



DEUTSCHE  
GESELLSCHAFT FÜR  
UNFALLCHIRURGIE

**2011: Prof. Dr. med. Tim Pohlemann (Homburg/Saar)**

**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, 75. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie) am 25. bis 28.10.2011 in Berlin**

**„„Grenzen überwinden, Ziele erreichen!“**

Ein Motto in der dritten Variation? Was könnte ich meinen beiden Vorrednern noch sinnvoll hinzufügen?

Ich beschränke mich auf drei Themenbereiche, die uns alle beschäftigen oder aber zwangsläufig in nächster Zukunft beschäftigen müssen:

- Qualität und Sicherheit in Orthopädie und Unfallchirurgie
- Zukunft des Fachs ohne Nachwuchssorgen
- Einheit der Chirurgie und der beteiligten Fächer

Ich möchte hier auch weniger auf die politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen eingehen, sondern mich bewusst auf Grundlagen unserer ärztlichen Aufgaben konzentrieren.

Beginnen wir mit:

**Qualität und Sicherheit in Orthopädie und Unfallchirurgie.**

Noch so ein allumfassender, nichts sagender Slogan werden viele von ihnen gedacht haben, oder aber jetzt gerade denken, sofern sie dieses Schlagwort zum ersten Mal hören.

Das Streben nach Qualität und Sicherheit ist an sich nicht neu. Qualitätskontrolle wurde zwar nicht so genannt, begleitet insbesondere die operative Medizin seit über 150 Jahren. Komplikationsbesprechungen, Verlaufsanalysen wissenschaftliche Auswertung von

Behandlungsergebnissen waren von Beginn an wesentlicher Bestandteil unserer Arbeit, unserer Kongresse und begleiten uns weiter täglich. Das ist alles gute Tradition und hat unseren Fortschritt jahrzehntelang erfolgreich getragen. Allerdings sind diese Strukturen und Sicherungssysteme nicht immer einheitlich aufgebaut, teilweise wenig transparent und gerade dem Patienten gegenüber oft unergründlich geblieben.

Schauen wir zunächst auf Themenkomplex Innovationsmanagement, Zulassungs- und Anwendungssicherheit.

Hier überlagern sich die Aktivitäten verschiedener Interessengruppen:

Während wir Orthopäden und Unfallchirurgen vor allem Komplikationsfreiheit und das gute klinische Anwendungsergebnis nachweisen wollen, haben die

Kostenträger ein hohes Interesse die Wirksamkeit und insbesondere die Effektivität des eingesetzten Geldes nachzuweisen, die Medizinindustrie konzentriert sich auf den verkaufbaren Innovationscharakter, die Kontrollbehörden auf Anwendungs- und Verlaufssicherheit. Die erlassenen Vorschriften überlagern sich, werden immer komplexer und das was gut gemeint war, verkehrt sich in der Anwendung nicht selten ins Gegenteil.

Zur Illustration 3 Beispiele

- Ein neues, natürlich auch deutlich teureres Beatmungsgerät verkürzt nachweisbar die Beatmungsdauer auf der Intensivstation. Das Entgeltsystem DRG honoriert zielgerichtet den höheren Aufwand der längeren Beatmung besser. Die Einführung der besseren Geräte könnte unterbleiben, da nicht refinanzierbar.
- Ein neuer Marknagel hat viele technische und logistische Vorteile, soll aber in einer beabsichtigten Studie die bessere Heilung nachweisen. Jeder neue Marknagel inkorporiert nun die Erfahrung von fast 70 Jahren Anwendung, die Heilungsraten sind gut und hängen eher von biologischen Rahmenbedingungen ab. Unterschiede, d.h. in diesem Fall Verbesserungen der Heilung sind nicht nachweisbar. Die Kostenübernahme könnte abgelehnt werden. Allerdings muss heutzutage auch kein neues Automobil nachweisen, dass es fahren kann und sicher abzubremesen ist. D.h. unsere Studie stellt die falsche Frage, da unser Nagel z.B. zeitsparender eingebracht werden kann, weniger Schmerzen macht, früher bessere Lebensqualität bietet. Diese kleinen Verbesserungen können sich aber durchaus nach mehreren Innovationsschritten z.B. dann zu einer wieder klinisch messbaren Heilungsverbesserung aufsummieren.
- Eine prospektive Studie stellt fest, dass im Vergleich zwischen konservativer Therapie und operativer Therapie nach einem Jahr für die Patienten kein funktioneller Unterschied besteht. Sollte man jetzt, wie heutzutage häufig gefordert, auf die Operation verzichten, auch wenn die klinische Erfahrung gerade in der Frühphase weniger Schmerzen, bessere Lebensqualität und zufriedeneren Patienten zeigt, obwohl die Behandlung vielleicht etwas teurer ist?

