

Vortrag

Versorgungskonferenz Hessen

**„Vom Kopf auf die Füße – Wie die Versorgungspyramide wieder ins Lot kommt“**

FF/M, 6. März 2018,

Dr. Stephan Hofmeister

30 Minuten

Sehr geehrte Damen und Herren,

liebe Kolleginnen und Kollegen,

sehr gerne habe ich die Einladung angenommen, hier auf der Versorgungskonferenz der KV Hessen zu sprechen. Es ist für mich eine willkommene Gelegenheit, die politische Strategie der KBV vorzustellen und sie mit Ihnen, die Sie davon am direktesten betroffen sind, rückzukoppeln.

Ich weiß nicht, wie es in den Regionen vor Ort wahrgenommen wird, aber die KBV ist nicht nur auf Bundesebene in einem ständigen Austausch mit der Politik, sondern genauso mit den Ärzten von der Basis, mit den KVen und mit Politikern der Landes- und Kommunalebene. Dieser Austausch ist für mich und meine Vorstandskollegen elementar, denn die Vielfalt der regionalen Konzepte ist die besondere Stärke der Gesundheitsversorgung in unserem Land.

Auch auf europäischer Ebene hatten wir dazu in den vergangenen Monaten einige Gespräche, bei denen sich Vertreter der EU-Kommission sehr interessiert gezeigt haben an diesem unserem ambulanten regional-ausdifferenzierten System. Es ist in Europa ziemlich einzigartig und so, wie es historisch entstanden ist, kaum auf andere Länder übertragbar. Aber unsere Gesundheitsversorgung wird trotzdem für so gut und erfolgreich befunden, dass sie gerne als Vergleichsgröße herangezogen wird. Ich finde, das können wir als Kompliment ruhig einmal wirken lassen.

Ich habe am vergangenen Freitag bei der Vertreterversammlung der KBV davon gesprochen, dass unser Gesundheitssystem – allen Alibi-Diskussionen des nun endlich überwundenen Bundeswahlkampfes zum Trotz – nicht der „kranke Mann Deutschlands“ ist. Trotzdem gibt es einige Dinge, die besser werden müssen. Also müssen wir unser System verändern, um es zu erhalten. Ganz einfach, weil sich die Rahmenbedingungen ändern. Was den ambulanten Bereich betrifft, haben KBV und KVen in den vergangenen beiden Jahren einen Diskussionsprozess geführt, der offen und ergebnisorientiert war. Am Ende stand eine Gesamtstrategie für das KV-System, die wir „KBV 2020“ nennen, und die für uns Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten die Themenfelder abstecken, die wir bearbeiten wollen.

Der grundsätzliche rote Faden von KBV 2020 ist das Prinzip der Regionalität. Ich betone das bei all den Veranstaltungen, an denen ich teilnehme, immer wieder: Sie vor Ort sind die Experten für die Versorgung.

Sie wissen, an welcher Stelle Sie mit wem kooperieren können, um Projekte voranzubringen.

Die KBV kann und will diese konkreten Projekte von der Bundesebene aus gar nicht beeinflussen. Sie ist dafür zuständig, Rahmenbedingungen zu setzen, innerhalb derer Sie agieren können.

Meine Wahrnehmung ist, dass diese prinzipielle Haltung der KBV bei den KVen angekommen ist. Vieles, was wir im Konzept „KBV 2020“ gemeinsam mit den KVen angestoßen haben, wurde in den Regionen schon in konkreten Schritten mit Leben gefüllt.

Bevor ich zu einigen der Inhalte genauer ausführe, möchte ich noch einige grundsätzliche Bemerkungen machen:

Die Versorgung unserer Patienten in der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegt dem SGB V, das allen Versicherten eine Gesundheitsversorgung nach Geboten der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit, Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit garantiert und die von Ihnen auf hohem medizinischem Niveau und nach höchsten Qualitätsvorgaben erbracht wird. Es ist eine Versorgung, die nicht nach dem Geldbeutel fragt, und die allen Versicherten gleichermaßen zugänglich ist. Das ist in der Welt beinahe einmalig, wohl lediglich in der Schweiz und in Österreich profitieren die Menschen von einem ähnlichen System. So wundert es nicht, dass viele eine Menge dafür geben würden, in Deutschland Kassenpatient zu sein. Nur hier bei uns haben wir uns schon so sehr daran gewöhnt, dass wir das hohe Versorgungsniveau manchmal nicht mehr wahrnehmen – vielleicht auch gar nicht mehr wertschätzen.

