

GESUNDHEITSWESEN AKTUELL 2016

BEITRÄGE UND ANALYSEN

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Regina Klakow-Franck
Patientensteuerung und Koordinierung der Versorgung –
Ein Einsatzgebiet für Qualitätswettbewerb?

AUSZUG aus:
BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2016 (Seite 36–53)

Regina Klakow-Franck

PATIENTENSTEUERUNG UND KOORDINIERUNG DER VERSORGUNG – EIN EINSATZGEBIET FÜR QUALITÄTSWETTBEWERB?

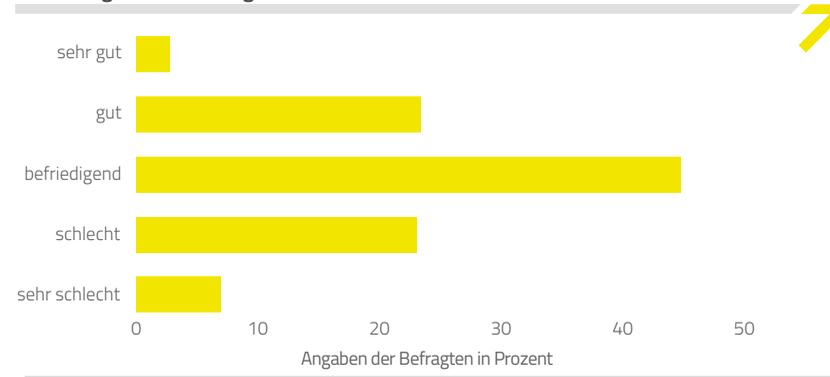
Nach wie vor ist die Koordination der Gesundheitsversorgung einer der großen Schwachpunkte unseres Gesundheitssystems. Ansätze, die über Wettbewerbsmechanismen oder finanzielle Sanktionen wirken sollten, sind gescheitert. Vonseiten des Gesetzgebers gab es in den letzten Jahren folglich wenige Aktivitäten, diese Instrumente weiter auszubauen. Mit dem Innovationsfonds wird nun noch einmal eine Anstrengung unternommen, im Rahmen der Erprobung von innovativen sektorenübergreifenden Versorgungskonzepten insbesondere auch Maßnahmen zu finden, die auf die Regelversorgung übertragbar sind. Im Hinblick auf den Abbau von Koordinationsdefiziten sind ein Wechsel von der Leistungserbringer- zur Patientenperspektive und eine stringente Qualitätssicherung essenziell.

Einleitung: Guter Zugang versus Koordinationsdefizite

Das deutsche Gesundheitswesen verfügt im internationalen Vergleich mit 4,05 Ärzten (OECD-Durchschnitt 3,3) und 8,3 Krankenhausbetten (OECD-Durchschnitt 4,8) je 1.000 Einwohner über eine sehr hohe Arzt- und Krankenhausedichte (OECD 2015). Die Zugangsmöglichkeiten zur ambulanten und auch zur stationären Versorgung können grundsätzlich als gut bezeichnet werden. Dies spiegelt sich sowohl in Gesundheitssystemvergleichen bezüglich Wartezeiten auf stationäre Eingriffe als auch in zahlreichen diesbezüglichen Versichertenbefragungen wider. So wurde zum Beispiel durch die aktuelle Gesundheitsmonitor-Befragung 2015 bestätigt: Rund 70 Prozent der Befragten beurteilten die Wartezeiten auf einen ambulanten Arzttermin als befriedigend oder besser (Abbildung 1).

Auch Wartezeiten auf elektive Operationen im Krankenhaus sind in Deutschland – im Gegensatz zu vielen anderen europäischen Ländern – vergleichsweise kurz (OECD 2015: 128).

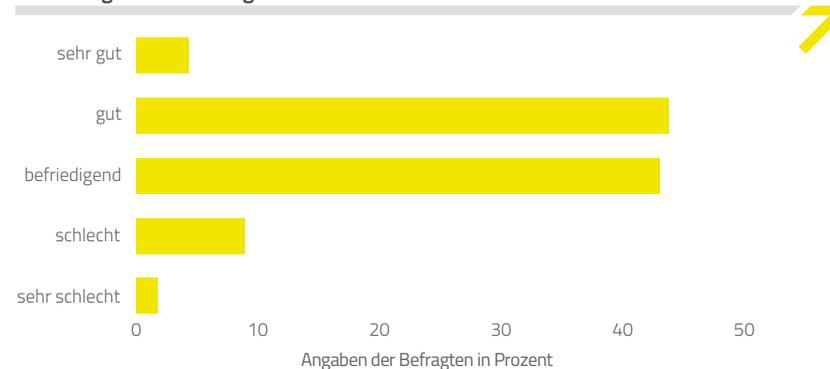
Abbildung 1: Beurteilung der Wartezeiten auf Praxis-Termine



Quelle: Bertelsmann Stiftung Gesundheitsmonitor 2015

Im Gegensatz zu den guten Zugangsmöglichkeiten schneidet Deutschland im internationalen Vergleich bei der Beurteilung der Koordination der Patientenversorgung regelmäßig schlecht ab. In einer Studie des Commonwealth Funds von 2014, die elf Industrieländer vergleicht, belegt Deutschland den vorletzten Platz in der Rubrik „Effizienz der Behandlungskoordination“ (Davis, Stremikis et al. 2014: 16-17). Ein etwas positiveres Bild zeigt die jüngste Gesundheitsmonitor-Befragung von Patienten zur Kooperation zwischen ihrem Hausarzt und den Fachärzten (Abbildung 2).

