

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Birgit Wöllert, Sabine Zimmermann (Zwickau), Katja Kipping, Cornelia Möhring, Azize Tank, Kathrin Vogler, Harald Weinberg, Pia Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE.

Verbesserungsmöglichkeiten durch sektorenübergreifende gesundheitliche Versorgung und Bedarfsplanung

Das deutsche Gesundheitssystem ist wie „kaum ein anderes in den reichen Ländern der Welt durch eine wechselseitige, historisch gewachsene Abschottung der Versorgungsbereiche gekennzeichnet“ (Rosenbrock, R., Gerlinger, T.: Gesundheitspolitik; Hogrefe, 2014, S. 393). Allerdings: „Integration war und ist kein vorrangiges Ziel“ der dort tätigen Akteure, „sowohl Leistungserbringer als auch Kostenträger [...] orientieren sich stark an ihren finanziellen Eigeninteressen. Die Verbreitung von Wettbewerbsmechanismen in der GKV [...] und der dadurch erhöhte ökonomische Handlungsdruck haben dieses Verhalten weiter verstärkt“ (ebd.: 409, GKV – gesetzliche Krankenversicherung).

Die Folge ist eine „ineffiziente Konkurrenz“ mit gravierenden Wirkungen auf die Versorgung, u. a. „Behandlungsfehler, unkoordinierte (Mehrfach-)Diagnostik und Therapie, [...] unangemessene Mengenausweitungen, nicht bedarfsgerechte Konzentration der Angebote auf wirtschaftlich attraktive Leistungen“ etc. (Pressekonferenz zum „Krankenhaus-Report 2016“, Statement von Prof. Ferdinand Gerlach).

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen weist ferner auf „die teilweise gefährdete Versorgungssituation insbesondere in strukturschwachen, ländlichen Regionen“ hin. Auch „drohen innerhalb des Bundesgebietes zunehmende Schiefagen zwischen Ballungsgebieten und der Fläche“ (www.svr-gesundheit.de/?id=498).

Der Aufgabe, die bisher getrennte ambulante und stationäre Bedarfsplanung weiterzuentwickeln zu einer integrierten, alle Bereiche der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung umfassenden Bedarfsermittlung und -planung (Bundestagsdrucksache 18/4187), haben sich die bisherigen Bundesregierungen aus Sicht der Fragesteller nicht ausreichend angenommen.

„Auf die Schnittstellenprobleme“ zumindest zwischen stationärem und ambulanten Sektor wurde stattdessen „mit Einzellösungen reagiert“ (Pressekonferenz zum „Krankenhaus-Report 2016“, Statement von Martin Litsch). Die so entstandenen 19 ambulanten Versorgungsformen (Krankenhaus-Report 2016: 5) folgen „jedoch keinem übergeordneten Konzept“ (ebd.: XVI). Laut aktuellem „Krankenhaus-Report“ bestehen „ein klares Steuerungsdefizit“ (ebd.) sowie ein „hoher Grad an Intransparenz, sei es hinsichtlich Leistungsgeschehen, Vergütung, Einbettung in die Versorgung“ (ebd.: V). Besonders gravierend sei, dass für ambu-

lante Krankenhausfälle mit Ausnahme der Ermächtigungen eine „sektorenübergreifende Qualitätssicherung [...] – trotz des gesetzlichen Auftrags – bislang nicht umgesetzt worden ist“ (ebd.: 24).

Für „erstklassige Versorgungsstrukturen“, die die Bevölkerung laut Patientenbeauftragtem der Bundesregierung, Karl-Josef Laumann, „von der Politik“ erwartet (ÄrzteZeitung, 29. Januar 2016), besteht daher dringender Handlungsbedarf. Dies hat offenbar auch Bundesgesundheitsminister Gröhe verstanden: „es wird höchste Zeit, Brücken zu bauen.“ (Ärzte Zeitung, 9. März 2016) „Wir brauchen [...] eine bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Behandlung“ (Deutsches Ärzteblatt, 18. März 2016).

Wir fragen die Bundesregierung:

I. Sektorenübergreifende Versorgung

1. Wie definiert die Bundesregierung sektorenübergreifende Versorgung?
2. Wie ist nach Kenntnis der Bundesregierung der Stand der Forschung zur Frage, wie sich der Nutzen für Patientinnen und Patienten bei der Behandlung aus einer Hand darstellt, im Vergleich zu einer in stationäre und ambulante Versorgung aufgespaltenen Struktur?
3. Inwiefern begrüßt die Bundesregierung Schritte, mit denen die Sektoren der gesundheitlichen Versorgung stärker integriert werden bzw. mit denen die Grenzen der Bereiche der gesundheitlichen Versorgung durchlässiger gestaltet werden können?

Welche weiteren Schritte in Richtung einer stärker sektorenübergreifenden Versorgung plant die Bundesregierung in dieser Legislaturperiode?

II. Integration ambulanter und stationärer Versorgung

4. Welche Formen ambulanter Behandlung im Krankenhaus gibt es derzeit nach Kenntnis der Bundesregierung, und seit wann existieren diese jeweils?
5. Welche Kenntnisse liegen der Bundesregierung vor über die Entwicklung seit Einführung der jeweiligen Versorgungsform hinsichtlich der Anzahl der Fälle, des Finanzvolumens, ggf. der Anzahl der erbringenden Einrichtungen, ggf. zu Fragen von Unter- oder Überversorgung und dem Modus der jeweiligen Mengensteuerung (bitte, wenn möglich, nach Bundesländern bzw. KV-Bezirk aufschlüsseln; KV – Kassenärztliche Vereinigung) für
 - a) die ermächtigten Krankenhausärztinnen und -ärzte,
 - b) die pseudostationäre Behandlung (Aufnahme- und Entlassungstag sind identisch, ohne dass hierfür Tod nach der Aufnahme, Verlegung in ein anderes Krankenhaus oder Entlassung gegen ärztlichen Rat ursächlich sind; vgl. Krankenhaus-Report 2016: 5),
 - c) die ambulanten Operationen im Krankenhaus nach § 115b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V),
 - d) die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus nach § 115a SGB V,
 - e) die ambulante Behandlung im Krankenhaus bei Unterversorgung nach § 116a SGB V,
 - f) die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V (alt) sowie die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (neu),
 - g) die Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V,

- h) die sozialpädiatrischen Zentren nach § 120 Absatz 2 SGB V bzw. ab 2013 nach § 119 SGB V,
 - i) die pädiatrischen Spezialambulanzen nach § 120 Absatz 1a SGB V,
 - j) die psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V,
 - k) die geriatrischen Institutsambulanzen nach § 118a SGB V,
 - l) die strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) nach § 137f SGB V,
 - m) die vormals integrierte, jetzt besondere Versorgung nach § 140a SGB V,
 - n) die teilstationäre Behandlung nach § 39 SGB V,
 - o) die Versorgung durch die Notfallambulanzen nach § 75 SGB V?
6. Wie bewertet die Bundesregierung diese Datenlage, und bis wann wird die Bundesregierung Schritte zu ihrer Verbesserung unternehmen?
7. Für welche der 18 ambulanten Krankenhausleistungen, für die es bislang keine Qualitätssicherung gibt, plant die Bundesregierung derzeit Maßnahmen zur Einführung einer solchen?
8. Bis wann wird die Bundesregierung Eckpunkte für ein übergeordnetes Konzept zur Gestaltung ambulanter Krankenhausleistungen erarbeiten hinsichtlich einer einheitlichen Bedarfsplanung ambulanter Leistungen, definierter Innovationsregeln, einheitlicher Vergütung identischer Leistungen und der Qualitätssicherung?
9. Welche Rückschlüsse zieht die Bundesregierung aus den Feststellungen des „Krankenhaus-Reports 2016“ zu den Problemen bei den ambulanten Krankenhausleistungen?
10. Wie ist der Kenntnisstand der Bundesregierung zum Umfang ambulant-sensitiver Krankheitsfälle (Krankheitsfälle, die durch effektive und zeitnahe ambulante Behandlung potenziell reduziert werden können) in Deutschland, und welche Maßnahmen sind nach wissenschaftlichem Kenntnisstand geeignet, diesen Umfang in Deutschland zu reduzieren?
- Welche Rückschlüsse zieht die Bundesregierung aus diesen Erkenntnissen für die Integration der ambulanten mit der stationären Versorgung?

III. Sektorenübergreifende Bedarfsplanung

11. Inwiefern hält die Bundesregierung eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung grundsätzlich für wünschenswert?
12. Welche Möglichkeiten sieht die Bundesregierung zur Verknüpfung von Daten der Krankenhausplanung mit den Daten der ambulanten Bedarfsplanung?
13. Inwiefern hielte es die Bundesregierung für bundesrechtlich zulässig, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), wie von dessen unparteiischem Vorsitzenden Prof. Josef Hecken befürwortet, Krankenhäuser zu klassischen EBM-Konditionen (EBM – einheitlicher Bewertungsmaßstab) formal in die ambulante Bedarfsplanung integrieren würde (vgl. Ärztezeitung, 1. Dezember 2015) werden?
14. Wären gegebenenfalls gesetzgeberische Maßnahmen notwendig, um Schritte hin zu einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung zu gehen?
- Falls ja welche?

15. Welchen Handlungsbedarf zur Erreichung einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung sieht die Bundesregierung angesichts der Einschätzung von Prof. Josef Hecken, der zufolge die doppelte Facharztschiene in strukturschwachen Gebieten nicht mehr aufrechtzuerhalten sei, weil „keine Ärzte mehr [...] in die ambulante Versorgung mehr [zu] bekommen“ sind (Ärzte-Zeitung, 1. Dezember 2015)?
16. Wie bewertet die Bundesregierung den Vorschlag der Aufhebung der doppelten Facharztschiene?
Sollte diese ggf. nur für strukturschwache Gebiete gelten?
Wenn ja, warum?
17. Welche Informationen liegen der Bundesregierung vor, inwieweit die Länder einer stärker sektorenübergreifenden Bedarfsplanung positiv gegenüberstehen, und welche Schritte sind in dieser Hinsicht nach Kenntnis der Bundesregierung in den letzten beiden Jahren in den einzelnen Ländern vollzogen worden?
18. Welche Informationen liegen der Bundesregierung über den Zusammenhang zwischen ambulantem und stationärem Behandlungsbedarf vor?
19. Welche Möglichkeiten der Weiterentwicklung des gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V zum Zweck sektorenübergreifender Bedarfsplanung sieht die Bundesregierung?
20. Wann wird die Bundesregierung in den gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V auch Patientenvertretungen gesetzlich als Pflichtmitglieder aufnehmen?
21. Welche Erfahrungen gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung zur bzw. aus der Arbeit mit Regionalbudgets?
Welche Schritte wurden von der Bundesregierung bislang zur (ggf. weiteren) Erprobung von Regionalbudgets gegangen, bzw. welche Schritte sind dazu in Planung (s. Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Wohnortnahe Gesundheitsversorgung durch bedarfsorientierte Planung sichern“, Bundestagsdrucksache 18/4187, S. 4)?

Berlin, den 30. Mai 2016

Dr. Sahra Wagenknecht, Dr. Dietmar Bartsch und Fraktion