

Unfallchirurgie – eine Herausforderung an Medizin und Gesellschaft

Siegfried Weller

Aus der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Tübingen
(Direktor: Professor Dr. med. Siegfried Weller)

Die Versorgung von Verletzten ist ein wichtiger Schwerpunkt chirurgischer Tätigkeit. Sie verlangt, soll das Ergebnis optimal sein, den vollen Einsatz aller modernen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen unter sinnvoller Mitwirkung aller erforderlichen medizinischen und paramedizinischen Teilgebiete.

Einleitung

Bemühungen und Einsatz für den Verletzten und seine Rehabilitation müssen heute im weitesten Sinne als Herausforderung an die moderne Medizin und unsere Gesellschaft gesehen werden.

Dabei sind die zunehmende Bedeutung, aber auch die Fortschritte der Unfallchirurgie als verantwortlichen Trägers dieser Aufgaben vor allem im letzten Jahrzehnt unverkennbar geworden.

So bedarf es eigentlich nicht des weiten Weges zurück in die Geschichte der Medizin, wo man bereits in der frühgriechischen, chinesischen und römischen Literatur, beispielsweise dem „Kampf um Troja“, von dramatischen Schilderungen über Verletzungen lesen konnte, um eine Bestätigung der Bedeutung unfallchirurgischer Tätigkeit herzuleiten.

Während früher – und dies reicht noch in die neuere Zeit – vorwiegend bei kriegerischen Auseinandersetzungen und größeren Katastrophen dieser Schwerpunkt chirurgisch-ärztlicher Tätigkeit im Vordergrund und Blickfeld stand, hat die bemerkenswerte und absolute Zunahme an schweren und schwersten Verletzungen auch in Friedens- oder sogenannten Normalzeiten die betonte Aufmerksamkeit im Hinblick auf eine gute und ständig sich verbessernde Versorgung und Behandlung von Unfallopfern auf sich gezogen.

Die Chance, daß jeder Mensch, das heißt jeder von uns, während seines Lebens einmal eine Verletzung erleidet und zum Patienten wird, ist in unserer technisierten Welt, in der überall eine Gewaltwirkung irgendwelcher Art und Vehemenz droht, ganz besonders groß. Obgleich schwerpunktmäßig und vordergründig unser Bemühen auf das Wohlergehen, die beste Wiederherstellung und das Schicksal des einzelnen Verletzten gerichtet ist und sein muß, darf auch die volkswirtschaftliche und sozial-politische Bedeutung im Zusammenhang mit der unfallchirurgischen Tätigkeit, das heißt die berufliche und soziale Rehabilitation, nicht aus den Augen gelassen werden. Dieser letzte Aspekt beinhaltet zugleich ganz allgemein die Herausforderung an die Gesellschaft.

Nicht umsonst hat man im Rückblick auf ihre historische Entwicklung die Unfallchirurgie als wichtige und wesentliche Säule chirurgischer Tätigkeit und Verantwortung als die „Mutter der Chirurgie“ bezeichnet. Diese Feststellung und Tatsache soll jedoch nur ihren historischen Ausgangspunkt unterstreichen und keineswegs einem heute sehr schnell sich entzündenden Prestigedenken Vorschub leisten oder irgendwelche Alleinvertretungsansprüche bestimmter Berufsgruppen und -zweige herleiten. Um Mißverständnissen gleich hier zu begegnen, soll den weiteren Ausführungen die Feststellung vorwegge-

nommen werden, daß die Behandlung von Verletzten, besonders von Polytraumatisierten, eine interdisziplinäre Gemeinschaftsaufgabe darstellt, an welcher zahlreiche verschiedene Spezialisten und Personengruppen – vom Notarzt bis zum Sozialarbeiter, dem Sachbearbeiter und Berufshelfer der Versicherungsträger und andere – beteiligt sind.

