

Das Ergebnis mehrerer Konferenzen und Tagungen der letzten Woche: Die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe lässt nach wie vor zu wünschen übrig. Die Frage ist allerdings, ob hier Appelle allein helfen können, oder ob es nicht einer grundlegenden Neuausrichtung der Strukturen und einer Veränderung der Finanzverteilung bedarf. Jeder ist sich nun mal selbst der Nächste, und wenn die Mittel knapp werden, dann wird die Kohle zwangsläufig überwiegend bei dem bleiben, der sie zuerst bekommt. Das macht vielleicht auch die vieldiskutierte Delegation ärztlicher Leistung für die Ärzte so besonders attraktiv (und die Substitution so gefährlich): Der Doc kann eben nicht nur nach medizinischem Bedarf, sondern auch nach Kassenlage entscheiden, was er nun gerade delegieren möchte und was besser nicht. Dass dann Agnes, Verah und Moni gelegentlich den Eindruck haben, sie wären von den Brosamen abhängig, die von des Herren Tisch fallen, kann eigentlich nicht verwundern.

Übrigens warte ich noch auf das erste ärztliche Unterstützungs-System mit Namen „Robert“ oder „Paul“ – aber das ist eine andere Baustelle. Oder vielleicht doch nicht? Im Krankenhaus häufen sich jedenfalls die Klagen der Pflegekräfte über Stellenstreichung und Entlassungen. Das ist kein Wunder, wenn in Betracht gezogen wird, dass die ökonomisch orientierte Krankenhausleitung nach landläufige DRG-Logik die Blinddarm-OP als wertschöpfend interpretiert, aber nicht mehr deren anschließende pflegerische Versorgung. Das führt zwangsläufig dazu, dass der wertschöpfende Chirurg für's finanzielle Überleben des Hauses als unerlässlich eingestuft wird, die nachsorgende Pflegekraft jedoch als Kostenfaktor, den es so weit als irgend möglich zu minimieren gilt. Wie würde sich die Sache entwickeln, wenn es für die Blinddarm-OP einerseits eine Operations-DRG und andererseits eine Pflege-DRG gäbe?

Tendenziell könnte hier die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) einen richtigen Weg weisen, wenn sie die Bildung von Teams zum notwendigen Kriterium für eine Abrechnungsfähigkeit von Leistungen macht. Nur leider ist auch hier die Teambildung ausschließlich auf die ärztliche Profession beschränkt. Wer sich nicht Doktor (oder wenigstens Arzt) nennen darf, ist – wie sonst auch – darauf angewiesen, im Zuge der Delegation in den Therapieprozess einbezogen zu werden. Und dass dies so bleibt, dafür wird der Gemeinsame Bundesausschuss schon sorgen, denn auch da sind natürlich die so genannten Leistungserbringer so verteilt, dass die nicht-ärztlichen Heilberufe an keiner Stelle darüber mitentscheiden dürfen, wohin der Rubel rollt.

Mit anderen Worten: Wer die mangelhafte Zusammenarbeit der ärztlichen und nicht-ärztlichen „Gesundheits-Gewerke“ kritisiert, wird nicht darum herumkommen, über neue Entscheidungsstrukturen und Geldströme nachzudenken. Gute Appelle allein werden nicht reichen. Letztlich wird es nur so gehen, wie es die ASV in Ansätzen vormacht (und wie es bereits in den funktionierenden Teams der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung gelebt wird): Es bedarf klarer Vorgaben, welche Professionen verbindlich zur Versorgung herangezogen werden müssen (und das kann eben in Einzelfällen auch die Ernährungsberatung oder die Stoma-„Schwester“ sein) und diese Teams müssen sich dann intern zusammenraufen. Denn wenn sie es nicht tun, verliert das gesamte Team die Abrechnungsberechtigung. So aber, wie wir heute Honorare im System verteilen, fördern wir die Fragmentierung medizinischer Leistungen (die immer weitere Differenzierung der Facharztgruppen ist Beleg dafür) und wir zementieren die medizinische Versorgung ausschließlich in Ärztehand – und das angesichts knapper werdender Ressourcen ärztlicher Kompetenz. Das ist weder einer integrierten, ganzheitlichen Patientenversorgung zuträglich noch einer effizienten Mittelverwertung der ebenfalls knapper werdenden GKV-Euros.