

Integrierte Versorgung an der ambulant-stationären Schnittstelle

Prof. Dr. Eberhard Wille, Emeritus Universität Mannheim

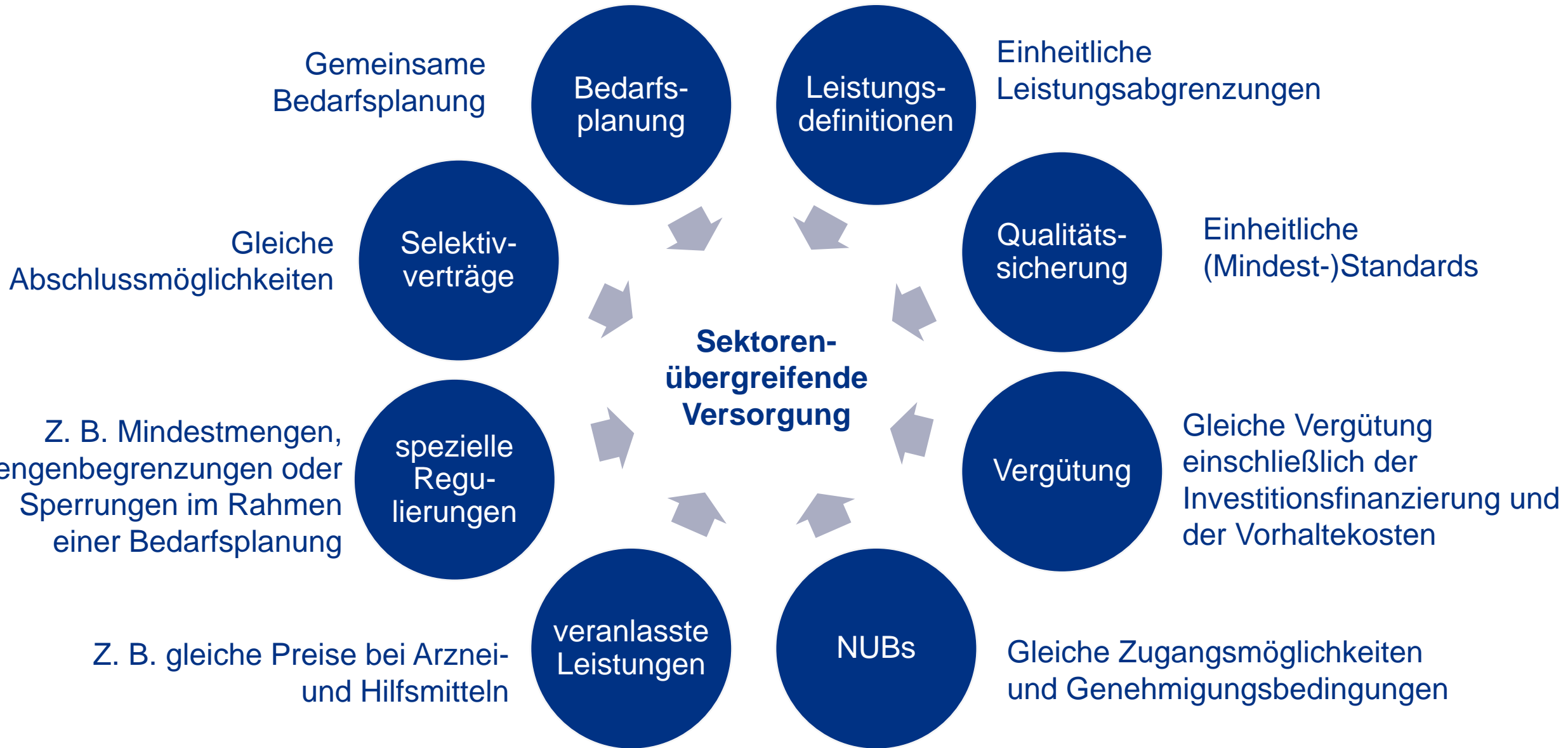
Regionalkonferenz Nord

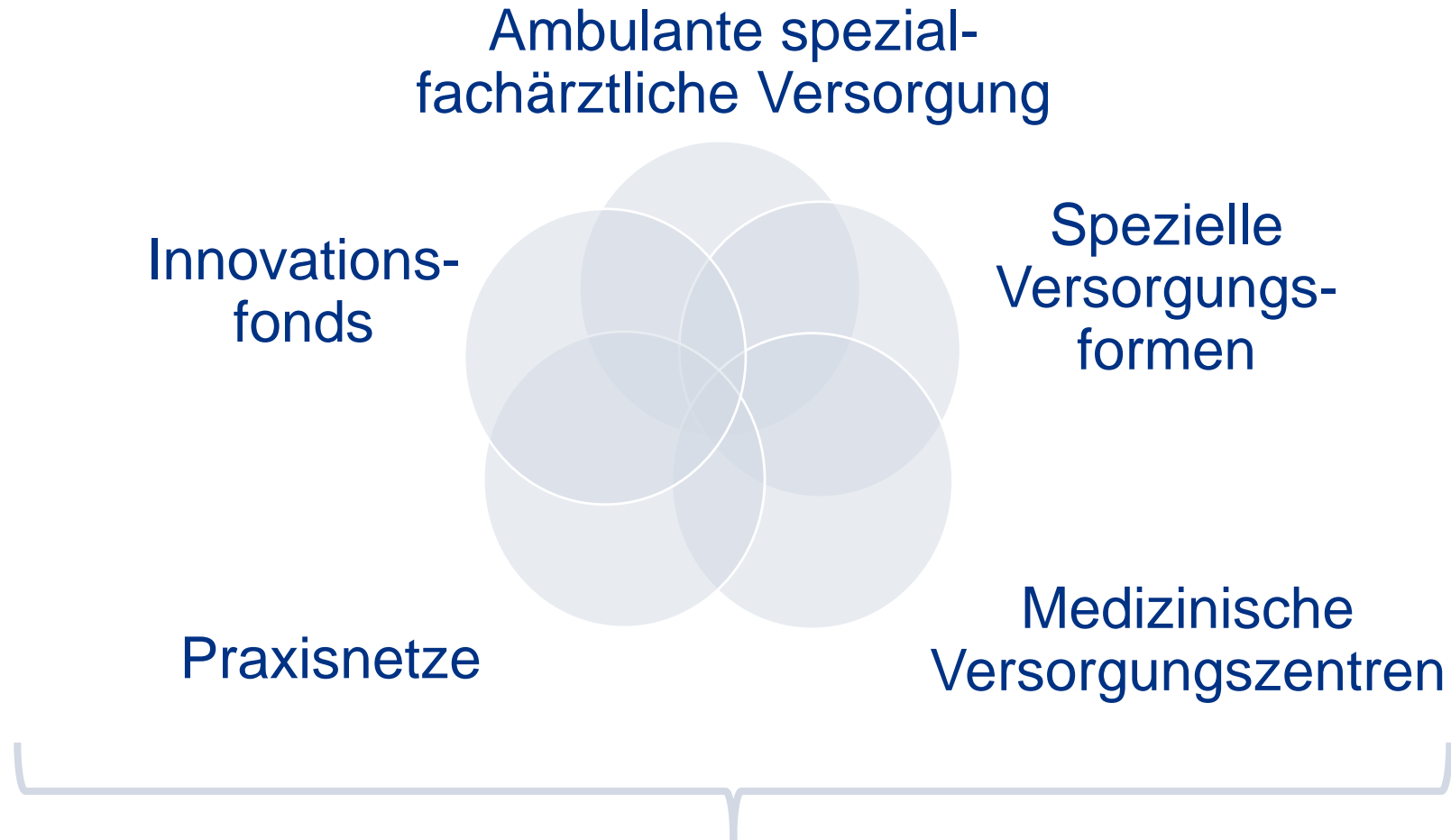
Hamburg, 29. Oktober 2018

- „Sinn einer integrierten Versorgung ist vor allem, die bisherige Abschottung der einzelnen Leistungsbereiche zu überwinden, Substitutionsmöglichkeiten über verschiedene Leistungssektoren hinweg zu nutzen und Schnittstellenprobleme so besser in den Griff zu bekommen. [...] Anstrengungen zur Qualitätssicherung und zur optimierten, die Leistungssektoren übergreifenden Arbeitsteilung unter Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsgesichtspunkten sollen gefördert und nicht durch bestehende Zulassungsschranken behindert werden.“

