

DKOU 2013

Werbung für neue Versorgungsformen

Der 20. Geburtstag des Traumaregisters, neue finanzielle Perspektiven für die konservative Therapie, neue Qualität in der Alterstraumatologie, neue Zusammenarbeit mit China: Der diesjährige DKOU brachte die ganze Breite von O&U, aber auch selbstkritische Stimmen, wie viel Orthopäden und Unfallchirurgen in der Praxis nach wie vor trennt.

8 847 Teilnehmer, 2 145 Firmenleute, 400 Betroffene (die vor allem den Patiententag Arthrose besuchten) und 243 Presseleute – so exakt lieferte Intercongress die Statistik noch nie.

Menschen bewegen, Erfolge erleben, war das diesjährige Motto des DKOU. Nun, Bewegung, das klappte gut. Für die gesundheitliche Prävention brachte dieses Jahr zumindest gefühlt eine ordentliche Verbesserung. Die Teilnehmer mussten sich neu, von der über die Jahre vertrauten Messe Nord und dem ICC in der ungewohnten und mindestens so weitläufigen Messe Süd, orientieren. Vermutlich ein sinnvolles Einarbeiten: Dem ICC droht die Schließung, vielleicht gar für immer. Das Sanierungsschicksal des vielfach preisgekrönten Baus ist ungewiss. Vielleicht war es den oft erheblich größeren Räumen als die Jahre zuvor geschuldet, dass die Beteiligung des Publikums diesmal gelegentlich etwas schütter wirkte. An der Qualität manch Beitrags lag es nicht.

Mehr Medienkompetenz, bitte!

Zum Thema „Darstellung der Unfallchirurgie in der Öffentlichkeit“ lud sich die DGU gleich einen Insider des investigativen Journalismus. Thomas Kießling vom Magazin *Kontrovers* des Bayerischen Fernsehens gab Tipps, wie man es mit seinesgleichen am besten nicht macht. Anfragen um ein Interview schlicht im Vorfeld abzuwimmeln, hilft bei wirklich investigativ arbeitenden Magazinen nicht weiter. Denn dann droht ein „Überfallinterview“: „Kriegen wir keinen Termin, dann sind wir die Bösen. Wir kommen, halten das Mikro drauf und wollen was wissen. Und meist wird die Frage dann auch beantwortet,

eben weil Mikro und Kamera da sind“, erklärte Kießling. Was solch eine Truppe dann aber einmal im Kasten hat, tja, das wird im Zweifel auch gesendet. Kießling hatte genügend Einspieler zur Illustration dabei.

Etwa der mit Barbara Stamm, Präsidentin des Bayerischen Landtags, die mehrfache vorherige Anfragen von Kontrovers offenbar abgewimmelt hatte.

Ihr Versuch, sich dann einen lästigen Frage während einer Veranstaltung bei laufender Kamera vom Hals zu halten, misslang gründlich: Würden Sie sich bitte anmelden, auch Journalisten müssten doch wissen, was sich gehöre, herrschte Stamm den Fragesteller an. Sie werde sich beim Intendanten des Senders beschweren.

Kießlings Rat: „Zeigen Sie mehr Medienkompetenz.“ Eine Anfrage um ein Gespräch ließe sich immer zumindest um ein paar Stunden schieben, die es dann gilt, für die eigene inhaltliche Vorbereitung zu nützen. Kießling: „Fragen Sie unbedingt genau nach, wer da kommt und was für Fragen es so gibt.“

Professioneller Umgang ist das A und O

Wie gefährlich es sonst schnell wird, illustrierte er mit dem legendären Interview von Martin Sonneborn mit dem damaligen Pro Generika-Geschäftsführer Peter Schmidt, gezeigt in der heute-show vom 14.05.2010. Schmidt redete sich um Kopf und Kragen, offenkundig in der Vorstellung, es ging um eine „positive“ Darstellung der Interessen des Verbands in der Nachrichtensendung „heute“. Auch wenn

die „show“ später eine Rüge des ZDF-Programmdirektors kassierte – die Sache war draußen.

