

Positionspapier zur Zukunft der stationären urologischen Versorgung von DGU und BvDU

Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) und des Berufsverbands der Deutschen Urologie (BvDU)

Positionierung der urologischen Verbände DGU und BvDU

Da für die medizinische Versorgung der stark steigenden Zahl stationärer urologischer Patienten eine qualitative und quantitative Sicherstellung angemessener Klinikressourcen von fundamentaler Bedeutung ist, wird eine Reform der Krankenhausstruktur in Deutschland von der Deutschen Gesellschaft für Urologie und dem Berufsverband der Deutschen Urologie grundsätzlich begrüßt.

Die aktuell angedachte Reform wirft jedoch Fragen, Kritikpunkte und Forderungen beider Verbände auf.

Grundgedanke der Krankenhausstrukturreform muss eine qualitativ und quantitativ angemessene wohnortnahe, auskömmlich finanzierte stationäre Versorgung urologischer Patienten sein. Insofern stimmen wir der Aussage „weniger Ökonomie, mehr Medizin“ von Minister Prof. Dr. Lauterbach zu.

Auch bei der stationären urologischen Versorgung ergeben sich regelmäßig Themen und Nahtstellen der beiden Verbände. BvDU und DGU befassen sich aus ihren jeweiligen Blickwinkeln mit dem Thema, um die besten Lösungen für die Zukunft der Urologie zu finden - der Berufsverband aus berufspolitischer Sicht und den Rahmenbedingungen urologischer Arbeit, wie leistungsgerechten Vergütungskonzepten, die Fachgesellschaft aus medizinischer Sicht, wie die qualitativ bestmögliche medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten -.

Die DGU bringt sich über die Arbeitsgruppe der AWMF in die Arbeit der Regierungskommission des Bundesministeriums für Gesundheit kontinuierlich ein. Die berufspolitische Begleitung erfolgt über den BvDU in Gesprächen mit dem Spitzenverband Fachärzte (SpiFa) und der KBV und gemeinsam mit der DGU bei der Bundesärztekammer.

Hintergründe

Die Fachdisziplin der Urologie ist historisch aus ambulanten Einrichtungen einerseits und stationären, chirurgisch orientierten Einheiten andererseits interdisziplinär gegründet worden. Eine umfassende urologische Versorgung erforderte daher schon immer auch die Möglichkeit, Patientinnen und Patienten unter stationären Bedingungen zu behandeln und nach erfolgreicher Behandlung im Krankenhaus wieder in den ambulanten Sektor zurück zu überführen. Diese seit Jahrzehnten zwischen den sogenannten Sektoren gelebte Zusammenarbeit erfolgt in der Urologie zum Wohle der sich uns anvertrauenden Patientinnen und Patienten. Die demographische Entwicklung belegt im Fach Urologie einen deutlichen Patientenzuwachs bei gleichzeitig rückläufigen Arztzahlen. Die Konsequenzen, wie ein erschwerter Zugang zur ambulanten und stationären Versorgung, sind bereits jetzt schon deutlich spürbar.

1. Stationäre Versorgung

Krankenhäuser aller Versorgungsstufen, Fachkliniken und Belegkliniken sind bei Erbringung gleicher stationär erbrachter Leistungen grundsätzlich gleichzustellen.

Während das ambulante Operieren in der bisher üblichen Form als Voraussetzung eine maximale Planbarkeit, eine hohe Standardisierung, eine elektive Erbringung, eine geringe Komorbidität, eine hohe Kooperationsfähigkeit, ein minimales postoperatives Risiko, einen geringfügigen Pflege- und Überwachungsbedarf und eine fachärztliche Erbringung hat, gibt es weitere ambulant erbringbare Operationen, bei denen eine signifikante Wahrscheinlichkeit für die Notwendigkeit einer stationären Nachbetreuung besteht. Für diese als fakultativ ambulant erbringbar zu bezeichnenden Fälle muss die Option der stationären Erbringung sichergestellt sein.

Damit eine Leistung ohne Qualitätsverlust für den Patienten zukünftig ambulant erbringbar ist, müssen im Rahmen einer Strukturreform logistische und organisatorische Voraussetzungen angepasst werden.

Im Rahmen der Freiberuflichkeit muss die Entscheidung, ob eine stationäre Aufnahme erforderlich ist, eine rein ärztliche bleiben.

Es sind daher Anreize zu schaffen, um eine ambulante Erbringung zu fördern, ohne die ärztlichen Leistungen im ambulanten Bereich schlechter zu stellen als im stationären Sektor. Grundvoraussetzung dabei ist, dass die Eingriffe unter den allgemein gültigen Qualitätskriterien zu erbringen sind.

In Grenzbereichen zwischen der Urologie und benachbarten Fachdisziplinen ist eine Gleichbehandlung bei der stationären Erbringung zu fordern, so z.B. in der Kinderurologie und der Kinderchirurgie, in der Uro-Gynäkologie zwischen Urologie und Gynäkologie, in der medikamentösen Tumorthherapie zwischen Urologie und Hämatologie/Onkologie sowie im Bereich Geschlechtsinkongruenz zwischen Urologie, Plastischer Chirurgie, Gynäkologie und ggf. weiteren Leistungserbringern.

Die aktuelle Vorstellung der Regierungskommission für die stationäre Entwicklung scheint für die Erbringung von Leistungen in ausgewählten onkologischen Entitäten die Umsetzung von Qualitätsstandards und Zertifizierung nach verschiedenen etablierten Systemen, wie DKG-Zertifikat oder UroCert, zu fordern. Es ist eine Ausweitung der Entitäten und der Qualitätsanforderungen zu erwarten. Ferner sollen die Umsetzung medizinischen Wissens, niedergelegt z.B. in Leitlinien der AMWF, sowie die Beachtung gesetzlicher Vorschriften erfolgen.

Eine Aufhebung des Erlaubnisvorbehaltes (gleiche Rechte) ist für die Belegsituation notwendig, um die Qualitätsanforderungen der Leitlinien (gleiche Pflichten) auch erfüllbar zu machen.

Die hierfür erforderliche personelle und technische Mindestausstattung der Krankenhäuser muss gewährleistet sein und transparent gemacht werden.

Die Leistungszahlen der Fachabteilungen müssen in den Qualitätsberichten abgebildet werden. So soll für Außenstehende das Spektrum der jeweiligen Abteilung erkennbar gemacht werden.

Position: Unter Einhaltung von Qualitätskriterien und Strukturmerkmalen verschiedener Art

muss ein Ziel der Krankenhausstrukturreform sein, die Erbringung stationärer Leistungen in Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsstufen erbringen zu können.

2. Weiterbildung

Die ärztliche Weiterbildung im Fach Urologie erfolgt zum größten Teil im Bereich der Kliniken für Urologie. Wenn nicht alle Weiterbildungsinhalte im stationären Setting nach neuer Musterweiterbildungsordnung (MWBO) erbracht werden können, wird die Teilnahme am Weiterbildungscurriculum (WECU) der DGU empfohlen, um die Lücke bei der stationär erfolgenden Weiterbildung mit dem Erwerb von im ambulanten Sektor erworbenen Kenntnissen zu schließen. Damit kommt dem ambulanten Sektor im Rahmen der Weiterbildung eine sehr wichtige Bedeutung zu, denn nur so kann eine qualitativ hochwertige, ganzheitliche und voll umfängliche Ausbildung im Sinne unserer WB-Assistentinnen und WB-Assistenten erfolgen. Die Sicherstellung aller Aspekte der Weiterbildung im Rahmen der stationären und ambulanten Versorgung ist daher eine Aufgabe beider Verbände.

Position: Ärztliche Weiterbildung ist elementar wichtig und muss bei der Krankenhausstrukturreform eine angemessene Berücksichtigung finden. Dazu gehört die finanzielle Kompensation im Rahmen der zwangsläufigen Verringerung der Leistungsdichte.

3. Verzahnung ambulant & stationär

Notfallversorgung

Eine qualifizierte urologische Notfallversorgung erfordert eine Verfügbarkeit der stationären urologischen Aufnahme und ggf. der unmittelbar zu erbringenden operativen Versorgung. Die Notfallversorgung kann daher nur in enger Zusammenarbeit mit einer urologischen Klinik erbracht werden.

Dieses wird umso wichtiger, weil gerade bei einer alternden Bevölkerung, mit zum Teil erschwertem Zugang zum ambulanten Teil der Versorgung, mit einer Zunahme der Notfallversorgung zu rechnen ist. Um Ressourcen zu schonen und die Qualität der Notfallversorgung hoch zu halten, ist eine effektivere Verzahnung der vertragsärztlichen Arztpraxen und Bereitschaftsdienstzentralen der KVen mit den zentralen Notaufnahmen der Krankenhäuser anzustreben.

Ambulantes Operieren

Das Gleiche gilt für den erweiterten Katalog des ambulanten Operierens, der ebenfalls ohne die Option der stationären urologischen Aufnahme, im Falle intraoperativer Komplikationen, nicht möglich ist.

Position: Die ambulante Notfallversorgung, als auch das ambulante Operieren, sind ohne Möglichkeit einer im Bedarfsfall zielgerichteten und schnellen Überführung von Patientinnen und Patienten in die stationäre urologische Versorgung nicht denkbar. Daher sind angemessene Vorhaltekosten an die Krankenhäuser zu entrichten.

4. Spezialisierung urologischer Leistungen

Spezialisierte urologische Leistungen, wie z.B. komplexe rekonstruktive Eingriffe in der Erwachsenen- und Kinderurologie, Eingriffe bei besonders seltenen Erkrankungen oder solche, die eine besondere Expertise auch außerhalb derjenigen der urologischen Leistungserbringer erfordern, sollten zur Sicherstellung der optimalen Behandlungsqualität ausschließlich in Kliniken mit entsprechender Expertise erfolgen.

Als Barriere für eine solche spezialisierte Leistung wird der Erlaubnisvorbehalt im Rahmen der belegärztlichen Tätigkeit gesehen. Die Qualität der Leistung und nicht das Finanzierungssystem, in welchem diese Leistung erbracht wird, sollte entscheidend für die Möglichkeit der Erbringung sein.

Hierbei soll im Interesse der Patienten eine heimatnahe stationäre Versorgung sichergestellt sein. Unter Berücksichtigung von Alter, Komorbidität und Mobilität des urologischen Patientengutes ist eine Versorgung in einem Umkreis von 50 km, gemessen vom Wohnort der Patientin oder des Patienten, anzustreben. Dabei sollte es jeder Patientin und jedem Patienten möglich sein, zwischen mindestens zwei Kliniken auszuwählen.

Bei der Vergütung der stationären Leistungen müssen die tatsächlichen Kosten (Personal, Material, Infrastruktur) angemessen abgebildet sein. Daneben ist eine Vergütung von Vorhaltekosten, insbesondere für Spezialleistungen, für die Notfallversorgung und im Kontext der Ausweitung des Ambulanten Operierens, aus oben beschriebenen Gründen erforderlich.

Bei sektorenübergreifender Tätigkeit der Krankenhäuser muss sichergestellt sein, dass ambulante und stationäre Leistungen getrennt und kostendeckend vergütet werden.

Position: Die kostendeckende umfängliche Finanzierung spezieller und damit in der Regel besonders kostenintensiver Leistungen muss an den Orten der Erbringung dieser Leistungen gewährleistet sein. Der Erlaubnisvorbehalt für die belegärztliche Erbringung dieser Leistungen muss aufgehoben werden.

FAZIT

DGU und BvDU werden weiter zusammen daran arbeiten,

- dass die hochwertige urologische Versorgung der im stationären Sektor behandelten Patientinnen und Patienten aufrechterhalten wird;
- dass die Leistungen zur Sicherstellung des urologischen Versorgungsauftrages in Häusern aller Versorgungsstufen erfolgen können;
- dass ärztliche Weiterbildung im stationären Sektor als eine wichtige Voraussetzung für die Erfüllung der Anforderungen in diesem Bereich angemessen erfolgt. Allerdings muss diese Weiterbildung durch Leistungen, die mittlerweile typischerweise im ambulanten oder sektionsübergreifenden Sektor erfolgen, erweitert werden;
- dass neue Konzepte entwickelt und diese in die politische Diskussion mit eingebracht werden.