Abbildung 2: Beurteilung der Zusammenarbeit von Hausärzten und Fachärzten



Quelle: Bertelsmann Stiftung Gesundheitsmonitor 2015

Gleichwohl ist die verbesserungsbedürftige Koordination der Patientenversorgung kein solitär deutsches Problem. Angesichts der zunehmenden Komplexität der Erkrankungen beziehungsweise der Versorgungskonzepte fokussieren sich auch andere, sowohl staatlich gelenkte als auch stärker marktorientierte Gesundheitssysteme bei der Suche nach Qualitätsverbesserungspotenzialen auf die Bildung von Zentren, Netzwerken und multiprofessionellen Teams (zu Österreich, Großbritannien und Dänemark siehe Wendt 2009).

Konkrete Probleme bei der Koordinierung der Versorgung

Insbesondere der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat seit seinem ersten Gutachten im Jahr 1987 regelmäßig auf die Defizite des deutschen Gesundheitssystems in den Bereichen Kooperation und Koordinierung der Versorgung hingewiesen. Eine ausführliche Problemanalyse erfolgte im Gutachten zur Unter-, Über- und Fehlversorgung, in dem ein deutliches Missverhältnis zwischen einer Überversorgung im kurativen Bereich einerseits und einer Unterversorgung im Bereich der Prävention und Rehabilitation chronisch Kranker andererseits festgestellt wurde. Kritisiert wurden unter anderem die Dominanz der akutmedizinischen Versorgung, der Mangel an interdisziplinären und flexiblen Versorgungsstrukturen und das Abweichen von Grundsätzen einer evidenzbasierten Versorgung (Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrats: Ziffer 136 ff.). In einem der folgenden Gutachten zur „Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“ wurde vor allem die berufsgruppenübergreifende Kooperation problematisiert und die Vernachlässigung der Patientenperspektive kritisiert (Gutachten 2007 des Sachverständigenrats: Ziffer 178 ff.) Im Sondergutachten „Koordination und Integration der Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ ergänzte der Rat

„bei der Suche nach der jeweils effizienten und effektiven sowie nachhaltigen Gesundheitsversorgung der generationenspezifischen Perspektive“

(Gutachten 2009 des Sachverständigenrats: Ziffer 1) noch einen regionalen Bezug und berücksichtigte bei seiner Analyse auch die demografischen Strukturen in den einzelnen Bundesländern.

Bisherige Lösungsansätze

Seit 1997 hat der Gesetzgeber zahlreiche Versuche unternommen, Möglichkeiten und Anreize für eine Verbesserung der Koordination der Patientenversorgung zu schaffen. Zunächst geschah dies mit der Einführung von Modellvorhaben gemäß §§ 63–65 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) im 2. GKV-Neuordnungsgesetz, durch die Einführung einer gesetzlichen Grundlage für Verträge zur Integrierten Versorgung (IV) gemäß §§ 140 a ff. SGB V mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 bis hin zur Verankerung von entsprechenden Leistungsansprüchen der Versicherten, zum Beispiel auf ein Entlassmanagement gemäß § 11 Absatz 4 SGB V im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007. Darüber hinaus sollten Maßnahmen wie die Einführung der Praxisgebühr und der Patientenquittung durch das GKV-Modernisierungsgesetz 2004 „den Versicherten zu rationalem, systemgerechtem Verhalten“ (GKV-Modernisierungsgesetz 2003: 64) anhalten.

Verträge zur Integrierten Versorgung

Das wichtigste Merkmal einer integrierten Versorgungsstruktur stellt

„die umfassende und koordinierte Bearbeitung aller Gesundheitsprobleme über den gesamten Versorgungsweg von der Primärversorgung bis zur Rehabilitation und Pflege“

(Rosenbrock und Gerlinger 2014: 393) dar. Bei der Einführung der IV-Verträge im Jahr 2000 wurde erwartet, dass die Integrierte Versorgung die Regelversorgung in relevantem Ausmaß ersetzen würde. Heute betrachten die Akteure die IV entweder als „Sandkasten“ beziehungsweise Labor, in dem neue Prozesse ausprobiert werden, die nach erfolgreicher Evaluation Teil der Regelversorgung werden, oder aber als eine Ergänzung für die Regelversorgung. Bei der zweiten Position geht es um spezifische komplexe Krankheitsbilder oder Behandlungssituationen, die besondere Prozesse erfordern und gerade nicht in die Regelversorgung überführt werden können (Neumann und Dietzel 2014: 9–10).

