

Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU)

Vorab-Pressekonferenz

Orthopädie und Unfallchirurgie: Patientenversorgung vor bedrohlicher Verschlechterung

Mittwoch, 19. Oktober 2022, 11 Uhr
Haus der Bundespressekonferenz, Berlin

Pressemitteilung

Experten warnen: Patientenversorgung in Orthopädie und Unfallchirurgie vor bedrohlicher Verschlechterung

Berlin, 19. Oktober 2022 – Im Vorfeld des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU), der vom 25. bis 28. Oktober in Berlin stattfindet, haben Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) sowie des Berufsverbands für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) vor einer Verschlechterung der künftigen Patientenversorgung gewarnt. Die Erfüllung des Versorgungsauftrags von Orthopäden und Unfallchirurgen erfolge aktuell unter immer schwierigeren Rahmenbedingungen.

Millionen Menschen in Deutschland sind von Verletzungen und Erkrankungen des Bewegungssystems betroffen; Volkskrankheiten wie Arthrose, Osteoporose und Kreuzschmerz sowie Verletzungen verursachen einen immensen sozioökonomischen und finanziellen Aufwand. So liegen in Deutschland Erkrankungen und Verletzungen des Bewegungssystems mit ca. 51,1 Mrd. Euro pro Jahr an dritter Stelle der Gesundheitsausgaben – direkt nach Herz-Kreislaufkrankungen und psychischen Störungen. Die Leistungsfähigkeit von Orthopädie und Unfallchirurgie zu erhalten, ist, auch im Hinblick auf die alternde Bevölkerung, ein dringendes gesamtgesellschaftliches Anliegen.

Bürokratie und Personalmangel gefährden die Leistungsfähigkeit von Orthopädie und Unfallchirurgie

Die Rahmenbedingungen für die Leistungsfähigkeit des Faches werden aktuell indes sichtlich schlechter. So verhindern überbordende bürokratische Prozesse und monetäre Vorgaben, dass der Patient wirklich im Mittelpunkt des ärztlichen Handelns stehen kann; auch die mangelhafte Digitalisierung raubt Zeit und damit die Möglichkeit für Zuwendung zum Patienten. „Empathie und Zeit sind nicht durch Organisation zu ersetzen“, sagt Prof. Dr. Bernd Kladny, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU). „Damit wir auch in zehn Jahren noch unsere wichtige Rolle für die alternde Bevölkerung erfüllen können, müssen Über- und Fehlregulierungen abgebaut werden.“ Darüber hinaus stelle vor allem der Fachkräftemangel ein drängendes Zukunftsproblem dar. „Die Facharztausbildung zum Orthopäden/Unfallchirurgen dauert sechs Jahre und kann dennoch kaum die enorme Breite des Faches abbilden,“ so Kladny. „Hier gilt es, den enormen Zeit- und Personalaufwand der Weiterbildung adäquat abzubilden.“ Auch reduzierten neue Lebensmodelle und Wunsch nach mehr Teilzeit den potentiellen Personaleinsatz der Zukunft – dies gelte es bei der Planung künftiger Versorgung dringend zu beachten.

EU-Medizinprodukteverordnung erschwert sinnvolle Implantatversorgung

2017 hat das Europäische Parlament eine neue Medizinprodukteverordnung (Medical Device Regulation, MDR) erlassen, die nun auch in Deutschland in Kraft tritt. Die MDR regelt die Zulassung von mehr als 450.000 Medizinprodukten in Europa, zu denen auch Endoprothesen gezählt werden. Ihre hohen, für neue Produkte sinnvollen Anforderungen gelten jedoch auch für Bestandsprodukte, die seit Jahrzehnten erfolgreich eingesetzt werden. Da für die Hersteller der Aufwand der Re-Zertifizierung in keinem Verhältnis zum Verkaufserlös älterer Produkte steht, sind erste Produkte bereits nicht mehr verfügbar. „Schon bald können bewährte Endoprothesen, Nägel und Platten ganz vom Markt verschwinden“, warnt Prof. Dr. Dietmar Pennig, stellvertretender Generalsekretär der DGOU. „In der Folge kann die Versorgung von Patienten mit Gelenkersatz nicht mehr auf dem bisherigen Niveau erbracht werden. Denn Operateure werden andere Implantate als bisher verwenden müssen, mit denen sie u.U. weniger Erfahrung haben und für die

keine Langzeitergebnisse vorliegen. Außerdem werden wesentlich ausgedehntere Revisionseingriffe nötig, wenn für ältere Implantate keine Wechsel-Ersatzteile mehr verfügbar sind.“ Die DGOU begrüßt zwar grundsätzlich die MDR-Initiative, da sie zu mehr Sicherheit aller Medizinprodukte führen soll. Für langjährig bewährte Produkte seien die Vorgaben jedoch ethisch nicht vertretbar und wissenschaftlich nicht sinnvoll. Die DGOU fordert, unter Berücksichtigung der vorliegenden umfassenden Qualitätsdaten aus den bestehenden Endoprothesen- und Traumaregistern der Fachgesellschaften, eine deutlich erleichterte Freigabe für ältere Produkte und insgesamt eine Nachbesserung bei der Umsetzung der MDR.

Reform der ambulanten Notfallversorgung erforderlich, um Kollaps zu verhindern

In den Notaufnahmen der Krankenhäuser zählen akute Verletzungen zu den TOP 10 aller gestellten Diagnosen, in der ambulanten Notfallversorgung legen Zahlen nahe, dass 50 Prozent aller Patienten mit Diagnosen aus O und U kommen. Gutachten über die ambulante Notfallversorgung zeigen, dass zu viele Patienten in die Notaufnahmen kommen, die nicht zwingend einer Notfallbehandlung bedürfen, dass dies überlange Wartezeiten verursacht und die Strukturen finanziell überlastet.

„Die Bereitstellung einer qualifizierten Notfallversorgung zeichnet den Gesundheitsstandort Deutschland aus und gehört in den Bereich der Daseinsfürsorge“, betont Dr. Burkhard Lembeck, Präsident des Berufsverbands für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU). „Aus unserer Sicht können bereits einfach umsetzbare Maßnahmen Fehlsteuerung, mangelnde Bedarfsgerechtigkeit und Unterfinanzierung in der Versorgung von Notfällen in Orthopädie und Unfallchirurgie lösen.“

Der G-BA hatte im Auftrag der letzten Bundesregierung ein Konzept erarbeitet, das die Kernprobleme Fehlsteuerung, Wartezeiten und Unterfinanzierung im Bereich der Notfallversorgung beheben soll. Dieses Reform-Konzept begrüßt der BVOU ausdrücklich; er hat ergänzend konkrete Empfehlungen entwickelt, um die die Patientenströme besser zu strukturieren und effektiver zu steuern:

- Einführung einer standardisierten, digital unterstützten und bundesweit einheitlichen Ersteinschätzung von Patienten möglichst im präklinischen Bereich
- Einführung eines Ticket-Systems in der Ersteinschätzung zur Vermeidung von Wartezeiten
- Zuzahlung für „Schwarzfahrer“ ohne Ticket
- Entlastung der Rettungsstellen durch ein Netz von Partnerpraxen
- Fallzahlunabhängige Finanzierung von Rettungsstellen im Rahmen der Daseinsfürsorge

Weiterführende Informationen können Sie der digitalen Pressemappe unter www.dkou.org/presse entnehmen.

Kontakt:

Pressestelle DKOU 2022, c/o we care communications GmbH
Schauenburgerstraße 35, 20095 Hamburg
Tel. +49 40 756639 0
dkou@wecare-communications.com
www.dkou.org

Kurz-Vita

Prof. Dr. Bernd Kladny



Prof. Bernd Kladny ist Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) und Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC). Er ist Chefarzt der Abteilung Orthopädie und Unfallchirurgie an der Fachklinik Herzogenaurach.

Beruflicher Werdegang

- Seit 1996 Chefarzt Fachklinik Herzogenaurach, Abteilung Orthopädie und Unfallchirurgie
- 1994 - 96 Oberarzt an der Orthopädischen Universitätsklinik Erlangen im Waldkrankenhaus St. Marien
- 1988-1994 Facharztweiterbildung Orthopädische Universitätsklinik Erlangen, Unfallchirurgische Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover, Klinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie MHH

Wesentliche Qualifikationen

- Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie (2006)
- außerplanmäßiger Professor der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (2003)
- Habilitation Orthopädische Universitätsklinik Erlangen (1996)
- Zusatzweiterbildung Orthopädische Rheumatologie (1995)
- Facharzt für Orthopädie (1994)

Ausgewählte Aktivitäten und Funktionen

- Präsident Vereinigung Süddeutscher Orthopäden VSO (2009)
- Präsident Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (2013)
- Stv. Präsident Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (2013)
- Vorstandsmitglied Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Mitarbeit in zahlreichen wissenschaftlichen Fachzeitschriften, u. a. Beirat Orthopädische und Unfallchirurgische Praxis, Physikalische Medizin, Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie (ZfOU), Der Allgemeinarzt
- Über 150 Veröffentlichungen in Fachzeitschriften und Büchern

Auszeichnung

- Hubert-Waldmann-Plakette Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) für außerordentliche Verdienste um das Fachgebiet als höchste Auszeichnung des Berufsverbandes (2009)

Stehen Patientinnen und Patienten wirklich im Mittelpunkt?

Die Verantwortung von O und U für Lebensqualität und Daseinsvorsorge

*Prof. Dr. Bernd Kladny, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
Generalsekretär Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)*

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) betont die zentrale Bedeutung von Orthopädie und Unfallchirurgie für die Versorgung der Volkskrankheiten Arthrose, Osteoporose, Kreuzschmerzen. Um die Leistungsfähigkeit des Fachs zu erhalten, müssen Über- bzw. Fehlregulierung abgebaut werden.

Die Fakten

- **Arthrosen:** Ab 60 Jahren haben ca. 5-10 % Männer und ca. 5-15 % Frauen einen Hüftgelenks-, ca. 10 % Männer und ca. 15 % Frauen einen Kniegelenksverschleiß; ab 70 Jahren sind gut 50 % der Frauen und ca. 30 % der Männer betroffen: > 2 Mio. Betroffene über 60 Jahre
- **Künstliche Gelenke:** werden jährlich bei ca. 400.000 Patienten an Hüft- und Kniegelenk eingesetzt
- **Vor Gelenkersatz:** vielfältige nicht-operative Verfahren stehen zur Verfügung; es kommen auch weniger aufwändige operative Verfahren zum Einsatz
- **Osteoporose:** Ca. 8 Mio. Patienten sind betroffen, das verfügbare evidenzbasierte Wissen aus Leitlinien findet aber nur bei ca. 10 bis 20 % Anwendung. Ohne adäquate Diagnostik und Behandlung endet das Krankheitsbild bei ca. 30 % der Frauen in einem Wirbelkörperbruch, jede 10. bis jede 5. Frau erleidet einen hüftgelenksnahen Knochenbruch und jeder vierte Mann wird in seinem Leben einen Knochenbruch wegen Osteoporose erleiden
- **Operation von Brüchen an Wirbelsäule oder Hüftgelenk:** Ca. 300.000 Patienten pro Jahr; dies führt neben persönlichem Leid auch zu Sterberaten, die mit denen von Schlaganfällen vergleichbar sind
- **Kreuzschmerzen:** Die Versorgung stellt eine enorme sozioökonomische Herausforderung für das Gesundheitssystem dar, 2-stellige Milliardenbeträge für die medizinische Versorgung sowie indirekte Kosten (Produktionsausfall und Frühberentung)
- **Erkrankungen des Bewegungssystems:** Millionen Menschen in Deutschland sind betroffen, Erkrankungen und Verletzungen des Bewegungssystems liegen mit ca. 51.1 Mrd. Euro an 3. Stelle der Gesundheitsausgaben (nach Herz-Kreislaufkrankungen und psychischen Störungen)
- **Überalterung:** Deutschland hat nach Japan die zweitälteste Bevölkerung der Welt, Arthrose und Osteoporose werden weiter stark zunehmen
- **Behandlung:** Im Vordergrund steht eine gute Diagnose zur Einordnung und eine Therapie, die zuallererst nicht-operativ erfolgt; für die gesamte Behandlungskette stehen hervorragende Leitlinien zur Verfügung.

Herausforderungen für den Erhalt der Leistungsfähigkeit von O und U

- **Mangelnde Digitalisierung:** Es fehlt an funktionsfähiger Infrastruktur für eine mögliche Entlastung der täglichen Arbeit.
- **Personalnot:** Es fehlen Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegepersonal, was in Zukunft zu einer Gefährdung führen kann. Die Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) bestimmen bereits die Möglichkeiten der stationären Versorgung.
- **Nachwuchs und Weiterbildung:** Die enorme Breite des Fachs während der sechsjährigen Facharztausbildung adäquat abzubilden, ist äußerst herausfordernd. Erschwerende Rahmenbedingungen sind eine mangelnde Finanzierung, zunehmende Ambulantisierung, Regulierung von Arbeitszeiten und Dienstplanung sowie individuelle Wünsche der privaten Lebensführung.
- **Privatisierung:** Zunehmend werden Praxen und Arztstühle von Investoren aufgekauft. Dies birgt die Gefahr der Kommerzialisierung im ambulanten Versorgungsbereich. Für Patienten ist nicht erkennbar, ob ein freiberuflich tätiger Arzt behandelt oder ein Angestellter eines Unternehmens, das klare Erwartungen an den Arzt hat

- **Überregulierung:** In der Patientenversorgung hat man versucht, Empathie durch Organisation zu ersetzen. Eine überbordende Prozesslandschaft hat den Patienten aus dem Blick verloren. Es geht immer weniger um die Behandlung und das Ergebnis der Behandlung, sondern um eine abrechnungsfähige und für den Medizinischen Dienst prüfsichere Akte.

Die DGOU fordert

- > Die Patienten müssen wieder im Mittelpunkt stehen, Prozesse und Bürokratie müssen entschlackt werden
- > Die leitliniengerechte Behandlung der Volkskrankheiten muss sichergestellt sein
- > Eine funktionsfähige Digitalisierung muss Patienten nutzen und Personal entlasten
- > Die ambulante Versorgung darf nicht ungeschützt privaten Investoren überlassen werden
- > Das Pflegepersonal muss entlastet werden; Unterstützung des Pflegepersonals wo immer möglich, statt unerfüllbarer Personalvorgaben
- > Der Zeit- und Personalaufwand von Weiterbildung muss adäquat abgebildet werden, um die Versorgung in Zukunft zu sichern

Zitat

„Orthopädie und Unfallchirurgie, das bedeutet Lebensqualität und Daseinsvorsorge von der Wiege bis zur Bahre. Unser Fach steht für den Erhalt von Lebensqualität trotz Krankheit, Verletzung und Behinderung. Damit wir auch in zehn Jahren noch diese wichtige Rolle für die zunehmend alternde Bevölkerung erfüllen können, müssen Über- und Fehlregulierungen abgebaut werden.“

Kurz-Vita

Prof. Dr. Dietmar Pennig



Prof. Dietmar Pennig ist stellv. Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) und Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU).

Werdegang

- 1992 - 09/2021 Chefarzt der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Handchirurgie und Orthopädie des St. Vinzenz-Hospitals in Köln, 2004-21 als Ärztlicher Direktor
- Gastdozentur an der Iran University of Medical Science, Shafa Orthopaedic Hospital Teheran (Iran), Schwerpunkt: Rekonstruktive Chirurgie
- Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Unfall- und Handchirurgie an der Westfälische Wilhelms Universität Münster

Weiterbildungen

- Unfallchirurgie und Handchirurgie (1988-90), Chirurgie (1985-88), Pathologie (1982-83) an der Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Habilitation

- 1990 Lehrbefugnis für Unfallchirurgie und Handchirurgie, Westf. Wilhelms-Universität Münster

Professur

- 1997 Ernennung zum außerplanmäßigen Professor, Westfälische Wilhelms-Universität Münster
- 2002 Umhabilitation an die Albertus-Magnus-Universität zu Köln

Ausgewählte Aktivitäten

- Bundesvorsitzender des Verbandes Leitender Orthopäden und Unfallchirurgen Deutschlands (VLOU), bis 2018
- Referatsleiter Unfallchirurgie/Orthopädie im Berufsverband Deutscher Chirurgen (BDC), bis 2018
- Wissenschaftliche Mitarbeit in zahlreichen Fachzeitschriften, u.a. Der Unfallchirurg (Hrg.), OUMN (Schriftleiter), INJURY
- über 250 Veröffentlichungen in nationalen und internationalen Fachzeitschriften und Büchern

Die EU-Medizinprodukteverordnung: Schwerwiegende Folgen für die Qualität der Patientenversorgung

Prof. Dr. Dietmar Pennig, stellv. Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) bewertet die neue EU-Medizinprodukteverordnung als staatlich verantworteten Qualitätsverlust in der Patientenversorgung. Denn sie schränkt den Zugang zu und die freie Wahl von Implantaten ein.

Die Fakten

- 2017 hat das Europäische Parlament eine neue Medizinprodukteverordnung (MDR) erlassen, die erste Übergangsfrist endete am 27. Mai 2022.
- Die MDR regelt die Zulassung von mehr als 450.000 Medizinprodukten in Europa. Sie werden je nach Risiko für den Patienten in drei Klassen eingeteilt: von Gehhilfen über Hörgeräte und Einmalspritzen bis zu Defibrillatoren sowie Endoprothesen und Nägel zur Versorgung von Knochenbrüchen.
- Ziel der MDR war es, die Produkte sicherer zu machen, indem sich alle erneut der Zertifizierung unterziehen müssen – nicht nur durch eine akkreditierte Zulassungsstelle, sondern durch unterschiedliche Expertengremien.
- Für die Zertifizierung muss die Herstellung dokumentiert werden, vor Markteinführung müssen umfangreiche klinische Studien nachgewiesen werden, das Produkt muss während der Anwendung kontrolliert werden. Allerdings gilt diese Regelung auch für Bestandsprodukte, die seit Jahren oder Jahrzehnten erfolgreich und ohne Auffälligkeit im Einsatz sind.
- Dies wird dazu führen, dass viele Hersteller klinisch wichtige Bestandsprodukte vom Markt nehmen, da der hohe Aufwand der Re-Zertifizierung in keinem Verhältnis zum Verkaufserlös älterer Produkte steht.
- Dies gilt umso mehr für Spezialprodukte, die nur in kleiner Stückzahl angefertigt werden, um in ausgewählten Fällen zum Einsatz zu kommen – in denen sie aber für die Lebensqualität unverzichtbar sind.
- Erste Produkte sind bereits nicht mehr verfügbar, Genehmigungen bislang dokumentierter und erfolgreich verwendeter Produkte laufen 2024 aus.

Die Folgen

- Bald schon können bisher verwendete und bewährte Endoprothesen, Nägel und Platten sowie weitere Implantate vom Markt verschwinden
- Die orthopädisch-unfallchirurgische Versorgung sowie die Versorgung von Patienten mit Gelenkersatz kann nicht mehr auf dem bisherigen Niveau erbracht werden, notwendige Operationen müssen verschoben oder ersatzlos gestrichen werden
- Operateure werden andere Implantate als bisher verwenden müssen, mit denen sie u.U. weniger Erfahrung haben und für die eben keine Langzeitergebnisse vorliegen
- Für ältere Implantate werden keine Wechsel-Ersatzteile mehr verfügbar sein mit in Folge wesentlich ausgedehnteren Revisionseingriffen
- Die Versorgungsqualität leidet, dabei werden einzelne Gruppen in Kinder- und Tumororthopädie besonders hart betroffen sein
- Der Innovationsstandort Deutschland wird irreversibel beschädigt, Forschung wird in das Ausland (USA) abwandern und hochspezialisierte Arbeitsplätze in innovativen Unternehmen des deutschen Mittelstands gehen verloren

Die DGOU fordert

- > Nachbesserung der MDR durch die Suche nach einem geeigneten Weg der Umsetzung in Deutschland im Sinne der Sicherstellung einer differenzierten und ethisch vertretbaren Patientenversorgung unter Nutzung der vorliegenden Registerdaten (z.B. Endoprothetikregister und Traumaregister)
- > Innovationsfreundliches Gesamtkonzept für die Weiterentwicklung orthopädisch-unfallchirurgischer Implantate in der Tradition der mittelständischen Unternehmen
- > Vollständige Information der Patientenverbände über existierende und weiter zunehmende Versorgungslücken mit gravierenden Nachteilen für Patienten

Zitate

„Die MDR-Initiative für mehr Sicherheit aller Medizinprodukte begrüßt die DGOU ausdrücklich. Anwenderstudien für neu am Markt eingeführte Produkte sind unabdingbar - für langjährig bewährte Produkte sind sie jedoch ethisch nicht vertretbar und wissenschaftlich nicht sinnvoll. Hier ist zum Schutz der Patienten auch unter Berücksichtigung vorliegender Qualitätsdaten aus Registern der Fachgesellschaften zwingend eine erleichterte Freigabe erforderlich.“

Kurz-Vita

Dr. Burkhard Lembeck



Dr. Burkhard Lembeck ist Präsident des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU). Er ist Facharzt für Orthopädie, Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Chirurgie und arbeitet als niedergelassener Arzt in Ostfildern.

Werdegang

- Seit 2015 niedergelassener Arzt in einer Gemeinschaftspraxis für Orthopädie und Unfallchirurgie in Ostfildern
- Operative Tätigkeit in der Filderklinik Ostfildern
- Orthopädische Universitätsklinik Tübingen
- Bethesda Krankenhaus Wuppertal (Akademisches Lehrkrankenhaus)
- Franziskus Hospital Ahlen
- Studium der Humanmedizin in Münster
- Auslandsaufenthalte in England, Schweiz, USA

Ausgewählte Aktivitäten und Schwerpunkte

- Sektorengleiche Vergütung in Orthopädie und Unfallchirurgie
- Nationale Versorgungsleitlinie nicht-spezifischer Kreuzschmerz
- Disease Management Programm DMP Rückenschmerz
- Wissenschaftliche Publikationen zur Versorgung in Orthopädie und Unfallchirurgie
- Landesvorsitzender BVOU Württemberg
- Vertreter in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Berlin

Reformieren statt kollabieren: Was sich in der ambulanten Notfallversorgung dringend ändern muss

Dr. Burkhard Lembeck, Präsident Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU)

Eine Reform der Notfallversorgung steht für 2022 auf der Agenda des Bundesgesundheitsministeriums; dazu liegen zahlreiche Vorgutachten bzw. Vorschläge vor. Auch DGOU und BVOU haben Vorschläge zur ambulanten Versorgung von Notfällen entwickelt. Sie zeigen auf, wie eine leitliniengerechte Versorgung auszusehen hätte, und bieten konkrete, einfach umsetzbare Lösungen.

Fakten zur ambulanten Notfallversorgung (alle Angaben Bezugsjahr 2019)

- Der ärztliche Bereitschaftsdienst der KVen wurde ca. 8,2 Millionen Mal in Anspruch genommen, die Notfallambulanzen der Krankenhäuser verzeichneten 10,6 Millionen Fälle
- Für die Versorgung standen ca. 830 Bereitschaftspraxen (oder „Portalpraxen“) bundesweit zur Verfügung. An der Notfallversorgung nahmen ca. 1200 Krankenhäuser mit ihren Notfallaufnahmen teil
- Für die Versorgung im Bereich Orthopädie und Unfallchirurgie gab es ca. 6.300 Facharztpraxen und ca. 1.200 Krankenhäuser
- Für die Notfallversorgung „O und U“ existieren keine bundesweiten Daten. Hinweise liefern die Daten der KV Baden-Württemberg: die gesamte Notfallversorgung stützt sich dort auf 120 Portalpraxen und 200 Krankenhausambulanzen
- In den 200 Krankenhausambulanzen wurden 1,2 Mio. Scheine abgerechnet, davon entfielen 485.000 auf werktags, 541.000 auf Unzeiten (Wochenende und spät abends) und 248.000 auf nachts. Auf O und U entfielen dabei über 50 Prozent, wobei die akuten Verletzungen dominierten
- In den 120 Portalpraxen, d.h. im ärztlichen Bereitschaftsdienst, wurden exakt gleich viele Notfallscheine wie in den Notfallkrankenhäusern abgerechnet; allein O und U Diagnosen machen mit ca. 20 Prozent einen beträchtlichen Anteil aus
- Der Bereich O und U dominierte in den Krankenhausnotaufnahmen das Notfallgeschehen: unter den TOP 10 Diagnosen waren fünf sogenannte S-Diagnosen (akute Verletzungen), Rang 8 belegten bereits akute nichttraumatische Schmerzzustände, insbesondere Rücken- aber auch akute Gelenkschmerzen
- In den Portalpraxen machten orthopädisch-unfallchirurgische Diagnosen ca. 20 Prozent aus

Notfallversorgung in Orthopädie und Unfallchirurgie anhand der Leitlinien

- Für das Fachgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie existieren Leitlinien zur bestmöglichen Versorgung von akuten Erkrankungen und Unfällen. Demnach bedarf es bei der Erstversorgung von **Unfällen** in den allermeisten Fällen der fachärztlichen Expertise, insbesondere der diagnostischen Abklärung mittels Röntgen, Sonografie, der sorgfältigen Wundexploration bzw. der fachgerechten Versorgung mit Verbänden und / oder Hilfsmitteln
- Bei der Erstversorgung von **akuten Rückenschmerzen** oder Gelenkschwellungen sehen die Leitlinien zunächst die Diagnostik mittels Anamnese und klinischer Untersuchung als ausreichend an. Erst im Falle sogenannter „Red flags“ sollte die weitere Diagnostik und Therapie unmittelbar fachärztlich erfolgen. Red flags beinhalten im Fall von Rückenschmerzen z.B. klinische Hinweise auf osteoporotische Frakturen, Bandscheibenvorfälle etc., im Fall von Gelenkschwellungen Hinweise auf ein bakterielles Geschehen
- Gibt es diese klinischen Hinweise, dann sollte die weitere Diagnostik und Therapie unmittelbar durch einen Facharzt für O und U übernommen werden.

Empfehlungen des BVOU aus den vorliegenden Gutachten

Verschiedene Gutachten über die ambulante Notfallversorgung kritisieren eine Fehlsteuerung bei Patienten, die einer dringlichen Notfallbehandlung nicht zwingend bedürfen und überlange Wartezeiten verursachen. Der G-BA hat im Auftrag der letzten Bundesregierung auf dieser Basis ein Konzept erarbeitet, das der BVOU im Folgenden mit konkreten und leicht umsetzbaren Empfehlungen für den Sektor Orthopädie und Unfallchirurgie kommentiert.

1) Einsatz eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens

Vorgesehen ist, dass alle Notfallpatienten die Ersteinschätzung per Telefon, digital oder persönlich unverzüglich erhalten sollen. Minutenlange Warteschleifen sind inakzeptabel. Das Ersteinschätzungsverfahren selbst sollte dann innerhalb von 10 Minuten abgeschlossen werden können. Dieser Prozess sollte für die Priorisierung von Dringlichkeiten und Versorgungsempfehlungen digital

unterstützt werden. Bei verzögerter Dringlichkeit sollte die weitere Versorgung, z.B. im Regelbetrieb am nächsten Tag, nahtlos organisiert werden.

Empfehlungen BVOU:

- > Die Ersteinschätzung sollte möglichst im präklinischen Bereich vorgenommen werden
- > Dazu bedarf es eines evaluierten Ersteinschätzungsverfahrens
- > 112 und 116117 sollten dieses standardisierte Verfahren verwenden
- > Die Erreichbarkeit der 116117 muss deutlich und nachweislich verbessert werden, um effektiv steuern zu können
- > Der Patient sollte ein sogenanntes Ticket nach Ersteinschätzung erhalten
- > Dieses Ticket soll helfen, Wartezeiten und Zuzahlungen für ihn zu vermeiden
- > Im Fall einer Ersteinschätzung „in House“ sollte ebenfalls ein standardisiertes Verfahren zum Einsatz kommen
- > Wer die „Inhouse Steuerung“ übernimmt, ob gemeinsamer Tresen, Portalpraxis oder Rettungsstelle, sollte den Kollegen vor Ort überlassen werden.

2) Schaffen eines Netzwerks von Partnerpraxen

Das Ersteinschätzungsverfahren dient der Priorisierung und bedarfsgerechten Steuerung der Patienten. Hierzu stehen ambulant der allgemeinmedizinische oder fachärztliche Bereich zu Verfügung. Der allgemeinmedizinische Bereich wird vertreten durch die hausärztlichen Praxen / Portalpraxen; der fachärztliche Bereich wird in O und U vertreten durch kassenärztliche Praxen bzw. durch D-Arztpraxen und durch Klinikambulanzen.

Empfehlungen BVOU:

- > Bei Unfällen Einbeziehen von geeigneten Praxen in ein Versorgungsnetzwerk
- > Übersicht über das Netzwerk in einer Unfall App
- > Im haus- und fachärztlichen Bereich müssen Partnerpraxen am nächsten Werktag Termine für Patienten mit aufgeschobener Priorisierung bereithalten

3) Finanzierung des Notfalldienstes

Die ambulante Notfallversorgung ist ein Zuschussgeschäft. Im KV-Bereich wird der defizitäre Notfallbetrieb mittels Kopfpauschalen und Umsatzabgaben seit Jahren subventioniert. Auch in den Kliniken muss der Unterhalt des Notfallambulanzen durch Erlöse aus dem stationären Bereich quersubventioniert werden.

Eindeutig gehört die Notfallversorgung in den Bereich der Daseinsfürsorge. Die ökonomische Logik spricht dagegen, Daseinsfürsorge fallzahlabhängig zu finanzieren. Niemand würde erwarten, dass die Berufsfeuerwehren ihren mangelnden Deckungsbeitrag durch Lohnabzüge ausgleichen.

Empfehlungen BVOU:

- > Die Notfallversorgung gehört zur Daseinsfürsorge und ist fallzahlunabhängig zu finanzieren
- > Der ärztliche Bereitschaftsdienst bzw. die Vorhaltung einer Notfallambulanz muss als Mindestumsatz von den Krankenkassen vorfinanziert werden
- > Die erlösten Honorare sind als Abschlagszahlungen zu leisten. Unterdeckungen zum Mindestumsatz sind von den Kommunen bzw. Ländern zu übernehmen
- > Honorare für die ambulanten Notfallambulanzen bzw. Praxen müssen Teil der extrabudgetären Vergütung sein, die von den Krankenkassen voll, ohne Abzüge und Mengenbegrenzung bezahlt wird
- > Partnerpraxen müssen von der Verpflichtung zur Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst entbunden werden

Zitat

„Die Bereitstellung einer qualifizierten Notfallversorgung zeichnet den Gesundheitsstandort Deutschland aus und gehört in den Bereich der Daseinsfürsorge. Einfach umsetzbare Maßnahmen können Fehlsteuerung, mangelnde Bedarfsgerechtigkeit und Unterfinanzierung in der Versorgung von Notfällen in Orthopädie und Unfallchirurgie beheben.“