

Gesundheitspolitik in der Diskussion
Institut für Gesundheitssystem-Entwicklung



2 • 2022

**INTEGRIERTE VERSORGUNG –
ÜBERWINDEN WIR ENDLICH
DIE SEKTORENGRENZEN?**



Jenseits von Paragraphen und Verträgen lebt unser Gesundheitssystem vom Gespräch und vom Austausch der Akteure. Vor allem Weiterentwicklungen unseres Gesundheitssystems finden nicht am Reißbrett statt, sondern im Diskurs der Akteure miteinander. Mit iX-Media wird diesem Austausch eine Plattform gegeben. Wir laden „auf allen Kanälen“ zum Dialog ein: Print, Audio und Video stehen Ihnen zur Verfügung, um Ihre Positionen, Ihre Ideen, Ihre Erkenntnisse der gesundheitspolitischen Community mitzuteilen.

Mit Dr. Albrecht Kloepper, Dr. Jutta Visarius, Dr. Martina Kloepper und dem übrigen iX-Media-Team stehen langjährige Systemexperten hinter dem Projekt, die wissen wie gesundheitspolitisch der Hase läuft (und zukünftig laufen wird), die der Komplexität des Themas auch mit einfachen Worten gerecht werden können und denen auch die technischen Aspekte medialer Umsetzungen vertraut sind. Wenden Sie sich an uns – wir sind für Sie da!



GESUNDHEITSPOLITISCHER WOCHENRÜCKBLICK

Die iX-Highlights informieren immer montags über aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen und liefern relevante Hintergrundinformationen. In seinem gesundheitspolitischen Editorial bewertet Dr. Albrecht Kloepper ein herausragendes Wochenthema. In der Rubrik „Mondphasen“ kommen einmal im Monat Vertreter aus Politik oder Selbstverwaltung zu Wort. Aktuelle Dateien der Woche (Bundestagsdrucksachen, Studien etc.) können als Service zusätzlich kostenlos abgerufen werden.



GESUNDHEITSPOLITIK IN DER DISKUSSION

Die Zeitschriften-Reihe iX-Forum greift die großen gesundheitspolitischen Themen des Gesundheitswesens auf und bietet Ihnen die Möglichkeit, mit ausreichend Platz und in ansprechendem Rahmen Ihre Positionen, Ihre Ideen, Ihre Erkenntnisse der gesundheitspolitischen Szene mitzuteilen. Der Clou an der Sache: Die Hefte werden bundesweit an mehr als 2.500 gesundheitspolitische Entscheider und Meinungsführer versandt. – Wir sorgen dafür, dass Ihre Gedanken Beachtung finden!



GESUNDHEITSPOLITIK ZUM HÖREN

In monatlicher Folge widmet sich iX-Radio einem aktuellen gesundheitspolitischen Thema und lässt dazu die wichtigsten Entscheider zu Wort kommen. Erläuternde Moderationen beleuchten die Hintergründe und stellen das jeweilige Thema in den Kontext der unterschiedlichen Interessen. Ziel dabei ist, dass nicht nur die Szene sich selbst bespiegelt, sondern dass unser komplexes Gesundheitssystem auch Außenstehenden nahe gebracht wird.



VISUELLE PRÄSENZ IM GESUNDHEITSWESEN

iX-Spotlight ist die Video-Plattform für Ihre bildstarke Kommentierung des aktuellen Zeitgeschehens im Gesundheitssystem. Denn um überzeugende Statements sichtbar in Szene zu setzen, sind nicht nur eindrucksvolle Bilder ausschlaggebend, sondern vor allem auch fundierte Kenntnisse des Systems. Mit Dr. Martina Kloepper haben wir eine bühnen- und filmerfahrene Expertin im Team, die auch Sie medienwirksam „in Szene setzen“ kann.



- 4 Editorial und Grußwort**
Dr. Albrecht Kloepper Herausgeber
Prof. Dr. mult. Eckhard Nagel Vorstandsvorsitzender DGIV e.V.



- 6 Versorgung aus einer Hand**
Ulrike Elsner Vorstandsvorsitzende
 Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)



- 11 Neuausrichtung der (regionalen) patientenzentrierten Versorgung und die Rolle der Kassen**
Dr. Gertrud Demmler Vorständin
Dr. Eva Scherwitz Stabsleiterin Politik
Dr. Stefan Weber Bereichsleiter
 Siemens Betriebskrankenkasse



- 17 Neue Impulse für sektorenübergreifende Versorgung**
Bettina am Orde Geschäftsführerin
Timo Mundt Leiter des Fachbereichs Kunde & Versorgung
 Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See / KNAPPSCHAFT



- 20 Ökosysteme als Zukunft der Integrierten Versorgung**
Dr. Karsten Neumann Partner und Leiter GKV
Dr. Verena Reichl Senior Manager Digital Health
 Roland Berger



- 25 Vernetzung, Digitalisierung, Umbruch – Quo vadis Wundversorgung?**
Marc Heilfort National Key Account Manager Healthcare & Speciality
 URGO GmbH



- 28 Neue Perspektiven auf alte Probleme**
Dipl.-Kfm. Kai Swoboda, MBA Stellvertretender Vorstandsvorsitzender
Dr. Dr. Christoph Homann, MBA Referent Versorgungsmanagement
 IKK classic



- 34 Integrierte Gesundheitsversorgung – den Aufbruch wagen**
Daniela Teichert Vorsitzende des Vorstands
 AOK Nordost



- 37 Praxiskliniken – Effiziente intersektorale Versorgung mit Fokus auf den Patienten**
Jascha Rinke Mitglied des Vorstands
 Deutsche Praxisklinikesellschaft e.V.



- 41 „Die Gesundheitsversorgung der Zukunft ist vernetzt und regional“**
Dr. h. c. Helmut Hildebrandt Vorstandsvorsitzender
 OptiMedis AG



- 46 Von sektorübergreifend nach sektorunabhängig: Welchen Nutzen Patientenlotsen bringen**
Dr. Michael Brinkmeier Vorstandsvorsitzender
 Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe



- 50 Intersektorale Versorgung braucht Ideen aber auch Mut und Ausdauer**
Thomas Ballast Stellvertretender Vorsitzender des Vorstands
 Techniker Krankenkasse



- 54 Im Ganzen denken**
Thomas Bublitz Hauptgeschäftsführer
 Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK)

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

der Koalitionsvertrag gibt Hoffnung: Es ist nicht mehr nur sehr allgemein von einer Verzahnung (oder Verklammerung) von ambulant und stationär die Rede, es wird nicht mehr nur abstrakt von der wünschenswerten Überwindung der Sektorengrenze gesprochen, sondern der Koalitionsvertrag nennt erstmals ganz konkrete Ideen, wie wir an dieser Dauerbaustelle des deutschen Gesundheitssystems substanziell vorankommen: Hybrid-DRGs, ambulant/stationäre Versorgungs- und Vergütungskonzept, sektorenübergreifende Planungsbereiche, Lotsen- und Community-Nurse-Modelle und dergleichen mehr. Bei all diesen Ansätzen wird eine gemeinsame, vermittelnde Versorgungsverantwortung zwischen ambulant und stationär erkennbar, die nach und nach eine Kooperation zwischen Krankenhaus und Vertragsärzteschaft zunächst ermöglicht, um hoffentlich in weiteren Schritten und in der weiteren Entwicklung diese beide Versorgungs-Welten verschwinden und zu einer gemeinsamen zusammenschmelzen zu lassen. Denn das muss am Ende das Ziel sein – und zwar über das gesamte Versorgungsspektrum hinweg.

Tatsächlich macht bisher noch das SGB V selbst die Versorgungs-„Partner“ im Krankenhaus und in der Vertragsärzteschaft letztlich zu Gegnern und vertieft damit die Gräben, die es mit einer Vielzahl von Ausnahme- und Sonderregelungen zuzuschütten vorgibt. Doch die Paragraphen 140a und 73b (um nur die wichtigsten zu nennen) können nicht darüber hinwegtäuschen, dass eine grundsätzliche Teilung der Versorgungsbereiche den Rechtsrahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung und auch seine nachgelagerten Institutionen (allen voran den Gemeinsamen Bundesausschuss) durchzieht. Es ist daher richtig und konsequent, mit aller Energie Versorgungsbereiche aufzubauen, in denen ambulant/stationäre Versorgung die Regel wird und nicht die Ausnahme. Die ersten Versuche hierzu – allen voran die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) – sollten uns in ihrem bisherigen begrenzten Niederschlag in der tatsächlichen Versorgungsrealität nicht entmutigen, sondern Ansporn sein, das grundsätzlich Richtige dieser Ansätze (so z.B. auch in der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung,

SAPV) weiter zu entwickeln und größeren Versorgungs- und Indikationsbereichen (vor allem in der Chronikerversorgung) zugänglich zu machen.

Das vorliegend iX-Forum zeigt an konkreten Projekten, wie die Wege dorthin aussehen könnten (und – leider auch dies – wie weit die Strecke noch zu gehen ist). Als Kooperationspartner für dieses Projekt konnten wir die Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung (DGIV) gewinnen, deren Mitglieder sich unserer Beispielssammlung augenscheinlich gerne zur Verfügung gestellt haben, um aufzuzeigen, wie die Wege in ein echtes ambulant/stationäres Versorgungskontinuum sich abzeichnen könnten – und welche Hindernisse dabei auf der Strecke liegen. Diesem Aufruf in die DGIV-Mitgliedschaft haben sich weitere, nicht in der DGIV organisierte Gesundheitsakteure angeschlossen, um ihre Ansätze ebenfalls im vorliegenden Heft zu präsentieren.

Ihnen allen und der DGIV als Kooperationspartner danken wir herzlich für ihre Einblicke in der Werkstatt und hoffen, dass das knappe Dutzend unserer Beispiele der nun (hoffentlich) Fahrt aufnehmenden Gesetzgebung Anregungen gibt, endlich einmal wirklich nachhaltig ein ambulant/stationäres Versorgungskontinuum für alle Versicherten in allen Regionen aufzubauen. Nicht nur die Patientinnen und Patienten brauchen und wollen es, sondern letztlich auch alle Beschäftigten im Gesundheitswesen. Die Integrierte Versorgung ist die Baustelle des Deutschen Gesundheitswesens der nächsten Jahre und Jahrzehnte!

Wir wünschen allen Leserinnen und Lesern bei diesen Werkstatt-Einblicken anregende Lektüre!



Dr. Albrecht Kloepper

Grußwort des DGIV-Vorsitzenden

Die Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung (DGIV) wurde im Jahr 2003 gegründet. Wie das Gründungsjahr deutlich macht, ist sie als Interessenverband zur Förderung von Selektivverträgen nach dem damaligen Paragraphen 140a-d SGB V gestartet. Das lief, wie wir heute feststellen müssen, ganz gut, solange es die Anschubfinanzierung der Anfangsjahre gab. Nach deren Ende im Jahr 2009 ging es allerdings auch mit den sogenannten IV-Verträgen wieder deutlich zurück. Hier wurde erstmals erkennbar: Ohne „freies Geld“ für die Entwicklung von Struktur-Innovationen war und ist es kaum möglich, komplexe Versorgungsverträge über die Sektorengrenzen hinweg zu entwickeln und dann auch konkret zu „leben“.

Nach dieser ersten Ernüchterung setzte eine zweite ein: Mit dem Inkrafttreten des sogenannten „Versorgungsstärkungsgesetzes“ im Juli 2015 wurde die bisherige Integrierte Versorgung in „Besondere Versorgung“ umbenannt. Die DGIV hat damals vehement gegen diese Umbenennung protestiert, denn tatsächlich ist aus unserer Sicht, die deutsche Eigenart der strikten Sektorentrennung zwischen ambulant und stationär in der Patientenversorgung sehr „besonders“. Eine Versorgung, die eine Trennung zwischen den Sektoren (und letztlich auch zwischen den Professionen, den Disziplinen und auch den einzelnen Sozialgesetzbüchern) nicht kennt, sollte stattdessen nicht mehr „besonders“, sondern der Regelfall sein. Schließlich wollen diese verschiedenen Trennungen auch vor Patientinnen und Patienten in komplexen Behandlungssituationen nicht erlebt werden. Mehr noch: Bürgerinnen und Bürger merken zumeist erst, dass vielfache Grenzen und Mauern unsere Gesundheitssystem durchziehen, wenn sie im konkreten Versorgungsfall damit konfrontiert werden.

Für die DGIV war es daher ein logischer Schritt, ihren ersten Gründungsimpuls zu erweitern und sich im Laufe der Jahre neu zu definieren: Integrierte Versorgung muss vom ursprünglichen Rechtsrahmen des § 140a-d deutlich weiter gedacht werden und sich zu einem umfassend geleb-

ten Versorgungsprinzip entwickeln: Nicht nur, aber gerade chronische Patienten brauchen in ihrem Behandlungskontinuum einen buchstäblich „integrierten“ Versorgungsansatz, der intersektoral, interdisziplinär und interprofessionell gedacht und organisiert werden muss, um den unterschiedlichsten Versorgungsherausforderungen der Patientenbiographie weitgehend bruchlos folgen zu können. Diese Überlegungen haben wir in unserem Positionspapier zur Bundestagswahl 2021 „Das Deutsche Gesundheitssystem im Aufbruch“ niedergelegt – und wir freuen uns, dass sich im Koalitionsvertrag tatsächlich einige originäre DGIV-Positionen wiederfinden.

Wenn aber ein integriertes Versorgungskontinuum der Regelfall werden soll, dann hat das deutsche Gesundheitssystem noch eine lange Wegstrecke vor sich. Denn noch immer zeichnet sich die sogenannte „Regelversorgung“ (die eben nicht die Regel bleiben darf), durch die zahlreichen skizzierten Versorgungsbrüche aus. Wir sind daher der Einladung des Herausgebers der Edition iX-Forum sehr gerne gefolgt, mit einer Reihe von DGIV-Mitgliedern (und einigen Gästen) den Status Quo der aktuellen Überlegungen und konkreten Ansätze zur Überwindung der Sektorengrenzen im vorliegenden Heft abzubilden und zur Diskussion zu stellen.

Wir freuen uns, mit Ihnen über diese unterschiedlichen Praxisprojekte und den sich daraus ergebenden politischen Forderungen ins Gespräch zu kommen, und laden Sie nun nicht nur herzlich zur Lektüre ein, sondern auch zum direkten Dialog im Rahmen des 19. DGIV-Bundeskongresses am 29. November 2022 in Berlin.



**Prof. Dr. mult.
Eckhard Nagel**
Vorstandsvorsitzender
der Deutschen
Gesellschaft für
Integrierte Versorgung
(DGIV)

Versorgung aus einer Hand



© vdek/Georg Lopata

Ulrike Elsner

Vorstandsvorsitzende
Verband der Ersatzkassen e.V.
(vdek)

Die Gründung multiprofessioneller Zentren zur Stärkung der medizinischen Versorgung in ländlichen Regionen wird derzeit stark diskutiert. Mit den „Regionalen Gesundheitszentren“ (RGZ) hat der vdek ein Modell zur konkreten Umsetzung entwickelt.

Die demografische Entwicklung in der Bevölkerung, der zunehmende Fachkräftemangel und Versorgungsunterschiede zwischen Stadt und Land sind erhebliche Herausforderungen für das deutsche Gesundheitssystem. In der letzten Legislaturperiode hat die damalige Bundesregierung mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz versucht, mit verschiedenen Neuregelungen gegenzusteuern. Neben der Ausweitung der Mindestsprechstundenzeiten auf 25 Stunden und der Erweiterung der Terminservicestellen hat der Gesetzgeber auch die Honorare der Vertragsärzt:innen erheblich gesteigert. Damit sollten Anreize geschaffen werden, vermehrt Neupatient:innen zu behandeln, offene Sprechstunden für Akutfälle zu schaffen und mehr freie Termine an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu melden. Für dieses Maßnahmenpaket müssen die Krankenkassen jährlich ca. eine halbe Milliarde Euro an Mehrkosten einplanen. Leider sind positive Effekte bisher nicht erkennbar: Laut einer Forsa-Umfrage im Auftrag des vdek aus dem Dezember 2021 ist zwar die Zufriedenheit mit der medizinischen Behandlung hoch, große Kritik gibt es aber weiterhin an langen Wartezeiten, besonders auf Facharzttermine. So verging bei 41% der Versicherten in ländlichen Regionen mehr als ein Monat zwischen Terminvergabe und Behandlung, bei fast jedem fünften lag die Wartezeit bei mehr als drei Monaten. Hinzu kommen abseits der Ballungsräume häufig Fahrtzeiten zur Arztpraxis von 30 Minuten und mehr.

Während in vielen Großstädten heute noch eine Überversorgung besteht, müssen die Versorgungsstrukturen im ländlichen Raum neu überdacht werden. Dabei geht es vor allem um die Beantwortung dieser Fragen:

Wie können die Arbeitsbedingungen für junge Ärzt:innen so verändert werden, dass auch eine Tätigkeit auf dem Land für sie interessant wird?

Wie können Behandlungsabläufe effizienter gestaltet werden, weg vom Fokus auf die ärztliche Tätigkeit und hin zu den weiteren Gesundheitsfachberufen?

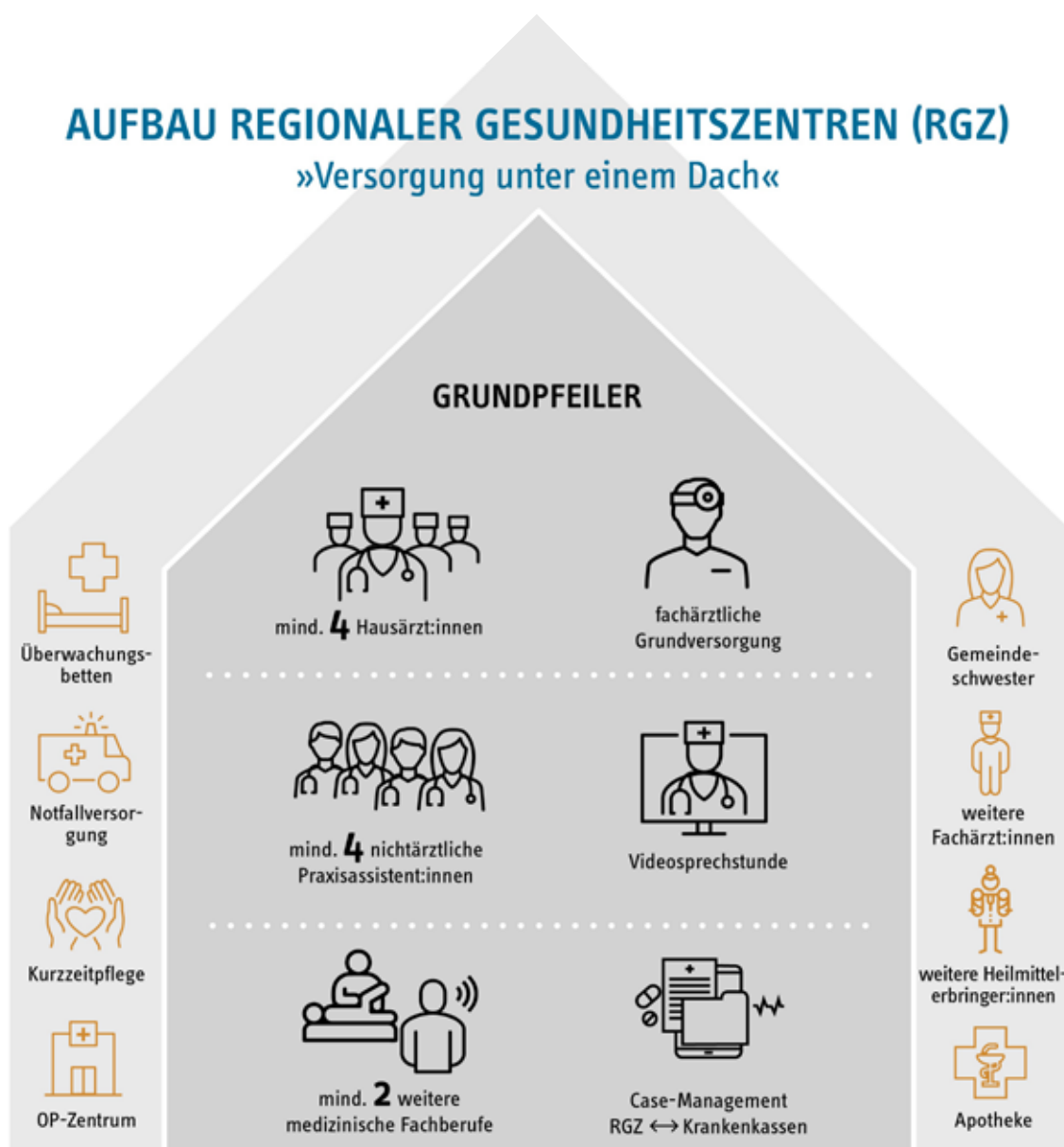
Wie können bei möglichen Lösungsansätzen auch die anderen Sektoren des Gesundheitswesens wie Krankenhaus und Pflege stärker mitgedacht werden?

Aus Sicht der Ersatzkassen muss die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zukünftig ganzheitlich erfolgen – das heißt konkret: Mehr Behandlungsangebote aus einer Hand und zentral an einem Ort. Denn so sehr

sich Medizinische Versorgungszentren als Niederlassungsform in den letzten Jahren etabliert haben, so konnten sie das Versprechen einer stärker integrierten Behandlung häufig nicht einlösen. Nach aktuellen Zahlen der KBV befinden sich nur 15% von ihnen in ländlichen Regionen und abgesehen von einzelnen Leuchttürmen arbeiten in MVZ nur wenige unterschiedliche Facharztgruppen zusammen.

AUFBAU REGIONALER GESUNDHEITZENTREN (RGZ)

»Versorgung unter einem Dach«



■ optionale Erweiterung

vdek

Die Ersatzkassen

Das vdek-Konzept „Regionales Gesundheitszentrum“ (RGZ) geht erheblich über diesen Ansatz hinaus. In einem RGZ soll die Mehrheit aller Behandlungsanlässe im ambulanten Bereich versorgt werden können und außerdem zusätzliche Ambulantisierungspotenziale erschlossen werden.

Primärversorgung als Grundpfeiler

Eine flächendeckende, gute hausärztliche Versorgung ist Mindestvoraussetzung für ein funktionierendes Gesundheitssystem. Hausärzt:innen bleiben auch in Zukunft häufig erste Ansprechpartner:innen der Versicherten bei medizinischen Fragestellungen. Deshalb müssen sie in jedem RGZ vertreten sein. Eine Besetzung mit vier Hausärzt:innen oder mehr je Zentrum garantiert eine Erreichbarkeit auch über die heute üblichen Sprechstundenzeiten hinaus und entlastet damit außerdem die bestehenden Strukturen zur Notfallversorgung.

Mehr Unterstützung durch Delegation und Substitution

Die Rolle der medizinischen Fachangestellten muss sich in einem digitalen Gesundheitssystem verändern – weg von Verwaltungstätigkeiten, hin zur Übernahme vormals ärztlicher Tätigkeiten. In einem RGZ werden daher neue Standards gesetzt: Auf jeden vollen Hausarztsitz kommt mindestens ein:e besonders qualifizierte:r nichtärztliche:r Praxisassistent:in. Zukünftig können dort auch neu ausgebildete Physician Assistants selbstständig Anamnesen und Behandlungen durchführen.

Vernetzte Strukturen zwischen Haus- und Fachärzt:innen

Fachübergreifende Behandlungskonzepte funktionieren nur durch eine Verknüpfung von hausärztlicher und fachärztlicher Grundversorgung. Im Regelfall sind daher auch bestimmte Facharztgruppen wie Internist:innen, Orthopäd:innen und (konservativ tätige) Augenärzt:innen oder Psychotherapeut:innen im RGZ aktiv. Ergänzt werden können sie durch spezialisierte Fachärzt:innen oder auch ambulante OP-Zentren.

Digitale Angebote als wichtiger Baustein der Behandlung

Während der Corona-Pandemie hat die Bedeutung telemedizinischer Angebote wie Videosprechstunden erheblich zugenommen. Es zeigt sich allerdings, dass gerade kleinere Praxen diese Angebote nur unter erheblichem Aufwand bereitstellen können. In regionalen Gesundheitszentren stehen hierfür sowohl technisch als auch personell größere Ressourcen bereit. Gleichzeitig ist es wichtig, dass neben digitalen Behandlungsoptionen auch weiterhin ein persönlicher Arzt-Patientenkontakt möglich ist, z. B. bei notwendigen Untersuchungen. Diese unterschiedlichen Zugangswege können im RGZ effizient verknüpft werden.

Von der Arztzentrierung zum multiprofessionellen Ansatz

Bei vielen Erkrankungen ist die ärztliche Therapie nur ein Baustein der Behandlung. Daher sind auch mindestens zwei Angehörige weiterer medizinischer Fachberufe wie Physiotherapeut:innen, Logopäd:innen, Hebammen und Pflegekräfte in jedem RGZ beschäftigt. Auf diese Weise kann der fachliche Austausch zwischen Ärzt:innen und anderen medizinischen Berufen endlich gestärkt werden. Je nach Bedarf sollten die Gesundheitszentren um kommunale Angebote (z. B. um eine Gemeindeschwester) erweitert werden. Auf diese Weise kann der öffentliche Gesundheitsdienst besser mit der Regelversorgung verknüpft werden.