Schmidt verlor seinen Job. Der Imageschaden für den Lobbyverband hallt bis heute nach.

Elke Leopold von der DGU-Pressestelle und DGU-Generalsekretär Professor Hartmut Siebert machten deutlich, wie eine Fachgesellschaft ihren Medienumgang professionalisieren kann. Längst hat die DGU ihren hauseigenen Themenplan. Und längst betreibt sie aktives Themensetting.

Beispiel: Helmpflicht für Radfahrer, zu denen die DGU eine Kampagne fuhr. Siebert: „Wir haben die Pflicht groß gefordert, nicht damit es um eine Pflicht geht, sondern damit das Bewusstsein dafür steigt, dass man sich durch Helme schützen kann.“ Dass die derart losgetretene Diskussion dann überaus lebhaft wurde, sei ihm natürlich ganz recht gewesen.

Eine „bedürftige Facharztgruppe“

Natürlich waren die Finanzen ein großes Thema. Bekanntlich zeigen die KV-Statistiken, dass die Gewinne bei HNO-Ärzten, Gynäkologen und Orthopäden seit einigen Jahren etwas zurückgehen, bei Honorarzuwachsen für Fachärzte insgesamt.

Zwar hätten Orthopäden immer noch das Image, dass es ihnen gut geht – aber das sei überholt, meinte KBV-Chef Dr. Andreas Köhler auf einem Symposium zum Thema Vergütung. „Es gibt Handlungsbedarf bei dieser Gruppe.“ Ein Hebel sind für ihn die neu startenden Verhandlungen mit der Kassenseite um den Einheitlichen Bewertungsmaßstab, EBM. Der müsse wieder das orthopädische Leistungsspektrum abbilden, forderte Köhler.

Handlungsbedarf sieht der KBV-Vorstandsvorsitzende weniger bei operativ, viel mehr bei den konservativ tätigen Orthopäden: „Die zählen zu den Gruppen, die besonders geschützt werden müssen.“

Man sei erleichtert, dass diese Erkenntnis jetzt in der KBV angekommen sei, kommentierte Dr. Andreas Gassen, seit Berlin neuer Präsident des BVOU. Köhler warnte andererseits vor überzogenem Erwarten: „Ich bin nicht die KBV. Machen Sie sich nichts vor. Ich muss in meinen Gremien auch argumentieren, dass wir umvertei-

len und das wird auch mit anderen Arztgruppen noch eine Diskussion.“

Für die anstehenden Verhandlungen mit den Kassen formulierte Köhler weitere Ziele: Bestimmte Grundleistungen der Versorgung sollten ausgedeckt werden. Allerdings wisse man bei den Orthopäden bislang ja gar nicht, was die Grundleistungen sind. „Ich appelliere an Sie“, so Köhler, „dass wir da nicht wieder antreten, ohne das definiert zu haben.“

Große Ziele: Mehr qualitätsorientierte Vergütung

Uwe Deh vom AOK-Bundesverband referierte die Reformperspektive ambulant und stationär aus Sicht der größten Kasse. Deren Ziel bleibt vor allem die Überwindung der Sektorengrenzen und mehr qualitätsorientierte Vergütung. Die Finanzierung der ambulanten Versorgung via EBM und GOÄ in der heutigen Form hält Deh auf jeden Fall für grundsätzlich überholt.

Einer seiner Kritikpunkte: Teamarbeit müsse finanziell neu abgebildet werden: „Wir behandeln alles, was jenseits der Einzelpraxis liegt, immer noch als Sonderfall. Das will ich nicht mehr.“

Neue Chancen jenseits der Regelversorgung

Keine Frage, viele Orthopäden und Unfallchirurgen setzen ohnehin auf neue Geldströme in der ambulanten Versorgung, jenseits der Regelversorgung. Weitgehend positiv war in Berlin die Sicht auf den neuen Selektivvertrag nach § 73c SGBV in Baden-Württemberg. Dies ist der erste Facharztvertrag, den dort BVOU, Medi Baden Württemberg und BNC zusammen mit aok und Bosch BKK Mitte 2013 zur Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen, Rheuma, Arthrose, Osteoporose geschlossen haben.

