Versorgungsagenda 2040

ZUKUNFT GESUNDHEIT.

Vorschläge für die Kranken- und Pflegeversicherung

ikk-classic.de

IKK classic
Ihre Gesundheit. Unser Handwerk.

Inhalt

Einleitung 4

Die Grundlage 6
Die Gesundheitskompetenz ist gestärkt 6
Das Gesundheitswesen ist zukunftsfähig 6
Das Gesundheitswesen versorgt auf dem aktuellen Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse 7
Es gilt der Grundsatz Prävention vor Diagnose / Therapie vor Rehabilitation und Pflege 7
Der Zugang zu Gesundheits- und Pflegeleistungen ist für alle chancengleich möglich 7
Das Gesundheitswesen versorgt patientinnen- und patientenzentriert 8
Das Gesundheitswesen ist gerecht 8
Das Gesundheitswesen ist transparent 8
Die Nutzung von Gesundheitsdaten ist Grundlage für Versorgungsqualität 8
Digitale Gesundheitsdaten sind geschützt 9
Das Gesundheitswesen ist interprofessionell 9
Das Gesundheitswesen ist agil und resilient 9
Das Gesundheitswesen ist international vernetzt 9

Die Künstliche Intelligenz ist Basis 10
Das digitale Ökosystem 10
Einvernehmliche Grundsätze 11

Die Kranken- und Pflegeversicherung ist zukunftsfähig und krisenfest 12
Die KPV bietet umfassenden Schutz 12
Die Gesundheitsversorgung ist selbstverwaltet 12
Die Selbstverwaltung gestaltet Gesundheits- und Pflegeversorgung 13
Organisationen der Leistungserbringenden und Berufskammern sind verantwortlich 14
Kranken- und Pflegeversicherungen stehen im Wettbewerb 15

Die Versorgungsqualität ist weiterentwickelt 16
Leistungen der KPV sind nachhaltig und evidenzbasiert 16
Gesundheitsversorgung und Pflege sind individuell 16
Die Versorgung erfolgt datengestützt, qualitätsgesichert und effizient 17
Gesundheits- und Pflegeleistungen werden von Gesundheitseinrichtungen erbracht 17
Gesundheitseinrichtungen sind digital vernetzt 18
Das Laiensystem ist relevant 18
Unternehmen der KPV nehmen eine aktive Rolle in der Gesundheitsversorgung und der Gesunderhaltung der Versicherten ein 18
Unternehmen der KPV bieten Fallsteuerung an 18

Das GesundheitsCockpit ist digitales Tor zu individuellen Gesundheitsinformationen und -leistungen **19**
Die Patientinnen- und Patienten-Journey im GesundheitsCockpit ist definiert 19
Das GesundheitsCockpit definiert Freiheitsgrade 20

Die Versorgung ist am Bedarf ausgerichtet **21**
Bedarfe sind die Grundlage der Planung 21
Versorgungskapazitäten werden am Bedarf orientiert prädiktiv beplant 21
Das Zuteilungsverfahren bringt Leistungsbedarfe nach wettbewerblichen Kriterien aus 23
Die Versorgungssicherheit ist gewährleistet 23

Das Vergütungssystem vergütet Gleiches gleich und reizt nachhaltige Versorgung an **24**
Transparenz, Fairness und Aufwandsminimierung 24
Modularer Aufbau: Vorhaltevergütung und leistungsbezogene Vergütung 24

Schlussbemerkung **26**

Impressum **27**

Einleitung

Mit der Versorgungsagenda 2040 (#VA2040) macht die IKK classic konzeptionelle Vorschläge für eine Neugestaltung der Gesundheits- und Pflegeversorgung und deren Versicherungssystems. Das vorliegende Papier ist als Diskussionsbeitrag zu verstehen. Es ist im Austausch mit Vertreterinnen und Vertretern aus Wissenschaft und Praxis weiterentwickelt worden.

#VA2040 ist eine Vision, ein richtungsweisendes, erneuerndes Zukunftsbild. Die im Folgenden beschriebenen Bausteine einer Systemerneuerung greifen ineinander und bauen aufeinander auf. Sie können aber auch isoliert betrachtet werden. Eine entscheidende Rolle spielt dabei die Reflexion des Wertekanons der IKK classic[1] für die Versorgung der Zukunft.

Aktuelle, empirisch belegbare Herausforderungen und absehbare Entwicklungen erfordern eine Anpassung der Strukturen in der Gesundheits- und Pflegeversorgung. Gesellschaftliche, wirtschaftliche und (medizinisch-) technische Veränderungen wirken sich auch auf das Gesundheits- und Pflegesystem aus. Der Fachkräftemangel beeinträchtigt die Leistungsfähigkeit der Versorgungssysteme. Die Verschiebung in den Altersklassen in Richtung eines größeren Anteils Älterer determiniert einen höheren Versorgungsbedarf in Gesundheit und Pflege.

Hinzu kommt, dass sich der finanzielle Handlungsspielraum der beitragsfinanzierten sozialen Sicherungssysteme in den kommenden Jahrzehnten verringern wird. Der Finanzierungsanteil aus Steuermitteln für die Sozialversicherung wird aufgrund anderer Herausforderungen zunehmend unter Druck geraten. Hierzu gehören z. B. der Verteidigungshaushalt, weitere allgemeine Infrastrukturausgaben wie der CO_2-neutrale Umbau der Energieversorgung, die Finanzierung des Bildungsbedarfs, Subventionen für Private und Unternehmen und die gesamtwirtschaftliche Entwicklung.

Wesentliche Lösungsansätze im Gesundheits- und Pflegebereich sind:

- die Stärkung der Gesundheitskompetenz (Health Literacy) und der Prävention;
- die Ausrichtung des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf eine hochwertige und bedarfsnotwendige Versorgung;
- eine zukunftsfähige Finanzierungsstruktur, die den Faktor Arbeit entlastet und stärker auch andere Wertschöpfungsquellen in die solidarische Finanzierung der Gesundheitsversorgung einbezieht;
- der Auf- und Umbau zu bedarfsgerechten Versorgungsstrukturen;

[1] Zu den Werten gehören u. a. Diversität und Inklusion, Nachhaltigkeit und soziale Verantwortung.

- mehr Kooperation und Interprofessionalität;
- eine kompetenzorientierte Versorgung;
- die Nutzung von Digitalisierung und Künstlicher Intelligenz (KI);
- die zielgerichtete, durch KI unterstützte Steuerung von Patientinnen und Patienten;
- die digitale bzw. technische Unterstützung der Leistungserbringung;
- die auskömmliche Vergütung der Leistungserbringenden.

Herausforderungen sind Chancen zur Veränderung. Aus den Problemen, mit denen das Gesundheitswesen konfrontiert ist, lassen sich Reformpotenziale ableiten:[2]

- gesundheitspolitischer Problemdruck,
- allgemeinpolitische Handlungsfenster,
- Interessengruppen sowie
- innovative Impulse aus Gesellschaft, Wirtschaft und Wissenschaft.

Insbesondere die beiden erstgenannten Effekte sind derzeit die stärksten Treiber für das Gesundheitswesen. Zu Letztgenanntem möchte die IKK classic mit der Versorgungsagenda 2040 selbst einen Beitrag leisten.

Die von den Kranken- und Pflegekassen abgesicherte Gesundheitsversorgung und Pflege sind die entscheidenden Faktoren für den Gesundheitsstatus der Bevölkerung. Hinzu kommen jedoch weitere Einflussfaktoren wie das Gesundheits- bzw. Risikoverhalten, die Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie soziale, politische und ökonomische Faktoren.

Um die beschriebene Vision zu realisieren, ist ein Transformationsprozess notwendig. Dieser Prozess wird im vorliegenden Papier nicht beschrieben. Dies soll in der Folge auf breiter Mitwirkungsbasis geschehen.

Im Zuge des Transformationsprozesses ist unter anderem zu prüfen, welcher rechtlichen Änderungen es bedarf. Außerdem ist zu klären, ob und wie Rolle und Aufgaben der Stakeholder im Gesundheitswesen neu beschrieben und entsprechend weiterentwickelt werden müssen. Hierfür ist ein breiter, partizipativer Prozess erforderlich. Dieser muss die jeweiligen Interessenlagen berücksichtigen.

[2] Bandelow, Nils C./Hornung, Johanna/Iskandar, Lina Y. (2021): Wie reform- und innovationsfähig ist das deutsche Gesundheitssystem? in: Bernadette Klapper & Irina Cichon (eds.) Neustart! Für die Zukunft unseres Gesundheitswesens, 27–48, ISBN: 978-3-95466-652-2.

Die Grundlage

Das Gesundheitswesen (Prävention, Gesundheitsversorgung, Rehabilitation und Pflege) ist Teil der Daseinsvorsorge als staatliche Aufgabe und unverzichtbarer Eckpfeiler einer solidarischen und sozialen Gesellschaft. In einer freiheitlichen Demokratie ist die Gesundheitsversorgung auch Voraussetzung für sozialen Frieden und Zusammenhalt. Die folgenden Überlegungen zeigen Möglichkeiten auf, die Effektivität und Effizienz der Gesundheits- und Pflegeversorgung mittel- und langfristig zu sichern.

Der Einfachheit halber wird für die folgende Beschreibung die Form des Indikativ Präsens gewählt.

Die Gesundheitskompetenz ist gestärkt

Die zentrale Bedeutung der Gesundheitskompetenz (Health Literacy) für das Wohlergehen des Einzelnen und der gesamten Bevölkerung ist erkannt. Die Bevölkerung ist gesundheitskompetent. Das Handeln ist eigenverantwortlich. Dies ermöglicht es den Nutzerinnen und Nutzern, Unterstützungsangebote im Gesundheitswesen selbstständig zu erkennen und in Anspruch zu nehmen. Angebote wie persönliche Avatare unterstützen bei der langfristigen Nutzung und stärken die Motivation.

Gesundheitskompetenz ist ein interdisziplinäres Handlungsfeld und Anker einer effizienten Gesundheitsversorgung. Individuelle Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit, durch das eigene (auch unbewusste) Verhalten und durch eigene (auch bewusste) Entscheidungen selbst zur Gesunderhaltung und zur Überwindung von Krankheiten beizutragen.[3] Ziel einer gestärkten und dauerhaft hohen Gesundheitskompetenz ist die Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit.

Die Entwicklung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und beginnt bereits in der frühkindlichen Erziehung. Alle Akteure tragen Verantwortung dafür, dass die Bevölkerung informiert und aufgeklärt handeln kann bzw. unterstützt wird: die Gebietskörperschaften mit ihren Einrichtungen (Gesundheitsämter, Kindertagesstätten, Schulen etc.) und die Privaten (Unternehmen) in ihrer jeweiligen Rolle. Auch die Sozialversicherungen einschließlich der Kranken- und Pflegeversicherungen sowie die Leistungserbringenden im Gesundheitswesen übernehmen einen Teil dieser Aufgabe.

Es gilt der Grundsatz: Making the healthier choices the easier choices. Die staatlichen Rahmenbedingungen verfolgen den „Health in All Policies"-Ansatz und erleichtern ein gesundheitsförderndes, krankheitsvermeidendes Verhalten jedes Einzelnen sowie gesellschaftlicher Gruppen.

Gesundheitskompetenz sichern bedeutet auch: Die Bevölkerung hat barrierefreien Zugang zu unabhängigen, qualitätsgesicherten Gesundheitsinformationen. Sie ist in der Lage und wird bei Bedarf unterstützt, diese zu finden, zu verstehen, zu bewerten und umzusetzen. Infolgedessen hat jede und jeder ein gutes Verständnis des eigenen körperlichen und geistigen Gesundheitszustands. Jeder erkennt die Notwendigkeit einer aktiven, gesunden Lebensweise und – im Falle einer Erkrankung – einer Behandlung. Während einer Behandlung fördert Gesundheitskompetenz die Adhärenz – also die langfristige Befolgung therapeutischer Empfehlungen.

