

Der GesundheitsPolitische Brief fällt in den alljährlichen Sommermodus und erscheint bis Ende August jeweils als Doppelausgabe alle zwei Wochen. Die nächste Ausgabe erreicht Sie also am **Montag, 4. August 2014**.

## ***Editorial – Thema der Woche***

***Montag, 21. Juli 2014***

Wer glaubt, mit der aktuell modischen Floskel von der „Öffnung der Krankenhäuser“ das Allheilmittel gegen lokale Unterversorgung und die Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung gefunden zu haben, irrt. Denn diese Erweiterung des Leistungsspektrums der Kliniken (auf Grundlage welcher Ressourcen eigentlich?) wird mitnichten zur einer Verwischung der Behandlungsgrenzen zwischen ambulant und stationär führen, sondern schlicht zu einer Erbringung ambulanter Leistungen im stationären Setting. Und das war's.

Aber ging es nicht genau darum? Ganz im Gegenteil. Damit würden nämlich die stationären Versorgungsparameter zum Normalfall erklärt, unter deren Gesetzmäßigkeiten nun auch ambulant versorgt werden kann und sollte. Wenn die Kliniken zur diesem Kraftakt überhaupt in der Lage wären (und es steht zu befürchten, dass sie es gerade in so genannten unterversorgten Regionen nicht sind), dann würden sie unter diesen Vorzeichen ihre Versorgungsansätze in die ambulante Versorgung tragen, was keineswegs einem logischen und sinnvollen Aufbau der Versorgungspyramide entspräche.

Wer also theoretisierend von der „Öffnung des Krankenhäuser“ redet, hat die sektorale Trennung im eigenen Kopf noch nicht überwunden. Denn der eigentliche Weg zu einer auch flächendeckend vertretenen ambulanten Versorgung liegt darin, die Wachstumspotentiale der ambulanten Versorgung selbst massiv zu fördern und deutlich stärker unternehmerisch zu durchsetzen. Wer sich aber Versorgung nur entweder durch Krankenhäuser oder durch „Tante-Emma-Praxen“ vorstellen kann, hat offensichtlich selbst noch einen Blinden Fleck in seinem Wahrnehmungsspektrum der ihn daran hindert, die Potentiale großer ambulanter Versorgungsunternehmen gerade für eine flächendeckende Versorgung zu erkennen. Dabei zeigen die Beispiele großer medizinische Versorgungszentren (und entsprechender Verbünde) oder gut funktionierender, professionell und unternehmerisch geführter Netze, dass es gerade mit solchen Strukturen gelingt, Ärztinnen und Ärzte durch kluge Filialisierungs- und Job-Sharing-Konzepte in Regionen tätig werden zu lassen, in denen keine einzelärztliche geführte Praxis irgendeine Chance zu existenzsicherndem Überleben hätte.

Das für solche Konzepte dann auch die Immobilie eines Krankenhauses der richtige Ort sein mag und Teile seiner Belegschaft die richtige Mannschaft (inklusive zahlreichen ärztlichen und nicht-ärztlichen Leitungsfunktionen), bleibt dabei unbenommen. Es könnte aber auch sein, dass die solcherart grundsichernden Ärzte und ihre unternehmerischen Strukturen selbst ein Krankenhaus betreiben (natürlich neben einem Pflegeheim, einer Tagespflege und einem ambulanten OP-Zentrum), um ihren tatsächlichen stationären Versorgungsbedarf dort in eigener wirtschaftlicher Verantwortung aufgehoben zu wissen. Verwunderlich ist jedenfalls, wie wenig Kreativität in Deutschland für solche Versorgungsformen aufgebracht wird (das Ausland lehrt uns hier zum Teil ganz andere Modelle und Potentiale). Mit anderen Worten: Die ambulante Versorgung muss aus sich selbst heraus wachsen und flächendeckend werden, um effizient und wirklich versorgungsorientiert zu werden. Das jedoch werden weder die aktuellen Krankenhausstrukturen noch der derzeitige KV-Protektionismus leisten können. Politik und Funktionäre sollten also weniger von der Öffnung der Krankenhäuser phantasieren, als die Potentiale der ambulanten Versorgung neu zu denken und entsprechendes unternehmerisches Wachstum zu fördern.