

Gesundheitspolitik in der Diskussion
Institut für Gesundheitssystem-Entwicklung



VON DER AMBULANTISIERUNG
ZUR HYBRIDVERSORGUNG – NEUE
KONZEPTE ZWISCHEN AMBULANT
UND STATIONÄR



Jenseits von Paragraphen und Verträgen lebt unser Gesundheitssystem vom Gespräch und vom Austausch der Akteure. Vor allem Weiterentwicklungen unseres Gesundheitssystems finden nicht am Reißbrett statt, sondern im Diskurs der Akteure miteinander. Mit iX-Media wird diesem Austausch eine Plattform gegeben. Wir laden „auf allen Kanälen“ zum Dialog ein: Print, Audio und Video stehen Ihnen zur Verfügung, um Ihre Positionen, Ihre Ideen, Ihre Erkenntnisse der gesundheitspolitischen Community mitzuteilen.

Mit Dr. Albrecht Kloepper, Sophia Wagner und Dr. Martina Kloepper und dem übrigen iX-Media-Team stehen langjährige Systemexperten hinter dem Projekt, die wissen, wie gesundheitspolitisch der Hase läuft (und zukünftig laufen wird), die der Komplexität des Themas auch mit einfachen Worten gerecht werden können und denen auch die technischen Aspekte medialer Umsetzungen vertraut sind. Wenden Sie sich an uns – wir sind für Sie da!



GESUNDHEITSPOLITISCHER WOCHENRÜCKBLICK

Die iX-Highlights informieren immer montags über aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen und liefern relevante Hintergrundinformationen. In seinem gesundheitspolitischen Editorial bewertet Dr. Albrecht Kloepper ein herausragendes Wochenthema. Aktuelle Dateien der Woche (Bundestagsdrucksachen, Studien etc.) können als Service zusätzlich kostenlos abgerufen werden.



GESUNDHEITSPOLITIK IN DER DISKUSSION

Die Zeitschriften-Reihe iX-Forum greift die großen gesundheitspolitischen Themen des Gesundheitswesens auf und bietet Ihnen die Möglichkeit, mit ausreichend Platz und in ansprechendem Rahmen Ihre Positionen, Ihre Ideen, Ihre Erkenntnisse der gesundheitspolitischen Szene mitzuteilen. Der Clou an der Sache: Die Hefte werden bundesweit an mehr als 2.500 gesundheitspolitische Entscheider und Meinungsführer versandt. Wir sorgen dafür, dass Ihre Gedanken Beachtung finden!



GESUNDHEITSPOLITIK ZUM HÖREN

In monatlicher Folge widmet sich iX-Radio einem aktuellen gesundheitspolitischen Thema und lässt dazu die wichtigsten Entscheider zu Wort kommen. Erläuternde Moderationen beleuchten die Hintergründe und stellen das jeweilige Thema in den Kontext der unterschiedlichen Interessen. Ziel dabei ist, dass nicht nur die Szene sich selbst bespiegelt, sondern dass unser komplexes Gesundheitssystem auch Außenstehenden nahe gebracht wird.



VISUELLE PRÄSENZ IM GESUNDHEITSWESEN

iX-Spotlight ist die Video-Plattform für Ihre bildstarke Kommentierung des aktuellen Zeitgeschehens im Gesundheitssystem. Denn um überzeugende Statements sichtbar in Szene zu setzen, sind nicht nur eindrucksvolle Bilder ausschlaggebend, sondern vor allem auch fundierte Kenntnisse des Systems. Mit Dr. Martina Kloepper haben wir eine bühnen- und filmerfahrene Expertin im Team, die auch Sie medienwirksam „in Szene setzen“ kann.

Inhalt



- 4 Editorial**
Dr. Albrecht Klopfer
 Herausgeber



- 6 Woran krankt die deutsche Krankenversorgung? – Ein Zwischenruf**
Prof. Dr. med. Stefan G. Spitzer Ehrenvorsitzender
 Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V. (DGIV)



- 11 Ambulantisierung und Hybridversorgung – nachhaltige Lösungen für bestehende Probleme?**
Thomas Bodmer Stellvertretender Vorstandsvorsitzender
 DAK-Gesundheit



- 15 Tiefgreifende Strukturreformen sind überfällig**
Prof. Dr. med. Christoph Straub Vorstandsvorsitzender
 BARMER



- 19 Regionale Gesundheitszentren – Versorgung aus einer Hand**
Ulrike Elsner Vorstandsvorsitzende
 Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)



- 23 Datenbasierte Umsetzung von Hybrid-DRGs: Lernen von Qualitätsverträgen**
Dr. Christoph Coch CEO/CMO
 nextevidence GmbH
Prof. Dr. Wolfgang Franz CEO/CMO
 myon.clinic GmbH



- 28 Ambulantisierung im deutschen Gesundheitswesen – Solidarische Patientenversorgung statt sektorale Besitzstandswahrung**
Konstantinos Kafritsas Diplom-Ökonom
 VOP – Verband operativ tätiger Privatkliniken e.V.



- 31 Versorgungslücken schließen und die Rückkehr in den Alltag erleichtern**
Monika Szymanek Marketing Manager
Luca Daumenlang Coaching & Content
 mentalis GmbH



- 36 „Wohnortnahe Patientenversorgung bedarf intersektoraler Versorgungskonzepte“**
Prof. Dr. Andreas Schmid Vorstandsmitglied
 Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V. (DGIV)

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

„Leuchttürme“, so sagte es mir mal Chris Hermann, gesundheitspolitisches Urgestein und ehemaliger Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg, „Leuchttürme sind etwas für Touristen.“ Recht hat er. In Zeiten von GPS haben Leuchttürme viel von ihrer ehemaligen Funktion verloren (auch wenn sie noch nicht – Seefahrer wissen es – gänzlich überflüssig geworden sind). In unserem Gesundheitssystem, und darauf bezieht sich Chris Hermann natürlich, gilt aber um so mehr, dass wir inzwischen durch buchstäblich hunderte von Leuchtturmprojekten mehr als genau wissen, wie die Weiterentwicklung unseres Systems aussehen müsste, und dass wir durch diese hunderte von Projekten auch in mehr als ausreichendem Maße belegt haben, dass diese Ansätze – von Sackgassen und Fehlversuchen abgesehen – vielfach zu besserer, effizienterer und effektiverer Patientenversorgung in der Lage sind.

Doch, um das Wort eines weiteren, inzwischen leider verstorbenen, Urgesteins aufzugreifen: „Wie schnell ist nichts passiert!“ (Karl-Heinz Schönbach) Bereits seit der Mitte der 90er Jahre, also vor fast 30 Jahren, versetzte das Gesundheitsstrukturgesetz Krankenkassen und Leistungserbringer unter anderem in die Lage, mit Modellvorhaben nach §63 SGB V die starre Sektorengrenze zwischen ambulant und stationär effizienter zu bespielen als bisher (der „Seehofer-Hammer“ titelte damals das Deutsche Ärzteblatt). Dutzende weitere rechtliche Möglichkeiten, selektivvertraglich die Sektorengrenze zu überwinden, schlossen sich an: Integrierte Versorgung, Praxiskliniken, ambulantes Operieren... Inzwischen versucht sich der Innovationsfonds nach §92a SGB V ebenfalls weitgehend erfolglos, Erkenntnisse aus erfolgreichen Modellversuchen in die Regelversorgung für alle Versicherten zu überführen.

Wir müssen uns der traurigen Bilanz stellen: Das Bessere setzt sich im Gesundheitswesen nicht automatisch im Wettbewerb durch. Warum ist das so? Weil die „Vereinsatzung“ unseres Gesundheitswesens nicht stimmt. Es ist das SGB V selbst, das im Ernstfall und an zahllosen

Stellen die Beteiligten in der Versorgung zu Gegnern macht und eine reibungslose Patient Journey, wie sie zur Behandlung gerade chronischer und komplexer Versorgungsherausforderungen angemessen wäre, verhindert. Diese Erkenntnis wird sich tatsächlich auch nicht mit der Etablierung weiterer Leuchttürme überwinden lassen.

Vielmehr werden wir uns eingestehen müssen, dass wir ambulant und stationär (und diverse andere Schnittstellen in unsere Gesundheits- und Pflegeversorgung) nur dann erfolgreich werden überwinden können, wenn wir Bereiche definieren, in denen für die Beteiligten der unterschiedlichen Sektoren die gleichen Spielregeln gelten. Um ein Bild zu benutzen: Wenn wir das ambulante Meer mit dem stationären Land in dauerhafte Verbindung bringen wollen, müssen wir uns stärker auf die Gestaltung des Ufers konzentrieren, um von dort aus neue Konzepte fließender Versorgungsübergänge zu entwickeln. Genau diesen Uferbereich nenne ich Hybridversorgung. Und tatsächlich erkennen wir, dass es uns auf dieser Grundlage gelingen könnte, auch weitere wachsende Herausforderungen unseres Gesundheitssystems in den Griff zu bekommen. An prominenter Stelle sind hier die flächendeckende Versorgung und der Fachkräftemangel zu nennen. Denn erst Einheiten, die die personellen und finanziellen Ressourcen optimal nutzen (und sie nicht in Doppelstrukturen verbrennen) werden auf eine dünner werden Versorgungsdecke einigermaßen flexibel reagieren können, und erst wenn wir vernetzte, durchlässige Arbeitsstrukturen zulassen, werden wir dem vernetzten Nachwuchs der Generation iPhone auch das Gesundheitssystem wieder als interessanten Arbeitsplatz mit vielfältigen Potentialen des Aufstiegs, der Mobilität und der Arbeitsplatzgestaltung präsentieren. Nicht allein aus medizinischen Gründen: Wir brauchen die Durchlässigkeit zwischen den Sektoren auf allen Ebenen und für alle zukünftigen und aktuellen Herausforderungen einer flächendeckenden Versorgung.

Die im vorliegenden Heft versammelten Ansätze, Überlegungen und Beispiele eint, dass sie von einer solchen Verknüpfung der Sektorenbereiche ambulant und stationär

überzeugt sind und dass sie sich diese Verknüpfung in der Regel auch nur in Form eines eigenständigen Leistungsbereichs vorstellen können. Sie leiten daraus – explizit oder in indirekten Forderungen – eine großflächige Reform des SGB V ab, die vor allem auf eine Bereinigung des selektivvertraglichen Wildwuchses abzielt, die den beteiligten Akteuren wieder Planungssicherheit zurückgibt und die auch die Fragen nach den weiteren Regelungskonsequenzen nicht scheut: Müssen wir zukünftig nicht auch Bedarfsplanung und Qualitätssicherung in einem einheitlichen ambulant/stationärem Kontinuum denken? Brauchen wir nicht ein Vergütungssystem, das die Grenze ambulanter bzw. stationärer Leistungserbringung großflächig überwindet? Müssen wir nicht die Regeln des Innovationsfonds so ausgestalten, dass nachgewiesene Versorgungsfortschritte (und nicht jede Innovation ist ein Fortschritt), in nicht zu ferner Zukunft tatsächlich allen Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen? Was machen wir mit solchen antiquierten und wettbewerbsfeindlichen Regelungen wie Erlaubnis- und Verbotsvorbehalt? Mit welchen Standards ist Digitalisierung über die Sektorengrenzen hinweg denkbar?

Ob allerdings auch der Gesetzgeber inzwischen erkannt hat, dass die Vereinssatzung in ihren Grundlagen vielfach nicht stimmt? Der große Wurf zu einer grundlegenden Überarbeitung des SGB V lässt sich leider nicht erkennen (obwohl das damaligen Mitglied des Sachverständigenrats, Karl Lauterbach, diverse theoretische Ziegelsteine aus diesem Erkenntnisgebäude mit gebrannt hat), aber erkannt wurde zwischenzeitlich immerhin, dass es nicht mehr ausreicht, den Partnern der unterschiedlichen Versorgungsbereiche in Selektivverträgen die Möglichkeit zu geben, sich zu besseren Konzepten zusammenzufinden. Nein, wir brauchen solche hybriden Ansätze in der Regelversorgung und sie müssen augenscheinlich tatsächlich mit einem gewissen Zwang etabliert werden. Die Diskussion um Hybrid-DRGs und um Gesundheitseinrichtungen im zukünftigen Level 1i zeigen, dass wir uns auf den Weg gemacht haben zu solchen konsequent und regelhaft ausgestatteten Uferbereichen, die sich übrigens – wie bei echten Ufern auch – regional immer wieder anders prä-

sentieren werden (die weitere Etablierung regionaler Zulassungsinstitutionen wäre die nächste logische Konsequenz).

Nicht zuletzt der Beharrlichkeit der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen (DGIV) ist es zu verdanken, dass wir seit ihrer Gründung im Jahr 2003 auf diesem Weg zu einer intersektoralen, interdisziplinären und interprofessionellen Leistungserbringung in der Regelversorgung ein großes Stück an Erkenntnis und an tatsächlicher Umsetzung erkennen können. Wir freuen uns daher, die DGIV und einige ihrer Mitglieder ein weiteres Mal für ein Projekt des iX-Forum gewonnen zu haben (und ihrem Ehrenpräsidenten, Stefan G. Spitzer, einen exponierten Platz im Heft zur Verfügung stellen zu können).

Aber auch allen anderen Autorinnen und Autoren sei an dieser Stelle nicht nur für ihre unermüdliche und langjährige Arbeit an der Sektorengrenze, sondern auch für die Präsentation ihrer Ergebnisse in diesem Heft gedankt. Sie zeigen uns, dass der schwerfällige Tanker des deutschen Gesundheitssystems doch zu Kurskorrekturen in der Lage ist. Viele weitere werden folgen müssen. Hier allerdings sind die handelnden Akteure – Stichwort Vereinssatzung – auf die sachkundige, langfristige und vor allem auch kontinuierliche Unterstützung durch die Politik angewiesen. Auch ihrer aufmerksamen Lektüre gelten die Beiträge in diesem Heft – zu dem ich nun ein erkenntnisreiches Lesevergnügen wünsche.



Dr. Albrecht Kloepper

Woran krankt die deutsche Krankenversorgung? – Ein Zwischenruf



Prof. Dr. med. Stefan G. Spitzer
Ehrenvorsitzender
Deutsche Gesellschaft für
Integrierte Versorgung im
Gesundheitswesen e.V. (DGIV)

Das Gesundheitswesen stellt einen gewaltigen Kostenblock für die deutsche Gesellschaft dar. Wirtschaftliche Krisen verschärfen diese Belastungen derzeit erheblich. Bundesgesundheitsminister Lauterbach prognostizierte unlängst ein Defizit von 17 Mrd. Euro für die Gesetzliche Krankenversicherung im Jahr 2023 – höchste Zeit für rasche Entscheidungen zur Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Versorgung. Der Beitrag soll dazu ausgewählte Bewertungen und Anregungen in die gesundheitspolitische Diskussion einbringen.

Ein Beitrag des früheren Bundestagspräsidenten und Bundesministers Wolfgang Schäuble ließ im Dezember vergangenen Jahres aufhorchen: „Perfektionistische Überregulierung“ mache den deutschen Staat „ähnlich dem gefesselten Riesen Gulliver in zu Vielem fast schon handlungsunfähig“. Eine Neuordnung durch eine grundlegende Staatsreform in Deutschland sei erforderlich, damit das Gemeinwesen effizienter werde. Schäuble regte eine breite öffentliche Debatte darüber an, wie man den Staat „durch eine grundlegende Neuordnung der Aufgaben – auch zwischen Staat und Gesellschaft – und der Neuordnung der Zuständigkeiten einschließlich der Zuordnung von selbst zu bestimmenden Einnahmen ...“ wieder effizienter machen könne (stern vom 15.12.2022).

Was für ein aufrüttelnder Beitrag von profunder Stelle! Darf er ernst genommen werden? – Natürlich. Wie sieht es also z. B. in der staatlichen gesundheitlichen Daseinsvorsorge aus?

Das Niveau des deutschen Gesundheitswesens ist hoch. In der Qualität der gesundheitlichen Versorgung fährt Deutschland auch im weltweiten Vergleich mit in der Spitzengruppe.

In Europa hat Deutschland mit 12,82 % (2020) den höchsten Anteil der nationalen Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt. Das ist allerdings nur auf den ersten Blick positiv. Müssen diese Ausgaben so hoch sein? Und wichtiger noch: Können wir uns einen solchen Anteil am BIP heute noch leisten? Prognosen für die nächsten Jahrzehnte lassen die zweite Frage schnell verneinen. Vor der Frage, wie sich für unser Gesundheitswesen zukünftig noch mehr Geld aus Sozialabgaben- und Steuerkassen organisieren lässt, sollte deshalb zuerst die Frage stehen, wie das Geld im Gesundheitswesen besser eingesetzt werden kann. Haben wir da noch Reserven?

