

Ambulantisierung: „Wildwuchs“ und „Wüsten“

Krankenhäuser übernehmen immer häufiger die ambulante Versorgung von Patienten. Das schafft Probleme mit der Patientensicherheit. Darauf weist ein aktueller Report hin.

VON ANNO FRICKE

BERLIN. Zig Millionen Patienten im Jahr werden in den Ambulanzen der Krankenhäuser versorgt. Knapp zwei Fünftel der Abteilungen können jedoch nicht rund um die Uhr sicherstellen, dass Patienten auch von Fachärzten versorgt werden können. Das geht aus dem Krankenhaus-Report 2016 der AOK hervor. „In puncto Qualitätssicherung sind ambulante Krankenhausleistungen Wüsten“, sagte Professor Jürgen Wasem von der Universität Duisburg-Essen bei der Vorstellung des Reports am Montag in Berlin. Abhilfe könnten, so die Autoren des Reports, Anforderungen an die Mindestpersonalausstattung der Krankenhäuser mit ambulanten Behandlungsmöglichkeiten schaffen.

Die politische Vertretung der Krankenhäuser reagierte prompt mit der Einnahme einer anderen Perspektive. Der Report zeige deutlich, dass ohne die Krankenhäuser die ambulante medizinische Versorgung der Bevölkerung nicht gewährleistet sei, sagte der Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft Thomas Reumann. Die Kassenärzte erfüllen den ihnen übertragenen Sicherstellungsauftrag nur zum Teil.

In den Notfallambulanzen der Krankenhäuser werden ausweislich einer Hochrechnung der Report-Autoren im Jahr 18,6 Prozent der gesetzlich Versicherten vorstellig. 2,4 Millionen Behandlungsfälle registrierten die Psychiatrischen Institutsambulanzen im Jahr 2014, 3,5 Millionen die Hochschulambulanzen. Auf 7,2 Milliarden Euro, rund zehn Prozent der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversiche-



rung für den stationären Sektor, belaufen sich in diesem Zeitraum die Ausgaben für die 3,7 Millionen Krankenhausfälle, die Untersuchungen zufolge als vermeidbar gelten.

Nicht die Vielfalt der Versorgungsmöglichkeiten an sich, sondern der ordnungspolitische „Wildwuchs“ im stationären Sektor stößt auf massive Kritik. „Hinter der Vielfalt steckt kein rationales Ordnungsprinzip“, bemängelt Jürgen Wasem die in den vergangenen knapp 30 Jahren vorgenommene schrittweise Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung. De facto würden identische Leistungen in verschiedenen Rechtsformen verpackt und unterschiedlich vergütet, so Wasem weiter.

Den Mangel an Kooperationsanreizen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten bemängelte der Vorsitzende des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Professor Ferdinand Gerlach. Das System zwingt die Ärzte stattdessen in eine „ineffiziente Konkurrenz“ zum Schaden der Patienten. Die Folgen seien Informationsbrüche und daraus folgend Behandlungsfehler, unkoordinierte Mehrfachdiagnostik und -therapie sowie unangemessene Mengenausweitungen und die Konzentration auf wirtschaftlich attraktive Leistungen an lukrativen Standorten.

Mehr Transparenz, um Doppelstrukturen und daraus resultierende Qualitätsverluste sichtbar zu machen, forderte AOK-Chef Martin Litsch. Der Sicherstellungsauftrag der KVen solle aufgebrochen werden zugunsten selektivvertraglicher Sicherstellungsmodelle unter Federführung der Kassen.

„Wenn eine Patientin oder ein Patient mit der gleichen Erkrankung zu einem Krankenhaus oder einer Arztpraxis kommt, besteht die Gefahr, unterschiedlich behandelt zu werden“, monierte der Sprecher für Krankenhauspolitik der Fraktion der Linken, Harald Weinberg. Marktwirtschaftliche Interessen dürften bei der Behandlung von Patienten keine Rolle spielen.

