

105. Kongreß  
der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Rhein-Main-Hallen Wiesbaden

Satellitensymposium

**Das Gesundheitswesen im Umbruch :  
Kooperation als Überlebensstrategie**

Montag 12.4.1999, 8.15 bis 12 Uhr

\*\*\*\*\*

Ernst Bruckenberger

**Ambulant-stationäre Kooperationen  
am Beispiel der Onkologie**

Ernst Bruckenberger

## Ambulant-stationäre Kooperationen am Beispiel der Onkologie

### Ausblick auf das künftige deutsche Gesundheitswesen

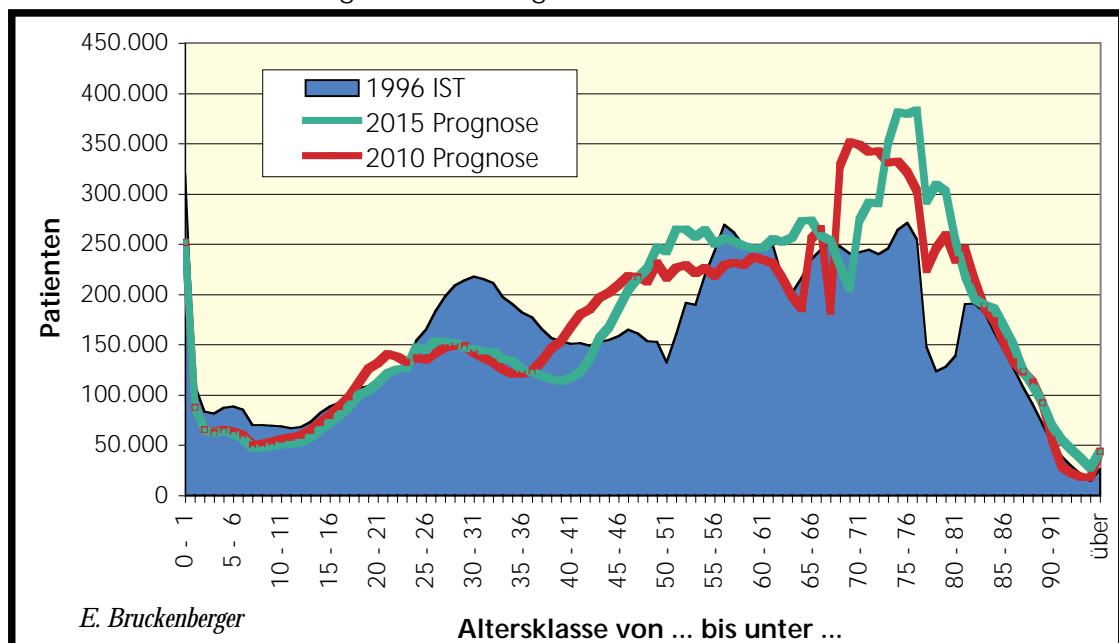
Das deutsche Gesundheitswesens in den nächsten Jahren neben anderen Ursachen durch fünf Hauptfaktoren geprägt werden:

- den Auswirkungen der demographischen Entwicklung,
- den Auswirkungen des medizinischen Fortschrittes,
- den Auswirkungen des Wettbewerbs im Gesundheitswesen,
- den Auswirkungen der sektorenübergreifenden Kooperation und
- den Auswirkungen der zunehmenden Europäisierung bzw. Globalisierung.

### Auswirkungen der demographischen Entwicklung

Der künftige Bedarf an Gesundheitsleistungen wird vor allem durch die in Deutschland weitgehend tabuisierte demographische Entwicklung bzw. die sich schnell verändernde Altersstruktur und der dadurch ausgelösten Nachfrageränderung geprägt werden (siehe Abb. 1).

Abb. 1 : Künftige Entwicklung der Patienten nach Altersklassen



E. Bruckenberger

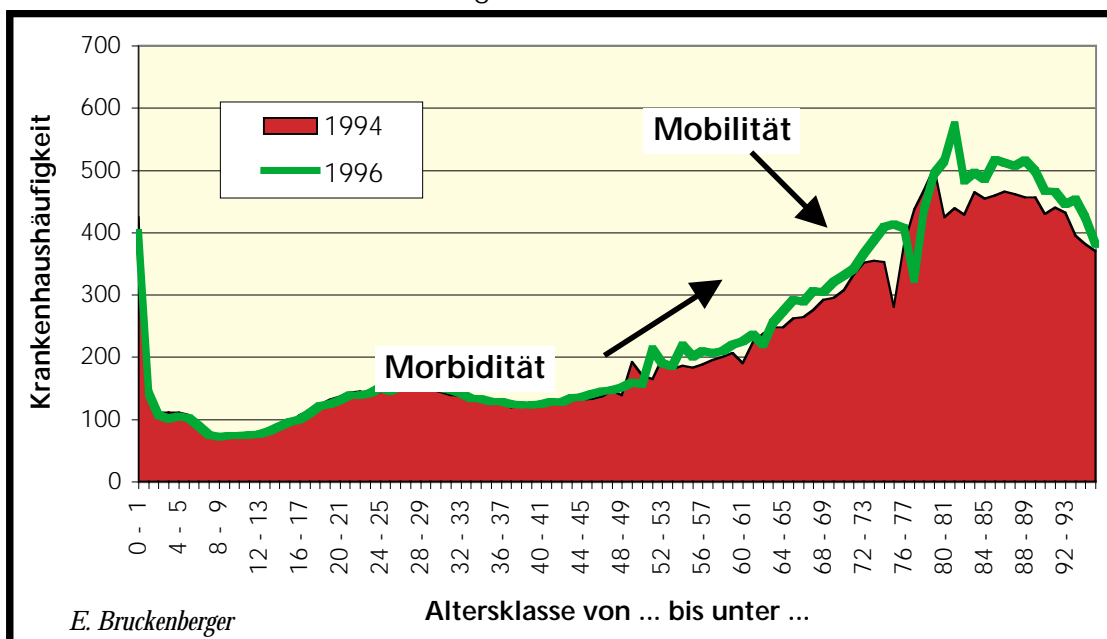
Altersklasse von ... bis unter ...

Eigene Darstellung auf der Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes

Unter Zugrundelegung der Bevölkerungsprognose für das Jahr 2015 und der Krankenhaushäufigkeit nach Altersklassen pro 1.000 Einwohner für das Jahr 1996 muß in Deutschland beispielsweise insgesamt mit einer Patientenzunahme von 1,1 Millionen gerechnet werden. Nimmt man die Altersklasse der über 70 jährigen für sich allein, dann ist in dieser Altersklasse bis 2015 ein Anstieg um 1,5 Millionen Patienten zu erwarten.

Bei dieser Prognose wurde der Effekt der Doppelalterung für die künftigen Patientenzahlen noch nicht berücksichtigt. Unter Doppelalterung ist die Tatsache zu verstehen, dass die Zahl der Patienten ununterbrochen zunimmt, die als Folge der Multimorbidität im höheren Alter während eines Jahres aus mehreren Anlässen mit allen Möglichkeiten der modernen Medizin behandelt werden (siehe Abb. 2). Während beispielsweise die Zahl der Patienten pro 1.000 Einwohner (Krankenhaushäufigkeit) von 1994 bis 1996 in Deutschland insgesamt um 4,5 Prozent zugenommen hat, hat sich dieser Wert für die über 70 jährigen Patienten allein um 8,1 Prozent erhöht. Bei unveränderten Rahmenbedingungen ist davon auszugehen, dass sich die Zahl dieser Patienten in den nächsten Jahren drastisch erhöhen wird. Ihr Anteil an der Gesamtzahl der Patienten würde sich von rd. 25 Prozent im Jahr 1994 auf mehr als 40 Prozent im Jahr 2015 erhöhen.

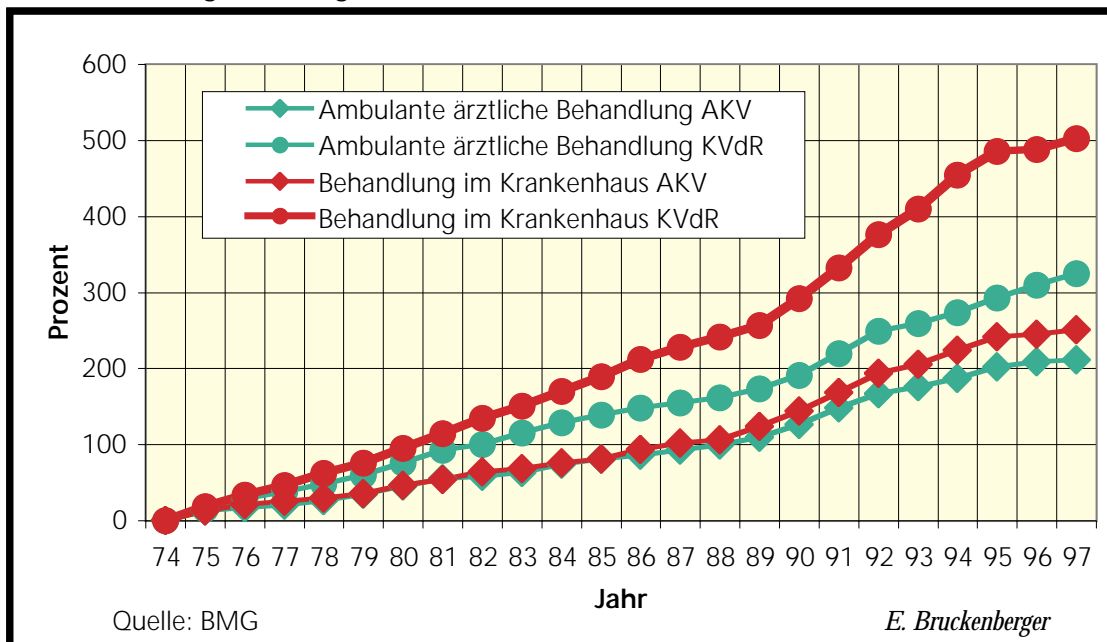
Abb. 2 : Krankenhaushäufigkeit nach Altersklassen 1994 und 1996



Eigene Darstellung auf der Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes

Die sich verändernde Altersstruktur und die davon abhängige Krankenhäufigkeit schlägt sich auch in den Ausgaben der Krankenkassen nieder. So liegt der Anstieg der Ausgaben für die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) seit Jahren deutlich über dem der Allgemeinen Krankenversicherung (AKV). Dies trifft sowohl für die ambulante als auch die stationäre Behandlung zu (siehe Abb. 3).

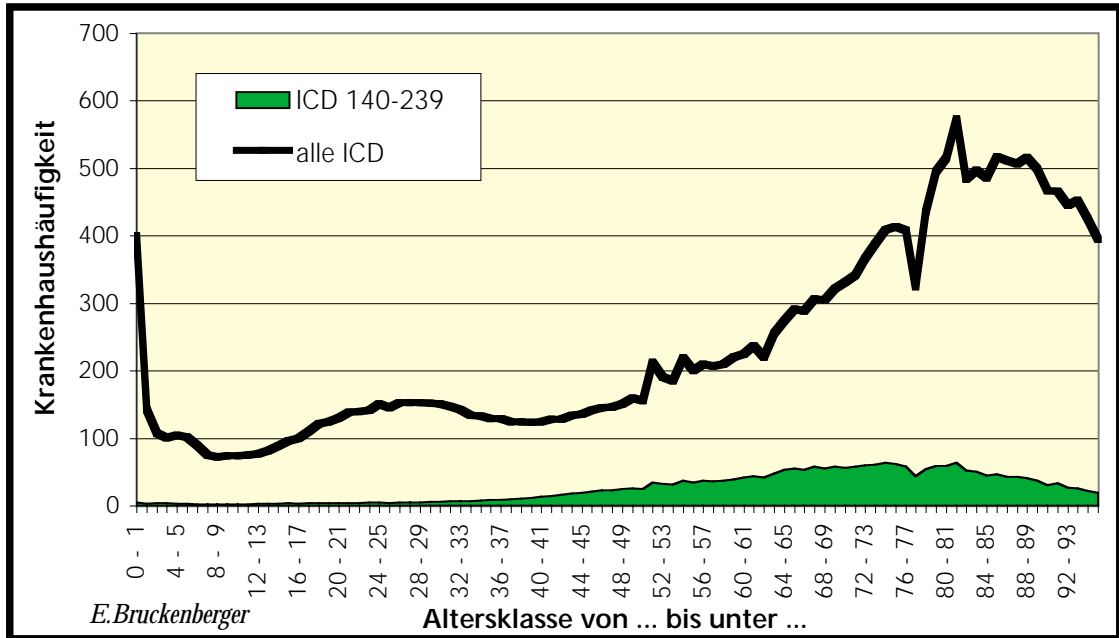
Abb. 3: Anstieg der Ausgaben der GKV für ambulante und stationäre Behandlung



Die im Alter deutlich zunehmende Morbidität ist tendenziell mit einer abnehmenden Mobilität verbunden. Dies hat zweifellos Auswirkungen auf die künftige Angebotsstruktur, die wesentlich stärker als bisher von engen regionalen und sektorenübergreifenden Gesichtspunkten geprägt sein wird. Die einzelnen Krankheitsarten sind von dieser Entwicklung in unterschiedlichem Umfang betroffen.

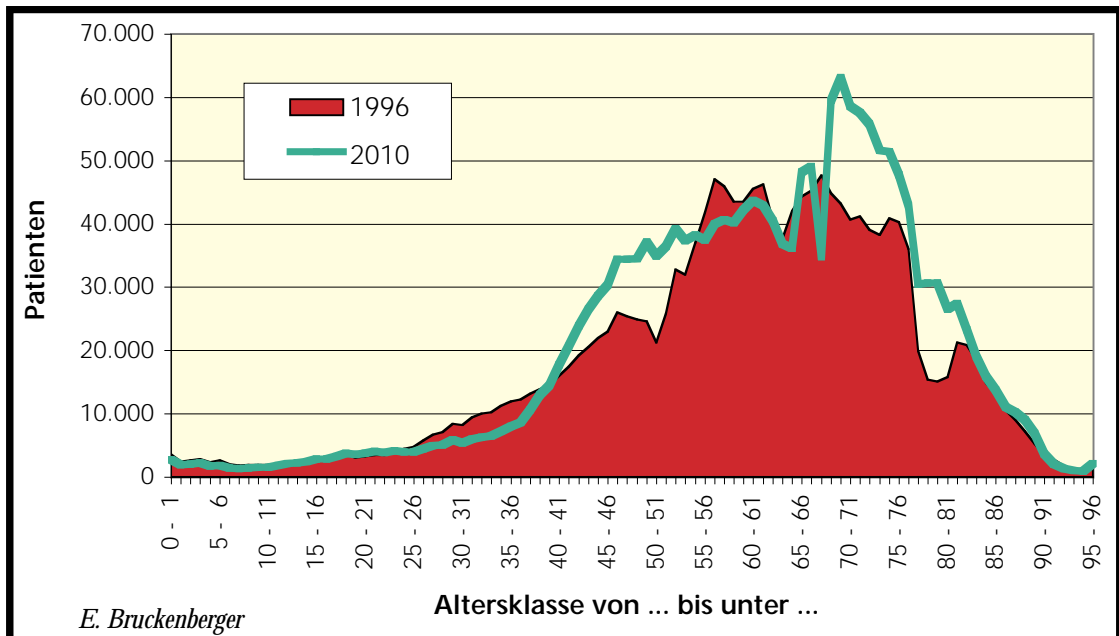
Im folgenden wird die Krankenhaushäufigkeit nach Altersklassen für alle stationären Patienten und getrennt davon die Krankenhaushäufigkeit der stationären Patienten mit Neubildungen gegenübergestellt (siehe Abb. 4). Die meisten stationären Patienten mit Neubildungen sind in der Altersgruppe von 55 bis 75 zu verzeichnen. Nimmt man die Bevölkerungsprognose für das Jahr 2010 und die Krankenhaushäufigkeit nach Altersklassen pro 1.000 Einwohner für das Jahr 1996 muß in Deutschland beispielsweise insgesamt mit einer merklichen Patientenzunahme der stationären Patienten mit Neubildungen von gerechnet werden.

Abb. 4: Krankenhaushäufigkeit nach ICD-Gruppen (alle und speziell 140-239) und Altersklassen



Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen und Darstellungen

Abb.5: Stationäre Patienten mit Neubildungen in Deutschland nach Altersklassen 1996 und 2010



Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen und Darstellungen

## **Auswirkungen des medizinischen Fortschrittes**

Bei der Einführung von neuen Formen der Diagnostik und Behandlung im Gesundheitswesen wird häufig verdrängt, dass die Zahl der dadurch ausgelösten zusätzlichen Untersuchungen bzw. Behandlungen oder sonstigen Leistungen erfahrungsgemäß grundsätzlich größer ist als die Zahl der wegfallenden Untersuchungen bzw. Behandlungen, allerdings meist verbunden mit einer geringeren Belastung des Patienten, einer besser auf ihn zugeschnittenen Behandlungsform oder einer besseren Lebensqualität. Die doppelt besetzte Facharztschiene verstärkt diesen Effekt.

Eine ausgabenreduzierende Wirkung wurde jedenfalls in den letzten Jahren mit neuen Angeboten oder Behandlungsformen nicht erzielt. Im Zweifel summieren sich der nachfragesteigernde "Verkaufseffekt" sowie der "Mitnahmeeffekt" der neuen mit dem "besitzstandswahrenden Effekt" der vorhandenen Angebote bzw. Behandlungsformen. Die politischen Kräfte, die sich für den "medizinischen Fortschritt" engagieren, sind zudem nicht dieselben, die sich für den Schutz der bestehenden Verfahren, Einrichtungen und Arbeitsplätze einsetzen. Einweihen verkauft sich grundsätzlich besser als Schließen.

Die Einführung und Umsetzung von neuen Formen der Diagnostik und Behandlung verläuft meist nach einer abgestuften Gesetzmäßigkeit :

1. Die erste Stufe beginnt mit einer möglichst plausiblen konkreten medizinischen Substitution von bestehenden Angeboten durch andere, beispielsweise den Ersatz von Operationen an symptomatischen Nierensteinen durch ESWL-Behandlungen, von Bypass Operationen durch Ballondilatationen oder von konventionellen Operationstechniken durch minimal-invasive. Die Hochdosistherapie erfolgte ganz überwiegend in der adjuvanten Situation bei der Behandlung bestimmter Tumore.
2. Die zweite Stufe ist gekennzeichnet von einer Ausweitung und Ausdifferenzierung der Indikation für die neuen Formen der Diagnostik und Behandlung. So werden beispielsweise die geringsymptomatischen und schließlich die symptomlosen Steine im Zweifel aus prophylaktischen Gründen einer ESWL-Behandlung zugeführt.

Bei der Evaluation der Hochdosistherapie steht zunehmend die Behandlung des metastasierten Mammakarzinoms im Vordergrund des Interesses. Weitere Erkrankungen im Bereich Hämatologie/Onkologie werden neue Indikationen darstellen, medizinisch-technische Weiterentwicklungen werden bei den bereits bestehenden Indikationen zu einer neuerlichen Ausweitung der Transplantationsaktivitäten führen.

3. In der dritten und letzten Stufe haben sich die neuen Behandlungsformen meist in eigenen organisatorischen Einrichtungen verselbständigt, werden losgelöst von ihrem ursprünglichen Charakter völlig selbständig eingesetzt (Zertifizierung von Transplantationszentren) und bilden ihrerseits wieder den Nährboden für weitere Zellteilungen, womit der Kreislauf von neuem beginnt.

Die Abbildungen 6 und 7 geben die Entwicklung der hämatopoetischen Stammzelltransplantationen und deren Anteil an der Gesamtzahl von ausgewählten Patienten mit bösartigen Neubildungen in Deutschland im Jahre 1997 wider.

Abb. 6: Entwicklung der hämatopoetischen Stammzelltransplantationen in Deutschland

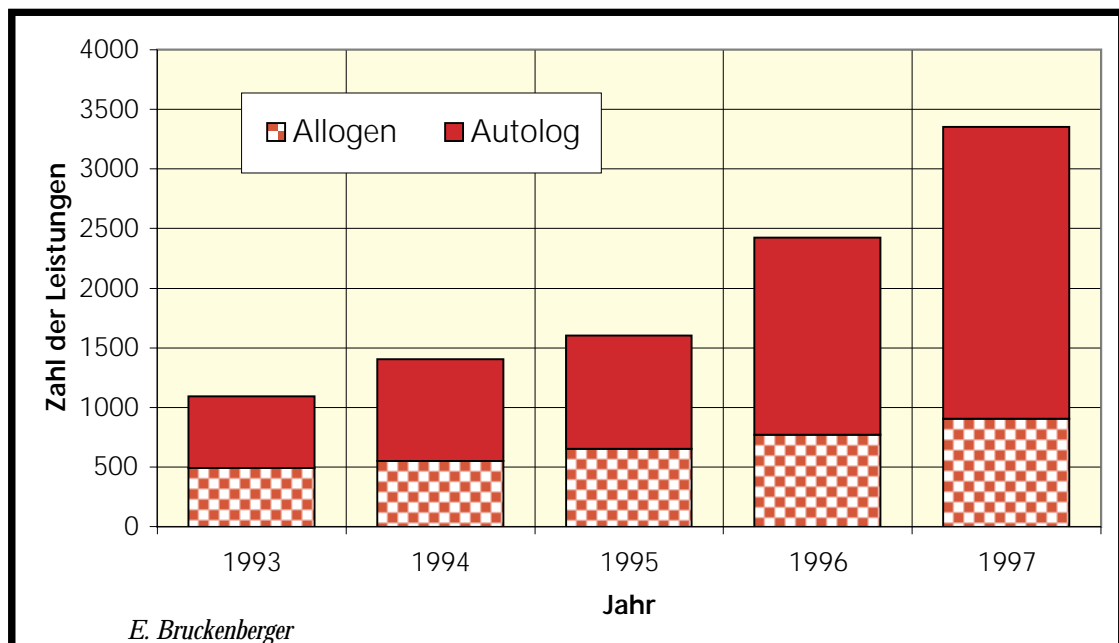
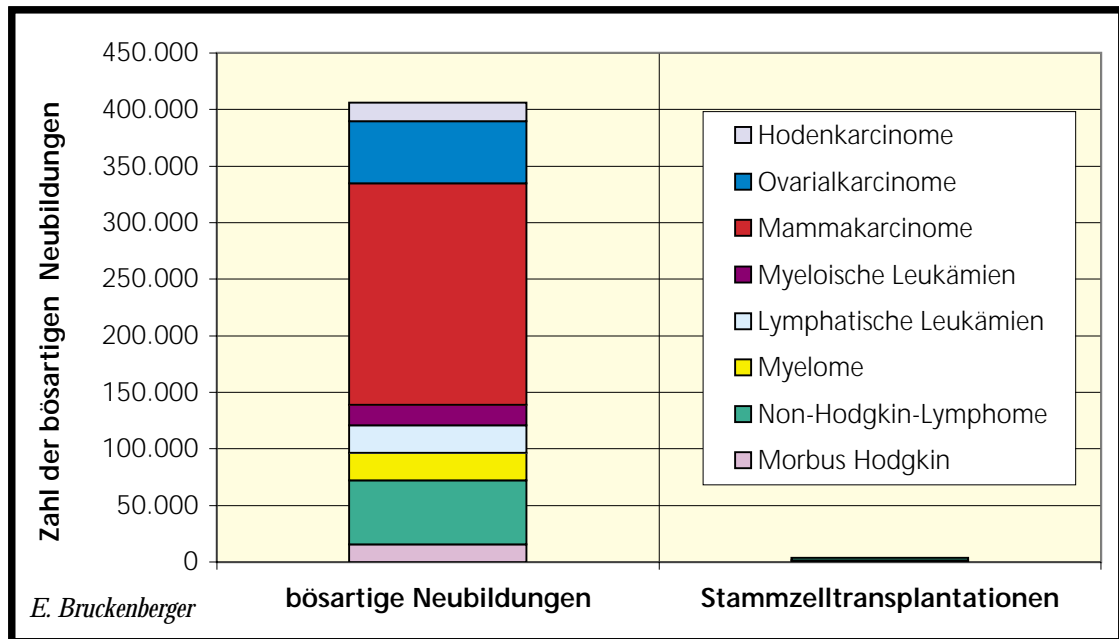


Abb. 7: Bösartige Neubildungen und Stammzelltransplantationen 1997



Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen und Darstellungen

## Auswirkungen des Wettbewerbs im Gesundheitswesen

Seit 1989 sind als Folge des verstärkten Wettbewerbs im Gesundheitswesen bestimmte Tendenzen nicht zu übersehen:

- Die Dominanz der Medizin wird durch die Ideologie des Marktes ersetzt. Denkmodelle des privaten Wirtschaftens werden ideologisch verstärkt mechanistisch auf die Krankenversorgung übertragen.
- Die Kalkulierbarkeit der Einnahmen durch die prospektive Finanzierung verstärkt den wirtschaftlichen Wettbewerb.
- Die Kostenträger werden zunehmend auch Leistungsanbieter.
- Die Kommerzialisierung der medizinischen Versorgung (Krankenhausketten, Rehaketten, Internationalisierung grosser Kapitalgesellschaften) nimmt zu.
- Der Konzentration der Leistungsanbieter wird eine Konzentration der Krankenkassen folgen.
- Der Zwang zur Kontrolle und zur Steuerung der Arzt-Patient-Beziehung wird verstärkt (Standardisierung, Qualitätssicherung).

- Die Bürokratisierung des Gesundheitssystems nimmt exponential zu, d.h. der Verwaltungsaufwand steigt, während bei gedecktem Budget für die Patienten und Beschäftigten weniger Mittel zur Verfügung stehen.
- Die künftige Medizin wird tendenziell nicht mehr vom persönlichen Verhalten des Arztes, sondern der Finanzierbarkeit des Systems geprägt. Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient wird dadurch gefährdet bzw. zerstört.

### **Sektorenübergreifende, standortbezogene Abstimmung**

Da eine sektorale Leistungsbeschränkung durch eine Reduzierung der Arztzahlen oder eine Beschränkung der Leistungen auf das Maß des Notwendigen von der Politik offensichtlich als unwahrscheinlich angesehen wird, wird seit Jahren die Forderung nach einer Verzahnung zwischen der stationären und ambulanten Leistungserbringung erhoben.

Bei den bisherigen Bemühungen, über den Weg einer "Verzahnung" verschiedener Versorgungssektoren die Leistungs- und Ausgabenausweitung besser in den Griff zu bekommen, haben sich die einzelnen Versorgungssektoren nicht selten vor allem Leistungen zu Lasten der anderen Sektoren additiv dazugeholt, ohne daß die Leistungserbringung insgesamt effizienter erfolgte und für die Krankenkassen mit weniger Ausgaben verbunden war. So wollen z.B. einerseits Krankenhäuser als Gesundheitszentren ambulante Aufgaben übernehmen, während sich andererseits die Praxen in Form der Praxiskliniken zunehmend um stationäre Patienten kümmern. Mit derartigen Strategien wird jeweils das eigene Betätigungsfeld erweitert und die wirtschaftliche Basis verbreitert. De facto läuft diese Verzahnung auf eine sektorale Optimierung mit zusätzlichen Ausgaben für die Krankenkassen, nicht aber auf Kooperationen zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren hinaus.

Als Beispiel einer Verzahnung sind das Belegarztwesen und die Ermächtigung von Krankenhausärzten anzusehen. Eine Expansion des Belegarztwesens setzt allerdings voraus, daß die Finanzierung der belegärztlichen Tätigkeit künftig über das Krankenhausbudget und nicht wie bisher aus dem gedeckelten Topf der Vertragsärzte erfolgt. Eine Neuregelung der belegärztlichen Vergütung ist dann allerdings zwingend erforderlich.

Neben der Verzahnung wird zunehmend einer Vernetzung das Wort geredet. Dabei wird offensichtlich bewußt realitätsfern unterstellt, daß durch diese Vernetzung tatsächlich Krankenhausleistungen substituiert werden und nicht nur ambulante Leistungen hinzukommen und überdies im Krankenhaus, trotz der Leistungsintensivierung als Folge eines bezüglich Alter, Art und Schwere der Erkrankung veränderten Patientenkollektivs sowie neuer Behandlungsmethoden, keinerlei Leistungsausweitung stattfindet.

Konsequenterweise soll das „Geld der Leistung folgen“, d.h. von den Krankenhäusern in die Praxen. Die Höhe der zusätzlichen Honorierung hängt ja von der angeblichen Einsparung im Krankenhausbereich ab. Diese wird nach der inzwischen bereits mythologischen, monokausalen Argumentation ermittelt: je mehr zusätzliche Leistungen in den vernetzten Praxen erbracht werden, desto mehr wird im Krankenhausbereich eingespart. Tatsächlich konnte bisher als Folge der hochkomplexen Zusammenhänge ein kausaler Nachweis über einen substitutiven Effekt mangels geeigneter Datenlage überhaupt nicht erbracht werden.

Auch bei den Vernetzungsmodellen findet primär eine sektorale Optimierung mit dem Ziel zusätzlicher Einnahmen zu Lasten anderer Sektoren statt und keine Kooperation zwischen verschiedenen Versorgungssektoren. Wer Netze auslegt, will erfahrungsgemäß Beute machen, dies gilt gleichermaßen für Spinnen, Fischer und vernetzte Leistungserbringer. Je feiner das Netz, desto größer die Beute.

Erfolgreiches sektorenübergreifendes Handeln setzt fundierte, sektorenübergreifende Kenntnisse des jeweiligen Leistungs- und Vertragsrechtes voraus. Man kann mit historisch geprägten sektoralen Denkstrukturen nicht mit Erfolg sektorenübergreifende Abstimmungen herbeiführen. Hier ist bei nicht wenigen Verantwortlichen noch ein enormer Nachholbedarf zu verzeichnen. Die Freude an Begriffsdiskussionen übertrifft häufig die Kenntnis der rechtlichen und tatsächlichen Möglichkeiten.

Wenn die Leistungsexplosion und die sektorale Gliederung des Systems das eigentliche Problem des deutschen Gesundheitswesens sind, muß mit Hilfe von Kooperationen angestrebt werden innerhalb und zwischen den Versorgungssektoren nicht bedarfsnotwendige Leistungen zu vermeiden oder notwendige Leistungen kostengünstiger zu erbringen.

Unabhängig von den kritischen Bemerkungen gegenüber der allzu leichtgläubigen Annahme einer ausgabensenkenden Wirkung der Verzahnung oder Vernetzung ist festzuhalten, daß sich die Angebotsstruktur in den letzten Jahren bereits deutlich geändert hat. So ist der Trend vom „Tante-Emma“ Krankenhaus zum differenzier-ten Gesundheitszentrum bereits im vollen Gange. Gleiches gilt für Kooperationen zwischen Krankenhäusern und Praxen.

### Tante "Emma-Krankenhaus"

#### Krankenhaus

- Ermächtigung (ambulante Diagnostik)

#### Kooperation Krankenhaus-Praxis

- Praxis am Krankenhausgelände (Belegarzt)

### Gesundheitszentrum

#### Krankenhaus

- Ermächtigung (ambulante Diagnostik)

- Tagesklinik (Psychiatrie, Innere Medizin usw.)

- Vor- und nachstationäre Behandlung

- ambulantes Operieren

#### Kooperation Krankenhaus-Krankenhaus

- Einkauf, Wäscherei, Apotheke usw.

- Anästhesie, Radiologie usw.

#### Kooperation Krankenhaus-Praxis

- Praxis am Krankenhausgelände (mit und ohne Belegarzt)

- Kooperation Großgeräte

- Mitnutzungsverträge (Op, Labor, Radiologie usw.)

#### Kooperation Krankenhaus-Therapieeinrichtung

- Logopädie, Ergotherapie usw.

#### Kooperation Krankenhaus-Rehainrichtung

- Belegungsverträge

- Mitnutzungsverträge (Labor, Radiologie, usw.)

- ambulante, teilstat., stationäre Rehabilitation

#### Kooperation Krankenhaus-Pflegeeinrichtung

- ambulante Pflege

- häusliche Pflege

- teilstationäre Pflege

- Kurzzeitpflege

- vollstationär

#### Sonstiges

- Diabeteschulung usw.

Um die nicht zuletzt von der Pluralität der Rechts- und Kostenträgerschaft in Deutschland verursachten additiven kostenmäßigen Auswirkungen und Konflikte auf das Maß des Unvermeidbaren zu begrenzen, muß die regionale Abstimmung und die vertraglich geregelte Kooperation von

- Krankenhäusern mit Krankenhäusern
- Krankenhäusern mit Praxen
- Krankenhäusern mit Therapieeinrichtungen
- Krankenhäusern mit Rehabilitationseinrichtungen und
- Krankenhäusern mit Pflegeeinrichtungen

ausgebaut werden.

### **Kooperationsoffensive in Niedersachsen**

Mit den in Niedersachsen 1995 vom Verfasser durchgeführten flächendeckenden Strukturgesprächen wurde versucht, ein angemessenes Problembewußtsein zu schaffen und sektorenübergreifende pragmatische Lösungen für die notwendigen Angebotsveränderungen und Kooperationen zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren anzuregen.

Wie das Ergebnis der im September 1997 durchgeführten Kooperationsumfrage beweist, kann die vor drei Jahren angeregte Kooperationsoffensive als erfolgreich bezeichnet werden. Die niedersächsischen Krankenhäuser haben mit allen Versorgungssektoren die Zahl der Kooperationen ausgebaut und liegen dabei im Spitzenfeld (siehe Tabellen 1 und 2).

Anfang 1999 gab es in Deutschland insgesamt 137 integrierte (gemischte) Einrichtungen zur Versorgung stationär zu behandelnder Patienten mit durchgängigen Möglichkeiten der Krankenhausbehandlung und medizinischer Rehabilitation. Niedersachsen ist, gemessen am Anteil derartiger Einrichtungen an den insgesamt vorhandenen Einrichtungen, als Folge einer gezielten Strategie Spitzenreiter.

Tab. 1 : Kooperationen zwischen Krankenhäusern und Praxen in Niedersachsen

	Krankenhausgrößenklassen in Betten					ge-plant
	1-100	101-200	201-400	über 400	ins-gesamt	
Mitnutzung von Krankenhauseinrichtungen durch eine Praxis						
OP-Einrichtung	22,2	35,9	28,6	23,7	28,6	••
Radiologie	20,0	28,1	32,7	15,8	25,0	•
Med-techn Großgeräte	2,2	6,3	34,7	42,1	19,4	•
Anästhesiologie	13,3	31,3	2,0	13,2	16,3	•
Labor	15,6	21,9	8,2	13,2	15,3	•
Kooperierende Krankenhäuser	37,8	54,7	65,3	57,9	54,1	••
Praxis auf dem Krankenhausgelände, mit belegärztlicher Tätigkeit						
Kooperierende Krankenhäuser	37,8	54,7	36,7	39,5	43,4	
Praxis auf dem Krankenhausgelände, ohne belegärztliche Tätigkeit						
Kooperierende Krankenhäuser	11,1	20,3	22,4	23,7	19,4	••
Medizinische Dienstleistung für das Krankenhaus durch eine Praxis						
Laborleistungen	51,1	51,6	46,9	42,1	48,5	•
Med.-techn. Großgeräte	31,1	51,6	46,9	39,5	43,4	•
Bakteriologie	31,1	46,9	38,8	36,8	39,3	
Pathologie	26,7	35,9	40,8	34,2	34,7	•
Röntgendiagnostik	28,9	35,9	30,6	10,5	28,1	•
Nuklearmedizin	24,4	26,6	24,5	13,2	23,0	
Dialyse	13,3	20,3	18,4	13,2	16,8	•
Kooperierende Krankenhäuser	62,2	76,6	79,6	71,1	73,0	••

Quelle : E. Bruckenberger • schwächer •• stärker

Tab. 2: Verteilung der integrierten (gemischten) Einrichtungen in Deutschland

Land	Rehaeinrichtungen mit Vertrag insgesamt	davon: integrierte Einrichtungen	
		absolut	v. H.
Niedersachsen	103	21	20,4
Sachsen	42	6	14,3
Schleswig - Holstein	55	7	12,7
Baden-Württemberg	279	33	11,8
Bayern	433	44	10,2
Nordrhein-Westfalen	142	11	7,7
Brandenburg	26	2	7,7
Hessen	151	10	6,6
Sachsen-Anhalt	18	1	5,6
Mecklenburg-Vorpommern	42	1	2,4
Rheinland-Pfalz	65	1	1,5
Hamburg	0	0	0,0
Bremen	1	0	0,0
Saarland	22	0	0,0
Berlin	3	0	0,0
Thüringen	36	0	0,0
Deutschland	1.418	137	9,7

Quelle : E. Bruckenberger

### **Ambulant-stationäre Kooperation für die Onkologie**

Im folgenden wird auf die speziellen Probleme einer ambulant-stationären Kooperation zur Versorgung onkologischer Patienten eingegangen. Patienten mit einer Krebserkrankung benötigen im Verlauf ihres oftmals über Jahre bestehenden Leidens vielschichtige ärztliche, pflegerische und soziale Hilfeleistungen, die gegenwärtig von überwiegend voneinander arbeitenden Institutionen geleistet werden und von sektoral geprägten Kostenträgern finanziert werden.

Die Leistungsanbieter wie Hausarzt, Facharzt, ambulanter Pflegedienst, Krankenhaus, Palliativeinrichtung, Rehaeinrichtung und Hospiz haben sich aufgrund der sozialpolitischen Situation sowie der Vergütungssysteme der letzten Jahrzehnte überwiegend unabhängig und losgelöst voneinander entwickelt. Diese Parallelität der sich in ihren Aufgabenstellungen z.T. überlappenden Versorgungsstrukturen ist in den letzten Jahren zunehmend in die Kritik geraten, da einerseits für den Patienten auf diese Weise keine optimale Versorgung gewährleistet werden kann (z.B. unvollständiger Informationsaustausch) andererseits die möglichen Wirtschaftlichkeitsreserven nicht ausgenutzt werden können.

Ziel einer verbesserten Versorgungssektor muß es sein für die Behandlung und Betreuung onkologischer Patienten eine bedarfsgerechte Arbeitsteilung der verschiedenen Versorgungssektoren, ausreichende fachliche Kompetenz sowie die Bereitschaft zu kontinuierlicher berufsbegleitender Qualifizierung zu erreichen.

Teilnehmer an einer ambulant-stationären Kooperation zur Versorgung onkologischer Patienten:

#### Ambulanter Sektor

- Hausarztpraxen
- Facharztpraxen
- Onkologische Schwerpunktpraxen
- Ambulante Pflegedienste
- Psychosoziale Betreuung
- Selbsthilfegruppen

### Stationärer Sektor

Krankenhaus

Regionales Tumorzentrum

(incl. Strahlentherapie)

Onkologischer Schwerpunkt

(incl. Strahlentherapie/Abt. für Hämatologie und int. Onkologie)

Palliativstation

Rehaeinrichtung

Hospiz

Formen der Zusammenarbeit einer ambulant-stationären Kooperation zur Versorgung onkologischer Patienten:

Gemeinsame Fallkonferenzen

Gemeinsame Fortbildungen

Gemeinsame Qualitätszirkel

Krankenhausvisiten

EDV-Vernetzung

Kooperatives Pflegekonzept

Kooperative Beratungseinrichtung

Psychoonkologie

Häuslicher Visitendienst

Projektgruppe

Durch die enge Kooperation stationärer und ambulanter Einrichtungen wird eine lückenlose Betreuung der Krebspatienten in allen Situationen gewährleistet. Dabei ist es wichtig, daß in allen kooperierenden Strukturen gleiche Konzepte verfolgt werden, die gemeinsam erarbeitet und patientenbezogen umgesetzt werden. Der enge und direkte Austausch der beteiligten Ärzte in Form von interdisziplinären Fallkonferenzen kommt den Patienten ebenso zu Gute wie die langfristige Betreuung durch ein dem Patienten vertrautes Team von Ärzten, Pflegepersonal und Therapeuten, sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich. Ein weiterer Nutzen für den Patienten liegt in der durch ständigen Kontakt der behandelnden Ärzte untereinander betriebenen „gegenseitigen“ Fortbildung als wichtiges Element der Qualitätssicherung.

Als geeignete Kooperationsstandorte der gleichberechtigten Kooperationspartner bietet sich tendenziell das Krankenhausgelände an. Kurze Wege und Synergieeffekte durch gemeinsame Gerätenutzung verbessern potentiell die Wirtschaftlichkeit. Dazu kommt die Sicherheit für den Krisenfall.

Zudem müßten die geschilderten Voraussetzungen für eine ambulant-stationäre Kooperation bei der Behandlung von Krebskranken tendenziell die Verweildauern reduzieren. Ob damit auch tatsächlich eine Kostenreduzierung verbunden ist bleibt abzuwarten. Eine Steigerung der Behandlungsqualität im Interesse der Patienten bei gleichbleibenden Kosten wäre jedenfalls bereits ein wesentlicher Fortschritt.

Der überwiegende Teil aller gängigen Tumortherapien können heute bereits entweder in Klinikambulanzen oder hämato-onkologischen Schwerpunktpraxen durchgeführt werden. Derzeit bestehen allerdings noch Uneinigheiten in Fragen der Kompetenzen und Verantwortlichkeiten bei der Herstellung und Abgabe von Zytostatika. Streitpunkte sind dabei die Versorgungsqualität sowie die Preisfindung der zumeist teuren Spezialrezepturen. Regelungsbedarf ergibt sich insbesondere beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung. Die zunehmende Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Sektor hat zur Folge, daß die Rahmenbedingungen für die Herstellung entsprechender Arzneimittel angepaßt werden müssen.

### **Auswirkungen der zunehmenden Europäisierung**

Wer die Einheit Europas will, muss auch bereit sein, die Konsequenzen zu tragen. Ein einheitlicher Binnenmarkt führt systemimmanent zur Harmonisierung der Wirtschafts- und Sozialsysteme. Die Harmonisierung der Gesundheitssysteme wird absehbar stufenweise erfolgen:

- Harmonisierung des ambulanten Bereiches
- Harmonisierung der ambulanten und stationären Prävention und Rehabilitation
- Harmonisierung der Finanzierung (Steuern oder Beiträge)
- Harmonisierung des Krankenhausbereiches
- Harmonisierung der Gesundheitssysteme .

Die Harmonisierung der europäischen Gesundheitssysteme wird das national bestimmte Verhalten der Leistungsanbieter und Kostenträger verändern. Es werden Formen einer länderübergreifenden integrierten Versorgung entstehen.

Zwar werden die Gesundheitssysteme und Niveauentscheidungen noch länger national geprägt sein. Aber dass die Geltung des Sachleistungsprinzips oder der Kostenerstattung auch bei gleicher Leistung vom Ort der Leistungserbringung abhängt, ist auf Dauer als unwahrscheinlich anzusehen. Eine wichtige Aufgabe wird darin bestehen, zwischen der entgrenzten europäischen Ökonomie und der territorial gebundenen nationalen Politik Handlungsspielräume zu bewahren bzw. wiederzugewinnen.

### **Schlußbemerkung**

Die doppelt besetzte Facharztschiene ist seit Jahrzehnten eines der Hauptprobleme des deutschen Gesundheitswesens. Sie führt zwangsläufig zur Doppelvorhaltung der notwendigen Infrastruktur und zur sektoralen Optimierung. Wird sie unverändert beibehalten, wird sich an den additiven finanziellen Konsequenzen für das Gesamtsystem trotz der zahlreichen Modellvorhaben grundsätzlich nichts ändern.

Eine nahtlose Verzahnung der stationären und ambulanten fachärztlichen Leistungserbringung kann konsequenterweise langfristig nur personell und nicht institutionell erreicht werden. Das heißt, der einzelne Facharzt, gleichgültig ob fest angestellt oder freiberuflich tätig, entscheidet jeweils für sich, ob er die notwendige Behandlung stationär oder ambulant durchführt. Dies setzt voraus, daß die stationäre und ambulante fachärztliche Leistungserbringung nach Möglichkeit an ein und demselben Standort erfolgt.

Durch die Gesundheitsreform 2000 wird dieses Ziel nicht angestrebt. Zur Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung wird dort unter anderem ausgeführt:

*„Die Krankenhäuser werden in eingeschränktem Umfang zur Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung zugelassen. Als Pendant zur Öffnung der Krankenhäuser wird die Möglichkeit verstärkt, dass Vertragsärzte in begrenztem Umfang Versicherte sowohl ambulant als auch kurzstationär zur Sicherung der Behandlung im Krankenhaus betreuen können“.*

In den Krankenhäusern sollen also die bereits überlasteten Ärzte (Nichteinhaltung des Arbeitszeitgesetzes) neben der vertragsärztlichen Mitwirkung in Form der Ermächtigung zusätzlich ambulante Krankenhausleistungen erbringen, während die bereits überlasteten niedergelassenen Ärzte verstärkt stationär tätig werden. Der Reformansatz geht also wie bisher von einer sektoralen Optimierung und nicht von einer sektorenübergreifenden Verzahnung aus.

Wieso eine potentielle Leistungsausweitung für zwei Versorgungssektoren die Ausgaben für die Krankenkassen insgesamt reduzieren soll, ist wohl nur mit Hilfe einer farbenfrohen Mengenlehre nachvollziehbar. Erfahrungsgemäß haben derartige Vorgehensweisen kostenmäßig additive Wirkungen zur Folge. Jeder Sektor optimiert sich mit gutem Gewissen zu Lasten des anderen. Die in Europa einmalige doppelt besetzte Facharztschiene soll offensichtlich weiterhin bestehen bleiben.

Sowohl bei der fachärztlichen Versorgung als auch bei der medizinischen Rehabilitation unterscheiden sich die bestehenden deutschen Regelungen grundsätzlich von denen der anderen europäischen Länder. Zu beachten ist außerdem, dass einzelne stationäre Leistungsanbieter mit begrenztem sektoralen Leistungsangebot – vergleichbar den Einzelpraxen – nur begrenzte Zukunftschancen haben werden.

Der Standort der Leistungserbringung bekommt in der verschärften wettbewerblichen Auseinandersetzung eine wesentlich höhere Bedeutung als in der Vergangenheit. In einer sich deutlich verändernden Angebotsstruktur – zunehmend in Form von Ketten - wird auch die Rolle der Leistungsanbieter und ihr Verhältnis untereinander neu definiert werden. Dies gilt auch für die Praxen. Ungeeignete Standorte werden sich auf Dauer nicht gegen ökonomische Fakten verteidigen lassen.

In der sich so verändernden Angebotsstruktur werden kooperationswillige Partner mit dem Standort Krankenhaus oder benachbart, für die die prozeßorientierte Behandlung im Interesse der Patienten und nicht die sektorale Optimierung im Vordergrund steht, die größten Überlebenschancen haben. Dies auch deshalb, da derartige Kooperationen eine hohe Politikresistenz aufweisen und besser in die gesundheitspolitische Landschaft Europas passen.

## Über den Verfasser

Geboren am 2.4.1940 in Gmunden/ Oberösterreich. Nach dem Studium der Rechtswissenschaften tätig in der Industrie und in der Sozialversicherung (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt Linz). Von 1971 bis 1979 wissenschaftlicher Berater und Gutachter beim Deutschen Krankenhausinstitut e.V., Düsseldorf, Institut in Zusammenarbeit mit der Universität Düsseldorf.

Seit 1979 Referatsleiter für Krankenhausplanung, -finanzierung und -bauplanung sowie ärztliche Weiterbildungsstätten im Niedersächsischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales, Leitender Ministerialrat, Lehrbeauftragter der Medizinischen Hochschule Hannover, Mitglied des Krankenhausausschusses der Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten Deutschlands und Mitglied im deutschsprachigen Arbeitskreis für Krankenhaushygiene.

Zahlreiche Veröffentlichungen über Krankenhausfinanzierung und -planung, die Abstimmung medizinisch-technischer Großgeräte, bundesweite jährliche Berichte über Versorgungsstrukturen, wie z. B. der Herzchirurgie, der Radioonkologie und der Nuklearmedizinischen Therapie. Zwei Bücher: "Planungsanspruch und Planungswirklichkeit im Gesundheitswesen" (1978) und "Dauerpatient Krankenhaus" (1989). Mitarbeit an der "Studie über die Entwicklung des österreichischen Krankenhauswesens bis zum Jahre 2010", erstellt von der VAMED ENGINEERING-Krankenhausplanungs- und Errichtungsgesellschaft m.b.H., Wien (1988). Stellungnahme zum "Oberösterreichischen Krankenanstaltenplan 1990".

Erarbeitung der Grundlagen für die Krankenhausplanung, die Planung medizinisch-technischer Großgeräte und die Investitionsplanung des Landes Sachsen-Anhalt (1991) und des Landes Thüringen (1992). Flächendeckende Strukturgespräche über die ambulanten, teilstationären und stationären Angebotsstrukturen (Praxen, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeeinrichtungen) in Niedersachsen (1995) und Ausbau der Kooperationen zwischen Krankenhäusern und Praxen sowie zwischen Krankenhäusern und Rehaeinrichtungen.

### Adresse :

Dienstlich:  
Dr. Ernst Bruckenberger  
Niedersächsisches Ministerium für  
Frauen, Arbeit und Soziales  
Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2  
30159 HANNOVER

privat:  
Hitzackerweg 1 a  
30625 Hannover  
Tel.0043/0511-574553

Tel. 0043/0511-120-4076  
Fax : 0043/0511 - 120 - 4295  
Email: Ernst.Bruckenberger@mfas.niedersachsen.de

