

10-Punkte-Papier

Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung



10 Punkte – kurz und knapp

1. Kapazitätsplanung durch Leistungsplanung ersetzen



Mit der Weiterentwicklung zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung wird die Orientierung an den bestehenden Kapazitäten von Arztsitzen und Krankenhausbetten aufgegeben zugunsten einer Ausrichtung am tatsächlichen Bedarf an medizinischen Leistungen.

2. Auftrag für die gemeinsame Selbstverwaltung und ein neutrales Institut



Die gemeinsame Selbstverwaltung legt den sektorenübergreifenden Leistungsbereich fest. Ein neutrales Institut führt Leistungs- und Abrechnungsdaten zusammen und ermittelt die Behandlungskapazitäten, zum Beispiel das Statistische Bundesamt.

3. Bundesweiter Datensatz dient als „empirischer Anker“



Die statistischen Referenzwerte des neutralen Instituts dienen den sektorenübergreifenden Landesgremien als „empirischer Anker“ für die sektorenübergreifende Versorgungsplanung.

4. Landesgremium für die sektorenübergreifende Planung wird verpflichtend



Die Länder werden verpflichtet, ein sektorenübergreifendes Landesgremium einzurichten. Dieses legt den Bedarf an medizinischen Leistungen in der Region fest.

5. Sicherstellung im sektorenübergreifenden Leistungsbereich neu ordnen



Der Sicherstellungsauftrag für den neuen sektorenübergreifenden Leistungsbereich liegt bei der Kassenärztlichen Vereinigung im Einvernehmen mit dem Land. Perspektivisch erfolgt die Sicherstellung unter Einbindung der sektorenübergreifenden Landesgremien.

6. Notfallbehandlung sektorenübergreifend ausrichten



Der ambulante ärztliche Bereitschaftsdienst, Klinikambulanzen sowie die Notaufnahme in Krankenhäusern werden sektorenübergreifend und nach einheitlichen Kriterien organisiert. Hierzu werden Integrierte Leitstellen und Notfallzentren in den Ländern eingerichtet.

7. Sektorenübergreifendes Vergütungssystem schaffen



Für definierte Leistungen (sektorenübergreifende indikationsspezifische Leistungskomplexe) an der Schnittstelle zwischen allgemeiner fachärztlicher Versorgung und Grund- und Regelversorgung im Krankenhaus wird eine einheitliche Vergütung geschaffen.

8. Regionale Versorgungsverbände entwickeln



Versorgungsverbände sind eine Antwort auf die Forderung nach einer stärkeren Vernetzung der Leistungserbringer. Sie können die Zusammenarbeit und Kommunikation an den Sektorengrenzen entscheidend verbessern.

9. Potentiale von Digitalisierung und Delegation nutzen



Für eine Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung ist die digitale Vernetzung aller Beteiligten von wesentlicher Bedeutung. Notwendig ist auch eine neue Arbeitsteilung zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Professionen.

10. Sektorenübergreifende Versorgung in Modellprojekten erproben



Praxistauglichkeit ist die Voraussetzung für den Erfolg und die Akzeptanz von Strukturveränderungen. Die BARMER spricht sich deshalb für die Erprobung sektorenübergreifender Versorgung in Modellregionen unter Beteiligung der Krankenkassen aus.

Einleitung

Die medizinischen Versorgungsstrukturen über die Sektorengrenzen des Gesundheitswesens hinweg zu organisieren, ist eine zentrale Herausforderung der nächsten Jahre. Noch immer funktionieren die einzelnen Versorgungsbereiche – ob ambulante und stationäre Versorgung, Reha oder Pflege – weitgehend nach ihrer eigenen sektoralen Logik und werden von sektoralen Regulierungsrahmen bestimmt.

