

Editorial – Thema der Woche**Montag, 11. September 2017**

Die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) ist tot – es lebe die ASV. Tatsächlich soll das jetzt gar kein ASV-Editorial werden, aber an dem, was in der ASV alles *nicht* klappt, lässt sich extrem viel für eine tatsächliche Verzahnung der Sektoren lernen. Wenn man dann noch neue Konzepte aus der Notfallversorgung hinzunimmt, könnte tatsächlich ein in sich geschlossenes System zur „Hybridversorgung“ entstehen, in dem nicht die „reine Lehre“ aus *entweder* rein stationär (DKG) *oder* rein ambulant (KBV) das Geschehen dominiert, sondern in dem *echte* Ärzte und *echte* Krankenhäuser den tatsächlichen Versorgungsbedarf vor Ort gestalten. Der Sachverständigenrat hat nun für die Notfallversorgung in ersten Ansätzen ein Konzept vorgestellt, das vom lokalen Bedarf ausgeht und an dieser Orientierung die Strukturen und die erforderliche übergeordnete Gesetzgebung ausrichtet. So muss es sein.

Tatsache ist nämlich, dass der mit Gesundheitsproblemen ringende Mensch zu Hause überhaupt keine Ahnung hat, wen er anrufen soll und an wen er sich wenden kann (besonders wenn die Praxis an der Ecke „geschlossen“ hat). Also geht er ins nächste ihm bekannte Krankenhaus und ist – schwupp – im stationären System angekommen, obwohl er das vielleicht gar nicht wollte und es dafür auch keinen Bedarf gab. Auf zwei Wegen muss also vor dieser „Entscheidung“ ein ambulantes Angebot geschaltet werden: Die gegenwärtigen Notfallnummern 112 und 116117 (die letztere eher unbekannt) müssen zusammengefasst werden, um mit einer telefonischen Triage den ambulanten *oder* stationären Bedarf einigermaßen zielgenau ermitteln zu können (bis hin zum sofort ausrückenden Rettungswagen). Und *vor* dem Krankenhaus muss ein entsprechender Ort installiert werden, der ebenfalls eine ähnliche Einteilung vornimmt und natürlich im Zweifelsfall eine Erstbehandlung bereithält.

Das ist alles nicht allzu schwierig und könnte bei einigermaßen interessenfreier Grundhaltung auch ohne größere Umstände Ergebnis eigenständiger Überlegungen der Systembeteiligten sein. Es bräuchte also nicht unbedingt einen „Sachverständigenrat“, um diese Erkenntnisse mit großem Tamtam zu verkünden (aber so isses nun mal, und wir wollen angesichts der Sektoren-Verhärtung froh sein, dass es ihn gibt).

Jetzt aber zurück zur ASV. Denn das Notfallgutachten des Sachverständigenrats zeigt, wie grundsätzlich vorzugehen ist, um ambulant und stationär zusammen zu bringen: Wir müssen – ohne erst mal an das bisherige System zu denken – von der Versorgungssituation und vor allem vom tatsächlichen Versorgungsbedarf ausgehen, um von dort aus zu entwickeln, wie eine entsprechende Umsetzung aussehen könnte. Die Lösung wird sich dann auf zwei Ebenen zeigen: 1. Versorgung ist regional! Die tatsächlichen Umsetzer vor Ort müssen sich also in den zu schaffenden Strukturen wiederfinden und an ihnen beteiligt werden (das klappt in der ASV schon ganz gut). 2. Integrierte Versorgungskonzepte können nicht von den „Grals-hütern der reinen Lehre“ (also vor allem von DKG und KBV) entwickelt werden, weil alles, was die „Versorgungsmitte“ *zwischen* den Sektoren belebt, die „reinen“ ambulanten oder stationären Versorgungsbereiche schwächt. Und genau hier liegt das Kernproblem der ASV: Der Gemeinsame Bundesausschuss ist in seiner derzeitigen Zusammensetzung das grundsätzlich falsche Gremium, um die Sektorengrenzen zu überwinden – denn dort sind die Sektoren geradezu angehalten, sich zu profilieren und voneinander abzugrenzen.

Notwendig also für jede Form von „Hybridversorgung“ wäre eine einigermaßen handlungsfähige Rahmengesetzgebung auf Bundesebene (durchaus direkt im SGB V), auf deren Grundlage dann regionale Zulassungen ausgesprochen werden könnten. Und keine weitere Beteiligung des GBA! Das SVR-Gutachten zur Notfallversorgung skizziert, wie so etwas aussehen könnte. Von dort aus sollten dann bitte auch die bisherigen ASV-Fehler überwunden werden.