



Krankenhausreform

Eine Chance für Hessen

Inhalt

Krankenhausstrukturen:

Konsequenz statt Planlosigkeit 4

Investitionsfinanzierung:

Billiger wird es nicht 8 – 9

Integrierte Versorgung:

Ambulant vor stationär 10 – 11

Notfallversorgung:

Gemeinsam statt einsam 12 – 13

Landesgremium:

3+1 gewinnt 14

Fazit:

Eine Chance für Hessen 15

Liebe Leserinnen und Leser,

Deutschland und Hessen stehen vor großen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung. Mangelnde Koordination und Vernetzung sowie nicht bedarfsgerechte Strukturen führen zu Über-, Unter- und Fehlversorgung. Mittlerweile besteht Konsens zwischen den Akteuren im Gesundheitswesen sowie der Politik, dass Deutschland – und somit auch Hessen – mit den Strukturen von heute die Gesundheitsversorgung von morgen nicht wirkungsvoll leisten kann.

Die AOK Hessen fordert gemeinsam mit renommierten Gesundheitsexpertinnen und -experten grundlegende sektorenübergreifende Strukturreformen. Mit der angedachten Krankenhausreform, die auch die Gesundheitsversorgung insgesamt in den Blick nimmt, werden von Bund und Ländern hoffentlich grundlegende Weichen gestellt. Der konkrete Strukturumbau muss dann auch in Hessen vorangetrieben werden. Eine wichtige Aufgabe für die Hessische Landesregierung – vor und nach der Landtagswahl 2023.

Die Vorteile liegen auf der Hand: Für die Hessinnen und Hessen ermöglichen bedarfsgerechte Strukturen auf dem Land und in der Stadt einen besseren Zugang zu einer guten Versorgung. Darüber hinaus werden Patientinnen und Patienten vor unnötigen oder qualitativ schlechten Behandlungen geschützt. Von einem wirksameren Einsatz der Finanzmittel profitieren sowohl die Versicherten als auch die Unternehmen als Beitragszahlende. Knappe öffentliche Gelder sollten in die Modernisierung, nicht aber in die Konservierung überholter und unwirtschaftlicher Strukturen fließen. Für Hessen können die Reformen eine Perspektive zur Versorgungssicherung eröffnen. Zudem kann die Landespolitik im Einklang mit den Akteuren vor Ort regional stärker Versorgung gestalten. Es bieten sich zudem Chancen, die Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegenden hessenweit zu verbessern und die Berufsfelder attraktiver zu machen.

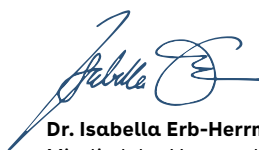
Noch ist Zeit zum Gestalten – nutzen wir sie!



Detlef Lamm
Vorsitzender des Vorstandes



Dr. Michael Karner
Stellvertretender
Vorsitzender des Vorstandes



Dr. Isabella Erb-Herrmann
Mitglied des Vorstandes

Krankenhausstrukturen

Konsequenz statt Planlosigkeit

Die Krankenhausreform muss konsequent vorangetrieben werden, da sie die richtigen Weichen für mehr Behandlungsqualität stellt und einen kalten Strukturwandel verhindert.



Es besteht Handlungsdruck, da die wirtschaftliche Grundlage vieler Kliniken aufgrund nicht bedarfsgerechter Strukturen und rückläufiger Fallzahlen zu erodieren droht. Bereits vor Beginn der Coronapandemie stand in Hessen fast jedes vierte Bett leer. Überkapazitäten binden Personal und führen zu einer Über- und Fehlversorgung. Zum Teil sind sektorenbezogene wirtschaftliche Interessen handlungsleitend – und nicht die Ziele einer qualitativ hochwertigen, an Patientinnen- und Patientensicherheit sowie am medizinischen Fortschritt orientierten Versorgung.

Die von Bund und Ländern geplante Krankenhausreform könnte zur wirkungsvollsten Strukturreform im Gesundheitswesen seit Jahrzehnten werden, wenn Qualitäts- und Finanzierungsfragen erfolgreich verknüpft werden. Für Hessen bietet eine an den Empfehlungen der Regierungskommission orientierte Reform gute Perspektiven, die Versorgung zu verbessern und langfristig zu sichern. Die Behandlungsqualität könnte gesteigert, lange Wartezeiten und unnötige Behandlungen vermieden werden. Das Gesundheitswesen könnte eine älter werdende Gesellschaft mit zunehmend komplexeren Krankheitsbildern qualitätsorientiert und wirksam versorgen.

Zahlen zu Krankenhäusern in Hessen

128 Plankrankenhäuser

202 Krankenhausstandorte:

- 38 Tageskliniken
- 164 Standorte mit vollstationärem Angebot

164 Standorte mit vollstationärem Angebot:

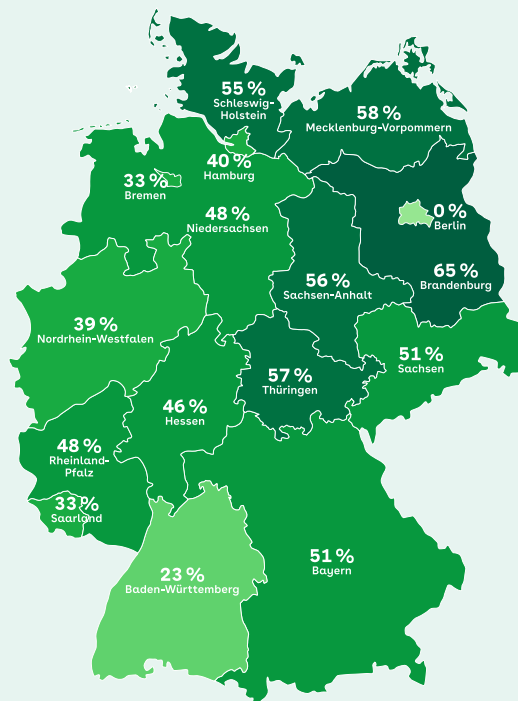
- 59 Standorte mit einer Fachabteilung
- 42 Standorte mit zwei bis drei Fachabteilungen
- 63 Standorte mit mehr als drei Fachabteilungen

Quelle: Versorgungsatlas Hessen 2020 des HMSJ

Wichtig ist die Verknüpfung der Finanzierungsreform mit einer Strukturreform. Die Vorhaltefinanzierung der Krankenhäuser muss an Leistungsgruppen mit klaren Mindeststandards gebunden werden, um den Umbau der Versorgungslandschaft zu fördern und Doppelstrukturen künftig zu vermeiden. Vorhaltefinanzierung muss fallunabhängig erfolgen. Die diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRGs) müssen als Finanzierungssäule der Betriebskosten neben der Vorhaltefinanzierung erhalten bleiben, um auch künftig Anreize für wirtschaftliches Arbeiten zu setzen und die tatsächlich erbrachten Leistungen zu vergüten. Diese Vorschläge müssen in Zusammenarbeit von Bund, Ländern, Leistungserbringern und Krankenkassen umgesetzt werden, damit Finanzierung und Planung Hand in Hand gehen. In den Ballungsgebieten können durch Konzentration und Spezialisierung von stationären Leistungen neue Zukunftsperspektiven für Kliniken entstehen.

Kliniken ohne Zertifizierung als Brustkrebszentrum

Anteil nach Bundesländern in Prozent (2020).



Quelle: qualitaetsmonitor.de des WIdO

Mindestmengen ausgeweitet

Mindestmengen sind ein wichtiger Faktor für medizinische Behandlungsqualität. Regelungen zu Mindestmengen bewirken, dass Krankenhäuser bestimmte Eingriffe und Behandlungen nur dann vornehmen und mit den Krankenkassen abrechnen dürfen, wenn sie eine Mindestanzahl solcher Leistungen pro Jahr erbringen. Einige Mindestmengenregelungen sind vom Gemeinsamen Bundesausschuss in den Jahren 2021 und 2022 erhöht worden. Krankenhäuser müssen beispielsweise künftig mindestens 100 Brustkrebsoperationen pro Jahr durchführen. Für Operationen bei Lungenkrebs gilt künftig eine Mindestfallzahl von 75 pro Standort und Jahr. Aufgrund von Übergangsregelungen müssen die Kliniken die Vorgaben aber erst ab 2025 in vollem Umfang erfüllen.

Wichtig ist, dass die Vergabe von Leistungsaufträgen an personelle und technische Strukturvorgaben gebunden wird. Auch Vorgaben zu Mindestmengen sollten ausgebaut werden. So gibt es in den Ballungsgebieten Frankfurt und Kassel mit insgesamt 25 somatischen Krankenhausstandorten Parallelstrukturen mit teilweise geringen Fallzahlen vor allem in der Kardiologie, Gefäßmedizin und Orthopädie. Hier ergeben sich im Sinne einer besseren Versorgungsqualität

64 Prozent

aller Hessinnen und Hessen ist Qualität wichtiger als die Distanz zur Klinik. Nur zwölf Prozent sehen dies genau anders.

Möglichkeiten einer besseren Arbeitsteilung durch Konzentration und Spezialisierung. Dies eröffnet die Chance, Personal zielgerichteter einzusetzen, sodass die Arbeitsbelastung reduziert und dem Fachkräftemangel entgegengewirkt wird.

