Weiterbildung stattfinden? Schon heute verbringen Ärzte in den Chirurgischen Fächern annähernd 50 % ihrer Arbeitszeit am Schreibtisch. Die zunehmende Spezialisierung einzelner Krankenhäuser auf bestimmte Dienstleistungen, besonders solche in privater Trägerschaft, selektiert das Patientenaufkommen, sodass eine Facharztweiterbildung sich zu einem immer steinigern Weg mit immer mehr Kurven entwickelt.

Wir haben zusammen mit unseren orthopädischen Kollegen einen wichtigen Schritt getan, um zumindest die formalen Strukturen für eine zeitgemäße und zielgerichtete Facharztausbildung zu schaffen:

Wir haben den gemeinsamen Facharzt für Unfallchirurgie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie als neue Weiterbildung bei der Bundesärztekammer beantragt. Auch die Neugliederung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie als Dachorganisation für acht chirurgische Spezialfächer zielt in diese Richtung der Klärung und Straffung.

Weiterbildung in den chirurgischen Fächern muss attraktiver gemacht werden. Dazu bedarf es einer Systematisierung der Weiterbildungsinhalte und eines zielgerichteten Ablaufs, also organisatorischer Verbesserungen. Noch wichtiger ist jedoch die Motivation. Die Arbeitskraft besonders junger Ärzte darf nicht so ausgenutzt werden, wie dies derzeit der Fall ist. Akademische Lehrer und Chefärzte haben eine Vorbildfunktion zu erfüllen. Auch im 21. Jahrhundert lassen sich Medizinstudenten von positiven Vorbildern sehr wohl leiten. Ein souveräner Chirurg im Op und am Krankenbett beeindruckt junge Mitarbeiter insbesondere durch menschliche Qualitäten und lenkt sie damit zu seinem Fach. Entscheidend ist und bleibt aber die erstrebenswerte realistische Endposition in einer Karriere, die im Tagesgeschäft schon viel Mühsal bereithält und auch noch permanente Fortbildung verlangt.

Unser Fach fordert eine lebenslange Fortbildung von jedem, da anders den Ansprüchen der stetigen Weiterentwicklung nicht Rechnung zu tragen ist. Eine lebenslange Fortbildung und die Pflicht zur entsprechenden Rezertifizierung wird daher in Zukunft eines der

Hauptkriterien für den Erhalt des Berufsstandards sein. Auch die Anzahl geleisteter Operationen wird dabei eine Rolle spielen.

Zu lange haben unsere eigenen berufsständischen Organisationen Erneuerungsversuche abgeblockt und ihre Hauptaufgabe in der Wahrung des Status quo gesehen. Nun dürfen wir uns nicht wundern, dass die Reformen von Außen kommen und nicht unseren Erwartungen entsprechen. Mehr denn je ist es notwendig, selbst zu agieren und nicht abzuwarten bis es zu spät ist, denn niemand sollte unsere Schwächen besser kennen als wir selbst.

Dem hochqualifizierten Spezialisten wird die Zukunft in der Medizin und besonders in der Chirurgie gehören. Diese Anforderung wird im Wesentlichen vom Markt und nicht von unseren Standesvertretern an uns herangetragen. Siehe die stetig steigende Zahl privater Krankenhausträger. Sie zeigen uns, wie man den Anspruch auf gesicherte Qualität in Erfolge umsetzen kann. Dieser Erfolg resultiert aus der strengen Auslegung von Qualitätsmerkmalen in bestimmten, klar definierten Behandlungsbereichen.

Es lohnt sich, diesbezüglich den Jahresbericht 2000 der Helios Kliniken zu lesen. Sie hat ihr Leistungsspektrum bereits nach DRG kodiert und erreicht schon jetzt eine deutlich unter dem Bundesdurchschnitt liegende Verweildauer. Dieser Wettbewerbsvorsprung ergibt sich aus der praktizierten Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung, und das bei 19 Kliniken mit 4.900 Klinikbetten und einem breiten Versorgungsspektrum.

Die Qualitätsentwicklung wird dort als Strukturqualität durch ein internes ergebnis- und prozessorientiertes Qualitätssicherungssystem erarbeitet. Sein Ziel ist, durch eine kompetente, dem konkreten Krankheits- und Beschwerdebild angemessene Versorgung der Patienten nach den Regeln der Kunst, ein objektiv - d.h. möglichst an Hand von eindeutigen Qualitätsparametern - messbares, gutes Ergebnis zu liefern. Die Qualitätssicherungsmaßnahmen werden kontinuierlich überprüft und auf Verbesserung der Behandlungsziele ausgerichtet.

Es ist nur eine Frage der Zeit, bis solche Beispiele als Maßstab für uns alle gelten werden. Dieser von außen herangetragene hohe Anspruch wird zur Folge haben, dass in Zukunft neben Qualitäts- und Disease-Managern auch der Riskmanager zum Krankenhausalltag gehören wird. Dieser wird nicht nur die Betriebsabläufe sicherstellen, sondern auch Sorge tragen, dass Ärzte nur in ihrem Spezialgebiet tätig sind, die Weiter- und Fortbildung korrekt absolvieren und die Dokumentationspflichten erfüllt werden.

Im Spannungsfeld zwischen Anspruch und Erfolg müssen wir uns wachsenden Ansprüchen und neuen Anforderungen stellen. Wir müssen, wie Paré, unsere Arbeit gut machen und sie ständig zu verbessern suchen. Auf die Hilfe Gottes oder der Natur können wir uns dabei, wie gesagt, in der Regel verlassen. Anders ist es oft mit anderen, nicht ganz so hohen Mächten, deren Handeln und Unterlassen einschneidende Wirkung auf unsere Arbeit haben kann. Wenn diese unseren Erfolg - und damit die Gesundheit des Patienten - gefährden, müssen wir sie laut und deutlich in die Pflicht nehmen. Wir müssen in solchen Fällen die Ansprüche, die an unsere Arbeit gestellt werden, als klare Anforderung an die zuständigen Stellen weitergeben, ob es Standesvertreter, Krankenkassen oder Politiker sind. Nur so, im gemeinsamen Bemühen, kommen wir dem hundertprozentig sicheren Erfolg näher. Auch

wenn er uns Sterblichen letztlich immer verwehrt bleiben wird, markiert er das Ziel, das wir unermüdlich anzustreben haben.”

Quelle: DGU-Archiv