

Thesenpapier: Effiziente Strukturen für die Gesundheitsversorgung vor Ort

1. Um die Versorgungsprobleme vor allem auf dem Land zu lösen, brauchen wir neue Modelle der Zusammenarbeit zwischen den ambulanz-stationären Versorgungsangeboten und zwischen den Gesundheitsberufen

Der demografische Wandel stellt das Gesundheitswesen vor große Herausforderungen. Strukturschwache Gebiete, vor allem auf dem Land, überaltern, und es fällt schwer, junge Fachkräfte aller medizinischen Professionen in die Regionen zu locken. Ziel der Ersatzkassen ist es, ihren Versicherten eine hochwertige medizinische und pflegerische Versorgung auch in diesen Regionen anzubieten. Dazu gehört eine flächendeckende hausärztliche Versorgung, Facharzttermine ohne lange Wege und Wartezeiten, eine enge Verzahnung der Versorgung und vereinfachte Abläufe in den Praxen durch digitale Instrumente wie Videobehandlungen. Dies kann nur durch eine engere Verzahnung der ambulanz-stationären Strukturen erreicht werden. Ziel ist es, einheitliche Lebensverhältnisse und eine gleichwertige Versorgung für alle Bevölkerungskreise zu gewährleisten. Dafür brauchen wir einen bundesweit vorgegebenen Rahmen (Planungskriterien, Rahmenbedingungen und Eckwerte für eine flächendeckende Versorgung nach Qualitätsaspekten). Die Umsetzung sollte jedoch in den Regionen erfolgen und die regionalen Bedarfe berücksichtigen. Die Kompetenzen der bereits bestehenden erweiterten Landesausschüsse sind zu erweitern, um schnell auf Versorgungsgaps reagieren zu können.

2. Nur mit einer Ambulantisierung von bisher stationären Versorgungskapazitäten können wir den Anforderungen des demografischen Wandels bestehen

Zu modernen Versorgungsstrukturen gehört auch eine stärkere Ambulantisierung von bisher stationären Versorgungskapazitäten. Laut einer Untersuchung des IGES-Instituts könnten 2.500 bisher stationär erbrachte Leistungen auch ambulant durchgeführt werden. Ein erweiterter AOP-Katalog für stationärsersetzende Leistungen ist ein erster wichtiger Schritt, um den negativen Anreizmechanismen, wie undurchsichtige Sektorengrenzen, monetäre Angebotsausrichtung und Fehlanreize in der Vergütung zu begegnen. Wichtig ist, dass keine zusätzlichen Doppelstrukturen aufgebaut, sondern bestehende Strukturen vernetzt werden. Dafür ist die oben erwähnte sektorenübergreifende Planung ebenso erforderlich wie ein einheitlicher, sektorenübergreifender Vergütungsrahmen für die Leistungen, die in Abhängigkeit vom Schweregrad der Erkrankung ambulant oder stationär erbracht werden können.

3. Mit dem Model der Regionalen Gesundheitszentren (RGZ) der Ersatzkassen können vorhandene Versorgungsprobleme auf dem Land gelöst werden

Für Regionen mit Versorgungsengpässen schlagen die Ersatzkassen das Modell der regionalen Gesundheitszentren (RGZ) im Sinn einer „Versorgung unter einem Dach“ vor. Als besondere Versorgungsform im Kollektivvertrag soll das RGZ ein vernetztes Behandlungsangebot bereitstellen. Mindestens vier Hausärzt:innen arbeiten mit grundversorgenden Fachärzt:innen etwa aus den Bereichen Innere Medizin, Orthopädie und Augenheilkunde oder Psychotherapie zusammen. Ergänzt soll das RGZ durch Leistungserbringende aus dem Heilmittelbereich (z. B. Physiotherapeut:innen) und/oder Apotheken oder Sanitätshäuser oder auch der Pflege. Im RGZ können zudem einfache Operationen, wie eine Leisten- oder HNO-OPs ambulant stattfinden. Krankenhäuser, die nicht in Gänze bedarfsnotwendig sind, könnten so in RGZ umgewidmet werden. Die Mindeststandards für den Betrieb sollten vom G-BA festgelegt werden. Mit den RGZ werden verschiedene Ansätze zur Lösung der Versorgungsprobleme auf dem Land zusammengefügt: Das RGZ bietet attraktive Angebote für angestellte Ärzt:innen und für andere Gesundheitsfachberufe, fördert Vernetzung, Delegation, Substitution und Digitalisierung und treibt den Krankenhausstrukturwandel voran. Mit den RGZ können zudem regionale Versorgungslücken geschlossen und regionale Fehlversorgung ausgeglichen werden.

4. Medizinische Versorgungszentren müssen als Regionale Gesundheitszentren neu gedacht werden – wir brauchen weiterhin Kapitalinvestoren, aber unter anderen Bedingungen

Bereits heute existieren in Deutschland 3.500 Medizinische Versorgungszentren, die teilweise von privaten Finanzinvestoren betrieben werden. Die wenigsten verfolgen den Ansatz, die Behandlung der Patient:innen wirklich fachübergreifend sicherzustellen. Kritisch ist zudem, dass ihre Ausrichtung häufig auf renditestarke Geschäftsfelder (Leistungspicking) erfolgt und es eine zunehmende Monopolbildung durch einzelne Träger gibt. Auch eine Konzentration in Ballungszentren mit hohem Einkommen hat negative Effekte auf die Versorgung in strukturschwachen Regionen. Ziel sollte es deshalb sein, zukünftig mehr Medizinische Versorgungszentren (MVZ) als RGZ weiterzuentwickeln und dabei bestehende Fehlentwicklungen zu vermeiden. Notwendig für alle MVZ ist ein regulatorischer Rahmen (Planungsvorgaben, Vorgaben zum Leistungsumfang der Fachgruppen), spezielle Vergütungsregelungen (gegebenenfalls Abschläge im EBM), eine Stärkung der ärztlichen Leitung und der Schutz der ärztlichen Unabhängigkeit sowie die Schaffung von Transparenz (Kennzeichnungsverpflichtung der Betreiber, Ausweitung der Arztregister). Ein völliger Verzicht auf private Investoren ist jedoch nicht zielführend. Von Finanzinvestoren betriebene MVZ sind mittlerweile ein wichtiger Bestandteil unseres modernen Versorgungssystems und ihr Zugang sollte unter einem transparenten regulatorischen Rahmen grundsätzlich erhalten bleiben.