

III. Das Gesundheitswesen – einige formale, rechtliche und sozialmedizinische Kontexte

1. Sektorenübergreifende Versorgung im Gesundheitswesen

Samuel Elstner und Claudia Wein

Viele junge Ärzte am Anfang ihres Berufslebens, aber auch erfahrene Ärzte nach Monaten oder Jahren ärztlicher Tätigkeit haben (immer noch) den Anspruch, eine optimale Patientenversorgung zu gewährleisten. Hierzu gehört neben den eigenen Fähigkeiten auch ein gesundheitsförderndes und -erhaltendes System. In der Praxis erleben Sie als junger oder als erfahrener Arzt tagtäglich die Schnittstellenprobleme bei einer kontinuierlichen Patientenversorgung. Um dies besser verstehen zu können, müssen wir uns das Gerüst unseres Gesundheitssystems genauer ansehen.

Finanzierungsgerüst des deutschen Gesundheitssystems: Wer zahlt was?

Gesundheitsleistungen

Die finanzielle Basis, auf der das deutsche Gesundheitssystem fußt, findet sich in der Sozialgesetzgebung (s. Tab. 1).

Der deutsche Sozialstaat hat ein so umfangreiches soziales Sicherungsnetz, dass dafür nicht nur ein Gesetzbuch, sondern aktuell gleich 12 benötigt werden. Das Regelwerk, das die Gesundheitsversorgung, finanziert durch die gesetzlichen und

privaten Krankenkassen, regelt, ist im Wesentlichen im Sozialgesetzbuch V (SGB V) zu finden. Darin sind Art und Umfang der Leistungen beschrieben, die Sie als Leistungserbringer und die Krankenkassen als Leistungs- bzw. Kostenträger zu erbringen haben.

Tab. 1 Medizinisch relevante Sozialgesetzbücher im Erwachsenenbereich

Sozialgesetzbuch	Thema
SGB V	Krankenversicherung: Leistungen, Beziehung zu den Leistungserbringern
SGB III	Arbeitsförderung: Leistungsbeschreibung zur Teilhabe am Arbeitsleben
SGB VII	Unfallversicherung: Reha, Weiterbehandlungen im Falle einer Zuständigkeit
SGB IX	Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen: Rehaleistungen und weitere Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und Arbeit
SGB XI	Pflegeversicherung: Leistungen, Organisation, Beziehung zu Leistungserbringern
SGB XII	Sozialhilfe: Eingliederungshilfen für Menschen mit Behinderungen

Innerhalb des SGB V ergibt sich bereits eine erste große Schnittstellenproblematik. Es erfolgt eine Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Die ambulante Finanzierung erfolgt durch die Krankenkassen für den Bereich der niedergelassenen Ärzte über die jeweiligen kassenärztlichen Vereinigungen der einzelnen Bundesländer. Die Krankenhausfinanzierung wird direkt zwischen Krankenhaus und Krankenkasse abgewickelt. Die Krankenkassen erhalten aus den Versicherungsbeiträgen der Arbeitnehmer und Arbeitgeber ein Gesamtbudget, das sie unter anderem den zwei unterschiedlichen Budget-Töpfen „ambulante“ und „stationäre“ Versorgung zuweisen. Dadurch ergibt sich de facto das Problem, dass diese beiden Töpfe getrennt voneinander arbeiten und sich somit die Schnittstelle der Überführung eines Patienten vom ambulanten in den stationären Bereich und zurück nicht in der Theorie in diesem System abbilden lässt.

Bedeutung für die Praxis: Der verständliche Wunsch des Krankenhausarztes, bei Einweisung eines Patienten vom ambulanten einweisenden Arzt möglichst alle bereits vorliegenden Informationen in Form von aktuellen Untersuchungsbefunden, diagnostischen apparativen Ergebnissen, der bisherigen Krankengeschichte und der aktuellen Medikation mit der Dosierungsangabe mitgeliefert zu bekommen, ist zwar theoretisch im Sozialgesetzbuch vorgesehen, findet aber aufgrund mangelnder Berücksichtigung in der Struktur des Gesundheitswesens nicht oder nur ungenügend Umsetzung. Ebenso wird die stetige Kontaktaufnahme mit dem niedergelassenen Arzt vonseiten des Krankenhauses zur Abklä-



