

Eckpunkte eines bedarfsoorientierten ambulanten Vergütungssystems im Rahmen regionaler Versorgungssteuerung

CHRISTOPHER HERMANN,
JÜRGEN GRAF

Dr. Christopher Hermann
ist Vorstandsvorsitzender der
AOK Baden-Württemberg,
Stuttgart

Jürgen Graf ist Fachbereichsleiter Integriertes Leistungsmanagement bei der AOK Baden-Württemberg, Stuttgart

Die Diskussion um ein neues ambulantes Vergütungssystem, das sowohl die gesetzliche und die private Krankenversicherung annähern als auch einen Beitrag zur Überwindung der Sektorengrenzen liefern soll, kann sich nicht allein auf die Ausgestaltung einer neuen (übergreifenden) Gebührenordnung beschränken. Vielmehr ist auch ein ordnungspolitischer Rahmen zu entwerfen, der zukünftige Entscheidungs- und Vertragsebenen beschreibt und dabei dem Primat einer bedarfsgerechten Versorgungssteuerung gerecht wird. Die folgende Skizze liefert einen Beitrag zur Verklärung der Herausforderungen und beschreibt gleichzeitig Lösungsoptionen als Diskussionsimpulse zur weiteren Ausgestaltung.

1. Problemaufriss

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) stellt in seinem aktuellen Gutachten 2018 „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“ in Wiederholung früherer Expertisen erneut die Themen Bedarfsgerechtigkeit, Strukturierung und Steuerungsnotwendigkeit der medizinischen Versorgung in den Vordergrund. Nicht der Preis oder die Menge per se werden als Problembereiche identifiziert, sondern das immer noch und immer weiter bestehende Nebeneinander von Über-, Fehl- und Unterversorgung. Damit werden als zentrale Herausforderungen die Handlungsfelder Indikationsqualität und Bedarfsgerechtigkeit adressiert oder

anders ausgedrückt: Welche Leistungen sind bei den jeweils individuellen Patientinnen und Patienten bedarfsgerecht und in welcher Qualität sind sie durch wen zu erbringen? Zur Annäherung an das Ziel einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung und einer darauf ausgerichteten Versorgungssteuerung sieht der SVR grundsätzlich die Instrumente individuelle Gesundheitskompetenz, korporatistische oder öffentliche (Bedarfs-) Planung sowie Markt- und Preismechanismen. Hinzu tritt eine Lotsenfunktion, die Patienten durch die Komplexität des Gesundheitssystems führen kann und zuvorderst in der hausärztlichen Versorgung gesehen wird (SVR 2018, insb. Ziffer 1295 ff.).

Unbestritten ist die ambulante ärztliche Versorgung ein Schlüsselbereich

hinsichtlich einer Patientensteuerung im gesamten Gesundheitssystem. Ungeachtet einzelner Direktzugänge in Kliniken führt doch ganz überwiegend die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen über die ambulante ärztliche Versorgungsebene, seien es unmittelbar ärztliche Leistungen oder etwa die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln etc. Damit kommt der Ausgestaltung und somit eben auch einer ordnungspolitischen Regulatorik in diesem Bereich zentrale Bedeutung für die angemahnte bedarfsgerechte Steuerung im Gesundheitssystem zu. Gegenüber der gegenwärtig weit verbreiteten Beliebigkeit von Angebot und Inanspruchnahme und der damit verwischten Verantwortlichkeiten ist zukünftig ein höheres Maß an Verbindlichkeit und klar erkennbarer Verantwortungszuschreibung zu etablieren.

2. Ambulante Versorgungsebenen und Versorgungsaufträge

Wird zunächst jenseits der Gestaltung eines versorgungsadäquaten Vergütungskatalogs die dazugehörige Regulatorik in den Fokus gerückt, ist zwischen den unterschiedlichen ambulanten Versorgungsebenen zu unterscheiden. Dabei sind auch die verschiedenen unmittelbar gesetzlich etablierten Ambulanzstrukturen nach den §§ 115 bis 122 SGB V in die Überlegungen einzubinden. Neben zusätzlichen bzw. zukünftigen Potentialen zur Ambulantisierung heute noch vorwiegend stationär erbrachter Leistungen stellen diese Ambulanzstrukturen einen Kernbereich zukünftiger Neuaufstellung unter dem Begriff der sektorenübergreifenden Versorgung dar. Eine perspektivisch ausgerichtete Vergütungsdiskussion, die diesen Bereich nicht adressiert, greift von Beginn an zu kurz.

