

Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU)

Eröffnungspressekonferenz

**Orthopädie und Unfallchirurgie:
Patienten endlich wieder ganz in den Mittelpunkt stellen**

Dienstag, 25. Oktober 2022, 13.45 Uhr

Saal Helsinki (ausgeschildert)

Messe Berlin, Eingang Süd, Halle 4.2, Jafféstraße, 14055 Berlin

Presseinformation

Patienten endlich wieder ganz in den Mittelpunkt stellen

Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) startet in Berlin

Berlin, 25. Oktober 2022 – Unter dem Motto „Mit Begeisterung für unsere Patienten“ beginnt heute der Deutsche Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) in Berlin. Der DKOU, der von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) sowie dem Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) ausgerichtet wird, gilt als bedeutendster Kongress des Fachs in Europa und zählt zu den größten Fachveranstaltungen für Orthopäden und Unfallchirurgen weltweit. Vom 25. bis 28. Oktober kommen rund 10.000 internationale Ärzte, Wissenschaftler und Branchenvertreter zu Vorträgen und Panels zusammen und rund 170 ausstellende Unternehmen präsentieren auf über 4.800 qm innovative Produkte aus O und U. Anlässlich der Kongresseröffnung stellten heute die drei Kongresspräsidenten aktuelle Entwicklungen ihrer Fachgebiete Orthopädie und Unfallchirurgie vor und warnten vor bedrohlichen Entwicklungen für die Qualität der Patientenversorgung.

Von Verletzungen des Bewegungssystems sowie den Volkskrankheiten Arthrose, Osteoporose und Kreuzschmerz sind in Deutschland Millionen Menschen betroffen. Orthopäden und Unfallchirurgen begleiten die Patienten ein Leben lang, von der Säuglings-OP bis zur Versorgung älterer Menschen mit Gelenkersatz. Auch bei traumatischen Ereignissen wie akuten Sportverletzungen oder Notfallereignissen sind Orthopäden und Unfallchirurgen an vorderster Stelle. Überall, wo orthopädische und unfallchirurgische Versorgung geleistet wird, ist eine leitliniengerechte, auf den Patienten individuell abgestimmte Behandlung zentrales Anliegen der Ärztinnen und Ärzte. „Medizin mit Mitgefühl – das ist unser Credo“, erklärten die drei Kongresspräsidenten Prof. Dr. Andreas M. Halder, Prof. Dr. Benedikt Friemert und Dr. Wolfgang Willauschus im Rahmen der Auftaktpressekonferenz. „Wir wollen unsere Patienten endlich wieder ganz in den Mittelpunkt unserer Aufmerksamkeit und unseres Handelns rücken.“ Sie grenzen sich damit explizit gegen zunehmenden ökonomischen Druck, gegen Überregulierungen durch die Politik sowie Fehlentwicklungen ab.

Traumaversorgung in bedrohlicher Schieflage

Wie wichtig eine funktionierende, reaktionsfähige Traumaversorgung ist, hat der Ukraine-Krieg gerade wieder vielen Menschen ins Bewusstsein gerückt. „Traumaversorgung ist und bleibt ein essenzieller Bestandteil der Daseinsfürsorge“, erklärt Prof. Dr. Benedikt Friemert, Kongresspräsident und Präsident von DGU und DGOU. „Daher gehört die Notfallversorgung inklusive ihrer Vorhaltungskosten in die öffentliche Hand.“ Nur so lasse sich die bestehende existenzbedrohende Unterfinanzierung der Traumaversorgung in Deutschland lösen. Denn Fakt ist: Immer mehr Kliniken ziehen sich aktuell aus der Notfallversorgung zurück, da sie die Kosten nicht mehr decken können; dies führt dazu, dass größere Kliniken gezwungen sind, immer mehr Notfallpatienten zu behandeln. Die Folgen sind finanzielle Schieflagen, überlange Wartezeiten und eine insgesamt instabile Versorgungsstruktur.

Der Reformbedarf in der Notfallversorgung in Deutschland ist bereits lange bekannt. So hatte der G-BA im Auftrag der letzten Bundesregierung ein Konzept erarbeitet, das die Kernprobleme Fehlsteuerung, Wartezeiten und Unterfinanzierung im Bereich der Notfallversorgung beheben soll. Dieses Reform-Konzept begrüßen DGOU und BVOU ausdrücklich. Ergänzend haben die Verbände jedoch konkrete Empfehlungen entwickelt, um Patientenströme besser zu strukturieren und effektiver zu steuern und die Unterfinanzierung zu beenden. Die Empfehlungen liegen in Form eines Positionspapiers der Politik vor. „Die bestehende Krise der Notfallversorgung in den Kliniken und Praxen muss schnellstmöglich ein Ende haben“, fordert Friemert. „Wir brauchen hier ein klares Bekenntnis der Politik und der Kostenträger.“

EU-Medizinprodukteverordnung erschwert sinnvolle Implantatversorgung

Sorge macht Orthopäden und Unfallchirurgen auch die neue Medizinprodukteverordnung (Medical Device Regulation, MDR), welche 2017 vom EU-Parlament erlassen wurde und nun auch in Deutschland in Kraft tritt. Sie regelt die Zulassung von mehr als 450.000 Medizinprodukten in Europa, zu denen auch Endoprothesen zählen. Ihre hohen, für neue Produkte sinnvollen Anforderungen gelten jedoch auch für Bestandsprodukte,

die seit Jahrzehnten erfolgreich eingesetzt werden, sodass die Hersteller zu Rezertifizierungsverfahren gezwungen werden. Da für viele Unternehmen der Aufwand der Re-Zertifizierung jedoch in keinem Verhältnis zum Verkaufserlös älterer Produkte steht, ziehen sich die Unternehmen zurück, erste Produkte sind bereits nicht mehr verfügbar. „Bewährte Endoprothesen und andere Produkte sind bereits dabei, vom Markt zu verschwinden“, sagt Prof. Dr. Andreas M. Halder, Kongresspräsident, Präsident der DGOOC und stv. Präsident der DGOU. „Für uns Operateure bedeutet das, dass wir die Versorgung von Patienten mit Gelenkersatz nicht mehr auf dem bisherigen Niveau erbringen können.“ Operateure verwendeten notgedrungen andere Implantate als bisher, mit denen sie u.U. weniger Erfahrung hätten und für die keine Langzeitergebnisse vorlägen. Die DGOU begrüße 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.

