

BVOU-Chef Flechtenmacher im Interview

"Die heutige Bedarfsplanung bildet die Realität nicht ab"

Zeitnahe Termine bei Orthopäden stehen weit oben auf der Wunschliste der Patienten – das zeigen zumindest die ersten Auswertungen der Terminservicestellen. Wie ist es um die Versorgungsdichte in dieser Fachgruppe bestellt? Wie sind Kooperationsmodelle und Honorarsituation zu beurteilen? Der änd unterhielt sich mit Dr. Johannes Flechtenmacher, Präsident des Berufsverbands für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU).



Flechtenmacher: "Der BVOU hat seine Hausaufgaben in Bezug auf die neue GOÄ gemacht."
© BVOU

Herr Dr. Flechtenmacher, wenn in den Medien über Ärztemangel berichtet wird, steht oft eher die hausärztliche Versorgung im Fokus. Doch wie ist die Versorgungslage im Moment in Ihrer Fachgruppe?

Diese Frage ist nicht so einfach zu beantworten. Über Wartezeiten bei niedergelassenen Orthopäden und Unfallchirurgen wird regelmäßig geklagt. Und dass, obwohl das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) im Ärzteatlas gerade wieder behauptet hat, dass es bundesweit fast 40 Prozent mehr Orthopäden und Unfallchirurgen gäbe als nach der Bedarfsplanung vorgesehen – aus Sicht der Kassen also viel zu viele. Die heutige Bedarfsplanung bildet meiner Meinung nach aber die Realität nicht ab. Über die Bedürfnisse einer Bevölkerung, die immer älter wird, aber auch immer bewegungsärmer, könnte man lange diskutieren.

Gehen wir noch weiter ins Detail: Sehen Sie gefährliche weiße Flecken auf der Landkarte – oder gibt es kaum Defizite in der orthopädischen Versorgung?

Die KBV hat auf jeden Fall in einer Bilanz nach 100 Tagen Terminservicestellen festgestellt, dass die meisten Termine bei Internisten, Nervenärzten, Radiologen und dann schon bei Orthopäden vermittelt wurden. Und natürlich gibt es regionale Unterschiede in der Dichte der Versorgung, auch in meiner Fachgruppe. Aber was ist tolerierbar, und was nicht mehr?

Ich bin überzeugt, dass wir auf keinen Fall weniger Orthopädinnen und Orthopäden in der Versorgung brauchen. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) hat vor kurzem ausgerechnet, dass der ambulante Bedarf für meine Fachgruppe bis 2035 in vielen Teilen Deutschlands noch steigen wird. Mehr ältere Patienten, das heißt ja auch: Man braucht mehr Zeit für jeden. Wir reden da ja noch gar nicht über die zunehmende Zahl an Dementen, auf die wir anders eingehen müssen. Auch viele meiner geistig fitten Patienten haben mehrere Erkrankungen. Wenn sie beispielsweise unter Arthrose leiden, kann ich ihnen nicht einfach empfehlen, sie sollten bei starken Schmerzen mal ein frei verkäufliches Schmerzmittel nehmen. Ich muss dann schon genauer prüfen, was ich angesichts ihrer sonstigen Erkrankungen und ihrer anderen Medikamente raten kann – und was nicht.

Wie beurteilen Sie die Nachwuchssituation?

Meine Kolleginnen und Kollegen haben zwar teilweise den Eindruck, dass die Motivation des Nachwuchses, sich uneingeschränkt für den Beruf zu engagieren, nicht so hoch ist wie früher bei ihnen selbst. Aber viele haben, gerade wegen der Diskussion um den hausärztlichen Nachwuchs, auch den Eindruck, dass es im Bereich Orthopädie und Unfallchirurgie kein signifikantes Nachwuchsproblem gibt.

Wenn man sich die Facharztanerkennungen im Bereich Orthopädie und Unfallchirurgie in den letzten 15 Jahren anschaut, dann sieht man auch, dass O und U immer noch ein sehr attraktives Fach ist. Dennoch diskutieren besonders die Kolleginnen und Kollegen im Jungen Forum O & U über mögliche Vorbehalte. Das Junge Forum ist unsere Interessenvertretung von Medizinstudierenden, Weiterbildungsassistenten, Fachärzten sowie jungen Oberärzten im Fach Orthopädie und Unfallchirurgie, ein gemeinsames Gremium von Berufsverband und Fachgesellschaft.

