

**Statement von Professor Dr. Dieter C. Wirtz**

DGOU- und DGOOC-Präsident

Direktor der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie am Universitätsklinikum Bonn

anlässlich der Jahrespressekonferenz von DGOU und BVOU

„Weiter krisenfest: Versorgung in Orthopädie und Unfallchirurgie“

am 22.10.2020 von 11 bis 12 Uhr (Webkonferenz)

**Mehr Qualität: Gründe für eine Zentrenbildung und Spezialisierung bei flächendeckender Grundversorgung**

*„Eine optimale Versorgung in Orthopädie und Unfallchirurgie braucht eine **ausgewogene Balance zwischen flächendeckender Grundversorgung und Spezialisierung**. Es braucht eine abgestufte, strukturierte Vernetzung zwischen miteinander kooperierenden und sich ergänzenden Krankenhäusern. Rein wirtschaftlich begründete Krankenhausschließungen und Bettenabbau wären der falsche Weg.“*

Wir alle stehen in diesem Jahr unter dem Eindruck einer Pandemie-Krise, welche dem Gesundheitssystem ein hohes Maß an Kooperation und Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsstrukturen abverlangt. Bisher sind wir in Deutschland im internationalen Vergleich gut durch die Krise gekommen. Was in Zukunft aber auf uns zukommt, kann niemand vorhersagen. Es bleibt auf gewisse Weise der Blick in die Glaskugel. Die Erkenntnisse aus der Pandemie müssen jedoch in eine strukturierte Entwicklung der Krankenhauslandschaft mit einfließen.

Als Orthopäden und Unfallchirurgen sind wir für die Versorgung aller Krankheiten und Verletzungen des Bewegungsapparates zuständig – und dies in Zeiten vor, in und nach einer viralen Pandemie.

Nach Angaben des statistischen Bundesamtes werden jährlich **rund 3 Mio. Patienten stationär in unterschiedlichen deutschen Krankenhauseinrichtungen am Bewegungsapparat behandelt**. Rund ein Viertel der Krankheitstage von Arbeitnehmern/-innen sind durch Muskel-Skelett-Erkrankungen bedingt. Fasst man alle ambulant und stationär durchgeführten Leistungen am Stütz- und Bewegungsapparat zusammen, so machen diese etwa **15 % der Gesamtkosten im Gesundheitswesen** aus; damit ist das Fach Orthopädie und Unfallchirurgie einer der größten, aber kostenintensivsten Versorgungsbereiche in der Medizin.

Daher stellen sich **zwei Kernfragen**:

1. Welche Versorgungsstruktur brauchen wir künftig, um unsere Patienten optimal zu behandeln?
2. Wie können wir uns das in den gegebenen Rahmenbedingungen unseres Gesundheitssystems leisten?

Fest steht, dass wir in Deutschland im internationalen Vergleich medizinisch sehr gut versorgt sind. Nahezu jeder von uns möchte sich lieber „zu Hause in Deutschland“ als in einem anderen Gesundheitssystem behandeln lassen. Und dennoch stehen die in der öffentlichen Diskussion aufgeworfenen Aussagen, dass „weniger Krankenhäuser ein Mehr an Qualität“ bedingen und wir in Deutschland eine „Übersversorgung im stationären Bereich“ hätten, als Forderung für eine Veränderung unseres Krankenhaussystems im Raum.

Und dies vor dem Hintergrund des durchaus berechtigten Patientenwunsches, an einem Mehr an Lebens- und Versorgungsqualität in einer alternden Gesellschaft. Gesund, mobil und schmerzfrei bis ins hohe Alter sein – das möchte jeder von uns. Personalisierte und individualisierte

Behandlungsmethoden mit einem hohen Differenzierungs- und Spezialisierungsgrad sind der gesellschaftliche Anspruch.

Eine optimale Versorgung in Orthopädie und Unfallchirurgie braucht aus meiner Sicht eine **ausgewogene Balance zwischen flächendeckender Grundversorgung und Spezialisierung**. Es braucht eine abgestufte, strukturierte Vernetzung zwischen miteinander kooperierenden und sich ergänzenden Krankenhäusern. (Auf die ambulante Versorgung werden Herr Flechtenmacher und Herr Lembeck nachfolgend noch eingehen)

Gerade die flächendeckende Krankenhauslandschaft sichert uns eine gute Grundversorgung in der Breite, was insbesondere für die traumatologische Notfallversorgung richtig und wichtig ist (darauf wird Prof. Raschke noch genauer eingehen). Andererseits muss nicht jede planbare Operation – ob Endoprothese oder unfallchirurgische Ausversorgung – in jedem Krankenhaus und von jedem Operateur, der den Facharztstitel trägt, durchgeführt werden. Für einen planbaren Eingriff ist es durchaus zumutbar, dass man auch eine etwas längere Wegstrecke zum Krankenhaus zurücklegt.

