Blickwinkel: Aus dem Selbstverständnis der AOK Baden-Württemberg

Sicherstellung und Organisation der gesundheitlichen Versorgung

Der König ist tot – es lebe der König. Nach der allgemein als Scheitern eingestuften Anschubfinanzierung für Verträge der integrierten Versorgung nach § 140d SGB V a. F., soll es nun der Innovationsfonds richten: Die Gesundheitsversorgung insbesondere durch sektorenübergreifende Versorgungsformen zu modernisieren und am Ziel einer höheren Versorgungsqualität auszurichten. Zweifel an der Zielerreichung sind angebracht, zumal der Innovationsfonds dem tradierten korporatistischen Ordnungsrahmen verhaftet bleibt und in seiner Wirkungsrichtung auf die tradierte, gemeinsam und einheitlich organisierte Regelversorgung gerichtet ist. Mit der von der Politik programmatisch nach wie vor beschlossenen „solidarischen Wettbewerbsordnung" hat das Ganze jedenfalls wenig zu tun. Das hält die AOK Baden-Württemberg nicht ab, weiterhin aktiv die Chancen und die Verantwortungsübernahme für eine eigenständige bestmögliche Versorgungsgestaltung im Interesse ihrer Versicherten zu suchen.

>> Spätestens mit dem wegweisenden Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) unter dem Motto „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit" (Über-Unter-Fehlversorgung) sowie der nachfolgenden Gutachten mit den Schwerpunkten „Koordination und Qualität", „Kooperation und Verantwortung", „Koordination und Integration" bis zum Sondergutachten 2012 „Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung" darf als ausgemacht gelten, dass Organisation und Strukturen des deutschen Gesundheitswesens nicht ausreichend an den gewandelten Erfordernissen einer Bevölkerung mit steigenden Prävalenzen chronischer Krankheiten in einer Gesellschaft des längeren Lebens ausgerichtet sind. Das im Vorfeld der letzten Bundestagswahl entstandene Positionspapier „Wettbewerb, Sicherstellung, Honorierung – Neuordnung der Versorgung im deutschen Gesundheitswesen" der Friedrich-Ebert-Stiftung bringt es auf den Punkt: „Die Zunahme chronischer und psychischer Erkrankungen, die demografische Entwicklung und der medizinische Fortschritt machen die Förderung integrierter Versorgungsformen erforderlich. Zugleich müssen Primärversorgung gestärkt und die hausarztzentrierte Versorgung ausgebaut werden." Dahinter steht der Anspruch einer an Bedarf und Bedürfnissen der Menschen orientierten adäquaten und damit auch effizienten Versorgungsgestaltung.

Deutschland steht mit der Suche nach funktionalen institutionellen Antworten auf diese Herausforderungen nicht alleine. Ähnliche Fragen stellen sich in allen entwickelten Gesundheitssystemen der OECD-Länder, unabhängig davon, ob sie primär steuerfinanziert oder als Sozialversicherung konzipiert sind und gleich, ob sie eher staatlich, wettbewerblich oder korporatistisch gelenkt werden. Ein besonderes Merkmal der deutschen Governancestruktur ist allerdings, dass sich darin in hohem Maße Elemente aller Steuerungsansätze parallel finden, was – wie wiederholt diagnostiziert – zu einer „organisierten Verantwortungslosigkeit" führt, in der die einzelnen Steuerungsbemühungen kaum auf ein übergreifendes Ziel ausgerichtet werden können und deshalb die Implementierung überzeugender Lösungsansätze besonders schwierig ist. Das FES-Papier aus 2013 hält fest: „Das System korporatistischer Selbstverwaltung war bisher nicht in der Lage, die aktuellen Versorgungsdisparitäten zu lösen". Ein inkrementelles „Weiter so" in letztlich erstarrten korporatistischen Strukturen verbietet sich somit als angemessene Strategie: Gefordert ist vielmehr die Etablierung einer klaren sektorenübergreifenden Verantwortlichkeit. Die AOK Baden-Württemberg bekennt sich ausdrücklich dazu, diese Verantwortung zu übernehmen und eine bestmögliche Versorgung ihrer Versicherten durch einen Mix von aufeinander bezogenen Verträgen und flankierenden eigenen präventiven, beratenden und koordinierenden Leistungen zu organisieren.

Krankenkassen als Träger übergreifender Sicherstellungsverantwortung

Das deutsche Gesundheitssystem weist auf den ersten Blick unbestritten eine hohe „Produktionseffizienz" auf, denn bezogen auf den Mitteleinsatz werden zweifellos viele Leistungen produziert. Auch die Kosten der einzelnen Leistungen sind im Verhältnis zu vergleichbaren Industrienationen nicht überdurchschnittlich, d.h. es liegt auf der Preisebene im Allgemeinen auch eine hohe finanzielle Produktionseffizienz vor. Somit wäre zu erwarten, dass bei moderatem Preisniveau und sehr hohen Leistungsraten auch eine sehr hohe allokative Effizienz resultiert. Diese ist im OECD-Vergleich jedoch nur Mittelmaß, konkret: Der überdurchschnittliche Mitteleinsatz auch in Form sehr hoher Leistungsraten produziert keine überdurchschnittlichen gesundheitlichen Outcomes, wie etwa Lebenserwartung, gesundheitlich unbeeinträchtigte Lebensjahre, Krebshäufigkeit etc. Vielmehr liegen die gesundheitlichen Outcomes für Deutschland allenthalben im OECD-Mittelfeld.

Die Betrachtung der „physischen Produktionseffizienz" führt hier zu einer Erklärung. Die physische Produktionseffizienz bezeichnet das Behandlungsangebot im Sinne der Frage nach dem optimalen Einsatzverhältnis der verschiedenen Produktionsverfahren (z.B. Prävention, Beratung, Operationen, Rehabilitation, Hygiene, Pflege usw.). Dies impliziert Überlegungen danach, ob die optimalen Leistungen bzw. Verfahren an der jeweils notwendigen Stelle in der erforderlichen Qualität und mit ausreichender Koordinierung eingesetzt werden. Es ist davon auszugehen, dass die so definierte physische Produktionseffizienz in hohem Maße die letztlich für die Güte eines Gesundheitswesens maßgeblichen Größen der gesundheitlichen Outcomes beeinflusst.

Dieser für eine überzeugende Gesundheitsversorgung ausschlaggebende Aspekt wird verstärkt durch die etablierte Versorgungsforschung beleuchtet. Für die Umsetzung entsprechender Erkenntnisse und daraus resultierender Versorgungskonzepte wird die Notwendigkeit einer übergreifenden Verantwortlichkeit und Steuerungsfähigkeit nicht nur theoretisch deutlich erkennbar, sondern vor allem auch durch praktische Erfahrungen untermauert. Erfolge im Sinne der skizzierten physischen Produktionseffizienz lassen sich nur durch – regelhaft auf regionaler Ebene – optimal abgestimmte und organisierte Prozesse erreichen: Managementaufgaben in Reinform. Dies kann mit zentralistischen und einheitsfixierten Steuerungskonzepten der Regelversorgung absolut nicht in Einklang gebracht werden.

Vielmehr sollte die konkrete Ausgestaltung der gesundheitlichen Versorgung in der Konsequenz möglichst unmittelbar den Krankenkassen einerseits und den Leistungsanbietern anderseits in einem sozialstaatlich ausgerichteten grundsätzlich wettbewerblich ge-

prägten Ordnungsrahmen übertragen werden.

Die Versorgungsstrategie der AOK BW: Alternative Regelversorgung

HZV als stabile Basis

Die Versorgungsstrategie der AOK Baden-Württemberg folgt wesentlich der Überzeugung, dass eine flächendeckende, für alle Versicherten zugängliche hausärztliche Versorgung das Rückgrat eines leistungsfähigen modernen Gesundheitssystems darstellt. Hausärzte sind in der Regel die erste medizinische Anlaufstelle für Menschen mit gesundheitlichen Problemen und sie beurteilen, ob weitere Behandlungsschritte, wie beispielsweise die Überweisung zu einem Facharzt oder eine stationäre Aufnahme, erforderlich sind. Besondere Bedeutung kommt der hausärztlichen Versorgung neben spezifisch geriatrischen und palliativen Versorgungsfragen im Management der Volkskrankheiten zu, wie es sich etwa in den Disease-Management-Programmen (DMP) als explizit hausarztbasierten Versorgungskonzepten widerspiegelt. Diese Überzeugung der AOK Baden-Württemberg steht in breiter Übereinstimmung etwa mit den aktuellen DEGAM-Zukunftspositionen.

Trotz der elementaren Bedeutung einer leistungsfähigen allgemeinmedizinischen Versorgungsebene hat diese in den letzten Jahrzehnten stetig relativ wie absolut an Gewicht gegenüber Spezialisierungen verloren. Die Politik versucht seit 25 Jahren, unabhängig von parteipolitischer Färbung, diesem Trend entgegenzuwirken – allerdings mit unbefriedigendem Ergebnis. Die AOK Baden-Württemberg nahm die Chance der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) frühzeitig wahr und schloss bereits im Mai 2008 als bundesweit erste Krankenkasse einen Hausarztvertrag mit freien Ärzteverbänden (Hausärzteverband und Medi) mit Vollversorgungsanspruch und Bereinigung für ganz Baden-Württemberg ab.

