



DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
UNFALLCHIRURGIE

2004: Prof. Dr. med. Andreas Wentzensen (Ludwigshafen)

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, 68. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie am 19. bis 23.10.2004 in Berlin

„Meine sehr verehrten Damen und Herren,
sehr geehrte Gäste,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

„Gott, was ist Glück!

Eine Griessuppe, eine Schlafstelle und keine körperlichen Schmerzen – das ist schon viel.“

So einfach war das damals, als Theodor Fontane diesen Satz am 13. Juli 1884 an einen Freund schrieb.

Zur gleichen Zeit hatte das **Unfallversicherungsgesetz** am **27. Juni 1884** auf maßgebliches Betreiben des Reichskanzler Bismarck die gesetzgebende Versammlung passiert, nachdem bereits ein Jahr zuvor das **Krankenversicherungsgesetz** 15. Juni 1883 verabschiedet worden war.

Meine sehr verehrten Damen und Herren!

Wie viele Probleme wären gelöst, wenn alle Schlachten auf dem Feld der Medizin geschlagen wären – wenn alle Menschen einfach immer gesund und ohne Verletzungen wären: die Kosten, der Streit um ihre Höhe, ihre Finanzierung und, darüber fast vergessen, das Leid und die Schmerzen.

Nur, es gäbe vier Millionen Arbeitslose mehr in diesem Land. So viele Menschen wirtschaften in Deutschland im Gesundheitswesen, vier Mal so viele wie in der Automobilindustrie. Und doch gibt es keinen Medizinkanzler, bekannt dafür, dass ihm das Wohl des Gesundheitswesens besonders am Herzen liegt. Vielleicht, weil ein 12-Zylinder mehr Sex-Appeal ausstrahlt als ein Krankenbett oder weil die Titelhelden von heute nicht mehr aus der Charité kommen, sondern aus Kerpen.

Im Gegenteil, als System scheint die Medizin heute vor allem eines zu sein: zu teuer und damit selbst Teil der Krankheit unseres Landes, in dem vieles liebgewohnte nicht mehr bezahlbar ist. Daher soll jetzt gespart und gekürzt werden.

DRGs

Die Einführung des neuen fallpauschalierten Vergütungssystems im Krankenhaus ist in vollem Gange.

Ärztinnen und Ärzte setzen sich auch in der Unfallchirurgie mit diesen Vorgaben auseinander, steht doch die wirtschaftliche Existenz ihres Krankenhauses und damit ihres Arbeitsplatzes auf dem Spiel.

Das ist erkannt.

Aber es geht um das Wie.

Der Dokumentationsaufwand in der Medizin und speziell im Krankenhaus wird künftig nicht ab-, sondern zunehmen.

Dies resultiert aus dem Kostendruck. Denn nur wer sowohl betriebsintern als auch in MDK-Prüfungen oder vor Gericht belegen kann, dass seine Leistungen zu Recht erbracht wurden, wird diese vergütet erhalten.

Darüber hinaus fordert der Gesetzgeber ab Mitte 2005 Qualitätsberichte zu veröffentlichen.

Auch dies gelingt nur auf der Basis umfangreichster Klinikdokumentationen und deren professioneller Aufbereitung.

Das wirtschaftliche Überleben eines Krankenhauses wird demnach nicht mehr vorrangig von hervorragenden ärztlichen und pflegerischen Leistungen abhängen, sondern zunehmend von deren Dokumentation.

Diese sollte dann allerdings sinnvollerweise von hoch motivierten Dokumentationsmitarbeitern und nicht von Ärzten zeit- und prozessnah gewährleistet werden.

Nach der Gesundheitsministerin Schmidt ist die Qualität der deutschen Krankenhäuser weltweit führend.

Aber nicht auf Grund der medizinischen Behandlungsergebnisse, sondern weil sie sich in der Datenerhebung zur Qualitätssicherung weltweit an die Spitze setzen.

