



DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
UNFALLCHIRURGIE

2002: Prof. Dr. med. Klaus E. Rehm (Köln)

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, 66. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie am 13. bis 15.11.2002 in Berlin

„Meine sehr geehrten Damen und Herren,

gestatten Sie mir eingangs, den Blick zurück zu wenden auf Ereignisse und Personen, die mir zum heutigen Anlass wichtig erscheinen.

Die Gründung unserer Wissenschaftlichen Gesellschaft am 23. September 1922 in Leipzig bedeutet für uns, dass es einen runden Geburtstag zu feiern gibt, nämlich 80 Jahre DGU. Mit Freude und Stolz gedenke ich dieses Jubiläums aber auch mit einem Quentchen Wehmut und mit geteilten Gefühlen, wenn ich sehe, dass wir bereits beim nächsten Kongress nicht mehr unter uns sein werden und vielleicht Gefahr laufen, langfristig unsere Identität zu verlieren. Dies geschieht keinesfalls - wie kürzlich aus berufenem orthopädischen Munde verlautete - weil die Unfallzahlen rückläufig seien und wir uns ersatzweise die Betätigung im Nachbarfach suchen müssten, um weiter bestehen zu können, sondern weil der Patient unter den derzeitigen Strukturen orientierungslos umherirrt, selbsternannte Spezialisten z.B. im Internet findet und die Solidargemeinschaft der Versicherten dafür bezahlen muss. Lassen Sie mich klarstellen, es war nicht die Absicht, die Früchte aus Nachbars Garten nun legal ernten zu dürfen, sondern die Einsicht ökonomischer und qualitativer Argumente und die Sorge um die Zukunft beider Fächer im internationalen Wettbewerb, besonders im zusammenwachsenden Europa, wobei die Unfallchirurgie nicht auf den Lorbeeren der Vergangenheit ausruhen sollte.

Ein weiteres Datum aus der Vergangenheit mit noch bestehender Auswirkung ist der 100. Geburtstag von **Herbert Junghanns**, der im Jahre 1966 Präsident dieser Gesellschaft war, dazu 1982 der erste mit der Johann-Friedrich-Dieffenbach-Büste Geehrte. Die Beschreibung des Bewegungssegmentes als funktionelle Einheit und die Gründung der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) sind neben

vielen anderen wissenschaftlichen Leistungen mit seinem Namen verbunden. Einzelheiten sind in dem lesenswerten Beitrag von Jürgen Probst in unseren aktuellen Mitteilungen und Nachrichten enthalten.

Leider allzu früh Vergangenheit wurde auch das Leben meiner Chirurgischen Lehrer, derer ich hier gedenken möchte:

Professor **Heinz Georg** war einer der letzten mir persönlich bekannten Generalisten der Chirurgie an der Schwelle zur Spezialisierung. Er importierte die Methoden der Schweizer AO nach Heidelberg, nicht ohne von der Plastischen Chirurgie und Neurochirurgie zu lassen. Seine Witwe wäre allzu gerne heute unter uns, wenn sie nicht ein operativer Eingriff vorübergehend reiseunfähig gemacht hätte.

Dr. **Heinz Lempp** in Mühlacker war der Pragmatiker solider, alter Chirurgeschule unter meinen Lehrern, von dem ich viel Nützliches lernen konnte. Mit ihm habe ich eine sehr befriedigende Epoche an einem Kreiskrankenhaus verbracht, wo vieles Neue eingeführt werden konnte und unbürokratischer zu realisieren war als an einem Universitätsklinikum. Bei der ersten gemeinsamen Operation trug er zum Wundverschluss noch weiße Zwirnhandschuhe. Nachdem ich bei der Op-Schwester Frack und Zylinder geordert hatte, liess er von diesem Brauch allerdings recht bald ab.