Die im HZV-Vertrag festgelegte pauschalierte Vergütungssystematik mit wenigen Einzelleistungen, qualitäts- und ergebnisabhängigen Zuschlägen, einem Zuschlag für chronisch Kranke und der Wegfall jeglicher fallzahlorientierter Mengen- oder Honorarbegrenzungen stellen einen Paradigmenwechsel dar, der die vom SVR 2009 dargelegten Empfehlungen in weiten Teilen umsetzt. Die Vertragsstruktur unterstützt insbesondere große Versorgerpraxen mit klassischem breitem hausärztlichen Behandlungsspektrum, so dass sich im Ergebnis zum einen überdurchschnittlich viele große Praxen und zum anderen überdurchschnittlich viele Praxen in ländlich strukturierten Gebieten an dem Vertrag beteiligen. Flankiert wird die Vertragsstruktur durch für den Erfolg unverzichtbare, unterstützende Elemente wie eine innovative, verpflichtende IT-Struktur, die das Handeln im Sinne der Vertragsziele unterstützt oder etwa durch die über 400 etablierten und von der AOK finanzierten Qualitätszirkel (QZ) zur rationalen Pharmakotherapie und evidenzbasierten Versorgung. Des Weiteren setzt der Vertrag nachhaltige finanzielle Anreize zur Beschäftigung von speziell weitergebildeten Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH).

Auf diese Weise befördert die HZV der AOK Baden-Württemberg bewusst einen Entwicklungspfad in den Hausarztpraxen hin zu professionellen Betreuungsstrukturen für chronisch Kranke im Rahmen von Teamstrukturen und ärztlicher sowie nichtärztlicher Arbeitsteilung. Neben einer Intensivierung von vorausschauender Behandlungsplanung und Strukturierung der Versorgung unmittelbar aus Patientensicht geht damit auch eine Entlastung der knapper werdenden hausärztlichen Ressourcen einher. Parallel findet mit universitären Partnern oder innovativen Dienstleitern eine kontinuierliche Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen in der HZV mit neuen Ansätzen statt, etwa ein hausarztbasiertes Case-Management von multimorbiden Patientinnen und Patienten oder die Unterstützung von empfohlenen Lebensstilveränderungen unter Nutzung neuer Medien. Darüber hinaus wurden im Rahmen der HZV spezifische VERAH-Qualitätszirkel etabliert, die nach dem Vorbild der ärztlichen Qualitätszirkel eine kontinuierliche extern begleitete Fortbildung ermöglichen, um das Aufgabenspektrum der VERAH kontinuierlich zu vertiefen und an klaren Qualitätserwartungen auszurichten.

HZV und Facharztverknüpfungen

Die HZV stellt somit die Basis einer effektiven und effizienten Versorgungssteuerung auf der Grundlage einer klaren Patientenbindung dar („Primärarztsystem"). Strukturierung bedingt Verbindlichkeit im Sinne eines wechselseitigen Commitments und Vertrauens zwischen (Haus-)Arzt und Patient einerseits und im Weiteren zwischen Versicherten bzw. Patient und seiner Krankenkasse und deren Versorgungsangebot andererseits. Auf diesem Grundverständnis einer rationalen Versorgungsstrukturierung basieren die weiteren an die HZV angefügten Angebote und Versorgungspfade inhaltlich und qualitativ. Anknüpfungspunkte dieser strukturierten alternativen Regelversorgung sind insbesondere die Facharztverträge nach § 73c SGB V.

Die AOK Baden-Württemberg hat mittlerweile 73c-Verträge in den Bereichen Kardiologie, Gastroenterologie, Psychotherapie, Psychiatrie, Neurologie und Orthopädie umgesetzt; die Bereiche Urologie und Rheumatologie befinden sich aktuell in Verhandlung. Ziel ist es, sukzessive alle relevanten Facharztgruppen in die alternative Regelversorgungsstrategie einzubinden. Allen Verträgen ist gemeinsam, dass sie die für die jeweiligen Facharztgruppen relevanten medizinischen Versorgungsbereiche anhand der qualitativ besten verfügbaren Evidenz definieren. Die Vergütungsstruktur richtet sich vor allem an den Krankheitsbildern und nicht an einzelnen Verrichtungen aus. Damit werden ein verbindlicher Indikationsbezug des Handelns und somit gleichzeitig eine sorgfältige Diagnosestellung als Ausgangspunkt aller weiteren Therapieoptionen befördert.

Wesentliches Merkmal der 73c-Vertragsgestaltung ist ferner, dass an diesen Verträgen nur Versicherte der AOK Baden-Württemberg teilnehmen können, die bereits in der HZV eingeschrieben sind. Denn HZV und 73c-Verträge sind strukturell miteinander verschränkt insbesondere hinsichtlich inhaltlicher Therapiepfade und Schnittstellen der ärztlichen Tätigkeiten zwischen den Beteiligten. Auch die technische Integration wird vorangetrieben. Auf der Basis bereits bestehender einheitlicher IT-Grundstrukturen zur Vertragsabrechnung, einem gemeinsamen Arzneimittelverordnungstool und der online-Teilnehmerprüfung erfolgt derzeit die pilothafte Umsetzung eines strukturierten elektronischen Arztbriefs und eines praxenübergreifenden Medikationsplanes. Darüber hinaus ist in der Versorgungsstruktur geregelt, dass auf Überweisung des Hausarztes ein erforderlicher Facharzttermin binnen zwei Wochen vergeben wird. Eine optimale regionale Vernetzung auf gemeinsamer inhaltlicher Basis wird befördert durch die Möglichkeit arztgruppenübergreifender Qualitätszirkel-Teilnahme sowie der Etablierung eines fachärztlichen Pendants zur VERAH, der EFA (Entlastungsassistentin in der Facharztpraxis). Ihr kommen neben praxisspezifischen erweiterten Tätigkeiten insbesondere Koordinierungsaufgaben zwischen den Praxen und mit den entsprechenden AOK-Leistungen im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung zu.