Der Leiter des Jungen Forums, Dr. Manuel Mutschler, hat neulich darauf hingewiesen, dass unser Fach aus der Sicht des Nachwuchses mit drei Nachteilen belastet ist: Dass es immer noch eine steile Hierarchie gibt, eine sehr hohe Arbeitsbelastung und eine geringe Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Alles stimmt nur zum Teil. Ich finde, unser Fach macht vor allem Spaß, wir tun etwas Sinnvolles und können Patienten helfen. Das motiviert einen im Berufsalltag.

Darauf weisen wir regelmäßig auch in den Summer Schools hin. Das sind Veranstaltungen, für die sich vor allem die Kolleginnen und Kollegen der Fachgesellschaft stark engagieren und bei denen junge Ärztinnen und Ärzte in unser Fach hineinschnuppern können. Erfolgreich, wie eine Studie des Jungen Forums gezeigt hat: Viele Teilnehmer haben sich nach einer Summer School für O und U entschieden.

Ist die Niederlassung in einer orthopädischen Praxis für die jungen Kollegen noch erstrebenswert?

Ich finde ja.

Sie arbeiten selbst in einer größeren Gemeinschaftspraxis. Sehen Sie das Ende der Einzelpraxis kommen? Liegt die Zukunft der ambulanten orthopädischen Versorgung eventuell im MVZ?

Sowohl die Einzelpraxis wie auch die Gemeinschaftspraxis haben Vorteile. In der Einzelpraxis hat man als Praxisinhaber das alleinige Entscheidungsrecht. Da geht manches leicht und schnell. Auf der anderen Seite muss man sich um alle administrativen Angelegenheiten selbst kümmern oder deren Ausführung stets allein kontrollieren. Und in der Regel hat man kein Korrektiv fürs eigene Handeln, niemanden, der administrativ oder fachlich mit einem auf Augenhöhe ist.

Weil niedergelassene Orthopäden wie viele andere Ärzte auch Individualisten sind, neigen nicht alle zu einer Gemeinschaftspraxis. Da müssen nicht nur Leistungsfähigkeit und Leistungswilligkeit übereinstimmen, sondern auch die Kommunikation mit den Partnern muss gut sein. Sonst funktioniert eine Gemeinschaftspraxis nicht.

Es muss einem außerdem klar sein, dass in einer größeren Praxis die Identifikation mit der eigenen Arbeit kleiner ist als in einer Einzelpraxis und man vielleicht auch nicht mehr alle administrativen und betriebswirtschaftlichen Zusammenhänge bis ins Detail versteht. Und größer heißt auch nicht zwangsläufig erfolgreicher. Eine Gemeinschaftspraxis ist zudem keine beschützende Werkstatt für Kollegen, welche den Arbeitsaufwand und die administrativen Herausforderungen einer Einzelpraxis meiden wollen. Wenn aber die Parameter stimmen, ist eine Gemeinschaftspraxis absolut sinnvoll. Ich glaube, die Zukunft gehört mittelgroßen Praxisstrukturen.

Politiker reden stets gerne von einer besseren „Verzahnung der Sektoren“. Sehen Sie Möglichkeiten, die Kooperationen zwischen stationärem und ambulantem Bereich in Ihrem Fachgebiet zu optimieren?

Auf jeden Fall. Die starke Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ist eine deutsche Eigenart. Aber ihre Zeit läuft ab. Wenn wir die Vielfalt des Faches Orthopädie und Unfallchirurgie erhalten wollen, seine ganzen Facetten, dann müssen wir dafür Sorge tragen, dass unser Nachwuchs diese Vielfalt kennt und grundsätzlich beherrscht. Die Fortschritte im operativen Bereich sind enorm und helfen uns bei der Bewältigung der Probleme einer alternden Bevölkerung. Aber die Orthopädie bietet auch viel im rein konservativen Bereich. Die muskulo-skelettalen Probleme unserer Patienten lassen sich nicht allein mit Messer und Säge lösen.

An Kliniken findet eine konservative Weiterbildung jedoch kaum noch statt, auch weil diese Versorgungsform den Krankenhäusern nicht ausreichend vergütet wird. Wir müssen deshalb dazu kommen, die Weiterbildung im ambulanten Bereich auszubauen – im Sinne des Nachwuchses und im Sinne unserer Patienten.

Die Bundesärztekammer arbeitet derzeit an einer neuen GOÄ. Wie stehen Sie zur bisherigen Arbeit der BÄK an dem Regelwerk – und welche Wünsche haben Sie für die Zukunft?

Der BVOU hat seine Hausaufgaben in Bezug auf die neue GOÄ in einem Team aus mehreren Kollegen und in Absprache auch mit fachnahen Verbänden gemacht. Das hat sehr viel Arbeit gekostet, wofür ich mich bei allen bedanke, insbesondere bei Prof. Dr. Karl-Dieter Heller. Die Systematik steht. Nun geht es ums Geld, und darüber wurde noch nicht abschließend gesprochen. Erst wenn hier die Verhandlungsergebnisse bekannt sind, kann ich ein Urteil zur neuen GOÄ abgeben. Mein Wunsch für die Zukunft ist eindeutig: Die PKV muss erhalten bleiben, und die Honorare müssen steigen. Alles andere wäre eine Katastrophe

Welche Forderungen haben Sie an die KBV, wenn die Weiterentwicklung des EBM ansteht?

Die Weiterentwicklung findet in der Regel mit der Einschränkung namens Kostenneutralität statt. Das heißt in der Praxis: Ärzte und Medizinische Fachangestellte müssen neue Abrechnungsziffern lernen, Kurse dazu besuchen, Ratgeber kaufen, die Kosten der Softwarehäuser für geänderte Praxisverwaltungssoftware begleichen. Eine EBM-Weiterentwicklung produziert also Kosten, die KVen können ihre Daseinsberechtigung darstellen – und am Ende kommt an Honorar kaum mehr heraus. Wollen wir das weiterhin?

Eine Weiterentwicklung des EBM sollte doch vor allem die Versorgungsrealität widerspiegeln und zur Verbesserung der Patientenversorgung führen. Für das Fach Orthopädie war das in den letzten Jahren leider nicht der Fall. In Nordbaden, in der Region, in der ich arbeite, entspricht der Fallwert dem von 1985. In den meisten anderen Regionen ist es ähnlich. Wenn man die Inflation berücksichtigt, hat sich der Wert unserer Arbeit de facto halbiert.

Ich glaube, es ist an der Zeit, den Konsens mit den anderen Arztgruppen zu suchen über eine Erhöhung der Honorierung orthopädischer und chirurgischer Leistungen. Unsere Vorschläge für einen überarbeiteten EBM haben wir zusammen mit den chirurgischen Kollegen im Team formuliert und mit der KBV konsentiert. Nun hoffen wir bei aller Skepsis in Bezug auf EBM-Reformen auf Verbesserungen.

Könnten Selektivverträge die Honorar- und Versorgungssituation in der Orthopädie verbessern? Wie stehen Sie zu dem Thema?

Ich befürworte Selektivverträge. Ärzte müssen das Heft des Handelns wieder stärker in die Hand nehmen, das heißt, Patientenversorgung strukturell mitorganisieren. Selektivverträge bieten hierzu Möglichkeiten. In Baden-Württemberg haben wir Orthopäden nach langen Verhandlungen einen Selektivvertrag mit der AOK Baden-Württemberg und Medi auf den Weg gebracht.

Der Vertrag sieht unter anderem eine enge Abstimmung mit den Hausärzten vor, mehr Beratungszeit für die Patienten, eine ganzheitliche biopsychosoziale Behandlung. Für solche Selektivverträge braucht man jedoch Partner mit Visionen, einem ähnlichen Verständnis von Versorgungsrealität und außerdem mit einer guten Organisationsstruktur. Kürzlich konnten wir nachweisen, dass die Zufriedenheit der eingeschriebenen Patienten hoch ist. Außerdem beträgt das Honorarplus für uns Orthopäden mehr als 30 Prozent. Beides kann uns nur recht sein.

23.01.2017 15:27:02, Autor: js, © änd Ärztenachrichtendienst Verlags-AG

Quelle: <https://www.aend.de/article/175185>