Professor Hermann **Ecke** verdanke ich die Freiheit einer Entfaltung in der Wissenschaft und der geliebten Unfallchirurgie, er bleibt in meiner Erinnerung ein Monument an Aufrichtigkeit, gepaart mit hoher Sensibilität, die man nur in seiner unmittelbaren Nähe wahrnehmen konnte. Die späte Freundschaft konnte nur kurz sein, denn eine solche wäre noch in Zeiten der Mitarbeit undenkbar gewesen. Seine damalige Kritik an der Selbstherrlichkeit einiger Personen der AO International hat gerade in diesen Monaten wieder höchste Aktualität gewonnen.

Totengedenken

Viele der Anwesenden haben seit der letzten Jahrestagung Menschen verloren, Kollegen und Mitglieder, denen wir hier und bei diesem Anlass gedenken wollen. Eingangs möchte ich pars pro toto 2 Persönlichkeiten herausstellen, die Ehrenmitglieder und ehemalige Präsidenten dieser Gesellschaft waren:

Professor **Caius Burri** verstarb am 13. März in Ulm im Alter von 69 Jahren.

Er war Schüler von Martin Allgöwer in Chur und sein Oberarzt in Basel. 1970 wurde er auf einen der ersten Lehrstühle für Unfallchirurgie an der Universität Ulm berufen. Sein Einsatz für die Unfallchirurgische Forschung war mit der Schaffung eines eigenen Instituts verbunden, das heute Weltruf genießt. Burri war eine höchst originelle und innovative Persönlichkeit. 1983 war er Präsident der DGU.

Sein überzeugter Rückzug aus dem operativen Geschäft im Februar 1990 ermöglichte ihm, seine Liebe zur Bildenden Kunst intensiver zu verwirklichen und sein Leben, dessen frühe Grenze ihm wohl bewusst war, harmonisch abzurunden.

Professor **Jörg Rehn** verstarb am 8. September in Denzlingen nach langer Krankheit im Alter von 83 Jahren.

Er war Sproß einer erfolgreichen Chirurgenfamilie, Schüler seines Vaters Eduard Rehn und von Hermann Krauss, aber auch des Pathologen Büchner und Internisten Heilmeyer. Ab 1962 war er Direktor der Chirurgischen Klinik ‚Bergmannsheil‘ in Bochum, Präsident 1971, Ordinarius für Chirurgie 1977 an der Ruhr-Universität Bochum. 1983 schliesslich erlaubte die Emeritierung die Rückkehr in die geliebte süddeutsche Heimat. Mit ihm verlieren wir einen der Väter der modernen Unfallchirurgie in Deutschland.

Nun darf ich Sie bitten, sich zu Ehren aller unserer Verstorbenen zu erheben und einige Momente in stillem Gedenken zu verweilen.

Ich danke Ihnen.

Es folgen nun einige Anmerkungen zum Motto des Kongresses **„Im Spiegel der Symmetrie“**. Die Unfallchirurgie unterscheidet sich von der Krankheiten herauschneidenden Chirurgie durch ihre gestalterische Komponente. Der zerstörte Körper verlangt nach Ordnung, allzu oft gestalterischer Phantasie. So habe ich in unserem Tun immer etwas künstlerisches, letztendlich Ästhetisches empfinden können, wenn erst einmal die emotionale Hürde des Mitgefühls mit dem Verletzten genommen ist und die Wiederherstellung beginnen kann. Deshalb fand ich die Definition des Mathematikers

Hermann Weyl (1955) so zutreffend: ich zitiere
,Symmetrie, ob man ihre Bedeutung weit oder eng fasst, ist eine Idee, vermöge derer der Mensch durch die Jahrtausende seiner Geschichte versucht hat, Ordnung, Schönheit und Vollkommenheit zu begreifen und zu schaffen.‘

Symmetrie, das Streben danach und das Erreichen dieses Ziels ist auch das Kriterium eines qualitativ perfekten Ergebnisses aus funktioneller Sicht, die höchste Qualitätsstufe. Dass diese Perfektion in Wirklichkeit unerreichbar ist und der menschliche Körper eben Grenzen in seinem inneren Aufbau aufweist, beweisen nicht nur die asymmetrischen Eingeweide und die ungleiche Funktion der Hirnhälften sondern auch der Bewegungsapparat, so dass wir nicht nur das Ziel, sondern auch den Weg in unsere Betrachtungen einfließen lassen müssen. Ich zitiere nochmals einen Naturwissenschaftler, Lew Tarassow (1982):

,Die Hauptsache ist, daß man beim Betrachten der Symmetrie nicht nur sie selbst, sondern auch Abweichungen von ihr wahrnimmt‘.