Verknüpfung mit AOK-Angeboten und -Leistungen

Auch hinsichtlich der Kommunikation und Erläuterung der Vertragsinhalte und deren Umsetzung beschreitet die AOK Baden-Württ-

emberg mit dem eigenen Arztpartner-Service (APS) neue Wege. Die dezentral in ganz Baden-Württemberg aufgestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stehen den teilnehmenden Praxen als Berater, Kümmerer und „Vernetzer" zur Verfügung. Sie leisten über persönliche Kommunikation vor Ort ihren Beitrag zu einem partnerschaftlichen Miteinander und einer erfolgreichen Vertragsumsetzung.

Weitere Anknüpfungspunkte einer strukturierten Versorgung sind unmittelbare Angebote der AOK über die Gesundheitsangebote hinaus, vor allem Beratungsleistungen des Sozialen Dienstes zur Herstellung von stabilen Gesamtversorgungssituationen. Zusammen bietet dies eine verlässliche und stabile Ausgangslage für eine weitere Integration und konkrete Koordinierung von Versorgungsangeboten und Anbindung aller sonstigen Aktivitäten der AOK Baden-Württemberg im Bereich der Qualitätsförderung. Der Soziale Dienst ergänzt die medizinische bzw. therapeutische Behandlung durch gezielte sozialpädagogische Interventionen, um gemeinsam mit der Praxis des behandelnden Arztes oder des Therapeuten eine nachhaltig belastbare Gesamtversorgungssituation herzustellen. Dazu gehören auch Informationen zur regionalen Versorgungsstruktur und zu sozial-/leistungsrechtlichen Fragestellungen. In einem Gespräch analysiert eine Sozialpädagogin oder ein Sozialpädagoge den Bedarf, stimmt mit Patientin oder Patient und eventuell mit der Praxis einen Versorgungsplan ab und unterstützt bei dessen Durchführung.

Auch weitere Aktivitäten zur Qualitätsförderung sind sowohl vertraglich als auch über den Sozialen Dienst im Sinne einer übergreifenden Versorgungsstrukturierung konkret an die HZV-Facharztversorgung angebunden:

Dabei spielt Rehabilitation einen zunehmend wichtigeren Bestandteil in der Versorgungsgestaltung. Die AOK Baden-Württemberg setzt dabei auf Transparenz und Innovation auch in diesem Bereich gepaart mit einer leistungsorientierten Vergütung. Mit dem (anfangs) Modellprojekt AOK-proReha, einem speziellen Behandlungskonzept für die nachhaltige Rehabilitation bei Hüft- und Kniegelenkersatz, wird seit 2008 eine zukunfts- und leistungsfähige, mittlerweile etablierte Versorgungsstruktur sichergestellt. Im Mittelpunkt steht dabei eine qualitativ hochwertige Versorgung, die sich an den aktuellsten wissenschaftlichen Standards orientiert sowie Teilhabe und Lebensqualität der Versicherten prominent adressiert. 2014 zur alternativen Regelversorgung avanciert, wird „AOK-proReha" aktuell um den Bereich Geriatrie erweitert. AOK-proReha Geriatrie beinhaltet zum einen die Entwicklung des Behandlungskonzepts für die geriatrische Rehabilitation nach Schenkelhalsfraktur und zum anderen die Evaluation des Behandlungskonzeptes. Dabei kann an hervorragende Erfahrungen angeknüpft werden, die in der orthopädischen Rehabilitation mit „AOK-proReha" gesammelt werden konnten.

Die AOK Baden-Württemberg hat zudem mit AOK-Sports eine Versorgungslücke in der Orthopädie geschlossen. AOK-Sports ist indiziert bei sporttypischen Verletzungen, bei denen sich ein grundsätzlicher Rehabilitationsbedarf ergibt, während die Erwerbsfähigkeit nicht erheblich gefährdet oder gemindert ist. Das Versorgungskonzept ist rehabilitativ ausgerichtet und in den 73c-Orthopädievertrag eingebunden. Die medizinische Notwendigkeit für AOK-Sports bestätigt der Orthopäde, während der individuell gestaltete Behandlungsplan von der ebenfalls vertraglich eingebundenen AOK-Sports-Therapieeinrichtung erstellt wird. AOK-Sports wurde bereits bei der Entwicklung wissenschaftlich begleitet, die Behandlungsinhalte werden regelmäßig an aktuelle rehabilitationswissenschaftliche Erkenntnisse angepasst.

