

Zusammenfassung

Ausgangssituation, Handlungsbedarf und Weiterentwicklung an der Schnittstelle von der ambulanten zur stationären Versorgung

Sektorale Grenzen behindern die Suche nach der qualitativen und wirtschaftlichen Versorgungsform. Zugespitzt formuliert: Wettbewerb lediglich innerhalb der Sektoren einzuführen, ist wenig sinnvoll. Ohne Wettbewerb zwischen den Sektoren wird keine sektorübergreifende Versorgung entstehen. Eine Gesundheitsreform, die dies ausblendet, springt zu kurz.

Hierbei muss insbesondere die Entwicklung sektorübergreifenden Versorgungshandelns mit der Entwicklung wettbewerblicher Ansätze verbunden werden. Das Austesten unterschiedlicher Versorgungsformen erscheint erfolgversprechender als ein Ansatz, der abschließend durch Regulierung von oben herab bestimmte Steuerungsansätze vorschreibt. Insbesondere der Einstieg in ein Einzelvertragssystem erscheint als wettbewerblicher, dezentraler Ansatz geeignet.

An der Schnittstelle zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung muss es darum gehen, durch wettbewerbliche Lösungen die Chancen für sektorübergreifendes Handeln und für ein Heben von Wirtschaftlichkeitspotentialen zu verbessern. Hierzu scheinen insbesondere drei Ansätze erfolgversprechend:

Einbezug von Krankenhäusern in

- ambulante Behandlungskomponenten von Disease Management Programmen
- ambulante Leistungen in der integrierten Versorgung
- hochspezialisierte ambulante fachärztliche Leistungen.

Eckpunktepapier der Konsensverhandlungen

Das Eckpunktepapier unternimmt durchaus Schritte in die Richtung eines besseren Managements der Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, wenn auch zentrale Fragen ungelöst bleiben:

- So erscheint es sachgerecht, dass die interdisziplinären medizinischen Versorgungszentren auch von Krankenhäusern betrieben werden können.
- Der Grundgedanke der Förderung der Integrierten Versorgung durch Abbau rechtlicher Hürden ist richtig. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist aber noch unklar, ob die notwendige Entkoppelung von Zulassungs- und Tätigkeitsbereich in der Integrierten Versorgung auch gesetzlich umgesetzt wird. Zudem ist offen, wie eine logisch konsistente und wettbewerbsförderliche Verbindung mit dem Drei-Säulen-Modell in der vertragsärztlichen Versorgung aussehen soll.
- Die Ermöglichung von hochspezialisierten fachärztlichen ambulanten Leistungen ist ebenso ein geeigneter Schritt in Richtung Wettbewerb. Statt des vorgesehenen regelhaften Einbezuges der Krankenhäuser in Form eines Kataloges könnte dies jedoch auch durch beiderseits fakultative Einzelverträge geschehen. Damit würde eine zusätzliche Wettbewerbskomponente implementiert.
- Sachgerecht ist schließlich, dass Krankenhäuser in die ambulante Leistungserbringung bei strukturierten Behandlungsprogrammen einbezogen werden können.

Fazit zu den politischen Reformvorstellungen

- In der Integrierten Versorgung darf die Leistung nicht auf den Zulassungsbereich beschränkt sein. Krankenhäuser müssen hier auch institutionell die Möglichkeit erhalten, ambulant tätig zu sein.
- Es darf nicht ausgeschlossen sein, dass Krankenhäuser in der Integrierten Versorgung und bei hochspezialisierten Leistungen niedergelassene Ärzte „im Binnenverhältnis“ einbinden.
- Bei den hochspezialisierten Leistungen, bei Einzelverträgen und bei DMP dürfen die KVen und die KBV keine Vetomöglichkeit erhalten, die den Reformansatz faktisch ins Leere laufen lässt.
- Zur Sicherstellung gleicher Wettbewerbschancen müssen die Länder bei der dualen Finanzierung sicherstellen, dass ihre Förderung der Krankenhausinvestitionen sich nur auf stationäre Leistungen bezieht.