Dennoch müssen wir immer wieder darauf hinweisen, dass dieses System nachhaltige Auswirkungen auf die Patienten haben wird.

Die Wirkung auf die deutschen Krankenhäuser wird vermutlich der in den USA ähnlich sein.

Die US-amerikanischen Akutkrankenhäuser lassen sich inzwischen zum Teil als große „Intensivstationen“ auffassen.

Eine „**patientenorientierte**“ Behandlung, wie Sie zu Recht von der Öffentlichkeit, den Patienten aber auch vom Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen immer wieder gefordert wird, ist in einer Akutklinik mit sehr kurzen Liege- bzw. Durchlaufzeiten kaum mehr möglich, sie kann ausschließlich in der rehabilitativen oder häuslichen Nachsorge erfolgen.

Das zurzeit einzuübende System mit „Controlling“ und Qualitätssicherung führt nach Meinung vieler Experten weder zur Verbesserung der Behandlung der Kranken und Verletzten noch zu wesentlichen Kostenreduktionen, aber zu einem riesigen Bürokratieaufwand, der nur mit umfangreichsten EDV-Einrichtungen und -Anwendungen, wenn überhaupt, zu bewältigen sein wird.

Es wird somit zu einer Umverteilung eines Großteils der Kosten, weg von der unmittelbaren Behandlung des Patienten, hin zur Verwaltung, z. T. im Krankenhaus, im Wesentlichen zum Kostenträger mit den angeschlossenen Medizinischen Diensten, kommen.

Dabei wird ein aus ärztlicher Sicht wesentlicher Gesichtspunkt nicht berücksichtigt:

Bisher hatte die Ausbildung der Medizinstudenten und die Weiterbildung der jungen Ärzte die rationelle Stellung der richtigen Diagnose und die daraus abzuleitende Behandlungsstrategie zum Ziel.

Heute muß der Arzt sich umstellen: Nicht die richtige Diagnose ist entscheidend, sondern die Formulierung und Codierung der Krankheitsbilder mit Begleitumständen, die am meisten Geld bringen, und das, meine Damen und Herren, muß man nicht nur als eine Verarmung, sondern auch als einen Rückschritt der Medizin in Deutschland beklagen.

Es ist besser, einen Patienten nicht zu behandeln, als ihn zu behandeln und schlecht zu dokumentieren (und codieren)!

Der Deutsche Ärztetag hat in diesem Jahr vor dramatische Auswirkungen auf die notfallmedizinische Versorgung gewarnt, weil die neuen Vergütungsformen eine zunehmende Spezialisierung zu Lasten der Notfallmedizin förderten.

Die Sorge, die uns Unfallchirurgen im Vorfeld der neuen Abrechnungsregelungen mit Fallpauschalen umgetrieben hat war, ob es zu Engpässen bei der Versorgung Schwerverletzter und damit teurer Patienten kommen würde.

Unfälle sind für den größten Verlust an verlorenen Lebens- und somit auch Arbeitsjahren für die Altersgruppe der unter 40-Jährigen verantwortlich.

Die Versorgung von Unfallverletzten kann somit eine hohe Anzahl an verlorenen Lebens- und Arbeitsjahren retten.

In Deutschland rechnen wir mit durchschnittlich 32.500 Schwerverletzten (Polytraumen) / Jahr.

Diese Schwerverletzten stellen 10 % der Unfallopfer und verursachen 25 % der Gesamtkosten der Unfallversorgung (2,2 Milliarden € / Jahr), die volkswirtschaftliche Kosten werden auf 5 Milliarden € /Jahr beziffert.

Seit den 70er Jahren ist eine Reduktion der Letalität um etwa 20 % (z.Zt. ca. 15 %) festzustellen, die durch Optimierung des Rettungswesens (flächendeckende Unfallrettung; Richtlinien etc.) sowie Einrichtung von spezialisierten Traumazentren erreicht wurde.

Auch die Prävention hatte daran ihren Anteil.