Auch im Bereich der strukturierten indikationsspezifischen Sporttherapie bestehen bisher – trotz dokumentierter Evidenz und internationaler Leitlinien – noch kaum entsprechende Angebote. Mit dem 73c-Orthopädievertrag wurde deshalb auch das „AOK–Hüft-und Knietraining" als strukturiertes sekundärpräventiv ausgerichtetes Bewegungs-angebot implementiert. Seit Anfang des Jahres laufen landesweit über 80 Kurse mit rund 70 geschulten AOK-Kursleiterinnen und -leitern. Inhaltlich liegt dem Programm das wissenschaftlich evaluierte Tübinger Hüftkonzept zugrunde, der Indikationsbereich wird auf den Bereich der Gonarthrose erweitert. Das Trainingsangebot umfasst acht angeleitete Trainingseinheiten durch programmspezifisch ausgebildete Bewegungsfachkräfte der AOK und wird durch ein systematisches Heimtrainingsprogramm ergänzt. Auch hier werden Effektivität und Effizienz des Programms wissenschaftlich begleitet und evaluiert.

Im Bereich der Arzneimittelverordnungssteuerung im Sinne einer rationalen Pharmakotherapie haben HZV und 73c-Verträge von Anfang an Pionierarbeit geleistet. Mittels optimaler technischer Anbindung und entsprechender tagesaktueller Informationsbereitstellung wird eine wirtschaftliche und medizinisch sinnvolle Verordnungssteuerung maßgeblich unterstützt. Sei es durch Hinweise zu rabattierten Alternativpräparaten oder unterstützenden Funktionen, wie der Priscusliste oder eines Arzneimittel-Therapie-Sicherheits-Moduls (AMTS-Modul), das individuelle Hinweise zur Nierenfunktionsverträglichkeit bei Verordnungsvorschlägen gibt. Nicht zuletzt wurden AOK-Versicherte in der HZV allein 2014 mit rund 28 Millionen Euro durch Zuzahlungsbefreiung rabattierter Medikamente entlastet und so am ökonomischen Erfolg der HZV unmittelbar beteiligt.

Evaluationsergebnisse der HZV-73c-Forschung

Die Versorgungsstrategie, die die AOK Baden-Württemberg durch die Verknüpfung der

Entwicklung Versicherte und Ärzte im Hausarzt-Programm

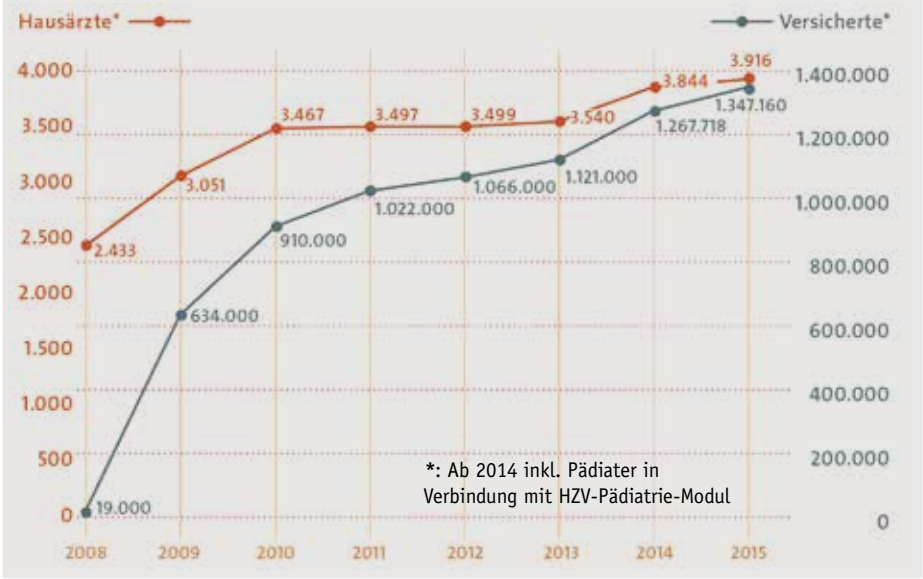


Abb. 1: Entwicklung Versicherte und Ärzte im Hausarzt-Programm der AOK Baden-Württemberg.

HZV mit den Facharztverträgen umsetzt, sollte von Anfang an unabhängig wissenschaftlich auf ihre Zielerreichung hin beforscht werden. Aus diesem Grund beauftragten die Vertragspartner Teams der Universitäten Frankfurt am Main und Heidelberg mit der Durchführung der kontinuierlichen wissenschaftlichen Begleitevaluation, die sowohl qualitative als auch quantitative Fragestellungen umfasst. Durch den adjustierten Vergleich von HZV-Versicherten (Interventionsgruppe aktuell 611.000) mit Nicht-HZV-Versicherten (Kontrollgruppe derzeit 577.000), können Erkenntnisse gewonnen werden, die wiederum in die Weiterentwicklung der alternativen Regelversorgungslandschaft einfließen.

Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass insbesondere ältere und chronisch kranke Menschen von der HZV profitieren. Es konnte ein deutlicher Rückgang an vermeidbaren Krankenhauseinweisungen festgestellt werden; eine Risikoselektion hin zu gesunden, jungen Versicherten findet nicht statt. Durch den Abbau von Überbürokratie und die adäquate Honorierung erleben die teilnehmenden Hausärzte mehr Planungssicherheit; sie haben mehr Zeit für ihre Patientinnen und Patienten. Auf diese Weise kann eine langfristige, kontinuierliche Arzt-Patienten-Beziehung aufgebaut werden, die dazu führt, dass HZV-Versicherte umfassend und zielgerichtet behandelt werden. So liegt etwa die Zahl der unkoordinierten Facharztbesuche signifikant unter der der Kontrollgruppe (2012: -20,5%). Die Lotsenfunktion des Hausarztes wird mit über drei Hausarztkontakten zusätzlich akzeptiert und gelebt. Damit werden die teilnehmenden Fachärzte an der richtigen Stelle entlastet und können sich auf medizinisch notwendige Fälle konzentrieren.

Die bedarfsgerechte, mitunter engmaschige und vom Hausarzt koordinierte Betreuung wird durch die VERAH sinnhaft unterstützt. Die Betonung dieser Kooperation in der HZV wird sowohl von Hausärzten als auch von den Versorgungsassistentinnen sehr positiv wahrgenommen: Die neu organisierte Arbeitsteiligkeit bei Themen wie z. B. Hausbesuchen für Routinekontrollen, Wund-, Impf-, Medikamenten- oder Case-Management führt zu deutlicher Entlastung der Ärzte, ohne dass die Zuwendung für die Patienten eingeschränkt wird. Die kontinuierliche Rückkopplung des Verordnungsverhaltens im Rahmen von datenbasierten Verordnungsspiegeln und Qualitätszirkeln zur rationalen Pharmakotherapie führte zu positiven Effekten in der Arzneimittelversorgung: Präparate ohne therapeutischen Zusatznutzen werden im HZV-Kollektiv signifikant häufiger durch qualitativ gleichwertige Alternativen ersetzt (2012: -37% Me-too-Präparate). Die Ergebnisse weisen nicht zuletzt darauf hin, dass die Verzahnung zwischen Haus- und Fachärzten, die in die Selektivverträge eingeschrieben sind, aufgrund der steigenden Anzahl von AOK-Facharztverträgen, kontinuierlich besser wird.

Perspektiven

Die bislang erzielten Erfolge der alternativen Regelversorgung beruhen auf einer konstruktiv vertrauensvollen Zusammenarbeit der Vertragspartner und erfordern so viel Geduld wie Ausdauer und auch – wettbewerblich motivierte – Innovationsfreude. Von hoher Bedeutung ist dabei die unmittelbar gelebte Verantwortungsübernahme für die regionale Versorgung durch die AOK Baden-Württemberg im Wege der Übernahme des Sicherstellungsauftrages im Rahmen von HZV und 73c-Verträgen gemeinsam mit den Partnern Hausärzteverband und MEDI sowie verschiedenen unterstützenden fachärztlichen Berufsverbänden.

Die gemeinsam mit regionalen Vertragspartnern aufgebaute Grundstruktur bietet noch vielfältige Anknüpfungspunkte für die weitere Entwicklung von leistungsfähigen Praxen und Vernetzungsoptionen zu weiterführenden Versorgungsstrukturen nicht zuletzt in den akutstationären Sektor. Um allerdings insgesamt deutlich mehr Dynamik in derartige Entwicklungen zu bekommen, wäre ein gesetzlich unterlegter Wettbewerbsdruck auf Krankenkassen wohl deutlich Erfolg versprechender als einzig die Einrichtung eines Innovationsfonds (§§ 92 a,b SGB V i.d.F. des GKV-VSG).

Nach den politischen Ansätzen insbesondere im GKV-WSG Mitte des letzten Jahrzehnts, die einzelnen Krankenkassen endlich stärker in einer zukunftsorientierten Rolle als tatsächlicher Versorgungsgestalter zu etablieren, erfolgt auch gerade über die Ausgestaltung des Innovationsfonds eine Restauration zentralistisch korporatistischer Strukturen. Der Preis dafür dürfte die weitere Verkrustung der Strukturen sein, die den eingangs skizzierten externen Anpassungsdruck immer ungenügender umsetzen können. Konfliktlösungen finden dabei derzeit häufig (noch) in Form von zusätzlichen Finanzmitteln, die ins System gegeben werden, anstelle von tatsächlich strukturell ansetzenden Maßnahmen statt.

Dieser politische Strategiewechsel kann auch einer gewissen vordergründigen „Enttäuschung“ über den in weiten Teilen ausgebliebenen positiven Versorgungsschub mit den Möglichkeiten der Selektivverträge geschuldet sein, da die bisherigen Regelungen grundsätzlich Ansätze für kreative Vertrags- und Versorgungsgestaltungen zuließen. Auch an Geld für Investitionen hätte es im System angesichts deutlicher Überschüsse – zumindest in den Jahren 2012 bis 2014 – prinzipiell nicht gemangelt (woraus man aber eine gewisse Skepsis gegenüber den Erwartungen an den Innovationsfonds ableiten darf). Worin liegen die Barrieren also tatsächlich begründet?