Gesundheitskompetenz schließt digitale (Gesundheits-) Kompetenz ein. Sie umfasst das Wissen über die eigenen medizinischen Daten und deren Nutzung. Einheitliche Standards, Interoperabilität, Privacy Governance sowie Partizipation sind von zentraler Bedeutung und sichern das Vertrauen der Bevölkerung in Digitalisierung, Technologie und Künstliche Intelligenz (KI).

Das Gesundheitswesen ist zukunftsfähig

Nachhaltigkeit in ökonomischer, ökologischer und sozialer Hinsicht ist die Grundlage des Gesundheitswesens. Das Gesundheitswesen ist zukunftsfähig. Nachhaltiges Handeln unterstützt und sichert die Leistungsfähigkeit und Zielerreichung des Gesundheits-

[3] Vgl. Salutogenese-Konzept von Antonovsky: Faltermaier, T. (2023). Salutogenese. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/salutogenese/; Abruf am 29.04.2025.

wesens. Gleichzeitig werden Ressourcen effizient eingesetzt. Alle Entscheidungen orientieren sich daran.

Das Gesundheitswesen trägt selbst maßgeblich zur Nachhaltigkeit der gesellschaftlichen Entwicklung bei bzw. ist Handlungsfeld der Nachhaltigkeitsstrategie.

Das Gesundheitswesen versorgt auf dem aktuellen Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse

Das Gesundheitswesen organisiert die Erhaltung der Gesundheit, die medizinische Versorgung im Krankheitsfall sowie die Rehabilitation und Pflege. Maßstab ist der aktuelle Stand der (medizinisch-)wissenschaftlichen Erkenntnisse. Alle Leistungen orientieren sich an wissenschaftlicher Evidenz.

Versorgungsforschung liefert die Grundlage für eine evidenzbasierte Weiterentwicklung der Versorgung. Der Transfer der Ergebnisse der Versorgungsforschung berücksichtigt die Umsetzbarkeit in die Praxis. Dies führt zu einer zeitnahen und nachhaltigen Implementierung medizinischer und pflegerischer Innovationen durch Gesetzgeber und Selbstverwaltung in die Regelversorgung.

Das Gesundheitswesen ist dem Nutzen der Patientinnen und Patienten verpflichtet. In einem nationalen Gesundheitsplan (Public-Health-Strategie) sind Maßnahmen und Verantwortlichkeiten festgelegt, die die gesamtgesellschaftliche Verantwortung für die Gesunderhaltung der Bevölkerung fördern.[4]

Es gilt der Grundsatz Prävention vor Diagnose / Therapie vor Rehabilitation und Pflege

Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung von Krankheiten stehen im Mittelpunkt. Sie vermeiden Krankheiten oder Pflegebedürftigkeit oder mildern ihren Verlauf. Gleichzeitig unterstützt das Gesundheitswesen den Erhalt der Arbeitsfähigkeit im Erwerbsalter. Hier liegt der Schwerpunkt des Gesundheitswesens. Ziel ist es, die Fähigkeit zur selbstständigen Alltagsbewältigung und zur sozialen Teilhabe zu erhalten. Grundlage ist das bio-psycho-soziale Modell[5], das sich an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)[6] orientiert.

Gesundheitsförderung stärkt gesundheitsbezogene Schutzfaktoren sowie den Aufbau und Erhalt von Ressourcen zur besseren Bewältigung von Belastungen und Herausforderungen im Lebensverlauf. Im Mittelpunkt steht die Befähigung der Menschen, sich selbstbestimmt um ihre gesundheitlichen Belange zu kümmern.

Prävention setzt zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Krankheits- oder Pflegeverlauf an: vor der Entstehung (primär), in einer frühen Phase (sekundär), insbesondere durch Früherkennung und Vorsorgeuntersuchungen, oder wenn eine Krankheit oder Pflegebedürftigkeit eingetreten ist (tertiär). Dadurch werden Risikofaktoren für die Entstehung oder Verschlimmerung von Krankheit oder Pflegebedürftigkeit im Verlauf vermieden oder vermindert. Ebenso ist die quartäre Prävention etabliert. Sie schützt den Patienten vor akuter medizinischer oder pflegerischer Überversorgung.

Der Zugang zu Gesundheits- und Pflegeleistungen ist für alle chancengleich möglich

Die Bevölkerung hat Zugang zu Gesundheits- und Pflegeleistungen. Dies gilt unabhängig von ethnischer Herkunft, Geschlecht, sexueller Orientierung, Religion oder Weltanschauung, Behinderung, Alter, sozialem Status oder Einkommen.

Inklusive Gesundheitsversorgung sichert die gleichberechtigte Teilhabe aller. Der Zugang zur Versorgung ist chancengleich.

Für hilfsbedürftige Menschen, die z. B. aufgrund einer körperlichen, seelischen oder geistigen Erkrankung eine Behinderung, Pflegebedürftigkeit oder sonstige Einschränkungen haben, sind adäquate, niedrigschwellige Beratungszugänge etabliert. Zur Unterstützung

[4] https://zukunftsforum-public-health.de/public-health-strategie/; Zugriff am 01.03.2024.
[5] https://www.uni-augsburg.de/de/fakultaet/med/profs/medpsych/schwerpunkte-lehre/bps/; Zugriff am 19.04.2024.
[6] https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health/; Zugriff am 19.04.2024.

sind datensichere Zugänge für Bevollmächtigte und Betreuende zu allen notwendigen Gesundheitsinformationen der Betroffenen eingerichtet.

Das Gesundheitswesen versorgt patientinnen- und patientenzentriert

Die Gesundheitsversorgung ist geprägt von aufgeklärten und informierten Versicherten und Patientinnen und Patienten. Die Versorgung ist patientinnen- und patientenzentriert. Diese partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen den Akteuren – professionellem System und Versicherten – sichert den Erfolg. Das gilt sowohl in der Prävention als auch in der Therapie, Rehabilitation und Pflege.

Aufklärung bei Diagnose und vor der Behandlung sind ethisch geboten. Die Rolle der Versicherten wird durch Shared Decision Making (SDM) gestärkt. SDM sieht eine aktive Rolle des und der Einzelnen in Entscheidungsprozessen vor. Es geht um emotionale und – soweit möglich – fachliche Augenhöhe. Die behandelte Person hat Zugang zu allen Informationen, die für ihre Entscheidungsfindung wichtig sind. Die jeweils Verantwortlichen für Diagnose und Therapie sind Expertinnen und Experten in allen medizinischen Fragen. Sie stellen alle notwendigen Informationen so zur Verfügung, dass sie für alle Patientinnen und Patienten verständlich und nachvollziehbar sind.

SDM wirkt sich im Versorgungsprozess positiv auf den Gesundheitszustand und die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten aus.

Das Gesundheitswesen ist gerecht

Das Gesundheitswesen ist gerecht. Es sorgt dafür, dass Gleiches gleich behandelt wird. Ungleiches wird ungleich behandelt. Dies gilt für den Zugang zu und die Erbringung von Leistungen, deren Vergütung sowie für den Zugang zu Beratung, Information und Service. Dies gilt auch für den Zugang zum Leistungswettbewerb.

Das Gesundheitswesen ist transparent

Das Gesundheitswesen ist transparent. Verantwortliches Handeln aller Akteure im Gesundheitswesen setzt dies voraus. Alle Akteure haben direkten und unmittelbaren Zugang zu den Informationen, die sie zur Wahrnehmung ihrer Verantwortung benötigen. Jede und jeder Einzelne hat uneingeschränkten Zugang zu ihren bzw. seinen individuellen Gesundheitsdaten, Befunden und Informationen über Diagnosen und Therapien. Diese Informationen stehen in allgemein verständlicher Sprache und in austauschbaren, lesbaren Datenformaten zur Verfügung.

Jede und jeder hat die Möglichkeit, ihre bzw. seine individuellen Gesundheitsdaten durch selbst generierte Informationen zu ergänzen (z. B. Einnahme von OTC-Präparaten, Daten aus privater Sensorik, aus Aktivitäten, zum Gesundheitsverhalten und zur Ernährung).

Leistungserbringenden stehen die für die jeweilige Maßnahme der Gesundheitsförderung, Diagnose und Therapie, Rehabilitation oder Pflege erforderlichen Informationen zur Verfügung. Diese können aktuell, unmittelbar und in definierten, interoperablen Datenformaten abgerufen werden. Die Leistungserbringenden dokumentieren ihre Leistungen entsprechend.

Die Bevölkerung und die Leistungserbringenden können das verfügbare Leistungsangebot abrufen. Jede und jeder kann mit den jeweiligen Leistungserbringenden einen optimierten Maßnahmenplan digital zusammenstellen.

Auch die Kranken- und Pflegeversicherungen und ihre Verbände als Teil der Selbstverwaltung[7] verfügen über die notwendigen Informationen, um ihrer Verantwortung gerecht zu werden. Dazu gehören Daten über die Inanspruchnahme von Leistungen sowie weitere Gesundheitsdaten der Versicherten.

Das Gesundheitswesen entwickelt sich in seinen Strukturen und Leistungen ständig weiter. Grundlage für diese Weiterentwicklung sind Gesundheitsdaten. Die Komplexität im Gesundheitswesen wird durch den gezielten Einsatz digitaler Techniken beherrschbar.

Die Nutzung von Gesundheitsdaten ist Grundlage für Versorgungsqualität

Die Nutzung von Gesundheitsdaten ist Grundlage für Versorgungsqualität. Daher hat die Nutzung epide-

[7] Im vorliegenden Text wird unter „Selbstverwaltung“ grundsätzlich das gemeinsame Agieren der Kostenträger und Leistungserbringenden verstanden. Auf Aufgaben der Sozialen Selbstverwaltung von Versicherten- und Arbeitgebervertreterinnen und -vertretern wird gesondert hingewiesen.

miologischer Versorgungsdaten zur Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung Vorrang vor dem individuellen Datenschutz. Datenqualität und eine möglichst vollständige und repräsentative Datenbasis sind von entscheidender Bedeutung. Die Weiterverarbeitung von Gesundheitsdaten erfolgt grundsätzlich einwilligungsfrei. Die Daten sind anonymisiert oder pseudonymisiert. Als höchstes Schutzniveau für Patientinnen und Patienten ist eine Opt-out-Option etabliert.

Trotz einwilligungsfreier Lösungen bleibt der Kernbereich des Datenschutzrechts für Gesundheitsdaten gewahrt. Zum Schutz der Grundrechte und Interessen der Versicherten greifen rechtliche, technische und organisatorische Maßnahmen. Dies sichert die informationelle Selbstbestimmung der Betroffenen und berücksichtigt gleichzeitig gesundheitsbezogene öffentliche Interessen und individuellen Nutzen.

Monitoring und Evaluation von Gesundheitsdaten tragen zur Transparenz und Erreichung von Gesundheitszielen bei. Digitale Chancengleichheit ist hergestellt. Die Potenziale digitaler Gesundheitsinformationen werden genutzt. Datenschutz ist Ermöglichung.

Digitale Gesundheitsdaten sind geschützt

Digitale Gesundheitsdaten sind vor Cyberkriminalität geschützt. Für mögliche Einfallstore, wie z. B. vernetzte Medizintechnik, Informationssysteme von Gesundheitseinrichtungen oder die elektronische Patientenakte (ePA), existieren Sicherheitsmechanismen, die die Netze resilient machen.

Das Gesundheitswesen ist interprofessionell

Interprofessionalität prägt das Gesundheitswesen. Sie ist eine Querschnittsaufgabe. Gesundheitsberufe und andere Beteiligte arbeiten berufsgruppenübergreifend und auf Augenhöhe zusammen.

Bei zunehmender Spezialisierung und Differenzierung sichert Interprofessionalität den Erfolg der jeweiligen Maßnahme. Vollständige und unmittelbare Informationstransparenz führt zu reibungsloser Zusammenarbeit.

