

DGIV-Vorstand

## „Wir brauchen eine gemeinsame ambulante-stationäre Bedarfsplanung“

Die Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen (DGIV) steht kurz vor ihrem großen Jahreskongress in Berlin. Ein wichtiger Diskussionspunkt dort: die sektorenübergreifende Versorgung. Wie stehen die Gastgeber des Kongresses zu diesem Thema und den Plänen des Gesetzgebers? Der änd sprach mit dem DGIV-Vorstandsvorsitzenden Prof. Eckhard Nagel sowie dem Geschäftsführenden Vorstandsmitglied Dr. Albrecht Kloepper über das Thema.



©DGIV

Nagel: Wir können uns ein "Weiter so" nicht mehr leisten.

**Herr Prof. Nagel, Herr Dr. Kloepper, im Moment wird in Politik und Ärzteschaft viel über Ambulantisierung diskutiert. Gesundheitspolitiker weisen immer wieder darauf hin, dass uns da andere Länder in Europa um Längen voraus seien. Warum sind wir so ins Hintertreffen geraten und haben über die Jahrzehnte zu viele stationäre Kapazitäten aufgebaut?**

**Nagel:** Zur historischen Entwicklung kann man sicher weit ausholen. Um es auf den Punkt zu bringen: Wir haben im Verhältnis zu anderen Ländern mehr Krankenhäuser, weil wir aufgrund der ökonomischen Stärke unseres Landes auch andere Förderungsmöglichkeiten hatten. Insbesondere seit den 60er Jahren haben es der Fortschritt und die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen verstärkt möglich gemacht, letztendlich in Krankenhäusern mehr als nur eine medizinische Begleitung in Notfällen anzubieten. Das Selbstkostendeckungsprinzip war da ein wichtiger Faktor, um die entsprechende Infrastruktur aufbauen zu können. Natürlich hat uns auch eine breite Krankenhauslandschaft ermöglicht, viele Fachärzte auszubilden und einen starken ambulanten Sektor zu entwickeln.

Nun sind wir aber am Ende der Spirale. Schon vor Jahren war abzusehen, dass die finanziellen Ressourcen nicht reichen, um die sozialen Sicherungssystemen weiter auf dem Level laufen zu lassen. Daher stehen im nächsten Schritt entsprechende Veränderung durch Kostenreduktion und Einsparmaßnahmen an. In diesem Klima erleben wir natürlich dann auch Konflikte zwischen der Struktur der Selbstverwaltung im ambulanten Bereich mit den Strukturen stationären Versorgung.

### **Konflikte, die deutlich machen, dass die Decke für alle zu kurz ist...**

**Nagel:** Wir können uns ein „Weiter so“ in der Tat nicht mehr leisten. Der Grund ist natürlich einerseits die ökonomischen Rahmenbedingungen. Aus internationaler Perspektive würde man bei uns vielleicht nicht von Ressourcenknappheit sprechen – aber wir haben eben keine regelmäßigen Steigerungspotenziale mehr, wie es in der Vergangenheit der Fall war. Ebenso wichtig aber: Wir haben einen gravierenden Fachkräftemangel. Die medizinischen Angebotsstrukturen, die wir aufgebaut haben, können so nicht mehr unterstützt werden. Das teilen wir mit anderen gesellschaftlichen Kreisen. Aber es ist eben für die Existenz der medizinischen Angebote zentral. Als dritten Punkt haben wir eine Veränderung innerhalb der Bevölkerung im Hinblick auf das Nachsuchen von medizinischen Leistungen, bedingt durch den medizinischen Fortschritt und die älter werdende Bevölkerung.

**Kloepfer:** Ja, wir können uns die bestehenden stationären Angebotsstrukturen nicht mehr leisten, eine Veränderung ist aber auch vor dem Hintergrund der Chronifizierung im Morbiditätsgeschehen – vor allem aufgrund des medizinischen Fortschritts – sinnvoll. Die strikte Sektorentrennung verhindert am Ende des Tages effektivere Strukturen und Behandlungspfade. Im Kern hängt das damit zusammen, dass wir über die Jahre eher ein Verwaltungs- und Vergütungssystem aufgebaut haben als ein echtes Versorgungssystem.

### **Wenn wir stärker in Richtung ambulante Behandlung denken – in welchen Einrichtungen sollen diese Leistungen künftig verstärkt erbracht werden? Welche Strukturen müssen entstehen? Sollen sich die Kliniken stärker für diesen Bereich öffnen? Soll der Vertragsarztbereich verstärkt Zentren aufbauen?**

**Nagel:** Was wir als DGIV besonders bewerben, ist engere Verzahnung zwischen den Angeboten, die es schon gibt. Wir wollen nicht sagen, dass wir von diesem oder jenem Konzept mehr brauchen. Sondern wir sind davon überzeugt, dass sich innerhalb des Systems – auch innerhalb der Selbstverwaltung – bei funktionierenden Anreizsystemen entsprechende Angebote auch herausbilden. Es ist also Unterstützung nötig, keine ultimative Blaupause, nach der alles umorganisiert werden sollte.

### **Wer sollte denn die Anreizsysteme auf die Beine stellen? Die Politik?**

**Nagel:** Wir sind davon überzeugt, dass die Selbstverwaltung noch die Kraft hat, das organisatorisch umzusetzen. Das setzt natürlich voraus, dass sich auch die Selbstverwaltung in den jeweiligen Blöcken nicht nur darum kümmert, was ihre jeweilige Klientel braucht, sondern darüber hinaus gemeinschaftlich denkt. Auf der anderen Seite muss die Politik aber auch Rahmenbedingungen ermöglichen, die nicht zu restriktiv sind. Die Stakeholder in der jeweiligen Region müssen auch die Möglichkeit haben, Gesundheitsversorgung adäquat selbst organisieren zu können.

**Kloepfer:** Das Kernwort dazu heißt Deregulierung. Wir brauchen zwar Rahmenvorgaben – aber auch Wertschätzung für das, was tatsächlich in den jeweiligen Regionen an Möglichkeiten besteht und durch sinnvolle ökonomische Anreizsysteme angeschoben werden kann. Eine Beobachtung aus dem Kreis unserer Mitglieder dazu: Wir sehen, dass der Versorgungspragmatismus direkt vor Ort sehr viel höher ist als jetzt in abstrakten Hauptstadt-Debatten. Daraus leitet sich für uns die Forderung an die Politik ab, regionale Freiheiten einzuräumen, damit die Regionen auch die Chance haben, die für sie richtigen Modelle selber zu finden. Das wird dazu führen, dass wir mit unterschiedlichen Ansätzen – wie wir das übrigens heute auch schon machen – in die Versorgung reingehen. Aber das ist etwas, was der Föderalismus fast zwangsläufig mitbringt. Wir haben halt eine andere Versorgungskultur in Mecklenburg-Vorpommern als in Berlin oder im Speckgürtel von München. Darauf muss das System mit Freiheit reagieren können und nicht mit Regulierung.

**Kommen wir noch einmal zu den Anreizsystemen. Wir haben ja nun einen ersten Verordnungsentwurf einer sektorengleichen Vergütung. Geht das Konzept in die richtige Richtung?**

**Nagel:** Nach meinem ersten Eindruck ist es die richtige Richtung. Wie bei solchen Konzepten nicht unüblich, gibt es nun eine sehr differenzierte Prüfung von den jeweiligen Betroffenen. Es wird geschaut, was dort an Möglichkeiten und Gestaltungsspielräumen gegeben ist – und ob es für die jeweilige Situation ausreicht. Auch hier denke ich, muss die Umsetzung am Ende des Tages den praktischen Notwendigkeiten folgen. Bei allem Verständnis dafür, dass man eigentlich immer zu wenig hat, muss man bei der Analyse auch einmal die Perspektive drehen und sagen: Wie können wir mit dem, was wir haben, eine gute und sinnhafte Betreuung für die Patientinnen und Patienten realisieren?

**Kloepfer:** Wie bei der kompletten Debatte um die Weiterentwicklung der Strukturen ist auch hier wichtig: Wenn wir ambulant und stationär jetzt stärker zusammenführen wollen, ist es vernünftig, dass wir das mit Augenmaß und ausgeglichenen Rahmenbedingungen machen.

**...die Sie im Moment nicht sehen?**

**Kloepfer:** Sagen wir einmal so: In der derzeitigen Gemengelage, in der fast alles aus der Krankenhausreform hervorgeht, sehen wir die Gefahr, dass alles etwas stärker aus der Sicht der Krankenhäuser passiert – und etwas weniger stark aus der Sicht der ambulanten Versorgung. Das ist auch Punkt, der sich bei unseren Mitgliedern artikuliert, jedenfalls sofern sie aus der vertragsärztlichen Versorgung kommen. Sie haben das Gefühl, in der Neujustierung zwischen ambulant und stationär neigen sich die Waagschalen etwas stärker in Richtung der Bevorzugung von Krankenhäusern. Das betrifft zum Beispiel das Thema Investitionen: Die Krankenhäuser bekommen Investitionen gegenfinanziert, die ambulante Versorgung nicht. Das Thema wird von der Politik aber nicht adressiert. Dann haben wir das Thema Erlaubnisverbotsvorbehalt. Wichtig wird auch sein, ob die geplanten Level 11-Krankenhäuser weiter der Planungshoheit der Länder unterliegen. Eigentlich bräuchten wir eine gemeinsame ambulante-stationäre Bedarfsplanung für diesen Bereich.

**Nagel:** Da stimme ich zu. Es ist wesentlich, dass wir nicht nur Strukturveränderungen im Sinne von Zugangsmöglichkeit bekommen, sondern dass wir wirklich eine gemeinsame Bedarfsplanung erhalten. Es ist jetzt politisch auch geboten, Vorschläge zu unterbreiten, wie diese Veränderung die ambulante niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen adäquat mitnimmt. Welche Anreizsysteme gerade für die niedergelassenen Kollegen kann es geben? Wir werden das System nur stärken können, wenn es gelingt, das Engagement der einzelnen Fachkräfte wirklich zu heben. Insgesamt ist der Gesetzgeber auch mal aufgefordert, das SGB V zu durchzufen, wo die Gegnerschaft und die Verteilungskonflikte zwischen den Sektoren verankert ist. Denn die Überwindung dieser im Regelwerk angelegten Konflikte ist vor allem eine politische Aufgabe,

**Gerade im Bereich der ambulanten Operationen wird manchen Einrichtungen auch Rosinenpickerei vorgeworfen. Unternehmen schielen auf hohe Gewinne, heißt es dann. Wie stehen Sie zum Thema Industrialisierung im Gesundheitssystem?**

**Nagel:** Das Gesundheitswesen ist nicht der Bereich, in dem ökonomische Optimierung – im Sinne eines Dienstleistungsangebots, das ich möglichst teuer verkaufen kann – erlaubt sein darf. Sonst schließt man unter Umständen bestimmte Gruppen von Versorgungsangeboten aus. Hier brauchen wir klare Regeln und Firewalls.

**Kloepfer:** Die Frage ist andererseits aber natürlich auch, ob durch private Investitionen Anreize entstehen, die im übergeordneten Sinne sinnvoll sind. So können manchmal durch diese Investitionsmittel auch Managementaufgaben an andere geeignete Berufsgruppen übertragen werden, als an die Fachkräfte, die konkret am Patienten arbeiten. So können auch Defizite in der Finanzierung der Sozial- und Sicherungssysteme gegebenenfalls reduziert werden. Zumindest muss man dieses Thema sehr differenziert sehen. Und was das Rosinenpicken angeht: Wenn Rosinen gepickt werden können, dann stimmt das Honorarsystem offensichtlich nicht. Dann muss man über die Strukturen dort nachdenken.

**Kommen wir nochmal zu einem anderen Thema, das auch die Sektoren-Schnittstellen betreffen könnte: Der Bundesgesundheitsminister bringt gerade ein Transparenzregister auf den Weg, das Patienten über die Qualität von Kliniken – insbesondere auch über die Erfolgs- und Komplikationsquoten bei Eingriffen informieren soll. Sind solche Maßnahmen wichtig und richtig?**

**Nagel:** Also es ist gar keine Frage, dass es richtig ist, möglichst transparent die Leistungsfähigkeit der jeweiligen medizinischen Einrichtungen objektiv darzustellen. Ob das Gesetz, was jetzt gerade auf den Weg gebracht worden ist, diesem Anspruch genügt und dieses Ziel erreicht, wird von einigen Playern im Gesundheitswesen bezweifelt. Hier geht es sehr stark um die Frage der Realisierung und der Umsetzung. Ob das Resultat der eigentlichen Intention entspricht, werden wir dann sehen.

**Kloepfer:** Prinzipiell ist Transparenz an der Stelle natürlich nicht verkehrt. Wir haben hunderttausende Seiten von Qualitätsberichten an verschiedenen Orten, die man zentralisieren könnte. Aus Sicht der Patientinnen und Patienten ist das gut. Ich frage mich nur, ob es dafür eine Gesetzesinitiative gebraucht hätte. Der AOK-Bundverband hat exzellente Daten. Die Weiße Liste hat exzellente Daten. Hätte man da nicht irgendwelche Public-private-Partnership-Modelle draus machen können? Die Transparenz gibt es ja schon. Es hätte nicht viel bedurft, das zu bündeln und auf eine neue Stufe zu heben. Aber vielleicht dient das so eher dem Prestige von Karl Lauterbach. Allerdings hat er damit in Kauf genommen, die Länder zu verstimmen, weil er einen Alleingang bevorzugte.

**Welche Rolle spielt die Digitalisierung an der Schnittstelle ambulant-stationär? Sind da die Erwartungen nicht manchmal zu hoch?**

**Kloepfer:** Das ist schon ein wichtiger Aspekt, um die Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte untereinander in dem Bereich zu verbessern. Aus meiner Sicht ist Interoperabilität da der Schlüssel. Da muss es entsprechende Verpflichtung geben, damit sich gleiche Standards durchsetzen. Wir sollten nicht mehr länger akzeptieren, dass Patienten mit Röntgenbildern im Umschlag oder CDs von einer Einrichtung in die nächste geschickt werden.

**Nagel:** Die Digitalisierung kann sicher helfen, die praktisch künstlich gezogenen Grenzen im System zu überwinden. Die DGIV hat sich sehr engagiert auch im Rahmen der Entwicklung des Koalitionsvertrages der jetzigen Bundesregierung für das Gesundheitsdaten-Nutzungsgesetz eingesetzt. Da sind wir auf dem richtigen Weg.

*Der DGIV-Jahreskongress findet am 29 November in Berlin statt. Weitere Informationen [finden Sie hier](#).*

15.11.2023 13:57, Autor: js, © änd Ärztenachrichtendienst Verlags-AG  
Quelle: <https://www.aend.de/article/226058>