

Förderverein für ärztliche Fortbildung in Rheinland-Pfalz

„Ambulantisierung der Medizin – Chance zur besseren Kooperation an den Sektorengrenzen?“

13. Juni 2017 | 18.00 – 20.15 Uhr | Akademie für ärztliche Fortbildung in Rheinland-Pfalz

Erwin Rüdell MdB (CDU) Mitglied im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestags

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Sektorengrenzen durchlässiger zu machen ist schon lange ein Anliegen in der Gesundheitspolitik.

Nur durch eine gute Zusammenarbeit der verschiedenen Fachdisziplinen und Berufsgruppen kann aus einzelnen Spitzenleistungen eine überzeugende Mannschaftsleistung werden.

Deshalb sollen mit sektorübergreifenden Versorgungsformen Brücken zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen gebaut werden. Damit stärken wir die Fähigkeit unseres Gesundheitswesens, den umfassenden Behandlungsbedürfnissen gerade älterer, chronisch- und mehrfachkranker Patienten gerecht zu werden.

Denn die gute Behandlung der Patienten muss im Mittelpunkt stehen – und nicht Fach- und Sektorengrenzen.

Mit dem Versorgungsstrukturgesetz von 2012 haben wir das Entlassungsmanagement nach einem Krankenhausaufenthalt verbessert, indem es als Teil des Anspruchs auf Krankenhausbehandlung konkretisiert wurde.

Die Verbindlichkeit wurde hierdurch deutlich erhöht.

Zudem wurde die ambulante Rehabilitation gestärkt: ambulante Rehabilitationseinrichtungen wurden den stationären gleichgestellt, indem nun auch im Bereich der ambulanten Rehabilitation einheitliche Versorgungsverträge vorgesehen sind.

Um die Versorgung insbesondere auch von Patientinnen und Patienten mit seltenen Erkrankungen zu verbessern, haben wir den Versorgungsbereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung eingeführt.

Leider wurden unsere Erwartungen an die ASV bislang nicht erfüllt.

Mit dem „Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ haben wir die Möglichkeit geschaffen, dass Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements für den Zeitraum von bis zu sieben Tagen häusliche Krankenpflege, Heilmittel, Hilfsmittel und Soziotherapie verordnen sowie Arbeitsunfähigkeit bescheinigen können und verordnet werden können.

Zudem sollen mithilfe des Innovationsfonds bis 2019 neue Versorgungsmodelle mit jährlich 300 Millionen Euro für die Regelversorgung erprobt und erforscht werden.

Mit 225 Millionen Euro pro Jahr sollen dabei „innovative, sektorenübergreifende Versorgungsprojekte“ gefördert werden.

Ein Beispiel ist das geförderte Projekt "Strukturmigration im Mittelbereich Templin", dessen Kernpunkt der Aufbau eines ambulant-stationären Zentrums ist, das keine klassische Klinik und kein klassisches MVZ, sondern „irgendwas dazwischen“ sein wird.

Es ist wichtig in ländlichen Gegenden wohnortnah stationär-ambulante Angebote zu etablieren, um Patienten nicht wohnortfern stationär zu versorgen.

Mit den Neuregelungen durch das eHealth-Gesetz letztes Jahr wurde die sektorenübergreifende Vernetzung gestärkt.

Die in der Vergangenheit erfolgte Konzentration beim Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien auf einzelne Einheiten oder Sektoren hat zu einer Systemvielfalt geführt.

Dies hatte zur Folge, dass in Arztpraxen, Krankenhäusern, Apotheken und Rehabilitationskliniken vorliegende Informationen oft nur mit erheblichen Aufwänden elektronisch übermittelt und weiterverarbeitet werden können.

Um der Tendenz entgegenzuwirken, dass sich entwickelte Insellösungen verfestigen und fachgebiets- und sektorenübergreifende Versorgungsprozesse nur mit erheblichem Aufwand realisiert werden können,

hat das Bundesministerium für Gesundheit mit der "Planungsstudie Interoperabilität" Verfahrens- und Strukturvorschläge erarbeitet,

die aufgezeigt haben, mit welchen Maßnahmen geeignete Interoperabilitätsvorgaben für das deutsche Gesundheitssystem erarbeitet und weiterentwickelt werden können.

Die Ergebnisse sind in das eHealth-Gesetz mit eingeflossen:

Wie eine Datenautobahn soll die Telematik-Infrastruktur die Beteiligten im Gesundheitswesen so miteinander verbinden, dass sie die für die Behandlung wichtigen medizinischen Informationen schnell, sicher und praktikabel austauschen können.

Zudem erhalten Krankenhäuser eine Anschubfinanzierung für das Erstellen eines elektronischen Entlassbriefes und die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen eine Vergütung für das Einlesen eines elektronischen Entlassbriefes.

Allerdings sehe ich weiteren Handlungsbedarf, um die Ambulantisierung zu stärken:

- Das Entlassmanagement vom Krankenhaus in die stationären Pflegeeinrichtungen muss deutlich verbessert werden, um einen „Drehtüreffekt“ zu vermeiden.

Dies könnte beispielsweise die Aufgabe für ein zweites eHealth-Gesetz sein.

- Ich hatte vorhin schon die ambulante spezialfachärztliche Versorgung angesprochen.

