

03/2017

Positionspapier

## **PATIENT FIRST!**

Für eine patientengerechte  
sektorenübergreifende Versorgung  
im deutschen Gesundheitswesen

## **Die Friedrich-Ebert-Stiftung**

Die Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) wurde 1925 gegründet und ist die traditionsreichste politische Stiftung Deutschlands. Dem Vermächtnis ihres Namensgebers ist sie bis heute verpflichtet und setzt sich für die Grundwerte der Sozialen Demokratie ein: Freiheit, Gerechtigkeit und Solidarität. Ideell ist sie der Sozialdemokratie und den freien Gewerkschaften verbunden.

Die FES fördert die Soziale Demokratie vor allem durch:

- politische Bildungsarbeit zur Stärkung der Zivilgesellschaft;
- Politikberatung;
- internationale Zusammenarbeit mit Auslandsbüros in über 100 Ländern;
- Begabtenförderung;
- das kollektive Gedächtnis der Sozialen Demokratie mit u. a. Archiv und Bibliothek.

## **Die Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung**

Die Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik verknüpft Analyse und Diskussion an der Schnittstelle von Wissenschaft, Politik, Praxis und Öffentlichkeit, um Antworten auf aktuelle und grundsätzliche Fragen der Wirtschafts- und Sozialpolitik zu geben. Wir bieten wirtschafts- und sozialpolitische Analysen und entwickeln Konzepte, die in einem von uns organisierten Dialog zwischen Wissenschaft, Politik, Praxis und Öffentlichkeit vermittelt werden.

## **WISO Diskurs**

WISO Diskurse sind ausführlichere Expertisen und Studien, die Themen und politische Fragestellungen wissenschaftlich durchleuchten, fundierte politische Handlungsempfehlungen enthalten und einen Beitrag zur wissenschaftlich basierten Politikberatung leisten.

## **Für diese Publikation ist in der FES verantwortlich**

**Severin Schmidt** ist in der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik verantwortlich für die Themen Gesundheits- und Pflegepolitik.

**Positionspapier****PATIENT FIRST!**

# Für eine patientengerechte sektorenübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen

**Mitglieder der Expertengruppe:**

**Prof. Dr. Volker Amelung** > Schwerpunktprofessur für Internationale Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover, Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes Managed Care e. V.

**Prof. Dr. Ferdinand Gerlach** > Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin an der Goethe-Universität in Frankfurt am Main, Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

**Dr. Matthias Gruhl** > Amtsleiter Gesundheit, Hamburg, Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen und Allgemeinmedizin

**Dr. Susanne Ozegowski** > Geschäftsführerin des Bundesverbandes Managed Care e. V.

**Cornelia Prüfer-Storcks** > Senatorin, Präses der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg

**Prof. Dr. Doris Schaeffer** > Professorin für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld, AG-Leiterin Versorgungsforschung/Pflegewissenschaft, Leiterin des Instituts für Pflegewissenschaft

**Prof. Dr. Christoph Straub** > Vorstandsvorsitzender der BARMER, Berlin

Dieses Positionspapier wurde auf Grundlage der Beratungen einer Expertengruppe im Rahmen des FES-Projektes „Sektorenübergreifende gesundheitliche Versorgung“ erstellt. Die Inhalte des Papiers stellen nicht zwingend und in allen Punkten die Meinung jedes Mitglieds der Expertengruppe dar. Die Teilnehmenden haben als Privatpersonen an diesem Projekt mitgewirkt. Die FES dankt den Teilnehmenden sehr herzlich für ihr Engagement.

# INHALT

5	<b>VORWORT</b>
7	<b>1 EINLEITUNG</b>
8	<b>2 NEUES DENKEN: PATIENT FIRST</b>
9	<b>3 ZU VIELE HÜRDEN FÜR EINE SEKTORENÜBERGREIFENDE VERSORGUNG</b>
11	<b>4 VORAUSSETZUNG FÜR EINE SEKTORENÜBERGREIFENDE VERSORGUNG</b>
11	4.1 Qualität vergleichbar machen
11	4.2 Die Klassifizierungssysteme müssen übereinstimmen
12	4.3 Einen geregelten Informationsaustausch ermöglichen
12	4.4 Einheitliche Planung etablieren
12	4.4.1 Bedarfsplanung für die hausärztliche Grundversorgung
14	4.4.2 Bedarfsplanung für die kinderärztliche Versorgung
14	4.4.3 Bedarfsplanung in der sonstigen fachärztlichen Versorgung
14	4.4.4 Abbau der Überversorgung
15	4.4.5 Schnittstelle Krankenhaus-medizinische Rehabilitation
15	4.4.6 Pflege
15	4.4.7 Rahmenvorgaben für die Bedarfsplanung auf Bundesebene
15	4.4.8 Bedarfsplanung in den Ländern
16	4.4.9 Sicherstellung
16	4.5 Die Honorierung nach der Art der Leistung gestalten
16	4.5.1 Potenziale und Grenzen von Vergütungsanreizen
17	4.5.2 Vergütung in der Grundversorgung
18	4.5.3 Ein Ende der Quartalisierung
18	4.5.4 Vergütung in der spezialisierten fachärztlichen Versorgung
19	4.6 Die Versorgung besser koordinieren
19	4.6.1 Koordination in der Grundversorgung
20	4.6.2 Koordination von spezialisierten fachärztlichen Leistungen
20	4.7 Telemedizin zum integralen Bestandteil des Versorgungssystems machen
21	4.8 Kompetenzen für eine sektorenübergreifende Versorgung erlernen
21	4.9 Erste Schritte
22	<b>5 EXKURS: SEKTORENÜBERGREIFENDE VERSORGUNG AUS DER PERSPEKTIVE DER LANGZEITPFLEGE</b>
24	Abbildungsverzeichnis
24	Abkürzungsverzeichnis
25	Literaturverzeichnis

# VORWORT

„Patient\_innen stehen an erster Stelle!“ Wer sich mit dem deutschen Gesundheitssystem näher beschäftigt, bekommt diesen Ausspruch oft zu hören. Krankenhäuser, Kassen, Reha-Einrichtungen, niedergelassene Ärzt\_innen und andere Akteure im Gesundheitswesen nehmen für sich in Anspruch, in erster Linie im Interesse der Patient\_innen zu handeln.

Obwohl es keinen Grund gibt, an diesem Ziel und dem Engagement der im Gesundheitswesen Beschäftigten zu zweifeln, wird dies von vielen Bürger\_innen nicht immer so wahrgenommen. Jeder/jede, der/die schon einmal Patient\_in im deutschen Gesundheitswesen war, kennt die unsichtbare Mauer zwischen niedergelassenen Ärzt\_innen, Krankenhäusern und Einrichtungen der Rehabilitation. Als Patient\_innen merken wir, dass die Kooperation und Kommunikation zwischen diesen Sektoren des Gesundheitswesens besser sein müsste. Eine funktionierende sektorenübergreifende Versorgung ist der Schlüssel zu höherer Qualität und Effizienz des Gesundheitswesens. Die Verbesserungspotenziale durch eine stärkere teamorientierte Zusammenarbeit sind enorm, insbesondere für die Patient\_innen. Daran zweifelt niemand und es gibt Beispiele aus anderen Ländern, etwa den nordischen Staaten oder Kanada, die dies belegen.

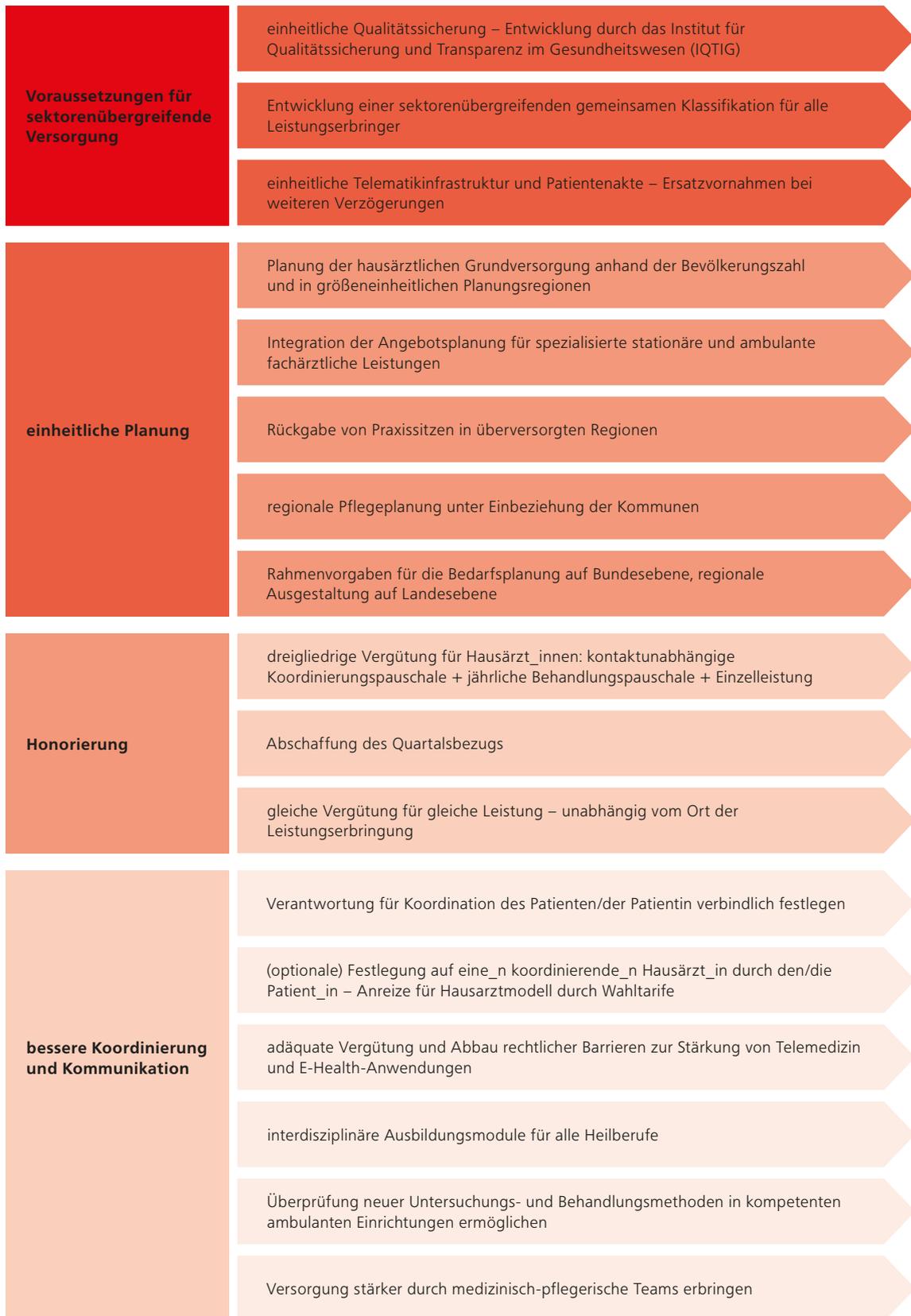
Dennoch hat sich trotz einiger Bemühungen in diesem Bereich in den letzten Jahrzehnten zu wenig getan. Der vorliegende Text unterbreitet nun konkrete und realistische Vorschläge, wie die sektorenübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen verbessert werden kann. Die Vorschläge zeichnen sich in der Gesamtschau dadurch aus, dass die sektorenübergreifende Versorgung von einer Ausnahme zur Regel in der gesundheitlichen Versorgung gemacht wird. Als Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) wollen wir damit einen Beitrag zur aktuellen Diskussion um die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems leisten.

Wir freuen uns, dass sieben herausragende Expert\_innen des Gesundheitswesens sich in den vergangenen Monaten im Rahmen von Workshops der FES beraten und gemeinsam das vorliegende Positionspapier formuliert haben. Wir bedanken uns bei den Autor\_innen des Textes sehr herzlich für ihre intensive Mitarbeit und wünschen Ihnen eine anregende Lektüre.

## **SEVERIN SCHMIDT**

Leiter des Gesprächskreises Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung

Abbildung 1  
Die Empfehlungen auf einen Blick



## 1

## EINLEITUNG

Die Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) hat 2013 zwei wichtige Beiträge zur Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens veröffentlicht, in denen die notwendigen Reformen für das deutsche Gesundheitswesen vorgedacht und in einen gesamtgesellschaftlichen Kontext gestellt wurden.<sup>1</sup>

Einige Eckpunkte dieser Schriften wurden politischer Konsens und konnten in den vergangenen vier Jahren gesetzgeberisch umgesetzt bzw. der Selbstverwaltung zur fristgerechten Realisierung aufgegeben werden. Andere konnten zumindest eingeleitet werden. Erwähnt seien das in den Schriften angemahnte Präventionsgesetz, die Verbesserung in der hausärztlichen Weiterbildung und die Reform der Pflegeberufe. Mit dem „Masterplan 2020“ zur Reform des Medizinstudiums könnten weitere Akzente für eine zukünftig höhere Attraktivität der Hausarztmedizin in der ärztlichen Ausbildung gesetzt werden.

Ein Meilenstein in der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens ist die ebenfalls in den erwähnten Veröffentlichungen der FES angestoßene und im Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) realisierte Veränderung der stationären Versorgung. Hier wurde ein inzwischen oft als Paradigmenwechsel bezeichnetes Umsteuern auf Qualität, Spezialisierung und Strukturumbau eingeleitet, das die bisher weitgehend vorherrschende Profitorientierung in der Krankenhausentwicklung deutlich bremsen könnte.