Patienten profitieren vom Innovationsmotor Endoprothetik und von Qualitätssicherung

Aktuell erhalten rund 400.000 Patienten jedes Jahr in Deutschland ein künstliches Hüft- oder Kniegelenk. Dass Endoprothesen immer besser passen und immer weniger Restschmerz oder Bewegungseinschränkungen zurücklassen, liegt an einem stetigen Innovationsprozess in der Endoprothetik. „Längst schon nutzen wir Navigationssysteme, um die Implantatpositionen möglichst exakt zu bestimmen,“ erläutert Halder. „Technologien wie der Operationsroboter setzen sich immer mehr durch und sorgen für eine millimetergenaue Implantation. Vor allem bei Knieprothesen, die sehr exakt implantiert werden müssen, ist dies ein großer Vorteil: hier profitieren Patienten besonders von den robotergestützten Verfahren.“ Zum Erfolg der Endoprothetik trägt auch das seit 2012 geführte Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) bei. Hier sind bereits über zwei Millionen Operationen erfasst, was das EPRD zum zweitgrößten Endoprothesenregister Europas macht. Die Endoprothetik habe aufgrund neu entwickelter technischer Möglichkeiten in den letzten 20 Jahren extreme Fortschritte hinsichtlich Präzision und Sicherheit der Eingriffe sowie Haltbarkeit der Endoprothesen erzielt, so Halder. Das EPRD sichere verlässlich die Qualität der Endoprothetik in Deutschland und sei in jeder Hinsicht eine Erfolgsgeschichte.

Prävention von Sportverletzungen anlässlich der Fußball-WM im Fokus

Auch die Prävention von Sportverletzungen gehört zum breiten Arbeitsgebiet von O und U. Wie wichtig diese Leistungen gerade für junge Sportlerinnen und Sportler sind, rückt anlässlich der Fußball-WM, die ab November in Katar stattfindet, auch Laiensportlern deutlich ins Bewusstsein. „Durch die WM in Katar wird auch hierzulande wieder die Zahl der Kinder und Jugendlichen steigen, die in den Vereinen den Profis naheifern“, erklärt Dr. Wolfgang Willauschus vom Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU). „Hier gilt es zu handeln! Einfache Empfehlungen helfen bereits im Vorfeld, Verletzungen zu vermeiden.“

Zu den zentralen Empfehlungen der Orthopäden und Unfallchirurgen zählen: Nicht zu früh auf Fußball spezialisieren, sondern auch andere Sportarten wie Schwimmen, Radfahren oder Turnen betreiben; dem Körper nach jedem Spiel oder Training Zeit zur Erholung geben; das Training immer mit Übungen zum Aufwärmen beginnen; zu den eigenen körperlichen und technischen Fähigkeiten stehen; auf die Tagesverfassung achten; geeignetes Schuhwerk nutzen und bei Schmerzen oder geschwollenen Gelenken einen Arzt aufsuchen. „Und wenn es dann doch passiert und man sich verletzt, gilt folgender Rat: Die Schnelligkeit, mit der die Profis fit werden, ist nicht der Maßstab für uns Laien“, so Willauschus.

Pressekontakt

Pressestelle DKOU 2022, c/o we care communications GmbH

Tel.: 040-756639-0

dkou@wecare-communications.com

www.dkou.org

Kurz-Vita

Prof. Dr. Andreas Halder



Prof. Dr. Andreas Halder ist Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), stellvertretender Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) und Ärztlicher Direktor der Sana Kliniken Sommerfeld.

Werdegang

- Seit 2001 Chefarzt der Klinik für Operative Orthopädie der Sana Kliniken Sommerfeld, seit 2015 Ärztlicher Direktor
- 1998-1999 Fellow im Orthopedic Biomechanics Laboratory der Mayo Clinic Rochester, Minnesota, USA

Weiterbildungen

- Sportmedizin (1996), Manuelle Medizin (1996), Facharzt für Orthopädie (1997), Rheumatologie (2000) Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie (2006), Spezielle Orthopädische Chirurgie (2012)

Habilitation

- 2004 zum Thema „Zur Pathogenese der Rotatorenmanschettenruptur“ an der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg

Professur

- 2013 Ernennung zum außerplanmäßigen Professor der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg

Ausgewählte Aktivitäten und Schwerpunkte

- Wissenschaftliche Schwerpunkte u.a.: Endoprothetik, Qualitätssicherung und Versorgungsforschung
- Zahlreiche Ehrenämter: u.a. Vorsitzender der Leitlinienkommission der DGOU, Mitglied der Prüfungskommission der Landesärztekammer Brandenburg, Mitglied des Vorstandes der European Knee Society

Innovationsmotor Endoprothetik: Wie Patienten von neuen Technologien beim Gelenkersatz profitieren

Prof. Dr. Andreas M. Halder, Kongresspräsident, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Stellv. Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) klärt darüber auf, von welchen neuen Technologien Patienten bei einem Gelenkersatz besonders profitieren und welchen Nutzen das erfolgreiche Endoprothesenregister hat.

