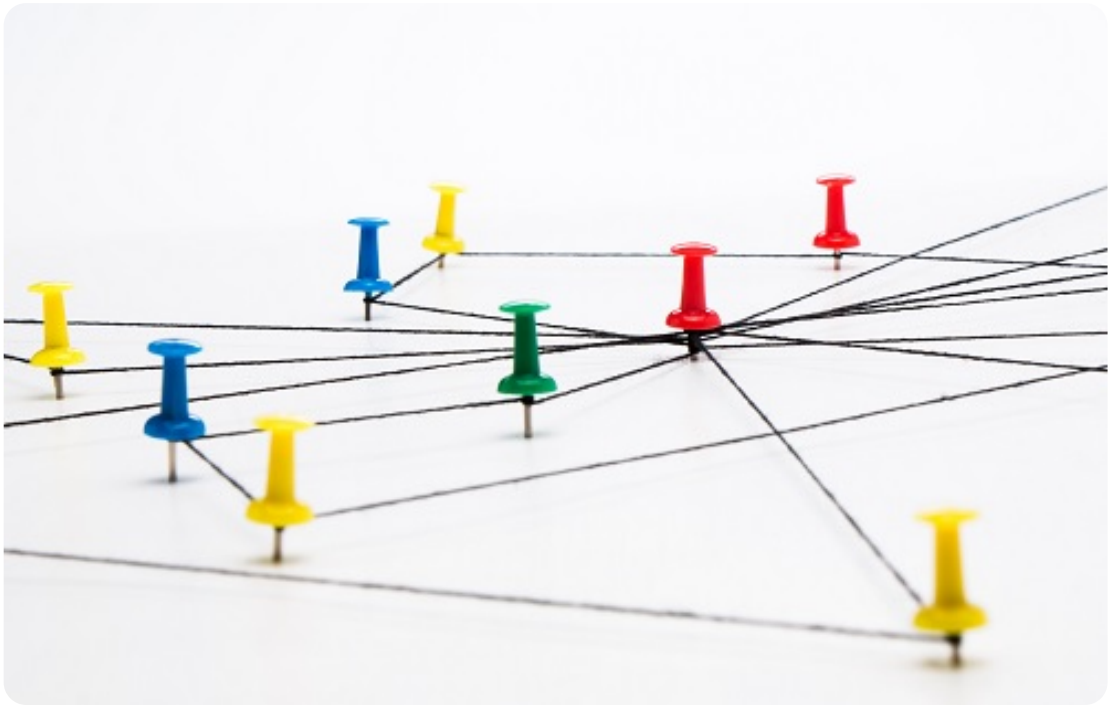
POLITIK 01.03.2020

Intersektorale Versorgung – Zukunftskonzepte unter Berücksichtigung der Rolle der Chirurgie



Die Überwindung der Sektorengrenzen ist eine der großen Herausforderungen im deutschen Gesundheitswesen – und wäre gleichzeitig eine Maßnahme zur Lösung oder zumindest Linderung vieler Probleme. Denn die immer noch starke „Versäulung" der medizinischen Versorgung wird dem tatsächlichen Bedarf nicht gerecht.

Wir haben es hier mit mehreren unterschiedlichen Entwicklungen zu tun. Eine ist die Verschiebung des Leistungsgeschehens zwischen den Sektoren. Diverse Studien zeigen, dass immer mehr Leistungen, die früher ausschließlich stationär erbracht wurden, heutzutage ambulant erfolgen (oder erfolgen könnten). Das belegen auch die Zahlen zur Inanspruchnahme: Während die in Anspruch genommene ambulante Versorgungsleistung steigt, sind die Bettenbelegungstage im Krankenhaus rückläufig. Das hat auch Auswirkungen auf die ärztliche Aus- und Weiterbildung. Viele Eingriffe können heutzutage am Krankenhaus nicht gelehrt und gelernt werden, einfach, weil sie dort gar nicht mehr stattfinden.

Im stationären Bereich haben wir es zudem mit zwei parallelen Entwicklungen zu tun: Einerseits liefert sich eine große Zahl an Kliniken mit einem (zu) breiten Leistungsspektrum einen ruinösen und die Qualität beeinträchtigenden Wettbewerb um Personal, Patienten und Ressourcen. Dies gilt insbesondere für Standorte in Ballungszentren. Im ländlichen Raum sind es vor allem kleine Krankenhäuser mit einem begrenzten Angebot, die nicht wirtschaftlich tragfähig und daher von Schließung bedroht sind – und oft nur durch lokalpolitische Beharrungskräfte, entgegen rationaler Erwägungen, am Leben gehalten werden. Statt eine vernünftige Strukturpolitik zu betreiben, wird Geld in Standorte investiert, welche die Leistung und Qualität, die die Menschen zurecht erwarten, gar nicht erbringen können.

Andererseits stellen sowohl die demografische Entwicklung im Sinne der Alters- und Morbiditätsstruktur als auch die sich ändernde räumliche Verteilung der Bevölkerung in Stadt und Land eine Herausforderung für die langfristige wohnortnahe Sicherung der Versorgung dar. Last but not least erfordern der allgemeine Fachkräftemangel und veränderte Ansprüche des medizinischen Nachwuchses (Stichwort Work-Life-Balance) sowie der damit einhergehende Rückgang der insgesamt zur Verfügung stehenden ärztlichen Arbeitszeit einen Ressourceneinsatz mit Augenmaß. Hierbei gelten zwei Grundsätze. Erstens: Die Kapazitäten müssen dem Bedarf angepasst werden, nicht umgekehrt. Zweitens: Das Geld muss der Leistung folgen und darf nicht dazu verwendet werden, Strukturen künstlich am Leben zu erhalten. Die Bündelung von Ressourcen ist das Gebot der Stunde, Kooperation statt wechselseitiger „Kannibalisierung" – besonders angesichts knapper Mittel.

Intersektorale Zusammenarbeit wird durch die zunehmende Ambulantisierung nicht obsolet. Im Gegenteil: Die oben genannten Entwicklungen erfordern die Kooperation in verstärktem Maß. Der Gesetzgeber hat unter dem Schlagwort der intersektoralen Versorgung in den vergangenen Jahren eine ganze Reihe von Möglichkeiten geschaffen – diese beschränken sich jedoch fast ausschließlich auf die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung. In umgekehrter Richtung ist jedoch keine vergleichbare Dynamik feststellbar. Wir haben es hier also mit einem allenfalls „semipermeablen" System zu tun.



Zwar gibt es längst erfolgreiche, beziehungsweise erfolgversprechende Modelle einer intersektoralen Versorgung, wie etwa das Belegarztwesen oder die Idee der Praxiskliniken. Sie leiden jedoch entweder unter unattraktiven Rahmenbedingungen (Belegärzte) oder mangelnden politischen Voraussetzungen für eine großflächige Umsetzung (Praxiskliniken). Die Folgen: Die Zahl der chirurgischen Belegärzte ist im Zeitraum 2008 bis 2017 um 25 Prozent zurückgegangen. Praxiskliniken, die auch Kurzlieger-Patienten aufnehmen können, sind rein quantitativ eher eine Randerscheinung. Ein Grund, warum es solche „Mischformen" in der Versorgungsrealität eher schwer haben, liegt auch darin, dass die eingangs erwähnte Versäulung des Systems ihre Zuordnung erschwert: Wer darf an der Versorgung teilnehmen? Wie sieht der Leistungskatalog aus? Wer hat den Hut auf? Woher kommt das Geld?

In einem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) beauftragten Gutachten hat die Universität Bayreuth das Konzept der Intersektoralen Gesundheitszentren (IGZ) entwickelt. Dabei geht es um die Umwandlung kleiner ländlicher Krankenhausstandorte mit weniger als 200 Betten in Zentren mit einer „erweiterten ambulanten Versorgung". Die IGZ stellen die allgemeinmedizinische, internistische und weitere konservative sowie chirurgische Grundversorgung sicher. Dazu gehört auch eine bettenführende Einheit für Kurzlieger-Patienten. Bei Bedarf können die IGZ erweitert werden, etwa durch Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten, anderen Gesundheitsberufen, Apotheken etc. Ziel ist, eine qualitativ hochwertige Grundversorgung vor Ort zu sichern, Standorte zu erhalten und vorhandene Infrastruktur weiter zu nutzen. Im Gegenzug könnten Kliniken im Umfeld von einer besseren Auslastung profitieren. Sowohl von Seiten der „Leistungserbringer" als auch der Kostenträger gibt es positive Reaktionen auf das Konzept. Allerdings muss auch hier der Gesetzgeber die notwendigen Rahmenbedingungen schaffen. Verträge zur Integrierten Versorgung sind keine dauerhafte Lösung, weil sie Planungsunsicherheit und hohe Transaktionskosten nach sich ziehen. Grundsätzlich bedarf es eines Vergütungssystems, das der Leistungsverschiebung in den ambulanten Bereich gerecht wird, ebenso wie Reformen bei der Zulassung und der Bedarfsplanung.

Wenn es um intersektorale Versorgung geht, so ist die Chirurgie eines der Fächer, in dem sektorenübergreifendes Arbeiten längst zum gelebten Alltag gehört. Die Versorgung findet ambulant und stationär statt sowie in allerlei „Mischformen", etwa durch Beleg-, Honorar- und Konsiliarärztinnen und -ärzte. Eine personelle Trennung ist nicht nachvollziehbar – zumal es ja auch nicht „den" ambulanten Patienten oder „die" stationäre Patientin gibt. Obgleich die Chirurgie also per se ein intersektorales Fach ist, gelten unterschiedliche Regelungen und Vorgaben, je nachdem, wo sie praktiziert wird. Dies gilt etwa für die Vergütung oder die Qualität. Die Chirurgie hat eine starke Innovationskraft, aber auch hohe Anforderungen hinsichtlich Qualität und Hygiene, was wiederum einen hohen Dokumentations- und Kostenaufwand nach sich zieht. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung hat erhoben, dass die vertragsärztlichen Praxen im vergangenen Jahr durchschnittlich 24.287 Euro für Hygienesachkosten aufwenden mussten. Praxen, in denen ambulant operiert wird, geben 53.281 Euro für Hygiene aus. Hinzu kommt der zeitliche Aufwand für das mit den Hygienemaßnahmen beschäftigte Personal. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) wurde jedoch seit 2008 in puncto Hygienekosten nicht weiterentwickelt, obwohl ab 2012 mit neuen Landeshygieneverordnungen erhebliche Aufwände für die Vertragsärzte entstanden sind. Die Kritik des BDC an diesem Zustand nehmen wir sehr ernst. Deshalb haben wir uns als KBV-Vorstand dafür entschieden, bei den Honorarverhandlungen für 2020 die Hygienekosten losgelöst vom EBM zu verhandeln. Die zwingend einzuhaltende Vorgabe der Kostenneutralität wäre mit einer angemessenen Berücksichtigung der Aufwände für Hygiene nicht zu vereinbaren gewesen. Wir werden uns vehement dafür einsetzen, dass die Krankenkassen die Mehrkosten erstatten. Für die Krankenhäuser soll es hierzu finanzielle Hilfen in mittlerer dreistelliger Höhe geben. Da aber der Löwenanteil der Versorgung ambulant stattfindet, muss auch hier der der Patientensicherheit dienende Aufwand finanziert werden. Auch dies ist ein Beispiel dafür, dass im selben Fachgebiet ambulant und stationär mit zweierlei Maß gemessen wird.

Die Strukturen müssen den tatsächlichen Gegebenheiten angepasst werden. So sollte – auch aus den eingangs bereits genannten Gründen, Stichwort Ambulantisierung – die Weiterbildung auch in den chirurgischen Fächern verstärkt im ambulanten Bereich stattfinden. Dies ist notwendig, um das gesamte Tätigkeitsspektrum überhaupt für den Nachwuchs abbilden zu können. Natürlich geht es nicht um eine rein ambulante Weiterbildung, sondern um eine unterschiedliche Schwerpunktsetzung. Nach dem Motto: Gemeinsam wird ein Ganzes draus. Ich habe die Hoffnung, dass die Weiterbildung ein Treiber einer wahrhaft intersektoralen Chirurgie im Sinne einer größeren „Permeabilität" sein kann. Der Nachwuchs verlangt dies ohnehin; Teamarbeit und interprofessionelles Arbeiten gehören für ihn zu den Grundanforderungen an den zukünftigen Beruf. Eine höhere „Durchlässigkeit" der Sektorengrenzen – und zwar in beide Richtungen! – wäre also eine Win-win-Situation für Patienten und Ärzte.

Diesen Beitrag haben wir für die BDC-Jubiläumsausgabe angefragt und freuen uns sehr, dass Herr Dr. Gassen von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Zeit gefunden hat, eine Würdigung zu schreiben.

Gassen A: Intersektorale Versorgung – Zukunftskonzepte unter Berücksichtigung der Rolle der Chirurgie. Passion Chirurgie. 2020 März, 10(03): Artikel 03_06.

Autor:in des Artikels



Andreas Gassen

Vorsitzender des Vorstands
Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin