



Ansprache anlässlich der Eröffnungsveranstaltung des DKOU 2017

Prof. Dr. Ingo Marzi

Kongresspräsident DKOU 2017, Präsident DGU, Präsident DGOU

Die Anforderungen an Ärzte in O und U sind klar definiert: Kompetenz und Spezialisierung – auf dem Boden einer fundierten chirurgischen Basis. Diese erfordert die Kombination von breiter medizinischer, chirurgischer Kenntnis mit hohem operationstechnischen Spezialisierungsgrad – erst dann ist eine optimale Behandlung möglich.

Wie definieren wir uns heute?

- als Chirurgen, die die konservative und operative Behandlung von Verletzungen und Krankheiten beherrschen, von der Diagnostik über die Indikationsstellung zur Behandlung und Rehabilitation.
- als Orthopäden und Unfallchirurgen, die Verletzungen und Erkrankungen vor allem des muskuloskelettalen Systems kennen und behandeln

oder

- als Organ-Spezialisten, die nur noch ein Gelenk oder eine anatomische Lokalisation behandeln.

Diese Spezialisten können zwar virtuos hochspezielle OP-Verfahren durchführen, sind aber bei darüber hinausgehenden Besonderheiten oder Komplikationen auf „Helfer“ aus anderen Disziplinen und auf „Zulieferer“ bei Diagnose und Indikationsstellung angewiesen. Ihnen kann es somit passieren einen OP-Saal, eine OP-Zeit und vielleicht sogar den dazugehörigen Patienten geplant zu bekommen. Solche Ansätze sind in manchen interdisziplinären Zentren und Krankenhausketten schon zu erkennen.

Dieser Spezialist ist dann nicht mehr der behandelnde Arzt, sondern zu einem abhängigen ‚Operateur‘ auf Anforderung geworden. Eine überwiegend wirtschaftlich orientierte, bürokratische und sich mit unzähligen Regularien absichernde Übermacht der Verwaltung ist schon allgegenwärtig zu spüren und stört das für eine ganzheitliche Behandlung und Heilung notwendige Patienten-Arzt Verhältnis.

Das kann keiner in unserer Fachgesellschaft wollen.

Kommen wir aber wieder zum Orthopäden und Unfallchirurgen. Seit 2008 gibt es die DGOU, die außer einem Dachverband für DGU und DGOOC auch eine eigene Mitgliedsgesellschaft ist. Der Facharzt für O und U ist seit der letzten Weiterbildungsordnung 2005 gegliedert in Common Trunk und Special Trunk.

Im Common Trunk werden die Intensivmedizin und die Notfallaufnahme ebenso abgedeckt, wie der Stationsdienst sowie allgemeine chirurgische Fähigkeiten. Dies gewährleistet eine solide breite chirurgische Grundausbildung für alle Assistenten, die ein verantwortungsbewusster Weiterbilder auch gewährleisten muss.

Im Rahmen des Special Trunk werden heute alle Bereiche aus O und U durchlaufen und die Grundzüge der Behandlungsverfahren theoretisch und praktisch erlernt. Damit kann sich ein Assistenzarzt ein Bild vom ganzen Fach machen, was für eine spätere Spezialisierung in eine der möglichen Zusatzweiterbildungen eine solide Basis darstellt.

Warum braucht man dann noch den Chirurgen?



- Weil alle Chirurgen gleiche Anforderungen, Überzeugungen und Interessen haben.
- Weil alle Chirurgen differenziert und abwägend Indikationen für konservative oder operative Verfahren stellen.
- Weil die Grundlagenforschung verwandt ist und regenerative und reparative Ansätze erforscht werden und die technischen Entwicklungen hin zur minimal-invasiven navigierten Chirurgie immer mehr biologische Verfahren ermöglichen.
- Weil es sehr viele gemeinsame Herausforderungen gibt: Aufklärung, Verfahrenssicherheit, Verantwortung und Vertrauen gegenüber Patienten, wie dies Prof. Pohlemann als unfallchirurgischer Präsident der DGCH in diesem Jahr hervorragend ausgeführt hat.

Die Orthopädie und Unfallchirurgie sind somit integraler Bestandteil und größtes Fach der Chirurgie! Wir können die Chirurgie mitgestalten!

Wie wirkt sich dieser Anspruch auf die neue Weiterbildung aus?

Die Novellierung der Muster-Weiterbildungsordnung – Facharzt für O und U und auch Facharzt für Allgemeinchirurgie wurden bereits 2017 beschlossen. Die verschiedenen Zusatzweiterbildungen für Orthopädie und Unfallchirurgie wurden über den Sommer dieses Jahres mit der Bundesärztekammer unter unserer Beteiligung ausdiskutiert und sind auf einem guten Weg. Das große Engagement unserer Generalsekretäre, Ausschussvorsitzenden und Sektionsleiter bei diesen teils schwierigen Besprechungen möchte ich hier gerne ausdrücklich würdigen.

Alle Themen sind in Kennen und Können sowie Beherrschen aufgeteilt. Die Weiterbildungskonzepte zielen dabei mehr auf den Nachweis von Fähigkeiten und Eingriffen, als auf den Nachweis der Zeiten. Außerdem werden die Anerkennung von praktischen Kursen und Simulationsübungen sowie Zeiten in der Forschung mit einfließen. Die neue vollständige Musterweiterbildungsordnung wird nun 2018 kommen und die soeben dargestellten Grundprinzipien sollten dabei umgesetzt sein.

Sie müssen aber von uns Orthopäden und Unfallchirurgen in Klinik und Praxis auch gelebt werden!

Die Integrität des chirurgischen Berufes insgesamt und seine Freiheit in der Behandlung, Wissenschaft und Forschung zum Wohle der Patienten darf nicht durch weitere, überbordende und sinnlose Zunahme bürokratischer Regelungen beeinträchtigt werden.

Es ist doch schon immer selbstverständlich, dass alle chirurgischen Disziplinen im Team mit der Pflege und den Therapeuten eng zusammenarbeiten. Dies muss man nicht weiter formalisiert geregelt regeln oder weiter theoretisieren. Dringlich ist jedoch auch die Attraktivität der Pflegeberufe auch durch angemessene Bezahlung zu verbessern, da ohne diese eine zufriedenstellende Behandlung nicht möglich ist. Man muss sich vor Augen halten, dass laut einer internationalen Vergleichsstudie in den USA durchschnittlich 5,3 Patienten pro Pflegefachkraft, in den Niederlanden, Schweden oder Schweiz 7 aber in Deutschland 13 Patienten auf eine Pflegekraft kommen. Dieser eklatante Pflegemangel muss insbesondere in den operativen Fächern umgekehrt werden und wird hoffentlich im neuen Koalitionsvertrag auch festgeschrieben.

Wie das Arbeiten in interprofessionellen Teams in einem komplexen Umfeld am besten funktioniert, erfahren wir später noch im Laufe des heutigen Abends.



Nun zur Rolle der Unfallchirurgie – im Notfall und der aktuellen Terror-Gefahr

Die Bedeutung der Unfallchirurgie ist wieder in den Fokus geraten seit den weltweiten Terroranschlägen der letzten Jahre – für jeden offensichtlich. Aber auch so ist die Anzahl von Verletzungen trotz aller Präventionsmaßnahmen enorm hoch: Laut Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) gab es 2014 insgesamt fast 10 Millionen Unfallverletzte. Die meisten dieser Unfälle passieren in der Freizeit (fast 4 Mio.) und im Haushalt (gut 3 Mio.), gefolgt von Schul- und Arbeitsunfällen (jeweils ca. 1 Mio.) sowie Unfällen im Straßenverkehr (knapp eine halbe Mio.). Tödliche Verletzungen wurden im Jahr 2014 insgesamt 22.717 Mal verzeichnet.

In der Konsequenz bedeutet dies für die Unfallchirurgie, dass einerseits eine breite und flächendeckende Behandlung von Unfällen aller Art – auch von leichteren Verletzungen – gesichert sein muss. Andererseits muss selbstverständlich auch eine hochspezialisierte Behandlung lebensbedrohlicher Schwerstverletzter rund um die Uhr gesichert sein. Dies ist über das TraumaNetzwerk DGU mit über 600 Traumazentren inklusive Qualitätssicherung gewährleistet.

Die gestiegene Terrorgefahr fordert gemeinsame Anstrengungen aller chirurgischen Fächer im Hinblick auf eine Weiterentwicklung in der Katastrophenvorsorge. Wenn auch die Gefahr für einen Anschlag glücklicherweise für einen bestimmten Ort und eine bestimmte Zeit statistisch gering ist, sollten dennoch die KHEPs aber auch die taktischen und medizinischen Überlegungen überarbeitet werden. Unter Federführung der DGU wurde diesbezüglich vor allem mit der Bundeswehr ein gemeinsamer Strategieplan entwickelt, dessen erste Ergebnisse im Rahmen der 2. Notfallkonferenz in Frankfurt im September sichtbar waren. So wurde ein „Terror and Disaster Surgery“-Kurs (TDSC) innerhalb eines Jahres unter maßgeblicher Mitwirkung der Bundeswehr erfolgreich etabliert und ein Triage Algorithmus für Terror-MANV entwickelt. Die Konferenz und deren Resultate hatte eine große Medienresonanz erhalten.

Wir fordern von der Politik und den Krankenkassen, dass diese umfassenden und erforderlichen Eigeninitiativen jetzt auch finanziell und nachhaltig unterstützt werden! Dazu gehört unbedingt die Anerkennung und Unterstützung des TraumaNetzwerkes DGU als Zentrum im Gesundheitssystem und der materielle und personelle Ausbau der Katastrophenvorsorge!

Forschung

Forschung ist Vereinsziel Nummer 1: Zweck der Gesellschaft ist die Förderung von Wissenschaft und Forschung. Sie umfasst Grundlagenforschung, Klinische Forschung, Versorgungsforschung.

Die DFG-Statistik des Vorjahres zeigt auch, dass aus O und U eine zunehmende Anzahl an Anträgen einreicht werden und auch mehr Anträge bewilligt werden. An dieser Stelle kann nur zum Mut zur Antragstellung aufgefordert werden. Es werden immerhin ca. 30 Prozent der Anträge bewilligt. Grundvoraussetzung sind jedoch gute Hypothesen, Machbarkeit des detaillierten Arbeitsprogrammes, aber auch gute, sachlich begründete Gutachten.

Welche Forschungsbereiche müssen wir berücksichtigen?

Unfallchirurgie und Orthopädie sind ein großes Fach mit einer großen Breite. Die kürzlich herausgegebene Broschüre – Die Sektionen und AGs der DGOU – zeigt eindrücklich, dass in 37 für alle Interessierten offenen aktiven Sektionen und AGs wissenschaftlich auf verschiedenen Ebenen gearbeitet wird.



So befasst sich die Sektion Grundlagenforschung der DGOU mit ihren 3 Netzwerken mit muskuloskelettaler Forschung und Schockforschung. Ihre Mitglieder und Arbeitsgruppen sind international vernetzt, wie beispielsweise die langjährige Kooperation mit der ORS zeigt. Hier werden die Grundlagen für die zukünftigen Therapien erarbeitet, wozu die Stammzelltherapie, Matrixgestaltung, bio-aktive und resorbierbare Implantate mit Guidance Funktion gehören. Erste Studien zur Stammzelltherapie laufen bereits und matrix- oder stammzellbasierte Studien werden die Therapie von Knochen, Gelenken, aber auch Sehnen und Muskeldefekten in nicht zu ferner Zukunft nachhaltig verändern.

Klinische Forschung und translationale Forschung in der Unfallchirurgie müssen weiter professionalisiert werden. So hat das beispielsweise das Netzwerk Traumaforschung (NTF), das klinische Traumaregister DGU aktuell mit einer Biobank erweitert, um grundlegende Pathomechanismen besser zu verstehen. Darüber hinaus konnte jetzt auch ein Modul SHT an das Traumaregister der AUC gemeinsam mit der DGNC auf die Beine gestellt werden. Letzte Woche ist hierzu ein Kooperationsvertrag mit der Neurochirurgie unterschrieben worden.

Warum sind aber klinische Studien so wichtig und weiter auszubauen?

Die Wirksamkeit neuer Verfahren sollte möglichst prospektiv untersucht werden, was in der Regel als State of the Art bezeichnet wird. Die Umsetzung prospektiver, randomisierter Studien ist allerdings in O und U deutlich schwieriger. Die bei diesen pharmakologischen Studien vorliegende Aufklärungsalternative: Standardmedikation oder wahrscheinlich wirksameres Medikament wird von fast allen Patienten gerne angenommen. Man kann ja nur gewinnen und der Aufwand ist der gleiche.

Ganz anders ist dies bei operativen Studien in O und U – dort sind die Alternativen deutlich extremer: Operation oder keine Operation! Etabliertes Operationsverfahren oder neue Technik? Die Entscheidung ist deutlich schwerwiegender, die Studienroutine ist geringer und der Studienaufwand deutlich höher. Der Monitoring-Aufwand ist in unserem System personell aber nicht abgebildet und verhindert somit Forschung.

Aufgrund dieser Erfahrungen hat die DFG jetzt ihr Programm für Klinische Studien im Juli diesen Jahres weiter geöffnet, beispielsweise für Hypothesengenerierende Studien und Fallkontrollstudien, woraus sich insbesondere für O und U neue Fördermöglichkeiten ergeben. Es lohnt sich, dies anzusehen, wie die gesamte Forschungsthematik im Zukunftsworkshop 2017 der DGOU behandelt wird.

Die Effizienz von Behandlungsverfahren wird in der Versorgungsforschung untersucht. Diese wird in O und U breit angewandt und ist in qualifizierten Registern abgebildet. Die zahlreichen Register in DGU, DGOOC und DGOU - nur um Traumaregister und Endoprothesenregister zu nennen – wurden in einem hochinteressanten und interaktiven Workshop im Frühjahr dieses Jahres dargestellt und bewertet. Neue Synergien wurden erkannt und strategische Überlegungen angestellt, um auch die Politik von der hohen Qualität der ärztlich aufgebauten Register zu überzeugen. Vor dem Hintergrund der Bewertung von Outcome und Behandlungsqualitäten werden unsere Register in der Zukunft von enormer Bedeutung sein und es sollten diese Register auch in ärztlicher Hand bleiben.

Dieses enorme Potential an Wissen und Wissenschaftlern werden wir in Zukunft weiter durch Professionalisierung unserer Projektförderung optimieren, um uns zukunftsfähig als wissenschaftliche Fachgesellschaft aufzustellen.

Ich wünsche Ihnen allen eine hochinteressante und spannende Tagung, neue Ideen und viele konkrete Ansätze für die weitere Tätigkeit.