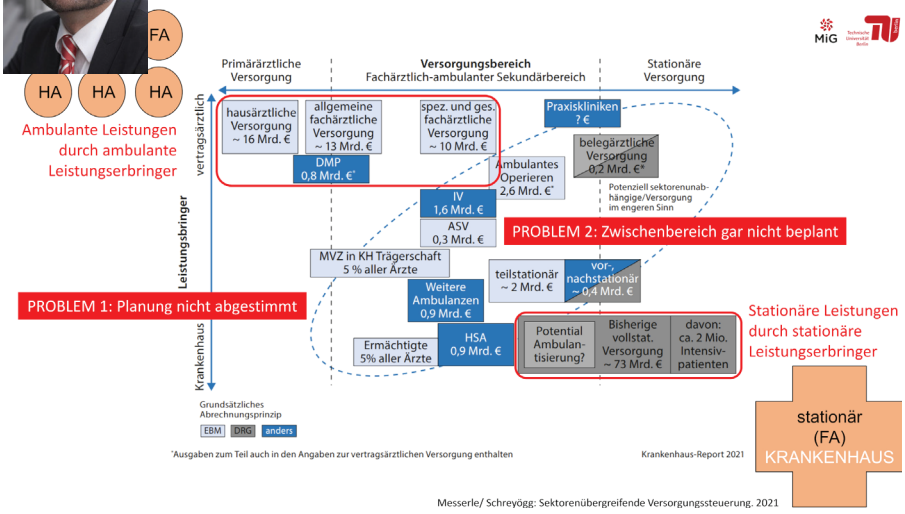
Strategien und Instrumente zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung am Beispiel des Projekts ProReVers

Blaupause für eine regionale Versorgungsplanung

Die Sicherstellung einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung in strukturschwachen, ländlichen Regionen stellt eine der zentralen Herausforderungen für das deutsche Gesundheitssystem dar. In Deutschland werden ambulante und stationäre Kapazitäten historisch gewachsen weitgehend unabhängig voneinander geplant. Das führt häufig dazu, dass regionale Bedarfe und Gegebenheiten nur unzureichend berücksichtigt werden. Insbesondere in dünn besiedelten Gebieten führen starre Sektorengrenzen in Kombination mit demografischem Wandel und zunehmendem Fachkräftemangel zu spürbaren Ressourcenengpässen. Das vom Innovationsfonds geförderte Projekt „**Pro**spektive sektorenübergreifende **Re**gionale **Vers**orgungsplanung im ländlichen Raum“ (ProReVers) setzt genau hier an, um wissenschaftlich fundierte Analysedesigns, Instrumente und Verfahren zu entwickeln, die diese Sektorentrennung überbrücken und eine bedarfsgerechte Versorgungsgestaltung ermöglichen.



Abb. 1: Vortrag „Sektorenübergreifende Versorgung: einführende Bemerkungen”, von Prof. Dr. med. Reinhard Busse, MPH (TU Berlin). Fachsymposium Projekt ProReVers.



>> Die Notwendigkeit einer Reform wird besonders im internationalen Vergleich deutlich. Wie Prof. Dr. med. MPH Reinhard Busse, Fachgebietsleiter Management im Gesundheitswesen der Technischen Universität Berlin, ausführte, ist das deutsche System durch eine weltweit fast einmalige Trennung der Sektoren geprägt. Während in vielen Ländern Krankenhäuser als integrierte Gesundheitszentren fungieren, in denen Fachärzte sowohl ambulante als auch stationäre Leistungen erbringen, stammen in Deutschland rund 91% der Krankenhauseinnahmen aus Tätigkeiten in der stationären Versorgung, während in den Niederlanden dieser Anteil bei lediglich 38% liegt. Das deutet seinen Worten zufolge in den Niederlanden auf eine deutlich stärkere Ambulantisierung im Krankenhausbereich hin. Zwar haben sich laut Busse in Deutschland im Laufe der Zeit über 23 verschiedene gesetzliche Instrumente zur Überwindung der Sektorenschnittstellen im Sozialgesetzbuch V (SGB V) angesammelt, doch diese wirkten oft fragmentiert und unkoordiniert. Zudem erfolge die Planung von Arztsitzen und Krankenhausbetten in getrennten Zuständigkeiten, ohne dass die „kommunizierenden Röhren“ zwischen den Sektoren ausreichend berücksichtigt werden.

Regionale Bestandsaufnahme und demografische Herausforderungen

Besonders deutlich wird die Dringlichkeit, Versorgung an den regionalen Bedarfen auszurichten, in zwei Modellregionen des Projekts. Pramono Supantia, Teamleiter Strategie Versorgungsstrukturen der AOK Nordost und Konsortialpartner von ProReVers, brachte Daten zu den Landkreisen Prignitz und Ostprignitz-Ruppin mit. Mit diesen illustrierte er recht eindrucksvoll die schon jetzt existenten, aber auch künftigen spezifischen Problemlagen des ländlichen Raums im Nordwesten Brandenburgs. So präsentierte Supantia Daten zur Bevölkerungsstruktur, die eine massive Zunahme der „Alterslast“ bei gleichzeitigem Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials zeigen. Beispielsweise wird in der Prignitz bis zum Jahr 2030 ein Altenquotient von 72% prognostiziert, was bedeutet, dass auf 100 Personen im erwerbsfähigen Alter 72 Personen im Alter von über 65 Jahren kommen. Die aktuelle hausärztliche Versorgungssituation wird zwar noch als stabil bewertet und 99% der Bevölkerung erreichen einen Hausarzt innerhalb von 15 Minuten Fahrzeit, doch lässt die Altersstruktur der Ärzteschaft eine künftige Verschärfung erkennen: Zwischen 37% und 47% der tätigen Hausärzte sind bereits über 60 Jahre alt, was eine große Anzahl an Nachbesetzungen in den kommenden Jahren erforderlich macht.

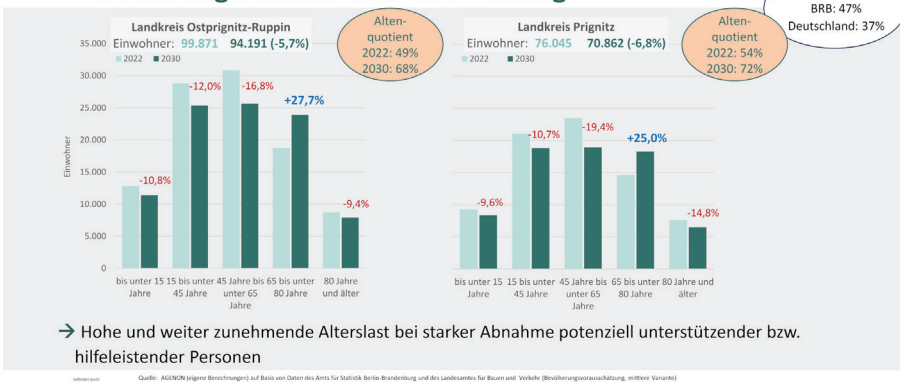
Befragungen der AOK-Versicherten bestätigen zudem, dass es zwar noch eine hohe Zufriedenheit mit der hausärztlichen, fachärztlichen und stationären Versorgung gibt, jedoch die Entfernung zum Facharzt und zum Krankenhaus in ländlichen Regionen signifikant schlechter bewertet wird. Ebenso werden von den Befragten schon jetzt mehr niedergelassene Fachärzte und Hausärzte ge-

wünscht. Andererseits wird der ärztliche Bereitschaftsdienst eher wenig genutzt – eine deutliche Mehrheit würde sich direkt an den Notarzt/Rettungsdienst wenden. Zu vermuten sei bezüglich der Nutzung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes ein signifikanter Zusammenhang mit inadäquater Gesundheitskompetenz.

