

Anforderungen an ein modernes Vergütungssystem für ambulante Versorgung an der Sektorenengrenze

RALF HEYDER,
MARCUS FARK,
ANJA SIMON,
GABRIELE SONNTAG

Ralf Heyder ist Generalsekretär des Verbands der Universitätsklinika Deutschlands e.V., Berlin

Marcus Fark ist Referent beim Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V., Berlin

Anja Simon ist Kaufmännische Direktorin am Universitätsklinikum Würzburg und Vorstand beim Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V., Berlin

Gabriele Sonntag ist Kaufmännische Direktorin am Universitätsklinikum Tübingen und 2. Vorsitzende des Verbands der Universitätsklinika Deutschlands e.V., Berlin

Gemäß Koalitionsvertrag soll eine Bundes-Länder-Arbeitsgruppe Reformvorschläge zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung ausarbeiten. Auf der Agenda stehen alle Stellschrauben, die Einfluss auf die Versorgungsstrukturen an der Sektorenengrenze haben: Bedarfsplanung, Zulassung, Honorierung, Kodierung, Dokumentation, Kooperation der Gesundheitsberufe und Qualitätssicherung. Damit aus der Reform greifbare Fortschritte für die Patienten resultieren, sollte die Förderung patientenorientierter Strukturen an der Sektorenengrenze zum zentralen Leitmotiv werden. Nachfolgend werden dafür Ansatzpunkte skizziert. Betrachtet wird unter anderem, inwieweit Vergütungsreformen für einen patientenorientierten Umbau der Versorgungslandschaft erforderlich sind.

1. Einleitung

Die Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung steht seit vielen Jahren auf den gesundheitspolitischen to-do-Listen weit oben. An der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wurden in der Vergangenheit viele Reformversuche gestartet – bisher ohne durchschlagenden Erfolg.

Viele Kommentatoren nennen die unterschiedlichen Vergütungssysteme zwischen den Sektoren als einen wesentlichen Grund dafür, dass die sektorenübergreifende Zusammenarbeit nicht gut funktioniert. Entsprechend wird häufig die Angleichung der Vergütungssysteme als eine wesentliche Voraussetzung für

die Entstehung sektorenübergreifender Versorgungsangebote genannt. Im Folgenden wird diese Hypothese am Beispiel der ambulanten Notfallversorgung und der spezialisierten ambulanten Versorgung kritisch hinterfragt. Im Fokus stehen dabei nicht nur die Vergütungssysteme selbst, sondern auch ihre ordnungspolitische Einbettung.

Zielbild für Versorgungsstrukturen definieren, Vergütungssysteme darauf ausrichten

Die Entwicklung eines sektorenübergreifenden Vergütungssystems ist kein Selbstzweck. Bevor eine solch weitgehen-

de Reform auf den Weg gebracht wird, müssen zunächst entscheidende Fragen politisch beantwortet werden: Wie soll die Versorgungslandschaft der Zukunft aussehen? Welche ordnungspolitischen Ziele sollen mit einer solchen Reform erreicht werden? Erst wenn ein klares Zielbild für die Weiterentwicklung der bestehenden Versorgungsstrukturen existiert, können daraus die Anforderungen an ein neues Vergütungssystem abgeleitet werden. Wenn definiert wurde, wie künftig leistungsfähige, sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen aussehen sollen, kann ein neues Vergütungssystem gezielt so entwickelt werden, dass es den notwendigen Strukturwandel unterstützt.

Vermieden werden sollten dagegen Reformdiskussionen, die von reinen Vergütungsargumenten dominiert werden, etwa der logisch klingenden Lösungen „Gleicher Preis für gleiche Leistung“ oder „Das Geld muss der Leistung folgen“. Dessen Umsetzung erfordert eine sachgerechte Leistungsdefinition, die es derzeit nicht gibt. Darüber hinaus kommen in solchen Diskursen struktur- und versorgungspolitische Folgen von Vergütungsentscheidungen oft zu kurz. Dies lässt sich eindrücklich am DRG-System besichtigen. Bei der Einführung und Weiterentwicklung dieses Systems lag der Fokus in den letzten 15 Jahren primär auf der Optimierung vergütungstechnischer Aspekte wie der möglichst differenzierten Beschreibung und Erfassung von Leistungen und der möglichst präzisen Zuordnung von Kosten zu diesen Leistungen. Die in Teilen negativen Strukturwirkungen des Systems, etwa auf die Notfallversorgung, die Pflege oder die Weiterbildungsangebote zum Facharzt, wurden lange vernachlässigt oder gar in ihrer Existenz bestritten. Die Folge waren langjährige Fehlsteuerungen, deren Folgen nun mit großem Aufwand korrigiert werden müssen. Eine solche Entwicklung sollte sich bei der Gestaltung eines sektorenübergreifenden Vergütungssystems nicht wiederholen.

Patientenorientierung als Maßstab für sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen

Wie könnte ein Zielbild für die sektorenübergreifende Versorgung aussehen? Um diese Frage zu beantworten, sollte die Förderung von patientenorientierten Versorgungsstrukturen zum Maßstab gemacht werden.

In der Fachliteratur ist vielfach beschrieben, welche Defizite infolge der Sektorenengrenzen und damit verbundener Versorgungsbrüche bestehen. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) stellt in seinem aktuellen Gutachten fest, dass der Stellenwert einer Koordination gesundheitlicher Versorgung aufgrund der zunehmenden Komplexität von Erkrankungen und deren Behandlungsverläufen immer weiter zunimmt. Patienten finden sich immer häufiger in Situationen, wo sie für die Behandlung ihres Krankheitsbildes sequenziell oder parallel zahlreiche unterschiedliche Leistungserbringer sektorenübergreifend in Anspruch nehmen müssen.

Erst wenn ein klares Zielbild für die Weiterentwicklung der bestehenden Versorgungsstrukturen existiert, können daraus die Anforderungen an ein neues Vergütungssystem abgeleitet werden.

Diese Leistungserbringer stehen nicht selten miteinander im Wettbewerb. Ansätze für „shared care“, also die kooperative, arbeitsteilige Versorgung von Patienten, haben es in einem solchen Umfeld schwer. Die Folge: Die heutigen Angebotsstrukturen tragen dem zunehmenden Bedarf an Koordination und Kooperation nicht ausreichend Rechnung. Im Gegenteil: Die Leistungserbringung in Deutschland ist in hohem Maße fragmentiert.

Derzeit sind weder die Zulassungsverfahren für Leistungserbringer noch die Vergütungssysteme darauf ausgerichtet, patientenorientierte Kooperationen von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten zu fördern. Auch die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) ist hier keine Ausnahme. Die verschiedenen Leistungserbringer arbeiten vielerorts eher nebeneinander her als proaktiv miteinander, selbst bei der Versorgung der gleichen Patienten. Die Last der Behandlungskoordination liegt gerade bei schwerwiegenden, langwierigen Behandlungen nicht selten beim Patienten selbst oder dessen Angehörigen.

Reformen an der Sektorenengrenze sollen daher darauf ausgerichtet werden,

die patientenbezogene Koordination von Untersuchungen und Behandlungen zu fördern. Dazu muss die Versorgungsstruktur konsequenter als bisher an den Patienten ausgerichtet werden. Folgende Schlussfolgerungen ergeben sich für das Zielbild, wenn eine stärkere Patientenorientierung zum Maßstab für die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen gemacht wird:

- Insbesondere bei komplexen oder schweren und oft chronischen Erkrankungen wie Krebs, Herzinsuffizienz oder Schlaganfall ist oft eine Vielzahl an Leistungserbringern (Krankenhaus, Hausarzt, ggf. mehrere niedergelassene Fachärzte unterschiedlicher Fachrichtungen, Reha-Klinik etc.) sektorenübergreifend an der Patientenversorgung beteiligt. Hier sollten Strukturen gefördert werden, welche erkrankungsbezogen die Behandlung „aus einer Hand“ sektorenübergreifend über die gesamte Behandlungskette qualitätsgesichert sicherstellen bzw. organisieren. Dabei können durchaus unterschiedliche Leistungserbringer jeweils Teile der Behandlung übernehmen. Es sollte aber für die jeweilige Erkrankung einen zentral gegr. dem Patienten verantwortlichen, fachlich ausgewiesenen Leistungserbringer geben, der für den Patienten den gesamten Behandlungsverlauf plant, koordiniert, qualitätssichert und dem Patienten in allen Fragen als zentraler Ansprechpartner dient.
- Die stationären Ansätze zur Konzentration und Zentrenbildung sollten für die Versorgung komplexer oder schwerer Erkrankungen auf die ambulante spezialfachärztliche Versorgung übertragen werden. Angesichts der Ambulantisierung der Medizin stellen sich für die ambulante Versorgung dieser Krankheitsbilder letztlich dieselben Fragen, etwa zur Strukturqualität (Personalausstattung, Mindestmengen, Interdisziplinarität etc.), die auch für die stationäre Versorgung intensiv diskutiert werden. Notwendig ist deshalb ein sektorenübergreifendes Konzept für die Bildung von Zentren im Bereich der hochspezialisierten Versorgung. Dazu gehört auch die Klärung der Frage, welche elektiven ambulanten Angebote wohnortnah

sein müssen und wo ggf. auch längere Anfahrtswege zumutbar sind. Der Aufbau entsprechender Strukturen sollte politisch gefördert werden.

- Insbesondere für multimorbide Patienten mit mehreren behandlungsbedürftigen Erkrankungen oder Patienten, bei denen umfangreiche Abklärungsdiagnostik erforderlich ist, sollten Unterstützungsangebote für die Koordinierung der Leistungserbringung („Lotsen“) gefördert werden, bspw. durch den Hausarzt. Dies würde die Inanspruchnahme unnötiger Leistungen reduzieren, dem Patienten aber gleichzeitig die Inanspruchnahme notwendiger Leistungen erleichtern. Außerdem könnten bei multimorbid Patienten Versorgungsbrüche vermieden werden. Diese resultieren häufig daraus, dass auf einzelne Erkrankungen spezialisierte Leistungserbringer jeweils nur ihren Behandlungsanteil im Blick haben, nicht aber die Gesamt morbidität des Patienten und ggf. bestehende Interaktionen zwischen verschiedenen Erkrankungen.
- In der ambulanten Notfallversorgung sollten künftig nur noch sektorenübergreifende Angebote zugelassen und gefördert werden. Faktisch stimmen hier die Patienten schon heute mit den Füßen ab, indem sie in immer größerer Zahl die Notaufnahmen der Krankenhäuser aufsuchen. Deshalb sollte die gesamte notfallmedizinische Versorgungskette von der medizinischen Ersteinschätzung über die notwendige Diagnostik bis hin zur ambulanten oder stationären Versorgung künftig in integrierten Notfallzentren abgebildet werden. Der SVR hat hierzu in seinem jüngsten Gutachten eine sehr gute konzeptionelle Grundlage geliefert.

- Bei vielen Krankheitsbildern entwickelt sich der medizinische Fortschritt rasant. Für viele neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden macht es aufgrund der Ambulantisierung der Medizin immer weniger Sinn, sie ausschließlich auf die stationäre Erbringung zu beschränken. Patienten sollten stattdessen schnell und niedrigschwellig von neuen Methoden profitieren können. Gleichzeitig sollten diese aber nicht in beliebigen Versorgungskontexten erbringbar sein. Gefördert werden sollten statt-

dessen sektorenübergreifend organisierte Innovationszentren, die auf eine schnelle Generierung von wissenschaftlicher Evidenz ausgerichtet sind. Solche Zentren müssen u.a. in der Lage sein, neue Methoden qualitätsgesichert einzuführen sowie mit eigener wissenschaftlicher Expertise in Studien und mit Hilfe von Registern zu evaluieren.

Komplexe (ambulante) Medizin in sektorenübergreifenden Versorgungsnetzen organisieren

Die vorgenannten Punkte zielen darauf ab, dass sich sektorenübergreifende Versorgung stärker als bisher auf die Bedürfnisse des Patienten ausrichtet und entsprechend um den Patienten herum organisiert. Um diesem Zielbild näher zu kommen, darf die ambulante Versorgung komplexer oder schwerer Erkrankungen nicht mit der vertragsärztlichen Versorgung gleichgesetzt werden. Komplexe ambulante Medizin ist oft interdisziplinär, multiprofessionell, infrastrukturintensiv, bedarf einer hochspezialisierten Expertise und unterliegt einer starken Innovationsdynamik. Häufig geht diese aufwändige ambulante Versorgung einher mit wiederkehrenden stationären Behandlungsepisoden. Fachlich und infrastrukturell entsprechend ausgewiesene Krankenhäuser müssen daher in diesem ambulanten Versorgungssegment beim Aufbau patientenorientierter Angebote eine zentrale Rolle spielen. Die heute bereits vorhandenen stationären Zentren sollten der Ausgangspunkt für den Aufbau sektorenübergreifender Zentren bzw. Versorgungsnetze sein.

In aller Regel können bei seltenen, komplexen oder schweren Erkrankungsbildern einzelne Krankenhäuser oder gar Vertragsärzte die vielfältigen und umfassenden Anforderungen an eine optimale Patientenversorgung schon heute nicht mehr volumnäßig abbilden. Der medizinische Fortschritt, die zunehmende Arbeitsteilung und Spezialisierung in der Medizin sowie der schon heute spürbare Fachkräftemangel werden die Notwendigkeit der leistungserbringerübergreifenden Koordination und Zusammenarbeit weiter forcieren. Dabei ist es aus Patientensicht unabdingbar, dass Krankenhäuser und Vertragsärzte

in entsprechenden Leistungsbereichen abgestimmt und „aus einem Guss“ agieren. Es geht um den Aufbau abgestufter, vernetzter Versorgungsangebote, in denen sowohl Krankenhäuser als auch Vertragsärzte ihre spezifischen Kompetenzen und Stärken einbringen.

Die spezialisierte ambulante Versorgung der Zukunft wird daher in aller Regel durch Gruppen von untereinander abgestimmten Leistungserbringern („Versorgungsnetze“) erbracht werden müssen. Dazu werden Krankenhäuser und Vertragsärzte gehören, mitunter aber auch weitere Leistungserbringer. Dabei genügt es jedoch nicht, ausschließlich auf Selbstkoordination der Leistungserbringer im Rahmen der hergebrachten sektoralen Strukturen zu setzen. Stattdessen muss der Aufbau echter Netzwerkstrukturen forciert werden. Dazu gehören bspw. eine gemeinsame medizinische Entscheidungsorganisation, übergreifende Behandlungsstandards, ein gemeinsames Case Management, Controlling, Qualitätsmanagement und gemeinsame digitale Plattformen für die Datenerfassung und den Informationsaustausch. Es stellt sich die Frage, wer federführend solche Netze bzw. die dafür erforderlichen Plattformen und Organisationsstrukturen aufbauen und dauerhaft stabil auf hohem Qualitätsniveau betreiben soll. Insbesondere Großkrankenhäuser bringen dafür alle Voraussetzungen mit. Sie verfügen über IT-Plattformen, Management-Know-how, den Zugang zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und eine kritische Masse an medizinischen Ressourcen, um solche Netze zu organisieren.

2. Reformansätze an der Schnittstelle zwischen ambularem und stationärem Sektor

Wie müssen die derzeitigen Rahmenbedingungen weiterentwickelt werden, um dem Umbau der Versorgung in Richtung des oben skizzierten Zielbilds zu unterstützen? Im Folgenden wird diese Frage für vier zentrale ambulante Versorgungsbereiche diskutiert: die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV), die ambulante Notfallversorgung, die Hochschulambulanz und das Hybrid-DRG-Konzept als Weiterentwicklung des Ambulanten Operierens.

2.1 Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Die Behandlung vieler komplexer, seltener oder schwerer Erkrankungen erfolgt zunehmend sektorenübergreifend, interdisziplinär und multiprofessionell, also in Teams. Die Teamzusammensetzung hängt maßgeblich vom Krankheitsbild und dem individuellen Behandlungsbedarf ab. Mittlerweile ist die Subspezialisierung innerhalb der jeweiligen medizinischen Fachdisziplinen so weit fortgeschritten, dass die ärztlichen Kompetenzen der Behandlungsteams auf dieser Ebene abgebildet werden müssen.

Teambasierte Versorgung impliziert, dass die beteiligten Leistungserbringer gut abgestimmt agieren. Jedoch hat sich gerade an der Schnittstelle der spezialisierten fachärztlichen Versorgung ein unkoordiniertes Nebeneinander von Krankenhausambulanzen, Medizinischen Versorgungszentren und Einzelpaxen entwickelt. Eine sektorenübergreifende Betrachtung der spezialisierten fachärztlichen ambulanten Versorgungsangebote findet nicht statt – auch aufgrund weitgehender Intransparenz der Leistungserbringung und der Vielzahl konkurrierender Leistungsbringer bzw. Abrechnungsvarianten der Leistungserbringung.

Eigentlich hat die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) gemäß § 116b SGB V von ihrer Grundidee her – schwere, komplexe und seltene Erkrankungen in interdisziplinären Behandlungsteams zu versorgen – das Potenzial zur Lösung der zahlreichen Schnittstellen- und Koordinationsprobleme. Allerdings ist die Umsetzung unbefriedigend.

Das hat mehrere Ursachen. Der SVR kommt in seinem aktuellen Gutachten zu der Einschätzung, dass die ASV bisher wegen zu hoher Teilnahmeanforderungen hinter den ursprünglichen Erwartungen zurückbleibt:

„Die bisher gleichwohl eher enttäuschende Entwicklung der ASV geht zu einem beachtlichen Teil auf die extrem hohen Teilnahmeanforderungen zurück, die trotz der Notwendigkeit von Qualitätserfordernissen einer Überprüfung bedürfen“ (SVR 2018 RN 1312).

Dem ist sicherlich insoweit zuzustimmen, wie extrem komplizierte, überbürokrati-

tisierte Zulassungsverfahren und teils nicht sachgerechte Anforderungen an die Leistungserbringer eine Teilnahme an der ASV in vielen Fällen faktisch unmöglich oder zumindest unattraktiv machen. Diese Verfahren müssen daher unbedingt überprüft werden.

Die ASV hat jedoch auch grundsätzliche konzeptionelle Schwächen, die weit über das Zulassungsverfahren hinaus reichen:

- Erstens ist die ASV nicht konsequent auf die Förderung sektorenübergreifender Strukturbildung ausgerichtet. Teams können – mit Ausnahme einiger onkologischer Erkrankungen – auch völlig ohne Krankenhausbeteiligung gebildet werden.
- Zweitens gibt es in der ASV keinen systematischen Ansatz zur Förderung einer Organisationsentwicklung auf der Ebene der Teams. Dabei sind die organisatorischen Herausforderungen enorm. Beispielsweise bestehen die ASV-Teams für Gastrointestinale Tumore (GIT) aus bis zu 70 Teammitgliedern (vgl. Froschauer et al. 2018). Vorgaben dazu, wie bei derart vielen Beteiligten die medizinische Entscheidungsorganisation aussehen soll, fehlen weitgehend bzw. bleiben rudimentär. Eine klare Leitungs- bzw. Organisationsverantwortung und damit Verbindlichkeit gibt es nicht. Die Teamleitung hat lediglich koordinierende Funktion. Der Aufbau einer gemeinsamen Organisations- bzw. Infrastruktur (z.B. gemeinsame elektronische Patientenakte, gemeinsames Qualitätsmanagement, gemeinsame Patientenverwaltung) ist nicht vorgeschrieben. Genau diese Punkte wären aber für eine stärkere Ausrichtung auf die Bedürfnisse der Patienten wichtig. Es gibt auch keine gemeinsame Leistungsabrechnung bzw. Budgetverantwortung. Die ASV setzt somit im Wesentlichen auf die Selbstkoordination der Leistungserbringer innerhalb der bestehenden Strukturen, eine echte Veränderung von Strukturen durch die ASV ist dagegen nicht Gegenstand der Regelung.
- Drittens fehlt jegliche (bedarfs-)planerische Begleitung der ASV. Welche ASV-Teams bilden sich wo? Decken diese den Versorgungsbedarf der Be-

völkerung ab? Agieren diese Teams abgestimmt mit den in der Krankenhausplanung ausgewiesenen Zentren, etwa im Bereich der Onkologie? Wo findet Versorgung primär in ASV-Teams statt, wo außerhalb? Und resultieren daraus ggf. Unterschiede in der Versorgungsqualität? All diese Aspekte müssten sektorenübergreifend analysiert werden. Auch müsste ggf. korrigierend eingegriffen werden können, wenn sich abzeichnet, dass die Zulassung von ASV-Teams der versorgungspolitisch gewollten Zentrenbildung zuwider läuft.

Diese grundsätzlichen konzeptionellen Probleme (fehlende sektorenübergreifende Ausrichtung, fehlende Vorgaben zur übergreifenden Organisationsentwicklung, fehlende Planungszuständigkeiten) sollten in einer grundlegenden Reform der ASV behoben werden. Ziel sollte der Aufbau sektorenübergreifender Versorgungsnetze sein. Für diese Netze sollte ein deutlich höherer Grad an Integration und

Die konzeptionellen Probleme der ASV sollten in einer grundlegenden Reform der ASV behoben werden.

Institutionalisierung angestrebt werden, als dies bisher der Fall ist. Damit würden die Netze zu eigenständigen Akteuren im Versorgungssystem. Sie würden perspektivisch als integrierte Leistungserbringer tätig. Insbesondere braucht es dafür die gesetzliche Zuweisung einer klaren Organisationsverantwortung an ausgewählte Leistungserbringer. Insofern heute bereits im stationären Bereich entsprechende Zentren ausgewiesen sind, sollten diese Zentren damit betraut werden, die Netzwerk- und Teambildung voran zu treiben. Zudem sollte der Aufbau solcher Netze durch eine sektorenübergreifende Planung begleitet werden, die insbesondere eng mit der stationären Planung von Zentren gekoppelt ist.

Was folgt aus diesen Überlegungen für die Vergütung im Rahmen der ASV? Zunächst sollte die Schaffung eines gemeinsamen Budgets und einer gemeinsamen Leistungsabrechnung für die jeweiligen Teams angestrebt werden. Über die Verteilung der Mittel zwischen den

Teammitgliedern würde dann teamintern entschieden. Die bisherige Verfahrensweise, wonach jedes Teammitglied seine Leistungen alleine abrechnet, ist für eine stärkere Institutionalisierung nicht hilfreich. Wichtig ich zudem, auch finanziell gezielt die Organisationsentwicklung zu fördern, also bspw. den Aufbau und Betrieb einer gemeinsamen IT-Plattform, eine übergreifende Qualitätssicherung oder ein übergreifendes Case Management. Und drittens sollten Dokumentations- und Vergütungssystematik stärker auf die Leistungsbereiche abgestimmt werden, in denen bereits heute in großem Umfang ASV-Leistungen erbracht werden. Dazu gehören insbesondere der stationäre Bereich und die Hochschulambulanzen. Hier haben sich die stärkere Pauschalierung von Entgelten, die Dokumentation auf Basis von ICD und OPS und einheitliche Kodievorgaben weitgehend etabliert. Die ASV sollte daran anknüpfen, allerdings ohne die Fehler des DRG-Systems zu übernehmen, d.h. die Grenzen einer Pauschalierung anzuerkennen, demnach von rigidem Einheitspreissystemen Abstand zu nehmen und insbesondere strukturelle, regionale und sonstige Besonderheiten sowie Vorhalteaufwand der einzelnen Zentren gesondert zu berücksichtigen.

2.2 Ambulante Notfallversorgung

Ein weiteres Problemfeld an der Sektorengrenze, das in den letzten Jahren zu Recht in den regulatorischen Fokus gerückt ist, ist die ambulante Notfallversorgung. Nicht nur der SVR attestiert in seinem neuen Gutachten dem System der ambulanten Notfallversorgung nicht bedarfsgerecht zu sein und einer Neuordnung zu bedürfen. Eine unzureichende Koordination und Planung zwischen den Leistungserbringern in der Notfallversorgung, aber auch ein geändertes Patientenverhalten haben insbesondere in den Notaufnahmen der Krankenhäuser zu einem starken Anstieg der Inanspruchnahmen geführt. Im Jahr 2016 wurden mit etwa 11 Millionen Fällen der überwiegende Teil der ambulanten Notfälle in Krankenhäusern versorgt. Ein großer Teil dieser Patienten ist allerdings in den

Notfallambulanzen der Krankenhäuser nicht richtig aufgehoben, weil sie keine „echten“ Notfälle sind und folglich keiner akuten Behandlung bedürfen.

An dieser Stelle setzt ein vom SVR entwickeltes Konzept zur zukünftigen Ausgestaltung der ambulanten Notfallversorgung an. Die SVR-Empfehlung sieht vor, dass an besonders geeigneten

Ein weiteres Problemfeld ist die ambulante Notfallversorgung: Nicht nur der SVR attestiert ihr, nicht bedarfsgerecht zu sein und einer Neuordnung zu bedürfen.

Krankenhäusern sogenannte Integrierte Notfallzentren (INZ) angesiedelt werden. In diesen INZ versorgen niedergelassene und am Krankenhaus angestellte Ärzte gemeinsam die Patienten. An einem „zentralen Tresen“ erfolgt eine Ersteinschätzung nach Schwergrad und Dringlichkeit, danach wird entschieden, wo die Weiterbehandlung des Patienten erfolgt (niedergelassener Arzt, KV Notdienstpraxis oder Notaufnahme des Krankenhauses). Ein wichtiges Kriterium für die Auswahl von Krankenhäusern, an denen die INZ anzusiedeln sind, sollen definierte Mindestvoraussetzungen sein.

Durch die Bezugnahme auf besonders für die Notfallversorgung ausgerüstete Krankenhäuser bildet das Konzept des SVR im Zusammenspiel mit dem Notfallstufenkonzept des G-BA eine sehr gute Grundlage für den Aufbau einer wirklich sektorenübergreifenden Notfallversorgung. Wichtig ist auch hier, dass dieser Prozess durch eine sektorenübergreifende Planung begleitet wird. Was impliziert das für das Vergütungssystem? Entscheidend für das Gelingen einer solchen Reform sind verbindliche Strukturvorgaben an die INZ und eine vernünftige Angebotsplanung. Wenn diese Voraussetzungen vorliegen, dann ist hinsichtlich der Finanzierung der INZ letztlich vor allem entscheidend, dass die Notfallversorgung in den INZ und den entsprechenden Krankenhäusern auskömmlich finanziert ist.

Das Spektrum, der in den Krankenhausnotaufnahmen behandelten

Krankheitsbilder, ist extrem vielfältig. Es werden ebenso Patienten in akut lebensbedrohlichen Situationen aus allen Fachdisziplinen (z.B. Unfälle, Herzinfarkte, Schlaganfälle, psychiatrische Notfälle) wie auch leichtere Beschwerden (z.B. Atemwegsinfekte) versorgt. Für eine Notaufnahme ist das zu versorgende Patientenaufkommen prospektiv nicht vorherseh- und planbar. Somit müssen etwa Universitätsklinika, die zu jeder Zeit das gesamte Spektrum der Notfallmedizin versorgen, erheblichen Vorhalteaufwand betreiben, um rund um die Uhr auf die verschiedenen Situationen vorbereitet zu sein.

Die Finanzierung dieser Vorhaltung in den Notaufnahmen sollte unabhängig von den Versorgungsektoren erfolgen, denn für die in der Notaufnahme tätigen Ärzte ist es nicht von vornherein ersichtlich, ob der Patient ein ambulanter oder ein stationärer Notfall ist. Das an der Notfallversorgung teilnehmende Krankenhaus sollte entsprechend der drei G-BA Stufen einen Pauschalbetrag erhalten, der als Basisfinanzierung für die Vorhaltung für ambulante und stationäre Notfälle dient. Diese Pauschale soll im Wesentlichen die Kosten abdecken, die nicht sachgerecht über die herkömmlichen Leistungsentgelte vergütet werden können. Zusätzlich zum Basispauschalbetrag sollte das Krankenhaus für die restlichen Kosten patienten- bzw. leistungsbezogen eine ergänzende, kostendeckende Vergütung der Behandlung erhalten. Für stationär aufgenommene Patienten erfolgt dies über die DRG, für ambulant versorgte Patienten sollte es ggf. eine Kombination aus Pauschalen und Einzelleistungsvergütung (bspw. für aufwändige Bildgebung) geben.

Neben den Kosten der Notaufnahme des Klinikums sind bei einer Umsetzung des INZ-Konzepts zusätzlich die Kosten der KV-Bereitschaftsdienstpraxis sowie der Zentralen Anlaufstelle („Tresen“) zu finanzieren. Auch hier sollte perspektivisch mit einer Mischung aus vorhalte- und leistungsbezogenen Vergütungselementen gearbeitet werden.

Insoweit Notaufnahme, KV-Bereitschaftsdienstpraxis und Zentrale Anlaufstelle unter dem Dach eines INZ einheitlich in Trägerschaft des Krankenhauses organisiert werden, könnte – wie vom SVR angeregt – über die Bildung eines Gesamtbudgets für das INZ nachgedacht werden. Abzulehnen sind aber

alle Organisations- und Vergütungsmodelle, die darauf hinauslaufen, dass die Notaufnahme des Krankenhauses in ein INZ umgegliedert werden muss, das sich nicht mehr in ausschließlicher Trägerschaft des Krankenhauses befindet.

2.3 Hochschulambulanzen

Die Patientenzahlen in den Hochschulambulanzen steigen seit vielen Jahren kontinuierlich an. Dies hat mehrere Gründe. Eine Ursache ist, dass Patienten einer besonderen Expertise der Hochschulambulanz bedürfen, die es in der vertragsärztlichen Versorgung in aller Regel nicht gibt, etwa im Bereich der Seltenen Erkrankungen. Darüber hinaus schließen die Universitätsklinika mit ihren Hochschulambulanzen längst Versorgungslücken der vertragsärztlichen Versorgung, weil in bestimmten Fachgebieten oder für bestimmte Subspezialisierungen nicht genug Vertragsärzte vorhanden sind.

Ein weiterer Grund für die hohe Nachfrage ist sicherlich auch, dass dank der Hochschulambulanzen die Universitätsklinika bereits heute sehr patientenorientierte Versorgungsangebote machen können. Ambulante und stationäre Versorgung erfolgen „aus einer Hand“, alle notwendigen Behandlungsangebote sind an einem Ort gebündelt verfügbar und die notwendige Koordination bei komplexen Versorgungsbedarfen ist vergleichsweise leicht zu leisten.

Der Gesetzgeber hat dem erhöhten Patientenaufkommen Rechnung getragen und mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz einen neuen Ermächtigungsstatbestand für die Hochschulambulanzen eingeführt. Die Hochschulambulanzen sind seither auch über das für Forschung und Lehre erforderliche Maß hinaus für die Behandlung jener Patienten zugelassen, die aufgrund der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung dieses Zugangs bedürfen. Darüber hinaus besteht die hergebrachte Ermächtigung für Zwecke von Forschung und Lehre weiter.

Die Hochschulambulanzregelung ist eine Sonderregelung, welche die Universitätsklinika aufgrund ihrer besonderen Aufgaben in Forschung und Lehre benötigen. Dafür ist ein breiter und offener Zugang zu ambulanten Patienten nötig. Die Flexibilität der Regelung ermöglicht gleichzeitig eine schnelle Anpassung von Versorgungsangeboten an neue Erkennt-

nisse und den medizinisch-technischen Fortschritt, der sich insbesondere in den Universitätsklinika entwickelt und niederschlägt. Um diesen Besonderheiten Rechnung zu tragen, müssen die Hochschulambulanzen unabhängig von den Reformen in anderen ambulanten Regelungsbereichen als eigenständige Zulassungs- und Organisationsform erhalten bleiben.

2.4 Hybrid-DRG

Wenn von einem modernen sektorenübergreifenden Vergütungssystem die Rede ist, fällt häufig das Schlagwort „Hybrid-DRG“. Unter „Hybrid-DRGs“ werden gemeinhin Fallpauschalen, die sowohl für den stationären als auch ambulanten Sektor als Vergütungsmaßstab gelten, verstanden. Sie sollen als Mischpreis aus DRG und EBM kalkuliert werden.

Die verschiedenen Vorschläge von „Hybrid-DRGs“ sind in der Regel hauptsächlich auf Kostensenkung bzw. das Heben von Wirtschaftlichkeitspotentiale ausgerichtet. Häufig ist zu hören, dass damit der Anreiz beseitigt werden solle, Leistungen stationär zu erbringen, die eigentlich ambulant erbracht werden könnten. Hier wird in der Regel Bezug genommen auf ambulant sensitive Krankenhausfälle. Vertragsärzte und Krankenhäuser sollen um diese Leistungen konkurrieren dürfen. Insoweit weist diese Diskussion viele Parallelen zum Ambulanten Operieren (AOP) auf.

Unklar bleibt dabei, inwieweit Hybrid-DRG einen Beitrag zu mehr Patientenorientierung und echter sektorenübergreifender Strukturbildung im Sinne des oben beschriebenen Zielbilds leisten könnten. Hier ist zumindest Skepsis angebracht.

Die Öffnung dieses Leistungsspektrums auch für Vertragsärzte würde voraussichtlich die Zahl der Leistungserbringer deutlich erhöhen. Diese würden miteinander in einem starken Wettbewerb stehen. Aus den Erfahrungen mit dem DRG-System ist bekannt, dass Einheitspreissysteme in Verbindung mit einer großen Zahl von Leistungserbringern zu steigenden Leistungszahlen führen. Allein die Existenz eines pauschalierten Einheitspreissystems führt demnach nicht dazu, dass sich die Versorgungsstruktur sinnvoll entwickelt.

Die letzten beiden Dekaden waren geprägt von dem Irrglauben, DRG-steuerter Wettbewerb alleine würde dazu

führen, die deutsche Krankenhauslandschaft effizienter und bedarfsgerechter zu machen. Mittlerweile ist überdeutlich, dass dieser ordnungspolitische Ansatz seine Ziele weitgehend verfehlt hat. Die Krankenhauslandschaft bleibt fragmentiert, besonders weil die Konzentration und Spezialisierung der Krankenhäuser, obwohl ökonomisch und unter Qualitätsgesichtspunkten sinnvoll, nach den Erkenntnissen der DRG-System-Begleitforschung weitgehend unterblieben ist. Über zehn Jahre nach Einführung der DRGs existiert ein weitgehend unkoordiniertes Nebeneinander von hochspezialisierten Fachkliniken, Grundversorgern, Maximalversorgern und allen erdenklichen Zwischenstufen. Teilweise richten Krankenhäuser ihr Leistungsangebot eher an der Profitabilität aus als an der regionalen Bedarfssituation. Statt einer Konzentration komplexer medizinischer Angebote in Zentren sehen wir eine Diffusion von Leistungen der Maximalversorgung in die Fläche.

Vor diesem Hintergrund ist kritisch zu hinterfragen, ob Hybrid-DRG wirklich einen sinnvollen Beitrag zur Lösung der Strukturprobleme an der Sektorengrenze leisten würden. Die Unterschiedlichkeit der Patienten und die Vielfalt der medizinischen Versorgung lässt sich über Klassifikationen nur sehr grob greifen. Moderne Vergütungssysteme müssen deshalb mehr sein als nur OPS- bzw. ICD-gesteuerte Entgeltkataloge mit Einheitspreisen. Sie müssen insbesondere mit Instrumenten zur Angebotsplanung und Qualitätssteuerung verknüpft werden. Letzteres fehlt in der Diskussion um Hybrid-DRG völlig.

Methodische Limitationen von Hybrid-DRGs

Neben den Auswirkungen auf die Versorgungslandschaft stellen sich auch kritische Fragen zur Sachgerechtigkeit einer solchen Vergütung. Die Kalkulation der Fallpauschalen für den stationären Sektor zeigt, dass die Pflege eines nationalen Einheitspreissystems und der dazu nötigen Kalkulationsstichprobe mit einem sehr hohen Aufwand für die beteiligten Krankenhäuser verbunden ist. Die Güte der Kalkulation und insbesondere die Abbildung von Vorhalteaufwand sind in vielerlei Hinsicht unzureichend, obwohl im stationären Bereich dem hohen Kalkulationsaufwand auch ein

relativ hoher Fallerlös entgegen steht, bei gleichzeitig starker Spreizung der Fallerlöse zwischen den DRG. Im stationären Bereich gibt es also einen starken Anreiz für die Krankenhäuser, zu einer sachgerechten Kalkulation beizutragen. Im ambulanten Bereich ist das Verhältnis von Kalkulationsaufwand und Fallerlös deutlich schlechter und die Spreizung der Fallerlöse weitaus kleiner. Kritisch zu hinterfragen ist daher, ob eine zentrale, Ist-Kosten-basierte Kalkulation nach dem Vorbild der DRG überhaupt die notwendige Qualität haben könnte, um einen sinnvollen Beitrag zur Preisfindung zu leisten.

Neben der Kalkulationsgüte ist auch die Güte der Leistungsdefinition entscheidend für die Sachgerechtigkeit des Vergütungssystems. Wesentliche Kriterien für die Abbildung in Fallpauschalen sind die hochgradige Standardisierbarkeit sowie die zeitliche Eingrenzbarkeit der Leistungserbringung. Ansonsten droht Risikoselektion. Auch hier lohnt sich ein Blick auf das DRG-System. Trotz großer Standardisierungsbemühungen sammeln sich innerhalb der einzelnen DRG komplexe, hochaufwändige Behandlungsfälle tendenziell in Häusern der Maximalversorgung. Das führt dort zu Finanzierungsnachteilen ggü. anderen Krankenhäusern, die diese überdurchschnittlich aufwändigen Patienten nicht haben. Solche Selektionseffekte, die im Übrigen auch vermeintlich einfache Diagnosen und Prozeduren betreffen, sind in Einheitspreissystemen nicht völlig zu vermeiden. Umso wichtiger wäre es im Falle einer Umsetzung von Hybrid-DRGs, dafür Kompensationsmechanismen vorzusehen.

Für ein ambulant-stationäres Fallpauschalsystem würden sich daher nur hoch standardisierbare Leistungen eignen, etwa häufige ambulante Operationen, oder Diagnosen, deren Behandlung hoch standardisiert ist. Für die Abbildung bspw. von komplexer Abklärungsdiagnostik oder Patienten mit seltenen Erkrankungen ist ein derartiges System nicht geeignet. Dies zeigt beispielsweise auch das Modellprojekt der TK in Thüringen. In diesem Projekt wird derzeit eine einheitliche sektorenübergreifende Vergütung für vier operative Eingriffe erprobt. Bei weniger standardisierten Behandlungen ist die Ermittlung einheitlicher Vergütungsbeträge wesentlich schwieriger.

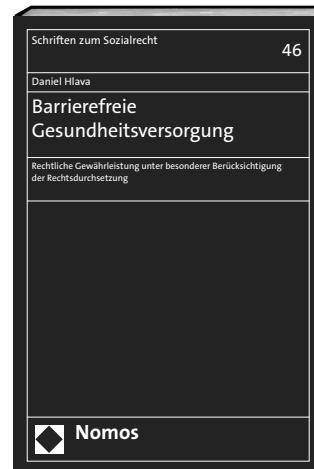
Insgesamt ist daher mehr als fraglich, ob die Einführung von Hybrid-DRG wirklich einen wesentlichen Beitrag zur Lösung der Strukturprobleme an der Sektorengrenze leisten könnte. Es drohen neue Fehlanreize, und es fehlt die Verknüpfung mit Instrumenten der Planung und Qualitätssteuerung. Zudem scheint die Kalkulation von sektorenübergreifenden Einheitspreisen allenfalls für ein sehr kleines Leistungs- bzw. Patientenspektrum sachgerecht umsetzbar zu sein.

3. Fazit

Die oben ausgeführten Überlegungen zu einer patientenorientierten Neugestaltung der Versorgungslandschaft an der Sektorengrenze zeigen, dass es hier sehr unterschiedlich gelagerte Probleme gibt, die jeweils eigener Lösungen bedürfen. Die Organisation der ambulanten Notfallversorgung steht vor ganz anderen Herausforderungen als die ambulante Versorgung komplexer oder schwerer Erkrankungen. Die Entwicklung eines neuen, umfassenden Vergütungssystems nach dem Motto „one size fits all“ scheint vor diesem Hintergrund weder möglich noch sinnvoll. Machbar und sinnvoll sind dagegen Weiterentwicklungen innerhalb der verschiedenen ambulanten Versorgungssegmente. Gemeinsames Leitmotiv sollte dabei jedoch sein, dass sich sektorenübergreifende Versorgung stärker als bisher auf die Bedürfnisse des Patienten ausrichten und entsprechend um den Patienten herum organisiert werden muss. Es bedarf insbesondere einer stärkeren Vernetzung der Leistungserbringer.

Zudem zeigt sich bei näherer Betrachtung, dass die Reform von Vergütungssystemen alleine wenig dazu beitragen dürfte, bestehende Versorgungsstrukturen in Richtung einer stärkeren Patientenorientierung umzubauen. Mindestens genauso wichtig sind Instrumente der sektorenübergreifenden Planung und Qualitätssteuerung, die sinnvoll mit Vergütungsanreizen gekoppelt werden müssen. Dies setzt voraus, dass es ein Zielbild für den Umbau der fragmentierten Versorgungslandschaft an der Sektorengrenze gibt. Konzentration, Zentrenbildung und die Förderung einer patientenorientierten Versorgung in Netzen sollten Teil eines solchen Zielbilds sein. ■

Das Recht einer barrierefreien Gesundheitsversorgung



Barrierefreie Gesundheitsversorgung

Rechtliche Gewährleistung unter besonderer Berücksichtigung der Rechtsdurchsetzung
Von Dr. Daniel Hlava, LL.M.
2018, 532 S., brosch., 139,- €
ISBN 978-3-8487-4899-0
eISBN 978-3-8452-9086-7
(Schriften zum Sozialrecht, Bd. 46)
nomos-shop.de/37944

Das Werk befasst sich mit dem Recht einer barrierefreien Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderung. Vor dem Hintergrund mangelnder Barrierefreiheit von Leistungserbringern und Leistungsträgern wird der Frage nachgegangen, welche normativen Vorgaben in diesem Bereich existierten. Im Schwerpunkt werden die besonderen Instrumente zur Durchsetzung des geltenden Rechts näher behandelt. Die Perspektive liegt hier auf den Handlungsoptionen der betroffenen Menschen mit Behinderung, Interessensverbänden und staatlichen Stellen.

Nomos
e Library

Nomos