

Traumaversorgung in Deutschland 2030

Chancen erkennen. Strategien entwickeln. Zukunft gestalten.

Bericht Zukunftsprojekt des Nichtständigen Beirats der
Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie
in Kooperation mit dem RWI-Leibniz-Institut für
Wirtschaftsforschung und Institute for Health Care Business
GmbH

21. Juni 2023

Projektteam:

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie:

Spring C, Bieler D, Franke A, Sprengel K, Seemann R & der Nichtständige Beirat DGU

Institute for Health Care Business GmbH:

Lemm M, Finke S und Wrobel M

RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung:

Haering A

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	4
1. Hintergrund und Ziele	5
2. Methodik	8
3. Ergebnisse	10
3.1. Online-Befragung zur Zukunft der Unfallchirurgie in Deutschland.....	10
3.2. Analyse der Versorgungsstruktur in der Traumaversorgung in Deutschland.....	12
3.2.1. Status quo.....	12
3.2.2. Fallzahlentwicklung bis 2030.....	17
3.2.3. Herausforderungen	18
3.3. Ergebnisse aus dem Zukunfts-Workshop	19
3.3.1. Assessment, Motivation, Weiterbildung.....	19
3.3.2. Komplexität der Traumaversorgung in der Zukunft.....	21
3.3.3. Image des Unfallchirurgen in der Zukunft.....	24
4. Handlungsbedarfe und Forderungen für die zukünftige Traumaversorgung	26
5. Fazit und Schlussfolgerung.....	31
Literaturverzeichnis.....	33

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Altersverteilung der Fachgesellschaften zum Zeitpunkt der Befragung.....	8
Abbildung 2: TOP 20 Eintrittswahrscheinlichkeit.....	10
Abbildung 3: TOP 20 Auswirkung auf aktuellen beruflichen Alltag	11
Abbildung 4: Zusammenhang zwischen Fallzahlen und wirtschaftlicher Lage der Krankenhäuser	13
Abbildung 5: Entwicklung der Bettenzahlen in der Unfallchirurgie 2010-2019.....	15
Abbildung 6: Entwicklung traumatologischer Fallzahlen nach Altersklasse, 2010-2019	15
Abbildung 7: Fallzahlentwicklung alterstraumatologischer Verletzungen nach Größenklasse, 2014-2019	16
Abbildung 8: Veränderungen traumatologischer Fallzahlen Prognose 2030 zu 2019.....	17
Abbildung 9: Anzahl Geburten in Deutschland (Ost und West).....	18

Kartenverzeichnis

Karte 1: Stabilität der Krankenhausstruktur je Kreis.....	12
Karte 2: Orthopädien/Unfallchirurgien in Deutschland.....	14
Karte 3: Traumazentren in Deutschland	14

Abkürzungsverzeichnis

ACH	Allgemeine Chirurgie
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
DGOOC	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Unfallchirurgie
DGOU	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie
DGU	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ICD	Internationale Klassifikation der Krankheiten
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NSB	Nichtständiger Beirat
ORTHO	Orthopädie
PR	Public Relations
QB	Qualitätsbericht
resp.	respektive
u. a.	unter anderem
UCH	Unfallchirurgie
z. B.	zum Beispiel
ZNA	Zentrale Notaufnahme

1. Hintergrund und Ziele

Die Traumaversorgung erfüllt eine grundlegende Aufgabe in der staatlichen Daseinsvorsorge. Sie gibt das Versprechen, im Fall eines Unfalls jeglicher Art für jeden einzelnen Bürger da zu sein. Darum leistet sie als originäre Aufgabe in der Verantwortung der Unfallchirurgie in Deutschland eine Versorgung auf höchstem Niveau, angefangen von der Erstversorgung vor Ort (präklinische Initialversorgung), über die Notfallbehandlung in den Notaufnahmen, die operative und nicht-operative Versorgung bis hin zur stationären Weiterbehandlung und folgenden Rehabilitation sowie ggf. langfristigen Nachsorge der Patienten. Ziel ist dabei die Reintegration der Patienten in ihr individuelles sozioökonomisches Umfeld, egal ob Bagatellverletzung, schwere Monoverletzung oder Polytrauma. Doch die Traumaversorgung in Deutschland steht vor großen Herausforderungen, auf die sich die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie aktiv vorbereitet. An erster Stelle sind die in diesem Jahrzehnt anstehenden demografischen Veränderungen zu nennen. Die ersten Babyboomer werden den Arbeitsmarkt in wenigen Jahren verlassen. Die nachfolgenden Jahrgänge sind jedoch nur halb so groß. Dies wird über alle Branchen, so auch im Gesundheitswesen, zu einem Mangel an Fachkräften und damit zu einem steigenden Wettbewerb um Nachwuchskräfte führen. In diesem Wettbewerb kommt erschwerend hinzu, dass der Beruf des Unfallchirurgen¹ nicht das beste Image besitzt. Er kann etwa nicht diejenige „Work-Life-Balance“ bieten, die sich der Nachwuchs heutzutage oft wünscht. In anderen Ländern ist das Image des Unfallchirurgen positiver besetzt als in Deutschland. Der Rückgang an erwerbsfähigen Menschen fordert auch die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens heraus. Denn das Beitragsaufkommen wird schrumpfen, gleichzeitig dürfte die Versorgung durch eine zunehmend technologisierte Medizin noch teurer werden. Die Alterung der Bevölkerung führt auch dazu, dass sich die Traumaversorgung auf zunehmend aufwendigere und zugleich langwierigere Versorgungsprozesse einstellen muss. Viele ältere Patienten werden langwierige Nachbehandlungen benötigen, worauf das Gesundheitswesen aktuell noch nicht eingestellt ist. Insofern trifft der Renteneintritt der Babyboomer das Gesundheitswesen in dreierlei Weise: 1) Fachkräftemangel aufgrund Berentung, 2) Anstieg des alterstraumatologischen Behandlungsbedarfs und 3) Belastung der Kranken-, Pflege- und Rentenkassen. Vor dem

¹ Dieser Text hat den Anspruch, komplexe Zusammenhänge in einfacher und verständlicher Sprache darzustellen. Er lehnt sich daher an die gesprochene Sprache an und verzichtet auf eine wiederkehrende explizite Nennung weiblicher, männlicher und anderer Geschlechteridentitäten bei personenbezogenen Begriffen.

Hintergrund des bereits existierenden Fachkräftemangels und des steigenden Anspruchs an Teilzeitbeschäftigungen in der Medizin stellt sich die Frage, wie im Wettbewerb mit anderen Fächern – aber auch Branchen – sich künftig genügend junge Menschen für die unfallchirurgische Traumaversorgung begeistern lassen, wie eine nachhaltige Aus-, Fort- und Weiterbildung überhaupt noch gewährleistet werden kann und welche Einflüsse der Struktur- und Personalwandel im medizinischen Sektor mit sich bringen wird.

Der Nichtständige Beirat (NSB) der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) stellt sich stellvertretend für viele die Frage, wie die unfallchirurgische Traumaversorgung in Deutschland in Zukunft aussehen kann und soll, woran sich folgende strukturelle und gesellschaftspolitische Fragen knüpfen:

1. **Nachwuchssicherung:** Wer wird die Versorgung von Unfallverletzten 24/7 durchführen und wie kann der Beruf des Unfallchirurgen an Attraktivität für den Nachwuchs gewinnen?
2. **Berufsbild und Image des Unfallchirurgen:** Werden wir in Zukunft nur noch im OP tätig sein oder bleiben wir die wertgeschätzten „Kümmerer“ für die Patienten – Betreuung der Patienten vom Unfalltag über Rehabilitation bis zur sozioökonomischen Reintegration?
3. **Familiarisierung:** Können wir alternative und zeitgerecht angepasste Arbeitszeit- und Arbeitsbelastungsmodelle schaffen?
4. **Strukturwandel:** Wie viele Traumazentren und wie viele Unfallchirurgen braucht Deutschland in Zukunft? Wer werden die Patienten in der Traumaversorgung der Zukunft sein?
5. **Vorhaltekosten:** Wie werden wir eine qualitativ hochwertige Traumaversorgung flächendeckend in Deutschland gewährleisten können und durch wen?

Als wesentliche Faktoren, die das künftige Bild der Traumaversorgung in Deutschland prägen dürften, sind Demografie, Ambulantisierung, Spezialisierung, Zentralisierung, Innovation und Digitalisierung zu nennen. Ebenso wie der gesetzliche Rahmen, Familiarisierung und Work-Life-Balance.

Dem Leitsatz der DGU „Die Unfallchirurgie in Deutschland – unsere Verantwortung und Verpflichtung“ folgend ist jetzt der richtige Zeitpunkt,

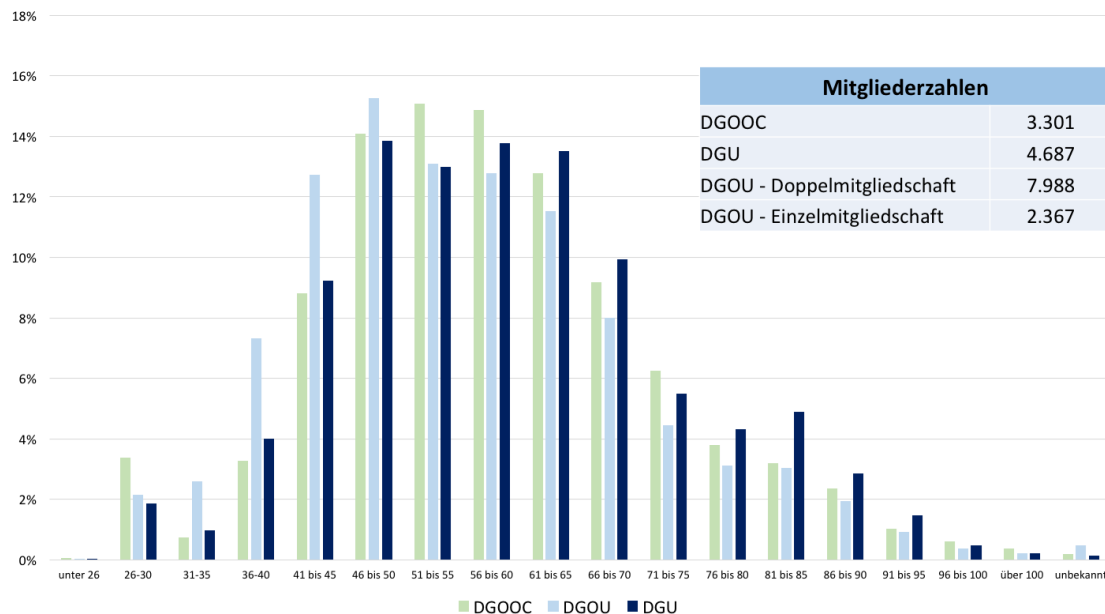
- zu verstehen, welche Erwartungen die nächste Generation an ihr Arbeitsumfeld hat,
- diese den zu erwartenden Veränderungen der Arbeitsbedingungen bei Fortführung des Status quo gegenüberzustellen und
- konkrete Lösungsstrategien abzuleiten, um „Lücken“ zwischen den Erwartungen einerseits und Realitäten andererseits zu schließen und so die Grundlage für eine qualitativ hochwertige Traumaversorgung in Deutschland auch zukünftig zu sichern.

