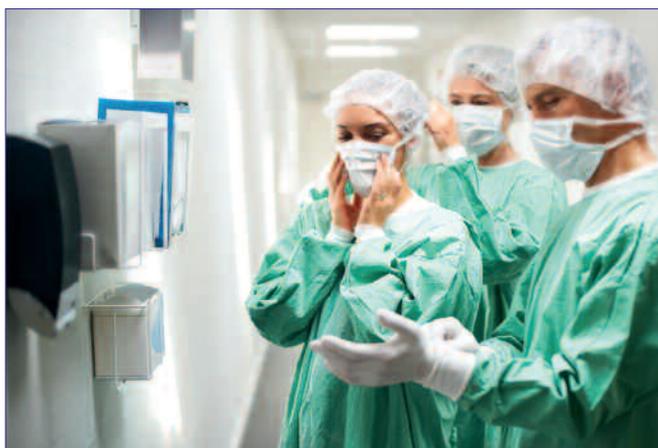


Thema: Ob Rot-Grün, Schwarz-Rot oder Schwarz-Gelb: An einer grundlegenden Reform der Klinikfinanzierung und der stationären Bedarfsplanung haben sich im fernen Berlin in den vergangenen Jahren bisher alle politischen Konstellationen die Zähne ausgebissen. Doch das könnte sich 2014 oder 2015 ändern. Hoch spannend dürfte auch die Umsetzung der spezialfachärztlichen ambulanten Versorgung nach § 116 b SGB V werden.

von **Bülent Erdogan-Griese**

„In der neuen Legislaturperiode wird eine große Klinikreform kommen“



Die 2.000 Akutkliniken in Deutschland befinden sich am Vorabend einer grundlegenden Finanzreform – und zwar unabhängig davon, welche politische Konstellation bei der Bundestagswahl am 22. September als Sieger hervorgehen wird. Diese Ansicht vertrat Dr. Ulrich Orlowski, Abteilungsleiter im Bundesgesundheitsministerium und einer der besten Kenner des deutschen Gesundheitswesens und der Gesundheitspolitik, auf der Fachtagung „Versorgungslandschaft NRW 2020“ Mitte Juli im Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf. „Wir stehen in der nächsten Legislatur, in den Jahren 2014 und 2015, vor einer grundsätzlichen Reform der Krankenhausfinanzierung, im Bereich der Betriebskosten, im Bereich der Investitionskostenfinanzierung, und das bedeutet auch: im Bereich der Krankenhausbedarfsplanung.“ Dies werde das zentrale gesundheitspolitische Thema einer kommenden Bundesregierung sein. „Diese Frage wird man lösen müssen“, sagte Orlowski auf der vom Bundesverband Managed Care NRW veranstalteten Tagung.

Ein Problem liegt auf der Einnahmeseite der Kliniken, deren Entwicklung bislang von der Entwicklung der Grundlohnsumme abhängig gewesen ist: Steigende Betriebskosten für Energie, Gehälter und andere Posten werden durch diesen Parameter aber nicht richtig erfasst. Folge ist, dass der Gesetzgeber – auch aufgrund von Tarifabschlüssen – in den vergangenen Jahren mit Einzelgesetzen regelmäßig Geld nachschießen musste: Für dieses und nächstes Jahr stellt der Bundestag zum Verdross der Kranken-

kassen per Verordnungsaufschlag auf die Fallpauschalen 1,1 Milliarden Euro aus den Rücklagen des Gesundheitsfonds zur Verfügung, um größere Verwerfungen in der Krankenhauslandschaft zu vermeiden.

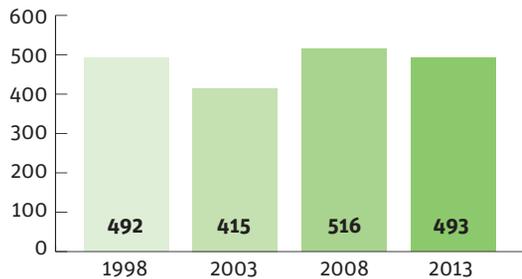
Abschottung der Sektoren durchbrechen

Problematisch sei auch, so Orlowski, dass Krankenhäuser für die Mengenausweitung anderer Kliniken, die sich in der Summe aller Behandlungen in Deutschland nicht allein demografisch und durch den medizinischen Fortschritt begründen lasse, mit Abschlägen auf ihr Budget haftbar gemacht würden. Beobachter führen zum Beispiel den Anstieg an Gelenkersatz-Implantationen in Kliniken in den vergangenen Jahren zum Teil auf den Versuch zurück, auf diese Weise Mittel für notwendige Investitionen zu generieren. Im gesundheitspolitischen Deutsch wird der dadurch erzeugte Effekt für Häuser, die den OP-Saal weniger stark auslasten, als doppelte Degression bezeichnet. „Mengensteuerung muss künftig stärker auf der Hausebene ansetzen“, forderte Orlowski. Zudem müsse die Verantwortung der Bundesländer für die Investitionskostenfinanzierung bei einer Finanzreform diskutiert werden. Der Spitzenbeamte erinnerte daran, dass die Investitionen der Länder im Jahr 1993 bei 3,9 Milliarden Euro gelegen hätten, im Jahr 2011 seien jedoch nur noch 2,7 Milliarden Euro geflossen.

Mit Blick auf das von verschiedenen Koalitionen seit vielen Jahren verfolgte Ziel, die Abschottung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu verringern, sieht Orlowski die zentrale Herausforderung weiterhin in einer Harmonisierung der unterschiedlichen Vergütungsstrukturen beider Sektoren. Zunächst gelte es, in einer oder zwei Indikationen zu prüfen, ob § 116 b SGB V, der die ambulante spezialfachärztliche, sektorübergreifende Versorgung regelt (siehe Kasten Seite 14), mit Leben gefüllt werden kann. Auch dies werde ein Punkt einer Krankenhausreform sein. Orlowski: „Dieses Thema wird auf der Agenda bleiben.“ Von der Etablierung eines „dritten Sektors“, wie er vom GKV-Spitzenverband ins Spiel gebracht wurde, hält er indes nichts.

Auf einem guten Kurs sieht Orlowski derweil die vertragsärztliche Versorgung. Hier habe der Gesetz-

Investitionen des Landes in Krankenhäuser in NRW in Mio €



Quelle: KGNW

geber in den vergangenen Jahren eine Reihe von Veränderungen angestoßen, etwa die zum 1. Januar dieses Jahres in Kraft getretene neue Bedarfsplanungsrichtlinie. Sie eröffne den Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit, bundesweit inklusive bereits heute unbesetzter Praxen bis zu 3.000 Hausarztstze auszuschreiben, davon 233 in Nordrhein und 102 in Westfalen-Lippe. Positiv sei auch, dass die hausärztliche Pauschalierung novelliert worden sei, so gebe es nun fünf statt der bisher drei Altersgruppen. Außerdem seien zusätzliche Leistungspositionen für multimorbide, alte oder demente Patienten eingeführt worden.

Allerdings werde es in einer alternden Gesellschaft darauf ankommen, auf regionale Besonderheiten und Probleme auch regionale Antworten zu geben, sagte Orłowski. Daher sei es richtig gewesen, die Honorarverteilung wieder zu regionalisieren. Nun gelte es, die vorhandenen Instrumente zu nutzen und gegebenenfalls an der einen oder anderen Stell-schraube nachzuzustieren. „Bei der Frage der Honorarstruktur im Kollektivvertragssystem bleiben im Kern technische Fragen, ansonsten vertrete ich die Auffassung, dass es absehbar keinen großen Handlungsbedarf gibt“, sagte Orłowski.

Hausärztliche Sicherstellung mit Radiologen?

Wasser in den ministerialen Wein goss indes Dr. Peter Potthoff, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein. Zu beobachten sei schon heute ein Ärzte- und Fachkräftemangel in der Versorgung, der einhergehe mit einer abnehmenden durchschnittlichen Arbeitszeit pro Kopf. Ebenso sei die „Bereitschaft zur Selbstausschöpfung“ unter den Ärztinnen und Ärzten geschwunden. Immer wichtiger werde für Ärztinnen und Ärzte die Frage planbarer Tätigkeiten in Anstellung, der Tätigkeit in Teilzeit oder der Job-Ausstieg auf Zeit. Abgenommen habe auch die Bereitschaft, sich in als „unattraktiv“ empfundenen Regionen niederzulassen, sagte der KV-Chef. Auch der stetig steigende Anteil von Frauen im Arztberuf bringe Potthoff zufolge neue Herausforderungen mit sich: So habe eine Auswertung gezeigt, dass von 100 Absolventinnen des Medi-

zinstudiums nach 120 Monaten noch 50 erwerbstätig gewesen seien, bei Männern seien es nach zehn Jahren noch 90 von 100 gewesen.

Für die künftige flächendeckende hausärztliche Versorgung stelle sich zudem das Problem, dass an den Kliniken der Fokus der Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten weiterhin in der Spezialisierung – etwa zu Neurochirurgen, Nuklearmedizinern, Radiologen, Anästhesisten und anderen Fachärztesgruppen – liegt, führte Potthoff aus. Trotz aller Initiativen werde sich diese Situation in absehbarer Zeit nicht entspannen, „sodass wir dazu kommen werden, die Sicherstellung mit diesen Arztgruppen zu gewährleisten, weil uns gar nichts anderes übrig bleibt“, sagte er.

Eine Folge des sich verändernden Niederlassungsverhaltens der nachrückenden Ärztesgeneration im Haus- wie im Facharztbereich ist laut Potthoff, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen künftig in stärkerem Umfang Eigeneinrichtungen werden betreiben müssen. Nach Ansicht des KV-Chefs werden darüber hinaus auch Telemedizin, Fahrdienste und die Ausweitung der Delegation zur Entlastung von Ärztinnen und Ärzte eine größere Rolle spielen müssen.

Dokumentation blockiert Kooperation

In puncto sektorenübergreifende Versorgung hob Potthoff die bereits heute möglichen Kooperationsmodelle hervor, zu denen neben § 116 b SGB V persönliche Ermächtigungen, die vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115 a SGB V, das Belegarztwesen, ambulantes Operieren, Kooperationsverträge oder Konsiliarverträge gehören. Man müsse das Rad also nicht immer wieder neu erfinden.

Ungelöst sei seit Jahrzehnten die Frage einer standardisierten Dokumentation, sagte Potthoff: „Jeder Beteiligte im Gesundheitswesen dokumentiert, wie er will.“ Folge sei eine „exzessive Mittelverschwendung“. Der Gesetzgeber müsse diesem Zustand ein Ende bereiten, forderte er. Für Potthoff ist die Entwicklung einheitlicher Dokumentationsstandards auch Voraussetzung für eine erfolgreiche Vernetzung der Sektoren.



Jeder Beteiligte im Gesundheitswesen dokumentiert, wie er will: **Dr. Peter Potthoff**, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
Foto: KV Nordrhein



Qualitätssicherung stärker an der Morbidität ausrichten:
Dr. Regina Klakow-Franck,
 unparteiisches Mitglied im
 Gemeinsamen Bundesausschuss
 Foto: G-BA

Probleme mit sektorenübergreifender Qualitätssicherung

Mit der heterogenen Dokumentation in der ambulanten und stationären Welt und zwischen beiden Sektoren hat auch der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zu kämpfen: So habe man den sektorenübergreifenden Probetrieb zur Qualitätssicherung in zwei Leistungsbereichen abbuchen müssen, weil Kodier-Realität und Dokumentationsvorgaben im stationären und vertragsärztlichen Bereich so verschieden gewesen seien, dass man erhebliche Probleme bekommen habe, die Fälle über beide Sektoren nachzuverfolgen. Das sagte bei der Düsseldorfer BMC-Veranstaltung Dr. Regina Klakow-Franck, seit Mitte 2012 unparteiisches Mitglied im G-BA. Wie vom Ministerium gewünscht, wolle man im G-BA in den kommenden Monaten derweil alles daran setzen, dass § 116 b SGB V Anfang 2014 für einige Tumorerkrankungen und seltene Erkrankungen „scharf geschaltet“ werden könne, sagte die Vorsitzende des für die spezialfachärztliche Versorgung zuständigen Unterausschusses im G-BA. Die Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe hatte zuvor als stellvertretende Hauptgeschäftsführerin der Bundesärztekammer die dort mit der Qualitätssicherung und der Gebührenordnung befassten Dezernate geleitet.