Wie reagieren wir nun?

Da wir in zunehmendem Maße den Einflüssen einer evidenzbasierten Medizin unterliegen, müssen wir uns dringend mit den Methoden vertraut machen. Die wissenschaftliche

Begründung unserer Behandlungen und die Erarbeitung von relevanten Messparametern und Qualitätsindikatoren ist sicherlich eine der wichtigsten Aufgaben der nächsten Zeit um in der Therapiefreiheit Spielraum zu behalten. Nutzen Sie die Angebote auf dem Kongress, um sich hier kundiger zu machen, wir brauchen die Erfahrung von ihnen allen.

Die Initiative Qualität und Sicherheit fokussiert besonders auf die Schnittstellen zu den Partnern einer modernen Behandlungskette. Gerade die deutsche Unfallchirurgie hat hier traditionell ihre Stärken. Mit einer guten Mischung aus eigener Kompetenz, Managementfähigkeit und Teamwork hat sie z.B. die Schwerverletztenbehandlung zu einem weltweit anerkannten Standard geführt. In dieser Situation war es logisch, sich der Großaufgabe der Erstellung einer S3, d.h. evidenzbasierten, interdisziplinären Leitlinie zu unterziehen. Wir sind stolz, dass 2011 gelungen Konsens zwischen ist Konsens zwischen 11 Fachgesellschaften herzustellen. Mein herzlicher Dank an alle Beteiligten. Wir mussten aber auch festzustellen, dass nicht alles in Stein gemeißelt, heutzutage besser gesagt in „evidenzbasierten Untersuchungen“ niedergelegt ist, was für viele von uns selbstverständlich erscheint. Stillstand ist bei Leitlinien nicht vorgesehen, der Prozess der Überarbeitung hat schon begonnen. Ich danke Frau Nöldge-Schomburg, die sofort die erneute Mitarbeit unserer anästhesiologischen Partner signalisiert hat!

In Zukunft müssen wir allerdings darauf achten, dass für uns Orthopäden/Unfallchirurgen selbstverständliche und weltweit anerkannte, erfolgreiche, praktizierte Routinen auch einen entsprechenden Niederschlag in der Literatur finden.

Kompetenz muss erkämpft und täglich neu bewiesen werden, sie kann nicht niedergeschrieben werden! Sicherlich ein guter Anreiz sich hier und da doch wieder stärker einzubringen.

Polytraumaversorgung beginnt und endet nicht im Schockraum! Hier möchte ich an unser Leitbild erinnern, dass uns Verantwortung von der Prävention bis zum Abschluss der Rehabilitation und Wiedereingliederung in das traumatologische Pflichtenheft schreibt! Entsprechende Modelle mit verbesserter Integration z.B. der rehabilitativen Maßnahmen werden z.B. gerade von den Berufsgenossenschaften erprobt. Es liegt an uns auch in der allgemeinen Schwerverletztenbehandlung für sektorenübergreifende Konzepte „aus einer Hand“ zu werben. Wichtige Komponenten sind schon in der 1. Revision unseres Weißbuchs angeführt.

Weitere schnittstellenspezifische Themen sind die z.B. die alterstraumatologischen Behandlungszentren und die zentralen Notaufnahmen.

Ich möchte in diesem Zusammenhang aber auch das Prothesenregister, die Zertifizierung von Prothesenzentren, die Rheumatologie sowie die Kinderorthopädie und -traumatologie aufführen. Hier geht es darum zu zeigen, dass Behandlungen aus einer Hand Qualität und Sicherheit für unsere Patienten verbessern.

Definieren wir das nicht werden es spätestens die Kostenträger und die Politik für uns tun.

