

Vier Thesen zur sektorenübergreifenden Versorgung und Kernprinzipien einer Reform

**Kurzreferat im Rahmen des
Zi-Congresses Versorgungsforschung 2019
am 05.06.2019 in Berlin**

**Panel: „Gesundheitsentwicklung – Steuerung und
Planung unter regionalen Gesichtspunkten“**

Zum Stellenwert der sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung

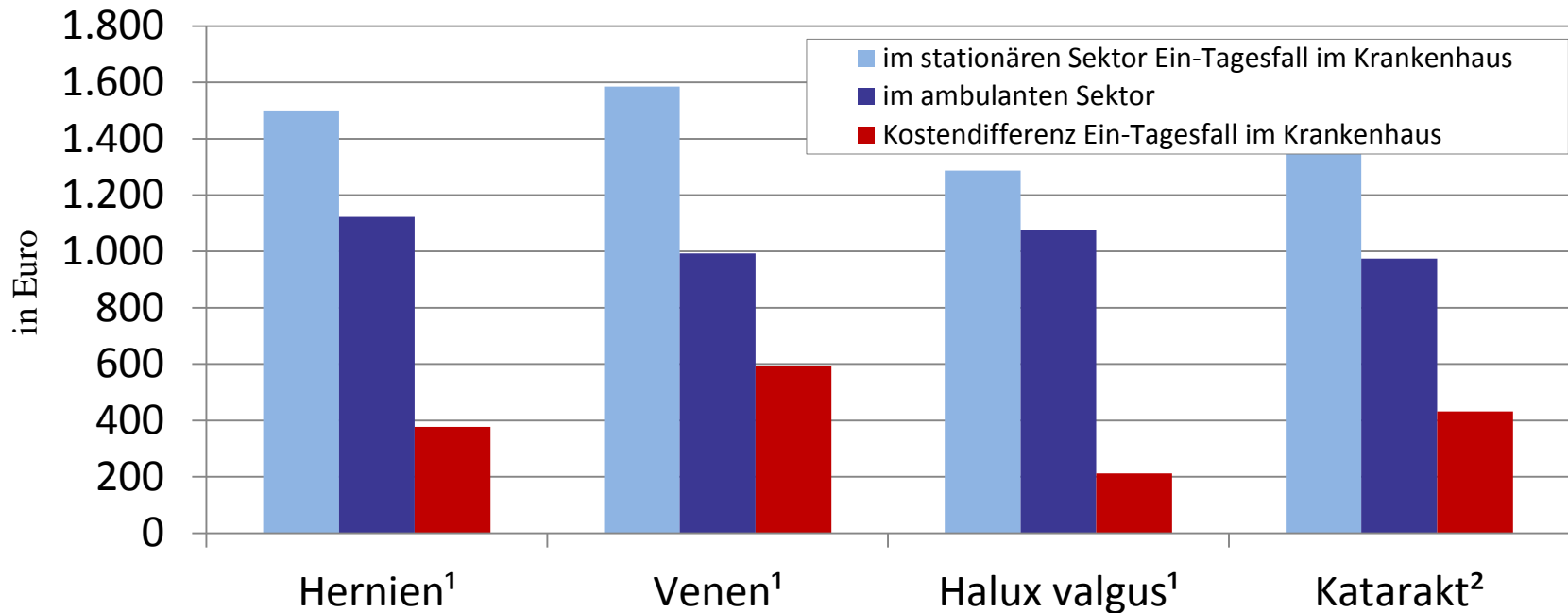
- „Die Überwindung sektoraler Grenzen bei der medizinischen Versorgung ist ein weiteres wesentliches Ziel der Reform“ (GMG-Gesetzentwurf vom 08.09.2003)
- Gefördert werden insbesondere Vorhaben, die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben und hinreichendes Potential aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden“ (§ 92a Abs. 1; Innovationsfonds)
- „Eine Reform des ambulant-stationären Grenzbereichs muss daher zentraler Baustein der Gesundheitspolitik in der kommenden Legislaturperiode sein“ (Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes vom 28.06.2017)
- **These 1:** Es fehlt seit Jahren nicht an der Erkenntnis, offensichtlich aber an der Umsetzung.

Ambulante versus stationäre Behandlung

- Sofern zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor substitutive Beziehungen vorliegen, fordert § 39 Abs. 1 SGB V eine ambulante Behandlung. Versicherte besitzen erst dann einen Anspruch auf eine vollstationäre Behandlung, wenn sich das Behandlungsziel „nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung“ erreichen lässt.
- Leistungsverlagerungen vom stationären in den ambulanten Bereich sollten im Sinne von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung immer dann stattfinden, wenn sie
 - die gesundheitlichen Outcomes, d.h. Lebenserwartung und –qualität, verbessern,
 - den Präferenzen der Patienten mehr entsprechen oder
 - kostengünstiger erfolgen.

