

**Notwendige Schritte zur Umsetzung
einer sektorenübergreifenden Versorgung**

10-Punkte-Papier 2.0

Prof. Dr. Christoph Straub, Andreas Hölscher,
Gabriela Leyh, Susanna Weineck



Einleitung

Der Aufbau sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen bedeutet nicht weniger als einen Systemwechsel und erfordert entschlossene gesetzgeberische Reforminitiativen. Die Diskussion und die Projekte der letzten Jahre zeigen, dass der Gesetzgeber mutige Maßnahmen ergreifen muss, damit spürbare Fortschritte sowohl bei der Qualität der medizinischen Versorgung als auch bei der Effizienz des Gesundheitssystems erreicht werden können. Einige Reformmaßnahmen können kurzfristig umgesetzt werden, andere erfordern mittelfristige Planung und Gesetzgebung. Gut ist, dass die Bundesregierung in ihrem Koalitionsvertrag bereits verschiedene Maßnahmen zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung plant.

Vorrangiges Ziel ist eine weitgehende Vernetzung der medizinischen Versorgung, um eine kontinuierliche Behandlung für Patientinnen und Patienten sowie einen effizienten Ressourceneinsatz möglich zu machen. Dies erfordert einen konsequenten Ausbau der Digitalisierung in den Bereichen der Kommunikation, der Dokumentation und der medizinischen Anwendungen. Notwendig sind zudem die interprofessionelle Kooperation und die Zusammenarbeit ärztlicher und nichtärztlicher Berufe, die Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten auf nichtärztliche Gesundheitsberufe, die Koordination der Behandlungsschritte über die Grenzen der

bestehenden Sektoren und der Sozialgesetzbücher hinweg.

Für eine vernetzte, sektorenübergreifende Leistungserbringung ist ein neuer gesetzlicher Rahmen notwendig, der den ambulanten und den stationären Bereich miteinander verbindet. Perspektivisch bedarf es einer gemeinsamen Planung und Vergütung der Leistungen, die sektorenunabhängig erbracht werden können. Vorschläge dazu unterbreitet die BARMER in diesem weiterentwickelten „10-Punkte-Papier 2.0“.

Kurzfristige Maßnahmen für den Aufbau sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen

■ Für den Aufbau sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen werden bundesweit möglichst einheitliche Rahmenbedingungen benötigt, die hohe Qualitätsstandards für die Versorgung garantieren. Zentral ist dabei der Wille zur Kooperation zwischen Bund und Ländern sowie auf regionaler und lokaler Ebene, da die Kompetenzen aller Ebenen berührt werden.

■ Ein Systemwandel erfordert zunächst kurzfristige Maßnahmen, die den Aufbau neuer, vernetzter Versorgungsstrukturen zulassen. Hierfür sollte der Gesetzgeber eine flexible Handhabung der bestehenden Vertragsinstrumente

ermöglichen. Dass der Gesetzgeber schnell handeln kann, zeigt die Corona-Pandemie.

■ Auch die Notfallversorgung sollte zügig in ein integriertes System überführt werden. Erste Schritte wurden bereits mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung gegangen: So ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bis zum 20.07.2022 mit der Entwicklung eines Ersteinschätzungsverfahrens bei ambulanten Notfällen im Krankenhaus beauftragt.

■ Die Bundesländer sind gefordert, Vorbereitungen für die notwendige Strukturreform zu treffen. Dies betrifft unter anderem die Überprüfung der Notfallstrukturen oder die Gliederung der Krankenhäuser nach Versorgungsstufen. Es stellt sich auch die Frage, wo die Versorgung am besten durch regionale Versorgungszentren sichergestellt werden kann.

■ Die Bundesländer sind noch während der Corona-Pandemie aufgefordert, eine Bestandsanalyse und eine Prognose über die strukturelle und personelle Ausstattung in den Krankenhäusern zu erstellen.

Leistungen schaffen. Dies muss rasch angegangen werden, auch wenn die Maßnahmen erst in der nächsten Legislaturperiode umgesetzt werden können. Dabei muss der Wille zum Ausdruck kommen, Leistungen konsequent ambulant zu erbringen, wenn dies medizinisch möglich ist. Eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung erfordert zunächst die Definition der neuen Leistungen sowie die Ermittlung des tatsächlichen Versorgungsbedarfs.

■ Die Reformbestrebungen zum Aufbau sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen bedingen den Umbau der Krankenhauslandschaft. Dabei führt etwa die notwendige Konzentration von stationären Behandlungskapazitäten, beziehungsweise die Ausweitung und stringente Umsetzung von Mindestmengen und Strukturprüfungen, zu Qualitätsverbesserungen. Gleichzeitig wirkt sich der hohe Anspruch an Qualität und Sicherheit der medizinischen Versorgung aber auch auf die Entfernung zum geeigneten Krankenhaus aus.

Mittelfristig wirksame Maßnahmen

■ Der Gesetzgeber muss bundesweite Rahmenbedingungen für die gemeinsame Planung und Vergütung der sektorenunabhängig erbringbaren

10 Punkte kurz und knapp

1. Digitalisierung konsequent ausbauen

Ein schneller Ausbau der digitalen Kommunikation im Gesundheitswesen ist dringend notwendig, um die medizinische Versorgung zu verbessern. Eine Schlüsselrolle nimmt dabei die elektronische Patientenakte ein.

2. Weg frei machen für neue Arbeitsteilung

Neue Versorgungsformen erfordern auch eine neue Arbeitsteilung zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Berufen. Wichtig werden neue, eigenständige Berufe wie die Medizinassistenten, auch zur Entlastung von Ärztinnen und Ärzten.

