

Institut für Medizinische Statistik und Epidemiologie
der Technischen Universität München
Klinikum rechts der Isar

(Direktor: Univ-Prof. Dr. A. Neiß)

**INNOVATIVE LÖSUNGEN
BEI DER
SEKTORÜBERGREIFENDEN KOOPERATION**

**dargestellt am Beispiel der ambulanten Notfallversorgung in der
Bereitschaftspraxis Münchner Ärzte
im Klinikum rechts der Isar der TU München**

Marieluise C. Schmittziel

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin
der Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines
Doktors der Medizin
genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. D. Neumeier

Prüfer der Dissertation:

1. Univ.-Prof. Dr. A. Neiß
2. apl. Prof. Dr. Dr. L. Lehr

Die Dissertation wurde am 28.01.2002 bei der Technischen Universität München eingereicht
und durch die Fakultät für Medizin am 08.05.2002 angenommen.

Meinen Eltern, meinem Mann und meiner Tochter
in Dankbarkeit gewidmet.

Mit einer Hand kann man keinen Knoten knüpfen.

Marokkanisches Sprichwort

Inhaltsverzeichnis

1.	Problemstellung.....	1
2.	Übersicht über den derzeitigen Stand der ambulant-stationären Versorgung	5
2.1	Aufbau der Versorgungsstrukturen.....	5
2.1.1	Geschichtliche Entwicklung der medizinischen Versorgung von 1880 bis 2000.....	5
2.1.2	Aufbau der ambulanten medizinischen Versorgung	14
2.1.3	Aufbau der stationären medizinischen Versorgung	16
2.1.4	Aufbau der Notfallversorgung	17
2.1.5	Versorgungsstruktur Deutschlands im internationalen Vergleich	18
2.1.5.1	Großbritannien	20
2.1.5.2	Niederlande	22
2.2	Elemente ambulanter und stationärer Integration im deutschen Gesundheitssystem	25
2.2.1	Vor- und nachstationäre Behandlung (§ 115a SGB V).....	26
2.2.2	Ambulantes Operieren im Krankenhaus (§ 115b SGB V).....	28
2.2.3	Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte (§ 116 SGB V)	30
2.2.4	Polikliniken an den Universitätskliniken (§ 117 SGB V).....	31
2.2.5	Psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 SGB V)	32
2.2.6	Sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V).....	32
2.2.7	Belegarztwesen und Konsiliardienste (§ 121 SGB V).....	33
2.2.8	Großgeräte-Praxen in den Kliniken	37
2.2.9	Praxiskliniken (§ 115 SGB V)	37
2.2.10	Zusammenarbeit bei der Durchführung des Notdienstes (§ 115 SGBV).....	38
2.3	Strukturmodelle in der ambulanten Notfallversorgung.....	38
2.3.1	Gesetzliche Rahmenbedingungen der Strukturmodelle	39
2.3.1.1	Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgung (§§ 63 ff. SGB V).....	39
2.3.1.2	Strukturverträge (§ 73a SGB V)	40
2.3.1.3	Integrierte Versorgung (§ 140 a-h SGB V).....	41
2.3.2	Vernetzte Praxen (Stand 2001)	42
2.3.3	Bereitschaftspraxen (Stand 2001)	46
2.3.3.1	Bereitschaftspraxen an Krankenhäusern in der Bundesrepublik Deutschland	46
2.3.3.2	Bereitschaftspraxen in München (Stand 2001)	48
2.3.4	Bereitschaftsdienstordnung	49
2.4	Bewertung der Schnittstelle zwischen ambulanten und stationären Versorgungssektoren	50

3.	Studienobjekt: Das Integrationsmodell	53
3.1	Bereitschaftspraxis Münchner Ärzte am Klinikum rechts der Isar – eine von Hausärzten geführte Bereitschaftspraxis im Universitätsklinikum.....	53
3.1.1	Organisation und Zielsetzung	53
3.1.2	Praxisbetrieb und Ausstattung	55
3.1.3	Integration in die Klinikstruktur	56
3.2	Polikliniken des Universitätsklinikums rechts der Isar.....	57
3.2.1	Chirurgische Poliklinik	57
3.2.2	Medizinische Nothilfe.....	57
4.	Evaluationsmethodik	58
4.1	Datenerhebung in der Bereitschaftspraxis und den Polikliniken.....	58
4.1.1	Datenerhebung in der Bereitschaftspraxis	58
4.1.2	Datenerhebung in der Chirurgischen Poliklinik.....	59
4.1.3	Datenerhebung in der Medizinischen Nothilfe	60
4.2	Patientenbefragung.....	60
4.3	Befragung von Entscheidungsträgern.....	63
4.4	Ökonomische Berechnung.....	65
5.	Ergebnisse	69
5.1	Leistungsdaten der Bereitschaftspraxis	69
5.1.1	Patientenaufkommen.....	69
5.1.1.1	Patientenanzahl	69
5.1.1.2	Patientenspektrum	71
5.1.1.3	Erkrankungsspektrum	72
5.1.1.4	Zutrittsart.....	73
5.1.2	Anzahl der Überweisungen und stationären Einweisungen.....	74
5.2	Leistungsdaten der Polikliniken des Klinikums rechts der Isar.....	75
5.2.1	Chirurgische Poliklinik	75
5.2.1.1	Patientenaufkommen.....	75
5.2.1.2	Zutrittsart und Weiterbehandlung	77
5.2.2	Medizinische Notaufnahme	80
5.3	Ergebnisse der Patientenbefragung	81
5.3.1	Patientenströme	81
5.3.2	Patientenzufriedenheit.....	87
5.4	Ökonomische Berechnung.....	91
5.5	Ergebnis der Befragung von Entscheidungsträgern.....	98

6.	Diskussion	101
6.1	Innovation der Bereitschaftspraxis	101
6.2	Qualität der Versorgung in der Bereitschaftspraxis	102
6.3	Klinikentlastung	101
6.4	Ökonomische Auswirkung	103
7.	Zusammenfassung.....	105
8.	Literaturverzeichnis.....	107
9.	Abbildungsverzeichnis.....	115
10.	Abkürzungsverzeichnis	115
11.	Anhang	118
11.1	Patientenfragebogen	118

1. Problemstellung

Das Gesundheitssystem in Deutschland ist geprägt durch eine scharfe Trennung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung und der stationären Krankenhausversorgung, die in anderen europäischen Gesundheitssystemen so nicht vorzufinden ist (*Sachverständigenrat 1995 RdNr. 214; Sachverständigenrat 1988 RdNr. 425 ff; Arnold M. 1987a, S.92; Degenhardt C. 1999, S. 222*). Diese sektorale Trennung ist unter medizinischen wie auch ökonomischen Gesichtspunkten gleichermaßen nachteilig. Sie führt zu vermeidbaren Effektivitäts- und Effizienzverlusten und wird als eine der wesentlichen Ursachen für steigende Kosten im deutschen Gesundheitssystem angesehen (*Sachverständigenrat 1995 RdNr. 212f*).

So kommt es aus medizinischer Sicht zur Diskontinuität von Behandlung, Betreuung und Verantwortlichkeit für den Patienten mit unnötiger Diagnostik, zu Unterbrechungen der Therapie mit der damit einhergehenden Gefahr des Wirkungsverlustes, zu Informationsdefiziten sowie zu nicht optimal abgestimmten Behandlungen und unzureichender Nachsorge (*von Stillfried D. und Jelastopulu E. 1997, S. 21; Sachverständigenrat 1994 RdNr. 353*).

Auch aus ökonomischer Sicht hat die sektorale Trennung negative Folgeerscheinungen. Sie führt zu vermeidbarem Kommunikationsaufwand zwischen niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern bzw. Rehabilitationseinrichtungen und ambulanten Pflegediensten. Weiterhin bewirkt die unnötig parallele Vorhaltung von Facharzt- und medizintechnischen Kapazitäten im ambulanten und stationären Sektor Überversorgung, Doppeluntersuchungen und Fehlbelegung (*Degenhardt C. 1999, S. 222; Sachverständigenrat 1994 RdNr. 353*).

Vor allem aber fehlen selbststeuernde ökonomische Anreize, die Versorgung der Patienten dort vorzunehmen, wo sie am kostengünstigsten ist (*Sachverständigenrat 1995 RdNr. 213*). Die reichlich vorhandenen Möglichkeiten der institutionellen Integration wie auch die Instrumente zur Förderung einer systematischen Kooperation zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung bleiben aufgrund widersprüchlicher ökonomischer Anreizstrukturen ungenutzt (*Glaeske G. et von Stillfried D. 1996, S. 246*).

Die Nachteile der sektoralen Trennung zeigen sich in hohem Maße auch in der Notfallversorgung ambulanter Patienten außerhalb der Sprechzeiten der niedergelassenen Ärzte. Neben der vertragsärztlichen Versorgung nehmen Patienten die Notaufnahmen der Krankenhäuser – u.a. aufgrund der größeren diagnostischen Möglichkeiten - in Anspruch (*Coy P. et Ludwig E. 1998, S. 412*). Die Krankenhäuser sind jedoch strukturell vor allem auf die stationäre Behandlung bzw. Vorbereitung einer stationären Versorgung ausgerichtet (*Sachverständigenrat 1996 RdNr. 265*).

Die Folge ist, dass die Kliniken über 24 Stunden Kapazitäten auf stationärem Versorgungsniveau mit entsprechend hohen Vorhaltekosten bereit halten, die jedoch überwiegend durch ambulante Patienten in Anspruch genommen werden (*Sachverständigenrat 1996 RdNr. 265*). Hinzu kommt, dass zu einem hohen Prozentsatz lediglich Patienten mit „Bagatell-Erkrankungen“ von den diensthabenden Fachspezialisten der Klinik behandelt werden müssen. So haben zum Beispiel in den Notfallambulanzen der Wiesbadener Akutkrankenhäuser nur 30 Prozent aller Patienten eine Sichtung durch Niedergelassene erfahren (*Coy P. et Ludwig E. 1998, S. 412*).

Durch die sektorale Trennung in stationäre und ambulante Notfallversorgung wird zudem der Kommunikationsfluß zwischen Klinikarzt und dem behandelnden niedergelassenen Arzt bzw. Hausarzt unterbrochen: Fehlende Informationen bzw. Informationsweitergabe – bedingt durch den Abbruch der Versorgungskette - zwingen den diensthabenden Notaufnahmearzt gegebenenfalls zu redundanter - weil bereits vom vorbehandelnden Kollegen durchgeführt – Diagnostik (*Sachverständigenrat 1994 RdNr. 353, von Stillfried D. et Jelastopulu E. 1997*).

Nachteilig für den Patienten und die Kostenträger wirkt sich auch die Praxis aus, Patienten lediglich zur Beobachtung stationär einzuweisen und die Notwendigkeit einer Krankenhauspflege nicht schon ambulant mit hinreichender Sicherheit abzuklären (*Arnold M 1987a*). Diese Rekrutierung von stationär aufgenommenen Patienten aus den Notfallambulanzen hängt u.a. von der Belegung des jeweiligen Krankenhauses ab. Hinweise dafür bietet der Fallzahlenanstieg an den Wochenenden, der sich durch die Notfälle an diesen Tagen erklären lassen könnte (*Sachverständigenrat 1996 RdNr. 263*).

Durch den Abbruch der Versorgungskette bleibt der Patient nicht auf seiner adäquaten, d. h. ambulanten Versorgungsebene, sondern „springt“ auf die oft unberechtigt höhere Versorgungsebene des „teuren“ Krankenhauses. Als Ursache hierfür wird bislang das Fehlen ökonomischer Steuerungsmechanismen, genannt (*Arnold M 1987a*).

Auch von der vertragsärztlichen Seite wird eine verbesserte Kooperation zwischen niedergelassenen und an der Klinik tätigen Ärzten gewünscht. Weiterhin wird gefordert, dass die Notfallversorgung ambulanter Patienten vermehrt im ambulanten und nicht im stationären Sektor erbracht werden sollte, getreu des Leitsatzes „soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie nötig“ (*Firnkorn H.-J. 1997*).

Die sektorale Trennung wirkt sich auch auf die Patienten aus. So wird beklagt, dass der Zugang zur Notfallversorgung nach Praxisschluss nicht transparent genug sei und lange Wartezeiten in den Notambulanzen der Kliniken in Kauf zu nehmen wären. Die unnötig belastenden Doppeluntersuchungen und Krankenhausaufnahmen „zur Beobachtung“ wurden bereits angesprochen. (*Arnold M. 1987a*).

Die negativen Folgeerscheinungen betreffen damit Patienten, Ärzte, Kliniken und Kassen gleichermaßen.

Seit wenigen Jahren gibt es in der Praxis Ansätze zur Überwindung der sektoralen Trennung, wobei der Notfallversorgung dabei eine Schlüsselposition zukommt. Zur Vermeidung der beschriebenen Nachteile einer Notfallversorgung durch Krankenhausärzte wurden im Krankenhaus bzw. auf dem Krankenhaugelände Bereitschaftspraxen eingerichtet, in denen systemkonform die Betreuung von Notfallpatienten und Patienten außerhalb der Sprechstundenzeiten durch niedergelassene Vertragsärzte erfolgt.

In der vorliegenden Arbeit soll anhand eines solchen Modells untersucht und erörtert werden, ob sich die Konzeption einer Bereitschaftspraxis im Krankenhaus unter den gegebenen Bedingungen als tragfähiges Konzept erweist und ob dadurch eine Weiterentwicklung von Lösungen gefördert wird, die zu allmählichen und dauerhaften Überwindung des Grabens zwischen dem niedergelassenen und dem Krankensektor beitragen kann.

Seit Oktober 1998 existiert das evaluierte Integrationsmodell, die „Bereitschaftspraxis Münchner Ärzte am Klinikum rechts der Isar“, einem Universitätsklinikum und damit Haus der Maximalversorgung in München. Die Bereitschaftspraxis wurde von einer Ärzte-GmbH mit 20 Kollegen gegründet. In den Räumen des Klinikums werden außerhalb der Sprechzeiten niedergelassener Ärzte Patienten behandelt, die ansonsten auf eigene Veranlassung die Notambulanzen des Klinikums aufgesucht hätten.

Untersucht wurden Auswirkungen dieser Praxis auf Patientenströme im Klinikum rechts der Isar, die Leistungs- und Mengenentwicklung in den Polikliniken des Klinikums, die Patientenzufriedenheit sowie die Patienten- und Leistungsentwicklung in der Bereitschaftspraxis selbst.

2. Übersicht über den derzeitigen Stand der ambulant-stationären Versorgung

2.1 Aufbau der Versorgungsstrukturen

Der Weg des Patienten durch das Gesundheitswesen ist durch eine Vielzahl von Anlaufstellen geprägt. Niedergelassene Ärzte, Ambulanzen, Krankentransportunternehmen, Krankenhäuser und ambulante Pflegedienste sind nur einige der Akteure, die den Kranken begleiten. Hervorstechendes Merkmal der langen Versorgungskette ist die hohe Anzahl von Schnittstellen mit den oben genannten Informations- und Reibungsverlusten. Die Patienten sehen sich einem zunehmend gegliederten Leistungsangebot ausgesetzt (*Kolb T. 2000*).

In den folgenden Abschnitten wird zunächst ein Überblick über die geschichtliche Entwicklung der Gesundheitspolitik des 20. Jahrhunderts gegeben. Im Anschluss wird auf den Aufbau der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung eingegangen.

2.1.1 Geschichtliche Entwicklung der medizinischen Versorgung von 1880 bis 2000

Die öffentlich-rechtliche Regelung der Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Kassenärzten zu Beginn des vorigen Jahrhunderts war entscheidend für die institutionelle Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung.

In einer kaiserlichen Botschaft wurde 1880 ein Bekenntnis zur aktiven Sozialpolitik verkündet. Sie führte durch das Krankenversicherungsgesetz von 1883 zur Gründung der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV). Ihr Zweck war es zwar in erster Linie, Krankengeld bereitzustellen, um eine krankheitsbedingte Verelendung des neu aufgekommenen Industrieproletariats zu verhindern (*Frevert 1984*). Darüber hinaus aber ermöglichte sie eine ambulante ärztliche Behandlung durch sogenannte Kassenärzte. Sie waren Vertragsärzte der Kassen, die unter einem eigens entwickelten Kassenarztrecht ihre Tätigkeit in eigener Praxis und auf eigenes wirtschaftliches Risiko ausübten (*Arnold 1987a*). Hierzu schlossen die Krankenkassen privatärztliche Dienstverträge mit einzelnen Ärzten ab oder übertrugen die Versorgung ihrer Versicherten an angestellte Ärzte. Die Beziehung

zwischen Ärzten und GKV blieb somit gesetzlich unregelt (*Schneider G. 1994, von Stillfried D. 1996*).

Ein zunehmender standespolitischer Widerstand zur Durchsetzung der wirtschaftlichen Interessen der Ärzte führte um 1900 zu Streiks von organisierten Ärztegewerkschaften (z. B. Hartmannbund) mit der Forderung nach freier Arztwahl. Es wird erstmals das Prinzip der Kollektiv-Verträge erwähnt. Hierbei zahlt die Krankenkasse eine Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung an die Ärztevereinigungen (z. B. Hartmannbund), die sich im Gegenzug verpflichten, eine regelmäßige Bereitstellung der medizinischen Versorgung durch niedergelassene Ärzte zu gewährleisten. Damit hatte die einzelne Krankenkasse die Gestaltungsmacht über die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung weitestgehend definiert (*Schneider G. 1994, von Stillfried D. 1996*).

Krankenhäuser wurden in der Trägerschaft einer Kommune, einer kirchlichen oder gesellschaftlichen Organisation oder als kasseneigene Klinik geführt. Die monistische Finanzierung bedeutete eine ausgabenbegrenzte Höchstpreisregulierung durch die Krankenkassen.

Wegen steigender Sozialbeiträge war um 1930 als Kostendämpfungspolitik eine staatliche Anstellung der Ärzte geplant. Um dies abzuwenden wurde per Notverordnung 1931 die Kassenärztliche Vereinigung (KV) als Zwangskartell aller ambulant tätigen Ärzte geschaffen, um eine Deckelung der kassenärztlichen Gesamtvergütung wirksam umsetzen zu können. Gegenüber den Krankenkassen erhielten die Kassenärztlichen Vereinigungen ein Verhandlungs- und Erbringungsmonopol für die ambulante ärztliche Versorgung. Damit ging der Sicherstellungsauftrag, der sich im §6 des KVG von 1883 noch ausschließlich an die Krankenkasse gerichtet hatte, im wesentlichen an die Vertragspartner auf Seiten der Ärzte übergegangen (*von Stillfried D. und Jelastopulu E. 1997, Webber D. 1988, Schneider G. 1994*).

Prägend für die heutige Schnittstellenproblematik ist hierbei, dass sich die KV nur für das wirtschaftliche Interesse der freiberuflich tätigen Ärzte, nicht aber der angestellten Krankenhausärzte einsetzte. Am Krankenhaus angestellte Ärzte sollten von der ambulanten ärztlichen Versorgung möglichst ausgeschlossen werden, da die rechtliche Absicherung der Verhandlungsmonopole der KV zugleich mit einer Budgetierung der Honorarsumme für ambulante Leistungen einherging. Hinzu kommt, dass die stationäre Behandlung auch nach 1931 noch eine Kann-Leistung der Krankenkassen war, gedacht als eine Ersatzleistung für

eine ambulante Behandlung. Ihre Bereitstellung war in das Ermessen der Kassen (RVO 1931 §§182,184) gestellt (von Stillfried D. und Jelastopulu E. 1997).

Unter der nationalsozialistischen Herrschaft wurde das Angebotsmonopol der KV durch Auflösung kasseneigener Klinikambulanzen weiter ausgebaut. Vor diesem Hintergrund dürfte die heutige Gleichsetzung der ambulanten Behandlung mit der Behandlung durch niedergelassene Ärzte ihre Wurzeln haben.

Wesentliche Weichenstellung in Hinsicht auf die Schnittstellenproblematik hatte das Gesetz über das Kassenrecht von 1955. Hierbei wurde das Regelungsgefüge von 1931 bestätigt und somit die Grundlage für sehr unterschiedliche Rechtsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und einzelnen Leistungsanbietern gelegt. Damit kam es zu der heute beklagten sektoralen Zersplitterung der Versorgungsabläufe durch separate institutionelle Zuständigkeiten (Schneider G. 1994).

In der Zeit des wirtschaftlichen Aufschwungs der BRD wurde 1964 die bis dahin geltende Krankenscheinpauschale zugunsten der Einzelleistungsvergütung abgeschafft. Die Niederlassungsfreiheit wurde liberalisiert (Schneider G. 1994). Zur Förderung der Infrastruktur wurde mit dem KHG von 1972 die duale Finanzierung im Krankenhausbereich eingeführt. Hierbei wurde den Ländern und Kommunen die Sicherstellung ausreichender stationärer Versorgungskapazitäten übertragen und die Krankenkassen verpflichtet, kostendeckende Pflegesätze zu entrichten (von Stillfried D. und Jelastopulu E. 1997).

Diese Entwicklungsschritte bedeuteten eine zunehmende Verfestigung sektorbezogener institutioneller Kompetenzzuweisungen zu Lasten der Handlungsautonomie der Kostenträger.

M. Arnold fasste die Ursachen für diese Entwicklung folgendermaßen zusammen:

„Die damit vollzogene Trennung zwischen ambulantem und stationärem Versorgungssektor führte zu einem Denken in Versorgungsblöcken, zwischen denen es besonders in letzter Zeit zu einem Kampf um die knapper werdenden Mittel der GKV kam. Dies leistete der Tatsache Vorschub, dass sich die jeweiligen Kapazitäten ohne Bezug und Abstimmung voneinander entwickelten. Dabei wurden [...] in beiden Sektoren im Laufe der Zeit Anreize eingebaut, die zunächst eine gehörige Verbesserung in der Versorgungsqualität bewirkten, dann aber einer Leistungsausweitung ohne Rücksicht auf einen evtl. zu bestimmenden „Bedarf“ förderlich waren und sind. Das hat im stationären Bereich zu einem von vielen Seiten behaupteten globalen Bettenüberhang geführt, im ambulanten zu einer hohen Zahl von

Leistungserbringern beigetragen und insbesondere den Aufbau von großen Apparatekapazitäten für die Diagnostik gefördert.

Je kostspieliger nun die Medizin wurde, und zwar sowohl durch den wissenschaftlichen Fortschritt als auch durch das große Angebot an Leistungserbringern und den Ausbau des Versicherungsschutzes, um so mehr wurden Nachteile in einer scharfen Trennung zwischen den beiden Versorgungsbereichen gesehen“ (*Zitiert: Arnold M. 1987a*).

Angesichts nicht mehr tolerierbarer Ausgabenentwicklungen nach 1977 trat die Politik zur Koordination der sektoralen Interessensverbände vermehrt in Erscheinung. Als Instrument der Kostendämpfungspolitik wurde die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen ins Leben gerufen, um einen übergreifenden Interessensausgleich nach dem Prinzip der Konsensfindung zu bewirken (*Sachverständigenrat 1992, von Stillfried D. und Jelastopulu E. 1997*).

Bereits 1978 hat der Gesetzgeber durch die Änderung des damaligen § 372 der Reichsversicherungsordnung (RVO) die rechtliche Grundlage für die vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung geschaffen, die jedoch nicht realisiert wurde, da deren medizinische und ökonomische Vorteile weder von den Krankenkassen noch von den Kassenärztlichen Vereinigungen erkannt wurden (*Sachverständigenrat 1994 RdNr. 355*).

Einen erneuten Schritt zur größeren Durchlässigkeit und Verzahnung beider Versorgungsbereiche versuchte der Gesetzgeber mit dem „Gesundheits-Reformgesetz (GRG)“ vom 20.12.1988, einem Kostendämpfungsgesetz, welches die Beitragssatzstabilität dauerhaft festigen sollte. In sogenannten dreiseitigen Verträgen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten sollten u.a. „gemeinsam Verträge mit dem Ziel, durch enge Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und zugelassenen Krankenhäusern eine nahtlose ambulante und stationäre Behandlung der Versicherten zu gewährleisten“ geschlossen werden (*SGB V §115 Abs. 1*).

Die dreiseitigen Verträge sollten insbesondere folgende Sachbereiche regeln:

- die Förderung des Belegarztwesens und die Behandlung in Praxiskliniken
- die gegenseitige Unterrichtung über die Behandlung des Patienten sowie die Überlassung und Verwendung von Krankenunterlagen
- die Zusammenarbeit bei der Gestaltung und Durchführung eines ständig einsatzbereiten Notdienstes
- die Durchführung einer vor- und nachstationären Behandlung
- die allgemeinen Bedingungen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus

(§115 Abs.2 SGB V).

Die Selbstverwaltung konnte keinen Konsens über die personelle und institutionelle Verzahnung medizinischer Versorgung finden. Anfang 1990 wurden die Verhandlungen von den drei Vertragspartnern aufgrund der unterschiedlichen Interessenslagen für gescheitert erklärt (*Sachverständigenrat 1994 RdNr. 356*). Der Gesetzgeber sah sich aufgrund des dramatischen Kostenanstieges erneut veranlasst, die GKV wiederum einer grundlegenden Neuordnung zu unterziehen.

Das zum 1.1.1993 in Kraft getretene „Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung“ (Gesundheitsstrukturgesetz oder GSG) sollte der ungebremsten Kostensteigerung entgegenwirken. Ein wesentlicher Schwerpunkt des GSG 1993 lag in der Schaffung von sektorspezifischen Ausgabenbudgets, mit denen der Grundsatz der Beitragssatzstabilität umgesetzt werden sollte (*Schneider G. 1994*).

Der Gesetzgeber versuchte durch das GSG 1993 die Vernetzung der Versorgungsstrukturen voranzutreiben und präziserte einige Elemente ambulanter und stationärer Verzahnung im Gesetz (*Strehlau-Schwoll H. et Schmolling K. 1999*):

Tabelle 1

Gesetzgeberische Maßnahmen zur besseren Verzahnung von ambulantem und stationärem Sektor seit 1993

GSG 1993

- Rangfolge der Behandlungsformen (§39 SGB V)¹
- Einführung „semi-stationärer“ Behandlungsformen (§ 115a SGB V)²
- Definition von Leistungen (und Preisen) für ausgewählte, leistungssektor-unabhängige Behandlungen (§115b SGB V)³

2. GKV-NOG 1997

- Modellvereinbarungen (§§ 63 ff SGB V)⁴
- Strukturverträge (§73 a SGB V)⁵.

Quelle: Strehlau-Schwoll H. et Schmolling K. 1999

Aber auch diese Regelungen wurden bisher unzureichend umgesetzt, was auf das bestandsschutzorientierte „Budgetdenken“ sowohl der niedergelassenen Ärzteschaft wie auch der Krankenhäuser zurückgeführt werden kann (*von Stillfried D. 1996*).

Laut Sachverständigenrat hat das GSG mit diesen Neuregelungen die rigide Trennung zwischen den Bereich niedergelassener Ärzte und dem Krankenhaussektor zwar teilweise beseitigt, die in den institutionellen und organisatorischen Strukturen liegenden Interessensgegensätze zwischen den beiden Versorgungsbereichen letztlich aber unverändert bestehen lassen (*Sachverständigenrat 1994 RdNr. 365*).

¹ Gemäß § 39 SGB V Abs. 1 Satz 2 haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem Krankenhaus, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Pflege erreicht werden kann.

² Siehe Punkt 2.2.1

³ Siehe Punkt 2.2.2

⁴ Siehe Punkt 2.3.1.1

⁵ Siehe Punkt 2.3.1.2

Das zum 01.07.1997 in Kraft getretene 2. GKV-NOG (2. GKV-Neuordnungsgesetz), die 3. Stufe der Gesundheitsreform, bietet nun insofern eine neue Ausgangslage, als nun die Möglichkeit besteht, jenseits der offenbar verfestigten verbandlichen Interessenpositionen die Frage der besseren Kooperation empirisch zu klären, indem die Möglichkeiten zu Modellvereinbarungen (§§ 63 ff. SGB V) für unterschiedliche Formen der Integration genutzt werden können⁶. Durch mehr Wettbewerb erhofft sich der Gesetzgeber, die Möglichkeit zu schaffen, Strukturen zu verändern.

Dies ist insbesondere deshalb von großem Reiz, weil in der Wirklichkeit an vielen Orten jenseits der Berufspolitik die Grenzen zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor bereits fließend geworden sind. Es wird nun die Möglichkeit gesehen, undogmatisch zu testen, welche Formen der Verzahnung und Integration erfolgreich sind und welche den Erwartungen nicht entsprechen (*J. Hoppe 1997*).

Das im §73a SGB V in Folge des 2. GKV-NOG vorgesehene Instrument der „Strukturverträge“⁷ zielte auf eine Verallgemeinerung der bisherigen Modellansätze vernetzter Praxen bzw. der Qualitätsgemeinschaften und kombinierter Budgets hin⁸.

Am 1. Januar 2000 trat das „Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-Gesundheitsreform-Gesetz 2000) in Kraft. Erklärtes Ziel war neben der Stärkung der Solidaritätsgemeinschaft und der Sicherung der Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung die Weiterentwicklung vernetzter Versorgungsstrukturen.

Neben der Einführung eines verpflichtenden Qualitätsmanagements und einer DRG-orientierten Vergütung⁹ (Fallpauschalen-System) gehört vor allem die Einführung der

⁶ Gemäß § 63 Abs. 1 SGB V können die Krankenkassen und ihre Verbände „im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs-, und Vergütungsformen der Leistungserbringung durchführen oder nach § 64 (direkte Vereinbarungen mit Leistungserbringern) vereinbaren“ (§ 63 Abs. 1 SGB V).

Gemäß § 63 Abs. 2 SGB V können die Krankenkassen „Modellvorhaben zu Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten sowie zur Krankenbehandlung (...) keine Leistungen der Krankenversicherung sind, durchführen oder nach § 64 vereinbaren“ (§ 63 Abs. 2 SGB V). Vergleiche auch Punkt 2.3.1.1!

⁷ Gemäß § 73 a („Strukturverträge“) können die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Verbänden der Ersatzkassen „die dem vom Versicherten gewählten Hausarzt oder einem von ihm gewählten Verbund haus- und fachärztlich tätiger Vertragsärzte (vernetzte Praxen) Verantwortung für die Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung sowie der ärztlich verordneten oder veranlaßten Leistungen insgesamt oder für inhaltlich definierte Teilbereiche dieser Leistungen übertragen“ (§ 73 a Abs.1 SGB V)

⁸ Siehe Punkt 2.3.1.2

integrierten Versorgung zu den wichtigsten Neuerungen des Reformgesetzes für den Krankenhausbereich (*Tuschen K.H. 2000, Ossen P. 1999, Baum 1999*).

Der Katalog der Maßnahmen, die zu einer besseren Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung beitragen sollten, mussten im zustimmungsfreien Entwurf verkürzt werden. So konnten die Ermächtigung von Krankenhäusern zur Erbringung „hochspezialisierter Leistungen“ als ambulante Behandlung (d. h. Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante fachärztliche Versorgung), die Erleichterung bei der Vereinbarung differenzierter Fristen bei der vor- und nachstationären Behandlung sowie die direkte Vergütung der Polikliniken der Universitäten durch die Krankenkassen nicht realisiert werden. Auch die Einbeziehung von niedergelassenen Vertragsärzten in die Notfallambulanzen des Krankenhauses wurde nicht verwirklicht (*Tuschen K.H. 2000*).¹⁰

Es blieb weiterhin bei den sektoralen Budgets für die einzelnen Leistungsbereiche, da sich die angestrebten Globalbudgets der Krankenkassen sowie der landesweite Gesamtbetrag für die Vergütung der Krankenhausleistungen ebenfalls nicht durchsetzen ließen. „Allerdings sollen Öffnungsklauseln künftig eine Verlagerung von finanziellen Mittel zwischen den Bereichen nach dem Grundsatz ‚Geld folgt der Leistung‘ ermöglichen“ (*Tuschen K.H. 2000*).

Die Gesundheitsreform geht in folgenden Punkten auf die ambulant – stationäre Verzahnung ein:

1. Integrierte sektorenübergreifende Versorgungsverträge (§140 SGB V)

Eine wesentliche Neuerung sind die nach den §§ 140a-h SGB V neu zugelassenen integrierten Versorgungsformen. Sie sollen eine Versorgung der Versicherten über verschiedene Leistungssektoren hinweg ermöglichen. Als Ziel wurde gesetzt, die Zusammenarbeit der

⁹ Die Grundstrukturen des bereits international eingesetzten „Diagnosis Related Groups- orientierten Vergütungssystems“ sollen durch eine Selbstverwaltung auf Bundesebene vereinbart werden. Weitere Informationen siehe „Das zustimmungsfreie GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 – Verpflichtendes Qualitätsmanagement, integrierte Versorgung und DRG-orientierte Vergütung“ (*Tuschen K.-H. 2000*).

¹⁰ Auch die im GSG '93 angestrebte monistische Finanzierung (Finanzierung der Investitionskosten über die von den Krankenkassen zu zahlenden Pflegesätze) konnte nicht umgesetzt werden

Beteiligten zu verbessern und damit auch die Behandlung der Patienten zu optimieren sowie die Behandlungskosten zu senken (*Tuschen K.H. 2000*).

Gemäß § 140 b Abs.1 und 2 SGB V können die Krankenkassen mit Gemeinschaften niedergelassener Ärzte, mit einer Kassenärztlichen Vereinigung, den Trägern von Krankenhäusern oder Rehabilitationseinrichtungen oder mit Gemeinschaften der vorgenannten Leistungserbringer Verträge zur integrierten Versorgung abschließen.

In den Verträgen wird auch die Vergütung für die integrierte Versorgung festgelegt (§ 140 c Abs.1 SGB V). Dabei kann auch die Übernahme der Budgetverantwortung durch die Leistungserbringer (kombiniertes Budget) vorgesehen werden (§ 140 c Abs.2 SGB V) Soweit Krankenhäuser an der integrierten Versorgung teilnehmen, sind gemäß § 6 Abs.1. Satz 2 Nr.4 BPflV die hierüber finanzierten Leistungen nicht mehr über das Krankenhausbudget (den Gesamtbetrag) zu vergüten (*Tuschen K.H. 2000, Hildebrandt T. 2000*).

Die Verträge zur integrierten Versorgung könnten insbesondere die Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen (*Tuschen K.H. 2000*) fördern, aber auch eine Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Praxisnetzen zur integrierten Notfallversorgung wäre prinzipiell denkbar.

2. Erweiterung des Kataloges der ambulanten Operationen nach § 115b SGB V

Der Katalog ambulant durchführbarer Operationen soll nun um „sonstige stationsersetzende Eingriffe“ (z. B. in der Kardiologie) zur Verringerung stationärer Eingriffe erweitert werden¹¹ (*Tuschen K.H. 2000; § 115b Abs.1 Nr.1 SGB V*).

3. Ermächtigung von psychiatrischen Einrichtungen an Allgemeinkrankenhäusern zur ambulanten Versorgung bestimmter Patientengruppen (§ 118 Abs. 2 SGB V)

Vertraglich werden Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen zur ambulanten Versorgung bestimmter Patientengruppen ermächtigt (§ 118 Abs. 2 SGB V)¹².

¹¹ Siehe Punkt 2.2.2

¹² Siehe Punkt 2.2.5

4. Lotsenfunktion des Hausarztes (§ 73 Abs. 1 SGB V)

Die Koordinations- und Kommunikationsfunktion des Hausarztes wird durch eine Erweiterung der Dokumentationsbefugnisse des Hausarztes und zeitnahe Übermittlung von Befunden und Berichten zwischen Hausärzten, Fachärzten und den anderen Leistungserbringern gefördert.

2.1.2 Aufbau der ambulanten medizinischen Versorgung

Die Krankenversorgung und die gesundheitliche Betreuung der GKV-Versicherten in der Bundesrepublik Deutschland ist gesetzlich in § 11 Abs.1 SGB V und § 27 SGB V geregelt. Darin hat der GKV-Versicherte Anspruch auf Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten (*SGB V § 11 Abs.1*). Die vertragsärztliche Versorgung wird dabei grundsätzlich vorrangig von niedergelassenen, freiberuflich tätigen Ärzten erbracht (*Schneider G. 1994*).

Um den Versicherten diese ärztliche Versorgung jederzeit zur Verfügung stellen zu können, sind Ärzte und Krankenkassen gemeinsam vom Gesetzgeber zur sogenannten Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung verpflichtet („*allgemeiner Sicherstellungsauftrag*“ *SGB V § 72 Abs.1*). Gemäß § 75 SGB V wird der sogenannte „besondere Sicherstellungsauftrag“ für die ambulante medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland auf die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) übertragen. Sie erhält von den Krankenkassen die vereinbarten Budgets für die ambulante medizinische Versorgung (*SGB V §75 Abs. 7*). Diese Gelder werden nach einem sehr komplizierten und sich ständig wandelndem Schlüssel an die Vertragsärzte leistungsbezogen verteilt (*Schneider G. 1994*).

Der Umfang der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung wird durch die Paragraphen §15 und §27, insbesondere jedoch durch §73 SGB V näher beschrieben. Hierzu zählen u.a. ärztliche Behandlung, Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, Betreuung bei

Schwangerschaft, Anordnung von Krankenhausbehandlungen und rehabilitativen Maßnahmen etc. (*SGB V § 73 Abs.2*).

Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich strukturell in die haus- und fachärztliche Versorgung (*SGB V § 73 Abs.1*). Ziel des Gesetzgebers ist, mit dieser Unterscheidung die hausärztliche Tätigkeit aufzuwerten (*Schneider G. 1994*).

Die hausärztliche Versorgung beinhaltet laut Gesetz insbesondere die kontinuierliche Bereitstellung einer wohnortnahen, medizinischen Grundversorgung eines Patienten bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes. Weitere Aufgaben des Hausarztes bestehen in der Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen sowie in der Dokumentation und Zusammenführung aller erhobenen Befunde aus der ambulanten und stationären Versorgung. Der Hausarzt hat ferner präventive und rehabilitative Maßnahmen einzuleiten und durchzuführen. Darüber hinaus hat er flankierende nichtärztliche Dienste in die Behandlungsmaßnahmen zu integrieren (*SGB V § 73 Abs.1; Mader F. et al. 1997; Bodenheimer T. 1999*).