Das Gesundheitssystem muss stärker an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten ausgerichtet werden: Nur wenn die unterschiedlichen Versorgungsbereiche besser miteinander verzahnt werden, wird künftig eine bedarfsgerechte und kontinuierliche medizinische Behandlung möglich sein. Deshalb ist ein Systemwechsel hin zu einem stärker auf Kooperation basierenden Gesundheitswesen für eine bessere Effizienz dringend notwendig.

Gelingen kann dieser Wechsel, wenn gemeinsame Rahmenbedingungen für den ambulanten und den stationären Bereich geschaffen werden. So muss bei der Ermittlung des tatsächlichen Versorgungsbedarfs eine sektorenübergreifende Perspektive eingenommen werden. Die Versorgungsplanung sowie die Zulassung von Ärztinnen und Ärzten und Leistungserbringern in den derzeit getrennten Versorgungsbereichen muss aufeinander abgestimmt werden. Denn heute liegen die Kompetenzen dafür in unterschiedlichen Händen: Vertragsärzte werden nach bundesweit einheitlichen Kriterien zugelassen, die in der Bedarfsplanungsrichtlinie und im Bundesmantelvertrag

fixiert sind. Bei den Krankenhäusern hingegen geschieht dies auf Basis des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und landesrechtlicher Vorschriften durch Aufnahme in den Landeskrankenhausplan.

Ein Systemwechsel kann nur schrittweise umgesetzt werden. Dabei muss auf bestehende Strukturen und Prozesse aufgebaut werden. Die BARMER plädiert dafür, in Modellvorhaben die Machbarkeit, Wirtschaftlichkeit und Zukunftsfähigkeit veränderter Prozesse unter Beweis zu stellen. Nicht mehr praxistaugliche Rechtsvorschriften im Sozial-, Vertragsarzt- und Krankenhausrecht müssen verändert werden. Es stellen sich auch verfassungsrechtliche Fragen, wenn es darum geht, das selbstverwaltete Gesundheitswesen weiterzuentwickeln und zugleich dem Auftrag der Länder für die Daseinsvorsorge gerecht zu werden.

Die Nachteile des nach Sektoren gegliederten deutschen Gesundheitssystems werden bereits seit Jahren beschrieben und analysiert. Jetzt ist der Zeitpunkt gekommen, wichtige strukturelle Veränderungen in Angriff zu nehmen. Im 2018 veröffentlichten Gutachten „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“ macht der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen eine Vielzahl konkreter Vorschläge, um die Sektorengrenzen zu überwinden.

Die von der Bundesregierung eingesetzte Bund-Länder-Arbeitsgruppe erarbeitet derzeit Vorschläge für die Weiterentwicklung zu einer sektorenübergreifenden Versorgung des stationären und ambulanten Systems. In ihrem Koalitionsvertrag haben

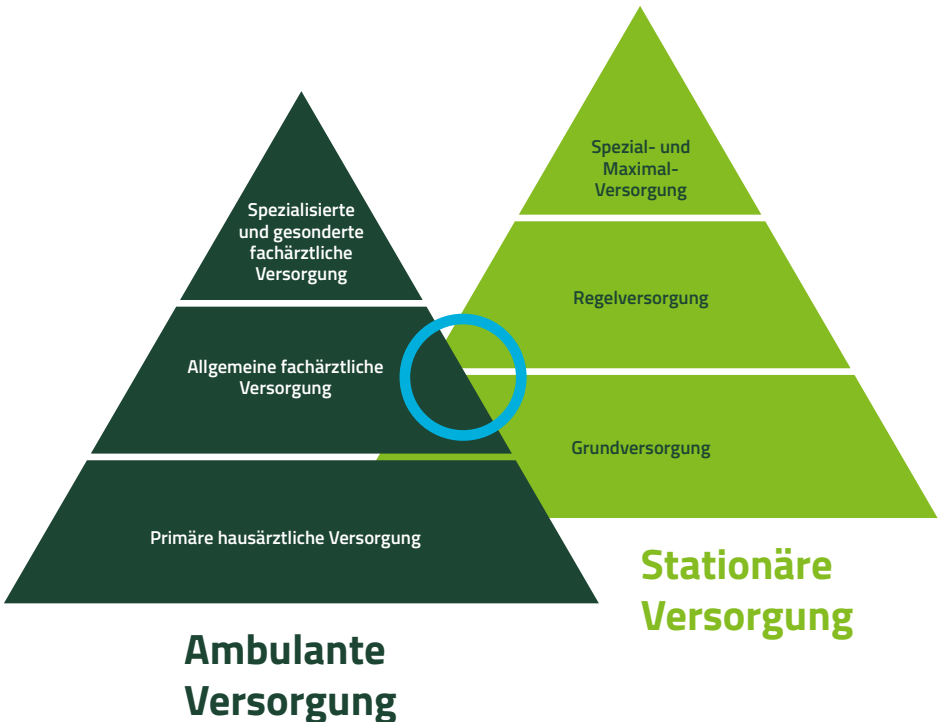
sich CDU, CSU und SPD vorgenommen, nachhaltige Schritte für eine sektorenübergreifende Versorgung einzuleiten.

