Gesundheitspolitische Nachrichten aus der Hauptstadt

Berlin kompakt

Nr. 10 // 16. November 2018

Gutachten der KBV zu Intersektoralen Gesundheitszentren

Intersektorale Gesundheitszentren (IGZ) könnten einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung besonders in ländlichen oder strukturschwachen Regionen leisten. Dies geht aus einem Gutachten hervor, das die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) Wissenschaftlern der Universität Bayreuth und der Oberender AG in Auftrag gegeben hat. Darin wird die Umwandlung von „defizitären" und „nicht ausgelasteten Krankenhäusern" in ambulante Zentren beschrieben.

Das Gutachten identifiziert in Deutschland 75 idealtypische Krankenhausstandorte, die sich für eine Umwandlung anbieten. Ihr langfristiges Fortbestehen sei gefährdet, jedoch sollten sie nicht ersatzlos geschlossen werden, da sie für die flächendeckende Versorgung wichtig seien. Die Krankenhäuser verbindet, dass sie in der Mehrzahl in öffentlicher Trägerschaft sind, sie im ländlichen Raum angesiedelt sind und der Grund- und Regelversorgung angehören. Zudem sind sie klein, sie verfügen über 51 bis 150 Betten.

Der Grundgedanke des Gutachtens, die Versorgung in strukturschwachen Regionen durch die Umwandlung von nicht ausgelasteten Krankenhäusern in Intersektorale Gesundheitszentren zu stärken, ist grundsätzlich positiv. Sie trägt dem Anliegen des Gesetzgebers Rechnung, die Krankenhauslandschaft zu bereinigen und weiterzuentwickeln, gegebenenfalls mit Mitteln des Strukturfonds.

Das IGZ weist über die klassische ambulante Versorgung hinaus

Mit dem IGZ wird eine neue Versorgungsform geschaffen. Es soll die wohnortnahe Grundversorgung in der Region mit dem Schwerpunkt auf allgemeinärztlichen, internistischen und weiteren konservativen Angeboten sichern. Die Zielgruppe sind Patientinnen und Patienten, die nicht die hochtechnisierte Infrastruktur eines Krankenhauses brauchen, für die aber aufgrund eines erhöhten Monitoringbedarfs oder einer sozialen Indikation eine rein ambulante Versorgung nicht ausreicht. Dazu zählen besonders auch ältere Menschen.

Zur Kernleistung des IGZ gehört neben der klassischen ambulanten Versorgung die „Erweiterte Ambulante Versorgung" (EAV): Für die EAV wird eine bettenführende Einheit aufgebaut, die auch die Erbringung stationsersetzender Leistungen und eine bis zu fünf Tage dauernde medizinische Überwachung ermöglicht. Patientinnen und Patienten werden nur in der EAV behandelt, wenn alle für sie notwendigen Leistungen im ambulanten Versorgungskontext erbracht werden können.

Die Autoren des Gutachtens gehen davon aus, dass aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts immer mehr ursprünglich stationäre Leistungen in ambulanten Strukturen erbracht werden können. Deshalb werde sich die Zahl der Krankheitsbilder und Diagnosen, die in der EAV erbracht werden können, zukünftig erhöhen.

Die pflegerische und ärztliche Betreuung soll in der EAV rund um die Uhr sichergestellt werden, jedoch ist – anders als im Krankenhaus – keine kontinuierliche ärztliche Präsenz vorgesehen. Nachts und an Wochenenden soll die Betreuung über eine fachärztliche Rufbereitschaft sichergestellt werden.

Der Ansatz, weiteres Ambulantisierungspotenzial in der medizinsichen Versorgung zu nutzen, um stationäre Behandlungen zu vermeiden, ist sinnvoll.
Die auf Kooperation angelegte Struktur eines IGZ kann zudem Anreize für Vertragsärzte zur Niederlassung in strukturschwachen Regionen setzen.

BARMER
Abteilung Politik, Ruth Rumke (V.i.S.d.P.)
politik@barmer.de, Tel. 030-23 00 22-012
www.barmer.de/politik

IGZ entlastet Kommunen

Die Wissenschaftler haben im Gutachten die Umwandlung eines Krankenhauses in ein IGZ in Form einer Fallstudie „durchgespielt". Sie kommen zu dem Schluss, dass ein wirtschaftlicher Betrieb der neuen Versorgungsform möglich ist. Ein IGZ sei nicht nur in sich ökonomisch tragfähig, sondern es entlaste seinen Träger auch um das strukturelle Defizit des Krankenhauses. Zudem biete sich für angrenzende Krankenhäuser die Chance einer besseren Auslastung.

Zum Download
Gutachten zu IGZ

Um den Betrieb der neuen Versorgungsform zu erleichtern, müssten jedoch neue Rahmenbedingungen geschaffen werden. Notwendig sei zum Beispiel ein neues Vergütungssystem, das der Leistungsverschiebung in den ambulanten Bereich gerecht werde. Um die Vergütung der EAV-Leistungen in ihrer Fallstudie abzubilden, hatten die Wissenschaftler übergangsweise auf Verträge zur Integrierten Versorgung (§ 140a SGB V) zurückgegriffen. Als Orientierung für die Höhe der möglichen Vergütung dienten um 30 Prozent reduzierte DRG-Fallpauschalen.

Für eine tragfähige Versorgungskonzeption müssten weitergehende konkrete Vorschläge unterbreitet werden: So bedarf es einer klaren Leistungsdefinition für IGZ, einer realistischen Bedarfsanalyse und Vergütungsregelung sowie einer rechtssicheren Vertragsbasis für diese Versorgungseinrichtungen.

Die BARMER schlägt mit ihren Vorstellungen zur Entwicklung von Regionalen Versorgungsverbünden einen alternativen Weg ein: Auf der Basis von einheitlicher Versorgungsplanung und Vergütung sollen in einem Versorgungsverbund auch Krankenhäuser als Versorgungskern ermöglicht werden. Damit würden nicht nur fachärztliche, sondern auch stationäre Leistungen der Grund- und Regelversorgung zum Leistungsumfang der neuen Versorgungsform gehören.

Arzneimittelinformations-Verordnung liegt vor

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat den Entwurf für eine „Elektronische Arzneimittelinformations-Verordnung" (EAMIV) vorgelegt. Ziel des elektronischen Arzneimittel-Informationssystems (AiS) ist es, Ärztinnen und Ärzte zukünftig besser über die Ergebnisse der Nutzenbewertungsverfahren für neue Medikamente in Kenntnis zu setzen.

Zum Download
Elektronische Arzneimittelinformations-Verordnung (EAMIV)

Die Verordnung legt dazu die Mindestanforderungen der Informationen über die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur frühen Nutzenbewertung fest, die die Praxissoftware der Vertragsärzte enthalten muss. Dazu gehören zum Beispiel Vergleichstherapien, Jahrestherapiekosten oder Patientengruppen, für die eine Aussage zum Zusatznutzen getroffen werden kann. Die Jahrestherapiekosten und die Angaben zur zweckmäßigen Vergleichstherapie sollen zukünftig regelmäßig durch den G-BA aktualisiert werden. Dazu muss der G-BA seine Beschlüsse auf der Internetseite als strukturierten Datensatz bereitstellen, so dass diese für die Anbieter elektronischer Programme automatisiert abrufbar sind.

Das AiS startet mit einem Minimum an Informationen. Diese Mindestanforderungen können durch Vereinbarungen der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung ergänzt werden. Wie die Akzeptanz der hinterlegten Informationen und damit die Umsetzung in der Arztpraxis im Arztalltag sein wird, bleibt abzuwarten. Ziel muss es

BARMER
Abteilung Politik, Ruth Rumke (V.i.S.d.P.)
politik@barmer.de, Tel. 030-23 00 22-012
www.barmer.de/politik

sein, den Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit zu geben, Informationen über die nutzenbewerteten Medikamente stärker als bisher bei ihrer Therapieentscheidung zu berücksichtigen.

BARMER-Pflegereport 2018

Der Schwerpunkt des diesjährigen BARMER Pflegereports liegt auf der Gesundheit pflegeder Angehöriger. „Pflegende Angehörige brauchen mehr gesellschaftliche Unterstützung und Entlastung, so Prof. Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER, anlässlich der Vorstellung des BARMER-Pflegereport 2018. Von großer Bedeutung sei deshalb eine frühzeitige Beratung, mehr Unterstützung und Entbürokratisierung. Viele pflegende Angehörige sind an ihrer körperlichen und psychischen Belastungsgrenze angelangt. Über 180.000 der bundesweit insgesamt 2,5 Mio. pflegenden Angehörigen stehen kurz davor, aufzugeben oder fordern weitere Unterstützung zur Pflege ein.
Die gesundheitlichen Auswirkungen der starken und oft langjährigen psychischen und körperlichen Beanspruchungen auf pflegende Angehörige sind enorm. Laut dem Autor der Studie, Prof. Dr. Heinz Rothgang, zeigen die Ergebnisse des Reports signifikante Unterschiede zwischen Hauptpflegepersonen und sonstigen Versicherten. Besonders psychische Erkrankungen, Depressionen oder Schlafmangel treten weit häufiger bei den Pflegenden auf.