3. Integrierte Notfallversorgung flächendeckend etablieren

Die bisherige Notfallversorgung wird sektorenübergreifend organisiert, dazu richten die Länder Integrierte Leitstellen ein. Als zentrale Anlaufstellen für Patientinnen und Patienten im Notfall entstehen Integrierte Notfallzentren an den Krankenhäusern.

4. Krankenhausstrukturreform umsetzen – Anreize für strukturellen Wandel schaffen

Grundlage für die Schaffung neuer, sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen ist eine umfassende Krankenhausstrukturreform. Zur Verbesserung der Versorgungsqualität werden Krankenhäuser nach dem Grad ihrer Spezialisierung in drei Versorgungsstufen gegliedert.

5. Integrierte Regionalversorgung fördern

Damit die Versorgung auch in ländlichen Regionen sichergestellt ist, werden neue sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen aufgebaut. Für den Übergang benötigen Krankenkassen die Lockerung gesetzlicher Restriktionen, besonders bei Vergütung und Finanzierung.

6. Sektorenübergreifende Leistungen schrittweise vereinbaren

Ambulante und stationäre Leistungen sollen in Zukunft gemeinsam und aufeinander abgestimmt geplant werden. Die gemeinsame Selbstverwaltung legt den Leistungskatalog für eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung fest.

7. Sektorenübergreifenden Versorgungsbedarf ermitteln

Um den tatsächlichen Versorgungsbedarf in den Regionen bestimmen zu können, müssen zuverlässige Daten vorliegen. Ein unabhängiges Institut ermittelt Referenzwerte für den Versorgungsbedarf aus einem bundesweiten Datensatz, dem „empirischen Anker“.

8. Sektorenübergreifende Versorgungsplanung umsetzen

Auf Landesebene wird ein gemeinsames Landesgremium für die sektorenübergreifende Versorgung fest etabliert, es setzt die Vorgaben der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene zur Versorgungsplanung um.

9. Verantwortung für die sektorenübergreifenden Leistungen regeln

Der Sicherstellungsauftrag für die neuen sektorenübergreifenden Leistungen verbleibt zunächst bei den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit dem Land. Nach einer Übergangszeit erfolgt die Sicherstellung im Einvernehmen mit den Partnern der sektorenübergreifenden Landesgremien.

10. Leistungsbezogenes Vergütungssystem aufbauen

Für die sektorenübergreifenden Leistungen wird eine einheitliche und angemessene Finanzierungsbasis geschaffen. In einem modularen Vergütungssystem wird eine Basisvergütung für die jeweiligen medizinischen Leistungen durch weitere Vergütungsbestandteile ergänzt.

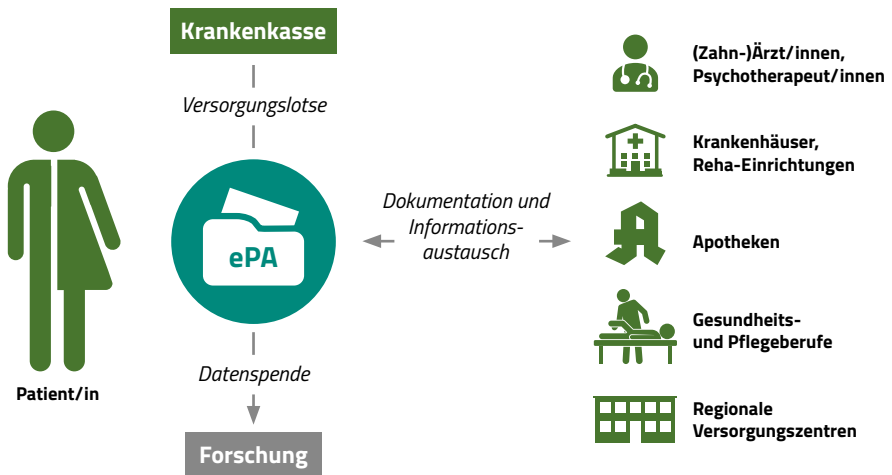
1. Digitalisierung konsequent ausbauen

Die Digitalisierung ist unabdingbar für den Aufbau sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen. Das deutsche Gesundheitswesen muss Faxgeräte, Zettelwirtschaft sowie ein Nebeneinander von digitalen Insellösungen hinter sich lassen und die Möglichkeiten der digitalen Technologien für die Dokumentation, Kommunikation und die Vernetzung der medizinischen Versorgung nutzen.

Breiten Einsatz der elektronischen Patientenakte ermöglichen

Die elektronische Patientenakte (ePA) nimmt bei der sektorenübergreifenden Versorgung eine Schlüsselrolle ein: Alle medizinischen Informationen werden in der Akte dokumentiert, Mehrfachuntersuchungen und Fehlerquoten werden reduziert, die umfassende Vernetzung

Zukünftige Schlüsselrolle der ePA



Voraussetzung für die ePA sind eine funktionierende Telematikinfrastruktur und interoperable Schnittstellen zu anderen digitalen Angeboten.

des deutschen Gesundheitswesens vorangetrieben. Damit einher gehen die Vereinfachung und Beschleunigung der Kommunikation und der Versorgungsprozesse.

Die Ampel-Koalition setzt mit den geplanten Maßnahmen im Koalitionsvertrag ein wichtiges Zeichen für den Ausbau der Digitalisierung und die umfassende Etablierung telemedizinischer Versorgungsalternativen. Durch die beschleunigte Einführung der ePA und die Umstellung auf ein Opt-out-Verfahren kann die Anzahl der Versicherten mit einer eigenen ePA erheblich vergrößert werden, so dass mehr Menschen von den Vorteilen der ePA profitieren.

Digitale Vernetzung beschleunigen

■ Für eine sektorenübergreifende Versorgung ist die Vernetzung aller Beteiligten über die Telematikinfrastruktur von wesentlicher Bedeutung. Deshalb müssen zwingend alle relevanten Akteure schnellstmöglich an die Telematikinfrastruktur angeschlossen werden.

■ Die Digitalisierung bietet vor allem in dünn besiedelten oder unterversorgten Regionen große Chancen. Die Telemedizin und der Einsatz von digitalen Lösungen können die klassische ärztliche Versorgung nicht ersetzen. Sie bieten jedoch ein großes Potential, um eine hochwertige und flächendeckende medizinische Versorgung sicherzustellen.

■ Um digitale Lösungen im Versorgungsalltag einsetzen zu können, ist eine stabile, leistungsfähige Internetanbindung für Leistungserbringer, Krankenkassen sowie Patientinnen und Patienten

unverzichtbar. Deshalb muss der Breitbandausbau besonders in dünnbesiedelten Regionen zügig umgesetzt werden. So können weite Transport- und Fahrtwege für die Patientinnen und Patienten vermieden werden.

■ Mit der Digitalisierung der Prozesse im Rettungswesen und einer digitalen Vernetzung der Krankenhäuser untereinander kann zudem die Patientensteuerung in einer Region deutlich optimiert werden. Somit kann in Echtzeit eine Übersicht über verfügbare Behandlungskapazitäten sowie technische und personelle Ressourcen geschaffen und wertvolle Zeit insbesondere für Notfälle gewonnen werden.

Belegungsmonitor Krankenhaus aufbauen

■ Zur Beobachtung der aktuellen Versorgungssituation im Krankenhaus sollte ein bundesweiter Belegungsmonitor eingerichtet werden. Hierzu erfolgt parallel zu den Aufnahme- und Entlassungsdaten, die im Rahmen der Datenübermittlung nach § 301 SGB V an die Krankenkassen gemeldet werden, eine Datenmeldung an eine noch einzurichtende zentrale Stelle. Die Zusammenführung dieser nicht personenbezogenen, aggregierten Daten ermöglicht je Klinik eine Übersicht zu den genutzten und freien Behandlungskapazitäten je Fachrichtung und zu der Art der erbrachten Leistungen. Diese Informationen können mit den ebenfalls zu übermittelnden Angaben zur Personalausstattung verknüpft werden.

■ Damit können die aktuelle Versorgungssituation der Kliniken in der Region umfassend

dargestellt und Versorgungslücken frühzeitig erkannt werden. Diese Transparenz ist notwendig für die Wahrung der Patientensicherheit und die Gewährleistung einer hohen Behandlungsqualität.

Klinische Register weiterentwickeln

■ Der Aufbau des DIVI/RKI-Registers zu Beginn der Corona-Krise war ein wichtiger Schritt hin zu mehr Kooperation zwischen den

Krankenhäusern. Register wie das DIVI-Intensivregister sollten soweit möglich verstetigt, mit klinischen Daten verknüpft und als verbindliche Register in öffentlicher Trägerschaft für die stationäre Versorgung (weiter-)entwickelt werden. Für die sektorenübergreifende Versorgungsplanung sowie für die Versorgungsforschung sind Registerdaten von großem Nutzen. Grundsätzlich sollte die Verknüpfung vorhandener Gesundheits- und Sozialdaten ermöglicht werden.

2. Weg frei machen für neue Arbeitsteilung

Der Aufbau sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen stellt auch neue Anforderungen an das medizinische Personal. Soll die Versorgung vernetzt stattfinden zwischen Praxis, Krankenhaus und Pflegeeinrichtung oder in regionalen Versorgungszentren, so sind interprofessionelles Arbeiten und die Koordination von Behandlungsprozessen erforderlich. Vor dem Hintergrund der Alterung der Bevölkerung, der zunehmenden Komplexität von Erkrankungen sowie der höheren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen müssen die vorhandenen Fachkräfteressourcen zielgerichteter eingesetzt werden.

Delegation ärztlicher Tätigkeiten ausbauen

■ Es braucht deshalb ein neues Rollenverständnis und eine neue Arbeitsteilung zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Berufen. Auch das Potential nichtärztlicher Berufe sollte umfangreicher ausgeschöpft und die Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten auf nichtärztliche Gesundheitsberufe gefördert werden. Deshalb ist das Vorhaben der neuen Bundesregierung richtig, das Berufsbild der Community Health Nurse zu schaffen. Im Rahmen des deutschen Rechts können so weitere heilkundliche Tätigkeiten auf neue Berufsbilder übertragen werden.

■ Ein neues Berufsbild könnte auch die Medizinassistentin sein. Nach einem berufs begleitenden Studium wäre es die Aufgabe der

Medizinassistenten, auf eigenständiger Vertragsgrundlage partnerschaftlich mit ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufen zusammenzuarbeiten und vordefinierte Tätigkeiten zu übernehmen, die die Ärztin oder den Arzt entlasten, aktuell aber noch unter den Arztvorbehalt fallen. Die Medizinassistentin oder der Medizinassistent könnte bei einer niedergelassenen Ärztin oder einem Arzt in einer Praxis angestellt oder in vernetzten Versorgungsstrukturen tätig sein.

■ Auch der im Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung geplante Ausbau des Angebots von Gemeindeschwestern und Gesundheitslotsen im ländlichen Raum ist wichtig. Auf diese Weise können ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte weiter entlastet werden.

Beratende und koordinierende Funktion der Krankenkassen ermöglichen

■ Die gesetzlichen Krankenkassen verfügen über eine große Expertise in der gesundheitlichen Versorgung. Im Rahmen des Versorgungsmanagements können Krankenkassen die Patientinnen und Patienten darin unterstützen, die für sie optimale Versorgungsform zu finden. Damit kann ihre gesundheitliche Situation verbessert und ihre Gesundheitskompetenz gestärkt werden.