Die BARMER hat vor diesem Hintergrund Vorschläge zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung entwickelt und stellt sie nachfolgend in zehn Punkten dar.



1. Kapazitätsplanung durch Leistungsplanung ersetzen

Grundlage für eine sektorenübergreifende Versorgung ist die Abkehr von der getrennten Planung ambulanter und stationärer Leistungen in zwei nebeneinander organisierten Sektoren. Im Fokus der neuen sektorenübergreifenden Versorgungsplanung stehen dabei fachärztliche Leistungen an der Schnittstelle zwischen allgemeiner fachärztlicher ambulanter Versorgung sowie der Grund- und Regelversorgung im Krankenhaus. Diese Leistungen sollen sowohl in der Vertragsarztpraxis als auch im Krankenhaus erbracht werden.



Eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung löst sich von der reinen Kapazitätsplanung, die zumeist nach Arztstühlen gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie und nach Krankenhausbetten auf Basis krankenhauserplanerischer Instrumente vorgenommen wird. Vor der Bestimmung von Behandlungskapazitäten wird der tatsächliche Bedarf an medizinischen Leistungen ermittelt. Um bestehende Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie medizinisch nicht erklärbare Versorgungsunterschiede zu reduzieren, sollen die Leistungsdaten (einschl. Diagnose, Schweregrad, Prozedur etc.) aus dem ambulanten und dem stationären Bereich in einen bundesweiten Datensatz einfließen. Mit dem bundesweiten Datensatz werden Referenzwerte für die Bestimmung der Kapazitäten in den Ländern ermittelt, die zukünftig von sektorenübergreifenden Landesgremien umgesetzt werden.



2. Auftrag für die gemeinsame Selbstverwaltung und ein neutrales Institut

Die für eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung geeigneten Leistungen werden nach bundeseinheitlichen Kriterien definiert. Dazu verpflichtet der Gesetzgeber die gemeinsame Selbstverwaltung, bestehend aus Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV), GKV-Spitzenverband und Deutscher Krankenhausgesellschaft.

Die gemeinsame Selbstverwaltung legt die geeigneten Indikationen, Leistungen und Leistungskomplexe fest und definiert darüber hinaus aussagekräftige Parameter zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität als Mindestanforderung. Sie erarbeitet die

notwendigen Datenstrukturen, Verfahren sowie die Methodik zur Ermittlung des Leistungsbedarfs und der Behandlungskapazitäten. Verbunden wird dies mit Konfliktlösungsmechanismen der gemeinsamen Selbstverwaltung.

Auf dieser Basis werden das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) mit Fristsetzung beauftragt, einen Katalog der Leistungen zu konkretisieren und fortzuschreiben, für die künftig die sektorenübergreifende Planung gelten soll. Das Konzept des Sachverständigenrates für eine sektorenübergreifende Bedarfsanalyse und Kapazitätsplanung dient dafür als Orientierung.

