

## Preis- und Qualitätsorientierung im Gesundheitssystem

# Organisation der gesundheitlichen Versorgung: Wo stehen wir? Wo müssen wir hin?

PROF. DR. MED. MARION HAUBITZ, DIREKTORIN MEDIZINISCHE KLINIK III, KLINIKUM FULDA



*ist das deutsche Gesundheitswesen vorbildlich oder im internationalen Vergleich reformbedürftig? Das hängt von der Perspektive der Analyse ab. So positiv Deutschland beispielsweise in Fragen der Erreichbarkeit abschneidet, so kontraproduktiv stellt sich insbesondere in einer Gesellschaft des längeren Lebens die traditionelle Trennung in Versorgungssektoren dar. Angesichts einer reduzierten Lebensarbeitszeit ist künftig mit einem wachsenden Fachkräftemangel sowohl bei Ärzten als auch bei anderen Gesundheitsberufen zu rechnen. Insbesondere in ländlichen Regionen wird es eine Herausforderung sein, Versorgungskonzepte für die Primär- bis hin zur Langzeitversorgung zu etablieren. Die Überwindung der Sektorengrenze wäre eine zentrale Voraussetzung für einen Qualitätswettbewerb, der sich insbesondere auf populationsorientierte Qualitätsindikatoren stützen sollte. Am Beispiel der Notfallversorgung zeigt der Beitrag, welche Herausforderungen und Reformnotwendigkeiten sich künftig stellen werden.*

Die Frage „Wo steht das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich?“ wird sehr unterschiedlich beantwortet. So gehen einige von zu hohen Kosten im Vergleich zu dem Erreichten (Lebenserwartung und Lebensqualität) aus. Für diese These wird im Kostenbereich die sog. Gesundheitsquote, die gesamten Gesundheitsausgaben eines Landes in Relation zum Bruttoinlandsprodukt, herangezogen (siehe Sondergutachten des SVR 2012 Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung).

Bei der Gesundheitsquote stand Deutschland 2012 nach den USA, den Niederlanden, Frankreich und der Schweiz auf Platz 4 (OECD Gesundheitsdaten 2014). Bei der Lebenserwartung lag in 2012 Deutschland mit 80,9 Jahren im Mittelfeld, wobei der OECD-Schnitt bei 79,9 Jahren lag. So war die Lebenserwartung in Europa beispielsweise in Spanien, Italien, Frankreich, Schweden und Großbritannien höher als in Deutschland (OECD Gesundheitsdaten 2014).

Andererseits wird auch die These vertreten, dass Deutschlands Gesundheitsversorgung vorbildlich sei. So garantiert eine gesetzliche Krankenversicherung einen nahezu universellen Versicherungsschutz mit einem sehr großen Leistungskatalog und niedriger Eigenbeteiligung, ein fast flächendeckendes Angebot an Gesundheitsleistungen mit hohem Standard und einem niederschweligen Zugang mit vor allem freier Arztwahl. Trotz der Klage über die Schwierigkeiten, einen Facharzttermin zu erhalten, sind die Wartezeiten im europäischen Vergleich kurz (Roll et al. 2012), und es gibt kaum Belege für eine Rationierung. Auch sprechen Gesundheitstourismus und die von vielen Bundesbürgern abgeschlossenen Versicherungen zum Rücktransport bei Unfall und Krankheit für ein sehr gutes Gesundheitssystem

und ein hohes Vertrauen der Bürger, auch wenn dies bei Umfragen nicht so zum Ausdruck kommt.

So einfach kann man jedoch weder die eine noch die andere Argumentationskette unterschreiben. Bei der ersten These liegt das Problem u. a. darin, dass die Gesundheitsquote die Ressourcen, die in die Gesundheitsversorgung fließen, nicht valide abbildet (z. B. werden Einflüsse der Wiedervereinigung nicht berücksichtigt). Die kaufkraftbereinigten Gesundheitsausgaben als Maß für den Stellenwert und die Wichtigkeit der Gesundheitsversorgung für den Bürger im Vergleich zu anderen Gütern erscheinen hier als Parameter besser geeignet, und bei diesem liegt Deutschland im Mittelfeld (vergleiche auch SVR Sondergutachten 2012). Auch lässt sich einwenden, dass das Wachstum der Lebenserwartung besser als Maß für den Erfolg des Gesundheitssystems geeignet ist als der absolute Wert. Hier liegt Deutschland auf den vorderen Plätzen.

### **Gute Noten bei der Erreichbarkeit**

Bei der Zahl der Ärzte pro 1000 Einwohner findet man Deutschland im OECD-Vergleich auf Rang 5 von 34, bei den Pflegenden steht Deutschland allerdings nur auf Rang 8 (OECD-Gesundheitsdaten 2014 – [www.oecd.org/health/healthdata](http://www.oecd.org/health/healthdata)). Nimmt man andere Faktoren, wie beispielsweise die Krankenhausbetten je 1000 Einwohner, die Erreichbarkeit eines Krankenhauses der Grundversorgung oder die Zahl der Intensivbetten, so steht Deutschland sehr gut da. So können 88 Prozent der Bevölkerung ihr Krankenhaus in bis zu 15 Minuten erreichen (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung 2013), und in Deutschland gibt es 29,2 Intensivbetten pro 100.000 Einwohner, während der europäische Schnitt bei 11,5 Betten liegt, und Groß-

britannien nur 6,0 Betten für intensivpflichtige Patienten hat. Dennoch sollten auch gute Zahlen nicht davon abhalten, nach Verbesserungen zu suchen und das Potenzial von Effizienz- und Effektivitätsreserven auszuschöpfen.

Hier stellt unser traditionelles System mit einer Trennung der Sektoren im Sinne einer Versorgung beim Hausarzt, beim Facharzt und im Krankenhaus und den damit entstandenen Schnittstellen ein Problem dar. Hinzu kommen die Palliativversorgung und die Pflege mit weiteren Schnittstellen. Darüber hinaus ist die Arzneimittelversorgung getrennt zu sehen. So muss beispielsweise ein Patient, der im Rahmen des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes versorgt wird, sich die Medikamente noch aus der Apotheke holen. Diese traditionelle Trennung ist kontraproduktiv, wenn man sich die zukünftigen Versorgungsnotwendigkeiten ansieht.

In einer Gesellschaft längeren Lebens wird die Multimorbidität das Hauptversorgungsproblem, und zwar sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Bereich; auch viele andere Gesundheitsberufe werden hiervon betroffen sein. So wird vor allem der Anteil der Hochbetagten (über 85 Jahre) sich gegenüber heute mehr als verdoppeln (ob hier die durch die Flüchtlinge entstandene Zuwanderung diesen Effekt entscheidend beeinflussen kann, ist noch nicht absehbar).

Mit dem Anteil an alten und hochbetagten Patienten steigt die Zahl der Patienten mit mehr als einer chronischen Erkrankung und damit auch die Zahl der Multimorbiden; sie liegt in der Altersstufe zwischen 75 und 79 Jahren bereits bei fast 80 Prozent (RKI 2003, Multimorbidität in Deutschland. Stand – Entwicklung – Folgen, Berlin). Die Versorgung wird mehr und mehr von chronischen Krankheiten und von der Multimorbidität dominiert. Diese ist jedoch mehr als die Summe der Einzelerkrankungen, so kommen geriatritypische

Probleme hinzu wie Immobilität, Sturzneigung und Schwindel, kognitive Defizite, Inkontinenz und Dekubitalulzera, Fehl- und Mangelernährung und eine zu niedrige Trinkmenge sowie Depression und Angststörungen, chronische Schmerzen, starke Seh- und Hörbehinderung und Medikationsprobleme. Diese Symptome können der Ausdruck mehrerer Erkrankungen sein, und der Behandlungsschwerpunkt verschiebt sich somit auf eine personenfokussierte im Gegensatz zur erkrankungsfokussierten Betrachtung.

Wenn man sich nun fragt, was ein multimorbider Patient braucht, so steht an erster Stelle eine gute Erreichbarkeit eines Hausarztes, Facharztes und des Krankenhauses sowie weiterer Gesundheitsberufe, insbesondere Pflegende sollten in seiner Nähe sein. Die für den Patienten wichtigen Ziele sind die Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung von Lebensqualität und Schmerzfreiheit, der Erhalt der Selbstständigkeit, wobei hier jede einzelne Fähigkeit wichtig ist auch bei Patienten, die auf Hilfe angewiesen sind. Wichtige Bedingungen für eine auch zukünftig gute Organisation der Gesundheitsversorgung, auf die hier eingegangen werden soll, sind:

- Ausreichend Fachkräfte (Ärzte, Pflegende, medizinische Fachangestellte, Physiotherapeuten, und andere Gesundheitsberufe)
- Reduktion von Schnittstellenproblemen – Versorgung aus einer Hand und an einem Ort
- Fairer sektorenübergreifender (populationsorientierter) Qualitätswettbewerb mit ordnungspolitisch gesehen einem Abbau von Ungleichbehandlungen an der Schnittstelle.

### **Fachkräfte als Voraussetzung für eine auch künftig gute Versorgung**

In Bezug auf die Fachkräfte ist bereits heute der Mangel sichtbar, und dieser wird sich in den nächsten Jahren noch erheblich verschärfen. Schon heute übersteigt der Anzeigenteil im Ärzteblatt zeitweise den Informationsteil – und das, obwohl keineswegs alle Stellen ausgeschrieben werden. So berichten 58 Prozent der Krankenhäuser in einer Befragung zum Krankenhausbarometer 2013 über Probleme bei der Besetzung von Arztstellen (Blum et al. 2013). Drei in 2010 veröffentlichte Projektionen der Entwicklung der Arztzahlen kommen zwar zu unterschiedlichen quantitativen Ergebnissen, weisen aber in die gleiche Richtung; bis 2020 und erst recht bis 2030 werden Ärzte fehlen (Blum und Löffert 2010, Kopetsch et al. 2010 und Ostwald et al. 2010).

Die höchsten Zahlen errechnet dabei das WifOR-Institut mit 56 000 fehlenden Ärzten (Vollzeitstellen) in 2020 und 165 000 in 2030. Woher kommt diese negative Bilanz, wo doch der Bevölkerungsrückgang, die in den letzten Jahren zunehmende Zahl an Ärzten, die Möglichkeit, Aufgaben zu delegieren und die bessere Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben sich in die andere Richtung auswirken sollten? Der Grund ist die reduzierte Gesamtarbeitszeit der Ärzte bedingt durch andere Lebensentwürfe (die Freizeit hat höhere Bedeutung als die Bezahlung), längere familienbedingte Erwerbsunterbrechungen (nicht nur durch den steigenden Anteil von Ärztinnen), die Zunahme der Teilzeitarbeit, und vor allem die EU-Arbeitszeitrichtlinien mit einer systematischen Arbeitszeiterfassung in vielen Kliniken. Diese Erfassung macht die früher vorhandene – oft unentgeltlich geleistete – massive Mehrarbeit der Ärzte (80-Stundenwoche) unmöglich.

### **Höhere Studienplatzkapazitäten sind nötig**

Diesen Fakten einer reduzierten Lebensarbeitszeit steht ein steigender Versorgungsbedarf durch die älter werdende Bevölkerung gegenüber. Sicher besteht Potenzial, diese Lücke zu verkleinern durch beispielsweise eine Verbesserung der Wiedereinstiegsmöglichkeit nach einer Familienpause, Ausschöpfung des Potenzials älterer Beschäftigter, Ausbau elektronischer/netzgestützter Versorgung und die Immigration von Ärzten. Daneben kann auch ein Abbau der Bürokratie, eine bessere Arbeitsteilung, die Vermeidung von Doppelstrukturen, eine bessere Verzahnung von stationärer und ambulanter Medizin und letztendlich ein Abbau von Krankenhausbetten „Ärzte einsparen“.

Meiner Meinung nach wird man um einen Ausbau der Studienplatzkapazitäten dennoch nicht herumkommen, zumal einerseits die Krankenhäuser zur Zeit gerade in der Notfallversorgung und in unterversorgten Gebieten mehr Aufgaben erhalten, und andererseits die zunehmende Spezialisierung zu einem höheren Bedarf an Ärzten führen wird.

Noch ausgeprägter als bei den Ärzten wird der Mangel in anderen Gesundheitsberufen, vor allem in der Kranken- und Altenpflege. So prognostizieren verschiedene Studien einen Mangel an Vollzeitstellen zwischen 135 000 und 193 000 bis 2025, sogar bis zu 430 000 bis 2050 (siehe SVR Sondergutachten 2012). Dabei hängt der Bedarf unter anderem von den Fragen ab, ob wir durch den medizinische Fortschritt gesunde oder kranke Jahre gewinnen, und

## Verteilung der Vertragsärzte

Jahr	Hausärztliche Versorgung		Fachärztliche Versorgung	
	Allgemein-/Prak. Ärzte, Internisten, Kinderärzte		Alle anderen Facharztgruppen	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
1993	62.375	59,7 %	42.181	40,3 %
1994	62.340	58,7 %	43.900	41,3 %
1995	62.477	58,1 %	45.020	41,9 %
1996	59.828	54,8 %	49.290	45,2 %
1997	60.244	54,6 %	50.151	45,4 %
1998	59.120	52,5 %	53.563	47,5 %
1999	59.290	52,4 %	53.891	47,6 %
2000	59.788	52,2 %	54.703	47,8 %
2001	59.741	51,5 %	56.292	48,5 %
2002	59.075	50,6 %	57.762	49,4 %
2003	58.975	50,1 %	58.630	49,9 %
2004	59.141	50,1 %	58.944	49,9 %
2005	59.076	49,7 %	59.892	50,3 %
2006	58.972	49,3 %	60.582	50,7 %
2007	58.689	48,8 %	61.534	51,2 %
2008	58.095	48,2 %	62.377	51,8 %
2009	57.631	47,6 %	63.497	52,4 %
2010	57.157	47,1 %	64.257	52,9 %
2011	56.654	46,6 %	65.007	53,4 %
2012	56.125	45,9 %	66.065	54,1 %
2013	55.614	45,5 %	66.685	54,5 %
2014	54.975	45,0 %	67.095	55,0 %

Quelle: Kopetsch 2010, Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2008/2014, SVR



**Abbildung 1: Zwischen 1993 und 2015 hat die Zahl der Fachärzte um fast 60 Prozent zugenommen, die der Hausärzte dagegen um 12 Prozent abgenommen.**

wie die Präferenzen bestimmter Versorgungsarrangements ausfallen. So nimmt der Anteil der informellen Pflege durch die Angehörigen ab, die Inanspruchnahme professioneller ambulanter bzw. stationärer Pflegeleistung zu. Dabei kostet der „Heimsog“ besonders viele Stellen.

Auch bestehen regional erhebliche Unterschiede, und so ergeben sich Herausforderungen für die Versorgungsplanung. Will man für ein ausreichendes Angebot an Pflegenden sorgen, so muss man neben den Maßnahmen, die bei den Ärzten bereits genannt sind, wie eine gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Wiedereinstiegsmöglichkeit

nach der Familienpause, Ausschöpfung des Potenzials älterer Mitarbeiter, vor allem den Beruf attraktiver gestalten. Hierzu gehört auch die in anderen Ländern längst erreichte Akademisierung der Pflege mit dem Ziel, auch in der Pflege Forschung und Evidenzbasierung zu fördern. Darüber hinaus müssen unterschiedliche Qualifikationsstufen ausgebaut (Stichwort: Qualifikation der Helferberufe in der Pflege), Fort- und Weiterbildungsangebote verstärkt und die Arbeitsbedingungen verbessert werden. Hierzu zählen auch und vor allem neue Modelle der Kooperation mit Aufgaben- und Verantwortungsteilung.

## Gesundheitsversorgung für ländliche Regionen

Bei den regionalen Unterschieden fällt sofort der Mangel in den ländlichen Regionen auf. In vielen Gebieten (auch im Vogelsberg und in der Rhön) finden vor allem Hausärzte keine Nachfolger mehr. So waren mit dem Stichtag von 30. Juni 2013 nach Aussage der KVen bereits 106 von 883 hausärztlichen Planungsbereichen unterversorgt (Versorgungsgrad unter 90 Prozent) (SVR Gutachten Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche 2014).

In Hessen gibt es bis 2025 einen hohen Nachbesetzungsbedarf mit vielen Bezirken, in denen 70 Prozent und mehr der Hausärzte ihre Praxis abgeben werden. Sieht man sich die Verteilung der Vertragsärzte an, hat zwischen 1993 und 2015 die Zahl der Fachärzte zugenommen (um 59,1 Prozent), die Zahl der Hausärzte aber abgenommen (um 11,9 Prozent) (siehe Abbildung 1). Es wird in Kürze 60 Prozent Fachärzte und 40 Prozent Hausärzte geben, und bei den neuen Gebietsanerkennungen, die jedes Jahr von den Landesärztekammern nach Prüfung ausgesprochen werden, stehen mittlerweile 90 Prozent Spezialisten 10 Prozent Generalisten gegenüber.

### Nur jeder zweite Hausarzt wird Nachfolger finden

Es ist damit zu rechnen, dass in Hessen nur jeder zweite Hausarzt einen Nachfolger finden wird. Dies wird den Trend zur Überversorgung in Ballungsgebieten (wie dem Rhein-Main-Gebiet) und Unterversorgung in ländlichen Regionen eher noch verstärken, wenn nicht Maßnahmen ergriffen werden, diese Entwicklung umzukehren.

Hierzu zählen vor allem die Stärkung der Allgemeinmedizin im Studium, die Verbesserung der Weiterbildungsorganisation im Fach Allgemeinmedizin, die Förderung der Niederlassung und die deutlich bessere Vergütung in unterversorgten Gebieten (Vergütungszuschlag von 50 Prozent auf alle ärztlichen Grundleistungen, genaueres siehe SVR Gutachten 2014), der Aufkauf von Arztsitzen in stark Überversorgten Gebieten und anderes mehr. Auch wenn es gelingen sollte, mehr Hausärzte aufs Land zu locken und darüber hinaus die schwierige Pflegesituation in diesen Gebieten zu verbessern, bleibt die Versorgung eine Herausforderung. Hier hat der SVR das lokale Gesundheitszentrum vorgeschlagen (siehe Abbildung 2). Praxisgestützt oder stationär gestützt soll es ein breites Spektrum von der Primär- bis zur Langzeitversorgung anbieten.

Neben Einrichtungen für die akuten Betreuung sind mobile Praxen und mobile Dienste, regionale Arztnetze, die Palliativversorgung, die Langzeitpflege, aber auch die Prävention integriert. Für ältere chronisch Kranke sollen ländliche Quartierskonzepte, die häusliche Versorgung, aber auch Bürgerbus und Hol- und Bringendienste integriert sein. Ein Casemanager soll die Koordination übernehmen; Telemedizin und Telenursing sollen ebenso eingebunden werden. In diesen Gesundheitszentren wäre auch eine weitere Voraussetzung für eine gute Betreuung multimorbider Patienten – eine Versorgung aus einer Hand an einem Ort – gewährleistet. Zudem könnte dort ein wichtiger Beitrag zur Reduktion von Schnittstellenproblemen zwischen den Sektoren geleistet werden.

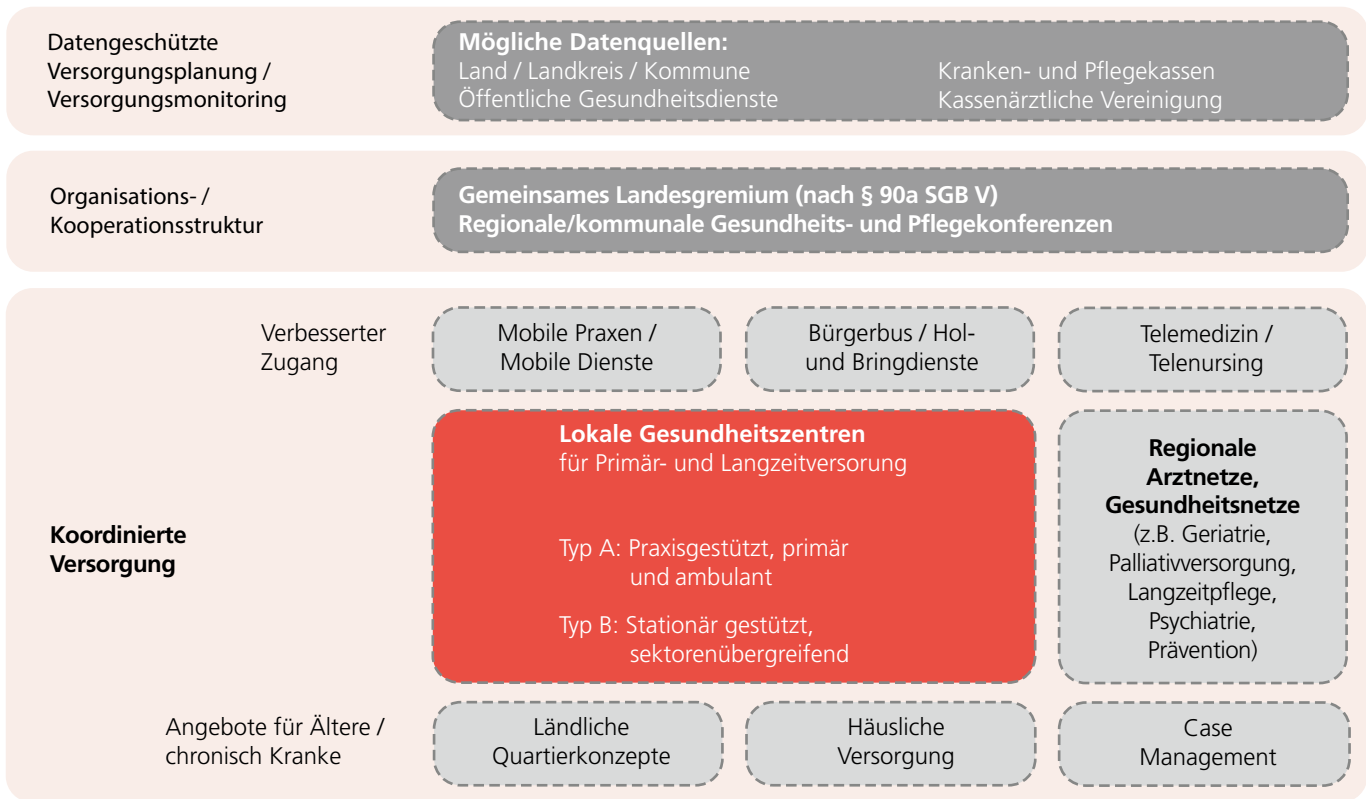
### Reduktion von Schnittstellenproblemen

Das Problem der Schnittstellen in der gesundheitlichen Versorgung ist seit langem bekannt. Hier soll beispielhaft nur auf die besonders häufig mit Problemen behaftete Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung eingegangen werden, obwohl noch zahlreiche weitere Schnittstellen bestehen, wie beispielsweise die zur Pflege, zur Palliativversorgung oder die zwischen Haus- und Fachärzten, die zu Schwierigkeiten gerade in der unabgestimmten Polypharmakotherapie führen kann. Der ambulante Sektor und das Krankenhaus haben bei der Versorgung der Patienten differente Interessen und Organisationsstrukturen. So benötigt das Krankenhaus freie Betten und möchte die Patienten möglichst bald entlassen, auch am Wochenende. Dies läuft den Interessen der Vertragsärzte entgegen, die keine Zeit haben, die Medikation und beispielsweise die pflegerische Versorgung am Wochenende zu organisieren.

Erforderlich ist jedoch gerade bei multimorbiden Patienten eine Organisation aus Sicht des Patienten, ein Entlassungsmanagement, zu dem die Krankenhäuser auch gesetzlich verpflichtet sind. Viele Krankenhäuser erbringen nach eigener Auskunft bereits viele Leistungen an der Schnittstelle stationär /ambulant wie ein systematisches Entlassungs- und Überleitungsmanagement mit Implementierung des Expertenstandards „Entlassungsmanagement in der Pflege“ oder ein Casemanagement.

Dennoch gibt es hier noch viel Potenzial zur Verbesserung, exemplarisch soll hier die sektorenübergreifende Arzneimitteltherapie genannt werden. So erleiden mehr als 20 Prozent der Patienten einer interdisziplinären Notaufnahme

## Lokale Gesundheitszentren – Modell des Sachverständigenrats



Quelle: SVR Eigene Darstellung



**Abbildung 2:** Das vom Sachverständigenrat vorgeschlagene Modell soll praxisgestützt oder stationär gestützt ein breites Spektrum von der Primär- bis zur Langzeitversorgung anbieten.

unerwünschte Arzneimittelwirkungen oder hatten Medikationsfehler (Müller et al. 2011). Ungewollte Abweichungen der Therapie entstehen bei 20 bis 75 Prozent aller Patienten bei der stationären Aufnahme bzw. Entlassung, oft mit erheblichem Schadenspotenzial (siehe Übersicht Thürmann 2015). Medikamente werden bei der Aufnahme und nach der Entlassung umgestellt, neu dosiert oder zusammengefasst (z. B. bei Antihypertensiva – Förderung der Adhärenz, wenn weniger Tabletten eingenommen werden müssen). Diese Änderungen betreffen etwa ein Drittel der Patienten (Himmel et al. 2004).

Hier liegen viele Fehlerquellen und Verbesserungsmöglichkeiten z. B. durch strukturierte/standardisierte Arztbriefe mit zeitnaher Übermittlung und einem ausführlichen strukturierten Medikationsplan mit Einbindung von Apothekern (der Nutzen eines pharmazeutischen Medikationsmanagements ist zum Beispiel bei Polypharmako-

therapie bei der Überleitung von einem in den anderen Sektor belegt) (siehe z. B. Krüger-Brand 2015). Gerade hier bietet die elektronisch gestützte Gesundheitsversorgung Chancen. So könnte die elektronische Gesundheitskarte zur Anwendung kommen und damit den strukturierten papierbasierten Medikationsplan ersetzen bzw. ergänzen oder die Dokumentation eines intersektoralen Gesamtkonzeptes der Medikation enthalten.

Als weitere wichtige Maßnahmen zum Abbau von Schnittstellenproblemen sei die Zusammenführung der Dokumentation aus ärztlichem und pflegerischem Bereich genannt, die Definition von Dokumentenstandards, die Normierung von IT-Schnittstellen (Normierungsvorgaben durch den G-BA mit verbindlicher Festlegung der Rahmenbedingungen), eine Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Pflegeberatung und Erweiterung der nachstationären Behandlungsmöglichkeiten des Krankenhauses im

Sinne von Transitional Care-Modellen. Zur Qualitätssicherung sollten ungeplante Rehospitalisierungen in die Berichterstattung aufgenommen werden. Darüber hinaus müssen weitere Indikatoren für die Umsetzung des patientenorientierten Entlassungsmanagements entwickelt werden.

Ein weiterer Aspekt, der noch zu wenig verwirklicht wird, sind integrierte Versorgungsmodelle, in denen ein Team den Patienten ambulant und stationär versorgt. Ein Beispiel für eine sektorenübergreifende Versorgung ist das Belegarztsystem.

### Sektorübergreifender Qualitätswettbewerb

Im Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung sollte es nicht nur um den Preis, sondern auch um die Qualität der Behandlung gehen. Hierdurch werden Innovationen und originelle, dem Patienten dienliche Konzepte gefördert. Hierzu müssen zum einen Informationen über die Qualität vorliegen (dies ist zurzeit nicht gegeben). Zum anderen müssen ordnungspolitische Defizite an der Schnittstelle behoben werden (so dürfen die Regelungen zu neuen Behandlungsmethoden nicht zwischen stationärem und ambulanten Bereich unterscheiden; ähnliches gilt für Preise, Vergütung und Investitionsfinanzierung). Während Vorgaben zur Struktur und Therapie (nach Leitlinien) stationär und ambulant bestehen, wird die Qualität der Behandlung nur stationär durch eine externe Qualitätssicherung „überprüft“; ambulant besteht ein internes Qualitätsmanagement (Praxen müssen keine Daten veröffentlichen). So sind Versorgung und Qualitätssicherung nach Sektoren getrennt.

Dies ist vor allem bei chronischen Erkrankungen und komplexen Behandlungen nicht zielführend, wenn man es patientenbezogen sieht, da oft mehrere Institutionen und auch Berufsgruppen an der Versorgung eines einzelnen Patienten beteiligt sind. Für den Patienten stehen Lebensdauer- bzw. Lebenserwartung und Lebensqualität im Vordergrund, und es spielt keine Rolle, in welchem Sektor die Leistungen erbracht werden. Ein Beispiel für den Wechsel zwischen den Sektoren, Ärzten und Berufsgruppen soll die Abbildung 3 darstellen. Hier geht es um einen Patienten mit einem Kolonkarzinom und seine wechselnden Ärzte. Die Beurteilung der Qualität auch im Sinne eines Wettbewerbs kann sinnvoll patientenorientiert nur im Ganzen erfolgen.

Mit der Überwindung der Sektorengrenze in der Qualitätssicherung können Daten aus einem Sektor zur Qualitätsmessung in anderen Sektoren genutzt werden (SVR Sondergutachten 2012; Beispiel vermeidbare Kranken-

hausaufenthalte bei guter ambulanter Versorgung oder gute ambulante Rehabilitation ohne Komplikationen nach operativem Eingriff im Krankenhaus). Darüber hinaus müssten Follow-up-Daten herangezogen und die zersplitterten Daten zusammengeführt werden. Die Messung patientenrelevanter Ergebnisse einer gesamten Behandlungskette könnte die Entwicklung einer sektorenübergreifenden Qualitätsverantwortung unterstützen.

Für die Zukunft empfiehlt sich daher eine Fokussierung auf populationsorientierte und sektorenübergreifende Qualitätsindikatoren, die weiterentwickelt werden müssen und dem wissenschaftlichen Fortschritt anzupassen sind. Eine Veröffentlichung der Daten ist wichtig, sodass man Regionen, Arztnetze, Krankenhäuser und Versicherungen vergleichen kann. Grundlage der Indikatoren sollten Routinedaten sein, um den bürokratischen Aufwand zu minimieren.

Als Beispiel für eine zukünftig zu verbessernde Versorgung in einem wichtigen Bereich soll abschließend die Notfallversorgung dargestellt werden. Hier lassen sich die Fragen „Wo stehen wir? Was wurde erreicht? Wo müssen wir noch hin?“ exemplarisch besonders gut darstellen. Auch ist hier mit der Entwicklung einer Versorgung aus einer Hand eine Qualitätssicherung viel besser zu erreichen.

### Notfallversorgung

In Deutschland ist die Notfallversorgung föderal organisiert und hat sich aus historischen Gründen in drei Bereiche gegliedert – ambulante Therapie, Rettungswesen und Krankenhäuser. So gibt es den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst, der die hausärztliche Versorgung im Notfall außerhalb der Routinearbeitszeiten übernehmen soll, den Rettungsdienst (häufig bei der Feuerwehr verankert) und die Notaufnahme der Krankenhäuser, wobei über 90 Prozent aller Krankenhäuser an der Notversorgung teilnehmen.

Der kassen(vertrags)ärztliche Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) stellt die vertragsärztliche ambulante Versorgung außerhalb der Sprechstunden sicher. In vielen KV-Regionen, wie zum Beispiel in Hessen, wurde in den letzten Jahren das Bereitschaftsdienstsystem reformiert, und erhebliche Verbesserungen wurden erreicht. Dies betrifft vor allem eine gerechtere Verteilung und Bezahlung der Dienste. Motivation war vor allem, in strukturschwachen Regionen, die Dienstbelastung zu senken, da diese ein Niederlassungshindernis für junge Kollegen darstellt. In Hessen bestand vor der Reform ei-

## Weg eines Patienten mit einem kolorektalen Karzinom

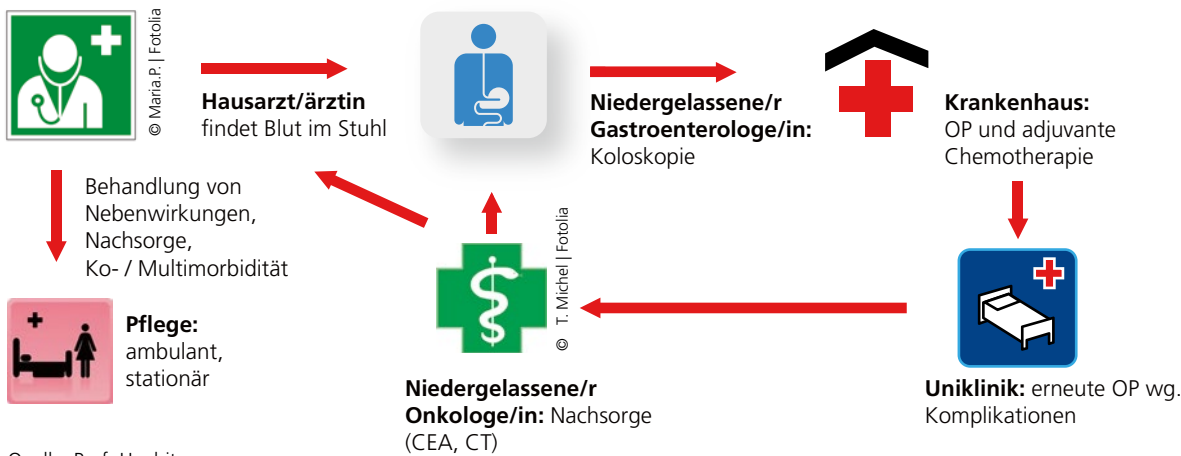


Abbildung 3: Das Beispiel eines Patienten mit einem kolorektalen Karzinoms zeigt, wie Patienten zwischen Versorgungssektoren, Ärzten und Berufsgruppen wechseln. Die Beurteilung der Behandlungsqualität kann hier nur patientenorientiert im Ganzen erfolgen.

ne ungleiche Verteilung der Dienste aufgrund der unterschiedlichen Zahl der Arztsitze in einem Bezirk. So lag in 15 Prozent der Bezirke die Zahl der Arztsitze unter 10, während andere Bezirke über 1000 Arztsitze hatten (Roth 2013). In Hessen sind nun die Präsenz- und die Hausbesuchsdienste getrennt. Die überwiegende Zahl der Bereitschaftsdienstpraxen befinden sich an oder in einem Krankenhaus, werden aber von Vertragsärzten besetzt.

Der Rettungsdienst wird nach Rechtslage im Bereich „Versorgung mit Krankentransport“ angesiedelt. Dies ist ein Problem, da die Vergütung die Anreize setzt, die Patienten ins Krankenhaus zu transportieren, da nur in diesem Falle die Leistung „vollständig“ bezahlt wird. Neben der falschen Leistungsebene und den dabei anfallenden vermehrten Kosten tragen auch diese Patienten zu einer Überfrachtung der Krankenhäuser in den Zeiten außerhalb der regulären Arbeitszeit bei.

### Geregelte Arbeitszeit als Faktor für Arbeitszufriedenheit

Betrachtet man die abendliche und nächtliche Versorgung, die Wochenenden und Feiertage und zählt diese Zeiten zusammen, so ergeben sich etwa 6000 zu versorgende Stunden pro Jahr für das Krankenhaus. Hier muss bedacht werden, dass gerade die Dienstbelastung für viele jüngere Kollegen ein sehr wichtiger Faktor bei der Wahl ihres Arbeitsplatzes ist. So gaben bei einer 2012 durchgeführten bundesweiten anonymen Online-Befragung Medizinstudierende bei der Frage nach den wichtigsten Gründen, nicht

kurativ tätig zu sein, „wenig geregelte Arbeitszeit und Nachtdienste im Krankenhaus“ mit 71 Prozent an zweiter Stelle an. Umgekehrt spielten bei der Arbeitszufriedenheit geregelte Arbeitszeiten eine wichtige Rolle (Kasch et al. 2015). Hier haben die Krankenhäuser ein zunehmendes Problem. So verzeichnen die Notaufnahmen in den letzten Jahren einen stetigen Patientenzuwachs.

Es wurden 2014 8,4 Millionen gesetzlich Versicherte in Notfallambulanzen der Krankenhäuser behandelt (ca. 14 Prozent mehr als im Vorjahr; Daten des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung). Am Klinikum Fulda konnte von 2013 auf 2014 und von 2014 auf 2015 eine jeweils zehnpromtente Steigerung der Fallzahlen in der Notaufnahme beobachtet werden, sodass in 2015 rund 3500 Patienten pro Monat behandelt wurden. Ein Ende des Anstiegs ist nicht absehbar. Erstaunlicherweise gibt es keinen Wochentag, an dem im Schnitt weniger Patienten kommen. Die Notaufnahmen der Krankenhäuser sind längst die Hauptversorgungsstelle für Patienten außerhalb der regulären Arbeitszeit geworden, und viele Patienten könnten im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst ambulant behandelt werden oder sind keine Notfälle.

Dieses Problem wird auch aus anderen Ländern berichtet, wie beispielsweise eine Studie aus Österreich zeigt, in der in der Inneren Medizin fast die Hälfte aller Spitalambulanzbesuche als nicht gerechtfertigt eingestuft wurden (Rissbacher et al. 2010). Eine kürzlich veröffentlichte deutsche Studie bestätigt die Einschätzung, dass viele Kranken-



hausfälle (hierunter auch Notfälle) mit einer guten ambulanten Versorgung und Organisation vermeidbar wären, auch für Deutschland (Sundmacher et al. 2015).

Andererseits sind die Notfallaufnahmen zunehmend defizitär. So stehen nach der Deutschen Krankenhausgesellschaft einem Erlös von 32 Euro pro ambulantem Notfall Kosten von 120 Euro gegenüber. Für die Kliniken entständen damit bis zu einer Milliarde Euro ungedeckter Kosten (siehe DÄ Beerheide und Rieser 2015). Dies führt zu einem falschen Anreiz, Patienten, die sich in der Notfallaufnahme vorstellen, aufzunehmen, und das um so mehr, da sich vor allem ältere Patienten dies gerne wünschen, da sie auf eine „komplette stationäre Abklärung“ und „Aufarbeitung“ ihrer Gesundheitsprobleme hoffen, wobei hier auch Leistungen wie ein Konsil beim HNO-Arzt („ich höre doch so schlecht“) und bei anderen Fachkollegen erwartet wird.

Da die gesundheitliche Versorgung im Notfall ein wichtiger Bereich der Daseinsvorsorge ist, muss diese für eine auch zukünftig qualitativ hochwertige Versorgung gut organisiert sein. Ziel ist dabei, Patienten mit akuten, schweren Gesundheitsproblemen rund um die Uhr schnell und gut, aber auch effizient zu versorgen. Dabei muss die richtige Versorgungsebene erreicht und so unnötige Rettungsdienstesätze und nicht erforderliche Krankenhausaufnahmen vermieden werden. Dies ist aus qualitativen und ökonomischen Gründen geboten, gerade wenn man an den ländlichen Raum und die Vorhaltekosten und Belastungen der knappen Fachkräfte denkt. Hier ist einiges zu tun. Ziel muss eine Notfallversorgung aus einer (organisatorischen) Hand sein. Hierbei sollten Erreichbarkeitskriterien vereinheitlicht werden. Der Patient sollte eine einheitliche Telefonnummer für eine zentrale Leitstelle haben, die die weitere Versorgung organisiert.

Dort wird der Anruf von einem erfahrenen Arzt entgegengenommen, der sich die Beschwerden anhört und den Patient berät, ihn beispielsweise bittet, sich bei fehlender Besserung wieder zu melden oder ihm eine Anlaufstelle (Notfall- bzw. Bereitschaftsdienstpraxis, Notaufnahme im Krankenhaus) vermittelt oder einen Hausbesuch oder einen Transport ins nächste Krankenhaus mit oder ohne Notarzt organisiert. Bei den Hausbesuchen im Notdienst sollten den Ärzten ein begrenztes Dispensierrecht zur Verbesserung der Arzneimittelversorgung zuerkannt werden, um zu verhindern, dass die Patienten für ihre Notfallmedikamente erst noch eine Apotheke aufsuchen müssen, die in ländlichen Gebieten unter Umständen weit entfernt und ohne Auto nicht zu erreichen ist.

### **Vertragsärzte direkt in Notaufnahme einbinden**

Außerdem wäre es sinnvoll, nicht nur über eine kassenärztliche Bereitschaftsdienstpraxis oder eine Portalpraxis im oder am Krankenhaus nachzudenken, sondern die niedergelassenen kassenärztlich tätigen Kollegen sollten direkt in der Notaufnahme arbeiten. Hiermit sind viele Synergien zu erreichen, wie die Bündelung der Zufahrtswege, eine Risikoreduktion für den Patienten – sollte sich die Erkrankung doch als akut gefährdend herausstellen, die gemeinsame Nutzung von Räumen und apparativer Diagnostik sowie die gemeinsame Unterstützung durch nicht-ärztliches Personal.

Die Krankenhausärzte ständen als „Back-up“ für die Vertragsärzte zur Verfügung und umgekehrt, und außerdem könnten Präferenzen der Vertragsärzte besser berücksichtigt werden. Durch eine klare Dokumentation wird doppelte Arbeit vermieden, den unterschiedlichen Präferenzen der Vertragsärzte kann entgegengekommen werden (Arbeit am Telefon in der Leitzentrale oder in einer Notfallpraxis oder Durchführung von Hausbesuchen), die Qualität kann systematisch untersucht und ggf. gezielt verbessert werden (Aufzeichnung der Telefonate, Follow-up auch zum Beispiel bezüglich Entlassungsdiagnosen), und die Kosten werden ebenfalls reduziert.

Als weiterer wichtiger Faktor muss eine gute hausärztliche Versorgung mit Zugang auch außerhalb der normalen Öffnungszeiten (Abendsprechstunde bis 22 Uhr, Samsdaysprechstunde) etabliert bzw. gefördert werden. Dies kann nach einer amerikanischen Studie von O'Malley die Rate der Notfallambulanzbesuche und der ungeplanten Versorgungsnotwendigkeiten ebenfalls reduzieren (O'Malley 2013). Im Krankenhaus erscheint eine interdisziplinäre Notaufnahme mit einer Integration von Allgemeinmedizinern empfehlenswert. Idealerweise sollte die Bereitschaftsdienstpraxis in der Notaufnahme sein, und hausärztlich zu versorgende Patienten sollten dort vom einem Facharzt für Allgemeinmedizin versorgt werden.

Insbesondere im ländlichen Bereich ist eine angeschlossene Notfall- und Kurzlieger-Station ein gutes Konzept (Groening et al. 2013). Auf dieser Station könnte für die Gruppe von multimorbiden Patienten, die nur einer kurzen Intervention bedürfen, allerdings häufig wiederaufgenommen werden müssen (klassisches Beispiel: dekompensierte Herzinsuffizienz), der Schwerpunkt auf die Versorgungsplanung gelegt werden. Hier ist ein Team aus zum Beispiel Pflegenden, Sozialarbeitern, Case-Managern und einem Arzt wichtig. In diesem Konzept wäre es wichtig, einerseits

einen Allgemeinmediziner zu integrieren und andererseits einen engen Kontakt mit den niedergelassenen Hausärzten und anderen Gesundheitsberufen zu unterhalten, um für den Patienten das ideale Konzept (einschließlich Entlassungsmanagement, Pflegeüberleitung) zu etablieren.

Es bleibt zu entscheiden, ob es Sicherstellungsmaßnahmen für versorgungsrelevante Krankenhäuser zur Finanzierung der Fixkosten der Notfälle geben sollte, oder ob der Notfall im DRG-System kodierrelevant sein sollte. Möglich wäre dies über eine Zusatzbezeichnung Notfall oder noch besser über ein System, welches Notfälle nach Schwere und Ressourcenbedarf einstuft. Umgekehrt sollte an die Kliniken Anforderungen bezüglich Personal und apparativen Vorgaben gestellt werden (siehe Augurzyk et al. 2014).

Es lässt sich als Resümee festhalten, dass die in diesem Beitrag exemplarisch geschilderten Problemschwerpunkte in der gesundheitspolitischen Diskussion nur gelöst bzw. verbessert werden können, wenn es gelingt, die Trennung des stationären und ambulanten Sektors zu überwinden.

E-Mail-Kontakt: Marion.Haubitz@klinikum-fulda.de

## Literaturverzeichnis

- Beerheide R, Rieser S (2015) Bereitschaftsdienste unter Beobachtung. Deutsches Ärzteblatt Jg. 112, Heft 42, Seite 1407-1408
- Blum K, Löffert S (2010) Ärztemangel im Krankenhaus – Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen, Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Düsseldorf
- Blum K, Löffert S, Offermanns M, Steffen P (2013) Krankenhaus Barometer 2013, DKI (Deutsches Krankenhaus Institut e.V.) Düsseldorf
- Himmel W, Kochen MM, Sorns U, Hummers-Pradier E (2004) Drug changes at the interface between primary and secondary care, International J Clin Pharmacol Therapeutics 42: 103-109
- Kasch R, Engelhardt M, Förch M, Merk H, Walcher F, Fröhlich S (2015) Leistungsbereit bei geregelter Arbeitszeit. Deutsches Ärzteblatt 112, 45: 1550-1552
- Kopetsch T (2010) Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus: Studie zur Altersstruktur und Arztlahntwicklungm Berlin: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung
- Krüger-Brand E (2015) Medikationsplan für mehr Sicherheit. Deutsches Ärzteblatt 112, S A1410-1413
- Müller F, Mathews A, Kirchner M et al. (2011) Adverse drug events and medication errors in an emergency department. Br J Clin Pharmacol 72
- Ostwald DA, Ehrhard T, Brunsdth F, Schmidt H, Friedl C (2010) Fachkräftemangel: Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030, Darmstadt/Frankfurt a. M.
- Rissbacher C, Rissbacher P, Flaatten H et al. (2012) Gründe für die unge-rechtfertigte Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen: Gesundheits-ökonomie und Qualitätsmanagement 15: 176-184

RKI (2003) Multimorbidität in Deutschland. Stand- Entwicklung-Folgen, Berlin

Roll K, Stargardt T, Schreyögg J (2012). The effect of type of insurance and income on waiting time in outpatient care. Geneva Papers on Risk and Insurance, Issues and Practice 37; 609-632

Roth KM (2013) Mehr Lebensqualität dank moderner Strukturen: Die Reform des ÄBD, Kassenärztliche Vereinigung Hessen. Auf den Punkt 3: 14-16

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen  
 - Sondergutachten 2009 Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens  
 - Sondergutachten 2012 Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung  
 - Gutachten 2014 Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche

Sundmacher L, Fischbach D, Schüttig W, Naumann C, Faisst C (2015) Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study with German providers. Health Policy 119; 1415-1423

Thürmann P (2015) Vermeidungsstrategien von Fehlern bei der Arzneimitteltherapie S. 508-515, in Patientensicherheitsmanagement, Gausmann P, Henninger M, Koppenberg J (Hrsg.).

## PROF. DR. MED. MARION HAUBITZ



*Frau Prof. Haubitz hat an der Justus-Liebig-Universität in Gießen studiert und promoviert. Ihre Habilitation und ihre Ernennung zur außerplanmäßigen Professorin erfolgte an der Medizinischen Hochschule in Hannover. Dort wurde sie auch Fachärztin für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Nephrologie. Seit 2007 ist sie Mitglied im Sachverständigenrat der Bundesregierung zur Beurteilung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Ihre klinisch wissenschaftlichen Schwerpunkte liegen in der Verträglichkeit von Dialyseverfahren, in der Nierentransplantation und bei den Autoimmunerkrankungen. Seit dem 1. Januar 2011 ist sie Direktorin der Medizinischen Klinik III (Klinik für Nieren- und Hochdruckerkrankungen) am Klinikum Fulda.*