Wenn unser Gesundheitssystem auch hervorragend ist, so ist es doch finanziell limitiert. Denn das SGB V gibt die, schon oben genannten, wesentliche Einschränkung der uns allzu bekannten W-A-N-Z-Kriterien vor:

*Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung müssen wirtschaftlich, ausreichend, notwendig und zweckmäßig sein.* Es ist die Hürde, mit der die Finanzierbarkeit der Versorgung ohne exorbitante Beitragssteigerung garantiert werden soll.

**Abb. 1**

Innerhalb dieser Koordinaten bewegen wir uns – und müssen wir uns bewegen. Hier findet der professionelle Spagat statt, den wir Vertragsärzte täglich zu bewältigen haben: einerseits den individuellen Bedürfnissen unserer Patienten entgegenzukommen und andererseits stellvertretend für das Gesamtsystem einen Aushandlungsprozess um die ökonomischen Möglichkeiten zu führen. Prof. Marcus Siebolds aus Köln nennt das „Arzthandeln als die Kunst des Handelns im klinischen Widerspruch“.

**Abb. 2**

Was sagt uns das konkret für die Systemebene? Ein Beispiel: Im Aushandlungsprozess müssen wir hinterfragen, wie viel Krankenhaus sinnvoll ist – und wie viel wir uns leisten wollen. Natürlich ist es denkbar, die ohnehin schon starken stationären Strukturen noch weiter auszubauen. Die Niederlande und Dänemark machen es uns vor, dort findet die Facharztversorgung nur an den Kliniken statt. Aber sind die Mittel, die wir dafür aufwenden würden, richtig eingesetzt? Und bekämen wir die Qualität der Versorgung, die wir uns erwarten?

Die Antwort können wir uns selbstbewusst selber geben: Das ambulante System kann es besser und effizienter – und es kommt den Patienten viel eher entgegen.

Daher wird es für die zukünftige Gesundheitsversorgung in unserem Land wesentlich sein, die ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen stärker an den Bedarf anzupassen – und das heißt für uns Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten, den Prozess der Ambulantisierung mitzugestalten. Denn immer mehr Leistungen werden in ambulanten Strukturen erbracht und nicht in Kliniken. Ein besonders hervorragendes Beispiel ist das ambulante Operieren. Die Zahl der Behandlungsfälle ist von 3,4 Millionen im Jahr 2009 auf 4,2 Millionen im Jahr 2016 gestiegen. Oder denken Sie an die vielen diagnostischen und therapeutischen Verfahren, die zum Teil nur noch im ambulanten Bereich stattfinden. Die Ambulantisierung ist politisch gewollt, sie steht sogar als Grundsatz „ambulant vor stationär“ im Gesetz.

So weit, so gut. Was aber erleben wir in der Realität? Wir erleben, dass der Gesetzgeber unter Ambulantisierung vor allem und fast ausschließlich die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung zu verstehen scheint. Und hier komme ich zum ersten Mal auf die Versorgungspyramide zu sprechen, die in meinem Vortragstitel genannt ist. Denn wo würde sich in einer solchen gedachten Pyramide die Krankenhausbehandlung befinden? Doch wohl ganz oben, als hochspezialisierte medizinische Behandlung. Das ist das Aufgabenfeld von Kliniken. Es ist aber ganz sicher nicht die Aufgabe von Kliniken, die ambulante Versorgung abzudecken. Dem müssen wir entgegenwirken. Die KBV erarbeitet deshalb Konzepte, wie die Ambulantisierung und der gleichzeitige Umbau defizitärer Klinikstrukturen aus dem Vertragsarztbereich heraus vorangetrieben werden kann.

Unsere Maxime muss deshalb lauten: den ambulanten Bereich stärken, die Kliniken ebenfalls stärken, aber gezielt und entsprechend der Versorgungsbedarfe. Und ineffiziente und qualitativ nicht mehr tragbare Krankenhäuser umzuwandeln, indem die Standorte der Versorgung erhalten bleiben, aber als ambulante oder teilstationäre Angebote. Mein Eindruck: Dem Bürger ist es egal, ob an einem Versorgungsstandort „Klinik“ steht, Hauptsache, es gibt Versorgung.

Das ist aber nur eine Seite der Medaille. Die andere Seite ist die Wahrnehmung, die der Patient von der medizinischen Versorgung hat. Die ist naturgemäß eine sehr subjektive. Dabei gesteht unser System dem Patienten eine starke Rolle zu, indem es nämlich die Inanspruchnahme von Leistungen durch den Patienten nicht limitiert bzw. steuert. Das ist auch ein Grund dafür – neben einer älter werdenden Bevölkerung und dem medizinisch-technischen Fortschritt –, dass wir es im Gesundheitsbereich mit einer Leistungsausweitung zu tun haben, die längst an die Grenzen der Finanzierbarkeit stößt. Jedenfalls unter der gegebenen Prämisse einer gedeckelten Beitragshöhe in der GKV. Wir sehen die steigende Inanspruchnahme in Form von Doppel- und Dreifachuntersuchungen, Ärztehopping, unnötigen Krankenhausaufenthalten, als gefühlte Notfälle im ÄBD und als übervolle Notfallambulanzen in den Kliniken.

Das Problem dabei: Diese Inanspruchnahme lässt sich nicht mehr lange finanzieren, wenn wir die preiswerte und niedrighschwellige ambulante Versorgung erhalten wollen. Um im Bild der Pyramide zu bleiben: zu viele Behandlungen, die eigentlich der Pyramidenbasis zugeordnet sein

müssten, werden im oberen Drittel der spezialisierten Behandlung versorgt.

Und damit kommen wir auch schon zum Bereitschaftsdienst – vulgo Notfallversorgung. --- Im politischen-medialen Raum wird hartnäckig von Notfällen gesprochen, während Bereitschaftsdienstfälle gemeint sind. ---

Auch hier haben wir die Situation, dass die Inanspruchnahme des ÄBD wie der Notfallambulanzen enorme Steigerungsraten verzeichnet. Das stellt vor allem manche Klinikambulanzen vor große Probleme, denn sie werden von Patienten, die keine Notfallpatienten sind, geradezu überannt. Es gibt viele Gründe dafür, die regional unterschiedlich ausfallen. Ich denke aber, dass wir es generell mit einem Mentalitätswandel vieler Patienten zu tun haben. Es scheint mittlerweile nicht nur zu gelten, dass eine Behandlung egal wann und möglichst ad hoc zu erfolgen habe – und zwar dann, wenn *Ich, Patient* den Eindruck habe, sie jetzt bekommen zu müssen. Es scheint außerdem die Erwartung verbreitet, beim Aufsuchen der Notfallambulanz möglichst alle Diagnostik auf einmal zu durchlaufen. Kurz gesagt lautet das Motto: Behandlung zu jeder Zeit, sofort und ohne diagnostisch-therapeutische Limitierung.

So haben wir es also mit Patienten in den Klinikambulanzen zu tun, die mit Bagatellerkrankungen samstags nachts vor dem Kliniktor stehen, oder mit Patienten, die „immer schon mal dieses Ziehen im Rücken abklären“ lassen wollen. Das alles in der Annahme, die Klinikambulanz kann helfen, besser sogar als der Arzt im ÄBD. Denn in der Ambulanz kann ja auf einen Geräteapparat und ein Labor zugegriffen werden und es besteht die Erwartung, dort alle Fachärzte „vorrätig“ zu haben. Die Realität sieht allerdings ganz anders aus, wie wir wissen.

Der Patient sitzt stundenlang auf dem Flur, wird dann von einem müden Assistenzarzt gesehen, der möglicherweise zwar eine Menge Diagnostik lostritt, aber nicht, weil dies medizinisch erforderlich wäre oder Konsequenzen für den Patienten hätte, sondern schlicht aus Unsicherheit und zur forensischen Absicherung. Aber der Patient hat die „gefühlte beste“ Versorgung erhalten.

Die Kosten, die das verursacht, sind immens. Die Kliniken beschwerten sich, dass die Vergütung der ambulanten Notfälle nicht genügt. Bei diesem Vorgehen stimmt das auch! Die Honorare sind dafür ja nicht gemacht. Wenn ich den Maschinenpark einer Notfallambulanz mit angeschlossener Rettungsstelle unterhalte, dann habe ich selbstverständlich hohe Kosten, die von den ambulanten Fällen nicht eingespielt werden.

Nun wird gefordert, die Honorare für die Kliniken entsprechend ihrer Kosten zu erhöhen. Sehr geehrte Damen und Herren, man kann eine solche „Notfall“-Versorgung wollen. Ja, man kann das SGB V ändern und den Unterschied von ÄBD und echten Notfällen aufheben. Man kann dem Wunsch haben, alle Tore zu öffnen und das Personal im Drei-Schicht-Betrieb auch für die ambulanten Patienten vorzuhalten, man kann sich wünschen, Diagnostik und Therapie zu jeder Uhrzeit und an jedem Standort anzubieten. Man kann wollen, dass das Prinzip 24/7 nicht nur beim Einkaufen im Supermarkt, sondern für jeden Patienten auch in den Klinikambulanzen eingeführt wird. Aber dann muss gut sichtbar das Preisschild dafür angeklebt sein! Man muss dem Bürger sagen, was das kostet und zwar vorher, nicht hinterher, wie beim Berliner Flughafen BER! Wir sprechen hier von einer Vervierfachung der Kosten! Völlig au-

ßer acht bleibt dabei ohnehin, dass der hierfür erforderliche Bedarf an Spezialisten nicht einmal im Ansatz zu decken wäre und das Ganze schon damit ein Wolkenkuckucksheim ist.

Ich höre häufig das Argument, dass die Patienten bei der „Notfall“-versorgung, die richtig ausgedrückt lediglich eine Inanspruchnahme von Behandlung ist, mit den Füßen abstimmen. „Man könne das nicht ändern, es sei nun einmal so“.

Da frage ich Sie, ist diese Orientierung an einem unreflektierten Bedürfnis tatsächlich die richtige Leitschnur, um die Versorgung neu auszurichten? Und ist eine Notfallversorgung, die doch eigentlich für diejenigen Patienten bereitstehen sollte, die mit schwerwiegenden Erkrankungen dringend und schnell behandelt werden sollten, damit überhaupt noch leistbar?

Für mich ist das eine Bankrotterklärung, eine Kapitulation, die ich nicht hinzunehmen bereit bin. Ich fordere von uns und der Politik, die Fakten zu benennen und sachgerechte Lösungen zu propagieren und nicht wohlfeil nach dem Munde zu reden. Ich bin sogar überzeugt, dass die Bürger dies erwarten. Ich tue das als Bürger zumindest und ich wäre wesentlich belastbarer, auch mit unbequemen Maßnahmen, als es mancher Politiker uns Bürgern zuzutrauen scheint.

Sie sehen, ich übernehme heute ein bisschen die Rolle des „bad guy“ und spitze absichtlich etwas zu. Die Analyse auf der Sachebene ändert das aber nicht. Und deshalb hat die KBV gemeinsam mit den KVen Eckpunkte einer Neuausrichtung des Bereitschaftsdienstes erarbeitet. Er ist schließlich eine der Kernaufgaben des Sicherstellungsauftrages, den wir selbstverständlich auch weiterhin annehmen!

Ich skizziere hier die Eckdaten

**1.** Wir werden unsere Patienten mit moderner Kommunikationstechnologie abholen,

- sei es mit einer App, die dem Patienten an seinem Standort die Anlaufstelle zeigt, die jetzt für ihn zuständig ist – und am besten gleich die Telefonverbindung herstellt;
- sei es mit einer Website zu den Bereitschaftsdiensten in der Umgebung;
- sei es mit dem konsequenten Ausbau und Bewerben der 116117 als bundesweite Bereitschaftsdienstnummer – die KBV-VV hat gerade eine große Medienkampagne beschlossen;
- sei es mit der „Durchlässigkeit“ bzw. Kooperation der 116117 mit dem Notruf 112.

Die genauen technischen Rezepte, wie das umzusetzen ist, kennt jede Region für sich am besten. Wichtig ist, dass die Einstiegsplattform überall einheitlich ist und die Triage nach einheitlichem System geschieht.