Im unfallchirurgischen Alltag kämpfen wir um die Symmetrie bei der schweren beidseitigen Verletzung der Gliedmaßen, wenn die ‚normale‘ Gegenseite als Bezugsgröße nicht zur Verfügung steht, wir nutzen symmetrische Reflexe in der Physiotherapie.

Zu den Ereignissen des zu Ende gehenden Jahres

Das Jahr 2002 geht in die Geschichte ein mit der Einführung des Euro, dem regenreichsten, miesesten Sommer seit Menschengedenken und der daraus folgenden Flutkatastrophe der Elbe. Ob der knappste Wahlausgang in der Geschichte der Bundesrepublik dadurch ermöglicht wurde, mögen Historiker beforschen. Der Kollaps der Gesundheitspolitik ist dagegen brandaktuelles Tagesgeschehen. Die gestrigen Demonstrationen am Brandenburger Tor mit 15 000 Teilnehmern sind ein Fanal, das die Politik immer noch als Panikmache abtut.

Hoffnungen auf diese Regierung zu setzen wäre töricht, beschäftigen wir uns also mit weiteren, dagegen kleineren Entwicklungen dieses Jahres:

Der neue Facharzt für Unfallchirurgie und Orthopädie

Man kann es schon als historisch bezeichnen, wenn der in diesem Jahr erreichte Abschluss der Zukunftskommission aus beiden Fächern, an der ich mich im Präsidentenjahr aktiv einbringen durfte, nach fünfjähriger Arbeit gefunden und abschließend formuliert wurde. Unschätzbar ist auch der Wert des in diesen Jahren durch menschliches und fachliches Zusammenkommen gewonnenen Vertrauens.

Historisch ist die damit verbundene familiäre Neuordnung der Chirurgischen Disziplinen, zu denen dann auch die Orthopädie nach hundertjähriger Abwesenheit wieder gehören wird. Ob das auch die Bundesärztekammer und letztlich auch die Delegierten des Ärztetages 2003 so sehen werden, ist derzeit noch ungewiss. Wir sind unverändert hoffnungsvoll, dass dieses Werk auch formaljuristisch zum Erfolg kommen wird.

Die Konsequenzen sind allerdings im Voraus nur zum Teil absehbar.

Eine Verminderung von Zahl und Qualität der Stellen in Leitender Position ist nicht das erhoffte Einsparpotential, dies liegt mehr auf Seiten der Operationssaal-Ausstattung und Implantatsortierung. Die Zusammenlegung zweier großer Fächer wird nicht den Superfacharzt schaffen der alles kann und alles darf, dann müsste man das niedere Niveau akzeptieren. Das Gegenteil ist der Fall: Es wird weitere Spezialisierungen mit sich ziehen und zur Verbesserung der Qualität und der internationalen Akzeptanz führen. Die bisherigen Facharztgrenzen werden durchlässiger werden ohne undicht zu sein. Die Zusammenarbeit mit den Berufsgenossenschaften hat sich dabei intensiviert und entscheidend verbessert, die Weiterbildung und DRGs sind gemeinsame Themen von existenzieller Bedeutung. Die Berufsgenossenschaften sind für die Unfallchirurgen ein wertvolles Gut, um das uns andere Kollegen beneiden: ein enger Partner, der die gleichen Ziele verfolgt und doch eine gesetzliche Versicherung ist. Dieser Kostenträger würdigt, wenn wir seinen ihm und uns anvertrauten Versicherten zum bestmöglichen Ergebnis führen. Warum hat hier das Feilschen, Stechen und Stoßen wie bei den gesetzlichen und privaten Krankenkassen keinen Eingang gefunden? Weil der Verletzte von der Prophylaxe, Akutbehandlung, Rehabilitation bis zur sozialen Reintegration in einer Hand bleibt und die Gesamtkosten bekannt sind, nicht nur ein einzelner Behandlungsabschnitt fokussiert wird. Wären unseren Politiker zu einer solchen integrierenden Gesamtschau fähig, würde vieles im Gesundheitswesen anders aussehen.

