



Pressekonferenz zum Krankenhaus-Report 2016
AOK-Bundesverband und Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
29. Februar 2016, Berlin

Inhalt der Pressemappe

- **Übersicht der Gesprächsteilnehmer**
- **Pressemitteilung**
- **Folien Prof. Dr. Jürgen Wasem**
Inhaber des Alfred Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhls für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen und Mitherausgeber des Krankenhaus-Reports 2016
- **Statement Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH**
Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main und Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
- **Statement Martin Litsch**
Vorstand des AOK-Bundesverbandes
- **Fotoauswahl zum Krankenhaus-Report 2016**

Das Material der Pressemappe steht Ihnen auch online zur Verfügung: **aok-presse.de**

Kontakt und Information

Dr. Kai Behrens | AOK-Bundesverband | 030 346 46-23 09 | kai.behrens@bv.aok.de



Krankenhaus-Report 2016: Neue Wege für die fachärztlich-ambulante Versorgung

Pressekonferenz am 29. Februar 2016 in Berlin

Ihre Gesprächspartner:



Prof. Dr. Jürgen Wasem

Inhaber des Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhls für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen und Mitherausgeber des Krankenhaus-Reports 2016



Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH

Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main und Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen



Martin Litsch

Vorstand des AOK-Bundesverbandes



Presseinformation des AOK-Bundesverbandes vom 29.2.2016

Krankenhaus-Report 2016

Ambulante Leistungen im Krankenhaus: Experten kritisieren „Wildwuchs“

Berlin. In deutschen Krankenhäusern wird immer häufiger ambulant behandelt, also ohne dass die Patienten über Nacht bleiben. So sind in den letzten drei Jahrzehnten rund 20 verschiedene ambulante Versorgungsformen entstanden, die im Krankenhaus durchgeführt werden: von Hochschul- und Notfallambulanzen über Ambulantes Operieren im Krankenhaus bis hin zur Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV). Anlässlich der Veröffentlichung des neuen Krankenhaus-Reports des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) bemängeln Experten nun den „Wildwuchs“ in diesem Versorgungsbereich und fordern einen einheitlichen Ordnungsrahmen.

Mitherausgeber Prof. Jürgen Wasem stellt angesichts der Fülle von Versorgungsmöglichkeiten fest: „Hinter dieser Vielfalt steckt kein rationales Ordnungsprinzip. De facto werden hier identische Leistungen in verschiedene Rechtsformen verpackt und dann auch noch unterschiedlich vergütet.“ Ähnliche Unterschiede gebe es auch bei der Bedarfsplanung, bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen oder den Zugangsregeln zu Innovationen. „Und in puncto Qualitätssicherung sind ambulante Krankenhausleistungen ohnehin Wüsten“, so Wasem weiter. Deshalb müsse die Politik an der Schnittstelle zwischen ambulanten und stationären Leistungen endlich einheitliche Spielregeln für alle und einen neuen Ordnungsrahmen vorgeben. Die Ausgestaltung der Rahmenbedingungen könne der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) übernehmen.

Auch Prof. Ferdinand Gerlach, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main und Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, kritisiert die Strukturprobleme zwischen den Sektoren: „Das deutsche Gesundheitswesen ist wie ein geteiltes Land. Zwischen Kliniken und Praxen verläuft eine kaum überwindbare Mauer, die für Patienten gefährlich und für alle viel zu teuer ist.“

Das Fehlen von einheitlichen Spielregeln führe vielfach zu konträren Interessen. Echte Zusammenarbeit, etwa zwischen niedergelassenen und stationär tätigen Kardiologen, sei weder vorgesehen noch möglich. Mit der Folge, dass es zu Informationsbrüchen, Missverständnissen, Behandlungsfehlern, Mehrfachdiagnostik, vermeidbaren hohen Arztkontakten und Mengenausweitungen komme. Gerlach weiter: „Kaum einer übernimmt für Patienten mit mehreren Krankheiten, die gleichzeitig von verschiedenen Ärzten und Kliniken behandelt werden, die Gesamtverantwortung und schützt sie vor zu viel oder falscher Medizin.“ Hausärzte seien für diese Lotsenfunktion zwar prädestiniert, befänden sich aber innerhalb des Gesundheitssystems in einer geschwächten Position. Gerlach fordert eine regional vernetzte, sektorübergreifende Versorgung, in der die Honorare für stationäre Kurzzeitfälle und vergleichbare ambulante Behandlungen angeglichen werden.

Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, ruft die Beteiligten zur Kooperationsbereitschaft auf: „Auf Schnittstellenprobleme wurde bislang von der Politik mit zahlreichen Einzelösungen reagiert. Die bisherigen Modelle inklusive der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung sind sicher gut gemeint, aber nicht gut gemacht. Das kann so nicht bleiben, da muss der Gesetzgeber noch mal neu ansetzen.“ Der Status quo führe seit Jahren nur zu Patchwork und den altbekannten rituellen Verteilungskämpfen zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern. „Was ich mir wünsche, ist mehr Miteinander statt dieses andauernden Jeder-gegen-Jeden mit Sonderinteressen und Systemegoismen. Die Leistungserbringer müssen sich darauf einlassen, gemeinsame Qualitäts-, Verwaltungs- und Finanzierungsstandards zu entwickeln, sonst kommen wir nicht weiter.“

Voraussetzung für eine Neuausrichtung der fachärztlich-ambulanten Versorgung sei mehr Transparenz. Dazu brauche es eine einheitliche Dokumentation von ambulanten und fachärztlich-ambulanten Leistungen. So könne man Doppelstrukturen und Qualitätseinbußen sichtbar machen und damit Vergleichbarkeit schaffen. In einem zweiten Schritt müsse sektorübergreifend festgelegt werden, welche Kapazitäten und Strukturen für den Bedarf wirklich notwendig seien. „Wenn wir so weit sind, kann ein neuer ordnungspolitischer Rahmen abgesteckt werden.“

IHR ANSPRECHPARTNER IN DER PRESSESTELLE:

Dr. Kai Behrens | Pressesprecher | 030 34646-23 09 | presse@bv.aok.de

Pressekonferenz Krankenhaus-Report 2016

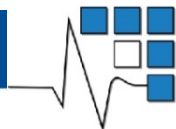
Berlin, 29. Februar 2016

Schwerpunkt: „Ambulant im Krankenhaus“ – der Krankenhaus-Report 2016

Univ.-Prof. Dr. Jürgen Wasem

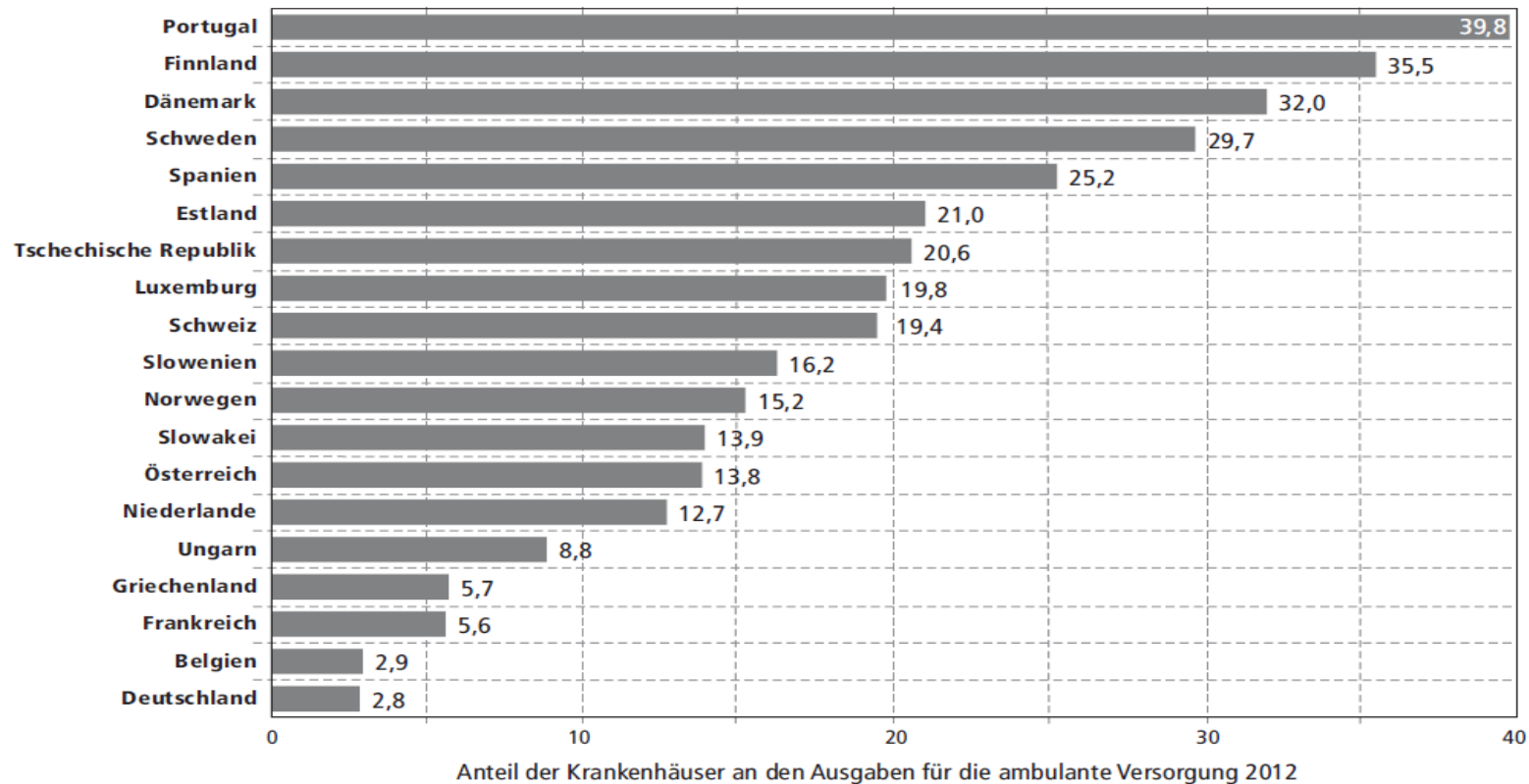
Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement
der Universität Duisburg-Essen

Gesundheitsökonomisches Zentrum CINCH, Essen
Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement GmbH