Das Gesundheitswesen ist agil und resilient

Das Gesundheitswesen ist agil und resilient. Es passt sich in seinen Strukturen und Prozessen sowie im Leistungsumfang prospektiv an die gesundheitlichen Versorgungsbedürfnisse der Bevölkerung an. Dadurch ist das Gesundheitswesen resilient gegenüber externen Trends und Schocks. Zu den Trends zählen beispielsweise der Klimawandel, die demografische Entwicklung und der medizinisch-technische Fortschritt. Schocks können Naturkatastrophen, Pandemien und Kriege sein.

Wichtige Voraussetzungen für diese Resilienz sind Interprofessionalität und Transparenz. Eine weitere Grundlage ist eine hohe Agilität durch Digitalisierung und Vernetzung. Das Denken und Handeln aller Beteiligten ist durch hohe Eigenverantwortung geprägt.

Das Gesundheitswesen ist international vernetzt

Die gesundheitssystemrelevanten, globalen Abhängigkeiten und Wechselwirkungen sind erheblich. Die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens ist daher auch durch grenzüberschreitenden Erfahrungs- und Wissensaustausch gesichert. Insbesondere in der medizinischen Forschung und Entwicklung findet eine intensive internationale Zusammenarbeit statt. Die Gesundheitsförderung ist international koordiniert.

Der Aufbau von Datennetzwerken und Datenbanken (Big Data) erfolgt international. Entsprechende Sicherheits- und Schutzstandards für einen qualitätsgesicherten Datenaustausch sind geschaffen.

Die Künstliche Intelligenz ist Basis

Das digitale Ökosystem

Das digitale Ökosystem des Gesundheitswesens bildet die Grundlage für die Gesundheits- und Pflegeversorgung. Es ist ein Subsystem des nationalen digitalen Ökosystems.

Im digitalen Ökosystem des Gesundheitswesens sind alle Akteure durch ein technologiebasiertes und auf Künstlicher Intelligenz (KI) fußendes System vernetzt. KI umfasst alle Formen, so z. B. Machine Learning, Deep Learning und generative KI.

Mit den Daten von Ärztinnen und Ärzten, Pflegekräften, Heilmittelerbringern, aber auch von Patientinnen und Patienten, Versicherungen, Forschungseinrichtungen, Technologieanbietern und anderen Gesundheitsdienstleistern kann KI die Koordination im Versorgungsprozess optimal unterstützen.

Qualität und Umfang der Daten sind entscheidend für die Genauigkeit und Effektivität der Unterstützung durch KI in der Gesundheitsversorgung.

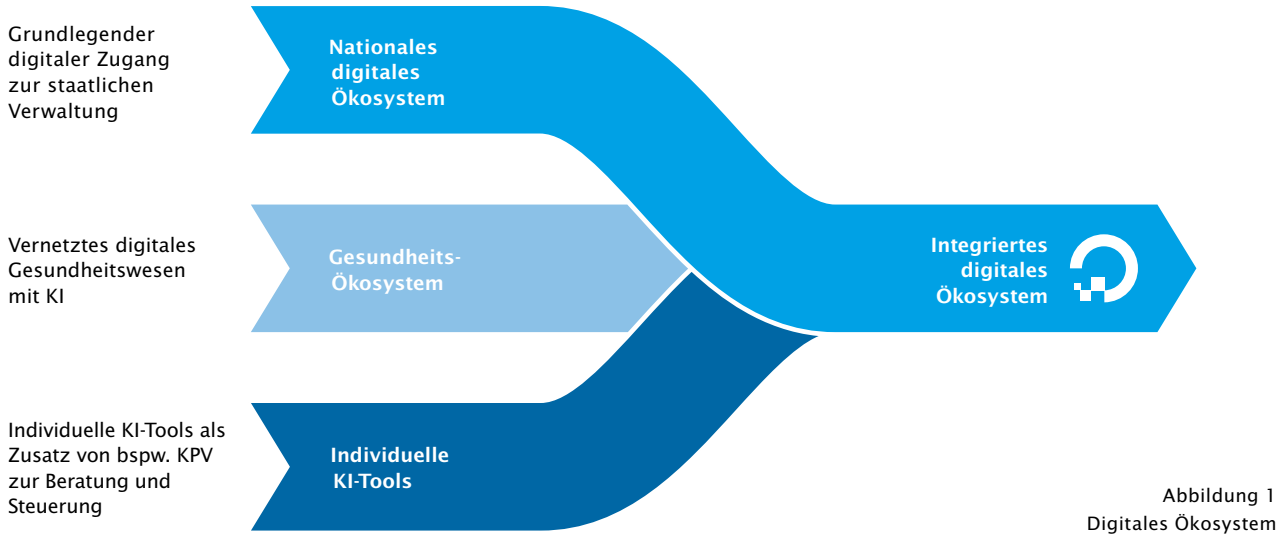

Abbildung 1
Digitales Ökosystem

Die Gesamtverantwortung liegt bei einer nationalen, neutralen Instanz, z. B. einer Digitalagentur für Gesundheit.

Das digitale Ökosystem im Gesundheitswesen verbindet verschiedene Plattformen, Anwendungen, Datenquellen und Ausgabegeräte miteinander. Es ermöglicht den Austausch von Informationen in Echtzeit.

Die Unternehmen der Kranken- und Pflegeversicherung sowie andere Player im digitalen Gesundheits-Ökosystem können ergänzend eigene KI-Tools zur Beratung und Steuerung einsetzen. Dies kann der Differenzierung im Wettbewerb dienen. Diese individuellen KI-Tools unterliegen denselben Kriterien, die für die Daten, Anwendungen und Algorithmen des nationalen digitalen Ökosystems gelten. Sie sind mit diesem entsprechend vernetzt.

KI kommt eine entscheidende Rolle zu. KI fußt sowohl in der Programmierung als auch in den verwendeten Daten auf einer Basiswertung. Diese ist transparent und überprüfbar. Der Einsatz von KI steht im Einklang mit dem Artificial Intelligence (AI) Act der Europäischen Union sowie mit dem nationalen Werte- und Rechtssystem.

Einvernehmliche Grundsätze

Einvernehmliche Grundsätze tragen dazu bei, Vertrauen in die Technologie zu schaffen und zu festigen. KI

- stellt sicher, dass die Versorgung gerecht und für alle zugänglich ist;
- liefert hochpräzise und zuverlässige Diagnosen und Behandlungsempfehlungen;
- basiert auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und evidenzbasierten Leitlinien; ihre Empfehlungen fußen auf bewährten Verfahren und anerkannten Forschungsergebnissen;
- respektiert ethische Grundsätze. Sie klärt die Verantwortlichkeit für ihre Handlungsempfehlungen.
- arbeitet transparent, und die Benutzeroberfläche ist benutzerfreundlich, so dass die Angehörigen der Gesundheitsberufe und die Patientinnen und Patienten verstehen, wie die KI zu ihren Empfehlungen gelangt;
- ist in die Gesundheitsinformationssysteme integriert, um eine nahtlose Kommunikation und den Datenaustausch zwischen verschiedenen Einrichtungen und Akteuren im Gesundheitswesen zu ermöglichen;
- berücksichtigt die Bedürfnisse und die Vielfalt von Patientinnen und Patienten und Fachkräften im Gesundheitswesen;
- wird regelmäßig überprüft und verbessert, um ihre Leistungsfähigkeit und Sicherheit zu optimieren.

Die Anwenderinnen und Anwender sind für die Nutzung von KI ausreichend qualifiziert. So ist sichergestellt, dass sie die Technologie verstehen und effektiv nutzen können. Ebenso sind Anwenderinnen und Anwender angemessen an der (Weiter-)Entwicklung des KI-Werkzeugs beteiligt.

KI kann durch privatwirtschaftliche Unternehmen organisiert werden. Dies gewährleistet:

- Innovation: Ein angemessen reguliertes Umfeld trägt dazu bei, dass KI-Technologien schneller entwickelt und verbessert werden.
- Flexibilität in der Entwicklung: KI-Systeme sind kreativ und autonom. Eine angemessene Regulierung stärkt die Fähigkeit der Systeme, sich weiterzuentwickeln und an neue Anforderungen anzupassen.
- Wettbewerbsfähigkeit: Ein angemessen reguliertes Umfeld trägt dazu bei, dass Unternehmen und Forschungseinrichtungen im globalen Kontext wettbewerbsfähig bleiben.

Die Qualitätssicherung beim Einsatz von KI wird zudem regelmäßig durch eine dritte, unabhängige Stelle durchgeführt. Diese Stelle soll branchenübergreifend im Einvernehmen der Partner in der Selbstverwaltung besetzt werden.

Die Unternehmen der Kranken- und Pflegeversicherung und die Entscheidungsträger im Gesundheitswesen sind sich ihrer Verantwortung im Umgang mit KI bewusst. Selbstverwaltung hat die hoheitliche Aufgabe, innerhalb des gesetzlich vorgegebenen Rahmens die Rechts- und Wertebasis für ihre Ausgestaltung, die Qualitätskriterien für ihre Datenbasis sowie die Definition ihrer formalen und inhaltlichen Kriterien festzulegen. Die Selbstverwaltung überwacht auch die Einhaltung der Rahmenbedingungen.

Dieser rechtliche und strukturelle Rahmen stellt sicher, dass die Grundprinzipien bzw. Zielsetzungen eingehalten werden. Gesetze und Richtlinien zu Datenschutz, Transparenz und Ethik werden umgesetzt. Potenzielle Risiken wie Datenschutzverletzungen, Diskriminierung oder Missbrauch werden minimiert. Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung der Versicherten ist gewahrt.

Die Kranken- und Pflegeversicherung ist zukunftsfähig und krisenfest

Die KPV bietet umfassenden Schutz

Die Bevölkerung ist in gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen (KPV) umfassend gegen die Risiken Krankheit und Pflegebedürftigkeit abgesichert. Die Bevölkerung ist in integrierten Kranken- und Pflegeversicherungen pflichtversichert. Die KPV ist von Solidarität und Eigenverantwortung getragen.

Die KPV ist dem Solidaritätsprinzip verpflichtet. Die Beiträge richten sich nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten. Die Beitragsbemessung bleibt begrenzt.

Die Leistungen der Versicherungen werden entsprechend dem jeweiligen Bedarf zur Gesunderhaltung, Behandlung und Rehabilitation[8] sowie zur Pflege unabhängig von der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten gewährt.

Die Versicherten sind nach ihren individuellen Möglichkeiten kompetent in Gesundheitsfragen und für die Erhaltung der eigenen Gesundheit, Selbstständigkeit und Wiederherstellung der eigenen Gesundheit verantwortlich.

Die Gesundheitsversorgung ist selbstverwaltet

Die Gesundheitsversorgung in der KPV beruht auf dem Prinzip der Sozialen Selbstverwaltung.

Die Soziale Selbstverwaltung in den Unternehmen der KPV bildet das Fundament einer demokratisch legitimierten und solidarisch getragenen Gesundheits- und Pflegeversorgung. Die Soziale Selbstverwaltung gewährleistet, dass die Interessen der Versicherten und Arbeitgeber unmittelbar und gleichberechtigt in den Entscheidungsprozessen der Kranken- und Pflegeversicherungen vertreten werden. Die Soziale Selbstverwaltung stellt eine tragende Säule dar, die die Gemeinsame Selbstverwaltung erst ermöglicht und legitimiert.

Diese eigenverantwortliche Mitgestaltung sichert nicht nur die Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Entscheidungen, sondern fördert auch die Akzeptanz und Identifikation der Versicherten sowie der Arbeitgeber mit dem Sozialversicherungssystem. Soziale Selbstverwaltung wahrt die Balance zwischen wirtschaftlicher Effizienz, sozialer Gerechtigkeit und individueller Versorgungssicherheit.

Die Soziale Selbstverwaltung verfügt über Instrumente, mit denen sie ihre Verantwortung eigenständig und rechtlich abgesichert wahrnehmen kann.

Die Strukturen der Selbstverwaltung werden ständig auf ihre Flexibilität und Anpassungsfähigkeit überprüft. Selbstverwaltung stellt sicher, dass die Handlungsfähigkeit auch in Zeiten rascher Veränderungen im Gesundheitswesen erhalten bleibt. Entscheidungen über Leistungsumfang und Leistungsgewährung, Versorgungsstrukturen, Vergütungsstruktur und Vergütungshöhe werden von den Trägern bzw. Verbänden der Kranken- und Pflegeversicherungen und den Leistungserbringenden in Selbstverwaltung einvernehmlich getroffen.

Die Grenzen zwischen der Gesundheitsversorgung und anderen Bereichen der Daseinsvorsorge (z. B. subsidiäre Schutzleistungen, öffentliche Sicherheit, Notfall- und Katastrophenschutz) sind fließend. Selbstverwaltung und Gebietskörperschaften tragen in diesem Fall grundsätzlich gemeinsam die Planungs- und Finanzierungsverantwortung für die Bereitstellung entsprechender Einrichtungen.

Selbstverwaltung sichert:

- Mitwirkung und Mitbestimmung: Versicherte, Arbeitgeber und Leistungserbringende haben die Möglichkeit, über ihre Verbände an Entscheidungen im Gesundheitswesen mitzuwirken. Dies fördert die demokratische Mitbestimmung und eine breite Akzeptanz und Legitimation von Entscheidungen im Gesundheitswesen.
- Praxisnähe und Fachkompetenz: Selbstverwaltung ermöglicht es den Angehörigen der Gesundheitsberufe, den Versicherten und den Arbeitgebern, an der Gestaltung der gesetzlichen Rahmenbedingungen und an Entscheidungen mitzuwirken. Diese Akteure verfügen über Kenntnisse und Einblicke in die Lebens-

[8] Rehabilitation ist auch Aufgabe weiterer Träger der Sozialversicherung sowie öffentlicher Einrichtungen außerhalb der KPV.

welten (Setting). Dies fördert praxisnahe Lösungen und berücksichtigt die Expertise der Beteiligten.

- Anpassungsfähigkeit: Die Struktur der Selbstverwaltung ermöglicht es, schnell und flexibel auf Veränderungen im Gesundheitswesen zu reagieren. Dies ist wichtig, um auf neue Herausforderungen wie medizinische Innovationen und gesellschaftliche Entwicklungen angemessen reagieren zu können.
- Interessenausgleich: Die Beteiligung der Versicherten, der Arbeitgeber und der im Gesundheitswesen Tätigen an den Entscheidungsprozessen fördert den Interessenausgleich und stellt sicher, dass wirtschaftliche und politische Aspekte mit den Bedürfnissen der Menschen in Einklang gebracht werden.

Die Selbstverwaltung gestaltet Gesundheits- und Pflegeversorgung

Die Leistungserbringenden und die Unternehmen der Kranken- und Pflegeversicherung spielen eine entscheidende Rolle bei der Organisation der Gesundheits- und Pflegeversorgung in der KPV. Da es sich um hoheitliche Aufgaben handelt, sind die Unternehmen der KPV sowie die Organisationen der Leistungserbringenden als Körperschaften des öffentlichen Rechts organisiert.

Die Trägerschaft unterscheidet sich danach, ob bundesweite oder landesspezifische Aufgaben wahrgenommen werden.

Zu den Aufgaben der Selbstverwaltung auf Bundesebene gehören:

- Definition von Rahmenparametern und Zielgrößen bzw. -korridoren (Prävalenzen, Bedarfe, Leistungskomplexe, Mengen- und Qualitätsvorgaben für Strukturen, Prozesse und Ergebnisse);
- Vorgaben zur Erhebung der epidemiologischen Daten auf der Grundlage von eigenen Erhebungen zu Gesundheitsdaten, Definition von Zulassungskriterien in Grenzregionen;
- Entwicklung und Festschreiben von Leitlinien, Richtlinien und sonstigen Qualitätsanforderungen der medizinischen Diagnose und Therapie;
- Definition des Leistungsumfangs;
- Definition von Leistungskomplexen[9] sowie des Zusammenhangs zwischen diesen und Versorgungsbedarfen;
- Zuordnung der Leistungskomplexe zu regionalen sowie überregionalen Bedarfen;
- Festlegung überregionaler Versorgungsstrukturen im Einvernehmen mit der Landesebene;
- Festlegung von generellen Qualitätsvoraussetzungen zur Zulassung und Weiterführung von Gesundheitseinrichtungen;
- Vergütungs- und Honorarverhandlungen (teilweise);
- Festlegung der ethischen und rechtlichen, nichttechnischen Rahmenbedingungen und Regulierung des Einsatzes von Tools der KI.

[9] Leistungskomplexe: Zusammenfassung von medizinischen und pflegerischen Leistungen zur Qualitätssicherung sowie zur Bemessung der Vergütungshöhe.

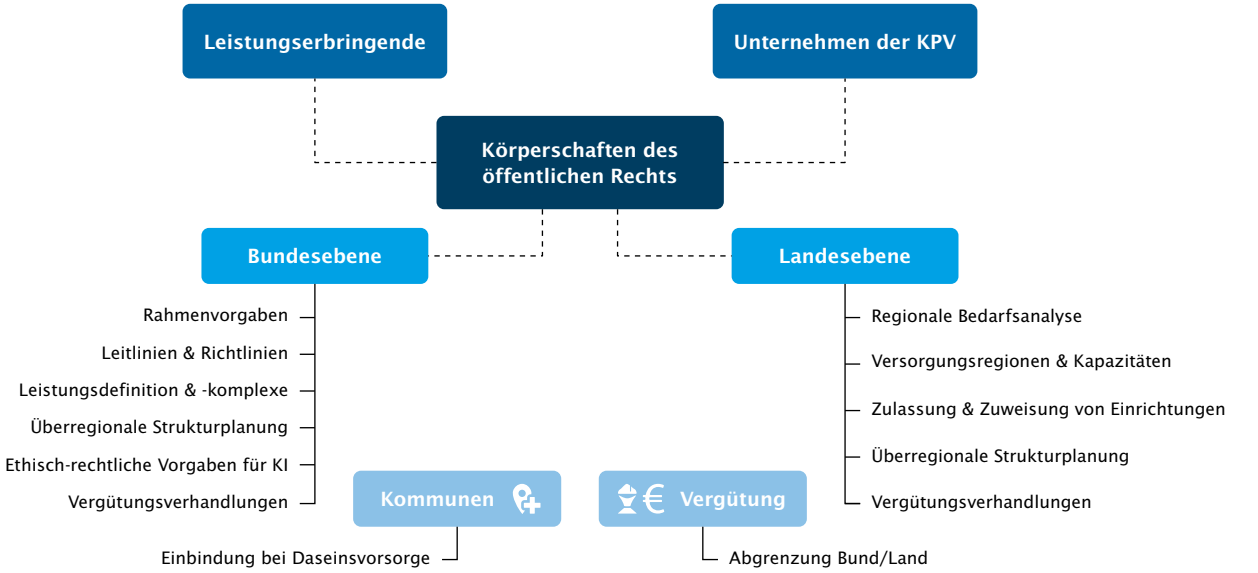

Abbildung 2
Aufgabenverteilung

Zu den Aufgaben der Selbstverwaltung auf Landesebene gehören:

- Erhebung epidemiologischer und soziodemografischer Daten;
- Definition von Versorgungsregionen;
- Ermittlung und Festlegung der Versorgungsbedarfe (prädiktiv auf Basis von prospektiven landes- bzw. regionsspezifischen Prävalenzen);
- Zuordnung der Leistungskomplexe zu Versorgungsregionen (Planungsausschuss);
- Ermittlung und Festlegung der Versorgungskapazitäten;
- Zulassung von Gesundheitseinrichtungen zur Versorgung;
- Zuweisung von Versorgungsaufträgen, ausgerichtet an den ermittelten Bedarfen der Versorgungsregionen;
- Vergütungs- und Honorarverhandlungen (teilweise);
- Festlegung überregionaler Versorgungsstrukturen.

Wenn Aufgaben der Daseinsvorsorge betroffen sind, für die (auch) die kommunalen Gebietskörperschaften zuständig sind, werden diese einbezogen. Die genaue Aufgabenabgrenzung zwischen Bundes- und Landesebene bei der Vergütung ist festgelegt. Verhandlungen über Leistungskomplexe, die in der Regelversorgung versicherungsunabhängig erbracht werden, werden von den Kranken- und Pflegeversicherungen gemeinsam und einheitlich geführt.

Organisationen der Leistungserbringenden und Berufskammern sind verantwortlich

Neben Themen der gemeinsamen Agenda nehmen die Organisationen der Leistungserbringenden sowie Berufskammern weitere Aufgaben wahr:

- Aufsicht über die Gesundheitsfachberufe, einschließlich der Überprüfung von Qualifikationen;
- Zulassung zur Ausübung des Gesundheitsfachberufs, einschließlich der Führung entsprechender Register;
- Förderung der Aus- und Weiterbildung;
- Vertretung der politischen Interessen der Mitglieder;
- Beratung und Unterstützung der Mitglieder, u. a. in rechtlichen Fragen;
- Abrechnung (wenn delegiert).

Die Wahrnehmung dieser Aufgaben in mittelbarer Staatsverwaltung erhöht die Effizienz und sichert deren Akzeptanz.

Kranken- und Pflegeversicherungen stehen im Wettbewerb

Die Kranken- und Pflegeversicherungen sind wettbewerblich organisiert. Der Wettbewerb ist fair. Unternehmen der KPV können Leistungen entsprechend den Festlegungen der Selbstverwaltung sowie darüber hinausgehende Leistungen anbieten.

Gegenstand des Wettbewerbs sind der Leistungsumfang (in definierten Grenzen und in Abgrenzung zu den primär medizinischen Aufgaben der Leistungserbringenden), die Beratung und der Service einschließlich der Fallsteuerung (systemisches Case Management). Die Kernbereiche der medizinischen und pflegerischen Versorgung bleiben ausgeschlossen. Insoweit sind die Kranken- und Pflegeversicherungen keine Gesundheitseinrichtungen.

Eine leistungsbezogene Differenzierung durch die Kranken- und Pflegeversicherungen erfolgt ausschließlich außerhalb des von der Selbstverwaltung festgelegten Pflichtleistungsumfangs. Eine Reduzierung der von der Selbstverwaltung festgelegten Pflichtleistungen ist ausgeschlossen.

Der Preis ist ebenso ein Wettbewerbsparameter. Bonifizierungen und Cashback-Tarife sind möglich. Individuelle Beitragssatzdifferenzierungen nach Leistungsumfang sind ausgeschlossen.

Die Soziale Selbstverwaltung der Unternehmen der KPV entscheidet über zusätzliche Leistungen sowie über die Beitragshöhe.

Die leistungsbezogenen Bedürfnisse und der Beratungsbedarf der Versicherten unterscheiden sich, z. B. nach Familienstand, Berufstätigkeit, Branchen- oder Betriebszugehörigkeit. Die Kranken- und Pflegeversicherungen haben daher die Möglichkeit, sich durch ausgewählte zielgruppenspezifische Angebote zu differenzieren.

Der Wettbewerb zwischen den Kranken- und Pflegeversicherungen sorgt für ein agiles, an den Bedürfnissen und Interessen der Versicherten ausgerichtetes Versorgungsangebot. Wettbewerb stimuliert darüber hinaus die effiziente, d. h. bedarfsgerechte und kostenbewusste Weiterentwicklung des Gesundheitswesens insgesamt. Insofern ist Wettbewerb Voraussetzung für die bestmögliche Gesundheitsversorgung.

Unterschiedliche Risikostrukturen der Versicherten mit den sich daraus ergebenden Konsequenzen sowohl für die Leistungsausgaben als auch für die Verwaltungsausgaben der Kranken- und Pflegeversicherungen werden ausgeglichen. Maßnahmen zur Gesunderhaltung bzw. zur langfristigen Senkung höherer Ausgaben werden im Finanzausgleich berücksichtigt. Der Finanzausgleich stärkt den Wettbewerb.

Eine Aufsicht überwacht die Tätigkeit der Akteure der Selbstverwaltung im Wettbewerb. Es gibt eine Bundesaufsicht mit nachgeordneten, weisungsgebundenen Behörden auf Landesebene. Gleiche rechtliche Rahmenbedingungen stärken den Wettbewerb und fördern die institutionelle Weiterentwicklung der KPV und der Versorgungsstrukturen zum Nutzen der Versicherten.

Die Versorgungsqualität ist weiterentwickelt

Leistungen der KPV sind nachhaltig und evidenzbasiert

Die Leistungen der KPV sind ökologisch, ökonomisch und sozial nachhaltig. Die Selbstverwaltung ist verpflichtet, Leistungen nach ihrer kontextbezogenen Wirtschaftlichkeit zu bewerten. Alle gesundheitlichen und pflegerischen Maßnahmen sind grundsätzlich evidenzbasiert. Der Leistungskatalog der KPV orientiert sich daran. Leistungen werden grundsätzlich als Sachleistungen gewährt. Die Qualität der Leistungen ist gesichert.

Der Leistungskatalog wird unter Nutzung interoperabler Forschungsdaten kontinuierlich weiterentwickelt und angepasst. Bei der Bewertung neuer Leistungen ist der messbare Erfolg ein wesentlicher Entscheidungsfaktor. Die Verantwortung liegt bei der Selbstverwaltung. Der Gesetzgeber gibt den rechtlichen Handlungsrahmen vor.

Ebenso entscheidet die Selbstverwaltung über die Streichung von Leistungen aus dem Leistungskatalog der KPV, wenn neuere Studien den Nutzen der Therapie nicht mehr belegen (fehlende Evidenz) oder eine alternative Therapie bei gleicher Diagnose eine effizientere Behandlung ermöglicht (Ausschluss wegen Unwirtschaftlichkeit). Therapien, für die ein Nutzennachweis, bezogen auf die spezifische Diagnose, nicht möglich oder nicht verfügbar ist, sowie Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, für die noch keine Evidenz vorliegt, können in Ausnahmefällen von der Sozialen Selbstverwaltung der Kranken- und Pflegeversicherungen im Einvernehmen ohne Beteiligung der Selbstverwaltung der Leistungserbringenden selbst bewertet und den evidenzbasierten – zugelassenen – gleichgestellt werden.

Gesundheitsversorgung und Pflege sind individuell

Gesundheitsförderung und Prävention, Diagnose/Therapie, Rehabilitation und Pflege orientieren sich an den Bedarfen der Versicherten bzw. Patientinnen und Patienten. Die Selbstverwaltung fördert Leistungsangebote, die auch der Diversität der Gesellschaft Rechnung tragen. Dies sichert die Effizienz der Leistungserbringung.

Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen orientieren sich ebenfalls an der gesellschaftlichen Vielfalt. Sie dienen sozialer Gerechtigkeit.

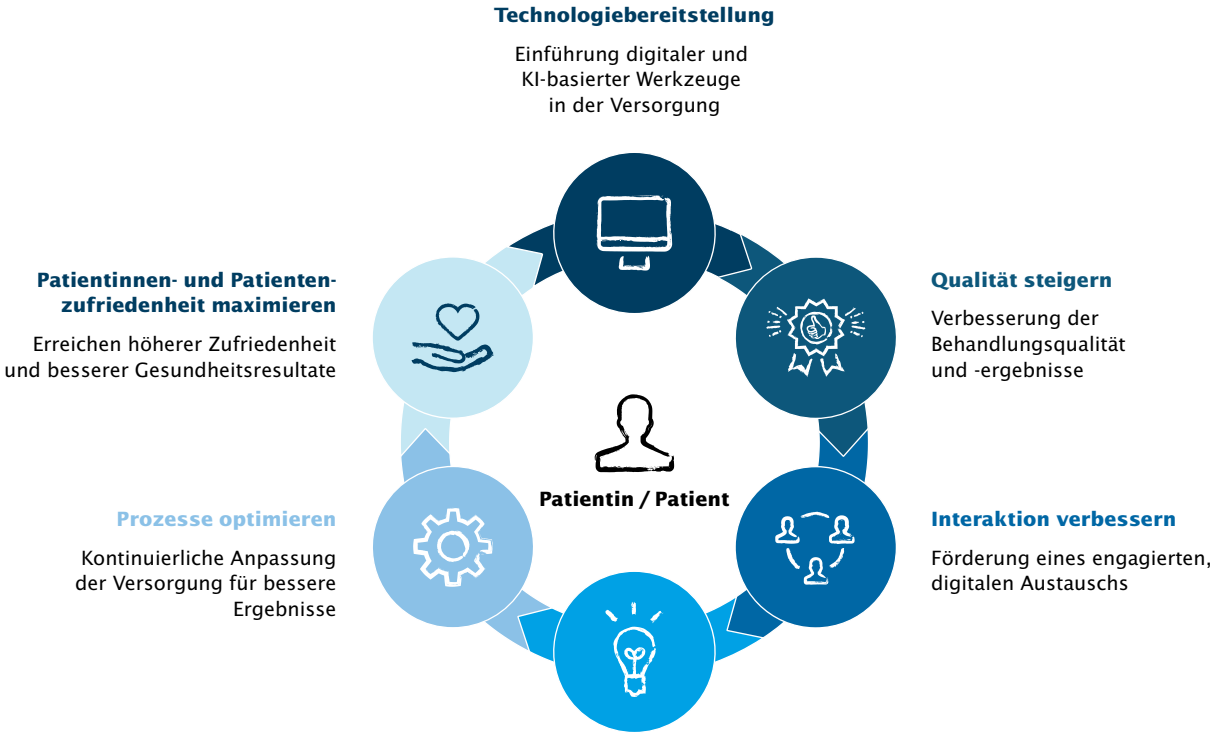

Abbildung 3
Digitale Vernetzung

Die Versorgung erfolgt datengestützt, qualitätsgesichert und effizient

Digitale Technologien sind Teil der medizinischen Versorgung. Digitalisierung, Automatisierung, KI und technische Assistenzsysteme stellen den Patientinnen- und Patientennutzen in den Mittelpunkt.

Digitale Technologien verbessern Behandlungsqualität und -ergebnisse und optimieren personalisierte Therapien. Gleichzeitig sind sie Treiber für eine intensive und zielgerichtete Interaktion zwischen Leistungserbringenden und Patientinnen und Patienten. Transparente und partnerschaftliche Versorgungsentscheidungen stärken die Adhärenz und letztlich auch die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten.

Künstliche Intelligenz als Basis für Gesundheitsanwendungen macht die Medizin durch die Berücksichtigung spezifischer Bedürfnisse und Risikofaktoren sicherer, effizienter und individueller. KI-Tools unterstützen Leistungserbringende und Versicherte durch Entscheidungshilfen bei der Präventions-, Therapie- und Behandlungsentscheidung und -durchführung.

Durch die Einbeziehung patientinnen- und patientenrelevanter Faktoren wie Lebensqualität, Überlebenszeit, Krankheitsverlauf und Symptomreduktion werden Versorgungsprozesse kontinuierlich verbessert, mit dem Ziel, die Gesundheitsergebnisse und die Patientinnen- und Patientenzufriedenheit zu maximieren.

Gesundheits- und Pflegeleistungen werden von Gesundheitseinrichtungen erbracht

Die Gesundheits- und Pflegeleistungen werden von den zugelassenen Leistungserbringenden in Gesundheitseinrichtungen erbracht.

Leistungserbringende und Kranken- und Pflegeversicherungen arbeiten in der Gesundheits- und Pflegeversorgung partnerschaftlich zusammen. Das Vertrauen der Versicherten in das Gesundheitswesen ist vorhanden und gestärkt. Dazu gehören Qualität und Umfang der Leistungen und deren Erbringung, die reibungslose Zusammenarbeit der Leistungserbringenden und die Steuerung der zu behandelnden Personen in die qualitätsdefinierte, bedarfsgerechte Gesundheitseinrichtung.

Gesundheitseinrichtungen erfüllen Zulassungsvoraussetzungen einschließlich definierter Struktur- und Prozessvoraussetzungen, die von der Selbstverwaltung für die Leistungserbringung als erforderlich definiert wurden. Die Zulassungen unterscheiden sich nach regionalem (Grund-)Bedarf und überregionalem (Spezial-) Bedarf. Die entsprechenden Gesundheitseinrichtungen sind berechtigt, die erbrachten Gesundheits- und Pflegeleistungen mit der KPV abzurechnen. Eine Beauftragung der Organisationen der Leistungserbringenden mit dieser Aufgabe ist möglich.

Gesundheitseinrichtungen können einzelne Leistungserbringende oder Zusammenschlüsse mehrerer Leistungserbringender sein. Zusammenschlüsse zu einer Gesundheitseinrichtung können zwischen Berufen mit oder ohne engere fachliche Zusammenarbeit gebildet werden.

In Gesundheitseinrichtungen sind Personen beschäftigt, die aufgrund ihres Berufes oder ggf. erforderlicher (Zusatz-)Ausbildungen die Qualitätsanforderungen für die Zulassung erfüllen. Die Zusammenarbeit der Professionen erfolgt kompetenzorientiert und interdisziplinär. Dies gilt sowohl innerhalb einer Gesundheitseinrichtung als auch zwischen den verschiedenen Gesundheitseinrichtungen.

Gesundheitseinrichtungen unterliegen grundsätzlich der Planung durch die Selbstverwaltung. Neben der Zulassung, d. h. der Erfüllung struktureller Qualitätsanforderungen, bedarf es für die Erbringung von Gesundheits- und Pflegeleistungen der Zuweisung von Versorgungsaufträgen durch die Selbstverwaltung. In Leistungsbereichen, in denen die Gebietskörperschaften Mitverantwortung tragen, sind diese in die Planung einbezogen.

Versorgungsaufträge werden, ausgehend vom prognostizierten Bedarf, als kompetenzorientierte Zuweisung von Leistungen an Gesundheitseinrichtungen vergeben. Diese sind nachweislich zur Erbringung der jeweiligen Gesundheits- und Pflegeleistung befähigt – unabhängig von der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Profession. Die Zuweisungen orientieren sich am tatsächlichen Bedarf und an den erforderlichen Qualifikationen für die zu vergebenden Leistungen.

Mit der Zuweisung zur Leistungserbringung an Gesundheitseinrichtungen wird festgelegt, für welchen räumlichen Geltungsbereich (regional, überregional) die Zuweisung gilt. Je nach Zulassung und Zuweisung stellen Gesundheitseinrichtungen die Versorgung für eine definierte Region und einen definierten Leistungsumfang sicher. Dazu können auch telemedizinische oder mobile Einheiten eingesetzt werden.

Gesundheitseinrichtungen sind digital vernetzt

Alle Gesundheitseinrichtungen sind digital vernetzt. Alle Gesundheits- und Pflegedaten sind interoperabel austauschbar. So können Gesundheits- und Pflegedaten in Echtzeit für den jeweiligen Aufgabenbereich genutzt werden. Umgekehrt stellen die Gesundheitseinrichtungen alle Basisinformationen über den Leistungsumfang und tagesaktuelle Behandlungs- und Belegungskapazitäten für ein übergreifendes Patientinnen- und Patientenmanagement zur Verfügung.

Das Laiensystem ist relevant

Das Laiengesundheitssystem erbringt – neben dem professionellen Gesundheitswesen, organisiert in Gesundheitseinrichtungen – nicht ersetzbare Leistungen zur Erhaltung der Gesundheit der Bevölkerung (z. B. Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung). Unternehmen der KPV fördern Laiensysteme und unterstützen diese, soweit es den Leistungsumfang der KPV tangiert.

Laien nutzen oder entwickeln Aktivitäten, um Krankheiten vorzubeugen, sie frühzeitig unterstützend zu erkennen oder zu behandeln. Darüber hinaus unterstützen, pflegen und betreuen sie kranke Menschen in ihrer Familie und in ihrem Umfeld. „Das Laiensystem arbeitet auf der Basis eines Alltagswissens über Gesundheit und Krankheit und eines Systems an Vorstellungen, die zwar vielfach von Expertinnen und Experten beeinflusst werden können, sich aber auch eigenständig entwickeln.“[10]

Laien agieren außerhalb von Gesundheitseinrichtungen. Eine Vernetzung ist möglich.

Die Unternehmen der KPV nehmen eine aktive Rolle in der Gesundheitsversorgung und der Gesunderhaltung der Versicherten ein

Gesundheitsförderung ist ein wichtiges Handlungsfeld der Unternehmen der KPV. Ihre Gestaltungs- und Steuerungsverantwortung beginnt bei den gesunden Versicherten. Jedes Unternehmen der KPV unterstützt die Versicherten bei der Gesunderhaltung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten, Rehabilitation und Pflegebedürftigkeit.

Dazu nutzen die Kranken- und Pflegeversicherungen die Daten des digitalen Ökosystems im Gesundheitswesen. Sie setzen KI gezielt für Präventionsmaßnahmen ein.

Bei der nachhaltigen Bewältigung von Krankheitsfolgen können Unternehmen der KPV individuell entwickelte Programme zur Unterstützung der Versicherten anbieten.

Durch den Einsatz des unternehmensspezifischen KI-Tools können die Kranken- und Pflegeversicherungen einen Versorgungsbedarf bei ihren Versicherten erkennen und diesen Versicherten einen Behandlungspfad empfehlen. An den Kundenerwartungen ausgerichtete Angebote können als dauerhafte Schwerpunktintervention oder gezielte Einzelmaßnahmen entwickelt werden. Die Unternehmen der KPV agieren innerhalb eines gesetzlichen Rahmens, der ausreichende Freiräume bietet (Wettbewerb).

Die Unternehmen der KPV bieten Fallsteuerung an

Die Unternehmen der KPV bieten ihren Versicherten Fallsteuerung (systemisches Fallmanagement) an, indem sie die Koordination im Gesundheitswesen übernehmen. Diese Aufgabe wird von Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen wahrgenommen. Die Fallsteuerung wird durch KI unterstützt.

Das individualisierte, systemische Fallmanagement für Versicherte zielt darauf ab, alle notwendigen Akteure und Maßnahmen in einem abgestimmten Prozess so zu aktivieren, dass die im Einzelfall erforderlichen Gesundheits- und Pflegeleistungen zeitnah in der für den jeweiligen Bedarf geeigneten Versorgungsstruktur zur Verfügung stehen.

Die Vernetzung der unterschiedlichen Zuständigkeiten der Einrichtungen (Schnittstellenmanagement) wird dabei durch das jeweilige Unternehmen der KPV hergestellt. Dieses plant, koordiniert und sichert den Versorgungsprozess. Dadurch wird die Qualität der geförderten Versorgung optimiert. Gleichzeitig werden die finanziellen Mittel der KPV effektiv eingesetzt.

Die Tätigkeit der Unternehmen der KPV im systemischen Fallmanagement stärkt zudem das eigenverantwortliche Handeln sowie die Adhärenz der Patientinnen und Patienten.

Die KPV kann nach Entscheidung auf ausgewählte Versicherte zugehen und ihre Unterstützung durch Fallsteuerung anbieten. Darüber hinaus können die Kranken- und Pflegeversicherungen zusätzliche Angebote unterbreiten, die über die reine Koordination hinausgehen.

[10] https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/subjektive-gesundheit-alltagskonzepte-von-gesundheit/; Zugriff am 02.05.2024.

Das GesundheitsCockpit ist digitales Tor zu individuellen Gesundheitsinformationen und -leistungen

Die Versicherten haben über ein KI-gestütztes GesundheitsCockpit Zugang zu allen Gesundheitsinformationen. Der barrierefreie Zugang in die Gesundheitsversorgung ist gesichert.

Versorgungsprozesse werden individuell und bedarfsgerecht angestoßen. Das GesundheitsCockpit ist ein digitaler Einstiegspunkt, über den niedrigschwellig Gesundheitsinformationen, soziale, präventive und medizinische Angebote und Dienstleistungen bereitgestellt werden.

Neben der Bündelung von und Navigation zu bestehenden Angeboten im Gesundheitswesen trägt das GesundheitsCockpit zur Stärkung der (digitalen) Gesundheitskompetenz bei. Die Versicherten interagieren über das GesundheitsCockpit direkt mit Leistungserbringenden und nutzen die eigenen Gesundheitsdaten.

KI-gestützte Dialogsysteme unterstützen die Versicherten dabei, Informationen zu verstehen, Zusammenhänge zu erkennen, individuelle Gesundheitsfragen zu klären und eigenverantwortlich Entscheidungen für ihre Gesundheit zu treffen. Personalisierte Angebote der KPV flankieren dies.

Im Versorgungsfall begleitet das GesundheitsCockpit die Patientinnen und Patienten bei der Entscheidung über den Eintritt in das Versorgungssystem sowie bei der Entscheidung über den Wechsel zwischen Gesundheitseinrichtungen. Die jeweiligen Versorgungssettings werden bedarfsgerecht in Anspruch genommen. Dadurch wird das Risiko von Fehlsteuerungen und Fehlbehandlungen reduziert. Der Ressourceneinsatz wird insgesamt verbessert.

Die Patientinnen- und Patienten-Journey im GesundheitsCockpit ist definiert

Die Einordnung eines Versorgungsfalles sowie die Planung der Navigation in der Patientinnen- und Patienten-Journey erfolgt zentral über das KI-gestützte GesundheitsCockpit. So wird der Patient oder die Patientin in die passende Versorgungsform navigiert. Der Versorgungspfad beginnt an vier möglichen Einstiegspunkten.

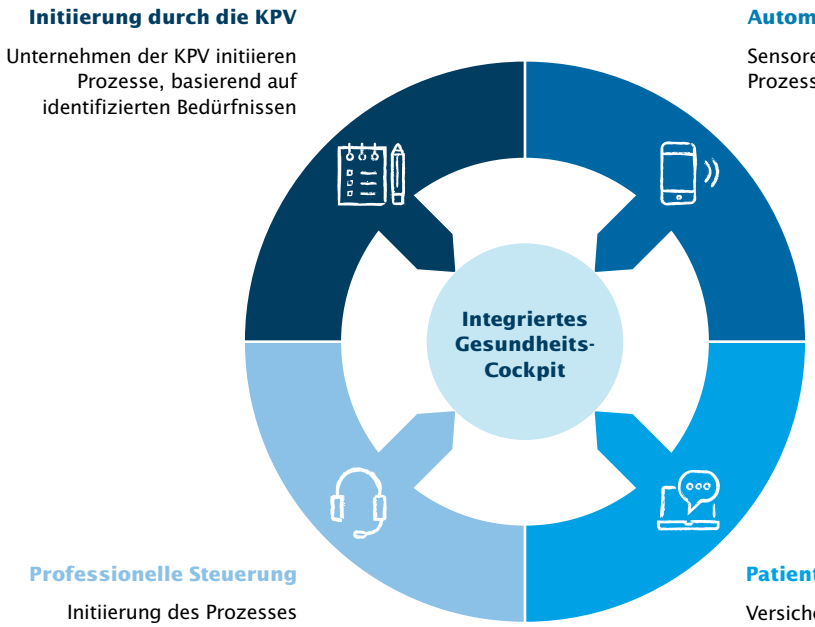

Abbildung 4
GesundheitsCockpit

Die Stärkung der Gesundheitskompetenz befähigt die Patientin bzw. den Patienten zu entscheiden, ob sie oder er das GesundheitsCockpit eigenverantwortlich zur Steuerung zum professionellen Erstkontakt nutzt. Das Zusammenspiel der Steuerung über das GesundheitsCockpit und der natürlichen Person (z. B. Patientin oder Patient, Vertrauensperson, Fachpersonal in Gesundheitseinrichtungen, Mitarbeitende der Unternehmen der KPV) sichert die Effektivität und Effizienz der Versorgung. Dies sichert auch den effizienten und ressourcenschonenden Einsatz von Gesundheitsfachkräften.

- Automatische Aktivierung: Der Impuls für den Beginn der Steuerung durch das professionelle System wird durch den Einsatz von Sensoren (z. B. Smartwatches, Fitnesstracker, smarte Ringe, smarte Pflaster-/Hautsensoren, subkutane Chips) bei Über- oder Unterschreitung bestimmter Grenzwerte ausgelöst. KI steuert nur bei eindeutiger medizinischer Indikation. Ein manuelles Eingreifen der Versicherten ist möglich.
- Selbstständige Nutzung durch Versicherte: Versicherte können das GesundheitsCockpit direkt nutzen, um Symptome zu analysieren, Termine zu vereinbaren oder Vorschläge für geeignete Versorgungseinrichtungen zu erhalten. Ein Dialogsystem unterstützt bei der Symptomanalyse und Priorisierung. Versicherte, die das System nicht eigenständig bedienen können, werden durch Vertrauenspersonen (z. B. An- und Zugehörige) unterstützt.
- Professionelle Steuerung durch Dritte im Auftrag der Versicherten: Die Versicherten können sich an nichtärztliches Fachpersonal in Gesundheitseinrichtungen wenden. Diese leiten den Versorgungsprozess mit Hilfe des GesundheitsCockpits ein. Die Steuerung erfolgt in Absprache mit den Versicherten. Nur im Notfall ist ein direkter Kontakt der Versicherten zu einem Arzt oder einer Ärztin möglich.
- Initiiert durch die KPV: Die Unternehmen der KPV können den Behandlungsprozess initiieren, identifizieren mögliche Risiken und Bedarfe und können die Versicherten über das GesundheitsCockpit in einen Versorgungsprozess steuern. Die Unternehmen der KPV können außerdem Informationen und Leistungen präventiv anbieten. Die Versicherten können Vorschläge der Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen ablehnen oder eigenständig Entscheidungen treffen.

Alle vier beschriebenen Zugänge zum Gesundheitswesen verbinden Eigenverantwortung, professionelle Unterstützung und digitale Steuerung. Die Versicherten behalten stets ihre Entscheidungsfreiheit. Das GesundheitsCockpit gewährleistet eine effiziente und ressourcenschonende Versorgung.

Bei allen genannten niedrigschwelligen Zugängen zur Gesundheitsversorgung schlägt das GesundheitsCockpit auf Basis allgemeiner, prozess- und versichertenbezogener Daten immer den Zugang zu der Gesundheitseinrichtung vor, die die für die Diagnostik/Therapie notwendigen sächlichen und personellen Ressourcen vorhält sowie verfügbar und räumlich am nächsten ist. Ein direkter Zugang zum medizinischen und pflegerischen Personal ist grundsätzlich ausgeschlossen. Ausnahmen sind in der Notfall- und Rettungsversorgung möglich.

Die gestützte Steuerung im GesundheitsCockpit erfolgt über den gesamten Behandlungspfad.

Das GesundheitsCockpit definiert Freiheitsgrade

Das GesundheitsCockpit ermöglicht den Versicherten, ihre Gesundheitsversorgung flexibel und individuell zu gestalten. Sie haben die Möglichkeit, Steuerungsvorschläge des GesundheitsCockpits eigenverantwortlich abzulehnen oder keinen Versorgungsprozess zu initiieren. Darüber hinaus können die Versicherten Präferenzen für Gesundheitseinrichtungen angeben, z. B. wenn sie chronisch krank sind. Diese Präferenzen werden berücksichtigt, soweit sie einer zweckmäßigen, wirtschaftlichen und nachhaltigen Versorgung nicht entgegenstehen.

Durch die zentrale Navigation des GesundheitsCockpits erhalten die Versicherten eine Orientierung, welche Einrichtungen und Versorgungsebenen eine qualitätsgesicherte Behandlung anbieten. Diese nutzerfreundliche Steuerung ermöglicht einen niedrigschwelligen Zugang zur Versorgung, eine optimierte Patientinnen- und Patientenzuweisung und eine hohe Akzeptanz des GesundheitsCockpits und der Versorgungsangebote.

Das zuständige Unternehmen der KPV erhält automatisch alle relevanten Versorgungsdaten über das digitale Ökosystem. Diese Informationen können genutzt werden, um die systemische Steuerung der Gesundheitsversorgung kontinuierlich zu verbessern.

Die Versorgung ist am Bedarf ausgerichtet

Das verfügbare Leistungsangebot orientiert sich am Bedarf der Bevölkerung. „Bedarfsgerechtigkeit stellt ein normatives Konzept dar, demzufolge jeder und jede Versicherte in quantitativer und qualitativer Hinsicht die Gesundheitsversorgung erhalten soll, die seinem bzw. ihrem Bedarf entspricht; d. h., die er oder sie nach möglichst objektiven Kriterien benötigt.“[11]

Bedarfe sind die Grundlage der Planung

Grundlage für den Aufbau einer an Bedarfen ausgerichteten gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung sind die Ermittlung von bevölkerungs- und krankheitsbezogenen Prävalenzen sowie die Berücksichtigung soziodemografischer Faktoren. Diese werden nach anerkannten wissenschaftlichen Methoden prädiziert. Die Selbstverwaltung auf Bundesebene definiert Kenngrößen.

Auf Grundlage medizinischer und wissenschaftlicher Empfehlungen definiert die Selbstverwaltung auf Bundesebene Leistungskomplexe. So werden die medizinisch und pflegerisch notwendigen Bedarfe in zu erbringende Leistungen übersetzt. Für die zu erbringenden Leistungen werden Struktur- und Prozessqualitäten vorgegeben. Für die Gesundheitseinrichtungen ist deren Erfüllung Voraussetzung für die Erlaubnis, Leistungen zu Lasten der KPV erbringen zu können.

Die Leistungskomplexe werden den Versorgungsebenen von der Selbstverwaltung auf Bundesebene regional (Bezirke, Landkreise, Kreise und Kommunen und ggf. Zusammenschlüsse) und überregional (Land und Bund) zugeordnet.

Die Zuordnung der Leistungskomplexe zu regional oder überregional erbringbaren Leistungen richtet sich nach der erforderlichen wohnortnahen Versorgung. Ausgewählte Leistungskomplexe beschreiben den Grundbedarf, z. B. in der Inneren Medizin, der Chirurgie, der Urologie und Gynäkologie sowie der Pädiatrie. In diesen Fachgebieten können der Schweregrad einer Erkrankung und das damit verbundene Leistungsniveau eine Versorgung in einer Gesundheitseinrichtung außerhalb der eigenen Versorgungsregion erforderlich machen. Die jeweilige Leistungskomplex-Beschreibung berücksichtigt dies.

Die Landesebene plant den tatsächlichen, prospektiven Bedarf entsprechend den epidemiologischen Maßzahlen und verantwortet die Umsetzung durch Zulassung von Gesundheitseinrichtungen zur Versorgung.

Versorgungskapazitäten werden am Bedarf orientiert prädiktiv beplant

In der vorausschauenden Bedarfsplanung werden für das gesamte Leistungsspektrum der Unternehmen der KPV der Versorgungsbedarf und die daran ausgerichtete zeitgerechte Vorhaltung von Versorgungskapazitäten nach Art und Umfang ermittelt. Damit stellt die Bedarfsplanung die erforderlichen aktuellen Versorgungskapazitäten unter wirtschaftlich optimierten Bedingungen sicher.

Darüber hinaus ermöglicht sie eine Anpassung der Versorgungsstrukturen an den zukünftigen Versorgungsbedarf. Es gibt unterjährige Fortschreibungen bei sich ändernden Bedarfen. Die Vertragslaufzeit für die Leistungserbringung durch Gesundheitseinrichtungen ist begrenzt.

Veränderungen in der Versorgungsstruktur können durch eine Anpassung des Bedarfs in Menge oder Qualität sowie durch Sanktionen der Selbstverwaltung bei Vertragsverletzungen (Struktur- und Prozessqualität) eingeleitet werden.

Die vorausschauende Bedarfsplanung ermittelt, welche Veränderungen des Leistungsbedarfs – bezogen auf den Versorgungsbereich – eintreten werden. Die notwendigen Veränderungen der Versorgungskapazitäten werden dadurch transparent.

Veränderte Prävalenzen, gezielte Prävention oder Veränderungen in der Leistungserbringung und Angebotsstruktur lösen Maßnahmen zur Anpassung der Kapa-

[11] https://www.svr-gesundheit.de/gutachten/gutachten-2018/; Zugriff am 29.02.2024.

zitäten an den Bedarf aus. Solche Maßnahmen können z. B. die Anpassung der Versorgungsmenge, die Ausbildungs- und Niederlassungsförderung, die Anpassung der Vorhaltefinanzierung (Vorhaltevergütung, s. u.) oder die mobile Leistungserbringung durch Gesundheitseinrichtungen aus anderen Versorgungsgebieten sein.

Die an der jeweiligen Planung beteiligten Akteure legen für jedes Bundesland Versorgungsgebiete fest. Ziel der Einteilung ist die Sicherstellung der regionalen und überregionalen Versorgung unter Berücksichtigung der verschiedenen Einflussfaktoren:

- Die Einteilung der Versorgungsräume berücksichtigt regionale Unterschiede bei Bevölkerungsdichte, Morbidität, sozialen Determinanten und Infrastruktur.
- Die Bedarfsplanung richtet sich an sozio-demografischen und epidemiologischen Faktoren und Entwicklungen aus. Sie berücksichtigt die gesundheitlichen und pflegerischen Bedarfe der Bevölkerung im Versorgungsraum. Basis ist eine regelmäßige und umfassende Bedarfsanalyse, die auf epidemiologischen Daten, demografischen Trends und anderen relevanten Faktoren fußt. Prädiktionsmodelle finden Anwendung.
- Grundlage für die Bedarfsplanung sind bundeseinheitlich festgelegte Rahmenparameter (Prävalenzen, Bedarfe, Leistungskomplexe, Qualitätsvorgaben für Strukturen, Prozesse und Ergebnisse). Abweichungen von Standarderhebungen für die Bedarfsplanung aufgrund regionaler und/oder temporärer Ausnahmetatbestände werden nach bundeseinheitlichen Sonderrahmenparametern kategorisiert.
- Evaluationsberichte optimieren die Bedarfsplanung von der Erhebung der Rahmenvorgaben bis zur operativen Umsetzung der Planungsdetails in den Planungsräumen.
- Bei der Bedarfsplanung werden, insbesondere in den Grenzregionen der Versorgungsräume, Versorgungskapazitäten aus anderen Versorgungsräumen berücksichtigt. Die Sicherstellung der Versorgungskapazitäten für einen Versorgungsraum kann also auch durch Gesundheitseinrichtungen erfolgen, die außerhalb des beplanten Versorgungsraums ihren Sitz haben.
- Vor allem für Leistungen, die hochspezialisierte Strukturen benötigen, erfolgt die Bedarfsplanung in Abstimmung zwischen den Ländern und übergreifend.
- Die Planungsprozesse sind von den berücksichtigten Rahmenvorgaben über die beteiligten Akteure bis zur Umsetzung transparent.
- Die Bedarfsplanung fördert eine interdisziplinäre Herangehensweise.
- Die Planung erfolgt dynamisch und passt sich an sich verändernde Bedingungen an. Dazu gehören neue medizinische Entwicklungen, epidemiologische Veränderungen – auch durch wirksame Präventionsleistungen – und demografische Verschiebungen (Versorgungsinnovation).
- Die Bedarfsplanung behält den gesamtgesellschaftlichen Nutzen im Blick, so dass die Gesundheitsversorgung gerecht und für alle zugänglich ist.
- Die Bedarfsplanung erfolgt umfassend für alle Leistungskomplexe inkl. präventiver Leistungen.

Bei der Bedarfsplanung werden mehr Versorgungskapazitäten vorgehalten, als der ermittelte Bedarf erfordern würde. Für diesen Versorgungspuffer können je nach Leistungskomplex unterschiedliche Erreichbarkeitsregelungen gelten. Der Versorgungspuffer ist je Leistungskomplex festgelegt.

Der Versorgungspuffer ermöglicht mehr Flexibilität bei der Zuweisung von Patientinnen und Patienten zu Gesundheitseinrichtungen, insbesondere bei Nachfrageschwankungen oder Versorgungsengpässen. Der Versorgungspuffer fördert auch den Wettbewerb zwischen den Gesundheitseinrichtungen um die beste Versorgung. Darüber hinaus dient der Versorgungspuffer als Absicherung gegen externe Schocks.

Das Zuteilungsverfahren bringt Leistungsbedarfe nach wettbewerblichen Kriterien aus

Der in Leistungskomplexe zusammengefasste voraussichtliche Versorgungsbedarf und die Leistungen zur Prävention werden in dem für die Versorgungsregion erforderlichen Umfang festgelegt und den Gesundheitseinrichtungen zugeteilt. Als Voraussetzung für die Erbringung der jeweiligen Leistungen weisen die Gesundheitseinrichtungen die erforderlichen einheitlichen Zulassungsvoraussetzungen nach.

Hierfür stellt die Selbstverwaltung ein einheitliches, transparentes und barrierefreies Vergabeportal zur Verfügung. Im Vergabeportal sind die Leistungskomplexe mit den Leistungen und deren Mengen mit dem jeweiligen Vergabezeitraum für die Versorgungsregionen aufgelistet. Bei Bedarf unterstützt die Selbstverwaltung die Gesundheitseinrichtungen bei der Nutzung des Vergabeportals.

Gesundheitseinrichtungen können nach vorherigem Kompetenznachweis und bei Erfüllung der festgelegten Qualitätskriterien an einem vereinfachten und unbürokratischen Vergabeverfahren teilnehmen. Die Vergabe der Versorgungsaufträge erfolgt durch die Soziale Selbstverwaltung, ggf. unter Beteiligung der jeweiligen Gebietskörperschaft.

Gesundheitseinrichtungen können einzelne Leistungen oder das gesamte Spektrum eines Leistungskomplexes erbringen. Gesundheitseinrichtungen können sich zur Erbringung der Leistungen eines Leistungskomplexes zusammenschließen. Die Gesundheitseinrichtungen bzw. Zusammenschlüsse bieten über das Portal eine Mindest- und Höchstmenge an erbringbaren Einheiten je Leistungskomplex an.

Je nach Umfang der zu erbringenden Leistungsmenge werden die benötigten Versorgungsleistungen in Paketen an verschiedene Gesundheitseinrichtungen vergeben. Die Leistungsmengen werden bevorzugt an Gesundheitseinrichtungen aus der Versorgungsregion oder vergleichbar erreichbare Gesundheitseinrichtungen vergeben. Die Größe der Versorgungsregion unterscheidet sich je nach Komplexität der Leistungserbringung.

Entscheidungskriterium für höhere oder niedrigere Mengen sind auch Qualitätsbewertungen der Versicherten und, soweit medizinisch möglich, maschinell ermittelte Ergebnisqualitäten. Gesundheitseinrichtungen mit besonderen Nachweisen, Fähigkeiten oder (innovativen) Leistungsangeboten werden bevorzugt berücksichtigt.

