

10-Punkte-Papier 2.0 der BARMER

Notwendige Schritte zur Umsetzung einer sektorenübergreifenden Versorgung

Die Ampelkoalition hat sich für diese Legislaturperiode einen „Aufbruch in eine moderne sektorenübergreifende Gesundheits- und Pflegepolitik“ zum Ziel gesetzt. Im gemeinsamen Koalitionsvertrag von SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP finden sich Vorhaben wie eine gemeinsame Planung für den ambulanten und den stationären Versorgungsbereich, die sektorengleiche Vergütung für ambulant erbringbare Leistungen sowie der Ausbau multiprofessioneller, integrierter Gesundheits- und Notfallzentren.

Vor diesem Hintergrund hat die BARMER das bereits 2019 in einer ersten Version erschienene 10-Punkte-Papier aktualisiert, es finden sich darin Vorschläge für einen schrittweisen Systemwechsel zu einer sektorenübergreifenden Versorgung. Ein besonderes Augenmerk im neuen Papier liegt auf Maßnahmen, die schon kurzfristig eine Wirkung entfalten können: So sollten die Instrumente zum Aufbau sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen sofort bereitgestellt werden, gefordert wird ein flexibler Handlungsrahmen für die Vertragspartner in den Regionen. Das Ziel bleibt dabei eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung sowie eine einheitliche Vergütung von Leistungen, die sowohl im niedergelassenen als auch im stationären Bereich erbracht werden können.

Kurzfristige Maßnahmen – Gesetzliche Restriktionen für Pilotprojekte lockern

Noch bevor die Grundlagen für eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung geschaffen werden, sind kurzfristige Entscheidungen des Gesetzgebers für den Aufbau neuer, vernetzter Versorgungsstrukturen notwendig. Dies kommt besonders unterversorgten Regionen zugute, in denen bereits akuter Handlungsbedarf für die Sicherung der medizinischen Versorgung besteht.

Leistungserbringer in der Region müssen sich vernetzen, miteinander kooperieren, die bestehenden Ressourcen bündeln. Ein Ziel ist es, alternative Praxis- und Kooperationsmodelle zu schaffen, in denen Ärztinnen und Ärzte mit Fachkräften in nichtärztlichen Heilberufen für eine patientenorientierte Versorgung zusammenarbeiten. Eine wichtige Rolle kommt regionalen Versorgungszentren zu: Hier können unterschiedliche regionale Leistungserbringer wie Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Intersektorale Gesundheitszentren (IGZ), Praxen, Pflegeeinrichtungen und unterschiedliche Gesundheitsberufe eng kooperieren. Es werden dabei die medizinischen und pflegerischen Ressourcen insbesondere für ambulante Eingriffe und Behandlungen zur Verfügung gestellt, einschließlich kurzzeitiger Überwachung.

Um den Strukturwandel beschleunigen zu können, sollten für einen begrenzten Zeitraum Pilotprojekte ermöglicht werden, für die die gesetzlichen Regelungen gelockert werden: zum Beispiel zur Bedarfsplanung, zum Zulassungsstatus, zur persönlichen Präsenz, zur Vergütung sowie zu Datenanalyse und -transfer. Für den Aufbau sektorenübergreifender Strukturen sollten nach Auffassung der BARMER finanzielle Mittel aus dem Innovationsfonds zur Verfügung gestellt werden.

Krankenhausstrukturreform als Grundlage für strukturellen Wandel

Für den Aufbau sektorenübergreifender Strukturen muss auch die Krankenhauslandschaft neu geordnet werden. Um einer weiteren ungesteuerten Bereinigung des Krankenhausbereichs zuvorzukommen, sollte der Gesetzgeber möglichst bald eine umfassende Reform in Angriff nehmen. Dabei müssen die Versorgungsstandorte von Krankenhäusern für Patientinnen und Patienten erhalten bleiben: Kleine nicht bedarfsnotwendige Krankenhäuser



[Zum Download](#)

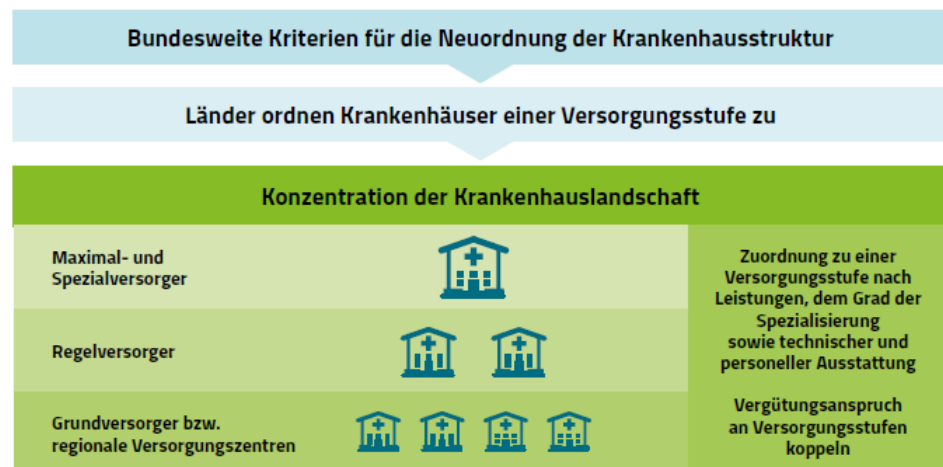
10-Punkte-Papier 2.0
der BARMER

müssen wirtschaftliche Anreize für den Umbau und die Weiterentwicklung zu einem regionalen Versorgungszentrum erhalten. In jedem Fall sollten Entscheidungen über strukturelle Veränderungen der Versorgungslandschaft für die Bevölkerung transparent sein und positiv vermittelt werden.

Ziel dieser Reform ist die Konzentration von Leistungen – Patientinnen und Patienten mit schweren Erkrankungen dürfen nur in Krankenhäusern behandelt werden, die über die entsprechende technische und personelle Ausstattung verfügen. Nach dem Grad ihrer Spezialisierung werden Kliniken in drei Versorgungsstufen gegliedert:

- **Grundversorger** beziehungsweise ambulant/stationäre Regionalversorger (regionale Versorgungszentren) zur Aufrechterhaltung der wohnortnahen Grund- und Notfallversorgung: Neben den Fachrichtungen Innere Medizin und Chirurgie kann hier das Leistungsangebot zum Beispiel mit hausärztlicher, kinder- und jugendmedizinischer Versorgung, Gynäkologie, hebammenzentrierter Schwangerenvorsorge oder hebammengeleitetem 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.

Gestuftes Versorgungskonzept für den Krankenhausbereich

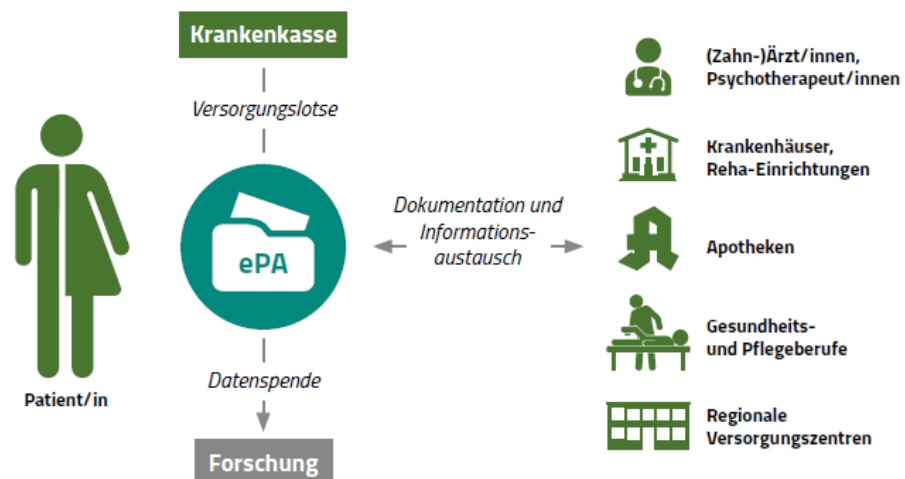


Rascher Ausbau der Digitalisierung – neue Arbeitsteilung der Gesundheitsberufe

Um sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen zu schaffen, ist der beschleunigte Ausbau der Digitalisierung wichtig. Der elektronischen Patientenakte (ePA) kommt dabei eine Schlüsselrolle für die Vernetzung des Gesundheitswesens sowie für die Beschleunigung der Kommunikation und der Versorgungsprozesse zu. Die von der Ampelkoalition geplante Umstellung der ePA auf ein Opt-out-Verfahren ist dabei von Vorteil, da somit mehr Versicherte von den Vorteilen der ePA profitieren können.

Die Digitalisierung bietet ein großes Potenzial für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung in dünn besiedelten Regionen. Sie kann aber auch die Prozesse im Rettungswesen und bei der digitalen Vernetzung von Krankenhäusern verbessern. Sinnvoll ist auch die Einrichtung eines bundesweiten Belegungsmonitors zur Beobachtung der aktuellen Versorgungssituation in Krankenhäusern. Damit könnte ein Überblick über genutzte und freie Behandlungskapazitäten aber auch über Versorgungslücken geschaffen werden. Der Aufbau des DIVI/RKI-Registers zu Beginn der Corona-Krise war ein wichtiger Schritt für eine bessere Kooperation zwischen den Krankenhäusern. Register wie das DIVI-Intensivregister sollten soweit wie möglich verstetigt, mit klinischen Daten verknüpft und als verbindliche Register in öffentlicher Trägerschaft für die stationäre Versorgung (weiter-)entwickelt werden.

Zukünftige Schlüsselrolle der ePA



Wird die Versorgung sektorenübergreifend organisiert, stellt dies auch neue Anforderungen an das medizinische Personal. Gefragt sind interprofessionelles Arbeiten und die Koordination von Behandlungsprozessen. Das Potential nichtärztlicher Berufe sollte umfangreich genutzt werden, indem weit mehr heilkundliche Tätigkeiten auf nichtärztliches Personal delegiert werden. Zudem könnte mit einem neuen Berufsbild der Medizinassistenz eine weitere Entlastung von Ärztinnen und Ärzten erreicht werden.

Sektorenübergreifende Versorgungsplanung

Leistungen, die sowohl im niedergelassenen Bereich als auch im Krankenhaus erbracht werden können, sollten einer einheitlichen, sektorenübergreifenden Planung unterliegen, so fordert es auch die Ampelkoalition. Dabei muss die weitere Verlagerung medizinischer Eingriffe aus dem stationären in den ambulanten Bereich gefördert werden – eine wichtige Grundlage dafür ist das kürzlich erschienene IGES-Gutachten zur Überarbeitung des Katalogs zum ambulanten Operieren.