Der Hausarzt als erster Ansprechpartner des Patienten kann also die medizinische Grundversorgung wohnortnah sicherstellen und - wenn notwendig - eine Weiterleitung zur fachärztlichen Versorgung vornehmen. Nach § 219 des SGB V ist der Patient sogar verpflichtet, zuerst zum Hausarzt zu gehen (*SGB V § 219*). In der Realität besteht jedoch durch die Chipkarte, die die Ausstellung eines Überweisungsscheines an einen Fach – bzw. Gebietsarztes unnötig macht, freie Zugangsmöglichkeit zu allen Facharztgruppen (*Sachverständigenrat 1992 RdNr. 325*).

Für die fachliche Versorgung sieht § 73 Abs.1a eine zwingende Einbindung von Ärzten mit Teilgebietsbezeichnung vor (*Schneider G. 1994*). Bisher findet die spezialisierte gebietsärztliche Versorgung einerseits ambulant in Facharztpraxen, andererseits stationär in Grund-, Regel- und Schwerpunktkrankenhäusern sowie in Universitätskliniken statt (*Sachverständigenrat 1992 RdNr. 325, Sachverständigenrat 1995 RdNr. 228*). Aus dieser doppelten Vorhaltung von Facharzt-Kapazitäten resultieren – wie eingangs erwähnt Effektivitäts- und Effizienzverluste (*Sachverständigenrat 1994 RdNr. 353; Sachverständigenrat 1995 RdNr. 212ff; Degenhardt C. 1999*).

1998 waren in der Bundesrepublik Deutschland 125.071 Ärzte niedergelassen, hiervon waren 44.953 als Allgemeinärzte und Praktische Ärzte sowie 80.118 als Fachärzte tätig (*Grunddaten KBV 1999 A9*). Durch sie wurden im Jahr 1998 433.566.000 Behandlungsfälle abgerechnet. Dies entspricht einem Volumen von 37,1 Mrd. DM (*Grunddaten KBV 1999 C1*).

2.1.3 Aufbau der stationären medizinischen Versorgung

Gemäß § 39 Abs. 1 SGB V kann die stationäre medizinische Versorgung vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§115a) sowie unter gewissen Voraussetzungen ambulant (§115b) erbracht werden.

Der Grundsatz – ambulant vor stationär – wurde 1993 durch das GSG konkretisiert: „Versicherte haben Anspruch auf eine vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann“ (§ 39 Abs. 1 SGB V)¹³. Die neu ins Gesetz aufgenommene vor- und nachstationäre Behandlung sowie die Möglichkeit des ambulanten Operierens eröffnete den Kliniken erstmals Optionen für grundlegende Umstrukturierungen

Die stationäre ärztliche Behandlung gehört grundsätzlich nicht in den Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. Der Sicherstellungsauftrag für die stationäre medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland ist den Ländern und Kommunen übertragen worden (*Schneider G. 1994*). Sie stellen im Rahmen des Krankenhausbedarfplanes die Notwendigkeit für die stationäre Versorgung in den unterschiedlichen Versorgungsstufen (Grund-, Regel- oder Maximalversorgung) fest und gewährleisten den Bau eines Krankenhauses mit Mitteln der Kommune, des Landes und des Bundes. Die Kosten des laufenden Betriebs werden durch die Krankenhauspflegesätze der Patienten, die in dieser Klinik stationär behandelt werden, finanziert. Dieses Prinzip der Investitionsförderung durch die Länder und die Finanzierung der Betriebskosten durch die Kassen wird als duale Finanzierung bezeichnet (*Schneider G. 1994; von Stillfried D. und Jelastopulu E. 1997*).

¹³ Vgl. Punkt 2.1.1

Derzeit wird in Deutschland jede dritte Mark der gesamten GKV-Ausgaben für die Patientenbehandlung in Krankenhäusern ausgegeben. Diese Kosten summierten sich 1998 auf 85,2 Mrd. DM. 2.258 Krankenhäuser versorgten an 170,9 Mio Pflagetagen 15,5 Mio Patienten mit einer durchschnittlichen Bettenauslastung von 80,7 %. In den letzten Jahren haben in der stationären Versorgung Rationalisierungsprozesse eingesetzt: in den Jahren 1990 - 1997 ging die Bettenzahl um 16% auf 580.425 zurück, die durchschnittliche Verweildauer sank von 15,3 auf 11,0 Tage (*Zahlen DKG '99*).

2.1.4 Aufbau der Notfallversorgung

Der Sicherstellungsauftrag ergeht gemäß § 75 SGB V - als bundesgesetzlicher Auftrag - an die Körperschaften der Kassenärztlichen Vereinigungen und kassenärztlichen Bundesvereinigungen, um die vertragsärztliche ambulante Versorgung auch „zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst)“ sicherzustellen, soweit das Landesrecht nichts anderes bestimmt. Die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes wird von diesem sogenannten „Notdienst“ ausgeschlossen“ (§75 Abs. 1 SGB V).

Dieser Auftrag wird an die einzelnen Länder mit ihren jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen delegiert. Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte werden durch das sie betreffende Heilberufs-/Kammergesetz und durch die Berufsordnung zum ärztlichen Notdienst verpflichtet. (*Kassenärztliche Vereinigung Bayern 1999*).

Unter „Notdienst“ wird im allgemeinen die vertragsärztliche Versorgung in den sprechstundenfreien Zeiten verstanden (§ 75 SGB V Abs. 1). Der Begriff Bereitschaftsdienst existiert in den berufs-, vertragsarzt- und landesgesetzlichen Regeln nicht. Der kassenärztliche Notdienst im Rahmen des Sicherstellungsauftrages dient dazu, akut auftretende Erkrankungen oder Verschlechterungen im Zustand eines Patienten zu versorgen und die notwendigen Maßnahmen zu veranlassen.

Obwohl die Notfallversorgung außerhalb der Sprechzeiten im niedergelassenen Bereich organisiert und durchgeführt werden kann, geht dennoch ein nennenswerter Teil der Patienten auf eigene Veranlassung in die Notfallambulanzen der Kliniken. Hierfür sind mehrere Gründe zu diskutieren:

- Die Patienten könnten aus Unwissenheit in das Krankenhaus gehen, weil sie abends und am Wochenende oft nicht wissen, welcher Arzt Dienst hat.
- Die Patienten gehen ins Krankenhaus, weil die Option einer sofortigen weiteren diagnostischen Abklärung (wie z.B. Röntgen oder Labor) oder einer stationären Aufnahme und Therapie besteht.

Eine von der Stadt Wiesbaden 1993 in Auftrag gegebene Studie über das Aufkommen und die Versorgung der Patienten in den Notaufnahmen der Wiesbadener Akutkrankenhäuser kam zu dem Ergebnis, dass nur 30 Prozent aller Patienten in den Notfallambulanzen der Kliniken eine Sichtung durch niedergelassene Kollegen erfahren haben (*Coy P. et Ludwig E. 1998*).

Die Regelung für den Rettungsdienst (Notfallrettung und Krankentransport) wird zwischen Krankenkassen oder ihren Verbänden und entsprechenden Leistungserbringer vertraglich vereinbart, sofern diese nicht nach landes- oder kommunalrechtlichen Bestimmungen einseitig festgelegt werden. Die Versorgung mit Krankenhaustransportdiensten ist in jedem Bundesland unterschiedlich organisiert (*Sachverständigenrat 1995 . 426*).

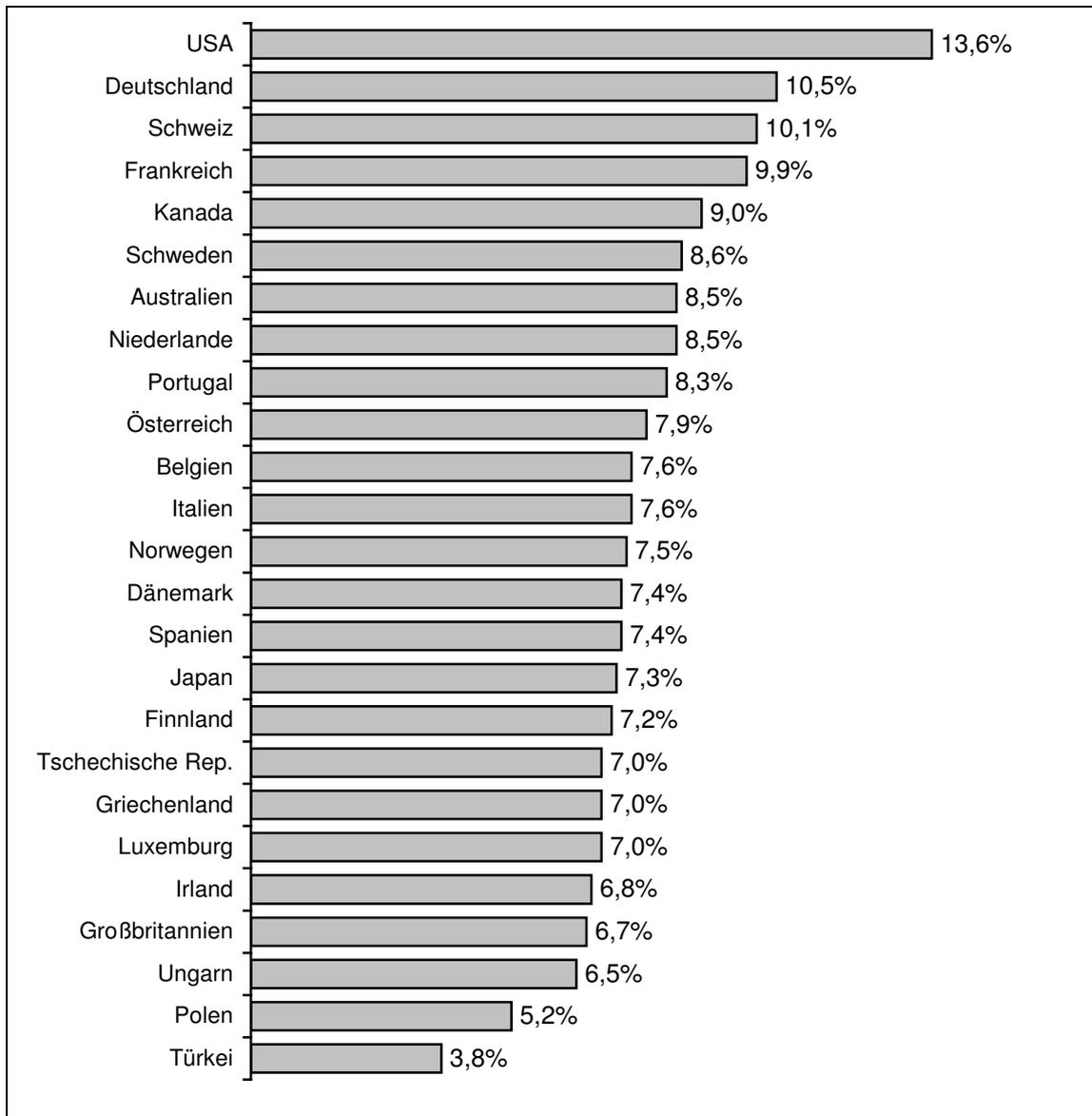
2.1.5 Versorgungsstruktur Deutschlands im internationalen Vergleich

In einem Vergleich von 18 OECD-Ländern liegt das deutsche Gesundheitswesen mit den gesamten Gesundheitsausgaben - gemessen am Bruttoinlandsprodukt 1996 - bei einem Anteil von 10,5% nach den USA auf Rang zwei (*Deutsche Krankenhausgesellschaft 1999; OECD*).

Der internationale Vergleich zeigt aber auch, dass Deutschland bei den Aufwendungen für die stationäre Behandlung nur auf Rang 16 liegt (*Deutsche Krankenhausgesellschaft 1999*). Statistische Zahlen belegen, dass vor allem Länder mit institutioneller Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung einen höheren Anteil des Bruttoinlandsproduktes für das Gesundheitswesen verauslagen. Als eine Ursache wird die getrennte doppelte Facharztschiene im Praxis- und Krankenhausbereich gesehen. In Ländern, in denen ein Großteil der ambulanten fachärztlichen Leistungen auch an den Krankenhäusern erbracht werden kann, sei es durch angestellte Ärzte oder durch Belegärzte, ergibt sich ein geringerer Anteil am Bruttoinlandsprodukt (*Degenhardt C. 1999*).

Abbildung 1:

Ausgaben für Gesundheit 1997 in % des Bruttoinlandsprodukts



Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft 1999

In diesen Ländern haben ambulant tätige Ärzte Verträge mit Krankenhäusern, in denen sie ihre Patienten bei Bedarf stationär versorgen. Die Finanzierung erfolgt privat durch den Patienten (z. B. USA), über eine Versicherung (z. B. Niederlande) oder durch den Staat (z. B. Großbritannien). Es gibt in einem solchen Belegarztsystem keine scharfe Grenze zwischen einer ambulanten oder stationären Behandlung, denn für die Honorierung der Ärzte ist die Art der Leistungserbringung – ambulant oder stationär – weitgehend bedeutungslos.

Dies ist bei der sogenannten Anstaltsversorgung, wie sie in Deutschland vorzufinden ist, grundsätzlich anders. Die Ärzte haben eine Interesse daran, die Leistungen jeweils in ihrem Zuständigkeitsbereich zu erbringen (*Arnold M.1987a*).

Im folgenden wird auf das Beispiel von Großbritannien und den Niederlande mit der gesamten ambulant-fachärztlichen Behandlung am Krankenhaus genauer eingegangen.

2.1.5.1 Großbritannien

Mit dem *Metropolitan Poor Act 1867* und dem *Poor Amendment Act 1868* wurde den wirtschaftlich Schwachen in Großbritannien das Recht auf eine freie Behandlung im Krankenhaus eingeräumt. Gleichzeitig wurden die Kommunen angehalten, Krankenhäuser bereitzustellen ("Sicherstellungsauftrag"). Neben den sogenannten „workhouses“ (Arbeitshäusern) - für die fürsorgliche bzw. pflegerische Versorgung Mittelloser und chronisch Kranker - entstanden so öffentliche Krankenhäuser für die Behandlung *akut* Erkrankter.

Da die Krankenhausärzte wegen ihrer Ausbildungsfunktion und der im Krankenhaus möglichen Spezialisierung zunehmend Wettbewerbsvorteile gegenüber den in eigener Praxis tätigen Ärzten genossen, betrieben die ambulant tätigen Ärzte eine Spaltung des Marktes. Ihr Ziel war es, dass in Krankenhäusern grundsätzlich nur Zahlungsunfähige behandelt wurden und spezialisierte ärztliche Leistungen *ausschließlich auf Empfehlung niedergelassener Ärzte* in Anspruch genommen werden sollten. Es etablierte sich die für das britische Gesundheitssystem charakteristische Trennung zwischen einer *allgemeinmedizinischen* Versorgung durch niedergelassene Ärzte und einer *spezialärztlichen* Versorgung durch Krankenhausärzte.

Im Hinblick auf die Organisation der medizinischen Versorgung orientierte sich die britische Sozialgesetzgebung am Modell der *friendly societies*, d. h. freiwillige Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit. Diese praktizierten mehrheitlich das sogenannte *panel system*, in dem zur Versorgung der Versicherten jeweils eine Gruppe ausgewählter Ärzte vertraglich verpflichtet wurde. In der Regel wurden ihnen dabei regionale Zuständigkeiten übertragen und sie wurden mit einer Kopfpauschale vergütet. Unter *National Insurance* erhielten die Versicherten nunmehr einen Rechtsanspruch auf Krankengeld und *ambulante* medizinische Versorgung.

Die Versorgung erfolgte dabei durch Allgemeinmediziner in eigener Praxis (General Practitioners), die jedoch - in Verallgemeinerung des *panel systems* - von *local insurance committees*, d. h. von Kostenträgerseite zur Versorgung zugelassen werden mussten.

Mit der Gründung des *National Health Service* (NHS) im Jahre 1948 wurden die bestehenden Versorgungseinrichtungen zu einem staatlichen Gesundheitssystem integriert. Während die Krankenhausärzte die Gründung des NHS als Chance zur Modernisierung der Krankenhäuser und zur Aufbesserung ihrer Einkommen willkommen hießen, wehrten sich die niedergelassenen Ärzte erfolgreich gegen ihre Verstaatlichung. Ihr freiberuflicher Status blieb erhalten, sie wurden Vertragspartner des NHS.

Das Leitbild des gleichberechtigten Zugangs (*equity*) wurde einerseits durch das Prinzip der Steuerfinanzierung realisiert und andererseits durch den Vorrang des Bedarfskonzepts (*need*). Ein institutionalisiertes Zuteilungssystem wurde in Anlehnung an das militärmedizinische Triage-System geregelt, das sich ohne weiteres auf die bereits bestehende Arbeitsteilung zwischen niedergelassenen Allgemeinmedizinern und dem Krankenhaus aufsetzen ließ. Der Zugang zum NHS erfolgt zwingend über einen bestimmten Allgemeinarzt, der dann über die Überweisung der Patienten zur fachärztlichen Versorgung entscheidet (*outpatient*). In Anbetracht chronisch eng gesetzter Budgets für die stationäre Versorgung als ein "gesellschaftliches Triage-System" (*gatekeeping*) führt es u.a. zu Wartelisten und zu Klagen über Behandlungsverzichte. Damit ist die Rationierungsdiskussion als eines der wesentlichen Schnittstellenprobleme dieser strikt horizontalen Arbeitsteilung angesprochen.

Aufgrund dessen ergriff die Politik 1989 weitreichende Reformmaßnahmen, die das Prinzip der "Triage-Stufung" außer Kraft setzte. Die Krankenhäuser wurden zu selbständigen Betriebseinheiten, deren Budget nunmehr davon abhängt, welche Versorgungsverträge sie schließen können. Ihre Vertragspartner sind niedergelassene Ärzte und die regionalen Finanzverwaltungen (*District Health Authorities*, DHAs). Weiterhin wurde größeren Arztpraxen - zunächst überwiegend Gruppenpraxen - eine eigene Budgethoheit übertragen (*fundholding*), in deren Rahmen der behandelnde Arzt die Finanzverantwortung über den größten Teil des Behandlungsgeschehens übernimmt. Bei veranlassten Leistungen tritt er als "Einkäufer" auf, der sich durch die Vertragsgestaltung auch einen Einfluss auf das (ambulante oder stationäre) fachärztliche Behandlungsgeschehen am Krankenhaus sichern kann und soll.

Zugleich steht es *Fundholdern* frei, Teile des Budgets in die Praxisausstattung zu investieren, um so, in wesentlich größerem Maße als früher, veranlasste durch selbst erbrachte Leistungen

substituieren zu können. Das Prinzip der ärztlichen Zuteilungsentscheidungen wird damit noch stärker als bisher auf den Bereich der niedergelassenen Ärzte konzentriert; parallel zur Stärkung ihrer Rolle wurde es den Patienten erleichtert, bei Unzufriedenheit mit dem Arzt die Arztpraxis zu wechseln, so dass das ärztliche Handeln in einen bisher kaum vorhandenen Anbieterwettbewerb gestellt wurde (*von Stillfried D. und Jelastopulu, E. 1997*).

Zusammengefasst bestehen die Unterschiede zum deutschen System in folgenden Punkten :

- Das Gesundheitswesen wird nur durch Steuergelder finanziert.
- Ambulant sind nur Allgemeinärzte tätig, die eine Pauschale pro Kopf erhalten und die fachärztlichen Leistungen vom Krankenhaus einkaufen.
- Finanzierung der Krankenhäuser durch regionale Verwaltung und Verträge mit niedergelassenen Ärzten
- Verpflichtung der Patienten, zuerst den Hausarzt aufzusuchen
- Geringste Ausgaben im Gesundheitswesen im europäischen Vergleich
- Probleme durch die Rationierung und Verweigerung von Gesundheitsleistungen

2.1.5.2 Niederlande

Die Niederlande weisen eine Zweiteilung in einen ambulanten und stationären Teil auf. Der stationäre Sektor besteht aus Krankenhäusern, psychiatrischen Anstalten, Pflegeheimen und Einrichtungen für Behinderte. Die Kosten des stationären Teils betragen etwas mehr als die Hälfte der gesamten Kosten der Gesundheitsversorgung, der ambulante Teil vierzig Prozent.

Der ambulante Sektor besteht aus Hausärzten, Zahnärzten, Hebammen, Pflegern und Einrichtungen für die Wohlfahrtspflege. Nur in den Krankenhäusern findet eine fachärztliche Behandlung statt. Dem Hausarzt fällt die Rolle als „Torwächter“ zu. Für den Zugang zu Fachärzten wird eine Überweisung des Hausarztes benötigt, die bei ca. 6% der hausärztlichen Patienten ausgestellt wird. Diese Regelung ist für alle Kassenpatienten verpflichtend. Die Hausärzte erbringen nur sehr wenige eigene apparative Untersuchungen. Die Praxen sind daher „sparsam“ ausgestattet. Ein Hausarzt ist für die Versorgung durchschnittlich 2200 Einwohner zuständig. Für jeden Patienten, der über seine Krankenkasse bei einem Hausarzt eingeschrieben ist, bekommt er eine Kopfpauschale unabhängig von den erbrachten

Leistungen. Daneben gibt es eine geringe Anzahl von Privatpatienten, die über Einzelleistungsvergütung abgerechnet werden.

Die fachärztliche Behandlung findet nur in den Krankenhäusern statt. Die Krankenhäuser sind im Vergleich zu anderen europäischen Ländern größer und versorgen eine höhere Einwohnerzahl pro Krankenhausbett. Verglichen mit den Statistiken im Gesundheitswesen der BRD 1995 werden in den Niederlanden nur 10 % der Bevölkerung pro Jahr stationär aufgenommen (BRD 22%) mit einer durchschnittlichen Verweildauer (ohne psychiatrische Krankenhäuser) von 11 Tagen (BRD 14 Tage). Bezogen auf die Einwohnerzahl ergibt sich somit eine der niedrigsten Quote von 1,1 Krankenhaustagen pro Einwohner und Jahr in Europa (BRD 3,1 KH-Tage pro EW und Jahr).

Die Finanzierung des gesetzlichen Gesundheitswesens erfolgt zum einen über eine Volksversicherung, zum anderen durch die Krankenkassen. Hierbei wird nicht – wie in Deutschland - zwischen dem ambulanten und stationären Sektor unterschieden.

Der ambulante Sektor wird von den Krankenkassen besonders gefördert. So fließen 53 % der Gesundheitskosten in den stationären Sektor, 42 % in die ambulante Versorgung. Die Ausgaben für das niederländische Gesundheitswesen sind mit 8,8 % des Bruttosozialproduktes bei gleicher Lebenserwartung erheblich niedriger als der Durchschnitt in Europa (*Groot L.M.J. 1987; Dassen T. 1997*)

In den Niederlanden wird verstärkt angestrebt, die Verbindung zwischen Hausärzten und Fachärzten so zweckmäßig wie möglich zu halten. So wurde z. B. ein diagnostisches Zentrum in Maastricht gegründet, in dem Fachärzte und Hausärzte zusammen bei der Behandlung der Patienten kooperieren können. Vor kurzem wurde in Nijmegen ein Zentrum zur ambulanten Diagnostik errichtet. Weitere Projekte dieser Art sind in Planung, die zu kontroverser Diskussion in den Niederlanden geführt haben. Einerseits herrscht die Auffassung, dass ein solches Zentrum kostengünstiger als ein Krankenhaus arbeiten könne, da es nicht den entsprechenden „Overhead“ benötige.

Andererseits wird kritisiert, dass durch derartige Initiativen die Kosten nicht verringert werden könnten. Die apparative und personelle Infrastruktur werde nur ausgeweitet, ohne dass anderswo ein entsprechender Abbau stattfindet (*Groot L.M.J. 1987*). Die Krankenkassen haben sich bislang geweigert, die Kosten zu übernehmen, so dass das Zentrum nur durch Privatpatienten finanziert wird.

Ein Vergleich einiger Leistungs- und Strukturdaten scheint die letztgenannte Meinung zu bestätigen. So ist etwa in Deutschland die Großgerätedichte, d. h. die Anzahl der Computertomographen bzw. Kernspintomographen pro 1 Million Einwohner weitaus größer als in den Niederlanden oder auch Großbritannien, möglicherweise bedingt durch die doppelte Vorhaltung im ambulanten und stationärem Sektor.

An der Häufigkeit der Krankenhausaufnahmen aber spiegelt sich diese Mehrinvestition in die Diagnostik im Vergleich zu anderen europäischen Ländern nicht wieder. Im Gegenteil, sowohl die Zahl vorgehaltener Betten als auch die Aufnahmefrequenz ist in Deutschland weitaus höher als in den Vergleichsländern.

Zusammengefasst bestehen die Unterschiede zum deutschen System in folgenden Punkten :

- Krankenkassen sind die einzigen Kostenträger der stationären Versorgung (monistische Finanzierung)
- Krankenkassen sind die direkten Kostenträger der ambulanten Versorgung
- Ambulante ärztliche Versorgung nur durch Hausärzte
- Fachärztliche Versorgung nur auf Überweisung
- Pauschale Vergütung der Hausärzte pro Patient unabhängig von den erbrachten Leistungen
- Verpflichtung der Versicherten, zuerst den Hausarzt aufzusuchen (Primärarztssystem)
- Förderung der ambulanten Versorgung (medizinisch und pflegerisch)
- Niedrigere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens (siehe Tabelle 2)
- Geringere Krankenhaustage pro Einwohner und Jahr
- Geringere Gesamtausgaben für Arzneimittel oder Arzneimittel pro Patient
- Geringere Großgerätedichte (siehe Tabelle 2)

Tabelle 2

**Bettzahl und Aufnahme­frequenz,
Computertomographen und Kernspintomographen**

	Bettzahl pro 1.000 Einwohner	Aufnahme­frequenz pro 1.000 Einwohner
BRD	7,6	165,8
Niederlande	4,7	108,5
England	3,4	103,3
Anzahl der Computertomographen bzw. Kernspintomographen pro 1 Million Einwohner		
BRD	7,7	0,7
Niederlande	3,2	0,1
England	2,7	0,3

Quelle: Groot L.M.J. 1987

2.2 Elemente ambulanter und stationärer Integration im deutschen Gesundheitssystem

Wie in Punkt 2.1.1 dargelegt, strebte der Gesetzgeber bereits 1978 eine größere Durchlässigkeit und Verzahnung zwischen den beiden Versorgungsbereichen an. Im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993 wurden die bisherigen Regelungen zur vor- und nachstationärer Behandlung und zum ambulanten Operieren neu konkretisiert. Eine rechtliche Basis zur Weiterentwicklung einer besseren Verzahnung sollte durch das 2. NOG-GKV sowie durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 geschaffen werden.

Zur Zeit sind zehn Formen einer personellen und institutionellen Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung durch den vierten Abschnitt des SGB V § 115 bis 122 realisiert. Sechs Fälle, in denen das Krankenhaus Leistungen auch ambulanten Patienten gegenüber erbringen kann, stehen mit Einschränkung vier Fälle gegenüber, in denen niedergelassene Ärzte im Krankenhaus stationäre Versorgung leisten können (*Firnkorn H.J. 1997*).

2.2.1 Vor- und nachstationäre Behandlung (§ 115a SGB V)

Nach § 115a Abs.1 SGB V kann das Krankenhaus bei Verordnungen von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Versorgung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen, bei Organübertragung drei Monate nach der Entlassung aus dem Krankenhaus nicht überschreiten (§ 115a Abs.2 SGB V). Die Vergütung soll pauschaliert werden und geeignet sein, eine Verminderung der stationären Kosten herbeizuführen (§ 115a Abs.3 SGB V). Für vorstationäre Leistung wird eine fallbezogene Pauschale, für nachstationäre Behandlung eine Pauschale pro Behandlungstag von den Krankenkassen erstattet (*Sachverständigenrat 1994 RdNr. 357*).

In der Maßnahme der nachstationären Behandlung werden sowohl medizinische als auch ökonomische Vorteile gesehen: M. Arnold und L. Groot sehen dadurch die Möglichkeit, die scharfe sektorale Trennung zu mildern. Der Krankenhausarzt hat die Möglichkeit, den Patienten frühzeitiger zu entlassen, da er möglicherweise die Behandlung weitgehend abschließen will, bevor er den Patienten ganz in den ambulanten Bereich zurück entlässt (*Groot L.M.J. 1987; Arnold M. 1987b*). Doppeluntersuchungen können vermieden werden, da der aus dem Krankenhaus in hausärztliche Versorgung entlassene Patient bestenfalls noch Verlaufskontrollen benötigt (*Arnold M. 1987b*). Auch der Sachverständigenrat hat die Öffnung der Krankenhäuser für eine zeitlich limitierte nachstationäre Behandlung empfohlen: „Die nachstationäre, durch den Krankenhausarzt und nach Möglichkeit durch den niedergelassenen Arzt gemeinsam durchgeführte Behandlung wird nicht nur in vielen Fällen eine frühere Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus ermöglichen, sondern gleichzeitig auch die Voraussetzungen für eine qualitative hochstehende Nachsorge verbessern; dabei käme der Vorteil der Aktivierung der Behandlungskompetenz des Krankenhausarztes vor allem dann zum Tragen, wenn es sich um eine im niedergelassenen Bereich seltene Erkrankung handelt“ (*Sachverständigenrat 1994 RdNr. 358*).

Der Sachverständigenrat sieht in einer vorstationären Behandlung durch die Krankenhäuser ökonomische und versorgungsstrukturelle Risiken. Er befürchtet, dass durch die neue Regelung die Möglichkeit geschaffen wird, größere Patientenvolumina am ambulanten gebietsärztlichen Sektor vorbeizuführen, und somit auf längere Frist konkurrierende Ambulatorien in den Krankenhäusern entstehen. Aufgrund des Wettbewerbs zwischen den Ärzten könnten viele Patienten unter dem Vorwand einer Abklärung der Notwendigkeit einer Krankenhauspflege zur vorstationären Diagnostik eingewiesen und ohne Belastung des Budgets für den niedergelassenen Arzt konsequent „durchuntersucht“ werden (*Sachverständigenrat 1994 RdNr. 359*).

Es wird auch bezweifelt, dass durch die vor- und nachstationäre Behandlung Kosten eingespart werden können, wenn nicht auch grundlegende Änderungen der ärztlichen Versorgungsstruktur vorgenommen werden. Blicke es beim bisherigen System, fehlten die wirtschaftlichen Anreize und damit die persönliche Motivation aller Beteiligten. Die Vor- und Nachbehandlung sollte nicht in die schwerfällige und kostenträchtige Krankenhausstruktur eingebettet werden, sondern vom stationären in den ambulanten Bereich verlegt werden. Besser wäre es, wenn z. B. zur Vor- und Nachbehandlung der Krankenhausarzt in die Praxis und nicht der Patient ins Krankenhaus geht. Dies könnte sich durch eine Doppelfunktion der leitenden Ärzte in eigener Praxis und Krankenhaus realisieren lassen. Weber propagiert die Kassenzulassung der Chef- und Abteilungsärzte, jedoch nur im Rahmen einer eigenen Niederlassung in unmittelbarer Nähe des Krankenhauses mit Sicherstellungsauftrag und „KV-Deckelung“ (*Weber K.-H. 1993*).

Die Frage, ob und inwieweit die von der Regelung des §115a SGB V erwarteten Vorteile, insbesondere in Form einer Verweildauerverkürzung, aber auch die in ihr liegenden Risiken - vor allem die aus finanziellen Interessenlagen in der vertragsärztlichen Versorgung möglicherweise entstehende Tendenz zu einer wettbewerblich nicht gewollten ambulanten Diagnostik im Krankenhaus - eintreten, müsste noch untersucht werden (*Sachverständigenrat 1995 RdNr. 246*).

Bislang haben die vor- und nachstationäre Behandlung als Versorgungsalternativen in den Krankenhäusern wenig Verbreitung gefunden. Als Ursache werden dafür finanzielle Gründe sowie der Widerstand der Krankenhäuser gegen eine Veränderung der Leistungsprozesse in organisatorischer Hinsicht genannt (*Strehlau-Schwoll H. et Schmolling K. 1999*).

2.2.2 Ambulantes Operieren im Krankenhaus (§ 115b SGB V)

Das Gesundheitsstrukturgesetz eröffnete 1993 den Krankenhäusern die Möglichkeit, auch ambulante Operationen durchzuführen¹⁴ (§ 115b Abs.1 SGB V). Mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 soll nun der Anteil der ambulant zu erbringenden Leistungen nachhaltig gesteigert werden. Die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung wurden angehalten, den Katalog der ambulant durchführbarer Operationen um „sonstige stationersetzende Eingriffe“ (z. B. in der Kardiologie) bis Ende 2000 zu erweitern sowie Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit zu ergreifen (§ 115b Abs.1 Nr.2 SGB V; *Tuschen K.H. 2000*).

Eine Ein- oder Überweisung des Vertragsarztes zum „ambulanten Operieren“ ist dabei nicht nötig. Außerdem wurde die „freie Arztwahl“ des Patienten auch auf die ambulant operierenden Krankenhäuser ausgeweitet. (§ 76 Abs.1 SGB V). Die Vergütung soll für Krankenhäuser und Vertragsärzte einheitlich durch indikationsbezogene Pauschalen der Krankenkassen erfolgen (§ 11 b SGB V). Es können Regelungen über ein gemeinsames Budget zur Vergütung der ambulanten Operationsleistungen der Krankenhäuser und Vertragsärzte getroffen werden (§ 115 b Abs.5 SGB V.).

Krankenhäuser, die Eingriffe aus o.g. Katalog ohne Zustimmung der Kostenträger stationär erbringen, sollen künftig keinen Vergütungsanspruch mehr haben. Die bisher vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) zum ambulanten Operieren vorgelegte Liste umfasst rund 70 ambulant zu erbringende Leistungen aus den Fachdisziplinen Chirurgie, Gynäkologie, Augenheilkunde, HNP und Urologie. Auch für die konservative Versorgung bislang stationär behandelte Fälle liegen aus einer vom MDK bearbeiteten bundesweiten Studie Empfehlungen vor. Nach *Strehlau-Schwoll H. und Schmolling K.* handelt es sich hierbei jedoch sehr häufig um Eingriffe, die nicht immer ambulant durchgeführt werden können. Sie sehen die Gefahr einer zunehmenden Bürokratisierung des Kostenübernahmeverfahrens mit entsprechenden Wartezeit für den Patienten, falls doch eine stationäre Behandlung notwendig ist (*Strehlau-Schwoll H. et Schmolling K. 1999*)¹⁵.

¹⁴ Siehe Punkt 2.1.1 und 2.1.2

¹⁵ Es ist jedoch für den Fall, dass Leistungen entgegen dieser Vereinbarung stationär erbracht werden, vom Gesetzgeber keine gesonderte Sanktionsvorschrift erlassen worden (*Tuschen K.H. 2000*).

Die möglichen Ursachen für die geringe Inanspruchnahme des „Ambulanten Operierens“ wurden bereits in 2.1.4 erläutert. Hinzuzufügen ist, dass die erforderlichen Infrastrukturen nicht nur im Bereich der Chirurgie selbst, sondern auch im Bereich der häuslichen Pflege realisiert werden. Der Vernetzung zwischen der ambulant-operativen und der pflegerischen Versorgung wurde bislang von der gesetzlichen Seite zu wenig Beachtung geschenkt, da sie diesen Aspekt nur am Rande berührt (*Kolb T. 2000; Sachverständigenrat 1995 Zif 250*).

Die Regelung zum Ambulanten Operieren im Krankenhaus wird jedoch nicht nur vom Sachverständigenrat als ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu einer Entlastung des stationären Sektors gesehen (*Sachverständigenrat 1994 RdNr. 362*). Sie trägt dazu bei, die rigide Trennung zwischen dem Bereich der niedergelassenen Ärzte und dem Krankenhaussektor zu vermindern.

Jedoch sieht der Sachverständigenrat die Gefahr der Schaffung zusätzlicher, nicht bedarfsgerechter Kapazitäten. Weiter muss davon ausgegangen werden, dass eine Verlagerung ambulanter Operationsaktivitäten aus der vertragsärztlichen Versorgung in die Krankenhausversorgung den ökonomisch induzierten Anreiz zur Steigerung der Leistungsfrequenz nunmehr auch auf die Krankenhaus-Ambulanz überträgt (*Sachverständigenrat 1995 RdNr. 249*).

Laut Sachverständigenrat bleiben durch die Regelung des § 115a und b die in den institutionellen und organisatorischen Strukturen liegenden Interessengegensätze der beiden Versorgungsbereiche weiterhin unverändert bestehen. Es müsste die Voraussetzung gegeben sein, die Entgeltungssysteme für ambulantes Operieren so aufeinander abzustimmen, dass keine unerwünschten Lenkungswirkungen entstehen. Es wird empfohlen, u.a. Entgeltsysteme zu entwickeln, die für die Krankenhäuser die „short stay surgery“ attraktiver als bisher machen, ohne gleichzeitig Anreize gegen das ambulante Operieren zu setzen (*Sachverständigenrat 1994 RdNr. 362*).

Weiterhin wird empfohlen, den Einrichtungen des ambulanten Operierens die Übernahme der Verantwortlichkeit für die Sicherung der postoperativen Betreuung durch die Entwicklung geeigneter organisatorischer Strukturen zu erleichtern (*Sachverständigenrat 1994 RdNr. 363*).

2.2.3 Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte (§ 116 SGB V)

Einen weiteren Ansatz zur Verzahnung der Versorgungssektoren stellt die beschränkte Zulassung von Krankenhausärzten bzw. -einrichtungen für die fachärztliche Versorgung dar.

