

Grenzen überwinden – Vertrauenskultur schaffen

Seit Januar 2012 ist das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) nun in Kraft. Leistungserbringer und Länderkompetenzen sollen damit gestärkt, Schnittstellen überwunden und Versorgungsbereiche besser miteinander verzahnt werden. Bislang bietet das Gesetz einen ersten Lösungsansatz, enthält aber zugleich viele Einzelteile, die noch erarbeitet und insbesondere umgesetzt werden müssen.



Dr. Rainer Hess (G-BA) und Dr. Max Kaplan (BLÄK) sprachen sich für eine stärkere Verzahnung der Versorgungsbereiche aus (v. li.).

Wie steht es aktuell um die sektorübergreifende Versorgung?

„Sind kleine Schritte schneller als die große Politik?“, lautete auch der Titel des diesjährigen Neujahrsforums des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek), Landesvertretung Sachsen, das Mitte Januar 2012 in Dresden stattfand. Geladen waren neben Dr. Max Kaplan, Vizepräsident der Bundesärztekammer (BÄK) und Präsident der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK), der Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), Dr. Rainer Hess, die Staatsministerin im Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, Christine Clauß, sowie weitere Experten aus dem Bereich Klinik, Pflege und Hochschule.

Clauß sprach in ihrem Grußwort von den historisch gewachsenen Grenzen des Gesundheitssystems, die nun allmählich überwunden werden müssten und zielte damit auf die sektorübergreifende Versorgung. Dazu beitragen

sollten innovative, integrierte und wirtschaftliche Lösungen. Die Versorgungsplanung an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sei nach wie vor eine Herausforderung für alle Akteure im Gesundheitswesen. Niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte müssten besser zusammenarbeiten, dies sollte auch durch gesetzliche Regelungen gewährleistet sein. Gerade im Entlassungsmanagement gäbe es Nachholbedarf. Auch im Pflegebereich sei langfristig eine sektorübergreifende Versorgung angesagt, betonte die Ministerin.

Politik und Selbstverwaltung

Als Vorsitzender des G-BA sieht Hess seine Grundaufgabe darin, die gegensätzlichen Interessen im Gesundheitssystem zusammenzuführen. Die Gesundheitsgesetzgebung befinde sich im Wandel. „Die Politik macht die großen Schritte, die kleinen Schritte macht die Selbstverwaltung“, so Hess. Wenn sich die große Po-

litik bei Interessenvertretungen zurückziehe, komme der G-BA für eine Zusammenführung ins Spiel.

Zur integrierten Versorgung erklärte Hess, diese aus Beiträgen finanzieren und hier langfristig Einsparungen vornehmen sowie Effizienzsteigerungen erzielen zu müssen. Er betonte, dass die integrierte Versorgung scheitere, wenn sie regional, nur wettbewerbsorientiert und kassenintern vereinbart würde. Auch er sprach sich dafür aus, gerade bei der hausarztzentrierten Versorgung das Instrument der sektorübergreifenden Versorgung stärker zu nutzen. Was die ambulante Behandlung im Krankenhaus gemäß § 116b Sozialgesetzbuch V (SGB V) anbelange, sei eine bessere Kooperation zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten wünschenswert. Bundesweit bräuchten die Selbstverwalter auf Landesebene mehr Spielraum.

Hess kritisierte die sektorale Abschottung in der spezialfachärztlichen Versorgung: we-

gen begrenzter Ressourcen müssten doppelt durchgeführte Untersuchungen vermieden und das Entlassungsmanagement deutlich verbessert werden. Die Kassen sollten die vom Gesetzgeber verabschiedeten Paragraphen in Verträge mit Ärzten gießen, mahnte er.

Stärken und Schwächen

Kaplan verwies in seinem Vortrag auf die sektorspezifische Ausgestaltung der Versorgungsbereiche, die zwar per se sehr leistungsfähig seien, die Überwindung der Schnittstellen sich aber umso schwieriger gestalte. Zu den Stärken des deutschen Gesundheitswesens gehörten die Wahlrechte der Patientinnen und Patienten, die gleichzeitig jedoch Brüche im Informationsfluss mit sich brächten. Dies wirke sich nachteilig auf die Kontinuität in der ärztlichen Versorgung aus. Zahlreiche rechtliche Regelungen, die Vielfalt der Zuständigkeiten und die durch unzureichende Budgets verursachten Verteilungskonflikte förderten eine Fragmentierung in der Versorgung. Auch die zunehmende Spezialisierung innerhalb der Medizin mache eine Verzahnung immer schwieriger. „Integration und Kooperation stoßen hier immer wieder an Grenzen, die vom Arzt nur mit großem Aufwand überwunden werden können.“ Was also tun? Als wichtige Bereiche zur Überwindung der Schnittstellenproblematiken nannte der Bundesvize die Bedarfsplanung, Qualitätssicherung und Weiterbildung. Im Hinblick auf die sektorübergreifende Bedarfsplanung erlaube das GKV-VStG die Einrichtung von Landesgremien, was den Ärztekammern jedoch keinen Anspruch auf Mitsprache ermögliche. Hier müsse man ansetzen, denn die Kammer sei ja gerade die sektorübergreifende Institution. Ebenso engagiere sich die BLÄK für eine Teilnahme an der sektorübergreifenden Qualitätssicherung. Beim Thema sektorübergreifende Weiterbildung habe die Politik mit dem Förderprogramm für Allgemeinmedizin die Etablierung der Verbundweiterbildung ermöglicht. Zukünftig müsse die Weiterbildung jedoch auch in den anderen Gebieten zunehmend ambulant stattfinden können, betonte Kaplan.

Weitere sektorübergreifende Regelungen

Beispielhaft verwies Kaplan auf sektorübergreifende Regelungen, die künftig umgesetzt werden sollten: So müsse das Entlassungsmanagement (§ 39 SGB V) verbessert werden. Haus- und Facharzt sowie das Pflegepersonal sollten hier gleichermaßen eingebunden sein. Die hausärztliche Versorgung (§ 73) solle sich verstärkt auf chronisch Kranke ausrichten. Hier sei es überfällig, dass die Kassen nun endlich Verträge mit den Hausärzten abschließen, betonte Kaplan. Auch Praxisnetze (§ 87b) stünden beispielhaft für mehr Kooperation und gemeinsame Koordination in der ärztlichen Versorgung. Von Nöten sei zudem eine sektorübergreifende Regelung des Notdienstes. „Bereitschaftsdienstgruppen von nur vier Ärztinnen und Ärzten sind dauerhaft nicht tragbar“, mahnte Bayerns Ärztechef. Auch die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus (§ 115a) und das ambulante Operieren dort (§ 115b), trügen zur sektorübergreifenden Versorgung bei. Das GKV-VStG stelle klar, dass diese Leistungen auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht werden könnten.

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Auch die neu eingeführte ambulante spezialfachärztliche Versorgung solle die Zusammenarbeit der Leistungserbringer forcieren. „Die Überweisung durch einen Vertragsarzt bei schweren Verlaufsformen ist der richtige Ansatz für eine sektorverbindende Versorgung, genauso wie mehr Kooperation bei onkologischen Erkrankungen“, erklärte Kaplan. Die nähere Ausgestaltung unterliege den noch zu erarbeitenden Richtlinien des G-BA. Noch müsse sich zeigen, ob mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung tatsächlich ein sektorverbindender Versorgungsbereich entsteht. Die jetzige Ausgestaltung biete aber

eine Chance, die Sektoren besser miteinander zu verzahnen, ohne dass dies zulasten der Niedergelassenen geht. Allerdings seien nach der „großen Politik“ nun die „kleinen Schritte“ gefragt. „Der neue § 116b muss von den Leistungserbringern mit Leben gefüllt werden“, betonte Kaplan. Die integrierte Versorgung gemäß § 140a bis d enthalte noch viel Potenzial. Auch diese Versorgung müsse sektorübergreifend oder interdisziplinär erfolgen und aus der Modellphase heraus hin zu einer Regelversorgung gelenkt werden. „Im Vordergrund steht hier die Ausrichtung am medizinisch begründbaren Behandlungskonzept“, betonte Kaplan. Er unterschied hier zwischen drei Versorgungsbereichen, der bevölkerungsnahen, ambulanten Grundversorgung, der zentrumsnahen, ambulanten Spezialversorgung und der stationären Versorgung. Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin, eine gemeinsame Einrichtung der BÄK und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, erarbeite Nationale Versorgungsleitlinien (NVL), die sich auch mit Versorgungs- und Schnittstellenmanagement auseinandersetzen und Empfehlungen auflisten.

Zukunft der sektorübergreifenden Versorgung

Nur mit einer transektoralen Kooperation, die patientenzentriert und nach medizinischen Gesichtspunkten auf die sektorübergreifenden Versorgungsleitlinien gestützt sei, könnten Schnittstellen langfristig überwunden werden. „Die NVL sind unser Beitrag – Politik und Kostenträger sind aufgefordert, das kooperative Belegarztsystem und die integrierte Versorgung weiter auszubauen“, betonte Bayerns Ärztechef.

Auch die abschließende Podiumsdiskussion machte deutlich, dass die Grenzen zwischen ambulant und stationär langfristig überwunden werden müssen. „Wir müssen die Chancen des GKV-VStG wahrnehmen und in kleinen Schritten die vorhandenen Ressourcen nutzen“, resümierte Kaplan.

Sophia Pelzer (BLÄK)