**2.** Um die Inanspruchnahme von stationären Notdiensteinrichtungen auch zu den Sprechstundenzeiten abzufangen, wollen wir

- auch zu den Praxisöffnungszeiten Angebote des Bereitschaftsdienstes machen. Das alles muss subsidiär zur Regelversorgung stattfinden und unter Nutzung der vorhandenen Kapazitäten der

Haus- und Fachärzte und Psychotherapeuten, aber eben unter einem „Label“.

Ich kann Ihnen übrigens sagen, dass es mich wirklich gefreut hat, als ich vor kurzem vom hessischen Projekt der Partnerpraxen gehört habe. Das ist für mich der lebende Beweis für die regionale Ausgestaltung der Konzepte, die wir als KV-System bundesweit propagieren! Insofern mein Glückwunsch auch zur Auszeichnung beim Wettbewerb „Ausgezeichnete Gesundheit“ von Zentralinstitut und Tagesspiegel.

3. Brauchen wir dabei weiterhin die Zusammenarbeit mit den Kliniken, denn entgegen aller Polemik:

- gibt es diese Kooperationen längst überall, auch hier ist Hessen ein gutes Beispiel. Ich habe mir sagen lassen, dass bei Ihnen 90 Prozent aller Bereitschaftsdienstpraxen an Kliniken angesiedelt sind. In anderen Bundesländern ist das auch schon so – ich denke da beispielsweise an Rheinland-Pfalz. Selbstverständlich müssen überfüllte Klinikambulanzen entlastet werden, denn schließlich sind die Leidtragenden nicht nur die echten Notfallpatienten, sondern auch die Kolleginnen und Kollegen in den Krankenhäusern.
- Deshalb propagieren wir das Prinzip des gemeinsamen Trensens, bei dem KV-Ärzte und Klinikärzte kooperativ zusammenarbeiten. Auch der Sachverständigenrat favorisiert das und ebenso die klinischen Kollegen im Marburger Bund, mit denen sich die KBV auf ein gemeinsames Konzept verständigt hat, das eine Verzahnung von Bereitschaftsdienst und ambulanter Notfallversorgung der Kli-

niken ermöglicht. Und auch das ist kein Entwurf auf dem Papier.

Auch das gibt es längst als gelebte Praxis, zum Beispiel in Schleswig-Holstein und bei Ihnen in Hessen genauso, wenn ich mir das Klinikum Hoechst ansehe, wo am gemeinsamen Tresen sogar das Personal gemeinsam arbeitet.

Zusammengefasst wird ein vernünftiger Bereitschaftsdienst künftig so aussehen: Eine einheitliche ambulante Triage und ein gemeinsamer Tresen in einer Klinikambulanz weist die Patienten in die für sie geeignete Versorgungsebene. *„Vom Kopf auf die Füße eben“*.

Bis an diese Stelle des Konzepts folgen uns die meisten Partner der Selbstverwaltung und auch die Politiker. Kritisch wird es, wenn wir den nächsten, absolut notwendigen Schritt ansprechen: die zahlenmäßige Begrenzung der Notfallambulanzen an den Kliniken.

Wir fordern, dass eine ambulante Behandlung zulasten des vertragsärztlichen Budgets an allen Kliniken ausgeschlossen ist, die nicht explizit für die Versorgung von Patienten des Bereitschaftsdienstes bzw. von ambulanten Notfällen ausgewiesen wurde. Sonst werden beide Zugänge wahrgenommen und das System läuft finanziell und personell in kürzester Zeit aus dem Ruder!

Selbstverständlich sprechen wir damit nicht von einer Reduktion von Rettungsstellen, Schockräumen, Stroke Units, Polytraumazentren oder anderen Notfalleinrichtungen für akut, schwer oder lebensbedrohlich Erkrankte, die per RTW, NAW oder RTH in die Krankenhäuser gelangen. Das kann ich nicht oft genug betonen. Wer diese beiden Themen mitei-

inander vermischt, trägt ohne Not zu einer Verunsicherung der Bevölkerung bei!

Und damit komme ich zum zweiten Thema meines Vortrages: die Umwandlung stationärer in ambulante Strukturen. Wenn wir uns im Bild der Pyramide, diese Pyramide mit einem hypertrophen Mittelbau vorstellen, dann würden diese Umwandlungsprozesse bedeuten, die Pyramidenproportionen wieder ins richtige Maß zu rücken.

Deutschland leistet sich eine Bettenzahl im stationären Bereich, die im OECD-Vergleich fast einzigartig ist. Deshalb muss es unser Ziel sein, Bettenkapazitäten abbauen. Denn wenn Klinikbetten da sind, werden sie auch belegt. Das ist ein Reflex, der gut zu verstehen ist, er ist aber kontraproduktiv. Er schadet dem Gesamtsystem durch hohe und unnötige Kosten schadet und er schadet den Patienten, wegen der bekannten Risiken eines Krankenhausaufenthalt bei Bagatellerkrankung. 2.000 Kliniken in Deutschland sind zu viel, so einfach ist die Botschaft.

Es kann natürlich nicht darum gehen, wahllos Kliniken zu schließen. Sondern es geht darum, die Kapazitäten des stationären Sektors an den Bedarf anzupassen – wir brauchen also weniger Kliniken mit besserer materieller und vor allem personeller Ausstattung und starke Fachkliniken. Und hier kommen wir Vertragsärzte ins Spiel. Wir bieten an, den Prozess aktiv mitzugestalten, den wir seit Verabschiedung des Konzeptes KBV 2020 vordenken. Unsere Konzepte dafür lauten: Abbau ineffizienter stationärer Einheiten und Aufbau ambulanter oder teilstationärer Strukturen in Form von ambulanten Arztzentren. Mit denen wollen wir durch ein neues Belegarztwesen und erweiterte Praxiskliniken diejenigen stationären Bedarfe auffangen, die zwar noch anfallen, für die aber der

ganze bürokratisch-technische Überbau eines Krankenhauses nicht mehr nötig ist.

Das könnte durch den Aufbau von Praxiskliniken oder ambulante Arztzentren mit Post-OP-Überwachung geschehen – auch MVZ sind denkbar, die von Niedergelassenen in Zusammenarbeit mit Klinikärzten geführt werden. Niedergelassene Ärzte könnten in ehemaligen Klinikräumen Praxen oder Zweigpraxen betreiben und all die operativen Eingriffe anbieten, die heute schon ambulant oder belegärztlich vorgenommen werden. Im Hintergrund müssten einige Betten vorgehalten werden, falls eine Post-OP-Überwachung nötig ist. Gleichzeitig gibt es, maximal drei Nächte lang, das salopp gesagt „betreute Schlafen“ von Patienten, die wegen einer Dekompensation oder anderer leichteren evtl. auch sozialmedizinischen Indikationen eine vorübergehende medizinische Betreuung brauchen. Hier wird vor allem die hausärztliche Kompetenz eine große Rolle spielen. International firmiert so etwas unter „Cottage Hospital“ oder „intermediate care“.

Parallel dazu muss das Belegarztwesens, wieder attraktiver gemacht werden. Dazu stimmen wir uns mit den Verbänden ab und werden bei der Politik darauf einwirken, die gesetzlichen Regulierungen – etwa des Erlaubnisvorbehalts – zu lockern. Denn auch die Politik hat erkannt, dass wir um den Abbau von Krankenhauskapazitäten nicht herumkommen.

Wenn es darum geht, Standorte von Versorgung in dem eben beschriebenen Sinne zu erhalten, müssen viele Räder ineinandergreifen:

1. Die Kommunen. Sie dürften ein vitales Interesse daran haben, eine Versorgung in den ehemaligen Kliniken in irgendeiner Form zu erhalten.

2. Die Patienten. Ob es sich um ein ambulantes Zentrum oder um eine originäre Klinik handelt, interessiert sie eigentlich nicht. Es interessiert sie, ob es einen Standort für die wohnortnahe Versorgung von Alltagserkrankungen gibt. Ich denke, es ist durchaus erklärbar, dass nicht alle Operationen in jedem Provinzkrankenhaus gemacht werden können – schon allein aus Qualitätsgründen.
3. Die Krankenkassen. Sie haben ein Interesse an der Umwandlung, weil unnötige Krankenhausbehandlungen die Kosten explodieren lassen.
4. Das ärztliche und pflegerische Personal. Die Belegschaft dürfte sich für ein Umwandlungsmodell interessieren, weil auch in den neuen ambulanten Strukturen Fachkräfte gebraucht werden. Mehr noch, die Kollegen in den Kliniken könnten per vollem oder hälftigen Vertragsarztsitz an einer belegärztlichen Versorgung teilnehmen. Und sowieso sind in solchen Modellen auch Ärzte in Anstellung mitgedacht.

Was wir uns hier vorstellen, ist also eine neue und erweiterte Form von Belegarztwesen, Praxisklinik, teilstationärer Struktur, MVZ und angestellten Ärzten. Damit wollen wir die Versorgung in denjenigen Regionen neu denken, die als strukturschwach gelten. Bei diesen ambulanten Arztzentren werden die Kassenärztlichen Vereinigungen eine wichtige Rolle spielen. Sie könnten im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages KV-Eigeneinrichtungen gründen und damit eine Hilfestellung für Vertragsärz-

te geben, die sich zur Übernahme von ehemals stationären Versorgungsteilen bereiterklären.

Sie haben vermutlich einige der Begriffe wiedererkannt und sich gedacht, das ist doch nicht neu? Richtig! Vieles sind bewährte Ideen. Man kann also auch in Teilen von einer Rückbesinnung auf alte Tugenden in der Versorgung sprechen. Das Rad muss nicht zwingend neu erfunden werden und es ist nicht Astrophysik! Lassen Sie uns also mutig und kreativ sein.

Solche Projekte haben sich bereits bundesweit bewährt. Klar ist, dass auch die KV dafür eine Menge Geld in die Hand nehmen muss. Doch ich denke, es wird gut investiertes Geld sein.

Dort aber, wo es sich um marode Klinikgebäude handelt, sind auch Vertragsärzte finanziell überfordert, selbst mit der KV im Rücken. Erst recht dann, wenn die Gebäudesubstanz für den Betrieb eines ambulanten Arztzentrum überdimensioniert ist. In solchen Fällen sollte es im Interesse der Kommune sein, sozusagen im Namen des Gemeinwohls, Investitionen zu tätigen – vielleicht ja auch mit Landes- oder Bundeshilfen. Wieso nicht auch aus Mitteln des Krankenhausstrukturfonds? Ich habe gerade erst auf einer Tagung von der vdek-Chefin gehört, wie die jährliche Milliarde aus dem Fonds in die Kliniken gepumpt wird. Mein Verdacht ist, dass hier wieder an der falschen Stelle der Pyramide Geld ausgegeben wird. Ziel sollte es schließlich sein, unnötige Leistungen aus dem Kliniksektor in den ambulanten Bereich zu überführen. Sonst geht das Spiel munter weiter – ich sagte es eben schon – freie Betten werden belegt, freie Betten in sanierten Kliniken erstrecht.

Wenn man ernst macht mit der Umwandlung stationärer Strukturen in ambulante oder teilstationäre Angebote, **muss mit den Leistungen auch das Honorar in den ambulanten Bereich fließen**. Wie auch immer die Vergütungsstruktur dafür aussieht – ob über EBM, DRG oder Mischformen abgerechnet wird –, es darf keine Quotierung und Budgetierung damit einhergehen!

Sehr geehrte Damen und Herren, wir haben ein halbes Jahr nach der Bundestagswahl nun endlich Gewissheit über die neue Regierung und bekommen mit Jens Spahn einen neuen Gesundheitsminister, der sich selbst zum wertekonservativen Lager zählt. Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung gehören für uns in diesen Kanon auf jeden Fall hinein. Er selbst hat das in Reden, auch vor dem Deutschen Bundestag, betont. Wir sind deshalb sehr gespannt, wie er die Schwerpunkte der künftigen Gesundheitspolitik setzt. Wir, die Vertragsärztinnen und Ärzte und die Vertragspsychotherapeutinnen und Therapeuten und die Selbstverwaltung sind bereit zu gestalten. Lassen sie uns nicht vergessen, wir liefern am Ende die Versorgung!

Vielen Dank.

Es gilt das gesprochene Wort