

Bitte nicht stören, wir reformieren uns gerade kaputt

Von Stefan Elmhäuser

Die deutsche Gesundheitspolitik hat sich in bemerkenswerter Einigkeit auf ein Ziel verständigt: die Stärkung der ambulanten Versorgung. Dieses Ziel ist sachlich plausibel, gesundheitspolitisch sinnvoll und international längst erprobt. Umso erstaunlicher ist die Art und Weise, in der seine Umsetzung derzeit betrieben wird – nämlich durch eine Regulierungstiefe, die das angestrebte Modell strukturell schwächt, bevor es seine Wirkung entfalten kann.

Im Zentrum dieser Entwicklung steht die geplante Budgetierung ambulanter Leistungen. Hinter dieser technisch anmutenden Regelung verbirgt sich ein grundlegender Paradigmenwechsel: Die Menge der erbrachten Leistungen wird nicht länger mit einer entsprechenden Vergütung verknüpft. Wer mehr operiert oder mehr Patienten versorgt, erhält dafür nicht automatisch eine höhere Honorierung. Stattdessen gilt eine feste Obergrenze, jenseits derer zusätzliche Leistung ökonomisch ins Leere läuft.

Für Einrichtungen wie Praxiskliniken und ambulante Operationszentren bedeutet dies eine fundamentale Veränderung ihrer wirtschaftlichen Grundlage. Medizinische Versorgung wird in gewisser Weise zu einer Tätigkeit, die über ein bestimmtes Maß hinaus nicht mehr refinanziert wird.

Das Resultat ist absehbar: Leistungsangebote werden reduziert, Kapazitäten zurückgefahren, Investitionen aufgeschoben. Nicht aus medizinischer Notwendigkeit, sondern aus ökonomischer Rationalität.

Parallel dazu werden Instrumente zurückgebaut, die bislang als Brücke zwischen ambulanter und stationärer Versorgung dienten. Die sogenannten Hybrid-DRGs – also Vergütungsmodelle, die sektorübergreifende Behandlungen ermöglichen sollten – verlieren an Bedeutung oder werden ganz abgeschafft. Gleichzeitig verbleiben spezifische Vergütungsvorteile, etwa für kurzstationäre Aufenthalte, exklusiv im Krankenhaussektor. Es entsteht ein System, das identische medizinische Leistungen unter-

schiedlich behandelt – abhängig davon, wo sie erbracht werden.

Die strukturellen Folgen dieser Entwicklung lassen sich exemplarisch anhand eines einfachen Szenarios verdeutlichen: Man stelle sich einen Patienten

vor, Anfang sechzig, mit einer häufigen orthopädischen Indikation – etwa einer arthroskopischen Knieoperation. Ein Eingriff, der heute in vielen Fällen ambulant durchgeführt wird: planbar, effizient organisiert, mit kurzer Genesungszeit und vergleichsweise geringen Kosten.

Unter den skizzierten Rahmenbedingungen der kommenden Jahre verändert sich dieser Ablauf grundlegend. Die regional verfügbare Praxisklinik hat ihre operativen Kapazitäten eingeschränkt, weil das vorgegebene Budget bereits im Laufe des Jahres ausgeschöpft ist. Weitere Eingriffe wären medizinisch möglich,

wirtschaftlich jedoch nicht darstellbar. Der Patient wird daher an ein Krankenhaus verwiesen.

Dort trifft er auf ein System, das bereits heute unter erheblichem Druck steht. Die zusätzlichen Fälle, die zuvor

ambulant versorgt wurden, erhöhen die Auslastung weiter. Wartezeiten verlängern sich, organisatorische Abläufe werden komplexer, Personalressourcen knapper.

Schließlich erfolgt die Behandlung – nun stationär, mit entsprechend höherem organisatorischem und finanziellem Aufwand.

Das Ergebnis ist in mehrfacher Hinsicht paradox: Die gleiche medizinische Leistung wird unter schlechteren strukturellen Bedingungen erbracht und verursacht zugleich höhere Kosten. Ein System, das eigentlich auf Effizienzsteigerung angelegt ist, produziert somit das Gegenteil.

Das Ziel, die ambulante Versorgung zu stärken, ist richtig. Die aktuelle Politik wird das Gegenteil erreichen.

Entscheidend ist dabei, dass es sich nicht um eine zufällige Fehlentwicklung handelt, sondern um eine systemische Konsequenz der gewählten Steuerungsinstrumente. Werden ambulante Leistungen gedeckelt, verschwinden sie nicht – sie verlagern sich. Und zwar in den Bereich, in dem keine vergleichbaren Begrenzungen gelten: den stationären Sektor.

Damit einher geht eine implizite Verschiebung von Ressourcen und Anreizen, die den Wettbewerb zwischen Versorgungsformen verzerrt. Während Praxiskliniken unter ökonomischem Druck stehen, werden Krankenhäuser durch spezifische Vergütungsregelungen stabilisiert. Der Gleichheitsgrundsatz in der Behandlung identischer Leistungen tritt dabei in den Hintergrund.

Langfristig entsteht so ein Gesundheitssystem, das jene Strukturen benachteiligt, die ursprünglich gestärkt werden sollten: spezialisierte, effiziente und patientennahe ambulante Versorgungseinrichtungen. Die politische Zielsetzung bleibt bestehen, ihre praktische Umsetzung jedoch unterläuft sie.

Die gravierendsten Folgen betreffen letztlich nicht die Institutionen, sondern die Patienten. Sie sehen sich mit längeren Wartezeiten, erhöhtem organisatorischem Aufwand und häufiger unnötigen stationären Aufenthalten konfrontiert. Gleichzeitig entfernt sich das Versorgungssystem zunehmend von den Lebensrealitäten der Menschen, die auf schnelle, unkomplizierte und wohnortnahe Behandlung angewiesen sind.

Dennoch besteht die Möglichkeit, dass diese Entwicklung politisch als Erfolg interpretiert wird – insbesondere dann, wenn zentrale Kennzahlen kurzfristig stabil erscheinen. Die strukturellen Verschiebungen und ihre langfristigen Konsequenzen bleiben dabei leicht im Hintergrund. Stabilität auf dem Papier ist jedoch nicht gleichbedeutend mit einer funktionierenden Versorgung. Im Gegenteil: Sie kann deren schleichende Erosion verdecken und zusätzlich die Kosten steigern.

Stefan Elmhäuser ist Geschäftsführer der Deutschen Praxisklinikgesellschaft.