Abbau von Sektorengrenzen durch hybride Versorgungsangebote

Eine sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung ist insbesondere vor dem Hintergrund einer Zunahme chronischer Erkrankungen und komplexer Krankheitsverläufe wichtig. In vielen Fällen könnten Untersuchungen und Eingriffe im ambulanten Setting stattfinden, wenn bei Bedarf die Möglichkeit einer anschließenden Überwachung der Patient:innen bestünde, auch über Nacht. In bestimmten Konstellationen wie bei Anbindung eines OP-Zentrums sollten daher begrenzte Bettenkapazitäten

ENTSTEHUNG REGIONALER GESUNDHEITZENTREN (RGZ)



regelmäßig vorgehalten werden, z. B. durch eine Kooperation mit einem Krankenhaus im nahen räumlichen Umfeld. Darüber hinaus ist auch eine vollständige oder teilweise Umwandlung von kleinen, derzeit nicht wirtschaftlichen Krankenhäusern zu regionalen Gesundheitszentren denkbar. Durch ein hybrides Angebot aus stationären und ambulanten Leistungen können Ärzt:innen und Angehörige anderer Gesundheitsfachberufe die vorhandene Technik effizienter einsetzen und damit gleichzeitig die Versorgungssituation in der Fläche stärken. Auch eine Anbindung von Angeboten zur Kurzzeitpflege kann in Abhängigkeit von den regionalen Gegebenheiten erfolgen.

Gemeinsames Case Management als integraler Bestandteil

Der Ansatz „Versorgung unter einem Dach“ schafft ideale Voraussetzungen für eine strukturierte Behandlung entlang evidenzbasierter Versorgungspfade. Gerade ältere

und chronisch kranke Patient:innen benötigen häufig Hilfe bei der Koordination ihrer medizinischen Behandlung. Im Sinne eines übergreifenden Managed Care-Ansatzes sollten Case Manager:innen der Krankenkassen daher mit speziell ausgebildeten Case Manager:innen des RGZ kooperieren. Gemeinsam agieren diese als Lots:innen, entlasten vor allem Ärzt:innen und sorgen für effizientere Abläufe.

Patient:innen sollen sich darauf verlassen können, dass in jedem Regionalen Gesundheitszentrum ein definiertes Angebot an Leistungen vorgehalten wird. Entsprechende, bundesweit einheitliche Mindestanforderungen sowohl zur konkreten Organisation und Besetzung als auch zu Behandlungsangeboten sollten daher durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) definiert werden. Hierzu gehören auch Mindestöffnungszeiten an sechs Wochentagen, eine telefonische Erreichbarkeit an 65 Wochen-

stunden und die Vorhaltung eines regelhaften Angebots an Videosprechstunden. In Abhängigkeit von den regionalen Gegebenheiten sollen auch die Kommunen weitere Vorgaben an Struktur und Angebot machen können.

Auch beim Roll-out der RGZ sollte der G-BA eine wichtige Rolle spielen: Das Modell soll nämlich zunächst in den Regionen umgesetzt werden, in denen bereits heute eine Unterversorgung im hausärztlichen Bereich besteht. Das sind etwa 50–100 Standorte bundesweit. Die Festlegung der genauen Standortkriterien würde durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erfolgen, die jeweilige Ausschreibung der konkreten Versorgungsaufträge – mit regionaler Expertise – durch die Selbstverwaltungsgremien vor Ort. Dort würde auch der Betreiber oder die Betreiberin des neu zu gründenden RGZ ausgewählt.

Die Vorteile des vdek-Konzepts „Regionale Gesundheitszentren“ liegen auf der Hand:

- Es wird eine strukturierte Versorgung der Versicherten über Leistungsbereiche hinweg an einem Ort etabliert.
- Dieses niedrigschwellige Versorgungsangebot steht für alle Versicherten ohne bürokratische Einschreibeverfahren zur Verfügung.
- Bundesweite Vorgaben des G-BA garantieren die verlässliche Struktur und Leistungsangebote im RGZ.
- Gleichzeitig werden regionale Versorgungsbedarfe durch die Einbindung der regionalen Selbstverwaltungspartner berücksichtigt.

Regionale Gesundheitszentren sind damit der richtige Weg, gerade im ländlichen Raum effiziente neue Versorgungsstrukturen zu schaffen und fügen sich dabei als weiteres Element in die bestehende Versorgungslandschaft ein.



Neuausrichtung der (regionalen) patientenzentrierten Versorgung und die Rolle der Kassen



**Dr.
Gertrud Demmler**
Vorständin



**Dr.
Eva Scherwitz**
Stabsleiterin Politik



**Dr.
Stefan Weber**
Bereichsleiter

Siemens-Betriebskrankenkasse

Wir stehen vor einem fundamentalen Transformationsprozess: Eine patientenorientierte Versorgung erfordert ein Neudenken der Gesetzgebung weg von einer Sektorenregulierung hin zu einer versicherten- und patientenzentrierten Versorgungsgestaltung.

Welcher Neuausrichtung bedarf es, um eine integrierte und patientenzentrierte Versorgung zu erreichen? Es ist notwendig, zwischen der systemischen Ebene und der individuellen Integrationsrolle, in der die Krankenkassen in der Versichertenberatung und -begleitung eine zentrale Rolle spielen (können), zu unterscheiden.

Zahlreiche Herausforderungen im Gesundheitswesen

Über die vielfältigen Zukunftsherausforderungen im Gesundheitswesen gibt es weitgehend Konsens. Die demografische Entwicklung wird zu einer veränderten Krankheitslast führen, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit werden zunehmen. Gleichzeitig wird sich das Krankheitsspektrum durch den Klimawandel verschieben. Bei den Gesundheitsberufen wird sich der schon heute eklatante Fachkräftemangel weiter verschärfen, auch durch systemische Ineffizienzen. Der Zugang zu medizinischer Versorgung ist heute schon sehr ungleich: Während sich in manchen strukturschwachen Räumen kaum noch Ärzte und Gesundheitsberufe finden lassen, sind in Verdichtungsräumen die Angebotsstrukturen z.T. so überdimensioniert, dass Patienten mangels Transparenz über Leistungsspektrum und Qualität der Leistungserbringer ineffiziente Suchprozesse starten müssen.¹ Aber nicht nur regionalspezifisch, auch bezogen auf geschlechtsspezifische, sozioökonomische und sprachliche Faktoren gibt es zahlreiche zugangsbezogene Hürden. Schließlich werden die technologischen Möglichkeiten nur unzureichend genutzt, um echte Werte zu schaffen, weil die Vernetzung und digitale Transformation immer noch in den Anfängen stecken.²

Verzahnung und Integration der Versorgungssektoren – seit Jahrzehnten im Fokus, aber ungelöst

Die mangelnde Verzahnung und Integration der Versorgungssektoren ist ein bekanntes Problem, das bislang nicht befriedigend gelöst werden konnte. Gerade auch deshalb hat die wissenschaftliche und politische Diskussion hier in der letzten Zeit wieder an Fahrt aufgenommen. Dabei rückt neben dem Aspekt der Integration, die

regionale Perspektive in den Fokus. Auch der Koalitionsvertrag zwischen der SPD, BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN und FDP greift die Handlungsfelder Integration, sektorenübergreifende Planung sowie regionale Versorgung auf, ohne dass sich hieraus schon ablesen ließe, wie entsprechende Regelungen konkret aussehen könnten.

Bei vielen Diskussionsbeiträgen fällt auf, dass die Krankenkassen als Akteure einer integrativen Versorgungsgestaltung kaum noch eine Rolle spielen. Als Krankenkasse, bei der seit Jahr(zehnt)en die Bedürfnisse ihrer gesunden und kranken Versicherten im Fokus der gesamten Unternehmensausrichtung stehen, halten wir dies für den falschen Weg. Krankenkassen sind u. E. bis heute qua Unternehmenszweck und in ihrer Innovationsrolle Integrationstreiber und sollten dies auch zukünftig sein. Im Folgenden legen wir deshalb dar, welche Rolle Krankenkassen heute und zukünftig bei der Versorgungsgestaltung spielen bzw. spielen können.

Dabei ist zwischen zwei eng miteinander verbundenen Ebenen zu unterscheiden: Zum einen geht es um die Rolle der Krankenkasse auf der Ebene des einzelnen Versicherten bzw. Patienten, zum anderen auf der Ebene der (vertraglichen) Versorgungsgestaltung.

Die Rolle der Krankenkassen im Patientenalltag

Auf individueller Ebene stellen sich für Patienten im Versorgungsalltag vielfältige Fragen: Patienten benötigen Informationen, Beratung und Unterstützung, um mündige Entscheidungen treffen und insbesondere bei längeren oder chronischen Erkrankungen ihren Lebensalltag gestalten zu können.

Dass hier insbesondere in der Versorgung vor Ort noch Handlungsbedarfe bestehen, ist auch im Koalitionsvertrag adressiert und durch eine Vielzahl an teils neu zu etablierenden, teils zu stärkenden Institutionen und Akteuren für diese Aufgaben vorgesehen (z.B. Gesundheitslotsen, Gesundheitskioske, Gemeindeschwestern).

Der Beitrag der Krankenkasse für eine vernetzte, ganzheitliche Versorgungsbegleitung im Sinne der Versicherten

Versichertenberatung und -begleitung bilden neben der Funktion, die Kosten zu übernehmen, den Kern des gesetzlichen Kassenauftrags. Krankenkassen haben als Einzige den Überblick über die gesamte individuelle Versorgungssituation aufgrund ihres Datenschatzes, da bei ihnen die Leistungs- und Abrechnungsdaten zusammenlaufen. Sie liefern wichtige Hinweise, wie Versicherte unterstützt werden können. Hinzu kommen vielfältige Informationen, die die Krankenkassen im Beratungsalltag von den Versicherten über deren Bedarfe und ihren spezifischen Kontext erhalten. So übernehmen Krankenkassen schon heute im Rahmen der individuellen Beratung Koordinations- und Integrationsaufgaben.

Durch eine wünschenswerte Erweiterung des Zugangs zu qualifizierten Daten aus der ePA könnten zusätzliche Werte für Versicherte und die Qualität in der Gesundheitsversorgung durch Kassen geschaffen werden. Die aktuelle Diskussion um das Impfregister zeigt die bisherigen Defizite in der versichertenbezogenen Leistungstransparenz. Durch eine Stärkung des Austauschs zwischen Kassen und Leistungserbringern entlang der Versorgungspfade könnte dieses Potential weiter ausgeschöpft und sinnvoll für eine weitere Sektorenvernetzung und bessere Patientenversorgung eingesetzt werden. Wichtig ist hierbei, dass die Kasse Impulse gibt und Aufklärung betreibt, Kontakte herstellt etc., jedoch selbstverständlich nicht in die medizinische Behandlung selbst eingreift.

Die zukunftsorientierte Versichertenbegleitung durch die Krankenkassen kann allerdings nur gelingen, wenn es zu einer konsequenten Vernetzung und Datennutzung kommt. Damit Krankenkassen ihre Versicherten beraten können, sind derzeit noch viele komplexe Einzeleinwilligungen notwendig. Dies sollte durch eine Generaleinwilligung (oder Opt-Out-Lösung analog der aktuell diskutierten ePA-Lösung) zur Beratung vereinfacht werden. Die Versorgungs- und Leistungstransparenz muss durch

eine taggleiche Datenübermittlung endlich in Echtzeit die Datenlage für eine qualifizierte Beratung ermöglichen. Die TI bietet dazu schon heute eine technologische Basis.

Wie können die Akteure in der Versichertenbegleitung bestmöglich zusammenwirken?

Es stellt sich vor dem Hintergrund der im Koalitionsvertrag vorgesehenen neuen „Lotsen-Akteure“ die Frage, wie diese mit den Kassen vor Ort bestmöglich vernetzt zum Wohle der Versicherten agieren können. Sinnvoll erscheint, dass jeder Akteur sich in dem Bereich einbringt, in welchem er oder sie Kompetenzen und Expertise besitzt. So können Gemeindeschwestern vor Ort die Pflege und Ärzte in der Region entlasten. Kassen hingegen sollten ihre funktionierende Beratungspraxis weiterentwickeln und voll ausschöpfen. Zu vermeiden ist jedenfalls ein ressourcenträchtiger Aufbau von alternativen Beratungsstrukturen auf verschiedene Player verteilt. Hier gilt es, pragmatische Lösungen entlang des Versorgungsprozesses in einer Region zu etablieren, bei der die Akteure untergehackt in ihrem jeweiligen Verantwortungsbereich abgestimmt agieren und ihre Erkenntnisse untereinander teilen.

Die Rolle der Krankenkassen in der regionalen Versorgung

Die zuvor skizzierte Rolle von Krankenkassen mit ihren umfassenden Informationen zur individuellen Versorgungssituation und der Datenübersicht macht sie zu wichtigen Beteiligten für eine Versorgungsgestaltung, insbesondere über Versorgungsverträge.

Die unvollendete Geschichte der Integration

Deutschland hat ein nach Sektoren organisiertes Leistungserbringersystem. Es hat in den letzten Jahrzehnten eine Vielzahl von Versuchen gegeben, die Sektorengrenzen durch die Schaffung vertraglicher Möglichkeiten für Krankenkassen und Leistungserbringer zu überwinden,

z.B. über Änderungen des § 140a SGB V.³ Und tatsächlich haben sich in der Praxis zahlreiche Modelle entwickelt, bei denen Kooperation und Integration tatsächlich gelebt wird.⁴ Befördert worden ist diese Entwicklung auch durch die Einführung des Innovationsfonds.

Trotzdem ist eine integrative Versorgung tendenziell eher die Ausnahme als die Regel. Als Ursachen sind – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – folgende zu nennen⁵:

- Auf der systemischen Ebene, d.h. im gemeinsamen Bundesausschuss, auf den Planungsebenen sowie im Vertragsrecht dominiert die sektorale Versorgung als Regel.
- Im Verhältnis von Kollektiv- zu Selektivverträgen bleibt vieles ungeklärt, wie z.B. beim Thema Budgetbereinigung. Insgesamt wird die Umsetzung von Integration mittels Selektivverträgen eher gebremst als gefördert.
- So ist die sektorale Versorgung auch im Versorgungsalltag der Regelfall bzw. – wie der Name schon sagt – die „Regelversorgung“. Eine Integrationsversorgung bedeutet damit für die einzelnen Leistungserbringer immer eine „Ausnahme“, verbunden mit aufwendigen administrativen Prozessen.
- Die Finanzverfassung der gesetzlichen Krankenkassen bietet wenig Anreiz für langfristige Investitionen in (integrierte) Versorgungsleistungen. Hier dominiert die Kurzfristsperspektive – vor allem mit dem Fokus auf die Erhöhung der Einnahmen aus dem Gesundheitsfonds.

Was ist also zu tun, damit wir dem Ziel einer patientenorientierten und damit einer integriert organisierten Versorgung näherkommen?

Gesetzgebung neu denken und weiterentwickeln – Regelversorgung neu definieren⁶

Wichtig erscheint uns, dass das gesamte System der Gesundheitsversorgung einer grundlegenden Neuausrichtung bedarf.

Insbesondere Themenfelder wie Wegfall der Sektorengrenzen und Zusammenarbeit der Akteure, Digitalisierung, Datenübermittlung und Datennutzung, Qualität und Qualitätstransparenz sowie Governance der Akteure (Aufsicht, Wettbewerb und Marktmacht etc.) sind grundlegend neu zu denken. Eine inkrementelle Weiterentwicklung der intersektoralen Versorgung wird nicht die transformatorische Kraft entfalten, die es braucht, um zu einer patientenzentrierten Versorgung zu kommen.

Ziel muss die Weiterentwicklung des Sozialgesetzbuches V zu einem modernen, flexiblen Rahmen rund um Prävention und Vorsorge sowie Versorgung, Begleitung und Pflege sein. Das Gesetz sollte aus einer versicherten- und nutzerzentrierten Gesamtschau heraus neu entwickelt werden. Wir brauchen ein SGB V 4.0, das sich von der Sektorenlogik löst und eine Versicherten- und patientenzentrierte Versorgung als gestaltungsleitend definiert.

Der Rechtsrahmen sollte dabei der Komplexität und Dynamik des „sozialen Systems Gesundheitswesen“ gerecht werden. Es bedarf deshalb differenzierter Steuerungsmechanismen und -ebenen.⁷ Ziel muss es sein, auf allen Ebenen angemessene Lösungen zu ermöglichen – und nicht durch den Gesetzgeber detailliert vorzugeben.

Steuerungsebenen unterscheiden

Wichtig ist dabei, jeweils genau die Steuerungsebenen zu unterscheiden. Da sich die Versorgungslandschaften in der Bundesrepublik Deutschland im Hinblick auf die Anbieterstrukturen in den letzten Jahren stark unterschiedlich entwickelt haben, ist die Versorgung zwingend regional zu gestalten.

Des Weiteren sind bei der Versorgungsgestaltung auch die jeweiligen Erkrankungen und die sich daraus ergebenden Versorgungsbedarfe der Patienten zu berücksichtigen: Die neue Regelversorgung sollte weder standardmäßig sektoral noch standardmäßig integriert sein.

Sie muss beides sein und ist beides, wenn sie sich an den Patientenbedürfnissen orientiert. Die Grade der Integration werden ganz unterschiedlich sein. Zum Teil wird integriertes Handeln über Datentransparenz und darauf beruhender Kommunikation zu erreichen sein, zum Teil wird es vertraglicher Strukturen und finanzieller Anreize brauchen. Auch daraus folgt, dass die Lösungsräume für Krankenkasse und Leistungserbringer groß sein müssen und nicht durch etablierte Strukturen behindert werden dürfen.

Bestimmte Themenkomplexe sind hingegen zwingend bundesweit einheitlich zu regeln: Neben den rechtlichen Ansprüchen der Versicherten gehören dazu Themen wie die TI-Infrastruktur, Standards für die Datenerhebung und -nutzung und das Thema Interoperabilität. Ein sicheres Versichertenidentifikationssystem gehört in die Treuhänderschaft der Kassen. Hier ist regionales Klein-Klein nicht angezeigt. Gleiches gilt bei Qualitätsstandards und Qualitätstransparenz.

Zurück in die Region – Was ist notwendig?

Im ersten Schritt wird man nicht umhinkommen, bei der Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsgestaltung auf dem jetzigen System aufzusetzen. Folgende Punkte sind hierfür wichtig:

Kooperation auf regionaler Ebene stärken⁸ – welche Anforderungen bestehen für eine geeignete Bedarfsplanung? Kern der Lösung sollte eine klare Definition der Kooperationsziele aus Bürgersicht sein. In jeder Region müssen die Bedarfe und Angebote vor Ort ermittelt und daraus Weiterentwicklungsbedarfe abgeleitet werden. Zu diesem Zweck müssen alle Akteure einschließlich Krankenkassen und kommunale Akteure zusammenwirken.

Entwicklungskooperation neu aufsetzen – wer kümmert sich nach welchen Regeln um die Umsetzung des erkannten Bedarfs?

Im nächsten Schritt geht es dann darum, konkrete Lösungsperspektiven für die in der Region gefundenen Kooperationsziele zu erarbeiten. Im Zusammenspiel der Leistungserbringer mit den Krankenkassen sollten dann, ähnlich einer Projektstruktur, die erkannten Bedarfe organisiert und umgesetzt werden. Eine derartige Projektstruktur bedarf entsprechender Rahmenbedingungen. Zu denken ist dabei an Themen wie:

- Für den Start einer Entwicklungspartnerschaft (-Projekt) zu einem bestimmten Regional-Thema könnte z.B. ein bestimmtes Quorum für das Zustandekommen eines Projektes vor Ort maßgeblich sein.⁹ Wichtig ist: Aus Versicherten- und Patientensicht muss unbedingt gesichert sein, dass am Krankenbett und in der Praxis selbst kein Wettbewerb stattfindet.
- Zu klären ist, wer konkret nach welchen Regeln, in welchen Strukturen und mit welchen Verpflichtungen an der Projektarbeit beteiligt ist. Hier scheint es sinnvoll, die Betroffenen zu Beteiligten zu machen und praktikable, breit getragene Lösungen von innen heraus, aus der Kenntnis der Struktur der Region und der Bedarfe der Versicherten, von den Leistungserbringern und Krankenkassen zu erarbeiten. Zwischen Beteiligung an einer Zielformulierung und der konkreten Projektumsetzung sind hier völlig unterschiedliche Gestaltungsformate nötig. Die Mitwirkung Externer, nicht an der Umsetzung unmittelbar Beteiligter ist dann hinfällig.¹⁰
- Die aktuellen sektoralen Verfahren müssten abgelöst werden durch neue Möglichkeiten der Zusammenarbeit und Kooperationen. Auch in der Vergütung der Leistungserbringer sollten Anreize zur Zusammenarbeit als Ziel formuliert und entwickelt werden. Eine Abwendung bzw. Modifizierung der praktizierten verrichtungs- oder einzelfallorientierten häufig rein mengenorientierten Vergütung ist notwendig.

Finanzierung der neuen regionalen Versorgungsprojekte

Ziel ist es, Anforderungen für eine flexible regionale Versorgung aus Versichertensicht zu definieren. Das bedarf einer Veränderung des Systems von unten, also durch Ausprobieren neuer Lösungen im konkreten Versorgungsalltag.¹¹ Dieses Vorgehen bedarf der Flexibilität der Finanzierung. Beispielsweise könnte an einen Investitionstopf, einen Angebotsentwicklungsfonds, gedacht werden, der mit Raum für flexible Angebote in der regionalen Versorgung ausgestaltet ist. Wichtig ist es dabei, die Blickwinkel unterschiedlicher Akteure zusammenzubringen und eine institutionelle Einzelsicht auf relevante Investitionen zu vermeiden. Eine nachhaltige Ressourcennutzung wird dazu führen, dass es zu Ressourcenverschiebungen kommen wird, die nicht immer mit mehr Geld zugedeckt werden können.

Fazit

Die großen Herausforderungen der Zukunft verlangen neue Anreize:

- Für mehr Kooperationsfähigkeit und Innovations- und qualitätsverbessernde Entwicklungsprozesse, -projekte (Koopetition)
- Für kompetenzgetriebene Rollenwahrnehmung.

Kassen nehmen als individuelle Versichertenbegleiter dabei die wichtige Rolle als Integratoren zwischen unterschiedlichen Akteuren rund um die Versorgung der Patienten sowie als Navigatoren ihrer Versicherten wahr. Diese Rolle sollte ermöglicht und weiter gestärkt werden. Auf der systemischen Ebene kann die konkrete Ausgestaltung der regionalen Versorgung über Entwicklungspartnerschaften zwischen Kassen und Leistungserbringern nur mit einem aus Versicherten- und Patientensicht neu gestalteten SGB V 4.0 gelingen.

Wir befinden uns in einer Zeit der Zumutungen, und es ist an der Zeit, dass sich alle Akteure in der GKV diesen Zumutungen stellen.

Das erfordert, eingetretene Pfade zu verlassen und sich an dem Sinn der GKV-Versicherten neu auszurichten: einer qualitätsorientierten und nachhaltigen Gesundheitsversorgung, die den Versicherten und Patienten in den Mittelpunkt stellt.

Wichtig ist, das Engagement und die Zukunftsbegeisterung der am Versicherten und Menschen Arbeitenden im Gesundheitswesen (wieder-)zuerlangen und dafür brauchen wir einen echten Aufbruch!

- 
1. Vgl. Weisse Liste / Bertelsmann Stiftung Qualitätstransparenz braucht einen großen Wurf, 15 Jahre Public Reporting in Deutschland – ein kritisches Resümee, 2022.
 2. Siehe zuletzt Expertenkommission Forschung und Innovation, Gutachten zu Forschung, Innovation und technologischer Leistungsfähigkeit Deutschlands, Gutachten 2022, 96ff.
 3. Vgl. dazu und zu anderen Gesetzesvorhaben Brandhorst, Kooperation und Integration als Zielstellung der gesundheitspolitischen Gesetzgebung – Darstellung und Analyse der Reformmaßnahmen seit 1989, in: Brandhorst/Hildebrandt/Luthe (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitswesens, Wiesbaden, 2017, S. 13ff.
 4. Vgl. Hahn/Kurscheid (Hrsg.), Intersektorale Versorgung, Wiesbaden, 2020;
 5. Vgl. Knieps, Kooperation und Integration – eine unendliche Geschichte, in: Hildebrandt/Stuppardt (Hrsg.): Zukunft Gesundheit – regional, vernetzt, patientenorientiert, Heidelberg 2021, S. 179ff., insbesondere 184ff.
 6. Vgl. auch Knieps, Kooperation und Integration – eine unendliche Geschichte, in: Hildebrandt/Stuppardt (Hrsg.): Zukunft Gesundheit – regional, vernetzt, patientenorientiert, Heidelberg 2021, S. 179ff., insbesondere 188ff.; Fischer, Hauptsache gesund, Welt der Krankenversicherung, 1-2/2022, S. 4ff.
 7. Als Modell, das sich hier als Referenzrahmen für die Gestaltung der Steuerungssysteme eignet, bietet sich das Viable System Modell von Stafford Beers an. Es bietet Antworten darauf, wie durch die Gestaltung einer Organisation, insbesondere der Gestaltung der Steuerungs- und Kommunikationsstrukturen mit Unsicherheit, Komplexität und Dynamik umgegangen werden kann Vgl. Pfiffner, Die dritte Dimension des Organisierens – Steuerung und Kommunikation, Wiesbaden 2020; Gomez/Lambertz/Meynhardt, Verantwortungsvoll führen in einer komplexen Welt, Bern 2019. Verweise auf Systemtheorie und Kybernetik auch bei Piwernetz/Neugebauer, Strategiewechsel jetzt! Corona-Pandemie als Chance für die Neuausrichtung unseres Gesundheitswesens, Berlin/Boston 2021, insbesondere auch S. 312ff.
 8. Zur Bedeutung von Kooperation vgl. auch Bundesverband Managed Care, A-non-managerail perspective on healthcare, Gespräch mit Henry Mintzberg.
 9. Z.B. 1/3-Quorum auf Kassen und LE Seite mit zusätzlichen Qualifizierungen abhängig von der Marktsituation (z.B: mindestens Kassen von drei Kassenarten; LE mindestens Krankenhaus und Ärzte bzw. weitere Gesundheitsberufe). Wird dieses Quorum erreicht, sind alle weiteren Kassen zur Finanzierungsbeteiligung verpflichtet. So bleibt einerseits ein regionaler Wettbewerb bestehen, andererseits wird Wettbewerb am Krankentbett und in der Arztpraxis vermieden.
 10. Viele Lösungen setzen heute immer noch auf externes Management (siehe Hildebrandt), das seit Beginn der integrierten Versorgung das Integrations- und Entwicklungsthema lösen soll. Externes Management ersetzt niemals die Kooperationsfähigkeit und Bereitschaft der Stakeholder und ist deshalb ineffizient. In Entwicklungspartnerschaften muss immer geklärt werden, wer die Management- und Projektkompetenz übernehmen soll und kann. Wichtig ist, dass Teil der Entwicklungspartnerschaft ist, diese Kompetenz in der Partnerschaft zu halten und oder zu entwickeln. Alles andere ist nicht nachhaltig.
 11. Auf Bundesebene sind über den oben beschriebenen Gesetzgebungsprozess zuvor die übergeordneten Anforderungen festzulegen, die bei der Versorgungsfinanzierung vor Ort zu berücksichtigen sind.

Neue Impulse für sektorenübergreifende Versorgung



© KBS/Melanie Garbas

Bettina am Orde

Vorsitzende der Geschäftsführung
Deutsche Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See

Geschäftsführerin
KNAPPSCHAFT

Timo Mundt

Leiter des Fachbereichs Kunde &
Versorgung
KNAPPSCHAFT

Der Innovationswettbewerb unter den Krankenkassen zu neuen Versorgungsformen ist ins Stocken geraten. Dabei müsste genau hier mehr investiert werden. Mit der populationsbezogenen Integrierten Versorgung prosper/proGesund erbringt die KNAPPSCHAFT seit über zwei Jahrzehnten den Beweis, dass es sich lohnt, in entsprechende Versorgungsansätze zu investieren. Mit einem Innovationsbudget könnte der Gesetzgeber einen wichtigen Impuls setzen, um den Weg für neue Versorgungsansätze zu ebnen.

Allen Akteuren im deutschen Gesundheitswesen ist bekannt, dass es an den Schnittstellen zwischen den Versorgungssektoren zu Versorgungsbrüchen kommt. Ein prägnantes Beispiel dafür ist die Umstellung der Medikation nach einem Krankenhausaufenthalt durch die behandelnde Ärztin oder den Arzt im niedergelassenen Bereich. Eine zwischen den Sektoren abgestimmte Arzneimitteltherapie würde dazu beitragen, die Compliance der Patientinnen und Patienten zu erhöhen.

Aufgrund dieser mangelnden Verzahnung der Sektoren im Gesundheitssystem leidet die Qualität der medizinischen Versorgung. Wirtschaftlichkeitspotentiale bleiben unausgeschöpft. Das Zauberwort, um diesen Mangel zu beheben, lautet Integrierte Versorgung.

Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz aus dem Jahr 2004 und das Wettbewerbsstärkungsgesetz aus dem Jahr 2007 räumten den Krankenkassen Gestaltungsmöglichkeiten ein, um mit sektorübergreifenden Verträgen auf das Defizit an den Übergängen zwischen den Sektoren zu reagieren. Mit der sogenannten Anschubfinanzierung, die bis zu einem Prozent der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und der Krankenhausvergütung betrug, wollte der Gesetzgeber den Vertragswettbewerb in Gang setzen. Faktisch aber wurden der Registrierungsstelle der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung, welche die gemeldeten Vertragsdaten der Krankenkassen erfasste und die Leistungserbringer über die Abzüge der Gesamtvergütung beziehungsweise Krankenhausvergütung informierte, nach Ablauf der Anschubfinanzierung 6.407 Verträge zur Integrierten Versorgung gemeldet. Diese umfassten 1,68 Milliarden Euro, was ca. 45 Prozent des möglichen Maximalvolumens (3,7 Milliarden Euro) ausmachte. Überwiegend handelte es sich nicht um populationsbezogene Integrierte Versorgungsmodelle, sondern eher um Verträge, die die Behandlung einer spezifischen Diagnose sektorenübergreifend in den Blick nahmen. Nach dem Wegfall der Anschubfinanzierung Ende des Jahres 2008 fuhren die Krankenkassen ihre Aktivitäten zurück.

Einen Wiederbelebungsversuch unternahm die Politik mit der Einführung des Innovationsfonds im Jahr 2016. Mit einem jährlichen Finanzvolumen von 300 Millionen Euro in den Jahren 2016 bis 2019 und einem reduzierten Volumen in Höhe von 200 Millionen Euro in den Jahren 2020 bis 2024 sollen Projekte zu neuen Versorgungsformen sowie Projekte zur Versorgungsforschung gefördert werden. Es geht vor allem um Projekte, die das Potenzial haben, in die Regelversorgung übernommen zu werden. Im Zeitraum von 2016 bis 2021 wurden insgesamt 507 Projekte mit einem Projektvolumen von ca. 1,4 Milliarden Euro gefördert; davon 194 neue Versorgungsformen und 313 Vorhaben der Versorgungsforschung. Der Innovationsfonds wird also durchaus genutzt, um neue Versorgungsansätze zu erproben. Das ist zu begrüßen. Das Verhältnis zwischen Projekten der Versorgungsforschung und solchen zu neuen Versorgungsformen macht allerdings deutlich, wo der Schwerpunkt liegt. Zudem liegt auf Basis der ersten Evaluationsergebnisse die Vermutung nahe, dass nicht viele Ansätze in die Regelversorgung übernommen werden.

Dieser überschaubare Erfolg könnte den Schluss nahelegen, dass das Schnittstellenproblem überschätzt ist. Ist die Regelversorgung eventuell schon so gut, dass über eine Integrierte Versorgung keine Wirtschaftlichkeitspotentiale gehoben werden können? Unserer Ansicht nach ist dies nicht der Fall. Die KNAPPSCHAFT erbringt seit mehr als zwei Jahrzehnten in ihrer populationsbezogenen Integrierten Versorgung den Beweis, dass dadurch die Versorgung sowohl in ökonomischer als auch in qualitativer Sicht verbessert werden kann.

Beispiel prosper/proGesund

Die KNAPPSCHAFT besitzt ein im Durchschnitt 12 Jahre älteres Versichertenklientel als die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Zudem weisen die Knappschaftsversicherten eine im Mittel höhere und andere Morbiditätsstruktur auf. Beide Sachverhalte verdeutlichen, dass die KNAPPSCHAFT die Auswirkungen demographischer Veränderungen seit Langem zu spüren bekommt. Durch die

Ausgleichssystematik des Risikostrukturausgleichs wird diese Entwicklung nur unzureichend abgefedert. Eine von mehreren Reaktionen hierauf war der Aufbau der populationsbezogenen Integrierten Versorgung prosper/proGesund.

Im Herbst 1999 startete die KNAPPSCHAFT nach einer längeren Vorbereitungsphase prosper als Pilotprojekt in der Region Bottrop. Weitere Netzgründungen im Saarland, in Regionen des Ruhrgebietes und in der Lausitz folgten. Derzeit sind ca. 230.000 Versicherte der KNAPPSCHAFT in die Verträge eingeschrieben. An prosper/proGesund beteiligen sich ca. 1.000 Hausärzt*innen, 1.000 Fachärzt*innen, 20 Krankenhäuser und 2 Rehakliniken.

Der Aufbau dieser Netze erforderte eine hohe Investitionsbereitschaft auf Seiten der KNAPPSCHAFT. Die Netze leben seit Beginn von der Kommunikation zwischen den Akteur*innen der verschiedenen Sektoren und Fachdisziplinen. Diese kann nur dann erfolgreich gestaltet werden, wenn die Kommunikation kassenseitig intensiv begleitet, strukturiert und die Erfolge des abgestimmten Handelns allen Akteur*innen durch ein regelmäßiges Berichtswesen vor Augen geführt wird. Das stringente Management von Versorgungsnetzen ist keine Einmal- sondern Daueraufgabe. Zudem bedarf es einer gewissen Überzeugungsarbeit, dass Integrierte Versorgung für Niedergelassene, Krankenhäuser sowie Patient*innen einen Mehrwert erzeugt. Bei der KNAPPSCHAFT wurden zunächst entsprechende personelle Strukturen geschaffen. Heute wissen wir, dass dies eine lohnende Investition war. Die Gesundheitsnetze prosper/proGesund ermöglichen nicht nur nachweislich eine qualitativ bessere Versorgung, sie machen auch Einsparungen möglich, die im Mittel stabil bei rund 115 Euro je Teilnehmenden und Jahr liegen.

Aber hätte die KNAPPSCHAFT die notwendigen Investitionen getätigt, wenn die damalige Situation anders gewesen wäre? Wahrscheinlich nicht. Die Logik längerfristiger Investitionen – auf der Basis wirklicher Veränderungen – steht im Widerspruch zum Grundsatz der (kurzfris-

tigen) Beitragssatzstabilität. Dies ist auch der ausschlaggebende Grund dafür, dass Krankenkassen die Investition in sektorübergreifende Versorgungsmodelle seit Ablauf der Anschubfinanzierung eher scheuen.

Investitionsbereitschaft erhöhen durch die Einführung eines Innovationsbudgets

Selbstverständlich ist es der Anspruch der GKV, Versorgung aktiv zu gestalten. Doch jeder, der neue, auch sektorübergreifende Ansätze erprobt hat, weiß, dass nicht jeder Ansatz auf Anhieb funktioniert. Auch Verträge der Integrierten Versorgung haben viele Sollbruchstellen. Ob die mit den Verträgen implementierten Versorgungsansätze den gedachten Erfolg erzielen, kann immer erst nach einer gewissen Vertragslaufzeit beurteilt werden. Nicht selten kommt es vor, dass die vertragsschließende Krankenkasse Verwaltungsaufwand und finanzielle Mittel in einen Versorgungsansatz investiert hat, der nicht den erhofften qualitativen und/oder finanziellen Erfolg erwirtschaftet; ein ganz normaler Vorgang in anderen Wirtschaftsbereichen. Der regulatorische Rahmen der GKV sowie deren aktuelle Finanzsituation erschweren eine investitionsbezogene Risikobereitschaft der Krankenkassen. Stillstand aber ist gefährlich – für die Versorgung, die Strukturen, die Effizienz.

Um dieser Gefahr zu entgehen, sollte der Gesetzgeber effektive Anreize setzen. Der Innovationsfonds konnte die Anschubfinanzierung nicht adäquat ersetzen. Das zeigt schon die im Vergleich relativ überschaubare Anzahl geförderter Projekte zu neuen Versorgungsformen. Ein Grund hierfür wird der bürokratische Aufwand sein, der mit der Antragstellung, der Mittelanforderung und der zwingend erforderlichen Evaluation verbunden ist. Wenn man das Fördervolumen ins Verhältnis zur Anzahl der geförderten Projekte setzt, liegt die Vermutung nahe, dass der Aufwand von Krankenkassen nur für Großprojekte betrieben wird. Kleinere, regionale Projekte, die letztlich die Keimzelle für eine echte Versorgungsentwicklung sein können, fallen hinten runter.

Um den Krankenkassen einen Anreiz für einen Innovationswettbewerb zu setzen, könnte ein Vorschlag des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung aus dem Jahr 2018 aufgegriffen werden. Dr. Martin Albrecht, Geschäftsführer des Bereichs Gesundheitspolitik am IGES Institut, hat mit dem Gutachten „Potenziale für mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen“ die Idee eines eigenständigen Krankenkassenbudgets für Forschung und Entwicklung innovativer Versorgungsprozesse eingebracht, das den Innovationsfonds ersetzt. Die Mittel würden krankenkassenindividuell und morbiditätsorientiert reserviert. Krankenkassen, deren Versicherte eine nach den Kriterien des Morbi-RSA durchschnittlich höhere Morbidität aufweisen, erhielten so entsprechend höhere Ansprüche auf finanzielle Mittel je Versicherten. Einsatz und Verwendung der Mittel würden in einem dezentralen Prozess durch die einzelne Krankenkasse gesteuert. Technisch würde ein solches Innovationsbudget durch eine Kürzung der Summe der Alters- und Geschlechtszuweisungen in einer Größenordnung finanziert, die 0,05 Prozent des gesamten Beitragseinkommens entspricht. Die Mittel würden dann den einzelnen Krankenkassen über die Morbiditätszuweisungen nach Maßgabe der hierarchisierten Morbiditätsgruppen zugeordnet. Ob ein solches Innovationsbudget alternativ oder als Teil des Innovationsfonds angelegt wäre, ist zu diskutieren.

Fazit

Nach dem Auslaufen der Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung ist der Innovationswettbewerb unter den Krankenkassen für sektorenübergreifende Versorgung ins Stocken geraten. Der Innovationsfonds bildet keinen adäquaten Ersatz. Dabei erbringt die KNAPPSCHAFT mit ihren populationsbezogenen Integrierten Versorgungsnetzen prosper/proGesund seit über 20 Jahren den Beweis, dass es sich qualitativ wie ökonomisch lohnt, in sektorübergreifende Versorgungsansätze zu investieren. Mit einem Innovationsbudget – statt oder neben dem Innovationsfonds – könnte gesetzgeberisch ein neuer Impuls für einen Innovationswettbewerb unter den Krankenkassen gesetzt werden.

Ökosysteme als Zukunft der Integrierten Versorgung



Dr. Karsten Neumann

Partner und Leiter GKV

Dr. Verena Reichl

Senior Manager Digital Health

Roland Berger GmbH

Der Grundgedanke der Integrierten Versorgung (IV) war Vernetzung – zwischen Sektoren, Fachdisziplinen und Berufsgruppen – diese Vernetzung kann künftig in (digitalen) Ökosystemen entstehen, ganz ohne staatliche Förderung.

Die IV wollte Probleme an den Schnittstellen reduzieren, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung verbessern. Nachdem der Erfolg des alten §140 lange Zeit begrenzt war¹, sollte der Innovationsfonds ab 2013 neuen Schub geben. Viele innovative Projekte wurden und werden gefördert. Erste Projekte kommen jetzt in die Regelversorgung, darunter telemedizinische Beratungen intensivpflichtiger Coronapatient*innen oder von Patient*innen mit chronischer Herzinsuffizienz, regionale Versorgungsprojekte zur intersektoralen Vernetzung oder eine automatisierte Erstellung von Entlassbriefen zur Prozessoptimierung. Der Innovationsfonds wird jedoch als schwerfällig empfunden und wurde von Anfang an als zu bürokratisch und zentralistisch kritisiert – viele Akteure sind skeptisch, was die Wirkung in der Breite angeht.

Wir glauben, dass das Ziel der IV so aktuell ist wie 2004, dass die Vernetzung heute aber anders stattfindet: Sie geschieht auf Initiative der Akteure im Gesundheitswesen, die einen Vorteil im Markt erzielen, indem sie neue technische Möglichkeiten nutzen und ihren eigenen Geschäftserfolg durch Vernetzung verbessern.

Ein Beispiel ist die Entlassung aus dem Krankenhaus: Die Überleitung in die Rehaklinik war Bestandteil vieler IV-Verträge („Komplexpauschalen“). Heute gibt es Dienstleister, die das vermitteln und über digitale Austauschformate einen reibungslosen Patientenfluss erleichtern. Wartezeiten werden vermieden, spezielle Anforderungen sind der Rehaklinik vorher bekannt, die Häuser werden effizienter (und aus dieser Effizienz finanziert sich der Vermittler), die Patient*innen sind besser versorgt. Eine Anschubfinanzierung oder ein komplizierter Förderungsrahmen sind nicht erforderlich.

Auch die Aufnahme ins Krankenhaus funktioniert inzwischen besser. Patient*innen erhalten über digitale Plattformen automatisch Zugriff auf alle wichtigen Angebote von Terminplanung, Anamnese bis hin zu Aufklärungen

über Behandlungen. Dokumente werden vorab zur Verfügung gestellt. Somit wird eine weitere der klassischen Schnittstellen der alten IV adressiert.

Die Beispiele lassen sich fortsetzen: Telemedizinfirmen geben Patient*innen Zugang zu einem Symptomchecker und Terminvereinbarungen mit Ärzt*innen. Bei Bedarf kann direkt ein elektronisches Rezept ausgestellt werden. Ein anderes Unternehmen betreibt regionale Versorgungsnetze, in denen Ärzt*innen, Therapeut*innen, Krankenhäuser und Apotheken in einem Verbund sektorenübergreifend zusammenarbeiten und digital vernetzt sind.

In Bayern hat eine Krankenkasse mit einem Apothekendienstleister sowie einem Telemedizinunternehmen ein gemeinsames Angebot aufgebaut: Versicherte können bei Grippe, Bronchitis oder Asthma umsonst eine Videosprechstunde buchen. Telemedizinische Beratung und Behandlung sowie elektronische Verschreibung kommen aus einer Hand. Im europäischen Ausland gibt es eine Reihe noch weiter integrierter ambulanter Prozesse – eine vernetzte Struktur aus Apps, Videosprechstunde und Apotheken wird zum Standard und ist früher oder später auch hier zu erwarten.²

Bei uns wird die Vernetzung durch die elektronische Patientenakte ePA und die Telematikinfrastruktur wesentlich erleichtert. Gemeinsam mit den weiteren geplanten Anwendungen wie eRezept etc. können sie potenziell die Informationslücken schließen, die oft der Ansatzpunkt bei den ursprünglichen Lösungen der Integrierten Versorgung, etwa in den viel beschworenen Doppeluntersuchungen, waren.

Mit diesen Formen der Vernetzung und mit partnerschaftlicher Zusammenarbeit entstehen innovative Ökosysteme, die Integrierte Versorgung im Wortsinne, aber ohne bürokratischen Rahmen schaffen. Um diese Entwicklung näher zu beschreiben, müssen wir „Ökosystem“ zunächst kurz definieren.

Definition von Ökosystemen

Ein digitales Ökosystem hat nicht nur digitale, technische Bestandteile, sondern integriert Organisationen, Menschen und deren Beziehungen untereinander. Ökosysteme sind offen, selbstorganisiert, anpassungsfähig, skalierbar und nachhaltig.³

Die teilnehmenden Unternehmen oder Personen sind unabhängig voneinander, kooperieren aber über das Ökosystem, weil sie sich Vorteile erhoffen und so auch Mehrwert für Kund*innen schaffen.⁴

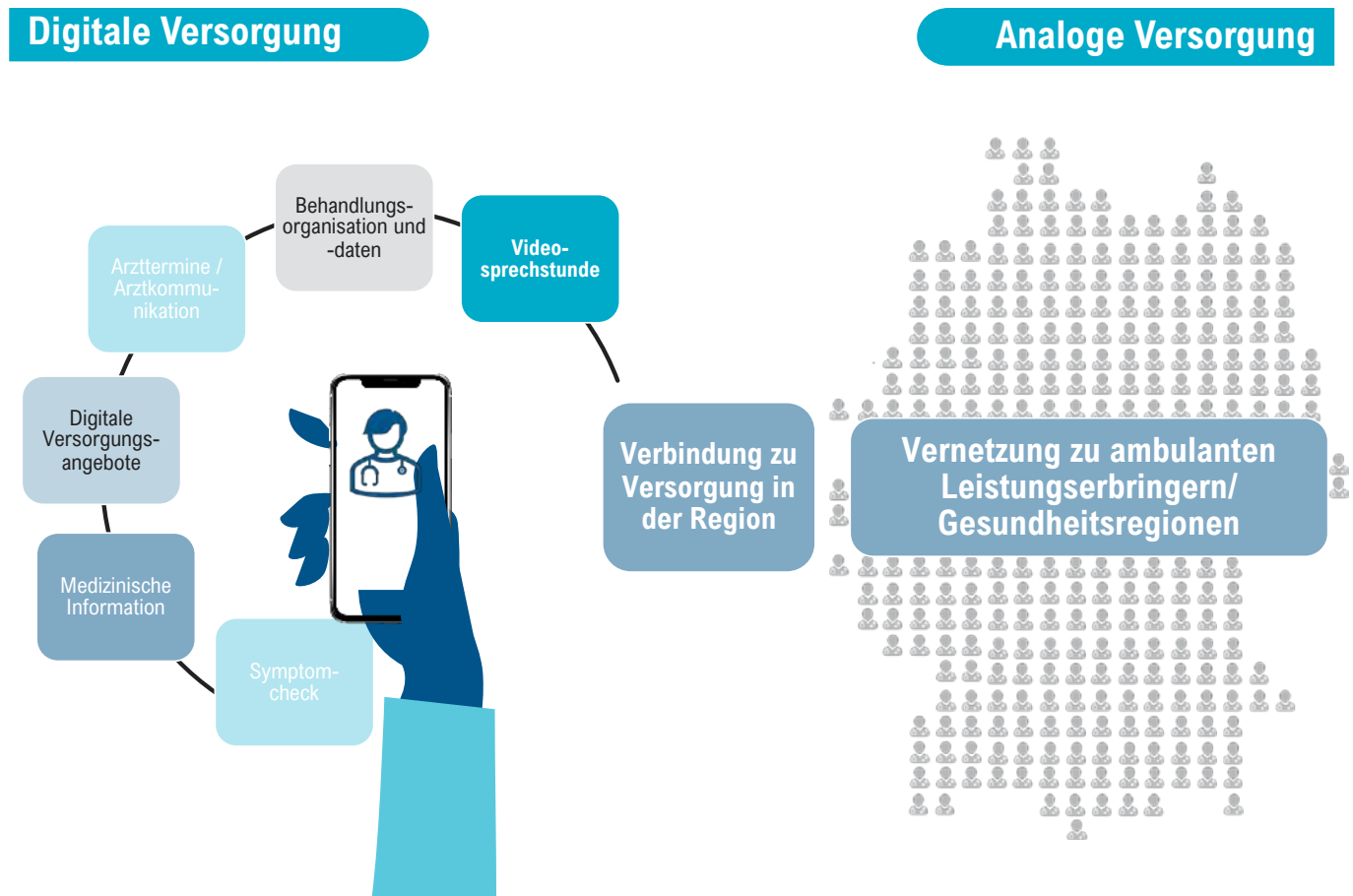
Die Abgrenzung zu dem ebenfalls häufig verwendeten Begriff der „Plattformen“ liegt vor allem in der Partnerschaftlichkeit und in der Kombination unterschiedlicher Dienstleistungen. Ein Ökosystem kann Plattformen enthalten – wenn bspw. Plattformen zu Terminvereinbarung oder Medikamentenlieferung in eine integrierte Versorgungskette eingebunden werden – aber funktioniert auch ohne sie. Plattformen haben eine stärkere Tendenz zur Monopolisierung, Ökosysteme bringen mehrere Partnerinstitutionen zusammen.

Digitale Ökosysteme im Gesundheitswesen integrieren Leistungen mehrerer Akteure – Patient*innen, Leistungserbringende und auch Technologieanbieter – für ein integriertes Versorgungsangebot entlang des Patientenpfades zwischen Sektoren und Fachgebieten.

Digitalisierung als neuer Aspekt von Ökosystemen und Integrierter Versorgung

Der ursprüngliche Ansatz der Integrierten Versorgung umfasste die Vernetzung ambulanter und stationärer Angebote, dann erfolgte die Einbindung unterschiedlicher Fachärzt*innen und schließlich die Erweiterung durch die Leistungen aus dem Innovationsfonds. Letzterer fördert schon viele Projekte mit digitalen Komponenten, in den Ökosystemen werden digitale Angebote standardmäßig integriert sein. Wie im Beispiel der oben genannten Plattformen zur Aufnahme und Entlassung/Überleitung aus

Abbildung 1: Nutzerzentriertes Gesundheitsökosystem mit Vernetzung analoger und digitaler Versorgungspfade



Quelle: Roland Berger

dem Krankenhaus bildet Technologie oft die Basis für Vernetzung. Auch hybride Patientenpfade aus analogen Besuchen, Nutzung von Telemedizin und DiGAs werden zunehmen.

In einer Umfrage vor zwei Jahren erwarteten 84 Prozent der Befragten, dass die neuen Netzwerke virtuelle und analoge Dienstleistungen kombinieren statt nur analog oder nur digital tätig zu sein.⁵ Diese Kombination wird die neue Versorgung prägen.

Krankenversicherungen, Krankenhäuser und private Akteure streben derzeit danach, solche Ökosysteme aufzubauen und ihre Versicherten oder Patient*innen als digitale Lotsen durch den gesamten Versorgungsprozess

zu begleiten. Durch entsprechende Partnerschaften werden umfangreiche digitale Angebote geschaffen (siehe Abbildung 1). Der echte Mehrwert für die Zielgruppen entsteht dann, wenn auch eine Überleitung in die analoge Versorgung integriert ist und je nach Bedarf erfolgt.

Eine weitere Veränderung, die durch Technologie getrieben wird, betrifft die Integration des privaten Umfelds in den Versorgungspfad. Früherkennung kann immer mehr Teil des täglichen Lebens werden.⁶ Intelligente Geräte und Sensoren, Flüssigbiopsien und Test-at-home-Kits für immer mehr Krankheiten ermöglichen Früherkennung und Diagnostik durch die Bürger*innen selbst – wobei die Interpretation der gewonnenen Daten oft durch Künstliche Intelligenz erfolgt. Die Praxis der Zukunft wird sich so

teilweise in das Wohnzimmer der Patient*innen verlagern. Die Daten und möglichen Behandlungsempfehlungen müssen ebenfalls in die Versorgung integriert werden.