Quelle: Befragung AOK Hessen



Foto: iStock.com/monkeybusinessimages

Qualität durch Routine

Um die Gesundheitsversorgung und Pflege für ihre Patientinnen und Patienten zu gestalten, setzt die AOK Hessen auf innovative und qualitätsorientierte Verträge. Ein wichtiges Instrument in diesem Zusammenhang ist die Qualitätssicherung mit Routinedaten, kurz QSR. In diesem Verfahren wird die Behandlungsqualität von Kliniken mithilfe statistischer Auswertungen von Daten gemessen, die ohnehin für die Abrechnung erhoben werden. In ähnlicher Form wird Qualitätssicherung auch in der ambulanten ärztlichen Versorgung umgesetzt. Bei dem Projekt „Qualität in Arztnetzen – Transparenz mit Routinedaten“ (QuATRo) werden ambulante Qualitätsindikatoren aus Routinedaten erhoben und vergleichbar gemacht. Die gewonnenen Erkenntnisse können vor Ort gemeinsam mit den Gesundheitspartnern umgesetzt werden. 2022 erhielten vier Arztnetze in Hessen das QuATRo-Siegel für herausragende Versorgungsqualität: die Gesundheitsnetze GNEF Frankfurt und GNO Osthessen sowie die Arztnetze PriMa Marburg und Rhein-Main.

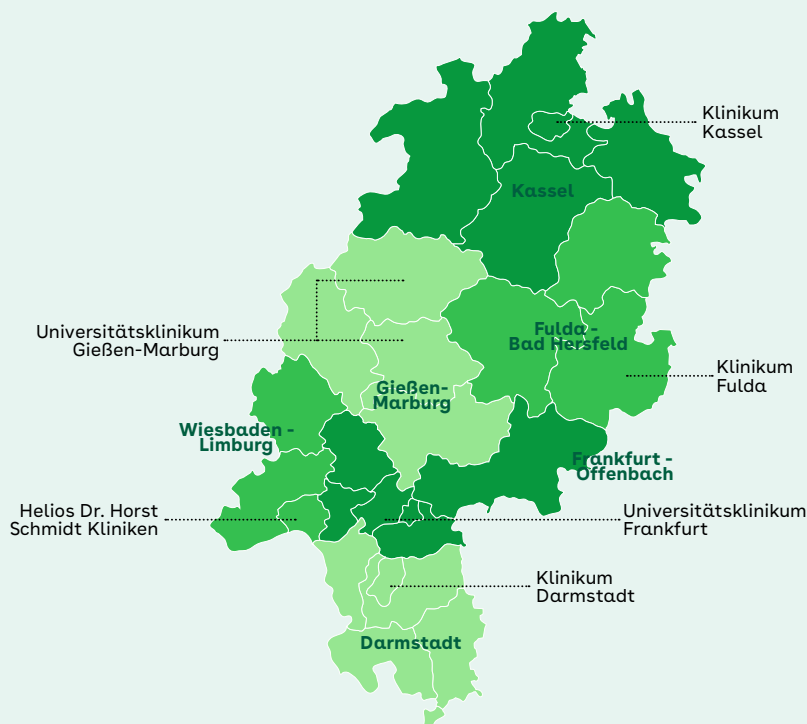
Gleichzeitig ergibt sich im ländlichen Raum eine neue Perspektive für Kliniken, die einen umfassenden stationären Versorgungsauftrag nicht mehr wirtschaftlich erfüllen können und für die kein regionaler Versorgungsbedarf vorliegt, obwohl im Hinblick auf die alternde Bevölkerung der Bedarf nach einem niedrigschwelligen stationären Versorgungsangebot besteht. Diese Kliniken sollten in integrierte ambulant-stationäre Versorgungseinrichtungen umgewandelt werden und die ambulant-pflegerische Versorgung sicherstellen, die in der Fläche benötigt wird. In Hessen haben zudem ländliche Standorte in Regionen mit geringer Versorgungsdichte das Potenzial, zu Kliniken der Regel- und Schwerpunktversorgung ausgebaut zu werden.

Städtische und ländliche Regionen dürften unterschiedlich von der Reform betroffen sein, denn rund zwei Drittel der kleinen und nicht ausreichend spezialisierten Krankenhäuser befinden sich aktuell in urbanen und verdichteten Gebieten. Klar ist: Ohne Strukturveränderungen wird es nicht gehen.

Der WIdO-Qualitätsmonitor bietet Kennzahlen von Kliniken. Struktur- und Qualitätsunterschiede in der Versorgung sowie Defizite werden transparent: **qualitaetsmonitor.de**

Die Mindestmengen-Transparenzkarte gibt einen Überblick über Kliniken, die diese OPs durchführen: **aok-bv.de > Engagement > Mindestmengen**

Versorgungsgebiete und Koordinationskrankenhäuser in Hessen



Quelle: AOK Hessen

Die strukturelle Vernetzung aller Leistungsbringer ist ein wesentlicher Erfolgsfaktor.