■ Den Krankenkassen sollte daher ermöglicht werden, ihre Versicherten auf Basis der analysierten Daten direkt zu beraten und ihnen individuelle Versorgungsangebote zu machen. Hierzu muss Rechtssicherheit im Versorgungsmanagement geschaffen werden, so dass eine personalisierte, langfristige Unterstützung durch die Kassen möglich wird.

3. Integrierte Notfallversorgung

flächendeckend etablieren

Die medizinische Notfallversorgung benötigt klare Strukturen, damit im Notfall gezielte und schnelle Hilfe geleistet werden kann. Benötigt wird ein integriertes System, das die Angebote des ambulanten vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes, der Klinikambulanzen sowie der Notaufnahme

im Krankenhaus an einer Stelle zusammenführt und die bedarfsgerechte Versorgung der Patientinnen und Patienten erleichtert.

Integrierte Leitstellen errichten und auf wesentliche Standorte begrenzen

■ Um für Patientinnen und Patienten im Notfall schnell den passenden Versorgungspfad zu ermitteln, sollten die Bundesländer die Rettungsleitstellen zu Integrierten Leitstellen zur Erstein-schätzung weiterentwickeln. Deren Standorte werden deutlich reduziert. Dabei soll berücksichtigt werden, dass die Notfallversorgung auch über die Grenzen der Stadt- oder Landkreise sowie über Ländergrenzen geplant werden. Über die bestehenden Notrufnummern werden Anrufer je nach Dringlichkeit entweder in die Vertragsarztpraxis, in Integrierte Notfallzentren an den Krankenhäusern oder an den Rettungsdienst vermittelt.

■ Rettungsdienst, Vertragsarztpraxen und Krankenhäuser benötigen ein gemeinsames digitales Dokumentationssystem. Sie werden digital miteinander vernetzt, etwa durch ein standardisiertes Erstein-schätzungssystem.

■ Bodengebundene Rettungsmittel sowie die Luftrettung sollten so aufeinander abgestimmt sein, dass alle Patientinnen und Patienten zeitnah in die geeignete Klinik transportiert werden können, in der ihnen nach dem Stand der medizinischen Kenntnisse am besten geholfen werden kann. Die Luftrettung wird stärker genutzt.

■ Um ein bundesweites, integriertes und sektorenübergreifendes Notfallsystem mit Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses schaffen zu können, sollte der medizinische Rettungsdienst gemäß Koalitionsvertrag in das Sozialgesetzbuch V integriert werden.

Integrierte Notfallzentren an den Krankenhäusern zu zentraler Anlaufstelle entwickeln

■ Notfallpatientinnen und -patienten benötigen eine zentrale Anlaufstelle, die niederschwellig in Anspruch genommen werden kann und über einen sektorenübergreifenden Tresen als erste Anlaufstelle verfügt. Diese auch im Koalitionsvertrag genannten Integrierten Notfallzentren (INZ) sollen verpflichtend an Kliniken eingerichtet werden, die aufgrund ihrer technischen und personellen Ausstattung nach dem Notfallstufenkonzept des G-BA an der stationären Notfallversorgung beteiligt sind. Sie können bei Bedarf auch an Standorten eingerichtet werden, die nicht an der stationären Notfallversorgung teilnehmen.

■ Die INZ sind Einrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Sie verantworten die Einschätzung der patientenindividuellen Behandlungsdringlichkeit durch erfahrenes ärztliches Personal. Patientinnen und Patienten werden hier entsprechend ihres Behandlungsbedarfs entweder direkt versorgt oder zur adäquaten Versorgung weitergeleitet.

■ Die Kassenärztlichen Vereinigungen können für die Erbringung der Leistungen Kooperationsverträge schließen, die sie dem Land und den Krankenkassen anzeigen. Über die Verträge muss Transparenz hergestellt werden.

4. Krankenhausstrukturreform umsetzen –

Anreize für strukturellen Wandel schaffen

Eine sektorenübergreifende Versorgung kann nur auf der Grundlage einer neu strukturierten Krankenhauslandschaft gelingen. Dazu ist eine umfassende Krankenhausstrukturreform notwendig. Die dafür im Koalitionsvertrag vorgesehene Reformkommission sollte zügig eingesetzt werden und ihre Arbeit aufnehmen.

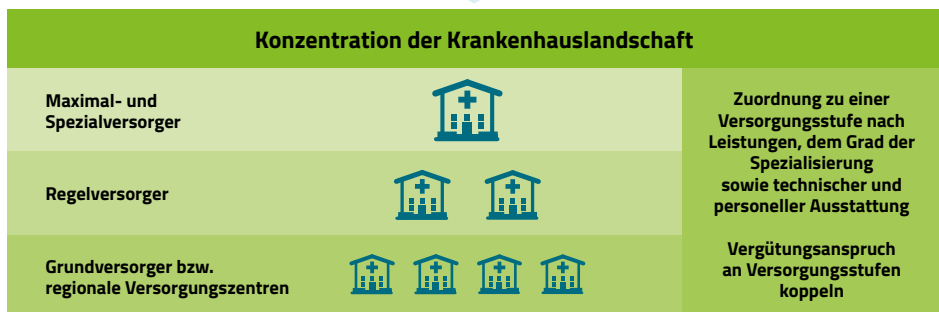
Gestuftes Versorgungskonzept für den Krankenhausbereich vorantreiben

■ Der Krankenhaussektor ist weiterhin von einer durch Überkapazitäten verursachten, nicht bedarfsgerechten stationären Überversorgung, einer Fehlbelegung mit ambulant-sensitiven Fällen und zu wenig Spezialisierung geprägt. Die Versorgungsstrukturen müssen deshalb dringend aus Sicht der Patientinnen und Patienten weiterentwickelt werden.