Voraussetzungen für die skizzierten Entwicklungen sind eine gemeinsame Infrastruktur, passende Standards für den Austausch von Daten, eine hohe Interoperabilität an den Schnittstellen und betriebswirtschaftliche Anreize für alle Beteiligten durch die Anwendung neuer Geschäftsmodelle. Analoge und digitale Versorgungspfade werden verbunden, Prozesse beschleunigt und die Bürokratie reduziert. Nutzerzentriertes Gesundheitsökosystem mit Vernetzung analoger und digitaler Versorgungspfade

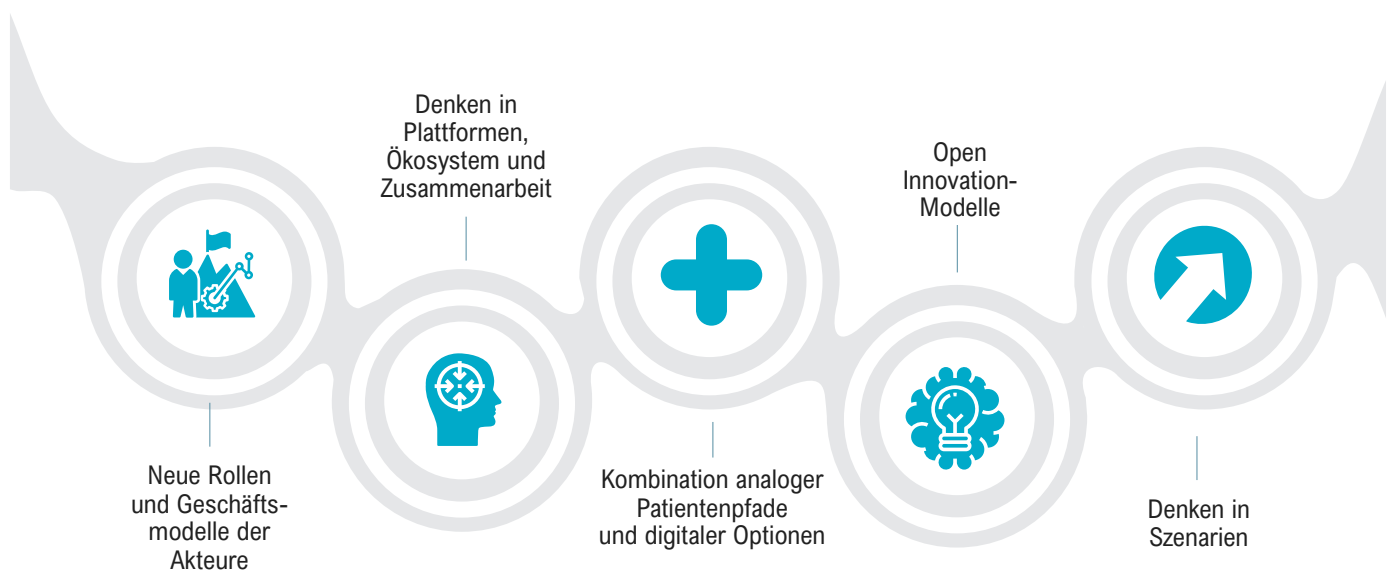
Szenarien für die weitere Entwicklung

Trotz der zahlreichen ermutigenden Beispiele ist die weitere Entwicklung nicht selbstverständlich und nicht vorhersehbar. Wie die Entwicklung digitaler Ökosysteme im Gesundheitswesen weiter verläuft, hängt vom Verhalten der Akteure, der potenziellen Nutzer*innen und der Gesetzgebung ab.

Wir sehen drei mögliche Szenarien:

1. Es entstehen Insellösungen vieler verschiedener Anbieter ohne übergreifende Vernetzung. Entweder, weil die Ansätze wie bisher zu klein bleiben und durch hohe Transaktionskosten keine kritische Masse erreichen oder weil an Schlüsselstellen (Terminvereinbarung, Aufnahme, Entlassung) Monopole einer Plattform entsteht, welche die weitere Vernetzung hemmen.
2. Es entwickelt sich ein Flickenteppich aus teilentegrierten Angeboten, die sich gelegentlich überlappen. Starke Akteure jedes Sektors bauen Ökosysteme an ihren Außenschnittstellen, die verschiedenen Ökosysteme – bspw. das digitale Netzwerk einer Kasse und ein Uniklinikum, das digital mit Niedergelassenen vernetzt ist – passen nicht zusammen. Ein gemeinsames Zielbild für den Ausbau des digitalen Versorgungsangebots fehlt.
3. Die Nutzung einer standardisierten Telematikinfrastruktur und einer ePA-Lösung mit den gleichen technischen Standards und einer hohen Interoperabilität an den Schnittstellen schafft eine hohe Vereinheitlichung bei der Umsetzung von Versorgungspfaden vieler Anbieter.

Abbildung 2: Integrierte Versorgung nach 2020



Quelle: Roland Berger

4. Auf dieser Basis entstehen mehrere Ökosysteme im Wettbewerb und mit jeweils umfassendem Angebot integrierter Versorgungspfade. Dieses Zielbild bietet bei hoher Datensicherheit und Standardisierung auch viele innovative Angebote für die Patient*innen. Gleichzeitig wird der Gefahr einer Monopolbildung durch unterschiedliche Angebote entgegenwirkt.

Für den Gesetzgeber entsteht somit die Aufgabe, Vernetzung weiter zu erleichtern und gleichzeitig Monopolstrukturen zu verhindern. Die einzelnen Akteure wiederum müssen in Szenarien denken, um auf die Zukunft vorbereitet zu sein (siehe Abbildung 2). Marktentwicklungen und Strategien relevanter Wettbewerber müssen im Blick behalten und entsprechende Implikationen abgeleitet werden. „Open Innovation“ gewinnt an Bedeutung, da über Ökosysteme und Vernetzung neue Lösungen gemeinsam effizienter und schneller entwickelt werden können.

Wir erwarten, dass eine stärkere Vernetzung im Gesundheitswesen zustande kommt und so der immer noch richtige Grundgedanke der Integrierten Versorgung umgesetzt wird – jetzt allerdings über Initiativen einzelner Akteure aus betriebswirtschaftlicher Logik und mit einer starken Nutzung von Technologie.

In den vergangenen Jahren wurde mehrfach vorgeschlagen, zentrale Förderinstrumente wie den Innovationsfonds abzuschaffen und statt dessen den Kassen ein Innovationsbudget zur individuellen Verwendung zuzugestehen.⁷ Eine kollektive Förderung macht immer noch Sinn - und zwar bei solchen Zielgruppen, die in den Eigeninteressen der Akteure nicht vorkommen. Daneben sollte der Gesetzgeber sicherstellen, dass sich die Eigeninitiative entfalten kann und ausreichend Spielraum für die Entwicklung innovativer Kooperationen schaffen. Daneben sollte der Gesetzgeber aber ausreichend Spielraum für die Entwicklung innovativer und vielfältiger Angebote und Kooperationen lassen.

Denn je mehr Vernetzung möglich wird, desto besser wird unser Gesundheitswesen in Zukunft funktionieren.

1. 2011 gab es noch rund 6.399 abgeschlossene Verträge. Pro Jahr wurden seitdem ca. nur um die 700 neue Verträge geschlossen. Die Anteile der GKV-Ausgaben für Selektivverträge der integrierten Versorgung liegen bei nur knapp 1%. Quellen: Prof. Dr. Steffen Fleßa, Universität Greifswald: Gesundheitsmanagement IV, <https://slideplayer.org/slide/12086697/>. <https://www.wirtschaftsdienst.eu/inhalt/jahr/2014/heft/3/beitrag/integrierte-versorgung-wettbewerbspotenzial-in-der-gesundheitsversorgung-heben.html>
2. Beispiele: eigene Recherche u.a. anhand von Interviews und Internetquellen
3. www.iese.fraunhofer.de/de/leistungen/digitale-oekosysteme.html
4. idw-online.de/de/news768262
5. Roland Berger (2020): Future of Health 2 | Aufstieg der Gesundheitsplattformen
6. Roland Berger (2021): Future of Health 3 | Neuer Schub für Innovation
7. U.a. von einem der Autoren. Vgl.: https://www.iges.com/kunden/gesundheitsforschungsergebnisse/2015/kassenwettbewerb/index_ger.html

Vernetzung, Digitalisierung, Umbruch – Quo vadis Wundversorgung?



Marc Heilfort

National Key Account Manager
Healthcare & Speciality
URGO GmbH

Die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schwerheilenden und chronischen Wunden befindet sich im Umbruch. Sowohl gesetzliche Rahmenbedingungen als auch Erkenntnisse aus der Wundversorgung vor Ort befördern dies. Das Ziel soll hierbei eine bessere Versorgungsstruktur sein. Welche Optionen existieren dabei und wie kann ein Praxistransfer gelingen?

Die Jahresinzidenz von diagnostizierten Wunden lag 2012 bei circa 2,7 Millionen Fällen.¹ Der Inzidenzwert beinhaltet Wunden mit den Indikationen Dekubitus, Ulcus cruris, diabetisches Fußulkus, posttraumatische Wunde, Verbrennungen / Verätzungen und anderen Wunden, wie Amputationswunden und Wunden bei bösartigen Neubildungen. Gerade bei chronischen bzw. schwer heilenden Wunden ist aufgrund des Zusammenspiels der notwendigen Diagnostik zur Feststellung der genauen Ursache für die Wunde, der richtigen Wahl der Therapie, der Qualifikation der Behandler:innen sowie auch der notwendigen Adhärenz der Patient:innen ein vernetzter Behandlungsansatz besonders wichtig.

Ein Beispiel hierfür ist die Behandlung des diabetischen Fußulkus (DFU). Auf Grund der Genese und der vielen Begleiterkrankungen bei häufig multimorbiden Patienten ist hier der kausale und spezifische Therapieansatz sehr komplex und verlangt eine interdisziplinäre und intersektorale Zusammenarbeit und Koordination der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. So sind Menschen mit einem DFU mit einem 2,3-fach höheren Risiko für die Jahresmortalität verbunden als Menschen ohne DFU.² Zwar gibt es hierzu bereits sehr gute Initiativen, wie beispielsweise die Arbeitsgemeinschaft „Diabetischer Fuß“ der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), allerdings findet die adäquate Versorgung noch nicht flächendeckend statt. Laut der DDG werden in Deutschland pro Tag bis zu 136 Gliedmaßen in Folge des Diabetes mellitus amputiert. Deutschland rangierte 2019 damit an Platz 4 der europäischen Amputations-Rangliste mit 7,9 diabetesbedingten Amputationen pro 100.000 Einwohner, nur in Estland, Portugal und Österreich wird mehr amputiert.³ Diese hohe Amputationsrate hat viele Ursachen. Beispielsweise sind Fehlanreize bei den sektoralen Vergütungen zu nennen oder zu späte therapeutische Interventionen bei Komplikationen des DFU, wie beispielsweise Wundinfektionen. Gegenmaßnahmen bilden u.a. die Anpassung der Anforderungen an Wundversorger und das Zweitmeinungsverfahren vor nicht-notfallmäßigen Amputationen.

Neben der hausärztlich-diabetologischen Betreuung sind die fachärztliche Therapie und Diagnostik der Begleiterkrankungen (z.B. Neuropathien, Angiopathien, Visus-Störungen), sowie die Maßnahmen zur Behandlung und Prävention anderer medizinischer Leistungserbringer, wie Podologen, Pflegekräften, Orthopädieschuhtechniker:innen, essentiell. Reformierte Vergütungsansätze sollten Fehlanreize vermeiden. Die Vergütung der Leistungen entsprechend ihrem Aufwand und ihrer Effizienz tragen zu einer verbesserten Versorgungsqualität bei.

Dabei ist die interdisziplinäre und intersektorale Zusammenarbeit für die Abheilung einer schwerheilenden oder chronischen Wunde, also auch für das diabetische Fußulcus, unerlässlich und benötigt ein ausgereiftes Casemanagement. Diese Koordination sorgt für einen zeitnahen und reibungslosen Ablauf aller eingeleiteten Maßnahmen und hilft dabei, potentielle Risiken wie Wundinfektionen, Amputationen oder eine Sepsis zu verhindern.

Das Casemanagement kann sowohl eine zentrale koordinierende Person sein als auch durch eine digitale Vernetzungsplattform stattfinden. Hierfür gibt es zwei etablierte und erprobte Beispiele. Strukturierte Behandlungspfade und Versorgungsprogramme im Bereich der Wundversorgung zeigen einen deutlichen Mehrwert der Vernetzung der verschiedenen Leistungserbringer untereinander. Ein Beispiel hierfür ist das Programm „Innovative Wundversorgung – gut vernetzt, besser verheilt“, an welchem Kostenträger und Leistungserbringer auf Basis des § 140a SGB V die Wundversorgung der betroffenen Patient:innen verbessern. Das therapeutische Team ist über eine digitale Plattform miteinander verbunden, worüber sowohl die behandlungsrelevanten Patientendaten als auch die aktuellen Maßnahmen dokumentiert sind. Zum Einschluss in das Programm muss eine Reihe diagnostischer Leistungen erfolgen, welche im Alltag teilweise nicht durchgeführt werden. Dies wirkt sich präventiv auf schwere Wundverläufe und mögliche Komplikationen aus. Durch eine Fallschwere-orientierte Fallpauschale für Wundversorgungsprodukte wird in dieser integrierten Versorgung vermieden, dass falsche Anreize, wie die wirtschaftliche

Gewinnmaximierung mit der Behandlung gesetzt werden. Ebenfalls ist hier bereits die unkomplizierte Verordnung und Versorgung der Wundpatient:innen durch das e-Rezept etabliert und sichergestellt. An diesem integrierten Versorgungsprogramm können sich auch Leistungserbringer nach § 37 SGB V der Pflege aktiv beteiligen. Bereits seit 2019 müssen diese eine erweiterte Qualifikation in der Wundversorgung nachweisen. Die verbesserte Versorgung wird nun auch durch die Einführung der spezialisierten Leistungserbringer gemäß § 37 SGB V in die Regelversorgung implementiert. Dieses Beispiel zeigt, dass der schnellen Umsetzung und Entbürokratisierung der Prozesse im Gesundheitssystem nichts im Wege steht und zeitnah flächendeckend umgesetzt werden kann. Hierfür müssen alle Beteiligten im Gesundheitssystem und gesundheitspolitischen Akteure an einem Strang ziehen. Durch digitale Lösungen und bessere Vernetzung kann der bestehende Personalmangel im Gesundheitswesen vor allem bei den Pflegekräften zum Teil kompensiert werden, da eine schnell abgeheilte Wunde keine notwendigen Leistungen verursacht und somit auch die Kostenträger entlastet.

Um die Versorgung auch qualitativ zu verbessern, wurden einige gesetzliche Änderungen, insbesondere im Pflegebereich, vom Gesetzgeber initiiert. So wurde beispielsweise durch das GVWG mit dem § 64d SGB V die Verpflichtung zur Durchführung von Modellvorhaben in jedem Bundesland zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten aufgenommen. Hierdurch soll es möglich sein, dass entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte im Bereich der Wundversorgung mehr Verantwortung bekommen, wozu dann auch u.a. die Verordnung von Verbandmitteln gehören soll. Ferner wurde auch die Einführung spezialisierter Leistungserbringer (SPE) für die Wundversorgung schwerheilender und chronischer Wunden eingeführt und hier Konkretisierungen beispielsweise durch den G-BA vorgenommen. Die fachlichen Anforderungen an diese SPE stellen zunächst viele Leistungserbringer in der ambulanten Pflege vor neue Herausforderungen. Aufgrund der Vorgaben muss das entsprechende Personal zeit- und kostenintensiv – zwar teilweise unter Berücksichtigung von

bestimmten Übergangsphasen - die benötigten Qualifikationen bis spätestens 31.12.2025 erlangen. Andererseits ist zu vermuten, dass aufgrund dieser Regelung neue Leistungserbringer entstehen, da diese SPE nun den von der GKV vergüteten Verbandwechsel nicht nur in der Örtlichkeit des Patienten, sondern auch beispielsweise in sogenannten Wundcentern durchführen dürfen.

Die damit zu erwartende gesteigerte Versorgungsqualität wirkt sich sowohl in der Behandlungs- und Entscheidungskompetenz des therapeutischen Teams als auch in der Patientenzufriedenheit und schnelleren Abheilung und Komplikationsvermeidung der Wunden aus.

Ein weiterer Ansatz, die Versorgungsqualität zu verbessern und die Vernetzung des therapeutischen Teams zu verstärken, stellt die Initiative von URGO mit der Smartphone-App HEALICO dar. Neben einer sehr umfangreichen Wundanamnese und Wunddokumentation bietet die App gleichzeitig den Leistungserbringern ein E-Learning-Modul an, um auf dem aktuellen Stand der praktischen Umsetzung der Wundversorgung zu bleiben. Parallel bietet die App einen gesicherten Austausch der erhobenen Daten im therapeutischen Team – in Echtzeit. Zudem gibt es einen patientenspezifischen Chat (Ende-zu-Ende-verschlüsselt), worüber auf Basis der Einhaltung der DSGVO mittels sehr einfacher Handhabung, Besprechungen und nächste diagnostische und therapeutische Maßnahmen diskutiert werden können.

Link zum Wunderversorgungs-
Assistent Healico
Link: <https://www.healico.de>



Das bedeutet beispielsweise im Falle einer Wundinfektion, die durch die vor Ort befindliche Pflegekraft dokumentiert wird, dass sofort eine Intervention des behandelnden Arztes erfolgen kann. Innerhalb des therapeutischen Teams werden weitere Maßnahmen und Vorgehensweisen zur Infektionsbekämpfung und Vermeidung einer Sepsis oder Amputation ausgetauscht.

Durch diese enge Vernetzung und optimierte Wundversorgung sowie deren Kausaltherapien können mit den

entsprechenden technischen Lösungen in Zukunft viele schwerheilende und chronische Wunden rechtzeitig und zielgerichtet therapiert und Komplikationen vermieden werden.

Die Grundlage für eine erfolgreiche Umsetzung ist allerdings die Festlegung und Umsetzung einheitlicher Standards, so dass alle bestehenden und neuen Systeme, welche die integrierte und intersektorale Behandlung effizienter gestalten, hürdenlos und schnell angebunden werden können. Die Anhebung der Ausbildungsstandards sorgt dabei für eine optimierte Versorgungsqualität und eine effizientere sowie wirtschaftliche Therapiedurchführung.

Die Sektorengrenzen dürfen keine Hürde für die Versorgung darstellen und die Verfügbarkeit von medizinischen Leistungen sollte entbürokratisiert und digitalisiert werden. Das Vergütungssystem sollte für alle erforderlichen Leistungen, sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor, die Möglichkeiten bieten, die Patientenversorgung bestmöglich zu gestalten.

Der Zugewinn einer besseren gesamtgesundheitlichen Versorgung, der Kosteinsparung für Kostenträger und eines Mehrwertes für Leistungserbringer (z.B. durch den Wegfall einer Stückkostenbetrachtung für verordnete Produkte anstelle der Gesamtausgabenbetrachtung für entsprechende Behandlungen), mehr Lebensqualität für erkrankte Patient:innen sowie eine professionalisierte Zusammenarbeit der Akteure im Gesundheitssystem wird immens sein.

1. Forschungsgruppe Primärmedizinische Versorgung Köln: Epidemiologie und Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden - Eine Analyse auf der Basis der Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen April 2016
2. Saluja S, Anderson SG, Hambleton I, Shoo H, Livingston M, Jude EB, Lunt M, Dunn G, Heald AH. Foot ulceration and its association with mortality in diabetes mellitus: a meta-analysis. *Diabet Med.* 2020 Feb;37(2):211-218. doi: 10.1111/dme.14151. Epub 2019 Dec 2. PMID: 31613404.
3. Stewart, Connor: Number of major lower extremity amputations among diabetes sufferers in Europe in 2019, by country (25.11.2021), URL: <https://www.statista.com/statistics/1276378/diabetes-lower-leg-amputation-in-europe/> (Stand: 20.04.2022)

Neue Perspektiven auf alte Probleme



Dipl.-Kfm. Kai Swoboda, MBA

Stellvertretender
Vorstandsvorsitzender

Dr. Dr. Christoph Homann, MBA

Referent Versorgungsmanagement
IKK classic

Aktuelle Entwicklungen auf unterschiedlichen Ebenen des Gesundheitswesens mit Auswirkungen auf den stationären und ambulanten Bereich zeigen neue Rahmenbedingungen, die auch eine neue Perspektive (Versorgungsperspektive) auf die altbekannten, bisher nicht überwundenen sektorenbasierten Probleme ermöglichen.

Einleitung

Die seit Jahrzehnten bestehenden Probleme aus der Abgrenzung der Sektoren und deren stetige Überwindungsversuche sind in der Vergangenheit vielfach beschrieben und analysiert worden. Doch noch immer bestehen in den historisch gewachsenen Sektoren weiterhin völlig unterschiedliche Ordnungsrahmen, in deren Grenzen nicht die medizinischen Bedarfe die Art und den Ort der ärztlichen Versorgung bestimmen, sondern die den Sektoren zugrunde liegenden Regeln der Vergütung und Bedarfsplanung.¹ In der Folge kommt es zu einer Über-, Unter- und Fehlversorgung in Verbindung mit Leistungsabbrüchen und Schnittstellenverlusten an den Sektorengrenzen.

Die Ursachen sind multifaktoriell und liegen auf beiden Seiten der Sektorengrenze. So ist der stationäre Bereich in Deutschland mit seinen nahezu 2.000 Kliniken immer noch charakterisiert durch leistungsstarke und weniger leistungsfähige, kleine und große, wirtschaftliche und unwirtschaftliche Kliniken. Diese konkurrieren um Patienten, um Behandlungserlöse und um Pflegekräfte, nicht zuletzt auch getrieben von einer in der Verantwortung der Bundesländer liegenden Vernachlässigung von Investitionen. So stehen dem für 2020 ermittelten Investitionsbedarf der Kliniken von mehr als sechs Milliarden Euro nur rund drei Milliarden Euro von den Ländern getragenen Investitionen gegenüber.² Dies führt u. a. zu Fehlanreizen, wie die Erwirtschaftung nötiger Investitionsmittel über zusätzliche Behandlungen.³

Die im Folgenden dargestellten Punkte können auf Grund der Komplexität der Thematik nur punktuell sein und sind aus der versorgungsgestaltenden Perspektive einer Gesetzlichen Krankenversicherung zu verstehen.

1. Welche Modelle braucht es, was hat sich bewährt? – Neue Perspektiven durch neue Rahmenbedingungen

Wie viele Versuche, sowohl von Seiten des Gesetzgebers als auch durch Aktivitäten unterschiedlichster Akteure im Gesundheitswesen integrierter Versorgungsansätze, in der Vergangenheit gezeigt haben, lässt sich eine historisch gewachsene Grenze zwischen den Sektoren nicht durch eine Einzelmaßnahme kurzfristig dauerhaft auflösen. Hierfür bedarf es vermutlich vieler Einzelmaßnahmen unter Berücksichtigung positiver Effekte aus der Vergangenheit und vor allem eines idealerweise synergetischen Einsatzes zusätzlicher neuer Instrumente.

Aktuelle Entwicklungen wie der neue § 68b SGB V in Verbindungen mit einer generell zunehmenden Digitalisierung, KI und prädiktive Modelle, eine aktuell verstärkte Diskussion um Indikationsbezug versus Populationsbezug mit einem regionalen Versorgungsansatz, zunehmend positive Evaluationsergebnisse von Innovationsfondsprojekten und einer Neustrukturierung und Weiterentwicklung des ambulanten Operierens in Deutschland zeigen hier neue Rahmenbedingungen, die auch eine neue Perspektive auf die altbekannten, bisher nicht überwundenen sektorenbasierten Probleme ermöglichen.

Ambulantisierung

Ein wesentlicher Treiber auch im Sinne einer neuen zukünftigen Initialzündung für eine dauerhafte breite Überwindung der Sektoren muss in der im MDK-Reformgesetz (in Kraft seit 01.01.2020) geforderten Gutachtenerstellung zu den Leistungen nach § 115b SGB V mit den Zielen u. a. einer inhaltlichen und strukturellen Veränderung des ambulanten Operierens (Ambulantisierung ausgewählter stationärer Leistungen), einheitlichen Vergütung für Krankenhäuser und Vertragsärzte, einer sachgerechten Vergütung mit Schweregraddifferenzierung und leistungsspezifischen Qualitätsvorgaben gesehen werden.⁴

In der Vergangenheit beschränkten sich Veränderungen des AOP Kataloges meist nur auf eine Anpassung an die jeweils aktuelle OPS-Version, so dass eine Überarbeitung und Neuausrichtung aufgrund ungenutzter Potentiale und Fehlentwicklungen dringend notwendig war. Bereits im Sachverständigengutachten 2012 wurde hingewiesen, dass der Anteil ambulanter Operationen in Deutschland im internationalen Vergleich gering ist, ohne dass dies mit Patientenpräferenzen erklärt werden kann.⁵

Die geforderte Schweregraddifferenzierung führt idealerweise zur Berücksichtigung einer klinischen Differenzierung, die eine reine ICD basierte Indikationsstellung nicht leisten kann. In Verbindung mit einer sachgerechten Vergütung eröffnet sich hier ein hohes Ambulantisierungspotential. Durch eine ambulante Leistungserbringung mit einheitlicher Vergütung, sowohl für niedergelassene als auch stationäre Leistungserbringer, wird eine wesentliche Tür zwischen den Sektoren dauerhaft geöffnet, die sich exemplarisch auf weitere Sektorenüberwindungen auswirken kann.

Populationsbezug versus Indikationsbezug

Im Rahmen der aktuellen gesundheitspolitischen Debatte um eine Reform der sektorenübergreifenden Versorgung wird zunehmend auch ein Indikationsbezug versus Populationsbezug mit einer regionalen soziodemographischen Perspektive auf Morbidität und Versorgung diskutiert (s. a. Koalitionsvertrag 2021, Gesundheitsregionen, Gesundheitskioske).

Die positiven Erfahrungen einzelner regionaler populationsbezogener Versorgungsprogramme zeigen hier berechtigterweise neue Versorgungsansätze, die bei positiven Evaluationsergebnissen und Prüfung der Übertragbarkeit auf andere Regionen neue sektorenübergreifende Versorgungswege unter Berücksichtigung soziodemographischer Charakteristika aufzeichnen können.

Neue Anforderungen an das Versorgungsmanagement

Um eine sektorenübergreifende Versorgung dauerhaft umsetzen zu können, müssen auch bereits im Rahmen der Planungs- und Umsetzungsphase Folgewirkungen berücksichtigt werden.

Eine von integrierter sektorenübergreifender Versorgung geprägte Versorgungslandschaft bedarf nicht nur auf Seiten aller Leistungserbringer einer erheblichen Veränderungsbereitschaft. Sie zwingt insbesondere auch die Patienten in eine neue Rolle. Damit sich diese neuen Organisations- und Versorgungsstrukturen nicht nur etablieren, sondern sich auch weiterentwickeln können, muss der Patient die damit verbundenen Veränderungen und Herausforderungen auf seiner neuen „Patient Journey“ nicht nur annehmen, sondern in seiner persönlichen Wahrnehmung als positiven Mehrwert erleben.

Diese Herausforderung in Verbindung mit einer einerseits zunehmenden Spezialisierung und Auffächerung der Medizin und der damit verbundenen Zunahme komplexer Behandlungsverläufe und andererseits der Zunahme der Multimorbidität und chronischer Erkrankungen führt zu einem generell höheren Steuerungsbedarf auf Seiten der Versicherungsnehmer.

Wesentliche neue Steuerungsbedarfe müssen in diesem Zusammenhang auch in der Sektorengrenzen aufweichenden angestrebten Ambulantisierung in Diagnostik und vor allem Therapie gesehen werden. In der ambulanten Versorgung verlässt der Patient den gesteuerten klinischen Behandlungspfad im Schutze der stationären Einrichtung und wird im Eigenmanagement seiner Erkrankung viel intensiver gefordert. Eine erfolgreiche und somit auch auf den Gesundungsprozess unmittelbar einwirkende Größe besteht in diesem Zusammenhang unter anderem in der persönlichen Gesundheitskompetenz der Betroffenen.

Diese hat jedoch – wie eine aktuelle Studie für Deutschland zeigt – heute gegenüber einer früheren Studie aus dem Jahre 2014 von 54,3 % auf heute 64,2 % der Bevölkerung, die nur über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz verfügen, abgenommen.⁶

In Bezug auf die hausärztliche Versorgung und die insbesondere in der HzV dem Hausarzt zugedachten Rolle des steuernden Lotsen muss berücksichtigt werden, dass – wie eine aktuelle Studie der Robert Bosch Stiftung prognostiziert – im Jahre 2035 in Deutschland rund 11.000 Hausarztstellen unbesetzt sind, wodurch 40 Prozent der Landkreise unterversorgt oder von Unterversorgung bedroht sind.⁷

Auch die positive Wirkung einer indikationsbezogenen Patientensteuerung durch Lotsen konnte in letzter Zeit durch Projekte (Cardiolotse, Stroke OWL etc.) gezeigt werden, wobei grundsätzlich neben einer klaren Definition der Lotsenleistung auch die Abgrenzung zu anderen Leistungsbereichen zu fordern ist.⁸

Zusammenfassend ist festzustellen, dass schon in naher Zukunft ein erhöhter genereller Steuerungsbedarf für einen Großteil der Versicherungsnehmer in einem sich zunehmend komplexer darstellenden Gesundheitssystem besteht.

Hierfür geeignete Strukturen bestehen beispielsweise auch im Versorgungsmanagement der Krankenkassen, welches jedoch in Deutschland in Bezug auf eine sektorenübergreifende Versorgung im internationalen Vergleich weit hinterherhinkt.⁹ Hier gilt es Kompetenzen auch bei den Krankenkassen aufzubauen, insbesondere in Bezug auf die Diskussion um die Etablierung und Verortung einer indikationsbezogenen Patientensteuerung in der Regelversorgung durch Patientenlotsen. Digitale Hilfsmittel können hier unterstützend wirken.

Bundesweit geöffneten Krankenkassen ist es durch ihre regional ausdifferenzierte Organisationsstruktur (Filiale, Regionaldirektion, Landesvertragsabteilungen) möglich, im Gegensatz zu rein regional wirkenden Projekten/Verträgen, Besonderheiten vor Ort in Bezug auf Morbidität und Versorgung, in einem bundesweiten, auch indikationsbezogenen Lotseneinsatz zu berücksichtigen.

2. Welche Aufträge ergeben sich für die aktuell politisch verantwortlich Handelnden?

Eine Grundvoraussetzung, um große Reformen wie die einer dauerhaften sektorenübergreifenden Versorgung erfolgreich und belastbar durchführen zu können, besteht in einer Finanzierungszusage und Sicherung durch die Politik über eine Legislaturperiode hinaus. Sie muss so belastbar sein, um auch zukünftige Kostensteigerungen im Gesundheitswesen auffangen zu können. Dies schafft nicht nur Planungssicherheit, sondern erhöht auch wesentlich die Veränderungs- und Umsetzungsbereitschaft aller beteiligten Akteure für dauerhafte Veränderungen.

Neue Versorgungsarchitektur

Eine weitere Voraussetzung zur Überwindung der Sektorengrenzen besteht in einem ordnungspolitischen Rahmen, der eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung unter Beteiligung der Krankenkassen ermöglicht, die auch an den Ländergrenzen nicht Halt macht. Hierbei sollte die Krankenhausplanung als „Bestandteil der Planung der Gesundheitsleistung insgesamt verstanden werden, sie darf sich zukünftig nicht mehr ausschließlich mit dem stationären Bereich befassen.“¹⁰

Das Gutachten -Krankenhauslandschaft NRW- im Rahmen der Neuausrichtung des Krankenhausplans NRW zeigt hier mit seinem methodischen Vorgehen und der Zielsetzung einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsge-

rechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern einen richtungsweisenden Weg für ganz Deutschland.¹¹ Ziel sollte eine Konzentration spezialisierter Kliniken an zentralen Orten neben Gesundheitszentren im ländlichen Raum sein.

Weiterhin muss die Politik auch die Bundesländer bei den Investitionskosten in die Pflicht nehmen. Aktuelle durch die Reduzierung der Investitionskosten in einigen Ländern bestehende Fehlanreize, die benötigten Investitionsmittel über zusätzliche Behandlungen „hereinzuholen“, sind nicht nur für einen sektorenübergreifenden Versorgungsansatz kontraproduktiv und müssen daher abgebaut werden.¹² Neben der bundes- und landespolitischen Ebene sind insbesondere auch regionale politische Entscheidungsträger gefordert. Hier gilt es, lokale Egoismen zu überwinden.

Gesundheitsregionen, Gesundheitskioske

Für innovative Versorgungskonzepte mit regionalen bevölkerungsbezogenen Versorgungsverträgen (Gesundheitsregionen) und niedrigschwelligen regionalen Beratungsangeboten (z.B. Gesundheitskioske, s. a. Koalitionsvertrag 2021) bedarf es nicht nur dauerhaft verlässlicher rechtlicher Rahmenbedingungen, sondern auch durch das Zusammenwirken unterschiedlichster Institutionen und Kostenträger (Kommune, Krankenkassen etc.) neuer Finanzierungsmodelle. Ohne diese wird eine finanzierungsbedingte Auffächerung immer einer beabsichtigten synergetischen Versorgungswirkung über die Grenzen der Sozialversicherungsträger hinweg entgegenwirken.

Digitalisierung, Datenbereitstellung

Für jegliche Planungen und ein effektives Versorgungsmanagement bedarf es u. a. einer zeitnahen Bereitstellung aller Abrechnungsdaten. Generell bestehen in Deutschland erhebliche Defizite insbesondere im inter-

nationalen Vergleich in der Verknüpfung und Bereitstellung von Gesundheitsdaten. So wurden beispielsweise gerade zu Beginn der aktuellen Pandemie viele Entscheidungen auf Basis ausländischer Studien getroffen, die regionale soziodemographische nationale Besonderheiten nicht berücksichtigen.¹³

Steigerung der Gesundheitskompetenz und der Qualitätsberichterstattung

Daneben bedarf es auch einer Steigerung der allgemeinen Gesundheitskompetenz jedes Einzelnen, definiert als die Fähigkeit, Wissen und Motivation gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anwenden zu können.¹⁴ Auch wenn sich bereits einige Lösungsansätze in dem Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz finden¹⁵, ist der Gesundheitskompetenz der Bürger im Kontext eines modernen Versorgungsmanagements, populationsorientierter Versorgungsprogramme und durch eine Zunahme digitaler Anwendungen besondere Beachtung zu schenken, zumal sich Defizite persönlicher Gesundheitskompetenz vermehrt in der Gruppe chronischer hochprävalenter Erkrankungen finden.

Eine Voraussetzung für den Aufbau und die Weiterentwicklung der persönlichen Gesundheitskompetenz besteht in der Informationsbeschaffung. Dass sich insbesondere bezüglich Qualitätsinformationen im ambulanten Bereich Defizite zeigen, beschreibt die aktuelle Studie der Bertelsmann Stiftung -Qualitätstransparenz braucht einen großen Wurf-. In einer repräsentativen Befragung fühlten sich 64 Prozent bei der Suche nach einer Arztpraxis, einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung nicht ausreichend informiert.¹⁶

Ambulantisierung

Hohe Erwartungen sind an die Neugestaltung des ambulanten Operierens in Deutschland zu stellen, wobei der entscheidende Schlüssel zur Verbindung der Sektoren in der seitens der Politik geforderten sektorengleichen Vergütung durch sogenannte Hybrid-DRG liegen wird (Koali-

tionsvertrag 2021, S. 84). Bei der Ausgestaltung des sektorenübergreifenden Entgeltsystems durch Hybrid-DRGs sollten Erfahrungen aus früheren Modellversuchen unbedingt Berücksichtigung finden.

Eigene selektivvertragliche Erfahrungen zeigen hier ein hohes Potential insbesondere mit der jetzt geplanten Schweregraddifferenzierung, wobei grundsätzlich immer als Erfüllungsort derjenige, mit der für den Einzelfall bestmöglichen Qualität sein sollte.

Alle müssen sich bewegen, auch die Ärzteschaft ist hier gefordert. Sie muss sich „mit Versorgungsmanagement beschäftigen und vor allem klare ärztliche und nicht ökonomisch getriggerte Indikationskriterien sowie patientenorientierte, sektorenübergreifende Behandlungspfade und Prozesse definieren und evaluieren sowie die resultierenden Behandlungskonzepte in einen ökonomisch machbaren Kontext bringen...“¹⁷

Abschließend ist zu bemerken, dass die Politik immer nur den ordnungspolitischen Rahmen vorgeben kann. Der Wille zu Veränderungen muss von allen Akteuren im deutschen Gesundheitssystem gezeigt werden, wobei eine der Hauptproblematiken in den zahlreichen unterschiedlich wirkenden Professionen im deutschen Gesundheitssystem liegt. Hierdurch ergeben sich unterschiedlichste Perspektiven auf ein und dieselbe Problematik mit vielen verschiedenen Lösungsansätzen, die aber alle letztendlich immer auch von persönlichen Interessen der eigenen Profession beeinflusst sind.¹⁸

Wenn es gelingt, den interessengeleiteten Dissens zu überwinden, können die in jüngster Zeit auf den Weg gebrachten Maßnahmen (AOP Neugestaltung, §68b SGB V, Digitalisierung etc.) in Verbindung mit einer neuen Perspektive (regionale populationsorientierte Versorgung, Versorgungsmanagement, Hybrid-DRG etc.) zur Etablierung einer dauerhaften nicht nur sektorenübergreifenden, sondern synergetisch-sektoreneinwandergeifenden Versorgung in einem finanzierbaren deutschen Gesundheitssystem zum Wohl der Patienten beitragen.

1. Ulrich/Cassel: Integrierte Versorgung als Instrument der bedarfsgerechten Steuerung der Gesundheitsversorgung. In: Spitzer/Ulrich (Hrsg.): Intersektorale Versorgung im deutschen Gesundheitswesen – Gegenwart und Zukunft-Analysen und Perspektiven, Kohlhammer 2021, S. 128.
2. Deutsche Krankenhausgesellschaft, Pressemitteilung: DKG zur Investitionskostenfinanzierung der Kliniken, 17. Januar 2022.
3. Swoboda: politikBRIEF IKK classic, 2022. Online: <https://report.ikk-classic.de/impulse-fuer-die-kliniklandschaft.html> [abgerufen am 11.03.2022].
4. GKV-SV: AG AOP Umsetzung des MDK-Reformgesetzes zu § 115b SGB V, Webkonferenz 05.07.2021.
5. Ulrich/Cassel: Integrierte Versorgung als Instrument der bedarfsgerechten Steuerung der Gesundheitsversorgung. In: Spitzer/Ulrich (Hrsg.): Intersektorale Versorgung im deutschen Gesundheitswesen – Gegenwart und Zukunft-Analysen und Perspektiven, Kohlhammer 2021, S. 131.
6. Hurrelmann u. a.: Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Vergleich der Erhebungen 2014 und 2020. Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung, Universität Bielefeld 2020, S. 1. Online: www.doi.org/10.4119/unibi/2950303 [abgerufen am 23.02.2021].
7. Robert Bosch Stiftung: Studie Gesundheitszentren für Deutschland, 2021. Online: https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-05/Studie_Primaerversorgung_Gesundheitszentren-fuer-Deutschland.pdf, S. 8, S. 42 [abgerufen am 16.03.2022].
8. Brandt/Salm: Management komplexer Behandlungsbedarfe durch Patientenlotsen – eine qualitative Studie zur Erfassung des Status quo in der GKV, Gesundheitsökonomie u. Qualitätsmanagement 2022: 27: 46-54, S. 53.
9. Schreyögg: Sektorenübergreifende Versorgung durch Versorgungsmanagement. In: Baas (Hrsg.): Zukunft der Gesundheit – vernetzt, digital, menschlich, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2020, S. 288.
10. Häfner u. a. : Reform der Krankenhausstruktur: Anforderungen und Zielvorstellungen. In: Baas (Hrsg.): Perspektive Gesundheit 2030, Gesellschaft; Politik; Transformation, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2021, S. 350.
11. Partnerschaft Deutschland und Lohfert & Lohfert AG, TU Berlin: Gutachten Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen, Berlin 2019.
12. Swoboda: politikBRIEF IKK classic, 2022. Online: <https://report.ikk-classic.de/impulse-fuer-die-kliniklandschaft.html> [abgerufen am 11.03.2022].
13. Schreyögg: Vortrag BARMER Versorgung- und Forschungskongress 22.09.2021.
14. Hurrelmann u. a.: Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Vergleich der Erhebungen 2014 und 2020. Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung, Universität Bielefeld 2020, S. 1. Online: www.doi.org/10.4119/unibi/2950303 [abgerufen am 23.02.2021].
15. Schaeffer u.a.: Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin 2018.
16. Bertelsmann Stiftung: Befragungsergebnisse Public Reporting in Deutschland, Qualitätstransparenz braucht einen großen Wurf 15 Jahre Public Reporting in Deutschland –ein kritisches Resümee, 2022. Online: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Qualitaetsberichterstattung_Studie.pdf [abgerufen am 24.03.2022].
17. Vgl. Dittrich: Bundeverband der Deutschen Chirurgen e. V: Sektorenunabhängige Versorgung in der Chirurgie – Das Pilotprojekt „Hybrid-DRG Thüringen – Neue Wege im Gesundheitswesen. Passion Chirurgie. 2020 Februar, 10(02): Artikel 03_03. Online: <file:///C:/Users/Steffi/Downloads/sektorenunabhaengige-versorgung-in-der-chirurgie-das-pilotprojekt-hybrid-drg-thueringen-neue-wege-im-gesundheitswesen.pdf> [abgerufen 24.03.2022].
18. Hippler/Homann: Patientenversorgung – Gutes bewahren, Neues wagen. In: Hildebrand/Stuppardt (Hrsg.): Zukunft Gesundheit – regional, vernetzt, patientenorientiert, medhochzwei Verlag 2021, S. 217.

Integrierte Gesundheitsversorgung – den Aufbruch wagen



© AOK Nordost/Andrea Katheder

Daniela Teichert

Vorsitzende des Vorstands
AOK Nordost

Leider ist festzustellen, dass Deutschland bei der Integrierten Versorgung in den letzten zwanzig Jahren nicht vorangekommen ist. Das strikte Denken in ambulant und stationär muss aber, den Patient:innen zuliebe, endlich aufhören.

Einzelne Verbindungen zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung sind geschaffen worden – eine echte systematische Überwindung der Sektorengrenze oder aber die Schaffung einer sektorenunabhängigen Versorgung hat es nicht gegeben. Das ist die traurige Bilanz der vergangenen zwei Jahrzehnte. Wir müssen endlich aufhören, bei Integrierter Versorgung in den engen Grenzen von ambulant und stationär zu denken. Vielmehr muss eine ganzheitliche Vernetzung aller Bereiche stattfinden: neben der ambulanten und stationären Versorgung sind dies die Bereiche Pflege und Prävention sowie auch Palliativversorgung und kommunale Angebote der Gesundheitsförderung.

Integrierte Versorgung erhöht das Patientenwohl

Die Erfahrung vieler Patient:innen macht deutlich, dass es hier nach wie vor erhebliche Verbesserungspotentiale gibt. Medizinisch sinnvolle, eng aufeinanderfolgende Untersuchungstermine bei verschiedenen Ärzt:innen scheinen nach wie vor schwer organisierbar. Die erforderliche Kontinuität der Behandlung ist oftmals nicht gesichert. Bei Krankenhausaufnahmen und -entlassungen hakt es in vielen Fällen bei den Übergängen zwischen niedergelassenen Ärzt:innen und Krankenhäusern. Doppeluntersuchungen und vermeidbare Krankenhausaufenthalte kommen immer noch häufig vor, Defizite in der medizinischen Versorgung Pflegebedürftiger sind an der Tagesordnung. Um nur einige Punkte aufzuführen, die zeigen, wie wichtig eine Integrierte Versorgung für das Patientenwohl ist.

Es ist deshalb zu begrüßen, dass die neue Bundesregierung den „Aufbruch in eine moderne sektorenübergreifende Gesundheits- und Pflegepolitik“ als Ziel formuliert und dass sie die Entwicklung einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung, die Förderung der Ambulantisierung von Krankenhausbehandlungen sowie den Ausbau integrierter Gesundheits- und Notfallzentren nebst einer Förderung durch spezifische Vergütungsstrukturen anstrebt. Bleibt die Frage, wie das Vorhaben konkret um-

gesetzt wird und wie – angesichts der Erfahrungen der vergangenen Jahrzehnte – die Vertreter:innen der Krankenhäuser, der niedergelassenen Ärzt:innen und der Krankenkassen auf der zentralen Bundesebene diesen Aufbruch wagen wollen.

Es braucht einen echten Wandel

Aus Sicht der AOK Nordost ist es höchste Zeit dafür. Denn die Probleme scheinen sich vom Gestern ins Morgen fortzusetzen. Als die führende regionale Krankenkasse in den drei nordostdeutschen Bundesländern tragen wir die Verantwortung für die Belange unserer Versicherten – sowie in der Folge auch für ihre Arbeitgeber:innen – sowohl im großen Ballungsraum Berlin als auch in dünner besiedelten ländlichen Regionen. Zwar unterscheiden sich die Herausforderungen in beiden Gebieten – aber darauf sind die AOKs schon seit Längerem vorbereitet und beweisen das mit ihrer Initiative Stadt.Land.Gesund.

So hat die Gesundheitskasse im Nordosten bereits vor fünfzehn Jahren begonnen, auf regionaler Ebene Prozesse und Strukturen zu verändern – beispielsweise durch die Entwicklung und Begleitung von zwölf Arztnetzen unter dem Label „Mein AOK-Gesundheitsnetz“. Für die AOK im Nordosten war damals schon klar: Es braucht tiefgreifende Prozess- und Strukturveränderungen, einen echten Change, um eine Gesundheitsversorgung zu erhalten, die auch im ländlichen Raum für alle Versicherten gut erreichbar ist. Dabei soll es zum Beispiel gelingen, die immer rarer werdenden Fachkräfte besser einzusetzen und vermeidbare Krankenhausaufnahmen auch tatsächlich zu vermeiden. Gleichzeitig gilt es, eine Gesundheitsversorgung zu gestalten, die trotz einer immer älter werdenden Bevölkerung und einem damit einhergehenden steigenden Versorgungsanspruch für die Beitragszahler:innen bezahlbar bleibt. 2017 hat die AOK Nordost deshalb gemeinsam mit den Sana Kliniken, der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg und der BARMER das Innovationsfondsprojekt „Strukturmigration im Mittelbereich Templin – StimMT“ auf den Weg gebracht.

Vorschläge für eine regionale Gesundheitsversorgung

Bei diesem Engagement treibt eine Vision die AOK Nordost an. Es ist die Vision einer besser strukturierten, einer echten Integrierten Gesundheitsversorgung. Und die ist zunächst einmal vor allem eines – nämlich regional. Und in dieser Vision sind „ambulant“ und „stationär“ zwei Fremdworte, die irgendwann kaum noch jemand kennt. Weil es diese strikt getrennten Bereiche nicht mehr gibt. Für die AOK Nordost steht dabei nicht zur Debatte, ob diese Vision realisiert werden sollte. Stattdessen haben wir uns die Frage nach dem „Wie“ gestellt. Wer soll zum Beispiel die Verantwortung – sowohl personell als auch finanziell – für eine solche regionale Gesundheitsversorgung tragen? Wie kann sie organisiert sein? Antworten auf diese und andere relevante Fragen geben wir in unserem Zehn-Vorschläge-Papier für eine regionale Gesundheitsversorgung der Zukunft. Dort sind auch unsere Erkenntnisse aus dem Innovationsfondsprojekt StimMT in Templin mit eingeflossen.

So braucht es aus Sicht der AOK Nordost zunächst einmal eine ganzheitliche regionale Versorgungsplanung. Diese sollte bevölkerungsorientiert an den tatsächlichen regionalen Versorgungsbedarfen ausgerichtet und in eine überregionale Versorgungsplanung eingebettet sein. Die Versorgung selbst kann durch einen gemeinsamen regionalen Verbund mit einer Managementkomponente organisiert und über regionale Behandlungspfade umgesetzt werden. Die Organisations- und Trägerschaftsformen werden regionenspezifisch entwickelt und ausgestaltet: Von Haus- und Fachärzt:innen organisierte Arztnetze können eine gut abgestimmte Versorgung umsetzen und in Verbindung mit einer abgestuften stationären Versorgung sowohl die medizinischen Grundversorgungsbedarfe als auch eine qualitativ hochwertige spezialisierte Versorgung sichern. In Form eines (virtuellen) Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), in dem sich die Leistungserbringer:innen im Verbund organisieren, kann die Integrierte Versorgung weiter voranschreiten.

Die Finanzierung kann auf einer regionalen Ausgabensteuerung basieren, die sich an dem individuellen Behandlungsbedarf orientiert und von Anfang an das gewünschte Behandlungsergebnis einbezieht.

Konkret hat sich im Templiner StimMT-Projekt ein Ambulant-Stationäres-Zentrum (ASZ) herausgebildet, das von einem Konsortium aus dem lokalen Krankenhaus, dem regionalen Arztnetz, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Stadt Templin begleitet wird.

Es geht nur gemeinsam und mit dem notwendigen Veränderungswillen

In Templin ist diese Vision einer regionalen Gesundheitsversorgung der Zukunft also schon ein Stück weit Realität geworden. Dabei ist die Umwandlung eines Landkrankenhauses in ein Ambulant-Stationäres-Zentrum (ASZ) aus Sicht der AOK Nordost eine sehr gute Lösung, um Landkrankenhäusern in strukturschwachen Gebieten – in enger Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten – eine wirtschaftlich tragfähige Zukunftsperspektive zu geben. Die Templiner können jetzt zu ihren Ärzt:innen in die Praxen oder in das Ambulant-Stationäre-Zentrum gehen, wenn ihnen etwas fehlt. Dort sollen sie entlang des für sie besten Pfades behandelt werden. In einer sogenannten Decision Unit können Patient:innen in erforderlichen Fällen ein paar Stunden zur medizinischen Beobachtung bleiben, ohne stationär aufgenommen zu werden. Die Ärzt:innen und Therapeut:innen in dem Gesundheitszentrum sind telemedizinisch mit qualifizierten Fachzentren vernetzt, die es vor Ort nicht gibt. So können sie im Bedarfsfall Therapien mit ihnen abstimmen und die Patient:innen können trotzdem weiterhin bei den ihnen vertrauten Ärzt:innen und Therapeut:innen in Behandlung bleiben.

Im Templin-Projekt wurde sehr deutlich, wie außerordentlich wichtig die Einbindung der Beteiligten vor Ort ist: Dazu zählen die Ärzt:innen sowie deren lokale Zusammenschlüsse, das regionale Krankenhaus, die KVen, die Kommunalpolitik, aber auch die Bürger:innen sowie die Versi-

cherten. Sie alle müssen die notwendige Veränderungsbereitschaft entwickeln, damit ein solch tiefgreifender Change gelingen kann.

Das Potenzial ist da

Inwieweit Templin eine Erfolgsgeschichte wird, hängt jedoch nicht allein von den Handelnden vor Ort ab. Hier bedarf es auch der Unterstützung durch die Landesregierung. Vor allem aber müssen die auf Bundesebene bestehenden gesetzlichen Regelungen dringend weiterentwickelt werden, um bessere Grundlagen für die Fortführung des Ansatzes nach dem Projektende zu schaffen. Denn bisher fehlt ganz einfach der notwendige gesetzliche Spielraum für eine regionale Gesundheitsversorgung. Wenn hier nicht endlich auch die erforderlichen gesetzlichen Regelungen auf Bundesebene geschaffen werden – z. B. durch die Einrichtung von „Freihandelszonen“ für die Vertragspartner mit entsprechenden Gestaltungsmöglichkeiten der rechtlichen Bedingungen und der Möglichkeit regionaler Ausgabensteuerungen – bleibt die geschilderte Vision eben nur eine Vision.

Genauso bin ich aber davon überzeugt, dass wir mit einer „Allianz der Willigen“ aus Politik, Selbstverwaltung, Krankenkassen und allen voran natürlich den Partner:innen aus Medizin und Pflege viel bewegen können. Das Potenzial ist da. Templin hat das eindrücklich gezeigt und auch den Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss überzeugt. Sein Beschluss vom 1. April 2022 stellt die Frage an die Akteure der Selbstverwaltung, inwiefern die Ansätze zur Weiterentwicklung der bedarfsgerechten Versorgung in ländlichen und/oder strukturschwachen Regionen genutzt werden können. Der GBA leitet die Erkenntnisse auch an die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände – also letztlich an die Landräte und Bürgermeister – weiter und bittet darüber hinaus das Bundesgesundheitsministerium, zu prüfen, wie entsprechende rechtliche Anpassungen vorgenommen werden können. Sollte dies nicht ein lautes Signal für eine besser integrierte Versorgung durch Gesundheitsregionen sein?

Praxiskliniken – Effiziente intersektorale Versorgung mit Fokus auf den Patienten



Jascha Rinke

Mitglied des Vorstands
Deutsche
Praxisklinikgesellschaft e.V.

Die Sektorengrenze verursacht Ineffizienzen im deutschen Gesundheitssystem. Es ist an der Zeit, nach vielen gescheiterten Versuchen hier endlich politisch etwas zu bewegen.

Was ist eine Praxisklinik?

Praxiskliniken erbringen ihre Leistungen an der Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Sektor. In der Praxis konzentriert sich das Leistungsportfolio von Praxiskliniken häufig auf den Prozess der operativen und perioperativen Versorgung von Patienten. Durch eine fehlende Definition sind aber allerhand Interpretationen denkbar. Insbesondere in strukturschwachen Regionen eignen sich Praxiskliniken im Sinne eines Gesundheitszentrums hervorragend, um die durch Krankenhausschließungen entstandenen Versorgungslücken zu schließen. In urbanen Räumen können effiziente und prozessorientierte Praxiskliniken die bevorstehende pauschale Vergütung von Operationen auch wirtschaftlich darstellen. Insbesondere Krankenhäuser sollten hier an der Implementierung praxisklinischer Strukturen interessiert sein. Praxiskliniken und Krankenhäuser stehen nicht zwingend in Konkurrenz zueinander. Vielmehr können praxisklinische Strukturen an Krankenhäusern das abbilden, was an Krankenhäusern vielerorts vergeblich versucht wird. Eine patientenorientierte und wirtschaftliche operative Versorgung von Patienten, unabhängig davon, ob der Eingriff ambulant durchgeführt werden kann oder eine stationäre Aufnahme erforderlich ist. Obwohl der Gesetzgeber zwar vage Rahmenbedingungen für Praxiskliniken (siehe nachfolgenden Abschnitt rechtliche Rahmenbedingungen) geschaffen hat, fehlt es an klaren Zulassungskriterien und insbesondere einer adäquaten Vergütung. Trotz der Vielzahl von Hindernissen und des nicht unerheblichen Risikos, steigt die Zahl der Praxiskliniken innerhalb der deutschen Versorgungslandschaft kontinuierlich an. Das erfolgreiche Betreiben von Praxiskliniken erfordert gute Systemkenntnisse und einen kreativen Ansatz zur Verknüpfung der unterschiedlichen Rahmenbedingungen beider Sektoren.

Innerhalb des SGB V begegnen einem die Praxiskliniken lediglich in § 115 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 als „(...) Einrichtungen, in denen die Versicherten durch Zusammenarbeit mehrerer Vertragsärzte ambulant und stationär versorgt werden (...)“, sowie in § 122.

In diesem ist ein Gesetzesauftrag zur Definition eines Leistungskatalogs „(...) ambulant oder stationär durchführbarer stationersetzender Behandlungen (...)“ definiert.

Die Umsetzung dieser Rahmenbedingungen seitens des Gesetzgebers steht bis zum heutigen Tage aus. Insbesondere eine Zulassung oder Zertifizierung für Praxiskliniken im Sinne des SGB V existiert nicht. Der Begriff Praxisklinik wurde in der Vergangenheit häufig von rein ambulanten Einrichtungen der Human- und Zahnmedizin verwendet. Inzwischen hat das Oberlandesgericht Hamm allerdings festgestellt, dass der Begriff der „Klinik“ als Synonym für „Krankenhaus“ stehe und neben operativen Eingriffen auch eine stationäre Behandlung damit assoziiert werde (Oberlandesgericht Hamm 2018). Da Praxiskliniken keine Zulassung als Krankenhaus nach § 108 SGB V haben können, unterliegt der stationäre Teil der Praxiskliniken zusätzlich dem § 30 der Gewerbeordnung und ist demnach eine Privatkrankenanstalt.

Interessenvertretung auf Bundesebene

Die deutsche Praxisklinikgesellschaft e.V. (PKG) ist der politische Dachverband der Praxiskliniken auf Bundesebene. Die innerhalb der PKG organisierten Praxiskliniken unterliegen strikten Anforderungen an eine Mitgliedschaft. Die von der PKG formulierten Qualitätskriterien umfassen unter anderem:

- Zertifizierung (DIN ISO oder adäquat)
- Hygienemanagement (Vertrag mit einem unabhängigen Institut)
- Patientenbefragung (AQS1 / SQS1)
- regelmäßige Erstellung eines strukturierten Qualitätsberichts

Diese Praxiskliniken erbringen ambulante und stationäre operative Leistungen von exzellenter Qualität, unter Beachtung der höchstmöglichen Effizienz, so dass sich durch deren Wirtschaftlichkeit ein relevantes Einsparpotenzial für die GKV ergibt. Die Deutsche Praxisklinikgesellschaft e.V. fungiert als Spitzenverband der Deutschen Praxiskliniken. Die in der PKG organisierten Praxiskliniken führen

jährlich mehr als 160.000 Operationen sämtlicher Fachdisziplinen durch, von denen ca. 10 % eine kurzstationäre Aufnahme (bis zu 3 Tagen) erfordern. Ziele des Spitzenverbandes sind die Weiterentwicklung der rechtlichen Rahmenbedingungen sowie die Entwicklung eines Vergütungskatalogs auf Bundesebene.

Das Leistungsspektrum umfasst einen Casemix aus rein ambulanten, stationersetzenden und kurzstationären operativen Eingriffen und ist in der Regel kostengünstiger als eine vergleichbare Behandlung in einem Krankenhaus. Ein klarer Hemmfaktor bei der Weiterentwicklung dieser Unternehmensform stellt das Fehlen einer gesetzlich geregelten Vergütung dar. Von Gesetzeswegen her haben Praxiskliniken lediglich einen Anspruch auf die Vergütung aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung. Diese unterliegt Honorarbegrenzungen und steht in keinem Verhältnis zum Aufwand, den die Implementierung einer solchen Unternehmensform mit sich bringt. Die in § 115 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V beschriebene Erbringung stationärer Leistungen, kann derzeit lediglich auf Basis der individuell mit den Kostenträgern verhandelten Selektivverträgen durchgeführt werden.

Die Weiterentwicklungen in der Medizin führen kontinuierlich dazu, dass zunehmend komplexere Operationen heute auch kurzstationär möglich sind. Die hohe Patientenzufriedenheit und das nicht zu unterschätzende Einsparpotenzial führte in der Vergangenheit auch in vielen Fällen dazu, dass die GKVn die fehlende rechtliche Grundlage der stationären Vergütung übergehen und mit Praxiskliniken Verträge nach § 140a ff. SGB V oder Einzelfallentscheidungen für einzelne Leistungen abgeschlossen haben und dies ist auch für die Zukunft zu erwarten.

Im Zuge des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes konnte die PKG die Aufnahme des § 122 in das SGB V bewirken. Demnach sind der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Interessenvertretungen der Praxiskliniken verpflichtet worden, in einem Rahmenvertrag einen „(...) Katalog von in Praxiskliniken ambulant oder statio-

när durchführbaren stationersetzenden Behandlungen(...)“ auszuarbeiten (Schulte 2009). Bis zum heutigen Tag ist dem 2009 implementierten Gesetzesauftrag nicht nachgekommen worden. Darüber hinaus fehlen klare Signale, sowohl der beteiligten Parteien, als auch des Gesetzgebers zu der Frage, welche Rolle Praxiskliniken im

System spielen sollen. Die Möglichkeit dieses Zwischen-sektors, durch die Erbringung kurzstationärer und stationersetzender Leistungen, beträchtliche Kosten innerhalb des GKV Systems einzusparen, ist vorhanden. Es obliegt der Politik den nötigen Druck auf die Parteien auszuüben.

Was zeichnet Praxiskliniken aus?

Operative Praxiskliniken zeichnen sich insbesondere durch eine hocheffiziente Ablauforganisation aus. Im Mittelpunkt der Leistungserbringung steht der Prozess. Ebenso wichtig sind die Bedürfnisse der Patienten in Verbindung mit der höchstmöglichen Qualität.

Im Gegensatz zu stationären Einrichtungen sind Praxiskliniken um den Patienten herum organisiert. Die Kostenträger partizipieren durch eine hohe Patientenzufriedenheit und kürzere Ausfallzeiten ihrer Versicherten bei einer kalkulierbaren pauschalen Vergütung.

Terminvergabe	■ Indikationsstellung durch niedergelassenen Facharzt wird übermittelt ■ Termine werden von der Praxisklinik koordiniert ■ Termine werden vereinbart und erste Daten erhoben
Aufklärung	■ 7 Tage vor OP ■ Aufklärung, Fallmanagement (ambulant, stationär, selektiv vergütet etc.)
Ankunft am OP Tag	■ Vorbereitung für OP (Ausziehen, Zugang legen, rasieren etc.) ■ Durchschnittliche Wartezeit 16 Minuten
Schleuse	■ Vorbereitung für OP (Ausziehen, Zugang legen, rasieren etc.) ■ Durchschnittliche Wartezeit 16 Minuten
OP	■ OP ist entsprechend präpariert, sämtliche Materialien liegen bereit ■ Team Time Out ■ Anästhesie startet unmittelbar ■ Operateur beginnt mit der OP ■ OP abgeschlossen • Anästhesie leitet aus
Wechsel	■ Verfügbare Springer werden für den Wechsel aus anderen Sälen abgezogen ■ Durchschnittliche Wechselzeiten von 18 Minuten
Aufwachraum	■ Patienten regenerieren ■ Schmerztherapie ■ Patient kleidet sich an
Ruheraum	■ Ambulante Patienten treffen auf Angehörige ■ Durchschnittliche Entlassung eine Stunde nach der OP
Station	■ Stationäre Patienten beziehen ihr Zimmer auf Station ■ Mobilisation erfolgt durch Pflegepersonal und entsprechende ambulante Anbieter
Entlassung	■ Die erste Nachkontrolle erfolgt innerhalb der nächsten 24 Stunden in der Praxis des niedergelassenen Facharztes

Vorteile für Patienten:

Versorgung aus einer Hand

- Vorbereitung, Operation und Nachbehandlung werden durch den vertrauten Facharzt übernommen
- Kürzere Wartezeiten
- Durch individuelle, zeitlich exakte Planung reduzieren sich Wartezeiten bei den vornehmlich elektiven Eingriffen deutlich

Angenehme Atmosphäre

- Durch überschaubare, ansprechende und individuell gestaltete Räumlichkeiten in Verbindung mit patientenorientierten Prozessen und geringen Wartezeiten

Kurze Abwesenheit von Familie, Haus und Beruf

- Durch die überwiegend ambulanten oder kurzstationären Operationen muss die häusliche Umgebung nur für die Operation selbst oder kurzzeitig für den stationären Aufenthalt verlassen werden

Modernes diagnostisches und operatives Equipment

Keine Doppeluntersuchungen

Geringes Infektionsrisiko durch frühe Mobilisation und

kurze Verweildauer in der operativen Einheit

Was bringt die Zukunft?

Die aktuelle Konzeption des Gesundheitswesens lässt deutliche Defizite erkennen. Insbesondere an der Sektorengrenze gestaltet sich das deutsche Gesundheitssystem in höchstem Maße ineffizient. Sämtliche Bestrebungen der Gesundheitspolitik, die starre Abgrenzung beider Sektoren zu lockern und durch Wettbewerb eine Steigerung der Behandlungsqualität und Effizienz – bei gleichzeitiger Kostenreduktion zu implementieren – sind weitestgehend gescheitert. Im aktuellen Koalitionsvertrag ist die Ambulantisierung wieder ein populäres Thema. Ebenso stehen Hybrid-DRGs als anzustrebende Vergütungsoption für

eben dieses hervorragend in Praxiskliniken durchführbare OP-Spektrum auf der Agenda. Die Strukturen sind seit vielen Jahren etabliert und der §122 bietet schon den entsprechenden Rahmen zur Umsetzung der Hybrid DRG. Es bedarf lediglich kleiner redaktioneller Änderungen. Der definierte Leistungskatalog sollte dann via Hybrid DRG in allen für diese Versorgung zugelassenen Einrichtungen abrechenbar sein. Hier ist es wichtig, die angesprochenen Kriterien zu definieren und ein praktikables Zulassungsverfahren zu entwickeln. Teil dieser Leistungserbringung sind dann sämtliche Einrichtungen, die diesen Kriterien gerecht werden. Das inkludiert selbstverständlich Krankenhäuser nach § 108 SGB V.

„Die Gesundheitsversorgung der Zukunft ist vernetzt und regional“



Dr. h. c. Helmut Hildebrandt
Vorstandsvorsitzender
OptiMedis AG

—
*Dr. Albrecht Klopfer sprach mit
Dr. h. c. Helmut Hildebrandt über Gesundheits-
regionen und die Frage, wie sich Versorgung in
Deutschland steuern lässt.*
—

Dr. Albrecht Klopfer: Herr Dr. Hildebrandt, gemeinsam mit einer Gruppe renommierter Expert:innen aus dem Gesundheitswesen haben Sie ein umfassendes Konzept für „Innovative Gesundheitsregionen“ entwickelt. Seit der Veröffentlichung Mitte 2020 wird das Konzept kontrovers und intensiv diskutiert, gleichzeitig wird der Rückhalt immer größer. Worum geht es dabei?

Dr. Helmut Hildebrandt: Die Integrierte Versorgung in Deutschland hat sich leider nicht so entwickelt, wie erhofft. Dabei liegt es auf der Hand, dass kooperative Strukturen mit einem Fokus auf Prävention, Gesundheitsförderung und Digitalisierung tatsächlich zu mehr Gesundheit und Effizienz führen. Das Ziel unserer Autorengruppe ist es, die populationsorientierte Integrierte Versorgung in sogenannten „Innovativen Gesundheitsregionen“ umzusetzen und nach und nach zur Regelversorgung zu machen. Dafür haben wir ein Modell entwickelt, bei dem die Träger dieser Gesundheitsregionen für die Produktion von Gesundheit belohnt werden. Wichtig ist uns außerdem, dass die Akteur:innen vor Ort Einblick in regionale Versorgungsdaten bekommen, dass ein Weg gefunden wird, bei dem alle Bürger einer Region davon profitieren, und dass die Politik endlich klare Ziele setzt.

Klopfer: Ließe sich eine solche Versorgung nicht auch zentralistisch steuern?

Aus unserer Sicht nicht. Gesundheitsversorgung muss sich an den Bedürfnissen und Gegebenheiten in einer Region orientieren, denn es ist die regionale Ebene, auf der Gesundheit erzeugt oder auch geschädigt wird. In einem sozial schwachen Berliner Stadtteil brauchen wir ganz andere Interventionen als in einer ländlichen Region in Hessen. Außerdem möchte ich, dass wir Krankenhäusern, Ärzt:innen, Apotheker:innen und allen anderen Akteur:innen neue Freiräume geben, sich für Gesundheit zu engagieren. Das ist auf der regionalen Ebene sehr viel eher möglich.

Die Kernelemente des Konzepts im Überblick

- Regionale, professionell aufgestellte Gesundheitskonferenzen übernehmen mit den jeweiligen Landkreisen bzw. kreisfreien Städte eine Schlüsselrolle: Sie erhalten regionale Gesundheitsdaten zur Versorgungsplanung und initiieren, dass sich regionale Akteure mit den Krankenkassen zusammentun.
- Die Regionalen Integrationsträger schließen mit den Krankenkassen Verträge über das Management von Prävention, Behandlung und Rehabilitation vor Ort nach einem Vertragsmodell, das zwar bundesweit ökonomisch relativ standardisiert ist, der Region aber inhaltlich sehr viele Freiheiten lässt. Die Vergütung ist an das Gesundheitsergebnis gebunden und bemisst sich aus der relativen Verringerung der Kostensteigerung in der Region sowie an Qualitätskennziffern.
- Aus einem eigens zu gründenden „Zukunftsfonds Innovative Gesundheitsregionen“ erhalten die Integrationseinheiten als durchlaufenden Posten durch die Krankenkassen eine Anschubfinanzierung, die ab dem 11. Jahr zurückgezahlt wird. Dieser Zukunftsfonds, für den die Autorengruppe ein Finanzierungsmodell analog zu den sogenannten „Green Bonds“ vorgeschlagen hat, ermöglicht es privaten Anlegern, ähnlich wie bei Staatsanleihen, in die Effizienzsteigerung des Gesundheitssystems zu investieren, und damit für die Jahre ab 2035 vorzusorgen.
- Ein bundesweites Monitoring macht die Ergebnisse transparent und führt zu einem Wettbewerb der Regionen und der Krankenkassen um die beste Gesundheitsversorgung vor Ort.
- Sowohl Patient:innen als auch Akteur:innen steht es frei, an den integrierten Versorgungslösungen teilzunehmen, aber niemand wird dazu gezwungen.



Weitere Informationen unter
<https://optimedis.de/iv-als-regelversorgung>

Kloepfer: Ein Modell, das die Produktion von Gesundheit belohnt. Wie geht das?

Bisher werden die finanziellen Mittel im deutschen Gesundheitswesen nach dem Kostendeckungsprinzip verteilt. Wer wirtschaftlich erfolgreich sein will, muss in einem solchen System die Leistungsmenge maximieren und möglichst große Zusammenschlüsse bilden. Parallel erhalten die Leistungserbringer den Anreiz, die internen Kosten zu minimieren, und das gelingt am besten, indem teure Arbeitskräfte durch möglichst niedrig bezahlte ersetzt werden. Unser Ansatz mit „Regionalbudgets“ setzt dagegen auf die Umkehr der Anreizsystematik. Wir wollen weg von „Volume“, also der Menge, hin zu „Value“, dem Nutzen. Die Vergütung ist dabei an das Gesundheitsergebnis gebunden und bemisst sich aus der relativen Verringerung der Kostensteigerung in der Region sowie an Qualitätskennziffern. Wir prüfen also, was heute schon in der Region verbraucht wird, und vergleichen das mit der Entwicklung der kommenden Jahre. Wenn die Kosten geringer steigen als im Bundesdurchschnitt, ist das ein

Erfolg. Von diesem Delta, das die Kassen gespart haben, bekommt das Konsortium, das sich auf ein solches, retrospektiv dann festgestelltes Regionalbudget eingelassen hat, einen Anteil.

Kloepfer: Warum glauben Sie, dass das funktioniert?

In Deutschland gibt es bereits Regionen, in denen solche Modelle umgesetzt werden. So hat die 2005 gestartete Gesundes Kinzigtal GmbH für die Versicherten der AOK Baden-Württemberg im Kinzigtal eine „virtuelle Budgetmitverantwortung“ übernommen, die ähnlich wie oben beschrieben funktioniert. Die Ärzt:innen können frei entscheiden, ob sie bei dem Modell mitmachen und werden in jedem Fall auch weiterhin über die Kassenärztliche Vereinigung (KV) bezahlt. Sie werden aber von der Gesundes Kinzigtal GmbH für Unterstützungsleistungen, die über die klassischen KV-Leistungen hinausgehen, zusätzlich vergütet.

Der Integrator – hier die Gesundes Kinzigtal GmbH – hat bei diesem Modell also das Interesse, die Bevölkerung in

der Region möglichst gesund zu erhalten beziehungsweise Erkrankungen, sofern möglich, ambulant zu behandeln. Ist ein Patient auf eine stationäre Leistung angewiesen, hat der Integrator hingegen ein Interesse, ihn möglichst effizient in dem am besten dafür geeigneten Krankenhaus behandeln zu lassen. Ähnliche Modelle werden im „Gesunden Werra-Meißner Kreis“ und im „Gesunden Schwalm-Eder-Kreis+“ umgesetzt.

Kloepfer: Der „Gesunde Schwalm-Eder-Kreis+“ wäre also zum Beispiel so eine „Innovative Gesundheitsregion“

Genau, das könnte er sein. „Innovative Gesundheitsregionen“ sind unserem Konzept nach Landkreise oder Stadtbezirke, für deren Bevölkerung jeweils ein eigener Vertrag zwischen möglichst allen Krankenkassen (auch den privaten Krankenversicherern) und einer lokalen, für die Gesundheitsversorgung verantwortlichen Gesellschaft geschlossen wird, der sogenannten „Regionalen Integrationseinheit“. Diese kann z. B. von Akteur:innen vor Ort gegründet werden. Die Bevölkerungszahl der Regionen sollte ungefähr zwischen 70.000 und 200.000 liegen, damit die Versorgung gut steuerbar bleibt.

Die „Regionalen Integrationseinheiten“ können die Bevölkerung im Verbund mit lokalen Gesundheitsakteur:innen beim Erhalt der Gesundheit bestmöglich unterstützen, so wie wir es eben z. B. im „Gesunden Schwalm-Eder-Kreis+“ machen. Sie sollen die Versorgung so gut organisieren und Akteur:innen integrieren, dass die Bevölkerung im Krankheitsfall gut aufgehoben ist. Hierzu gehören je nach Region auch der Aufbau von Gesundheitskiosken oder der Einsatz von Gesundheitslots:innen. Immer dann allerdings, wenn es digitale Anwendungen beziehungsweise überregionale Versorgungsstrukturen gibt, die zu besseren Ergebnissen führen, sollen diese bevorzugt werden. Für das Ergebnis, also für den erzeugten Gesundheitsnutzen

werden die „Regionalen Integrationseinheiten“ wirtschaftlich belohnt – und nicht für die Anzahl der Leistungen, wie die Leistungserbringer im heutigen Gesundheitswesen.

Kloepfer: Wer könnte Initiator für so eine „Regionale Integrationseinheit“ sein?

Da gibt es verschiedene Möglichkeiten, zum Beispiel ein kommunales oder privates Krankenhaus, eine Gruppe von Ärzt:innen oder Apotheker:innen, vielleicht ein Wohlfahrtsverband oder private Initiatoren. Im „Gesunden Werra-Meißner-Kreis“ arbeiten wir zum Beispiel eng mit einem Krankenhaus eng zusammen und im „Gesunden Schwalm-Eder-Kreis+“ ist es ein regionales Unternehmen – die B. Braun Melsungen AG – ,das den Aufbau fördert.

Kloepfer: Den Weg in die Regionalisierung kritisieren manche als Rückschritt. Was entgegnen Sie?

Mit der „Re-Regionalisierung“ der Verantwortlichkeiten für Gesundheit und Gesundheitsversorgung wollen wir weder zurück in alte Machtgefüge noch die Vorteile der Zentralisierung aufgeben. Wir wollen vielmehr die Möglichkeiten der Digitalisierung optimal nutzen, aber uns da, wo es Sinn macht, auf die regionale Selbstverwaltung konzentrieren. Die Zentralisierung hat ja durchaus einige Nachteile, u. a. die Erfahrung zunehmender Ohnmacht vor Ort und die Überbürokratisierung von Entscheidungsprozessen bis hin zu einer ersatzweisen Übernahme von Mikromanagement durch die Bundesgesetzgebung.

Ich bin überzeugt davon, dass agiles Management nur auf einer überschaubaren Ebene entstehen kann. Kein zentraler Ausschuss muss entscheiden, ob ein lokaler Sportverein für ein besonderes Angebot für Hochaltrige einen finanziellen Zuschuss erhält, oder wie eine digitale Innovation z. B. im Werra-Meißner-Kreis, die Versorgung optimiert und finanziert wird.

Kloepfer: Stichwort Outcome: Sie haben vor einiger Zeit gemeinsam mit der B. Braun-Stiftung einen Berliner Aufruf für mehr Patientennutzen im Gesundheitswesen gestartet. Worum geht es da?

Was im Gesundheitswesen zählt, ist doch das Ergebnis der Interventionen, also der Nutzen für die Patient:innen.

Wie der Gesunde Schwalm-Eder-Kreis+ funktioniert, zeigt ein Erklärfilm.
www.gesunder-sek-plus.de



Welche Vorteile hat das Modell für die Regionen insgesamt?

- Für die lokalen Kommunen und Landkreise entsteht der Vorteil, dass die Regionale Integrationseinheit den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Prävention und Gesundheitsförderung aus eigenem Interesse heraus unterstützen wird.
- Die lokalen Betriebe, also Arbeitgeber wie Arbeitnehmer, haben in der Integrationseinheit einen Partner für das betriebliche Gesundheitsmanagement.
- Die Beitragssätze für die Krankenkassen können stabilisiert werden bzw. werden zumindest auf längere Sicht nicht in dem Maße steigen, wie es ansonsten unter den heutigen Bedingungen zu erwarten ist.
- Innovationen – ob aus dem digitalen, medizintechnischen oder pharmazeutischen Bereich – finden über die Regionalen Integrationseinheiten den Weg in die Versorgung, wenn sie zum Gesundheitsnutzen der Bevölkerung beitragen.
- Für die Menschen der Region wird die Versorgung in höherem Maße als bisher gesichert. Der Integrator wird aus eigenem Interesse heraus für eine gute lokale Versorgung sorgen, da hohe Kosten für eventuelle Notarzteinsätze indirekt zu seinen Lasten gingen.

Wir wollen erreichen, dass alle Akteur:innen im Gesundheitswesen und auch die Kostenträger diesen Nutzen nachweisen müssen. Dafür brauchen wir Indikatoren, die für den Patienten relevante und möglichst aggregierte Outcomes widerspiegeln. Und gleichzeitig müssen die Patient:innen die Möglichkeit haben, ihre Erfahrungen und Präferenzen in einer national standardisierten Form einzubringen. Auf Grundlage dieser Daten könnten wir dann die Versorgung verbessern und die knappen Ressourcen viel effizienter einsetzen. Unseren Aufruf haben bisher knapp 100 Vertreter aus dem Gesundheitswesen unterschrieben und für den Herbst planen wir eine weitere Veranstaltung zu dem Thema.

Kloepfer: Was wünschen Sie sich von der Politik?

Die Politik muss sich klar zur Integrierten Versorgung bekennen und Vorgaben dazu machen, in welchem Maß und in welchem Zeitraum sie nach und nach umgesetzt werden soll. Für den Beginn schlagen wir eine Zielmarke vor: Zehn Prozent der Bevölkerung sollen bis 2025 nach dem „Gesundheitsregionen“-Modell versorgt werden. Gleichzeitig muss die Politik auch die bestehenden Hin-

dernisse beseitigen – eins davon ist die Rolle des Bundesamts für soziale Sicherung (BAS), das aktuell vor allem in indikationsbezogenen Integrationsverträgen und Fee-for-service-Ansätzen denkt. Dies steht unserem populationsbezogenen Ansatz entgegen.

Wir wissen, dass die Umsetzung unseres Konzepts das Gesundheitswesen in Deutschland gravierend verändern würde. Aber wir sehen darin eine reelle Chance – hin zu einer nachhaltigen, bedarfsgerechten, robusten und gleichzeitig fairen, integrierten Gesundheitsversorgung in einer wachsenden Zahl von Regionen und – in einer überschaubaren Zeit – als Regelversorgung für ganz Deutschland.



Für die weitergehende Diskussion wurde auf LinkedIn eine Diskussionsplattform geschaltet: www.linkedin.com/groups/9029235/.

BERLINER AUFRUF



B. BRAUN-STIFTUNG
DER GESUNDHEIT NEUE WEGE BEREITEN

MEHR PATIENTENNUTZEN – DAS ERGEBNIS ZÄHLT!

Alle Infos und die Liste der Unterzeichnenden:
www.optimedis.de/berlineraufruf

SIE MÖCHTEN DEN AUFRUF UNTERSTÜTZEN?

Dann schreiben Sie uns bitte eine E-Mail an:
kommunikation@optimedis.de

Der Berliner Aufruf wurde bei einer gemeinsamen Veranstaltung mit der B. Braun-Stiftung im Herbst 2021 initiiert. Bild: OptiMedis

Herausgeberband

„Zukunft Gesundheit“ zum Thema

Die Gesamtfassung des Konzeptes „Integrierte Versorgung – Jetzt“, das zuvor in der Zeitschrift „Welt der Krankenversicherung“ (WdK) veröffentlicht wurde, ist unter diesem Link abrufbar.

Im August ist im medhochzwei Verlag der Herausgeberband „Zukunft Gesundheit – regional, vernetzt, patientenorientiert“ erschienen, erhältlich über diesen Link! Er enthält das Konzept zu „Innovativen Gesundheitsregionen“ und bündelt die aktuelle Diskussion um die Zukunft der Gesundheitsversorgung. Namhafte Autoren haben ihre Expertise zu wichtigen Fragen beige-steuert.

Mehr dazu im Flyer zum Buch:

DIE ZUKUNFT IST REGIONAL, VERNETZT UND PATIENTEN- ORIENTIERT

Herausgeberband bündelt Expertenwissen zur Neuorientierung in der Gesundheitsversorgung



563 SEITEN
SOFTCOVER
UND E-BOOK
JETZT
BESTELLEN!



WWW.OPTIMEDIS.DE

Von sektor- übergreifend nach sektorunabhängig: Welchen Nutzen Patientenlotsen bringen



Dr. Michael Brinkmeier
Vorstandsvorsitzender
Stiftung Deutsche
Schlaganfall-Hilfe

*Lotsen sind besonders attraktive Lösungen für die
Sektorenübergreifende Versorgung, weil sie neben den
Patienten auch den Versorgern Nutzen bringen, ohne
deren Geschäftsmodell zu stören.*

Sektorengrenzen, was für ein furchtbar dröges Thema. Leute auf der Straße verbinden damit bestenfalls das geteilte Berlin. Das Problem des deutschen Gesundheitswesens ist weniger die Tatsache, dass es Sektorengrenzen gibt, sondern dass kein normaler – also nicht professionell mit dem Gesundheitssystem verbundener – Mensch weiß, dass wir mit diesem Begriff eben das größte Hindernis auf dem Weg zu einer patientengerechten und modernen Versorgung bezeichnen.

Herr Meier, 78 Jahre alt, verwitwet, erleidet einen Schlaganfall. Er wird auf der Stroke Unit des Evangelischen Krankenhauses Bielefeld schnell behandelt, so dass gute Aussichten bestehen, dass er kein dauerhafter Pflegefall wird. Aber ob die entstandene Halbseitenlähmung und die Sprachstörung wieder vollständig zurückgehen werden, steht noch in den Sternen. Der einzige Sohn, der mit seiner Familie in Süddeutschland lebt, ist beunruhigt. Was kommt auf seinen Vater und auf die ganze Familie zu? Von Sektorengrenzen hat dieser Patient noch nie etwas gehört, und im Lotsenprojekt STROKE OWL wollen wir ihn auch damit verschonen. Am Tag nach der Akutbehandlung tritt eine Schlaganfall-Lotsin an sein Bett. Sie stellt sich ihm vor und sagt, die Oberärztin habe vorgeschlagen, dass der Schlaganfall-Betroffene eine professionelle Lotsin bekommen soll.

Herr Meier nimmt das Angebot dankbar an und ist nun einer von etwa 80 Schlaganfall-Patienten, die die Lotsin gleichzeitig betreut. Mit der Aufnahme in den Lotsenprozess willigt Herr Meier ein, dass die Lotsin das Recht von ihm erteilt bekommt, treuhänderisch alle Informationen, die für seinen Genesungsprozess relevant sind, ganzheitlich als „Fall“ zu managen. Ab jetzt ist die Lotsin – wie im Film – der Avatar von Herrn Meier: Sie weiß alles Notwendige, sie kennt alle Akteure, die im regionalen Setting für ihren Patienten wichtig sind, und sie darf im Namen von Herrn Meier alle relevanten Daten austauschen. Was sie nicht darf: Aufgaben übernehmen, die bereits im Versorgungssystem geleistet werden, insbesondere keine ärztlichen Aufgaben.

Aber sie verfolgt ein übergeordnetes Ziel: Nicht nur der Patient selbst, sondern auch alle Akteure entlang der Versorgungskette und die Kostenträger werden auf klare, messbare Ziele der Patient Journey eingeschworen.

Dies betrifft naheliegenderweise harte Ziele wie die Vermeidung eines Rezidivs, aber auch anderer Folgeerkrankungen wie z.B. Depression. Die Lotsin erkennt, wenn die Medikation nicht vernünftig abgestimmt ist oder alles in der Medikamentenschublade unberührt herumliegt. Sie achtet darauf, dass der Medizinische Dienst zur Begutachtung vorbeikommt, und stößt falls nötig ein Raucherentwöhnungsprogramm an. Sie bespricht sich mit den Angehörigen und spiegelt deren Informationen über die Lebensweise des Betroffenen an den Hausarzt und die ambulante Reha wider. Aber genauso wichtig – und im bestehenden System oft untergehend – sind soziale Ziele. Denn es geht am Ende darum, wie jemand trotz seiner Erkrankung wieder am allgemeinen Leben teilhaben kann.

All das erledigt die Lotsin nicht in Vollkaskomanier, denn sie begleitet ihre Klienten stets aktivierend und immer nur auf Zeit, sodass zum Ende der Begleitung hin die Betroffenen eigenständig die Hilfen des Systems nutzen können.

Um die dreißig Lotsenprojekte hat der Innovationsfonds hervorgebracht, meist entlang bestimmter Indikationen wie Schlaganfall, Herzinfarkt oder Krebs als Trigger einer komplexen lebensverändernden Lage. Damit bildet diese Interventionsklasse des Case- und Care-Managements neben der Telemedizin die größte Projektgruppe im Innovationsfonds. Die Evaluationsergebnisse dieser Projekte werden 2022 und 2023 veröffentlicht. Es ist also bis jetzt noch nicht klar, ob insbesondere die medizinisch-gesundheitlichen Outcomes sich im Rahmen der Hypothesen befinden. Viele empfinden es daher als ungewöhnlich, dass im Koalitionsvertrag der Ampel folgende Aussage steht:

„Für erfolgreiche geförderte Projekte [des Innovationsfonds] wie die der Patientenlotsen werden wir einen Pfad vorgeben, wie diese in die Regelversorgung überführt werden können.“

Warum dies? Warum wird die Etablierung von Patientenlotsen vorab festgelegt, noch dazu im Koalitionsvertrag, wenn es doch sein könnte, dass die Outcomes der Studien sich als mau oder negativ erweisen könnten? Was ist, wenn sich die Rezidivrate von „belotsten“ Schlaganfallpatienten nicht relevant von denen der Kontrollgruppe unterscheidet? Ist das etwa wieder so ein Trend, welchem die Politik aufgesessen ist?

Keineswegs. In der vergangenen Legislaturperiode haben sich viele Abgeordnete ein persönliches Bild von Lotsenprojekten gemacht und über ihre Eindrücke mit den verschiedenen Stakeholdern, gerade auch mit den Betroffenen, gesprochen. Alle mit dem Lotsenprinzip verbundenen fachlichen Aspekte wurden diskutiert. Auch im zuständigen Ministerium und in den Verwaltungen vor Ort, bei den Projekten, wurde genau hingeschaut, was sich da wie entwickelt. Seit 2020 arbeiten die Lotsenprojekte innerhalb der Fachverbände daran, die verschiedenen indikationsspezifischen Lotseninterventionen hin zu einem harmonisierten Kern „Patientenlotsen“ zu entwickeln. Auch Fragen zur Qualifikation der Lotsen und zur Abgrenzung zu anderen Gesundheitsberufen wie z.B. der Community Health Nurse, befinden sich bereits im Fachdiskurs. Auf der konkreten Tätigkeitsebene tut sich also schon sehr viel, was für eine spätere Regelversorgung von Wichtigkeit sein wird.

Das ist aber nicht der Hauptgrund für die Aufnahme in den Koalitionsvertrag. Es gab und gibt so viele sektorübergreifende Projekte, dass manche meinten, mit den Lotsen kommt wieder nur eine weitere Gesundheitsberufe-Spielart hinzu, die früher oder später das Schicksal mit all denen teilt, die mittlerweile auf dem großen Projektfriedhof liegen.

Das verhält sich mit den Patientenlotsen jedoch anders, und der Grund dafür liegt in dem oben beschriebenen Avatar-Prinzip. Denn in den meisten klassischen Patientenkoordinationsprojekten werden bestehende Gesundheitsberufe oder -tätigkeiten wie die professionelle Pflege, die Arzthelferin oder der Sozialdienst, einfach eingebaut mit den Interventionen, die zum Koordinieren gehören sollen, aber fachlich bleibt das Projekt oft sehr nahe am Erzeuger. Das ist sicherlich gut gemeint und wird in den allermeisten Fällen auch von den Koordinatoren aufopferungsvoll und nicht ohne Wirkung vollzogen, aber es trägt immer schon die Gefahr eines Geburtsfehlers in sich: Es ist ganz schnell *nicht* sektorübergreifend.

Denn wenn ich als Ärztenetz so ein Koordinationsprojekt vorantreibe, muss und will ich natürlich auch innerhalb der Handlungslogik des SGB V und in den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen meiner ärztlichen Zunft agieren. Das gleiche gilt für eine Krankenkasse oder eine Klinikette, die von sich aus ähnliche Angebote platziert. Wem sollte man das verdenken? Aber die Erfahrung zeigt, dass dies fast unausweichlich dazu führt, dass die anderen Akteure die Arme verschränken, wenn es um die konkrete Zusammenarbeit untereinander geht. Was soll ich mich engagieren, wenn der andere die Fäden in der Hand hält und/oder dafür vergütet wird? Oder ich erst meine Bücher öffnen muss, bevor ich mit meinem Klinikum mitmachen darf?

Das stellt bekanntermaßen der Hauptgrund dafür dar, dass sektorübergreifende Versorgung nicht zum Laufen kommt. Wenn das aber so ist, muss dieses zentrale Problem anders angegangen werden. So sollte als erstes sichergestellt werden, dass die Akteure entlang der Versorgungskette nicht ihren eingeübten Arbeitsalltag über Bord werfen müssen, nur weil in ihrem Beritt plötzlich ein neuer Akteur auftaucht. In Verbindung damit empfiehlt es sich, bloß nicht mit irgendwelchen digitalen Heilsver-

sprechen kompensatorischen Nutzen zu versprechen. Und erst recht nicht sollte auch nur der kleinste Verdacht negativer buchhalterischer Auswirkungen aufkeimen.

Diese Fallgruben vermeidet der Lotse, weil er unabhängig von seiner formalen Anbindung rein auf den Patienten geachtet ist. Er grätscht weder operativ noch strukturell bei den Versorgern rein, sondern tauscht im Auftrag des Patienten „nur“ Informationen aus und managed diese Informationen zum Erkenntnis- und Handlungswohle aller Beteiligten entlang der Versorgungskette. Dieses Case-Management geschieht aber streng orthodox aus Sicht und Zielsetzung der Betroffenen, es hat also advokatorische Funktion entlang der gesamten Patient Journey. Und damit wird auf einmal das Objekt der Gesundheitsversorgung zum handlungsfähigen Subjekt.

Mit anderen Worten: Das Lotsenprinzip ist deshalb so attraktiv, weil es erst gar nicht versucht, die existierende anbieterorientierte Versorgung zu ändern. Was Lotsen ändern, ist das *Management* der Versorgung, und zwar über die Fallebene gehend. Denn der Patient oder die Patientin selbst ist die einzige Entität, die per definitionem überhaupt sektorübergreifend handeln kann, nämlich weil er oder sie es muss. Und die Lotsen stehen zur Seite und befähigen diese nun dazu. Und darum ist die Einführung von Lotsen für die Gesundheitspolitik so lohnenswert.

Aber auch die Akteure der Versorgung müssen einen Nutzen haben: Lotsen verbessern die Abläufe zwischen den Gliedern der Versorgungskette ungemein, das hat die Praxis in den Innovationsprojekten schon gezeigt. Schnittstellenprobleme zwischen Akut, Reha und Nachsorge werden viel zielgerichteter angesprochen und gelöst, und dank des Überblicks der Lotsen über die gesamte Versorgungskette in der jeweiligen Region kann ein systematisches sektorübergreifendes Qualitätsmanagement aufgebaut werden.

Gleichzeitig ermöglicht die Begleitforschung die Generierung von sektorübergreifenden Erkenntnissen – bis tief in die Sozialforschung hinein –, welche nicht nur für die Krankenkassen von Interesse sein dürften. Zum ersten Mal rückt damit eine im Sinne der Betroffenen sektorunabhängige Steuerung der Versorgung in den Bereich des Möglichen.

Parallel zu den Arbeiten an der Formung der Patientenlotsen auf der Fallebene finden schon Vorbereitungen zur Abbildung auf der Governance-Ebene statt. Das ist kein leichtes Unterfangen, da die Neutralität der Patientenlotsen über das SGB V hinaus Teil der gesetzlichen Architektur sein soll und gleichzeitig eine Verknüpfung mit der notwendig stärkeren Rolle der Kommunen und Regionen erzeugt werden muss. Lösungsansätze sind in der Literatur zu finden, und es darf optimistisch davon ausgegangen werden, dass neue Governance-Modelle unter Einbeziehung aller Beteiligten bereits ab dem nächsten Jahr erprobt werden.

Sektorenübergreifende Versorgung, das ist das Nicht-in-einem-griffigen-Wort-Zusammenfassbare, das die Gesundheitspolitik so handlungsschwach dastehen lässt wie kaum einen anderen gesellschaftlichen Bereich. Einen final fertigen Patientenlotsen gibt es noch nicht. Was wir aber jetzt haben, ist ein Begriff, der die Debatte um die sektorübergreifende Versorgung fokussiert und verständlich macht. „Wenn ihr in eine schwierige Lage kommt und euch alles über den Kopf wächst, dann steht ein Lotse an eurer Seite!“ Das kann die Politik vermitteln, und sie spürt: Das unglaublich hohe Vertrauen, dass die Betroffenen ihren Lotsen entgegenbringen, sorgt auch für Vertrauen in das Gesundheitssystem als Ganzes. Und das ist am Ende ein unschlagbares Argument für das Vorhaben aus dem Koalitionsvertrag.



Intersektorale Versorgung braucht Ideen aber auch Mut und Ausdauer



Thomas Ballast

Stellvertretender Vorsitzender
des Vorstands
Techniker Krankenkasse

Dass die Gesundheitsversorgung in Deutschland zwar leistungsfähig, aber nach wie vor nicht konsequent patientenorientiert ausgerichtet ist, liegt vor allem auch an ihrer ausgeprägten Entweder-oder-Mentalität: „Stationär oder ambulant?“

Wer verstehen will, wie die mangelnde Abstimmung an der Sektorengrenze sich in Deutschland praktisch darstellt, der kann zum Beispiel auf folgende Zahl schauen: 20 Prozent der rund 20 Millionen Krankenhausfälle halten sich nur einen Tag in der Klinik auf. Das heißt: Sie landen im stationären Sektor, ohne wirklich eine „Station“ zu brauchen. Die Logik der „getrennten Welten“ geht in doppelter Hinsicht auf Kosten der Versicherten: Starre Strukturen statt medizinischer Notwendigkeiten bestimmen oft ihre Versorgung – und diese Logik macht das System für sie als Beitragszahlende unnötig teuer. Es fehlt an Kooperation, Vernetzung und Verzahnung digitaler und analoger Versorgungsbausteine, an intersektoralen Modellen. Hier etwas zu bewegen ist eine wichtige Aufgabe der Koalition, die neben guten Ideen auch Entschlossenheit erfordert.

Ambulantisierung anschieben

Getrennte Welten sind die Sektoren auch hinsichtlich ihrer Finanzierung bzw. Vergütung. Das macht übergreifende Lösungen nicht einfacher, aber umso notwendiger: Da die Vergütungslogik Teil des Problems ist, muss sie auch Teil der Lösung sein. Beispiel Ambulantisierung: Hier treten wir quasi seit Jahrzehnten auf der Stelle, allen Expertisen und der hohen Kurzliegerquote zum Trotz. Ein Ansatz ist der Ausbau der ambulanten Operationen (AOP) nach § 115 b SGB V. Hier ist mit dem aktuellen IGES-Gutachten, das erhebliches Potenzial aufzeigt, Bewegung in das Thema gekommen. Diese Chance müssen wir nutzen und dafür sorgen, dass die jahrelangen Vorbereitungen endlich in der Praxis Wirkung entfalten können. Die zunächst notwendige AOP-Reform erfordert politische Entschlossenheit und auch Mut, denn es ist zu erwarten, dass der Weg in die Praxis eher von Hürden und Widerständen als von durchgängigem Zuspruch von allen Seiten geprägt sein wird.

Erst dann ist die Entwicklung von – auch im Koalitionsvertrag vorgesehenen – Hybrid-DRG ein sinnvoller Schritt. Die TK hat dazu 2017 ein Modellprojekt in Thüringen gestartet.

Aber: Selbst dieser vergleichsweise kleine Aufschlag hat klar gezeigt, dass wir bei dem Thema mit den bestehenden Strukturen nicht entscheidend weiterkommen werden. Dabei unterscheiden sich sektorenunabhängige Hybrid-DRG, wie wir sie verstehen, sowohl in der Definition als auch in der praktischen Umsetzung von ambulanten Operationen nach § 115 b. Die Konzeption der TK sieht eine Neukalkulation der Leistungen auf Ist-Kosten-Basis vor, also keine Ableitung aus dem DRG-System und auch kein Add-on zu den EBM-Vergütungen.

Doch Widerstände bedeuten im Gesundheitssystem nicht per se, dass eine Idee schlecht ist, sondern zeigen oft nur, dass es um viel Geld geht. Umso wichtiger ist es, diese sektorenunabhängigen Vergütungsmodelle auf eine solide Basis zu stellen. Dabei muss allen Beteiligten bewusst sein, dass dies nicht von heute auf morgen umsetzbar ist und dabei auch Behandlungspfade, Qualitätsparameter und Vergütungen entsprechend mitentwickelt werden müssen. Das geht nicht, ohne medizinische Fachgesellschaften, das InEK, die Spitzenverbände und andere Akteure aktiv einzubinden. Beim Thema Ambulantisierung ist es also sinnvoll, einen Schritt nach dem anderen zu machen. Zwei Initiativen gleichzeitig anzugehen, also die Umsetzung der Reform des § 115 b und die Einführung von Hybrid-DRG, birgt das Risiko, dass am Ende keine ins Ziel kommt.

Versorgung mit Regionalen Gesundheitszentren (RGZ) sektorenunabhängig sicherstellen

Neue sektorenübergreifende Modelle können auch ganz konkrete Versorgungsherausforderungen lösen: Zwar hat die medizinische Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenhäuser insgesamt ein gutes Niveau, aber es gibt Unterschiede zwischen Ballungsräumen und strukturschwachen Regionen. Während in ersteren meist ein umfangreiches und ausdifferenziertes Versorgungsangebot besteht, ist in vielen strukturschwachen Regionen die Sicherstellung der Versorgung seit vielen Jahren nicht zufriedenstellend gelöst. Wo etwa für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte eine Tätigkeit

nicht attraktiv ist, ist die Versorgung in Gefahr. Im stationären Bereich sind in bestimmten Regionen die Fallzahlen für einen wirtschaftlichen Betrieb zu gering und teilweise sehen sich kleinere Krankenhäuser in der Fläche gezwungen, auch komplexe Leistungen aus wirtschaftlichen Gründen zu erbringen.

Das Sozialgesetzbuch hat mit seinen bestehenden Instrumenten nicht immer eine passende Antwort, um auch dort eine adäquate Versorgung sicherzustellen: Ein entsprechendes Konzept der sektorenunabhängigen Organisation fehlt. Diese Lücke kann eine neue Versorgungsform schließen, welche die Vorteile der Digitalisierung und der sektorenunabhängigen Versorgung vor Ort vereint, Regionale Gesundheitszentren (RGZ): Sie decken die Akut- und Notfallversorgung sowie Leistungen der ambulanten und stationären (Grund-)Versorgung ab – optional sind auch Angebote zur Pflege denkbar. Zudem werden RGZ mittels Telemedizin an überregionale Zentren angebunden, die über ergänzende Expertise verfügen und orts- und zeitunabhängig bei Diagnose und Therapie unterstützen.

Wichtig ist aber, RGZ gezielt einzusetzen: Sie sind aufgrund ihres flexiblen Aufbaus optimal geeignet, um zielgenau Versorgungslücken zu schließen. Der Aufbau von RGZ nach dem „Gießkannenprinzip“ schafft hingegen unnötige Doppelstrukturen und würde vor allem ohnehin überdurchschnittlich versorgte Regionen weiter begünstigen. Deshalb muss zunächst gewährleistet sein, dass die bestehenden Sicherstellungsoptionen nicht (mehr) greifen: Können also Haus- und Fachärztinnen und -ärzte sowie das lokale Krankenhaus einen erheblichen Teil der ambulanten Versorgung nicht mehr sicherstellen, ist das sektorenübergreifende Prinzip des RGZ sinnvoll.

Um die Frage „RGZ oder nicht?“ bundesweit einheitlich zu beantworten, eignet sich das Gremium nach § 90a SGB V, das dafür mit entsprechenden Kompetenzen ausgestattet werden müsste. Dort sind alle Akteure eines Bundeslandes versammelt, die für die regionale Versorgung von Bedeutung sind.

Vom Innovationsfonds zum Innovationsbudget

Eine weitere „intersektorale Baustelle“ ist das Thema Innovation: Hier wurde 2016 der Innovationsfonds eingeführt, um unter anderem neue Versorgungsformen für die Regelversorgung zu entwickeln, insbesondere solche, die die Sektorengrenzen überwinden. Geschaffen wurde das neue Förderinstrument, weil über Selektivverträge bis heute nicht viele Innovationen in das Gesundheitssystem gelangt sind und auch im Hinblick auf die Überwindung der Sektorengrenzen keine nachhaltigen Fortschritte gemacht wurden. Der Fonds sollte dies mit jährlich 300 Millionen Euro (2016 bis 2019) bzw. 200 Millionen Euro (2020 bis 2024) ändern.

Die Zukunft des Innovationsfonds ist auch darüber hinaus vorerst gesichert, denn der Koalitionsvertrag sieht seine Verstetigung vor. Eine unbefristete Fortführung über 2024 hinaus empfiehlt auch der aktuelle Evaluationsbericht. Allerdings erkennt auch das Gutachten der Prognos AG, dass Rückschlüsse auf die Auswirkungen auf die Versorgung bislang nur eingeschränkt möglich sind. Zu viele Projekte konnten noch nicht abgeschlossen werden. Unsere Erfahrungen haben in den vergangenen Jahren gezeigt, dass nur wenige Projekte eine Empfehlung zur Überführung in die Regelversorgung bekommen haben. Der Fonds bleibt aus unterschiedlichen Gründen hinter seinen Erwartungen zurück und müsste zu einem effizienteren Instrument weiterentwickelt werden, um seiner Aufgabe gerecht zu werden.

Problematisch sind ein hoher bürokratischer Aufwand, lange Zeiträume zwischen Ideenentwicklung und Projektbeginn ebenso wie zu kurze Laufzeiten, die Analysen langfristiger Versorgungseffekte entgegenstehen. Grundsätzlich bewährt hat sich hingegen die systematische Evaluation der durchgeführten Projekte. Sie sollte beibehalten werden.

Für mehr Flexibilität hingegen könnte ein Innovationsbudget sorgen und innovative Versorgungsformen besser

fördern: Ähnlich wie bei der betrieblichen Gesundheitsförderung setzen die Kassen dabei einen bestimmten jährlichen Betrag ein. Mit einem Betrag von 2,50 Euro je Versicherte bzw. Versicherten und Jahr entstünde ein Volumen in Höhe von 300 Millionen Euro. Bei Abweichungen, also Mehr- oder Minderzahlungen, könnte eine entsprechende Ausgleichsregelung über den GKV-Spitzenverband für Fairness zwischen den Kassen sorgen. Durch die Nutzung selektivvertraglicher Regelungen, ließen sich Laufzeiten flexibler gestalten und Inhalte jederzeit an die Versorgungssituation anpassen.

So könnten neue Wege – auch der sektorenunabhängigen Versorgung – unbürokratischer, flexibler und schneller erprobt werden. Eine Weiterentwicklung des Innovationsfonds hin zu einem Innovationsbudget kann das Beste aus beiden Welten zusammenbringen: solide Evaluation und notwendige Flexibilität.

Fazit

Um die Sektorengrenzen zu überwinden und die verschiedenen hemmenden Faktoren abzubauen, braucht es ein Gesamtpaket unterschiedlicher Maßnahmen. So wird das hohe Potenzial der Ambulantisierung erst wirklich nutzbar, wenn die Vergütungsanreize nicht mehr primär den stationären Sektor fördern. Ein Schritt auf diesem Weg können – neben dem Ausbau der AOP – auch Hybrid-DRG sein, wofür es weiterer Konkretisierung und Erprobung bedarf.

Um den strukturellen Versorgungsproblemen im ländlichen Raum zu begegnen, braucht es ebenfalls Ideen, die aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten gedacht sind. RGZ können immer dann eine echte Alternative sein, wenn die bisherigen Mechanismen gegen Unterversorgung nicht mehr greifen. Das Konzept eint – je nach Bedarf – gewisse bestehende ambulante und stationäre Kapazitäten für die Grundversorgung an einem Ort. Mittels Telemedizin können weitere Expertise eingebunden und Distanzen überbrückt werden, um ein bedarfsorientiertes medizinisches Gesamtpaket zu ermöglichen.

Zudem muss die Förderung innovativer Ansätze verbessert werden: Um sie einfacher und qualitätsgesichert ins System zu bringen, sollte der Innovationsfonds zu einem Innovationsbudget weiterentwickelt werden.

Damit sich tatsächlich etwas bewegt, reichen Ideen und theoretische Konzepte jedoch nicht aus – es braucht auch den Willen, etwas zu verändern: von der Politik ebenso wie von allen beteiligten Akteuren.



Im Ganzen denken



Thomas Bublitz

Hauptgeschäftsführer
Bundesverband Deutscher
Privatklinken e.V. (BDPK)

*Qualitätsorientierung sollte der
zentrale Maßstab für alle Reformen sein*

Sektorengrenzen abbauen und Innovationen erleichtern – das ist seit langem eine zentrale Forderung des BDPK und wir haben jetzt, in der noch jungen 20. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages, die berechtigte Hoffnung, dass sich etwas bewegt, denn die sektorenübergreifende Versorgung gehört zu den gesundheitspolitischen Schwerpunkten im Koalitionsvertrag der neuen Regierung. Die Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung soll teilweise aufgehoben und zumindest in Teilen eine sektorengleiche Vergütung von Leistungen eingeführt werden. Vorgesehen ist außerdem, die Attraktivität von bevölkerungsbezogenen Versorgungsverträgen (Gesundheitsregionen) zu erhöhen. Dazu soll der gesetzliche Spielraum für Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern ausgeweitet werden, um innovative Versorgungsformen zu stärken. Das klingt vielversprechend und das ist auch dringend erforderlich, denn obwohl es viele gute Vorschläge gibt und die Kritik an den sektoralen Strukturen von allen Seiten seit Jahrzehnten vorgetragen wird, sind die Sektorengrenzen der deutschen Gesundheitsversorgung für die Patient:innen noch immer weitgehend undurchlässig. Welche gravierenden negativen Auswirkungen das hat, wird an einem typischen Beispiel aus dem heutigen Versorgungsalltag deutlich:

Unschönes Beispiel: Zeitverlust nach Schlaganfall

Nach einem Schlaganfall und der Akutversorgung im Krankenhaus warten viele Patient:innen unnötig lange auf die notwendige Anschluss-Reha. Weil diese erst nach Genehmigung durch die Krankenkasse beginnen darf, dauert der Übergang oft Tage, manchmal sogar Wochen. Diese bürokratische Verzögerung hat mehrere „schwere Nebenwirkungen.“ Zuerst für die Patient:innen, denn mit jedem Tag, den die Reha später beginnt, verschlechtert sich die Prognose für den Therapieerfolg. So gehen Chancen auf ein normales Leben und Lebensqualität verloren. Das belastet zudem die Sozialsysteme, denn oftmals könnte man mit frühzeitiger Reha vermeiden oder zumindest hinauszögern, dass Leistungen der Renten- oder Pflegeversicherung notwendig werden. Und auch für die Krankenhäuser

ist das Warten auf die Reha belastend, weil die Patient:innen nach Abschluss der Akutversorgung oft zu krank sind, um nach Hause entlassen werden zu können. Weil aber die Reha noch nicht genehmigt ist, müssen die Patient:innen im Krankenhaus bleiben. Diese völlig unnötige Wartezeit bindet im Krankenhaus Kapazitäten, die für andere Patient:innen benötigt würden. Obendrein monieren die Krankenkassen solche Fälle auch noch als „Fehlbelegung“ und wollen die Vergütung kürzen. Das alles ist vermeidbar und die Lösung einfach: den Genehmigungsvorbehalt für Leistungen der Anschlussrehabilitation abschaffen! Die Patient:innen kommen dann unverzüglich in die Reha, es entstehen keine zusätzliche Kosten, sondern eher Einsparungen – und in der Summe ist allen gedient. Dies hat sich während der Corona-Pandemie bewährt und muss dauerhaft fortgeführt werden.

Für die fehlende Verzahnung der Versorgung und deren Folgen gibt es zahllose weitere Beispiele, die alle deutlich machen, dass eine Modernisierung unseres Gesundheitssystems notwendig und machbar ist. Dazu gibt es viele praktikable Lösungsvorschläge, mit denen die bestehenden Nachteile für die Patient:innen ebenso vermieden werden könnten wie unnötige Ausgaben und der bürokratische Ballast.

Chancen für den Fortschritt nutzen

Der Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung ist eine gute Grundlage für die notwendige Reform unseres Gesundheitssystems. Von den Vorschlägen der Anfang Mai 2022 berufenen Regierungskommission für „eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ erhoffen sich die privaten Klinikträger, dass das Motto des Koalitionsvertrages „Mehr Fortschritt wagen“ in die Tat umgesetzt wird. Zentraler Lösungsansatz für eine effiziente, ganzheitliche und patientenorientierte Versorgung ist aus unserer Sicht die Modernisierung der bestehenden sektorenspezifischen Vergütungssysteme. Dazu braucht es – wie das beschriebene Beispiel zeigt – keine grundlegende Umgestaltung oder Neuausrichtung, sondern eine vernünftige und weitsichtige Weiterentwicklung des Sys-

tems mit echten Innovationen. Maßstab und Leitlinie für die Umsetzung aller im Koalitionsvertrag vorgesehenen gesundheitspolitischen Vorhaben sollte aus Sicht des BDPK die Patienten- und Qualitätsorientierung sein. Alle Leistungserbringer in allen Bereichen sollten konsequent die Ergebnisse der von ihnen erbrachten Leistungen messen und veröffentlichen. Dies gilt sowohl für den Krankenhaus- als auch für den Rehabilitationsbereich. Ebenso wichtig wie die Patienten- und Qualitätsorientierung ist es, die vorgesehenen Veränderungen im Ganzen zu sehen und ihre Wechselwirkungen zu bedenken. Dabei sind folgende wesentliche Themenfelder zu berücksichtigen:

1. Qualitätsorientierung

Die vorgesehene Neustrukturierung der Krankenhausplanung bietet die Chance, die notwendige Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung zu verbessern und gleichzeitig Strukturbereinigungen einzuleiten, mit denen die stationäre Versorgung weiterentwickelt wird. Wie bei allen Reformvorhaben sollte auch hier die Qualitätsorientierung im Mittelpunkt stehen. Mit der derzeitigen Praxis, Qualität vor allem über die Vorgabe von Strukturmerkmalen (wie Personaluntergrenzen oder Mindestmengen) zu definieren, werden wirkliche Qualitätsverbesserung nicht erreicht. Stattdessen sollte die Ergebnisqualität, also der tatsächliche Behandlungserfolg, stringenter in den Fokus genommen werden. Patientenbedürfnisse rücken dann stärker in den Vordergrund und nur so lässt sich das Gebot der Trägerpluralität aus § 1 des KHG diskriminierungsfrei umsetzen. Unter dieser Prämisse sind die Öffnung von Krankenhäusern für ambulante Leistungen und die Erweiterung regionaler Spielräume die richtigen Reformansätze.

2. Versorgungsstufen

Bei der Krankenhausplanung ist vorgesehen, dass das bisherige System um ein nach Versorgungsstufen (Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung, Uniklinika) differenziertes System erlösunabhängiger Vorhaltepauschalen ergänzt werden soll. Hierzu schlägt der BDPK vor, dass die erste Versorgungsstufe aus Ambulanten Versorgungs-

zentren besteht, wozu auch nicht mehr bedarfsnotwendige Krankenhäuser genutzt werden können, zum Beispiel durch die Umwandlung ländlicher oder städtischer Versorger. Voraussetzung dafür ist die Kooperation der einzelnen Ambulanten Zentren mit einem Krankenhaus einer höheren Versorgungsstufe, einschließlich der telemedizinischen Anbindung. Die zweite Versorgungsstufe wären dann Krankenhäuser der Basisversorgung, die ambulante, teilstationäre, belegärztliche und stationäre Basisversorgung sicherstellen. Auch hier ist die Kooperation mit telemedizinischer Anbindung an ein Krankenhaus einer höheren Versorgungsstufe Voraussetzung. Dritte Versorgungsstufe wären Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung mit mehr als vier Fachabteilungen, 24 Stunden Verfügbarkeit, Intensivstation, Linksherzkatheter, Stroke Unit, CT, MRT, Labordiagnostik. Die vierte Stufe sollten Krankenhäuser der Spezialversorgung sein: ausgewiesene Spezialkliniken, die auch überregionale Versorgungsfunktionen übernehmen, zum Beispiel Neurologische Frühreha der Phasen B und C, Geriatrien, Handchirurgie, Schmerztherapie, Brandverletzte, Endoprothetik. Fünfte Versorgungsstufe wären die Kliniken der Maximalversorgung einschließlich Unikliniken mit neun Fachabteilungen, die neben Forschung/Lehre überregionale Versorgungsfunktion haben.

Wenn die Versorgungsstufen so aufgebaut sind und ineinandergreifen, werden gleichzeitig mehrere Ziele erreicht: Geordnete und strukturierte Versorgungsverteilung, Ausrichtung am tatsächlichen Versorgungsbedarf statt zentralistischer Planung, Nutzung vorhandener und bewährter Potenziale, Abschaffung der Sektorengrenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, Abbau von Unter- und Überversorgung in der stationären Versorgung, Gleichheit der Lebensverhältnisse in ländlichen und urbanen Räumen.

3. Vorhaltepauschalen

Die Regierungskommission soll auch Vorschläge erarbeiten, wie das DRG-System um patientenunabhängige Vor-

haltekosten für Krankenhäuser ergänzt werden kann. Aus unserer Sicht ist es dabei von grundsätzlicher Bedeutung, qualitätsfördernden Wettbewerb zu ermöglichen und qualitätsfeindliche Subventionierung zu vermeiden. Denkbar ist es, eine pauschale und patientenunabhängige Finanzierung zweigleisig zu gestalten: Erstens durch die Einführung von Vorhaltepauschalen, um diejenigen Abteilungen eines Krankenhauses zu sichern, die für die Versorgung der Bevölkerung bedarfsnotwendig, im Fallpauschalensystem aber wegen schwankender Leistungsmengen strukturell unterfinanziert sind, zum Beispiel die Notaufnahme, Isolierstation, Intensivstation, Station für Brandverletzte oder Geburtshilfe. Zweitens könnten die bestehenden Sicherstellungszuschläge für Krankenhäuser weiterentwickelt werden. Diese bekommen Kliniken, die aufgrund ihrer Lage („Inselkrankenhäuser“, ländliche Versorger) für die Versorgung der Bevölkerung notwendig aber wegen des geringen Versorgungsbedarfs durch Fallpauschalen gegenwärtig nicht kostendeckend finanzierbar sind. Kriterien für die Berechtigung von Zuschlägen sollten auf Bundesebene definiert werden (z. B. Entfernung, Erreichbarkeit, Bevölkerungsdichte, Altersstruktur etc.) und die Regelung in § 5 Abs. 2 KHEntgG, nach der ein Defizit in der Bilanz des Krankenhauses im Vorjahr Voraussetzung für einen Sicherstellungszuschlag ist, müsste entfallen.

Die Vorhaltefinanzierung in beiden Bereichen darf allerdings nicht zu Lasten der Qualität gehen, etwa dadurch, dass lediglich vorgehaltene Personalstrukturen nachgewiesen werden. Um weitere Überregulierungen zu vermeiden, sollte die Vorhaltefinanzierung pauschal und ohne bürokratische Nachweise zur Verfügung gestellt werden, parallel müssten Qualitätsindikatoren konsequent weiterentwickelt werden. Den politischen Entscheidungsträgern sollte klar sein, dass mit einer – wie auch immer gestalteten – patientenunabhängigen Vorhaltefinanzierung keine Kostensenkung einhergeht, auch wenn die DRG rechnerisch um die zu definierenden Vorhaltekosten abgesenkt werden.

4. Prävention und Rehabilitation

Hier sieht der Koalitionsvertrag einen „Aktionsplan gesunde Arbeit“ und die Stärkung des Grundsatzes „Prävention und Reha vor Rente“ vor. Zudem sollen die Rehabilitation stärker auf den Arbeitsmarkt ausgerichtet und die unterschiedlichen Sozialversicherungsträger zu Kooperationsvereinbarungen verpflichtet werden. Vorgesehen ist außerdem, den Zugang zu Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation zu vereinfachen, das Reha-Budget bedarfsgerechter auszugestalten und der Erwerbsminderung unter anderem durch einen Ü-45-Gesundheitscheck entgegenzuwirken. Diese Vorhaben erkennen lassen, dass die neue Regierung in der Reha ein wichtiges Element für eine gesunde Erwerbsbiografie sieht. Wie in allen Bereichen sollte auch hier auf eine konsequente Messung der Ergebnisqualität (Eingliederung in den Arbeitsmarkt) gesetzt werden. Hierbei müssen alle Leistungserbringer, auch die Kliniken der Deutschen Rentenversicherung, mitmachen und sich dem Vergleich stellen. Bei der Zusammenstellung und Entwicklung geeigneter Qualitätskriterien kann auf etablierte Initiativen des BDPK, wie Qualitätskliniken.de und das IQM, zurückgegriffen werden.

Zur Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger empfiehlt der BDPK die Festlegung von gleichberechtigten Verhandlungspartnerschaften. So ist beispielsweise ein alleiniges „hoheitliches Handeln“ der Deutschen Rentenversicherung nicht zeitgemäß. Zudem fordert der BDPK seit Langem, dass sich DRV und GKV auf einen einheitlichen und vereinfachten Reha-Zugang verständigen sollten. Zwingend notwendig ist auch die Vereinheitlichung der unterschiedlichen Qualitätssicherungssysteme zwischen Kranken- und Rentenversicherung, zumal es heute schon möglich ist, auf einheitliche Qualitätsdaten abzustellen. Weiterhin kann die Kooperation zwischen Krankenkassen und Rentenversicherung durch die Information über AU-Zeiten zwischen GKV und DRV verbessert werden. Damit könnte auch der Weg in eine Rehabilitationsmaßnahme vereinfacht und verkürzt werden. Dieser Effekt würde verstärkt, wenn ab einem definierten Alter (zum Beispiel 45 Jahre) niedrigere Zugangs-

schwellen zur medizinischen Reha gelten und Ausschlussfristen entfallen.

Der steigende Bedarf an Reha-Leistungen sollte durch eine Erhöhung des Reha-Budgets finanziert werden. Dazu ist nach Auffassung des BDPK die Abschaffung des kammalistischen Systems des Reha-Budgets erforderlich. Stattdessen sollte das Budget flexibel und bedarfsgerecht ausgestaltet und eine Zweckentfremdung der Reha-Gelder ausgeschaltet werden. Zudem sollte sich im Reha-Budget auch abbilden, dass die Digitalisierung in der Reha stärker gefördert werden muss.

5. Fachkräftemangel

Nach dem Koalitionsvertrag soll noch in diesem Jahr „übergangsweise“ die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Deutschen Pflegerat und der Gewerkschaft Verdi entwickelte Pflege-Personalregelung (PPR 2.0) angewendet werden. Ob die Regelung die mit ihr verbundenen Erwartungen erfüllt, hängt von mehreren Faktoren ab. Aus Sicht des BDPK gilt auch für Personalvorgaben: Die Ergebnisqualität ist entscheidend. Zentrale Fragen sind: Was bedeutet die PPR 2.0 für das Pflegebudget und den Pflegepersonalquotienten? Was wird aus den Pflegepersonaluntergrenzen?

Grundsätzlich gilt: Es macht keinen Sinn hochaufwendige Instrumente nebeneinander zu betreiben. Das gilt insbesondere für die Pflegepersonaluntergrenzen, die mit Einführung der PPR 2.0 wegfallen müssen. Daran zeigt sich, dass es nicht nur um „Nebenwirkungen“ geht. Vielmehr entscheidet die Abstimmung aller Instrumente darüber, ob es mit der PPR 2.0 tatsächlich gelingen kann, die Pflege zu verbessern. Wenn die PPR 2.0 letztlich nur einen Personalbedarf ermittelt, der aber nicht gedeckt werden kann, führt dies zu Enttäuschung und Systemverdrossenheit – nicht nur bei den Pflegekräften. Die Definition von Personalbedarfen („Examierte Pflege und Pflegehilfskräfte pro Krankenhaus“) wird den Fachkräftemangel jedenfalls nicht lösen, denn allein dadurch gibt es nicht mehr Fachkräfte auf dem Arbeitsmarkt.

Schon jetzt hat jedes Krankenhaus offene Stellen in der Pflege.

Positive Wirkung würde die PPR 2.0 entfalten, wenn sie die Pflege sinnvoll entlastet und eine gute Krankenhausorganisation ermöglicht. Dazu ist es unbedingt notwendig, dass Hilfskräfte und weiteres therapeutisches Personal sinnvoll einsetzbar bleiben und auch in der PPR 2.0 anrechenbar sind. Damit würde ein patientengerechter und praxiserprobter Qualifikationsmix Berücksichtigung finden. Besonders deutlich wird das im Bereich der Spezialversorger, zum Beispiel in der Neurologischen Frührehabilitation, der Diabetologie oder der konservativen Orthopädie. Hier übernehmen therapeutische Spezialisten außerhalb der examinierten Pflege zumeist in festen Teams mit Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sprachtherapeuten oder Neuropsychologen pflegetherapeutische Anwendungen wie Waschtraining, Anziehtraining, Essensbegleitung, Vertikalisierung. Diese Berufsgruppen werden in der PPR 2.0 nach heutigem Stand nicht berücksichtigt. Hier muss vor der gesetzlichen Umsetzung dringend nachgebessert werden.

Nachbesserung ist auch bei einer zentralen Vorgabe der PPR 2.0 erforderlich: Krankenhäuser haben unterschiedliche Größen. Durchschnitts- oder Mittelwerte werden den Unterschieden nicht gerecht. Gerade wegen des Fachkräftemangels brauchen die Kliniken Spielräume, um die Patientenversorgung gut zu organisieren. Zudem sollte ihr Ansatz, die Verantwortung für die Personalallokation wieder zurück ins Krankenhaus zu geben, noch deutlich nachgeschärft werden.

Erfreulich ist aus Sicht des BDPK das im Koalitionsvertrag vorgegebene Ziel, die Pflegeausbildung in der Reha zu ermöglichen. Dabei muss darauf geachtet werden, dass auch die Refinanzierung der Ausbildung für die Reha-Einrichtungen sichergestellt ist. Zudem sollte die Reha umfassender (bisher nur 80 Stunden als Wahlpflicht) in die

Pflegeausbildung integriert werden. Hierzu ist die Ausbildungsverordnung anzupassen und auch in der Approbationsordnung für Ärzte muss die medizinische Reha noch stärker berücksichtigt werden.

6. Digitalisierung und Entbürokratisierung

Zur Digitalisierungsstrategie der neuen Regierungskoalition gehören im Gesundheitswesen der Ausbau der Telemedizin mit Arznei-, Heil- und Hilfsmittelverordnung, Videosprechstunden, Telekonsil, Telemonitoring und tele-notärztliche Versorgung. Aus Sicht des BDPK sollten zukünftig auch psychotherapeutische Erstgespräche über digitale Kanäle erbracht werden dürfen. Ergänzungsbedarf sieht der BDPK auch beim Bürokratieabbau. Hierzu heißt es im Koalitionsvertrag: „Durch ein Bürokratieabbaupaket bauen wir Hürden für eine gute Versorgung der Patientinnen und Patienten ab. Belastungen durch Bürokratie und Berichtspflichten jenseits gesetzlicher Regelungen werden kenntlich gemacht.“ An dieser Stelle sollte der Gesetzgeber dafür sorgen, dass der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ wirksam realisiert wird. Dazu sollten unnötige Vertragspflichten und Genehmigungshürden für Reha-Leistungen bei Anträgen auf Pflegeleistungen abgebaut werden. „Die gesetzlichen Krankenkassen sollen ihre Service- und Versorgungsqualität zukünftig anhand von einheitlichen Mindestkriterien offenlegen.“ Auch dieses im Koalitionsvertrag genannte Vorhaben ist aus Sicht des BDPK sehr zu begrüßen. Wichtige Indikatoren dafür können sein: Bearbeitungszeiten für Anträge, Ablehnungsquoten differenziert nach Leistungsarten ausgewiesen, Kundenzufriedenheit bei kranken Versicherten und Leistungserbringern bei Entlassungsmanagement, Umsetzung von Bürokratieabbau und des Grundsatzes „Reha vor Pflege“.

**Herausgeber:**

Dr. Albrecht Kloepper
Wartburgstraße 11 | 10823 Berlin

post@ix-institut.de | www.ix-media.de

Redaktion:

Dr. Albrecht Kloepper, Sören Griebel
In Zusammenarbeit mit

**Druck:**

PrintingHouse,
Union Sozialer Einrichtungen gGmbH,
Genter Str. 8 in 13353 Berlin

Satz und Layout:

Mediengestaltung der
Union Sozialer Einrichtungen gGmbH,
Koloniestr. 133–136 in 13359 Berlin

www.u-s-e.org

Sämtliche Nutzungsrechte am iX-Forum liegen bei der iX-Media. Jegliche Nutzung, insbesondere die Vervielfältigung, Verbreitung, öffentliche Wiedergabe oder öffentliche Zugänglichmachung ist ohne die vorherige schriftliche Einwilligung der iX-Media unzulässig.

Die Fotorechte liegen bei der jeweiligen Institution.

ISSN 2569-6289, 28. Jahrgang 2022, Ausgabe 2 · 2022,
Erscheinungsdatum: 24. Mai 2022

Folgende Themen bewegen das iX-Media Team und sollen in der iX-Forum Reihe näher betrachtet werden:

- **Versorgungspotentiale der Gesundheitsberufe**
- **Finanzierung von Innovationen**
- **Die Zukunft der Diagnostika-Industrie**

Die Aufzählung unterliegt keiner zeitlichen Reihenfolge. Selbstverständlich reagieren wir auch auf aktuelle politische Entwicklungen

Die iX-Forum Reihe wird bundesweit mit über 2.500 Exemplaren personalisiert an Parlamente, Ministerien, Verbände, wissenschaftliche Fachgesellschaften und andere wichtige Akteure im Gesundheitswesen versandt.

Sie haben Interesse, einmal einen Diskussionsbeitrag in der iX-Forum Reihe zu veröffentlichen? Kommen Sie mit uns ins Gespräch.

**Besuchen Sie
unsere Website:**

www.ix-media.de