Dagegen konnten die strukturiert vorgedachten weiteren Schritte zu einer sektorenübergreifenden Versorgung und einer Neuordnung von Bedarfsplanungen, Sicherstellung und Aufsicht ebenso wenig umgesetzt werden wie eine stärker wettbewerbliche Ausrichtung durch die Ausweitung von Selektivverträgen. Zwar ermöglicht das KHSG Selektivverträge zu vier Indikationen, die damit intendierte Konzentration von Krankenhausleistungen nach Qualitätsaspekten wird hierdurch aber nur einen kleinen Schritt vorankommen.

Erreicht werden konnte zwar auch, dass sich die ambulante vertragsärztliche Bedarfsplanung stärker an den Kriterien der Morbidität und damit der sozialen Lage der jeweiligen Population ausrichten soll. Zusätzliche sektorenübergreifende Elemente wurden in der Bedarfsplanung jedoch

nicht verortet. Einen Beitrag zum Abbau der Sektorengrenzen zwischen der ambulanten und stationären Versorgung soll der in dieser Legislaturperiode eingerichtete Innovationsfonds leisten. Mit den Mitteln dieses Fonds sollen insbesondere Vorhaben gefördert werden, die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben und die ein hinreichendes Potenzial aufweisen, dauerhaft in die Versorgung übernommen zu werden. Ob bzw. inwieweit und wann sich daraus eine grundlegende Änderung der Versorgungsstrukturen ergibt, ist unklar.

Die erneute Reform der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nach § 116b SGB V, die mit dem Versorgungsstrukturgesetz vorgenommen wurde, war bislang kein Durchbruch für eine sektorenübergreifende Struktur. Sie erweitert zwar das Spektrum der unter diesen Paragraphen fallenden möglichen Indikationen, ohne dieser Versorgungsform aber eine quantitative Bedeutung zu ermöglichen oder Versorgung tatsächlich sektorenübergreifend zu organisieren.

Insofern scheint es notwendig, sich noch einmal vertieft damit zu befassen, warum es in Deutschland trotz 40-jährigem Bemühen bisher nicht möglich war, eine stärkere Verzahnung der verschiedenen Sektoren in der Versorgung und eine teamorientierte Zusammenarbeit aller erforderlichen Leistungserbringer zu erreichen. Dies betrifft vorrangig die Verzahnung der stationären und ambulanten Versorgung, beinhaltet aber auch die in den Schriften der FES aufgegriffene Schnittstelle zwischen dem stationären Sektor und der Rehabilitation sowie der pflegerischen Versorgung. Besonders in der ambulanten Versorgung bedarf es einer solchen ausgeprägten teamorientierten Verzahnung und Leistungsintegration zwischen den vertragsärztlichen Angeboten sowie den pflegerischen und therapeutischen Gesundheitsberufen.

<sup>1</sup> Siehe hierzu Bormann et al. (2013a/b).

## 2

# NEUES DENKEN: PATIENT FIRST

„Bei uns steht der Patient im Mittelpunkt“ – kein gesundheitspolitisches Statement, kein Hausprospekt eines Krankenhauses, keine Sonntagsrede zum Gesundheitswesen ohne diesen Satz. Für den einzelnen Leistungserbringer mag diese Aussage zutreffen, insgesamt ist das deutsche Gesundheitswesen jedoch wie „kaum ein anderes in den reichen Ländern der Welt durch eine wechselseitige, historisch gewachsene Abschottung der Versorgungsbereiche gekennzeichnet“ (Rosenbrock/Gerlinger 2014). Die historische Entwicklung ist mit ein Grund dafür, warum die strukturellen Vorgaben in den einzelnen Sektoren unterschiedlich ausgestaltet sind, sodass die Schnittstellen und Systembrüche bis heute unüberwindbar erscheinen und das Patientenwohl in den Hintergrund tritt. Beispiele sind die in dieser Form in Europa einmaligen ambulant und stationär vorgehaltenen parallelen Versorgungskapazitäten im fachärztlichen Bereich, die Abgrenzung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung aufgrund der unterschiedlichen Planungs- und Sicherstellungsverantwortung, die separate Entstehung der Rehabilitation als Weiterentwicklung des Kurwesens der Rentenversicherung oder die separate Versorgungsstruktur der Berufsgenossenschaften in Deutschland. Mit der Pflegeversicherung wurde ein zusätzlicher, von allen anderen Sektoren getrennter Versorgungssektor mit eigenen Gesetzmäßigkeiten aufgebaut. Mit anderen Worten: Unser Gesundheitswesen unterliegt ganz unterschiedlichen institutionell begründeten Systemlogiken und nicht einer am Patientenwohl oder an Versorgungsnotwendigkeiten ausgerichteten Versorgungslogik.

Im Unterschied dazu müsste die Versorgung eben nicht in erster Linie an den gewachsenen Strukturen, Zwängen und Imperativen des Gesundheitssystems ausgerichtet sein, sondern den Bedarf, die Lebenssituation und das Wohlergehen der Patient\_innen ins Zentrum stellen, sich also soweit wie möglich an evidenzbasierter Versorgungsplanung orientieren und einen patientenzentrierten Charakter entwickeln. Der Fragmentierung und Zersplitterung sind aus dieser Sicht zwingend integrierte Konzepte entgegenzusetzen, die eine umfassende, bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige und zugleich effektive Versorgung ermöglichen. Nur so kann eine adäquate Antwort auf die mit dem demografischen Wandel und der Zunahme chronischer Krankheiten verbundenen Herausfor-

derungen gegeben werden. Erforderlich ist es daher also, der aktuell anbieterorientierten Versorgung künftig mit Strukturen zu begegnen, in denen der/die Patient\_in (und seine/ihre Familie) an erster Stelle steht, die Versorgung um ihn/sie herum gruppiert ist, auf ihn/sie und seine/ihre Präferenzen zugeschnitten wird und überdies integriert, koordiniert und kooperativ erfolgt.

Solche Versorgungssysteme orientieren sich an Versorgungspfaden (keine Clinical Pathways, sondern Care Pathways), die besonders vulnerable Gruppen ohne „Um- und Irrwege“ an die für das jeweilige Anliegen richtigen Stellen im Versorgungssystem führen. Dies bedingt allerdings auch die Bereitschaft zu einer gewissen Patientensteuerung wie auch zur Einbeziehung von Patient\_innen und Nutzer\_innen in die Versorgungsgestaltung. Erreicht werden kann dieses Ziel, indem koordinierte und integrierte Versorgungsmodelle bereitgestellt werden, in denen die Versorgung in gemeinsamer Verantwortung aller Gesundheitsprofessionen erbracht wird, auf teamorientierter, gleichrangiger Kooperationen basiert und in Abstimmung mit dem/der Patient\_in erfolgt.

# 3

## ZU VIELE HÜRDEN FÜR EINE SEKTORENÜBERGREIFENDE VERSORGUNG

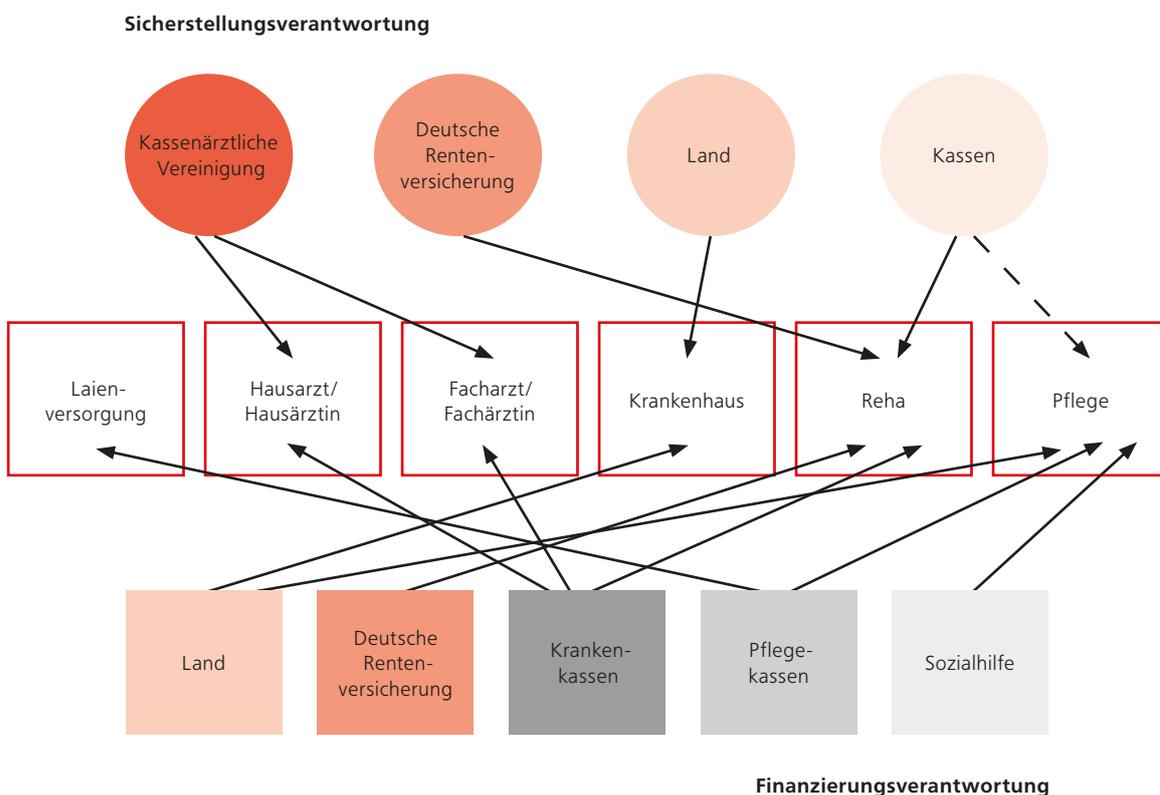
Nimmt man nur zwei der für die Versorgung wichtigen und systemischen Faktoren, nämlich die Planung und Finanzierung, so zeigt sich, wie komplex das deutsche Gesundheitswesen zurzeit aufgebaut ist (vgl. Abbildung 2).

Die Institutionen und Einrichtungen, die steuernd einwirken sollen, sind nur selten zugleich die entscheidenden Geldgeber – und umgekehrt. Dabei ist das Schema der Abbildung 2 noch vereinfachend: Spezielle Strukturen wie die berufsge-

nossenschaftliche Sonderversorgung oder die Spezialregelung der Hospiz- und Palliativversorgung sind nicht berücksichtigt. Ein ähnlich fragmentiertes Bild ergibt sich für fast alle anderen, die jeweiligen Versorgungssektoren prägenden Grundlagen.

Am Beispiel der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) lässt sich die zugrundeliegende Problematik gut verdeutlichen: Obwohl mit dem § 116b SGB V (Regelung zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung) ein

Abbildung 2  
Zuständigkeit für die Finanzierung und Sicherstellung in den Versorgungssektoren



Quelle: Eigene Darstellung.

komplett neuer Behandlungsbereich geschaffen wurde, der eigenen, weitgehend von Zwängen der stationären und ambulanten Versorgung befreiten Finanzierungs-, Qualitäts-, Zulassungs- und Kontrollnormen unterliegt, ist es bis heute nicht gelungen, diesen Freiraum quantitativ bedeutsam zu nutzen. Es zeigte sich, dass die Akteure einander misstrauen, weiterhin auf sektorale Abschottung setzen und ambulante sowie stationäre Versorgung immer noch „andere Sprachen sprechen“ – so bei der Anerkennung von Zusatzqualifikationen, bei der Codierung von Erkrankungen, der Erfassung und Bewertung von Qualität, bei den Regularien der Arzneimittelverschreibung, bei der Abrechnung, bei den Fragen von selbstständiger und veranlasster Leistungserbringung, bei den Leistungskontrollen, bei der grundsätzlichen ökonomischen Ausrichtung, bei der Planung, beim Umgang mit Innovationen oder bei den zugrundeliegenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA). Diese Aufzählung ist beliebig erweiterbar. Von daher wird auch die ASV keine maßgeblichen Versorgungsanteile übernehmen, da dieser Mikrokosmos schon aus dem Beharrungsvermögen der ihn umgebenden Sektoren und deren unterschiedlichen Grundlagen ein weiteres Sondermodell bleiben wird.

Dies gilt auch für alle anderen Modelle der intersektoralen Versorgung. Allein am Übergang zwischen der ambulanten und stationären Versorgung sind rund 20 sektorenübergreifende Sonderbehandlungsformen etabliert, die diese Schnittstelle punktuell überwinden sollen.<sup>2</sup> Keines dieser Systeme hat an der Sektorisierung etwas Entscheidendes verändern oder eine systemrelevante Veränderung erreichen können.

Es hilft insofern nicht, weitere „intelligente“ Modelle zwischen den Sektoren zu platzieren, solange nicht eine gemeinsame Basis der Regulationssysteme erreicht worden ist. Dies ist zwar nicht kurzfristig implementierbar, doch gerade deswegen ist es notwendig, einen solchen Prozess so schnell wie möglich zu initiieren.

---

<sup>2</sup> Siehe dazu mehrere Artikel in Klauber et al. (2016).