Darüber hinaus besteht natürlich immer auch die Möglichkeit, dass nicht (nur) die Gesundheitskompetenz zu gering ist, sondern die Befragten den ärztlichen Bereitschaftsdienst in seiner erlebten und erlebbaren Qualität nicht sonderlich hoch bewerten und direkt den Notarzt/den Rettungsdienst in Anspruch nehmen bzw. die Notaufnahme aufsuchen. Das aber kann die AOK-Umfrage nicht abbilden.



Abb. 2: Vortrag „Instrumente zur Beschreibung der aktuellen Lage in einer Gesundheitsregion – Basis für eine bedarfsgerechte Versorgungsplanung", von Pramono Supantia, AOK Nordost. Fachsymposium Projekt ProReVers.



Identifikation und Bewertung von Ambulantisierungspotenzialen

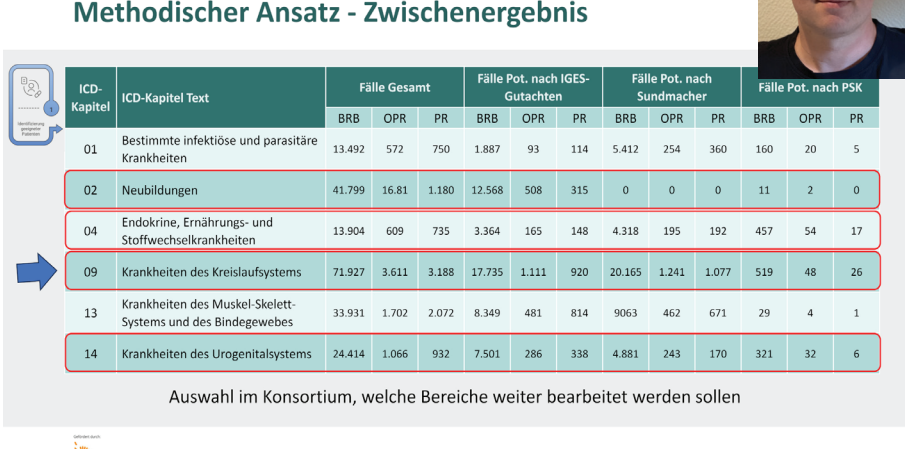
Ein Kernaspekt von ProReVers war auch die Untersuchung, inwieweit vollstationäre Krankenhausfälle in den ambulanten Sektor verlagert werden könnten. Laut Prof. Dr. Mathias Stöwhas, Leiter Medizincontrolling der KMG Kliniken SE und ProReVers-Konsortialpartner, ergaben rein datengestützte Analysen ein theoretisches Ambulantisierungspotenzial von 23% bis 31% der stationär behandelten Fälle. Um diese theoretischen Werte in die Versorgungspraxis zu übersetzen, entwickelte das Projekt das Instrument der „Fallgruppen-Karteikarten", die klinisch relevante Informationen für Experteninterviews aggregierten. Dabei wurde auf drei methodischen Ansätzen aufgebaut: auf ein IGES-Gutachten zum ambulanten Potenzial; auf Sundmacher et al., die ambulant-sensitive Fälle beleuchteten, und auf Valk-Draad et al., die pflegeheimintensive Fälle untersuchten. Dann wurden definierte ICD-Kapitel auf Basis des §-21-Datensatzes der Krankenhäuser der Projektregion (Jahr 2022) und mit der Prämisse der drei Ansätze durchgerechnet.

In den darauf folgenden durchgeführten Expertenworkshops wurde deutlich, dass das medizinisch realisierbare Potenzial oft niedriger eingeschätzt wird als das analytisch ermittelte. Als wesentliche Hürden für eine erfolgreiche Ambulantisierung im ländlichen Raum wurden soziale und infrastrukturelle Faktoren identifiziert:

- **Mangelnde Nachsorge:** Es stellt sich die Frage der pflegerischen Absicherung nach ambulanten Eingriffen, insbesondere wenn Patient:innen alleinstehend sind.
- **Infrastruktur:** Wie auch in anderen Regionen wurden fehlende Angebote im ÖPNV und im Bereich Krankenbeförderung (Taxis, KTWs) beklagt, letztere v. a. in den Randzeiten.
- **Wirtschaftlichkeit:** Ineffiziente Vergütungsstrukturen machen ambulante Angebote für Kliniken oft unattraktiv; insbesondere bei Angeboten in den Praxen sind auch Vorhaltekosten und geringe Fallzahlen Punkte, die besser beachtet werden müssen.



