

Sinnvoll abgestufte Versorgung gemeinsames Ziel der Ärzteschaft

Die neu entstehenden kooperativen und koordinativen Versorgungsstrukturen in der ambulanten ärztlichen Versorgung werden dazu beitragen, daß medizinisch unnötige Einweisungen in die Klinik vermieden werden, während notwendige Einweisungen im arbeitsteiligen Zusammenwirken mit den Krankenhäusern erfolgen.

von **Leonhard Hansen**

Zur Verantwortung eines Hausarztes gehört, seine Patienten dann in die Klinik einzuweisen, wenn die Möglichkeiten einer effizienten Versorgung im ambulanten Bereich ausgeschöpft bzw. nicht mehr gegeben sind. Ein Aufenthalt in der Klinik wird vom Patienten in der Regel als belastender Einschnitt in den Lebens- und Arbeitsalltag empfunden, das Verlassen der gewohnten sozialen und räumlichen Umgebung wird vor allem von unseren alten Patienten überwiegend als bedrohlich erlebt. Bereits seit den 70er Jahren liegen uns eine Fülle von Studien vor, die belegen, daß die Institution Krankenhaus aufgrund ihrer weitgehenden Anonymität, ihrer notwendigerweise stark routinierten und reglementierten Arbeitsabläufe gewohnte Alltagsrhythmen beeinträchtigt. Wir Hausärzte werden daher auch aufgrund der bevorstehenden Trennung von Familie und Umgebung häufig mit der Erwartung unserer Patienten konfrontiert, eine Einweisung möglichst zu vermeiden.

Erneut Zunahme der stationären Behandlungen

Eine Vermeidung bzw. Reduktion von Klinikeinweisungen fordern seit Jahren auch die Krankenkassen und die Politik vor allem mit der Be-

gründung, im nach wie vor kostenintensiven stationären Sektor Mittel einzusparen. Darüber hinaus wird zum Beispiel von unserer nordrhein-westfälischen Landesregierung explizit dafür plädiert, dem Patienten im Rahmen der Kuration, Rehabilitation und Pflege eine möglichst wohnortnahe Versorgung im ambulanten Bereich anzubieten.

Wir alle müssen uns Gedanken machen, welche Antworten wir jetzt und in der Zukunft geben können auf berechnete Fragen nach unseren Möglichkeiten, notwendige Krankenhauseinweisungen frühzeitig einzuleiten und die übrigen sinnvoll zu reduzieren oder zu vermeiden. Dies auch vor dem Hintergrund, daß statistisch nach wie vor die Zahl der vollstationär behandelten Fälle gestiegen ist (1996 gegenüber 1995 nochmals um 1,5 Prozent auf 15,2 Millionen), wobei hier – lassen Sie es mich so nennen – Besonderheiten von Belegungssystematik und auch Behandlungskosmetik eine nicht unbedeutende Rolle spielen.

Deutlich zurück ging in den letzten Jahren die durchschnittliche Verweildauer, die mit 11,4 Tagen nochmals um 0,7 Tage gegenüber 1995 sank (1990 noch 15,3 Tage). Durch den Anstieg der Fälle vollstationär behandelter Patienten sanken zwar die Kosten je Fall um 0,5 Prozent, da gleichzeitig jedoch die Zahl der Pflgetage um 4,1 Prozent abnahm, erhöhten sich die Kosten je Pflgetag um 5,4 Prozent auf durchschnittlich 543 DM im Vergleich zu 1995.

Geld folgt der Leistung nicht

Betrachtet man isoliert Krankenhausfälle mit Operationen, so zeigen Auswertungen der Krankenhausdiagnosestatistik für das Jahr 1995 einen Rückgang von 10,8 Prozent entsprechender Fälle gegenüber dem Vorjahr bei einer Reduktion der Zahl der Krankenhaustage um insgesamt ca. 1,7 Prozent. Zu begründen ist dieser Rückgang mit einem geänderten Einweisungsverhalten niedergelassener Ärzte, mit

Der Autor dieses Beitrags, Dr. Leonhard Hansen, ist Allgemeinarzt in Alsdorf. Als 2. Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und Vorstandsmitglied der Ärztekammer Nordrhein trägt er in der ärztlichen Selbstverwaltung Verantwortung. Hansen ist auch Vorsitzender der Bezirksstelle sowie der Kreisstelle Aachen der Kammer und Mitglied im Hausärzteverband BDA. Der vorliegende Artikel basiert auf einem Vortrag, den er am 23. September 1998 bei dem Workshop „Vermeidung der Krankenhauseinweisung“ im Rahmen einer internationalen gesundheitsökonomischen Fachtagung in Köln gehalten hat.