# 4

## VORAUSSETZUNG FÜR EINE SEKTORENÜBERGREIFENDE VERSORGUNG

### 4.1 QUALITÄT VERGLEICHBAR MACHEN

Mit dem KHSG wurde in der stationären Versorgung ein Paradigmenwandel eingeleitet: Qualität wurde als neues Steuerungselement der Krankenhausversorgung eingeführt; bei der Planung und – beginnend – auch bei der Vergütung von Leistungen. Unabdingbare Voraussetzung dafür ist, dass die Qualitätsindikatoren abgesichert und transparent zur Verfügung stehen. Dafür gibt es im Krankenhaus eingeübte Verfahren und Standards, die als Ausgangslage genutzt werden können. Allerdings zeigt sich, dass eine entsprechende Verwendung der Indikatoren und Verfahren über den stationären Sektor hinaus selten ohne Weiteres möglich ist. Von daher ist für eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung unverzichtbar, auch für die anderen Sektoren der medizinischen und pflegerischen Versorgung gleiche Maßstäbe anzulegen, um so Qualität als Steuerungselement sektorenübergreifend nutzen zu können.

Die Unterschiede der Qualitätssicherung sind jedoch schon zwischen dem stationären Sektor und der vertragsärztlichen Versorgung gravierend. Während im internationalen Vergleich die Qualitätssicherungsverfahren in den deutschen Krankenhäusern qualitativ und quantitativ beachtlich und ergebnisorientiert ausgestaltet sind, wird die Qualität in der ambulanten Versorgung nur punktuell und eher strukturorientiert geprüft. Eine Transparenz für den/die Patient\_in über die Qualität der vertragsärztlichen Leistungen besteht nicht.

Ein grundlegendes Qualitätsdefizit besteht auch für die Langzeitpflege: Obwohl ausgeprägte Prüfrechte der Pflegekassen, des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) und der landesrechtlichen Aufsichtsbehörden bestehen, kann die Langzeitpflege nicht durchgängig als qualitätsgesichert bezeichnet werden.

Allein die Debatte im GBA über die unterschiedlichen Herangehensweisen bei der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung einzelner erster Indikationen (z. B. die perkutane koronare Intervention – PCI) zeigt faktisch, welche eminenten Unterschiede zwischen dem ambulanten und stationären Bereich der Qualitätssicherung bestehen. Diese beziehen sich auf den Datenschutz, die Arten der Qualitätserhebung, die zusammenführenden Stellen und Organisationen und erst recht auf die Bewertung der Informationen.

Die beschriebenen Fehlentwicklungen und Defizite der bisherigen Versuche, sie zu überwinden, machen deutlich, dass es zwingend notwendig geworden ist, ein ergebnisorientiertes, system- oder sektorenübergreifendes Qualitätssicherungssystem zu etablieren. Dies umfasst die interne, externe und vergleichende bzw. bewertende Qualitätssicherung ebenso wie deren Organisation und Finanzierung in gemeinsamen Strukturen.

Um eine Vergleichbarkeit des medizinischen Geschehens zu ermöglichen, ist eine einheitliche Qualitätssicherung der medizinisch/pflegerischen Leistungen zwingend herzustellen. Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) wird von daher beauftragt, eine/n Systemanalyse und -entwicklungsvorschlag für eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung mit gleichen Standards für die ambulante und stationäre Versorgung vorzunehmen. In einem zweiten Schritt ist die pflegerische und rehabilitative Versorgung mit einzubeziehen.

### 4.2 DIE KLASSIFIZIERUNGSSYSTEME MÜSSEN ÜBEREINSTIMMEN

Qualitätssicherung bedarf als Voraussetzung einer gemeinsamen Klassifikation der Krankheiten und des medizinischen Leistungsgeschehens. Mit der Aussetzung der ambulanten Kodierrichtlinie im Jahr 2011 wurde dies unterbunden. Die Abrechnungsdaten der vertragsärztlichen Versorgung, die ICD/OPS-Kodierung<sup>3</sup> im stationären Sektor und die pflegerische Leistungsdokumentation sind inkompatibel, sieht man von der PKMS-OPS<sup>4</sup> ab. Wenn dann an einer Stelle, wie bei der bereits erwähnten PCI, versucht wird, eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung zu etablieren, ist dies schon des-

<sup>3</sup> International Code of Diseases (ICD; Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme), Operation- und Prozedurenschlüssel (OPS).

<sup>4</sup> Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS; Pflegekomplexmaßnahmenbewertung).

halb nicht möglich, weil die PCI im ambulanten Sektor nur dann codiert wird, wenn sie abrechnungsrelevant ist. Grundlage jeglicher Qualitätssicherung setzt daher ein gleiches Verständnis der dokumentierten Erkrankung und Leistung in allen Bereichen verbindlich voraus. Dabei sind für die besonderen Bedingungen der Primärversorgung, in der häufig, etwa bei unspezifischen Befindlichkeitsstörungen, (zunächst) keine abschließend verifizierten Diagnosen gestellt werden können (und auch nicht sollten), geeignete Codiersysteme<sup>5</sup> zu berücksichtigen.

Eine sektorenübergreifende gemeinsame Klassifikation ist vom Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK) und dem Institut des Bewertungsausschusses (InBA) in Verbindung mit dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) zu entwickeln und wird allen Leistungserbringern vorgegeben.

### 4.3 EINEN GEREGLTEN INFORMATIONSAUSTAUSCH ERMÖGLICHEN

Was im Telekommunikationssektor am Markt selbstverständlich ist und im Bankensektor von uns allen genutzt wird, ist im Gesundheitswesen in Deutschland noch nicht umgesetzt: ein zwischen den einzelnen Systemen kompatibler Informationsaustausch, der dem Datenschutz genügt und die Patienteninteressen wahrt. Ein bürokratiearmes und autorisiertes Datentransportsystem setzt ein harmonisiertes Informationssystem zwischen der ambulanten, stationären und pflegerischen Versorgung voraus, das auch die Integration von Sozialdaten der Krankenkassen für abgesicherte Qualitätserhebungen einschließt. Die immer wieder verschobene und derzeit für 2018 angekündigte Telematikinfrastruktur soll dies in Teilen richten. Es ist unklar, ob die Selbstverwaltung in der Lage ist, diese Infrastruktur zeitnah umzusetzen, und ob die Bedingungen so gestaltet werden, dass sie leicht nutzbar sind.

Ebenso zwingend ist die Einigung auf Format und Konditionen einer einheitlichen Patientenakte. Patient\_innen sollen nicht nur Zugang zu ihrer Akte haben, sondern ebenfalls die Hoheit über ihre hinterlegten Informationen. Sie sind dann diejenigen, die die Freigabe der Akte für die behandelnden Ärzt\_innen oder für andere Leistungserbringer erteilen. Auch sollen Patient\_innen die Möglichkeit haben, die elektronische Patientenakte mit eigenen Eintragungen – beispielsweise mit patient-reported Outcomes (Patienteneinschätzungen) – anzureichern oder selbst gemessene Daten, z. B. von fachlich geeigneten mobilen digitalen Anwendungen, einzuspeisen.

Beim Start des Projekts der elektronischen Gesundheitskarte vor rund zehn Jahren war die Patientenakte bereits als wesentliches Element der sektorenübergreifenden Kommunikation und Dokumentation erkannt, ohne dass sich bis heute eine abgesicherte und datenschutzkonforme Lösung abzeich-

net. Wenn man nicht anderen, kommerziellen Anbietern das Feld überlassen will, ist es dringend geboten, diese in abgesicherter Form einzuführen.

Bei weiteren Verzögerungen in der Umsetzung einer einheitlichen Telematikinfrastruktur und elektronischen Patientenakte sind für das Gesundheitswesen Ersatzvorhaben vorzusehen, die von der Selbstverwaltung zu finanzieren sind, um endlich zu den notwendigen grundlegenden Entscheidungen und letztendlich zur Umsetzung der Anwendungen zu kommen.

## 4.4 EINHEITLICHE PLANUNG ETABLIEREN<sup>6</sup>

Ein einheitliches Preis- und Vergütungssystem dient der Vergleichbarkeit der Kosten und der Beseitigung von Fehlansätzen, ein übergreifendes Qualitätssicherungssystem wiederum ermöglicht Transparenz über die Wertigkeit der Leistung und dessen Ergebnis. Nur beides zusammen erlaubt es, einen einheitlichen Planungsrahmen auszugestalten, der sich an den populationsbezogenen Gegebenheiten ausrichtet.

Neben einer auf Wochenarbeitszeit<sup>7</sup> basierenden Bedarfsplanung in der hausärztlichen Grundversorgung wird für die sonstige fachärztliche Versorgung eine die bisherige ambulante und stationäre Versorgung umfassende Planung etabliert, die disziplinbezogen das jeweils notwendige Leistungsvolumen für eine definierte Bevölkerung abdeckt. Bezugsgrößen sind der Versorgungsart angepasste bundeseinheitliche Bevölkerungszahlen.

### 4.4.1 BEDARFSPLANUNG FÜR DIE HAUSÄRZTLICHE GRUNDVERSORGUNG

Die bisherige raumbezogene Grundlage der Bedarfsplanung für die hausärztliche<sup>8</sup> Versorgung ist nur bedingt zur Versorgungsplanung geeignet. Die über 850 Mittelbereiche wurden 2013 als Planungsbereiche für die hausärztliche Versorgung gewählt, weil sie kleinräumiger als die vorher geltende Bezugsgröße der Kreise und kreisfreien Städte sind und damit raumordnerisch eine Zentrums- und Umlandsfunktion berücksichtigen. Durchschnittlich umfasst ein Mittelbereich in Deutschland ca. 100.000 Einwohner\_innen mit einer festgesetzten Verhältniszahl von einem Hausarzt oder einer Hausärztin auf 1.671 Einwohner\_innen. So entfallen durchschnittlich 60 Hausärzt\_innen auf einen Mittelbereich. Damit wird eine überschaubar große Zahl von hausärztlichen Praxen in einer Region zusammengeführt. Dies fördert die hausärztliche Zusammenarbeit und die ärztliche Verantwortung nicht nur

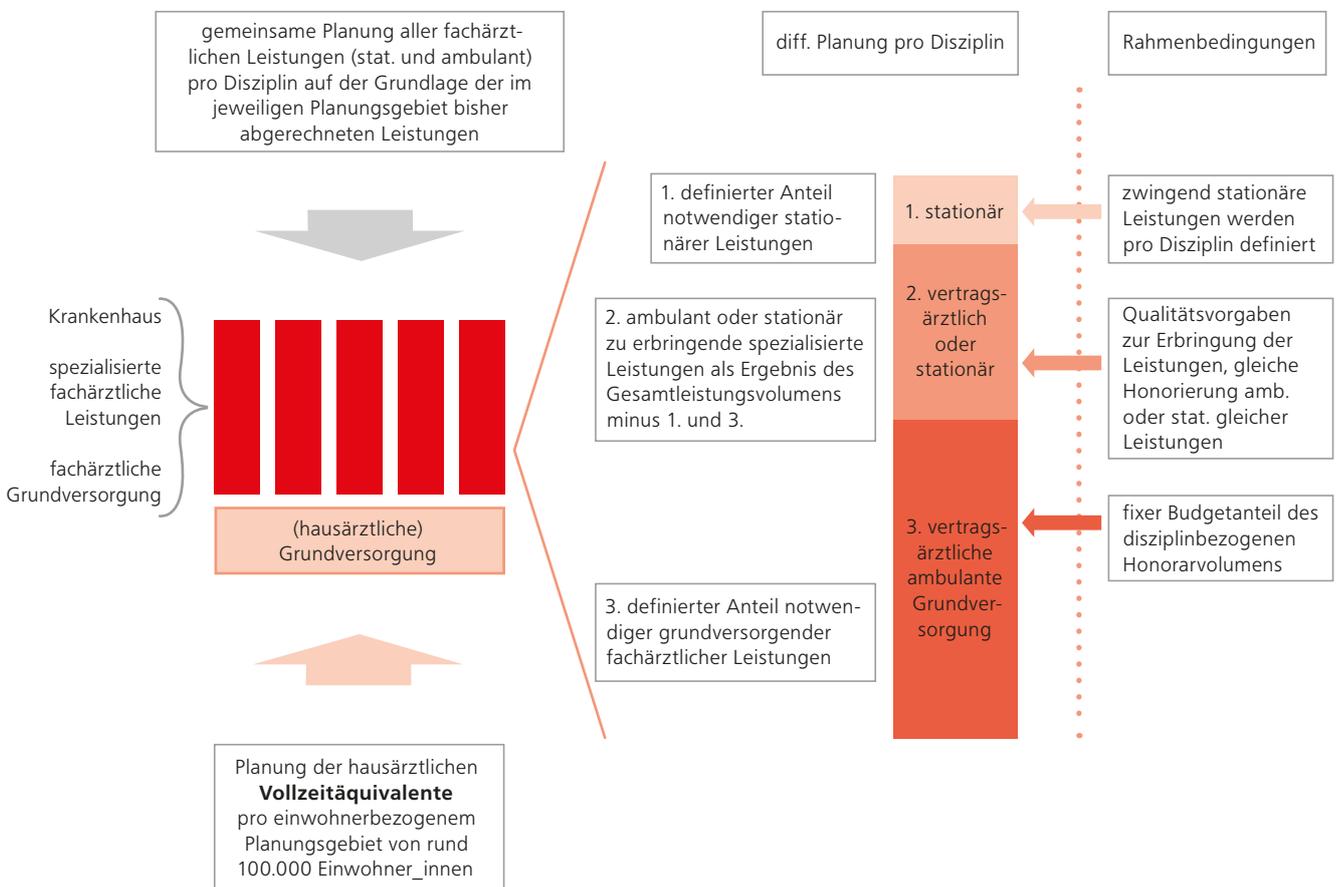
<sup>6</sup> Zwar werden aus Gründen der Übersichtlichkeit die Kapitel 4.4 Planung, 4.5 Honorierung und 4.6 Koordinierung getrennt dargestellt, sollten aber wegen der gegenseitigen Interdependenzen zusammenhängend betrachtet werden. Auf Abbildung 3 wird zur näheren Erläuterung verwiesen.

<sup>7</sup> Basierend auf der Kennzahl von Vollzeitäquivalenten (VZÄ).

<sup>8</sup> Wenn im Text von Hausärzt\_innen gesprochen wird, sind die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzt\_innen nach § 73 Abs. 1a SGB V gemeint, es sei denn Kinderärzt\_innen werden gesondert erwähnt.

<sup>5</sup> Ein Beispiel für ein solches Codiersystem ist die International Classification of Primary Care 2 (ICPC 2) – eine medizinische Klassifikation, die speziell für die Bedürfnisse der Primärversorgung sowie der Allgemein- und Familienmedizin entwickelt wurde.

Abbildung 3  
Bedarfsplanung von hausärztlichen Grundversorgern und differenzierten fachärztlichen Leistungsvolumina



Quelle: Eigene Darstellung.

für die Patient\_innen, sondern auch für die umschriebene Region. Allerdings sind in der Realität Mittelbereiche keinesfalls größeinheitlich. Sie umfassen vielmehr zwischen 10.000 und 3,5 Millionen Einwohner\_innen und eignen sich von daher nicht grundsätzlich als Bezugsgröße, da sie so Einheiten von neun bis 2.100 Hausärzt\_innen planerisch gleich behandeln müssten.

Es ist daher sinnvoller, die hausärztliche Bedarfsplanung künftig an einer zu versorgenden Bevölkerungszahl auszurichten, statt divergierende Raumordnungsgrößen zugrunde zu legen. Dabei soll die durchschnittliche Größe des heutigen Mittelbereichs von rund 100.000 Einwohner\_innen als Richtwert für eine zu beplanende Bevölkerung herangezogen werden. Allerdings entscheidet sich der hausärztliche Versorgungsbedarf nicht nur anhand der Bevölkerungszahl, sondern vielmehr an der Zusammensetzung der jeweiligen Bevölkerung bzw. den räumlichen Gegebenheiten. Deshalb sollen regionale Gegebenheiten als Korrekturfaktoren, wie z. B. auch die Umlandsversorgung, für die bisherige Verhältniszahl der hausärztlichen Bevölkerung berücksichtigungsfähig sein. Eine weitere Orientierung für solche Faktoren bietet § 2 der jetzt gültigen Bedarfspla-

nungsrichtlinie.<sup>9</sup> Der kürzlich an den GBA erteilte Auftrag, die vertragsärztliche Bedarfsplanung neu an Morbidität und Demografie auszurichten und nicht an einem willkürlichen Ist-Zustand von 1995, stellt dafür einen ersten wichtigen Schritt dar.

<sup>9</sup> § 2 Berücksichtigung regionaler Besonderheiten ...

1. die regionale Demografie (z. B. ein über- oder unterdurchschnittlicher Anteil von Kindern oder älteren Menschen),
2. die regionale Morbidität (z. B. auffällige Prävalenz- oder Inzidenzraten),
3. sozioökonomische Faktoren (z. B. Einkommensarmut, Arbeitslosigkeit und Pflegebedarf),
4. räumliche Faktoren (z. B. Erreichbarkeit, Entfernung, geografische Phänomene wie Gebirgszüge oder Flüsse, Randlagen, Inseln oder eine besondere Verteilung von Wohn- und Industriegebieten) sowie
5. infrastrukturelle Besonderheiten (u. a. Verkehrsanbindung, Sprechstundenzeiten/Arbeitszeiten und Versorgungsschwerpunkte des Vertragsarztes, Barrierefreiheit, Zugang zu Versorgungsangeboten angrenzender Planungsbereiche unter Berücksichtigung von Über- und Unterversorgung und anderer Sektoren, z. B. in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen etc.) ...

Ist es aufgrund regionaler Besonderheiten für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich, von diesen Richtlinien abzuweichen, sind die Abweichungen in den nach § 99 Absatz 1 Satz 1 SGB V aufzustellenden Bedarfsplänen zu kennzeichnen und die Besonderheiten darzustellen.

Die Zahl der vorzuhaltenden Hausärzt\_innen wird somit auf Grundlage von VZÄ ausgewiesen, d. h. basierend auf einer ärztlichen 39-Stunden-Woche für die Grundversorgung. Die heute erwartete Mindestarbeitszeit pro Kassenarztsitz von 30 Wochenstunden (entspricht mindestens 20 Stunden Praxis Öffnungszeit) wird damit an die allgemeine Wochenarbeitszeit angeglichen. Nicht oder nur zum Teil grundversorgende Hausärzt\_innen werden gar nicht bzw. nur zum jeweiligen Anteil als hausärztliche Kassenarztsitze berücksichtigt. Maßstab ist also nicht nur die Facharzttrichtung, sondern auch die jeweilige konkrete Tätigkeit bzw. Versorgungstiefe. Diese kann z. B. anhand der vorliegenden Daten der Versorgungsleistungen und des Ordnungsverhaltens ermittelt werden.

Die Bedarfsplanung für die hausärztliche Grundversorgung wird auf eine zu versorgende Bevölkerungszahl ausgerichtet und berücksichtigt nur die grundversorgenden Tätigkeiten, nicht deren Spezialangebote.

#### 4.4.2 BEDARFSPLANUNG FÜR DIE KINDER-ÄRZTLICHE VERSORGUNG

Die kinderärztliche Versorgung wurde in der Bedarfsplanung bisher unter die allgemeine fachärztliche Versorgung eingeordnet. Definitionsgemäß (nach SGB V) gehört die allgemeine kinderärztliche Versorgung jedoch zur Grundversorgung. Sie wird deshalb künftig ebenfalls wie die hausärztliche Grundversorgung nicht an Raumordnungsregionen ausgerichtet, sondern an einer zu versorgenden Bevölkerungszahl der bis 18-Jährigen. Die Größe der Bevölkerungszahl ist in Anlehnung an die Bezugszahl für die hausärztliche Versorgung, umgerechnet auf die unter 18-Jährigen, festzulegen.<sup>10</sup> Korrekturfaktoren, wie oben beschrieben, müssen ebenso gelten. Soweit regional nicht genügend Kinder- und Jugendärzt\_innen zur Verfügung stehen, ist die hausärztliche Versorgung planerisch zu berücksichtigen.

Besondere kinderärztliche Spezialisierungen wie Kinderkardiologie oder Kinderneurologie unterliegen der Bedarfsplanung der sonstigen fachärztlichen Versorgung.

Die kinderärztliche Versorgung wird wie die hausärztliche Grundversorgung für eine zu versorgende Bevölkerungszahl der bis 18-Jährigen entwickelt.

#### 4.4.3 BEDARFSPLANUNG IN DER SONSTIGEN FACHÄRZTLICHEN VERSORGUNG

Die fachärztliche Versorgung außerhalb der hausärztlichen Grundversorgung umfasst pro Fachgebiet:

1. grundversorgende;
2. spezialisierte ambulante Facharztangebote;
3. aus krankheitsspezifischen oder pflegerischen Gründen notwendige stationäre Leistungen.

Diese ambulanten und stationären Angebote werden künftig übergreifend planerisch pro Disziplin betrachtet, um eine bessere Durchlässigkeit zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung zu ermöglichen. Grundlage ist die jeweils zu erbringende Leistung für eine definierte Bevölkerungszahl, die über der für die Grundversorgung relevanten Größenordnung von 100.000 Einwohner\_innen liegt.

Um die grundversorgenden Leistungen (Ziffer 1) der jeweiligen Disziplinen nicht (weiter) gegenüber den spezialisierten Leistungen (Ziffer 2) der Disziplin abzusenken,

- wird pro Disziplin der für die ambulante Grundversorgung notwendige Anteil der disziplinbezogenen Gesamtversorgung definiert,
- kann die Selbstverwaltung, z. B. in Form eines relevanten fachdisziplinbezogenen Budgetanteils, sicherstellen, dass die festgelegte Grundversorgungsquote beibehalten wird,
- ist die Erlaubnis zur Erbringung von spezialisierten und stationären fachärztlichen Leistungen durch Vorgaben zur Struktur- bzw. Prozessqualität zu regeln.

Auch die stationären Leistungen (Ziffer 3) werden umfangmäßig als Anteil der disziplinbezogenen Gesamtversorgung festgelegt. Dabei erfolgt anfangs die prozentuale Festlegung der facharztspezifischen stationären Versorgungsanteile auf Basis der Ist-Situation. Zur besseren Berücksichtigung von Ambulantisierungspotenzialen ist sie künftig aufgrund der Vorgaben der Bedarfsplanung weiterzuentwickeln.

Wenn der disziplinbezogene Gesamtbedarf um die definierten Leistungsmengen für die ambulante Grundversorgung (Ziffer 1) und der notwendigen stationären Versorgung (Ziffer 2) reduziert wird, ergibt sich der rechnerische Anteil für die spezialisierten Leistungen (Ziffer 3). Über ein einheitliches Honorierungssystem für identische, bisher sowohl ambulant als auch stationär erbrachte spezialisierte Leistungen ist zu erwarten, dass diese vorrangig durch die vertragsärztliche Versorgung erbracht werden.

In Ausnahmefällen kann jedoch eine Erbringung durch ambulante Versorgungsangebote der Krankenhäuser sinnvoll sein, z. B. in vertragsärztlich unterversorgten Regionen, bei besonderen krankheitsspezifischen technischen oder personellen Voraussetzungen bzw. zur Wahrung einer Behandlungskontinuität bei primär oder überwiegend stationärer Leistungserbringung.

Die Bedarfsplanung für die sonstigen vertragsärztlichen Leistungen wird je nach Versorgungsart unterteilt in grundversorgende, spezialisierte ambulante Facharztangebote sowie aus krankheitsspezifischen oder pflegerischen Gründen notwendige stationäre Leistungen und wird entsprechend differenziert berechnet.

#### 4.4.4 ABBAU DER ÜBERVERSORGUNG

Ziel ist es, nicht nur die zur Versorgung notwendigen Bedarfe in den jeweiligen Planungsregionen vorzuhalten, sondern auch eine Umverteilung bzw. einen Abbau von Überversorgung zu initiieren. Durch Einführung einer einheitlichen Versicherung für Gesetzlich Krankenversicherte (GKV) und Privat-

<sup>10</sup> Die bisherige durchschnittliche Verhältniszahl lautet: ein kinderärztlicher Sitz pro 3.642 bis unter 18-Jährige.

versicherte würden Anreize zur Bevorzugung von bisher über- versorgten Regionen, die sich meist durch einen hohen Privat- patientenanteil für niedergelassene Ärzt\_innen als interessant erweisen, gesenkt (Sundmacher/Ozegowski 2016). Ferner soll die Überversorgung dadurch abgebaut werden, dass Vertragsarztsitze nach Praxisaufgabe der Sitzinhaberin bzw. des Sitzinhabers an die mit der Sicherstellung beauftragten Institutionen zurückfallen. Für die bisherigen Sitzinhaber\_innen ist – da die Zulassung in der Vergangenheit nicht befristet war – zur Berücksichtigung eines Besitzstands eine Entschä- digungsregelung für den materiellen und ggf. immateriellen Wert der Praxis vorzusehen.

Es ist bei Rückgabe des Sitzes zu entscheiden, ob er an einen unterversorgten bzw. von Unterversorgung bedrohten Planungsbereich vergeben oder aufgegeben wird. Sektoren- übergreifende Strukturen, wie sie z. B. die vom Sachverständi- genrat vorgeschlagenen Lokalen Gesundheitszentren (LGZ)<sup>11</sup> darstellen, werden bei der Neuvergabe bevorzugt.

Vertragsarztsitze sollen für künftige Niederlassungen nach Praxisaufgabe des Sitzinhabers/der Sitzinhaberin an die mit der Sicherstellung beauftragten Institutionen zurückfallen.

#### 4.4.5 SCHNITTSTELLE KRANKENHAUS- MEDIZINISCHE REHABILITATION

Die durch die Deutsche Rentenversicherung oder die Krankenkasse getragene Rehabilitation wird heute nicht geplant, sondern entweder durch Eigenbetriebe (der Deutschen Rentenversicherung bzw. einzelner Krankenkassen) oder zumeist durch am Preis orientierte Verträge bestimmt.

Die Entwicklung der medizinischen Rehabilitation und der Krankenhausmedizin bewegt sich medizinisch in bestimmten Schnittbereichen aufeinander zu: So fällt die Vorhaltung der geriatrischen Rehabilitation in Deutschland teilweise in die Verantwortung der Landeskrankenhausplanung, teilweise in die Zuständigkeit der Rehabilitation. Fachlich inhaltlich unterscheiden sich diese Angebote allerdings nicht. Gleiches gilt beispielsweise für die Phase C der Rehabilitation im Rahmen anderer somatischer oder psychisch orientierter Angebote. Die Angebote in den psychosomatisch orientierten Rehabilitationskliniken sind von denen im Krankenhaus strukturell und inhaltlich kaum unterscheidbar. Die Ausstattung verschiedener Reha-Kliniken orientiert sich teilweise an Krankenhausstandards auch bedingt durch die immer kürzeren Verweildauern in der Krankenhausversorgung. Deshalb spricht vieles dafür, perspektivisch auch die Rehabilitation im Zusammenhang mit der Krankenhausversorgung zu planen. Vorrangig soll damit festgelegt werden, in welchem Umfang jeweils eine „rehabilitative“ Krankenhausbehandlung bzw. ambulante oder stationäre Rehabilitation berücksichtigt werden muss.