Haben wir und zwar gewaltige. Im Folgenden soll sich hier mit einem der wohl größten Faktoren auf diesem Gebiet beschäftigt werden: der „Ambulantisierung“ oder sehr

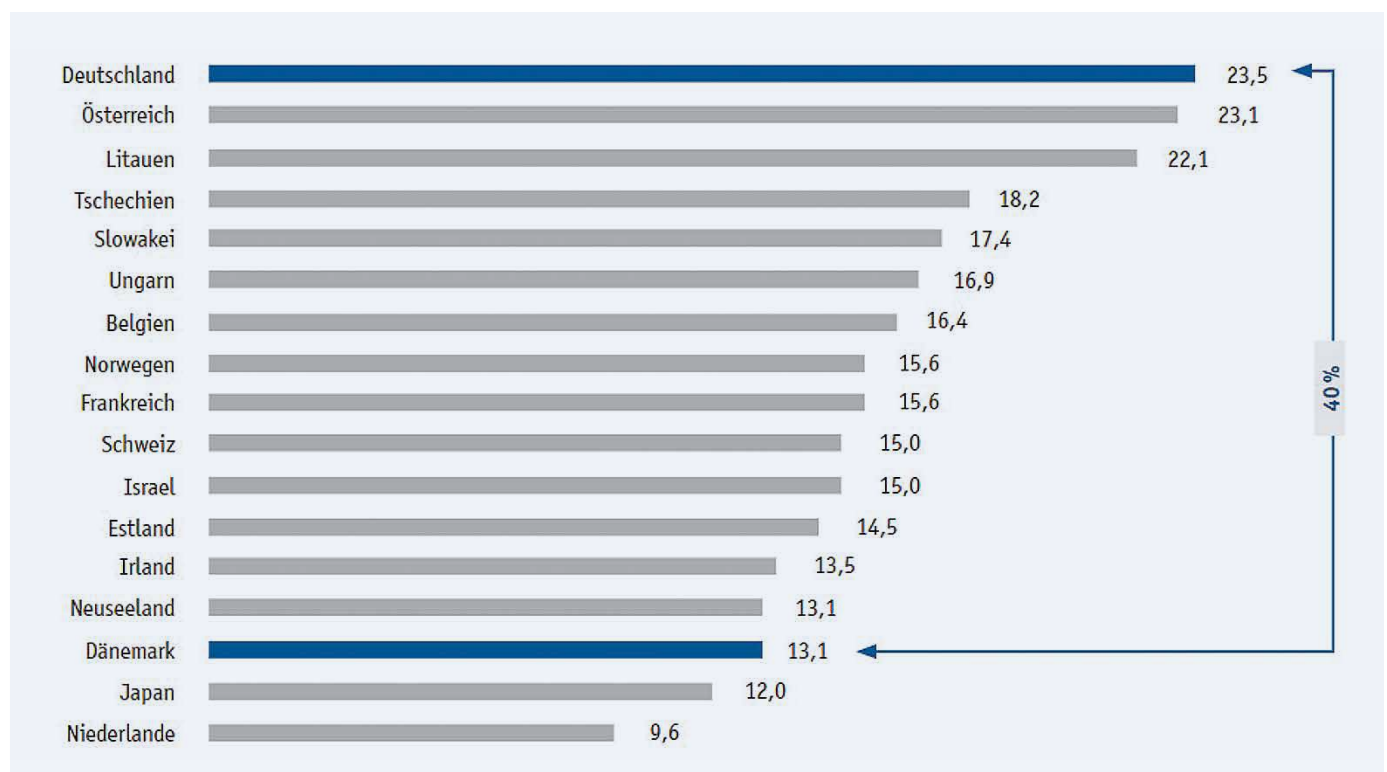
viel besser ausgedrückt der „Umsetzung des Prinzips ambulant vor stationär“.

Auch im bisher noch nicht gehobenen Ambulantisierungspotenzial der gesundheitlichen Versorgung fährt Deutschland nämlich mit in der internationalen Spitzengruppe.

Ambulantisierungspotenzial im Ländervergleich

Schön, aber weniger gut – wir haben also in Deutschland viel zu viele (voll-)stationäre Behandlungsfälle. Das muss geändert werden. Aber warum und was soll das genau bringen?

Bereits 2018 (also vor der Pandemie und dem Ukraine-krieg und den daraus entstandenen wirtschaftlichen Krisen) stellte der SVR Wirtschaft in seinem Jahresgutachten (auf S. 385 f.) fest:



Krankenhaus Rating Report 2018 Ländervergleich

Welche Dimension hat also das Ambulantisierungspotenzial in Deutschland? Das „IGES-Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V“ vom März 2022 spricht von mehr als ein Viertel aller etwa 58 Millionen vollstationär erfolgten Leistungen und man darf sicher auch die „Dunkelziffer“ in diesem Bereich nicht unterschätzen. Laut einer MEDIQON-Studie aus dem Jahr 2020 kann im Zuge der Ambulantisierung ein Vergütungsvolumen von bis zu 6 Milliarden EUR eingespart werden.

- Die derzeit positive finanzielle Lage darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass dem Gesundheitswesen aufgrund des demografischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts große finanzielle Belastungen bevorstehen.
- Die effiziente Verwendung der eingesetzten finanziellen Mittel ist daher von großer Bedeutung.

- Als Indizien für Überkapazitäten zeigen sich im internationalen Vergleich bspw. eine hohe Anzahl an Krankenhausbetten je Einwohner und eine vergleichsweise lange Krankenhausaufenthaltsdauer.
- Um dieser Überversorgung zu begegnen, sollten stärker wettbewerbsfördernde Elemente zum Einsatz kommen.
- Die Trennung zwischen ambulantem und stationärem Sektor ist ein Beispiel dafür, wie strukturelle Hemmnisse verhindern, dass Effizienzpotenziale im Gesundheitswesen gehoben werden.
- zu geringe staatliche Einflussnahme auf die Bewertung/Einordnung von Behandlungsmaßnahmen als ambulant oder stationär
- unzureichend digitalisierte Versorgungsstrukturen
- fehlende langfristige Konzeptionen zur Entwicklung der Versorgungsstrukturen
- nicht aktiver, sondern reaktiver Umgang mit finanziellen staatlichen (Unter-)Stützungen im Krankenhaussektor nach dem Gießkannenprinzip
- Versorgung wird nicht von der Patientenebene aus gedacht, sondern von der Ebene der Leistungserbringer

Was Vielen gar nicht klar ist: Das Prinzip ambulant vor stationär ist schon seit Jahrzehnten im SGB V verankert, so in § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V, aber auch in den Wirtschaftlichkeitsgeboten der §§ 12 und 70 SGB V. Warum also ambulant vor stationär? Die Antwort liegt eigentlich auf der Hand: ambulant ist in der Regel wirtschaftlicher und patientengerechter als stationär. Es verursacht weniger Kosten und Aufwände und entspricht ganz überwiegend dem Patienteninteresse. Aber weshalb tut sich Deutschland seit vielen Jahren mit dem Thema so schwer?

Die Ursachen sind vielschichtig. Natürlich wirken hier Komponenten mit bereits weltweiter Dimension wie die verschiedenen Ausprägungen von Wirtschaftskrisen bis hin zum Energie- und Fachkräftemangel. Um die nötigen Aufschlüsse zu bekommen, muss man sich aber auch vor Augen führen, woran es – bei aller nationaler und internationaler Wertschätzung – bei genauem Hinsehen immer noch hapert in der Organisation der deutschen gesundheitlichen Versorgung.

Unter anderem stößt man da auf folgende Kritikpunkte:

- reformüberfälliger Rechtsrahmen (insbesondere SGB V)
- vielfach überlebte Strukturen, insbesondere im Schnittstellenbereich von ambulant und stationär
- zu geringe Möglichkeiten zur integrierten Versorgung in der Regelversorgung
- unterentwickelte Kooperation der jeweils ehemals für „ambulant“ und „stationär“ angestammten Leistungserbringer

Nicht alle der vorgenannten Punkte haben unmittelbar Einfluss auf den Ambulantisierungsprozess, aber die meisten, und alle stehen damit in einem Zusammenhang.

So ist z. B. in Sachen Ambulantisierung das eher konservative Herangehen der Krankenhäuser natürlich nachvollziehbar. Schließlich ist es kein Geheimnis, dass man mit vollstationärer Behandlung mehr Vergütung erlangen kann als mit stationsersetzender. Dennoch muss es der Bundesregierung gelingen, mit der DKG und den anderen Partnern der Selbstverwaltung, aber auch mit den Regierungen der Länder, Einvernehmen über eine möglichst optimale Ausschöpfung aller Effizienzreserven im Ambulantisierungsprozess herzustellen. Ob das gelingt, wird sich wohl in diesem Jahr noch herausstellen.

Bereits 2021 formulierte der DKG-Vorstandsvorsitzende Dr. Gerald Gaß in das Krankenhaus 7/2021, dass das Vergütungssystem praktisch keine Anreize für die Kliniken setze, ambulante Versorgungsstrukturen auszubauen. Man müsse den Krankenhäusern zugestehen, dass sie eine ambulante klinische Versorgung zum Preis einer niedergelassenen Facharztpraxis nicht realisieren können. Und weiter: Die Krankenkassen sollten die Ambulantisierung nicht nur fordern, sondern auch finanziell absichern. Dann werde das Ziel „ambulant vor stationär“ von Krankenhäusern mit großem Engagement vorangetrieben.

Daraus ergeben sich viele Fragen: Soll die Ambulantisierung tatsächlich (zunächst?) erst einmal Mehrkosten verursachen? Und sollen die Krankenhäuser möglicherweise für gleiche Leistungen mehr Vergütung erhalten als die Niedergelassenen? Um wieviel wirtschaftlicher muss die ambulante und stationersetzende Versorgung sein als die (voll-)stationäre? Wie unbedingt notwendig sind Vergütungserhöhungen bei AOP und Hybrid-DRGs für die Versorgung?

Zur Erinnerung: Nach langer Untätigkeit sollte gemäß dem MDK-Reformgesetz 2019 die Selbstverwaltung auf der Grundlage eines zu beauftragenden Gutachtens ursprünglich bis zum 30.06.2021 den neuen AOP-Katalog einschließlich stationersetzender Leistungen sowie einheitlicher Vergütungen von Krankenhäusern und Vertragsärzten vereinbaren. Pandemiebedingt wurde diese Terminstellung mit dem 2. COVIfSGAnpG auf den 31.01.2022 geändert. Erst zum 01.01.2023 trat jedoch die „erste Stufe“ eines neuen Kataloges mit nur 208 Operationen und Eingriffen in Kraft. Die „zweite Stufe“ will die Selbstverwaltung nach weiteren Verhandlungen 2023 dann erst zum 01.01.2024 wirksam werden lassen. Ob mit der „zweiten Stufe“ dann überhaupt auch die AOP-Katalog-Novelle abgeschlossen werden kann, ist derzeit unklar. Bereits zur „ersten Stufe“ zur Novellierung des AOP-Kataloges hatte der KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Andreas Gassen festgestellt: „Es wäre mehr möglich und auch dringend notwendig gewesen, als jetzt vereinbart werden konnte.“

Parallel dazu gibt die Neufassung des § 115f SGB V der Selbstverwaltung vor, bis zum 31.03.2023 eine spezielle sektorengleiche Vergütung zu vereinbaren, die unabhängig davon erfolgt, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär erbracht wird, und für welche der in dem nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalog genannten Leistungen die Vergütung nach Nummer 1 erfolgt. Offensichtlich ist eine solche Vereinbarung nicht zustande gekommen und das Bundesministerium für Gesundheit denkt hier wohl nunmehr über eine Ersatzvorkehrung nach.

Der Ambulantisierungsprozess wird sich also weiter verzögern, da gesetzliche Terminvorgaben in der Regel nicht eingehalten werden.

Auch laufen derzeit hitzige Diskussionen zum vorliegenden Entwurf einer Krankenhaus-Reform. Hier sind immerhin wertvolle Ansätze zu erkennen, die Krankenhausversorgung effizienter zu machen, das Prinzip „ambulant vor stationär“ im Krankenhaus stringenter als bisher umzusetzen und sogar den nach den BSG-Honorararztentscheidungen völlig vernachlässigten Bereich der Krankenhaus-Vertragsarzt-Kooperation mit möglicherweise neuen Rechtsstrukturen wiederzubeleben.

Wie die Krankenhaus-Reform schließlich ausfallen wird, steht derzeit noch in den Sternen. Klar ist aber, dass diese Reform nicht der Notwendigkeit einer Reform aller Strukturen der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung gerecht werden wird. Es liegt auf der Hand, dass eine weitgehend auf den Krankenhausbereich bezogene, isolierte Reform für die heute notwendige erhebliche Steigerung der Effizienz und Effektivität der Versorgung nicht ausreicht. Im Prozess des Überdenkens alter hergebrachter, zum Teil aber überlebter Versorgungsstrukturen sollte auch die bisherige Organisation der Selbstverwaltung mit in die Diskussion einbezogen werden, insbesondere bei der zukünftig zunehmenden ambulant/stationären Leistungserbringung unter einem Dach in Trägerschaft von Krankenhäusern, Fachärzten oder von Gemeinschaften beider Leistungserbringer scheint das geboten.

Grundsätzlich kann die Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Versorgung durch unmittelbare staatliche Einflussnahme erreicht werden, insbesondere durch gesetzgeberische Änderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen, oder durch Wettbewerb in den Binnenverhältnissen der Leistungserbringer und -träger, vor allem bezogen auf die Qualität der Leistungen. Der Qualitätswettbewerb scheint derzeit weitgehend aus dem Fokus der staatlichen Entscheidungsträger geraten zu sein. Wenn

durch öffentliche Mittel in einem so erheblichen Umfang der Auswirkung auf die Haushalte des Bundes, der Länder und der Krankenkassen gesundheitliche Leistungen finanziert werden müssen, muss dabei selbstverständlich auch die Verwendung dieser Mittel entsprechend der Wirtschaftlichkeitsgebote kontrolliert und gewährleistet werden. Dabei muss nun endlich das Prinzip „gemessen, nicht gefühlt“ konsequent umgesetzt werden. In Auswertung der hier sehr sorgfältig zu bestimmenden Qualitäts- und Wettbewerbskriterien müssen die entstehenden Ergebnisse aber auch (wie im richtigen Leben des übrigen wettbewerblichen Wirtschaftens im Land) zu angemessenen Konsequenzen führen.

Im Februar 2023 ging durch den Wirtschaftswissenschaftler Prof. Bernd Raffelhüschen bereits ein erster Ruf nach einer neuen, pro Jahr gestaffelten Patientenselbstbeteiligung bis zu 2.000,00 EUR durch die Medien. Derartige Vorschläge sind selbstverständlich nur dann vermittelbar, wenn die Regierungen in Bund und Ländern zur Überzeugung der Bürgerinnen und Bürger nachweisen können, dass sie die bereits langjährig vorliegenden Vorschläge zur Verbesserung der Effizienz und Effektivität der gesundheitlichen Versorgung durch Staat und Selbstverwaltung verwirklicht und umgesetzt haben. Das ist derzeit aber nicht der Fall.

Stark vereinfacht bedeutet Effektivität, das Richtige zu tun, und bedeutet Effizienz, das, was man tut, richtig zu tun. Effizienz ist damit eng mit Wirtschaftlichkeit verbunden und Effektivität beantwortet die grundlegende Frage, ob sich Maßnahmen überhaupt für das Erreichen eines bestimmten Ziels eignen.

Wir haben in der letzten Zeit schmerzhaft erfahren müssen, dass unsere Gesellschaft heute und in Zukunft viel stärker als bisher von insbesondere wirtschaftlichen Krisenerscheinungen durchgeschüttelt wird. Es ist eine Binsenweisheit, dass man diesen Herausforderungen nicht nur durch immer mehr frisches Geld begegnen kann. Wir sollten deshalb nichts unversucht lassen, besser als bis-

her zu wirtschaften und mit immer knapper werdenden Ressourcen umzugehen. Wo die Verbesserungspotenziale bestehen, sollte spätestens jetzt deutlich und ohne Umschweife herausgestellt werden. Dass dabei auch vermeintlich „heiße Eisen“ angefasst werden müssen, versteht sich von selbst. Sonst werden wieder wichtige Chancen vertan.

Ambulantisierung und Hybridversorgung – nachhaltige Lösungen für bestehende Probleme?



Copyright: DAK-Gesundheit / Weychard

Thomas Bodmer
Stellvertretender
Vorstandsvorsitzender
DAK-Gesundheit

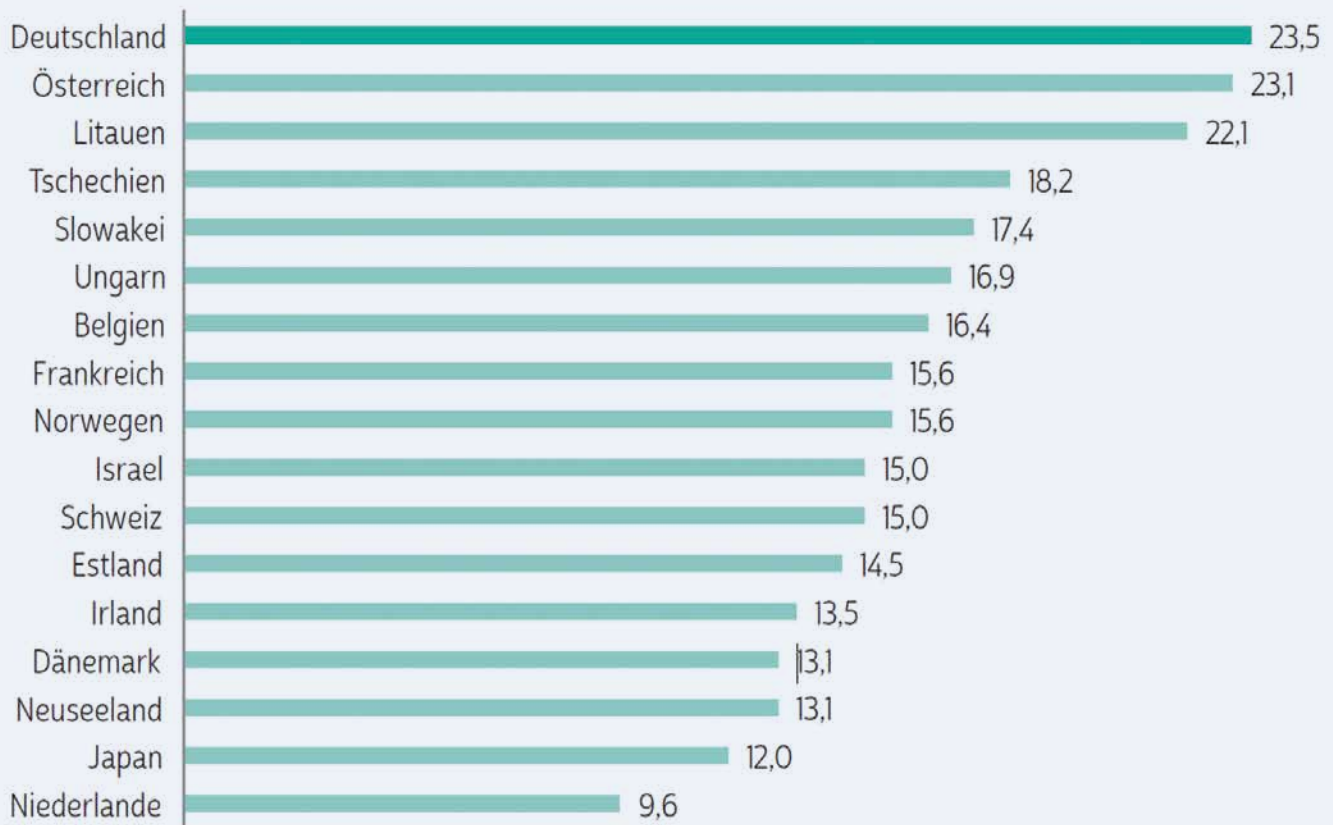
Das deutsche Gesundheitssystem ist mit großen Herausforderungen konfrontiert. Diese ergeben sich aus steigenden Kosten aufgrund des demografischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts, aber auch daraus, dass dringende Strukturreformen lange ausgeblieben sind, insbesondere im Krankenhausbereich.

Der Koalitionsvertrag von SPD, Grünen und FDP spricht darum auch von „nötigen Reformen für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“. Eine im Koalitionsvertrag vorgesehene Kommission wurde im Mai 2022 eingerichtet. Ihr Auftrag: Empfehlungen und Leitplanken für eine auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basierende Krankenhausplanung aufstellen, die sich an Kriterien wie Erreichbarkeit und demografischer Entwicklung orientiert. Die Vorschläge der Kommission liegen seit Dezember 2022 vor. Sie setzen einen Schwerpunkt auf Ambulantisierung und Hybridversorgung: Gesundheitsdienstleistungen sollen weniger stationär angeboten und mehr in den ambulanten Bereich verlagert werden.

Aktuell ist das deutsche Gesundheitssystem noch stark krankenhauszentriert. Dies hat zu langen Wartezeiten für elektive Eingriffe, einem regionalen Mangel an medizinischen Fachkräften und hohen Gesundheitskosten geführt. Durch eine zunehmende Ambulantisierung und Hybridversorgung sollen Gesundheitsdienstleistungen deshalb von Krankenhäusern auf gemeindenahe Einrichtungen wie ambulante Versorgungszentren und Arztpraxen verlagert werden. So sollen der Zugang zu Gesundheitsleistungen verbessert, die patientenzentrierte Versorgung gefördert und Kosten gesenkt werden.

Gesundheitsdienstleistungen wie die medizinische Grundversorgung, fachärztliche Betreuung, diagnostische Tests und kleinere Eingriffe sollen derart erbracht werden, dass keine Übernachtung in einem Krankenhaus mehr notwendig ist. Vorbedingung der ambulanten Durchführung eines Eingriffs oder einer Operation ist die medizinische Beurteilung durch den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin. Dabei fließt die Art des Eingriffs mit der entsprechenden Komplikationsrate oder postoperativen Überwachungs- und Behandlungsnotwendigkeiten ein, ebenso der physische Zustand der Patientin oder des Patienten. Berücksichtigt wird aber auch das soziale Umfeld, beispielsweise ob eine Betreuung zu Hause gegeben ist. Dies ist im Einzelfall stets zu prüfen.

Abbildung 1: Stationäre Krankenhausesfälle je 100 Einwohner, OECD (2019)



Quelle: das Krankenhaus 08/22

Der neue Reformvorschlag zielt darauf ab, die Ambulantisierung zu fördern, indem die Verfügbarkeit von ambulanten Leistungsanbietern erhöht wird. Dazu gehören die Ausweitung des Leistungsangebots in ambulanten Versorgungszentren und Arztpraxen und die bessere Koordination der Versorgung zwischen Krankenhäusern und ambulanten Einrichtungen. Im internationalen Vergleich gibt es teils erhebliche Unterschiede im Grad der Ambulantisierung und mögliche Potenziale bei einzelnen Operationen.

Die Hybridversorgung kombiniert stationäre und ambulante Versorgung und zielt darauf ab, den Patientinnen und Patienten je nach ihren Bedürfnissen die am besten geeignete Versorgungsstufe zu bieten. So kann bei komplexen Erkrankungen eine stationäre Versorgung nötig

sein, während weniger komplexe Erkrankungen nur ambulant versorgt werden müssen. Die Regierungskommission empfiehlt hier eine Ausweitung des Einsatzes von Tageskliniken, in denen die Patientinnen und Patienten tagsüber behandelt werden und abends wieder nach Hause gehen. Alle sollen das richtige Maß an Versorgung in der am besten geeigneten Umgebung erhalten. Die steigende Nachfrage nach spezialisierten Gesundheitsleistungen bleibt für die deutsche Kliniklandschaft nicht folgenlos: Krankenhäuser werden sich immer mehr spezialisieren und sich auf bestimmte Dienstleistungen konzentrieren, etwa in der Kardiologie, Neurologie und Onkologie. Dieser Trend wird sich fortsetzen, wobei viele kleine Krankenhäuser schließen oder mit größeren Kliniken fusionieren werden.

A1 Internationaler Vergleich Tagesfall-Operationen

Tabelle 51: Anteil der Eintagesfälle bei ausgewählten Operationen im internationalen Vergleich, 2019

kind of surgery	Germany	Germany	Austria	Denmark	Switzerland	United Kingdom
	Total procedures per 100 000 population	% performed as day cases				
Cataract surgery *	1.061,8	83,2	87,9	96,2	88,2	99,1
Transluminal coronary angioplasty	419,5	1,0	2,6	22,2	21,7	31,4
Hysterectomy (females)	239,8	0,0	0,0	57,7	1,2	2,1
Laparoscopic cholecystectomy	204,6	0,0	0,7	55,3	5,1	51,0
Partial excision of mammary gland (females)	193,9	0,4	3,4	88,3	8,2	77,8
Transurethral prostatectomy (males)	182,1	0,0	0,1	25,0	0,8	9,5
Laparoscopic repair of inguinal hernia	138,7	0,2	5,6	88,6	26,8	77,4
Laparoscopic appendectomy	121,8	0,0	0,0	12,6	0,3	2,6
Total mastectomy	65,5	0,0	0,0	45,6	4,1	21,2

Quelle: IGES auf Basis von Daten der OECD

Anmerkung: Die bevölkerungsbezogene Häufigkeit der Operationen weicht in den Vergleichsländern teilweise deutlich von der in Deutschland ab. Vergleichbarkeit der Tagesfall-Anteile aufgrund unterschiedlicher Zählweisen und Abgrenzungen eingeschränkt.

* Die Angaben zu Katarakt-Operationen enthalten auch die ambulant durchgeführten Fälle (in Deutschland: 82,8%). Ambulante Fälle gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus sind nicht enthalten.

Wachstum der ambulanten Versorgung und veränderte Nachfrage nach Krankenhausleistungen

Die Regierungskommission schlägt insbesondere vor, Krankenhäuser nach Versorgungslevels neu zu ordnen. Eingeführt werden sollen dabei ein Versorgungslevel 1n mit regionalem Sicherstellungsauftrag für stationäre internistische und chirurgische Basisversorgung und Notfälle sowie ein Versorgungslevel 1i für die integrierte ambulant-stationäre Versorgung.

Im derzeitigen System werden die stationäre und die ambulante Versorgung oft als getrennte Versorgungsstränge behandelt, mit unterschiedlichen Anbietern und Finanzierungsmodellen. Dies hat zu Ineffizienzen im Gesundheitssystem geführt, da die Patientinnen und Patienten unter Umständen eine fragmentierte Versorgung erhalten, die weder zwischen den verschiedenen Einrichtungen koordiniert ist noch dem spezifischen Versorgungsbedürfnis gerecht wird. Die vorgeschlagenen Versorgungslevels 1n und 1i zielen darauf ab, dieses Problem zu lösen, indem sie die integrierte Versorgung und eine bessere Koordi-

nation zwischen stationärer und ambulanter Versorgung fördern. Eine besser koordinierte und nahtlose Versorgung kann die Patientenerfahrung optimieren und zu besseren Gesundheitsergebnissen führen. Auch eine mit den neuen Versorgungslevels einhergehende geringere Fragmentierung wäre als positiv zu bewerten. Die vorgeschlagenen Versorgungsstufen 1n und 1i würden eine bessere Koordination und Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern fördern. Das Gesundheitssystem wäre effizienter, Kosten würden sinken. Positiv zu bewerten wäre auch eine erhöhte Verantwortlichkeit: Durch die Vorgabe regionaler Garantien für bestimmte Arten der Versorgung werden die Leistungserbringer für die Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen zur Verantwortung gezogen. Dies kann zu mehr Transparenz im Gesundheitssystem führen.

Ambulantisierung und Hybridversorgung als Chance für das Gesundheitssystem

Die beschriebenen Vorschläge für eine stärkere Förderung der Ambulantisierung und Hybridversorgung im deut-

schen Gesundheitssystem setzen an den richtigen Stellen an. Insbesondere die vorgeschlagenen Versorgungsstufen 1n und 1i können eine stärkere Integration der Versorgung fördern, die Qualität der Patientenversorgung steigern und zu einem effizienteren und schlankeren Gesundheitssystem führen.

Für die dringend nötige Reform der Krankenhauslandschaft ist diese Fokussierung auf Ambulantisierung und Hybridversorgung ohne Frage der richtige Weg. Dringend benötigt wird dafür jedoch eine milliardenschwere Ertüchtigung der Krankenhäuser – eine gemeinsame Verantwortung von Bund und Ländern, die gemeinsam an der Krankenhausstrukturreform arbeiten. Wesentlich wird dabei auch sein, dass die Länder ihren Investitionsverpflichtungen nachkommen. Ein neues Abrechnungssystem auf der Grundlage des bestehenden Krankenhaussystems und ohne den Einsatz erheblicher Investitionskosten wird nicht zu dem Ziel führen, das Leistungserbringer, Krankenversicherungen und Politik einen sollte: die bestmögliche Versorgung der Patientinnen und Patienten.



Tiefgreifende Strukturreformen sind überfällig



Prof. Dr. med. Christoph Straub
Vorstandsvorsitzender BARMER

Die Ressourcen im deutschen Gesundheitswesen sind begrenzt. Gleichzeitig wächst in einer alternden Gesellschaft mit zunehmenden komplexen Behandlungen der Bedarf für eine qualitativ hochwertige Versorgung. In diesem Spannungsfeld bewegt sich das Gesundheitswesen seit Jahrzehnten mit all seinen Baustellen.

Eine davon sind die immer noch relativ starren Sektorengrenzen zwischen niedergelassenen Praxen und Krankenhäusern, die einer durchgängigen und optimalen Versorgung der Patientinnen und Patienten im Wege stehen. Es mangelt an einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung aus einem Guss, die sich an den tatsächlichen medizinischen Erfordernissen orientiert. Dieser Aspekt muss ein zentraler Punkt bei der notwendigen tiefgreifenden Reform des Krankenhaussektors sein.

Nun hat der Gesetzgeber hier die Initiative ergriffen, was grundsätzlich richtig ist. Denn ein „Weiter so!“ kann und darf es nicht geben! Den oft nicht zielführenden Einsatz der begrenzten Ressourcen können wir uns im Gesundheitswesen schlichtweg nicht mehr leisten. Dieses braucht endlich einen Wechsel in Richtung einer sektorenübergreifenden Versorgung. Ein stärker aufeinander abgestimmtes Miteinander aller Leistungserbringer ist einer der entscheidenden Schlüssel, um unser Gesundheitssystem effizienter, besser und leistungsfähiger zu machen. Der zweite Schlüssel besteht in modernen stationären Versorgungsstrukturen und damit in einer neuen Zuweisung von konkreten Versorgungsaufträgen an Krankenhäuser gemäß ihrer Größe, ihrer Ausstattung, ihrer Kompetenzen und des Bedarfs vor Ort. Nur so wird das Gesundheitswesen fit für die aktuellen und zukünftigen Herausforderungen.

Basis für eine grundsätzlich neu aufgestellte und zukunftstaugliche sektorenübergreifende Versorgung ist die derzeit kontrovers diskutierte Krankenhausreform. Mit Spannung wird der Gesetzentwurf ab Sommer erwartet. Hierfür muss die Bund-Länder-Gruppe unter den bekannten schwierigen Voraussetzungen einen tragfähigen Kompromiss erarbeiten. Die derzeitigen Pläne der Regierungskommission sind ein mutiger Schritt in die richtige Richtung. Sie decken sich in weiten Teilen mit den Forderungen der BARMER, zuletzt veröffentlicht im Zehn-Punkte-Papier 2.0 aus dem vergangenen Jahr.



10-Punkte-Papier 2.0:
Notwendige Schritte zur
Umsetzung einer
sektorenübergreifenden
Versorgung

Kernelement ist auch hier eine Spezialisierung der Krankenhausversorgung für mehr Qualität und Effizienz. Demnach soll es künftig Maximalversorger, Regelversorger und Grundversorger beziehungsweise regionale Versorgungszentren geben. Das entspricht im Kern dem, was derzeit politisch diskutiert wird. Doch ob die Reform kommt, wie von der Regierungskommission empfohlen, ist fraglich. Der spürbare Widerstand verschiedener Bundesländer, der nun in der Entscheidung gipfelt, die Reform auf Verfassungsmäßigkeit zu überprüfen, lässt erahnen, wie schwierig ein konstruktives Miteinander von Bund und Ländern werden wird. Expertinnen und Experten warnen bereits vor einer Verwässerung der Kernziele.

Wenn diese dringend notwendige Reform tatsächlich gelingen soll, kann die geplante Zuweisung von konkreten Leistungsgruppen an die Krankenhäuser und die daraus resultierende Levelzuordnung nicht zur Disposition gestellt werden. Damit werden die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten in den Fokus gerückt und die Versorgungsqualität gesteigert. Für die Zuordnung zu Leistungsgruppen sind entsprechende apparative und personelle Kriterien, die bundeseinheitlich definiert werden, verbindlich vorzuhalten. Ausnahmeregelungen und Öffnungsklauseln dürfen diese Qualitätsmindeststandards nicht grundsätzlich unterlaufen. Ein Krankenhaus kann somit sein Leistungsspektrum nicht mehr beliebig bestimmen, sondern erhält einen konkreten Versorgungsauftrag. Die Vision für die Versorgung der Zukunft ist somit klar: Spezialisierung und konkrete Leistungszuordnung müssen grundlegende Elemente von Krankenhausplanung und -versorgung sein. Gleichzeitig gehört auch die zunehmende Ambulantisierung im Rahmen vernetzter Versorgungsstrukturen dazu.

Die bisherigen Bemühungen der politisch Verantwortlichen blieben und bleiben hier deutlich hinter den Erwartungen zurück. Zu kleinteilig und nicht aus einem Guss erscheinen die zweifelsohne sehr wichtigen Ansätze wie etwa die Reform des Katalogs für ambulantes Operieren (AOP) und die Einführung der speziellen, sektorengleichen Vergütung (Hybrid DRGs). Diese Reformansätze sind ohne Frage wichtige Stellschrauben, die unter anderem die sektorenübergreifende Versorgung stärken. Es fehlt aber ein schlüssiges Gesamtkonzept. Die jeweiligen Ansätze der AOP und die geplanten Hybrid-DRGs müssen aufeinander aufbauen und in ein umfassendes Zukunftskonzept münden. Das wäre im Sinne der Patientinnen und Patienten. Für sie steht vor allem eine qualitativ hochwertige Versorgung im Fokus. Voraussetzung dafür sind auch ausreichende personelle Kapazitäten. Aufgrund des Fachkräftemangels strebt der Gesetzgeber durch die Einführung der tagesstationären Behandlungen im Krankenhaus das Heben personeller Ressourcen an. Ob das wirklich Wirkung zeigen wird, bleibt abzuwarten. Fest steht allerdings heute schon, dass mit diesem Vorhaben eine qualitätsorientierte Modernisierung der Krankenhausstrukturen sowie eine sektorenübergreifende Ausrichtung am Versorgungsbedarf nicht stattfinden wird.

Gleichzeitig muss aufgrund der begrenzten Ressourcen die Effizienz im System besser ausgeschöpft werden. Ärztliche und nichtärztliche Berufe sollten partnerschaftlich, vertrauensvoll und transparent zusammenarbeiten. Denn die Behandlung der Patientinnen und Patienten muss über Sektoren hinweg koordiniert werden. Bisher erleben Betroffene oftmals das genaue Gegenteil. Einer wahren Odyssee sind zum Beispiel häufig Schmerzpatientinnen und -patienten ausgesetzt. Sie suchen zahlreiche Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen auf und erhalten häufig nicht die für sie notwendige und optimale Versorgung.

Dass es bereits heute auch anders geht, dafür gibt es diverse Beispiele. PAIN 2.0 ist ein solches Leuchtturmprojekt. PAIN steht für „Patientenorientiert.Abgestuft.Interdisziplinär.Netzwerk-Therapie“ und ist ein Innovationsfondsprojekt unter dem Dach der Deutschen Schmerzge-

sellschaft, unterstützt durch die BARMER. Das Projekt stellt Schmerzpatientinnen und -patienten in den Fokus. Ziel ist es, die betroffenen Menschen zu erreichen, bevor sich der Schmerz chronifiziert. Dabei ist das Angebot ambulant und interdisziplinär. Die Versorgung von morgen wird hier bereits heute gelebt. In PAIN 2.0 arbeiten sowohl ärztliche als auch psychologische und physiotherapeutische Kolleginnen und Kollegen bei der Diagnosestellung wie auch bei der Durchführung der Interventionen sowie den Empfehlungen für den Alltag zusammen. Besonders wichtig aus Sicht der Patientinnen und Patienten ist, dass sie dafür nicht ins Krankenhaus müssen, sondern die Behandlung in ihren beruflichen Alltag einbauen können.



Projektbeschreibung
PAIN2.0 – Patientenorientiert. Abgestuft.
Interdisziplinär.
Netzwerk. Therapie

Das Beispiel zeigt sehr deutlich: Die Versorgung von morgen muss sich grundlegend ändern. Was es dafür auch braucht, ist mehr Digitalisierung! Mit ihrem gezielten Einsatz lässt sich die medizinische Versorgung flächendeckend und systematisch verbessern. An dem Beispiel Arzneimitteltherapiesicherheit zeigt sich, wie entscheidend hierbei ein Konzept aus einem Guss ist. Das belegt das Projekt AdAM eindrucksvoll. Die Abkürzung AdAM steht für „Anwendung für digital-gestütztes Arzneimitteltherapie-Management“. Das Projekt soll die Arzneimitteltherapiesicherheit bei Patientinnen und Patienten mit Polypharmazie steigern – also Menschen, die gleichzeitig mindestens fünf Arzneimittel nehmen müssen – und sie vor gefährlichen Wechsel- und Nebenwirkungen schützen. Die BARMER hat diese neue Versorgungsform zusammen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe von Juli 2017 bis Juni 2021 erprobt.

Rund 950 Hausärztinnen und Hausärzte sowie etwa 12.000 Patientinnen und Patienten mit Polypharmazie haben teilgenommen. Bei diesem Projekt wird belegt, wie Digitalisierung Leben retten kann. Mit AdAM ließen sich hochgerechnet auf Deutschland etwa 65.000 Todesfälle im Jahr verhindern. Der AdAM-Prozess ist ein Teil der Gesamtstrategie der BARMER zur Arzneimitteltherapiesicherheit und unterstützt Hausärztinnen und Hausärzte. Zwei weitere Innovationsfondsprojekte richten den Blick auf den stationären Sektor zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme und Entlassung und auf die Zusammenführung des eRezept-Prozesses mit dem Verfahren zur Arzneimitteltherapiesicherheit.



Projektbeschreibung
AdAM – Anwendung
digital-gestütztes
Arzneimitteltherapie-
und Versorgungs-Management

Erst jüngst hat der Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Empfehlung zur Überführung von AdAM in die Regelversorgung ausgesprochen. Die Gematik und das Bundesgesundheitsministerium müssen dies nun prüfen. Die BARMER will sich auf diesem Erfolg aber nicht ausruhen. Denn AdAM allein bewirkt noch nicht den dringend benötigten Systemwandel hin zu einer sektorenübergreifenden Versorgung. Hierfür ist die elektronische Patientenakte (ePA) ein wichtiger Baustein. Denn auch sie trägt zu mehr Therapiesicherheit bei, wenn sie ihr Potenzial ausspielen kann. Die BARMER wird daher als erste Kasse eine Lösung anbieten, mit der die Behandlungshistorie der Patientinnen und Patienten auf einen Blick in der ePA erkennbar ist. Damit wird die Befüllung der ePA durch Abrechnungsdaten vereinfacht, und Ärztinnen und Ärzten erhalten zuverlässige Daten, etwa über verordnete Medikamente, gestellte Diagnosen oder Krankenhausaufenthalte.

Das ist Transparenz im besten Sinne, die letzten Endes der Gesundheit der Patientinnen und Patienten zugutekommt.

Die BARMER leistet damit einen wichtigen Beitrag, um die ePA weiter in den Versorgungsalltag zu integrieren. Das ist vorausschauend und wichtig. Denn die Akzeptanz der ePA steht und fällt mit deren tatsächlichen Nutzen. Vor diesem Hintergrund ist es auch richtig, dass Bundesgesundheitsminister Lauterbach nun seine Digitalisierungsstrategie vorgestellt hat und damit endlich die Opt-Out-Lösung für die ePA kommen soll. Auf diese Weise kann die ePA die Reichweite erlangen, die im Sinne der besseren sektorenübergreifenden Versorgung wichtig ist. Richtig ist auch, dass Lauterbach den Patientennutzen durch anwenderfreundlichere Regelungen, die im ausreichenden Maße den Datenschutz berücksichtigen, stärken möchte. Denn es ist nichts gewonnen, wenn zum Beispiel Anmeldemöglichkeiten die Handhabung der ePA so sehr erschweren, dass sie von den Versicherten abgelehnt wird. Nutzerfreundlichkeit und Datenschutz gehören untrennbar zusammen, jedoch muss der Patientennutzen deutlich im Fokus stehen.

Für eine hochwertige Versorgung reichen die Zentralisierung der Leistungen und der Ausbau der Digitalisierung allein nicht aus. Zusätzlich muss der Weg freigemacht werden, um Arbeit angesichts mangelnder personeller Ressourcen im Gesundheitswesen moderner zu organisieren. So muss die Delegation ärztlicher Leistungen strukturiert ausgebaut werden, um nichtärztlichem Fachpersonal mehr Verantwortung und Eigenständigkeit zu geben. Der Koalitionsvertrag der Ampel-Regierung enthält hierzu bereits Ziele. Zudem gibt es eine klare Forderung der Regierungskommission zur Krankenhausreform nach Substitution von Leistungen durch Pflegefachpersonal in den sogenannten Level-1i-Kliniken, wo es um die integrierte ambulant stationäre Versorgung geht.

Delegation und Substitution können ebenfalls zu mehr Vernetzung beitragen und zum effizienteren Einsatz von Fachpersonal führen. Die Bevölkerung wird immer älter, die Behandlungen sind deshalb immer komplexer. Zugleich steigt der Anteil von chronisch kranken Patientinnen und Patienten, die im Alltag gut von nichtärztlichem Personal versorgt werden können.

Die sektorenübergreifende Versorgung steckt trotz vielfacher Bemühungen bislang immer noch in den Kinderschuhen. Einzelne Projekte zeigen jedoch, dass sie gelebt werden kann. Sie ist damit kein Hirngespinnst, sondern kann mit der richtigen Weichenstellung in weiten Teilen des Gesundheitswesens gelingen.



Regionale Gesundheitszentren – Versorgung aus einer Hand



Copyright: Georg J. Lopata

Ulrike Elsner

Vorstandsvorsitzende
Verband der Ersatzkassen e.V.
(vdek)

Das Modell der Regionalen Gesundheitszentren (RGZ) stellt einen neuen Versorgungsansatz dar, mit dem die regionale Versorgungsinfrastruktur weiterentwickelt wird – eingebettet in die bewährten kollektivvertraglichen Strukturen und nach einheitlichen Maßstäben.

Auf diese Weise wird zum einen den regionalen Gegebenheiten Rechnung getragen, zum anderen ein bundesweit vergleichbares Niveau der Patientenversorgung gesichert. Anders als Medizinische Versorgungszentren (MVZ), die primär eine andere Form der Niederlassung darstellen, erbringen Regionale Gesundheitszentren die Behandlung der Patient:innen fachübergreifend. So bestehen innerhalb der Gesundheitszentren kurze Wege und weniger bürokratische Hemmnisse. Durch ein hybrides Angebot aus stationären und ambulanten Leistungen können Ärzt:innen und Angehörige anderer Gesundheitsfachberufe die vorhandenen Ressourcen effizienter einsetzen und damit gleichzeitig die Versorgungssituation in der Fläche stärken.

Die Regionalen Gesundheitszentren werden als Versorgungsform in die bestehende Versorgungslandschaft eingebettet. Die Kooperation mit Leistungserbringer:innen außerhalb der Gesundheitszentren bleibt im Bedarfsfall uneingeschränkt möglich und kann unter anderem durch die Nutzung von Telekonsilien ebenfalls unbürokratisch und aufwandsarm gestaltet werden. Medizinische Versorgung findet nun aus einer Hand statt.

Das Regionale Gesundheitszentrum als vollumfänglicher Versorgungsansatz

Eine flächendeckende, gute hausärztliche Versorgung ist Mindestvoraussetzung für ein funktionierendes Gesundheitssystem. Hausärzt:innen bleiben auch in Zukunft erste Ansprechpartner:innen der Versicherten bei medizinischen Fragestellungen. Deshalb müssen sie in jedem Regionalen Gesundheitszentrum vertreten sein. Eine Besetzung von vier Hausärzt:innen oder mehr je Zentrum (Vollzeitäquivalente) garantiert eine Erreichbarkeit auch über die heute üblichen Sprechstundenzeiten hinaus und erweitert beziehungsweise entlastet außerdem die bestehenden Strukturen der Notfallversorgung.



Fachübergreifende Behandlungskonzepte funktionieren nur durch eine Verknüpfung von hausärztlicher und fachärztlicher Grundversorgung. Im Regelfall sind daher auch bestimmte Facharztgruppen wie Internist:innen, Orthopäd:innen und (konservativ tätige) Augenärzt:innen oder Psychotherapeut:innen im Regionalen Gesundheitszentrum aktiv. Ergänzt werden können sie durch spezialisierte Fachärzt:innen oder auch ambulante OP-Zentren. Durch die Vielzahl der Leistungserbringer:innen, die in einem Regionalen Gesundheitszentrum ansässig sind,

kann das Angebot spezieller Überwachungsbetten auch medizinisch sinnvoll sein. In bestimmten Konstellationen, etwa bei Anbindung eines OP-Zentrums, sollten begrenzte Bettenkapazitäten regelhaft vorgehalten werden, zum Beispiel durch eine Kooperation mit einem Krankenhaus im nahen räumlichen Umfeld.

Bei vielen Erkrankungen ist die ärztliche Therapie nur ein Baustein der Behandlung. Daher sind auch mindestens zwei Angehörige weiterer medizinischer Fachberufe wie Physiotherapeut:innen, Logopäd:innen oder Hebammen

an jedem Regionalen Gesundheitszentrum beschäftigt. Auf diese Weise kann der fachliche Austausch zwischen Ärzt:innen und anderen medizinischen Berufen endlich gestärkt werden.

Auch die Rolle der Medizinischen Fachangestellten wird sich weg von Verwaltungstätigkeiten wie Terminvergabe und Abrechnung hin zur Übernahme vormals ärztlicher Tätigkeiten bewegen. Nichtärztliche Praxisassistent:innen sind daher maßgeblicher Bestandteil des Konzeptes und in jedem Regionalen Gesundheitszentrum tätig.

Unterstützt werden kann das medizinische und nicht-medizinische Personal durch die neu ausgebildeten Physician Assistants, die selbstständig Anamnesen und Behandlungen durchführen werden.

Je nach Bedarf sollten die Gesundheitszentren um kommunale Angebote (zum Beispiel um eine Community Health Nurse) erweitert werden. Auf diese Weise kann der Öffentliche Gesundheitsdienst besser mit der Regelversorgung verknüpft werden.

Auch eine Anbindung von Angeboten zur Kurzzeitpflege kann in Abhängigkeit von den regionalen Gegebenheiten erfolgen.

Der Ansatz „Versorgung unter einem Dach“ schafft ideale Voraussetzungen für eine strukturierte Behandlung entlang evidenzbasierter Versorgungspfade. Im Sinne eines übergreifenden Managed-Care-Ansatzes sollten Case Manager:innen der Krankenkassen daher mit speziell ausgebildeten Case Manager:innen des Regionalen Gesundheitszentrums kooperieren. Sie agieren als Lots:innen, entlasten vor allem Ärzt:innen und sorgen für effizientere Abläufe.

Komplementiert wird die Behandlung vor Ort durch telemedizinische Angebote wie Videosprechstunden. In Regionalen Gesundheitszentren stehen hierfür sowohl technische als auch personelle Ressourcen bereit.

Mindestanforderungen stellen einheitliche Versorgung sicher

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) legt Mindestanforderungen für das Leistungsangebot der Regionalen

Gesundheitszentren fest. So können sich Patient:innen darauf verlassen, dass in jedem Regionalen Gesundheitszentrum ein definiertes Angebot an Leistungen vorgehalten wird. Zudem werden Mindeststandards für die nichtärztlichen Leistungserbringer:innen sowie räumliche, technische und organisatorische Anforderungen durch den G-BA definiert.

Um das Potenzial der multiprofessionellen Versorgung im Rahmen der Regionalen Gesundheitszentren bestmöglich auszuschöpfen, sind ferner – in Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften der beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringer:innen – Standard-Operating-Procedures festzulegen, welche die Zusammenarbeit optimieren und die Versorgung der Patient:innen verbessern.

Drohende Unterversorgung wird verhindert

Für eine zügige und nachhaltige Etablierung der Regionalen Gesundheitszentren in der Versorgung ist die Wahl geeigneter Standorte sowie die Bereitschaft und Unterstützung bereits aktiver und neu in die Versorgung kommender Leistungserbringer:innen wesentlich.

Regionale Gesundheitszentren sollen zunächst in 50 bis 100 Regionen in der Bundesrepublik etabliert werden. Dies sind im ersten Schritt Regionen mit bestehender oder drohender Unterversorgung im hausärztlichen Bereich. Hierzu entwickelt der Gemeinsame Bundesausschuss weitere Kriterien für die Standortwahl, etwa bestehende Krankenhauskapazitäten und regionale Erreichbarkeit. Im Rahmen einer Ausschreibung bewerben sich mögliche Betreiber:innen mit ihrem konkreten Konzept. Der erweiterte Landesausschuss wählt auf Basis dieser Bewerbungen ein:e Betreiber:in oder ein Konsortium aus, anschließend kann mit der Errichtung des Regionalen Gesundheitszentrums begonnen werden.

Mit dem Aufbau von Regionalen Gesundheitszentren wird die öffentliche Infrastruktur in den jeweiligen Regionen dauerhaft gestärkt. Deshalb wird der Aufbau der Regiona-

len Gesundheitszentren durch die öffentlichen Haushalte finanziell unterstützt. Hierzu werden neue Förderinstrumente geschaffen. Die erbrachten Leistungen innerhalb der Regionalen Gesundheitszentren werden entsprechend der bestehenden Gebührenordnung und den Honorarregelungen abgerechnet. Bestimmte (ärztliche) Koordinierungs- und Kooperationsleistungen sowie (nicht-ärztliche) Case-Management-Leistungen werden als spezifische Leistungen für Regionale Gesundheitszentren definiert und zusätzlich vergütet.

FINANZIERUNG UND VERGÜTUNG REGIONALER GESUNDHEITZENTREN (RGZ)



Durch den Aufbau Regionaler Gesundheitszentren werden vernetzte Strukturen geschaffen, die weit über bisherige Kooperationsformen hinausgehen. Die Vorteile dieses Konzeptes liegen auf der Hand:

- strukturierte Versorgung der Versicherten über Leistungsbereiche hinweg an einem Ort,
- Schaffung eines niedrigschwelligen Versorgungsangebotes für alle Versicherten, ohne bürokratische Einschreibeverfahren,

- bundesweit verlässliche Strukturen und Leistungsangebote sowie
- Berücksichtigung regionaler Versorgungsbedarfe durch die Einbindung der regionalen Selbstverwaltungspartner.

Gleichzeitig können die Regionalen Gesundheitszentren aufwandsarm in das bestehende Versorgungs- und Vergütungssystem integriert werden. Sie können damit kurzfristig in Regionen mit bestehenden Versorgungsproblemen – also gerade im ländlichen Raum – aufgebaut werden und den Herausforderungen der demografischen Entwicklung in der Bevölkerung, dem zunehmenden Fachkräftemangel und den Versorgungsunterschieden zwischen Stadt und Land begegnen.

Datenbasierte Umsetzung von Hybrid- DRGs: Lernen von Qualitätsverträgen



Dr. Christoph Coch

CEO/CMO nextevidence GmbH

Prof. Dr. Wolfgang Franz

CEO/CMO myon.clinic GmbH

Hybrid-DRGs verfolgen das Ziel einer verbesserten sektorübergreifenden Versorgung. Mit dem neuen Entwurf des Krankenhaus-Pflege-Entlastungsgesetzes (KHPfLEG) wurde ein großer Schritt zu deren Umsetzung gemacht. Belastbare Erfahrungswerte, wann welche Versorgungsleistung sowohl aus medizinischer als auch ökonomischer Sicht gleichwertig bzw. besser ist, sind allerdings noch selten.

Digitale Patientenpfade können diesbezüglich Abhilfe schaffen: Sie ermöglichen es, die Ergebnisse von ambulanten und stationären Leistungen strukturiert zu erfassen, zu dokumentieren und auszuwerten. Diesbezügliches Vorbild sind Projekte der Gelenk-Endoprothetik, die im Rahmen von Qualitätsverträgen i.S.v. § 110a SGB V durchgeführt werden. Sie zeigen, worauf man beim Vergleich von Operationsergebnissen achten muss.

Hybrid-DRGs haben das Ziel, die Vergütung der ambulanten Versorgung zu verbessern. Insbesondere sollen Operationen, die bisher ausschließlich über DRGs stationär abgerechnet wurden, künftig auch ambulant durchgeführt und über EBM abgerechnet werden können. Nicht ohne Grund: Im internationalen Vergleich liegt Deutschland beim ambulanten Operieren auf den hinteren Plätzen. Laut Koalitionsvertrag geht es im Kern darum, die Ambulantisierung bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen mittels Hybrid-DRGs zu fördern.

Es überrascht kaum, dass das Modell der Hybrid-DRGs bei Krankenversicherern und dem Bundesverband ambulantes Operieren (BAO) positiven Anklang findet, während die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) eher die kritischen Aspekte betont. Immerhin geht es auf stationärer ebenso wie auf ambulanter Seite um wichtige Fragen der Finanzierung als auch der generellen Planungssicherheit und letztlich um die Frage, wer welche Behandlung durchführen wird.



Pressemitteilung des
BAO zu Hybrid-DRGs



Pressemitteilung der
DKG zu Hybrid-DRGs



Abbildung 1: AOP-Katalog im Kontext Hybrid-DRGs

Die Liste der für Hybrid-DRGs relevanten Operationen ergibt sich aus dem AOP-Katalog ambulant durchführbarer Operationen. Dieser steht im Zuge der Einführung von Hybrid-DRGs vor einer Erweiterung: Kassenärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband haben sich darauf geeinigt, 208 neue OPS-Codes (Operationen- und Prozedurenschlüssel) aufzunehmen. Somit wird es künftig gut 3.100 Leistungen geben, die ambulant im Krankenhaus und/oder im niedergelassenen Bereich durchgeführt werden können.

Sektorenübergreifende Vergütung „gleicher“ Leistungen

Nun ist es das erklärte Ziel von Hybrid-DRGs, „gleiche“ Leistungen sektorübergreifend leistungsgerecht zu vergüten. Das wiederum bedeutet, dass früher oder später verifiziert werden muss, ob und wie weit die operativen Ergebnisse ambulanter und stationärer Versorgung am Ende auch tatsächlich „gleich gut“ sind – Patient:innen ist es zwar im Grunde egal, ob sie leistungsgerecht ambulant oder stationär behandelt werden, doch sollen Hybrid-DRGs nicht zur Verschlechterung der Versorgung führen.

Im Kern geht es daher um die Frage, wie künftig Licht ins Dunkel gebracht werden kann, welche Operationen sich auf Basis valider Daten nachweislich gut für die Ambulan-

tisierung eignen – und bei welchen dies möglicherweise trotz Aufnahme in den AOP-Katalog eher nicht der Fall ist. Wichtig für diese Beurteilung ist es, zunächst die Kriterien festzulegen, anhand derer der ‚Erfolg‘ einer OP ambulant versus stationär verglichen werden soll. Hierbei ist es erforderlich, nicht nur die medizinische und kaufmännische Sicht zu berücksichtigen, sondern auch die Perspektive der Patienten. Darauf basierend müssen validierbare Informationen aus der medizinischen Praxis im Sinne von „Real World Daten“ gesammelt werden, um die Ergebnisse im weiteren Verlauf systematisch analysieren und vergleichen zu können.

Die Einführung von Hybrid-DRGs stößt vor diesem Hintergrund die große Tür zu Value-based-Healthcare bzw. Outcome-based-Payment auf: Damit gemeint sind Konzepte, welche die qualitativ-quantitative Bewertung medizinischer Ergebnisse zur Evaluation eines Gesamtoptimums zum Ziel haben, welches die Interessen unterschiedlicher Stakeholder integrieren und bestmöglich balancieren muss:

- Von Leistungserbringern aus der stationären,
- als auch der ambulanten Versorgung.
- Hinzu kommen die Interessen der Kostenträger,
- und nicht zuletzt die Interessen der Patientinnen und Patienten.

Die Praxis hat gezeigt, dass die Umsetzung von Value-based Healthcare und die dafür erforderliche Beurteilung der Ergebnisqualität medizinischer Leistungen gar nicht so einfach zu erzielen ist: Diesbezügliche Vergleiche laufen stets Gefahr, dass am Ende “Äpfel mit Birnen” verglichen werden und “ungleiche” Leistungen nicht als solche erkannt werden.

Die diesbezüglichen Gründe sind vielfältig:

- Eine medizinische Maßnahme kann nicht immer identisch durchgeführt werden. Unterschiedliche Leistungserbringer besitzen eine Vielzahl individueller Prozesse, die nur bedingt vergleichbar sind.
- Patienten haben häufig nur auf den ersten Blick eine vergleichbare Ausgangssituation vor Beginn einer Therapie. Faktoren wie unerkannte Vorerkrankungen oder undokumentierte Komorbiditäten haben aber stets großen Einfluss auf das Ergebnis – und damit auch auf dessen Bewertung.
- Der Wunsch und der Wille des Patienten lassen sich ebenfalls kaum standardisieren, müssen aber als wichtige Variable berücksichtigt werden.

Notwendig: Der faire Vergleich von Ergebnissen

Es ist daher zu empfehlen, dass zumindest für einige der im AOP-Katalog aufgeführten Leistungen ebenso praxisnahe wie messbare Kriterien entwickelt werden, welche die Vergleichbarkeit der Ergebnisse unter mehreren Blickwinkeln ermöglichen.

Kombiniert werden sollten insbesondere:

- Medizinische Kriterien, inklusive prä-operativer Faktoren
- Kaufmännische Kriterien
- Kriterien zur Zufriedenheit der Patienten

Um dies zu ermöglichen, müssten wiederum Vergleichsgruppen zu ausgewählten Leistungen entsprechender OPS-Codes gebildet werden, welche die Ergebnisse sowohl ambulanter als auch stationärer Leistungen fair vergleichen.

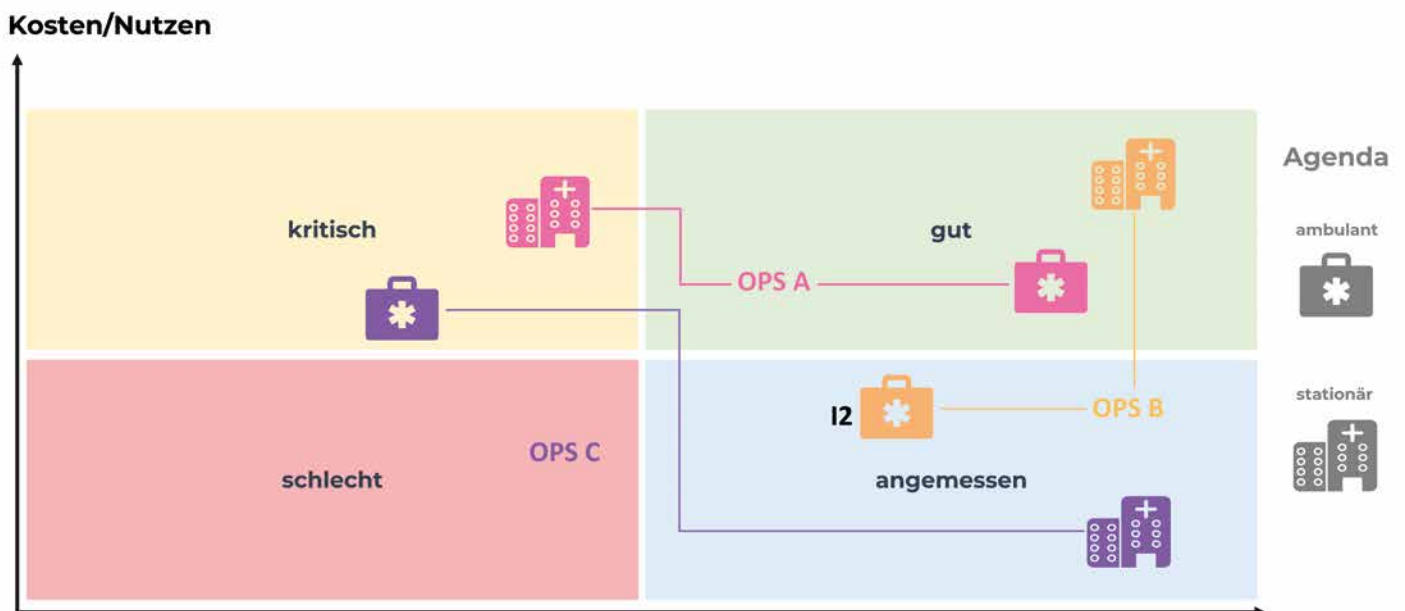


Abbildung 2: Grobe Bewertungsmatrix für drei Vergleichsgruppen ambulanter/stationärer Versorgung (exemplarisch für drei beliebige OPS Codes)

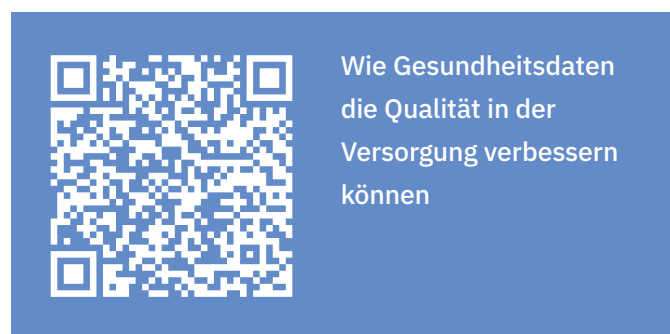
Vermutlich besteht auf beiden Seiten – sowohl bei den niedergelassenen Ärzten als auch den Krankenhäusern – das Bedürfnis, die höhere Qualität der eigenen Leistung bei ausgewählten OPS-Codes zu belegen. Ein derartiger Beleg ist aber ohne die Zuhilfenahme digitaler Infrastrukturen, insbesondere von digitalen Versorgungspfaden, gar nicht so einfach zu erbringen.

Insofern könnte es im Bereich der Hybrid-DRGs sinnvoll sein, von Praxiserfahrungen vergleichbarer Bereiche zu profitieren. Das gilt insbesondere für Projekte, die bereits erfolgreich mit digitalen Versorgungspfaden arbeiten, um die Ergebnisse stationärer Operationen zu validieren. Speziell zu nennen sind Projekte im Rahmen von Qualitätsverträgen i.S.v. § 110a SGB V, die operative Leistungen von Krankenhäusern u.a. im Bereich der Gelenk-Endoprothetik evaluieren.

Teilstandardisierte digitale Behandlungspfade

Das Ziel dieser Projekte ist es, die Versorgungsqualität bzw. den Behandlungserfolg im Bereich der Gelenk-Endoprothetik datenbasiert zu erfassen als auch zu verbessern. Die datenbasierte Begleitung kann dazu beitragen, dass der endoprothetische Eingriff personalisierter und präziser wird. Vor diesem Hintergrund nutzen bereits mehrere führende Endoprothetik-Häuser teilstandardi-

sierte digitale Behandlungspfade, mit denen im Kontext Robotik-assistierter Gelenkersatzchirurgie prä- und postoperative Behandlungsschritte sowohl von Seiten der Ärzte als auch der Patienten digital begleitet werden. Um die dadurch auf Seiten der Leistungserbringer anfallenden Investitionen zu kompensieren, besitzen Qualitätsverträge ein angemessenes Vergütungspotential.



Für die Umsetzung von Hybrid-DRGs können die im Rahmen von Qualitätsverträgen gewonnenen Praxiserfahrungen von großem Wert sein. Dies gilt insbesondere für die Verwendung teilstandardisierter digitaler Behandlungspfade. Diese zeichnen sich

- durch Definition eines einheitlichen “Daten-Kerns” aus
- der durch zusätzliche „variable Daten“ ergänzt werden kann.

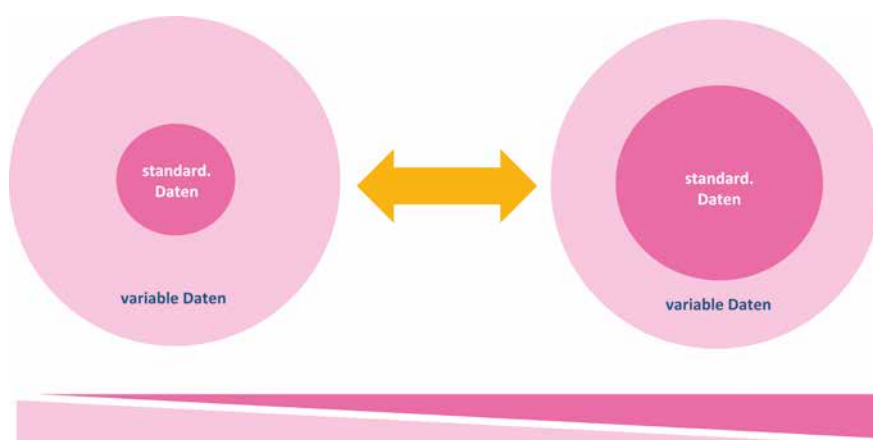


Abbildung 3: Gering standardisierte digitale Behandlungspfade (links) führen zu geringem Erkenntnisgewinn als auch zu hohen Anpassungsaufwänden auf Seiten der digitalen Versorgungspfade. Bei einem umfassend standardisierten Datenkern (rechts), steigt die Menge der vergleichbaren Daten und der Anpassungsaufwand für die digitalen Versorgungspfade sinkt. Gleichzeitig steigt jedoch die Notwendigkeit vergleichbarer Prozesse über verschiedene Leistungserbringer hinweg. Erst die Kombination beider Elemente – Standardisierung versus lokaler Anpassung – führt zum bestmöglichen Ergebnis, das darin besteht, Vergleichbarkeit zu erreichen und lokale Anpassungen zu ermöglichen.

Die hier vertretene These: Die bei Qualitätsverträgen empirisch entwickelte Best Practice teilstandardisierter digitaler Behandlungspfade lässt sich in vieler Hinsicht auf Leistungen übertragen, die mittels Hybrid-DRGs sektorenübergreifend abgerechnet und qualitativ verglichen werden können:

- Das Ziel liegt u.a. darin, die „Gleichheit“ ambulanter und stationärer Leistungen zu validieren und so die Gleichbehandlung von „Äpfeln und Birnen“ bestmöglich zu reduzieren.
- Geeignete Messkriterien sollten zu diesem Zweck einen standardisierten Datenkern besitzen, da ansonsten kaum ein übergreifender Erkenntnisgewinn ermöglicht wird.
- Darüber hinaus müssten variable Datenpunkte integriert werden, welche eine praxisgerechte Adaption digitaler Behandlungspfade sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich ermöglichen.

Fazit und Empfehlung

Im Rahmen von Qualitätsverträgen durchgeführte Projekte aus dem Bereich der Endoprothetik haben gezeigt:

- Die Ergebnisqualität operativer Leistungen kann mittels digitaler Patientenpfade erfolgreich verglichen werden.
- Gleiches ist auch im Kontext von ambulanten und stationären Leistungen im Rahmen von Hybrid-DRGs möglich und sinnvoll.
- Dabei sollten die bereits gewonnenen Erfahrungen im Bereich der Qualitätsverträge berücksichtigt werden, um möglichst praxisgerechte Ergebnisse zu erzielen und unnötige Umwege zu vermeiden.



Weiterführende Informationen zum Thema „Standardisierung von digitalen Behandlungspfaden“

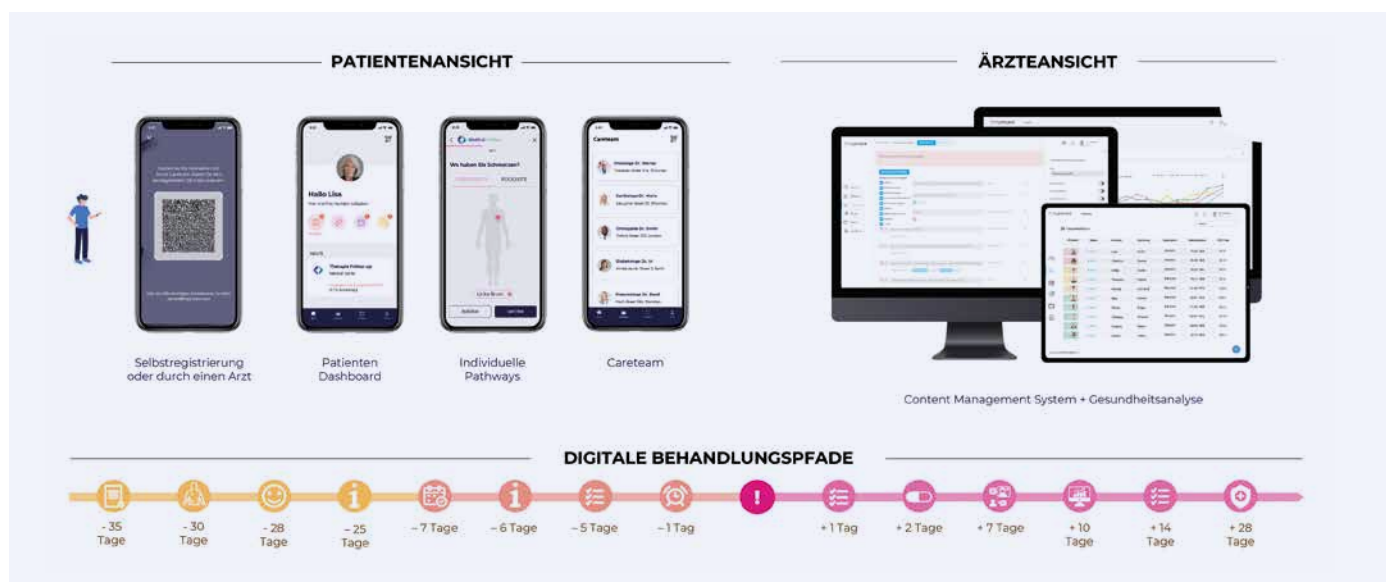


Abbildung 4: Infrastruktur für digitale Behandlungspfade wie sie u.a. im Rahmen von Qualitätsverträgen genutzt wird, um die Qualität von Endoprothetik-OPs prä- und postoperativ zu vergleichen.

Ambulantisierung im deutschen Gesundheitswesen – Solidarische Patientenversorgung statt sektorale Besitzstandswahrung



Konstantinos Kafritsas Diplom-Ökonom

Vorsitzender des
VOP – Verband operativ tätiger
Privatkliniken e.V.

*Das deutsche Gesundheitssystem fußt im
Wesentlichen immer noch auf dem am 15. Juni
1883 von Reichskanzler Otto von Bismarck
verabschiedeten „Gesetz betreffend der
Krankenversicherung der Arbeiter“.*

Natürlich wurde dies im Laufe der Zeit immer wieder angepasst und modifiziert und stellt mit dem fünften Teil im Sozialgesetzbuch, das am 01. Januar 1989 eingeführt wurde, die rechtliche Grundlage für das Krankenversicherungsrecht in Deutschland dar.

Das Gesundheitssystem ist dabei aus Sicht der medizinischen Leistungserbringung in drei Bereiche gegliedert: Die ambulante Versorgung, der Krankenhaus-Sektor, sowie die ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen. Auch die Kostenträger sind in zwei voneinander unabhängige Bereiche aufgeteilt: die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die Private Krankenversicherung (PKV).

Die ambulante Versorgung wird in Deutschland durch niedergelassene Fachärzte und Fachärztinnen (sei es in traditionellen Einzelpraxen oder MVZ-Konstrukten), die in den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung organisiert sind und nach dem EBM bzw. nach der GOÄ vergütet werden, organisiert. Die stationäre Versorgung erfolgt in Krankenhäusern (geregelt im §107 SGB V) mit dort angestellten Ärztinnen und Ärzten und wird im Wesentlichen durch die DRG-Systematik vergütet.

Die beiden Bereiche „ambulant“ und „stationär“ dienen demnach beide der Patientenversorgung, werden aber durch die Unterschiede in den Reglementierungen als zwei voneinander unabhängige Sektoren gesehen. Früher galt im Volksmund: „Ins Krankenhaus geht man, wenn man operiert werden muss. Zum Arzt (gemeint ist hier die ambulante Versorgung) geht man, wenn man krank ist.“ Natürlich ist das eine vereinfachte und provokante Aussage, die man heutzutage nicht mehr so stehen lassen kann, aber sie beschreibt doch in einfachen Worten, wie sehr die Versorgungsrealität die Rahmenbedingungen überholt hat.

Innovative Medizintechnik ermöglicht mehr ambulante Eingriffe

Die ambulante Versorgung reicht im Jahr 2023 von der einfachen Diagnostik und Therapie einer Erkältung bis hin zur Implantation von Schmerzstimulationssystemen an der Wirbelsäule. Während man ersteres früher schon immer im häuslichen Umfeld behandelt hat und deswegen nie auf die Idee gekommen wäre, dafür ins Krankenhaus zu gehen, war die Implantation eines Elektrodensystems an der Wirbelsäule im Rahmen der Schmerztherapie bis vor wenigen Jahren noch ein Standardeingriff, für den man sich für mehrere Tage ins Krankenhaus begeben musste. Die Innovation in Medizintechnik in den letzten Jahren hat hier dazu geführt, dass solche Eingriffe sicherer geworden sind und das Risiko so beherrschbar, dass der Patient das häusliche Umfeld hierzu nicht verlassen muss. Ein anderes Beispiel ist das Karpaltunnelsyndrom, das zwischenzeitlich eine „klassische“ ambulante Operation ist – also im Sektor der ambulanten Versorgung angesiedelt –, während es in den Anfangszeiten dem Sektor der stationären Versorgung zugehörig galt.

Die medizinischen Möglichkeiten und Fortschritte der letzten Jahrzehnte haben so wesentlich dazu beigetragen, dass die klassischen Grenzen der Sektoren ambulant und stationär aufweichen.

Die „Konkurrenz“ zur ambulanten Versorgung durch Niedergelassene wird in §108 SGB V manifestiert. Hier werden Krankenhäuser als sog. Hochschulkliniken, Plankrankenhäuser der Länder und Versorgungskrankenhäuser mit dem entsprechenden Vertrag definiert. Nur diese haben eine Lizenz, Krankenhausbehandlung zulasten der Kostenträger PKV und GKV zu erbringen.

Mit der Trennung der Sektoren einher geht auch eine unterschiedliche Vergütungssystematik, wobei der „Topf“, der dem ambulanten Sektor zur Verfügung steht, ein anderer ist, als der „Topf“, der für den stationären Sektor bereitsteht.

Erfolgt nun eine Ausweitung der Leistungen im ambulanten Sektor auf ehemals stationäre Leistungen, so hat dies nicht zur Folge, dass mehr Gelder in den ambulanten Sektor fließen. Gleiches gilt für den stationären Sektor.

Finanzierungshürden halten Ausgestaltung des Hybrid-Bereichs auf

Der Hybrid-Bereich, also die Schnittmenge zwischen stationär und ambulant, der durch die sog. Praxiskliniken in §122 SGB V, definiert worden ist und dem Wunsch „ambulant vor stationär“ Rechnung trägt, ist bislang sträflich vernachlässigt worden. Was meine ich damit? Es gibt schlicht keinen Katalog, weder eng noch offen formuliert, nach dem die bisher beteiligten Akteure im Gesundheitssystem Leistungen erbringen oder abrechnen könnten. So bleibt jeder in seinem bisherigen Sektor verhaftet und versucht das bestmögliche hierfür herauszuschlagen. Man muss es einfach so klipp und klar formulieren.

Die Ansätze, die mit der Einführung der sog. „Integrierten Versorgung“ seit dem Jahr 2000 im GKV-Gesundheitsreformgesetz möglich sind, sind bis auf ein paar wenige Modelle im Keim erstickt. Nicht weil es auf Seiten der GKV und der Leistungserbringer nicht genügend willige Akteure gibt. Vielmehr liegt es daran, dass nach dem Ende der Anschubfinanzierung dieser „sektorübergreifenden“ Versorgung zum 31.12.2008 sehr viele Verträge auf Grund der ungewissen Finanzierungslage gekündigt worden sind. Auch neue Versorgungsformen und -modelle, die die Sektorengrenze aufheben könnten, scheitern meist an der Finanzierung dieser innovativen Versorgungsart. So berichtet die KRS medical experts (ein bundesweiter Anbieter von Integrierten Versorgungsmodellen) regelmäßig davon, dass sie trotz sektorenübergreifender Behandlungsmodelle, die insgesamt die Versorgung der Patienten effektiver gestalten würde, in den letzten Jahren bei den Kostenträgern auf taube Ohren gestoßen sind. Im Wesentlichen wurde dabei immer die fehlende Finanzierung angeführt („wir kriegen die Vergütung nicht aus dem stationären Sektor“).

Praxiskliniken als Beispiel qualitativ hochwertiger, sektorenübergreifender Patientenversorgung

Auch die mangelhafte Definition der Praxiskliniken, die im Wesentlichen nach §30 GewO zugelassen sind, aber im SGB V regulativ so nicht als „Krankenhaus“ gelten, obwohl sie im Wesentlichen, auch wenn es jeweils nur Fachbereiche sind, die gleichen Leistungen wie ein sog. nach §108 SGB V zugelassenes Krankenhaus erbringen, erschweren deren Umsetzung. Es wäre schon ein Fortschritt, wenn §108 SGB V derart ergänzt wird, dass auch nach §30 GewO zugelassene Praxiskliniken, die bislang auf Grund der Zulassung „nur“ als sog. Privatkliniken gelten, ebenfalls als Akteur im deutschen Gesundheitssystem regulativ anerkannt würden.

Kernkompetenz einer solchen Praxisklinik ist, dass sie Facharzt-geführt ist, bei der Behandlung der Patienten das strikte Facharztprinzip eingehalten wird, eine pflegerische Versorgung der Patienten an 365 Tagen im Jahr gewährleistet wird und auch die Notfallversorgung nach einem operativen Eingriff durch den Anästhesisten und/oder den behandelnden Facharzt erfolgt.

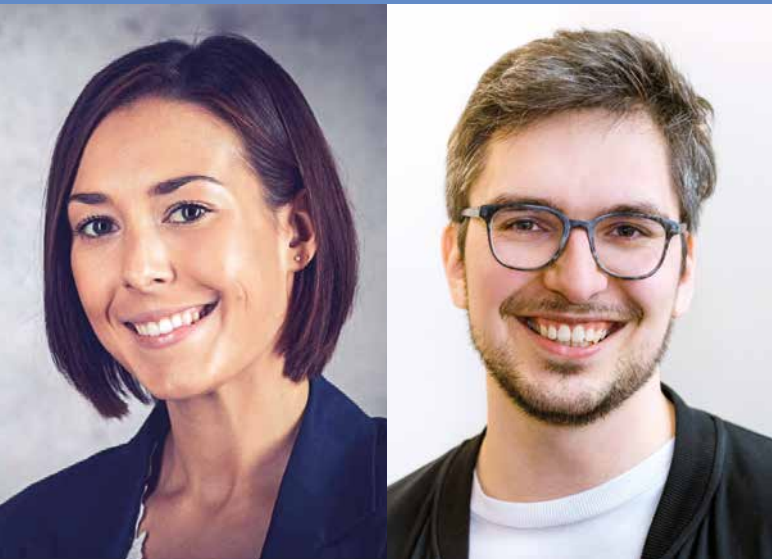
Die Erweiterung bzw. Schaffung der Arbeitsgrundlage (Leistungs- und Preiskatalog) für diese Art von Leistungserbringern wäre ein wesentlicher Punkt, wie man die Ambulantisierung im Gesundheitswesen in Deutschland weiter fördern und Patienten die freie Wahl geben könnte, ob eine Operation im Krankenhaus stationär erfolgen soll oder in der Praxisklinik beim Facharzt seines Vertrauens. Dabei meint Ambulantisierung auch, dass natürlich nur solche Eingriffe in einer solchen Einrichtung durchgeführt werden, die entweder ambulant oder kurz-stationär auf Grund der medizinischen Innovation auch so erbracht werden können. Dabei sollte man den Leistungserbringern und den Patienten die Entscheidungshoheit lassen, selbst im individuellen Einzelfall zu entscheiden, wie die Behandlung erfolgen soll, um nicht einem politisch-regulativ vorgegebenen Therapieplan folgen zu müssen.

Eine derartige „Öffnung“ der Sektorengrenzen würde mittel- und langfristig dazu führen, dass die klassischen Krankenhäuser ihre Ressourcen ganz auf die Versorgung der für die praxisklinische Versorgung nicht geeigneten Behandlungen konzentrieren könnten, die Praxiskliniken für kurz-stationäre Eingriffe zur Verfügung stehen würden und die Fachärzte für die ambulante Versorgung der Patienten zuständig wären. Grundlage müsste aber für jeden dieser Leistungserbringer eine entsprechende abgestimmte Vergütungssystematik sein.

Hierfür könnte man sich bei dem „neuen“ Sektor an der im stationären Bereich bewährten DRG-Systematik orientieren und entsprechende Abschläge je nach Indikation und Sachkostenanteil der Leistung vereinbaren, sprich: Das Rad müsste nicht neu erfunden werden, wenn man es nicht neu erfinden will.

Eine weitere Voraussetzung im Sinne eines erfolgreichen und nachhaltigen Paradigmenwechsels müsste auch die Loslösung von „Sektorenbudgets“ sein. Es geht bei der Versorgung der Patienten um eine Gesamtaufgabe aller Akteure, unabhängig vom Sektor, dem sie zugerechnet werden. Entsprechend müsste auch die Finanzierung auf eine entsprechende Basis gestellt werden, so dass dadurch überhaupt die Möglichkeit geschaffen wird, dass solche innovative Versorgungsformen im deutschen Gesundheitswesen im Sinne einer „solidarischen Patientenversorgung“ verankert werden können.

Versorgungslücken schließen und die Rückkehr in den Alltag erleichtern



Monika Szymanek

Marketing Manager
mentalis GmbH

Luca Daumenlang

Coaching & Content
mentalis GmbH

Nach der (teil-) stationären Behandlung in einer psychiatrischen oder psychosomatischen Klinik benötigen viele Betroffene eine kontinuierliche psychotherapeutische Weiterversorgung. Doch in den meisten Fällen ist die erforderliche Nachsorge nicht ausreichend gesichert oder kann nicht nahtlos an die Behandlung in der Klinik anknüpfen.

Intersektorale Bruchstellen und die begrenzte Behandlungskapazität ambulanter Psychotherapeut:innen dominieren zwischen einer Krankenhausbehandlung und der Regelversorgung von psychischen Erkrankungen. Des Weiteren sind die ohnehin schon komplexen und teilweise intransparenten Angebote psychologisch-orientierter Nachsorgeangebote für kürzlich entlassene und noch psychisch belastete Patient:innen äußerst schwer zu überblicken. Dadurch entsteht eine signifikante Versorgungslücke mit gravierenden Folgen für das gesamte Gesundheitssystem: Viele Patient:innen müssen unmittelbar nach stationärem Aufenthalt erneut in die Klinik. Verschlechterte Symptomatik, Rückfälle, aber auch hohe Ausgaben für die Kostenträger sind die Folge. Eine evidenzbasierte Nachsorge, die sofortigen Zugang zu psychologischen Gesprächen sowie eine einfach zu verwendende App kombiniert, kann bei der Schließung dieser Versorgungslücken Unterstützung leisten.

Evidenzbasierte Lösungen aus Nürnberg

Nur vier Monate nach einem psychisch bedingten Klinikaufenthalt liegt die Rehospitalisierungsrate über alle F-Diagnosen hinweg bei 41,5 Prozent.¹ Um dieses Problem nachhaltig zu lösen, forscht der Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU) seit einigen Jahren an hybriden Ansätzen. Als Spin-Off der FAU hat sich *mentalis* zum Ziel gesetzt, mentale Gesundheit für alle sicherzustellen. Seit 2018 entwickelt das Nürnberger Unternehmen Nachsorgeprogramme für eine Vielzahl von psychischen Erkrankungen. Dazu zählen u.a. Alkoholabhängigkeit, Depression, Borderline, Essstörung (Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa) sowie ein transdiagnostischer Ansatz zur Emotionsregulation. Die Nachsorge soll dazu beitragen, die Versorgungslücke zwischen einer (teil-) stationären Behandlung und Weiterversorgungsangeboten im ambulanten Bereich zu schließen.

¹ Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2021



Abbildung 1: Psychologische Tele-Gespräche sind wesentlich für den Erfolg von Nachsorgeprogrammen

Die *mentalis* Nachsorge Psychologische Gespräche

Regelmäßige Tele-Gespräche mit Psycholog:innen und algorithmusbasierte Therapie-Apps festigen die in der Klinik erarbeiteten Therapieerfolge und überführen Patient:innen bei Bedarf zielgerichtet in weiterführende Behandlungen der Regelversorgung. Nach der Klinik können Patient:innen somit nahtlos weiter an ihrer Genesung arbeiten und hilfreiche Kompetenzen im Umgang mit ihrer psychischen Erkrankung erlernen. Noch in der Klinik werden Patient:innen in die *mentalis* Nachsorge eingeschrieben und erhalten somit sofortigen Zugang zum Versorgungsangebot.

Durch die direkte Vereinbarung des ersten Termins für das Tele-Gespräch – noch vor Entlassung – können Wartezeiten vermieden und Behandlungserfolge langfristig gesichert werden. In einem regelmäßigen Turnus erhalten die Patient:innen durch die Tele-Gespräche die notwendige Unterstützung bei der Bewältigung ihrer psychischen Erkrankung sowie bei der Vertiefung der in der Therapie-App erlernten Kompetenzen. Zur nachhaltigen Nutzung des Nachsorgeprogramms bekommen die Patient:innen inhaltliches Feedback zu absolvierten Übungen. Gleichzeitig sensibilisieren die *mentalis* Psycholog:innen für die Be-

deutung einer kontinuierlichen Weiterversorgung und leisten bei Bedarf Unterstützung bei der Suche von passenden Angeboten.

Therapeutische Apps

Neben psychologischen Tele-Gesprächen enthält das Versorgungsangebot von *mentalis* evidenzbasierte Therapie-Apps. Die inhaltlichen Schwerpunkte für die Apps werden individuell in der Klinik festgelegt. Durch zusätzliche Angaben der Patient:innen und die Interaktion mit der App, passt sich ein intelligenter Algorithmus an die therapeutischen Bedürfnisse der Patient:innen an. Dadurch entsteht ein persönlicher Therapieplan, in dem störungsspezifische Aufgaben enthalten sind. Ziel der *mentalis* Nachsorge ist die Unterstützung der Betroffenen bei der Rückkehr in den Alltag.

Hybrider Versorgungsansatz

mentalis hat einen hybriden Versorgungsansatz entwickelt, der auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht. Studien haben gezeigt, dass rein digitale Interventionen nur begrenzt erfolgreich sind. Die Abbruchquoten mit Apps sind relativ hoch und langfristige Erfolge selten zu beobachten.

Viele Forschungsarbeiten kamen daher zum Ergebnis, dass psychotherapeutische Interventionen mit einer menschlichen Komponente deutlich mehr Nutzen stiften können, als rein digitale Lösungen. Das Team von *mentalis* hat sich für einen hybriden Ansatz entschieden, der die Vorteile digitaler Therapie-Apps mit der menschlichen Begleitung durch psychologische Tele-Gespräche miteinander kombiniert.



Abbildung 2: Die psychoedukativen Inhalte der Therapie-App unterstützen Patient:innen bei der Rückkehr in den Alltag

Untersuchungen, wie das Review von Baumeister und Kolleg:innen mit $n=5328$ Patient:innen, haben gezeigt, dass hybride Behandlungsansätze signifikant wirksamer sind, als rein digitale Lösungen. Auch bei der Reduktion depressiver Symptome hat die Kombination aus digitalen Therapie-Apps und menschlicher Begleitung einen großen Vorteil. Schröder und Kolleg:innen haben in ihrem Review gezeigt, dass hybride Lösungen mittlere bis große Effekte ($d = 0.58 - 0.78$) erzielen konnten, während rein digitale Angebote lediglich kleine Effekte ($d = 0.25 - 0.36$) bewirkt haben.

Die *mentalis* Nachsorge beruht auf diesen Erkenntnissen und verknüpft in der Nachsorge daher digitale Therapie-Apps mit persönlichen Gesprächen.

Die *mentalis* Nachsorge startet bereits in der Klinik

Noch vor Entlassung vereinbart die Klinik gemeinsam mit Ihren Patient:innen den ersten Termin mit einer:inem *mentalis* Psycholog:in. Die Einschreibung erfolgt zu 100 Prozent digital in einem von *mentalis* zur Verfügung gestellten Web Portal, das von Partnerkliniken genutzt werden kann. Innerhalb weniger Minuten können so Patient:innen in die *mentalis* Nachsorge eingeschrieben werden. Während der Einschreibung hat die Partnerklinik die Möglichkeit, den Therapieverlauf aktiv mitzugestalten und wichtige Informationen hinsichtlich der Schwerpunkte in der Nachsorge festzulegen. So wird die Therapie-App individuell eingerichtet. Die Nachsorge steht unmittelbar nach Einschreibung zur Verfügung und ermöglicht Patient:innen nach erfolgreicher Registrierung eine sofortige Nutzung.

Um eine passgenaue Auswahl von Patient:innen für das Nachsorgeangebot zu ermöglichen, werden die Partnerkliniken in klinikübergreifenden und internen Schulungen von *mentalis* mit wichtigen Informationen zur Einschreibung versorgt. Dadurch kann eine breit angelegte Einschreibung nach dem „Gießkannenprinzip“ verhindert und noch besser auf die therapeutischen Bedürfnisse der Patient:innen eingegangen werden. Darüber hinaus werden vor der ersten Einschreibung noch technische Anforderungen für das Web Portal geklärt und wichtige Fragen hinsichtlich der Nachsorgeprogramme beantwortet. Die Integration der *mentalis* Nachsorge in den Klinikalltag stellt sicher, dass Patient:innen eine nahtlose Weiterbehandlung ohne Lücken in der Versorgungskette erhalten – ein entscheidender Vorteil für Betroffene und das gesamte Gesundheitssystem, das insbesondere bei psychischen Erkrankungen von häufigen Rückfällen kurz nach Klinikentlassung geprägt ist.

² Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M., & Lin, J. (2014). The impact of guidance on Internet-based mental health interventions—A systematic review. *Internet interventions*, 1(4), 205-215.

³ Schröder, J., Berger, T., Westermann, S., Klein, J. P., & Moritz, S. (2016). Internet interventions for depression: new developments. *Dialogues in clinical neuroscience*, 18(2), 203.

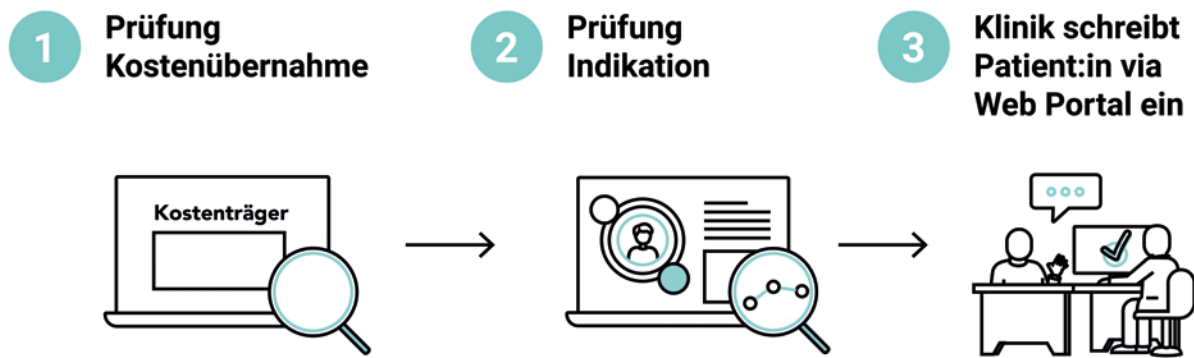


Abbildung 3: *mentalis* auf Klinikstation: Einfacher Einschreibeprozess innerhalb weniger Minuten

Fließende Überführung in die Regelversorgung

mentalis schließt Versorgungslücken im Bereich psychischer Erkrankungen. Somit endet die Nachsorge dann, wenn die Regelversorgung für Patient:innen wieder greift. *mentalis* versteht sich daher als fehlendes Puzzleteil zwischen Klinik und ambulanter Weiterbehandlung. Zur Unterstützung der Weiterversorgung für die Zeit nach *mentalis* bietet die Nachsorge einen Anschlussnavigator an. Mit Hilfe dessen werden Patient:innen effizient bei der Identifikation und Kontaktaufnahme der gewünschten Weiterversorgungsmaßnahme unterstützt und über regions- sowie indikationsspezifische Weiterbehandlungsangebote informiert. Die von *mentalis* zertifizierten Psycholog:innen unterstützen und motivieren die Patient:innen in persönlichen Gesprächen bei der Auswahl von passgenauen Angeboten und dem ersten Kontakt. Eine lückenlose Weiterbehandlung kann dadurch ermöglicht werden.

Win-Win-Win-Situation für alle Beteiligten im Gesundheitssystem

Seit der Gründung arbeitet *mentalis* eng mit Kliniken und Krankenkassen zusammen. Dieses partnerschaftliche Verhältnis geht über die Kostenübernahme durch Selektivverträge nach §140a SGB V hinaus: Betroffene Patient:innen mit Versorgungsbedarf erhalten zum richtigen Zeitpunkt ein adäquates Therapie-Angebot. Zusätzlich erfahren Betroffene über den Anschlussnavigator und in persönlichen Tele-Gesprächen, welche weiteren Versorgungsangebote zur Verfügung stehen.

Durch die Kooperation mit diversen Krankenkassen und einer Vielzahl von Kliniken bietet *mentalis* den Akteuren eine Reihe an Vorteilen: Durch eine optimierte Zusammenarbeit zwischen den Behandlungseinrichtungen und den betroffenen Patient:innen können Rehospitalisierungsraten deutlich gesenkt werden. Darüber hinaus kann das kontinuierliche Feedback durch die Psycholog:innen zu einer Verbesserung des Gesundheitszustand der Patient:innen führen und dadurch den Bedarf an komplexen ambulanten Weiterbehandlungen verringern. Durch die Zusammenarbeit entsteht eine „Win-Win-Win“-Situation für alle Beteiligten im Gesundheitssystem.

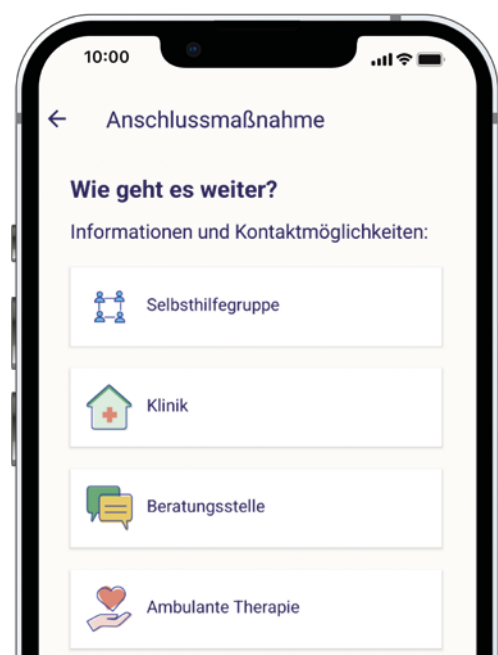


Abbildung 4: Der Anschlussnavigator begleitet die Patient:innen auf dem Weg in die Regelversorgung

„Wohnortnahe Patientenversorgung bedarf intersektoraler Versorgungskonzepte“

Copyright: Oberender AG / kreativbox



Prof. Dr. Andreas Schmid
Vorstandmitglied der
Deutschen Gesellschaft für
Integrierte Versorgung im
Gesundheitswesen e.V. (DGIV)

*Sind tragfähige Versorgungseinheiten
zwischen ambulant und stationär denkbar?
Im Interview mit Professor Andreas Schmid
sprachen wir über Modelle, die es in Ansätzen
bereits gibt, wie intersektorale Gesundheitszentren
(IGZ) oder Regionale Gesundheitszentren (RGZ).*

Des Weiteren wurden aber auch Konzepte beleuchtet, die sich erst aus der Arbeit der Regierungskommission zur Krankenhausreform herauskristallisiert haben und die jetzt mit dem abstrakten Begriff „Level 1i“ umschrieben werden.

Dr. Albrecht Kloepper: Herr Professor Schmid, Sie beschäftigen sich schon seit längerer Zeit mit den Zwischenformen zwischen ambulant und stationär. Wie nehmen Sie die gegenwärtige Diskussion in diesem „Zwischensektor“ wahr? Sind die Ideen und Ansätze schon zielführend?

Prof. Andreas Schmid: Die Diskussion wird geführt, und sie ist auch in den letzten Jahren zunehmend wieder präsenter gewesen. Aber ich glaube, dass wir dafür, wie häufig wir über „ambulante und stationäre Verklammerung“ sprechen, nur mit kleinen Schritten vorankommen. Nach wie vor zirkulieren Wünsche, Konzepte und Ideen, der richtige Weg in die Umsetzung ist aber noch schwer zu erkennen.

Kloepper: Warum ist das so?

Schmid: Zum Teil kann man das aus der Historie des SGB V ableiten, das traditionell vor allem zwei Sektoren kennt – ambulant/vertragsärztlich oder stationär/Krankenhaus – und entsprechend auch Budgets bzw. Autorität für Planung und regulative Eingriffe in diesem Bereich zuteilt. Dadurch generiert das SGB V selbst eine natürliche Hürde, einen Zwischenbereich zu besetzen, der aus beiden Bereichen Inhalte zieht. Was mir darüber hinaus allerdings fehlt, ist die Bereitschaft der etablierten Stakeholder, sich diesen Bereich zu eigen zu machen und mit Nachdruck zu beackern.

Kloepper: Liegt das aber nicht vielleicht in der DNA der etablierten Stakeholder, dass bei ihnen dieser Bereich gar nicht vorkommt?

Schmid: Ja, sie sind in ihrer Systemlogik gewissermaßen gefangen. Aber man könnte ja bisweilen auch ambitioniert denken und versuchen, aus dieser Systemlogik oder DNA, wie Sie es sagen, auszubrechen. Diese Versuche würde ich mir etwas häufiger wünschen.

Kloepfer: Dazu müssten allerdings diese Stakeholder, d. h. die Vertretungen der Krankenhäuser und der Vertragsärzte, auch aus ihrer Mitgliedschaft heraus den Druck spüren „Nehmt Euch dieses Mischbereiches an!“. Gibt es diesen Druck?

Schmid: Der Druck ist vorhanden, aber nur von einem Teil des Klientels. Zumindest aktuell landet das Thema nach meiner Wahrnehmung nicht in der Top-Prioritätenliste, sondern eher im Bereich „Sonstiges“. Dieser Bereich wird zwar auch pflichtschuldig immer mal wieder bearbeitet, aber nicht mit dem Nachdruck, den es bräuchte, um substanzielle Fortschritte zu erzielen.

Kloepfer: Wir sprechen ganz konkret auch über das Level 1i als Vorschlag aus der Krankenhausstrukturreform. Die Oberender AG selbst hatte einmal einen Vorschlag zum Thema der „Intersektoralen Gesundheitszentren“ eingebracht, den Sie als „ungeliebtes Kind“ bezeichnet haben. Was meinen Sie damit?

Schmid: Das initiale Gutachten, das von der Universität Bayreuth zusammen mit der Oberender AG im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) erstellt wurde, war ein wichtiger Schritt. Damit hatte die KBV einen Pflock eingeschlagen, indem sie gesagt hatte: Wir denken, dass eine intersektorale bzw. Sektoren verbindende Einrichtung trotzdem eine Verankerung im vertragsärztlichen Bereich haben und sich von dort aus weiterentwickeln sollte. In der Folge gab es einen zweiten Gutachten-Auftrag, der primär die medizinischen Aspekte stärker in den Fokus genommen hat. Andere Punkte auf der To-do-Liste, die noch auszuräumen wären, um sie in der Breite zu etablieren, wären beispielsweise die Frage der Vergütung für die bettenführende Einheit, die eben kein Krankenhaus ist.

An diesem Punkt ist die Diskussion stecken geblieben und wurde nicht weiter vorangetrieben. Auch rechtliche Themen werden immer wieder diskutiert. Medizinrechtler sagen, das ist alles gut lösbar. Nur der einzelne Arzt, der in so einer Einrichtung arbeitet, hat ohnehin reichlich Themen, um die er sich kümmern muss, und seine Begeisterung, den betroffenen Stakeholdern erklären zu müssen, warum das rechtlich sicherlich unbedenklich ist, hält sich in Grenzen. Hier wäre es hilfreich, wenn zu Themen wie Vergütung, Verhandlungen und rechtlichen Aspekte klarere Blaupausen formuliert würden. Das würde Transaktionskosten senken und es damit deutlich erleichtern, dass solche Initiativen auch in die Praxis gelangen können.



Gutachten der
Oberender AG und der
Universität Bayreuth im
Auftrag der KBV zu
Intersektoralen
Gesundheitszentren

Kloepfer: Was wären aus Ihrer Sicht die Vorteile von solchen intersektoralen Versorgungskonzepten? Was könnte damit geleistet werden, was im Moment nicht oder nur defizitär geleistet wird?

Schmid: In den letzten fünf Jahren, seit dieses Konzept unter unterschiedlichen Namen diskutiert wird, gibt es einen sehr weitreichenden Konsens darüber, dass hier ein Versorgungsangebot geschaffen würde, das sinnvoll wäre und das die Versorgung der Patienten verbessern würde. Warum? Weil es eine wohnortnahe Versorgung ermöglicht, die über das hinausgeht, was die rein ambulante Versorgung leisten kann. Es zwingt Patienten nicht in ein Krankenhaus – also in die deutlich größere Einrichtung –, die diesen großen Apparat Krankenhaus eigentlich nicht benötigen. Für die niedergelassenen Ärzte ergibt sich die Option einer Erweiterung ihrer Tätigkeit. In verschiedenen

Interviews kristallisierte sich heraus, dass Ärzte (die zum Teil auch frisch aus dem Krankenhaus kommen) sagen, sie können vieles von dem Erlernten auch tatsächlich weiter anwenden, wenn sie ihre Patienten in der eigenen Praxis betreuen. Sie müssen sich nicht künstlich einschränken auf die rein ambulante Versorgung.

Es gibt darüber hinaus ein interessantes Tätigkeitsfeld für Pflegekräfte, die häufig hocherfahren und viele Jahre im Beruf sind, die aber die enge Taktung und Arbeitsverdichtung im Krankenhaus nicht mehr mitgehen können oder wollen. Sie haben signalisiert, sich sehr gut vorstellen zu können, in so einem Setting länger in ihrem Beruf tätig zu sein als im Klinikum. Es gibt also verschiedene katalytische Effekte, wenn es darum geht, Strukturen umzubauen. Denn wir sehen an vielen Stellen Kleinstkrankenhausstandorte, die als Krankenhaus keine Zukunft haben, wo aber durchaus aufgrund eines regionalen ländlichen, dünnbesiedelten Umfelds und wenig Strukturen der Bedarf besteht, einen Ankerpunkt der Versorgung zu haben, dass hier eine konstruktive Alternative angeboten werden kann, die sowohl medizinisch sinnvoll als auch wirtschaftlich tragfähig sein könnte.

Kloepfer: Das heißt, ein geschlossenes Krankenhaus muss keine leerstehende Immobilie sein?

Schmid: Das ist korrekt. Es gibt Möglichkeiten, diese Immobilie weiter zu nutzen. Es wäre eine naheliegende Option, diese Flächen und Räumlichkeiten für eine derartige Einrichtung einzusetzen. Zu prüfen ist allerdings, ob durch den häufig bestehenden Sanierungsstau eine alternative Immobilie nicht doch die bessere Lösung sein könnte.

Kloepfer: Ist beispielsweise auch eine Verbindung zum SGB XI, zur Altenpflege denkbar?

Schmid: Das sind Modelle, die derzeit aktiv diskutiert werden. Man denke an die Bertelsmann-Studie zur Übergangspflege, in der veranschaulicht wird, welche Vor- und Nachteile die „Verortung“ einer derartigen Einrichtung in

der Krankenhausversorgung, in der vertragsärztlichen Versorgung und in der Pflege hätte. Es gibt durchaus Argumente für eine Weiterentwicklung des Pflegesektors in eine derartige Einrichtung. Für mich ist das nicht der naheliegendste Schritt, weil es meiner Ansicht nach einen substanziellen Unterschied macht, ob ich Patienten habe, die aufgrund einer klinischen Indikation behandlungsbedürftig sind, weil das andere Anforderungen an die Pflege stellt. Aber ich lasse mich gern eines Besseren belehren. Die Schnittstelle ist definitiv vorhanden. Die unterschiedlichen Ausarbeitungen haben auch gezeigt, dass es eine sehr enge Vernetzung zwischen diesen Akteuren braucht, um nicht künstlich neue Sektoren abzugrenzen, sondern ein Zusammenwachsen dieser verschiedenen Bereiche zu ermöglichen.



Studie der Bertelsmann
Stiftung zur Kurzstationären Grund- und
Übergangsversorgung
(kGÜv)

Kloepfer: Welche Aufgaben und welche Chancen fallen dabei den Kommunen zu? Wir sehen das Gesundheitssystem nach wie vor weitgehend abgeschlossen von der Kommunalpolitik, die aber mit der aktuellen Situation auch nicht zufrieden sein müsste. Für die Kommune kann das keine befriedigende Situation sein.

Schmid: Der Bürgermeister bzw. der Landrat vor Ort bekommt den geballten Frust der Bevölkerung ab. Dementsprechend ist es schön und gut, dass es heißt, es ist nicht ihr Verantwortungsbereich. Faktisch werden sie dafür jedoch mit in die Haftung genommen und haben großes Interesse daran, für die Bevölkerung adäquate Strukturen zu schaffen. Immer wieder stelle ich fest, dass auf dieser Ebene die Fachkenntnis sehr unterschiedlich ausgeprägt

ist, und wir in einem Sektor im Gesundheitswesen unterwegs sind, der hochspeziell ist und ein sehr tiefgehendes Verständnis erfordert, welche Verantwortlichkeiten und Zusammenhänge existieren.

Entsprechend unterschiedlich erfolgreich sind Kommunen, selbst in diesem Bereich tätig zu werden. Ich halte die Kommune für extrem wichtig, weil die Akteure sehr nah an den Bedürfnissen der Bevölkerung sind, sie sehr gut wissen, wo die Prioritäten liegen und wie Sachen zusammenzubringen sind. Ich stelle nur fest, dass dies in einigen Regionen hervorragend funktioniert, weil der Bürgermeister zufälligerweise einen Hintergrund hat und Erfahrungen mitbringt, die ihn befähigen, in diese Diskussionen einzusteigen. Und andere Kommunen, die vielleicht sogar einen größeren Bedarf hätten, zwar einen sehr engagierten Bürgermeister haben, dem aber die spezifische Fachkompetenz fehlt. Das heißt, hier wird man weiter der Frage nachgehen müssen, wie Kommunen befähigt werden können, auch in diesen Themen handlungsfähig zu sein. Es gibt bereits verschiedene Initiativen, auch Erfahrungsaustausch und ähnliches. Ich wäre eher immer zurückhaltend dahingehend, den Kommunen zu viel Verantwortung aufzuzwingen; ich würde ihnen die Option geben wollen, hier tätig zu werden. Die Verpflichtung würde viele vor Ort dann doch überfordern.

Was ich durchaus wahrnehme, ist, dass in den letzten ein, zwei Jahren das Bewusstsein in der Kommunalpolitik massiv gestiegen ist, dass der Status quo so nicht mehr fortgeschrieben werden kann, dass hier zum Teil auch gravierende Einschnitte unvermeidbar sind, dass Krankenhausstandorte, die bis vor Kurzem noch sakrosankt waren, tatsächlich zur Disposition gestellt werden müssen. Beispiel: Bei einer Veranstaltung der DGIV im letzten Jahr, die explizit an Landräte gerichtet war, hat eine unglaublich große Teilnehmerzahl aus genau diesem Adressatenkreis aktiv mitdiskutiert, weil sie nach Lösungen suchen, weil sie das Problem erkannt haben. Während es vor einiger Zeit noch hieß, einen Krankenhausstandort zu

schließen, ist ein Garant dafür, die nächste Wahl zu verlieren, und alle deswegen dieses heiße Eisen nicht angefasst haben, ist heute ein Bewusstsein da, dass es so nicht mehr geht, dass man diese schmerzhaften Themen anpacken muss, um noch tragfähige Versorgungsstrukturen gestalten zu können.

Kloepfer: Stichwort aktuelle politische Gesetzgebung: Welche Hürden müssten im Prinzip aus dem Weg geräumt werden, um solchen Hybridformen ambulant-stationär die Bahn zu bereiten?

Schmid: Das ist meiner Meinung gar nicht so viel. Es gibt zwei grundsätzliche Herangehensweisen: Man macht eine Einrichtung, die eben nicht aus den bestehenden Strukturen abgeleitet wird, also gewissermaßen ein sauberer Startpunkt. Oder man geht den Weg, den die Krankenhauskommission aktuell geht, und nimmt ein Krankenhaus, aus dem man ein Level 1i Krankenhaus macht, also es von oben klein macht. Beide Wege sind denkbar. Wichtig sind hierbei meiner Ansicht nach die Klarheit in der Vergütungsfrage, welche Modalität gewählt werden kann. Es braucht eine mittel- bis langfristige Perspektive für diejenigen, die diesen Weg gehen. Denn so eine Einrichtung zu schaffen, heißt für manche Niedergelassenen, ihre Praxis in die neue Struktur zu verlagern. Das ist ein Schritt, den man nicht nach ein oder zwei Jahren wieder rückgängig machen kann. Man muss hier somit Erwartungssicherheit schaffen für diejenigen, die bereit sind, diesen Weg zu beschreiten. Sie dürfen ein paar Jahre später nicht für diesen Mut bestraft werden. Dann ist es eigentlich relativ offen, dann wird man sicherlich über die gesammelten Erfahrungswerte nachjustieren oder ändern können. Fragen der Vergütung und der Planungssicherheit sind wahrscheinlich von zentraler Bedeutung.

Kloepfer: Herr Schmid, vielen Dank für das interessante Gespräch!

**Herausgeber:**

Dr. Albrecht Kloepper
Wartburgstraße 11 | 10823 Berlin

post@ix-institut.de | www.ix-media.de

Redaktion:

Dr. Albrecht Kloepper, Sophia Wagner, Sofie Neumeyer
In Zusammenarbeit mit

**Druck:**

PrintingHouse,
Union Sozialer Einrichtungen gGmbH,
Genter Str. 8 in 13353 Berlin

Satz und Layout:

Mediengestaltung der
Union Sozialer Einrichtungen gGmbH,
Koloniestr. 133–136 in 13359 Berlin

www.u-s-e.org

Sämtliche Nutzungsrechte am iX-Forum liegen bei der iX-Media. Jegliche Nutzung, insbesondere die Vervielfältigung, Verbreitung, öffentliche Wiedergabe oder öffentliche Zugänglichmachung ist ohne die vorherige schriftliche Einwilligung der iX-Media unzulässig.

Die Fotorechte liegen bei der jeweiligen Institution.

ISSN 2569-6289, 29. Jahrgang 2023, Ausgabe 1 · 2023,
Erscheinungsdatum: 18. April 2023

Folgende Themen bewegen das iX-Media Team und sollen in der iX-Forum Reihe näher betrachtet werden:

- **Anforderungen an ein Versorgungsgesetz**
- **Versorgungspotentiale der Gesundheitsberufe**
- **Finanzierung von Innovationen**
- **Zukunft der Diagnostika-Industrie**
- **Interdisziplinär, interprofessionel – Paradigmawechsel Wundversorgung**

Die Aufzählung unterliegt keiner zeitlichen Reihenfolge. Selbstverständlich reagieren wir auch auf aktuelle politische Entwicklungen

Die iX-Forum Reihe wird bundesweit mit über 2.500 Exemplaren personalisiert an Parlamente, Ministerien, Verbände, wissenschaftliche Fachgesellschaften und andere wichtige Akteure im Gesundheitswesen versandt.

Sie haben Interesse, einmal einen Diskussionsbeitrag in der iX-Forum Reihe zu veröffentlichen? Kommen Sie mit uns ins Gespräch.

**Besuchen Sie
unsere Website:**

www.ix-media.de