Unser Fach braucht daher aus meiner Sicht mehr **Zentrumsbildung**, mit klarer Definition, welche Krankheitsbilder bzw. Verletzungsmuster in welcher Klinik behandelt werden. Letztendlich haben die Berufsgenossenschaften es vorgemacht, wo welcher Patient von wem bei berufsgenossenschaftlich versicherten Verletzungen zu behandeln ist. Nur der, der häufig an der Wirbelsäule oder an Knie und Hüfte operiert, wird eine exzellente Ergebnisqualität abliefern können. **Fallzahl, Erfahrung und Kenntnisse im Komplikationsmanagement** zahlen sich für die Versorgungsqualität aus. Und dies gilt sowohl für die unfallbedingte Frakturversorgung als auch und insbesondere für den planbar orthopädisch-chirurgischen Eingriff.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Begriff „Zentrum“ zwar dem Patienten eine Expertise suggeriert, diese aber nur durch die Begriffsgebung nicht zwangsläufig belegt ist. Wir haben hier als **Fachgesellschaften** seit mehr als 10 Jahren verschiedenste **Zertifizierungsverfahren** auf den Weg gebracht – beispielsweise sei hier die Etablierung von Endoprothesenzentren und Traumazentren genannt–, die nicht nur **Fallzahlen bzw. Mindestmengen**, sondern vielmehr **Struktur- und Prozesskriterien** abfordern. Die alleinige Erfüllung einer Mindestmenge, wie dies mit der gesetzlichen Neuregelung in 2018 für die Knieendoprothetik mit n=50 pro Jahr festgelegt wurde, beweist noch keine Versorgungsqualität. Warum man bei 50 Knieendoprothesenimplantationen pro Jahr auch im nächsten Jahr operieren darf, bei 49 aber nicht, ist nicht nachvollziehbar und dient auch nicht der Optimierung der Versorgungsqualität. Sicherlich gibt es einen klar nachweisbaren Zusammenhang zwischen Fallzahl und Qualität, für einen scharfen Trennwert gibt es hingegen keine Evidenz. Diesen wird es wahrscheinlich auch wissenschaftlich nachweisbar aufgrund einer nicht vollumfänglich machbaren Risikoadjustierung (d.h. unter Berücksichtigung der Zusatzerkrankungen des Patienten) nicht geben.

Die von mir dargestellte Forderung nach mehr Zentrenbildung und Spezialisierung darf und soll nicht die in Deutschland sehr gute „Versorgung in der Fläche“ durch Schließung von Krankenhäusern begründen. Ganz im Gegenteil. Wir brauchen eine wohnortnahe Grundversorgung. Komplexere Eingriffe, wie Wechselendoprothetik, größere Eingriffe an der Wirbelsäule, Septische Eingriffe, gehören aber in ein Krankenhaus, das die personellen und strukturellen Voraussetzungen dazu in einem interdisziplinären Set-up hat. Patienten müssen entsprechend Ihres Versorgungsbedarfs behandelt werden, aus meiner Sicht am Besten in **drei Versorgungsstufen: Grundversorgung, Schwerpunktversorgung und Maximalversorgung bzw. Universitätsmedizin**.

Sicherlich sind solche Zentrumsbildungen personal- und kostenintensiv. Um sich dies leisten zu können, braucht es im am „Mittelwert orientierten“ DRG-System einen klar definierten Betrag, der

die **Vorhaltekosten** entsprechend der Versorgungsstufe deckt. Kliniken, die eine 24/7 Versorgung für komplexe Fälle und jedweden Notfall anbieten, können nur gut ausgebildete Teams und eine entsprechender Infrastruktur vorhalten, wenn sie dafür die entsprechenden finanziellen Mittel zur Verfügung gestellt bekommen. Dies ist bisher im DRG-System nicht gegeben.

Die Krankenhausplanung der Zukunft muss Rahmenbedingungen schaffen, damit eine sektorenübergreifende, bedarfs- und qualitätsorientierte Versorgung umgesetzt werden kann. Eine „**indikationsbezogene Konzentrierung komplexer Fälle**“ in einem abgestuften Netzwerk ist die Voraussetzung für eine noch bessere Versorgung.

Und wenn wir eines aus dem bisherigen Verlauf der Pandemie gelernt haben, dann ist es die Erkenntnis, dass wir eine gewisse Sicherheitsreserve für die medizinische Versorgung unserer Bevölkerung brauchen. Rein wirtschaftlich begründete Krankenhausschließungen und Bettenabbau wären der falsche Weg.

*Es gilt das gesprochene Wort.  
22. Oktober 2020*

#### **Literaturnachweis:**

1. <http://www.destatis.de> Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018
2. Debus E.S., Grundmann R.T.: Versorgungsqualität in der operativen Medizin. Zentren, Mindestmengen und Behandlungsergebnisse. Springer Verlag, 2020
3. <http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/qualitaetssicherung/zenren-und-zertifizierung/zentrumsbegriff>
4. Mehrotra A. et al.: Evaluation of centers of excellence program for knee and hip replacement. Med Care 51:28-36 (2013)
5. Mehrotra A. et al: Evaluation of centers of excellence program for spine surgery. Med Care 51:48-57 (2013)
6. GBA-Mindestmengenregelungen, Mm-R (2018), BAnz AT 14.12.2018 B4
7. Vonlanthen R. et al.: Toward a consensus on centralization in surgery. Ann Surg 268:712-724 (2018)
8. Nimptsch U. et al.: Mindestmengen und Krankenhaussterblichkeit – Beobachtungsstudie mit deutschlandweiten Krankenhausabrechnungsdaten von 2006 bis 2013. Gesundheitswesen 79:823-834 (2017)
9. Jeschke E. et al.: Low hospital volume increases revision rate and mortality following revision total hip arthroplasty: an analysis of 17.773 cases. J Arthroplasty 34:2045-2050 (2019)
10. Schoenfeld A.J. et al.: Establishing benchmarks for the volume-outcome relationship for common lumbar spine surgical procedures. Spine J 18:22-28 (2018)