Dabei ist die Kenntnis der tatsächlich entstandenen Kosten im Krankenhaus von zentraler Bedeutung.

Die AG Polytrauma der DGU hat mit finanzieller Förderung durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) anhand der Daten des Polytraumaregister der DGU, zur Beantwortung dieser Fragen Berechnungen angestellt.

Sie ergaben eine durchschnittliche Unterfinanzierung von mindestens 7.500,00 €/Schwerverletzten mit einer großen Streubreite nach oben und weisen nach, daß es weder möglich noch sinnvoll ist, für die Behandlung polytraumatisierter Patienten Festpreise zu finden.

Für die Sicherstellung der Versorgung von polytraumatisierten Patienten unter den Bedingungen des DRG-Systems ist nach diesen Berechnungen deshalb zu fordern, dass ausgewiesene Traumazentren einen vorab definierten Pauschalbetrag für die notwendigen Vorhaltekapazitäten erhalten und zusätzlich eine patientenspezifische Einzelfallabrechnung unter Berücksichtigung der variablen Kosten erfolgt.

Denn die Überlebensstrategien der Krankenhäuser werden bei zunehmender Mittelverknappung auf Risikoselektion und Orientierung am Minimalstandard anstatt an der bestmöglichen Behandlung ausgerichtet sein.

Dies könnte schwerwiegende Folgen haben:

Die Behandlung Schwerverletzter wird durch die Rückführung von Personalkosten bei der „Vorhaltung“ (Bereitschaftsdienste, Schichtdienst, Personalstärke) weg von der Akut- zu Elektivversorgung verlagert.

Schließlich wird es einen Schwerverletztentourismus geben, weil Schwerverletzte keine aufnehmende Klinik finden werden.

All dies wird sich unmittelbar auch auf die Letalitätsrate niederschlagen.

Die DGU arbeitet deshalb derzeit an einem Strukturpapier zur Schwerverletzten-versorgung, welches mit den Ländern, Kostenträgern und der Gesetzlichen Unfallversicherung abgestimmt werden muß.

Erfreulicherweise hat der Landesverband Südwestdeutschland der gewerblichen Berufsgenossenschaft diese Initiative aufgegriffen und wird im Februar 2005 zu einem Expertengespräch einladen.

Ich danke den Mitgliedern der AG Notfallmedizin unserer Gesellschaft, an der Spitze Prof. Sturm und Prof. Bouillon ausdrücklich für die Unterstützung bei der gedanklichen Vorbereitung, wie es gelingen kann die Strukturen der Unfallchirurgischen Versorgung in Deutschland auch unter ungünstigen Rahmenbedingungen zu sichern.

Nur mit einer strukturorientierten Versorgung wird es möglich sein, das hohe Niveau der Polytraumaversorgung in Deutschland aufrecht zu erhalten.

Neben der grundsätzlichen ethischen Bedeutung stellt dies in Anbetracht der demographischen Entwicklung eine volkswirtschaftliche Aufgabe von höchster Priorität dar.

Nachwuchs

Die Unfallchirurgie ist für junge Ärztinnen und Ärzte ein faszinierendes Fach und bislang hatten wir keine Sorgen um den Nachwuchs.

Dies könnte sich aber ändern, wenn der Trend anhält, dass immer weniger Medizinstudenten sich zu Ärzten weiterbilden lassen.

Immerhin 38% eines Jahrgangs der ursprünglich zum Medizinstudium angetretenen Studenten erreichen die Klinik nicht und damit auch nicht die klinische Weiterbildung. 17% bleiben während des Studiums aus unterschiedlichen Gründen auf der Strecke.

21% beschließen nach erfolgten Examina, nicht ärztlich klinisch tätig zu werden, weil sie bereits während des Studiums erkennen, dass diese Tätigkeit nicht das ist, was sie sich unter der Medizinausübung vorgestellt haben und wählen andere Tätigkeiten im Bereich von Controlling, Qualitätssicherung, Verlagswesen, Assekuranz oder ähnlichem.

