

Statements von

Dr. Burkhard Lembeck

DKOU-Präsident für den BVOU 2020

Facharzt für Chirurgie, für Orthopädie und Orthopädie und Unfallchirurgie, Gemeinschaftspraxis in
Ostfildern

und

Dr. Johannes Flechtenmacher

BVOU-Präsident

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Osteologie, Chirotherapie, Physikalische Therapie,
Rehabilitationswesen; Orthopädische Gemeinschaftspraxis am Ludwigsplatz, Karlsruhe

anlässlich der Jahrespressekonferenz von DGOU und BVOU

„Weiter krisenfest: Versorgung in Orthopädie und Unfallchirurgie“

“am 22.10.2020 von 11 bis 12 Uhr (Webkonferenz)

Vier Lektionen aus der Coronavirus-Pandemie für Orthopädie und Unfallchirurgie

Die aktuelle Coronavirus-Pandemie ist ein epochales Ereignis. Wer hätte im Januar gedacht, dass die Welt derart aus den Fugen gerät: medizinisch, politisch, wirtschaftlich und persönlich. Die Krise wirkt in vielerlei Hinsicht wie ein Brennglas. Sie führt der Welt vor Augen, dass sie nicht auf eine medizinische Herausforderung dieser Größenordnung vorbereitet war und bringt vieles ins Wanken, was schon vorher kritisch gesehen wurde. Sie fördert aber auch die Digitalisierung und bietet Chancen, die Versorgung neu zu gestalten. Deshalb nutzen wir die Digitale Woche O&U als Anlass, um vier Lektionen für unser Fachgebiet aus der Coronakrise zu ziehen.

1. Lektion: Die ambulante Facharztschiene ist ein hohes Gut

Die Pandemie hat deutlich gemacht, wie wertvoll die flächendeckende ambulante Facharztschiene in der Bundesrepublik ist. In anderen Ländern arbeiten Fachärzte nur in Kliniken, nicht im ambulanten Sektor. In Italien, Spanien oder Frankreich mussten Patientinnen und Patienten aus Orthopädie und Unfallchirurgie (O und U) auf dem Höhepunkt der Coronakrise mit einem verstauchten Knöchel oder einem akuten Rückenschmerz in eine Klinik gehen und haben dadurch Ressourcen blockiert. In Deutschland konnten diese Kranken in einer ambulanten Facharztpraxis für Orthopädie und Unfallchirurgie behandelt werden. Wir niedergelassenen Ärzte waren und sind jederzeit in der Lage, die Kliniken zu entlasten und Patientinnen und Patienten mit nicht lebensbedrohlichen orthopädischen und unfallchirurgischen Verletzungen zu versorgen. Dass Deutschland bisher so gut durch die Krise gekommen ist, hat auch damit zu tun, dass die ambulante fachärztliche Versorgung die Kliniken davor bewahrt, an ihre Belastungsgrenzen zu stoßen. Das Fazit muss also sein, diese Schiene weiter zu stärken: strukturell, finanziell und personell.

Die Coronakrise hat auch die Bedeutung der konservativen Orthopädie und Unfallchirurgie gestärkt. Mit dem Aussetzen der elektiven Operationen auf dem Höhepunkt der Pandemie konnten die Patientinnen und Patienten aus O und U monatelang nur konservativ behandelt werden, weil alle nicht unmittelbar lebensbedrohlichen Operationen auf unbestimmte Zeit verschoben worden waren. Nur durch die konservative Versorgung in den ambulanten Facharztpraxen war es den Patientinnen und Patienten möglich, mit dem Aufschub ihrer endoprothetischen Versorgung zurechtzukommen. Das zeigt, wie unverzichtbar die konservative Orthopädie und Unfallchirurgie ist. Wir kämpfen seit Jahren für eine Aufwertung in Klinik und Praxis sowie in Aus- und Weiterbildung. Die Coronakrise hat uns gezeigt, dass wir nicht lockerlassen dürfen. Die konservative Versorgung ist eklatant wichtig und muss weiter gestärkt werden.

2. Lektion: Die gestiegenen Belastungen müssen besser honoriert werden

Die Coronavirus-Pandemie belastet die Ärzteschaft in besonderer Weise, weil wir neben unseren ärztlichen Aufgaben alles dafür tun müssen, damit sich niemand ansteckt. Daher haben wir unseren Arbeitsalltag grundlegend umgestaltet und an die hygienischen Anforderungen angepasst. Das erfordert viel Zeit und Energie. Gleichzeitig ist der ökonomische Druck gestiegen, weil wir wegen der Abstandsregeln weniger Kranke behandeln können und mehr Geld in die persönliche Schutzausrüstung und die Hygienemaßnahmen stecken müssen. Hinzu kommen die körperlichen Anstrengungen, die sich zwangsläufig aus dem täglichen Tragen einer Atemschutzmaske ergeben. Honoriert werden wir aber nur auf der Basis der Zeit, die für eine einzelne Leistung veranschlagt wird. Dieses Korsett aus Zeit und Honorar ist durch die Coronavirus-Pandemie völlig aus den Fugen geraten. Wir müssen für das Erbringen jeder einzelnen Leistung jetzt viel mehr Zeit investieren, erhalten aber nur das Honorar aus der Vor-Coronazeit. Das kann so nicht bleiben: Ein wichtiges Fazit aus der Coronakrise lautet daher, dass die Vergütungen an die neuen Leistungszeiten angepasst werden müssen. Wir brauchen für den Mehraufwand, der in unser aller Interesse ist, auch mehr Geld. Wir appellieren daher an alle Verantwortlichen, dieses Problem umgehend anzugehen.

