

Gesundheitspolitische Positionen in Orthopädie und Unfallchirurgie zur Bundestagswahl 2021

**Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie,
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie,
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie,
Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie**

**Prof. Dr. med. Dietmar Pennig und Prof. med. Dr. Bernd Kladny
– Generalsekretäre der DGOU, DGOOC und DGU –
Dr. Johannes Flechtenmacher
– Präsident des BVOU –**

Datum der Erstellung: 20. August 2021

Vorbemerkung

Gemäß einer aktuellen Umfrage (August 2021) nimmt die Gesundheitspolitik für die Mehrheit der Bevölkerung einen wesentlichen Stellenwert hinsichtlich ihrer Entscheidung bei der kommenden Bundestagswahl ein. Nur Sozial- und Rentenpolitik rangiert höher mit 71 %. Die Klima- und Umweltpolitik bspw. findet sich mit 57 % weit hinter dem Gesundheits- und Pflege Thema wieder. Dies zeigt die herausragende Bedeutung der Gesundheitspolitik für die anstehende Bundestagswahl und den Erfolg der Parteien.

Gesundheitspolitische Positionen in Orthopädie und Unfallchirurgie:

1/

Definierte Versorgungsqualität in Orthopädie und Unfallchirurgie

Zur Sicherstellung der Patientenversorgung in der Spitze und in der Breite ist ein Nachweis der Qualität über schon vorhandene Patientenregister im Rahmen der Versorgungsforschung zu fordern. Die von den Experten der Fachgesellschaften entwickelten Zertifizierungsverfahren wie bei den Traumazentren, Endocert, Alterstraumatologiezentren müssen vonseiten der Politik auch im Sinne der Patientensicherheit anerkannt werden. Eine sinnvolle Lösung stellt eine Beleihung dieser zertifizierten Registerstrukturen dar. Es muss dabei sichergestellt sein, dass zum Zwecke der Qualitätssicherung und Versorgungsforschung auf diese Daten durch die Fachgesellschaften weiterhin zugegriffen werden kann.

Die Politik hat in einigen Bereichen die enorme Bedeutung der Erfassung von Implantaten und Prozeduren in Registern zur Verbesserung der Patientensicherheit erkannt und mit dem Gesetz zur Einrichtung eines Implantatregisters Deutschland (IRD) den richtigen Weg beschritten. In die Daten dieses Registers ist zwingend der Erkenntnisstand der Fachspezialisten, bspw. des Endoprothesenregisters Deutschland (EPRD), einzubinden.

Der Sachverständigenrat (SVR) Gesundheit hat sich in seinem Gutachten vom 24. März 2021 in Bezug auf die Nutzung von Gesundheitsdaten eindeutig positioniert und die veraltete und fehlinterpretierte Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) kritisiert. Qualitätssicherung und Versorgungsforschung zum Wohle der Patienten sind nur unter niederschwelliger Anwendung und Anpassung der DSGVO möglich. Analog zur staatlich geforderten und implementierten Qualitätssicherung sind datensichere Voraussetzungen zu schaffen, um pseudonymisierte Patientendaten zu verwenden. Somit ist auf die Einwilligung des Patienten zu verzichten, insbesondere bei Schwer- und Schwerstverletzten ist diese nicht beizubringen; der Persönlichkeitsschutz ist durch die Pseudonymisierung in der Auswertung sichergestellt. Andernfalls entstehen intolerable Datenlücken in den Registern, die die Patientenversorgung und -sicherheit gefährden können.

2/

Aufhebung von Fehlanreizen in Klinik und Praxis

Der Fokus der ärztlichen Tätigkeit muss wieder stärker auf die Bedürfnisse der Patienten gerichtet werden. Rein ökonomische Vorgaben dürfen hierbei keine steuernde und beherrschende Rolle spielen. Dieses widerspricht dem Geist der ärztlichen Freiberuflichkeit, die man als Garant für das Patientenwohl sehen darf. Verknüpft damit sind die Abschaffung der Budgets und die Festsetzung von gerechten und fairen Vergütungen für definierte Leistungen und damit die Entbudgetierung. Ein Mehr von Patienten nachgefragter Leistungen muss möglich sein und vergütet werden. Derzeit behindern die Regelungen des SGB V und der Risikostrukturausgleichsverordnung die patientenorientierte Weiterentwicklung von Disease-Management-Programmen, wie bspw. in der Behandlung des chronischen Rückenschmerzes, eine Erweiterung ist dringend nötig. Diagnose und Behandlung der Patienten sind als hohes ärztliches Gut hinsichtlich der Entscheidung ohne jeden kommerziellen Druck zu verankern. Hierzu ist die Reform bzw. der Rückbau der DRGs notwendig. Das hier bestehende starre Gerüst steht der sachgerechten Vergütung durch erhöhten Aufwand, wie bspw. für Hygiene und staatlich verordnete Bürokratie, entgegen. Angesichts des breiten gesellschaftlichen Konsenses über die Bedeutung der Prävention in einer alternden Gesellschaft, müssen Präventionsleistungen auch im fachärztlichen Bereich vergütet werden.