Vor diesem Hintergrund wurden im Rahmen des Projekts eine Umfrage zur Zukunft der Traumaversorgung in Deutschland sowie detaillierte Analysen des Status quo und erwartbarer Trends durchgeführt. Darauf aufbauend wurden Faktoren abgeleitet, die das Arbeitsfeld des Unfallchirurgen künftig beeinflussen werden. In einem zweitägigen Zukunfts-Workshop wurden einzelne Herausforderungen und Chancen in drei Themenbereichen diskutiert und daraus Zielsetzungen für Zukunftsstrategien erarbeitet. In den folgenden Kapiteln werden nach einer kurzen Erläuterung der Methodik die Ergebnisse der Befragung, der Analysen und des Workshops vorgestellt, um abschließend faktenbasierte Anforderungen an die zukünftige Struktur der Traumaversorgung aufzuzeigen und schlussfolgernd die aktuellen Bemühungen einzuordnen.

2. Methodik

Im Rahmen einer begleitenden Untersuchung hat der Nichtständige Beirat (NSB) der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) zusammen mit dem Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) eine **Online-Befragung seiner Mitglieder** durchgeführt. An dieser Befragung haben insgesamt 752 Personen teilgenommen. Ein großer Anteil von ihnen sind Oberärzte (38,3%) oder Chefärzte (26,6%). Zudem ist der überwiegende Teil männlich (79,9%) und die Altersklassen 51 bis 60 Jahre (33,8%) sowie 41 bis 50 Jahre (28,2%) sind am stärksten vertreten. Die generelle Altersverteilung in den Fachgesellschaften zum Zeitpunkt der Befragung ist der Abbildung 1 zu entnehmen.

Abbildung 1: Altersverteilung der Fachgesellschaften zum Zeitpunkt der Befragung



Quelle: DGU

Die Teilnehmenden der Online-Befragung wurden nach ihrer persönlichen Einschätzung zu ihrem heutigen und zukünftigen beruflichen Umfeld befragt. Dabei standen die Themen Demografie, Versorgungsbedarf, Umfeld, Fort- und Weiterbildung, Versorgungsangebot und -qualität, Arbeitsbedingungen, Versorgungsstruktur sowie Ausbildung im Mittelpunkt. Die Befragten sollten einschätzen, a) für wie wahrscheinlich sie den Eintritt bestimmter Themen und b) wie groß sie jeweils die Auswirkungen auf ihren beruflichen Alltag halten. Die Einschätzung wurde anhand einer Skala von 0 bis 5 vorgenommen, wobei 5 die höchste

Eintrittswahrscheinlichkeit bzw. die größte Auswirkung repräsentiert. Zusätzlich wurden allgemeine demografische Eigenschaften (z.B. Alter, Geschlecht) und Angaben zum Beruf (z. B. Funktion, Arbeitszeit) erhoben. Zudem wurden die Teilnehmenden auf einer Skala von 0 bis 10 nach ihrer Zufriedenheit mit ihrem Beruf gefragt.

Für die **Analyse der Versorgungsstrukturen** in der Traumaversorgung in Deutschland wurden zur Darstellung des Status quo Daten der Qualitätsberichte sowie tiefgegliederte Diagnosedaten ausgewertet. Die stationären Fallzahlen wurden auf Basis der tiefgegliederten Diagnosedaten 2019 sowie bei Verfügbarkeit auf Basis von Diagnosestatistiken der einzelnen Bundesländer bis 2030 fortgeschrieben. Die Daten wurden sowohl für die gesamte Traumatologie als auch für die nachfolgenden Leistungscluster, die anhand von ICD-Codes (ICD: Internationale Klassifikation der Krankheiten) gebildet wurden, ausgewertet:

- Schädel-Hirn-Trauma
- Verletzungen der Wirbelsäule
- Verletzungen der oberen Extremität
- Verletzungen der Hand
- Verletzungen der unteren Extremität
- Verletzungen des Fußes
- Polytrauma
- Endoprothetik
- Sonstige Verletzungen.

Darüber hinaus fand am 25. und 26. Mai 2022 in Ulm ein **Zukunfts-Workshop des NSB** statt. An diesem nahmen 23 Mitglieder der DGU teil. In drei Arbeitsgruppen beschäftigten sich die Teilnehmenden mit jeweils einem der folgenden drei Themenbereiche:

- Assessment, Motivation, Weiterbildung
- Komplexität der Traumaversorgung der Zukunft
- Image des Unfallchirurgen in der Zukunft.

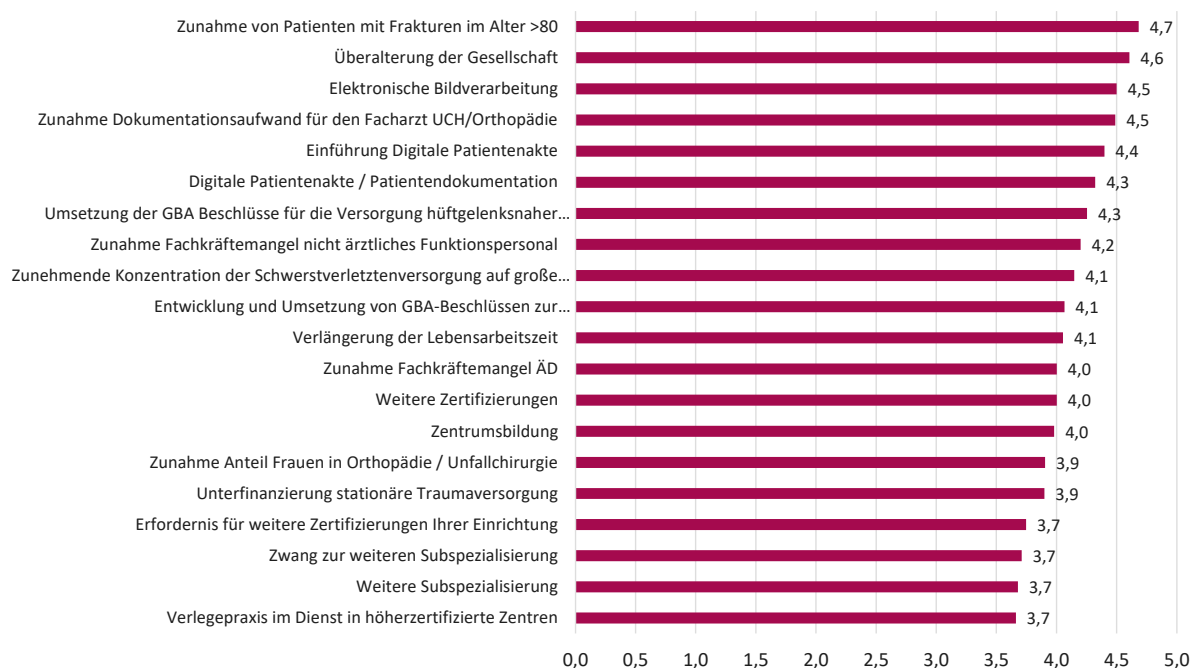
Diese Themen wurden in drei Diskussionsrunden anhand unterschiedlicher Fragestellungen diskutiert und die Ergebnisse gesammelt. Zum Abschluss des Workshops wurden die Ergebnisse im Plenum vorgestellt und diskutiert.

3. Ergebnisse

3.1. Online-Befragung zur Zukunft der Unfallchirurgie in Deutschland

Grundsätzlich geben die Teilnehmenden der Online-Befragung mit im Schnitt 6,6 von zehn Punkten an, durchschnittlich zufrieden mit ihrem Beruf zu sein. Bezüglich der Eintrittswahrscheinlichkeiten werden nachfolgend die Fragen mit den fünf höchsten durchschnittlichen Eintrittswahrscheinlichkeiten betrachtet, die TOP 20 sind der Abbildung 2 zu entnehmen. Die Befragten gehen davon aus, dass alterstraumatologische Verletzungen in Zukunft zunehmen werden. Auf der Skala von 0 (höchst unwahrscheinlich) bis 5 (höchstwahrscheinlich) bewerten sie die Eintrittswahrscheinlichkeit mit durchschnittlich 4,7 Punkten. Die meisten Befragten gehen ebenfalls von einer Überalterung der Gesellschaft (4,6 Punkte) und einer Zunahme des Dokumentationsaufwands für den Facharzt Orthopädie und Unfallchirurgie (4,5 Punkte) aus. Zudem erwarten sie, dass in Zukunft elektronische Bildverarbeitung (4,5 Punkte) und die digitale Patientenakte (4,4 Punkte) eingeführt bzw. ausgebaut werden.

Abbildung 2: TOP 20 Eintrittswahrscheinlichkeit

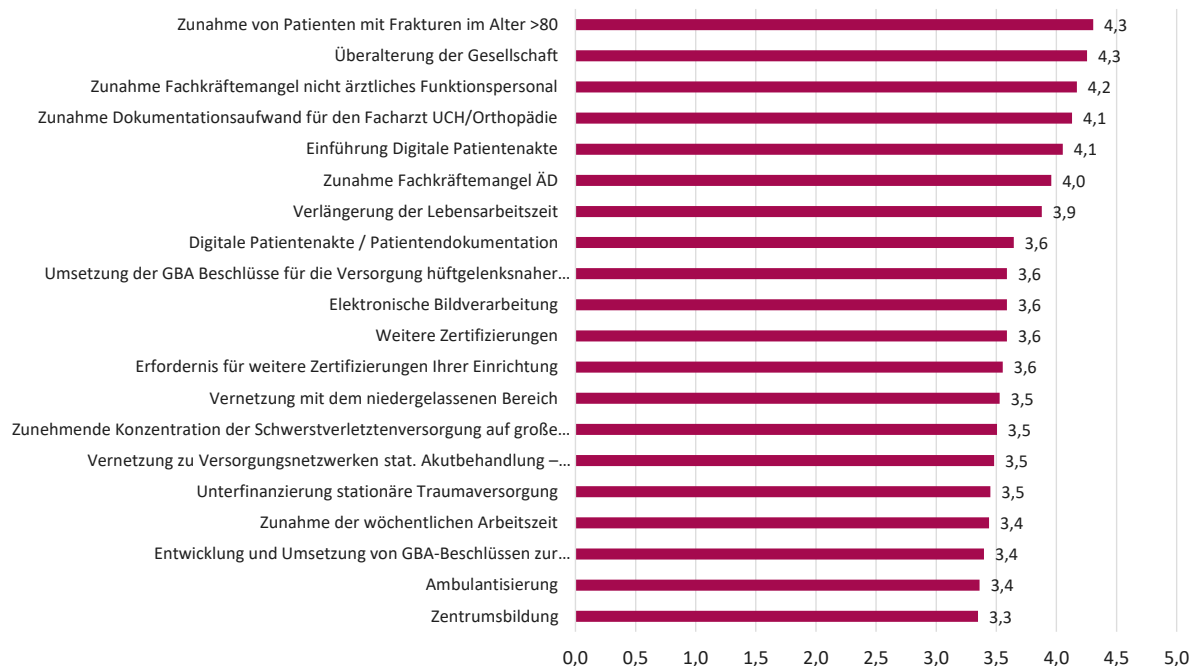


Anmerkung: Zwischen 418 und 654 Beobachtungen, Eintrittswahrscheinlichkeit von 0=höchst unwahrscheinlich bis 5=höchstwahrscheinlich

Quelle: RWI

Bei der Bewertung der Auswirkungen auf ihren beruflichen Alltag ist zu sehen, dass die Befragten von einem Effekt aufgrund steigender alterstraumatologischer Verletzungen ausgehen. Die Teilnehmenden gehen hier auf einer Skala von 0 (nicht erkennbar) bis 5 (sehr hoch) mit durchschnittlich 4,3 Punkten von hohen Auswirkungen auf ihren beruflichen Alltag aus. Zudem bewerten sie die generellen Auswirkungen aufgrund einer Überalterung der Gesellschaft als hoch (4,3 Punkte). Mit 4,2 Punkten stufen sie die Effekte durch eine Zunahme des Fachkräftemangels von nicht-ärztlichen Funktionspersonal ebenfalls hoch ein. Des Weiteren erwarten die Befragten durch die Zunahme des Dokumentationsaufwands für den Facharzt Orthopädie und Unfallchirurgie (4,1 Punkte) und die Einführung der digitalen Patientenakte (4,1 Punkte) hohe Auswirkungen auf ihren beruflichen Alltag. Weitere Punkte der TOP 20 sind der Abbildung 3 zu entnehmen.

