

10-Punkte-Papier der BARMER – Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung

In einem 10-Punkte-Papier unterbreitet die BARMER Vorschläge zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung. Damit setzt sie einen Impuls in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion um strukturelle Defizite im deutschen Gesundheitswesen: Das Thema sektorenübergreifende Versorgung steht endlich auf der politischen Agenda der Bundesregierung. CDU, CSU und SPD hatten sich in ihrem Koalitionsvertrag darauf verständigt, die Zusammenarbeit und Vernetzung im Gesundheitswesen auszubauen. Nun erarbeitet die dazu eingesetzte Bund-Länder-Arbeitsgruppe Vorschläge, wie ambulante und stationäre Versorgungsbereiche stärker sektorenübergreifend entwickelt werden können. Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat mehrfach Maßnahmen zur Stärkung der Koordination und Kooperation im Gesundheitswesen vorgeschlagen, zuletzt in seinem Gutachten von 2018.

Notwendig sind grundlegende strukturelle Veränderungen

Würden neue Rahmenbedingungen geschaffen, die eine Organisation der medizinischen Behandlung über die Sektorengrenzen des Gesundheitssystems hinweg erleichtern, käme dies vor allem Patientinnen und Patienten zu Gute. Denn die historisch gewachsenen Sektoren im deutschen Gesundheitswesen erschweren eine kontinuierliche und abgestimmte Behandlung.

Prof. Dr. Ferdinand Gerlach, Vorsitzender des Sachverständigenrats, spricht von einer „Mauer“ zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung. Es bestünden keine Anreize zur Kooperation zwischen den Sektoren und den Berufsgruppen im Gesundheitswesen, so Prof. Dr. Gerlach im Rahmen des Versorgungsdialogs 2029* in Hannover, bei dem notwendige Schritte für eine sektorenübergreifende Versorgung unter Beteiligung regionaler Partner diskutiert wurden. Vielmehr gebe es eine „ineffiziente sektorale Konkurrenz“ der Akteure im Gesundheitswesen.

So bestimmt oftmals nicht der medizinische Bedarf die ärztliche Versorgung der Patientinnen und Patienten, sondern die den einzelnen Sektoren zu Grunde liegenden Regelungen zu Vergütung und Leistungserbringung. Bisherige gesetzgeberische Maßnahmen reichen nicht aus, um die Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Ärzten optimal und patientenorientiert aufeinander abzustimmen. Notwendig sind vielmehr grundlegende strukturelle Veränderungen, um an der Schnittstelle der Sektoren gleiche Voraussetzungen für die Leistungserbringer zu schaffen.

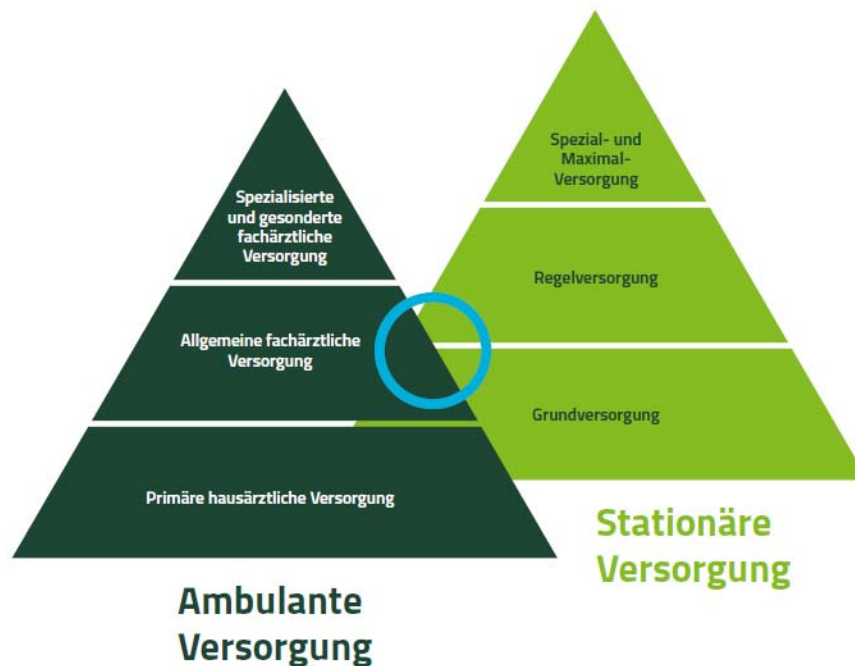
10-Punkte-Papier: Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung

Im Mittelpunkt der Überlegungen des 10-Punkte-Papiers der BARMER stehen die medizinischen Leistungen an der Schnittstelle zwischen ambulant fachärztlicher Versorgung und der stationären Grund- und Regelversorgung. Bislang unterliegen gleiche medizinische Leistungen unterschiedlichen Bedingungen bei Zugang, Vergütung, Qualität und Leistungsdefinition. Es gibt einen fehlgerichteten Wettbewerb von niedergelassenen Fachärzten und Krankenhäusern um diese Leistungen. Dadurch entstehen Fehlanreize, und Leistungen werden oft dort erbracht, wo die Vergütung höher ist.

[Zum Download](#)

10-Punkte-Papier
der BARMER

*Versorgungsdialog 2029
Gesundheit weiter gedacht
Eine Veranstaltung der
BARMER



Im Fokus einheitlicher Versorgungsplanung und Vergütung: Die Schnittstelle zwischen allgemeiner fachärztlicher ambulanter Versorgung sowie der Grund- und Regelversorgung im Krankenhaus.

