Ein Schritt in die Zukunft der kardiologischen Vollversorgung in Deutschland:

Proaktiver Sprung in die Versorgungskontinuität

Die Debatte, wie die Qualität des Gesundheitssystems als solches zu verbessern ist, ist so alt wie das System an sich, hat jedoch seit den ersten Gesundheitsreformen im Jahre 1989 immer mehr an Fahrt aufgenommen. Alle Jahre wieder meldet sich hier der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen zu Wort und rät in ebenso regelmäßiger Art und Weise, dass sich die Politik jenseits ihrer sicher lobenswerten Zuwendung auf die sicher hohe Prävalenz von Einzelerkrankungen endlich auf das hohe Ausmaß an Komorbiditäten und Hochrisikokonstellationen konzentrieren sollte. Und dazu gehört in ganz besonderem Maße das gesamte System der kardiovaskulären Problematik, die das ganze Gesundheitssystem, vor allem aber auch die Hausarzt- und Facharztschiene vor hohe Herausforderungen stellt. Nicht zuletzt darum haben MEDI Baden-Württemberg und der Bundesverband niedergelassener Kardiologen unter Einbeziehung des Berufsverbands niedergelassener Fachinternisten ohne Schwerpunkt kürzlich mit der AOK Baden-Württemberg den bundesweit ersten Facharztvertrag für eine ambulante kardiologische Vollversorgung unterzeichnet - zwar vorerst „nur" in Baden-Württemberg, aber mit Signalfunktion für die ganze Republik.

>> Seit Jahren gehört zu den häufigsten Todesursachen in Deutschland eine Erkrankung des Herz-/Kreislaufsystems. So verstarben laut statistischem Bundesamt im Jahr 2008 insgesamt 844.439 Menschen (397.651 Männer und 446.788 Frauen), 43 % davon (151.904 Männer und 211.881 Frauen) an den Ursachen eines Herz- und/oder Kreislaufversagens. Besonders bei älteren Menschen war das die Todesursache Nummer eins. An einem klassischen Herzinfarkt starben immerhin noch 62.670 Bundesbürger, davon 54 % Männer (34.066 Verstorbene) und 46 % Frauen (28.604 Verstorbene).

Vielleicht nicht ganz überraschend steht Deutschland in der Hitliste der Todesraten bezüglich der Schlaganfallmortalität fast an der Spitze, was sicher auch daher rührt, dass fast die Hälfte aller Erwachsenen einen Hypertonus aufweisen. „In der größten primärärztlichen epidemiologischen Studie, die in Deutschland je durchgeführt wurde", zitiert Prof. Dr. Martin Wehling in seinem wissenschaftlichen Fachbeitrag „Das Geld im Gesundheitswesen reicht noch lange, wenn die Verschwendung aufhört" (S. 33-39) aus der Detect-Studie mit 55.000 Patienten, dass gerade bei den älteren Patienten nur etwa 70 % der Hypertoniker diagnostiziert wurden. Diese Zahl alleine wäre noch nicht ausschlaggebend, wenn in dieser Studie nicht auch herausgekommen wäre, dass nur etwas mehr als 65 % Hypertoniker diagnostiziert und auch behandelt worden waren. Und wenn sie dann das Glück hatten, behandelt zu werden, waren lediglich zwischen 22 und 25 % kontrolliert, d.h. im Bereich der gewünschten Zielwerte (Pittrow et al. 2007).

Für diesen Missstand nun nur das Gesundheitssystem an sich verantwortlich zu machen oder einer der überbordenden Ökonomie geschuldeten Budgetierung, wäre etwas zu kurz gegriffen. „An dieser Unterversorgung ist sicher die Budgetierung nicht alleine Schuld", führte Wehling (s. auch S. 17) aus, verwies aber ebenso darauf, dass es hierzu keine verlässlichen Daten gebe, inwieweit Budgetierung überhaupt prozentual ursächlich ist.