Abbildung 3: TOP 20 Auswirkung auf aktuellen beruflichen Alltag



Anmerkung: Zwischen 424 und 654 Beobachtungen, Auswirkungen von 0= nicht erkennbar bis 5= sehr hoch

Quelle: RWI

Zusammenfassend dominiert der zunehmende Versorgungsbedarf in der Alterstraumatologie die Ergebnisse. Im Kontext mit dem zunehmenden Fachkräftemangel erwarten die Umfrageteilnehmenden die größten Auswirkungen auf ihren beruflichen Alltag.

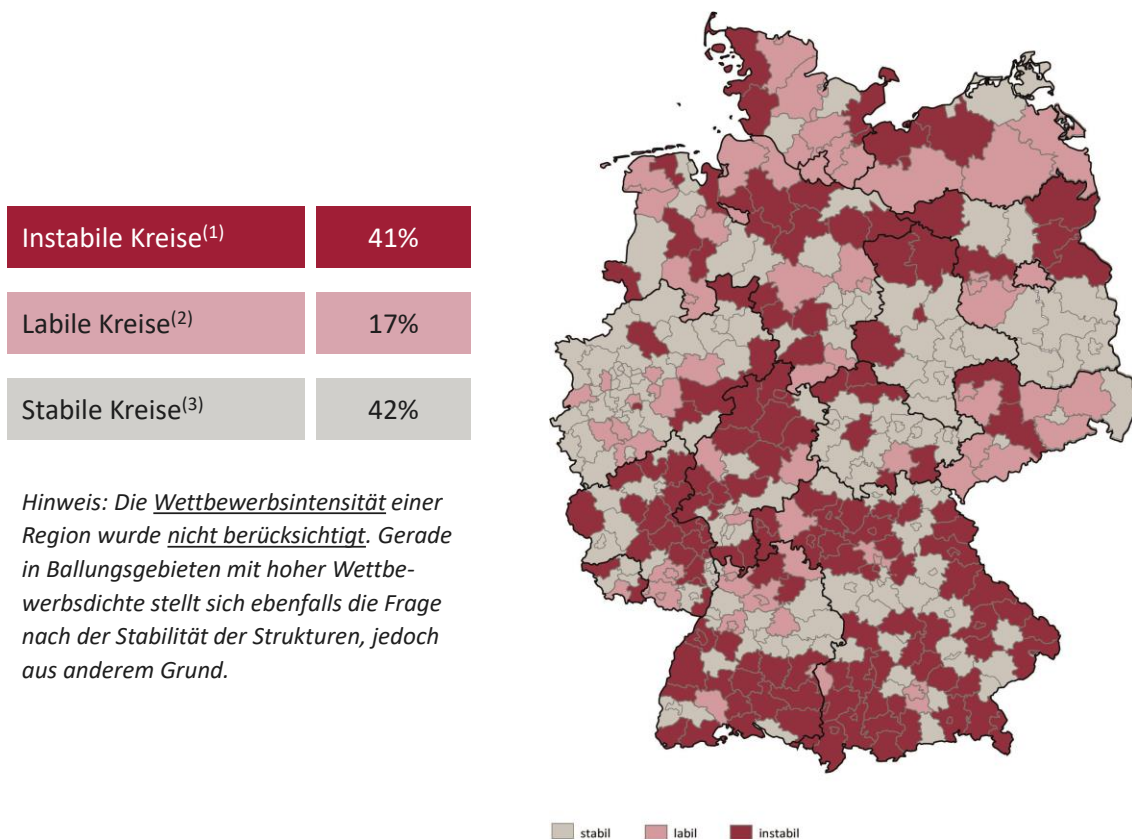
3.2. Analyse der Versorgungsstruktur in der Traumaversorgung in Deutschland

In den nachfolgenden Kapiteln werden die Analyseergebnisse zum Status quo und der Prognose bis zum Jahr 2030 vorgestellt. Anschließend werden Herausforderungen für eine flächendeckende, traumatologische Versorgung beschrieben, die sich aus den Analyseergebnissen, der Mitglieder-Befragung der DGU sowie weiteren Analysen ergeben.

3.2.1. Status quo

Deutschlandweit ist die Krankenhausstruktur in zahlreichen Regionen instabil. Rund 41% der Kreise weisen entweder eine geringe durchschnittliche Bettenzahl je Standort (max. 175 Betten) oder mindestens 50% kleine Standorte auf (Karte 1).

Karte 1: Stabilität der Krankenhausstruktur je Kreis



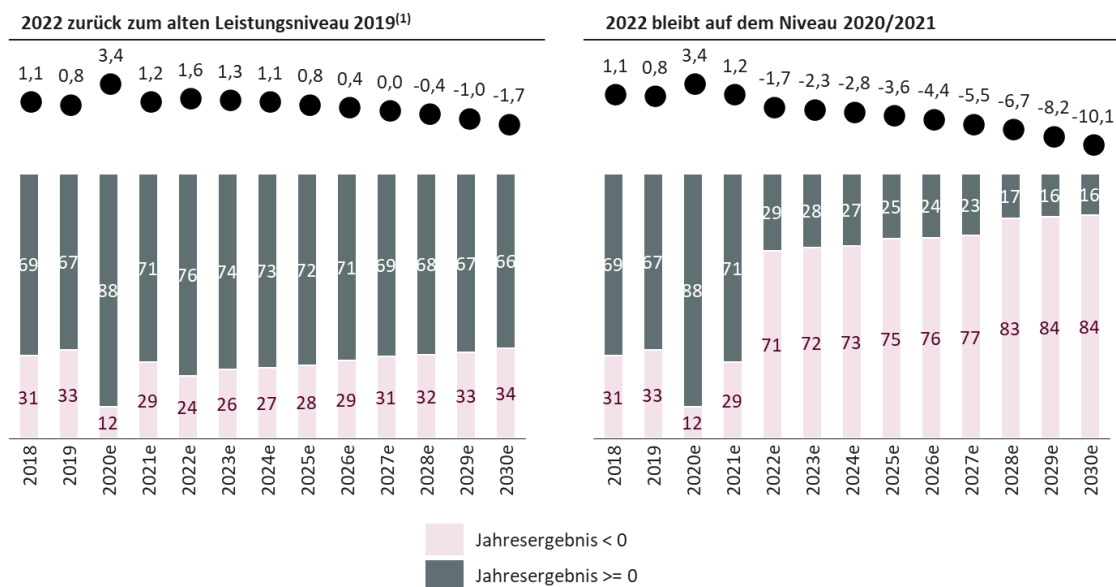
- (1) Kreise mit (i) durchschnittlicher Bettenzahl pro Standort von höchstens 175 oder (ii) Kreise mit mindestens 50% kleiner Standorte (<=150 Betten)
- (2) Kreise mit weder (i) noch (ii), aber mit mindestens einem sehr kleinen Standort (<= 100 Betten)
- (3) Alle anderen Kreise

Anmerkung: Kreisfreie Städte wurden mit denen sie umgebenden Landkreisen zusammengefasst

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2020

Abbildung 4 verdeutlicht die angespannte wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser in Deutschland. Selbst wenn die Fallzahlen auf das Leistungsniveau von 2019 zurückkehren würden, hätte rund ein Drittel der Häuser ein negatives Jahresergebnis. Sollten die Fallzahlen jedoch auf dem Niveau von 2020/2021 verharren, dürften deutlich mehr als die Hälfte der Häuser ein negatives Jahresergebnis erwarten. Noch unberücksichtigt sind hierbei die gestiegenen Energiekosten und allgemeinen Preissteigerungen.

Abbildung 4: Zusammenhang zwischen Fallzahlen und wirtschaftlicher Lage der Krankenhäuser

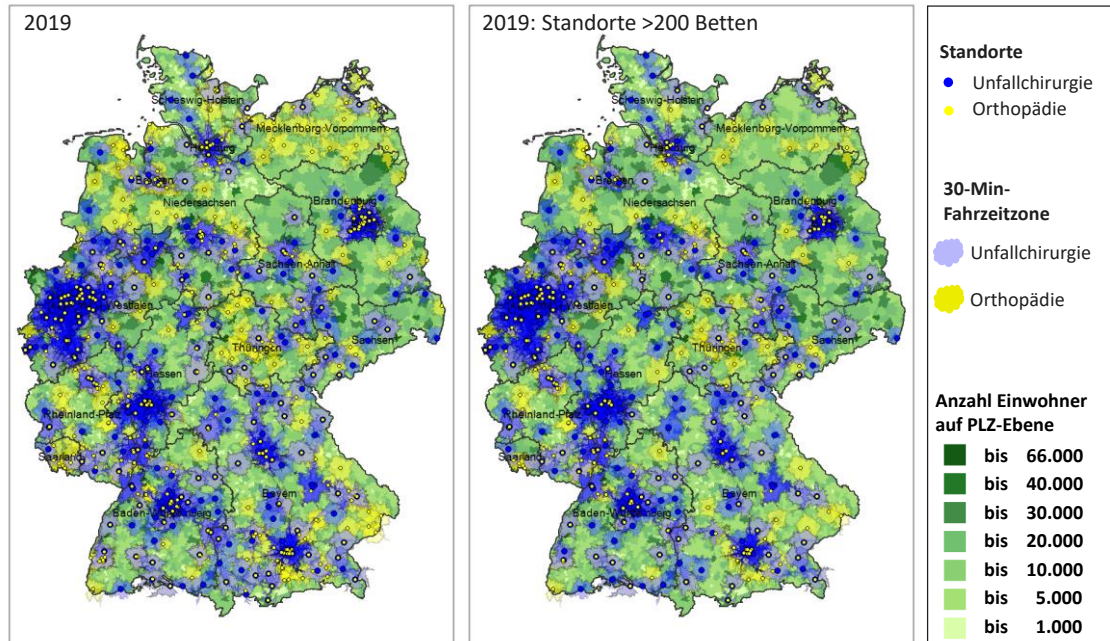


(1) Fortschreibung des Status quo unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung, stabiler Orientierungswert, steigende Löhne, zu erwartende Sondereffekte aus der Corona-Krise 2020 und 2021, danach Rückkehr der Fallzahlen zum Vorkrisenniveau 2019

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2021

Für die Traumaversorgung insbesondere in ländlichen Regionen gilt, dass die Erreichbarkeit einer Klinik für Unfallchirurgie/Orthopädie oder eines Traumazentrums innerhalb von 30 Minuten im Gegensatz zu städtischen Regionen nicht flächendeckend gegeben ist. Dies ist vor allem im Osten Deutschlands der Fall. Bei einer Schließung aller Abteilungen für Unfallchirurgie bzw. Orthopädie in kleinen Krankenhäusern (<200 Betten) oder bei einem Wegfall kleinerer Traumazentren (<200 Betten) wäre die Erreichbarkeit besonders im Osten Deutschlands nicht flächendeckend gewährleistet (Karte 2 und Karte 3). In städtischen Regionen hätte diese Entwicklung nahezu keinen Einfluss auf die Erreichbarkeit.

