Das KV RegioMed-Programm für die Strukturmigration im Mittelbereich Templin

Vom Populations- zum Standortbezug

Das KV RegioMed-Programm für die Strukturmigration im Mittelbereich Templin ist mehr als ein Modellvorhaben. Es ist nicht nur der Versuch aus den gegebebenen Prävalenzen in einer Region – in der Uckermarck im Mittelbereich Templin – eine Prognose zu wagen auf Erkrankungen in den nächsten Jahren und Jahrzehnten, sondern daraus Schlüsse zu ziehen, wie die Versorgungsumstrukturierung in der absehbaren Zukunft auszusehen hat, um ein zielgruppenorientiertes und damit passgenaueres regionales Versorgungsangebot durch stationär-ambulante Strukturmigration zu schaffen.

>> Aktuelle Analysen zur Bevölkerungsstruktur des Mittelbereichs Templin prognostizieren bis zum Jahr 2030 einen Bevölkerungsrückgang um 21 % und gleichzeitig eine deutliche Verschiebung der Altersstruktur. Einer älter werdenden und somit häufig chronisch kranken und multimorbiden Bevölkerung steht eine sinkende Anzahl jüngerer Menschen gegenüber. Vor diesem Hintergrund und zur Veranschaulichung der Versorgungssituation erfolgte im Jahr 2013 eine detaillierte Analyse „Regionaler Versorgungsbedarf im Mittelbereich Templin“ durch die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg, das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) sowie das Unabhängige Centrum für empirische Markt- und Sozialforschung (UCEF GmbH).

Aus dieser ging hervor, dass sowohl hinsichtlich der Alters- und Geschlechtsstruktur als auch hinsichtlich des durchschnittlichen Leistungsbedarfs der Patienten die untersuchte Region die Gesundheits- und Daseinsvorsorge bereits innerhalb der nächsten 10 bis 15 Jahre vor große Herausforderungen stellt. Aus der Analyse der Patientenströme war zu erkennen, dass die Inanspruchnahme der fachärztlichen Versorgung sehr heterogen ist. Insbesondere bei den im Ranking weit vorn stehenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen erfolgt ein Großteil der medizinischen Behandlungen bei Templiner Patienten außerhalb des Planungsbereiches Uckermark oder stationär.

Hier besteht also Potenzial, die wohnortnahe Versorgung gleichzeitig zu verbessern und wirtschaftlicher zu gestalten. Im Mittelbereich Templin ist mit einer deutlichen Verschiebung der Altersstruktur der Bevölkerung zu rechnen. Eine Erhöhung des Durchschnittsalters hat einen Anstieg des erforderlichen Leistungsbedarfs pro Patient zur Folge, so dass bei einem diesbezüglichen Vergleich mit den übrigen Brandenburger Mittelbereichen der Mittelbereich Templin im oberen Drittel rangieren wird. Die Entwicklung wird darüber hinaus auch eine Veränderung der Morbiditätsstruktur verursachen. So werden Krankheiten, wie Demenz und Morbus Parkinson, welche mit zunehmendem Alter vermehrt auftreten, an Bedeutung gewinnen. Schließlich hat die gegebene zentrierte Facharztversorgung in Verbindung mit dem höheren Alter der Bevölkerung und der damit einhergehenden zunehmend eingeschränkten Mobilität zur Folge, dass die Erreichbarkeit fachärztlicher Leistungen erschwert wird.

Dies stellt umso mehr eine Herausforderung dar, als im hohen Alter auch die Multimorbidität steigt und somit unterschiedlichste fachärztliche Leistungen an unterschiedlichen Orten benötigt werden. In Zukunft ist daher insbesondere die multidisziplinäre und sektorenübergreifende Koordination ärztlicher Behandlung gefordert.

Diese Prognosen zur Bevölkerungs- und Morbiditätsentwicklung im Mittelbereich Templin und die dargestellten Auswirkungen des demografischen Wandels auf den künftigen Versorgungsbedarf gaben Anlass zum Handeln und führten so zum ersten Schritt: dem Aufbau einer ambulanten geriatrischen Versorgung im Mittelbereich Templin in Kooperation mit einer stationären Geriatrie am Krankenhaus vor Ort.

Das KV RegioMed Zentrum, welches heute bereits neben der ambulanten geriatrischen auch gastroenterologische sowie kardiologische Versorgung anbietet und seit Beginn des Jahres selektivvertraglich finanziert wird, bildet den Grundstein für die nächsten Schritte hin zu einer umfänglichen Strukturmigration der stationär-ambulanten medizinischen Versorgung in der Region.

Der Aufbau einer ambulant-stationären Brückenstruktur im Rahmen des KV RegioMed Zentrums ist allein nicht ausreichend, um die Versorgungsstrukturdefizite vor Ort gänzlich zu lösen. Vielmehr bedarf es weiterer struktureller Maßnahmen, wie es auch die AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH in ihrer im Jahr 2014 verfassten Machbarkeitsstudie zu den Bedingungen für den Aufbau einer sektorenübergreifenden Versorgungskette in der Altersmedizin am Standort Templin beschreibt. Mit dem Fokus auf die Frage nach dem Existieren einer sektorenübergreifenden Versorgungskette wurde eine Bestandsanalyse vorgenommen, um anschließend entsprechende Handlungsempfehlungen geben zu können. Es wurden Beteiligte vor Ort, wie Medizinische Versorgungszentren, Hausärzte und Kranken-

	Prognose der Morbiditätsentwicklung			
Top 10	**Krankheiten gem. RSA-Auswahl 2010**	**Prävalenz 2009 in %**	**Prävalenz 2025 Prognose in %**	**Zunahme Prävelenz in %pkt.**
1	Hypertonie	29,5	**36,8**	7,4
2	Diabetes mellitus	11,4	**15,3**	3,9
3	Ischämische Herzkrankheit	9,1	**13,2**	4,1
4	Osteoarthrose der großen Gelenke	8,4	**11,5**	3,2
5	Depression	5,9	**6,7**	0,8
6	Osteoporose und Folgeerkrankungen	4,2	**6,2**	2,0
7	Erkrankungen des Ösophagus (exkl. Ulkus + Blutung)	4,4	**5,4**	1,0
8	Emphysem / Chronische obstruktive Bronchitis	3,5	**4,7**	1,1
9	Atherosklerose, periphere Gefäßerkrankung	2,9	**4,2**	1,2
10	Herzinsuffizienz	2,8	**4,0**	1,2

Abb. Prognose der Morbiditätsentwicklung im Mittelbereich Templin 2025 zu 2009 nach ausgewählten Krankheiten. Quelle: KVBB-eigene Darstellung auf Basis der ZI-Projektion der Brandenburger Prävalenzen entsprechend der Bevölkerungsvorausberechnung des BBSR.

häuser befragt, wie sich derzeit die altersmedizinische Versorgungsstruktur in der Region darstellt bzw. an welchen Stellen Entwicklungsbedarf gesehen wird. Auch der Bereich der pflegerischen Versorgung muss in die Betrachtungen einbezogen werden, ebenso wie die Möglichkeiten ehrenamtlicher Unterstützung, kommunaler Angebote sowie moderner Informations- und Kommunikationstechnologien. U. a. wurde festgestellt, dass großer Wert auf die Multiprofessionalität gelegt werden muss, um dem künftigen Versorgungsbedarf gerecht zu werden.

Vertiefend wurde letztlich in der Vorstudie mit dem Titel „Empirische Analysen zur Epidemiologie, zu Behandlungsanlässen und zur Versorgung im Mittelbereich Templin“ zum Projekt, die – im Auftrag der AOK Nordost und der BarmerGEK – ebenfalls von AGENON durchgeführt wurde, genauer die stationäre wie ambulante Inanspruchnahme hinsichtlich möglicher Ähnlichkeiten der Krankheitsbilder untersucht, um festzustellen, auf welche heutigen und zukünftigen Krankheitsbilder der Fokus bei der Weiterentwicklung der Versorgung, nach dem Grundsatz ambulant vor stationär, liegen soll. Zu diesem Zweck wurden u.a. die Wohnbevölkerung des Mittelbereichs Templin nach Alter und Geschlecht, Versicherte mit Pflegestufen, die Inanspruchnahme von Arzneimitteln sowie Wegstrecken untersucht. Die drei häufigsten Krankheitsbilder stellen sich demnach wie folgt dar: kardiovaskuläre Erkrankungen (z. B. Hypertonie), endokrine Erkrankungen (z. B. Diabetes mellitus) sowie Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (z.B. Rückenschmerzen, Rheuma).

Ziel des KV RegioMed Programms – Strukturmigration im Mittelbereich Templin – ist die Gestaltung einer gleichwertigen medizinischen Versorgung für alle Bevölkerungsgruppen im Mittelbereich Templin. Die beschriebenen Veränderungen der Bevölkerung in Anzahl und Struktur werden im Bereich des Gesundheitswesens eine stark veränderte Nachfrage hinsichtlich ambulanter, stationärer, pflegerischer, sozialer und therapeutischer Leistungen erzeugen und weitreichende Anpassungsprozesse der Versorgungsangebote im Mittelbereich Templin nach sich ziehen müssen. Sinkende Zahlen niederlassungswilliger Vertragsärzte und verstärkte Probleme bei der Stellenbesetzung im stationären Sektor, aber auch im Bereich Pflege, Rehabilitation und Therapie, durch qualifiziertes Personal stellen weitere Herausforderungen dar, denen sich das Projekt stellt.