In der Folge wird es nötig sein, auch die studentische Ausbildung und ärztliche Weiterbildung neu zu gestalten. Dabei wird es nicht möglich sein, alle Inhalte der bisherigen Fächer einfach zu addieren.

Eine auf den ersten Blick paradoxe Feststellung von Roman Herzog auf dem Kongress der DGC am 10.05.02 zur PISA-Studie trifft den Kern. Er sagte:

„Es wird zu wenig Wissen vermittelt, weil zuviel Wissen angeboten wird“.

Die Lehrbücher müssen neu geschrieben und die Lehrveranstaltungen neu strukturiert werden, die Orthopädie wäre wieder Teil des Haupt- somit auch Prüfungsfaches Chirurgie.

In der **Gesundheitspolitik** des Jahres 2002, dem letzten Jahr ohne DRGs, fehlen Alternativen und innovative Ideen, die Unterschiede der politischen Parteien sind marginal. Die verfasste Ärzteschaft bleibt verhalten trotzig und übt noch artigen, allerdings wirkungslosen Einspruch.

Das Sommerloch der Journalisten wird gefüllt mit über DPA freudig gestreuter Kritik an den Ärzten in nie bekannter Schärfe. Der Vorstand des IKK-Bundesverbands, Gernot Kiefer, hat in einer Pressekonferenz am 6. August behauptet, dass jede fünfte Arztabrechnung betrügerisch falsch sei und ein Schaden von 1 Milliarde Euro entstehe. Zitat: „Wir haben zwei Täter und eine Verschwiegenheit, die an Filme über italienische Großfamilien erinnert“. Das Bundeskriminalamt stößt in dasselbe Horn und spricht von einem großen Dunkelfeld und einer besonders sozialschädlichen Form der Wirtschaftskriminalität. Weit gefehlt, wenn Ärzte betrügen würden, dann nur sich gegenseitig selbst, denn das Budget ist vorgegeben, nur die Verteilung variabel.

Nun sind natürlich 30 Jahre alte, nie renovierte Gebührenordnungen nicht mehr das Vehikel, mit dem sich im heutigen Verordnungsgestrüpp noch problemlos und kollisionsfrei fahren lässt.

Bei all der öffentlichen Kritik und dem unbegründeten, aber bewusst geschürtem Neid werden immer die Tatsachen verheimlicht: Die Rechnungen, die der Patient sieht, weisen zugegebenermaßen oft hohe Beträge aus. Der liquidationsberechtigte Arzt hat einen wirtschaftlichen Gewinn nach Steuer von 10% des Rechnungsbetrags, so hat der Berufsverband vor einigen Jahren ermittelt. Dabei wird verschwiegen, dass viele Ziffern im Laufe der Jahre gänzlich abgeschafft (z.B. Assistenzgebühr) oder kriminalisiert wurden (wie die Kopf-Hals-Resektion bei dem Hüftgelenkersatz). Die ärztliche Gebührenordnung, die nie zu 100% abgerechnet werden durfte, hat nie an der allgemeinen Einkommensentwicklung teilgenommen. Setzt man einen durchschnittlichen Tarifabschluß von 3% per anno zugrunde und rechnet den Zinseszins dazu, so würde die 1000 Mark-Leistung des Klempners aus dem Jahre 1982 heute 1750 DM kosten, also plus 75%, der Arzt bekommt aber mit viel Glück höchstens den 1982er Betrag. Welcher anderen Berufsgruppe sonst sind solche wirtschaftlichen Nachteile zugemutet worden.

