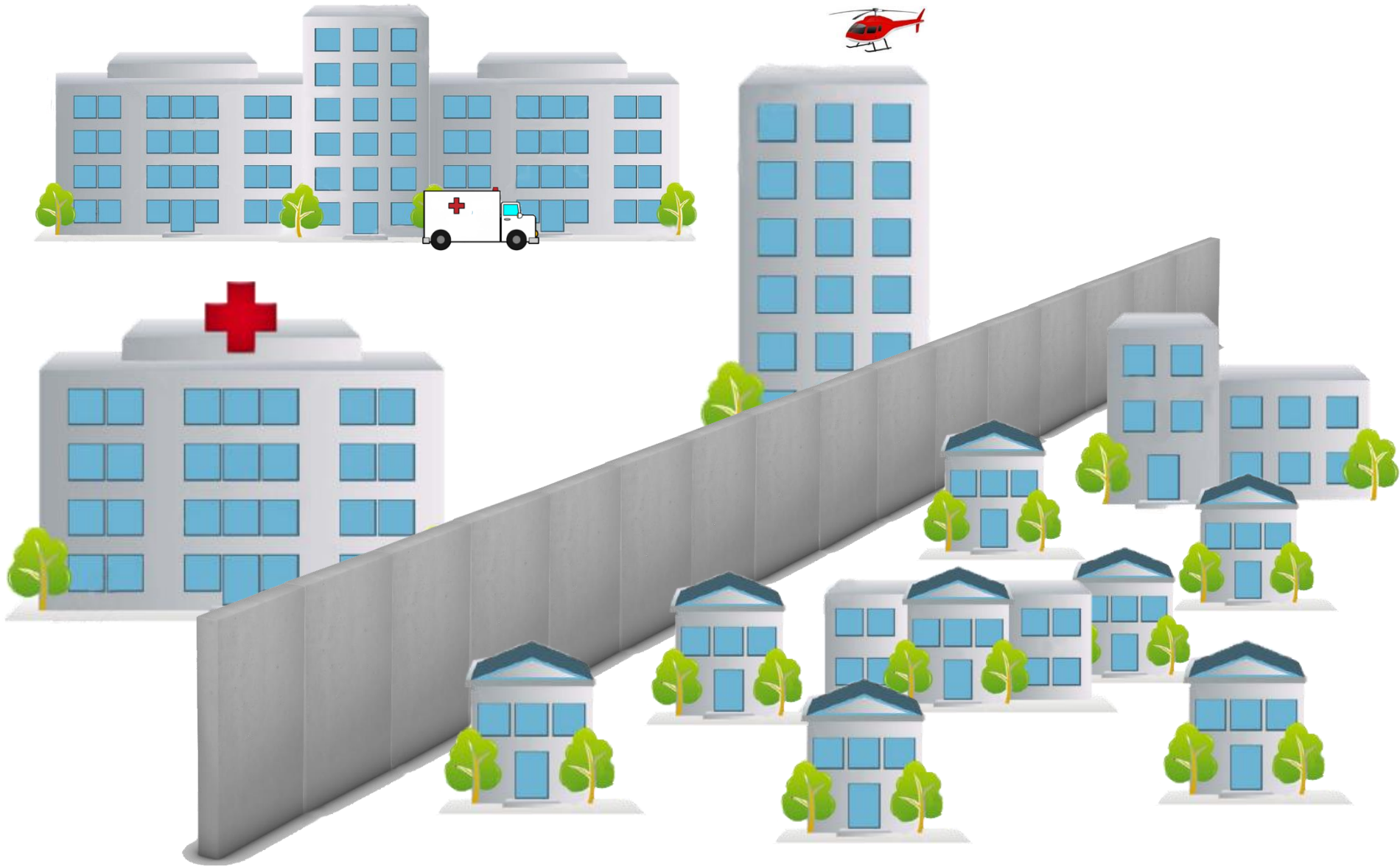




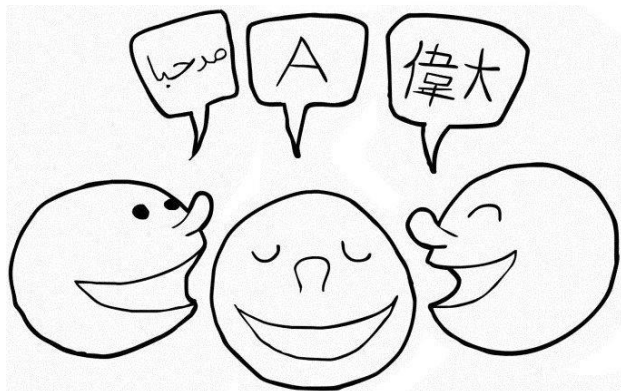
BL-AG sektorenübergreifende Versorgung

Stand und Umsetzungsoptionen

