

## **Pressemitteilung**

### **Zehn-Punkte-Papier für Medizin ohne Sektorengrenzen**

Berlin, 25. April 2019 – Die BARMER fordert einen Strukturwandel in der medizinischen Versorgung in Deutschland. Sie soll künftig konsequent über Sektorengrenzen hinweg am Bedarf der Patientinnen und Patienten ausgerichtet werden. Dabei soll es eine einheitliche Vergütung für ärztliche Leistungen geben. Das sind die Kerpunkte eines neuen Zehn-Punkte-Papiers der BARMER. „Die Überwindung der Sektorengrenzen in der Medizin ist der Schlüssel für eine nachhaltig hochwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten. Das Zehn-Punkte-Papier der BARMER zeigt Wege für eine zeitgemäße Zusammenarbeit zwischen Kliniken und Praxen auf. Das entlastet die Akteure im Gesundheitswesen und fördert die kontinuierliche und bedarfsgerechte Behandlung der Patientinnen und Patienten“, sagte Prof. Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER, am Donnerstag in Berlin. Basierend auf heutigen Strukturen und Prozessen könne der Systemwechsel zunächst in Modellvorhaben umgesetzt werden.

#### **Versorgung sektorenübergreifend planen**

Straub: „Wenn wir es tatsächlich ernst meinen mit der Überwindung der Grenzen zwischen ambulanten und stationären Sektor, muss zwangsläufig die getrennte Planung beider Versorgungsbereiche konsequent entfallen.“ Im Mittelpunkt der neuen gemeinsamen Versorgungsplanung stünden fachärztliche Leistungen an der Schnittstelle von ambulanter Versorgung sowie der Grund- und Regelversorgung im Krankenhaus. „Die für eine neu justierte Versorgungsplanung geeigneten Leistungen müssen nach bundeseinheitlichen Kriterien definiert werden. Dazu sollte der Gesetzgeber die Selbstverwaltung verpflichten“, so der Vorstandsvorsitzende der BARMER. Die Zusammenführung der Leistungs- und Abrechnungsdaten und Ableitung von Referenzwerten als empirischer Anker könne durch ein neutrales Institut erfolgen, etwa das Statistische Bundesamt.

**BARMER**

**Pressestelle**

Axel-Springer-Str. 44 • 10969 Berlin

[www.barmer.de/presse](http://www.barmer.de/presse)

[www.twitter.com/BARMER\\_Presse](http://www.twitter.com/BARMER_Presse)

presse@barmer.de

Athanasiос Drougias (Ltg.)  
Tel.: 0800 33 30 04 99 14 21  
[athanasios.drougias@barmer.de](mailto:athanasios.drougias@barmer.de)

Sunna Gieseke  
Tel.: 0800 33 30 04 99 80 31  
[sunna.gieseke@barmer.de](mailto:sunna.gieseke@barmer.de)

#### **Sektorenübergreifendes Vergütungssystem schaffen**

Es sei zwingend notwendig, jetzt die Weichen für eine ambulante und stationäre Versorgung aus einem Guss zu stellen. „Eine sektorenübergreifende Versorgung kann aber nur dann ohne Reibungsverluste funktionieren, wenn es für die gleiche ärztliche Leistung

auch die gleiche Vergütung gibt“, sagte Straub. Deshalb sehe das Zehn-Punkte-Papier vor, für bestimmte Leistungen der fachärztlichen ambulanten Versorgung sowie der Grund- und Regelversorgung im Krankenhaus eine gleiche Vergütung zu schaffen. Damit sei es unerheblich, ob der Patient ambulant oder im Krankenhaus versorgt werde. Die einheitliche Vergütung müsse neu konzipiert und kalkuliert werden, so der BARMER-Vorstandsvorsitzende weiter. Danach müssten auf Basis des regionalen Leistungsbedarfs Mengen- und Finanzierungskontingente bestimmt werden.

### **Regionale Versorgungsverbünde entwickeln**

Ein weiteres Element der BARMER-Vorschläge seien regionale Versorgungsverbünde, um die Leistungsanbieter optimal zu vernetzen. Zudem unterstützten digitale Technologien ihre Zusammenarbeit über Sektorengrenzen. Die Verbünde könnten besonders in ländlichen Regionen die flächendeckende Versorgung sichern. „Versorgungsverbünde können aus Ärztenetzen, Kliniken oder Medizinischen Versorgungszentren heraus gemeinsam entwickelt werden. Die Anbieter von Pflege-, Rehabilitations- und anderen Gesundheitsangeboten sollten nach und nach ergänzt werden“, sagte Straub. Die Kommunen müssten beim Um- und Aufbau geeigneter Modelle und bei der Motivation zur Gründung von Arztnetzen für regionale Versorgungsverbünde einbezogen und verbindlich beteiligt werden.

# **Statement**

von Prof. Dr. med. Christoph Straub  
Vorstandsvorsitzender der BARMER

anlässlich des Pressefrühstücks  
zur Präsentation des Zehn-Punkte-Papiers  
zur sektorenübergreifenden Versorgung

am 25. April 2019 in Berlin

Die Impfpflicht, der Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen oder auch das Thema der freien Krankenkassenwahl werden derzeit in Deutschland lebhaft debattiert. Eine andere Debatte, die über die sektorenübergreifende Versorgung von Patientinnen und Patienten, findet dagegen überwiegend in Fachkreisen statt. Tatsächlich handelt es sich jedoch um ein Megathema. Denn das deutsche Gesundheitswesen krankt seit Jahrzehnten an einer zentralen Stelle. Trotz zahlreicher Versuche von Politik und Selbstverwaltung ist es bisher nicht gelungen, die medizinische Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg substantiell zu verbessern. Allein die Tatsache, dass die Planung ambulanter und stationärer Leistungen nicht aus einer Hand erfolgt, ist in Zeiten von Arztmangel im ländlichen Raum nicht zeitgemäß und führt zur Manifestierung von Fehlversorgung. Weiter trägt sie zur Überversorgung in Monopolregionen und zu unwirtschaftlichen Doppelstrukturen bei. Die Leidtragenden dieser Fehlentwicklungen sind am Ende die Patientinnen und Patienten. Die medizinischen Strukturen über die Sektorengrenzen hinweg zu organisieren, ist also der Schlüssel für eine zukunftsfähige und patientenorientierte Versorgung in Deutschland. Deshalb begrüßt es die BARMER ausdrücklich, dass die Große Koalition eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe eingesetzt hat, um nachhaltige Schritte für eine sektorenübergreifende Versorgung einzuleiten. Die BARMER gestaltet diesen Prozess aktiv mit und hat ein Zehn-Punkte-Papier für eine zeitgemäße Zusammenarbeit zwischen Kliniken und Praxen erarbeitet, das wir heute vorstellen.

### **Sektorenübergreifende Planung, einheitliche Vergütung, regionale Versorgungsverbünde**

Unser Zehn-Punkte-Papier verfolgt das Ziel, das Gesundheitssystem stärker am Bedarf der Patientinnen und Patienten zu orientieren. Zu seinen Kernelementen gehören eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung, ein einheitliches Vergütungssystem für gleiche Leistungen und regionale Versorgungsverbünde. Diese Schritte sind ambitioniert, aber dennoch machbar. Es ist also an der Zeit für eine ambulante und stationäre Versorgung aus einem Guss. Um die Sektoren überwinden zu können, müssen nun auch alle beteiligten Akteure willens sein, sich zu bewegen.

### **Sektorenübergreifende Planung orientiert sich am medizinischen Bedarf in der Region**

Die Grundlage für eine sektorenübergreifende Versorgung ist aus unserer Sicht die Abkehr von der getrennten Planung ambulanter und stationärer Leistungen. Im Fokus stehen 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. Denn letzten Endes ist es für den Patienten zweitrangig, wo er medizinisch betreut wird. Für ihn zählt in erster Linie der Behandlungserfolg und eine möglichst rasche Genesung.

### **Leistungsplanung ersetzt die Kapazitätsplanung**

Die Leistungs- und Kapazitätsplanung soll sich künftig am tatsächlichen Bedarf an medizinischen Leistungen vor Ort orientieren. Um den tatsächlichen Bedarf an medizinischen Leistungen zu ermitteln, sollen Leistungsdaten aus dem ambulanten und dem stationären Bereich in einem bundesweiten Datensatz erhoben werden. Ein neutrales Institut wie beispielsweise das Statistische Bundesamt soll auf Basis dieser Daten Referenzwerte als empirischer Anker ermitteln, die für die Bestimmung der Kapazitäten in den Ländern bereitgestellt werden. Welche medizinischen Leistungen ambulant und stationär erfolgen können, soll die gemeinsame Selbstverwaltung festlegen, bestehend aus Kassenärztlicher Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverband und Deutscher Krankenhausgesellschaft. Für die sektorenübergreifende Versorgungsplanung werden die Länder verpflichtet, in Weiterentwicklung des bestehenden gemeinsamen Landesgremiums ein sektorenübergreifendes Gremium zu errichten. Dieses legt dann den Bedarf an medizinischen Leistungen in einer Region fest. Diese Schritte führen dazu, dass die bisherige Kapazitätsplanung durch eine Leistungsplanung ersetzt werden kann.

### **Gleiches Geld für gleiche Leistung**

Eine sektorenübergreifende Versorgung kann aber nur dann ohne Reibungsverluste funktionieren, wenn es für die gleiche ärztliche Leistung auch die gleiche Vergütung gibt. Für eine gleichvergütete Abrechnungsmöglichkeit, unabhängig ob sie nun beim niedergelassenen Facharzt oder im Krankenhaus erfolgt, wird die Vergütung neu konzipiert und kalkuliert. Nach Feststellung des regionalen Leistungsbedarfs wird für die Leistungen sowohl ein Mengen- als auch ein Finanzkontingent bestimmt.

### **Regionale Versorgungsverbünde aus Kliniken oder Medizinischen Zentren**

Unser Zehn-Punkte-Papier sieht darüber hinaus eine optimale Vernetzung der Leistungsanbieter durch regionale Versorgungsverbünde vor. Bei deren Gründung sollten die Kommunen einbezogen werden. Die Verbünde können aus Arztnetzen, Kooperationsverbünden, Medizinischen Versorgungszentren oder Kliniken heraus entwickelt werden. Weitere Leistungserbringer könnten sich je nach regionalen Erfordernissen angliedern. So können sie insbesondere im ländlichen Raum dazu beitragen, dass die flächendeckende Versorgung erhalten bleibt. Dies gilt umso mehr, wenn dazu noch telemedizinische Anwendungen verstärkt zum Einsatz kommen und bestimmte Leistungen delegiert werden können. Um nicht missverstanden zu werden, die Telemedizin kann und soll die klassische ärztliche Arbeit nicht ersetzen. Sie leistet aber einen wertvollen Beitrag zu einer bestmöglichen Versorgung der Patientinnen und Patienten vor allem auf dem Land. Denn durch telemedizinische Anwendungen können die Betroffenen die Expertise ausgewiesener Fachleute auch dann erhalten, wenn diese nicht vor Ort sind.

### **Sektorenübergreifende Versorgung in Modellprojekten erproben**

Freilich kann solch ein tiefgreifender Systemwechsel nur schrittweise umgesetzt werden. Deshalb spricht sich die BARMER dafür aus, eine sektorenübergreifende Versorgung zunächst

in Modellregionen unter Beteiligung der Krankenkassen zu etablieren. Diese sollen mit Unterstützung der Bundesländer initiiert und gefördert sowie wissenschaftlich evaluiert werden. Denn letzten Endes steht und fällt eine sektorenübergreifende Versorgung damit, dass sie sich als praxistauglich erweist und sowohl von der Ärzteschaft als auch von den Patientinnen und Patienten angenommen wird. Aus Sicht der BARMER bietet die sektorenübergreifende Versorgung ein enormes Potenzial. Das Zehn-Punkte-Papier der BARMER soll dazu beitragen, die Diskussion zu befeuern und die Umsetzung zu beschleunigen.