Daß die Privatliquidation längst nicht mehr Privateinkommen des Arztes ist, ergibt sich schon aus der Mitesserschaft des Staates von 90%. Der Arzt ist zum Geldeintreiber des Staates geworden, und bekommt selbst nur noch den Zehnten. Zu Zeiten der feudalen Adelherrschaft war es noch genau umgekehrt. Wie soll ein Chef dann noch seine Mitarbeiter angemessen beteiligen und einen Pool füttern. Wenn dann von Ulla Schmidt und Co. gesagt wird, dass die Vorschaltgesetze doch nur eine monatliche Einbuße von 158 Euro verursachen würden zeigt das nur, dass man die Grenze unserer Belastbarkeit nicht erkennen will.

Fazit: die Medizin ist im Vergleich zu anderen Berufsgruppen nicht an der Einkommensentwicklung beteiligt.

Sind dann wenigstens die Arbeitsbedingungen so, dass der Spaß am Beruf die finanziellen Nachteile wettmacht?

Mitnichten.

Die jungen Leute, die sich heute für ein Medizinstudium entscheiden, haben sich bereits von der Masse durch ein hervorragendes Abitur abgesetzt. Im ersten Studienabschnitt werden die Arztwilligen von Physikern, Chemikern und Anatomen auf die Hälfte reduziert. In den folgenden Studienabschnitten kommt es zu nochmaliger Verringerung. Von dieser so eingekochten Gruppe verzichtet ein Drittel auf die Approbation und geht in andere, nicht von unserem Gesundheitssystem, das sie ,wie Karsten Vilmar sagte, am Nasenring der Ethik durch die Arena treibt, geknebelte Arbeitsbereiche, um sich schließlich vom menschlichsten aller Berufe abzuwenden. Warum?

Dieser Beruf ist im Begriff, sein Gesicht und seine Seele zu verlieren. Zunehmende Dokumentation und Verwaltungsaufgaben erfordern zwar medizinischen Sachverstand, können aber nicht als ärztliche Tätigkeit erkannt werden. Dafür ist der Arzt einerseits überqualifiziert, andererseits hat er wenig Verständnis für die Bürokratie. Man wird das Gefühl nicht los: nach der Ausbildung zum Jumbo-Piloten fliegt man Segelflugzeug. Die Bedingungen des Arbeitszeitgesetzes und des Europäische Gerichtshof-Urteils unterbrechen die Kontinuität der klinischen Arbeit und bürokratisieren den Umgang mit dem Patienten. Bei meinen Klinikbesuchen konnte ich feststellen, dass zwischen den Forderungen der Funktionäre beispielsweise des Marburger Bundes und der Basis eine deutliche Schere klafft.

Würde man die Konsequenz aus dem EuGH Urteil ziehen, entstünde nach Berechnungen der DKG ein Mehrbedarf von 27 000 zusätzlichen Ärzten, in Personalkosten 1,75 Mrd. Euro.

Wen diese Summe schreckt, der sollte zur Kenntnis nehmen, dass allein die Verwaltung der Gesetzlichen Krankenkassen laut Welt vor 3 Wochen 7,6 Milliarden Euro kostet und die von Lauterbach und Ulla Schmid bedrohte Kassenärztliche Bundesvereinigung 35 Mio. Euro in eine Imagekampagne investieren will (Schütze-Brief 8.02)

Wir müssen nicht so naiv sein zu glauben, dass kein Geld im Gesundheitssystem ist, wenn Millionen für AOK-Werbung und Image Kampagnen der KBV als Peanuts bezeichnet werden, wenn alle gut ausgestatteten BG-Kliniken zusammen gerade 1,2% des Finanzvolumens der gesetzlichen Unfallversicherung verbrauchen, und deren Möglichkeiten sind nur 10% der Gesetzlichen Krankenkassen.

Fazit: Ein neues Berufsbild ist nötig, eine Art medizinisch gebildeter Verwaltungsangestellter, damit der Arzt sich wieder klinischer Tätigkeit und dem Patienten zuwenden kann. Für einen solchen medizinisch-betriebswirtschaftlichen Assistenten wären Karrierestufen bis zum Verwaltungsdirektor offen. Auch in den Grenzbereichen zur High-Tech-Medizin sind Operationstechniker, -Ingenieure und Computerspezialisten erforderlich, wenn wir diese Möglichkeiten unseren Patienten wirtschaftlich anbieten wollen.