Alle Krankenhäuser müssen gut digital vernetzt werden. Der schnelle und sichere Austausch von Daten untereinander, aber auch mit Dritten, muss funktionieren. Dies ist eine zentrale Voraussetzung für eine effektive Kooperation – und für Patientinnen und Patienten elementar bei ihrer individuellen Versorgung. Im stationären Bereich müssen Koordinationskrankenhäuser eine steuernde Funktion übernehmen. In Hessen könnte in jedem der bereits etablierten sechs Versorgungsgebiete ein Krankenhaus diese Koordination übernehmen. Dieses Vorgehen wurde bereits während der Coronapandemie im „Planstab Stationär“ erprobt und hat gut funktioniert. Nun sollte es für alle Patientinnen und Patienten mit komplexen Diagnosen ausgebaut und weitergeführt werden. Zentral dafür ist das Vorantreiben der Digitalisierung. Den

Krankenhäusern und ihren Kooperationspartnern müssen Versorgungsdaten in Echtzeit vorliegen, um Patientinnen und Patienten in die richtigen Häuser steuern und bestmöglich versorgen zu können. Auch die Konsultation anderer Leistungserbringer, wie zum Beispiel niedergelassener Ärztinnen und Ärzte, und das Entlassmanagement können mit digitalen Mitteln deutlich vereinfacht und beschleunigt werden.

Die jeweiligen Koordinationskrankenhäuser sollten sich auch untereinander austauschen, um voneinander zu lernen und übergreifend planen zu können. Ebenso sollte mit den benachbarten Bundesländern Hessens eine grenzüberschreitende Planung stattfinden. Ein Silodenken bei der Krankenhausplanung ist weder zeitgemäß noch zielführend.

Investitionsfinanzierung

Billiger wird es nicht



Foto: iStock.com/dolgachov

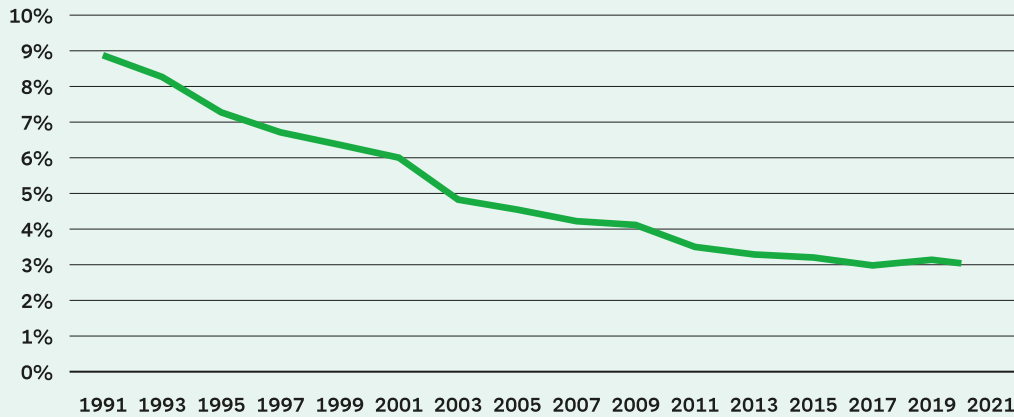
Die dauerhafte Investitionsfinanzierung durch das Land muss zukunftsfähig aufgestellt werden.



Hessen kommt, wie die meisten Bundesländer, seit Jahren der Pflicht zur Finanzierung der Investitionskosten der Krankenhäuser nur unzureichend nach. In den vergangenen Jahrzehnten ist der Anteil der Investitionsfinanzierung gemessen an den Gesamtkosten der Krankenhäuser stark gesunken. Zwar hat das Land in den vergangenen Jahren die Mittel erhöht und ist im Bundesvergleich eher vorn, dennoch werden die Investitionskosten auch in Hessen nur unzureichend finanziert. Daher müssen die Beitragszahlenden über die Krankenversicherung die Investitionen über die Vergütung der Behandlungskosten

quersubventionieren. Damit werden Finanzmittel für den laufenden Betrieb zulasten der Versorgung zweckentfremdet. Dieser Zustand muss beendet werden. Die Verteilung der Investitionsmittel muss zudem fokussiert entsprechend des Planungsvorhabens erfolgen, denn die Bürgerinnen und Bürger haben ein Anrecht auf ein zielgerichtetes Ausgabeverhalten des Staates. Dementsprechend dürfen die Investitionsmittel des Landes nur für bedarfsgerechte und nachhaltige Strukturen eingesetzt werden. Hessen könnte mit einer zielgerichteten und ausreichenden Investitionsförderung wirksame Anreize für den nötigen Strukturwandel setzen.