Anteil der Kliniken an ambulanten Leistungen: Internationaler Vergleich

Anteil der Krankenhäuser an den Ausgaben für ambulante Versorgung in 2012



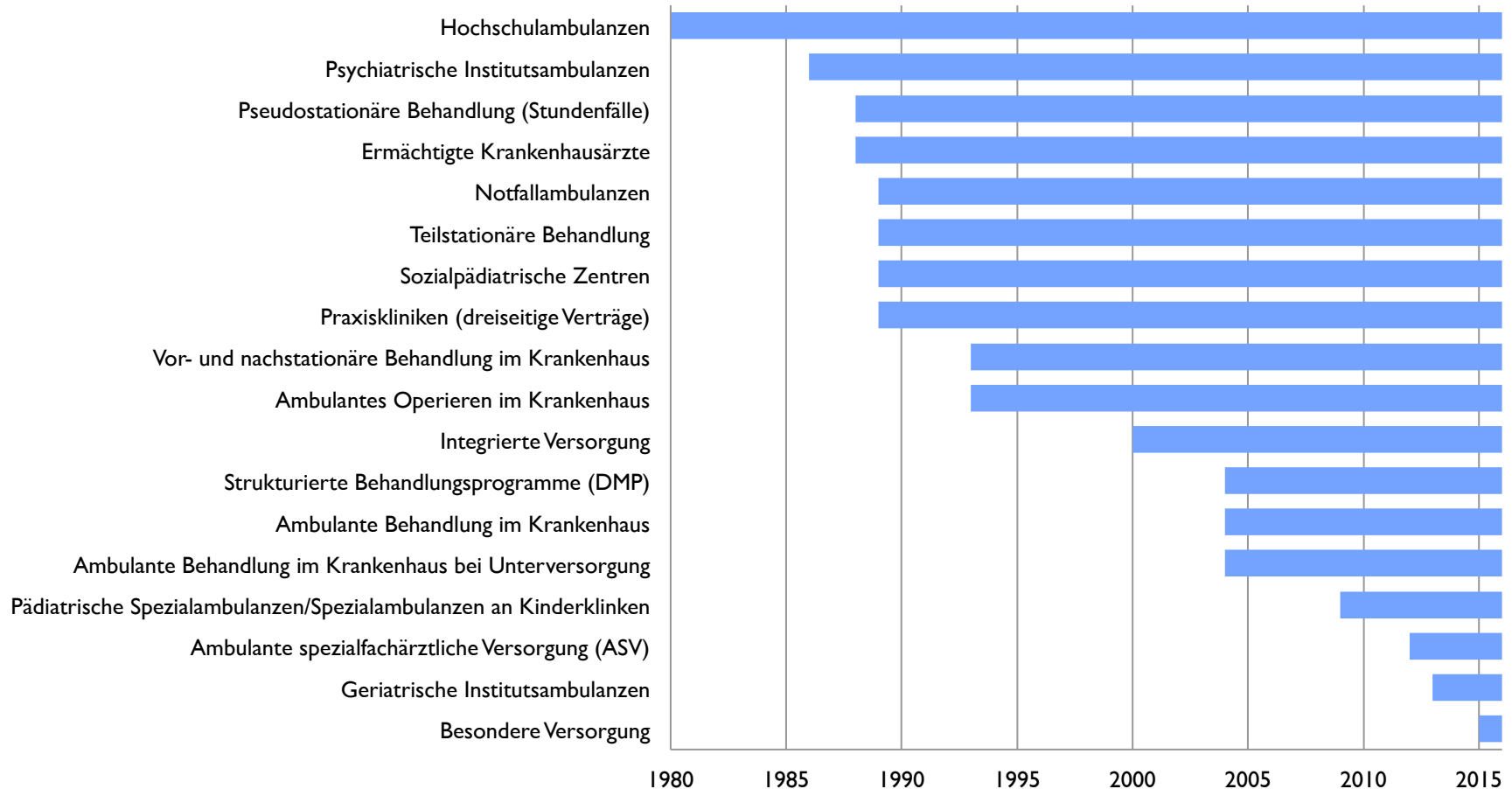
Quelle: OECD Health Statistics 2015: Dataset Health Expenditure and Financing. Basierend auf 2015 Joint OECD, EUROSTAT and WHO Health Accounts SHA Questionnaires (JHAQ); eigene Berechnung und Darstellung; CAGR – compound annual growth rate

Krankenhaus-Report 2016

WIDO



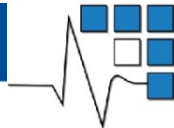
Zunehmende Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung



Heterogenität am Beispiel der Vergütungen

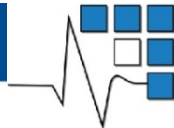
Versorgungsform	Grundlag e	Vergütung
Ambulantes Operieren	§ 115b	Weitgehend nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM)
Hochschulambulanzen	§ 117	Frei vereinbart, überwiegend Quartalspauschalen und ergänzende Einzelleistungen
Psychiatrische Institutsambulanzen	§ 119	Überwiegend Quartalspauschalen; mehrere Länder wenden ein bayerisches Einzelleistungssystem an
Vor- und nachstationär	§ 115a	In DRG-Fallpauschalen abgegolten, ansonsten abteilungsbezogene Pauschale
Teilstationär	§ 39	Hausspezifische Tages- und Fallpauschalen
Ermächtigungen	§ 116 ff.	Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)
Unterversorgung	§ 116a	Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)
Hochspezialisierte Leistungen	§ 116b	Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) mit Ergänzungen
DMP (Chronikerprogramme)	§ 137f	Frei vereinbart
Pseudostationäre Behandlung		DRGs
Integrierte Versorgung	§ 140 a-f	Frei vereinbart

- ▼ Ähnliche Unterschiede bei
 - Bedarfsplanung
 - Zugang zu Innovationen
 - Wirtschaftlichkeitsprüfungen
 -



