



An die
Landkreise
in Sachsen-Anhalt

Notfallversorgung
Az.: 500-00, 543-00/wi
Tel.: 0391/56531-30
struckmeier@landkreistag-st.de

10. Juli 2018

Rundschreiben Nr. 330/2018

Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“

Bezug: Unser Rundschreiben Nr. 524/2017 vom 21. September 2017

Kurzfassung:

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat sein Gutachten „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“ an den Bundesgesundheitsminister übergeben. Es enthält eine Reihe an Vorschlägen zur sektorenübergreifenden Versorgung und nimmt insbesondere in Bezug auf die Notfallversorgung auch Forderungen des Deutschen Landkreistages auf.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) hat das Gutachten „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“ an den Bundesgesundheitsminister übergeben. Als **Anlage** ist eine Kurzfassung beigelegt. Das gesamte Gutachten ist unter folgendem Link verfügbar:

https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf

Der Deutsche Landkreistag (DLT) hatte im Vorhinein auf Grundlage von ersten vorgestellten Vorschlägen ausschließlich zum Thema Rettungsdienst Stellung genommen. Im Wesentlichen sind folgende Empfehlungen des SVR Gesundheit für die Landkreise relevant:

Ambulante Angebotskapazitäten und Vergütung

- In strukturschwachen Regionen sollten finanziell spürbare „Landarztzuschläge“ von bis zu 50 % Honorarzuschlag auf Grundleistungen zur Sicherstellung und Verbesserung der Versorgung eingeführt werden.

Albrechtstr. 7
39104 Magdeburg

Tel. (0391) 56 53 1 - 0
Fax (0391) 56 53 1 - 90

verband@landkreistag-st.de
<http://www.kommunales-st.de>

Stadtsparkasse Magdeburg
IBAN: DE98 8105 3272 0037 0030 87
BIC: NOLADE21MDG

- Die Niederlassung von Vertragsärzten sollte in Gebieten, in denen sich durch das anstehende Ausscheiden mehrerer Vertragsärzte eine Unterversorgung abzeichnet, vereinfacht werden. Hier sollte die Möglichkeit bestehen, Nachbesetzungen bereits fünf Jahre vor der voraussichtlichen Aufgabe eines Vertragsarztsitzes vorzunehmen.

Planung und Finanzierung von Krankenhäusern

- Die derzeitige bettenorientierte Planung sollte durch eine leistungsorientierte Planung unter Berücksichtigung unterschiedlicher Versorgungsstufen bzw. -strukturen und anderer wichtiger Zielgrößen, wie Personal- und Geräteausstattung, ersetzt werden. (*Anmerkung: In Sachsen-Anhalt wird eine leistungsorientierte Krankenhausplanung anstelle einer Bettenplanung bereits seit mehreren Jahren praktiziert.*)
- Zur Investitionsfinanzierung wird vorgeschlagen, den Übergang von einer dualen (Investitions- und Betriebskosten getrennt) zu einer monistischen Krankenhausfinanzierung anzustreben. Die Verteilung der Investitionsmittel an Krankenhäuser sollte im Rahmen selektiver Einzelversorgungsverträge zwischen den Krankenkassen und den Krankenhäusern erfolgen.
- Alternativ schlägt der SVR Gesundheit vor, den Strukturfonds zu verstetigen, um die sog. Bereinigung der Krankenhausstrukturen zu beschleunigen und die Investitionsförderung der Länder zu ergänzen. Er fordert dabei einen stärkeren Schwerpunkt des Strukturfonds im Bereich der Schließung von Krankenhäusern in überversorgten Gebieten. Der Bundesanteil sollte aus Steuermitteln statt durch den Gesundheitsfonds getragen werden. Als Kompensation hierfür sollte der Bund in Form einer permanenten Bund-Länder-Kommission Mitplanungskompetenzen in bundeslandübergreifenden Gebieten erhalten.
- Ein länderübergreifender föderaler Krankenhausversorgungsplan sollte vom Bund im Benehmen mit den Ländern aufgestellt werden und ein bestimmter Anteil des Strukturfonds sollte für länderübergreifende Förderzwecke reserviert werden.

Sektorenübergreifende Versorgung

- Die Angebotskapazitätsplanung sollte für den ambulanten und den stationären Sektor zu einem wirksamen Steuerungsinstrument weiterentwickelt und eine stärker verzahnte und bedarfsgerechtere Planung erreicht werden.
- Die sektorenübergreifende Planung und Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung sollte von regionalen Gremien, unterstützt durch einzurichtende Geschäftsstellen, wahrgenommen werden. Die Stimmrechte in diesem Gremium mit ähnlichen Stimmverhältnissen wie im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) sollten eng an die Verantwortung für die Sicherstellung und die Finanzierung der Versorgung gebunden werden. Gleichzeitig sollte die Einbeziehung regional relevanter Interessengruppen - analog zur Patientenvertretung im G-BA - ermöglicht werden.
- Der geplante Bedarf sollte sich weniger an festen Kapazitätskriterien wie Arztsitzen und Bettenzahlen, sondern stärker an den zu erbringenden Leistungen orientieren. Dabei geht es auch um die Frage, ob sich diese Leistungen unter medizinischen und ökonomischen Aspekten besser ambulant oder stationär erbringen lassen. Ferner umfasst eine solche regionale Bedarfsplanung neben speziellen

Versorgungszielen Parameter wie Warte- und Wegezeiten der Patienten sowie die Ergebnisse einer noch weiterzuentwickelnden sektorenübergreifenden Qualitätssicherung.