Die Schnittstelle Krankenhaus-medizinische Rehabilitation ist perspektivisch in Hinblick auf die rehabilitativen Krankenhausleistungen gemeinsam zu betrachten.

<sup>11</sup> Zur Ausgestaltung der LGZ vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014).

#### 4.4.6 PFLEGE

Die in den Ländern geführten Landespflegepläne werden im Konsens aller Beteiligten als eine übergreifende Orientierung entwickelt. Eine präzise Pflegeplanung, insbesondere im stationären Bereich, findet nicht statt. Dabei ist es unzweifelhaft, dass die jetzige Marktentwicklung zu Über- und Unterversorgung ähnlich wie in der medizinischen Versorgung geführt hat. Erschwerend für jegliche Planung von Langzeitpflegeeinrichtungen ist zu berücksichtigen, dass bei fehlender sozialversicherungsrechtlicher Vollfinanzierung ein rechtlicher Eingriff in die wettbewerbliche Ausrichtung der Einrichtungen nicht einfach ist. Allerdings bietet das jetzt verabschiedete Pflegestrukturgesetz III Möglichkeiten, stärker im kommunalen Raum Einfluss auf die Ausrichtung der Pflege zu nehmen und beispielsweise einem regionalen Überangebot stationärer Pflegeheimplätze durch neue quartiersnahe Wohn- und Betreuungsformen für Pflegebedürftige entgegenzuwirken.

Es ist perspektivisch daran zu arbeiten, auch Modelle für regionale Pflegeplanung zu entwickeln, die auf der gestärkten kommunalen Verantwortung aufbauen.

#### 4.4.7 RAHMENVORGABEN FÜR DIE BEDARFS- PLANUNG AUF BUNDESEBENE

Um einen bundeseinheitlichen Rahmen für die Planung zu entwickeln, wird der GBA beauftragt, eine Rahmenempfehlung zur sektorenübergreifenden Bedarfsplanung der ambulanten und stationären Versorgung nach den genannten Vorgaben vorzulegen. Für die Beteiligung an den Beratungen und deren Verabschiedung erhalten die Länder, entsprechend den anderen stimmberechtigten Beteiligten, einen belastbaren Status als gleichberechtigte Bank.<sup>12</sup> Die Rahmenempfehlung soll genügend Optionen für eine Planung enthalten, die die regionalen Gegebenheiten berücksichtigt. Die möglichen Abweichungstatbestände wie geografische, sozioökonomische, morbiditätsbedingte, demografische oder strukturelle Besonderheiten, die bereits in § 2 der jetzigen Bedarfsplanungsrichtlinie erwähnt sind, sollen in den Rahmenempfehlungen benannt werden. Die regionale Abweichung von der Rahmenvorgabe muss begründet und transparent gemacht werden. Abweichungskorridore von Planwerten wie Verhältniszahlen oder die die Planungsbereiche bestimmende Bevölkerungszahl sind in den Rahmenempfehlungen anzugeben.

#### 4.4.8 BEDARFSPLANUNG IN DEN LÄNDERN

Zur Operationalisierung der regionalen Bedarfsplanung bestimmt der Bundesgesetzgeber eine Planungskonferenz<sup>13</sup> pro Land, bestehend aus dem jeweiligen Land, der oder den

<sup>12</sup> Eine Richtlinie des GBAs, die auch die Länder in der Krankenhausplanung bindend verpflichtet, ist aufgrund der gegebenen verfassungsrechtlichen Lage nicht möglich. Deshalb kann der GBA in diesem Fall nur eine Rahmenempfehlung ohne letztendlich bindenden Charakter für die Länder vorlegen.

<sup>13</sup> Ggf. sind in Flächenländern regional mehrere Konferenzen zu ermöglichen.

Kassenärztlichen Vereinigungen (KV)<sup>14</sup>, den Landeskrankenhausesgesellschaften und den Krankenkassen/Krankenkassenverbänden. Sollten andere Leistungserbringer (der Rehabilitation oder der Pflege) künftig in die Bedarfsplanung miteingebunden werden oder regional relevante Versorgungsanteile durch andere Leistungserbringergemeinschaften, z. B. in Form von Selektivverträgen, erbracht werden, so sind diese zu beteiligen. Patientenvertreter\_innen sind zu den Beratungen, allerdings ohne Stimmrecht, hinzuzuziehen. Die Länder können weitere Beteiligte ohne Stimmrecht benennen. Aus verfassungsrechtlichen Gründen erhalten die Länder die Option, per Landesgesetz eine andere Gestaltung der Bedarfsplanung im jeweiligen Land vorzugeben.

Die Planungskonferenz berät:

- (1) den Bedarfsplan für die haus- und kinderärztliche Grundversorgung;
- (2) den Bedarfsplan für alle sonstigen Facharzttrichtungen, bestehend aus den disziplinbezogenen Einzelplänen übergreifend für die ambulante und stationäre Versorgung.

Die Bedarfspläne orientieren sich primär am Ist-Zustand, werden aber sukzessive, z. B. zur Förderung einer Ambulantisierung von stationären Leistungen oder zur räumlichen Verlagerung von Kapazitäten, mit dem Ziel einer Optimierung der Versorgung weiterentwickelt und angepasst.

Die Pläne werden gemeinsam mit allen Bänken der Planungskonferenz entwickelt und beraten. Ziel ist ein Konsens. Wird dieser trotz zweimaliger Beratung nicht erzielt, entscheidet über Ziffer 1 der Landesausschuss nach § 90 SGB V. Über Ziffer 2 hat das Land, aus verfassungsrechtlichen Gründen, das Letztentscheidungsrecht. Das Land kann auf landesrechtlicher Grundlage eine Abweichung des Entscheidungsprozesses zur Ziffer 2 vorgeben.

Rahmenvorgaben für die Bedarfsplanung erfolgen durch den GBA auf Bundesebene, die Ausgestaltung erfolgt unter Einbeziehung des stationären Sektors durch Planungskonferenzen auf der Landesebene mit Letztentscheidungsrecht der Länder.

#### 4.4.9 SICHERSTELLUNG

Die Sicherstellung verbleibt grundsätzlich bei den bisher dafür zuständigen Institutionen, also bei der KV für die haus- und fachärztliche ambulante Grundversorgung und beim Land für die alleinig stationär zu erbringenden Leistungen.

Für die spezialisierten fachärztlichen Leistungen erfolgen einheitliche und gemeinsame Verhandlungen und Vertragsabschlüsse der Krankenkassen im Land mit den Leistungsanbietern über die Verteilung der geplanten Leistungsvolumina. Da somit auch bisher von Krankenhäusern angebotene Leistungen miteingeschlossen werden, wird dem Land aufgrund seiner verfassungsmäßigen Zuständigkeit für die stationäre Versorgung eine Notarsfunktion bezüg-

lich der abgeschlossenen Verträge für diese Leistungen eingeräumt.

Insofern sind anders als bei den strukturellen Entscheidungen der Planung die Einzelentscheidungen zur Umsetzung der Bedarfspläne Angelegenheit der genannten Institutionen. Die Vorgaben der Entscheidungen der Planungskonferenz sind jedoch zu beachten. Allerdings wird ein rechtlicher Vorbehalt eingeführt, dass frei werdende Kapazitäten, die nicht zum Abbau von Überversorgung gestrichen werden, vorrangig für sektorenübergreifende Versorgungsangebote zu nutzen sind.

Sollten die für die Sicherstellung zuständigen Institutionen die in der Bedarfsplanung vorgegebenen Versorgungsbedarfe nicht gewährleisten können, gehen diese Kompetenzen nach einem vorzugebenen Verfahren auf die Planungskonferenz über. Die Finanzierung der durch die Planungskonferenz ersatzweise vergebenen Versorgungsbedarfe verbleibt bei den primär zuständigen Institutionen. Die letzte Entscheidung über solche Ausschreibungen liegt beim Land als Aufsichtsorgan.

Die Sicherstellung verbleibt bei den bisher dafür zuständigen Institutionen, bei konkurrierenden Zuständigkeiten erfolgt aus verfassungsrechtlichen Gründen eine Letztentscheidung des Landes.

## 4.5 DIE HONORIERUNG NACH ART DER LEISTUNG GESTALTEN

Die getrennten Budgets in den verschiedenen Sektoren, die unterschiedlichen Honorierungsregelungen und das Verschieben teurer Leistungen in andere finanzielle Zuständigkeiten verhindern eine übergreifende Versorgung der Patient\_innen. Daher ist es geboten, die Vergütungen neu zu ordnen. Die Honorierung muss sich daran ausrichten, wie die Leistung im Sinne der Patient\_innen optimal erbracht werden kann. Die Honorierung soll weiterhin keinen Grund darstellen, eine Leistung aus finanziellen Überlegungen in einer „teureren“ Versorgungsstufe zu erbringen: Gleiche Leistungen sollten unabhängig vom Ort der Leistungserbringung oder vom Versicherungsstatus gleich bezahlt werden.

Das Gewirr von Abrechnungsmöglichkeiten, z. B. aus den KV-Budgets oder extrabudgetär, über diagnosebezogene Fallgruppen (Diagnosis Related Groups, DRG) und Zusatzentgelte, über die Berufsgenossenschaften, die privaten Versicherungen, die Rentenversicherungen, die Pflegeversicherungen, die staatlichen Hilfen zur Pflege und die vom Ort der Leistungserbringung abhängige Art und Höhe der Vergütung haben zur Folge, dass medizinisch-pflegerische Entscheidungen abrechnungsorientiert beeinflusst werden.

### 4.5.1 POTENZIALE UND GRENZEN VON VERGÜTUNGSANREIZEN

Da mit der Ausgestaltung der Vergütung starke Anreize gesetzt werden, besteht die Möglichkeit, in Versorgungsstrukturen und -prozesse steuernd einzugreifen. Demgemäß steht das Thema Vergütung bei der Diskussion um Steuerungs-

<sup>14</sup> Sollten andere selektivvertraglich im Land tätige Institutionen einen relevanten Versorgungsanteil übernommen haben, sind sie angemessen zu berücksichtigen.

instrumente oft weit oben auf der Agenda. Die Potenziale bestehen unter anderem in:

- Anreize für bessere Koordination an den Schnittstellen;
- Abbau von Überversorgung durch Mengenausweitung und Überinanspruchnahme;
- Verhinderung von Unterversorgung;
- Qualitätssteigerung;
- Verringerung (unnötiger) Ausgaben für (nicht bedarfsgerechte) Leistungen;
- Vermeidung von Risikoselektion.

Gleichzeitig lassen sich in der Analyse von Vergütungsmodellen – sowohl in Deutschland als auch international – die Grenzen der Steuerungsmöglichkeiten über Vergütung erkennen:

- unerwünschte Nebeneffekte jedes Vergütungsmodells (Risikoselektion, Unter-, Über-, Fehlversorgung);
- Begrenzung des Komplexitätsgrades notwendig, um verhaltenssteuernd zu wirken;
- keine durchgehende Evidenz für nachhaltige Qualitätsverbesserung durch leistungsorientierte Vergütung – sogenanntes Pay for Performance (P4P);
- abnehmender Grenznutzen zusätzlicher Vergütung/ Abwägung mit anderen Gütern (Freizeit);
- Transaktionskosten.

Die verschiedenen Vergütungsmodelle variieren im Grad der Pauschalierung und eignen sich damit in unterschiedlichem Maß dafür, den verschiedenen Zieldimensionen gerecht zu werden: Einerseits sollen die größten Schnittstellenprobleme zwischen und innerhalb der Sektoren verringert werden, andererseits gilt es, Risikoselektion zu vermeiden und eine faire und leistungsgerechte Vergütung zu ermöglichen.

Von daher bietet es sich an, unterschiedliche Erkrankungen mit ähnlichem Verlauf und Versorgungsbedarfen in Clustern zu bündeln (i. F. „Erkrankungscluster“). Daraus ergibt sich eine Unterscheidung zwischen Erkrankungsclustern, die sich insbesondere an der Langfristigkeit der Erkrankung, dem Schweregrad und der Notwendigkeit, krankheitsübergreifende Versorgung sicherzustellen, festmachen lässt.

- Hier zeigt sich, dass die unterschiedlichen Patientenbedarfe mit großen Unterschieden einhergehen, welche Schnittstellen betroffen sind, wie hoch die Gefahr der Risikoselektion ist und wie stark eine Standardisierung von Versorgungspfaden (und somit Vergütungspauschalierung) möglich ist. Demzufolge bedarf es einer differenzierten Auswahl des geeigneten Vergütungsmodells.
- Der Pauschalierungsgrad des Vergütungsmodells nimmt mit zunehmender Komplexität der Erkrankungen aufgrund der damit einhergehenden geringeren Möglichkeiten für eine Standardisierung der Versorgungspfade ab.
- Der Pauschalierungsgrad des Vergütungsmodells nimmt zudem mit geringeren Fallzahlen der Erkrankung ab, da sich die Möglichkeit des einzelnen Leistungserbringers, Hochkostenfälle durch Niedrigkostenfälle auszugleichen, verringert. Andernfalls würde der Anreiz zur Risikoselektion steigen.