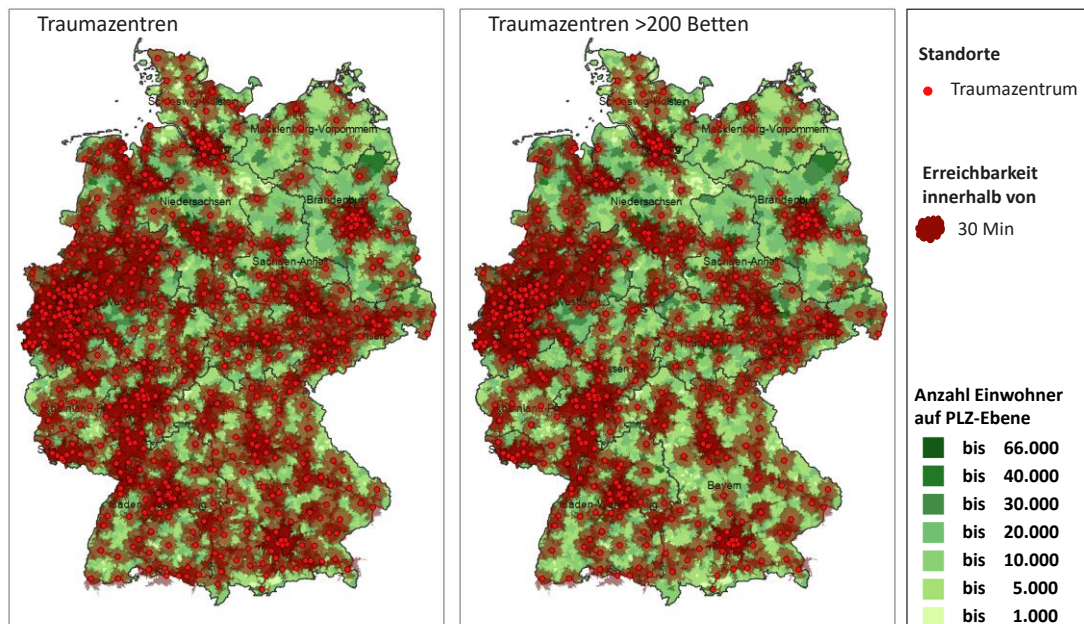
Karte 2: Orthopädiën/Unfallchirurgien in Deutschland



Anmerkung: Nicht jedes Bundesland plant Unfallchirurgie und Orthopädie als separate Fachabteilung.

Quelle: Darstellung hcb mit Daten des Krankenhausverzeichnis 2019 und GfK-Bevölkerungsdaten 2019

Karte 3: Traumazentren in Deutschland

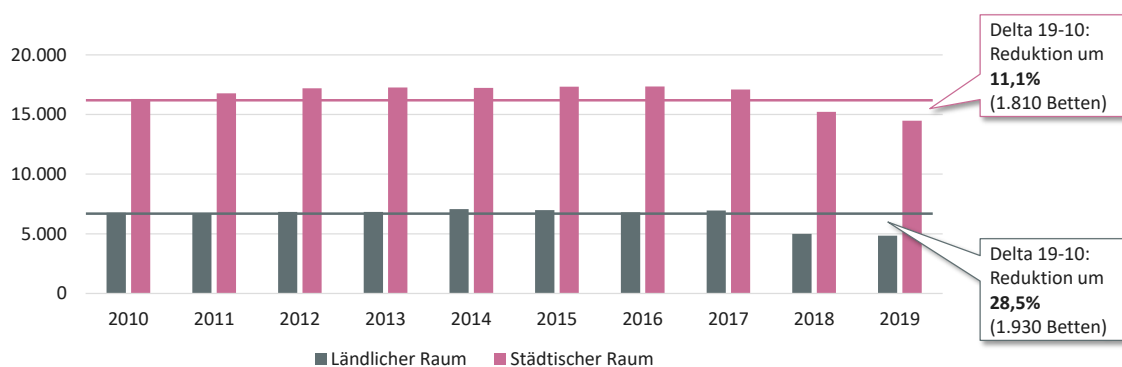


Anmerkung: links: Von 646 Standorten 203 ohne separat ausgewiesene UCH u/o ORTHO, nur ACH: davon 22 kleine, 143 mittlere und 38 große Standorte; rechts: 530 Traumazentren >200 Betten, davon weisen 398 Standorte eine UCH u/o ORTHO aus und 513 eine ACH

Quelle: Darstellung hcb mit Daten zu Traumazentren, QB-Daten Deutschland 2019, GfK-Bevölkerungsdaten 2019

Gut 65% der traumatologischen Fälle werden im städtischen Raum behandelt, hier am häufigsten in großen Krankenhäusern in der Unfallchirurgie. In ländlichen Regionen findet die Behandlung am häufigsten in mittelgroßen Krankenhäusern in der Abteilung für Allgemeine Chirurgie statt. Im ländlichen Raum wurden unfallchirurgische Betten in der Zeit von 2010 bis 2019 um 28,5% reduziert und damit stärker als im städtischen Raum mit einer Reduktion um rund 11% (Abbildung 5).

Abbildung 5: Entwicklung der Bettenzahlen in der Unfallchirurgie 2010-2019

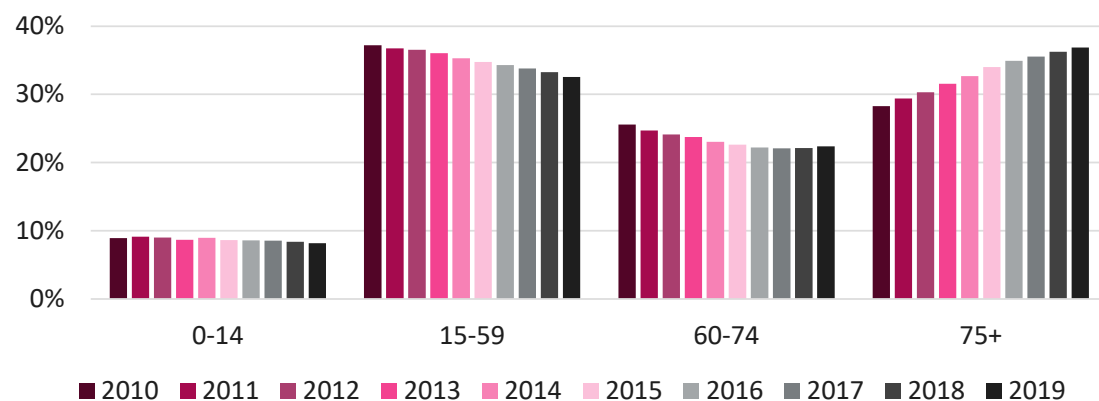


Anmerkung: Betten aus Bundesländern, die keine Unfallchirurgie planen, wurden hier nicht berücksichtigt, da nur die Betten von unfallchirurgischen Fachabteilungen analysiert wurden.

Quelle: Darstellung hcb mit Daten des Krankenhausverzeichnis 2010-2019

Die Entwicklung der Verteilung traumatologischer Fallzahlen von 2010 bis 2019 über die Altersklassen zeigt sinkende Anteile in den Altersklassen von 15-74 Jahren und steigende Anteile ab 75 Jahren (Abbildung 6).

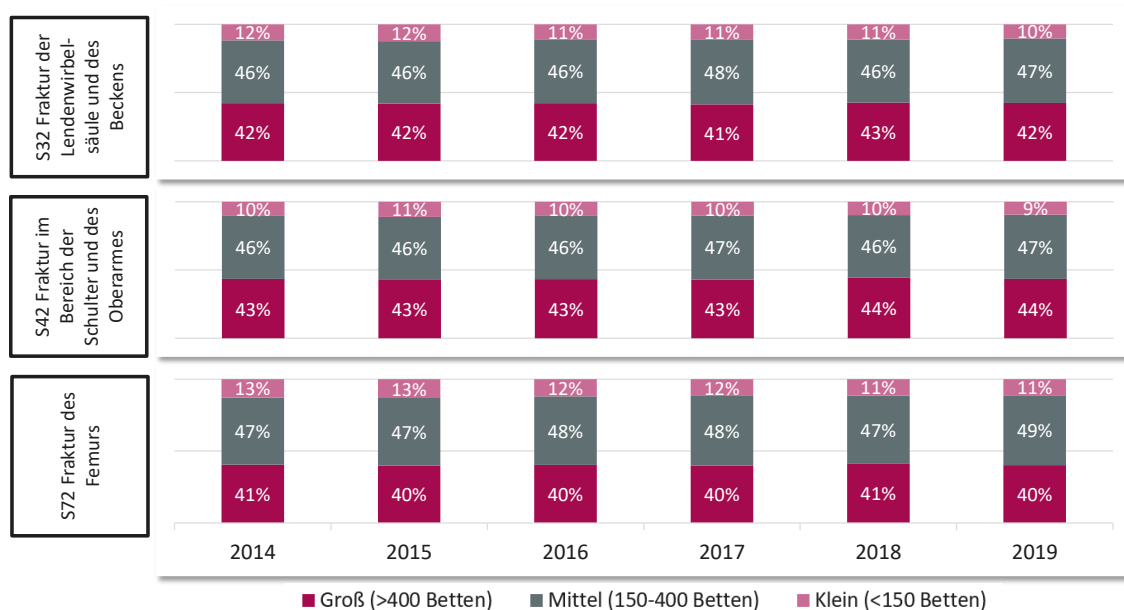
Abbildung 6: Entwicklung traumatologischer Fallzahlen nach Altersklasse, 2010-2019



Quelle: Darstellung hcb mit tiefgegliederten Diagnosedaten 2010-2019

Alterstraumatologische Verletzungen werden zu 85% bis 90% in großen und mittelgroßen Krankenhäusern behandelt mit lediglich geringen Veränderungen über die Zeit von 2014 zu 2019 (Abbildung 7). Während die Fallzahlentwicklung der demografischen Entwicklung der Bevölkerungsstruktur zu folgen scheint, weisen die Versorgungsstrukturen der traumatologischen Krankenhauslandschaft in Deutschland einen konträren Trend auf. Geriatrische Traumapatienten bedürfen interdisziplinärer Notfallversorgungsstrukturen mit möglichst geringer Wartezeit, um Sekundärkomplikationen wie Pneumonie oder Wundheilungsstörungen abzufangen. Während jedoch die Krankenhausstrukturen bereits einen Trend in Richtung Zentralisierung aufweisen und fast die Hälfte der Kreise in Deutschland auf instabilen Krankenhausstrukturen beruhen, gibt es bereits jetzt Anzeichen auf ein qualitatives Versorgungsdefizit für die Traumaversorgung in der Fläche in Deutschland, insbesondere im ländlichen Raum.