Über die Anzahl der IV-Verträge liegen nur Schätzungen vor, da seit dem Auslaufen der Anschubfinanzierung Ende des Jahres 2008 keine Meldestelle mehr existiert. Nach Berechnungen des Sachverständigenrates gab es 2011 etwa 6.400 Verträge, in die rund zwei Millionen Versicherte eingeschrieben waren und die ein Volumen von rund

1,3 Milliarden Euro hatten. Dabei ist zu beachten, dass bis zu 80 Krankenkassen an einem Vertrag teilnehmen können, dieser somit bis zu 80 mal gezählt würde. Die Netto-Zahl der verschiedenen Verträge liegt also deutlich niedriger (Gutachten 2012 des Sachverständigenrats: Ziffer 438 ff). Allerdings waren im Jahr 2011 (je nach Zählweise) nur 68 bis 75 Prozent der Verträge sektorenübergreifend, und nur eine Minderheit der Verträge hatte eine langfristig angelegte, koordinierte Behandlung chronischer Krankheiten zum Gegenstand (Gutachten 2012 des Sachverständigenrats: Ziffer 446).

Modellvorhaben

Im Gegensatz zu den später eingeführten Integrierten Versorgungsformen und den strukturierten Behandlungsprogrammen sah der Gesetzgeber für die Modellvorhaben gemäß §§ 63–65 SGB V keine finanzielle Förderung vor. Daher verwundert es nicht, dass diese Versorgungsform in den letzten Jahren stark vernachlässigt wurde und entsprechende Projekte nur sehr langsam vorankamen: Obgleich weitestgehend Einigkeit darüber besteht, dass – um die ambulante Versorgung auch in Zukunft flächendeckend sicherzustellen – die bisherigen Maßnahmen zur Entlastung der Ärzte und zur Konzentration auf originär ärztliche Tätigkeiten ausgebaut werden müssen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat beispielsweise bereits im Jahr 2011 eine Richtlinie zur Heilkundeübertragung im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3 c SGB V beschlossen, die die Erprobung einer neuen, besser koordinierten Aufgabenteilung zwischen Ärzten und Pflegekräften zum Beispiel im Hinblick auf Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus und anderer Patienten mit chronischen Erkrankungen erlaubt. Jedoch mangelt es noch immer an solchen Vorhaben und deren Evaluation. Dazu trug sicher auch ein Regelungsfehler im § 63 Absatz 3 c SGB V bei, der einschränkt, dass die erforderliche neue Qualifikation nicht durch bereits erfahrenes Pflegepersonal im Rahmen einer Weiterbildung, sondern ausschließlich durch Berufseinsteiger im Rahmen der Pflegeausbildung erworben werden kann. Ein wenig Aufschwung ist durch die Änderung des § 87 Absatz 2 a durch das GKV-VSG zu erwarten, die unter anderem eine

„flächendeckende Erbringung dieser [delegationsfähigen] Leistungen unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen“

(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz 2015: 94) ermöglicht. Auch die Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen (ARMIN), ein Modellvorhaben für ein Medikationsmanagement nach § 63 SGB V, kam erst nach einer Gesetzesänderung zustande. Bemerkenswert ist, dass die Festsetzung der Vereinbarung zur Durchführung des Modellvorhabens in der Region durch ein Schiedsamt möglich ist, falls

„ein derartiges Modell nicht auf freiwilliger Basis durch die gemeinsame Selbstverwaltung vereinbart wird“ (GKV-Versorgungsstrukturgesetz 2011: 107).

Entlassungsmanagement

Bereits im Sachverständigenrat-Gutachten von 1995 wird die unzureichende Anschlussversorgung von Patienten, die aus dem Krankenhaus entlassen werden, kritisiert (SVRKAiG 1995: Ziffer 33). Da das Entlassmanagement

„bisher nicht so umgesetzt [wurde], dass Leistungslücken in jedem Fall wirkungsvoll geschlossen werden konnten“

(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz 2015: 76), hat der Gesetzgeber mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz 2015 (GKV-VSG) die Regelungen im § 39 Absatz 1 a SGB V nochmals präzisiert, um die Krankenkassen stärker als bisher in den Prozess des Entlassmanagements einzubeziehen. Zusätzlich wurde die Möglichkeit geschaffen, dass Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements ambulante Leistungen wie Heilmittel, Hilfsmittel, Soziotherapie, häusliche Krankenpflege und Arzneimittel verordnen oder auch eine Krankschreibung ausstellen dürfen (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz 2015: 13). Der G-BA hat im Dezember 2015 die entsprechenden Richtlinien fristgerecht ergänzt. Das zweite Element, die ergänzenden Vereinbarungen zu Voraussetzungen, Art und Umfang des Entlassmanagements nach § 115 Absatz 2 Nummer 6 SGB V zwischen Deutscher Krankenhausgesellschaft, GKV-Spitzenverband und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV), lässt noch immer auf sich warten.

Patientensteuerung durch finanzielle Beteiligung

Die KBV vertritt bereits seit einigen Jahren ein Modell zur Versorgungssteuerung mit verschiedenen Tarifen für gesetzlich Versicherte (KBV 2009; 2013; 2016). Dahinter steht die grundlegende Idee der hausärztlichen Patientenkoordination, das heißt, die Patienten suchen im Krankheitsfall immer zuerst den Hausarzt ihrer Wahl auf. Ausnahmen sind die direkte Inanspruchnahme von Augenärzten, Gynäkologen und Psychotherapeuten sowie von Präventionsleistungen. Dieses Primärarztmodell ähnelt den selektiven Hauartzverträgen nach § 73 b SGB V. Zusätzlich wird ein Tarif mit dem freien Zugang zu allen Vertragsärzten angeboten. Ob dieses Modell angesichts der abnehmenden Zahl an Allgemeinmediziner überhaupt zu realisieren wäre, ist fraglich (Gutachten 2014 des Sachverständigenrats: 2014: Ziffer 474). Darüber hinaus konnten in der Vergangenheit weder die Praxisgebühr noch Patientenquittungen positive Steuerungswirkungen entfalten (Reiners und Schnee 2007).

Möglichkeiten des G-BA zur Förderung von sektorenübergreifender Koordination und Integration der Versorgung

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist als untergesetzlicher Normgeber für die Ausgestaltung des Regelleistungskatalogs für die gesetzlich Krankenversicherten und für die Qualitätssicherung der Leistungen zuständig. Er verfügt innerhalb des ihm gesetzlich vorgegebenen Rahmens über eigene Möglichkeiten, eine bessere Koordination der Patientenversorgung interdisziplinär, interprofessionell und über die Sektorengrenzen hinweg zu fördern. Hierunter fallen die strukturierten Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme, DMP) gemäß § 137 f SGB V, die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) gemäß § 116 b SGB V und der Innovationsausschuss beim G-BA gemäß § 92 b SGB V.

DMP in der Verantwortung des G-BA

Die DMP sind auch nach der Entkopplung vom Risikostrukturausgleich fixer Bestandteil des Leistungsangebots geblieben. Gemäß der amtlichen Statistik KM6 (Stand Mai 2016) nehmen an den Programmen aktuell insgesamt über 6,7 Millionen Versicherte teil. Darüber hinaus hat der Gesetzgeber dem G-BA im GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) die Regelungskompetenz für diese Versorgungsmodelle übergeben, sodass

dieser nicht mehr bloße Empfehlungen abgibt, sondern die Anforderungen an die Ausgestaltung der DMP in eigenen Richtlinien regelt. Damit soll das Verfahren vereinfacht und flexibilisiert und die Umsetzung der Inhalte in der Versorgungspraxis beschleunigt werden (GKV-Versorgungsstrukturgesetz 2011: 90).

In der Folge hat der G-BA im Februar 2014 die Fachöffentlichkeit aufgefordert, Vorschläge zu chronischen Krankheiten, für die DMP entwickelt werden sollen, einzureichen. Es gingen insgesamt 33 Vorschläge ein. Nach eingehender Prüfung wurde im August 2014 beschlossen, die Beratungen über Anforderungen an DMP für die chronischen Krankheiten Rheumatoide Arthritis, Chronische Herzinsuffizienz, Osteoporose und Rückenschmerz aufzunehmen.

Im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) 2015 wurde beschlossen, das DMP-Angebot zu erweitern. Daher wurde der G-BA beauftragt, bis zum 31. Dezember 2016 für weitere geeignete chronische Krankheiten neue DMP zu entwickeln. Es wurde außerdem gesetzlich vorgegeben, dass der G-BA

„insbesondere für die Behandlung von Rückenleiden und Depressionen jeweils entsprechende Richtlinien“ in der genannten Frist zu erlassen hat (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz 2015: 31).

ASV als neuer sektorenübergreifender Versorgungsbereich

Ein weiteres Beispiel für ein Instrument im Werkzeugkasten des G-BA ist die Richtlinie zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV). Dieses neuartige Versorgungsangebot mit gleichen Rahmenbedingungen für Krankenhäuser und niedergelassene Spezialisten besitzt großes Potenzial, eine patientenzentrierte, interdisziplinär abgestimmte und sektorenübergreifend verzahnte Versorgung zu fördern. Dies erscheint vor dem Hintergrund der durch den medizinisch-technischen Fortschritt ermöglichten, immer rasanter werdenden Ambulantisierung der modernen Medizin mehr denn je erforderlich.

Allerdings ist die gesetzliche Ausgangslage des neuen § 116 b SGB V von Unentschlossenheit geprägt. Zum einen werden vom Gesetzgeber massive Anreize zur Förderung

der ASV ausgelobt, indem diese außerhalb der Bedarfsplanung angesiedelt ist und extra-budgetär vergütet werden soll, zum anderen wird der ASV nur der Charakter eines eng umschriebenen Leistungsangebots zugestanden, das in die jeweils unterschiedlichen Rahmenbedingungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte einzupassen ist. Hieraus und aus zahlreichen weiteren Unklarheiten des neuen § 116 b SGB V resultieren Umsetzungsprobleme sowohl für den G-BA als auch für die für die Prüfung der ASV-Leistungsberechtigung zuständigen erweiterten Landesausschüsse.

Der im GKV-VStG offenbar gewordene gesetzgeberische Zielkonflikt zwischen Ausweitung und Eingrenzung der ASV stellte für den G-BA eine schwierige Ausgangsbasis bei der Entwicklung der neuen ASV-Richtlinie dar. Angesichts der Szenarien einer Kostenexplosion oder einer zu weitgehenden Budgetbereinigung erhielten die vom G-BA zu definierenden Qualitätsvorgaben faktisch den Charakter von Zulassungskriterien und Instrumenten zur Mengensteuerung.

Zudem haben Interpretationsspielräume verschiedener gesetzlicher Vorgaben, aber auch von Regelungen in der ASV-Richtlinie selbst und die in verwaltungsrechtlicher Hinsicht offenen Fragen zur Umsetzung des Anzeigeverfahrens zu sehr hohen Anforderungen an die Nachweise der zu erfüllenden Teilnahmevoraussetzungen geführt – teilweise mit guter Absicht, um Interpretationsspielräume zu schließen und Rechtssicherheit zu schaffen. Die hieraus insgesamt resultierende Regelungsdichte stellt für viele an der ASV grundsätzlich interessierte Leistungserbringer eine hohe Barriere dar. Das eigentliche Potenzial der ASV zur Verbesserung der Patientenversorgung wird sich in diesem Spannungsfeld höchstens ansatzweise entfalten können.

Innovationsfonds zur Förderung innovativer sektorenübergreifender Versorgungskonzepte

Zu den neuen Möglichkeiten für den G-BA, innovative sektorenübergreifende Versorgungsformen zu fördern, zählt seit der Verabschiedung des GKV-VStG der „Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92 b SGB V“. Im Februar dieses Jahres hat er für die erste Förderwelle im Jahr 2016 sowohl für die neuen Versorgungsformen als auch für die Versorgungsforschung jeweils einen themenoffenen und mehrere themenspezifische Förderschwerpunkte definiert.

Der Innovationsausschuss hat die Aufgabe, die Kriterien für aus dem Innovationsfonds gemäß § 92 a SGB V zu fördernde Projekte jeweils konkret festzulegen, bekannt zu machen und sodann – mit Expertenhilfe – unter den eingereichten Förderanträgen förderungswürdige Projekte auszuwählen. Dass laut Gesetzgeber keine Produktinnovationen, sondern Struktur- und Prozessinnovationen gefördert werden sollen, ist ausdrücklich zu begrüßen. Es sollen Projekte gefördert werden, die das Potenzial haben, die Regelversorgung dauerhaft zu ergänzen oder sogar in diese überführt zu werden. Angesichts des Wettbewerbsdrucks, unter dem die Krankenkassen miteinander stehen, könnte mit dem Innovationsfonds quasi ein geschützter, wettbewerbsfreier Raum geschaffen werden, um integrierte Versorgungsmodelle zu erproben, von denen das Gesamtsystem profitieren kann.

Die Befristung des Gesamt-Förderzeitraums auf vier Jahre legt der Entwicklung von nachhaltigen Projekten allerdings Steine in den Weg. Ein weiterer Schwachpunkt der derzeitigen Konstruktion des Innovationsfonds besteht darin, dass er auf der Ebene der Einzelprojekt-Förderung stehen bleibt, auch was die Förderung von Versorgungsforschung anbelangt. Hinsichtlich einer Strategie oder eines Rahmenkonzepts dazu, wie in Deutschland die Weiterentwicklung der Versorgung unter Nutzung welcher Erkenntnisse ausgerichtet werden sollte, bleibt ein Vakuum. Die wünschenswerte systematische Verzahnung der Entwicklung von neuen Versorgungsmodellen mit den Erkenntnissen aus der Versorgungsforschung, der Qualitätssicherung und der Gesundheitsökonomie ist so nicht absehbar. Auch stellen die Entwicklung von Gesundheits- und Versorgungszielen einerseits und die Ausgestaltung des Leistungskatalogs und der Versorgungsstrukturen andererseits im deutschen Gesundheitssystem bislang nur unzureichend quervernetzte Entscheidungsprozesse dar.

Diskussion

Sektorale Trennung als Ursache der Koordinationsdefizite

Ausgerechnet die Vorzüge des deutschen Gesundheitssystems – freier und chancenreicher Zugang zur medizinischen Versorgung aller Versorgungsstufen bei gleichzeitig sehr hoher ambulanter und stationärer Angebotsdichte – sind mit anhaltenden

Koordinationsdefizite vergesellschaftet. Die Hauptursache der Koordinationsdefizite liegt in der für das deutsche Gesundheitswesen typischen sektoralen Trennung der Gesundheitsversorgung – mit sektorspezifisch unterschiedlichen Bund-Länder-Zuständigkeiten für die Bedarfsplanung und sektorspezifischen Regelungen für die Ausgestaltung des Leistungsangebots und dessen Finanzierung. Als mitursächlich für die Petrifizierung der sektoralen Trennung muss auch ein längst noch nicht überwundenes Selbstverständnis der Akteure im Gesundheitssystem genannt werden, das einer modernen Ausprägung einer gemeinsamen Selbstverwaltung, getragen vom Prinzip der gemeinsamen Verantwortung und eingebettet in eine Kultur der Transparenz und des Vertrauens, entgegensteht.

