

# Ambulante Bürgerversorgung



Sonja Laag

Keine Zeit, kein Geld?

Ist das ein Naturgesetz  
oder hausgemacht?

## 1. Moderner Staat und digitaler Aufbruch

Der Föderalismus ist die Grundsäule der Bundesrepublik. Um die Leistungsfähigkeit zu erhöhen, braucht es Klarheit bei den Aufgaben und der Finanzierung. Wir streben eine **engere, zielgenauere und verbindliche Kooperation zwischen Bund, Ländern und Kommunen an.**

## 4. Soziale Sicherheit bürgerfreundlich gestalten

In der Gesundheitspolitik wollen wir **Vorsorge und Prävention zum Leitprinzip** machen. Wir wollen unser Gesundheitswesen stark machen, damit es für kommende Krisen, etwa eine neue Pandemie, gut vorbereitet ist. Dafür werden wir aus den Erkenntnissen der Pandemie lernen und den Öffentlichen Gesundheitsdienst digitalisieren und stärken.

Der **Zugang zu guter und verlässlicher gesundheitlicher Versorgung muss überall in Deutschland, ob in der Stadt oder auf dem Land**, gewährleistet sein.

Das System der Fallpauschalen zur Krankenhausfinanzierung wollen wir weiterentwickeln und in Hinblick auf Sektoren wie Geburtshilfe und Notfallversorgung sowie Kinder- und Jugendmedizin anpassen.

Es bedarf mehr **sektorenübergreifender Kooperation und Vernetzung zwischen den verschiedenen Gesundheitseinrichtungen und -berufen.** Wir wollen eine **Offensive für mehr Pflegepersonal.** Hochwertige Pflege gibt es nur mit gut ausgebildeten Pflegekräften, guten Arbeitsbedingungen und angemessenen Löhnen in der Pflege. Wir wollen mehr qualifizierte ausländische Pflegekräfte gewinnen und die nötigen Voraussetzungen dafür schaffen. Pflegerinnen und Pfleger sollen mehr Zeit für ihre eigentliche Tätigkeit mit den Patientinnen und Patienten haben. Das wollen wir durch **Entbürokratisierung, die Nutzung digitaler Potentiale** und klare bundeseinheitliche Vorgaben bei der Personalbemessung gewährleisten.

Die gesetzliche und die private Kranken- und Pflegeversicherung bleiben erhalten.

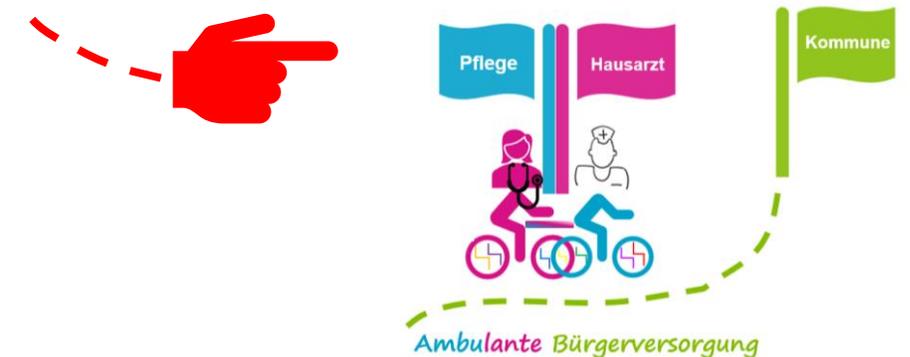
DER ERSTE SCHRITT  
ZUR REGIERUNG DES FORTSCHRITTS

# Sondierungspapier und **Ambulante** Bürgerversorgung

**Gesundheit- und Pflege sind kein Kernthema, aber es sind „Überschriften“ gesetzt.**

- Zugang zu guter und verlässlicher gesundheitlicher Versorgung muss überall in Deutschland, ob in der Stadt oder auf dem Land.
- Mehr sektorenübergreifende Kooperation und Vernetzung zwischen den verschiedenen Gesundheitseinrichtungen und -berufen.
- Offensive für mehr Pflegepersonal.
- Leitbild Vorsorge & Prävention

Dafür braucht es eine langfristige **Infrastrukturentwicklungspolitik** im Gesundheitswesen



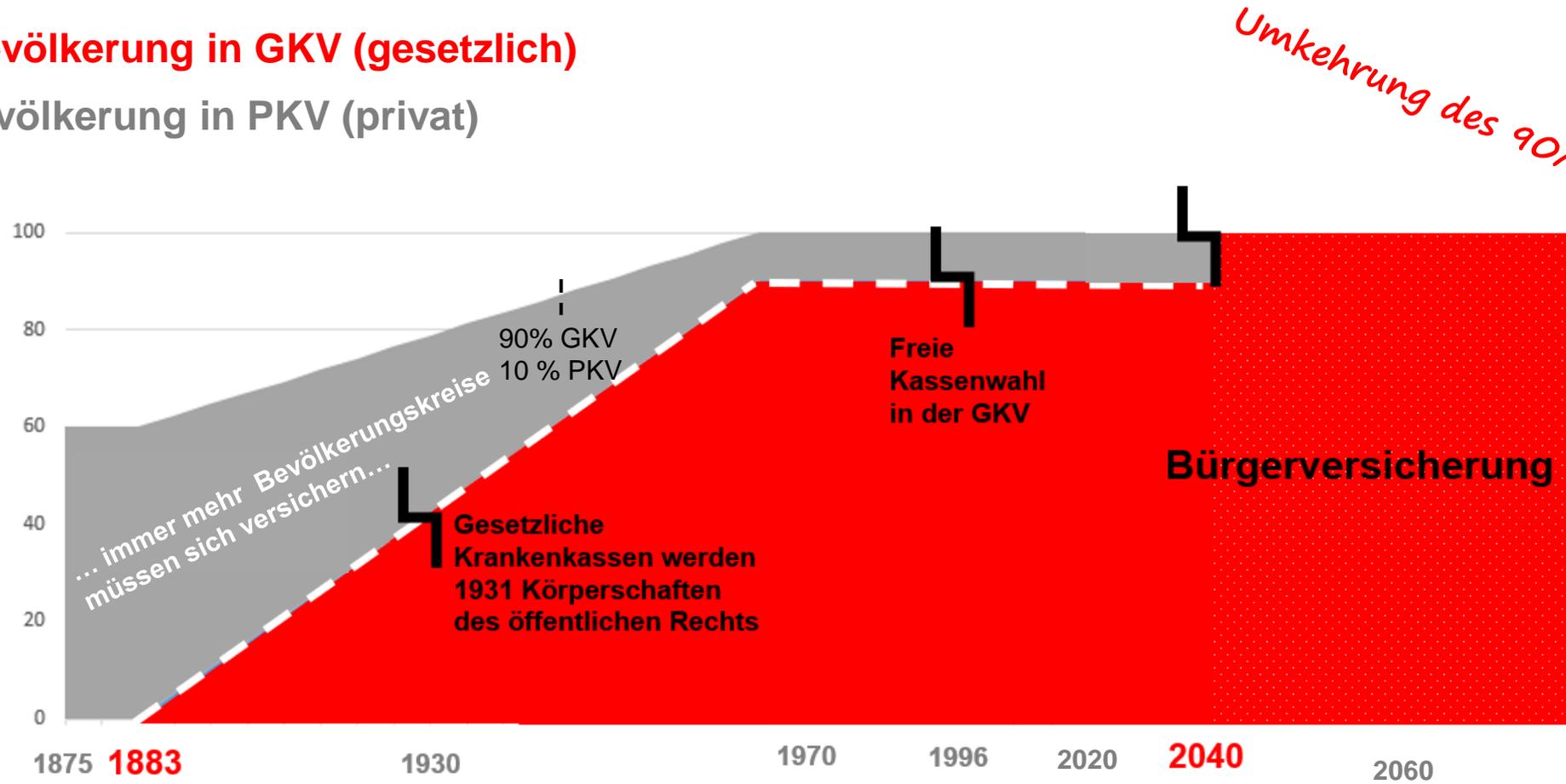
**Von der Bürgerversicherung**



**zur Bürgerversorgung**

**90% der Bevölkerung in GKV (gesetzlich)**

**10% der Bevölkerung in PKV (privat)**



*Umkehrung des 90/10-Verhältnisses?*

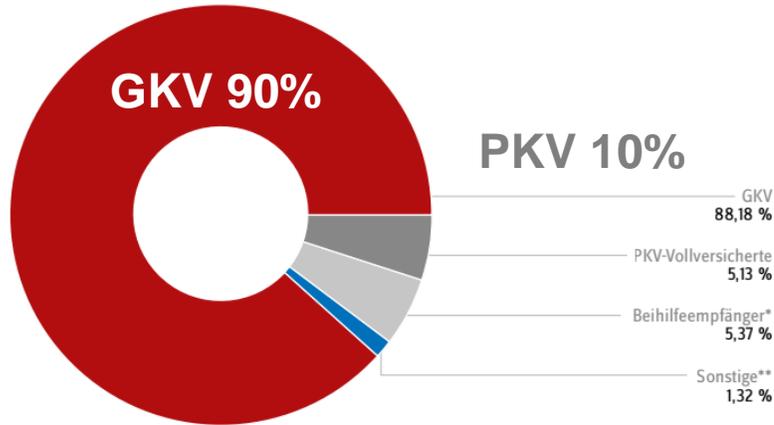


**1883**  
Einführung Versicherungspflicht führt zur Zweiteilung in PKV / GKV-Kassen

Historische Baunähte

# Eigentlich haben wir schon eine Bürgerversicherung

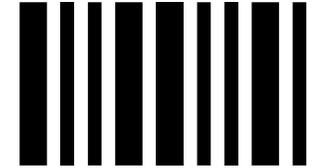
## Größenverhältnis



Einheitliche Vergütung  
im Krankenhaus (DRG)  
(bis auf Wahlleistung)



Leistungskataloge  
(Stichwort: Patientenschutz)



**Größtes Hindernis jedoch:**  
ärztlich ambulantes Honorarsystem →





# Bürgerversicherung hat zwei Gesichter

Fokus bisher auf „Bürger-VERSICHERUNG“



**Versorgung**



**Versicherung**

# Ambulante Versorgung heute

Organisation

# Wer ist zuständig für die ambulante Versorgung?



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

> Über den G-BA Themen Richtlinien

2004

vorher diverse  
Ausschüsse

Startseite // Über den G-BA // Wer wir sind // Mitglieder

## Mitglieder

Das Beschlussgremium des G-BA, das Plenum, setzt sich aus 13 stimmberechtigten Mitgliedern zusammen:

- ein unparteiischer Vorsitzender
- zwei weitere unparteiische Mitglieder
- fünf Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)
- fünf Vertreter der Leistungserbringer (KBV, KZBV und DKG)

Patientenvertreterinnen und -vertreter besitzen ein Mitberatungs- und Antragsrecht, jedoch kein Stimmrecht.

„Bänke“

Gemeinsame  
Selbstverwaltung



GKV Ärzte

Über 100jähriger „Modus“

**1955** - **Behandlungsmonopol niedergelassene Ärzte:** Krankenhäuser dürfen keine ambulante Versorgung erbringen

**1930er** - Krankenkassen teilen sich endgültig in GKV und PKV  
- GKV-Kassen, Kassenärztliche Vereinigungen & Ärztekammern werden Körperschaften des öffentlichen Rechts  
- GKV-Kassen zahlen Gesamtvergütung an Kassenärztliche Vereinigungen und geben bis heute die Verantwortung für die innerärztliche Verteilung und damit für die medizinische Prioritätensetzung an Ärzte ab.

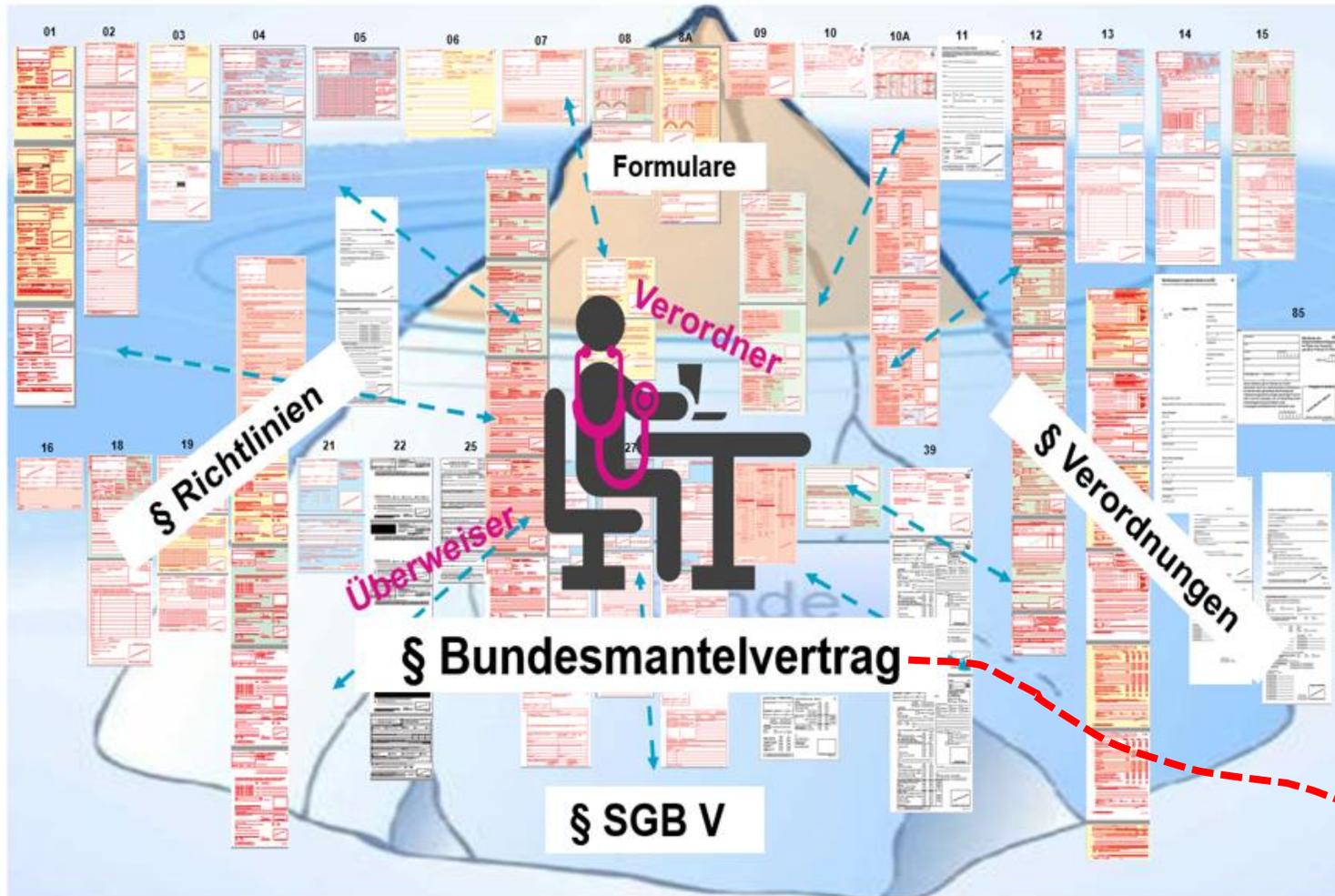
Der heutige Hausarztmangel ist u.a. eine langfristige Folge ärztlicher Verteilungskämpfe (>Allgemeinmedizin hat wenig Ansehen innerhalb der medizinischen Disziplinen, noch weniger Ansehen hat die Geriatrie als „Schmuddelecke der Inneren Medizin“ (O-Ton eines Geriaters)

**1913** *Selbstverwaltung Ärzte & Krankenkassen beginnt mit „Berliner Abkommen“ > erste Kollektivverträge*

**1883** Einführung Versicherungspflicht Beginn Systemwerdung Krankenversicherung  
(es gab zu der Zeit schon rd. 24.000 Krankenkassen)



# Hausarzt\*in ist „Kommandohöhe“ der ambulanten Versorgung



**Hausarzt ist „Nadelöhr“  
der Versorgung**

(> Verordnung für andere Berufe,  
Überweisungen, etc.)

