



DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
UNFALLCHIRURGIE

2009: Prof. Dr. med. Hans Zwipp (Dresden)

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, 73. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie) am 21. bis 24.10.2009 in Berlin

„Verehrte Kolleginnen und Kollegen,

sehr geehrte Gäste,

weit über ein Jahr konnten Sie wiederholt einen jungen Arzt auf einem Hochseil sehen, von hinten begleitet durch den stoisch-ruhigen Blick des früheren Dresdner Orthopäden und Chirurgen Alfred Schanz. Ein großer Wurf des Dresdner Grafikers Michael Doerwald zum Thema: ‚Mit Herausforderungen leben‘. Ein Hochseilakt ohne erkennbares Netz und doppelten Boden. Ein Omen, welches das Jahr 2009 nicht besser hätte umreißen können: taumelten wir doch seit Herbst 2008 weltweit in ein Jahr der größten Nachkriegs-Finanz- und Wirtschaftskrise: Ein ‚Machiavellismus‘ nicht der Politik, sondern der Bankenwelt, die sich nicht wie allseits geglaubt zum Wohle aller selbst regulierte, sondern raffiniert und ohne jeglichen Einfluss von Moral und Sittlichkeit die eigene Macht und das eigene Wohl zu steigern wußte. Haben unsere Volksvertreter, unsere Betriebs- und Volkswirtschaftler, unsere Intellektuellen, wir alle nicht erkannt, dass Unverhältnismäßigkeit und Gier die Gesellschaft an den Rand des Ruins treiben können? Sind katastrophale Herausforderungen wie diese ‚menschengemacht‘, so ist es meines Erachtens an der Zeit, die Katastrophe als Chance zur Wende zu sehen und sich auf die vier Kardinaltugenden zurückzubedenken, die Platon vor 2.700 Jahren in seinem idealen Staat beschrieb: auf die Besonnenheit, die Tapferkeit, Weisheit und Gerechtigkeit.

(I. Besonnenheit)

Platon stellt die **Besonnenheit**, das Gefühl für das „rechte Maß“ allen vier Tugenden voran. War uns nicht nach satten Jahren des Wirtschaftswunders schrittweise das rechte Maß der Wertschätzung für vieles verloren gegangen? Haben wir die Maßlosigkeit der Millionen-Gagen etlicher Sportler, der Millionen-Abfindung versagender Topmanager, unseres eigenen Konsumdenkens bei gleichzeitiger Umweltausbeutung überhaupt noch wahrgenommen? Wo ist unsere Besonnenheit, wenn wir den Preis, aber nicht mehr den Wert der Dinge kennen?

Reichen 11% unseres Bruttoinlandprodukts für unser Gesundheitswesen nicht mehr aus, weil wir eine Explosion weniger der Kosten selbst, sondern vielmehr eine Explosion von Leistung und Nachfrage haben? Werden nicht allein Milliarden Euro für Doppel- und Mehrfachdiagnostik zwecks 2. und 3. Meinung vergeudet? Muss das begehrliche Motto ‚Alles für Alle‘ im umlagefinanzierten Solidarsystem, die gleichzeitig sinkenden Sozialeinnahmen, eine rapidwachsende Alterspyramide, zunehmende Milliardenlöcher in der Krankenhausfinanzierung nach ausgereizten Rationalisierungsmaßnahmen und ein anschwellendes Milliardendefizit von jetzt 2,9 und im nächsten Jahr von 7,5 Milliarden im Gesundheitsfonds dann nicht zwangsläufig zur Rationierungs- und Priorisierungs-Diskussion führen?

Muss umgekehrt trotz defizitärer Situation zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung nicht aber auch das rechte Maß für den Lohn ärztlicher Arbeit gelten? Selbst nach vollem Lohnausgleich Ost / West im Öffentlichen Dienst, 20 Jahre nach dem Fall der Mauer, nach Verbesserungen durch den Ärztestreik in Kliniken, sind dennoch nach kürzlicher Befragung (1) nur 41 % der Ärztinnen und Ärzte an deutschen Krankenhäusern mit ihrer Work-Life-Balance zufrieden. 75 % der Befragten erleben ihre Arbeitszeiten als familienfeindlich, 2/3 bemängeln unbezahlte Überstunden, die auch nicht in Freizeit abgegolten werden.