RhÄ Dr. Leo Hansen

Substitutionseffekten durch ambulante Operationen und mit medizinisch-pharmazeutischen Fortschritten in der ambulanten Arzneimitteltherapie. Unbestreitbar ist, daß Entlastungseffekte in der Klinik zu Mehrleistungen im ambulanten Bereich führten. Unbestreitbar ist aber auch, daß die Gelder nicht der Leistung folgten: So mußten zum Beispiel die ambulanten Operateure unter Budgetbedingungen aufgrund steigender Nachfrage und daraufhin sinkender Punktwerte massive Umsatzverluste hinnehmen.

Fehlende soziale Netzwerke

Angesichts begrenzter Ressourcen im Gesundheitswesen wird es in der Zukunft stärker als bisher darauf ankommen, die gesundheitliche Versorgung dort anzubieten, wo die Effizienz der medizinischen Behandlung unter Berücksichtigung humanitärer und wirtschaftlicher Randbedingungen am größten ist. Dabei liegt es grundsätzlich in der Verantwortung des niedergelassenen Arztes, seine Patienten im Rahmen einer zweckmäßigen, ausreichenden und wirtschaftlichen Behandlung bei Bedarf in die Klinik einzuweisen.

Gerade die Hausärzte wissen aber aus Erfahrung, daß die letztgenannte Kategorie in der Vergangenheit nicht immer ausschlaggebend war. Wir erleben die Folgen der von den Demographen so oft beschriebenen „Überalterung“ in der Gesellschaft tagtäglich in unserer Praxis. Die wachsende Zahl multimorbider älterer Menschen mit oftmals fehlenden sozialen Netzwerken führt immer noch dazu, daß wir psychosoziale Problemlagen und unzureichende häusliche Versorgungsmöglichkeiten in unseren Entscheidungen berücksichtigen müssen, obwohl an dieser Stelle mit Blick auf die positiven Effekte der Pflegeversicherung Verbesserungen eingetreten sind.

Abgesehen von diesen letztlich nur von einer verantwortlichen Gesellschaftspolitik zu optimierenden

Randbedingungen ist allerdings festzuhalten, daß der allseits eingeforderte Grundsatz „Soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie notwendig“ auch durch generelle Defizite im ambulanten Sektor nur unzureichend umzusetzen war. Dies zum einen, weil entsprechende Instrumente fehlten, zum anderen sicherlich auch, weil vorhandene Möglichkeiten nicht vollständig ausgeschöpft wurden. Unbestreitbar gab und gibt es Mängel in der Kommunikation zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor, existieren Defizite in der Kooperation und Koordination an den Schnittstellen. Diese Schwachstellen sind durch sinnvolle Vernetzungen zu minimieren, allerdings ohne dabei den konkreten, eindeutig abgestuften Versorgungsauftrag des ambulanten und stationären Sektors in Frage zu stellen.

Konsenspapier der Ärzteschaft

Auf dem diesjährigen Ärztetag wurde ein „Konsenspapier der Ärzteschaft zur Verzahnung in ambulanter und stationärer Versorgung“ verabschiedet. Auf der Grundlage des Versorgungsbedarfs der Bevölkerung und unter der Maxime eines wirtschaftlichen Mitteleinsatzes wird die Lösung von Versorgungsproblemen dort gesehen, wo die medizinische Betreuung unter Beachtung humanitärer und qualitativer Bedingungen am effizientesten durchgeführt werden kann. Dazu bedarf es – so der Ärztetag – abgestufter Versorgungsebenen, die nach dem jeweiligen Versorgungsauftrag, der Intensität und den vorhandenen Kapazitäten zur Behandlung sowie nach dem Kostenaufwand zu definieren sind.

Derartige Abstufungen mit eindeutigen Zuständigkeiten und institutionellen Grenzen schließen dabei die Notwendigkeit neuer kooperativer Strukturen zur besseren Vernetzung der Sektoren an den Schnittstellen nicht aus. Der Ärztetag äußerte sich jedoch eindeutig dahingehend, den klinischen Ver-

sorgungsauftrag nach wie vor grundsätzlich auf die Behandlung der von Vertragsärzten eingewiesenen und zur Krankenhausbehandlung aufgenommenen Patienten sowie von Notfällen auszurichten. Einer institutionellen Öffnung der Kliniken für die fachärztliche ambulante Versorgung stehe die notwendigerweise kostenaufwendige Infrastruktur eines Krankenhauses und die bewährte Struktur einer wohnortnahen fachärztlichen Versorgung durch niedergelassene Fachärzte entgegen.

Institutionelle Öffnung der Kliniken wäre destruktiv

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft vertritt in diesem Kontext eine andere Position. Als Reaktion auf den politisch und ökonomisch allseits geforderten Bettenabbau sind hier nur die Stichworte Kurzzeitchirurgie, Gesundheitszentren und das generelle Bestreben einer institutionellen Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante fachärztliche Versorgung zu nennen. Dies ist nicht unser Weg, da er aus Sicht der verfaßten Ärzteschaft nicht zu einer effizienteren und effektiveren Versorgung der Bevölkerung führt, wohl aber zu einem destruktiven Konkurrenzkampf unter den Ärzten. Vorstellungen einer institutionellen Öffnung der Krankenhäuser müssen allerdings auch vor dem Hintergrund fehlender finanzieller Anreize in den Kliniken gesehen werden, sich auf hochspezialisierte und medizinisch nur in diesem Kontext zu erbringende Leistungen zu konzentrieren.

Der zweifelsohne starke politische und ökonomische Druck auf beide Sektoren, auf die Kliniken und auf unsere Praxen, wird die Bereitschaft zur Etablierung neuer Versorgungsstrukturen unter Berücksichtigung gegebener Zuständigkeiten stärken und die Neugestaltung von gewohnten Abläufen mit sich bringen müssen. Beide Seiten sind angewiesen auf eine strukturierte arbeitsteilige Kooperation.

Entscheidend wird sein, ob es uns gelingt, die Versorgung unserer Patienten an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor zu optimieren.

Dies bedingt in der Zukunft unter anderem:

- eine Intensivierung und Gewährleistung des gegenseitigen Informationsaustauschs bei Einweisung und Entlassung des Patienten zum Beispiel durch Einführung elektronisch gestützter Kommunikationsnetze;
- die Sicherstellung unserer Präsenz über das bisherige Ausmaß hinaus;
- eine effizientere Kooperation zwischen ärztlichem Bereitschaftsdienst und dem Rettungsdienst sowie eine intensivierte Aufklärung der Bevölkerung über die jeweiligen Aufgaben;
- generelle Verbesserungen des vertragsärztlichen Notdienstes unter anderem durch Etablierung vertragsärztlicher Notfallpraxen bzw. sog. „Vorschaltambulanzen“ am Krankenhaus, die im Interesse beider Sektoren entscheidend dazu beitragen können, die nach wie vor zu große Anzahl von Selbsteinweisungen zu reduzieren;
- die gemeinsame Nutzung von Praxis- und Klinikeinrichtungen zur Reduktion freier Kapazitäten und Doppeluntersuchungen im Hochtechnikbereich.

Die Lösung der Schnittstellenprobleme wird in der Zukunft auch davon abhängen, inwiefern es gelingt, grundsätzlich neue Versorgungsformen zu etablieren und ihre Effizienz nachzuweisen. Dabei kann es nicht nur darum gehen, die gleiche Qualität in der Versorgung zu niedrigeren Kosten erbringen zu können, sondern auch darum, für zumindest gleiche Kosten eine verbesserte Qualität anzubieten.

Mit den im letzten Jahr verabschiedeten Neuordnungsgesetzen wurden uns Chancen gegeben, den von allen politischen Parteien getragenen Grundsatz „ambulant vor

stationär“ stärker als bisher umzusetzen und das Zusammenwirken zwischen dem niedergelassenen und dem stationären Sektor zu optimieren. Im Rahmen von Modellversuchen nach § 64 SGB V und Strukturverträgen nach § 73a zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung bzw. zur Vernetzung von haus- und fachärztlichen Praxen können neue kooperative Versorgungsstrukturen und Honorierungsformen erprobt und etabliert werden.

Praxisnetze sollen Versorgung verbessern

Eine herausragende Rolle werden in diesem Zusammenhang sogenannte vernetzte Praxen spielen. Bedauerlich ist in diesem Zusammenhang, daß Strukturverträge durch den verschärften Wettbewerb der Kassen äußerst zögerlich verhandelt werden und aufgrund kassenindividueller Vorstellungen die Einführung flächendeckender qualitätsgesicherter Strukturen erschweren. Neben dem Bemühen um die Etablierung von Praxisnetzen wird eine weitere Komponente der Optimierung ambulanter Versorgungsstrukturen das medizinische und soziale Disease Management sein.