Quelle: Eigene Darstellung.

Kostendifferenzen zwischen stationären und ambulanten Operationen, Ein-Tagesfall im Krankenhaus



1) Auf Basis der Vergütungssysteme in Baden-Württemberg im Jahre 2009

2) Auf Basis der bundesweiten Vergütung im Jahre 2009

Quelle: Wille, E. und Erdmann, D. 2011

Vergütungsunterschiede an der Sektorengrenze für alle ausgewählte Fallbeispiele

DRG	Bezeichnung	Vergütung stationär		Vergütung ambulant	Verh. stat./amb.	
		1 Tag	2 Tage		1 Tag	2 Tage
D30B	Tonsillektomie					
	- vollstationär	1.492 €	2.320 €		1,6*	1,4*
	- belegärztlich	923 €	1.616 €			
E63B	Schlafapnoe / Poly(somno)graphie	640 €	1.103 €	477 €	1,3	2,3
F71B	nicht schwere kardiale Arrhythmien	646 €	1.529 €	289 €	2,2	5,3
G67C	gastroenterologische Erkrankungen	623 €	1.543 €	549 €	1,1	2,8
K60F	Diabetes mellitus	520 €	2.299 €	139 €	3,8	16,6

Quelle: IGES auf Basis der InEK-Kalkulationsgrundlagen und des EBM

* Verhältnis vollstationär/belegärztlich

These 2: Deutschland besitzt auch im Vergleich zu ähnlich entwickelten Gesundheitssystemen noch ein beachtliches nicht ausgeschöpftes Potential an Substitutionsmöglichkeiten von stationärer durch ambulante Versorgung.

Möglichkeiten einer ambulanten Behandlung durch Krankenhäuser

Ermächtigungen § 116 SGB V ff.	Ambulante Leistung im Krankenhaus § 116 SGB V
Ambulantes Operieren § 115b SGB V	Psychiatrische Institutsambulanzen § 118 SGB V
Vor- und nachstationär § 115a SGB V	DMP §137f SGB V
Sozialpädiatrische Zentren § 119 SGB V	Ambulante Versorgung bei Unterversorgung § 116a SGB V
Hochschulambulanzen § 117 SGB V	Spezialambulanzen an Kinderkliniken § 120 SGB V
Teilstationär § 39 SGB V	Notfallambulanzen EBM
	Medizinische Versorgungs- zentren § 95 SGB V

Quelle: GKV-Spitzenverband: Geschäftsbericht 2011, S. 35.

Möglichkeiten niedergelassener Fachärzte zur Positionierung an der Schnittstelle zum stationären Sektor

- Belegärztliche Leistungen (§ 121)
- Praxiskliniken (§ 115)
- Dreiseitige Verträge (§ 115)
- Gründung von Dienstleistungsgesellschaften durch Kassenärztliche Vereinigungen (§ 77a)
- Optionen im Rahmen des Vertragsarztrechtes
 - Anstellung von Ärzten im Umfang von bis zu drei angestellten Ärzten je Vertragsarzt, auch fachgebiets-übergreifend und in Teilzeit, im Rahmen der Bedarfsplanung
 - Tätigkeit in Zweigpraxen, auch im Bezirk anderer Kassenärztlicher Vereinigungen (KVen)
 - Tätigkeit in oder Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung
 - Gründung von örtlichen und überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften zwischen allen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern, auch über die Grenzen von KVen hinweg, zur Erbringung aller oder einzelner Leistungen

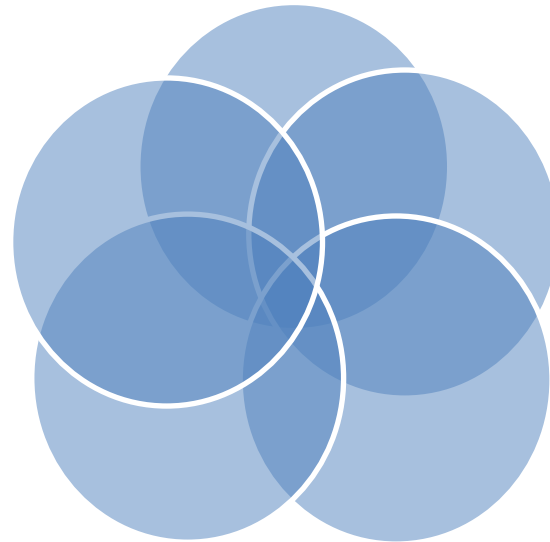
Quelle: Eigene Darstellung.