Abb. 3: Vortrag „Vertiefung ausgewählter Aspekte im Hinblick auf Ambulantisierungspotenziale am Beispiel der Indikation Herz-Kreislauf", von Prof. Dr. Mathias Stöwhas, KMG Kliniken SE. Fachsymposium Projekt ProReVers. Erklärung zur Abbildung:



ICD-Kapitel	ICD-Kapitel Text	Fälle Gesamt			Fälle Pot. nach IGES-Gutachten			Fälle Pot. nach Sundmacher			Fälle Pot. nach PSK		
		BRB	OPR	PR	BRB	OPR	PR	BRB	OPR	PR	BRB	OPR	PR
01	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	13.492	572	750	1.887	93	114	5.412	254	360	160	20	5
02	Neubildungen	41.799	16.81	1.180	12.568	508	315	0	0	0	11	2	0
04	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	13.904	609	735	3.364	165	148	4.318	195	192	457	54	17
09	Krankheiten des Kreislaufsystems	71.927	3.611	3.188	17.735	1.111	920	20.165	1.241	1.077	519	48	26
13	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	33.931	1.702	2.072	8.349	481	814	9063	462	671	29	4	1
14	Krankheiten des Urogenitalsystems	24.414	1.066	932	7.501	286	338	4.881	243	170	321	32	6

Bei letztem Punkt bleibt die Frage offen, ob nicht so sehr „geringe Fallzahlen" ambulante Angebote für Praxen und Kliniken unattraktiv machen, sondern eher eine bislang eher insuffiziente Produktionsstruktur im Zusammenspiel mit einer ausbaufähigen Vergütungsstruktur.

Um die Stärken, Schwächen, Risiken und Herausforderungen der regionalen Versorgung strukturiert zu erfassen, wurde die klassische SWOT-Analyse in das Format einer sogenannten SWTC-Analyse (Strengths, Weaknesses, Threats, Challenges) abgewandelt. Ein Format übrigens, das es vorher noch gar nicht gab und das im Hause AGENON entstanden ist.

Im Gegensatz zur klassischen SWOT-Analyse legt dieses Modell einen besonderen Fokus auf die Ableitung konkreter nächster Schritte (Challenges). Themenfelder wie der

Patiententransport, der Rettungsdienst und die fachärztliche Versorgung wurden so detailliert aufgearbeitet.

Dabei zeigte sich jedoch auch ein Mangel an allgemein anerkannten Orientierungsgrößen (Benchmarks) für ländliche Regionen, beispielsweise bei der Bewertung akzeptabler Fahrzeiten oder tagesklinischer Kapazitäten. Gemeint sind hier jedoch nicht die Erreichbarkeitsvorgaben für Krankenhäuser, sondern die von AGENON ausgerechneten Fahrzeiten zu den nächst erreichbaren Hausärzt:innen und zu Fachärzt:innen, wie z. B. Fachärzt:innen der Inneren Medizin oder Kardiolog:innen usw.



Abb. 4: Vortrag „Etablierung eines Gremiums regionaler Planungen: Erfolgsfaktoren und Herausforderungen unter den bestehenden Rahmenbedingungen", von Lutz O. Freiberg, (Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg). Fachsymposium Projekt ProReVers.

Die Regionale Planungskonferenz (RPK) als Steuerungsinstrument

Ein zentrales Ergebnis des Projekts ist die Empfehlung, das Format einer Regionalen Planungskonferenz (RPK) zu institutionalisieren. Steffen Bohm, Geschäftsführer der AGENON – Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH und Konsortialführer des Projekts, betonte, dass sich die im Projekt eingerichtete Konferenz als Plattform für das Zusammenwirken unterschiedlicher Akteure bewährt hat. Im Rahmen der Konferenz wurden basierend auf einer fundierten Grundlage aus Fakten und Daten – aufbereitet im sogenannten Regionaldossier – Maßnahmen für erforderliche Anpassungen der Versorgungsstrukturen vor Ort erarbeitet und in einem „Regionalen sektorenübergreifenden Versorgungsplan" (RsV) festgehalten.

