



Veränderung ermöglichen - Gesundheitsversorgung regional und patientenorientiert weiterentwickeln

Forderungen zum notwendigen Strukturwandel
im Gesundheitssystem / Leitplanken zur Entwicklung
einer sektorenunabhängigen Versorgung

August 2021

Präambel

Das deutsche Gesundheitssystem bedarf einer tiefgreifenden Reform. Veränderungen sind aus verschiedenen Perspektiven unausweichlich.

Schlecht abgestimmte Versorgungsprozesse, Informationsbrüche zwischen Leistungserbringern und Qualitätsrisiken durch mangelnde Spezialisierung gefährden die Versorgung. Für die Patienten ist nicht sichergestellt, dass sie mit ihren Anliegen schnell an die richtigen Ansprechpartner geleitet werden.

Gleichzeitig sind die Ausgaben in Deutschland strukturell höher als in anderen OECD-Ländern. In Teilen sind diese Ausgaben bestehenden Überkapazitäten in den Versorgungsstrukturen geschuldet. Aber auch die mangelhafte Zusammenarbeit und fehlende gemeinsame Verantwortungsübernahme für Kosten und Qualität der Versorgung durch die Akteure im System führen zu unnötig hohen Kosten und suboptimaler Versorgungsqualität. Die Strukturen des ambulanten und des stationären Sektors stehen unter vielfältigem Anpassungsdruck aufgrund nicht mehr wirtschaftlich zu betreibender Betriebsstätten und Überkapazitäten, die im internationalen Vergleich enorme Personalressourcen verschlingen. Gleichzeitig vertiefen sich die Unterschiede zwischen Stadt und Land. Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels stehen auf Dauer weder Finanzmittel noch Fachkräfte ausreichend zur Verfügung, um die Versorgungsstrukturen in dieser Form aufrecht zu erhalten.

In den letzten Legislaturperioden wurde die Chance für eine strukturelle Erneuerung nicht genutzt. Reformen mit dem Ziel der Überwindung der sektoralen Trennung der Leistungsangebote blieben aus und regionale Gestaltungsmöglichkeiten wurden beschnitten. Die sektorenunabhängige Weiterentwicklung der Versorgung bleibt aber auf der politischen Agenda.

Als progressive Krankenhausträger und als AOK-Bundesverband wollen wir gemeinsam Impulse für eine Veränderung des Gesundheitssystems setzen und mit den folgenden Forderungen Lösungswege aufzeigen für eine nachhaltige, flächendeckende und patientenorientierte, aber auch finanzierbare Gesundheitsversorgung.

Dr. Mathias Hartmann

Vorstandsvorsitzender Diakoneo

Dr. Francesco De Meo

Vorsitzender der Geschäftsführung Helios Kliniken

Dr. Matthias Keilen

Vorstand Bezirkskliniken Mittelfranken

Martin Litsch

Vorstandsvorsitzender AOK-Bundesverband



1. Ambulante Versorgung wird sektorenunabhängig erbracht – Vertragsärztinnen, -ärzte und Krankenhäuser nehmen teil.

- 1.1. Die Sektorengrenzen werden aufgelöst: Vertragsärztinnen und -ärzte, Krankenhäuser, Pflege und weitere Leistungserbringer erbringen ambulante Leistungen auf Basis konkreter Versorgungsaufträge, die regional ausgeschrieben werden.
- 1.2. Die Möglichkeit von Übernachtungen wird in den einzelnen ambulanten Leistungskomplexen nach Bedarf berücksichtigt, z. B. Übernachtung nach ambulanter Behandlung (ambulanter OP) oder kurzfristig notwendige Übernachtungen (Dehydrierung).
- 1.3. Die Umgestaltung wird mit einem Vergütungssystem flankiert, das Anreize für diese Entwicklung setzt. Das Planungsrecht wird zielkonform ergänzt.



2. Die stationäre Versorgung muss nachhaltig bereinigt werden, mit einer deutlichen Erweiterung der regionalen vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten

- 2.1. Nachhaltige Bereinigung der Krankenhauslandschaft, indem versorgungsstrukturell nicht notwendige Einrichtungen geschlossen bzw. von der Versorgung ausgeschlossen werden.
- 2.2. Soweit aus planerischer Sicht Krankenhausleistungen der Basis- und Notfallversorgung an Standorten vorgehalten werden sollen, deren Betrieb aufgrund zu geringer Auslastung nicht wirtschaftlich ist, sind diese Vorhaltekosten (bzw. Sicherstellungszuschläge) in Abhängigkeit des nachgewiesenen Bedarfs durch die Bundesländer bereitzustellen. Ziel sollte es dabei sein, einen fairen und transparenten Wettbewerb zwischen allen Trägern zu ermöglichen.
- 2.3. Weitere Zentralisierung stationärer Leistungen durch weiter auszuweitende Mindestmengen und Qualitätsvorgaben, wobei hier der Ergebnisqualität stets Vorrang vor Strukturqualität gegeben werden muss.
- 2.4. Auf Landesebene werden differenzierte Versorgungsaufträge an eine bedarfsgerechte Anzahl von Krankenhäusern erteilt – eine Ausschreibung der stationären Leistungen erfolgt zunächst nicht.
- 2.5. Die Leistungen der Krankenhäuser können nur innerhalb der Versorgungsaufträge erbracht werden.
- 2.6. Strukturen der angrenzenden Bundesländer werden hierbei berücksichtigt.
- 2.7. Sicherstellung einer sachgerechten ausreichenden Investitionsquote, über die Mittelaufbringung ist politisch zu entscheiden.



