

Sektorenübergreifende Zusammenarbeit und integrierte Versorgung

***Dr. Heinz Stapf-Finé, Referent Politik
der Deutschen Krankenhausgesellschaft***

**I. Schnittstellen-Problematik in der
Gesundheitsversorgung**

II. Disease Management

III. Integrierte Versorgung

IV. Folgerungen für die Gesundheitspolitik



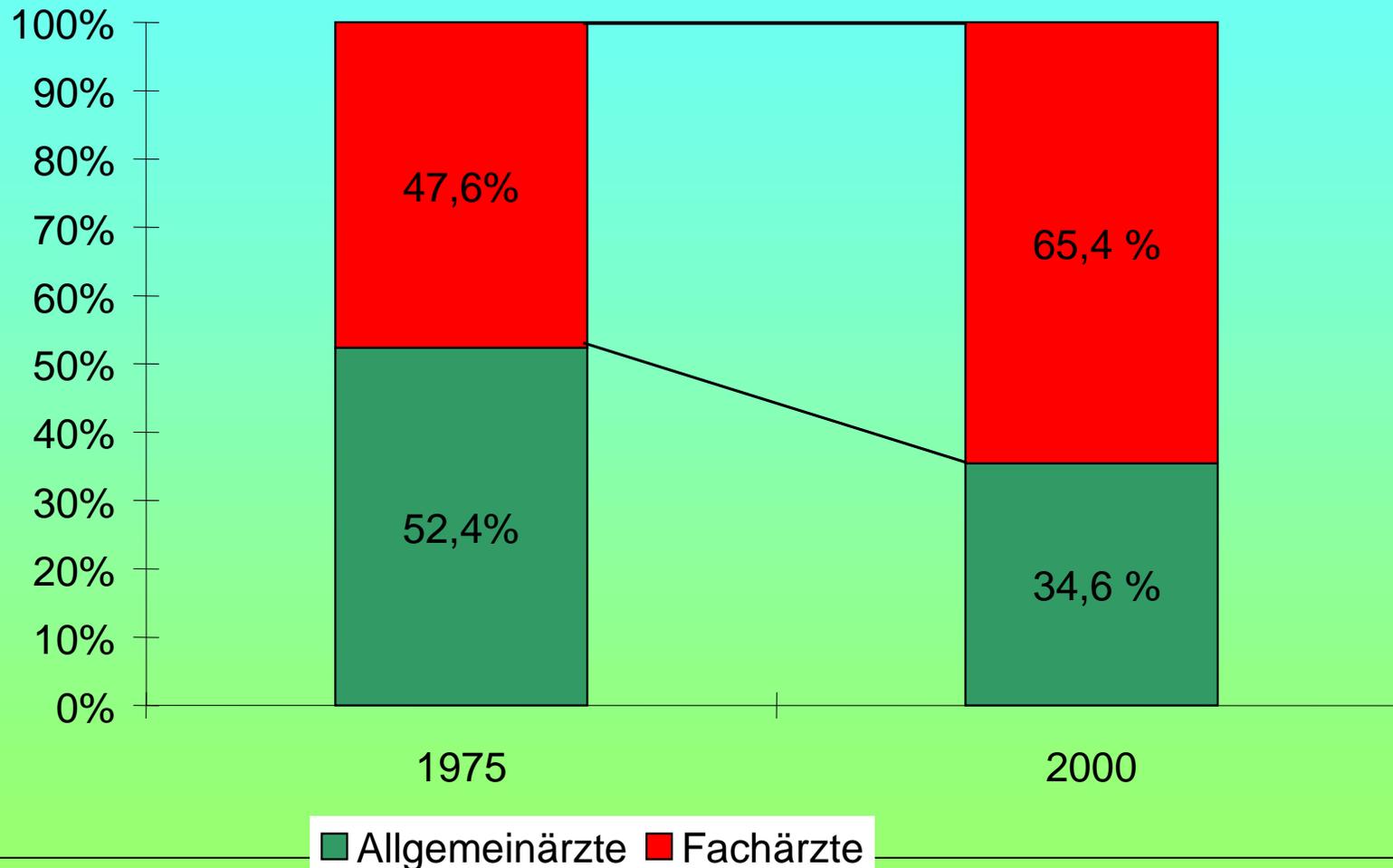
I. Schnittstellen-Problematik

Fachärzte im niedergelassenen und stationären Bereich 2000

	Niedergelassene Fachärzte	Fachärzte im Krankenhaus
Augenärzte	5.269	807
Chirurgen	3.918	12.081
Frauenärzte	9.891	4.333
HNO-Ärzte	4.010	1.037
Hautärzte	3.461	800
Internisten	17.084	15.620
Kinderärzte	6.106	3.908
Laborärzte	445	335
Nervenärzte u. Psychiater	7.908	6.721
Orthopäden	5.122	1.913
Radiologen	2.346	3.160
Urologen	2.583	1.639
Sonstige	6.063	17.808
Ärzte mit Gebietsbezeichnung insges.	74.233	70.162

I. Schnittstellen-Problematik

Niedergelassene Allgemeine und Praktische Ärzte - Anteile



I. Schnittstellen-Problematik

- spezialärztliche Versorgung erfolgt zu mehr als der Hälfte durch niedergelassene Ärzte trotz der theoretisch besseren Ausstattung der Krankenhäuser
- Spezialisierung im niedergelassenen Bereich verschärft das Problem, die Zusammenarbeit von Fachärzten im niedergelassenen Bereich zu organisieren im Vergleich zum Krankenhaus mit der Konzentration von Fachwissen an einem Ort
- Wirtschaftlicher Druck verstärkt den Anreiz für niedergelassene Ärzte, zusätzliche Leistungen in einem aufgrund der Spezialisierung kleiner werdenden Spektrum zu erbringen, um Erlössituation zu verbessern



II. Disease-Management

Was ist Disease Management?

- Betrachten des gesamten Krankheitsbildes
- Optimierung von Prozessen in einer vorgegebenen Versorgungsstruktur
- mit Hilfe von kontinuierlichem Monitoring von geeigneten Daten
- zur Erzielung eines besseren outcomes
- Erstellen von Leitlinien für die Behandlung von Krankheiten in einer ersten Stufe durch Konsensusverfahren, perspektivisch durch evidence based medicine

II. Disease-Management

- DKG begrüßt Einführung von Disease-Management-Programmen (DMP)
- Verknüpfung einer Verbesserung der Versorgungsstruktur mit RSA wurde von vielen Experten als sachfremd abgelehnt
- Erfolg der Leistungserbringer: sie werden an der Formulierung der Anforderungen an die Programme gleichberechtigt beteiligt

II. Disease-Management

Empfehlung des Koordinierungsausschusses:

- Diabetes mellitus
- chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen
- Brustkrebs
- Koronare Herzkrankheit



III. Integrierte Versorgung

Bisherige Instrumente:

1. Modellvorhaben §§ 63-65 SGB V
zur befristeten Erprobung von Verfahrens-,
Organisations-, Finanzierungs- u. Vergütungsformen
2. Strukturverträge nach § 73a SGB V für den Aufbau
von Ärztenetzwerken
3. Kooperationen zwischen Leistungserbringern



III. Integrierte Versorgung

Bisherige Erfahrungen:

- Krankenhaus als Partner nicht im Blickpunkt
- langwierige Vertragsverhandlungen
- Kernprobleme: Zahl teilnehmender Versicherter, Defizite im Management, Finanzierungsmöglichkeiten
- Validierte Aussagen zu Einsparungen nicht möglich

Aber: KH sind aufgrund ihrer Managementkompetenz, Infrastruktur u. ihres medizinischen u. organisatorischen know-hows sehr geeignete Vertragspartner integrierte Versorgungsformen



III. Integrierte Versorgung

Integrationsversorgung nach § 140a-h SGB V:

sektorenübergreifende Versorgung

Einsparungen bei den Gesundheitsausgaben

Teil der Regelleistungsversorgung

Verträge einzelner Kassen mit Leistungserbringern

Gestaltungsfreiheit: Versorgungsauftrag, Finanzierung
u. Vergütung

Grenzen: gesetzl. Mindestanforderungen u.
Rahmenvereinbarung

Übernahme Morbiditätsrisiko durch Vertragspartner
Bereinigung der sektoralen Budgets



IV. Anforderungen an die Gesundheitspolitik

Problematische Ausgestaltung von §§ 140 a-h SGB V:

Konflikt zwischen Verträgen mit einzelnen Kassen und dem mit den Krankenkassen einheitlich und gemeinsam zu vereinbarenden Erlösbudget.