rung der Möglichkeit der Weiterführung von Medikationen oder anderen Therapien, die im Entlassungsbrief empfohlen werden, nicht gesondert berücksichtigt, sondern vorausgesetzt. Jedoch wird in der Realität, oftmals aufgrund fehlender zeitlicher Ressourcen, diese fließende Überleitung vom stationären zum ambulanten Bereich strukturell vernachlässigt. Ein Grund für diese Schnittstellenproblematik liegt sicherlich in der mangelnden „Aufwertung“ dieses aufwändigen Prozesses durch entsprechende Entgeltanreize, zum anderen aber auch in der Trennung des ambulanten und stationären Sektors im Rahmen der Finanzierungsstruktur allgemein. Im Interesse einer guten Patientenversorgung sind Sie als Arzt gefordert, diese Schnittstelle möglichst lebendig zu halten. Das bedeutet:

- Nehmen Sie in Ihre Aufnahmeroutine immer nach dem Patientenaufnahmegespräch auch ein Telefonat mit dem einweisenden Art bzw. dem Hausarzt über Vorgeschichte, Einweisungsgrund, Befunde und aktuelle Medikation des Patienten auf. Fragen Sie bei dieser Gelegenheit auch gleich nach möglichen Behandlungsformen, die der ambulante Arzt auch weiterführen kann.
- Informieren Sie jedoch immer den Patienten vor diesem Telefonat, mit welchem Arzt Sie Kontakt aufnehmen wollen. Holen Sie sich das Einverständnis des Patienten ein und dokumentieren Sie dies zumindest schriftlich, am besten mit Unterschrift des Patienten.
- Führen Sie vor Etablierung einer Dauermedikation oder ambulant weiterzuführenden Behandlung grundsätzlich ein Telefonat mit dem weiterbehandelnden ambulanten Kollegen zur Abstimmung der Behandlungskontinuität.
- Versuchen Sie bei Entlassung den Entlassungsbrief bereits mitgeben zu können. Falls dies nicht gelingt, so sind wenigstens relevante Informationen, wie aktuell weiterzuführende Behandlungen (Medikation mit genauer Dosierung und Einnahmemodus, Physiotherapie, Wundversorgung, usw.), Diagnose(n) und Hinweise auf unmittelbar weiterzuführende diagnostische oder Kontrolluntersuchungen zu benennen.

Diese Punkte gelten aus der Perspektive des Krankenhausarztes, lassen sich jedoch entsprechend für den niedergelassenen Arzt sozusagen „spiegelverkehrt“ anwenden.

Scheuen Sie sich nicht, den ambulanten oder stationären Kollegen zu kontaktieren.

Versuchen Sie, die reale Schnittstellenlücke selbst zu schließen.

Die Weiterversorgung nach der Akutbehandlung

Anschlussheilbehandlung – Rehabilitation

Die Gesundheitsversorgung hörte jedoch nicht im Krankenhaus oder der Arztpraxis auf. Nicht selten kommt es vor, dass Patienten zwar nicht mehr akut behandlungsbedürftig sind, jedoch noch weitere ärztliche, therapeutische und pflegerische Fürsorge benötigen. Für diese Fälle wurde die gesundheitliche Versorgungsform der Rehabilitation bzw. Anschlussheilbehandlung etabliert. Erfolgt

diese aus gesundheitlichen Gründen, die in die Zuständigkeit der Krankenkasse fallen, so werden diese Leistungen auch im Sozialgesetzbuch V abgebildet. Jedoch trägt es zur Komplexität der Sache bei, dass auch die Rentenversicherungsträger, vor allem bei Patienten, die in einem Arbeitsverhältnis stehen, in die Finanzierung dieser Leistungen eingebunden sind. Dies wiederum ist im Sozialgesetzbuch IX verankert.