Ein dergestalt begriffenes Gesamtbild ambulanter ärztlicher Versorgung kann sinnhaft grundsätzlich in verschiedene Versorgungsstufen (bzw. -ebenen) – in eine Basisversorgung, eine spezialisierte und in eine hochspezialisierte Versorgung – eingeteilt werden, wobei für jede Versorgungsstufe eine adäquate Regulatorik zu prüfen ist. Die Versorgungsstufen sind – wie das die GKV-bezogene Bedarfsplanung des SGB V (§§ 99 ff.) im Grundsatz auch derzeit vorsieht – vor

allem hinsichtlich ihrer arztbezogenen Dichte, d. h. ihrer patientenbezogenen Erreichbarkeit zu differenzieren. Ausgehend von einer möglichst örtlich erreichbaren hausärztlichen Versorgung (Planungsbezug Mittelzentren) vergrößern sich die potentiellen Zugangswege mit ansteigender Spezialisierung. Gleichzeitig sollte im Grundsatz gelten, dass mit zunehmender Spezialisierung die Mitwirkung von Krankenhäusern an der Erbringung von ambulanten Leistungen erfolgt. Dabei gilt es jedoch – anders als heute in den vielfältigen Ambulanzstrukturen –, jeweils einheitliche Regelungen zu Planung, Zulassung und Vergütung zu etablieren. Gleichzeitig gilt: Je spezialisierter eine Leistung ist, desto konkreter ist der entsprechende Versorgungsauftrag qualitativ und quantitativ zu definieren und der indikationsgerechte Zugang zu der Leistung im Sinne einer strukturierten Versorgung festzulegen.

Aus der Orientierung an Versorgungsaufträgen folgt logisch, dass einzelne Akteure mit breitem Leistungsspektrum ggf. unterschiedlichen Versorgungsstufen zuzuordnen sind und somit nach unterschiedlichen Regularien an der Versorgung mitwirken. So ist es beispielhaft durchaus vorstellbar, dass sich die heute nach § 118 SGB V verfassten Psychiatrischen Institutsambulanzen sowohl an der

tragen, das sich aus der zunehmenden Digitalisierung in der gesundheitlichen Versorgung insbesondere im Sinne der Überwindung von räumlichen Entfernnungen ergibt. Deshalb sind zukunftsorientierte bedarfsplanerische Festlegungen (und in der Folge auch aufsichtsrechtliche Prüfmaßstäbe) bezogen auf Fragen zur Sicherstellung der Versorgung dergestalt flexibel zu handhaben, dass im Einzelfall zunehmend geeignete digitale diagnostische und therapeutische Optionen entsprechend ihrer quantitativen Potentiale ausreichend Berücksichtigung finden.

3. Mengensteuerung durch bedarfsgerechte Versorgungsaufträge

Die in der PKV zum Einsatz kommende Gebührenordnung für Ärzte (GÖA) beinhaltet im Kern keine Mengensteuerungsmechanismen, weshalb ihr neben hohen Kostenentwicklungen eine Tendenz zur Überversorgung zugeschrieben wird. Der in der GKV angewandte Einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) weist hingegen konkrete Mengensteuerungsmechanismen auf, die jedoch geradezu reflexhaft zu berufspolitischen Abwehrhaltungen und in der Folge wiederum zu häufigen politischen adhoc-Handlungen im Sinne ordnungspolitisch wenig fundierter direkter Vergütungsinterventionen geführt haben.

Noch gravierender für die Dysfunktionalität sowohl des EBM als auch der GOÄ ist jedoch eine ungenügende Ausrichtung am krankheitsbezogenen Versorgungsbedarf, der sich zumeist in Diagnosen nach ICD 10 (und bald nach ICD 11) widerspiegelt. Nicht nur im Licht der Auseinandersetzung um fehlgeleitete monetäre Kodieranreize über s.g. Betreuungsstrukturverträge in der GKV und den daraufhin folgenden gesetzlichen (im Rahmen des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes (HHVG) im Frühjahr 2017) und aufsichtsrechtlichen Maßnahmen, sondern aus innerer medizinischer Notwendigkeit, muss ein klar strukturiertes verbindliches Kodierregime im Sinne von ambulanten Kodierrichtlinien integraler Bestandteil einer neuen Gebühren- und Vergütungsordnung sein. Nur auf dieser Grundlage können Versorgungsbedarfe zuverlässig erkannt, Versorgungsaufträge entsprechend geplant bzw. vergeben werden und schließlich eine strukturierte indikationsgetrie-

Eine perspektivisch ausgerichtete Vergütungsdiskussion, die die sektorenübergreifende Versorgung nicht adressiert, greift von Beginn an zu kurz.

„normalen“ psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung beteiligen als auch gleichzeitig einen quantitativ beschriebenen und räumlich geplanten Versorgungsauftrag für komplexe Versorgungskonstellationen übernehmen, die erweiterte strukturelle Voraussetzungen erfordern. Dies zu konkretisieren, kann nur einer regionalen Feinsteuerung obliegen, die sich an der jeweils konkreten Bedarfs- und Versorgungssituation orientiert.

Dabei ist im Zusammenspiel von Bedarfsplanung und der Vergabe von Versorgungsaufträgen bzw. Zulassungen auch dem Potential Rechnung zu

bene sektorenübergreifende gemeinsame Versorgung erfolgen. Im Übrigen ist dies auch eine elementare Voraussetzung für eine gelingende Versorgungsforschung, insbesondere wenn zukünftig jenseits von selektiven Studiendesigns die Real World Forschung etwa im Bereich von Arzneimitteln intensiviert werden soll.

4. Vergütung ohne Budgetierung

Ein am Versorgungsbedarf (Diagnosebezug, s. o. 3.) orientiertes neues Vergütungssystem soll auf der Makroebene ohne Budgetierung auskommen. Es wäre jedoch eine Illusion zu glauben, dass ein versorgungsdäquates Vergütungssystem jeden einzelnen patientenbezogenen Versorgungsbedarf konkret und zudem gerecht abbilden kann. Ein solcher Anspruch an ein Vergütungssystem stellte eine totale strukturelle Überforderung dar und sollte deshalb auch gar nicht angestrebt werden. Vielmehr ist stets von einer gewissen „Mischkalkulation“ über das zu versorgende Patientenkollektiv hinweg auszugehen, wobei gleichwohl morbiditätsbezogene Unterschiede zu berücksichtigen sind, allerdings nicht auf einzelindividueller Ebene. Auf dieser Basis kann insgesamt eine zieladäquate Steuerung der vorhandenen Ressourcen erfolgen.

Aber was bedeutet „Budgetierung“ ab von lobbygeprägter Negativkonnotation begrifflich überhaupt? Zunächst schlicht eine Begrenzung der Ressourcen, wie sie grundsätzlich in allen Lebensbereichen auftritt. Eine Begrenzung von Ressourcen ist im Kontext nur dann negativ, wenn dadurch ein als versorgungsdäquat angesehener Bedarf nicht ausreichend befriedigt werden kann. Davon kann unter den Bedingungen des in Deutschland im internationalen Vergleich hohen Anteils der Gesundheitsausgaben am nationalen Sozialprodukt (OECD 2017) im Grundsatz schwerlich die Rede sein. Die Schwierigkeit liegt vielmehr in der Definition des adäquaten Bedarfs im Wechselspiel subjektiver Angebots- wie Nachfrageorientierung einerseits, medizinischer Evidenzen und dem Wirtschaftlichkeitsgebot andererseits (Allokation von Ressourcen).

In dieser, grundsätzlich allen Gesundheitssystemen immanenten Ausgangslogik lohnen Blicke über den nationalen Tellerrand hinaus besonders (Schölkopf/Pressel 2014), aber auch solche auf eigene empirische Erfahrungen. Die AOK Baden-

Württemberg betreibt seit nunmehr fast 10 Jahren im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) sowie dem darauf aufbauenden Facharztprogramm (FAP) alternative Vergütungssysteme („Alternative Regelversorgung“), die den skizzierten Anforderungen entsprechen. Die mittlerweile über sechs Jahre ausgewertete Begleitevaluation zeigt auf, dass trotz teilweise hoher Bündelung der Leistungen in Pauschalen bei gleichzeitiger Konkretisierung der diagnosebasierten Versorgungsaufträge ein qualitativ überzeugendes Ergebnis produziert wird – in zahlreichen patientenrelevanten Indikatoren wird eine zunehmend höhere Versorgungsqualität als in der kollektivvertraglichen Regelversorgung erreicht (Gerlach/Szecsenyi 2016). Es gibt also Vorlagen, dass selektive und regionale Konzepte funktionieren.

5. Harmonisierung, Modernisierung und Neugestaltung von Nebenpflichten

Wird ein einheitlicher Vergütungsrahmen für GKV und PKV angestrebt, sind auch Fragen zur zukünftigen Ausgestaltung der heute sehr unterschiedlichen mit der ärztlichen Leistungserbringung verbundenen Nebenbedingungen zu beantworten.

Zum einen kennt die GOÄ keine unmittelbare Vergütung von Leistungen in Arztpraxen, die nicht von Ärzten erbracht werden. Ausgehend von der im Selektivvertragsbereich beförderten hausärztlichen Versorgungsassistentin (VERAH) kennt zwischenzeitlich auch der EBM eine unmittelbare Vergütung der s. g. NäPa (Nichtärztliche Praxisassistenz). Für eine zukünftige Ausweitung von delegierten ärztlichen Leistungen und der Ausweitung neuer koordinativer und steuernder Aufgaben, wird diesem Bereich zunehmende Bedeutung zukommen. Deshalb ist es sinnvoll, diesen Leistungen in einem neuen einheitlichen Vergütungssystem – wenngleich weiterhin unter ärztlicher Verantwortung – eine gesonderte Abbildung zukommen zu lassen.

Ein zentrales Unterscheidungsmerkmal zwischen PKV und GKV bilden derzeit auch die ärztlichen Fortbildungspflichten und Fragen der Qualitätssicherung. Während sich diese im Bereich der GOÄ unspezifisch an der Berufsordnung (§ 7) ausrichtet, sieht das SGB V in § 95d ein sanktionsbewehrtes konkretes Fortbildungsregime sowie in

§§ 135 ff. verschiedene Maßnahmen der Qualitätssicherung explizit vor.

Allerdings kann auch die heutige Fortbildungsverpflichtung gemäß SGB inhaltlich nicht überzeugen, weshalb im Rahmen einer Harmonisierung der Systeme (oder auch allein im SGB V) eine Neuordnung der ärztlichen Fortbildungspflicht angezeigt scheint. Diese sollte insbesondere zum Inhalt haben, dass allen (Vertrags)-Ärzten obligatorisch zu nutzende kostenfreie Fortbildungen angeboten werden, die sich konsequent an einer evidenzbasierten Versorgung orientieren. Dafür könnte ein zu beauftragendes Institut koordinierend betraut werden, etwa das IQWiG analog zu den heute bereits bestehenden Aufträgen zur Bewertung des aktuellen medizinischen Wissenstandes zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren oder zur Erarbeitung entsprechender krankheitsspezifischer Patienteninformationen (§ 139a Abs. 3 SGB V). Eine öffentliche Finanzierung der Fortbildungsmaßnahmen sichert die Informationsneutralität und beseitigt damit einen wesentlichen Kritikpunkt an dem derzeitigen Fortbildungsregime. Die organisatorische Umsetzung erfolgt flexibel auf Landesebene im Rahmen der dort bestehenden oder zu schaffenden gemeinsamen Strukturen.

6. Zentralismus versus Regionalität

Nach zeitweisen Öffnungen und Lockrungen zugunsten regionaler Flexibilität in der GKV-Versorgungsgestaltung herrscht bei wesentlichen Akteuren wieder zentralistisches Regulierungsdenkend vor. Allein die Vorgaben der Bundesebene auf Grundlage der §§ 87 bis 87b SGB V in Verbindung mit der aktuellen Aufsichtspraxis ersticken jeglichen Versuch einer regionalen Versorgungssteuerung bereits weitgehend im Keim. Seit Einführung des zentralistischen Vergütungsregimes durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) Anfang 2009 stellt sich immer wieder die Frage, ob es tatsächlich versorgungspolitisch Anspruch sein soll und kann, ein bundesweit einheitliches Leistungs- und Preisgefüge für ambulant-ärztliche Leistungen weitgehend starr zu definieren. Es stellt auch den Verfassungsgrundsatz der Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse (Art. 72 Abs. 2 GG) nicht in Frage, dies zu verneinen, zumal sich dieser Planungsfetisch bislang stets als sehr virtuell er-

wiesen hat. In der Destruktion entwickelt dieser Fetisch starke Wirkung, während er das Konstruktive zugleich verhindert. Da eine starre bundesweite Vorgabe regelhaft an den Realitäten vor Ort scheitert, ist es zielführend, im Weiteren auf ein offenes flexibles Regime zu setzen. Um zu verhindern, dass aus einem offenen System mit ausgeweiteten Freiheiten der Akteure ein „Versorgungsdumping“ folgen kann, ist es in einen wettbewerblichen Ordnungsrahmen einzufügen und aufsichtsrechtlich zu flankieren.

Dies bedeutet, dass – zunächst – auf Bundesebene ein ambulanter Regelleistungskatalog im Sinne einer Gebührenordnung strukturell definiert wird sowie eine Bedarfsplanungsrichtlinie erarbeitet wird, die für unterschiedliche Versorgungsaufträge bzw. Versorgungsstufen allgemeine Erreichbarkeitsziele fixiert. Diese Bundes-Gebührenordnung mit Orientierung an den oben skizzierten Anforderungen wird mit einem bundesweit einheitlichen Preisniveau versehen, welches zentral periodisch weiterentwickelt wird („Bundespreiskatalog“). Hierfür kann eine geeignete Institution geschaffen oder beauftragt werden.

Damit werden zum einen klare Verantwortlichkeiten und zum anderen eine hohe Kongruenz zu den Verteilungsmechanismen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) in der GKV geschaffen – dies richtigerweise weil und soweit von Krankenkassen nicht unmittelbar beeinflussbar bzw. ihnen handlungsbezogen zuschreibbar. Die heute in der GKV weitgehend substanzlosen ritualisierten „gemeinsam und einheitlich“ zu führenden Verhandlungen auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen werden damit ebenso obsolet wie deren ohnehin starres und häufig intransparentes Honorarverteilungsregime. Die Kassenärztlichen Vereinigungen – weitgehend befreit von den innerärztlichen Verteilungskonflikten und Honorarerwartungen – können sich damit neben ihrer Sicherstellungsmitswirkung in den neuen sektorübergreifenden Bedarfsplanungs- und Zulassungsregimen auf Fragen der quantitativen und qualitativen Weiterentwicklung der Versorgung fokussieren.

Diesem zunächst starren System, das deutschlandweit eine Mindesteinheitlichkeit in der Versorgungsgestaltung bewirkt, ist gleichzeitig ein Instrumentarium zur Seite zu stellen, welches zum einen regionale Bedarfs- und Versorgungs-

situationen berücksichtigt und darüber hinaus wettbewerbliche Elemente auf Grundlage freier tariflicher Entscheidungen von Versicherten einbringt.

7. Versichertentarif und Kontrahierungszwang

Der skizzierte Bundespreiskatalog gilt, soweit auf Grundlage von Tarifentscheidungen der jeweiligen Versicherten die Krankenversicherungen keine ablösenden Vereinbarungen mit Leistungserbringern treffen („Opt out“). Eine entsprechende zeitlich gebundene Tarifentscheidung bewirkt für die Krankenversicherung, dass für diese Versicherten kein Kontrahierungszwang mehr für alle im Rahmen einer regionalen Zulassung (zukünftig: regionales sektorübergreifendes gemeinsam einheitliches Bedarfsplanungs- und Zulassungsgremium) am Bundesleistungs- und -preiskatalog mitwirkenden Leistungserbringer besteht. Für diese Tarifversicherten („Strukturtarif“) erhält die Krankenversicherung die Kompetenzen, strukturell und/oder preislich abweichen-de Vereinbarungen zu treffen, die die auf Bundesebene definierten und einheitlich übergreifend geprüften Qualitätsstandards einhalten müssen.

Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs gilt grundsätzlich auch für weitere Versorgungsebenen und Versorgungsaufträge (etwa Krankenhausleistungen, Ambulanzstrukturen etc.), soweit bestimmte zugelassene Einrichtungen bzw. Versorgungsaufträge durch die regionalen Bedarfsplanungs- und Zulassungsgremien davon aus konkret definierten Gründen (z. B. Hochspezialisierung, regionale Abdeckung) nicht ausgenommen sind. Die neu zu strukturierende Notfallversorgung inkl. des Rettungswesens ist davon per se gesetzlich auszunehmen.

Anker und obligatorischer Mindestbestandteil des Strukturtarifs ist eine HZV gem. § 73b SGB V. Die Koordinierungsfunktion der hausärztlichen Versorgungsebene ist inhaltlich zwingender Ausgangspunkt für eine gelingende Versorgungssteuerung auf Patientenebene, gleichzeitig sind für die HZV gesetzlich bereits überprüfbare Mindestanforderungen definiert, die im Sinne einer Tari-

fanerkennung (Akkreditierung des Tarifs durch das Bundesversicherungsamt (BVA) analog geltendem § 137g SGB V) genutzt werden können. Strukturtarife dürfen für Versicherte innerhalb der jeweiligen Krankenversicherung beitragsmäßig nicht teurer sein als der „Normaltarif“ auf Basis des Bundespreiskatalogs. Es erfolgt eine Orientierung auf Qualität und Effizienz der Versorgungs- und Leistungserbringung – ein privilegierter Zugang zu Leistungserbringern einzig aufgrund erhöhter Zahlungsbereitschaft („PKV-Modell“ tradiert Art) wird konsequent ausgeschlossen. Im Gegenteil: Die Politik fördert im Weiteren solche strukturierten Versorgungsangebote, indem übergreifend

Aufgrund der Komplexität der Versorgungssituationen vor Ort sind weder allein zentralstaatlich noch körperschaftlich-korporatistisch angelegte Regulierungsregime geeignet, das Ziel einer sektorenübergreifend patientenorientierten und bedarfsgerechten Versorgung zu erreichen.

ein einheitlicher Mindestanreiz rechtlich gesetzt wird. Dafür wird ein Mindesterstattungsbetrag gesetzlich normiert, auf den alle Versicherten Anspruch haben, die sich für den Strukturtarif entscheiden und damit nur Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die die Krankenversicherung unter selektiven Vertrag genommen hat bzw. die die entsprechenden Tarifverpflichtungen erfüllen. Damit würde gleichzeitig im Grundsatz eine Forderung aus der Ärzteschaft aufgegriffen, die monetäre Differenzierungen in Abhängigkeit strukturierter oder unstrukturierter Leistungsanspruchnahme vorsieht (KBV 2016).

Der Mindesterstattungsbetrag ist im Gesetz bundesweit einheitlich und jahresbezogen dynamisch anzulegen. Dafür bietet sich kalkulatorisch ein fester Anteil des vom BMG jährlich zum 1. November festgestellten GKV-durchschnittlichen Zuzahlbeitragssatzes (ZBS; § 242a SGB V) im Verhältnis zu einer Bezugssgröße an, etwa der Jahresarbeitsentgeltgrenze in der GKV (§ 6 Abs. 6 SGB V). So würde z. B. eine

25-prozentige Erstattung des ZBS – aktuell entsprechend 0,25 Beitragssatzpunkte – bezogen auf die Jahresarbeitsentgeltgrenze in Höhe von derzeit 53.100 EUR (2018) einen jährlichen Erstattungsbetrag von 132,75 EUR ergeben.

Gleichzeitig ist der wettbewerbliche Rahmen so auszustalten, dass die von der Krankenversicherung an die Versicherten im Strukturtarif zu leistenden Erstattungen aus dem Gesundheitsfonds, an dem alle Krankenkassen teilnehmen, finanziert werden. Dies wird erreicht, indem die Zuweisungen für Strukturtarifversicherte um den Erstattungsbetrag aufgestockt werden. Gleichzeitig werden alle Zuweisungen der Versicherten im „Normaltarif“ entsprechend gemindert, so dass (zunächst) eine ausgeglichene Bilanz im Gesundheitsfonds entsteht.

In dieser Logik erhalten somit nicht Krankenversicherungen eine „Anschubfinanzierung“ bzw. „Wettbewerbsförderungsprämie“ aus dem Gesundheitsfonds, die möglicherweise auch Ineffizienzen überdecken könnte (zu einem solchen Vorschlag: Hermann 2017), sondern allein unmittelbar die Versicherten, die sich verbindlich in eine strukturierte und auf Qualität und Effizienz ausgerichtete Versorgung begeben. Grundsätzlich sind daraus Effizienzgewinne zu erwarten, die eine übergreifende Finanzneutralität im Gesundheitssystem bewirken. Für die Krankenversicherungen werden jedoch gleichzeitig deutlich Anreize gesetzt, sich nachhaltig für eine qualitätsorientierte und effiziente Versorgung einzusetzen, denn es gilt dann: Wenn eine Krankenversicherung keine oder eine unterdurchschnittliche Anzahl von eigenen Versicherten im Strukturtarif binden kann, gerät sie einnahmeseitig schnell in schwieriges Fahrwasser, mit ihren relativ geminderten Fondszuweisungen gleichwohl ihre Gesamtausgaben zu decken.

