

Dr. Josef Düllings

# Mehr ambulant wagen

Deutlich mehr Patienten als heute könnten in den Krankenhäusern tagesklinisch behandelt werden. Dabei steht Tagesklinik für ambulante Versorgung. Eine größere Öffnung würde allerdings voraussetzen, dass die Politik ein Gesetz beschließt, das den Patienten in den Mittelpunkt stellt und nicht etablierte Interessen. Die bisherigen teuren Rücksichtnahmen sollten im Interesse des Patienten zurückgestellt werden. Andernfalls sorgt die demografische Entwicklung in den nächsten zehn Jahren für eine weitere, dann aber deutlichere Verschlechterung der Patientenversorgung im ambulanten Bereich außerhalb der Kliniken.

## Ausgangslage und Perspektive

Heute werden in den Kliniken rund 21 Millionen Patienten ambulant versorgt, darunter zehn Millionen ambulante Notfälle, und damit mehr als im eigentlich zuständigen System der kassenärztlichen Versorgung. Kliniken dürfen Patienten heute vielfach nur dann ambulant behandeln, wenn die Gremien der Kassenärztlichen Vereinigungen dies zulassen. Sie entscheiden auch für die Kliniken, welcher Arzt welche ambulanten Leistungen in welchem Umfang erbringen darf. Warum allerdings bei einer Leistung des Krankenhauses die Kassenärztliche Vereinigung (KV) zuständig sein soll, ist in der Praxis und auch für den Patienten nicht nachvollziehbar. Die sogenannte Sicherstellung der ambulanten Versorgung nach § 75 SGB V durch die KV funktioniert schon seit Jahren nur mit den Kliniken, finanziell leider auch zulasten der Kliniken.

Viele niedergelassene Ärzte müssen fast täglich neue Patienten ablehnen. Zudem öffnen viele ältere Ärzte – durchaus verständlich ist – ihre Praxen nicht an jedem Arbeitstag der Woche. Bei der Bedarfsermittlung durch die KV wird aber der volle Arztsitz angerechnet. Die Folge ist, dass die Kliniken immer wieder aushelfen müssen – vor allem auch in ländlichen Regionen. Hinzu kommt die demografische Alterung. Wenn im KV-System nach Daten der Bundesärztekammer<sup>1)</sup> der Anteil der über 50-jährigen niedergelassenen Ärzte an allen niedergelassenen Ärzten bei 79 % liegt, dann ist klar, auf was dieses System zusteuert. In den nächsten fünfzehn Jahren, wahrscheinlich eher früher, wird ein Großteil dieser Ärzte in den Ruhestand gehen. Die Kliniken haben demgegenüber den großen Vorteil, dass Medizinstudenten, PJ-Studenten, Assistenzärzte und junge Fachärzte zunächst im Krankenhaus in der Patientenversorgung tätig sind. Ob diese sich in Zukunft aber noch in die selbständige Niederlassung wagen, ist zweifelhaft.

An vielen Stellen funktioniert die Patientenversorgung schon heute nicht so, wie sie sein sollte. Im KV-System sind lange Wartezeiten auf Arzttermine, fehlende personelle Kapazitäten zur Annahme neuer Patienten und diverse Qualitätsprobleme die Folge einer Zersplitterung dieses Systems und für viele gesetzlich Versicherte die aktuell negativ erlebte Realität.<sup>2)</sup> Wenn es sogar auf der Website der Verbraucherzentrale heißt: „Als gesetzlich krankenversicherter Patient haben Sie einen Anspruch auf die Vermittlung von Terminen zu Fachärzten – in dringenden Fällen – innerhalb von vier Wochen“, dann stimmt

hier etwas nicht. Patienten mit Schmerzen oder Ängsten nach einer Diagnose können es nicht verstehen, wenn sie keinen zeitnahen Arzttermin bekommen.

