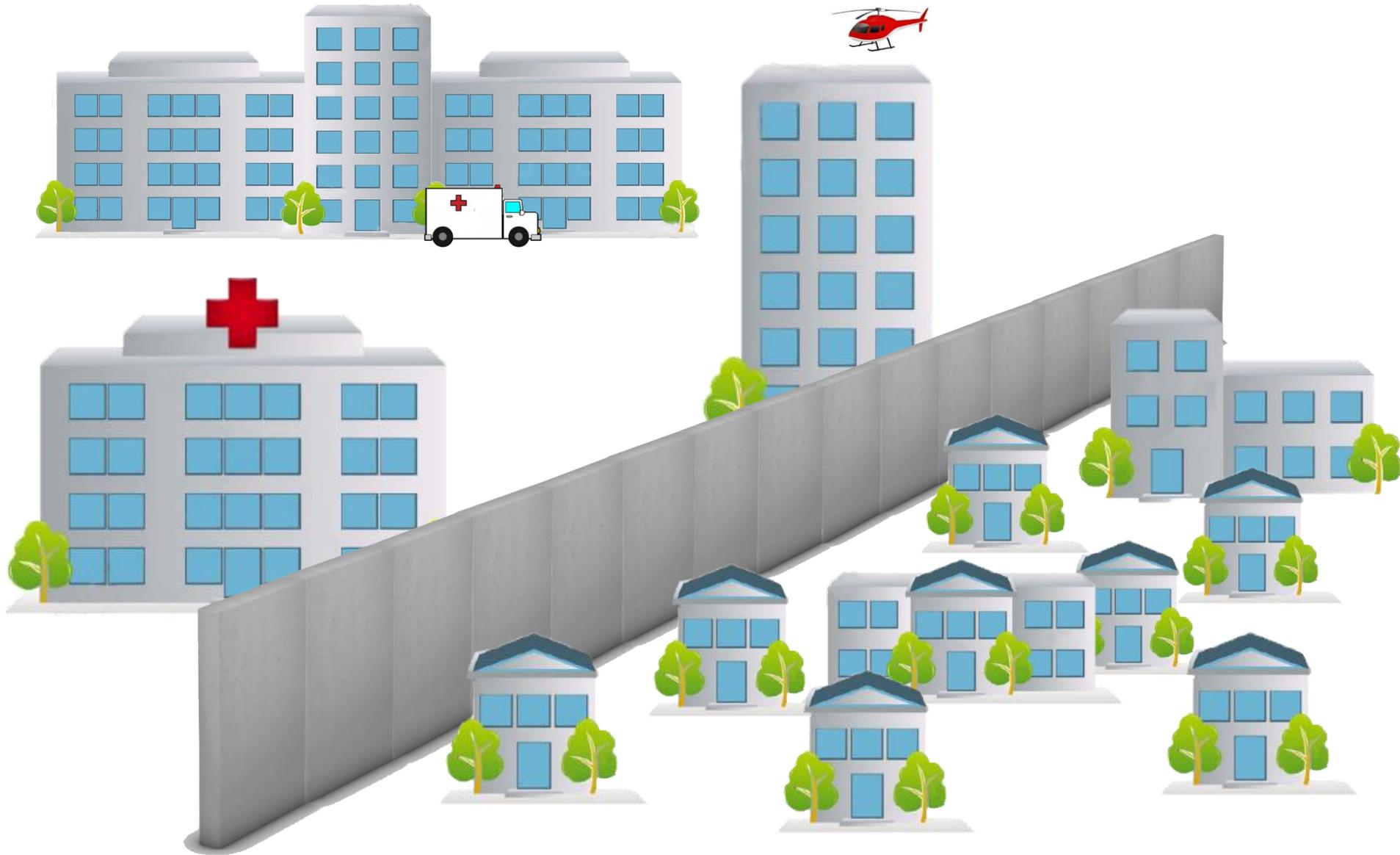


# **Die Mauer muss weg – Neue Wege zur sektorenübergreifenden Versorgung**

**Saarbrücken, 7. November 2017**  
**Ferdinand Gerlach**





## 1. Keine Anreize zur Kooperation

- Jeder lebt in seiner eigenen „Welt“ (*Sektor, Berufsgruppe*)
- Akteure haben objektiv unterschiedliche Interessen, verhalten sich system- bzw. anreizgerecht
- Ineffiziente sektorale Konkurrenz

## 2. Unangemessene Angebotskapazitäten

- Parallelstrukturen statt Schwerpunktbildung und Vernetzung (*z.B. Katheterlabore, spezialisierte Fachärzte*)
- Fehlverteilung nach Fachgruppen (*Vergütungsanreize > Eingriffe > Klinikstellen > weitergebildete Fachärzte*)
- Regionale Fehlverteilung (*u.a. Ballungsgebiete vs. Land*)
- Missverhältnis Spezialisten / Generalisten, geschwächte Grundversorgung bzw. Hausarztmedizin

## 3. Unzureichende Koordination

- Unkoordinierte Inanspruchnahme:
  - im internationalen Vergleich sehr hohe Arzt-Patient-Kontaktzahlen im ambulanten Bereich
  - rekordverdächtige Betten-, Fall- und Eingriffszahlen in Kliniken
- Insbesondere bei älteren mehrfacherkrankten Patienten: fehlende Prioritätensetzung und unkoordinierte Versorgung
- Zum Teil fehlender Schutz vor zu viel und falscher Medizin!
- Ergebnis: „Organisierte Verantwortungslosigkeit“

- **Drei getrennte Bereiche:** Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst, Rettungsdienst, Notaufnahmen der Kliniken
- Stark **steigende Inanspruchnahmen**, insbesondere in den Notaufnahmen + lange Wartezeiten
- Kette **finanzieller Fehlanreize**:  
z.B. RTW-Transporte: i.d.R. kein Geld für Leertransporte  
-> mehr Patienten in Notaufnahmen / Rettungsstellen  
-> stat. Aufnahmen steigen, da finanziell attraktiver als amb.
- **Überlastung und Unzufriedenheit** des Personals
- **Steigende Kosten**, insbesondere infolge nicht bedarfsgerechter Versorgung auf höheren Versorgungsebenen

- Die **sektorenübergreifende Versorgung funktioniert nicht** bzw. viel zu selten!
- Sektorale Trennung führt zu:
  1. **mangelhafter Kooperation**  
*(zwischen Sektoren, Disziplinen, Berufsgruppen)*
  2. **ineffizienter sektoraler Konkurrenz**  
*(insbesondere nicht zu einem Qualitätswettbewerb)*
  3. **ungenutzten Potentialen der Ambulantisierung**
  4. **mangelhafter Koordination / Kontinuität = „organisierter Verantwortungslosigkeit“**
- Notfallversorgung zeigt Probleme exemplarisch
- ➔ **Die Mauer zwischen den Sektoren muss weg!**
- ➔ **Abwarten ist keine Option!**

# Empfehlungen

SVR-Gutachten mit dezidierten Empfehlungen zu  
*„bedarfsgerechter Steuerung des Angebots und der  
Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen“* (Arbeitstitel)  
im Sommer 2018

- 1. *schrittweise* Angleichung der Rahmenbedingungen** (*kurz- bis mittelfristig*)
- 2. *umfassende* populationsorientierte Versorgungsmodelle** (*mittel- bis langfristig*)
- 3. *konkrete* Maßnahmen am Beispiel der Notfallversorgung** (*kurz- bis mittelfristig*)

- 1. schrittweise Angleichung der Rahmenbedingungen** *(kurz- bis mittelfristig)*  
→ **Planung, Organisation, Finanzierung**
- 2. umfassende populationsorientierte Versorgungsmodelle** *(mittel- bis langfristig)*
- 3. konkrete Maßnahmen am Beispiel der Notfallversorgung** *(kurz- bis mittelfristig)*

## 1. **Sektorenübergreifende Bedarfsplanung**

- an der konkret zu versorgenden Population orientiert
- Weiterentwicklung der Kriterien, u.a. differenziert nach Alter und Geschlecht, mit Berücksichtigung von prospektiver Morbidität, medizinischem / pflegerischem Bedarf, Deprivationsindex etc., keine Status quo-Fortschreibungen (Kriterien ggf. nach GBA-Gutachten)
- nach realen Einzugsräumen, ggf. über (Bundesland-)Grenzen hinweg
- ggf. Modifikation der § 90a-Gremien (auch unter Einbeziehung von Pflege und anderen Gesundheitsberufen, entscheiden vs. beraten)

## 2. **Einheitlichkeit / Annäherung des Aufsichtshandelns**

## 3. **Sektorenübergreifende Qualitätssicherung, auch als Voraussetzung für **qualitätsorientierte Bedarfsplanung** (Q-Indikatoren / Mindestmengen) und **Qualitätswettbewerb****

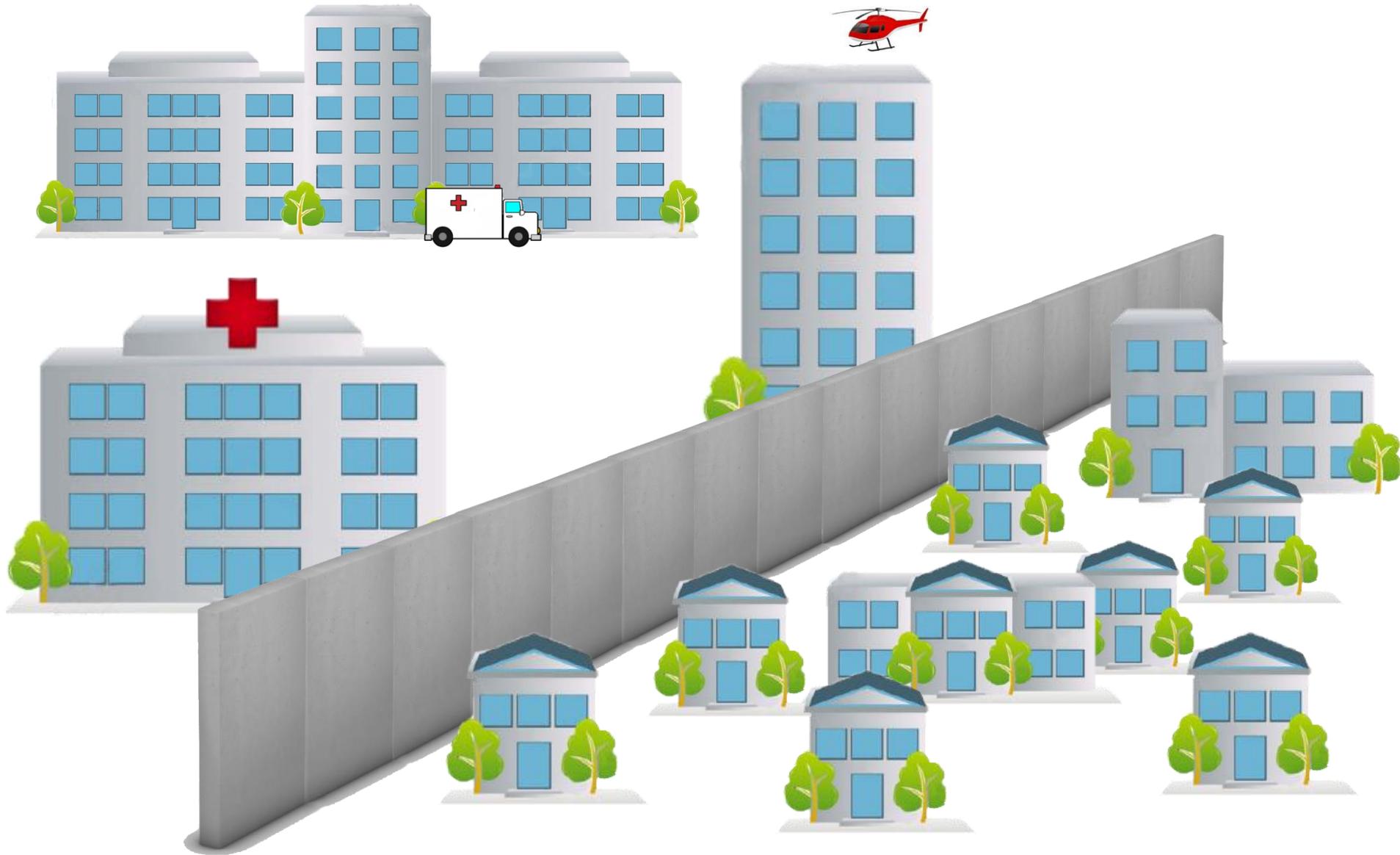
- 1. Eine Sprache:** versorgungsstufenadäquates, aber integriertes Klassifikations- und Dokumentationssystem
- 2. sektorenunabhängige elektronische Patientenakte**
- 3. integrierte Versorgungsroutinen:** inklusive Arznei- und Hilfsmittelversorgung, Heilmittelerbringung, Pflege etc.
- 4. Sektorenunabhängige Einführung** (etwa durch Erprobungszentren) **und Nutzung neuer Untersuchungs- und Behandlungsverfahren**
- 5. Lokale Gesundheitszentren für Primär- und Langzeitversorgung / Gesundheitsnetze**



Abbildung 82: Umfassendes Modell einer regional vernetzten Versorgung im ländlichen Raum

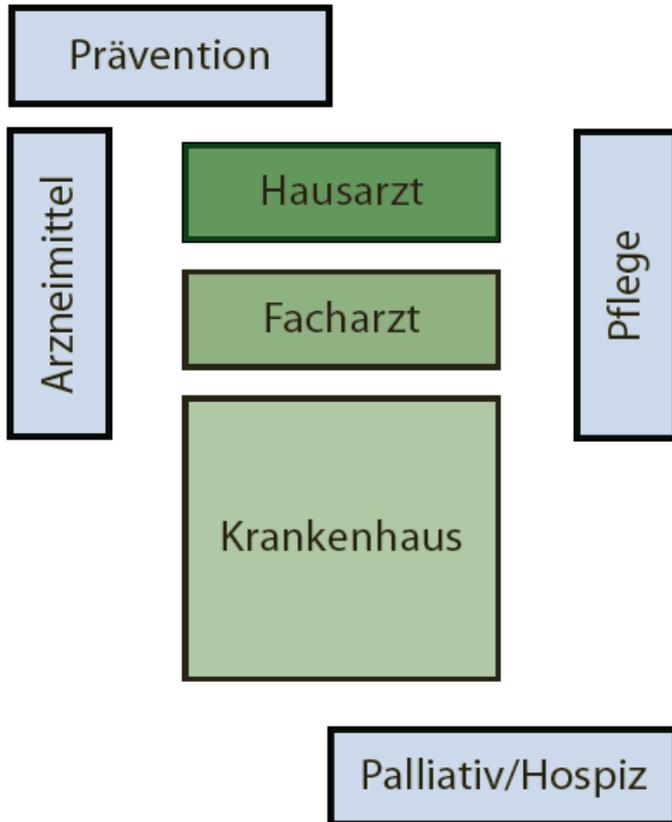
(GA 2014, RZ 554 – 558 und 708 bis 710 Seite 448 - 451 und 612 – 614) Quelle: Eigene Darstellung

- 1. Vereinheitlichung der Vergütungssysteme** (Preissysteme, Mengenvorgaben), beginnend mit gleichen Deckungsbeiträgen für (ca. 2.600) ambulant durchführbare Eingriffe
- 2. Annäherung der Investitionsfinanzierung:** „differenzierte Dualistik“ für Krankenhäuser (*Arbeitstitel, Details im Gutachten 2018*)
- 3. Anreize für IV-Verträge** (insbesondere § 140 SGB V)

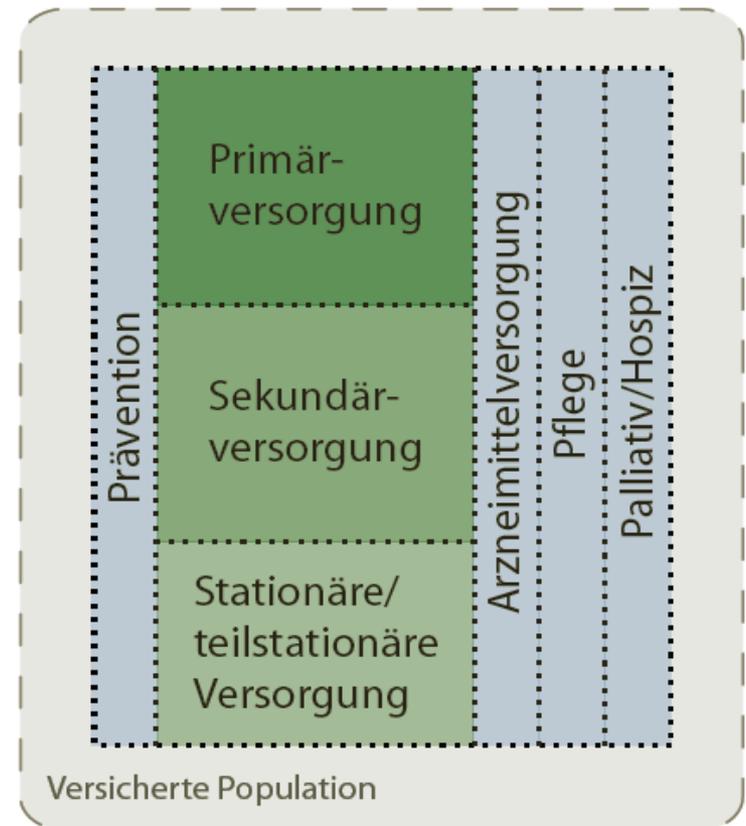


1. *schrittweise Angleichung der Rahmenbedingungen* (kurz- bis mittelfristig)
2. **umfassende populationsorientierte Versorgungsmodelle** (mittel- bis langfristig)
3. *konkrete Maßnahmen am Beispiel der Notfallversorgung* (kurz- bis mittelfristig)

## Traditionelles System Anbieter- und sektororientiert

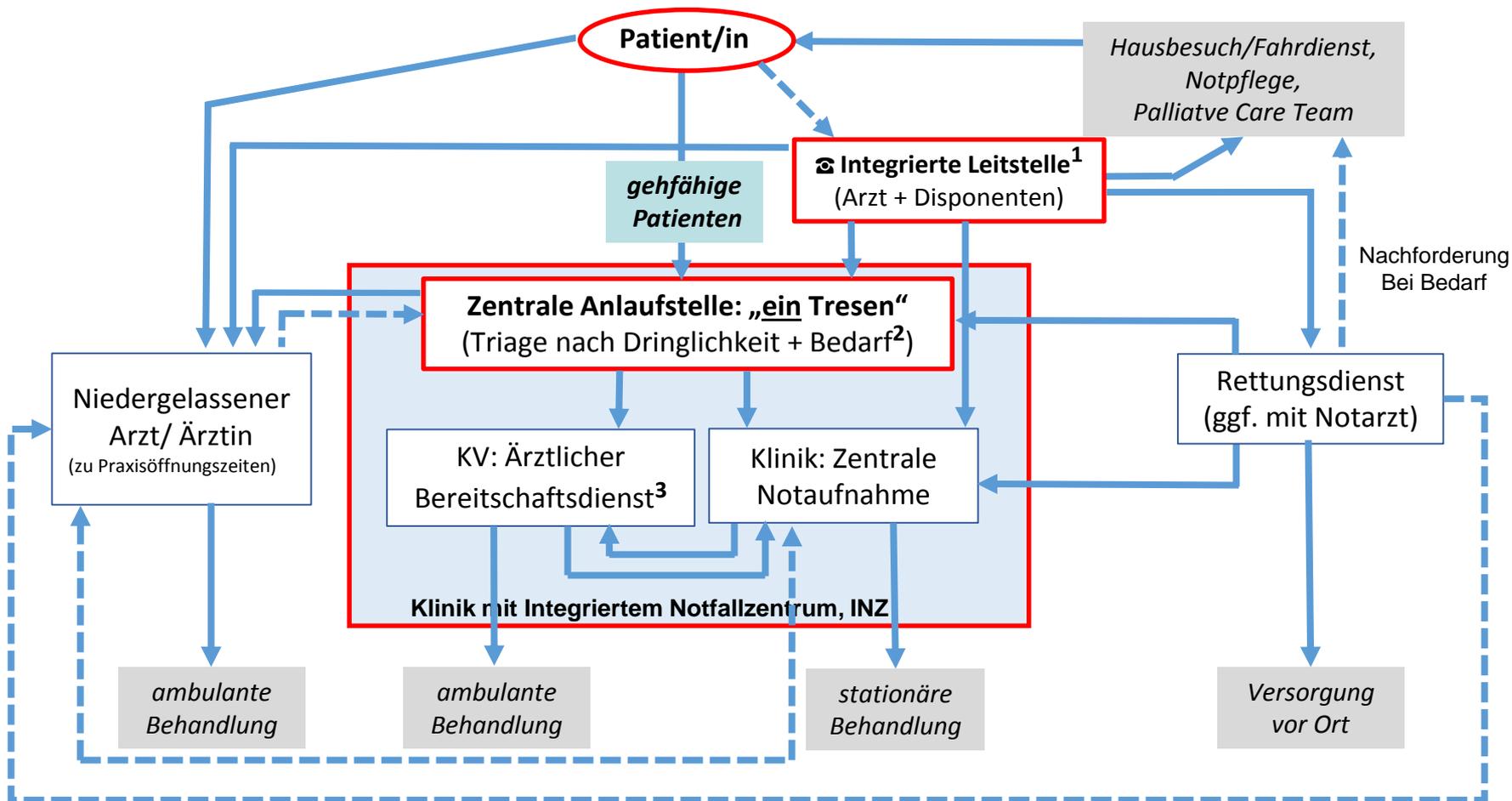


## Zukunftskonzept Populationsorientiert und sektorübergreifend



- **Regionale Versorgungsverbände** mit Einschreibemodell: **Feststehende Population**
- Systematische **Analyse/Stratifizierung** nach Risiko der **Patientenpopulation** (z.B. Diabetiker)
- „**Entwickelte Organisationen**“ mit **eigenem Management**
- **Teamansatz**: Einbeziehung nichtärztlicher Berufe, **Case Management, Monitoring, Schulung** chronisch Kranker etc.
- **IT-gestützte Versorgungspfade**: für alle Beteiligten
- **Finanzierung**: umfassende, risikoadjustierte **Capitation** (ca. 85%) und **qualitätsorientierte Anreize** (ca. 15%) über Area- und Access-Indikatoren

1. *schrittweise Angleichung der Rahmenbedingungen* (kurz- bis mittelfristig)
2. *umfassende populationsorientierte Versorgungsmodelle* (mittel- bis langfristig)
3. **konkrete Maßnahmen am Beispiel der Notfallversorgung** (kurz- bis mittelfristig)



- 1 nutzt Notfall-Algorithmen / Versorgungspfade, Zugriff auf verfügbare Ressourcen, bucht Termine bei zentraler Anlaufstelle
- 2 Triage möglichst durch Generalisten, breit weitergebildete (Allgemein-)Mediziner mit notfallmedizinischer Erfahrung
- 3 ggf. mit kinder- und/oder augenärztlichem Bereitschaftsdienst und/oder psychiatrischem Kriseninterventionsdienst

## ■ Integrierte Leitstellen, ILS (Saarland als ein Vorbild)



voll integriert mit nur einer Rufnummer



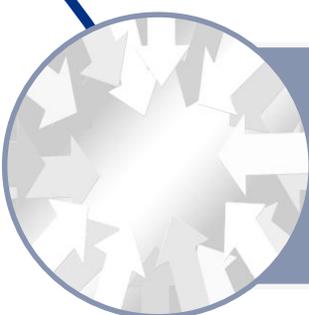
*Wenn nicht vermeidbar:  
verschiedene Nummern*



perspektivisch: horizontale Integration

1. Level z.B. mit Dispatcher / erfahrenen Pflegekräften/MFA
  2. Level: erfahrene, breit weitergebildete (Allgemein)-Ärzte
- aber technisch – gemäß Algorithmen – voll integriert
  - Beendigung der „Kleinstaaterei“ mit je einer (Rettungs-)Leitstelle je Landkreis

## ■ Zentrenbildung, Triage



Stationäre Notfallversorgung  
nach Stufenkonzept mit  
spezialisierten Zentren

- z.B. für Stroke, Herzinfarkt, Polytrauma
- → *gute Evidenz trotz u.U. längerer Transportwege*



Triage im Integrierten  
Notfallzentrum, INZ

- insbesondere Entscheidung zur stationären Aufnahme unabhängig (von Interessen der Krankenhausträger)

## ■ Patientensteuerung

- **über IT-gestützte Versorgungspfade**, einheitliche sektorenübergreifende Dokumentation für alle Beteiligten  
*(ein Tresen mit zwei PCs reicht nicht!)*
- **Flankiert durch** (persönliche, mehrsprachige ) **Patienteninformation**
- **Transparenz über Wartezeiten** in Notfallpraxis auch **via App**  
*(Beispiel Dänemark)*
- Vergabe **eines individuellen Termins im Integrierten Notfallzentrum (INZ) einer konkreten Klinik (nur) bei vorherigem Anruf bei integrierter Leitstelle** (ansonsten ggf. längere Wartezeit bei Selbstüberweisung *ohne* festgestellte Dringlichkeit bei initialer Triage)
- **aktuell (noch) keine Empfehlung für Eigenbeteiligung**

## ■ Regionale Evaluation und stetige Weiterentwicklung

- **Datenvergleichbarkeit und -verfügbarkeit** (im Rettungsdienst, bei ambulanter und stationärer (Weiter-)Versorgung) **muss** (auch für Versorgungsforschung) **verbessert werden**

- **Flexibilisierung der Sprechzeiten** niedergelassener Hausärzte sollte gefördert werden
- Es sollten vermehrt **Samstag- und Abendsprechstunden** in der vertragsärztlichen Versorgung angeboten werden
- **Erweiterung der Befugnisse der Notfallsanitäter**
  - einheitlicher Ausbildungsstandard
  - festgelegte Qualifizierungskurse
- Gezielte (multimediale) **Aufklärung der Bevölkerung** über
  - Konzept der gestuften Notfallversorgung in Deutschland
  - zentrale Rufnummer(n)
  - Informationsportale / Apps, Ersthelfer-/First Responder-Konzepte
  - Laienreanimation etc.

- **Zahlungsströme, Trägerschaft und Betreiber**
  - **Kassen/PKVen zahlen direkt an integriertes Notfallzentrum (INZ)** (eigenständige organisatorische / wirtschaftliche Einheit)
  - Bundesland erstellt **Plan für Notfallversorgung** und legt INZ Standorte fest / auch **Ausschreibungslösung** denkbar
  - **Trägerschaft INZ: KV und Krankenhaus; Betreiber INZ: KV**
  
- **Finanzierungstopf**
  - Vergütung der INZ aus **neuem Finanzierungstopf für sektorenübergreifende Notfallversorgung**
  - aus **bereinigter morbiditätsbedingter GV und Klinikbudgets**
  
- **Vergütungsmodell**
  - **Sektorenübergreifende Grundpauschale für alle Vorhaltekosten:** 3 Stufen n. Kapazität / Ausstattung (wie Notfallzuschläge aus KHSG)
  - **plus Pauschale pro Fall:** unabhängig von Fallschwere und Ort der Leistungserbringung, Zuschlag nur für Beobachtung über Nacht

- **Die Mauer muss weg!**
- **Es geht nur gemeinsam:** Vernetzung ist Gebot der Stunde. Wichtig: Teambildung durch Überwindung von Sektoren-, Disziplin- *und* Professionsgrenzen
- **Weiterentwicklung:** von bestehenden einzelwirtschaftlichen Strukturen (Praxen) und nicht bedarfsnotwendigen Kliniken
- **Steigerung der Mobilität:** von Patienten und Ärzten, Pflegenden, VERAHs, Therapeuten ...
- **Wege zur sektorenübergreifenden Versorgung:**
  - **schrittweise** („evolutionäre“) Herstellung eines **einheitlichen Ordnungsrahmens** in Planung, Organisation und Finanzierung, **integrierte Notfallversorgung könnte Pionierfunktion haben** und / oder
  - **umfassende, populationsorientierte** („revolutionäre“) **Versorgung**



**Lang- und Kurzfassungen,  
Zusammenfassungen aller Gutachten,  
weitere Informationen kostenlos  
unter: [www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de)**