

Die ambulante Gesundheitsversorgung am Scheideweg

Die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz

Bremen, 28. Februar 2023

Inhalt

1. Umbruch der Versorgungsstrukturen – Entwicklungstrends
2. Herausforderungen

1.

Umbruch der Versorgungsstrukturen – Entwicklungstrends

Wachsender Integrationsbedarf (1/2): Medizinische Versorgung

- Demographischer Wandel: Anstieg der Multimorbidität
- fortschreitende Spezialisierung in der Medizin
- Tendenz: steigende Zahl der in die Behandlung einbezogenen Expert/inn/en
- Immer dringender: Koordinierung von (fachärztlichen) Behandlungen/Gesamtsicht
- Aufgabe von Hausärzt/inn/en (erste Anlaufstation, Nähe zur Lebenswelt der Patient/inn/en)
- Folge: Schlüsselfunktion für die medizinische Versorgung

Wachsender Integrationsbedarf (2/2): Verknüpfung gesundheitlicher und sozialer Problemlagen

- Gesundheitliche und soziale Problemlagen häufig eng miteinander verknüpft
- Armut, Arbeitslosigkeit, Exklusion, Gesundheitsverhalten (Sucht, Ernährung etc.), soziale Arbeit, Kinder-, Jugend- und Seniorenarbeit, Beratungsbedarf, soziale Unterstützung (insbes. Bei chronischen Erkrankungen)
- Versorgungseinrichtungen tragen dem nicht (ausreichend) Rechnung:
- bisher: Trennung von
 - medizinischer Versorgung (GKV) und
 - sozialer Fürsorge

Strukturwandel in der ambulanten Versorgung

- sinkende Attraktivität der freien Niederlassung (Wunsch nach weniger Bürokratie, Vermeidung wirtschaftlicher Risiken, geregelten Arbeitszeiten etc.)
- wachsendes Interesse an einer Angestelltentätigkeit (auch in der ambulanten Versorgung)
- Vordringen großen privaten Kapitals in die ambulante Versorgung
 - Steigende Zahl von MVZ (auch in der Trägerschaft von privaten Krankenhäusern)
 - Übernahme von/Beteiligung an Praxen/MVZ durch Private-Equity-Gesellschaften
- Pluralisierung der institutionellen Formen ambulanter Leistungserbringung (Bedeutungsverlust der Niederlassung, parallel: MVZ, ambulante Leistungen durch das Krankenhaus, Ermächtigungen)

Versorgung in benachteiligten Räumen

- wachsende Zahl von Regionen unversorgt oder von Unterversorgung bedroht
- vor allem (aber nicht nur): ländliche, strukturschwache Regionen
- aber auch: benachteiligte Viertel in den Großstädten
- Medizinstudierende: eher geringes Interesse an einer hausärztlichen Tätigkeit
- Überalterung von Hausärzten/Hausärztinnen (60 Jahre und älter: 36,1 % , 50-59 Jahre: 34,7 %)
- Geringe Zahl von Facharztanerkennungen in den hausärztlichen Disziplinen
- Beispiel Niedersachsen:
 - 2035: Bedarf: ca. 5.000 Hausärzt/inn/en, Angebot: ca. 3.750 Hausärzt/inn/en (KVN)
 - 2035: jede sechste Hausarztstelle wird nicht besetzt werden (KVN)
 - 2030: 15 der 104 hausärztlichen Planungsbereiche unversorgt (weniger als 75 %) (NIW)

Strukturwandel in der Krankenhausversorgung

- bevorstehende Krankenhausstrukturreform
- Trend zur Zentrenbildung/Spezialisierung (u.a. durch Zertifizierung u. Mindestmengenregelungen)
- Hintergrund: Qualitätssicherung
- wahrscheinliche Folgen:
 - in manchen Fällen: Problem der Wohnortnähe der Versorgung
 - wirtschaftliche Schwierigkeiten für manche Häuser der Grund- und Regelversorgung
 - (hohe/wachsende) Defizite, Krankenhausschließungen, Bettenabbau
 - neue Funktionen für Krankenhäuser (auch in der ambulanten Versorgung)?

Bedeutungszuwachs lokaler/regionaler Partizipationsbestrebungen (1/2)

- Es ist immer eine Kommune, in der
 - die Versorgung stattfindet
 - Versorgungsbedarfe existieren
- von Versorgungsmängeln ist die lokale Bevölkerung betroffen
- partielle Entkoppelung demokratischer Strukturen und politischer Verantwortungszuschreibung
 - kein Funktionsträger einer KV oder einer Krankenkasse muss um seine (Wieder-)Wahl fürchten
 - Kassenwechsel macht keinen Sinn
- aber: Probleme stellen sich für die Funktionsträger in den Kommunen mit unabweisbarer Dringlichkeit
- sie bekommen die Folgen von Versorgungsmängeln zu spüren