## 4.5.2 VERGÜTUNG IN DER GRUNDVERSORGUNG

Die derzeitige Honorierung von Ärzt\_innen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung beruht auf einem in dieser Form weltweit einzigartigen, für die Mehrzahl aller Vertragsärzt\_innen unverständlichen und auch für Fachleute zum Teil nicht nachvollziehbaren hochkomplexen System. Der hier maßgebliche Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) umfasst eine schwer überschaubare Zahl von Abrechnungsziffern und wird durch diverse „gedeckelte und ungedeckelte“ Budgets sowie komplexe, regional unterschiedliche und in ständiger Überarbeitung befindliche Honorarverteilungsmaßstäbe ergänzt. Über nur theoretisch feste, kalkulierbare Preise ergibt sich das letztendlich gültige individuelle Honorar mit einer regelhaft erheblichen zeitlichen Verzögerung aus praxisindividuellen Leistungsbudgets. Es dominiert jedoch weiterhin die (insgesamt budgetierte) Vergütung einzelner Leistungen, die in der Regel einen Arzt-Patienten-Kontakt voraussetzt und präventive Maßnahmen nicht goutiert. Es gilt das vereinfachte Prinzip, dass die Honorierung immer einer konkret erbrachten (Einzel-)Leistung folgen muss. Der einzelne Arzt oder die einzelne Ärztin kann damit im Wesentlichen nur über eine gewisse Ausweitung der Zahl der Arzt-Patienten-Kontakte und der Leistungsmenge, konkret durch die Erhöhung der Zahl von Patient\_innen sowie anhand zusätzlicher diagnostischer und therapeutischer Leistungen, sein oder ihr individuelles Honorar erhöhen. Da ähnlich gerichtete Anreize gleichzeitig in Haus- und Facharztpraxen wirken, erklären sich auch daraus die in Deutschland im internationalen Vergleich extrem hohen Arzt-Patient-Kontaktraten je Einwohner\_in und Jahr.<sup>15</sup>

Angesichts dieser Situation soll die bedarfsgerechte ärztliche Primärversorgung durch Hausärzt\_innen mittels einer einheitlichen, populationsbezogenen und von Einzelleistungsmengen weitgehend unabhängigen Vergütungssystematik gestärkt werden.

Die kontaktabhängige Honorierung wird durch einen relevanten pauschalisierten Anteil des Honorarvolumens (vgl. Abbildung 4) ersetzt:

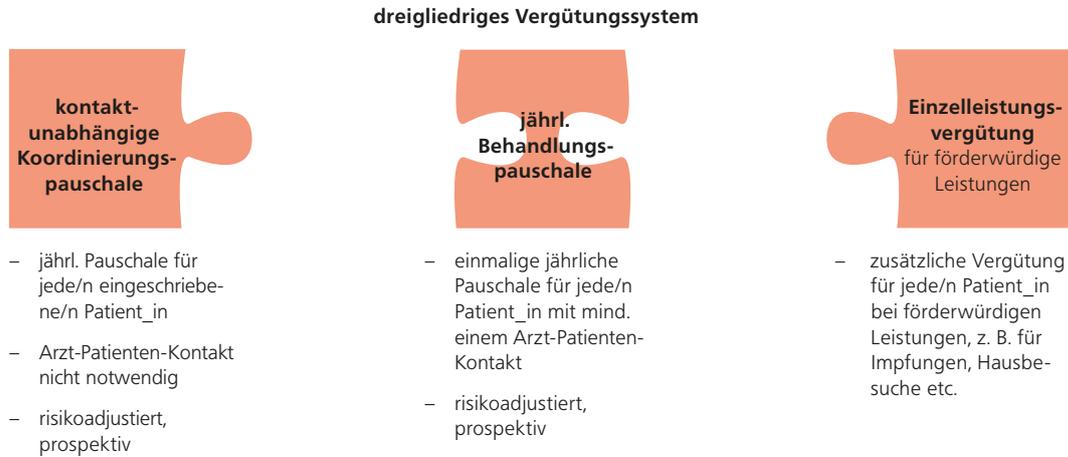
- (1) Pro eingeschriebenem/r Patient\_in<sup>16</sup> erhält der Hausarzt/ die Hausärztin eine jährliche Koordinierungspauschale, die risikoadjustiert differenziert sein soll.<sup>17</sup>

<sup>15</sup> Die letzten zuverlässigen Angaben zur einwohnerbezogenen Arzt-Patient-Kontaktrate stammen mit damals 17,9 Kontakten pro Jahr aus dem Jahr 2007 (Grobe 2008). Da seit der veränderten Abrechnungssystematik in der Praxis nicht mehr alle Arzt-Patienten-Kontakte einzeln dokumentiert werden, kann die aktuelle Kontaktrate nur geschätzt werden. Nach übereinstimmenden Einschätzungen (persönliche Mitteilungen aus verschiedenen Kassenärztlichen Vereinigungen) dürfte diese infolge steigender Angebotskapazitäten, demografisch bedingter Mehrinanspruchnahmen und vor allem nach zwischenzeitlichem Wegfall der Praxisgebühr (und dem damit verbundenen Wegfall nahezu jeglicher Steuerungskomponenten) inzwischen bei ungefähr 20 und mehr ambulanten Kontakten zwischen Patient\_innen und Vertragsärzt\_innen je Einwohner\_in und Jahr liegen.

<sup>16</sup> Die Einschreibung erfolgt nicht nur im Krankheitsfall, sondern sollte von den Versicherten auch wahrgenommen werden, ohne erkrankt zu sein, beispielsweise um im Krankheitsfall sicher bei dem Hausarzt/der Hausärztin seines/ihrer Vertrauens versorgt zu werden.

<sup>17</sup> Vgl. Kapitel 4.6 S. 19 f.

Abbildung 4  
Vergütungssystem in der hausärztlichen Grundversorgung



Quelle: Eigene Darstellung.

- (2) Daneben kann bei Behandlungsbedarf für jede/n Patient\_in (unabhängig, ob eingeschrieben oder nicht) eine einmal jährlich anfallende Behandlungspauschale<sup>18</sup> abgerechnet werden.
- (3) Zur Vermeidung von Leistungsdemotivation und damit verbundenen Unterversorgungsrisiken sowie zur gezielten Förderung besonders erwünschter Leistungen (z. B. häusliche Versorgung, Betreuung von Pflegeheimpatient\_innen o. ä.) werden Einzelleistungsvergütungen (mit einem kleineren Anteil des Honorarvolumens) als qualitätsorientierte Vergütungsanreize ermöglicht.

Auch die sonstige fachärztliche Grundversorgung soll vorrangig über Komplexleistungen bzw. Pauschalen vergütet werden.

### 4.5.3 EIN ENDE DER QUARTALISIERUNG

Aufgrund des in Deutschland traditionell üblichen Prinzips der Quartalsabrechnung wird der bundesweite Kontakt- und Leistungsmengenwettbewerb in 17 KV-Bereichen vier Mal im Jahr neu gestartet. Mehr oder weniger strikt gedeckelte (Praxis-)Budgets führen dazu, dass die auf Abrechnungsfragen (und nicht etwa auf die medizinische Behandlung) optimierten Praxis-EDV-Systeme jedem/r Praxisinhaber\_in zu jeder Zeit genau anzeigen, inwieweit seine/ihre Quartalsbudgets bereits ausgeschöpft sind. Sobald dies absehbar bzw. nicht selten lange vor Erreichen des Quartalsendes sogar der Fall ist, sinkt die Motivation, innerhalb eines Quartals weitere Patient\_innen zu behandeln. Im schlimmsten Fall werden in der verbleibenden „freien“ Zeit dann entweder nur noch (nicht budgetierte) Privatpatient\_innen behandelt bzw. sogenannte Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) gegen Selbstzahlung erbracht oder – zum Beispiel in den letzten vier Wochen eines Quartals – „Budgetferien“ gemacht.

Schon innerhalb eines Quartals werden bevorzugt sogenannte

„Verdünnerrfälle“ behandelt, die einfacher und kostengünstiger betreut werden können und damit den Mehraufwand, etwa bei komplex chronisch Mehrfacherkrankten, kompensieren. Auch auf diese Weise „verstopfen“ Patient\_innen mit vergleichsweise einfachen Beratungsanlässen gerade auch spezialisierte Praxen und blockieren Behandlungskapazitäten, die für die Betreuung schwerer betroffener Patient\_innen benötigt werden. Da Voraussetzung für die Abrechnung der besonders vergütungsrelevanten sogenannten „Chronikerziffer“ mindestens zwei Arzt-Patienten-Kontakte je Quartal sind, entsteht ein impliziter Anreiz, Patient\_innen je zwei Mal pro Quartal, insgesamt also möglichst acht Mal im Jahr, einzubestellen. Die geschilderten Fehlanreize des derzeitigen Abrechnungssystems führen systembedingt folgerichtig zu hohen Kontaktraten, Fehlinanspruchnahmen, insbesondere auf spezialisierten Versorgungsebenen, und trotz hoher Facharztdichte zunehmenden, in der Regel unnötigen Wartezeiten.

Ziel ist die Umstellung von einer (traditionell in Deutschland üblichen, sachlich jedoch nicht nachvollziehbaren) Quartalsabrechnung auf eine prinzipiell jährliche Abrechnung von Versichertenpauschalen mit monatlichen Abschlagszahlungen. Lediglich ergänzende qualitätsorientierte Vergütungskomponenten und Veränderungen der Zahl der eingeschriebenen Versicherten (siehe Punkt 4.6) werden noch quartalsweise abgerechnet.

### 4.5.4 VERGÜTUNG IN DER SPEZIALISIERTEN FACHÄRZTLICHEN VERSORGUNG

In der spezialisierten, also nicht grundversorgenden fachärztlichen Versorgung, die konsequent sektorenübergreifend geplant und finanziert werden muss, soll die Chance genutzt werden, über entsprechende Vergütungsmodelle Anreize für bessere Koordination an den Schnittstellen zu schaffen. Dafür wird die Finanzierung nach den jeweiligen Erkrankungsclustern zu differenzieren sein:

<sup>18</sup> Die Behandlungspauschale ist abhängig von Art und Schwere der Erkrankung des/der behandelten Patient\_in.

- (1) planbare Interventionen;
- (2) schwere akute oder langfristige Erkrankungen (z. B. onkologische Erkrankungen);
- (3) lebenslange chronische Erkrankungen (z. B. Mukoviszidose).

Zu 1: Unabhängig davon, ob die planbare Intervention wie eine Hüft-TEP oder eine Katarakt-Operation durch eine ambulante oder stationäre Einheit erbracht wird, erfolgt eine Honorierung in gleicher Höhe, die die Vorbereitung, Durchführung und Nachbehandlung umfasst. Dies kann über entsprechende IV-Verträge, die immer an qualitative Vorgaben als Instrument des Qualitätswettbewerbes und nicht nur an preisliche Kriterien gebunden sind, vergütet werden. Bei besonderen pflegerischen Bedarfen sind diese zusätzlich zu berücksichtigen. Diese können sich an den Pflegegraden orientieren.

Zu 2 und 3: Die Behandlung schwerer, akut exazerbierender Erkrankungen wie onkologische Erkrankungen bzw. lebenslang bestehende chronische Erkrankungen (z. B. erbliche Erkrankungen) sind ebenso unabhängig von dem Ort der Leistungserbringung so zu honorieren, dass von der Art der Vergütung keine Unterversorgung oder Risikoselektion implizit zu befürchten ist. Dabei bieten sich sektorenübergreifend einheitliche Fallpauschalen oder Leistungskomplexpauschalen an, die zeitraumbezogen abgestuft differenziert werden können. Für besonders seltene oder förderungswürdige Leistungen können diese durch Einzelleistungen ergänzt werden.

Die Entwicklung eines einheitlichen Vergütungssystems ist Grundvoraussetzung für eine faire Bezahlung gleicher Leistung an unterschiedlichen Orten durch unterschiedliche Leistungserbringer und abhängig von den jeweiligen Erkrankungsarten. Zur Ausarbeitung einer solchen Systematik sollen das InEK und das InBA gemeinsam mit dem (ergänzten) Bewertungsausschuss zeitnah auf der Grundlage der obigen Ausführungen Vorschläge entwickeln und diese zur politischen Entscheidung vorlegen.

## 4.6 DIE VERSORGUNG BESSER KOORDINIEREN

Das gegliederte deutsche Gesundheitssystem mit seiner hohen fachlichen Differenzierung führt dazu, dass Patient\_innen – abhängig von der Art und Dauer ihrer Erkrankung – zahlreiche Leistungserbringer in ihre Behandlung miteinbeziehen müssen. Deren Koordination und Abstimmung wird mit der zunehmenden Spezialisierung immer schwieriger. Eine solche Koordination aller Angebote und Leistungen in Richtung auf das bestmögliche therapeutische Ziel und die Bedürfnisse und Ziele der Patient\_innen wird gerade bei komplexen (Mehrfach-)Erkrankungen nicht immer erreicht.

Schwere Erkrankungen werden trotz der grundsätzlich breit verfügbaren medizinischen Kompetenz oft zu spät in die richtige Versorgungsebene überführt. Von daher ist es notwendig, grundsätzliche und krankheitsbezogene Fragen der Koordinierung im Sinne einer verbesserten Versorgung zu lösen.

Die Koordination der Leistungen ist abhängig von der Art der Erkrankung verbindlich zu bestimmen.

### 4.6.1 KOORDINATION IN DER GRUNDVERSORGUNG

In einer älter werdenden Wohlstandsgesellschaft wächst die Zahl chronisch kranker, multimorbider Menschen, deren primärer Bedarf eine wohnortnahe, kontinuierliche, koordinierte Versorgung mit vergleichsweise niedrig komplexen Leistungen der Akutmedizin, der Prävention, der Rehabilitation und der Pflege ist. Die Koordination der Versorgung dieser Leistungen soll über Hausärzt\_innen erfolgen, um so nach Jahrzehnten der Nichtbeachtung den § 76 Abs. 3 SGB V, nach dem jeder und jede Versicherte einen Hausarzt/eine Hausärztin zu wählen hat, mit Leben zu erfüllen.

