

Ohne grundlegende Reformen kommen wir nicht weiter – die Sicht der Krankenkassen

Biersdorfer Krankenhausmanagement Gespräche

Dunja Kleis

Landesgeschäftsführerin der BARMER in Rheinland-Pfalz und Saarland

Überwindung der Sektorengrenzen

Herausforderung seit Generationen

Veränderungsdruck steigt stetig

Es gibt ein Verteilungsproblem

In Metropolregionen besteht Überversorgung

Im ländlichen Raum droht Unterversorgung



BARMER

Übersorgung in Metropolen

Beispiel: Kardiologie Köln

Ambulante Versorgung:

Der ambulante Versorgungsgrad bei Fachärztlichen Internisten, hierzu zählen auch die Kardiologen, wird mit 201,12% angegeben (Übersorgung)

Stationäre Versorgung:

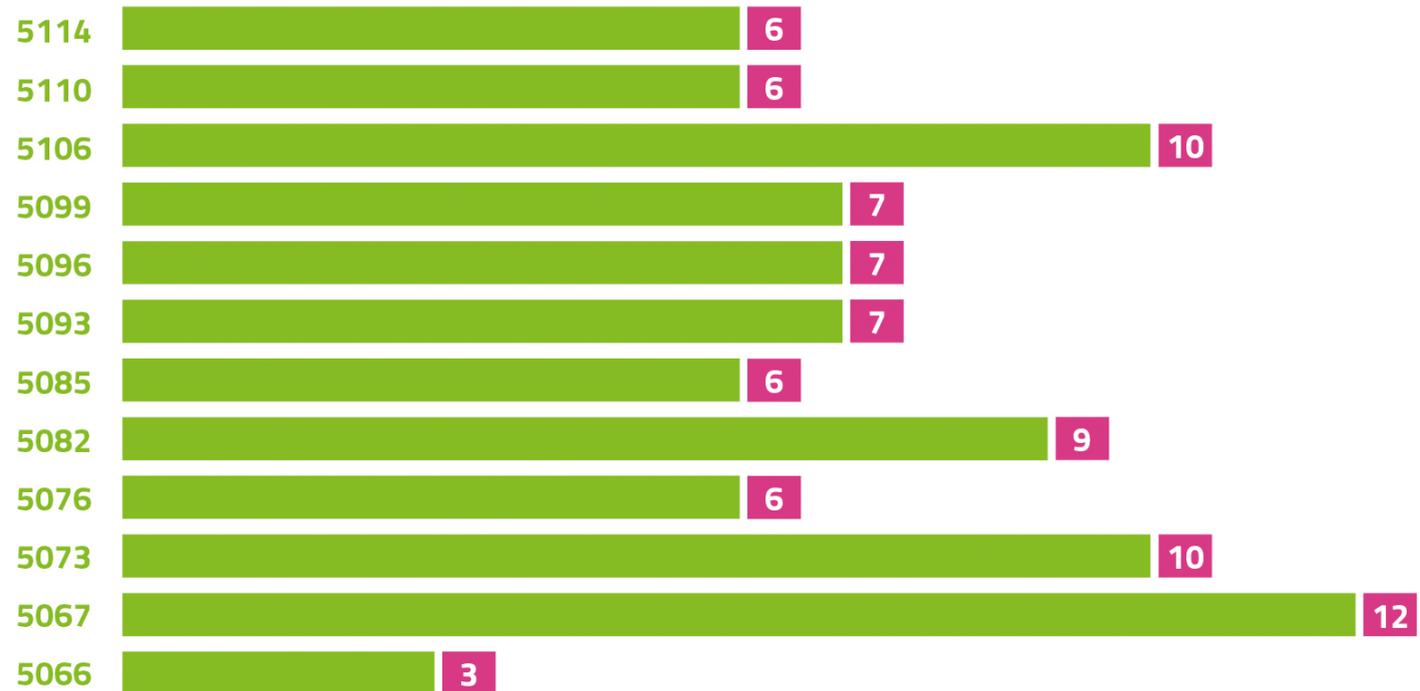
Insgesamt 16 verschiedene Kliniken versorgen die Patienten der Stadt Köln im Bereich „Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems“



Übersorgung in Metropolen

Beispiel: Kardiologie Köln

Versorgende Kliniken je PLZ-Bereich



Die Patienten in einem PLZ-Bereich (hier 5067) werden durch 12 verschiedene Kliniken betreut.