Die Zusammenführung der betreffenden Leistungs- und Abrechnungsdaten und die standardisierte Ermittlung der neuen Behandlungskapazitäten erfolgt durch ein neutrales Institut, das vom Gesetzgeber zur verbindlichen Einbindung der Fachgesellschaften verpflichtet wird. In Frage käme etwa das Statistische Bundesamt, da es bereits über die Expertise bei der Ermittlung eines Orientierungswertes für die Kostenentwicklung im Krankenhaus verfügt.



3. Bundesweiter Datensatz dient als „empirischer Anker“

Mit einer bedarfsgerechten sektorenübergreifenden Versorgungsplanung werden Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie Versorgungsunterschiede abgebaut, die medizinisch nicht nachvollziehbar sind. Hierzu werden Referenzwerte zum Versorgungsbedarf aus einem bundes-

weiten Datensatz ermittelt. Dabei müssen medizinisch-technische und demografische Entwicklungen routinemäßig berücksichtigt werden.

In einem festzulegenden Rhythmus von zum Beispiel zwei Jahren stellt ein neutrales Institut – wie das Statistische Bundesamt – den Ländern auf Grundlage bundesdurchschnittlicher Zahlen die theoretisch ermittelten Behandlungskapazitäten der Länder zur Verfügung. Dabei könnten die Statistischen Landesämter beteiligt werden.

Der zunächst statistisch für eine Region ermittelte sektorenübergreifende Versorgungsbedarf soll in einem sektorenübergreifenden Landesgremium der künftigen Versorgungsplanung zugrunde gelegt werden. Die statistischen Referenzwerte dienen dem Landesgremium also als „empirischer Anker“ für die sektorenübergreifende Planung.



4. Landesgremium für die sektorenübergreifende Planung wird verpflichtet

Für die sektorenübergreifende Versorgungsplanung werden die Länder verpflichtet, in Weiterentwicklung des bestehenden gemeinsamen Landesgremiums ein sektorenübergreifendes Landesgremium (z. B. § 90b SGB V-neu) zu errichten. Stimmberechtigte Mitglieder des neuen Gremiums sind die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), die Krankenhausgesellschaften sowie die Gesundheitsministerien, die den Vorsitz innehaben. Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter werden in beratender Funktion beteiligt.

Das sektorenübergreifende Landesgremium setzt die Vorgaben der gemeinsamen Selbstverwaltung zur sektorenübergreifenden Versorgungsplanung auf regionaler Ebene um. Nach einer Analyse der regionalen Versorgungssituation – auf Basis der Referenzwerte eines neutralen Instituts – legt es unter Beachtung medizinischer, demografischer und technischer Entwicklungen den Bedarf an medizinischen Leistungen fest. Dabei wird das Potential an delegierbaren Leistungen benannt und berücksichtigt.

Auf Basis des so ermittelten regionalen sektorenübergreifenden Versorgungsbedarfs wird der Versorgungsauftrag zugewiesen. Im jeweiligen KV-Bezirk gelten die in der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses beschlossenen Planungsbereiche. Beschlüsse im sektorenübergreifenden Landesgremium werden möglichst einstimmig gefasst.



5. Sicherstellung für den sektorenübergreifenden Leistungsbereich neu ordnen

Der Sicherstellungsauftrag für die Leistungen an der Schnittstelle zwischen allgemeiner fachärztlicher ambulanter Versorgung sowie der Grund- und Regelversorgung im Krankenhaus muss im Rahmen der sektorenübergreifenden Versorgungsplanung neu zugewiesen werden. Zunächst soll der Sicherstellungsauftrag bei der Kassenärztlichen Vereinigung bleiben, die das Einvernehmen mit dem Land für den sektorenübergreifenden Leistungsbe- reich herstellt. Perspektivisch erfolgt die

Sicherstellung im Einvernehmen mit den sektorenübergreifenden Landesgremien.