Neuerungen in der Endoprothetik

- Jährlich werden in Deutschland ca. 400.000 Patienten mit einem Gelenkersatz an Knie- oder Hüftgelenk versorgt
- Der Ersatz durch ein Kunstgelenk ist ein bewährtes Operationsverfahren, das den betroffenen Patienten Schmerzfreiheit, Beweglichkeit und Mobilität verspricht
- Obwohl es in den allermeisten Fällen überaus erfolgreich ist, verbleibt bei einigen Patienten ein Fremdkörpergefühl, eine Bewegungseinschränkung oder ein Restschmerz
- Um die Anatomie noch besser nachzuempfinden, wurden neue Konzepte zur Implantatausrichtung und Technologien zur Verbesserung der Genauigkeit der Implantation entwickelt
- So wurde vor mehr als 20 Jahren die sogenannte Navigation in der Endoprothetik eingeführt, die dem Chirurgen in der Operation die exakte Implantatposition zeigt. Dabei erfasste das Navigationssystem mit einer Infrarotkamera Tracker an Ober- und Unterschenkel und so indirekt die Position der Knochen und Implantate. Der Chirurg musste dann die angezeigte Implantatposition in der Operation allerdings selbständig umsetzen
- Um an diesem Punkt noch genauer zu werden, wurde der erste Operationsroboter für den Hüftgelenkersatz entwickelt. Der sogenannte ROBODOC nahm dann - nachdem er die Position des Oberschenkelknochens erfasst hatte - selbständig das Fräsen des Implantatlagere vor. Leider kam es dabei gelegentlich zu Fehlern beim Fräsprozess und zur Verletzung von Muskeln, weswegen das Verfahren verlassen wurde.
- Die Renaissance des Roboters begann mit dem MAKO-Roboter beim künstlichen Kniegelenkersatz: er führt zwar die Knochensäge, aber der Chirurg muss den Sägevorgang auslösen. Dies erhöht die Sicherheit bei gleichzeitig hoher Genauigkeit
- Inzwischen sind weniger aufwendige Robotersysteme wie der ROSA verfügbar, die keinen Techniker im Operationssaal und keine Computertomographie zuvor benötigen. Der Chirurg muss nach wie vor die Implantatposition vor der Operation planen, diese nötigenfalls in der Operation korrigieren und den Vorschlag des Robotersystems immer auf seine Richtigkeit prüfen
- Die Robotersysteme in der Knie-Endoprothetik zeichnen sich heute durch ihre hohe Präzision bei der Beinachsenausrichtung, Wiederherstellung der Gelenklinie und der Implantatposition aus. Die klinischen Ergebnisse hinsichtlich Schmerzfreiheit und Beweglichkeit sind mit denen der konventionellen Operation vergleichbar und auch die Komplikationsraten unterscheiden sich nicht wesentlich.
- Registerdaten deuten auf eine längere Lebensdauer der Roboter-implantierten Knie-Endoprothesen hin

Das Endoprothesenregister EPRD

- Auf Initiative der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie wurde im Jahr 2012 gemeinsam mit den Krankenkassen und dem Bundesverband der Medizinindustrie das Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) gegründet

- Seither sammelt und analysiert das EPRD-Daten zur endoprothetischen Versorgung von Knie- und Hüftgelenken in Deutschland. Aktuell nehmen mehr als 780 Kliniken teil, was etwa 70 Prozent der endoprothetischen Versorger in Deutschland entspricht
- Bislang konnten mehr als 2 Mio. Gelenkersatzoperationen erfasst werden – damit ist das EPRD das zweitgrößte Endoprothesenregister Europas. Das EPRD verfügt über eine weltweit einzigartige Prothesendatenbank
- Ziel des Registers ist die Qualitätsmessung von Endoprothesen und Implantation. Es dient auch als Frühwarnsystem bei Prothesenversagen.
- In zwei Jahren ist vom Bundesministerium für Gesundheit die Einführung eines Implantatregisters Deutschland (IRD) vorgesehen. Die verantwortliche Beteiligung des bewährten EPRD, der Fachgesellschaft und der Kompetenz ihrer Experten, wäre für das IRD von großem Vorteil für die Patienten.

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

- 2017 hat das Europäische Parlament eine neue Medizinprodukteverordnung (MDR) erlassen, sie regelt die Zulassung von mehr als 450.000 Medizinprodukten in Europa.
- 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.
- 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. 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

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)
- > Vollständige Information der Patientenverbände über existierende und weiter zunehmende Versorgungslücken mit gravierenden Nachteilen für Patienten

Zitat

„Die DGOU begrüßt die MDR-Initiative für mehr Sicherheit aller Medizinprodukte grundsätzlich. Studien für neu in den 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

Oberstarzt Prof. Dr. Benedikt Friemert



Prof. Dr. Benedikt Friemert ist Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) und Ärztlicher Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie am Bundeswehrkrankenhaus (BWK) Ulm.

