



Geschäftsstelle:
Friedrich-Wilhelm-Str. 2 · 53113 Bonn
Telefon +49 (0) 2 28 / 923 922-0
Telefax +49 (0) 2 28 / 923 922-10
Frau Ulrike Fischer
E-Mail: info@hno.org
Homepage: <http://www.hno.org>

Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V.
Friedrich-Wilhelm-Str. 2 · 53113 Bonn

Ausschließlich per E-Mail an: politik@kbv.de

Herrn Dr. med. Andreas Gassen
Vorstandsvorsitzender der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin

Nachrichtlich per E-Mail an:

- Bundesärztekammer
- Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherungen
- Bundesgesundheitsministerium
- Gemeinsamer Bundesausschuss
- Deutsche Krankenhausgesellschaft
- Verband der leitenden Krankenhausärzte
- Marburger Bund
- Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften

Bonn, 20. Juli 2021

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. (DGHNO-KHC) zum Konzeptpapier der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 03. Mai 2021

Sehr geehrter Herr Dr. Gassen,

im Mai 2021 haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztlichen Vereinigungen ein Konzeptpapier unter dem Titel: „KBV 2025; Strukturen bedarfsgerecht anpassen – Digitalisierung sinnvoll nutzen“ veröffentlicht.

Neben manch sinnvollen Erwägungen werden hier jedoch Gedanken geäußert und Forderungen aufgestellt, zu denen wir als wissenschaftliche Fachgesellschaft Stellung nehmen müssen, weil wir eine qualitativ hochwertige, patientensichere, 24/7 verfügbare Krankenversorgung und auch eine international vergleichbare Facharztweiterbildung gefährdet sehen. Im Einzelnen soll mit Bezug auf das Konzept ausgeführt werden:

Wenn von einer Fehlnutzung von Ressourcen in Deutschland gesprochen wird, so kann das nicht allein für den stationären Sektor angenommen werden!

Vorbemerkungen; Seite 3:

Wenn ausgeführt wird, dass sich Deutschland eine „massive Fehlnutzung von Ressourcen leiste, welche sich in 650 Millionen ambulanten Behandlungsfällen und 20 Millionen stationären Fällen (vermutlich pro Jahr) widerspiegle“ so wird im gleichen Satz auf eine untypisch hohe Krankenhausedichte im Vergleich zu westlichen Industriestaaten hingewiesen.

Präsident:
Prof. Dr. Dr. H.-J. Welkoborsky
Klinikum Nordstadt, HNO-Klinik
Haltenhoffstr. 41
30167 Hannover

Stellv. Präsident:
Prof. Dr. Orlando Guntinas-Lichius
Univ. HNO-Klinik, Gebäude A1
Am Klinikum 1
07747 Jena

Generalsekretär:
Prof. Dr. Th. Deitmer
DGHNO-KHC
Friedrich-Wilhelm-Str. 2
53113 Bonn

Schriftführer:
Prof. Dr. T. Stöver
Univ. HNO-Klinik
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt a. M.

Schatzmeister:
Prof. Dr. K.-W. Delank
HNO-Klinik, Klinikum der
Stadt Ludwigshafen
Bremser Str. 79
67063 Ludwigshafen

Telefon: 05 11 / 9 70 43 77
Telefax: 05 11 / 9 70 46 42
hans-juergen.welkoborsky@krh.eu

Telefon: 0 36 41 / 9 32 93 01
Telefax: 0 36 41 / 9 32 93 02
orlando.guntinas@med.uni-jena.de

Telefon: 02 28 / 9 23 92 20
Telefax: 02 28 / 9 23 92 210
thomas.deitmer@hno.org

Telefon: 069 / 63 01 67 88
Telefax: 069 / 63 01 54 35
timo.stoever@kgu.de

Telefon: 06 21 / 5 03 34 01
Telefax: 06 21 / 5 03 34 03
delankw@klliu.de

Wenn 20 Millionen stationäre Fälle als Fehlnutzung apostrophiert werden, darf gefragt werden, ob 650 Millionen ambulante Behandlungsfälle nicht ein Hinweis auf strukturelle Fehlentwicklungen sein könnten. Die Zahl niedergelassen ärztlich Tätiger und somit das Behandlungsangebot ist in Deutschland im Vergleich zu anderen Industrienationen hoch. Eine Empörung über Ressourcenverschwendungen allein mit stationären Strukturen in Zusammenhang zu bringen, dürfte die Realität nicht darstellen.