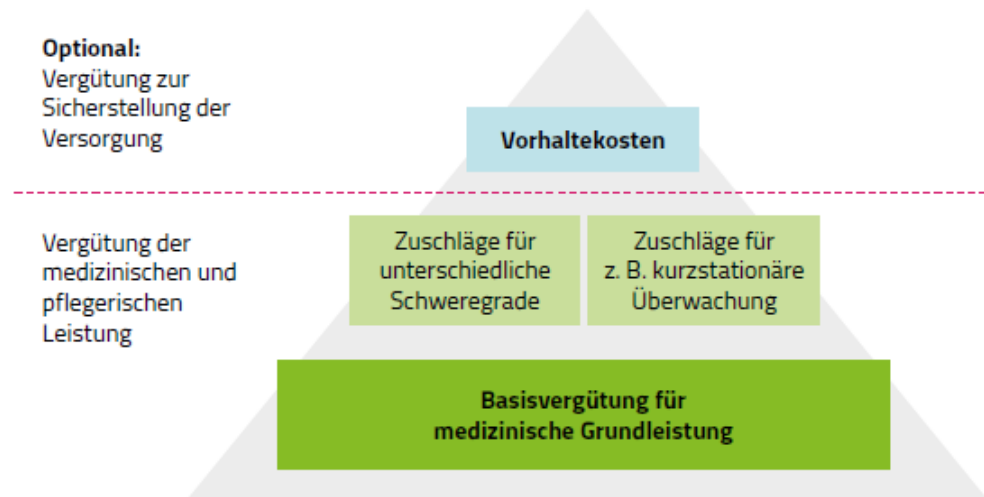
Der Gesetzgeber verpflichtet zunächst den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), die für eine sektorenübergreifende Planung geeigneten Leistungen nach bundeseinheitlichen

Kriterien zu definieren. Gemeinsam mit dem Institut des Bewertungsausschusses (InBA) und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) erstellt der G-BA einen umfassenden Katalog der Leistungen, für die künftig die sektorenübergreifende Planung gelten soll. Als Grundlage für die Versorgungsplanung sind bundesweite Referenzwerte zum Versorgungsbedarf notwendig, die durch ein neutrales Institut regelmäßig ermittelt werden. Auf Grundlage dieses „empirischen Ankers“ erheben die gemeinsamen Landesgremien den Versorgungsbedarf auf regionaler Ebene.

Modulare Vergütung für die sektorenübergreifende Versorgung

Für die so bestimmten sektorenübergreifenden Leistungen soll eine einheitliche und angemessene Vergütung geschaffen werden. In ihrem Koalitionsvertrag fordert die Ampelkoalition eine sektorengleiche Vergütung, um die Ambulantisierung bislang „unnötig stationär erbrachter Leistungen“ zu fördern. Die BARMER schlägt dazu ein modulares Vergütungssystem zur Abrechnung sektorenübergreifender Leistungen vor. Ärzte und Krankenhäuser sollen die gleiche Abrechnungsmöglichkeit bekommen, unabhängig vom Ort der Leistungserbringung. Wichtig ist dabei, dass die Preise auf Basis valider Kostendaten kalkuliert werden, sie müssen sich an den tatsächlichen Kosten des vertragsärztlichen Bereichs auf der einen Seite und des Krankenhausbereichs auf der anderen Seite orientieren.

Modulares Vergütungssystem für sektorenübergreifende Leistungen



Das modulare Vergütungssystem besteht aus einer Basisvergütung für die jeweiligen medizinischen Leistungen, die durch weitere Vergütungsbestandteile ergänzt wird. Dies sind zum Beispiel Zuschläge für unterschiedliche Schweregrade der Behandlung, eine kurzstationäre Beobachtung von Patientinnen und Patienten oder eine vor- beziehungsweise nachstationäre Versorgung (Episodenpauschale).

Ein weiteres Modul deckt die Vorhaltekosten ab: Dies ist wichtig für den Aufbau von neuen, sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen wie regionalen Versorgungszentren, bei denen die Finanzierung von Vorhaltekosten ein wichtiger Bestandteil zur finanziellen Sicherung der wohnortnahen Versorgung ist. (siehe Berlin kompakt Nr. 5 vom 06.04.2022)

Der Systemwechsel ist notwendig

Eine sektorenübergreifende Ausrichtung der medizinischen Versorgung ist nach Meinung der BARMER dringend notwendig, um deutliche Fortschritte bei Qualität und der Effizienz des Gesundheitswesens zu erzielen – besonders vor dem Hintergrund der zunehmend angespannten Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Regierung muss deshalb die aktuelle Legislaturperiode nutzen, um die notwendigen gesetzgeberischen Reforminitiativen einzuleiten.

[Zum Download](#)

Tabelle Gesetzgebung

Termine laufender Gesetzgebungsverfahren