Erst solche Verträge brächten wieder vernünftige Einnahmen für die Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen oder Osteoporose, erklärte Reinhard Deinfelder, BVOU-Landesvorsitzender in Württemberg. Bei der Abrechnung für unspezifischen Rückenschmerz kämen jetzt zum Beispiel 128 Euro Fallpauschale zusammen. Deinfelder. „Damit können wir diese Leistungen auch wieder erbringen.“ Der neue Facharztvertrag setze explizit Schwerpunkte einer besseren konservativen Behandlung. Vorrang der sprechenden Medizin und Leistungen, wie die Knochendichtemessung DEXA, die gleich mit integriert sind – „weg von der Igelung“.

15,7 Millionen Operationen in 2012

Just auf den Kongressdonnerstag fielen die neuesten Zahlen des Statistischen Bundesamtes, nach denen in deutschen Krankenhäusern in 2012 mit knapp 15,7 Millionen Eingriffen so viel operiert wurde wie nie zuvor. Ganz oben in den ersten Presseberichten mit dabei – Gelenk-OPs und Endoprothesen. Für viele Kommentatoren erneuter Beleg einer Überversorgung.

Dieses „verzerrte Bild“ in der Presse gelte es zu korrigieren, forderte einer der Kongresspräsidenten, Professor Bernd Kladny aus Herzogenaurach. So liefert der gemeinsam von DGOOC und aok seit 2005 entwickelte „Versorgungsatlas“ für die letzten 3 Jahre leicht sinkende Zahlen bei den Implantationen von Hüft- und Knieendoprothesen. „Kummer“ bereitet allerdings auch den Orthopäden nach wie vor der steile Anstieg bei Wirbelsäuleneingriffen. 58% mehr Bandscheiben-OPs in 2011 gegenüber 2005 und satte 238% Plus bei den Wirbelversteifungen. Diese Zahlen für aok-Patienten gelten als repräsentativ für das ganze Bundesgebiet.

Es scheint nicht an den niedergelassenen Orthopäden zu liegen. Im Gegenteil: Die

Auswertungen zeigen, dass in Kreisen mit einer höheren Zahl niedergelassener Orthopäden die Zahl der operativen Eingriffe statistisch signifikant niedriger ist. Das spreche dafür, dass dort, wo konservativ behandelt wird, der Patient auch später zur OP kommt, meinte Professor Fritz Uwe Niethard, Generalsekretär der DGOOC. Und verwies auf finanzielle Fehlsteuerungen: „Ein Niedergelassener erhält 120 Euro pro Jahr für die Versorgung eines Patienten mit Rückenschmerzen. Für die stationäre Versorgung sind es 12 000 für das Krankenhaus. Da muss der Niedergelassene 100 Jahre für arbeiten.“

Der Trend geht zu konservativen Behandlungsmethoden

Es war das heimliche Hauptthema der Tagung: Die Fachgesellschaften waren bemüht, die konservativen Behandlungsverfahren wieder mehr in den Vordergrund zu rücken.

Dr. Matthias Psczolla von den Loreley-Kliniken in Oberwesel warb für den Klinikverbund ANOA. Diese Arbeitsgemeinschaft nichtoperativer orthopädisch manualmedizinischer Akutkliniken stellt eine umfassende Diagnostik und konservative Therapie an den Anfang ihres Behandlungsalgorithmus.

Erst wenn das komplett „ausgereizt“ ist, so Psczolla, komme eine operative Behandlung in Betracht. Die Häuser können ihre Zusatzleistungen mit der OPS-Ziffer 8-977 – seit 2005 vom DIMDI eingerichtet – abrechnen (1). Obendrein bleibt viel Forschungsbedarf, um konservative Methoden neu zu etablieren. So berichtete Dr. Dirk Sommerfeldt (Kinderkrankenhaus Altona, Hamburg) von einer neu angelaufenen Studie, die klären soll, ob bei Kindern die operative oder konservative Versorgung von Brüchen des Unterarms (30° anguliert, alias abgeknickt) besser ist. 1,88 Millionen geben DFG und BMBF für die Studie aus. 763 kleine Patienten

© Starface / Ingo Schwarz





© Starface / Ingo Schwarz

zwischen 5 bis 11 Jahren sollen an 40 Zentren eingeschleust werden – in zwei randomisierten Vergleichsgruppen. Die Daten werden noch 2 Jahre auf sich warten lassen. An die 3/4 aller Brüche werden heute schon bei Kindern konservativ versorgt. Bei Erwachsenen hingegen nur rund 1/4.

Doch auch am anderen Ende des Alterspektrums bietet nach neuesten Daten die konservative Versorgung mitunter doch Vorteile. Professor Christian Krettek von der Medizinischen Hochschule Hannover verwies auf neue Studien aus Skandinavien. Seit 2010 zeigen diese, dass die konservative Behandlung bei Patienten über 60 Jahre mit Oberarmkopffraktionen gleich gute Ergebnisse bringt wie die operative Versorgung, einhergehend mit wesentlich weniger Komplikationen (2). Es sei an der Zeit, so Krettek, nachzuschauen, an welchen Stellen noch die konservative Behandlung womöglich die bessere ist.

Ausdauersport auch für Endoprothesenträger

Mehr Sport zur Prävention – der „Klassiker“ war ein Thema. Kongresspräsident Professor Karl-Dieter Heller warb auf einer der täglichen Pressekonferenzen für Sport als die einzig wirksame Methode, das Altern hinauszuschieben: „Die mit den Jahren zunehmende Abnahme der Sinnesleistungen kann man nicht beeinflussen, aber mit Sport und Bewegung kann man bis 70 Jahre zumindest körperlich fit bleiben.“ Im Gegensatz zu manch Kollegen auf früheren DKOU warb Heller weniger für Kraft-, sondern vor allem für Ausdauertraining. „Stop and Go“-Sportarten, Tennis oder Badminton, seien eher schlecht – auch aufgrund des erhöhten Verletzungsrisikos. Walken, Radfahren, Schwimmen, Skilanglauf seien gut. Ideal

sei Tanzen. Auch und gerade Endoprothesenträger ermunterte Heller zu Ausdauersport – nach Ablauf einer sechsmonatigen Pause nach der OP.

Sorgenkind Osteoporoseprävention

Oben auf der Sorgenliste der Fachärzte bleibt die schlechte Versorgungslage bei der Osteoporoseprävention und -versorgung. Deutschland bliebe mit 75% nicht behandelter Erkrankter das Schlusslicht in Europa, monierte Professor Andreas Roth aus Eisenberg in Thüringen.

Geriatrische als wichtiger Ansprechpartner in der Alterstraumatologie

Und ein besonders großes Thema ist und wird die Alterstraumatologie. Die Sterblichkeit nach Hüftgelenksfrakturen bei Patienten über 70 ist seit vier Jahrzehnten nicht gesunken. Jeder 4. Patient stirbt trotz heute möglicher guter chirurgischer Versorgung nach wie vor binnen eines Jahres. Grund ist, dass der empfindlichere Körper älterer Menschen das Trauma einer OP nicht mehr so gut verkraftet.

Professor Michael Nerlich sieht Chancen in besserer Zusammenarbeit mit den Geriatern für eine bessere Altersmedizin. „Meine Herren, bei aller Kompetenz, die hier versammelt ist – die Geriatrischen können das noch besser, die Zusammenarbeit ist daher ganz wichtig“, wandte sich Nerlich an seine Kollegen. Die DGU will dies mit einem neuen Zertifikat für Zentren der Alterstraumatologie befördern, das 2014 an den Start soll.

Dr. Thomas Friess aus Oberhausen gab den aktuellen Stand. Zu den Anforderungen gehören:

- ▶ Geriatrische Verfügbarkeit, alias mindestens zweimal die Woche eine Visite durch Geriater.
- ▶ Gute pflegerische Versorgung
- ▶ Jeder Patient muss in interdisziplinärer Teamkonferenz regelmäßig besprochen werden.
- ▶ Jedes Zentrum wird verpflichtet, Kennzahlen in ein Register für Alterstraumatologie einzugeben.

„Feierstunde“

Andernorts ist man mit solchen Konzepten naturgemäß weiter. Bereits den 20. Geburtstag feiert das Traumaregister der DGU in diesem Jahr. Auf einem Symposium zur Bestandsaufnahme fiel das Wort von einer „Feierstunde“. Und warum nicht – die Zahlen können sich sehen lassen.

Vor 20 Jahren verstarb hierzulande etwa jeder 4. Schwerverletzte in der Klinik, heute nur noch etwa jeder 10. Das sei vor allem dem Traumaregister im Verbund mit dem heute flächendeckenden Netzwerk an Traumazentren zu verdanken, betonte Kongresspräsident Professor Reinhard Hoffmann von der DGU. Die seit Jahrzehnten erfassten Behandlungsdaten haben per ständiger Rückmeldung an die beteiligten Häuser zu stetiger Qualitätsverbesserung beigetragen.

Qualität als Prozess

Geboren wurde das Projekt aus der Initiative einiger Unfallchirurgen, die sich 1993 in einer AG Scoring bei der DGU zusammenfanden, wie Dr. Thomas Paffrath aus Köln in seinem Rückblick vorstellte. Zunächst lagen ganz unterschiedliche Vorschläge für die Messparameter auf dem Tisch. Die Daten von gerade Mal 250 Patienten wurden zu Beginn noch händisch

aus wenigen teilnehmenden Kliniken erfasst. Heute sind 905 Häuser im Traumanetzwerk angemeldet. 618 sind auditiert. Die Datenerfassung erfolgt längst online. Ende 2013 sollen dann, mit erwarteten 30000 Fällen allein für dieses Jahr, erstmals repräsentative Zahlen für Deutschland vorliegen.

Und immer noch geben die Registerdaten Hinweise auf weiteres Verbesserungspotential.

Auswertungen einer Gruppe um PD Stefan Huber-Wagner vom Klinikum Rechts der Isar deuten an, dass auch Traumapatienten unter Schock, die hämodynamisch instabil sind, von einem CT als rascher Einganguntersuchung zusätzlich profitieren könnten. Bislang bekommt diese Gruppe laut Lehrbuch noch kein CT, betonte Huber-Wagner (3).

Eine „anstrengende Demokratie“

Die gemeinsame Zukunft bleibt Thema mit vielen Baustellen, wie ein Symposium zu O & U -Konzepte des Zusammengehens klar machte. Eine ist, dass Orthopäden und Unfallchirurgen nach wie vor in zwei verschiedenen Facharztgruppen des EBM stecken. Letztere zusammen mit anderen chirurgischen Fächern.

5336 niedergelassene Orthopäden und 3976 niedergelassene Chirurgen sind es aktuell in Deutschland. Von letzteren sind 1183 Unfallchirurgen. In der Gruppe der Orthopäden seien gerade mal 612 Orthopäden und Unfallchirurgen nach neuem Facharzt. Wie viele Unfallchirurgen heute bereits Fachärzte für O und U sind, lasse sich hingegen nicht feststellen, erklärte Dr. Wolfgang Böker aus Lüneburg, der die Zahlen der KV-Statistiken referierte. Bökers Fazit: „O und U in der Praxis ist eine Rarität. Viele Kollegen sehen in O und U keine gemeinsame Basis, kommen nach wie vor aus einem der beiden Lager.“

Chancen sah er bei der nachwachsenden Generation: „Die Kollegen, die jetzt kommen, haben eine gemeinsame Ausbildung erlebt.“

Und O und U im Krankenhaus? Bei ihnen im Haus sei nach wie vor viel Toleranz ge-

fragt, erklärte PD Ralf Decking vom Remigius Krankenhaus Opladen. Drei Chefärzte hat die dortige Klinik für Orthopädie – einen Spezialisten für Wirbelsäulen-Chirurgie, einen für Endoprothetik, einen für Unfall- und Handchirurgie. In dieser Interdisziplinarität sei das bundesweit immer noch ein Ausnahmefall.

Für die Praxis musste man sich mitunter erst kräftig zusammenraufen. Decking: „Wir haben eine anstrengende Demokratie.“

Wie gestalten wir O & U jetzt?

Von guten Erfahrungen aus dem kommunalen Klinikum Köln-Merheim, berichtete Professor Bertil Bouillon. Dort wurde im Zuge einer Neustrukturierung im Jahre 2004 eine Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie gegründet. Die Mitarbeiter dort „fühlten“ heute O und U, meinte Bouillon.

Im Dresdner Uniklinikum entstand zum Juni 2013 „im laufenden Betrieb“ das Dresdner Universitätszentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie – als Fusion der früheren Orthopädie und der Unfallchirurgie, wie Professor Klaus-Peter Günther und Professor Hans Zwipp berichteten. Mit gut 14% aller Fälle ist es heute das größte Zentrum im Uniklinikum. Noch verteilen sich die verschiedenen Abteilungen auf verschiedene Gebäude, ein Neubau ist erst in Planung.

Die gemeinsame Identität werde in Dresden auf der jungen Ebene durchaus gelebt, meinte Günther: „Vor allem auf der Leitungsebene haben wir aber nicht die größten Unterstützer. Wir hatten uns gedacht, dass das nach der Fusion schneller läuft.“ Die entscheidende Frage aber, so sein Fazit, laute nicht mehr, ob man das Rad zurückdrehe, sondern: Wie gestalten wir das jetzt?

Was gab es noch?

► Ein großes Lob für die ärztliche Kunst von einem prominenten Patienten. Es sei etwas „ganz Hervorragendes“, wenn der Arzt einen mit einer kleinen Spritze von der Pein einer Schleimbeutelent-

zündung befreie, rühmte Festredner Ulrich Wickert („Werte im Wandel – erfolgreich um jeden Preis?“). Wie und warum er obendrein lernte, leere Weinflaschen richtig in den Glascontainer zu entsorgen, kann jeder hier nachschauen: <http://dkouimweb.dkou.org/video/werte-im-wandel-%E2%80%93-erfolgreich-um-jeden-preis%3F>.

► Am 22. Oktober unterzeichneten die drei Kongresspräsidenten und Vertreter chinesischer Fachgesellschaften im Bundesgesundheitsministerium die „Berlin Declaration“. Das Ziel: Ausbau der Zusammenarbeit zwischen hiesigen und chinesischen Experten, vor allem mit der Chinese Orthopedic Association, COA (5).

Der nächste DKOU findet vom 28. bis 31.10.2014 in Berlin – Messe Süd, statt.

Bernhard Epping

Weitere Informationen

1. <http://www.anoa-kliniken.de/de/fuer-kliniken/abrechnung.html>.
2. J Orthop Trauma. 2012 Feb;26(2):98-106.
3. <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0068880>.
4. <http://dkouimweb.dkou.org/video/werte-im-wandel-%E2%80%93-erfolgreich-um-jeden-preis%3F>.
5. <http://www.bmg.bund.de/ministerium/presse/pressemitteilung/2013-04/deutsch-chinesische-zusammenarbeit.html>.

Zusatz Informationen

<http://www.dkou.org/dkou2013>

Weitere Meldungen auch auf den Seiten von:

www.dgu-online.de
www.dgooc.de
www.dgou.de