



Der Minister

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen, 40190 Düsseldorf

An den  
Präsidenten  
des Landtags Nordrhein-Westfalen  
Herrn André Kuper MdL

Düsseldorf

für den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

**Gemeinsames Landesgremium nach § 90a SGB V  
- Sachstand und aktuelle Entwicklungen**

Sehr geehrter Herr Landtagspräsident,

in der 17. Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 14. März 2018 hatte die Abgeordnete Angela Lück von der SPD-Fraktion das MAGS gebeten, dem Ausschuss einen aktuellen Bericht zum Sachstand und den aktuellen Entwicklungen im Gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V zuzuleiten.

Dieser Bitte komme ich mit dem beigefügten Bericht gerne nach und wäre Ihnen dankbar, wenn Sie die beiliegenden Drucke an die Mitglieder des o.g. Ausschusses weiterleiten ließen.

Mit freundlichen Grüßen

  
(Karl-Josef Laumann)

1 Anlage (60-fach)

Datum: 3. April 2018  
Seite 1 von 1

Aktenzeichen IV B 3  
bei Antwort bitte angeben

Fabian Schalt  
Telefon 0211 855-3192  
Telefax 0211 855-  
fabian.schalt@mags.nrw.de

Dienstgebäude und  
Lieferanschrift:  
Fürstenwall 25,  
40219 Düsseldorf  
Telefon 0211 855-5  
Telefax 0211 855-3683  
poststelle@mags.nrw.de  
www.mags.nrw

Öffentliche Verkehrsmittel:  
Rheinbahn Linie 709  
Haltestelle: Stadttor  
Rheinbahn Linien 708, 732  
Haltestelle: Polizeipräsidium





**Bericht über den  
Sachstand und aktuelle Entwicklungen im Gemeinsamen Landesgremium  
nach § 90a SGB V**

**Vorbemerkung**

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurde den Ländern die Möglichkeit gegeben, ein gemeinsames Gremium auf Landesebene zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen zu bilden (§ 90a SGB V). Mitglieder dieses Gremiums sind qua Gesetz neben dem Land Vertreterinnen und Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen, der Landeskrankenhausgesellschaft sowie Patientenvertreter und -vertreterinnen.

Ziel des Gemeinsamen Landesgremiums ist es, Handlungsempfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen zu erarbeiten, u.a. um so Impulse für den Abschluss von konkreten Versorgungsverträgen zu setzen.

Zum rechtlichen Hintergrund, zur Struktur des Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V (90a-Gremium) in Nordrhein-Westfalen und dessen Aktivitäten wurde zuletzt mit dem Bericht vom 29. August 2016 (Vorlage 16/4183) gegenüber dem Ausschuss ausführlicher Stellung genommen. Hierauf wird zunächst verwiesen. Mit diesem Bericht erfolgt eine aktualisierte Darstellung der Arbeit des 90a-Gremiums bzw. der von dem Gremium angestoßenen Projekte.

In den letzten Jahren standen insbesondere folgende Themen im Fokus der Arbeit des 90a-Gremiums, auf die nachfolgend näher eingegangen wird:

- A) die Verbesserung der medizinischen Versorgung in Alten- und Pflegeheimen,
- B) die Verbesserung der geriatrischen Versorgung sowie
- C) die ambulante Notfallversorgung.

## A) Verbesserung der medizinischen Versorgung in Alten- und Pflegeheimen

### Westfalen-Lippe

Das in der Vorlage 16/4183 dargestellte Modellprojekt in Westfalen-Lippe wurde im Juli 2014 zunächst in fünf Regionen gestartet: Bünde, Lippe, Marl, Münster und Unna. Mittlerweile sind fünf neue Regionen hinzugekommen: Siegerland, Steinfurt, Rheine, Bielefeld und Witten. Über 7.300 Patienten/innen sind insgesamt in den zehn Regionen eingeschrieben, neben den fünf Ärztenetzen liegt die Zahl der beigetretenen Alten- und Pflegeheime bei ca. 120 und die der beteiligten Ärzte bei gut 310.

### Weiterentwicklung des Vertrags

Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) und die teilnehmenden Krankenkassen der fünf „Ursprungsregionen“ entwickeln aktuell den Vertrag weiter; gerechnet wird mit einem Start zum 1. Juli 2018. Dabei sind folgende Weiterentwicklungen geplant:

- Einsatz von ärztlichen Versorgungsteams in Pflegeheimen (zwei - acht Ärzte pro Heim) oder einem Netzarzt (angestellt am Praxisnetz<sup>1</sup> zur ausschließlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern),
- Weiterentwicklung der elektronischen gemeinsamen Dokumentation,
- Einsatz einer Entlastenden Versorgungsassistentin „EVA“ (angestellt am Praxisnetz zur ausschließlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern),
- drei nichtanlassbezogene Heimbesuche pro Versicherten pro Quartal sowie
- zweistündige werktägliche telefonische Erreichbarkeit des Versorgungsteams für das Pflegeheim.

Um künftig die Anstellung von Ärzten und Entlastenden Versorgungsassistenten bei Ärztenetzen zu ermöglichen, werden die KVWL und das MAGS auf die Schaffung einer entsprechenden bundesgesetzlichen Ermächtigungsnorm hinwirken.

---

<sup>1</sup> Praxis- bzw. Ärztenetze sind regionale Zusammenschlüsse von Vertragsärzten verschiedener Fachrichtungen sowie Psychotherapeuten zur interdisziplinären, kooperativen, wohnortnahen ambulanten medizinischen Versorgung. Ihr übergeordnetes Ziel ist es, die Qualität und Effizienz der Versorgung ihrer Patienten zu verbessern, auch sektorenübergreifend.

## Einsatz elektronischer Arztvisite in Pflegeheimen

Weiterhin konnte für die Region Bünde und Siegen mit der AOK NordWest der Einsatz der elektronischen Visite (eVi) in Pflegeheimen als Ergänzungsvereinbarung zu o.g. Vertrag verhandelt werden – hier erfolgt gerade das Rollout auf einige wenige Pflegeheime. Das Angebot gilt auch für die anderen Regionen. Die KVWL versucht derzeit, weitere Krankenkassen vom Einsatz der eVi zu überzeugen.

## **Nordrhein**

In Nordrhein wurde ein entsprechendes Modellprojekt bisher nur mit dem Praxisnetz Köln-Süd am 19. Februar 2016 gestartet, das ein Pflegeheim ärztlich betreut.

## **B) Verbesserung der geriatrischen Versorgung**

Im Auftrag des 90a-Gremiums hat sich eine Arbeitsgruppe bestehend aus den Mitgliedsinstitutionen des Gemeinsamen Landesgremiums, weiterer Krankenkassen und der Ärztekammern seit 2016 mit der komplexen Aufarbeitung der bestehenden Versorgungsprobleme und vorhandener positiver Behandlungsansätze befasst. Daraus resultiert u.a. das „Modellprojekt Geriatrie“ in Westfalen-Lippe.

## Modellprojekt Geriatrie“ in den Regionen Bielefeld und Lippe

Das Versorgungskonzept, das in den Modellregionen Bielefeld und Lippe umgesetzt wird, sieht eine obligate und zwei ergänzende, fakultative Versorgungsebenen vor. Obligat ist eine vernetzte Versorgung geriatrischer Patienten auf der hausärztlichen Ebene. Zu den medizinischen Leistungen in der Hausarztpraxis muss zwingend eine Koordination notwendiger weiterer Versorgungsangebote kommen.

Diese wichtige Vernetzung im Sinne des Patienten soll ein Fallmanager übernehmen. Aus Einzelfallbesprechungen zwischen Fallmanager und Arzt wird ein patientenzentrierter Maßnahmenplan erarbeitet.

Die weitere Behandlung anhand dieses Plans erfolgt über ein zu definierendes multiprofessionelles Versorgungsteam, zu dem fallweise Pflege, Fachärzte, Physiotherapie u.a. hinzuzuziehen sind.

Eine zweite, fakultativ hinzuziehbare Versorgungsebene wird in diesem Modell der Geriatrische Konsiliardienst sein. Dieser Konsiliardienst steht unter der Leitung eines entsprechend geriatrisch qualifizierten Arztes, der vom Hausarzt hinzugezogen werden kann. Auch der geriatrische Konsiliardienst soll die hausärztlichen Kollegen bei Bedarf unterstützen, weitere Versorgungsschritte definieren und - falls nötig - sektorenübergreifende Maßnahmen einleiten.

Als dritte Versorgungsebene kann in die stationäre Versorgung überwiesen werden. Die Patienten werden dann in einer geriatrischen Institutsambulanz, einer Tagesklinik, einem geriatrischen Akutkrankenhaus oder in der stationären Rehabilitation weiter behandelt.

Die KVWL stellt hierfür Fördermittel zur Verfügung, so dass für die beiden Netze jeweils 300.000 Euro für eine Laufzeit von 30 Monaten zur Verfügung stehen. Damit sollen der Einsatz eines Fallmanagers und die Betreuung von rund 240 geriatrischen Patienten pro Region für ca. zweieinhalb Jahre gesichert werden. Die Modelle sind zum 1. November 2017 (Lippe) bzw. 1. Januar 2018 (Bielefeld) gestartet.

Wie ebenfalls im 90a-Gremium abgestimmt, fand eine Auftakt-Veranstaltung zur sektorenübergreifenden geriatrischen Versorgung durch die Ärztekammer Westfalen-Lippe am 23. November 2017 in Münster statt, an der Minister Laumann teilgenommen hat. Ferner erfolgte eine gemeinsame Veranstaltung der KVWL sowie der Netze am 14. Februar 2018 in Detmold, um das Konzept im Detail vorzustellen und von den ersten Erfahrungen zu berichten.

## Nordrhein

In Nordrhein sollen Modellprojekte ausgehend vom stationären Bereich gestartet werden.

Die Krankenhausgesellschaft NRW (KGNW) wird Modellversuche initiieren, die ausgehend vom Krankenhaus, d.h. von stationär behandelten Patienten/innen, insbesondere durch Geriatrie-Konferenzen und regionale Qualitätssicherungsmaßnahmen auf eine bessere sektorenübergreifende Versorgung abzielen. Auf der Einzelfallebene soll vor allem im Rahmen des Entlassmanagements durch die Abstimmung mit dem ambulanten Bereich ein verbessertes Fall-Management erreicht werden.

Auch in Nordrhein wird der Prozess in einer Auftaktveranstaltung organisiert durch die Ärztekammer Nordrhein am 21. April 2018 gestartet.

Sukzessive sollen dann durch die beiden Ärztekammern in beiden Landesteilen regionale Dialoge zur sektorenübergreifenden geriatrischen Versorgung initiiert werden, um die Zusammenarbeit der geriatrischen Abteilungen in den Kliniken mit dem ambulanten Bereich zu verbessern.

### **C) Ambulante Notfallversorgung**

Aktuelles Schwerpunktthema ist die ambulante Notfallversorgung (niedergelassene Ärzte - vertragsärztlicher Notdienst und Krankenhausambulanzen) unter dem Aspekt einer sektorenübergreifenden Versorgung. Dieses Thema wird derzeit bundesweit diskutiert.

Die Arbeit im 90a-Gremium und der vom Gremium eingesetzten Arbeitsgruppen setzt an zwei Stellschrauben an:

- der Steuerung der Patienten direkt beim telefonischen Erstkontakt (KV-Notruf = 116 117 oder Rettungsdienst = 112) einerseits und
- andererseits der Steuerung beim Aufsuchen eines Krankenhauses (Aufsuchen der dort eingerichteten Notdienstpraxis der KV oder alternativ der Notfallambulanz des Krankenhauses).

## Hintergrund

Das große Problem ist die zunehmende Inanspruchnahme von Notdienstambulanzen der Krankenhäuser durch Patienten/innen, die keiner stationären Behandlung bedürfen - und zwar sowohl außerhalb als auch innerhalb der sprechstundenfreien Zeiten der niedergelassenen Ärzte. Die bessere sektorenübergreifende Verzahnung der Notfallversorgung von KV und Krankenhaus und die bessere Organisation der Patientenversorgung bei Beibehaltung der Versorgungsqualität werden die zentralen Herausforderungen sein. Ebenso verzeichnet der Rettungsdienst als Bindeglied zwischen ambulanter und stationärer Versorgung stetig steigende Einsatzzahlen.

## Projektvorhaben 1: Gemeinsame Leitstelle

Ziel sind Pilotprojekte für eine gemeinsame Leitstelle von KV-Notdienst und Rettungsdienst bzw. eine bessere Abstimmung zwischen der Leitstelle des Rettungsdienstes und der KV-Arzttrufzentrale.

Ein Pilotprojekt für eine gemeinsame Leitstelle im eigentlichen Sinne ist für Mitte 2018 in den Kreisen Lippe, Paderborn und Höxter geplant, die Laufzeit soll drei Jahre betragen. Das Projekt soll wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden. Bei der geplanten gemeinsamen Leitstelle sollen die Anrufe der Bürgerinnen und Bürger beim ambulanten KV-Notdienst unter 116 117 und beim Rettungsdienst unter 112 in der Rettungsleitstelle zusammenlaufen. Auch der Fahrdienst des KV-Notdienstes soll über die Rettungsleitstelle disponiert werden. So sollen die Anrufer von Anfang an aus einer Hand kompetent beraten und in die für ihre persönlichen gesundheitlichen Probleme geeignete Versorgung geleitet werden. Konkret soll die 116 117 auf die Leitstelle aufgeschaltet werden, ohne die 112 zu blockieren. Mit einer derartigen gemeinsamen Leitstelle sollen schon beim ersten Kontakt Fehlversorgungen vermieden und damit die begrenzten Ressourcen richtig eingesetzt werden.

Auch im Landesteil Nordrhein soll es ein Kooperationsprojekt von KV-Notdienst und Rettungsdienst geben. Dieses befindet sich aktuell noch in einer frühen Konzeptierungsphase.



## Projektvorhaben 2: Portalpraxen

Im 90a-Gremium wurde im Dezember 2017 vereinbart, in den kommenden Jahren sukzessive Portalpraxen an allen geeigneten Krankenhausstandorten zu errichten. Die Umsetzung muss durch die KVen in Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern vor Ort erfolgen. Dabei ist auch zu entscheiden, wo und wie viele Standorte notwendig sind.

In den Portalpraxen soll der KV-Notdienst mit der Krankenhausambulanz insoweit verzahnt werden, als ein gemeinsamer Eingangsbereich mit einem Ein-Tresen-Modell entsteht. Die Portalpraxis soll gemeinsam von KV und Krankenhaus betrieben werden. Dort soll bei Patienten, die diesen Notdienst aufsuchen, nach einem noch festzulegenden einheitlichen Triage-System durch geschulte, kompetente Fachkräfte zunächst der jeweilige Behandlungsbedarf eingeschätzt werden.

Abhängig davon werden die Patientinnen und Patienten weitergeleitet:

- entweder in die Notaufnahme des Krankenhauses,
- in eine räumlich angegliederte ambulante Notdienstpraxis oder
- an eine niedergelassene Arztpraxis außerhalb des Krankenhauses.

Bei den bisherigen Gesprächen wurde festgestellt, dass es in Nordrhein-Westfalen schon sehr viele Notfallpraxen der KVen am oder im Krankenhaus gibt. Teilweise bestehen auch schon die räumlichen Voraussetzungen, um das Ziel eines Ein-Tresen-Modells ohne Umbauten in die Praxis umzusetzen. Ziel ist es, bis 2022 weitgehend Portalpraxen zu etablieren.

Parallel müssen Bund und Länder gemeinsam prüfen, welcher Handlungsbedarf - auch gesetzgeberisch - besteht, um die Probleme in der Notfallversorgung zu beheben.