

## Beschluss der BAG Arbeit Soziales Gesundheit

Sprecher\*innen:

<b>Harald Wölter</b> harald.woelter@t-online.de	<b>Ute Michel</b> ute.michel@yahoo.com	<b>Willi Kulke</b> wkulke@web.de	<b>Dr. Edith Ailinger</b> dr.ailinger@t-online.de
--	---	-------------------------------------	--

# Sektorenübergreifende Organisation des Gesundheitswesens

## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
2. Problemanalyse.....	2
3. Warum brauchen wir eine sektorenübergreifende Versorgung?.....	3
4. Alternativen - Wie machen es andere?.....	4
5. Elemente für eine zukünftige Strukturierung. Mittel- und langfristige Maßnahmen.....	6
6. Nächste Maßnahmen.....	13
7. Die Notfallversorgung.....	16
8. Pilotprojekte - Erprobung.....	17
9. Essentials.....	18
10. Autor*innen.....	20

## 1. Einleitung

Eine qualitativ gute Gesundheitsversorgung muss für jede und jeden gegeben sein. Wir wollen eine bedarfsgerechte, flächendeckende, ohne Hürden zugängliche, Gesundheitsversorgung für alle Menschen in Deutschland. Dies muss auch in ländlichen und sozial benachteiligten städtischen Gebieten sichergestellt sein. Hierzu wollen wir eine sektorenübergreifende Planung und vernetzte, qualitativ hochentwickelte und für alle erreichbare ambulante und stationäre Angebote.

Als Sektoren bezeichnen wir in diesem Zusammenhang einerseits den stationären Bereich, der im Wesentlichen durch die Krankenhäuser repräsentiert wird und den ambulanten Bereich, der in erster Linie durch Hausarzt- und Facharztpraxen gebildet wird. Die Zusammenarbeit zwischen diesen beiden Sektoren ist der Schwerpunkt des Papiers.

## 2. Problemanalyse

Das deutsche Gesundheitswesen ist stärker als Gesundheitssysteme in anderen Ländern durch unkoordinierten Zugang und hohe Hürden zwischen ambulanter und stationärer Medizin geprägt. Dies führt zu Nachteilen für die Patient\*innen, z.B. durch unzureichenden Informationsfluss zwischen den Sektoren, durch ein „Verschieben“ von Patient\*innen in den jeweils anderen Sektor u.a. zur Entlastung des eigenen Budgets oder durch Zugangsbeschränkungen für einzelne Patientengruppen (z.B. stehen viele ambulante Leistungen im Krankenhaus nur Privatpatient\*innen offen). Weiterhin werden in Deutschland zu viele Krankheitsbilder stationär behandelt; die Fallzahlen im Krankenhaus sind gerade in den letzten Jahren wieder deutlich angestiegen. Zum Beispiel gibt es in Deutschland 5,5 Krankenhausbetten auf 1000 Einwohner, in Schweden hingegen nur 2,6. In Deutschland liegt die Zahl der Krankenhausaufenthalte bei 240 auf 1000 Einwohner im Jahr, im OECD-Durchschnitt nur bei 155. Insgesamt wirkt sich die sektorale Abgrenzung im deutschen Gesundheitswesen nicht nur zum Nachteil der Patient\*innen aus, sondern sie verursacht auch hohe Kosten.

Gleichzeitig ermöglicht die sektorale Trennung in einem zunehmend durch kommerzielle Interessen geleiteten System medizinisch nicht indizierte Verhaltensweisen zwischen den Akteuren im Sinne einer gegenseitigen Erlösoptimierung. Dieses gilt zum Beispiel im Hinblick auf Medizinische Versorgungszentren (MVZ), die unter vornehmlich unternehmerischen Strategien gegründet werden oder auf Krankenhäuser, die Arztstühle aufkaufen, um Zuweisernetzwerke aufzubauen.

Sowohl die informationellen Defizite als auch die betriebswirtschaftlichen Optimierungsstrategien lassen die bestehende sektorale Trennung damit volkswirtschaftlich und hinsichtlich der medizinisch-therapeutischen Wirksamkeit als wenig wünschenswert erscheinen.

Im Abbau sektoraler Hürden liegt also eine große Chance, um die Patientenversorgung zu verbessern, die Patientenzufriedenheit zu erhöhen und auch um qualitätssichernde Maßnahmen durch den gesamten Patientenverlauf zu erleichtern. Außerdem können Effizienzreserven genutzt und Kosten gesenkt werden und damit ein Beitrag zur Zukunftssicherung des deutschen Gesundheitswesens geleistet werden.

Struktureller Hintergrund sind auch die historisch bedingten zersplitterten Zuständigkeiten in der Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung als Teil der sozialen Daseinsvorsorge. Während für die Krankenhausversorgung seit den 1970er Jahren die Länder planerisch zuständig sind, ist die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung Aufgabe der berufsverbandlich organisierten Kassenärztlichen Vereinigung. Daraus resultierend finden wir auch budgetär getrennte Finanzkreisläufe.

Für andere gesundheitliche Versorgungssektoren, wie Pflege, Rehabilitation und Prävention finden sich keine oder, wie bei der Pflege, wenig wirksame strukturelle Steuerungsinstrumente.

Als allgemeiner Trend lässt sich feststellen, dass in den letzten 25 Jahren bei der Steuerung im Gesundheitssystem finanzielle Anreizsysteme zunehmende Bedeutung eingeräumt worden ist.

Trotzdem konnten damit die Gesamtsystemausgaben nicht gedämpft werden; im Gegenteil die Ausgaben sind sogar stärker gestiegen, wie auch die Beispiele Niederlande, Großbritannien und USA zeigen, die ebenfalls stark auf finanzielle Anreizsysteme gesetzt haben.

Zur Überwindung der genannten Sektorengrenzen und der Steuerungsdefizite sind integrierte, sektorenübergreifende Versorgungsformen und Entgeltssysteme erforderlich.

### 3. Warum brauchen wir eine sektorenübergreifende Versorgung?

Die Enquetekommission des Deutschen Bundestags „Demografischer Wandel“ hat bereits in ihrem ersten Zwischenbericht Mitte der 90er Jahre darauf hingewiesen, dass es zur Bewältigung der Herausforderungen des demografischen Wandels besonderer sektorenübergreifender, den sozialen und bevölkerungsstrukturellen regionalen Bedingungen angepasster Versorgungsangebote bedarf. Die Kommission wies dabei darauf hin, dass es in den zurückliegenden Jahrzehnten gelungen ist, den Gesundheitszustand im Vergleich der Alterskohorten zu verbessern, dass also etwa die 60 bis 70 jährigen im Vergleich zur Vorgängergeneration einen besseren Gesundheitszustand und damit eine höhere Aktivität und gesellschaftliche Teilhabefähigkeit aufwiesen.

Die demografischen Veränderungen durch die Zunahme älterer und hochbetagter Menschen, die Pluralität von Lebensentwürfen und Zuwanderung, aber auch die gesellschaftliche Ausdifferenzierung (ökonomisch und sozial), bedingen einen veränderten Zugang zu Leistungen im Gesundheitssystem. Hinzukommt eine erhöhte Fragilität sozialer und familiär unterstützender Netzwerke.

Nachdem im Laufe des 20. Jahrhunderts durch viele Einzelentscheidungen eine selbstbestimmte ambulante Betätigung der Krankenhäuser unterbunden wurde und damit die Sektoren stark getrennt wurden, gab es in den letzten 25 Jahren viele Einzelschritte zur Überwindung der Sektorengrenzen.

Beispiele dafür sind

- die vor und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus (§115a)
- das ambulante Operieren im Krankenhaus (§115b)
- die Ermächtigungsambulanzen (§116) und Institutsambulanzen
- die Integrierte Versorgung (§140)
- die ambulante spezialärztliche Versorgung (§116b)
- die Praxiskliniken (§115 und §122)
- die ambulante Versorgung im Krankenhaus bei Unterversorgung (§116a)
- und die Disease Management Programme (DMP; §137f)

Durch diese Maßnahmen wird der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen für die

ambulante Versorgung unscharf. Zu einer wirkungsvollen Überwindung der Sektorengrenzen haben all diese Maßnahmen jedoch bislang nicht geführt. Damit besteht weiterhin erheblicher Handlungsbedarf, um im Interesse der Patient\*innen und der Beitragszahler\*innen die Versorgungsabläufe zu verbessern, Brüchen in der Informationsweitergabe und der Versorgung entgegenzuwirken und unnötige Kosten zu vermeiden.

## 4. Alternativen - Wie machen es andere?

Auch in der Geschichte unseres Landes gab und gibt es unterschiedliche Formen sektorenübergreifender Versorgung. Bis zum Beginn der Nazidiktatur wurden durch einzelne Ortskrankenkassen Ambulatorien mit angestellten Ärzt\*innen geführt, eine Tradition, die in der DDR in Form von Polikliniken, Ambulatorien und Dispensaries wieder auflebte. Vorbild waren dort neben der UdSSR vor allem die skandinavischen Länder. Mit der deutschen Einheit wurden diese Einrichtungen dem als überlegen angenommenen Betriebstypus der ärztlichen Einzelpraxis geopfert. Polikliniken an Universitätskliniken, die für Forschung und Lehre eingerichtet werden, sowie Institutsambulanzen, v.a. bei Versorgungsmängeln, die nicht durch persönlich ermächtigte Ärztinnen und Ärzte behoben werden können, stellen die ältesten Elemente einer sektorenübergreifende Versorgungsstruktur im Nachkriegsdeutschland dar, die aber nie wirklich integrativ angelegt waren.

Das Ende der Weimarer Republik und der Beginn der Naziherrschaft waren die entscheidenden Jahre für die grundsätzliche Struktur des heutigen deutschen Gesundheitssystems; dabei fand insbesondere eine Festlegung auf die selbständige ärztliche Einzelpraxis und damit eng verbunden auf den Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung durch die Kassenärztliche Vereinigung statt. Abweichende Möglichkeiten zur Versorgungsstruktur sind in den letzten zwei Jahrzehnten zwar geschaffen worden, um die transsektorale Zusammenarbeit zu verbessern. Hierzu zählen u.a. die Integrierte Versorgung nach §140 SGB V, die prästationäre Behandlung nach §115a SGB V zur Vorbereitung und Überprüfung der Notwendigkeit eines stationären Aufenthalts, die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und zuletzt die ambulante Spezialärztliche Versorgung (ASV) an Krankenhäusern als Neufassung des §116b SGB V. Durch diese Maßnahmen konnten einzelne Verbesserungen in der transsektoralen Zusammenarbeit erzielt werden, eine grundsätzliche Überwindung der Sektorengrenzen ist jedoch nicht gelungen. Die Integrierte Versorgung hat bislang insgesamt keine ausreichende Durchschlagkraft in der Breite erlangt. Die Wirkung der ASV kann noch nicht beurteilt werden, sie ist jedoch von ganz erheblichen bürokratischen Aufwänden geprägt und jeweils nur auf einzelne Krankheiten zugeschnitten. Es ist nicht zu erwarten, dass dieses Instrument über Einzelerfolge hinaus am grundsätzlichen Problem etwas ändern wird.

Insgesamt haben diese Instrumente im System keinen grundlegenden Wandel bewirkt, zum einen, weil sie vor allem als wettbewerbliche Alternativen zum vorherrschenden Versorgungsmodell und weniger als versorgungsstrukturelle Einrichtungen etabliert werden, zum anderen, weil sie quer zu den bestehenden Instrumenten und Einrichtungen der Gesundheitsstrukturplanung liegen.

Lange Zeit als Vorbild für Modelle sektorenübergreifender Versorgung galten die seit den 70er Jahren etablierten Managed Care Modelle der USA (Health Maintenance Organisations (HMO), Preferred Provider Organisation u.ä.). Sie organisieren meistens regional gebunden vor allem im Kontext der staatlichen Sicherungssysteme (insbes. Medicare und Medicaid) auf Basis eines Health-Care-Plans die gesundheitliche Versorgung in Form von Netzwerken gesundheitlicher Dienstleister. Dabei sind sie bisweilen selbst Versicherer oder auf der anderen Seite Mittler zwischen Leistungserbringern und Versicherern bzw. öffentlichem Leistungsträger. War in den Anfangszeiten der überwiegende Teil gemeinwirtschaftlich und orientierte sich teilweise explizit an europäischen Modellen (z.B. die französischen Dispensaire), wandelte sich seit Ende der 1980er Jahre die Struktur und for-profit-orientierte Unternehmen begannen das Feld zu dominieren, bei einem gleichzeitig stattfindenden Konzentrationsprozess. Besonderheiten von Managed-Care-Organisationen sind die eingeschränkte Wahlfreiheit, der Wandel hin zum angestellten Arzt und die einheitlichen Vergütungen innerhalb des Netzwerks / der Organisation. MCOs dienen aber nicht prinzipiell der Förderung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit, sondern vor allem der Qualitätssicherung und der Dämpfung der bekannt hohen Ausgabendynamik im US-amerikanischen Gesundheitssystem.

Angesichts der besonderen strukturellen Probleme, der hohen Kosten, dem eingeschränkten Zugang, den Effektivitätsproblemen, wie etwa dem Rückgang der Lebenserwartung des ärmsten Teils der US-amerikanischen BürgerInnen, kann das US-amerikanische Gesundheitssystem nicht als das Vorbild gelten. Europäische, vor allem nordeuropäische Gesundheitssysteme weisen bessere Ergebnisse in Hinsicht auf Zustimmung, Zugänglichkeit, Wirksamkeit und volkswirtschaftliche Effizienz auf.

Schauen wir daher in die europäische Nachbarschaft:

Dispensaires nennen sich die sozialmedizinischen Gesundheitszentren innerhalb des französischen Gesundheitssystems. Entstanden sind sie aus der Tradition der Armenmedizin des 19. Jahrhundert. Schon früh gab es spezialisierte Zentren, die sich mit besonderen Erkrankungen befassten (z.B. Tuberkulose) bzw. sich der Gesundheit besonderer sozialer Gruppen widmeten (z.B. Prostituierte, pädiatrische Medizin). In der Regel handelt es sich um die Verbindung der Primär- und der Sekundärversorgung (Allgemeinmedizin und fachärztliche Versorgung, ergänzt um sozialmedizinisch-therapeutische Anteile).

In den Niederlanden hingegen wird die fachärztliche Versorgung (Sekundärversorgung) an den Krankenhäusern konzentriert. Die diagnosebezogenen Fallpauschalen beinhalten daher auch Entgeltanteile für die ambulante fachärztliche Versorgung (seit 2005 Diagnose Behandlung Combinaties (DBC)). Die fachliche Vorbildfunktion des niederländischen Gesundheitssystems ist in vielen Bereichen (etwa Hygiene, Pflege) unbestritten. Seit der Einführung des einheitlichen Marktes 2006 (mit de-facto-Auflösung der Sozialversicherung) und der DBC 2005, ist es dennoch, gemessen am Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP, von einem guten Mittelfeldplatz zum zweit teuersten Gesundheitssystem der Welt mutiert.