Das Nebeneinander von Einzel- und Kollektivvertragssystem muss ordnungspolitisch besser aufeinander abgestimmt werden.



IV. Anforderungen an die Gesundheitspolitik

DKG-Vorschlag zu DMP:

Einführung eines weiteren Konkurrenzbereichs zwischen ambulantem und stationärem Sektor nach dem Vorbild des ambulanten Operierens nach § 115 b SGB V

Gesetzesänderung nötig (neuer § 115 c SGB V):
gesetzlicher Zulassungsanspruch für Krankenhäuser zur Erbringung ambulanter Leistungen im Rahmen von DMP



IV. Anforderungen an die Gesundheitspolitik

DKG-Vorschlag zur Arzneimittelversorgung:

Beschränkung der Arzneimittelabgabe durch Krankenhausapotheken auf stationär behandelte und ambulant operierte Patienten widerspricht dem Ziel einer besseren Verzahnung der Gesundheitsversorgung.

Arzneimittelabgabe durch Krankenhausapotheken muss deutlich ausgeweitet werden.

Die DKG fordert daher eine entsprechende Änderung des Apothekengesetzes.



IV. Anforderungen an die Gesundheitspolitik

DKG-Vorschlag zur Umsatzsteuer:

Viele gegenseitig erbrachten Leistungen in Kooperationsbeziehungen von Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern unterliegen der Umsatzsteuerpflicht.

Die DKG fordert in diesem Zusammenhang eine Ausweitung der Befreiungstatbestände im Umsatzsteuergesetz.



IV. Anforderungen an die Gesundheitspolitik

DKG-Leitbild integrierte Dienstleistungszentrum

Entwicklung des KH zum health-care-Anbieter, der die gesamte Versorgungskette durch vertraglich an das KH gebundene Leistungserbringer organisiert.

In einem ersten Schritt sind gesetzliche Grundlagen zu schaffen, die den Krankenhäusern einen **indikationsbezogenen Zulassungsanspruch** zur Erbringung institutioneller ambulanter Leistungen ohne Überweisung einräumen.

In einem zweiten Schritt: gleichberechtigter Zulassungsanspruch zur Erbringung ambulanter fachärztlicher Leistungen nach Überweisung durch einen Vertragsarzt
– **fachärztliche Überweisungsambulanz.**



Krankenhausleistungen

heute

Stationär
voll-, teil-, vor- und nachstationär; Kurzzeit Chirurgie

Ambulant
institutionell
(z.B. §§ 115 b, 118 SGB V)

Ambulant
ermächtigte
Krankenhausärzte

Ziel

Koordiniertes Leistungsangebot

- Pflege
- Rehabilitation
- Prävention



Kooperation mit Vertragsärzten

- med.-techn. Großgeräte
- Labor / Radiologie
- Konsiliarärzte
- Praxis im Krankenhaus
- Notfallversorgung am Krankenhaus
- Belegärzte

Gesetzesänderung

- institutionelle fachärztliche Überweisungsambulanz
- Behandlungswahl des Krankenhauses

- 1. Phase:**
- indikationsbezogener Zulassungsanspruch zur Erbringung institutioneller ambulanter Leistungen (ohne Überweisung)
 - Behandlungswahl ambulant/stationär des Krankenhauses nach Einweisung

- 2. Phase:** (Erweiterung)
institutioneller Zulassungsanspruch des Krankenhauses zur fachärztlichen Versorgung (Überweisungsambulanzen)

