

Verzahnung ambulant/ stationär einschließlich der ambulanten Notfallversorgung

HANS-FRIEDRICH SPIES

Dr. med. Hans-Friedrich Spies ist Präsident des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V. (BDI) in Wiesbaden

Der Autor hat seit 1979 überwiegend als Belegarzt an der Grenze ambulant/stationär gearbeitet. Nicht nur vertragsärztlich, sondern auch als ärztlicher Direktor eines rein belegärztlich geführten Krankenhauses. Die tägliche Arbeit wird durch nahezu unüberwindbare ordnungspolitische Hindernisse erschwert, obwohl der Gesetzgeber immer wieder betont, dass er die belegärztliche Struktur an der Grenze ambulant/stationär fördern will. Seine gesetzlichen Vorgaben bewirken aber das Gegenteil. Die sektorale Trennung unseres Gesundheitswesens hat eine hohe ordnungspolitische Bedeutung. Die einnahmeorientierte Ausgabenpolitik lässt sich nur durch Budgetierungsansätze umsetzen. Dies wird mit der Einführung von Sektoren wesentlich erleichtert. Insofern hat allein der Gesetzgeber in Deutschland die sektorale Trennung verursacht.

Die Sektorengrenze ambulant/stationär ist aus ärztlicher und medizinischer Sicht kontraproduktiv. Sie bildet die moderne Versorgungsrealität nicht mehr ab und ist in einer Zeit entstanden, in der man die Leistungen noch eindeutig der ambulanten oder der stationären Versorgung zuordnen konnte. Durch den Fortschritt der Medizin wird die Zahl der Behandlungen und Eingriffe immer größer, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können. Dabei bestimmt allein der Zustand des betroffenen Patienten, ob er der stationären Behandlung bedarf oder nach dem Eingriff wieder entlassen werden kann. Auch sind manche Eingriffe von Anfang an ambulant zu planen, benötigen aber nur noch ein Backup durch eine

stationäre Behandlungsmöglichkeit. Damit wird die medizinische Grauzone an der Grenze ambulant/stationär immer größer.

Die Politik hat dies erkannt und zahlreiche gesetzliche Regelungen neben dem Belegarztsystem und der vertragsärztlichen Ermächtigung beschlossen. Alle Versuche über die §§ 115 und 116 im Sozialgesetzbuch V sind mehr oder weniger gescheitert und haben das Ziel der Auflösung oder Lockerung der Sektoren-grenze nicht erreicht.

Grund sind die unterschiedlichen ordnungspolitischen Ansätze in den Sektoren. Im Vordergrund steht hier das Leistungsrecht. Es gilt der Erlaubnisvorbehalt für die ambulante Schiene und der Verbotsvorbehalt für die stati-

onäre Behandlung. Ambulant gilt der erweiterte Bewertungsmaßstab (EBM). Es handelt sich dabei um einen sehr starren Leistungskatalog, der durch Innovationen kaum erweitert wird. Dem gegenüber ist das DRG-System in der stationären Versorgung flexibel. Hier ist alles erlaubt, was nicht ausdrücklich vom Gemeinsamen Bundesausschuss verboten wurde. Deshalb können in den Krankenhausleistungen Innovationen sehr schnell abgebildet werden. Folge davon ist eine immer größer werdende Differenz im Leistungskatalog bei der ambulanten und stationären Versorgung. Dies macht sich besonders im Belegarztsystem negativ bemerkbar. Während das belegärztlich geführte Krankenhaus über DRGs abrechnen kann, findet der Belegarzt im EBM dazu keine ärztliche Vergütung. Um konkurrenzfähig zu bleiben, müssen belegärztlich geführte Krankenhäuser sich deshalb zunehmend in Hauptabteilungen umwandeln.

Die Unterschiede in der ambulanten und stationären Versorgung beschränken sich ordnungspolitisch nicht allein auf das Leistungsrecht. Auch die Qualitätssicherungssysteme sind unterschiedlich geregelt. Im Bundesmantelvertrag handeln die Krankenkassen mit der Kassenärztlichen Vereinigung die Vorgaben aus, während die für den stationären Aufenthalt gültigen Qualitätsvorschriften von Kassenärztlicher Vereinigung, Krankenkasse und Deutscher Krankenhausgesellschaft definiert werden. Auch die Planungshoheit im ambulanten und stationären Bereich ist nicht identisch. Sie liegt bei den Krankenhäusern bei den Ländern. Die Bedarfsplanung der vertragsärztlichen Versorgung ist Sache des Bundes. Positive Ansätze von Seiten des Gesetzgebers mit einheitlicher Einführung des Verbotsvorbehaltes findet man bei den Selektivverträgen nach § 140 und in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116 b. Leider werden diese beiden Ansätze in der Praxis kaum genutzt. Da das Kollektivvertragssystem für die Kostenträger ausgesprochen bequem ist, findet man nur sehr selten Vertragspartner für sektorenübergreifende Selektivverträge. Der sehr gute Ansatz des § 116 b neu wird von der Selbstverwaltung durch eine kaum zu überbietende Bürokratisierung ersticket.

Im Übrigen wäre schon die Selbstverwaltung durchaus in der Lage, das

Problem Verbots- vs. Erlaubnisvorbehalt bei der belegärztlichen Versorgung zu lösen. Das Vergütungskapitel für belegärztliche Leistungen müsste nur nach dem Verbotsvorbehalt gestaltet werden, in dem man die Honorierung an den jeweils gültigen DRG-Katalog anpasst. Leider wird dies von Kostenträgerseite abgelehnt, da man eine Ausweitung des Verbotsvorbehaltes im System scheut. Die Berufsverbände haben deshalb an den Gesetzgeber appelliert, eine entsprechende Vorgabe gesetzlich zu regeln.

Am Beispiel des Belegarztes lassen sich die Defizite am besten darstellen. Grundsätzlich geht es aber um alle sektorübergreifenden Leistungen, angefangen vom ambulanten Operieren bis hin zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung. Dem Gesetzgeber wird deshalb in der nächsten Legislaturperiode empfohlen, die sektorübergreifenden Leistungen in Gänze neu zu ordnen und eine einheitliche Vergütungsstruktur einzuführen, nach dem Ansatz gleicher Preis bei gleicher Leistung und gleicher Qualität. Es ist zu überlegen, ob man trotz aller Schwächen das Fallpauschalensystem als Grundlage für die dazu notwendigen Kalkulationen übernimmt. Damit würden Anreize gesetzt, auch in Krankenhäusern Teile der stationären Versorgung mehr in den ambulanten Bereich zu verlagern.

Es ist damit zu rechnen, dass eine solche Regelung offene und verdeckte Widerstände auslösen wird. Die Bundesländer werden ihre Kompetenz der Krankenhausplanung eingeschränkt sehen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen definieren sich über die Sektor ambulante Versorgung und werden eine Reduktion ihres zur Verfügung stehenden Budgets befürchten. Die deutsche Krankenhausgesellschaft wird schon allein wegen der lukrativen Vergütung stationärer Fälle ebenfalls zurückhaltend sein.

Der Gesetzgeber wird um eine Neuregelung an der Grenze ambulant/stationär aber schon deshalb nicht herumkommen, weil die sattsam bekannten Mängel in der ambulanten Notfallversorgung nur sektorübergreifend gelöst werden können. Wo liegen hier die Defizite? In der ambulanten Versorgungsebene können Notfälle grundsätzlich in

den Praxen und durch Organisationsstrukturen der Kassenärztlichen Vereinigung auch außerhalb der Praxiszeiten geregelt werden. Insbesondere in den Ballungszentren dominiert aber die Bestellpraxis. Begünstigt wird dies noch durch die bis in die Praxen reichende Budgetierung mit stringenten Vorgaben für eine Fallzahl mit bestimmten Fallwerten. Jeder zusätzlich versorgte Patient kostet deshalb der Praxis nur Geld, das Honorar reicht nicht aus, um die Kosten zu decken.

Diese leistungsfeindliche Regelung macht sich besonders bei der Notfallversorgung bemerkbar. Die Patienten haben größte Schwierigkeiten, in den Praxen Termine in einem angemessenen Zeitraum zu erhalten. Die Notfallversorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten ist in Deutschland regional unterschiedlich geregelt und zum Teil der Bevölkerung nicht ausreichend bekannt. Trotz dieser erkennbaren Schwierigkeiten reklamiert die Kassenärztliche Vereinigung unverändert den ambulanten Sicherstellungsauftrag auch für die Notfallversorgung, schon um ihr Budget zu retten.

Der Gesetzgeber wird um eine Neuregelung auch deshalb nicht herumkommen, weil die Mängel in der ambulanten Notfallversorgung nur sektorübergreifend gelöst werden können.

Im Krankenhaus mischen sich die ambulanten und stationären Notfälle. Erst nach einem Erstkontakt kann entschieden werden, ob ein Patient stationär oder ambulant behandelt wird. Eine ausreichende Abklärung ist mit der Vergütung in der Kassenärztlichen Vereinigung fast unmöglich. Bei Verdacht auf apoplektischen Insult ist in der Regel eine Bildgebung mit einem Schnittbildverfahren notwendig, das aber ambulant aus Kostengründen nicht abgebildet werden kann. In Folge dessen wird der Patient stationär aufgenommen, auch wenn er nach dieser Untersuchung hätte entlassen werden können. Nur über die günstige Vergütung der stationären Leistungen kann er versorgt

werden. Damit werden die Notfälle in den Krankenhausambulanzen auch zu einer Art Akquiseveranstaltung für stationäre Fälle.

Aber auch das Verhalten des Patienten spielt eine Rolle, wenn nicht sogar die entscheidende. Der deutsche Patient hat kein Kostenbewusstsein für Gesundheitsleistungen. Es ist deshalb nicht erstaunlich, dass er auch in Notfallsituationen immer die schnellste und aus seiner Sicht sicherste Lösung sucht. Die glaubt er in der Krankenhausambulanz zu finden. Es gibt auch aber zunehmend Patienten, die die Notfallambulanzen deshalb aufsuchen, um systembedingte Wartezeiten zu unterlaufen.

Eine organisatorische Reform der Notfallversorgung sollte auf den Erfahrungen der Praxis aufbauen. Ein Patient sucht eine Notfallambulanz auf. Dort muss zunächst entschieden werden, ob es sich um einen tatsächlichen oder vermeintlichen Notfall handelt. Bestätigt sich der Verdacht, müssen diagnostische Maßnahmen durchgeführt werden, die klären, ob der Patient ambulant oder stationär behandelt werden muss. Am besten lässt sich dies über Notfallpraxen in enger Verbindung mit Krankenhäusern regeln. Dabei muss aber auch eine ausreichende Vergütung für die ambulante Abklärung der Fälle und für die Vorhaltekosten gefunden werden. Solche Praxen müssen auch in der Lage sein, Hausbesuche durchzuführen.

Dies sind nur Gedankenansätze, wie man das Problem, das einem Gordischen Knoten ähnlich ist, lösen könnte. Entscheidend ist die Erkenntnis, dass nur eine sektorenübergreifende Regelung die Versorgungsdefizite beseitigen kann. Insofern gehört auch die Neuordnung der Notfallversorgung zum Regelkreis ambulant/stationär. Ein weiterer Ansatz wäre eine Lösung über Selektivverträge nach § 140 a, die dann aber vom Gesetzgeber verpflichtend für die Kassen vorgeschrieben werden müssen. ■

Aus der Reihe Gesellschaft – Technik – Umwelt

Herausgegeben vom Institut für Technikfolgenabschätzung und Systemanalyse (ITAS) am KIT Karlsruhe und Prof. Dr. Armin Grunwald



„Grand Challenges“ meistern

Der Beitrag der Technikfolgenabschätzung

Herausgegeben von Prof. Dr. Michael

Decker, Dr. Ralf Lindner, Dr. Stephan

Lingner, Constanze Scherz und

PD Dr. Mahshid Sotoudeh

2017, Bd. 20, ca. 400 S., brosch., ca. 27,90 €

ISBN 978-3-8487-4057-4

eISBN 978-3-8452-8356-2

Erscheint ca. Dezember 2017

nomos-shop.de/29519



Experimentelle Gesellschaft

Das Experiment als wissenschaftliches Dispositiv

Herausgegeben von PD Dr. Stefan Böschen,

Prof. Dr. Matthias Groß und

Prof. Dr. Wolfgang Krohn

2017, Bd. 19, ca. 362 S., brosch., ca. 27,90 €

ISBN 978-3-8487-4282-0

eISBN 978-3-8452-8545-0

Erscheint ca. September 2017

nomos-shop.de/30063



Unser Wissenschaftsprogramm ist auch online verfügbar
[unter: www.nomos-elibrary.de](http://www.nomos-elibrary.de)

Portofreie Buch-Bestellungen unter
www.nomos-shop.de
Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer



Nomos