Gesundheitspolitik nach der Wahl

Herausforderung: Neubestimmung der Versorgungsstrukturen

Prof. Dr. Christoph Straub

Vorstandsvorsitzender der BARMER

BARMER

Überwindung der Sektorengrenzen

Herausforderung seit Generationen

BARMER

Veränderungsdruck steigt stetig

Es gibt ein Verteilungsproblem

- In Metropolregionen besteht Überversorgung

- Im ländlichen Raum droht Unterversorgung

BARMER

Überversorgung in Metropolen

Beispiel: Kardiologie Köln

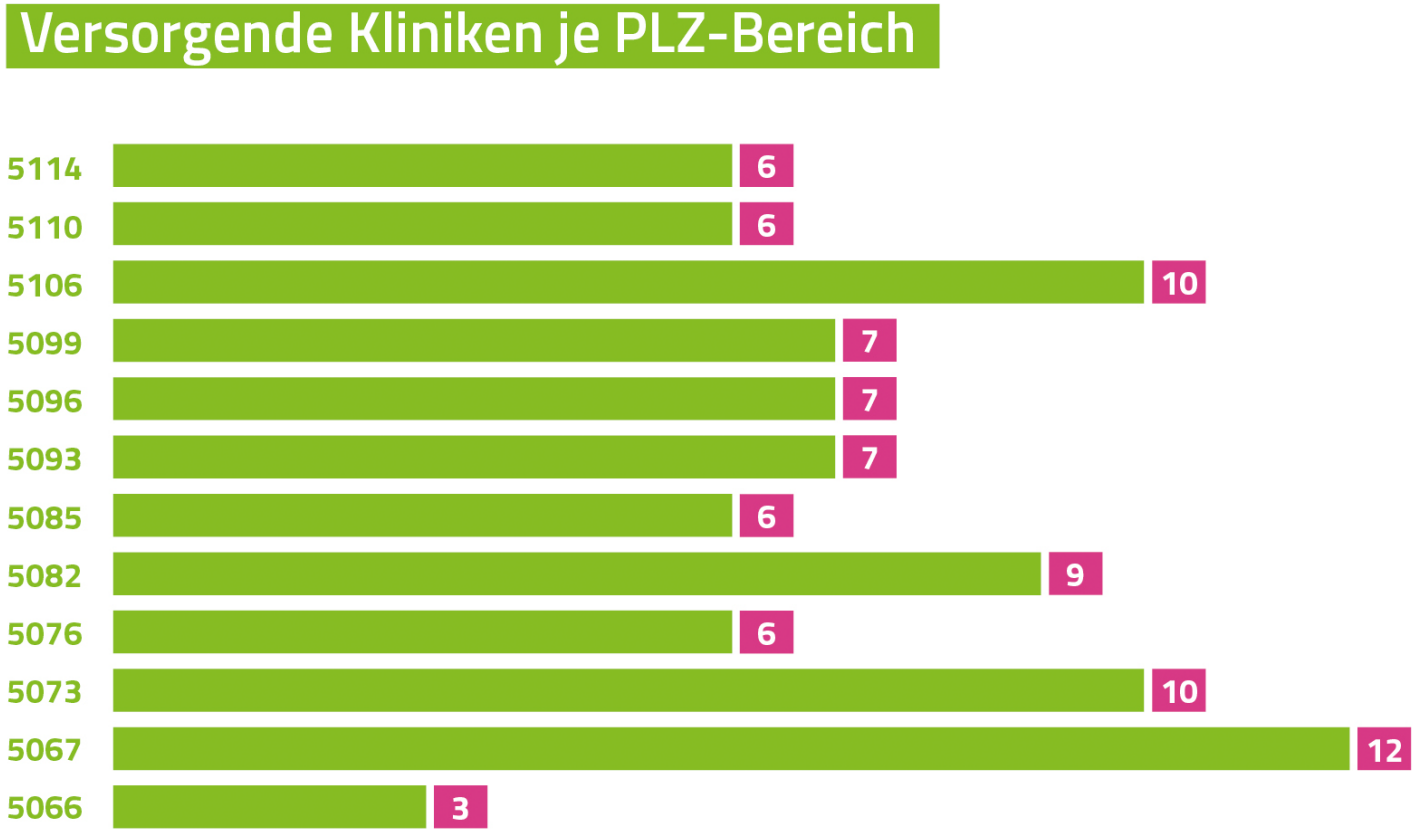
Ambulante Versorgung:
Der ambulante Versorgungsgrad bei Fachärztlichen Internisten, hierzu zählen auch die Kardiologen, wird mit 201,12% angegeben (Überversorgung)