Dabei hat sich verschiedentlich gezeigt, dass auch Angebote der öffentlichen Daseinsvorsorge einbezogen werden sollten; ebenso wurde für das Themenfeld Rettungsdienst eine hohe Quote medizinisch nicht erforderlicher Einsätze identifiziert.

Als Lösungsansätze wurde hier eine zielgerichtete Aufklärung der Bevölkerung zu den Anlaufstellen bei akuten Gesundheitsproblemen sowie die Verbringung in „Akutpraxen" oder Versorgungsstützpunkte diskutiert, um die Notfallambulanzen der Krankenhäuser zu entlasten.

Rahmenkonzeption für verfahrenstechnische Verzahnung

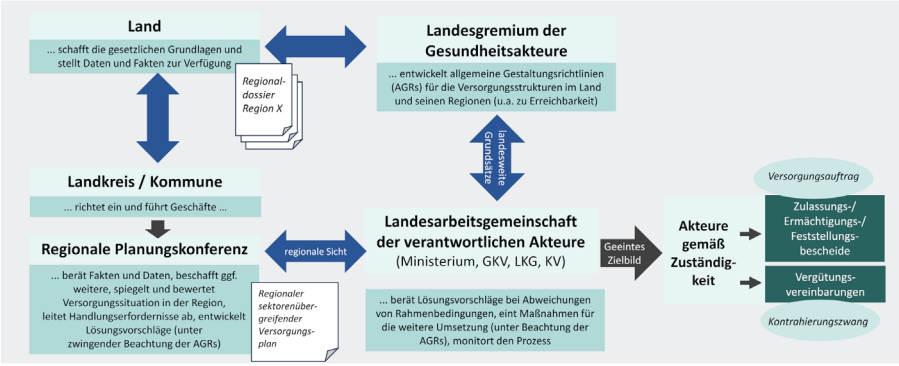


Abb. 5: Vortrag „Impulsvortrag: Zwischen Eigeninteresse und Versorgungsverpflichtung. Entscheidungsfindung in der GKV aus spieltheoretischer Perspektive", von Prof. Dr. Frank Riedel, Universität Bielefeld. Fachsymposium Projekt ProReVers. Zur Erklärung der Abbildung: Das maximale Ergebnis für einen Akteur (500) entsteht, wenn er die Vorgehensweise umsetzen kann, die seinen Bereich optimiert. Diese Umsetzung gelingt aber nicht, da jeder Akteur den anderen blockiert: So ergibt sich das schlechteste Ergebnis für jeden Akteur (150). Der Ausweg wäre eine gemeinsame, kooperative Vorgehensweise, die für jeden Akteur zu einem besseren Ergebnis führt (300). Dazu braucht es aber den Willen und die Fähigkeit, gemeinsam zusammenzuarbeiten: Solange dieses Vertrauen nicht gestaltet werden kann, wird aus Angst mit aller Kraft die für den eigenen Bereich optimierte Vorgehensweise gewählt. Deshalb ist der Status quo stabil. Anm. der Red.: Eventuell ist der Begriff „Kapazitätsoptimiert" in der Spalte Krankenhaus nicht optimal bzw. nicht stimmig.



Das strategische Dilemma zwischen ambulant und stationärem Akteur

Zwei Akteure: Krankenhäuser und KV

Krankenhaus \ KV	Kooperativ	Ambulant optimiert
Kooperativ	(300,300)	(100, 500)
Kapazitätsoptimiert	(500,100)	(150,150)

Rationales Verhalten erzeugt schlechtes Ergebnis

Das beste gemeinsame Ergebnis entsteht, wenn alle kooperieren. Aber sobald jemand befürchten muss, allein Risiken zu tragen, wird Vorsicht zur rationalen Strategie. Deshalb ist der Status quo stabil.