Ordnungspolitische Weiterentwicklung notwendig

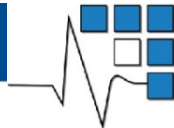
- ▼ „Wildwuchs“ bei den Rahmenbedingungen ambulanter Krankenhausbehandlung folgt keiner Rationale, sondern hat sich mehr oder weniger zufällig entwickelt
- ▼ Aus Steuerungsperspektive erscheint ein einheitlicher Ordnungsrahmen erforderlich
- ▼ Theoretisch sind mehrere Optionen denkbar, z.B.:
 - Alles freigeben („Wer kann, der darf.“)
 - Alles wie vertragsärztliche Versorgung organisieren
 - Alles selektivvertraglich organisieren
 - Neuer Ordnungsrahmen für die ambulant-stationäre Schnittstelle mit einheitlichen, im Detail durch den G-BA ausgeformten Spielregeln
 - Dies ist wohl die wahrscheinlichste (und auf kürzere Sicht auch sinnvollste) Herangehensweise



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Prof. Dr. Jürgen Wasem

Universität Duisburg-Essen
juergen.wasem@medman.uni-due.de
tel.: 0201-183-4072
www.mm.wiwi.uni-due.de





Pressekonferenz zum Krankenhaus-Report 2016
AOK-Bundesverband und Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
29. Februar 2016, Berlin

Statement von Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH **Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt/Main** **und Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im** **Gesundheitswesen**

Die Mauer muss weg! Die in Deutschland ausgeprägte **Abschottung zwischen Kliniken und Praxen ist für Patienten** **zu gefährlich und für uns alle zu teuer.**

Das deutsche Gesundheitswesen ist wie ein geteiltes Land. Mittendurch, zwischen akutstationärer Versorgung in Kliniken einerseits und ambulanter Versorgung in Praxen andererseits, läuft eine nur schwer überwindbare Mauer. Die Spielregeln, die auf beiden Seiten der Mauer gelten, könnten kaum verschiedener sein. Wohin man auch schaut, alles ist höchst unterschiedlich geregelt: Arzneimittelversorgung, Aufsicht, Bedarfsplanung, Einkaufsoptionen, Investitionsverantwortung, Organisation der Pflege, Qualitätssicherung, Umfang des Leistungskatalogs, Umgang mit neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, Vergütung, Weiterbildungsbedingungen und vieles andere mehr. Wir haben uns daran gewöhnt: Einem ausländischen Besucher könnte sich der Eindruck aufdrängen, dass er sich in verschiedenen Ländern auf verschiedenen Kontinenten befindet.

Im Ergebnis sind die Arbeitsbedingungen und Anreizsysteme auf beiden Seiten der Mauer höchst unterschiedlich, ein echter Qualitätswettbewerb findet nicht statt. Das Sein bestimmt hier das Bewusstsein, und so ist es – ohne Vorwurf an die Akteure vor Ort – nur folgerichtig, dass Kliniken und Niedergelassene systembedingt vielfach konträre Interessen haben und verschiedene Ziele verfolgen. Eine echte Kooperation, etwa zwischen niedergelassenen und stationär tätigen Kardiologen, die vielleicht beide ein Linksherzkatheterlabor betreiben, ist nicht vorgesehen und faktisch auch kaum möglich. Statt einer sinnvollen Kooperation im Interesse eines individuellen Patienten resultiert eine ineffiziente Konkurrenz mit diversen vermeidbaren und daher letztlich inakzeptablen Folgen: Informationsbrüche und daraus resultierende Missverständnisse sowie Behandlungsfehler, unkoordinierte (Mehrfach-)Diagnostik und Therapie, vermeidbar hohe Arzt-Patient-Kontaktzahlen, unangemessene Mengenausweitungen, nicht bedarfsgerechte Konzentration der Angebote auf wirtschaftlich attraktive Leistungen und an „lukrativen“ Standorten – um nur einige der durch die Mauer zwischen den Sektoren und in den Köpfen begünstigten Fehlentwicklungen zu nennen.

