



DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
UNFALLCHIRURGIE

2003: Prof. Dr. med. Hartmut Siebert (Schwäbisch Hall)

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, 67. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie am 11. bis 14.11.2003 in Berlin

"Verehrte Gäste,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

'nicht weil die Dinge schwierig sind, wagen wir sie nicht, sondern weil wir sie nicht wagen, sind sie schwierig', diese Sentenz eines Anonymus, festgehalten auf einer der vielen Werbeflächen in ICE-Zügen, fesselt jedes Mal meinen Blick, wenn ich, wie in den vergangenen Monaten häufig, nach Ansicht meines Dienstherrn und meiner Frau zu häufig, in Sachen DGU unterwegs war.

Es ist bleibendes Verdienst der Männer - Frauen waren früher nicht benannt! - die die schwierigen und unlösbar erscheinenden Aufgaben mit Wagemut angingen. Ohne Sie hätte die rasante und furiose Entwicklung dessen, was wir heute als Unfallchirurgie wahrnehmen, nicht stattgefunden.

Vor wenigen Wochen mussten wir Abschied nehmen von Herrn Prof. Dr. Schmit-Neuerburg, Ehrenmitglied unserer Gesellschaft. 1989 war es ihm vergönnt, kurz nach dem Fall der Mauer, viele Kolleginnen und Kollegen aus der DDR hier an dieser Stelle als Präsident unserer Gesellschaft willkommen zu heißen. Von der Geschichte zufällig auserwählt, hat er diese Situation besonders engagiert und erfolgreich gemeistert. Er zählt zu den Wegbereitern moderner Unfallchirurgie. Gegen die Trägheit der Administration erfolgreich ankämpfend, hat er die Vision eines deutschlandweiten Traumaregisters in Grundzügen umgesetzt.

Seit unserer letzten Jahrestagung haben wir noch weitere Freunde, Kolleginnen und Kollegen auf ihrem letzten Weg begleitet und von ihnen Abschied nehmen müssen.

Bei Wanderungen in entlegenen Gegenden im Schwarzwald trifft man gelegentlich auf eine meist ältere, weibliche, einheimische Person, die einem, einen guten Tag wünschend, anspricht: 'Wo kommter her, wo gangerter hin?' Für Nordlichter: Wo kommen Sie her, wo gehen Sie hin? Diese gleichermaßen Neugierde und Besorgnis, aber auch Anteilnahme beinhaltende Frage wird uns im Folgenden nun begleiten.

Die stationäre Verweildauer ist innerhalb der letzten 10 Jahre um 50, die Bettenzahl um 40 % gesunken, doch die Zahl der jährlich stationär Behandelten ist in diesem Zeitraum um beinahe das Doppelte gestiegen. Verdreifacht hat sich die Anzahl der über 70-jährigen stationär behandelten, multimorbiden Unfallverletzten. Innerhalb der nächsten 5 Jahre wird die mittlere Verweildauer auf 3 bis 4 Tage sinken. Es kommt zu einer drastischen Reduzierung von Bettenzahl und Einrichtungen, in denen wir nur noch schwerst Kranke, schwerst Verletzte und all diejenigen wiederfinden werden, die Dank ihrer finanziellen individuellen Ressourcen sich dies gönnen können. Sind wir, unsere Patienten und Gesellschaft dafür gerüstet?

Von uns auf der Grundlage Patienten orientierter Forschungstätigkeit entwickelte Techniken und Verfahren ermöglichen, den somatischen Genesungsprozess selbst nach dramatischen Verletzungen so stark abzukürzen, dass bei regelhaftem Verlauf die durchschnittliche Verweildauer tatsächlich so drastisch reduziert werden kann. Der ältere, physisch und psychisch schlecht Konditionierte, das so genannte internistische Polytrauma mit Schenkelhalsfraktur oder der nicht in das Fallpauschalen-Raster passende Verletzte, wohin mit diesen?

Das Fallpauschalensystem wirft längst seine Schatten über so manchen Krankenhausträger, die in manischer Betriebsamkeit umstrukturieren, Leistungsangebote minimieren und auf vom System generierte, scheinbare Erlösrosinen schielen nach der Verheißung: Geld folgt der Leistung. Bislang folgte Geld lediglich den vielen Beratungs- und Servicefirmen, die unsere Kliniken wie Heuschreckenschwärme überziehen. Ihre Botschaft: schneller entlassen, Vorhaltekosten senken, die Kundschaft pflegen. Letzteres wird gerne aufgegriffen: Man profiliert sich bis zur Selbstaufgabe mit rühmenden, Erfolg verheißenden Homestories in dem sich rasant vervielfachenden Fachpressewald. Einzelne Tenöre, ja ganze Chöre ziehen, das Hohelied des 'Superexpertentums' singend, durchs Land. Nicht allzu viele unserer Kollegen stemmen sich diesen Sirenenklängen entgegen. Sind wir doch auch geschmeichelt von der großen Anzahl an Einladungen und Nennungen in bestimmten Presseorganen, mich selbstverständlich eingeschlossen.

Das neue Fallpauschalensystem hat positive Effekte, unterstützt unsere Bemühungen, Ressourcen schonende, qualitätssichernde Struktur- und Prozessabläufe zu verbessern. Es kann verlässliche Daten zur Versorgungswirklichkeit liefern. Dennoch darf nicht übersehen werden: Der Erlös ist an die nicht von uns beeinflussbaren Diagnosen gekoppelt.

Für uns, die wir meinen, dass wir das System in nächster Zukunft nicht durch ein anderes ersetzen können, bedeutet dies aber: Konstruktive fachliche Mitarbeit im Verbund mit anderen Fachgesellschaften und Organisationen, um dafür Sorge zu tragen, dass das System unseren deutschen Behandlungsverfahren angepasst wird! Anders herum würde dies unseren Zielen: Tod zu vermeiden, Leid zu mindern und die physische und psychische Wiederherstellung mit allen validen, auch die ökonomische Seite beachtenden Maßnahmen

zu ermöglichen, widersprechen. Dass dies ein steiniger und häufig mit Frustrationserlebnissen übersäter Weg ist, nehme selbst ich als 'blauäugiger Sozialromantiker' wahr.

Das System, das durch das Änderungsgesetz zwar in manchen Punkten, aber doch noch äußerst ungenügend der deutschen Versorgungsrealität angepasst wurde, unterstützt den Selektionsdruck und fördert damit einen Konzentrationsprozess der Leistungserbringer. Für jede Einrichtung wird ein Patientenspektrum, welches innerhalb einer Fallgruppe einen überdurchschnittlichen Schweregrad oder eine überdurchschnittliche Komplikationsrate darstellt, zum existentiellen Erlös-Risiko! Dies betrifft in weitem Maße die Notfall-Behandlung, so dass künftig Rund-um-die-Uhr und 365 Tage im Jahr zur Verfügung stehende Einrichtungen nicht mehr diesem Konzentrierungsprozess widerstehen werden. Dies wiederum wird verschiedene Folgen haben: eine höhere Anzahl von Sekundärtransporten, eine höhere Anzahl an Reinterventionen in den dann noch existierenden Traumazentren. Es droht ein erhebliches Versorgungsdefizit im Notfall- und Akut-Behandlungsbereich!! Experten stellen fest, dass auch mit der neuen Version des Fallpauschalen-Katalogs dramatische Erlösdefizite, vor allem in der Hochleistungsmedizin, von 15 bis 20 % zu erwarten sind. Das Fallpauschalensystem bedarf deshalb weiterer erheblicher Veränderungen.

Schon jetzt hat die 'sanfte Rationierung' medizinischer Leistungen begonnen. Sie wird so nur nicht benannt. Man spricht euphemistisch von 'regionaler Konzentrierung', meint Fusionierung, wie wir sie hier an den Berliner Hochschulen, im Lande Schleswig-Holstein, aber auch im kommunalen Bereich erleben.

Doch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz bietet auch Chancen, zum Beispiel 'die integrierte Versorgung' und 'die strukturierten Behandlungsprogramme'; letzteren, den Disease-Management-Programmen, werden ja beinahe 'mystisch' anmutende Zauberkräfte nachgesagt! Warum nutzen wir nicht die Chance dieser Möglichkeiten und installieren ein 'Trauma-Management-Programm'? Der volkswirtschaftliche Nutzen eines derartigen Programmes wird sicherlich in die Hunderte von Millionen Euro gehen, wenn dadurch tausende Lebensarbeitsjahre erhalten werden können. In diesem Programm erfährt jeder Unfallverletzter eine strukturierte Behandlung bis zur Wiedereingliederung aus einer Hand von dafür kompetent fort- und weitergebildeten Ärztinnen und Ärzten im stationären und niedergelassenen Bereich. Es gilt Renten-, gesetzliche und private Krankenversicherer und die gewerblichen Unfallversicherungsträger ins Boot zu holen, um eine strategische Allianz für ein kompetentes Trauma-Management-Programm zu schmieden. Wir besitzen bereits im niedergelassenen wie im stationären Bereich qualifizierte Strukturen und haben gute Erfahrungen in dem Bereich des Wege- und Arbeitsunfalls gesammelt. Hier liegt eine Chance, dem drohenden Versorgungskollaps zu entgehen. Valide, gesichert, kompetent, qualifiziert, effizient - Adjektive, die zunehmend sinnentleert zu Worthülsen degenerieren. Die kritische Analyse ist unserer unfallchirurgischen Tätigkeit immanent. Schon immer haben wir versucht, die jeweiligen Behandlungsmethoden zu verifizieren oder zu falsifizieren. Die Indikatoren für das Ergebnis unserer Tätigkeit waren bisher überwiegend im Bereich der Wiederherstellung der Funktion und der Anatomie angesiedelt. Wir stellen zunehmend fest, dass diese Indikatoren heute eine weitere Differenzierung durch Einschluss von Parametern der Lebensqualität, des Wohlbefindens im physischen wie psychischen Bereich erfahren. Diese Differenzierung klinischer Versorgungsforschung wird durch die Methodik der

evidenzbasierten Medizin unterstützt und erweitert. Die Grenzen und Möglichkeiten dieser Methodik müssen wir kennen, damit wir sie unserem heutigen Stand des Wissens entsprechend korrekt einsetzen. Evidenzbasierte Medizin muss als Methodik validen Wissens Bestandteil praktischer studentischer Ausbildung sein und sollte auch ihren Platz in unserer eigenen kontinuierlichen Weiter- und Fortbildung haben. Doch dürfen wir dabei nicht übersehen, dass evidenzbasierte Medizin, diese Methodik, nur unser individuelles Wissen, erworben durch unsere individuellen Erfahrungen und Anschauungen, ergänzen kann und nicht ersetzt!

Die Zahl handwerklich guter und gründlicher Anwendungsstudien ist, verglichen mit anderen medizinischen Bereichen, in unserem Bereich, noch nicht allzu klein. Erst kürzlich wurden auf dem Symposium zum 10-jährigen Bestehen unseres Trauma-Registers äußerst differenzierte und detaillierte Ergebnisse zur komplexen Behandlung von Schwerstverletzten anhand der kritischen Analyse dieses Registers, das derzeit über 14 000 Patientendatensätze verfügt, vorgestellt. Wir haben hier ein Instrument geschaffen, das wertvoller denn je, nicht nur zur Beurteilung präventiver, diagnostischer und therapeutischer innovativer Maßnahmen, sondern auch für die teilnehmenden Kliniken ein aktives Qualitätssicherungsprogramm darstellt. Hier wurde und wird mit äußerst knappen finanziellen Ressourcen exzellente klinische Versorgungsforschung von einigen äußerst engagierten Kolleginnen und Kollegen betrieben.

In Zukunft müssen wir mit weiteren erheblichen Einschränkungen klinischer Forschungsmöglichkeiten durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz rechnen. Dem sollten wir zuvorkommen und mit diesen Pfunden, wie sie das Trauma-Register derzeit darstellt, wuchern: Schrittweise Ausdehnung in ein obligatorisches Trauma-Register, obligatorisch wie die derzeit bestehenden Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Fallpauschalen. Die Zusage der gesetzlichen Unfallversicherungsträger, dieses Register zu unterstützen, können wir durchaus als Ausdruck der Anerkennung bisher geleisteter Arbeit, aber auch als Zeichen, den Weg in diese Richtung zu gehen, verstehen.

Martin Hansis hat in seiner Schrift 'Der ärztliche Behandlungsfehler - Verbessern statt streiten' ermittelt, daß 'die Hälfte der Fehlervorwürfe die primäre Verletzungsdiagnostik und nur in rund einem Drittel der Fälle die eigentliche Therapie und Aufklärungsmängel betrifft', Zitat Ende. Bedarf es also externer und so genannter interner Leitlinien? Bedarf es Richtlinien zur Erkennung und Minderung von Handlungs- und Behandlungsfehlern?

Ähnlich der evidenzbasierten Medizin ist man bei den Reizworten 'Leitlinie, qualitätssichernde Maßnahmen' längst wieder auf dem Boden des Machbaren, Vernünftigen und weniger praxisfernen Argumentierens zurückgekehrt. Ich selbst bin aus eigener Erfahrung zum glühenden Befürworter dieser Instrumentarien als Ratgeber, zur Verbesserung klinischer Prozessabläufe, zur aktiven Vermeidung von Behandlungs- und Handlungsfehlern geworden. Dabei stellen Leitlinien sicherlich kein Kochbuch dar und sind kein billiger Ersatz für das Nachdenken, die Erfahrung, kurz: ärztliche Urteilskraft.

So ist es nur konsequent, wenn unsere Leitlinien-Kommission sich erneut mit der Überarbeitung dieser, vor einigen Jahren entwickelten Leitlinien beschäftigt.

Verehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

Traumaregister, Leitlinien-Kommission: Nur zwei von vielen Arbeitsgemeinschaften unserer Gesellschaft, in denen sich viele engagierte junge Kolleginnen und Kollegen erfolgreich einbringen, um uns und unsere Tätigkeit zu unterstützen und damit die Behandlung unserer Patienten zu verbessern. Ihnen allen, die Sie in den Arbeitsgemeinschaften, Sektionen, Kommissionen und dem in diesem Jahr so erfolgreich gestarteten Kurssystem zur standardisierten Notfallbehandlung von Verletzten sich engagierenden Kolleginnen und Kollegen, gebührt an dieser Stelle unsere Anerkennung und großer Dank. Denn sie sind ja nicht Pensionäre oder von ihrer Klinik für diese Aufgaben freigestellt, sie leisten dies für uns in ihrer Freizeit. Ist das die Jugend, die häufig als arm an Werten, Life-Style frönend und unmotivierbar beschrieben wird?

„Wo kommst du her, wo gehst du hin?“

Arbeitsverdichtung, dieser so kalte, technifizierende Begriff, wird immer häufiger verwendet. Was verbirgt sich dahinter? In kürzeren Zeiteinheiten mehr patientenferne Tätigkeiten, mehr an unbezahlten Überstunden, mehr an qualitätssichernder und die Erlössituation verbessernder Dokumentationsarbeit, nicht nur an Universitätskliniken. Dieses 'mehr an' ist ein Flächenbrand, der längst alle Versorgungseinrichtungen erreicht und zur Frustration, zur Entvölkerung mancher Einrichtungen geführt hat. Durch das EuGH-Urteil und das Arbeitszeitgesetz sind nun formal Regelungen zur Arbeitszeitentlastung geschaffen worden, was sicherlich von der Mehrzahl begrüßt wird. Die Umsetzung und die undifferenzierte Anwendung dieser Regelungen führt im Bereich der Krankenversorgung zu einer katastrophalen Situation der von uns allen angestrebten kompetenten Patientenversorgung. Die Tarifpartner sind aufgerufen, auf unsere speziellen Bedürfnisse zugeschnittene flexible Arbeitszeitmodelle möglich zu machen.

Gründe für die so verständliche Unzufriedenheit unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben wir längst ermittelt:

- physische Überforderung,
- völlig inadäquate Vergütung,
- verkrustete Strukturen und fehlende Anerkennung,
- fehlende Flexibilität der Arbeitsorganisation.

Wie lange lassen wir uns, vornehmlich aber unsere Mitarbeiter, als 'idealistische hektoliterweise Milch gebende, nur billiges Stroh fressende - um im Bild zu bleiben - Milchkühe' so behandeln?

Unsere alle 2 bis 3 Tage Rufbereitschaft ausübenden Leistungsträger, in aller Regel Oberärztinnen und Oberärzte, nehmen trotz 8- bis 10-stündiger Belastung im Rufbereitschaftsdienst am nächsten Tag die Last der Verantwortung im OP, auf Station, in der Notfall- und Rettungsstation und der Klinik-Organisation Herkules ähnlich wahr. Scheinbar haben sie diese Fähigkeiten mit Aufrücken in die höhere Verantwortung blitzschnell erworben.

'Herr, schmeiß mir Hirn ra', pflegte der ehemalige Oberbürgermeister von Stuttgart, Manfred Rommel, in derartigen Situationen zu sagen.

Undifferenzierte Schuldzuweisungen der einen oder der anderen Seite führen nicht weiter. Weder führt der Chirurg eine aufwändige Behandlung durch, nur weil es zum Beispiel für den Patienten 'schick' ist, mit einer winkelstabilen Platte am Unterarm 'herumzugehen', noch führen Verwaltungsangestellte Regelungen ein, nur weil sie uns 'quälen' wollen.

Was wir brauchen, sind Ökonomen mit intelligenten Instrumenten, die mit uns gemeinsam realistische Ziele definieren und umsetzen.

Wie lange warten wir noch darauf, dass irgendjemand uns an der Hand nimmt und in eine heile Arbeitswelt führt? Cinderella etwa?

Genug der Analysen, der Eingaben und Aufrufe. Wir müssen jetzt tragfähige Entlastungsstrategien umsetzen: weg vom Schreibtisch, hin zum Patienten:

- Motivationsförderung durch Optimierung der Arbeitsprozesse,
- Delegation von Verantwortung,
- leistungsgerechte Bezahlung, keine Almosen,
- sorgfältige Wahrnehmung unserer Weiterbildungspflichten.

Der 22. Mai diesen Jahres kann durchaus als ein historisches Datum angesehen werden. Beim Ärztetag in Köln wurde die neue Weiterbildungsordnung beschlossen, die ohne staatliche Einflussnahme von uns erarbeitet wurde. Grund zur verhaltenen Freude. In schlussendlich erstaunlicher Geschlossenheit aller chirurgischen und orthopädischen Fachgesellschaften und Berufsverbänden wurde nicht nur die Weiterbildung formal der derzeitigen klinisch fachlichen Situation angepasst, auch die Schimäre eines alles umfassenden Gebietsarztes Chirurgie fiel dieser Anpassung zum Opfer. Dabei bleibt eine sinnvolle Klammer, der so genannte Common Trunk, erhalten, verbindet alle chirurgischen Fächer. Er vermittelt eine flexible, den Bedürfnissen der Praxis entsprechende Weiterbildung in den Prinzipien chirurgischen Denkens und Handelns. Gleichzeitig räumt diese erste Phase dem anfangs noch Unentschlossenen eine Frist zur Festlegung auf eine spezielle Fachrichtung ohne weiteren Zeitverlust ein. Die neue 8-Säulen-Struktur des Gebietes Chirurgie hat bereits den Prozess einer Neuorientierung und Umstrukturierung unserer Deutschen Gesellschaft für Chirurgie dynamisiert. Ich kann eine derartige Entwicklung nur sehr begrüßen. Mir ist nicht bange vor einem Identitätsverlust, wenn wir, wie in den letzten Dekaden mit großem Erfolg geschehen, uns aktiv und zielorientiert einbringen!

Der neu gebildete Facharzt für Unfallchirurgie und Orthopädie wird auch unsere Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie und dem Berufsverband der Fachärzte Orthopädie qualitativ und quantitativ verändern. Es wäre jedoch ein Irrtum zu glauben, dass trotz früher schon bestehender enger persönlicher und teilweise institutionalisierter Kontakte, die doch eher kritische, auf Vorurteilen und negativen Erfahrungen beruhende Distanz durch einen formalen Beschluss zu einer euphorischen Verbrüderung führen könnte. Das Zusammenfinden, die 'kritische Zuneigung' kann nur als ein prozessuales Geschehen verstanden werden, wobei die gemeinsame Sacharbeit an vielen bi- und multilateralen Projekten innerhalb unserer Fächergemeinschaft diesen Prozess unterstützen wird und: Dieser Prozess muss zuerst im Kopf eines jeden von uns einsetzen. Ich weiß, dass ca. 40 % aller Fusionen in der Wirtschaft erst nach Abschluss der Verhandlungen an der Umsetzung in die Praxis gescheitert sind. Wir sind deshalb alle gefordert, Konflikte nicht auszuklammern, sondern konsensuell zu lösen,

insbesondere: die Übergangsregelung, die Vernetzung von Weiterbildungsstätten und die Sicherung von spezifischen Führungspositionen an den Universitäten und großen Versorgungseinrichtungen, um nur einige anstehende Problembereiche aufzuführen. Wir sollten dabei genügend Raum für die Zukunft lassen, damit nachfolgende Generationen diese nach Ihren Vorstellungen gestalten können!

Ob wir alle Gewinner sind, wage ich zu bezweifeln. Dass unsere Patienten davon profitieren, bin ich aber überzeugt, vorausgesetzt, meine eingangs gemachten Anmerkungen zu den derzeit und in Zukunft zu erwartenden Rahmenbedingungen lassen sich noch positiv umgestalten.

Meine Damen und Herren, ich bin überzeugt, dass wir trotz aller gravierender Mängelzustände auch in Zukunft, Dank unserer individuellen und kollektiven Visionen, die schönste aller medizinischen Tätigkeiten, nämlich die wiederherstellende Chirurgie, die Unfallchirurgie erfolgreich ausüben werden. Diese Gewissheit beruht vor allem auf dem täglichen Umgang mit jungen Kolleginnen und Kollegen, die trotz der hier nur bruchstückhaft beschriebenen inhumanen Rahmenbedingungen engagiert, kompetent, ausgestattet mit dem notwendigen Quantum an Querdenkerei von unseren gemeinsamen Zielen - Tod vermeiden, Leiden zu lindern und die Wiederherstellung physischer und psychischer Zufriedenheit zu fördern - überzeugt sind, die ihren Weg dorthin selbst definieren und gehen werden. Und wir werden Sie dabei unterstützen.

'Wo kommter her, wo gangerter hin?' Wo kommen wir her, wo wollen wir hin? Wenn man sich auf Wanderungen in unwegsamen Gegenden befindet, empfiehlt es sich, einige wenige Dinge zum Überleben dabei zu haben: Brot und Wasser für die physischen Vitalbedürfnisse, dazu irgendeine Form 'geistiger' Nahrung, um im Bild dieser Wanderung im Südschwarzwald zu bleiben, am besten ein Schladerer Kirschwasser.

Für unseren beruflichen Weg benötigen wir: Solidarität und den festen Willen, Arzt, das heißt Anwalt der Kranken zu sein (Virchow 1893), als eine Art Basisausstattung, Wissen und Visionen, um dieses Ziel zu erreichen.

Ich wünsche uns allen, dass wir diese primären Fähigkeiten nie verlieren werden.

Ich danke Ihnen für Ihre äußerst geduldige Begleitung meiner Ausführungen."