ARZT UND KRANKENHAUS

1
91 . Jahrgang
Januar/Februar 2018

VLK-Online-Magazin
für Leitende Krankenhausärzte

Foto: © adempercem/fotolia.com

Sektorübergreifende Versorgung – was sonst?

- Vorsicht, Regress!
- Verschärfung der Strukturanforderungen für OPS 8-98f

Integration der Sektoren: Von der Verwaltungs- zur Versorgungswelt

Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Präsident des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V.

Nach nahezu 20 Jahren mehr oder weniger frustaner „Verzahnung der Sektoren“ darf man sich wohl mit einiger Berechtigung fragen: Warum tun wir uns eigentlich mit der Integrierten Versorgung und der Überwindung unserer klassischen Sektorengrenzen so schwer? Die Antwort auf diese Frage ist gar nicht so schwierig: Wir haben schlicht unser Gesundheitssystem nicht integriert, sondern in Sektoren gegliedert aufgebaut. Und weil das nun schon seit vielen Jahrzehnten so läuft, ist es alles andere als einfach, den Tanker zu stoppen und auf anderen Kurs zu bringen.

Tatsächlich wird die Notwendigkeit zu einer Überwindung der Sektorengrenzen bei zunehmendem medizinischen Fortschritt und zunehmender Diversifizierung der Medizin evident. Häufige Wechsel zwischen ambulant und stationär, zwischen Haus- und Facharzt, zwischen medizinischer, rehabilitativer und pflegerischer Betreuung sind die Folge und machen eine Neustrukturierung des Gesundheitssystems im Sinne der Integrierten Versorgung mehr als überfällig.

Unser Gesundheitssystem und seine Funktionäre haben es sich in der „alten“ Sektorenwelt allerdings sehr komfortabel eingerichtet. Nicht etwa der Patient steht im Mittelpunkt, sondern die Bewahrung der bislang geübten „Krankheitsverwaltungs-Routine“, in der sich vor allem die „Hüter der reinen Sektorenwelt“ sehr entspannt zurücklehnen können, weil sie – wie man zugestehen muss – von einer oft ahnungslosen Gesundheitspolitik in ihrer Wagenburgmentalität bestärkt werden. Die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) ist hier jüngster unrühmlicher Beleg dafür, dass es den sektoralen Gralshütern im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nicht überantwortet werden darf, die Mauern ihrer eigenen Sektorentürme zu schleifen.

Mit dem vorliegenden Heft von „Arzt und Krankenhaus“ möchten wir moderne Wege aufzeigen. Wir wollen Ihnen Beispiele und Ansätze zeigen, wie eine integrierte Patientenversorgung mittelfristig aufgebaut werden könnte und welche Schritte dafür zu gehen wären. Die Friedrich-Ebert-Stiftung weist hier mit ihrem konsequent vom Patienten her gedachten Ansatz „Patient first!“ einen diskussionsfähigen Weg.

In ähnliche Richtung weist auch der Sachverständigenrat in seinem Konzeptpapier zur Zukunft der Notfallversorgung in Deutschland. Auch wenn man nicht mit allen dort enthaltenen Lösungsvorschlägen einverstanden sein kann, halten wir das Konzept für ausgewogen und umsetzungsfähig.

Interessant ist vor allem, dass auch der Politik klargeworden zu sein scheint, dass die Notfallversorgung – in echter stationär/ambulanter Parität organisiert – tatsächlich zu einem ersten Test auf dem Weg zu einer umfassenden sektorübergreifenden Versorgung werden kann, in der Ärzte aus dem Krankenhaus und aus der vertragsärztlichen Versorgung gemeinsam und auf Augenhöhe Patienten versorgen.

Mit herzlichem Gruß

Ihr Hans-Fred Weiser

Inhalt

ARZT UND KRANKENHAUS

Das VLK-Online-Magazin für Leitende Krankenhausärzte

Editorial

2 **Integration der Sektoren: Von der Verwaltungs- zur Versorgungswelt**
Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

Titel

Sektorenübergreifend – Was sonst?!

6 **Patient First**
Severin Schmidt

11 **Integriert oder intrigant – für oder gegen den Patienten?**
Dr. Josef Düllings

15 **Gefährliche Schismen im Gesundheitswesen**
Dr. Wolfgang Klitzsch

Berufs- und Gesundheitspolitik

19 **Das steht im Koalitionsvertrag**
Gerd Norden

21 **Mehr privat für alle**
Georg Baum

23 **OPS 8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung**
PD Michael A. Weber

Recht

26 **Vorsicht, Regress**
RA Marc Rumpenhorst

Rubriken

4 **Personen und Hintergründe**
28 **VLK-Zukunftspreis 2018**
29 **Agenda**
20 **Impressum**

Schuld hat die historische Entwicklung
Das Positionspapier der Friedrich-Ebert-Stiftung kommt zu dem Schluss, dass die historische Entwicklung ein Grund dafür ist, warum die strukturellen Vorgaben in den einzelnen Sektoren unterschiedlich ausgestaltet sind, so dass die Schnittstellen und Systembrüche bis heute unüberwindbar erscheinen und das Patientenwohl in den Hintergrund tritt.

Foto: © adempercem/fotolia.com

6

Der Patient beeinflusst die Organisation der Gesundheitsversorgung
Die integrierte Organisation der Gesundheitsversorgung erfolgt wohl nicht primär über die Institutionen, sondern über den Patienten und sein Informationspotential.

Foto: © VectorMachine/fotolia.com

11

Änderung der Honorarordnung bedeutet nicht Ende der Zwei-Klassen-Medizin
Die gefühlten und tatsächlichen Ungleichheiten zwischen GKV- und PKV-Versicherten werden von der GKV selbst gemacht. Es sind gesetzliche Vorgaben und Kassenstrategien, die die GKV-Medizin zweitklassig machen oder zumindest erscheinen lassen

Foto: © thingamajiggs/fotolia.com

21

Arzneimittelverordnungen in der Ermächtigungsambulanz
Nachdem eine große deutsche Krankenkasse zunächst in Norddeutschland die Unterschriften der von persönlich ermächtigten Ärzten ausgestellten Rezepte überprüft hat, folgt nun der Abgleich von ermächtigtem Arzt und Aussteller der Arzneimittelverschreibung in Süddeutschland.

Foto: © Kenishirotie/fotolia.com

26

Annette Widmann-Mauz wird (voraussichtlich) neue Bundesministerin für Gesundheit

Annette Widmann-Mauz (Jahrgang 1966) ist seit 2009 Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit. Sie ist seit 1998 Mitglied des Deutschen Bundestages. Sie gehört seit 2000 dem Vorstand der CDU/CSU-Bundestagsfraktion an. 2012 wurde sie zum Mitglied des CDU-Bundesvorstandes gewählt. Seit 2015 ist sie Vorsitzende der Frauen-Union.

Seit 2002 ist **Annette Widmann-Mauz** gesundheitspolitische Sprecherin und seit dem 29. November 2005 auch Vorsitzende der Arbeitsgruppe „Gesundheit" der CDU/CSU-Bundestagsfraktion.

Annette Widmann-Mauz

Nordrhein-Westfalen übernimmt Vorsitz in der Gesundheitsministerkonferenz

Der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, **Karl-Josef Laumann**, hat in einem Schreiben vom 02.01.2018 den Mitgliedern und Gästen der Gesundheitsministerkonferenz folgendes mitgeteilt:

„Mit dem Jahreswechsel hat Nordrhein-Westfalen den Vorsitz in der Gesundheitsministerkonferenz übernommen. Diese Aufgabe nehme ich sehr gerne an, und freue mich auf eine konstruktive und erfolgreiche Zusammenarbeit mit Ihnen.

Im neuen Jahr werden, wie im abgelaufenen, ganz zentrale Zukunftsfragen unseres Gesundheitswesens auf der politischen Tagesordnung stehen.

Unsere Hauptkonferenz am 20./21. Juni 2018 in Düsseldorf wird uns Gelegenheit geben, ausführlich über die Herausforderungen des Gesundheitswesens zu diskutieren und wichtige Beschlüsse zu fassen."

Karl-Josef Laumann

Runder Tisch für die Pflege notwendig

Gernot Kiefer, Vorstand des GKV-Spitzenverbandes rät in einem Statement vom 02.01.2018 der neuen Bundesregierung, zügig einen „Runden Tisch" aller Beteiligten einzuberufen. „Alle Akteure sollten konkrete und wirksame Aktivitäten für die kommenden vier Jahre verabreden und noch 2018 damit beginnen." An erster Stelle komme es darauf an, den Ausbildungsberuf attraktiver zu machen. Zwar steige die Zahl der Bewerber und Absolventen, doch reiche sie nicht, den Bedarf zu decken. „Man muss auch über die Vergütung reden, aber es ist nicht damit getan, zusätzliche Mrd. Beträge ins System zu schütten."

Notwendig sei ein ganzes Bündel von Verbesserungen z. B. im Bereich der Qualifizierung. „Als Pflegeversicherung ist uns eine qualitativ hohe und dem Stand der Wissenschaft entsprechende Pflege sehr wichtig." Sicherlich könne man die Zusammenarbeit zwischen Hilfs- und Fachpersonal verbessern. „Aber die Fachkraftquote sollten wir im Grundsatz nicht anfassen", so Kiefer. Pflegebedürftige seien in besonderer Weise auf den Schutz der Gesellschaft angewiesen.

Gernot Kiefer

DKG fordert am Patientenwohl orientierten Strukturwandel der Krankenhauslandschaft

In einer Pressemeldung vom 01.01.2018 fordert der neue Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft, **Dr. Gerald Gaß**, die Politik und die Krankenkassen dazu auf, gemeinsam mit den Krankenhäusern einen konstruktiven Dialog zur Krankenhauslandschaft der Zukunft zu führen. „In den zurückliegenden Legislaturperioden haben wir immer wieder erlebt, dass die Krankenhäuser wegen angeblicher Überkapazitäten in der Kritik standen und die Rahmenbedingungen so verändert wurden, dass alle Kliniken unter Druck geraten sind." Damit müsse nun Schluss sein, so der Präsident der DKG, ansonsten droht das System an die Wand zu fahren. „Die Kombination aus fehlender Investitionsfinanzierung, überbordender Regelungswut und viel zu knapper Personalausstattung aufgrund der unzureichenden Berücksichtigung der Tarifentwicklungen bei der jährlichen Fortschreibung der Fallpauschalen bringen immer mehr Kliniken in wirtschaftliche Not und gefährden die Attraktivität der Krankenhäuser als Arbeitgeber", so **Gaß**.

Dr. Gerald Gaß

Severin Schmidt

Patient first!

Für eine patientengerechte sektorenübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen

Positionspapier der FES* – Auszüge aus dem Papier

1. Neues Denken: Patient First

„Bei uns steht der Patient im Mittelpunkt" – kein gesundheitspolitisches Statement, kein Hausprospekt eines Krankenhauses, keine Sonntagsrede zum Gesundheitswesen ohne diesen Satz. Für den einzelnen Leistungserbringer mag diese Aussage zutreffen, insgesamt ist das deutsche Gesundheitswesen jedoch wie „kaum ein anderes in den reichen Ländern der Welt durch eine wechselseitige, historisch gewachsene Abschottung der Versorgungsbereiche gekennzeichnet" (Rosenbrock/Gerlinger 2014). Die historische Entwicklung ist mit ein Grund dafür, warum die strukturellen Vorgaben in den einzelnen Sektoren unterschiedlich ausgestaltet sind, sodass die Schnittstellen und Systembrüche bis heute unüberwindbar erscheinen und das Patientenwohl in den Hintergrund tritt.

