

Gesundheitspolitische Impulse für die Bundestagswahl 2017

Präambel

Den Patienten in den Mittelpunkt stellen – diese Forderung bildet den Dreh- und Angelpunkt für ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen. In vielen Bereichen ist es bisher jedoch nicht gelungen, eine konsequente Patientenorientierung im Versorgungsalltag umzusetzen. Vor allem die historisch gewachsene sektorale Gliederung des Systems erweist sich dabei vielfach als Hemmschuh. So sind Versorgungsprozesse noch immer weitgehend entlang der Anbieterstrukturen gestaltet und nicht entlang der Patientenbedürfnisse. Auch die Vergütungssysteme, die Ausbildungscurricula für Ärzte und andere Gesundheitsberufe sowie die Zusammensetzung der Selbstverwaltung folgen dieser Logik.

In den letzten Jahren wurden große Anstrengungen unternommen, um die bestehenden Sektorengrenzen zu überwinden. Dadurch konnte eine größere Vielfalt in den Versorgungsstrukturen erreicht werden. Wollen wir die Rolle des Patienten als zentraler Akteur des Systems weiter stärken, müssen wir im nächsten Schritt auch die zentralen Strukturelemente der Versorgung (Vergütung, Ausbildung, Selbstverwaltung, IT etc.) an diesen Paradigmenwechsel anpassen.

1. Patientenorientierung statt Silostrukturen

Die fehlende Koordinierung der Versorgungspfade von Patientinnen und Patienten stellt eines der zentralen Defizite des deutschen Gesundheitswesens dar. Solange wichtige Einflussfaktoren wie Vergütung, Bedarfsplanung, Regulierung, Sicherstellung und Qualitätssicherung strikt nach Sektoren getrennt sind, stehen die Sektorengrenzen den Versorgungsbedürfnissen von Patienten entgegen.

Statt altgediente Verfahren und Strukturen fortzuschreiben, müssen Bedarf und Nutzen der Patienten zum zentralen Maßstab werden. Dies ist nur erreichbar durch:

→ Integriertes Vergütungssystem

Die bestehenden Vergütungssysteme sind nicht mehr reformierbar. Deshalb brauchen wir hier einen Neuanfang, der auch den Quartalsbezug der Vergütungslogik aufhebt. Da es das ideale Vergütungsmodell nicht gibt, sollten verschiedene Ansätze kombiniert werden – von stark pauschalisierten, populationsbezogenen Elementen bis hin zu besonders förderwürdigen Einzelleistungen.

→ Sektorenübergreifende Kapazitätsplanung

Diese sollte sowohl ambulante als auch stationäre Kapazitäten berücksichtigen.

→ Eine Vertretung, die alle an der Versorgung Beteiligten einbezieht

Die Zusammensetzung der Machtverhältnisse im G-BA sollte an die Versorgungsrealität angepasst werden und nicht ausschließlich durch Institutionen erfolgen, die sich als Vertreter eines Versorgungsektors verstehen. So sollte der zentralen Rolle der Pflege Rechnung getragen und die Stimmverteilung zwischen den Leistungserbringern kritisch reflektiert werden. Außerdem sollten bessere Bedingungen für eine effektive Patientenvertretung geschaffen werden.

→ Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Dafür sind die Kriterien und Instrumente der Qualitätssicherung endlich so auszugestalten, dass sie sektorenübergreifend verwendet werden können, auf patientenrelevante Indikatoren fokussiert sind und mit gleichen Maßstäben messen.

→ **Transparenz und Verfügungsgewalt der Patienten über ihre Gesundheitsdaten**

Dies ist ausschließlich über eine sektorenübergreifende, dem Patienten bundesweit zugängliche elektronische Patientenakte möglich. Zudem ist es nötig, den Patienten die Kompetenz zu vermitteln, um anhand dieser Daten und Informationen Wahlentscheidungen treffen zu können.

→ **Größere Akteursvielfalt in der Versorgung**

Um dem Bedarf der Patienten nach vernetzten Versorgungsstrukturen, aber auch den veränderten Erwartungen junger MedizinerInnen gerecht zu werden, müssen sich Strukturen ändern: Leistungserbringer dürfen hinsichtlich Zulassung, Vergütung und Regulierung nicht aufgrund ihrer Organisationsform diskriminiert werden. Zudem brauchen wir ein weiteres Verständnis des Leistungserbringer-Begriffs, das jenseits der ärztlichen und heilberuflichen Professionen alle Akteure in den Blick nimmt, die Präventions- und Versorgungsleistungen für Patienten erbringen.

2. Mentalitätswandel durch den interprofessionellen Gesundheitscampus

Patientenorientierte, sektorenübergreifende Versorgung setzt voraus, dass alle an der Versorgung beteiligten Heilberufe miteinander kommunizieren, arbeitsteilig tätig sind und Verantwortung für ihren jeweiligen Kompetenzbereich übernehmen. Dies scheitert heute häufig an einer historisch bedingten Arztzentrierung unseres Gesundheitssystems und einem fehlenden Verständnis für die Qualifikationen der jeweils anderen Gesundheitsberufe. Diese strikte Trennung nach Berufsgruppen fängt schon in der Ausbildung an. Um einen echten Mentalitätswandel zu erreichen, muss interprofessionelle Zusammenarbeit bereits in der Ausbildung beginnen.

→ **Alle Gesundheitsstudiengänge und -ausbildungen sollten zukünftig Module vorsehen, in denen Studierende und Auszubildende aller Gesundheitsberufe gemeinsam lernen.** Das heißt: Das Medizinstudium sollte gemeinsame Module mit Studierenden und Auszubildenden in Pflege- und anderen Heilberufen sowie mit angehenden Pharmazeuten vorsehen. Mit einem solchen interprofessionellen Gesundheitscampus kann es gelingen, ein Verständnis für die spezifischen Qualifikationen und Perspektiven der jeweils anderen Heilberufe zu erlangen, die Diskussion um Delegation und Substitution zu entschärfen und interprofessionelle Zusammenarbeit langfristig zur Normalität werden zu lassen.

→ Der **Mentalitätswandel vom arztzentrierten zum teambasierten Versorgungsansatz** muss sich auch jenseits der interprofessionellen Module in den Curricula der Studiengänge und Ausbildungen wiederfinden. Dazu gehört es, den Patienten nicht als „Studienobjekt“, sondern ganzheitlich als Individuum mit eigenen Bedürfnissen anzusehen. Zudem ist der Fokus des Studiums auf die stationäre Versorgung zu eng für die heutigen Versorgungsbedarfe.

3. Neue Strukturen für eine umfassende regionale populationsbezogene Vollversorgung

Die integrierte Versorgung (IV) bietet die Chance, den Versorgungsherausforderungen von Patienten mit multimorbiden und chronischen Erkrankungen besser zu begegnen. Darüber hinaus ist sie in der Lage, der Forderung nach einer stärkeren Präventionsorientierung Rechnung zu tragen. Doch obwohl die IV schon seit dem Jahr 2000 im SGB V steht, ist die Verbreitung populationsbezogener IV-Modelle bisher auf wenige lokale Beispiele begrenzt. Bestehende Hemmnisse für eine flächendeckende Implementierung regionaler, integrierter, populationsbezogener Versorgungssysteme müssen daher abgebaut werden, ohne den Kollektivvertrag zu kannibalisieren. Dafür ist es nötig:

- die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass sie **tragfähige Geschäftsmodelle** zulassen – ohne dabei einer Risikoselektion Vorschub zu leisten;
- die **Sozialgesetzbücher** so zu **verzahnen**, dass soziale, gesundheitliche und pflegerische Leistungen integriert werden können. Um Finanzierungsfehlansätze zu vermeiden, sollte die Budgettrennung zugunsten von Poolbildung aufgehoben werden;
- eine stärkere **Zusammenarbeit** der involvierten Leistungsanbieter **auf kommunaler bzw. regionaler Ebene** zu ermöglichen;
- **Hemmnisse** für Krankenkassen **abschaffen**, auf populationsbezogene IV-Modelle zu setzen. Hemmnisse liegen derzeit beispielsweise in fehlenden Präventionsanreizen des Morbi-RSA und der kurzfristigen Budgetorientierung von Körperschaften des öffentlichen Rechts (Ein-Jahres-Rhythmus des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität).

4. Solidarische Finanzierung – unterschiedliche Tarifmodelle

Versicherte und Patienten haben – jenseits der Grunderwartung an eine gute Versorgung – ganz unterschiedliche Erwartungen und Bedürfnisse an Zugangswege zur Versorgung und Umfang des Leistungsangebots ihrer Krankenversicherung. Zwar haben Krankenkassen seit 2007 die Möglichkeit, für eine größere Angebotsvielfalt ihren Versicherten Wahltarife anzubieten. Diese Option führt bisher jedoch ein Schattendasein. Neben den Wahlтарifen, die sich eher auf unterschiedliche Finanzierungsmodalitäten beziehen, bieten auch IV-Verträge die Option zur Produktdifferenzierung: So könnten Kassen verschiedene versorgungsrelevante Tarife anbieten, beispielsweise Tarife mit der Verpflichtung, im Erstkontakt einen Hausarzt oder Teledoktor aufzusuchen, wie sie beispielsweise in der Schweiz angeboten werden. Wahlтарife müssen nicht zwingend mit Preisnachlässen für den Versicherten verbunden sein, sondern können auch mit höheren Kosten einhergehen. Um eine größere Vielfalt in der Produktpalette von Krankenkassen zu ermöglichen, fordern wir:

- Die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen sollten so verändert werden, dass Krankenkassen einen Anreiz haben, ihren Versicherten **unterschiedliche Wahlтарife** (Versicherungsprodukte) anzubieten, die sich in versorgungsrelevanten Elementen unterscheiden (z. B. eingeschränkte Wahlfreiheit von Leistungserbringern, Generikaquote, Behandlungsmethoden). Insbesondere die vergaberechtlichen Vorgaben sowie die Komplexität von Bereinigungsvorschriften sollten in diesem Zusammenhang kritisch überprüft werden.
- Damit Versicherte fundierte Entscheidungen treffen können, sollten Krankenkassen angehalten sein, neben ihren Finanzergebnissen auch eine **Leistungsbilanz über die Versorgungsergebnisse** ihrer Versicherten zu publizieren. Hierfür ist es unabdingbar, dass einheitliche Indikatoren zur Bewertung entwickelt werden.

5. Dynamik des Innovationsfonds fortsetzen

Die Versorgungsstrukturen haben sich in den letzten Jahrzehnten trotz veränderter Patientenbedürfnisse, neuer Technologien und einer wesentlich besseren Evidenzlage über erfolgreiche Versorgungsansätze nur sehr langsam weiterentwickelt. Um den Modernisierungsprozess des Systems zu beschleunigen, wurde 2014 die Einrichtung eines zeitlich begrenzten Innovationsfonds beschlossen.

Er hat schon im ersten Ausschüttungsjahr 2016 eine neue Dynamik bei der Suche nach innovativen Lösungsansätzen und der Bildung von Konsortien hervorgebracht. Diese Dynamik gilt es fortzusetzen.

- Die **Konstruktion des Fonds** sollte angepasst werden: Um Fehlansätze bei der Auswahl der Projekte zu vermeiden, dürfen die Akteure des Systems nicht selbst die Entscheidungsträger sein. Hier sollten etablierte Verfahren aus der Wissenschaft mit anerkannten, unabhängigen Experten aufgegriffen und eine umfängliche Entscheidungstransparenz vorgesehen werden.
- Es sollte die Möglichkeit eröffnet werden, Projekte unter Eigenbeteiligung der Projektpartner oder **Ko-Finanzierung durch Dritte** zu fördern. Grundsätzlich sollte der Innovationsfonds aus Steuermitteln finanziert werden.
- Die Festlegung der **Förderperiode** sollte **flexibilisiert** werden: Für Projekte, bei denen Evidenz in der jetzigen Zeitspanne per Definition nicht erbracht werden kann, müssen auch längere Projektlaufzeiten möglich sein.

6. Beschleunigte Zugangswege für digitale Innovationen in die Versorgung

Treiber für Innovationen werden zukünftig verstärkt die Patienten selbst sein. Dafür müssen sie in die Lage versetzt werden, zum Anwalt ihres Anspruchs auf eine innovative, bedarfsgerechte Versorgung zu werden. Eine zentrale Rolle kommt dabei der Einführung einer nationalen elektronischen Patientenakte zu, die dem Patienten Datentransparenz und Entscheidungsrechte gewährt. Daher fordern wir:

- Schnellstmögliche Einführung einer **elektronischen Patientenakte**, die dem Patienten sofort unmittelbaren Zugang zu seinen Daten gewährt und einen Kommunikationskanal zu seinen behandelnden Leistungserbringern eröffnet. Selbstverständlich muss die elektronische Patientenakte auch für alle behandelnden Leistungserbringer zugänglich sein, um so die Koordination und Kommunikation an Versorgungsschnittstellen zu erleichtern.

Zudem bieten digitale Technologien die Chance, auf den individuellen Patientenbedarf abgestimmte Versorgungspfade zu gestalten, zum Beispiel über App-basiertes Coaching oder das Monitoring von Vitaldaten in der eigenen Häuslichkeit mithilfe von Wearables. Um diese Potenziale

zu nutzen, muss digitalen Technologien ein schneller, unbürokratischer Zugang zum ersten Gesundheitsmarkt gewährt werden. Dafür benötigen wir:

- ➔ **Befristeter Fast-Track-Zugang für innovative digitale Anwendungen.** Apps und Wearables in die Erstattungsfähigkeit durch die GKV. Voraussetzung ist, dass diese Innovationen eine echte Versorgungsrelevanz bieten, bereits einen Selektivvertrag mit einer Krankenkasse abgeschlossen haben und das Potenzial nachweisen können, einen Mehrnutzen für die Versorgung zu bieten. Nach dem Fast-Track-Zugang müssen die Innovationen dann innerhalb eines befristeten Zeitrahmens ihren Mehrnutzen für die Versorgung nachweisen, andernfalls wird ihnen die Erstattungsfähigkeit durch die GKV wieder entzogen.
- ➔ Festlegung von zwingend einzuhaltenden Schnittstellenstandards und die Regulierung durch das BMG, um angesichts der Vielfalt an Software-Produkten **Interoperabilität** zu gewährleisten.

Zusammenfassung

In den letzten Jahren wurden viele Reformbaustellen im deutschen Gesundheitswesen angepackt. Mit der Einführung des Innovationsfonds, aber auch den auf den Gesundheitsmarkt drängenden digitalen Innovationen ist es gelungen, wieder Dynamik in die Suche nach Versorgungsverbesserungen zu bringen. Und dennoch: Die Überwindung von Schnittstellen, Sektoren- und Professionsgrenzen sowie die konsequente Ausrichtung des Gesundheitssystems auf die Bedürfnisse der Patienten bleiben die entscheidenden Herausforderungen. Die Voraussetzungen, um diese Herausforderungen anzugehen, sind heute so gut wie nie zuvor: Wir haben exzellent ausgebildete Mediziner, Pflegekräfte und andere Gesundheitsfachkräfte, wir haben ausreichend Geld im System und digitale Technologien bieten ganz neue Chancen, Patienten-Empowerment in die Realität umzusetzen.

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten liegt in den Händen der Leistungserbringer, nicht in denen der Politik. Aber es ist die Aufgabe der Politik, die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass jeder Patient eine auf ihn zugeschnittene, gute und wirtschaftliche Versorgung erhält und jeder Leistungserbringer seine Kompetenzen und Fähigkeiten voll und ganz dafür einsetzen kann. Die Verantwortung der Politik für die Gestaltung dieser Rahmenbedingungen ist nicht delegierbar. Jeder einzelne gewählte Gesundheits- und Sozialpolitiker muss sich an diesem Anspruch der Patientinnen und Patienten messen lassen.

Berlin, November 2016



Prof. Dr. Volker Amelung
Vorstandsvorsitzender



Susanne Eble
Stellv. Vorstandsvorsitzende



Ralf Sjuts
Stellv. Vorstandsvorsitzender



Dr. Rolf-Ulrich Schlenker
Beisitzer



Ralph Lägel, MBA
Beisitzer



Franz Knieps
Beisitzer



Dr. h.c. Helmut Hildebrandt
Beisitzer



Dr. Susanne Ozegowski
Geschäftsführerin