

Unfallchirurgie in Österreich: Standortbestimmung und Perspektiven

Erarbeitet von der Zukunftskommission der Österreichischen Gesellschaft für Unfallchirurgie im Auftrag des Vorstandes

Inhalt

- I. Das Selbstverständnis der österreichischen Unfallchirurgie
- II. Unfallchirurgie im Wandel der letzten Jahrzehnte
 1. Entwicklung des Bedarfs an unfallchirurgischen Leistungen
 2. Entwicklung des Patientenspektrums
 3. Auswirkung auf Versorgungsstrukturen
 4. Auswirkung auf das Versorgungsspektrum
 5. Auswirkung auf die Ausbildung
- III. Die österreichische Unfallchirurgie in Europa

Zusammenfassung

Die primäre Aufgabe der Unfallchirurgen in Österreich besteht in der Behandlung von

- einer leicht abnehmenden Zahl von polytraumatisierten und schwerstverletzten Patienten vorwiegend nach Verkehrs- und Arbeitsunfällen,
- einer stetig zunehmenden Zahl von Heim-, Freizeit- und Sportunfällen aller Schweregrade sowie
- einer dramatisch zunehmenden Zahl von alten und sehr alten Patienten mit sog. Altersfrakturen.

Zusammen mit dem ÖBIG wurde ein *abgestuftes Leistungsangebot* erarbeitet und im ÖSG 2006 niedergelegt. Das *Traumanetzwerk* besteht aus

- überregionalen Traumazentren als Teil von Einrichtungen mit Maximalversorgung rund um die Uhr
- regionalen Traumazentren (Schwerpunktabteilungen) rund um die Uhr
- Satellitendepartments mit Anbindung an ein regionales Traumazentrum bedarfsgerecht

Eine *verbesserte Ressourcennutzung ohne Qualitätsverluste* sowie eine *Steigerung der Effizienz* läßt sich durch die *zunehmende Integration von Planeingriffen* in das unfallchirurgische Programm erreichen. Neben dem *unfallchirurgischen Kernbereich* ist die Aufgabenstellung zunehmend im Bereich der Endoprothetik und der endoskopischen Gelenkchirurgie angewachsen. Diese *planbaren Eingriffe* können, wie die Gegenwart zeigt, an einer Unfallabteilung mit 24 Stundenpräsenz integriert werden. Eine einvernehmliche Haltung zu den genannten „Graubereichen“ ist mit den

Vertetern der Österreichischen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie anzustreben.

Die *Weiterentwicklung der Ausbildungsordnung* muss darauf abzielen, die Zeit für das unfallchirurgische Kernfach *auf 4 Jahre auszudehnen* und die Gegenfächer so zu gestalten, dass ein 1:1 Austausch von Assistenzärzten möglich wird. Weiterhin müssen Möglichkeiten zur *Verbesserung der Migrationsmöglichkeiten österreichischer Unfallchirurgen* in den gesamten europäischen Raum gesucht werden.

I. Das Selbstverständnis der österreichischen Unfallchirurgie

Das Sonderfach „Unfallchirurgie“ ist das einzige, dessen Definition sich nicht auf bestimmte Organe, Erkrankungen oder Personengruppen bezieht, sondern auf die *Ursache*, derentwegen ein Mensch ärztlicher Hilfe bedarf. Unfallchirurgen in Österreich sind daher primär nicht nur für die Behandlung von Verletzungen des Bewegungsapparates, sondern für unfallbedingte Läsionen *des gesamten Körpers in jedem Lebensalter* zuständig.

Eine *weitere Besonderheit* der Unfallchirurgie besteht darin, dass Unfälle und die oft notwendige dringliche Behandlung ihrer Folgen *nicht planbar* sind. Daraus ergibt sich eine Arbeitsbereitschaft *rund um die Uhr* mit hohem persönlichen Einsatz jedes Einzelnen, großer Flexibilität und organisatorischem Aufwand sowie das Vorhalten von personellen und materiellen Kapazitäten im Dienstbetrieb.

Besonders die hohe Dienstbelastung brachte es in der ersten Hälfte des vorigen Jahrhunderts mit sich, dass die Behandlung von Unfallopfern nicht die beliebteste Disziplin in der Medizin war und vielerorts den jüngsten chirurgischen Assistenten angeordnet wurde – mit entsprechenden Ergebnissen. Das gilt auch heute noch für die meisten europäischen Länder, in denen die Behandlung nicht von Unfallchirurgen betrieben wird.

Lorenz Böhler schaffte schließlich in den ersten Jahrzehnten des vorigen Jahrhunderts zwei Dinge, die als eine der großartigsten Leistungen im österreichischen Gesundheitswesen gelten: Er bewies anhand von Nachuntersuchungen, dass Heilerfolge nach Verletzungen, die in einer standardisierten Art und Weise von speziell ausgebildeten Unfallchirurgen behandelt worden waren, bisher erzielte Ergebnisse wesentlich übertrafen. Ein wesentliches Element seiner Lehre stellt die durchgehende Betreuung des Patienten vom Unfallereignis bis zur Rehabilitation und Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess durch den Unfallchirurgen dar.

Den Durchbruch erreichte er damit, dass er den Direktoren der damaligen „Arbeiterunfallversicherung“ vorrechnen konnte, dass die verbesserten Ergebnisse *auch wesentlich geringere Rentenzahlungen* bedeuteten. Der

Behandlungserfolg war *direkt finanziell messbar* und damit wohl überzeugend.

Seit Lorenz Böhler das Fach Unfallchirurgie etablierte, nahm diese Disziplin in Österreich einen ungemeinen Aufschwung, Unfallkrankenhäuser österreichischen Zuschnittes waren beispielgebend für ähnliche Institutionen in der ganzen Welt. Auch die deutsche Unfallchirurgie hat durch den Grazer *Harald Tscherne* wesentliche Impulse erhalten.

II. Die österreichische Unfallchirurgie im Wandel der letzten Jahrzehnte

Die *Erfolge einer spezialisierten Unfallchirurgie* sind u.a. an folgenden Beispielen ablesbar:

Betrachtet man die Unfallstatistik (Quelle Statistik Austria) so sind die *tödlichen Unfälle* seit 1980 um 48% *zurückgegangen*. Gewiss spielen hier auch andere Maßnahmen, wie etwa die Gurtenanlegepflicht und Verbesserungen der Rettungssysteme eine wesentliche Rolle, ein Indikator für die Qualität der Unfallversorgung scheint es aber allemal. In Deutschland hat man eine Steigerung der Überlebensrate schwerstverletzter Unfallopfer in den letzten 10 Jahren von 63% auf 78% festgestellt. Ähnliche Zahlen dürften auch für Österreich gelten.

Entwicklung des Bedarfs an unfallchirurgischen Leistungen

Oft wird argumentiert, dass durch den Rückgang der stationären Spitalsfälle nach Unfällen – gemessen an *allen* Spitalsfällen – von 13,2% 1980 auf 9,8% im Jahr 2002 an den Unfallabteilungen offensichtlich Überkapazitäten vorhanden sein müssten, die abzubauen oder anderen Fächern zuzuordnen wären. Diese Interpretation ist schlicht und einfach falsch. Im selben Zeitraum stieg die *absolute* Anzahl der nach einem Unfall stationär zu behandelnden Patienten um 26% und liegt seit der Jahrtausendwende konstant zwischen 240.000 und 250.000 mit leicht steigender Tendenz.

Eine Erklärung dieses scheinbaren Widerspruchs liegt in eine Effizienzsteigerung, die sich in einer stetigen Verkürzung der stationären Aufenthaltsdauer ablesen lässt und den Anteil intramural betreuter Patienten nach Unfällen – bei gleichbleibend hoher Qualität – sinken ließ. *Gesundheitsökonomisch* ist dieser Weg wohl beispielgebend.

Seit Einführung der leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung gibt es statistische Erhebungen der Leistungserbringung jeder Spitalsabteilung. Die pro Versorgungseinheit erzielten LKF-Punkte werden honoriert und sind somit Ausdruck der Wirtschaftlichkeit einer Abteilung. Leistungen an bestimmten Regionen und Operationsmethoden an *unfallchirurgischen* und *orthopädischen* Abteilungen ähneln einander.

70 % der Spitalskosten entfallen auf das Personal. Vorhaltekosten unfallchirurgischer Abteilungen, in welchen *nicht vorhersehbare, den gesamten Körper einschließende Interventionen* zu beherrschen sind, gelten als hoch. Orthopädische Eingriffe sind in der Regel *planbar*, werden an den selben Körperregionen und mit demselben Instrumentarium wie in der Unfallchirurgie ausgeführt. Es erscheint daher auf dem ersten Blick aus gesundheitsökonomischer Sicht logisch, davon abzuleiten, dass eine Verschmelzung der Fachrichtungen auf Abteilungsebene Vorteile bringt. Da die Leistungen aber zu *unterschiedlichen Zeiten und von völlig unterschiedlich ausgebildetem ärztlichen Personal* erbracht werden, beschränken sich die Synergien in einer gemeinsamen Nutzung von Operationseinrichtungen und -instrumentarien. Hier ergibt eine Kooperation Sinn. Ökonomisch sinnvoll erscheint es ebenso, die wenigen deckungsgleichen Leistungen (siehe unten) – *und das sind ausschließlich planbare* – im österreichischen Gesundheitswesen von beiden Fachrichtungen erbringen zu lassen.

Entwicklungen des Patientenspektrums

Ein weiteres Faktum ist für die zukünftige Traumaversorgung in Österreich von Bedeutung: Während seit 1980 der Anteil jener Patienten, die *nach Verkehrs- und Arbeitsunfällen* in Österreichs behandelt wurden, je *um etwa die Hälfte* zurückging, haben Heim-, Freizeit- und Sportunfälle um 73% zugenommen.

Dies bedeutet einen *Rückgang der Schwer- und Mehrfachverletzungen* (Polytraumata) bei Zunahme von Verletzungen, die meist nur eine Körperregion betreffen (Monotrauma). Eine besonders hohe Zunahme ist bei den „Altersfrakturen“, also Brüchen bei Patienten über 65 Jahren aufgrund der zahlenmäßigen Zunahme dieser Bevölkerungsgruppe zu erwarten.

Auf diese Veränderungen muss reagiert werden.

Auswirkung auf Versorgungsstrukturen

Österreich benötigt ein Netz an abgestuften Unfallversorgungsheiten. Die Möglichkeiten dazu sind in der derzeitigen Form des ÖSG berücksichtigt.

In jeder Versorgungsregion ist zumindest eine *regionale Schwerpunktabteilung* vorzusehen. Demographische oder regionale Besonderheiten lassen die Errichtung von *Satellitendepartments* zweckmäßig erscheinen, die in enger Kooperation mit der regionalen Schwerpunktabteilung agieren. Aus *ökonomischen* und *fachlichen* Gründen ist die Errichtung von unfallchirurgischen Departments lediglich zu dem Zweck, Betten an chirurgischen Abteilungen zu füllen, abzulehnen. Deshalb sind laut ÖSG 2006 unfallchirurgische Departments als

Satellitendepartments zu schaffen und an unfallchirurgische „Mutter(Schwerpunkt-)abteilung“ anzubinden und nicht im Verband einer organisatorisch und fachlich nicht zuständigen chirurgischen Abteilung zu belassen. Das Department für Unfallchirurgie hat Verletzungen zu behandeln, die in ihrer Frequenz den Bedürfnissen der Bevölkerung, den Qualitätsstandards und der Ökonomie genügen. Schwerere Verletzungen gehören an die regionale Schwerpunktabteilung. Für Verletzungen oder Verletzungskombinationen, die die Behandlungsmöglichkeiten der regionalen Schwerpunktabteilung übersteigen, ist die Weiterleitung an eine *überregionale* Schwerpunktabteilung (Traumazentrum) vorzusehen.

In diesem Zusammenhang soll auch zu einer – vor allem von der Ärztekammer – geforderten Maßnahme Stellung genommen werden: Es liegt im Trend, die Auslagerung von ambulanten Leistungen aus den „teuren“ Spitälern in den „billigen“ niedergelassenen Bereich als Rettung des Gesundheitswesens zu betreiben. Mag sein, dass dies in anderen Disziplinen zielführend ist. Für die Unfallchirurgie hat sich die „Betreuung in einer Hand“, die Begleitung eines Menschen vom Unfalltag bis zur Wiedereingliederung in sein Berufs- oder Privatleben bewährt. Auch hier mögen demo- oder geographische Besonderheiten Ausnahmen bilden und einen niedergelassenen Unfallchirurgen erfordern. Wenn dies aber so ist, hat auch diese extramurale Betreuung in enger Kooperation im Sinne der *integrierten Versorgung* mit dem intramuralen Bereich zu geschehen.

Auswirkung auf das Versorgungsspektrum

Schwerst- und Mehrfachverletzte (Polytraumata)

Die Behandlung von *Polytraumen* ist nicht nur die aufwändigste und schwierigste, sondern auch die belastendste Tätigkeit in der Unfallchirurgie. Aufgrund seiner umfassenden Kompetenz ist der Unfallchirurg *der* Spezialist in der Behandlung dieser Schwerstverletzten und sieht hier eine seiner Kernkompetenzen. Als *Traumaleader* ist er speziell geschult, die Schwere der Verletzungen zu beurteilen, lebensbedrohliche Situationen in allen Regionen zu kontrollieren, Versorgungsprioritäten festzulegen und gegebenenfalls Kollegen anderer Fachrichtungen beizuziehen.

Um eine hohe Behandlungsqualität aufrecht zu erhalten, ist ein Mindestmaß an Frequenzen in einer Zeiteinheit unerlässlich. Die Behandlung Schwerstverletzter sollte deshalb möglichst auf überregionale Schwerpunktabteilungen konzentriert werden.

Einzelverletzungen (Monotraumata) und andere Erkrankungen des Bewegungsapparates

Auch unter den ständig zunehmenden *Heim-, Freizeit- und Sportunfällen* sind viele Verletzungen, wie beispielsweise Verrenkungsfrakturen,

Frakturen langer Röhrenknochen oder Wirbelfrakturen, die dringlich zu versorgen sind.

Daneben hat aber die *endoskopische Gelenkchirurgie* in den letzten Jahrzehnten immer mehr an Bedeutung gewonnen. Diese Interventionen sind fast immer planbar und erfordern eine vertiefte Befassung mit einer Region, beispielsweise einem Gelenk, so dass sich hier ein weiterer Schwerpunkt innerhalb der Unfallchirurgie etabliert hat. Die Entwicklung zeigt, dass die spezielle Weiterentwicklung arthroskopischer Techniken durch Unfallchirurgen dazu geführt hat, dass in das Versorgungsrepertoire der Unfallchirurgen nicht nur *Verletzungen*, sondern auch zunehmend *andere Krankheitsbilder* Eingang gefunden haben. Dies ist umso verständlicher, als gerade bei Gelenkschäden eine Unterscheidung zwischen posttraumatischen und chronisch-degenerativen Schäden fließend ist.

Arthroskopisch geschulte Orthopäden behandeln – vice versa – nicht nur degenerative Erkrankungen an den Gelenken, sondern sehr wohl auch Verletzungen und deren Folgen. Das wird von unserer Seite akzeptiert. Aus Sicht der österreichischen Unfallchirurgen wäre es daher sinnvoll, die *endoskopische Gelenkchirurgie* in der „Grauzone“ zwischen den Fächern Unfallchirurgie und Orthopädie anzusiedeln und für beide Fachrichtungen außer Streit zu stellen.

Die größte Steigerung der Patientenzahlen an unfallchirurgischen Abteilungen besteht sich bei jenen Patienten, die Knochenbrüche im fortgeschrittenen Lebensalter erlitten, sogenannte *Altersfrakturen*. Anhand der demographischen Entwicklung der österreichischen Bevölkerung ist mit einer weiteren dramatischen Zunahme zu rechnen.

Die am häufigsten betroffene Region bei stationären Patienten ist das Hüftgelenk, neben Nagel- und Plattensystemen hat auch der künstliche Gelenkersatz in den letzten Jahrzehnten stark zugenommen und ist an unfallchirurgischen Abteilungen Routine. Dieser Umstand hat dazu geführt, dass an unfallchirurgischen Abteilungen neben posttraumatischen auch *degenerative Gelenkveränderungen* erfolgreich behandelt werden. Auch hier wäre es sinnvoll, die *Endoprothetik* als „Grauzone“ zwischen den Fächern zu definieren.

Die erfolgreiche Behandlung von Patienten mit degenerativen Gelenkveränderungen mittels Gelenkersatz an Unfallabteilungen ist Faktum, das zeigt, dass der Bedarf gegeben und an bestehenden Einrichtungen ohne größere Veränderungen im Gesundheitswesen zu decken ist. Dabei ist eine Dokumentation der Qualität unerlässlich. Dies inkludiert die Festlegung von Mindestfrequenzen ebenso wie eine verpflichtende Teilnahme beispielsweise am Polytrauma- und Prothesenregister.

Auswirkung auf die Ausbildung

Nicht nur die rasche Entwicklung der Unfallchirurgie, auch die Tatsache, dass das Arbeitszeitgesetz eine de facto Verringerung der Ausbildungszeit bedeutet, lässt es berechtigt erscheinen, die Ausbildung im *Hauptfach Unfallchirurgie* von derzeit 3 Jahren auf 4 Jahre zu erhöhen.

In dieser Zeit sind als theoretischer Teil der Ausbildung *verpflichtende Kurse und Fortbildungsseminare* zu belegen. Mindestens ein halbes Jahr der Ausbildung im Hauptfach muss im Sinne einer Rotation an einer anderen unfallchirurgischen Abteilung abgeleistet werden. Dieser Austausch sollte zwischen Unfallabteilungen mit verschiedenen Schwerpunktsetzungen und Versorgungsaufträgen stattfinden. In einem *Logbuch* sind die absolvierten Kurse, der OP-Katalog und ein Rasterzeugnis vor der Facharztprüfung zu dokumentieren.

Um die Anforderungen in der Behandlung von Mehrfachverletzten zu bewältigen, wären je 3 Monate Anästhesie/Intensivmedizin sowie Neurochirurgie, 6 Monate Allgemeinchirurgie – davon maximal 3 Monate Herz-Thorax-Gefäß-Chirurgie – und 6 Monate Orthopädie zu fordern.

Die restlichen 6 Monate könnten wahlweise in einem oder mehreren dieser Fächer, oder in den Fächern Anatomie, plastische Chirurgie, Urologie, Kieferchirurgie oder Kinderchirurgie verbracht werden.

Die verpflichtend zu absolvierenden Nebenfächer orientieren sich im Zeitrahmen auch an jenen Zeiten, die Auszubildende aus diesen Fächern in der Unfallchirurgie zu absolvieren haben. Es wäre so ein direkter Austausch zwischen den Kollegen möglich und das leider derzeit verbreitete „Absitzen“ der Ausbildungszeit in manchen Gegenfächern in hinterster Reihe vermieden.

III. Die österreichische Unfallchirurgie in Europa

Während etwa in den Vereinigten Staaten aufgrund der erkannten Insuffizienz der Unfallversorgung ein *Trauma and Emergency Surgeon* etabliert wurde, gehen die Länder in Europa unterschiedliche Wege. So wurde vor kurzer Zeit die Zusammenlegung von Unfallchirurgie und Orthopädie in Deutschland formal vollzogen. Auf der anderen Seite gibt es Bemühungen, durch länderübergreifende Kooperationen wissenschaftlicher Gesellschaften eine „europäische Unfallchirurgie“ dort, wo sie besteht, zu erhalten, und dort, wo sie nicht besteht, zu etablieren.

Was auch immer in der Zukunft geschehen wird, in der *Gegenwart* muss leider eines festgestellt werden: Österreichische Unfallchirurgen werden trotz ihrer profunden Ausbildung in der EU nur in 7 Ländern anerkannt, da ein Spezialist für die Unfallversorgung in den meisten Staaten nicht

etabliert ist und die Versorgung der Verunfallten durch mehrere unterschiedliche Fachdisziplinen „miterledigt“ wird.

Im Unterschied dazu werden österreichische Orthopäden und Allgemeinchirurgen international anerkannt, obwohl ihre unfallchirurgische Ausbildung nur im Rahmen der Gegenfachausbildung abgedeckt ist. Die gleichlautende Bezeichnung wie in anderen Ländern hat offensichtlich genügt, die Anerkennung dieser Disziplinen als Facharzt in den europäischen Ländern zu erwirken. Es ist verständlich, dass diese Fächer deshalb keinen Anlass für Veränderungen sehen.

Die ÖGU ist bemüht, den österreichischen Unfallchirurgen Migrations- und Niederlassungsmöglichkeiten im gesamten europäischen Raum zu ermöglichen. Auf der Grundlage der Beibehaltung des Sonderfaches Unfallchirurgie (seit 1951) werden Modelle diskutiert, über den Erwerb eines Doppelfacharztes innerhalb von maximal 8 Jahren Gesamtausbildungszeit die europäische Anerkennung zu erreichen.