

Rede

„Sektorenübergreifende Bedarfsplanung – Perspektive der KBV“

Zi-Fachtagung,

Berlin, 19. September 2016

Dr. Andreas Gassen

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Rahmenbedingungen für die Gesundheitsversorgung in Deutschland sind bekannt: Die Krankheitslast einer älter werdenden Bevölkerung wird größer bei gleichzeitig begrenzten finanziellen wie personellen Ressourcen. Dadurch wird die Versorgung komplexer und vielfältiger. Viele Behandlungen, die vor wenigen Jahren noch zwingend stationär erfolgten, können heute ambulant durchgeführt werden. Dieser Trend hält an und die Herausforderung besteht darin, die Qualität der Versorgung für die Patienten zu erhalten und zu verbessern. Dafür müssen geeignete Versorgungskapazitäten geschaffen und zugleich die Ressourcen geschont werden.

Uns allen ist klar: Wir müssen die bisherigen Sektorengrenzen in der Planung und Entwicklung der Versorgungsstrukturen überwinden.

Zunächst stellen wir fest, dass in den derzeitigen Strukturen zu viele Leistungen an Krankenhäusern erbracht werden – und es ist eine Binsenweisheit, dass dies die teuerste Form der Versorgung ist. Es ist aber auch eine Versorgung, die sich nicht mit den hohen Qualitätsanforderungen in der vertragsärztlichen Versorgung messen lassen kann. Dort haben wir die hohe Hürde des Facharztstatus‘ – und in Sachen Qualitätssicherung schärfere Regeln als im Klinikbereich. Gerade ich als ambulanter Operateur kenne das nur zu gut aus eigener Erfahrung.

Die heutige Versorgungsplanung schreibt im Wesentlichen die Leistungsstrukturen der Vergangenheit fort. In den Krankenhäusern existieren daher Bettenkapazitäten, die eine Belegung geradezu einfordern – auch dann, wenn diese Behandlungen eigentlich ambulant erbracht werden könnten. Eine vorausschauende Versorgungspla-

nung müsste daher aktiv auf eine Leistungsverlagerung in die ambulante Versorgung hinwirken und stationäre Kapazitäten reduzieren.

Und dennoch scheint der Gesetzgeber unter sektorenübergreifender Versorgung vor allem und fast ausschließlich die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung zu verstehen. Das bisherige Ergebnis ist, dass aus dem Anteil der ambulant an Krankenhäusern erbrachten Leistungen die Patienten herausgefiltert werden, mit denen die Belegung der bisherigen Kapazitäten gesichert werden kann. Der Anteil der Krankenhausaufnahmen ohne ärztliche Einweisung steigt kontinuierlich und liegt mittlerweile bei knapp 50 Prozent. Da belegte Betten nach den Regeln der bisherigen Krankenhausplanung aber nicht abgebaut werden, dient die Ambulantisierung des Krankenhauses bislang einer Stabilisierung von an sich überkommenen Strukturen. Mit anderen Worten: Die Öffnung der Krankenhäuser verhindert eine effizientere, ressourcenschonendere Versorgung.

Wie konnte es dazu kommen? Schauen wir uns die Ergebnisse der Gesetzgebung der vergangenen Jahre kurz an:

Die Krankenhäuser wurden mithilfe von Sonderregelungen sukzessive über Psychiatrische Institutsambulanzen, Hochschulambulanzen oder sozialpsychiatrische Zentren für den ambulanten Bereich geöffnet. Nicht zuletzt durch die Möglichkeit, eigene MVZ zu gründen, bekamen die Kliniken Zugang zur ambulanten Versorgung. Dadurch ist ein breiter Graubereich in der ambulanten Versorgung entstanden, dessen Regelwerke kaum noch zu überblickenden sind. Weder die Krankenkassen noch die Vertreter der Krankenhäuser können über die genauen Strukturen und Versorgungsinhalte dieses Bereiches Auskunft geben. Wenn wir aber eine stringent strukturierte Versorgung der Patienten wollen, ist dieser polymorphe Ansatz der mehr oder minder wahllosen Öffnung von Krankenhäusern wenig erfolgversprechend.

Mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung wiederum wurde an der Schnittstelle der Sektoren erstmals ein komplett neuer Versorgungsbereich geschaffen. Das begrüßen wir ausdrücklich. Hier haben wir einen Bereich, in dem der Gemeinsame Bundesausschuss die indikationsspezifischen Anforderungen für die Patientenversorgung festlegt. Ambulanter und stationärer Bereich können, sofern sie die

Anforderungen erfüllen, diese Versorgung anbieten. Abgesehen von der enorm hohen Regulierungsdichte im Bereich ASV bleibt aber bis heute unklar, wie perspektivisch damit umgegangen wird, wenn in weniger attraktiven Regionen dauerhaft keine ASV-Versorgung angeboten wird. Ich denke, hier wird es erst interessanter, wenn zunehmend Indikationen in die ASV aufgenommen werden, die auch ein breiteres Patientenklientel adressieren.

Darüber hinaus hat der Gesetzgeber viele weitere Maßnahmen unternommen, um Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung zu beteiligen, wie beispielsweise beim ambulanten Operieren und bei der vor- und nachstationäre Behandlung. Der neueste Vorstoß findet sich derzeit im Regierungsentwurf für das PsychVVG. Er sieht vor, dass stationsäquivalente Leistungen im Bereich der psychiatrischen Versorgung im ambulanten Bereich erbracht werden sollen – und der Gesetzgeber deklariert dies ausschließlich als Krankenhausbehandlung. Die Expertise von uns Niedergelassenen, die längst mit anderen Professionen gut funktionierende ambulante Netzwerke zur Versorgung von psychisch Erkrankten aufgebaut haben, wird nicht gesucht. Und – wie sich in den Gesprächen immer wieder herausstellt – anscheinend auch nicht gewollt.

Außerdem wurde auf Landesebene nach Paragraph 90a SVB V ein sektorenübergreifend besetztes Gremium etabliert, in dem die Weiterentwicklung der Versorgung beraten werden soll. Diese Gremien wurden nun in vielen Bundesländern gegründet und haben jeweils ganz unterschiedliche Schwerpunkte für ihre Diskussionen gesetzt. Es ist natürlich gut, wenn alle Beteiligten kontinuierlich im Gespräch sind. Fraglich bleibt aber, ob solch heterogen besetzte Gremien, die ausschließlich beratenden Charakter haben, dem Grundgedanken einer sektorenübergreifenden Versorgung gerecht werden können.

Schließlich hat der Gesetzgeber mit dem KHSG Regelungen zum Sicherstellungsauftrag vorgegeben und lässt nach Paragraph 136c SGB V ein gestuftes System der Notfallversorgung an Krankenhäusern entwickeln. Hier werden also erstmals Regelungen zur Struktur und Verteilung der stationären Versorgung auf Bundesebene geschaffen. Beide Themen wurden Anfang des Jahres im Gemeinsamen Bundesausschuss dem Unterausschuss Bedarfsplanung zugeordnet, was deren planerischen

Charakter unterstreicht. Ursprünglich war auch die KBV mit Stimmrechten in beiden Fragestellungen ausgestattet worden. Wie Sie wissen, wurden der KBV diese Stimmrechte durch eine Beanstandung des BMG wieder entzogen, sodass nur DKG und GKV-SV stimmberechtigt sind. Doch wenn Krankenhäuser in ländlichen Regionen über Sicherstellungszuschläge nicht stabilisiert werden können, hat das direkte Auswirkungen auf die Vertragsärzte vor Ort. Die Strukturvorgaben zur Stufung der Notfallversorgung an Krankenhäusern haben ebenso direkte Konsequenzen für den ambulanten Bereich. Eine erhebliche Zahl an Notfällen, die derzeit in Krankenhäusern versorgt werden, gehört eigentlich in vertragsärztliche Praxen. Hier hätten die KVen und die KBV unbedingt einbezogen werden müssen.

Bei all diesen Fakten kann ich also nur feststellen: Wir sind heute weit davon entfernt, das Prinzip *ambulant vor stationär* zu verwirklichen. Was wir heute haben, ist eher eine Siebstruktur – die Sektorengrenze ist von beiden Seiten unregelmäßig und unkoordiniert durchlöchert. Eine echte sektorenübergreifende Planung der Versorgungskapazitäten haben wir nicht. Eine solche brauchen wir aber dringend. Wenn wir die Ressourcen vernünftig einsetzen wollen, kommen wir an einer engeren Zusammenarbeit von ambulanten und stationären Sektor nicht vorbei.

Eine solche Planung würde danach fragen, welche Krankenhäuser wir für die Versorgung wirklich noch brauchen und welche wir stärken sollten – vor allem auf dem Land. Denn vor allem dort geht es in der Regel nicht um die Schließung, sondern um eine Stärkung von Krankenhausstandorten. Gerade dort würde es Sinn machen, ambulante und stationäre Strukturen eng miteinander zu verschränken, um technische und personelle Ressourcen gemeinsam nutzen zu können. In diesem Zusammenhang müssen wir gerade in Regionen mit fortgesetzter Abwanderung der Bevölkerung konsequenterweise auch danach fragen, wo welche Vertragsarztpraxen künftig benötigt werden. Aber all das sind Fragen, die man nicht am grünen Tisch in Berlin beantworten kann.

Im G-BA wird man einen Interessenausgleich zu den notwendigen Verfahrensweisen herstellen können, wie der Versorgungsbedarf der Bevölkerung und die Versorgungsnotwendigkeit ambulanter und stationärer Kapazitäten empirisch gestützt hergeleitet werden soll.

Ob der G-BA zugleich regionale Verhältniszahlen festsetzen sollte, möchte ich hinterfragen. Denn dazu müssen viele regionale Faktoren berücksichtigt werden – insbesondere an welchen Standorten künftige Versorgungsschwerpunkte entwickelt werden sollen. Letztlich muss vor Ort eine funktionsfähige Aufgaben- und Mengenplanung eingerichtet werden, anhand derer Räumlichkeiten, Personal und Ausstattung effizient fortentwickelt werden können. Dafür dürften die Gremien des G-BA nicht geeignet sein. Vielmehr werden KVen und Länder hierzu vor Ort geeignete Abstimmungsverfahren benötigen.

Einen ersten Einstieg in eine echte sektorenübergreifenden Bedarfsplanung bietet die Gestaltung der ambulanten Notfallversorgung. Hier brauchen wir Strukturen, die eine engere Zusammenarbeit von KV und Klinik ermöglichen. Auch hier wird man sich an den regionalen Gegebenheiten orientieren müssen, die nur die Experten vor Ort richtig einschätzen können.

Ein Blick in die Zukunft könnte unter anderem so aussehen:

Im Krankenhausgebäude ist im Erdgeschoss ein Versorgungszentrum eingerichtet, dessen Planung und Sicherstellung von der zuständigen KV verantwortet wird. Hier kommen alle Patienten an, die nicht durch den Rettungsdienst eingeliefert werden. Hier findet eine qualifizierte Einschätzung des Behandlungsanlasses statt und die Entscheidung über eine Behandlung. Hier findet auch die Triage statt für diejenigen Patienten, die einer stationären Versorgung bedürfen.

Der direkte Zugang ins Krankenhaus über die bisherige Ambulanz wäre damit nicht mehr möglich. Der eigentliche stationäre Bereich im Krankenhausgebäude würde somit quasi erst in der ersten Etage beginnen – wenn wir von der Rettungsstelle für Verletzte einmal absehen. Es ist das Prinzip der Portalpraxis – nur eben konsequent zu Ende gedacht.

Ein solches Modell müsste eng eingebunden sein in die vertragsärztliche Bedarfsplanung im Rahmen des Sicherstellungsauftrages und in den Landeskrankenhausplan der Bundesländer. Denn eine in mehreren Schichten voll besetzte Portalpraxis oder ein ambulantes Versorgungszentrum mit mehreren Fachrichtungen kann kei-

nesfalls an jedem der heute existierenden Krankenhausstandorte untergebracht werden.

Um es deutlich zu sagen: Das Potential, das in der engen und ressourcenschonenden Kooperation beider Sektoren liegt, kann nur aktiviert werden, wenn zugleich eine Fokussierung auf eine reduzierte Anzahl von Standorten gelingt.

Für eine solche echte sektorenübergreifende Bedarfsplanung müssten auch die Landesregierungen ihre Perspektive ändern und die gesamte Versorgung in den Blick nehmen. Ebenso müssten sich auch die KVen mehr bewegen und mehr Verantwortung übernehmen. Dafür müssen sie von den Krankenkassen entsprechende finanzielle Spielräume erhalten. Und wir benötigen zur Umsetzung dieses Konzepts veränderte Rechtsgrundlagen, die es KVen und Ländern ermöglichen, nach den genannten Kriterien vorausschauende Veränderungen in den Versorgungsstrukturen abzustimmen und diese umzusetzen. Die speziellen Bedingungen städtischer Ballungszentren oder ländlicher Regionen müssen hierbei ebenso Eingang finden können wie weitere strukturelevante Kriterien, etwa die Organisation von Verbundweiterbildung. Und ja: Die Krankenkassen werden sich an notwendigen Investitionen über geeignete Vergütungsvereinbarungen beteiligen müssen.

Meine Damen und Herren, all diese Überlegungen zeigen deutlich: Es ist bei uns allen ein großes Umdenken nötig. Fangen wir am besten gleich heute damit an.

Vielen Dank