(Gesetzentwurf zum GKV-GMG vom 08.09.2003, S. 130)

Einheitliche Rahmenbedingungen sind notwendig

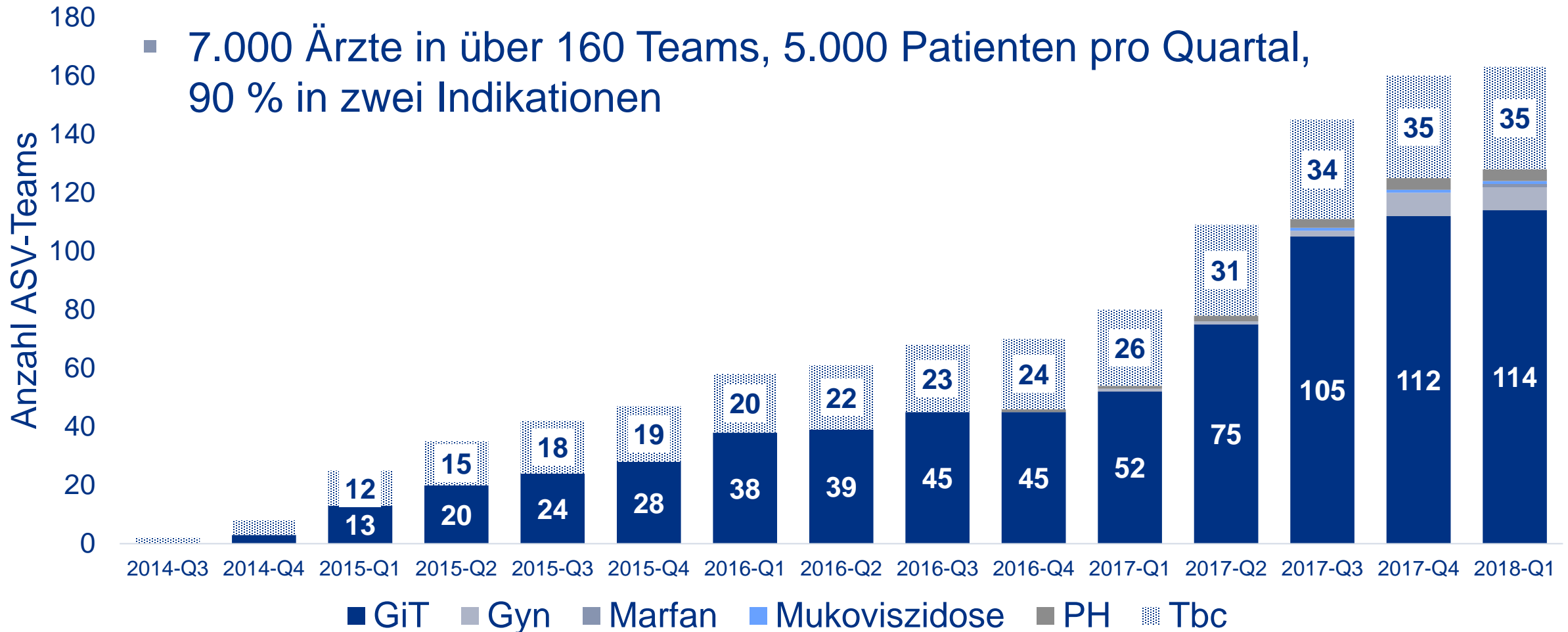




Grundsätzliches Potential, die Versorgung an der Schnittstelle zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung zu verbessern

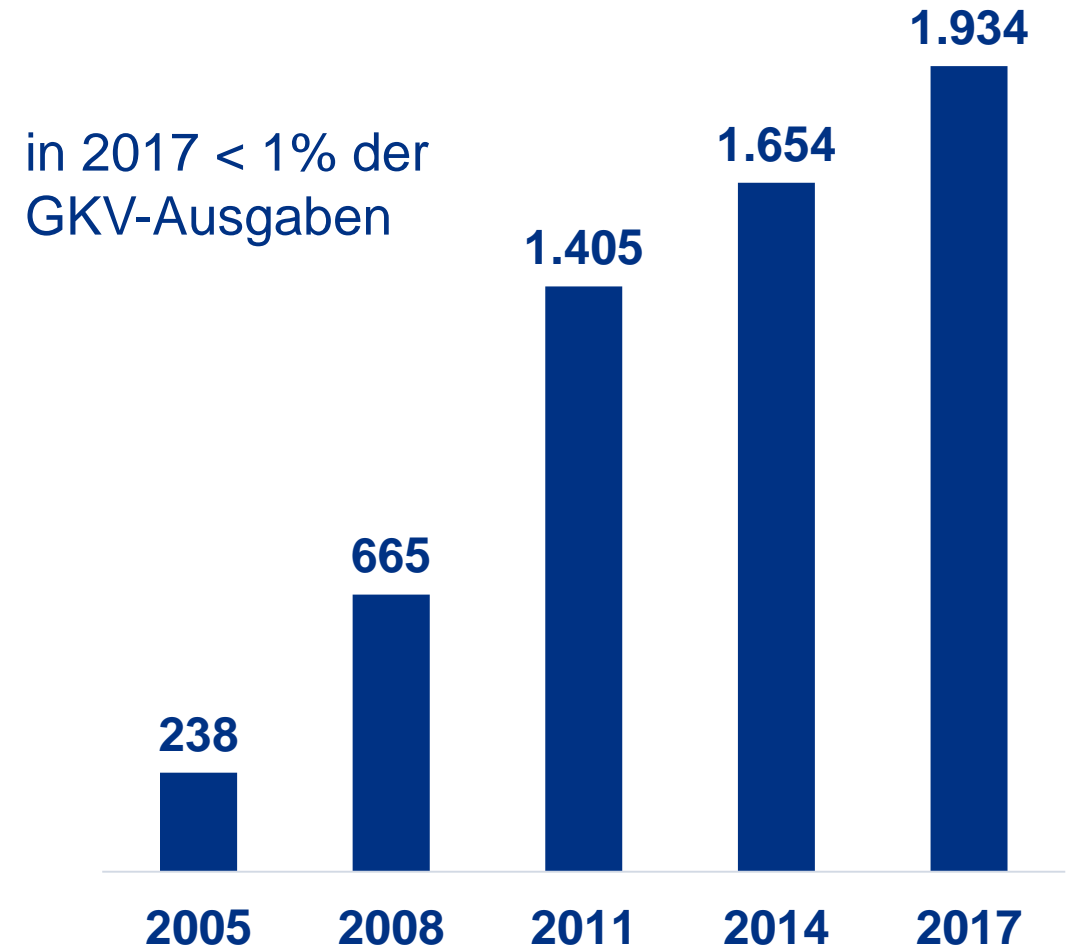
- Konzeption vielversprechend, gleichwohl enttäuschende Dynamik u. a. aufgrund der hohen Anforderungen

- 7.000 Ärzte in über 160 Teams, 5.000 Patienten pro Quartal, 90 % in zwei Indikationen

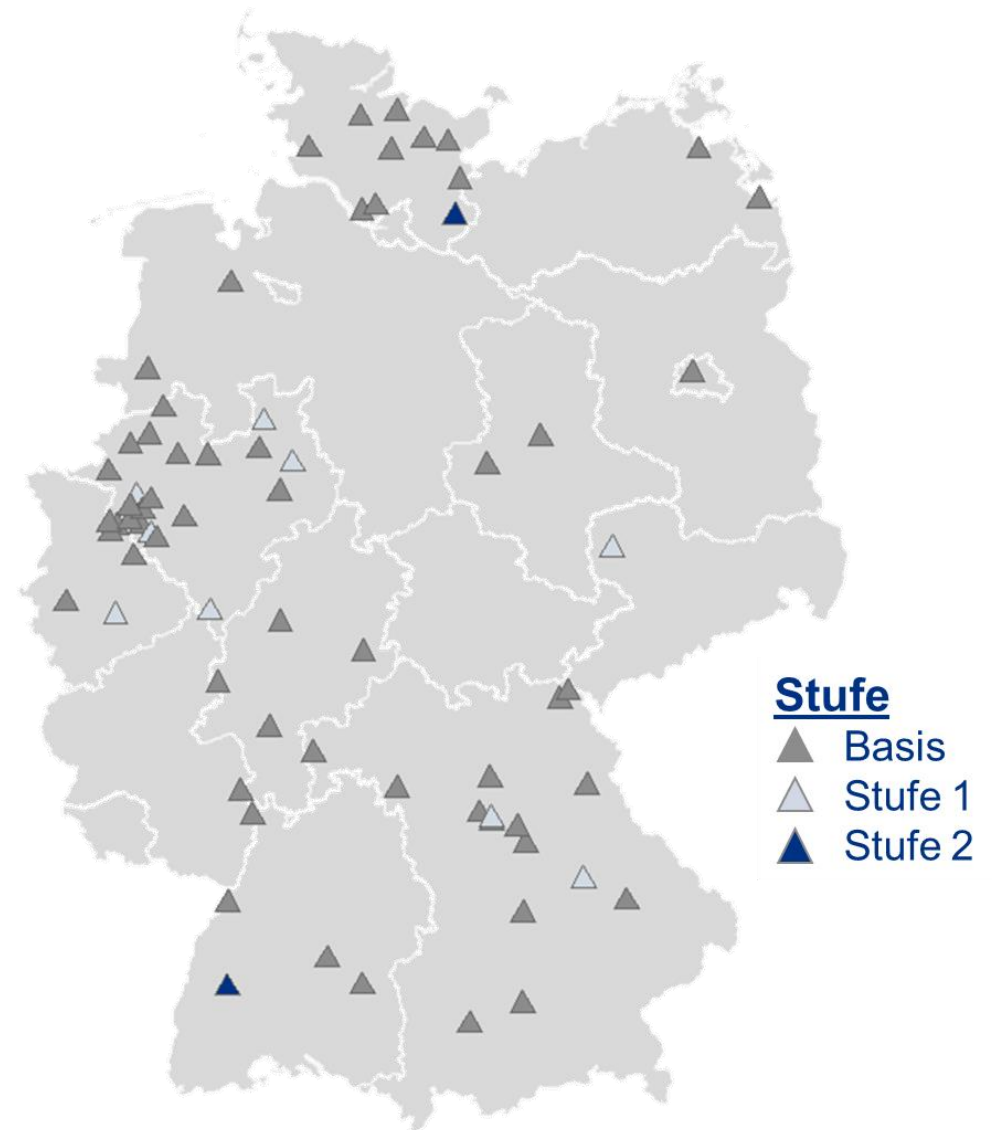


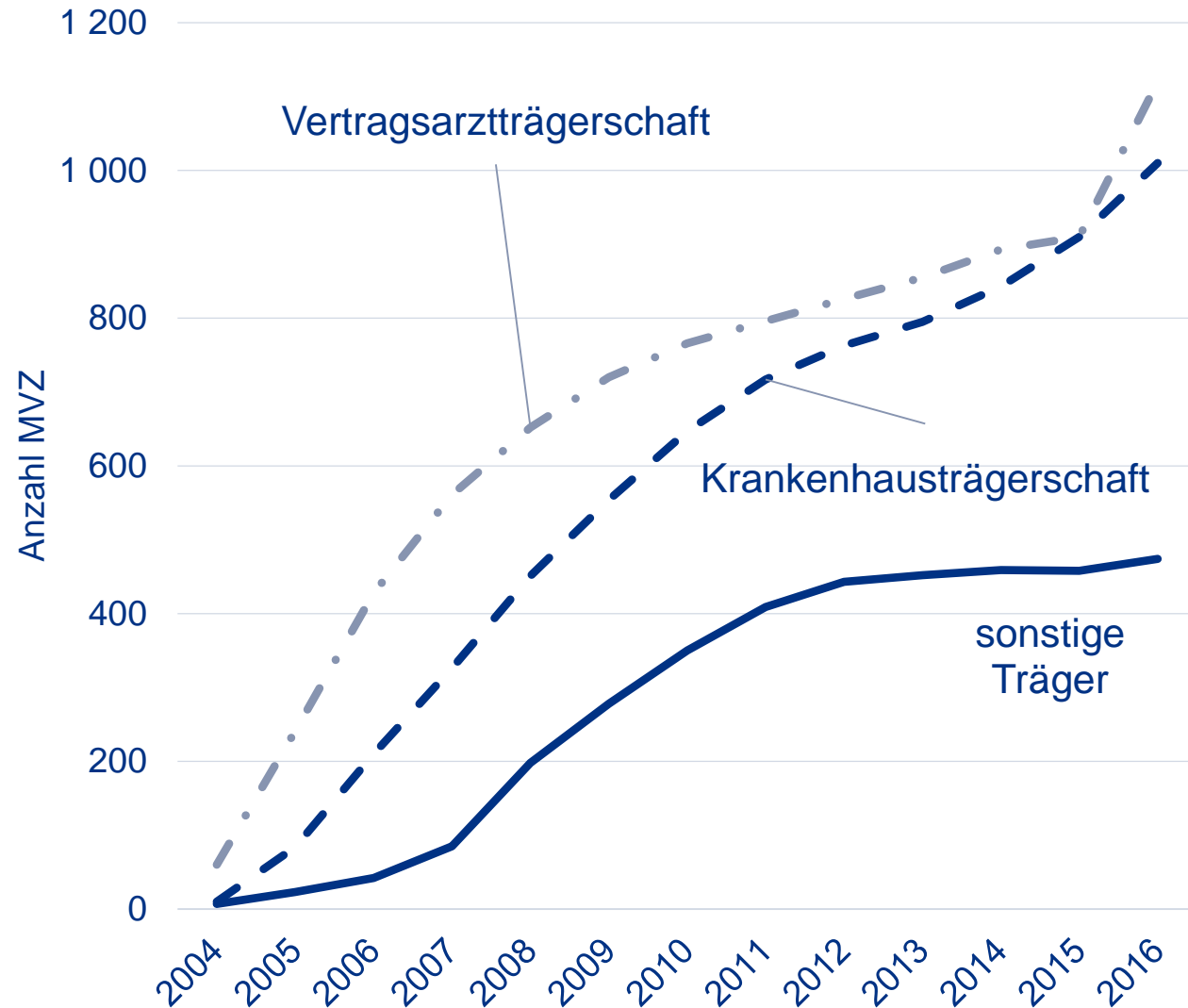
- Trotz der relativ geringen Ausgaben Beitrag zum Aufbruch der Strukturen
- Vielfach Grundlage der anderen Versorgungskonzepte
- Mit § 140a (neu) SGB V ist der sektorenübergreifende Aspekt weiter abgeschwächt
- Populationsbezug im Gesetz verschwunden

Ausgaben für die integrierte Versorgung in Mio. €



- Strenge Anforderungen zur Anerkennung
- Viele Netze bauen auf den besonderen Versorgungsformen auf
- Häufig Beteiligung an innovativen Projekten
- Können mit dem TSVG unter bestimmten Bedingungen MVZ gründen
- Caveat: Bisher noch kaum Evidenz für eine bessere Versorgung

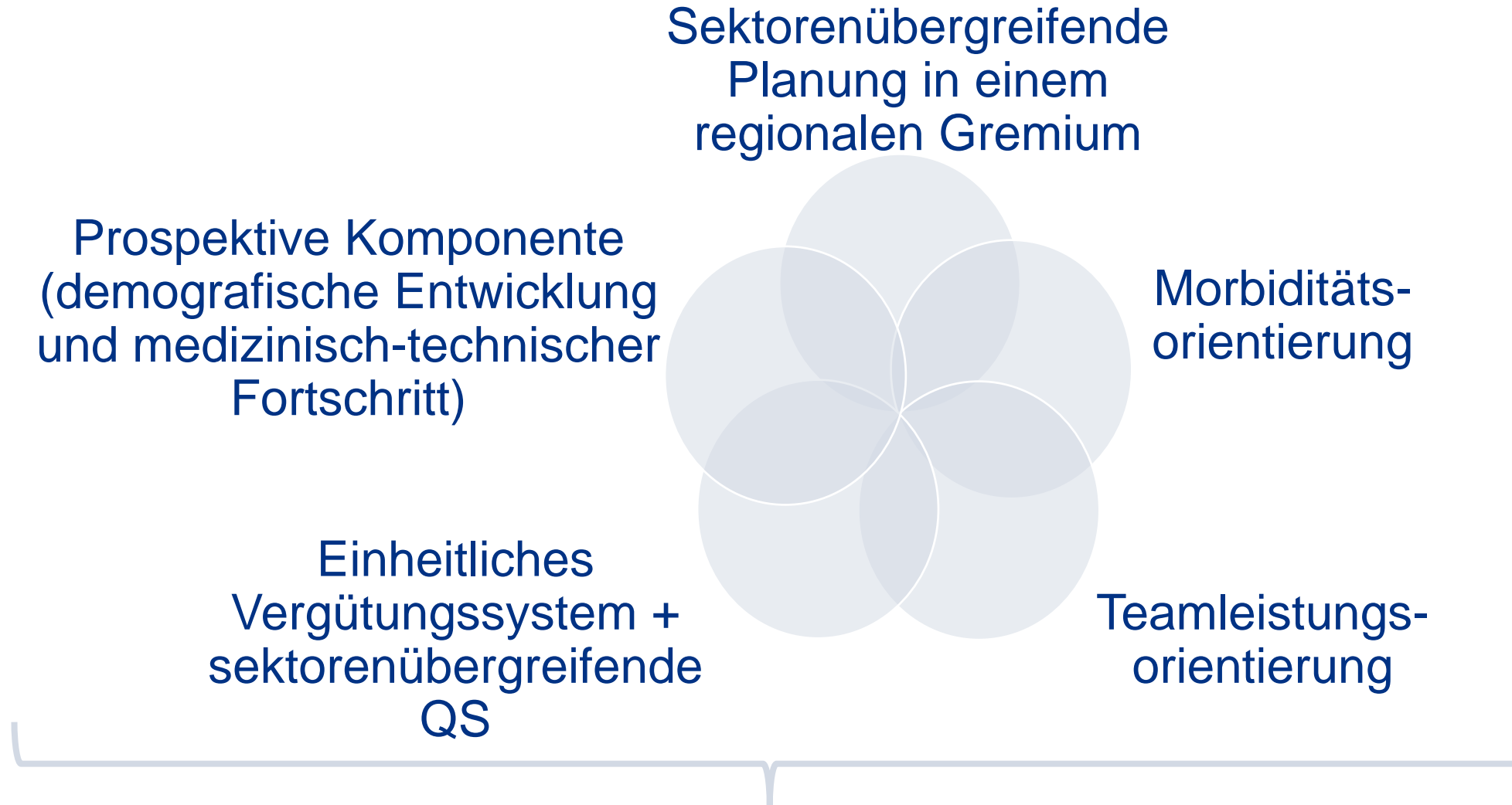




- Starker Schub durch das GKV-VSG, insbesondere bei Vertragsärzten
- Insbesondere im Osten hohe Bedeutung mit fast 20 % aller Ärzte
- Intention einer gut erreichbaren Versorgung im ländlichen Raum eher nicht eingetreten
- Keine klare Strategie hinsichtlich der Trägerschaft erkennbar

- Teilnahmevoraussetzungen für die ASV entbürokratisieren
- Rechtsformen bei MVZ erweitern
- Auswahl der DMP den Vertragspartnern überlassen und regionalisieren
- Wirtschaftlichkeitsnachweis in § 140a streichen
- Apotheker als gleichberechtigte Partner an der besonderen Versorgung aufnehmen
- Praxisnetze der Stufen I und II sollten künftig den Leistungserbringerstatus erhalten können
- Sektorenübergreifende populationsorientierte Versorgungskonzepte besonders fördern

| 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 |



Umsetzung dieser Kernprinzipien durch verschiedene Maßnahmen möglich