KOMMENTAR

Ungleich lange Spieße

VON
ANNO FRICKE



Die Ausweitung ambulanter Behandlungen in den Krankenhäusern ist nicht vom Himmel gefallen. Sie ist politisch gewollt. Die Politik hat nur vergessen, sie ordentlich zu regulieren. Stattdessen wurden an der zunehmend in den Fokus rückenden Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung dem jeweiligen Bedarf folgende Lösungen ad hoc geschaffen. Darauf weist der aktuelle Krankenhaus-Report der AOK dankenswerterweise ausführlich hin.

Ausbaden müssen den von den Fachleuten im Report diagnostizierten ordnungspolitischen „Wildwuchs“ alle Beteiligten, vor allem

aber die Patienten und Beitragszahler. Wo höhere Deckungsbeiträge den Ausschlag dafür geben, wo eine Behandlung stattfindet, regiert eben nicht das Primat der medizinischen Notwendigkeit allein, sondern auch ein ökonomisches Interesse, den Patienten ins Krankenhaus zu bekommen und ihn dort möglichst über Nacht zu behalten. Das kann teuer kommen, aber: Wenn man dem Hund eine Wurst hinhält, schnappt er danach.

Vor der Einführung der ASV war viel die Rede von den gleichlangen Spießen, über die die Ärzte in Krankenhaus und Praxis im Wettbewerb verfügen müssten. Es wird Zeit, dass sich die Vertreter der Gesundheitspolitik wieder daran erinnern.



Schreiben Sie dem Autor:
anno.fricke@springer.com

Hecken interpretiert Planung künftig sektorenübergreifend

In strukturschwachen Regionen will der GBA-Chef künftig sektorenübergreifend planen. Sein Argument: „Die doppelte Facharztschiene können wir uns nicht mehr überall leisten.“

VON ANNO FRICKE

BERLIN. GBA-Chef Professor Josef Hecken greift die doppelte Facharztschiene an. In strukturschwachen Regionen, wo Krankenhäuser künftig Sicherstellungszuschläge erhielten, solle der ambulante Sektor nicht eigens am Leben erhalten werden, wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen ihren Versorgungsauftrag nicht erfüllen könnten. Er wolle dann nicht zusätzliche Mittel, zum Beispiel aus dem Innovationsfonds, locker machen müssen, um die Infrastruktur so auszubauen, um Patienten und niedergelassene Ärzte zusammenzubringen.

„Die doppelte Facharztschiene können wir uns nicht mehr leisten, wenn wir sehen, dass wir in strukturschwachen Gebieten keine Ärzte mehr in die Krankenhäuser und in die ambulante Versorgung mehr bekommen“, sagte Hecken.

„Tierischer Streit“ im GBA

Die im Krankenhausstrukturgesetz mit der vom niedergelassenen und stationären Sektor gemeinsam zu stemmenden Notfallversorgung angelegte Erosion des Sicherstellungsauftrags will der unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA), Professor Josef Hecken, deshalb vom GBA festschreiben lassen. Wo künftig einerseits über Sicherstellungszuschläge verhandelt



Wo es mehr Landschaft als ärztliche Versorgung gibt, will GBA-Chef Professor Josef Hecken künftig sektorenübergreifend planen. © ANDREA WILHELM / FOTOLIA.COM

„Was Vertragsparteien nicht geregelt bekommen, soll der GBA mit objektivierbaren Kriterien hinterlegen.“

Professor Josef Hecken
Unparteiischer Vorsitzender
des Gemeinsamen Bundesausschusses

werden müsse, andererseits die Kassenärztliche Vereinigung keine Ärzte in die ambulante Versorgung bekomme, werde der GBA Krankenhäuser zu klassischen EBM-Konditionen formal in die ambulante Bedarfsplanung integrieren, kündigte Hecken beim Kongress des Interessenverbands Kommunale Krankenhäuser am Dienstag in Berlin an.