Strategische Perspektive: spieltheoretische Überlegungen

Um die strukturellen Blockaden zwischen den Akteuren zu verstehen, lieferte Prof. Dr. Frank Riedel, Direktor des Instituts für Mathematische Wirtschaftsforschung der Universität Bielefeld, eine spieltheoretische Analyse. Er konstatierte, dass das Problem oft nicht am fehlenden guten Willen der Beteiligten liege, sondern an Entscheidungsstrukturen mit falschen Anreizen. Akteure verhalten sich in Verhandlungen oft defensiv (nichtkooperatives Spiel), da Kooperation mit individuellen Risiken verbunden sein kann, während der Nutzen kollektiv anfällt. Riedel schlug daher vor, die Spielregeln zu ändern:

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Blaupause für eine regionale Versorgungsplanung“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (02/26), S. 14–17. http://doi.org/10.24945/MVF.02.26.1866-0533.2817

1. **Anreizmechanismen statt Appelle:** Kooperatives Verhalten muss belohnt und das Verschleppen von Reformen sanktioniert werden.
2. **Verantwortungsbündelung:** Die Vergabe von Versorgungsaufträgen an Konsortien aus ambulanten und stationären Akteuren mit gemeinsamen Budgets könnte die Kooperation rational erzwingen.

Integration der Ebenen: vom Regionaldossier zur Landesplanung

Ein wesentliches Hindernis für regionale Lösungen ist der fehlende Transmissionsmechanismus zur Landesebene. Lutz O. Freiberg, Bereichsleiter Verträge, Forschung und Entwicklung der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg und ebenfalls ProReVers-Konsortialpartner, erläuterte, dass viele in der RPK erarbeitete Maßnahmen an überregionale Zuständigkeiten (Zulassungen, Vergütungen) stoßen. Das Projekt schlägt daher die Einrichtung eines Landesgremiums der Gesundheitsakteure vor, das allgemeine Gestaltungsrichtlinien (AGRs) vereinbart.

Unter Beachtung dieser AGRs einigen sich die für Planung, Zulassung und Vergütung verantwortlichen Akteure auf in ihre Zuständigkeit fallende Maßnahmen für die weitere Umsetzung des RsV.

Podiumsdiskussion: Relevanz für die Versorgungspraxis

In der abschließenden Diskussion betonten die Projektpartner die Dringlichkeit der Umsetzung. Daniela Teichert, Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost, unterstrich, dass Veränderungen der Versorgung keine Verschlechterung bedeuten dürfen und Vertrauen durch Kommunikation aufgebaut werden muss. Ihre generelle Forderung: „Das Ziel ist, dass wir aus Einzelfällen eine Systematik machen. Und das mit oder ohne Innovationsfonds“.

Michael Zaske, Abteilungsleiter im Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Brandenburg sowie zum Zeitpunkt der Veranstaltung mit der Führung der Amtsgeschäfte des Staatssekretärs beauftragt, forderte hingegen vom Bund mehr regionale Öffnungsklauseln, welche Kommunen in die Lage versetzen könnten, wirklich etwas zu tun, um die Versorgung vor Ort zu verbessern. Zaske im O-Ton: „Wenn man regional sagt, wir möchten die Gesundheitsversorgung regional gestalten, dann muss uns die Politik Öffnungsklauseln geben, um für die Möglichkeit zu sorgen, zum Beispiel nicht genutzte stationäre Mittel im ambulanten Bereich, der stärker ausgebaut werden soll, einzusetzen. Dies schließt in der Gesundheitsversorgung auch eine Budgetbereinigung ein, die den Kassen die Möglichkeit gibt, in diese Richtung agieren zu können.“

Dass genau die noch nicht ausreichend mögliche Budgetbereinigung ein limitierender Faktor ist, betonte Zaske ganz besonders. Seiner Ansicht nach müsse es im ersten Schritt noch nicht einmal eine große Lösung sein, es reiche zu Beginn schon, wenn einzelne Leistungen oder Leistungsgruppen regional budgetiert werden könnten.

