

Neue Versorgungsstrukturen – aktiv angehen



Dr. Max Kaplan, Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer

„Dieser Weg wird kein leichter sein, dieser Weg wird steinig und schwer ...“ (Xavier Naidoo). Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler (FDP) tritt kein leichtes Erbe an. Die Ursachen sind nicht nur im ständigen Aufschieben der überfälligen Sanierung der Einnahmenseite im GKV-System zu suchen, sondern auch in der Strukturreformpolitik der vergangenen Jahre. Diese waren unter anderem geprägt durch die Einführung des DRG-Fallpauschalensystems im Krankenhaus, die Einführung des Vertragswettbewerbs in der

ambulanten Versorgung, die Rabattverträge für die Arzneimittelversorgung, die Willkür in der Mindestmengenregelung und durch die Abschaffung der Beitragsautonomie für die gesetzlichen Krankenkassen im Zuge der Einführung des Gesundheitsfonds. All dies hat beträchtliche ökonomische Fehlanreize entfaltet, mit einer Fokussierung auf wirtschaftlich attraktive Risiken, was zu einer Verschärfung der Versorgungsengpässe in der Fläche geführt hat.

Teillösungen

Um diesen strukturellen Fehlentwicklungen entgegenzusteuern werden nun punktuelle Kurskorrekturen, wie zum Beispiel die Regelungen des § 116b SGB V (hochspezialisierte Leistungen), § 95d SGB V (MVZ), § 140a bis e SGB V (integrierte Versorgung) oder § 73b und c SGB V (Selektivverträge) vorgenommen. Ein fehlendes Gesamtkonzept hat zu einer fortschreitenden Entsolidarisierung innerhalb der Ärzteschaft beigetragen: Hausärzte werden gegen Fachärzte und Niedergelassene gegen Krankenhausärzte aufgehetzt. Dies mag zum Teil politisch gewollt sein, dient aber sicherlich nicht einer bedarfsgerechten, fachübergreifenden und sektorübergreifenden Versorgung unserer Bevölkerung. Die demografischen und ökonomischen Herausforderungen, vor denen die medizinische Versorgung steht, werden sich nur durch mehr transssektorale Kooperation in Gestalt einer lokalen oder regionalen patientenzentrierten Vernetzung der niedergelassenen Haus- und Fachärzte, Krankenhäuser und der anderen Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen meistern lassen. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen forderte in seinem Gutachten vom 15. September 2009 ein neues Versorgungskonzept, in dem die bisherige fragmentierte Versorgung bei ineffizienter sektoraler Konkurrenz durch bessere Koordination des Versorgungsgeschehens sowohl der Gesundheitsberufe untereinander als auch zwischen den Sektoren überwunden werde. Der Sachverständigenrat prognostizierte, dass die derzeit noch vorherrschende Einzelpraxis zunehmend in Organisationen mit vermehrter Arbeitsteilung, Aufgabenteilung, Führungsstruktur und internen Anreizsystemen überführt werden müsse. Demnach ist die Primärversorgung verantwortlich für den Zugang zur Versorgung, die Grundversor-

gung der Bevölkerung und die Koordination. Die integrierte fachärztliche Sekundärversorgung ist zuständig für die notwendigen Interventionen und Spezialfragen, die die Kompetenzen der Primärversorgung überschreiten und das Krankenhaus für schwere Akuterkrankungen, Exazerbation von chronischen Erkrankungen und neue Behandlungsmethoden. Problematisch wird gesehen, dass der Bereich der fachärztlichen Sekundärversorgung derzeit auf zwei Sektoren verteilt sei. Investitionen im ambulanten Bereich müssten privat aufgebracht werden, die gleichen Investitionen im stationären Bereich fielen unter die duale Krankenhausfinanzierung. Innovationen stünden hier unter Erlaubnisvorbehalt und dort unter Verbotsvorbehalt.

Hausarztpraxen

Internationale Modellkonzepte gehen von einem Größenwachstum zukünftiger Hausarztpraxen aus, da die traditionelle Einzelpraxis der Versorgung chronisch Kranker nicht mehr gerecht werden kann. Die Größenvorstellungen reichen dabei von der typischen Gemeinschaftspraxis bis hin, wie es in vielen europäischen Ländern schon die Regel darstellt, mit etwa zwei bis vier Hausärzten, zu noch größeren Zusammenschlüssen auf der Grundlage von fünf bis zehn Hausärzten, die dann gemeinsam für ungefähr 10.000 bis 20.000 Bürger zuständig sind. Innerhalb solcher Praxen kommt es zu einer grundsätzlich neustrukturierten Arbeits- und Kompetenzverteilung, wobei allgemein ein bedeutsames Anwachsen der Aufgaben und der Qualifikationen der nicht ärztlichen Praxismitarbeiter stattfindet. Gerade bei der Langzeitbetreuung chronisch Kranker können Medizinische Fachangestellte (MFA) wichtige Aufgaben übernehmen, wie Patientenschulungen, Wundbetreuung, Inkontinenztherapie, Hausbesuche und sozialmedizinische Beratung von Angehörigen. Als zukunftsweisendes Modell wird die Primärversorgungspraxis als mögliches Element einer patientenzentrierten und populationsbezogenen Versorgung gesehen. Begründet wird dies mit den Herausforderungen insbesondere aufgrund der demografischen Alterung, der Zunahme von chronischen Erkrankungen sowie Multimorbidität und der steigenden Arbeitslast einerseits und dem Nachwuchsmangel andererseits. Hausärzte müssen in einem Primärversorgungsteam sehr viel stärker als bisher die Rolle eines Koordinators und Moderators mit Letztverantwortung übernehmen und für die entsprechend qualifizierten MFA heißt es, sich verstärkt in Praxis- und Casemanagement einzubringen. Gerade für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum sind solche Kooperationsformen auch unter Einbeziehung der fachärztlichen Versorgung durch Schaffung regionaler Versorgungszentren sinnvoll.

Sicher, die sektorale Abgrenzung hat bereits (an Bedeutung) verloren. Die Zukunft gehört einer integrierten Versorgung, die sektorübergreifend und populationsbezogen aufgestellt ist. Regionale Strukturen werden über den Ort der Leistungserbringung entscheiden – sowohl zwischen den unterschiedlichen Versorgungsebenen als auch mit den anderen Gesundheitsberufen gemeinsam. Entscheidend ist, dass wir Ärztinnen und Ärzte neue Wege gehen, auch wenn sie uns steinig und schwer erscheinen.