

(Düsseldorf), wies auf die zunehmenden wirtschaftlichen Schwierigkeiten im niedergelassenen Bereich hin: „Wir arbeiten im Moment für Punktwerte, die bei vielen Leistungen die Kosten nicht mehr decken. Rationalisierung ist da nicht mehr möglich, sondern schon längst überschritten. In der Praxis sind wir am Ende der ökonomischen Machbarkeit angelangt.“

Dr. Dr. Manfred Hagedorn (Bonn) wies darauf hin, daß die niedergelassenen Ärzte das volle Morbiditäts- und Innovationsrisiko tragen. Gleichzeitig sei die Haftung derart intensiv geworden, daß nach der Rechtsprechung teure, aber für den Patienten risikoärmere Methoden wahrgenommen werden müßten. „Wenn man diese Situationen nicht ändert, wird es die Zwei-Klassen-Medizin geben müssen“, sagte Hagedorn.

Dr. Dietrich Rohde (Mülheim) fragte: „Wie sollen wir rationalisieren, wenn der größte Teil unserer Ausgaben in den personalen Bereich geht?“ Unter den von Minister Horstmann umrissenen Rahmenbedingungen seien die Ärztinnen und Ärzte nicht in der Lage, „den Wohlfahrtsgedanken zu leben“. Nach Rohdes Worten stellt sich für die ärztliche Versorgung die Alternative: „Entweder wir rationieren und machen es preisgünstiger, oder wir versprechen dem Bürger weiterhin, er erhält auf Krankenschein all das, was er sich wünscht, dann muß die Politik aber die Rahmenbedingungen auch so setzen, daß das möglich ist.“

Prof. Dr. Wolfgang Wildmeister (Kempfen) kritisierte den kostentreibenden Perfektionismus des Gesetzgebers im Hinblick auf Vorschriften für die Krankenhäuser: „Wir könnten im Krankenhaus sehr gut Kosten sparen, wenn der Gesetzgeber und seine ausführenden Organe die zahlreichen Richtlinien zur Hygiene, Strahlkunde, der Eichgesetze und so weiter einmal durchforsten würde.“

Ähnliches gilt nach Auffassung des stellvertretenden Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, Dr. Heinz-Rudi Ocklenburg (Essen), auch für die Arztpra-

xis: „Wie soll Rationalisierung möglich sein unter den Bedingungen der Verordnungsfut und der kostenrelevanten Auswirkungen, die dadurch entstehen, daß wir im medizinischen Bereich eine große Menge Verwaltungsarbeit leisten müssen, die im Grunde der Steuerung eines überbürokratisierten Sozialstaates dienen?“

Rudolf Henke (Aachen) wies auf das Dilemma hin, „in dem wir Ärzte

uns angesichts des Gebotes sehen, daß wir einen verfügbaren Fortschritt auch dem einzelnen Patienten zugänglich halten wollen.“ Genau darin liege die Begründung für die Notwendigkeit, „dann einen erhöhten Mittelzustrom sicherzustellen und die Zugänglichkeit dieser Leistungen für alle, denen sie nützen, sicherzustellen, wenn die Rationalisierungsreserven ausgeschöpft sind.“

Neue Kooperation zwischen Krankenhaus und hausärztlich tätigen Vertragsärzten

Vorschlag für ein praxisorientiertes Schnittstellen-Management zwischen ambulanten und stationären Bereichen

von Horst Wimmershoff

Die Zukunft unseres Gesundheitswesens wird maßgeblich davon beeinflusst werden, wie die Schnittstelle zwischen ambulanten und stationären Bereichen aussehen wird. Geht man davon aus, daß es auch in Zukunft für den stationären und ambulanten Bereich ein Globalbudget geben wird, das zwar durch die Selbstverwaltung der Verbände verhandelbar, aber durch die politischen Rahmenbedingungen eben nach oben begrenzt, d.h. gedeckelt ist, wird die alles entscheidende Frage sein: Wie sollen denn die finanziellen Ressourcen zwischen ambulant und stationär aufgeteilt werden?

Nirgendwo in Europa ist die Trennungslinie zwischen ambulanter und stationärer Versorgung so unerbittlich scharf wie bei uns in Deutschland. Zur effektiveren Ausschöpfung der vorhandenen Ressourcen, aber auch zum Wohle unserer Patienten wird sich dies in Zukunft ändern.

Paradigmenwechsel

Aufgrund der demographischen Entwicklung und der damit verbundenen zunehmenden Multimorbidität der älteren Patienten vollzieht sich allmählich ein Paradigmenwechsel in der Medizin:

Weg von der rein segmentalen, organbezogenen, kurativen Medizin zu mehr ganzheitlichen Ansätzen in der Betreuung unter Hinzuziehung von allen anerkannten Heilberufen. Anders ausgedrückt: Nicht kurzfristig kuratives Handeln auf dem Boden einer



*Dr. med. Horst Wimmershoff ist niedergelassener Internist in Duisburg und Vorstandsmitglied der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein.
Foto: Frank Pfennig*

oder mehrerer Organdiagnosen, sondern ganzheitliche koordinative medizinische Teamarbeit zur Verbesserung der Lebensqualität steht im Vordergrund. Hier hat die häufig unterschätzte Geriatrie für die gesamte Medizin eine Vorreiterfunktion.

Was hat das nun mit der Schnittstelle ambulant/stationär zu tun? Sehr viel! Eine durchgehend qualifizierte geriatrische Versorgung unserer Patienten bedarf gerade und besonders der Kooperation und Koordination zwischen ambulant und stationär, damit z.B. der Ansatz einer ganzheitlichen stationären Betreuung eben nicht mit der Entlassung abbricht und der Patient nach kurzer Zeit wieder eingewiesen werden muß.

Wenn die Devise für die Zukunft lauten soll: So viel ambulant wie möglich, und stationär nur so viel wie nötig, dann bedeutet dies für den niedergelassenen Arzt mehr Präsenz in der notärztlichen ambulanten Versorgung. Wir brauchen effiziente und intelligente ambulante Notdienststrukturen. In städtischen Ballungsräumen liegt der Anteil der medizinischen nicht indizierten Selbstweisungen bei über 30 Prozent. Es liegt im Interesse der Vertragsärzte, der Krankenhäuser und natürlich auch der Kassen, diese nicht indizierten Einweisungen zu reduzieren oder ganz zu vermeiden. Wir müssen sicherstellen, daß die richtigen Patienten in den richtigen Betten liegen.

Wie jeder Vertragsarzt durch qualifizierte Arbeit am Patienten bemüht ist, diese an seine Praxis zu binden, so gilt das gleiche für jedes Krankenhaus und dessen Patienten einer Region.

Ambulante und stationäre Versorgung in einer Region sind zwei Seiten ein und derselben Medaille, sie bedingen einander und gehören zusammen. Sie sollten einander respektieren und gegenseitig befruchten. Sie gehören intelligent, kostengünstig, effizient und praktikabel miteinander verzahnt. Eine solche Verzahnung bedarf politischer Rahmenbedingungen. Grundsätzliches muß in sogenannten dreiteiligen Verträgen zwischen den Protagonisten (Kassen,

KV, Krankenhausgesellschaft – demnächst als Körperschaft?) verhandelt werden. Aber die praktische Arbeit vor Ort kann dadurch am „grünen Tisch“ noch nicht effizient gestaltet werden, dies geht nur in überschaubaren kleinen Rahmen.

Folgende Modelle könnten dem genügen:

1. Modell einer vertragsärztlichen Notfallpraxis im Krankenhaus
2. Modell einer ganzheitlichen ambulanten geriatrischen Rehabilitation nach dem Solinger Modell
3. Installation eines sogenannten Pflegetisches

Alle drei Modelle dienen dem Grundsatz: nicht medizinisch notwendige Einweisungen zu vermeiden. Das schwierige Problem der ambulanten Tätigkeit von Krankenhausärzten oder die hochspezialisierte Tätigkeit von niedergelassenen Gebietsärzten am Krankenhaus soll bewußt ausgeklammert werden. Hier treffen unterschiedliche wirtschaftliche Interessen aufeinander. Die Diskussion ist zwischen dem Marburger Bund und der KBV eröffnet. Eine für beide Seiten befriedigende Lösung ist notwendig, aber sie kann nicht vor Ort getroffen werden. Daher möchte ich mich dem zuwenden, was heute vor Ort möglich und machbar ist.

I. Vertragsärztliche Notfallpraxis am Krankenhaus

Der Arzt macht seinen notärztlichen Sitzdienst nicht in seiner Praxis. Dieser Sitzdienst z.B. (Zeiten: mittwochs von 14.00 h - 22.00 h, samstags und sonntags von 8.00 h - 22.00 h) wird aus der Notfallpraxis im Krankenhaus erbracht. Dieses Konzept der vertragsärztlichen Notfallpraxis am Krankenhaus wird aber nur funktionieren, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

1. Kostenneutralität für den diensttuenden Vertragsarzt.

Wie dies im einzelnen zu verwirklichen ist, bleibt der Vertragsgestaltung überlassen.

Wo ein Wille ist, ist auch ein Weg.

2. Notwendig ist eine vertraglich vereinbarte und strukturierte kollegiale, verzahnte Zusammenarbeit zwischen ambulant tätigem Vertragsarzt und den stationär diensttuenden Fachkollegen zur eventuell weiteren diagnostischen Abklärung und zur Indikationsüberprüfung bei medizinisch indizierten Einweisungen.
3. Wenn eine Einweisung medizinisch notwendig ist, wird naturgemäß diese Einweisung in die entsprechende Fachabteilung am Krankenhaus erfolgen.
4. Die Vertragsärzte müssen sich verpflichten, ihren Notfalldienst auch wirklich selbst zu machen. Eine Vertretung durch Krankenhauskollegen ist nicht möglich.

Vorteile und Nutzen einer vertragsärztlichen Notfallpraxis am Krankenhaus

Allgemeine Kostenersparnis durch Vermeidung von nicht medizinisch indizierten Selbstweisungen. Da an einer solchen Regelung die Krankenkassen sehr interessiert sind, sollten sie sich auch bei der Finanzierung beteiligen.

Vorteile für die Vertragsärzte

- Kostenneutralität
- Sitzdienst in der eigenen Praxis entfällt.
- Zusätzliche diagnostische Entscheidungshilfen durch eine sinnvolle Verzahnung ambulant/stationär. Der Vertragsarzt kann den gesamten diagnostischen Apparat des Krankenhauses bei medizinischer Notwendigkeit in Anspruch nehmen
- Qualitätssteigerung der ambulanten Notfallversorgung
- Erhöhte eigene Sicherheit, z.B. bei Drogen- und Suchtpatienten

Vorteile für den Patienten

- Qualifizierte ambulante Notfallversorgung durch sinnvolle und strukturierte Verzahnung von ambulant/stationär.
- Patienten einer Region müssen nicht immer neue Arztpraxen aufsuchen. Sie wissen, daß an diesem

Krankenhaus eine vertragsärztliche Notfallpraxis existiert.

Vorteile für das Krankenhaus

- Erhöhte Patientenbindung an das Krankenhaus einer Region.
- Bei medizinisch indizierten Einweisungen, Einweisung ins eigene Haus. Langfristig liegt es nicht im Interesse von Krankenhäusern, daß die „falschen“ Patienten in den „falschen“ Betten liegen (effizientere Ausnutzung).
- Ausstattung einer vertragsärztlichen Notfallpraxis am Krankenhaus. Räumlichkeiten (etwa 60 - 100 qm), möglichst von außen begehbar; evtl. zusätzliche Nutzung durch das Krankenhaus selbst oder durch Krankenkassen in den dienstfreien Zeiten.

Medizinische Ausstattung

- Größe: etwa 60 - 100 qm, wenn möglich von außen begehbar
- Mobiliar (Schreibtisch, Untersuchungsliege, Bestuhlung etc.) (vorbehaltlich einer Singleküche)
- EKG (gebraucht)
- Labor (Sedifix, Melag-Steri etc.; die Anschaffung eines Reflotrons wird ebenso wie ein Mikroskop nicht als erforderlich erachtet)
- Kleingeräte, Notfallkoffer, RR-Meßgeräte etc.
- Beleuchtung Praxis
- Liegen
- Instrumente

Kosten: etwa DM 30.000,- bis DM 40.000,-

Ärztliches Hilfspersonal (Helferinnen)

Möglichst durch das Krankenhaus zu stellen. Hier sollte aber eine flexible Vertragsgestaltung, je nach örtlichen Gegebenheiten, angestrebt werden.

Zusammenfassung

Für eine qualifizierte ambulante Notfallversorgung der Patienten ist es erforderlich, daß medizinisch nicht indizierte Selbsteinweisungen vermieden werden, was sowohl im Interesse der Kassen, der Krankenhäuser und der Vertragsärzte liegt. Dazu ist

die Einrichtung einer vertragsärztlichen Notfallpraxis am Krankenhaus sinnvoll. Dadurch wird eine praktikable und kostengünstige Verzahnung von ambulant/stationär möglich. Alle Partner haben davon Vorteile. Eine flexible regionale abgestimmte Vertragsgestaltung bei Kostenneutralität für die Vertragsärzte ist dabei eine notwendige Voraussetzung. Das Konzept sollte im Modellversuch unter finanzieller Beteiligung der Kassen, der KV und des Krankenhauses z.B. im Notfallbezirk Duisburg-Süd konkret erprobt werden.

Folgende Anreize für die Kollegen wären sinnvoll:

- eine evtl. zusätzliche Pauschale pro Dienst
- eine Befreiung von den nächtlichen Fahrdiensten.

II. Ambulante geriatrische Rehabilitation nach dem GBA (Solinger Modell)

Es wird an dieser Stelle darauf verzichtet, das „Solinger Modell“ vorzustellen. Es kann bei der Hauptstelle der KV Nordrhein auf Anfrage abgerufen werden. Es handelt sich dabei um eine ganzheitliche Betreuung multimorbider älterer Menschen. Wobei in Kooperation mit dem stationären geriatrischen Bereich sogenannte externe Teams (Hausarzt, Logopädie, Krankengymnastik, Ergotherapie, Pflegedienst, Sozialdienst etc.) nach einem geriatrischen Basisassessment Therapieziele und -pläne definieren, um so den älteren Patienten nach der stationären Entlassung ganzheitlich weiter zu betreuen. Das Basisassessment beschreibt psychosoziale und funktionale Funktionseinschränkungen. Der Hausarzt ist Primus inter pares und koordiniert die Arbeit des Teams.

Das „Solinger Modell“ wurde von Herrn Dr. Rapp in Zusammenarbeit mit Herrn Dr. Tausch, Geriatrische Klinik, Solingen, erarbeitet. Es hat Modellcharakter und wird derzeit zwischen der KV Nordrhein und den Kassen verhandelt. Ein Vertragsabschluß wäre wünschenswert.

Aktivitäten vor Ort in Duisburg

Nach dem „Solinger Modell“ arbeiten vier Aktivpraxen und ein externes Team in Koordination mit der geriatrischen Tagesklinik der Städtischen Kliniken Duisburg (Prof. Martin). Über diese Arbeit, die im Dezember '94 begonnen wurde und etwa 30 Patienten umfaßt, wurde an anderer Stelle ausführlich berichtet.

III. Pfl egetisch

Der sogenannte „Duisburger Pfl egetisch“ wurde im April 1995 ins Leben gerufen und hat bisher fünfmal getagt. Er versteht sich als sogenannter „Runder Tisch“, gebildet aus interessierten Kollegen aus dem hausärztlichen Bereich, den Mitarbeitern der privaten Pflegedienste, den Mitarbeitern der großen caritativen Organisationen und der Sozialdienste der örtlichen Krankenhäuser. Unterstützt wird die Arbeit von der AOK und dem Medizinischen Dienst. Der Pfl egetisch befindet sich derzeit in der Phase gegenseitigen Kennenlernens, des Verstehens, des Versuchs, koordiniert und kooperativ miteinander zusammenzuarbeiten. Ein Hauptproblem dabei ist z.B. der oft mangelhafte Übergang zwischen stationärer und ambulanter Behandlung und Pflege, sowie das noch unzureichende Verständnis für die Möglichkeiten, die sich aus der Pflegeversicherung ergeben. Hier besteht ein sehr großer Handlungsbedarf. Unsere aus Eigeninitiative gewonnenen Erkenntnisse könnten Vorbildfunktion haben für die gesetzlich im Landespflegegesetz vorgeschriebenen Pflegekonferenzen.

Wenn es gelingt, diese drei Modelle (vertragsärztliche Notfallpraxis am Krankenhaus, ambulante geriatrische Rehabilitation und Pfl egetisch) weiter voranzutreiben und zu verwirklichen, wäre damit ein wichtiger Beitrag für eine sinnvolle, effektive und kostengünstige Verzahnung von ambulant und stationär vor Ort geleistet.