Anhand von drei Beispielen möchte ich darlegen, wie die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KVNo) neu geschaffene Möglichkeiten aufgegriffen und konkret in Verträgen umgesetzt hat:

Strukturvertrag „Praxisnetz Erft“

Die KVNo hat mit der AOK Rheinland Mitte dieses Jahres einen Vertrag zur Verbesserung der medizinischen Versorgung und zur Förderung der Struktur der ambulanten ärztlichen Versorgung abgeschlossen. Durch die Förderung eines Praxisnetzes des an Köln grenzenden Erftkreises soll durch eine „kollegial strukturierte Zusammenarbeit der beteiligten Ärzte die Versorgungsqualität im Bereich der ambulanten Versorgung gesteigert und explizit eine Reduktion der

Einweisungsfrequenzen erreicht werden.“

Instrumente zur Zielerreichung sind unter anderem die Etablierung einer zentralen Koordinationsstelle, eine kollegiale Kooperation mit Krankenhäusern und ambulanten Pflege- und Sozialdiensten, eine Notdienstregelung durch die Hausärzte und ein fachärztlicher Notfalldienst während der sprechstundenfreien Zeiten sowie die Förderung der Kommunikation in Netzkonferenzen und Qualitätszirkeln. Die Koordinationsstelle übernimmt im Rahmen ihrer zentralen Organisationsfunktionen Aufgaben der Patientensteuerung bzw. des medizinischen und sozialen Case-Managements. Sie ist angesiedelt in den Räumen einer zentralen Netzpraxis, die die Notfallversorgung im gesamten Erftkreis übernimmt und steuert.

Über diese aus einer Initiative der Ärzteschaft des Erftkreises hervorgehende Vernetzung hinaus werden in anderen Regionen in Nordrhein ohne explizite Förderung der Kassen aus den Reihen unserer Ärzte vernetzte Praxen etabliert, die Ergebnisse der bisherigen Anstrengungen werden in naher Zukunft der KV Nordrhein vorzustellen sein. Wir werden die Umsetzung des Strukturvertrages im Erftkreis sorgfältig analysieren und beabsichtigen, auf der Basis gesicherter Dokumentationsdaten Aussagen unter anderem darüber zu treffen, inwiefern es gelungen ist, durch konzentrierte und koordinierte Anstrengungen eine signifikante Senkung der Krankenhauseinweisungen zu erreichen.

Grundsätzlich ist zu sagen, daß Praxisnetze Zeit zur Ausreifung brauchen. Erste Ergebnisse von entsprechenden Modellversuchen liegen vor, sie belegen unter anderem ein höheres Ausmaß an Kollegialität und gestiegene Lebensqualität bei Ärzten und Patienten. Inwiefern es in der Zukunft gelingt, neben Aussagen zur Struktur- und Prozeßqualität auch valide Nachweise der Ergebnisqualität – wie zum Beispiel

Nettoeinsparungen im Hinblick auf Arzneimittel und reduzierte Krankenhausweisungen – zu erbringen, hängt in entscheidendem Maße von der zeitnahen Verfügbarkeit zuverlässiger Daten ab.

Anzumerken bleibt in diesem Zusammenhang auch, daß der Nachweis einer erfolgreichen Zielerreichung unter Umständen nur unzureichend gelingen kann, weil durch den nach wie vor unreglementierten Gebrauch der Chipkarte eine lückenlose Verfolgung des Behandlungsverlaufs nicht möglich und somit die Nutzung weiterer Behandlungsangebote zum Beispiel in der Peripherie nicht zu kontrollieren ist. Hier wird in der Zukunft allein schon aus methodischen Überlegungen heraus zu prüfen sein, inwiefern bei freiwilliger Teilnahme an modellhaft erprobten vernetzten Versorgungsstrukturen andere Lösungen zu finden sind.

Strukturvertrag „Diabetes“

Zu Beginn des Jahres haben der BKK-Landesverband Nordrhein und die KV Nordrhein einen bis dahin bundesweit einmaligen Strukturvertrag zur „Intensivierung der interdisziplinären Kooperation von Vertragsärzten in der ambulanten Versorgung von Diabetikern“ geschlossen, der – für Strukturverträge nicht selbstverständlich – wissenschaftlich begleitet wird. Ausgehend von dem hohen Stellenwert der Qualitätssicherung und -verbesserung in der Langzeitversorgung einer stetig ansteigenden Zahl von Diabetikern haben wir im Vertrag explizite Schwerpunkte auf Qualifikation und Kooperation gesetzt.