Nach § 116 des SGB V können Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung mit Zustimmung des Krankenhausträgers vom KV-Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden (§116 Abs.1 SGB V). Im Gegensatz zur Zulassung wird die Ermächtigung nur dann erteilt, wenn diese notwendig ist, um eine ausreichende ambulante ärztliche Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Somit können über den Kreis der zugelassenen Ärzte hinaus Ärzte oder ärztlich geleitete Einrichtungen nur dann ermächtigt werden, wenn Lücken in der vertragsärztlichen Versorgung bestehen, d. h. wenn die niedergelassenen Ärzte nicht in der Lage sind, eine quantitative oder qualitativ ausreichende und zweckmäßige ambulante ärztliche Versorgung sicherzustellen (§116 Abs.2 SGB V). Demzufolge muss genau festgelegt werden, welche Leistungen von den ermächtigten Ärzten oder ärztlich geleiteten Einrichtungen erbracht bzw. bei diesen veranlasst werden dürfen.

Die ambulante Krankenhausbehandlung bedarf der Überweisung durch einen Vertragsarzt. Weiterhin ist die Verpflichtung mit eingeschlossen, die vertragsärztliche Leistung selbst zu erbringen und sich nur in Ausnahmefällen vertreten zu lassen.

Das Vorhaben im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 - der Ermächtigung von Krankenhäusern zur Erbringung „hochspezialisierter Leistungen“ als ambulante Behandlung (mit Entwicklung eines Katalogs von „schweren Krankheitsbildern mit komplizierten Verläufen“) - konnte vom Gesetzgeber zum 1.1.2000 nicht durchgesetzt werden (*Tuschen K.H. 2000, Strehlau-Schwoll H. et Schmolling K. 1999*)

Beispiele sind Sprechstunden hochspezialisierter Krankenhausfachärzte wie z. B. Kinderorthopädie, Rheumachirurgie, usw. Die Bezahlung erfolgt durch die Kassenärztliche Vereinigung, die hierzu einen Sektor „Ärztlich geführte Einrichtungen“ ausgewiesen hat. Der große Vorteil wird in der unmittelbaren Erreichbarkeit der besonders erfahrenen und hochspezialisierten Ärzte für Patienten aus der vertragsärztlichen Versorgung gesehen (*Sachverständigenrat 1995 RdNr. 233*).

Nachteil der persönlichen Ermächtigung ist eine jederzeit zu widerrufende Erteilung, sobald ein niedergelassener Vertragsarzt die entsprechende Leistung anbietet. Dies zeigt sich in den deutlich zurückgegangenen Ermächtigungen in den letzten Jahren (*Hoppe J. 1997*).

2.2.4 Polikliniken an den Universitätskliniken (§ 117 SGB V)

Der Zulassungsausschuss der Ärzte (§ 96 Abs. 1 SGB V) ist verpflichtet, die poliklinischen Institutsambulanzen der Hochschulen (Polikliniken) auf Verlangen ihrer Träger zur ambulanten ärztlichen Behandlung der Versicherten zu ermächtigen (§ 117 Abs. 1 SGB V). Die Universitätspolikliniken haben diese Sonderstellung, da sie Zugang zu Patienten in dem für Lehre und Forschung erforderlichen Umfang haben müssen. Somit können sie auch auf Überweisungsschein oder sich selbst einweisende Patienten ambulant behandeln. Diese Leistungen werden durch die Kassenärztliche Vereinigung im Rahmen des Sektors „Ärztlich geführte Einrichtungen“ bezahlt. Die Bezahlung kann entweder nach der Einzelleistungsvergütung oder durch Pauschalen pro eingereichtem Schein erfolgen. Entsprechend gilt die Ermächtigung auch an Psychologischen Universitätsinstituten zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung der Versicherten (§ 117 Abs. 2 SGB V). Für die Universitätskliniken bedeuten die Polikliniken in der Regel ein Defizitgeschäft, da sie die hohen Vorhaltekosten durch die Erlöse nicht annähernd gedeckt sind.

Der Sachverständigenrat äußert sich skeptisch gegenüber der Integration der Institutsambulanzen in die ambulante Krankenversorgung; diese schließt die personale Verbindung oder die Durchlässigkeit bei der Patientenbehandlung nicht automatisch ein. Die Arztwahlmöglichkeit, die im stationären Bereich nur ausnahmsweise gegeben ist, wird bei der institutionellen Mitwirkung an der ambulanten Krankenbehandlung nicht durch entsprechende Rechtsbeziehungen zwischen Patient und Arzt gestützt., wie sie z. B. bei der persönlichen Ermächtigung zu finden ist. Durch die Institutsambulanzen wird also keine Verbesserung bzgl. einer nahtlosen Kontinuität in der Krankenbehandlung erwartet (*Sachverständigenrat 1995 RdNr. 231 und 234*).

2.2.5 Psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 SGB V)

Während Polikliniken nur an Universitäten existieren und hier laut Auftrag primär der Aus- und Weiterbildung sowie Forschung dienen, wurde die institutsbezogene Ermächtigung für ambulante psychiatrische Behandlung vor dem Hintergrund gefordert, dass viele der aus der psychiatrischen Klinik entlassenen Patienten keine ambulante Nachbehandlung bei niedergelassenen Ärzten erfahren haben. Diese Lücke sollte die psychiatrische Institutsambulanz füllen. Analog der persönlichen Ermächtigung kann nun durch den Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung auch eine institutsbezogene Ermächtigungen für definierte Versorgungsaufgaben erteilt werden (§ 118 SGB V).

Jedes Fachkrankenhaus für Psychiatrie hat das Recht auf eine Institutsambulanz (§ 118 Abs. 1 SGB V). Seit der GKV-Gesundheitsreform vom 1.1.2000 werden Allgemeinkrankenhäuser mit selbständig, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen zur ambulanten Versorgung bestimmter Patientengruppen vertraglich ermächtigt (§ 118 Abs. 2 SGB V). In Bayern haben jedoch bereits seit 1996 alle psychiatrischen Abteilungen das Recht auf Einführung einer Institutsambulanz (*Längle G. et Buchkremer G. 1997 S 44*).

Laut Bauer werden lediglich nur 2% der ambulant behandelten psychisch Kranken in Institutsambulanzen behandelt, die jedoch einen schwereren Krankheitsverlauf im Vergleich zu Patienten in den Facharztpraxen aufweisen (*Bauer M. 1997*). Hier können durch vor- und nachgeschaltete ambulante Kontakte stationäre Aufnahmen vermieden oder verkürzt werden. Als ein weitergehendes Ziel wird ein interdisziplinär zusammengesetztes ambulantes Behandlungsteam gesehen, das gerade für die Versorgung der chronisch Kranken die Rolle des „Case-Management“ übernimmt. Mit der Befugnis, aufsuchend tätig zu werden und Hausbesuche durchzuführen, wäre durch eine weitere Verzahnung eine Verbesserung der derzeitigen Versorgungssituation zu erreichen (*Längle G. und Buchkremer G. 1997*).

Nach Längle ist ein entscheidender Vorteil dieser institutsbezogenen Ermächtigung von psychiatrischen Krankenhäusern die Behandlungskontinuität dieser oft schwierig zu führenden Langzeitpatienten (*Längle G. und Buchkremer G. 1997*).

2.2.6 Sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V)

Sozialpädiatrische Zentren, die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche sozialpädiatrische Behandlung bieten, können zur ambulanten sozialpädiatrischen

Behandlung von Kindern vom Zulassungsausschuss (§96 SGB V) ermächtigt werden, falls diese Versorgung sonst nicht sichergestellt ist. Die Behandlung ist auf diejenigen Kinder auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können. Die Ermächtigung wird erteilt, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende sozialpädiatrische Behandlung sicherzustellen (§119 SGB V).

2.2.7 Belegarztwesen und Konsiliardienste (§ 121 SGB V)

Eine stärkere Durchlässigkeit zwischen ambulantem und stationärem Bereich in der medizinischen Versorgung ergibt sich dort, wo Belegärzte tätig sind (*Arnold M. 1987b*). Belegärzte sind niedergelassene Ärzte, denen von einem Krankenhausträger das Recht eingeräumt wird, ihre Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel vollstationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten (§ 121 Abs.2 SGB V). Ihnen steht also sowohl das Recht zur ambulanten Behandlung als auch die Möglichkeit einer vertragsärztlichen stationären Versorgung ihrer Patienten offen (*Arnold 1987b*).

Unterschieden wird das „Einzelbelegarztsystem“ und das „kooperative Belegarztsystem. In den „Ein-Mann-Belegabteilungen“ werden die Patienten nur durch einen einzigen Belegarzt betreut, während in den kooperativen Belegabteilungen mindestens zwei Belegärzte gleicher Fachrichtung, ggf. mit Unterstützung von Belegärzten anderer Fachrichtungen ihre Patienten gemeinsam behandeln. Es gibt Abteilungen in reinen Beleghäusern, die meist in privater Trägerschaft stehen sowie Belegabteilungen innerhalb von Anstaltskrankenhäusern (*Schalkhäuser K. 1994*).

Infolge des Gesundheits-Reformgesetz (GRG) vom 20. Dezember 1988 wird im §115 festgelegt, dass durch dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten auch die Förderung des Belegarztwesens zu regeln ist. Die Vertragsärzte werden eigens vom Gesetzgeber aufgefordert, auf eine leistungsfähige und wirtschaftliche belegärztliche Behandlung der Versicherten hinzuwirken, wobei dem kooperativen Belegarztwesen der Vorzug gegeben wird (§ 121 Abs. 1 SGB V).

Der Belegarzt wird als freier niedergelassener Arzt definiert, der kein Angestellter des Krankenhauses ist und somit keinen Anspruch auf Vergütung durch den Krankenhausträger

hat (*SGB V § 121 Abs.2*). Die belegärztlichen Leistungen werden alle aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet (*SGB V § 121 Abs.3*).

Gegenüber dem Belegarzt ist der Kassenvertragsarzt, der als Konsiliararzt am Krankenhaus tätig wird, vom Krankenhaus aus dem Gesamtbudget zu vergüten. Seine Tätigkeit ist nicht in eine eigene Rechtsinstitution gefasst, sondern richtet sich, nach Leistungen Dritter, die vom Krankenhaus veranlasst werden, nach dem allgemeinen Vertragsrecht des BGB und der Bundespflegesatzverordnung (*Firnkorn H.J. 1997*).

Die strukturellen Anforderungen an die belegärztliche Tätigkeit werden sowohl durch die Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflegesatzverordnung) vom 21.8.1995 als auch durch den Bundesmantelvertrag-Ärzte von 1995 und Arzt-/Ersatzkassenvertrag von 1994 vorgegeben¹⁶. Danach ist der Belegarzt als Leitender Krankenhausarzt seiner Belegabteilung zur durchgehenden ärztlichen Versorgung seiner Belegpatienten verpflichtet (*BMV-Ä § 39 Abs.5; EKV-Ä § 31 Abs. 5*). Jedoch: „Die stationäre Tätigkeit des Vertragsarztes darf nicht das Schwergewicht seiner Gesamttätigkeit des Vertragsarztes bilden. Er muss in erforderlichem Maß zur ambulanten Versorgung zur Verfügung stehen“ (*§ 39 Abs.2 BMV-Ä ; § 31 Abs. 2 EKV-Ä*). Wohl alle Belegärzte sind zugleich Kassenärzte und als solche einer Vielzahl von weiteren Pflichten ausgesetzt¹⁷ (*Ratajczak T. 1993 S. 27*).

Der Belegarzt hat drei Funktionen auszuführen. Als frei praktizierender, niedergelassener Kassenarzt ist er leitender Krankenhausarzt in seiner Belegabteilung und nimmt zugleich Funktionen eines Krankenhausträgers wahr. Aufgrund dieser Dreifachbelastung ist unter den heutigen medizinischen und haftungsrechtlichen Anforderungen nur noch eine kooperative Belegarztabteilung sinnvoll, in der die vielgestaltigen Aufgaben und Pflichten untereinander aufgeteilt werden (*Ratajczak T. 1993*).

¹⁶ „Danach muss ein Krankenhausarzt und damit auch ein Belegarzt „flexibel, der jeweiligen Situation sachgerecht werdend, in kritischer Selbsteinschätzung, haftungsrechtlich grundsätzlich ohne Rücksicht auf Kosten, kassenarztrechtlich ausreichend, zweckmäßig und notwendig, nach den anerkannten Regeln der Wissenschaft, gleichzeitig offen für alternative Behandlungsmethoden, die eher Erfolg versprechen oder geringere Gefahren für den Patienten mit sich bringen, nicht nach der in der Praxis üblichen, sondern der erforderlichen Sorgfalt behandeln, und sich bei der Therapiewahl grundsätzlich für die Behandlung mit dem geringsten Risiko und den größten Heilungschancen entscheiden (*nihil nocere*)“ (*Ratajczak T. 1993*).

¹⁷ Jeder Kassenarzt ist verpflichtet, seine kassenärztliche Tätigkeit persönlich auszuüben. Er muss seine Sprechstunden entsprechend den Bedürfnissen nach einer ausreichenden und zweckmäßigen kassenärztlichen Versorgung und den Gegebenheiten des Praxisbereichs festsetzen und darf Patienten, die während der Sprechstunde erscheinen, nicht abweisen. Er ist verpflichtet, den Praxisbetrieb so zu organisieren, dass unzumutbare Voraussetzungen für die Behandlung der Patienten nicht eintreten. Für ihn müssen die Belange der kassenärztlichen ambulanten Versorgung im Vordergrund stehen (*Ratajczak T.1994; Sachverständigenrat 1988 S. 79*)

Das Belegarztwesen hat zahlenmäßig in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung verloren (Hoppe J. 1997; Arnold M. 1987a). Wurden im Jahr 1976 noch 63.745 Belegbetten gemeldet, so waren es 1993 nur mehr 58.182 Belegbetten (Sachverständigenrat 1994 Tab 501 S. 353.). Die Zahl der Belegärzte stagniert, während die Zahl der Kassenärzte im gleichen Zeitraum deutlich zugenommen hat, wie folgende Tabelle zeigt:

Tabelle 3

In Krankenhäusern tätige Ärzte nach ihrer funktionellen Stellung 1960 – 1997

	Jahr	Ärzte insgesamt ^{*)}	Belegärzte ^{**)}
Westdeutschland ^{a)}	1960	30 767	7 601
	1970	46 550	6 865
	1980	72 540	5 799
	1989	91 895	5 531
Deutschland ^{b)}	1991	114 858	5 786
	1997	124 968	6 446

Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft 1999 S. 63

Gynäkologen und HNO-Ärzte machen unter den Belegärzten zahlenmäßig den größten Anteil aus, gefolgt von Urologen, Augenärzten und Orthopäden. Circa jeder vierte bis fünfte Arzt in diesen klassischen Belegarztdisziplinen ist als Belegarzt tätig (Schalkhäuser K. 1994).

Die belegärztliche Versorgung ist nicht flächendeckend, sondern regional sehr verschieden. Bayern ist mit seinen vielen kleinen Krankenhäusern die Hochburg der Belegärzte. Dort sind etwa 30% aller bundesdeutschen Belegärzte angesiedelt, während im bevölkerungsreichsten Bundesland Nordrhein-Westfalen die Belegabteilungen aufgrund entsprechend politischer Weichenstellungen sehr rar geworden sind (Ratajczak T. 1993 S.22f; Schalkhäuser K. 1993 S.36).

Welche Vor- und Nachteile bringt das Belegarztwesen?

^{*)} Ärzte in Krankenhäusern einschließlich Belegärzte

^{**)} einschließlich von Belegärzten angestellte Ärzte

^{a)} Krankenhäuser einschließlich Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

^{b)} nur Krankenhäuser ohne Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

Für den Patienten stellt die Sicherung der personellen Kontinuität in der ambulanten und stationären Betreuung einen eindeutigen Vorteil dar (*Sachverständigenrat 1994 RdNr. 364*). Diagnostik und Therapie werden durchgehend „aus einer Hand“ durch den Arzt der Wahl gewährleistet. Dies hat für den Patienten einen nicht zu unterschätzenden Stellenwert. Schalkhäuser hebt hervor, dass insbesondere chronisch Kranke, bei denen regelmäßige Krankenhausbehandlungen notwendig sind, in einer Belegarztabteilung so auch von einer intensiveren und persönlichen Zuwendung stets durch den gleichen Arzt profitieren (*Firnborn H.J. 1997, Schalkhäuser K. 1994*).

Jedoch ist das Belegarztwesen nicht für alle Patienten geeignet. In der HNO-Heilkunde beispielsweise, einem klassischen Fach für belegärztliche Versorgungsstrukturen, kann die Tumorchirurgie rasch die übliche Kapazität der belegärztliche Versorgung überfordern und damit den Patienten gefährden (Schmid G. 1994). Aus dem gleichen Grund kann die Betreuung von Patienten mit schwerwiegenden internistischen Begleiterkrankungen eine Kontraindikation zur belegärztlichen Versorgung darstellen.

Auch Akutsituationen und Notfälle, wie zum Beispiel Entscheidungen zur Eil- und Notsectio in der Gynäkologie oder Nachblutungen nach Tonsillektomien in der HNO können rasch belegärztliche Versorgungsstrukturen überfordern (Ratajczak T. 1993).

Betrachtet man die belegärztliche Versorgung unter ökonomischen Gesichtspunkten, könnten im Gesundheitswesen durchaus Kapazitäts- und Leistungsreserven erschlossen werden:

Da die Behandlung des Patienten nahtlos vom ambulanten in den stationären Bereich übergeht, entfallen jegliche unnötige Doppeluntersuchungen. Ferner verkürzt die vorstationäre, ambulante Diagnostik zweifelsohne die Krankenhausverweildauer im Vergleich zu Anstaltsabteilungen bei ähnlich gelagerten Krankheitsfällen (*Schalkhäuser 1994*).

Wenn man dem Belegarztsystem wieder mehr Bedeutung zumessen möchte, besteht allerdings nach Schalkhäuser dringlicher Handlungsbedarf. Der Gesetzgeber müsste darauf achten, dass seine Festlegungen im SGB V zum Ausbau und Förderung des Belegarztsystems realisiert werden. Die Investitionsbereitschaft der Krankenhausträger sollte sich mehr nach den Bedürfnissen seiner Belegärzte orientieren. Das Kassenarztrecht bedürfte einer Anpassung an die tatsächlichen Gegebenheiten im Belegarztsystem. Denn für den Verwaltungsaufwand sowie die Dienstbereitschaft erhält der Belegarzt keine Vergütung. Auch die Honorierung operativ qualifizierter Leistungen ist meist im Vergleich zur

ambulanten Praxistätigkeit bescheiden (*Schmid G. 1994*). Die Arbeitsteilung zwischen Belegarzt und Krankenhaus muss haftungsrechtlich klar geregelt sein. Eine leistungsgerechte Vergütung der belegärztlichen Tätigkeit sollte zusätzliche Anreize bieten. Letztendlich wären die Belegärzte selbst gefordert, den Krankenhausträgern ihre Fachkompetenz zukunftsorientiert und „werbewirksam“ darzustellen (*Schalkhäuser 1994*).

2.2.8 Großgeräte-Praxen in den Kliniken

Ein Sonderfall, der die Kooperation des ambulanten und stationären Sektors in einem Teilbereich institutionalisierte, war bis zum Inkrafttreten des 2. GKV-NOG am 1.7.1997 der § 122 SGB V (Großgerätenutzung). Dort wurde die Standortplanung von medizinisch-technischen Großgeräten sektorenübergreifend geregelt ¹⁸.

Mit Inkrafttreten des 2. GKV-NOG am 1.7.1997 wurde § 122 SGB V abgeschafft. Stattdessen wird es als Aufgabe der Selbstverwaltungspartner gesehen, den wirtschaftlichen Einsatz von medizinisch-technischen Großgeräten insbesondere über Vergütungsregelungen sicherzustellen. Die Kooperation kann sich jetzt je nach Bedarf, Interesse und Kapazität entfalten (*Firnkorn H. J. 1997*).

Diese Sonderregelung bezog sich nur auf ärztliche Dienstleistungen wie Radiologie oder Laborpraxen, die mit medizin-technischen Großgeräten erbracht werden.

2.2.9 Praxiskliniken (§ 115 SGB V)

Der § 115 SGB V sieht die Förderung sogenannter Praxiskliniken vor. Das sind Einrichtungen, in denen die Versicherten durch Zusammenarbeit mehrerer Vertragsärzte ambulant und stationär versorgt werden (§ 115 Abs. 2 Nr. 1 SGB V).

Es handelt sich hier weniger um eine neue Kooperationsform als um die Möglichkeit, neue „Kleinkliniken“ zu schaffen (*Firnkorn H.J. 1997*). Mit dem Begriff „Praxisklinik“ kann der niedergelassene Arzt der Öffentlichkeit gegenüber deutlich machen, dass eine über die

¹⁸Die Standortplanung wurde auf Länderebene von eigens hierfür gebildeten Großgeräteausschüssen vorgenommen. In diese Abstimmungsprozedur sollten u.a. Aspekte der Mitnutzung Dritter und Leistungserfordernisse eingehen. Diese Regelung schien jedoch in Teilbereichen nicht effektiv zu greifen. So hat sich die Gesamtzahl der aufgestellten Großgeräte seit 1993 von 2.118 auf 2.845 im Jahre 1997 vergrößert (*Sachverständigenrat S. 116 Rdnr.169*).

ambulante Versorgung hinausgehende Betreuung seiner Patienten in der Praxis erfolgt. Somit muss der Praxisinhaber für Verpflegung, Hilfspersonal, Rufbereitschaft, Notfallanlage und ggf. Übernachtungsmöglichkeiten sorgen. Die Vergütung seiner Leistung erfolgt durch die Kassenärztliche Vereinigung aus dem Sektor der niedergelassenen Vertragsärzte (§ 115 SGB V, *Firnkorn H.J. 1997*).

2.2.10 Zusammenarbeit bei der Durchführung des Notdienstes (§ 115 SGBV)

Seit dem GRG 1988 schließt der Gesetzgeber gemäß § 115 des SGB V „die Zusammenarbeit bei der Gestaltung und Durchführung eines ständig einsatzbereiten Notdienstes“ ein, „um durch enge Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und zugelassenen Krankenhäusern eine nahtlose ambulante und stationäre Behandlung der Versicherten zu erreichen“¹⁹ (*zitiert: § 115 Abs.1 bzw. Abs.2 Nr.3 SGB V*). Ausgenommen wird dabei die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes (§ 75 SGB V; *Schneider G. 1994*).

Die Verträge müssen hierzu dreiseitig zwischen den Verbänden der Krankenkassen, den Krankenhäusern und den Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbart werden. Die Vergütung erfolgt durch die Kassenärztliche Vereinigung, sofern keine stationäre Aufnahme des Patienten erfolgt (§ 115 SGB V, *Firnkorn H.J. 1997*).

2.3 Strukturmodelle in der ambulanten Notfallversorgung

Während die unter 2.2 genannten Elemente der ambulanten und stationären Integration nicht die Notfallversorgung ambulanter Patienten einbezieht, fokussieren sich gerade Kooperationsmodelle der jüngsten Vergangenheit auf die ambulante Notfallversorgung. Hinter der Idee, neue Kooperationsstrukturen (z. B. „vernetzte Praxen“) weiterzuentwickeln, steht der Wunsch der Ärzteverbände, mehr Verantwortung zu übernehmen und die Selbstverwaltung zu stärken. Als wichtigstes Ziel erhoffte man sich dadurch eine langfristige Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens (*Westebbe P.W. 1998*).

¹⁹ siehe Punkt 2.1.1 und 2.1.4

2.3.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen der Strukturmodelle

Mit dem 2. NOG 1997 und dem Gesundheitsreformgesetz 2000 bestehen nunmehr wie folgt drei rechtliche Ansätze, Kooperationen zwischen dem ambulanten und stationären Sektor zu entwickeln und zu institutionalisieren:

2.3.1.1 Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgung (§§ 63 ff. SGB V)

Die mit 1. Juli 1997 im Rahmen des 2. NOG in Kraft getretenen Modellvorhaben (§§ 63 ff. SGB V) erlauben den Ärzten neue Kooperationsformen zu schaffen - jedoch nur unter dem Vorbehalt der Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigungen. Krankenkassen und ihre Verbände können zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit einzelnen Ärzten Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung durchführen oder nach § 64 SGB V vereinbaren (§ 63 Abs. 1 SGB V).

Die Modellvorhaben ermöglichen die Erprobung von Leistungen zur Früherkennung und Behandlungen von Krankheiten, die noch keine Regelleistungen der GKV sind. Sie bieten größere Freiheiten für die Vertragspartner in der Gestaltung der Verträge, weil nicht alle Bestimmungen des SGB V zu beachten sind – jedoch stellt der Gesetzgeber drei wichtige Anforderungen: Die Modelle müssen in den Satzungen der Krankenkassen verankert sein, sie müssen wissenschaftlich evaluiert werden (§ 65 SGB V) und sind zeitlich auf acht Jahre begrenzt (§ 63 Abs. 5 SGB V). Das bedeutet, dass sie nach der Evaluationsphase entweder in die Regelversorgung aufgenommen werden – oder der Modellversuch wird als gescheitert angesehen und damit beendet (*Laschet H. 2000*).

Auf der Grundlage des § 63 SGB V gingen vor allem indikationsspezifische Modellvorhaben, aber auch Praxisnetze mit dem Ziel der besseren Kooperation an die Erprobung. Die Verträge schloss die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung mit der entsprechenden Krankenkasse ab (*KVB 1999, KVB 1998*).

2.3.1.2 Strukturverträge (§ 73a SGB V)

Ebenfalls in der Folge des 2. NOG 1997 wurde die Regelung der Strukturverträge (§ 73a SGB V) verabschiedet.

Durch die Strukturverträge wird es den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen ermöglicht, Versorgungs- und Vergütungsstrukturen zu vereinbaren. Dadurch soll dem vom Versicherten gewählten Hausarzt oder einem von ihm gewählten Verbund haus- und fachärztlicher tätiger Vertragsärzte (vernetzte Praxen) Verantwortung für die Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung übertragen werden. Das bedeutet im einzelnen, dass die Verantwortung für die ärztlich veranlassten Leistungen insgesamt oder für inhaltlich definierte Teilbereiche dieser Leistungen übertragen und hierfür ein Budget vereinbart wird (§ 73a Abs.1 SGB V). Dieses Budget ist ein sogenanntes kombiniertes Budget, das heißt, die in der Regelversorgung getrennten Budgets für ärztliche Gesamtvergütung, Klinikausgaben, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sowie für häusliche Pflege und Rehabilitation sollen in einem Budget zusammengelegt werden (*Glöser S. 2000b*)

Die Strukturverträge zielen - oft indikationsbezogen - auf eine Verbesserung der ambulanten Versorgung ab. Beispiele dafür sind die Verträge zur Verbesserung der Diabetiker-Versorgung oder Verträge zur Förderung des ambulanten Operierens in vielen KVen. Diese Verträge haben aber auch eine Erweiterung der ambulanten ärztlichen Patientenversorgung mit Vermeidung von unnötigen Krankenhauseinweisungen zum Ziel. Praxisnetze auf dieser gesetzlichen Basis entstanden in Folge in Berlin²⁰, im Ried²¹, in Rendsburg²² und Südbaden²³ mit den jeweiligen regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen (*KBV 1998*).

Strukturverträge gehören zur Regelversorgung, sie müssen daher im Unterschied zu den Modellvorhaben nicht evaluiert werden und unterliegen keiner zeitlichen Begrenzung (*Laschet H. 2000*).

²⁰ Vertragspartner: Praxisnetz Berliner Ärzte, KV Berlin, BKK-LV OST und TK

²¹ Vertragspartner: Medizinische Qualitätsgemeinschaft im Ried, KV Hessen, VdAK/AEV

²² Vertragspartner: Medizinische Qualitätsgemeinschaft Rendsburg, KV Schleswig-Holstein, VdAK und AEF

²³ Vertragspartner: Modell Qualität und Humanität, KV Südbaden, AOK Baden-Württemberg)

2.3.1.3 Integrierte Versorgung (§ 140 a-h SGB V)

Mit dem im Januar 2000 in Kraft getretenen Gesundheitsreformgesetz soll nun explizit die „integrierte Versorgung“ gefördert werden. Gemäß § 140a Abs.1 SGB V sollen „Integrierte Versorgungsformen“ eine - verschiedene Leistungssektoren übergreifende - Versorgung der Versicherten“ ermöglichen.

Es wird hiermit die Vernetzung mindestens zweier Versorgungsbereiche vorausgesetzt. Im Unterschied zu den bisherigen Strukturmodellen können die Krankenkassen auch ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung mit einzelnen niedergelassenen Ärzten oder Ärztenetzen, zum Beispiel im Verbund mit Krankenhäusern, Verträge über integrierte Versorgungsformen schließen (§ 140b SGB V). Allerdings wurden die Krankenkassen und die KBV verpflichtet, die Eckpunkte in einer Rahmenvereinbarung festzulegen (§ 140d SGB V).

Damit wurde einer Empfehlung des Sachverständigenrates Folge geleistet, wonach ein Ansatz für die integrierte Krankenbetreuung darin gesehen wurde, dass es Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten erlaubt werde, ein umfassendes Versorgungsangebot von ambulanter Diagnostik, ambulantem Operieren, teilstationärer oder stationärer Behandlung sowie ambulanter oder stationärer Nachsorge aus einer Hand durchzuführen“ (*Sachverständigenrat 1995 Rd.Nr. 243*).

Zur Einhaltung der Globalbudgets sollen die sektoralen Budgets um die Vergütungsbeiträge gekürzt werden, die im Rahmen von Direktverträgen (sogenannten Integrationsbudgets) gezahlt werden.

D. von Stillfried und H. Laschet sehen in der Bereinigung der gesetzlich vorgeschriebenen sektoralen Budgets um die sogenannten Integrationsbudgets die Gefahr zusätzlicher finanzieller Belastungen für die vertragsärztliche Versorgung. Das Gefahrenpotential hänge maßgeblich davon ab, nach welchen Kriterien der Vergütungsanteil der integrierten Versorgung an den sektoralen Budgets bestimmt wird (*Laschet H. 2000; von Stillfried D. 1999; Hillebrandt H 2000*).

Weiterhin wird die Gefahr der Direktverträge darin gesehen, dass verstärkt Anreize zur Risikoselektion geschaffen werden. Die Anreize zur Risikoselektion würden in dem Maße gesetzt werden, in dem Budgetanteile und Risikostruktur der zu versorgenden Patienten

abweichen (von Stillfried D. 1999). Den Krankenkassen, die durch Direktverträge in die Verteilung der begrenzten Ressourcen eingreifen können, werden damit alle Möglichkeiten geboten, attraktive Versicherte zu umwerben. Es werden Versorgungsengepässe befürchtet, da das für die Versorgung günstiger Risiken zuviel bezahlte Geld in der Versorgung aufwendiger Patienten fehlt. Die Finanzierung integrierter Versorgungsformen nach den jetzigen Kriterien des Risikostrukturausgleiches²⁴ würde geradezu einen Wettbewerb um die besten Strategien der Risikoselektion eröffnen. Um die Risikoselektion auszuschließen müsste ein leistungsgerechtes Verfahren zur Verteilung der gesetzlich begrenzten Ressourcen diejenigen Risikomerkmale berücksichtigen, die eine zuverlässigere Prognose der voraussichtlichen Ausgabenentwicklung einer Patientengruppe ermöglicht (von Stillfried D. 1999).

Nach dem Grundsatz „Gleiches Geld für gleiches Risiko“ fordert er in der vorgesehenen Rahmenvereinbarung gemäß § 140d SGB V eine Verankerung eines Risikoausgleichs auf der Grundlage eines geeigneten Patientenklassifikationssystems²⁵ sowie die gesetzliche Einbindung der Kassenärztlichen Vereinigungen als zwingender Vertragspartner (von Stillfried D. 1999).

Bislang sind noch keine auf § 140 SGB V beruhende Projekte bekannt geworden.

2.3.2 Vernetzte Praxen (Stand 2001)

Wie bereits in Punkt 2.3.1. erwähnt, initiierten Niedergelassene Haus- und Fachärzte unterschiedlicher Disziplinen seit 1996 in unterschiedlichen Regionen bundesweit inzwischen über 200 Projekte mit Modellcharakter, sogenannte „Praxis-Netze“ oder „vernetzte Praxen“ auf der Basis oben genannter Modellvorhaben nach § 63 ff SGB V und Strukturverträgen nach § 73a SGB V (Westebbe P.W. 1998; Glöser S. 2000a).

²⁴ Der derzeitig vorgesehene Risikostrukturausgleich bezieht nur die Merkmale Alter und Geschlecht mit ein, die jedoch weniger als vier Prozent des Versicherungsrisikos erklären. Die unterschiedlichen Belastungen, die sich bei gleicher Alters- und Geschlechtsstruktur aus Morbidität oder Inanspruchnahme der Versicherten ergeben, werden indes nicht ausgeglichen (von Stillfried D. 1999).

²⁵ Die beste Prognose für den voraussichtlichen Versorgungsaufwand je Patient ergibt sich aus der Summe folgender Faktoren:

- Bisherige Ausgaben,
- Diagnosen und angewendete Behandlungsverfahren,
- Komorbidität, Komplikationen, Schweregrad der Erkrankungen,
- Sozialer Status der Versicherten (von Stillfried D. 1999).

Begonnen hat diese Entwicklung mit der Idee, durch mehr Kommunikation, Koordination und Kooperation die medizinische Versorgung der Bevölkerung zu verbessern und zugleich Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen. Einer der Vordenker, P. Schworer, der ehemalige zweite Vorsitzende der KBV, sah vor allem Wirtschaftlichkeitsreserven an der Schnittstelle ambulanter und stationärer Versorgung. In einem integrierten ambulanten Versorgungssystem sollte der Patient erst in eine Klinik eingewiesen werden, wenn niedergelassene Haus- und Fachärzte sowie ambulante Pflegedienste keine ausreichende Betreuung mehr sicherstellen können (Glöser S. 2000a). Erklärtes Ziel der Praxisnetze der Niedergelassenen ist auch weiterhin, nicht notwendige Krankenhausaufenthalte zu vermeiden und die Verweildauer im stationären Bereich zu kürzen.

Bislang gibt es keine gültige Definition von Netzen. „In gewisser Weise erfindet jede Gruppe von Ärzten, die sich zusammenschließt, das Netz neu“²⁶ (zitiert: Westebbe P.W. 1998). Auch wenn die Struktur der einzelnen Netze stark von regionalen Besonderheiten abhängt, haben sich bislang bestimmte „Netzbausteine“²⁷ herauskristallisiert (Glöser S. 2000a).

Ein wesentlicher Vorteil der Praxis-Vernetzung ist die gemeinsame Nutzung medizinisch-technischer oder organisatorischer Ressourcen. So zum Beispiel ermöglichen gebildete Personalpools mit Praxisangestellten eine flexible Anpassung an die Auslastung der einzelnen Praxen. Eine Qualitätssicherung durch die verpflichtende Teilnahme der Ärzte an Qualitätszirkeln ist bei vielen Praxisverbänden eine Voraussetzung (Hagmann H. et Nerlinger T. 1998).

²⁶ So sieht T. Kolb in der Vernetzung einen systemtheoretischen Ansatz, der davon ausgeht, dass jeder Leistungserbringer im Versorgungsprozeß das erledigen soll, was er unter medizinisch-technischen, organisatorischen oder ökonomischen Gesichtspunkten am besten kann (Kolb T. 2000).

²⁷ Typische „Netzbausteine“ (Glöser S. 2000a)

- Qualitätszirkel, Fall- oder Netzkonferenzen, in denen die Ärzte zusammenarbeiten
- Patientenbegleitbrief, in dem bereits erhobene Befunde und Medikamente des Patienten dokumentiert und so Doppeluntersuchungen vermieden werden sollen
- Anlaufpraxen, die während der sprechstundenfreien Zeit geöffnet sind
- Leitstellen, die den Ärzten beispielsweise Pflegedienste oder Krankenhausbetten vermitteln oder Ansprechpartner für die Patienten sind
- Netzmanagement, das die verschiedenen Aktivitäten koordinieren soll
- Zweitmeinungsverfahren als Qualitätssicherungsinstrument: Ein zweiter Arzt gibt zu einem bestimmten Fall oder bei bestimmten Indikationen seine Meinung ab, z. B. bevor Patienten ins Krankenhaus eingewiesen werden.
- Gerätepool: Praxisnetze legen sich – genossenschaftlich organisiert – einen Gerätepool zu, den sie gemeinsam nutzen.

Als Beispiel soll eines der „bekanntesten“ Praxisnetze, die „Medizinische Qualitätsgemeinschaft Rendsburg“ (MQR) näher beschrieben werden. Sie ging im Oktober 1996 - noch vor dem 2. NOG 1997 - als erstes Arztnetzwerk an den Start. 1997 wurde sie als Modellvorhaben gemäß § 63 vereinbart²⁸. Eine Anlaufpraxis wurde in der Nachbarschaft des Kreiskrankenhauses mit der Einrichtung einer Leitstelle zur Koordinierung der Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Ärzten sowie Sozial- und Pflegediensten gegründet. Neben der notärztlichen Betreuung in der Anlaufpraxis (Mo-Fr 19.30h-21.30h, Sa/So 10.00h-12.00h und 16.00-18.00h) wird die Versorgung rund um die Uhr mit einem Hausbesuchsdienst sichergestellt. Der Modellversuch wurde vom VdAK für zwei Jahre mit 3,5 Millionen DM außerhalb der kassenärztlichen Versorgung sowie von der AOK Schleswig-Holstein mit einer Million DM finanziert (*Melchert O. 1998*). Laut Geschäftsführer des Kreiskrankenhauses Rendsburg O. Melchert hat sich jedoch die Patientenzahl des Krankenhauses durch die Arbeit der MQR nicht reduziert, es trat sogar eine qualitative Veränderung ein, die zu personellen und finanziellen Mehrbelastungen geführt hat (*Melchert O. 1998*). Eine genaue Evaluation der Leistungsdaten ist bislang nicht veröffentlicht worden.