Sektorenübergreifende Versorgungsplanung

Leistungen, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können, sollten in Zukunft auch einer gemeinsamen sektorenübergreifenden Bedarfsplanung unterliegen. Dazu muss der Gesetzgeber der gemeinsamen Selbstverwaltung den Auftrag zur Erarbeitung von Richtlinien für eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung erteilen. Als Grundlage für die Bedarfsplanung sind bundesweite Referenzwerte notwendig. Dazu sollten die Abrechnungs- und Leistungsdaten aus dem Behandlungsgeschehen bei einer neutralen Stelle zusammenfließen und analysiert werden. Es muss dafür keine neue Institution entstehen, diese Aufgabe könnte zum Beispiel das Statistische Bundesamt übernehmen. Die Länder werden dazu verpflichtet, Gremien für die sektorenübergreifende Versorgung einzurichten, den regionalen Bedarf an Leistungen festzustellen und die notwendigen Leistungskapazitäten zu ermitteln. Sie orientieren sich dabei an den bundesweiten Referenzwerten. Das wäre ein Paradigmenwechsel weg von der bisherigen Planung nach Arztsitzen oder Krankenhausbetten, hin zu einer Ausrichtung am tatsächlichen Bedarf.

Es muss der Grundsatz gelten: Gleiches Geld für gleiche Leistung

Um Fehlanreize zu vermeiden, soll für die Leistungen an der Schnittstelle zwischen allgemeiner fachärztlicher ambulanter Versorgung sowie der Grund- und Regelversorgung im Krankenhaus ein einheitliches Vergütungssystem geschaffen werden. Dabei werden gleichzeitig einheitliche Qualitätsanforderungen definiert: Behandelnde Ärztinnen und Ärzte müssen sich bei den definierten Leistungen und Leistungskomplexen an Behandlungspfaden und Leitlinien orientieren, die Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und Krankenhausärzten wird klar definiert.

Sektorenübergreifende Versorgung in Modellprojekten erproben

Zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung besonders in strukturschwachen Regionen empfiehlt die BARMER den Aufbau von Regionalen Versorgungsverbänden. Durch sie werden Leistungserbringer optimal miteinander vernetzt. Aufbau und Struktur der Regionalen Versorgungsverbände ergeben sich aus den vorhandenen regionalen Ressourcen. Ein Systemwechsel zu einer sektorenübergreifenden Versorgung kann nur schrittweise umgesetzt werden. In Modellregionen sollten deshalb die neuen Strukturen und Prozesse einer sektorenübergreifenden medizinischen Versorgung unter Beteiligung der gesetzlichen Krankenkassen erprobt werden.

Neustrukturierung der Notfallversorgung

Handlungsbedarf für eine stärkere sektorenübergreifende Organisation der Versorgung gibt es auch im Bereich der Notfallversorgung. Während die Krankenhäuser seit Jahren eine steigende Anzahl von Patientinnen und Patienten in ihren Notfallambulanzen verzeichnen, die zu einem großen Teil auch in der ambulanten Versorgung der niedergelassenen Ärzte behandelt werden könnten, verzeichnet der Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) eine sinkende Inanspruchnahme.

Vorschläge des Sachverständigenrats

Vor diesem Hintergrund hatte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“ (2018) eine bessere Verzahnung der bislang drei getrennten Bereiche des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes, des Rettungsdienstes sowie der Notaufnahmen der Kliniken angemahnt.

Kern der Reformideen ist eine einheitliche telefonische „Integrierte Leitstelle“, welche die bisher getrennten Rufnummern 112 und 116117 zusammenführen soll. In den Krankenhäusern sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und die Krankenhäuser in gemeinsamer Trägerschaft „Integrierte Notfallzentren“ (INZ) im Sinne „eines Tresens“ einrichten. Der Betrieb dieser Notfallzentren soll dabei den KVen obliegen. In den Notfallzentren wird von Medizinern eine systematische Triage der Behandlungsdringlichkeit vorgenommen. Von dort werden die Patientinnen und Patienten entweder an den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst für eine ambulante Behandlung oder die zentrale Notaufnahme der Klinik für eine stationäre Behandlung überwiesen.

BMG-Eckpunkte zur Reform der Notfallversorgung

Anknüpfend an die Vorschläge des Sachverständigenrats hatte Bundesgesundheitsminister Spahn im Dezember 2018 Eckpunkte zur Reform der Notfallversorgung vorlegt, mit denen der Notdienst in seiner derzeitigen Form neu organisiert werden soll.

So wird der Vorschlag gemeinsamer Notfallleitstellen aufgegriffen: Anrufer der Nummern 112 sowie 116117 sollen künftig eine gemeinsame Leitstelle erreichen.

Daneben erhalten KVen und Krankenhäuser den Auftrag, INZ einzurichten und zu betreiben. In den INZ werden eine zentrale Anlaufstelle („Ein-Tresen-Prinzip“), der ärztliche Bereitschaftsdienst der KV und die zentrale Notaufnahme des Krankenhauses integriert. Von dort aus sollen die Patientinnen und Patienten der richtigen Versorgungsebene zugewiesen werden.

Zur Vergütung der künftigen Notfallversorgung in den INZ schließen die Krankenkassen und die KVen mit Krankenhäusern im Land gemeinsam Verträge, wie es in den Eckpunkten heißt.

Nach Aussagen des Ministers soll der Gesetzgebungsprozess in der ersten Hälfte des Jahres 2019 starten, damit die Reform zum 01.01.2020 in Kraft treten kann.

- **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. Aus Sicht der BARMER sind gemeinsame Leitstellen und Integrierte Notfallzentren dafür gut geeignet. 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.**