Die „Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg“ – IGiB GbR, eine Arbeitsgemeinschaft bestehend aus der Kassenärztlicher Vereinigung Brandenburg, der AOK Nordost und der BARMER GEK nach § 219 SGB V – hat es sich zur Aufgabe gemacht, zukunftsorientierte Versorgungsstrukturen zur Sicherung und Verbesserung einer langfristigen, regionalen und flächendeckenden Gesundheitsversorgung zu entwickeln.

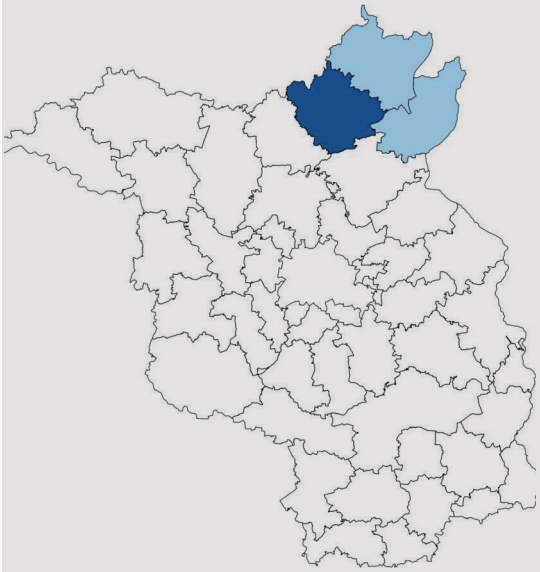
Zwischen den Projektträgern des Strukturmigrationsprojektes in Templin, der IGiB und der Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH (als Betreiber des Krankenhauses in Templin), besteht Einvernehmen, den Standort des heutigen Krankenhauses in Templin als ein Beispiel einer Strukturmigration der medizinischen Versorgung in einer strukturschwachen ländlichen Region weiterzuentwickeln. Im Fokus steht die Sicherung und Verbesserung der Versorgungsqualität und -effizienz durch Integration von ambulanten, stationären, haus- und fachärztlichen, rehabilitativen und pflegerischen Versorgungsangeboten interdisziplinär und fachübergreifend sowie multiprofessionell, ggf. auch unter Einschluss von sozialen und ggf. ergänzenden ehrenamtlichen Leistungen.

Insbesondere in strukturschwachen Regionen tragen das Land, die Landkreise und die Kommunen eine besondere Verantwortung: die Schaffung der Voraussetzungen für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die Begleitung/Beteiligung des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie ist darüber hinaus im Kontext eines notwendigen Umbaus der vor Ort vorhandenen Krankenhausstrukturen erforderlich. Im Hinblick auf eine zu schaffende bedarfsorientierte und wirtschaftliche Angebotsstruktur ist die Einbeziehung aller vor Ort handelnden Akteure des Gesundheitswesens erforderlich. Die einzelnen Angebote und Akteure dürfen dabei nicht allein betrachtet werden, sondern sind gefordert, in einer kooperativen und abgestimmt koordinierten Prozess- und Kommunikationsstruktur zu agieren. <<

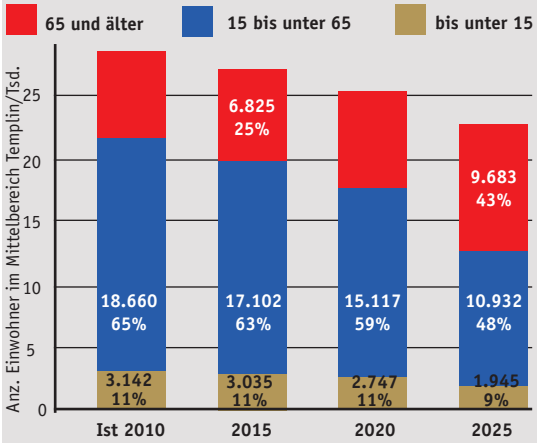
von: Lutz O. Freiberg / IGiB GbR

Die Uckermark

liegt im Nordosten Brandenburgs und ist mit einer Fläche von rund 3.000 km² der größte und gleichzeitig einer der am dünnsten besiedelten Landkreise Deutschlands. Etwa zwei Drittel der Bevölkerung leben in den vier Städten Schwedt, Prenzlau, Templin und Angermünde. Templin stellt dabei der Fläche nach die größte Stadt in der Uckermark dar, in Bezug auf die Einwohnerzahl ist sie nach Schwedt und Prenzlau jedoch die drittgrößte Stadt des Landkreises. Der Landkreis ist mit diversen Strukturdefiziten belastet. Die wichtigsten Wirtschaftsfaktoren sind der Tourismus und die Naherholung.