Hohe Qualifikationsanforderungen sichern unter anderem die Strukturqualität, zur Messung der Prozeßqualität wurden im Rahmen einer patientenorientierten Kooperation zwischen dem geschulten Hausarzt und der diabetologischen Schwerpunktpraxis Leitlinien formuliert. Klar definierte Aufgabefelder und Schnittstellen sowie Maßnahmen zur Optimierung der

Koordination des gesamten Behandlungsverlaufs haben im Sinne der Ergebnisqualität das Ziel, die ambulante Langzeitversorgung von Diabetikern nachweislich zu verbessern, Spätfolgen zu minimieren und stationäre Einweisungen zu vermeiden.

Hervorzuheben ist, daß die Kontakte des Patienten zwischen Hausarzt- und Schwerpunktpraxis explizit auf Überweisungsscheinen dokumentiert werden, die Chipkarte wird in diesem Kontext somit ausgesetzt. Anzumerken bleibt, daß Verhandlungen mit anderen Krankenkassen in einem konkreten Stadium sind, wir sind nach kontinuierlichen und engagierten Bemühungen in der Vergangenheit guter Hoffnung, in naher Zukunft in Nordrhein eine entsprechende flächendeckende Versorgung anbieten zu können.

Strukturvertrag „Ambulantes Operieren“

Kürzlich wurde mit dem Landesverband der Betriebskrankenkassen Nordrhein-Westfalen (BKK LV NW) und der Innungskrankenkasse Nordrhein (IKK) ein Strukturvertrag zur Förderung des ambulanten Operierens in Nordrhein vereinbart. Dieser Vertrag bietet eine partielle Lösung aus dem Dilemma, daß allein die KV Nordrhein zwischen 1992 bis 1997 einen Leistungsanstieg bei den ambulanten Operationen von 220 Prozent verzeichnete – die Folge war ein rapider Verfall des Punktwertes und ein stetig sinkendes Honorar für die einzelne Leistung. Berücksichtigt man, daß die gleiche Leistung im Klinikbereich ungleich höher vergütet wird, andererseits von der Politik und den Krankenkassen eine Reduktion stationärer Einweisungen erwartet wird, so muß man sich schon die Frage stellen, ob diese patientenorientierte, innovative und kostengünstigere Zielrichtung grundsätzlich gewollt ist. Unsere Vertragspartner verfolgen explizit das Ziel, Ausgaben für kosteninten-

sive Klinikaufenthalte zu reduzieren und im Rahmen einer engen Kooperation zwischen überweisendem Arzt und ambulanten Operateur bei zunächst 21 krankenhausersetzenden ambulanten Operationen entsprechende Einweisungen nachprüfbar zu vermeiden.

Strukturiertes Miteinander

Zusammenfassend bleibt zu sagen, daß kooperative und koordinative Versorgungsstrukturen in der Zukunft zweifelsohne dazu beitragen werden, medizinisch unnötige Einweisungen in die Klinik zu vermeiden und notwendige im arbeitsteiligen Zusammenwirken mit den Krankenhäusern durchzuführen. Dabei werden wir gemeinsam mit den Kliniken Strategien im Hinblick auf die Hospitalisierung sozialer und pflegerischer Probleme entwickeln müssen. Wir brauchen darüber hinaus Konsens hinsichtlich der Bildung von Versorgungsketten und der Erstellung leitlinienorientierter Behandlungskonzepte unter anderem für eine kontinuierliche Betreuung schwerwiegend, vielfach chronisch Erkrankter auf abgestuften Versorgungsebenen.

In derart aufeinander abgestimmten Versorgungsketten sind spezialisierte Krankenhausärzte im Rahmen des stationären Aufenthalts eingebunden, bei gegebenem Bedarf sind sie auch ambulant im Rahmen persönlicher Ermächtigungen einzubeziehen. Vor diesem Hintergrund ist auch ihre Beteiligung an Verträgen und Modellvorhaben zweckmäßig und wünschenswert. Ich bin fest davon überzeugt, daß die Lösung unserer gegenwärtigen Probleme nur in einem strukturierten Miteinander liegen kann. Sowohl die Hausärzte als auch die Kassenärztlichen Vereinigungen werden hierzu konstruktiv ihren Beitrag leisten.