

Wettbewerb als Innovationsmotor: Aufgaben und Selbstverständnis der AOK Baden-Württemberg

CHRISTOPHER HERMANN,
JÜRGEN GRAF

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

Jürgen Graf ist Fachbereichs-
leiter „Integriertes Leis-
tungsmanagement“ bei der
AOK Baden-Württemberg in
Stuttgart

Im Editorial der Herausgeber ist die Ernüchterung über den Stand der Wettbewerbsverfassung innerhalb der GKV nicht zu überlesen. Ist es nur Rhetorik, wenn der Wettbewerbsansatz grundsätzlich auf den Prüfstand geschickt wird oder bereits Trendzeichen, wenn nach Alternativen gefragt und möglicherweise (neue?) zentralistisch kontrollierte Spielwiesen einheitlicher Lenkung gesucht werden? Bewertet man die Weichenstellungen im Versorgungsstärkungsgesetz, kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, dass die Karawane allen früheren und aktuellen Bekenntnissen zum Trotz beim Thema wettbewerblicher Ordnungsrahmen faktisch in den Rückwärtsgang verfallen ist. Im Folgenden sollen im Spiegel des Selbstverständnisses einer wettbewerbsorientierten Krankenkasse die jüngsten gesetzgeberischen Maßnahmen reflektiert und ein an Innovationsförderung und Versorgungswettbewerb ausgerichteter funktionaler Ordnungsrahmen skizziert werden.

1. Wettbewerbsziele

Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist kein Selbstzweck. Somit stellt sich zuvorderst die Frage, auf welche Ziele wettbewerbliche Instrumente in der GKV ausgerichtet sein sollen. 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 de-

mografische 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 gesamten Bevölkerung orientierten adäquaten, d.h. auch effizienten, Versorgung. Zielführender Wettbewerb in der GKV ist also auf Innovation im Sinne von notwendigen Anpassungsleistungen ausgerichtet.

Auch spätestens mit dem wegweisenden Gutachten 2000/2001 des Sachver-

ständigenrats 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.

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 Steuerungsmaßnahmen kaum auf ein übergreifendes

Gefordert ist die Etablierung einer klaren sektorübergreifenden Verantwortlichkeit.

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 kaum veränderten korporatistischen Strukturen scheint somit keine kluge Strategie: Gefordert ist vielmehr die Etablierung einer klaren sektorübergreifenden Verantwortlichkeit.

2. Wettbewerbsträger

Die Organisation des deutschen Gesundheitswesens ist in hohem Maße geprägt von heterogenen Verantwortlichkeiten und Organisationsstrukturen, die letztlich einer notwendigen an den Patienten ausgerichteten effektiven und effizienten Versorgungsstrukturierung entgegen stehen. Im Ergebnis stellt sich das heutige Organisationspuzzle tatsächlich als die angeführte organisierte Verantwortungslosigkeit dar. Eine Antwort auf die entstehenden Herausforderungen mit dem Ziel einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung insgesamt muss auf die Lösung von Schnittstellenproblemen zwischen den Behandlungsarten-, -stufen und Leistungssektoren ausgerichtet sein. Dabei gilt es, im Rahmen von Kooperation und Integration jeweils die optimale Aufstellung (Produktionsprozess) unter Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsaspekten bei Nutzung von Substitutionsmöglichkeiten zwischen den Bereichen zu finden. Diesem Anspruch sind wohl nur dann Erfolgsaussichten zuzuschreiben, wenn die organisierte Verantwortungslosigkeit grundsätzlich aufgelöst wird.

Aber: Wer könnte diese notwendige übergreifende Verantwortlichkeit mit Aussicht auf Erfolg wahrnehmen? Unbestritten kommt den Bundesländern eine verfassungsrechtlich untermauerte politische Verantwortung für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung zu, die anhand von Gesundheitszielen bzw. -indikatoren auf der Makroebene stets zu überwachen wäre. Die Option umfassender unmittelbarer staatlicher Steuerung, wie in dezidiert staatlichen Gesundheitssystemen, stellt eine theoretisch möglicher-

weise gut begründbare Alternative dar, um die angerissenen Defizite anzugehen. Die Implikationen wären jedoch außerordentlich weitreichend: Notwendigkeit neuer Abgrenzungen von verfassungsrechtlich gesicherten Bundes- und Landeskompetenzen, Abschaffung der Krankenkassen i. S. des § 29 SGB IV und Umformung in eine Einheitsstruktur nach dem Muster einer „Bundesagentur für Gesundheit“ inklusive verschiedener regionaler „Gesundheitsagenturen“ ohne eigenständige Handlungskompetenz, die

die Versorgung vor Ort im Sinne von Managementgesellschaften zu organisieren hätten. Der Wettbewerb auf der Versicherungsseite wäre damit 20 Jahre nach der Umsetzung von „Lahnstein“ negiert, auf der Leistungsanbieterseite ggfs. sogar verschärft, da einer vielfältigen Angebotsstruktur ein Nachfrage-monopolist gegenüber stünde.

Ob allerdings staatliche Institutionen die Kraft für versorgungsrationalen Einzelentscheidungen im Gesundheitswesen aufbringen, kann bereits mit Blick auf Entscheidungsprozesse zu Leistungsumfang oder Leistungsstandorten (z.B. im öffentlichen Gesundheitsdienst oder in der Krankenhausplanung) mit Fug und Recht bezweifelt werden. Die übergreifende staatliche Sicherstellungsverantwortung sollte sich deshalb im Wesentlichen auf eine Aufsichtspflicht über die unmittelbaren Akteure sowie notwendige Rahmenvorgaben konzentrieren. Die Fokussierung und Beschränkung staatlicher Akteure auf die Etablierung sowie konsequente Überwachung eines geeigneten Ordnungsrahmens kann als Stärkung des Staates verstanden werden, der andernfalls Gefahr läuft, sich in mikroökonomischer Beteiligung am pluralistischen Interessenkampf aufzureiben und damit letztlich in ein Legitimitätsdefizit zu geraten. Nicht umsonst hat die Politik in der Vergangenheit über Jahrzehnte die Verantwortung für konkrete Allokationsentscheidungen in die zunehmend zentralistische korporatistische Struktur delegiert und sich lediglich punktuelle Interventionen vorbehalten. Das volle Entscheidungs- und Verantwortungsrisiko scheint sie aus guten Gründen gemieden zu haben. Insofern würde eine breitere Übertragung von Steuerungsverantwortung auf Krankenkassen grundsätzlich auf einem politisch rationalen Entwicklungspfad liegen.

Für die dargelegte notwendige Steuerungsfunktion im Sinne einer effizienten Versorgungsstrukturierung insgesamt scheinen aufgrund ihrer inneren Organisationsstruktur tatsächlich einzig Krankenkassen geeignet. Sie sind grundsätzlich legitimiert, übergreifende Verantwortung wahrzunehmen. Während etwa Krankenhausesellschaften, Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) oder Apothekerverbände natürlicherweise insbesondere Klientelinteressen verfolgen und damit kaum wirkungsvoll auf eine Gemeinwohl-

orientierung programmiert sind, stellt sich dies für Krankenkassen im Prinzip anders dar: Der (sozialpartnerschaftliche) Selbstverwaltungscharakter gesetzlicher Krankenkassen spiegelt im Ergebnis sowohl die Zahler- als auch die Versicherten- und Patientenperspektive wider und ist grundsätzlich in der Lage, in hohem Maße einen internen Interessenausgleich zwischen möglichst effizientem Mitteleinsatz und möglichst effektiver Versorgung zu leisten. Unter den Bedingungen des freien Versichertenwettbewerbs i. V. m. dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (mRSA) steht das Handeln von Krankenkassen im Sinne dieses Interessenausgleichs zudem unter unmittelbarer Sanktionsdrohung durch Kündigung und letztlich Insolvenz, ohne dass das solidarische System der GKV dadurch insgesamt gefährdet würde. Unbenom-

Leistungswettbewerb folgt häufig einer willfährigen Markterwartung und nicht der Versorgungsrationalität: weite Teile der Politik protegieren und fordern jedoch genau diese Art von Wettbewerb.

men von der grundsätzlich geeigneten inneren Struktur der Krankenkassen kann darüber nachgedacht werden, ob im Fall größeren Verantwortungszuordnung, wie hier befürwortet, Anpassungen vorgenommen werden sollten, z.B. in der Frage paritätischer Finanzierungsverantwortung oder Stärkung der Patientenperspektive innerhalb der Selbstverwaltung.