Wo bleibt gesundheitspolitisch das rechte Maß, wenn wir jährlich 15.000 Ärztinnen und Ärzte mit immensen Kosten ausbilden, die sich nach dem Examen in jedem 5. Fall gegen den kurativen Arztberuf (2) entscheiden, 67% der noch Studierenden bei adäquaterer Entlohnung und besseren Arbeitsbedingungen ins benachbarte Ausland wie Norwegen, England, Schweiz und Österreich gehen würden (1). So bleiben noch 4-5 Tausend übrig, obwohl wir jedes Jahr 8.000 benötigen, dies, obwohl viele Landpraxen seit längerem nicht mehr besetzbar sind. Dies, obwohl an vielen Kliniken überlastete Operateure tätig sein müssen, weil derzeit bereits 5.000 Klinikstellen unbesetzt sind. Allein im vergangenen Jahr haben 2.439 Ärzte dem deutschen Gesundheitswesen den Rücken gekehrt (2). Die wichtigsten Gründe hierfür sind die fehlende Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Freizeit, ein schlechtes Betriebsklima durch trotzige Hierarchien sowie eine unzureichend strukturierte Weiterbildung im Krankenhaus. Zur Problematik kommt hinzu, dass trotz Bettenabbau, kürzesten Liegezeiten - Patienten sprechen schon von ‚blutiger Entlassung‘ - im Jahr 2008 insgesamt 200.000 Patienten **mehr** stationär behandelt wurden. Die Zahlen primärer osteoporosebegünstigter Frakturen, periprothetischer und periimplantärer Brüche nehmen deutlich zu, auch die Zahlen primärer Prothesenimplantationen und konsekutiver - Wechseloperationen bei immer älter werdenden Menschen. Allein im chirurgischen Bereich

hat sich nach neuester BDC-Studie (3) in den letzten 13 Jahren ein Mehrbedarf an Chirurgen um 30 % ergeben.

Vielleicht muss unsere Besonnenheit vermehrt darauf zielen, dass **wir**, die wir um die Probleme wissen, uns um unseren Nachwuchs in Orthopädie und Unfallchirurgie kümmern. Dies indem wir hierarchische Strukturen abbauen, die strukturierte Weiterbildung mit Logbuch, Personalgesprächen und –bindung sowie kinder- und familienfreundliche Arbeitsbedingungen in Kliniken und Praxen schaffen. Dies, damit auch mehr Frauen das großartige Fach „Orthopädie und Unfallchirurgie“ ergreifen, die in neu zu schaffenden Arbeitszeitmodellen und –verträgen auch die Möglichkeit haben, Kinder bekommen zu können. Kinder, die bei einsichtigen Arbeitgebern in KITAs am Arbeitsplatz bei flexiblen Zeiten auch betreut werden können. Wie wichtig der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie dieses Nachwuchsproblem ist, zeigt unsre Kinderinsel mitten im Kongress, die erfolgreiche Summerschool vor wenigen Wochen und der erstmals mit Stipendien finanzierte Studierendentag an diesem Freitag, den über 100 Studierende von fast 500 Bewerbern wahrnehmen.

Tabu-Themen wie Ärztinnen- und Ärztesundheit, Neuro-Enhancement wie Missbrauch von Aufputschmitteln, Alkohol, das burn out-Syndrom und eine erhöhte Suizidneigung sind uns wichtige Themen, die uns die Augen für dringend notwendige Änderungen der derzeit bestehenden Arbeitsbedingungen öffnen sollen.

