

Pressegespräch am 22.07.2016

Ambulant vor stationär – Neuausrichtung der Notfallversorgung

Statement Dr. Andreas Gassen,

Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi)

- Es gilt das gesprochene Wort -

Sehr geehrte Damen und Herren,

angesichts der Entwicklung des medizinischen Fortschritts ist es nicht überraschend, dass die Arbeitsteilung zwischen Krankenhäusern und Arztpraxen einem stetigen Wandel unterliegt.

Dieser Wandel findet aber in einem Rechtsrahmen statt, der den tatsächlichen Gegebenheiten nicht mehr gerecht wird. Wie bei einem längst nicht mehr passenden Kleidungsstück schränkt das die erforderliche Bewegungsfreiheit ein und bereitet dem Träger Unwohlsein. Ein Befreiungsschlag ist notwendig.

Die Medizin wird stetig ambulanter – die Versorgung aber nicht, jedenfalls nicht so schnell. Denn Krankenhäuser sind nun mal weder wirklich auf ambulante Behandlung ausgerichtet, noch rechnet sich die Verschiebung von der stationären zur ambulanten Behandlung für das Krankenhaus. Nicht selten beträgt die Vergütung für eine stationäre Behandlung das 10-fache einer ambulanten Behandlung – und das aus gutem Grund. Denn würden nur die wirklich stationär behandlungsbedürftigen Patienten ins Krankenhaus aufgenommen, dann wären die entsprechenden Finanzmittel zur Krankenhausbehandlung jeweils auch erforderlich. Trotzdem geht von dieser Situation ein massiver Fehlreiz aus, der unser Gesundheitssystem sehr viel Geld kostet, das wesentlich besser investiert werden könnte, um die moderne Medizin für ein alterndes Deutschland besser bezahlbar zu machen.

Seit den 1970er Jahren entscheiden die Krankenhäuser alleine darüber, welcher Patient aufgenommen wird. Und je weiter seither die Krankenhäuser ihre Pforten in den ambulanten Versorgungsbe- reich hinein öffnen konnten, desto mehr Patienten präsentieren sich in den Ambulanzen und Notauf- nahmen der Krankenhäuser. Wer dabei nicht eindeutig als Bagatellfall erkennbar ist, wer etwa einer aufwändigeren diagnostischen Abklärung oder einer weiteren Beobachtung bedarf, wird bereits aus ökonomischen Gründen gerne aufgenommen. Nicht selten kann die Entscheidung zur stationären Aufnahme zudem zur Auslastung bestehender Bettenkapazitäten beitragen.

Bis zu diesem Punkt der Analyse sind wir uns mit den Krankenkassen weitgehend einig. Auch die Krankenkassen fordern klare Verhältnisse, wie jüngst im aktuellen Krankenhaus-Report des Wissen- schaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen zu lesen war.

Es muss eine strukturelle Lösung gefunden werden, in der das ambulante Potenzial in der stationären Versorgung wirksam und effizient erschlossen werden kann. Die aktuelle Situation im Bereich der Notfallversorgung wirkt wie ein Brennglas auf dieses allgemeine Problem, das immer auffälliger mitten im gesundheitspolitischen Raum steht.

Während die ärztlichen Einweisungen trotz einer alternden Bevölkerung seit Jahren rückläufig sind, steigen die stationären Aufnahmen absolut an. Grund sind die Aufnahmen mit dem Aufnahmegrund ‚Notfall‘, also alle Aufnahmen, wo Patienten ohne ärztliche Einweisung im Krankenhaus erscheinen und aufgrund der Entscheidung des Krankenhauses aufgenommen werden. Viele davon sind vermeidbar.

Das aktuelle Gutachten des IGES-Instituts macht aus meiner Sicht folgendes mehr als deutlich:

Die hohe Anzahl von prinzipiell vermeidbaren Krankenhausfällen mit ärztlichen Einweisungen offenbart mögliche Strukturprobleme

Der regionale Vergleich zeigt, dass die Einweisungen in strukturschwachen Regionen tendenziell höher liegen; in den gut versorgten Großstadtzentren sind sie am niedrigsten. Aus einer genaueren Analyse der Daten je Region lassen sich deshalb durchaus Hinweise insbesondere auf strukturelle Verbesserungsmöglichkeiten entnehmen. Wie IGES in einem Vorgängergutachten gezeigt hat, kann die Zahl der ASK-Fälle insbesondere durch ein verbessertes ambulantes fachärztliches Versorgungsangebot reduziert werden. Dass rund ein Drittel der Einweisungen außerhalb der Sprechzeiten erfolgt deutet aber auch auf notwendige Strukturverbesserungen in ergänzenden Angeboten, etwa in der häuslichen Pflege hin.

Durch die Notaufnahmen der Krankenhäuser wird der im SGB V verankerte Grundsatz ambulant vor stationär konterkariert.

Wenn mehr als die Hälfte der grundsätzlich vermeidbaren Krankenhausfälle ohne ärztliche Einweisung in den Notaufnahmen der Krankenhäuser generiert wird, dann wirft das Fragen nach den Ursachen auf. Wenn wiederum die Hälfte der Notfälle an den Werktagen während der Praxisöffnungszeiten entsteht, dann kann die Ursache hierfür nicht – wie oft von Krankenhausvertretern behauptet – in einem Organisationsversagen des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes liegen.

