

Statement von Prof. Dr. Michael J. Raschke,
DGU-Präsident, Stellvertretender DGOU-Präsident (DGOU)
Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie
am Universitätsklinikum Münster
anlässlich der Jahrespressekonferenz von DGOU und BVOU
„Weiter krisenfest: Versorgung in Orthopädie und Unfallchirurgie“
„am 22.10.2020 von 11 bis 12 Uhr (Webkonferenz)“

Misstand dringend beenden: Reha auch für nicht ausreichend fitte Patienten ermöglichen

„Am Übergang zwischen der Akutbehandlung und der Rehabilitationsphase gibt es jedoch immer wieder Probleme, die insbesondere die Weiterbehandlung von Schwerverletzten betrifft. Eines der Hauptprobleme nach Abschluss der Akutversorgung im Krankenhaus ist, dass viele Patienten schlichtweg „nicht fit genug“ sind, um die Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung zur Rehabilitationsfähigkeit zu erfüllen.“

Die Corona-Pandemie zeigt uns, wie wichtig die flächendeckende Versorgung im Rahmen derartiger Krisen aber auch „normaler“ medizinischer Notfälle ist. Die immer noch große Anzahl von Krankenhäusern und Kliniken unterschiedlicher Versorgungsstufen sichert eine zügige Erstversorgung und Stabilisierung der Patienten und ermöglicht dann eine Weiterversorgung in einem spezialisierten Zentrum.

Eine wahre Erfolgsgeschichte sind in diesem Zusammenhang die TraumaNetzwerke, die im Jahre 2008 auf Initiative der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie gegründet wurden. An der Initiative TraumaNetzwerk DGU® nehmen gegenwärtig 700 Kliniken teil, die sich zu regional und grenzüberschreitend zu 53 zertifizierten TraumaNetzwerken zusammengeschlossen haben. Insbesondere in der Schwerverletztenversorgung zeigt sich die Sinnhaftigkeit dieser Struktur. Während weniger schwerverletzte Patienten in lokalen oder regionalen Häusern versorgt werden, ist nach initialer Stabilisierung eine Verlegung in nächst höhere Versorgungsstufen innerhalb eines Netzwerkes problemlos möglich. Dieses wird durch telemedizinische Lösungen weiter unterstützt. So wird flächendeckend eine hochwertige Versorgung Schwerverletzter garantiert, was sich auch in der Unfallstatistik niederschlägt. So sank im Jahr 2019 die Zahl der Verkehrstoten auf 3046, den niedrigsten Stand seit Beginn der Zählung.

Mittlerweile sind nicht nur deutsche Kliniken assoziiert. Es nehmen Kliniken aus Österreich, der Schweiz, den Niederlanden, Belgien und Luxemburg teil. Hier zeigt sich somit auch eine innereuropäische Vernetzung, die viel Flexibilität mit gewohnt hohen Versorgungsstandards ermöglicht. Inzwischen hat der G-BA zum 1.1.2020 besondere Aufgaben von Zentren und deren Qualitätsanforderungen definiert. Hier ist eine Refinanzierung (Zentrumszuschlag) vorgesehen. Neu eingeführt wurden Traumazentren nach Fortschreibung des Krankenhausplans. Das ist ein großer Erfolg und spiegelt die erfolgreiche Arbeit der DGU in der Schwerverletztenversorgung wider.

Am Übergang zwischen der Akutbehandlung und der Rehabilitationsphase gibt es jedoch immer wieder Probleme, die insbesondere die Weiterbehandlung von Schwerverletzten betrifft. Eines der Hauptprobleme nach Abschluss der Akutversorgung im Krankenhaus ist, dass viele Patienten schlichtweg „nicht fit genug“ sind, um die Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung zur Rehabilitationsfähigkeit zu erfüllen. Um dieses Defizit zwischen Akutklinik und REHA zu überbrücken, werden schwerverletzte Patienten in die häusliche Pflege oder Kurzzeitpflege entlassen, welche den initialen Bemühungen und den folgenden in der Reha-Einrichtung nicht

gerecht wird. Damit entsteht eine Phase des Stillstands, die den Unfallverletzten in seinem Genesungsprozess zurückwirft. Diese Patienten fallen in ein REHA-Loch, welches den Behandlungserfolg gefährdet. Woran liegt das?

Die in Deutschland gemäß Angaben des Statistischen Bundesamtes 1142 vorhandenen Rehabilitationseinrichtungen sind meist auf die standardisierte REHA nach elektiven Operationen ausgerichtet. Die Weiterbetreuung von schwerstverletzten Patienten ist jedoch deutlich komplexer. Wie kann beispielsweise eine Entlastung des linken Beins an Unterarmgehstützen realisiert werden, wenn gleichzeitig der rechte Oberarm gebrochen ist? Dies führt dazu, dass erschreckend wenig Patienten bei Entlassung aus dem Akutkrankenhaus die Rehabilitationsvorgaben erfüllen. Nur 15 Prozent der Verletzten können direkt im Anschluss ihre Rehabilitation antreten. Die Vorgaben beinhalten beispielsweise, dass sich die Unfallverletzten ohne fremde Hilfe anziehen und essen können. Bei vielen Schwerverletzten ist das so kurz nach dem Unfallereignis nicht realistisch. So können sie die REHA-Vorgaben oft erst nach drei bis sechs Monaten erfüllen. Bis dahin mit zwei mal 30 Minuten Physiotherapie pro Woche auszukommen, wird den Patienten nicht gerecht.

Die Neuauflage des Weißbuches wurde jetzt um ein Konzept zur Rehabilitation erweitert, um genau dieses Problem strukturiert anzugehen. In Anlehnung an das seit 20 Jahren bewährte Phasenmodell zur neurologischen Rehabilitation wurde ein mehrstufiges Konzept geschaffen, welches in 6 Phasen abläuft. Neu ist die Phase B (Frührehabilitation während der Akutbehandlung) und Phase C (Postakute Rehabilitation). An Traumarehabilitationszentren (TRZ) der Phase C werden besondere Anforderungen gestellt, um Patienten rehabilitieren zu können, die die Kriterien der Rehabilitationsfähigkeit der Deutschen Rentenversicherung noch nicht erfüllen.

Wir verlieren unsere Talente – warum sind Führungspositionen nicht mehr attraktiv?

Auch im Bereich Nachwuchs ist viel Bewegung im System. In den letzten Jahren lässt sich vermehrt das Phänomen des „brain drains“ beobachten. Der Nachwuchs erhält eine breite und fundierte Aus- und Weiterbildung an großen Kliniken und wandert nach dem Facharzt ab. Und zwar nicht (nur) ins Ausland, was seit vielen Jahren ein Problem v.a. im Bereich der Forschung ist, sondern auch in Privatpraxen oder Medizinische Versorgungszentren (MVZ's). Junge Kolleginnen und Kollegen werden dort oft mit einem besseren Gehalt und/oder attraktiveren Arbeitszeiten (bessere „work-life balance“) gelockt. Zudem ist die Weiterbildung – im Gegensatz zu vielen europäischen Nachbarländern – nicht adäquat gegenfinanziert. Wie können wir diese Kollegen im System halten? Wer soll uns später behandeln? Es braucht zukünftig besonders diese Ärzte, auch in leitenden Positionen, um die Patientenversorgung sicherzustellen. Dem Nachwuchs eine leitende Position schmackhaft zu machen wird immer schwieriger. Hohe Verantwortung, verdichtete, lange Arbeitszeiten und ein hoher bürokratischer Aufwand – das sind keine Argumente, mit denen man die junge Generation lockt. Dabei tut sich auch im Bereich „work-life balance“ viel in den großen Kliniken. Die Themen Teilzeit und Elternzeit, früher undenkbar, sind heute die Regel. Auch hier findet ein Umdenken statt – und das wird von Kollegen genauso gefordert wie von den Kolleginnen. 70 Prozent der Medizinstudenten sind heute Medizinstudentinnen. Waren es 2008 nur knapp 4.500 Chirurgen, waren 2018 knapp 8.000 Ärztinnen in der Chirurgie tätig. Der Anteil dieser Chirurgen in O und U lag bei 36 Prozent. Lange Zeit galt es als Voraussetzung und vermeintliche Qualität des männlichen Geschlechts, dass man für die Chirurgie charakterlich und vor allem auch körperlich geschaffen sein muss. Diese alteingesessenen Meinungen gehören nunmehr der Vergangenheit an. Das mitunter raue Betriebsklima hat sich deutlich gebessert. Im September wurde eine Frau als erste Lehrstuhlinhaberin in Deutschland nach Tübingen berufen. Auch dies zeigt den Wandel der Zeit und ist ein Zeichen für ein stattfindendes Umdenken.

Trotz der Euphorie über die bisher gut gemanagte Pandemie sollten die drohenden Defizite in O und U weiter Gehör finden, damit unser schönes Fach, das wir alle leidenschaftlich ausüben, nach der Krise stark und gut gerüstet sein wird.

Es gilt das gesprochene Wort.

22. Oktober 2020

Quellen:

<http://www.traumanetzwerk-dgu.de>

<http://www.traumaregister-dgu.de>