Die Notfallversorgung außerhalb von Sprechstundenzeiten als Beispiel einer eigentlich intersektoralen Aufgabe wird in Deutschland nach wie vor weitgehend von stationären Strukturen getragen

Vorbemerkungen; Seite 3:

Mit dem Hinweis, dass die KBV ein Ersteinschätzungsverfahren an der Notfallrufnummer 116117 etablieren will, darf man die Hoffnung verbinden, dass die jahrzehntelange Fehlsteuerung ambulanter ärztlicher Notfall-Versorgung auf die überlasteten Klinikambulanzen ein Ende haben könnte. Ein wichtiger Bereich der gesundheitlichen Versorgung, nämlich die Inanspruchnahme außerhalb der Praxisdienstzeiten, wurde und wird noch mangels tragfähiger kv-licher Organisation entgegen dem ambulanten Sicherstellungsauftrag in die Klinikambulanzen kanalisiert. Dieses hat jahrzehntelang die dringende Notwendigkeit ambulanter Leistungserbringung von Krankenhäusern unter Beweis gestellt. Man darf hoffen, dass diese Fehlnutzung von Krankenhausstrukturen durch eine entsprechende Organisation des ambulanten Sektors behoben wird, bevor die im vorliegenden Papier neu reklamierten intersektoralen Tätigkeitsfelder angegangen werden sollten.

Ob Krankenhäuser aus dem Versorgungsplan genommen werden, dürfte eine Entscheidung der jeweiligen Landesbehörden sein. Ersatzstrukturen für lokale Versorgungsaufträge dort durch den ambulanten Sektor oder auch intersektoral aufzubauen, könnte zu tragfähigen Versorgungsformen auch unter dem lokalen Notfallaspekt und einer wohnortnahen Versorgung führen.

Ambulantes Operieren muss mit guter Fallselektion, Patientensicherheit und dem Qualitätsniveau wie bei stationärer Erbringung erfolgen.

Ambulantisierung von Leistungserbringung; Seite 4

Es sei nicht bestritten, dass vor allem im internationalen Vergleich in Deutschland weniger diagnostische und therapeutische Verfahren ambulant durchgeführt werden und so zum Beispiel Kosten, zumindest die eines Abendessens und einer Übernachtung mit entsprechenden Strukturen, eingespart werden könnten. Das Risiko einer ausbleibenden geschulten Überwachung eines Patienten in der postoperativen Nacht und dieses außerhalb einer stationären Struktur, die zur Notfallversorgung kompetent wäre, ist nicht zu bagatellisieren. Durch sehr sorgfältige Selektion geeigneter Patienten mit Blick auf Komorbiditäten, operativ-immanente Risiken, soziale und geographische Faktoren für ein Komplikationsmanagement wird international erfolgreich ambulante Chirurgie durchgeführt. Die begleitenden Publikationen betonen die Notwendigkeit präzisen Qualitätsmanagements bei ambulanter Chirurgie. Patientenerwartung, ethische Einschätzung, juristische Betrachtung und vermutlich auch politischer Wille gehen davon aus, dass die Ambulantisierung keine Qualitätsminderung gegenüber der stationären Erbringung darstellen darf. Die Durchführung ambulanter Operationen in Deutschland setzt nach dem AOP-Vertrag den Operateur in die haftungsrechtliche Verantwortung für das Wohlergehen des Patienten in der gesamten postoperativen Phase. Dieses Problem und eine derzeitige erhebliche Unterfinanzierung dürften wesentliche Gründe für eine große Zurückhaltung beim ambulanten Operieren sein. (siehe hierzu: Ambulantes Operieren in der HNO-Heilkunde in Deutschland; Deitmer, T. et al.; 2021; Laryngorhinootologie, eFirst; DOI: 10.1055/a-1418-9745)

Ambulantisierung kann stationäre Strukturen in ihrer notwendigen Versorgungs-Existenz bedrohen

