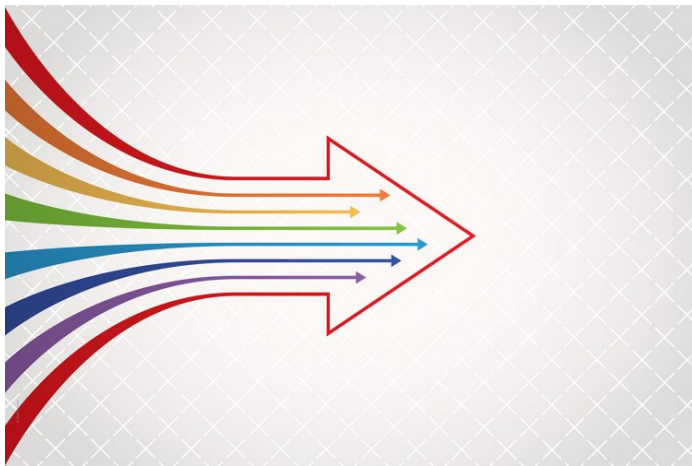


01.12.2022 BDC|Spektrum

Was bedeutet das neue Leitbild für das Referat Niedergelassene?

Ralf Wilhelm Schmitz



Als Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sind wir immer mehr auf eine gedeihliche Zusammenarbeit mit den Kolleginnen und Kollegen aus den Krankenhäusern angewiesen. Der Bedeutung dieser Kooperation bewusst, hat der BDC im neuen **Leitbild** unter Punkt sieben folgerichtig festgehalten: „Der BDC unterstützt sektorenübergreifend eine stetige Verbesserung der medizinischen Versorgungsstrukturen.“ Dazu gehört eine novellierte Notfallversorgung ebenso wie die Integration der vertragsärztlichen Bedarfsplanung und der Krankenhausplanung der Länder. Auch gemeinsame

Fallakten, Behandlungspfade und konsiliarische Beratungen sind für den BDC wichtige Bestandteile der sektorenübergreifenden Versorgung. Alleine schon aus diesem Grund hat das Leitbild für das BDC-Referat Niedergelassene eine ganz besondere Bedeutung. Es ist jedoch nicht der einzige.

Als das Thema „Leitbild“ vor etwas mehr als einem Jahr auf die Agenda des erweiterten Vorstands kam, dachte ich zunächst, dass wir schnell damit durch sind. Ich hatte ein schick eingerahmtes Poster vor Augen mit allgemeinen Grundsätzen, ähnlich wie es auch im Empfangsbereich meiner Arbeitsstelle hängt.

Im Vorstand entspann sich dann aber eine tiefgründige Diskussion, die immer um das zentrale Thema kreiste: Wer sind wir und wo wollen wir hin? Ich war sehr überrascht, wie sehr mich diese Diskussion berührte. Denn obgleich vieles im Leitbild möglicherweise schon immer in unseren Köpfen war und letztendlich auch die Motivation für unser Handeln darstellte, ist eines wirklich neu: nämlich das beim Lesen aufkommende Gefühl einer starken Verinnerlichung und sich daraus ableitenden konkreten Verpflichtung. Wir verpflichten uns der Chirurgie, den Patientinnen und Patienten und der Gesellschaft zu dienen, gleichwohl aber auch tatkräftig die Belange der in unserem Verband organisierten Kolleginnen und Kollegen zu vertreten. Neudeutsch und modern ist das Leitbild ein „Commitment“ der Mandatsträger:innen und aktiven Mitglieder im BDC.

Was eint die Chirurgie?

Was bedeutet dieses Leitbild nun für das Referat Niedergelassene Chirurgeninnen und Chirurgen im BDC? Zunächst einmal definieren wir uns im Referat eben nicht als Kampfverband für höhere Honorare im Vertragsarztsystem.

Natürlich haben wir unsere Partikularinteressen, die auch manchmal mit anderen Positionen im Verband nicht konform gehen.

Aber: Über allem steht, was die Chirurgie eint. Nicht umsonst heißt es im Leitbild unter Punkt eins direkt am Anfang: „Der Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V. (BDC) vertritt die berufspolitischen Interessen von Chirurginnen und Chirurgen aller chirurgischen Fachgebiete auf nationaler und internationaler Ebene.“

Das ergibt sich aber nicht nur aus dem Leitbild, sondern ist einfach ein Erfordernis der Realität. Die „Einheit der Chirurgie“ ist nicht nur ein Mantra, das wir immer wieder vorbeten. Es ist die *conditio sine qua non*, um etwas in unserem Sinne zu bewegen. Nur so werden wir gehört und können auch etwas verändern, ansonsten würde ein weiteres lateinisches Dogma gelten: *Divide et impera!* Und beherrscht werden wollen wir ganz sicher nicht.

Was ist heute überhaupt ein niedergelassener Chirurg oder eine niedergelassene Chirurgin?

Zum Zeitpunkt meiner Niederlassung vor etwa 20 Jahren war die chirurgische Einzelpraxis noch der Regelfall. Dies war zu einem großen Teil der damaligen Weiterbildung geschuldet mit breiter Ausbildung im Gesamtgebiet der Chirurgie. Selbst wenn das eigene Steckpferd die Leistenhernien-Chirurgie war, wurden natürlich auch unfallchirurgische Patienten behandelt und in der Regel lag auch eine D-Arzt-Qualifikation vor. Damit konnte eine Einzelpraxis wirtschaftlich auskömmlich arbeiten.

Mit zunehmender Spezialisierung und den nachfolgenden Änderungen der Weiterbildungsordnung gibt es aber den Generalisten oder „Alleskönner“ nicht mehr. Schon früh gilt es, sich zu entscheiden, in welche Richtung es gehen soll: Bauchchirurgie oder Unfallchirurgie – oder doch die Handchirurgie? Eine Einzelpraxis für einen Chirurgen, gleich welcher neuen Fachrichtung, ist aber nur in seltenen Fällen wirtschaftlich. Da die gesamte Breite des Gebiets durch einen „Einzelkämpfer“ zudem nicht abgedeckt werden kann, besteht ein ungebrochener Trend zum Zusammenschluss von Chirurginnen und Chirurgen, sinnvollerweise unterschiedlichen Facharztsäulen angehörend. Besonders durch den Zusammenschluss zu größeren Praxen, Medizinischen Versorgungszentren (MVZs) oder sonstigen – auch überörtlichen – Berufsausübungsgemeinschaften wird es möglich, qualitativ hochwertige Chirurgie auch im ambulanten Setting anbieten zu können.

Diese sektorenübergreifende Behandlung ist schon seit vielen Jahren in aller Munde. Sie wird lautstark von Kassenseite und auch diversen politischen Parteien eingefordert – allein eine Umsetzung ist bis dato allenfalls sporadisch zu beobachten [4]. Und das nur, weil in unserem Gesundheitssystem eine Verschiebung von Patienten und Leistungen aus einem Sektor in den anderen zwangsweise zu einem Verlust von Erlösen führt. Hauptsächlich ist davon der stationäre Bereich betroffen. Verständlicherweise war so das Interesse der beteiligten Vertragspartner an Änderungen in der Vergangenheit gering. Auch ein Grund dafür, dass Deutschland unter den hoch entwickelten OECD-Staaten bezüglich des ambulanten Operierens weiterhin einen der hinteren Plätze belegt [6]. Nach jahrelangem Stillstand deuten sich nun Veränderungen an. So wurde im MDK-Gesetz 2020 festgelegt, dass eine Förderung und damit Besserstellung der Vergütung zu erfolgen hat, kalkuliert anhand der aktuellen Kosten beim Betrieb eines ambulanten OP-Zentrums. Darüber hinaus hatte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen angemahnt, dass zusätzlich zum aktuell gültigen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärsersetzender Eingriffe (AOP-Katalog) weitere operative Leistungen aus der stationären Behandlung herausgelöst werden sollen [7]. In der Zwischenzeit sind sowohl vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) als auch von den Vertragspartnern Gutachten in Auftrag gegeben worden, die ein erhebliches

Ambulantisierungspotenzial aufdecken [1, 10]. Nun geht es um die konkrete Umsetzung. Hier ist der BDC aktiv in den Gremien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und natürlich auch in der Politik – soweit dies überhaupt möglich ist (siehe die Besetzung der vom BMG installierten Krankenhauskommission).

Wenn wir schon beim Geld sind: Unter Punkt acht im Leitbild steht, dass der BDC für eine angemessene Vergütung von Chirurginnen und Chirurgen eintritt. Damit ist auch gemeint, dass sich der BDC für die Einführung eines sektorenübergreifenden, nach Schweregrad und Investitionsbedingungen differenzierten Leistungskatalogs für die Vergütung von Leistungen verwendet, die sektorengleich sowohl in Krankenhäusern als auch in Arztpraxen erbracht werden können. Also gleiches Geld für gleiche Leistung, unabhängig vom Leistungsort. Auch das ist uns im Referat Niedergelassene ein spezielles Anliegen.

Abseits von Vergütungsformen wird oft vergessen, dass eine sektorenübergreifende Behandlung von chirurgischen Patienten vielerorts schon gelebt wird. Ein klassisches Beispiel ist die Versorgung im niedergelassenen Belegarztwesen. Dabei handelt es sich um eine seit Jahrzehnten bewährte Behandlungsform, welche die beiden Sektoren stationär und ambulant vereint.

Eine weitere Form der Zusammenarbeit über die Sektoren hinweg besteht in der Versorgung von schwerverletzten Patienten im Rahmen des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens. In den letzten Jahren wurden von der Akademie für Unfallchirurgie (AUC) Kliniken im Rahmen von Trauma-Netzwerken zertifiziert [3]. Dies ist für Praxen derzeit zwar nicht vorgesehen, gleichwohl besteht aber die Möglichkeit, als „Kooperierende Praxis“ an ein TraumaNetzwerk© angeschlossen zu werden. Hilfreich ist dabei auch der Anschluss der Praxen über das Tele-Radiologie Netzwerk (TKmed©). So ist die Versorgung von schwer verletzten Patienten auch nach der stationären Versorgung gesichert. Gleichzeitig dient dieses Konstrukt einer koordinierten Behandlung von Patienten im Verletzungsartenverfahren (VAV) und im Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV), auch im Rahmen mit von den Berufsgenossenschaften (BGen) gemeinsam abgehaltenen Reha-Plan-Sprechstunden [9].

Zusammenfassend ist die Arbeit im Vertragsarztbereich bereits jetzt stark intersektoral ausgerichtet. Die Vernetzung mit anderen Praxen, MVZs und den Krankenhäusern wird weiter fortschreiten und auch die Weiterbildung muss folgen und die Grenzen der Sektoren zwingend überschreiten [5, 8]. Dem folgt der BDC konsequent im neuen Leitbild, wenn er sich als sektorenübergreifend ausgerichteter Berufsverband bezeichnet, der die Interessen seiner Mitglieder in Klinik und Praxis gleichermaßen vertritt. Besonders erfreulich ist darüber hinaus unter Punkt drei im Leitbild das klare Bekenntnis des BDC zur freien Berufsausübung und fachlichen Unabhängigkeit von Chirurginnen und Chirurgen. Wir werden die ärztliche Therapiefreiheit auch künftig gegen eine Über-Kommerzialisierung der Medizin schützen und verteidigen müssen.

Fazit

Für all dies braucht es einen starken Berufsverband mit einem Leitbild, hinter dem wir uns alle versammeln können, egal ob in der Niederlassung oder im Krankenhaus, als D-Arzt oder Belegärztin, als Weiterzubildender oder als Weiterbildungsbefugte – als Chirurg:in!

Literatur

[1] Albrecht, M., Mansky, T., Sander, M., Schiffhorst, G.: Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V (2022) IGES Institut, Berlin

[2] Burgdorf F, Kunze C: BDC-Mitgliederbefragung 2020: Herzlichen Dank für Ihre wertvolle Beteiligung! *Passion Chirurgie*. 2020 September; 9(09): Artikel 07_03

[3] DGU: Weißbuch Schwerverletztenversorgung. 2019 <https://dgu-online.de/q-s/schwerverletzte/weissbuch-schwerverletztenversorgung.html>

[4] Dittrich, S.: Schein und Sein der sektorenverbindenden und intersektoralen Versorgung. *Chirurgenmagazin* 2021 19 S. 18

[5] Ludwig, J.: Kompetenzbasierte Weiterbildung: Ursprünge, Inhalte und Erfahrungen. *Passion Chirurgie*. 2020 September, 10(09): Artikel 05_01

[6] OECD (2020): Health care utilisation. Surgical Procedures. Paris. Online verfügbar unter https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC.

[7] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Berlin

[8] Schmitz, R.: Chirurgische Verbundweiterbildung in Kiel. *Passion Chirurgie*. 2015 August, 5(08): Artikel 02_08

[9] Schmitz RW, Müller M, Seekamp A: Intersektorale Versorgung von unfallchirurgischen Patienten. *Passion Chirurgie*. 2022 April;12(04): Artikel 03_03

[10] Schreyögg, J., Milstein, R.: Identifizierung einer initialen Auswahl von Leistungsbereichen für eine sektorengleiche Vergütung. Gutachten im Auftrag des BMG Hamburg Center for Health Economics 26.03.2021

Schmitz RW: Was bedeutet das neue Leitbild für das Referat Niedergelassene? *Passion Chirurgie*. 2022 Dezember; 12(12): Artikel 03_02.

Autor des Artikels



Dr. med. Ralf Wilhelm Schmitz

Referatsleiter Niedergelassene Chirurgen

MVZ Chirurgie Kiel

Schönberger Str. 11

24148 Kiel

[> kontaktieren](#)