Bevölkerungsprognose nach Altersgruppen 2010 bis 2030



Prognose der Morbiditätsentwicklung

Krankheiten*	Prävalenz 2009 in %	Prävalenz 2025 Prognose in %	Zunahme Prävelenz in %pkt.	Zunahme Prävalenz in %
Morbus Parkinson und andere Basalganglienerkr.	0,6	0,8	0,3	47,2
Demenz	2,4	3,5	1,1	44,0
Schlaganfall u. Komplikationen	2,2	3,1	0,9	40,9

©MVF

* gem- RSA-Auswahl 2010

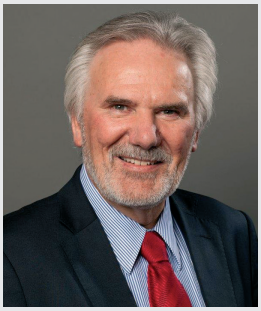
Interview mit Dr.med. H.-J. Helming, Vorsitzender des Vorstandes KVBB und Lutz O. Freiberg, KVBB-Unternehmensbereichsleiter und Geschäftsführer der IGiB.

>> Warum braucht man ein Programm wie das KV RegioMed Zentrum?

Helming: Das KV RegioMed Programm Templin hat zum Ziel, ausgehend vom realen quantitativen und qualitativen Versorgungsbedarf der im Einzugsbereich zu versorgenden Population, zukunftsfähige Versorgungstrukturen zu schaffen, welche intersektoral, interdisziplinär-interkollegial und multiprofessionell umgesetzt werden. D.h., ausgehend von der Frage, welche Bevölkerung mit welchen gesundheitsrelevanten Merkmalen zukünftig in der Region lebt und welche Morbiditäten sowie soziodemografischen Aspekte damit verbunden sind, müssen regionalspezifische Versorgungsangebote geschaffen und dabei alle regionalen Akteure eingebunden werden. Personelle und infrastrukturelle Ressourcen müssen gebündelt und über ein abgestimmtes Schnittstellenmanagement eine effiziente und qualitativ hochwertige Versorgung sichergestellt werden. Damit wurde in Templin zum ersten Mal überhaupt betrachtet, was man für die in dieser Region wohnenden Bevölkerung an Versorgung braucht – ambulant wie stationär. Das hört sich so selbstverständlich an, ist aber bei der Versorgungs-, speziell der Krankenhausplanung bisher nirgendwo sonst der Fall.

Haben Sie damit die Sektorengrenzen wirklich überwunden?

Freiberg: Das KV RegioMed Zentrum steht für ein integriertes ambulant-stationäres Konzept, das in der Endkonsequenz – einer Überwindung der Sektorengrenzen und der Umsetzung des Grundsatzes so viel ambulant wie möglich, so viel stationär wie nötig – auch neuer Formen von Trägerschaften, Abrechnungssystemen und Leistungsbewertungen bedarf. Das genau unterscheidet die Zentrumsidee von dem einfachen Nebeneinanderstellen von Krankenhäusern, MVZ und Arztpraxen an einem Standort.



Dr. med. H.-J. Helming

Wenn man annimmt, dass überall in Deutschland der gleiche Versorgungsanspruch existiert.

Helming: Diese Prämisse muss unser Handeln bestimmen. Früher konnte man vielleicht noch sagen, man wüsste es nicht besser – bestenfalls suchte man durch „Trial and Error" den Erkenntnisgewinn. Aber durch die Methoden der modernen Versorgungsforschung kann man eine Region sehr genau nach Alter, Geschlecht, Morbidität und Mortalität betrachten, um so die tatsächliche und die zu erwartende Leistungsdichte zu beschreiben. Wenn man das tut und dann ganz deutlich erkennt, dass die Leistungsdichte, die man für die Bevölkerung der Bundesrepublik als ausreichend empfindet, beispielsweise in Templin in bestimmten Parametern davon weit divergiert, muss man einfach handeln. Genau für solche Entscheidungen kann die Versorgungsforschung aus vorhandenen Daten, wenn man sie denn korreliert, ganz konkrete Gestaltungsvorschläge ableiten.

Wie sind Sie denn vorgegangen?

Freiberg: Wir haben uns die Zahlen betrachtet, die uns eine Vorstudie von Agenon geliefert hat. In dieser Studie erkennt man ziemlich genau, in welchem Gesundheitszustand sich die in diesem Gebiet lebenden Menschen tatsächlich gerade befinden. Daraus können dann Prävalenzen abgeleitet werden, um zu beschreiben, wie sich die heute bereits etablierte Krankheitslast, also die real existierenden Erkrankungen in den nächsten Jahren entwickeln werden. Das ist schon eine neue Betrachtungsweise, denn bisher wurde der Versorgungsbedarf alleine und ausschließlich über die klassischen Leistungsdaten definiert.

Demnach ist es bisher eine rückwärtsgewandte Betrachtung. Denn die klassischen Leistungsdaten erzählen nur, dass eine Erkrankung behandelt worden ist und in der Summe wie oft.

Helming: Das war es dann aber auch schon. In der Region Brandenburg versuchen wir nun darum in Kooperation mit dem Zi beispielhaft einen neuen Ansatz, der aus der Versorgungsforschung heraus ganz neue Blickweisen eröffnet,vor allem zum Thema der ambulant-sensitiven Leistungen.

Also jener Erkankungen, die man nicht unbedingt stationär versorgen muss, weil man das auch ambulant machen könnte.

Freiberg: Aus heutiger medizinischer, aber auch ökonomischer und auch struktureller Sicht stellt sich die Frage immer mehr, ob bestimmte Erkankungen nicht besser ambulant behandelt werden können. Das gilt zum Beispiel für diagnostische Leistungen, die heute noch oft mit einem stationären Aufenthalt verbunden sind, die aber rein vom medizinisch-technischen Fortschritt her inzwischen auch ambulant erfolgen könnten – das wäre eine klassische ambulant-sensitive Leistung.

Warum interessieren Sie diese ambulant-sensitiven Leistungen?

Freiberg: Aus der simplen Erkenntnis heraus, dass in Brandenburg diese Behandlungen oft gar nicht mehr wohnortnah stationär erfolgen können, weil schon heute die dafür nötige, zum Teil hoch spezialisierte Medizin in der Regel in den hier noch tätigen grundversorgenden Krankenhäusern gar nicht mehr stattfindet; einfach weil die dazu nötigen Voraussetzungen an Spezialisierung und an technischer Ausstattung fehlen.

Macht hier die tradierte Strukturgrenze noch Sinn?

Helming: Das ist zwar eine provokante Fragestellung, aber sie ist die Kernfrage, die auch der Ausgangspunkt meiner Strukturmigrations-Konzeption war. Wir müssen offen darüber reden, ob diese Struktur krankenhausambulant, die von einer Wagenburgmentalität getragen wird, aber funktional ein Anachronismus ist, überhaupt noch adäquat ist; und wenn nicht, welche Struktur denn besser, zukunftssicherer und vor allem für die medizinische Lösung des Patientenproblems geeigneter wäre. Genau in diesem Kontext bewegen wir uns mit dem Strukturmigrationsprojekt Templin. Doch nicht nur hier, denn dieses Thema wollen wir gemeinsam mit dem Zi flächendeckend für ganz Brandenburg analysieren und dann diskutieren. Doch das wird ein ganz neues, eigenständiges Projekt werden.

Warum ausgerechnet Templin?

Freiberg: Templin hat ein paar sehr spezielle Eigenschaften, die für so ein komplexes Thema nahezu ideale Grundvoraussetzungen sind. Eine Eigenschaft ist rein regional: Templin liegt oberhalb des Berliner Autobahnrings mittendrin in der Schorfheide und wird rechts begrenzt durch die Autobahn nach Mecklenburg-Vorpommern und Polen. Wenn Sie versuchen, nach Templin zu kommen, werden Sie zwar merken, dass es rein räumlich gar nicht so weit entfernt von Berlin ist, aber sobald man die Autobahn verlässt, ist man auf dem Land und braucht für die letzten 30 bis 40 Kilometer eine gute Stunde. Das führt dazu, dass die Bevölkerung rings um Templin stark in ihrer Region verbleibt, zumindest was die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung angeht. Das ist, wenn man über Versorgungsstrukturen spricht, ein Idealzustand. Denn fast alle Haus- und Fachärzte konzentrieren sich in Templin. Die zweite Voraussetzung ist, dass wir es in der Region mit Ärzten zu tun haben, die von sich aus ein starkes Interesse daran haben, sich auf die demographische Entwicklung einer zunehmend älteren und multimorbiden Bevölkerung einzustellen, die sich von sich aus engagieren, sich vernetzen und die sich damit auf die zukommenden Versorgungsherausforderungen einstellen wollen.

Die bereit sind, die Strukturengrenzen ein Stück weit einzureißen?

Helming: Genau. Es gab jedoch in Templin schon vor vielen Jahren

ein Vorprojekt für ein ambulant-stationäres Netz, das leider irgendwann an der Finanzierung gescheitert ist. Das hat aber dazu geführt, dass die hier ansässigen Ärzte sich kennen und grundsätzlich schon ganz gut zusammen arbeiten.

Wie kommt denn der stationäre Part ins Spiel?

Helming: In Templin gibt es einen stationären Träger aus der Sana-Gruppe, der vor rund vier Jahren bereits die Auswirkungen des demografischen Wandels in der Region zu spüren bekommen hatte und eine Lösung suchte. Ich hatte eine Idee und daraus entwickelten wir ein Konzept. Manchmal müssen nur die richtigen Menschen aufeinander treffen. Und Sana war denn auch bereit, über die Veränderung seines Krankenhauses vom Leistungsprofil her zu reden, auch mit der Konsequenz des Vorzugs des ambulanten Bereichs.

Das klingt, gelinde gesagt, schwierig.

Freiberg: Wenn man den Gesamtkontext betrachtet, sicher. Denn es gibt quasi niemanden, der bezogen auf unser Projekt alleine entscheiden kann. Die ambulante Medizin kann nur für die ambulante Medizin sprechen. Der Krankenhausträger spricht auch für sich, doch planerisch hat das Land das Sagen und aus der Daseinsvorsorge heraus spricht auch die Kommune und der Landrat ein ganzes Stück mit, gerade was Erreichbarkeit und Zugang angeht. Und bezahlen müssen das Ganze die Krankenkassen und haben darum oft gegenläufige Interessen. Und obendrein mischt auch noch der G-BA über die Sicherstellungszuschläge mit. Erschwerend kommt aber noch dazu, dass es für so eine derartige Profilmigration bislang keine Vorbilder gibt.

Das nennt man klassischen Interessenkonflikt.

Helming: Genau darum muss man alle zusammen an einen Tisch bekommen und sich auf ein möglichst pragmatisches Gesamtkonzept verständigen. Dann können alle in ihrem jeweiligen Bereich die entsprechenden Entscheidungen treffen, das Ministerium den Landeskrankenhausplan entsprechend gestalten. Danach erst ist es den Krankenhäusern möglich, ihre Investitions- und Personalplanungen entsprechend auszurichten, aber auch die ambulante Medizin kann dann investieren und sich ebenfalls auf die definierten Strukturherausforderungen einstellen.


Lutz O. Freiberg

So weit sind Sie schon?

Freiberg: Vom Commitment her ja. Das war für uns mit das das größte Aufbauprojekt der letzten Jahre.

Man sagt doch immer, dass es gerade in einer Region wie der Uckermark zu wenig Ärzte gibt.

Freiberg: Das ist eine weitergehende Baustelle, die man grundsätzlich in jeder ländlichen Region hat. Doch wird eine gewisse Reduzierung der Arztzahlen in einer derartigen Region auch ein Stück weit unerlässlich sein, wenn man die entsprechend starke rückläufige Bevölkerung betrachtet. Denn irgendwann wird die Morbiditäts- durch die Mortalitätsentwicklung eingeholt.

Helming: Und bis dahin müssen die Strukturen, die wir jetzt und mit Blick auf genau diese zu erwartende Entwicklung konstruieren und gangbar machen, so effizient und logistisch adaptiert sein, dass man auch mit etwas weniger Behandlungskapazität gleichwohl eine optimale Betreuung gewährleisten kann.

Wie sieht es bei der haus-/fachärztlichen Versorgung in Templin aus?

Freiberg: Dort hat der Generationsübergang an und für sich sehr gut funktioniert. Die Ärzte vor Ort befinden sich zum großen Teil in einem Altersdurchschnitt, der eine entsprechende Perspektive bietet. Das ist das Gute in Templin, denn diese Ärzte sind absolut motiviert, sich mit der demografischen Entwicklung ihrer Klientel auseinanderzusetzen. Noch haben wir den Gestaltungsfreiraum: Heute ist jeder vierte Arzt in Templin über 63, doch in nur 15 Jahren schon jeder Zweite.

Wissen die dort versorgenden Ärzte, was da auf sie zukommt?

Helming: Die Ärzte vor Ort werden sehr intensiv in das Projekt eingebunden und geben uns immer wieder wertvolle Anregungen und strukturelle Vorschläge, wie man das Projekt sinnvoll weiterentwickeln kann. Die, die mitmachen, kennen jede einzelne Zahl, jeden Detailschritt. Transparenz ist enorm wichtig. Jeder muss wissen, wohin die Reise geht. Aber was ebenso wichtig ist: Jeder muss sich mit seinen eigenen Interessen auch ein Stück weit wiederfinden.

Wie rolloutfähig ist denn ein solches Modellprojekt?

Helming: Das sind allenfalls relativierende Faktoren. Wir sind inzwischen so weit, dass wir dem zu Grunde liegenden Versorgungsforschungs-Modell zufolge für jede Region in der Lage sind, die nötige analytische Vorarbeit zu leisten. Wir können exakt sagen, welche Menschen in einer bestimmten Region leben, welche Erkrankungen sie haben, wie sich die in der nächsten Zeit entwickeln werden und welche Strukturmodelle für die ambulant-stationärer Versorgung sich daraus ableiten.

Das ist aber quasi immer nur der erste Schritt.

Freiberg: Erst muss man eben wissen, wen man genau versorgen muss. Wenn man das erforscht hat, kann man darüber nachdenken, welche Versorgungsstrukturen sich daraus ergeben. Das kann eine stationäre Versorgung sein, wenn sie wohnortnah unter qualitativen Aspekten möglich ist, dass können aber auch ambulant-stationäre Zentren sein. Das ist die Zukunft. Davon bin ich fest überzeugt. Und genau darum wollen wir den Beleg erbringen, dass das funktioniert.

