

Gemeinsamer Forderungskatalog von Diakoneo, Helios Kliniken, Bezirkskliniken Mittelfranken und AOK-Bundesverband

# Impulse für ein nachhaltigeres Gesundheitssystem

„Veränderung ermöglichen – Gesundheitsversorgung regional und patientenorientiert weiterentwickeln“. So überschreibt ein durchaus beachtenswertes Konsortium, gebildet aus AOK-Bundesverband und drei Vertretern von sehr unterschiedlichen Krankenhaus- und Pflegeeinrichtungen, seine aktuelle Forderungen „zum notwendigen Strukturwandel im Gesundheitssystem“, mit dem es „Leitplanken zur Entwicklung einer sektorenunabhängigen Versorgung“ geben will.

>> „Das deutsche Gesundheitssystem bedarf einer tiefgreifenden Reform, schreiben die vier Protagonisten – Dr. Mathias Hartmann (Vorstandsvorsitzender Diakoneo),

Dr. Francesco De Meo (Vorsitzender der Geschäftsführung Helios Kliniken), Dr. Matthias Keilen (Vorstand Bezirkskliniken Mittelfranken) und Martin Litsch (Vorstandsvorsitzen-

der AOK-Bundesverband) – gleich zu Beginn der Präambel ihres 7 Haupt- und 30 Unterpunkte umfassenden Forderungs-Katalogs. Ihr zentrales Statement: „Veränderungen

## 7 Thesen und 30 Unterpunkte

### 1. Ambulante Versorgung wird sektorenunabhängig erbracht – Vertragsärzte und Krankenhäuser nehmen teil.

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

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

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

### 3. Erweiterung der regionalen Spielräume für

### die vertragliche Regelung passgenauer Versorgungsvarianten

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

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

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

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

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

nerzahl in der jeweiligen Region.

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

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

### 7. Ergebnisqualität als Treiber im Qualitätswettbewerb

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

sind aus verschiedenen Perspektiven unausweichlich.“ Als Begründung dafür führen die Vier schlecht abgestimmte Versorgungsprozesse, Informationsbrüche zwischen Leistungserbringern und Qualitätsrisiken durch mangelnde Spezialisierung an, die die Versorgung gefährden. Auch sei für die Patienten nicht sichergestellt, dass sie mit ihren Anliegen schnell an die richtigen Ansprechpartner geleitet werden.

Gleichzeitig lägen nach Angaben der vier Unterschreibenden die Ausgaben in Deutschland strukturell höher als in anderen OECD-Ländern, wobei in Teilen diese Ausgaben „bestehenden Überkapazitäten in den Versorgungsstrukturen“ geschuldet seien. Aber auch die mangelhafte Zusammenarbeit und fehlende gemeinsame Verantwortungsübernahme für Kosten und Qualität der Versorgung durch die Akteure im System führten zu „unnötig hohen Kosten und suboptimaler Versorgungsqualität“.

Als mitschuldig an dieser Entwicklung sehen die Akteure die derzeitigen Strukturen des ambulanten und des stationären Sektors, die unter vielfältigem Anpassungsdruck aufgrund nicht mehr wirtschaftlich zu betreibender Betriebsstätten und Überkapazitäten stünden, die im internationalen Vergleich enorme Personalressourcen verschlingen.

Gleichzeitig würden sich die Unterschiede zwischen Stadt und Land vertiefen. Ein Zwischenfazit: „Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels stehen auf Dauer weder Finanzmittel noch Fachkräfte ausreichend zur Verfügung, um die Versorgungsstrukturen in dieser Form aufrecht zu erhalten.“

Da in den letzten Legislaturperioden die Chance für eine strukturelle Erneuerung nicht genutzt worden seien, zudem Reformen mit dem Ziel der Überwindung der sektoralen Trennung der Leistungsangebote ausgeblieben und regionale Gestaltungsmöglichkeiten beschnitten worden seien, müsse die sektorenunabhängige Weiterentwicklung der Versorgung auf die politische Agenda.

Darum stellen die Vier einen Forderungskatalog auf, um als „progressive Krankenhausträger und als AOK-Bundesverband“ gemeinsam Impulse für eine Veränderung des Gesundheitssystems zu setzen und Lösungswege aufzuzeigen für eine „nachhaltige, flächendeckende und patientenorientierte, aber auch finanzierbare Gesundheitsversorgung“. <<

von:  
MVf-Chefredakteur Peter Stegmaier

Link: <https://bit.ly/3DhjAQ9>

## Verschwörungstheorien

Autor.: Hepfer, K.  
**Verschwörungstheorien**  
Verlag: Transkript 2021  
222 Seiten, Paperback  
ISBN-Print: 978-3-8376-5931-3  
ISBN-PDF: 978-3-8394-5931-73  
Preis: 21,99-25,00 Euro

>> Ob Mondlandung, Illuminati und 9/11, ob Bielefeld-Verschwörung oder Kennedy-Attentat – wie funktionieren Verschwörungstheorien? Autor Hepfer legt mit seiner Analyse die Strukturmerkmale des Verschwörungsdenkens frei. Mit den Mitteln der Erkenntnistheorie und anhand zahlreicher Beispiele erhellt er, was Verschwörungstheorien von unseren „normalen“ Theorien unterscheidet und wie es ihnen oft meisterhaft gelingt, alle unsere Filter für unsinnige Erklärungen zu umgehen.

Die Neuauflage mit dem altbekannten Untertitel „Eine philosophische Kritik der Unvernunft“ wurde in der nunmehr dritten, aktualisierten und ergänzten Ausgabe um eine Analyse der Corona-Verschwörung erweitert und zeigt, warum Verschwörungstheorien insgesamt gerade im Kontext der Covid-19-Pandemie hoch im Kurs stehen. Sie schärft zugleich den Blick für Argumentationsformen, die uns im Alltag auch an vielen anderen Stellen begegnen. Warum das Verschwörungsd Denken mit der Corona-Pandemie

hier ein „Wirkumfeld, das größer ist, als dies für gewöhnlich der Fall ist“ erhielt, erklärt Hepfer ganz genau. Die pandemiebedingten „Gegenmaßnahmen“ (wie etwa Lockdowns) hätten – so Hepfer – „vom Start weg“ die Verbreitung und Akzeptanz verschwörungstheoretischer Deutungen direkt befördert. Seine Erklärung: „Wenn die direkten Begegnungen im öffentlichen Raum eingeschränkt sind, verlagert sich die Meinungsbildung verstärkt in die virtuellen Räume des Netzes und seiner Echokammern.“ Das bedeute, dass sich die „Meinungsbildung entkoppelt“, mehr noch als in den letzten Jahren ohnehin schon, von der unmittelbaren eigenen Erfahrung. Damit rücke die „Kohärenz“ (mit diesem Begriff wird erklärt, dass jede beliebige Fiktion, solange sie sich denn nur widerspruchsfrei und stimmig in unser Meinungsgefüge einpassen lässt, in den Genuss der Auszeichnung „wahr“ kommen könne) „als Kriterium der Wahrheit von Behauptungen noch einmal stärker in den Vordergrund“. <<



## Die erdrückte Freiheit

Autor: Kubicki, W.  
**Die erdrückte Freiheit**  
Verlag: Westend Verlag, 2021  
128 Seiten, Paperback  
ISBN: 978-3-86489-346-9  
Buch: 14,00 Euro

>> Ähnlich wie der kleine Band „Die schwierige Freiheit“ von Joachim Fest, der 1993 postulierte, dass eine Demokratie auf möglichst eigenständige Bürger angewiesen ist, ruft der FDP-Politiker Wolfgang Kubicki dazu auf, die Grundlagen unseres Gemeinwesens nicht leichtfertig über Bord zu werfen, sondern gerade in Krisenzeiten auf die Stärke unserer verfassungsmäßigen Ordnung zu setzen.

Der Autor plädiert für eine mutige, offene Auseinandersetzung um den richtigen Weg und erzeugt mit seinem – so liest es sich zumindest – ehrlichen Plädoyer gegen Moralismus, Angstmache und Ausgrenzung. Dieses kleine, feine Büchlein, in dem es um die Beeinträchtigung der Grundrechte in

der Pandemiezeit geht, beschreibt Kubicki, wie die Krise auf politische Entscheidungsträger traf, die „dem Wert der Freiheit mit fortschreitendem Verlauf immer weniger Bedeutung beimessen, je länger die Pandemie dauerte.“ Es sei, so wirft er der Regierung vor, nie erklärt worden, „dass das eigentliche Ziel der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen ist, sie selbst schnellstmöglich wieder abzuschaffen“. Man konnte, so sein deutlicher Ruffel, „den Eindruck gewinnen, die Beendigung des Ausnahmezustandes wurde deshalb nicht mit vollem Enthusiasmus betrieben, weil er eine bequemere Art des Regierens ermöglichte“. <<