Als wesentliche Hemmschuhe für eine intensivere Umsetzung von strukturierten und integrierten Versorgungskonzepten auf selektivvertraglicher Basis erweisen sich zum einen die mangelnde Konsequenz der Politik bei der „Vorfahrt“ für alternative Versorgungskon-

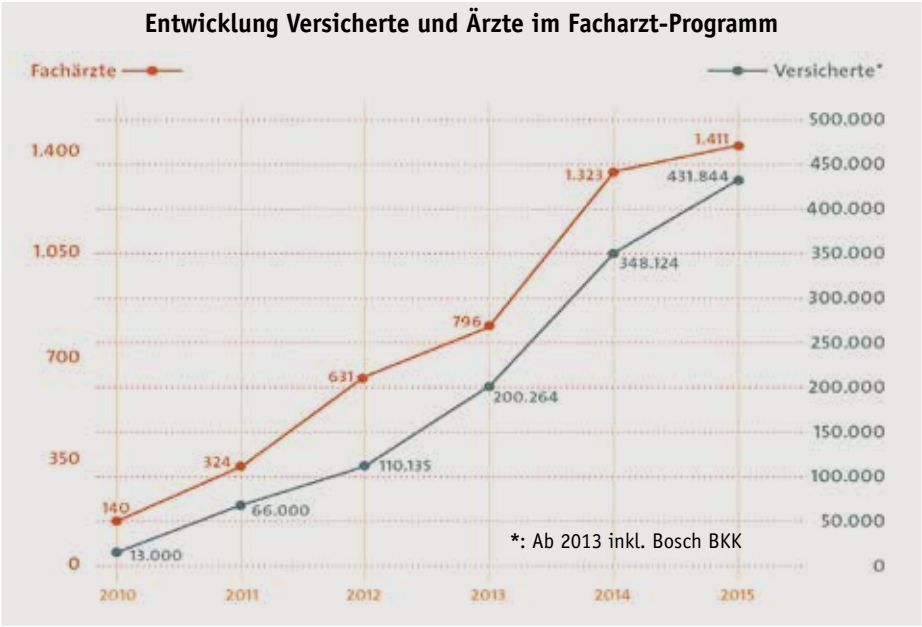


Abb. 2: Entwicklung Versicherte und Ärzte im FA-Programm der AOK und Bosch BKK Baden-Württemberg.

zepte. Und zum anderen immer wieder eine generelle Systemträgheit, die ihre Ursachen teilweise auch in einer finanziellen Saturiertheit der Beteiligten zu haben scheint, die sich aus den (eingangs skizzierten) primär finanziell dominierten dysfunktionalen Handlungsstrategien der einzelnen Akteure in den zentralistisch ausgerichteten Alt-Strukturen ableiten lässt.

Um den skizzierten Weg der solidarischen Wettbewerbsordnung im Sinne eines Versorgungswettbewerbs zugunsten der Versicherten zwischen Krankenkassen endlich einzuleiten, bedarf diese Systemträgheit der Auflösung. Wie dies gelingen könnte, soll abschließend anhand wesentlicher Anforderungen an die politisch Handelnden konkretisiert werden:

1) Die solidarisch aufgebrachten Finanzmittel können nur in einem solidarisch einheitlichen Leistungskatalog verwendet werden. Darüber hinausgehende Leistungen sind ggf. konsequent über individuell finanzierte Wahl- bzw. Zusatztarife anzubieten. Der solidarisch einheitliche Leistungskatalog wird abschließend vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) definiert. Damit erfolgt neben einer hervorragenden Service- bzw. Kundenorientierung eine Konzentration der Bemühungen auf optimale Versorgungslösungen anstelle der Ausweitung von therapeutisch zweifelhaften Leistungen, die sich nicht selten an Wünschen von bestimmten „profitablen" Zielgruppen unter Deckungsbeitragsaspekten als an (evidenzbasierten) medizinischen Kriterien orientieren.
2) Die gesetzlichen Vorgaben zu einheitlich und gemeinsamen Vertragsabschlüssen von Krankenkassen mit Leistungsanbietern werden konsequent zurückgeführt. Die ambulant ärztlichen Teilleistungsbereiche Hausärztliche Versorgung, Fachärztliche Versorgung, Spezialärztliche Versorgung einschließlich des ambulanten Operierens, Psychotherapeutische Versorgung sowie Notfallversorgung (Notdienst) werden in eigenständige Verhandlungs- und Vergütungssäulen gefasst. Allein die Notfallversorgung ist krankenkassenübergreifend einheitlich zu verhandeln und zu gestalten.
3) Kontrahierungszwänge der Krankenkassen mit Leistungsanbietern werden neu geordnet, insbesondere durch Aufhebung für fachärztliche und spezialfachärztliche Leistungen sowie für bestimmte, v.a. elektive stationäre Leistungen. Der Sicherstellungsauftrag wird in soweit grundsätzlich auf die Krankenkassen übertragen, die diesen durch entsprechende Vertragsabschlüsse erfüllen müssen. Die Gewährleistung dieser Verpflichtung wird über staatliche Aufsichts- und Eingriffsrechte unterlegt.
4) Die Aufgaben der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene, insbesondere DKG, KBV und GKV-SV werden konsequent auf eine Rahmengestaltung zurückgeführt, die insbesondere keine direkten Vergütungsvorgaben enthalten und kassenseitig strikt wettbewerbsneutral ausgerichtet sind. Entsprechend werden die Aufgaben auf Bundesebene bzw. im gemeinsam-einheitlichen Zwangsmodus konsequent am Prinzip der Nachrangigkeit ausgerichtet. Nur solche Regelungen oder Aufgaben, die nicht unmittelbar zwischen einzelnen Krankenkassen und einzelnen Leistungserbringer(gruppen) sinnvoll gestaltet werden können (oder sollen), erfolgen auf einer globaleren Ebene.
5) Arzneimittel- und Apothekenrecht werden entschlackt. Dies gilt zum einen um auf rechtssicherer Basis erweiterte Abgabemöglichkeiten von Arzneimitteln durch Vertragsärzte und Krankenhäuser im Rahmen von entsprechenden Vereinbarungen mit Krankenkassen zu schaffen. Das Mehrbesitzverbot bei Apotheken wird zum anderen insgesamt aufgehoben, um die bestehenden, eher an Zunftordnungen des 18. Jahrhunderts als an modernen Dienstleistungserfordernissen ausgerichteten Angebotsstrukturen zugunsten von effizienten Betriebs- und Vertriebsformen abzulösen.