Allerdings muss dafür die Bereitschaft in der Ärzteschaft und besonders unter den Medizinstudierenden weiter gefördert werden, sich für eine hausärztliche Tätigkeit zu entscheiden. Die in dieser Legislaturperiode initiierten Maßnahmen greifen, sind aber weiterhin sowohl finanziell als auch strukturell zu intensivieren. Ob das in den 90er Jahren vorgegebene Ziel einer 60:40-Verteilung von Haus- und spezialisierten Fachärzt\_innen noch erreicht werden kann, ist zweifelhaft. Die Quote von elf Prozent, die sich zurzeit für eine allgemeinermedizinische Weiterbildung entscheiden, ist keinesfalls bedarfsdeckend und deutlich zu steigern.

Grundsätzlich erfolgt die Umstellung auf ein regional differenziertes Einschreibesystem, in dem alle Patient\_innen eine koordinierende Primärversorgungspraxis (im Sinne patientenzentrierter „Medical Homes“ bzw. in Form von LGZs) wählen, der sie vertrauen und durch die eine zwischen allen an der Behandlung im Einzelfall Beteiligten abgestimmte Diagnostik und Therapie sichergestellt werden kann. Die Wahl und die damit einhergehende Bindung erfolgen auch im Interesse einer Zusammenführung und Dokumentation aller relevanten Befunde der Patient\_innen in der Regel für ein Jahr. Bei besonderen Umständen (Umzug, gestörte Arzt-Patienten-Beziehung) kann auch ein früherer Wechsel der Primärversorgungspraxis im Ausnahmefall erfolgen. Mit diesem System ist die Verpflichtung verbunden, vor der Konsultation eines/einer anderen vertragsärztlich tätigen Arztes/Ärztin (Ausnahmemöglichkeiten für Kinderärzt\_innen, grundversorgende Augenärzt\_innen, grundversorgende Gynäkolog\_innen und Zahnärzt\_innen) eine Überweisung des Hausarztes/der Hausärztin einzuholen.

Andererseits sind die jeweiligen Hausärzt\_innen ihrerseits verpflichtet, die bei ihnen eingeschriebenen Versicherten in jedem Krankheitsfall zeitnah zu behandeln. Abweisungen des Arztes/der Ärztin, z. B. wegen Terminmangel, sind nicht möglich.

Über Wahltarife der Krankenkassen wird ein Anreiz für die Versicherten zur Bindung an eine koordinierende Praxis geschaffen. Dazu bietet sich z. B. die Befreiung von der Zuzahlung von Medikamenten an. Es bleibt aber die Möglichkeit erhalten, sich nicht für eine Einschreibung und eine koordinierende Praxis zu entscheiden.

## 4.6.2 KOORDINATION VON SPEZIALISIERTEN FACHÄRZTLICHEN LEISTUNGEN

Bei planbaren Interventionen übernimmt die Koordination diejenige Stelle, die auch das für diese Leistung gewährte Entgelt erhält. Dies können Krankenhäuser oder auch ambulante Einrichtungen sein, die eine solche planbare Intervention mit vor- und nachfolgender Versorgung anbieten. Der Hausarzt/die Hausärztin ist über die therapeutischen Schritte zu informieren.

Bei schweren akuten, langfristigen Erkrankungen bis hin zu lebenslang chronischen Erkrankungen erfolgt die Koordination in spezialisierten ambulanten und/oder stationären Kompetenzzentren. Über diese erfolgen auch die Begleitung der Patient\_innen in der Nachsorge und die Koordination der gesamten weiteren Versorgung. Auch bei diesen Erkrankungen ist der/die jeweilige Hausarzt/Hausärztin regelmäßig zu informieren.

Die spezialisierten Kompetenzzentren sind in allen geeigneten Fällen als medizinisch-pflegerisch-therapeutische Teams auszugestalten (vgl. hierzu den Exkurs auf Seite 22 f. zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung).

Es ist allerdings zu prüfen und abzustimmen, ob Krankheitsepisoden, die nicht im Zusammenhang mit der Grunderkrankung dieser Patient\_innen stehen, weiter vom Hausarzt/von der Hausärztin oder durch die jeweiligen Zentren versorgt werden sollen.

Durch Vergütungsregeln und qualitätssichernde Vorgaben ist sicherzustellen, dass Patient\_innen mit einer schweren chronischen oder einer schweren akut zu behandelnden Erkrankung schnell an entsprechende Kompetenzzentren überwiesen werden. Eine solche Weiterbehandlung löst die im Kapitel 4.5 genannte fallbezogene Vergütung aus.

Die Patient\_innen wählen auf Zeit verbindlich ihren Hausarzt/ihre Hausärztin, der/die den weiteren Zugang in das Gesundheitssystem grundsätzlich koordiniert. Wahltarife der Krankenkassen schaffen Anreize für dieses System. Langfristige oder akute schwere Erkrankungen, die eine spezialisierte Betreuung erfordern, werden von besonders ausgewiesenen Leistungserbringern oder Kompetenzzentren koordiniert.

## 4.7 TELEMEDIZIN ZUM INTEGRALEN BESTANDTEIL DES VERSORGUNGSSYSTEMS MACHEN

Digitale Anwendungen bieten ein Potenzial für eine effektivere und effizientere Versorgung und können den Zugang zu den Leistungserbringern erleichtern. Patient\_innen auf dem Land, in den Großstädten sowie pflegende Angehörige könnten in unterschiedlicher Weise von telemedizinischen Anwendungen besonders profitieren. Während die Nutzung digitaler Technologien sowohl aus dem Alltag der Menschen als auch in der Industrie nicht mehr wegzudenken ist, kommen solche sinnvollen technologischen Veränderungen im Gesundheitssystem nicht an. Obwohl sich eine Mehrheit der Patient\_innen eine stärkere Nutzung vorstellen kann, sind die Leistungsanbieter eher zögerlich, telemedizinische Angebote einzuführen.

Ein entscheidender Impuls für telemedizinische Leistungen und E-Health-Anwendungen lässt sich nur durch den Abbau bestehender rechtlicher und honorarbedingter Hemmnisse erzielen. Diese Hemmnisse sollten geprüft und anschließend, wo sinnvoll, spezifiziert oder gelockert werden. Ziel ist es, telemedizinische Angebote in die bestehende Versorgungsstruktur verstärkt zu integrieren. Der telemedizinische Kontakt kann den persönlichen zwar nicht ersetzen, aber gezielt ergänzen. Das muss sich auch vergütungstechnisch aufwandgerecht abbilden – bisher sind nur für wenige telemedizinische Leistungen Abrechnungsziffern vorhanden.

Mit dieser Veränderung der Systemparameter eröffnen sich die folgenden drei Anwendungsfelder für die Telemedizin.

### Kommunikation zwischen Leistungserbringern (Doc-to-Doc, D2D)

Telemedizin kann den Austausch zwischen Leistungserbringern erheblich erleichtern. Ein Beispiel dafür ist insbesondere das Telekonsil, mit dem ein Arzt/eine Ärztin die Expertise eines/einer anderen Spezialist\_in einholen kann. Beispielsweise kann ein/eine Allgemeinmediziner\_in noch in der Sprechstunde mit dem/der betreffenden Patient\_in einen Facharzt oder eine Fachärztin für die Befundung und deren Erläuterung gegenüber dem/der Patient\_in „dazu schalten“. Dies ermöglicht eine schnellere Diagnostik (und damit auch Therapie), erspart den Patient\_innen weitere Wege zu dem/der Facharzt/Fachärztin und stellt sicher, dass alle behandelnden Ärzt\_innen auf dem gleichen Informationsstand sind.

### Kommunikation zwischen Patient\_in und Leistungserbringer (Doc-to-Patient, D2P)

Beispiele aus anderen Ländern zeigen, dass ein telemedizinischer Zugang zur ambulanten Versorgung für bestimmte Fragestellungen möglich ist. Für Patient\_innen mit Beratungsbedarf außerhalb der typischen vertragsärztlichen Sprechzeiten stellt derzeit die Notaufnahme oder der Hausbesuch durch den kassenärztlichen Notdienst die einzige, oft nur zur Absicherung bestimmter medizinischer Befürchtungen aufgesuchte Versorgungsmöglichkeit dar. Telemedizinische Konsultationsangebote können hier ein schnell zugängliches, niedrighschwelliges erstes Beratungsangebot darstellen, das kosteneffizient angeboten werden und die Notfallversorgung entlasten kann. Für eine modellhafte Einführung sind die rechtlichen Voraussetzungen zu schaffen.

Spezifische diagnostische telemedizinische Dienstleistungen sind sinnvoll und zu ermöglichen. So bietet beispielsweise die Teledermatologie die Chance, Ausschlussdiagnosen anhand per App übertragener Fotos zu stellen. Diese Anwendung ist in anderen Ländern bereits gut erprobt und senkt ebenfalls die Zugangsbarrieren zur Versorgung. Sie sind aber heute nur in einer rechtlichen Grauzone machbar.

Eine weitere wichtige Anwendung liegt im Telemonitoring, das die Übertragung von Vitalparametern und Patient-reported Outcomes von dem/der Patient\_in an einen ihnen bekannten Arzt/eine ihnen bekannte Ärztin oder ein Telemedizinzentrum ermöglicht. Adäquate Abrechnungsmöglichkeiten sollen die flächendeckende Nutzung von Telemonitoring befördern.

Künftig ist auch über die Integration sogenannter telemedizinischer D2P-Leistungen (z. B. Online-Coaching-Angebote oder digitalgestütztes Adherence- oder Compliance-Management) zu entscheiden. Der Innovationsfonds bietet sich dafür als Plattform an.

### **Kommunikation zwischen Patient\_innen (Patient-to-Patient, P2P)**

Digitale Technologien bieten darüber hinaus die Chance, die Vernetzung zwischen Patient\_innen sowie ihren Angehörigen zu stärken. Online-Communitys ermöglichen neue niedrigschwellige Zugänge zur Selbsthilfe. So können sich beispielsweise Patient\_innen mit seltenen chronischen Erkrankungen global vernetzen und Erfahrungen austauschen.

Neben den genannten Handlungsfeldern ist die Bereitstellung der entsprechenden IT-Infrastruktur von zentraler Bedeutung. Der Aufbau der Telematikinfrastruktur und die Festlegung von Schnittstellenstandards sind die entscheidenden technischen Grundlagen, um die Telemedizin voranzubringen.

Strukturelle Anpassungen braucht es auch bei den Entscheidungsstrukturen im Gesundheitswesen. Wenn man die Potenziale digitaler Technologien nutzen will, müssen die Entscheidungsmechanismen der Geschwindigkeit der Entwicklungszyklen von digitalen Technologien Rechnung tragen.

Um die Telemedizin stärker im Versorgungssystem abzubilden, bedarf es sowohl einer Überprüfung und ggf. Angleichung der limitierenden rechtlichen Vorschriften als auch adäquater Vergütungsmöglichkeiten.

## **4.8 KOMPETENZEN FÜR EINE SEKTOREN-ÜBERGREIFENDE VERSORGUNG ERLERNEN**

Eine teamorientierte Primärversorgung und eine sektorenübergreifende Versorgung entlang der Verlaufsphasen insbesondere chronischer Erkrankungen erfordern ein intensiveres Zusammenwirken der Gesundheitsberufe in Medizin und Pflege. Dazu sind neue Formen der professionellen Kooperation und Arbeitsteilung unerlässlich (Schachverständigenrat 2014). Ausgehend von den Problemen des/der Patient\_in gewinnen außerdem auf Kontinuität ausgelegte Steuerungskonzepte wie Case-, Care- oder Trajektmanagement zunehmende Bedeutung (Schaeffer/Ewers 2006). Diese schließen neben der Pflege auch ausdrücklich die Therapieberufe mit ein.

Koordiniertes und disziplinübergreifendes Handeln zwischen den Gesundheitsberufen ist durch interprofessionelles Lernen (und Forschen) vorzubereiten (Robert-Bosch-Stiftung 2011). Die Ausbildungseinrichtungen müssen durch ihr Lehr- und Lernangebot Voraussetzungen für Kooperationskompetenz schaffen. Gesundheitseinrichtungen müssen der interdisziplinären Zusammenarbeit durch Strukturelemente wie Team- oder Fallbesprechungen einen Rahmen geben.

Der Bundesgesetzgeber hat in den Ausbildungs- und Prüfungsgesetzen aller Heilberufe die Bedeutung und die Möglichkeiten des Erlernens der interdisziplinären Zusammenarbeit zu berücksichtigen.

## **4.9 ERSTE SCHRITTE**

Neben einer Vereinheitlichung der Planungsstrukturen, der Vergütungssystematik, der Qualitätssicherung, des Klassifizierungssystems, eines standardisierten sicheren Datentransportes – inklusive der elektronischen Patientenakte und der professionellen Koordinierung zwischen den Sektoren – gibt es zahlreiche weitere Ansatzpunkte zur Vereinheitlichung der notwendigen Infrastruktur, die für eine sektorenübergreifende Versorgung förderlich oder sogar notwendig sind. Obgleich sie nicht die Priorität wie die eben genannten Faktoren haben, sollte es dennoch das Ziel sein, weitere gleichartige Rahmenbedingungen auf den Weg zu bringen.