All das, was mit ProReVers an Materialien und an Ideen entwickelt worden sei, wie regional verzahnt und weitergedacht werden kann, sei – so Zaske weiter – sehr hilfreich und an das 90a-Gremium anzudocken. Sein Versprechen: „Das nehme ich sofort mit als Thema und das wird man vielleicht auch im nächsten Arbeitsausschuss diskutieren.“

Catrin Steiniger, Vorsitzende des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, hob hervor, dass die ambulante Versorgung das Rückgrat im ländlichen Raum darstelle und die Ambulantisierung wirtschaftlich tragfähig gestaltet werden müsse. Michael Jacob, Geschäftsführer der Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg, ergänzte, dass Krankenhäuser künftig stärker sektorfrei gedacht werden müssen, um ihre Ressourcen als integrierte Zentren nutzen zu können.

Zusammenfassung und Ausblick

Das Innovationsfondsprojekt ProReVers hat evident gezeigt, dass eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung im ländlichen Raum möglich und notwendig ist, sofern sie auf validen Daten basiert und die Akteure vor Ort aktiv einbezieht. Die entwickelten Instrumente – vom Regionaldossier über Fall-Karteikarten und RsV bis hin zur RPK – bieten zudem einen praktikablen „Werkzeugkasten“, der auch auf andere Regionen übertragbar ist.

Die zentrale Erkenntnis bleibt jedoch: Einerseits bedarf es – wie schon seit vielen Jahren – eines vernünftigen regulatorischen Rahmens auf der Bundesebene im SGB V. Ansonsten werden ohne eine Anpassung des regulatorischen Rahmens, der kooperatives Handeln belohnt und finanzielle Flexibilität ermöglicht, viele innovative Ansätze in der Pilotphase verharren.

Andererseits stellen sich schon jetzt unmittelbar relevante und von den handelnden Akteuren zu beantwortende Fragen:

Was funktioniert auch schon im bestehenden Rechtsrahmen?

Und: Welcher gestalterische Mut ist erforderlich, um die Zukunft der ländlichen Gesundheitsversorgung anzugehen, die in der Überwindung des sektoralen Denkens zugunsten einer gemeinsamen Versorgungsverantwortung liegt?

Aktueller Einschub

Sein Versprechen hat Michael Zaske übrigens eingelöst. Auf Basis der von Steffen Bohm präsentierten ProReVers-Ergebnisse wurde in der Dezember-Sitzung des § 90a-Gremiums die Einrichtung Regionaler Gesundheitskonferenzen im Land Brandenburg diskutiert; auch weil der aktuelle brandenburgische Koalitionsvertrag von SPD und CDU die Einführung Regionaler Gesundheitskonferenzen als ein zentrales Schwerpunktthema der Legislaturperiode bis 2029 aufgreift. Zaske, auf Nachfrage von „Monitor Versorgungsforschung“. „Ziel ist es, die Akteure der Gesundheitsversorgung auf regionaler Ebene stärker miteinander zu vernetzen und den Austausch zwischen ambulantem und stationärem Bereich, Pflege, Rehabilitation, Prävention sowie weiteren Beteiligten der Gesundheitsversorgung zu intensivieren. Die Regionalen Gesundheitskonferenzen sollen insbesondere dazu beitragen, regionale Versorgungsbedarfe frühzeitig zu identifizieren, gemeinsame Lösungsansätze zu entwickeln, bestehende Planungsinstrumente besser miteinander zu verzahnen sowie innovative Versorgungsansätze zu fördern.“

Im § 90a-Gremium wurde nicht nur der Modus operandi erörtert, wie die rechtlich verfügbaren Instrumente, insbesondere aus der ambulanten Bedarfsplanung, genutzt werden können, um bedarfsgerechte Lösungen für die einzelnen Regionen zu entwickeln, sondern auch die Einführung von Primärversorgungssystemen. Nicht zuletzt wird dabei laut Zaske intensiv besprochen, wie entsprechende Strukturen zur Stärkung der wohnortnahen und koordinierten Gesundheitsversorgung beitragen können. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier