

# Die Mauer muss weg – ein Konzept für eine sektorenübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen

MATTHIAS GRUHL

Dr. med. Matthias Gruhl ist Arzt für Allgemeinmedizin und Öffentliches Gesundheitswesen, Amtsleiter Gesundheit in der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Freie und Hansestadt Hamburg

Seit mehr als 40 Jahren wird über Lösungsoptionen diskutiert, wie die Grenzen zwischen den Versorgungssektoren im deutschen Gesundheitswesen durchlässiger oder – besser – überwunden werden können: bisher ohne greifbaren Erfolg. Eine Expertengruppe der Friedrich-Ebert-Stiftung hat im März 2017 dazu ein umfassendes Konzept vorgelegt, das sich an der Machbarkeit und der Verfassungslage orientiert. Sie sieht den Schlüssel zur Aufhebung der Sektoren in der Angleichung der stark unterschiedlich ausgeprägten Strukturvoraussetzungen: von einer einheitlichen Kodierung und Qualitätssicherung bis zur gleichen Honorierung unabhängig vom Ort der Leistungserbringung, von einer gemeinsamen Bedarfsplanung bis zur krankheitsangepassten Koordinierung – ganz im Sinne des Behandlungs- und Versorgungsbedarfs der PatientInnen: eine gute Grundlage für die gesundheitspolitische Agenda der nächsten 4 Jahre?

## 1. Die Sektorisierung nimmt eher zu als ab

Wenn der Autor einen Reformbedarf des deutschen Gesundheitswesens konstatieren will, hat er gelernt, dass es tunlichst geboten ist, vorher ein grundsätzliches Bekenntnis zu den Vorteilen der deutschen gesundheitlichen Versorgung abzugeben: ja, wir haben ein gut funktionierendes System mit einer breiten und schnellen Leistungsfähigkeit und – in der Regel und soweit bekannt – guter Qualität. Der wesentliche Vorteil ist die leichte Zugänglichkeit unabhängig von der sozialen oder finanziellen Lage für Jedermann.

Dies darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass Deutschland im internationalen Vergleich eine strukturelle Auffälligkeit gepflegt hat und sich nach wie vor leistet, die zwar historisch zu begründen, aber inhaltlich nicht zu rechtfertigen ist: die starre und nicht begründbare Gliederung in sektorenbezogene Versorgungseinheiten und ihre schwierige Überwindbarkeit. Diese Barrieren lassen sich eher aus den Interessen der jeweiligen Leistungserbringer oder Finanziers als aus den Notwendigkeiten der Patientenbehandlung ableiten.

„Das System der medizinischen Versorgung ist dazu bestimmt, dass an jeder

Stelle, an der ein Versicherter in die Behandlung tritt, ein diagnostischer Prozess neu aufgenommen wird, ... der Informationsaustausch minimale Ausmaße hat und die Kontinuität der Behandlung nicht zustande kommen kann“ - dieser Ausspruch von Prof. Erwin Jahn, dem ehemaligen Vizepräsidenten des Bundesgesundheitsamtes, stammt aus einer Veröffentlichung aus dem Jahre 1975, ist aber so aktuell wie eh und je (Jahn 1975<sup>1</sup>).

Die Abgrenzung der Sektoren hat sich in den letzten Jahren sogar noch verstärkt. Dies hat zwei Ursachen: beide wurden mit guter Absicht in das deutsche Gesundheitswesen eingeführt, haben aber ökonomische Auswirkungen, die anfangs nicht bedacht wurden und eine intersektorale Zusammenarbeit noch erschweren. Wo früher ein kollegiales Grundverständnis oder das gemeinsame Ethos der medizinischen Notwendigkeit halfen, im Einzelfall einen Übergang zwischen den Sektoren zu bahnen, herrschen heute oft andere, meist knallharte ökonomische Gesetzmäßigkeiten vor, die es geboten erscheinen lassen, sich auf seine eigenen Belange zu konzentrieren und die Sektorengrenzen sogar zu nutzen:

1. die Einführung des DRG-Systems im Krankenhaus 2004/2005 und
2. der härter werdende Wettbewerb in der ambulanten Versorgung, beginnend mit dem sogenannten „Seehofer-Bauch“ 1993.

Zu 1.: Ab dem 1. Januar 2004 wurde die Einführung des DRG-Systems in der stationären Versorgung verpflichtend, spätestens im Jahre 2005 war sie auf alle Krankenhäuser ausgerollt. Zwar war es so relativ schnell möglich, die Liegezeit in den deutschen Krankenhäusern zu verkürzen sowie die Transparenz und Vergleichbarkeit der Krankenhäuser zu erhöhen. Es gelang jedoch nicht, die Überkapazitäten im Krankenhausbereich abzubauen oder das gewünschte Prinzip, dass der gleiche Preis für gleiche Leistungen gezahlt wird, anzuwenden, um – wie beabsichtigt – Kostensteigerungen zu vermeiden. Neben dieser gemischten Bilanz ist jedoch zunehmend mit der Anwendungsdauer der DRG-Systematik zu beobachten, dass ökonomische Entscheidungen gesundheitliche Notwendigkeiten überlagern. Wenn im Deutschen

Ärzteblatt (DÄB 2017<sup>2</sup>) offen darüber diskutiert wird,

- dass ein Krankenhaus Geld verliert, wenn ein Patient länger als durch die mittlere Verweildauer vorgegeben im Haus verbleibt und deshalb noch offene Untersuchungen in die ambulante Versorgung verschoben werden,
- wenn die Patientenzahl mit Herzinsuffizienz mit Luftnot in Ruhe nur deshalb ansteigt, weil diese höhere Erlöse erzielt,
- wenn ChefärztInnen im Rahmen einer Studie der Universität Duisburg-Essen<sup>3</sup> offen zugeben, dass in sehr hoher Zahl ihre medizinischen Entscheidungen durch ökonomische Vorgaben beeinflusst werden,

so wird deutlich, dass das Primat der medizinischen Notwendigkeit für das ärztliche Handeln im Krankenhaus durch die DRG-Kodierung negativ beeinflusst wird. Mit anderen Worten: die Ökonomisierung der Krankenhauslandschaft hat dazu beigetragen, dass Entscheidungen über die Behandlungsabläufe der Patienten aus sektorenspezifischen ökonomischen Interessen getroffen werden.

Zu 2.: Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 wurde die Bedarfsplanung in die vertragsärztliche Versorgung eingeführt. Viele ÄrztInnen hatten sich deshalb kurz vorher noch in die Niederlassung gestürzt und den berühmten „Seehofer-Bauch“ kreiert, der dazu führte, dass deutlich mehr ÄrztInnen mit einem insgesamt gedeckelten Budget auskommen mussten und von daher ökonomische Zwänge zu einer anderen Betrachtung von Medizin im ambulanten

***Es kann konstatiert werden, dass die sektorale Gliederung des Gesundheitswesens schon seit Jahrzehnten besteht, sich ihre Wirkung auf die Patientenversorgung aber in den letzten Jahren verschärft hat.***

Bereich geführt haben. In den Folgejahren kam es zu einer anhaltenden Diskussion über sogenannte Verschiebebahnhöfe in der gesundheitlichen Versorgung, die sich entsprechend dieser Budgetgrenzen ausprägten.

Ähnliche Ökonomisierungstendenzen mit relevanten Folgen für eine verstärkte der Sektorisierung sind in der Rehabilitation oder Pflege zu beobachten. So werden Krankenkassen dafür kritisiert, dass sie Rehabilitationsverträge, z. B. für die Anschlussheilbehandlung, alleine nach dem Preis und nicht nach Aspekten der Verzahnung mit dem stationären Bereich oder dem Patientenwillen abschließen. Wohnortnahe Rehabilitationskliniken, die in die jeweilige Struktur der Versorgungskommunikation eingebunden sein können, dürfen oft nicht angewählt werden, da sie keinen entsprechenden Vertrag mit der jeweiligen Kasse haben.

Mit den neuen Pflegeversicherungsgesetzen wurde es trotz begrüßenswerter und maßgeblicher Verbesserung in der Struktur, Finanzierung und Ausprägung der Pflegeleistungen „vergessen“, Aspekte der Verzahnung zwischen der hausärztlichen und der rein pflegerischen Versorgung institutionell und strukturell zu verankern. Die von den Ländern und Kommunen geforderte Rekommunalisierung der Pflegeverantwortung wurde vom Bundes-Gesetzgeber mit so hohen Hürden versehen, dass eine regionalisierte Planungsstruktur und -entwicklung kaum möglich erscheint.

Insgesamt kann also konstatiert werden, dass die sektorale Gliederung des Gesundheitswesens zwar schon seit Jahrzehnten besteht, die Wirkung der Sektorengrenzen auf die Patientenversorgung sich aber in den letzten Jahren verschärft hat, ohne dass erfolgreiche Schritte unternommen wurden diese abzubauen.

## 2. Hilflöse Versuche zur Überwindung

Der Bundesgesetzgeber hat zwar immer wieder versucht, an der Sektorengrenze

- 1 Erwin Jahn: Systemanalyse der medizinischen Versorgung in der Bundesrepublik. in: Integrierte medizinische Versorgung: Notwendigkeiten- Möglichkeiten – Grenzen. WSI-Forum am 25. und 26. April 1975. WSI-Studie Nr. 32, Bund-Verlag Köln, 1975, S. 42
- 2 Osterloh, Falk: Der Druck auf die Ärzte bleibt bestehen DÄB Heft 19, 12 Mai 2017, Seite 759-761
- 3 Studie: Medizin folgt der Ökonomie [https://www.aokplus-online.de/presse/meldungen/einzelansicht.html?type=711&tx\\_queoextendednews\\_queoextendednews%5Bnews%5D=357&tx\\_queoextendednews\\_queoextendednews%5Baction%5D=getNewsDownload&tx\\_queoextendednews\\_queoextendednews%5Bcontroller%5D=File&cHash=81405a0b52a1ac07cceb7d0255769e6](https://www.aokplus-online.de/presse/meldungen/einzelansicht.html?type=711&tx_queoextendednews_queoextendednews%5Bnews%5D=357&tx_queoextendednews_queoextendednews%5Baction%5D=getNewsDownload&tx_queoextendednews_queoextendednews%5Bcontroller%5D=File&cHash=81405a0b52a1ac07cceb7d0255769e6) (Stand: 05.06.2017)

zwischen der ambulanten und stationären Versorgung Übergänge gesetzgeberisch zu schaffen. Insgesamt können 19 Rechtsnormen gezählt werden, die z.B. die ambulante Leistungserbringung für Krankenhäuser erleichtern sollten, beginnend mit den ermächtigten KrankenhausärztInnen und aktuell mit der kompensatorischen Behandlungsoption via Terminservicestellen. Hinzu kommen auch zahlreiche Optionen für ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus zu arbeiten, wie beispielsweise das Belegarztwesen oder die ärztlichen Tätigkeiten im Krankenhaus parallel zur vertragsärztlichen Niederlassung. Alle diese Formen haben nicht dazu beigetragen, dass maßgebliche Anteile der Versorgung über die bekannten Schnittstellen hinweg erbracht werden.

Welche Zementierungen trotz solcher gegebenen rechtlichen Möglichkeiten bestehen, sieht man daran, dass laut Sachverständigenrat-Gutachten aus 2012 Leistenbruch-Operationen in den USA zu 84,1% ambulant zu erfolgen, in Deutschland jedoch nur 6%. Das Gutachten geht davon aus, dass 2600 verschiedene Eingriffe ambulant durchführbar sind, ein Spektrum, das in Deutschland bei Weitem nicht erreicht wird.<sup>4</sup>

Ein Paradebeispiel für das Scheitern dieser „Modelle“ der Verzahnung ist die ambulante spezialärztliche Versorgung (ASV), die (nun im dritten Versuch) mit dem Versorgungsstrukturgesetz 2012 als neuer Leistungsbereich zwischen den Sektoren und in gemeinsamer Kooperation von ambulanter und stationärer Versorgung ermöglicht wurde. Bis heute liegen neben den Richtlinien des GBA für vier seltene Erkrankungen zwei Richtlinien für relevante Krankheitsbilder mit besonderem Krankheitsverlauf vor: die ASV-Behandlung von gynäkologischen und von gastrointestinalen Tumoren.

Obwohl wesentliche strukturelle Hemmnisse wie Budgetierung, Bindung an sonstige Richtlinien der ambulanten Versorgung etc. für die ASV nicht gelten, haben nur eine verschwindend geringe Zahl von Patienten bisher diese Möglichkeit der gemeinsamen, übergreifenden und kontinuierlichen Versorgung ihrer schweren Erkrankungen erhalten: Anfang 2016 wurde von der Bundesregierung eine Statistik vorgelegt, dass von 135000 möglichen Patienten, die in der ASV behandelt werden könnten, nur 334 davon profitieren konnten.<sup>5</sup>

Was ist der Grund? Aus den hochkomplizierten Vorgaben des GBA einerseits

(inhaltliche Richtlinien) und der drei Partnern der Selbstverwaltung (Abrechnung und Vergütung) andererseits sind bedingungssetzende Regelwerke für die Beantragung dieser Leistungen entstanden, die weit über 1000 Seiten umfassen. Ein kürzlich für das Themenfeld der gastrointestinalen Tumoren in Hamburg gestellter Antrag beinhaltete zur Erfüllung dieser Bedingungen mehrere 1000 Seiten. Hintergrund für diese Regelungswut und entsprechende Antragskonvolute ist der mit der ASV nachvollziehbare Grundsatz, dass sowohl für die ambulanten als auch für die stationären Teilnehmer an der ASV gleiche Bedingungen gelten sollen. Hier wird par excellence deutlich, dass solche „gleich langen Spieße“ jedoch mit den sich grundlegend unterscheidenden Voraussetzungen der beiden Sektoren nur mit extremen Verkürzungen herstellen lassen. Ein nachvollziehbares Beispiel sind die grundverschiedenen Voraussetzungen zur Berechtigung der Leistungserbringung: während sie im ambulanten Bereich an einen Nachweis bestimmter Fortbildungs- oder Kurszeiten geknüpft wird, ist sie im Krankenhaus erlaubt, wenn sich eine leitende und/oder

### **Eine solch grundlegende Herangehensweise ist nicht mit einem Masterplan bis zum Jahre 2030 umsetzbar, sondern erfordert Korrekturen und Veränderungen bei der Umsetzung.**

erfahrener ÄrztIn von der Fähigkeit des jeweiligen Erbringers überzeugt hat. Ähnliche Unterschiede lassen sich für zahlreiche Bereiche des Handelns im ambulanten bzw. stationären Sektor aufzeigen. Der mühevollen Versuch, diese in den Richtlinien der ASV anzugleichen, konnte nur mit einem hohen Maß an Differenzierung und Sonderbedingungen erreicht werden, die die ASV zu einem bürokratischen Monster werden ließ. Treffend formuliert das Prof. Axer:<sup>6</sup> „Der Gesetzgeber hat mit der ambulanten spezialärztlichen Versorgung ein Zuständigkeits- und Organisationsdickicht geschaffen, das sich zwar aus der Verknüpfung zweier Sektoren erklären lässt, jedoch Befürchtungen weckt, dass erhebliche Probleme in der Umsetzung und Blockade entstehen.“

### **3. Das Grundproblem: Jeder Sektor spricht seine eigene Sprache – unterschiedliche Grundvoraussetzungen in den Sektoren**

Für jeden Leistungserbringer, unabhängig wo immer er oder sie arbeiten, steht gute Medizin im Sinne seiner Patienten sicherlich an erster Stelle. In welchen Strukturen er diese erbringt, was er dazu nachweisen muss oder erhält, ist jedoch grundsätzlich unterschiedlich. Das beginnt bereits bei der Kodierungspflicht in der Dokumentation, die im Krankenhaus vorgegeben ist, im ambulanten Bereich nur empfohlen wird. Unterschiedliche Preissysteme beeinflussen, wie dargestellt, unterschiedliche Handlungen und sind nicht vergleichbar. Hier wird immer wieder gerne zitiert, dass eine Leistenbruchoperation im ambulanten Bereich nach EBM abgerechnet nur ein Drittel im Vergleich zur gleichen Leistung im Krankenhaus nach DRG erlöst. Die Vorgaben für die Qualitätssicherung waren bisher völlig anders strukturiert und nicht vergleichbar. Nicht ohne Grund wird seit mehr als 5 Jahren an der ersten

sektorenübergreifenden Qualitätssicherung eines Indikators, der PCI, in der Selbstverwaltung gearbeitet, ohne dass erste Ergebnisse bisher vorgelegt werden können. Eine gemeinsame elektronische Datenerfassung bzw. Datenspeicherung in elektronischen Patientenakten wäre dafür eine ideale Ausgangsbasis, wie im Ausland genügend zu beobachten, wird aber seit nunmehr 15 Jahren (erfolgreich?!?)

blockiert. Aber auch grundlegende Strukturfragen wie Bedarfsplanung, Aufsicht oder Sicherstellung sind inkompatibel zwischen den Sektoren. Gleiches gilt für

4 Sondergutachten 2012 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, Deutscher Bundestag, Drucksache 17/10323, Seite 287

5 Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Maria Klein-Schmeink, Elisabeth Scharfenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 18/7407 –

Patientennutzen, Relevanz und Wirkungen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung (ASV), Seite 3 ff

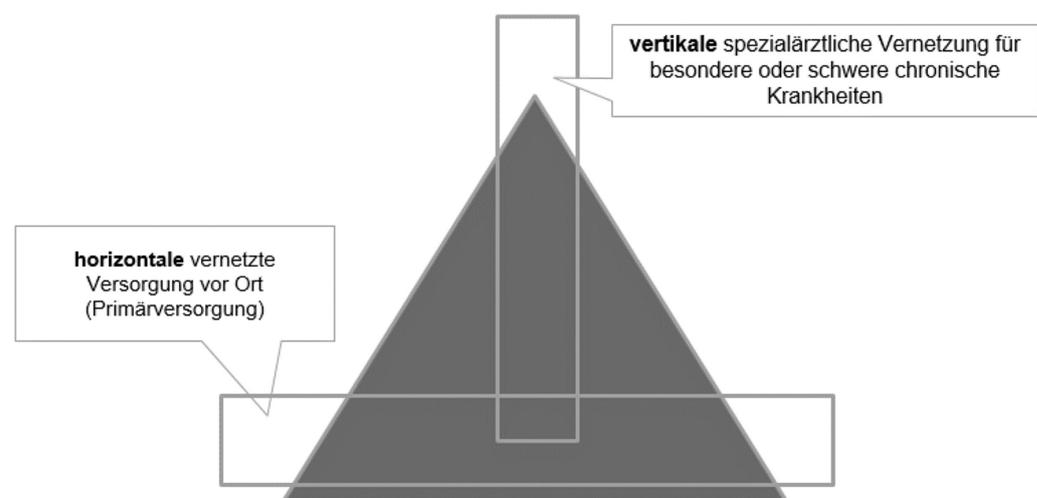
6 Axer, Peter Kooperationen nach dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz aus verfassungsrechtlicher Sicht, GesR 2012, 714-723

zahlreiche medizinische Vorgaben, beispielsweise bei der Verschreibung oder Preisgestaltung von Arzneimitteln oder für die Möglichkeit, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die jeweiligen Sektoren einzuführen. Diese Liste der Unterschiedlichkeiten ist beliebig fortsetzbar und noch auszudehnen auf Schnittstellen zwischen der Rehabilitation und dem stationären Sektor oder zwischen der ambulanten medizinischen Versorgung und der pflegerischen Versorgung.

Insofern ist es nicht verwunderlich, dass jegliche Versuche, Modelle zwischen diese Sektoren zu flanschen und zu erwarten, dass sie sich bewähren, quantitativ so entwickeln, dass das Modell zur Norm wird, zum Scheitern verurteilt sind. Wenn man eine sektorenübergreifende Versorgung ernsthaft einführen will und dies nicht über die Implementation immer neuer Modelle alibimäßig versucht, wird dies nur gelingen, wenn die strukturellen Voraussetzungen angeglichen werden, so dass sich eine Norm daraus entwickeln kann. So lange aber die grundlegenden Instrumente und Mechanismen der Sektoren so unterschiedlich bleiben, wie sie jetzt sind, wird dieses nicht erfolgen können. Von daher ist es logischerweise geboten, den mühsamen und sicherlich nicht schnellen Weg einzuschlagen, die grundlegenden Strukturen der Sektoren einander anzunähern.

Um auch direkt dem üblichen Totschlagargument im deutschen Gesundheitswesen zu entgegnen: nein, dies soll nicht revolutionär durch den Austausch eines Gesundheitswesens gegen ein brandneues anderes erfolgen, sondern evolutionär aus dem bestehenden entwickelt werden, um so ein weiterentwickeltes besseres Gesundheitswesen zu befördern. Auch ist es selbstverständlich, dass eine solche grundlegende Herangehensweise nicht mit einem Masterplan von jetzt bis zum Jahre 2030 umsetzbar ist, sondern pragmatische Korrekturen und notwendige Veränderungen bei Wege erfordert. Zwingend ist jedoch, diesen Prozess jetzt zu beginnen, denn ohne ihn wird es nicht möglich sein, die schwerwiegenden

Abbildung 1: Zwei Arten der vernetzten Versorgung



Quelle: Eigene Darstellung

Strukturhemmnisse ganz im Sinne der zunehmenden Zahl von Patientinnen und Patienten mit langdauernden, chronischen Erkrankungen zu überwinden und auch künftig nach deren Bedürfnissen und Notwendigkeiten angemessen zu behandeln.

#### 4. Das Konzept zur Überwindung der Sektorengrenzen: „Patient First“- Positionspapiers der FES

Diese Konsequenz, die Rahmenbedingungen der unterschiedlichen Sektoren aneinander anzugleichen, ist ein Ergebnis eines längeren Diskussionsprozesses innerhalb einer Expertengruppe, die in der Friedrich-Ebert-Stiftung in den Jahren 2016 und 2017 ein entsprechendes Konzept erarbeitet hat.<sup>7</sup> Dabei waren bestimmte Rahmenbedingungen leitend:

- Das Konzept für eine sektorenübergreifende Struktur des Gesundheitswesens sollte richtungsweisend für die nächsten 4 Jahre sein.
- Die Umsetzung sollte kurzfristig beginnen können.
- Die einzelnen Vorschläge sollten grundgesetzkonform sein, also keine Änderungen unserer Verfassung zur Voraussetzung haben.
- Es sollte auf dem Vorhandenen aufsetzen.

Das Ergebnis, das hier nicht in Gänze zitiert werden soll, benennt neben der Analyse des Ist-Zustandes auch den jeweiligen nächsten Schritt, wie und von

wem bestimmte grundlegende Strukturen angeglichen werden sollen. So wird beispielsweise die Entwicklung einer sektorenübergreifenden gemeinsamen Klassifikation dem Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK), dem Institut des Bewertungsausschusses (InBA) in Verbindung mit dem deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) gemeinsam übertragen. Ebenso werden Vorschläge für eine Beschleunigung des Aufbaus einer telematischen Infrastruktur bis hin zur elektronischen Gesundheitsakte und einer vergleichbaren Qualitätssicherung über die Sektoren vorgelegt.

Ausführlicher soll im Folgenden auf die Kapitel zur neuartigen

- Bedarfsplanung,
- Honorierung und
- Koordinierung der Versorgung eingegangen werden.

#### 5. Gemeinsame Bedarfsplanung

Ziel ist es, die bisher in der ambulanten und stationären Versorgung unterschiedlichen Träger der Bedarfsplanung in eine gemeinsame Planungskonferenz einzubinden. Ausgerichtet an den Bedürfnissen der Bevölkerung, einerseits eine kontinuierliche lebensbegleitende gesundheit-

<sup>7</sup> Friedrich-Ebert-Stiftung, WISO-DISKURS 03/2917 Positionspapier: Patient first! – für eine patientengerechte sektorenübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen, Bonn

liche Grundversorgung zu erhalten und andererseits bei gravierenden langfristigen oder temporären Erkrankungen die gesamte Breite der fachärztlichen Versorgung durchlässig zur Verfügung zu haben, wird die Bedarfsplanung in eine eher horizontale Primärversorgungsplanung und darüber eine nach den Fachdisziplinen ausgerichtete sektorenübergreifende gemeinsame spezialärztliche Versorgungsplanung gegliedert.

### In der Grundversorgung

Für die Grundversorgung, die die hausärztliche und kinderärztliche Versorgung, aber perspektivisch auch die pflegerische Versorgung umfassen soll, wird – anders als bisher – keine regionale, sondern eine an einer definierten Bevölkerungszahl ausgerichtete Planungsgrundlage genutzt. Die bisherige, auf raumordnerischen Mittelbereichen basierende Bedarfsplanung der hausärztlichen Versorgung hat planerisch zahlreiche Unschärfen, da Mittelbereiche sehr unterschiedlich in Größe und Bevölkerungszahl strukturiert sind – sie umfassen z.T. 10.000 Einwohner, aber auch Großstädte wie Berlin mit rund 3,5 Millionen Einwohnern sind jeweils ein Mittelbereich. Bei einer heutigen Maßzahl von einer/m HausärztIn auf 1671 Einwohner werden so in Mittelbereichen 9 bis 2100 HausärztInnen planerisch gleichbehandelt. Dies entspricht keinerlei versorgungspolitischer Notwendigkeit. Von daher wird vorgeschlagen, grundsätzlich von einer bevölkerungsbezogenen Planungsgröße von 100.000 EinwohnerInnen als planerischen Richtwert auszugehen. „Richtwert“ bedeutet aber auch, dass – wie in der gesamten neu zu entwickelnden Bedarfsplanung – von einer grundsätzlichen, bundesweit festzulegenden Richtgröße auf Grund regionaler Besonderheiten (demografisch-, sozial-, geographisch- oder morbiditätsbedingt) mit entsprechender Begründung jederzeit abgewichen werden kann. Dies ist zwar nach §2 der Bedarfsplanungsrichtlinie heute schon möglich,<sup>8</sup> wird aber nur sehr selten als Ausnahme von einer schlecht gewählten Norm genutzt. Es ist eben die Macht des Faktischen, dass ein vorgegebenes System (auch wenn es noch so ungleich in der Fläche ankommt wie die Mittelbereiche) nur mit großem Aufwand korrigiert werden kann. Von daher ist die Umstellung auf

eine überschaubare Bevölkerungszahl als einheitliche regionale Planungsvorgabe stilbildender als die raumordnerische Zuordnung der Planung auf Mittelbereiche.

Wichtig ist bei der Bedarfsplanung, dass in ihr nur ÄrztInnen gezählt werden, die praktisch und wirklich an der (Grund-) Versorgung teilnehmen, nicht nur ihren Kassenarztsitz aus abrechnungstechnischen Gründen führen und in der Realität eine sehr spezielle, außerhalb der Grundversorgung liegende Tätigkeit ausüben. Die Zahl der vorzuhaltenden grundversorgenden ÄrztInnen wird somit auf der Grundlage von Vollzeitäquivalenten ausgewiesen ÄrztInnen, die nicht vollzeitig an der Grundversorgung teilnehmen, werden nur anteilig berücksichtigt. Dies kann anhand vorliegender Daten über praxisbezogen abgerechnete Versorgungsleistung oder dem Verordnungsverhalten von ÄrztInnen individuell gut ermittelt werden.

### In der spezialisierten Versorgung

Einem völlig neuen Gedanken folgt die Bedarfsplanung in der spezialärztlichen Versorgung. Die gesamten Leistungen jeder Disziplin werden, unabhängig vom jeweiligen ambulanten oder stationären Ort der Erbringung, zusammen betrachtet und in drei Spezialisierungsgrade aufgliedert: in

1. die fachärztliche Grundversorgung,
2. die spezialisierten fachärztlichen Leistungen, die ambulant oder stationär erbracht werden können.
3. die ausschließlich stationär zu erbringenden fachärztlichen Leistungen

Planerisch werden pro Disziplin zukünftig nicht mehr Arztsitze oder Betten geplant, sondern die Leistungsmenge insgesamt betrachtet, die sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor in der jeweiligen Disziplin erbracht wird. Wissenschaftlich abgeleitete Normsetzungen des jeweiligen disziplinbezogenen fachärztlichen Bedarfs wären zwar der Goldstandard, können aber aufgrund auch international fehlender verlässlicher Grundlagen nicht für die jeweilige Disziplin berechnet oder nachvollziehbar

abgeleitet werden. Von daher soll aus pragmatischen Gründen das Ist der jeweiligen Leistung in einer Planungsregion zugrunde gelegt werden. Bezugsgröße ist auch hier die zu erbringende Leistung für eine definierte Bevölkerungszahl, die

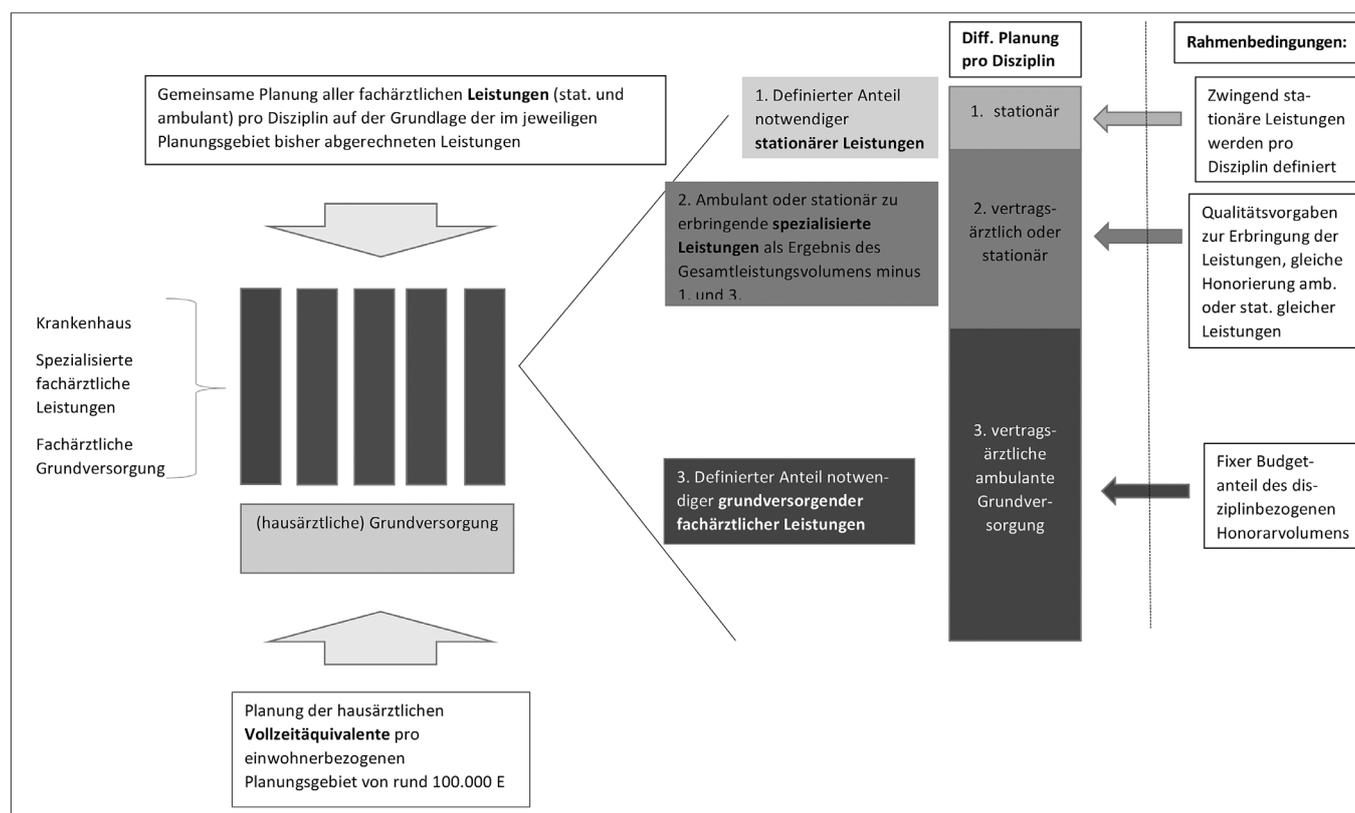
**Einig war sich die Expertengruppe darin, dass in letzter Zeit gerade die fachärztliche Grundversorgung unter einer zunehmenden Spezialisierung und Subspezialisierungen in der Fachärzteschaft leidet.**

allerdings höher als die für die Grundversorgung herangezogene Maßzahl von 100 000 EinwohnernInnen anzusetzen ist.

In der Expertengruppe wurde sehr lange über die besonderen Bedingungen für die Bedarfsplanung der drei genannten fachärztlichen Kategorien diskutiert. Einig waren sich alle, dass in letzter Zeit gerade die fachärztliche Grundversorgung unter einer zunehmenden Spezialisierung und Subspezialisierungen in der Fachärzteschaft leidet und von daher für die Versorgung der Bevölkerung einen besonderen Schutzstatus erhalten soll. Dieser ist planerisch dadurch abzubilden, dass pro Disziplin der notwendige Anteil für die jeweilige Grundversorgung definiert und festgesetzt wird. Über fixe Budgetanteile für die disziplinbezogene fachärztliche Grundversorgung kann eine finanzielle Planungssicherheit für die teilnehmenden ÄrztInnen hergestellt werden und diese Versorgungsart attraktiv bleiben. Ferner soll die Erlaubnis zur Erbringung von spezialisierten fachärztlichen Leistungen an Voraussetzungen der Struktur- und Prozessqualität geknüpft werden. Damit soll verhindert werden, dass, wie heute schon teilweise Realität, fachärztliche Grundleistungen wie die Feststellung oder die Behandlung eines Glaukoms schwieriger zu erhalten sind als ein Termin für eine Kataraktoperation.

<sup>8</sup> [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1249/BPL-RL\\_2016-06-16\\_iK-2016-09-15.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1249/BPL-RL_2016-06-16_iK-2016-09-15.pdf) (Stand: 05.06.2017)

Abbildung 2: Bedarfsplanung von hausärztlichen Grundversorgern und differenzierten fachärztlichen Leistungsvolumina



Quelle: Eigene Darstellung, FES 2017-06-28

Ebenso ist zu definieren, welche Kapazitäten für stationäre Leistungserbringungen vorgehalten werden müssen. Hier wird zwar im ersten Schritt abgeleitet vom Ist eine Festsetzung zu erfolgen haben, es ist aber planerisch unter Betrachtung der jeweiligen regionalen Leistungserbringung notwendig, diesen stationären Vorbehaltsanteil auf das mögliche Ambulantisierungspotenzial auszurichten und sukzessive entsprechend anzupassen.

Das Gesamtleistungsvolumen pro Disziplin setzt sich insofern aus einem definierten und festzuschreibenden Anteil fachärztlicher Grundversorgung, einem gegebenen, aber durchaus perspektiv zu veränderbaren Anteil stationärer Leistungen und einem aus der Differenz ergebenden Anteil für die fachärztliche zu erbringende spezialisierte Versorgung (diese allerdings unabhängig vom Ort der Leistungserbringung) zusammen.

Erwähnt werden soll noch, dass perspektivisch in die disziplinbezogene fachärztliche Betrachtung auch der rehabilitative Sektor einzubinden ist. Ebenso ist künftig die pflegerische Versorgung bei der Bedarfsplanung der haus- und fach-

ärztlichen Grundversorgung mitzudenken. Sektorenübergreifende Formen der Leistungserbringung, sei es zwischen der Pflege und der Grundversorgung oder über die verschiedenen Teilgebiete der disziplinbezogenen fachärztlichen Versorgung hinweg, sollen planerisch bevorzugt werden. Die weitere Ausgestaltung und Umsetzung wird in dem zitierten Positionspapier detailliert beschrieben.

## 6. Die Honorierung an der Leistung orientieren

Die heutigen Honorierungsformen unterscheiden sich grundsätzlich im ambulanten und stationären System. Die Pauschalen oder Einzelleistungsvergütungen in der ambulanten Versorgung nach EBM sind nicht mit den krankheitsspezifischen, aufwandorientierten DRG's und erst recht nicht mit dem Einzelleistungssystem der Pflegeversicherung vergleichbar. Das Neue an dem Vorschlag der Expertenkommission der FES ist, dass sich künftig die Honorierung viel mehr an dem Gesamtversorgungsbedarf einer Erkrankung

orientiert. Dies spricht insgesamt für eine stärkere Pauschalisierung, die zeitbezogen oder risikoadjustiert differenziert wird. Dabei war man sich einig, dass gerade das Honorierungssystem keine Ewigkeitsgarantie hat. Da sich die Nutzer des Honorierungssystems immer wieder darauf einstellen, die stets vorhandenen Schwächen jedes Systems zu ihren Gunsten auszunutzen und zu Fehlanreizen und Fehlsteuerungen beitragen, wird das Honorierungssystem kontinuierlich anzupassen sein. Auch ist es hilfreich, nicht nur eine Finanzierungsart vorzuhalten, sondern durchaus mit einem Mix Kontinuität, Qualität und wünschenswerte Leistungen zu fördern.

## In der Grundversorgung

Diesem Prinzip folgend wird in Anlehnung an andere europäische Modelle und an die schon lange bestehende Diskussion über ein Primärversorgungssystem für die hausärztliche und kinderärztliche Versorgung ein dreigliedriges Vergütungssystem einzuführen sein. Wichtigster Bestandteil dabei ist eine kontaktunabhängige

Koordinierungspauschale, die dadurch ausgelöst wird, dass sich eine PatientIn für eine bestimmte Zeit einem Primärversorger anschließt. Dieser Primärversorger übernimmt dafür die Verantwortung für die Koordination dieser PatientIn im gesamten Gesundheitswesen. Diese Verantwortung umfasst künftig nicht nur die Behandlung, sondern deckt auch die umfassender definierte Versorgung ab, mit der auch der jeweilige gesundheits-therapeutische und pflegerische Bedarf in die sektorenübergreifende Versorgung mit eingebunden wird.

Selbstverständlich wird es Möglichkeiten geben, unter bestimmten Bedingungen innerhalb des gewählten Einschreibzeitraums den Primärversorger zu wechseln (Umzug, nicht mehr bestehendes Vertrauensverhältnis etc.).

### **Als gut funktionierendes Beispiel für eine medizinisch-pflegerische Gesamtversorgung kann die spezialisierte ambulante Palliativversorgung herangezogen werden.**

Erfahrungen aus europäischen Staaten mit einem ähnlichen Einschreibesystem in die Primärversorgung zeigen jedoch, dass eine hohe Konstanz in der Beziehung zwischen HausärztIn und Patient die Regel ist.

Bei einer im Einzelfall notwendigen Behandlung durch die PrimärärztIn wird eine jährliche Behandlungspauschale zusätzlich vergütet, die genau wie die kontaktunabhängige Koordinierungspauschale sich in der Höhe nach dem Krankheitsrisiko oder der Schwere der Erkrankung ausrichtet. Diese beiden Elemente werden den Großteil des Honorarvolumens der Primärversorger ausmachen, sollen aber durch Einzelleistungsvergütungen für besonders förderungswürdige Leistungen z.B. Impfungen, Hausbesuche oder die Koordination mit den Pflegediensten ergänzt werden.

Mit der Ausweisung einer jährlichen Behandlungspauschale geht die Quartalisierung der Abrechnung zu Ende, ein historisches Unikum, was noch aus der Zeit der Krankenscheinhefte herrührte. Damit wird auch die teilweise skurrile

**Abbildung 3: Dreigliederung der primärärztlichen Honorierung**



Quelle: Eigene Darstellung, FES 2017

Notwendigkeit, aus abrechnungstechnischen Gründen jeden chronisch erkrankten Patienten unabhängig vom Bedarf 8x im Jahr einzubestellen, abgeschafft. Andere Besonderlichkeiten wie Verdünnerrfälle, Budgetferien oder EDV-Systeme, die aufgrund abrechnungstaktischer Quartalsausnutzung das ärztliche Handeln beeinflussen, werden obsolet. Es verbindet sich damit auch die Erwartung, dass die extrem hohe deutsche Arzt-Patienten-Kontaktzahlen deutlich reduziert werden und die primärbehandelnde ÄrztIn mehr Zeit für die sprechende Medizin aufwenden kann.

#### **In der spezialisierten Versorgung nach Krankheitsart**

Während in der grundversorgenden fachärztlichen Versorgung ebenfalls mit entsprechenden Pauschalen oder gegliederten Vergütungssystemen wie in der Primärversorgung operiert werden soll, wird die Vergütung für die spezialisierte fachärztliche Versorgung an der Art der Leistungserbringung ausgerichtet. Diese kann in 3 Kategorien eingeteilt werden:

1. Planbare Interventionen
2. Schwere akute oder langfristige Erkrankungen (z.B. onkologische Erkrankungen)
3. Lebenslang chronische Erkrankungen (z.B. Mukoviszidose)

Bei den planbaren Interventionen wird unabhängig vom Arzt und vom Ort der Leistungserbringung der gleiche Preis für die gleiche Leistungen finanziert, die auch die Vorbereitung, Durchführung und Nachbehandlung als Gesamtpreis umfasst. Planbare Interventionen sollen über entsprechende IV-Verträge,

die aber verpflichtend nicht am einheitlichen Preis, sondern an der Qualität ausgerichtet sind, vergütet werden. Sollte ein nachvollziehbarer Grund für eine stationäre Leistungserbringung bei planbaren Interventionen wie besondere pflegerische Bedarfe vorliegen, so sind diese in Anlehnung an die Systematik der Pflegegrade mit Zuschlägen zu berücksichtigen.

Bei der Behandlung von schweren akuten, langfristigen und/oder chronischen Erkrankungen sind auch unabhängig vom Ort der Leistungserbringung sektorenübergreifende einheitliche Fallpauschalen oder Leistungskomplexe zu definieren, die zeitraumbezogen abgestuft differenziert werden können. Es wird aber bestimmte Einzelleistungsvergütungen geben, die – soweit Leistungen besonders selten oder förderungswürdig sind – nicht in einer solchen Pauschale abgebildet werden können. Mit diesen ergänzenden Einzelleistungsvergütungen soll erneut einem Mix an Vergütungsoptionen das Wort geredet werden.

#### **7. Koordination in Abhängigkeit von der Krankheitsart**

Mit der Unterschiedlichkeit der Vergütung geht sowohl in der Grundversorgung und auch – abhängig von der Art der Leistungserbringung – in der fachärztlichen Versorgung eine neue, an den Bedürfnissen der jeweiligen PatientInnen orientierte Form der unterstützenden Koordination einher. Wie schon erwähnt, wird in der Grundversorgung die HausärztIn im Sinne eines „Medical Home“ oder (in deutscher Ausprägung gemäß der Vorstellung des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen aus dem Jahre 2014<sup>9</sup>) des Lokalen Gesundheitszentrums (LGZ) eine erweiterte Koordinationsrolle übernehmen.

Dafür muss auf der Patientenseite eine entsprechende Kontinuität durch ein Einschreibesystem gesichert werden. Für den Primärversorger ist damit allerdings auch die Verpflichtung verbunden, jederzeit eine bei ihm eingeschriebene PatientIn im Krankheitsfall versorgen zu müssen. Wichtig wird es sein, dass künftig bei der erweiterten Koordinationsfunktion auch pflegerische oder vielleicht sogar soziale Leistungen im Sinne der Ganzheitlichkeit der Krankheitsbetreuung mit in diese Koordinierungsrolle aufgenommen werden. Als heute schon gut funktionierendes Beispiel für eine medizinisch-pflegerische Gesamtversorgung kann die Organisation, Leistungserbringung und Abrechnung der medizinisch pflegerischen Komplexleistungen in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) herangezogen werden.

Es soll den PatientInnen aber weiterhin die Option offenstehen, auch ohne Einschreibung, also ohne zwingend primäre Konsultation eines Primärversorgers ihre Versorgung selbst zu gestalten. Allerdings soll die Einschreibungsvariante durch bestimmte Anreize (z.B. eine Befreiung von den Zuzahlungen) attraktiv gestaltet werden.

Die Koordinierung alleine durch die HausärztIn ist zwar für die Grundversorgung nachvollziehbar, bei einer krankheitsbedingten Ausrichtung auf fachärztliche Kompetenzen soll sie auch dort erbracht werden. So ist bei planbaren Interventionen (siehe oben) die Koordination derjenigen Stelle zu übertragen, die das für Leistung gewährte Entgelt erhält. Nochmal zu betonen: diese Finanzierung und Koordination umfasst auch die Vor- und Nachsorge.

Bei schweren akuten bzw. langfristigen Erkrankungen bis hin zu lebenslang chronischen Erkrankungen ist so viel Spezialwissen notwendig, dass dies nicht in der Primärversorgung umfassend vorgehalten werden kann. Von daher bietet es sich an, die gesamte Koordination für diese PatientInnen in spezialisierte ambulante oder stationäre Kompetenzzentren zu legen, die genau wie bei den planbaren Interventionen zusätzlich für die Nachsorge und Koordination der gesamten weiteren Versorgung zuständig sind. In beiden Fällen, bei den planbaren Interventionen

und bei der langfristigen Führung in den Kompetenzzentren, ist jedoch eine regelmäßige Information der HausärztInnen über das medizinische Leistungsgeschehen „ihrer“ PatientIn verpflichtend. Es ist im Einzelfall zu entscheiden, ob Erkrankungen, die nicht mit den chronischen oder langfristigen Erkrankungen in Verbindung stehen (z. B. eine Grippe) im jeweiligen Kompetenzzentrum oder beim Primärversorger zu behandeln sind. Dies ist letztendlich der PatientIn selbst zu überlassen. Eine gegenseitige Information ist jedoch auch hier vorzusehen. Für weitere Details wird erneut auf die Ausführungen in der Schrift der FES verwiesen.

## 8. Neue Berufe braucht das Land

Die Expertenkommission war sich einig, dass eine sektorenübergreifende Versorgung nicht nur mittels rechtlicher Rahmenbedingungen und Vereinbarungen der Selbstverwaltung zu entwickeln ist, sondern in den Köpfen aller Leistungserbringer nachvollzogen und gelebt werden muss. Dafür wird es Zeit, viel Motivation und Information brauchen. Da es aber im professionellen Interesse aller Leistungserbringer ist, gute Medizin und gute Versorgung für ihre PatientInnen anzubieten und dies nur in Kooperation mit anderen Professionen im Gesundheitswesen möglich ist, wird sich eine solche Veränderung der Denk- und

***Es besteht die Hoffnung, dass nach der Bundestagswahl eine Option besteht, sich ernsthaft mit der Überwindung von Sektorengrenzen zu befassen.***

Arbeitsweise letztendlich durchsetzen, ja, wahrscheinlich aus dem Ethos der Medizin und Pflege heraus gewollt und begrüßt werden.

Maßgeblich erleichtert werden kann ein solcher Prozess aber, wenn die Ausbildungen aller Professionen im Gesundheits- und Pflegewesen schnell auf interprofessionelle, am gemeinsamen Lernen orientierte Curricula umgestellt werden und das Lernen und Arbeiten im Team als Normalfall frühzeitig trainiert wird. Koordiniertes und diszipliniertes

übergreifendes Handeln zwischen den Gesundheitsberufen ist eben nur durch interprofessionelles Lernen gut vermittelbar (Robert-Bosch-Stiftung 2011.<sup>10</sup>)

Der Masterplan Medizin 2020 für die Ausbildung der ÄrztInnen hat solche Ansätze erfreulicherweise bereits aufgegriffen. Für die Gesundheitsberufe steht eine solche Neuorientierung – trotz belegbarer Erfolge von Modellversuchen – rechtlich normsetzend noch aus.

## 9. Ausblick

Welche Chancen zur Umsetzung haben diese Ideen? Zuallererst ist es schon ein Gewinn an sich, ein solches Gesamtkonzept, wenn auch nicht bis in die letzte Verästelung, als geschlossenes Ganzes zu durchdenken und vorzulegen und sich nicht immer mit kurzatmigen punktuellen Lösungen zufrieden zu geben, die – wie dargestellt – nicht funktionieren können. Ferner ist es beachtlich, dass sich auch andere politische Spektren, die nicht durch die Friedrich-Ebert-Stiftung repräsentiert werden, mit der Überwindung von Sektorengrenzen befassen und sogar einige Parallelen zu finden sind. Dies lässt die Hoffnung aufkommen, dass nach der diesjährigen Bundestagswahl eine Option besteht, sich ernsthaft mit diesem Webfehler des deutschen Gesundheitswesens zu befassen. Vorher hat aber der Wähler noch das Wort. ■

9 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014: Bedarfsgerechte Versorgung: Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Gutachten 2014, Bonn

10 Robert-Bosch-Stiftung 2011: Memorandum: Kooperation der Gesundheitsberufe: Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung, Stuttgart