So bietet es sich an, bei der Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (z. B. § 137c SGB V) die bisher unterschiedlichen Erlaubnis- bzw. Verbotsvorbehalte der unterschiedlichen Sektoren zusammenzuführen.

Es wird vorgeschlagen, einen Erlaubnisvorbehalt mit einer Ausnahmeklausel für kompetente Einrichtungen vorzusehen, die den notwendigen Erkenntnisgewinn über Studien eruieren. Abhängig von dem Ergebnis dieser Studien sollte die Methode dann für den gesamten Bereich der ambulanten und stationären Versorgung geöffnet werden. Gleiches soll für neue Verfahren und Medizinprodukte in der Pflege gelten.

## 5

## EXKURS: SEKTORENÜBERGREIFENDE VERSORGUNG AUS DER PERSPEKTIVE DER LANGZEITPFLEGE

Die Versorgung des Krankheitsspektrums einer alternden und oft chronisch kranken Bevölkerung kann nur koordiniert und in gemeinsamer Verantwortung der beteiligten Berufsgruppen erfolgen.

Pflegedienste, Tagespflegeeinrichtungen und Pflegeheime stellen bei chronisch kranken, insbesondere hochbetagten chronisch kranken und pflegebedürftigen Menschen durch ihren mehrmals wöchentlichen bis täglichen Kontakt faktisch die Kontinuität der Versorgung sicher. Dies gilt vor allem bei alleinlebenden Pflegebedürftigen.

Eine bedarfsgerechte, sektorenübergreifende, koordinierte Versorgung ist auch hier vor die beschriebenen Grundprobleme gestellt und reibt sich besonders an der bislang vielfach unzureichenden Kooperation und Koordination zwischen dem medizinischen und dem pflegerischen Sektor sowie der Vielfalt der weiteren einzubeziehenden therapeutischen Dienste:

- Perspektivisch müssen die gesundheitlichen und pflegerischen Leistungsangebote rechtlich und organisatorisch zusammengeführt und in interprofessionellen Teams gemeinsam angeboten werden.
- Der individuelle Behandlungs- und Unterstützungsbedarf muss für die jeweils unterschiedlichen Regelungen der Sektoren in Leistungen „übersetzt“ werden (Leistungskomplexe nach SGB XI, Einzelleistungen der häuslichen Krankenpflege nach SGB V, ärztlich verordnete Heil- und Hilfsmittel, Rehabilitationsleistungen und Medikamente; vgl. Abschnitt 4.1).
- Die Planung der erforderlichen Maßnahmen, ihre Dokumentation und ihre Evaluation erfolgen an mindestens zwei Orten (Arztpraxis, Pflegedokumentation) und sind wenig miteinander verknüpft (vgl. Abschnitt 4.2 und 4.4).
- In der Praxis ist nicht sichergestellt, dass Hausarztbesuch und Pflegevisite koordiniert sind, oder auch nur, dass die Bezugspflegekraft der pflegebedürftigen Person bei einem Arztbesuch (im Pflegeheim oder in der Wohnung) anwesend ist. Die Begleitung beim Arztbesuch oder Therapie-terminen, die insbesondere bei demenzkranken Patient\_innen oft erforderlich ist, ist nicht systematisch gesichert und stellt ebenfalls ein Dauerproblem dar (vgl. Abschnitt 4.3).

Die in den Abschnitten 4.1 bis 4.7 aufgezeigten Perspektiven und Lösungsvorschläge haben das Potenzial, gerade auch die Versorgung chronisch kranker und pflegebedürftiger Menschen zu verbessern. Ein spezifisches Thema stellt in diesem Zusammenhang die medizinisch-pflegerische Grundversorgung der Bewohner\_innen von Pflegeheimen dar.

Freie Arztwahl und wettbewerblich organisierter Pflege-sektor haben zur Konsequenz, dass jede Hausarztpraxis (zumindest in städtischen Räumen) mit mehreren Pflegeeinrichtungen, aber auch jede Pflegeeinrichtung mit mehreren Hausarztpraxen kooperiert. Der Bundesgesetzgeber hat hierauf mit Regelungen zur ärztlichen Versorgung im Pflegeheim nach §119b SGB V reagiert, die angesichts fehlender Effekte in der Praxis zunehmend verbindlicher gestaltet wurden.

Zum 1.1.2014 haben daraufhin die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband eine Vereinbarung zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen als Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag geschlossen.<sup>19</sup> Sie wird vereinbarungsgemäß durch das InBA evaluiert.

Die Evaluation ist abzuwarten. Das Ergebnis ist daraufhin zu überprüfen, ob die verlässliche und koordinierte ärztliche Betreuung in den Langzeitpflegeeinrichtungen verbessert werden muss und kann.

Als Ansatz für eine spezialisierte sektorenübergreifende medizinisch-pflegerische Versorgung kann die Organisation, Erbringung und Abrechnung einer medizinisch-pflegerischen Komplexleistung nach dem Muster der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) gelten.

Nach § 37b SGB V haben Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden oder weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, Anspruch auf SAPV. Die Leistung ist von einem Vertragsarzt/einer Vertragsärztin oder Krankenhausarzt/-ärztin zu verordnen. Die SAPV umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination, insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle, und zielt darauf ab, die Betreuung

<sup>19</sup> Für die Fassung vom 1.12.2016 siehe Kassenärztliche Bundesvereinigung/GKV-Spitzenverband 2016.

der Versicherten in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs zu ermöglichen (vgl. GBA 2014). Leistungserbringer sind palliativmedizinisch qualifizierte Ärzt\_innen und entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte, die orientiert an der Konzeption eines Palliative-Care-Teams (PCT) fachübergreifend eng zusammenarbeiten; sie bilden in der Praxis zumeist als PCT eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts. SAPV wird als Komplexleistung erbracht und abrechnet. Über die Aufteilung der Vergütung auf die ärztlichen und pflegerischen Leistungserbringer entscheidet das PCT intern selbst. Erkrankte und ihre Angehörigen haben jederzeit sichere Ansprechpartner\_innen; die Koordination von Palliativmedizin und Pflege wird im PCT sichergestellt.

Die Komplexleistung im Bereich der Pflege umfasst aus systematischen Gründen nur die ärztlich verordnungsfähige und nach SGB V bedarfsdeckend erbrachte häusliche Krankenpflege. Die Leistungen der häuslichen Pflege nach SGB XI sind hingegen so konzipiert, dass die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen im Rahmen eines gesetzlich begrenzten Höchstbetrages nach Pflegegraden (Teilleistungsprinzip) selbst entscheiden, welche Teilleistungen sie von einem Pflegedienst einkaufen. Solange die Pflegeversicherung den Bedarf nicht vollständig deckt, stärkt dieses Steuerungsprinzip die Autonomie der Pflegebedürftigen. Die ambulante SGB-XI-Pflege kann von den ärztlich-pflegerischen Teams nur fakultativ mitangeboten werden.

Der Spitzenverband Bund der Gesetzlichen Krankenkassen und die KBV werden damit beauftragt, für weitere Versorgungsbedarfe die Erbringung durch medizinisch-pflegerische Teams und die Abrechnung als Komplexleistung nach dem Muster der SAPV zu entwickeln.

# Abbildungsverzeichnis

- 6 Abbildung 1  
**Die Empfehlungen auf einen Blick**
- 9 Abbildung 2  
**Zuständigkeit für die Finanzierung und Sicherstellung in den Versorgungssektoren**
- 13 Abbildung 3  
**Bedarfsplanung von hausärztlichen Grundversorgern und differenzierten fachärztlichen Leistungsvolumina**
- 18 Abbildung 4  
**Vergütungssystem in der hausärztlichen Grundversorgung**

# Abkürzungsverzeichnis

ASV	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DRG	Diagnosis Related Groups (diagnosebezogene Fallgruppen)
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICD	International Classification of Diseases
ICPC 2	International Classification of Primary Care 2
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
InBA	Institut des Bewertungsausschusses
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LGZ	Lokale Gesundheitszentren
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
P4P	Pay for Performance
PCI	Perkutane koronare Intervention
PKMS	Pflegekomplexmaßnahmen-Score
PCT	Palliative-Care-Team
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SGB	Sozialgesetzbuch
VZÄ	Vollzeitäquivalente

# Literaturverzeichnis

Bormann, René; Engelmann, Dirk; Fiedler, Eckbert et al. 2013a: Wettbewerb, Sicherstellung, Honorierung: Neuordnung der Versorgung im deutschen Gesundheitswesen, Positionspapier im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn.

Bormann, René; Engelmann, Dirk; Franke, Edgar et al. 2013b: Zukunft der Krankenhäuser: Mehr Qualität, flächendeckende Versorgung und gerechte Finanzierung, Positionspapier der Arbeitsgruppe „Stationäre Versorgung“ der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn.

Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA) 2014: Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2014, <https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4044/Bericht-Evaluation-SAPV-2014.pdf> (10.01.2017).

Grobe, Thomas G. 2008: Arbeiten mit Daten der Gmünder Ersatzkasse: Ein exemplarischer Überblick, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 51 (10), S. 1.106-1.117.

Kassenärztliche Bundesvereinigung; GKV-Spitzenverband 2016: Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V zur Förderung der kooperativen und koordinierten öffentlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen: Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag, Berlin, [https://www.kbv.de/media/sp/Anlage\\_27\\_119b\\_SGBV.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/Anlage_27_119b_SGBV.pdf) (10.01.2017).

Klauber, Jürgen; Geraedts, Max; Friedrich, Jörg et al. 2016: Krankenhausreport 2016: Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus: Ambulante Versorgung im Krankenhaus optimieren, Stuttgart.

Robert-Bosch-Stiftung 2011: Memorandum: Kooperation der Gesundheitsberufe: Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung, Stuttgart.

Rosenbrock, Rolf; Gerlinger, Thomas 2014: Gesundheitspolitik: Eine systematische Einführung, Bern.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014: Bedarfsgerechte Versorgung: Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche: Gutachten 2014, Bonn; Berlin.

Schaeffer, Doris; Ewers, Michael 2006: Integrierte Versorgung nach deutschem Muster, in: Pflege & Gesellschaft 11 (3), S. 197-209.

Sundmacher, Leonie; Ozegowski, Susanne 2016: Regional Distribution of Physicians: The Role of Comprehensive Private Health Insurance in Germany, in: European Journal of Health Economics 17 (4), S. 443-451.



Impressum:

© 2017

**Friedrich-Ebert-Stiftung**

Herausgeberin: Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik  
Godesberger Allee 149, 53175 Bonn  
Fax 0228 883 9205, [www.fes.de/wiso](http://www.fes.de/wiso)

Bestellungen/Kontakt: [wiso-news@fes.de](mailto:wiso-news@fes.de)

Die in dieser Publikation zum Ausdruck gebrachten Ansichten sind nicht notwendigerweise die der Friedrich-Ebert-Stiftung. Eine gewerbliche Nutzung der von der FES herausgegebenen Medien ist ohne schriftliche Zustimmung durch die FES nicht gestattet.

**ISBN: 978-3-95861-780-3**

Titelmotiv: Wavebreak Media/Fotolia.com

Gestaltungskonzept: [www.stetzer.de](http://www.stetzer.de)

Gestaltungsumsetzung: [www.zumweissenroessl.de](http://www.zumweissenroessl.de)

Mehr Mitsprache und Orientierung – Vorschläge für ein nutzerfreundliches und patientenorientiertes Gesundheitssystem  
**WISO Diskurs – 01/2017**

Ungleichheit bekämpfen! Wo der deutsche Wohlfahrtsstaat jetzt investieren muss  
**Gute Gesellschaft – soziale Demokratie #2017plus – 2016**

Der Weg zur Bürgerversicherung: Solidarität stärken und Parität durchsetzen  
**WISO-Diskurs – 24/2016**

Arbeitsbeziehungen der Care-Arbeit im Wandel  
**WISO Diskurs – 23/2016**

Qualität und Quantität, bitte! Einstellungen zur staatlichen Verantwortung in der Kindertagesbetreuung  
**Gute Gesellschaft – soziale Demokratie #2017plus – 2016**

Verhaltensökonomie: (K)ein Thema für die lebensverlaufsorientierte Sozialpolitik?  
**WISO Diskurs – 20/2016**

Excessive Expectations: OECD and EU Commission Should Revise their Return Assumptions  
**WISO-Diskurs – 18/2016**

Überhöhte Erwartungen: OECD und EU-Kommission sollten ihre Renditeannahmen korrigieren  
**WISO-Diskurs – 17/2016**

Social Investment – Impuls für eine moderne Sozialpolitik?  
**WISO direkt – 23/2016**

Pflege in Sozialräumen: Was muss eine Strukturreform Pflege und Teilhabe leisten?  
**WISO direkt – 20/2016**

Stärkung der Kommunen in der Pflege und die Modellkommunen: Vorschläge zur Umsetzung der jüngsten Reformen  
**WISO direkt – 19/2016**

Wachsende Ungleichheit als Gefahr für nachhaltiges Wachstum: Wie die Bevölkerung über soziale Unterschiede denkt  
**Gute Gesellschaft – soziale Demokratie 2017plus**

Pflegestützpunkte in Deutschland: Die Sicht der Mitarbeitenden – der rechtliche Rahmen – die politische Intention  
**WISO-Diskurs – 07/2016**

Über den Schatten springen! Arbeitsbeziehungen und Care-Arbeit  
**WISO direkt – 09/2016**

Menschen mit Migrationshintergrund in der Rehabilitation: Zugänglichkeit und Ergebnisse  
**WISO direkt – 06/2016**