Als weiteres Modellvorhaben entstand das Netz „Qualität und Humanität“ in Südbaden sowie in Berlin das „Praxisnetz Berliner Ärzte“.

Auf den ersten Blick stehen die Praxisnetze in direkter Konkurrenz zu den Krankenhäusern. Netzärzte sind in Anlaufpraxen in den Abendstunden, am Wochenende und an Feiertagen präsent und wollen so unnötige Krankenhauseinweisungen vermeiden. Eine Vernetzung ohne oder gar gegen die Krankenhäuser machen jedoch keinen Sinn (*Glöser 1998*). Dennoch haben die strikt voneinander abgeschotteten Versorgungssektoren und gegensätzlichen Interessen die Kooperation bisher behindert (*Laschet H. 1998*). Mehr Freiraum, vernetzte Versorgungsstrukturen zu erproben, wurde durch das 2.NOG 1997 die o.g. Modellvorhaben und Strukturverträge geschaffen: Kassenärztliche Vereinigungen und Kassen konnten Strukturverträge abschließen oder auf acht Jahre befristete Modellvorhaben erproben²⁹.

Seit der Einführung der „Integrierten Versorgung“ zum 01.01.2000 sollen nun immer mehrere Leistungsbereiche übergreifend vernetzt werden³⁰, wobei – wie bereits erwähnt - Krankenkassen mit einzelnen Leistungsanbietern Verträge abschließen können.

²⁸ Als Vertragspartner beteiligten sich ein Zusammenschluss von niedergelassenen Ärzten der Region Rendsburg unter dem o.g. Namen, die KV Schleswig-Holstein und der VdAK Schleswig-Holstein.

²⁹ Siehe Punkt 2.3.1.1 und 2.3.1.2

³⁰ Siehe Punkt 2.3.1.3

Die Kassenärztliche Vereinigung äußert sich kritisch gegenüber dieser Regelung. Sie besteht weiterhin auf ihrem „Monopol“ der flächendeckenden Sicherstellung der ambulanten Versorgung. Laut KV müsse befürchtet werden, dass die anderen, nicht an der integrierten Versorgung teilnehmenden Ärzte benachteiligt werden und ein Wettlauf um die so genannten guten Risiken, die gesunden und somit „billigen“ Versicherten beginnt (*Glöser S. 2000a*).

Der Münchner Soziologe P. Westebbe zieht aus seiner ersten qualitativen Studie über Praxisnetze in Deutschland ein eher nüchternes Fazit. Keines der untersuchten Netze hat der Studie zufolge seine selbstgesteckten Ziele erreicht. Die Ärzte hätten die Aufgabe, neue Versorgungsstrukturen zu schaffen, in ihrer Bedeutung und in den damit verbundenen Schwierigkeiten unterschätzt. Bei vielen Ärzten habe sich inzwischen Ernüchterung und nicht selten Resignation eingestellt. (*Westebbe P.W. 1998*).

Westebbe sieht eines der größten Probleme in der unzureichenden wissenschaftlichen Begleitung. Die statistischen Auswertungen der rund 300 bestehenden Ärztenetze, die gemacht wurden, seien weder zureichend noch aussagekräftig in bezug auf die angestrebten Ziele. „Ohne kompetente wissenschaftliche Begleitung haben die Netze aber kaum eine realistische Möglichkeit, rechtzeitig auf Fehlentwicklungen oder entstehende Schwierigkeiten zu antworten“ (*zitiert: Westebbe P.W. 1998*). Abgesehen davon kann eine sichere Aussage zu Kosteneinsparungen und Qualitätsverbesserungen ohne eine wissenschaftliche Evaluation nicht zu treffen sein (*Christ C. 2000*).

Ein abschließendes Resümé über die vernetzten Praxen ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht möglich, da die Entwicklung der vernetzten Praxen erst am Anfang steht.

Wie sich aus der Übersicht erkennen lässt (siehe Punkt 2.3.3.1), existieren im Rahmen der Praxisnetze viele Anlaufpraxen. Einige Netze kooperieren mit dem Krankenhaus, einige verlegten ihre Anlaufpraxis direkt in das Krankenhaus wie die Praxisnetze in Rendsburg, Kiel, Konstanz, Süderelbe, Saarlouis oder Gelsenkirchen³¹.

³¹ siehe folgenden Punkt 2.3.3.1 !

2.3.3 Bereitschaftspraxen (Stand 2001)

Eine besondere Form der Kooperation zwischen ambulant und stationär hat sich in den letzten Jahren in der ambulanten Notfallversorgung entwickelt. Dies geschah oft zwischen Ärztenetzen und Krankenhäusern, die an der ambulanten Notfallversorgung teilnehmen. Es zeigte sich, dass die Interessenlagen von Krankenhaus und Vertragsärzten vielfach konform sind. Das Krankenhaus hat kein Interesse, die nachts und am Wochenende über die Notfallaufnahme einströmenden Patienten, die nicht stationär aufgenommen werden müssen, von den diensthabenden Ärzten behandeln zu lassen. Dies führt zu einer Mehrbelastung der Ärzte im Bereitschaftsdienst für stationäre Patienten. Hinzu kommt, dass die Erlöse aus dieser Dienstleistung für die Klinik in der Regel nicht kostendeckend sind.

Es liegt also nahe, den Notfalldienst nachts und am Wochenende in die Hände von Vertragsärzten zu legen, die diesen im Krankenhaus ausüben. So werden einerseits die Diensthabenden des stationären Bereichs entlastet, andererseits steht ein breites Spektrum medizinischen Fachwissens und medizinischer Ausstattung zur Verfügung, wenn die Kompetenz des Vertragsarztes nicht mehr ausreicht. Organisatorisch wurde dies bisher nicht gelöst (*Firnkorn H.J. 1997*).

2.3.3.1 Bereitschaftspraxen an Krankenhäusern in der Bundesrepublik Deutschland

Nachfolgend eine Aufstellung von Bereitschaftspraxen an Krankenhäusern im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland, die dem Projekt der „Bereitschaftspraxis Münchener Ärzte am Klinikum rechts der Isar“ ähnlich sind. Die Aufstellung beruht auf einer Veröffentlichung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Referat „Neue Versorgungsformen und Kooperation im März 1999. Sie erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit (*KBV 1999*).

Praxisnetze mit Anlaufpraxen an Krankenhäusern

Medizinische Qualitätsgemeinschaft Rendsburg (MQR)

KV Schleswig-Holstein

Anlaufpraxis am Krankenhaus (seit 06.12.1999)

(*Melchert O. 1998, Glöser S. 2000a*)

Regionales Praxisnetz Kiel (RPN-K)
KV Schleswig – Holstein
Anlaufpraxis am Krankenhaus (seit 01.11.1999)

Vernetzte Praxen Konstanz
KV Südbaden
Notfallpraxis am Klinikum Konstanz (seit 1999)

Ärzte – Qualitätsnetz Süderelbe (ÄQUALIS)
KV Hamburg, Ärzte-GmbH
Notfallpraxis am Krankenhaus

Qualitätsgemeinschaft Praxisnetz Gelsenkirchen
KV Westfalen-Lippe, Ärzte-Verein
Notfallpraxis am Krankenhaus

Wiesbadener Modell
KV Wiesbaden, Ärzte-Verein
Notfallpraxis an der Asklepios Klinik Wiesbaden
(Christ C. 2000; Coy P. et Ludwig E.1998)

Ärztetz Rhein-Main
KV Hessen
Notdienstpraxis am Krankenhaus Rüsselsheim (seit April 1998)

Praxisnetz Berliner Ärzte
Betriebskrankenkassen
Notfallpraxis am Krankenhaus

Bisher wurde zu keiner der genannten Praxismodelle eine wissenschaftliche Evaluation im Hinblick auf die Kooperation mit dem Krankenhaus publiziert.

2.3.3.2 Bereitschaftspraxen in München (Stand 2001)

Die folgende Zusammenstellung gibt den Stand von September 2001 wieder. Die meisten dieser Bereitschaftspraxen wurden in den Jahren 1998 und 1999 gegründet. Nur die KV – eigene Bereitschaftspraxis am Elisenhof wurde 1996 eröffnet.

Die Bereitschaftspraxen Südost, Neuhausen, Schwabing und Nord waren zuerst in Praxisräumen gegründet worden. Aufgrund der positiven ersten Veröffentlichungen der Bereitschaftspraxis Rechts der Isar erfolgte eine Verlegung in das Städtische Krankenhaus Neuperlach, bzw. Rot – Kreuz – Krankenhaus und in das Städtische Krankenhaus Schwabing.

Tabelle 4

Bereitschaftspraxen in München

Name der Praxis	Anschrift	Trägerschaft/ Praxisort
Stadtmitte (Elisenhof)	Elisenhofstr. 3	KV-Bezirksstelle, eigene Räume
Südost	Oskar Maria Graf Ring 51	Ärzte-GmbH, anfangs Praxisräume, seit 1999 städt. KH
Klinikum rechts der Isar	Ismaninger Str. 22	Ärzte-GmbH, Uniklinikum
Schwabing	Kölner Platz 1	Ärzte-GmbH, anfangs Praxisräume, seit 2000 städt. KH
Süd	Boschetsriederstr. 75	Praxisgemeinschaft, Praxisräume
Harlaching MQM	Sanatoriumsplatz 2	Praxisnetz; städt. KH
Neuhausen – Moosach	Rotkreuzplatz	Ärzte-GmbH; anfangs Praxisräume, seit 1999 städt. KH
München West	Schmiedwegerl 2	Ärzte-GmbH; gynäkologische Privatklinik
Kinderärzte im KH Harlaching	Sanatoriumsplatz 2	Ärzte-Verein; städt. KinderKH

2.3.4 Bereitschaftsdienstordnung

Als Reaktion auf die sich bildenden Bereitschaftspraxen hat der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern (KVB) am 25.06.1999 die ärztliche Versorgung während der sprechstundenfreien Zeiten durch entsprechende organisatorische und finanzielle Regelungen sichergestellt“ (*KVB 1999*).

Auf dieser Grundlage der sog. Bereitschaftsdienstordnung der KVB („BDO-KVB“) hat die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns nun auch einen ärztlichen „Bereitschaftsdienst“ als Notdienst organisiert. Demnach sind alle Vertragsärzte zur Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung verpflichtet. Der Dienst in den Bereitschaftspraxen, die von den jeweiligen KVB-Bezirksstellen eingerichtet wurden, gilt als Teilnahme am organisierten vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst und wird nach den Allgemeinen Bestimmungen Teil B Nr. 1.4 des EBM budgetneutral vergütet, d. h. die Behandlungsfälle stellen keine budgetrelevanten Fälle dar (*KBV 1999*).

Mit der Bereitschaftsdienstordnung wird die Bildung von Bereitschaftspraxen, auch wenn sie durch niedergelassene Ärzte und nicht von der KVB betrieben werden, begrüßt und die rechtlichen Voraussetzungen für die Genehmigung bekanntgegeben³². Dabei erfolgt die Vergütung „entsprechend den im Gesamtvertrag bzw. im HVM (Honorarverteilungsmaßstab) für Notfallbehandlungen im organisierten vertragsärztlichen Bereitschaftspraxis getroffenen Regelungen“ (*KVB 1999*), d. h. die Behandlungsfälle stellen keine budgetrelevanten Fälle dar.

An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass diese Vergütungsregelung nur für genehmigte Praxen Gültigkeit hat. Die Genehmigung hängt jedoch letztlich von der Zustimmung des Vorstandes der KVB-Bezirksstelle ab.

³² „Die Genehmigung gemäß Nr. 1 für die Einrichtung einer Bereitschaftspraxis kann erteilt werden, wenn

- 2.1. die Bereitschaftspraxis zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung der Patienten zu Zeiten des organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienstes beiträgt,
- 2.2. die Betreiber gegenüber der KVB-Bezirksstelle die Gewähr für den ordnungsgemäßen Betrieb der Bereitschaftspraxis übernehmen,
- 2.3. die Betreiber gegenüber der KVB-Bezirksstelle nachweisen, dass eine geprüfte Einnahmen-/Ausgabenplanung einen wirtschaftlichen Betrieb erwarten lässt bzw. ex post bestätigt,
- 2.4. die Genehmigung des zuständigen ärztlichen Bezirksverbandes gemäß § 18 Abs.1 Berufsordnung der Ärzte Bayerns zum Betrieb einer Zweigpraxis vorliegt.

2.4 Bewertung der Schnittstelle zwischen ambulanten und stationären Versorgungssektoren

Nach Einschätzung von Experten ist trotz der verschiedenen Ansätze, die der Gesetzgeber in den vergangenen Jahren initiiert hat, das Problem der mangelnden Kooperation des ambulanten und stationären Sektors noch nicht befriedigend gelöst.

Durch die Regelung des § 115 - vor- und nachstationären Behandlung sowie ambulantes Operieren³³ - bleiben die in den institutionellen und organisatorischen Strukturen liegenden Interessengegensätze der beiden Versorgungsbereiche weiterhin unverändert bestehen (*Sachverständigenrat 1994 RdNr. 362*). Insbesondere mit der Regelung der vor- und nachstationären Behandlung (§115a) hat sich der Gesetzgeber gegen die personelle Verzahnung und damit gegen das medizinische Argument der Behandlungskontinuität entschieden. Bei der institutionellen Verzahnung bleibt der Arztwechsel unweigerlich systemimmanent (*Sachverständigenrat 1994 RdNr. 359*).

Abgesehen davon stellt sich der Sachverständigenrat die Frage, ob ein Konzept, das auf eine Verbreiterung des Leistungsspektrums der Krankenhäuser unter Beibehaltung der gegenwärtigen strukturellen Rahmenbedingungen – der vertragsärztlichen Versorgung einerseits und der Krankenhausversorgung andererseits – setzt, eine zukunftsweisende Strategie der Integration ambulanter und stationärer Versorgung sein kann. Mit der Regelung des ambulanten Operierens (§115b) ist die Gefahr der Schaffung zusätzlicher, nicht bedarfsgerechter Kapazitäten verbunden. Weiterhin wird ein Risiko darin gesehen, dass eine Verlagerung ambulanter Operationsaktivitäten aus der vertragsärztlichen Versorgung in die Krankenhausversorgung den ökonomisch induzierten Anreiz zur Steigerung der Leistungsfrequenz nunmehr auf die Krankenhaus-Ambulanz überträgt (*Sachverständigenrat 1995 RdNr. 249*).

Das Belegarztwesen³⁴ ist ein integratives Element im Krankenversorgungssystem mit einer langen Tradition im deutschen Gesundheitswesen. In den letzten Jahren jedoch hat sich der früher deutlich höhere Anteil belegärztlich tätiger Allgemeinärzte und Internisten erheblich verringert. Das Belegarztssystem ist heute nur wenigen spezifischen fachärztlichen Disziplinen vorbehalten (*Hoppe J. 1997; Arnold M. 1987a*). Der Gesetzgeber hat hinsichtlich dieser

³³ Siehe Punkt 2.2.1 und 2.2.2

³⁴ Siehe Punkt 2.2.7

traditionellen Form von sog. personeller Verzahnung leider keine neuen Akzente gesetzt oder setzen können. Der Sachverständigenrat ist jedoch der Auffassung, „dass hier Fortentwicklungsmöglichkeiten bestehen, die im Interesse eines nahtlosen Übergangs zwischen ambulanter und stationärer Versorgung genutzt werden sollten, da zusätzlich zu dem Vorteil der ambulanten und stationären Betreuung „aus einer Hand“ auch den vor allem aus der Sicht des Patienten nicht zu unterschätzenden Vorteil der freien Arztwahl im stationären Bereich bietet“ (*zitiert: Sachverständigenrat 1994 RdNr. 364*).

Die zweite traditionelle Versorgungsform der sog. personellen Verzahnung – die persönliche Ermächtigung von Krankenhausärzten³⁵ - könnte ebenfalls eine Kontinuität in der Krankenbehandlung gewährleisten. Es werden auch hier vom Sachverständigenrat Chancen für eine verbesserte integrative Patientenversorgung gesehen, die genutzt werden sollten (*Sachverständigenrat 1994 RdNr. 364*). Die Tätigkeitsfelder für ermächtigte Krankenhausärzte werden jedoch durch Institutsermächtigungen³⁶ so eingeengt, dass deren Nebentätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung für den Krankenträger und den ermächtigten Arzt finanziell uninteressant wird. Eine Relevanz für die Versorgung der großen Patientenströme besteht demnach für die persönlichen Ermächtigungen nicht.

Gleiches gilt auch für die Versorgungsform der Instituts- und Spezialambulanzen³⁷. Der Sachverständigenrat äußert sich zudem sehr kritisch gegenüber dieser institutionellen Verzahnung. Seiner Auffassung nach käme man mit einer Priorisierung der Institutsbeteiligungen an der Krankenversorgung dem Ziel nicht näher, eine nahtlose Kontinuität in der Krankenbehandlung herzustellen (*Sachverständigenrat 1995 RdNr. 234*).

Die Möglichkeit der ambulant-stationären Verzahnung hinsichtlich der Großgerätenutzung³⁸ in den Kliniken kann in der Regel nur von Radiologen und Laborärzten wahrgenommen werden. Ziel der Großgerätekooperationen ist vorrangig die Anschaffung, der Betrieb und die Refinanzierung besonders teurer Medizingeräte, die für niedergelassene Ärzte ohne einen derartigen Kooperationsvertrag nicht möglich wäre.

Bei den Praxiskliniken handelt sich nicht um eine neue Kooperationsform (*Firnkorn H.J. 1997*). Die Praxiskliniken sind in der Regel reine vertragsärztliche Praxen, die mit der

³⁵ Siehe Punkt 2.2.3

³⁶ Siehe Punkt 2.2.4

³⁷ Siehe Punkt 2.2.5 und 2.2.6

³⁸ Siehe Punkt 2.2.8

Kassenärztlichen Vereinigung abrechnen. Eine „echte“ Schnittstelle bzw. Verzahnung zwischen dem ambulanten und stationären Bereich besteht hier nicht .

In der Notfallversorgung liegt das Problem darin begründet, dass die ambulante Erstversorgung häufig in den Kliniken stattfindet, die strukturell nur auf stationäre Behandlung ausgerichtet sind. Überlastete und im Defizit arbeitende Notambulanzen sind die Folge (*Dale J. et al. 1995*).

In den letzten fünf Jahren gab es eine Vielzahl von Gründungen von Praxisnetzen. Diese Entwicklung führte zwar zu einer Vielzahl von Anlauf- und Bereitschaftspraxen³⁹ für die ambulante Notfallversorgung. Die Praxen jedoch boten die Patientenversorgung zunächst unabhängig von einem Krankenhaus an. Patienten gingen jedoch weiterhin in die Krankenhausambulanzen, da sie zum einen bekannt und zum anderen für „alle Fälle“ eine weitaus größere medizintechnische Kapazität zur Verfügung stellen. Dies hat dazugeführt, dass mittlerweile eine Reihe von Praxisnetzen bzw. Bereitschaftspraxen ihren Sitz an eine Klinik verlegt haben.

Offen ist, ob dies ein tragfähiges Modell und ein Ansatz ist, die Kooperation zwischen beiden Sektoren in der Notfallversorgung zu verbessern.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass eine sektorenübergreifende und patientenorientierte Integration von Behandlungsabläufen insbesondere auch in der ambulanten Notfallversorgung durch die bisherigen Maßnahmen nicht gewährleistet werden kann. Das Grundproblem der Trennung der Versorgungssektoren ist bisher noch nicht gelöst.

³⁹ Punkt 2.3.3

3. Studienobjekt: Das Integrationsmodell

3.1 Bereitschaftspraxis Münchner Ärzte am Klinikum rechts der Isar – eine von Hausärzten geführte Bereitschaftspraxis im Universitätsklinikum

Das untersuchte Modellprojekt, die „Bereitschaftspraxis Münchner Ärzte am Klinikum rechts der Isar“, ist eine von Hausärzten geführte Bereitschaftspraxis in einem Universitätsklinikum. Die Praxis wurde von einer Ärzte-GmbH mit zwanzig Kollegen im Oktober 1998 gegründet. Die Ärzte behandeln in Räumen des Klinikums außerhalb der Sprechzeiten niedergelassener Ärzte Patienten, die ansonsten auf eigene Veranlassung die Notambulanzen des Klinikums aufgesucht hätten.

Im Unterschied zu den bereits bestehenden Notdienstpraxen wird die Bereitschaftspraxis ausschließlich selbstfinanziert, selbstorganisiert und eigenverantwortlich – *ohne* jegliche finanzielle oder organisatorische Fremdhilfe, z. B. der KV – geführt.

3.1.1 Organisation und Zielsetzung

Auf Initiative des ärztlichen Direktors des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München, Professor Dr. J. R. Siewert und der UP - Universeller Praxisservice GmbH wurde ein Modellprojekt initiiert, um durch eine Integration von ambulantem und stationärem Arbeitsbereich eine verbesserte Versorgung in den Ambulanzen der Universitätsklinik anbieten zu können. Es handelt sich hierbei um eine räumlich wie ablauforganisatorisch voll in die Notfallversorgung des Klinikums integrierte Bereitschaftspraxis, die während der Bereitschaftsdienstzeiten eine allgemeinärztliche Behandlung - neben den spezialisierten Fachambulanzen der Polikliniken - anbietet.

Die UP - Universeller Praxisservice GmbH gab als Ziel ihres Projektes an, die Klinik von einer hohen Anzahl ambulanter Patienten zu entlasten, um die Defizite der Notfallambulanzen des Klinikums zu reduzieren. Gleichzeitig sollen niedergelassene Allgemeinärzte diese ambulanten Patienten qualifiziert behandeln, wie es nach dem Sicherstellungsauftrag

vorgesehen ist. Es wurde vermutet, dass die Gelder für die eingesparte ambulante Klinikbehandlung in den vertragsärztlichen Bereich überführt werden können.

Als Organisationsstruktur für die von Hausärzten geführte Bereitschaftspraxis im Klinikum bedurfte es auf der Seite der niedergelassenen Ärzte einer geeigneten Organisationsstruktur in Form einer GbR, bzw. später einer GmbH.

Im Frühjahr 1998 wurde von ca. zwanzig Allgemeinärzten und hausärztlichen Internisten, die alle in der näheren Umgebung des Klinikums rechts der Isar niedergelassen sind, eine Vorgründungs-GbR ins Leben gerufen. So konnten zum einen eine Wirtschaftlichkeitsberechnung durchgeführt sowie erste Konzepte entworfen werden. In einem Brainstorming wurde die Motivation der Ärzte für das Projekt zusammengetragen. Als die drei wichtigsten Punkte wurden hierbei "neue Wege gehen", "ein zweites finanzielles Standbein aufbauen" und "raus aus dem Einzelkämpferdasein" genannt.

Aus dieser GbR bildete sich im Juni 1998 die Universeller Praxisservice GmbH mit dem Ziel, die ambulante und stationäre Verzahnung in dem Modellprojekt der Bereitschaftspraxis umzusetzen. Sie war somit in erster Linie der Rahmen, um die Tätigkeit in den Notfallambulanzen zu organisieren.

Durch diese formulierten Ziele ist gleichzeitig die Ausgangsbasis für eine neue Versorgungsstruktur geschaffen, in der die bisherige Trennung zwischen dem ambulanten und stationären Notversorgungssektors relativiert werden könnte. Damit wäre die Integration einer hausärztlich-ambulanten und fachärztlich-stationären Notfallversorgung eines Großklinikums mit all seinen Vorteilen realisierbar. Unmittelbar und vor Ort könnte entschieden werden, ob ein Patient „nur“ einer ambulant-allgemeinärztlichen Behandlung bedarf oder eine fachärztliche Therapie einer universitären Notfallambulanz mit der Option einer sofortigen stationären Versorgung in Anspruch nehmen muss. Die Philosophie der Ärzte-GmbH lautete:

„Wir wollen so arbeiten, wie wir es von der freien Praxis her gewohnt sind:
Selbstfinanziert – Selbstorganisiert – Eigenverantwortlich.“

Die Finanzierung des Projektes erfolgt ausschließlich mit selbsterbrachten Mitteln ohne Zuschüsse von Seiten der KV, Pharmaindustrie oder Krankenkassen. Die Ärzte organisierten sich selbst ohne Beteiligung einer Managementfirma. Jeder Arzt wird für sein medizinisches

Handeln in der Bereitschaftspraxis selbst verantwortlich gemacht. Gewinne der GmbH waren vorerst nicht vorgesehen.

Alle Gesellschafter leisteten eine gleich hohe Einlage als Vorfinanzierung. Ein Ehrenkodex regelt die internen Umgangsformen. Nahezu jeder Gesellschafter wurde mit einem Aufgabenressort für die Realisierung des Projektes beauftragt. Die Geschäftsführung wurde einer Diplomkauffrau übertragen. Für Projektleitung, Konzeptentwicklung und Qualitätssicherung wurde je einer der beteiligten, niedergelassenen Ärzte als Verantwortlicher benannt.

Die Bereitschaftspraxis Münchner Ärzte im Klinikum Rechts der Isar arbeitet derzeit ohne Kooperationsvertrag mit der KVB.

3.1.2 Praxisbetrieb und Ausstattung

Die Praxis wird mit Fachärzten für Allgemeinmedizin und hausärztlichen Internisten besetzt, die in der Stadt und dem Landkreis München niedergelassen sind. In der Regel werden Patienten behandelt, die aufgrund ihrer Erkrankung oder Verletzung von Fachärzten für Allgemeinmedizin versorgt werden können.

Vertraglich wurde mit dem Klinikum vereinbart, dass Patienten nicht in der Bereitschaftspraxis behandelt werden, die einen Arbeitsunfall haben (sog. D13 – Verfahren), eine Über- oder Einweisung mitbringen, liegend mit Rettungsdienst oder dem Notarzt gebracht werden oder es aus persönlichen Gründen nicht wünschen.

Die 230 qm großen, abgeschlossenen Räumlichkeiten, die von der Klinik zur Verfügung gestellt wurden, teilen sich auf in die Anmeldung, zwei Untersuchungsräume, ein EKG- und Sonographie-Raum, ein Verbandsraum, ein Liege- und Infusionsraum, ein Raum für kleine chirurgischen Eingriffe sowie ein Schulungszimmer. Es können alle gängigen technischen Untersuchungen wie EKG, Sonografie, Doppler - Sonografie und Praxislabor (z. B. Urinstix, Blutzuckermessung, Hämocult) durchgeführt werden. Großgeräteleistungen inklusive Röntgen und Blut-Labor werden von der Klinik erbracht, wobei die Röntgenuntersuchungen über Überweisungsschein abgerechnet und die Laboruntersuchungen der UP GmbH in Rechnung gestellt werden.

Jedem Arzt wird für jeden behandelten Patienten eine Kostenpausschale durch die GmbH in Rechnung gestellt. Die behandelten Kassenpatienten werden direkt mit der KV abgerechnet. Die Leistungen für Privatpatienten liquidiert jeder Arzt selbst. Eine festangestellte Ambulanzschwester leitet eine Gruppe von ca. 25 Arzthelferinnen und Krankenschwestern, die auf 630,- DM - Basis beschäftigt werden.

Die Dienstzeiten der Bereitschaftspraxis sind:

Montag, Dienstag, Donnerstag	19:00 - 23:00
Mittwoch, Freitag	14:00 - 23:00
Samstag, Sonntag, Feiertag	08:00 - 23:00.

Bei Überweisungen oder stationären Einweisungen werden die Patienten in die gegenüberliegenden Facharztambulanzen geschickt.

3.1.3 Integration in die Klinikstruktur

Die Bereitschaftspraxis liegt in den Räumen der ehemaligen orthopädischen Ambulanz und ist nur zehn Meter von der Medizinischen Notaufnahme, sowie fünfzig Meter von der Chirurgischen Poliklinik und Radiologischen Ambulanz entfernt. Als Vorleistung der Klinik wurden sie mietfrei für ein Jahr zur Verfügung gestellt. Seit 1999 zahlt die UP GmbH 50% des landesüblichen Mietzinses.

Die Abrechnung der Patientenbehandlung als auch die medizinische Dokumentation erfolgt getrennt vom Datenerfassungssystem des Klinikums.

Mit Gründung der Bereitschaftspraxis wurden Qualitätszirkel zwischen den Klinik- und niedergelassenen Ärzten etabliert. Neben der inhaltlichen, fachlichen Zusammenarbeit war beabsichtigt, durch den interkollegialen Austausch eine gezieltere Einweisung der Patienten des Praxisnetzes und eine frühzeitigere Veranlassung der haus- oder fachärztlichen Behandlung durch niedergelassene Kollegen erreichen zu können.

3.2 Polikliniken des Universitätsklinikums rechts der Isar

Das Klinikum rechts der Isar ist ein Krankenhaus der Maximalversorgungsstufe. Es ist das Universitätsklinikum der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität München. Historisch bedingt und durch seine zentrale Lage ist es die erste Anlaufstation für viele Patienten in München bzw. im Osten von München, wenn gleich sie nur eine ambulant zu behandelnde Erkrankung haben.

3.2.1 Chirurgische Poliklinik

Die Chirurgische Poliklinik ist die chirurgische Ambulanz des Klinikums Rechts der Isar. Die Chirurgische Poliklinik wurde 1996 von 12.048 Patienten frequentiert. Über 9.000 Patienten suchten die Klinik direkt auf, etwa ein Fünftel wurde mit Sanitäter, Rettungswagen oder Hubschrauber eingeliefert. Bei den Notfällen handelte es sich in etwa zwei Drittel um traumatologische Patienten (*Tätigkeitsbericht der Chirurgischen Klinik und Poliklinik 2000*) Nach der klinikeigenen Statistik wurden ziemlich exakt 10% der Notfälle stationär aufgenommen.

3.2.2 Medizinische Nothilfe

Die Medizinische Nothilfe ist die internistische Notaufnahme des Klinikums Rechts der Isar, die als erste Anlaufstelle für Patienten dient, die akut an Beschwerden leiden, die dem Spektrum der Inneren Medizin zugeordnet werden können.

Die Räume der Medizinischen Notaufnahme befinden sich in unmittelbarer Nähe zu den Räumen der Bereitschaftspraxis.

Die Zahl der Patienten, die hier eine erste Versorgung erhielt, betrug im Jahr 5.550. Ein Teil der erstversorgten Patienten konnte entlassen werden, der größere Anteil der Patienten wurde nach Angaben des Klinikums von der Nothilfe auf die Aufnahmestation verlegt (3.327 Patienten, davon verlegt 2.431) und dort unter stationären Bedingungen behandelt (*Tätigkeitsbericht der Chirurgischen Klinik und Poliklinik 2000*).

4. Evaluationsmethodik

Zur Beurteilung der Auswirkungen der Bereitschaftspraxis auf das Klinikum wurden verschiedene Parameter, insbesondere Patientenaufkommen und Leistungsspektrum von Oktober 1998 bis September 1999 mit den Vergleichszeiträumen 1997 und 1998 verglichen.

4.1 Datenerhebung in der Bereitschaftspraxis und den Polikliniken

4.1.1 Datenerhebung in der Bereitschaftspraxis

Zur Erhebung der Leistungsdaten der Bereitschaftspraxis diente als wesentliche Quelle die Auswertungen der Praxiscomputerdaten. Das hierzu eingesetzte Programm „easynet“ von MCS erlaubte mit seiner umfangreichen Statistikfunktion eine Aufbereitung der Daten. Da sich einige Daten im passwortgeschützten Entwicklungsbereich der Software befanden, erfolgte die Auswertung in Zusammenarbeit mit der Entwicklungsfirma. Weiterhin wurden die angeforderten Labor- und Röntgenleistungen vom Klinikum erhoben.

Jeder behandelte Patient wurde von der Praxis mit seinen persönlichen Daten erfasst. Dies ist auch aus Abrechnungsgründen notwendig. In der Regel wurde hierzu die Versichertenchipkarte eingelesen. Ansonsten wurden die Patienten gebeten, einen entsprechenden Erhebungsbogen auszufüllen.

Während bzw. nach einer ärztlichen Behandlung ergaben sich weitere Daten, die in den Computer eingegeben wurden. Jeder Arzt war angehalten, die Abrechnungsziffern und die entsprechenden Diagnosen einzugeben. Quartalsmäßig wurden den Ärzten Fehlerprotokolle zur Korrektur zugeleitet. In der Regel wurden weiterhin die üblichen Formulare wie Überweisung, Einweisung, Röntgenanträge und Rezepte mit dem Computer erstellt. Alle Daten wurden mit dem Programm „excel“ erfasst und ausgewertet.

Eine mögliche Fehlerquelle für die Auswertung der Leistungen der Praxis anhand der Praxiscomputerdaten besteht darin, dass nicht alle Daten elektronisch erfasst wurden.

Grundsätzlich wäre es möglich, am Praxiscomputer vorbei den Patienten zu behandeln, so dass dieser Fall nicht in der Statistik erscheint. Dies kann nach Beobachtung der Autorin nur

in vereinzelt Fällen zutreffen. In diesen Ausnahmefällen handelte es sich meist um nichtversicherte Personen in schwierigen sozialen Lebenslagen z. B. illegale Flüchtlinge, so dass weder mit einer Versicherung noch mit dem Patienten direkt abgerechnet werden konnte. Zur Vermeidung dieser missing data wurde das Praxispersonal kontinuierlich angehalten, jeden Patienten zu erfassen. Dass dieser Effekt nur in einzelnen Ausnahmefällen auftritt, liegt auch darin begründet, dass es im Eigeninteresse eines freiberuflich tätigen Arztes liegt, seine erbrachten Leistungen vergütet zu bekommen, und dies ist nur über die EDV-Erfassung möglich.

Eine wesentlich größere Fehlerquelle sind ausgestellte Überweisungen, Einweisungen und Rezepte, über die die damit verbundene Leistung nicht in Anspruch genommen worden ist. Dieser Fehler kann vor allem bei den Röntgenüberweisungen auftreten, da öfters aufgrund des primären Verletzungsbildes die aufnehmende Schwester einen Röntgenüberweisungsschein ausstellte, ohne dass es nach ärztlicher Untersuchung zur radiologischen Leistung gekommen ist. Da die von der Praxis angeforderten Röntgenleistungen auch durch das Klinikum erhoben wurden, wurden diese als zuverlässigere Berechnungsquelle herangezogen.

Die Laborleistungen wurden dem Arzt, der sie angefordert hat, in Rechnung gestellt. Somit konnte eine sehr exakte Auswertung dieses Leistungsposten erstellt werden.

Eine Beurteilung der ausgestellten Rezepte ist nicht möglich, da die Datenlage der in den Apotheken eingereichten Rezepte nicht erfassbar ist. Die diensthabenden Kollegen waren angehalten, nur kleine Packungen zu verschreiben, so dass der Patient weiterhin seinen niedergelassenen Haus- oder Facharzt aufsuchen muss. Ein von Pharmafirmen bereitgestellter Medikamentenpool in Form von Musterpackungen wurde oft zur Erstmedikation herangezogen und kann so nicht datentechnisch bzw. kostenmäßig erfasst werden.

4.1.2 Datenerhebung in der Chirurgischen Poliklinik

Die Chirurgische Klinik verfügt über ein EDV-System (Fa. Medos), in das die Daten jedes Patienten eingegeben werden. Die standardisierte EDV-Aufnahmemaske von Medos ermöglichte rasch detaillierte Informationen zur Patientenstatistik. Auf diese Weise wurden die EDV-Patienten- und Leistungsdaten der Chirurgischen Poliklinik für die vorliegende Arbeit vom Klinikum rechts der Isar freundlicherweise bereitgestellt. Mit Unterstützung des

Instituts für Medizinische Statistik und Epidemiologie der TU München (IMSE) konnten die gewonnenen Daten ausgewertet werden

4.1.3 Datenerhebung in der Medizinischen Nothilfe

Jeder Patient der Medizinischen Notaufnahme wird in einem zentralen Aufnahmebuch von Hand erfasst. Erhobene Parameter sind die persönlichen Daten des Patienten (Name, Geburtsdatum, Wohnort, Versicherung), die Zutrittsart, das Datum und die Uhrzeit der Aufnahme sowie der Entlassung, Beratungsursache, Diagnose, durchgeführte Untersuchungen sowie deren Ergebnisse und Weiterbehandlung. In diesem Ambulanzbuch erfolgt auch die medizinische Dokumentation.

Die Erhebung der Daten für die Auswertung erfolgte „per Hand“, da die Datenquelle auf keinem elektronischem Datenträger vorlag. Der erhobene Zeitraum reichte von Oktober 1997 bis September 1998 als Vergleichszeitraum, sowie Oktober 1998 bis September 1999 als Untersuchungszeitraum.

4.2 Patientenbefragung

Zur Beurteilung der Patientenströme und der Patientenzufriedenheit in der Bereitschaftspraxis wurde eine Befragung von Patienten, die in der Bereitschaftspraxis behandelt wurden, durchgeführt. Als Datenerhebungstechnik wurde ein schriftlicher Fragebogen gewählt, den die Patienten selbständig vor und nach ihrer Behandlung in der Bereitschaftspraxis ausfüllten.

Der Fragebogen besteht aus zwei Teilen, einer Kurzversion (eine DIN A4-Seite) des Fragebogens mit den relevanten Fragen zur Evaluation der Patientenströme und Patientenzufriedenheit und dem ausführlichen dreiseitigen Fragenteil (siehe Anlage). Ein Patient hat somit zwei Entscheidungsmöglichkeiten. War er in Eile, so reichte es aus, vier Fragen auf der ersten Seite zu beantworten; jedoch wurde jeder Patient angehalten, alle Fragen auszufüllen.