Drohende Unterversorgung im ländlichen Raum

„Ärzte altern mit ihren Patienten“

Herausforderungen:

- Altersstruktur
- Nachbesetzung von Arztsitzen
- Älter werdende Bevölkerung
- Strukturwandel



Ursachen: Getrennte Sektoren

Unterschiedliche Zuständigkeiten:
Ambulante Bedarfsplanung durch G-BA / stationäre
Planung durch Bundesländer

Noch keine Abstimmung bei Planung ambulant / stationär

Gleiche medizinische Leistungen unterliegen
unterschiedlichen Bedingungen –
Zugang, Vergütung, Qualität, Leistungsdefinition

Ausbildung zahlreicher Sonderformen zwischen den
Sektoren



➤ Über-, Unter- und Fehlversorgung

Wo muss gehandelt werden?

Handlungsfelder für eine sektorübergreifende Versorgung

Schnittstellen der Versorgung überwinden: zwischen Sektoren und Professionen

Gewährleistung einer kontinuierlichen medizinischen Behandlung der Patientinnen und Patienten – orientiert an einem Versorgungs-Pfad und einem Versorgungs-Ziel

Schaffung eines einheitlichen Ordnungsrahmens für Leistungserbringer unterschiedlicher Sektoren bei Erbringung identischer Leistungen

Verbesserung der sektorübergreifenden Kommunikation und Dokumentation



Bisherige Maßnahmen des Gesetzgebers

Viele partikuläre Ansätze

Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung (u. a. AOP)

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

Integrierte Versorgungsmodelle (Besondere Versorgung nach § 140a)

Anspruch auf Versorgungsmanagement, Entlassmanagement

Innovationsfonds – Weiterentwicklung der sektorübergreifenden Versorgung

Telematik-Infrastruktur (eGK, Medikationsplan etc.)



➤ **Vielzahl nicht aufeinander abgestimmter gesetzlicher Einzelmaßnahmen**

Bisherige Maßnahmen des Gesetzgebers

Beispiel: Ambulante Leistungen im Krankenhaus

Bezeichnung	SGB V	Ziel	Zulassung	Abrechnung
Ambulantes Operieren im Krankenhaus (AOP)	§ 115b	Verminderung stationärer Behandlung	Kraft Gesetz, bundesweiter Vertrag, nur Anmeldung notwendig	Nach EBM direkt mit KK (KHB nach § 39)
Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) durch Krankenhäuser oder vertragsärztliche Leistungserbringer	§ 116b	Versorgung von Patienten mit seltenen Erkrankungen, schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit bes. Krankheitsverläufen oder hochspezialisierten Leistungen	Kraft Gesetz, Anzeige beim eLA bei Vorliegen der Voraussetzungen lt. G-BA-Richtlinie	Zunächst EBM Später mit neuen Entgelten direkt mit KK
Hochschulambulanzen (HSA)	§ 117	Forschung und Lehre und neu: Personen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanz bedürfen	Ermächtigung per Gesetz Dreiseitige Verträge regeln Details	idR Pauschalen direkt mit der KK Zweiseitige Verträge
Psychiatrische Stitutsambulanzen (PIA)	§ 118 Abs. 1, 2 und 4	Vermeidung bzw. Verminderung stationärer Behandlungen	Bedarfsunabhängige Ermächtigung Bei Abs. 2 Bundesvereinbarung	Pauschalen Einzelleistungsvergütung direkt mit KK
Geriatrische Stitutsambulanzen (GIA)	§ 118a	Vermeidung bzw. Verminderung stationärer Behandlungen	Bedarfsabhängige Ermächtigung durch Zulassungsausschuss	EBM mit KV

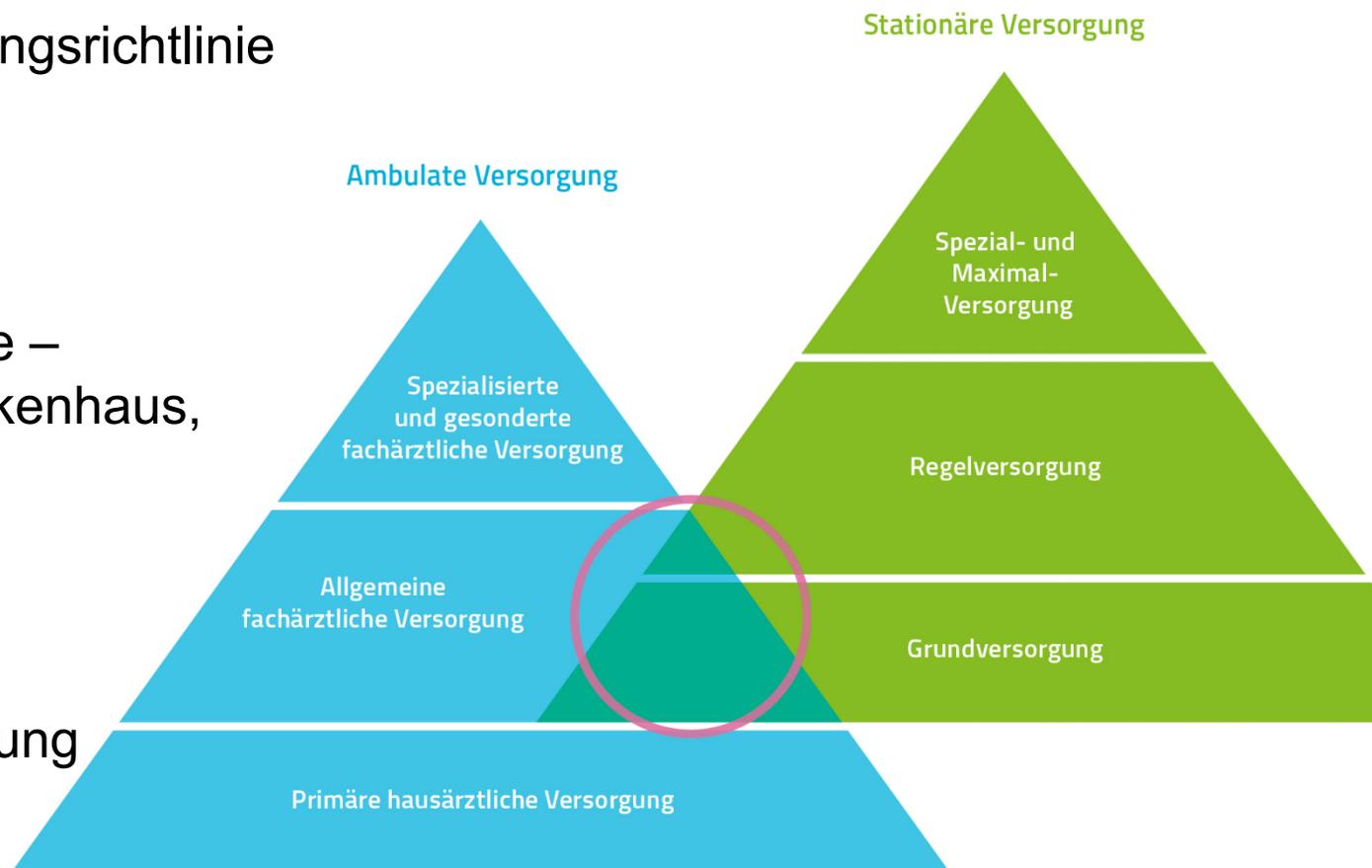
Sektorübergreifende Versorgungsplanung

Vorschlag: Sektorübergreifende Planung nach Versorgungsstufen

Sektorübergreifende Bedarfsplanungsrichtlinie durch G-BA

Primärversorgung durch Hausärzte –
Spezialisierte Versorgung im Krankenhaus,
weitere Bildung von Zentren

Fokus: Schnittstelle zwischen
allgemeiner fachärztlicher Versorgung
und Grund- und Regelversorgung
im Krankenhaus (Abb.)



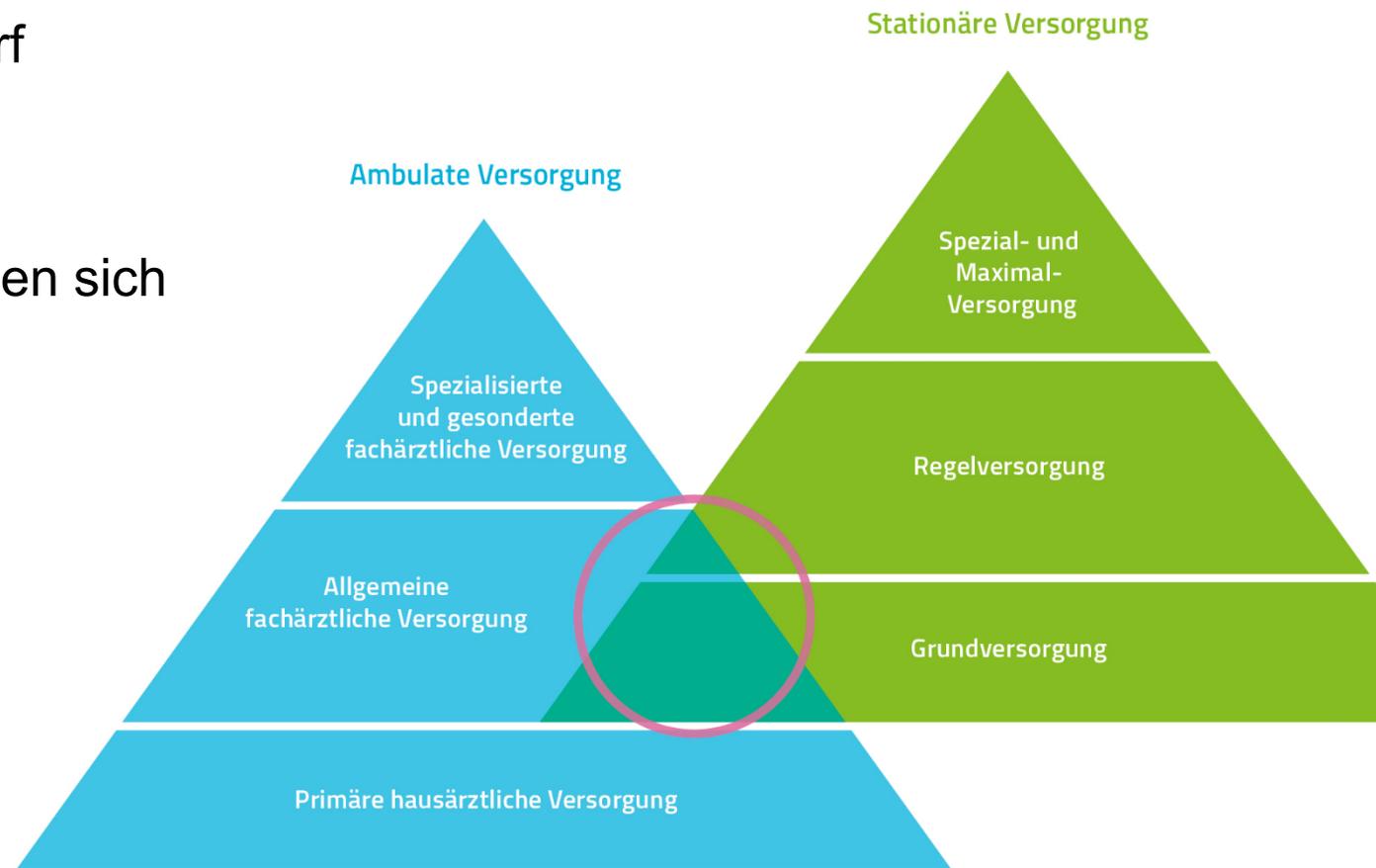
Sektorübergreifende Versorgungsplanung

Vorschlag: Sektorübergreifende Planung nach Versorgungsstufen

Kapazitäten folgen Leistungsbedarf

Gesetzliche Sonderformen erübrigen sich

Erfüllung von Qualitätskriterien
und Mindestmengen sind
Zulassungsvoraussetzungen



Nichts steuert Versorgung stärker als Vergütung

Status quo: Sektorbezogene Vergütung

Unterschiedliche Vergütung (EBM/DRG) für gleiche Leistungen

Fehlanreize:

- Leistung wird dort erbracht, wo höhere Vergütung besteht
- Möglichkeit der Mehrfachabrechnung, Doppeluntersuchungen
- Behinderung sektorübergreifender Versorgungskonzepte

**Beispiel: Diagnostische
Linksherzkatheterunter-
suchung**

Fallkosten Klinik

Ambulant	Stationär
630 €	1.800 €

Vergütung sektorübergreifend organisieren

Gleiche Vergütung für gleiche Leistung

Vorteile:

- Vereinheitlichung der Vergütung durch sektorübergreifende indikationsbezogene Leistungskomplexe
- Qualitätssicherung: Festlegung von Leitlinien und Behandlungspfaden



BARMER

Etablierung von Regionalen Versorgungsverbänden

Grundlage: sektorübergreifende Versorgungsplanung

Initiative durch Beteiligte an sektorübergreifender Versorgungsplanung

Kooperation ambulant / stationär und mit nichtärztlichen Gesundheitsberufen, Interdisziplinarität

Flexibles Personalmanagement: Anreize für Ärzte in dezentralen Regionen

Behandlungspfade möglichst unter Berücksichtigung von Leitlinien

Wirtschaftlichkeit: Gemeinsame Nutzung der technischen Infrastruktur und der personellen Kapazitäten sowie der Telemedizin



Regionale Versorgungsverbände

Entwicklungsoptionen in urbanen Räumen

Hohe Versorgungsdichte bietet die Möglichkeit der Leistungskonzentration

Versorgungsplanung definiert in urbanen Räumen Versorgungsverbände mit unterschiedlichen Leistungsschwerpunkten

- **Spezialisierung und Leistungskonzentration sichert eine bedarfsgerechte Versorgung und verbessert die Behandlungsqualität**

Regionale Versorgungsverbände

Entwicklungsoptionen in ländlichen Regionen

Kooperation von Leistungserbringern
verschiedener Disziplinen und
Versorgungsstufen

Ausgestaltung der Versorgungsverbände nach
regionalen Gegebenheiten

➤ **Verbesserung der Versorgung in
Regionen im strukturellen und
demografischen Umbruch**



Regionale Versorgungsverbände

Mögliche Modellausprägungen



Fazit

Schnittstellen im Gesundheitswesen behindern kontinuierliche medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten

Verharren in der sektoralen Logik ist Grund für Ineffizienzen

➤ **Schwerpunkt der nächsten Legislaturperiode:
Sektorübergreifende Versorgung weiterentwickeln**

➤ **Notwendig sind gesetzgeberische Initiativen!**

Vielen Dank