Diese Regeln sind v.a. im  
Honorarsystem (Kollektivvertrag)  
festgeschrieben.

**„bundeszentralistischer“  
Kollektivvertrag**

# Ärztliche Honorarsysteme lassen andere Berufe nicht aus ihrem Griff

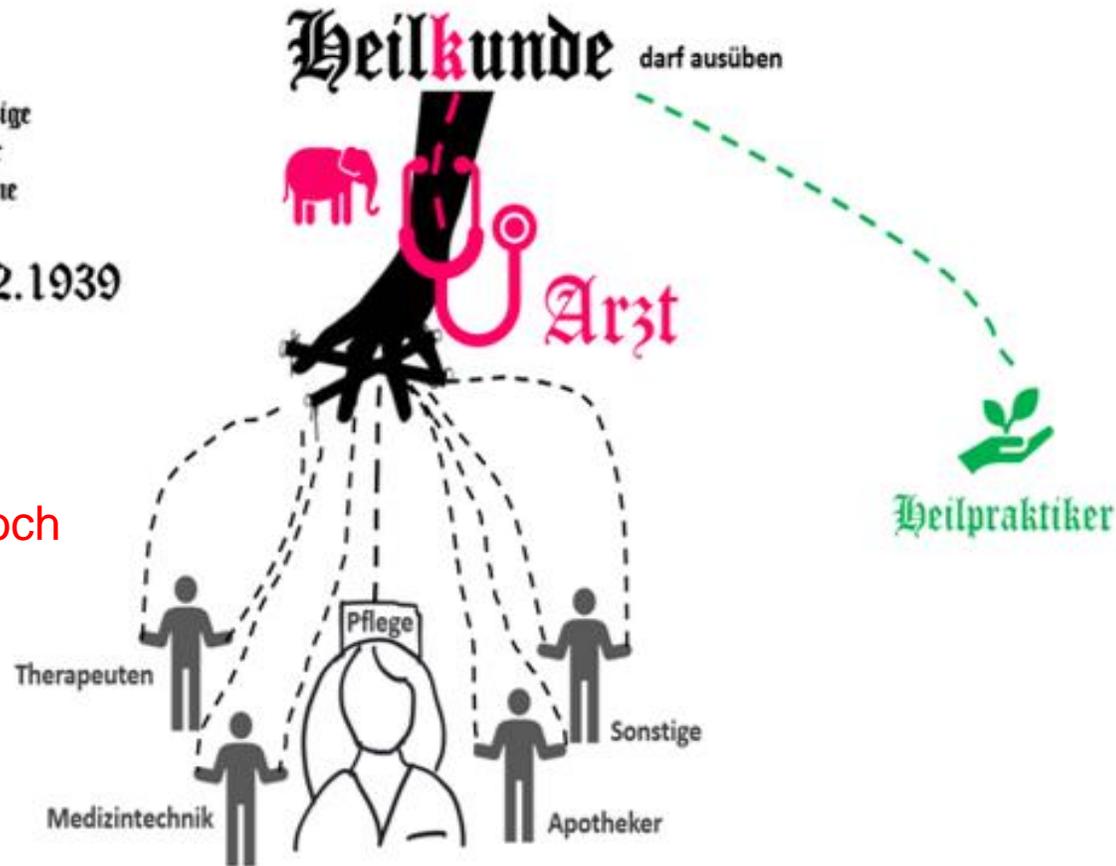
## Binär-Code der Versorgung: ärztlich / nicht-ärztlich aus 1911\* & 1939\*\*

„nicht-ärztlich“ bedeutet, alle anderen Berufe „dienen“ dem Arzt als Assistenzberuf

\*\* Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung vom 17.02.1939



gilt immer noch



1. „Heilkundebegriff“  
verharrt in alter Zeit:  
„Reparatur durch Arzt“

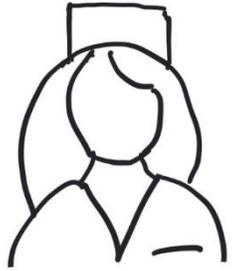
2. Gesundheitssystem ist „arztkonfiguriert“  
und „arzdramaturgiert“

- ärztliche Diagnostik
- ärztlich befundet
- ärztlich verordnet
- ärztliche verantwortet
- ärztlich verdient

\* Reichsversicherungsordnung (RVO) Im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) sind fast alle Bestimmungen zur gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland zusammengefasst. Es trat am 1. Januar 1989 in Kraft. Von 1912 bis 1988 war die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hauptsächlich im zweiten Buch der Reichsversicherungsordnung (RVO) geregelt.



# Das dauerhafte Dilemma der ambulanten Pflege



## Ansehen als (weiblicher) „Liebesdienst“

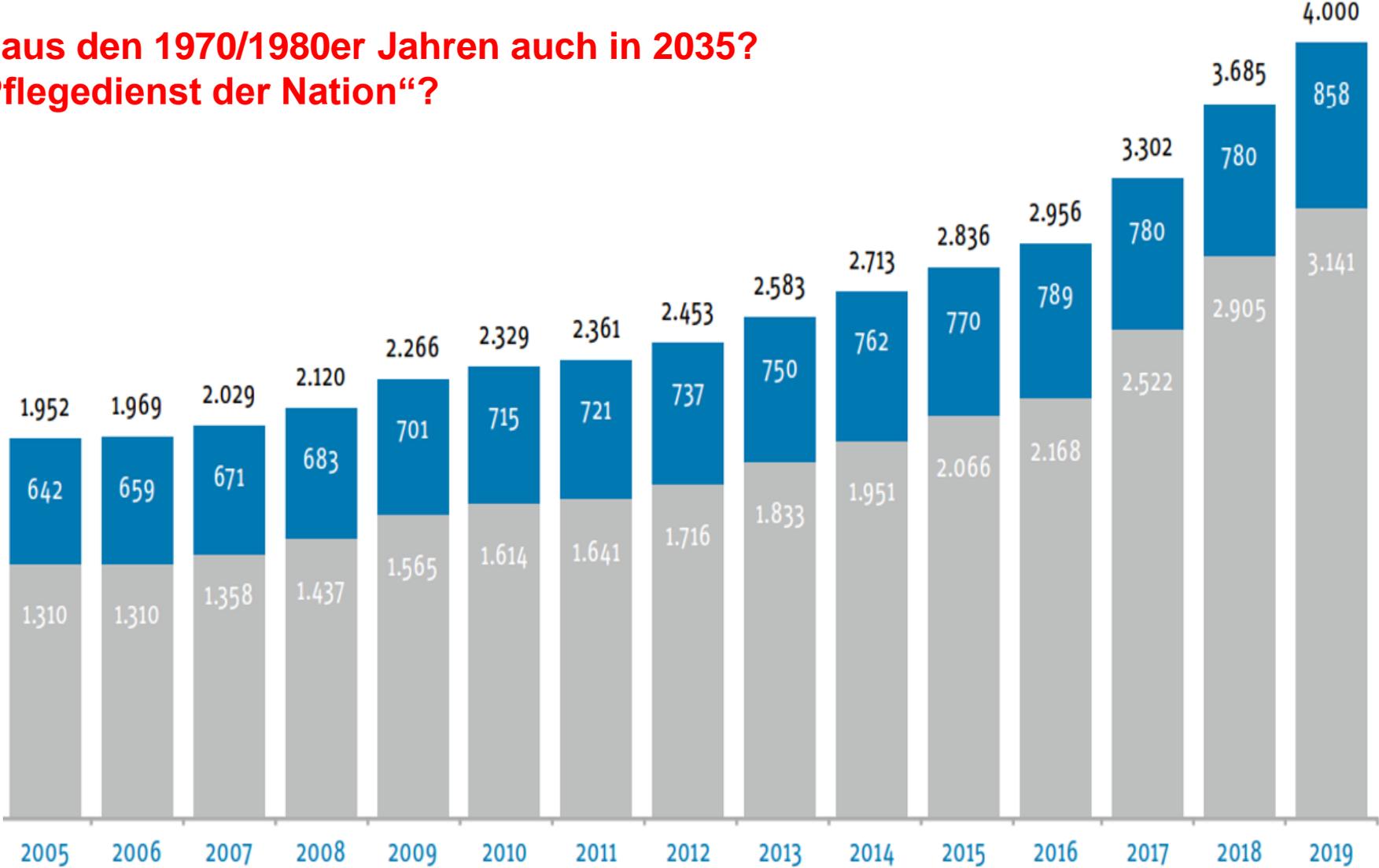
- Vom „System“ nach wie vor als **Arztassistenz** platziert  
(v.a. Häusliche Krankenpflege über Verordnungsmuster 12)
- Pflegeversicherung hat Kompetenzprofil der Pflege sozialrechtlich auf „Hausfrauenpflege“ verengt, da Ziel der Pflegeversicherung im Entwicklungsdenken der 1970er/1980er Jahre die finanzielle Entlastung der Kommunen war (Angehörige werden „Pflegedienst der Nation“ machen, v.a. Frauen). Ziel war damals nicht, professionelle Pflegesettings zu gestalten. Das alte konservative „Verhausfraulichungsportfolio“ macht den Pflegeberuf für Männer wenig interessant.
- Pflegebedürftigkeitsbegriff ist immer noch vor allem „körperlich“ und auf Versorgung einer Unselbstständigkeit des Pflegebedürftigen ausgerichtet.
- Präventive Potenziale können nicht ausreichend genutzt werden, v.a. wegen:
  - a) Trennung „Leistungskataloge“ Kranken- und Pflegeversicherung (v.a. „Reha-Architektur“)
  - b) Versicherung bedeutet Anspruch auf individuelle Einzelleistung. Erschließung der kommunalen Sorgeräume (Caring Community) als Kollektivanspruch ist so nicht umsetzbar.
- Pflege ist „unsichtbar“ (keine Bank im G-BA / keine Pflegediagnosen systemisch hinterlegt, über die wie bei den ICDs in der Medizin die Finanzmittel verteilt werden / Vermarktlichung)

# Überwiegend wird Zuhause gepflegt

Trägt das Denken aus den 1970/1980er Jahren auch in 2035?  
Angehörige als „Pflegedienst der Nation“?

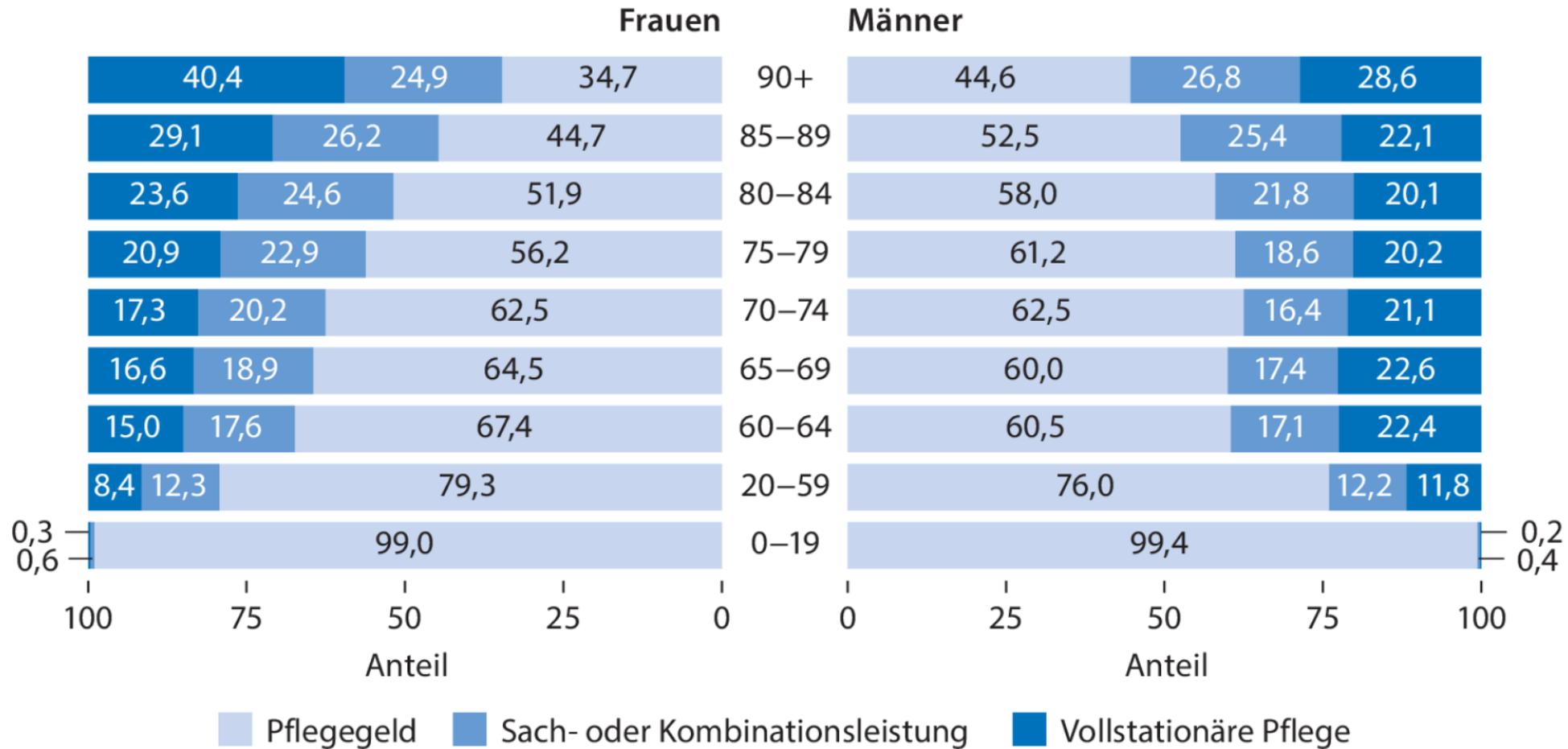
**Pflegeeinrichtung**  
rd. 780.000 Menschen

**Zuhause gepflegt**  
rd. 3 Mio. Menschen



# Überwiegend wird Pflegegeld bezogen

Anteil der Pflegebedürftigen nach Versorgungsform innerhalb der Alters- und Geschlechtsgruppen



# Pflege ist ambulant im System „unsichtbar“

- Keine „Mächte-Bank“ im Gemeinsamen Bundesausschuss (nur Ärzte auf Versorgerseite)
- Kein System der Pflegediagnosen analog ICD-System in der Medizin, um Tätigkeiten zu beschreiben (über das ICD-System wird das Honorar verteilt, Qualitätsberichte und Statistiken erstellt).
- Funktionsdiagnosen werden bislang nur im Reha-Bereich angewandt und sind im Alltag der ambulanten Versorgung genauso unbekannt wie Pflegediagnosen. Beide jedoch bilden v.a. den präventiven Bereich der Pflege ab. An dieser „Systemunwucht“ zeigt sich ebenfalls die medizinisch-ärztliche Dominanz der Systemgestaltung. Für Patient\*innen sind alle drei Sichtweisen wichtig.