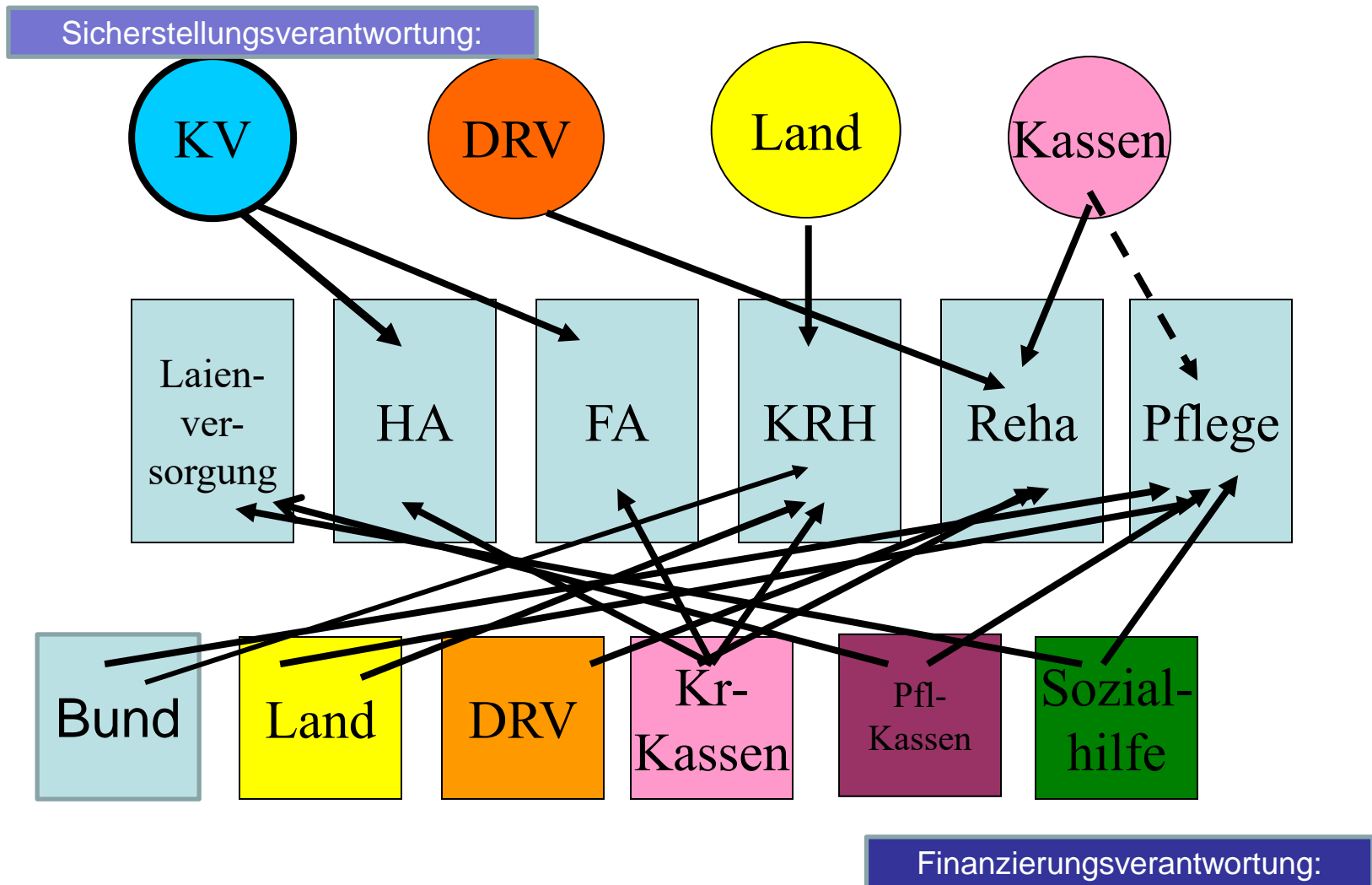
Dr. Matthias Gruhl
Staatsrat a.D.



Wettbewerbliche Verzerrungen an den Schnittstellen der Sektoren



Die Mauer muss weg !

