

Versorgungslandschaften zur Hausarztzentrierten Versorgung

– Integrationsversorgung braucht neue gesetzliche Regelungen –

EBERHARD MEHL,
STEPHANIE BECKER-BERKE,
IVO WEISS,
NICOLE RICHTER

Eberhard Mehl ist Hauptgeschäftsführer beim Deutscher Hausärzteverband e.V in Köln

Stephanie Becker-Berke ist in der Geschäftsführung HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG in Köln

Ivo Weiß ist ebenfalls tätig in der Geschäftsführung HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG in Stuttgart

Nicole Richter ist Vorstand der Pro Versorgung AG in Köln

Bisher ist es dem korporatistisch geprägten deutschen Gesundheitssystem nicht gelungen, auch nur annähernd eine integrierte Versorgungsstruktur zu schaffen. Die Versorgungslandschaften des Deutschen Hausärzteverbandes stellen bundesweit das einzige flächendeckende Konzept für eine Integrationsversorgung bis in den stationären Sektor auch unter Berücksichtigung des neuen § 116b SGB V dar. Dieser Beitrag erläutert das Konzept der Versorgungslandschaften und stellt dar, wie durch ein Wahlrecht des Versicherten ein solidarischer Systemwettbewerb zugunsten innovativer Versorgungsverträge etabliert werden kann.

1. Multimorbidität im Fokus – Der Wandel des Krankheitsgeschehens

Die Versorgungslandschaften des Deutschen Hausärzteverbandes sind bundesweit das erste sektorenübergreifende Versorgungskonzept mit dem Fokus auf der Versorgung chronisch Kranker und zunehmender Multimorbidität, aufbauend auf der hausarztzentrierten Versorgung. Multimorbidität bewirkt Funktionseinschränkungen und Behinderungen, die sich auf die Fähigkeit alter Menschen, den Alltag zu bewältigen, auswirken. „Der Schwerpunkt der Behandlung muss daher bei diesen Patienten auf die Funktionsfähigkeit gelegt werden und nicht primär erkrankungsfokussiert sein.“ (Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens., Sondergutachten 2009 des Sachverständigenrates im Gesundheitswesen, S. 19).

Die Behandlung und kontinuierliche Betreuung bei chronischen Erkrankungen, als zentrale Herausforderung einer älter werdenden Gesellschaft, stellen

daher künftig den Kernaufgabenbereich dar. Dabei muss sich der Krankheitsbegriff am erreichten Patienten-Nutzen aus dessen subjektiver Perspektive ausrichten.

Während bisher der Fokus der ambulanten Versorgung – zementiert durch die bestehende Vergütungssystematik im Kollektivvertrag und im stationären Sektor – primär auf der Akut- und Hochleistungsmedizin liegt, muss künftig bei der Versorgungsorganisation und –vergütung die Versorgung chronisch Kranker als kontinuierliche, integrative Versorgungsaufgabe treten. Bei einer dramatischen Zunahme der chronischen Erkrankungen unter Beibehaltung der Akutversorgung müssen der abnehmenden Anzahl von Hausärzten deutlich mehr Möglichkeiten eingeräumt werden, die Behandlung einfacher Krankheitsfälle an nichtärztliche, aber weisungsgebundene Leistungserbringer zu delegieren. Im Verhältnis zu diesen drei Aufgabenbereichen der medizinischen Versorgung stellt die Prävention eine Querschnittsaufgabe dar, deren Relevanz für alle Altersgruppen gestärkt werden muss. Diese Querschnitts-

aufgabe umfasst nicht nur die Leistungen der Primärprävention, sondern hat mit der Sekundär- und Tertiärprävention für den Akutbereich und gerade auch für die Behandlung von chronisch Erkrankten eine bedeutende Rolle.

2. Hausarztzentrierte Versorgung als Basis der Versorgungslandschaften

Die Behandlung chronisch Kranker als kontinuierliche, integrative Versorgungsaufgabe und die ökonomische Notwendigkeit, hierbei weitmöglichst stationäre durch ambulante Leistungen zu ersetzen, erfordern dringend den Ausbau der hausarztzentrierten Versorgung.

Das Totschlagargument, dass eine zunehmende Anzahl von chronisch erkrankten Menschen und eine abnehmende Zahl von Hausärzten hausarztzentrierte Versorgung per se unmöglich machen, ist leicht zu widerlegen. Gelingt es durch strukturelle Veränderungen der Versorgungssystematik die weltweit höchsten Arzt-Patienten-Kontakte zu reduzieren, können die freiwerdenden Ressourcen zur Versorgung einer älter werdenden Bevölkerung zielgerichtet eingesetzt werden. Die bereits angedeutete Delegation von hausärztlichen Leistungen an hochqualifiziertes hausärztliches Personal (HZV-Verah-Projekt) ist dabei nur ein Bestandteil. Das Strukturelement der Einschreibung beim Hausarzt macht Maßnahmen wie Verah oder eine strukturierte Zusammenarbeit mit ambulant und stationär tätigen Fachärzten sowie der Pflege erst krankheitsübergreifend und flächendeckend möglich (HZV + Versorgungslandschaft). Neben in Planung befindlichen Projekten zur Eingliederung von hausärztlichen Teilzeitstellen in Angestelltenverhältnisse sind damit nur hausarztzentrierte Versorgungsstrukturen in der Lage, die unbestrittene Versorgungsherausforderung zu meistern.

Die bisherigen Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung zeigen insbesondere zwei Dinge: Erstens sind es gerade die chronisch erkrankten Patienten, die sich beim Hausarzt einschreiben. Wenn chronische Erkrankungen die tatsächliche Herausforderung unseres Gesundheitswesens darstellen, wird diese Patientengruppe besonders identifiziert und konstruktiv gebunden durch die Einschreibung beim Hausarzt. Zweitens ist nicht jeder Hausarzt qualifiziert oder

praktiziert noch hausärztlich, um sich einschreiben zu können. Die Koordinationsaufgaben, die die Versorgung von älteren, multimorbiden und chronisch kranken Patienten erfordern, sind Kernkompetenz und Versorgungsauftrag des Hausarztes als zentraler Lotse im System: Ihm kommt die Aufgabe zu, die Gesamtsituation des Patienten durch authentische Präsenz, aktives Zuhören und Verständnis für die soziale Einbettung des Krankheitsgeschehens unter Berücksichtigung des erreichbaren Patienten-Nutzens aus dessen subjektiver Perspektive therapeutisch zu begleiten. Um die Losenfunktion zu stärken, bedarf es hierbei auch der gesonderten Vergütung für die Koordinationsaufgaben des Hausarztes.

Der AOK-Vertrag in Baden-Württemberg: Maßgeschneiderte hausarztzentrierte Versorgung

Der Vertrag mit der AOK Baden-Württemberg wurde am 08. Mai 2008 unterzeichnet, die Versorgung erfolgte ab dem vierten Quartal 2008. Es handelt sich hierbei um den ersten Vollversorgungsvertrag.

Anders als die kollektivvertragliche Versorgung stellen sich Selektivverträge einer Evaluation. Dagegen ist allerdings nicht einzusehen, warum nicht auch der Kollektivvertrag kritisch hinterfragt wird. Gerade ein System, das auf einer Zwangsmitgliedschaft aufbaut, müsste fortlaufend durch unabhängige Fachleute überprüft werden, denn anders als bei den Selektivverträgen haben weder Ärztinnen und Ärzte noch Patientinnen und Patienten die Möglichkeit einer Abstimmung mit den Füßen.

Zweifelsohne sollten auch die HZV-Verträge dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität entsprechen. Aber solche Verträge brauchen Zeit, um sich zu entwickeln und wenn wie in Baden-Württemberg deutliche Versorgungsverbesserungen gemessen werden, dann darf Innovation auch Geld kosten. Dass die durch das GKV-FinG 2011 eingeführten strengen Refinanzierungsregeln (§73b Abs. 5a SGB V) Innovation verhindern, wird mittlerweile von vielen so gesehen. Angefangen von den (Haus)Ärzteverbänden (denen man dieser Stelle natürlich mangelnde Objektivität unterstellen könnte), aber eben auch von vielen Krankenkassen, Politikern anderer Parteien als der FDP und sogar von Mitgliedern des Sachverständi-

genrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Evaluationen zeigen, dass in neue Versorgungsformen zunächst investiert werden muss, und dass sich diese Investitionen eben nicht innerhalb weniger Quartale amortisieren. Dies gilt nicht nur für die hausarztzentrierte Versorgung sondern ebenso so auch für die Integrierte Versorgung. Beispielsweise sei an dieser Stelle auf den CARDIO-Integral Vertrag der AOK Plus verwiesen. Am 06.03.2013 wurden erste Ergebnisse zu diesem Vertrag in Dresden vorgestellt. Bei dieser Veranstaltung sagte u.a.

Rolf Steinbronn, Vorstandsvorsitzender der AOK PLUS

„Die Ergebnisse der Forscher zeigen, dass eine abgestimmte, effektive und hochwertige Versorgung der immer älter und gesundheitlich bedürftiger werdenen Bevölkerung im Integrierten Versorgungsvertrag CARDIO-Integral sehr gut funktioniert und gleichzeitig wirtschaftlich zu erbringen ist. CARDIO-Integral hat Haus- und Fachärzte hinsichtlich einer abgestimmten Zusammenarbeit und leitliniengerechten Versorgung für unsere Versicherten näher zusammengebracht. Die entwickelten Strukturen gilt es nun zu pflegen bzw. auszubauen.“

Die aktuellen Rekordüberschüsse der Krankenkassen einerseits, die Handlungsunfähigkeit des kollektivvertraglichen Systems mit dem traurigen Höhepunkt der gescheiterten Verhandlung zur Gesamtvergütung 2013 und die seit Jahren rückläufigen Nachwuchszahlen (s. Abb. 1 und 2) andererseits, werfen die Frage auf, warum mit § 73 b Abs. 5a SGB V hier faktisch ein Investitionsverbot erlassen wurde und noch immer Bestand hat. Anstatt zu versuchen auf Dauer eine vernünftige Versorgung zu sichern und bestehende Defizite zu beseitigen, wird durch dadurch die negative Entwicklung der letzten Jahre verstärkt.

Vor allem Dingen aber handelt es sich bei der HZV um eine „besondere hausärztliche Versorgung“, nicht um eine besonders billige Versorgung. Die HZV ist kein Sparmodell! Es handelt sich um ein frei gewähltes Primärarztsystem, dokumentiert durch die Wahl der Versicherten zur Teilnahmen an der HZV (Systementscheidung) und für einen betreuenden Hausarzt ihres Vertrauens. Nach der Abschaffung der Praxisgebühr gibt es außer der HZV praktisch kein Instrument, um den sogenannten „Chipkartentourismus“ zu unterbinden bzw. das Kernproblem der

weltmeisterlichen Quote der Arzt-Patientenbeziehungen zu reduzieren.

Der AOK-Vertrag in Baden-Württemberg sieht eine strukturierte, für die hausärztliche Praxis relevante Fortbildung vor, die einen qualitativen Quantensprung im Verhältnis zur unstrukturierten Kammer-Zertifizierung darstellt. Die verpflichtende Teilnahme an vier strukturierten Qualitätszirkeln zur rationalen Pharmakotherapie sowie Mindestanforderungen an die Praxisausstattung und die persönliche Qualifikation dienen der Erhöhung der Strukturqualität. Dass Ziele z.B. in der Pharmakotherapie oder auch die innovative Honorarsystematik konsequent in der Vertragssoftware abgebildet werden, hat nicht nur die Prozessqualität enorm gesteigert, sondern es konnten viele Vertragsziele bereits zu einem sehr frühen Zeitpunkt erreicht werden:

- Konzentration auf die Behandlung chronisch Kranke
- Intensivierung der Betreuung durch den Hausarzt bei gleichzeitiger Abnahme von medizinisch nicht indizierten Facharzt-Inanspruchnahmen
- Erhöhung der Impfquote (Influenza) sowie der Vorsorgeuntersuchungen im Vergleich zur kollektivvertraglichen Versorgung
- Optimierung der Arzneimittelversorgung, sowohl im Hinblick auf Arzneimittelsicherheit als auch unter wirtschaftlichen Aspekten

Der vollständige Abschlussbericht zur ersten Phase der Evaluation ist einsehbar unter www.hzv-aktuell.de

Vielfach gilt noch vor der Verbesserung der Versorgung der „Wirtschaftlichkeit“ ein besonderes Augenmerk. Auch in diesem Punkt liefert die Evaluation des AOK-Vertrages deutliche Argumente pro HZV. Für die 2. Phase der Evaluation wird ein Schwerpunkt auf dem Bereich Krankenhaus liegen und angesichts des sich dann mit dem Wirken der 73c-Verträge überschneidenden Betrachtungszeitraums ist schon jetzt erkennbar, dass deutliche Wirtschaftlichkeitsaspekte im Krankenhaus erreicht werden können.

Bereits jetzt lassen sich statistische signifikante Unterschiede feststellen zwischen HZV-Teilnehmer und Nicht-Teilnehmern für folgende Bereiche:

Die Anzahl der Facharztkontakte ist bei den HZV-Teilnehmern geringer. Die Chance von Polymedikation „wegzu-

kommen“ ist bei den HZV-Teilnehmern höher. Der Anteil verordneter Me-Too Präparate ist bei den HZV-Teilnehmern geringer

Die vorgenannten Effekte werden noch dadurch verstärkt, dass die HZV-Teilnehmer eine überdurchschnittlich hohe Morbidität aufweisen (Alter und Charlson-Index).

Es bleibt das Geheimnis einiger Krankenkassen (die Nennung wird aus Gründen der Diplomatie vermieden), wie sie die seinerzeit in einem Brandbrief an die Bundesregierung kommunizierten Mehrkosten in Milliardenhöhe im Falle einer Umsetzung der HZV seriös berechnen konnten. Genauso falsch wäre die Angabe von Einsparungen (wahrscheinlich ebenfalls in Milliardenhöhe) durch Einführung einer Einheitskasse und Abschaffung der Länder-KVen..

Eine seriöse Betrachtung der Wirtschaftlichkeit muss eine möglichst umfassende Analyse vornehmen und dabei natürlich auch die Frage untersuchen, ob höheren Honoraren Einsparungen in anderen Bereichen gegenüberstehen. Möglicherweise muss man hierbei auch über das Gesundheitswesen hinausgehen. Was wäre z.B., wenn durch eine verbesserte Versorgung infolge von Selektivverträgen AU-Tage bei bestimmten Krankheitsbildern reduziert werden? Rechtfertigen weniger AU-Tage höhere Honorare?

Umfassende(re) Betrachtungen gibt es bisher allerdings praktisch nicht, diese sind aber dringend geboten.

3. Die Weiterentwicklung der HzV durch Versorgungslandschaften

In Ergänzung zu der Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73 b SGB V wurden die Versorgungslandschaften als indikationsbezogene, sektorenübergreifende Integrierte Versorgungskonzepte nach §§ 140 a ff. SGB V entwickelt, um neben Hausärzten auch die fachärztliche und stationäre Versorgung sowie andere Versorgungssektoren in einem einheitlichen Vertrag zu vernetzen. Die Versorgungslandschaften fokussieren bedeutende und kostenintensive Volkskrankheiten, bei denen erhebliche Versorgungsdefizite insbesondere auch aufgrund ungelöster Schnittstellenprobleme zwischen den Sektoren oder medizinischen Disziplinen nachgewiesen worden sind.

Entwickelt wurden bislang Versorgungslandschaften für Entzündliche

Rheumaformen, Diabetes mellitus, Demenz und Rückenschmerz sowie für das wichtige Thema Pflege. Weitere Versorgungslandschaften sind in der Planung.

Der Deutsche Hausärzteverband – bzw. dessen Tochterunternehmen Pro Versorgung AG – hat gemeinsam mit Berufsverbänden der niedergelassenen Fachärzte und Krankenhausärzte die Versorgungskonzepte entwickelt. Kooperierende Berufsverbände sind der Berufsverband der niedergelassenen Diabetologen (BVND) und der Diabetologen in Kliniken (BVDK), der Berufsverband Deutscher Rheumatologen (BDRh), der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) sowie der Berufsverband der Ärzte und psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin (BVSD).

Erstmalig haben somit die Versorgungsebenen Hausärzte, Fachärzte und Krankenhausärzte, aber auch die Pflege Aufgaben, Kooperationen der einzelnen Sektoren, Schnittstellen anhand evidenzbasierte Behandlungspfade und eine einheitliche Therapie ohne Brüche an den Leistungssektoren gemeinsam definiert.

Der Vorteil des Patienten ist neben dem verbindlichen und garantierten Zugang zum Spezialisten, die besondere individuelle Betreuung durch seinen qualifizierten behandelnden Arzt.

Durch die Anbindung an die Hausarztzentrierte Versorgung sind die Versorgungslandschaften nicht nur flächendeckend, sondern folgen stets der gleichen Prozesslogik. Dies steht im krassen Gegensatz zum bisherigen, kleinteiligen Flickenteppich der Integrationsversorgung mit ihren tausenden Organisations- und Ablaufsystematiken.

4.1 Inhalte der Versorgungslandschaften

Für Patienten, die aufgrund ihrer Erkrankung interdisziplinär auf verschiedenen Versorgungsebenen behandelt und betreut werden müssen, sind Behandlungsziele, Behandlungspfade, Schnittstellen, Kooperations- und Informationspflichten zwischen den Akteuren definiert. In den Vertragsunterlagen zu den jeweiligen Versorgungslandschaften werden die Eingangsdiagnostik und Betreuungsleistungen des Hausarztes, die Überweisungs- und Kooperationsverpflichtungen mit dem mitbehandelnden Facharzt, gegebenenfalls auch im Krankenhaus, die Ver-

Abbildung 1: Versorgungsziele der Versorgungslandschaften

- die Förderung der stärkeren Vernetzung von Haus- und Fachärzten sowie der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen
- die umfassende spezialisierte Betreuung des Versicherten sowie ein koordiniertes Leistungsangebot über die Sektorengrenzen hinweg
- die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Krankenhausaufenthalte
- die Berücksichtigung psychosozialer und familiärer Faktoren beim Patienten und die bessere Kenntnis durch die betreuenden Ärzte
- die Steigerung der Therapieerfolge und der Lebensqualität des Patienten
- die Optimierung des Arznei-, Heil- und Hilfsmittelmanagements, die Einführung und Beachtung abgestimmter einheitlicher Handlungsleitlinien ohne Einschränkung der ärztlichen Therapiefreiheit

pflichtung zum Konsil und zur gegenseitigen Information deziert beschrieben.

Im Unterschied zur Regelversorgung sind die Teilnehmer der Versorgungslandschaften zur Fortbildung in definierten Themengebieten verpflichtet. Außerdem sind die Teilnahme- und Qualifikationsvoraussetzungen der ärztlichen Teilnehmer höher als im Kollektivsystem.

Die Logik der Prozesse und ihre Dokumentation sind dabei für alle Versorgungslandschaften identisch, was den Management- und Administrationsaufwand mindert und das Leistungsgetreide transparent gestaltet. So gibt es operational beschriebene Bedingungen, nach denen der Hausarzt verpflichtet ist, den Facharzt einzuschalten, innerhalb welcher Fristen die Behandlung durch den Facharzt zu erfolgen hat und wie die Betreuung des Patienten fortgesetzt werden muss. Demnach können die Fachärzte sich auf die Patienten konzentrieren, die einer fachärztlichen Behandlung tatsächlich bedürfen.

Wesentlicher Bestandteil aller Versorgungslandschaften ist das sogenannte „Patientencluster“. Dieses einheitliche Muster fördert die bio-psycho-soziale, ganzheitliche Betrachtung des Patienten im Rahmen seiner Behandlung durch seinen Arzt. Das für alle Indikationsgebiete geltende Patientencluster wird in die Praxissoftware integriert und navigiert so den Arzt durch die einzelnen Verfahrensschritte des Clusters.

Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO überprüft, in welchem persönlichen, sozialen und beruflichen Umfeld sich der Patient bewegt und ob sich seine aktuelle Lebenssituation hindernd auf den Erfolg der Therapie auswirkt. Durch die Einbindung der Besonderheiten des Patienten, seiner Fähigkeiten und seiner aktuellen Lebenssituation wird durch den Hausarzt eine stärker individualisierte Therapie als bisher festgelegt. So können aktuelle Lebensumstände und deren Auswirkungen oder Begleiterkrankungen erkannt werden, die vorrangig behandelt werden müssen.

4.2.1 Betrachtung der Morbidität und Multimorbidität

Der Hausarzt überprüft zunächst die Morbidität und Multimorbidität des Patienten anhand des nachfolgend aufgeführten Erkrankungsgrades:

- a. Indikation der Versorgungslandschaft (z.B. Diabetes mellitus oder Rheuma) ohne weitere relevante RSA-Diagnose
- b. Indikation der Versorgungslandschaft und eine zusätzliche relevante RSA-Diagnose
- c. Indikation der Versorgungslandschaft und mehr als eine weitere relevante RSA-Diagnose.

4.2.2 Individuelle Zielwertvereinbarung

Indikationsspezifisch vereinbart der Hausarzt, bei bestimmten Erkrankungen der Facharzt, mit dem Patienten

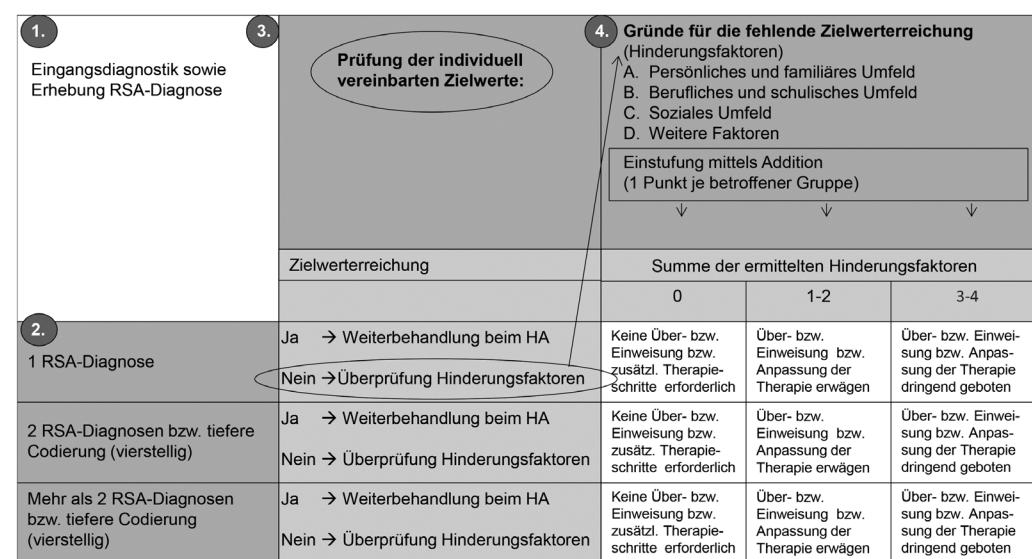
Abbildung 2: Verfahrensschritte im Patienten-Cluster

Abbildung 3: Gründe für die fehlende Zielwerterreichung

A. Persönliches und familiäres Umfeld	B. Berufliches und schulisches Umfeld	C. Soziales Umfeld	D. Weitere Faktoren
<ul style="list-style-type: none"> ■ Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z.B. Aufgaben übernehmen, die tägliche Routine durchführen, mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen) ■ Kommunikation (z.B. Kommunizieren als Empfänger, Kommunizieren als Sender, Konversation und Gebrauch von Kommunikationsgeräten und -techniken, Sprachliche Barrieren) ■ Mobilität (z.B. die Körperposition ändern und aufrecht erhalten, Gegenstände tragen, bewegen und handhaben, gehen und sich fortbewegen, sich mit Transportmitteln fortbewegen) ■ Selbstversorgung (z.B. sich waschen, pflegen, an- und auskleiden, die Toilette benutzen, essen, trinken, auf seine Gesundheit achten) ■ Häusliches Leben (z.B. Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten, Haushaltaufgaben, Haushaltsgegenstände pflegen und anderen helfen, Unterstützung durch Partner/Angehörige) ■ Coping (Krankheitsakzeptanz) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lernen und Wissensanwendung (z.B. Bewusste sinnliche Wahrnehmungen, Elementares Lernen, Wissensanwendung, Schulung) ■ Bedeutende Lebensbereiche (z.B. Erziehung/ Bildung, Arbeit und Beschäftigung, wirtschaftliches Leben) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen (z.B. allgemeine interpersonelle Interaktionen, besondere interpersonelle Beziehungen, soziales Netz) ■ Gemeinschafts-, soziales und staats-bürgerliches Leben (z.B. Gemeinschaftsleben, Erholung und Freizeit, Religion und Spiritualität) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nikotin ■ Drogenmissbrauch/ Mediamentenmissbrauch ■ Alkoholmissbrauch ■ Ausgeprägtes Übergewicht (z.B. BMI > 35) ■ Ausgeprägtes Bewegungshindernis

unter Berücksichtigung der Eingangsdiagnostik individuelle Zielwerte. Die Zielwerte sind abgestimmt auf die Indikation und abhängig von der individuellen Situation des Patienten. Festgelegt werden immer mehrere Zielwerte. Beispielsweise seien genannt für Diabetes mellitus der angestrebte Blutdruck- und der HbA1c-Wert, für potentiell Pflegebedürftige die Hinauszögerung bzw. Vermeidung des Eintritts der Pflegebedürftigkeit oder bei Rheuma der CRP-Wert und das persönliche Schmerzbefinden.

4.2.3 Zielwertüberprüfung

Die Erreichung der individuellen Zielwerte wird regelmäßig, in definierten Zeiträumen durch den Hausarzt bzw. den Facharzt überprüft. In den Versorgungslandschaften ist in der Regel ein Zeitraum von zwei Quartalen vorgesehen. Hat der Patient seine vereinbarten Zielwerte erreicht, so ist dieser Patient gut versorgt und eine Anpassung der Therapie oder eine Ein- und Überweisung ist nicht erforderlich.

Stellt der Hausarzt fest, dass die Zielwerte nicht erreicht wurden, so hinterfragt er anhand der nachfolgend beschriebenen Kriterien die Gründe hierfür.

4.2.4 Gründe für die fehlende Zielwerterreichung

Der Hausarzt überprüft unter Zugrundelegung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung

und Gesundheit (ICF) der WHO die patientenindividuellen und aktuellen Gründe für die fehlende Zielwerterreichung anhand nachfolgender Kategorien: Diese Kategorisierung unterstützt den Haus- bzw. Facharzt bei der Beurteilung, ob und wenn ja, wie die Versorgung des Patienten verbessert werden muss, z.B. durch eine Anpassung der eingeleiteten Therapie oder weitere Therapieschritte.

Sollten aufgrund der Beurteilung weitere Maßnahmen durch den Haus- bzw. Facharzt eingeleitet werden, so werden die festgestellten Gründe der fehlenden Zielerreichung auch dem jeweiligen Mitbehandler in Form eines patientenbegleitenden qualifizierten Arztbriefes mitgeteilt, so dass dieser ebenfalls den Überblick über die aktuelle Situation des Patienten erhält.

5. Innovation erfordert Institutionelle Reformen

Die derzeitigen rechtlichen Rahmenbedingungen verhindern, dass integrierte Verträge wie die Versorgungslandschaften als Selektivverträge in der GKV gleichberechtigt und substitutiv zum Kollektivvertrag umgesetzt werden können. Deshalb muss gesetzlich für die Selektivverträge ein Freiraum geschaffen werden, der Innovationen ermöglicht.

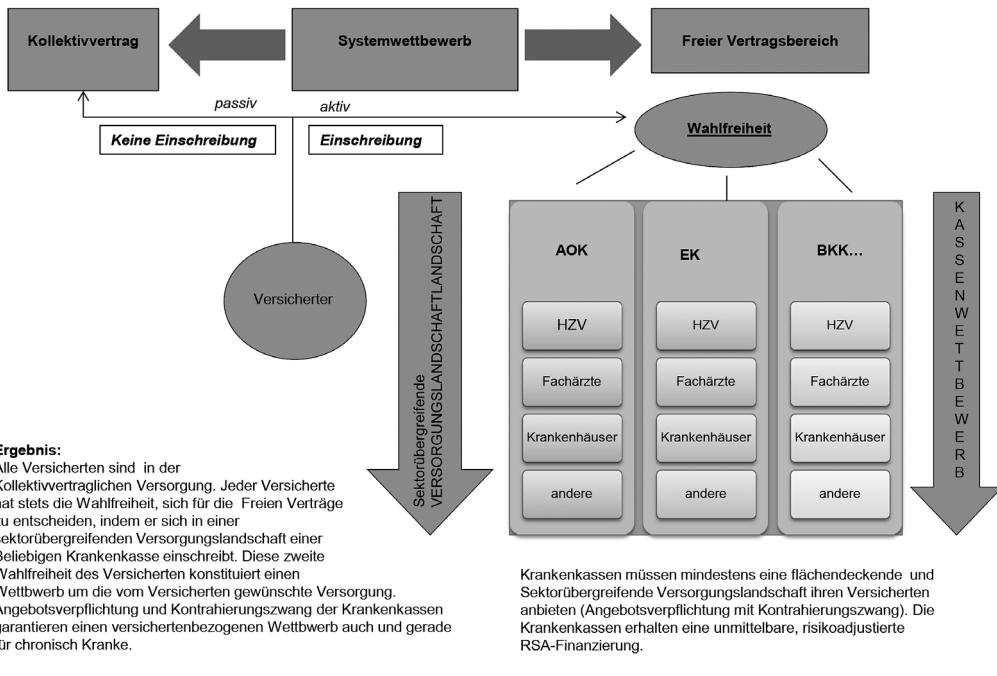
Die etablierte „Gewaltenteilung“ zwischen den korporatistischen Vertragsparteien einerseits und Gemeinschaften von Leistungserbringern als Vertragsparteien der bisherigen Selektivverträge anderer-

seits schafft und konserviert gravierende Diskriminierungen der Selektivverträge, die dringend abgebaut werden müssen.

Eine konsequente Lösung setzt die Wahlentscheidung des Versicherten konsequent ins Zentrum der GKV-Versorgung, also die Wahlentscheidung zwischen Kollektivvertrag und Selektivverträgen d.h. Freien Verträgen. Hierdurch wird deutlich mehr Handlungsdruck für die Krankenkassen geschaffen, im Wettbewerb um den Versicherten – und damit um RSA-Anteile – attraktive Lösungen auch und gerade für chronisch Kranke anzubieten. Darüber hinaus werden die Grenzen des SGB V so erweitert, dass auch zu erwartende Versorgungsgaps im kreativen Vertragsgeschäft der Freien Verträge gelöst werden können. Möglich ist dies insbesondere durch eine Vernetzung mit den Krankenhäusern, durch die die ambulanten und stationären Versorgungsanteile neu und bedarfssäquatisch vertragsspezifisch definiert werden. Die Abrundung entsteht durch die Möglichkeit, Prävention in jeder Alters- und Krankheitsphase finanziell relevant für die Krankenkassen in den Freien Verträgen verankern zu können.

Dieser in **Abbildung 4** dargestellte versichertenbezogene Wettbewerb beinhaltet zwei Wahlentscheidungen des Versicherten, die gleichzeitig auch die beiden Wettbewerbsbenden abschließend definieren: Das erste Wettbewerbsfeld besteht zwischen dem klassischen Kollektivvertragssystem und dem Vertragssystem der Freien Verträge und etabliert damit einen

Abbildung 4: Doppelte Wahlfreiheit des Versicherten



Vertragssystemwettbewerb. Im Gegensatz zum klassischen Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV vollzieht sich dieser Vertragssystemwettbewerb vollständig im Rahmen der GKV-Sicherungsfunktion und ist daher kohärent zu den fortgelgenden GKV-Prinzipien „Solidarität“ und „Sachleistung“: Jeder Versicherter hat stets das Recht, von dem einen Vertragssystem ins andere zu wechseln. Dieser Anspruch des Versicherten wird durch eine Vertragsabschlusspflicht der Krankenkassen mit den Vertragspartnern in beiden Vertragssystemen konstituiert. Dies ist sachgerecht, um sicherzustellen, dass jede Krankenkasse neben dem Kollektivvertrag verpflichtend mindestens ein flächendeckendes und alle Versorgungsebenen umfassendes Angebot im Freien Vertragsbereich ihren Versicherten anbieten muss.

Dies stellt erstmals für den Versicherten in der GKV sicher, dass

- eine Wahlmöglichkeit zwischen Kollektiv- und Freiem Vertrag besteht,
- im Freien Vertragsbereich die Auswahl zwischen unterschiedlichen Versorgungsangeboten der Krankenkassen besteht,
- Prävention und die Versorgung chronischer Erkrankungen durch die attraktive Finanzierung aus dem RSA im Zentrum des Vertragsswettbewerbs stehen werden und
- zu jedem Zeitpunkt Versicherungsschutz besteht.

Versicherten, ob die Finanzierungsmittel in das Kollektivvertragssystem oder in den Bereich der Freien Verträge fließt.

Notwendig ist ergänzend eine Anpassung des Risikostrukturausgleichssystems: Um die Versorgungsqualität und den effizienten Ressourceneinsatz zur Kernaufgabe der Krankenkassen zu machen, sind kostenintensive Risiken und Krankheitsvermeidung/Prävention noch deutlicher zu privilegieren. Ergänzend sollte der Risikostrukturausgleich eine vollständige Deckung der GKV-Ausgaben sicherstellen. Dies würde den Wettbewerb um qualitätsorientierte und wirtschaftliche

Versorgungsangebote deutlich verstärken. Abbildung 5 stellt den notwendigen Systemumbau dar.

Die Abbildung zeigt, dass die übrigen gesetzlichen Regelungen des SGB V für den Kollektivvertrag unverändert bleiben. Sollten die Freien Verträge erfolgreich sein, sind die Vertragspartner der Gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundes- wie Landesebene gezwungen, gemeinsam attraktive Lösungen auch im Kollektivvertragssystem zu finden. ■

Abbildung 5: Solidarischer Systemwettbewerb in der GKV