Gliederung des Fragebogens:

- Teil I Kurzversion des Fragebogens mit den wichtigsten Fragen zur Evaluation der Patientenströme und Zufriedenheit (Praxis- bzw. Klinik-Alternative, Weiterversorgung, Zufriedenheit, Empfehlung)
- Teil II Ausführlicher Fragebogen (mit sechs Frageblöcken)
1. Sozio-epidemiologische Angaben (Alter, Geschlecht, Berufsgruppe, Versicherungsverhältnis, Wohnort bzw. Heimatland)
 2. Der Grund des Besuches (Beschwerdebild, Dauer der Beschwerden)
 3. Der Weg zur Bereitschaftspraxis (Bekanntheitsgrad der Praxis, Informationsquellen der Patienten über die Praxis, Auffinden der Praxis)
 4. Die Behandlung (Diagnostik, Therapie, Weiterversorgung)
 5. Die Zufriedenheit (bzgl. Service und Kompetenz, ärztliches Gespräch, Wartezeit, etc)
 6. Gesamturteil (bzgl. Service, fachliche Kompetenz, Erreichbarkeit)

Der Fragebogen enthielt zum größten Teil „geschlossene“ Fragen. Nur wenige Fragen erlaubten eine offene Antwort. Die folgenden Frage- und Antwortformen wurden für die Erhebung verwendet (Schnell et al. 1999):

- Geschlossene Fragen mit Alternativenvorgabe (d. h. mit einer Antwortmöglichkeit)
- Geschlossene Fragen mit Mehrfachvorgabe (mit Rangordnung)
- Geschlossene Fragen mit ungeordneter Mehrfachvorgabe
- Hybridfragen (Kombination von offenen und geschlossenen Antwortvorgaben)
- Meinungsfragen mit Skalen (5 Grade) zwischen zwei Extremen und der Möglichkeit einer mittleren indifferenten Beurteilung
- Freie Antwortmöglichkeit

Zur Exploration der Patientenströme wurden vorwiegend sogenannte „Hybridfragen“ mit alternativer oder ungeordneter Mehrfachvorgabe eingesetzt, so dass die Patienten die Möglichkeit hatten, zusätzlich zu den formulierten Antwortvorgaben bei Bedarf eine andere Antwort aufzuführen (z. B. „andere Gründe für den Praxisbesuch“). Die

Patientenzufriedenheit wurde vor allem mit geschlossenen Fragen mit Mehrfachvorgabe (mit Rangordnung) und Meinungs-Skalen evaluiert. Bei den meisten Fragen wurde die Möglichkeit einer neutralen Stellungnahme, der Option „ich weiß nicht“ angeboten. Damit sollten willkürliche Antworten vermieden werden, die möglicherweise zu einer Verfälschung der Antworten führen könnten.

Im Fragebogen wurde zum Abschluss eine offene Frage integriert, um den Befragten die Möglichkeit zu geben, seine eigene persönliche Meinung zu äußern statt nur vorgegebene Antworten anzukreuzen. Damit konnten Bemerkungen ermöglicht werden, die durch die geschlossenen Fragen nicht abgedeckt wurden.

Der Fragebogen wurde in Zusammenarbeit mit dem Institut für Medizinische Statistik und Epidemiologie entwickelt (siehe Anlage). Er wurde auf vier DIN A4 Seiten gedruckt, zusammengeheftet und mit einer Registriernummer auf der ersten Seite versehen.

In zwei „Pretests“ (Schnell et al. 1999) wurde der Bogen im Dezember 1998 und Januar 1999 empirisch getestet. Im ersten Pretest wurde anhand von 20 von Patienten ausgefüllten Bögen das Verständnis und die Schwierigkeit der Fragen für die Befragten überprüft.

Die zweite Testphase erfolgte im Januar 1999 zur Prüfung der geplanten organisatorischen Durchführbarkeit der Befragung. Aufgrund organisatorischer Besonderheiten in der ambulanten Notfallversorgung betrug die Rücklaufquote nur 35 %. Die Arzhelferinnen und Schwestern der Bereitschaftspraxis wurden zwar persönlich und über einen Aushang über die Fragebogenaktion informiert und angehalten, jedem Patienten bei der Aufnahme einen Bogen mit Registriernummer und Tagesstempel auszuhändigen, die abgegebenen Bögen wieder entgegenzunehmen und tageweise zu ordnen. Jedoch gaben die Arzhelferinnen an, in Zeiten starken Praxisbetriebes aus Zeitnot nicht jedem Patienten einen Bogen ausgehändigt zu haben. Damit konnte die Registriernummer nicht mehr für die Berechnung der Rücklaufquote herangezogen werden. Zum zweiten stellte sich heraus, dass die Patienten zwar während ihrer Wartezeit die Fragen der ersten drei Frageblöcke ausfüllten, die letzten und relevanten Fragen zur Zufriedenheit etc. (4.-6. Frageblock) jedoch häufig unausgefüllt waren. Zum einen kann die Ursache darin liegen, dass nach der Behandlung der Bogen vergessen oder dass Patienten aus Unzufriedenheit die weitere Beantwortung boykottieren.

In der Messphase wurden die Schwestern und Arzhelferinnen dann eingehend auf das Problem der zu geringen Rücklaufquote in der Testphase aufmerksam gemacht und Korrekturen in der Logistik vorgenommen. Es wurde mit den Arzhelferinnen vereinbart, in

der Messphase *jedem* Patienten ein Exemplar auszuhändigen oder – falls dieser aufgrund der Schwere seiner Beschwerden oder aus anderen Gründen nicht in der Lage ist – den Grund des Nichtausfüllens auf der ersten Seite zu notieren. Die Patienten wurden nach der Behandlung an die vollständige Beantwortung erinnert. Damit konnte diese Fehlerquote zwar nicht beseitigt, jedoch deutlich minimiert werden. Nach Dienstschluss wurden die ausgefüllten Bögen des Tages zusammen mit einer EDV-Patiententagesliste in eine vorbereitete Tagesmappe gelegt. Die Befragung erfolgte stichprobenartig an sieben Tagen in den Monaten Juli und August und September 1999.

4.3 Befragung von Entscheidungsträgern

Ziel der Befragung von Entscheidungsträgern war es, Positionen und Meinungen zu diesem Projekt zu beleuchten. Es wurde die offene Gesprächsführung gewählt, damit der Bezugsrahmen des Befragten bei der Fragebogenbeantwortung miterfasst werden kann⁴⁰. Als Datenerhebungstechnik wurde ein sogenanntes offenes Interview bzw. Leitfadengespräch (Schnell et al. 1999) eingesetzt.

Um gewisse Vergleichbarkeit der Interviewergebnisse zu erhalten wurden spezifische Fragen in jedem Interview (sog. „Schlüsselfragen“) gestellt. Je nach Interviewpartner und Gesprächsverlauf wurde das Interview um weitere zusätzliche Fragen („Eventualfragen“) ergänzt.

Folgende Entscheidungsträger wurden um eine Stellungnahme - schriftlich oder durch ein Interview – gebeten.

- Herr Georg Schmid, Staatssekretär im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit
- Dr. med. Lothar Wittek, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

⁴⁰ siehe Punkt 11.2 (Anhang)

- Dr.med. Klaus Ottmann, Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns
- Herrn J. Lorenz, Referent der Landeshauptstadt München für Umwelt und Gesundheit
- Herrn Franz Bachl, Abteilungsleiter der AOK Bayern
- Herrn Fred Nagengast, Landesgeschäftsführer der Barmer Ersatzkasse, Landesgeschäftsstelle Bayern
- Prof. Dr.med. J. R. Siewert, Ärztlicher Direktor des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München

Nicht in jedem Fall erfolgte eine Rückmeldung auf das Anschreiben. Von Herrn Dr. med. K. Ottmann, Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, wurde wegen laufender „Gespräche über die Einbindung der Bereitschaftspraxis in die Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns“ im September 1999 keine Bereitschaft für eine Befragung signalisiert, da die abschließende Stellungnahme vom Ausgang dieser Gespräche abhinge.

In zwei weiteren Fällen wurde das Interview auf nachgeordnete Mitarbeiter des angefragten Entscheidungsträger delegiert. Herr Lorenz, Referent der Landeshauptstadt München für Umwelt und Gesundheit, ließ sich durch seinen Stellvertreter, Herrn Hehl, vertreten. Statt Prof. Siewert stand sein leitender Oberarzt Prof. Lehr für ein Interview zur Verfügung.

In zwei Fällen konnte das Interview wegen mangelnder Qualität des Datenträgers (Tonband) nicht ausgewertet werden (Herr F. Bachl, AOK Bayern; Herr Fred Nagengast, Barmer Ersatzkasse Bayern). Jedoch wurde mit Genehmigung von Herrn Bachl eine gleichlautende Stellungnahme seines Kollegen, ein Schreiben von Herrn Hegenbart (AOK Bayern) an die Kassenärztliche Vereinigung Bayern zugänglich gemacht.

4.4 Ökonomische Berechnung

Die ambulante Notfallbehandlung von Patienten im Klinikum rechts der Isar wird je nach Versichertenstatus (gesetzlich oder privat versicherter Patient) unterschiedlich abgerechnet. Da 90 Prozent aller Patienten gesetzlich versichert sind, und aus Datenschutzgründen die Kosten privat versicherter Patienten retrospektiv nicht ermittelbar sind, bleibt die Berechnung der ökonomischen Auswirkungen der Bereitschaftspraxis aus Sicht des Klinikums auf diese Patientengruppe beschränkt.

Die ambulante Behandlung eines GKV-Versicherten in einer Hochschulambulanz wird über eine Pauschale in Höhe von 102,50 DM pro Quartal vergütet, unabhängig davon, in welchen weiteren Hochschulambulanzen des Klinikums sich der Patient in dem entsprechenden Quartal vorstellt. Die Klinikverwaltung stellt diese Pauschale der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns in Rechnung, die diesen Betrag aus dem sektoralen Budget "ärztlich geführte Einrichtungen" vergütet.

Weiterhin kann die Verwaltung über eine Kostenstellenrechnung unterteilt in Sachkosten und Personalkosten, die durchschnittlichen Kosten einer ambulanten Konsultation berechnen. Bekannterweise sind die Hochschulambulanzen in Deutschland unterfinanziert, wodurch sich für die Universitätskliniken in der ambulanten Notfallversorgung Defizite ergeben. Nach Angaben des Klinikums Rechts der Isar beläuft sich die Unterdeckung pro Behandlungsfall auf ca. 95 DM in der ambulanten Notfallversorgung chirurgischer Patienten und auf ca. 170 DM bei internistischen Patienten.

Bei der monetären Bewertung des Integrationsmodells aus Sicht des Klinikums muss berücksichtigt werden, dass es sich bei den Sachkosten um variable Kosten handelt, die mit einem geringeren Verbrauch zurückgehen können, während die Personalkosten sprungfixe Kosten sind und erst durch eine realisierte Personaleinsparung zu Kosteneinsparungen führen. Aus Sicht des Klinikums werden die Einnahmen durch den Rückgang der Abrechnungsscheine ebenfalls rückläufig sein. Dem entgegenstehen werden zusätzliche Einnahmen, die das Klinikum durch die Kooperation erzielen kann (Miete, Verkauf von Diagnostikleistungen) bzw. Kosteneinsparungen (Einsparung an Sachkosten, bzw. Einsparung an Personalkosten).

Konkrete Berechnungen von Seiten der Klinik liegen jedoch derzeit nicht vor, weswegen keine Aussage zu den ökonomischen Folgen für die Klinik getroffen werden kann.

Die Berechnung muß sich deshalb auf die ökonomische Auswirkung aus Sicht der Vertragsärzte beschränken.

Die finanziellen Auswirkungen der Bereitschaftsdienste aus Sicht der Vertragsärzte wurde getrennt für GKV- und PKV-Patienten mit den entsprechenden unterschiedlichen Berechnungsgrundsätzen durchgeführt.. Dies ist zum einen für GKV - Patienten der EBM – Einheitlicher Bewertungsmaßstab 1996, zum anderen für privatversicherte Patienten und sogenannte Selbstzahler die GOÄ 1996 (Gebührenordnung für Ärzte).

Die Berechnung der GKV – Patienten erfolgte folgendermaßen:

Jeder Arzt der Bereitschaftspraxis ist niedergelassener Vertragsarzt der KV Bayern, Bezirksstelle München Stadt und Land und hat eine kassenärztliche Praxis in unmittelbarer Nähe zum Klinikum rechts der Isar. Die in der Bereitschaftspraxis behandelten GKV-Patienten werden per Notfall-/ Vertreterschein (Muster 19 b) abgerechnet und hierbei als budgetrelevante Notfallscheine in die jeweilige Praxis eingebracht.

Die Berechnung des Scheinwertes hängt von mehreren Faktoren ab, die im einzelnen aufgelistet werden:

- Unterschiedliche Punktwertentwicklung in jedem Quartal entsprechend der angeforderten Leistungen aller Vertragsärzte in Bayern
- Unterschiedliche Punktwerte für Primärkassen und Ersatzkassen
- Praxisbezogene Fallpunktzahl, welche als individuelles Praxisbudget durch die KV nach einem sehr komplizierten Schlüssel mit mehreren Variablen berechnet wird
- Praxisindividuelle Fallzahlbegrenzungen gemäß dem Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der KVB, bis zu welcher Grenze eine Ausweitung der Fallzahl pro Quartal erlaubt ist ohne Abstaffelung der Punktzahl um die Hälfte.
- Änderung von Leistungspositionen wie der Ziffer 5N (Unzeitzuschlag zwischen 21:00 und 7:00 Uhr, sowie Samstag, Sonn- und Feiertage), die ab dem IV. Quartal 1999 nicht mehr berechnungsfähig ist und durch die zuvor schon bestehende Ziffer 5 ersetzt wurde.
- Neue Leistungspositionen wie die Ziffer 1E (Ordinationsgebühr bei Notfallbehandlung des eigenen Patienten bei Nacht), welche seit dem IV. Quartal 1999 berechnungsfähig ist.
- Änderungen des Honorarverteilungsmaßstab mit den dadurch verbundenen kleinen, selten auch großen Auswirkungen auf die einzelnen Praxen
- Unterschiedliche Anzahl der behandelten Patienten pro Stunde in der Bereitschaftspraxis

- Unterschiedlicher Versicherungsstatus der behandelten Patienten, da Rentnern nahezu die doppelte Fallpunktzahl zugestanden wird als Mitgliedern und Familienversicherten.
- Sogenannte SKT-Patienten (Sonderkassenträger), wie z. B. Zivildienstleistende werden von der KV nicht anerkannt, da kein Originalschein vorliegt.
- Sozialamtversicherte Patienten reichen keinen Originalschein zur Behandlung ein.

Angesichts dieser vielen Faktoren ist die Berechnung eines exakten Scheindurchschnittswert für alle beteiligten Ärzte nicht möglich. Ein wesentlicher Faktor ist hierbei auch die Tatsache, dass der Untersucher einen sehr intimen Einblick in die wirtschaftliche Situation der jeweiligen Praxen bekommt.

Um zumindest eine Stichprobe zu erheben, wurden die Abrechnungen in vier Praxen im I. Quartal 1999 nach dem gleichen Muster beurteilt und eine Berechnung des Rohgewinnes und des fiktiven Stundenlohns durchgeführt.

Ein wichtiger Motivationsgrund für die Bereitschaftsärzte ist der Effekt des Verdünnerscheins, der sich jedoch ebenfalls nicht berechnen lässt. Überschreitet der niedergelassene Arzt seine ihm durch die KV zugestandenen praxisbezogenen Fallpunktzahlen, sowie das Medikamenten-, Labor-, Sonographie- und ggf. weiteren Zusatzbudgets, so kann ein neuer Fall aus der Bereitschaftspraxis diese Budgets verdünnen, sofern er keine entsprechenden Leistungen im nennenswerten Umfang in der Bereitschaftspraxis erbringt.

Die ökonomische Berechnung bei den PKV – Patienten stellt sich vergleichsweise sehr einfach dar. Privatpatienten und Selbstzahler wie z. B. nicht versicherte Touristen bezahlen den jeweiligen behandelnden Arzt die Rechnung nach der GOÄ 96. Der Betrag wird in DM ausgewiesen.

Da im ersten Quartal eine Kopie von jeder Privatrechnung der GmbH eingereicht werden mußte, um den Unkostenbeitrag zu berechnen, konnte hierzu eine sehr gute und zuverlässige Berechnungsgrundlage pro Scheinwert aufgebaut werden.

Die einzige Fehlerquelle, die sich hierbei ergibt, ist im wesentlichen, dass ein Privatpatient seine Privatrechnung nicht bezahlt. Dies betrifft beide Bereiche - den ambulanten wie den stationären – und es wird anhand von Erfahrungswerten der niedergelassenen Ärzte geschätzt, dass hierdurch das Erlösergebnis um 5 % gemindert wird.

5. Ergebnisse

5.1 Leistungsdaten der Bereitschaftspraxis

Der Auswertungszeitraum erstreckte sich von 01.10.1998 bis 30.09.1999. Wie bei Praxen üblich, wurden die Daten in der Regel quartalsmäßig, teilweise jedoch auch monatsmäßig zusammengestellt. Die Leistungsdaten wurden durch die Auswertung der Computerdaten (MCS – Easynet) der Bereitschaftspraxis erstellt.

5.1.1 Patientenaufkommen

5.1.1.1 Patientenzahl

Im ersten Jahr nach Eröffnung der Bereitschaftspraxis (01.10.1998 bis 30.09.1999) wurden 11.840 Patienten durch die Bereitschaftspraxis versorgt und 12.004 Behandlungsfälle gezählt.

Tabelle 5

Behandlungsfälle und Patientenzahl der Bereitschaftspraxis in den Quartalen IV/98 bis III/99

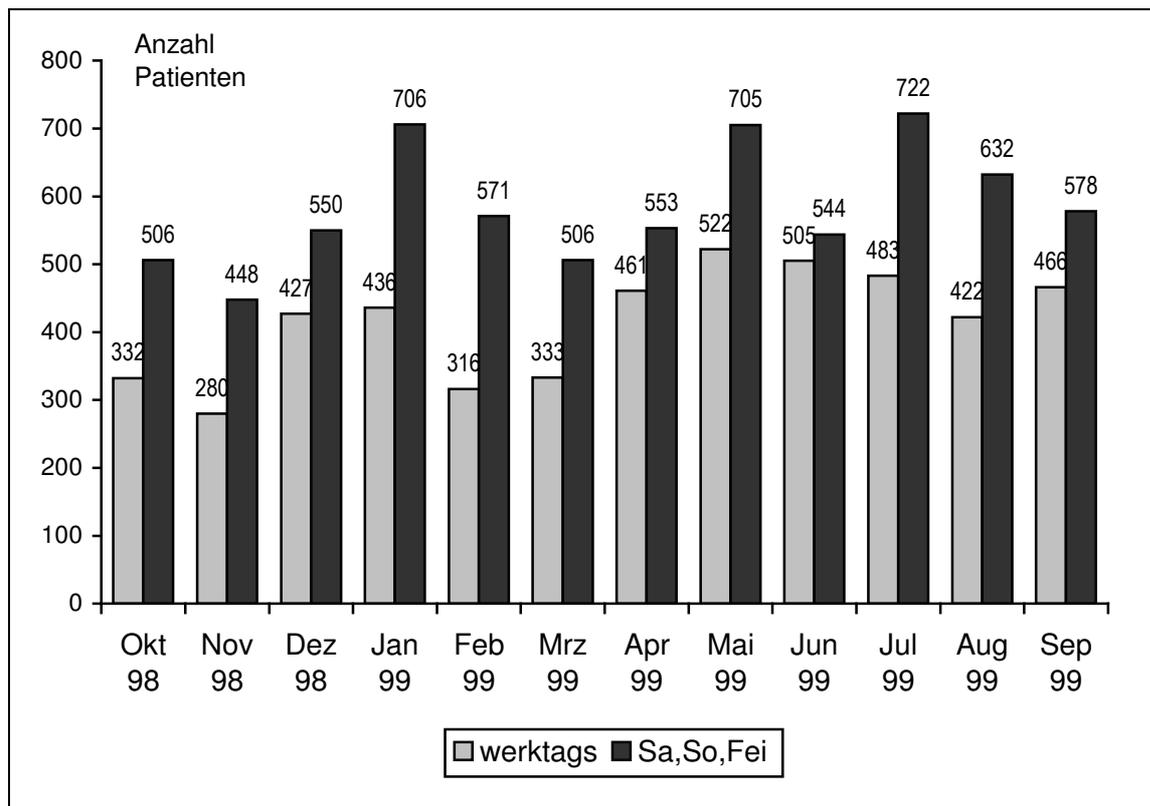
	IV/98	I/99	II/99	III/99	Gesamt IV/98 - III/99
Behandlungsfälle gesamt	2543	2868	3290	3303	12.004
Patientenzahl gesamt	2515	2818	3227	3280	11.840

Der Unterschied zwischen der Zahl an Behandlungsfällen und Patienten erklärt sich dadurch, dass sich ein Patient in einem Quartal mehrmals in der Bereitschaftspraxis vorstellen kann und somit einen erneuten Behandlungsfall auslöst. In 1,3 % der Fälle kam es vor, dass ein

Patient innerhalb eines Quartals die Bereitschaftspraxis ein zweites Mal aufsuchte. Dieser sogenannte „Wiedereinweiser“ löste mit seinem zweiten und allen nachfolgenden Besuchen einen zusätzlichen Behandlungsfall auf seinen Schein aus.

Abbildung 2:

**Patientenzahl der Bereitschaftspraxis vom 01.10.98 bis 30.09.99,
getrennt nach Werktagen und Wochenenden/Feiertagen**



Quelle: Auswertung der Abrechnungsdaten der Bereitschaftspraxis IV/98 – III/99

Saisonale Schwankungen mit einem Hoch während des Jahreswechsel und in den Sommermonaten verliefen analog den üblichen Schwankungen der Klinikambulanzen. Das Verhältnis von Werktag zu Wochenend-/ Feiertag blieb nahezu gleich, einzig die Monate Januar, Mai und Juli fallen durch hohe Wochenendzahlen auf. Dies dürfte in den vielen Feiertagen zu Jahreswechsel und im Mai, sowie den vermehrten Freizeitunfällen in dieser Zeit begründet sein.

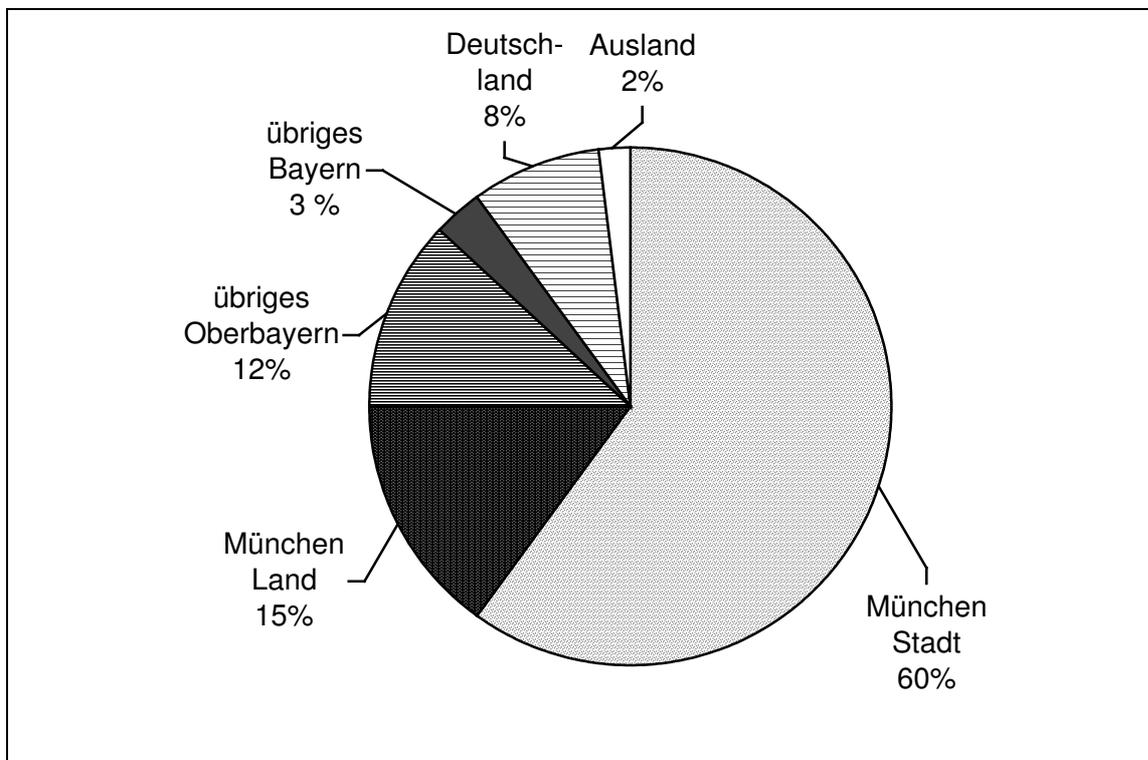
Pro Wochenendtag behandelten die Bereitschaftsärzte zwischen 45 und 97 Patienten (durchschnittlich 55,5) in zwei Dienstschichten. Somit treffen auf einen Arzt im Durchschnitt pro Wochenendstunde 2,6 Patienten (zwischen 1,6 und 3,6 Patienten).

5.1.1.2 Patientenspektrum

Das Patientenspektrum der Bereitschaftspraxis ähnelt mit einer Geschlechterverteilung von 54 % Frauen und 46% Männer sowie aller Altersgruppe (von 1 bis 97 Jahren; durchschnittlich 33,6 Jahre) einer durchschnittlichen allgemeinärztlichen Stadtpraxis. Der Anteil der privat Versicherten liegt bei 17 % und der gesetzlichen bei 83 %. Die Verteilung nach GKV - Versichertenstatus betrug 72,66 % Mitglieder, 14,58 % Familienversicherte und 12,76 % Rentner.

Abbildung 3:

Verteilung der Patienten der Bereitschaftspraxis nach Wohnort



Quelle: Auswertung der Abrechnungsdaten der Bereitschaftspraxis I/98 – III/99

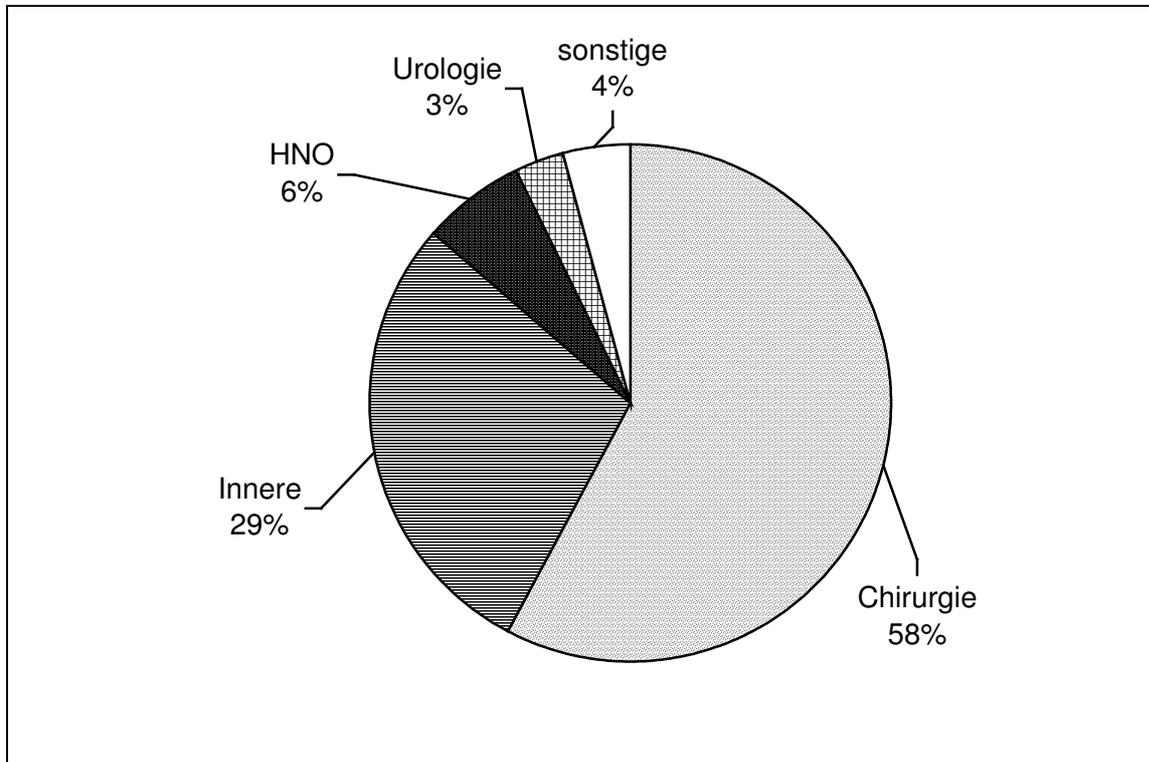
Nahezu 75 % der Patienten kamen aus der Stadt und dem Landkreis München. Aufgrund der Postleitzahlen lässt sich feststellen, dass der überwiegende Anteil von ihnen „rechts der Isar“ wohnt, jedoch sind alle Stadtbezirke repräsentiert. Die restlichen 25 % der Patienten verteilen sich auf das übrige Oberbayern (12%) und Bayern (3%); jedoch kommen auch 13 % aus dem gesamten Deutschland und 2% aus dem Ausland. Hierbei handelt es sich vermutlich um Besucher in München.

5.1.1.3 Erkrankungsspektrum

Aufgrund der nach der Behandlung dokumentierten Diagnosen wurde eine Zuteilung des Patienten zu einem Fachgebiet vorgenommen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die sonst übliche Verteilung in der Klinik als Maßstab herangezogen wurde, wenn es die Bereitschaftspraxis nicht gäbe. Das heißt z. B., dass orthopädische Erkrankungen oder unklare Bauchschmerzen früher von der Chirurgischen Poliklinik vorselektioniert wurden und somit diese Patienten als „chirurgisch“ definiert wurden.

Abbildung 4:

**Erkrankungsspektrum der Bereitschaftspraxis zugeteilt nach Fachgruppen
im Quartal IV/98**



Quelle: Auswertung der Abrechnungsdaten der Bereitschaftspraxis IV/98

Abbildung 4 zeigt, dass der Schwerpunkt der Diagnosen dem chirurgischen Fachgebiet zugeordnet werden kann, gefolgt von „internistischen“ Beschwerden und Erkrankungen.. Eine gewichtige Rolle spielen auch Erkrankungen des HNO – ärztlichen und urologischen Fachgebietes.

5.1.1.4 Zutrittsart

Im Quartal IV 98 bis III 99 kamen 11.652 Patienten ambulant aus Eigeninitiative in die Bereitschaftspraxis. 184 Patienten wurden durch den Rettungsdienst gebracht, vier Patienten durch den Notarzt. Es wurden keine Patienten, die eine Über- oder Einweisung oder einen berufsgenossenschaftlichen Unfall (sog. D13 – Verfahren) hatten, behandelt. Dies war auch vertraglich zwischen dem Klinikum und der Betreiber – GmbH vereinbart worden.

5.1.2 Anzahl der Überweisungen und stationären Einweisungen

Gebietsärztliche Leistungen können in den unmittelbar neben der Bereitschaftspraxis liegenden Klinikambulanzen erbracht werden. Hierzu wird dem Patienten ein Überweisungsschein an die jeweilige Klinik ausgehändigt. Wenn der Bereitschaftsarzt eine stationäre Aufnahme für sinnvoll erachtet, wird ein Einweisungsschein ausgestellt.

	IV/98	I/99	II/99	III/99	Gesamt IV/98 – III/99	Prozent
Behandlungsfälle gesamt	2543	2868	3290	3303	12004	
Scheine gesamt	2515	2818	3227	3280	11840	100 %
ÜW Röntgen	386	490	516	513	1905	16,1 %
ÜW Fachambulanz	165	179	193	238	775	6,5 %
Einweisungen	45	31	65	36	177	1,5%

92% aller Patienten wurden vom IV. Quartal 1998 bis III. Quartal 1999 von den in der Bereitschaftspraxis diensthabenden niedergelassenen Ärzten behandelt.

Dieses Resultat deckt sich in etwa mit den Angaben in der Literatur. So hat R. N. Braun bereits darauf hingewiesen, dass der Allgemeinarzt im langjährigen Durchschnitt rund 90% sämtlicher Beratungsprobleme bis zum Schluss eigenverantwortlich erledige. „Weitere 5% überweist er ambulant an den Spezialisten. Der Rest von 5% wird ins Krankenhaus eingewiesen“ (zitiert: Braun R.N. 1986).

Nach F. Hartmann werden rund 1% der Kranken von niedergelassenen Ärzten in die Klinik überwiesen und von diesen gelangen wiederum 1% in eine Universitätsklinik (Mader F. H. 2000).

5.2 Leistungsdaten der Polikliniken des Klinikums rechts der Isar

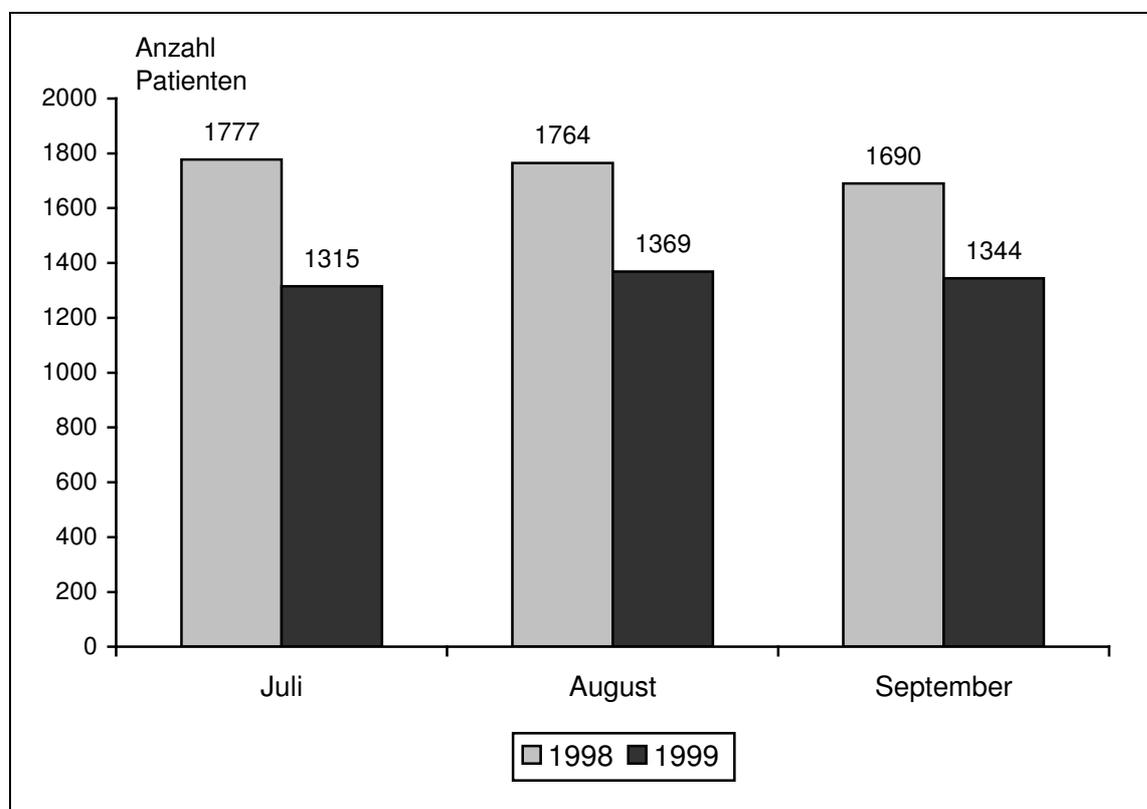
Die Eröffnung der Bereitschaftspraxis hatte unmittelbare Auswirkungen auf die Klinikambulanzen, insbesondere auf die Chirurgische Poliklinik und die Medizinische Notaufnahme. Patienten aus diesen beiden Polikliniken hatten einen Anteil von 87% am Gesamtpatientengut der Bereitschaftspraxis. Daher wurden die Auswirkungen des Modells auf das Klinikum nur in diesen beiden Einrichtungen evaluiert.

5.2.1 Chirurgische Poliklinik

5.2.1.1 Patientenaufkommen

Abbildung 5:

**Gesamtpatientenzahl der Chirurgischen Poliklinik
im Vergleich III. Quartal 1998 zu III. Quartal 1999**

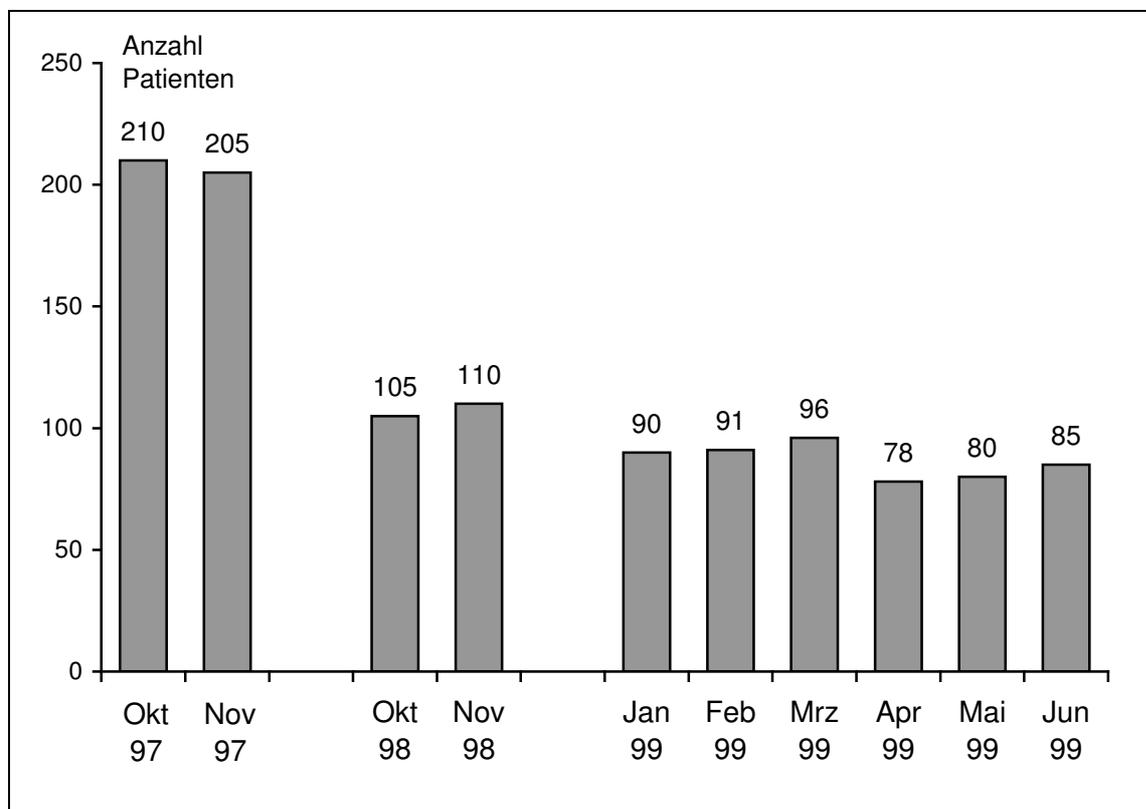


Quelle: Abrechnungsdaten der Chirurgischen Poliklinik III/98 und III/99

Ein Vergleich des Patientenaufkommens in der Chirurgischen Poliklinik vor und nach der Eröffnung der Bereitschaftspraxis zeigt eine Reduktion der Gesamtpatientenzahl über den gesamten Beobachtungszeitraum von 23 %. Dieser Effekt war konstant und ohne jahreszeitliche Schwankungen messbar.

Abbildung 6:

Patientenaufkommen in der Chirurgischen Poliklinik an Werktagen während der Öffnungszeiten der Bereitschaftspraxis (19:00 - 23:00 Uhr)

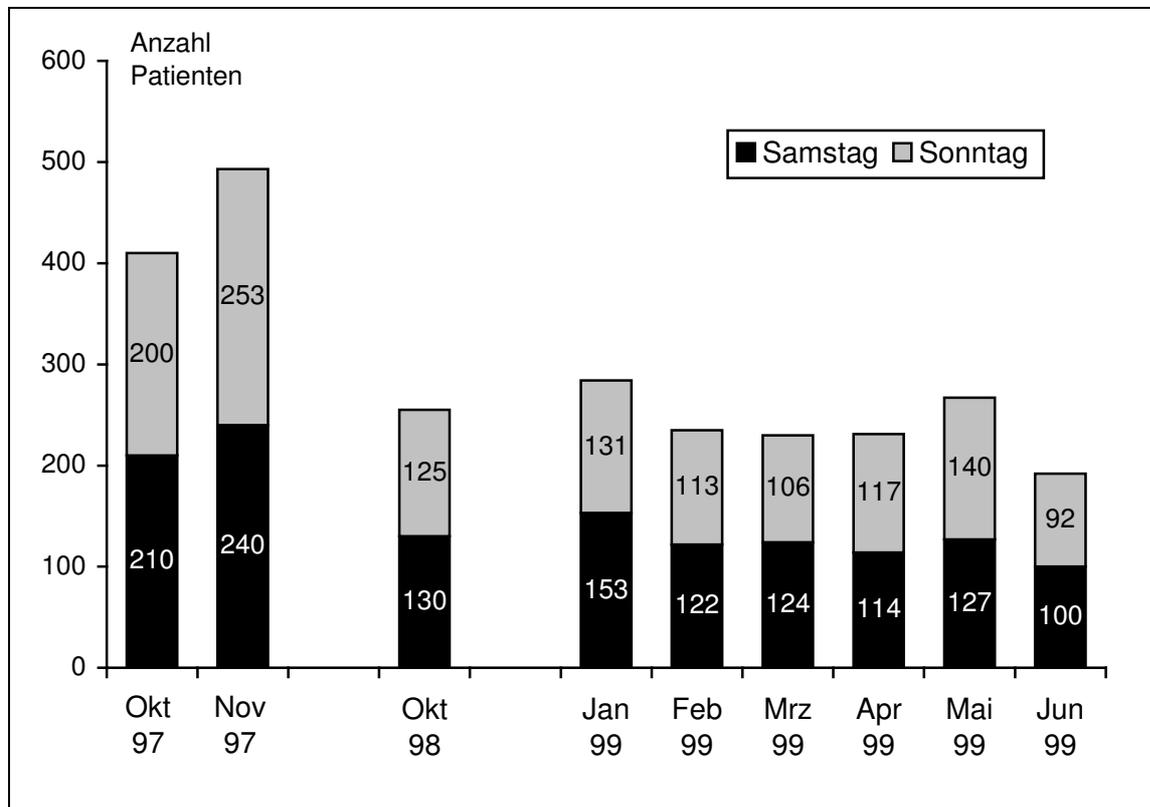


Quelle: Abrechnungsdaten der Chirurgischen Poliklinik IV/97 und IV/98 – II/98

Betrachtet man das Patientenaufkommen nur während der Öffnungszeiten der Bereitschaftspraxis, die nicht rund um die Uhr wie die Klinikambulanzen geöffnet hat, so ergibt sich eine Reduktion von 40 %, an einzelnen Werktagen sogar um über 50 % im Vergleich zu den entsprechenden Monaten in den Jahren 1997 und 1998. Dies gilt sowohl für die Öffnungszeiten unter der Woche als auch am Wochenende.

Abbildung 7:

**Anzahl der Patienten der Chirurgischen Poliklinik am Wochenende
(24 Std.) vor und nach Inbetriebnahme der Bereitschaftspraxis**



Quelle: Abrechnungsdaten der Chirurgischen Poliklinik IV/97 und IV/98 – II/98

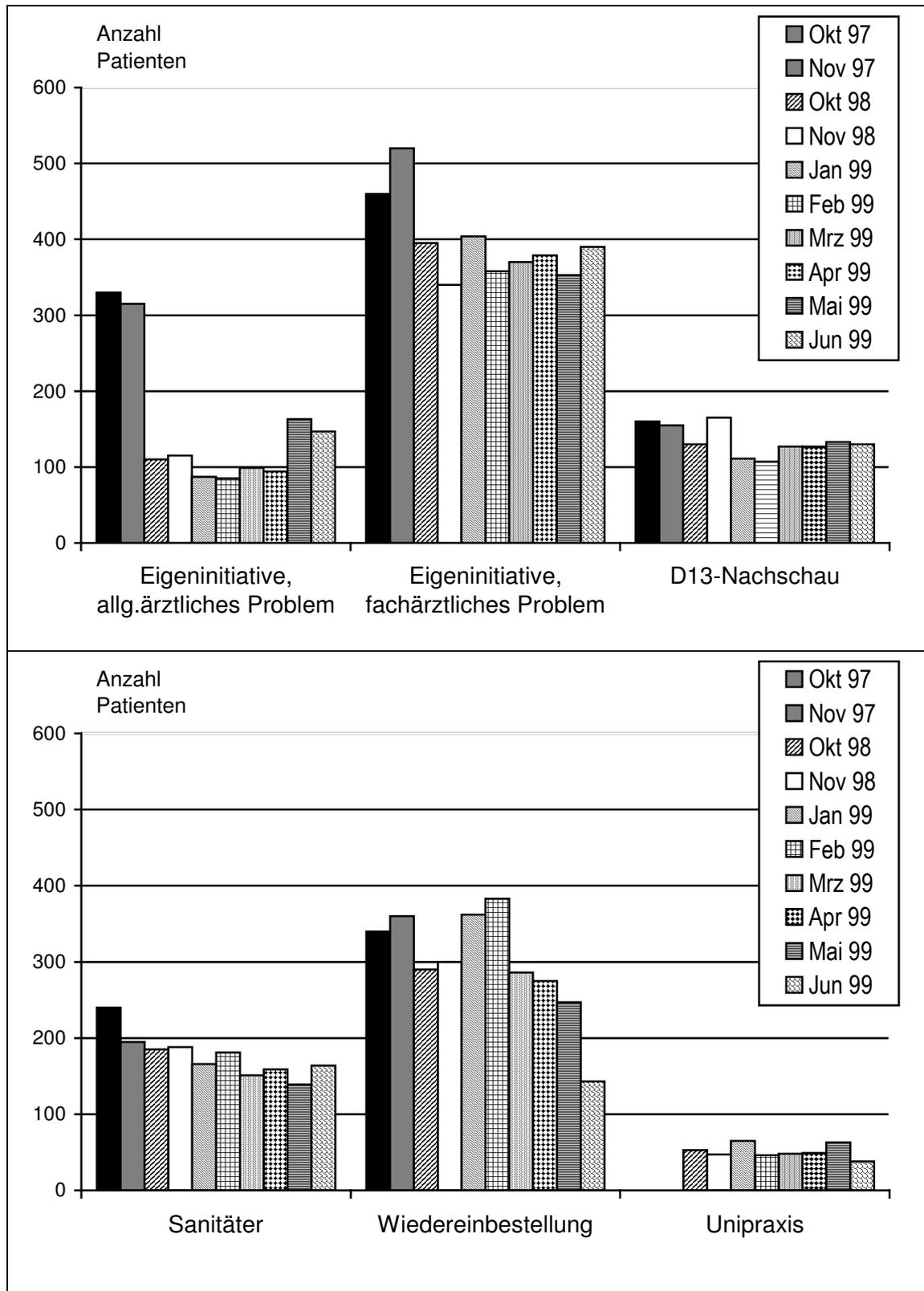
5.2.1.2 Zutrittsart und Weiterbehandlung

Bei der Aufnahme eines Patienten in der Chirurgischen Poliklinik wurde die Zutrittsart durch das Aufnahmepersonal im Computersystem der Chirurgischen Klinik dokumentiert.

Es zeigte sich eine deutliche Reduktion der ambulanten Patienten, die vor allem auf Eigeninitiative mit allgemeinärztlichen, aber auch fachärztlichen Erkrankungen und Verletzungen kamen. Die Zahl an berufsgenossenschaftlichen Fällen, die nur von zugelassenen Chirurgen versorgt werden dürfen, die Zahl an Überweisungen von niedergelassenen Kollegen und die Zahl stationärer Aufnahmen blieben gleich (siehe Abb. 7). Neu hinzu kamen die Überweisungen durch die Bereitschaftspraxis.

Abbildung 8:

Zutrittsart in der Chirurgischen Poliklinik im Vergleich 1997/ 98 und 1999

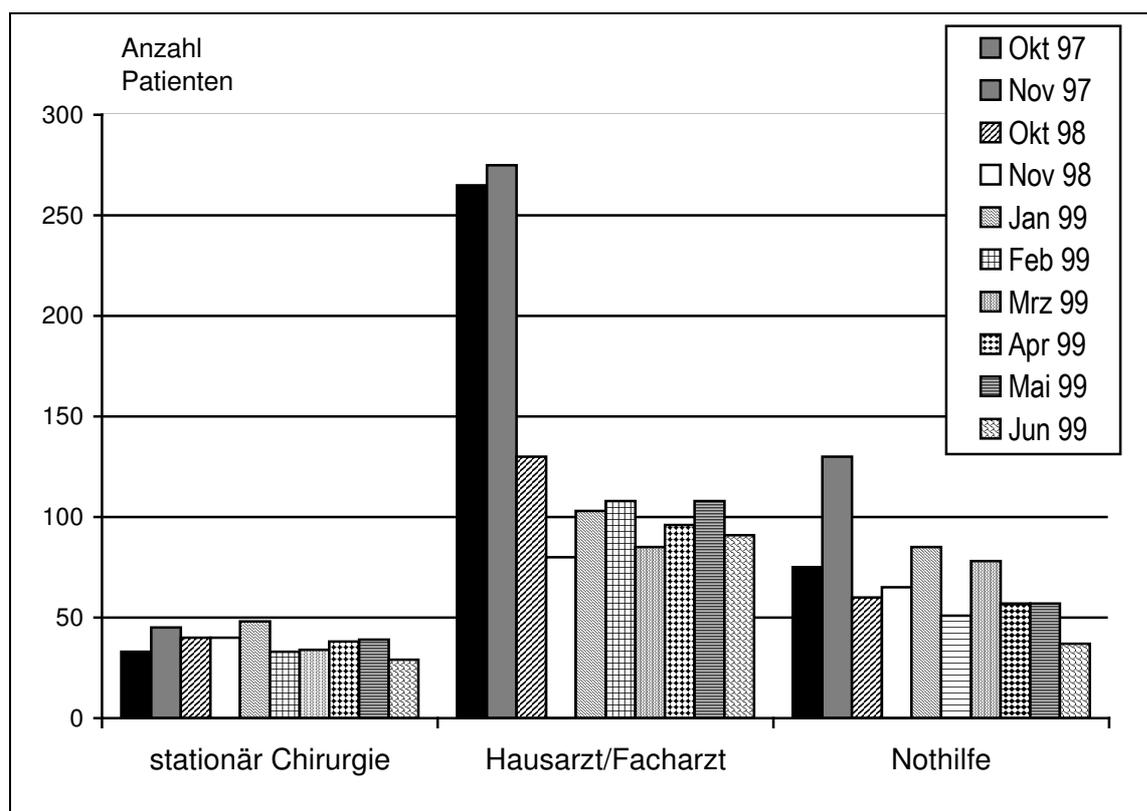


Quelle: Abrechnungsdaten der Chirurgischen Poliklinik IV/97 und IV/98 – II/98

Nach Abschluss der Behandlung in der Chirurgischen Poliklinik (CHP) wurde vom Krankenhausarzt entschieden, ob der Patient stationär aufgenommen wird, eine weitere Betreuung durch die CHP erforderlich ist oder der Patient vom Haus- oder Facharzt weiterbehandelt werden kann. Wie in Abb. 8 zu sehen ist, konnte gerade die Zahl an Patienten, die von der CHP an Haus- und Fachärzte weiter verwiesen wurden, durch die Inbetriebnahme der Bereitschaftspraxis reduziert werden. Die Zahl stationärer Aufnahmen und der Patienten, die in der CHP weiterbehandelt wurden, blieb gleich.

Abbildung 9:

Weiterbehandlung der Patienten der Chirurgischen Poliklinik von IV/98 bis II/99 im Vergleich zu IV/97



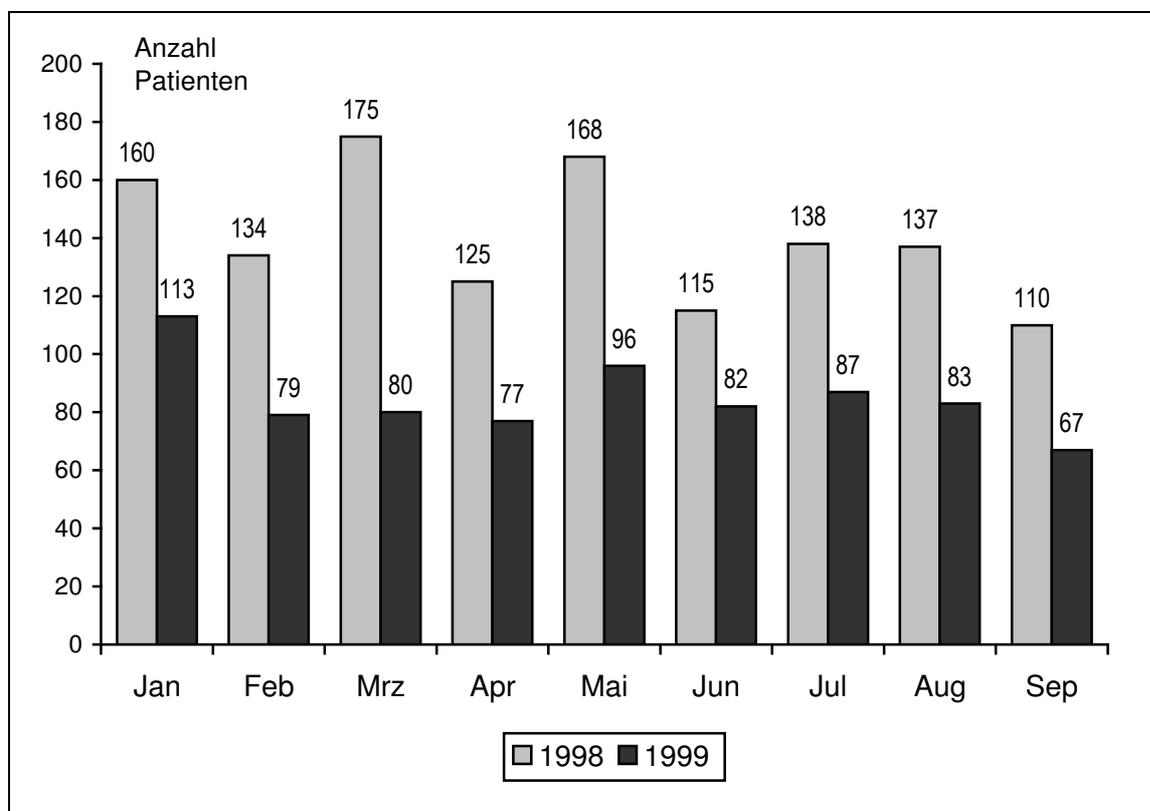
Quelle: Abrechnungsdaten der Chirurgischen Poliklinik IV/97 und IV/98 – II/99

5.2.2 Medizinische Notaufnahme

Wie in der Chirurgischen Poliklinik konnte auch in der Medizinischen Notaufnahme eine Reduktion des Patientenaufkommens insgesamt um 20 % seit der Eröffnung der Bereitschaftspraxis registriert werden.

Abbildung 10:

Patientenaufkommen in der Medizinischen Notaufnahme zu den Öffnungszeiten der Bereitschaftspraxis im Vergleich vor und nach Eröffnung der Bereitschaftspraxis



Quelle: Patientenaufnahmebuch der Medizinischen Notaufnahme I/98 – III/99

Während der Öffnungszeiten der Bereitschaftspraxis reduzierte sich die Patientenzahl um 43 % bezogen auf den Vergleichszeitraum 1997/1998. Wie in der Chirurgischen Poliklinik blieb auch in der Medizinischen Notaufnahme die Zahl der stationären Aufnahmen gleich.

5.3 Ergebnisse der Patientenbefragung

Mittels einer Fragebogenerhebung von Juli bis September 1999 wurden die Patientenströme und die Patientenzufriedenheit ermittelt. An sieben Tagen wurden an jeden Patienten ein Fragebogen ausgeteilt. Von den 135 insgesamt verteilten Fragebögen konnten 116 Bögen ausgewertet werden, so dass sich eine Rücklaufquote von 75,3% ergab.

Die restlichen 19 Bögen konnten nicht verwertet werden, da fünf unvollständig ausgefüllt wurden und 14 Patienten die Befragung abgelehnt hatten. Als Grund wurde hierfür in sechs Fällen zu großer Leidensdruck angegeben. Zwei ausländische Patienten hatten die Befragung wegen Sprachverständnisschwierigkeiten abgelehnt. In sechs weiteren Fällen konnte keine Ursache für die Verweigerung ermittelt werden.

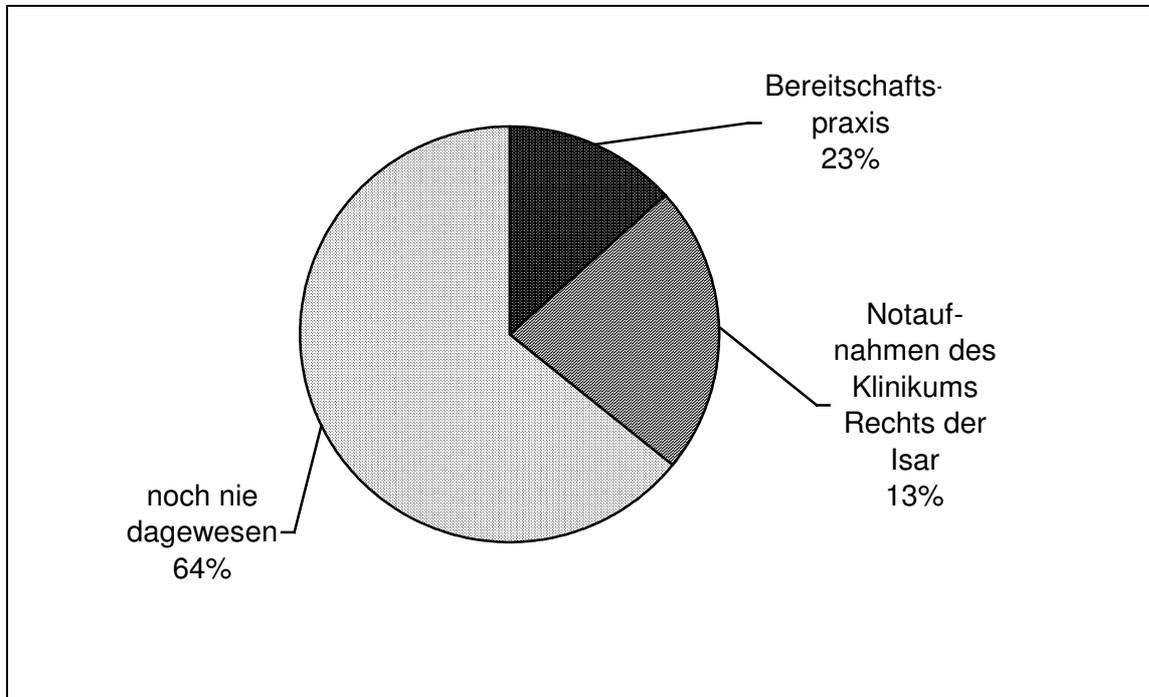
Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Software-Programm „excel“ von der Fa. Microsoft.

5.3.1 Patientenströme

64% der Patienten (74 von 116 Fällen) suchten zum ersten Mal das Klinikum zur Notbehandlung auf. 23% (27 von 116) gaben an, bereits in einer der bisherigen Notaufnahmen und 13% (15 von 116) schon einmal in der Bereitschaftspraxis gewesen zu sein.

Abbildung 11:

Waren Sie bereits in unserer Bereitschaftspraxis oder in einer Notambulanz unseres Klinikums?

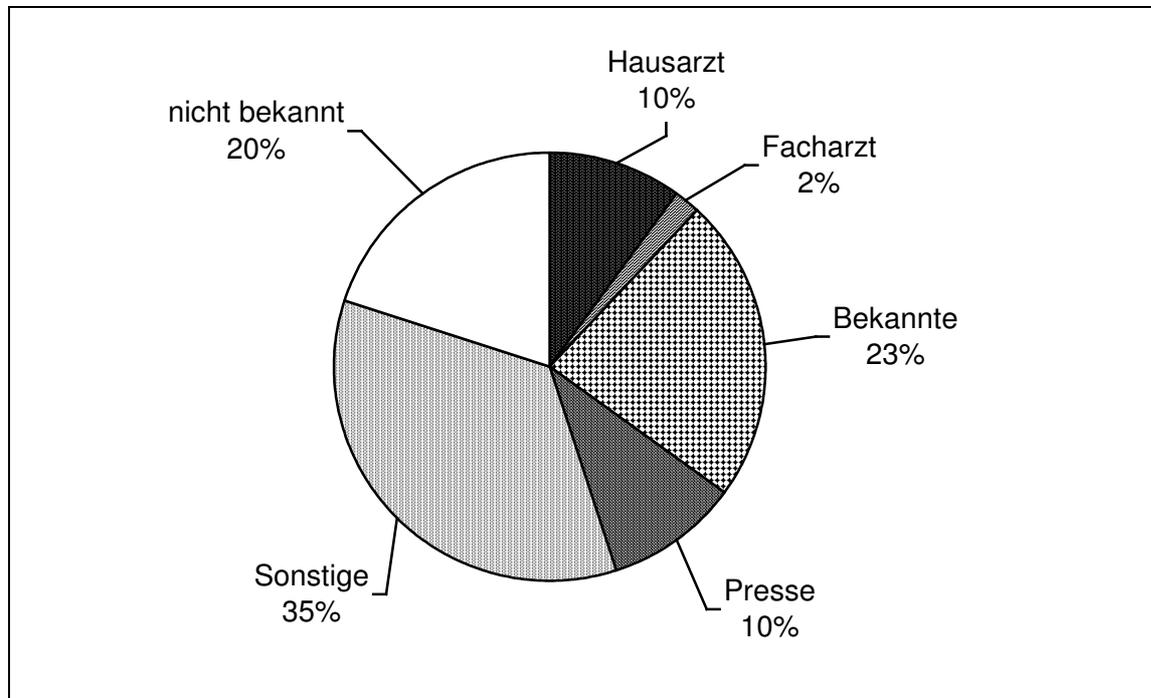


Quelle: Fragebogenerhebung 7/99 – 9/99

Fragt man die Patienten, warum sie die Bereitschaftspraxis aufgesucht haben, so antworteten 60% (70 von 116 Fällen), dass sie zur schnellstmöglichen Behandlung in die Klinik gegangen sind. 32% (37 von 116) Befragten geben an, durch die Empfehlung gekommen zu sein.

Abbildung 12:

Über welche Empfehlung kamen Sie in die Bereitschaftspraxis?



Quelle: Fragebogenerhebung 7/99 – 9/99

23% (26 von 116) gaben an, auf Empfehlung von Bekannten gekommen zu sein. 10% wurde die Bereitschaftspraxis von Hausärzten empfohlen. In weiteren 10% (11 von 116) wurden die Patienten über die Presse aufmerksam, obwohl die Ärzte-GmbH bisher kaum in der Öffentlichkeit in Erscheinung getreten ist. 20% (23 von 116) war die Praxis nicht bekannt.

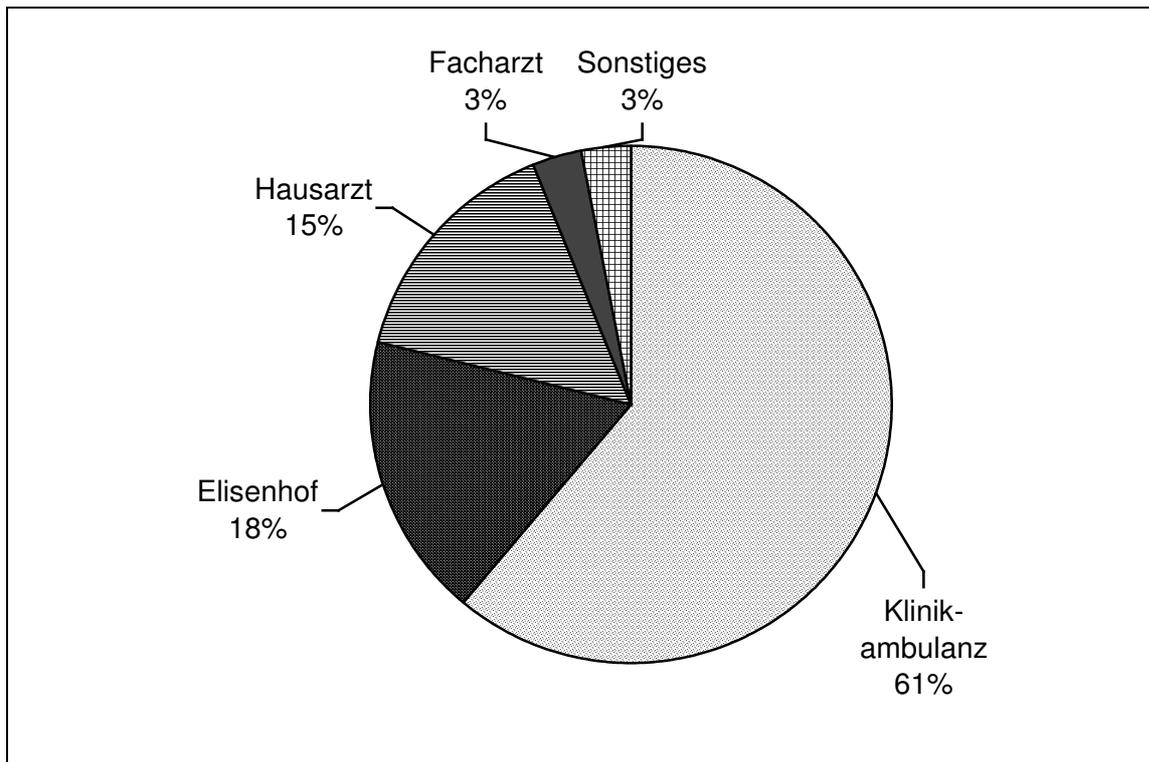
Bei der Differenzierung der „sonstigen Gründe“ (35%; 41 von 116) ist bemerkenswert, dass die Patienten auch vom Ärztlichen Notdienst und anderen Krankenhäusern zugewiesen werden. Es sind in der Regel die städtischen Krankenhäuser Bogenhausen, Schwabing und Harlaching, die selbst große Notfallambulanzen haben. Möglicherweise dient diese Empfehlung als eine Art Überlaufventil, wenn sie selbst hoch belastet sind.

Auf die Frage „Wohin wären Sie gegangen, wenn es die Bereitschaftspraxis nicht gäbe?“ antworteten 61 % (70 von 116), dass sie sich in jedem Falle an eine Klinikambulanz gewandt hätten. 15 % (17 von 116) hätten ihren Hausarzt und 3% (4 von 116) ihren Facharzt

aufgesucht, wenn sie ihn erreicht hätten; 18 % (21 von 116) wären in die zentrale Anlaufpraxis der KV München am Elisenhof gegangen.

Abbildung 13:

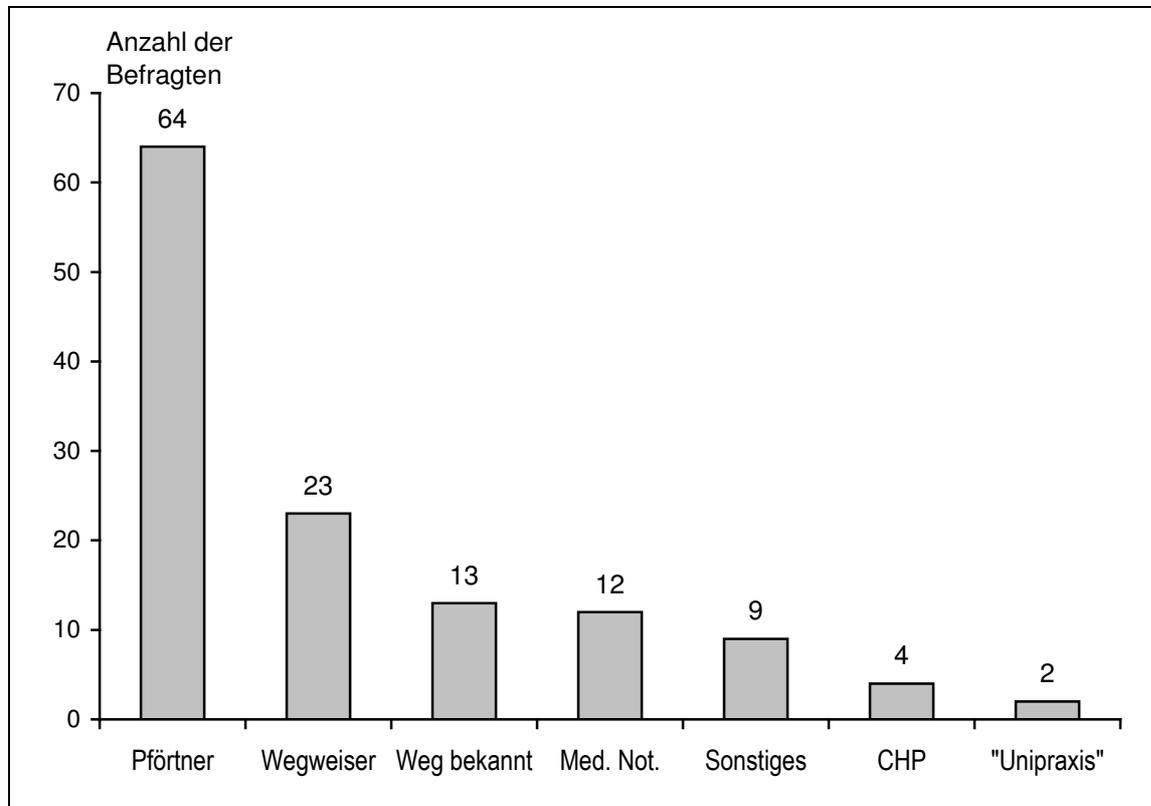
Wohin wären Sie gegangen, wenn es die Bereitschaftspraxis nicht gegeben hätte?



Quelle: Fragebogenerhebung 7/99 – 9/99

Abbildung 14

Wie fanden Sie den Weg in die Bereitschaftspraxis ? (Mehrfachnennungen möglich)



Quelle: Fragebogenerhebung 7/99 – 9/99

In einer weiteren Frage wurde untersucht, wie die Patienten den Weg in die Bereitschaftspraxis fanden. Es zeigte sich, dass vor allem (64 116) der Pförtner den Weg zur Praxis wies. 23 der 116 Patienten nutzten das neu entwickelte Wegweisersystem. 16 Patienten wurden zuerst von einer der beiden Polikliniken gesehen und dann an die Bereitschaftspraxis verwiesen. Zwei der 116 Befragten wurde durch die Bereitschaftspraxis telefonische Wegauskunft gegeben.

Der Schwerpunkt der Diagnostik durch die in der Bereitschaftspraxis arbeitenden Ärzte erstreckt sich ausschließlich auf die Anamneseerhebung und körperliche Untersuchung (99 von 116). Nur in wenigen Fällen wurde eine weiterführende Diagnostik durchgeführt.

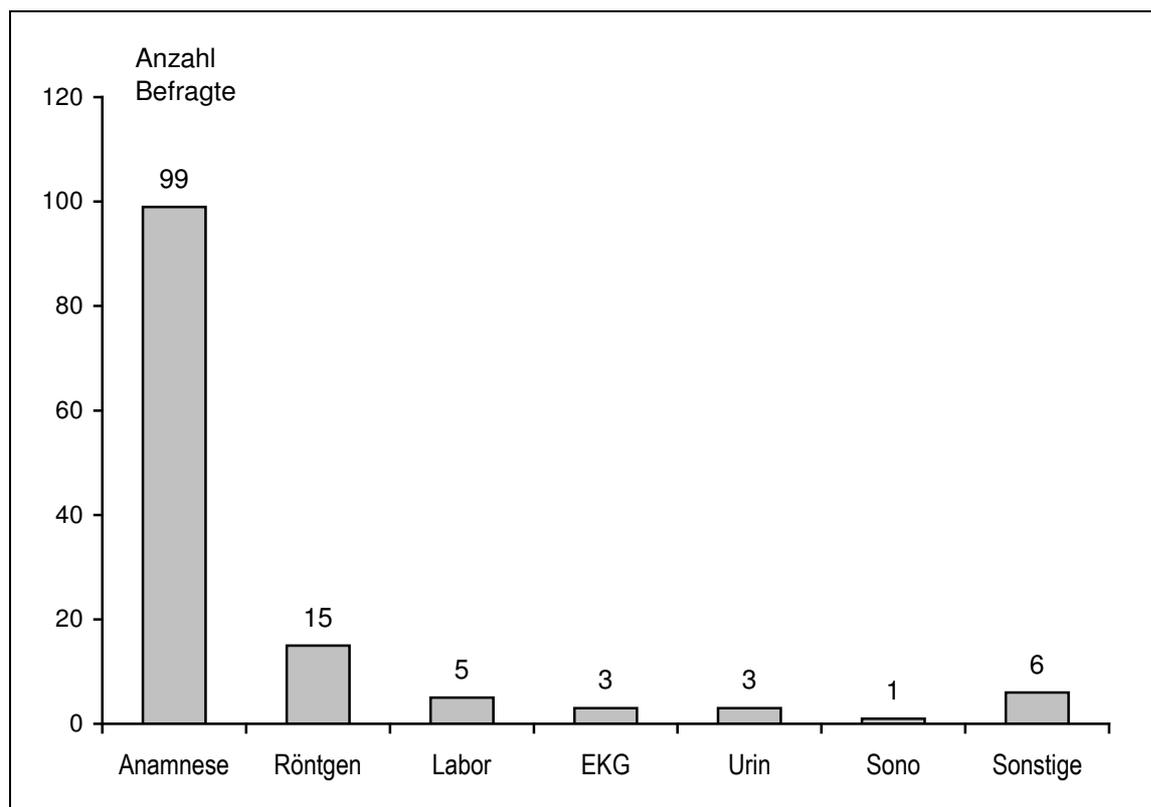
Dabei wurden vor allem Röntgenuntersuchungen (15 von 116) angeordnet, die auf die häufigen chirurgischen Verletzungen zurückgeführt werden können. Als weitere

diagnostische Maßnahmen wurden Labor (5 von 116)-, EKG (3 von 116)-, und Ultraschalluntersuchungen (1 von 116) angegeben.

Die Patientenbefragung zeigt, dass technische Untersuchungen in geringem Maße in Anspruch genommen wurden. Studien in Großbritannien belegen ebenfalls, dass Allgemeinärzte, die in Notaufnahmen von Kliniken arbeiten, bei Patienten mit Bagatell-Erkrankungen deutlich weniger Röntgen- und Laboruntersuchungen anfordern als Klinikärzte (Dale J. et al. 1995; Murphy A.W. et al. 1996; Robertson-Steel I.R.S. 1998, Murphy A.W. et al. 2000; Jones M. 2000).

Abbildung 15:

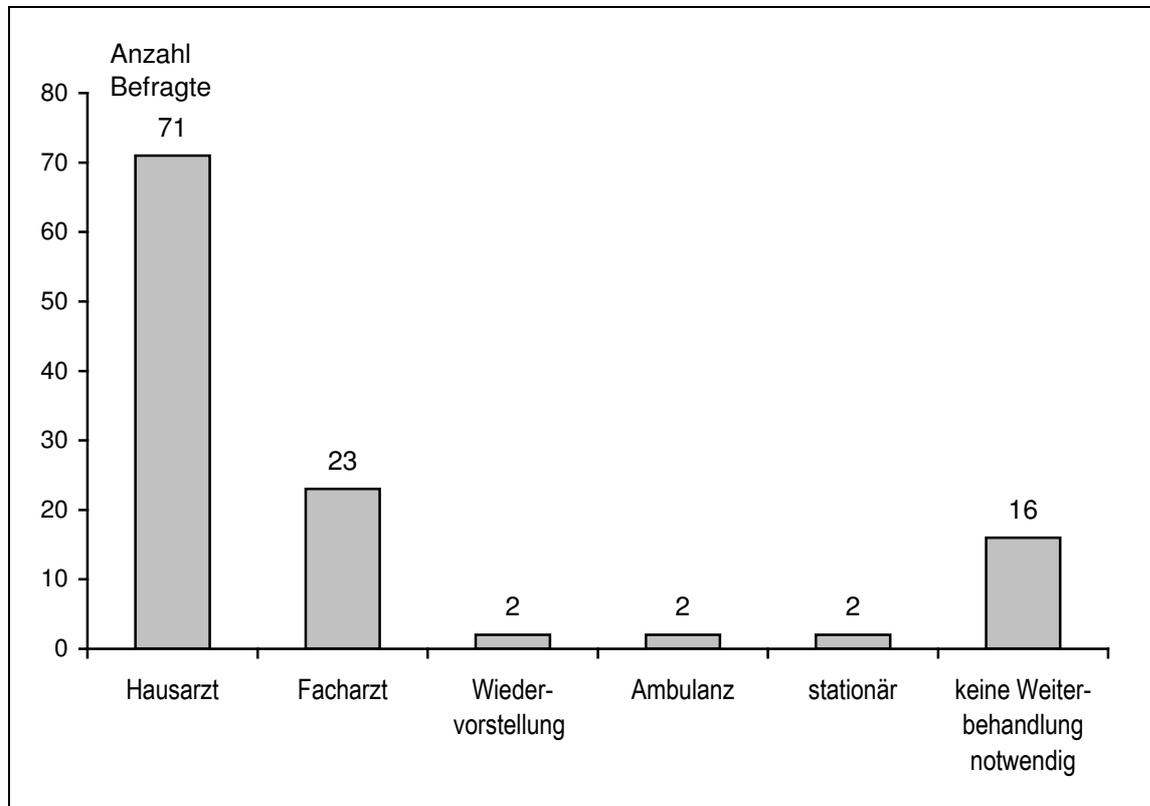
**Welche Untersuchungen wurden an Ihnen in der Bereitschaftspraxis vorgenommen?
(Mehrfachnennungen)**



Quelle: Fragebogenerhebung 7/99 – 9/99

Abbildung 16:

Wer übernimmt die weitere Versorgung?



Quelle: Fragebogenerhebung 7/99 – 9/99

Zur Weiterbehandlung werden die Patienten in 61% (71 von 116 der Fälle) zu ihrem Hausarzt geschickt. 20% der Patienten (23 von 116) wurden durch einen niedergelassenen Facharzt weiterbehandelt. Eine Wiedervorstellung erfolgt nur in 1,7 % (2 von 116 der Fälle). Keine Weiterbehandlung war in 14% (16 von 116) notwendig.

5.3.2 Patientenzufriedenheit

In der Fragebogenerhebung 7/99 – 9/99 wurden auch einige Aspekte zur Patientenzufriedenheit erhoben.

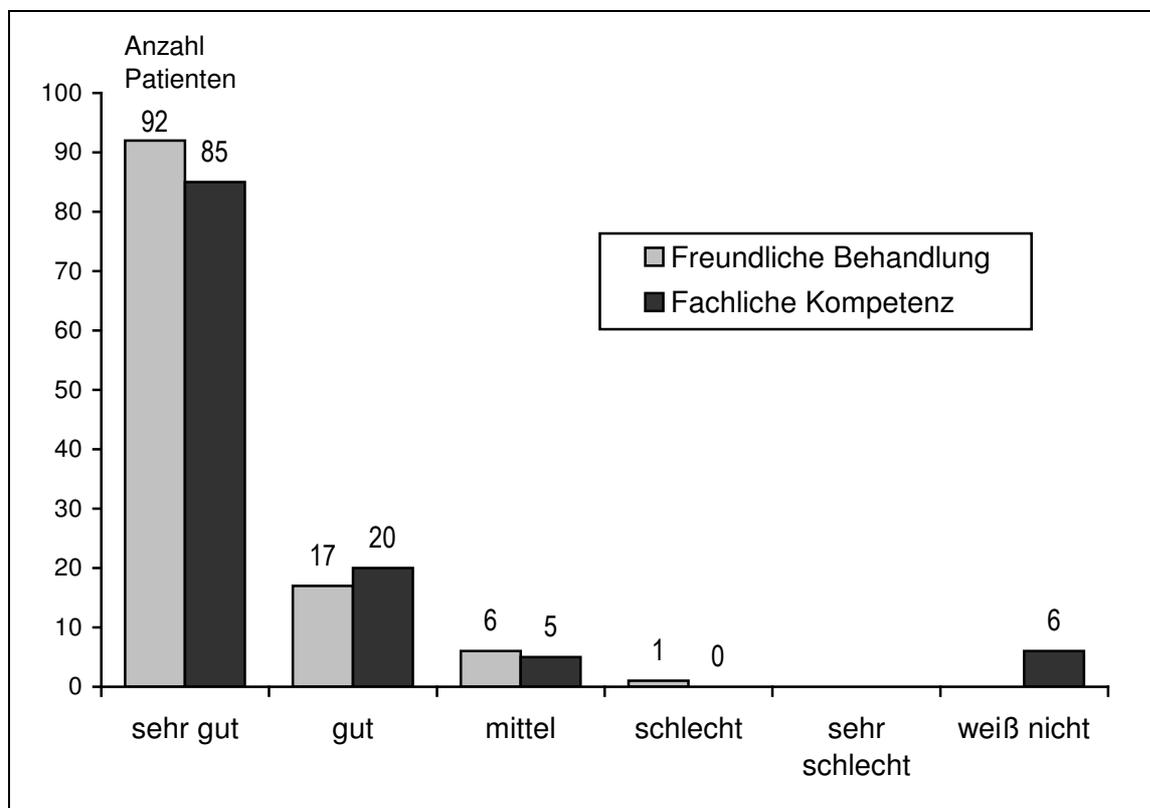
Ein wichtiger Aspekt der Patientenzufriedenheit ist das Urteil des Patienten zur fachlichen Kompetenz und Freundlichkeit des behandelnden Arztes (*Salisbury C. 1997*). Gerade der Aspekt der fachlichen Kompetenz des Allgemeinarztes ist im Falle des Modells der

Bereitschaftspraxis im Klinikum rechts der Isar von Bedeutung, weil die Patienten in der Universitätsklinik erwarten dürften, von hochspezialisierten Ärzten und nicht von Allgemeinärzten behandelt zu werden.

Die befragten Patienten fühlten sich jedoch in der Bereitschaftspraxis weit überwiegend gut bis sehr gut medizinisch betreut bzw. freundlich aufgenommen.

Abbildung 17:

Wie zufrieden waren Sie mit der ärztlichen Behandlung bzw. freundlichen Behandlung?

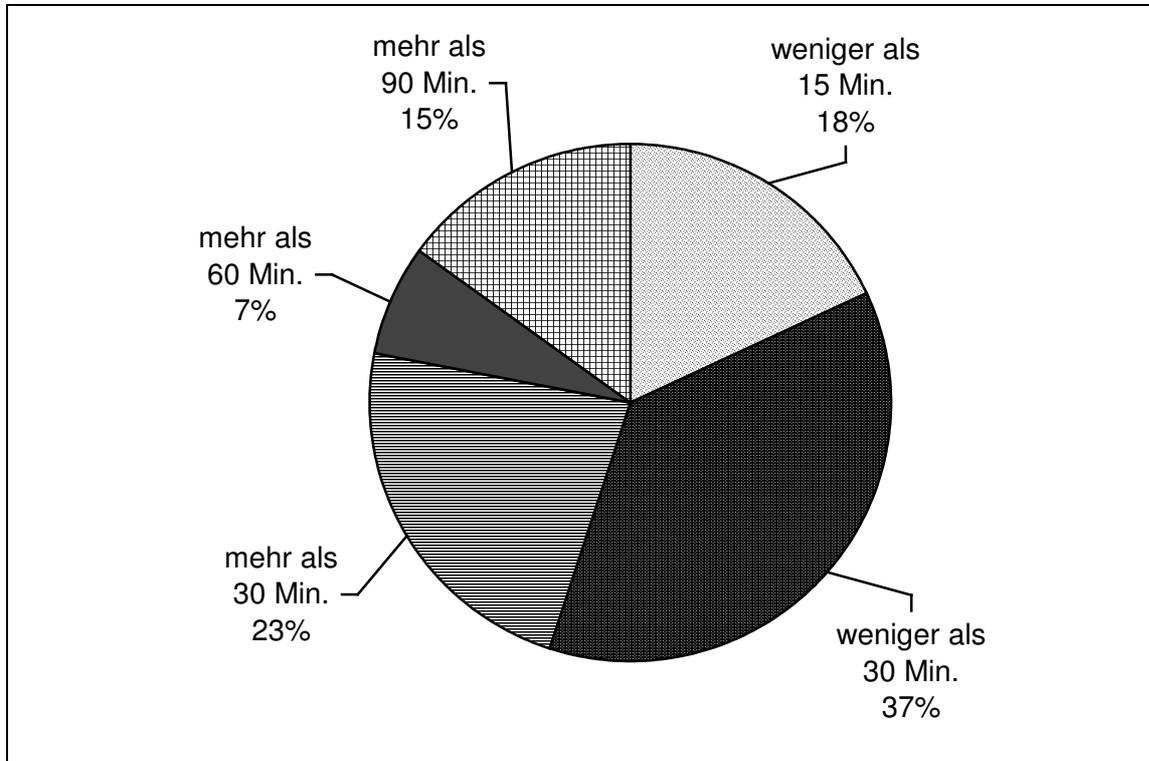


Quelle: Fragebogenerhebung 7/99 – 9/99

Allgemein anerkannt ist, dass zu lange Wartezeiten zur Unzufriedenheit der Patienten führen können. Die Wartezeit fiel bei dem überwiegenden Teil der Patienten ausgesprochen kurz aus. Bei aufwändigeren Untersuchungen wie Röntgen mußten in 27 % (4 von 15 Fällen) längere Wartezeiten (von mehr als 90 Minuten) in Kauf genommen werden. In 67% (10 von 15 Fällen) betrug die Wartezeit bei den zu röntgenden Patienten jedoch nur weniger als 30 Minuten.

Abbildung 18:

Wie lange betrug Ihre Wartezeit in der Bereitschaftspraxis?



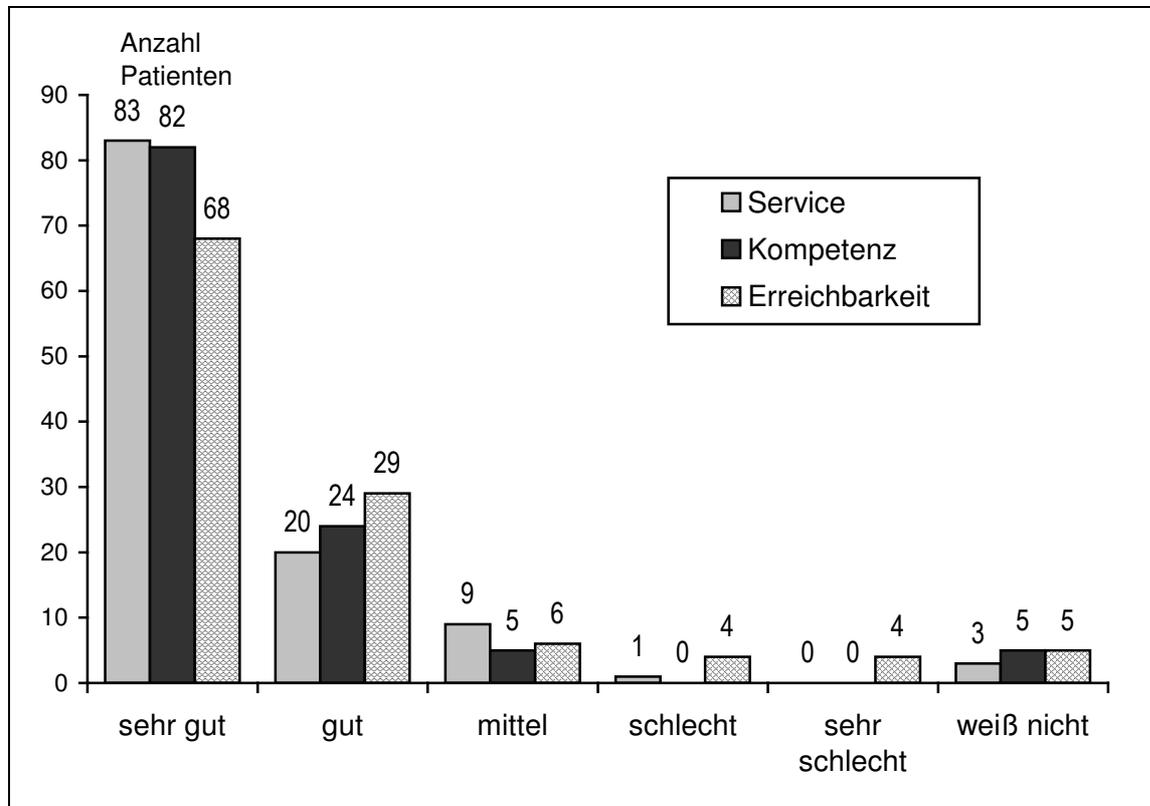
Quelle: Fragebogenerhebung 7/99 – 9/99

Vor der Behandlung wurden die Patienten darauf hingewiesen, dass sie von einem Allgemeinarzt und nicht von einem Klinikarzt betreut werden. Nach dem Ergebnis der Patientenbefragung aber hatte dies offenbar keinen negativen Einfluß auf die Patientenzufriedenheit.

Abschließend wurden die Patienten in der Fragebogenerhebung nach ihrem Urteil bzgl. Service und Kompetenz sowie nach ihrer Gesamtzufriedenheit befragt. Insgesamt äußerten sich die Patienten sehr zufrieden. 95 % fühlten sich mit ihren Beschwerden ernst genommen und 98 % wurden über ihre Symptome hinreichend aufgeklärt. Der Grad der Zufriedenheit drückt sich auch darin aus, dass 95% der Patienten die Bereitschaftspraxis weiterempfehlen wollen.

Abbildung 19:

Wie lautet Ihr abschließendes Urteil bezüglich Service, Kompetenz und Erreichbarkeit?



Quelle: Fragebogenerhebung 7/99 – 9/99

Bei der Bewertung der Patientenzufriedenheit ist allerdings zu bedenken, dass die Ergebnisse solcher Befragungen durch von der Krankheit des Patienten ausgelösten Gefühle und Gedanken beeinflusst sein dürften (Fitzpatrick R. 1991). Auch die Dankbarkeit des hilfebedürftigen Patienten kann auf die Fragen über seine „Zufriedenheit“ Einfluß haben. Typischerweise geben die Patienten in einem hohen Prozentsatz (80%-90%) positive Antworten auf die meisten Fragen (Fitzpatrick R. 1991). Aber auch im Vergleich zu Literaturangaben sind die Patienten der Bereitschaftspraxis in einem hohen Maße zufrieden (Fitzpatrick R. 1991).

5.4 Ökonomische Berechnung

Es liegen keine konkreten Berechnungen des Klinikums rechts der Isar über die Bereitschaftspraxis vor, so dass die ökonomischen Auswirkungen auf das Klinikum nicht beurteilt werden können.

Wie bereits in Punkt 4.3.2. erwähnt, können die ökonomischen Auswirkungen auf das Klinikum nicht sicher beurteilt werden. Die Berechnung für die niedergelassenen Vertragsärzte ist ebenfalls von sehr vielen Faktoren abhängig und lässt sich nur am Beispiel der Gewinnergebnisse von vier Praxen im I. Quartal 1999 ermitteln.

Die Vorgaben durch die KV für das I. Quartal 1999 bestanden in einer Fallzahlbegrenzung, einem Praxisbudget und dem üblichen Punktwert. Fallzahlbegrenzung heißt, es wurde eine Begrenzung der Fälle eingerechnet, die als Steigerung für das jeweilige Quartal anerkannt wurden. Werden mehr Fälle eingereicht, so werden sie mit dem halben Punktwert abgestaffelt. Unabhängig davon besteht auch ein Praxisbudget, welches die maximal anerkannte Punktzahl pro Schein festlegt. Der Punktwert im Quartal I/99 lautete für die Gruppe der Allgemeinärzte wie folgt:

Voller Punktwert:	Primärkassen	8,71 Pfg.
	Ersatzkassen	9,40 Pfg.
	Durchschnittswert	9,00 Pfg.
Abgestaffelter Punktwert:	Primärkassen	4,35 Pfg.
	Ersatzkassen	4,70 Pfg.
	Durchschnittswert	4,50 Pfg.

Die Ziffer 5 wird außerhalb des Budgets vergütet, sofern sie im organisierten Notfalldienst erbracht wird. Da es sich bei der Bereitschaftspraxis nicht um einen KV – anerkannten Notfalldienst handelt, konnte diese Leistungsziffer auch nicht mit berücksichtigt werden.

Praxis A

Die Praxis A befindet sich im Landkreis München und ist eine Einzelpraxis. Sie hat eine typische hausärztliche Praxisstruktur mit 75 % Mitglieder/ Familienversicherte (M/F) und 25 % Rentner (R). Diese Praxis zeichnet sich dadurch aus, dass sie im oberen Limit der

Fallzahlbegrenzung ist und somit 70 % abgestaffelte Fälle bei den zusätzlich eingebrachten Scheinen hat.

Praxisbezogene Fallpunktzahl (sog. Praxisbudget)

Praxisbudget für M,F 529 Pkt.

Praxisbudget für R 1403 Pkt.

Abrechnung der GmbH für Unkostenpauschale 30 DM pro Patient

In den Monaten Januar bis März 1999 wurden an die GmbH folgende Beiträge für die Behandlung von Kassenpatienten entrichtet (in Klammern Fallzahl).

Januar	1999:	1830.00 DM	61 Fälle bei	28 h Dienstzeit
Februar	1999:	570.00 DM	19 Fälle bei	13 h Dienstzeit
März	1999:	1267.24 DM	49 Fälle bei	27 h Dienstzeit
Gesamt	I/1999:	3667.24 DM	129 Fälle bei	68 h Dienstzeit

Abgestaffelter Punktwert bei Fallzahlbegrenzung

Von den 129 budgetrelevanten eingebrachten Fällen in der Bereitschaftspraxis wurden 39 mit vollem Punktwert und 90 mit abgestaffeltem Punktwert (d. h. 50 %) gezahlt.

39 Fälle mit einem vollem Punktwert von 9,0 Pfg. pro Pkt.

29 M/F :	29 x 529 Pkt. x 9.0 Pfg. Punktwert	=	1381 DM
10 R :	10 x 1403 Pkt. x 9.0 Pfg. Punktwert	=	1263 DM

90 Fälle mit einem abgestaffelten Punktwert von 4,5 Pfg. pro Pkt.

68 M/F:	68 x 529 Pkt. x 4,5 Pfg. Punktwert	=	1619 DM
22 R :	22 x 1403 Pkt. x 4.5 Pfg. Punktwert	=	1389 DM

Ökonomisches Ergebnis der Praxis A

5652 DM Gesamtumsatz abzüglich 3667 DM Abgabe an die GmbH erbringen der Praxis A einen Gewinn von 1985 DM für das I Quartal/ 1999. 68 h Dienstzeit in der Bereitschaftspraxis entsprechen einem Stundenlohn von 29,20 DM. Die Behandlung eines Mitglieds/Familienversicherten erbringt einen Gewinn pro Patient von 0,82 DM, die Behandlung eines Rentners von 52,88 DM.

Praxis B

Die Praxis B ist eine Stadtrandpraxis. In dieser Gemeinschaftspraxis werden überwiegend junge Patienten mit 85 % Mitglieder/ Familienversicherte (M/F) und 15 % Rentner (R) behandelt. Als Gemeinschaftspraxis werden ihr ein höheres Praxisbudget und eine höhere Fallzahlpauschale zugebilligt. 9,5 % der Fälle wurden abgestaffelt vergütet.

Praxisbezogene Fallpunktzahl (sog. Praxisbudget)

Praxisbudget für M,F: 582 Pkt.
Praxisbudget für R : 1543 Pkt.

Abrechnung der GmbH für Unkostenpauschale 30 DM pro Patient

In den Monaten Januar bis März 1999 wurden an die GmbH folgende Beiträge für die Behandlung von Kassenpatienten entrichtet (in Klammern Fallzahl).

Januar	1999:	2490,00 DM	83 Fälle bei 37 h Dienstzeit
Februar	1999:	630,00 DM	11 Fälle bei 11 h Dienstzeit
März	1999:	1020,00 DM	18 Fälle bei 18 h Dienstzeit
Gesamt	I/1999:	4140,00 DM	138 Fälle bei 66 h Dienstzeit

Abgestaffelter Punktwert bei Fallzahlbegrenzung

Von den 138 budgetrelevanten eingebrachten Fällen in der Bereitschaftspraxis wurden 122 mit vollem Punktwert und 16 mit abgestaffeltem Punktwert (d. h. 50 %) gezahlt.

122 Fälle mit einem vollem Punktwert von 9,0 Pfg. pro Pkt.

104M/F : 104 x 582 Pkt. x 9.0 Pfg. Punktwert = 5448 DM

18 R : 18 x 1543 Pkt. x 9.0 Pfg. Punktwert = 2500 DM

16 Fälle mit einem abgestaffelten Punktwert von 4,5 Pfg. pro Pkt.

13 M/F: 13 x 582 Pkt. x 4,5 Pfg. Punktwert = 340 DM

3 R : 3 x 1543 Pkt. x 4.5 Pfg. Punktwert = 208 DM

Ökonomisches Ergebnis der Praxis B

8496 DM Gesamtumsatz abzüglich 4140 DM Abgabe an die GmbH erbringen einen Gewinn von 4356 DM für das I Quartal/ 1999. 66 h Dienstzeit in der Bereitschaftspraxis entsprechen einem Stundenlohn von 66,00 DM.

Die Behandlung eines Mitglieds/Familienversicherten erbringt einen Gewinn pro Patient von 19,50 DM, die Behandlung eines Rentners von 99,00 DM.

Praxis C

Die Praxis C ist eine Einzelpraxis in der Stadt München. Sie betreut überwiegend ältere Patienten, da jedoch viele freiwillig versicherte Rentner als Mitglieder geführt werden, beträgt ihr Verhältnis 75 % Mitglieder/ Familienversicherte (M/F) und 25 % Rentner (R). 15 % ihrer Fälle wurden abgestaffelt.

Praxisbezogene Fallpunktzahl (sog. Praxisbudget)

Praxisbudget für M,F: 556 Pkt.
Praxisbudget für R : 1504 Pkt.

Abrechnung der GmbH für Unkostenpauschale 30 DM pro Patient

In den Monaten Januar bis März 1999 wurden an die GmbH folgende Beiträge für die Behandlung von Kassenpatienten entrichtet (in Klammern Fallzahl).

Januar	1999:	1890,00 DM	54 Fälle bei	40 h Dienstzeit
Februar	1999:	690,00 DM	23 Fälle bei	18 h Dienstzeit
März	1999:	960,00 DM	32 Fälle bei	22 h Dienstzeit
Gesamt	I/1999:	3540,00 DM	109 Fälle bei	81 h Dienstzeit

Abgestaffelter Punktwert bei Fallzahlbegrenzung

Von den 109 budgetrelevanten eingebrachten Fällen in der Bereitschaftspraxis wurden 93 mit vollem Punktwert und 16 mit abgestaffeltem Punktwert (d. h. 50 %) gezahlt.

93 Fälle mit einem vollem Punktwert von 9,0 Pfg. pro Pkt.

70 M/F :	70 x 556 Pkt. x 9.0 Pfg. Punktwert	=	3502 DM
23 R :	23 x 1504 Pkt. x 9.0 Pfg. Punktwert	=	3113 DM

16 Fälle mit einem abgestaffelten Punktwert von 4,5 Pfg. pro Pkt.

12 M/F:	12 x 556 Pkt. x 4,5 Pfg. Punktwert	=	300 DM
4 R :	4 x 1504 Pkt. x 4.5 Pfg. Punktwert	=	270 DM

Ökonomisches Ergebnis der Praxis C

7085 DM Gesamtumsatz abzüglich 3540 DM Abgabe an die GmbH erbringen einen Gewinn von 3545 DM für das I Quartal/ 1999. 81 h Dienstzeit in der Bereitschaftspraxis entsprechen einem Stundenlohn von 43,75 DM.

Die Behandlung eines Mitglieds/Familienversicherten erbringt einen Gewinn pro Patient von 16,35 DM, die Behandlung eines Rentners von 95,30 DM.

Praxis D

Die Praxis D befindet sich im Landkreis München und ist eine Einzelpraxis. Sie hat eine sehr junge Patientenschaft mit 90 % Mitglieder/ Familienversicherte (M/F) und 10 % Rentner (R). Immerhin 30 % der zusätzlich eingebrachten Fälle wurden abgestaffelt.

Praxisbezogene Fallpunktzahl (sog. Praxisbudget)

Praxisbudget für M,F 519 Pkt.
Praxisbudget für R 1377 Pkt.

Abrechnung der GmbH für Unkostenpauschale 30 DM pro Patient

In den Monaten Januar bis März 1999 wurden an die GmbH folgende Beiträge für die Behandlung von Kassenpatienten entrichtet (in Klammern Fallzahl).

Januar	1999:	1530.00 DM	51 Fälle bei	20 h Dienstzeit
Februar	1999:	1200.00 DM	40 Fälle bei	25 h Dienstzeit
März	1999:	480.00 DM	16 Fälle bei	10 h Dienstzeit
Gesamt	I/1999:	3210.00 DM	107 Fälle bei	55 h Dienstzeit

Abgestaffelter Punktwert bei Fallzahlbegrenzung

Von den 107 budgetrelevanten eingebrachten Fällen in der Bereitschaftspraxis wurden 75 mit vollem Punktwert und 32 mit abgestaffeltem Punktwert (d. h. 50 %) gezahlt.

75 Fälle mit einem vollem Punktwert von 9,0 Pfg. pro Pkt.

68 M/F : 68 x 519 Pkt. x 9.0 Pfg. Punktwert = 3176 DM

7 R : 7 x 1377 Pkt. x 9.0 Pfg. Punktwert = 868 DM

32 Fälle mit einem abgestaffelten Punktwert von 4,5 Pfg. pro Pkt.

29 M/F: 29 x 519 Pkt. x 4,5 Pfg. Punktwert = 677 DM

3 R : 3 x 1377 Pkt. x 4.5 Pfg. Punktwert = 186 DM

Ökonomisches Ergebnis der Praxis D

4907 DM Gesamtumsatz abzüglich 3210 DM Abgabe an die GmbH erbringen der Praxis D einen Gewinn von 1683 DM für das I Quartal/ 1999. 55 h Dienstzeit in der Bereitschaftspraxis entsprechen einem Stundenlohn von 30,60 DM. Die Behandlung eines Mitglieds/Familienversicherten erbringt einen Gewinn pro Patient von 9,72 DM, die Behandlung eines Rentners von 75,40 DM.

Ergebnis der GKV - Einnahmen

Im Quartal I/99 betrug der durchschnittliche Stundenlohn an GKV - Einnahmen in den vier Praxen 40,89 DM. Durchschnittlich wurden 1,78 GKV - Patienten pro Stunde behandelt. Die Behandlung eines Mitglied-/Familienversicherten wurde im Durchschnitt mit 11,60 DM vergütet, die Behandlung eines Rentners im Durchschnitt mit 80,63 DM.

Ergebnis der PKV - Einnahmen

Im Durchschnitt erlost ein Bereitschaftsarzt pro PKV – Versicherten DM 108,96. Abzüglich einer Kostenpauschale von DM 40,00 (incl. Umsatzsteuer) pro PKV – Patienten an die Betreiber – GmbH verbleiben ihm DM 68,96 pro Patient. 18 % der Patienten sind PKV

versichert, somit werden 0,32 PKV – Patienten pro Stunde behandelt mit einem durchschnittlichen Stundenlohn von DM 22,10.

Gesamtergebnis

Für die Bereitschaftsärzte berechnet sich somit folgender Gesamterlös im ersten Jahr

2017	PKV – Patienten	x	68,96	DM	139 092,32
6757	GKV – Mitglieder	x	11,60	DM	78 381,20
1494	GKV – Familienversicherte	x	11,60	DM	17 330,40
1226	GKV – Rentner	x	80,63	DM	98 852,38
500	GKV – Wiedereinbestellte	x	25,01	DM	12 505,00

12 004 Patienten DM 346 161,30

Im Durchschnitt betrug der Nettogewinn pro Patient DM 28,84. Bei einer durchschnittlichen Patientenzahl von 2,1 Patienten pro Stunde erwirtschaftet ein Bereitschaftsarzt einen Nettostundenlohn (vor Steuern) von DM 60,55.

5.5 Ergebnis der Befragung von Entscheidungsträgern

Als Träger der bayerischen Universitätskliniken und oberste Aufsichtsbehörde sowohl der bayerischen Krankenkassen wie der kassenärztlichen Vereinigung Bayerns nimmt der Staatssekretär im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit, Herr Georg Schmidt am 10.01.2000 in einem Brief Stellung auf eine schriftliche Anfrage.

Seiner Ansicht nach beweise die Initiative, wie unspektakulär und nicht minder wirksam die Schranken zwischen ambulantem und stationärem Sektor durchbrochen werden könnten. Das Modellprojekt belege, dass die rechtliche Grundlagen für eine Verbesserung der Verzahnung vorhanden seien. Die Ergebnisse der Evaluation der Bereitschaftspraxis weisen seiner Ansicht darauf hin, dass durch die Arbeit der Bereitschaftspraxis Einsparpotential realisiert werde und die Qualität der ärztlichen Versorgung nicht darunter leide. Da derartige Vertragskonstruktionen mit Risiken und Unwägbarkeiten verbunden seien, sollten die Ergebnisse weiter evaluiert werden.

In einem Interview mit Herr Hehl, Vertreter des Gesundheitsreferenten der Stadt München am 28.09.1999 konnten folgende Erkenntnisse gewonnen werden:

Die Bereitschaftspraxis Münchner Ärzte am Klinikum rechts der Isar werde von Seiten der Stadt München als eine strukturelle Verbesserung des medizinischen Angebotes angesehen. Die Bereitschaftspraxis sowie alle anderen in München neu entstandenen Bereitschaftspraxen treten nicht in Konkurrenz zu den städtischen Krankenhäusern und Einrichtungen (Elisenhof), soweit sich dies aus den Fallzahlen der städtischen Ambulanzen ermitteln lasse. Durch die Bereitschaftspraxis werden Einsparmöglichkeiten durch Vermeidung von stationären Aufnahmen gesehen. Die Stadt München sehe auch kein Problem darin, die durch das verbesserte ambulante Angebot überflüssig gewordenen Betten zu streichen. Eine einfachere Verzahnung - wie sie in den anderen Ländern üblich ist - werde auch von der Stadt München angestrebt. Die Stadt München stehe all den Bereitschaftspraxen und damit auch dieser sehr positiv gegenüber, weil sie ein Schritt in die Verzahnung ambulant-stationär seien und vielleicht auch einen Schritt in die Vernetzung der Haus- und Facharztpraxen bedeute. Die Stadt hoffe, dass diese Bereitschaftspraxis ein „Nukleus“ von einem derartigen Praxisnetz sein könnte, wovon sich die Stadt sowohl eine Einsparung als auch eine Verbesserung der Münchener Bürger erhoffe.

Prof. Dr. med. Lehr, Leitender Oberarzt der Chirurgischen Klinik des Klinikums rechts der Isar nimmt in Vertretung von Herr Univ.-Prof. Dr. med. J.R. Siewert, Ärztlicher Direktor des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München im Interview folgendermaßen Stellung:

Die Zusammenarbeit der Klinikärzte mit den Ärzten der Bereitschaftspraxis sei sehr gut. Die Entlastung bzw. Patienten-Reduktion der Chirurgischen Poliklinik liege bei ca. 20 %. Entscheidend sei jedoch die Ausweitung der Betriebszeiten der Bereitschaftspraxis. Nur dadurch könne medizinisches Personal eingespart und Kosten gesenkt +werden. Bei Ausweitung der Sprechzeiten von 16.00 bis 23.00 Uhr statt - wie bisher - von 19.00 bis 23.00 Uhr könnten schätzungsweise eine Arzt- und eine Pflegekraftstelle zusätzlich eingespart werden.

In der schriftlichen Stellungnahme von Herrn Hegenbart, Leiter des zentralen Leistungsmanagement der AOK Bayern, wird verdeutlicht, daß zwar auf die Realisierung und künftige Verwendung der im Klinikum rechts der Isar erzielten Einsparungen über Budgetverhandlungen durch die AOK direkt Einfluß genommen werden kann, dies jedoch in

Bezug auf die eingesparten Gelder bei den ambulanten poliklinischen Ausgaben nicht möglich sei. Nach dem derzeit geltenden Honorarverteilungsmaßstab werde die Vergütung für die ambulanten poliklinischen Leistungen aus dem Honorarfonds „ärztlich geleitete Einrichtungen“ gezahlt⁴¹. Diese Regelung führe dazu, dass die im Klinikum rechts der Isar erzielten Minderausgaben zur Subventionierung anderer bayerischen Polikliniken, Kliniken, Institute und Dialyseeinrichtungen führten. Diese Konsequenz sei von Seiten der AOK nicht akzeptabel. Es wird deshalb darum gebeten, in der kommenden Vertreterversammlung der KVB „eine Regelung im Honorarverteilungsmaßstab aufzunehmen, die eine derartige Subventionierung nicht zulässt. Konkret schlagen wir eine Regelung vor, die den Honorarfonds „ärztlich geleitete Einrichtungen“ um Einsparungen, erzielt durch Bereitschaftspraxen niedergelassener Vertragsärzte in Krankenhäusern, entsprechend reduziert. Die dadurch frei gewordenen Gelder sollen gezielt für strukturelle Maßnahmen (z.B. Förderung von Bereitschaftspraxen niedergelassener Vertragsärzte in Krankenhäusern) eingesetzt werden“ (zitiert: Hegenbart R. 1999)

⁴¹ Vgl. Abschnitt B, Ziffer 2.8.2, Anhang 2 sowie Ziffer 3.8.2. HVM!

6. Diskussion

6.1 Innovation der Bereitschaftspraxis

Die Bereitschaftspraxis Münchner Ärzte im Klinikum rechts der Isar unterscheidet sich in mancherlei Hinsicht von anderen kooperativen Versorgungsformen. Wesentliche Neuerungen sind:

- Direkte Kooperation zwischen einer Universitätsklinik und niedergelassenen Hausärzten
- Finanzielle Unabhängigkeit der Praxis- bzw. Netzärzte, da die Finanzierung des Projektes durch die GmbH, respektive den sich selbst organisierenden Ärzten erfolgte
- Organisatorische Unabhängigkeit, da sich ein regionaler Verbund von freiberuflich tätigen Ärzten zu der Gründung und Betrieb zusammengefunden hat, ohne Mitwirkung der KV oder z. B. einer Managementfirma
- Einbindung der Bereitschaftspraxis in die studentische, allgemeinmedizinische Lehre
Erstmals in Deutschland können so unter dem Dach einer Universitätsklinik Studenten in die spezifische Arbeitsweise eines Allgemeinarztes und das unausgelesene Krankengut unterrichtet werden. Der beklagte Mangel einer zielgerichteten Aus- und Weiterbildung für die ambulant-ärztliche Tätigkeit (*Sachverständigenrat 1994 RdNr. 366; Sachverständigenrat 1995 RdNr. 295*) kann dadurch –zumindest in Ansätzen - behoben werden

6.2 Klinikentlastung

Das wichtigste Ziel des Projektes - die Entlastung der Kliniken von den sogenannten „Selbsteinweisern“ – konnte nachhaltig erreicht werden.

Die Bereitschaftspraxis Münchner Ärzte im Klinikum rechts der Isar hat im ersten Jahr ihres Bestehens insgesamt 11.840 Patienten behandelt. Demgegenüber steht einen Rückgang von knapp 8000 Behandlungsfällen in der Chirurgischen Poliklinik und Medizinischen Notaufnahme des Klinikums. Daraus lässt sich schließen, dass die Bereitschaftspraxis tatsächlich in nennenswertem Umfang das Klinikum in der Versorgung ambulanter Notfallpatienten entlastet hat und im wesentlichen keine neue Nachfrage induziert hat. Anhand des Leistungsspektrums der Bereitschaftspraxis lässt sich ersehen, dass mutmaßlich auch die Polikliniken anderer Fachgebiete (z.B. Urologie, HNO), die nicht Gegenstand der

Evaluation waren, durch die Praxis entlastet wurden, wenn auch nur in einem geringen Umfang.

Wie hoch das Ausmaß der Entlastung für das Klinikum ist, zeigt sich vor allem am Rückgang der Patientenzahlen in den Polikliniken um bis zu 50 Prozent während der Öffnungszeiten der Bereitschaftspraxis. Die Analysen haben gezeigt, dass die Ursache hierfür im wesentlichen auf einen starken Rückgang der Zahl an Patienten zurück zu führen ist, die früher aus eigener Initiative mit allgemeinärztlichen Problemen die Chirurgische Poliklinik und Medizinische Notaufnahme aufgesucht haben.

Die Entlastung des Klinikums kann auch durch den deutlichen Rückgang an durchgeführten Untersuchungen belegt werden. So wurden zum Beispiel in der medizinischen Notaufnahme nach Eröffnung der Bereitschaftspraxis um bis zu 50 Prozent weniger Laboruntersuchungen durchgeführt.

Bemerkenswert ist auch, dass die Anzahl der Konsil-Anforderungen durch die Polikliniken deutlich vermindert werden konnte. Dies begründet sich möglicherweise im breiteren Versorgungsspektrum des Allgemeinarztes, oder auch im Bestreben der Universitätsklinik, alle Symptome auf eine kausale Krankheitsursache hin abzuklären bzw. sich aus rechtlichen Gründen durch umfassende Untersuchungen abzusichern.

Die konstante Zahl an stationären Aufnahmen aus der Chirurgischen Poliklinik und der Medizinischen Notaufnahme deutet darauf hin, dass die Ambulanzen des Klinikums auch vor Inbetriebnahme der Bereitschaftspraxis die Indikation zur stationären Aufnahme sehr eng gestellt haben bzw. die Aufnahmen regelmäßig gut begründet waren. Andernfalls hätte sich der starke Rückgang der Patientenzahlen in den Polikliniken auch auf die Zahl stationärer Aufnahmen aus den Ambulanzen auswirken müssen.

6.3 Qualität der Versorgung in der Bereitschaftspraxis

Bei der Übernahme der ambulanten Notfallversorgung durch niedergelassene Allgemeinärzte in einer Universitätsklinik ist die Frage nach der Qualität der Versorgung wichtig.

Die ausgewerteten Daten zeigen die Versorgungskompetenz der diensthabenden Allgemeinärzte. Ein sehr hoher Prozentsatz der befragten Patienten war mit der Behandlung und medizinischen Versorgung in der Bereitschaftspraxis zufrieden. Die Qualität der Allgemeinärzte wurde durchweg als gut oder sehr gut bewertet. Ein weiterer Beleg für die Qualität der Versorgung ist, dass 92 % der Patienten in der Bereitschaftspraxis versorgt

werden konnten und nur 8 % in die Klinikambulanzen über- bzw. stationär eingewiesen werden mussten. Dies deckt sich mit der in der allgemeinmedizinischen Literatur beschriebenen Werten für allgemeinärztliche Praxen (*Braun R.N. 1986, Mader F. H. 2000*).

Weder von der Klinikseite noch von Patientenseite sind in den ersten zwei Jahren seit Gründung diesbezügliche Beschwerden oder gar Klagen bekannt geworden⁴². Im Gegenteil, neben den kurzen Wartezeiten wurde insbesondere die patientenorientierte Arbeitsweise der Bereitschaftsärzte gelobt, die sich in einer guten Bewertung der Patientenzufriedenheit widerspiegelt⁴³.

Ein Grund dafür mag sein, dass Allgemeinärzte zur Diagnosefindung deutlich weniger technische Leistungen durchführen bzw. veranlassen als die meist jüngeren Klinikärzte.

6.4 Ökonomische Auswirkung

Da die niedergelassenen Ärzte die in der Bereitschaftspraxis erbrachten Leistungen über ihre eigene Praxis abrechnen, kann die Frage der Wirtschaftlichkeit des Modells nur aus Sicht eines einzelnen Arztes beantwortet werden. Bisher gibt es jedoch keine Bestrebungen von Seiten der niedergelassenen Ärzte, die Kooperation mit dem Klinikum aufzugeben. Dies mag ein Hinweis darauf sein, dass sich dieses Modell nach mittlerweile 3 Jahren Laufzeit für die meisten der niedergelassenen Ärzte rechnet.

Aus Sicht des Klinikums müssen die monetären Effekte, die sich aus dem Rückgang der Patientenzahl, der Zunahme an Überweisungen und der Einsparungen im Sach- und Personalkostenbereich ergeben, gegengerechnet werden. Es liegen zwar Hochrechnungen, jedoch keine konkreten Berechnungen vor, so dass ökonomische Auswirkungen auf das Klinikum nicht sicher beurteilt werden können.

Aufgrund des komplexen Wechselspiels der finanziellen Ströme konnten auch keine exakten Berechnungen aus Sicht der Kassenärztlichen Vereinigung bzw. aus Sicht der niedergelassenen Vertragsärzteschaft durchgeführt werden.

⁴² Siehe Stellungnahme von Prof. Dr. med. L. Lehr (Punkt 5.5)

⁴³ Siehe Punkt 5.3.2

Da jedoch die Vergütung der Vertragsärzte und die der Universitätsklinik aus zwei fix vorgegebenen Töpfen erfolgt, haben potentielle Einsparungen bzw. Ausgabensenkungen auf der einen Seite keinen Einfluss auf das Budget der anderen Seite. D.h., dass die mit dem Rückgang der Patientenzahl in den Notfallambulanzen des Klinikums ggf. verbundenen Kosteneinsparungen nicht den niedergelassenen Ärzten, sondern den anderen Universitätsklinik bzw. „ärztlich geführten Einrichtungen“ in Bayern zugute kommen. Von dieser Erhöhung kann jedoch nicht einmal das Klinikum rechts der Isar profitieren, da es eine gleichbleibende Pauschale für die ambulante Patientenversorgung von der KVB erhält, sondern die „ärztlich geführten Einrichtungen“ in Bayern, die per Einzelleistungsnachweis abrechnen.

Dieser Effekt wird auch von anderen Autoren beschrieben (*Schnack D. 2000; Laschet H. 2000*).

Die immer wieder getroffene Behauptung, dass eine integrierte ambulante – stationäre Versorgung kostengünstiger ist, kann aus gesamtökonomischer Sicht mit diesem Modellprojekt für den Bereich einer niedergelassenen Bereitschaftspraxis in der Klinik nicht beantwortet werden.

7. Zusammenfassung

Die scharfe Grenze zwischen dem ambulanten Versorgungsbereich und dem Krankenhaussektor sowie die Beseitigung der damit verbundenen Mängel ist seit Jahren Gegenstand der gesundheitspolitischen Diskussion in Deutschland und das Ziel zahlreicher Reformvorschläge.

Die Nachteile der Grenze zwischen den beiden Leistungssektoren kommen in besonderer Weise bei der Notfallversorgung zum Ausdruck. Einer dieser Effekte ist, dass Notfallpatienten und Patienten außerhalb der Sprechstundenzeiten von sich aus das Krankenhaus aufsuchen und dort, wegen fehlender Vorbefunde, Untersuchungen wiederholt werden müssen, oder zur Überwachung bzw. zur Absicherung des Krankenhausarztes stationär aufgenommen werden. Weitere Mängel sind das Abschieben kostenaufwändiger Patienten in den anderen Sektor oder eine zulange Verweildauer.

Ungeachtet dieser Grenze gibt es Neuerungen in der Praxis, vor allem in der Notfallversorgung, die auf eine Überwindung dieser sektoralen Trennung abzielen. Ein solches Integrationsmodell war Gegenstand der Evaluation im Rahmen dieser Arbeit.

Die Bereitschaftspraxis Münchner Ärzte wurde am 01.10.1998 im Klinikum rechts der Isar der TU München von niedergelassenen Hausärzten eingerichtet und seither selbstorganisiert, selbstfinanziert und eigenverantwortlich betrieben. Ziel des Modells war es, die universitären Notaufnahmen von Selbsteinweisern zu entlasten, den Patienten eine qualifizierte Behandlung durch Allgemeinärzte sicher zu stellen und den Grundsatz „ambulant vor stationär“ in der Notfallversorgung ambulanter Patienten zu verwirklichen.

Die Evaluation des Modells erfolgte anhand der im klinischen Dokumentationssystem der Bereitschaftspraxis und des Klinikums festgehaltenen Datensätze sowie einer Patientenbefragung zur Ermittlung von Patientenströmen und Patientenzufriedenheit.

Es konnte nachgewiesen werden, dass durch die Bereitschaftspraxis die Klinikambulanzen insgesamt um mehr als 20 % entlastet werden konnten, während der Öffnungszeiten sogar um bis zu 50%. Insgesamt wurden in der Praxis im ersten Jahr knapp 12.000 Patienten behandelt, die, wie die Auswertung ergab, ohne die Bereitschaftspraxis im wesentlichen die Polikliniken des Klinikums aufgesucht hätten. Die Anzahl der stationär aufgenommenen Patienten in den Notaufnahmen blieb gleich.

92% der Patienten in der Bereitschaftspraxis behandelten die Allgemeinärzte selbstständig, 6,5 % wurden in die nebenanliegenden fachärztlichen Klinikambulanzen überwiesen und 1,5% mussten aufgrund ihres Krankheitsbildes stationär eingewiesen werden. Die Patienten äußerten sich sehr positiv bezüglich der ärztlichen Kompetenz und der Behandlung in der Bereitschaftspraxis insgesamt.

Das Modell der Bereitschaftspraxis hat sich in dem untersuchten Zeitraum als eine für alle Beteiligten tragfähige Kooperation erwiesen. Die Medizinstudenten der TU München profitieren durch die Einbindung der hausärztlichen Bereitschaftspraxis in die Lehre ebenfalls, da sie nun erstmals in Deutschland die Möglichkeit haben in den Räumen einer Universitätsklinik das unausgelesene Patientengut und allgemeinmedizinische Denk- und Handlungsweisen kennen zu lernen.

Kritisch zu bemerken bleibt, dass die im stationären Sektor potentiell eingesparte Gelder nicht in den ambulanten, vertragsärztlichen Bereich überführt werden können und damit das in der Integrationsversorgung liegende Wirtschaftlichkeitspotential nicht ausgeschöpft werden kann.

8. Literaturverzeichnis

ARNOLD M. (1992)

Grundsätzliche Grenzen der Qualitätssicherung der Medizin.

In: Chirurg BDC, 31. Jg. (1992), S.154-157

ARNOLD M. (1987a)

Die Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (I).

In: Krank.Hs, 79. Jg. (1987), S. 178-182

ARNOLD M., (1987b)

Die Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (II).

In: Krank.Hs, 79.Jg. (1987), S. 230-235

BAUER M. (1997)

Institutsambulanzen – Partner oder Konkurrenten für niedergelassene Nervenärzte?

In: Spektrum 1 (1997), S.11-16

BAUM G. (1999)

Gesundheitsreform 2000 – Ministerin Fischer will die Grundstruktur der Reform erhalten.

In: f& w, 16. Jg. (1999), S. 500-502

BAYERISCHE LANDESÄRZTEKAMMER (1998)

Praxisklinik: Mehr als ambulant, aber nicht stationär. Kriterien und Genehmigungsverfahren zum Führen der Bezeichnung „Praxisklinik“.

Presseerklärung vom 09.10.1998

BAZAN M. A. (1992)

Rationalisierung von Polikliniken.

In: ZögU, Bd 15 (1992), Heft 4, S. 407– 419

BECK C.H. (2000),

Gesetzliche Krankenversicherung - Sozialgesetzbuch V mit Nebenbestimmungen.

9. Aufl., München, Deutscher Taschenbuch-Verlag (2000), S.118-332

BODENHEIMER T., LO B., CASALINO L. (1999)

Primary care physicians should be coordinators, not gatekeepers.

In: JAMA, Vol. 281 (1999), No.2, p. 2045-2049

BRAUN R. N. (1986)

Lehrbuch der Allgemeinmedizin. Theorie, Praxis und Fachsprache.

In: Neue Allgemeinmedizin – Angewandte Heilkunde unter dem Aspekt der Praxisforschung (Hrsg. BRAUN R.N., MADER, F.H.), Band 4, Mainz, Kirchheim-Verlag (1986), 208 Seiten

BUCK R. (1997)

Substitutionspotentiale von stationären Leistungen.

In: Krankenhausreport '97. Schwerpunkt: Sektorübergreifende Versorgung (Hrsg. ARNOLD, M., PAFFRATH, D.) Jena, Lübeck, Ulm, Gustav Fischer-Verlag Stuttgart (1997), S. 99 - 100

CAREY R.G., SEIBERT J.H., (1993)

A patient survey system to measure quality improvement: questionnaire reliability and validity.

In: Med Care Vol. 31 (1993), p. 834-845

CHRIST C. (2000)

Ärztetzwerke: Ein Krankenhaus öffnet den Niedergelassenen Tür und Tor.

In: f & w, 17.Jg. (2000), S. 18-20

COOKE M. (1996)

Employing general practitioners in accident and emergency departments.

In: BMJ Vol. 313 (1996), p. 628-628

COY P., LUDWIG E. (1998)

Die ambulant-stationäre Integration bietet viele Vorteile.

In: f&w 15. Jg. (1998), S. 412 - 413

DALE J., GREEN J., REID F., GLUCKSMAN E., HIGGS R. (1995)

Primary care in the accident and emergency department: II. Comparison of general practitioners and hospital doctors.

In BMJ Vol. 311 (1995), p. 427-430

DALE J., LANG H., ROBERTS J. A., GREEN J., GLUCKSMAN E. (1996)

Cost effectiveness of treating primary care patients in accident and emergency: a comparison between general practitioners, senior house officers, and registrars.

In: BMJ Vol. 312 (1996), p. 1340-1344

DASSEN T. (1997)

Ambulante und stationäre Versorgung – Erfahrungen aus den Niederlanden.

In: Krankenhausreport '97. Schwerpunkt: Sektorübergreifende Versorgung (Hrsg. ARNOLD, M., PAFFRATH, D.), Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm, Gustav Fischer-Verlag (1997), S. 113 – 112

DEGENHARDT C. (1999)

Vernetzte Strukturen im Gesundheitswesen – Chancen – Risiken – Erfahrungen.

In: f&w, 16. Jg. (1999), S. 222-224

- DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT (1996)
Beratungs- und Formulierungshilfe – Belegarztvertrag/Kooperativer Belegarztvertrag – Vertrag über die Durchführung von ambulanten Leistungen im Krankenhaus.
In: Deutsche Krankenhausverlagsgesellschaft mbH, Düsseldorf (1996)
- DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT (1999)
Zahlen, Daten, Fakten '99, Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, Düsseldorf (1999), 112 Seiten
- FIRNKORN H.-J. (1997)
Die Verbindung von stationärer und ambulanter Versorgung.
In: Krankenhausreport '97. Schwerpunkt: Sektorübergreifende Versorgung (Hrsg. ARNOLD, M., PAFFRATH, D.), Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm, Gustav Fischer-Verlag (1997), S.127 – 140
- FITZPATRICK R. (1991)
Surveys of patient satisfaction: I – Important general considerations.
In: Br.Med.J. Vol. 302 (1991), p. 887-889
- GLAESKE G., VON STILLFRIED D. (1996)
Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung im Rahmen einer solidarischen Wettbewerbsordnung.
In: Die Ersatzkasse Nr. 76, Heft 7 (1996), S. 245-251
- GLÖSER S. (1998)
Vernetzte Versorgungsstrukturen – „Nicht mehr Einzelkämpfer“.
In: Dtsch.Ärzte.Bl.; 95.Jg. (1998), Heft 50, S. A-3204-A-3208
- GLÖSER S. (2000a)
Eine Idee wird zur Bewegung.
In: Arzt & Wirtschaft; Sonderheft Praxisnetze (2000), S. 20-21
- GLÖSER S. (2000b)
Integrierte Versorgung von A-Z.
In: A&W, Sonderausgabe Praxisnetze (2000), S. 24-26
- GROOT L.M.J. (1987)
Formen der Kooperation und Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung aus internationaler Sicht. Vortrag während der DKG-Veranstaltung im Rahmen des 14. Deutschen Krankenhaustages im April 1987, S.109 – 122.
In: Die Stellung des Krankenhauses in der gesundheitlichen Versorgung (Hrsg.: Gesellschaft Deutscher Krankenhaustag mbH), Köln, Verlag W. Kohlhammer (1987), S. 109-122
- HAGMANN H., NERLINGER T. (1998)
Verschlafen die Krankenhäuser die Entwicklung im ambulanten Sektor?
In: f&w 15. Jg. (1998), S. 214-218

HILLEBRANDT H., RIPPMANN K., SEIPEL P. (2000)

Integrierte Versorgung: So führt sie zum Erfolg.

In: f & w, 17. Jg. (2000)

HOPPE J. (1997)

Modell für eine personell integrierte ärztliche Versorgung.

In: Krankenhausreport '97. Schwerpunkt: Sektorübergreifende Versorgung (Hrsg. ARNOLD, M., PAFFRATH, D.), Gustav Fischer-Verlag Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm (1997), S. 149 – 156

JONES M. (2000)

Walk-in primary medical care centres: lessons from Canada.

In: BMJ Vol. 321 (2000), p. 928-931

KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (1994), Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag

In: Dtsch.Ärzte.Bl, 91. Jg. (1994), Heft 28/29, S. A-1967-1977

KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (1995)

Bundemantelvertrag-Ärzte

In: Dtsch.Ärzte.Bl, 92. Jg. (1995), Heft 9, S. A-625-637

KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG - Referat Versorgungsformen und Kooperation (1999)

Projekte zur Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung im Überblick.

©KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung, Köln (1999), 54 Seiten

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERN (1999)

Amtliches: Grundsätze des Vorstandes zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung während der sprechstundenfreien Zeiten in Bereitschaftspraxen (BDO-KVB).

In: Bayerisches Ärzteblatt (1999) Heft 8, S. 416-417

KBV KBV - KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (1998)

Kontext spezial - Die Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen,

Köln, Druckerei Lutz (August 1998), 22 Seiten

KBV- KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERN (1999)

Projekte zur Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung im Überblick.

In: KBV Kontext Heft Nr. 9 (Dezember 1999), Druckerei Lutz GmbH Köln

KOLB T. (2000)

Verzahnung und Integration im Gesundheitswesen

In: Krank.Hs, 2.Jg (2000), S.105-107

LÄNGLE G., BUCHKREMER G. (1997)

Veränderungen im stationären und ambulanten Leistungsgeschehen: Psychatrie.

In: Krankenhausreport '97. Schwerpunkt: Sektorübergreifende Versorgung (Hrsg. ARNOLD, M., PAFFRATH, D., Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm, Gustav Fischer-Verlag (1997), S. 35-50

LASCHET H. (2000)

Sektorale Budgets – größtes Hemmnis für Vernetzung.

In: Ärzte-Zeitung, Sonderheft „Praxisnetze“, Ärzte-Zeitungs-Verlags GmbH Neu Isenburg (2000), S. 12-13

MADER F.H., WEIßGEBRER H.

Allgemeinmedizin und Praxis

3. Aufl., Berlin Heidelberg, Springer-Verlag (1997), 385 Seiten

MADER F.M. (2000)

Allgemeinmedizin. Fakten, Fälle, Fotos.

Berlin Heidelberg New York, Springer-Verlag (2000), MELCHERT O. (1998)

Kooperation zwischen ambulanter und stationärer Versorgung

In: f & w, 15. Jg. (1998), S. 298 – 30

MURPHY A.W., BURY G., PLUNKETT P.K., GIBNEY D., SMITH M., MULLAN E., JOHNSON Z. (1996)

Randomised controlled trial of general practitioner versus usual medical care in an urban accident and emergency department: process, outcome, and comparative cost.

In: BMJ Vol. 312 (1996), p. 1135-1142

MURPHY A.W., PLUNKETT P. K., BURY G., LEONHARD C., WALSH J., LYNAM F., JOHNSON Z. (2000),

Effects of patients seeing a general practitioner in accident and emergency on their subsequent reattendance: cohort study.

In: BMJ Vol. 320 (2000), p. 903-904

OSSEN P. (1999)

„Strukturreform 2000“: Monistische Krankenhausfinanzierung, Globalbudget, bessere Verzahnung.

In: Krank.Hs., 91.Jg. (1999), S. 71-73

RATAJCZAK T. (1993)

Der Belegarzt in der Krankenhausstruktur.

In: Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e.V. (Hrsg.), Recht der Medizin Bd. I, Köln, Berlin, Bonn, München, Carl Heymanns Verlag KG (1993), S. 17-34

ROBERTSON-STEEL I.R.S. (1998)

Providing primary care in the accident and emergency department.

In: BMJ Vol. 316 (1998), p.409-410

SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM
GESUNDHEITSWESEN

Jahresgutachten 1992: Ausbau in Deutschland und Aufbruch nach Europa.
Baden-Baden, Nomos-Verlagsgesellschaft (1992), 314 Seiten

SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM
GESUNDHEITSWESEN

Sachstandsbericht 1994: Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000.
Baden-Baden, Nomos-Verlagsgesellschaft, 408 Seiten

SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM
GESUNDHEITSWESEN

Sondergutachten 1995: Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000.
Baden-Baden, Nomos-Verlagsgesellschaft (1995), 205 Seiten

SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM
GESUNDHEITSWESEN.

Sondergutachten 1996: Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Band I: Demographie, Morbidität,
Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung.
Baden-Baden , Nomos-Verlagsgesellschaft (1996), 292 Seiten

SALISBURY C. (1997)

Postal survey of patients satisfaction with a general practice out of hours cooperative.
In: BMJ Vol. 314 (1997), p. 1594-1608

SCHALKHÄUSER K. (1994)

Vor- und Nachteile des Belegarztsystems.

In: Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e.V. (Hrsg.), Recht der Medizin Bd.
I, Köln, Berlin, Bonn, München, Carl Heymanns Verlag KG (1993), S. 35-54

SCHMID G. (1994)

Das Belegarztsystem – Risiko für Arzt, Krankenhaus und Patient?

In: Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e.V. (Hrsg.), Recht der Medizin Bd.
I, Köln, Berlin, Bonn, München, Carl Heymanns Verlag KG (1993),, S.63-66

SCHNACK D. (2000)

Von der besseren Kollegialität profitieren auch die Patienten.

In: Arzt & Wirtschaft; Sonderheft Praxisnetze (2000), S. 8-10

SCHNELL R., HILL P., ESSER E. (1999)

Methoden der empirischen Sozialforschung ,

6. Aufl., München, Wien, Oldenbourg Verlag (1999), 535 Seiten

SCHNEIDER G. (1994)

Handbuch des Kassenarztrechts,

Köln, Berlin, Bonn, München, Carl Heymanns Verlag KG (1994), 505 Seiten

- STAMM B., ARNOLD M. (1997)
Zur Überwindung der sektoralen Grenzen – Interview mit Staatsministerin Barbara Stamm.
In: Krankenhausreport '97. Schwerpunkt: Sektorübergreifende Versorgung (Hrsg. ARNOLD, M., PAFFRATH, D.), Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm, Gustav Fischer-Verlag (1997) S.141-147
- STREHLAU-SCHWOLL H., SCHMOLLING K. (1999)
Integrierte Versorgung nach der GKV-Gesundheitsreform 2000.
In: Krank.Hs, 91. Jg. (1999), S. 563-568
- TÄTIGKEITSBERICHT DER CHIRURGISCHEN KLINIK UND POLIKLINIK 2000
<http://nt1.chir.med.tu-muenchen.de/german/html/forschung.html>
- TUSCHEN K.H. (2000)
Das zustimmungsfreie GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 – Verpflichtendes Qualitätsmanagement, integrierte Versorgung und DRG-orientierte Vergütung.
In: f & w, 17.Jg. (2000), Heft 1, S. 6-12
- VON STILLFRIED D. (1996)
Gesundheitssysteme im Wandel,
Bayreuth, Verlag P.C.O (1996), S.92-101
- VON STILLFRIED D., JELASTOPULU E. (1997)
Zu den Hintergründen des Themas „Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung“.
In: Krankenhausreport '97. Schwerpunkt: Sektorübergreifende Versorgung (Hrsg. ARNOLD, M., PAFFRATH, D.), Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm, Gustav Fischer-Verlag (1997), S. 21 – 34
- VON STILLFRIED D. (1999)
Integrierte Versorgungsformen – Fataler Wettlauf um „gute Risiken“.
In: Dtsch.Ärzte.Bl, 96. Jg. (1999), Heft 38, S. A-2342-2345
- WATERMANN U. (1998)
Alles unter einem Dach. Ambulante und stationäre Versorgung müssen besser zusammenarbeiten.
In: Die Zeit, Nr. 51 (1998) 3 Seiten
- WEBBER D. (1988)
Krankheit, Geld und Politik: Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland.
In: Leviathan 16 Jg. (1988); Heft 2, S. 156-203
- WEBER K.-H. (1993)
Krankenhausreform: Strukturelle Verbesserungen notwendig.
In: Dtsch.Ärzte.Bl, 90. Jg. (1993) Heft 11, S. C 511- C513
- WESTEBBE P. W. (1998)
Ärzte im Netz – Eine qualitative Untersuchung über die Entwicklung neuer Kooperations-

und Organisationsformen in der ambulanten Medizin in Deutschland.

In: DELPHI, Studienreihe zur Zukunft des Gesundheitswesens, Janssen-Cilag GmbH, Neuss (1998), 120 Seiten

9. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ausgaben für Gesundheit 1997 in % des Bruttoinlandsprodukts.....	19
Abbildung 2: Patientenzahl der Bereitschaftspraxis vom 01.10.98 bis 30.09.99, getrennt nach Werktagen und Wochenenden/Feiertagen	70
Abbildung 3: Verteilung der Patienten der Bereitschaftspraxis nach Wohnort.....	71
Abbildung 4: Erkrankungsspektrum der Bereitschaftspraxis zugeteilt nach Fachgruppen im Quartal IV/98.....	73
Abbildung 5: Gesamtpatientenzahl der Chirurgischen Poliklinik im Vergleich III. Quartal 1998 zu III. Quartal 1999.....	75
Abbildung 6: Patientenaufkommen in der Chirurgischen Poliklinik an Werktagen während der Öffnungszeiten der Bereitschaftspraxis (19:00 - 23:00 Uhr).....	76
Abbildung 7: Anzahl der Patienten der Chirurgischen Poliklinik am Wochenende (24 Std.) vor und nach Inbetriebnahme der Bereitschaftspraxis	77
Abbildung 8: Zutrittsart in der Chirurgischen Poliklinik im Vergleich 1997/ 98 und 1999	78
Abbildung 9: Weiterbehandlung der Patienten der Chirurgischen Poliklinik von IV/98 bis II/99 im Vergleich zu IV/97	79
Abbildung 10: Patientenaufkommen in der Medizinischen Notaufnahme zu den Öffnungszeiten der Bereitschaftspraxis im Vergleich vor und nach Eröffnung der Bereitschaftspraxis.....	80
Abbildung 11: Waren Sie bereits in unserer Bereitschaftspraxis oder in einer Notambulanz unseres Klinkums?	82
Abbildung 12: Über welche Empfehlung kamen Sie in die Bereitschaftspraxis?	83
Abbildung 13: Wohin wären Sie gegangen, wenn es die Bereitschaftspraxis nicht gegeben hätte?.....	84
Abbildung 14 Wie fanden Sie den Weg in die Bereitschaftspraxis?.....	85
Abbildung 15: Welche Untersuchungen wurden an Ihnen in der Bereitschaftspraxis vorgenommen? (Mehrfachnennungen)	86
Abbildung 16: Wer übernimmt die weitere Versorgung?	87
Abbildung 17: Wie zufrieden waren Sie mit der ärztlichen Behandlung?	88
Abbildung 18: Wie lange betrug Ihre Wartezeit in der Bereitschaftspraxis?	89
Abbildung 19: Wie lautet Ihr abschließendes Urteil bezüglich Service, Kompetenz und Erreichbarkeit?	90

10. Abkürzungsverzeichnis

§ / §§	Paragraph / Paragraphen
BMV-Ä	Bundemantelvertrag-Ärzte
EKV-Ä	Arzt-/Ersatzkassenvertrag
Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
AiP	Arzt/Ärztin im Praktikum
AM	Arzneimittel
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ÄQUALIS	Ärzte – Qualitätsnetz Süderelbe
Art.	Artikel
Bd.	Band
BDO – KVB	Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern
BG	Berufsgenossenschaft
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BLÄK	Bayerische Landesärztekammer
BRD	Bundesrepublik Deutschland
bsp.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
CSU	Christlich Soziale Union
D 13	Durchgangsarztverfahren der Berufsgenossenschaft
DDR	Deutsche Demokratische Republik
d. h.	das heißt
DHA	District Health Authority
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKG-NT	Deutsche Krankenhausgesellschaft – Normaltarif
DKV	Deutsche Krankenversicherung
DM	Deutsche Mark
Dr.	Doktor
DRG	Diagnosis Related Groups
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EKG	Elektrokardiogramm
et al.	et alii
etc.	et cetera
F	Familienversicherte(r)
Fa.	Firma
f. (ff.)	folgende
GENESA	Gesundheitsnetz Saarlouis
ggf.	gegebenenfalls
GKV – NOG	GKV-Neuordnungsgesetz

GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GP	general practitioner
GRG	Gesundheits-Reformgesetz ⁴⁴
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz ⁴⁵
HB	Hartmannbund
IMSE	Institut für Medizinische Statistik und Epidemiologie
incl.	inclusive
JG	Jahresgutachten des Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KH	Krankenhaus
KHG	„Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze - KHG“ ⁴⁶
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVB	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
KVG	Krankenversicherungsgesetz
KVKG	Krankenversicherungs-Kostengesetz ⁴⁷
M	Mitglied
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
Mio.	Millionen
MCS	medical computer systems
MQM	Medizinisches Qualitätsnetz München
MQR	Medizinische Qualitätsgemeinschaft Rendsburg
MRI	Klinikum rechts der Isar München
NHS	National Health Service
Pfg.	Pfennig
Pkt.	Punkte
PKV	Private Krankenversicherungen
R	Rentner
RdNr.	Randnummer
RVO	Reichsversicherungsordnung von 1931
SG	Sozialgesetz
SGB	Sozialgesetzbuch
SKT	Sonderkassenträger
sog.	sogenannte(r)

⁴⁴ „Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz) vom 20.Dezember 1988 (BGBl. I S.2477)

⁴⁵ „Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung“ (Gesundheitsstrukturgesetz) vom 21.Dezember 1992 (BGBl. I S.2266)

⁴⁶ „Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze - KHG“ vom 29.Juni 1972 (BGBl. I S.1009)

⁴⁷ „Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung“ (Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz – KVKG) vom 27.Juni 1977 (BGBl. I S.1069)

SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
std.	Stunden
stellv.	stellvertretender
TU	Technische Universität
TUM	Technische Universität München
UP	Universeller Praxisservice
VdAK	Verband der Angestellten-Krankenkassen
u.a.	unter andere(n)
usw.	und so weiter
V	fünf (römische Zählweise)
vgl.	vergleiche

11. Anhang

11.1 Patientenfragebogen



Bereitschaftspraxis
Münchner Ärzte
im Klinikum
Rechts der Isar

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Auch wenn Sie momentan andere Nöte und Sorgen haben, bitten wir Sie, folgenden statistischen Fragebogen auszufüllen und nach Ihrer Behandlung an der Anmeldung abzugeben.

Die Bereitschaftspraxis Münchner Ärzte im Klinikum rechts der Isar ist ein innovatives Projekt. Sie wurde errichtet, um durch eine Verzahnung von ambulantem und stationärem Arbeitsbereich eine verbesserte Versorgung in den Ambulanzen der Universitätsklinik anbieten zu können.

Um dies zu erreichen sind wir auf Ihre Unterstützung und Kritik angewiesen!
Ihre Angaben werden selbstverständlich anonym behandelt.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihre Bereitschaftspraxis Münchner Ärzte am Klinikum rechts der Isar

**Wenn Sie den Fragebogen nicht ausfüllen wollen, so respektieren wir dies.
Jedoch bitten wir Sie in diesem Fall nach Ihrer Behandlung
in aller Kürze die ersten drei Fragen zu beantworten.**

1. Wohin wären Sie gegangen, wenn es unsere Bereitschaftspraxis nicht gäbe?

- Krankenhaus oder Klinikum
- Eisenbof/Ärztlicher Notdienst
- Hausarzt
- Niedergelassener Facharzt
- Sonstiges:

2. Erfolgt die weitere Versorgung durch

- Ihren Hausarzt?
- einen niedergelassenen Facharzt? Wenn ja, welche Fachrichtung?
- Überweisung in eine Fachambulanz des Klinikums rechts der Isar? In welche?
- Stationäre Einweisung in das Klinikum rechts der Isar? In welche Abteilung?
- Wiedereinbestellung in die Bereitschaftspraxis?
- Es ist keine Weiterversorgung notwendig.

3. Wie zufrieden sind Sie (bitte ankreuzen!)

mit dem Service:	sehr zufrieden	<input type="radio"/>	unzufrieden	<input type="radio"/>	weiß nicht				
mit der fachlichen Kompetenz:	sehr zufrieden	<input type="radio"/>	unzufrieden	<input type="radio"/>	weiß nicht				
mit der Erreichbarkeit	sehr zufrieden	<input type="radio"/>	unzufrieden	<input type="radio"/>	weiß nicht				

4. Würden Sie die Bereitschaftspraxis in Ihrem Bekanntenkreis weiterempfehlen?

- ja nein weiß nicht

1. IHRE ANGABEN ZUR PERSON

- Alter: ... Jahre
- Geschlecht: männlich weiblich
- Beruf/Berufsgruppe: in Ausbildung Arbeiter(-in)
 Angestellte(r) Handwerker(-in)
 Beamter/Beamtin Landwirtschaft
 Selbständige(r) Hausfrau/-mann
 Rentner(-in) Akademiker(-in)
 arbeitslos sonstiges:
- Versichertenverhältnis: gesetzlich versichert privat versichert
- Wohnort (Stadt/Land): Postleitzahl: Land:

2. DER GRUND IHRES BESUCHES

Welche Beschwerden haben Sie zu uns geführt?

- Unklare Beschwerden
- Eindeutige Beschwerden: Chirurgische Erkrankung (äußere Verletzungen)
 Internistische Erkrankung (innere Beschwerden)
 Hals-Nasen-Ohren-Erkrankung
 Orthopädische Erkrankung
 Augenerkrankung/-verletzung
 Sonstige Beschwerden, welche?:

Wie lang dauern die Beschwerden schon an? Stunden, wieviele?
 Tage, wieviele?

3. IHR WEG ZU UNS

Waren Sie bereits

- in unserer Bereitschaftspraxis? Wie oft?
- in einer Notambulanz des Klinikums rechts der Isar? Wie oft?
- weder noch

Wußten Sie bereits von der Existenz der „Bereitschaftspraxis Münchner Ärzte am Klinikum rechts der Isar“?

- Ja nein

Kamen Sie heute in die „Bereitschaftspraxis Münchner Ärzte am Klinikum rechts der Isar“, weil Sie

- die nächst- oder schnellstmögliche Behandlung gesucht haben
- auf Empfehlung
-

Über welche Empfehlung kamen Sie zu uns?

- Hausarzt
- Facharzt
- Bekannte
- Presse (Zeitung, Rundfunk, Fernsehen)
- Sonstiges:
- Die Bereitschaftspraxis war mir bisher nicht bekannt.

Wie haben Sie uns innerhalb der Klinik gefunden? Über (mehrere Antworten sind möglich)

- Wegweiser
- Pförtner
- Personal der Bereitschaftspraxis (telefonisch)
- Personal der Chirurgischen Poliklinik
- Personal der Medizinischen Notaufnahme
- Das befragte Klinikpersonal wußte den Weg nicht
- Ich kannte bereits den Weg hierher
- Sonstiges:

DIE FOLGENDEN FRAGEN BITTE ERST NACH DER BEHANDLUNG AUSFÜLLEN !!**4. IHRE BEHANDLUNG****Für die Diagnose waren erforderlich:**

- Befragung und körperliche Untersuchung
- Blutuntersuchung
- Ultraschall (Sonographie)
- EKG
- Röntgen
- Überweisung in die Ambulanz der Klinik? In welche? (z.B. chirurgisch)
- Sonstige Untersuchungen, welche?

Für die Therapie waren erforderlich:

- Kleine chirurgische Behandlung (Naht, Verband, etc.)
- Sofortige Medikation (z.B. Tabletten, Spritze, Infusion)
- Rezept
- Überweisung; wohin?

2. Erfolgt die weitere Versorgung durch

- Ihren Hausarzt?
- einen niedergelassenen Facharzt? Wenn ja, welche Fachrichtung?
- Überweisung in eine Fachambulanz des Klinikums rechts der Isar? In welche?
- Stationäre Einweisung in das Klinikum rechts der Isar? In welche Abteilung?
- Wiedereinbestellung in die Bereitschaftspraxis?
- Es ist keine Weiterversorgung notwendig.

5. IHRE ZUFRIEDENHEIT

Wie zufrieden sind Sie mit den Krankenschwestern/ Arzthelferinnen ? (Bitte ankreuzen!)

Freundliche Behandlung: sehr zufrieden unzufrieden weiß nicht
 Fachliche Kompetenz: sehr zufrieden unzufrieden weiß nicht

Wie zufrieden sind Sie mit dem Arzt/ der Ärztin ? (Bitte ankreuzen!)

Freundliche Behandlung: sehr zufrieden unzufrieden weiß nicht
 Fachliche Kompetenz: sehr zufrieden unzufrieden weiß nicht

Empfanden Sie die Untersuchungen als ausreichend genug? ja nein weiß nicht

Wurden Sie ausreichend und verständlich genug über Ihre Erkrankung informiert? ja nein weiß nicht

Wurden Ihre Probleme ernst genommen? ja nein weiß nicht

Wartezeit: weniger als 15 min
 weniger als 30 min
 mehr als 30 min
 mehr als 60 min
 mehr als 90 min

Empfanden Sie den Aufenthalt als überraschend kurz
 angemessen
 zu lang

Patientenandrang: schwach
 mittel
 stark

6. IHR GESAMTURTEIL (falls nicht schon auf der ersten Seite ausgefüllt)

Würden Sie die Bereitschaftspraxis in Ihrem Bekanntenkreis weiterempfehlen?

ja nein weiß nicht

Ihr Gesamturteil

zum Service sehr gut sehr schlecht weiß nicht
 zur fachlichen Kompetenz: sehr gut sehr schlecht weiß nicht
 zur Erreichbarkeit sehr gut sehr schlecht weiß nicht

7. IHRE KRITIK, VORSCHLÄGE, ANREGUNGEN (benutzen Sie bitte dafür die Rückseite!)

Falls Sie den Fragebogen mit nach Hause genommen haben bitten wir um Rücksendung an o.g. Adresse (siehe erste Seite unten)!

VIELEN DANK!