Sie war wichtiges Reformelement des Versorgungsstrukturgesetzes.

Hier wurden erstmals für niedergelassene Spezialisten und Krankenhäuser gleiche Wettbewerbsbedingungen für die ambulante Versorgung von Patienten mit hoch komplexen und seltenen Krankheiten geschaffen – eine Chance, Sektorengrenzen zu überwinden.

Inzwischen hat sich gezeigt, dass die Umsetzung der guten Idee nicht vorankommt, unter anderem aufgrund der föderalen Strukturen und der Selbstverwaltung.

Wir würden uns beispielsweise wünschen, dass der GBA in der ASV schneller Beschlüsse fassen würde, um den Ausbau in diesem Bereich zu beschleunigen.

Aber auch über eine Revision der ASV in der nächsten Wahlperiode sollten wir nachdenken.

- Seit der Einführung der Pflegeversicherung kommt es an der Schnittstelle zwischen Kranken- und Pflegeversicherung immer wieder zu Problemen.

Um den Grundsätzen „ambulant vor stationär“ und „Prävention vor Rehabilitation“ Rechnung zu tragen, darf die vorhandene Schnittstelle zwischen SGB V und SGB XI nicht dazu führen, dass Verfahrensabläufe entstehen, deren negative Auswirkungen die Versicherten und ihre Angehörigen zu tragen haben.

Der Bundesfachausschuss Gesundheit der CDU hat deshalb einen Beschluss gefasst, um Anreize zu entwickeln, die in beiden Versicherungszweigen die Bereitschaft zu Reha-Leistungen verstärkt.

Aus diesem Grund soll die Zuständigkeit und Finanzierung von Rehabilitationsmaßnahmen für Leistungen für Bezieher von Leistungen nach dem SGB XI auf die Pflegeversicherung übergehen.

Im Gegenzug sollte die medizinische Behandlungspflege im Pflegeheim zukünftig sachgerechter durch eine pauschale Zahlung der GKV an die Pflegeversicherung finanziert werden.

Durch die Pauschale wird ein aufwändiges bürokratisches Verfahren zur detaillierten Abgrenzung und zur Einzelabrechnung vermieden.

- Die CDU will im Bereich der ambulanten Versorgung nach dem Prinzip einer gleichen Vergütung für gleiche Leistung eine einheitliche Vergütung für ambulante und stationäre Leistungserbringung.

Hierzu sollen leistungsbezogene Behandlungspauschalen zur Angleichung der ambulanten und stationären Vergütung durch ein unabhängiges Institut im Auftrag des Erweiterten Bewertungsausschusses entwickelt werden.

- Um auf regionaler Ebene die vorgehaltenen Kapazitäten besser an den Versorgungsbedarf anzupassen, bedarf es einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung.

Die ambulanten und stationären Versorgungskapazitäten und die Angebote der Notfallversorgung müssen auf Basis von Raumordnung, epidemiologischen Erkenntnissen und sozioökonomischen Parametern besser aufeinander abgestimmt werden.

Ziel ist eine verzahnte und vernetzte Versorgungsplanung, die gleichzeitig als Instrument der Mengensteuerung wirkt.

Gerade im Bereich der Notfallversorgung haben wir eine deutliche Fehlallokation, da immer mehr Patienten sich auch bei nur leichten Beschwerden an die Notaufnahmen der Krankenhäuser wenden.

Dem muss sowohl mit einer besseren Bewerbung des ärztlichen Notdienstes als auch ggfls. mit dem flächendeckenden Vorhandensein von Portalpraxen entgegen gewirkt werden.

Im äußersten Fall könnte man auch über eine Notfallgebühr nachdenken.

Die sektorübergreifende Bedarfsplanung könnte gerade bei der Notfallversorgung als Blaupause dienen für eine generelle Veränderung der Bedarfsplanung.

Derzeit gibt es auf jeden Fall erheblichen Handlungsbedarf in der Notfallversorgung und dem werden wir uns in der nächsten Legislaturperiode annehmen.

Damit würden wir den Einstieg in eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung vollziehen.

- Wenn kleine Kliniken im ländlichen Raum an ihren Standorten erhalten werden sollen, wird dies nicht ohne eine Zusammenarbeit mit dem ambulanten Bereich funktionieren.

Nicht jedes kleine Haus mit weniger als 150 Betten ist überflüssig.

In Zukunft werden aber die Aufgaben der Einheiten neu definiert werden müssen.

Wir werden es uns in Zukunft nicht mehr leisten können, ambulante und stationäre Bereiche –gerade im ländlichen Bereich- getrennt zu betrachten.

Die Lösung besteht dabei aber nicht nur in einer übergeordneten Gesamtplanung, sondern in einer Vorgehensweise, welche die Angebote kleiner Kliniken in die vertragsärztliche Versorgung implementiert.

- Eventuell müssen wir stärker darüber nachdenken, ob im ländlichen Raum die doppelte Facharztschiene weiterhin so aufrecht erhalten werden kann

oder ob im Sinne einer flächendeckend guten Versorgung die starren Sektorengrenzen nicht aufgeweicht werden müssen.

Soviel wir im Bereich der Ambulantisierung auch schon unternommen haben, vor uns liegt noch viel Arbeit.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit und freue mich auf die Diskussion mit Ihnen.