Ambulantisierung von Leistungserbringung; Seite 4

Je nach Fachbereich dürfte bei zunehmender Ambulantisierung die Zahl stationärer Fälle mehr oder weniger deutlich sinken. Konsequenz dürfte eine Reduktion von stationären Einrichtungen und so eine erhebliche geographische Zentralisierung und Rarefizierung mit all daraus folgenden Problemen einer qualifizierten Notfallversorgung und wohnortnahen Versorgung sein. Je nach DRG-Struktur und Fachgebiet dürften Kliniken durch Verlust stationärer Leistungsbereiche in die Ambulantisierung bei anderem Träger eine wirtschaftlich kritische Größe unterschreiten, unterhalb derer apparative und personelle Vorhaltungen nicht mehr finanzierbar sind. Allein die Bereitstellung eines 24/7-Präsenzdienstes mit fachärztlichem Backup in Kliniken erfordert unter tarif-, arbeits- und haftungsrechtlichen Aspekten ein errenchbares Budget, welches derzeit noch aus der DRG-Leistung finanziert werden kann und muss.

Es ist unstrittig, dass ambulantes Operieren kompetente, erreichbare und verlässliche Notfallstrukturen zum Erhalt einer Ergebnisqualität benötigt. Diese dürfen nicht durch Umverteilung bei Ambulantisierung wirtschaftlich ersatzlos auf der Strecke bleiben.

Ambulantes Operieren am Krankenhaus hat viele medizinische und wirtschaftliche Vorteile

Ambulantisierung von Leistungserbringung; Seite 4

Sinnvoll ist es, Ambulantisierung am Krankenhaus zu betreiben. Für die Affiliation ambulanter Versorgungsstrukturen an entsprechende Fachkliniken sprechen mehrere Gründe.

- Bei größerer Zahl ambulanter operativer Fälle werden mehr Fälle aufkommen, für die durch Operateur oder Anästhesist die Umwandlung in einen stationären Fall notwendig werden kann. Diese Sicherheitsschwelle ist organisatorisch schneller und leichter in Affiliation zu überschreiten.
- Bei Notfällen nach ambulanten Operationen greift die integrierte ambulante Struktur ohne Informationsverluste 24/7 auf die Notfallstrukturen der Fachklinik und sonstiger medizinischer Notfallhilfe zu; der Patient ist „bekannt“.
- Die ambulante Leistungserbringung in der Affiliation erfolgt durch die Fachklinik, die bei einer adäquaten Erlössituation für das ambulante Operieren ihr Budget zur Aufrechterhaltung aller notwendigen Strukturen halten kann
- Personal, welches im stationären Bereich arbeitet und medizinische Leistungen auf hoher Versorgungsstufe erbringt, kann problemlos nach Erfordernis an der Behandlung ambulanter Problemfälle beteiligt werden
- Eine integrierte, bruchfreie und hochklassige Weiterbildung zu Facharzt- und Zusatzqualifikationen ist möglich.
- nach aktueller Rechtsprechung der BVerfG ist der Betreiber einer ambulanten OP-Einheit für die sicherheitsrelevante Ausstattung verantwortlich und nötigenfalls haftbar zu machen. Dieses Problem ist in einer affilierten ambulanten Leistungserbringung ohne evtl. Doppelvorhaltungen besser und kostengünstiger zu organisieren.

Die angedachte Etablierung intersektoraler Gesundheitszentren in Regie von KV oder als MVZ der KV oder in Trägerschaft von Vertragsärzten erscheint diffus. Ambulante Leistungserbringung mit der Möglichkeit der Übernachtung ist derzeit in Krankenhäusern mit der Aufnahme am OP-Tag und der Entlassung am postoperativen Tag allenthalben realisiert. Das gleiche Verfahren ist in Belegabteilungen realisierbar, die derzeit jedoch in keiner Weise zu florieren scheinen. Es wäre zu klären, womit die Steigerung dieser Leistung incentiviert werden soll.

Intersektorale Gesundheitszentren, die dann auch in unterversorgten Bereichen Krankenhausstrukturen ablösen sollen, werden genauso Personal-Rekrutierungsprobleme haben, wie es von stationären Strukturen dort bekannt ist.

Ein innovativer Lösungsweg zu optimierter intersektoraler Patientenversorgung und effizienteren Finanzierung ist in den Skizzen zu solchen intersektoralen Strukturen nicht zu erkennen.

Die Beteiligung niedergelassener Ärzte an ambulanten und stationären Leistungserbringungen an einem Krankenhaus wird derzeit schon geübt und kann eine sinnvolle intersektorale Zusammenarbeit darstellen.

Die reflektorische Denkweise „ambulant heißt: nicht am Krankenhaus“ ist irreführend. Mit den Wegen der Hochschulambulanzen, der KV-Ermächtigungen, dem ambulanten Operieren am Krankenhaus und den Ambulanten Spezialärztlichen Versorgungsmodellen hat der Gesetzgeber schon immer versucht, den Weg zu weisen, dass qualifizierte Medizin an Krankenhäusern auch ambulant erbracht und somit dem Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung zugänglich gemacht werden soll. Dieses folgt einem verbreiteten internationalen Vorgehen.

Wesentlich Anteile der Facharztweiterbildung müssen in stationären Strukturen erfolgen, um Wissens- und Handlungskompetenz des gesamten Faches im internationalen Vergleich zu erhalten

Ambulantisierung der Weiterbildung; Seite 5

Je nach Fachgebiet erfolgt Weiterbildung in Deutschland und international weitgehend an stationären Einrichtungen mit entsprechenden ambulanten Notfallzentren und ambulanter Versorgung. In manchen Fachgebieten können Anteile der Fortbildung durchaus in spezialisierten Praxen erfolgen. Gründe für diese traditionelle und bewährte Struktur sind darin zu sehen, dass an Einrichtungen, die für eine umfassende Weiterbildung zugelassen werden, eine hohe Diversität an komplexen Krankheitsbildern, diagnostischen und therapeutischen Verfahren und Notfallsituationen durch den Weiterzubildenden erlebt werden können und vermittelbar werden. Da manche Krankheitsbilder in manchen Praxen häufig vorkommen und dort gut gelehrt werden können, sind Weiterbildungsphasen dort oder durch Verbünde sinnvoll.

Behauptete Defizite in Anteilen der Weiterbildung in stationären Strukturen vor allem der Gebiete Augenheilkunde, HNO-Heilkunde, Dermatologie und Orthopädie können unseres Wissens in keiner Form belegt werden, möglicherweise kommen hier subjektive, parteiliche Sichtweisen zum Ausdruck und werden zweckdienlich als vermeintliches Faktum angeführt. Eher wurden in Prüfungsgesprächen Defizite bekannt, wenn Weiterbildungen allein oder weitgehend im ambulanten Sektor erfolgt sind.

Dass die beispielhaft angeführte Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin bis auf eine stationäre Pflichtzeit von 12 Monaten in der Inneren Medizin ansonsten im ambulanten Sektor stattfinden kann, teils auch stattfinden muss, liegt in der Natur des Faches und dem Ziel der Weiterbildung. Da es Kliniken für Allgemeinmedizin nicht gibt, kann im Gegensatz zu fast allen sonstigen Weiterbildungen das Ziel nicht die Qualifikation für eine stationäre Versorgung sein. Insofern geht dieses Beispiel argumentativ ins Leere.

Auffällig ist, dass es in dem Konzeptpapier ohne weitere inhaltliche Diskussion zur Qualität oder Organisation einer Weiterbildung besonders ausführlich um Absenkung von Qualitätsstandards in der Versorgung durch „Anpassung“ des Facharztstandards in Weiterbildungspraxen und Finanzierungsfragen geht.

Arztpraxen und Krankenhäuser haben in der Pandemie wichtige, nicht konkurrierende, aber sich ergänzende Aufgaben und haben diese erfüllt

Gesundheitssystem in der Pandemie; Seite 11

Es ist richtig, dass Praxen in der Corona-Pandemie eine wichtige Funktion darin hatten, frühzeitig den Infektionsstatus eines Verdachtspatienten zu klären. Dieses erfolgte in Praxen, in Impfsprechstunden oder in Abstrichzentren. Hierdurch blieben Infizierte den stationären Einrichtungen fern, was infektiologisch sehr wichtig und überaus sinnvoll ist.

Da Infizierte in einem sehr unterschiedlichen Ausmaß erkranken und glücklicherweise nur zu einem geringen Anteil eine Überwachungs- und Behandlungsintensität benötigen, die stationär teils nur auf IMC- oder Intensivtherapiestationen durchgeführt werden kann, waren die Krankenhäuser nur zu einem geringen quantitativen Anteil involviert, dann jedoch mit schwierig und personalintensiv zu betreuenden Patienten. Beide Sektoren haben somit einen wichtigen und engagierten Beitrag geleistet, der vermutlich auch der Arbeitsteilung entspricht, die bei sonstigen Grippewellen entsteht. Der Sicherstellungsauftrag ambulanten Versorgung wurde mit allen Besonderheiten erfüllt und auch finanziert. Gleiches ist über den stationären Sektor zu urteilen. Wenn somit der ambulante Sektor plakativ als der „Schutzwall der Kliniken“ tituiert wird, könnte man die Kliniken als das „Rettungsboot des Gesundheitswesens“ bezeichnen. Beide Sektoren haben sicherlich vorbildliche Anstrengungen geleistet. Die Impfkampagne kam in deutlich höhere Leistungszahlen als mehr Impfstoff zur Verfügung stand und konsequenter Weise zeitgleich Praxen in die Impfungen zunehmend einbezogen wurden.

Die Dichte an stationären Versorgungsstrukturen in Deutschland im internationalen Vergleich hat im Sonderfall der Pandemie vermutlich dazu geführt, dass das deutsche Gesundheitswesen nicht kollabiert ist, wie in anderen Ländern mit weniger Möglichkeiten. Letzterer Zusammenhang kann jedoch nicht die Sinnhaftigkeit der Diskussion über die Dichte von Krankenhaus- und sonstigen Gesundheitsstrukturen in Frage stellen; sie wird durch die jeweilige Landespolitik in Neuformulierung von Krankenhausplänen fortwährend geführt und muss eben solche Pandemie-Situationen und andere denkbare außergewöhnliche Anforderungen nicht beständig abfangen aber bei Eintritt antizipieren können.

Fazit

Das Konzeptpapier stellt zwar richtigerweise den Trend zur Ambulantisierung von diagnostischen und therapeutischen Verfahren dar, schlägt hierfür jedoch einen Ersatz-Sektor vor, der nach unseren Einschätzungen und Erfahrungen der vertragsärztlichen Versorgung breite neue Optionen öffnen würde. Die stationäre Versorgung andererseits, die nach wie vor Problemfälle und Notfälle managen muss, würde erheblich benachteiligt und ihrer Existenz an wichtigen Punkten in Frage gestellt.

Ambulantes Operieren und sonstige ambulante Verfahren setzen sich in Deutschland u.E. derzeit nicht durch, da sie bei Beachtung notwendiger Qualitätsstandards für dann auch kritischere Fälle nicht kostendeckend refinanziert sind. Eine diesbezügliche Nachsteuerung und Kooperation zwischen den Sektoren kann die gewünschten Ziele einer qualitativ hochwertigen, für den Patienten akzeptablen und sicheren Ambulantisierung mit einer entsprechenden Kostenreduktion gut erreichen, ohne neue und somit weitere Sektoren einzuführen.

Sehr geehrter Herr Dr. Gassen,

wir sind überrascht, enttäuscht und betroffen von der Einseitigkeit und tendenziösen Argumentation im dem Positionspapier KBV 25. In der Argumentation einfach strukturiert und mit erkennbarer Motivation wird aus einer offensichtlich traditionellen Sichtweise heraus weiterhin argumentiert. Die immer wieder beklagten „Gräben zwischen den Sektoren“ wird man mit einem solchen Papier eher vertiefen.

Wir möchten uns deshalb für einen zielführenden, faktenbasierten und vorurteilsfreien Dialog gern anbieten.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. Dr. med. dent. H.-J. Welkoborsky
Präsident



Prof. Dr. med. T. Deitmer
Generalsekretär