Rückläufige Investitionen der Bundesländer im Verhältnis zu den Gesamtkosten der Krankenhäuser



Quelle : GKV-Spitzenverband, November 2022

Bund und Länder sollten sich auf ein Investitionsprogramm für die Modernisierung der Krankenhauslandschaft verständigen.



Auch wenn eine Krankenhausreform langfristig einen effektiveren Einsatz finanzieller Mittel ermöglichen kann, wird die Modernisierung der Versorgungsstrukturen zunächst mit zusätzlichen Kosten verbunden sein. Für Krankenhäuser, die zum Beispiel Leistungen bündeln, sich spezialisieren, sich in ambulant-stationäre Versorgungseinrichtungen umwandeln, sich ökologisch nachhaltig aufstellen oder Betriebsteile aufgeben, sind zunächst bedeutende Investitionen in eine angepasste und effizientere Infrastruktur erforderlich. Bund und Länder müssen die Mittel hierfür gemeinsam bereitstellen. Das Geld wäre sinnvoll investiert: Moderne Infrastruktur stärkt den Wirtschaftsstandort, sorgt für schlankere Prozesse und eine effiziente und bessere Versorgung in Hessen. Zudem werden Patientinnen und Patienten vor unnötigen Eingriffen geschützt, wenn Investitionskosten nicht aus dem

laufenden Krankenhausbetrieb mit zum Teil nicht notwendigen Behandlungsfällen erwirtschaftet werden müssen.

34 Prozent

**aller Hessinnen und Hessen
wären bereit, eine Fahrtzeit von
30 bis maximal 59 Minuten
zwischen ihrem Zuhause und dem
Krankenhaus in Kauf zu nehmen.
43 Prozent wären zu Fahrtzeiten
von über einer Stunde bereit.**

Quelle: Befragung AOK Hessen

Integrierte Versorgung

Ambulant vor stationär



Die ambulante Versorgung ist zu stärken.



Mit der Modernisierung der Krankenhausstrukturen muss auch der Grundsatz „ambulant vor stationär“ stärker in den Fokus rücken. Aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts können immer mehr Behandlungen ambulant durchgeführt werden. Viele andere Länder zeigen dies bereits. Die Krankenhausreform kann diese Potenziale nutzen. Die Vergütung ambulanter Leistungen sollte auf Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) entwickelt werden. Da die Grenzen zwischen dem stationären und dem ambulanten Versorgungsbereich zunehmend durchlässiger werden, ist eine sektorenübergreifende Planung der Versorgung unter

Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung zwingend erforderlich. Nur so kann sichergestellt werden, dass bedarfsnotwendige Leistungen und ärztliche Versorgung flächendeckend in Hessen gesichert sind.

Insbesondere das Stadt-Land-Gefälle bei der Gesundheitsversorgung stellt ein zunehmendes Problem dar. Gerade in ländlichen Regionen finden Ärztinnen und Ärzte teils keine Nachfolge. Für Patientinnen und Patienten führt dies zu längeren Wegen und zum Teil langen Wartezeiten. Derzeit ist die Versorgung in Hessen noch weitestgehend gesichert. Es ist bereits jetzt schon absehbar, dass die Sicherstellung

Ambulantisierungspotenzial in Deutschland im Vergleich mit dem Ausland

Zahl der Eingriffe pro 100.000 Einwohner und Anteil der vollstationär durchgeführten Eingriffe.

LEISTUNG	GALLENBLASENENTFERNUNG		LEISTENBRUCH-OP		MANDELENTFERNUNG	
Anteil	Fälle/ 100.000	Vollstationär %	Fälle/ 100.000	Vollstationär %	Fälle/ 100.000	Vollstationär %
Dänemark	141	44,1	181	13,4	72	42,0
Deutschland	240	100	210	99,7	110	95,1
Frankreich	193	62,4	235	32,0	87	67,2
Großbritannien	136	52,7	124	26,2	84	39,5
Schweiz	200	95,6	263	76,5	104	85,6

Quelle: OECD, Stand 2020

der ärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen im bestehenden System auf erhebliche Probleme

Ambulante Operationen ausweiten

Der AOP-Katalog, der alle Operationen und sonstigen Eingriffe aufführt, die Kliniken ambulant vornehmen sollen, könnte um 86 Prozent und damit substantiell ausgeweitet werden. Die für eine Erweiterung des AOP-Katalogs empfohlenen Operationen und Prozeduren wurden 2019 insgesamt rund 15 Millionen Mal vollstationär durchgeführt. Das sind immerhin mehr als ein Viertel aller etwa 58 Millionen vollstationär erfolgten Leistungen.

Quelle: IGES-Gutachten, März 2022

zusteuert. Einige Regionen sind bereits von Unterversorgung bedroht, wie beispielsweise Büdingen, Eschwege oder Homberg/Efze. In anderen wiederum besteht Überversorgung, etwa in Frankfurt, Marburg oder Wiesbaden. Hier muss mit einer aktiven sektorenübergreifenden Versorgungsplanung gegengesteuert werden.

Auch im ambulanten Sektor müssen die digitalen Möglichkeiten besser ausgeschöpft werden. Die Vernetzung zwischen den Leistungserbringern kann über digitale Anwendungen erheblich verbessert werden. Zudem können Patientinnen und Patienten mittels Video-Sprechstunde auch Ärztinnen und Ärzte konsultieren, die in größerer Entfernung niedergelassen sind. Die digitale Infrastruktur muss durch das Land gefördert werden, auch und vor allem in ländlichen Gebieten, um allen Hessinnen und Hessen sowie den Leistungserbringern die Nutzung von digitalen Anwendungen zu ermöglichen.

Notfallversorgung

Gemeinsam statt einsam



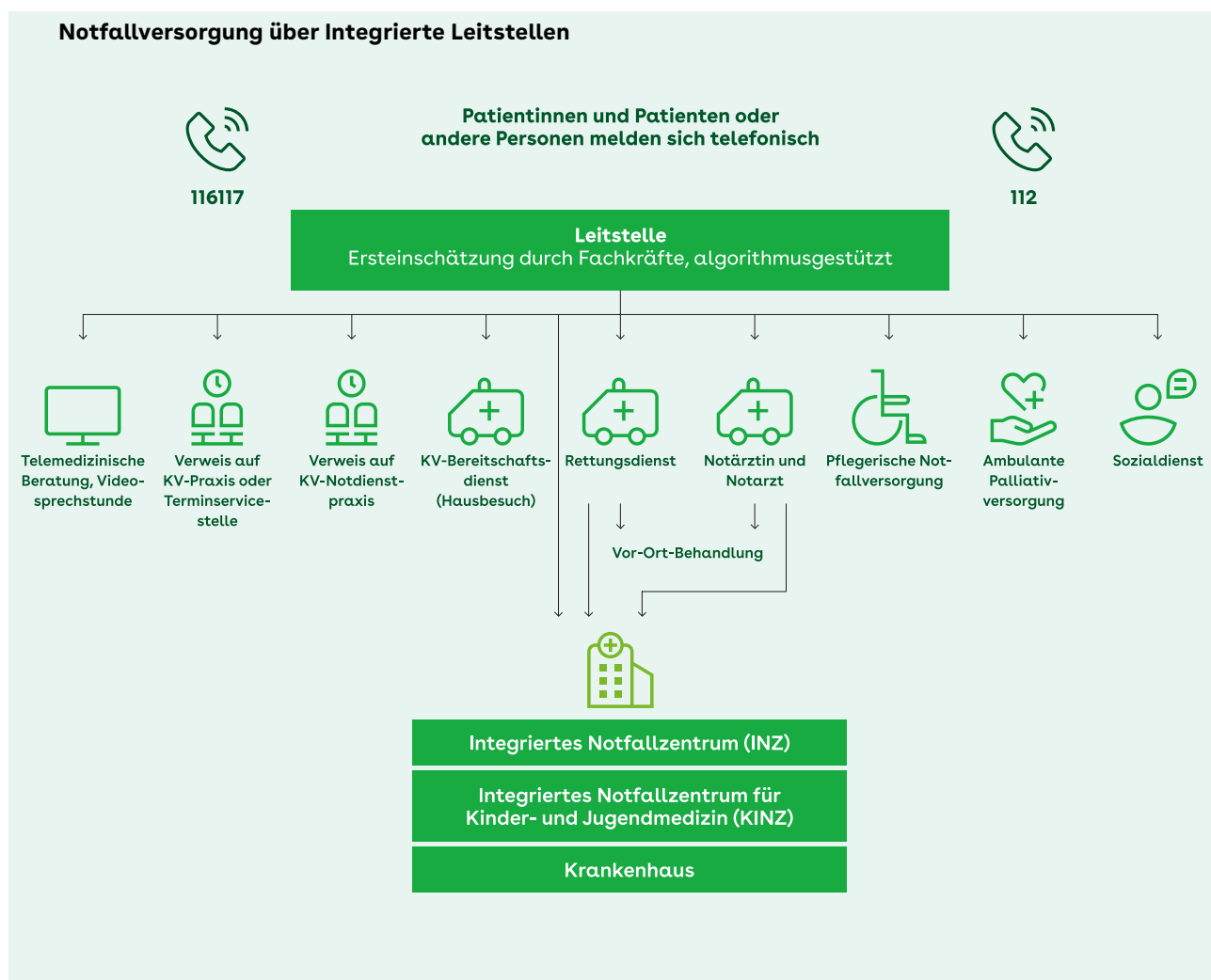
Foto: iStock.com/dusanpetkovic

Die Notfallversorgung muss sektorenübergreifend in Integrierten Notfallzentren organisiert werden.