Bedeutungszuwachs lokaler/regionaler Partizipationsbestrebungen (2/2)

- Bedarfe, Strukturen und Herausforderungen unterscheiden sich lokal und regional
- Problemlösungen setzen oft Kenntnisse der örtlichen Verhältnisse heraus
- Vor diesem Hintergrund:
 - seit den 1990er Jahren: in fast allen Bundesländern gesetzliche Festschreibung von Gesundheitskonferenzen (Bundesland, Region und/oder Kommune)
 - breites Spektrum von Akteuren und Themen: neben Krankenversorgung, Pflege, psychosoziale Betreuung, Prävention und Gesundheitsförderung, Adressierung vulnerabler Gruppen etc.
- Herausbildung von Doppelstrukturen, die oft wenig aufeinander bezogen sind
- vor allem: Gesundheitskonferenzen verfügen nicht über substanzielle Steuerungskompetenzen und Ressourcen

2.

Herausforderungen

Primärversorgung

- Schaffung eines neuen Typs niedrigschwelliger, wohnortnaher und multiprofessionell getragener Versorgung
- Merkmale:
 - Integration von Aufgaben der medizinischen Grundversorgung, Pflege, Prävention, Gesundheitsförderung und sozialer Betreuung
 - Multiprofessionelle Teams aus verschiedenen Gesundheits- und Sozialberufen
 - Integration von bisherigen GKV-Aufgaben und bisherigen Aufgaben der Kommunen

Integration der Versorgungsstrukturen

- weitgehende Abschottung der Sektoren (ambulant/stationär/Reha/Pflege)
 - nach wie vor deutliche Trennung der rechtlichen Zuständigkeiten in der Versorgung
 - nur punktuelle Öffnung des Krankenhauses für die ambulante Versorgung
 - sektorale getrennte Bedarfsplanung (bzw. deren Fehlen in der Pflege und in der Reha)
 - unterschiedliche Finanzierungstöpfe
 - unterschiedliche Vergütungssysteme

Wichtige Schritte:

- Integration der vertragsärztlichen und der Krankenhausbedarfsplanung
- Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung
- Gesetzl. Flexibilität für regionale Lösungen

Regionalisierung der Strukturplanung

- Bedarfe, Strukturen und Herausforderungen unterscheiden sich lokal und regional
- Problemlösungen setzen oft Kenntnisse der örtlichen Verhältnisse heraus
- Lokale/regionale Akteure sind im Grundsatz gut geeignet, an der Gesundheitssystemgestaltung mitzuwirken
- Herausforderung: Schaffung von integrierten, an die regionalen Versorgungsbedarfe angepassten Strukturen
- Einbeziehung: Rolle von (kommunal getragenen) Krankenhäusern
- Soziale und Gemeinsame Selbstverwaltung: Kooperationsbedarf mit den Kommunen

Neue Rolle der Kommunen (1/2)

- Option der Kommunen zur Gründung von Eigeneinrichtungen (MVZ), mittlerweile auch ohne Zustimmung der KVen (§ 95 Abs. 1a SGB V)
- Kommunale Sicherstellung der ambulanten Krankenversorgung: freiwillige Aufgabe, keine Pflichtaufgabe
- Ambulante Krankenversorgung als Handlungsfeld der Kommunen?
 - Berufung auf Pflicht zur öffentlichen Daseinsvorsorge möglich –
 - aber: warum engagieren, wenn die KV für die Sicherstellung zuständig ist?
 - Kommunen: Akteur mit neuen Gestaltungsmöglichkeiten oder Lückenbürger?

Neue Rolle der Kommunen (2/2)

Eignung/Stärke der Kommunen:

- Gute Kenntnis (auch kleinräumiger) sozialer und gesundheitlicher Verhältnisse vor Ort
- Gute Voraussetzung für Verzahnung von Krankenversorgung und sozialer Fürsorge

Schwache Position der Kommunen:

- Kein Einfluss auf den Rechtsrahmen der Krankenversorgung
- Geringe eigene Befugnisse in der Krankenversorgung
- Keine/geringe eigenständige(n) Ressourcen zur Finanzierung der Versorgung
- Macht und Geld liegt bei den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen

Hindernisse für kommunales Engagement als Träger von Eigeneinrichtungen

- fehlende finanzielle Ressourcen (knappe Mittel/Verschuldung, Schuldenbremse etc.) in Verbindung mit
- Unsicherheit über die Kosten und Risiken einer Trägerschaft von MVZ:
 - Transaktionskosten der Errichtung eines Eigenbetriebs
 - finanzielle Risiken des laufenden Betriebs
- oft geringes Know-how (Wissen, Erfahrung), Versorgungsaspekte, Betriebswirtschaft
- bereits Schwierigkeiten bei der Erfüllung von Pflichtaufgaben
- daher:
 - Sorgfältige Planung des eigenen Engagements notwendig
 - großer Bedarf für Unterstützung der Kommunen

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!