Nicht nur denken, handeln

Indes kann es durchaus deren sekundäre Auswirkung sein. Blickt man über die Grenzen ins nahe Ausland, erkennt man, dass zum Beispiel in der Niederlanden der Arzt danach bezahlt wird, wie gut seine Patienten eingestellt sind: Er wird laut Wehling eben nicht für gut eingestellte Patienten über Budgetreglementierung und Regresse bestraft, sondern sogar pekuniär entlohnt. Wehling: „Offensichtlich fängt man an, über derartige Belohnungsmodelle auch in Deutschland zu reden."

Doch Gott sei Dank nicht mehr nur zu reden, sondern auch zu handeln. So schloss vor wenigen Wochen MEDI Baden-Württemberg und der Bundesverband niedergelassener Kardiologen (BNK) unter Einbeziehung des Berufsverbands niedergelassener Fachinternisten ohne Schwerpunkt (BNFI) mit der AOK Baden-Württemberg den bundesweit ersten Facharztvertrag mit dem erklärten Ziel, die ambulante kardiologische Vollversorgung in Baden-Württemberg zu verbessern. Mit diesem Schritt können sich alle in dieser Region niedergelassenen Kardiologen, die die Teilnahmevoraussetzungen erfüllen, in die neue Versorgung einschreiben. Und für die Patienten soll die Einschreibung voraussichtlich schon im laufenden Quartal beginnen.

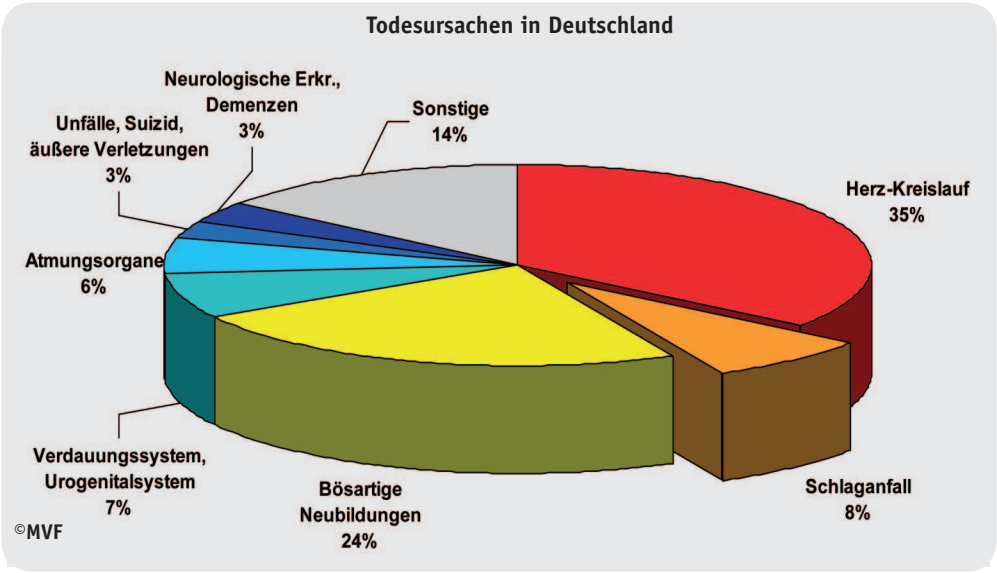


Abb. 1: *Statistisches Bundesamt 2008, Todesursachen 2006*

„Im Kollektivvertrag wird unsere Arbeit durch die festgelegten Regelleistungsvolumina (s. MFV 06/09 und S. 30 ff.) nicht mehr ausreichend vergütet, um auch schwerst kranke Patienten adäquat betreuen zu können“, erklärt dazu BNK-Chef Dr. Norbert Smetak. Darum setze der neue Facharzt-Vertrag genau hier die richtigen Anreize, indem sich die Vergütung an der Schwere der Krankheitsbilder orientierte. Damit erteilt Smetak auch eine klare Absage an das bisherige EBM-System der KBV mit seinen Abstaffelungen, Mengenbegrenzungen und Fallzahlbegrenzungen, unter dem sich die Kardiologen - wie viele anderen Ärzte - nicht unbedingt leistungsgerecht bezahlt fühlten.