Gestuftes Versorgungskonzept für den Krankenhausbereich

Bundesweite Kriterien für die Neuordnung der Krankenhausstruktur

Länder ordnen Krankenhäuser einer Versorgungsstufe zu



■ Nur solche Krankenhäuser sollten Patientinnen und Patienten mit schweren Erkrankungen behandeln, die über die entsprechende technische und personelle Ausstattung verfügen und der entsprechenden Versorgungsstufe zugeordnet sind. Notwendig ist daher eine Konzentration von Leistungen: Insbesondere die Behandlung von seltenen und schweren Erkrankungen sowie die Durchführung von komplexen Eingriffen sollten an ausgewählten Standorten mit entsprechender Spezialisierung konzentriert werden.

■ Oberstes Ziel der Konzentration der Leistungserbringung im stationären Bereich ist es, die Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten zu verbessern. Es geht nicht um den schlichten Abbau von Kapazitäten, sondern um den Aufbau moderner und bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen bei gleichzeitiger Bündelung der knappen finanziellen und personellen Ressourcen.

■ Dazu werden Krankenhäuser nach dem Grad der Spezialisierung in drei Versorgungsstufen gegliedert. Als erste Anlaufstelle im Notfall und für leichtere Behandlungen und Eingriffe stehen Grundversorger weiterhin zur Verfügung, gegebenenfalls auch in veränderter Form, wie zum Beispiel als regionales Versorgungszentrum.

Insgesamt beinhaltet das gestufte Versorgungskonzept drei Versorgungsstufen:

Grundversorger beziehungsweise ambulant/stationäre Regionalversorger (regionale Versorgungszentren) zur Aufrechterhaltung der wohnortnahen Grund- und Notallversorgung: Neben den Fachrichtungen Innere Medizin und Chirurgie

kann hier das Leistungsangebot zum Beispiel mit hausärztlicher, kinder- und jugendmedizinischer Versorgung, Gynäkologie, hebammenzentrierter Schwangerenvorsorge oder hebammengeleiteter Kreißsaal ergänzt werden.

Regelversorger als leistungsfähige Einrichtungen zur Konzentration der Versorgung bei Indikationen mit hoher Prävalenz (beispielsweise Schlaganfälle, Herzinfarkte, Onkologie und Notfallversorgung), die mit strukturellen Anforderungen und personeller Expertise einhergehen. Ein Regelversorger ist zugleich immer Zielpunkt für Rettungshubschrauber im Einzugsgebiet.

Maximal- und Spezialversorger für komplexe und seltene Erkrankungen und Eingriffe sowie zur Bildung von forschungsorientierten Kompetenz- und Koordinationszentren.

■ Krankenhäuser der Regelversorgung sind telemedizinisch vernetzt mit spezialisierten Häusern der Maximalversorgung.

■ Der Vergütungsanspruch der Einrichtung wird verbindlich an die definierten Leistungen der jeweiligen Versorgungsstufe gekoppelt.

■ Als Anreiz zur Anwendung des gestuften Versorgungskonzeptes beteiligt sich der Bund im Gegenzug an der Investitionsfinanzierung, um die Versorgungsstrukturen zukunftsfähig gestalten zu können. Die Koalition sollte diesen Gedanken wiederaufnehmen.

Akzeptanz für neue Versorgungsstrukturen schaffen

■ Die Versorgungsstandorte von Krankenhäusern müssen für Patientinnen und Patienten erhalten bleiben, einem ungesteuerten Ausscheiden von stationären Leistungserbringern muss entgegengewirkt werden. Kleine Krankenhäuser, die etwa infolge der zunehmenden Ambulantisierung der Leistungserbringung ihren Status als bedarfsnotwendiges Krankenhaus verlieren, sollten wirtschaftliche Anreize für den Umbau und die Weiterentwicklung zu einem regionalen Versorgungszentrum erhalten.

■ Wirtschaftliche Anreize und politischer Wille sind Voraussetzungen für einen strukturellen

Wandel. Sollen Veränderungen kurzfristig eingeleitet werden, so braucht es dafür ein klares, gemeinsames politisches Bekenntnis auf Landes- und kommunaler Ebene. Entscheidungen über strukturelle Veränderungen mit dem Ziel einer höheren Versorgungsqualität müssen für die Bevölkerung transparent sein und offen und ehrlich kommuniziert werden. Klar vermittelt werden muss, dass Patientinnen und Patienten für einen komplexen Eingriff besser in einem spezialisierten Krankenhaus aufgehoben sind, für das sich auch ein längerer Anfahrtsweg lohnt.

■ Die Kreise müssen dabei von den Ländern in den Prozess einbezogen und bei grundsätzlichen Entscheidungen beteiligt werden.

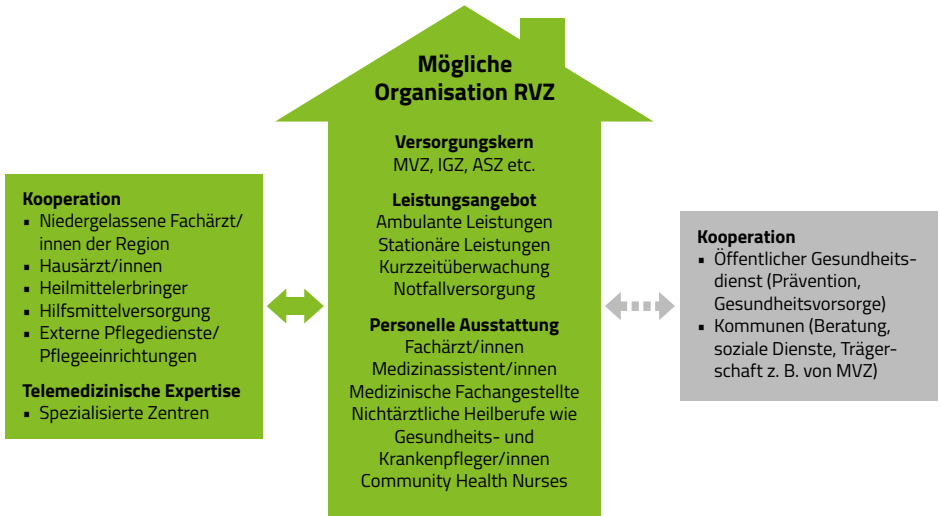
5. Integrierte Regionalversorgung fördern

In einigen Regionen besteht schon jetzt dringender Handlungsbedarf, um die medizinische Versorgung sicherzustellen. Noch bevor die Grundlagen für eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung geschaffen werden, sind deshalb kurzfristige Entscheidungen des Gesetzgebers notwendig, um entsprechend der vorhandenen regionalen Ressourcen und Versorgungsbedarfe passende Versorgungsstrukturen aufzubauen.

Interdisziplinäre und intersektorale Zusammenarbeit organisieren

■ Vordringlich muss die wohnortnahe Versorgung in ländlichen Regionen zukunftssicher gestaltet werden. Im Zentrum steht dabei die Etablierung von integrierten Versorgungsformen in Bereichen, in denen mittelfristig Versorgungsengpässe entstehen können – etwa infolge der demographischen Entwicklung innerhalb der Ärzteschaft sowie der zunehmenden Ambulantisierung. Das Modell der Intersektoralen Gesundheitszentren (IGZ) bietet zum Beispiel eine konzeptionelle Grundlage für die

Regionale Versorgungszentren (RVZ)



Weiterentwicklung von kleinen Klinikstandorten zu regionalen Versorgungszentren.

■ Um die Versorgung in dünnbesiedelten Regionen sicherzustellen, müssen alternative Praxis- und Kooperationsmodelle geschaffen werden, in denen Ärztinnen und Ärzte sowie Fachkräfte in nichtärztlichen Heilberufen die Patientinnen und Patienten auf Grundlage evidenzbasierter Behandlungspfade leiten – analog zu den DMP-Prozessen. Bestehende Arztnetze, Praxisnetze und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) können mit Hilfe digitaler Lösungen noch stärker mit regionalen Versorgungszentren und den regionalen Grundversorgern kooperieren.

■ Mit einer engen Kooperation unterschiedlicher regionaler Leistungserbringer (wie MVZ oder IGZ, Praxen, Pflegeeinrichtungen und unterschiedliche Gesundheitsberufe) kann die Versorgung in regionalen Versorgungszentren gestaltet werden. Wesentlich für die Versorgung ist, dass die medizinischen und pflegerischen Ressourcen insbesondere für ambulante Eingriffe und Behandlungen, einschließlich kurzzeitiger Überwachung, zur Verfügung stehen. Doppeluntersuchungen und Fehlableitungen in der Versorgung aufgrund von Unkenntnis und mangels Abstimmung zwischen den Leistungserbringern müssen vermieden werden.

■ Vernetzung, Kooperation, Bündelung von Ressourcen und Einbeziehung möglichst vieler regionaler Leistungserbringer wie auch von Pflegeeinrichtungen in ein regionales Versorgungsnetz bilden die Grundlage für eine patientenorientierte Versorgung. Dazu gehört die Zusammenarbeit mit Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der im Wesentlichen populationsbezogene Maßnahmen koordiniert. Dies umfasst auch Angebote wie zum Beispiel Gesundheitskioske, die nicht nur zu medizinischen Fragen, sondern überwiegend zu Sozialleistungen der öffentlichen Hand beraten.

Gesetzliche Restriktionen für Pilotprojekte lockern

■ Für einen begrenzten Zeitraum sollten Möglichkeiten für Pilotprojekte zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung geschaffen werden, in denen die gesetzlichen Beschränkungen und Hemmnisse des überregulierten Systems ausgesetzt werden können. Gemeint sind damit insbesondere gesetzliche Normierungen und Regelungen zur Bedarfsplanung, zum Zulassungsstatus, zur persönlichen Präsenz, zur Vergütung sowie zur Datenanalyse und des Datentransfers. Ein flexibler Handlungsrahmen ist erforderlich, um die vorhandenen Ressourcen zu stärken und dem bereits begonnenen ruinösen Wettbewerb im Krankenhausbereich sowie den Qualitätsmängeln schnellstmöglich Alternativen entgegen setzen zu können.

■ Die Transaktionskosten können auf verschiedene Art und Weise aufgebracht werden. Für den Aufbau sektorenübergreifender Strukturen in der Regelversorgung sollten insbesondere Mittel

aus dem Innovationsfonds unbürokratisch zur Verfügung gestellt werden. Die Regelungen zur Mittelvergabe durch den Innovationsfonds müssen dazu angepasst werden.

■ Um den Strukturwandel beschleunigen zu können, nutzen die Krankenkassen insbesondere bei Finanzierung und Vergütung den flexiblen Handlungsrahmen, damit Patientinnen und Patienten auch in der Übergangszeit qualitäts- und bedarfsgerecht in der Region versorgt werden können. Darüber hinaus sollen Erkenntnisse und Daten aus Pilotprojekten für die sektorenübergreifende Versorgungsplanung genutzt werden.

■ Es werden gezielt weitere innovative Elemente für die Versorgung in Pilotprojekten getestet. Hierzu zählen telemedizinische Angebote wie Videosprechstunden, die interprofessionelle Zusammenarbeit, die Übertragung von mehr Verantwortung auf Pflegefachpersonal in Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten zur Fachkräftesicherung, die Delegation heilkundlicher Tätigkeiten auf Community Health Nurses, sowie die bundeslandübergreifende Einbeziehung von Versorgungsangeboten.