Bier, Bouletten und Toilettenpapier bekommen wir im Supermarkt sofort, wobei man hier auch mal einen Tag warten könnte, aber einen Facharzttermin „in dringenden Fällen“ innerhalb von vier Wochen. Man fragt sich schon, ob wir unsere Prioritäten richtig sortiert haben. Oder man wählt als Patient die teure Variante 112, die die Krankenkassen voll bezahlen. Oder man geht in die Notfallambulanz der Klinik und löst dort mal eben 100 € Defizit aus, weil die Krankenkassen die Kosten nicht voll bezahlen.

Unser wirkliches Problem an dieser Stelle ist: Solange wir Sektoren haben, wird das nichts. Patienten, die sich an die Regeln halten, werden schlecht versorgt, müssen von Pontius zu Pilatus und bekommen keine zeitnahe Versorgung. Das ist die aktuelle Lage zur sogenannten sektorenübergreifenden Versorgung. Privatversicherte, Politiker und Lokalprominente merken das nicht, weil sie als Systemprivilegierte über ihre Netzwerke – wenn es mal nötig sein sollte – immer einen Sonderbonus für den Zugang zur bestmöglichen Versorgung bekommen. Der No-Name-Patient hingegen bleibt auf der Strecke. Es sei denn, er geht gegen die Regel in die Ambulanz des Krankenhauses – wie in einen Supermarkt. Der Hinweis kommt meistens auch von den Hausärzten. Und wenn er dann dort ist und auch mal länger warten musste, weil ein stationärer Notfall zuerst zu versorgen war, beschwert er sich anschließend beim Patientenschutz oder noch besser beim Landesgesundheitsminister über dieses unmögliche Krankenhaus, vergisst aber, dass er in der kassenärztlichen Versorgung überhaupt keinen Arzt bekommen hat. Diese Arbeitsteilung empfinden die Kliniken als sehr unfair. Zur Verbesserung der Situation wird hier ein Weg vorgeschlagen, der im internationalen Vergleich in den Gesundheitssystemen vieler Länder schon seit Jahren Standard ist, nur nicht in Deutschland. Das in den 1930er-Jahren mit der Brüningschen Gesetzgebung eingeführte System ist nach den heutigen Anforderungen an eine gute Patientenversorgung überholt und überwiegend ein Hemmschuh. Der Patient wünscht sich eine ambulant-stationär integrierte Struktur, die eine reibungslose und qualitativ hochwertige zeitnahe Versorgung ermöglicht. Aber die Interessen der Patienten spielen im derzeitigen System keine Rolle.

Vor diesem Hintergrund will der Beitrag auch informieren über Optionen, wie es besser laufen könnte. Zugleich soll an die Ampelkoalition appelliert werden, ihren eigenen Maßstab – mehr Fortschritt wagen – gerade in diesem medizinisch, aber für die Krankenkassen auch ökonomisch prioritären Bereich umzusetzen.

### Dänemark als Vorbild?

In Dänemark hat das Gesundheitssystem seit 2007 eine große Transformation erlebt. Die Zahl der ambulanten Patienten im Krankenhaus ist von 2000 bis 2020 um 140 % gestiegen. Umgerechnet nach der Einwohnerzahl für Deutschland käme man hier auf etwa 150 Millionen ambulante Patienten an Krankenhäusern statt der zurzeit nur etwa 21 Millionen. Erstaunlich ist, dass trotz einer massiven Standortkonzentration die Zahl der stationären Patienten im gleichen Zeitraum von 1,1 auf 1,5 Millionen um über 30 % gestiegen ist.<sup>3)</sup> Bei 5,8 Millionen Einwohnern liegt die Hospitalisierungsrate somit bei rund 26 %. In Deutschland liegt sie bei etwa 23 % (2019). Der entscheidende Effizienzvorteil des dänischen Systems bildet sich hier also noch nicht ab.