Verschiedene Umfragen bei jungen Ärzten haben ergeben, dass das Gesamtpaket aus Vergütung, Tätigkeitsmerkmalen und zeitlicher Belastung nicht mehr austariert ist.

Die jungen Leute orientieren sich an der Lebensqualität von Studienabsolventen anderer akademischer Fächer.

Vertrauen in den Arzt

Arzthaftpflicht im Umbruch, so lautet die Überschrift einer Sitzung, in der die AG Ökonomie und Ethik der DGU berichten wird:

Das Vertrauen in den Arzt ist in der Vergangenheit öfters in Zweifel gezogen worden. Im Einzelfall mag dies begründet gewesen sein.

Der Grund für die Enttäuschung des Patienten liegt aber vielmehr darin, daß der gewünschte Heilerfolg nicht eingetreten ist.

Wir kennen sie alle, die Frage der Patienten nach der 100%igen Garantie.

Die erfolgreiche Behandlung wird ohne weiteres als selbstverständlich gesehen, Komplikation und Mißerfolg aber bedürfen einer besonderen Erklärung und einer verstärkten menschlichen Zuwendung.

Dies wird auch nicht abgefangen oder ersetzt durch einen langen Aufklärungsbogen für alle Eventualitäten.

Als ein Indiz für die zunehmende kritische Einstellung unserer Patienten gegenüber dem Arzt wird immer wieder eine steigende Zahl von Arzthaftpflichtfällen vor den Gerichten und Kommissionen der Ärztekammern aufgeführt.

Die Zahl der Klagen hat tatsächlich zugenommen, die Zahl der tatsächlich anerkannten Behandlungsfehler scheint aber gleich zu bleiben.

Der Vertrauensbezug zwischen Arzt und Patient ist demnach noch nicht so gestört, wie es die Medien (Stichwort Ärztepfusch) oftmals vermitteln möchten.

Chirurgisches Handeln ist von großer Tragweite und setzt Vertrauen und Empathie voraus und es ist zu wünschen, daß diese persönliche ärztliche Leistung auch in Zukunft wieder den Platz erhalten wird, der ihr unnötigerweise durch unverhältnismäßig hohe Bewertung der Interpretation technisch gewonnener Daten streitig gemacht wurde.

Zur Fehlervermeidung beschäftigt sich die Industrie im Gegensatz zur Medizin bereits seit langem mit der Erforschung von Fehlerursachen und der Entwicklung von Fehlerabwehrstrategien.

Zu den grundlegenden Erkenntnissen aus den Fehleranalysen in der Industrie gehört, dass Unfälle und Schäden nur sehr selten aus einem Fehler einer handelnden Person resultieren.

Vielmehr sind Schadensereignisse in komplexen Systemen durch nicht lineare Zusammenhänge geprägt: Kleine Veränderungen der Ausgangsbedingungen und für sich allein nicht fehlerauslösende Konstellationen können in einer Kettenreaktion dramatische Konsequenzen haben.

In der Luftfahrtindustrie, die in mancher Hinsicht als Vorbild für die Medizin dienen kann, wird schon bei der Systemplanung das Fehlerpotenzial berücksichtigt, und es werden Puffer, Redundanzen und die möglichst weitgehende Automatisierung von Leistungen vorgesehen.

Das so genannte Crew Ressource Management der zivilen Verkehrsluftfahrt zielt auf die Sicherstellung eines kooperativen und koordinierten, auch in Notfallsituationen effektiven Gebrauchs aller zur Verfügung stehenden menschlichen und technischen Ressourcen.

Fehlervermeidung in der Notfallmedizin, ATLS und SPLS, denn Unfallchirurgie ist auch ein Notfallfach, und ich bin deshalb unseren Arbeitsgruppen für diese Aktivitäten außerordentlich dankbar

Eine besondere Art der Leistungskonzentration bahnt sich durch die neuen Bestimmungen des Fallpauschalengesetzes zu den Mindestmengen an, nach denen - ich zitiere - "die Qualität des Behandlungsergebnisses im besonderen Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist".

