
**TOP II Gesundheitsversorgung der Zukunft – mehr Koordination der
Versorgung und bessere Orientierung für Patientinnen und Patienten**

Titel: Koordinieren und Kooperieren in der ambulanten Versorgung - für ein
bedarfsgerechtes und sektorenverbindendes Gesundheitssystem

Beschluss

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland steht angesichts eines wachsenden Versorgungsbedarfs in einer Gesellschaft des langen Lebens, eines zunehmenden Fachkräftemangels und zugleich wachsender Versorgungsmöglichkeiten durch den medizinischen Fortschritt vor immensen Herausforderungen. Schon derzeit arbeiten Ärztinnen und Ärzte sowie die anderen Gesundheitsfachberufe an der Belastungsgrenze und oft darüber hinaus.

Deshalb ist es unbedingt erforderlich, die vorhandenen Versorgungskapazitäten stärker als bisher zielgerichtet einzusetzen. Das deutsche Gesundheitswesen ist wie wenige andere von einem kaum gesteuerten Zugang und einer unstrukturierten Inanspruchnahme gekennzeichnet. Dies ist auch zum Nachteil der Patientinnen und Patienten, denn unter diesen Bedingungen wird es immer schwieriger, eine abgestimmte und sichere Versorgung zu gewährleisten.

Ziel der Gesundheitsversorgung muss es sein, die vorhandenen Ressourcen so effektiv, aufeinander abgestimmt und effizient einzusetzen, dass sie dem tatsächlichen Behandlungsbedarf gerecht werden.

**Zugang zur Regelversorgung steuern - klare Strukturen für die primäre
Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung**

Die Patientinnen und Patienten in Deutschland sollten für die primäre Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung eine Arztpraxis verbindlich wählen. Dieser "erste Anlaufpunkt" übernimmt für alle gesundheitlichen Anliegen die primärärztliche Versorgung sowie die Koordination einer notwendigen Weiterbehandlung bei Fachärztinnen und Fachärzten in allen Gebieten und in weiteren Versorgungsbereichen.

Die primärärztliche Versorgung erfolgt durch eine Hausärztin/einen Hausarzt. Das SGB V ermöglicht schon heute die hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73b SGB V, die die qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Koordinations- und Integrationsfunktion der Hausärztinnen und Hausärzte in enger Zusammenarbeit mit anderen Fachärztinnen und Fachärzten fördert. Dies hat sich bewährt und ist weiter auszubauen.

Dabei bleibt z. B. in der gynäkologischen und augenärztlichen Versorgung der unmittelbare Zugang zur fachärztlichen Versorgung erhalten. Bei Patientinnen und Patienten mit einer besonders im Vordergrund stehenden chronischen Erkrankung, die eine intensive und kontinuierliche fachärztliche Versorgung erfordert, kann die Behandlungskoordination durch die behandelnde Fachärztin bzw. den behandelnden Facharzt erfolgen.

Die freie Arztwahl bleibt im Rahmen dieser Vorgaben erhalten.

Leistungen, die in der primärärztlichen Versorgung erbracht werden, müssen sowohl im hausärztlichen wie auch konsekutiv auf Überweisung im fachärztlichen Bereich entbudgetiert werden.

Zugang zur Notfallversorgung steuern - vernetzte Leitstellen und standardisierte Ersteinschätzung

Entscheidend für die Steuerung des Zugangs in die Notfallversorgung ist die bundesweite Einrichtung gemeinsamer bzw. vernetzter Leitstellen von ärztlichem Bereitschaftsdienst (116 117) und Rettungsdienst (112).

Wesentlich sind zudem digitale Strukturen, die den Daten- und Informationsaustausch zwischen allen Beteiligten der Notfallversorgung, eine Anzeige verfügbarer Versorgungskapazitäten in Echtzeit und direkte Online-Terminvergaben ermöglichen.

Davon ausgehend muss konsequent das Prinzip umgesetzt werden, nach dem alle Patientinnen und Patienten mit akuten Beschwerden und in Notfällen zunächst über die Telefonnummer 116 117 bzw. 112 die gemeinsame bzw. vernetzte Leitstelle kontaktieren.

Über eine validierte standardisierte medizinische Ersteinschätzung muss eine Zugangssteuerung erstens nach medizinischer Dringlichkeit und zweitens verbindlich in die adäquate Versorgungsebene erfolgen. Versorgungsebenen sind z. B. die Vertragsarztpraxen, Notdienstpraxen, integrierte Notfallzentren (INZ), Notaufnahmen und komplementäre Angebote, wie psychosoziale, pflegerische und palliative Leistungen. Zudem muss ein bedarfsgerechter Einsatz telemedizinischer Versorgungsangebote in der Notfallversorgung ermöglicht werden.

Voraussetzungen für eine funktionierende Zugangssteuerung

Eine grundlegende Voraussetzung ist, die Gesundheitskompetenz der Menschen sowie ihr Wissen über die Strukturen des Gesundheitswesens und deren sachgerechte Inanspruchnahme zu fördern. Beginnen muss dies schon im Kindes- und Jugendalter durch Implementierung eines Schulfaches Gesundheit in den Grund- und weiterführenden Schulen. Ebenso notwendig ist eine praxistaugliche Digitalisierung, die ein funktionierendes Schnittstellenmanagement und die Interoperabilität der Systeme ermöglicht.

Eine umfassende und funktionierende Koordination des Zugangs in die Gesundheitsversorgung erfordert von allen Beteiligten Verbindlichkeit: Versorgungspfade

müssen von Patientinnen und Patienten und den beteiligten Berufsgruppen verlässlich eingehalten werden. Dafür muss sich Verbindlichkeit sowohl für Patientinnen und Patienten als auch die beteiligten Versorgungsstrukturen lohnen, z. B. durch bevorzugte Berücksichtigung bei Terminvergaben (bei vergleichbarer medizinischer Dringlichkeit) in vertragsärztlichen Praxen, entsprechenden Notfallpraxen und ggf. an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Krankenhäusern.

Koordination und Kooperation über die Zugangssteuerung hinaus fördern

Die Zahl dauerhaft behandlungsbedürftiger, insbesondere multimorbider Patientinnen und Patienten nimmt in einer älter werdenden Gesellschaft zu. Auch haben sich die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen geändert, insbesondere die Einbindung in Gemeinschafts- und Familienstrukturen. All dies erfordert heute eine Versorgung, die neben der ärztlichen Kompetenz auch andere medizinische und teils auch soziale Berufsgruppen einbeziehen muss.

Eine solche interprofessionelle Versorgung ist strukturell zu fördern und adäquat zu finanzieren. Ärztinnen und Ärzte tragen dabei die Gesamtverantwortung für Diagnostik und Therapie. Sie kooperieren gemeinsam mit ihren qualifizierten Medizinischen Fachangestellten (MFA) eng mit weiteren Gesundheitsfachberufen.

Erforderlich ist eine enge Vernetzung von Hausärztinnen und Hausärzten sowie Fachärztinnen und Fachärzten mit regionalen Einrichtungen der ärztlichen (z. B. OP-Zentren) und nichtärztlichen ambulanten Versorgung (z. B. Heilmittelerbringer, qualifizierte Pflegekräfte), mit Krankenhäusern, Pflegediensten und kommunalen Dienstleistungen (z. B. Sozialdienste). Die Ausgestaltung sollte flexibel von den Beteiligten an den regionalen Bedarf angepasst werden können. Die Zusammenarbeit kann über Einbindung in die vertragsärztliche Einrichtung, vor Ort und über eine telemedizinische Anbindung, aber auch über Kooperationsvereinbarungen erfolgen. Wesentlich sind auch hier digitale Lösungen, die eine strukturelle Vernetzung und asynchrone Kommunikation ermöglichen. Für die Vernetzung sollten verstärkt z. B. digitale Plattformen zur Verfügung gestellt werden, über die unter anderem Informationen und Daten ausgetauscht, Konsile und Fallbesprechungen organisiert und abgehalten sowie Termine für die weiterführende Versorgung eingestellt und vergeben werden können.

Zu den erforderlichen Rahmenvorgaben gehört sowohl die additive Finanzierung der Leistungen des nichtärztlichen Personals sowie die Finanzierung von besonderen Aufgaben, wie die Arbeit im Team und im regionalen Netzwerk (Team- und Fallbesprechungen, Qualitätszirkel, regionale Vernetzung, interprofessionelle Schulungen) sowie Koordinationsleistungen und häusliche Betreuung. Dabei sind auch angemessene Vergütungen für telemedizinische Formate und Leistungen vorzusehen.

Besonderem Bedarf gerecht werden - Koordination und Unterstützung entlang definierter Behandlungspfade

Patientinnen und Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf und/oder Schwierigkeiten bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen benötigen in manchen Fällen eine qualifizierte Begleitung, die sie bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und auf dem Weg durch das Gesundheitssystem unterstützt. Eine solche Begleitung können in enger Abstimmung mit der ärztlichen Behandlung z. B. speziell fortgebildete MFA oder Pflegefachkräfte übernehmen.

Daneben sollten unter Einbindung des ärztlichen Sachverständes gezielt erkrankungs- und fachspezifische Versorgungsnetzwerke und -pfade für Menschen mit schweren chronischen Erkrankungen und kontinuierlich hohem Versorgungsbedarf weiterentwickelt werden. Vorbilder sind Formate wie DMP G-BA-Richtlinien zur koordinierten Versorgung von schwer psychisch kranken Patientinnen und Patienten, Konzepte zur Versorgung onkologischer Patientinnen und Patienten (sektorenübergreifende Netzwerke mit onkologischen Zentren), zur vernetzten Schlaganfallnachsorge oder zur Versorgung von Menschen mit seltenen Erkrankungen sowie weitere von Fachgesellschaften und Berufsverbänden entwickelte Konzepte.

Sektorenverbindend versorgen - Rahmenbedingungen schaffen für eine gemeinsame Behandlungscoordination durch Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern, Arztpraxen und medizinischen Versorgungszentren (MVZ)

Das deutsche Gesundheitswesen ist nach wie vor stark durch sektorenspezifische Rahmenvorgaben geprägt. Dem Versorgungsbedarf der Zukunft kann das Gesundheitswesen nur gerecht werden, wenn Ärztinnen und Ärzte die Patientenversorgung unabhängig von der sektoralen Zuordnung gemeinsam koordinieren können. Bereits jetzt versorgen Krankenhausärztinnen und -ärzte ihre Patientinnen und Patienten stationär wie ambulant; niedergelassene sowie ambulant angestellte Ärztinnen und Ärzte sind neben der Tätigkeit in Praxen und MVZ auch an oder in Krankenhäusern tätig, z. B. als Belegärztinnen und Belegärzte. Die gemeinsame Koordination wird aber vielfach noch durch kleinteilige bürokratische Vorgaben, überbordende Kontrollen und Hemmnisse beim Datenaustausch behindert.

Gerade an den Übergängen zwischen den Sektoren spielen digitale Lösungen eine Schlüsselrolle. Sie könnten eine sinnvolle und praktikable Organisation an den Schnittstellen ermöglichen und Reibungsverluste bei Kommunikation und Datenaustausch zwischen den Sektoren verhindern. Auch sind sie für eine bürokratiearme und praxistaugliche Gestaltung des Einweisungs- und Entlassmanagements unerlässlich.

Gemeinsam handeln - Voraussetzungen schaffen und Veränderungen konkret umsetzen

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert die politisch Verantwortlichen in Bund und Ländern auf, die vorgenannten Strukturen und Forderungen im engen Austausch mit den Ärztinnen und Ärzten und den weiteren Berufsgruppen im Gesundheitswesen jetzt umzusetzen und zu gestalten.
