



Rahmenvereinbarung über die Zusammenarbeit zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und dem Deutschen Landkreistag

I. Präambel

Ein solidarisches Gesundheitswesen war und ist für den deutschen Sozialstaat in hohem Maße prägend und wesentliche Grundlage für den sozialen Frieden in diesem Land. Das Fundament dieses Gesundheitswesens ist die flächendeckende, wohnortnahe Vorhaltung qualitativ hochwertiger Gesundheitsleistungen und die umfassende Versorgung ambulant und stationär behandlungspflichtiger Patienten mit den notwendigen Leistungen im Krankheitsfall. Niedergelassenen Ärzten, Krankenhausärzten und ihren Einrichtungen obliegt maßgeblich die Erfüllung dieser Aufgabe.

Die Weichen für die Zukunftsfähigkeit unseres Gesundheitssystems werden derzeit gestellt: Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen wächst kontinuierlich im Zuge der Alterung der Gesellschaft. Neue Behandlungsmöglichkeiten, die der medizinische Fortschritt ermöglicht, verschieben die Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Gemeinsam gilt es deshalb die medizinische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Deutsche Landkreistag sehen eine wohnortnahe, flächendeckende, medizinische Versorgungssicherheit für die Bevölkerung verbunden mit einer hohen Qualität zum Wohle aller Patienten als Fundamentziele an. Beide Partner wollen deshalb neue Formen der Zusammenarbeit zwischen stationärem und ambulantem Bereich entwickeln.

II. Grundsätze und Ziele der Zusammenarbeit

Die Kooperationspartner wollen gemeinsam innovative Versorgungsangebote und deren Bereitstellung sektorenübergreifend entwickeln und damit Lösungen vorbereiten, welche den Anspruch einer hochwertigen Gesamtversorgung langfristig gewährleisten können.

Es gelten folgende Grundsätze für die Zusammenarbeit:

1. Die Behandlungsangebote orientieren sich an den Bedürfnissen der Menschen nach Versorgungssicherheit, kommen allen Patienten zugute und werden den regional sehr unterschiedlichen Situationen an eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung gerecht.
2. Die Kooperationen der Partner leben vom gemeinsamen Ziel der Sicherung einer flächendeckenden Vollversorgung und der Bereitschaft zur Veränderung, das heißt, verschiedene – untereinander im Wettbewerb stehende – Versorgungsalternativen zum Wohle der Menschen aufzubauen, zu erproben und weiter zu entwickeln.
3. Die Versorgungsangebote sollen leistungsbereiten und zukunftsorientierten Ärzten und Krankenhäusern im Interesse ihrer Patienten neue Perspektiven eröffnen.
4. Die Kooperationspartner unterstützen die Therapiefreiheit der Ärzte und wollen dafür sorgen, dass eine Entlastung von bürokratischen Aufgaben in den Praxen und Krankenhäusern möglich wird, um das Arzt-Patienten-Verhältnis nachhaltig zu verbessern.
5. Die Kooperationspartner plädieren ausdrücklich für eine „offene Allianz“ und einen „Wettbewerb der Ideen“ und begrüßen die Mitwirkung anderer interessierter Gruppen – z. B. Verbände, Unternehmen oder sonstige Organisationen –, die die Ideen mittragen können und den Weg der neuen Arbeitsteilung zwischen ambulantem und stationärem Sektor mitgestalten wollen.
6. Erfahrungen und Lösungsvorschläge aus einzelnen Regionen sollen durch geeignete Maßnahmen allen Partnern zur Verfügung gestellt werden.

Mit der Kooperation sollen außerdem die vielfältigen Möglichkeiten, die die Gesundheitspolitik Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten in den vergangenen Jahren zur sektorübergreifenden Zusammenarbeit eröffnet hat gezielt unterstützt werden.

Die Partner möchten folgende konkrete Ziele mit der Kooperation erreichen:

- 1. Medizinische Versorgungsangebote sollen im Rahmen eines Versorgungsmodells bedarfsgerecht gestaltet werden.** Das heißt konkret
 - regionale Plattformen für die ambulante und stationäre Grund- und Regelversorgung zu schaffen, die auf eine enge Kooperation und Verzahnung der Sektoren und medizinischen Leistungsträger setzen.
 - neue Formen der Zusammenarbeit zwischen Grund- und Regelversorgung und Schwerpunktversorgung zu identifizieren, die verstärkt auf medizinische Allianzen und Netzwerke setzen.
- 2. Durch die Zusammenarbeit und Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Bereich sollen Synergien geschaffen und Effizienzreserven gehoben werden. Dabei setzen die Partner im Besonderen auf**

- die Identifikation von Rationalisierungsreserven durch die Verzahnung von ambulantem und stationärem Bereich und
- die Nutzung moderner Kommunikationstechnologien und IT-Unterstützung medizinischer Allianzen (z. B. KV-SafeNet oder weiterer Angebote, die den hohen Sicherheitsanforderungen genügen, wie die eFA).

3. Die medizinische Versorgungsforschung und -lehre soll als eigenständiges wissenschaftliches Aufgabengebiet gestärkt werden. Das heißt konkret

- die Versorgungsforschung dafür zu nutzen, das medizinische Personal für die neuen Aufgaben der Grund- und Regelversorgung gezielt zu qualifizieren und zu motivieren, dies gilt u. a. auch für die psychiatrische Versorgung.
- das medizinische Personal an der Entwicklung und Umsetzung neuer Konzepte mit zu beteiligen
- Konzepte zu entwickeln, wie Ärzte überzeugt werden können, auch in strukturschwachen ländlichen Räumen gerne tätig zu sein.

III. Potenzielle Bereiche der Zusammenarbeit

1. Bedarfsgerechte regionale und überregionale Versorgung:

Zur besseren Versorgung in ländlichen Gebieten werden die Partner mit ausgewählten Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern, ggf. unter Einbeziehung weiterer Partner

- regionale Weiter- und Fortbildungsangebote insbesondere für die Fachrichtung Innere und Allgemeinmedizin entwickeln
- neue Formen der standort- und sektorübergreifenden Zusammenarbeit gerade in bevölkerungsärmeren Gebieten mit sinkender Bevölkerungszahl erproben
- bereits vorhandene Instrumente bzw. Lösungen z. B. Weiterbildungsverbände werden genutzt

Hierbei wird auch die Sicherung der notärztlichen Versorgung angemessen berücksichtigt. Für neue Formen der Aufgabenverteilung zwischen ambulantem und stationärem Bereich werden die Partner die gesetzlich vorgeschriebene Qualitätssicherung vorantreiben. Sie betrachten die Qualitätssicherung als notwendige Voraussetzung für eine dauerhaft hochwertige Versorgung.

2. Identifikation von Rationalisierungspotenzialen

- Gemeinsame Nutzung medizinischer Infrastruktur im ambulanten und stationären Bereich soll systematisch identifiziert werden, um Doppelvorhalten von medizinischen Geräten und Fachpersonal in Praxen und Krankenhäusern zu reduzieren. Hierdurch sollen Rationalisierungsreserven ausgeschöpft werden.
- Telemedizinische Anwendungen für eine wohnortnahe Vorhaltung medizinischer Leistungen sollen überprüft werden.

3. Versorgungsmanagement

Das Versorgungsmanagement stellt eine wichtige Schnittstelle in der Versorgungskette dar. Verbesserungen im Übergang zwischen den einzelnen Sektoren sind nicht nur politisch gewünscht sondern auch wichtig für die Patienten. Erfahrungen aus anderen Projekten sollen mit einfließen, insbesondere im Überleitungsmanagement bei der Arzneimittelversorgung.