Eine weitere Folge: Vieles, was in anderen Ländern ambulant gemacht wird, führt in Deutschland zu einem stationären Aufenthalt. Während in Ländern wie den USA, Kanada oder Dänemark Leistenbruchverschlüsse in aller Regel ambulant durchgeführt werden, ist dies laut aktuellem Krankenhaus-Report in deutschen allgemein chirurgischen Kliniken der häufigste Grund für eine vollstationäre

Behandlung – verbunden mit durchschnittlich 2,3 stationären Liegetagen. Nicht andersartige Patienten, OP-Techniken oder Chirurgen erklären hier den Unterschied, verantwortlich sind vielmehr die in Deutschland im DRG- bzw. EBM-System sehr unterschiedlichen Deckungsbeiträge. Diese machen, trotz technisch gleichem Eingriff, eine stationäre Aufnahme für Leistungsanbieter finanziell sehr viel attraktiver. Der Sachverständigenrat empfiehlt hier eine Angleichung der erzielbaren Deckungsbeiträge von stationären Kurzzeitfällen und vergleichbaren ambulanten Behandlungen, auch um einen Fehlanreiz zur Auslastung und zum Erhalt stationärer Überkapazitäten zu beseitigen.

Zwar hat der Gesetzgeber an der einen oder anderen Stelle bereits für eine gewisse Durchlässigkeit der Mauer gesorgt, und Kliniken haben heute prinzipiell mehr Möglichkeiten, ambulante Leistungen zu erbringen, als dies früher der Fall war, aber von einer verzahnten und sinnvoll gestuften, an den Bedürfnissen der Patienten orientierten tatsächlich integrierten Versorgung sind wir immer noch weit entfernt. Aus dem ungesteuerten Nebeneinander resultiert auch eine „organisierte Verantwortungslosigkeit“. Kaum einer übernimmt für mehrfach-erkrankte Patienten, die gleichzeitig von verschiedenen Ärzten und Kliniken behandelt werden, die Gesamtverantwortung und schützt sie vor zu viel und falscher Medizin. Hausärzte, die genau dies als ihre Aufgabe ansehen, befinden sich in einer systembedingt geschwächten Position, die eine koordinierte Betreuung und Prioritätensetzung aus einer Hand empfindlich erschwert. Hausärzte, die ihre Patienten oftmals sehr genau und lange kennen, sind vielfach von diesem Informationsfluss abgekoppelt. Sie erfahren nicht oder erst sehr spät, was in Kliniken und Facharztpraxen mit ihren Patienten passiert: etwa welche – nicht selten vermeidbare – Diagnostik und Therapie bei ihren Patienten vorgenommen oder – obwohl dringend erforderlich – unterlassen wurden.

Der vom Rat unterstützte Weg zu einer ambulanten spezialärztlichen Versorgung (ASV), mit der in einem kleinen Bereich erstmals gleiche Spielregeln für Praxen, MVZs und Kliniken gelten würden, wird leider nur äußerst zögerlich beschritten und bleibt durch die Limitierung auf seltene Erkrankungen mit schweren bzw. besonderen Krankheitsverläufen sowie hochspezialisierte Leistungen noch hinter der früheren Rechtslage zurück. Mit der ASV könnte erstmals ein Loch durch die Mauer zwischen den Sektoren gebohrt werden, und sie hätte das Potenzial zu mehr. Der Rat empfiehlt hier eine Erweiterung um ambulante Operationen, stationsersetzende Eingriffe und stationäre Kurzzeitfälle sowie – zur Mengen- und Qualitätssteuerung – eine ausschließlich selektivvertragliche Ausgestaltung innerhalb eines einheitlichen Rechtsrahmens.

Verschiedene Empfehlungen zur Überwindung der Mauer zwischen den Sektoren liegen bereits vor. Stichworte sind hier insbesondere regional vernetzte, populationsorientierte, sektorübergreifend geplante und integrierte Versorgungsformen sowie das vom Rat empfohlene „Zukunftsmodell“ mit umfassender, kontaktunabhängiger Capitation-Finanzierung. Es wird in den nächsten Jahren darauf ankommen, einen einheitlichen Rechtsrahmen für ein geordnetes Zusammenspiel von kollektiv- und selektivvertraglicher Steuerung zu gewährleisten und konkrete Versorgungsaufträge zu definieren. Um die Mauer endgültig zu beseitigen und sektorübergreifende Versorgungsmodelle vor Ort zu befördern, müssen zu guter Letzt nur noch Mut, Weitsicht und Geduld der Leistungserbringer und der Kostenträger hinzukommen.

ANSPRECHPARTNER

Dr. Kai Behrens | Pressesprecher | 030 34646-23 09 | presse@bv.aok.de



Pressekonferenz zum Krankenhaus-Report 2016
AOK-Bundesverband und Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
29. Februar 2016, Berlin

Statement von Martin Litsch

Vorstand des AOK-Bundesverbandes

Es gilt das gesprochene Wort.

Mehr als die Summe aller Teile Die fachärztlich-ambulante Versorgung muss ein Ganzes werden

Lassen Sie mich eines vorab klarstellen: Die Vielfalt von Versorgungsformen ist nicht per se schlecht. Für einen kranken Menschen ist es schließlich völlig unerheblich, wo er behandelt wird. Was für ihn zählt, ist, dass er gut behandelt wird. Das Problem bei der fachärztlich-ambulanten Versorgung ist, das hier noch immer stärker belohnt wird, wo eine Behandlung stattfindet als wie gut sie ist. Es gibt in diesem Bereich keine konsistenten Versorgungsstrukturen, kein großes Ganzes. Die zahlreichen politischen Entscheidungen haben nur zu Patchwork geführt. Hier ist die Summe aller Teile eben einfach nur die Summe aller Teile. Und das geht mit hohen Reibungsverlusten einher. Sowohl für die Patienten, die mitunter unnötige Doppeluntersuchungen erhalten, als auch für das Gesundheitswesen, dessen finanzielle und personelle Ressourcen nicht effizient eingesetzt werden.

Werfen wir kurz einen Blick zurück. In dieser Legislaturperiode hat die Große Koalition versucht, mit dem Versorgungsstärkungsgesetz die Probleme in der ambulanten Versorgung durch kleinteilige Reparaturmaßnahmen anzugehen. Das Krankenhausstrukturgesetz hingegen fokussiert allein auf die stationäre Versorgung. Die beiden genannten Gesetzen haben eines gemeinsam: Sie haben die Gräben zwischen beiden Sektoren vertieft, statt sie zuzuschütten. Auf die Schnittstellenprobleme hat die Politik bislang immer nur mit Einzellösungen reagiert. Seit 2004 wird versucht, ambulante Behandlungen für besonders schwere und seltene Krankheitsverläufe sektorübergreifend zu ermöglichen. Die bisherigen Modelle inklusive der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) sind sicher gut gemeint. Nur leider nicht gut gemacht. Denn sie alle konnten nicht die Probleme lösen, die durch die Einzellösungen im Bereich der fachärztlich-ambulanten Behandlung entstanden sind.

Mit der ASV wurde einfach ein dritter Sektor geschaffen. Gleichzeitig wurden mit den genannten Gesetzen aber auch die Parallelstrukturen, z.B. in den Hochschulambulanzen, gestärkt. Die Zugangsprämisse „Wer kann, der darf“ verhindert bei der ASV außerdem eine Ausrichtung der Behandlungskapazitäten am regionalen Bedarf. Intersektorale Zusammenarbeit in der Region lässt sich nicht allein durch bundesweit einheitliche formale Vorgaben herstellen, sondern nur mit einer regionalen vertraglichen Verankerung. Neben einer wirksamen, regional justierten Bedarfsplanung und Mengensteuerung fehlen zudem Vorgaben zur Qualitätssicherung. All das ist bisher auch nicht vorgesehen. Insofern sind die aktuellen Rahmenbedingungen keine guten Voraussetzungen für ein erfolgreiches Versorgungsmodell.

Es ist auch kein Zufall, wenn bestimmte aufwendige Patienten in der psychiatrischen Versorgung in psychiatrischen Institutsambulanzen auftauchen, weil die Vertragsärzte ihr Budget vor relativ aufwendigen Fällen schützen wollen. Gleiches gilt für Hochschulambulanzen. Die Finanzierungsunterschiede einzelner Behandlungsformen führten zu der absurden Situation, dass es in Krankenhäusern Bereiche gibt, in denen in benachbarten Zimmern unterschiedliche ambulante Behandlungsformen angeboten werden. Für den Patienten ist der Weg von Raum zu Raum angenehm kurz. Für das Krankenhaus liegen aus Finanzierungssicht Welten zwischen diesen benachbarten Zimmern.