Zu viele Hürden für eine sektorenübergreifende Versorgung

Nimmt man nur zwei der für die Versorgung wichtigen und systemischen Faktoren, nämlich die Planung und Finanzierung, so zeigt sich, wie komplex das deutsche Gesundheitswesen zurzeit aufgebaut ist. Die Institutionen und Einrichtungen, die steuernd einwirken sollen, sind nur selten zugleich die entscheidenden Geldgeber – und umgekehrt. Es hilft insofern nicht, weitere „intelligente" Modelle zwischen den Sektoren zu platzieren, solange nicht eine gemeinsame Basis der Regulationssysteme erreicht worden ist. Dies ist zwar nicht kurzfristig implementiertbar, doch gerade deswegen ist es notwendig, einen solchen Prozess so schnell wie möglich zu initiieren.

Vor diesem Hintergrund hat eine Gruppe von Expertinnen und Experten unter dem Dach der Friedrich-Ebert-Stiftung etwa ein Jahr beraten und die folgenden Empfehlungen formuliert.

2. Voraussetzungen für eine sektorenübergreifende Versorgung

Qualität vergleichbar machen

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurde in der stationären Versorgung ein Paradigmenwandel eingeleitet: Qualität wurde als neues Steuerungselement der Krankenhausversorgung eingeführt; bei der Planung und – beginnend – auch bei der Vergütung von Leistungen. Unabdingbare Voraussetzung dafür ist, dass die Qualitätsindikatoren abgesichert und transparent zur Verfügung stehen. Dafür gibt es im Krankenhaus eingeübte Verfahren und Standards, die als Ausgangslage genutzt werden können.

Severin Schmidt

Allerdings zeigt sich, dass eine entsprechende Verwendung der Indikatoren und Verfahren über den stationären Sektor hinaus selten ohne Weiteres möglich ist. Um eine Vergleichbarkeit des medizinischen Geschehens zu ermöglichen, ist eine einheitliche Qualitätssicherung der medizinisch/pflegerischen Leistungen zwingend herzustellen. Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) wird von daher beauftragt, eine/n Systemanalyse und -entwicklungsvorschlag für eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung mit gleichen Standards für die ambulante und stationäre Versorgung vorzunehmen. In einem zweiten Schritt ist die pflegerische und rehabilitative Versorgung mit einzubeziehen.

2.1 Die Klassifikationssysteme müssen übereinstimmen

Qualitätssicherung bedarf als

*03/2017 Positionspapier der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn, ISBN: 978-3-95861-780-3

Voraussetzung einer gemeinsamen Klassifikation der Krankheiten und des medizinischen Leistungsgeschehens. Mit der Aussetzung der ambulanten Kodierrichtlinie im Jahr 2011 wurde dies unterbunden. Eine sektorenübergreifende gemeinsame Klassifikation ist vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und dem Institut des Bewertungsausschusses (InBA) in Verbindung mit dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) zu entwickeln und wird allen Leistungserbringern vorgegeben.

2.2 Einen geregelten Informationsaustausch ermöglichen

Ein bürokratiearmes und autorisiertes Datentransportsystem setzt ein harmonisiertes Informationssystem zwischen der ambulanten, stationären und pflegerischen Versorgung voraus, das auch die Integration von Sozialdaten der Krankenkassen für abgesicherte Qualitätserhebungen einschließt. Die immer wieder verschobene und derzeit für 2018 angekündigte Telematikinfrastruktur soll dies in Teilen richten. Wenn man nicht anderen, kommerziellen Anbietern das Feld überlassen will, ist es darüber hinaus dringend geboten, eine einheitliche elektronische Patientenakte in abgesicherter Form einzuführen. Bei weiteren Verzögerungen sind für das Gesundheitswesen Ersatzvornahmen vorzusehen, die von der Selbstverwaltung zu finanzieren sind, um endlich zu den notwendigen grundlegenden Entscheidungen und letztendlich zur Umsetzung der Anwendungen zu kommen.

2.3 Einheitliche Planung etablieren

Ein einheitliches Preis- und Vergütungssystem dient der Vergleichbarkeit der Kosten und der Beseitigung von Fehlanreizen, ein übergreifendes Qualitätssicherungssystem wiederum ermöglicht Transparenz über die Wertigkeit der Leistung und dessen Ergebnis. Nur beides zusammen erlaubt es, einen einheitlichen Planungsrahmen auszugestalten, der sich an den populationsbezogenen Gegebenheiten ausrichtet.[1]

2.3.1 Planung der hausärztlichen Grundversorgung anhand der Bevölkerungszahl

Die bisherige raumbezogene Grundlage der Bedarfsplanung für die hausärztliche Versorgung ist nur bedingt zur Versorgungsplanung geeignet. Die 850 Mittelbereiche sind keinesfalls größeneinheitlich. Sie umfassen vielmehr zwischen 10.000 und 3,5 Millionen Einwohner_innen. Es ist somit sinnvoller, die hausärztliche Bedarfsplanung künftig an einer zu versorgenden Bevölkerungszahl auszurichten, statt divergierende Raumordnungsgrößen zugrunde zu legen. Berücksichtigt wird nur die hausärztliche Grundversorgung, nicht deren Spezialangebote (vgl. Abb 1.).

Die kinderärztliche Versorgung wurde in der Bedarfsplanung bisher unter die allgemeine fachärztliche Versorgung eingeordnet. Definitionsgemäß (nach SGB V) gehört die allgemeine kinderärztliche Versorgung jedoch zur Grundversorgung. Sie wird deshalb künftig ebenfalls wie die hausärztliche Grundversorgung nicht an Raumordnungsregionen ausgerichtet, sondern an einer zu versorgenden Bevölkerungszahl der bis 18-Jährigen.

2.3.2 Integration der Angebotsplanung für sonstige fachärztliche Versorgung

Die Bedarfsplanung für die sonstigen vertragsärztlichen

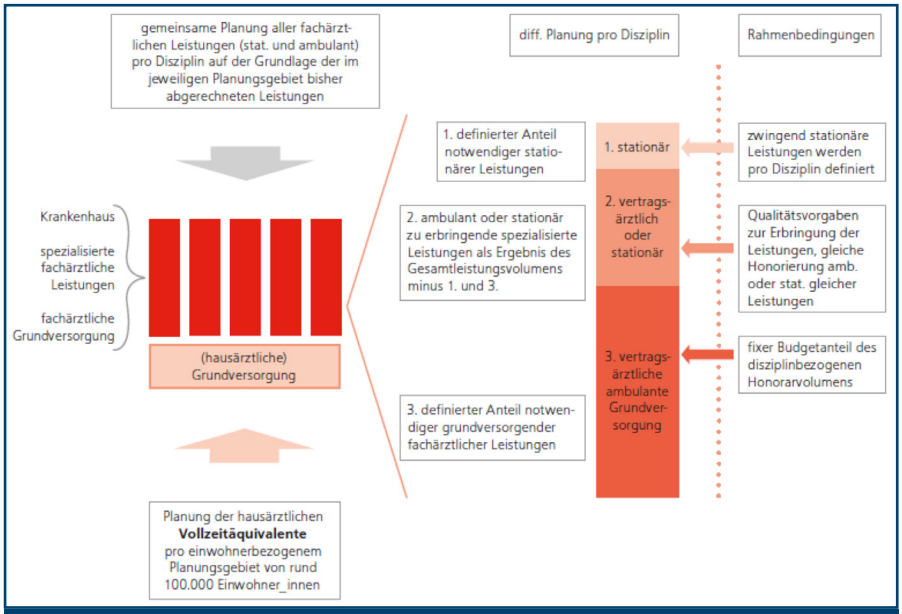


Abb. 1: Bedarfsplanung von hausärztlichen Grundversorgern und differenzierten fachärztlichen Leistungsvolumina, Quelle: Eigene Darstellung

[1] Zwar werden aus Gründen der Übersichtlichkeit die Punkte Planung, Honorierung und Koordinierung getrennt dargestellt, sollten aber wegen der gegenseitigen Interdependenzen zusammenhängend betrachtet werden. Auf Abbildung 1 wird zur näheren Erläuterung verwiesen.

Leistungen wird je nach Versorgungsart unterteilt in grundversorgende, spezialisierte ambulante Facharztangebote sowie aus krankheitsspezifischen oder pflegerischen Gründen notwendige stationäre Leistungen und wird entsprechend differenziert berechnet. Diese übergreifende Planung pro Disziplin soll eine bessere Durchlässigkeit zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung ermöglichen. Grundlage ist die jeweils zu erbringende Leistung für eine definierte Bevölkerungszahl, die über der für die Grundversorgung relevanten Größenordnung von 100.000 Einwohner_innen liegt.

2.4 Abbau der Überversorgung – Rückgabe von Praxissitzen in überversorgten Regionen

Vertragsarztsitze sollen für künftige Niederlassungen nach Praxisaufgabe des Sitzinhabers/der Sitzinhaberin an die mit der Sicherstellung beauftragten Institutionen zurückfallen. Es ist bei Rückgabe des Sitzes zu entscheiden, ob er an einen unterversorgten bzw. von Unterversorgung bedrohten Planungsbereich vergeben oder aufgegeben wird.

2.5 Regionale Pflegeplanung unter Einbeziehung der Kommunen

Die in den Ländern geführten Landespflegepläne werden im Konsens aller Beteiligten als eine übergreifende Orientierung entwickelt. Eine präzise Pflegeplanung, insbesondere im stationären Bereich, findet hier bisher nicht statt. Allerdings bietet das jetzt verabschiedete Pflegestrukturgesetz III Möglichkeiten, stärker im kommunalen Raum Einfluss auf die Ausrichtung der Pflege zu nehmen und beispielsweise einem regionalen Überangebot stationärer Pflegeheimplätze durch neue quartiersnahe Wohn- und Betreuungsformen für Pflegebedürftige entgegenzuwirken. Es ist perspektivisch daran zu arbeiten, Modelle für regionale Pflegeplanung zu entwickeln, die auf der gestärkten kommunalen Verantwortung aufbauen.

2.6 Rahmenvorgaben für die Bedarfsplanung auf Bundesebene, regionale Ausgestaltung auf Landesebene

Um einen bundeseinheitlichen Rahmen für die Planung zu entwickeln, wird der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) beauftragt, eine Rahmenempfehlung zur sektorenübergreifenden Bedarfsplanung der ambulanten und stationären Versorgung nach den genannten Vorgaben vorzulegen. Zur Operationalisierung der regionalen Bedarfsplanung bestimmt der Bundesgesetzgeber eine Planungskonferenz pro Land, bestehend aus dem jeweiligen Land, der oder den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) den Landeskrankenhausgesellschaften und den Krankenkassen/Krankenkassenverbänden. Die Sicherstellung verbleibt bei den bisher dafür zuständigen Institutionen, bei konkurrierenden Zuständigkeiten erfolgt aus verfassungsrechtlichen Gründen eine Letztentscheidung des Landes.

Foto: © Foto: © adempercem/fotolia.com/fotolia.com

2.7 Die Honorierung nach der Art der Leistungen gestalten

Die Honorierung muss sich daran ausrichten, wie die Leistung im Sinne der Patient_innen optimal erbracht werden kann. Die Honorierung soll weiterhin keinen Grund darstellen, eine Leistung aus finanziellen Überlegungen in einer „teureren" Versorgungsstufe zu erbringen: Gleiche Leistungen sollten unabhängig vom Ort der Leistungserbringung oder vom Versicherungsstatus gleich bezahlt werden.

2.7.1 Dreigliedrige Vergütung in der Grundversorgung

Die derzeitige Honorierung von Ärzt_innen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung beruht auf einem in dieser Form weltweit einzigartigen, für die Mehrzahl aller Vertragsärzt_innen unverständlichen und auch für Fachleute zum Teil nicht nachvollziehbaren hochkomplexen System. Es gilt das vereinfachte Prinzip, dass die Ho-

norierung immer einer konkret erbrachten (Einzel-)Leistung folgen muss. Der einzelne Arzt oder die einzelne Ärztin kann damit im Wesentlichen nur über eine gewisse Ausweitung der Zahl der Arzt-Patienten-Kontakte und der Leistungsmenge sein oder ihr individuelles Honorar erhöhen. Die kontaktabhängige Honorierung in der hausärztlichen Grundversorgung wird durch ein dreigliedriges Vergütungssystem ersetzt:

(1) Pro eingeschriebenem/r Patient_in erhält der/die Hausärzt_in eine jährliche Koordinierungspauschale, die risikoadjustiert differenziert sein soll.

(2) Daneben kann bei Behandlungsbedarf für jede/n Patient_in (unabhängig, ob eingeschrieben oder nicht) eine einmal jährlich anfallende Behandlungspauschale abgerechnet werden.

(3) Zur Vermeidung von Leistungsdemotivation und damit verbundenen Unterversorgungsrisiken sowie zur gezielten Förderung besonders erwünschter Leistungen (z. B. häusliche Versorgung) werden Einzelleistungsvergütungen als qualitätsorientierte Vergütungsanreize ermöglicht.

2.7.2 Abschaffung des Quartalsbezugs

Ziel ist die Umstellung von einer (traditionell in Deutschland üblichen, sachlich jedoch nicht nachvollziehbaren) Quartalsabrechnung auf eine prinzipiell jährliche Abrechnung von Versichertenpauschalen mit monatlichen Abschlagszahlungen. Lediglich ergänzende qualitätsorientierte Vergütungskomponenten und Veränderungen der Zahl der eingeschriebenen Versichertenwerden noch quartalsweise abgerechnet.

2.7.3 Gleiche Vergütung für gleiche Leistung – unabhängig vom Ort der Leistungserbringung

Die Entwicklung eines einheitlichen Vergütungssystems ist Grundvoraussetzung für eine faire Bezahlung gleicher Leistung an unterschiedlichen Orten durch unterschiedliche Leistungser-

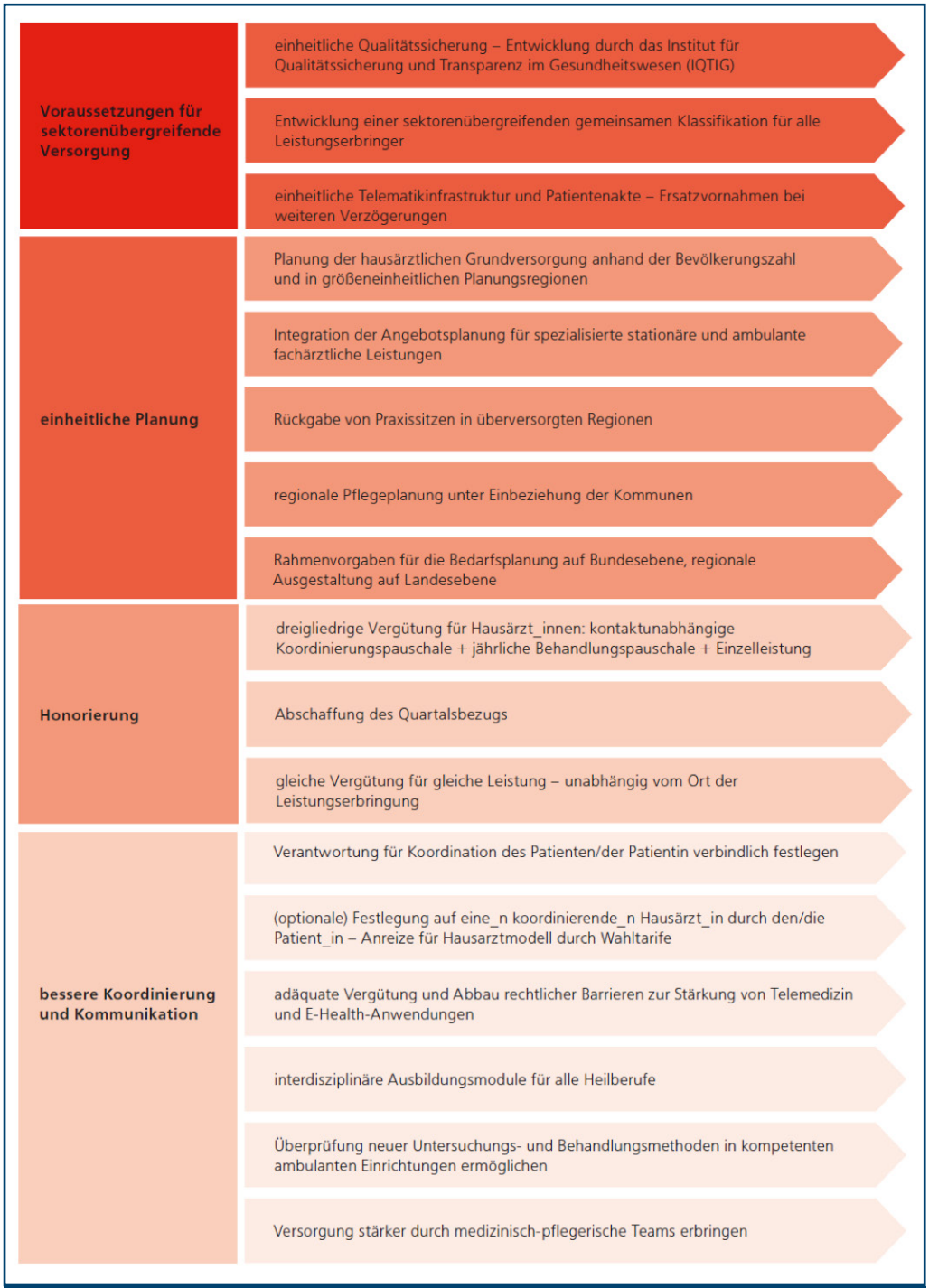


Abb. 2: Die Empfehlungen auf einen Blick

bringer und abhängig von den jeweiligen Erkrankungsarten. Zur Ausarbeitung einer solchen Systematik sollen das InEK und das InBA gemeinsam mit dem (ergänzten) Bewertungsausschuss zeitnah auf der

Grundlage der obigen Ausführungen Vorschläge entwickeln und diese zur politischen Entscheidung vorlegen.

2.8 Die Versorgung besser koordinieren – Verantwortung für die Koordination des/der Patient_in verbindlich festlegen

Schwere Erkrankungen werden trotz der grundsätzlich breit verfügbaren medizinischen Kompetenz oft zu spät in die richtige Versorgungsebene überführt. Die Koordination der Leistungen ist abhängig von der Art der Erkrankung verbindlich zu bestimmen.

2.8.1 (Optionale) Festlegung auf eine koordinierende Hausarztpraxis

Die Patient_innen wählen auf Zeit verbindlich ihre/n Hausärztin, der/die den weiteren Zugang in das Gesundheitssystem grundsätzlich koordiniert. Wahltarife der Krankenkassen schaffen Anreize für dieses System, z. B. durch die Befreiung von der Zuzahlung von Medikamenten.

2.8.2 Telemedizin und E-Health Anwendungen zum integralen Bestandteil des Versorgungssystems machen

Als telemedizinische Anwendungsfelder eröffnen sich die Kommunikation zwischen Leistungserbringern (Doc-to-Doc), zwischen Patient_in und Leistungserbringer (Doc-to-Patient) sowie zwischen Patient_innen (Patient-to-Patient). Um die Telemedizin sowie E-Health-Anwendungen stärker im Versorgungssystem abzubilden, bedarf es sowohl einer Überprüfung und ggf. Angleichung der limitierenden rechtlichen Vorschriften als auch adäquater Vergütungsmöglichkeiten. Der Aufbau der Telematikinfrastruktur und die Festlegung von Schnittstellenstandards sind die entscheidenden technischen Grundlagen, um telemedizinische Leistungen und E-Health Anwendungen voranzubringen.

2.8.3 Interdisziplinäre Ausbildungsmodule für alle Heilberufe

Der Bundesgesetzgeber hat in den Ausbildungs- und Prüfungsgesetzen aller Heilberufe die Bedeutung und die Möglichkeiten des Erlernens der interdisziplinären Zusammenarbeit zu berücksichtigen.

2.8.4 Überprüfung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in kompetenten ambulanten Einrichtungen ermöglichen

Es bietet sich an, bei der Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden die bisher unterschiedlichen Erlaubnis- bzw. Verbotsvorbehalte der unterschiedlichen Sektoren zusammenzuführen. Es wird vorgeschlagen, einen Erlaubnisvorbehalt mit einer Ausnahmeklausel für kompetente Einrichtungen vorzusehen, die den notwendigen Erkenntnisgewinn über Studien eruieren.

2.8.5 Versorgung stärker durch medizinisch-pflegerische Teams erbringen

Die Versorgung des Krankheitsspektrums einer alternden und oft chronisch kranken Bevölkerung kann nur koordiniert und in gemeinsamer Verantwortung der beteiligten Berufsgruppen erfolgen.

Perspektivisch müssen die gesundheitlichen und pflegerischen Leistungsangebote rechtlich und organisatorisch zusammengeführt und in interprofessionellen Teams gemeinsam angeboten werden.

Verantwortlicher Referent
Severin Schmidt, Telefon: 0228/883-8309

Quellen:
Rosenbrock, Rolf; Gerlinger, Thomas 2014: Gesundheitspolik: Eine systematische Einführung, Bern.

Mitglieder der Expertengruppe:

Prof. Dr. Volker Amelung
Schwerpunktprofessur für Internationale Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover, Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes Managed Care e. V.

Prof. Dr. Ferdinand Gerlach
Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin an der Goethe-Universität in Frankfurt am Main, Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Dr. Matthias Gruhl
Amtsleiter Gesundheit, Hamburg, Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen und Allgemeinmedizin

Dr. Susanne Ozegowski
Geschäftsführerin des Bundesverbandes Managed Care e. V.

Cornelia Prüfer-Storcks
Senatorin, Präses der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg

Prof. Dr. Doris Schaeffer
Professorin für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld, AG-Leiterin Versorgungsforschung/Pflegewissenschaft, Leiterin des Instituts für Pflegewissenschaft

Prof. Dr. Christoph Straub
Vorstandsvorsitzender der BARMER, Berlin

Dr. Josef Düllings

Integriert oder intrigant – für oder gegen den Patienten?

Ausgangslage

Von einer integrierten Organisation der Gesundheitsversorgung kann in Deutschland nicht die Rede sein. Dabei schreibt man den Deutschen Organisationstalent zu. Was wir haben, sind Zuständigkeiten. Diese sind gut organisiert. Starke Lobbyverbände achten darauf, dass es nicht zu legislativen Grenzüberschreitungen kommt, selbst wenn der Patient davon profitieren könnte. Insoweit haben wir eher eine intrigante als integrierte Versorgungsorganisation.

Das Beispiel der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) ist ein Lehrstück dafür, wie eine „intrigante Versorgung" das Wohl des Patienten verhindert. Für den privat Versicherten spielt die Sektorengrenze keine Rolle. Vom niedergelassenen Arzt kann er sofort in die Chefarztambulanz und wieder zurück. Für den gesetzlich Versicherten bleibt der Zugang zum Krankenhaus in diesem Segment nahezu verschlossen. Es gibt zu wenige Krankenhäuser in Deutschland, die ASV anbieten. Der Skandal ist, dass die sogenannte Selbstverwaltung mit ihren Beschlüssen dafür gesorgt hat, dass genau bei den davon betroffenen schwerstkranken Patienten, etwa Patienten mit Magen- und Darmkrebs, die Zwei-Klassen-Medizin zur „vollen Blüte" kommt. Aus Sicht der Praxis fehlt die Orientierung am Patientenwohl.

Einig im Ziel

Wie in so vielen Themenfeldern, die sich für gesundheitspolitische Reformen eigenen, sind sich alle in der Zielsetzung einig: Wir brauchen eine sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung. Der Patient muss im Mittelpunkt stehen. Der Graben zwischen ambulanter und stationärer Versorgung muss endlich zugeschüttet werden. Alles schöne Bilder und Thesen. Aber wie schaffen wir es, das deutsche Unikat der sektoralen Trennung in die Museumsvitrine zu stellen, statt weiter damit zu arbeiten?

Aktuell gibt es einige Diskussionsstränge und faktische Veränderungen auf der Versorgungsebene, die etwas Hoffnung machen, möglichen Lösungen näher zu kommen.

Die überfällige Reform der ambulanten Notfallversorgung

Die zurzeit am prominentesten diskutierte Schnittstelle liegt in der ambulanten Notfallversorgung. Es gibt derzeit vermehrt Modellprojekte, die die Notaufnahmen der Krankenhäuser entlasten sollen. Tatsächlich stellt man in der Praxis zurzeit eher kontraproduktive Wirkungen fest. Zum Beispiel dergestalt,

- dass ein Patient aus dem Krankenhaus entlassen wird,
- zur Kontrolle eines Gipsverbandes, seinen Hausarzt aufsuchen soll,

Dr. Josef Düllings

- dieser Hausarzt ihn an einen niedergelassenen Radiologen überweist,
- dieser Radiologe Termine erst in drei Monaten verfügbar hat,
- der Patient dann wieder in der Ambulanz einer Klinik vorstellig wird, die die Aufgabe auch erledigt – für einen nicht verfügbaren niedergelassenen Arzt – dafür aber nicht bezahlt wird.

Vor Ort ist festzustellen, dass neben den bisher schon schwierig erreichbaren Radiologen nun auch niedergelassene Ärzte anderer Fachrichtungen zumachen. Es gibt offenbar Ängste vor der Entlastung der Kliniken. Plötzlich werden Termine vergeben, wo früher Patienten angenommen wurden, wie sie kamen. Die Folge ist, Patienten telefonieren alle fraglichen niedergelassenen Ärzte ab, bekommen keinen Termin und erscheinen dann doch wieder in der Ambulanz der Klinik.

Aus Sicht des Patienten ist das keine integrierte Versorgungsor-

ganisation. Er erreicht sein Ziel nur mit Beharrlichkeit, erheblichen Zeitverlusten und enormer Frustrationstoleranz. Wie kann für den Patienten eine integrierte Versorgung organisiert werden? Wie kann die ambulante Notfallversorgung vielleicht sogar Vorreiter bei der Überwindung der Sektorengrenze sein? Und welche Rolle können die Krankenhäuser dabei spielen? Denkbar sind drei Optionen.

Option 1: Weiter wie bisher, nur besser

Auch dies ist, bei aller Kritik, eine Option. Sie würde nur voraussetzen, dass sich möglichst alle KV-Ärzte an der ambulanten Notfallversorgung beteiligen. Zurzeit haben sich, teilweise aus nachvollziehbaren Gründen, die aber das System in Frage stellen, in manchen Regionen über 70 Prozent aus dem System verabschiedet. Teilweise werden die Lücken mit Ärzten aus dem Krankenhaus in Nebentätigkeit aufgefüllt. Eine zweite Voraussetzung wäre eine effektive Patientenedukation, damit die zurzeit über 10 Millionen Notfallpatienten in den Ambulanzen der Kliniken zunächst den niedergelassenen Facharzt aufsuchen. Patientenedukation funktioniert in Deutschland aber nicht, weil wir den mündigen Bürger sowie die freie Arzt- und Krankenhauswahl haben. Drittens müsste erfüllt sein, dass die KV für die ambulante Notfallversorgung den Facharztstandard garantieren kann, was sie aber effektiv nicht kann. Der Augenarzt steht vor einem internistischen Problem, der Internist vor einem chirurgischen Problem. In der Krankenhausambulanz kann zum Beispiel ein Internist immer einen Chirurgen hinzuziehen und umgekehrt. Eine vierte Voraussetzung sollte sein, dass Patienten vor allem zeitnah versorgt werden. Es dürfen Termine beim niedergelassenen Radiologen nicht erst in drei Monaten möglich sein.

Option 2: Integrierte Leitstellen nach dem KBV/MB-Modell

Eine Integration der Notfallnummern 112 und 116 117 nach dem Modell des Sachverständigenrates bzw. dem Modell von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Marburger Bund ist auch eine Option. Sie hat auf den ersten Blick Charme, weil sie eine Triagierung nach einem Ein-Tresen-Modell vorsieht. Die INZ, die integrierten Notfallzentren, sollen danach von der Landesbehörde geplant sowie von Krankenhäusern und KVen gemeinsam organisiert, aber nur von den KVen geleitet werden. Und es steht die Idee eines dritten Sektors mit einem dritten Budget im Raum.

Bei Tageslicht betrachtet ist das Modell skeptisch zu sehen. Zunächst würde ein drittes Budget zwar eine Schnittstelle abschaffen, dafür aber zwei neue Schnittstellen etablieren. Hinzu kommt die Situation in der realen Versorgungslandschaft. Nur als Beispiel: In Westfalen-Lippe sind 58 von 63 notärztlichen Praxen bereits an einem Krankenhaus etabliert. Das heißt 92 Prozent sind bereits Teil der Krankenhausstruktur. Hier stellt sich die Frage: Wofür braucht es an dieser Stelle noch die KV?

Option 3: Übertragung des Sicherstellungsauftrages auf die Krankenhäuser

Dieses Modell wäre dem Patienten am liebsten. Vor allem, weil er die Sicherheitskulisse des Krankenhauses im Notfall zur Verfügung hat, insbesondere auch einen höheren Facharztstandard bekommt als in der Notfallversorgung außerhalb des Krankenhauses. Zudem müsste er keine zeitaufwendige Arztsuche betreiben. Ähnlich wie der Versorgungsauftrag zur stationären Versorgung könnte der Sicherstellungsauftrag zur ambulanten Notfallversorgung jeder Klinik vor Ort übertragen werden. Dazu reichte eine einfache Gesetzesänderung.

Der Punkt bei dieser Option ist, dass es um die Integration einer Teilfunktion der Praxis (Notfallversorgung eher leichter erkrankter Patienten) und einer Teilfunktion des Krankenhauses (Notfallversorgung eher schwerer erkrankter Patienten) geht. In der gesundheitspolitischen Diskussion wird gerne die Institution mit der Funktion verwechselt. Man spricht davon, dass es einer Zusammenarbeit zwischen ambulanter und stationärer Versorgung bedarf. Gemeint ist aber: zwischen Praxis und Klinik auf dem heterogenen Feld der ambulanten Notfallversorgung. Die eigentliche Frage ist: Welche Institution übernimmt die Federführung in der Integration beider Teilfunktionen so qualifiziert, dass der Patient bedarfsgerecht genau dort versorgt wird, wo sein Problem optimal gelöst werden kann? Die Institution Krankenhaus oder die Institution Praxis? Krankenhäuser können das gesamte Versorgungsspektrum bedienen, von ambulant bis stationär. Praxen können nahezu nur ambulant.

Die KBV hat sich für dieses „Krankenhausmodell“ bislang nicht erwärmen können, obwohl vor Ort die Mehrzahl der KV-Ärzte nicht Teil der ambulanten Notfallversorgung

sein will. Die Krankenkassen fürchten am Krankenhaus eine vermehrte Aufnahme zur stationären Behandlung, die jedoch unbegründet ist, da die Kassen mit ausgefeilten IT-Systemen sehr differenzierte Auswertungen der Krankenhausdaten vornehmen können und über den MDK jederzeit ein wirksames Korrektiv haben. Die Krankenhäuser könnten dieses Modell umsetzen, wenn sie neben ihren eigenen Ärzten auch die dazu bereiten niedergelassenen Ärzte beteiligen. Das sollte Voraussetzung sein. Auch um dem Argument zu begegnen, die Krankenhäuser können die ambulante Notfallversorgung allein nicht stemmen.

Aus Sicht des VKD sollte die dritte Option zum Zuge kommen, da sie für die Patientenversorgung die wenigsten Komplikationen hätte. Eine gesetzgeberische Entscheidung in diese Richtung wäre ein wesentlicher Schritt zur Überwindung der sektoralen Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung. Dies wäre im Interesse des Patienten.

Patient und Digitalisierung als Treiber der integrierten Versorgung

Die bisherigen Ausführungen haben mögliche Schritte zur integrierten Versorgung primär aus der Perspektive der Institutionen Krankenhaus und Praxis beleuchtet. Daneben gibt es gesamtgesellschaftliche Entwicklungen, die vom Patienten ausgehen und starke Treiber einer integrierten Versorgungsorganisation sind. Zu sehen sind hier drei Bausteine und ein Kontinuum von analog bis digital und umgekehrt. Folgende drei Punkte könnten bei der weiteren Entwicklung eine Rolle spielen.

Stratifizierte Gesundheitsbedarfe und Digitalisierung

Unter „stratifizierte Gesund-

Foto: © VectorMachine/fotolia.com

heitsbedarfe“ verstehe ich ein Spektrum, das von der Information bis zur Behandlung reicht, von digital bis analog. Früher gab es den Pschyrembel, an den Laien aber nicht herankamen. Heute informiert sich der Patient bei Dr. Google und zeigt seinem Hausarzt die neuesten Informationen über seine Erkrankung. Digitalisierung vom Patienten aus denken, fängt an dieser Stelle an, ohne dass man den Laien dafür kritisieren sollte. Vor der Behandlung im System stehen die Informationen außerhalb des Systems, die Kommunikation mit dem System (insbesondere Hausarzt) und, wenn Vertrauen aufgebaut werden kann, auch die Behandlung im System. Die Gesundheitsbedarfe wechseln also von digital nach analog. Anbieter, die auf diesem Klavier spielen können, erreichen den Patienten in jeder Phase seiner stratifizierten Gesundheitsbedürfnisse und können so Patientenbindung herstellen.

Qualitätsindikatoren und Transparenz

Das Credo der Qualitätsindikatoren und der Transparenz ist ein Paradigmenwechsel für das Gesundheitswesen. Früher hatte der Arzt einen Ruf und gute Mundpropaganda, heute kommen Zahlen, Daten, Fakten hinzu. Ähnlich wie beim Fußball mit Otto Rehhagel sagt sich der Laie: „Die Wahrheit liegt auf dem Platz“. Spielt der Arzt überhaupt in der Bundesliga? Auf welchem Tabellenplatz steht er? Wie viele Punkte hat er, sprich: wie viele Hüften, Knie, Geburten, Frühchen hat er versorgt? Und ganz wichtig: Wie viele Gegentore hat er kassiert, sprich: Komplikationen, Sterberaten etc.?

Der Patient dürfte in nicht allzu ferner Zukunft mit seinem Smartphone über Ärzte und Krankenhäuser so viel in Erfahrung bringen können, wie er heute zum Beispiel zu Hotels und Restaurants über Trivago und Trip-Advisor in Erfahrung bringt. Er wird in Zukunft vielleicht über eine App auf Basis immer größerer Datenmengen ein Navigationssystem seiner persönlichen Patientenkarriere durch die Institutionen, über die Medikamente hin zu den hochspezialisierten Ärzten seines Vertrauens nutzen, das ihm das geringste Risiko bzw. die höchste Erfolgswahrscheinlichkeit für die Behandlung seiner persönlichen Erkrankung verspricht. Denn darum geht es ihm. Die institutionellen Grenzen, die die „intrigante Versorgungsdiskussion“ heute noch prägen, werden ihn nicht interessieren.

Netzwerke der Leistungsträger

Netzwerke der Leistungsträger sieht man heute schon in der Entstehung, etwa durch Telemedizin, durch besondere strategische Ausrichtungen, etwa des Universitätsklinikums Heidelberg, wenn Irmtraut Gürkan sagt: „Unser Einzugsgebiet ist letztlich international“.

Das Rady Children’s Hospital in San Diego zum Beispiel versorgt national in zahlreichen Staaten der USA von San Diego aus Kinder mit speziellen erblich bedingten Erkrankungen. Es soll dort etwa 80.000 Kinder mit entsprechenden Indikationen geben. Krankenhausversorgung ist so längst nicht mehr nur lokal oder regional fokussiert, sondern ähnlich möglich wie in der Güterwirtschaft mit Nischenanbietern, die mit sehr speziellen Produkten Weltmarktführer sind. Durch die globale digitale Vernetzung ist das alles auch in der Gesundheitswirtschaft möglich.

Ob dies jetzt eine integrierte Versorgungsorganisation ist, kann man diskutieren. Jedenfalls führt die Digitalisierung bis hin zur globalen Vernetzung dazu, dass sehr viel mehr analoge Optionen zur Gesundheitsversorgung angedockt werden, auf die der Patient zugreifen kann, als früher. Gleiches gilt für den Arzt.

Es muss aber nicht global sein. Allein durch die infolge der Digitalisierung viel höhere Informationsdichte über das Krankenhaus, den Arzt auch in der Region, bei gleichzeitiger Nutzung intelligenter Apps, kann der Patient die Qualität seiner Entscheidung deutlich verbessern. Fast alles, was der Arzt weiß, kann sich der Patient zu seiner speziellen Erkrankung, vor allem wenn es chronische Erkrankungen sind, zumindest potenziell auch aneignen. Er kann damit als informierter Patient ein besserer Partner für den Arzt sein, soweit der Arzt bereit ist, auf Augenhöhe zu kommunizieren.

Fazit

Zusammenfassend kann man festhalten, dass die integrierte Organisation der Gesundheitsversorgung wohl nicht primär über die Institutionen erfolgt, wie wir bisher immer gedacht haben, sondern über den Patienten und sein Informationspotenzial.

Kontaktadressen des Autors:
Dr. Josef Düllings
Präsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. und Hauptgeschäftsführer
St. Vincenz-Krankenhaus GmbH, Paderborn
E-Mail: j.duellings@vincenz.de.

Dr. rer. pol. Wolfgang Klitzsch

Gefährliche Schismen im Gesundheitswesen

Analyse und Ansätze der Überwindung der sektoralen Trennungen im deutschen Gesundheitswesen

Trennungen

In allen gesellschaftlichen Teilbereichen sind Trennungen nichts Außergewöhnliches.

Betrachten wir zunächst einen vom Gesundheitswesen aus gesehen etwas entfernten Bereich, nämlich den der Kirche, so stellen wir fest, dass selbst diese, die ganz besonders auf Einheit und Integration Wert legt, mindestens 3 Trennungen/Schismen erlitten hat.

Zunächst das Morgenländische Schisma von 1054, in dem die römische und die byzantinische Kirche sich getrennt haben, dann das abendländische Schisma von 1378, in der innerhalb der katholischen Kirche mehrere Päpste gleichzeitig herrschten und sich wechselseitig exkommunizierten und dann die Glaubensspaltung (Luther) von 1517.

Für uns ist daran relevant, dass die Rhetorik aller beteiligten Seiten in der Kirche nahezu immer von Einheit, Ökumene und Sich-auf-einander-zubewegen bestimmt war, die Realität allerdings völlig anders gestaltet war: Es wurden Gegensätze im Laufe der Zeit betont, Misstrauen vergrößerte sich, Trennungsaspekte wurden betont – selbst wenn die eigentlichen Gründe der Trennung – dies gilt insbesondere für die Glaubensspaltung von 1517 – heute nahezu niemandem mehr präsent sind.

Die in diesem Jahr anstehende 500-Jahr-„Feier“ müsste unter dem Gesichtspunkt des Wollens der Überwindung des Schismas eigentlich ein Jahr der Trauer sein. Die offiziellen Plakate werben allerdings: „Feier doch mit“.

Trennungen haben insofern eine in sich liegende Tendenz, sich zu verstärken und bieten häufig wenig Gelegenheit – trotz intensiver öffentlicher Bemühungen – der Überwindung.

Die Unterscheidung und Trennung innerhalb der Gesellschaft, d.h. die gesellschaftliche Differenzierung ist – anders als die Schismen der Kirche, die ideologisch motiviert sind – funktional begründet.

Die moderne Gesellschaft bildet einzelne gesellschaftliche Teilsysteme aus (Wissenschaft, Wirtschaft, Bildung, Gesundheitswesen, Militär, etc.), die nach eigenen Regeln funktionieren, die eine eigene innere Logik haben und deren Trennung von der jeweiligen Aufgabenstellung der einzelnen gesellschaftlichen Teilbereiche bestimmt ist.

Trennungen im Gesundheitswesen

Eine Vermischung oder Übergriffe oder auch eine funktionale Verwischung sind nicht sinnvoll: Die Wirtschaft sollte Wahrheit nicht kaufen können und die Politik eigenen aber beispielsweise nicht ausschließlich ökonomischen Prinzipien folgen. Dies gilt natürlich auch z.B. für das Bildungs- und das Gesundheitssystem. Die funktionale Trennung steigert die Leistungsfähigkeit und ist für eine hochentwickelte moderne Gesellschaft konstitutiv.

Dr. Wolfgang Klitzsch

Im Gesundheitswesen haben wir es nach meiner Auffassung mit einer Kombination einer ideologischen und funktionalen Differenzierung zu tun.

Die funktionale Trennung lässt sich ableiten aus der Entwicklung insbesondere des Krankenhauses, das sich von einer Pflegeeinrichtung, von einem Siechenheim zu einem hochtechnisierten, professionellen Leistungszentrum entwickelt

hat, sich wie Soziologen (Rhode) diagnostizieren, als Institution hoch sozialisiert hat.

Ich denke es ist kaum jemandem bewusst, dass beispielsweise 1910 bei den damals ca. 4.000 existierenden Krankenhäusern nur ungefähr 3.000 Ärzte angestellt waren.

Mit anderen Worten, der Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung und der der Kliniken hat sich von ihren Aufgaben funktional auseinander entwickelt und unterschiedlich orientiert.

Eine eher „ideologische" Begründung für die Trennung insbesondere zwischen dem stationären und ambulanten Bereich ergibt sich aus dem Staatsaufbau nach 1949. Nach dem Grundgesetz von 1949 waren die Bundesländer insgesamt für die gesundheitliche Versorgung zuständig, der Bund allerdings für die RVO beziehungsweise das SGB V.

Dadurch, dass die Krankenhäuser 1968 vor dem wirtschaftlichen Ruin standen, hatte man – dies ist im deutschen Gesundheitswesen einmalig – 1969 das Grundgesetz geändert und die Garantie der wirtschaftlichen Sicherung der deutschen Krankenhäuser dem Bund zugeordnet.

Diese Grundgesetz-Änderung war die Basis für das vielleicht einzige Jahrhundertgesetz des letzten Jahrhunderts, das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von 1972.

Die Gesetzgebung – insbesondere das Kassenarztrecht von 1955 – und dieses KHG von 1972 hat dazu beigetragen, dass die Bereiche sich voneinander entfernt haben.

Der ursprüngliche Versuch, im Kassenarztrecht von 1955 die Krankenhäuser in die Sicherstellung auch der ambulanten Versorgung institutionell einzubeziehen, ist am damaligen massiven Widerstand der niedergelassenen Ärzteschaft gescheitert.

Die Kassenarztreform von 1955 geht letztlich zurück auf die Not der niedergelassenen Ärzte um 1920 zurück, ebenso die Gründung der KVen 1932 und damit die Ausbildung eines starken institutionellen Gefüges innerhalb der niedergelassenen Ärzteschaft.

Das Gesundheitswesen ist allerdings auch von anderen als sektoralen Trennungen durchzogen.

Es sind die im SGB kodifizierten Leistungsbereiche (Rehabilitation, Pflege, Kuration, Prävention), aber auch die Trennung der Professionen untereinander, die in Deutschland besonders stark ausgeprägt sind.

Eine Trennung, die für das Gesundheitswesen nicht unerheblich ist, die aber kaum thematisiert wird, ist die Trennung im politischen Bereich, die sich in den Ministerien/Ressorts ausdrückt.

Da das Gesundheitswesen auf Veränderungen (Z.B. Arbeitswelt, Verkehr, Bildung) in der Gesellschaft stark reagiert, ist die mangelnde Koordination und Kooperation zwischen den Ministerien für das Gesundheitswesen von großer Bedeutung.

Ähnlich wie die Schismen in der Kirche kann man beobachten, dass trotz der Rhetorik, Koordination und der Kooperation überall zu fördern, dass die faktischen Kräfte – das unterschiedliche Recht, die unterschiedlichen Finanzierungsmodalitäten aber auch die darauf aufsetzenden verschiedenen mentalen Orientierungen der Akteure – in der Regel die Spaltung vertiefen.

Scheitern

Nach meiner Einschätzung sind alle Versuche seit ca. 1970, die sektorale Trennung im Gesundheitswesen zu überwinden, mehr oder weniger gescheitert.

Eine Analyse der verschiedenen Versuche kann in diesem Rahmen nicht geleistet werden, ein Eindringen in die jeweiligen Versuche der Überwindung der Trennung macht den Leser jedenfalls regelrecht schwindelig.

Ich würde behaupten, dass die alle Versuche der Überwindung der sektoralen Trennung ,diese eher vertieft haben.

Folgende Gründe können dafür in Anschlag gebracht werden:

Jeder Leistungsbereich neigt dazu, das eigene Territorium zu verteidigen und auch kleinste Grenzkorrekturen zu bekämpfen. Die in den „Grenzkriegen" entstandenen Animositäten und Schuldzuweisungen führen zu einer weiteren mentalen Vertiefung der Grenzen und schüren das Misstrauen ebenso wie sie die Bemühungen steigern, die eigene Interessenpolitik auszubauen.

Dort wo die Trennung überwunden werden konnte, handelt es sich meist um kleine Projekte bzw. Modelle (z.B. Kinzigtal), also um Sonderzonen, die nur mit unverhältnismäßigem Aufwand diese Grenzen aufheben und in der Regel nicht übertragungsfähig sind.

Hinzu tritt die Erkenntnis, dass alle Anreizsysteme im Wesentlichen die Leistungsmenge belohnen und fördern; Kriege um Patienten und um Leistungsvolumina sind insofern unvermeidbar und Koordination und Kooperation erheblich erschwert.

Kooperationstheorie

Zunächst ein kurzer Blick auf das, was wir über gelingende Kooperation wissen.

Nach meiner Einschätzung ist die Theorie der Kooperation und der Koordination unentwikkelt.

Folgendes lässt sich vielleicht festhalten:

1. Koordination von außen, also durch einen Dritten anzuordnen, funktioniert meistens nicht.

2. Kooperation funktioniert immer dann, wenn man historisch auf gemeinsame Erfolge zurückblicken kann.

3. Kooperation funktioniert dann, wenn es gelingt, gemeinsame langfristige Ziele zu entwickeln.

4. Kooperation gelingt in den Fällen, in denen man erfolgreich eine neue Identität aufbaut (z.B. eine gemeinsame regionale).

Foto: © esthermm/fotolia.com

Lösungsansätze

Ohne Anspruch auf Vollständigkeit glaube ich, dass über folgende Ansätze intensiver zu diskutieren wäre:

1. Regionale sektorale Integration

Wenn es gelingen sollte, nicht den stationären und den ambulanten Leistungsbereich als Ausgangspunkt der Identitätsbildung zu betrachten, sondern die Region, stehen aus der Vermeidung von Missmanagement und Fehlallokation erhebliche Ressourcen zur Verfügung, die diese Kooperation stabilisieren können.

Allein eine abgestimmte Pharmakotherapie über die Sektorengrenze hinaus, spart mindestens 20 % des Aufwandes in diesem Bereich und steht sowohl für Zwecke des Managements der regionalen Integration zur Verfügung als auch zur Festigung der sektorspezifischen Vergütungen bzw. Honorare.

Sie kann die Arbeitsfreude stabilisieren, die Qualität der Behandlungsprozesse fördern, die informationelle Qualität der Beziehung unter den Leistungserbringern steigern, personelle und sachliche Ressourcen können gemeinsam genutzt werden, einer latenten Übernutzung durch Patienten kann sie entgegenwirken, sie kann gemeinsame Investitionen ermöglichen und kritische Versorgungsbereiche (Notfallversorgung) stabilisieren.

Regionale Integration setzt allerdings ein kompetentes Management voraus; scheitern tut es häufig an den tiefen historischen Feindschaften, die auch auf der personellen Ebene sich ausgebildet haben.

2. Anreize

Eine Möglichkeit der Überwindung der sektoralen Spaltung besteht darin, die Anreizsysteme/Vergütungssysteme zu harmonisieren, also für gleiche Leistung gleiche Honorare zu zahlen und – noch zusätzlich koordinative Leistungen ebenfalls angemessen zu vergüten. Koordination als eine wesentliche Leistung des Arztes - findet sowohl im EBM, in der GOÄ und in den DRGs aber keine angemessene Abbildung.

Man könnte beispielsweise damit beginnen, dass diejenigen Leistungen, die sowieso in beiden Sektoren erbracht werden können, im Sinne einer differenzierten Fallpauschalierung gleich vergütet werden.

3. E-Health

Die digitale Koordination und die digitale Informationsverarbeitung sind grundsätzlich „gleichgültig“ gegen den Ort der Leistungserbringung.

Die Koordination und Kooperation findet nun auf der Ebene der Daten und der Abbildung sowohl der Merkmale des Patienten als auch des Leistungsgeschehens statt und ist im Idealfall ohnehin in der Lage, Ressourcen etwa in der Größenordnung von 12 % einzusparen.

Die bisherigen Versuche sind zwar weitgehend gescheitert, zu einem vernünftigen Ansatz der digitalen Kooperation auf der Basis einer leistungsfähigen Infrastruktur gibt es aber keine Alternative.

Die Hoffnung besteht auch, dass die Kooperation in der virtuellen Welt die mentalen Blockaden und Animositäten deutlich senken könnte.

Integrierte Versorgung

Die bisherigen Ansätze der integrierten Versorgung im SGB V sind unzureichend, hoch bürokratisch und in der Lage, unternehmerisch denkende Organisationen und Personen zu demotivieren.

Wenn der Gesetzgeber die Überwindung anstrebt, wäre es zwingend, die integrierte Versorgung als Regelversorgung anzupeilen, z.B. auch den Innovationsfonds so einzusetzen, dass Integrationsmodelle entstehen, die übertragungsfähig sind und die je nach Ausgestaltung auch in Wettbewerb zueinander treten können.

Eine Qualitätskonkurrenz zwischen Regionen könnte einen wesentlichen Beitrag zur Qualitätssteigerung im Gesundheitswesen leisten und die Sektorengrenzen mittelfristig aufheben.

Übungsfelder für solche Bemühungen wären die Bereiche der Notfallversorgung, die Versorgung auf dem Land („Not fördert Kreativität“), vielleicht auch die Stärkung des Koordinationsgremiums SGB V 90a (integrierte Planung).

Ich glaube darüber hinaus, dass es erforderlich ist, bei der gegenwärtigen Beliebigkeit der Inanspruchnahme der Versorgungsangebote durch den Patienten, dass eine Instanz für den Patienten den Überblick behält (Koordinationsarzt), bei dem sich jeder Versicherte mindestens für einen spezifischen Zeitraum einschreiben müsste.

Der Ärzteschaft wäre zu wünschen, neben dem Klagen über die schwer überwindbaren Sektorengrenzen Phantasie zu entwickeln und stärker eigene strategische Lösungen vorzuschlagen.

Kontaktdaten des Autors:
Dr. Wolfgang Klitzsch
Geschäftsführer der ÄK Nordrhein a. D.
E-Mail: klitzsch@bmcev.de

Gerd Norden

Das steht für den Bereich „Gesundheit und Pflege“ im Koalitionsvertrag

Der Koalitionsvertrag vom 07.02.2018 zwischen CDU, CSU und SPD umfasst 177 Seiten. Gut 7 davon sind dem Thema „Gesundheit und Pflege“ gewidmet.

Das Kapitel steht unter dem Leitsatz „Das Patientenwohl ist für uns entscheidender Maßstab für gesundheitspolitische Entscheidungen, die Patientenorientierung ist unser Leitbild für das Gesundheitswesen.“

Unter anderem sind hier folgende Maßnahmen vorgesehen:

- Schaffung von 8.000 neuen Fachkraftstellen im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeeinrichtungen
- Entwicklung verbindlicher Personalbemessungsinstrumente, auch im Hinblick auf die Pflegesituation in der Nacht
- Stärkung der Bezahlung in der Altenpflege nach Tarif
- Vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen im Krankenhausbereich
- Einführung von Personaluntergrenzen für alle bettenführenden Abteilungen in den Krankenhäusern
- Einrichtung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe, die bis 2020 Vorschläge für die Weiterentwicklung zu einer sektorenübergreifenden Versorgung des stationären und ambulanten Systems vorlegen soll
- Verbesserungen der Leistungen und des Zugangs zur Versorgung für gesetzlich Versicherte
- Erhöhung des Mindestsprechstundenangebotes der Vertragsärzte für die Versorgung von GKV-Patienten auf 25 Stunden
- Bessere Vergütung der hausärztlichen Versorgung und der „sprechenden Medizin“
- Fortführung des Innovationsfonds über das Jahr 2019 hinaus mit einem Volumen von 200 Mio. Euro jährlich
- Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln
- Stärkung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und Einführung bundesweit einheitlicher und verbindlicher Regelungen für deren Aufgabenwahrnehmung
- Straffung des Aufgabenkataloges und der Ablaufstrukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses
- Sorgfältige Vorbereitung der Reformierung der ambulanten Honorarordnung in der GKV und der Gebührenordnung der privaten Krankenversicherung durch Einsetzung einer wissenschaftlichen Kommission, die bis Ende 2019 hierzu Vorschläge vorlegt. Erst danach Entscheidung, ob diese Vorschläge umgesetzt werden.
- Beibehaltung der Länderkompetenz in der Krankenhausplanung und deren Verpflichtung zur Investitionsfinanzierung
- Fortsetzung des Gesundheitsfonds zur Förderung des notwendigen Strukturwandels der Krankenhauslandschaft um weitere 4 Jahre in Höhe von 1 Mrd. Euro jährlich
- Fortsetzung der Qualitätsoffensive für Krankenhäuser
- Umstellung der Krankenhausvergütung auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung
- Gemeinsame Sicherstellung der Notfallversorgung durch Landeskrankenhausgesellschaften und Kassenärztliche Vereinigungen

in gemeinsamer Finanzierungsverantwortung

- Beibehaltung der freien Arzt- und Krankenhauswahl

- Umsetzung des Masterplans Medizinstudium 2020 und hier insbesondere die Neuregelung des Studienzugangs, die Stärkung der Allgemeinmedizin und die Landarztquote

- Schaffung von mehr Medizinstudienplätzen

- Wiederherstellung der Parität in der Beitragszahlung zur GKV ab 01.01.2019

Impressum

Herausgeber:
Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V., Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Telefon: (0211) 45499-0
www.vlk-online.de, info@vlk-online.de
Organ des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V.

Chefredaktion:
Dipl.-Volkswirt Gerd Norden
Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Telefon: (0211) 45499-0, Fax: (0211) 45419-14
E-Mail: info@vlk-online.de
Prof. Dr. med. Karl Heinz Schriefers
Karl-Härle-Straße 9, 56075 Koblenz
Telefon: (0261) 5 66 44, Fax: (0261) 5 10 05

Verantwortlich für Arzt und Recht:
Rechtsanwalt Bernd Klostermann
Kortumstraße 100, 44787 Bochum
Telefon: (0234) 961650, Fax: (0234) 9616599

Das Onlinemagazin und alle in ihm enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfälti gungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen. Mit Verfassernamen gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Für zugesandte Manuskripte, Bildmaterial und Zuschriften wird keinerlei Gewähr übernommen.

„Arzt und Krankenhaus" erscheint im Zweimonatsrhythmus als E-Paper.

DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum

Mehr privat für alle

Der SPD-Parteitag hat drei Politikfelder für Nachverhandlungen zu einem Koalitionsvertrag identifiziert. Das Gesundheitswesen gehört dazu. Dabei fällt auf, dass die ursprünglich geforderte Bürgerversicherung nicht mehr genannt wird. Das „Ende der Zwei-Klassen-Medizin“ soll durch eine gerechtere Honorarordnung eingeleitet werden, so der Beschlusstext. In der radikalsten Variante wäre das die Abschaffung der Privatgebührenordnungen und die Erstreckung der GKV-Gebührenordnungen auf Privatbehandlungen. Weil aber auch das keiner so brutal will, kommt die Idee, die Vergütungen in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgleichend zu verbessern. Das könnte, wenn es zum Vollausgleich käme, Milliardenverteuerungen in der GKV zur Folge haben. Mehr Gerechtigkeit zu einem hohen Preis!

Dabei ginge es doch viel günstiger. Denn die gefühlten und tatsächlichen Ungleichheiten zwischen GKV- und PKV-Versicherten werden von der GKV selbst gemacht. Sie kommen zustande, weil sich die gesetzlichen Krankenkassen im Laufe der Jahre immer tiefer in das Behandlungsgeschehen einmischen, bevormunden und es mit der GKV-Norm „ausreichend und zweckmäßig“ in Richtung billig übertreiben. Sie machen die GKV-Leistungen zweitklassig.

Georg Baum

Dafür gibt es viele gerade von schwerstkranken Patienten erlebte Beispiele. PET-CT als bildgebendes Verfahren in der Onkologie wird in vielen Indikationen nur ausnahmsweise in der GKV anerkannt. Privatversicherte müssen dafür bei ihren

Foto: © thingamajiggs/fotolia.com

Kassen nicht betteln. Nur durch Einschreiten des Gesetzgebers konnte verhindert werden, dass Krankenhäuser Krebsmittel für GKV-Patienten von auserwählten Zulieferern der Kassen hätten beziehen müssen. Bei Heil- und Hilfsmitteln werden Patienten mittels Selektivverträgen auf häufig wohnortferne Lieferanten verpflichtet. Der Privatpatient versorgt sich vor Ort beim Handwerksbetrieb seines Vertrauens. Der Zugang zur ambulanten Qualitätsmedizin der Krankenhausärzte ist für alle Privatpatienten möglich; für GKV-Patienten nur, sofern Sonderregelungen bestehen. Jedes bisschen mehr ambulante Zulassung im Rahmen der ASV-Richtlinien muss den Kassen hart abgerungen werden. Nicht immer kommt raus, was für Kassenpatienten am besten wäre.

Das Vergütungssystem der niedergelassenen Ärzte mit gedeckeltem Regelleistungsvolumen für die Praxen führt dazu, dass zusätzliche GKV-Patienten nicht zusätzlich vergütet werden und Budgetpausen Wartezeiten produzieren. Das permanente Schlechtreden von Leistungen und Qualität der Krankenhäuser durch Krankenkassen erzeugt bei GKV-Patienten Diskriminierungsassoziationen.

Und auch die vielen überzogenen MDK-Prüfungen mit haarspalterischen Hinterfragungen bei Behandlungen von GKV-Patienten in Krankenhäusern hinterlassen mit Sicherheit ein Gefühl von Zweitklassigkeit. Ein Schwerstverletzter, der mit sehr viel Aufwand und Einsatz behandelt wurde, hat kein Verständnis, dass seine Kasse neue Wege der Entwöhnung von künstlicher Beatmung mit Hinweis auf nicht lückenlos nachgewiesene OPS-Anforderungen ablehnt.

Es sind gesetzliche Vorgaben und Kassenstrategien, die die GKV-Medizin zweitklassig machen oder zumindest erscheinen lassen. Hier muss die Überwindung der Zwei-Klassen-Sorge ansetzen. Dazu muss die GOÄ nicht beseitigt werden. Es würde reichen, die unzähligen Restriktionen und Budgetierungsvorgaben in den Vergütungswerken der GKV abzuschaffen.

Ein Investitionsförderprogramm zur durchgängigen Schaffung von Zweibettzimmern mit Sanitäreinheiten würde weit mehr Gerechtigkeitsempfinden bei Patienten entstehen lassen als die abstrakte Diskussion über die Bürgerversicherung. Die Überführung des MDK in eine medizinisch-neutrale Beurteilungsinstanz würde die Gängelei von Behandlungen der GKV-Patienten deutlich abbauen helfen. In gleiche Richtung würden mehr Freiheiten für die Patienten der GKV bei der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen im Krankenhaus gehen. Einfach ausgedrückt: Mit weniger GKV-Bevormundung und weniger gesetzlichen Restriktionen in der GKV-Versorgung könnte viel gegen die Zwei-Klassen-Medizin getan werden. „Mehr privat für alle“ als Alternative zur Gleichheit für alle in der überregulierten GKV. Die Diskussion über die Bürgerversicherung könnte der Anfang einer neuen Denke zu mehr Erstklassigkeit in der GKV sein.

Mit freundlicher Genehmigung des Autors übernommen aus „das Krankenhaus“, 2/2018, Seite 93

PD Michael A. Weber, Vizepräsident VLK

OPS 8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung

Verschärfte Strukturanforderungen schränkt Anwendung seit 01.01.2018 erheblich ein.

Unter Beteiligung der DIVI (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin) und anderer Fachgesellschaften wurden die Strukturanforderungen ab 2018 für die OPS 8-98f durch das DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) in folgenden Punkten entscheidend verschärft:

Neue Strukturanforderungen:

Mindestmerkmale:

- Ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ (die Behandlungsleitung oder ein anderer Facharzt mit der Zusatzweiterbildung “Intensivmedizin“) muss werktags (Montag bis Freitag) zwischen 8 und 18 Uhr mindestens 7 Stunden auf der Intensivstation anwesend sein.
- Außerhalb dieser Anwendungszeit muss ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ innerhalb 30 Minute am Patienten verfügbar sein.
- Ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ (die Behandlungsleitung oder ein anderer Facharzt mit der Zusatzweiterbildung “Intensivmedizin“) muss täglich mindestens eine Visite durchführen

24-stündige Verfügbarkeit folgender Verfahren im eigenen Klinikum

- Kontinuierliche und intermittierende Nierenersatzverfahren
- Endoskopie des Gastrointestinaltraktes und des Tracheobronchialsystems
- Intrakranielle Druckmessung oder Hybrid-Operationssaal für kardiovaskuläre Eingriffe
- Transösophageale Echokardiographie

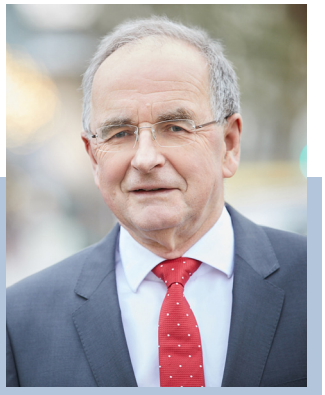
24-stündige Verfügbarkeit von drei der folgenden vier Verfahren im eigenen Klinikum:

- Radiologische Diagnostik mittels CT und MR
- Interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA
- Interventionelle (Neuro) radiologie mit akuter endovaskulärer Therapie von Gefäß- und Organverletzungen und/oder zerebralen Gefäßverschlüssen
- Laborleistungen

Rufbereitschaft oder Bereitschaftsdienst:

Es ist klar ersichtlich wo hier die Knackpunkte liegen:

Die Erreichbarkeit des Facharztes mit Zusatzbezeichnung „Intensivmedizin“ außerhalb der Regelarbeitszeit innerhalb von 30 Minuten am Patienten, stellt einige Kliniken und nicht nur Schwerpunktversorger vor Probleme. Nicht alle Oberärzte



PD Dr. Michael A. Weber

haben formal diese Zusatzweiterbildung trotz großer intensivmedizinischer Erfahrung, dies lässt sich aber nachholen. Aber warum hat man die Erreichbarkeit auf 30 Minuten festgelegt und damit mögliche arbeits- und tarifrechtliche Konflikte in der Rufbereitschaft heraufbeschworen? Diese Zeitspanne ist willkürlich gewählt und nicht evidenzbasiert. Probleme bei so schwer kranken Patienten sind oft sehr zeitkritisch und erfordern ein sofortiges Eingreifen des Diensthabenden vor Ort evtl. nach telefonischer Rücksprache mit dem Facharzt mit der Zusatzbezeichnung. Ist bei der Vorgabe einer festen Zeit noch Rufbereitschaft möglich? Einige sehen das tarifrechtlich kritisch. Es gibt aber ein Bundesarbeitsgerichts (BAG) Urteil zur Zeitvorgabe zur Arbeitsaufnahme bei Rufbereitschaft: „Zwischen dem Abruf und der Arbeitsaufnahme (darf) nur eine solche Zeitspanne liegen, dass hierdurch der Ein-

satz nicht gefährdet wird und im Bedarfsfall die Arbeitsaufnahme gewährleistet ist… Wegzeiten in der Größenordnung von 25 bis 30 Minuten sind nicht unüblich und deshalb vom Arbeitgeber bei Rufbereitschaft generell hinzunehmen. (BAG Urteil vom 31.01.2002, 6AZR214/00; ebenso LAG Hessen, Urteil vom 21.11.2016, 16Sa 1257/15 (persönliche Mitteilung Dr. Hoff, Potsdam))

Warum spricht man nicht einfach von Rufbereitschaft? Was ist, wenn sich bei der MDK Prüfung herausstellt, dass die 30 Minuten Frist überschritten wurde? Wird der MDK dann die Bezahlung der ganzen Pauschale ablehnen? Er prüft jetzt schon flächendekkend für frühere Jahre, ob die Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung erfolgt ist. Will man etwa verhindern, dass die rufbereiten Oberärzte noch an anderer Stelle vorübergehend eingesetzt werden (Anästhesisten im OP, Kardiologen im Herzkatheter)? Will man eine Rufbereitschaft exklusiv für die Intensivstation, welche Klinik kann das finanziell und vor allem personell von der Qualifikation her leisten? Wie viele Betten darf dieser Facharzt maximal betreuen?

Hybrid OP:

24 stündige Verfügbarkeit von intrakranieller Druckmessung und Hybrid OP für kardiovaskuläre Eingriffe. Damit beschränkt man die Zahl der in Frage kommenden Kliniken auf solche mit Neurochirurgie und/oder Herzchirurgie. Eine Operation in einem Hybrid OP bei so schwerkranken Intensivpatienten kommt aber nur sehr selten zum Einsatz. Warum gehört der Hybrid OP dann zu den Grundvoraussetzungen? Eine intrakranielle Druckmessung braucht man in der Neurochirurgie und Neurologie, in der Regel eher nicht auf einer internistischen Intensivstation. Was soll diese Verknüpfung aus zwei völlig unterschiedlichen Verfahren? Ist das eine verklausulierte Strukturvorgabe, dass nur Kliniken mit Neurochirurgie und oder Herzchirurgie am Standort in Zukunft noch aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlungen machen dürfen? Dann ist die Ausgrenzung perfekt gelungen. Wer macht solche Vorschläge und warum?

MRT:

24 stündige Verfügbarkeit einer Radiologische Diagnostik mittels CT und MRT: Wie oft kommt eine MRT bei diesen schwer kranken, beatmeten Intensivpatienten zum Einsatz, das ist schon beim CT nicht leicht, aber beim MRT auf Grund der Problematik der Beatmung und Überwachung in einem MRT

Foto: © CrazyCloud/fotolia.com

Raum unvergleichlich schwieriger, erst recht außerhalb der Regelarbeitszeit. Eine Notfallbereitschaft für das MRT ist in Kliniken mit Neurologie und/oder Neurochirurgie zwingend nötig, aber sie ist keine Grundvoraussetzung für eine aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung in anderen Fächern. Selbst viele Maximalversorger bieten deshalb keine 24h/7 MRT Bereitschaft an, weil die zeitaufwendigen Untersuchungen nur mit zusätzlich besonders qualifiziertem Personal möglich sind und erhebliche Anästhesieressourcen in Anspruch nehmen (P. Hoffstetter et al (2012) Notfall Rettungsmed).

Qualitätsverbesserung oder Partikularinteresse?

Bei allem Verständnis für das Bemühen Extremkostenfälle z.B. durch eine spezielle OPS Ziffer abzubilden, muss man die Frage stellen dürfen, steht hinter all diesen neuen Strukturanforderungen wirklich das Motiv der Qualitätsverbesserung der Behandlung der Patienten oder das Partikularinteresse der Maximalversorger, den Kreis der Kliniken einzuschränken, die in Zukunft den OPS 8-98f und die dazugehörige DRG noch abrechnen können? Das gleichzeitig das InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) die DRG für die aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung ab 2018 aufgewertet und die allgemeinen Beatmungs-DRG`s deutlich abgewertet hat, ist in diesem Zusammenhang auffällig. Dahinter steht natürlich die Vorstellung, dass die Patienten der Maximalversorger kränker und aufwändiger seien, und deren Intensivstationen deutlich höhere Vorhaltekosten hätten und dieses besser abgebildet werden müsse.

Auswirkungen:

Controlling-Expertengehen davon aus, dass bis 2017 weit über 500 Kliniken die OPS 8-98f angewendet haben. Das seien zu viele, behaupten die Vertreter der Maximalversorger, einige davon, z.B. die „Kleinen“ täten dies unberechtigt. Diese kontern, dass die Scores ihre Fälle als ebenso schwer ausgewiesen haben und die Behandlung auch bei ihnen entsprechend aufwendig sei. Sie fühlen sich zu Unrecht ausgegrenzt, denn die Anzahl der Kliniken, die die OPS noch abrechnen können, wird durch die neuen Strukturanforderungen drastisch abnehmen, genaue Zahlen liegen noch nicht vor. Aber dabei sind durch die getroffenen Maßnahmen auch „Große“ sicher mit beeinträchtigt. Hat man das so bedacht? Hier wäre vor Verabschiedung dieser einschneidenden Regelung eine belastbare Abschätzung der Folgen angezeigt gewesen. Die Maximalversorger haben sicher bisher auch schon den größeren Anteil dieser Intensivpatienten betreut, aber bei weitem nicht alle. Auch hier fehlen klare Zahlen. Haben in Zukunft die Maximalversorger die Kapazität, die Patienten der Kliniken zu übernehmen, die jetzt die Strukturvoraussetzungen nicht mehr erfüllen? Der Aufwand mit diesen schwerkranken Patienten wird ja nicht geringer, nur weil jemand Strukturvorgaben ändert. Sollen die vom OPS Code ausgeschlossenen Kliniken die Behandlung weiter zu drastisch gesunkenen Erlösen übernehmen? Das ist nicht akzeptabel. Wer organisiert die Verlegung zu Maximalversorgern, wer organisiert die Intensivtransporte für diese Patienten? Wahrlich weder unkompliziert noch ungefährlich.