6. Sektorenübergreifende Leistungen

schrittweise vereinbaren

Grundlage für eine sektorenübergreifende Versorgung ist die Abkehr von der getrennten Planung ambulanter und stationärer Leistungen in zwei nebeneinander organisierten Sektoren. Ziel ist eine einheitliche Planung für die Leistungen, die sowohl im niedergelassenen Bereich als auch im Krankenhaus erbracht werden. Dabei wird zugleich die Entwicklung hin zu einer weiteren Verlagerung medizinischer Eingriffe aus dem stationären in den ambulanten Bereich gefördert, die dem medizinischen Fortschritt zu verdanken ist. In einem ersten Schritt werden die Leistungen definiert, die in Zukunft sektorenunabhängig geplant und mit einer einheitlichen Vergütung erbracht werden sollen.

Gemeinsame Selbstverwaltung definiert Rahmenbedingungen

■ Die für eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung geeigneten Leistungen werden nach bundeseinheitlichen Kriterien definiert. Dazu verpflichtet der Gesetzgeber den Gemeinsamen Bundesausschuss.

■ Die gemeinsame Selbstverwaltung legt die geeigneten Indikationen, Leistungen und Leistungskomplexe fest. Dazu gehören auch aussagekräftige Parameter zur Struktur- und Prozessqualität als Mindestanforderung. Diese werden durch geeignete Parameter der Ergebnisqualität ergänzt. Eine herausgehobene Rolle spielen in diesem Zusammenhang die Erkenntnisse aus dem Gutachten zur Weiterentwicklung des Kataloges zum ambulanten Operieren. Die gemeinsame Selbstverwaltung erarbeitet die notwendigen Datenstrukturen, Verfahren sowie die Methodik zur Ermittlung des Leistungsbedarfs und der Behandlungskapazitäten.

■ Auf dieser Basis wird der G-BA in Verbindung mit dem Institut des Bewertungsausschusses (InBA) und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) mit Fristsetzung beauftragt, einen umfassenden Katalog der Leistungen zu konkretisieren und fortzuschreiben, für die künftig die sektorenübergreifende Planung mit Schwerpunkt auf einer ambulanten Versorgung gelten soll. Das Konzept des Sachverständigenrates für eine sektorenübergreifende Bedarfsanalyse und Kapazitätsplanung dient dafür als Orientierung.

7. Sektorenübergreifenden

Versorgungsbedarf ermitteln

Mit einer bedarfsgerechten sektorenübergreifenden Versorgungsplanung werden Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie Versorgungsunterschiede abgebaut, die medizinisch nicht nachvollziehbar sind. Um zuverlässige Daten zum tatsächlichen Bedarf in den Regionen zu erhalten, wird ein neues Instrument geschaffen.

Bundesweiten Datensatz als „empirischen Anker“ entwickeln

■ Hierzu werden Referenzwerte zum Versorgungsbedarf aus einem bundesweiten 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 den Planungspartnern auf Landesebene auf Grundlage bundesdurchschnittlicher Zahlen die theoretisch ermittelten Behandlungskapazitäten der Länder zur Verfügung.

■ 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.

Ermittlung des Versorgungsbedarfs

■ Ziel des Innovationsfonds-Projekts „PopGroup“ ist die Messung des regionalen Versorgungsbedarfs. Es handelt sich dabei um ein bevölkerungsbezogenes Klassifikationssystem. Die Messung erfolgt sektorenübergreifend auf Basis ambulanter und stationärer Versorgungsdaten (Routinedaten der Krankenkassen). Der methodische Ansatz wird dabei so gewählt, dass medizinisch sinnvolle Gruppen der Bevölkerung gebildet werden, die insbesondere auch Multimorbidität berücksichtigen.

■ Der „PopGrouper“ erlaubt regionale Vergleiche von Qualität und Effizienz der bestehenden Versorgungsstrukturen (Benchmarkinganalysen) sowie eine stärker am Bedarf orientierte Krankenhaus- und Bedarfsplanung. Er bietet darüber hinaus die methodische Grundlage beziehungsweise einen bundesweiten „empirischen Anker“ für die Entwicklung einer sektorenübergreifenden, leistungsbezogenen, bedarfs- und qualitätsorientierten Planung der Versorgungsstrukturen und -prozesse.

8. Sektorenübergreifende

Versorgungsplanung umsetzen

Auf Grundlage der definierten Leistungen und des ermittelten Versorgungsbedarfs kann die sektorenübergreifende Versorgungsplanung auf regionaler Ebene umgesetzt werden.

Gemeinsames Landesgremium für die sektorenübergreifende Versorgung fest etablieren

■ Für die sektorenübergreifende Versorgungsplanung wird in den Ländern ein gemeinsames, sektorenübergreifendes Landesplanungsgremium errichtet, das verbindliche Entscheidungen trifft. Stimmberechtigte Mitglieder des neuen Gremiums sind die Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Krankenhausgesellschaften sowie die Gesundheitsministerien, die den Vorsitz innehaben. Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter werden in beratender Funktion beteiligt. Die Beschlüsse des gemeinsamen Landesgremiums

sollten einstimmig gefasst werden. Das schafft Akzeptanz für die notwendigen Veränderungen der Versorgungsstrukturen.

Bedarfsgerechte Versorgungsaufträge zukunftsorientiert zuweisen

■ Das sektorenübergreifende Landesgremium setzt die Vorgaben der gemeinsamen Selbstverwaltung zur sektorenübergreifenden Versorgungsplanung auf regionaler Ebene um. Nach einer Analyse der regionalen Versorgungssituation legt es unter Beachtung medizinischer, demografischer und technischer Entwicklungen den Bedarf an medizinischen Leistungen fest und weist den Versorgungsauftrag unter Berücksichtigung qualitativer Anforderungen den entsprechenden Leistungserbringern zu. Dabei wird das Potential an delegierbaren Leistungen benannt und berücksichtigt.