Die skandinavischen Länder kombinieren sektorenübergreifende Versorgungsmodelle mit regionaler bzw. kommunaler Steuerung bei ebenfalls regionalisierter Budgetverantwortung. Die

Primärversorgung wird durch Gesundheitszentren (z.B. Vårdcentralen in Schweden), in denen auch Sozialarbeit integriert wird, auf vor allem kommunaler Ebene abgebildet. Die Sekundär- und Krankenhausversorgung ist etwa in Finnland auf der Basis interkommunaler Zusammenarbeit organisiert. Probleme entstehen dann auch vor allem an den Schnittstellen zwischen Primär- und Sekundärversorgung. Hervorzuheben ist also vor allem die regionale/kommunale Steuerung als explizites Steuerungsmodell. Die skandinavischen Modelle überzeugen durch hohe Versorgungsqualität (bei der Bekämpfung multiresistenter Keime liegen sie regelmäßig vorn, hohe Zugänglichkeit, hohe Lebenserwartung) und überdurchschnittliche Zufriedenheit der Bevölkerung. Allerdings ist in der Regel die freie Arztwahl eingeschränkt. In Finnland hat man dazu das Konzept des bevorzugten Arztes innerhalb des lokalen Gesundheitszentrums eingeführt.

Sowohl national als auch international finden sich zahlreiche Beispiele für gewachsene, aber auch gesundheitspolitisch entwickelte Formen sektorenübergreifender Versorgung. Da die Entwicklungspfade jeweils zu unterschiedlich sind, kann man diese nicht einfach übertragen. Allerdings werden Elemente deutlich, die bezüglich der ärztlichen Arbeit in der Integration der stationären und der fachärztlichen Versorgung bestehen und auf der Ebene der Primärversorgung andere Aufgaben und Berufe integrieren, mit der Orientierung auf Prävention, Frührehabilitation und soziale Arbeit. Auch wird deutlich, dass Instrumente kommunaler bzw. regionaler Steuerung im Sinne der Planung, Koordinierung und Leistungsabstimmung übliche Instrumente bei der Umsetzung sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen und -modelle sind. In vor allem marktwirtschaftlichen Systemen (USA) werden diese selektiv durch kommerzielle oder bisweilen auch gemeinwirtschaftliche Managed-Care-Organisationen wahrgenommen (vor allem USA), während öffentliche Gesundheitssysteme für diese Aufgabe/Funktion auf öffentliche Gebietskörperschaften zurückgreifen.

## **5. Elemente für eine zukünftige Strukturierung. Mittel- und langfristige Maßnahmen**

Orientiert an den vorgenannten strukturellen Prinzipien sind in Deutschland die Instrumente für eine sektorenübergreifende Versorgung zu entwickeln bzw. auszubauen. Darüber hinaus muss die Koordination der Versorgung von Patient\*innen verbessert werden.

Leitbild und Ziel ist dabei eine Versorgung der Patient\*innen durch Hausärzt\*innen, niedergelassene Fachärzt\*innen und Krankenhäuser sowie den anderen Gesundheits- und Pflegeprofessionen ohne Hürden, Brüche im Behandlungsablauf und ohne Kommunikationsbarrieren.

Alle Strukturen und Abläufe ordnen sich dabei dem einen übergeordneten Ziel unter, für die Patient\*innen einen möglichst optimalen Ablauf in Diagnostik und Therapie, einschließlich der Rehabilitation zu ermöglichen.

Die Aufgaben der einzelnen ärztlichen und nicht-ärztlichen Akteur\*innen ergeben sich dabei aus ihren besonderen Befähigungen und Möglichkeiten, an der Versorgung der Patient\*innen teilzunehmen. Starre an überkommenen Strukturen orientierte Vorgaben hingegen sollen der Vergangenheit

angehören.

Leitbild für das Krankenhaus der Zukunft ist es dabei, dass es als medizinisches Kompetenzzentrum fungiert und nicht nur wie bisher Betten und stationäre Angebote vorhält, sondern seinem individuellen Versorgungsauftrag folgend diejenigen komplexeren diagnostischen und therapeutischen Angebote für die Versorgung der Menschen vorhält und durchführt, die niedergelassene Ärzt\*innen der Region nicht anbieten können, egal ob diese stationär, teilstationär oder ambulant erfolgen.

Das Krankenhaus der Zukunft arbeitet eng mit den niedergelassenen Haus- und Fachärzt\*innen der Region zusammen. Dabei darf aber die Freiheit der Zuweisung der niedergelassenen Ärzt\*innen zu einzelnen Krankenhäusern nicht eingeschränkt werden.

Die bisherigen Verträge der Integrierten Versorgung (§140 SGB V) haben das Problem der sektoralen Trennung nicht gelöst. Krankheitsübergreifende integrierte Versorgungsformen sind jedoch eine Option für die Zukunft, wenn sie nicht nur innerhalb des ambulanten Sektors integrierend wirken, sondern auch Krankenhäuser mit einbeziehen.

Die im Folgenden dargestellten Elemente stellen Schwerpunkte einer mittel- bis langfristigen Regelung dar:

## **5.1. Gesellschaftliche Anforderungen an eine Gesundheitsversorgung vor Ort**

In der Gesundheitsversorgung müssen wir stärker als bisher von den Bedarfen und Bedürfnissen der Menschen ausgehen. Gesundheitsversorgung wird angesichts der zunehmenden Zahl hochbetagter Menschen vernetzter, barrierefrei und oft auch stärker zu Hause bei den Menschen erbracht werden müssen. Eine gute Gesundheitsversorgung darf nicht vom Geldbeutel oder der Lebenssituation abhängen, sie muss auch für Menschen in prekären Lebenssituationen gesichert werden. Deshalb wird auch die zielgruppenspezifische und insbesondere die aufsuchende medizinische und gesundheitliche Hilfe für Menschen weiter an Bedeutung gewinnen. Hierzu muss auch die Gesundheitshilfe für Menschen ohne Obdach verbessert werden. Für Menschen mit Behinderung, wie auch für Menschen, die bislang aufgrund von sprachlichen oder kulturellen Barrieren die Gesundheitsangebote nicht in Anspruch nehmen konnten, muss der Zugang in den kommenden Jahren deutlich verbessert werden. Eine barrierefreie und inklusive Gesundheitsversorgung für alle Menschen ist das Ziel.

## **5.2. Einheitliche Versorgungsplanung**

Wir wollen die Versorgungsplanung in Zukunft sektorenübergreifend gestalten. Kernbestandteil einer solchen Reform ist die Zusammenführung von stationärer und ambulanter Planung in einem Landesversorgungsplan. Hierzu gehört auch eine gründliche und vorausschauende Analyse des tatsächlichen und zukünftigen Versorgungsbedarfs in einem Land bzw. einer Region, differenziert nach Versorgungsstufen.

Der Landesversorgungsplan integriert den ambulanten hausärztlichen, den ambulanten fachärztlichen und den Krankenhausbereich mit seinen stationären und ambulanten Leistungen. Er hebt die Trennung in Krankenhausplanung durch die Länder und die Planungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen für den ambulanten Bereich auf. An seiner Erstellung arbeiten auf Landesebene Vertreter\*innen der zuständigen Landesministerien, der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Krankenkassen zusammen. Vertreter\*innen der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Berufsverbände und der Patient\*innen u.a. erhalten Informations- und Vorschlagsrechte und müssen eng in den Entscheidungsprozess einbezogen werden.

### **5.3. Gesundheitskonferenzen auf Ebene von Städten und Landkreisen**

Gesundheitsrelevantes Handeln entfaltet sich in den Kommunen und Regionen, in denen die Menschen leben. Zur konkreten Koordination der Gesundheitsleistungen sollen Regionale bzw. Kommunale Gesundheitskonferenzen etabliert werden.

Wichtigste Aufgabe der Gesundheitskonferenzen ist es, den Dialog zwischen den ambulanten und stationären Gesundheitsversorgern sowie Patientenvertreter\*innen in strukturierter Weise und berufsgruppenübergreifend zu ermöglichen. Dabei sollen in den einzelnen Versorgungsbereichen Defizite und Schnittstellenprobleme identifiziert und Lösungen entwickelt werden, die den Interessen und Bedarfen der Menschen der Region am besten gerecht werden. Die Gesundheitskonferenzen sollen in festzulegenden zeitlichen Abständen für alle wichtigen medizinischen Bereiche eingerichtet werden und in angemessener Weise themenbezogen alle relevanten Akteur\*innen (Ärzt\*innen, Heilmittelerbringer\*innen, Sozialarbeiter\*innen, Psychotherapeut\*innen, öffentlicher Gesundheitsdienst, Pfleger\*innen, kommunale Gesundheitspolitik) einbeziehen.

Die Gesundheitskonferenzen sind ein zentrales Koordinierungsgremium im gesundheitlichen Bereich in einer Kommune, das alle gesundheitsbezogenen Akteur\*innen zusammenführt und koordiniert. Sie befassen sich mit allen Themenfeldern der gesundheitlichen Versorgung, der gesundheitlichen Prävention und der Gesundheitsförderung, die koordinations- und/oder transparenzbedürftig sind. Dabei werden auch die kommunalen Gesundheitsziele berücksichtigt und es werden in Abhängigkeit von den örtlichen Bedingungen und in Abstimmung und unter Nutzung des kommunalen Sachverständigen Prioritäten für die Themenbearbeitung festgelegt. Beteiligt sind Leistungserbringer (Ärzteschaft, Krankenhäuser, Vertreter der Pflege und der Therapeut\*innen etc.), Kostenträger (Krankenkassen, Rentenversicherungsträger etc.), Patient\*innen (z. B. Selbsthilfegruppen, Einrichtungen für Patientenschutz, etc.), der für Gesundheit zuständige Ausschuss des Gemeinderates oder des Kreistages sowie des Gesundheitsamtes: also alle Institutionen, die für eine umfassende Diskussion verschiedenster gesundheitsbezogener Themenfelder notwendig sind.

Weiterhin kommt den Gesundheitskonferenzen eine wichtige Aufgabe im Bereich der Prävention zu, etwa für die Entwicklung lokaler Präventionsstrategien, dabei unter Identifizierung sozialer Brennpunkte mit besonderer Notwendigkeit für präventive Maßnahmen.



Bereits jetzt finden sich in mehreren Bundesländern Regelungen zu Regionalkonferenzen, etwa in Form von Gesundheits- oder Pflegekonferenzen. Im Entwurf zum 3. Pflegestärkungsgesetz (PSG III) etwa wird die Pflegekonferenz als reguläres Instrument der Pflegestrukturplanung und zielorientierten Weiterentwicklung des regionalen Pflegesystems genannt. Für das Thema Gesundheitsversorgung incl. Prävention steht ein solches gemeinsames Verständnis noch aus.

Die Aufgaben und Kompetenzen innerhalb des Versorgungssystems sind in der Regel sehr unklar definiert, auch der Entwurf zum PSG III schafft hier keine Klarheit, so dass die Pflegekonferenzen häufig, auch bei landesgesetzlicher Regelung, wenig Wirkung entfalten. Auch ist die regionalpolitische Kompetenz für Gesundheitssystemfragen aufgrund der mangelhaften Handlungskompetenz wenig ausgeprägt.

Es obliegt den jeweiligen Ländern und Kommunen, die Organisationsstruktur der Gesundheitskonferenzen festzulegen. Eine Lösung besteht darin, dem öffentlichen Gesundheitsdienst hier eine koordinierende Stellung zuzuweisen (s. Hessen). Die Gesundheitskonferenzen können Empfehlungen und Problemlösungsvorschläge erarbeiten, Informationen an die Planungsebene (Länder, KVen) weitergeben und diese zur Behebung von Defiziten vor Ort auffordern. Sie können des weiteren sektorenübergreifende (Modell-) Projekte vorbereiten und begleiten (Beispiel Münster).

## **5.4. Regionale Gesundheitsbudgets statt landesweiter sektoraler Budgets**

Anstelle der heutigen sektoralen Budgets sind mittel- und langfristige regionale Budgets anzustreben. Solche Regionalbudgets sind typisch für skandinavische Versorgungssysteme, aber auch in Deutschland sind Modelle bereits in der psychiatrischen Versorgung in Modellprojekten erprobt worden.

Eine budgetäre Umstellung ist ein langfristiger Prozess und erfordert Gesetzesänderungen im SGB V. Es ist zu prüfen, ob nicht bereits im Rahmen der aktuellen Gesetzeslage Modellprojekte möglich sind, in deren Rahmen ein regionales Gesundheitsbudget transsektoral aufgestellt und verwaltet werden kann. Beispiele finden sich in der psychiatrischen Versorgung, bei denen regionale Versorgungsbudgets „erprobt“ wurden, um integrierte Versorgungsmodelle zu forcieren (z.B. Kreis Steinberg). Die sektorenübergreifende Versorgung ist im psychiatrischen Bereich besonders relevant und wurde von Kritikern und kritischen Verbänden in der PEPP-Diskussion vorgeschlagen.

## **5.5. Nationale Versorgungsleitlinien regeln auf welcher Versorgungsebene welche Patient\*innen / Krankheitsbilder versorgt werden**

Die deutsche Versorgungslandschaft ist von einer starken Heterogenität geprägt; die gleichen Leistungen werden in manchen Regionen stationär, in anderen ambulant erbracht, je nach vorherrschendem Leistungsangebot. Nationale Versorgungsleitlinien sollen einer zu starken

Heterogenität entgegenwirken und Regelungen zur Frage treffen, auf welcher Ebene bestimmte Krankheitsbilder vorwiegend versorgt bzw. diagnostische Maßnahmen bevorzugt erfolgen sollen. Die Leitlinien haben empfehlenden Charakter. Bei der praktischen Realisierung ist zu berücksichtigen, dass

a) individuelle Besonderheiten der einzelnen Patient\*innen Abweichungen (z.B. Alter, individuelle Gesundheitsrisiken, die sozialen Möglichkeiten und Fähigkeiten zur häuslichen Betreuung) von den Empfehlungen bedingen müssen, und dass

b) regionale Versorgungsbesonderheiten bestehen können, die zunächst aufgrund struktureller Gründe (etwa Personalmangel, regionale Verfügbarkeit in ländlichen Regionen) nicht verändert werden können.

Ziel dieser Versorgungsleitlinien muss es sein, eine möglichst am Patientennutzen orientierte Versorgung zu ermöglichen und Effizienzreserven im deutschen Gesundheitswesen zu heben.

## **5.6. Koordination im ambulanten Bereich durch Hausarztzentrierte Versorgung oder Gesundheitsnetze. Förderung innovativer Versorgungsmodelle.**

Der Zugang zum deutschen Gesundheitswesen verläuft häufig sehr unstrukturiert. Viele Patient\*Innen verlieren sich im Dickicht einer Vielzahl an Angeboten, Informationen zwischen den einzelnen Therapeut\*innen fließen häufig nur unzureichend.