Es gibt zweifellos einen Zusammenhang zwischen Menge der Leistungserbringung und Qualität, doch ist deshalb Menge keineswegs mit Qualität gleichzusetzen.

Denn niedrige Leistungsfrequenzen führen nicht automatisch zu schlechten Versorgungsergebnissen, sowenig wie höhere Leistungsfrequenzen zwangsläufig die besseren Resultate nach sich ziehen.

Mindestmengen schließen diejenigen Leistungserbringer von der Versorgung aus, die - ohne hohe Fallzahlen zu erreichen - trotzdem eine hohe Qualität der Versorgung bieten.

Die Mindestmenge ist wissenschaftlich unzureichend abgesichert und kann nur ein Hilfsmittel sein, bis bessere Maßstäbe für Versorgungsqualität entwickelt worden sind.

Das Instrument darf daher keinesfalls dogmatisch oder auch berufspolitisch gehandhabt werden. Entscheidend sind die individuelle Kompetenz des Arztes und die Erfordernisse der Versorgungsrealität.

Neuer Facharzt

Unfallchirurgie und Orthopädie sind nach den Beschlüssen des Deutschen Ärztetages 2003 ein gemeinsames Fach geworden.

Wenn man die gegenwärtige Stimmungslage bei Unfallchirurgen und Orthopäden wahrnimmt dann ist es kaum vorstellbar, daß es der mehrheitliche Wunsch von Unfallchirurgen und Orthopäden war sich zu einem gemeinsamen Fach zusammenzuschließen.

Es hat viel Schweiß der Edlen gekostet, ein solches Konstrukt fertigzustellen und ob es alltagstauglich ist, muß sich erst noch herausstellen!

Oder muß es doch heißen: der neue Facharzt für Unfallchirurgie/Orthopädie – wer profitiert – wer verliert?

Unsere orthopädischen Kollegen möchte ich bitten, die Sorgen der Unfallchirurgen ernst zu nehmen, die befürchten, dass gerade die Kompetenz für die Behandlung des Schwerverletzten auf Grund der geänderten Weiterbildungsordnung und des geringeren Anteils von Allgemein -oder Viszeralchirurgie vermindert wird.

Vom Exportschlager Unfallchirurgie Deutschland zu einem kastrierten Modell?

Für die Unfallchirurgie bedeutet dies, die Entität aus Notfallversorgung, Akut Chirurgie und Rekonstruktion einschließlich der Rehabilitation Unfallverletzter als Schwerpunkt der Arbeit im gemeinsamen Fach zu sehen und im Rahmen der speziellen unfallchirurgischen Weiterbildung dafür zu sorgen, dass Fertigkeiten und Fähigkeiten erhalten bleiben und der notfallmedizinische Aspekt, der eng mit der Schwerverletztenversorgung zusammenhängt, weitergebildet und gepflegt wird.

Beide Fächer sollen sich im neuen gemeinsamen Konstrukt wieder finden und ihre Identität erhalten.

Lassen sie uns gemeinsam in eine erfolgreiche Zukunft aufbrechen

Forschung

Bei den Mittagsvorlesungen finden Sie auch das von Prof. Ewerbeck formulierte Thema Eliteuniversität.

Der Begriff Elite war in Deutschland lange Zeit geächtet, auch viele Kollegen wollten und konnten mit diesem Begriff nichts anfangen vielleicht, weil nach Aussage des Historikers Nolte „im Land der Dichter und Denker Gerechtigkeit notorisch mit Gleichheit verwechselt wurde“.

Das Mittlere sichert den Bestand der Welt, das Außerordentliche ihren Wert, einfacher als der Dichter Paul Valéry kann man es nicht formulieren.

Aber das Einfache ist gerade das Schwierige.