6. Notfallbehandlung sektorenübergreifend ausrichten

Ambulanter vertragsärztlicher Bereitschaftsdienst, Klinikambulanzen sowie die Notaufnahme im Krankenhaus müssen sektorenübergreifend nach einheitlichen Kriterien organisiert und aufeinander abgestimmt werden. Ziel muss sein, die häufig nicht bedarfsgerechte Notfallversorgung von Patientinnen und Patienten zu verbessern.

Notwendig sind dafür Integrierte Leitstellen in den Ländern für eine Ersteinschätzung (1. Triage), eine einheitliche Notrufnummer und eine gemeinsame IT für ein einheitliches Dokumentationssystem. Je nach Dringlichkeit wird für die Anrufer der passende Versorgungspfad ausgewählt: entweder die Vertragsarztpraxis, stationäre Notfallzentren oder der Einsatz des Rettungsdienstes. Die Länder werden gleichzeitig zur Einführung des Interdisziplinären Versorgungsnachweises IVENA verpflichtet, welcher Rettungsdienst und Krankenhäuser digital miteinander vernetzt.

An Krankenhäusern, die an der Notfallversorgung beteiligt sind, entstehen Integrierte Notfallzentren als funktionale Einheit, in der die Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit (2. Triage) erfolgt. Entsprechend ihres Behandlungsbedarfs sollen Patientinnen und Patienten entweder direkt versorgt oder zur adäquaten Versorgung weitergeleitet werden.

Das Konzept der Integrierten Notfallzentren sollte weiter ausdifferenziert werden. Dazu müssen die Faktoren räumliche Abdeckung und Erreichbarkeit, strukturelle Voraussetzungen sowie Fallzahlen unter den Vorgaben des jeweiligen Rettungsdienstgesetzes definiert werden.

Bei der Errichtung von Integrierten Notfallzentren sollen die Möglichkeiten der Luftrettung und der Telemedizin einbezogen werden. Das Konzept wird künftig im Rahmen der Versorgungsplanung von den sektorenübergreifenden Landesgremien beschlossen. Die länderübergreifende Versorgung bedingt die Zusammenarbeit und Abstimmung zwischen den Ländern.



7. Sektorenübergreifendes Vergütungssystem schaffen

Für definierte Leistungen (sektorenübergreifende indikationsspezifische Leistungskomplexe) an der Schnittstelle zwischen allgemeiner fachärztlicher ambulanter Versorgung sowie der Grund- und Regelversorgung im Krankenhaus wird eine einheitliche Vergütung geschaffen. Für diese Leistungen, die sowohl von niedergelassenen (Fach-)Ärzten als auch von Krankenhäusern erbracht werden können, wird ein einheitliches Vergütungssystem für die Beteiligten entwickelt.

Bei der Auswahl und regelhaften Überprüfung des Kataloges sektorenübergreifender Leistungen sollen vorzugsweise die Indikationen beziehungsweise Untersuchungskomplexe berücksichtigt werden, für die es klare Behandlungspfade gibt. Beispiele dafür

wären etwa ambulant mögliche Operationen oder ambulant sensitive Krankenhausfälle. Soweit nicht vorhanden, müssen standardisierte, leitlinienorientierte Behandlungspfade entwickelt werden.

Bedingung für eine gleichvergütete Abrechnungsmöglichkeit für Ärzte und Krankenhäuser ist eine entsprechende Bereinigung sowohl der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung als auch des Krankenhausbudgets.

Für eine gleichwertige Abrechnungsmöglichkeit unabhängig vom Ort der Leistungserbringung wird die Vergütung neu konzipiert und kalkuliert und in eine ärztliche Gebührenordnung für indikationsbezogene Leistungskomplexe überführt. Den Auftrag für diese Aufgabe überträgt die gemeinsame Selbstverwaltung dem InBA und dem InEK.

Nach Feststellung des regionalen Leistungsbedarfs werden für die Leistungen sowohl ein Mengen- als auch ein Finanzkontingent bestimmt.



8. Regionale Versorgungsverbünde entwickeln

Mit der Gründung von Regionalen Versorgungsverbänden (oder auch Integrierten Gesundheitszentren nach dem Konzept der KBV) werden Leistungsanbieter optimal vernetzt. Digitale Technologien unterstützen diese Zusammenarbeit über die Sektorengrenzen hinweg. Die Verbünde können besonders in ländlichen Regionen im strukturellen und demografischen Umbruch zu einer Sicherung der flächendeckenden Versorgung beitragen. In Metropolregionen

hingegen sind sie ein Instrument zur Zentralisierung spezialisierter Leistungen und zur Schwerpunktbildung.

Aufbau und Struktur der Regionalen Versorgungsverbünde ergeben sich aus den bestehenden regionalen Ressourcen. Ausgangspunkt ist dabei die sektorenübergreifende Versorgungsplanung. Versorgungsverbünde können zum Beispiel aus Versorgungskernen wie Kliniken oder Medizinischen Versorgungszentren heraus entwickelt werden. Weitere Leistungserbringer gliedern sich je nach regionalen Erfordernissen daran an. Zur Stärkung der intersektoralen Zusammenarbeit in den Versorgungsverbänden sollte die Verlegung von Arztsitzen gefördert und bereits bestehende Instrumente, wie zum Beispiel befristete Zulassungen, stärker genutzt werden.

Die Initiative für die Bildung von Regionalen Versorgungsverbänden kann durch die örtlichen Leistungserbringer oder durch die an der sektorenübergreifenden Versorgungsplanung Beteiligten ausgehen.

Die Kommunen müssen sowohl beim Um- und Aufbau geeigneter Trägermodelle und Konsortien, sowie bei der Motivation zur Gründung von Arztnetzen für Regionale Versorgungsverbünde einbezogen und verbindlich beteiligt werden. Im Rahmen der damit einhergehenden Strukturveränderung im stationären Bereich sollten auch die Mittel des Krankenhaus-Strukturfonds genutzt werden.



9. Potentiale von Digitalisierung und Delegation nutzen

Für eine sektorenübergreifende Versorgung ist die Vernetzung aller Beteiligten über eine flächendeckende Digitalisierung von wesentlicher Bedeutung. Die Telematikinfrastruktur (TI) vernetzt die IT-Systeme von Arzt- und Zahnarztpraxen, Apotheken, Krankenhäusern und Krankenkassen und ermöglicht den sektorenübergreifenden Informationsaustausch.

Zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung besonders auch in dünn besiedelten oder unterversorgten Regionen muss der Einsatz von telemedizinischen Anwendungen ausgebaut werden. Die Telemedizin kann die klassische ärztliche Versorgung zwar nicht ersetzen, bietet jedoch insbesondere in Kombination mit Regionalen Versorgungsverbänden ein großes Potential zur Sicherstellung einer hochwertigen und flächendeckenden medizinischen Versorgung.

Die Förderung und der weitere Ausbau der Delegation ist eine sinnvolle Maßnahme, um eine flächendeckende ärztliche Versorgung aufrecht zu erhalten. Die sektorenübergreifende Vernetzung der Strukturen kann in der Praxis, den Krankenhäusern sowie in Regionalen Versorgungsverbänden nur erreicht werden, wenn sich Rollenverständnis und Arbeitsteilung zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Professionen weiterentwickeln. Besonders in der Langzeitversorgung – etwa von geriatrischen Patientinnen und Patienten – müssen delegationsfähige Leistungen im Sinne eines umfassenden sektorenübergreifenden Versorgungs-

managements erweitert und teilweise neu definiert werden.



10. Sektorenübergreifende Versorgung in Modellprojekten erproben

Ein Systemwechsel kann nur schrittweise erfolgen. Praxistauglichkeit ist die Voraussetzung für den Erfolg und die Akzeptanz von Strukturveränderungen.

Die BARMER spricht sich deshalb für die Erprobung sektorenübergreifender Versorgung in Modellregionen unter Beteiligung der Krankenkassen aus. Diese sollen mit Unterstützung der Bundesländer initiiert und gefördert sowie wissenschaftlich evaluiert werden.

Finanzielle Fördermöglichkeiten, insbesondere Mittel aus dem Krankenhaus-Strukturfonds, sollen vorrangig genutzt werden, um einen Umbau der vorhandenen Strukturen in eine sektorenübergreifende Versorgung zu forcieren.

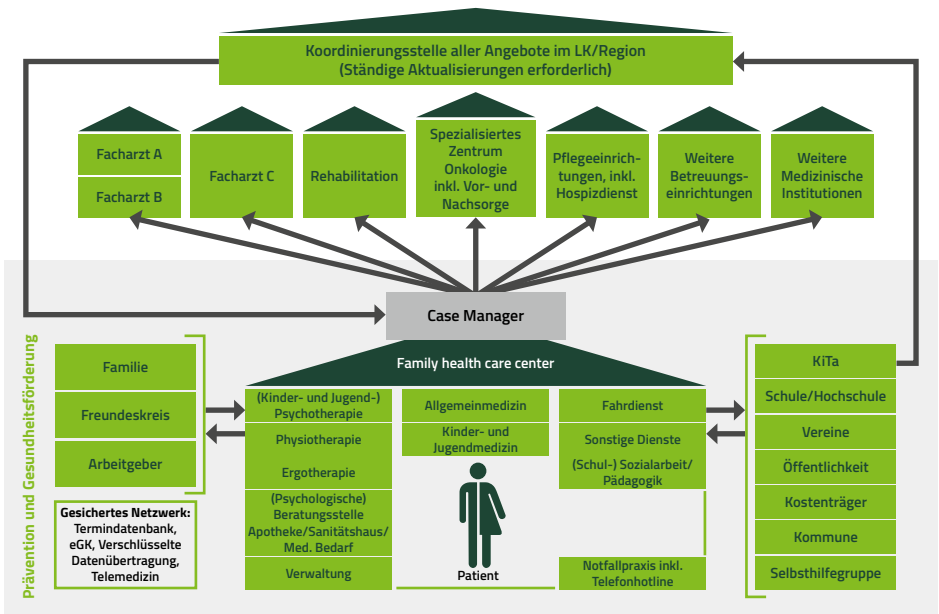
In strukturschwachen Regionen steht die Sicherstellung und die Qualität der Versorgung im Mittelpunkt. In Metropolregionen sind die Versorgung der Patientinnen und Patienten in spezialisierten Zentren mit bestmöglicher Fachkompetenz sowie die Stärkung einer gestuften ambulanten Versorgung (kurativ, rehabilitativ, pflegerisch) prioritär.

Beispiele für Modellprojekte mit Unterstützung der BARMER

Baden-Württemberg: Modellprojekt zur sektorenübergreifenden Versorgung in der Modellregion Südwestwürttemberg (Januar 2016 – Juni 2018)

Die Landkreise Reutlingen, Biberach und Ravensburg bildeten die Modellregion

Südwestwürttemberg und erarbeiteten über die Kreisgrenzen hinweg kurzfristige, mittelfristige und langfristige Lösungen für eine sektorenübergreifende Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, die auch auf andere Regionen übertragbar sind. Auf Basis von sieben Krankheitsbildern wurden Handlungsfelder und Qualitätsindikatoren erarbeitet.



