

Neue Versorgungsformen: Chaos oder Chancen?



Dr. Max Kaplan,
Vizepräsident der
BLÄK

Das zwischen Regierung und Opposition konsentrierte Gesundheits-Modernisierungs-gesetz (GMG) ist nicht konsequent durchstrukturiert und in vielen Bereichen nicht zu Ende gedacht. Konzentrieren wir uns dennoch auf den Bereich im Gesetz, der unsererseits Gestaltungsmöglichkeiten zulässt.

Am stärksten eingreifend in die bisherigen Versorgungsstrukturen stellen sich die „integrierte Versorgung“ und die Medizinischen Versorgungszentren dar. Beide sind im Sozialgesetzbuch V (SGB V) im § 140 bzw. § 95 geregelt. Unter integrierter Versorgung versteht der Gesetzgeber „eine verschiedene Leistungs-sektoren übergreifende oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung“. Die Krankenkassen können hierbei Verträge mit einzelnen Vertragsärzten, sonstigen Leistungserbringern, Trägern zugelassener Krankenhäuser, stationärer oder ambulanter Reha-Einrichtungen und medizinischen Versorgungszentren abschließen. Der Grundsatz der Beitragsstabilität gilt für entsprechende Verträge bis 31. Dezember 2006 nicht. Um die Attraktivität dieser Versorgungsform zu fördern, hat der Gesetzgeber im § 140 d SGB V noch eine Anschubfinanzierung geregelt, die jeweils ein Prozent der vertragsärztlichen und der stationären Vergütung ausmacht – das bedeutet allein für jede Klinik eine Summe zwischen 200 000 und einer Million Euro pro Jahr.

Wie könnte die Umsetzung der integrierten Versorgung aussehen? Bei einer vertragsärztlichen Struktur in der alle Vertragsärzte und Psychotherapeuten solidarisch kooperieren – wie dies bis jetzt in der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) mit Hausärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten der Fall war – liegt es nahe, dass eine Kooperation vor Ort – zum Beispiel im Rahmen eines Netzes – zunächst die ambulante Versorgung nach qualitativen, organisatorischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten festlegt und dann eine möglichst große Schnittbene zwischen statio-

närer und ambulanter Versorgung zusammen mit den zuständigen Krankenhäusern gesucht wird. Den Einstieg könnte eine Bereitschaftspraxis darstellen, die für sich allein noch keine integrierte Versorgungsform aufweist, nach einer Anlaufphase jedoch zu einer „Brückenkopfpraxis“ ausgebaut werden kann, welche von allen vor Ort zusammengeschlossenen Ärzten und Psychotherapeuten gemeinsam betrieben wird. In ihr übernimmt der Hausarzt die Funktion eines Koordinators, der Facharzt die des Spezialisten in seinem Fach und das Krankenhaus ist der zuständige Partner für eine indizierte stationäre Versorgung. Hierbei gilt der Grundsatz: ambulant vor stationär. Diese „Brückenkopfpraxis“ wäre einerseits Anlaufstelle für alle anfallenden Akutfälle und Filterstation bezüglich ambulanter oder stationärer Versorgung. Sie stellt keine Konkurrenz für die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen dar, sondern sie wird als von diesen vorgehaltene zusätzliche Versorgungsebene der stationären Versorgung vorgeschaltet. Weitere Möglichkeiten der integrierten Versorgung sehe ich in der arbeitsteiligen Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern in der prästationären Diagnostik und poststationären Therapie im Rahmen der verkürzten stationären Verweildauer aufgrund der Diagnosis Related Groups (DRG). Gerade die stationäre Nachsorgebehandlung im Rahmen von so genannten „Brückenstationen“ stellt eine interessante Möglichkeit einer Behandlung von Patienten durch niedergelassene Haus- und Fachärzte am Krankenhaus dar. Das heißt, das Krankenhaus hält die Infrastruktur vor, die Behandlung wird von niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen durchgeführt. Ich sehe in der integrierten Versorgung eine Chance, die im April 2003 von der KVB entworfene Vision eines hausarztzentrierten Versorgungssystems in engerer Kooperation mit niedergelassenen Fachärzten fortzuführen und den stationären Versorgungsbereich mit einzubinden. Diese strukturierte qualifizierte Versorgung unserer Patienten sollte durch die augenblickliche Diskussion in der KVB nicht aufs Spiel gesetzt werden.

Medizinische Versorgungszentren könnten bei einer indikationsorientierten Ausrichtung Schwerpunktpraxen darstellen, die eine Zusammenarbeit zwischen besonders qualifizierten Hausärzten und Fachärzten unter Einbindung weiterer Heilberufe vorhalten. Als

Indikationen kämen in Frage: Stoffwechselstörungen (Diabetes), onkologische Krankheitsbilder oder Krankheitsbilder, die eine operative Versorgung erfordern. Eine andere Variante stellen rein fachärztliche Versorgungszentren mit oder ohne Anbindung an ein Krankenhaus dar, wobei aufgrund der Ermächtigungen Krankenhausträger als Betreiber solcher Versorgungszentren prädestiniert sind. Hierbei besteht jedoch die Gefahr, dass es zu einer Ausdünnung der ambulanten Facharztzebene kommt.

Die „hausarztzentrierte Versorgung“ nach § 73 b SGB V bietet den Hausärzten die Möglichkeit, innerhalb eines Gruppenvertrages mit oder ohne KV, mit den Krankenkassen Verträge abzuschließen. Dies ermöglicht – nach Festschreiben von Qualitätskriterien –, eine Honorierung und Wirtschaftlichkeitskontrolle, losgelöst von den Knebelungen des GMG, auszuhandeln. Zusätzlich erschließt § 73 c SGB V eine Möglichkeit zur „Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung“. Das heißt: Versorgungsaufträge können mit den Krankenkassen vereinbart werden, deren Gestaltung bestimmte qualitative und organisatorische Anforderungen an die Vertragsärzte stellt. So mancher hausärztlich tätige Internist könnte auf diese Weise bei bestehendem Versorgungsbedarf, zum Beispiel den Verlust der Ausübung endoskopischer Leistungen im Rahmen des K.O.-Katalogs rückgängig machen.

Für die Krankenhäuser ermöglicht der § 116 b SGB V – ambulante Behandlung im Krankenhaus bezüglich hochspezialisierter Leistungen – und § 116 a SGB V – ambulante Behandlung in Krankenhäusern bei Unterversorgung – die ambulante Behandlung deutlich auszuweiten. Hierin sehe ich jedoch eine weitere Gefahr, die ambulante fachärztliche Versorgung auszudünnen.

Noch haben wir es in der Hand mitzubestimmen, wie die medizinischen Versorgungsstrukturen in fünf oder zehn Jahren aussehen könnten. Ob von der Politik diktierte und von Krankenkassen gesteuerte primär ökonomische Gesichtspunkte oder versorgungsgerechte Qualitätskriterien die neuen Strukturen bestimmen. Ich bleibe optimistisch, dass die bayerische Ärzteschaft ihre Chancen wahrnimmt, aber auch die lauenden Gefahren erkennt.