- Die Zusammensetzung und Beschlussfassung der § 90a-Gremien müsste im Rahmen der Übernahme von Planungskompetenzen, die aktuell vornehmlich beim Land bzw. bei der Kassenärztlichen Vereinigung liegen, weiterentwickelt werden.

Steuerung von Patientenwegen

- Es wird eine Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) vorgeschlagen. Ziel sei dabei eine qualitätsgesicherte und leitlinienorientierte Steuerung der Versorgung durch den Hausarzt.
- Die Digitalisierung soll zu verbesserten Steuerungsprozessen beitragen. So wird für den ländlichen Raum ein ergänzendes telemedizinisches Therapiemonitoring vorgeschlagen. Dabei sei die Vernetzung durch eine sektorenübergreifende elektronische Patientenakte die Grundvoraussetzung, auf der weitere digitale Anwendungen aufbauen können.

Zukünftige Ausgestaltung der Notfallversorgung

- Der SVR Gesundheit spricht sich für die Einrichtung von Integrierten Leitstellen mit einer bundesweit einheitlichen Rufnummer aus, unter der sowohl die Anrufe auf der Notrufnummer 112 als auch alle Anrufe des Kassenärztlichen Notdienstes (116117) zusammenlaufen. Erfahrene Fachkräfte sollen, unterstützt durch breit weitergebildete Ärzte und unter Rückgriff auf aktuelle leitliniengestützte Notfallalgorithmen, eine qualifizierte Ersteinschätzung (Triage) vornehmen. Aufgrund dessen solle ein an die lokale Situation angepasster Versorgungspfad festgelegt werden. Viele Patientenfragen sollten bereits am Telefon geklärt werden.
- An den Krankenhäusern sollen Integrierte Notfallzentren (INZ) eingerichtet werden, die rund um die Uhr erreichbar sein sollen und in den niedergelassenen Ärzten und Klinikärzten zusammenarbeiten. Patienten sollen im INZ an einem zentralen Tresen empfangen werden, an dem, koordiniert durch vom Krankenhaus weisungsunabhängige, z. B. bei der regionalen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) beschäftigte Ärzte, eine Ersteinschätzung nach Schweregrad und Dringlichkeit erfolgt. Je nach individueller Situation sollen die Patienten dann entweder von niedergelassenen Ärzten ambulant oder von Klinikärzten ggf. mit stationärer Aufnahme weiterbehandelt werden.
- Die extrabudgetäre Vergütung der sektorenübergreifenden Notfallversorgung sollte sich aus einer Grundpauschale und einer Vergütung pro Fall zusammensetzen. Die Grundpauschale soll dabei die Vorhaltekosten für die Notfallversorgung finanzieren und sich in drei Stufen an der Kapazität und der Ausstattung des jeweiligen INZ orientieren. Die zusätzliche Pauschale pro Fall sollte sich unabhängig von der Fallschwere errechnen.
- Der Entwicklung der präklinischen Notfallmedizin über eine reine Transportleistung hinaus sollte Rechnung getragen und der Einsatz selbst als medizinische Leistung abgerechnet werden. Die Vorhaltekosten sollten dabei aus Steuermitteln und die Betriebskosten von den Krankenkassen finanziert werden.

- Es sei dringend zu prüfen, auf welchen Wegen eine bessere Koordination zwischen den verschiedenen Rettungsdienstbereichen und den Länderzuständigkeiten erreicht werden könne. Eine bessere horizontale Integration der über 300 häufig sehr verschieden organisierten Rettungsdienstbezirke sei nach Wunsch des SVR Gesundheit anzustreben.
- Perspektivisch sollte eine Zusammenführung und Reduzierung der Anzahl an Leitstellen im gesamten Bundesgebiet erfolgen.
- Die je nach Kreis unterschiedlichen, von Notfallsanitätern eigenständig durchzuführenden Maßnahmen sollten vereinheitlicht und die dazu definierten Befugnisse ausgeweitet werden.

Bewertung

Zu begrüßen ist, dass sich der SVR Gesundheit in seinem Gutachten ausdrücklich für eine sektorenübergreifende Planung ausspricht. Damit wird eine Forderung des DLT aufgegriffen. Sollte tatsächlich ein regionales Gremium eingerichtet werden, das für die sektorenübergreifende Planung und Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung zuständig wäre, müssten die Landkreise hier eng eingebunden werden. Aus dem Gutachten geht indes nicht hervor, wer letztendlich die Sicherstellungsverantwortung für eine sektorenübergreifende Versorgung tragen soll. Es ist entscheidend, hier eine bedarfsgerechte Regelung zu finden.

Positiv kann außerdem herausgestellt werden, dass das Gutachten des SVR Gesundheit in vielen Punkten die besonderen Bedarfe in ländlichen Räumen in den Blick nimmt, beispielsweise bei der frühzeitigen Gegensteuerung im Bereich der ambulanten Versorgung in von Unterversorgung bedrohten Gebieten.

Deutlich zu kritisieren sind allerdings die Vorschläge, Leitstellen zusammenzulegen und deren Anzahl zu reduzieren. Sie verkennen die den Landkreisen zustehende Organisationshoheit und stehen im Widerspruch zum Ziel, integrierte Leitstellen für das gesamte Spektrum der kommunalen Gefahrenabwehr vorzuhalten.

Es wird erwartet, dass die Politik die Empfehlungen des SVR Gesundheit als Grundlage für eine perspektivische Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in Richtung einer sektorenübergreifenden Versorgung heranziehen wird.



Theel

Anlagen