Zum Download
BARMER-Pflegereport 2018
Pressemappe

Prof. Dr. Christoph Straub
Vorstandsvorsitzender der BARMER

Prof. Dr. Heinz Rothgang
SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik - Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung, Uni Bremen

BARMER sorgt für Entbürokratisierung beim Antrag auf Pflegeleistungen

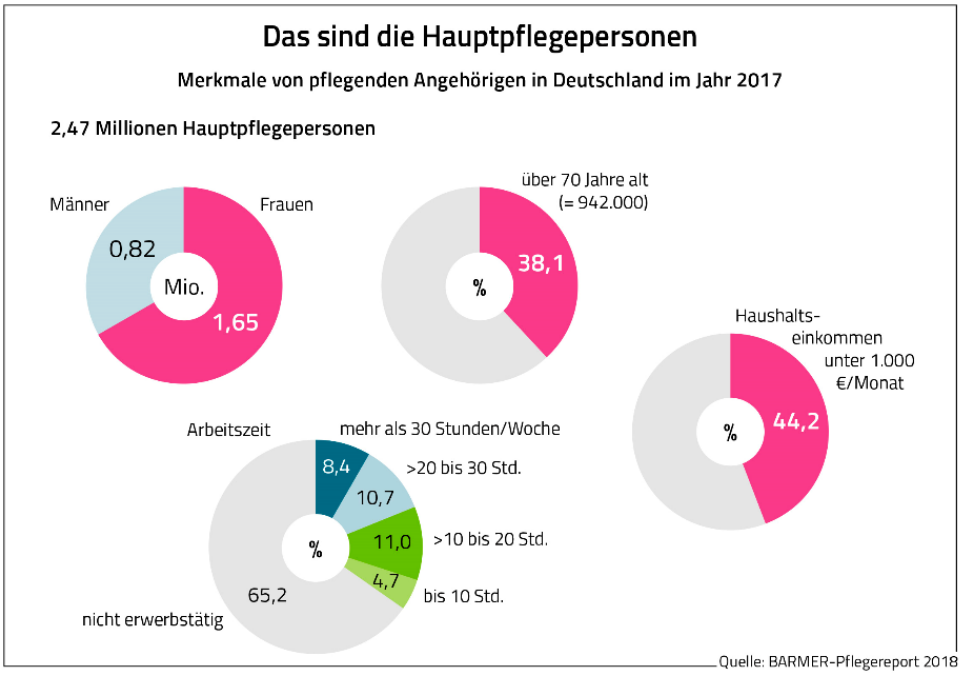
Auf die Frage, was sie sich wünschen, wurde von fast 60 Prozent der im Report Befragten weniger Bürokratie bei der Beantragung von Leistungen genannt. Versicherte der BARMER werden daher in Kürze die Möglichkeit haben, den Hauptantrag auf Pflegeleistungen auch online zu stellen. Zur Entlastung der pflegenden Angehörigen und zur Entbürokratisierung in der Pflege könnte auch ein jährliches Entlastungsbudget beitragen. Darin könnten Leistungsansprüche gesammelt und damit von Pflegebedürftigen besser abgerufen werden. Im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD ist dies bereits vorgesehen. Aus Sicht der

BARMER
Abteilung Politik, Ruth Rumke (V.i.S.d.P.)
politik@barmer.de, Tel. 030-23 00 22-012
www.barmer.de/politik

BARMER könnten dabei neben den geplanten Leistungen der Kurzzeit- und Verhinderungspflege auch die Entlastungsleistungen von aktuell 125 Euro monatlich in das Budget einbezogen werden.

Weitere wichtige Ergebnisse des Pflegereports

- **Einnahmen und Ausgaben:** Die Leistungsausgaben der sozialen Pflegeversicherung sind zwischen 2016 und 2017 um 7,25 Mrd. Euro gestiegen. Die Einnahmen legten im gleichen Zeitraum jedoch nur um 4 Mrd. Euro zu.
- **Pflegebeguatchtung:** Im Jahr 2016 wurden insgesamt 1,64 Mio. Erstbegutachtungen durchgeführt. 1,34 Mio. davon waren Anträge auf ambulante Pflegeleistungen.
- **Inanspruchnahme von Hilfsangeboten:** Laut Report nehmen knapp 440.000 pflegende Angehörige die Leistungen der Kurzzeitpflege nicht in Anspruch, weil sie sich durch die Angebotsstruktur oder den Aufwand daran gehindert fühlen.



Zum Download
Tabelle Gesetzgebung

Termine laufender Gesetzgebungsverfahren

BARMER
Abteilung Politik, Ruth Rumke (V.i.S.d.P.)
politik@barmer.de, Tel. 030-23 00 22-012
www.barmer.de/politik