Darüber hinaus öffnet diese Anreizstruktur über einen Versichertentarif für strukturierte Versorgung einen Weg zur Beendigung der seit Jahren in der GKV intensiv kontrovers geführten Diskussionen über die systematische (Un-)Angemessenheit der finanziellen Privilegierung der Disease-Management-Programme (DMP) auch nach Einführung des Morbi-RSA 2009 (§ 270 Abs. 1 Bst. b SGB V) sowie des immer wieder kritisierten „Zwangsscharakters“ zum HZV-Vertrag nach § 73b Abs. 4 SGB V. Der Strukturtarif für Versicherte stellt ein versorgungsstrukturell geeignetes

funktionales Äquivalent zur Beförderung einer nachweislich besser koordinierten und strukturierten Versorgung dar.

8. Conclusio

Eine Angleichung der ambulantärztlichen Vergütungssysteme von PKV und GKV eröffnet die Chance über einen neuen Vergütungskatalog hinaus, die Versorgungssteuerung insgesamt zu modernisieren und endlich konsequent(er) an patientenbezogenen Versorgungsbedarfen auszurichten. Aufgrund der Komplexität der konkreten Versorgungssituationen und Herausforderungen vor Ort sind weder allein zentralstaatlich noch körperschaftlich-korporatistisch angelegte Regulierungsregime geeignet, das Ziel einer sektorenübergreifend patientenorientierten und bedarfsgerechten Versorgung zu erreichen. Somit ist nicht nur die GOÄ, sondern auch das ganze Regime der heutigen §§ 82 bis 87b SGB V zu überprüfen und an den Anforderungen einer konsequent regionalen Versorgungssteuerung neu auszurichten. Zentrale und starr einheitliche Elemente sind durch wettbewerblich orientierte Handlungsoptionen für Versicherte und Krankenkassen zu erweitern. Diese finden ihren Ausgangspunkt in einer doppelten Wahlfreiheit für Versicherte und Leistungsanbieter, indem ein über den Gesundheitsfonds geförderter Strukturtarif für Versicherte etabliert wird. ■

Literatur

Gerlach F./Szecsenyi J. 2016: Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in Baden-Württemberg. Zusammenfassung der Ergebnisse – Ausgabe 2016

Hermann C. 2017: Perspektiven des Risikostrukturausgleichs für eine bessere Versorgung der Versicherten, Gesundheits- und Sozialpolitik 3-4, S. 9-15

Kassenärztliche Bundesvereinigung 2016: Versorgung gemeinsam gestalten. Ein Konzept der KBV und der Kassenärztlichen Vereinigungen

Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD) 2017: Health Statistics 2017

Sachverständigenrat für die Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) 2018: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018

Schölkopf M./Pressel H. 2014: Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Gesundheitssystemvergleich und europäische Gesundheitspolitik, 2. Auflage, Berlin

Gibt es einen Medienhype ums „Hirndoping“?



Medienhype „Hirndoping“?

Die Rolle der Journalisten in der gesellschaftlichen Debatte um Neuroenhancement

Von Dr. Markus Schäfer, M.A.

2018, 555 S., brosch., 108,- €

ISBN 978-3-8487-4578-4

eISBN 978-3-8452-8829-1

(Gesundheitskommunikation / Health Communication, Bd. 18)
nomos-shop.de/30974

In der Debatte um Neuroenhancement ist immer wieder von einem vermeintlichen Medienhype die Rede, der dazu beiträgt, dass immer mehr Menschen Medikamente und Drogen zur geistigen Leistungssteigerung einsetzen. Das Buch geht mittels einer Inhaltsanalyse der deutschen Medienberichterstattung sowie Interviews mit Journalisten erstmals der Frage nach, was am Medienhype ums „Hirndoping“ dran ist.

Nomos
e Library

Nomos