Seit Jahren sind die Probleme der sektoral untergliederten Notfallversorgung bekannt, die zu einer unzureichenden Steuerung der Patientinnen und Patienten führen. Die Folge: überlastete Notaufnahmen – oft mit auch ambulant behandelbaren Fällen. Für die Notfallversorgung ist eine sektorenübergreifende Organisation dringend notwendig, um Patientinnen und Patienten besser zu versorgen und die Beschäftigten zu entlasten. Auch hier ist ein „Weiter so“ keine Option. Daher sollte die Notfallversorgung in Integrierten Notfallzentren (INZ) im Krankenhaus ge-

bündelt werden. Integrierte Notfallzentren dienen Patientinnen und Patienten als zentrale Anlaufstellen und werden vom Rettungsdienst angefahren. Mittels eines bundesweit standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens wird in den INZ entschieden, ob die Patientin oder der Patient mit ambulanten oder stationären Notfallkapazitäten versorgt oder in die Regelversorgung weitergeleitet wird. In den INZ haben niedergelassene und im Krankenhaus tätige Ärztinnen und Ärzte einen gemeinsamen Versorgungsauftrag. Als Rechtsgrundlage ist hierfür vom Gemeinsamen Bundesausschuss



eine Notfall-Versorgungsrichtlinie zu erarbeiten, in der die notwendigen Strukturanforderungen, die Qualifikation des Personals und Vorgaben für die Erreichbarkeit der INZ festgelegt werden.

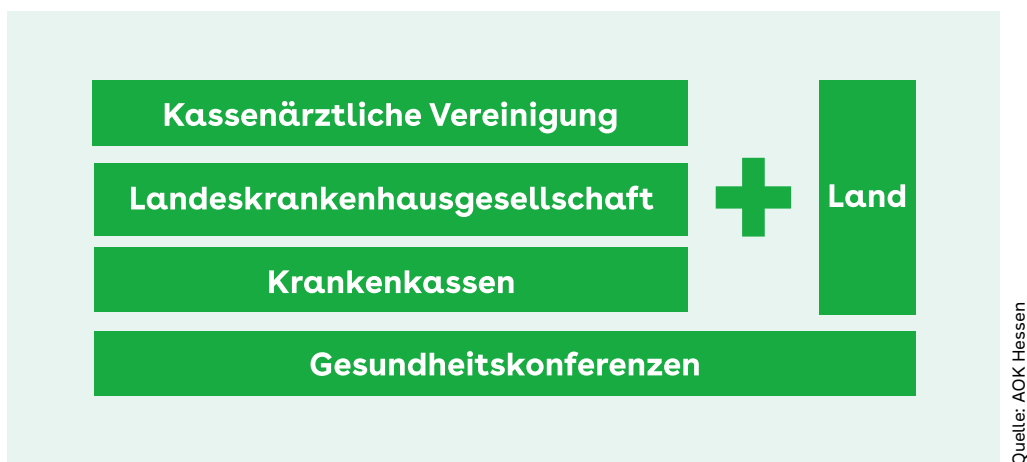
Zur Reform der Notfallversorgung gehört auch eine Reform des Rettungsdienstes. Es müssen integrierte Leitstellen (ILS) errichtet werden, die über die bekannten Telefonnummern zu erreichen sind. Leitstellen benötigen ein einheitliches technisches System mit einem standardisierten Ersteinschätzungsverfahren, mit dem Patientinnen und Patienten sektorenübergreifend in die richtige Versorgungsebene gesteuert werden. In Hessen ist als technische Lösung für ein solches Ersteinschätzungsverfahren bereits die Anwendung „Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland“ (SmED) in Erprobung. Es

ist Teil des Projekts „Sektorenübergreifende ambulante Notfallversorgung“. Es könnte Vorbild für eine bundesweite Lösung sein. Über eine weitergehende Digitalisierung muss zudem die Auslastung der Rettungsmittel und der Krankenhauskapazitäten in Echtzeit transparent gemacht werden. Mit dem webbasierten Interdisziplinären Versorgungsnachweis (IVENA) hat Hessen bereits ein in der Praxis bewährtes System für das Krankenhaus-Monitoring, das sich auch für eine Weiterentwicklung eignet.

