

# Existenzbedrohung in O & U

## Versorgungs- und Strukturmängel am Beispiel der Versorgung von Rückenschmerzpatienten

**LOSHEIM AM SEE** Wenn wir uns die Frage stellen, ob in unserem Fach und für unser Fach alles richtig läuft, müssen wir sicherlich sagen: „Nein, es läuft nicht alles richtig gut.“ Dies lässt sich am Beispiel der Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen gut belegen. Historisch betrachtet ist die Orthopädie ein primär konservatives Fach. Aber auch die Unfallchirurgie hat große und wesentliche nicht-operative Anteile. Gerade im Bereich der niedergelassenen Versorgung findet die große Mehrzahl der Patientenkontakte konservativ statt. Es geht hier aber ausdrücklich nicht um die Frage konservativ versus operativ. Es geht nicht um ein Entweder-oder sondern um ein klares Sowohl-als-auch. An der Ökonomisierung im Gesundheitswesen kommen wir in keinem der Sektoren vorbei. Aber wir müssen uns schon die Frage stellen, ob die deutlichen Mengenausweitungen operativer Leistungen tatsächlich auf Grundlage kritischer Indikationsstellung entstehen. Operationen zu vermeiden sollte doch im Fokus unserer Überlegungen stehen, aber ist das noch so?

Nicht nur die Zahl von Wirbelsäulenoperationen ist im europäischen Vergleich in den letzten Jahren überproportional angestiegen, sondern auch die Zahl endoprothetischer Versorgungen. Ob dies alleine auf die Tatsache zurückzuführen ist, dass die Menschen immer älter werden, muss sicherlich in Frage gestellt werden. Dies wird auch dadurch belegt, dass in Deutschland erhebliche regionale Unterschiede in der Anzahl von Wirbelsäulenoperationen sowie in der Anzahl durchgeführter endoprothetischer Versorgungen vorhanden sind. Diese Mengenausweitungen werden einerseits von den Krankenkassen als Kostenträger (nicht als Gesundheitskasse) angemahnt. Alternativen dazu sind aber von den Krankenkassen nicht gewollt. Gleich-

zeitig möchten immer mehr Patienten vor einem operativen Eingriff eine Zweitmeinung einholen, weil sie der ärztlichen Indikationsstellung nicht mehr uneingeschränkt vertrauen. Die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherungen sollen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Dort ist nirgendwo die Rede von der bestmöglichen Versorgung für einen Patienten.

Die im niedergelassenen Bereich für einen Orthopäden und Unfallchirurgen zur Verfügung stehenden Budgets im Quartal sind so niedrig, dass weder bei der ärztlichen Versorgung, noch in der Verordnungsmöglichkeit von Physiotherapie, von balneophysikalischen Maßnahmen, Orthopädietechnik und Medikation hinreichende Möglichkeiten zur Verfügung stehen. Ambulante konservative Orthopädie und Unfallchirurgie ist so unterfinanziert, dass dadurch die ärztliche Therapiefreiheit mehr als bedroht ist. Die Unterfinanzierung bedroht aber auch Patienten dadurch, dass ein wirklich ethisches ärztliches Handeln kaum noch möglich ist.

Die Ökonomisierung in der Medizin setzt zudem in den Krankenhäusern klare Zielanreize. Kliniken können oft nur noch durch Mengenausweitung halbwegs wirtschaftlich arbeiten. Das DRG-System, das letzten Endes auch dazu eingeführt wurde, um insbesondere kleinen Krankenhäuser das Leben schwer zu machen und schließlich zur Schließung zu zwingen, hat sich als nicht sinnvoll erwiesen, wenn es um die sinnvolle Steuerung von Therapiemaßnahmen geht. Das System, das ursprünglich Abrechnungssysteme vereinfachen sollte, wird immer komplexer. Seit ihrer Einführung hat sich die Zahl der DRG mehr als verdoppelt. Darüber hinaus zeigen sich erhebliche Ungleichheiten zwischen operativer und konservativer Versorgung zum Beispiel von Rückenschmerzpatienten

im Krankenhaus. Als Beispiel sei die DRG I68 (nicht operative Behandlung von Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich) genannt. Dabei handelt es sich um eine der ganz großen Massen-DRG im Bereich von Krankenhausbehandlungen. Die Mehrheit dieser Patienten wird jedoch nicht in Abteilungen für Orthopädie und Unfallchirurgie behandelt, sondern dem Grunde nach in fachfremden Abteilungen. Die Diskussion „wem gehört der Rückenschmerz“ soll hier gar nicht erst geführt werden. Eine solche Behandlung mit einer oberen Grenzverweildauer von zehn Tagen erbringt für das Krankenhaus circa 2000 Euro. Eine Nukleotomie L5/S1 erlöst bereits 4000 Euro. Eine Spondylodese L3-S1 erbringt dem Krankenhaus über 14.500 Euro. In welche Richtung Erlösoptimierung in operativ spezialisierten Fachabteilungen gerichtet ist, ergibt sich daraus.

Es gibt jedoch konservative Alternativen – nämlich die Erbringung multimodaler konservativ-orthopädischer oder schmerztherapeutischer Komplexbehandlungen am Bewegungssystem. Bei einer durchschnittlichen Verweildauer von etwas mehr als zwei Wochen lassen sich hier immerhin zwischen 5000 und 6000 Euro Erlösen. Allerdings setzt eine solche multimodale interdisziplinäre Komplexbehandlung eine hohe Strukturqualität und Intensität konservativer Maßnahmen voraus, die für die meisten operativ orientierten Kliniken kaum zu erbringen sind. Dass spezialisierte multimodale und interdisziplinär arbeitende Abteilungen gut funktionieren können, zeigen die Kliniken, die nach dem ANOA-Konzept ([www.anoa-klinik.de](http://www.anoa-klinik.de)) arbeiten. Von den 29 ANOA-Kliniken werden pro Jahr immerhin circa 25.000 stationäre multimodale Komplextherapien erbracht. Das multimodale und individuell am klinischen Befund und

am Bio-Psycho-Sozialen Krankheitsmodell arbeitende Konzept erfordert Orthopäden und Unfallchirurgen, deren Blick über das rein operative hinaus gerichtet ist. Solche Kollegen gibt es aber immer seltener. Nicht operative Inhalte können, nicht zuletzt infolge der Weiterbildungsmöglichkeiten an operativ orientierten Kliniken, kaum noch vermittelt werden. Die neue Musterweiterbildungsordnung Orthopädie und Unfallchirurgie enthält noch nicht einmal mehr zu erbringende Mindestzahlen bei wesentlichen konservativen Inhalten. Wenn die Kollegen dann in die Niederlassung gehen, werden sie sich mit ihren konservativ erworbenen Fähigkeiten wohl kaum wohlfühlen können.

Unsere Berufsverbände und Fachgesellschaften sollten hier dringend nachbessern und die konservative Orthopädie und Unfallchirurgie stärken. Das Weißbuch Konservative Orthopädie, das 2018 erschienen ist, zeigt den Weg in die richtige Richtung. Mittelfristig sollte aber auch ein Weiterbildungsschwerpunkt zur speziellen konservativen Orthopädie und Unfallchirurgie wieder in den Fokus rücken. Ein solcher konservativer Schwerpunkt war in der aktuellen Diskussion zur Musterweiterbildungsordnung noch nicht durchsetzbar.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat im Juli 2018 zur Versorgung von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen empfohlen, Disease Management Programme zur Leitliniengerechten Versorgung zu entwickeln und multimodale Schmerztherapie ambulant beziehungsweise teilstationär zu erbringen. Dabei misachtet der Sachverständigenrat sowohl die Versorgungslage im ambulanten



Jan Holger Holtschmit

Setting als auch die bereits im Januar 2018 erschienene Leitlinie zum spezifischen Kreuzschmerz. Diese Leitlinie empfiehlt mit hohem Konsens bei rezidivierenden und chronischen Kreuzschmerzen die Durchführung komplexer manualmedizinischer Therapieprogramme und führt aus, dass diese

monomodalen Behandlungsansätze überlegen sind. Die Leitlinie führt weiter aus, das insbesondere multimodale Komplextherapieprogramme nachhaltige Effekte bezüglich Schmerzlinderung und Beeinträchtigungserleben möglich machen. Welche Folgen das Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) für die konservative stationäre Orthopädie haben wird, kann zurzeit noch nicht abschließend beurteilt wird. Positiv ist hier sicher anzumerken, dass die operative Unfallchirurgie im PpSG berücksichtigt wird. Gerade bei konservativen multimodalen Komplexbehandlungen spielt die Pflege im interdisziplinären Behandlungsteam eine sehr große Rolle. Da sich multimodale Komplextherapien aber eher über die längere Verweildauer definieren als über hohe Kosten einzelner operativer Behandlungstage, besteht zumindest die Gefahr, dass die Pflege dabei zu kurz kommen wird. Konservative Orthopädie und Unfallchirurgie ist ein wichtiger und auch sehr schöner Teil unseres Fachgebietes und muss zukünftig weiter gestärkt werden. ■

### ► Autor:

Dr. med. Jan Holger Holtschmit Marienhauskliniken Wadern-Losheim  
Krankenhausstr. 21  
66679 Losheim am See  
E-Mail: [JanHolger.Holtschmit@marienhaus.de](mailto:JanHolger.Holtschmit@marienhaus.de)

► Donnerstag, 02.05. 08:00–09:30 Uhr  
KSII