These 3: Die Krankenhäuser haben in den letzten beiden Jahrzehnten vom Gesetzgeber zahlreiche Möglichkeiten erhalten, sich an der Schnittstelle ambulant/stationär zu positionieren. Eine der zentralen Ursachen für die vergleichsweise bescheidene Nutzung dieser Möglichkeiten liegt in den unterschiedlichen Vergütungssystemen der beiden Leistungssektoren.

Möglichkeiten für die sektorenübergreifende Versorgung

ambulante spezial-fachärztliche
Versorgung

Innovations-
fonds



spezielle
Versorgungs-
formen

Praxisnetze

Medizinische
Versorgungszentren

Grundsätzliches Potential, die Versorgung an der Schnittstelle zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung zu verbessern

Versorgungskonzepte nach ihrem Integrationsgrad

Vielfalt der Indikationen	Versorgungsbereich bzw. Leistungssektor					
	Prävention	ambulante Behandlung	stationäre Behandlung	Rehabilitation	Pflege	Alle Leistungssektoren
Indikation 1		sektorspezifische indikationsbezogene Versorgung I	sektorspezifische indikationsbezogene Versorgung I	sektorspezifische, partiell indikationsübergreifende Versorgung II		
Indikation 2		partiell sektorübergreifende indikationsbezogene Versorgung IV				
mehrere Indikationen	vollständig sektorübergreifende indikationsbezogene Versorgung V					
Alle Indikationen		indikationsübergreifende sektorspezifische Versorgung III				sektor- und indikationsübergreifende Versorgung VI

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Baumann, M. 2006, S. 206.

These 4: Von den bestehenden gesetzlichen Möglichkeiten für eine sektorenübergreifende Versorgung stehen die ambulante spezial-fachärztliche Versorgung (ASV) und die speziellen Versorgungsformen im Mittelpunkt. Bei der ASV behindern zu hohe bürokratische Voraussetzungen eine stärkere Teilnahme potenzieller Interessenten. Bei den speziellen Versorgungsformen wie auch bei den Medizinischen Versorgungszentren hat der Gesetzgeber den ohnehin schon geringen Integrationsgrad in den letzten Jahren noch herabgesetzt. Die Krankenhäuser nahmen bisher an den speziellen Versorgungsformen kaum teil. Insgesamt gesehen bleibt das sektorenübergreifende Steuerungspotential selektiver Verträge – u.a. in Verbindung mit integrierten Versorgungskonzepten – weit unter seinen Möglichkeiten.

Ambulante Bedarfsplanung		Krankenhausplanung	
Zuständigkeit	Prozess	Prozess	Zuständigkeit
G-BA	Verhältniszahlen für Arztgruppen (Bedarfsplanungs-Richtlinie)	Primär einwohner-bezogene Formeln (z. B. Hill-Burton)	Bundesland (Ministerium)
KV im Einvernehmen mit Krankenkassen	Bedarfsplan: Anwendung der Verhältniszahlen im regionalen Kontext	Krankenhausplan: Standorte und Gesamtbettenzahlen (tlw. auch Betten je Abteilung)	Bundesland Zusammen mit Landesausschuss für Krankenhausplanung
Zulassungsausschuss	Konkrete Zulassungen einzelner Ärzte, Sonderbedarf etc.	Festlegungen auf Fachabteilungsebene (Betten, Schließungen etc.)	Krankenhaus

Einheitliche Rahmenbedingungen

- Leistungsabgrenzungen
- (Mindest-)Standards
- Vergütungen einschließlich Investitionsfinanzierung und Vorhaltekosten
- Zugangsmöglichkeiten und Genehmigungsbedingungen bei neuen Untersuchungsmethoden
- Preise bei veranlassten Leistungen, z.B. bei Arznei- und Hilfsmitteln
- Regulierungen, z.B. Mindestmengen, Mengenbegrenzungen oder Sperrungen im Rahmen der Bedarfsplanung
- Mitwirkung bei Selektivverträgen
- Art der Bedarfsplanung

Kernprinzipien einer Reform

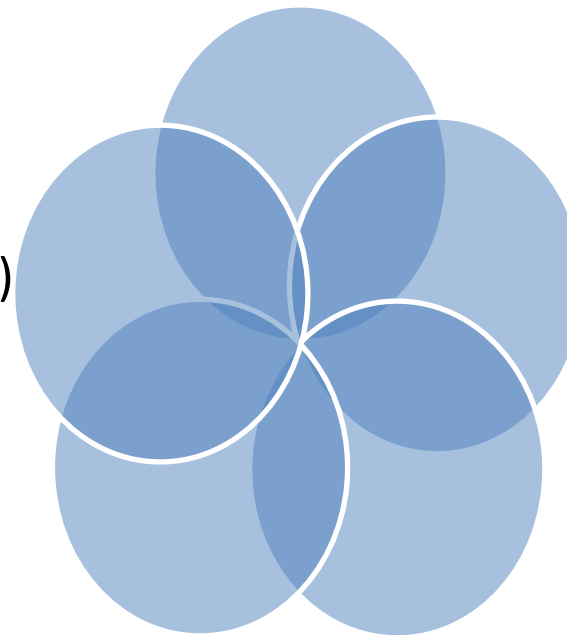
Sektorenübergreifende Planung
in einem regionalem Gremium