Der Unfallchirurg als Kordinator für Behandlung und Rehabilitation

Gerade auf dem Gebiet der Unfallchirurgie stellt die Behandlung des Mehrfachverletzten gleichsam ein Protobeispiel für die unverzichtbare Notwendigkeit einer harmonischen und konstruktiven Zusammenarbeit aller notwendigerweise an der Behandlung Beteiligten dar. Hier wird in ganz ausgesprochenem Maße auch deutlich, daß unsere Bemühungen dem als Individuum zu betrachtenden Patienten gelten müssen, also nicht nur einem anatomisch abgegrenzten Körperteil. Gerade in einer Zeit der äußersten Spezialisierungstendenzen, die sich da und dort auch schon in das Gebiet der Unfallchirurgie hinein bewegen, kommt mit Rücksicht auf die uns anvertrauten Patienten und ihre umfassende, globale Versorgung und Behandlung diesem Aspekt eine besondere Bedeutung zu. Wir müssen nach den hinter uns liegenden Jahren der durchaus notwendigen und gerechtfertigten

Spezialisierung mit ihren unbestreitbaren Erfolgen auch und vor allem auf dem Gebiet der Unfallchirurgie und ganz allgemein der Rehabilitation von Verletzten jetzt vordringlich unsere Bemühungen und unsere Aufmerksamkeit der Koordination und Integration der einzelnen an der Gesamtbehandlung beteiligten Disziplinen und Berufsgruppen schenken. Gerade weil häufig mehrere Spezialgebiete für eine optimale Versorgung einer Verletzung und eines Verletzten notwendig sind, braucht man einen Koordinator, der sich für den Verletzten in seiner Gesamtheit verantwortlich fühlt und gleichsam das Steuer in der Hand hält. Er hat ferner die Aufgabe zu entscheiden, welche Fachdisziplinen im Rahmen der Versorgung und Behandlung zum Einsatz kommen müssen, er hat zu besprechen, welche Reihenfolge der Dringlichkeit für den Verletzten sinnvoll, tragbar und am erfolgversprechendsten ist.

Für diese Aufgabe steht der Unfallchirurg als vollausgebildeter Chirurg zur Verfügung, dessen Tätigkeit sich schwerpunktmäßig auf die Behandlung von Verletzungen erstreckt. Auch aufgrund seiner chirurgischen Basisausbildung, seiner Erfahrungen mit Verletzungen aller Art und dem ständigen Umgang mit Verletzten und Behinderten muß er in der Lage sein, alle erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen. Dabei ist vor allem darauf hinzuweisen, daß seine Aufgabe und Verantwortlichkeit nicht etwa mit der Akut- oder einer Spezialversorgung beendet ist, sondern weiterführende therapeutische, soziale, berufsbezogene und eventuell gutachterliche Maßnahmen eingeleitet und durchgeführt werden müssen, ohne für den Verletzten nachteilige zeitliche Lücken entstehen zu lassen.

So begleitet der Unfallchirurg den Verletzten unter dem Blickpunkt der Gesamt- oder Globalversorgung gleichsam vom Unfallort – dem Zeitpunkt der ersten ambulanten Behandlung oder stationären

Aufnahme – auf dem gesamten Weg der Genesung bis zum Zeitpunkt der Wiedererlangung der vollen oder teilweisen beruflichen und privaten Einsatzfähigkeit.

Erfreulicherweise ist nicht bei jedem Verletzten eine so umfassende Rehabilitationskette zu durchlaufen, doch haben der unfallchirurgisch tätige Arzt und seine Helfer das gesamte für den Einzelfall erforderliche Repertoire an medizinischen und paramedizinischen Behandlungs- und Versorgungsmaßnahmen einzusetzen, um in der Synthese von allem ein optimales Ergebnis sicherzustellen.

Diese Ganzheitsbetrachtung mit der Sorge und Bemühung um eine bestmögliche Betreuung des Verletzten oder Geschädigten „mit allen geeigneten Mitteln“ haben sich die Berufsgenossenschaften schon frühzeitig zu eigen gemacht. Sie findet ihren Niederschlag im bewährten System der berufsgenossenschaftlichen Heilbehandlung – neuerdings auch in dem in Anlehnung an dieses erfolgreiche Verfahren entwickelten Unfallheilverfahren der Sozialversicherungsträger und nicht zuletzt auch in der Zielsetzung und Tätigkeit der berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken und Sonderstationen.

Für das Verständnis des Stellenwertes der Unfallchirurgie heute ist die Tatsache von Bedeutung, daß diese Aufgabe und Tätigkeit eben mehr beinhaltet, als einen Knochenbruch einzurichten, mit einem Gipsverband zu versehen oder mehr oder weniger erfolgreich zu operieren. Bei aller gebotenen Vorsicht und Zurückhaltung mit Wert- und Erfolgsaussagen darf im Rückblick auf die vergangenen 25 Jahre festgestellt werden, daß neben der Chirurgie der Organtransplantation oder der endoprothetischen Ersatzoperation einschließlich elektronisch-technischer Steuerungsmöglichkeiten die Unfallchirurgie in neuerer Zeit wohl die größten und eindrucksvollsten Wandlungen und Fort-

schritte zu verzeichnen hat. Bei der Behandlung von Verletzten ist die Notwendigkeit zu aktivem, das heißt chirurgischem Vorgehen dank modernster technischer Entwicklungen und Errungenschaften nicht nur erweitert, sondern auch vor allem genau abgegrenzt worden.

Wenn wir heute von der Unfallchirurgie im allgemeinen sprechen, so sind dabei – wie bereits erwähnt – nicht nur die Verletzungen des Bewegungsapparates, die zahlenmäßig wohl im Vordergrund stehen, sondern die gesamte Traumatologie sämtlicher Körperregionen angesprochen. Auch auf dem Gebiet der Versorgung von Schädel- und Gesichtsverletzungen, Gefäß- und Nervenverletzungen, Verbrennungen und damit vor allem bei den polytraumatisierten Patienten, nicht zuletzt auf dem großen Gebiet der Wiederherstellungschirurgie – um nur einige Beispiele zu nennen – sind ebenfalls wesentliche und fortschrittliche Beiträge zu verzeichnen.

Entwicklung der Unfallheilkunde

Worauf gründet sich diese Entwicklung der Unfallheilkunde und Unfallchirurgie in den vergangenen Jahrzehnten, die sicherlich nicht als bloßer Zufall gewertet werden darf?

Drei wesentliche Faktoren sollen in diesem Zusammenhang angesprochen werden, welche den unbestreitbaren Fortschritt beeinflussen und getragen haben:

1. Dokumentation in der Unfallchirurgie

Allem voran steht unseres Erachtens die kritische Erkenntnis, daß die bisherigen Behandlungsergebnisse nicht immer unseren Wünschen und Vorstellungen entsprechen haben. Mit anderen Worten: Die Anforderungen des modernen Lebens und seiner Gesellschaft hinsichtlich der Einsatz-

Unfallchirurgie

und Leistungsfähigkeit seiner Menschen werden immer größer. Man hat erkannt, daß die Eliminierung von exogenen Noxen im Sinne der Prophylaxe (Vorsorge- und Schutzmaßnahmen!) positive Auswirkungen zeitigt und daß eine exakte Diagnostik und sachgemäße Erstversorgung von Verletzungen größte Chancen für ein optimales Behandlungsergebnis bieten.

Obleich die rekonstruktive Chirurgie gleichfalls wesentliche Erfolge zu verzeichnen hat und ihre Ergebnisse mit denen früherer Jahre kaum mehr zu vergleichen sind, so haftet ihr doch in der Mehrzahl der Fälle der Makel des Flickwerkes und des nicht ganz Optimalen an. Leider ist dieses Gebiet in den letzten Jahren – oft nicht ganz ohne unser Zutun und möglicherweise aufgrund unzureichender Kenntnisse und fehlender Anerkennung sowie fehlenden Respekts vor einer umfassenden Bedeutung der unfallchirurgischen Tätigkeit – nicht kleiner, sondern eher größer und umfangreicher geworden.

Das Erkennen und vor allem das systematische Erfassen von Fehlleistungen in der Behandlung setzt eine lückenlose Dokumentation voraus, die für die Medizin im allgemeinen und die Unfallchirurgie im speziellen ein wesentliches Attribut der letzten 20 bis 30 Jahre gewesen ist. Dazu haben nicht zuletzt die großen Bemühungen zahlreicher wissenschaftlicher Gesellschaften, aber auch die zunehmende Erkenntnis von Versicherungsträgern um den Wert und die Bedeutung einer Qualitätssicherung beigetragen, die im Hinblick auf eine Optimierung der ärztlichen Tätigkeit und damit des Behandlungsergebnisses in allen Bereichen angelaufen sind und bereits zu harten Daten und Ergebnissen geführt haben. Jedem Arzt, aber auch den jeweils Verantwortlichen der Versicherungs- und Kostenträger muß klar sein, daß nur durch eine lückenlose Dokumentation mit Aufzeichnung von Behandlungsverläufen und regelmä-

ßigen Überprüfungen der Ergebnisse eine bindende Aussage über die Leistungsfähigkeit der angewandten Behandlungsmethoden zu machen ist und dadurch nicht zuletzt auch über die ärztliche Qualifikation und das Verfahren Rechenschaft gegeben werden kann. Das Verharren in alten Methoden kann allenfalls als Extravaganz betrachtet und zur Kenntnis genommen werden – manchmal wird solches auch noch publiziert –, niemals jedoch wird dadurch dem Fortschritt irgendein Dienst erwiesen.

Zweifellos gibt es gerade in der Medizin Behandlungsmethoden, die, bereits in früheren Jahren ausgesprochen oder angewandt, in bestimmten Abständen und Zeitaltern wieder erscheinen, dann jedoch unter veränderten Umständen und meist technisch verbesserten Bedingungen.

In diesem Zusammenhang seien beispielhaft die Bemühungen gerade deutscher Unfallchirurgen erwähnt, die seit Jahren versuchen, durch lückenlose und konsequente Überprüfung spezieller Behandlungsmethoden im Rahmen der (operativen) Knochenbruchbehandlung anhand von gemeinsamen Erhebungen zu vergleichbaren Zahlen zu kommen, die im Rahmen einer kritischen Auswertung Gefahren, Schwächen und Nachteile bestimmter Verfahren und Techniken aufzeigen. Erst wenn wir als Ärzte – aber auch als engagierte Versicherungsträger –, die es mit ihrer Zielvorstellung einer bestmöglichen Behandlung und Wiederherstellung ernst nehmen, gelernt haben, auch über unsere schlechten Ergebnisse, Fehlschläge und Schwächen selbstkritisch und offen zu diskutieren und wenn wir nicht nur versuchen mit schönen Fällen und guten Statistiken zu brillieren, dann werden wir für den Fortschritt und die Weiterentwicklung im allgemeinen und die Unfallchirurgie im speziellen, das heißt also für die uns anvertrauten Patienten konstruktive Arbeit leisten können.

2. Technischer Entwicklungsstand in der Unfallchirurgie

Der zweite Faktor, welcher für den Fortschritt der modernen Unfallchirurgie mit entscheidend war, ist naheliegend und besonders eng mit der Technik und ihrem Entwicklungsstand verknüpft. Was in früheren Jahren bereits ausgesprochen, da und dort auch versucht wurde – meist jedoch vergeblich – unzureichender technischer Möglichkeiten Stückwerk oder Wunschtraum bleiben mußte –, das ist mit zunehmender Weiterentwicklung in unserem technisierten Zeitalter in vieler Hinsicht Realität geworden. Bereits zu Anfang dieses Jahrhunderts hat man beispielsweise erkannt, daß der Schenkelhalsbruch und andere ähnliche Knochenbrüche wegen ihrer Komplikationsmöglichkeiten bei der konservativen Behandlung frühzeitig operiert und stabilisiert werden sollten. Man hat dies auch versucht und entsprechend den damaligen technischen Möglichkeiten durchgeführt, doch waren diese Bemühungen und auch zahlreiche andere Behandlungsmaßnahmen auf diesem Gebiet mit noch zu großen technischen Nachteilen und Unzulänglichkeiten belastet.

Wenn man das heutige unfallchirurgische Instrumentarium und die spezielle Ausrüstung der Operationssäle für Knochen-, Gefäß-, Herz- oder Neurochirurgie mit all ihren zusätzlichen apparativen Ausstattungen (Computertomographen u. a.), den Ausbau der modernen Anästhesie und Intensivpflege oder gar das leistungsfähige Notfall- und Rettungswesen betrachtet, dann vermag einem die Bedeutung dieser technischen Hilfsmittel im Fortschritt und Wandel chirurgischer Tätigkeit erst richtig klarzuwerden.

3. Grundlagenforschung in der Unfallchirurgie

Der dritte in bezug auf den Fortschritt in der Unfallchirurgie hier

zu erwähnende Punkt umfaßt die Erkenntnisse, die sich aus der modernen Grundlagenforschung ergeben haben.

Die chirurgische Behandlung, wie überhaupt die gesamte Medizin, wird wesentlich beeinflusst, unterstützt und weiterentwickelt durch eine ständige Erforschung der biologischen, biomechanischen, biochemischen und pathophysiologischen Grundlagen. Eine Medizin und daher auch eine Unfallchirurgie ohne Grundlagenforschung gleicht einem Baum, der seiner Wurzeln beraubt, auf weiteres Wachstum verzichten muß. So wichtig die Überprüfung und Auswertung klinischer Behandlungsdaten und Erkenntnisse ist, so gering ist ihr Nutzen für die Weiterentwicklung ohne eine Grundlagenforschung. Auch diesem Gesichtspunkt haben die Berufsgenossenschaften mit ihren modernen Einrichtungen in den letzten Jahren zunehmend Aufmerksamkeit geschenkt und eine Reihe wesentlicher Forschungsprojekte unterstützt, selbst durchgeführt und damit wertvolle Beiträge geleistet.

In der Unfallchirurgie spielt bei der Behandlung von Verletzten aus naheliegenden Gründen die handwerkliche Tätigkeit eine dominierende Rolle. So werden im Rahmen des Fortschritts auf diesem Gebiet auch das manuelle Geschick und die Erfahrung der an der Behandlung Beteiligten mit entscheidend sein. Es gehört dazu ein gewisses Maß an Selbstkritik, vor allem die eigenen Grenzen zu erkennen.

Im Hinblick auf eine erfolgreiche unfallchirurgische Versorgung wird man heute mehr als früher auch schwierige Fälle an Zentren mit speziellen Erfahrungen und Einrichtungen weiterleiten und damit zum Wohle des Verletzten alle Voraussetzungen für ein gutes Behandlungsergebnis schaffen. Ist dies aus irgendwelchen Gründen nicht möglich, dann wird sich das chirurgische Vorgehen auf die Möglichkeiten beschränken müs-

sen, welche für den Verletzten im Augenblick am wenigsten Gefährdung bedeuten. Es gehört zur allgemeinen Erfahrung im unfallchirurgischen Bereich, daß bei den heute zum Teil sehr diffizilen Versorgungen bekanntlich eine schlechte konservative Behandlung immer noch besser ist als ein schlechtes operatives Behandlungsergebnis. Obgleich die Operation der sinnfälligste Ausdruck ist, so darf sie doch nicht allein der Inbegriff chirurgischen Handelns sein. Auch die Überbewertung der eigenen Fähigkeiten und vor allem der vorhandenen Möglichkeiten sowie eine starre Einstellung und einseitige Ausrüstung werden für den Fortschritt immer – auch in Zukunft – ein Hemmschuh sein und sich zum Nachteil des Verletzten auswirken.

Andererseits haben eine breit angelegte medizinische Informatik und detaillierte Aufklärung dazu geführt, daß die Kenntnis und das Wissen um das heute im Rahmen der Wiederherstellung nach Verletzungen aller Art Mach- und Erreichbare unter den Patienten und ihren Angehörigen sich immer mehr ausbreiten. Qualität und Effizienz, das heißt das Ergebnis einer Behandlung – im traumatologischen Bereich die Wiederherstellung von Funktions-, Leistungs- und Einsatzfähigkeit –, stellen Maßstab und berechtigte Kriterien dar, welche heute gefordert werden. Der Ausbau des modernen Rettungs- und Krankentransportwesens hat alle Voraussetzungen geschaffen, um Verletzte baldmöglichst in die für ihre spezielle Behandlung am besten geeignete Einrichtung zu bringen. Ein wesentlicher Beitrag und Impuls wurde von der modernen Anästhesie und Intensivpflege geleistet. Gezielte Schocktherapie und differenzierte Anästhesie ermöglichen heute eine rechtzeitige operative Versorgung von Polytraumatisierten. Dadurch sind nicht nur die Überlebenschancen, sondern auch die funktionellen Behandlungsergebnisse wesentlich verbessert worden.

Vorteile der funktionellen Therapie

Auf die Begleit-, Weiter- und Nachbehandlung von Unfallverletzten hat das chirurgische Vorgehen ebenfalls einen großen Einfluß.

Man hat in den letzten Jahren erkannt, daß die möglichst frühe funktionelle Therapie nahezu sämtlicher Verletzungen, vor allem aber die des Bewegungsapparates, hinsichtlich des Ergebnisses wesentliche Vorteile bietet.

Die Konsequenz dieser Forderung bedeutet beispielsweise heute eine funktionsstabile Fixierung von Knochenbrüchen. Die alleinige oder zusätzliche äußere Fixierung mit zum Teil monströsen Gips- und Streckverbänden über lange Wochen und Monate, wie sie vor der Ära der stabilen Osteosynthese zwangsläufig Anwendung finden mußte, war häufig mit entsprechenden Weichteilschäden und bleibenden Funktionseinschränkungen verbunden. Schon in früheren Jahren hat man den Nachteil einer vielmonatigen Immobilisierung erkannt.

Lorenz Böhler, der Altmeister der Unfallchirurgie, hat selbst durch seinen Hinweis „alle nicht ruhiggestellten Gelenke und Körperabschnitte regelmäßig durchzubewegen und zu beüben“ zu seiner Zeit gleichsam die Grundlage geschaffen für eine funktionelle Behandlung nach Verletzungen aller Art. Daraus haben sich heute nicht zuletzt der erfolgreiche Einsatz der Krankengymnastik, der Beschäftigungstherapie, der physikalischen und der Balneo-Therapie mit ihren vielfältigen Hilfsmitteln im Rahmen der Behandlung von Verletzungen aller Art entwickelt. Nicht umsonst unterstützen gerade auch die Berufsgenossenschaften diese so wichtige Begleitbehandlung bei unseren Verletzten und tragen weitblickend darüber hinaus auch zu einer fachkundigen Ausbildung der Mitarbeiter dieser sogenannten medizinischen Fachberufe bei. ▷

Unfallchirurgie

Der Ausbau der chirurgischen Behandlung mit zum Teil ausgedehnten operativen Eingriffen und mit der Versenkung von sehr großen Fremdkörpern und Implantaten in den Körper – in diesem Zusammenhang sei an das aktuelle Thema des künstlichen Gelenkersatzes erinnert – verlangt strenge aseptische Kautelen. Die Möglichkeiten, welche hier von der Technik und von der Pharma-Industrie in den vergangenen Jahren geschaffen wurden, bilden, wie bereits erwähnt, eine wesentliche Grundlage des Fortschritts. Höchste Anforderungen an die Asepsis und ein bis ins kleinste entwickeltes und ausgebautes Sterilisationssystem im operativen Bereich schaffen den nicht zu überschätzenden Rahmen einer erfolgreichen und komplikationsarmen Chirurgie.

Welche Bedeutung in diesem Zusammenhang auch der subtilen chirurgischen Operationstechnik zukommt, kann nicht oft genug betont werden.

Ein Blick auf die Möglichkeiten und Erfolge der modernen Mikrochirurgie macht dies besonders deutlich. Immer jedoch wird es im Ablauf von chirurgischen Behandlungen, besonders aber nach Verletzungen, einmal Komplikationen geben. So gibt es eben leider auch heute keine Chirurgie ohne Infekte. Die Infektion bleibt gerade im Bereich der Unfallchirurgie, und hier vor allem am Haltungs- und Bewegungsapparat, das heißt an Knochen und Gelenken, eine schwerwiegende Komplikation.

Auch auf diesem Gebiet hat die chirurgische Behandlung grundlegende Wandlungen aufzuweisen. Diese versetzen uns heute in die Lage, zum Teil schwer infizierte Knochenbrüche und Gelenkinfektionen bei guter Funktion zur Ausheilung zu bringen und ein gut brauchbares Glied zu erhalten. Die in früheren Jahren so häufige Versorgung mit unförmigen und unbequem orthopädischen Stütz- und Gehapparaten oder gar die

überschnelle Amputation sind durch erweiterte chirurgische Möglichkeiten viel seltener geworden. Wenn Richard Volkmann auf dem 1. Chirurgen-Kongreß 1872 an Hand eines Sammelberichtes noch über eine Sterblichkeitsquote von 32,5 Prozent bei rein konservativer Behandlung von Unterschenkelfrakturen und nach weiteren Sekundärkomplikationen über eine schlußendliche Sterblichkeit von 72,7 Prozent berichtet, so mag uns dies heute als fast unglaublich anmuten.

Gerade der Fortschritt auf dem Gebiet der septischen Wiederherstellungschirurgie ist besonders eindrucksvoll. Diese Eingriffe setzen in bezug auf das jeweilige chirurgische Vorgehen aber auch heute noch Geduld und eine ganz besondere Erfahrung voraus.

Zusammenfassung

Viele verschiedene Kräfte und Entwicklungen haben in den letzten Jahren dazu beigetragen, die Möglichkeiten zu aktivem und operativem Vorgehen in der Unfallchirurgie zu verändern, zu erweitern und zugleich klarer zu umreißen.

Viele Einzelheiten, welche die Entwicklung der modernen Unfallchirurgie mitgetragen und unterstützt – zugegebenermaßen manchmal auch behindert und erschwert – haben, müssen im Rahmen dieser Ausführungen heute zwangsläufig unerwähnt bleiben.