Wie sehr gerade die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen unter den Belastungen der Pandemie leiden, hat unlängst auch eine Befragung unter deutschen Orthopäden und Unfallchirurgen gezeigt. Geleitet wurde sie von Matthias Pumberger von der Charité in Berlin. Erschienen sind die Ergebnisse in PLOS ONE (10.1371/journal.pone0238759). Die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen fühlen sich weniger gut vorbereitet, ausgestattet und informiert als ihre klinischen Kolleginnen und Kollegen. Sie haben auch mehr Sorgen um die finanziellen Konsequenzen der Pandemie. Während einige Facharztgruppen durch die Coronavirus-Pandemie sehr stark gefragt sind, wie Intensivmediziner und Virologen, spüren andere Facharztgruppen wie Orthopädie und Unfallchirurgie eine Zurückhaltung bei der Nachfrage nach ärztlichen Leistungen. Auch das zählt zu den Belastungen der Krise.

3. Lektion: Der alte Massenbetrieb ist vorbei

Wegen der Abstandsregeln können nicht mehr so viele Patientinnen und Patienten im Wartezimmer Platz nehmen wie vor der Coronavirus-Pandemie. Der alte „Massenbetrieb“ ist also vorbei. Das hat zur Folge, dass wir mehr Zeit für den einzelnen Kranken haben. Ein Teil dieser Zeit fließt in den höheren Hygieneaufwand, aber es bleibt auch mehr Zeit für das ärztliche Gespräch. Die Pandemie gibt uns also endlich die Gelegenheit, Versorgung neu zu denken und neu zu konzipieren. Die Forderung nach mehr sprechender Medizin steht seit langem im Raum – völlig zu Recht. Ohne den alten „Massenbetrieb“ haben jetzt endlich den Spielraum, ihr mehr Platz zu geben. Das ist gerade bei Schmerzerkrankungen wichtig. Schmerz ist keine eindimensionale Reaktion auf ein Schmerzgeschehen. Er kann auf dem Weg zum Gehirn durch Stress, Angst, Einsamkeit und Abhängigkeit in vielfältiger Weise modifiziert werden. All das muss im ärztlichen Gespräch ausgelotet werden. Wir fordern daher, dass wir das Ende des „Massenbetriebs“ nutzen, um neue Schwerpunkte bei der Versorgung zu setzen und der sprechenden Medizin mehr Raum geben. Das bedeutet aber auch, dass sie besser honoriert werden muss.

4. Lektion: Wir müssen den Digitalisierungsschub nutzen, dürfen die sorgfältige körperliche Untersuchung aber nicht opfern

Die Pandemie sorgt für einen enormen Digitalisierungsschub. Viele Kolleginnen und Kollegen nutzen inzwischen Videosprechstunden und andere Applikationen, um ihre Patientinnen und Patienten zu versorgen. Trotzdem darf nicht vergessen werden, dass das persönliche Vier-Augen-Gespräch und die sorgfältige körperliche Untersuchung integrale Elemente des Arzt-Patienten-Verhältnisses sind. Ein Patient ist kein Kunde. Er ist ein kranker, in Not geratener Mensch, der unsere Hilfe und Zuwendung sucht, nicht die eines Chatbots oder einer App. Das persönliche Gespräch und die sorgfältige körperliche Untersuchung sind die Grundlagen unserer Diagnostik und Therapie. Nichts davon kann

beliebig digitalisiert werden. Unsere Patientinnen und Patienten spiegeln uns genau das. Auf dem Höhepunkt der Coronakrise war es hilfreich, Fragen per Telefon, Video oder E-Mail zu beantworten, aber jetzt suchen viele wieder das Vier-Augen-Gespräch. Deshalb hat die Digitalisierung, bei allem Nutzen, auch ihre Grenzen. Die sind spätestens da zu spüren, wo Kranke sich nicht mehr gesehen und gut behandelt fühlen. Digitalisierung ist kein Selbstzweck. In der Medizin muss sie sich daran messen lassen, ob sie den Kranken tatsächlich hilft oder ob sie nur die Abläufe verbessert.

Mehr Digitalisierung wird es in Zukunft allerdings zweifellos beim jährlichen DKOU geben. In diesem Jahr mussten wir den Kongress absagen, weil ein Jahrestreffen mit 12.000 Teilnehmern unter den aktuellen Pandemiebedingungen nicht machbar gewesen wäre. Stattdessen bieten wir eine digitale Woche mit Videosessions, Aufzeichnungen und Live-Streams an. Dabei steht jeder Tag unter einem anderen Schwerpunktthema. Wir werden an diesem Format festhalten und in Zukunft einen Teil des Live-DKOU mit digitalen Formaten bestreiten. Das gibt auch den Kolleginnen und Kollegen die Gelegenheit, sich an unserem Jahreskongress zu beteiligen, die nicht nach Berlin kommen können.

Abschließend noch ein Wort zur Zusammenarbeit in der Coronakrise. Durch die enge Zusammenarbeit im BVOU war es uns möglich, vieles rasch zu organisieren, angefangen bei der persönlichen Schutzausrüstung bis zur O-und-U-Notfallversorgung in den ambulanten Facharztpraxen am Wochenende. Berufsverbände können sehr agil reagieren. Bei einer Pandemie ist das eklatant wichtig. Deshalb an dieser Stelle auch ein Dank an alle Kolleginnen und Kollegen, die das ermöglicht haben.