Abbildung 7: Fallzahlentwicklung alterstraumatologischer Verletzungen nach Größenklasse, 2014-2019



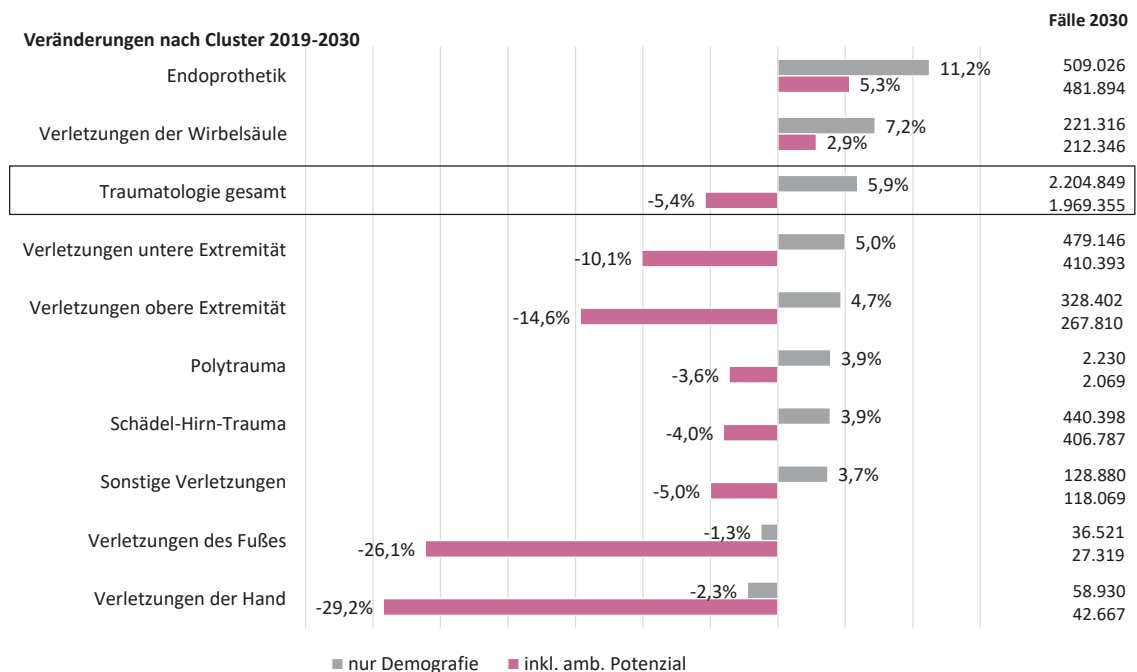
Anmerkungen: Berücksichtigung der ICDs Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens (S32), Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarms (S42) und Fraktur des Femurs (S72) in den Fachabteilungen Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie und Geriatrie

Quelle: Darstellung hcb mit QB-Daten Deutschland 2014-2019

3.2.2. Fallzahlentwicklung bis 2030

Nur unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklungen sind in der Prognose bis 2030 in fast allen traumatologischen Leistungsklustern Steigerungen der Fallzahlen im Vergleich zu 2019 zu erwarten (siehe Abbildung 8). Lediglich in den Bereichen Verletzungen des Fußes und der Hand werden weniger Fälle zu behandeln sein. Unter Einbezug ambulanten Potenzials und damit der möglichen Verschiebung von Fällen in den ambulanten Bereich wird es hingegen zu einer Reduktion stationärer Fallzahlen in fast allen Leistungsklustern kommen. Größte stationäre Fallzahlreduktionen werden bei Verletzungen des Fußes und der Hand prognostiziert. Stationäre Fallzahlsteigerungen sind nur in den Bereichen (Fraktur-)Endoprothetik und Verletzungen der Wirbelsäule zu erwarten. Durch die aktuell vorangetriebene Ambulantisierung werden zukünftig fünfmal mehr ambulante Behandlungskapazitäten für ambulante Operationen und Nachbehandlung benötigt werden. Gleichzeitig werden die stationären Leistungen in der Traumatologie um ca. 5% sinken. Betrachtet man nur die Altersklasse ab 75 Jahren, sind Fallzahlsteigerungen in nahezu allen Leistungsklustern zu erwarten mit besonders hohen Fallzahlsteigerungen in den Clustern Verletzungen der unteren Extremität und der Wirbelsäule.

Abbildung 8: Veränderungen traumatologischer Fallzahlen Prognose 2030 zu 2019

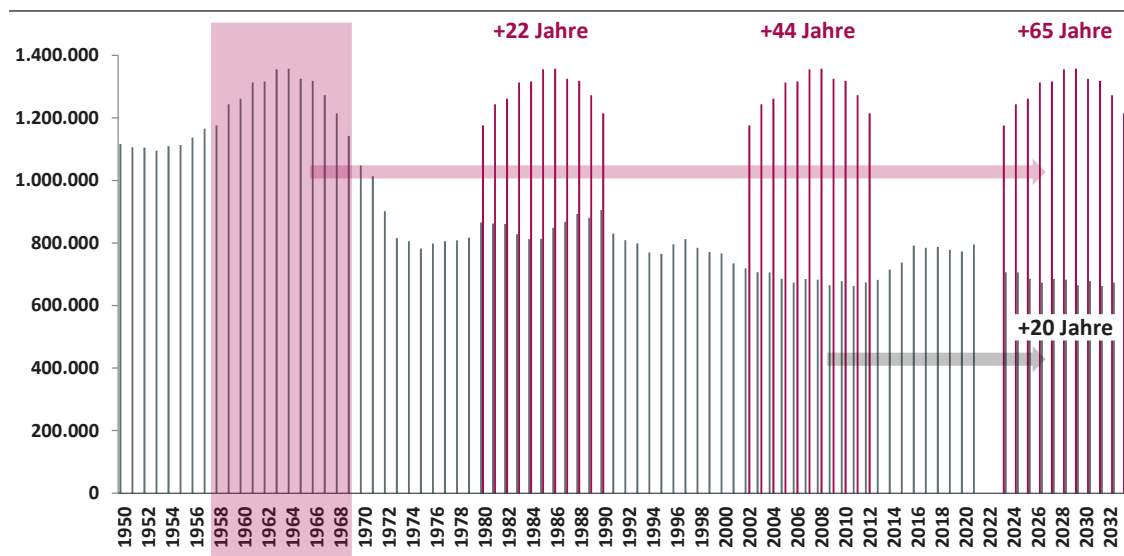


Quelle: Darstellung hcb

3.2.3. Herausforderungen

Die unfallchirurgische Versorgung steht vor großen Herausforderungen. Mitte der 2020er Jahre wird sich der demografische Wandel beschleunigen, sobald die geburtenstarken Jahrgänge das Renteneintrittsalter erreichen (Abbildung 9). In dem Jahr 2023 wird es mit ca. 1,2 Millionen fast die doppelte Anzahl 65-Jähriger im Vergleich zu 20-Jährigen (ca. 700.000) geben.

Abbildung 9: Anzahl Geburten in Deutschland (Ost und West)



Quelle: Darstellung hcb mit Daten von Destatis 2019

Durch die demografische Entwicklung kommt es vermehrt zu alterstraumatologischen Verletzungen. Begleiterkrankungen und eine sinkende Fähigkeit zur Mitarbeit steigern die Komplexität dieser Fälle und machen den Einsatz eines interdisziplinären Teams notwendig. Gleichzeitig sorgt die demographische Entwicklung für einen Rückgang der Zahl der Erwerbstätigen, was den Fachkräftemangel verschärft. Das Arbeitsangebot kann die Nachfrage nicht decken, wodurch der Wettbewerb um Fachkräfte zukünftig weiter zunehmen wird. Hinzu kommt, dass mehr als die Hälfte der Fachärzte im Bereich Unfallchirurgie und Orthopädie älter als 50 Jahre sind und sich nur ca. 7% der Studierenden (Kasch et al. 2016) nach dem praktischen Jahr für einen Facharzt im Bereich Chirurgie entscheiden. Änderungen im Arbeitszeitgesetz bedingen weniger praktische Einsätze. In Kombination mit der höheren Zahl geforderter Operationen durch die neue Weiterbildungsordnung für die Unfallchirurgie und Orthopädie kommt es gegebenenfalls zu längeren Weiterbildungszeiten für Fachärzte. Dieses Problem spitzt sich durch den prognostizierten stationären Fallzahlrückgang weiter zu. Insgesamt führen diese

Entwicklungen dazu, dass die Sicherstellung der traumatologischen Versorgung zukünftig stark gefährdet ist. Hier müssen Strategien entwickelt werden, um den genannten Herausforderungen adäquat zu begegnen und eine qualitative Versorgung der Patienten auch zukünftig zu sichern.

3.3. Ergebnisse aus dem Zukunfts-Workshop

Mit den Herausforderungen und der Zukunft der Traumaversorgung befassten sich auch die Teilnehmer des Zukunfts-Workshops des NSB. In Arbeitsgruppen diskutierten sie über drei Themenbereiche. Im Folgenden werden die Diskussionsergebnisse der drei Arbeitsgruppen vorgestellt.

3.3.1. Assessment, Motivation, Weiterbildung

Die erste Arbeitsgruppe befasste sich mit der Thematik der Nachwuchsförderung. Hier ging es insbesondere um die Weiterbildung sowie die Gewinnung und langfristige Bindung von Unfallchirurgen. In der ersten Diskussionsrunde wurden Ansätze diskutiert, um zum einen angehende Ärzte schon während des Hochschulstudiums für eine Laufbahn in der Unfallchirurgie zu begeistern und zum anderen die richtigen Bewerber zu identifizieren sowie für das Fach zu gewinnen. In der zweiten Diskussionsrunde befassten sich die Teilnehmenden mit dem Umfang der Exposition – also den praktischen Einsätzen – während der Weiterbildung. Insbesondere war hier der Frage nachzugehen, wie viel Exposition anzustreben bzw. vorauszusetzen sei. Zudem wurden Ideen für die Motivation, Begleitung und Begeisterung von angehenden Unfallchirurgen während der Weiterbildung gesammelt. Darauf aufbauend galt es in der dritten Diskussionsrunde, konkrete Strategien für die zukünftige Weiterbildung und langfristige Mitarbeiterbindung zu entwickeln. Die konkreten Fragestellungen lauteten:

1. Diskussionsrunde:

- a. Welche Anforderungen setzen wir an das Hochschulstudium, damit Menschen daraus erwachsen, die das Fach Unfallchirurgie langfristig ausfüllen, erhalten und gestalten können?
- b. Wie finden wir diejenigen Assistenten unter den Bewerbern, die individuell in die unfallchirurgischen Teams der Kliniken aber auch global in das Fach Unfallchirurgie passen?

2. Diskussionsrunde:

- a. Wie viel Exposition für operative und für nicht-operative Situationen benötigt ein Assistent in Weiterbildung, um ein erfahrener Unfallchirurg zu werden?
- b. Wie können wir Menschen auf dem Weg zum „fertigen“ Unfallchirurgen motivieren, begleiten und langfristig begeistern?

3. Diskussionsrunde:

- a. Welche konkreten Strategien brauchen wir, um in Zukunft bei sinkender wöchentlicher OP-Exposition die Traumaversorgung auszubilden?
- b. Wie motivieren wir junge Assistenten und Fachärzte, langfristig der Traumaversorgung treu zu bleiben?

Bezüglich der Anforderungen an das Hochschulstudium arbeiteten die Teilnehmenden zwei Argumentationsstränge mit unterschiedlichen Implikationen für die Ansprache von Studierenden heraus. Zum einen wurde argumentiert, dass für manche Studierenden die Entscheidung für das Fach Unfallchirurgie bereits vor dem Studium feststehe („Das Fach sucht dich aus!“), Interesse müsse bei dieser Personengruppe daher nicht geweckt werden. Für die Ansprache anderer Studierender, die nicht in die genannte Personengruppe fallen, bedürfe es einer ausgeprägteren Präsenz im Hochschulstudium und Informationsangebote mit dem Ziel, auch Unschlüssige „abzuholen“. In diesem Zuge sollte die Breite des Faches dargestellt werden. Zudem müssten die Chancen der neuen Ärztlichen Approbationsordnung genutzt und Verantwortung für die Auszubildenden übernommen werden. Zusammenfassend leitete sich aus dieser Diskussion die Zielsetzung ab, die Kommunikation über die Weiterbildung in dem Fach Unfallchirurgie zu verbessern.

Auf die Frage, wie geeignete Bewerber für das Fach identifiziert werden könnten, arbeiteten die Teilnehmenden drei Ansätze heraus. Zum einen sollte den Bewerbern mithilfe eines transparenten Weiterbildungsprogramms und frühzeitigen Feedbacks ermöglicht werden, ihre Eignung für das Fach frühestmöglich beurteilen und ihre beruflichen Ambitionen entsprechend ausrichten zu können. Zudem sollten sie in Vorbereitung auf die Tätigkeit eines Unfallchirurgen frühzeitig vor Entscheidungen gestellt werden. Dies diene ebenfalls zur Feststellung, inwiefern sie sich derartigen Situationen im Berufsalltag gewachsen sehen. Darüber hinaus könnte auch das Tool eines Assessment Centers genutzt werden, um geeignete Bewerber für die Unfallchirurgie zu identifizieren. In der Diskussion wurde zudem wiederholt herausgearbeitet, dass die Verantwortung für die Gestaltung der Weiterbildung sowohl bei dem Weiterbildenden

als auch bei dem angehenden Unfallchirurgen liege und daher auf beiden Seiten eine Hol- und Bringschuld vermittelt werden müsse.

Die Diskussionen führten auch zu dem Ergebnis, dass eine unfallchirurgische Exposition nicht zu ersetzen ist: Für die Ausbildung angehender Unfallchirurgen ist es zwingend erforderlich, mit realen Fällen konfrontiert zu werden. Zugleich wird jedoch anerkannt, dass die Ausbildung effizienter gestaltet werden könnte. Basis-Fertigkeiten könnten mithilfe geeigneter Modelle, Simulationen und Kurse trainiert werden. Der Erwerb unfallchirurgischer Fertigkeiten und letztendlich der Behandlungskompetenz bedarf jedoch der Exposition am Patienten, die gesteigert werden müsse und für deren effizientere Gestaltung patientenferne Tätigkeiten delegiert und intelligenter digitalisiert werden sollten. Letzteres bezieht sich u.a. auf Dokumentationstätigkeiten, die nach Ansicht der Teilnehmenden einer „echten“, effizienten Digitalisierung bedürfen. Delegation setze eine Definition ärztlicher Kerninhalte voraus und könne unter Einbezug sowohl anderer Berufsgruppen als auch interdisziplinär mit z.B. Allgemeinmedizinerinnen stattfinden. Die Teilnehmenden entwickelten darüber hinaus den Lösungsvorschlag, bestehende Strukturen, insbesondere das Traumanetzwerk, für Weiterbildungsverbände zu nutzen. Mittels Rotationen könnte die Weiterbildung so an verschiedenen Standorten durchgeführt werden. Der Herausforderung aus sinkender stationärer Fallzahl- und OP-Exposition bei gleichzeitig komplexer werdendem Patientenkontext – aufgrund umfangreicher Vorerkrankungen und reduziertem Heilungspotential des Bewegungsapparats bei gleichzeitig erhöhtem Anspruch an die frühzeitige Mobilisation – müsse eine strukturelle Veränderung entgegengesetzt werden, die es den zukünftigen Unfallchirurgen ermöglicht nach einer kompetenzbasierten Weiterbildung durch eigene operative Erfahrung die Traumaversorgung in Zukunft flächendeckend aufrecht zu erhalten.

3.3.2. Komplexität der Traumaversorgung in der Zukunft

Die zweite Arbeitsgruppe diskutierte die Komplexität der zukünftigen Traumaversorgung und beleuchtete unter Berücksichtigung verschiedener Einflussfaktoren das Berufsbild des Unfallchirurgen in der Zukunft. In drei Runden diskutierten die Teilnehmenden die folgenden Fragestellungen und Einflussfaktoren:

1. Diskussionsrunde:

- a. Was bedeutet es, Unfallchirurg in der Zukunft zu sein?
 - i. Geriatrische Komplextraumaversorgung

- ii. Interdisziplinäre Teamstrukturen
- iii. Individuell angepasste operative Strategien
- iv. Demografische Entwicklung bei Patienten und Mitarbeitenden

2. Diskussionsrunde:

- a. Welche nicht-operativen Fertigkeiten benötigen zukünftige Unfallchirurgen, um die Traumaversorgung in Zukunft gewährleisten zu können?
 - i. Ambulantisierungspotenzial ausnutzen, verstehen und anwenden
 - ii. Alternative Ressourcen-Management-Strategien entwickeln

3. Diskussionsrunde:

- a. Wie wird die unfallchirurgische Traumaversorgung durch komplexere, auch nicht-operative Gegebenheiten beeinflusst werden?
 - i. Reduktion von Krankenhausstandorten
 - ii. Effizienz in der ambulanten Versorgung
 - iii. Fachkräftemangel
- b. Wo bleibt eigentlich der „Kümmerer“ des Patienten – das, was der Unfallchirurg eigentlich mal „war“?

Hinsichtlich der ersten Fragestellung arbeiteten die Teilnehmenden sowohl Herausforderungen als auch Chancen für Unfallchirurgen in der Zukunft heraus. Herausforderungen wurden in zu geringen Fallzahlen bei deutlich mehr komplexen Fällen, in der Definition von Versorgungslevel und dem Unterschied zwischen akuten und elektiven Traumata sowie Generalisten und Spezialisten gesehen. Zu dem letzten Aspekt wurde sowohl ein möglicher Mix im Team als auch eine Verteilung von Generalisten in der Fläche und Spezialisten in Traumazentren angesprochen. Chancen wurden in dem Ausbau fachübergreifender Zusammenarbeit und Telemedizin, der Definition von Leistungsbündeln in Kernbereichen, gesteigerter Transparenz bezüglich der Qualität sowie einer Strukturierung des Rettungsdienstes und ZNA-Screenings in der Fläche gesehen. Patientensteuerung durch Dispatcher sowie eine gezielte Krankenhausplanung der Traumaversorgung und eine Reduktion der Standorte werden ebenfalls als Chancen bewertet. Aus diesen Aspekten leiteten die Teilnehmenden drei Ziele ab: Zum einen sollte eine weitergehende Konzentration der Traumaversorgung stattfinden, um diese zuverlässig und qualitativ hochwertig 24/7 anbieten zu können und nicht auf tagesaktuelle Strukturschwankungen reagieren zu müssen. Zum anderen sei moderne und zukunftsorientierte Traumaversorgung durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb des Fachgebietes aber auch abteilungs- und fachübergreifend auszubauen. Darüber hinaus wird eine Definition von

Kompetenzfeldern im Fachgebiet Unfallchirurgie benötigt. Als Zielgröße wurde die Abdeckung von vier bis fünf Kernbereichen genannt. Die Teilnehmenden führten hier traumatologische Gelenkrekonstruktion, Frakturoprothetik, Wirbelsäulenverletzung, Beckenverletzung, arthroskopische Eingriffe und spezialisierte Chirurgie an.

Zur Frage der nicht-operativen Fertigkeiten für die Traumaversorgung wurden unter anderem Notfallmedizin, Wissen und Erfahrungen im konservativen Therapieregime, Führung und Abrechnungskennnisse sowie Kommunikation, Führung und Teamfähigkeit angeführt. Die Stärkung der konservativen Traumatologie formulierten die Teilnehmenden als ein Ziel. Auch in dieser Arbeitsgruppe wurde die Delegation von arztfremden Tätigkeiten thematisiert und die Idee diskutiert, andere Berufsgruppen zur Entlastung des ärztlichen Dienstes und zur Verweildauer-Steuerung einzubinden. Das Thema sektorenübergreifender Versorgung wurde ebenfalls aufgegriffen und als Zielsetzung wurde angeregt, Abrechnungsmöglichkeiten für ambulante Leistungen zu schaffen, z. B. durch MVZ-Sitze und die Öffnung von Krankenhäusern für die ambulante Versorgung. Gegebenenfalls sei die Anbindung ambulanter Operationszentren an größere Traumazentren denkbar. Den Teilnehmenden zufolge sollten zudem auch im ambulanten Bereich Spezialisten für Eingriffe eingesetzt werden. Bezüglich der Qualifikation und Ausbildung von Unfallchirurgen arbeiteten die Teilnehmenden heraus, dass für junge Oberärzte zunächst eine generalistische traumatologische Qualifikation mit anschließender Spezialisierung in ein bis zwei Kompetenzfelder sinnvoll sei.

Bezüglich möglicher Veränderungen des Berufsbildes des Unfallchirurgen und der Rolle als „Kümmerer“ des Patienten diskutierten die Teilnehmenden unter anderem den Zeitpunkt, zu dem Unfallchirurgen in der Patientenversorgung hinzugezogen werden sollten. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass dies auch weiterhin in der Zentralen Notaufnahme ab dem Stichwort Trauma erfolgen sollte. Auch die Indikationsstellung für die nicht-operative Behandlung einer Verletzung braucht in Zukunft die Fachexpertise eines Unfallchirurgen. Zudem formulierten sie die Zielsetzung, dass die Nachsorge von Patienten bis zur Wiedererlangung der Funktion in jedem Fall durch die unfallchirurgische Nachsorge sichergestellt bleiben sollte. Darüber hinaus ergab die Diskussion, dass Künstliche Intelligenz und „persönliche Erfahrung in der Traumaversorgung des Arztes“ so kombiniert werden sollten, dass Diagnostik gezielt veranlasst und patientenspezifische Therapieentscheidungen getroffen werden können.

