Handlungsempfehlungen für eine zukunftsorientierte Gesundheitspolitik

1. Qualitätstransparenz schaffen, zur Evaluation verpflichten, Vergleiche ermöglichen, Patienten mehr Souveränität ermöglichen

- Kassenwettbewerb stärker an Versorgungsaspekten ausrichten.: Aufbau eines „aggregierten Ergebnisindikators“ für das von Krankenkassen für ihre Versichertenpopulation erzielte „Gesundheitsergebnis“ / Evaluation der Versorgungsverträge in Bezug auf die Entwicklung der Kosten und der Behandlungsqualität
- Belohnung des zusätzlich geschaffenen Gesundheitsnutzens – unter Einbeziehung der Patientenperspektive (Stichwort: Patient-reported outcomes) und Schaffung von Transparenz- und Belohnungssystemen, mit denen die Zusammenarbeit über die Sektoren hinweg angereizt wird.
- Verpflichtung aller Leistungsanbieter, die bei ihnen gespeicherten Gesundheits- und Behandlungsinformationen grundsätzlich als Angebot den Patienten elektronisch zu übermitteln, gekoppelt mit der Verpflichtung der Arzt- und Krankenhaussoftwarehäuser, für diese Übermittlung geeignete Schnittstellen in ihre Lösungen einzubauen, die internationale Austauschstandards erfüllen.

2. Einführung eines Forschungs- und Entwicklungsbudgets bei den Krankenkassen sowie begleitende Health Impact Bonds

- Schaffung eines pro Krankenkasse eigenen Forschungs- und Entwicklungsbudgets zur Förderung von neuen Versorgungsformen
- Weiterentwicklung der Bundes- und der Landesaufsicht über die Krankenkassen von der aktuell eher restriktiven Form zu einer eher progressiv anfordernden Form: Krankenkassen müssen gegenüber der Aufsicht mittels entsprechender Kalkulationen erläutern, weshalb sie ihnen angebotene integrierte Vertragsformen nicht angenommen haben.
- Förderung von „Health Impact Bonds“, um privates Kapital für die gesamtgesellschaftliche Wohlfahrt nutzbar zu machen.

3. Reorganisation der Gesundheitsberufe und ihrer Zusammenarbeit sowie der Verknüpfung der Sozialleistungsträger

- Einrichtung einer Enquete-Kommission zur „Zukunft der Gesundheitsberufe und ihrer Integration“ durch den Deutschen Bundestag und Ermöglichung gemeinsamer Ausbildungsgänge für Studierende und Auszubildende aller Gesundheitsberufe.

- Weiterentwicklung von Medizinischen Versorgungszentren zu multiprofessionellen Einrichtungen, auch im Hinblick auf die Integration von SGB V und SGB XI.
- Integration von Versorgungsformen über Sozialleistungsträgergrenzen hinweg bis hin zur Möglichkeit, bei dem Erreichen von bestimmten Prozentsätzen der Abdeckung der regionalen Bevölkerung mit einem Selektivvertrag dann auch Anschlussmöglichkeiten aller SGB XI Pflegekassen bzw. der anderen Systemträger an eine solche Lösung schiedsamtsfähig zu befördern.

4. Regionalisierung der Organisation und Steuerung der Gesundheitsversorgung

- Übergabe von definierten Regiefunktionen für Kommunen für Teilbereiche der Gesundheitsversorgung und der Langzeitpflege sowie der geriatrischen Rehabilitation.
- Erweiterung der Befugnisse des „Gemeinsames Landesgremium“ für sektorenübergreifende Versorgungsfragen (§ 90a SGB V) bei bestehender oder drohender Unterversorgung die Versorgung einer Region: Ausschreibung einer direkten Finanzierung aus dem Gesundheitsfonds entsprechend den dieser Population zustehenden Zuweisungen.

5. Erwartungssicherheit für die Akteure und Handlungsmöglichkeiten der Akteure im System

- Entwicklung eines höheren Maßes an Erwartungssicherheit für die Akteure innerhalb des Systems mit klaren Zielvorgaben bzgl. Kooperation, Integration und sektorenübergreifender Finanzierung (gezieltes „direction pointing“ durch die Verantwortlichen in Politik und Verwaltung)
- Intensivere Nutzung und Freisetzung der Handlungspotenziale der Akteure im System, darunter u.a.:
 - Die Patienten (und ihre Organisationen):
 - Die Ärzteschaft und die Gesundheitsberufe
 - Die Krankenhäuser und anderen stationären Einrichtungen
 - Die Zusammenschlüsse von Leistungserbringern mit Dritten
 - Die medizinnahe Industrie – von Medizintechnik bis Pharma
 - Die digitalen Disruptiven
 - Die Stiftungen und Sozialinvestoren