Unfallchirurgie – Chancen, Herausforderungen und Risiken in der Zukunft aus Sicht des niedergelassenen Chirurgen

Mit dem zunehmenden Kostendruck im Gesundheitswesen wird politisch immer wieder der Ruf nach Abschaffung des niedergelassenen Facharztes für Chirurgie und Unfallchirurgie laut. Dass aber auch noch in Zukunft der selbstständige niedergelassene Chirurg/Unfallchirurg in einem solide finanzierten Gesundheitssystem gute Chancen hat, soll im Folgenden dargelegt werden.

Zukunftschancen

Patientenwunsch

Sehr viele Versicherte nutzen gegenwärtig bei eindeutigen Krankheitsbildern den direkten Zugang zum Facharzt. Sowohl bei frischen Unfällen als auch bei akuten Weichteilinfektionen finden Patienten bei Chirurgen, die zudem meist auch D-Ärzte sind, rasche und kompetente Hilfe. Ein Umweg über für die entsprechende Behandlung nicht ausgerichteten Ärzten oder ein Weg in ein oft weit entferntes Krankenhaus werden vom Patienten nicht gewünscht. Geschätzt werden eine individuelle Betreuung und ein fester Ansprechpartner. Der Trend zur primären Inanspruchnahme des Facharztes spiegelt sich in **Abb. 1** wider.

Verschiebung von Leistungen in den ambulanten Bereich (DRG)

Nach Arnold et al. [1] konnte bisher in keinem europäischen Land nach Einführung diagnosebezogener Fallpauschalen (DRG) eine Reduktion der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen erreicht werden. Es müsse somit von einer Verlagerung von Kosten aus dem stationären in den ambulanten Bereich ausgegangen werden.

Durch die ökonomisch zwingende Verkürzung der Liegedauer müssen Patienten nunmehr ambulant kompetent weiterbetreut werden. Dies kann in sinnvoller Weise durch eine fachärztliche Versorgung nahe am Wohnort gewährleistet werden.

Demographische Entwicklung

Durch die Zunahme der Lebenserwartung steigt der Behandlungsbedarf der älteren Bevölkerung. Gerade alte Menschen sind durch Stürze erheblich verletzungsgefährdet und weisen eine große Zahl behandlungsbedürftiger Arthrosen auf. Diese oft langwierigen Behandlungen müssen aus humanitären, aber auch aus ökonomischen Gründen wohnortnah erfolgen, wobei eine fachärztliche Behandlungskontinuität von entscheidender Bedeutung ist.

Bei ambulanten Operationen verzeichnen wir im eigenen Krankengut einen großen Anteil der über 60-jährigen Patienten.

Abb. 1 ◀ Anteil der Primärinanspruchnahme und Überweisungen an allen Krankenbehandlungen im Jahresdurchschnitt 1998 (etwa 61% aller Ärzte in den alten Bundesländern)

Abb. 2 ▲ Stationersetzende ambulante Operationen, Zuschlagsziffern 82–86, Zeitraum 1997–2002, n=1582

ten (>25% der stationersetzenden Eingriffe, vgl. ■ Abb. 2), die von kurzen Eingriffszeiten und der vertrauten Umgebung postoperativ erheblich profitieren.

Sinnvoller Einsatz von vorhanden Ressourcen

Zum sinnvollen Einsatz der verfügbaren Ressourcen muss eine adäquate, kostengünstige Behandlungsebene zur Verfügung stehen. In der Gesundheitsökonomie wird dies unter dem Begriff LECL (lowest effective care level), der niedrigsten effektiven Behandlungsstufe, subsumiert. Im Rahmen des deutschen Gesundheitswesens stehen folgende Ebenen zur Verfügung:

- Hausarzt
- Facharzt
- Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung
- Schwerpunktkrankenhaus
- Krankenhaus der Maximalversorgung

In dieser Versorgungspyramide hat die ambulante unfallchirurgische Versorgung auch in Zukunft hervorragende Aussichten.

Der Kostenvorteil für die Allgemeinheit durch eine definitive Notfallversor-

gung bei einem ambulant tätigen Unfallchirurgen ist evident. Weitere Ärzte müssen nicht aufgesucht werden. Eine kontinuierliche Weiterbetreuung in einer Hand ist gewährleistet, die Behandlungskosten liegen aufgrund des sehr geringen Medikamentenbedarfs und des adäquaten Einsatzes der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten auf einem sehr geringen Niveau.