Zeitgleich geht der Streit zwischen den Interessenvertretungen von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern weiter. Die Themen sind seit Jahren die gleichen. Wer darf wann wen behandeln, und ist das Geld, das er dafür erhält, gerechtfertigt? Jede Seite beantwortet diese Fragen erwartungsgemäß anders. Ich würde mir wünschen, dass hier endlich mehr Kooperationswillen gezeigt wird. Alle Leistungserbringer müssen sich darauf einlassen, gemeinsame Qualitäts-, Verwaltungs- und Finanzierungsstandards zu entwickeln statt eigene Besonderheiten und Systemegoismen zu pflegen. Hierzu braucht es einen verlässlichen Rahmen.

Um aus diesem Patchwork von Einzellösungen eine neue und zielführende Struktur zu schaffen, brauchen wir eine grundlegende Neuausrichtung für die fachärztlich-ambulante Versorgung. Viele kleine Anpassungen reichen einfach nicht aus. Damit diese Neuausrichtung gelingt, müssen wir in einem ersten Schritt einige Grundprobleme lösen. Dazu gehört, dass fachärztlich-ambulante Leistungen endlich einheitlich dokumentiert werden müssen. Diese Transparenz ist dringend notwendig, um beispielsweise Doppelstrukturen oder Qualitätseinbußen sichtbar zu machen und um Vergleichbarkeit zwischen den Leistungserbringern herzustellen. Außerdem müssen wir festlegen, welche medizinischen Strukturen und Kapazitäten für das fachärztlich-ambulante Leistungsgeschehen wirklich bedarfsnotwendig sind. Das darf sich nicht aus dem ableiten, was die Leistungserbringer heute leisten, denn durch die Deregulierung gibt es derzeit ökonomische Anreize zur Leistungsausweitung.

Im zweiten Schritt muss basierend auf diesem Wissen ein neuer ordnungspolitischer Rahmen entstehen. Dabei müssen die Bedingungen in Bezug auf Vergütung, Vertragsprinzipien, Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung, Leistungskatalog etc. für alle potenziellen Teilnehmer der fachärztlich-ambulanten Versorgung einheitlich sein. Auf dieser Basis ist die fachärztlich-ambulante Versorgung mit regionalen Verträgen neu auszurichten. Dies kann auf der Grundlage einer qualitätsorientierten Zulassung nach dem Bedarfsprinzip durch die Länder erfolgen – oder die Krankenkassen weisen gegenüber den Ländern nach, dass sie die bedarfsgerechten Leistungsmengen für ihre Versicherten durch geeignete Verträge sicherstellen können. Wichtig ist, dass alle fachärztlich-ambulanten Leistungserbringer bei der Bedarfsermittlung berücksichtigt werden, dass ein geeignetes Vertragsprinzip mit Mengensteuerungselementen etabliert wird und dass es eine einheitliche Qualitätssicherung gibt.

Unabhängig davon, für welches Modell man sich am Ende entscheidet: Beide Wege sind besser als das, was wir derzeit haben. Eine Neuordnung ist ein notwendiger Schritt, damit Spitzenmedizin auch in Zukunft bezahlbar bleibt. Patienten haben das Recht auf eine bedarfs- und qualitätsorientierte fachärztlich-ambulante Versorgung. Ihr Interesse muss zur Richtschnur werden. Dann sind wir auf einem guten Weg.

ANSPRECHPARTNER

Dr. Kai Behrens | Pressesprecher | 030 34646-23 09 | presse@bv.aok.de



Krankenhaus-Report 2016: Neue Wege für die fachärztlich-ambulante Versorgung

Pressekonferenz am 29. Februar 2016 in Berlin

Fotoauswahl zur Berichterstattung

Druckfähige jpg-Dateien zum kostenlosen Download auch im
AOK-Bilderservice unter:

www.aok-bv.de > [Presse](#) > [AOK-Bilderservice](#) > [Krankenhaus](#)