9. Verantwortung für die sektorenübergreifenden Leistungen regeln

■ Der Sicherstellungsauftrag für diese Leistungen wird im Rahmen der sektorenübergreifenden Versorgungsplanung neu zugewiesen. Zunächst verbleibt der Sicherstellungsauftrag bei den Kassenärztlichen Vereinigungen, die das Einvernehmen mit dem Land für die sektorenübergreifenden Leistungen herstellen. Die Erfahrungen der Kassenärztlichen Vereinigungen im Bereich der

Sicherstellung und der Zulassung sind zentral für die Entwicklung einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung und die Etablierung von regionalen Versorgungszentren. Nach einer Übergangszeit wird die Sicherstellung im Einvernehmen mit den Partnern der sektorenübergreifenden Landesgremien erfolgen.

10. Leistungsbezogenes Vergütungssystem aufbauen

Mit dem neuen Vergütungssystem soll eine einheitliche, sichere und angemessene Finanzierungsbasis geschaffen werden. Vor allem regionale Versorgungszentren profitieren von einem leistungsbezogenen, sachgerecht kalkulierten Vergütungssystem. Es bietet eine angemessene Vergütung auf Basis valider Kostendaten und finanzielle Planungssicherheit. Ziel ist dabei die wirtschaftliche Absicherung und Sicherstellung einer wohnortnahen ambulanten und stationären Versorgung.

Modulares Vergütungssystem für definierte Leistungen

■ In einem modularen Vergütungssystem wird eine Basisvergütung für die jeweiligen medizinischen Leistungen durch weitere Vergütungsbestandteile ergänzt. Dies sind zum Beispiel Zuschläge für unterschiedliche Schweregrade der Behandlung oder eine kurzstationäre Beobachtung von Patientinnen und Patienten. Insbesondere bei der Einrichtung von regionalen

Versorgungszentren kann hierbei auch die Finanzierung von Vorhaltekosten ein wichtiger Bestandteil zur finanziellen Sicherung der wohnortnahen Versorgung sein. Ferner werden Ausgleiche für spezifische ambulante oder stationäre Finanzierungsregularien (z. B. Berücksichtigung von durch Dritte getragene Investitionskosten etc.) Anwendung finden.

■ Für die auf Basis von Diagnosen sowie Operations- und Prozedurenschlüsseln definierten Leistungen wird eine einheitliche Basisvergütung geschaffen. Leistungen, die sowohl von niedergelassenen (Fach-) Ärztinnen und Ärzten als auch von Krankenhäusern erbracht werden

können, werden zukünftig für alle beteiligten Leistungserbringer in gleicher Höhe vergütet.

■ Die Ausdifferenzierung der Schweregrade erfolgt morbiditätsorientiert unter Berücksichtigung von Begleit- und Nebenerkrankungen.

■ Für die Dokumentation der Diagnosen und der Operations- und Prozedurenschlüssel müssen die ambulanten und stationären Kodierrichtlinien angeglichen werden.

■ Nicht nur bei der Auswahl der Leistungen, einschließlich der Festlegung von Mindestanforderungen und Qualitätsstandards, sondern

Modulares Vergütungssystem für sektorenübergreifende Leistungen

Optional:

Vergütung zur
Sicherstellung der
Versorgung

Vergütung der
medizinischen und
pflegerischen
Leistung

Vorhaltekosten

Zuschläge für
unterschiedliche
Schweregrade

Zuschläge für
z. B. kurzstationäre
Überwachung

**Basisvergütung für
medizinische Grundleistung**

auch bei der Festlegung der Vergütung sollen die Erkenntnisse des im Rahmen der aktuellen AOP-Reform vorgelegten wissenschaftlichen Gutachtens berücksichtigt werden. Ziel ist es, den Grundsatz „ambulant vor stationär“ besser als bisher umzusetzen und eine angemessene Vergütung für diese Leistungen zu garantieren. Die Höhe der Vergütung muss auf Basis einer sachgerechten Kostenkalkulation entwickelt werden, die sich an den tatsächlichen Kosten des vertragsärztlichen Bereiches auf der einen Seite und des Krankenhausbereiches auf der anderen Seite orientiert.

■ Im Rahmen einer sachgerechten Kostenkalkulation sollten verbindliche Kriterien festgelegt werden, die für alle Leistungserbringer gleichermaßen gelten. Auf dieser Basis liefern Kalkulationspraxen und Kalkulationskrankenhäuser die entsprechenden Kosten- und Leistungsdaten.

■ Die Ausgestaltung der Vergütungshöhe setzt gezielte Anreize zur weiteren Ambulantisierung von Leistungen.

■ Den Auftrag für diese Aufgabe überträgt die gemeinsame Selbstverwaltung einer neutralen Stelle, beispielsweise InBA und/oder InEK.

Impressum

HERAUSGEBER

BARMER

Postfach 110704

10837 Berlin

VERANTWORTLICH

Abteilung Politik, V. i. S. d. P. Ruth Rumke

TEXT

Prof. Dr. Christoph Straub

Andreas Hölscher

Gabriela Leyh

Susanna Weineck

LAYOUT

Abteilung Unternehmenskommunikation

Andreas Große-Stoltenberg, Sigrid Paul

BILDNACHWEIS

BARMER, stock.adobe.com

© BARMER, Mai 2022

Alle Rechte vorbehalten

Nachdruck, auch auszugsweise,

nur mit vorheriger schriftlicher

Einwilligung der BARMER