Konsequenzen:

Auf der Home Page der DIVI steht: „ Seit genau 40 Jahren fördern wir den praktischen und wissenschaftlichen Fortschritt der Intensiv- und Notfall-Medizin und verbessern hier die Strukturen. Unsere Erfolge sind ebenso zurückzuführen auf die Expertise unserer Mitglieder wie auf die starke Geschlossenheit unserer interdisziplinären Vereinigung“. Letztere dürfte akut in Gefahr sein, denn die Aufregung über diese unausgewogenen neuen Vorgaben zieht weite Kreise, auch weil man sie trotz eindringlicher Warnungen politisch durchgedrückt hat. Diese neuen Strukturvorgaben sind in vielen aufgezeigten Punkten nicht sachgerecht. Für viele werden die Voraussetzungen zusätzlich kritisch, wenn man die Forderung am eigenen Klinikum mit am Standort nach neuer Definition übersetzt. Diese OPS Ziffer muss umgehend beim DIMDI wieder geändert werden. Dabei muss die Forderung nach einer grundsätzlichen MRT Bereitschaft und einem Hybrid OP fallen und die Rolle der Rufbereitschaft rechtssicher formuliert werden. Eine zwingend exklusive Rufbereitschaft für eine Intensivstation ist nicht überall erforderlich. Ausnahmetatbestände müssen für Spezial-oder Fachkliniken, die nicht alle Abteilungen vorhalten, vorgesehen werden. Wir begleiten die Bemühungen für einen Änderungsantrag, der noch bis zum 28.02.2018 beim DIMDI eingehen muss. Das heißt nicht, dass wir uns der Diskussion um die Abbildung von Extremkostenfällen nicht stellen wollen, aber mit diesem Versuch der Sicherung ist man über das Ziel hinausgeschossen.

Kontaktdaten des Autors:
PD Dr. Michael A. Weber, Vizepräsident des VLK
E-Mail: pd.dr.m.weber@gmail.com

RA Marc Rumpenhorst

Vorsicht, Regress!

Arzneimittelverordnungen in der Ermächtigungsambulanz

Aus erneutem oder nach wie vor bestehendem aktuellen Anlass ist auf die persönliche Leistungserbringung im Rahmen der KV-Ermächtigungsambulanz, die auch die Verschreibung von Arzneimitteln umfasst, hinzuweisen. Nachdem eine große deutsche Krankenkasse zunächst in Norddeutschland die Unterschriften der von persönlich ermächtigten Ärzten ausgestellten Rezepte überprüft hat, folgt nun der Abgleich von ermächtigtem Arzt und Aussteller der Arzneimittelverschreibung in Süddeutschland.

Persönliche Ermächtigung

Angestellte Krankenhausärzte können zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung persönlich ermächtigt werden. Die persönliche Ermächtigung ist bedarfsabhängig und subsidiär zur Vollzulassung des niedergelassenen Arztes. Die persönliche Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ist also in quantitativer und/oder qualitativer Hinsicht immer bedarfsnotwendig, um die ambulante Versorgung zu gewährleisten, weil die niedergelassenen Ärzte diese Leistungen nicht anbieten und/oder erbringen (können). Diese durch den Zulassungsausschuss konkret benannten Leistungen, meistens unter dem Vorbehalt der Zuweisung durch niedergelassene (Fach-)Ärzte (gleicher Fachrichtung) oder andere ermächtigte Ärzte genehmigt, sind zwingend persönlich durch den ermächtigten Arzt zu erbringen. Die Delegation von Ermächtigungsleistungen scheidet aus, die Vertretung ist nur in den in § 32a Ärzte-ZV genannten Fällen, nämlich bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an einer ärztlichen Fortbildung oder an einer Wehrübung, möglich und der Kassenärztlichen Vereinigung entweder anzuzeigen oder in der Sammelerklärung zur Quartalsabrechnung unter Angabe des Vertreters und Dauer der Vertretung einzutragen.

Arzneimittelverschreibung

Appliziert der ermächtigte Arzt durch die Krankenhausapotheke zubereitete Arzneimittel, gilt die Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) auch für die über die Krankenhausapotheke bezogenen Arzneien wie auch für alle sonstigen vom ermächtigten Arzt ausgestellten Rezepte. Hiernach ist für die Abgabe von Arzneimitteln eine ärztliche Verschreibung erforderlich, bevor ein Arzneimittel an den Patienten abgegeben oder in der KV-Ambulanz appliziert werden darf. Die Verschreibung muss den Namen, die Berufsbezeichnung und Konzeptdaten des verschreibenden Arztes, das Datum der Ausfertigung, Name und Geburtsdatum des Patienten, Bezeichnung des Arzneimittels/Wirkstoffs einschließlich der Stärke oder bei einem durch die Apotheke herzustellenden Arzneimittel die Zusammensetzung nach Art und Menge, die Darreichungsform sowie die abzugebende Menge des verschriebenen Arzneimittels sowie die Gültigkeitsdauer

Marc Rumpenhorst

der Verschreibung und schlussendlich die eigenhändige Unterschrift der verschreibenden Person beinhalten.

Antrag auf Feststellung eines sonstigen Schadens gemäß § 48 BMV-Ä

Für nicht vom ermächtigten Arzt selbst unterzeichnete Arzneimittelverordnungen hat eine gesetzliche Krankenkasse nunmehr die Feststellung eines „sonstigen Schadens“ im Sinne des § 48 Abs. 1 BMV-Ä in Höhe der jeweiligen Arzneimittelkosten bei der Prüfungsstelle Ärzte beantragt. Soweit kein Vertretungsfall vorliege – und damit gleichzeitig ein Verstoß gegen den Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung unterstellt wird – stelle die Abweichung von den Voraussetzungen der Arzneimittelverschreibungsverordnung eine schuldhafte Verletzung vertragsärztlicher Pflichten dar, so die Kasse. Der geltend gemachte Schadensersatzanspruch in Höhe der Arzneimittelkosten steht, insbesondere bei onkologischen Leistungen, regelmäßig in keinerlei

Verhältnis zu den ärztlichen Honoraren.

Rechtliche Bewertung und Empfehlungen

Hinsichtlich des Antrages der gesetzlichen Krankenkasse an die Prüfungsstelle Ärzte zur Feststellung eines „sonstigen Schadens" im Sinne des § 48 BMV-Ä stellt sich bereits die Frage, ob die Prüfungsstelle überhaupt zuständig ist und ob das Verfahren zur Feststellung eines „sonstigen Schadens" nicht einen anderen Zweck verfolgt, also gar nicht einschlägig, und zudem auch kein Schaden im Sinne dieser Vorschrift entstanden ist.

Sodann ist zu berücksichtigen, dass – wenn der Anwendungsbereich des § 48 BMV-Ä überhaupt eröffnet wäre – dieser Schadensersatz Anspruch verschuldensabhängig ist, also eine von der Kasse nachzuweisende Sorgfaltspflichtverletzung des Arztes voraussetzt. Umgekehrt kann sich der Arzt dadurch exkulpieren, dass er seinen Vertreter und die nichtärztlichen Mitarbeiter auf die strikte Einhaltung der Grundsätze der vertragsärztlichen Versorgung, insbesondere der persönlichen Leistungserbringung, hingewiesen und angewiesen hat, auch alle Verordnungen ihm zur persönlichen Unterzeichnung vorzulegen.

Hierbei ist schließlich auch zu berücksichtigen, dass die Kontrolle der Einhaltung dieser Anweisungen dadurch erschwert wird, dass Verordnungen der über die Krankenhausapotheke angeforderten Arzneimittel von dort aus unmittelbar den Kassen übersandt und nicht mehr dem ermächtigten Arzt vorgelegt werden, so dass er Abweichungen von seiner Anweisung kaum überprüfen kann.

Foto: © Kenishirotie/fotolia.com

Die von der Krankenkasse geltend gemachte Schadensersatzforderung umfasst sämtliche Arzneimittelverordnungen, die nicht vom persönlich ermächtigten Arzt unterschrieben worden sind, also auch solche, die im Falle zulässiger Vertretung durch den Vertreter ausgestellt wurden. Das bedeutet, dass die von der Krankenkasse festgestellten Abweichungen von der Arzneimittelverschreibungsverordnung zunächst um die Verordnungen zu bereinigen sind, die der Vertreter während angegebener urlaub- und krankheitsbedingter Abwesenheit des ermächtigten Arztes unterzeichnet hat.

In Abhängigkeit davon, ob die ambulante Beratung und Behandlung von gesetzlich Versicherten als Dienstaufgabe oder Nebentätigkeit ausgeübt wird, könnte im zuerst genannten Fall der Krankenhausträger mit Blick auf Übernahme oder zumindest Beteiligung an der Schadensersatzforderung nach den Grundsätzen der Arbeitnehmerhaftung einbezogen und – in beiden Fällen – ein Vermögens-Haftpflichtschaden bei der Berufshaftpflichtversicherung angemeldet werden.

Schlussendlich ist allen persönlich ermächtigten Ärzten zu empfehlen, diese Verfahren zum Anlass zu nehmen, die Grundsätze der persönlichen Leistungserbringung, insbesondere auch bei der Verschreibung von Arzneimitteln, nochmals zu prüfen und auch über entsprechende – möglichst schriftliche – Anweisungen an die Mitarbeiter sicherzustellen.

Weitere Informationen:
Rechtsanwalt Marc Rumpenhorst
Fachanwalt für Medizin- und Arbeitsrecht
c/o Kanzlei Klostermann, Dr. Schmidt, Monstadt, Dr. Eisbrecher
Kortumstraße 100, 44787 Bochum
E-Mail: rumpenhorst@klostermann-rae.de

Ausschreibung für den VLK-Zukunftspreis 2018

Der Gesamtvorstand des Verbandes der Leitenden Ärzte Deutschlands (VLK) hat sich in seiner Sitzung vom 13. September 2012 dafür ausgesprochen, künftig den VLK-Zukunftspreis zu verleihen.

Die Auszeichnung wird jährlich ausgeschrieben und ist mit 3.000 € ausgelobt.

Welches sind die Kriterien für den Zukunftspreis?
Im Mittelpunkt stehen außergewöhnliche zukunftsorientierte Leistungen im Gesundheitswesen. Herausgehoben sind:

- Patientenversorgung
- Ärztliche Fort- und Weiterbildung
- Engagement im VLK
- Lebenswerk

Der Zukunftspreis kann an Mitglieder des VLK und an Persönlichkeiten des Öffentlichen Lebens vergeben werden.

Wichtig sind:

- Konkretisierbarkeit der Leistungen und des Engagements
- Schriftliche Begründung für die Nominierung
- Einreichung des Curriculum Vitae der vorgeschlagenen Persönlichkeit

Hiermit möchten wir die Mitglieder des VLK auffordern, Vorschläge für geeignete Persönlichkeiten

bis zum 31. Mai 2018

an den Präsidenten des VLK, Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Haus der Ärzteschaft, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf einzureichen.

Der VLK-Zukunftspreis 2018 wird im Zusammenhang mit den VLK-Organsitzungen im Herbst 2018 verliehen.

Das stand auf der Agenda

Januar - Februar 2018

19.01.2018, Berlin
- Gespräch mit Mitgliedern des Vorstandes des Marburger Bundes
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, PD Dr. Michael A. Weber, Gerd Norden

26.01.2018, Essen
- Gespräch mit Prof. Augurzky (Stiftung Münch)
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

29.01.2018, Düsseldorf
- Gespräch mit Hauptgeschäftsführer DKG
  VLK-Teilnehmer: Gerd Norden

31.01.2018, Düsseldorf
- Sitzung des Verwaltungsbeirates, Haus der Ärzteschaft
  VLK-Teilnehmer: Gerd Norden

09.02.2018, Erfurt
- Gespräch mit Ministerin Werner
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Prof. Dr. Ulf Teichgräber, Dr. Frank Lange, Gerd Norden

14.02.2018, Berlin
- Vorstandssitzung DKG
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

15.02.2018, Berlin
- Gemeinsame Koordinierungsstelle BÄK/VLK
  VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Rechtsanwalt Norbert H. Müller, Gerd Norden