Neben der Definition des gesetzlichen Leistungskatalogs und der Ausarbeitung von Richtlinien für eine stärkere Kooperation ist die Qualitätssicherung eine weitere Domäne des G-BA. So werden für die externe einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung an den Kliniken derzeit 18 Millionen Datensätze zu 30 Leistungsbereichen erhoben. Weitere Qualitätssicherungsinstrumente des G-BA, zählte Klakow-Franck auf, sind Strukturqualitätsvereinbarungen bei hochkomplexen Leistungen, zum Beispiel für die Frühgeborenenversorgung oder die Versorgung von Menschen mit Bauchortenaneurysmen, sowie die Mindestmengenregelung, an welcher der G-BA trotz gerichtlicher Auseinandersetzungen festhalten wolle. Historisch gewachsen ist der Fokus auf operative Prozeduren. Klakow-Franck plädiert dafür, die Qualitätssicherung stärker an der Morbidität auszurichten – und sie auch um den Aspekt des Zugangs der Bevölkerung zu ärztlichen Leistungen sowie der Versorgungskontinuität zu erweitern.

Die Medizinerin warnte davor, den G-BA mit der Erwartung zu überfordern, mit seiner bestehenden Qualitätssicherungsarchitektur betriebswirtschaftlich motivierte, medizinisch nicht indizierte Mengenausweitungen in den Kliniken einzudämmen. „Diese massiven Verwerfungen, die da zurzeit offensichtlich bestehen, können wir als Qualitätssicherer überhaupt nicht eindämmen, weil wir das Übel nicht an der Wurzel fassen können“, sagte Klakow-Franck.

Glossar

Der Gemeinsame Bundesausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychologischen Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Mit Richtlinien bestimmt er den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für mehr als 70 Millionen Versicherte und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Darüber hinaus beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens.

Bedarfsplanungsrichtlinie

Mit der am 1. Januar 2013 in Kraft getretenen Bedarfsplanungsrichtlinie soll laut G-BA „das ärztliche Leistungsangebot stärker nach Arztgruppen ausdifferenziert und die Raumbezüge auf dieser Basis somit neu strukturiert“ werden. Um die hausärztliche Versorgung vor Ort zu sichern und zugleich dem Umstand Rechnung zu tragen, dass Fachärzte mit zunehmendem Spezialisierungsgrad deutlich größere Einzugsgebiete versorgen können, sieht die Richtlinie als neue Planungsbereiche den sogenannten Mittelbereich, die Kreise beziehungsweise kreisfreien Städte, die Raumordnungsregion und das KV-Gebiet vor. Durch die so erreichte Differenzierung der Planungsbereiche in Größe und Zuschnitt werde die Verteilung der Ärztinnen und Ärzte sowie der Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten deutlich verbessert. „Neu in die Bedarfsplanung aufgenommen ist die gesonderte fachärztliche Versorgung, um dem Auftrag der Versorgungssteuerung im Sinne eines gleichmäßigen Zugangs auch in diesem Bereich gerecht zu werden.“

Künftig gilt laut G-BA für die hausärztliche Versorgung der Mittelbereich, für die allgemeine fachärztliche Versorgung der Kreis und die kreisfreie Stadt und für die spezialisierte fachärztliche Versorgung die Raumordnungsregion als Planungsraum.

Weitere Informationen auf www.g-ba.de

§ 116 b SGB V:

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern. Hierzu gehören schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (zum Beispiel MS, HIV/Aids, Tumoren), seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen (zum Beispiel Tuberkulose, Marfan-Syndrom oder Hämophilie) sowie hochspezialisierte Leistungen (zum Beispiel CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen oder die Brachytherapie).