Statt des bisherigen EBM soll es darum in Zukunft eine Grundpauschale (ähnlich der Pauschale 1 im Hausarztvertrag - siehe dazu S. 13 ff.) geben, darüber hinaus aber einige Zusatzmodule wie für Diagnose, Herzinsuffizienz, koronare Herzerkrankung und Rhytmusstörung oder auch bestimmte Sonderleistungen wie Schrittmachernachsorge. Aber auch Qualitätszuschläge, wie z.B. für Stressecho, wird es geben. Damit soll laut BNK die bisher wenig kalkulierbare Vergütung ärztlicher Leistungen, die zudem falsche Anreize setzte, ein Ende haben. Statt dessen soll künftig jeder teilnehmende Arzt genau wissen, welches Honorar er bei der Behandlung seiner Patienten bekommt. Und ein besonderes Bonbon ist natürlich, dass die durchschnittlichen Fallwerte, ähnlich wie schon beim AOK-Hausarztprogramm, deutlich über der Vergütung der Kassenärztlichen Vereinigung liegen!

Für die AOK in Baden-Württemberg wird sich das trotzdem rechnen, wenn man bedenkt, dass im „Ländle“ alleine 2008 über 40.000 Menschen an einem Herz-Kreislauf-Leiden starben, was in so ziemlich allen Fällen zuvor einen „besonderen Versorgungsbedarf“ der Versicherten ausgelöst haben wird. So gesehen ist der Facharztvertrag Kardiologie absolut folgerichtig, setzt er doch konsequent den Weg zu einer fachübergreifenden, strukturierten Versorgung fort, die am Hauptproblem der kollektivvertraglichen Regelversorgung ansetzt: der unzureichenden Koordination der Behandlung, die eben zu seit langem erkannten Unter-, Fehl- oder Überversorgungen der Patienten führt.

„Etwa zehn Prozent unserer Versicherten, die in das AOK-Hausarztprogramm eingeschrieben sind, suchen jährlich einen Kardiologen auf“, verdeutlichte Dr. Rolf Hoberg, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg, die zu erwartende Fallzahl bei der Vertragsunterzeichnung. Das erklärte Ziel: Durch die enge Abstimmung zwischen niedergelassenen Kardiologen und Hausarztkollegen zielgenauere Untersuchungen zu generieren und vermeidbare Krankenhauseinweisungen zu minimieren. Dass das ganze Vorgehen kassenseitig seine Gründe wohl vornehmlich in der ökonomischen Betrachtung haben wird, machte Dr. Christopher Hermann, stellvertretender Vorsitzender der AOK Baden-Württemberg, deutlich, indem er ergänzte: „Viele Herz-Kreislauf-Patienten können bei entsprechend qualifizierten und für die aufwändige Behandlung angemessen vergüteten Kardiologen ambulant statt stationär behandelt werden.“ Ein späterer oder auch ganz vermiedener Sektorenwechsel wird sich für die AOK durchaus bemerkbar machen, wenn rund 150 Millionen Euro, die bisher pro Jahr für leichte Behandlungsfälle in den stationären Bereich fließen, vermieden oder abgebaut werden können. Oder natürlich zum Teil in ambulante Lösungen fließen, die zur Zielerreichung qualitativ hochwertig sein müssen.

Dafür wurde dem teilnehmenden Facharzt ein Bündel an Qualitätsanforderungen hinsichtlich des Sprechstundenangebots und der Praxisausstattung (Anlage 17 zum Vertrag) geschnürt:

a) Reguläre Sprechstundentermine in der Regel zwei Wochen nach Anmeldung.
b) Behandlung von Akutfällen am Tag des Anrufs durch den Hausarzt, sofern sie bis eine Stunde vor Ende der Sprechstunde angemeldet werden.
c) Zur Unterstützung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ wird eine vom Hausarzt angeforderte Notfallvorstellung am Anforderungstag (während der Sprechstundenzeiten) durchgeführt.
d) Begrenzung der Wartezeit für eingeschriebene Versicherte bei vorab vereinbarten Terminen auf möglichst 30 Minuten (Not- oder Akutfälle sind bevorzugt zu behandeln).
e) Angebot einer werktäglichen Sprechstunde, d.h. ein Sprechstundenangebot an allen Werktagen (Montag bis Freitag).
f) Angebot einer Abendsprechstunde pro Woche bis mindestens 20:00 Uhr (Terminsprechstunde) für berufstätige eingeschriebene Versicherte.
g) Alle relevanten Befunde werden dem Hausarzt innerhalb von drei Werktagen übermittelt.

Damit wird auch deutlich erkennbar, dass damit die sektorenübergreifende Versorgung zwischen Haus-und Facharzt nicht nur definiert, sondern auch mit Leben erfüllt werden soll. So sieht die Anlage 17 weiterhin vor, das „Diagnostik und Therapie als vorausschauend koordinierte Betreuung der Schwerpunkt der interdisziplinären Schnittstellenbeschreibung und -koordination bei moderner apparativer Ausstattung, leitlinienorientierter Behandlung und ganzheitlicher Beratung mit rascher und verlässlicher Befundübermittlung und Kommunikation“ ist, aber ebenso, dass „hausärztliche Kernaufgaben wie Anamnese, körperliche Untersuchung und Labordiagnostik auch zur Erhebung von Risikofaktoren fachärztlich interdisziplinär je nach Krankheitsart und -schweregrad“ erweitert werden sollen. Und noch mehr: Die sollen sogar „frühzeitig zu einem gemeinsam proaktiv ausgerichteten Versorgungsablauf“ zusammengeführt und ebenfalls frühzeitig sektorenübergreifend integriert werden sind:

1. fachübergreifende Angebote zur Prävention und zum Lebensstil,
2. Maßnahmen zur Erkennung und Behandlung von Komorbiditäten wie z.B. Depressionen, Diabetes mellitus, Hypertonus,
3. unterstützende Angebote wie z.B. durch Soziale Dienste, Case Management, Selbsthilfegruppen und Patientenorganisationen.

Durch diese „vorausschauend gesichert interdisziplinäre Versorgungskontinuität“ ist, so die Erwartung der Vertragsparteien, zu erwarten:

- ein besseres gesundheitliches Outcome mit geringeren Krankenhausaufnahmeraten
- weniger Notfallbeanspruchung
- höhere Patientenzufriedenheit mit verbesserter Prognose
- Unterstützung der Arzt-Patient-Beziehung durch ein verlässliches und
- ganzheitliches Überweisungsmanagement angepasst an den Schweregrad der Erkrankung

Um diesen Anspruch zu erfüllen, wurden klare krankheitsabhängige Behandlungspfade vereinbart und mit einer darauf aufbauenden völlig neuen Vergütungsstruktur verknüpft. Die Vertragspartner gehen nun davon aus, dass sich die überwiegende Mehrheit der Kardiologen und der kardiologisch tätigen Internisten in Baden-Württemberg in die neue Versorgung einschreiben wird. Aber auch, dass dieser Vertrag bundesweit Vorbildcharakter haben wird. So lobt Dr. Werner Baumgärtner, der Vorsitzende von MEDI Baden-Württemberg, in der neuen Kooperation den Willen der AOK Baden-Württemberg, die fachübergreifende ambulante Versorgung zu stärken, und hofft, dass „wir eine engere Zusammenarbeit zwischen den Haus- und den Fachärzten haben“ werden. <<