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

BARMER

Überversorgung in Metropolen

Beispiel: Kardiologie Köln



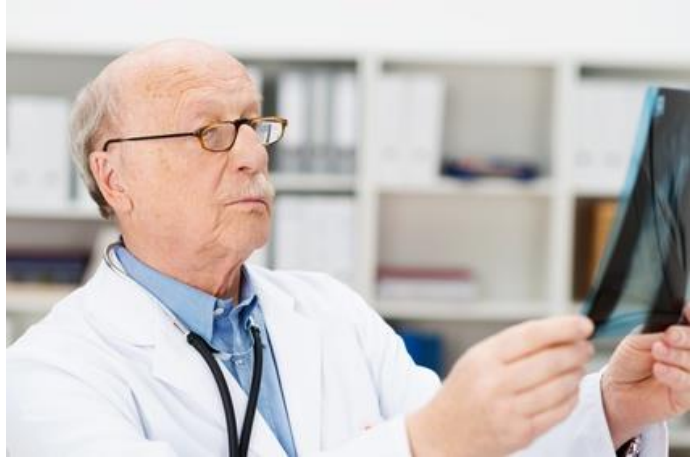
Die Patienten in einem PLZ-Bereich (hier 5067) werden durch 12 verschiedene Kliniken betreut.

BARMER

Drohende Unterversorgung im ländlichen Raum

- „Ärzte altern mit ihren Patienten“

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



BARMER

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**

BARMER

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

BARMER

Bisherige Maßnahmen des Gesetzgebers

Viele partikulare 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**

BARMER

Bisherige Maßnahmen des Gesetzgebers

Beispiel: Ambulante Leistungen im Krankenhaus

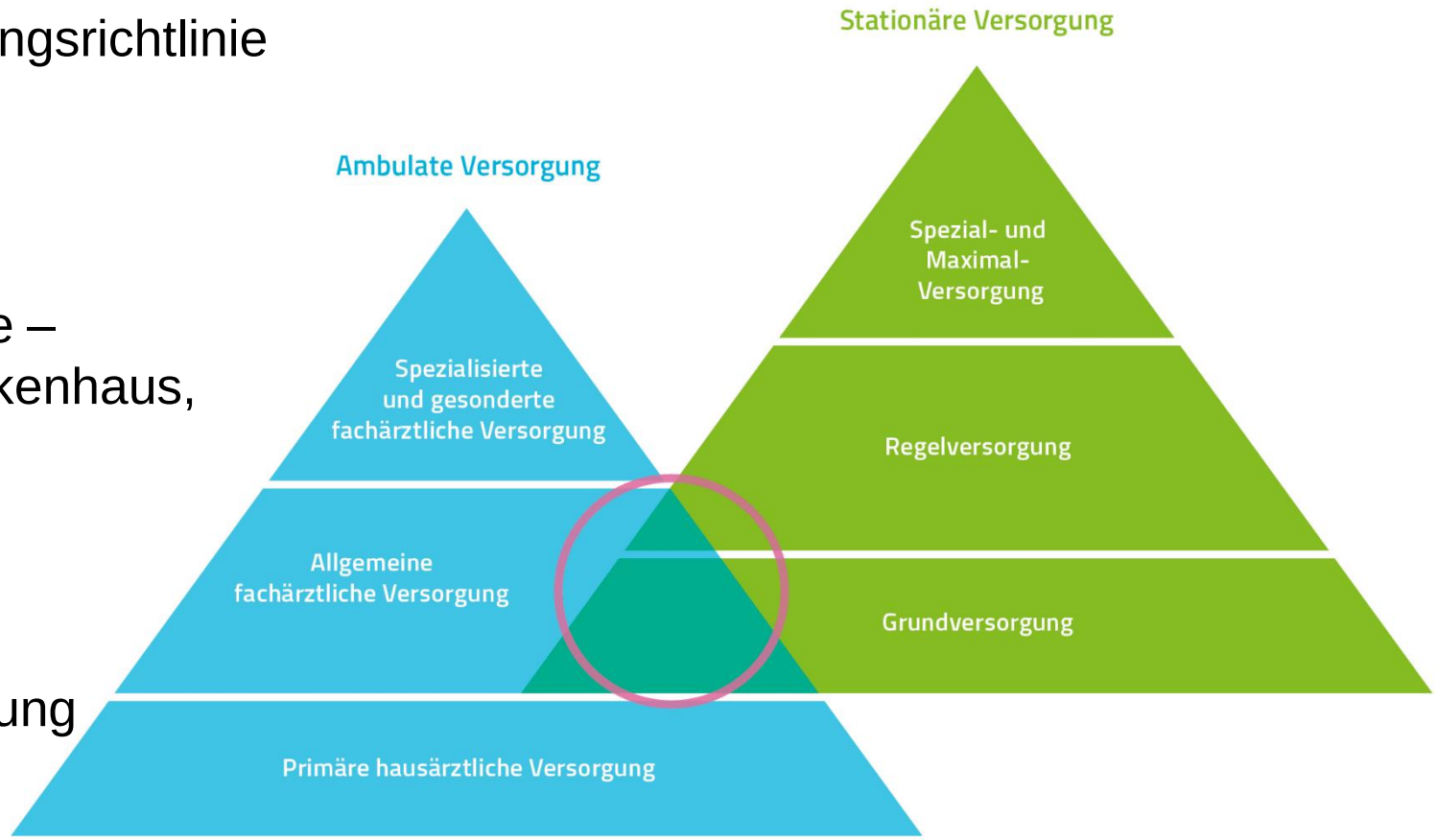
Bezeichnung	SGB V	Ziel	Zulassung	Abrechnung
Ambulantes Operieren im Krankenhaus (AOP)	§ 115b	Verminderung stationärer Behandlung	Kraft Gesetz, bundesweiter Vertrag, nur Anmeldung notwendig	Nach EBM direkt mit KK (KHB nach § 39)
Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) durch Krankenhäuser oder 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 Unter-suchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanz bedürfen	Ermächtigung per Gesetz Dreiseitige Verträge regeln Details	idR Pauschalen direkt mit der KK Zweiseitige Verträge
Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)	§ 118 Abs. 1, 2 und 4	Vermeidung bzw. Verminderung stationärer Behandlungen	Bedarfsunabhängige Ermächtigung Bei Abs. 2 Bundesvereinbarung	Pauschalen Einzelleistungs-vergütung direkt mit KK
Geriatrische Institutsambulanzen (GIA)	§ 118a	Vermeidung bzw. Verminderung stationärer Behandlungen	Bedarfsabhängige Ermächtigung durch Zulassungsausschuss	EBM mit KV

BARMER

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.)

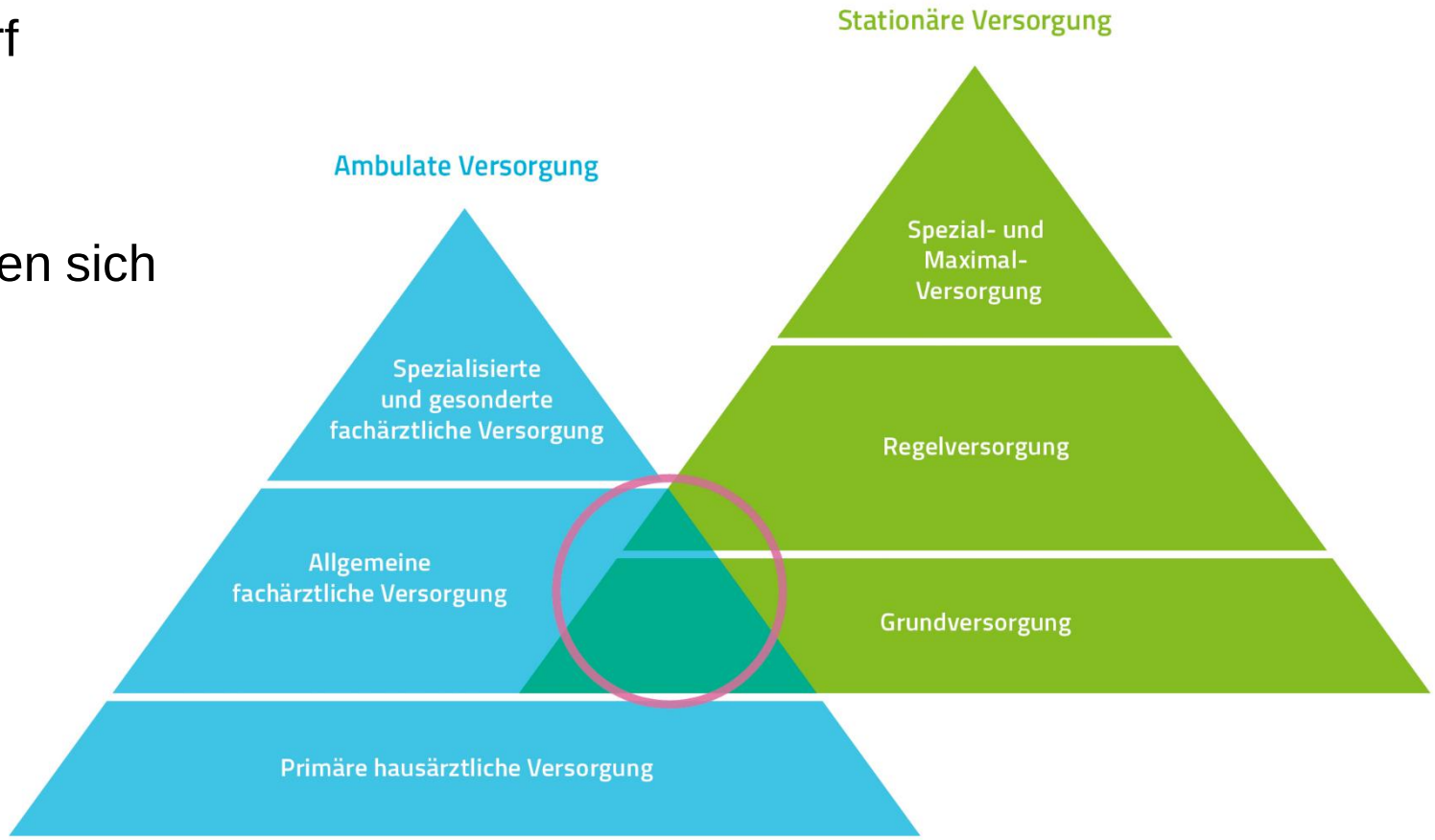


BARMER

Sektorübergreifende Versorgungsplanung

Vorschlag: Sektorübergreifende Planung nach Versorgungsstufen

- Kapazitäten folgen Leistungsbedarf
- Gesetzliche Sonderformen erübrigen sich
- Erfüllung von Qualitätskriterien und Mindestmengen sind Zulassungsvoraussetzungen



BARMER

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 €

BARMER

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 Versorgungsverbünden

- 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

BARMER

Regionale Versorgungsverbünde

Entwicklungsoptionen in urbanen Räumen

- Hohe Versorgungsdichte bietet die Möglichkeit der Leistungskonzentration
- Versorgungsplanung definiert in urbanen Räumen Versorgungsverbünde mit unterschiedlichen Leistungsschwerpunkten
- Nutzung von Zentren als Standorte für Versorgungsverbünde

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

BARMER

Regionale Versorgungsverbünde

Entwicklungsoptionen in ländlichen Regionen

- Kooperation von Leistungserbringern verschiedener Disziplinen und Versorgungsstufen
- Ausgestaltung der Versorgungsverbünde nach regionalen Gegebenheiten
- Vernetzung mit Spitzenmedizin spezialisierter Zentren durch Telematik

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

BARMER

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!**

BARMER

Vielen Dank

BARMER