

„Mehr Möglichkeiten für Ge regionaler Gesundheitsvers

„Wir werden auf Dauer den regionalen Bedarf sektorenbezogen nicht parallel erfassen und planen können." „Regionalen Partnern vor Ort wird zu wenig Spielraum für ihr Handeln ermöglicht." „Wir werden ganz neue Arbeitsformen und Arbeitsabläufe gemeinsam etablieren müssen." Diese drei Zitate aus dem Titelinterview mit Dr. Sabine Richard, Geschäftsführerin Versorgung des AOK-Bundesverbandes, zeigen, worauf es ihr ankommt: Möglichst noch Einfluss zu nehmen auf das laufende parlamentarische Verfahren des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GSVG), um „mehr Möglichkeiten für die Gestaltung der Gesundheitsversorgung in den Regionen zu bekommen, nicht weniger."

Im Titelinterview: Dr. Sabine Richard, Geschäftsführerin Versorgung des AOK-Bundesverbandes

estaltung sorgung"

>> Sehr geehrte Frau Dr. Richard, versetzen Sie sich doch – auch wenn Ihnen das schwerfallen mag – bitte zu Beginn unseres Gesprächs in den Kopf von Bundesgesundheitsminister Prof. Lauterbach: Was meinen Sie, könnten die „taktischen Gründe" sein, weshalb das BMG wesentliche Regionalisierungselemente aus dem Entwurf des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes, kurz GSVG, gestrichen hat?

Angesichts der schwierigen Abstimmungslage, die wir ja aus der aktuellen Koalition und gewiss nicht nur bei Gesundheitsthemen kennen, kann man über die Gründe nur spekulieren. Es fällt mir schwer, eine Ratio zu erkennen. Gerade bei dem Gesetz, um das es geht, ist es schlichtweg nicht nachvollziehbar, dass ausgerechnet die namensbildenden Elemente des Gesetzesentwurfs, der im Volltext „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune" heißt, weggefallen sind. Vorerst zumindest.

Worauf hoffen Sie?

Wir haben die Hoffnung, dass im parlamentarischen Verfahren zumindest die Themenfelder wieder aufgenommen werden, die für eine verbesserte regionale Versorgung unabdingbar sind.

Welche „wesentlichen" Regionalisierungselemente wurden genau aus dem Entwurf des GSVG gestrichen und welchen Einfluss haben diese Streichungen auf die Zukunft unseres Gesundheitssystems?

Die wesentlichen Elemente, die vor allen Dingen die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung zum Ziel hatten, waren die Gesundheitsregionen, die Primärversorgungszentren sowie die Gesundheitskioske. Diese Themen stehen schon im Koalitionsvertrag der aktuellen Regierung. Ziel sollte es sein, mehr Möglichkeiten für die Gestaltung der Gesundheitsversorgung in den Regionen zu bekommen, nicht weniger. Dies wäre auch dringend nötig, um unser Gesundheitssystem fit zu machen, angesichts des Wandels, den wir schon jetzt sehen und der uns weiter fordern wird.

Der unparteiische Vorsitzende des G-BA, Prof. Josef Hecken, hat unlängst beim Spreestadt-Forum der TU Berlin auf die Dramatik hingewiesen, die uns die Demografie, aber auch die sinkenden Krankenkassenbeiträge – ausgelöst durch, so Hecken, „Arbeitslosigkeit, Generation Praktikum, Mindestlohn oder auch, weil die Generation Z weniger Arbeitszeit und damit weniger Einkommen aufgrund ihrer Work-Life-Balance bevorzugt" – bei gleichzeitig steigenden finanziellen Herausforderungen durch den medizinisch-technischen Fortschritt bescheren wird.

> *„Gerade weil in der Regel die Bedarfsplanung überwiegend auf Bundesebene geschieht, wird den regionalen Partnern vor Ort zu wenig Spielraum für ihr Handeln ermöglicht."*

Die erwartbaren demografischen Effekte sind ja längst bekannt. Jetzt ist die Zeit, um das Gesundheitswesen endlich effizienter aufzustellen. Wir müssen dafür endlich bereit sein, gemeinsam Lösungen zu erarbeiten. Nur so werden wir mit dem Wandel klarkommen und auch noch für die nächsten 20 oder 30 Jahre eine gute, finanzierbare Gesundheitsversorgung aufrechterhalten können. Dazu ist es dringend notwendig, in die Jahre gekommene Versorgungsstrukturen effizienter aufzustellen und vor allen Dingen Versorgungsprozesse besser zu organisieren, gerade dann, wenn sie arbeitsteilig sind. Das ist ein wichtiger Punkt, der bisher bei allen Reformdiskussionen zu kurz kommt. In der Vergangenheit wurden wahrgenommene Versorgungsdefizite durch immer neue spezialisierte Gesundheitsversorgungsangebote behoben, die unverbunden neben die bzw. in Konkurrenz zu den bestehenden sektoralen Strukturen gestellt wurden. Dies bindet viele Ressourcen, und Patientinnen und Patienten fällt es schwer, sich durch das System ohne Hilfestellung zu navigieren. Hiervon wollen wir weg.

Gehen wir zurück zu den Themenbereichen „Regionalisierungselemente" und „regionale Gesundheitsversorgung". Machen wir den Faktencheck: Viele würden aus dem Bauch heraus der Hypothese zustimmen, dass Gesundheitsversorgung regional und vor allem auch lokal ist. Doch welche Evidenz gibt es dafür?

Die Evidenz zeigt sich jeden Tag. Arztpraxen und Krankenhäuser erreichen mit ihren Versorgungsstrukturen die Bevölkerung in einem je nach Spezialisierung mehr oder weniger großen regionalen oder auch nur lokalen Einzugsbereich. Anders als z. B. Arzneimittelhersteller, die weltweit oder bundesweit agieren. Insofern unterscheiden sich die Regionen in ihrer Versorgungsdichte und auch im Versorgungsbedarf, da sich ja auch die Bevölkerung regional in ihrer Dichte und in der soziodemografischen Zusammensetzung sehr stark unterscheidet. Dies äußert sich in regional sehr unterschiedlichen Erreichbarkeiten, Wegezeiten und vielen anderen Indikatoren. Die Auswertungen der Routinedaten, die das WIdO regelmäßig durchführt, zeigen doch die vielen regionalen Variationen des Versorgungsgeschehens.

Von daher ist es konsequent, Versorgung regional zu gestalten, um den Erfordernissen gerecht werden zu können. In den letzten Jahren hat die Gesundheitspolitik zu oft auf bundesweit einheitliche Maßnahmen gesetzt.

Welche Stellschrauben muss man bedienen, um der Regionalität wieder mehr Eigenleben zu gewähren?

Gerade weil in der Regel Strukturanforderungen und Vergütung überwiegend von der Bundesebene vorgegeben werden, wird den regionalen Partnern vor Ort zu wenig Spielraum für ihr Handeln ermöglicht. Das führt zum Beispiel dazu, dass fast regelhaft Projekte, die durch den Innovationsfonds gefördert worden sind und die innovative Versorgungsformen positiv getestet haben, zwar in einer eng definierten Laborbedingung funktionieren, aber keine Anschlussfähigkeit in der sogenannten Regelversorgung entwickeln können. Der Grund

dafür ist oft, dass das Regelsystem, in dem diese agieren müssen, überwiegend bundesweit, aber eben nicht sektoral und regional ausgesteuert ist. Von daher gibt es viel zu wenige neue Lösungsansätze, die in der Lage wären, die Versorgung nachhaltig zu verbessern. Darum sehen wir als AOK gerade vor Ort erheblichen Handlungsbedarf, weil wir auf die oft sehr unterschiedlichen lokalen wie regionalen Herausforderungen auch unterschiedlich reagieren können wollen und auch müssen.

Nun hat der AOK-Bundesverband ein Positionspapier mit dem Titel „Gesundheitsregionen: Sektorenunabhängige Versorgung gestalten" vorgestellt, auf das sich die gesamte AOK-Gemeinschaft inklusive Selbstverwaltung verständigt hat. Wie schwer war es, auf eine gemeinsame Linie zu kommen?

Das Papier ist kein erstmaliger Akt, denn wir haben bereits zu vielen anderen Versorgungsfeldern gemeinsame Positionierungen vorgelegt. Die Mitgestaltung der regionalen Versorgung gemeinsam mit den Akteuren vor Ort ist für alle AOKs ein wichtiges Anliegen. Vor Ort sind die AOKs mit der ganzen Bandbreite der regionalen Versorgungslagen konfrontiert, insbesondere die Frage, ob sich auf Dauer flächendeckend ein guter Zugang für Versorgungsangebote erhalten lässt, treibt viele AOKs um. Oft zeigt sich, dass bundesweite Steuerungsinstrumente nicht mehr ausreichen. Regionale Lösungen mit regionalen Partnern sind gefragt.

Einige dieser „gemeinsamen" Akteure haben eben eine Pressemitteilung veröffentlicht, überschrieben mit „Ostdeutsche Ärzteschaft vereint gegen Vormachtstreben der AOK". Darin steht, dass das kürzlich vorgestellte Positionspapier der „geschichtsvergessenen AOK-Strategen" des AOK-Bundesverbandes – damit sind wohl auch Sie gemeint – die Vertragspartnerschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen in Ostdeutschland mit ihren regionalen AOKs gefährden würde.

Es wird immer Akteure mit einem anderen Standpunkt geben, damit können wir leben. Dennoch halten wir an den Aussagen unseres Positionspapiers fest. Es verwundert indes schon, wenn man uns Vormachtstreben vorwirft. Das haben wir gewiss nicht, denn wir können Versorgung nur gemeinsam mit den Akteuren vor Ort mitgestalten. Zudem will und kann die AOK keine eigene Versorgung aufbauen, das ist auch nicht Thema dieses Positionspapiers. Im Gegenteil: Es macht sich explizit dafür stark, die regionale Zusammenarbeit gemeinsam mit den verschiedenen Leistungspartnern vor Ort zu stärken. Natürlich auch gemeinsam mit Kassenärztlichen Vereinigungen. Mit vielen KVen haben wir übrigens schon viele Projekte realisiert, insofern verwundert uns diese Stellungnahme.

Vielleicht stört auch nur die ungewohnt offene wie harte Tonalität. Es stimmt mit Sicherheit, was Sie hier schreiben. Vielleicht ist es nur etwas zu hart formuliert, andererseits ist die Zeit sicher auch reif für klare Kante.

Die Kritik an der Problematik der Sektorengrenzen ist gewiss nicht neu. Die gibt es seit Jahrzehnten und sie hat sich auch auf vielen tausend Seiten von Sachverständigengutachten ausgedrückt. Noch sind wir in der Lage, die richtigen Weichen zu stellen, um die vorhandenen Kapazitäten und Ressourcen, die es vor Ort gibt, zu einer guten und zukunftsfesten Versorgung zusammenzuführen. Das „Wie" und „Warum" haben wir sehr intensiv mit allen AOKs besprochen, die viele Erfahrungen mit einzelnen regionalen und lokalen Projekten gesammelt haben – dieses Wissen haben wir genutzt und in einem Positionspapier zusammengeführt.

So haben Sie zum Beispiel in Ihrem Papier den § 123 SGB V neu formuliert und darin unter anderem die vertragsärztliche Zulassung thematisiert. Das mag vielleicht der Schmerzpunkt für die ostdeutschen KVen gewesen sein. Was meinen Sie?

Kann sein. Doch liegt es auf der Hand, dass wir auch hier mehr Flexibilität benötigen. Wir haben uns intensiv auch damit beschäftigt, woran innovative Projekte bisher gescheitert sind, erschwert oder verzögert wurden. Da ist insbesondere die ärztliche Zulassung in den Blick geraten.

Gehen wir zu Ihrem Positionspapier zurück. Es umfasst eine Lagebeschreibung, ein Lösungskonzept, Adaptionsbeispiele und sogar Vorschläge für gesetzliche Regelungen. Was sind für Sie wichtige Kipppunkte der Lagebeschreibung, die dazu führen müssen, dass die Regionalisierungsbestandteile, die wahrscheinlich aus rein politischem Kalkül aus dem Referentenentwurf entfernt wurden, wieder aufgenommen werden?

Die Krankenhausstrukturreform, mit der sich Bund und Länder derzeit ausgiebig beschäftigen, wird sich auch auf die ambulante Versorgung auswirken, denn die weitere Ambulantisierung ist ein wichtiges Ziel. Darüber hinaus müssen wir die Präferenzen von jüngeren Medizinerinnen und Medizinern berücksichtigen: für mehr Angestelltentätigkeit, für mehr Arbeiten im Team und zunehmend interprofessionell. Da brauchen wir neue Rezepte. Die von den Patient:innen subjektiv wahrgenommenen Wartezeiten auf Termine sind ein weiteres Thema, ein anderes die Überfrachtung der Notaufnahmen – oft mit einem Patientenklientel, das im Grunde genommen in die ambulante Versorgung gehört und nicht in die Notaufnahme eines Krankenhauses. Zugang und Erreichbarkeit sind insbesondere in der ambulanten Versorgung ein zentraler Punkt: Primärversorgungszentren und Gesundheitskioske wären hierfür ein wichtiger Beitrag. Wir werden von daher nicht umhinkommen, unsere Humanressourcen effizienter einzusetzen, und beispielsweise auch darüber diskutieren müssen, wie wir andere Gesundheitsprofessionen besser beteiligen können.

Wird die Frage lauten: Wie viele verschiedene Leistungspartner werden künftig welchen Teil der Patientenversorgung übernehmen?

Ganz sicher. Wir werden ganz neue Arbeitsformen und Arbeitsabläufe erproben und gemeinsam etablieren müssen. Von daher ist es umso wichtiger, solchen Initiativen eine neue Grundlage zu geben, indem wir in unserem Papier zum Beispiel vorschlagen, konsequent auf vertragliche Regelungen vor Ort zu setzen und dafür gesetzlich geregelte Freiräume zu schaffen. Bei all dem gilt jedoch: Weil die Regionalbedingungen äußerst unterschiedlich sind, müssen auch die Lösungsansätze unterschiedlich sein.

Damit sind wir schon bei den von der AOK-Gemeinschaft vorgeschlagenen Lösungskonzepten. Könnten Sie die wichtigsten benennen, die Sie als zielführend erachten, unser Gesundheitssystem zukunftsfester und resilienter zu gestalten?

Zum einen müssen wir es schaffen, die derzeit noch vorhandenen stationären Ressourcen für ambulante Versorgungskonzepte besser zu

Zitationshinweis

Richard, S., Stegmaier, P.: „Mehr Möglichkeiten für Gestaltung regionaler Gesundheitsversorgung", in „Monitor Versorgungsforschung" (03/24), S. 12–15. http://doi.org/10.24945/MVF.03.24.1866-0533.2614

nutzen, jenseits des Sektorendenkens. Zum anderen müssen wir klären, was mit Patientinnen und Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt passiert. Sektorenübergreifende Versorger können hier ein Bindeglied sein, insbesondere für geriatrische Krankenhauspatienten oder mit chronischen Begleiterkrankungen, also z. B. Einheiten mit Überwachungsbetten mit pflegerischer Betreuung und ärztlicher Rufbereitschaft. Wir müssen über Ermächtigungen reden dürfen, die es in Krankenhäusern tätigen Ärztinnen und Ärzten erlaubt, ambulant tätig zu werden. Beispiele dafür gibt es bereits, denken wir an die pädiatrische Versorgung im brandenburgischen Templin. Solche Schritte müssen wir künftig einfacher gestalten können. Das hat aber rein gar nichts damit zu tun, dass die AOK hier etwas diktieren möchte, nein: Wir wollen versuchen, mögliche Lösungsansätze zu formulieren und die dann gemeinsam mit unseren Leistungspartnern vor Ort ausdefinieren.

Sie reden damit einer regionalisierten ambulant-stationären Versorgungsstrategie samt einer ebensolchen Bedarfsplanung das Wort, die es bisher so nicht gibt.

Das ist richtig. Wir werden auf Dauer den regionalen Bedarf sektorenbezogen nicht parallel erfassen und planen können. Wir brauchen eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung, ein Vorhaben, das übrigens bereits im Koalitionsvertrag steht. Weiterhin mit Arztsitzen und Bettenzahlen zu planen anstatt mit realen Bedarfen, Versorgungsaufträgen oder -aufgaben ist einfach nicht mehr zeitgemäß.



Dr. Sabine Richard

ist Leiterin der Geschäftsführungseinheit Versorgung im AOK-Bundesverband. Sie studierte Volkswirtschaftslehre in Göttingen. Nach ihrer Promotion arbeitete sie für den Bundesverband der Betriebskrankenkassen, bevor sie 2001 zur AOK Berlin, später AOK Nordost, und 2013 zum AOK Bundesverband wechselte.

Dazu gibt es ein interessantes Innovationsfondsprojekt namens „ProReVers", das genau das erforschen möchte, was Sie fordern: Ausgehend von einer Patientenbefragung sollen die Bedarfe vor Ort ermittelt und daraus ein Methodenkasten für eine neue regionale Versorgungsstruktur entwickelt werden.

Mit der anstehenden Krankenhausreform wird zumindest ein Fenster geöffnet für eine sektorenübergreifende Betrachtungsweise. Dazu brauchen wir eben einen ganz anderen Blick auf die regionalen wie lokalen Bedarfslagen.

Welche Chance rechnen Sie sich denn aus, noch gestaltend auf den parlamentarischen Prozess einwirken zu können?

Wir gehen davon aus, dass diese Leerstellen im parlamentarischen Verfahren wieder gefüllt werden, damit in einem kommunalen Versorgungsstärkungsgesetz am Ende wieder mehr Versorgungsstärkung drin ist.

Herzlichen Dank für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Auszug aus Vorschlag zum Gesetzestext: „Regionale sektorenunabhängige Versorgung"*

1. Die regionale sektorenunabhängige Versorgung umfasst regionale, verschiedene Leistungsbereiche, übergreifende oder interdisziplinär fachübergreifende Versorgungsangebote sowie besondere Versorgungsaufträge. 2Sie ist insbesondere auf die regionale Sicherstellung einer wirtschaftlichen und qualitätsorientierten medizinischen und pflegerischen Versorgung ausgerichtet und kann besondere präventive und koordinative Angebote beinhalten.
2. Die Krankenkassen, Pflegekassen oder ihre Landesverbände können Verträge über die regionale sektorenunabhängige Versorgung mit Leistungserbringenden oder Gemeinschaften von Leistungserbringenden nach diesem Kapitel sowie nach §§ 71f. Elftes Buch und Kommunen abschließen. Die Verträge können auch Regelungen enthalten, die die regionale sektorenunabhängige Versorgung auf bestimmte Regionen beschränken. 3Krankenkassen, Pflegekassen oder ihre Landesverbände können mit Zustimmung der beteiligten Vertragspartner auf Leistungserbringendenseite einem Vertrag auch nachträglich beitreten. Sofern sie mindestens 70 vom Hundert der gesetzlich Versicherten eines KV-Bezirks vertreten, können die Vertragspartner auf Kassenseite mit Zustimmung der beteiligten Leistungserbringenden einen Beschluss herbeiführen, der die Geltung des Vertrages für alle gesetzlich Versicherten in dem KV-Bezirk herstellt; § 211a Satz 2 gilt entsprechend. Es besteht kein Anspruch der Leistungserbringenden auf Vertragsabschluss.
3. In den Verträgen nach Absatz 2 sind das Nähere über den Inhalt und die Durchführung der Versorgung sowie die Vergütung zu regeln. 2Die Verträge können auch Leistungen nach dem vierten Kapitel Elftes Buch umfassen. Die Verträge können auch Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes, des siebten Kapitels und der §§ 84-90 Elftes Buch sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen und von den im Dritten Kapitel Fünftes Buch und Vierten Kapitel Elftes Buch benannten Leistungen beinhalten sowie ärztliche Leistungen einschließlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden betreffen. Satz 3 gilt insoweit, als über die Eignung der Vertragsinhalte als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 oder im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c Absatz 1 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat In den Verträgen sind Wirtschaftlichkeitskriterien und Maßnahmen bei Nichteinhaltung der vereinbarten Wirtschaftlichkeitskriterien sowie Regelungen zur Qualitätssicherung zu vereinbaren.
4. Die Partner eines Vertrages nach Absatz 2 können sich auf der Grundlage ihres jeweiligen Zulassungsstatus für die Durchführung der regionalen sektorenunabhängigen Versorgung im Rahmen der berufsrechtlichen Grenzen darauf verständigen, dass Leistungen auch dann erbracht werden können, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs-, Ermächtigungs- oder Berechtigungsstatus der bzw. des jeweiligen Leistungserbringenden nicht gedeckt ist. ...

* Quelle: Seite 10-12, Positionspapier 2024 des AOK-BV: „Gesundheitsregionen: Sektorenunabhängige Versorgung gestalten"

(Anm: Das 32-seitige Positionspapier liegt dieser MVF-Ausgabe bei)