

## Mehr Integration nur mit besseren Gesetzen

**Leistungsträger und -erbringer sowie Interessenvertreter und Forscher warten sehnsüchtig auf eine Versorgungsreform, die ambulante und stationäre Versorgung regional besser regelt und vergütet. Modelle liegen dafür genügend vor, von MVZs über IGZs bis zu Hybrid-DRGs. Das wurde gestern auf einem DGIV-Symposium deutlich.**



von Nantke Garrelts

veröffentlicht am 14.09.2022



Integriertes oder kommunales Versorgungszentrum, MVZs und Gesundheitskioske – die Zahl der **Alternativen zum klassischen Krankenhaus-Praxis-System** und der Ideen für eine längst überfällige Versorgungsreform ist Legion. Was neuen Ideen aber im Weg steht, sind zum einen die klare Trennung des ambulanten und des stationären Sektors im Sozialgesetzbuch V und zum anderen die Finanzierung. Darüber waren sich Lokal-, Regional- und Bundespolitiker:innen, Forscher:innen, Leistungserbringende und Vertreter:innen der Selbstverwaltung beim Online-Symposium „Regionale Gesundheitsversorgung: Potentiale integrierter lokaler Versorgungskonzepte“ der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung (DGIV) gestern einig.

Aus der Praxis berichtete **Franz Löffler**, Präsident des Bayerischen Bezirkstages und Landrat des Landkreises Cham. Dort wurden **aus drei Kliniken eine und dazu ein Gesundheitscampus**. Ein Landkreis, der Schließungsbemühungen von der Landesebene oder Insolvenzen zuvorkommt – das ist außergewöhnlich. „Wir sind zuversichtlich, dass wir hier den richtigen Weg gehen“, resümierte Löffler dennoch. Angesichts geringer Fallzahlen ergab eine zentrale Klinik in der Kreisstadt Cham am meisten Sinn, in Rodingen befindet sich jetzt am alten Klinikstandort ein Gesundheitscampus mit fachärztlich-ambulanter Betreuung und ambulanten OP-Einrichtungen sowie ein MVZ, dazu mehrere Pflegeangebote (ambulante, stationäre, Kurzzeit- und Tagespflege), eine Pflegeschule und gesundheitsnahe Dienstleistungen.

### Planmäßige Aufteilung von ambulanten und stationären Leistungen

Der Campus soll bald planmäßig ambulante Operationen vom Klinikstandort übernehmen und damit den stationären Sektor entlasten. Trotz allen Enthusiasmus ist Löffler enttäuscht von den Förderstrukturen: Der Krankenhausstrukturfonds etwa fördere fachärztlich-ambulante Angebote nur bei Unterversorgung. Deshalb musste der Landkreis die Kosten für den Umbau größtenteils selbst tragen.

Ein zweites Positivbeispiel brachte **Gregor Mainzer**, stellvertretender Geschäftsführer der conMedico MVZ gGmbH mit. Eine städtische und eine neurologische Klinik in Andernach wurden unter der Ägide seines Arbeitgebers **in ein MVZ und ein Gesundheitszentrum** umgewandelt. Zusätzlich schuf er ein chirurgisches Zentrum in Bad Kreuznach. „Wir haben im ländlichen Raum die typischen Probleme wie Fachärztemangel und den demographischen Wandel“, so Mainzer. „Mit dem MVZ und dem Gesundheitszentrum können wir einerseits **bürgernahe Gesundheitsversorgung** ermöglichen, ziehen aber auch Personal an, weil wir **ärztliches Jobsharing zwischen Klinik und Ambulanz** ermöglichen, etwa bei Arztpearen.“ Zudem habe man als „Belegungsgarant“ nun Gewicht in der Rheinland-Pfalz-weiten Gesundheitsversorgung. Frustriert ist Mainzer über die Unmöglichkeit, physician assistants oder akademisierte nichtärztliche Praxisassistent:innen (NäPä) einzusetzen, um den akuten Ärzt:innenmangel zu lindern.

### Hohe Barrieren für Integrierte Versorgungszentren mit Betten

Neben den klassischen MVZ existiert das Konzept der Intersektoralen Gesundheitszentren. Die vereinen ambulante Versorgung mit einer bettenführenden Einheit und können so auch Überwachungspatient:innen mit einer Verweildauer von bis zu fünf Tagen aufnehmen, ohne den Status eines Krankenhauses mit allen Infrastrukturanforderungen annehmen zu müssen. „Der Gesetzgeber muss für dieses Modell allerdings noch einige Hürden beseitigen, aktuell erfordert es noch großen Pioniergeist, ein IGZ zu gründen“, sagt **Andreas Schmid**, Manager bei der Oberender AG und federführender Autor des Gutachtens zu Intersektoralen Gesundheitszentren im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. So ist die **Vergütung nicht geregelt und muss stets erneut verhandelt werden**, es braucht außerdem eine Regelung des Status im SGB V sowie haftungsrechtliche Sicherheit. Zudem müsse man die Kommunen in ihrem Engagement stärken.

Die aber haben häufig weder Wissen noch die nötigen Netzwerke und Mittel, um selbst als Träger oder Initiatoren von MVZ oder IGZ in Erscheinung zu treten. „Das Dilemma ist: Die Kommunen, die eine schlechte Versorgung haben und MVZs zur Verbesserung gründen sollten, **haben oft nicht die Mittel**; und die Kommunen, die die Mittel haben, haben meist kein Thema mit der Versorgungsdeckung“, sagt **Armin Grau**, Bundestagsabgeordneter für die Grünen und habilitierter Neurologe sowie ehemaliges Gemeinderatsmitglied.

Neben gebündelten Einrichtungen plädiert **Henriette Neumeyer**, Vorstandin sowohl bei der DGIV und der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie Beraterin im Krankensektor, auch für bessere Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken. Als Beispiel nennt sie das SOS-Netzwerk für Schlaganfälle im Raum Dresden, das durch die Deutsche Schlaganfall Gesellschaft zertifiziert ist. Im Angesicht des Trends zur Ambulantisierung fordert sie einerseits weniger Schwarzweißmalerei im SGB V, gleichzeitig aber auch **klarere Regeln für mehr ambulante Leistungen durch Krankenhäuser**. „Wir brauchen einen klaren Rechtsrahmen auch für mögliche Umwandlungen. Außerdem müssen bei einem kommenden Strukturwandel auch die Patient:innen über neuen Strukturen informiert und mitgenommen werden“, so Neumeyer. Beim Thema Krankenhausschließungen sollten diese von einer neuen Struktur ausgehen und nicht von reiner ökonomischer Leistung. „Wir wollen **keinen kalten Strukturwandel**“, sagt Neumeyer. Scharfe Worte findet sie außerdem für die „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“, die, in Neumeyer Worten, „rummuckelt“ und kaum Beteiligung zulasse. Sie reiht sich damit in eine lange Reihe Kritiker:innen der Kommission und ihrer Vorschläge ein.

### Hybrid DRGs könnten Chance sein

Halb skeptisch, halb hoffnungsvoll blickte Gebhard von Cossel vom Sana-Klinikkonzer auf die oft diskutierte und **im Koalitionsvertrag angekündigte** Abrechnungsmöglichkeit der Hybrid-DRGs. Die sind laut von Cossel gedacht für internistische (z.B. endoskopische Eingriffe), Operationen und Beobachtungsfälle. „Es ist genuine Aufgabe der Krankenhäuser, diese Fälle aufzunehmen, weil die eben Tag und Nacht und an allen Wochentagen kommen“, so von Cossel. Laut IGES machten diese Beobachtungsfälle ein Drittel der Fälle im stationären Bereich aus, ohne wirklich notärztliche, stationäre fachärztliche Betreuung oder Gerätemedizin zu benötigen.

Hybrid-DRGs seien wichtig für eine bessere Verzahnung von ambulanten und stationären Leistungen. „Treiber ist Erweiterung des Ambulante-OP-Katalogs, die Vorteile sind weniger Personaleinsatz bei ambulanten und hybriden Leistungen, das Know-how in den Krankenhäusern besteht bereits, sie ermöglichen Doppelnutzung von Großgeräten und ambulante Versorgung in Krankenhaushäusern im Fall von Notfällen, sodass ein schneller Transfer in den stationären Bereich möglich ist“, so von Cossel. Im Praxis-Test in Thüringen **war das Modell allerdings gescheitert**.

Bei allen Positivbeispielen – als Anti-Beispiel mussten die **Gesundheitskioske von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach** erhalten, **für die er kürzlich Eckpunkte vorgelegt hatte**. „Wir schleppen jetzt schon ein Defizit von 17 Milliarden mit uns herum, warum soll noch eine Milliarde jedes Jahr hinzukommen?“, fragte **Thomas Ballast**, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der TK. Dieses Modell würde die Probleme der wohnortnahen ambulanten und stationären Versorgung nicht lösen. Seine Horrorvorstellung: „Ein Gesundheitskiosk in Blankenese oder Eppendorf, nur weil man dort das Geld dafür hat.“ Er favorisiere stattdessen **Regionale Gesundheitszentren** und setze auf Verbesserungen etwa durch Telemonitoring, Telemedizin und Delegationsmöglichkeiten – aber auch die müssten besser eingerichtet sein als die aktuellen. Digitale Prozesse müssten Zeit sparen. „Was wir derzeit bauen, sind Spezialistenlösungen, die den Menschen nichts nützen, die sie tatsächlich nutzen sollen.“

„Die Versorgung der Patienten ist die Grundlage, daran muss man sich orientieren“, sagte DGIV-Vorstandsvorsitzende Eckhard Nagel im Resümee. Nun hoffe man angesichts des hohen Erwartungsdrucks auf baldige Reformvorschläge. „Wir sehen, es gibt kein Erkenntnis-, sondern ein Umsetzungsproblem“, so Nagel.

## Das könnte Sie auch interessieren

### Gesundheit & E-Health

#### APOTHEKEN

#### Finanz- und Nachwuchssorgen im Fokus

Den Apothekerinnen und Apothekern im Land geht es so schlecht wie nie – das ist das wichtigste Ergebnis des Apothekenklima-Index des 2022. „Wir können keine weiteren...“



14.09.2022 von Dana Bethkenhagen

### Gesundheit & E-Health

#### GESUNDHEITSDATENFORSCHUNG

#### Forschung ohne Patientenzustimmung

Nach langen Beratungen mit dem baden-württembergischen Datenschutzbefauftragten sollen ab Oktober die ersten Forschungsprojekte über die Plattform Honic möglich...



13.09.2022 von Marie Zahout

### Gesundheit & E-Health

#### ALTERSMEDIZIN

#### Geriatler fordern Konzepte für gesundes Altern

Die Lebenserwartung in modernen Industriegesellschaften hat dramatisch zugenommen – nur ist ein langes Leben nicht unbedingt immer auch ein gesundes Leben. Der...



13.09.2022 von Sabine Rößing



Folgen Sie Tagesspiegel Background auf Twitter

- Cybersecurity
- Digitalisierung & KI
- Energie & Klima
- Gesundheit & E-Health
- Smart City & Verwaltung
- Sustainable Finance
- Verkehr & Smart Mobility