Eine wissenschaftsfeindliche, für die klinische und wissenschaftliche Medizin gleichermaßen ungeeignete Arbeitszeitgesetzgebung, eine nicht adäquate Vergütung durch eine starre Tarifstruktur für Ärzte und Wissenschaftler mit sehr unbefriedigender Einkommensperspektive, die übermäßige Belastung mit Verwaltungs- und Dokumentationsaufgaben, die mangelnde Transparenz und Unsicherheit der eigenen beruflichen Perspektive (Vertragsgestaltung und Karriere, Habilitation, Juniorprofessur, Lebensstellung etc.), die ungenügende Berücksichtigung familiärer Aspekte, insbesondere für Ärztinnen und Wissenschaftlerinnen haben zu einer erheblichen Frustration des ärztlichen und wissenschaftlichen Nachwuchses beigetragen.

Man wird müde, es zu wiederholen, aber noch immer sind wesentliche Forderungen einer Hochschulreform, die den Bildungsanstalten wirkliche Autonomie sicherte, nicht erfüllt. Wettbewerb soll und kann sein, aber bislang sind die Universitäten beengt durch das Korsett von Kapazitätsverordnungen, Bundesangestelltentarif, Beamtendienstrecht, von bundesweiter Studienplatzvergabe nach bürokratischen Kennziffern und bundesweitem Verbot von Studiengebühren, hinzu kommen die erheblichen Mittelkürzungen. Unterworfen werden die Fakultäten zu gleicher Zeit einer Reihe von rein quantitativen, betriebswirtschaftlich anmutenden Kennziffern wie Höhe der eingeworbenen Drittmittel, Absolventenzahlen, Anzahl der Publikationen. Zweifeln darf man, ob medizinische Forschung sich nach dem Muster einer Materialschlacht organisieren lässt.

Stell dir vor, du bist krank

Stell dir vor, du bist krank und keiner geht hin. Mit einer solchen Überschrift schafft es die Medizin heute in die Schlagzeilen: Ärztestreik, schließende Krankenhäuser, nur noch billige Medikamente.

Das ist der ganz persönliche Albtraum eines Menschen: Es könnte an der medizinischen Versorgung für ihn als einzelnen fehlen, die Behandlung hinter den Möglichkeiten der modernen Medizin zurückbleiben.

Jeder ist betroffen und jeder Kranke ist verwundbar. Jeder fordert – nachvollziehbar –, dass für ihn das Mögliche getan wird. Denn eines ist klar: Wenn es um Menschenleben geht, darf man nicht sparen.

Wer tritt zu wem ans Bett?

Und so tut sich eine Kluft auf zwischen der individuellen und der kollektiven Betrachtung der Medizin. Während das eine sakrosankt sein soll, nämlich die Leistung für den Einzelnen, steht das andere, also der Gesamtumfang, offenbar zur Disposition – durch Deckelungen, Nullrunden et cetera.

Es gibt aber eine Verbindung zwischen diesen Bereichen: Veränderungen auf der einen Seite berühren auch die andere Seite. Was nicht bedeutet, dass die Ressourcen nicht besser genutzt werden könnten, dass nicht noch Rationalisierungsmöglichkeiten bestehen würden.

Womöglich wird sich in den nächsten Jahren Roland Berger das Gesundheitssystem ansehen und ein paar Prozent mobilisieren, dann wird vielleicht McKinsey noch etwas finden und anschließend wohl die Boston Consulting Group.

Controller werden den Einkauf verbessern und Rechnungsprüfer die Ausgaben überwachen. Die Gesundheitsökonomie wird neue, bessere Behandlungskonzepte entwickeln.

Eine neue Strukturreform wird vielleicht wieder für ein paar Jahre Luft verschaffen. Wenn es noch möglich ist. Denn an manchen Stellen ist das System schon an den Grenzen angekommen.