Die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V zielt darauf ab, Patient\*innen besser zu versorgen und durch Koordination der Leistungen Kosten zu sparen. In der HzV ist die Hausarztpraxis erste Anlaufstelle für die eingeschriebenen Patient\*innen, sie koordiniert die Behandlungsschritte und nimmt Lotsenfunktion ein. Die Teilnahme an den HZV-Modellen ist für Ärzt\*innen und Patient\*innen freiwillig. Eingeschriebene Patient\*innen verpflichten sich zunächst ihre Hausarztpraxis aufzusuchen, die dann gemeinsam mit den Patient\*innen über weitere Überweisungen entscheidet. Die teilnehmenden Praxen müssen bestimmte Qualitätsmerkmale bezüglich Praxisausstattung und Fortbildungen erfüllen. Insbesondere müssen Fortbildungen für Ärzt\*innen und Medizinische Fachangestellte (MFA) herstellerunabhängig sein. Die gesetzlichen Krankenversicherungen sind verpflichtet, ihren Versicherten eine HZV anzubieten. Die Vergütung in der HZV erfolgt in der Regel außerhalb des Systems der kassenärztlichen Vereinigungen (EBM) und basiert stark auf Pauschalen. Evaluationen zeigen, dass einzelne, aber nicht alle HZV-Modelle, in allen Bereichen Qualitätsverbesserungen in der Versorgung und Kosteneinsparungen ermöglichen. Angedockt an HZV-Verträge sind Facharztverträge mit dem Ziel einer zügigen und passgenauen fachärztlichen Versorgung und engmaschigen Kooperation zwischen Hausarztpraxis und Facharztpraxis, z. B. durch strukturierten Informationsaustausch zwischen den beiden Ebenen.

Schon mehrere Jahre vor der HZV haben sich durch den IV-Fonds der Bundesregierung Gesundheitsnetzwerke gebildet, die z. T. regionale ärztliche und nicht-ärztliche Leistungsanbieter

miteinander vernetzen. Manche haben sich auf bestimmte Indikationen (indikationsbezogene IV-Verträge) spezialisiert, andere streben die Versorgung der Bevölkerung einer Region (populationsbezogene IV-Verträge) unter Verbindung von Gemeinwohl und unternehmerischen Interessen (z.B. der Management-Gesellschaften) an. Mehrere Haus- und Facharztpraxen können parallel aufgesucht werden. Die Vergütung verläuft innerhalb des KV-Systems mit zusätzlicher Bezahlung besonderer Leistungen. Meist stehen Managementgesellschaften hinter den Netzwerken, die mit ihrem medizinökonomischen Know-how Effizienzreserven heben und damit Kosten sparen wollen. Die Gesundheitsnetzwerke beinhalten z.B. Versorgungsprogramme für Patient\*innen mit einzelnen Erkrankungen, Maßnahmen zur Motivation und Aktivierung der Versicherten und ihre Einbeziehung im Netzwerk (Patientenbeirat), eine Einbeziehung regionaler Akteure (Vereine, Schulen, Kommunen) sowie des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Die Finanzierung erfolgt bisher aus dem Fonds für Projekte der Integrierten Versorgung und für einzelne Netze zukünftig zeitweilig aus dem Innovationsfonds. Langfristig ist geplant, durch zusätzlichen Gesundheitsnutzen die Managementgesellschaft zu finanzieren. Die Integrierte Versorgung kann als Teilkomponente eines modifizierten Managed Care Systems nach US-Vorbild angesehen werden.

Beide Modelle gehen auf den ersten Blick von unterschiedlichen Patientenbildern aus. Die HZV betont die Notwendigkeit, die Patient\*innen an die Hand zu nehmen auf dem Weg durch das sehr komplexe deutsche Gesundheitswesen. Die Gesundheitsnetzwerke betonen die Mündigkeit der Patient\*innen und Elemente der Patientenstärkung (Empowerment). Die kaum überschaubaren Angebote im deutschen Gesundheitswesen machen es auch für die mündigen Patient\*innen sinnvoll, einen Ansprechpartner des Vertrauens zu haben. Rund 80% der medizinischen Probleme können durch die Hausarztpraxis gelöst werden. Eine Stärkung der Rolle der Hausarztpraxis ist sowohl im Patienteninteresse als auch im Interesse eines effizienten Gesundheitswesens sinnvoll. Das HZV-Modell bedeutet keineswegs eine Entmündigung der Patient\*innen. Motivation der Patient\*innen, Zielvereinbarungen zwischen Ärzt\*innen und Patient\*innen und Empowering spielen auch in den HZV-Modellen eine Rolle und können dort noch verstärkt eingesetzt werden. Fraglich ist, ob Vernetzung allein ohne Elemente eines primärärztlichen Modells wie in der HZV bereits zu optimalen Ergebnissen führen kann.

Im Sinne einer wirklich sektorenübergreifenden Versorgung ist es erforderlich, dass auch die regionalen Krankenhäuser vertraglich in die Versorgungsmodelle einbezogen werden. Für die Krankenhäuser müssen wirtschaftliche Anreize geschaffen werden, im Einzelfall auf stationäre Aufnahmen zu verzichten, und sich an der ambulanten Behandlung der Patient\*innen zu beteiligen.

Zukünftig wird es insbesondere in ländlich strukturierten und strukturschwachen städtischen Regionen vielfältigere Konzepte als nur die Ein-Arzt-Praxis als ambulante ärztliche Versorgung geben. Mobile Praxen, geteilte Zulassungen und Beschäftigung angestellter ärztlicher Mitarbeiter\*innen – auch in Teilzeitbeschäftigung – können dazu beitragen, die Versorgung sicher zu stellen.

Kommunale Gesundheitszentren können Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung verschiedener Professionen unter einem Dach anbieten. Ärzt\*innen der Primärversorgung

(Hausärzt\*innen) und anderer Fachgebiete sowie weitere Gesundheitsberufe können dort zusammenarbeiten. Speziell weitergebildete Pflegekräfte oder medizinische Fachangestellte erhalten eine gestärkte Rolle. Sie übernehmen das Fallmanagement und koordinieren die Behandlung zwischen den unterschiedlichen Ärzt\*innen sowie nicht-ärztlichen Heilberufen, z. B. Physiotherapeut\*innen. Zur Stärkung der Gesundheitsversorgung im Quartier könnten bspw. gemeinsam mit den örtlichen Akteur\*innen im Gesundheitsbereich, insbesondere auch den KVen, geeignete Angebote der Gesundheitsversorgung namentlich für Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf im Quartier entwickelt werden.

## **5.7. Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen in einer sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung**

Wenn die Sektoren in unserem Gesundheitssystem zusammenrücken und durchlässiger werden, bedeutet dies auch, dass neue Gesundheitsberufe entstehen und die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen im Gesundheitssystem neu definiert und enger werden kann. Chronisch Kranke mit zum Teil sehr komplizierten Erkrankungen brauchen Begleitung auf ihrem Weg zwischen Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen, niedergelassenen Ärzt\*innen, Therapeut\*innen und häuslichen Pflegeeinrichtungen. Diese Aufgabe können Lots\*innen (sogenannte Fall-Manager oder case manager) übernehmen, die Termine vereinbaren, beraten und auch über Substitution und Delegation bisher durch Ärzt\*innen ausgefüllte Aufgaben übernehmen. Erfahrene und weitergebildete Medizinische Fachangestellte oder Krankenpfleger\*innen können zum Beispiel solche Aufgaben übernehmen. Sozialarbeiter\*innen werden gebraucht, um den Patient\*innen Informationen und Hilfestellungen über ihre Leistungsansprüche zu geben, die häufig verschiedenen Rechtskreisen angehören. In sozialpädiatrischen Zentren gibt es bereits gute Erfahrungen mit berufsgruppenübergreifender Zusammenarbeit. Zentren für Menschen mit geistiger und Mehrfachbehinderung sollten besser gefördert werden.

## **5.8. Neue Kommunikationstechniken und sektorenübergreifende Versorgung**

Telemedizin kann Fachexpertise hochspezialisierter Zentren über beliebige Entfernungen hinweg in Krankenhäuser auf dem Land und über derzeitige Sektorengrenzen hinweg in Praxen in Städte und Dörfer bringen. Netzwerke von Ärzt\*innen, Krankenhäusern und Therapeut\*innen können, wenn die Patient\*innen zugestimmt haben, gemeinsame elektronische Patientenakten führen, ohne Informationsverluste und Brüche in der Informationsweitergabe. Viele weitere Beispiele einer verbesserten Zusammenarbeit zum Wohl der Patient\*innen sind hier denkbar.

## **5.9. Funktionsfähiger Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) vor Ort**

Die Kommunen sind wichtige Akteure in der gesundheitlichen Versorgung vor Ort. Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) hat die Möglichkeit lebenslagen-nahe Gesundheitshilfen und -leistungen anzubieten, er kennt die Strukturen, Stärken und Defizite vor Ort und ist die Ebene, die Strukturen der unterschiedlichen Bereiche miteinander vernetzen kann. Zudem koordiniert der ÖGD bzw. das Gesundheitsamt in vielen Kommunen die örtlichen Gesundheitskonferenzen. Schließlich muss der ÖGD als zentraler Akteur in der Gesundheitsförderung und Prävention vor Ort insbesondere in den Stadtteilen und Quartieren aufgewertet werden.

Der ÖGD sollte entsprechend gestärkt und zukunftsfest ausgestaltet werden. Nur so kann er den steigenden Anforderungen z. B. in der Präventionspolitik und zielgruppenspezifischen Gesundheitsversorgung vor Ort, gerade auch für Menschen in prekären Lebenssituationen, besser gerecht werden und eine einheitliche und hochwertige Aufgabenerfüllung gewährleisten. Hierzu bedarf es auch einer stärkeren interkommunalen Zusammenarbeit.

## **6. Nächste Maßnahmen**

### **6.1. Weiterentwicklung des gemeinsamen Landesgremiums nach §90 SGBV**

#### **Hintergrund:**

Das Gemeinsame Landesgremium (§90a SGBV) soll weiterentwickelt werden, um eine Gesundheitsplanung auf Länderebene, sowohl für den ambulanten, als auch den stationären Bereich zu ermöglichen. Derzeit liegt der Sicherstellungsauftrag für die Krankenhausversorgung (stationäre Akutversorgung) in der Hand der Länder, der Sicherstellungsauftrag für die ambulante ärztliche Versorgung der Sozialversicherten in der Hand der kassenärztlichen Vereinigungen. Die Abstimmung zwischen beiden Bereichen ist unzureichend, teilweise gänzlich nicht-existent.

#### **Maßnahmen:**

Kurzfristig sollen über das gemeinsame Landesgremium Absprachen und Informationen erfolgen, insbesondere um regionalen Versorgungsgaps durch transssektorale Maßnahmen (z.B. Übernahme ambulanter Aufgaben durch Krankenhäuser, Mitwirkung niedergelassener Ärzt\*innen in Krankenhäusern) entgegenzuwirken. Langfristig ist eine sektorenübergreifende Gesundheitsplanung in verpflichtender Form erforderlich, was eine Gesetzesänderung im SGB V notwendig macht. Mit diesen Maßnahmen wird die Versorgung im Interesse der Patient\*innen gesichert und aufeinander abgestimmt.

## **6.2. Stationäre Aufenthalte ersetzende ambulante und teilstationäre Versorgung im Krankenhaus**

### **Hintergrund:**

Viele der heute in Deutschland stationär erbrachten Leistungen werden in anderen Ländern, unter Beachtung der verzahnten Versorgungsstrukturen, ambulant oder teilstationär erbracht und könnten auch in Deutschland im Interesse der Patient\*innen in nicht (voll-)stationärer Form angeboten werden. Heute fragen sich Patient\*innen oft, warum sie für eine bestimmte Untersuchung oder Therapie stationär aufgenommen werden müssen und nicht nach erfolgter Maßnahme wieder nach Hause gehen können. In etlichen Bereichen gibt es dafür keine inhaltliche, sondern nur eine juristische und regulatorische Begründung.

### **Maßnahmen:**

Die ambulante und teilstationäre Behandlung im Krankenhaus ist als eigene Versorgungsaufgabe mit klar definiertem Leistungsspektrum und einer eigenen Vergütungsmatrix aufzubauen.

Durch diese neue Versorgungsaufgabe ist nicht beabsichtigt, ambulante Versorgungsangebote, die in der Versorgung durch niedergelassene Ärzt\*innen etabliert und qualitativ hochwertig erbracht werden, ans Krankenhaus zu verlagern. Es geht vielmehr darum, Leistungen, die im Krankenhaus erbracht werden müssen bzw. am besten dort erbracht werden, auch ambulant und teilstationär im Krankenhaus anzubieten, wenn dies inhaltlich sinnvoll und für die Patient\*Innen von Vorteil ist. Wo immer unter Berücksichtigung der Patientensicherheit und Behandlungsqualität diese Leistungen durch niedergelassene Ärzt\*innen erbracht werden können, soll der ambulante Sektor auch zur Leistungserbringung zugelassen werden und die Leistungserbringung im ambulanten Sektor erfolgen.

Die Erbringung ambulanter und teilstationärer Leistungen durch die Krankenhäuser soll von dem bisherigen Verfahren der Überweisung in das Krankenhaus nicht abweichen, d.h. in der Regel eine Facharztüberweisung zur Voraussetzung haben. Ausnahmen sind Regionen und Fachgebiete mit unzureichender fachärztlicher Versorgung.

Weiterhin sollen Klinikambulanzen für die Behandlung von Krankheiten geöffnet werden, die aufgrund ihrer Komplexität und Seltenheit nicht im ambulanten Sektor versorgt werden können. Nähere Regelungen soll der GBA in Zusammenarbeit mit den ärztlichen Fachverbänden und der Bundesärztekammer festlegen.

Um eine solche alternative Versorgungsleistung für die Krankenhäuser wirtschaftlich tragfähig und damit erfolgreich zu gestalten, und um in den ersten Jahren Erlöseinbrüche zu vermeiden, sollen die Erlöse für ambulante und teilstationäre Leistungen im Krankenhaus anfänglich nahe bei dem bisherigen DRG-Erlös liegen, um dann entsprechend der krankenhauserorganisatorischen Anpassungen schrittweise aufwandsgerecht angepasst zu werden. Ausreichende Erlöse zu Beginn würden es den Kliniken erlauben, die notwendigen Anpassungsmaßnahmen inklusive baulicher Maßnahmen

vorzunehmen und eine ausreichende Routine mit dem neuen Leistungsgebiet zu schaffen.

## **6.3. Ambulante Weiterversorgung durch das Krankenhaus nach schweren Erkrankungen**

### **Hintergrund:**

Im deutschen Gesundheitswesen werden erfolgreich aufwändige Behandlungen durchgeführt, häufig bleibt aber unklar, ob die akutmedizinischen Erfolge eine nachhaltige Wirksamkeit erzielen. Die Krankenhausärzt\*innen haben oft selbst keinerlei Informationen darüber, wie erfolgreich die stationäre Behandlung und die ambulante Weiterbehandlung ihrer Patient\*innen ist. Für viele Erkrankungen ist es erforderlich, über die Akutphase hinaus spezielle Maßnahmen zum Wohl der Patient\*innen zu ergreifen und gleichzeitig den gesamten diagnostischen und therapeutischen Ablauf durch sektorenübergreifende Qualitätssicherungen zu begleiten. Volkskrankheiten wie der Schlaganfall oder der Herzinfarkt sind Beispiele für solche sektorenübergreifenden Erfordernisse.

### **Maßnahmen:**

Für definierte Krankheitsbilder soll den Krankenhäusern die Möglichkeit der poststationären Weiterbehandlung ihrer Patient\*innen (über die bisherigen gesetzlichen Regeln des §115a SGBV hinaus) gegeben werden. Dabei handelt es sich zum Beispiel um Krankheitsbilder, die zuvor stationär diagnostiziert und behandelt wurden und mittel- und längerfristige Nachbehandlungen erforderlich machen, die nicht im ambulanten Sektor erfolgen können. Je nach Krankheitsbild kann die Dauer dieser ambulanten Weiterbehandlung zeitlich begrenzt werden. Für sehr komplexe Ursachen (Beispiel: seltene Schlaganfallursachen) müssen Ausnahmen für diese zeitliche Begrenzung möglich sein (etwa bis zum Abschluss des fallbezogenen Behandlungszyklus). Diese ambulante Weiterbehandlung muss durch qualitätssichernde Maßnahmen und auch wissenschaftlich begleitet werden. Für die einzelnen Krankheitsbilder sind Standards (GBA in Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften) festzulegen, z.B. Mindestzahlen an Visiten. Beim Übergang der Patient\*innen ins vertragsärztliche System muss ein strukturiertes Überleitungsmanagement erfolgen. Die Patient\*innen müssen ein Wahlrecht bzgl. der Teilnahme an einem solchen poststationären Versorgungsprogramm haben. Die Bezahlung für den akutstationären und den poststationären Teil kann pauschaliert erfolgen. Darüber hinaus werden voraussichtlich Komplexpauschalen, die die stationäre und die spätere ambulante Behandlung umfassen, erforderlich.

## **6.4. Integration niedergelassener Ärzt\*innen im Krankenhaus**

### **Hintergrund:**

Im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wurde vor zehn Jahren einerseits die Möglichkeit geschaffen, in der ambulanten Versorgung angestellte Ärzt\*innen zu beschäftigten, andererseits wurde

niedergelassenen Ärzt\*innen die Möglichkeit eingeräumt, im Krankenhaus in Nebentätigkeit tätig zu werden. Die Tätigkeit im Krankenhaus darf allerdings die Tätigkeit in eigener Praxis nicht beeinflussen und darf daher bei Vollniederlassung 13 Wochenstunden, bei Teilniederlassung je nach Rechtsauffassung nicht mehr als 20 bzw. 26 Wochenstunden überschreiten. Es liegen kaum Daten vor, wie erfolgreich diese Form der Zusammenarbeit ist, aber versorgungspolitische Bedeutung hat sie bisher offensichtlich nicht. Abnehmende Bedeutung hat dagegen die klassische Form der vertragsärztlichen Tätigkeit am Krankenhaus, das Belegarztwesen. Die Zahl der Belegärzt\*innen hat von 1995 bis 2015 um etwa 10 Prozent abgenommen. Viele Gründe führten zu dieser Entwicklung, die Abnahme kleinerer Krankenhäuser, die Zunahme der Praxiskliniken, die Zunahme des ambulanten Operierens, aber auch die unzureichende Vergütung (zwanzig prozentiger Abschlag auf DRG-Fallpauschalen). Auf dem Vormarsch hingegen befinden sich Medizinische Versorgungszentren, die zunehmend durch Krankenhäuser betrieben werden, und in denen eine ebenfalls zunehmende Zahl angestellter Ärzt\*innen tätig ist.

### **Maßnahmen:**

In Modellprojekten soll erkundet werden, welche Maßnahmen erfolgsversprechend sind, um niedergelassene Ärzt\*innen stärker in die Arbeit im Krankenhaus einzubinden. Optionen sind z.B. Stationen, auf denen niedergelassene Ärzt\*innen ihre Patienten auch im Krankenhaus weiterbetreuen können oder attraktivere Vergütungsmodelle für belegärztliche Tätigkeiten.

## **7. Die Notfallversorgung**

### **Hintergrund:**

Ein besonders wichtiges Feld ist die Notfallversorgung. Eine koordinierte Zusammenarbeit von Notfallambulanzen der Krankenhäuser und der KV-Notdienstambulanzen ist erforderlich. Die Notfallambulanzen dienen der Versorgung von Patient\*innen mit einem hohen Gefährdungspotenzial bei potenzieller Indikation zur unmittelbaren stationären Aufnahme, also grob gesagt einer konkreten Gefahrenabwehr. Die KV-Notdienstambulanzen dienen dagegen der Versorgung von Patient\*innen ohne unmittelbar stationäre Indikation mit einem zeitlich indisponiblen Behandlungsdruck.

Die Notfallambulanzen sind überlastet, weil Patient\*innen ohne Bindung an eine Hausarztpraxis häufig direkt ins Krankenhaus gehen. Häufig werden daher primär die Notfallambulanzen der nächstgelegenen Krankenhäuser angelaufen, deren Notfallambulanzen überlastet werden und dann im Triage-System manche Patient\*innen stundenlang warten lassen (müssen). Die Vergütung der Notfallversorgung in den Kliniken ist derzeit unzureichend.

### **Maßnahmen:**

Es bedarf einer einheitlichen Planung der Notfallversorgung durch Vertragsarztpraxen und Krankenhäuser auf Landesebene. Dabei sollten KV-Notdienstambulanzen und Notfallambulanzen der



Krankenhäuser zusammenarbeiten. Zur Entlastung der Notfallambulanzen der Krankenhäuser sind wie in Baden-Württemberg nahe gelegene Portalpraxen durch Vertragsärzte anzustreben, die Patient\*innen behandeln, bei denen kein schweres akutes gesundheitliches Problem vorliegt.

Eine auskömmliche Finanzierung sowohl der Praxen als auch der Ambulanzen ist zwingend notwendig. Letzteres deutet sich in den Regelungen zur Krankenhausreform wenigstens an. Außerdem sind personelle Strukturvorgaben für die Notfallversorgung und Regelungen der Qualifikationsanforderungen für den ärztlichen Notfalldienst notwendig.

## 8. Pilotprojekte - Erprobung

### Hintergrund:

Gerade mit Blick auf die genannten gesundheitspolitischen Herausforderungen, die vor allem aus den sich verändernden und auseinandergehenden sozialen Lebenslagen resultieren, aber auch mit Blick auf die strukturelle Ausgangslage der Gesundheitsversorgung gibt es keinen Königsweg für den weiteren Ausbau sektorenübergreifender Versorgung. Im Bundesgebiet verstreut finden sich insbesondere im Bereich der Betreuung und Versorgung chronisch Erkrankter eine Vielzahl von Einzelprojekten, lokalen Initiativen, therapeutischen Netzwerken, Case-Management-Projekten (CMP). Dabei spielen, etwa auch bei Menschen mit Demenz, individualisierte Versorgungsprogramme und –systeme zunehmend eine Rolle. CMP etwa sind seit 2002 gesetzlich geregelt. Es fällt aber schwer, diese ausreichend zu bewerten. Ergebnisse sind länderbezogen und auch kassenbezogen sehr unterschiedlich. Noch schwieriger ist die Bewertung von sozialgruppenbezogenen Angeboten, bei denen auch nicht-medizinische Fragen von Bedeutung sind. Während wir es üblicherweise mit der Beurteilung der medizinisch-pflegerischen Wirksamkeit zu tun haben, bedarf es gerade bei sozialgruppenbezogenen Modellprojekten der Beurteilung der sozialen Wirksamkeit.

### Maßnahmen:

Die Implementierung und Evaluation muss regional- und sozialorientiert statt wie jetzt überwiegend kassenbezogen und wettbewerbsorientiert erfolgen. Durch den Kassenwettbewerb der letzten 20 Jahre hat nicht nur die Zahl der Gesetzlichen Krankenkassen um über 90 Prozent abgenommen. Damit verbunden ist auch ein Verlust von Betriebsnähe und Lebensweltorientierung einhergegangen. Soziale, biografie- und lebensweltorientierte Gesundheitsversorgung kann aber nur lebensweltnah und alltagsorientiert organisiert werden. Hinzu kommt, dass wir es bei sektorenübergreifenden Projekten, die kurative, rehabilitative und präventive Elemente beinhalten, innerhalb des sozialen Sicherungssystems mit geteilten Zuständigkeiten zu tun haben (Pflegeversicherung, Rentenversicherung, Kommune, Krankenversicherung, Unfallversicherung). Gesundheitskonferenzen oder, wo es diese nicht gibt, kommunale/regionale Gebietskörperschaften sollen entlang von regionalen Gesundheitszielen Ideen sammeln, Bedarfe erkennen und Modellprojekte initiieren und steuern.

Themenspeicher und Best-Practice-Modelle sind im Rahmen einer Netzwerkorganisation nach transparenten Bewertungskriterien zur Verfügung zu stellen. Die bisher sehr zersplitterten Zuständigkeiten für Projekte sektorenübergreifender Versorgung (z.B. DMP beim Bundesversicherungsamt) sollten gebündelt werden.

## 9. Essentials

### 9.1. Übergeordnete/Perspektivische Vorschläge:

1. Um die Versorgung stärker im Interesse der Patient\*Innen und effizienter zu gestalten, muss die Versorgungsplanung insgesamt grundlegend reformiert werden. Die Versorgungsplanung muss in Zukunft koordiniert und sektorenübergreifend gestaltet werden. Kernbestandteile einer solchen Reform sind die Zusammenführung von stationärer und ambulanter Planung in einem Landesversorgungsplan. Hierzu gehört auch eine gründliche und vorausschauende Analyse des tatsächlichen und zukünftigen Versorgungsbedarfs in einer Region, differenziert nach Versorgungsstufen.
2. Gesundheitskonferenzen sollen im Bereich der Städte und Landkreise geschaffen werden, und wo sie bereits existieren, sollen ihnen in zunehmendem Maße qualifizierte Aufgaben und Kompetenzen zugewiesen werden. Die Gesundheitskonferenzen sollen zunächst Empfehlungen und Problemlösungsvorschläge erarbeiten und Projekte und Prozesse moderieren, Informationen an die Planungsebene (Länder, KVen) weitergeben und diese zur Behebung von Defiziten vor Ort auffordern. Vorbild hierfür könnten die kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGk) sein, wie sie bereits in NRW gesetzlich verankert und damit in allen Kreisen und kreisfreien Städten obligatorisch sind. KGk beraten Fragen der gesundheitlichen Versorgung, geben Empfehlungen, vereinbaren Lösungsvorschläge und setzen diese um; wirken zudem mit Stellungnahmen an der Gesundheitsberichterstattung mit. In den KGk wirken Vertreter\*innen aller wesentlichen Bereiche der örtlichen Gesundheitsversorgung und Patientenvertreter\*innen mit. (Hinweis: da die KGk in NRW ein gesetzlich abgesichertes Beratungsgremium ist, sind hier auch die Ratsfraktionen und der ÖGD vertreten)
3. Langfristig soll die „Gesundheitsregion“ Einheit einer sektorenübergreifenden stationären und ambulanten Planung werden, regionale Gesundheitsbudgets sollen sektorale Budgets ablösen.
4. Nationale Versorgungsleitlinien sollen u.a. regeln, auf welcher Versorgungsebene welche Patient\*innen (welche Krankheitsbilder) versorgt werden. Dies soll der starken Heterogenität der Lösungen in der deutschen Versorgungslandschaft entgegenwirken. Dabei ist zu berücksichtigen, dass
  - a) individuelle Besonderheiten der einzelnen Patient\*innen immer Abweichungen (z.B. Alter, individuelle Gesundheitsrisiken, ggf. soziale Fähigkeit zur häuslichen Betreuung) von den Empfehlungen zulassen müssen und

b) regionale Versorgungsbesonderheiten bestehen können, die zunächst aufgrund struktureller Gründe (etwa Personalmangel, regionale Verfügbarkeit in ländlichen Regionen) nicht verändert werden können.

Ziel dieser Versorgungsleitlinien muss es jedoch sein, eine möglichst effiziente und am Patientennutzen orientierte Versorgung zu ermöglichen und Effizienzreserven im deutschen Gesundheitswesen zu heben.

## 9.2. Einzelmaßnahmen

1. Weiterentwicklung des gemeinsame Landesgremium nach §90a SGB V

Dadurch soll eine sektorenübergreifende Gesundheitsplanung auf Länderebene sowohl für den ambulanten als auch den stationären Bereich ermöglicht werden. Langfristig ist eine sektorenübergreifende Gesundheitsplanung in verpflichtender Form erforderlich.

2. Stationäre Aufenthalte ersetzende ambulante und teilstationäre Versorgung im Krankenhaus

Die ambulante und teilstationäre Behandlung im Krankenhaus muss als eigene Versorgungsaufgabe mit klar definiertem Aufgabenspektrum und einer eigenen Vergütungsmatrix aufgebaut werden. Dies darf nicht dazu dienen, etablierte und qualitativ hochwertige ambulante Versorgungsangebote durch niedergelassene Ärzt\*innen ans Krankenhaus zu verlagern. Sie dient in erster Linie dazu, mittel- und langfristig komplizierte Leistungen, die in Kliniken erbracht werden müssen, ambulant und teilstationär anzubieten, wenn keine fachliche Notwendigkeit für stationäre Therapie besteht. Wo immer diese Leistungen durch niedergelassene Ärzt\*innen erbracht werden können, soll der ambulante Sektor auch zur Leistungserbringung zugelassen werden. Die Erbringung ambulanter und teilstationärer Leistungen durch die Krankenhäuser soll in der Regel eine Facharztüberweisung zur Voraussetzung haben. Ausnahmen sind Regionen und Fachgebiete mit unzureichender fachärztlicher Versorgung.

3. Ambulante Weiterversorgung durch das Krankenhaus nach schweren Erkrankungen

Für definierte Krankheitsbilder soll den Krankenhäusern die Möglichkeit der poststationären Weiterbehandlung ihrer Patient\*innen (über die bisherigen gesetzlichen Regeln des §115a SGBV hinaus) gegeben werden. Je nach Krankheitsbild kann die Dauer dieser ambulanten Weiterbehandlung zeitlich begrenzt werden. Diese ambulante Weiterbehandlung muss durch qualitätssichernde Maßnahmen begleitet werden.

4. Krankheitsübergreifende sektorenübergreifende Versorgungsmodelle in Regionen

Die bisherigen vorwiegend krankheitsorientierten und auf einzelne Krankenkassen beschränkten IV-Verträge (§140 SGB V) haben das Problem der sektoralen Trennung nicht gelöst. Regionale krankheitsübergreifende Versorgungsmodelle sind eine Option, wenn sie offen für alle (betroffenen) Versicherten und außerdem nicht nur innerhalb der

vertragsärztlichen Versorgung wirken, sondern auch Krankenhäuser sowie Reha- und therapeutische Einrichtungen mit einbeziehen.

5. Bundesweite Förderung der Hausarztzentrierte Versorgung auf freiwilliger Basis, um die Koordination der Versorgung zu sichern.
6. Best-Practice-Beispiele - Themenspeicher schaffen, um die Arbeit von regionalen Akteur\*innen zu unterstützen; eine Informationsstelle über Beispiele guter sektorenübergreifender Versorgung und Lösungen für besondere sozialmedizinische Fragestellungen schaffen.

## 10. Autor\*innen

Prof. Dr. Armin Grau    [AJGrau@web.de](mailto:AJGrau@web.de)

Manfred Fiedler        [mfiedler@neuegesundheits2020.de](mailto:mfiedler@neuegesundheits2020.de)

Dr. Edith Ailingner    [dr.ailingner@t-online.de](mailto:dr.ailingner@t-online.de)

Harald Wölter         [harald.woelter@t-online.de](mailto:harald.woelter@t-online.de)

[www.gruene-bag-arbeit-soziales-gesundheit.de](http://www.gruene-bag-arbeit-soziales-gesundheit.de)