Ab wann kann man denn sagen, dass es funktioniert?

Helming: Mit der Geriatrie haben wir es schon jetzt bewiesen. Dass wir das schaffen, hat uns vorher auch nicht jeder geglaubt. Doch heute ist unser Ansatz regelhaft fest in der Versorgung etabliert. In der Geriatrie zumindest redet keiner mehr über ambulant oder stationär. Und jetzt gehen wir einfach einen Schritt weiter und hoffen, das wir durch den Innovationsfonds unterstützt werden können.

Wie lange wird diese Umstrukturierungsphase dauern?

Freiberg: Wir rechnen mit einer Zeitschiene von etwa acht bis zehn Jahren. Danach wird es dieses klassische ambulante Krankenhaus in all seiner Widersprüchlichkeit und Sektorenbetrachtung zumindest in der Region nicht mehr geben.

Helming: Dafür aber eine neue Versorgungseinheit oder -struktur, welche für einen Krankenhausträger wirtschaftlich darstellbar, für die kooperierenden „Teamärzte“ interessante Tätigkeitsfelder bietet und für die Patienten eine hochverfügbare, qualitativ hochwertige sowie wohnortnahe Versorgung sicherstellt.

Wie könnten Sie daraus ein Innovationsfonds-Projekt machen?

Helming: Wir sind in der Vorbereitung genau dieser Fragestellung, denn wir werden uns als IGiB gemeinsam mit Sana als Projektträger bewerben. Darüber hinaus gibt es eine starke Gruppe von Unterstützern, unter anderem das „90a-Gremium“ in Brandenburg, das sich explizit zu diesem Projekt bekennt.

Freiberg: Die Voraussetzungen sind geschaffen, nun müssen wir handeln. Darum wäre es schön, wenn wir ein Stück weit auf entsprechende Finanzmittel aus dem Innovationsfonds hoffen könnten, um das Projekt schneller nach vorne zu bringen. Aber Hand aufs Herz: Wir sind von dem Projekt derart überzeugt, dass wir es auch ohne Unterstützung des Fonds machen werden, auch wenn es mit dem Innovationsfonds leichter und vor allem schneller zu schaffen ist. <<

Interview mit Dr. Dominik Graf von Stillfried, Geschäftsführer des Zi Berlin.

>> Sehen Sie das Modell KV RegioMed für andere Regionen geeignet?

Diese Frage ist gar nicht so einfach zu beantworten, weil die Regionen doch recht unterschiedlich sind. Es gibt sicher auch andere Regionen, in denen ein sehr hoher Anteil vermeidbarer stationärer Fälle zu beobachten ist. Nicht überall ist aber die Personalausstattung in der ambulanten Versorgung der wesentliche Engpassfaktor. In den Ballungsräumen existiert eine relativ hohe Wettbewerbsintensität der Krankenhäuser, und dort, wo das so ist, kann man durchaus die Neigung beobachten, die ambulante Tätigkeit der Krankenhäuser zu benutzen, um die Betten optimal zu füllen.

Der Druck kommt aus der Ökonomie?

Eine Stärkung der ambulanten Versorgung ist in jedem Fall wirtschaftlicher. Die Herausforderung besteht darin, eine Perspektive für den Strukturwandel zu schaffen. Die Krankenkassen müssten dafür aber andere Instrumente in der Verhandlung mit Krankenhäusern nutzen. Sie müssen die Krankenhäuser anhalten, die Leistungsmenge unter Berücksichtigung des ambulanten Versorgungspotenzials um die Krankenhäuser herum gezielt schrittweise anzupassen. Dazu fehlt den Krankenkassen die rechtliche Handhabe. Das Gesetz sieht zwar eine Mengenvereinbarung vor, nicht aber die notwendigen Kriterien.

Hätten Sie denn Kriterien dafür?

Diese wären etwa: der Versorgungsbedarf der Wohnbevölkerung, die Versorgungskapazitäten der niedergelassenen Ärzte und der anderen Krankenhäuser im Einzugsbereich. Mit anderen Worten, der Versorgungsauftrag des Krankenhauses darf nicht mehr allein aus der bisherigen Tätigkeit des Hauses abgeleitet werden. In den Ballungsräumen existiert eine relativ hohe Wettbewerbsintensität der Krankenhäuser, und dort, wo das so ist, kann man durchaus die Neigung beobachten, die ambulante Tätigkeit der Krankenhäuser zu benutzen, um die Betten optimal zu füllen.



Wäre eine Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Versorgung nicht einfacher?

Das kann an Standorten wie Templin als richtiger Weg zur Weiterentwicklung der Versorgungstruktur beitragen. In städtischen Regionen ist es definitiv kontraproduktiv. Um standortspezifisch richtige Entscheidungen zu treffen, werden wir zwei neue Instrumente brauchen: Das eine ist eine Bedarfsplanungs-Kompetenz der Kassenärztlichen Vereinigungen für die ambulante Tätigkeit der Krankenhäuser. Das zweite wäre eine ökonomische Trennung zwischen der Trägerschaft für die ambulante und der stationären Tätigkeit an einem Krankenhausstandort.

Architektonisch gesprochen wäre eine horizontale Trennung sinnvoll. Frei nach dem Motto: Alles, was ebenerdig ist, gehört in die ambulante Trägerschaft und ab dem ersten Stock in die stationäre?

Genau. Das ließe sich übrigens auch gut in den ländlichen Regionen umsetzen. Eine Zentrenbildung, wie sie KV RegioMed vorexerziert, wäre in diesem Rahmen ökonomisch vorteilhaft leistbar.

Was brächte es?

Das würde den fatalen Anreiz durchbrechen, die ambulante Tätigkeit dazu zu missbrauchen, strategische Potenziale der stationären Belegung auszuschöpfen und dadurch Mittel für den nötigen Strukturwandel freisetzen.

Sehen Sie dazu eine Bereitschaft bei Krankenkassen und Krankenhäusern?

Nein. Das liegt sicher auch daran, dass es noch nicht allen transparent ist, was durch die Daten der Versorgungsforschung offen gelegt werden kann. Nehmen wir das Beispiel Brandenburg. Die Region Potsdam-Mittelmark fällt durch eine auch im Vergleich zum Bundesdurchschnitt sehr niedrige Rate vermeidbarer Krankenhausfälle auf. In der Region Prignitz hingegen besteht eine im Vergleich zum Bundesdurchschnitt extrem hohe Rate vermeidbarer Krankenhausfälle. Liegen diese Zahlen einmal vor, muss doch die Frage beantwortet werden: Wer oder was trägt dazu bei, dass die Ist-Situation jeweils so unterschiedlich ist?

Sie deklinieren damit vom Populations- auf den Standortbezug.

Weil nur so herauszufinden ist, wer für diese Krankenhausfälle verantwortlich ist. Entstehen sie durch Zuweisung oder durch Aufnahmeentscheidung im Krankenhaus? Werden sie durch eine vielleicht nicht ausreichend ausgebaute, fachärztliche ambulante Versorgung erklärt oder fehlen subsidiäre Angebote, etwa in der ambulanten Pflege? Diese Fragen müssen wir den handelnden Personen vor Ort stellen, die Regionaldaten auf den Tisch legen und gemeinsam interpretieren, um dann möglichst zu konsentierten Schlussfolgerungen zu kommen.

Geschieht das auch?

In Brandenburg bieten sich jetzt dafür Möglichkeiten.

Gibt es denn einen Trend zu einem „Wir schaffen das“ oder ist Brandenburg die rühmliche Ausnahme in Deutschland?

Es sind sicher auch in einigen anderen Regionen gute Ansätze zu beobachten. Die IGiB ist in der Form einer Arbeitsgemeinschaft noch eine Ausnahme, obwohl es auch in anderen Regionen gute Ansätze gibt. Mir würden fünf, sechs KV-Regionen einfallen, in denen der beschriebene Weg bereits diskutiert wird. Dabei besteht unsere Herausforderung darin, schnell genug vom Zustand A in den Zustand B zu kommen.

Also eine Art positiven Etagenwechsel.

Richtig. Denn im Zustand A haben wir ein noch ungenutztes Effizienzpotenzial im Krankenhaus und erst im Zustand B ist dieser gehoben. Der Weg dahin erfordert schwierige Anpassungsprozesse. Es wird nicht möglich sein, einem Krankenhaus eine bestimmte Fallzahl einfach ersatzlos zu streichen, ohne dass sich das Haus in Personal- und Investitionsplanung darauf einstellen kann.

Muss das immer ein negativer Schnitt für ein Krankenhaus sein?

Überhaupt nicht. Für die Krankenhäuser wäre es auch mit Vorteilen verbunden, wenn sie sich auf die wirklich versorgungsnotwendigen Dinge konzentrieren könnten, die dann auch adäquat vergütet werden. Derzeitig ist es doch so, dass sich viele Krankenhäuser lange mit den Krankenkassen herumschlagen müssen, um bereits erbrachte Leistungen bezahlt zu bekommen, was doch für beide Seiten eine echt unbefriedigende Situation ist. Ganz anders läge die Sache, wenn man sich gemeinsam auf einen Versorgungauftrag einigt und sich auf eine solche Abstimmung verlassen kann.

Welche Vorarbeiten müssten aus Sicht der Versorgungsforschung geleistet werden, um dieses Modell evident aufsetzen zu können?

Dazu brauchen wir die patientenbezogene Zusammenführung der ambulanten und stationären Daten, um Versorgungsabläufe betrachten und überregional vergleichen zu können. Die IGiB könnte dies leisten. Doch ist der Datenfluss noch nicht gestartet. <<