

POLITIK

Ambulant vor Stationär: Wie groß ist das Potenzial?

Dtsch Arztebl 2014; 111(38): A-1545 / B-1333 / C-1265

Osterloh, Falk; Stüwe, Heinz

Seit Jahren fordern Experten, dass mehr Leistungen ambulant erbracht werden sollten. Wie groß aber ist der Substitutionsbedarf genau? Und wie kann er finanziert werden? Auf einer ZI-Veranstaltung prallten die Meinungen aufeinander.

Erst, wenn ein Behandlungsziel nicht durch eine ambulante Versorgung erreicht werden kann, haben Patienten Anspruch auf eine vollstationäre Behandlung – so steht es im § 39 Sozialgesetzbuch V. Oder kürzer: „ambulant vor stationär“. Bei gleicher Versorgungsqualität sollen die Ausgaben so reduziert werden. Denn Krankenhausbehandlungen sind teuer. Kann man aber das vermutete Substitutionspotenzial überhaupt bestimmen? Und ist die Qualität der ambulanten Leistungen messbar?

Prof. Dr. med. Leonie Sundmacher von der Ludwig-Maximilians-Universität München hat beides versucht – mit Hilfe sogenannter ambulant-sensitiver Krankenhausfälle (ASK). Das sind Krankenhausfälle, die durch eine Intervention im ambulanten Bereich hätten vermieden werden können, wie Sundmacher auf einer Fachtagung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) am 8. September in Berlin erklärte.

In vielen anderen Ländern existieren ASK-Kataloge bereits. Für Deutschland hat Sundmacher mittels einer Umfrage unter Ärzten 40 Krankheiten identifiziert, die bei einer guten ambulanten Versorgung aus Sicht der befragten Ärzte nicht im Krankenhaus landen müssten. 22 davon stehen für 90 Prozent aller ASK-Fälle, darunter die ischämische Herzkrankheit, Herzinsuffizienz und Rückenschmerzen. Sundmacher nannte fünf Typen der Intervention, die einem ambulant-sensitiven Krankenhausfall vorbeugen: Immunisierung oder eine andere Primärprävention, Früherkennung, Management andauernder Erkrankungen sowie die Behandlung von Akuterkrankungen. „Häufen sich ASK in einer Region, kann das auf Schwächen in der ambulanten Versorgung hinweisen“, erklärte Sundmacher. Eine Verbesserung der kontinuierlichen Behandlung sowie eine bessere Erreichbarkeit im ambulanten Bereich könnten den befragten Ärzten zufolge Krankenseinweisungen aufgrund von ASK reduzieren. Allerdings, betonte Sundmacher, komme ein Großteil der ASK als Notfall ins Krankenhaus. Den gesamten Katalog will sie Ende des Jahres vorstellen.



Drei Köpfe, zwei Meinungen: Andreas Gassen und Rolf-Ulrich Schlenker (v.l.n.r.) sprachen sich dafür aus, die Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Sektor auch finanziell nachzuvollziehen. Georg Baum war dagegen. Foto: KBV

Dass ambulant-sensitive Krankenhausfälle tatsächlich im ambulanten Bereich behandelt werden können, setzt jedoch voraus, dass es genügend niedergelassene Ärzte in einer Region gibt, die diese Behandlung vornehmen können. Das ZI hat in einer Studie die Arbeitsteilung zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte untersucht und dabei 21 Regionen identifiziert, in denen Patienten deutlich häufiger ambulant behandelt werden als anderswo (siehe Tabelle). „In diesen Best-Practice-Regionen liegt die



Foto: Barmer

Inanspruchnahmerate stationärer Versorgung 15 Prozent unter und die Inanspruchnahmerate ambulanter Versorgung 13 Prozent über dem Bundesdurchschnitt“, sagte der Geschäftsführer des ZI, Dr. rer. pol. Dominik Graf von Stillfried, auf der Tagung. In diesen Regionen lebten circa elf Millionen Menschen. „Der regionale Vergleich vermittelt uns greifbar, welches ambulante Potenzial heute schon realisiert wird. Das können andere Regionen nachmachen“, meinte von Stillfried.

Weniger Krankenhausbetten

Gemeinsames Merkmal der 21 Best-Practice-Regionen ist, dass es dort mehr niedergelassene Ärzte pro 100 000 Einwohner gibt als im Bundesdurchschnitt sowie eine unterdurchschnittliche Zahl von Krankenhausbetten. Hätten alle Regionen Deutschlands ein solches Verhältnis zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, würden die Gesundheitsausgaben bis 2020 demografiebedingt nur um zwei Milliarden Euro steigen, hat das ZI errechnet. Bleibt alles, wie es ist, stiegen sie um vier Milliarden Euro.



Foto: DKG

„Riesenvolumen an Mitteln“

Würden Vertragsärzte tatsächlich einen Teil der heute stationär erbrachten Versorgung übernehmen, müssten sie dafür auch Geld von den Krankenhäusern erhalten. Dieser Annahme folgend, haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Barmer GEK ein Gutachten in Auftrag gegeben, das entsprechende Verlagerungen medizinischer Leistungen auch finanziell nachvollziehbar machen soll. Darin sollte eine Methode erarbeitet werden, wie dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ bei den jährlichen Budgetverhandlungen zwischen Krankenkassen und Kliniken Geltung verschafft werden könnte. Das ist heute aus Sicht von KBV und Barmer GEK nicht gewährleistet, weil sich die Krankenhausbudgets an der von der einzelnen Klinik in der Vergangenheit erbrachten Leistungsmenge orientierten, nicht aber am aktuellen und künftigen Versorgungsbedarf der Bevölkerung.

Dr. jur. Rolf-Ulrich Schlenker, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Barmer GEK, verwies auf § 87 Abs. 4 SGB V, wonach Verlagerungen von Leistungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor bei der Anpassung des Behandlungsbedarfs und damit bei der ambulanten Vergütung zu berücksichtigen sind. „Das kann kein einseitiger Akt sein“, stellte Schlenker heraus.

Es gebe den Verlagerungseffekt, aber keine Rechtsgrundlage, um die Krankenhausbudgets entsprechend zu mindern. Der Forderung, das Sozialgesetzbuch und das Krankenhausgesetz mit diesem Ziel zu ändern, schloss sich Dr. med. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der KBV, an. Er sieht ein „Riesenvolumen an Mitteln“, das anders zugeteilt werden könnte – dem realen Versorgungsbedarf entsprechend. „Ein Bestandsschutz für Krankenhäuser, die keinen Versorgungsauftrag haben, ist auf Dauer nicht tragbar“, betonte Gassen.

Der Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Georg Baum, ging die ungewohnte Koalition aus KBV und Krankenkasse in einer Podiumsdiskussion mit heftigen Worten an. Er sprach von einem „Frontalangriff“ auf die Krankenhäuser. Ein Patient, der nicht ins Krankenhaus kommt, löse auch keine Zahlung aus. Im Krankenhaus gebe es kein gedeckeltes regionales Versorgungsbudget wie bei den Vertragsärzten. Baum: „Hören Sie auf, aus dem Krankenhaus Geld auszugliedern, das gar nicht hereinkommt!“

Falk Osterloh, Heinz Stüwe