



DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
UNFALLCHIRURGIE

2006: Prof. Dr. med. Klaus Michael Stürmer (Göttingen)

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, 70. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie) am 02. bis 06.10.2006 in Berlin

„Meine sehr verehrten Damen und Herren!

„Im Wettlauf mit der Zeit“ - Dieses Motto soll das zeitgerechte, zügige, nicht übereilte Handeln in der Unfallchirurgie und in der Orthopädie thematisieren. Das, was die klassischen Griechen den KAIROS, den richtigen, den optimalen und den auch oftmals unverhofft eintretenden Augenblick nannten. Die Gunst des Augenblicks, den man beim Schopfe fassen muss. Eng verbunden auch mit der verpassten Gelegenheit, des zu früh, des zu spät oder des gar nicht...

Diesen KAIROS zu treffen, das hing bis vor wenigen Jahren von der ärztlichen Kunst, der ärztlichen Erfahrung und dem Verletzungsmuster oder der Erkrankung des Patienten ab. Heute müssen wir uns fragen, ob wir zum optimalen Zeitpunkt überhaupt noch die Ressourcen und die nötigen qualifizierten Mitarbeiter haben? Ob wir uns es noch leisten können, den Patienten zum absoluten Maß unseres Handelns zu machen?

Müssen wir die Ethik des ärztlichen Handelns verlassen und die Grenzen des Erlaubten stattdessen durch Leitlinien und Mindestmengen definieren? Tausende von Jahren sind Ärzte und Patienten ohne Leitlinien ausgekommen. Wir diskutieren heute sogar, ob sich diese Leitlinien an der ärztlichen Erfahrung und dem wissenschaftlich untermauerten SALUS AEGROTI oder an den so genannten ‚Realitäten‘ orientieren sollen?

Mindestmengen verführen dazu, den optimalen OP-Zeitpunkt für die Knie-Prothese großzügig auszulegen, um die magische Zahl 50 noch zu erreichen. Hüftnahe Frakturen sollten spätestens nach 24 Stunden definitiv operiert sein, bei Kopf erhaltender Osteosynthese sogar frühzeitig in den ersten 6-8 Stunden. Tatsache ist, dass

Samstag/Sonntag nur jeweils 5% und dafür montags 23% dieser Frakturen operiert werden. Nicht, weil die Kolleginnen und Kollegen zu bequem sind, sondern weil es vielfach personell gar nicht anders möglich ist! Für die bundesweit verpflichtende Qualitätssicherung der BQS wurde daher ab 2005 der Referenzbereich auf 48 Std. angehoben, weil 24 Stunden nicht umgesetzt werden konnten... Wer von uns hier im Saal will denn mit einer frischen Fraktur erst einmal einige Tage liegen, bevor er operiert wird?

Und nun zu unserem Thema Nr. 1: Unfallchirurgie und Orthopädie:

Ich sage unserem gemeinsamen Fach und den jungen Ärztinnen und Ärzten, die heute anfangen, eine großartige Zukunft voraus! Und ich stehe nach wie vor zu dieser Reform der Weiterbildung, an der ich seit 1998 maßgeblich mitgearbeitet habe. Wir sind jetzt allerdings in der schwierigsten Phase, nämlich der Umsetzung der Reform. Wir stellen heute die Weichen, wohin die Reise geht - und das Ziel ist nicht der auf die operative Behandlung des muskuloskelettalen Systems begrenzte Orthopedic Surgeon angelsächsischer Prägung, sondern die additive Verbindung der umfassenden deutschen Unfallchirurgie mit der konservativen und operativen Orthopädie.

Ich stelle folgende drei Thesen auf:

Erstens: Die Reform war und ist für die Patienten richtig, weil die Verletzungen und die orthopädischen Erkrankungen in Zukunft von einem Facharzt behandelt werden. Das wird sich ganz besonders positiv im niedergelassenen Bereich auswirken.

Zweitens: Die Reform war und ist aus wirtschaftlichen Gründen zwingend, weil die Zahl der Patienten in der Schnittmenge zwischen unseren beiden Fächern so groß wurde, speziell in der Gelenkchirurgie und der Endoprothetik. Stellen Sie sich vor, wir wären mit zwei konkurrierenden Fächern in die heutigen Sparrunden gegangen! Das lokale Gerangel um diese Schnittmenge musste endlich beendet werden.

Drittens: Die Reform war und ist zukunftsweisend, weil Sie unserem ärztlichen Nachwuchs ein faszinierend vielfältiges Fach eröffnet hat: Von der Notfallmedizin und dem Polytrauma über die Osteosynthese und plastisch-rekonstruktive Chirurgie bis zu den Fehlbildungen und degenerativen Erkrankungen, von rheumatischen Erkrankungen, Tumoren und der Säuglingshüfte bis zu den osteoporotischen Frakturen im hohen Alter - über die Niederlassung und den Belegarzt bis hin zur Reha-Klinik.