Mit dem AOK-Gesundheitsnavigator steht ein Tool für Interessierte zur Verfügung, das eine zuverlässige Onlinesuche nach Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern, Hebammen und Notfallinformationen ermöglicht: **aok.de/gp/gesundheitsnavigator**

Landesgremium

3+1 gewinnt



Ein gemeinsames Landesgremium muss die ärztliche Bedarfsplanung und die stationäre Versorgungsplanung aus einer Hand übernehmen.



Bedarfsgerechte Planung sollte unter bundes-einheitlicher Rahmenbedingungen mithilfe eines „3+1-Gremiums“ auf Landesebene erfolgen – verbunden mit regionaler Verantwortung zur Versorgungsgestaltung. Das Gremium besteht aus der Hessischen Krankenhausgesellschaft (HKG), der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH), den Krankenkassen und dem Land Hessen. Gleichzeitig muss ein länderübergreifender Austausch sichergestellt sein, sodass die Planung nicht an den Landesgrenzen endet. Das Gremium muss zudem die gesundheitsbezogenen Entwicklungen beobachten und Empfehlungen für notwendige gesetzliche Anpassungen auf Bundes- und Landesebene geben. Sollten Änderungen der Bedarfs- und Versorgungsplanung notwendig werden, setzt es sie zeitnah und eigenständig um.

Sowohl die ärztliche Bedarfsplanung als auch die stationäre Versorgungsplanung werden zukünftig

von diesem „3+1-Gremium“ übergreifend verantwortet. Außerdem werden die Integrierten Notfallzentren vom gemeinsamen Landesgremium geplant. Die Stimmverteilung von Leistungserbringern und Kostenträgern ist analog zum Gemeinsamen Bundesausschuss paritätisch. So wird gemeinsame Verantwortung geschaffen, um von Einzel-Interessen zu Hessen-Interessen zu kommen. Bis auf die regionalen Gesundheitskonferenzen werden alle bisher bestehenden Landesgremien in dem „3+1-Gremium“ aufgehen. Dadurch werden Doppelstrukturen und unnötige Bürokratie vermieden.

Die regionalen Gesundheitskonferenzen bleiben als Vorschlagsgremien für die sektorenübergreifende Versorgung in beratender Funktion bestehen. Sie beschäftigen sich künftig mit den Gesundheitsthemen ihrer Region und kennen genau das jeweilige Versorgungsgeschehen vor Ort.

Eine Chance für Hessen

Hessen hat die Chance, seine Gesundheitsversorgung zukunftsfähig aufzustellen. Ein einfaches „Weiter so“ darf es nicht geben. Ohne eine grundlegende Krankenhausreform mit sektorenübergreifender Perspektive droht ein kalter Strukturwandel, bei dem auch Krankenhäuser geschlossen werden müssten, die für die Versorgung dringend benötigt werden. Mit einer bedarfsgerechten und konsequenten Planung können sowohl finanzielle als auch personelle Ressourcen besser gebündelt und effektiver verteilt werden. Dies wäre auch ein wichtiger Beitrag, um über verbesserte Arbeitsbedingungen das Gesundheitspersonal zu entlasten.

Alle Akteure im hessischen Gesundheitswesen stehen vor der Herausforderung, den von Bund und Ländern angestoßenen Reformprozess der Krankenhausstrukturen aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten konstruktiv zu begleiten und voranzubringen. Deren Ausgestaltung ist in vielen Punkten noch offen. Sie werden entscheidend dafür sein, ob die Reform zu einer signifikanten Modernisierung und zielgerichteten Sicherung der Krankenhausstrukturen beitragen kann.

Es gilt daher jetzt diese Chance zu nutzen, denn es geht um nichts weniger als um Hessens Gesundheit. Die AOK Hessen ist dazu bereit, sich in diesen Reformprozess einzubringen, um die regionale Versorgung zu gestalten und langfristig zu sichern.



#chancefürhessen

Impressum

Herausgeber

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Ralf Metzger (V. i. S. d. P.)
Hauptabteilungsleiter
Unternehmenspolitik/-kommunikation
Basler Straße 2, 61352 Bad Homburg v. d. H.
Telefon: 06172 272 161
Kontakt: aok.de/hessen/kontakt
Internet: aok.de/hessen

Redaktion

Franziskus Dodel, Kristina Holzhaus,
Michael Troll

Redaktionelle Mitarbeit

Jürgen Merz, Norbert Staudt

Gestaltung und Gesamtherstellung

KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG

Redaktion

Fabian Obergföll

Grafikdesign

Stephan Schenk

Druck

Albersdruck GmbH & Co. KG

©AOK. Stand: Mai 2023