Damit ist auf die eigentlichen Zahlen zu verweisen, die auch in Deutschland sehr stark für eine Ambulantisierung am Krankenhaus sprechen oder – außerhalb der Terminologie der Kassenärztlichen Versorgung – für eine Erweiterung der tagesklinischen Versorgung am Krankenhaus. In Dänemark liegt die durchschnittliche Verweildauer bei 2,7 Tagen. 2000 lag sie noch bei sechs Tagen, also rund 120 % über dem aktuellen Wert. Im Gegensatz dazu hat das DRG-System in Deutschland nicht zu einer massiven Verweildauerverkürzung geführt. Vor Einführung der Fallpauschalen lag die Verweildauer in Allgemeinkrankenhäusern laut Statistischem Bundesamt bei über acht Tagen. Bis 2019 ist sie nur auf 6,6 Tage zurückgegangen – trotz des seit fast zwei Jahrzehnten gültigen DRG-Systems.

Das Hauptproblem liegt somit nicht im Krankenhaus, sondern an den Schnittstellen. Es ist das, was die Krankenhäuser in der täglichen Praxis immer wieder erleben: Die vor- und nachgelagerte Patientenversorgung funktioniert nicht so, wie sie für die Patienten funktionieren sollte. Auch ist die derzeitige doppelte Facharztschiene hochgradig ineffizient. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt 2019 lag in Deutschland bei 11,7 %, in Dänemark nur bei 10,0 % – ein nicht unerheblicher Unterschied.<sup>4)</sup> Wenn die Quote Dänemarks für Deutschland gelten sollte, ginge es hier um fast 60 Mrd. €.

Natürlich bildet dieser Unterschied die Gesamtstruktur und Inanspruchnahme ab, nicht nur die fehlende ambulant-stationär integrierte Versorgung. Dennoch kann man davon ausgehen, dass Deutschland sich ein sehr teures Schnittstellenproblem leistet, das sich in den nächsten zehn Jahren bei Fortschreibung des Status quo vor allem in der Versorgungsqualität massiv negativ auswirken dürfte. Wir brauchen hier also dringend eine Reform, wenn man bedenkt, wie lange grundlegende Reformen brauchen, ehe ihre positiven Wirkungen beim Patienten und bei den Versicherten ankommen.

### Mehr Zukunft wagen

Für die Schnittstelle ambulant-stationär gibt es bessere Ansätze, als der Patient sie in Deutschland vorfindet. Im Hinblick darauf sollen hier die Aussagen aus dem Koalitionsvertrag beleuchtet werden. Inwieweit sind Ansätze im Interesse des Patienten erkennbar, die helfen könnten, die Prozesskette so zu schließen, dass die Patientenversorgung insgesamt besser und effizienter wird? Dabei soll die Perspektive etwas weiter gedacht werden als in kleinen Fortschritten, die natürlich auch hilfreich und vielleicht sogar realistischer sind. Aber letztlich lehrt die Erfahrung, Innovationen vom Ende her zu denken, also aus der Zukunft zurück in die Gegenwart.

Im Koalitionsvertrag<sup>5)</sup> der neuen Ampelregierung heißt es zu Beginn des Abschnitts „Pflege und Gesundheit“ auf Seite 80: „Alle Menschen in Deutschland sollen gut versorgt und gepflegt werden – in der Stadt und auf dem Land. Wir wollen einen Aufbruch in eine moderne sektorenübergreifende Gesundheits- und Pflegepolitik und ziehen Lehren aus der Pandemie, die uns die Verletzlichkeit unseres Gesundheitswesens vor Augen geführt hat.“ Das hört sich zunächst gut an. Aber es darf nicht bei einer „sektorenübergreifenden Politik“ bleiben. Wir brauchen, wenn überhaupt, dann eine „sektorenübergreifende Versorgung“ oder besser noch – aus Sicht des Patienten – wenn der Patient keine Sektoren mehr zu überwinden hätte: eine ambulant-stationär integrierte Versorgung.

Weiter heißt es auf Seite 84: „Um die Ambulantisierung bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen zu fördern, setzen wir zügig für geeignete Leistungen eine sektorengleiche Vergütung durch sogenannte Hybrid-DRG um.“ Die Idee ist gut. Aber es fehlt eine klare Aussage dazu, dass die Ambulantisierung grundsätzlich besser am Krankenhaus gelingt. Auch der Begriff einer „sektorengleichen Vergütung“ legt nahe, dass die Sektorentrennung beibehalten werden soll. Notwendig wäre aber eine Zusammenführung ambulanter – in der Terminologie des Krankenhauses – tagesklinischer und stationärer Leistungen am Krankenhaus. Wenn der Begriff darauf abzielt, in Zukunft auch die Gremien der Kassenärztlichen Versorgung in die Kalkulation der Fallpauschalen einzubeziehen, zeichnet sich schon jetzt ab, dass dieses Projekt zum Scheitern verurteilt ist und – ungünstiger noch – die Situation für den Patienten weiter verschärfen wird, weil die Ambulantisierung im dazu weniger geeigneten KV-System erfolgen soll.

Wenn es weiter heißt (Seite 84): „Die ambulante Bedarfs- und stationäre Krankenhausplanung entwickeln wir gemeinsam mit den Ländern zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung weiter“, dann könnte hier ein möglicher Ansatz zur Schließung der Prozesskette im Interesse der Patienten liegen. Notwendig wäre dazu aber eine Änderung des § 75 SGB V, um für die Länder den nötigen Spielraum zu schaffen, diese integrierten Strukturen zu entwickeln. Die Absicht, eine solche Öffnung auf Bundesebene zu regeln, ist im Koalitionsvertrag nicht genannt – aber, und vielleicht bestenfalls, mitgedacht. Das wäre hilfreich. ▶

Auf den Seiten 84 und 85 heißt es: „Die Notfallversorgung soll in integrierten Notfallzentren in enger Zusammenarbeit zwischen den kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und den Krankenhäusern (KH) erfolgen. Wir räumen den KVen die Option ein, die ambulante Notfallversorgung dort selbst sicherzustellen oder diese Verantwortung in Absprache mit dem Land ganz oder teilweise auf die Betreiber zu übertragen.“ Eine solche Überlegung liest sich unspezifisch und dürfte so kaum zur Verbesserung der schon jetzt mangelhaften Sicherstellung der ambulanten Versorgung führen. Zum einen eröffnet der Begriff „teilweise“ den Weg zur Rosinenpickerei, wobei die Kliniken die kostenintensiveren Patienten zu versorgen hätten bei ansonsten gleicher Vergütung, also mit dauerhafter Defizitentwicklung für die Kliniken. Zum anderen ist auch der Verbleib der Entscheidungshoheit bei den KVen – „Option“ – nicht zielführend. Die beabsichtigten Regelungen bieten den Kliniken keine Planungs- und Finanzierungssicherheit und am Ende landen die unzufriedenen Patienten dann doch wieder in den Notfallambulanzen der Krankenhäuser – jedoch ohne kostendeckende Vergütung. Eine „bedarfsgerechte Steuerung“ – wie im Koalitionsvertrag angekündigt – ist so nicht umsetzbar. Notwendig ist demgegenüber die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten mit gesetzlicher Zuständigkeit der Krankenhäuser für unterversorgte Leistungsspektren und Regionen einschließlich einer auskömmlichen Finanzierung. Das Standardbeispiel ist hier die radiologische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern. Da man im KV-System mit der Radiologie grundsätzlich gutes Geld verdienen kann, geht es auch genau darum und nicht um den Patienten. Damit besteht wenig Aussicht auf Verbesserung.

Auf Seite 85 heißt es weiter: „Wir stellen gemeinsam mit den KVen die Versorgung in unterversorgten Regionen sicher. Wir heben die Budgetierung der ärztlichen Honorare im hausärztlichen Bereich auf. Die Gründung von kommunal getragenen Medizinischen Versorgungszentren und deren Zweigpraxen erleichtern wir und bauen bürokratische Hürden ab.“ Auch bei dieser Absichtserklärung ist Skepsis angebracht. Positiv ist die geplante Verbesserung der hausärztlichen Versorgung. Die Aufhebung der „Budgetierung der ärztlichen Honorare im hausärztlichen Bereich“ führt jedoch dazu, dass wieder mehr Geld ins KV-System fließt, ohne die für die Patienten notwendige, vor allem fachärztliche Prozesskette zu schließen. Und wenn man beim Hausarzt nicht weiter weiß, ist die Klinik wieder der Anker der Versorgung. Damit werden die oben nur kurz erwähnten Defizite, insbesondere in der fachärztlichen Versorgung, u. a. Diagnostik, CT und MRT, nicht behoben.<sup>6)</sup>

## Fazit – weniger Zukunft als möglich

Der Koalitionsvertrag spiegelt insgesamt sehr viel Vertrauen in die Leistungsfähigkeit der Kassenärztlichen Versorgung wider. Ob kommunal getragene „Medizinische Versorgungszentren und deren Zweigpraxen“ zur Problemlösung beitragen und auch wirtschaftlich effizient geführt werden können, wird unter Beweis zu stellen sein. Eine ambulant-stationär integrierte Patientenversorgung wird die Ampelkoalition mit den genannten Eckpunkten nicht auf den Weg bringen können. Auch eine Steigerung der Effizienz der Patientenversorgung durch Aufhebung der doppelten Facharztschiene mit mehr tagesklinischen Leistungen am Krankenhaus – wie es international vielfach guter Standard ist – wird so nicht machbar sein. Erneut ist festzustellen, dass falsche Rücksichtnahmen nicht zu einer Verbesserung der Patientenversorgung führen, sondern lediglich eine „sektorenübergreifende Gesundheitspolitik“ pflegen unter Beibehaltung der Sektoren und Fortschreibung des Status quo. Für den Patienten ist infolge der demografischen Entwicklung somit eher eine Verschlechterung zu erwarten. Ein Aufbruch in Richtung „Zukunft wagen“ ist das nicht. Aber dies wurde ja auch nicht versprochen, sondern wäre lediglich der Wunsch aus Sicht der Praxis der Patientenversorgung.

## Literatur

- 1) Blum, M., 2021: Ärztestatistik: Mehr Köpfe, nicht mehr Arztstunden, Deutsches Ärzteblatt 118, Heft 15, 16. April 2021.
- 2) Düllings, J., 2021a: Ambulantisierung – näher am Patienten, KU Gesundheitsmanagement, Heft 9; Düllings, J., 2021b: Ambulantisierung – was geht noch und was geht nicht. Vortrag auf dem 44. Deutschen Krankenhausstag am 16. November 2021 in Düsseldorf. Vergleiche auch Ruth Bahners: Wie im Supermarkt, sofort ist alles da, Medical Tribune, 25. November 2021.
- 3) Healthcare Denmark 2021: Trends in Danish healthcare which are supported by the new hospital structure, vergleiche auch [www.healthcare-denmark.dk](http://www.healthcare-denmark.dk). Gespräche des VKD mit Vertretern der Dänischen Botschaft und Krankenhausgeschäftsführern aus Dänemark am 18. Dezember 2020 und 26. Mai 2021.
- 4) BMWI 2021, Bundesministerium für Wirtschaft und Energie: Gesundheitswirtschaft, Fakten & Zahlen. Ergebnisse der Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung, Daten 2020, Seite 24.
- 5) Mehr Fortschritt wagen – Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021–2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), Bündnis 90/Die Grünen und den Freien Demokraten (FDP).
- 6) Düllings, J., 2021a: Ambulantisierung – näher am Patienten, KU Gesundheitsmanagement, Heft 9; Düllings, J., 2021b: Ambulantisierung – was geht noch und was geht nicht. Vortrag auf dem 44. Deutschen Krankenhausstag am 16. November 2021 in Düsseldorf. Vergleiche auch Ruth Bahners: Wie im Supermarkt, sofort ist alles da, Medical Tribune, 25. November 2021.

## Anschrift des Verfassers

Dr. Josef Düllings, Präsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V., Geschäftsstelle Berlin, Oranienburger Straße 17, 10178 Berlin

[www.daskrankenhaus.de](http://www.daskrankenhaus.de)  
(Online-Volltext-Version)