(II. Tapferkeit)

Mit der **Tapferkeit** kommen wir zur zweiten Kardinaltugend nach Platon. Diese ordnete er nicht nur dem Krieger zu, sondern auch dem im zivilen Leben stehenden Menschen, z. B. im Ausdruck des beharrlichen Eintretens für bestimmte Ziele. Dieser Einsatz für eigene Überzeugungen gegenüber Mächtigeren ist später für Bismarck auch das Merkmal der Zivilcourage, nach Sartre der Mut zur Wahrheit. So bewundere ich sehr, dass sich die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie unter der Ägide von Herrn Steinau der Aufarbeitung der Rolle der Chirurgie in der NS-Zeit stellt.

Auch von uns ist Zivilcourage gefordert, z.B. um der schleichenden Versachlichung des Menschen in Klinik und Praxis entgegenzutreten. Wir sollten nicht dazu schweigen, dass allein im täglichen Sprachgebrauch in einer ökonomisierten Gesundheitsindustrie, der Patient nicht mehr Kranker, sondern Kunde, Konsument sein soll. Anstatt widerspruchslos eine Werkvertragsmentalität wie ‚Pay for Performance‘ hinzunehmen, sollten wir vehement um die Restauration des Patient-Arzt-Verhältnisses kämpfen. Müssen wir uns nicht endlich entschiedener gegen die Zeitknappheit wehren, die uns durch überbordende Dokumentation, zeitraubende Bürokratisierung, unnötige MDK-Anfragen und einen immer schneller und größer werdenden Informationsfluß aufgezwungen wird? Wir müssen dies ändern, damit wir mehr Zeit zur Visite des Kranken haben, die dem Wort ‚Besuch‘ gerecht wird und nicht 3 ½ min pro Patient dauert, wovon der Arzt noch 60 % der Zeit spricht und 94 % aller Unterbrechungen durch den Arzt erfolgen, wie es eine frühere Studie (4) zeigte. Die Sprechstunde muß wieder eine ‚Sprechstunde‘ sein, in der gesprochen, die Problematik des Patienten besprochen und nicht nur wortlos im PC dokumentiert wird. Zeit ist nicht nur im

privaten Bereich für den Menschen das teuerste Luxusgut geworden, Zeitmangel ist für uns operativ Tätige im Krankenhaus und auch in den Praxen eines der größten Probleme überhaupt geworden: Zu wenig Zeit für den Patienten, für die Übergabe, für Analysen von Fehlschlägen, notwendige Lehrassistenzen und Diskussionen schwieriger Fälle bis hin zu einer ausgefeilten Operationsplanung. Vielleicht bieten uns mehr Dokumentationassistenten, neue Berufszweige wie der Chirurgisch-Technische Assistent oder der des in den USA seit über 20 Jahren bereits erfolgreichen Physician-Assistent eine Lösung für mehr Zeit zum ärztlichen Handeln. So ist es nur konsequent, dass unsere DGOU bereits Gespräche mit der Steinbeis-Universität zur gemeinsamen Ausbildung dieser neuen Assistenzberufe führt.

(III. Weisheit)

Ich komme zur **Weisheit**, der dritten Tugend nach Platon, eine Kardinaltugend des Alternden. Zur Weisheit gehört der Abstand, die Dinge von einer höheren Warte aus zu sehen. Sie wird in der Regel erst durch eine lange und reiche Erfahrung, oftmals erst durch viele Enttäuschungen erworben. Weisheit ist die Fähigkeit vom Besonderen des einzelnen Falles abzusehen und das Allgemeine in ihm zu erkennen. Weisheit bedarf des Verstehens und auch der Güte. Sie ist nach Platon vor allem die Tugend des Herrschers, des Richters, des Lehrers und des Erziehers. Da nur wenige von uns – wenn überhaupt – diese jemals erreichen, beschränke ich mich auf die artverwandte Vernunft. Diese ist nach Bollnow (5) das Medium der Gemeinsamkeit, in der die Menschen einander begegnen können, im Gespräch einander hören und wahrnehmen. Eine Tugend, in der wir Orthopäden und Unfallchirurgen des alten Schlages, uns in den letzten 12 Jahren beim Zusammenwachsen der Gesellschaften kräftig üben mussten und müssen. Dies gilt nicht nur für die Vernunft, sondern auch für den Verstand, für unsre Klugheit. Wir stammen von Bangagisten und von Barbieren ab. Wir sind geprägt vom Handwerk, welches wir lieben und im Geschick täglich zu übertreffen suchen. Dennoch müssen wir wissen, was und warum wir etwas tun. Dafür ist neben der Versorgungsforschung die Evidenzbasierte Medizin ein wunderbares Instrument und wir freuen uns, dass wir zu diesem Kongress dazu neue Impulse setzen können. So wurde beispielsweise die Abstract-Anmeldung mit erbetener Angabe eines Evidenz-Levels von den Kongressteilnehmern in hohem Maße angenommen, es wurden 10 Kollegen in diesem Jahr mit finanzieller Unterstützung durch DGOOC, DGU und BVOU speziell geschult, um in den nächsten Tagen insgesamt 16 EbM-Kommentare zu ausgewählten Vorträgen einbringen zu können. Zuletzt kann mit Industrie-Unterstützung dieses Jahr erstmals ein mit 5000 Euro-dotierter EbM-Preis als ‚best paper award‘ vergeben werden, ein zusätzlicher Stimulus, so hoffen wir, um evidenzbasiertes Denken und Forschen in unserem Fach zu fördern.

Zu wichtigen Forschungs- und Versorgungsfragen unseres Faches konnten wir öffentlichkeitswirksam mit finanzieller Hilfe der DGOU 3 Experten-Workshops gestalten, den ersten zur ‚Stammzellbasierten Therapie am Bewegungsorgan‘, in dem wir wichtige, gemeinsam mit dem Paul-Ehrlich-Institut getragene Empfehlungen zur künftigen Studiengestaltung erarbeiten konnten. Zwei weitere Expertenworkshops bündelten die aktuellen Probleme in der Umsetzung von Osteoporose-Leitlinien in Orthopädie und

Unfallchirurgie sowie in der Prävention von Fußgänger- und Fahrradunfällen, mit Pressemeldungen und Publikation in unseren wissenschaftlichen Organen und Zeitschriften.

Während dieses Kongresses soll die Einführung eines durchgängig englischsprachigen Saales nicht nur eine Geste zur Einladung unserer nicht deutsch-sprechenden Nachbarn sein, sondern auch den europäischen Gedanken und den englischen Sprachgebrauch in unserer wissenschaftlichen Arbeit fördern. Anglizismen in Klinik und wissenschaftlicher Gesellschaft sind für mich weniger irritierend, als die Feststellung einer kürzlichen Untersuchung (6) nach der, der deutsche Beitrag in Cochrane's Library um fast den Faktor 10 unter dem führender Länder wie z.B. Schweden und Dänemark liegt. Wen wundert dies, wenn 2/3 aller deutschen Ärztinnen und Ärzte entsprechend der Untersuchung keine englische Fachliteratur lesen möchte.

Nur in der internationalen Literatur können wir weltweit unsere Spitzenleistungen darstellen wie die flächendeckende luft- und bodengebundenen Rettungsmedizin in Deutschland, die Trunkey bereits 1982 als die beste der Welt bezeichnete, die hervorragende Daten mit zwischenzeitlich nur 15 - 20 % Letalität in der Schwerverletztenversorgung, die international beispielhafte Tramanetzwerkbildung in Deutschland, die Fortschritte navigierter Frakturversorgung und -Prothetik einschließlich tribologischer Innovationen um nur einige vorbildliche Entwicklungen in unserem Fachgebiet zu nennen.

Sprechen wir von der Welt, so schlage ich den Bogen zur Weltweisheit. Die ‚Weltweisheit‘ als letztes finden wir in der Philosophie, so wie hier bei Platon, der in der vierten Kardinaltugend, der Gerechtigkeit, die oberste aller Tugenden sieht.

(IV. Gerechtigkeit)

Die **Gerechtigkeit** setzt ein Verhältnis von mindestens drei verschiedenen Personen oder Parteien voraus. Sie ist sogar, wie es scheint, die einzige Tugend, die eine solche dreifache Gliederung voraussetzt. So ist ein Elternteil oder ein Vorgesetzter gerecht, wenn er kein Kind und keinen seiner Untergebenen dem Anderen gegenüber vorzieht oder zurückstellt. Eine Herausforderung an nahezu jeden von uns. So werden wir nach unserem heutigen Verständnis dem Patienten gegenüber nur gerecht, wenn wir ohne Ansehen der Person, d. h. ohne Fragen nach Herkunft, Religion oder politischer Überzeugung Patienten behandeln, wie es Ärzte ohne Grenzen seit Jahren vorleben. In unseren Kliniken und Praxen können wir den Patienten gerechter werden, wenn wir alles tun, um Fehler in Diagnostik und Therapie zu vermeiden. So unterstützt unsere Gesellschaft Initiativen wie ‚Patientensicherheit‘, ‚Safe track-Kurse‘ und alle Initiativen, die Fehler wie Verwechslungen von Patient und Körperseite, Doppeluntersuchungen, Hygienefehler etc. zu vermeiden helfen. Unseren Mitarbeitern gegenüber werden wir gerecht, wenn wir ihnen Vorbild sind – so wie ich in Harald Tscherne immer ein Vorbild hatte – und dem Einzelnen alle Fort- und Weiterbildungschancen ermöglichen, die Arbeitsplatz und unsere Akademien umfänglich anbieten. Der Einzelne von uns kann in sich gerecht werden, wenn er sein orthopädisch-unfallchirurgisches Handeln mit ‚bestem Wissen und Gewissen‘ ausübt, d. h. alles von sich aus erlernt, was dem aktuellen Wissensstand entspricht. Bei der bekannten Halbwertszeit unseres Wissens und der zunehmenden Fülle an Detailwissen stellt sich allerdings die Frage, ob wir nicht nach einem

gründlichen Basiswissen in Orthopädie und Unfallchirurgie uns anschließend spezialisieren müssen, um dann als Generalist **und** Spezialist für einen umschriebenen Bereich auch das ‚beste Wissen und Können‘ für unsere Patienten einzusetzen vermögen.

So kann der Mensch Besonnenheit, Tapferkeit, Weisheit und auch Gerechtigkeit erwerben. In sich selber ist er nach Platon gerecht, wenn er in sich das rechte Gleichgewicht seiner drei Seelenanteile herstellt, die der Sinnlichkeit, des Gemüts und die der Vernunft. Es handelt sich um das harmonische Gleichgewicht zwischen den Kräften im Menschen, dem antiken Ideal der Harmonie.

Kommt auf diese Weise unser Arzt in hellblau auf dem Hochseil zu seinem Ideal, zu seinem harmonischen Gleichgewicht, kann er alle Herausforderungen annehmen und braucht dazu kein Netz und keinen doppelten Boden.

Ich danke Ihnen vielmals für die Aufmerksamkeit.

Literatur:

1. Buxel H (2009): Der ärztliche Nachwuchs ist unzufrieden. Deutsches Ärzteblatt Jg. 106, Heft 37, 11. September 2009
2. Psychosoziale Belastungen werden zu wenig thematisiert. Deutsches Ärzteblatt Jg. 106, Heft 8, 20. Februar 2009
3. Gutachten für den BDC – Die Zukunft der Chirurgie in Klinik und Praxis. CCM – Dr. Thomas Heil, 2009
4. Fehlenberg (1983), zit. von Schüffel W, Pauli HG in Uexhüll (1990): Die Ausbildung zum Arzt.
5. Bollnow OF (1958): Wesen und Wandel der Tugenden. Ullstein Verlag
6. Antes G (2008): Es ist Wissensmarkt - und keiner geht hin. FAZ Net 31.12.2008“