

GESUNDHEITSWESEN AKTUELL 2016

BEITRÄGE UND ANALYSEN

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Christoph Straub, Brigitte Bosch-Cleve, Andreas Hölscher, Albrecht Walther, Susanna Weineck
Versorgung patientenorientiert gestalten – sektorübergreifende Versorgung

AUSZUG aus:

BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2016 (Seite 14–35)

Christoph Straub, Brigitte Bosch-Cleve, Andreas Hölscher, Albrecht Walther,
Susanna Weineck

VERSORGUNG PATIENTENORIENTIERT GESTALTEN – HANDLUNGSFELDER FÜR EINE SEKTORÜBERGREIFENDE VERSORGUNG

Trotz der zahlreichen gesetzgeberischen Maßnahmen fehlt es nach wie vor an überzeugenden Konzepten, wie Krankenhäuser und Ärzte in Städten und Gemeinden patientenorientiert und aufeinander abgestimmt ihre Zusammenarbeit verbessern können. Die sektorübergreifende Ausrichtung der Versorgung muss deshalb in der gesundheitspolitischen Gesetzgebung der nächsten Jahre einen wichtigen Schwerpunkt bilden. Dazu bedarf es eines Gesamtkonzeptes. Vor diesem Hintergrund werden in dem vorliegenden Beitrag Vorschläge unterbreitet, die zur Überwindung der Schnittstellen im Gesundheitssystem beitragen können. Mit einer sektorübergreifenden Versorgungsplanung, der Angleichung der Vergütungsregelungen im ambulanten und stationären Bereich sowie der Kooperation der Leistungserbringer in regionalen Versorgungsverbänden könnten wichtige strukturelle Veränderungen in Angriff genommen werden, um die Versorgung für die Patienten entscheidend zu verbessern.

Einleitung

Die Nachteile des nach Sektoren gegliederten deutschen Gesundheitssystems werden bereits seit vielen Jahren beschrieben und analysiert, auch die Versuche einer Durchbrechung der Sektorengrenzen sind vielfältig. Dennoch funktionieren die einzelnen Versorgungsbereiche – ob ambulante und stationäre Versorgung, ob Reha oder Pflege – weitgehend nach ihrer eigenen sektoralen Logik.

Werden die Bereiche der ambulanten und der stationären Versorgung betrachtet – und darauf wird sich dieser Beitrag konzentrieren – ist festzustellen, dass die Schnittstellen an den Sektorengrenzen eine bedarfsgerechte und kontinuierliche medizinische Behandlung der Patienten behindern. Oftmals bestimmt nicht der medizinische Bedarf die Art der ärztlichen Versorgung von Patienten, sondern die den Sektoren zugrunde liegenden Regelungen zur Vergütung und Leistungserbringung. So bilden sich Doppelstrukturen, weil Leistungen parallel und unwirtschaftlich angeboten werden. Das Nebeneinander von ambulanter und stationärer Versorgungsplanung führt zu Über-,

Unter- und Fehlversorgung. Die für die Erbringung der medizinischen Behandlung notwendigen Prozesse werden durch unzureichende Kommunikation und Kooperation an den Sektorengrenzen beeinträchtigt. Dies hat gravierende Folgen für die Behandlungskontinuität.

Das ernüchternde Fazit von Ferdinand Gerlach, dem Vorsitzenden des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, lautet: Es ist „kein Qualitätswettbewerb zwischen den einzelnen Sektoren möglich. Es gibt auch keine Anreize zu kooperieren, dafür aber starke Anreize zu konkurrieren. Es gibt Informationsbrüche, unabgestimmte Therapien, Mehrfachdiagnostik. Wir haben hohe Eingriffszahlen, wir haben eine unangemessene Mengenausweitung und eine Konzentration der Leistungserbringer in den Ballungszentren“ (Gerlach 2016).

Öffnung des stationären Bereichs für ambulante Behandlungen

Zu den Versuchen, die mit den Sektorengrenzen verbundenen Defizite in der Versorgung zu beheben, gehört die Öffnung des stationären Bereichs für ambulante Behandlungen. An der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ist deshalb in den vergangenen Jahren eine Vielzahl von neuen Versorgungsformen entstanden. Es handelt sich um ambulante Versorgungsformen wie beispielsweise die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus, das ambulante Operieren sowie die Einrichtung von psychiatrischen und geriatrischen Institutsambulanzen (Schönbach et. al. 2012; Klauber et al. 2016). Mit der Etablierung der ambulanten Versorgungsformen verfolgte der Gesetzgeber das Ziel, das Versorgungsangebot der niedergelassenen Ärzte zu ergänzen, spezialisierte Behandlungen für besondere Patientengruppen zu etablieren und die Sektorengrenzen aufzubrechen. Entstanden ist jedoch ein „Wildwuchs“ (Wasem 2016) an Regelungen zur Öffnung des stationären Sektors für ambulante Leistungen, mit dem die grundlegenden strukturellen Probleme der nebeneinander bestehenden Sektoren aber nicht gelöst werden: Für beide Versorgungsbereiche gelten unterschiedliche Regelungen für Zugang, Vergütung, Qualität sowie Leistungsdefinition und damit auch für die Leistungsabgrenzung. Gleiche medizinische Leistungen unterliegen also ambulant und stationär unterschiedlichen Bedingungen – auch hinsichtlich der Vergütung.

Gesetzgeberische Ansätze für eine sektorübergreifende Versorgung

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) aus dem Jahr 2012 hat der Gesetzgeber einen ambivalenten Schritt hin zu einer sektorübergreifenden Gestaltung der Versorgung unternommen. Mit der Weiterentwicklung der Regelungen zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus wurde eine neue Versorgungsform geschaffen, die ambulante spezialfachärztliche Versorgung – ASV (§ 116 b SGB V). Ziel des Gesetzgebers war es dabei, Patienten mit komplexen, schwer therapierbaren oder seltenen Erkrankungen eine interdisziplinäre Behandlung zu ermöglichen. Die ASV ist zudem sektorübergreifend ausgerichtet: An dieser Versorgungsform können niedergelassene Vertragsärzte, Medizinische Versorgungszentren und Krankenhäuser teilnehmen, wenn sie die dafür vorgesehenen Anforderungen erfüllen. Gleichzeitig stellt die ASV den Versuch dar, Indikationen und damit verbundene Leistungen an der Bedarfsplanung des ambulanten und des stationären Sektors vorbei zu organisieren, „um zu einer besseren, patientenbezogenen Versorgung zu gelangen jenseits der Schnittstellendiskussion und der damit verbundenen Interessengegensätze“ (Halbe et al. 2012). Die Idee, aus der ASV heraus einen sich nach und nach ausweitenden sektorübergreifenden Versorgungsbereich zu entwickeln, ist vor dem Hintergrund der vielfältigen Probleme bei der Umsetzung jedoch unrealistisch. Die Rahmenbedingungen für die ASV sind nicht ausreichend definiert, und das Konstrukt erweist sich als zu aufwendig und bürokratisch. Die ASV müsste zudem stärker nach dem Versorgungsbedarf ausgerichtet werden.

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) aus dem Jahr 2015 wurde eine Neuordnung des Selektivvertragsrechts herbeigeführt, um den Krankenkassen die Organisation der „Besonderen Versorgung“ (§ 140 a SGB V) zu erleichtern. Dies ist nur teilweise gelungen. Die Verträge nach § 140 a SGB V ermöglichen eine „verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende“ Versorgung. Sie sind für die gesetzlichen Krankenkassen ein wichtiges Instrument für ein interdisziplinär ausgerichtetes Versorgungsmanagement über die Sektoren hinweg. Von den Leistungen, die diese Verträge umfassen, profitieren jedoch nur die durch die teilnehmenden Vertragspartner eingeschriebenen Versicherten. Die freiwillige Teilnahme der Versicherten schränkt die Wirkung dieses sektorübergreifenden Versorgungsansatzes ein. Gleichzeitig ist der bürokratische Aufwand gegenüber der Regelversorgung erhöht.

Weitere Initiativen, die Übergänge für die Patienten zwischen den Sektoren zu erleichtern, wurden zuletzt mit Neuregelungen im Bereich des Krankenhaus-Entlassmanagements und des Notdienstes ergriffen.

Überwindung der Schnittstellen durch sektorübergreifende Planung

Notwendigkeit einer sektorübergreifenden Versorgungsplanung

Die Versorgungsplanung in der ambulanten und der stationären Versorgung wird bislang getrennt durchgeführt. Eine Abstimmung der beiden Versorgungsbereiche findet in der Regel nicht statt. Ein notwendiges gemeinsames Vorgehen in der Versorgungsplanung wird durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen mit sektoral unterschiedlich geregelten Zuständigkeiten deutlich erschwert: Für die ambulante Versorgung erstellt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) als oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland die maßgebliche Bedarfsplanungsrichtlinie. Für die Krankenhausplanung sind dagegen die Bundesländer zuständig.

Die ambulante Bedarfsplanung und die Krankenhausplanung werden im Wesentlichen als reine Kapazitätsplanungen auf Basis von Verhältniszahlen durchgeführt. Der Fokus liegt dabei im ambulanten Bereich auf der Planungseinheit Arztstz, in der stationären Versorgung auf der Planungseinheit Krankenhausbett. Ausschlaggebend sollte jedoch der tatsächliche Bedarf an Leistungen sein, Kapazitäten müssen dem Bedarf folgen.

Die sich aus der sektoral getrennten Planung ergebenden Probleme in der Versorgung werden von den gesetzlichen Krankenkassen seit Langem beklagt: „Nach wie vor lassen sich Ärzte bevorzugt in städtischen Gebieten nieder und weniger gern in ländlichen Gegenden mit geringer Bevölkerungsdichte und schlechter Infrastruktur. Nach wie vor ist die fachärztliche Tätigkeit für viele Ärzte attraktiver als die hausärztliche, und nach wie vor gibt es Regionen, in denen Ärzte fehlen, und Regionen, in denen es viel zu viele Ärzte gibt. [...] Auf der anderen Seite bestehen vor allem in Städten Überkapazitäten, die durch die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Versorgungsbereiche noch einmal erhöht werden. Diese Leistungen unterliegen zum großen Teil nicht der

Bedarfsplanung. Die teure und unnötige Überversorgung bindet dabei finanzielle Mittel der Krankenkassen und auch Ärzte, die für die allgemeine medizinische Versorgung in der Fläche gegebenenfalls nicht mehr in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen [...]“ (GKV-Spitzenverband 2016).

Für eine spezialisierte und umfängliche Versorgung mit planbaren Leistungen suchen die Patienten aus ländlichen Gebieten zudem immer häufiger größere Versorger in weiterer Entfernung auf. Die Krankenhäuser übernehmen in ländlichen Gebieten aufgrund des Mangels an niedergelassenen Ärzten und steigenden wirtschaftlichen Problemen immer mehr Aufgaben aus der ambulanten Versorgung, um eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen.

Mit dem GKV-VStG hat der Gesetzgeber einen ersten Schritt gemacht, um die Versorgungsplanung zwischen ambulantem und stationärem Sektor besser abzustimmen. So wurde die Möglichkeit geschaffen, ein gemeinsames Landesgremium nach § 90 a SGB V einzurichten, dem Vertreter des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Landeskrankengesellschaft sowie weiterer Beteiligter angehören. Das Gremium kann Empfehlungen zu sektorübergreifenden Versorgungsfragen abgeben und die Gelegenheit erhalten, etwa zur Aufstellung und Anpassung der Bedarfspläne Stellung zu nehmen. Die Bildung und Besetzung des gemeinsamen Landesgremiums ist allerdings bisher dem Landesrecht vorbehalten, auch haben die Entscheidungen des Gremiums lediglich Empfehlungscharakter. Notwendig ist ein bundeseinheitlicher Rahmen, um die ambulante und die stationäre Versorgungsplanung miteinander zu verbinden.

Modell für eine sektorübergreifende Versorgungsplanung nach Versorgungsstufen

Status quo der Versorgungsplanung

Die ambulante Bedarfsplanung wird durch die vom G-BA vorgegebene Bedarfsplanungsrichtlinie bestimmt. Darin werden unter anderem die räumlichen Bezüge der Planung (Planungsbereiche) und die Anzahl der Ärzte festgelegt, die für eine bedarfsgerechte

Versorgung der Bevölkerung benötigt werden. Diese Festlegung erfolgt über die Bestimmung eines Verhältnisses von Einwohnern je Arzt. Auf Basis von Verhältniszahlen werden Versorgungsgrade festgelegt.

Um der drohenden Unterversorgung auf dem Land und der bestehenden Überversorgung in vielen Ballungsgebieten zu begegnen, trat im Jahr 2013 eine vom G-BA überarbeitete Bedarfsplanungsrichtlinie in Kraft. Diese differenziert das Leistungsangebot nach Arztgruppen und unterscheidet zwischen vier Versorgungsebenen: der hausärztlichen, der allgemeinen fachärztlichen, der spezialisierten fachärztlichen und der – neu in die Planung aufgenommenen – gesonderten fachärztlichen Versorgung. Je spezialisierter die Versorgung, desto größer werden die Planungsbereiche für Ärzte. Für die Grundversorgung mit Hausärzten ist ein neuer kleinteiliger Planungsbereich, der sogenannte Mittelbereich, vorgesehen, nächstgrößere Ebenen sind der Kreis (allgemeine Fachärzte), die Raumordnungsregion (spezialisierte Fachärzte) und das KV-Gebiet (gesonderte Arztgruppen).

Wegen ihrer starren Orientierung an historischen Einwohner-Arzt-Verhältniszahlen steht die Bedarfsplanung weiterhin in der Kritik. So ist es bisher nicht gelungen, die bestehenden Allokationsprobleme in der Versorgung zu beseitigen. Dem G-BA wurde daher mit dem GKV-VStG aufgegeben, die neue Bedarfsplanung weiterzuentwickeln und anzupassen.

Um das Ziel einer angemessenen bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung zu erreichen, muss eine sektorübergreifende Perspektive eingenommen werden.

Die Krankenhausplanung liegt demgegenüber in der Verantwortung der Bundesländer, denen gleichzeitig der Sicherstellungsauftrag für die stationäre Versorgung zugewiesen ist. Während der Bundesgesetzgeber Voraussetzungen für die Zulassung von Krankenhäusern an der medizinischen Versorgung benennt, sind in den jeweiligen Landeskrankengesetzen die entsprechenden Planungskriterien, wie etwa die Entfernung zur nächsten Klinik, festgelegt. Die Krankenhauspläne der Länder sollen eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden

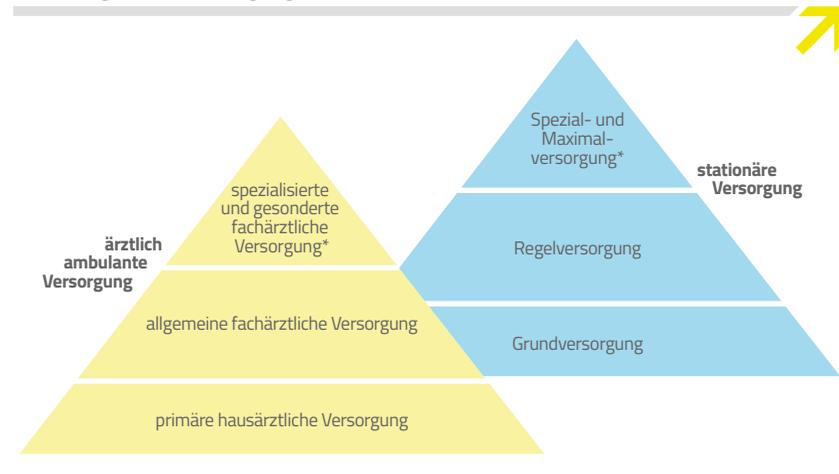
Krankenhäusern sicherstellen. Allerdings ziehen sich die Bundesländer zunehmend auf die Rahmenplanung zurück und greifen kaum in das Leistungsgeschehen der einzelnen Krankenhäuser ein. Die Folge sind Überkapazitäten und Leistungsausweitungen in der stationären Versorgung.

Modell für eine sektorübergreifende Versorgungsplanung nach Versorgungsstufen

Erster Schritt: Leistungszuordnung nach Versorgungsstufen

In einem ersten Schritt hin zu einer sektorübergreifenden Planung aller Versorgungsbereiche sollten sowohl die ambulanten als auch die stationären Leistungen den drei nach Bedarf und Spezialisierung zu unterscheidenden Versorgungsstufen zugeordnet werden. Dies umfasst auch die bestehenden Sonderformen, wie zum Beispiel die Hochschulambulanzen (HSA) und die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA). Diese Zuordnung wird durch den G-BA vorgenommen.

Abbildung 1: Drei Versorgungsstufen



* Die bisher im ambulanten Bereich getrennt zu planenden Versorgungsstufen werden hier zusammengefasst. Quelle: eigene Darstellung

Abbildung 1 veranschaulicht die für eine gelingende sektorübergreifende Versorgung wesentliche Schnittstelle zwischen allgemeiner fachärztlicher Versorgung und der Grund- und Regelversorgung im Krankenhaus. An dieser Schnittstelle müssen „die Rahmenbedingungen so umgestaltet werden, dass anstelle eines kontraproduktiven Wettbewerbs zwischen niedergelassenen Fachärzten und Krankenhausfachärzten eine konstruktive Zusammenarbeit und Synergieeffekte im Interesse der Patientenversorgung ermöglicht werden. Dabei sollten insbesondere die Kontinuität der Patient-Arzt-Beziehung und die kooperative Gestaltung der Schnittstellen zwischen den fachärztlichen Versorgungsebenen besondere Beachtung finden“ (Bundesärztekammer 2010).

Vor allem für diese Schnittstelle ist es notwendig, einen einheitlichen ordnungspolitischen Rahmen zu schaffen.

Demgegenüber verbleibt der Schwerpunkt der primären hausärztlichen Versorgung bei den Vertragsärzten. Perspektivisch ist jedoch der Einsatz von Allgemeinärzten auch in Kliniken vorstellbar. Die stationären Leistungen der Spezial- und Maximalversorgung werden dagegen weiterhin ausschließlich durch die Krankenhäuser erbracht.

Zweiter Schritt: Verbindung der Versorgungsstufen mit Planungsbereichen

In einem zweiten Schritt werden den Versorgungsstufen unterschiedlich große Planungsbereiche zugeordnet. Dies geschieht auf Basis und in Analogie zu den Kriterien der bisher für die ambulante Versorgung maßgeblichen Bedarfsplanungsrichtlinie:

- die (kleineren) Mittelbereiche für die primäre hausärztliche Versorgung (beispielsweise Allgemeinärzte, praktische Ärzte, Hausärzte), die gute Erreichbarkeit ist hier wesentliches Kriterium,
- die Kreise für die allgemeine fachärztliche Versorgung (beispielsweise Kinder- und Frauenärzte, Chirurgen, Orthopäden, Augen- und HNO-Ärzte und Psychotherapeuten) sowie die Grund- und Regelversorgung im stationären Bereich,
- die größeren räumlichen Einheiten der Raumordnungsregionen (beispielsweise Regierungsbezirke) für die spezialisierte fachärztliche Versorgung (beispielsweise

Fachinternisten, Anästhesisten, Radiologen) im ambulanten Bereich und die KV-Gebiete für die gesonderte fachärztliche Versorgung (Humangenetiker, Laborärzte, Neurochirurgen, Nuklearmediziner etc.). Die Leistungen der Spezial- und Maximalversorgung im stationären Bereich können teilweise den Raumordnungsregionen und den KV-Gebieten zugeordnet werden.

Dritter Schritt: Ermittlung von Leistungsbedarfen

Bei der Ermittlung von Leistungsbedarfen werden je medizinischem Leistungsbereich die durchschnittlichen Bedarfe in den jeweiligen Planungsbereichen festgestellt. Diese werden nach Anzahl und Alterszusammensetzung der Bevölkerung ermittelt (beispielsweise pro 10.000 Einwohner einer Alterskohorte). Als prospektive Größen können die demografische Entwicklung und gegebenenfalls ein Morbiditätsfaktor einbezogen werden.

Auch die Vorgaben zur Ermittlung des Leistungsbedarfs werden durch den G-BA erstellt. Für alle Planungsbereiche gelten grundsätzlich identische Planungskriterien – Abweichungen sind aufgrund besonderer regionaler Versorgungsstrukturen möglich. Dem Unterschied zwischen den städtischen Ballungsgebieten und den ländlichen Regionen wird mittels des Bevölkerungsbezugs Rechnung getragen. Bei Bedarf kann bei der Ermittlung der Leistungsbedarfe über Zu- und Abschläge ein Korrekturfaktor für die unterschiedliche Versorgungsdichte eingeführt werden.

Für die Ermittlung der ambulanten Leistungsbedarfe sollte auf Durchschnittswerte aus Regionen zurückgegriffen werden, die nach der derzeit gültigen Bedarfsplanungsrichtlinie als regelversorgt, das heißt weder als unter- noch als überversorgt gelten. Im Krankenhausbereich kann eine Orientierung an durchschnittlichen Landes- beziehungsweise Bundeswerten erfolgen.

Vierter Schritt: Umwandlung der Leistungsbedarfe in Behandlungskapazitäten

Für die Abbildung der einzelnen Leistungsbedarfe in Behandlungskapazitäten sind abgestimmte und weitgehend identische Planungskriterien wie etwa Qualitätsindikatoren für Vertragsärzte und Krankenhäuser notwendig. Die Vorgaben bei der Angleichung

sollten wiederum durch den G-BA erarbeitet werden, dabei sollte der Abbau von Überversorgung einen besonderen Stellenwert bekommen.

Der ermittelte Leistungsbedarf kann für die ambulanten Leistungen nach Facharztgruppen (beispielsweise auf der Ebene Kardiologie oder Rheumatologie) in Arztsitze (niedergelassene Vertragsärzte) oder Arztstellen (Krankenhäuser) und für die stationäre Versorgung in Betten beziehungsweise Behandlungsplätze umgerechnet werden. Dabei wird auch nichtärztliches Personal einbezogen, etwa aus dem pflegerischen und spezialpflegerischen Bereich oder dem der Heilmittelerbringer.

Die Umrechnung der Leistungsbedarfe in Kapazitäten sollte zunächst an bestehenden Durchschnittswerten (beispielsweise Leistung pro Vertragsarzt) orientiert werden. Hierfür könnte perspektivisch eine neue Kalkulationssystematik erarbeitet werden.

Für diesen vierten Schritt bedarf es gesetzlicher Vorgaben, damit die ambulanten und stationären Leistungsangebote bedarfsorientiert aufeinander abgestimmt werden: Im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung verantworten die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen die Detailplanung nach den Vorgaben des G-BA; Anträge auf Zulassung werden von den Zulassungsgremien bedarfsabhängig unter möglicher Hinzuziehung der Landeskrankenhausesgesellschaft geprüft, wenn stationäre Einrichtungen an der ambulanten Versorgung beteiligt werden wollen. Dies geschieht unter Aufsicht des jeweiligen Bundeslandes. Die Zulassung könnte auch wie bei der ASV durch die erweiterten Landesausschüsse erfolgen, anders als bei der ASV jedoch als Antrags- und nicht als Anzeigeverfahren. Für die stationäre Versorgung erfolgen Detailplanung und Zulassungen durch die Krankenhausgesellschaften und Krankenkassen, ebenfalls unter Aufsicht des jeweiligen Bundeslandes.

G-BA mit Richtlinie zur sektorübergreifenden Versorgungsplanung

Zur Umsetzung des vorgestellten Modells einer sektorübergreifenden Versorgungsplanung sollte der Gesetzgeber den G-BA mit der Erarbeitung einer Richtlinie für die sektorübergreifende Versorgungsplanung beauftragen. Zugleich müssen die bisherigen gesetzlichen Grundlagen der Versorgungsplanung in der ambulanten und in der

stationären Versorgung nach der für beide Sektoren gleichermaßen neu geltenden Richtlinie des G-BA entsprechend ausgerichtet werden.

In der neuen sektorübergreifenden Versorgungsplanungs-Richtlinie sollten die eben erläuterten Schritte wie die Definition der Leistungen, inklusive der Zuordnung zu den Versorgungsstufen, festgelegt werden. Für eine konsequente Qualitätsorientierung der Versorgung müssen in der Richtlinie sinnvolle Mindestmengen für einzelne Leistungen oder Leistungsbereiche festgesetzt werden. Qualitätsindikatoren und Mindestmengen sind dabei gleichzeitig Voraussetzung für die Zulassung zur Leistungserbringung. Bei der Ermittlung des Leistungsbedarfs und der Berechnung der Behandlungskapazitäten könnte auf die bisherige Richtlinie zur ärztlichen Bedarfsplanung zurückgegriffen werden. Für die stationären Leistungen müssen entsprechende Zuordnungskriterien entwickelt werden, die sich sowohl auf die ambulanten als auch auf die stationären Leistungen beziehen.

Dem Gesetzgeber obliegt es, zukünftig die Ermächtigungen für HSA, PIA etc. in eine bedarfsabhängige Prüfung einzubeziehen. Bislang werden diese Ermächtigungen weitgehend bedarfsunabhängig und „automatisch“ durch die Zulassungsausschüsse ausgesprochen. Durch den Wegfall der Sondernormen könnte der „Wildwuchs“ bislang nicht kompatibler Einzellösungen bei der Öffnung des stationären Sektors für ambulante Leistungen beendet werden. Diese Versorgungsformen würden im neuen System bei der Versorgungsplanung erfasst.

Planungsgremien und Sicherstellung

Eine gesetzliche Vorgabe für die zwingende Abstimmung der ambulanten und stationären Planungsgremien könnte zunächst nur für die beschriebene Schnittstelle der allgemeinen fachärztlichen Versorgung und der Grund- und Regelversorgung erfolgen. Die Abstimmung sollte im Rahmen eines Einvernehmens oder einer Benehmensherstellung unter Aufsicht der Länder erfolgen. Diese überwachen damit die Umsetzung der G-BA-Vorgaben.

Langfristig ist zur Umsetzung der sektorübergreifenden Planung aber auch die Schaffung eines gemeinsamen Planungsgremiums unter Beteiligung der Länder sinnvoll. Hierfür

können die gemeinsamen Landesgremien gemäß § 90 a SGB V verpflichtend eingesetzt und neu ausgerichtet werden. So müssen zum Beispiel die Krankenkassen direkt eingebunden und beteiligt werden. Die Sicherstellung der Versorgung ist ebenfalls nach diesen Vorgaben auszurichten, das heißt, die Sicherstellung der ambulanten Versorgung verbleibt bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Bei Erbringung der Leistungen durch stationäre Leistungserbringer wird die Sicherstellung in Abstimmung mit den Ländern ausgeübt. Der Sicherstellungsauftrag für die stationäre Versorgung verbleibt bei den Ländern. Zukünftig muss die Sicherstellung jedoch unabhängig vom Versorgungsort gewährleistet werden. Dazu müssen perspektivisch alle Beteiligten – also Länder, niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser – gemeinsam die Verantwortung für die Sicherstellung übernehmen.

Sektorübergreifende Vergütung: Gleiches Geld für gleiche Leistungen

Fehlanreize durch sektorbezogene Vergütungssystematik

Neben den Veränderungen in der Versorgungsplanung besteht auch im Bereich der Leistungsvergütung Harmonisierungsbedarf. Denn die aktuelle Vergütungssystematik in der gesetzlichen Krankenversicherung zeigt ein stark differenziertes Bild. Die Vergütung im ambulanten Bereich erfolgt in der Regel auf Basis des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) im Rahmen des Budgets der Kassenärztlichen Vereinigung (morbiditätsorientierte Gesamtvergütung). Darüber hinaus werden jedoch einzelne Leistungen (zum Beispiel Ambulante Operationen oder die Leistungen der PIA) außerhalb des KV-Budgets finanziert. Neben Einzelleistungsvergütungen kommt eine patientenbezogene Quartalspauschale zum Einsatz. Im Krankenhaus erfolgt die Finanzierung im Rahmen eines krankenhausespezifischen Budgets über Behandlungsfallpauschalen und Zusatzentgelte für besondere Leistungen (DRG-System).

Dies hat zur Folge, dass die Leistungen, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können, in unterschiedlicher Höhe vergütet werden. Die sektorbezogene Vergütungssystematik (EBM, DRG) setzt also Fehlanreize: Die Leistung wird tendenziell eher dort erbracht, wo die höhere Vergütung gezahlt wird.

Darüber hinaus fördert die Möglichkeit der Mehrfachabrechnung in unterschiedlichen Vergütungssystemen eine unnötige Leistungsausweitung, beispielsweise in Form von Doppeluntersuchungen. Es zeigt sich, dass unterschiedliche Vergütungen sektorübergreifende Versorgungskonzepte behindern.

Vor diesem Hintergrund sollte die Vergütungssystematik an der Schnittstelle zwischen fachärztlich ambulanter und stationärer Grund- und Regelversorgung harmonisiert werden. Für gleiche Leistungen sollte unabhängig vom Erbringungsort die gleiche Vergütung erfolgen.

Anpassung der Vergütung durch sektorübergreifende indikationsbezogene Leistungskomplexe

Zur Vereinheitlichung der Vergütungssysteme sollten indikationsbezogene Behandlungspauschalen (Komplexpauschalen) für den Schnittstellenbereich zwischen fachärztlich ambulanter und stationärer Grund- und Regelversorgung entwickelt werden. Im bestehenden Vergütungssystem wird zum Beispiel eine Pauschalvergütung für die Akut- und anschließende Rehabilitationsbehandlung im Rahmen von Verträgen der Integrierten Versorgung als Komplexpauschale bezeichnet. Ebenso können aber auch verschiedene ambulante und stationäre oder haus- und fachärztliche Behandlungsabschnitte durch eine Komplexpauschale vergütet werden. Die Verteilung der zu zahlenden Komplexpauschale auf die verschiedenen an der Komplexleistung beteiligten Leistungserbringer erfolgt in der Regel durch vertragliche Vereinbarungen zwischen den Leistungserbringern.

Die Abbildung dieser sektorübergreifenden indikationsbezogenen Leistungskomplexe erfolgt übergangsweise über einen neuen Anhang im EBM auf der Basis von Operationen- und Prozedurenschlüsseln (OPS). Diese Konstruktion sollte aber nicht von Dauer sein, sondern Ausgangspunkt für eine grundlegende Revision des EBM.

Als Beispiele könnten hier die Kataraktbehandlung oder eine Linksherzkatheteruntersuchung genannt werden. Bei der Entwicklung sollen möglichst Indikationen beziehungsweise Untersuchungskomplexe berücksichtigt werden, für die es klar

definierte Behandlungspfade gibt. Bei Bedarf müssen weitere Behandlungspfade und Leitlinien entwickelt werden. Die Leistungsauswahl erfolgt über den G-BA. Der ergänzte Bewertungsausschuss (bestehend aus Kassenärztlicher Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverband und Deutscher Krankenhausgesellschaft) nimmt anschließend die Bewertung der Leistungen (Komplexpauschalen) vor. Mit der Entwicklung eines entsprechenden Kalkulationsmodells kann beispielsweise das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) durch den ergänzten Bewertungsausschuss beauftragt werden. Leistungen außerhalb der Behandlungspfade, zum Beispiel auch in Form von Doppeluntersuchungen, können nicht separat abgerechnet werden.

Indikationsbezogene Vergütung (Stufenvergütung) als Behandlungskomplex

Die Bewertung der indikationsbezogenen Komplexpauschale erfolgt als Summe der einzelnen Leistungen, soweit möglich, sollen sich diese auf evidenzbasierte Leitlinien stützen. Sofern die Teilleistungen außerhalb der Behandlungspfade und unabgestimmt von verschiedenen Akteuren erbracht werden, werden die Einzelleistungen niedriger vergütet. Denkbar wäre ein Vergütungsabschlag in Höhe von zehn Prozent.

Regionalspezifische Besonderheiten könnten über einen regionalen Punktwert beziehungsweise Anpassungsfaktor bei der Vergütung berücksichtigt werden. In Regionen, die sich im strukturellen und demografischen Umbruch befinden, würde ein höherer Punktwert zur Förderung der Leistung angesetzt. In gut versorgten Gebieten (urbanen Räumen) könnte hingegen auch mit einem reduzierten Punktwert vergütet werden.

Eine sektorübergreifende Vergütung reduziert den bürokratischen Aufwand, da die Leistungsdefinition und Preiskalkulation nur einmal und nicht für den ambulanten und stationären Bereich doppelt erfolgen müssen. Die Definition von Behandlungskomplexen erhöht die Qualität der Leistungserbringung, da die Festlegung der Einzelleistungen auf Leitlinien und Behandlungspfaden basiert. Eine abgestaffelte Vergütung fördert die Leistungserbringung aus einer Hand. Darüber hinaus wird der Anreiz zu Doppeluntersuchungen reduziert.

Verbesserung der Kooperation am Beispiel von Regionalen Versorgungsverbänden

Entwicklung von Regionalen Versorgungsverbänden

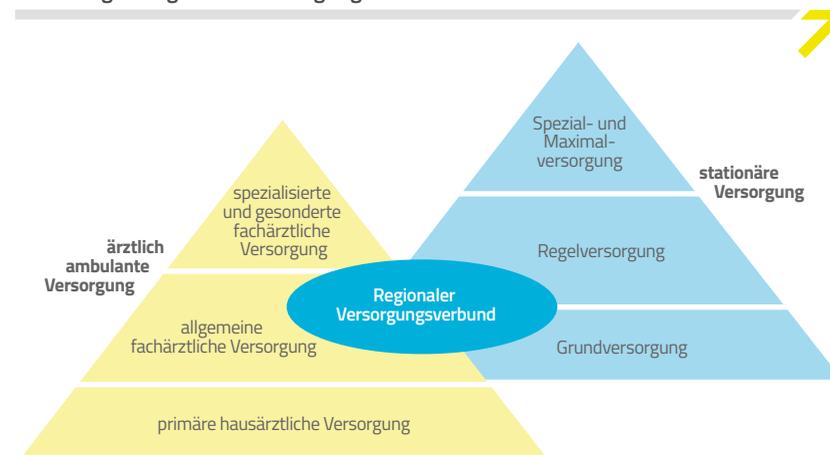
Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten sollen sich Leistungserbringer in Regionalen Versorgungsverbänden zusammenschließen. Denn genau an der Schnittstelle zwischen fachärztlich ambulanter und stationärer Grund- und Regelversorgung kann die sektorübergreifende Versorgung gelingen. Als Ergebnis einer abgestimmten Bedarfsanalyse und Versorgungsplanung und auf Basis verbindlicher Vorgaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität können Regionale Versorgungsverbände durch die enge Kooperation von niedergelassenen Fachärzten und Krankenhäusern entstehen.

Regionale Versorgungsverbände sind eine Antwort auf die Forderung nach einer stärkeren Vernetzung der Leistungserbringer. Die Kommunikation im Versorgungsverbund und darüber hinaus kann durch die Nutzung geeigneter Instrumente wie der Telematikinfrastruktur, der elektronischen Gesundheitskarte, des Medikationsplans etc. verbessert werden. Interdisziplinäres, professionenübergreifendes Arbeiten wird zum Leitgedanken der Versorgung. Die Optimierung der Behandlung durch klar strukturierte Behandlungspfade besonders bei chronisch Erkrankten sowie die Entwicklung diagnose- beziehungsweise indikationsorientierter Behandlungseinheiten finden hier ihre Anwendung.

Der Regionale Versorgungsverbund – Aufbau und Struktur

Die Ausgestaltung eines Regionalen Versorgungsverbundes als Versorgungsmodell zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten wohnortnahen Versorgung für Regionen im strukturellen und demografischen Umbruch soll nachfolgend beispielhaft dargestellt werden (Abbildung 2).

Abbildung 2: Regionaler Versorgungsverbund



Quelle: eigene Darstellung

Aufbau und Struktur der Regionalen Versorgungsverbände sowie die Art und Zusammensetzung der daran beteiligten Leistungsanbieter ergeben sich aus den bestehenden regionalen Ressourcen und den Erfordernissen der Versorgung. Ausgangspunkt ist dabei die sektorübergreifende Versorgungsplanung auf Basis des regionalen Versorgungsbedarfs. Hier wird festgestellt, welche ambulanten und stationären Leistungsangebote je Fachgebiet vorgehalten werden sollen. Erst dann erfolgt die Festlegung, welche Anbieter zur Leistungserbringung berechtigt werden sollen.

Zu der Kooperation kann sich eine Vielfalt von Beteiligten mit unterschiedlichen Organisations-, Eigentums- und Rechtsformen zusammenschließen. Für die Teilnahme an der Versorgung ist zunächst eine Zulassung zur ambulanten Versorgung von niedergelassenen Ärzten beziehungsweise Krankenhäusern durch die Kassenärztliche Vereinigung notwendig. Die Zulassung von Krankenhäusern für die stationäre Versorgung richtet sich nach den bestehenden Regelungen aus § 108 SGB V (Hochschulmedizin, Plankrankenhaus oder Versorgungsvertrag). Darüber hinaus müssen die im Rahmen der Versorgungsplanung definierten verbindlichen Vorgaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität verpflichtend vor der Zulassung zur Leistungserbringung umgesetzt werden.

Ferner bieten Regionale Versorgungsverbände durch ein flexibles Personalmanagement verschiedene Möglichkeiten, um die Attraktivität der ärztlichen Tätigkeit in dezentralen Regionen zu steigern.

Die mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz aus dem Jahr 2007 ermöglichten Flexibilisierungen können hier, zentriert an einem Ort, genutzt und gefördert werden. Dazu zählt insbesondere die Anstellung von Ärzten in Vertragspraxen, die Erteilung von Teilzulassungen, die gleichzeitige Tätigkeit als Krankenhausarzt und Vertragsarzt, die Einrichtung von Zweigpraxen und die Nutzung ausgelagerter Praxisräume. Erst die konsequente flexible Nutzung dieser Rahmenbedingungen ermöglicht und fördert interdisziplinäres Arbeiten.

Qualitätssicherung durch Orientierung an Behandlungspfaden

Das Krankenhaus und die niedergelassenen Ärzte orientieren sich bei der Behandlung der Patienten an klar strukturierten Behandlungspfaden. Der medizinische Behandlungsprozess bei chronischen Erkrankungen wird im Hinblick auf die Qualität der Behandlung und aufgrund des hohen Ressourcenverbrauchs noch stärker als bisher über Leitlinien und Versorgungspfade strukturiert. Alle Beteiligten verständigen sich über Art, Umfang und Zeitpunkt der notwendigen Behandlungsschritte. Charakteristikum eines Behandlungspfades ist die Beschreibung von Abfolge, Terminierung, Inhalten und Verantwortlichkeiten als wichtige Bestandteile der Versorgung von definierten Patientengruppen. Zentrales Element eines Behandlungspfades ist dabei die Zeitachse, auf welcher die einzelnen Elemente der Versorgung angeordnet werden. Behandlungspfade sollten, wenn möglich, unter Berücksichtigung existierender Leitlinien erstellt werden. Sie können dann ein wesentliches Instrument der Leitlinien-Implementierung sein.

Wechselseitige Information und gemeinsame Koordination sowie Dokumentation sind elementare Bestandteile der Versorgung. In geeigneten Behandlungsfällen kann die ärztliche Versorgung im ambulanten sowie im stationären Bereich durch denselben Mediziner erfolgen, damit manifestiert sich der Abbau unnötiger Schnittstellen in der praktischen Umsetzung.

Kooperation mit ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern

Insbesondere in Regionen im strukturellen und demografischen Umbruch bietet eine Konzentration der ambulanten und stationären Versorgung Möglichkeiten der Versorgungsoptimierung. Der Regionale Versorgungsverbund geht Kooperationen mit Leistungsanbietern der höheren Versorgungsstufen ein. Im Rahmen von telemedizinischen Konsultationen kann dabei auf die fachliche Expertise aus der spezialisierten und gesonderten fachärztlichen ambulanten Versorgung oder der stationären Spezial- und Maximalversorgung zurückgegriffen werden. Eine Vernetzung von Regionalen Versorgungsverbänden mit unterschiedlichen Versorgungsschwerpunkten ist auf diesem Wege ebenfalls denkbar.

Die gemeinsame Nutzung der technischen Infrastruktur und der personellen Kapazitäten erhöht die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung.

Die klar definierte Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern kann innerhalb des Regionalen Versorgungsverbundes um Kooperationen mit weiteren an der Versorgung Beteiligten ergänzt werden. Ergänzende Leistungen wie zum Beispiel ambulante Krankenpflegeleistungen (etwa Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V) oder physiotherapeutische Leistungen können so in das sektorübergreifende Versorgungskonzept eingebunden werden. Die Ausgestaltung kann flexibel an die regionalen Gegebenheiten angepasst werden. Eine gemeinsame Nutzung der vorhandenen Ressourcen ist auch in diesen Kooperationen anzustreben. Perspektivisch können auch Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung in das Versorgungskonzept eingebunden werden. Eine Aufhebung der getrennten Regelungsbereiche der gesetzlichen Krankenversicherung und der gesetzlichen Pflegeversicherung wird dabei nicht angestrebt. Vielmehr geht es darum, die vielfältigen Leistungsmöglichkeiten der gesetzlichen Pflegeversicherung stärker in die Gesamtversorgungskonzepte für die Patienten einzubinden. Damit kann die Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten durch die weitere Reduzierung von Schnittstellen und eine strukturierte Abstimmung von Versorgungsoptionen optimiert werden.

Initiative zur Gründung von Regionalen Versorgungsverbänden

Die Initiative für die Bildung von Regionalen Versorgungsverbänden sollte, sofern dies nicht bereits durch die örtlichen Leistungserbringer erfolgt, von den an der sektorübergreifenden Versorgungsplanung Beteiligten ausgehen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenhäuser, Krankenkassen und Bundesländer tragen die gemeinsame Verantwortung für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung. Die Rahmenbedingungen für die Schaffung von Regionalen Versorgungsverbänden werden über die sektorübergreifende Versorgungsplanung geschaffen. Die Steuerung innerhalb der Verbände wird eigenverantwortlich durch die beteiligten Leistungsanbieter vorgenommen. Die Finanzierung erfolgt über die Vergütung der erbrachten Leistungen. Für notwendige Investitionen ist der Versorgungsverbund verantwortlich, eine Beteiligung durch die Bundesländer oder Kommunen ist jedoch möglich. Die Bundesländer agieren dabei im Rahmen der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser, die Kommunen können Akzente im Bereich der Wirtschafts- und Arbeitsmarktförderung setzen.

Regionale Versorgungsverbände in urbanen Räumen

Das dargestellte Konzept eines Regionalen Versorgungsverbundes als Versorgungsmodell für ländliche Regionen im strukturellen und demografischen Umbruch kann auch auf urbane Räume übertragen werden. Steht im Ursprungskonzept die Sicherstellung einer bedarfsgerechten wohnortnahen Versorgung im Vordergrund, so kann dies in urbanen Räumen die Konzentration von Leistungsangeboten sein. Hierzu werden im Rahmen der Versorgungsplanung die Regionalen Versorgungsverbände in urbanen Räumen mit unterschiedlichen Leistungsschwerpunkten definiert. Dabei werden die ambulanten und stationären Leistungsangebote nach Fachgebieten aggregiert (zum Beispiel Schwerpunkte der Inneren Medizin oder Chirurgie, aber auch Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Augenheilkunde und Urologie). Je nach Versorgungsbedarf können in einzelnen Regionalen Versorgungsverbänden auch mehrere unterschiedliche Fachgebiete zusammengefasst werden.

Schlussfolgerungen

Wie eingangs beschrieben, verfolgt der Gesetzgeber seit Langem das Ziel einer Stärkung der sektorübergreifenden Versorgung. Bei den bislang auf den Weg gebrachten Regelungen handelt es sich jedoch lediglich um eine Vielzahl nicht aufeinander abgestimmter Einzelmaßnahmen – von einem Aufbrechen der Sektorengrenzen kann bislang keine Rede sein.

Notwendig sind vor diesem Hintergrund strukturelle Veränderungen, um an der Schnittstelle gleiche Voraussetzungen für die Leistungserbringer zu schaffen. Die hier vorgestellten Vorschläge sollen einen Beitrag dazu leisten, grundlegende Änderungen anzustoßen, damit Versorgungsdefizite an der Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Bereich endlich überwunden werden können: So begrenzt beziehungsweise verhindert die sektorübergreifende Versorgungsplanung das gleichzeitige Angebot von Leistungen in den unterschiedlichen Sektoren. Brüche in der Behandlungskontinuität, die sich bislang aufgrund der nicht aufeinander abgestimmten Planung des ambulanten und des stationären Versorgungsbereichs ergeben haben, werden vermieden. Die Umsetzung von Mindeststandards, die im Rahmen der Versorgungsplanung festgesetzt werden, verbessert die Qualität der Versorgung. Damit können Über-, Unter- und Fehlversorgung abgebaut werden.

Für die Vergütung im Schnittstellenbereich zwischen fachärztlich ambulanter und stationärer Grund- und Regelversorgung werden regelhaft indikationsbezogene Behandlungspauschalen (Komplexpauschalen) angewendet. Damit erfolgt eine Angleichung der ambulanten und stationären Vergütung in diesem Versorgungsbereich. Perspektivisch könnte damit gar die sektorgebundene Verteilung der finanziellen Mittel aufgehoben werden.

Mit der Etablierung einer sektorübergreifenden Versorgungsplanung und der Angleichung der Vergütung für den Schnittstellenbereich zwischen fachärztlich ambulanter und stationärer Grund- und Regelversorgung werden Vorschläge unterbreitet, um die Zusammenarbeit an den Schnittstellen zu verbessern. Diese Vorschläge schaffen zugleich auch die Voraussetzung für die Etablierung von Regionalen Versorgungsverbänden.

Wie aufgezeigt wurde, kann die Etablierung Regionaler Versorgungsverbände zu einer Verbesserung der Qualität der Versorgung und einer Steigerung der Effizienz der Leistungserbringung führen. In den Regionalen Versorgungsverbänden arbeiten niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser patientenorientiert und aufeinander abgestimmt jenseits getrennter sektoraler Vorgaben. Die Zusammenarbeit und Kommunikation an den Sektorengrenzen wird dadurch entscheidend verbessert. Durch die Umsetzung von Behandlungspfaden und die leitlinienorientierte Behandlung der Patienten wird die Qualität der Versorgung gesteigert. Die zur Verfügung stehenden Ressourcen (Ärzte, Pflegekräfte, medizinisches Personal, Apparate und Räumlichkeiten) werden optimal eingesetzt. Sinkende Transaktionskosten an der ambulanten-stationären Schnittstelle erhöhen die Effizienz der Versorgung. Durch die gemeinsame Nutzung von Immobilien, Geräten, Personal sowie durch die Bündelung betrieblicher Funktionen wie Abrechnungswesen und Controlling, IT-Infrastrukturen oder Personalmanagement können Wirtschaftlichkeitsreserven gehoben werden.

Vor diesem Hintergrund muss die sektorübergreifende Ausrichtung der Versorgung in der gesundheitspolitischen Gesetzgebung einen wichtigen Schwerpunkt bilden.

Literatur

- Bundesärztekammer (2010): Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer. 13. Deutscher Ärztetag 2010.
- Gerlach, F. (2016): Überregulierung: Den „Wildwuchs“ ordnen. In: Deutsches Ärzteblatt 113 (10) 2016, Ausgabe vom 11. März 2016.
- GKV-Spitzenverband (2016): www.gkv-spitzenverband.de/presse/themen/bedarfsplanung_1/thema_bedarfsplanung.jsp (Download am 3. Mai 2016).
- Halbe, B., U. Orlowski, U. Preusker, H. Schiller und J. Wasem (2012): Versorgungsstrukturgesetz – Auswirkungen auf die Praxis. Heidelberg.
- Klauber, J., M. Geraedts, J. Friedrich und J. Wasem (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2015: Strukturwandel. Stuttgart.
- Schönbach, K.-H. und H. G. Faust (2012): Von einer planlosen Überversorgung zur sektorübergreifenden Versorgungsplanung? In: Gesundheits- und Sozialpolitik 4 2012. S. 8–15

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, Sondergutachten 2012.

Wasem, J. (2016): Überregulierung: Den „Wildwuchs“ ordnen. In: Deutsches Ärzteblatt 113 (10) 2016, Ausgabe vom 11. März 2016.