

# Kooperation & Koordination ausbauen

Gesundheitspolitische Impulse 2021



## Zielbild für die Gesundheitspolitik

Nach Jahren mit vergleichsweise solider Finanzlage der Gesetzlichen Krankenversicherung erhöhen steigende Ausgaben und wegbrechende Einnahmen durch die Pandemie ebenso wie erfolgte Leistungsausweitungen durch Gesetze der letzten Jahre den Veränderungsdruck im Gesundheitssystem. Damit bietet sich in der kommenden Legislaturperiode auch ein „Window of Opportunity“, um die Zukunftsfähigkeit der Versorgung durch konsequente Schritte zu sichern.

**Qualitativ herausragende und patientenorientierte Versorgung ist nicht vorrangig eine Frage des Geldes, sondern vor allem der Koordination und Kooperation.**

Dafür braucht es

- passende Lösungen für die digitale Transformation,
- gesunde und zufriedene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,
- kreative integrierte Versorgungslösungen,
- neue Berufsbilder wie Lotsen, die Versorgung steuern und den Zugang ermöglichen,
- und Instrumente, mit denen neue Wege der Koordination und Kooperation erprobt werden.

Dies gelingt nur mit einem grundlegenden Kulturwandel: Maßgeblich für die Allokation von Ressourcen im Gesundheitswesen muss die Frage sein: „Wie kann die Gesundheit der Bevölkerung verbessert werden?“ Eine solche ökonomische Herangehensweise bietet die Chance, einerseits verbindliche Ziele und Grundwerte zum Wohl der Gesundheit zu etablieren und andererseits größtmöglichen Gestaltungsspielraum für die Akteure zu gewährleisten.

Darüber hinaus ist ein gemeinsames Verständnis erforderlich, dass Gesundheitspolitik nicht nur im Gesundheitsministerium verantwortet wird. Gesunde Lebensräume, gesunde Mobilität, gesunde Ernährung, gesunde Arbeitswelt – Anknüpfungspunkte existieren in zahlreichen Politikressorts, die ihr Handeln auf die Gesunderhaltung der Bevölkerung abstimmen müssen, statt allein auf die vergleichsweise teure Behandlung von Krankheiten durch das Gesundheitssystem zu setzen.

Mit den vorliegenden gesundheitspolitischen Impulsen bietet der BMC Ziele und Anregungen, wie die Modernisierung der Gesundheitsversorgung durch kluge Gesundheitspolitik gelingen kann, ohne allein auf einseitige Maßnahmen der Kostendämpfung zu setzen.



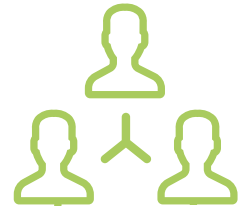
## 1. Chancen der Digitalisierung strategisch nutzen

Die digitale Transformation bietet die Chance für mehr Patientenorientierung, personalisierte Medizin und Entlastung von Bürokratie. Damit diese Effekte auch zum Tragen kommen, brauchen wir eine konsistente Digitalstrategie, die auf die Verbesserung der Versorgung ausgerichtet ist, realisierbare Maßnahmen aufeinander abstimmt, frühzeitig ankündigt und erklärt sowie durch Planungssicherheit Investitionen in tragfähige Geschäftsmodelle ermöglicht. Gesetzliche Regelungen sollten dabei die Rahmenbedingungen so gestalten, dass den Akteuren ausreichend Gestaltungsspielraum für die Umsetzung bleibt.

- **Datenerhebung und -nutzung** müssen in einer Gesamtstrategie mit realistischem Zeitrahmen und verbindlichen Rahmenbedingungen festgelegt werden. Wer Daten erfasst, muss daraus einen erkennbaren Mehrwert für die eigene Arbeit ziehen können, der den Aufwand rechtfertigt.
- Es braucht eine gesunde **Balance zwischen Gesundheits- und Datenschutz**, die den Nutzen von Daten mit dem Schutz personenbezogener Daten abwägt. Die Datenhoheit obliegt dabei den einzelnen Patientinnen und Patienten.
- Die **digitale Gesundheitskompetenz** von Patientinnen und Patienten und der Öffentlichkeit muss verbessert werden, um das nach dem Solidarprinzip bestehende Teilhaberecht am digitalen Fortschritt sicherzustellen. Dafür müssen bestehende Vorbehalte ab- und Nutzungskompetenz aufgebaut werden.
- Bei Einführung digitaler Lösungen sollten jene Priorität haben, die einen schnellen **Mehrwert für Patientinnen und Patienten sowie für die verschiedenen Gesundheitsberufe** erzeugen, um diese für den Digitalisierungsprozess zu gewinnen. Förderprogramme wie das KHZG erzeugen Aufbruch und sollten auch in anderen Sektoren erwogen werden.
- **Telemedizin** kann durch effizientere Prozesse große Skalenerträge erzielen. Die bestehenden Mengenbeschränkungen wirken dagegen wie ein Spezialisierungsverbot. Stattdessen braucht es **positive Anreize**, die Anwendungen in der Versorgung zu nutzen.
- Analog zum Fast-Track-Verfahren für DiGAs braucht es auch für digitale Anwendungen höherer Risikoklassen verbindliche **Marktzugangswege und evidenzbasierte Bewertungsverfahren**. Dabei sollten auch gezielt outcomebasierte Vergütungsmodelle genutzt werden.

## 2. Personal als Erfolgsfaktor verstehen

Gesundheitspolitik ist immer auch Personalpolitik. Eine umfassende Strategie, um qualifiziertes Personal zu gewinnen und zu halten, erfordert Investitionen in Motivation, Weiterentwicklung und Gesunderhaltung. Dazu gehört, Bedürfnisse der Beschäftigten wie Teamkultur, Sinnstiftung und Selbstverwirklichung aufzugreifen sowie die Vereinbarkeit von Beruf und Familie bzw. Freizeit und flexiblere Beschäftigungsformen zu ermöglichen.



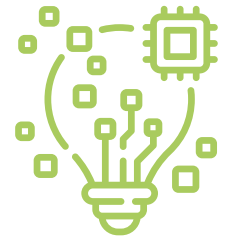
- Zusammenarbeit auf Augenhöhe und der Abbau von Hierarchiedenken gelingt, wenn **interprofessionelle Zusammenarbeit** bereits in der Ausbildung erlernt wird. Die Ausbildung und das Studium der Gesundheitsberufe (z. B. Ärzte, Pharmazeuten, Gesundheitsökonominnen, Pflegeberufe) sollten gemeinsame Module vorsehen. Auf einem interprofessionellen Gesundheitscampus entwickeln Nachwuchskräfte von Beginn an ein Verständnis für die Kompetenzen und Perspektiven anderer Heilberufe.
- Die **Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen** muss den effizienten Einsatz von Fachkräften entsprechend ihrer Qualifikation in den Vordergrund stellen. Dafür braucht es einheitliche Regelungen zu Heilkunde, selbstständiger und mitwirkender Berufsausübung sowie vorbehaltenen Tätigkeiten.
- Um die Bindung von Fachkräften an das Gesundheitswesen zu erhöhen, muss es berufliche **Entwicklungsmöglichkeiten** geben mit der Aussicht, mehr Verantwortung übernehmen zu können. Dafür braucht es neue, vielfältige Berufsbilder, die Perspektiven bieten wie bspw. Physician Assistants mit eigenem Leistungsprofil. Gerade im Zuge der Digitalisierung der Versorgung entstehen dafür Chancen.
- Digitale Technologien zur Prozessoptimierung wie Spracherfassung zur Dokumentation oder der Einsatz von Robotik zur Entlastung von körperlich anstrengenden Tätigkeiten können die **tägliche Arbeit erleichtern**. Derartige smarte Lösungen mit unmittelbarem Nutzen für Gesundheitspersonal müssen gezielt gefördert werden.

### 3. Ideenvielfalt für Integrierte Versorgung fördern

Integrierte Versorgung muss Standard werden, die Abweichung davon die Ausnahme. So können Sektorengrenzen überwunden und bedarfsgerechte Patientenpfade etabliert werden. Wettbewerb um gute Ideen und eine Ausdifferenzierung des Versorgungsangebots sind der Schlüssel für eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung. Selektivverträge folgen diesem Prinzip und geben Raum für ein kontinuierliches Streben nach einer besseren Versorgung.



- Die gesetzlichen Rahmenbedingungen müssen **vielfältige Innovationen** in der Versorgung ermöglichen. Dazu gehört auch eine weniger restriktive Aufsichtspraxis, wozu der gesetzliche Auftrag an das Bundesamt für Soziale Sicherung präzisiert werden sollte.
- Versorgungsverträge müssen regelhaft evaluiert und um ein **Public Reporting** ergänzt werden. Leistungsdaten der Arztpraxen und MVZ sowie der Krankenhäuser sollten als Qualitätsmerkmal veröffentlicht und zur Versorgungssteuerung bzw. als Entscheidungshilfe für Patientinnen und Patienten eingesetzt werden. Dazu müssen die Daten zeitnah und strukturiert zur Verfügung stehen.
- Statt Steuerung im Detail sollte der Gesetzgeber konkrete **Zielvorgaben für die beteiligten Akteure** formulieren. Das könnten z. B. zeitliche Vorgaben für die Verbreitung integrierter Versorgungslösungen oder messbare Qualitätskennzahlen für Versorgungsergebnisse sein. Der Weg zum Ziel sollte individuell und flexibel erprobt werden können.
- Bereiche mit Über-, Unter- und Fehlversorgung sollten auf Basis von **Routine-daten** und ergänzender Versorgungsforschung nachgewiesen und als Grundlage für Versorgungsverträge herangezogen werden. So adressieren sie den tatsächlichen Versorgungsbedarf.
- Um Qualität statt Quantität zu fördern, muss definiert werden, welche **Kriterien Versorgungsverträge** inhaltlich erfüllen müssen. Diese sollten je nach Versorgungsbereich Leistungen mehrerer Sozialgesetzbücher umfassen und regionale Besonderheiten berücksichtigen, um den spezifischen **Versorgungsbedarf** besser abzubilden.



## 4. Innovationsfondsprojekten zum Erfolg verhelfen

Erkenntnisse aus Innovationsfondsprojekten, die positiv bewertet wurden, müssen zur Weiterentwicklung der Versorgung genutzt werden. Wichtig ist eine Analyse der Ergebnisse unter Einbeziehung von Praxiserfahrungen, um Entscheidungen zu treffen, welche Projekte oder Komponenten von Projekten zur Weiterentwicklung der Regelversorgung genutzt werden können. Um das Instrument Innovationsfonds erfolgreich zu machen, braucht es praktikable Prozesse sowohl in der Projektdurchführung als auch im Umgang mit Ergebnissen.

- Da Innovationsfondsprojekte im **realen Versorgungssetting** mit zahlreichen Einflussfaktoren stattfinden, sind Evidenzkategorien aus klinischen Studien mit einer einzelnen Intervention nur eingeschränkt anwendbar. Neben quantitativen Ergebnissen sollten bei der Projektbewertung auch die qualitativen Erkenntnisse und Erfahrungen (PatientInneninterviews, Berichte der Leistungserbringer, etc.) einbezogen werden.
- Für die **Translation von Ergebnissen** in die Regelversorgung braucht es ein regelhaftes Verfahren, das für alle relevanten Institutionen – nicht nur den G-BA – bindend ist. Um praxistaugliche Strukturen zu schaffen, sollten die Konsortialpartner dabei angehört werden.
- Die Erkenntnisse aus Innovationsfondsprojekten, die **ähnliche Versorgungsformen** erproben, sollten **zusammengeführt** werden, um diese umfassend in der Regelversorgung nutzen zu können.
- An die Stelle kleinteiliger, prospektiver Umwidmungsanträge beim Projektträger sollte eine **Rechenschaftspflicht** treten, mit der die Konsortien retrospektiv ihre Projektanpassungen begründen. Damit wird die Projektdurchführung entbürokratisiert und die Verantwortung für Entscheidungen delegiert.
- Die **Förderdauer** sollte flexibilisiert werden, um Projekten zu ermöglichen, Evidenz auch für längerfristige Ergebnisindikatoren wie die Verzögerung von Pflegebedürftigkeit oder die Verlängerung der Lebensdauer zu generieren.
- Es sollte die Möglichkeit eröffnet werden, Projekte unter Eigenbeteiligung der Projektpartner oder per **Co-Finanzierung** durch Dritte zu fördern.



**Ganz konkret:** 24 Lotsenprojekte allein im Innovationsfonds belegen den Bedarf für Care- und Case-Management. Diese Pilotprojekte haben Eckpfeiler erarbeitet, die es nun in die Regelversorgung zu überführen gilt.

- Ein **Leistungsanspruch** auf Gesundheitslotsen sollte für Patientinnen und Patienten mit komplexen Versorgungslagen, die mit einer besonders belastenden Lebenssituation konfrontiert sind, gesetzlich verankert werden. Dabei sollte die Verordnung durch den bzw. die Haus- oder FachärztIn oder im Krankenhaus erfolgen und zeitlich (i.d.R. 6-12 Monate) begrenzt sein, bis Patientinnen und Patienten ausreichend befähigt sind, mit ihrer Gesundheits- und Lebenssituation selbstständig zurecht zu kommen.
- Der **Leistungsumfang** sollte anhand des Case-Management-Regelkreises eingegrenzt werden, wobei er anhand von objektivierbaren Kriterien einer Erkrankung (etwa analog zu den Pflegegraden) bzw. des Versorgungsbedarfs nach Lotsengraden differenziert werden kann.
- Als **Qualifikation** sollten Fachkompetenzen aus dem medizinischen, therapeutischen, pflegerischen und/oder sozialen Bereich vorausgesetzt werden. Weiterbildungscurricula, z.B. der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) sowie der Bundesärztekammer, können als Grundlage herangezogen werden.
- Mit einem bundesweit finanzierten „**Lotsen-Programm**“ können erste Erfahrungen zur Skalierung positiv evaluierter Lotsenprojekte gesammelt werden, für das sich z. B. Kommunen oder regionale Versorgungsnetze bewerben können, um diese vor Ort auszurollen.



## 5. Öffentliche Gesundheit wiederentdecken

Public Health muss wieder auf die Agenda! Dass Gesundheitsversorgung mehr ist als Individualmedizin, hat uns die Corona-Pandemie deutlich vor Augen geführt. Um der Bevölkerungsgesundheit den notwendigen Stellenwert einzuräumen, bedarf es einer neuen Public-Health-Strategie. In einem ersten Schritt müssen Anforderungen und Aufgaben definiert und im Anschluss dafür geeignete Institutionen beauftragt und ausgestattet werden.

- Ausgehend von den Anforderungen muss zuvorderst eine **Aufgabenkritik** erfolgen, die aufzeigt, welche Leistungen öffentlich sichergestellt werden müssen. Folgendes muss eine Public Health-Strategie aufgreifen:
  - Zielgruppengerechte Information der Öffentlichkeit über alle Maßnahmen zum Gesundheitsschutz mit entsprechenden Fähigkeiten für Kampagnen- und Krisenkommunikation
  - Sicherstellung des Bevölkerungsschutzes gerade in Krisen- oder Katastrophensituationen
  - Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung insbesondere zu den Volkskrankheiten und Entwicklung gesundheitsfördernder Lebensräume vor allem für vulnerable Gruppen
  - Koordination des interdisziplinären wissenschaftlichen Austauschs und der beteiligten Institutionen sowie Beratung der Politik bei Entscheidungen zum Gesundheitsschutz
  - Umfassende und aktuelle Berichterstattung über die Gesundheitslage und zur Verfügung stehende Versorgungskapazitäten in Deutschland, womit datenbasierte Entscheidungen zum Gesundheitsschutz ermöglicht werden
  - Verankerung von Prävention und Vorsorge in der Versorgung durch systematische Einbeziehung von Leistungserbringern und Krankenkassen
- Im Anschluss müssen **differenzierte Handlungsaufträge** für die o. g. Aufgaben an geeignete Institutionen (z. B. RKI, ÖGD, BZgA, Krankenkassen und Leistungserbringer) formuliert werden. Neben ausreichender personeller und technischer Ausstattung muss eine digitale **Kommunikationsarchitektur** zwischen den beauftragten Institutionen etabliert werden.
- Außerdem braucht es eine übergeordnete **Governance Struktur**, die die Public-Health-Aktivitäten auf den unterschiedlichen staatlichen und nicht-staatlichen Ebenen koordiniert und die Umsetzung der Strategie nachhält.



## Impressum

### **HERAUSGEBER**

Bundesverband Managed Care e.V.  
Friedrichstraße 136  
10117 Berlin  
Telefon +49 30 28 09 44 80  
Telefax +49 30 28 09 44 81  
bmcev@bmcev.de  
www.bmcev.de

### **V.I.S.D.P**

Prof. Dr. Volker Amelung  
Johanna Nüsken

### **ICONS**

Flaticons

### **LAYOUT**

FGS Kommunikation

© 08.2021

**BMC** Managed  
Care

[www.bmcev.de](http://www.bmcev.de)