Gesetzliche Krankenkassen sind die einzigen Akteure im Gesundheitswesen, die grundsätzlich zu allen Segmenten von Leistungsanbietern direkte Vertragsbeziehungen aufweisen – freilich mit sehr unterschiedlichen Regelungsintensitäten und Steuerungsoptionen. Damit sind Krankenkassen nicht nur hinsichtlich der Legitimität, sondern auch ganz praktisch die Einzigen, die prinzipiell die Voraussetzungen erfüllen (können), die verschiedenen Leistungssegmente im Sinne eines gestuften und rationalen Versorgungsprozesses aufeinander abzustimmen. Dafür ist ein Ordnungsrahmen zu gestalten, der die Krankenkassen konsequent in ei-

nen Wettbewerb um die beste Gesundheitsversorgung im skizzierten Sinne von aufeinander abgestimmten „Produktionsprozessen“ führt („solidarische Wettbewerbsordnung“).

3. Wettbewerbsinhalte

Die konkrete Ausgestaltung der Versorgung sollte in der Konsequenz möglichst unmittelbar den Krankenkassen einerseits und den Leistungsanbietern andererseits in einem sozialstaatlich ausgerichteten grundsätzlich wettbewerblich geprägten Ordnungsrahmen übertragen werden. Bezogen auf die Diskussion zur Bürgerversicherung bzw. monistischen Einwohnerversicherung mit der Schaffung eines aus GKV und PKV integrierten Versicherungssystems würde diesem damit eine inhaltliche Fundierung

gegeben, die sowohl das ideologisch befeuerte Gerede von der Einheitskasse ad absurdum führen als auch über einen Service- und Vertriebswettbewerb weit hinaus reichen würde. Die Legitimität eines pluralistischen Krankenkassensystems kann sich in diesem Sinne perspektivisch vor allem aus einem zielorientierten Wettbewerb um bestmögliche Versorgung speisen. Die bisherige

Wettbewerbszuschreibung der Politik an Krankenkassen fokussiert hingegen stark auf einen Beitrags- und Leistungswettbewerb, was gerade nicht mit bestmöglicher Versorgung gleichzusetzen ist. Im Gegenteil: Leistungswettbewerb folgt häufig einer willfährigen Markterwartung und nicht der Versorgungsrationalität, was weite Teile der herrschenden Politik jedoch nicht davon abhält, genau diese Art von Wettbewerb zu protegieren und einzufordern.

Zwar weist das deutsche Gesundheitssystem eine hohe „Produktionseffizienz“ auf, denn bezogen auf den Mitteleinsatz werden auch 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 alloкатive 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 notwendigen Stelle in der erforderlichen Qualität und mit ausreichender Koordination eingesetzt werden. Es ist davon auszugehen, dass die so definierte physische Produktionseffizienz bzw. dieses Einsatzverhältnis in hohem Maße die letztlich für die Güte eines Gesundheitswesens maßgebliche Größe der gesundheitlichen Outcomes beeinflusst.

Dieser für eine gute Gesundheitsversorgung ausschlaggebende Aspekt wird verstärkt durch die Etablierung der 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 Kollektivversorgung absolut nicht in Einklang gebracht werden. Gleichwohl scheint die zweite Berliner große Koalition von anderen Wahrnehmungen und Überlegungen geprägt.

4. Wettbewerbsrhetorik

Wesentliche Weichenstellungen des GKV-Versorgungstärkungsgesetzes (GKV-VSG) zur postulierten Erweiterung der Möglichkeiten der Krankenkassen, „im

Wettbewerb gute Verträge abzuschließen“ (Allgemeine Begründung), gehen in eine andere als die oben postulierte Richtung. Die mit dem GKV-VSG umzusetzenden Rechtsänderungen laufen Gefahr, zukünftig genau das Gegenteil von dem zu bewirken, was angeblich ihr Ziel ist. Denn entgegen einer wettbewerbsfreundlichen Rhetorik im Begründungsteil des Gesetzes atmen die vorliegenden Regelungen im Ergebnis massiv den Geist der Fixierung des Gesamtsystems der GKV und der wesentlichen handelnden Akteure auf das überkommene Kollektivvertragsregime der organisieren Verantwortungslösung.