# 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 Versorgungsverbünde entwickeln**



Versorgungsverbünde 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

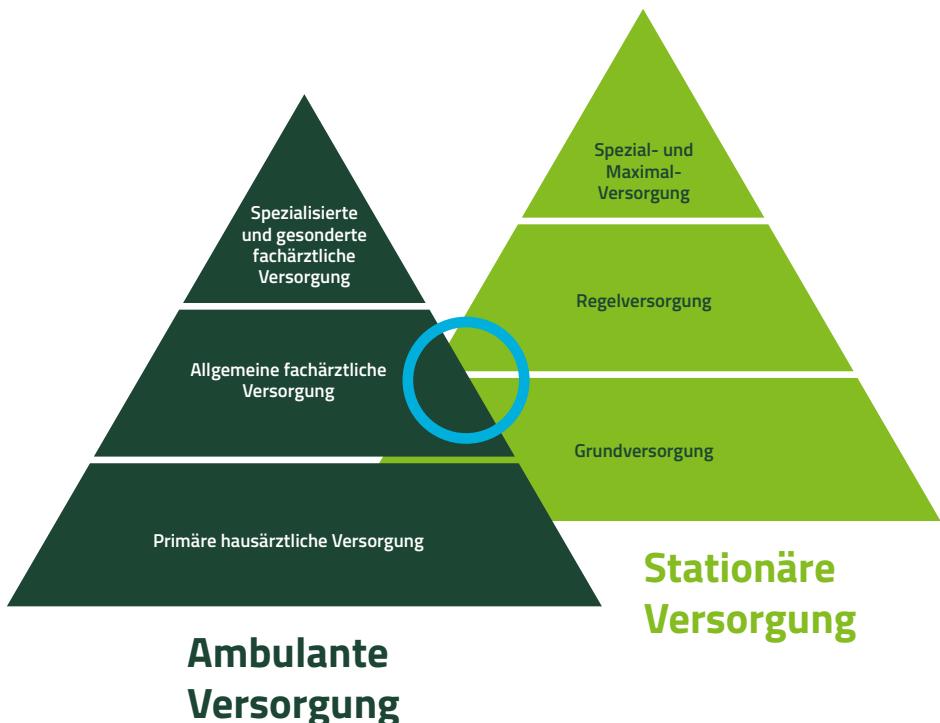
sich CDU, CSU und SPD vorgenommen, nachhaltige Schritte für eine sektorenübergreifende Versorgung einzuleiten.

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 Arztsitzen gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie und nach Krankenhausbetten auf Basis krankenhausplanerischer 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 verpflichtend**

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 Leistungsbereich 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. Sektorenübergreifen- des 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 Versorgungsverbünden (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 Versorgungsverbünden 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 Versorgungsverbünden kann von den örtlichen Leistungserbringern oder von den 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 unversorgten 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 Versorgungsverbünden 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 Versorgungsverbünden 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.