*Vor 20 Jahren eingeführt*

*Mundbodenkrebs*

**Medizinische**  
**Diagnose**  
**ICD-10-GM**

*immer noch unbekannt (v.a. Pflegediagnosen)*

## **Pflegediagnose**

- Beeinträchtigte Mundschleimhaut
- Schmerzen
- Körperbildstörung
- Schluckstörung

## **Funktionsdiagnose**

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

- Einschränkungen im Alltag?
- Unterstützung Umfeld?
- Finanzielle Situation durch Krankheit?

# Pflegeversicherung gestern, heute und morgen?

Ziel:

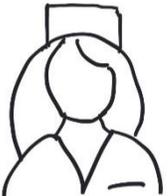
— 1980er ————— 2021 ————— 2030 ————— →



Kommunen  
finanziell  
entlasten



Frau bleibt  
zu Hause



ggf. hilft  
Pflegedienst bei  
„satt & sauber“

Die vielen Reformen der Pflegeversicherung bauen auf einem alten Leitbild auf. Auf diesem Bild steht eine immer stärker überholte „Leistungsarchitektur“.

**Die Frage ist v.a.:  
Finanzieren wir überhaupt die  
richtigen Leistungen, um den  
Menschen zu helfen?**

**Versorgungsleitbild** erneuern:

- **Erhalten der Selbstständigkeit** zum gleichwertigen Versorgungsziel neben der Unselbstständigkeit erklären
- **Integrierte** Versorgungsverträge &
- **Mischfinanzierungsmodelle** entwickeln
- **Zusammenlegung** Kranken- und Pflegeversicherung parallel dazu konzipieren und individuelle Leistungsansprüche mit kollektiven kommunalen in eine fließende Leistungsarchitektur bringen.



Pflegeversicherung entlastet, aber:

- Engführung des Pflegeberufes auf Verrichtung & Reparatur
- Fixierung auf körperliche Defizite (Pflege kann nur Unselbstständigkeit versorgen, nicht präventiv tätig sein)
- stigmatisiert Mensch zum „Pflegefall“
- Entlässt Kommunen aus Sorgeverantwortung und alle Beteiligten aus einer Verantwortung für das individuell funktionierende Pflegesetting

# „Gemeindeschwester“ ist seit 15 Jahren im „Modellmodus“

Projekten mit PL in Deutschland

Projektname	Bundesland	Zielgruppe
Regionales Versorgungskonzept Geriatrie: Gesundheits- helfer (GH) in Lippe	Nordrhein- Westfalen	Ältere und multimorbide Patientin- nen und Patienten

Projektname
Vom Heim nach H Nachbetreuung v pflege- gästen
Demenz im Krank (Dem-i-K plus)
Patientenzentrier- berger Altersmed Netzwerkarbeit (I
Mein AOK-Gesun- netz® – seelische

THEMEN DER ZEIT

## Gemeindeschwestern: Geheimwaffe gegen Überlastung und Unterversorgung

Dtsch. Arztebl. 2006; 103(44): A-2926 / B- 547 / C-2450

Korzilius, Heike; Rabbata, Samir



Newsletter abonnieren Zur Startseite

Artikel Kommentare/Briefe Statistik

Artikel aus 2006

Case Manager, integrierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte oder schlicht Gemeindeschwestern – Ärztemangel und demografischer Wandel tragen dazu bei, dass sich das Aufgabenspektrum von Krankenschwestern und Arzthelferinnen erweitert. Die Frage ist, wie weit?

Zwischen Rügen und dem Erzgebirge war sie so bekannt wie Professor Brinkmann im Westen. Dabei hatte Gemeindeschwester Agnes mit ihrem Fernseh-Pendant aus dem Schwarzwald nur wenig gemein. Mit wehendem Kittel knatterte sie auf ihrem Dienstmoped über Land und half ihren Patienten in allen Lebenslagen.

Vorbild für die Kunstfigur Agnes waren die in der DDR twnischen Gemeindeschwestern. die seit



Schwester Agnes im Einsatz für ihre Patienten: Die

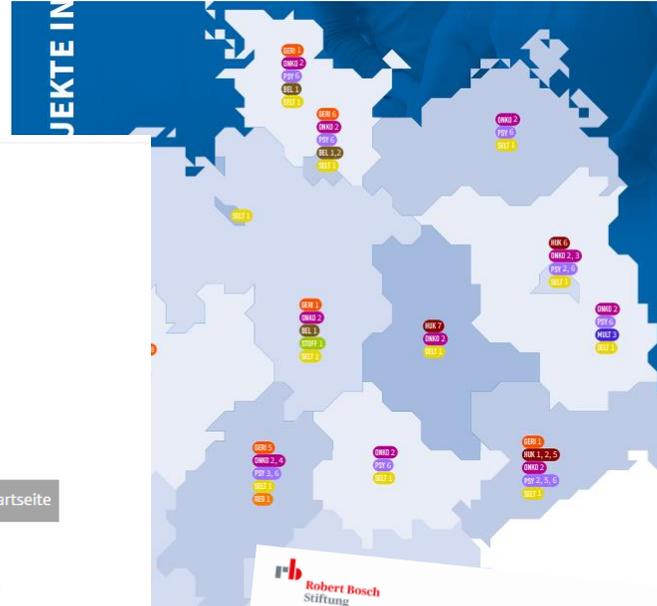
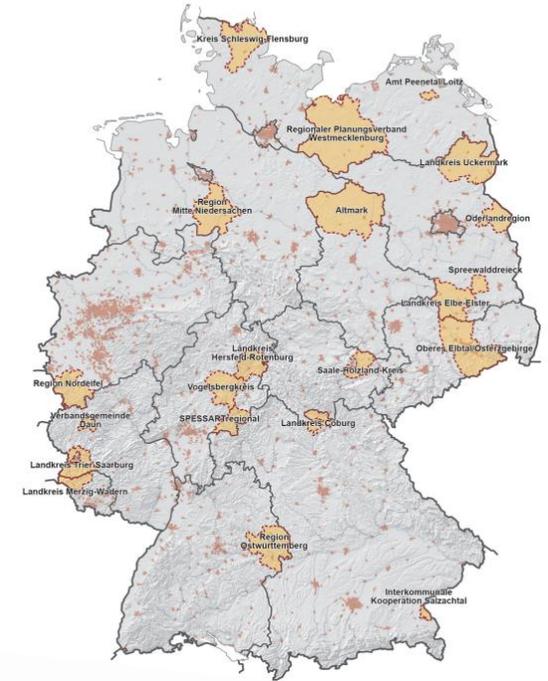


Abbildung 1: Modellregionen des MORO ArD



Robert Bosch Stiftung

WORAN WIR ARBEITEN WIE WIR FÖRDERN WER WIR SIND PROJEKTSUCHE AKTUELLES

Schriften zum Sozialrecht 61

Martin Burgi | Gerhard Igl

Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland

**Community Health Nursing (CHN)**

Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung in Deutschland

Mit dem Projekt „Community Health Nursing“ fördert die Robert Bosch Stiftung gemeinsam mit der Agnes-Karil-Gesellschaft im Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) die Etablierung eines anspruchsvollen pflegerischen Berufsbildes in Deutschland. Das im Auftrag der Robert Bosch Stiftung erstellte Gutachten „Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland“ von Prof. Dr. Burgi und Prof. a.D. Dr. Igl stellt dabei einen Meilenstein dar. Zum ersten Mal werden die rechtlichen Voraussetzungen und Möglichkeiten für die Etablierung von CHN erörtert sowie Anforderungen an künftige gesetzliche Regelungen geschildert. Das Rechtsgutachten steht als Open-Access-Veröffentlichung zum kostenlosen Download zur Verfügung.

Anzahl der Seiten: 250

Errscheinungsjahr: 2021

ISBN: 978-3-7489-2431-9

Nomos

...und jährlich / jahrzehntlich grüßt das „Projekt“... z.B. Gesundheitslotsen



Modellvorhaben, Projekte, Integrierte Versorgungsverträge, etc. werden von alten Rechtsgrundlagen „aufgespießt“

*u.a.*  
- kein zugelassener  
Leistungserbringer  
(z.B. Praxisnetz/Netzwerke)  
- Aufgabenverteilung Ärzte  
& Care- und Case Manager

*u.a.* Aufgabenverteilung  
Gesundheitsberufe /  
vorbehaltene Tätigkeiten

*u.a.* Wer haftet  
für Was in  
interprofessionellen  
Settings?

*u.a.* ist  
Versorgungs-  
management  
eine ärztliche  
Leistung?

**Vertragsarztrecht**  
u.a.

Bundsmantelvertrag,  
Abrechnungsregeln,  
Bedarfsplanung,  
Honorarverteilungsmaßstab, GOÄ

**Berufsrecht**  
u.a.

Berufsordnungen,  
Heilpraktikergesetz

**Haftungsrecht**  
u.a.

BGB,  
Rechtsprechung,  
Leitlinien

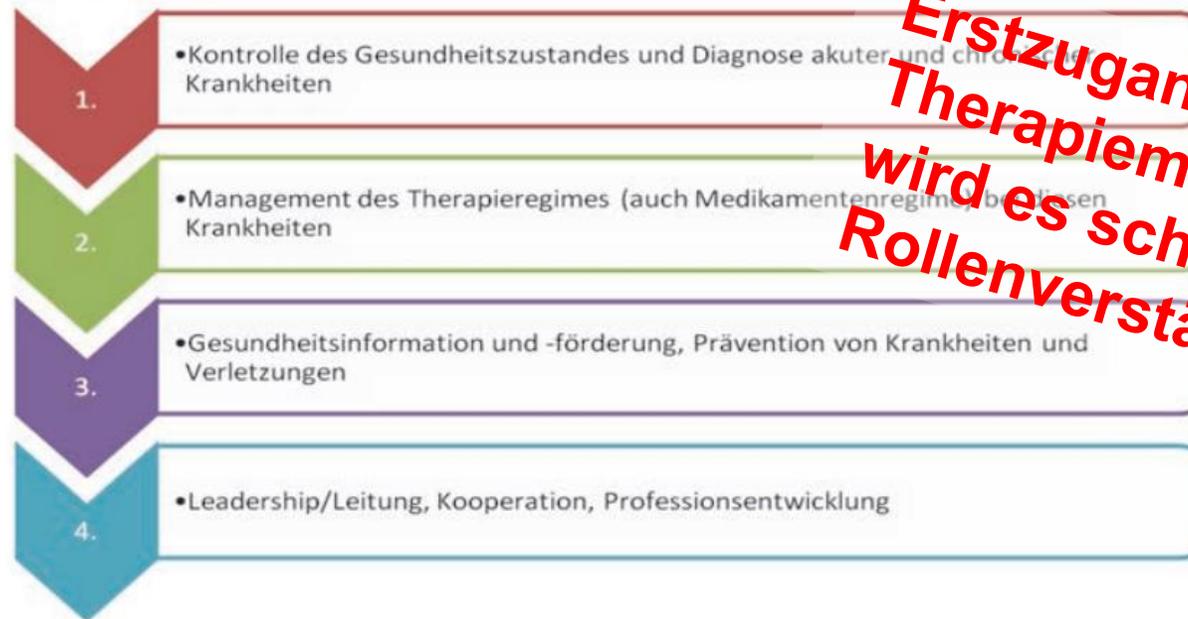
**Steuerrecht**  
u.a.

Gewerbe- und  
Umsatzsteuer

# Gemeindeschwester und Gesundheitslotsen geraten seit je her ins „Schussfeld“ der „Heilkundeübertragung“

## Erweiterte Rollen in der Primärversorgung in Deutschland

Nach internationalem Vorbild<sup>57</sup> (Schaeffer 2017) lassen sich für Community Health Nurses folgende Aufgaben und Kernkompetenzen in der Primärversorgung in Deutschland skizzieren:



**Erstzugang, Vorbefundung, Therapiemanagement etc. – da wird es schwierig mit einem neuen Rollenverständnis...**

Abb.5: nach Schaeffer 2017

1. Die Nurse Practitioner mit der Schwerpunktsetzung Primary Health Care/Community Health Nursing sind für große Teile der medizinischen Grundversorgung

# Neue Aufgabenteilung muss vor allem Teamstrukturen fördern



...teamorientiertes Arbeiten braucht neue Haftungs- und Wirtschaftlichkeitsregeln

# Reha-Architektur ist überholt (sozialrechtlich erstarrt)

## Reha-Architektur bislang



Neue Versorgungsverträge müssen Mobilisation patientenorientiert in die Versorgung „einflechten“ – anders gesagt: einen alten Patienten kann man nicht 3 Wochen aufs Rad in der Rehaklinik setzen und dann ist alles wieder gut

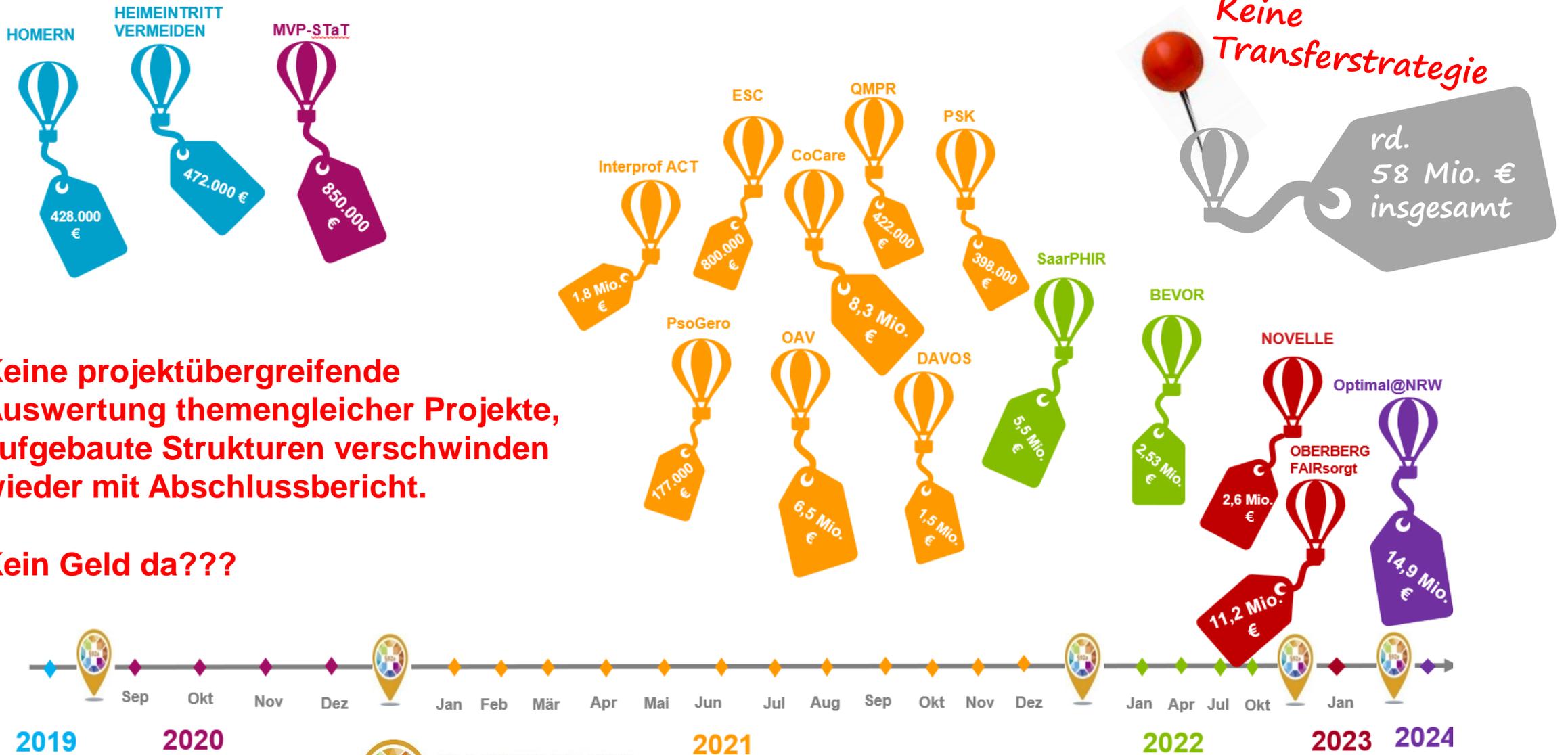


## Neu

Ältere & chronisch Kranke benötigen flexible Mobilisierungskonzepte



# Aktuell: Innovationsfonds der GKV – Projekte Optimierung Pflegeheimversorgung



# Verantwortung? Sie brauchen einen Pflegedienst...



75-jährige Frau ruft bei einem Pflegedienst an:

**„Mein Mann ist 83, er hat Pflegegrad 4, ich schaffe die Pflege nicht mehr alleine, morgens brauche ich Hilfe, um ihn aus dem Bett zu holen“.**

„Wir sind kein fahrender Dienst.“

Pflegedienst 1:

„Vor 11 Uhr geht morgens nichts.“

Pflegedienst 2:

„Wir sind voll.“

Pflegedienst 3:

**Mehr Pflegedienste gibt es nicht.**

# Wer löst Ihr Versorgungsproblem?

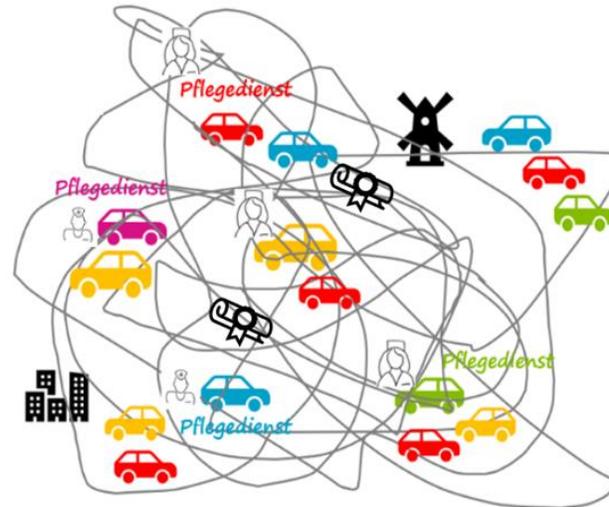
- a) Hausarzt\*in
- b) Pflegestützpunkt
- c) Pflegekasse
- d) Stadtverwaltung
- e) Gesundheitsamt

# ...Niemand ist zuständig

## Getrennte Zuständigkeiten



„Sicherstellungsauftrag  
&  
Daseinsvorsorge“



Heute:  
Tourenplanung ambulante  
Pflegedienste ...erfolgt nicht  
nach regionalen sinnvollen  
Wegen...**morgens um 8 Uhr**  
**kann keiner kommen...**

# Ärztliche „Routineversorgung“ in Pflegeheimen

## Historisches ärztliches Organisationsmodell „Schmetterling“



Wem sind unnötige  
Krankenseinweisungen  
„zuzuschreiben“?

Arzt oder Pflegeheim?

Ärztliche „Besuchsroutinen“ sind für Pflegeheime nicht mehr zu managen  
(Über-, Unter- und Fehlversorgung) / Keine Zusammenarbeit möglich

# Historisch erwachsene Paralleluniversen

## Pflegeheime



## Niedergelassene Ärzte



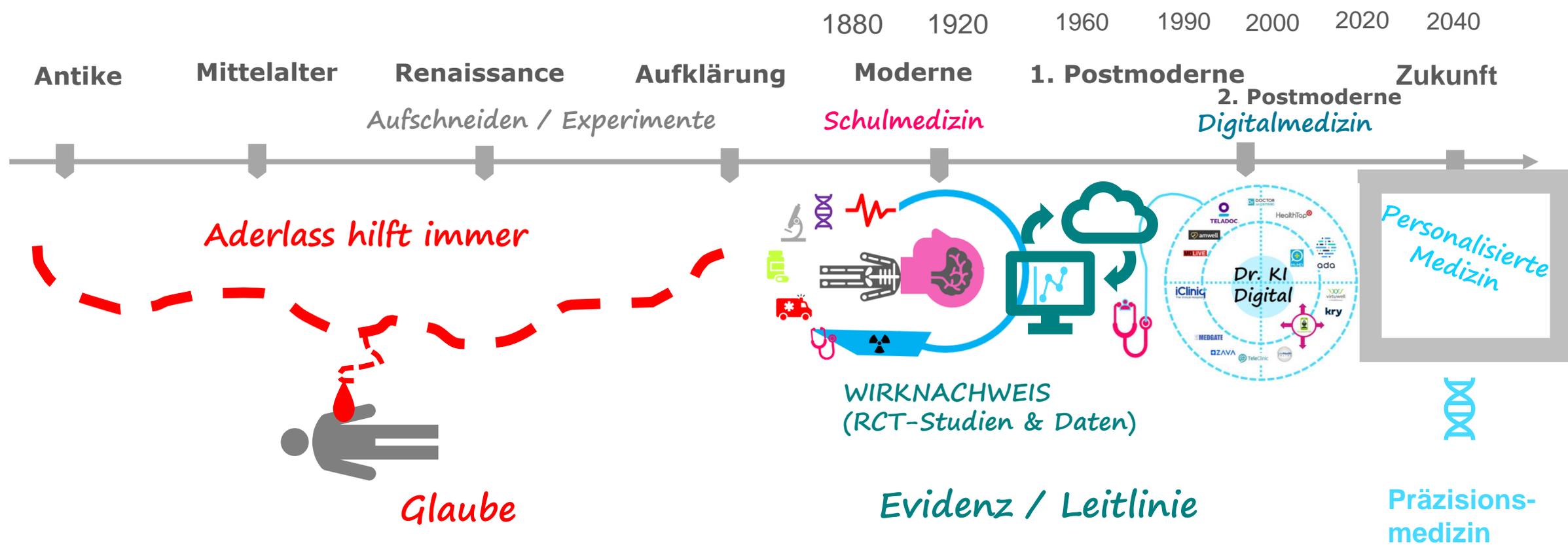
**Gemeinsames Besprechen oder gar vorausschauende Versorgungsplanung (Advance Care Planning) insbesondere schwieriger Versorgungssituationen unmöglich.**

Pflegeheime sind z.B. zuständig für ausreichende ärztliche Versorgung ihrer Bewohner\*innen, haben aber keine „Handhabe“ gegenüber den Ärzt\*innen. Keine der jüngeren Reformen hat dies wirklich verändert (z.B. 119 b Vertrag SGB V)

# Ambulante Versorgung heute

Medizin

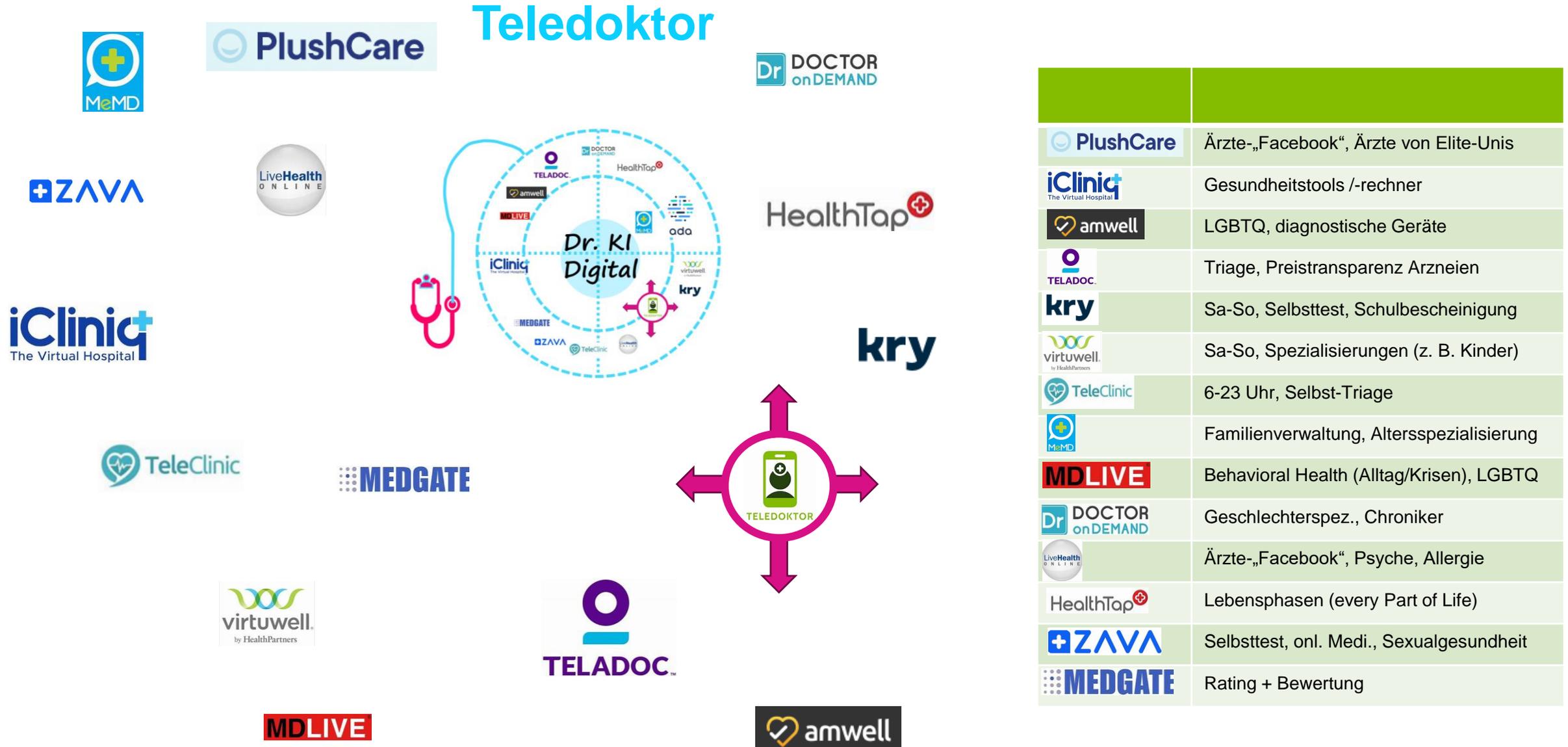
# Medizinisch-technischer Fortschritt wird immer schneller



Wofür z.T. Versichertengelder in der ambulanten Versorgung eingesetzt werden ist unklar, weil keine Versorgungsergebnisse gemessen werden, obwohl die Datenverarbeitung uns inzwischen immer mehr Möglichkeiten gibt. Der medizinische Fortschritt in den Universitätskliniken ist rasant, allerdings werden neue Therapieansätze die Menschen aufgrund der unzureichenden ambulanten Versorgungsorganisation nicht gut genug erreichen, da hierfür ein funktionierendes Zusammenspiel vieler im ambulanten Bereich notwendig ist.



# Digitalisierung verändert ärztliche Versorgungspraxis und Abläufe



# Rolle des Arztes verändert sich mit der Digitalisierung



**Technik übernimmt  
ärztliche Tätigkeit  
(z.B. Radiologiebefundung)**



**Patienten sind informierter /  
erheben selbst Gesundheits-  
daten > Praxisbesuch entfällt  
(v.a. Wearables)**



**Versorgerkreis ist erweitert**

# Ärztliches „Betriebsmodell Arztpraxis“ verändert sich zur Anstellung

~ 1900 - 2006  
Dominanz  
selbstständig in  
Einzelpraxis



\*2006 Vertragsarztrechtsänderungsgesetz

2006 – 2020er  
Dominanz  
selbstständig in Einzelpraxis +  
Entwicklung Anstellung



2020er – 2040er  
Dominanz Anstellung +  
Mischformen Arbeitgeber



- Work-Life- Balance (geregelte Arbeitszeit)
- Keine langfristige (Investitions) Bindung an Praxissitz
- Flexible Berufsausübungsmöglichkeit
- Integriert mit anderen Gesundheitsberufen arbeiten
- Abgabe Managementaufgaben (Personal, Betriebswirtschaft, Datenschutz, Versorgungsmanagement, etc. – einfach nur Arztsein)

# Ambulante Versorgung heute

Finanzierung

## Herausforderung der Zukunft:

Die Hauptversorgung bei rasendem medizinisch-technischen Fortschritt für alle finanzierbar zu halten.

1. Bei Diagnostik und Therapie  
Kosten-Nutzen-Analysen
2. Ergebnisqualität datengestützt messen
3. Versorgungsorganisation  
elementar zu verbessern.
4. Poolfinanzierungen entwickeln



unbegrenzte  
Möglichkeiten

## 2. Gesundheitsmarkt

Selbstzahler (z.B. IGeL-Leistungen)

## 1. Gesundheitsmarkt

**solidarisch finanziert**

# Pflege „ist“ nicht nur am Ende tätig



Pflege ist kein „Endzustand“, sondern „überall drin“

Realisierung Selbstständigkeit & Teilhabe (präventiv)

Ausgaben Gesundheitsversorgung  
Chronische Erkrankungen

Klinisch-körpernahe Pflege

Management Chronikerversorgung

Rente



# Finanzierung ist an Wachstum gekoppelt...unbegrenzt?



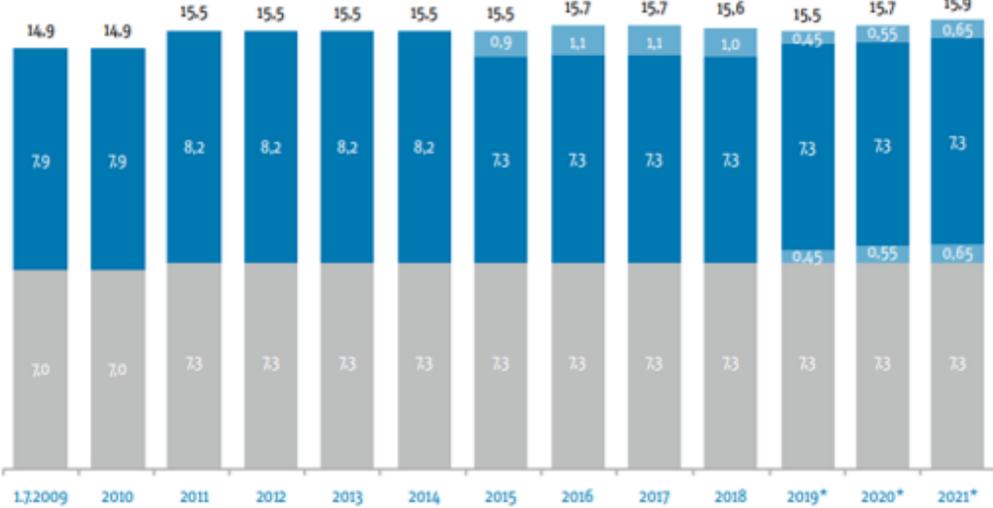
Wirtschaftsentwicklung

## Beitragssatz

14% - 16 %

Versicherte  
+ Zusatzbeitrag

Arbeitgeber  
+ Zusatzbeitrag



2009 - 2021



GKV  
2021

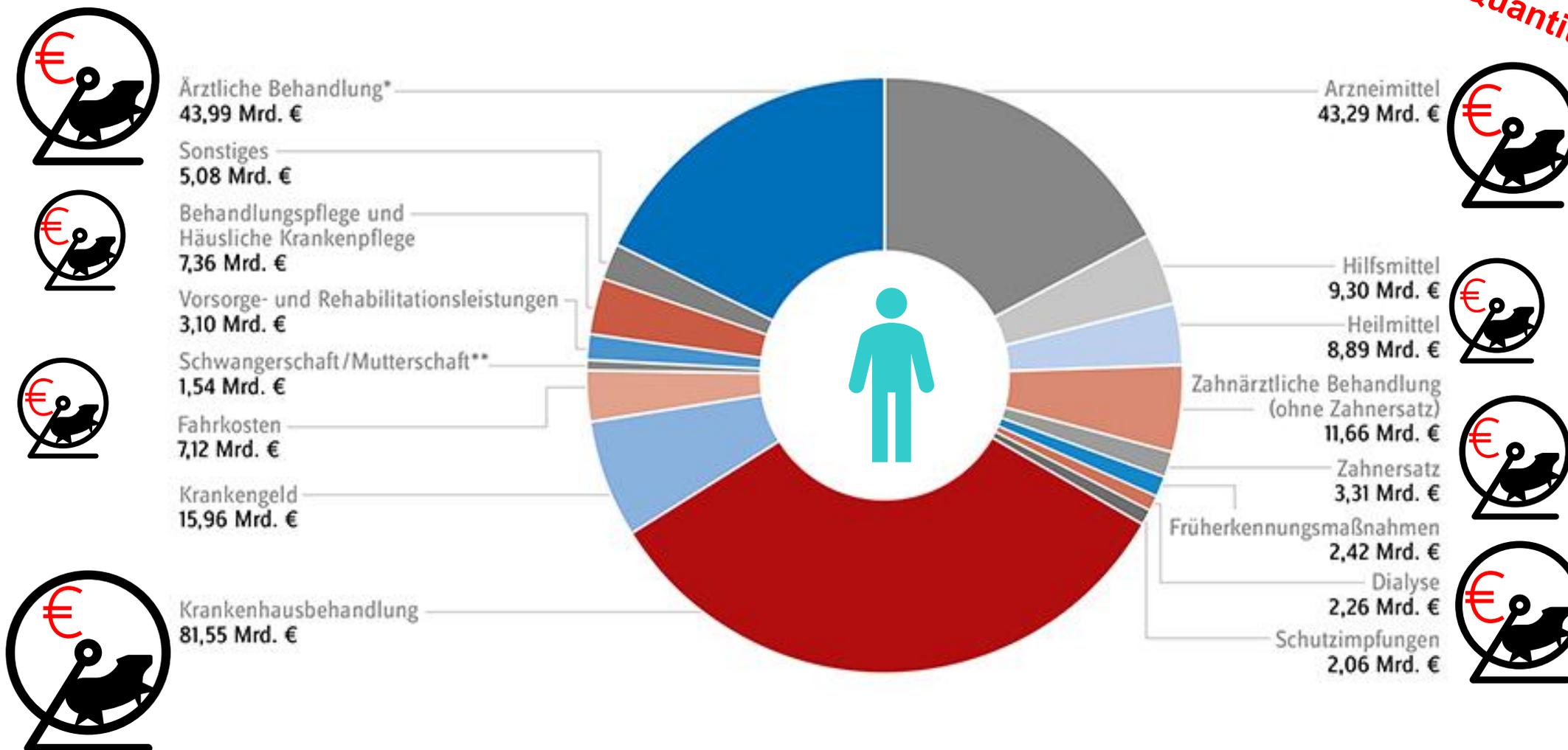
Einnahmen  
260 Mrd. €

Ausgaben  
263 Mrd. €

# Versorgung wird sektoral verhandelt

Patient und Versorger sind in starre getrennte „Hauptleistungsbereiche“ eingeteilt und Ausgaben werden sektoral ohne Messung der Versorgungsqualität „gesteuert“

  
Honorarsysteme  
reizen **Quantität** an



# Historisches Verwaltungshandeln kann komplexe Versorgung nicht gestalten



## Zwiebelmusterverträge 1911

nach Art der Reichsversicherungsordnung

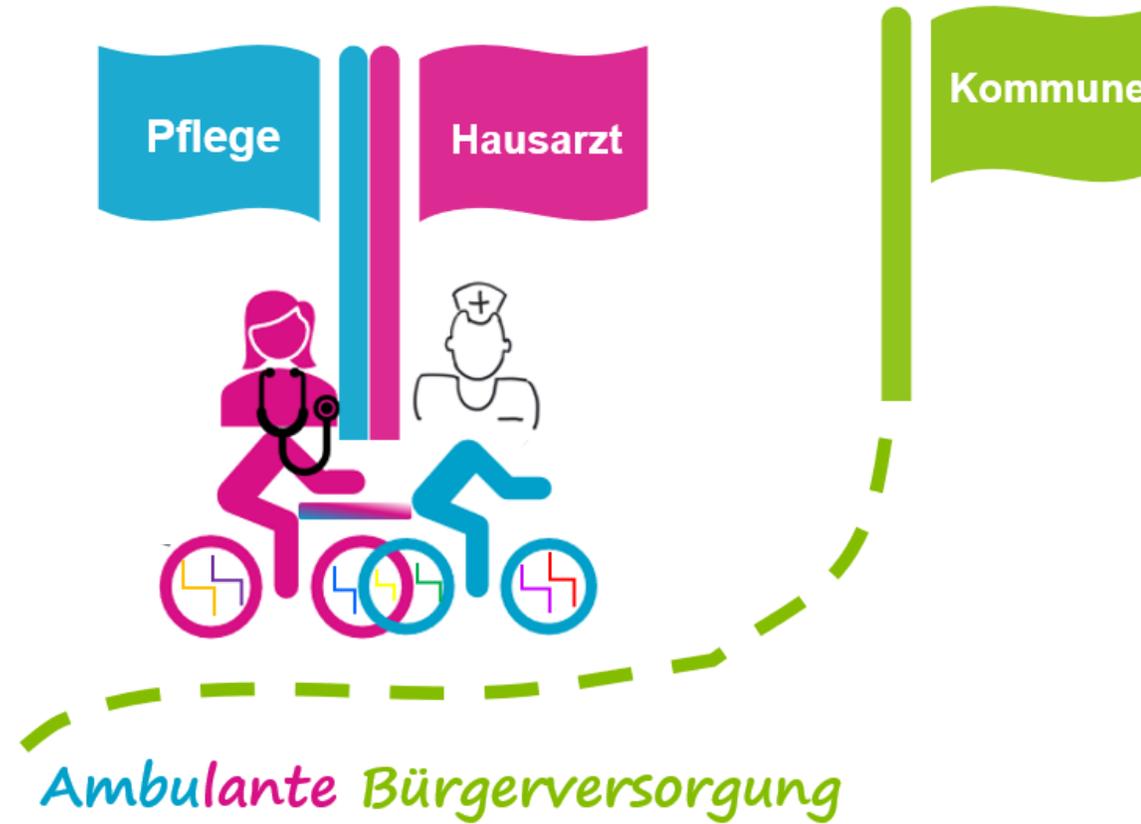
- z.T. mehrjährige Anhörungsverfahren betroffener Interessensverbände
- Erarbeitung der Sachverhalte über „leblose“ schriftliche Stellungnahmeverfahren
- Keine praktischen Pilotierungen mit gezielter Evaluierung und Skalierung (kein iteratives Entwicklungsdenken)
- Schiedsverfahrensystem führt zu Kompromissen auf kleinstem Nenner, d.h., Verlust von Qualität (Qualifikation sollte nicht „verschiedsbar“ sein!!!)
- System muss alle Versorger\*innen „bedienen“ > Kontrahierungszwang und kaum Möglichkeit des Ausschlusses aufgrund schlechter Leistungen (da Versorgungsergebnisse nicht nachgehalten werden).

# Ambulante Bürgerversorgung

morgen

# Was ist die ambulante Bürgerversorgung?

Sozialraumbezogene Grundversorgung mit Hausarzt & Pflege im Tandem



# Leitbild: 2040 Integrierte Versorgung als ambulante Regelversorgung

## Das heißt:

1. Sozialraumbezogene Daseinsvorsorge und gemeinsam verantwortete Sicherstellung der Versorgung durch Shared Leadership (Gebietskörper (Land/Kommune), Kranken- und Pflegekassen, Kassenärztliche Vereinigung, Pflegevertretung)
2. Gesundheitsregionen werden Zielstruktur der Versorgungsplanung und Versorgungsorganisation
3. Versorgungsplanung erfolgt integriert (stationär, Arztstze, stationäre und ambulante Pflege, Therapeuten)
4. **Integrierte Versorgungsverträge**
  - **Tandem-Vertrag** aus Hausarzt- und Pflegeversorgung
  - **Kommunaler Zentralvertrag** (Circle-Line-Vertrag) zwischen Kommune und Tandem

## Neue Versorgungsformen bringen zwei „Dinge“ mit sich

Praktisch (empirisch) gestützte Vorbereitung der Zusammenlegung von Kranken- und Pflegeversicherung.

EXIT- & Transformationsstrategie für PKV-Unternehmen.

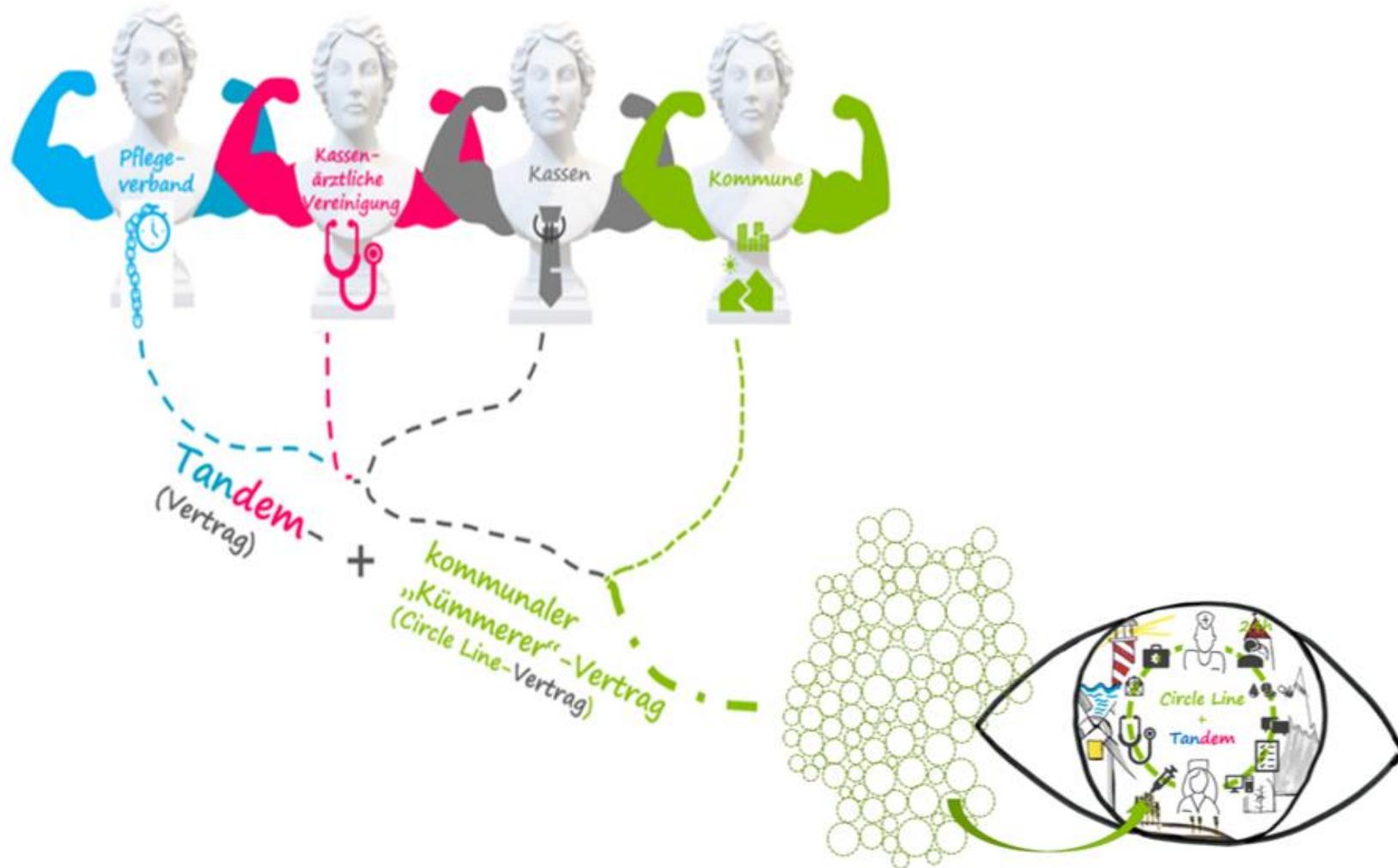
# Leitbild: 2040 Integrierte Versorgung als ambulante Regelversorgung

## Das bedeutet:

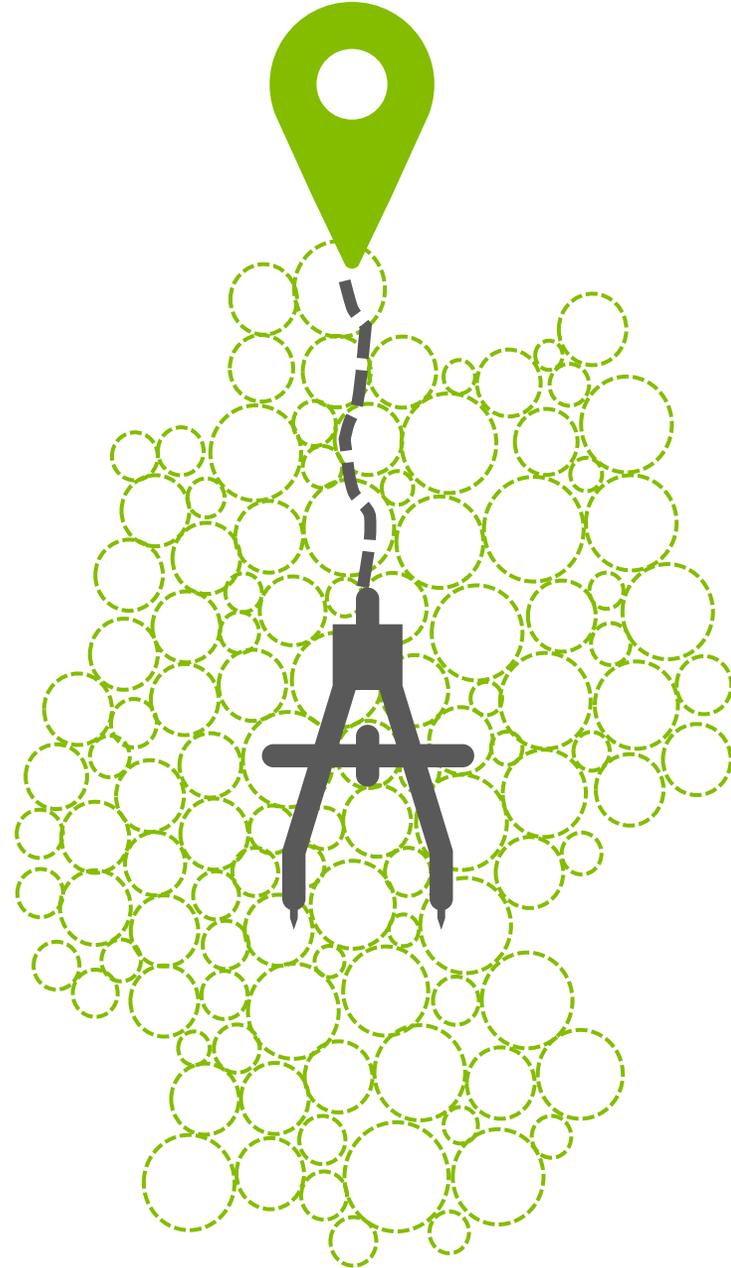
- a) Shared Leadership braucht eine institutionell verankerte Gremienstruktur. Die bisherigen Ansätze (v.a. 90a SGB V) reichen nicht aus.
- b) Zielgerichteter Einsatz und Zusammenführung der vielfach vorhandenen Datenexpertisen für integrierte Versorgungsstrukturplanung (Kommune, Land, Bund, Selbstverwaltung) und Versorgungsvertragscontrolling.
- c) Die vorhandene Ausschüsse insbesondere auf Landesebene zu integrierten Regionalvertragsausschüssen entwickeln zwecks Entwicklung der kommunalen Zentralverträge (Circle-Line) und der Tandem-Verträge.
- d) Innovationsgesetz für Strukturentwicklung in der Gesundheits- und Pflegeversorgung:
  - Gesundheitsregionen nachhaltig (nicht als Projekt) in die Zukunft hinein entwickeln (Beginn mit „First Mover“ und anschließende Übertragungen)
  - Vorhandene Fördermittel zielgerichtet einsetzen
  - Übergreifendes Regionen- und Wissensmanagement

# 1. Sozialraumbezogene Daseinsvorsorge

Neue Zielstruktur: Shared Leadership & regionale Versorgungsverbünde

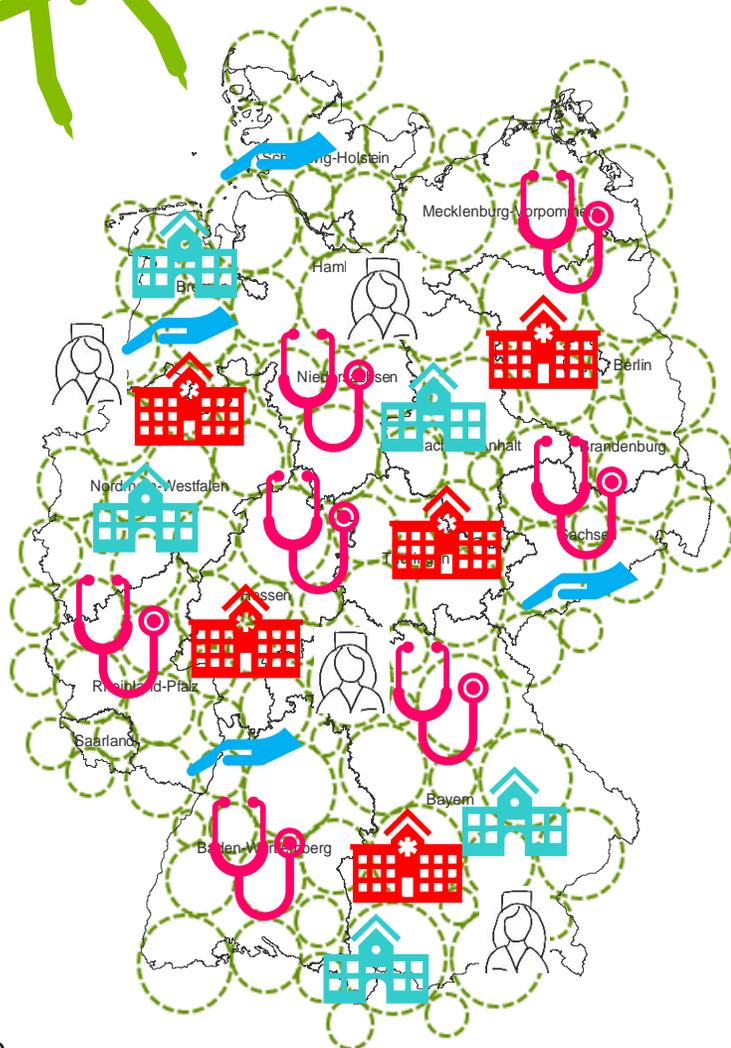


## 2. Gebietskörper wird Zielstruktur der Versorgungsgestaltung



# 3. Integrierte Versorgungsstrukturplanung

## Gesundheitsregion als Bezugsrahmen der integrierten Planung



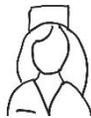
**Niedergelassene Ärzte /  
in allen Betriebsmodellen**



**Krankenhäuser**



**Pflegeheime**



**Ambulante Pflege**



**Therapeuten**

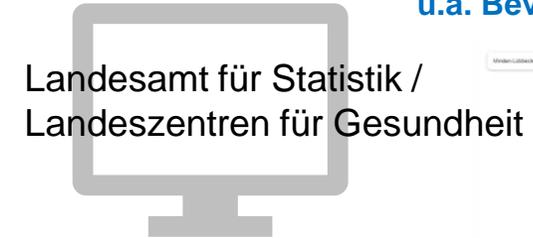
Bundesebene



**u.a. Qualitätssicherung**

**Krankheiten (Epidemiologie)**

Landesebene

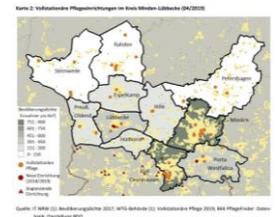


**u.a. Bevölkerungsentwicklung**

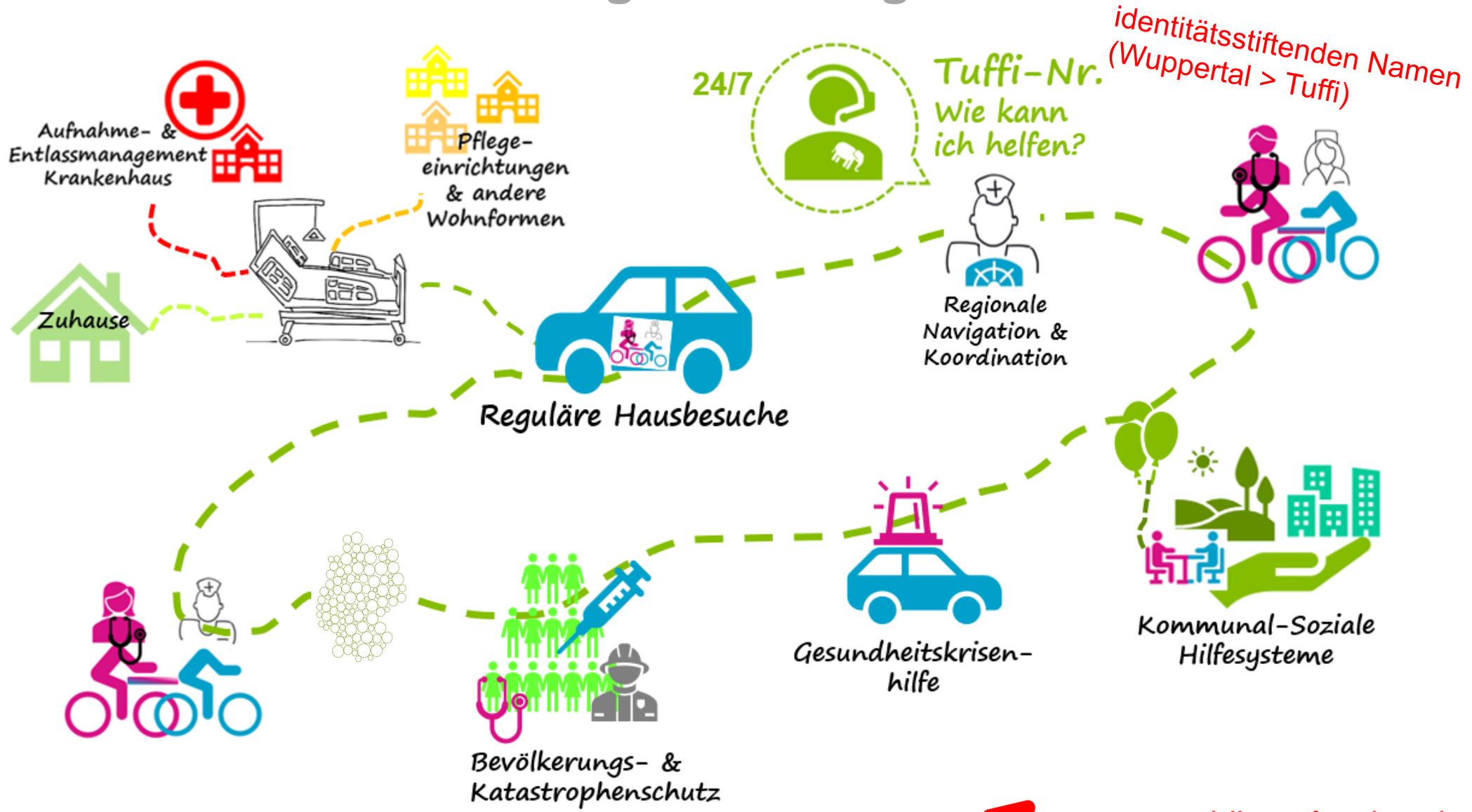
Kommune



**u.a. kleinräumige Darstellungen**



# 4. Tandem + Kommune organisieren gemeinsam



identitätsstiftenden Namen (Wuppertal > Tuffi)



v.a. stabile aufsuchende fachärztliche Versorgung (Virtuell + Präsenz)

# 4. Hausarzt + Pflege „managen“ die Grundversorgung im „Tandem“

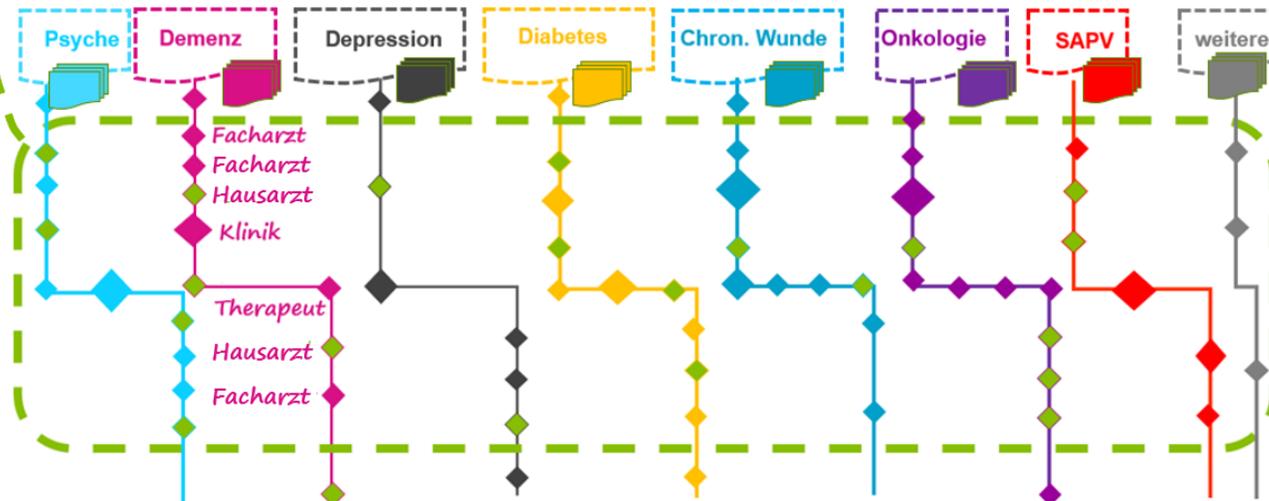


Integrierte Versorgung als Regelversorgung



Tandem verbindet  
Spezialisten & kommunale  
Hilfesysteme

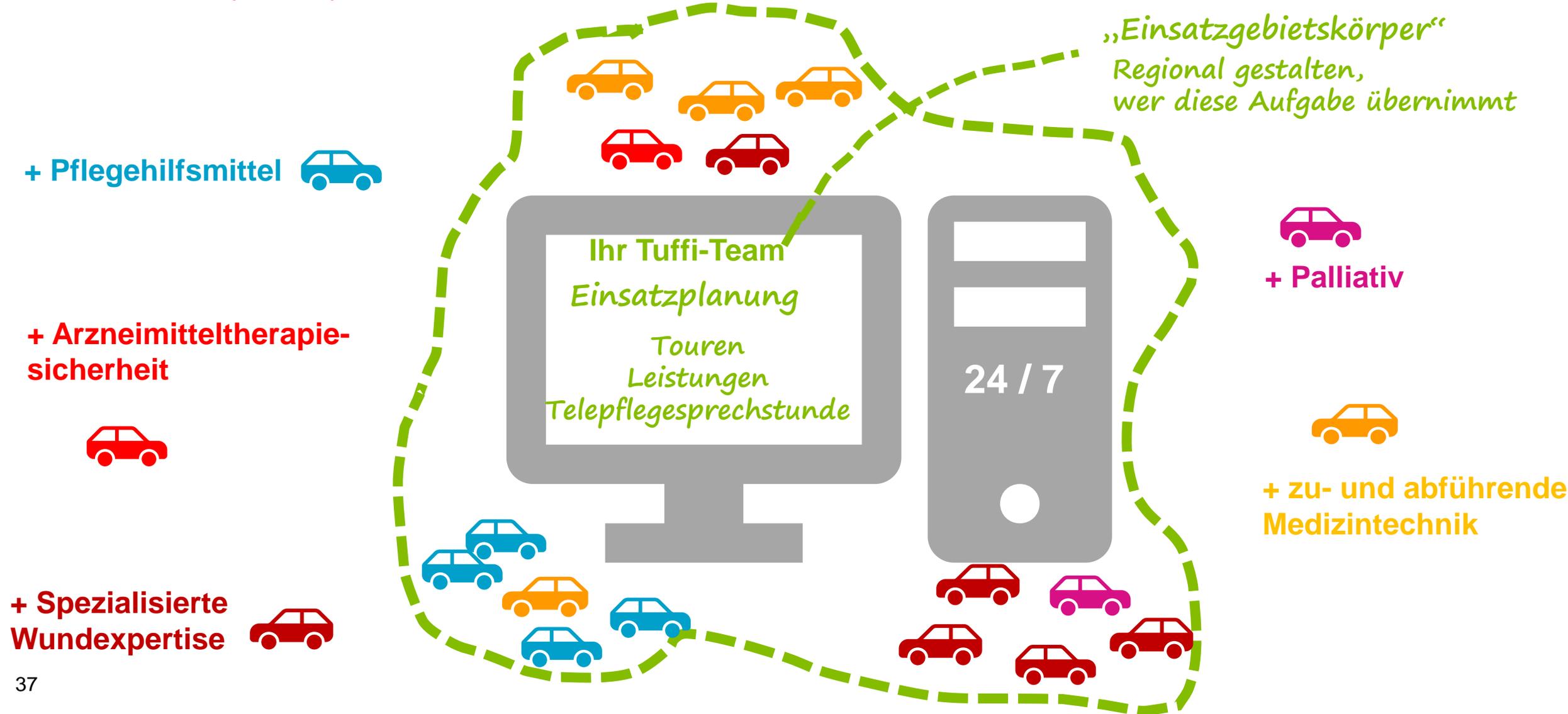
Chronikerversorgungsmodule (Patientenpfade)



**Strukturierte  
Chronikerversorgung  
statt  
„Quartalsabrechnungsmedizin“**

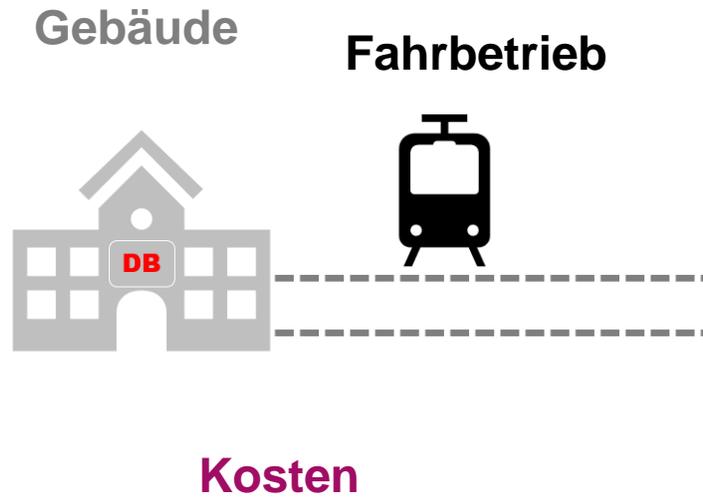
# 4. Ambulante Pflege: Touren und Leistungen abstimmen

Allgemeine und hochspezialisierte Aufgaben und Kompetenzen müssen für eine qualitativ hochwertige, wirtschaftliche und für alle zufriedenstellende Versorgung regional organisiert werden. Heute fahren alle Pflegedienste „kreuz & quer“ und jeder hat ein „bisschen Spezialexpertise“.



# Komplexe Versorgungsverträge in 3D (mehrdimensional) gestalten

## Klassifikationssysteme regelmäßig einführen!



Medizin



Pflege



Funktionen &  
Behinderung



Es macht keinen Sinn, nur das  
Bahnhofsgebäude zu planen und dann  
zu gucken, welcher Zugverkehr kommt.

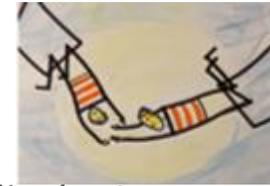
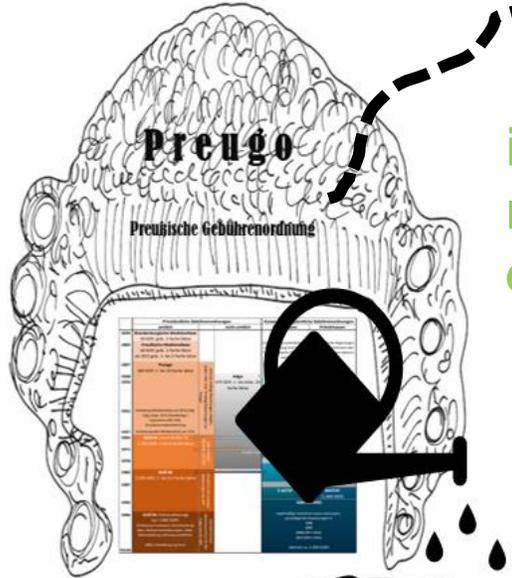


In der ambulanten Versorgung zählen wir bislang nur  
Arztstühle (=wir bauen nur Bahnhofsgebäude).

# Das große Rad drehen!

## Honorarumbau

in Echtregionen  
nach und nach  
entwickeln



### Kalkulationspraxen

- Vereinheitlichung EBM + GOÄ
  - Ausrichtung an Qualität
  - Leistungsgerechtigkeit
  - Steuerungswirkung
  - Ambulantisierung
  - Integrierte Leistungen
  - Neue Honorarempfänger
  - Datengestützte Regulatorik statt Verhandlungsregime
  - Regionalität vs Zentralismus
  - Integrierte Verantwortungs- / Planungs- und Kalkulationsgremien
  - Forschung & Abrechnung verbinden
  - Dynamische Aktualisierung
  - Zeitnahe / transparent Abrechnung
- **Kopfpauschale**
  - **Fallpauschale**
  - **Komplexpauschale**
  - **Einzelleistung**
  - **Budget**
  - **Eurobeträge**
  - **Anstellung & Gehalt**
  - **Kombinationen**

s. KOMV-Gutachten  
2019

# Pflegeheimversorgung: Struktur- und Prozessinnovationen müssen übergreifend entwickelt werden

2016  
2017  
2018  
2019  
2020  
2021  
2022  
2023  
2024  
2025

Projekt-  
ebene

TRANS-  
FER

## Kooperationsstrukturen

**Bildung Versorgeteams**

Hausärzte	S t a n d a r d s  K o o p e r a t i o n e n	✓ Verfügbarkeit
Fachärzte / Psych. / Zahn		✓ Erreichbarkeit
Therapeuten		✓ Feste Ansprechpartner
Apotheken		✓ Gemeinsame Visiten
Palliativ- und Hospizdienste		✓ Elektronische Fallakte
		✓ Videosprechstunde
	✓ Gemeinsame Behandlungsziele	
	✓ Mitbehandlung fremder Patienten	
	✓ Etc.	

- Einteilung Ärzte in Versorgeteams im gesamten KV-Bereich zur Verfügbarkeit von Haus- und Fachärzten für alle Pflegeheime

- Freie Arztwahl neu definieren
- Heimversorgungsverträge, z.B. als kollektive Selektivverträge mit Struktur-, Prozess-, Erfordernissen, eigener Vergütung + Prüfregele

## Krankenhaus vermeiden

**Analysen + Empfehlungen**

- Ursachen
- Kosten
- Diagnosen
- Notfallalgorithmen
- Behandlungszimmer im Heim

- Katalog vermeidbarer Diagnosen festlegen
- Sektorübergreifende Notfallstandards festlegen
- Standard Behandlungszimmer im Heim

## Kompetenzerweiterung Pflege

**Klinische + org. Skills**

(weiter) entwickeln  
praktisch und akademisch

- Advanced Nursing Practice - Settings schaffen z.B. im Rahmen des KAP-Prozesses (AG 3)

## Qualitätssicherung

**Verantwortung+Indikatoren**

- Einheitliches Verständnis Institutionenübergreifend
- Verantwortungsadressat Team (Ärzte/Psych +Pflege)
- Entwicklung Indikatoren

- Institutionalisierung Zuständigkeit diskutieren
- Verantwortungen neu definieren
- Indikatorenset (intern + extern)

## Bedarf objektivieren

**Richtgrößen**

- v.a. fachärztliche Versorgung
- Setting-spezifische Leitlinien

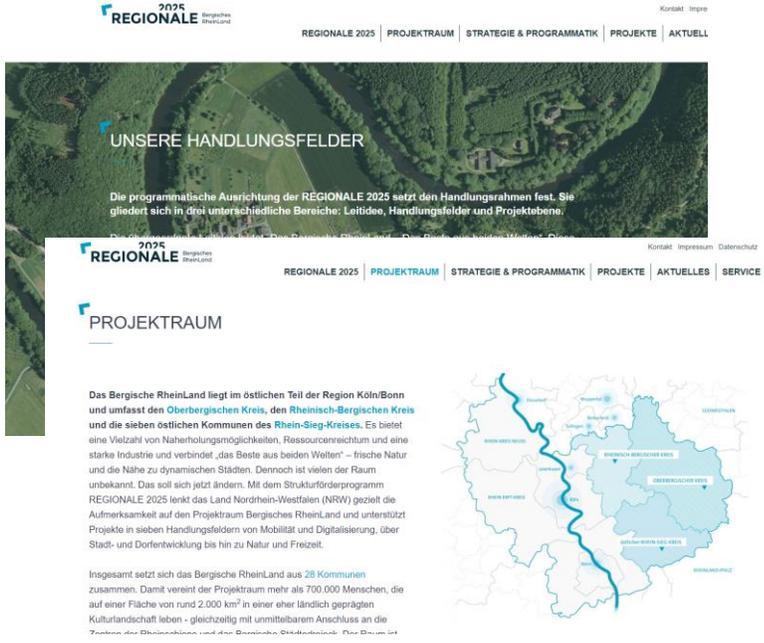
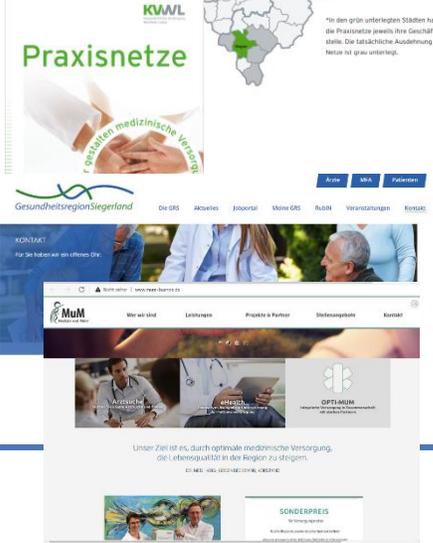
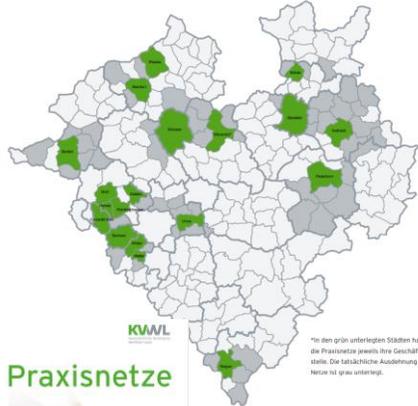
- Kennzahlen & Richtgrößen
- Settingspezifische Leitlinien

§   
Neue Heimversorgungsform

Darstellung: Laag, s. in Gesundheits- und Sozialpolitik, 2020, Heft 3

# Neue Ambulante Versorgung in Gesundheitsregionen entwickeln

Regionen und Medizinsystem haben sich z. T. schon auf den Weg gemacht. Dieser Weg muss politisch konsequent entwickelt werden. Eine moderne Versorgungsorganisation muss von „unten“ nach „oben“ entwickelt werden und dies als „Echtentwicklung“ zur Veränderung der starren alten Systeme.



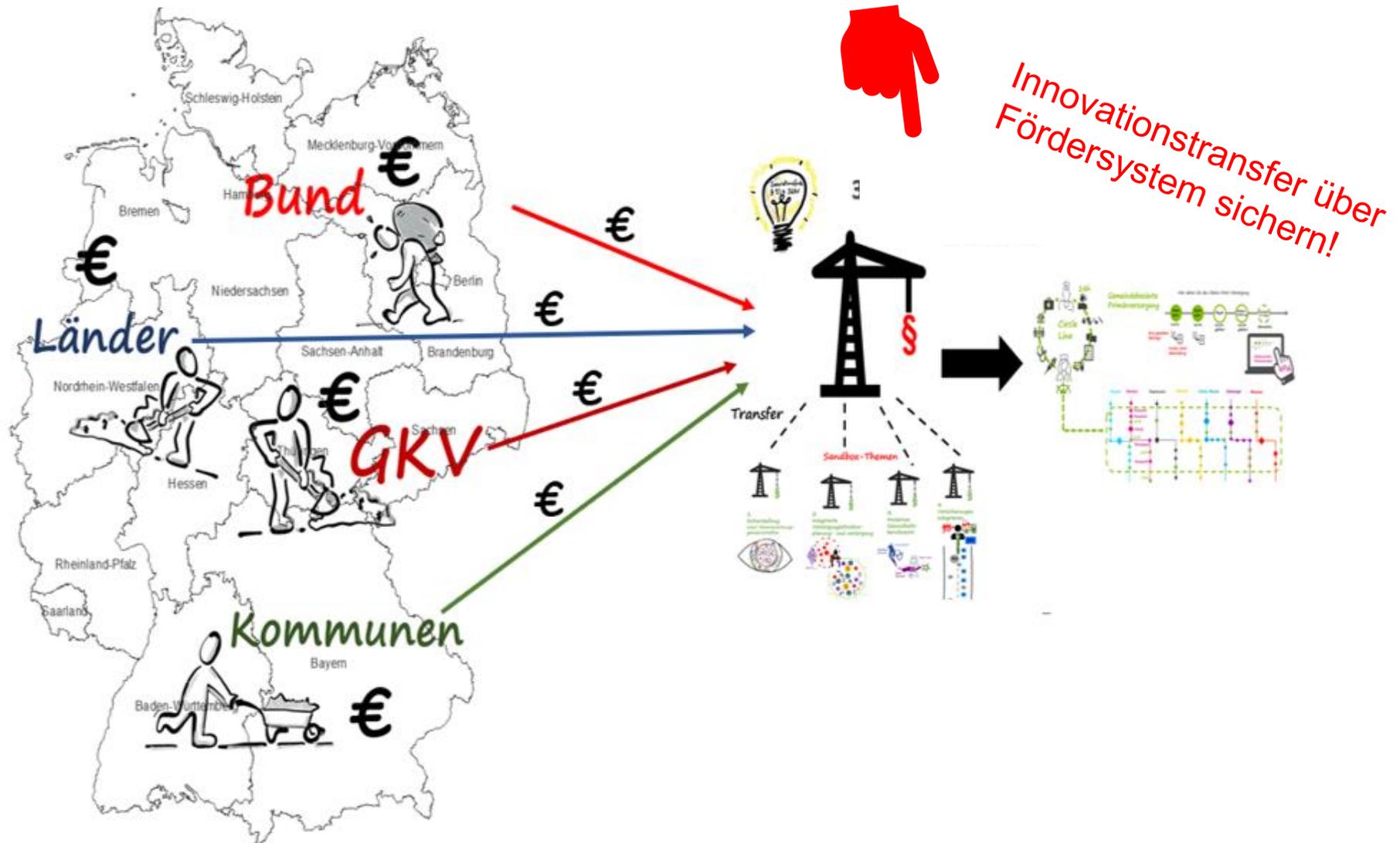
  
bundesweit

  
Niedersachsen

  
z.B. Siegerland /  
Bünde in OWL

  
Bergisches Rheinland  
REGIONALE 2025 'Bergisches RheinLand' /  
Regionale 2025

# Fördermittel gezielt für den Strukturwandel einsetzen



# **Bürgerversicherung kommt sowieso**

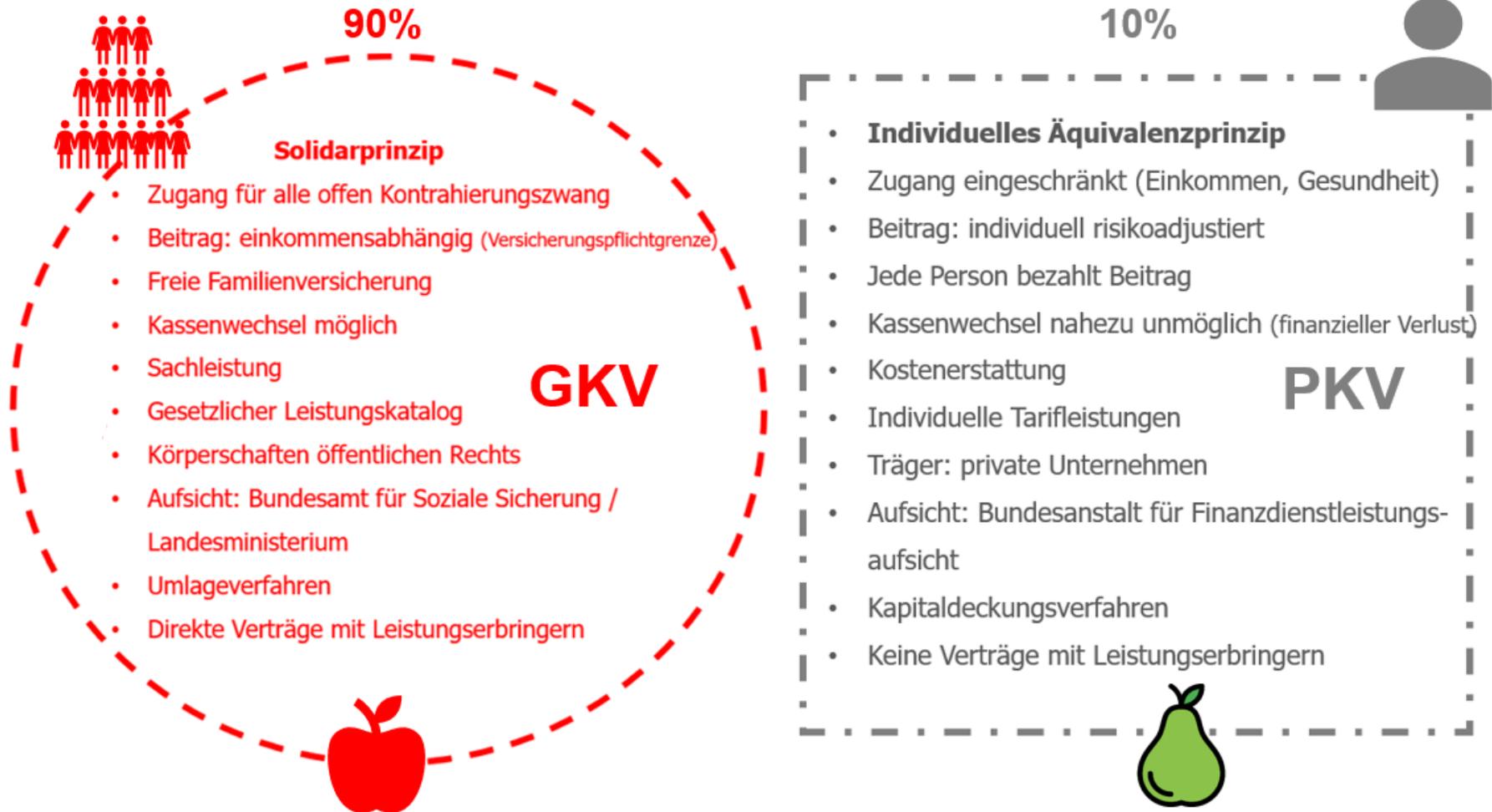
aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts.

## **EXIT-Strategie für PKV-Unternehmen**

aus dem Vollversicherungsgeschäft entwickeln.

# Die GKV ist „das“ System (die PKV nicht)

GKV und PKV können nicht verglichen werden und stehen aufgrund ihrer unterschiedlichen Rahmenbedingungen nicht im Wettbewerb. Die Dualität ist historisch gewachsen und weltweit nahezu einmalig.



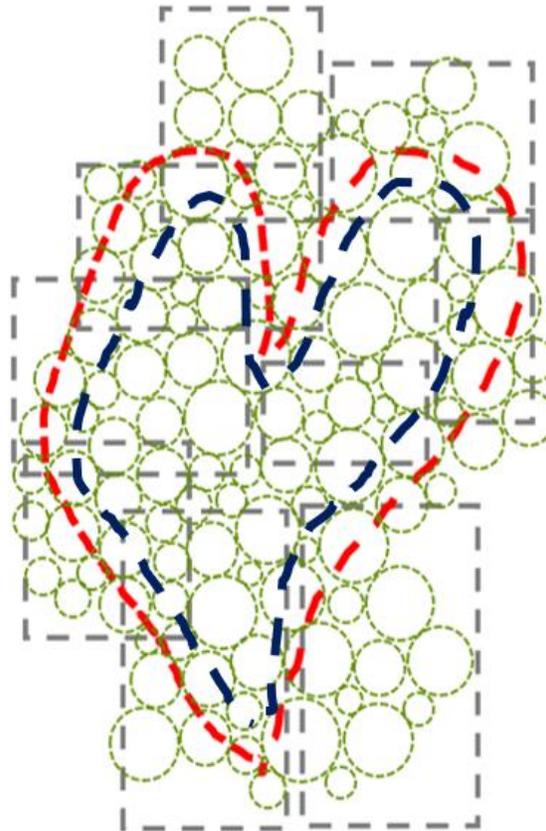
# Kranken- und Pflegekassen werden zu Gesundheitsdienstleistern

**PKV hat keine Systemkompetenz**, da sie aufgrund ihrer historisch gewachsenen Rollen nur Rechnungen bezahlt, aber nie Versorgungsverträge und Qualitätsanforderungen verhandelt hat. Mit der Anbindung an die Telematikinfrastuktur (=Datenautobahn der GKV für Vernetzung aller Leistungsbereiche) würde ein absurd hoher Aufwand entstehen, um einen regulatorischen „Sonderumsetzungsbereich“ für 10% zu schaffen. V.a. werden viele kleine PKV-Unternehmen den „digitalen Anschluss“ nicht stemmen können.

## a) Solidarität „operationalisieren“



Zukünftige Rollen und  
Aufgaben der Kassen



## b) Finanzmanagement

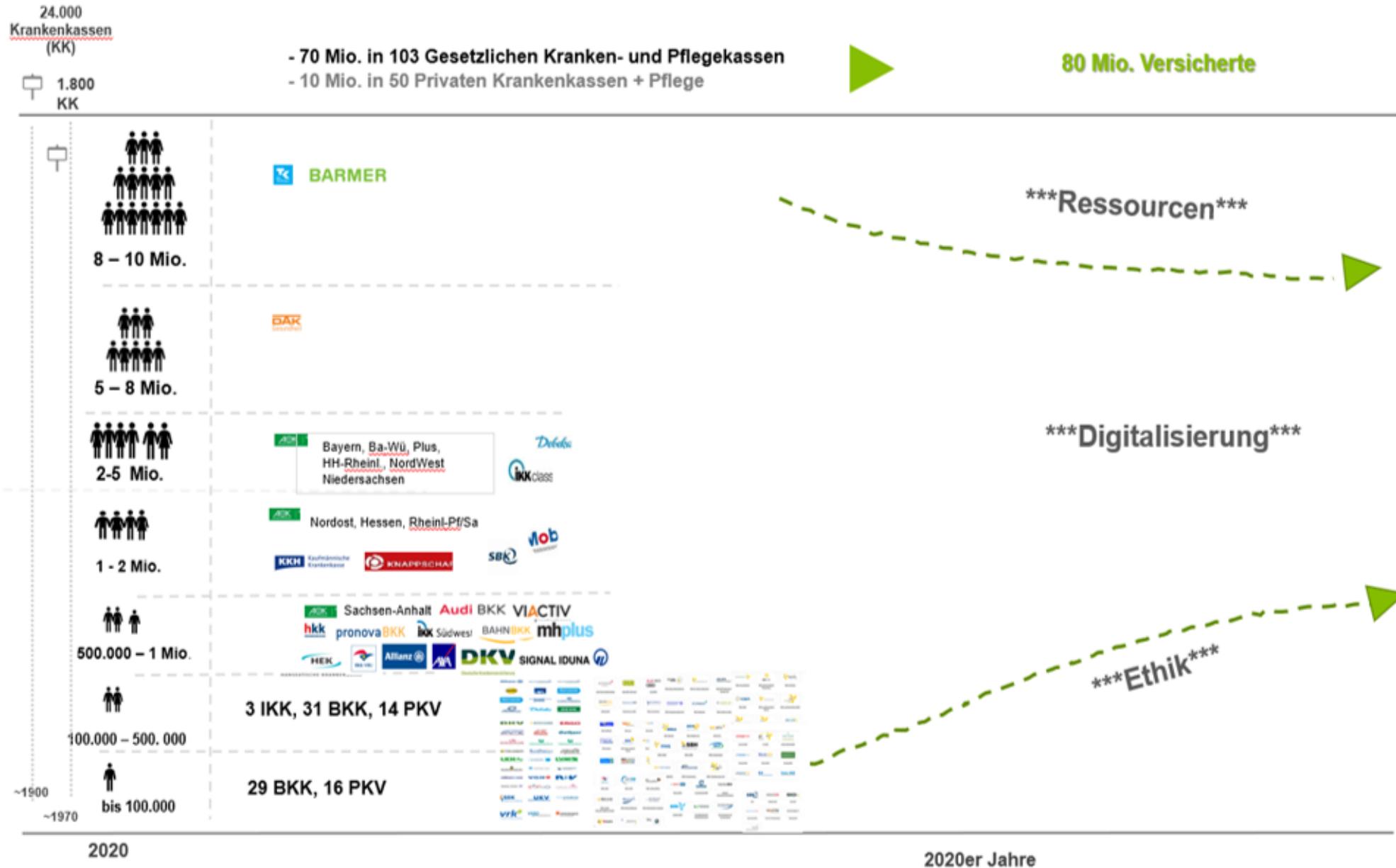
- Beitragseinzug
- Fördermittelmanagement
- Vertragsmanagement
- Investitionsförderung

## c)

### Regionale Verantwortungsgemeinschaft

- Shared Leadership
- Versorgungsverträge gestalten,  
umsetzen, verantworten
- Versorgungsforschung
- Telematikinfrastuktur

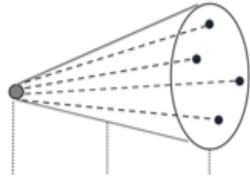
# „Krankenkassenwelt“ wird sich konsolidieren



# EXIT-Strategie für PKV entwickeln

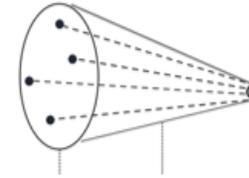


## EXIT-Strategie



Szenarien entwickeln, Modelle rechnen,  
Umsetzungen konkretisieren, terminieren

## Transformationsstrategie



## Reißverschlussverfahren

2022

2025

2030



- Altersrückstellungen
- Stichtag letzte Neuaufnahme
- Auflösung Versicherungsverträge & Überführung in GKV
- Internes Personalmanagement



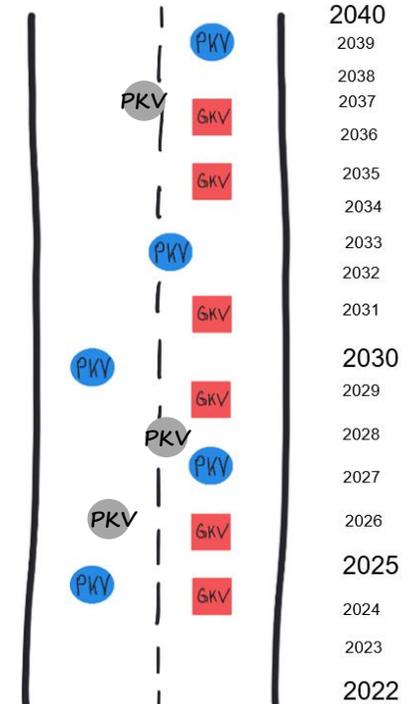
- Berechnung zukünftiger Beitrag
- Auflösung Versicherungsvertrag
- Neuaufnahme in GKV-Kasse

Vollmodell MorbiRSA anwenden



- Altersrückstellungen
- Umstellung Geschäftsmodell
- Evtl. Umstellung Rechtsform
- Stichtag letzte Neuaufnahme als PKV
- Auflösung Versicherungsverträge & Überführung in GKV
- Beihilfe durch AG-Beitrag ersetzen
- Internes Personalmanagement
- Aufbau neuer Geschäftsprozesse

- Berechnung zukünftiger Beitrag
- Auflösung Versicherungsvertrag
- Neuaufnahme in GKV-Kasse



# FAZIT

Was muss die Politik machen?

# Auf Makroebene Weichen stellen

## Ziele der Koalition.....

**Makroebene** -----  
**Politik**

**Mesoebene** -----  
**Verbände & Organisationen**

*Strukturinnovationen  
schon an*  *scheitern meistens  
dieser Decke*

**Mikroebene** -----  
**Bürger, Patienten, Versorger**

*...moderner Staat, digitaler Aufbruch  
Vorsorge und Prävention Leitprinzip,  
verlässlicher Zugang zu Versorgung überall,  
Kooperation & Vernetzung über Sektoren  
Offensive Pflege, engere, zielgenauere und  
verbindliche Kooperation zwischen Bund,  
Ländern und Kommunen an.*

***...benötigen  
Weichenstellungen auf  
der Makroebene.***

## Integriertes Versorgungsleitbild

- Integrierte Verantwortung als sozialraumbezogene Daseinsvorsorge festschreiben
- Zielstruktur für integrierte Versorgung ist die Gesundheitsregion.
- Integrierte Versorgung als Regelversorgung bis 2040 festschreiben und daran kurz-, mittel- und langfristige Reformen ausrichten
- Gesundheitsregionen als neue Zielstruktur der Versorgungsplanung & Versorgungsverträge
  - Integrierte Gremien in Bund-, Land- und Kommunen institutionalisieren
  - **Entwicklungsgesetz** und Durchführungsbestimmungen für langfristige **agile Modernisierung** der ambulanten Gesundheitsversorgung in den Regionen
  - Modernes Gesundheitsberufegesetz schreiben
  - Klassifizierungssysteme für Pflege und Funktionen flächendeckend einführen