Im Koalitionsvertrag vom November 2013 heißt es: „Die Krankenkassen müssen Freiräume erhalten, um im Wettbewerb gute Verträge gestalten und regionalen Besonderheiten gerecht werden zu können... Die rechtlichen Rahmenbedingungen (werden) angeglichen und bestehende Hemmnisse bei der Umsetzung beseitigt“ (Kap. 2.4). Diesem Anspruch wird das GKV-VSG nicht gerecht. Faktisch wird dem selektivvertraglichen Qualitätswettbewerb um eine optimierte Versorgung, dessen Stärkung auch schon im GKV-FQWG 2014 weithin misslungen ist, nur noch ein Nischendasein als „Versuchswerkstatt“ für die überkommene Regelversorgung zugewiesen.

Die Neuregelungen sind geeignet, zu einer umfassenden Bedeutungsverlagerung im Verhältnis von Selektivverträgen zur Regelversorgung zu führen. Entgegen den in der Begründung betonten Absichten einer Stärkung des Qualitätswettbewerbs durch Selektivverträge, erfolgt de facto eine systematische Ausrichtung von Innovationselementen oder (besser wohl) Innovationshoffnungen auf das tradierte Kollektivvertragssystem und die Degradierung von Selektivverträgen allenfalls noch als unverbindliche „Suchprozesse“ im Dienst der Regelversorgung. Auch (mehr kosmetische) Änderungen im Gesetzgebungsverfahren können über das Grundverständnis der politisch Handelnden nicht hinwegtäuschen: Es besteht politische Mut- oder Machtlosigkeit, die Richtung aus dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 (GKV-WSG) weiter konsequent einzuschlagen und den Weg für zielorientierte Steuerungskompetenzen und Verantwortlichkeiten frei zu machen.

Eine Neujustierung ergibt sich insbesondere aus den Änderungen des SGB V im Bereich der gesetzessystematischen Neuordnung der Regelungen zu den Selektivverträgen mit Fachärzten (bisher § 73 c), den neuen, vorbildlosen aufsichtsrechtlichen Sonderrechten bei Selektivverträgen im haus- und fachärztlichen Bereich (§ 71 Abs. 6) in Verbindung mit den verschärften Regelungen zum Wirtschaftlichkeitsnachweis (§ 73 b Abs. 9 und § 140 a Abs. 2 Satz 5) und der Ausgestaltung des neuen Innovationsfonds (§§ 92 a, 92 b). Insbesondere der Wegfall der Regelungen zu den Selektivverträgen mit Fachärzten nach § 73 c SGB V („Besondere Ambulante Versorgung“) durch das GKV-VSG und deren abweichende Verortung im neuen § 140 a SGB V unter dem Titel „Besondere Versorgung“ sendet ein gravierend negatives Signal zu Wertigkeit und Zukunft des Vertragswettbewerbs aus. Die im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) der letzten großen Koalition seit 2007 prominent gesetzlich hervorgehobene flächendeckend angelegte Alternativversorgungskette Hausarztvertrag-Facharztverträge nach § 73 b und § 73 c SGB V wird rechtssystematisch aufgelöst. Die Regelungen zu den Hausarztverträgen (§ 73 b SGB V) bleiben isoliert im vorderen Teil des Leistungserbringungsrechts des SGB V (4. Kapitel; §§ 69 ff.) unter dem Titel „Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung“ (1. Titel des 2. Abschnitts) als Gerippe erhalten. Die bisher damit systematisch aufs engste verbundenen Regelungen zu den Facharztverträgen (in § 73 c SGB V) werden mit den Vorschriften zur integrierten Versorgung zusammengefasst und finden durch die Verlagerung ganz ans Ende des Leistungserbringungsrechts (in den 11. Abschnitt) gesetzlich keinerlei besondere Erwähnung mehr. Für die Akteure im System sind dies eindeutige Zeichen der Politik, dass der Fokus in der vernetzten Versorgungsgestaltung zentral beim Kollektivvertragsregime gesehen wird und das Augenmerk weg von innovativen selektivvertraglichen Versorgungskonzepten führt. Darüber kann auch die weiterhin vertragstechnische Umsetzungsmöglichkeit von Facharzt-

verträgen auf der neuen Rechtsgrundlage § 140a SGB V nicht hinwegtäuschen. Auch im vorliegenden Entwurf eines Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG), wird, ähnlich der Verortung des Innovationsfonds im GKV-VSG, eine weitere breite Aufgabenzuschreibung und Machtkonzentration im Rahmen der korporatistischen Strukturen an deren „oberste Behörde“, den Gemeinsamen Bundesausschuss, vorangetrieben. Daneben tritt aber eine zunehmend unmittelbare Verfahrensbeteiligung von Bund und/oder Ländern. Das kann durchaus auch als eine Form des Misstrauens in die alleinige Problemlösungskompetenz der herkömmlichen korporatistischen Akteure interpretiert werden. Dieses neue Politikmuster scheint an der Hoffnung ausgerichtet zu sein, die Akteure der gemeinsamen Selbstverwaltung im Sinne der politischen Handlungsmaximen eindeutiger lenken zu können. Al-

Weder das GKV-VSG noch das KHSG werden die Impulse für die notwendigen Anpassungsprozesse liefern. Die Schaffung eines adäquaten Ordnungsrahmens ist deshalb unvermindert aktuell.

lerdings wird auch damit letztlich kein Problemlösungskonzept geliefert, das zum einen die notwendige spezifische Regionalität von Gesundheitsversorgung und gleichzeitig das Prinzip der Konnexität berücksichtigt. Im Ergebnis ist festzuhalten, dass weder das GKV-VSG noch das KHSG die Impulse für die als notwendig ausgemachten Anpassungsprozesse liefern wird. Deshalb ist auch die Frage nach der Schaffung eines adäquaten Ordnungsrahmens unvermindert aktuell.

5. Wettbewerbsvoraussetzungen

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 aktuell eine Restauration zentralistischer korporatistischer Strukturen. Der Preis

dafür könnte in der weiteren Verkrustung der Strukturen bestehen, die den skizzierten externen Anpassungsdruck immer ungenügender umsetzen können. Konfliktlösungen finden dabei derzeit häufig in Form von zusätzlichen Finanzmitteln, die ins System geschüttet werden, anstelle von echten Strukturformen 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 – jedenfalls in den Jahren 2012 bis 2014 – prinzipiell nicht gemangelt (woraus man wohl eine gewisse Skepsis gegenüber den Erwartungen an den Innovationsfonds ableiten darf). Worin liegen die Barrieren also tatsächlich begründet?

Als mitverantwortliche Hemmschuh einer schnelleren und intensiveren Umsetzung von besser strukturierten und integrierten Versorgungskonzepten auf vertraglicher Basis erweist sich die mangelnde Konsequenz der Politik bei der „Vorfahrt“ für alternative Versorgungskonzepte und 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 zentralistisch gesteuerten verkrusteten Strukturen ableiten lässt.

Um den skizzierten Weg der solidarischen Wettbewerbsordnung im Sinne eines Versorgungswettbewerbs zugunsten der Versicherten zwischen Krankenkassen einzuleiten, ist diese Systemträgheit aufzulösen, woraus sich zunächst insbesondere nachfolgende Anforderungen an Politik und Gesetzgeber ergeben:

1) Die solidarisch aufgebrachtten Finanzmittel (mRSA) können nur in einem solidarisch einheitlichen Leistungskatalog verwendet werden. Darüber hinausgehende Leistungen sind ggf. konsequent über individuell finanzierte Wahl- bzw. Zusatztarife

anzubieten. Hieraus ergeben sich auch Perspektiven einer Neuordnung bzw. Integration von GKV und PKV. Der solidarisch einheitliche Leistungskatalog wird abschließend vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) definiert. Damit erfolgt neben einer hervorragenden Service- bzw. Kundenorientierung eine Konzentration der Bemühungen auf optimale Versorgungslösungen anstelle der Ausweitung von neuen 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, insbesondere im Bereich

Die Aufgaben der Selbstverwaltung auf Bundesebene sind auf eine Rahmgestaltung zurückzuführen.

der vertragsärztlichen Versorgung. 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 auf Landesebene unterlegt.

4) Die Aufgaben der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene, insbesondere DKG, KBV und GKV-SV werden

konsequent auf eine Rahmgestaltung zurückgeführt, die insbesondere keine direkten Vergütungsvorgaben enthalten und strikt wettbewerbsneutral auf Ebene der Krankenkassen ausgerichtet sind. Demnach 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 entsprechend anderen Ebene.

5) Arzneimittel- und Apothekenrecht werden angepasst, konkret um auf rechtssicherer Basis erweiterte Abgabemöglichkeiten von Arzneimitteln durch Vertragsärzte und Krankenhäuser zu schaffen im Rahmen von entsprechenden Vereinbarungen mit Krankenkassen. Das (aufgeweichte) Mehrbesitzverbot bei Apotheken wird insgesamt aufgehoben, um die bestehenden, eher an Zunftordnungen des ausgehenden achtzehnten als an modernen Dienstleistungserfordernissen

des einundzwanzigsten Jahrhunderts ausgerichteten Angebotsstrukturen zugunsten von effizienten Betriebs- und Vertriebsformen abzulösen.

Die konkrete Ausgestaltung eines neuen rechtlichen 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 erfüllen.

6. Wettbewerbserfahrungen

Im Bereich der Gestaltung von Selektivverträgen und der zielgenauen Leistungssteuerung liegen bei der AOK Baden-Württemberg umfassende und evaluierte Erfahrungen hinsichtlich Versorgungsgestaltung vor. Insbesondere die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V in Verbindung mit den Facharztverträgen nach § 73c SGB V (derzeit in den Bereichen Kardiologie, Gastroenterologie, Psychotherapie, Psychiatrie, Neurologie und

Orthopädie; Urologie in Verhandlung) bilden einen umfassenden strategischen und prozessualen Versorgungsansatz ab. Allen Verträgen ist gemeinsam, dass sie die für die jeweiligen Fachgruppen relevanten medizinischen Versorgungsbereiche anhand der qualitativ besten verfügbaren Leitlinien definieren und sich die Vergütungsstruktur vor allem an den Krankheitsbildern und nicht an einzelnen Verrichtungen ausrichtet. 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 hinsichtlich inhaltlicher Therapiepfade und Schnittstellen der ärztlichen Tätigkeiten.

Auch hinsichtlich Kommunikation und Erleben der Vertragsinhalte und deren Umsetzung beschreitet die AOK Baden-Württemberg 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 nachhaltigen partnerschaftlichen Miteinander und einer erfolgreichen Vertragsumsetzung. Weitere Anknüpfungspunkte einer strukturierten Versorgung sind unmittelbare Angebote der AOK, wie z.B. deren Gesundheitsangebote oder Beratungsangebote des Sozialen Dienstes zur Herstellung von stabilen Gesamtversorgungssituationen. Zusammen bietet dies die verlässliche und stabile Ausgangslage für eine weitere Integration und konkrete Koordinierung von Versorgungsangeboten.

Die Weiterführung der spezifisch an Qualitätskriterien und gemeinsamem Kooperationsverständnis ausgerichteten Versorgungspfade in weitere Leistungsfelder liegt auf der Hand. Sie bedarf jedoch der aktiven Gestaltung auf der Grundlage verlässlicher rechtlicher Kompetenzen, die, wie oben aufgezeigt, der Umsetzung harren. ■

Zukunft der Gesundheitsselfhilfe



Gesundheitsselfhilfe im Wandel

Themen und Kontroversen

Herausgegeben von Dr. Martin Danner und
Dipl.-Vw. Dr. Rüdiger Meierjürgen

2015, 233 S., brosch., 44,- €

ISBN 978-3-8487-1210-6

www.nomos-shop.de/22374

Die Gesundheitsselfhilfe chronisch kranker und behinderter Menschen nimmt heute in unserem Gesundheitswesen einen festen Platz ein, ergänzt die Angebote der gesundheitlichen Versorgung und gibt Impulse für die Stärkung der Patientenorientierung im Gesundheitswesen. Der demografische Wandel, gesellschaftliche Umbrüche, rasante Entwicklungen der Informations- und Kommunikationstechnologien, der medizinische Fortschritt sowie neue Aufgaben der kollektiven Interessenvertretung stellen große Herausforderungen für die Selbsthilfe dar.

Im vorliegenden Band werden unterschiedliche Ansatzpunkte diskutiert, die Zukunftsfähigkeit der Selbsthilfe zu sichern. Dabei wird deutlich: Es bedarf einer neuen Balance zwischen der gegenseitigen sozialen Unterstützung in der Gruppe, der Dienstleistungsorientierung sowie der kollektiven Interessenvertretung.



Nomos