3/

Weiterentwicklung der zertifizierten TraumaNetzwerk-Strukturen zur Bewältigung von andersgearteten Überlastungsszenarien wie Pandemien und terroristischen Anschlägen

Das seit 20 Jahren agierende TraumaNetzwerk der DGU mit einer Zertifizierungsstruktur und einem angegliederten Register deckt das gesamte Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland mit einer dreistufigen Versorgungsform, bestehend aus lokalen, regionalen und überregionalen Zentren, ab. Im Bedarfsfall können Zentren über die Grenzen des deutschen Staatsgebiets hinaus in die Benelux-Länder, Schweiz und Österreich bei entsprechenden Überlastungsszenarien einbezogen werden. Die notwendige digitale Vernetzung über Telematikstrukturen wird von der Akademie der Unfallchirurgie (AUC) bereitgestellt und betrieben. Der Neuaufbau eines Netzwerkes dieser Qualität erscheint nicht zielführend, sodass ein Ausbau der vorhandenen Netzwerkstrukturen einen zeitaufwendigen und sofort umsetzbaren Lösungsansatz für Überlastungsszenarien wie bei Epidemien, Pandemien und terroristischen Anschlägen darstellt. Der in den TraumaNetzwerken geleistete hohe Aufwand für Zertifizierung und Rezertifizierung nach drei Jahren stellt die Qualität dieser Struktur sicher. Ein landes- oder bundesweites Absetzen elektiver Operationen ist laut der Bertelsmann-Studie mit hohen Kosten und geringer Effizienz verbunden. Über Netzwerkstrukturen lassen sich frühzeitig lokale oder regionale Überlastungen erkennen und Verschiebungen in diesen Netzwerken herbeiführen.

Mit zunehmender Spezialisierung, die in städtischen Regionen bereits eingetreten ist, laufen wir Gefahr, in der Fläche und damit in den ländlichen Gebieten keine angemessene Versorgung mehr bereitstellen zu können.

Die Spezialisierung und qualitativ kompetente, flächendeckende Grundversorgung müssen in der Balance bleiben. Telemedizinische Aspekte, die in den vergangenen Jahren erfolgreich etabliert wurden, sind in der Lage, die Spezialisierung auch in ländlichen Regionen vorzuhalten und anzubieten. Einzubeziehen ist auch die fachärztliche

Versorgung im niedergelassenen Bereich und die notwendige Vernetzung zur Bereitstellung konservativer Behandlungsansätze. Die Refinanzierung der höheren Vorhaltekosten in Abhängigkeit von der Versorgungsstufe muss einschließlich der besonderen Aufgaben der Universitätsmedizin sichergestellt werden.

4/

Stärkung und Zentrierung der Notfallversorgung gemäß der dreistufigen G-BA-Vorgaben mit Refinanzierung der Vorhaltekosten für die Kliniken im Sinne der Daseinsfürsorge

Die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur dreistufigen Notfallversorgung beinhalten für die mit dieser Versorgungsstruktur beauftragten Kliniken hohe Vorhaltekosten im Personal- und Sachbereich. Diese müssen refinanziert werden; die Sicherstellung der Notfallversorgung ist als Daseinsfürsorge zu begreifen. Ohne solide Refinanzierung laufen wir Gefahr, dass Kliniken der Notfallversorgung aus dieser Versorgungsform ausscheiden mit der Folge der Überlastung der verbliebenen Versorger und resultierender zeitlicher Verzögerung sowie qualitativer Einbußen.

Die Vorgaben des G-BA zur Behandlung hüftgelenknaher Brüche bei geriatrischem Patientengut setzen den Fokus auf die gemeinsame Versorgung durch chirurgische Intervention und die Betreuung durch die Geriatrie gleichermaßen. Zusätzlich hierzu sind hinsichtlich der personellen Ausstattung und der Infrastruktur Investitionen durch die Kliniken zu tätigen, die der Refinanzierung bedürfen. Ohne verlässliche Refinanzierung ist die flächendeckende Notfallversorgung nicht aufrechtzuerhalten.

Im Rahmen der Gesamtversorgung des alten Menschen (Orthogeriatric) sind Strukturen zu schaffen und zu refinanzieren, die den erhöhten Aufwand in der Versorgung dieses Patientengutes widerspiegeln.

5/

Weiterentwicklung der digitalen Infrastruktur in Klinik und Praxis

Der SVR Gesundheit hat mit seinem Gutachten vom 24. März 2021 auf die Notwendigkeit bundeseinheitlicher Regelungen für die Nutzung von Gesundheitsdaten hingewiesen. Der sektorenübergreifende Ausbau der digitalen Infrastruktur ist nur durchführbar und sinnvoll, wenn die Datennutzung nicht nur gestattet wird, sondern vielmehr geboten ist. Der Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI) und Algorithmen macht den Zugriff auf diese Daten unter ärztlicher Aufsicht und verbunden mit der übergeordneten ärztlichen Schweigepflicht erforderlich. Die DSGVO erschwert bzw. verhindert die sinnvolle Nutzung dieser Daten zum Wohle der Patienten.

Die notwendige Digitalisierung beinhaltet hohe Investitionen sowohl für die Krankenhäuser als auch die Praxen. Hier ist eine Refinanzierung von staatlicher Seite erforderlich. Die konsequente Umsetzung der Digitalisierung wird die Patientensicherheit erhöhen und Doppeluntersuchungen deutlich reduzieren. Nur mit einer gemeinsamen digitalen Infrastruktur lassen sich Sektorengrenzen abbauen und eine Verbesserung der Versorgung der Patientinnen und Patienten erzielen.

Digitale Lösungen müssen zur deutlichen Reduzierung des administrativen Aufwandes für Ärzte und Pflegekräfte führen. Jede digitale Lösung muss auf die damit herbeigeführte Zeitersparnis und den Qualitätsgewinn fokussieren, sodass patientennahe Tätigkeiten für Ärzteschaft und Pflegekräfte wieder in den Vordergrund rücken. Nur mit diesen Maßnahmen lässt sich der Mangel in beiden Bereichen auffangen und können gravierende Nachteile in der Gesundheitsversorgung abgewendet werden.

Der Datenaustausch zwischen Klinik und Praxis muss in beide Richtungen durch eine kostensensible Lösung auf der Basis einer gesetzlichen Grundlage ermöglicht werden. Die ePA schafft diese Voraussetzungen nicht und bedarf dringend der Überarbeitung bzw. Neukonzeption, dies unter Vermeidung veralteter und fehlinterpretierter Elemente der DSGVO.

6/

Rahmenbedingungen für Fort- und Weiterbildung verbessern

Die Refinanzierung der Weiterbildung im ärztlichen und der Fortbildung im pflegerischen Bereich ist im DRG-System nicht verwirklicht. Hier ist die Berücksichtigung des finanziellen Aufwandes in Kliniken und Praxen dringend geboten, um das hohe Niveau der Facharztweiterbildung, aber auch die Fortbildung im pflegerischen Bereich mit weiterer Qualifikation sicherzustellen. Die Delegation und Substitution stellt hier keinen Lösungsansatz dar. Die Planungen einer Therapie mit den notwendigen Heil- und Hilfsmitteln sind rein ärztliche Aufgaben und müssen es im Sinne der Patientensicherheit auch in Zukunft bleiben.

7/

Freigabe der Gebührenordnung für Ärzte

Die bereits vollständig ausverhandelte Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bedarf der Anerkennung, die Vereinbarungen hierzu liegen vor. Wie in jedem Freien Beruf bedarf auch der Arztberuf einer fairen und sachgerechten Gebührenordnung, die den aktuellen Therapiestandard abbildet.

8/

Förderung des Innovationsstandortes Deutschland in der orthopädisch-unfallchirurgischen Implantatherstellung

Die Übernahme der europäischen Richtlinien in das nationale Medizinproduktegesetzes (MPG) gefährdet die innovativen Hersteller in Deutschland. Multinational agierende Konzerne sind in der Lage, in anderen Ländern niederschwellig die entsprechenden Datenmengen zu generieren, die zu einer Zulassung und Zertifizierung einer Implantatkategorie notwendig sind. Hier werden unnötige Hürden aufgebaut, die den Innovationsstandort Deutschland mit der vorhandenen orthopädisch-unfallchirurgischen Kompetenz und Innovationskraft in der Implantatentwicklung und deren Herstellung gefährden. Dies gilt es unter allen Umständen zu vermeiden, um die nachteilige Abhängigkeit von multinationalen Konzernen zu begrenzen.

Auch Produkte mit einer niedrigen Stückzahl (basierend auf niedriger Fallzahl) müssen den Kliniken weiterhin zur Verfügung stehen, um einen technologischen Rückschritt zum Nachteil der Patienten mit komplexen Problemen zu verhindern.

Prof. Dr. Dietmar Pennig
Generalsekretär DGOU
Generalsekretär DGU

Prof. Dr. Bernd Kladny
Stellv. Generalsekretär DGOU
Generalsekretär DGOOC

Dr. Johannes Flechtenmacher
Präsident BVOU