Arbeitswelt – Unfallgeschehen – Versorgungswesen – Eingliederungshilfe – Pflege

Erweitert sich der Blickwinkel von der rein psychisch-somatischen Gesundheitsbetrachtung auf die Dimensionen Arbeitsfähigkeit oder auch Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, sind noch weitere Sozialgesetzbücher im Bereich der Unfall- und Versorgungsgesetzgebung (SGB VII, IX und andere Gesetzestexte), der Arbeitssicherung und -förderung (SGB III), der Eingliederung psychisch Kranker oder behinderter Menschen (SGB XII) sowie dem großen Feld der Pflegeversorgung (SGB XI) mit zu berücksichtigen. In diesen Gesetzbüchern sind ebenso die entsprechenden Finanzierungsquellen geregelt, die je nach Sozialgesetzbuch durch Beiträge aus der Unfall-, Renten-, Arbeitslosen- bzw. Pflegeversicherung oder aus steuerlichen Mitteln gesichert werden. Diese verschiedenen Finanzierungsstöcke sind ebenfalls nur schwer vereinbar. Dadurch tut sich wiederum eine Reihe von Schnittstellenproblemen auf, die es zu kennen und zu bewältigen gilt.

Bedeutung für die Praxis

Bitte haben Sie als im Krankenhaus tätiger Arzt immer im Hinterkopf, dass die Gesundheit eines Menschen nicht nur mit der Behebung der akuten Befindlichkeitsstörung wiederhergestellt ist. Das soziale Bedingungsgefüge, in das Sie den Patienten entlassen, leistet einen wesentlichen Beitrag zur Genesung, Gesundheitserhaltung und Vorbeugung erneuter Gesundheitsgefahren. Dafür hat die Sozialgesetzgebung eine Fülle von Möglichkeiten geschaffen. Diese müssen Sie im Einzelnen zwar nicht kennen, aber deren Grundsatz sollte Ihnen bewusst sein. In den meisten medizinischen Abteilungen gibt es genau für solche Fragen einen Sozialdienst, der die richtigen Maßnahmen und Ansprechpartner in der Regel kennt.

Zusammenfassung

Lassen Sie sich die idealistische Vorstellung einer reibungslosen Patientenversorgung durch eine gelungene Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Leistungserbringern im Gesundheitswesen durch das manchmal mühsame Alltagsgeschäft nicht nehmen. Die gesetzlichen Grundlagen für die Realisierung Ihrer Idealvorstellung sind vorhanden. Durch den notwendigen Zwang einer Schematisierung bei Verschriftlichung solcher Idealvorstellungen ergeben sich naturgemäß Einzelbereiche, die sich gegeneinander abgrenzen (müssen), wodurch sich die Gesetzgebung von ihrer eigentlichen Intentionen wieder etwas entfernt.

Die einzelnen Akteure im Gesundheitswesen sind jedoch zunehmend bestrebt, diese Schnittstellenprobleme zu verringern (Beispiele: Projekte der integrierten Versorgung, direkte Vertragsabschlüsse mit Leistungserbringern und vieles mehr).

Auch Sie als Arzt können hier einen guten Beitrag leisten, Ihrer Idealvorstellung nahezukommen. Dieser Beitrag besteht vor allen Dingen in der Kommunikation mit den anderen Leistungserbringern. Dies sind in



erster Linie niedergelassene Ärzte, Therapeuten und Kollegen. In zweiter Linie, aber durchaus ebenso wichtig, ist eine gute Kommunikation mit den Leistungsträgern, also Krankenkassen und anderen Institutionen bzw. Behörden ratsam. Hierbei gilt es jedoch, bestimmte juristische und administrative Regeln einzuhalten, wie zum Beispiel das Schweigepflichtgebot. Hausinterne Regelungen fragen Sie bitte bei Ihren Kollegen, Vorgesetzten oder Ihrer Verwaltung nach. Ziehen Sie bei allen sozialgesetzlichen Fragen, bei denen Sie sich unsicher sind, Ihren zuständigen Ansprechpartner des Sozialdienstes hinzu. Wir haben es im Laufe unserer ärztlichen Tätigkeit als hilfreich empfunden, den Sozialdienstmitarbeiter spätestens zur Mitte der Behandlung miteinzubeziehen, um gemeinsam Ideen für eine Optimierung der weiterführenden Versorgung zu entwickeln.

Literaturempfehlung

Diehl R, Gebauer E, Groner A (Hrsg.) (2012) Kursbuch Sozialmedizin. Deutscher Ärzteverlag Köln
Gostomzyk JG (Hrsg.) Angewandte Sozialmedizin. 24. Ergänzungslieferung. Ecomed Heidelberg