Nein, Patienten wählen von sich aus den direkten Weg ins Krankenhaus, entweder weil das Krankenhaus für sie als Anlaufpunkt sichtbarer ist, weil die Krankenhausambulanz evtl. aktiv beworben wird, weil die Patienten sich dort eine Komplettversorgung aus einer Hand erwarten oder einfach weil keine Terminvergabe bei ansonsten stark ausgelasteten Facharztpraxen abgewartet werden muss. Dies gilt insbesondere in Ballungsräumen, wo Krankenhäuser gut erreichbar sind sowie gut ausgebaute Krankenhauskapazitäten und insbesondere große Kapazitäten in den Notaufnahmen bestehen. Gerade in den Großstadtzentren fällt eben der hohe Anteil der ASK-Fälle ohne ärztliche Einweisung auf. Hier muss auch die Frage nach der Anreizstruktur für die Krankenhäuser gestellt werden, die in diesen Regionen große Bettenkapazitäten aufweisen und in einem intensiven Wettbewerb stehen.

Die Kapazitätsplanungen der vertragsärztlichen Versorgungsstrukturen und der Krankenhausstrukturen müssen zusammengeführt und gemeinsam am Grundsatz ambulant vor stationär ausgerichtet werden.

Die Karten von IGES zeigen es eindrücklich: Besonders hoch ist der Anteil vermeidbarer Krankenhausfälle insgesamt, also mit und ohne ärztliche Einweisung, im Ruhrgebiet und in den ländlichen Regionen zu beobachten, wo insbesondere die fachärztliche Versorgung – trotz rechnerischer Überversorgung – gemessen am Versorgungsbedarf der Bevölkerung zu schwach ausgebaut ist. Zahlreiche weitere Studien belegen, dass durch eine intensivere ambulante Versorgung Krankenhausaufenthalte vermieden werden können.

Die Kapazitätsplanung muss ambulante Anlaufstellen an wichtigen Krankenhausstandorten schaffen und unnötige Krankenhausambulanzen unterbinden können.

Aus der IGES-Analyse der Krankenhausnotaufnahmen geht ganz klar hervor, dass Bereitschaftspraxen an Krankenhäusern nicht nur während der Sprechstundenfreien Zeiten der Praxen geöffnet sein dürfen.

Ambulante Anlaufstellen an Krankenhausstandorten müssen geschaffen werden, die rund um die Uhr besetzt und als ausschließlich ambulante Einrichtungen, möglichst nicht Krankenhaussträger-schaft, tätig sind. Wichtig ist, dass der Weg zur stationären Aufnahme künftig nur noch durch diese Anlaufstellen führen darf, d. h. die Einweisung in das Krankenhaus erfolgt dann aufgrund ärztlicher Bewertung erst nach Ausschöpfung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen in Abstimmung mit den Ländern die Kompetenz für die entsprechende Planung erhalten; sie müssen dazu auch bestehende, nicht notwendige Notaufnahmen von Krankenhäusern schließen können. Sie müssen eine geeignete Besetzung durch Haus- und Fachärzte, etwa durch die Vergabe gut bezahlter Dienste oder durch die Zulassung von Filialpraxen in ambulanten Versorgungszentren an ausgewählten Krankenhausstandorten sicherstellen und hierfür von den Krankenkassen die notwendige Finanzierung erhalten.

Auch dies zeigt die IGES-Analyse: Durch einen entsprechenden Strukturwandel, der die Anzahl der vermeidbaren Notaufnahmen insbesondere während der Sprechzeiten wirksam reduziert, würden erhebliche Finanzmittel freigesetzt. Nach Berechnungen von IGES bieten die vermeidbaren Krankenhaufälle ein ökonomisches Potenzial von rund 5 Milliarden, rund die Hälfte davon dürfte auf den Bereich der entsprechenden Notaufnahmen entfallen.

Auf keinen Fall dürfen entsprechende Notaufnahmen künftig dazu dienen, verzichtbare Krankenhausstandorte mit Sicherstellungszuschlägen künstlich am Leben zu erhalten, nachdem diese infolge eines massiven Einweisungsrückgangs die medizinische Rechtfertigung und die betriebswirtschaftliche Existenzgrundlage verloren haben. Damit würde medizinisch und ökonomisch das Gegenteil von Effizienz gefördert. Ich darf in diesem Zusammenhang an Analysen von Prof. Busse, TU Berlin, erinnern, der kürzlich das Verbesserungspotenzial durch Bündelung der Notfallversorgung an wenigen Standorten am Beispiel der Herzinfarktversorgung in Berlin verdeutlicht hat.

Letztlich lassen sich die konkreten Entscheidungen in diesem Zusammenhang nicht sachgerecht durch Ausschüsse in Berlin vorgeben. Hier muss die Kompetenz der zuständigen regionalen Akteure, also insbesondere der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Länder, gestärkt werden, um im Rahmen eines bundeseinheitlichen Kriterien-Rasters vor Ort transparente Entscheidungen zum notwendigen Strukturwandel in den Regionen zu treffen. Die Akteure in den Regionen sollten sich dabei ganz klar von dem Motto leiten lassen: *Wer die Medizin der Zukunft bezahlbarer machen will, muss die ambulante vertragsärztliche Versorgung fördern.*