



Gesundheitsregionen: Sektorenunabhängige Versorgung gestalten

Inhalt

Herausforderungen	3
Status Quo behindert regionale Lösungen	3
Lösungsvorschlag	4
Kernelemente der „Regionalen sektorenunabhängigen Versorgung“ (RegioSV)	4
Zusammenwirken mit verschiedenen Versorgungselementen	5
Primärversorgungszentren (Regelungsvorschlag Anlage Nr. II)	5
Sektorenübergreifende Versorger (Regelungsvorschlag Anlage Nr. III)	5
Gesundheitskioske (Regelungsvorschlag Anlage Nr. IV)	5
So gelingt der Wandel	5
Szenario A: Umwidmung stationär genutzter Ressourcen für ambulante Versorgungskonzepte	5
Szenario B: Interdisziplinäre Zusammenarbeit zur Vermeidung stationärer Einweisungen	6
Szenario C: Gründung eines kommunalen Primärversorgungszentrums	6
Szenario D: Vollstationäre Strukturen als Sektorenübergreifende Versorger ausgestalten	7
Fazit	7
Anlagen Regelungsvorschläge	8
Nr. I Regionale sektorenunabhängige Versorgung (RegioSV)	8
Vorbemerkung	8
Vorschlag für eine Rechtsgrundlage zur Weiterentwicklung der Versorgung	8
Regelungsvorschlag: „Regionale sektorenunabhängige Versorgung“ mit Erläuterungen	10
Nr. II Primärversorgungszentren	14
Kurzbeschreibung	14
Vorschlag für eine Rechtsgrundlage für „Primärversorgungszentren“	14
Regelungsvorschlag: „Primärversorgungszentren“ mit Erläuterungen	16
Korrespondierende Änderungen	19
Nr. III Sektorenübergreifende Versorger	20
Kurzbeschreibung	20
Vorschlag für eine Rechtsgrundlage für „Sektorenübergreifende Versorger“	20
Regelungsvorschlag: „Sektorenübergreifende Versorger“ mit Erläuterungen	22
Nr. IV Gesundheitskioske	27
Kurzbeschreibung	27
Vorschlag zur Ausgestaltung von Gesundheitskiosken	27
Regelungsvorschlag: „Gesundheitskioske in deprivierten Regionen“ mit Erläuterungen	29

Herausforderungen

Unser Gesundheitswesen steht vor großen Herausforderungen. Insbesondere zu nennen sind

- der demografische Wandel mit einer zunehmenden Alterung der Gesellschaft und seinen Auswirkungen auf den Arbeits- und Fachkräftemarkt,
- die Entwicklung der informationstechnologischen Möglichkeiten und der Digitalisierung,
- die schwieriger werdenden wirtschaftlichen Rahmenbedingungen und sich weiter verknappende finanzielle Ressourcen sowie
- der Wandel in der Arbeitswelt (stärkere Teamorientierung, flexiblere Arbeitszeiten, Vereinbarkeit von Familie und Beruf etc.).

Die starren, zum Teil zentralistischen und nicht mehr zeitgemäßen sektoralen Rahmenbedingungen hemmen dringend notwendige Transformationsprozesse. Die traditionellen Strukturen bieten in ihrer sektoralen Ausrichtung oftmals keine Lösung für die Aufnahme von Innovationen und für sektorenübergreifende Weiterentwicklungen zur Bewältigung regionaler Versorgungsprobleme. Anpassungen der gesundheitspolitischen Rahmenvorgaben führen oftmals zur unkoordinierten und isolierten Einführung neuer Einzelideen ins Gesundheitssystem und erhöhen dessen Komplexität, ohne dass gleichzeitig Anpassungen an bestehenden Vorgaben vorgenommen werden.

Vor allem strukturell und ökonomisch benachteiligte Regionen oder Stadtteile stehen aufgrund eines zunehmenden Mangels an Versorgungsangeboten vor der Herausforderung, die Versorgungssicherheit für die dort lebenden Menschen zu gewährleisten. Insbesondere in diesen Regionen sind funktionierende Strukturen besonders wichtig, um den zunehmenden Zweifeln an der Leistungsfähigkeit des Staates sowie den Selbstverwaltungssystemen in der Sozialversicherung zu begegnen.

Gleichzeitig werden vorhandene finanzielle und personelle Ressourcen in unserem Gesundheitssystem nicht immer wirksam und wirtschaftlich eingesetzt. Sie fließen zu häufig in reformbedürftige Strukturen, deren Ergebnisse den erheblichen Mittelaufwand nicht rechtfertigen. Trotz aller Reformbemühungen scheitert die regionale Entwicklung von tragfähigen Versorgungslösungen noch immer an starren sektoralen Regelungen. So hat auch die Einrichtung des Innovationsfonds, der mit einer finanziellen

Förderung neuer Versorgungsformen die Sektorengrenzen überwinden und Schnittstellen zwischen den Sektoren optimieren sollte, keine nachhaltige Abhilfe geschaffen. Die Innovationsfonds-Projekte finden häufig keinen Anschluss an die bestehenden Strukturen der Regelversorgung.

Zudem steigt der Bedarf nach neuen Formen der Zusammenarbeit. Zunehmend komplexere Versorgungsbedarfe und -bedürfnisse erfordern neue und umfassende Versorgungsangebote, die eine verstärkte Kooperation und Kommunikation aller an der Versorgung Beteiligten notwendig machen. Notwendig sind daher Lösungen, die den regionalen Akteuren Handlungsfreiraum geben, um anhand regionaler Bedarfe und Gegebenheiten die Versorgung der Patientinnen und Patienten weiterentwickeln zu können. Bundesweite „Blaupausen“ für neue Versorgungsformen helfen regional oft nicht weiter und können in der Folge vielfach nicht umgesetzt werden. Auch die Selektivverträge konnten aufgrund ihrer Ausrichtung auf Ergänzungsangebote letztlich nur in wenigen Ausnahmefällen ausreichend Relevanz für eine echte strukturelle Weiterentwicklung der regionalen Versorgung entfalten.

Status Quo behindert regionale Lösungen

Die elf AOKs sind regionale Ansprechpartner und Impulsgeber zur Lösung von Versorgungsproblemen. Gemeinsam mit anderen Akteuren kümmern sie sich aktiv um die medizinisch-pflegerische Daseinsvorsorge für die Menschen vor Ort. Dabei ist zu berücksichtigen, dass viele Kommunen aufgrund unzureichender finanzieller und personeller Ressourcen derzeit kaum in der Lage sind, entsprechende Vorhaben federführend zu initiieren und zu steuern. Im Rahmen der Initiative **Stadt.Land.Gesund.** setzt die AOK-Gemeinschaft mit Akteuren vor Ort eine Vielzahl unterschiedlicher Versorgungsprojekte außerhalb der kollektivvertraglichen Regelversorgung um. Sie sichert bzw. schafft damit notwendige medizinisch-pflegerische Angebote. Diese haben unterschiedliche Schwerpunkte, z. B. in der sektorenübergreifenden Versorgung, im Einsatz von Versorgungsassistenten, in der Digitalisierung oder in der Zusammenarbeit mit Arztnetzen. Alle diese Projekte und Maßnahmen haben das Ziel, Lücken in der Gesundheitsversorgung in sozial, ökonomisch oder strukturell benachteiligten Regionen zu schließen. Bei der Umsetzung dieser Versorgungsprojekte stoßen die AOKs und ihre Partner vor Ort immer

wieder auf rechtliche Limitationen. Damit sie ihrer Initiativrolle gerecht werden können, müssen die starren, an den klassischen Sektoren orientierten Regelungen verändert werden. So ist der Handlungsfreiraum der regionalen Ebene deutlich zu erweitern, um in Abhängigkeit vom jeweiligen Bedarf und von den vorhandenen Gegebenheiten vor Ort passende Lösungen zu finden. Jenseits des „kollektiven Geleitzugs“ sind Initiativrechte und Implementierungsmöglichkeiten für den „Club der Willigen“ notwendig. Der Langsamste sollte nicht mehr das Tempo bestimmen dürfen; Blockademöglichkeiten sollten minimiert werden.

Lösungsvorschlag

Die AOK schlägt eine neue Rechtsgrundlage für eine Regionale sektorenunabhängige Versorgung vor. Um die Limitationen der derzeitigen kollektiv- und selektivvertraglichen Regelungen überwinden zu können, soll ein weiterer Typus von Verträgen zur Etablierung und Ausgestaltung von Gesundheitsregionen eingeführt werden. Die neuen Möglichkeiten sollen vor allem dort ansetzen, wo bisherige Regelungen de facto keine Lösungen bieten. Ziel ist es, die Zweiteilung zwischen starrer Regelversorgung und selektiven Ergänzungen aufzulösen, damit regionale Versorgungsinitiativen leichter als dauerhaftes Versorgungsangebot implementiert werden können.

Kernelemente der „Regionalen sektorenunabhängigen Versorgung“ (RegioSV)

Die Kranken- und Pflegekassen sollen mit Leistungserbringenden eine neue Form von Verträgen zur Etablierung/Ausgestaltung von Gesundheitsregionen schließen können. Anstatt gesetzlich vorgegebener Versorgungsstrukturen mit geringem Gestaltungsspielraum soll vielmehr eine Gestaltungsfreiheit für alle Beteiligten entstehen. Zum Abschluss dieser Verträge sollen vergleichbare Freiräume eröffnet werden wie in der Besonderen Versorgung (nach § 140a SGB V). Damit können alle wesentlichen Akteure auf der regionalen Ebene eingebunden werden – darunter auch Einrichtungen der Langzeitpflege (nach SGB XI) und Kommunen. Kernelemente des vorgeschlagenen neuen Versorgungsvertragstypus sind:

- Allgemein formulierter Versorgungsgegenstand ohne Einschränkung durch Rahmenverträge auf Bundesebene,
- weiter Kreis möglicher Vertragspartner, inklusive der Kommunen und der Einrichtungen der Langzeitpflege,
- Möglichkeit zum Abweichen von bestimmten Regelungen der sektoralen Versorgung,
- inhaltliche Anschlussfähigkeit an vorhandene Versorgungsstrukturen und neue Versorgungselemente wie beispielsweise Primärversorgungszentren, sektorenübergreifende Versorger, Gesundheitskioske oder Lotsenfunktionen usw.,
- offener Zugang für alle Krankenkassen (Beitrittsrecht),
- Möglichkeit zur Überführung in die Regelversorgung durch Option auf „Allgemeinverbindlichkeit“ des Versicherungsvertrags (Erstreckungsbefugnis auf alle Kassen ab einer Versichertenabdeckung von 70 Prozent),
- Beseitigung von Hürden bei der KV-Zulassung und Bedarfsplanung,
- Bereinigungsgebot zur Verhinderung einer Doppelfinanzierung,
- keine Verpflichtung der Versicherten zur Einschreibung.

Der skizzierte neue Rechtsrahmen (siehe dazu Anlage Nr. I) würde es einzelnen innovativen Akteuren ermöglichen, mit entsprechenden Vertragsabschlüssen voranzugehen. Kollektive Blockademöglichkeiten oder Vetorechte werden so vermieden. Andererseits würde es für die Krankenkassen aber auch bedeuten, dass die Modelle bei Erreichen eines bestimmten Anteils von Versicherten von allen Kassen mitgetragen werden müssen. Für die Leistungserbringenden bedeutet dies, dass diese Versorgungsangebote, insbesondere in der ambulanten Versorgung, nicht mehr an Hürden der vertragsärztlichen Zulassung und der Bedarfsplanung scheitern. Um dies zu erreichen, müssen die Verträge von den Vorgaben des 4. Kapitels des SGB V, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes, des siebten Kapitels und der §§ 84-90 Elftes Buch abweichen dürfen. Mit diesem erweiterten Handlungsfreiraum wären die regionalen Akteure in der Lage, die Versorgung vor Ort sektorenunabhängig auf die spezifischen Problemlagen auszurichten und dauerhaft zu gewährleisten.

Zusammenwirken mit verschiedenen Versorgungselementen

Nicht immer wird der erweiterte Handlungsfreiraum der Regionalen sektorenunabhängigen Versorgung von Nöten sein, jedoch immer gewisse regionale Anpassungsmöglichkeiten. In der aktuellen Reformdebatte werden insbesondere drei Ideen diskutiert, die aus Sicht der AOK-Gemeinschaft bei entsprechender Ausgestaltung passgenaue regionale Versorgungsstrukturen ermöglichen könnten. Damit diese Versorgungsideen ihr Potenzial entfalten können, müssen die rechtlichen Rahmenbedingungen stimmen. Die regionale sektorenunabhängige Versorgung bietet den geeigneten Rahmen, um verschiedene Versorgungselemente – etablierte wie auch neue Reformideen - bedarfsabhängig zu kombinieren und sie von den noch bestehenden rechtlichen Bremsen/Hürden zu befreien.

Primärversorgungszentren (Regelungsvorschlag Anlage Nr. II)

Die geplanten Primärversorgungszentren könnten große Fortschritte für die Patientinnen und Patienten ermöglichen, vor allem in Bezug auf einen niedrigschwelligen Zugang, eine bessere Erreichbarkeit und eine umfassende Versorgung. Wenn sie ein Teil der Lösung für die bestehenden Herausforderungen werden sollen, müssen jedoch gewisse Rahmenbedingungen erfüllt sein. Allen voran müssen sie flächendeckend umsetzbar, der Versorgungsauftrag umfassend am regionalen Bedarf orientiert sein und es müssen verschiedene Professionen auf Augenhöhe an der Versorgung beteiligt werden. Auf Bundesebene sollten Rahmenvorgaben getroffen werden, die auch regionale Abweichungen ermöglichen.

Sektorenübergreifende Versorger (Regelungsvorschlag Anlage Nr. III)

Im Rahmen der geplanten Krankenhausreform ist die Etablierung von Einrichtungen zur sektorenübergreifenden Versorgung geplant. Ihr Fokus sollte in Abgrenzung zu den Primärversorgungszentren auf der medizinisch-pflegerischen Versorgung liegen; für die Sicherstellung der vollstationären Versorgung in der Region sind sie nicht mehr erforderlich. Je nach regionalem Bedarf sollte diese um ambulante Leistungen, eine ambulante Notfallversorgung oder auch

um pflegerische Leistungen erweitert werden können. Mit dieser neuen Ausrichtung können Krankenhäuser als Gesundheitsstandorte erhalten bleiben. Bei entsprechendem regionalen Bedarf können Sektorenübergreifende Versorger auch als Primärversorgungszentrum ausgestaltet werden.

Gesundheitskioske (Regelungsvorschlag Anlage Nr. IV)

Insbesondere in sozial benachteiligten Stadtteilen oder Regionen braucht es einen sehr niedrigschwelligen Zugang zum Gesundheitssystem für Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf. Diese Aufgabe können Gesundheitskioske übernehmen. Gesundheitskioske sind ein neutrales, besonders leicht zugängliches Beratungsangebot, das nach dem Walk-in-Prinzip allen Menschen zur Verfügung steht, speziell aber vulnerable Gruppen und deren Unterstützungsbedarf anspricht. Sie bieten stigmatisierungsfreie, mehrsprachige und barrierefreie Beratung und Unterstützung zu sämtlichen gesundheitlichen und sozialen Fragestellungen an. Darüber hinaus sollen Gesundheitskioske zur regionalen Vernetzung mit den zuständigen Akteuren des Gesundheits- und Sozialwesens beitragen und dadurch Synergieeffekte schaffen. Zentrale Aufgabe der Kioske ist die Navigation der Bevölkerung durch das Gesundheits- und Sozialversicherungssystem. Sie entlasten dadurch auch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie deren Mitarbeitende und schaffen so Freiräume für mehr medizinische Behandlungszeiten.

So gelingt der Wandel

Der konkrete Nutzen des oben beschriebenen, größeren Handlungsfreiraums soll im Folgenden anhand von vier praxisnahen Szenarien verdeutlicht werden:

Szenario A: Umwidmung bisher stationär genutzter Ressourcen für ambulante Versorgungskonzepte

Ausgangslage: Das Krankenhaus X verfügt über eine umfassende technische und personelle Ausstattung. Es ist jedoch für die Sicherstellung der vollstationären Versorgung in der Region nicht mehr zwingend erforderlich; der Weiterbetrieb vollstationärer Leistungserbringung ist auf Dauer ökonomisch und quali-

tativ nicht sinnvoll. Es gibt ein Versorgungskonzept, wie ein Großteil der im Krankenhaus X beschäftigten Ärztinnen und Ärzte sowie weiterer dort tätiger Professionen sinnvoll für die ambulante Versorgung in der Region eingesetzt werden könnten.

Problem: Die vertragsärztliche Bedarfsplanung sieht nicht für alle Ärztinnen und Ärzte offene Zulassungen vor. Bei gesperrten Planungsbereichen kann zwar ein Sonderbedarf beantragt werden, allerdings haben hier die bereits in der Region tätigen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ein Widerspruchsrecht, sodass das Gesamtkonzept nicht umgesetzt werden kann.

Lösung: Bei Umsetzung des Versorgungskonzeptes über die regionale sektorenunabhängigen Versorgung werden alle Ärztinnen und Ärzte aus dem Krankenhaus X zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung ermächtigt, sofern sie noch nicht über eine Zulassung oder Ermächtigung verfügen. Vertreten die beteiligten Kassen mehr als 50 Prozent der Versicherten des KV-Bezirks, erfolgt eine Anrechnung auf den Versorgungsgrad. Kommt es in dem Planungsbereich zu einer Nachbesetzung, werden die an der Regionalen sektorenunabhängigen Versorgung beteiligten Ärztinnen und Ärzte bevorzugt berücksichtigt.

Szenario B: Interdisziplinäre Zusammenarbeit zur Vermeidung stationärer Einweisungen in Regionen mit hausärztlicher Unterversorgung

Ausgangslage: Eine Region leidet seit Jahren an hausärztlicher Unterversorgung. Die verbliebenen Hausärztinnen und -ärzte können vulnerable und vor allem ältere Patientinnen und Patienten bei akuten, an sich hausärztlich beherrschbaren Erkrankungen oft nicht so umfassend wie nötig betreuen. Die Folge ist, dass die Betroffenen regelmäßig vollstationär aufgenommen werden müssen.

Problem: Die ambulante Leistungserbringung sieht (noch) keine Rund-um-die-Uhr-Versorgung vor. Bei einer schlechten hausärztlichen Versorgungslage in einer Region sind engmaschige Hausbesuche nicht leistbar.

Lösung: Im Rahmen der Regionalen sektorenunabhängigen Versorgung können Ärztinnen und Ärzte, z. B. in Kooperation mit Tages- und Kurzzeitpflege

oder stationären Einrichtungen eine medizinisch-pflegerische Versorgungseinheit aufbauen, die auch Betten zur pflegerischen Nachbeobachtung vorsieht. Ärztinnen und Ärzten und Pflegefachpersonen entscheiden sich dafür, als Team ein Primärversorgungszentrum zu gründen. Durch eine angepasste Praxisorganisation können die Patientinnen und Patienten besser versorgt werden und müssen seltener zur Nachbeobachtung, gegebenenfalls können sogar neue Patientinnen und Patienten aufgenommen werden. Das attraktive Arbeitsumfeld im Primärversorgungszentrum führt dazu, dass weitere Versorger in das Team einsteigen.

Szenario C: Gründung eines kommunalen Primärversorgungszentrums zur Lösung ambulanter Versorgungsprobleme

Ausgangslage: In einer ländlichen Region häufen sich die Versorgungsprobleme. Zum Beispiel gibt es immer weniger Ärztinnen und Ärzte, die Ultraschalluntersuchungen durchführen. Im Ergebnis werden diese oft durch andere bildgebende Verfahren substituiert, die mit einer Strahlenbelastung verbunden sind. Im Bereich der Augenheilkunde verlagert sich die Tätigkeit seit Jahren in Richtung des ambulanten Operierens. Die hausärztliche Versorgung wird immer prekärer. Der Landesausschuss hat die Probleme erkannt und sieht den Bedarf für ein entsprechend ausgestattetes Primärversorgungszentrum.

Problem: Die Ärztinnen und Ärzte, die in der Region tätig werden würden, wollen sich nicht niederlassen und kein finanzielles Risiko tragen.

Lösung: Die betroffene Kommune entscheidet sich im engen Austausch mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und mit den Krankenkassen dafür, ein Primärversorgungszentrum zu gründen und Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachpersonen anzustellen. Im Primärversorgungszentrum werden, z. B. auch Ultraschalluntersuchungen oder telemedizinische Beratungen angeboten. An zwei Tagen in der Woche kommt ein angestellter Augenarzt, der die augenärztliche Grundversorgung mit abdeckt.

Szenario D: Wirtschaftlich und qualitativ nicht mehr betreibbare und nicht mehr versorgungsnotwendige vollstationäre Strukturen bedarfsgerecht neu als Sektorenübergreifende Versorger ausgestalten

Ausgangslage: In einem urbanen Gebiet gibt es mehrere Krankenhäuser. Neben zwei Maximalversorgern gehört dazu ein kleines Krankenhaus mit nur zwei Fachabteilungen (Innere Medizin und Kinder- und Jugendmedizin). Seit Jahren gibt es aufgrund der Personalgewinnungsprobleme Schwierigkeiten eine 24/7 ärztliche Präsenz in beiden Fachabteilungen sicherzustellen. Dies ist nicht jederzeit möglich. Auch andere Qualitätsanforderungen können ebenfalls nicht eingehalten werden. Aufgrund der gleichzeitig sehr geringen Fallzahlen in der Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin steht immer wieder die Schließung zur Diskussion. In dem gesamten Gebiet gibt es gleichzeitig nur wenige pädiatrische Vertragsärzte/-innen.

Problem: Das Krankenhaus gibt es seit vielen Jahren und die Bevölkerung möchte diesen Gesundheitsstandort trotz der weiterhin bestehenden Maximalversorger unbedingt behalten. Für die Sicherstellung der vollstationären Versorgung in der Region ist es aber nicht erforderlich. Es bedarf einer Neuausrichtung.

Lösung: Mit dem Ziel, eine stärkere Ambulantisierung zu ermöglichen, wird das Krankenhaus in einen Sektorenübergreifenden Versorger umgestaltet. Mit der hier vorgesehenen medizinisch-pflegerischen Versorgung, bei der der Fokus auf der Pflege

liegt, können z.B. Patientinnen und Patienten, die zusätzlich zu ihrer Multimorbidität einen akuten Infekt haben und einer 24/7 pflegerischen Versorgung bedürfen, behandelt werden. Die ärztliche Versorgung wird durch einen Bereitschaftsdienst sichergestellt. So werden auch die bestehenden Maximalversorger entlastet, die diese eigentlich ressourcenarm versorgbaren Patientinnen und Patienten nicht länger behandeln müssen. Auch die stationären Notaufnahmen der Maximalversorger werden entlastet, wenn entsprechende Patientinnen und Patienten rechtzeitig in die Sektorenübergreifenden Versorger überwiesen werden oder direkt dort hingehen können, anstatt in eine Notaufnahme. Zudem wird der Sektorenübergreifende Versorger zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin ermächtigt. Die bisher im Krankenhaus tätigen Kinderärzte/-innen bleiben demnach weiter beschäftigt und können die Lücke in der vertragsärztlichen Versorgung schließen.

Fazit

Versorgung findet vor Ort statt. Die regionalen Akteure kennen den Bedarf und haben auch Ideen und Ansatzpunkte für die Sicherung einer guten Versorgung. Hierfür brauchen sie mehr Gestaltungsspielraum - jenseits des Sektorendenkens. Die AOK ist hierfür eine verlässliche Partnerin und bringt ihre Erfahrungen und ihre Expertise in den notwendigen Transformationsprozess mit diesen konkreten Vorschlägen ein.

Anlagen

Regelungsvorschläge

Nr. I Regionale sektorenunabhängige Versorgung (RegioSV)

Vorbemerkung

Die Koalition hat sich für diese Legislaturperiode vorgenommen, die Versorgungsangebote wohnortnah, sektorenübergreifend und multiprofessionell weiterzuentwickeln. Die AOK-Gemeinschaft begrüßt diese Zielsetzung, denn zunehmende Sicherstellungsprobleme in der ambulanten Versorgung, ungenutztes Ambulantisierungspotential der Krankenhäuser, offensichtliche Personalengpässe und zunehmende Fragmentierung der Versorgungslandschaft gehen einher mit Versorgungsproblemen für Patientinnen und Patienten.

Bislang scheidet die Weiterentwicklung der Versorgung vor allem an den starren sektoralen Regelungen. Zudem gibt es in Deutschland große regionale Unterschiede, wenn es um die medizinische Versorgungssituation vor Ort geht. Deshalb gilt es, egal ob Stadt oder Land, die Bedürfnisse der Bevölkerung stärker in den Fokus zu nehmen und die regionale Handlungsfähigkeit zu stärken.

Gefordert sind Lösungen, die den regionalen Akteuren ausreichend Handlungsspielraum geben, die Versorgung auf der Basis der regionalen Bedarfe und Gegebenheiten weiterentwickeln zu können. Bundesweite Blaupausen, die im SGB V als neue Versorgungsformen verankert werden, helfen oft regional nicht weiter und werden in der Folge nicht umgesetzt. Gleiches gilt zum Teil auch für ausgelaufene Innovationsfondsprojekte, die unter Laborbedingungen erprobt wurden und sich, wenn überhaupt, nur schwer in die vorherrschenden Strukturen der Regelversorgung verankern lassen. Auch die Selektivverträge konnten aufgrund hoher Hürden letztlich nur in wenigen Ausnahmefällen ausreichend Relevanz für eine echte Weiterentwicklung der regionalen Versorgung entfalten.

Daher präsentiert die AOK-Gemeinschaft mit dem vorliegenden Papier eine Lösung in Form eines eigenen Regelungsvorschlags. Dieser folgt der Zielvorstellung einer regional ausgerichteten sektorenunabhängigen Versorgungsgestaltung. Im Sinne der Vielgestaltigkeit neuer, am regionalen Bedarf angepasster Versorgungsmodelle ist der Regelungsvorschlag einer regionalen sektorunabhängigen Versorgung als neuer § 123 SGB V in Bezug auf den

Vertragsgegenstand und die Zielsetzung bewusst offen formuliert und adressiert neben den Krankenkassen sowie Pflegekassen auch die Kommunen. Dieser § 123 SGB V (neu) gewährleistet eine langfristige Verankerung von regionalen sektorenunabhängigen Versorgungsmodellen. Die Neuregelung schafft zudem die Grundlage für eine Kooperation mit den Kommunen, so dass die Versorgung im Sinne der Gesundheitsregionen-Ansätze gestaltet werden kann.

Vorschlag für eine Rechtsgrundlage zur Weiterentwicklung der Versorgung

Für die regionalen Akteure, die vor Ort immer häufiger mit akuten Sicherstellungsproblemen konfrontiert werden, muss der Handlungsspielraum erweitert werden. Daher wird folgende Vorgehensweise vorgeschlagen:

- Für die Weiterentwicklung der Versorgung wird ein neuer Paragraph geschaffen (§ 123 SGB V neu), der eine eigenständige Rechtsgrundlage für die „**Regionale sektorenunabhängige Versorgung (RegioSV)**“ im Rahmen von Kooperationen zwischen Krankenkasse, Pflegekassen und Kommunen bietet.
- Die regionalen Akteure kennen die regionalen Defizite, offene Versorgungsbedarfe und mögliche Lösungen am besten. Der inhaltliche Versorgungsauftrag der RegioSV sollte daher im Gesetz allgemein formuliert und auch nicht durch Rahmenverträge auf Bundesebene eingeschränkt werden. Nur dann entstehen auf der regionalen Ebene die erforderlichen Handlungsspielräume für Ideen und Initiativen – ohne Zeitverlust und praxisferne Vorgaben und Einschränkungen.
- Mit dieser Regelung sollten z. B. Primärversorgungszentren ihren Weg in die Versorgung finden. Darüber hinaus können Lotsenfunktionen in die neuen Versorgungsangebote integriert werden, damit es nicht zu einer weiteren ressourcenaufwändigen Fragmentierung kommt. Auch die Angebote der Gesundheitskioske könnten an diese Versorgung angeschlossen werden. Der Begriff der Gesundheitsregionen wird somit durch einen konkreten Vertragsansatz der regional beteiligten Akteure mit Leben gefüllt.
- In den vorgesehenen Verträgen können die Krankenkassen, Pflegekassen oder ihre Landesverbände mit Leistungserbringenden und Kommunen

Verträge schließen. Es sollen ähnliche Spielräume eröffnet werden wie in der Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V. Damit können alle wesentlichen Akteure auf der regionalen Ebene eingebunden werden, so auch die Einrichtungen der Langzeitpflege nach SGB XI und die Kommunen.

- Im Unterschied zu wettbewerblich ausgerichteten Versorgungsangeboten der Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V werden die Verträge der RegioSV mit einer langfristigen Perspektive und einer offenen Zugangsmöglichkeit für Versicherte aller Kassen geschlossen, auch wenn nicht alle Kassen bei der Entwicklung beteiligt waren.
- Aufgrund der unterschiedlichen Zielsetzung in Abgrenzung zu § 140a SGB V muss eine Neuregelung im Gesetz verankert werden. Während bei der Besonderen Versorgung die möglichen Vertragspartner abschließend aufgeführt sind, enthält die RegioSV hier größere Spielräume, z. B. in Bezug auf Einbeziehung der Kommunen.
- Eine eigenständige Rechtsgrundlage neben der Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V ist erforderlich, weil zwar ähnliche versorgungsinhaltliche Spielräume geschaffen werden sollen, sich die RegioSV aber in Zielsetzung und wesentlichen Mechanismen unterscheidet. Eine Integration würde den § 140a SGB V unnötig verkomplizieren.
- Während die Besondere Versorgung wettbewerblich ausgerichtet ist, sollten die Verträge zur RegioSV durch das Beitrittsrecht und die Erstreckungsbefugnis auf einen Zugang für Versicherte aller Kassen ausgelegt sein. Die RegioSV ist somit auch für Versorgungsstrukturen geeignet, für die eine Differenzierung nach Kassenzugehörigkeit dauerhaft nicht möglich oder sinnvoll ist. Da es sich im Wesentlichen um versorgungsstrukturelle Angebote handelt, ist bei der RegioSV auf eine Teilnahmeerklärung zu verzichten.
- Mit dem § 123 SGB V neu sollten die bestehenden Reformblockaden überwunden werden. Modelle, die auf die Initiative Einzelner zurückgehen und auf breite Akzeptanz stoßen, sollen nicht an Vetorechten anderer scheitern, sondern einen Platz

in der Regelversorgung finden und diese damit weiterentwickeln.

- Dies bedeutet auf der Seite der Kranken- und Pflegekassen, dass in der RegioSV ein offener Zutritt aller Kassen vorgesehen ist. Darüber hinaus soll bei Erreichen eines bestimmten Anteils von Versicherten (70 Prozent) das Versorgungsangebot auf alle Kassen erstreckt werden können und so Teil der Regelversorgung werden.
- Auf Seiten der Leistungserbringenden wiederum dürfen die neuen Angebote der regionalen sektorenunabhängigen Versorgung insbesondere in der ambulanten Versorgung nicht an Hürden der vertragsärztlichen Zulassung scheitern und müssen dennoch in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden. Damit wird ein Weg bereitet für den von der Koalition geplanten Einstieg in die sektorenübergreifende Planung. Eine Bereinigung insbesondere der vertragsärztlichen Gesamtvergütung ist vorzusehen, damit es nicht zu Doppelfinanzierungen kommt.
- Die RegioSV ist von der Ausgestaltung des von der Regierungskommission vorgeschlagenen „Level Ii“ abzugrenzen. Schwerpunkt sogenannter Level Ii Kliniken ist zunächst eine intermediäre Versorgung und die Erbringung medizinisch pflegerischer Leistungen, die der Regelversorgung zuzurechnen sind. Zum Start sind Level Ii Kliniken Teil der Krankenhausplanung, deren Zusammenwirken mittelfristig mit der Planung ambulanter Leistungserbringer harmonisiert werden muss.

Der Regelungsvorschlag baut auf die Innovationsfunktion regionaler Vertragsgestaltung und verbindet sie mit der Perspektive auf Zugang für Versicherte aller Krankenkassen. Dies wird durch das gesetzliche Beitrittsrecht und die Erstreckungsbefugnis auf alle Krankenkassen ermöglicht. Die RegioSV beinhaltet damit einen Pfad in die Regelversorgung und bietet auch eine gute Fortsetzungsmöglichkeit für auslaufende Förderprojekte des Innovationsfonds. Insgesamt wird gewährleistet, dass regional angepasste neue Versorgungsangebote auch langfristig ihren Platz in der Regelversorgung finden.

Regelungsvorschlag: „Regionale sektorenunabhängige Versorgung“ mit Erläuterungen

Vorschlag Gesetzestext	Erläuterungen
<p>§ 123 SGB V Regionale sektorenunabhängige Versorgung</p>	<p>Nicht belegter Paragraph im vierten Abschnitt (Beziehung zu Krankenhäusern und Vertragsärzten) des vierten Kapitels des SGB V (Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringenden).</p>
<p>(1) ¹Die regionale sektorenunabhängige Versorgung umfasst regionale, verschiedene Leistungsbereiche, übergreifende oder interdisziplinär fachübergreifende Versorgungsangebote sowie besondere Versorgungsaufträge.</p> <p>²Sie ist insbesondere auf die regionale Sicherstellung einer wirtschaftlichen und qualitätsorientierten medizinischen und pflegerischen Versorgung ausgerichtet und kann besondere präventive und koordinative Angebote beinhalten.</p>	<p>Beschreibung des Vertragsgegenstands und der Zielsetzung. Der Vertragsgegenstand ist bewusst weit und relativ offengehalten, um den regionalen Akteuren ausreichend Handlungsspielraum zu geben, die Versorgung auf der Basis der regionalen Bedarfe und Gegebenheiten weiterentwickeln zu können. Gedacht wird hier insbesondere an Primärversorgungszentren, Versorgungsangebote unter Einbindung von Gemeindefachkräften bzw. Community Health Nurses oder ambulantstationäre Einrichtungen. Eine Teilnahmeerklärung der Versicherten ist nicht erforderlich, da die Inanspruchnahme nicht mit einer Selbstbeschränkung oder einer Bindung an bestimmte Leistungserbringende verbunden ist, wie etwa bei der HzV. Vielmehr werden vor allem strukturelle Versorgungsangebote adressiert, deren Inanspruchnahme ohnehin freiwillig ist und für die weder vorab noch situativ eine Teilnahmeerklärung benötigt wird. Durch den Verzicht lassen sich unnötige bürokratische Vorgänge bei allen Beteiligten vermeiden.</p>
<p>(2) ¹Die Krankenkassen, Pflegekassen oder ihre Landesverbände können Verträge über die regionale sektorenunabhängige Versorgung mit Leistungserbringenden oder Gemeinschaften von Leistungserbringenden nach diesem Kapitel sowie nach §§ 71f. Elftes Buch und Kommunen abschließen.</p> <p>²Die Verträge können auch Regelungen enthalten, die die regionale sektorenunabhängige Versorgung auf bestimmte Regionen beschränken.</p> <p>³Krankenkassen, Pflegekassen oder ihre Landesverbände können mit Zustimmung der beteiligten Vertragspartner auf Leistungserbringendenseite einem Vertrag auch nachträglich beitreten.</p>	<p>Satz 1: Beschreibung der Vertragspartner für die RegioSV. Neben den Krankenkassen sind auch die Pflegekassen und die Kommunen ausdrücklich aufgeführt, um die Sektorengrenzen aufzubrechen und komplementäre Angebote etablieren zu können. Die Gestaltungsfreiheit soll nicht durch Rahmenverträge auf Bundesebene beschränkt werden. Zudem kommen alle zugelassenen Leistungserbringenden des 4. Kapitels SGB V und aus dem Bereich des SGB XI als Vertragspartner in Frage. Auch hier soll eine große Flexibilität ermöglicht werden ohne den Kreis auf nicht zugelassene Leistungserbringenden auszuweiten.</p> <p>Satz 2: Regionale Beschränkungsmöglichkeiten in Analogie zu § 140a SGB V.</p> <p>Satz 3: Die vorgeschlagene Ausgestaltung der RegioSV zielt auf die Geltung für alle GKV-Versicherten (analog Regelversorgung) ab und sieht deshalb einen möglichst offenen Zutritt weiterer Kassen vor. Nicht vorgesehen ist, dass die Vertragspartner auf Kassenseite einem nachträglichen Beitritt weiterer Kassen zustimmen müssen. Die Vertragspartner auf Leistungserbringendenseite müssen hingegen aus rechtlichen Gründen einer Erweiterung zustimmen, da ansonsten ihr Entscheidungsrecht, mit wem sie kontrahieren möchten, unzulässig eingeschränkt wäre. Die Formulierung wurde so in Analogie zu § 295a Abs. 1 S. 1 gewählt und soll verhindern, dass bspw. einzelne Ärztinnen und Ärzte den Beitritt einer weiteren Kasse per Veto verhindern können.</p>

Vorschlag Gesetzestext	Erläuterungen
<p>4 Sofern sie mindestens 70 vom Hundert der gesetzlich Versicherten eines KV-Bezirks vertreten, können die Vertragspartner auf Kassenseite mit Zustimmung der beteiligten Leistungserbringenden einen Beschluss herbeiführen, der die Geltung des Vertrages für alle gesetzlich Versicherten in dem KV-Bezirk herstellt; § 211a Satz 2 gilt entsprechend.</p> <p>5 Es besteht kein Anspruch der Leistungserbringenden auf Vertragsabschluss.</p>	<p>Satz 4: Einführung eines neuen Konstrukts („Allgemeinverbindlichkeit“), welches zwischen Wettbewerb und Kollektivversorgung angesiedelt ist. Wenn mindestens 70 Prozent der gesetzlich Versicherten von dem Vertrag erfasst werden, können die beteiligten Krankenkassen vorbehaltlich der Zustimmung der Leistungserbringenden beschließen, dass der Vertrag für alle gesetzlich Versicherten in einem KV-Bezirk gilt. Dies beschleunigt die Etablierung von neuen Versorgungsformen, da die Einstimmigkeit durch einen 70-prozentigen Mehrheitsbeschluss ersetzt wird und damit das Prinzip „der Langsamste bestimmt das Tempo“ aufgehoben wird. Auf eine ähnliche Regelung für kollektive Entscheidungen auf Landesebene (§ 211a SGB V) wird verwiesen. Der Vorschlag begegnet der Kritik, dass wettbewerbliche Verträge „diskriminierend“ seien, da sie nicht allen Versicherten zugute kämen.</p>
<p>(3) 1 In den Verträgen nach Absatz 2 sind das Nähere über den Inhalt und die Durchführung der Versorgung sowie die Vergütung zu regeln.</p> <p>2 Die Verträge können auch Leistungen nach dem vierten Kapitel Elftes Buch umfassen.</p> <p>3 Die Verträge können auch Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes, des siebten Kapitels und der §§ 84-90 Elftes Buch sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen und von den im Dritten Kapitel Fünftes Buch und Vierten Kapitel Elftes Buch benannten Leistungen beinhalten sowie ärztliche Leistungen einschließlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden betreffen.</p> <p>4 Satz 3 gilt insoweit, als über die Eignung der Vertragsinhalte als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 oder im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c Absatz 1 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.</p> <p>5 In den Verträgen sind Wirtschaftlichkeitskriterien und Maßnahmen bei Nichteinhaltung der vereinbarten Wirtschaftlichkeitskriterien sowie Regelungen zur Qualitätssicherung zu vereinbaren.</p>	<p>Absatz 3 regelt die Abweichungsbefugnisse zu den kollektivvertraglichen Regelungen. Dabei wird weitgehend auf die bereits in den §§ 73b Abs. 5 und 140a Abs. 2 SGB V formulierten entsprechenden Regelungen zurückgegriffen. Ziel ist auch hier, den regionalen Akteuren ausreichend Handlungsspielraum für regional angepasste Lösungen zu geben.</p> <p>Satz 5: Zur Betonung des Wirtschaftlichkeitsgebots sollen die Verträge analog zu § 73b Abs. 5 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V Wirtschaftlichkeitskriterien und Maßnahmen bei Nichteinhaltung enthalten. Regelungen zur Qualitätssicherung sind ebenfalls zu vereinbaren.</p>

Vorschlag Gesetzestext

Erläuterungen

- (3) ⁶Für die Qualitätsanforderungen zur Durchführung der Verträge gelten die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie die in den Bundesmantelverträgen für die Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung beschlossenen Anforderungen als Mindestvoraussetzungen entsprechend.
- ⁷Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen können nicht Gegenstand der Verträge sein.
- ⁸Soweit die Versorgung der Versicherten nach diesen Verträgen durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Absatz 1 eingeschränkt.
- ⁹Satz 8 gilt nicht für die Organisation der vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten.
- Satz 6: Geltende Qualitätsanforderungen dürfen auch in der RegioSV nicht unterschritten werden. Die Formulierung entspricht gleichlautend der Regelung in § 140 a Abs. 2 S. 5 SGB V. Damit wird verhindert, die neuen Versorgungsformen der Kritik einer schlechteren Versorgung auszusetzen.
- Satz 7: Die Regelung zum Vergütungsverbot „für Diagnosen“ wurde in Analogie zu den §§ 73b Abs. 5 Satz 7 und 140a Abs. 2 Satz 10 SGB V ebenfalls aufgenommen.
- Satz 8: Durch diese Regelung wird klargestellt, dass die Versorgung substitutiv und somit der Sicherstellungsauftrag der KV eingeschränkt sein kann. Die Klarstellung verhindert eine Doppelfinanzierung und ist Voraussetzung für einen Bereinigungsanspruch. Analoge Regelung in den §§ 73b Abs. 4 Satz 6 u. 7 und 140a Abs. 1 Satz 5 u. 6 SGB V.
-
- (4) ¹Die Partner eines Vertrages nach Absatz 2 können sich auf der Grundlage ihres jeweiligen Zulassungsstatus für die Durchführung der regionalen sektorenenabhängigen Versorgung im Rahmen der berufsrechtlichen Grenzen darauf verständigen, dass Leistungen auch dann erbracht werden können, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs-, Ermächtigungs- oder Berechtigungsstatus der bzw. des jeweiligen Leistungserbringenden nicht gedeckt ist.
- Mit dieser Regelung sollen die sektoralen Grenzen der Berufsausübung durchlässig werden. Entsprechend ihres Zulassungsstatus und im Rahmen der berufsrechtlichen Grenzen können Leistungserbringende auch in anderen teilnehmenden Sektoren tätig werden, wenn dies im Versorgungsvertrag vereinbart wurde. Beispiel wäre die Erbringung einer ambulanten genehmigungspflichtigen Leistung durch einen Krankenhausarzt.
-
- (5) ¹Die beteiligten Ärztinnen, Ärzte und Einrichtungen wirken im Rahmen der Teilnahme an der regionalen sektorenenabhängigen Versorgung an der ambulanten Versorgung mit und gelten für die Dauer der Vertragslaufzeit als ermächtigt zur ambulanten Behandlung, sofern sie noch nicht über eine Zulassung oder Ermächtigung verfügen.
- ²Vertreten die beteiligten Krankenkassen mehr als 50 vom Hundert der Versicherten des KV-Bezirks, in dem die Versorgung nach Absatz 1 erfolgt, werden die zur Teilnahme an der regionalen sektorenenabhängigen Versorgung als ermächtigt geltenden Leistungserbringenden entsprechend ihrem tatsächlichen Tätigkeitsumfang auf den Versorgungsgrad angerechnet.
- ³Es gelten die Planungsbereiche und Umrechnungsfaktoren der Bedarfsplanungsrichtlinie nach § 101 Abs. 1 SGB V.
- ⁴Die zur Teilnahme an der regionalen sektorenenabhängigen Versorgung als ermächtigt geltenden Ärztinnen, Ärzte und Einrichtungen sind bei einer Nachbesetzung im jeweiligen Planungsbereich nach § 103 Abs. 4 bevorzugt zu berücksichtigen.
- Ein Problem der ambulanten Versorgung ist die zunehmende Fragmentierung. Es existiert eine Vielzahl von Parallelstrukturen, die beispielsweise nicht in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden. Im Sinne der konzeptionellen Überlegungen zur sektorenenabhängigen Versorgung sollen daher die zusätzlichen Leistungserbringenden nach § 123 in der ambulanten Bedarfsplanung angerechnet werden, sofern die beteiligten Krankenkassen mindestens 50 Prozent der Versicherten eines Planungsbereichs vertreten. Damit Verträge umgesetzt werden können, auch wenn Planungsbereiche gesperrt sind (Versorgungsgrad > 110 Prozent), werden die Leistungserbringenden per Gesetz ermächtigt. Die Anrechnung erfolgt nach dem Tätigkeitsumfang und der Fachgruppen- und Planungsbereichszuordnung der Bedarfsplanungsrichtlinie. Durch das Nachbesetzungsverfahren sollen die Überkapazitäten sukzessive abgebaut werden, indem die Ärztinnen und Ärzte und Einrichtungen bevorzugt berücksichtigt werden.

Vorschlag Gesetzestext	Erläuterungen
<p>(6) 1Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach § 87a Absatz 5 Satz 7 in den Vereinbarungen nach § 87a Absatz 3 je am Vertrag nach Absatz 2 teilnehmenden Leistungserbringenden arztgruppenbezogen pauschaliert um die Leistungen zu bereinigen, die Bestandteil der regionalen sektorenunabhängigen Versorgung sind, soweit für deren Vergütung von den Vereinbarungen gemäß § 87a Absatz 3 Satz 1 abweichende Regelungen nach Absatz 3 Satz 1 getroffen sind.</p> <p>2In den Vereinbarungen zur Bereinigung ist auch über notwendige Korrekturverfahren zu entscheiden.</p> <p>3Der Bewertungsausschuss hat in seinen Vorgaben gemäß § 87a Absatz 5 Satz 7 zur Bereinigung und zur Ermittlung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des Behandlungsbedarfs auch Vorgaben zu der pauschalen Ermittlung des voraussichtlichen Bereinigungsvolumens nach § 123 zu machen.</p>	<p>Es ist eine pragmatische Bereinigung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vorgesehen, damit es nicht zu einer Doppelfinanzierung kommt. Die Bereinigung erfolgt pauschal pro Leistungserbringenden.</p> <p>Satz 3: Das in § 123 SGB V neu vorgesehene einfache pauschale Bereinigungsverfahren ist in den gesetzlichen Regelungen und Bereinigungsbeschlüssen des BA bisher nicht abgebildet und bedarf daher einer gesonderten gesetzlichen Regelung.</p>
<p>(7) 1Die Abrechnung der Leistungen gegenüber den Kranken- und Pflegekassen ist in den Vereinbarungen nach Abs. 2 zu vereinbaren.</p> <p>2§§ 113 Abs. 4 sowie 294 bis 303 Fünftes Buch und 105 Elftes Buch gelten entsprechend.</p>	<p>Klarstellung, dass die Abrechnung Vertragsgegenstand ist und die bestehenden Abrechnungsverfahren („DTA“) entsprechend gelten. Auch die Regelungen zu Wirtschaftlichkeit und zur Qualität für bereits bestehende ambulante/stationäre Regelungen (z.B. Hochschulambulanzen) gelten entsprechend.</p>

Folgeänderung im SGB XI: § 92b SGB XI

Vorschlag Gesetzestext	Erläuterungen
<p>(1) Die Pflegekassen können mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen und den weiteren Vertragspartnern nach § 140a Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Verträge zur integrierten Versorgung oder zur regionalen sektorenunabhängigen Versorgung nach § 123 des Fünften Buches schließen oder derartigen Verträgen mit Zustimmung der Vertragspartner bzw. bei Verträgen nach § 123 Abs. 2 mit Zustimmung der beteiligten Vertragspartner auf Leistungserbringenseite beitreten.</p>	<p>Diese Folgeänderung stellt unter Bezugnahme auf Abs. 2 sicher, dass auch die Pflegekassen mit den zugelassenen Pflegeeinrichtungen und weiteren Vertragspartnern Verträge nach § 123 SGB V neu schließen können.</p>

Nr. II Primärversorgungszentren

Kurzbeschreibung

Die geplanten Primärversorgungszentren könnten große Fortschritte für die Patientinnen und Patienten ermöglichen, vor allem in Bezug auf einen niedrigschwelligen Zugang und eine umfassende Versorgung. Wenn sie ein Teil der Lösung für die bestehenden Herausforderungen werden sollen, müssen jedoch gewisse Rahmenbedingungen erfüllt sein. Allen voran muss der Versorgungsauftrag umfassend, am regionalen Bedarf orientiert und auf die konkreten Patientenbedürfnisse konzentriert werden. Konkret sollte er zum Beispiel die fachärztliche Grundversorgung in einer Region umfassen können. Da die Bedarfe der Patientinnen und Patienten immer komplexer werden, sollten verschiedene Professionen an der Versorgung beteiligt werden. Mit Primärversorgungszentren sollte eine Grundlage für eine interprofessionelle Zusammenarbeit auf Augenhöhe geschaffen werden; die reine Arztzentrierung ist aufzulösen. Auf Bundesebene sollten Rahmenvorgaben getroffen werden, die auch regionale Abweichungen ermöglichen. Damit Primärversorgungszentren flächendeckend etabliert werden können, sollten die Gründungsvoraussetzungen so niedrig wie möglich sein und sich ausschließlich am Bedarf der Patientinnen und Patienten orientieren. Wichtig sind vor allem ein niedrigschwelliger Zugang sowie eine sozialraumbezogene Versorgung, die Verantwortung für alle Menschen in der Region übernimmt. Durch die Arbeit in interprofessionellen Teams sind Primärversorgungszentren eine attraktive Perspektive für gut ausgebildetes Fachpersonal und können durch eine geringere Fragmentierung der Versorgung schon länger bestehende Versorgungsprobleme lösen.

Vorschlag für eine Rechtsgrundlage für „Primärversorgungszentren“

Vorbemerkung

Die Primärversorgungszentren (§ 73a SGB V) im Entwurf des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG) bleiben weit hinter den gestalterischen Möglichkeiten und Notwendigkeiten für eine sektoren- und professionsübergreifende Transformation zurück, weswegen die AOK-Gemeinschaft einen eigenen Vorschlag für die Weiterentwicklung der Primärversorgung erstellt hat.

Dieser Vorschlag folgt dem Anspruch, dass Primärversorgungszentren ein wesentlicher Baustein zur Lösung der ambulanten Herausforderungen in den Regionen sind, bei zugleich hohem Mehrwert für eine patientenzentrierte Versorgung. Hierzu ist es

notwendig, dass Primärversorgungszentren flächendeckend und damit niedrigschwellig umgesetzt werden können und ausreichend regionaler Spielraum für die bedarfsgenaue Ausgestaltung besteht. Durch die Schaffung einer Grundlage für interprofessionelle Zusammenarbeit auf Augenhöhe werden attraktive Perspektiven für Fachpersonal geschaffen, wodurch auch bereits länger bestehende Sicherstellungsprobleme gelöst werden können. Für die Patientinnen und Patienten muss es eine spürbar verbesserte Erreichbarkeit und geringere Fragmentierung der Versorgung geben.

Die wesentlichen Inhalte und Charakteristika des AOK-Vorschlags lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- **Versorgungsauftrag:** In einem Primärversorgungszentrum soll eine umfassende hausärztliche Versorgung, unter Einbindung medizinisch pflegerischer Leistungen, als interprofessionelle Teamleistung erbracht werden. Das Zentrum stellt die niedrigschwellige Primärversorgung sicher und koordiniert die für eine patientenorientierte, gesamttheitliche und kontinuierliche Versorgung erforderlichen Maßnahmen. Je nach regionalem Bedarf können auch grundversorgende Fachärzt/-innen oder weitere Gesundheitsprofessionen sowie soziale Beratungsangebote und Nachsorge- und Beobachtungsmöglichkeiten das Versorgungsangebot ergänzen.
- **Bedarfsfeststellung und Planung:** Der Bedarf für ein Primärversorgungszentrum wird vom Landesausschuss festgestellt und im Bedarfsplan festgeschrieben. Laut bestehenden gesetzlichen Regelungen kann der erweiterte Landesausschuss nach § 90a SGB V eine Stellungnahme zum Bedarfsplan abgeben, wodurch weitere Expertise einfließt. Der Bedarf kann dabei auch aus Versorgungsproblemen resultieren, die nicht alleine auf den ärztlichen Versorgungsgrad zurückzuführen sind. In einer korrespondierenden Änderung ist festzulegen, dass die Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) Vorgaben zur Bedarfsfeststellung, Regionsabgrenzung, inhaltlichen Ausrichtung und Anrechnung von Primärversorgungszentren vorstehen muss.
- **Gründung:** Primärversorgungszentren können von Leistungserbringenden oder Gemeinschaften von Leistungserbringenden nach Kapitel 4 SGB V sowie nach §§ 71 f. SGB XI, Kassenärztlichen Vereinigungen sowie Kommunen errichtet werden.

Eine Beschränkung auf (drohend) unterversorgte Planungsbereiche erfolgt nicht. Der § 73a neu kann auch die Grundlage zur Gründung von „Sektorenübergreifenden Versorgern“ (Level II-Einrichtungen) sein. Da es in der ambulanten Versorgung keine interprofessionelle Betriebsform gibt, muss korrespondierend die Einführung einer solchen in das SGB V gefordert werden.

- **Anforderungen:** Das interprofessionelle Team muss mindestens aus einem vollen hausärztlichen Versorgungsauftrag und einer Pflegefachperson bestehen. Die Zusammenarbeit mit weiteren Professionen oder Fachrichtungen ist nachzuweisen. Um dem Versorgungsauftrag gerecht zu werden, sind neben den personellen und sonstigen Anforderungen, die in einer G-BA-Richtlinie festzulegen sind, eine niedrighschwellige Erreichbarkeit, eine sozialraumbezogene Versorgung und die Teilnahme an der ärztlichen Weiterbildung nachzuweisen. Die Erfüllung der Anforderungen wird vom Zulassungsausschuss geprüft. Der Entwurf des Referentenentwurfs zum GVSG sieht eine Kompetenzerweiterung der Länder in den Zulassungsausschüssen vor.
- **G-BA-Richtlinie:** In einer Richtlinie sind grundsätzliche Vorgaben zur Qualifikation der im Primärversorgungszentrum tätigen Personen, der interprofessionellen Zusammenarbeit, zur sachlichen Mindestausstattung, zu den Öffnungszeiten, der Erreichbarkeit und zum niedrighschwelligen Zugang, der Digitalisierung der Versorgungsprozesse und zur Sicherung der Versorgungsqualität festzulegen. Die konkrete Umsetzung und Ausgestaltung haben nach regionalem Bedarf zu erfolgen.
- **Vergütung:** Die Vergütung wird durch den Bewertungsausschuss festgelegt. Die Vergütungssystematik kann dabei ganz oder in Teilen von den Regelungen für die vertragsärztlichen Leistungen abweichen, um die Eigenart und Zielsetzung von Primärversorgungszentren berücksichtigen zu können. Die Vertragspartner der Gesamtvergütung haben den Behandlungsbedarf nach § 87a Absatz 3 Satz 2 SGB V entsprechend zu bereinigen. Damit wäre beispielsweise eine Pauschale für die interprofessionelle Teamarbeit oder Globalbudgets möglich.

Regelungsvorschlag: „Primärversorgungszentren“ mit Erläuterungen

Vorschlag Gesetzestext	Erläuterungen
<p>§ 73a SGB V Primärversorgungszentrum</p> <p>(1) In Primärversorgungszentren wird Versicherten eine umfassende hausärztliche Versorgung unter Einbindung medizinisch-pflegerischer Leistungen als interprofessionelle Teamleistung zur Verfügung gestellt. Ein Primärversorgungszentrum stellt in der Region die niedrigschwellige Primärversorgung sicher und koordiniert die für eine patientenorientierte, gesamtheitliche und kontinuierliche Versorgung erforderlichen Maßnahmen. Bei regionalem Bedarf sollen grundversorgende Fachärztinnen und -ärzte, weitere Gesundheitsprofessionen, soziale Beratungsangebote und Nachsorge- und Beobachtungsmöglichkeiten das Versorgungsangebot des Primärversorgungszentrums ergänzen.</p>	<p>Die Primärversorgung in Deutschland ist nicht mehr sichergestellt. Nahezu 5.000 Hausarztsitze und zahlreiche Sitze grundversorgender Fachärzte sind unbesetzt. Gleichzeitig besteht in Deutschland, trotz positiver Beispiele aus dem Ausland, die Arztzentrierung fort. Akademisierte Pflegefachpersonen sind aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen in der Ausübung beschränkt.</p> <p>Nach § 73a Abs. 1 kann in Primärversorgungszentren (PVZ) die hausärztliche Versorgung nach § 73 Abs. 1 Satz 2 in interprofessioneller Teamarbeit erbracht werden. Dabei nehmen Pflegefachpersonen (z. B. Advanced Practice Nurse (APN) oder Community Health Nurse (CHN)) eine wesentliche Rolle ein. Auch besonders qualifizierte Medizinische Fachangestellte (z. B. NÄPa) oder Physician Assistants (PA) sollen entsprechend ihrer Kompetenzen eingesetzt werden. Eine interprofessionelle Betriebsform ist begleitend einzuführen.</p> <p>PVZ sind an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten ausgerichtet. Sie sollen insbesondere den niedrigschwelligen Zugang und eine gute Erreichbarkeit sicherstellen sowie die Koordination der Versorgung übernehmen. Eine Verknüpfung mit der hausarztzentrierten Versorgung ist möglich.</p> <p>Ein PVZ kann je nach regionalem Bedarf um grundversorgende Fachärzte erweitert werden. Außerdem können beispielsweise auch Nachsorge- und Beobachtungsmöglichkeiten (keine ärztliche 24/7-Präsenz, sondern Praxiszeiten und Rufbereitschaft) angeboten werden. Für einen größtmöglichen Spielraum wird eine bewusst offene Formulierung gewählt, die u. a. die Umsetzung von Sektorenübergreifenden Versorgung (Level 1i-Häusern) als PVZ ermöglicht.</p>
<p>(2) Nach Feststellung des Bedarfs durch den Landesausschuss kann ein Primärversorgungszentrum von Leistungserbringenden oder Gemeinschaften von Leistungserbringenden nach Kapitel 4 sowie nach §§ 71f. SGB XI, Kassenärztlichen Vereinigungen sowie Kommunen errichtet werden. Es erfolgt eine Berücksichtigung im Bedarfsplan nach § 99.</p>	<p>Die Gründung eines Primärversorgungszentrums sollte nicht auf (drohend) unterversorgte Regionen beschränkt werden und nicht nur aus der Vertragsärzteschaft heraus erfolgen können. Stattdessen werden breite Gründungsberechtigungen aufgenommen.</p> <p>Die Bedarfsfeststellung inklusive inhaltlicher Ausrichtung des PVZ soll im Landesausschuss auf Grundlage der Festlegungen in der Bedarfsplanungs-Richtlinie vorgenommen werden. Gemäß bestehenden gesetzlichen Regelungen kann der erweiterte Landesausschuss eine Stellungnahme dazu abgeben.</p>

Vorschlag Gesetzestext	Erläuterungen
<p>(3) Primärversorgungszentren müssen insbesondere folgende Anforderungen erfüllen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Interprofessionelles Team bestehend aus mindestens einem vollen hausärztlichen Versorgungsauftrag und einer entsprechend der Richtlinie nach Absatz 5 qualifizierten Pflegefachperson, 2. Gewährleistung von Kooperationen mit an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten oder Einrichtungen und weiteren Leistungserbringenden, sofern deren Leistungen nicht vom Primärversorgungszentrum selbst erbracht werden, 3. niedrigschwellige Erreichbarkeit und Zugang, 4. sozialraumbezogene Versorgung, 5. Sicherstellung einer Weiterbildungsbefugnis nach den Weiterbildungsordnungen, 6. Einhaltung der personellen und sonstigen in der Vereinbarung nach Absatz 5 geregelten Anforderungen. 	<p>Um einen flächendeckenden Aufbau von PVZ zu erreichen, werden niedrige, patientenzentrierte Anforderungen festgelegt.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. In MVZ müssen i. d. R. mindestens zwei Ärztinnen und Ärzte mit je hälftigem Versorgungsauftrag tätig werden. Daran angelehnt sollen in PVZ mindestens zwei Personen tätig werden: eine Hausärztin oder ein Hausarzt sowie eine Pflegefachperson. Der Umfang des hausärztlichen Versorgungsauftrags soll wie im MVZ einem vollen entsprechen. 2. Bereits § 73 Abs. 1 Satz 1 sieht die Koordination der Versorgung als Teil der hausärztlichen Versorgung vor. Da dies oft nicht gelingt, soll die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren über Kooperationsvereinbarungen institutionalisiert werden. 3. Ein PVZ muss bereit sein, erweiterte Öffnungszeiten (z. B. regelhaft auch außerhalb klassischer sprechstundenfreier Zeiten wie Mittwochnachmittag oder am Samstag) anzubieten, eine gute (auch telefonische bzw. telemedizinische) Erreichbarkeit und einen niedrigschwelligen, barrierefreien Zugang zu forcieren. Die konkrete Umsetzung hat sich an der personellen Größe des PVZ zu orientieren. Damit soll u. a. die Fehlinanspruchnahme der Notfallversorgung reduziert werden. 4. Unter einer sozialraumbezogenen Versorgung ist zu verstehen, dass die ortsspezifische Bevölkerung die Ausstattung und Ausrichtung der PVZ bestimmt. Es sollte auch Verantwortung für die Bevölkerung übernommen werden, die nicht in der Praxis aufschlägt. Hierbei ist dem PVZ freigestellt, ob dies in Zusammenarbeit mit Gesundheitskiosken oder Kommunen oder durch die Beschäftigung einer CHN in der Praxis erfolgt. Bei einer sozialraumbezogenen Versorgung können auch in Zusammenarbeit mit den marktrelevanten Krankenkassen darüberhinausgehende, selektivvertragliche Lösungen gefunden werden. 5. Die PVZ sollen sich zum einen an der ärztlichen Weiterbildung beteiligen, um einen Beitrag zur Sicherstellung der Grundversorgung in der Zukunft zu leisten und die langfristige Etablierung der PVZ in der Region zu sichern. Zum anderen sollen durch die Weiterbildung in einem interprofessionellen Team die Hürden zwischen den Professionen abgebaut werden, indem ein Verständnis für die Gegebenheiten in anderen Fachbereichen und für die Expertise anderer Professionen geschaffen wird und spezifische kommunikative Kompetenzen aufgebaut werden. 6. Die Vorgaben der G-BA-Richtlinie sind ebenso zu erfüllen. Dies betrifft insbesondere die Beteiligung von weiteren, grundversorgenden Fachärztinnen und -ärzten entsprechend der Bedarfsfeststellung.

Vorschlag Gesetzestext

Erläuterungen

- | | |
|--|--|
| <p>(4) Der Zulassungsausschuss hat auf Antrag des Leistungserbringenden oder der Gemeinschaften von Leistungserbringenden nach Kapitel 4 SGB V oder nach §§ 71f. SGB XI, der Kassenärztlichen Vereinigung oder der Kommune bei Erfüllung der Anforderungen nach Absatz 3 das Primärversorgungszentrum zur vertragsärztlichen Versorgung zuzulassen.</p> | <p>Der Entwurf des GVSG sieht die Kompetenzerweiterung der Länder im Zulassungsausschuss vor. Unter der Annahme, dass die Länder perspektivisch aktiv auf die Entscheidungen im Zulassungsausschuss Einfluss nehmen können, wird diesem Gremium die Entscheidung über die PVZ übertragen. PVZ erhalten wie MVZ einen eigenen Zulassungsstatus.</p> |
| <p>(5) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum XX eine Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 16, die Vorgaben zu den Voraussetzungen einer umfassenden hausärztlichen Versorgung in Primärversorgungszentren beinhaltet. Dabei ist das Nähere vorzugeben zur</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Qualifikation der im Primärversorgungszentrum tätigen Personen, 2. interprofessionellen Zusammenarbeit, insbesondere zur Einbeziehung der Pflegefachperson und weiterer Gesundheitsprofessionen bei der Ersteinschätzung, Behandlung und Unterstützung von Patienten, 3. sächlichen Mindestausstattung, 4. Öffnungszeiten, der Erreichbarkeit und zum niedrigschwelligem Zugang, 5. Digitalisierung der Versorgungsprozesse und zur 6. Sicherung der Versorgungsqualität. | <p>An den G-BA soll der Auftrag erteilt werden u. a. bestimmte Leitplanken zur Qualifikation, interprofessionellen Zusammenarbeit und zu den Öffnungszeiten eines PVZ sowie zur Bereitstellung von hybriden bis digitalen Patientenpfaden festzulegen. Die Festlegungen durch den G-BA sollen sich möglichst auf das Nötigste beschränken, um den Vertragspartnern auf regionaler Ebene einen möglichst großen Gestaltungsspielraum zu erhalten.</p> |
| <p>(6) Der Bewertungsausschuss legt für die umfassende Primärversorgung nach Absatz 1 innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Richtlinien nach Absatz 5 die Vergütung fest. Die Vergütungssystematik kann dabei ganz oder in Teilen von den Regelungen für die vertragsärztlichen Leistungen abweichen, um die Eigenart und Zielsetzung von Primärversorgungszentren berücksichtigen zu können. Die Vertragspartner der Gesamtvergütung haben den Behandlungsbedarf nach § 87a Absatz 3 Satz 2 entsprechend zu bereinigen. Der Bewertungsausschuss hat hierzu Empfehlungen abzugeben.
Der Bewertungsausschuss hat die Entwicklung des Bereinigungsvolumens und der Vergütungsbestandteile sowie die Anzahl und Größe der Primärversorgungszentren erstmalig zwei Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie nach Absatz 5 zu überprüfen.</p> | <p>Bei der Ausgestaltung der Vergütung sollen die Vertragspartner auf regionaler Ebene ebenfalls Gestaltungsspielraum erhalten, um die regionalen Besonderheiten des PVZ in dem Vergütungsmodell abbilden zu können. Das Vergütungsmodell kann so gestaltet werden, dass eine vollständige oder teilweise Bereinigung des Behandlungsbedarfs erforderlich wird. Vorstellbar ist eine weitgehende Pauschalierung der Vergütung in Form einer Teampauschale oder ein Globalbudget.</p> |

Korrespondierende Änderungen

- **Bedarfsplanungs-Richtlinie**

In der Bedarfsplanungs-Richtlinie sollen grundlegende Vorgaben zur Festlegung des regionalen Bedarfes, zur inhaltlichen Ausrichtung entsprechend des Bedarfes und zur Anrechnung der Primärversorgungszentren in der Bedarfsplanung über den Versorgungsauftrag der dort tätigen Ärztinnen und Ärzten hinaus festgelegt werden. Der Bedarf kann auch aus Versorgungsproblemen resultieren, die nicht alleine auf den ärztlichen Versorgungsgrad zurückzuführen sind (z. B. Fehlentwicklungen bei der Inanspruchnahme oder unzureichende Kooperation zwischen

Leistungserbringern). Hierzu bedarf es einer Änderung des § 101 Abs. 1 SGB V: In § 101 Abs. 1 Satz 1 wird eine neue Nummer 2c eingefügt: „2c. Vorgaben zur Bedarfsfeststellung, Regionsabgrenzung, inhaltlichen Ausrichtung und Anrechnung von Primärversorgungszentren nach § 73a“

- **G-BA-Richtlinie**

Aufnahme der G-BA Richtlinie:

In § 92 Abs. 1 Satz 2 wird eine neue Nummer 16 eingefügt:

„16. Primärversorgungszentren“

- **Einführung einer interprofessionellen Betriebsform**

Nr. III Sektorenübergreifende Versorger

Kurzbeschreibung

Im Rahmen der geplanten Krankenhausreform ist die Etablierung von Einrichtungen zur sektorenübergreifenden Versorgung geplant, die in den Vorschlägen der Reformkommission vormals als „Level II-Kliniken“ bezeichnet wurden. Je nach Ausgestaltung können diese zu bedarfsgerechten regionalen Versorgungsstrukturen beitragen. Voraussetzung ist allerdings, dass die bisherige vollstationäre Leistungserbringung nicht weiter fortgeführt wird, weil sie wirtschaftlich und qualitativ nicht mehr tragbar ist. Sie muss durch eine medizinisch-pflegerische Versorgung („High Care - Low Tech“) ersetzt werden. Der Fokus der Sektorenübergreifenden Versorger sollte auf der pflegerischen Versorgung liegen (z. B. von älteren multimorbiden Patientinnen und Patienten, die wegen eines akuten Infektes eine 24-stündige pflegerische Versorgung benötigen), ärztliche Expertise wird nur im Bedarfsfall herangezogen. Je nach regionalem Bedarf sollte diese medizinisch-pflegerische Versorgung um ambulante Leistungen, eine ambulante Notfallversorgung oder auch um pflegerische Leistungen zur Stärkung der Selbstversorgungskompetenz nach SGB XI erweitert werden können. Mit dieser neuen Ausrichtung können Krankenhäuser bei entsprechendem regionalem Bedarf als Gesundheitsstandorte erhalten bleiben.

Vorschlag für eine Rechtsgrundlage für „Sektorenübergreifende Versorger“

Vorbemerkung

Immer mehr kleine Kliniken sind unter qualitativen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten nicht mehr betreibbar und werden perspektivisch auch daran scheitern, aufgrund des Fachkräftemangels ausreichend neues Personal akquirieren zu können. Das dort tätige pflegerische, ärztliche und therapeutische Personal sollte jedoch für die Sicherung der Patientenversorgung gehalten und in sinnvollerer Strukturen eingesetzt werden, denn in den kommenden Jahren werden mehr Fachkräfte aus dem Markt austreten als neue dazukommen. Vor dem Hintergrund hat die Regierungskommission in ihrer dritten Stellungnahme vom 06.12.2022 die Schaffung eines Level II mit einer integrierten ambulanten/stationären Versorgung vorgeschlagen. Das Level II soll Krankenhäuser ohne Notfallstufe umfassen. Bei der Versorgung sollen Beobachtung und Basistherapie im Vordergrund stehen. Eine derartige Ausgestaltung erscheint sinnvoll.

Ambulantisierungspotenzial ausschöpfen

Vulnerable und vor allem ältere Patientinnen und Patienten werden im ambulanten Bereich bei akuten, an sich ambulant beherrschbaren Erkrankungen, die temporär nicht mehr oder noch nicht wieder im häuslichen Umfeld betreut werden können, unzureichend versorgt. Sie gelangen daher zu häufig in die vollstationäre Behandlung, obwohl die Erkrankung niedrighschwelliger behandelbar wäre. Zudem werden in Deutschland die Ambulantisierungspotenziale bei Weitem nicht ausgeschöpft. Im europäischen Vergleich liegt in Deutschland der Anteil stationärer Leistungserbringung bei Leistungen, die auch ambulant erbracht werden könnten, deutlich über dem in anderen Ländern. Auch im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung kommt es zu Fehlversorgung, wenn Patientinnen und Patienten nicht direkt im häuslichen Umfeld angemessen versorgt werden können. Als Lösungsansätze wurden die Übergangspflege nach § 39e SGB V sowie die Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V eingeführt, welche jedoch kaum zum Tragen kommen. Darüber hinaus besteht eine Fehlinanspruchnahme der Notfallversorgung. All diese Herausforderungen führen dazu, dass die sowieso schon knappen Ressourcen – insbesondere gilt dies natürlich für das Personal – nicht bedarfsgerecht eingesetzt werden.

Zur Lösung der regionalen Herausforderungen beitragen

Bei der richtigen Ausgestaltung dieser Krankenhäuser, könnten diese zur Lösung der oben aufgeführten Herausforderungen einen signifikanten Beitrag leisten. So können Krankenhäuser als Gesundheitsstandort in der Region erhalten bleiben. Gleichzeitig werden regionale Gestaltungsspielräume geschaffen und eine verbesserte Versorgungssteuerung ermöglicht. Eine proaktive Neuausrichtung der Versorgung in diesen Häusern wird sowohl einen positiven Einfluss auf das Image nach außen wie auch das Betriebsklima haben. Mit einem pflegerischen Fokus und mehr Verantwortung für die Pflege wird die Attraktivität des Berufs gesteigert. Zudem kann die Fehlinanspruchnahme stationärer Notfallversorgung reduziert und eine stärkere Ambulantisierung bislang stationär erbrachter Leistungen erreicht werden.

Umsetzung in den Arbeitsentwürfen für die Krankenhausreform nicht zielführend

Um die genannten Ziele zu erreichen gilt insbesondere folgendes: Bei der Umsetzung sollte keine akuts-tationäre Versorgung vorgesehen werden, da diese unter qualitativen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten nicht fortführbar ist. In den bisher vorlie-

genden Arbeitsentwürfen für das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) und den darin enthaltenen Vorschlägen zur Ausgestaltung der – nun als „Sektorenübergreifende Versorger“ und nicht mehr als „Level II“ bezeichneten – Krankenhäuser ist jedoch eine akutstationäre Versorgung an diesen Krankenhäusern vorgesehen. Dies führt dazu, dass bereits jetzt nicht haltbare Strukturen bestehen bleiben. Eine medizinisch-pflegerische Versorgung ist zwar umfasst, ist jedoch nicht Kernbestandteil der Krankenhäuser. Stattdessen ist eine stationäre Versorgung verpflichtend vorzuhalten.

Alternativer Vorschlag für die Umsetzung

Die AOK-Gemeinschaft schlägt eine Ausgestaltung der Sektorenübergreifenden Versorger vor, bei der das Kernelement der Versorgung die medizinisch-pflegerische Versorgung ist, welche bei entsprechendem regionalem Bedarf um weitere Komponenten der ambulanten Versorgung oder gegebenenfalls auch durch eine rein pflegerisch-therapeutische Versorgung ergänzt werden kann.

a. Medizinisch-pflegerische Versorgung.

Die medizinisch-pflegerische Versorgung richtet sich grundsätzlich an Patientinnen und Patienten jeden Alters, insbesondere jedoch an diejenigen, die neben ihrem akuten medizinischen Behandlungsanlass eine hohe chronische Krankheitslast aufweisen, z.B. ältere, multimorbide Patientinnen und Patienten, die zusätzlich von einem akuten Infekt betroffen sind. Anstelle einer klassischen vollstationären Versorgung, erhalten sie bedarfsgerecht eine pflegerische Rund-um-die-Uhr-Versorgung mit der Möglichkeit der Hinzuziehung ärztlicher Expertise. Diese Möglichkeit wird über eine Rufbereitschaft, die durch Kooperationsverträge zwischen Krankenhaus und Ärzten zu regeln ist, sichergestellt.

b. Ambulante Versorgungsangebote

Ebenfalls mit dem Ziel einer stärkeren Ambulantisierung können Sektorenübergreifende Versorger, sofern ein entsprechender Bedarf besteht und die notwendigen Voraussetzungen vorgehalten

werden, ambulante Operationen gemäß dem AOP-Katalog erbringen. Bei regionalem Bedarf (offenen Zulassungen im vertragsärztlichen Bereich) erfolgt zudem eine Ermächtigung für die Erbringung medizinisch-konservativer ambulanter Leistungen. Die Leistungen richten sich hierbei grundsätzlich an Patientinnen und Patienten jeden Alters, bei denen eine medizinische Intervention erforderlich ist.

c. Ambulante Notfallversorgung

Bei entsprechendem regionalem Bedarf kann zudem auch eine ambulante Notfallversorgung an den Standorten erfolgen. Dies ermöglicht, eine Notfallversorgung vor Ort weiterhin sicherzustellen.

d. Pflegerisch-therapeutische Versorgung zur Steigerung der Selbstversorgungskompetenz

Zuletzt soll bei einem entsprechenden Bedarf auch eine rein pflegerisch-therapeutische Versorgung in einem Sektorenübergreifenden Versorger vorgesehen werden können. In Abgrenzung zur medizinisch-pflegerischen Versorgung steht hierbei nicht eine akute Erkrankung im Vordergrund. Stattdessen richtet sich die Versorgung an Patientinnen und Patienten, die vor oder mit Eintritt einer Pflegebedürftigkeit eine eingeschränkte Selbstversorgungskompetenz aufweisen und gegebenenfalls nur über ein eingeschränktes Hilfesystem verfügen. Eine mögliche Folge ist z. B. die Immobilität. Ziel dieses Ansatzes ist, den Gesundheits- und Funktionsstatus dieser Patientinnen und Patienten und damit ihre Selbstversorgungskompetenz durch gezielte therapeutische Maßnahmen und pflegerische Konzepte zu verbessern, eine mögliche Rückkehr in die häusliche Umgebung durch die individuell abgestimmte Tagesstruktur zu realisieren und/oder auf eine anschließende Rehabilitation vorzubereiten. Eine mögliche Rechtsgrundlage für eine derartige Ausgestaltung Sektorenübergreifender Versorger wird im Folgenden dargestellt. Der Regelungsvorschlag kann die entsprechenden, die Sektorenübergreifenden Versorger betreffenden Regelungen im Arbeitsentwurf für das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) ersetzen.

Hinweis

Es handelt sich um einen Vorschlag, mit dem kurzfristig die regionalen Herausforderungen adressiert werden. Mittelfristig muss sektorenübergreifende Versorgung weitergedacht werden, so braucht es z.B. eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung und ein sektorenübergreifendes Planungsgremium, welches alle betroffene Seiten beinhaltet und gemeinsam Planungsentscheidungen trifft.

Regelungsvorschlag: „Sektorenübergreifende Versorger“ mit Erläuterungen

Vorschlag Gesetzestext	Erläuterungen
<p>4. Kapitel 4. Abschnitt</p> <p>Erster Titel (§ 115 bis § 122) Beziehungen zu Krankenhäusern und Vertragsärzten</p> <p>Zweiter Titel Krankenhaus als Sektorenübergreifender Versorger</p> <p>§ 123a Sektorenübergreifende Versorger</p>	
<p>(1) Als Sektorenübergreifende Versorger bieten Krankenhäuser eine Versorgung mit medizinisch-pflegerischen Leistungen. Die pflegerische Versorgung und eine ärztliche Rufbereitschaft sind für 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche sicherzustellen. Zusätzlich kann bei regionalem Bedarf eine ärztliche Versorgung im Rahmen des ambulanten Operierens nach § 115b, der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f, einer Ermächtigung, der ambulanten Notfallversorgung oder belegärztlich erfolgen. Bei regionalem Bedarf können Sektorenübergreifende Versorger zudem eine rein pflegerisch-therapeutische Versorgung erbringen. Hierbei ist ausschließlich eine pflegerische Versorgung 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche sicherzustellen. Bei Bedarf werden weitere therapeutische Berufsgruppen hinzugezogen.</p>	<p>Sektorenübergreifende Versorger bieten mit der medizinisch-pflegerischen Versorgung die Möglichkeit eine aktuell bestehende Versorgungslücke zu schließen. Bestimmte Patientengruppen (insbesondere ältere, multimorbide Patientinnen und Patienten, die z. B. zusätzlich einen akuten Infekt aufweisen) gelangen in die vollstationäre Versorgung, obwohl eine pflegerische Rund-um-die-Uhr-Versorgung mit der Möglichkeit der Hinzuziehung ärztlicher Expertise ausreichen würde. Hierfür wird mit der medizinisch-pflegerischen Versorgung eine neue adäquate Versorgungsform geschaffen. Auch im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung kommt es zu Fehlversorgung, wenn Patientinnen und Patienten nicht direkt im häuslichen Umfeld angemessen versorgt werden können. Als Lösungsansätze wurden die Übergangspflege nach § 39e SGB V sowie die Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V eingeführt, welche jedoch kaum zum Tragen kommen. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Ambulantisierungspotenziale aktuell bei Weitem nicht ausgeschöpft werden. Im europäischen Vergleich liegt in Deutschland der Anteil stationärer Leistungserbringung bei Leistungen, die auch ambulant erbracht werden könnten, deutlich über dem in anderen Ländern. Darüber hinaus besteht eine Fehlanspruchnahme der Notfallversorgung.</p> <p>Mit der rein pflegerisch-therapeutischen Versorgung wird zudem eine Möglichkeit der Versorgung von Patientinnen und Patienten vorgesehen, deren Ziel eine Steigerung der Selbstversorgungskompetenz und damit die Aufrechterhaltung oder Wiedererlangung der Selbstständigkeit ist.</p> <p>Sektorenübergreifende Versorger können zur Lösung der oben genannten Herausforderungen einen signifikanten Beitrag leisten. So können Krankenhäuser als Gesundheitsstandort in der Region erhalten bleiben. Gleichzeitig werden regionale Gestaltungsspielräume geschaffen und eine verbesserte Versorgungssteuerung ermöglicht. Eine proaktive Neuausrichtung der Versorgung in diesen Häusern wird sowohl einen positiven Einfluss auf das Image nach außen wie auch das Betriebsklima haben. Mit einem pflegerischen Fokus und mehr Verantwortung für die Pflege wird die Attraktivität des Berufs gesteigert. Zudem kann die Fehlanspruchnahme stationärer Notfallversorgung reduziert werden.</p> <p>Um diese Ziele zu erreichen wird auf akutstationäre Versorgung durch Sektorenübergreifende Versorger verzichtet.</p> <p>Der Fokus der Einrichtungen liegt auf der pflegerischen Versorgung. Sofern zusätzlich ärztliche Leistungen erbracht werden sollen, gelten die Regelungen des SGB V zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung.</p>

Vorschlag Gesetzestext	Erläuterungen
<p>(2) Die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden können Plankrankenhäuser nach § 108 Nummer 2 SGB V im Krankenhausplan als Sektorenübergreifende Versorger mit medizinisch-pflegerischen Leistungen ausweisen. Hierbei haben die Kassenärztliche Vereinigung, die Landeskrankenhausesellschaft und die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen sowie das Gremium nach § 90a ein Stimmrecht. Die Festlegung der Krankenhäuser als Sektorenübergreifende Versorger durch die zuständigen Landesbehörden erfolgt nach Anhörung von Kassenärztlicher Vereinigung, Landeskrankenhausesellschaft und der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen. Jeweilige bestehende landesrechtliche Regelungen zum Einbezug der Landesverbände über ein Stimmrecht hinaus sind hierbei zu berücksichtigen. Für Sektorenübergreifende Versorger gelten § 115b Absatz 2 und § 115f Absatz 3 entsprechend. Einrichtungen sind auf Antrag vom Zulassungsausschuss in Planungsbereichen, in denen eine Überversorgung nach § 103 Abs. 1 Satz 1 nicht festgestellt worden ist, zur vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen. Der Umfang der Ermächtigung ist so zu begrenzen, dass eine Überversorgung ausgeschlossen ist. Die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden können gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung die Ergänzung der Leistungen um eine ambulante Notfallpraxis für Sektorenübergreifende Versorger festlegen. Soll aufgrund eines entsprechenden regionalen Bedarfs zusätzlich eine rein pflegerischtherapeutische Versorgung erfolgen, hat der Sektorenübergreifende Versorger entsprechende Versorgungsverträge mit den Pflegekassen gemäß § 72 SGB XI abzuschließen. Ansonsten gelten die Regelungen dieses Buches.</p>	<p>Vor dem Hintergrund der Krankenhausreform soll die Möglichkeit der Ausgestaltung als Sektorenübergreifender Versorger insbesondere „kleine“ Krankenhäuser, die eine stationäre Behandlung unter qualitativen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten nicht mehr anbieten können und nicht zur Versorgungssicherstellung erforderlich sind, umfassen. Diese Standorte können so mit einem entsprechenden Versorgungsauftrag durch die Krankenhausplanung erhalten werden, um einen regionalen Versorgungszugang weiterhin gewährleisten zu können. Damit der regionale Bedarf ausreichend berücksichtigt wird, haben die Planungsbehörden Stellungnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landeskrankenhausesellschaft und der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen zu berücksichtigen. Mittelfristig wird ein sektorenübergreifendes Planungsgremium gegründet, welches alle Seiten beinhaltet und gemeinsam Planungsentscheidungen trifft. Die Pflegevertretung ist perspektivisch über die Landespflegegeräte stimmberechtigt zu beteiligen.</p> <p>Für weitere Versorgungsaufträge greifen die bestehenden Regelungen.</p> <p>Ergänzend wird neu geregelt, dass bei offenen Zulassungen im vertragsärztlichen Bereich eine Ermächtigung für die Leistungserbringung im jeweiligen Fachbereich erfolgt. Für eine größere Planungssicherheit gilt diese anschließend für einen Zeitraum von fünf Jahren. Die Krankenhäuser unterliegen hier nicht der Entscheidungsbefugnis des Zulassungsausschusses, da dieser in diesem Fall zur Ermächtigung verpflichtet ist. Auf diese Weise werden auch regionale Bedarfe im vertragsärztlichen Bereich berücksichtigt und ärztliche Kapazitäten können in der Region gehalten werden.</p>

Vorschlag Gesetzestext	Erläuterungen
<p>(3) Sektorenübergreifende Versorger müssen in Abhängigkeit von ihren konkreten Versorgungsaufträgen nachstehende Anforderungen erfüllen.</p> <p>Für die Erbringung der medizinisch-pflegerischen Versorgung gelten folgende Voraussetzungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gewährleistung unterschiedlicher Zugangswege für Patientinnen und Patienten und Sicherstellung der Weiter- oder Anschlussversorgung durch weitere Leistungserbringende. 2. Qualifizierte Pflegefachpersonen sind jederzeit vor Ort verfügbar. Eine ärztliche Rufbereitschaft ist über Kooperationsverträge zwischen dem Sektorenübergreifenden Versorger und Ärzten sicherzustellen, wobei auch telemedizinische Leistungen eingesetzt werden können. Weiteres therapeutisches Personal wird im Bedarfsfall hinzugezogen. 3. Schnittstellenmanagement. 4. Digitalisierung der Versorgungsprozesse. <p>Die Prüfung der Einhaltung der Anforderungen obliegt den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden. Sie können auch Dritte mit der Durchführung der Prüfung beauftragen.</p> <p>Für die Erbringung der pflegerisch-therapeutischen Versorgung gelten folgende Anforderungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gewährleistung unterschiedlicher Zugangswege für Patientinnen und Patienten und Sicherstellung der Weiter- oder Anschlussversorgung durch weitere Leistungserbringende. 2. Vertrag nach § 78b SGB XI (neu). 3. Pflegefachpersonen sind jederzeit vor Ort verfügbar. Die Leitung erfolgt durch eine Pflegefachperson. Diese ziehen bei Bedarf Ärztinnen und Ärzte sowie weitere Therapeuten/innen hinzu. Zu diesen gehören immer mindestens Physio- und Ergotherapeuten/-innen sowie Logopäden/-innen. Zudem ist ein Sozialdienst und ein Casemanagement vorzuhalten. Bei Bedarf können weitere Berufsgruppen hinzugezogen werden. 4. Koordination der individuellen Versorgungssituation unter Einbeziehung aller benötigten therapeutischen Berufsgruppen (z.B. auch Alterspädagogik) im Rahmen einer interprofessionellen Zusammenarbeit über Festanstellung oder Nachweis von Kooperationen. <p>Für die Erbringung weiterer ambulanter Leistungen gelten die jeweiligen Regelungen dieses Buches.</p>	<p>Anforderungen für die medizinisch-pflegerische Versorgung:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sektorenübergreifende Versorger sollen möglichst niedrighschwellig zugänglich sein. Daher hat die Einrichtung sicherzustellen, dass verschiedene Zugangsmöglichkeiten bestehen. Da Sektorenübergreifende Versorger nicht über eine Notaufnahme verfügen, werden sie nicht vom Rettungsdienst angefahren. Ansonsten sind sämtliche Zugangswege grundsätzlich möglich. Es muss ermöglicht werden, dass Patientinnen und Patienten zum Beispiel aus der hausärztlichen Versorgung an einen Sektorenübergreifenden Versorger überwiesen werden. Zudem muss ein direkter Zugang aus der Häuslichkeit, wobei es sich auch um Pflegeeinrichtungen handeln kann, sichergestellt werden. Ebenso muss eine Versorgung im Anschluss an eine vollstationäre Behandlung oder Notfallversorgung in einem anderen Krankenhaus ermöglicht werden. 2. Sektorenübergreifende Versorger halten keine akutstationäre Versorgung vor. Dies war in der Vergangenheit bereits aus qualitativen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten nicht möglich und wird auch weiterhin nicht möglich sein. Für die nun stattdessen zum Tragen kommende medizinisch-pflegerische Versorgung ist es hingegen nicht erforderlich, dass ärztliches Personal rund um die Uhr vor Ort ist. Es ist ausreichend, wenn im Bedarfsfall ein Zugriff auf ärztliches Personal über eine Rufbereitschaft sichergestellt wird. Ebenso wird weiteres therapeutisches Personal im Bedarfsfall hinzugezogen. 3. Für Sektorenübergreifende Versorger und im Hinblick auf die verschiedenen Zugangsmöglichkeiten ist insbesondere ein funktionierendes Schnittstellenmanagement relevant. 4. Soweit wie möglich müssen im Sinne der Effizienz zudem die Versorgungsprozesse digitalisiert werden. <p>Die Krankenhausplanungsbehörden sind zur Prüfung der Einhaltung der Anforderungen verpflichtet. Sie können dies bei Bedarf an Dritte, wie Kassenärztliche Vereinigungen oder den Medizinischen Dienst, übertragen.</p> <p>Für die Erbringung der pflegerisch-therapeutischen Versorgung gilt abweichend folgendes:</p> <p>Es muss ermöglicht werden, dass Patientinnen und Patienten zum Beispiel aus der hausärztlichen Versorgung an einen Sektorenübergreifenden Versorger überwiesen werden. Zudem muss ein direkter Zugang aus der Häuslichkeit, soweit es sich hierbei um eine Pflegeeinrichtung handelt, sichergestellt werden. Ebenso muss eine Versorgung im Anschluss an eine vollstationäre Behandlung oder Notfallversorgung in einem anderen Krankenhaus ermöglicht werden.</p>

Vorschlag Gesetzestext	Erläuterungen
<p>(3)</p>	<p>Die Umsetzung einer ganzheitlichen Versorgungsstrategie kann nur erreicht werden, wenn eine konsequente Vernetzung der ambulanten und stationären Angebote sowie eine enge Kooperation mit dem Quartier erfolgt. Für die Umsetzung des pflegerischtherapeutischen Ansatzes bedarf es der Zusammenarbeit im interprofessionellen Team. Die pflegerische Leitung stellt hierbei die Koordinierungsinstanz dar. Die verschiedensten Leistungsinhalte wie beispielsweise Beratung, Koordination, additive Teilversorgung oder Vollversorgung sind in Absprache mit dem interprofessionellen Team festzulegen.</p> <p>Dabei sollten die an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer zur pflegerischen-therapeutischen Versorgung bei typischen altersspezifischen Syndromen, z.B. Sturzneigung, Mangel- oder Fehlernährung oder kognitiven Defiziten sowie typischen geriatrischen Hauptdiagnosen wie z.B. Schlaganfall, Demenz oder Zustand nach operativer Versorgung mit Totalendoprothesen beraten werden.</p> <p>Des Weiteren sollte mit weiteren Leistungserbringern (z.B. Apotheken, Sanitätshäusern) für eine kontinuierliche und bedarfsgerechte Versorgung kooperiert werden.</p> <p>Für die Erbringung von Leistungen des AOP-Katalogs nach § 115b sowie ggf. weiterer vertragsärztlicher Leistungen werden keine weiteren Anforderungen definiert. Hier gelten die bereits vorhandenen jeweiligen Anforderungen.</p>
<p>(4) Für die Vergütung der medizinisch-pflegerischen Versorgung schließen die Landeskrankenhausgesellschaften, die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen auf der Landesebene eine Vereinbarung, welche eine Tagespauschale für den pflegerischen und therapeutischen Anteil der Versorgung umfasst. Die ärztliche Rufbereitschaft wird entsprechend des einheitlichen Bewertungsmaßstabes vergütet und über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet.</p> <p>Für alle weiteren Leistungen erfolgt die Vergütung auf Grundlage der jeweils geltenden Regelungen.</p>	<p>Im Vordergrund der medizinisch-pflegerischen Versorgung stehen die pflegerischen Leistungen. Mit einer zu vereinbarenden Tagespauschale sollen sowohl die pflegerischen Leistungen als auch weitere therapeutische Leistungen vergütet werden. Es erscheint sachgemäß, dass bei der Vereinbarung die Übergangspflege gemäß § 39e SGB V als Grundlage dient. Ärztliche Leistungen, die nur im Bedarfsfall zum Tragen kommen, und da dementsprechend ärztliches Personal nicht rund um die Uhr vor Ort zur Verfügung steht, werden nach EBM ergänzend zur Tagespauschale vergütet.</p> <p>Für alle weiteren Versorgungsaufträge gelten die jeweiligen gesetzlichen Regelungen.</p>
<p>(5) Nach Feststellung des Bedarfs durch den Landesausschuss und im Einvernehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde kann ein Sektorenübergreifender Versorger als Primärversorgungszentrum gemäß § 73 a ausgestaltet werden.</p>	<p>Abweichend von den Absätzen 1 bis 4 kann ein Sektorenübergreifender Versorger auch als Primärversorgungszentrum ausgestaltet werden. Hierfür ist erforderlich, dass gemeinsam zwischen Landesausschuss und der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde festgestellt wird, dass ein entsprechender Bedarf in der Region vorliegt. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass bei der Ausgestaltung der Einrichtungen immer der regionale Bedarf an erster Stelle steht und bei nicht vorhandenem Bedarf auch von einer medizinisch-pflegerischen Versorgung abgesehen werden kann, oder diese ggf. um ein Primärversorgungszentrum ergänzt werden kann.</p>

Folgeänderungen im SGB XI

Vorschlag Gesetzestext	Erläuterungen
<p>SGB XI Dritter Abschnitt Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern § 78b (neu) pflegerisch-therapeutische Versorgung</p>	
<p>(1) Die Pflegekassen können mit Krankenhäusern als sektorenübergreifende Versorger Verträge über pflegerisch-therapeutische Versorgung schließen.</p>	
<p>(2) In den Verträgen nach Absatz 1 ist das Nähere über Art, Inhalt und Umfang der zu erbringenden Leistungen der pflegerisch-therapeutischen Versorgung sowie deren Vergütung zu regeln. Diese Verträge können von den Vorschriften der §§ 75 und 85 abweichende Regelungen treffen.</p>	<p>Vor dem Hintergrund des zunehmenden Anteils älterer und sehr alter Menschen in der Bevölkerung werden Gesundheitsförderung und Prävention im Alter immer wichtiger. Auch gilt es, einer Pflegebedürftigkeit vorzubeugen oder diese möglichst lange hinauszuzögern. Insbesondere pflegerisch-therapeutische Ansätze können zu einem gesunden Altern, zum Erhalt der Selbstständigkeit und zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit beitragen. Für eine zielgerichtete Umsetzung der pflegerisch-therapeutischen Versorgung können Pflegekassen mit Krankenhäusern Verträge schließen. Die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team ist dabei ausschlaggebend. Maßnahmen zur Vermeidung, Überwindung, Minderung oder Verhinderung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit sind zentraler Gegenstand der Versorgung.</p>

Nr. IV Gesundheitskioske

Kurzbeschreibung

Auch wenn Versorgungsangebote wie Primärversorgungszentren oder sektorenübergreifende Versorger viel stärker an den Bedürfnissen der Bevölkerung vor Ort ausgerichtet sein sollten, braucht es insbesondere in sozial benachteiligten Stadtteilen oder Regionen einen noch niedrigschwelligen Zugang zum Gesundheitssystem für Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf. In diesen Fällen können Gesundheitskioske (GK) eine sinnvolle Ergänzung sein.

Gesundheitskioske sind ein neutrales, besonders leicht zugängliches Beratungsangebot, das nach dem Walk-in-Prinzip allen Menschen zur Verfügung steht, speziell aber vulnerable Gruppen und deren Unterstützungsbedarf adressiert. Gesundheitskioske bieten stigmatisierungsfreie, mehrsprachige und barrierefreie Beratung und Unterstützung zu sämtlichen gesundheitlichen und sozialen Fragestellungen an. Darüber hinaus sollen Gesundheitskioske zur regionalen Vernetzung mit den zuständigen Akteuren des Gesundheits- und Sozialwesens beitragen und dadurch Synergieeffekte schaffen. Zentrale Aufgabe der Kioske ist die Navigation der Bevölkerung durch das Gesundheits- und Sozialsystem. Weiterführende Aufgaben wie die Übernahme medizinischer Routineaufgaben, die vom Gesetzgeber erwogen werden, würden dagegen zu einer weiteren Zersplitterung der Versorgung und gegebenenfalls auch zum Aufbau von Doppelstrukturen führen. Durch Gesundheitskioske sollte vielmehr das Zusammenspiel der Hilfsangebote verbessert werden. In der Folge könnten die Gesundheit sowie die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung gestärkt werden. Für die Krankenkassen, Kommunen und Leistungserbringer (z.B. Ärztinnen und Ärzte, Anbieter von Präventionsangeboten, Kinder- und Jugendhilfe, Teilhabeberatung, Suchthilfe, Jobcenter) ergibt sich durch die gezielte, bedarfsbezogene Zuweisung von Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf eine konkrete Arbeitserleichterung. Die vorhandenen regionalen Strukturen werden besser genutzt, soziale Problemlagen gezielt angegangen, „Drehtür-Effekte“ verhindert und damit Ressourcen gespart.

Für eine verbindliche Regelung zur Ausgestaltung von Gesundheitskiosken, insbesondere in Bezug auf die Zusammenarbeit zwischen kommunalen Trägern und Krankenkassen, bedarf es eines eigenständigen Rechts- und Finanzierungsrahmens, da die bestehenden rechtlichen Möglichkeiten die direkte Zusammenarbeit zwischen kommunalen Trägern und Krankenkassen nur über Brückenkonzepte ermögli-

chen und eine verbindliche kassenartenübergreifende Beteiligung derzeit nicht gewährleistet ist.

Vorschlag zur Ausgestaltung von Gesundheitskiosken

Gesundheitliche Chancengleichheit durch Gesundheitskioske

Gesundheitliche Chancengleichheit ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Insbesondere in sozio-ökonomisch benachteiligten Regionen finden Bürgerinnen und Bürger häufig nur schwer Zugang zu den vielfältigen Hilfsangeboten des Gesundheits- und Sozialwesens. Mangelnde Kenntnisse über bestehende Strukturen und Angebote sowie sprachliche, kulturelle oder andere Barrieren sind hierfür oftmals die Ursache. Mit der Einrichtung von Gesundheitskiosken soll diesen Barrieren entgegengewirkt werden.

Gesundheitskioske

- Sie halten ein stigmatisierungsfreies Beratungs- und Unterstützungsangebot für alle Bürgerinnen und Bürger vor zu gesundheitlichen und sozialen Fragestellungen
- Im Sinne eines niedrigschwelligen Zugangs ist die (Erst-)Inanspruchnahme des Beratungsangebots nicht an weitere Voraussetzungen geknüpft
- Sie sind ein lebensweltorientiertes, sich kümmerndes Bindeglied zu den Angeboten der Gesundheitsversorgung und den sozialen Diensten der Kommunen

Ziele

- Gleiche Gesundheitschancen durch erleichterten Zugang zum Gesundheits- und Sozialwesen unabhängig vom sozialen Status
- Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Bürgerinnen und Bürger
- Koordination und Vernetzung mit den regional und kommunal ausgerichteten Institutionen und Akteuren des Gesundheits- und Sozialwesens, insbesondere Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD).
- Bessere Nutzung regionaler Strukturen, um Drehtür-Effekte zu verhindern, soziale Problemlagen abzumildern und die Krankheitslast zu senken

Leistungsinhalte, -umfang und Qualifikation

- Hauptsächlich koordinierende Leistung für vulnerable Personen, z.B. Vermittlung von Haus- und Fachärzten, Weiterleitung an regionale Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens, Integration weiterer Akteure wie Pflegestützpunkte. Keine Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten
- Autonome und flexible Möglichkeiten zur inhaltlichen/konzeptionellen Ausgestaltung von GKs auf kommunaler Ebene aufgrund unterschiedlicher lokaler Gegebenheiten und Bedarfe (umfasst auch Personalausstattung im Sinne eines multidisziplinären Qualifikationsmixes)
- Aufbau und Pflege eines Netzwerkes aus Leistungserbringern und lokalen Akteuren, insbesondere ÖGD

Bedarfsermittlung und Standortbestimmung

- Das zuständige Landesministerium bestimmt den Bedarf zur Errichtung eines GKs, indem es Bedarfsregionen (besonders deprivierte Kommunen und Stadtteile) festlegt. Bedarfsregionen können kreisfreie Städte, Landkreise, Städte/Gemeinden in Landkreisen oder auch Postleitzahlenbezirke mit einer größeren Anzahl von Einwohnern sein.
- Der GKV-SV erstellt mit einer bundesweiten Rahmenempfehlung zur Bedarfsermittlung (zur Bedarfsermittlung auf Landesebene und zur Standortbestimmung auf kommunaler Ebene) einen einheitlichen Katalog sozialepidemiologischer/-räumlicher und versorgungsbezogener Kriterien, auch zur Berücksichtigung der unterschiedlichen Gegebenheiten und Anforderungen nach Raumtypen
- In Bedarfsregionen erfolgt eine gemeinsame Standortbestimmung durch Kommunen und Krankenkassen anhand objektiverer und flexibler Kriterien, auch unter Nutzung von mobilen/digitalen Lösungen
- Die Möglichkeit zur Anbindung an bestehende Strukturen sollte gegeben sein, z.B. Integration von GKs in bestehende Pflegestützpunkte oder Quartierszentren, ohne dass dadurch der niedrigschwellige Zugang verloren geht (Synergieeffekte)

Umsetzungspflicht

- Das Landesministerium verpflichtet Krankenkassen und Kommunen, gemeinschaftlich einen GK in entsprechenden Bedarfsregionen zu errichten und die finanzielle Trägerschaft zu übernehmen
- Das Vorschlagsrecht zur Errichtung eines GK sollte bei den Kommunen und den Krankenkassen liegen
- Kommunen, gemeinwohlorientierte Organisationen oder Arztnetze können durch Krankenkassen und Kommunen zur Umsetzung und zum Betrieb des GK beauftragt werden
- Ausschluss gewinnorientierter Managementgesellschaften
- Hilfreich wäre die Änderung der Landesgesetze dahingehend, dass Gesundheit als Pflichtaufgabe der Kommunen verankert wird

Finanzierung

- Eine kassenartenübergreifende Finanzierungsverpflichtung greift nur, wenn sich die Kommunen von Beginn an beteiligen
- Die paritätische Aufteilung der Aufwendungen zu gleichen Teilen zwischen Kommunen und Krankenkassen (50:50) ist sachgerecht
- Für belastete Kommunen Refinanzierungen durch die Länder oder den Bund (z.B. durch steuerfinanzierte Zuschüsse oder Förderprogramme) vorsehen sowie auch finanzielle Kompensationen für die GKV
- Die GKV-/PKV-seitige finanzielle Beteiligung der einzelnen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen entsprechend der Anzahl ihrer Versicherten in einer definierten Region (Vorschlag: KM6-Statistik), in der sich das jeweilige GK befindet

Rechtsrahmen

- Ein eigenständiger Rechts- und Finanzierungsrahmen ist notwendig, um Krankenkassen und Kommunen gemeinschaftlich zu verpflichten
- Konkret: Eigene Rechtsgrundlage als neuer § 11a SGB V „Gesundheitskiosk“, da insbesondere in Bezug auf § 11 Abs. 4 SGB V die inhaltliche Paral-

lele zum Anspruch von GKs besteht, alle Bürgerinnen und Bürger durch Beratung und Koordination bei der bedarfsbezogenen Inanspruchnahme sozialer und medizinischer Versorgungsleistungen zu unterstützen

Keine Verortung unter §§ 20 SGB, da dieser Bereich sich gemäß dem verbindlichen Leitfaden nach § 20 Abs. 2 SGB V der Primärprävention und Gesundheitsförderung zuwendet und die Umsetzung von alleinigen Präventionsinhalten mit und durch Kommunen (inkl. Eigenleistung) nur auf eine freiwillige kommunale Leistung trifft.

Regelungsvorschlag: „Gesundheitskioske in deprivierten Regionen“ mit Erläuterungen

Vorschlag Gesetzestext	Erläuterungen
<p>Rechtliche Verortung im dritten Kapitel des SGB V „Leistungen der Krankenversicherung“, erster Abschnitt „Übersicht über die Leistungen“:</p> <p>§ 11a Gesundheitskiosk</p>	
<p>(1) iKommunale Träger und Krankenkassen richten gemeinsam Gesundheitskioske ein. Die Einrichtung erfolgt auf Bestimmung der zuständigen obersten Landesbehörde und verpflichtet die kommunalen Träger und örtlich zuständigen Krankenkassen, zur Errichtung eines Gesundheitskiosks in einer zuvor festgelegten Bedarfsregion.</p>	<p>Mit dieser Regelung werden kommunale Träger und Krankenkassen auf Bestimmung der obersten Landesbehörde verpflichtet, Gesundheitskioske in einer zuvor bestimmten Bedarfsregion zu errichten. Mit der Bestimmungskompetenz der obersten Landesbehörde soll gewährleistet werden, dass eine bedarfsgerechte Etablierung von Gesundheitskiosken in einem Bundesland erfolgt. Die Ressourcen sollen damit auf die benachteiligten Regionen konzentriert und willkürliche Standortgründungen vermieden werden. Gesundheitskioske stehen allen Bürgerinnen und Bürgern (insbesondere vulnerablen Gruppen) zur Klärung von gesundheitlichen und sozialen Fragestellungen offen. Damit reichen Gesundheitskioske mit ihrem Beratungsangebot in den Bereich der kommunalen Daseinsfürsorge und werden durch GKV-spezifische Beratungen ergänzt. Gesundheitskioske erleichtern nicht nur den Zugang zum Gesundheits- und Sozialwesen, sondern unterstützen konkret auch die Inanspruchnahme von Beratungs-, Versorgungs- bis hin zu Präventionsangeboten vor Ort. So sind Gesundheitskioske ein lebensweltorientiertes, sich kümmerndes Bindeglied zu den Angeboten der Gesundheitsversorgung sowie den Unterstützungsangeboten der sozialen Dienste der Kommunen. Die gemeinsame Verantwortungsübernahme durch kommunale Träger und GKV ist somit sachgerecht adressiert.</p>
<p>(2) iDer Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände können gemeinsam und einheitlich Empfehlungen zur regionalen Bedarfsermittlung und Standortbestimmung zur Errichtung von Gesundheitskiosken nach Absatz 1 abgeben.</p>	<p>Als Hilfestellung zur Bestimmung von Bedarfsregionen und zur Standortermittlung innerhalb der Kommunen, sollen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände gemeinsam und einheitlich Empfehlungen erarbeiten. Bedarfsregionen nach Absatz 1 können kreisfreie Städte, Landkreise, Städte/Gemeinden in Landkreisen oder auch Postleitzahlenbezirke mit einer größeren Anzahl von Einwohnerinnen und Einwohnern sein.</p>

Vorschlag Gesetzestext	Erläuterungen
(2)	Mit den Empfehlungen wird auf die Errichtung von Gesundheitskiosken anhand objektiver Kriterien hingewirkt. Gesundheitskioske entstehen so an Orten mit besonderem Bedarf und können zielgerichtet Angebote für die Bürgerinnen und Bürger unterbreiten.
<p>(3) ¹Sofern die zuständige oberste Landesbehörde den Bedarf zur Einrichtung eines Gesundheitskiosks bestimmt hat, sind die kommunalen Träger und Krankenkassen verpflichtet, Verträge zum Betrieb und zur Finanzierung der Gesundheitskioske zu schließen.</p> <p>²In Verträgen nach Satz 1 sind die Strukturierung der Zusammenarbeit mit weiteren Beteiligten sowie die Zuständigkeit insbesondere für die Koordinierung der Arbeit, die Qualitätssicherung und die Auskunftspflicht gegenüber den Trägern, den Ländern und dem Bundesamt für soziale Sicherung zu bestimmen.</p> <p>³Ferner sind Regelungen zur Aufteilung der Kosten nach Maßgabe von Absatz 6 zu treffen.</p>	<p>Dieser Absatz regelt, dass die kommunalen Träger und örtlich zuständigen Krankenkassen Verträge zur Implementierung, zum Betrieb und zur Finanzierung von Gesundheitskiosken schließen müssen, sofern die oberste Landesbehörde es bestimmt. In diesen Verträgen muss folgendes geregelt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Strukturierung der Zusammenarbeit mit weiteren Beteiligten • Zuständigkeiten insbesondere für die Koordination der Arbeit • Qualitätssicherung • Auskunftspflicht gegenüber den Trägern, den Ländern und dem Bundesamt für soziale Sicherung • Die Finanzierung des Gesundheitskiosks ist nach Maßgabe von Absatz 6 vertraglich zu regeln. • Damit wird die gemeinsame Verantwortung der kommunalen Träger und örtlich zuständigen Krankenkassen deutlich.
<p>(4) ¹Träger der Gesundheitskioske sind die kommunalen Träger und Krankenkassen.</p> <p>²Die Träger regeln die Leistungsinhalte und die im Gesundheitskiosk erforderlichen Qualifikationen unter Berücksichtigung der regionalen Bedarfe.</p> <p>³Sie haben die Möglichkeit, Dritte für den Betrieb des Gesundheitskiosks zu beauftragen.</p> <p>⁴Auf vorhandene vernetzte Strukturen ist zurückzugreifen.</p> <p>⁵Ein Gesundheitskiosk kann in bestehende Beratungsstrukturen, z. B. Quartierszentren oder auch Pflegestützpunkte nach § 7c SGB XI, integriert werden.</p>	<p>In Absatz 4 ist die Trägerschaft der Gesundheitskioske durch kommunale Träger und Krankenkassen konkretisiert und die Aufgaben des Trägers werden spezifiziert. Die Träger legen die Leistungsinhalte und den Personaleinsatz unter Berücksichtigung der regionalen Bedarfe fest. Die Träger werden durch Satz 3 ermächtigt, für den Betrieb der Gesundheitskioske Dritte zu beauftragen. Hier ist insbesondere an gemeinwohlorientierte Organisationen der freien Wohlfahrtspflege zu denken. Damit soll eine möglichst unabhängige Beratung der Bürgerinnen und Bürger erfolgen. Darüber hinaus wird in Sätzen 4 und 5 die Nutzung bereits bestehender Beratungsstrukturen festgelegt, um Synergieeffekte zu nutzen und den Aufbau von Doppelstrukturen zu vermeiden. Beispielsweise kann ein Gesundheitskiosk auch in Quartierszentren oder Pflegestützpunkte integriert werden, sofern der niedrigschwellige Zugang erhalten bleibt. Durch die Einbindung weiterer Leistungserbringer, z. B. im Rahmen von Verträgen nach §§ 140a und 73b SGB V haben die Krankenkassen die Möglichkeit zur kassenindividuellen Gestaltung der Versorgung ihrer Versicherten, insbesondere um die Vernetzung der Leistungserbringer und Gesundheitskioske zu fördern.</p>

Vorschlag Gesetzestext	Erläuterungen
<p>(5) Aufgaben der Gesundheitskioske sind</p> <ol style="list-style-type: none">1. Niedrigschwellige, umfassende sowie unabhängige Auskunft und Beratung zu gesundheitlichen und sozialen Fragestellungen, insbesondere an den Bedarfen vulnerabler Gruppen ausgerichtet,2. Koordinierung der für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen. Der Umfang der vertragsärztlichen Versorgungspflicht bleibt unberührt.3. Vernetzung aufeinander abgestimmter medizinischer und sozialer Versorgungs-, Präventions- und kommunaler Angebote.	<p>Mit dieser Regelung werden die grundsätzlichen Aufgaben eines Gesundheitskiosks beschrieben. Die inhaltliche und konzeptionelle Ausgestaltung von Gesundheitskiosken sollte den lokalen Bedarfen entsprechend autonom und flexibel auf kommunaler Ebene geregelt werden können (z. B. auch zur Realisierung kurzfristiger oder temporärer Bedarfe etwa bei Umweltkatastrophen oder Epidemien). Die Leistungsinhalte und Qualifikationen sollen hierbei möglichst offen gestaltet werden, um Spielräume zu ermöglichen. Kernaufgaben des Gesundheitskioskes sind die unabhängige Auskunft und Beratung zu gesundheitlichen und sozialen Fragestellungen, ohne die Aufklärungs-, Beratungs- und Auskunftspflichten der zuständigen Behörden bzw. zuständigen Stellen nach §§ 13-15 SGB I zu ersetzen; vielmehr sollten letztgenannte ergänzt werden. Damit umfassen die Aufgaben des Gesundheitskiosks die Koordination der für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote für seine Klientinnen und Klienten, einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen. Der Umfang der vertragsärztlichen Versorgungspflicht bleibt dabei unberührt. Des Weiteren sorgt der GK für eine Vernetzung aufeinander abgestimmter medizinischer und sozialer Versorgungs-, Präventions- und kommunaler Aufgaben in der Bedarfsregion.</p>

Vorschlag Gesetzestext

Erläuterungen

- (6) 1Die für den Betrieb eines Gesundheitskiosks erforderlichen Aufwendungen unter Berücksichtigung der anrechnungsfähigen Aufwendungen für das eingesetzte Personal sind von den kommunalen Trägern und zuständigen Krankenkassen jeweils hälftig zu tragen.
- 2Der Finanzierungsanteil der einzelnen Krankenkasse ergibt sich aus ihrem Anteil an der Zahl ihrer Versicherten mit Wohnort in dem KV-Bezirk des Gesundheitskiosks zum 1. Juli eines Jahres. Dafür ist der Vordruck KM 6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung heranzuziehen.
- 3Eine finanzielle Beteiligung der Krankenkassen setzt voraus, dass sich die Kommune in gleicher Höhe an den Aufwendungen beteiligt.
- 4Soweit sich private Versicherungsunternehmen, die die private Krankenversicherung durchführen, nicht an der Finanzierung der Gesundheitskioske beteiligen, haben sie mit den Trägern der Gesundheitskioske über Art, Inhalt und Umfang der Inanspruchnahme von Gesundheitskiosken durch privat Krankenversicherte sowie über die Vergütung der hierfür je Fall entstehenden Aufwendungen Vereinbarungen zu treffen.

Da die Beratungs-, Koordinierungs- und Unterstützungsleistungen – nach ersten Erfahrungen – gleichermaßen in beiden Feldern erfolgen (GKV/PKV und Kommune), werden die erforderlichen Aufwendungen für den Betrieb eines Gesundheitskiosks von den kommunalen Trägern und Krankenkassen jeweils hälftig getragen. Die kassenartenübergreifende Finanzierung ergibt sich aus ihrem Anteil an Versicherten mit Wohnort in dem KV-Bezirk des Gesundheitskiosks zum 1. Juli eines Jahres. Dafür ist der Vordruck KM 6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung heranzuziehen. Diese Vorgehensweise hat sich hinsichtlich Pflegestützpunkten als praktikabel erwiesen. Eine kleinräumigere Erfassung ist mit einem deutlich höheren Verwaltungsaufwand verbunden, der durch die exakteren Zuweisungsanteile nicht aufgewogen wird.

In Satz 3 wird geregelt, dass die Krankenkassen zur Finanzierung eines GK nur dann verpflichtet sind, sofern sich die kommunalen Träger in gleicher Höhe an den Kosten beteiligen. Einer alleinigen Finanzierungsverantwortung der gesetzlichen Krankenversicherung wird damit entgegengewirkt. Die privaten Krankenkassenunternehmen sind ebenfalls an den Kosten zu beteiligen. Dazu schließen die Träger entsprechende Verträge über Art, Inhalt und Umfang der Inanspruchnahme von Gesundheitskiosken durch privat Krankenversicherte sowie über die Vergütung der hierfür je Fall entstehenden Aufwendungen.

AOK-Bundesverband GbR
Rosenthaler Strasse 31, 10178 Berlin
www.aok.de/pp

Stand: März 2024