Was bedeutet das für die zukünftigen Ärzte in niedergelassener Praxis? Bisher ist der Unfallchirurg weniger für die orthopädischen Probleme und der Orthopäde weniger für die Unfallbehandlung ausgebildet. In Zukunft werden wir einen Facharzt haben, der eine solide unfallchirurgische und orthopädische Grundlage hat. Dieser neue Facharzt für die Verletzungen und für die Bewegungsorgane kann im bisherigen Hausarzt-/Facharztsystem eine Lücke schließen.

Die heutigen Allgemeinmediziner (Hausärzte) haben eine überwiegend internistisch geprägte Ausbildung, was auch für sehr viele Erkrankungen richtig ist. Neben diesen Allgemeinmedizinern werden Kinderärzte und Gynäkologen als so genannte Primär-ärzte diskutiert. Ich meine, jetzt bietet sich an, auch den Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie zum Primärarzt zu machen! Die Patienten könnten dann mit Verletzungen

und mit Problemen an den Bewegungsorganen direkt zum geeigneten Arzt gehen, ohne den Hausarzt zwischenschalten zu müssen.

Und wo liegen unsere Probleme?

Es geht heute um den dauerhaften Bestand unseres neuen Faches! Es geht darum, ob wir in viele kleine Fächer auseinander fallen, kaum dass wir zusammen sind!

Unser Problem ist die Notwendigkeit zur Spezialisierung auf der einen Seite -

und unser Problem ist die Notwendigkeit zum Generalisten auf der andern Seite. Natürlich brauchen wir spezialisierte Wirbelsäulenzentren! Natürlich brauchen wir die Knie- und Schulter-Spezialisten! Aber wir brauchen auch die versierten Generalisten, die im regionalen Traumazentrum in der Kreisstadt nachts eine offene diakondyläre Femurfraktur und eine frische Wirbelfraktur notfallmäßig stabilisieren und die Knochentrümmer aus dem Spinalkanal entfernen können, nachdem der Viszeralchirurg die Milz versorgt hat. So ein Patient kann nachts nicht weiter transportiert werden!

Und an den unfallchirurgischen und orthopädischen Universitätskliniken muss auch an der Wirbelsäule auf hohem Niveau operiert werden, selbst wenn dort kein spezialisiertes Wirbelsäulenzentrum möglich ist. Es darf auch nicht soweit kommen, dass der eine Oberarzt nur Prothesen an der Schulter und der andere nur am Knie einsetzen kann – und der Dritte nur arthroskopische Kniechirurgie macht. Und selbst dieser ‚Knieexperte‘ hat keine Erfahrung mit der Tibiakopffraktur und der diakondylären Femurfaktur. Georg Christoph Lichtenberg, von 1770-1799 Professor für Physik, Mathematik und Astronomie in Göttingen bemerkte hierzu in seinen Sudelbüchern: "Wer nichts als Chemie versteht, der versteht auch diese nicht recht".

Meine Damen und Herren! Auch der Generalist ist ein Spezialist! Er muss als solcher anerkannt sein genauso wie der 10-Kämpfer - die Königsdisziplin der Leichtathletik, auch wenn dieser im 100-Meter-Lauf nie Weltmeister sein wird.

Wir müssen einen Weg finden, beides zu kombinieren:

- Generalist für die Dinge, die häufig sind und die notfallmäßig erforderlich sind.
- Spezialist für die Dinge, die schwierig und planbar sind.

Jeder Facharzt an unseren Kliniken und jeder Niedergelassene sollte sich ein oder mehrere Spezialgebiete suchen, in denen er sich speziell fortbildet, spezielle Tagungen besucht und die aktuelle Literatur verfolgt. Aber er muss dies auf einer fundierten, breiten Basis tun und die häufigen Dinge unseres Faches nicht vernachlässigen.

An den Kliniken müssen Strukturen geschaffen werden, die in diesen Spezial-gebieten weitgehend selbständiges Arbeiten ermöglichen, ohne dass damit überall Mini-Abteilungen mit all ihren Problemen entstehen.

Denken wir aber auch an die völlig unterschiedlichen Mentalitäten von Orthopäden und Unfallchirurgen! Beide haben ihre Berechtigung und ihre Stärken. Diese beiden Pole unseres gemeinsamen Faches - vergleichbar mit den Polen eines Magneten - sind wichtig. Sie müssen

erhalten und gestärkt werden. Jochen Eulert wird später auf den orthopädischen Pol eingehen, deshalb beschränke ich mich auf den unfallchirurgischen Pol.

Erlauben Sie, dass ich hierzu Lorenz Böhler den Begründer der Unfallchirurgie in Wien zitiere: "Die Unfallchirurgie kann sich erst dann voll entwickeln, wenn an jeder medizinischen Fakultät eine eigene selbständige Lehrkanzel für Unfallchirurgie geschaffen wird, an der ein Lehrer wirkt, der sich dauernd und begeistert mit der Behandlung von Unfällen befasst und der Mitarbeiter mit Aussicht auf eine erfolgreiche Zukunft hat. Es würden sich dann viele unfallchirurgische Talente entfalten, die jetzt verkümmern müssen."