Die in der Unfallchirurgie lange Jahre mit viel Pathos und wenig Objektivität verteidigten Fronten und Extreme zwischen einer sogenannten konservativen und einer operativen Einstellung haben sich heute zugunsten einer angemessenen, aber fortschrittlichen Gemeinsamkeit verschoben, wobei nicht mehr so sehr allgemeine, sondern vielmehr individuelle Therapieentscheidungen getroffen werden. Aus der Fülle der zur Verfügung stehenden Behandlungs-

möglichkeiten wird heute das Vorgehen ausgewählt, welches unter Berücksichtigung der speziellen Umstände und bei konsequentem Befolgen der Prinzipien das gewünschte und erstrebte therapeutische Optimum erreichen läßt. Auch in bezug auf die Zukunft der Unfallchirurgie gilt es, die Herausforderung von seiten der Medizin und der Gesellschaft anzunehmen und auch weiterhin Sorge zu tragen, daß die vielfältigen Aufgaben erfolgreich bewältigt werden.

Literatur

- (1) Allgöwer, M.; Müller, M. E.: Zur Frage der Unfallchirurgie in der Schweiz. Schweizer Z. Sozialversicherung 12 (1968) 105 – (2) Böhler, L.: Der Weg zum Erfolg in der Unfallchirurgie. Mü. Med. Wo.schr. 31 (1961) 1478 – (3) Böhler, L.: Die Entwicklung der Unfallchirurgie – medizinisch und volkswirtschaftlich gesehen, Ziba-Symposium 6 (1958) 178 – (4) Ecke, H.: Unfallchirurgie heute – Rückentwicklung oder Fortschritt? Unfallchirurgie 1 (1975) 3 – (5) Ecke, H.: Das Politrauma, eine interdisziplinäre Aufgabe. Unfallchirurgie 7 (1981) 66–69 – (6) Fuchsig, P.: Entwicklung, Gegenwart und Zukunft der klinischen Chirurgie in deutschsprachigen Ländern. Chirurg 43 (1972) 194 – (7) Holz, U.; Weller, S.: Der Beitrag Berufsgenossenschaftlicher Einrichtungen an der Entwicklung der Unfallchirurgie in Deutschland. Sonderbeilage zum 99. Chirurg. Kongreß 1982 in München, Demeter-Verlag (1982) – (8) Koslowski, L.: Die Sollbruchstellen – oder: Wider eine ätiologische Spezialisierung. Dt. Ärzteblatt 8 (1975) 524 – (9) Müller-Osten, W.: Unfallchirurgie – Auftrag des Chirurgen, Information d. Berufsverbandes Dt. Chirurgen Nr. 10 (1967) – (10) Müller-Osten, W.: Chirurgische Zukunftsprobleme, Information d. Berufsverbandes Dt. Chirurgen Nr. 8 (1971) – (11) Probst, J.: Präsidentenrede 46. Jahrestagung d. Dt. Ges. f. Unfallheilkunde Berlin, Kongreßbericht, Springer-Verlag (1982) – (12) Rehn, J.: Die Unfallchirurgie in Deutschland, Unfallheilkunde 79 (1976) 1–3 – (13) Schweiberer, L.: Die Unfallchirurgie heute. Mü. Med. Wo.schr. 124 (1982) 14 – (14) Vosschulte, K.: Spezialisierung und fachliche Vernetzung in der Medizin aus historischer Sicht Mü. Med. Wo.schr. 108 (1966) 793 – (15) Weller, S.: Präsidentenrede 42. Jahrestagung d. Dt. Ges. f. Unfallheilkunde 1978 in Berlin, Kongreßbericht, Springer-Verlag (1979) – (16) Weller, S.: Präsidentenansprache 99. Kongreß d. Dt. Ges. f. Chirurgie, Langenbecks Arch., Kongreßbericht (1982) – (17) Zenker, R.: „Gegenwartsprobleme der Chirurgie“ Dt. Apothekerzeitung 106 (1966) 897 – (18) Zuckschwerdt, L.: Die Entwicklung der Unfallchirurgie, Mo. Schr. f. Unfallheilkunde 68 (1965) 145

Anschrift des Verfassers:
Professor Dr. med. Siegfried Weller
Direktor der
Berufsgenossenschaftlichen
Unfallklinik Tübingen
Rosenauer Weg 95
7400 Tübingen