



Prof. Dr. Stefan Greß

# **Ambulant vor stationär? Erfahrungen aus Deutschland**

Vortrag beim 4. Zürcher Forum für  
Versorgungsforschung am 22. Juni 2017



## Thesen

1. Ambulante und stationäre Versorgung sind in Deutschland in hohem Ausmaß voneinander getrennt.
2. Ursachen sind in erster Linie unterschiedliche Systeme bei der Vergütung und der Kapazitätsplanung.
3. Bisher sind Versuche des Gesetzgebers gescheitert, die sektorübergreifende Versorgung zu stärken.
4. Zukünftige Reformansätze sollten an den Ursachen der sektoralen Trennung ansetzen.



## Bestandsaufnahme

- Strikte sektorale Abschottung zwischen ambulanter und stationärer gesundheitlicher Versorgung
- Sektorale undurchlässige Budgets für Krankenhäuser und niedergelassene Mediziner
- Nicht kompatible Vergütungssysteme
  - Stationär: DRGs
  - Ambulant: Mix aus Pauschalen und Einzelleitungsvergütung
- Nicht abgestimmte Kapazitätsplanung
  - Stationär: Krankenhausplanung der Bundesländer
  - Ambulant: Kassenärztliche Vereinigung



## Beispiel Notfallversorgung

- Ambulanter ärztlicher Bereitschaftsdienst
  - Organisation durch kassenärztliche Vereinigungen
  - Ambulante ärztliche Versorgung außerhalb der Praxiszeiten
  - Wenig bekannt und geringe Inanspruchnahme
- Stationäre Notfallversorgung
  - Zunehmende Inanspruchnahme auch bei leichten Erkrankungen
  - Zunehmende Inanspruchnahme auch innerhalb der Praxiszeiten
- Kampf um die Budgets
  - Stationäre Notfallversorgung zu Lasten ambulanter Budgets
  - Öffentliche Diskussion um Höhe der Vergütung



# Überblick Reformansätze

## Ambulant

- Hausarztzentrierte Versorgung (Gatekeeping)
- Strukturierte Behandlungsprogramme (DMPs)

## Ambulant

- Ambulante Spezialärztliche Versorgung (ASV)
- Medizinische Versorgungszentren
- Integrierte Versorgung (IV)

## Stationär

- Integrierte Versorgung
- DMPs
- Ambulante spezialärztliche Versorgung



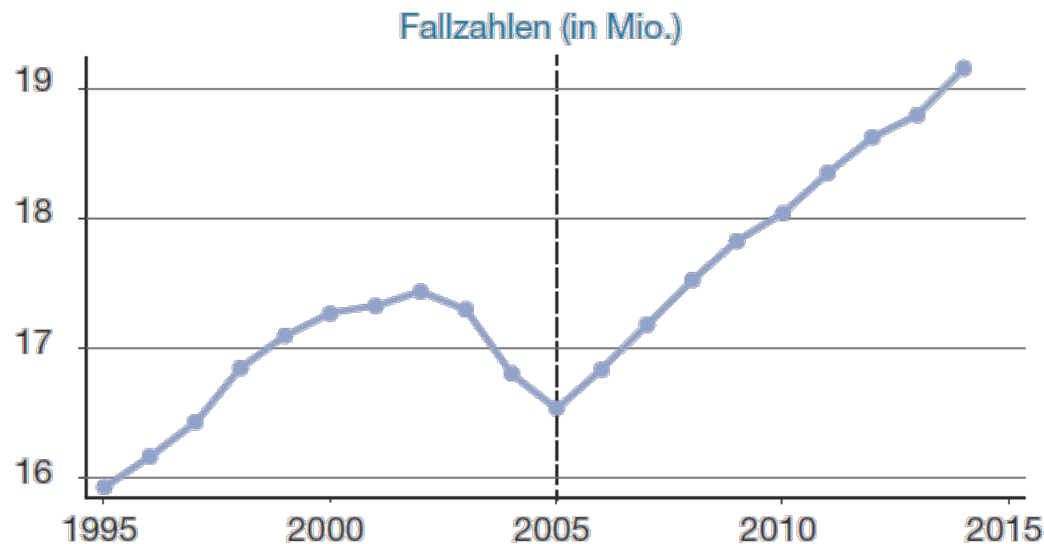
# Bewertung Reformansätze I

Maßnahme	Ziele	Bewertung
Hausarztzentrierte Versorgung (Gatekeeping)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stärkung der hausärztlichen Versorgung und verbesserte Koordination</li> <li>• Vermeidung von Facharztbesuchen und Krankenhausaufenthalten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Weiches Gatekeeping</li> <li>• Nicht flächendeckend umgesetzt</li> <li>• Effekte im Allgemeinen gering</li> </ul>
Strukturierte Behandlungsprogramme (DMPs)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Standardisierung der Versorgung für Chroniker</li> <li>• Sektorübergreifender Behandlungsbedarf</li> <li>• Vermeidung von Krankenhausaufenthalten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hohe finanzielle Anreize</li> <li>• Flächendeckende Umsetzung</li> <li>• Evaluationen überwiegend positiv</li> </ul>



## Entwicklung der stationären Fallzahlen

- Massiver Anstieg der Fallzahlen seit 2005 (Einführung der DRGs)
- In Deutschland: 23.400 Fälle/100.000 Einwohner, im Durchschnitt der OECD-Länder: 15.000 Fälle/100.000 Einwohner)



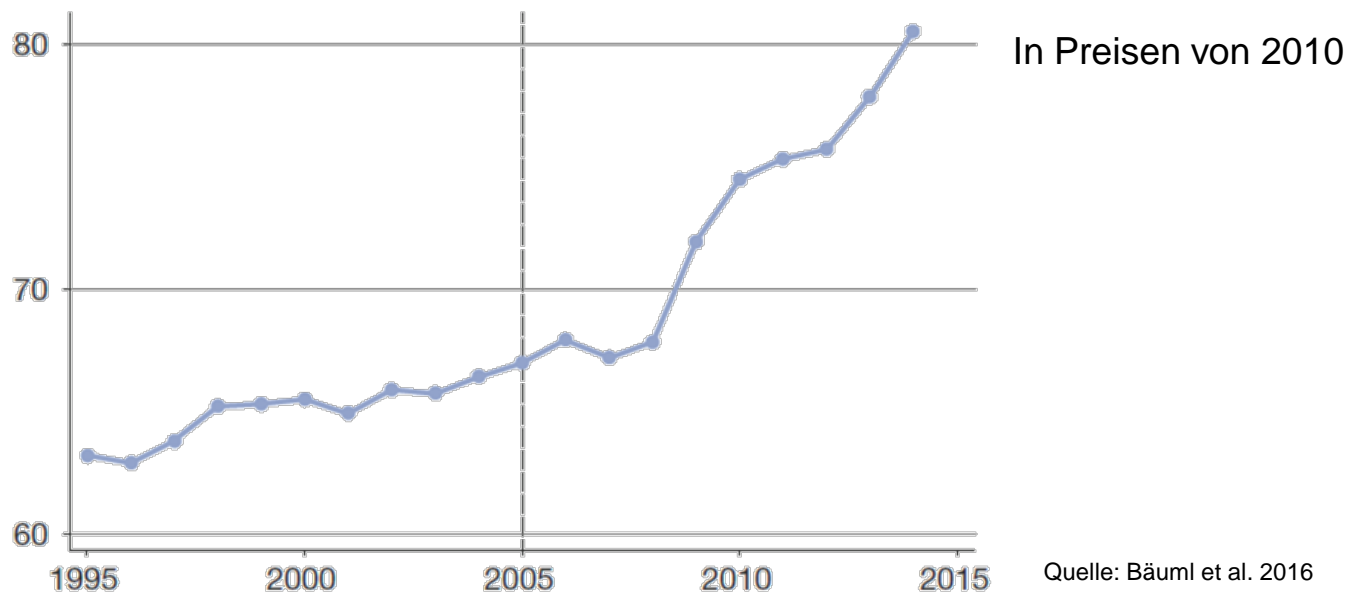
Quelle: Bäuml et al. 2016



# Entwicklung der Krankenhausausgaben

- Fallzahlsteigerung führt zu Ausgabensteigerung
- Strategien zur Senkung der Krankenhausausgaben wenig erfolgreich

in Mrd. Euro







## Bewertung Reformansätze II

Maßnahme	Ziele	Bewertung
Ambulante spezial- fachärztliche Versorgung	<ul style="list-style-type: none"><li>• Verbesserung der Versorgung seltener und komplexer Erkrankungen</li><li>• Behandlung durch ambulante und stationäre Leistungserbringer</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Umsetzung scheitert an der nicht kompatiblen System der Vergütung ambulant und stationär</li></ul>
Integrierte Versorgung	<ul style="list-style-type: none"><li>• Managed Care</li><li>• Überwindung der Sektorengrenzen</li><li>• Verbesserung Effizienz und Qualität der Versorgung</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Umsetzung scheitert an divergierenden Interessen der Vertragspartner</li></ul>



## Bewertung Reformansätze III

Maßnahme	Ziele	Bewertung
Medizinische Versorgungszentren	<ul style="list-style-type: none"><li>• Intra- und Interprofessionelle ambulante Versorgung</li><li>• Größenvorteile und Verbundeffekte</li><li>• Träger sind Vertragsärzte und Krankenhäuser</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Stetiges Wachstum</li><li>• Potenzial für sektorübergreifende Versorgung</li><li>• Widerstand der Vertragsärzte</li></ul>



## Perspektiven

- Sektorale Abschottung zwischen ambulant und stationär ist bisher ausgesprochen reformresistent
- Wenig Spielraum für innovative Krankenkassen oder Leistungserbringer
- Kurzfristig Maßnahme: Finanzierung eines Forschungs- und Entwicklungsbudgets bei den Krankenkassen
- Langfristige Maßnahmen
  - Sektorübergreifende Planung der Kapazitäten
  - Höhere Durchlässigkeit der Budgets ambulant und stationär
  - Angleichung der Vergütungssysteme ambulant und stationär



## **Thesen**

1. Ambulante und stationäre Versorgung sind in Deutschland in hohem Ausmaß voneinander getrennt.
2. Ursachen sind in erster Linie unterschiedliche Systeme bei der Vergütung und der Kapazitätsplanung.
3. Bisher sind Versuche des Gesetzgebers gescheitert, die sektorübergreifende Versorgung zu stärken.
4. Zukünftige Reformansätze sollten an den Ursachen der sektoralen Trennung ansetzen.



**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

[stefan.gress@pg.hs-fulda.de](mailto:stefan.gress@pg.hs-fulda.de)