Quelle: Modellprojekt sektorenübergreifende Versorgung in Baden-Württemberg, Projektbericht, Abb. 117, S. 208

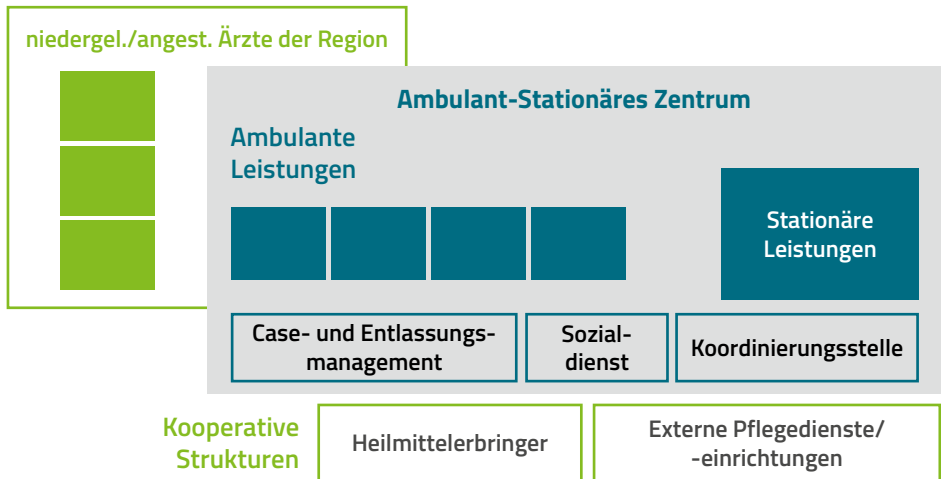
Brandenburg: Innovationsfondsprojekt StimMT – Strukturmigration im Mittelbereich Templin (Januar 2017 – Ende 2020)

Das Projektvorhaben IGiB-StimMT – Strukturmigration im Mittelbereich Templin – wird mit Mitteln aus dem Innovationsfonds gefördert. Es geht darum, in einem

infrastrukturell benachteiligten ländlichen Raum mit großem Demografie- als auch Morbiditätsproblem ein medizinisches sektorenübergreifendes Versorgungskonzept umzusetzen, welches auch den Entwicklungen in den nächsten 10 bis 20 Jahren Rechnung trägt.

Im Vordergrund steht dabei die Stärkung einer qualitativ hochwertigen ambulanten Versorgung. In diesem Zuge wird die stationäre Behandlungskapazität bedarfsgerecht angepasst. Dies geschieht durch eine sektorenübergreifende Bündelung der fachlichen Kompetenzen mittels Kooperation von Ärztinnen und Ärzten in

Niederlassung und im Krankenhaus angestellten Medizinerinnen und Mediziner. Im Rahmen der Umstrukturierung werden die neuen Versorgungsangebote schrittweise im neu etablierten Ambulant-Stationären-Zentrum am Standort des Krankenhauses angesiedelt.



Quelle: IGiB-StimMT

Sachsen: Ländliches Gesundheitszentrum Mittleres Erzgebirge (Mai 2018 – Ende 2021)

Es werden gemeinsame Versorgungsziele für ein ländliches Versorgungszentrum in der Kreisstadt Marienberg entwickelt, um die stationäre Grund- und Notfallversorgung abzusichern und gleichzeitig die ambulante

Versorgung aufrecht zu erhalten. Dabei werden insbesondere die örtlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen sowie mögliche vertragliche Konstellationen bewertet, die für die Bildung eines regionalen Gesundheitszentrums unter Beteiligung der Kommunen nötig sind.

Impressum

Herausgeber

BARMER

Postfach 110704, 10837 Berlin

Text

Andreas Hölscher, Gabriela Leyh,
Winfried Plötze, Frank Szczepanski

Redaktion

Susanna Weineck

Stand

Februar 2019

© BARMER 2019

Alle Rechte vorbehalten.

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit
vorheriger schriftlicher Einwilligung der
BARMER.