Sollte jedoch aufgrund des Verletzungsmusters ein höheres Behandlungsniveau erforderlich werden, kann hier eine gezielte Überweisung an eine entsprechende Einrichtung erfolgen. Auch eine Zweitmeinung zu einem geplanten operativen Eingriff wird vom niedergelassenen Chirurgen von seinen Patienten zunehmend gefordert.

Im ambulanten Operieren liegt nach übereinstimmenden Aussagen ein erhebliches Zukunftspotenzial. Hier gewährleisten individuelle Betreuung, Aufklärung und Weiterbetreuung durch den Operateur (auch nachts und am Wochenende) neben dem selbstverständlichen Facharztstandard eine hohe Patientenzufriedenheit bei niedrigen Kosten.

Vorteilhaft ist hier auch eine gemeinsame Beurteilung des Operationserfolg durch Operateur und Patienten.

Herausforderungen

Einführung neuer Diagnose- und Therapieverfahren

Der medizinische Fortschritt ist auch in Zukunft unterschiedlichen Einflüssen unterworfen. Hier müssen Interessen der Industrie, „Modeerscheinung“, aber auch politisch geförderte Entwicklungen kritisch betrachtet und auf ihren medizinischen Stellenwert überprüft werden.

Von der Seite der niedergelassenen Chirurgen ist für neue Diagnose- und Therapieverfahren Folgendes zu fordern:

- sinnvolle Erweiterungen und Ergänzungen vorhandener Verfahren
- wirkungsvoll
- einfach in der Anwendung
- günstige Aufwand-Nutzen-Relation
- kostengünstig
- gute Patientenakzeptanz

Zukünftig wird man sich in der Unfallchirurgie auch verstärkt mit der Frakturprophylaxe auseinander zu setzen haben. Willburger u. Knorth [3] forderten:

„Ziel muss es sein, in jungen Jahren eine optimale Knochenmasse aufzubauen. Bei bestehenden Risikofaktoren wäre eine frühzeitige Knochendichtemessung sinnvoll, um rechtzeitig, vor dem Auftreten von Frakturen, behandeln zu können.“

Auch im klinischen Alltag wird die Patientenaufklärung zum Gesundheitsverhalten (Bewegungsmangel, Nikotinabusus) immer wichtiger werden.

Evidenzbasierte Medizin

Nach Sackett et al. [2] ist evidenzbasierte Medizin (EBM) der

„gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der EBM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung.“

Zukünftig werden immer mehr diagnostische und therapeutische Maßnahmen unter derartigen Gesichtspunkten gesehen werden müssen. So sollten Neuzulassungen sowie teure invasive Therapie-strategien entsprechend analysiert werden. Dabei werden medizinische Leitlinien, aber auch die klinische Forschung erheblich betroffen sein.

Von einer Kostenersparnis ist hingegen nicht unbedingt auszugehen, da natürlich auch kostspieligere Therapieansätze entsprechend positiv bewertet werden können.

Ausbildung

Eine große Herausforderung ist sowohl im klinischen als auch im niedergelassenen Bereich die Ausbildung des (unfall)chirurgischen Nachwuchses. Gegenwärtig werden insbesondere Berufsanfänger (AiP) äußerst schlecht honoriert. Hinzu kommen eine hierarchische Klinikstruktur mit Übernahme von arzt-fremden Verwaltungsleistungen, ein Mangel an festen Ausbildungsplänen und eine zunehmende Spezialisierung bereits zu Beginn der Ausbildung. Somit kann es insbesondere am Anfang der Ausbildung zu Überforderungen im fachgebietsübergreifenden Notdienst kommen. In Zukunft muss die Ausbildung daher durch alle chirurgischen Versorgungsstufen gehen. Eine lohnende Ergänzung wäre auch die Einbeziehung der ambulant tätigen Chirurgen (analog der Ausbildung in Allgemeinmedizin) in die fachärztliche Weiterbildung.

Sicherlich stellt auch in Zukunft die selbstständige Tätigkeit als niedergelassener Facharzt mit einer eigenverantwortlichen Tätigkeit im engen Patientenkontakt bei allen wirtschaftlichen Risiken eine lohnende berufliche Perspektive dar.

Neue Strukturen

Kooperationen von mehreren Ärzten
Hier bestehen erhebliche Synergieeffekte: Beim Zusammenschluss mehrerer ambulant tätiger Fachärzte zu einer Gemeinschaftspraxis können wirtschaftliche Risiken vermindert bzw. verteilt werden. Alle Partner profitieren von Fortbildungen und kollegialem Meinungs- und Wissensaustausch, Sprechstunden und

Trauma Berufskrankh 2004 · 6 [Suppl 2] : S217–S220
DOI 10.1007/s10039-003-0748-6
© Springer-Verlag 2003

M. Folk

Unfallchirurgie – Chancen, Herausforderungen und Risiken in der Zukunft aus Sicht des niedergelassenen Chirurgen

Zusammenfassung

Die ambulante Unfallchirurgie hat trotz politischer Einflussnahme in einem modernen Gesundheitswesen eine Zukunft. Durch die verkürzten Liegezeiten mit Einführung der DRG wächst die Bedeutung der niedergelassenen Chirurgen. Eine kompetente Behandlung auf ambulanter Ebene wird von Patienten gewünscht und spart Kosten (LECL). Das ambulante Operieren wird in allen Altersgruppen an Bedeutung gewinnen. Neue Diagnostik- und Therapieverfahren müssen kritischer geprüft werden. Hier kommt der evidenzbasierten Medizin große Bedeutung zu. Die

ambulante Facharztztätigkeit muss in der Berufsausbildung stärker berücksichtigt werden und stellt eine Berufsalternative dar. Kritisch wird der zunehmende Kosten- und Honorardruck gesehen. Das BG-Modell stellt eine Lösungsmöglichkeit dar.

Schlüsselwörter

DRG · Kostenersparnis durch LECL · Evidenzbasierte Medizin · Chirurgische Weiterbildung · Berufschancen

Trauma surgery – future opportunities, challenges and risks as seen by a surgeon in private practice

Abstract

There is a future for trauma surgery outside the hospital environment in a modern healthcare system, despite attempts to bring political influence to bear. The shorter periods of subsequent bed rest with the introduction of the diagnosis-related groups (DRG) has made the work of surgeons in private practice increasingly significant. Competent treatment outside the hospital is what patients want, and it saves on costs (lowest effective care level; LECL). Performance of surgical operations outside the hospital setting will become increasingly significant for patients in all age groups. New methods of diagnosis and treatment must be subjected to more rigorous testing. In this context a high level

of importance attaches to evidence-based medicine. The performance of surgery outside hospitals must be given greater emphasis in professional training courses, and specialising in such operations must be a real professional option. The authors take a critical look at the increasing pressure to reduce costs and fees. The model proposed by the employers' liability insurance association is one possible solution.

Keywords

DRG · Cost saving through lowest effective care level (LECL) · Evidence-based medicine · Further training in surgery · Professional opportunities

Personaleinsatz können flexibel gehandhabt, das diagnostische und therapeutische Spektrum ergänzt werden.

Für die Unfallchirurgie bietet sich dabei die Kooperation mit der Orthopädie an, die faktisch im ambulanten Krankengut zum Großteil bereits vollzogen ist. Insbesondere sind meiner Erfahrung nach komplexe Beschwerdemuster wie „Beinschmerz“ (arteriell, venös, degenerativ) oder auch „Leistenschmerz“ (Hüfte ISG, Hernie) im kollegialen Verbund zwischen Chirurgen und Orthopäden sehr kompetent und patientenfreundlich zu diagnostizieren und zu therapieren.

Integrierte Versorgung

Die Bedeutung der „integrierten Versorgung“ wird zurzeit wohl überschätzt. Zum einen ist sie im Rahmen der ermächtigten Krankenhausärzte (etwa 1800 Krankenhauschirurgen bundesweit), des Belegarztwesens und der prä- und poststationären Behandlung von Krankenhauspatienten durch das Krankenhaus bereits vorhanden. Zum anderen sind der Kooperation allein aus Standortgründen (z. B. große Entfernung zum Krankenhaus) enge Grenzen gesetzt. Die gemeinsame Nutzung von Klinikeinrichtungen ist für ortsansässige Chirurgen interessant und wird auch jetzt schon genutzt (z. B. ambulantes Operieren). Die gemeinsame Betreuung von kritischen Patienten wird auch jetzt kollegial geregelt. Im BG-Heilverfahren sind solche „integrierte Modelle“ gängige Praxis.

Ob eine Kostenersparnis durch gesetzlich verordnete Integrationsmodelle erzielt werden kann, ist ohnehin sehr umstritten.

Gesundheitsnetze

Der zunächst euphorisch gefeierte „Netzgedanke“ ist zwischenzeitlich zum Großteil einer gewissen Ernüchterung gewichen. So belasten hohe Einrichtungs- und Organisationskosten die Wirtschaftlichkeit solcher Einrichtungen. Außerdem haben entsprechende Ausschluss- bzw. Einschlusskriterien für Patienten, Ärzte und Kliniken zu ungelösten Problemen in der Patientenversorgung geführt. Sinnvoll sind solche Netze nur bei Defiziten in kollegialer Kommunikation und Zusammenarbeit und führen zu einer Zeit raubenden Überreglementierung.

Zertifizierung

Ähnlich wie obige Modelle produziert eine Praxiszertifizierung Kosten, die in der Patientenversorgung fehlen. Bereits jetzt erfolgen „Zertifizierungen“ durch KV (z. B. in Strukturverträgen ambulantes Operieren), Gewerbeaufsichtsamt, Gesundheitsamt, MedGV, TÜV, Berufsgenossenschaften usw.

Das „Alles-oder-Nichts-Prinzip“ ist problematisch, die Kriterien zur Zertifizierung obendrein umstritten, verschiedene Standards werden propagiert.

Derzeit nutzt die Zertifizierung hauptsächlich den zertifizierenden Instituten, ein Nutzen für das allgemeine Gesundheitswesen ist m. E. derzeit nicht ersichtlich.

Risiken

Kostendruck

Zum Kostendruck in einer chirurgischen Praxis tragen natürlich die Personalkosten bei (Lohnsteigerungen, Lohnnebenkosten, Inflation). Daneben werden standortbedingte Mehrkosten (z. B. Ballungsräume) bisher nicht berücksichtigt.

Problematisch sind zudem „juristische Forderungen“ für bestimmte Therapiemaßnahmen, die oft nur durch einseitige Studien der Industrie begründet werden. Hier sind insbesondere die gutachterlich tätigen Kollegen gefordert, bei Forderung an bestimmte Maßnahmen das entsprechende Augenmaß walten zu lassen.

Schließlich müssen wir uns auch mit unseren Patienten auseinandersetzen, um entsprechenden Wünschen nach bestimmten Medikamenten und Therapieverfahren („me too“) zu begegnen.

Das größte, ärgerlichste und unnötigste Problem ist aber der überbordende Verwaltungsaufwand. Betriebswirtschaftlich ist ein Zurückdrängen der Bürokratie eine absolute Notwendigkeit. Freie Gelder können hier in sinnvolle Bereiche umgeleitet werden.

Honorardruck

Alle Kassenärzte sind den gesetzlichen Vorgaben bei GKV-Versicherten unterworfen. Es werden Nullrunden bei steigenden Kosten gesetzlich verordnet, es

bestehen eine nicht kostendeckende Vergütung ambulanter Operationen und eine Gebührenordnung, die die volkswirtschaftliche und gesellschaftliche Verantwortung sowie den hohen Ausbildungsstand und Investitionsaufwand in keiner Weise widerspiegelt.

Als kleine Fachgruppe werden die Chirurgen in entsprechenden Gremien nur unzureichend repräsentiert, sodass das chirurgische Einkommen aus kas-senärztlicher Tätigkeit an letzter Stelle aller Fachgruppen steht. Zudem sind chirurgische Interessensvertretungen uneins, teilweise sind Doppel- und Dreifachstrukturen vorhanden.

Lösungsmöglichkeiten

- Sowohl Ärzte als auch Patienten müssen ein Kostenbewusstsein entwickeln, um sinnvolle Therapien ausreichend bezahlbar zu machen und überflüssige Kosten zu vermeiden. Dabei muss das Verursacherprinzip gelten, d. h. eine (sozial abgestimmte) Patientenbeteiligung ist ebenso notwendig wie ein wirtschaftlicher Erfolg des Arztes durch ökonomisches Verhalten.
- Die Honorierung sollte bei chirurgischen Leistungen nach dem Beispiel der Berufsgenossenschaften erfolgen, auch eine entsprechende Steuerung der Krankheitsbilder nach BG-Vorbild wäre denkbar, für ambulante Operationen kommen DRG in Frage.
- Eine Solidarität aller beteiligten Chirurgen, Unfallchirurgen und Orthopäden in Klinik und Praxis ist unumgänglich, um entsprechende Verhandlungspositionen bei Gesetzgebern und Krankenkassen durchzusetzen

Korrespondierender Autor

Dr. M. Folk

Bahnhofstraße 25, 85570 Markt Schwaben,
E-Mail: Dr.Folk@t-online.de

Literatur

1. Arnold M, Litsch M, Schwarz F (2000) Krankenhaus-Report 2000. Schwerpunkt: Vergütungsreform mit DRGs. Schattauer, Stuttgart
2. Sackett DL (1997) Was ist Evidenz-basierte Medizin und was nicht? MMW Münch Med Wochenschr 139: 644–645
3. Willburger R, Knorth H (2003) Osteoporose der Wirbelsäule: Therapieoption und Präventionsstrategien. Dtsch Arztebl 100: A1120–1131