Prospektive Komponente
(demografische Entwicklung und
medizinisch-technischer Fortschritt)

Morbiditäts-
orientierung

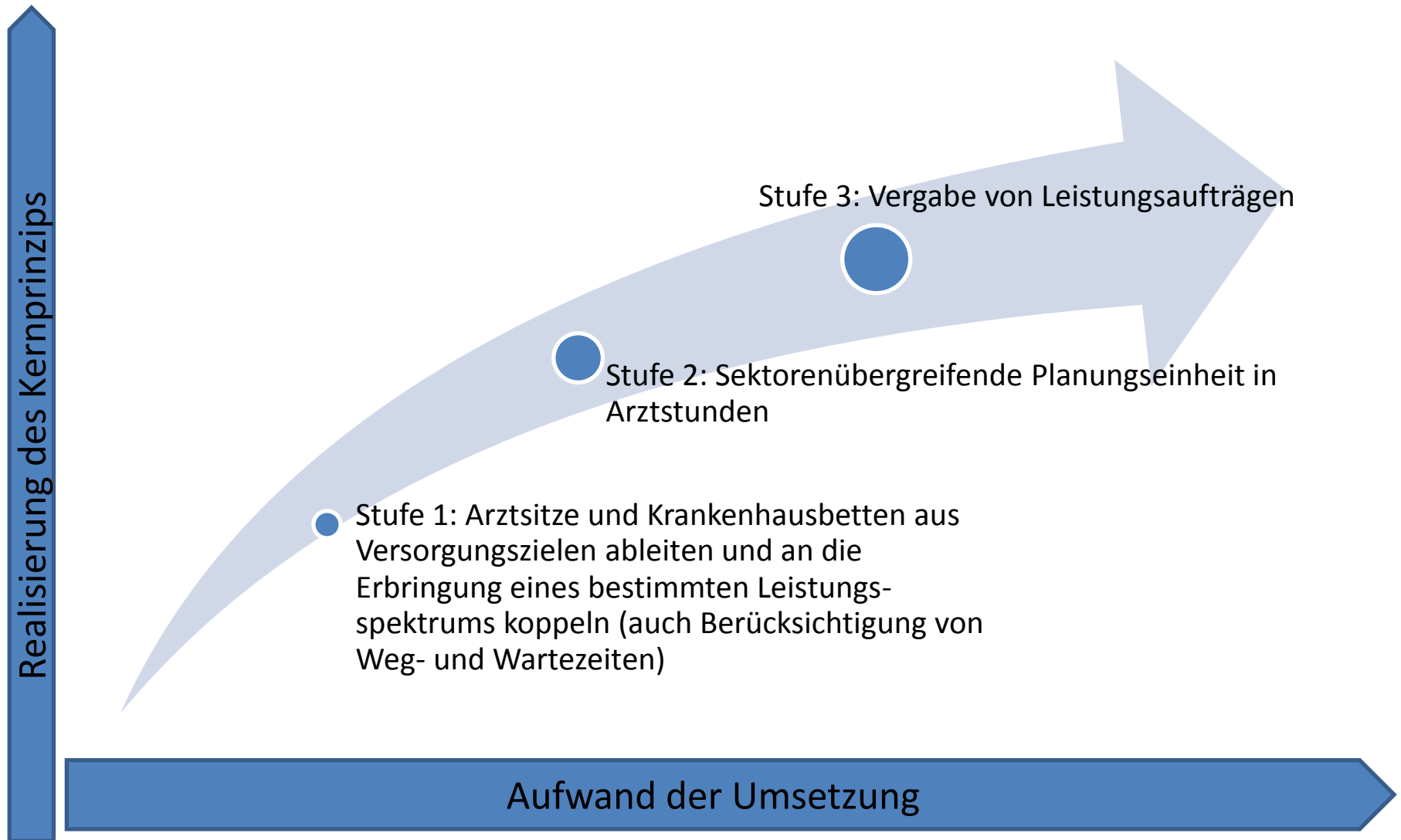
Einheitliches
Vergütungssystem +
sektorenübergreifende QS

Teamleistungs-
orientierung



Umsetzung dieser Kernprinzipien durch verschiedene Maßnahmen möglich

Maßnahmen für stärkere Leistungsorientierung



Weg zu einer sektorenübergreifenden Vergütung