Die konkrete Gestaltung eines neuen sozialrechtlichen Ordnungsrahmens, der diesen Aspekten gerecht wird, stellt die Krankenkassen rasch und nachhaltig in einen Wettbewerb um optimale Versorgungsangebote für ihre Versicherten und eröffnet damit die Chance, dass sich die bisherigen Erwartungen an positive selektivvertragliche Versorgungsinnovationen insgesamt erfüllen.

Die Legitimität eines pluralistischen Krankenkassensystems kann sich in diesem Sinne perspektivisch vor allem aus einem zielorientieren Wettbewerb um bestmögliche Versorgung speisen. Die verbreitete Wettbewerbslogik der Politik gegenüber Krankenkassen, die Beitrags- und Leistungswettbewerb fokussiert, wäre am Ende. Nicht die schlechteste Perspektive für die GKV in der Zivilgesellschaft des 21. Jahrhunderts! <<

von:
Dr. Christopher Hermann*

* Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg

Versorgungsforschung

Hrsg.: Höfel
Versorgungsforschung
Verlag: Schattauer, 2015
176 Seiten
ISBN Print: 978-3-7945-3146-2
ISBN eBook: 978-3-7945-6971-7
Preis: 19,99 Euro



>> Es gibt wohl wenige Menschen, die das Wissenschaftsfeld der Versorgungsforschung in Deutschland nicht nur etabliert, sondern ihm auch ein Gesicht gegeben haben: Gerd Glaeske, seines Zeichens Professor, inzwischen emeritiert, aber beileibe nicht im Ruhestand. Es gab und gibt wohl niemanden, der medial so präsent war und ist wie der in Köln lebende und seit 1999 an der Universität Bremen lehrende Glaeske. Und nun hat er auch noch ein eigenes Buch bekommen, mit dem schlichten wie treffenden Ein-Wort-Titel „Versorgungsforschung". In Zeiten, in denen die Gesetzestitel immer länger werden, sagt dieser eine Begriff alles, was es zu wissen gibt: Glaeske = Versorgungsforschung. Das ist zwar ziemlich verkürzt, denn neben ihm gibt es viele Mitstreiter, die im Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung vereint, mit dafür gekämpft haben, diese Forschungsrichtung in den Köpfen der Politik, der Stakeholder und auch der Verbraucher zu manifestieren.

Denen das bisher nicht gelungen ist, ist die Lektüre des Fachbuchs „Versorgungsforschung" mit der Unterzeile „Einsichten, Beispiele und Akteure" anzuraten, das übrigens auch als ebook (in PDF-Form) erhältlich ist. Die Geleitworte von Bernhard Badura, Heiner Raspe und Peter C. Scriba, wie Glaeske Wegbereiter der Versorgungsforschung in Deutschland, sagen eigentlich alles. Und wer dann noch Christoph Straubs Artikel „Der uns die Daten verstehen lässt" liest, mag zwar kurz an Kevin Costner – inzwischen auch stark ergraut – denken, versteht dann aber besser Glaeskes Rolle für das deutsche Gesundheitssystem. Ohne ihn hätte es Dinge wie den Arzneimittel- oder den Heil- und Hilfsmittelreport – jeweils versehen mit einem aussagekräftigen Routineteil mit detaillierten Aussagen zu den wichtigsten Kennziffern – so nicht gegeben. Das große Verdienst Glaeskes ist es nach Straub, dass er sich zu den Erfindern dieser Form der Analyse zählen darf. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier