

Symposium

\*\*\*\*\*

**INTERDISZIPLINÄRE THERAPIE  
DES BRONCHIALKARZINOMS**

Münster, 2.-3. März 2001

\*\*\*\*\*

Ernst Bruckenberger

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

Ernst Bruckenberger

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

### **Die „Daseinsfürsorge“ weicht dem Wettbewerb**

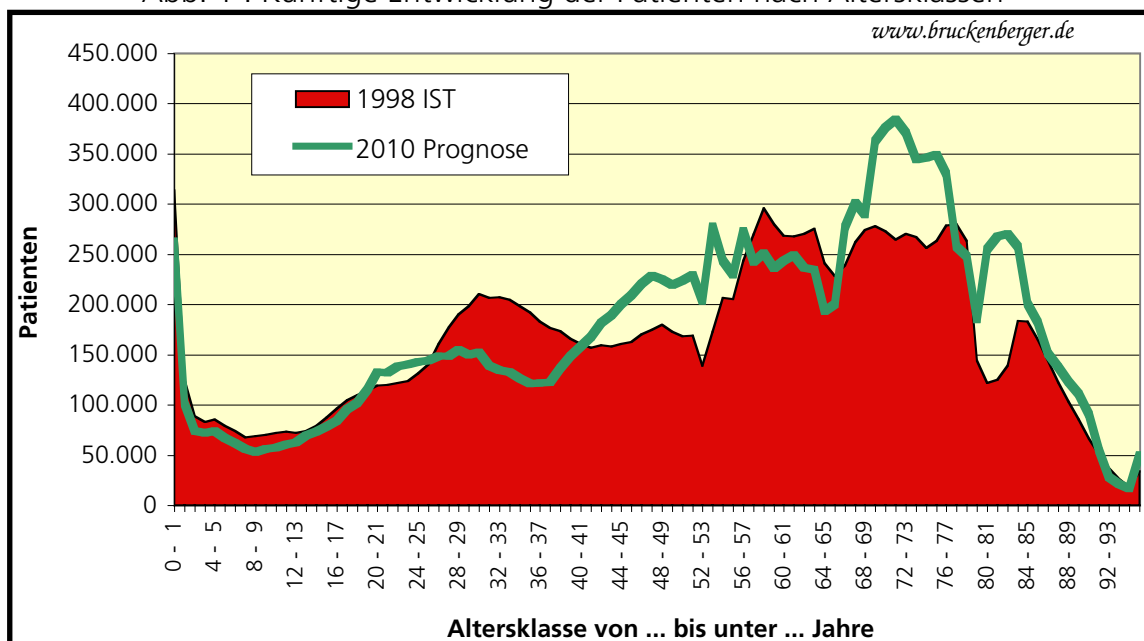
Das Gesundheitswesen, vor allem der Krankenhausbereich, hat sich, unterstützt durch die Philosophie der „Daseinsfürsorge“, lange gewehrt, die Regeln des freien Marktes und die damit verbundene Dynamik und Entsolidarisierung zu übernehmen. Je mehr Erfolge aber die freie Marktwirtschaft, zumindest gemessen an dem gegenwärtig herrschenden Weltbild, zu verzeichnen hat, desto weniger wird sich nach zunehmender Meinung ein so wichtiger Teil der Volkswirtschaft wie das Gesundheitswesen den Regeln und den Mechanismen des Marktes verschließen können. Diese Ansicht hat inzwischen beinahe den Charakter einer Ideologie. Das autonome einzelne Krankenhaus, genauso wie beispielsweise die einzelne Röntgenabteilung oder die einzelne Praxis, haben so gesehen unter den Bedingungen und Gesetzen der freien Marktwirtschaft grundsätzlich keine Überlebenschance.

Die Einsicht in die Notwendigkeit einer qualifizierten prozessorientierten Behandlung der immer häufiger chronisch kranken Patienten nimmt zu. Damit wird die Neigung zur Bildung von sektorenübergreifenden Lösungen verstärkt. Hauptsächlich aber wird die künftige Angebotsstruktur vom medizinischen Fortschritt, der demographischen Entwicklung, dem Wettbewerb und dem Finanzierungs- und Abrechnungssystem geprägt werden.

### **Auswirkungen der demographischen Entwicklung**

Unter Zugrundelegung der neuesten Bevölkerungsprognose für das Jahr 2010 und der Krankenhaushäufigkeit nach Altersklassen pro 1.000 Einwohner für das Jahr 1998 (Zahl der Patienten pro 1.000 Einwohner) muss in Deutschland mindestens mit einer **Patientenzunahme von 0,9 Millionen** gerechnet werden. Nimmt man die Altersklasse der über 70-jährigen für sich allein, dann ist in dieser Altersklasse bis 2010 ein Anstieg um 1,2 Millionen Patienten zu erwarten (Abb. 1), dem steht ein Rückgang von 0,3 Millionen in der Altersklasse der 0 bis 70-jährigen gegenüber.

Abb. 1 : Künftige Entwicklung der Patienten nach Altersklassen



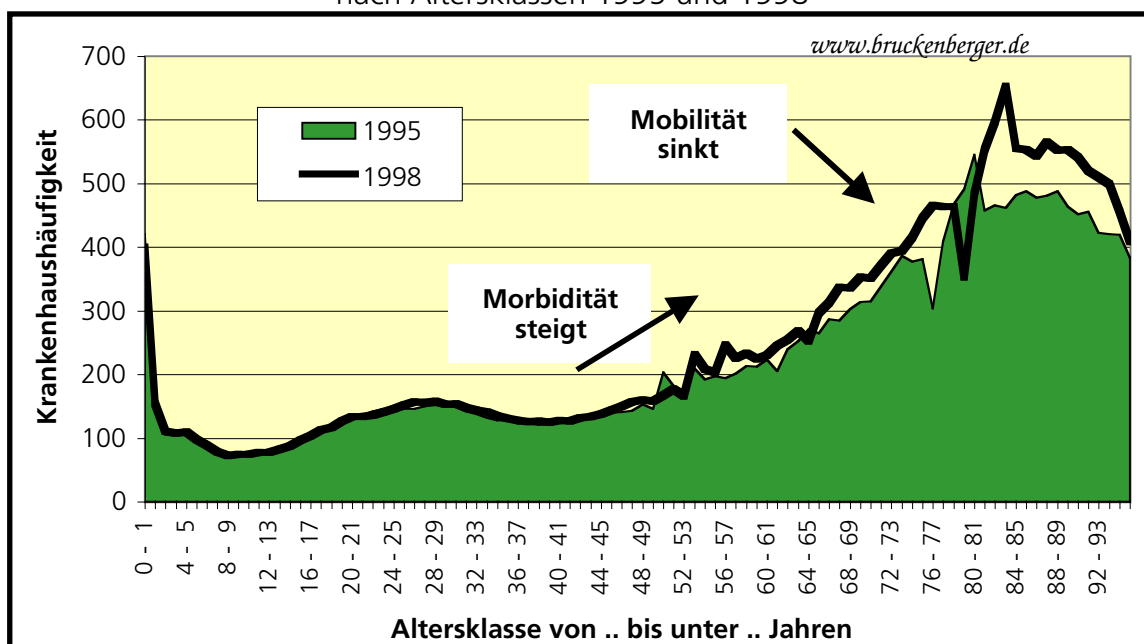
Eigene Darstellung auf der Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes

Bei dieser Prognose wurde allerdings 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 diagnostischen und therapeutischen Medizin behandelt werden. So werden aus einem Patienten mehrere Fälle. So gesehen wird sich die Zahl der Fälle wesentlich stärker erhöhen.

Während die Krankenhaushäufigkeit der 0 bis 70-jährigen von 1995 bis 1998 in Deutschland insgesamt um 4,5 Prozent zugenommen hat, hat sich dieser Wert beispielsweise für die über 70-jährigen Patienten in diesen vier Jahren um 11,1 Prozent erhöht (siehe Abb. 2).

Bei unveränderten Rahmenbedingungen ist davon auszugehen, dass sich als Folge der Doppelalterung die Zahl der über 70-jährigen Patienten in den nächsten Jahren drastisch erhöhen wird. Ihr Anteil an der Gesamtzahl der Patienten würde sich von rd. 26 Prozent im Jahr 1995 auf 35 bis 40 Prozent im Jahr 2010 erhöhen.

Abb. 2 : Krankenhaushäufigkeit (Patienten pro 1.000 Einwohner)  
nach Altersklassen 1995 und 1998



Eigene Darstellung auf der Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes

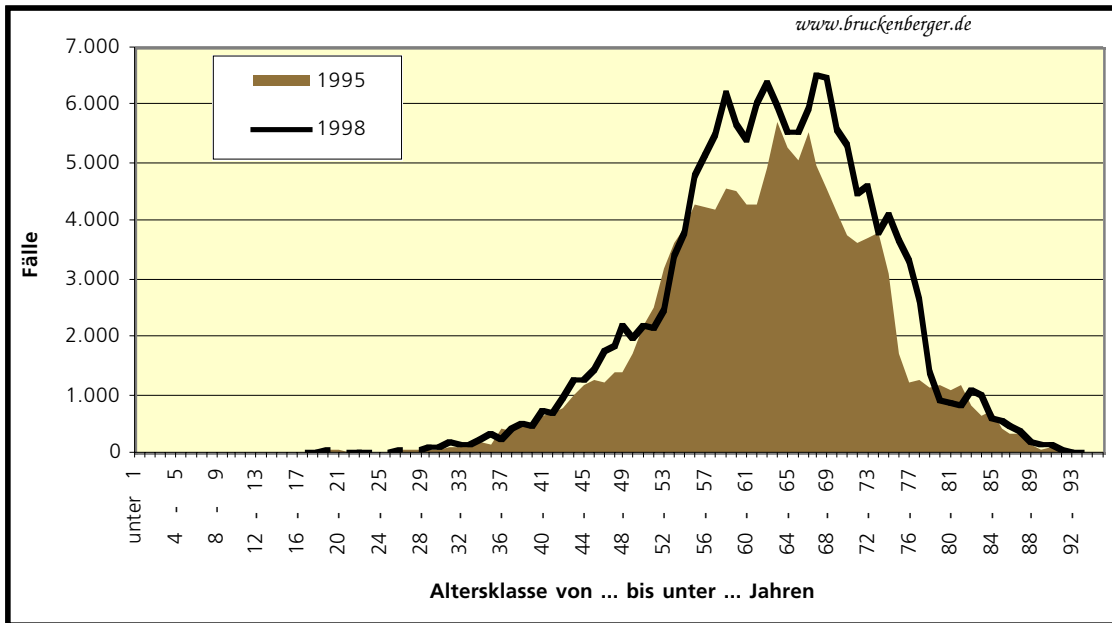
Die im Alter deutlich zunehmende Morbidität ist tendenziell mit einer abnehmenden Mobilität verbunden. Dies hat merkliche Auswirkungen auf die Art der Leistungserbringung und die damit verbundene künftige Angebotsstruktur. Die zu erwartende weitere Verweildauerreduzierung bei tendenziell immer älter werdenden, vermehrt allein lebenden und zunehmend dementen Patienten wird nachstationär eine verstärkte ambulante Betreuung erfordern.

### Entwicklung der bösartigen Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und Lunge (ICD-162) in Deutschland von 1995 bis 1998

Die Zahl der in den Krankenhäuser behandelten Patienten (ohne Stundenfälle) mit bösartigen Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und Lunge (ICD-162) ist in Deutschland von 1995 bis 1998 von 130.030 auf 157.740 bzw. 21,3 Prozent angestiegen (siehe Abb. 3). Der höchste Wert war 1995 im 65 Lebensjahr, 1998 im 69 Lebensjahr feststellbar.

Die Männer hatten einen Anstieg von 101.410 auf 118.790 bzw. 17,1 Prozent, die Frauen eine Zunahme von 28.620 auf 38.950 bzw. 36,1 Prozent zu verzeichnen.

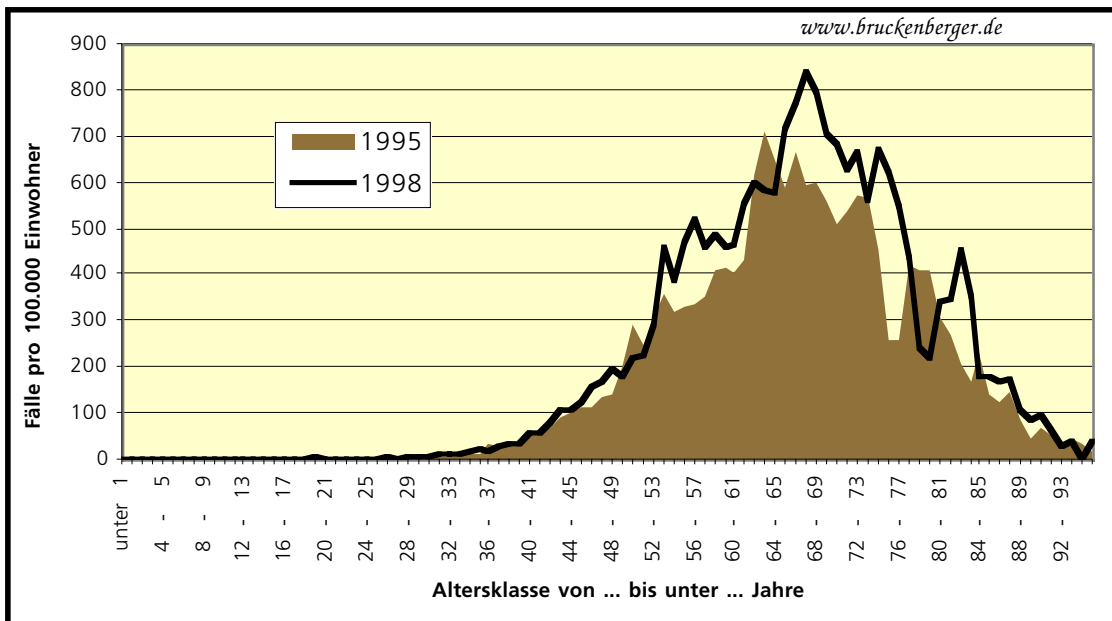
Abb. 3: Zunahme der Patienten von 1995 bis 1998



Quelle: Eigene Darstellung auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes

Die Zahl der Fälle pro 100.000 Einwohner (stationäre Morbidität) ist in diesem Zeitraum von 159 auf 192, bei den Männern von 255 auf 297 und bei den Frauen von 68 auf 93 angestiegen (siehe Abb.4). Der höchste Wert war 1995 mit 712 im 64 und 1998 mit 838 im 68 Lebensjahr feststellbar.

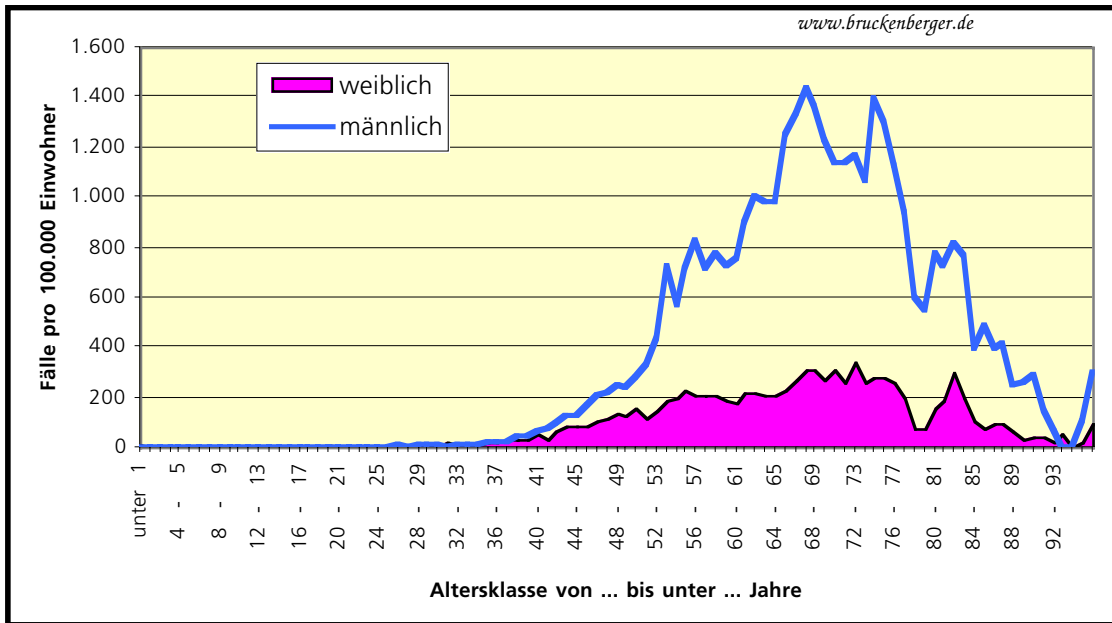
Abb. 4: Zunahme der stationären Morbidität



Quelle: Eigene Darstellung auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes

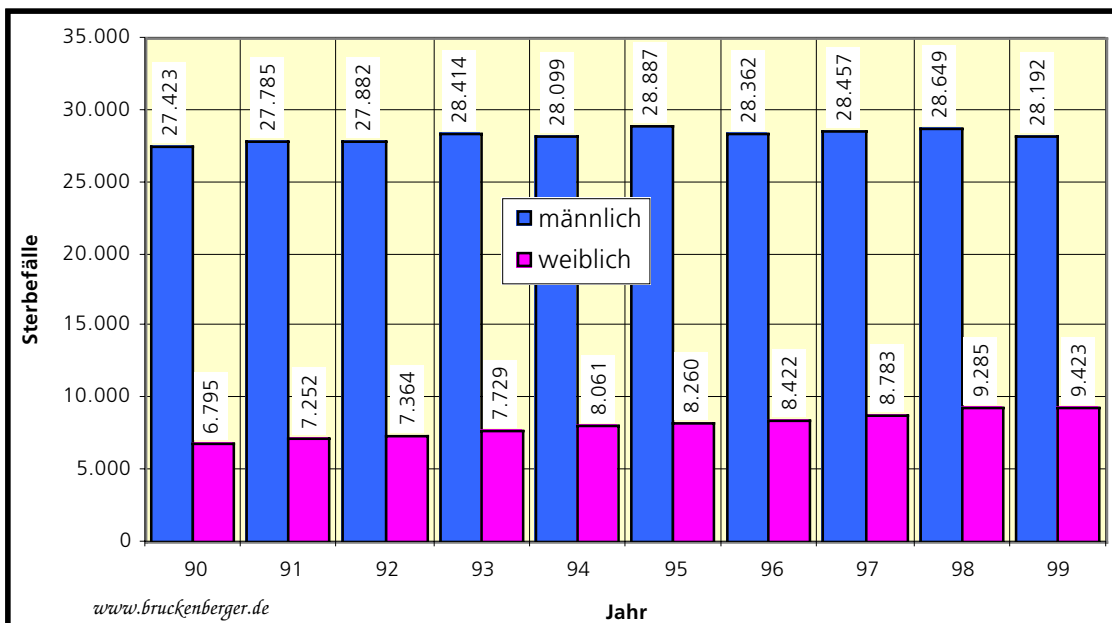
Die Zahl der Patienten pro 100.000 Einwohner mit bösartigen Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und Lunge betrug 1998 im Landesdurchschnitt bei den Männern 297 und bei den Frauen 93. Der höchste Wert wurde bei den Männern mit 1.439 im 68 Lebensjahr und bei den Frauen mit 336 im 73 Lebensjahr erreicht.

Abb.5 : Stationäre Morbidität 1998 nach Geschlecht und Altersklassen



Quelle: Eigene Darstellung auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes

Abb. 6: Sterbefälle 1991 bis 1999 nach Geschlecht



Quelle: Eigene Darstellung auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes

Die Zahl der Sterbefälle mit bösartigen Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und Lunge hat von 1991 bis 1999 in Deutschland bei den Männern von 27.423 auf 28.192 bzw. 2,8 Prozent und bei den Frauen von 6.795 auf 9.423 bzw. 38,7 Prozent zugenommen. Eine vergleichbare öffentliche Reaktion im Hinblick auf das hohe Risiko an einem derartigen Tumor durch Rauchen zu erkranken wie bei der öffentlichen Reaktion auf mögliche Risiken durch BSE ist nicht erkennbar.

### **Verzahnung und Vernetzung**

Bei den Bemühungen, über den Weg einer „Verzahnung“ der verschiedenen Leistungssektoren die Leistungs- und Ausgabenausweitung besser in den Griff zu bekommen, haben sich jedoch die einzelnen Leistungssektoren meistens durch ein betrieblich effizientes Verhalten im Sinne der politischen Forderung Leistungen zu Lasten der anderen Sektoren additiv dazugeholt.

De facto läuft die Verzahnung auf eine sektorale Optimierung mit zusätzlichen Ausgaben für die Krankenkassen, nicht aber auf leistungsreduzierende Kooperationen zwischen den verschiedenen Leistungssektoren hinaus. Wer verzahnen will, argumentiert meist, dass er die Leistungen des jeweils anderen Leistungssektors „besser“, attraktiver, mit mehr Qualität und wirtschaftlicher als dieser erbringt.

Seit 1997 gibt es die Möglichkeit Praxen zu vernetzen. Die vernetzten Praxen sollen idealtypisch einerseits die Qualität der Leistung andererseits die Zahl der Krankenhauseinweisungen bzw. die Verweildauer reduzieren. Dabei wird offensichtlich bewusst realitätsfern unterstellt, dass durch die Vernetzung von Praxen tatsächlich Krankenhausleistungen substituiert werden und nicht nur ambulante Leistungen additiv hinzukommen. So als ob im Krankenhaus, als Folge der demographischen und medizinisch-technischen Entwicklung keinerlei originäre nur stationär zu erbringende Leistungsausweitung stattfinden würde. De facto geht es auch bei der Vernetzung primär um eine sektorale Optimierung mit dem Ziel zusätzlicher Einnahmen und um keine ausgabenenkende Kooperation zwischen den verschiedenen Leistungssektoren.

Nicht selten wird überdies bei der Bildung von Netzen von Ärzten die eigene Kompetenz und die der Partner überschätzt sowie die Schwierigkeiten und Probleme, die eine Entwicklung vernetzter Versorgungsformen mit sich bringt, unterschätzt. Es ist ein Irrglauben, dass alle Ärzte, die sich einem Netz anschließen, gleiche Vorstellungen über Qualität, Berufsethos, das Menschenbild sowie wichtige und unwichtige ärztliche oder medizinische Aufgaben haben. Ohne Änderung der eigenen Einstellungen, der Berufsauffassung, der Praxisführung, der Behandlung der Patienten und zusätzlicher Finanzmittel ist das Scheitern vieler Netze vorprogrammiert.

Um dies nach Möglichkeit zu verhindern wird häufig ein professionelles Netzwerkmanagement eingekauft. Da facto soll die gesetzlich vorgegebene große „KV“ durch viele kleine selbstgestrickte „KV's“ ersetzt bzw. ergänzt werden. Übersehen wird dabei, dass alle Vertragsärzte bereits durch ein Netz erfasst sind, nämlich durch das der Kassenärztlichen Vereinigungen. Statt der „Globalisierung“ wird die „Verdörflichung“ angestrebt.

Was die Netzteilnehmer kurzfristig zusammenhält ist häufig nichts anderes als die Erwartung, nicht nur in Form von „Startgeldern“ sondern dauerhaft ein zusätzliches Einkommen zu erzielen. Eine Erwartung, die mit dem Begriff "Das Geld folgt der Leistung" geweckt wurde aber in der Realität nicht erfüllt wird.

Nach der Verzahnung, gefolgt von der Vernetzung und zahlreichen „unvollendeten“ Modellen, sollen nunmehr mit Hilfe der ab 2000 gesetzlich vorgegebenen „integrierten Versorgung“ nach § 140 SGB V ein weiteres Mal versucht werden, die ausgabensteigernden additiven Folgen der in Deutschland doppelt besetzten Facharztschiene (stationär, vertragsärztlich) und der sektoralen Gestaltung der medizinischen Rehabilitation zu beseitigen. Da aber nach wie vor eine institutionelle und keine personelle Integration beabsichtigt ist, bleibt allerdings die eigentliche Ursache des Problems, nämlich die sektorale Strukturierung des deutschen Gesundheitswesens, unverändert weiter bestehen. Statt die traditionell sektoral organisierten Strukturen tendenziell generell aufzulösen, wird eine zusätzliche sektorenübergreifende Bürokratie aufgebaut, um zumindest virtuell sektorenübergreifende Lösungen vorgaukeln zu können.

Bei der Formalisierung der integrierten Versorgung nach § 140 SGB V durch Rahmenempfehlungen und den „*rechnerischen Bereinigungen der Gesamtvergütung*“ werden erfahrungsgemäß bei den Verbandsvertretern wieder die Mitwirkungs-, Macht- und Finanzierungsfragen im Vordergrund stehen. Der erste vorliegende Rahmenvertrag zwischen der KBV und den Krankenkassen bestätigt diese Einschätzung.

Ein Versorgungssystem bei dem jeder Teilnehmer zuerst zumindest einen Teil seines Budgets bzw. Einkommens abgibt, um anschließend den daraus gebildeten Betrag bei verstärktem persönlichem Einsatz, vermehrter Bürokratie und dem Ziel einer verbesserten Patientenversorgung mit Verlustrisiko neu zu verteilen, aber keinesfalls zu erhöhen, hat eindeutig masochistische Züge.

Den Teilnehmern an der integrierten Versorgung nach § 140 SGB V werden völlig unzeitgemäße Verhaltensweisen unterstellt. Gutes zu wollen ist nicht genug. Wettbewerb ist im System der Marktwirtschaft ein selektierendes Expansionsinstrument aber kein altruistisches Instrument der Selbstbeschneidung im Interesse der Beitragssatzstabilität.

Erfahrungsgemäß wird deshalb bei einer so angelegten integrierten Versorgung der intrigante vor dem integrativen Aspekt in den Vordergrund treten. Nicht zuletzt zum Vorteil der dabei eingeschalteten Beratungsinstitute.

Die integrierte Versorgung nach § 140 SGB V soll der Steigerung und Effizienz der Zusammenarbeit verschiedener Leistungssektoren dienen. Bei genauer Betrachtung reduziert sich allerdings der Begriff „Effizienz“ wie bei den vergangenen Kostendämpfungsgesetzen auf eine Senkung der Ausgaben der Krankenkassen. Kontingente und Ausgabenbudgets sind aber keine wirtschaftlichen oder unternehmerischen Mittel um betriebliche oder volkswirtschaftliche Abläufe im Sinne einer Effizienzverbesserung zu beeinflussen. Erstaunlich bleibt ausserdem, dass ausgerechnet die Selbstverwaltung, die gleichzeitig für die bisherige ungebremste Mengenausweitung verantwortlich gemacht wird, nunmehr eine sparsamere Mittelverteilung durchsetzen soll.

## **Kooperation statt Konfrontation bei der Versorgung onkologischer Patienten**

Die geschilderte Entwicklung sollte allerdings keinen Anlass für eine völlige Verzweiflung liefern. Wenn nachweisbar die systemimmanente Leistungsexplosion das eigentliche Problem des Gesundheitswesens ist, muss angestrebt werden, durch sektorenübergreifende Kooperationen zwischen den verschiedenen Leistungssektoren nicht bedarfsnotwendige Leistungen zu vermeiden oder notwendige prozessorientierte Leistungen kostengünstiger zu erbringen.

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/Abt. für Hämatologie u.int. Onkologie)*  
    Onkologischer Schwerpunkt  
    *(incl. Strahlentherapie/)*  
    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.

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, Vorsitzender des Großgeräteausschusses für ..... (1989 bis 1997), Mitglied des Krankenhausausschusses der obersten Landesgesundheitsbehörden und Mitglied im deutschsprachigen Arbeitskreis für Krankenhaus-hygiene.

Zahlreiche Veröffentlichungen über Krankenhausfinanzierung und -planung, die Abstimmung medizinisch-technischer Großgeräte, die künftige Rolle der medizinischen Rehabilitation, bundesweite jährliche Berichte über Versorgungsstrukturen, wie z. B. der Kardiologie/Herzchirurgie, der Radio-onkologie 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 Standortplanung medizinisch-technischer Großgeräte und die Investitionsplanung des Landes Sachsen-Anhalt (1991) und des Landes Thüringen (1992).

Umsetzung von flächendeckenden integrierten Versorgungskonzepten für Geriatrie, Schwer-Schädel-Hirnverletzte und Herzchirurgie und Ausbau der Kooperationen zwischen Krankenhäusern und Praxen sowie zwischen Krankenhäusern und Rehaeinrichtungen (1992).

Flächendeckende Strukturgespräche über die ambulanten, teilstationären und stationären Angebotsstrukturen (Praxen, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeeinrichtungen) in Niedersachsen (1995),

Nachdruck und Veröffentlichung nur mit Genehmigung der Verfassers.

© Dr. Ernst Bruckenberger  
Lehrbeauftragter der Medizinischen  
Hochschule Hannover  
Hitzackerweg 1a  
30625 Hannover

Telefon und Fax:

privat:

Telefon: 0049/511-574553

Fax: 0049/511-574553

Email: [ernst@bruckenberger.de](mailto:ernst@bruckenberger.de)

Internet: [www.bruckenberger.de](http://www.bruckenberger.de)

16.3.2001