3. Erweiterung der regionalen Spielräume für die vertragliche Regelung passgenauer Versorgungsvarianten

- 3.1. Etablierung regionaler Versorgungsnetzwerke, die gemeinsam Verantwortung für Kosten und Qualität der Versorgung der Bevölkerung tragen.
- 3.2. Aufbau von ambulanten Gesundheitszentren, in denen interprofessionelle Zusammenarbeit und Digitalisierung eine Steuerung von patientenorientierten Behandlungsprozessen ermöglichen und die auch aus nicht mehr bedarfsnotwendigen Krankenhäusern entstehen können.
- 3.3. Case Management, auch durch Krankenkassen.
- 3.4. Aufhebung des Kontrahierungszwangs, um selektivvertraglich neue Versorgungsmodelle lokal zu ermöglichen.



4. Erweiterung der regionalen Spielräume für die vertragliche Regelung passgenauer Vergütungsvarianten

- 4.1. Ermöglichung einer qualitätsbezogenen episodensbasierten Vergütung (bundled payments).
- 4.2. Budgets für regionale Versorgungsaufträge.
- 4.3. Elemente einer erfolgsabhängigen Vergütung (pay for performance).



5. Die sektorbezogene Bedarfsplanung wird umgestellt auf eine sektorenunabhängige Definition von Versorgungsaufträgen

- 5.1. Zusammenführung der Krankenhausplanung und der Bedarfsplanung in der niedergelassenen Versorgung in eine abgestimmte Gesamtplanung.
- 5.2. Bundeseinheitliche Leistungskomplexe mit verbindlichen Qualitätsvorgaben für konkrete Versorgungsaufträge mit regionalen Ausgestaltungsmöglichkeiten für ambulante und stationäre Versorgung.
- 5.3. Leistungskomplexe für die stationäre Versorgung in Basisversorgung und spezialisierte Versorgung unterteilen.
- 5.4. Ambulante Versorgung erfolgt durch Vertragsärztinnen und -ärzte, Krankenhäuser, Pflege und weitere Leistungserbringer.
- 5.5. Die Vergabe der Versorgungsverträge für die ambulante Versorgung erfolgt durch regelmäßige regionale Ausschreibungen für vorab definierte Zeiträume, anhand von Leistungskomplexen und transparenten Qualitätskriterien.
- 5.6. Der Ordnungsrahmen, die Methode der Bedarfsermittlung und die Planungsvorgaben für die Leistungskomplexe werden auf Bundesebene durch den G-BA vereinbart. Abweichungsbefugnisse für die Landesebene sind vorzusehen.
- 5.7. Der Versorgungsumfang richtet sich nach der Morbidität und der zu versorgenden Einwohnerzahl in der jeweiligen Region.



6. Ein neu zu errichtendes regionales gemeinsames Gremium unter der Aufsicht der Länder verantwortet und lenkt die Planung und Sicherstellung der regionalen Leistungsbedarfe auf Landesebene

- 6.1. Planung: Die regionale Planung wird in einem neuen, sektorenübergreifenden Gremium analog zur Besetzung des G-BA zusammengeführt. Dieses Gremium wird mit Vertretern der Krankenkassenverbände, Vertretern der niedergelassenen Ärzte und Vertretern der Krankenhäuser besetzt. Die Landesbehörde wird in der Funktion eines unparteiischen Vorsitzenden des Gremiums planerisch beteiligt (3+1-Gremium).
- 6.2. Sicherstellung: Das 3+1-Gremium übernimmt die Sicherstellung der Versorgung. Dafür werden Versorgungsaufträge ausgeschrieben und vergeben (ambulant) bzw. zugewiesen (stationär). Die Übernahme der Versorgungsaufträge erfolgt durch Leistungserbringer oder andere geeignete „Auftragnehmer“ (Managementgesellschaften, KVen, Krankenhäuser, Leistungserbringergemeinschaften). Hierbei werden unterschiedliche Wettbewerbsmodelle möglich. Einbindung der Leistungserbringer durch kollektive und selektive regionale Verträge, mit denen regional angepasste Versorgungs- und Vergütungsgestaltungen vereinbart werden können.



7. Ergebnisqualität als Treiber im Qualitätswettbewerb

- 7.1. Alle Beteiligten sprechen sich dafür aus, ein systematisches, flächendeckendes Erheben der Ergebnisqualität, orientiert an etablierten internationalen Standards, verpflichtend einzuführen und öffentlich verfügbar zu reporten.
- 7.2. Ergebnisqualität ist, wo medizinische Evidenz vorhanden ist, Strukturqualitätsparametern stets Vorrang zu geben, z. B. in Ausschreibungsverfahren.
- 7.3. Alle Beteiligten sind sich einig, dass Mindestmengen die Ergebnisqualität positiv beeinflussen. Die Anwendung von Mindestmengen sollte ausgeweitet werden. Die bestehenden Mindestmengen sind mit dem Ziel einer deutlich verringerten Morbidität und Mortalität anzuheben.
- 7.4. Nachgeordnet zu Ergebnisqualität und Mindestmengen gelten Infrastrukturmerkmale wie vorgehaltene Geräte als weitere mögliche Strukturparameter. Kleinteilige Vorgaben zu Stationsbesetzungen unterbleiben, soweit sie keinen relevanten Einfluss auf die Ergebnisqualität haben.