Doch wie kann es sein, dass ein Bereich, der mehr als zehn Prozent des Bruttoinlandsproduktes ausmacht, also einen mehr als doppelt so hohen Anteil als noch vor 40 Jahren, dass so ein Bereich damit nicht auskommt?

Der Tübinger Philosoph und Ethiker Ottfried Höffe formuliert, dass wir nicht einfach eine Kostenexplosion im Gesundheitswesen erleben, sondern eine Leistungsexplosion, bei der die Medizin Opfer ihres eigenen Erfolgs geworden ist. Enorm gestiegen sei nicht etwa der Preis einzelner Leistungen, wohl aber der Preis der Gesamtheit des medizinisch Machbaren.

Nach Berechnungen des britischen Office of Health Economics würde die Medizin auf dem Stand von vor hundert Jahren nur ein Prozent der heutigen 250 Milliarden Euro verursachen. Solche Summen, mögen sie auch tatsächlich etwas geringer ausfallen, können nicht durch Rationalisierungen aufgefangen werden.

Wenn wir nicht bereit sind, für die bessere oder wegen des zunehmenden Durchschnittsalters umfangreichere medizinische Versorgung entsprechend mehr zu bezahlen, wird auf die Rationalisierung die Rationierung folgen müssen.

Dies ist unserem System auch keineswegs fremd. Und wenn man versucht, Rettungswagen und Notärzte so einzuteilen, dass sie in wenigen Minuten an jedem Ort sind, hilft das dem wenig, der eine Minute schneller verblutet. Er könnte nur dann gerettet werden, wenn man das Netz doppelt so dicht – und doppelt so teuer – knüpft.

Es ist erstaunlich, wie wenig diese Problematik im allgemeinen Bewusstsein wahrgenommen wird.

Höffe fordert deshalb als eine der Kardinaltugenden im Gesundheitswesen von Politikern, Medien und ärztlichen Standesvertretern „jene Zivilcourage, die die Öffentlichkeit über diese Folge des medizinischen Fortschritts aufklärt: Entweder braucht es einen ständig wachsenden Anteil am Bruttosozialprodukt, oder aber man kann unmöglich jedem Patienten zu jeder Zeit eine Versorgung nach dem letzten Stand der Forschung anbieten.“

Die Lösungsvorschläge sind vielfältig, sie reichen von neuen Versicherungsformen bis hin zum Vorschlag, auf neue Methoden immer dann zu verzichten, wenn sie nicht allen zur Verfügung gestellt werden können. Lieber also keinem helfen, als manchen nicht?

Wir werden uns entscheiden müssen, doch dazu muss das Dilemma erst eingestanden und die Diskussion offen geführt werden.

Es wird dann aber auch um ganz praktische Aspekte gehen. Etwa um die Frage: Wer geht in das Krankenzimmer, um dem Patienten zu sagen, dass er nicht genug abbekommt von den Mitteln? Wohl wissend, dass das nächste Mal er selbst es sein kann, zu dem dann ein anderer ans Bett tritt.

Meine Damen und Herren!

Die Welt von morgen, unsere Welt der Unfallchirurgie, wir kennen sie nicht, wir können sie vielleicht in Umrissen erahnen, das ein oder andere wird uns vielleicht überraschen, daß wir Unfallchirurgie nicht mehr brauchen werden, ist unwahrscheinlich.

Die Altersentwicklung wird das Durchschnittsalter unserer Patienten weiterhin deutlich nach oben verschieben.

Wird sich der Trend zum Einsatz von Hochtechnologie fortsetzen, wird die Industrie die Entwicklungen refinanzieren können und können die Kliniken die Investitionen leisten?

Damit wird sich erneut die Frage stellen nach Wunsch und Wirklichkeit unter veränderten ökonomischen Bedingungen und ob wir an einer Wende stehen, von einer Medizin für alle oder einer Rationierung.

Sie sehen wir sind im Umbruch und mitten im Aufbruch, den Weg müssen wir aber noch suchen.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.“

Quelle: DGU-Archiv