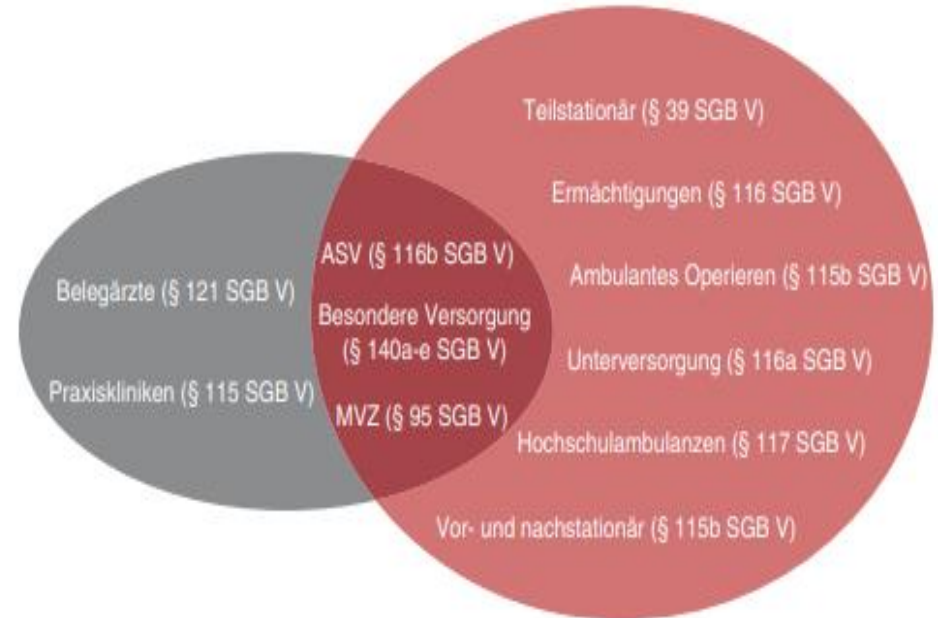


Rechtsformen ambulanter Krankenhausleistungen

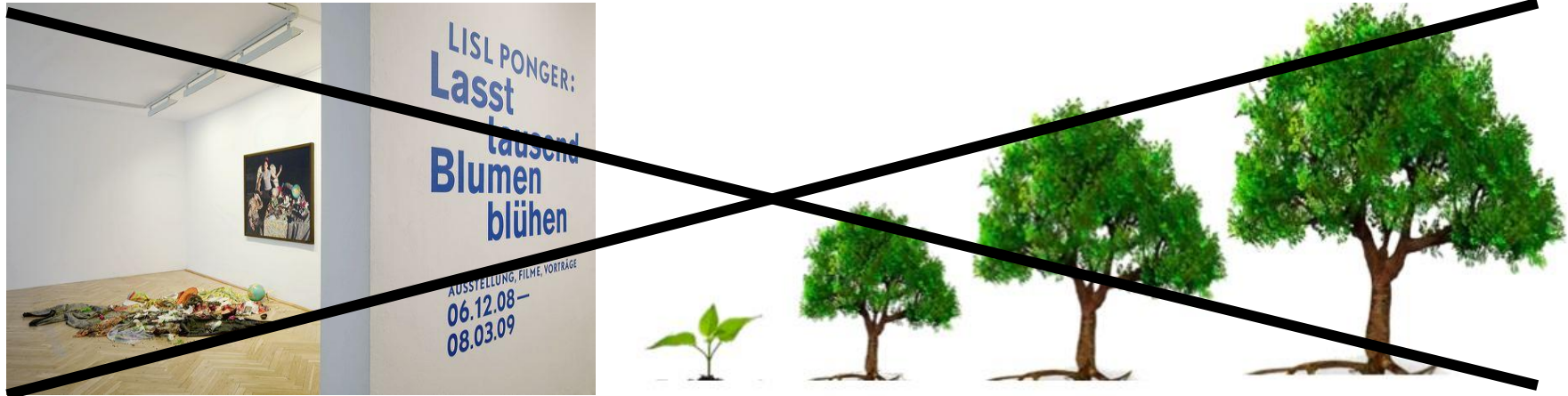
#	Rechtsform	§(\$ SGB V	Start	Initialgesetz
1	Ermächtigte Krankenhausärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen	116 (zuvor: 368a (6) RVO) 95 (1)	*18.08.1955 **01.01.1988	*Gesetz über Kassenarztrecht (GKAR) **Gesundheitsreformgesetz (GRG)
2	Pseudostationäre Behandlung (Stundenfälle)	– (39)		
3	Praxiskliniken (dreiseitige Verträge)	122*, 115**	*25.03.2009 **01.01.1989	* Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) ** Gesundheitsreformgesetz (GRG)
4	Ambulantes Operieren im Krankenhaus	115b	01.01.1993; 01.01.2000	Gesundheitsstrukturgesetz (GSG); erweitert durch GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000
5	Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus	115a	01.01.1993	Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)
6	Ambulante Behandlung im Krankenhaus bei Unterversorgung	116a	01.01.2004	GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)
7	Ambulante Behandlung im Krankenhaus	116b (2 ff.) (alt)	01.01.2004	GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)
8	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)	116b (neu)	01.01.2012	GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG)
9	Hochschulambulanzen	117 (zuvor: 368n RVO)	18.08.1955	Gesetz über Kassenarztrecht (GKAR)
10	Sozialpädiatrische Zentren	119	01.01.1989	Gesundheitsreformgesetz (GRG)
11	Pädiatrische Spezialambulanzen/ Spezialambulanzen an Kinderkliniken	120 (1a)	25.03.2009	Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG)
12	Psychiatrische Institutsambulanzen	118 (zuvor: 368n (6) 2 RVO)	01.01.1986	Gesetz zur Verbesserung der ambulanten und stationären Versorgung psychisch Kranker (PsychKVVerbG)
13	Geriatrische Institutsambulanzen	118a	01.01.2013	Psych-Entgeltgesetz (Psych-EntG)
14	Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)	137f	01.01.2004	GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)
15	Integrierte Versorgung	140a-d	01.01.2000	GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000
16	Besondere Versorgung	140a	23.07.2015	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VStG)
17	Teilstationäre Behandlung	39	01.01.1989	Gesundheitsreformgesetz (GRG)
18	Notfallambulanzen	75 (1)/76 (1) (zuvor: 368d (1) RVO)	01.01.1989	Gesetz über Kassenarztrecht (GKAR)/Gesundheitsreformgesetz (GRG)
19	Ambulante Behandlung via Terminservicestellen	75 (1a)	23.07.2015	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VStG)

Krankenhaus-Report 2016

Wido



Coenen, Michael, Justus Haucap, und Moritz Hottenrott.
2016. Wettbewerb in der ambulanten onkologischen
Versorgung – Analyse und Reformansätze,
Ordnungspolitische Perspektiven, Bd. 81. University Press



- **Sektorenübergreifende Versorgung vom Modell zur Norm**

Bisher:

- Keine Orientierung am Krankheitsverlauf des Patienten, sondern an den Sektorengrenzen
- Immer weitergehende Spezialisierung
- Kein Schnittstellenmanagement
- Keine gemeinsame Dokumentation
- Mehrfachhandlungen – zu viel Medizin
- **Keine klaren Verabredungen zur Verantwortlichkeit**



90. GMK: Einrichtung einer Reformkommission "sektorenübergreifende Versorgung" :

1. Die für die Gesundheit zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder bitten das Bundesministerium für Gesundheit eine Bund-Länder-Reformkommission "Sektorenübergreifende Versorgung" einzurichten.