Deshalb werde er die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zu Sicherstellungszuschlägen und der Notfallstrukturplanung im GBA-Unterausschuss „Bedarfsplanung“ unterbringen, sagte Hecken.

Dieser Unterausschuss ist zudem vom Gesetzgeber beauftragt, bis Ende 2016 die ambulante Bedarfsplanungs-

richtlinie komplett zu überarbeiten. Die Richtlinie regelt die Niederlassung von Ärzten im ambulanten Sektor, eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung ist nicht vorgesehen.

Das wissen auch die Verantwortlichen im Gemeinsamen Bundesausschuss. Wegen seines Vorstoßes gebe es „tierischen Streit“. Es gebe eine „Hardcore-Fraktion“, die auf keinen Fall den Anschein erwecken wolle, dass der GBA in die Krankenhausplanung der Länder eingreifen wolle. Für Hecken kein Problem: „Die Länder müssen Verantwortung tragen, wenn irgendwo keine Doktoren mehr da sind und auch das Krankenhaus zu macht. Deshalb haben die Länder einen Anspruch darauf, dass ich nicht autistisch Bereich A und Bereich B bearbeite, sondern die Dinge übergreifend betrachte“, sagte Hecken.

MDK aus Steuermitteln?

Der Vorstandsvorsitzende des Interessenverbands Kommunale Krankenhäuser, Bernhard Ziegler, kritisierte die Rolle des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) in der mit dem kürzlich verabschiedeten Krankenhausstrukturgesetz Qualitätsausrichtung des stationären Sektors.

„Der MDK kann nicht für objektivierbare Aufgaben, die mit Qualität und Struktur zu tun haben, eingesetzt werden“, sagte Ziegler. Die Dienste in ihrem jetzigen Zuschnitt seien ausschließlich dazu da, den Kassen Kosten zu sparen. „Es geht um nichts anderes“, sagte Ziegler.

Er forderte vom Gesetzgeber, zusätzlich einen aus Steuermitteln finanziellen Qualitätsprüfdienst einzusetzen. Grundsätzlich sollten alle Leistungserbringer aber ein Bekenntnis zu voller Qualität bei medizinischen und pflegerischen Leistungen ablegen. Differenzierungen sollte es nur bei den Hoteldiensten geben.

Hecken plant übergreifend

Von Anno Fricke

Sektorenübergreifende Planung ist im Instrumentenkasten des Gesundheitssystems eigentlich nicht vorgesehen. Noch nicht!

Wenn man jedoch tief im Durcheinander dieses Kastens nach neuen Muttern für die berühmt-berüchtigten Stellschrauben sucht, an denen man drehen muss, um irgendetwas in diesem System zu verändern, wird man fündig.

So wie der unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschuss, Professor Josef Hecken. Er hat vom Gesetzgeber im Versorgungsstärkungsgesetz den Auftrag erhalten, die Bedarfsplanung für den ambulanten Sektor zu überarbeiten. Mit der Klinikreform wiederum hat der Gesetzgeber dem GBA aufgetragen, den Rahmen für Sicherstellungszuschläge zu präzisieren. Diese Zuschläge gibt es dort, wo der ambulante Sektor schwach ist.

Hecken hat eins und eins zusammengezählt und festgestellt, dass er im Wortsinne eigenmächtig handeln kann. Wo künftig tatsächlich Sicherstellungszuschläge fließen, soll die Klinik Teil der ambulanten Bedarfsplanung werden.

Eine Reparatur der ambulanten Versorgung – zum Beispiel mittels rollender Praxen – ist dort dann nicht mehr vorgesehen. Auch nicht aus Mitteln des Innovationsfonds, über den der GBA-Vorsitzende Hecken übrigens ebenfalls gebietet.

Schreiben Sie dem Autor:

anno.fricke@springer.com