3.3.3. Image des Unfallchirurgen in der Zukunft

Die dritte Arbeitsgruppe befasste sich mit dem heutigen und zukünftig anzustrebenden Image des Unfallchirurgen. Im ersten Schritt trugen die Teilnehmenden ihre Einschätzung der heutigen Wahrnehmung zusammen, bevor sie in den nachfolgenden Schritten Zielvorstellungen formulierten und Möglichkeiten für eine aktive Gestaltung des Images diskutierten. Konkret setzten sie sich mit den folgenden Fragestellungen auseinander:

1. Diskussionsrunde:

- a. Wie sieht die Gesellschaft uns heute?
- b. Wie wollen wir uns selbst zukünftig sehen?

2. Diskussionsrunde:

- a. Wie soll die Gesellschaft uns zukünftig sehen?
- b. Wie sollen die Patienten zukünftig zu uns stehen?

3. Diskussionsrunde:

- a. Welche Art der Arzt-Patienten-Interaktion wünschen wir uns für die Zukunft?
- b. Wie können wir aktiv unser Image gestalten?

Hinsichtlich des heutigen Bildes des Unfallchirurgen arbeiteten die Teilnehmenden zwei Einschätzungen heraus: Auf der einen Seite wurde der Eindruck geschildert, die Gesellschaft nehme Unfallchirurgen nicht wahr oder sehe sie als selbstverständlich an. Auf der anderen Seite gab es Einschätzungen, dass Unfallchirurgen als kompetent und belastbar („immer im Dienst“, „Knochenjob“) sowie als Helfer in der Not gelten. Zukünftig solle der Unfallchirurg den Teilnehmenden zufolge sichtbarer sein und als kompetent und wertvoll wahrgenommen werden. Anzustreben sei zudem das Image als Experte für Verletzungen sowie Wiederhersteller von Lebensqualität und Mobilität. Dies fand auch Ausdruck in Slogans wie „Verletzung!? Wir machen Sie wieder mobil für Arbeit, Sport und Spiel – Ihre Unfallchirurgie“ und „Unfallchirurgie – Heilung durch Erfahrung, Innovation und Technik“. Diese spiegeln nicht nur das angestrebte Bild in der Gesellschaft, sondern auch das Selbstverständnis der Unfallchirurgen wider. In einer kurzen Umfrage im Plenum des Workshops wurden zudem Schlagworte wie Vielfalt und handwerklicher Anspruch sowie Erfahrung und Nähe zum Patienten genannt.

Die angestrebte Wahrnehmung durch Patienten wurde mit ähnlichen Attributen beschrieben, ergänzt um die Aspekte erreichbar, zuverlässig, nahbar. Die Arzt-Patienten-Interaktion sollte den Teilnehmenden zufolge auf Augenhöhe erfolgen und fair, verbindlich und persönlich sein.

Die Interaktion gehe zudem mit bekannten gegenseitigen Bedürfnissen und Erwartungen einher und sollte daher von Empathie sowie der Wahrnehmung des Unfallchirurgen als wertvollen Partner geprägt sein.

Abschließend sammelten die Teilnehmenden Ideen für eine aktive Gestaltung des Images. Hierfür identifizierten sie drei Zielgruppen: Patienten, die Gesellschaft und Studierende/Nachwuchs. Die ersten beiden Zielgruppen könnten den Teilnehmenden zufolge mit positiven Beispielen, wie z.B. einem „Fall des Monats“, angesprochen werden, um die Leistungen der Unfallchirurgen für die Wiederherstellung von Lebensqualität zu kommunizieren. Beim Nachwuchs sollte das Image des Unfallchirurgen durch bessere Lehre und eine größere Präsenz des Faches in der Lehre gefördert werden. Finanzielle Anreize und positive Motivatoren sollten herausgestellt, Vorbilder genutzt und so eine Faszination für das Fach gefördert werden. Auch in gezielter PR und der Nutzung von Social Media sahen die Teilnehmenden die Chance, aktiv das Image des Unfallchirurgen positiv zu beeinflussen.

4. Handlungsbedarfe und Forderungen für die zukünftige Traumaversorgung

Die dargestellten Untersuchungen und Analysen lassen klar erkennen, dass einer nachhaltigen und zukunftssicheren Traumaversorgung mehrere Herausforderungen gegenüberstehen, die dringend ein politisches Handeln erfordern:

Erstens gibt es klare Anzeichen für **drohende Versorgungslücken in der Traumaversorgung durch Unwirtschaftlichkeit**. Die wirtschaftliche Situation vieler Krankenhäuser bedroht im Status quo und in der Prognose die Qualität, Sicherheit und Erreichbarkeit der Traumaversorgung in Deutschland. Daneben sind auch bereits Versorgungslücken in Nachsorge und Rehabilitation auszumachen: Patienten, die zu wenig mobil und selbstständig für die Aufnahme in eine Rehaeinrichtung sind, gleichzeitig aber zu gesund für eine stationäre Pflegeeinrichtung, müssen zum Teil Wochen bis Monate im häuslichen Umfeld mit wenig bis gar keiner physiotherapeutischen und pflegerischen Betreuung verbringen, bis sie in Richtung Wiederherstellung von Mobilität und Alltagstauglichkeit rehabilitiert werden. Mit effizienteren Strukturen und Prozessen in der Traumaversorgung könnte dieser Herausforderung schon heute begegnet werden.

Zweitens wird der **Fachkräftemangel** eine der größten Herausforderungen der zukünftigen Traumaversorgung sein. Die aktuellen Versorgungsstrukturen sind ineffizient und binden zu viel Personal. Doch nicht für jede Struktur wird tatsächlich so viel Personal benötigt, insbesondere auch, wenn man etwa telemedizinische und andere Innovationen nutzen würde. Daneben entspricht das Berufsbild des Unfallchirurgen nicht in allen Aspekten dem, was sich der Nachwuchs wünscht. Durch strukturelle Anpassungen der Versorgung wie auch der unfallchirurgischen Aus- und Weiterbildung könnte der Fachkräftemangel abgemildert werden.

Drittens wird die **Alterung der Gesellschaft** zunehmend herausfordernd, denn die Komplexität der Patienten in der Traumaversorgung nimmt zu. Ein Krankenhaus, das sich zur Traumaversorgung 24/7 verpflichtet, muss bereits heute umfangreiche interdisziplinäre Versorgungsstrukturen vorhalten. Neben der Intensivtherapie gilt dies auch für die geriatrische Komplexbehandlung genauso wie für sozialdienstliche Aufgaben zum Entlassmanagement und der rehabilitativen Weiterversorgung. Man könnte das knappe Personal über die Etablierung

neuer Gesundheitsberufe und die Einbindung bereits vorhandener Technologien (z. B. Telemedizin) entlasten. Dadurch würde man den steigenden Patientenzahlen und der zunehmenden Fallkomplexität in der Traumatologie begegnen.

Viertens stellen sich auch die Rahmenbedingungen durch **Gesetzgebung und Regulatorik** immer herausfordernder dar. Die Einführung des DRG-Systems brachte den Anreiz für Krankenhäuser, möglichst viele Fälle zu behandeln. Andere zentrale Aspekte der medizinischen Versorgung wurden in den vergangenen Jahren jedoch nicht angepasst, insbesondere Qualität- und Outcome-Orientierung sowie die sektorenübergreifende Versorgung. Die unfallchirurgische Traumaversorgung mit all ihren Facetten vom Bagateltrauma bis hin zur Polytraumatisierung, ist gekennzeichnet durch einen hohen Vorhalteaufwand, der kaum wirtschaftlich bezifferbar ist, wenn diese Strukturen nicht entsprechend honoriert werden und in der gesetzlich geregelten Daseinsvorsorge verankert sind.

Wir können den genannten Herausforderungen begegnen, wenn wir jetzt die richtigen Weichen stellen. Aus diesem Grund fordern wir als DGU die Bundespolitik auf, dafür die entsprechenden Rahmenbedingungen zu setzen:

Forderung 1: Strukturen für eine hochwertige, effiziente, erreichbare und moderne Traumaversorgung schaffen

- Die **primärärztliche Versorgung von Patienten mit niedrigem Gesundheitsrisiko** soll auch zur Realisierung des ambulanten Potenzials grundsätzlich **durch vertragsärztliche Praxen bzw. medizinische Versorgungszentren (MVZ)** erfolgen.
- Fälle **mit unklarem oder höherem Gesundheitsrisiko** sollen **in Krankenhäusern versorgt** werden. Die dort bislang rechtlich voneinander getrennten Bereiche, **KV-Notfallpraxen und Notaufnahmen**, sollen **als (integrierte) Notfallzentren näher zusammengeführt werden**. Dazu müssen sie sowohl räumlich verknüpft werden als auch auf gemeinsame Ressourcen und Daten zugreifen können.
- Ergänzend dazu soll der **ärztliche Bereitschaftsdienst** in Krankenhäusern grundsätzlich **Rund-um-die-Uhr erreichbar** sein. In Abhängigkeit von regionalen Gegebenheiten sind abweichende Versorgungsmodelle und Kooperationen möglich, z. B. zu bestimmten Uhrzeiten mit sehr geringer Nachfrage („tiefe Nacht“).

- Zur flächendeckenden Traumaversorgung sollen **bundesweit zwischen 700 und 800 Standorte mit unfallchirurgischer Versorgung** vorhanden sein. Dabei sollen **digitale Technologien und Ansätze** (insbesondere Telemedizin) **bundesweit eingesetzt** werden, um eine flächendeckend erreichbare und hochwertige Traumaversorgung zu etablieren. Zur Bereitstellung und Sicherung dieser flächendeckenden und hochwertigen Traumaversorgung ist eine **fallzahlunabhängige Vorhaltefinanzierung notwendig**.
- Definition von klaren **Kriterien zur Etablierung alternativer Erstversorgungsstrukturen in unterversorgten Regionen** durch z. B. traumatologisch zertifizierte Notfallpraxen.

Forderung 2: Patientensteuerung in der Traumaversorgung etablieren

- Die Bereitstellung von Strukturen zur Traumaversorgung muss mit besseren Versorgungsprozessen einhergehen. Patienten bzw. Notfälle müssen zielgerichteter auf die Strukturen der Traumaversorgung verteilt werden. Diese **zielgerichtete Patientensteuerung** erfordert eine klare Aufgabenverteilung zwischen ambulanter Notfallversorgung in Praxen und in Krankenhäusern. Diese Steuerung sollte qualitätsorientiert und effizient gestaltet werden, insbesondere in der Nachsorge und der ambulanten Verlaufskontrolle.
- Innerhalb von noch zu schaffenden Notfallzentren an Krankenhäusern sollen **Ersteinschätzung und Patientensteuerung über einen „Tresen“** und durch ein zuverlässiges, validiertes und anerkanntes Triage-System erfolgen. Über die Leitstellen der Rettungsdienste könnte dies sogar sektorübergreifend geschehen.
- Außerdem soll es der **Bevölkerung** möglich gemacht werden, **sich selbst** verlässlich **über weniger bedrohliche Notfällen zu informieren**. Zum Beispiel über Online-Angebote oder telefonische Erstkontakte vor Inanspruchnahme einer notfallmedizinischen Leistung, etwa auch über die Leitstellen.

Forderung 3: Sektorübergreifende Versorgung und Weiterbildung ermöglichen

- Die Sektorengrenzen zwischen den Versorgungssektoren (z. B. vertragsärztlicher Bereich und Krankenhausbereich) müssen überwunden werden. Es sollte möglich sein, **Patienten sektorenübergreifend behandeln und abrechnen** zu können. Dazu zählt, ambulante OP-Zentren interdisziplinär und interprofessionell sowie sektorenübergreifend besetzen und betreiben zu können. Dies beinhaltet aber auch, dass Krankenhäuser sektorübergreifende Behandlungsstrategien und Nachsorgen

leisten und abrechnen können. Insbesondere die sektorenübergreifende Nachsorge der Patienten kann den sozioökonomischen Ausfallschaden reduzieren und Qualität sichern.

- Ferner soll es möglich werden, **sektor- und trägerübergreifend ärztliche Facharztweiterbildungen** (Weiterbildungsordnung, Arbeitszeitgesetz) und Kooperationen innerhalb bestehender Strukturen (z.B. TraumaNetzwerk DGU®) **durchzuführen**.
- Eine solche Versorgung könnte etwa gelingen, indem ein **sektorenübergreifendes, regionales Gesundheitsbudget** (Capitation-Ansatz) mit Wettbewerb der regionalen Vollversorger – bei freier Arzt- und Krankenhauswahl – umgesetzt wird. Man etabliert so eine Gesamtverantwortung für die Versorgung vor Ort.
- Durch sektorübergreifende, regionale Gesundheitsbudgets könnte man auch deutlichere **Anreize zur Erbringung von Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung** setzen. Beispielsweise kann Prävention die Wiederaufnahmefrequenz in Akutkrankenhäusern reduzieren, z. B. im Fall von Sturzprophylaxen.

Forderung 4: Personaleinsatz, Ausbildung und Image verbessern

- Die **Traumaversorgung** sollte dahingehend zentralisiert werden, dass in der ambulanten und stationären Versorgung eine **Schwerpunktbildung** erfolgt, wobei die angemessene Erreichbarkeit der Versorgung durch die Bevölkerung berücksichtigt werden muss. In der Fläche werden dadurch zunehmend generalistische, unfallchirurgische Kompetenzen benötigt, während in Traumazentren spezialisierte Kompetenzen erforderlich sind.
- Es muss ermöglicht werden, knappes **unfallchirurgisches Personal durch neue Berufsgruppen und Technologien zu entlasten**. Dazu müssen neue Berufsgruppen (z. B. Physician Assistants, Advanced Practice Nurse und andere) ermächtigt werden, bestimmte Aufgaben und Tätigkeiten zu übernehmen und zu verantworten. **Moderne Technologien** (z. B. Robotik) **und telemedizinische Ansätze müssen dort einsetzbar sein**, wo die ärztliche Präsenz nicht als Ressource notwendig ist.
- Die **Aus- und Weiterbildung von Unfallchirurgen sollte kompetenzorientiert** gestaltet werden und den Erwerb von praktischen Kompetenzen in den Vordergrund stellen. Die Vermittlung von **Kommunikations- und Führungskompetenzen** soll dabei fester

Bestandteil des Medizinstudiums und ebenfalls der Facharztweiterbildung werden. Zusätzlich sollte man festlegen, wie viele Fortbildungspunkte ein Arzt jedes Jahr im Kompetenzbereich Kommunikation und Führung absolvieren muss (ggf. untergliedert nach Facharzt, Oberarzt, Chefarzt). Außerdem ist es erforderlich, den **Umgang mit realen Behandlungssituationen (Exposition) im Hochschulstudium besser zu gestalten.**

- Das **Image des Unfallchirurgen** in der Öffentlichkeit **muss verbessert werden**, indem Studium und Beruf attraktiver gemacht werden. Dafür ist es notwendig, dass Unfallchirurgen wieder **mehr Zeit für Patienten** haben, aber auch für die **Vereinbarkeit von Familie und Beruf**, z. B. durch alternative Arbeitszeitmodelle. Das kann gelingen, wenn Dienstbelastung und wirtschaftlicher Druck reduziert werden, insbesondere durch **Abbau von Bürokratie und Dokumentationsaufwand**. Dadurch könnte man sich auch wieder mehr auf ärztliche Aufgaben konzentrieren sowie den wissenschaftlichen und interdisziplinären Austausch mit Kollegen pflegen.

5. Fazit und Schlussfolgerung

Die Traumaversorgung in Deutschland steht vor einem Umbruch. Nicht die Verletzung an sich, sondern die Wiederherstellung einer gestörten Funktion ist der Endpunkt eines qualitativ hochwertigen traumatologischen Versorgungssystems. Die Wiederherstellung von Lebensqualität und Mobilität ist der Anspruch der modernen und zukunftsorientierten unfallchirurgischen Traumaversorgung. Dazu bedarf es grundlegender Strukturveränderungen innerhalb eines noch stabilen Systems. Neben der Gewährleistung von initialen Notfallbehandlungsstrukturen erfordert es dabei genauso dezidiert nachstationärer Pflegekonzepte wie Rehabilitationsstrukturen, die nahtlos an die stationäre Behandlung anknüpfen. Um den Bedarf für derartige Strukturveränderungen und Stabilisierungen im Gesamtsystem der Gesundheitsfürsorge beziffern zu können, bedarf es mehr als nur der Datenauswertung von Polytraumatisierten oder präklinischen Notfallversorgungen. Wesentlich sind die alltäglichen Verletzungen oder gar Bagatellverletzungen, die bereits jetzt die bestehenden Versorgungsstrukturen tagtäglich überfordern.

Daher ist es notwendig die Strukturen für eine hochwertige, effiziente, erreichbare und moderne Traumaversorgung anzupassen. Dazu gehört insbesondere die Bereitstellung von bedarfsgerechten Versorgungsstrukturen, indem eine angemessene Verteilung von Spezialversorgung in Traumazentren und Grundversorgung in der Fläche unter Nutzung moderner Technologien (insb. Telemedizin) vorgehalten wird. Dabei gilt die Vorhaltefinanzierung als unabdingbare Voraussetzung für flächendeckende, zentralisierte Qualität und Verlässlichkeit in der unfallchirurgischen Traumaversorgung in Deutschland.

Doch nicht nur die Strukturen sind wichtig, sondern auch die Prozesse der Traumaversorgung. Die Notfallversorgung muss so gesteuert werden, dass Notfälle dort landen, wo ihnen ein bedarfsgerechtes Angebot vorgehalten wird. Nur bei unklaren und großen Gesundheitsrisiken sollte die Notfallbehandlung in Krankenhäusern erfolgen, und zwar in (integrierten) Notfallzentren. Auch könnte die Bevölkerung dabei unterstützt werden, sich über weniger dringliche und nicht lebensbedrohliche Notfälle zu informieren, z. B. über Online-Angebote oder Beratungsstellen, um unnötige Inanspruchnahmen der Traumaversorgung zu vermeiden.

Die (rechtliche) Trennung der verschiedenen Sektoren stellt auch in der Traumaversorgung eine Herausforderung dar. Knappes Personal kann nur dann flexibel, interdisziplinär und interprofessionell eingesetzt werden, wenn eine sektorübergreifende Behandlung und

Abrechnung erfolgen kann. Ebenso ist die Überwindung der Sektorengrenzen wichtig, um die ärztliche Weiterbildung sektor- und trägerübergreifend sicherstellen zu können. Schließlich könnten Ansätze wie sektorenübergreifende, regionale Gesundheitsbudgets dazu beitragen, Prävention und Gesundheitsförderung zu befördern.

Während Fachkräfte aufgrund von Berentung und niedrigen Geburtenraten zunehmend schwinden werden, steigen die Komplexität der Patienten und der Anspruch an die Wiederherstellung eines lebenswerten Lebens bis ins hohe Alter. Gleichzeitig begegnet der potenzielle Nachwuchs dem Fachgebiet der unfallchirurgischen Traumaversorgung vor dem Hintergrund berechtigter steigender Ansprüche an eine Work-Life-Balance mit Zurückhaltung oder gar Ablehnung. Um die unfallchirurgische Traumaversorgung mit dem umfangreichen Patientenkontext und all den unterschiedlichen Notfall- sowie Elektivfacetten umfassend beherrschen zu können, bedarf es wie beim Erlernen eines Handwerks, ausreichender Erfahrung. Um ein erfahrener Unfallchirurg zu werden, bedarf es Zeit und OP- sowie Patientenexposition. Diese beiden wesentlichen Faktoren drohen in Zukunft nicht ausreichend gewährleistet zu sein. Daher sollten die Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen in der Unfallchirurgie derart verbessert werden, dass sie insbesondere den Kompetenzerwerb steigern und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ermöglichen. Möglich wird dies, wenn insbesondere Bürokratie und Dokumentationsaufwand abgebaut werden sowie Unfallchirurgen durch neue Berufsgruppen und Technologien sinnvoll entlastet werden.

Die Herausforderungen für die Traumaversorgung in Deutschland sind zweifelsohne groß. Doch das muss kein Schicksal sein: Wir haben die Mittel und Wege, um diesen Herausforderungen zu begegnen. Jetzt brauchen wir den Mut und die Entschlossenheit, die Rahmenbedingungen so anzupassen, dass wir sie auch nutzen und so die Traumaversorgung zukünftig sicherstellen können.

Literaturverzeichnis

Augurzky, B., Krolop, S., Pilny, A., Schmidt, C., Wuckel, C. (2020), Krankenhaus Rating Report 2020. Ende einer Ära. Aufbruch ins neue Jahrzehnt. Medhochzwei Verlag, Heidelberg.

G-BA (2016-2021), Qualitätsberichte der Krankenhäuser der Jahre 2014 bis 2019. Berlin.

GfK (2020), Bevölkerungsdaten 2019. Bruchsal.

Kasch, R.; Wirkner, J.; Meder, A.; Abert, E.; Abert, M.; Schulz, A. P.; Walcher, F.; Gümbel, D.; Obertacke, U.; Schwanitz, P.; Merk, H.; Froehlich, S. (Kasch et al. 2016): Wer bleibt nach einer Famulatur in Orthopädie und Unfallchirurgie dem Fachbereich treu? Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie 2016; 154(04): 352 - 358
DOI: 10.1055/s-0042-104119

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2012-2021): Krankenhausverzeichnis der Jahre 2010 bis 2019. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2012-2021), Tiefgegliederte Diagnosedaten der Jahre 2010 bis 2019. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019), Bevölkerung Deutschlands bis 2060 – Ergebnisse der 14. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Online unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/_inhalt.html;jsessionid=F0910D995ADE519E56700FA4F584ED9F.live732#_8ex4d0753 (Abrufdatum: 27.07.2022).