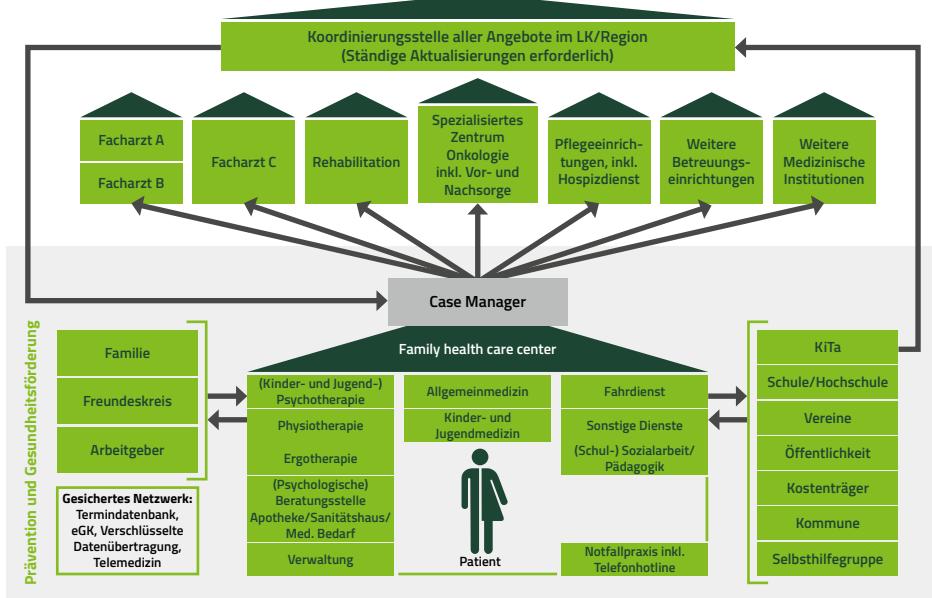
In strukturschwachen Regionen steht die Sicherstellung und die Qualität der Versorgung im Mittelpunkt. In Metropolregionen sind die Versorgung der Patientinnen und Patienten in spezialisierten Zentren mit bestmöglicher Fachkompetenz sowie die Stärkung einer gestuften ambulanten Versorgung (kurativ, rehabilitativ,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

## Beispiele für Modellprojekte mit Unterstützung der BARMER

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

Die Landkreise Reutlingen, Biberach und Ravensburg bildeten die Modellregion

Südwürttemberg 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

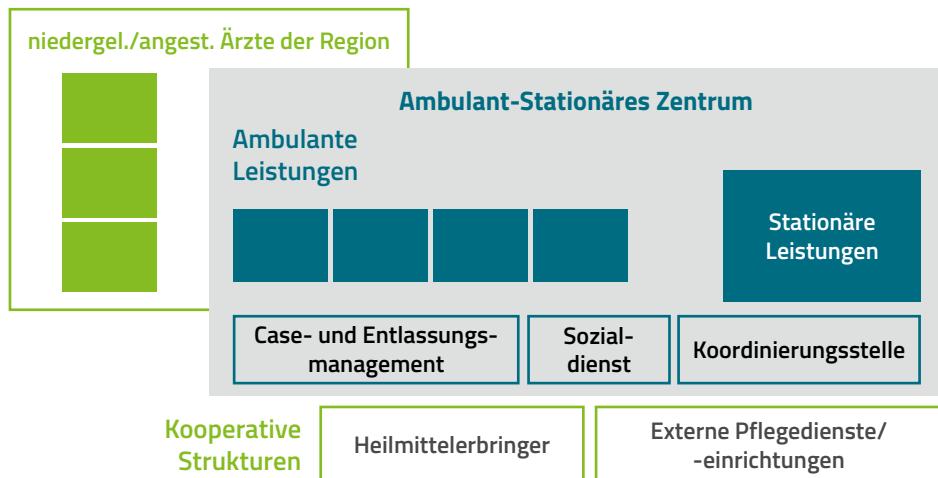
**Brandenburg:** Innovationsfondsprojekt StimMT – Strukturmigration im Mittelbereich Templin (Januar 2017 – Ende 2020)

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 bedarfs-gerecht angepasst. Dies geschieht durch eine sektorenübergreifende Bündelung der fachlichen Kompetenzen mittels Kooperation von Ärztinnen und Ärzten in

Niederlassung und im Krankenhaus ange-stellten Medizinerinnen und Medizinern. 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 be-wertet, die für die Bildung eines regionalen Gesundheitszentrums unter Beteiligung der Kommunen nötig sind.

# Impressum

## Herausgeber

BARMER  
Postfach 11 07 04, 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.

[www.barmer.de](http://www.barmer.de)

**BARMER**