Ein wichtiger Bereich ist dabei die Nutzung von elektronischen Kommunikationsmitteln. Eventuell schon vorhandene Vereinbarungen an den einzelnen Standorten sind dabei zu berücksichtigen. Die regionale elektronische Vernetzung niedergelassener Ärzte, ambulanter Einrichtungen mit Krankenhäusern und deren Versorgungseinrichtungen ist zu fördern.

4. Lokale und landesweite Zusammenarbeit

Die lokale Zusammenarbeit – z. B. in Form von Projektgruppen – sollte u. a. folgende Eckpunkte berücksichtigen:

1. Analyse der bestehenden Kooperationsbeziehungen, Beschreibung der Voraussetzungen für eine erfolgreiche Fortführung, Intensivierung oder Etablierung einer kooperativen Beziehung zwischen niedergelassenen Ärzten und den regionalen Kliniken im Verbund des Deutschen Landkreistages
2. Aufbau gemeinsamer Strukturen, z. B. in hausärztlichen Notfallpraxen und Notfallzentren zur 24-Stunden-Notdienstversorgung oder gemeinsamer IT-Plattformen etc.
3. Vereinbarung gemeinsamer Abläufe, z. B. in der Abstimmung der Arzneiverordnung im Übergang von der stationären zur ambulanten Behandlung und von Maßnahmen zur Verbesserung der Compliance oder bei Behandlungspfaden
4. Regelmäßiger Informationsaustausch z. B. in Form von gemeinsamen Fallkonferenzen an den jeweiligen Standorten oder zum Aufnahme-, Entlassungs- und Überleitungsmanagement
5. Verständigung über die ambulante Behandlung hochspezialisierter Behandlungen i. S. d. § 116b SGB V im Krankenhaus
6. Analyse anderer ambulanter Behandlungsmöglichkeiten in Krankenhäusern in Kooperation mit niedergelassenen Ärzten; ebenso zur Erbringung von Krankenhausleistungen durch niedergelassene Ärzte in ambulanter oder stationärer Form

Die beteiligten Kooperationspartner werden die Arbeit der Projektgruppen in geeigneter Weise unterstützen, damit die angestrebten Ziele erreicht werden können.

IV. Gültigkeit

Diese Vereinbarung gilt ab dem 1.11.2010 unbefristet und kann durch einen Partner mit einer Frist von drei Monaten jeweils zum Quartalsende gekündigt werden. Die Vereinbarung kann in beiderseitigem Einvernehmen jederzeit angepasst oder erweitert werden.

V. Weiteres Vorgehen

Zur erfolgreichen Organisation und Umsetzung der Kooperation wird ein gemeinsamer Lenkungsausschuss eingesetzt, dessen Aufgabe es ist,

- regionale Pilotprojekte zu initiieren und die interessierten Partner einzubinden,
- die Umsetzung der Pilotprojekte zu begleiten und zu unterstützen,
- Erfahrungen zu sammeln und mit Blick auf die gemeinsamen Ziele auszuwerten,
- weitere Kooperationspartner zur Sicherung einer flächendeckenden Versorgung in Deutschland zu gewinnen,
- den internen Informationsaustausch zu sichern und die interessierte Öffentlichkeit über die Umsetzung des Projekts zu informieren und
- den Kooperationsvertrag weiterzuentwickeln.

Die Zusammensetzung des Lenkungsausschusses wird einvernehmlich zwischen KBV und DLT vereinbart.

VI. Vereinbarungen auf Landesebene

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Deutsche Landkreistag empfehlen ihren unmittelbaren Mitgliedern, zur Umsetzung und Konkretisierung dieser Rahmenvereinbarung entsprechende Verträge auf Landesebene zu schließen. Bereits bestehende Kooperationsverträge bleiben unberührt.

Berlin, den



Dr. Andreas Köhler
Kassenärztliche Bundesvereinigung


Hans Jörg Duppré
Deutscher Landkreistag