Werdegang

- Seit 2013 Geschäftsführender Arzt des Chirurgischen Zentrums des BWK Ulm
- Seit 2009 Ärztlicher Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Septische und Rekonstruktive Chirurgie, Sporttraumatologie am BWK Ulm
- 2007-09 Lt. Oberarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie am BWK Ulm

Weiterbildungen

- Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie (2007), Schwerpunkt Unfallchirurgie (2005), Facharzt für Chirurgie (2000), Zusatzbezeichnung Sportmedizin (1995)

Habilitation

- 2005 im Fachgebiet Chirurgie an der TU München: „Die Short and Medium Latency Response der Hamstrings nach einer ventralen Tibiatranslation als Korrelat der funktionellen Kniegelenksinstabilität“
- 2008 Umhabilitation und Erteilung der Lehrbefugnis, Universität Ulm für das Fach Chirurgie

Professur

- 2010 außerplanmäßiger Professor der Universität Ulm im Fachgebiet Chirurgie

Bundeswehreinsätze

- 2000 bis 2020 zahlreiche Auslandseinsätze, u.a. in Afghanistan

Ausgewählte Aktivitäten und Schwerpunkte

- Wissenschaftliche Schwerpunkte u.a.: Traumaversorgung, taktisch-strategische Chirurgie, Katastrophen- und Einsatzchirurgie, Neurophysiologische Störungen des Bewegungsapparates
- Koordinator für Forschung und Lehre und seit 2017 Mitglied im Direktorium am BWK Ulm
- Zahlreiche Ehrenämter u.a.: Mitglied des wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer, des Beirats *TraumaNetzwerk DGU*[®] der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie

Trauma-Medizin zwischen höchster Relevanz und Unterfinanzierung: Was sich jetzt ändern muss

Prof. Dr. Benedikt Friemert, Kongresspräsident, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) weist darauf hin, dass die Traumaversorgung zwar zentraler Bestandteil der Daseinsvorsorge ist, jedoch in Deutschland aufgrund von Unterfinanzierung bedroht ist. Insbesondere die Reha-Versorgung jüngerer Patienten ist nicht gesichert.

Aufgaben der Notfallversorgung in Deutschland

- Die Behandlung des Notfallpatienten ist die Kernaufgabe der Unfallchirurgie in Deutschland
- Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) hat in den letzten mehr als 20 Jahren drei Bausteine etabliert, die die Versorgung der Bevölkerung 24/7 flächendeckend sicherstellen
 1. das Weißbuch der Schwerverletztenversorgung, es beschreibt Grundlagen und politische Ziele
 2. Das *TraumaNetzwerk DGU*® als Zusammenschluss von Traumazentren, es stellt die Versorgung sicher
 3. Das *TraumaRegister*®: es sichert die Qualität der Trauma-Versorgung
- Die DGU kümmert sich außerdem um besondere Situationen wie Großschadensereignisse und Terrorattentate und bereitet durch einen speziell entwickelten Kurs (TDSC) zivile Kollegen auf besondere Einsatzlagen vor; der Sanitätsdienst der Bundeswehr ist aufgrund besonderer Fähigkeiten enger zivil-militärischer Partner der DGU
- Der „5-Punkteplan 1.0“ wurde in den letzten Jahren erfolgreich abgearbeitet, ein weiterer „5-Punkteplan 2.0“ zur medizinischen Versorgung der Bevölkerung bei Katastrophen und Terroranschlägen liegt vor:
 1. Informationsveranstaltungen für nicht-medizinische Entscheidungsträger auf Bundes-, Landes- und lokaler Ebene zu den Besonderheiten eines Massenanfalls von Verletzten (MANV) / eines Massenanfalls von Verletzten bei Terrorlagen (TerrorMANV)
 2. Optimierung der interdisziplinären Erstversorgung in der Klinik bei einem MANV oder TerrorMANV mit einer Beschreibung personeller, fachlicher und materieller Empfehlungen für die teambasierte und interdisziplinäre Erstversorgung in einer lebensbedrohlichen Einsatzlage
 3. Etablierung einer Personenzertifizierung für den Themenkomplex „umfangreiche Traumachirurgie“: Aus- und Weiterbildungskonzept zur Vertiefung der Traumaversorgungskompetenz bei MANV oder TerrorMANV
 4. Sicherheit an und in der Klinik: Erarbeiten von Empfehlungen und praktischen Maßnahmen zur Verbesserung der aktiven und passiven Sicherheit in Krankenhäusern und medizinischen Einrichtungen beim TerrorMANV
 5. Weitergehende Empfehlungen für den Terror-, Katastrophen- und Verteidigungsfall wie das Erstellen einer Kapazitätsanalyse und Behandlungsempfehlungen für die innerklinische Katastrophenmedizin sowie einer Simulation zum Abgleich zwischen Behandlungsempfehlungen und -kapazitäten.

Bereitschaftsdienste für Krankenhäuser: unökonomisch

- Immer mehr Kliniken ziehen sich aus der Notfallversorgung zurück, da die Kosten nicht mehr gedeckt sind
- Dadurch müssen die größeren Kliniken immer mehr Notfallpatienten behandeln, die Behandlung findet meist zur Unzeit statt
- Die zahlreichen Notfallpatienten verdrängen zunehmend die Elektivpatienten in diesen Krankenhäusern, dies hat auch negative Auswirkungen auf die Weiterbildung, da diese nicht mehr an den größeren Häusern durchgeführt werden kann
- Das bedeutet auch, dass immer weniger ökonomisch interessante Operationen durchgeführt werden können, was auch bei diesen Häusern zu einer finanziellen Schieflage führen kann

Durchgehende Reha-Versorgung besonders jüngerer Patienten nicht sichergestellt

- Die Unfallchirurgie begleitet den Patienten vom Unfallort bis hin zur beruflichen Wiedereingliederung bzw. sozialen Teilhabe
- Die Akutversorgung ist sehr gut organisiert, die Rehabilitation und Wiedereingliederung ist organisiert und finanziert
- Es existiert ein Bruch in der Versorgungskette: Patienten, die keine Akutklinik mehr brauchen, aber noch nicht Reha-fähig sind, müssen entweder mehrere Wochen zu Hause oder im Pflegeheim bleiben; dort findet jedoch keine adäquate Versorgung statt, so dass sich ihre Situation häufig weiter verschlechtert
- Diese Behandlungsunterbrechung muss verhindert werden, denn es handelt sich um junge, im Erwerbsleben stehende Patienten, die sonst eine deutlich schlechtere Wiedereingliederung bzw. Sozialanbindung erreichen.

Zitat

„Vor dem Hintergrund des Ukrainekrieges gewinnt die Daseinsvorsorge im Rahmen der Außensicherung eine neue Bedeutung. Die Notfallversorgung inklusive ihrer Vorhaltungskosten gehört in die Öffentliche Hand und muss durch diese sichergestellt werden.“

Kurz-Vita

Dr. Wolfgang Willauschus



Dr. Wolfgang Willauschus ist DKOU-Kongresspräsident 2022 für den Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) und praktiziert als niedergelassener Orthopäde in Bamberg.

Werdegang

- Seit 2007 orthopädisch-unfallchirurgische Praxisklinik alphaMED Bamberg und Abteilung für Orthopädische Rheumatologie im Klinikum Bamberg
- Seit Ende 1997 niedergelassener Orthopäde/Rheumatologie in Hallstadt bei Bamberg
- 1996 Oberarzt der Orthopädischen Universitätsklinik Erlangen

Weiterbildungen

- Facharzt für Orthopädie (1996)
- Schwerpunkt Rheumatologie (1997)
- Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie (2005)

Ausgewählte Aktivitäten und Schwerpunkte

- Klinische Schwerpunkte: Sporttraumatologie, arthroskopische Chirurgie an großen Gelenken (Knie, Schulter, Ellenbogen und Sprunggelenk), Fuß- und Handchirurgie
- Ausbildung und Anerkennung als Leitender Notarzt
- Ehrenamtliches Engagement: u.a. im Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie, Vorstandskommission Arthroskopie KV Bayern und Fachberater der BLÄK

Fußball-WM Katar: Was kann der Amateurfußball bei Prävention und Versorgung von Verletzungen von den Profis lernen?

Dr. Wolfgang Willauschus, Kongresspräsident, Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU)

Am 21. November 2022 beginnt in Katar die Fußball-Weltmeisterschaft. Der Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) gibt Empfehlungen, wie Amateursportler sicher und verletzungsfrei trainieren können, damit der Spaß am Sport nicht auf der Strecke bleibt.

Fakten zu Fußball und Verletzungen

- Fußball ist die beliebteste Mannschaftssportart in Deutschland: In den 24.316 Vereinen des DFB spielen 2,2 Mio. Spieler und Spielerinnen. Unter den Aktiven sind 905.349 Jungen unter 14 und 103.205 Mädchen unter 16 Jahren
- Fußball fordert Kondition, Kraft und eine gute Muskelfunktion sowie taktisches und technisches Geschick. Typisch sind schnelle Beschleunigungen, abruptes Abbremsen, Drehungen, schnelle Richtungswechsel und kraftvolles Schießen aus dem Lauf. Hinzu kommen Hochintensitätsaktionen. Während der 90 Minuten wird durchschnittlich zwischen 9 und 13,5 Kilometer gelaufen
- Fußball ist ein verletzungsgefährlicher Sport: nach den Angaben der Verwaltungsberufsgenossenschaft verletzte sich in der 1. und 2. Bundesliga jeder Spieler in der Saison 2019/2020 durchschnittlich 2,5mal. Die Ausfallzeit lag bei 14 Tagen.
- Typisch sind knöcherne Verletzungen und Muskel-, Bänder- und Sehnenverletzungen, dabei überwiegen Weichteilverletzungen. Am häufigsten sind Zerrungen und Prellungen, häufig auch Verletzungen an Kreuzbändern und Menisken sowie in der Achilles-Sehne. Muskelfasern oder Muskelfaserbündel können abreißen; auch überlastungsbedingte Sehnenbeschwerden sind häufig.
- Im Profifußball dominieren Verletzungen der hinteren Oberschenkelmuskulatur, sogenannte Hamstring-Verletzungen. Profis ziehen sich diese oft beim Training zu, im Wettkampf dann eher einem Muskelfaserriss. Auf Platz zwei sind Verletzungen am Kniegelenk mit 15,2 Prozent, auf Platz 3 Verletzungen am Sprunggelenk mit 12,9 Prozent.
- Im Amateurfußball dominieren Prellungen, Verstauchungen und Hautverletzungen an Beinen und Füßen; eine große Rolle spielen Über- und Fehlbelastungen durch zu intensives Training, Trainingsfehler, und ein nicht altersgerechtes Training.
- Wegen des noch nicht ausgereiften Skeletts riskieren Kinder und Jugendliche Überlastungsverletzungen und Stressfrakturen.
- Dem Nachwuchs schadet nicht selten der Ehrgeiz – auch der Ehrgeiz der Eltern. Es gibt keine wissenschaftlichen Belege dafür, dass der frühe Fokus auf eine Sportart später zum Erfolg führt.
- Für Amateursportler fehlt es meist an einer strukturierten sportmedizinischen Betreuung.

Verletzungen vermeiden

- Risikofaktoren, die Verletzungen beim Fußball begünstigen, sind Alter, frühere Verletzungen, akute Ermüdung, fehlende oder nicht ausreichende Regeneration, mangelnde Fitness und Defizite bei der neuromuskulären Kontrolle
- Weitere Risikofaktoren sind hohe muskuläre Spannung, Übergewicht, mangelnde Beweglichkeit, Koordinationsschwächen und Knieprobleme sowie falsche Fußballschuhe
- Wichtig sind ausreichende Regenerationszeiten; intensive Trainingsreize und Erholung müssen in Balance sein
- Verletzungsmuster werden immer besser erforscht – spezifische Präventionsprogrammen wie FIFA11+ bieten ein komplettes Programm zum Aufwärmen und zur Verletzungsprophylaxe vor dem Training
- Empfehlenswert ist auch ein Präventionsgespräch in einer Praxis für Orthopädie und Unfallchirurgie

Verletzungen behandeln

- In der Frühphase können viele Verletzungen durch konservative Maßnahmen und Trainingspausen behandelt werden
- Knochenbrüche müssen in Ruhe ausheilen
- Knorpelverletzungen führen oft zu einer späteren Arthrose, sie werden am häufigsten mit verschiedenen Maßnahmen wie der Mikrofrakturierung oder der Transplantation eines Knorpel-Knochenzylinders behandelt
- Einen wachsenden Stellenwert hat die Transplantation von Knorpelzellen, die zuvor im Labor gezüchtet wurden
- Am Sprunggelenk ist vor allem der Außenbandapparat gefährdet. Bei einer Bänderdehnung oder nur einem gerissenen Band, wird nicht operiert, sondern konservativ behandelt. Reißen zwei oder mehr Bänder, rät man Profis und jungen Leistungssportlern zur OP. Beim Amateur steht die konservative Therapie im Vordergrund
- Eine Verstauchung des Kniegelenks entsteht, wenn der Fuß quasi auf dem Untergrund fixiert ist, sich der Körper aber gleichzeitig dreht. Kommt es dabei zu einer ausgeprägten Außendrehung des Körpers, kann das vordere Kreuzband reißen. Meistens reißt dann auch das Innenband und der Außenmeniskus. Hier ist dann in der Regel eine operative Therapie notwendig

Empfehlungen zur Verletzungsprävention bei Kindern und Jugendlichen

1. Nicht zu früh auf Fußball spezialisieren, sondern auch andere Sportarten wie Schwimmen, Radfahren oder Turnen betreiben.
2. Der Körper braucht nach jedem Spiel oder Training Zeit zur Erholung, ausreichende Regeneration einplanen.
3. Das Training immer mit Übungen zum Aufwärmen und zur Vermeidung von Verletzungen beginnen.
4. Wer zu viel will, riskiert Verletzungen! Zu den eigenen körperlichen/technischen Fähigkeiten stehen, sich nicht überfordern.
5. Auf die Tagesverfassung achten: nicht müde und unkonzentriert aufs Fußballfeld!
6. Nur mit geeigneten Fußballschuhen spielen.
7. Bei Schmerzen oder geschwollenen Gelenken eine/n Arzt/Ärztin aufsuchen, vor der Klärung der Ursachen nicht wieder spielen!
8. Nach Verletzung ausreichend Zeit zur Rekonvaleszenz nehmen! Schnelligkeit, mit der die Profis fit werden, ist nicht der Maßstab.

Mit unserem „**NOUTIS**“ Programm werden wir auch während des Kongresses auf präventive Maßnahmen eingehen.

Zitat

„Je nachdem, wie die WM in Katar für die deutsche Mannschaft ausgehen wird: Es werden wieder mehr Kinder und Jugendliche in die Nachwuchsvereine drängen. Kommt es dabei zu Verletzungen, geht oft auch die Lust am Sport verloren. Unsere Empfehlungen helfen Verletzungen zu vermeiden und Spaß an einem Leben in Bewegung zu wecken. Auch die hohen medizinischen und volkswirtschaftlichen Kosten, die Fußballverletzungen in allen Altersgruppen verursachen, zwingen zum Handeln. Beherzigen Sie unsere Empfehlungen! Trainieren Sie sicher.“

24. Oktober 2022

Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU)
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)

Reform der Notfallversorgung: gemeinsames Positionspapier und Empfehlungen

Einleitung

Eine Reform der Notfallversorgung steht auf der Agenda des Bundesgesundheitsministeriums für 2022. Zahlreiche Vorgutachten bzw. Vorschläge liegen dazu vor. Hier erfolgt die fachärztliche Unterstützung aus dem Sektor Orthopädie und Unfallchirurgie (O und U).

Das folgende Eckpunktepapier beschäftigt sich mit der ambulanten Versorgung von Notfällen in Orthopädie und Unfallchirurgie, liefert eine kurze Analyse, erläutert wie eine leitliniengerechte Versorgung auszusehen hat und bietet konkrete, einfach umsetzbare Lösungsvorschläge.

Analyse der ambulanten Notfallversorgung im Bereich Orthopädie und Unfallchirurgie

Eine kürzlich erschienene Übersicht des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) (2) zeigt die Entwicklung der ambulanten Notfälle in Kliniken und im ärztlichen Bereitschaftsdienst.

- Im Jahr 2019 wurde der ärztliche Bereitschaftsdienst der KVen demnach ca. 8,2 Mio. Mal, die Notfallambulanzen der Krankenhäuser 10,6 Mio. Mal in Anspruch genommen
- Für die Versorgung standen im Jahr 2019 ca. 830 Bereitschaftspraxen (SGB V spricht von Portalpraxen) bundesweit zur Verfügung, an der Notfallversorgung nahmen ca. 1200 Krankenhäuser mit ihren Notfallaufnahmen teil
- Für die Versorgung im Bereich Orthopädie und Unfallchirurgie waren es im Jahr 2019 ca. 6300 Facharztpraxen und ca. 1200 Krankenhäuser
- Für die Versorgung von Arbeitsunfällen existieren im Jahr 2019 ca. 1.000 Ermächtigungen im Klinikbereich und ca. 2800 Ermächtigungen in den Praxen.

Zur Notfallversorgung in der Fachrichtung Orthopädie und Unfallchirurgie existieren keine bundesweiten Daten. Einen Anhaltspunkt liefern aber die Daten der KV Baden-Württemberg aus dem Jahr 2019. Die gesamte Notfallversorgung in Baden-Württemberg stützt sich auf 120 Portalpraxen und 200 Krankenhausambulanzen:

- In den **200 Notfallambulanzen** wurden 2019 insgesamt 1,2 Mio. Scheine abgerechnet., davon 485.000 werktags, 541.000 zur Unzeit (Wochenende und spät abends) und 248.000 nachts
 - Auf den Sektor O&U entfielen laut der vorliegenden Diagnoseverschlüsselung über 50 % (Kategorie S- und M-Diagnosen), wobei die akuten Verletzungen dominierten
 - In den **120 Portalpraxen**, d.h. im ärztlichen Bereitschaftsdienst, wurden 2019 in Baden-Württemberg gleich viele Notfallscheine wie in den Notfallkrankenhäusern abgerechnet. Bei den Diagnosen dominierten akute Infektionen, aber O und U-Diagnosen machen mit ca. 20 Prozent (T und S Diagnosen) ebenfalls einen beträchtlichen Anteil aus
 - Der Bereich O und U dominiert in den Krankenhausnotaufnahmen das Notfallgeschehen: Unter den TOP 10 Diagnosen in den Krankenhäusern sind fünf sogenannte S-Diagnosen (akute Verletzungen). Weiterhin gehört die Behandlung von akuten, nichttraumatischen Schmerzzuständen, hier insbesondere Rücken-, aber auch akuten Gelenkschmerzen zu den Versorgungsleistungen, diese Diagnosen belegen Rang 8.
 - In den Portalpraxen in Baden-Württemberg machen orthopädisch-unfallchirurgische Diagnosen ca. 20 Prozent aus – in den Portalpraxen werden vor allen Dingen akute Infekte behandelt.
-

Notfallversorgung in Orthopädie und Unfallchirurgie anhand von Leitlinien

Für das Fachgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie existiert eine Reihe von Leitlinien zur bestmöglichen Versorgung von akuten Erkrankungen und Unfällen:

- Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es in 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 bedarf
- 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 Falle von Rückenschmerzen z.B. klinische Hinweise auf osteoporotische Sinterungsfrakturen, Bandscheibenvorfälle usw., im Falle 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 aus den vorliegenden Gutachten

Die existierenden Gutachten beklagen vor allem eine Fehlsteuerung von Patienten, die einer dringlichen Notfallbehandlung nicht zwingend bedürfen, und als Folge daraus überlange Wartezeiten in den Notfallaufnahmen. Als Konsequenz aus diesen Gutachten hat die letzte Bundesregierung den G-BA beauftragt, ein Konzept zur Ersteinschätzung zu erarbeiten, dieses liegt vor (1). Die Träger (DKG, KBV und GKV) konnten sich nicht in auf einen gemeinsamen Entwurf einigen, aber in vielen Punkten herrscht Einigkeit. Die konsentierten Empfehlungen werden im Folgenden analysiert.

1. Standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren

Vorgesehen ist, dass alle Notfallpatienten die Ersteinschätzung per Telefon, digital oder persönlich unverzüglich erhalten sollen. Minutenlange Warteschleifen sind inakzeptabel. Das Ersteinschätzungsverfahren selbst sollte innerhalb von zehn Minuten abgeschlossen sein.

In keiner Empfehlung ist vorgesehen, dass die Einschätzung durch einen Arzt vorgenommen werden muss, dieser sollte jedoch auf Zuruf erreichbar bzw. zuschaltbar sein.

Mit dem Ersteinschätzungsverfahren sollten die Dringlichkeiten priorisiert und Empfehlungen für eine geeignete Versorgung abgegeben werden. Bei verzögerter Dringlichkeit sollte die weitere Versorgung, z.B. im Regelbetrieb am nächsten Tag, nahtlos organisiert werden.

Kommentar aus der Sicht von O&U

Eine digitale unterstützte Ersteinschätzung ist zu begrüßen. Sie entlastet die Ärzte in den Krankenhausnotaufnahmen und hilft Bagatellen und nichtdringliche Fälle in die Regelversorgung zu überführen. Dazu bedarf es eines **evaluierten** digital unterstützten Ersteinschätzungsverfahrens, denn damit kann das Notfallsystem effektiv entlastet werden.

Um ein solches Ersteinschätzungsverfahren effektiv zu etablieren, sollte es aus unserer Sicht durch ein Ticketsystem ergänzt werden. Durch ein solches Ticket wäre der Patient der versorgenden Rettungsstelle oder Praxis als berechtigter Notfall vorab angemeldet, was für ihn eine kürzere Wartezeit bedeuten würde.

Patienten ohne ein entsprechendes Notfallticket nehmen die Rettungsstellen unberechtigt in Anspruch, verzögern die Behandlung von dringlicheren Notfällen und tragen zur Überlastung des Personals bei. Daher erscheint in diesem Fall eine Zuzahlung per nachträglicher Rechnung mehr als gerechtfertigt.

Die Patienten werden so durch verkürzte Wartezeiten und vermiedene Zuzahlungen gesteuert, am präklinischen Ersteinschätzungsverfahren teilzunehmen.

Findet die Ersteinschätzung „Inhouse“ statt, sollte auch dort ein evaluiertes Ersteinschätzungsverfahren durch nichtärztliches Personal zum Einsatz kommen. Dies ermöglicht es dann in den Rettungsstellen, eine verzögerte Priorisierung festzustellen und ggfs. den Verweis auf die Versorgung im Regelbetrieb.

Wer „Inhouse“ die Ersteinschätzung vornimmt - Rettungsstelle, Portalpraxis oder gemeinsamer Tresen - sollte vor Ort entschieden werden.

Empfehlungen BVOU und DGOU

- 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, das helfen soll, Wartezeiten und Zuzahlungen zu vermeiden
- Im Fall einer Ersteinschätzung „Inhouse“ 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 Steuerung in den für die Therapie des Patienten bedarfsgerechten Sektor. Hierzu steht ambulant der allgemeinmedizinische oder fachärztliche Bereich zu Verfügung. Der allgemeinmedizinische Bereich wird durch die hausärztlichen Praxen bzw. durch die Portalpraxen vertreten. Der fachärztliche Bereich wird in Orthopädie und Unfallchirurgie vertreten durch kassenärztliche Praxen bzw. durch die D-Arztpraxen und durch die Klinikambulanzen.

Für den Bereich der **Unfallversorgung** sehen die Leitlinien eine Versorgung nach Facharztstandard O und U vor.

Zu jeder Zeit stehen bei Unfällen nur orthopädische-unfallchirurgische Klinikambulanzen zur Verfügung, da nur hier die notwendigen Ressourcen in personeller Hinsicht bzw. bei der Ausstattung vorhanden sind. Werktags stehen darüber hinaus qualifizierte orthopädisch-unfallchirurgische Praxen für die Unfallversorgung zur Verfügung. Dies gilt insbesondere für die D-Arztpraxen (2800 ambulante Ermächtigungen).

Weiterhin könnten sich für die ambulante Unfallversorgung orthopädisch-unfallchirurgische Praxen registrieren, die über entsprechende Qualifikationen wie Röntgen, Sonografie, Eingriffs- und Gipsräume verfügen. Diese Praxen müssen verpflichtend entsprechende Kapazitäten für Notfälle bereithalten.

Um den Patienten eine gute Übersicht über dieses Versorgungsnetzwerk zu geben, bietet sich das Angebot einer App an, die verunfallten Patienten eine Übersicht über Ambulanzen und Praxen in der Nähe gibt, ggfs. sogar ergänzt durch die Angabe von Wartezeiten.

Die sonstige **Notfallversorgung** im Bereich O und U, dies ist insbesondere der akute Rückenschmerz, kann zunächst durch den allgemeinmedizinischen Sektor geleistet werden, zu Unzeiten durch die Portalpraxen. Wird durch die Ersteinschätzung eine aufgeschobene Priorisierung festgestellt, sollten hausärztliche bzw. fachärztliche Partnerpraxen entsprechende Slots bereithalten.

Empfehlungen BVOU und DGOU

- 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 Bereitstellung einer gut erreichbaren und qualifizierten 24/7 Notfallversorgung, auch für ambulante Notfälle, zeichnet den Gesundheitsstandort Deutschland aus. Tatsache ist aber, dass bisher sowohl der ärztliche Bereitschaftsdienst der KVen als auch der Betrieb der Krankenhausnotaufnahmen ein Zuschussgeschäft sind:

Im KV-Bereich wird der defizitäre Notfallbetrieb mittels Kopfpauschalen und Umsatzabgaben seit Jahren subventioniert. Auch in den Kliniken ist der Unterhalt der Notfallambulanzen defizitär und muss demnach 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 und DGOU

- Um eine flächendeckende Versorgung zu erreichen, muss der ärztliche Bereitschaftsdienst bzw. die Vorhaltung einer Notfallambulanz 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 sind von der Verpflichtung zur Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst zu entbinden

Zusammenfassung

Zur Verbesserung der Notfallversorgung im Bereich O und U bieten sich die folgenden Maßnahmen an, um die Probleme Wartezeit, Bedarfsgerechtigkeit und Unterfinanzierung zu beheben.

- Standardisierte, digital unterstützte und bundesweit einheitliche Ersteinschätzungen sollten möglichst schon präklinisch stattfinden
- Dazu muss die 116/117 ausgebaut werden
- Ohne präklinische Ersteinschätzung löst die Inanspruchnahme einer Klinikambulanz zur Unzeit eine Zuzahlung aus
- Die Klinik entscheidet, wer die standardisierte Ersteinschätzung vor Ort organisatorisch übernimmt
- Bei Notfällen mit verzögerter Priorität müssen Partnerpraxen zu den werktäglichen Übernahmen bereitstehen
- Partnerpraxen sind vom ärztlichen Bereitschaftsdienst zu befreien
- Eine Unfall- App soll der Bevölkerung eine Übersicht über das Versorgungsnetzwerk von Praxen und Ambulanzen geben
- Notfallversorgung ist Daseinsfürsorge und daher fallzahlunabhängig zu finanzieren

Weitere Informationen:

Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU)

Janosch Kuno, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Straße des 17. Juni 106-108, 10623 Berlin
Telefon: +49 (0)30 797 444 55
E-Mail: presse@bvou.net
www.bvou.net

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU)

Swetlana Meier, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Straße des 17. Juni 106-108, 10623 Berlin
Telefon: +49 (0)30 340 60 36 -16 oder -00
E-Mail: presse@dgou.de
www.dgou.de

Quellen

- (1) Ersteinschätzungsverfahren: Vier Konzepte liegen vor, Dtsch Ärztebl 2022; 119(25): A-1120 / B-940, Kurz, Charlotte; Osterloh, Falk
- (2) Mangiapane S, Czial T, von Stillfried D: The utilization of ambulatory emergency care and unplanned hospitalizations in Germany, 2010–2019. Dtsch Ärztebl Int 2022; 119: 425–6. DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0160
- (3) https://www.dgou.de/landesverbaende/de/med_reha/d-arzt-verfahren/d-arzt-verfahren/index.jsp