Warum sagte Lorenz Böhler das? Weil er wusste, dass die Verletzungen zwar in den chirurgischen Fächern gelehrt, aber neben den anderen Aufgaben immer stiefmütterlich betrachtet wurden. Der Unfall ist immer lästig, weil er das geplante OP-Programm stört.

Böhler hatte damals wie heute Recht: Wir brauchen auch in unserem neuen Fach weiterhin den spezialisierten Unfallchirurgen als Anwalt des Verletzten - als Lehrstuhlinhaber, als Chefarzt, als Oberarzt und als Facharzt. Wir brauchen Ärztinnen und Ärzte, die sich mit Leib und Seele der Notfallbehandlung und der Sorge um den Unfallverletzten verschreiben. Und wir brauchen für diese jungen Menschen Zukunftsperspektiven und Führungspositionen, für die es sich lohnt, hart zu arbeiten.

Es darf nicht soweit kommen wie in den USA, wo die Trauma-Zentren und das ganze Emergency-Care-System nicht mehr funktioniert, weil Orthopaedic-Surgeons und General-Surgeons keine Notfall-Dienste mehr machen wollen. Oder wie in Großbritannien, wo jetzt im British Medical Journal eine eigene Medizinische Spezialität für das Trauma gefordert wird, weil die Versorgung nach Unfällen so desolat ist.

Noch haben wir im deutschsprachigen Europa eine weltweit spitzenmäßige Unfallversorgung. Noch haben wir in Deutschland begeisterte junge Ärztinnen und Ärzte, denen die Notfall- und Unfallchirurgie jeden Tag auf's Neue Spaß macht. Noch haben wir in Deutschland in den Unfallkliniken genug qualifizierte Bewerber, die sich auch nicht von harten Nachtdiensten abschrecken lassen.

Wir haben vor 14 Tagen im Namen der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie hier in Berlin in der Bundespressekonferenz das "Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung" vorgestellt. Die Resonanz auf dieses Weißbuch ist überwältigend. Warum? Weil das Weißbuch in sich schlüssig ist und ein überzeugend einfaches Konzept für die Schwerverletzten-Versorgung vorschlägt: Konzentration auf überregionale und regionale Traumazentren und Basisversorger. Diese arbeiten im Trauma-Netzwerk der DGU zusammen. Das Weißbuch basiert auf einer sorgfältigen Analyse der heutigen Situation und der Zahlen. Das Weißbuch beschreibt ganz klar die personellen und strukturellen Anforderungen. Das Weißbuch fordert Qualität sichernde Maßnahmen und die Teilnahme am Traumaregister der DGU.

Ohne die Ideen und die Mitarbeit der jungen Generation wäre das Weißbuch nicht möglich gewesen. Ich möchte an dieser Stelle ausdrücklich allen danken, die in zweijähriger Sacharbeit im Hintergrund tätig waren. Sie finden alle Namen auf der Rückseite des Weißbuchs, das Sie über die Geschäftsstelle der DGU abrufen oder von der Homepage

herunterladen können. Mein besonderer Dank gilt zwei weiteren Kollegen: Norbert Südkamp hat das Weißbuch als Leiter des Grundsatzausschusses immer wieder vorangetrieben, überarbeitet und verbessert. Unser Generalsekretär Hartmut Siebert hat das Weißbuch mit sicherer Hand durch alle politischen Untiefen gesteuert und die Abstimmung mit den anderen chirurgischen Fachgesellschaften zustande gebracht.

Jochen Eulert und Fritz Niethard haben das Weißbuch als Orthopäden anfänglich hart kritisiert. Wir haben diese Kritik sehr ernst genommen und wichtige Änderungen bis hin zum Namen des Weißbuchs vorgenommen. Am Ende habt Ihr das Weißbuch mitgetragen und habt damit ein Zeichen gesetzt. Das erkennen wir Unfallchirurgen hoch an! Das Weißbuch ist jetzt unsere gemeinsame Aufgabe und es ist eine wesentliche Bereicherung unseres neuen Faches. Was erwarten wir denn, wenn wir selbst einmal Unfallopfer sind?

Meine Damen und Herren!

Orthopädie und Unfallchirurgie haben eine große Zukunft!

Der neue Facharzt ist keine Fusion, in der einer den Anderen am Ende übernimmt!

Er ist eher vergleichbar mit einer Ehe, in der sich beide ergänzen, ihre Identität und ihre Stärken bewahren, sich gegenseitig lieben, aber auch im Dissens respektieren.

Ich wünsche Ihnen allen einen erfolgreichen Kongress!“

Quelle: DGU-Archiv