Die Zuteilung von Versorgungsleistungen im Auftrag der KPV ist ein Prozess, in dem frei werdende oder angepasste Einheiten von Leistungskomplexen verteilt werden. Die Zuweisung von Leistungskomplexen an eine Gesundheitseinrichtung erfolgt nach den Grundsätzen:

- Der Leistungszeitraum berücksichtigt die durchschnittliche Dauer bis zum Return on Invest (RoI).
- Der Leistungszeitraum gilt vorbehaltlich eines regelmäßigen Nachweises der Qualifizierung in Bezug auf die definierten Strukturmerkmale (Nachweis zwischen einem Jahr und fünf Jahren je nach Leistungszeitraum).
- Wenn während und am Ende des Leistungszeitraums alle Qualitätskriterien dauerhaft erfüllt sind, erfolgt eine automatische Verlängerung der Zulassung.
- Der Leistungszeitraum gilt vorbehaltlich einer Feststellung wesentlich veränderter Bedarfe während der Vertragslaufzeit.
- Es besteht für die Vertragspartner jeweils ein Sonderkündigungsrecht. Eine Gefährdung der Versorgung ist auszuschließen.

Die Versorgungssicherheit ist gewährleistet

Die Leistungserbringenden stellen über ihre Organisationen (Körperschaften des öffentlichen Rechts) sicher, dass ausreichende Versorgungskapazitäten für den regionalen und überregionalen Leistungsbedarf zur Verfügung stehen. Für Einrichtungen, die in erheblichem Umfang der Daseinsvorsorge in der Verantwortung der Gebietskörperschaften dienen, tragen diese die Verantwortung für die Versorgungssicherheit.

Der in der Bedarfsplanung vorgesehene Versorgungspuffer zur Förderung des Wettbewerbs und für außergewöhnliche Belastungen im Gesundheitswesen wird berücksichtigt.

Das Vergütungssystem vergütet Gleiches gleich und reizt nachhaltige Versorgung an

Transparenz, Fairness und Aufwandsminimierung

Das Vergütungssystem stellt sicher, dass die Erbringung der gleichen Leistung unter sonst gleichen Bedingungen in jeder Gesundheitseinrichtung gleich vergütet wird. Dies erfolgt auch unabhängig davon, ob die Leistung von einer Einrichtung der Grundversorgung oder von einer Einrichtung erbracht wird, die auch – ggf. überregional – spezialärztliche Leistungen erbringt. Eine Vergütungsdifferenzierung erfolgt, wenn sich im Einzelfall die zur Leistungserbringung erforderlichen Strukturen (Strukturen und Prozesse) oder die Qualität der jeweiligen Leistung, z. B. im Ergebnis, unterscheiden.

Das Vergütungssystem ist transparent. Dies stärkt das Vertrauen der Leistungserbringenden und der Patientinnen und Patienten. Digitale Systeme helfen, die Abrechnungsprozesse zu vereinfachen und zu automatisieren.

Modularer Aufbau: Vorhaltevergütung und leistungsbezogene Vergütung

Die Vergütung der Leistungserbringenden ist modular aufgebaut (einheitliche Grundvergütung). Sie besteht aus Vorhaltevergütung und leistungsbezogener Vergütung. Diese „Zwei-Modul-Logik“ gilt für alle Gesundheitseinrichtungen. Die Vergütung ist auskömmlich. Eine Vergütung nach dem Selbstkostendeckungsprinzip ist ausgeschlossen.

Das Zusammenspiel der beiden Module, Vorhalte- und leistungsbezogene Vergütung, bietet Leistungserbringenden einen Anreiz, die Patientinnen und Patienten angemessen, ausreichend und zweckmäßig zu versorgen. Während die Pauschalen die Kosten für vorgehaltene Strukturen in definierter Qualität teilweise abdecken, schafft die darauf aufbauende leistungsbezogene Vergütung Anreize zur Verbesserung der Versorgungseffizienz.

Die Vergütungsmodelle berücksichtigen regionale Unterschiede in den Kostenstrukturen. Soweit zur Sicherstellung der Versorgung insbesondere in ländlichen Regionen erforderlich, wird diese durch Zuschläge gefördert. Durch die Definition von Versorgungs- und Pflegebedarfen wird sichergestellt, dass keine ungewollten infrastrukturellen Überkapazitäten finanziert werden.

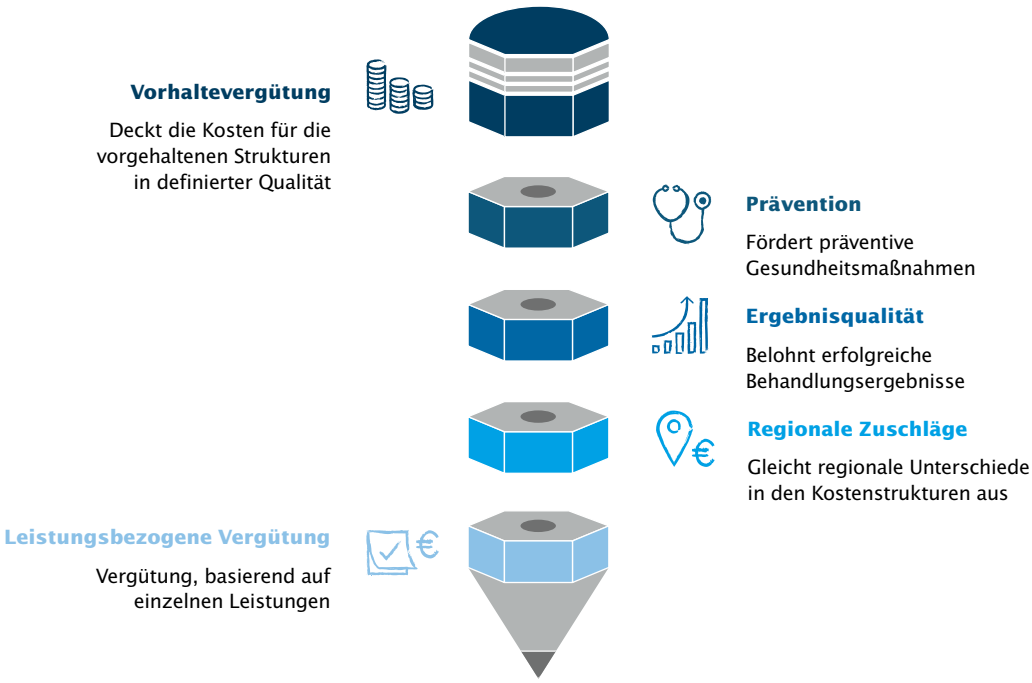

Abbildung 5
Vergütungssystem

Die Vergütung von Arznei- und Verbandmitteln, Hilfsmitteln und bestimmten Medizinprodukten kann nicht nach der beschriebenen Logik erfolgen. Hierzu bedarf es weiterer Überlegungen.

Für definierte Leistungskomplexe werden die vorgehaltenen Strukturen bei definierter und gesicherter Qualität über eine Vorhaltepauschale vergütet. Denn für eine Vielzahl von Leistungskomplexen müssen Strukturen auch dann vorgehalten werden, wenn es zu Nachfrageschwankungen nach unten kommt, d. h., wenn Kapazitäten nicht ausgelastet sind.

Die Höhe der Vorhaltevergütung richtet sich nach der Quantität und Qualität der vorgehaltenen Strukturen und der vorgehaltenen leistungskomplexbezogenen Prozesse.

Vorhaltevergütung erhalten auch Gesundheitseinrichtungen, die der Daseinsvorsorge dienen, für deren Finanzierung aber andere Träger als die Unternehmen der KPV zuständig sind (z. B. in der Sozialversicherung, der öffentlichen Sicherheit, im Notfall- und Katastrophenschutz). Insoweit erfolgt auch die Finanzierung der Pauschalen in geteilter Verantwortung.

Die medizinische Leistung wird fallbezogen vergütet. Diese leistungsbezogene Vergütung berücksichtigt in ihrer Höhe, dass für vorgehaltene Strukturen und abbildbare Prozesse eine Vorhaltevergütung gewährt wird.

Die leistungsbezogene Vergütung kann in Einzelfällen einen Zuschlag für Ergebnisqualität enthalten (ergebnisorientierte Vergütung). Der Leistungserbringende erhält eine entsprechende Vergütung für Diagnosen und Therapien, deren Erfolg messbar ist und zu einem wesentlichen Teil direkt auf die Behandlung zurückgeführt werden kann. Grundlage für die Messung der Ergebnisqualität können die in qualifizierten, standardisierten Interviews erhobenen PROMS (Patient Reported Outcome Measures) und PREMS (Patient Reported Experience Measures) sein.

Für solche Therapien wird die Vergütung entsprechend angepasst: Die leistungsbezogene Vergütung setzt sich in diesem Fall aus einer leistungsbezogenen und ergebnisorientierten zusammen. Die Höhe des ergebnisorientierten Vergütungsanteils bemisst sich dabei nach der Zuordenbarkeit des erzielten Behandlungserfolgs zur jeweiligen Leistung.

Die Vergütung präventiver Leistungen erfolgt außerhalb der Zwei-Modul-Logik. Gesundheits-Check-ups, Früherkennung, Impfungen, Ernährungsberatung und Gesundheitskurse werden unabhängig vom akuten Behandlungsbedarf vergütet. Leistungserbringende können Boni erhalten, wenn ihre Patientinnen und Patienten messbare Verbesserungen bei Risikofaktoren erzielen (z. B. Gewichtsreduktion, Blutdrucksenkung). Leistungserbringende werden an Einsparungen von Behandlungskosten durch präventive Maßnahmen beteiligt.

Schlussbemerkung

Gemeinhin wird der Satz zitiert, dass es im Gesundheitswesen und in der Versorgung Pflegebedürftiger kein Erkenntnis-, sondern ein Umsetzungsdefizit gebe. Dies gilt jedoch nur bedingt. Tatsächlich gilt als gesichert, dass die bestehenden Strukturen in der Kranken- und Pflegeversicherung nicht mehr geeignet sind, für die Zukunft eine effiziente Versorgung zu gewährleisten.

Meinungsunterschiede beginnen bei der Frage, welche strukturellen Änderungen vonnöten sind, um die Resilienz der gesundheitlichen Versorgung und Pflege in Deutschland zu sichern.

Das erstaunt nicht, ist doch jede Veränderung möglicherweise mit Macht- und Einkommensverlust auf der einen und Macht- und Einkommenszuwachs auf der anderen Seite verbunden. Daher bedarf es eines gesamtgesellschaftlichen Konsenses über die notwendigen Anpassungen.

- Konsequente Stärkung von Gesundheitskompetenz und Ausbau der Prävention;
- Integration der Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung;
- Finanzierung nach Leistungsfähigkeit der Versicherten, die Beitragsbemessung ist begrenzt;
- Stärkung der Selbstverwaltung als definitorische Kraft;
- Evidenzbasierung der solidarisch finanzierten Leistungen;
- barrierefreier, auch einkommensunabhängiger Zugang zu diesen Leistungen;
- Nutzung der Möglichkeiten von Künstlicher Intelligenz am gesamten Behandlungspfad (GesundheitsCockpit);
- Erhöhung der Durchlässigkeit in der Verantwortungsverteilung aller im System Agierenden;
- Ausrichtung der Versorgungsstrukturen an prädizierten Bedarfen;
- Zulassung von Gesundheitseinrichtungen zur Versorgung nach Bedarfsnotwendigkeit und bei Erfüllung definierter Qualitätskriterien;
- strikte Ausrichtung der Vergütung an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität;
- daraus folgt: Sektorengrenzen sind vollständig aufgehoben.

Der IKK classic ist bewusst, dass die genannten Veränderungen – je nach Provenienz der bzw. des Lesenden – auf Widerstand stoßen werden. Das ist nachvollziehbar. Es geht darum, einen Diskussionsprozess anzustoßen.

Impressum

Herausgeberin
IKK classic
info@ikk-classic.de
Servicehotline: 0800 455 1111
Fax: 0800 800 4551
ikk-classic.de

Postanschrift
IKK classic
Tannenstrase 4 b
01099 Dresden
Die IKK classic ist eine Körperschaft
des öffentlichen Rechts.

**Verantwortliche im Sinne
des Presserechts**
Juliane Mentz
presse@ikk-classic.de

Gestaltung
Scholz & Friends Düsseldorf GmbH

Erscheinungsdatum
April 2026

ikk-classic.de

IKK classic
Ihre Gesundheit. Unser Handwerk.