Wie schwierig die Entwicklung und Implementierung sektorenübergreifend vernetzter Versorgungsangebote im Rahmen der Regelversorgung ist, zeigt das Beispiel der ASV: Auch Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung wie der G-BA tun sich schwer, ein gemeinsames Verständnis einer sektorenübergreifend koordinierten und interdisziplinär abgestimmten Patientenversorgung zu entwickeln, solange die Leistungserbringer außerhalb der ASV an sektorenspezifisch völlig unterschiedliche Rahmenbedingungen gebunden sind.

Jenseits der Selbstverwaltung finden hingegen rege unternehmerische Aktivitäten in Richtung Bildung von Zentren, Praxisnetzen, sektorenübergreifenden Kooperationen und Fusionen statt. Die Flexibilisierung der Kooperationsformen, insbesondere auch die Möglichkeit der Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) durch Vertragsärzte oder Krankenhäuser, wurde vom Gesetzgeber insbesondere mit dem GKV-Modernisierungsgesetz von 2004 angestoßen. Im Mittelpunkt dieses faktisch stattfindenden Strukturwandels steht die aus Sicht der Leistungserbringer oder der Kostenträger wünschenswerte Struktur- und Prozessoptimierung. Zurzeit gibt es 43 anerkannte Praxisnetze (Stand: 23. Juni 2016) und rund 2.100 MVZ, davon je rund 40 Prozent in Trägerschaft von Krankenhäusern und Vertragsärzten (KBV 2015).

Eine Verbesserung der Koordination der Patientenversorgung ist jedoch nicht automatisch allein mit der Einrichtung dieser Versorgungsformen verbunden. Auch die vom

Gesetzgeber mit der Flexibilisierung der Kooperationsformen erhoffte Vermeidung von Versorgungsengpässen in der Fläche hat bislang nicht stattgefunden. Stattdessen überwiegt der Eindruck einer zunehmend intransparent werdenden, von wirtschaftlichen Interessen getriebenen Entwicklung.

Auf die im Rahmen der Bildung von Kooperationen häufig auftauchende Problematik der berufsrechtlich unzulässigen „Zuweisung gegen Entgelt“ hat der Gesetzgeber aktuell mit dem Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen reagiert. Die Effekte dieses Gesetzes bleiben abzuwarten. Leider ist die zentrale Frage im Zusammenhang mit einer Kooperationsvereinbarung, nämlich die Angemessenheit der Vergütung, offengeblieben. Durch die daraus resultierende allgemeine Verunsicherung könnte auch die unter Versorgungsgesichtspunkten vom Gesetzgeber gewünschte Bildung von Leistungskooperationen beeinträchtigt werden.

Von politischer Seite wird das Problem Sektorentrennung regelmäßig thematisiert, jedoch ohne dass es zu signifikanten gesetzgeberischen Aktivitäten gekommen wäre. Im Gegenteil: Beispielsweise wurden durch das GKV-VStG die bisherige sektorenübergreifende Struktur und Aufgabenstellung des G-BA teilweise wieder in sektorenbezogene Strukturen und Vetorechte zurückgeführt. Diese Neuverteilung der Stimmanteile bei Beschlüssen zu den Leistungssektoren hat

„den sinnvollen und notwendigen Ansatz der sektorübergreifenden Beratung und Verantwortung“

unnötig eingeschränkt (Weller 2012: 364). Insbesondere die Trennung der Versorgungssektoren mit Planungsstrukturen, die nicht auf den Versorgungsbedarf abgestimmt sind, steht einer systemischen Patientenorientierung entgegen. Trotz Vorschlägen, zum Beispiel des SVR-Gesundheit zur Rolle der Länder (Gutachten 2007 des Sachverständigenrats: Ziffer 22), bleibt die notwendige Weiterentwicklung der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen weit hinter den Erwartungen zurück. Trotz der offensichtlichen Notwendigkeit, auch auf Landesebene sektorenübergreifende Gremien für eine bessere sektorenübergreifende Planung und Koordination der Versorgung zu

schaffen, ist das mit dem GKV-VStG 2012 eingeführte gemeinsame Landesgremium nach § 90 a SGB V lediglich als Option angelegt und von der Maßgabe landesrechtlicher Bestimmungen abhängig. Allerdings lässt der derzeitige ordnungspolitische Rahmen auch keine weitergehenden Vorgaben für die Landesebene zu.

Bisheriges Versagen des Qualitätswettbewerbs

Die Einführung von Wettbewerbsmechanismen in das System der Gesetzlichen Krankenversicherung sollte bei

„allen Beteiligten Energien frei[setzen], die Versorgungs- und Versicherungsangebote beständig zu verbessern“ und damit „zu einer Rationalisierung von Versorgungsprozessen und einer Effizienzsteigerung bei gleichzeitiger Verbesserung der Versorgungsqualität („Qualitätswettbewerb“)“

(Gerlinger 2009: 14) führen. Doch diese idealtypische Vorstellung findet sich in der Realität nicht wieder. So stellte der damalige Präsident des Bundesversicherungsamtes, Dr. Maximilian Gaßner, fest,

„dass der Kassenwettbewerb [keinesfalls] quasi automatisch Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung wie Fallobst im Herbst vom Baum des Wettbewerbs fallen lasse [...]“

(Bundesversicherungsamt 2014: 4). Dies wird auch nicht der Fall sein, solange der Wettbewerb primär auf dem Feld der Kosten und nicht auf dem Feld des Patientennutzens ausgetragen wird.

Die Gesamtbilanz der zahlreichen Bemühungen um Überwindung der sektoralen Abschottung muss trotz Einführung von Vertragswettbewerb und erfolgreicher Einzelprojekte für eine bessere Koordination und Integration der Patientenversorgung insgesamt als enttäuschend bezeichnet werden. In seinem Sondergutachten über den Wettbewerb an der Schnittstelle ambulant-stationär von 2012 zieht der Sachverständigenrat das Zwischenfazit, dass wegen der unsicheren Rendite der Modellvorhaben und IV-Verträge eine stagnierende Bereitschaft der Krankenkassen zu beobachten sei, in

innovative Versorgungskonzepte zu investieren, stattdessen erfolge eine Konzentration auf Ausgabenkontrolle und -begrenzung (Sondergutachten 2012 des Sachverständigenrats: Ziffer 396).

Der oft beschworene Qualitätswettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen hat bis dato also versagt. Wo eine sektorenübergreifend koordinierte oder kooperativ erbrachte Versorgung als Wettbewerbsvorteil greifbar wird, bleibt sie der zwingend notwendigen Weiterentwicklung der Regelversorgung bislang vorenthalten. Symptomatisch für diesen „Innovationsstau“ ist die Oberflächlichkeit, mit der knapp acht Jahre nach Einführung des gesetzlichen Anspruchs auf Entlassungsmanagement heute noch darüber diskutiert wird: Als handelte es sich um die bloße Mitgabe des Arztbriefes statt um ein komplexes Case Management auf Basis einer Früherkennung zu erwartender poststationärer Komplikationen und Versorgungsbrüche (ausführlich dazu AQUA-Institut 2015a).

Ob es durch den Innovationsfonds für den Zeitraum 2016 bis 2019 gelingen wird, innovative sektorenübergreifende Versorgungskonzepte nach Erprobung in einem quasi vor Wettbewerb geschützten Raum in die Regelversorgung zu überführen, bleibt abzuwarten.

Patientenorientierung und Qualitätssicherung

Obwohl das Schlagwort „Patientenorientierung“ in aller Munde ist, bleiben die Patienten bislang eher Zuschauer des Geschehens. In den zurückliegenden Bemühungen um eine bessere Koordination der Versorgung wurde der Patient „gemanagt“. Der notwendige Perspektivenwechsel von der Leistungserbringer- und Kostenträgerperspektive hin zur Patientenperspektive ist dabei nicht wirklich gelungen. Leitgedanke der zukünftigen Bemühungen um eine bessere Koordination der Versorgung sollte nicht „Managed Care“ oder „Patientensteuerung“ sein, sondern „Patient Empowerment“. Auch dieses Motto ist nicht neu (beispielsweise: World Health Organization 2009) und zentraler Bestandteil des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patienten von 2013, wird aber weder in der Forschung oder gar in der Versorgung hinreichend umgesetzt. Erst allmählich finden zum Beispiel „Patient Reported Outcomes“ Berücksichtigung im Rahmen von klinischen Studien (Klakow-Franck 2014), und Patientenbefragungen im

Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung befinden sich zwar in Vorbereitung (AQUA-Institut 2015b), sind von einer tatsächlichen Umsetzung aber noch weit entfernt.

„Patient Empowerment“ ist ein zentrales Element der Verbesserung von Patientensicherheit und umfasst unterschiedliche Bereiche, insbesondere auch die Partizipation bei Entscheidungen (Reichardt und Gastmeier 2013, Härter, Dirmaier et al. 2015). Das traditionelle, paternalistische Konzept mit dem Patienten in der Rolle des passiven Empfängers von Pflege und Versorgung wird weder den Möglichkeiten der modernen Medizin noch dem Selbstbestimmungsrecht gerecht. Eine Kultur der „gleichen Augenhöhe“, die offen die Partizipation des Patienten unterstützt, erleichtert die Kommunikation und Interaktion der beiden Seiten. Kommunikation und Interaktion sind Schlüsselfaktoren für eine funktionierende Koordination komplexer Versorgungsleistungen. „Patient Empowerment“ ist das Ziel und gleichzeitig die Methode für eine wirksame Unterstützung im Versorgungsalltag und muss deshalb auch bei der Entwicklung und Umsetzung von Leistungsangeboten für eine bessere Koordination der Patientenversorgung stärkere Berücksichtigung finden. Dies klingt selbstverständlich, das Negativ-Beispiel Entlassmanagement zeugt jedoch von einer anderen Realität. Nicht jeder Patient benötigt ein Case Management. Es bedarf zielgruppenspezifischer Unterstützungsangebote, in deren Entwicklung von Beginn an die Patientenperspektive stärker eingebunden werden muss. Dabei sollten moderne Konzepte zur Erhaltung der Selbstkompetenz auch bei vorliegender Krankheit oder Behinderung Berücksichtigung finden und auch die neueren Möglichkeiten des digitalen Selbst- und Versorgungsmanagements genutzt werden.

Außerdem muss die Einführung von Versorgungsangeboten, in deren Mittelpunkt eine bessere Koordination der Patientenversorgung steht, an eine Qualitätssicherung geknüpft sein, in deren Rahmen zum Beispiel durch Patientenbefragungen überprüft wird, ob das angestrebte Qualitätsziel – die wirksame Unterstützung im Versorgungsalltag und dadurch der Erhalt von mehr Selbstbestimmung – auch erreicht wird. Alles andere wäre ein weiteres Beispiel für eine zwar gut gemeinte, dem Patientenbedarf aber nicht gerecht werdende Maßnahme zum Abbau von Koordinationsdefiziten und einer nicht unerheblichen Fehlallokation der begrenzten finanziellen Mittel.

Literatur

- AQUA-Institut (2015a): Entlassungsmanagement – Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren. AQUA-Institut: Göttingen.
- AQUA-Institut (2015b): Entwicklung einer Patientenbefragung im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens Arthroskopie am Kniegelenk – Abschlussbericht. AQUA-Institut: Göttingen.
- Bundesversicherungsamt (2014): Tätigkeitsbericht 2013. Bonn.
- Davis, K., K. Stremikis, D. Squires und C. Schoen (2014): Mirror, Mirror on the wall. How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally. The Commonwealth Fund: New York, Washington D.C.
- Gerlinger, T. (2009): Ökonomisierung und korporatistische Regulierung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Gesundheits- und Sozialpolitik (63) 3–4. 12–17.
- GKV-Modernisierungsgesetz 2003 – Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems. Deutscher Bundestag, BT-Drs. 15/1170.
- GKV-Versorgungsstrukturgesetz 2011 – Beschlussempfehlung und Bericht zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Deutscher Bundestag, BT-Drs. 17/8005.
- GKV-Versorgungsstärkungsgesetz 2015 – Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Deutscher Bundestag, BT-Drs. 18/4095.
- Härter, M., J. Dirmaier und N. Schmacke (2015): Patientinnen und Patienten als handelnde Personen: der notwendige Abschied vom Paternalismus. In: Norbert Schmacke (Hrsg.): Der Glaube an die Globuli. Die Verheißungen der Homöopathie. Berlin: Suhrkamp. 163–182.
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2009): Strategie- und Forderungspapier der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenärztlichen Vereinigungen. Berlin.
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2013): Erwartungen der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten an eine zukunftssichere Gesundheitspolitik. Berlin.
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2015): Medizinische Versorgungszentren aktuell zum Stichtag 31.12.2014. Berlin.

- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016): KBV 2020 – Versorgung gemeinsam gestalten. Ein Konzept der KBV und der Kassenärztlichen Vereinigungen. Berlin.
- Klakow-Franck, R. (2014): Die Bedeutung von Lebensqualität für die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (108) 2. 151–156.
- Neumann, K. und J. Dietzel (2014): Monitoring Integrierte Versorgung – Rahmenbedingungen der IV verbessern. IGES: Berlin.
- OECD (2015): Health at a Glance 2015: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing.
- Reichardt, C. und P. Gastmeier (2013): Patient Empowerment. Krankenhaushygiene update (8) 03. 157–164.
- Reiners, H. und M. Schnee (2007): Hat die Praxisgebühr eine nachhaltige Steuerungswirkung. In: Jan Böcken, Bernard Braun und Robert Amhof (Hrsg.): Gesundheitsmonitor. Gütersloh. 133–154.
- Rosenbrock, R. und T. Gerlinger (2014): Gesundheitspolitik: Eine systematische Einführung. Bern.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit. Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit Band III. Über-, Unter- und Fehlversorgung. Gutachten 2000/2001. Baden-Baden.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Gutachten 2007. Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Deutscher Bundestag, BT-Drs. 16/6339.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Gutachten 2009. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Deutscher Bundestag, BT-Drs. 16/13770.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): Sondergutachten 2012. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Deutscher Bundestag, BT-Drs. 17/10323.

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Gutachten 2014. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Deutscher Bundestag, BT-Drs. 18/1940.
- Weller, M. (2012): Neue Strukturen – neue Verantwortlichkeiten: Das Versorgungsstrukturgesetz: Versorgungsqualität und Qualitätssicherung – abhängig von Finanzressourcen. Vierteljahresschrift für Sozialrecht (30) 5. 353–365.
- Wendt, C. (2009): Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? : Gesundheitssysteme im Vergleich. Wiesbaden.
- World Health Organization (2009): World Alliance for Patient Safety: Global Patient Safety Challenge 2005–2006: Clean Care Is Safer Care. Genf.