Dass es in diesem Jahr erstmals keine Ärzteinflation mehr, sondern echten Ärztemangel gibt, haben die verantwortlichen Stellen erst einmal nicht glauben wollen. Es zeigt jedoch, dass das System noch nicht gelähmt, sondern reaktionsfähig ist im Sinne des freien Marktes und das ist ein Hoffnungsschimmer für mich. Die FAZ hat dies kennzeichnend so formuliert: ich zitiere

„Wer den Geist der reinen Ökonomisierung, Budgetierung und betriebswirtschaftlichen Steuerung eines sozialen Berufes aus der Flasche lässt, konsequent sowohl Einkommen als auch Ansehen eines Berufsstandes erodiert, braucht sich nicht zu wundern, wenn ihm mit gleicher Münze zurückgezahlt wird.“

Millionenfache unbezahlte Überstunden, eine im heutigen Zeitalter der Kommunikation und Informationsvernetzung unzeitgemäße Hierarchisierung (auch finanzieller Art), Vernachlässigung elementarer arbeitsmedizinischer und rechtlicher Aspekte, gesteigerte Erwartungshaltung hinsichtlich einer Null-Fehler-Medizin und eine unklare und unzuverlässige Ausrichtung des deutschen Gesundheitssystems in der Zukunft sind für jeden Jungmediziner, der seine Lektionen in der Ökonomie und Management gelernt hat, keine guten Argumente für diesen Beruf.... Vielleicht sollen die Verantwortlichen sich weniger mit den Protagonisten des verfahrenen Gesundheitssystems und mehr mit den Kritikern aus der jüngeren Generation beschäftigen, um den Schlüssel zu finden.“ (Fachärzte kehren Deutschland den Rücken. FAZ vom 10.04.02, B. Stein)

Das Gesundheitswesen ist einer der bedeutendsten Arbeitgeber in Deutschland, Vier Millionen Menschen sind in Gesundheitsberufen beschäftigt, fast eine Million in den Arztpraxen. Der Arztberuf soll auch weiterhin "Motor der Jobmaschine Gesundheitswesen" sein, sagt der Vorsitzende der KBV, Manfred Richter-Reichhelm.

Der Gesundheitsökonom Lauterbach dagegen, Ohrflüsterer der Gesundheitsministerin, will diesen Motor nicht nur bremsen, sondern mit Vollgas rückwärts fahren: Vor gerade 4 Wochen ließ er verlauten, dass im zivilisierten Ausland vier Betten pro tausend Einwohner ausreichen, in der Bundesrepublik aber sieben bereitstünden. 231651 Betten oder 41 % sollen abgebaut und 1410 Kliniken geschlossen werden wegen einer mutmaßlichen Überkapazität von 175 %.

So gesehen hätten wir dann wieder zuviel Ärzte, aber leider auch schlechter oder unversorgte Patienten. Ein erster Trend ist erkennbar: Die Zahlen der Berufsgenossenschaften zeigen im ersten Halbjahr 2002 erstmals eine Zunahme der tödlichen Unfälle um 4,5 %, trotz eines Rückgangs der Unfallmeldungen um 7,4 %.

Eine Vergleichsstudie des 3-Schichtdienstes auf chirurgischen Intensivstationen mit dem herkömmlichen 2-Schichtmodell bei 347 Patienten zeigte signifikant schlechtere Ergebnisse beim gesetzlich verordneten Arbeitszeitmodell.

Diese Horrorszenarien werden durch Einführung der DRGs noch verschärft: Schwerstverletzte, Querschnittsgelähmte, Brandverletzte und alte Menschen werden zu den heißesten Kartoffeln des Krankenhausbetriebes, weil sie von vornherein defizitär sind. In Anlehnung an das von Karsten Vilmar formulierte und als Unwort des Jahres gekürte „sozialverträgliche Frühableben“ können wir mit Hartmut Siebert feststellen: „Der polytraumatisierte Patient, der frühzeitig verstirbt ist der sozial Verträglichste“.

Was also ist zu tun, wenn wir uns nicht auf das Kohl'sche Jammern auf hohem Niveau beschränken wollen?

Eine leistungsgerechte Bezahlung der Berufsanfänger muß gefordert werden, das heißt ganz am Anfang: Das Praktische Jahr muß sofort, und nicht erst am

St. Nimmerleinstag nach Durchlaufen der neuen Approbationsordnung abgeschafft werden.

Die Tarifunterschiede Ost – West haben nach 13 Jahren Ungleichbehandlung kein nachvollziehbares Argument mehr, außer dass die Thüringer Bratwurst in abgelegenen Landstrichen Thüringens noch zum halben Preis angeboten wird. Das Auto, das man benötigt, um dorthin zu fahren, ist im Osten aber auch nicht billiger.

Es kann nicht so bequem weitergehen auf dem Weg der Anpassung und Kompromisse wie bisher. Der Spielraum, den die politischen Parteien bieten ist nicht verhandelnswert. Erinnern wir uns an die Idole unserer Jugend, die bei allen negativen Nebenerscheinungen Konstruktives hervorgebracht haben.

Wir müssen weg von der ach so schönen solidarischen Vorstellung, dass wir die Krankenhäuser in den Ruin treiben, wenn wir das geltende Tarifrecht auch wirklich anwenden. Eine Politisierung unserer Patienten kann ich ethisch nicht befürworten, es würde einen Missbrauch des Vertrauensverhältnisses mit sich bringen. Ich sage es ganz bewusst im Jargon eines Herbert Marcuse, Kritik der reinen Toleranz: Wir brauchen mehr Mut zu Politischem Ungehorsam.

Unter Politischem Ungehorsam verstehe ich die gereifte, legale Form des zivilen Ungehorsams, also die Beachtung geltenden Rechts, auch wenn es politisch unbequem ist und auf den ersten Blick sogar sozial unverträglich. Wer geltendes Tarifrecht und die Arbeitszeitgesetze missachtet, macht sich strafbar, wer es korrekt anwendet, wird bereits mit dem Begriff „Dienst nach Vorschrift“ als milde Form des Verwaltungstreiks belegt. So klein ist der Spielraum eines ehemals freien Berufes geworden. Warum sträubt sich noch ein großer Teil der Klinikchefs, in der Meinung, dem Träger oder Gemeinwohl einen Gefallen zu tun? Wenn wir alle geschlossen die gesetzlichen Vorschriften erfüllen würden, würde die Politik Gelegenheit haben, den verordneten Unsinn zu erkennen und zu korrigieren.

Meine Hoffnung setze ich auf die Jugend. Sie ist intelligent und mutig genug, sich diesem Gesundheitssystem zu verweigern und im Ausland oder anderen Berufen ihre Erfüllung zu finden. Was sie uns demonstriert scheint mir der einzig wirkungsvolle Weg in eine akzeptable berufliche Zukunft zu sein. Lernen doch endlich auch einmal wir etwas von der Jugend!

Außerdem: Es kann uns nichts Besseres passieren, als dass wir Mangelware werden. Man wird unsere Warnungen wieder ernst nehmen und uns nicht in die Ecke der Lobbyisten stellen, die nicht über den Rand ihres wohl gefüllten Tellers sehen können. Erst vor wenigen Tagen hat unser Kanzler mitgeteilt, dass Ärzte und die Pharmaindustrie den Gürtel enger schnallen müssten und er seinen Sparkurs unbeirrt von Verbänden und Lobbyisten fortsetzen werde. Wenn der Gürtel aber kein Loch mehr hat, die Praxen und Krankenhäuser

pleite gehen, unser Sachverstand als Lobbyismus abgetan und nicht mehr gefragt wird, werden wir dieser Politik nicht nur die Gefolgschaft verweigern, sondern den Kampf „mit allen geeigneten Mitteln “ als ärztliche Aufgabe ansagen müssen.

Für die Gelegenheit, dies alles sagen zu dürfen danke ich Ihnen von ganzem Herzen.“

Quelle: DGU-Archiv