Erlauben Sie mir bitte noch eine weitere Ebene zu beleuchten, die bisher nur wenig diskutiert wurde. Wir alle leben in einer Umgebung, in der medizinische Behandlungen einer

betriebswirtschaftlichen Betrachtung unterliegen, vielfach zu Recht auch unterzogen werden müssen.

Diesen Aspekt hatten wir fälschlicherweise lange vollkommen außer Acht gelassen. Die Untergliederung eines Behandlungsablaufs in Einzelprozesse ist aus ökonomischer Sicht sinnvoll und hat vielfach zu deutlich kosteneffektiveren Behandlungsangeboten geführt. Nur zu gerne haben wir uns allerdings komplett dieser betriebswirtschaftlichen Betrachtungsweise unterworfen. Der Chirurg verdient für ein Krankenhaus in der ‚Schnitt-Naht‘-Zeit, ansonsten verursacht er Kosten, so das allgemeine Credo. Pflichteifrig haben wir alle verfügbaren Mitarbeiter in den OP beordert, OP-Pläne verdichtet, Bereitschaftsdienste in Rufbereitschaften umgewandelt, damit die Kollegen zumindest häufig am nächsten Tag operierend zur Verfügung stehen.

Was wir dabei verdrängt haben, ist die Verpflichtung zur perioperativen Medizin. Sie war immer wesentlicher Bestandteil der operativen Behandlung und muss es auch in Zukunft bleiben. Wir müssen uns diese ‚Prozessverantwortung‘, um es betriebswirtschaftlich modern auszudrücken, wieder bewusst werden und diese aktiv verteidigen oder wenn nötig sogar wieder zurückgewinnen.

### **Wozu eigentlich?**

Wir alle wissen um die besondere Beziehung zwischen Arzt und Patient, die auch ausdrücklich gesetzlich geschützt ist. Um wie viel intensiver ist das Vertrauens- aber auch Abhängigkeitsverhältnis, wenn ich mich einem operativen Eingriff unterziehe. Oftmals entscheidet schon der erste persönliche Kontakt über einen erfolgreichen oder komplikationsbedrohten Verlauf. Der Patient an sich vertraut Menschen, die ihn durch das in der Regel für ihn unbekannte Terrain begleiten. Wer könnte das besser, als der Arzt, dem er dann auch die so genannte ‚Kernleistung‘ anvertraut!

Für uns bedeutet das, dass wir aktiv an den Personalschlüsseln, an unserer Präsenzfähigkeit auf den Stationen und der Umsetzung von uns zu verantwortenden Behandlungspfaden arbeiten müssen. Ich wehre mich ausdrücklich zum ‚**Schnitt-Nahtzeit-Chirurgen**‘, zum reinen ‚**Opérateur**‘ degradiert zu werden!

Konservative Behandlungsalternativen, Schmerztherapie, Rehabilitation, um nur einige Schlagworte zu nennen, müssen gelebt, uns zumindest bekannt und von uns einsetzbar sein, um unseren Patienten auch weiterhin kompetenter Ratgeber und Arzt zu bleiben. Der Superspezialist, der nur auf wenige Operationen trainiert wurde, wird einem Patienten aus eigener Anschauung speziell diese Eingriffe empfehlen und nur schwerlich konservative Alternativen anbieten.

Stellen wir also sicher, dass wir in unseren Weiterbildungsprogrammen eine angemessene Wissensbreite erhalten und bleiben wir selbst in dieser Beziehung verantwortungsvolles Vorbild. Damit sollte langfristig auch die Notwendigkeit kommerziell angebotener Zweitmeinungsportale automatisch in den Hintergrund treten!

Dazu noch eine persönliche Anmerkung. Viele Probleme, mit denen man nicht selbst täglich konfrontiert ist, treten häufig in den Hintergrund und verlieren an Relevanz, auch wenn sie ggf. für unser Fach Orthopädie Unfallchirurgie von z.T. existentieller Wichtigkeit sind.

An dieser Stelle möchte ich Alle mit noch traditionellen Wurzeln aufrufen, sich mit dem so genannten Gegenfach besser vertraut zu machen. Ich selbst erlebe ständig neue Bereiche in O/U und habe die dort vorhandene Kompetenz sehr schnell schätzen und würdigen gelernt.

Machen sie das gleiche, der gegenseitige Respekt, die gegenseitige Wertschätzung und damit auch der Stolz aufeinander werden wachsen.

Diese Wertschätzung unserer gemeinsamen Kenntnisse ist eine wesentliche Grundlage für verlässliche Qualität und Sicherheit in Orthopädie und Unfallchirurgie

Kommen wir zu Thema

### **Zukunft des Fachs möglichst ohne Nachwuchssorgen**

Die Chirurgie wird weiblich! Sollte sie nicht aber schon immer schon menschlich gewesen sein?

Die Notwendigkeit und der real existierende Zwang Familie und Beruf in Einklang zu bringen zu müssen ist gelebte Realität. Der Kampf um die besten Köpfe, um die besten Ärztinnen ist im vollen Gang, das Medizinstudium ist attraktiv, die Arbeit in chirurgischen Fächern weniger!

Auch wir intensivieren unsere Bemühungen. Ich danke besonders unserem jungen Forum für die Gestaltung der Themen Weiterbildungsrealität, Studierende und Berufsgestaltung. Wir stellen immer wieder fest, dass unsere Weiterbildungsrealität nicht allen Notwendigkeiten entspricht. Wir wünschen sie uns transparenter, attraktiver, strukturierter und zwischen den Bundesländern durchlässiger gestaltet. Es ist vom Ausland aus gesehen unvorstellbar, dass wir keine Möglichkeit haben, systematisch die Zahl der Weiterbildungsassistentinnen und Assistenten zu erfassen und keine verlässlichen Qualitätsstandards für Weiterbildungsprogramme vorweisen können. Hier stoßen wir an Grenzen unserer föderalen Gliederung. Wir werden darüber diskutieren.

Erlauben Sie mir eine persönliche Anmerkung zu Lösungsansätzen für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf in O/U, vielleicht auch da wir uns in Homburg schon seit 10 Jahren offensiv mit dieser Thematik auseinandersetzen. In meiner eigenen Klinik arbeiten z.B. bei Stellenausstattung von 21, 8 Kolleginnen. 3 Fachärztinnen sind derzeit in Elternzeit und bleiben trotzdem eng mit unserem Team verbunden.

Was wir erfahrungsgemäß jetzt nicht mehr unbedingt brauchen, sind allgemeine politische Statements. Sie sind wichtig, aber alle längst abgegeben.

Die Lösung liegt meines Erachtens ganz wesentlich in unserem Gestaltungswillen!

Was braucht es wirklich um eine Fachärztin und Mutter schon wenige Monate nach der Geburt ihres Kindes wieder an ihrer Arbeitsstelle begrüßen zu können. Ist es die

Kinderkrippe, die flexible Arbeitszeit, die ergänzende Arbeitszeit mit dem Partner? Bevor wir Lösungen erarbeiten, müssen wir die individuellen Bedürfnisse definieren. Eine gute Lösung ist in der Regel nicht universell und selten schnell zu erreichen,

Nur die ergebnisoffene Diskussionskultur kann Annäherung bringen. Leider fehlt oftmals der aktive Gestaltungswille der Betroffenen. Artikulieren sie im Detail was sie benötigen! Gemeinsam müssen wir erarbeiten welche Modelle zusammenkommen müssen, um einerseits Qualität und Sicherheit der Patienten zu garantieren und trotzdem eine attraktive Arbeitsumgebung ohne Ausschluss der Familie zu ermöglichen. Nehmen wir diese Aufgabe als Herausforderung unserer Gegenwart an.

In diesem Gedankengang noch eine Anmerkung zur Situation unserer Assistenten und jungen Fachärzte unter den aktuellen Arbeitszeitbedingungen.

Es ist richtig, es wurde früher in der Klinik zeitraubender gearbeitet als heute. Einer eigenen Untersuchung nach lag die Jahresarbeitsbelastung in der universitären Chirurgie in den 80er Jahren bei etwa 2800-3200 Stunden jährlich. Nur bei konsequenter Ausnützung aller „Opt out“ Lösungen kommt man heute allenfalls in die Nähe dieser Arbeitszeiten. Natürlich hat das Einfluss auf die erreichbare „Trainingstiefe“.

Auf der anderen Seite bewegen wir uns derzeit in Qualitätsbereichen, die noch vor 20 Jahren unvorstellbar waren. Versterberisiko der Schwerverletzten von 40 % auf 10 % gesenkt, routinemäßig Operationen bei 90jährigen Patienten und so.

Das bedeutet, auch die heutige Zeit muß Lösungswege für eine adaptierte Erfahrungsweitergabe haben. Neue Möglichkeiten wie Trainingskurse, Simulationen, Hospitationen oder ganz neue Vermittlungswege müssen untersucht werden, um die aktuellen Weiterbildungsangebote zu unterstützen. Attraktive Weiterbildungsgänge, flexible Gestaltung des Arbeitsumfeld unter Berücksichtigung der oben angesprochenen Qualitätskriterien, sicherlich keine einfache, aber m. E. durchaus lösbare Aufgabe, die auch unseren so genannten Nachwuchssorgen sicherlich abmildern kann

Ich komme zum letzten Punkt:

## **Einheit der Chirurgie**

110 Jahre Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, 75. Jahrestagung der DGU, 89 Jahre nach ihrer Gründung in Leipzig. Jede Zeit hat ihre Probleme und Anforderungen, denen sich unsere Fachgesellschaften in der Regel erfolgreich gestellt haben. Die Zentrifugalbewegungen um 1900 und verstärkt in den 60 und 70 Jahren des letzten Jahrhunderts die mit der erreichten Spezialisierung ganz wesentlich zum Fortschritt in der Operativen Medizin beigetragen haben, werden jetzt abgelöst von Bestrebungen erneut eine gemeinsame Basis zu finden. Auch diese Strömung kommt nicht von ungefähr, die Rahmenbedingungen, beginnend mit der demographischen Zusammensetzung der Bevölkerung, der ökonomischen Entwicklung, der erhöhten Mobilität und den zunehmend negativen Entwicklungen in der verfügbaren Geldausstattung des Gesundheitssystems,

gepaart mit schnellem medizinischen Fortschritt, ist eine Gemengelage, die schon vom Ansatz her nach Koalitionen und übergreifenden Interessenvertretungen ruft.

Die Orthopädie und Unfallchirurgie ist trotz aller anfänglicher und auch jetzt immer noch wieder aufflammenden Skepsis auf einem guten Weg. Behandlungskompetenz aus einer Hand ist unser Qualitätsmerkmal. Es wird von unseren Patienten verstanden und geschätzt.

Das ist aber nicht isoliert zu sehen. Die operative Medizin, und aus der kommen wir, definiert unser Tun, gleichgültig ob wir vorwiegend operativ oder nichtoperativ tätig sind. Sie ist unsere Art Patienten zu behandeln: offen, geradlinig und häufig mit einem gemeinsam zu tragenden Risiko.

Diese besondere Welt, nennen wir sie chirurgische Welt, hat ihre eigenen Anforderungen und Bedürfnisse, die wir nur gemeinsam pflegen und erhalten.

Ich unterstütze daher explizit die Vision einer Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, die unsere übergeordneten Interessen im großen Verbund nach außen vertritt, ohne dass die Entfaltungsmöglichkeit der integrierten chirurgischen Säulen behindert wird.

Der Umbau der DGCH zur Dachgesellschaft war auf bisher langsamen, sich jetzt aber, nicht zuletzt durch unseren Einfluss, stetig beschleunigenden Weg. Wir Unfallchirurgen und Orthopäden sind mit unserer Erfahrung inzwischen nicht nur Partner im Reigen der chirurgischen Fachgesellschaften, sondern mit Kompetenz, Umsicht und Durchsetzungsfähigkeit ein starker Motor dieser positiven Bewegung.

### **Meine sehr verehrten Damen und Herren**

Ich möchte schließen: 3 Präsidenten, verschiedene Ansichten, aber ein gemeinsamer Weg.

Leben und genießen wir die Stärke unserer Vielfalt!

Ich freue mich auf den Dialog und wünsche uns allen einen erkenntnisreichen Kongress 2011 mit viele neuen Anregungen und Begegnungen.“