2. **Zielsetzungen** der Weiterentwicklung zu einer sektorenübergreifenden Versorgung sind:

- a) **eine gemeinsame Bedarfsplanung und abgestimmte Zulassung,**
- b) **die Angleichung der Honorierungssysteme,**
- c) **die Harmonisierung der Kodierung und Dokumentation,**
- d) **die gemeinsame telematischen Infrastruktur mit einer einheitlichen elektronischen Gesundheitsakte,**
- e) **die Zusammenführung der Qualitätssicherungsverfahren**

Positionspapier

PATIENT FIRST!

Für eine patientengerechte
sektorenübergreifende Versorgung
im deutschen Gesundheitswesen

**FRIEDRICH
EBERT 
STIFTUNG**

- a. **Qualität** vergleichbar machen
- b. Die **Klassifizierungssysteme** müssen übereinstimmen
- c. Geregelter **Informationsaustausch** ermöglichen
- d. Vereinheitlichung der **Planung**
- e. die **Honorierung** nach der Art der Leistung und nicht nach dem Ort der Leistungserbringung gestalten
- f. Die Versorgung besser **koordinieren**
- g. **Telemedizin** zum integralen Bestandteil des Versorgungssystems machen
- h. **Kompetenzen** für eine versorgungsübergreifenden Versorgung **erlernen**

„Wir werden eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Einbeziehung der Regierungsfractionen im Deutschen Bundestag einrichten. Diese Arbeitsgruppe wird **Vorschläge für die Weiterentwicklung zu einer sektorenübergreifenden Versorgung** des stationären und ambulanten Systems im Hinblick auf **Bedarfsplanung, Zulassung, Honorierung, Kodierung, Dokumentation, Kooperation der Gesundheitsberufe und Qualitätssicherung** unter Berücksichtigung der **telematischen Infrastruktur bis 2020** vorlegen.

Dabei sollen Spielräume für regionale Ausgestaltungen ermöglicht werden.“

Seite 4 von 4 Hiermit lade ich Sie zu der konstituierenden Sitzung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe ein.

am Montag, 24. September 2018
von 14:30 bis 16:30 Uhr
im Bundesministerium für Gesundheit
Friedrichstraße 108, 10117 Berlin
Raum 06.35

not ro →

/ In der Anlage übersende ich Ihnen die Tagesordnung.

Ich wünsche Ihnen eine gute Anreise.

Mit freundlichen Grüßen



Große politische Runde

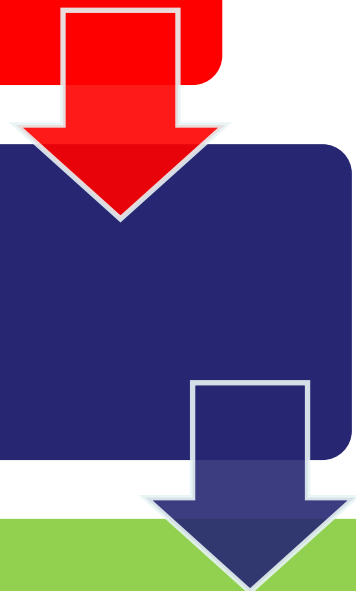
(tagt anfangs ggfls. mittig und am Ende)

Fachliche Runde

(tagt regelmäßig)

Arbeitsgruppe(n)

(arbeitet/n Aufträge im Detail ab)



Arbeitsentwurf für ein Eckpunktepapier der Bund-Länder-AG „sektorenübergreifende Versorgung“ zur Vorbereitung der Sitzung auf Leitungsebene am 8. Mai 2019

(nicht mit der Leitung des BMG abgestimmt)

Die medizinische Versorgung in Deutschland ist durch eine historisch gewachsene starre institutionelle Trennung von ambulanter und stationärer Leistungserbringung geprägt. Zunehmend komplexe Versorgungspfade erfordern hingegen sektorenübergreifende Strukturen. Diese sollten im Sinne des Versorgungsinteresses der Patientinnen und Patienten mit den nachfolgenden Maßnahmen verbessert werden. Alle Vorschläge eint hierbei trotz ihrer unterschiedlichen Ansätze das übergeordnete Ziel, die Versorgung der Patientinnen und Patienten zu verbessern. Zudem wird dadurch eine Flexibilisierung für die ambulante als auch stationäre Leistungserbringung angestrebt.

1.: Mai 19

Stand Januar 2020

**Fortschrittsbericht
der Bund-Länder-AG „sektorenübergreifende Versorgung“**

Die Bund-Länder-AG „sektorenübergreifende Versorgung“ tagt seit ihrer konstituierenden Sitzung regelmäßig, um den Auftrag aus dem Koalitionsvertrag, Vorschläge zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung vorzulegen, umzusetzen.

2.: Jan 20

Mit dem im Mai 2019 vorgelegten Eckpunktepapier wurden bereits mehrere Punkte aufgegriffen und dabei betont, dass die dort beschlossenen Maßnahmen nicht als abschließend zu betrachten sind. Vielmehr wird die AG weitere Themen bearbeiten, zu denen zum Beispiel die haus- und fachärztliche Koordination, das Belegarztwesen und das Management von Schnittstellen zwischen den Sektoren zählen. Dieser Fortschrittsbericht enthält eine Bestandsaufnahme der bisherigen Arbeit der AG und benennt weitere Themenfelder, die als nächste bearbeitet werden sollen. Unabhängig von den jetzt anstehenden Themen der AG werden künftig auch die Diskussionen zur Bedarfsplanung sowie der Abgrenzung von Kranken- und Pflegeversicherung aktuell bleiben.

A1:Notfallversorgung

A2:Ambulante Versorgungsaufträge für stationäre
Versorgungseinrichtungen

A3:Gemeinsamer fachärztlicher Versorgungsbereich

A4:Hausärzte – Häusliche Krankenpflege

Ausblick

F1: Verbesserung der ärztlichen Kooperation und Koordination

F2: Unterstützende Leistungen zur Verbesserung der Compliance medizinischer und pflegerischer Behandlungsempfehlungen

F3: Übergangspflege / Kurzzeitpflege

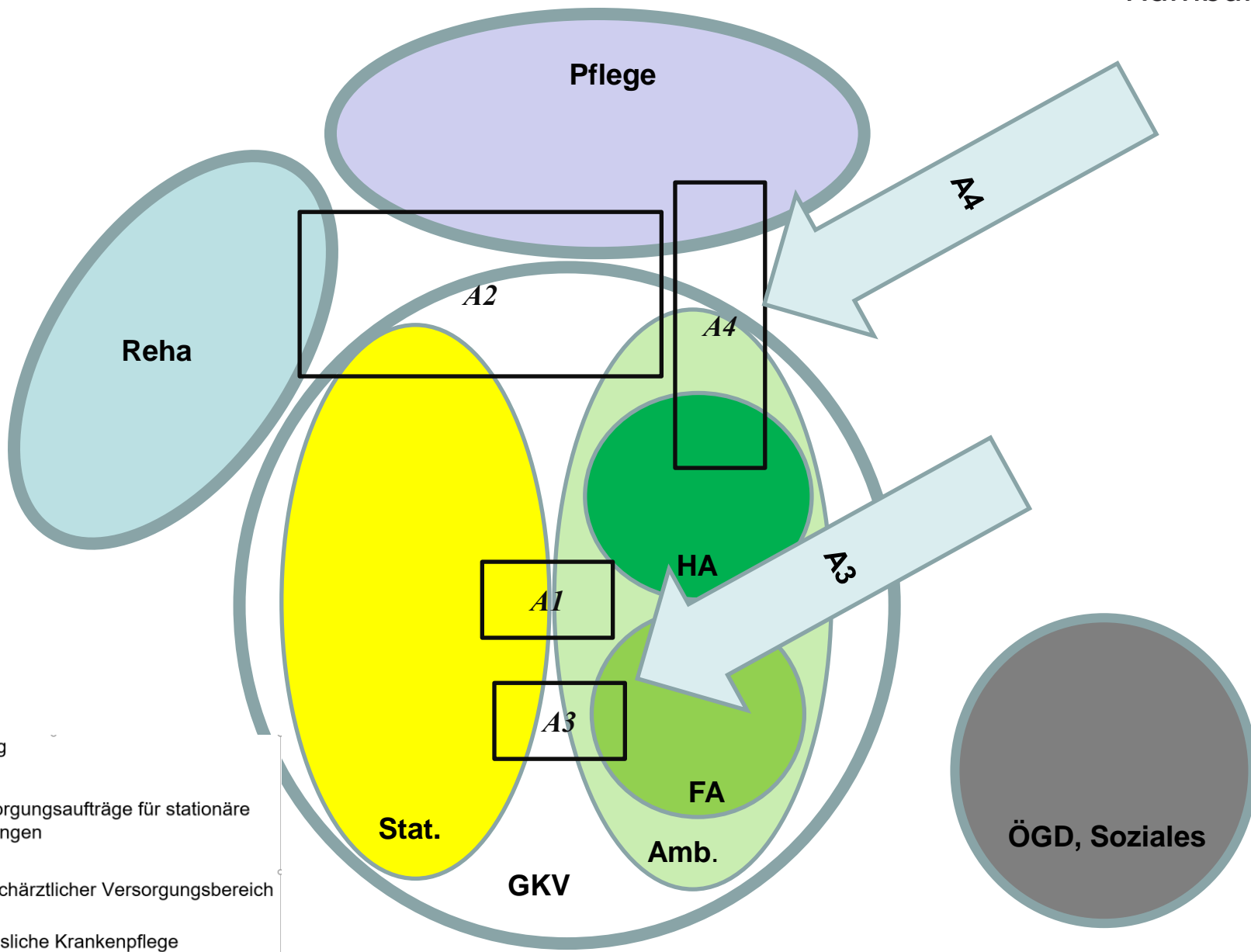
F4: Weiterentwicklung des Entlassmanagements und der nachstationären Behandlung der Krankenhäuser

F5: Versorgungssituation in der Kinder- und Jugendmedizin

F6: Sektorenübergreifende Versorgung im Bereich der Psychiatrie

F7: Ausschöpfung von Ambulantisierungspotential

F8: Belegärzte

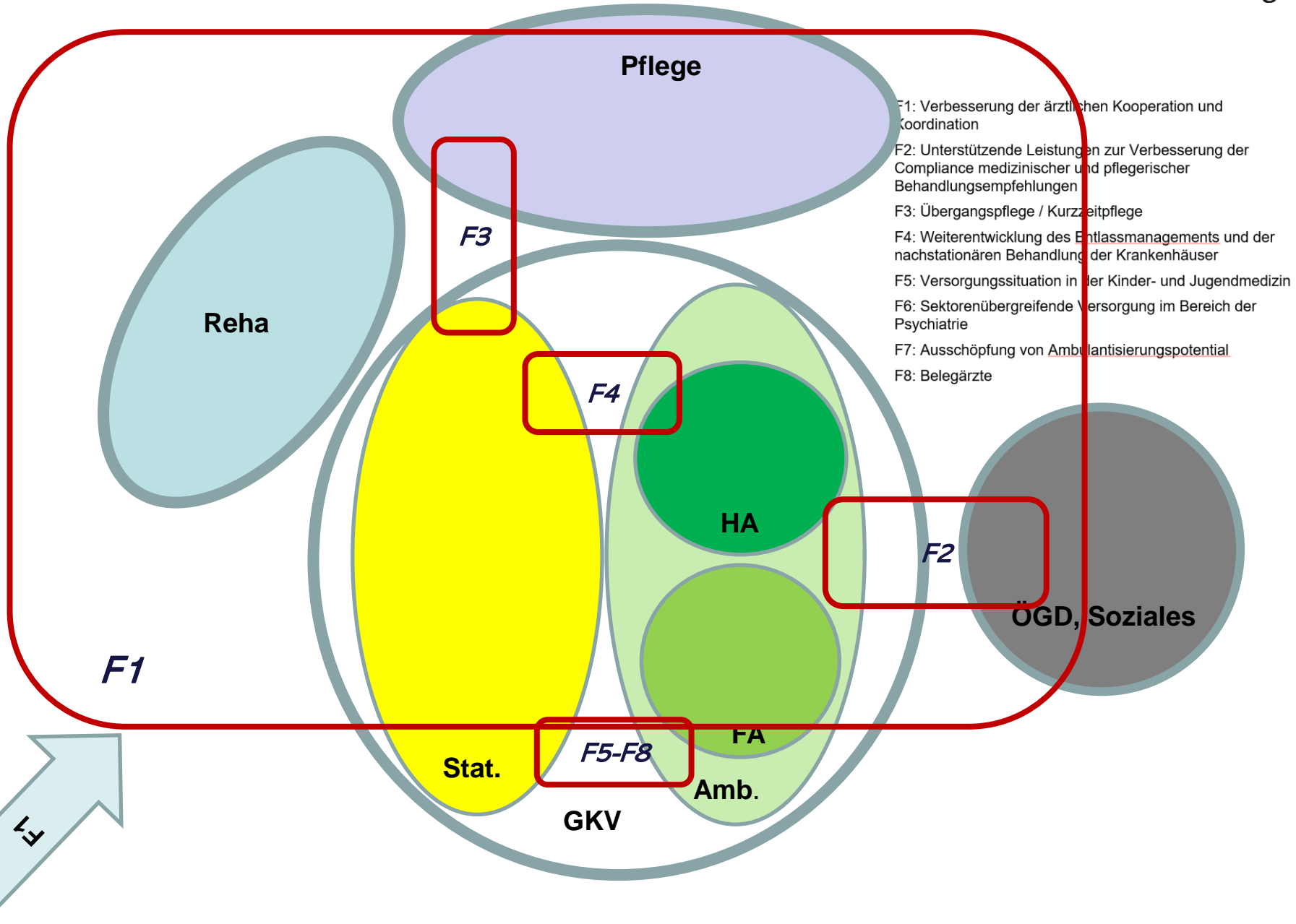


A1: Notfallversorgung

A2: Ambulante Versorgungsaufträge für stationäre Versorgungseinrichtungen

A3: Gemeinsamer fachärztlicher Versorgungsbereich

A4: Hausärzte – Häusliche Krankenpflege





Alles was sowohl ambulant als auch stationär versorgt wird:

- Ambulante Operationen
- Bestimmte diagnostische Leistungen
- Kurzzeitlieger- Diagnosen
- Leichte F- Diagnosen

➔ bis zu 20 % des heutigen Krankenhausvolumens

Beispiel Leistenbruch-OP:

- ...eine von 2600 Leistungen, die in der Regel ambulant durchführbar sind
- Ambulante Leistenbruch-Operationen (SVR 2012)

USA: **84,1 %**

Kanada: **71,2 %**

Dänemark: **73 %**

Deutschland: **6 %**

- Grund:

Honorierung nach DRG: **ca. 1900 €**

Honorierung im EBM: **ca. 530 €**

Ergebnis:

- **Das Leistungsspektrum wird gutachterlich ermittelt**
- **Festlegung durch RV des Bundes**
- **können (bis auf definierte Ausnahmen) nur ambulant erbracht werden**
- **werden einheitlich vergütet**
- **RL-Kompetenz der Spitzenverbände**

Planung:

„Mit entsprechenden Strukturvorgaben (der Spitzenverbände) im Rahmen der dreiseitigen Vereinbarung wird das Ziel einer Steuerungswirkung verfolgt.

(= **wer kann, der darf**)

Um regionalspezifischen Besonderheiten Rechnung tragen zu können, **wird den Ländern zur Feinsteuerung die Nutzung ergänzender, für die ambulante Bedarfsplanung verbindlicher Planungsinstrumente ermöglicht.** Den jeweiligen Planungszuständigen im ambulanten Bereich (KVen auf Grundlage der BPL-RL des G-BA) und stationären Bereich (Länder) wird die Aufgabe zugewiesen, die Leistungen des gemeinsamen Versorgungsbereichs bei ihren jeweiligen Planungen zu berücksichtigen“

(= **Option für staatliche Planung**)

Lang-
zeit-
pflege



**Hausärztliche
Grund-
versorgung**

- Schnittstelle Hausarzt
– ambulante Pflege

1. für alle hausärztlichen Leistungen und die Leistungen der häuslichen Krankenpflege die Erbringung und Abrechnung als (nach geeigneten Kriterien gestufte) **Komplexleistung** zu ermöglichen (es bietet sich an, diese Komplexleistungen für die Pflegegrade 3-6 zuerst einzuführen),
2. als Anforderungen an die Leistungserbringer zu regeln, dass es sich um qualifizierte Ärztinnen oder Ärzte und qualifizierte Pflegefachkräfte handeln muss, die orientiert an der **Konzeption eines Primary-Health-Care-Teams** fachübergreifend ggf. auch in Kooperation mit anderen Professionen eng zusammenarbeiten; sie sind Teil einer multiprofessionell vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem;
3. das Leistungserbringerteam hinsichtlich der pflegerischen Leistungen den **Qualitätssicherungsregularien nach dem SGB V und SGB XI** zu unterwerfen (insb. Überprüfung von Qualität und Abrechnung durch den MDK, Veröffentlichung von Prüfergebnissen)

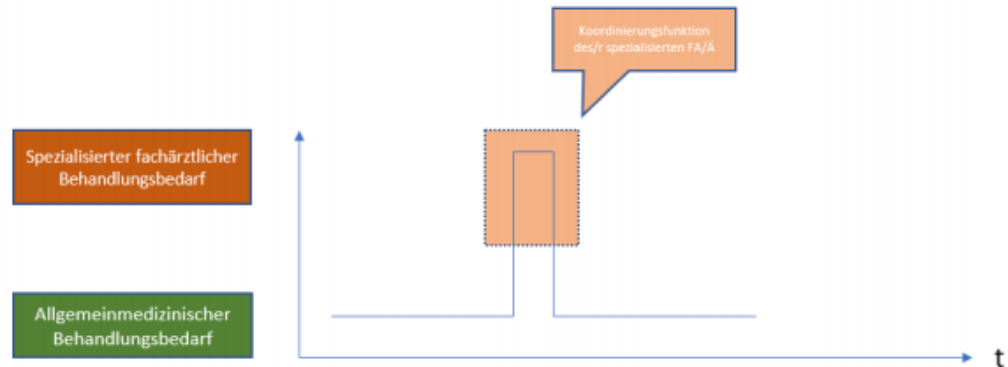
- **Zielgruppe:** ambulante zu Pflegende
- **Ziel:** strukturierte, koordinierte Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern
- Durch Stärkung die hausärztliche Koordinationsrolle und verbesserte Kooperation zwischen Hausärztin bzw. Hausarzt und Pflegediensten.
- Auftrag an Spitzenverbände Rahmenvereinbarung in Frist zu entwickeln
- über Kooperationsverträge eine zusätzliche besondere koordinierte und kooperative haus- und fachärztliche sowie ambulante pflegerische Versorgung mit dafür geeigneten Leistungserbringern
- Inhalt: koordinierte und kooperative Leistungen beispielsweise Fallbesprechungen, Qualitätszirkel etc.).
- Die neue bzw. besondere Versorgungsform ist Teil des Kollektivvertrags und wird besonders vergütet (**z.B. Koordinierungspauschale**).

Bisher:

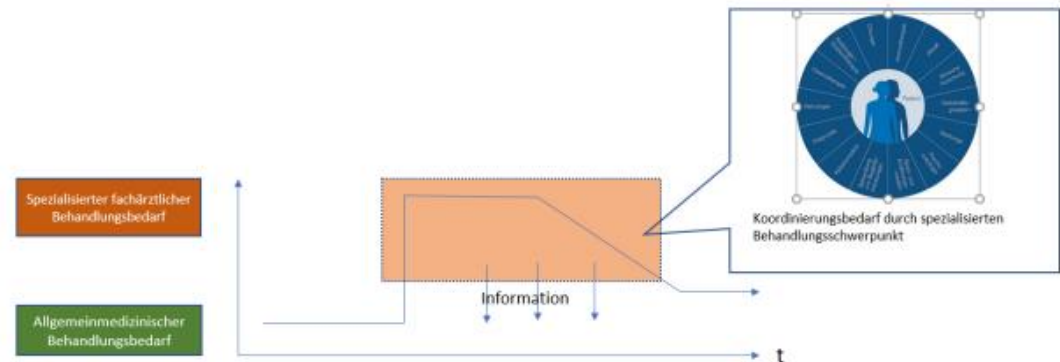
- Keine Orientierung am Krankheitsverlauf des Patienten, sondern an den Sektorengrenzen
- Immer weitergehende Spezialisierung
- Kein Schnittstellenmanagement
- Keine gemeinsame Dokumentation
- Mehrfachhandlungen – zu viel Medizin

-  **in Verabredungen zur Verantwortlichkeit**

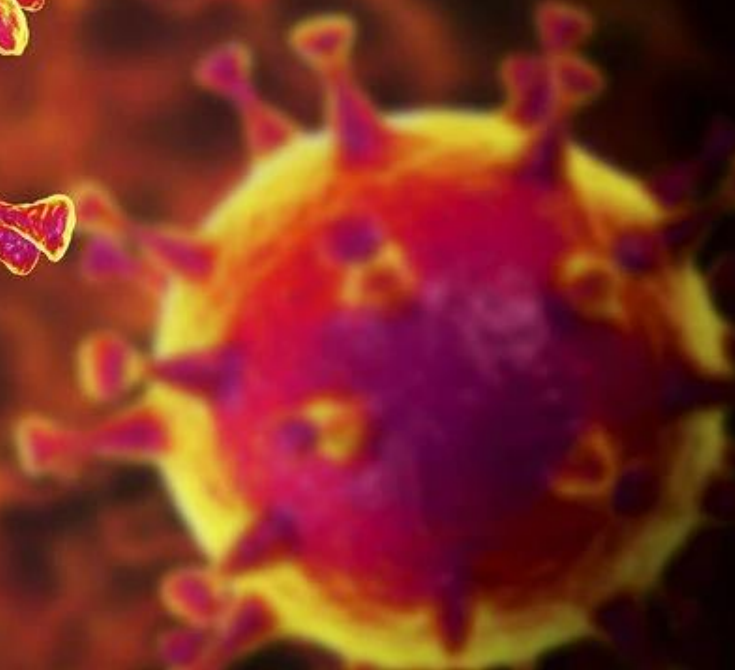
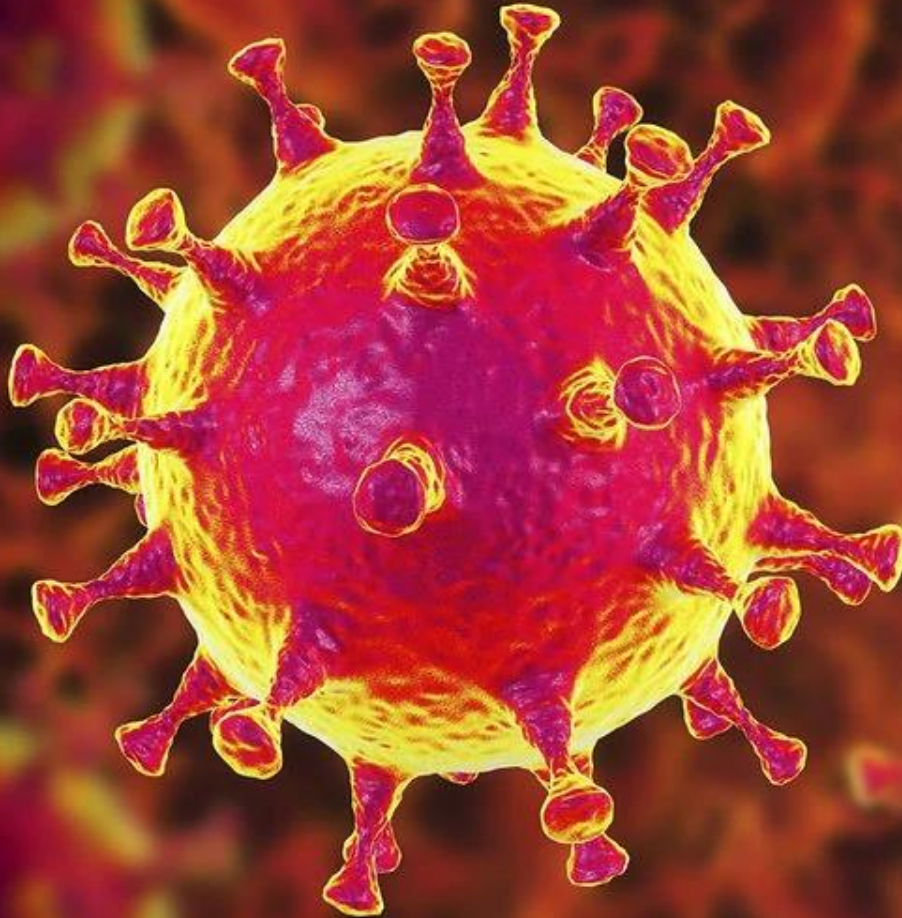
1. der hausärztlichen Koordination
2. Koordination der Behandlung von lebensbegleitenden chronischen Erkrankungen, die besondere Fachexpertise bedürfen
3. Koordination planbarer Interventionen inklusive der Vor- und Nachbehandlung



4. Koordination während schwerer akuter oder längerfristiger Erkrankungen



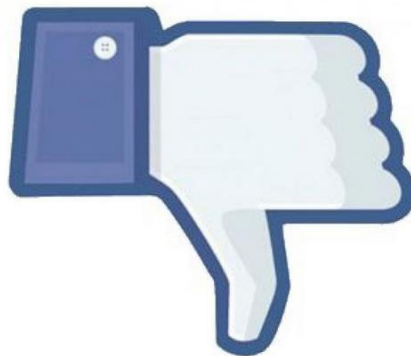
Zu I d.: schwere, längerdauernde Erkrankung



Für einige Themen Vorarbeiten
abgeschlossen

„Gesundheitsweiterentwicklungsgesetz“

Stand 15.10.



Neues dauert manchmal... aber es lohnt sich!

