

IMPLICONplus

Gesundheitspolitische Analysen

Gesundheitspolitische Agenda für die 19. Legislaturperiode

von Christopher Hermann
und Holger Pressel

10 | 2017

Bibliographische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über dnb.ddb.de abrufbar.

albring & albring pharmaceutical relations GmbH, Berlin

Verantwortlich:	Dr. Manfred Albring, Helmut Laschet
Gestaltung:	roman und braun medienproduktionen
Umschlaggestaltung:	Robert Roman
Internet:	www.implicon.de
ISSN:	2199-4978

Gesundheitspolitische Agenda für die 19. Legislaturperiode

von Christopher Hermann
und Holger Pressel

Der Beitrag schildert aus Sicht einer der größten gesetzlichen Krankenkassen mit mehrfach nachgewiesener ausgeprägter Expertise im Bereich der Gestaltung von Versorgung die politischen Handlungsanfordernisse in der neuen Legislaturperiode auf den Feldern der Gesundheits- und Pflegepolitik.

...

...

I. Einleitung

Unabhängig von den Fragen, wann sich eine neue Bundesregierung gebildet hat, aus welchen Parteien sich diese zusammensetzt und wer das Bundesministerium für Gesundheit besetzt – so es denn auch zukünftig diesen Namen tragen wird – sollte die Politik in der neuen Legislaturperiode des Bundestages den Fokus insbesondere auf einer (weiteren) Verbesserung der Qualität der Versorgung sowie einer Erweiterung der Wahlfreiheiten aller am Gesundheitswesen teilnehmenden Menschen liegen. Zur Erreichung dieser doppelten Zielsetzung gilt es, die Gestaltungsspielräume der Akteure zu erweitern.

II. Versorgung durch regional angepasste Lösungen

Mit dem vor 10 Jahren (2007) beschlossenen GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wurde von der Politik der Weg in eine weitgehend zentral aus Berlin gesteuerte Gesundheitsversorgung in der GKV beschritten. Wesentliche Zentralisierungselemente beinhaltet das GKV-WSG sowohl auf der Einnahmen- als auch auf der Ausgabenseite. Stichwörter hierzu sind die Einführung des Gesundheitsfonds mit einem bundeseinheitlich von der Bundesregierung festgelegten Beitragssatz der Krankenkassen – dieser wurde bekanntermaßen mittlerweile in seiner Bedeutung „abgeschwächt“ und um einen kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz ergänzt – sowie die Errichtung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Dieser determiniert durch einheitliche Vorgaben rund 70 Prozent des Ausgabenvolumens einer Krankenkasse. Die Versorgung der Versicherten hat er bei seiner Verhandlungsführung jedoch nicht (immer) in dem eigentlich gebotenen Maße im Blick. Das kann ihm auch gar nicht unbedingt vorgeworfen werden, denn in diesem Spitzenverband sind zwar alle Krankenkassen Zwangsglieder, er hat indessen selbst keine Versicherten und agiert somit von der Versorgungsrealität (viel zu oft) sehr weit weg.

In der zu Ende gegangenen Legislaturperiode gab es zwar auch gegenläufige Tendenzen, so beinhaltet das 2015 beschlossene „GKV-Versorgungsstärkungsgesetz“ (GKV-VSG) einige positive Elemente, aber tendenziell laufen auch die in jüngerer Zeit beschlossenen Änderungen auf einen Zuwachs an zentralstaatlichen Regelungen hinaus und drohen die Handlungsspielräume der Versorgung vor Ort noch weiter zu beschneiden. Ein markantes Beispiel hierfür ist die durch die Krankenhausreform beschlossene Einführung von so genannten „Qualitätsverträgen“ (§ 110a SGB V). Zwar ist deren Einführung im Grundsatz ausdrücklich zu begrüßen, wenn aber – wie vorgesehen – zentralistisch angesiedelte Institutionen wie der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA), der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) haarklein alle Details vorgeben, bleibt der dringend erforderliche Gestaltungsspielraum für die Akteure, die sich real um die eigentliche Versorgung der Menschen in den Regionen kümmern, auf der Strecke.

Damit Krankenkassen im Interesse von Versicherten und Patienten das Gesundheitswesen mit voranbringen können, gilt es durch die Politik vor allem einen Handlungsstrang zu bedienen: Gestaltungsspielräume erhalten und neue schaffen! Denn ein Wettbewerb um Versorgungsqualität erfordert die Freiheit der Akteure vor Ort, alternative Regelungssysteme innovativ gestalten zu können.

Das deutsche Gesundheitssystem zählt insbesondere beim Zugang zu den besten der Welt. Dennoch gibt es Fehlentwicklungen und Probleme in der Versorgung. Diese gilt es gemeinsam anzugehen. Nur wenn diese Zielrichtung den Kompass der Gesundheitspolitik in der neuen Legislatur bildet, wird die Versorgung bedarfsgerecht, qualitativ hochwertig, bezahlbar und effizient weiterentwickelt werden können.

Wie ein solches Miteinander funktionieren kann, demonstrieren die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) und die darauf aufbauenden Facharztverträge der AOK Baden-Württemberg und ihrer ärztlichen Partner. Hier werden seit Jahren alle Gestaltungsspielräume genutzt, um eine echte alternative Regelversorgung zu etablieren. Der von unabhängigen Wissenschaftlern der Universitäten Heidelberg und Frankfurt am Main verfasste dritte Evaluationsbericht bestätigte 2016 erneut die nachhaltigen Vorteile der HZV-Versorgung für Patientinnen und Patienten. Der Lotse Hausarzt führt zu gut 40 Prozent weniger unkoordinierten Facharztkontakten als in der Regelversorgung.

Der Qualitätsvorsprung in der Behandlung lässt sich bei chronisch kranken Menschen besonders gut beobachten. So ist bei Diabetikerinnen und Diabetikern – in der Evaluation erstmals statistisch messbar – die Anzahl schwerer Komplikationen wie Amputationen, Dialysen oder Erblindungen signifikant geringer. Die zentrale Rolle des Hausarztes kommt an: Seit 2010 lässt die AOK Baden-Württemberg regelmäßig durch unabhängige Institute repräsentative Befragungen zur Zufriedenheit und Weiterempfehlungsbereitschaft durchführen. Interviewt werden Versicherte, die sich in das Hausarztprogramm der AOK Baden-Württemberg und ihrer Partner eingeschrieben haben. Seit Einführung dieser Befragungen liegen die Zufriedenheitswerte konstant bei weit über 90 Prozent. Auch die Weiterempfehlungsbereitschaft erreicht regelmäßig Werte um 90 Prozent. Ähnlich positiv wird auch das AOK-Facharztprogramm bewertet.

Ärztliche Versorgung im ländlichen Raum sicherstellen

Die Sicherstellung der ambulanten Versorgung auf dem Land entwickelt sich zunehmend zu einer ganz zentralen Herausforderung für die gesundheitspolitisch Verantwortlichen. Dies auch in Regionen, wo Unterversorgung derzeit noch ein Fremdwort ist. Notwendig ist daher neben dem kontinuierlichen Ausbau der HZV eine Stärkung der Allgemeinmedizin. Es braucht Praxiskonzepte, die sich an konkreten Bedürfnissen und Möglichkeiten vor Ort orientieren. Dazu können der Ausbau der medizinischen Versorgungszentren oder auch digitale Lösungen gehören. Grundlage sollte eine wissenschaftliche Versorgungsstrukturanalyse sein. Die durch das GKV-VSG beschlossene Überarbeitung der Bedarfsplanung bildet mit der Berücksichtigung der Sozial- und Morbiditätsstruktur hier einen Ansatz. Allerdings hilft noch so detaillierte Planung nichts, wenn die professionell ausgebildeten Menschen fehlen! Hilfreich für die Bewältigung der Herausforderungen ist eine bessere Koordination der Gesundheitsberufe: Nicht alle patientenbezogenen Tätigkeiten müssen tatsächlich von Ärztinnen und Ärzten durchgeführt werden. In Baden-Württemberg sind im Rahmen der HZV rund 2.100 „Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis“ (VERAH) tätig und entlasten Ärztinnen und Ärzte etwa bei Routinehausbesuchen. Viele dieser VERAHs verfügen über eigene Fahrzeuge („VERAH-Mobil“). Die Arbeitszufriedenheit sowohl von Hausärztinnen und Hausärzten als auch der VERAHs ist messbar gestiegen. Zunehmend kommen Entlastungsassistentinnen in der Facharztpraxis (EFA) hinzu. So wird der Beruf für alle Beteiligten (noch) attraktiver. Diese Zunahme an Arbeitszufriedenheit wirkt dem steigenden Ärztemangel auf dem Land entgegen.

Solche erfolgreichen Kooperationskonzepte, die keinen der Beteiligten (auch emotional) überfordern, gilt es weiter auszubauen. Zu denken ist in diesem Kontext an nahezu alle Heilberufe. Entsprechende Vorbilder finden sich in Kanada (insbesondere in Ontario), aber auch etwa in Finnland. In Deutschland werden – insbesondere mit Unterstützung der Robert Bosch-Stiftung – entsprechende Vorhaben bisher nur erprobt. Spannend ist in diesem Zusammenhang die 2016 von der Politik beschlossene Einführung der „Modellvorhaben Blankverordnung“. Baden-Württemberg wird auch dazu Anfang 2018 in vier Regionen mit konkreten Aktivitäten im Bereich der Physiotherapie an den Start gehen.

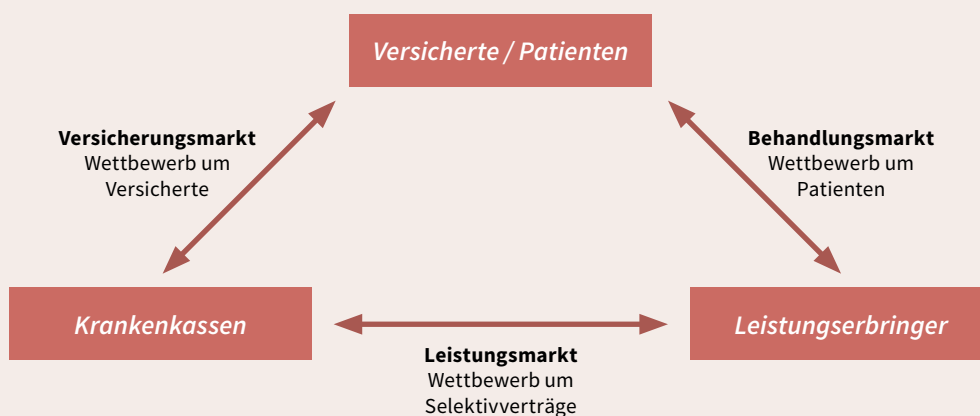
Notfallversorgung weiterentwickeln

Die Notaufnahmen in Krankenhäusern werden immer häufiger zur Anlaufstelle für Menschen, die objektiv keine Notfallpatienten sind. Ursache dazu dürfte unter anderem sein, dass viele Versicherte durch unterschiedliche Zuständigkeiten für den Notfall einfach überfordert sind. Ziel muss es deshalb sein, für Patientinnen und Patienten einen Ort zu etablieren, eine Ein-Pforten-Lösung mit einer einheitlichen Notrufnummer. Das setzt eine sektorenübergreifende Lösung für die Notfallversorgung voraus, in die Kliniken, niedergelassene Ärzte und Rettungsdienste integrativ einzubinden sind. Die konkrete Ausgestaltung kann zielführend durch die regional verantwortlichen Partner veranlasst werden. Die Anfang September vom Sachverständigenrat im Rahmen der Erstellung des Sondergutachtens vorgelegten Zwischenergebnisse gehen in die richtige Richtung.

III. Freiräume für Qualitäts- und Leistungswettbewerb

Nach der vor exakt 25 Jahren durch die „Lahnsteiner Koalition“ beschlossene Einführung der freien Kassenwahl und des Kassenwettbewerbs gilt es für die neue Koalition nun (endlich) auch beherzte nachhaltige Schritte hin zu mehr Qualitäts- und Leistungswettbewerb in die Wege zu leiten. Das Ausmaß des Wettbewerbs auf den einzelnen Wettbewerbsfeldern des Gesundheitswesens (vgl. Abb. 1) unterscheidet sich erheblich. Bislang spielt sich dieser aber viel zu umfangreich auf dem Versicherungsmarkt – also zwischen den Krankenkassen – ab.

WETTBEWERBSFELDER IM GESUNDHEITSWESEN



Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Cassel/Wasem 2014

Notwendig sind weitere Gestaltungsspielräume, um das Versorgungssystem für mehr Qualität im Sinne der Versicherten auszubauen. Dabei darf sich die Politik durchaus auf die vom Bundesministerium für Wirtschaft und Energie eingesetzte Monopolkommission berufen, die in ihrem letzten Sondergutachten 2017 die Bedeutung des Qualitätswettbewerbs deutlich herausgearbeitet hat. Viele Teile der Versorgungslandschaft sind weiterhin dem Vertragswettbewerb entzogen. Ein Ende der tradierten Verpflichtung auf „einheitlich und gemeinsam“ (mit Ausnahme der Notfallversorgung) würde helfen, strukturelle Defizite in der Versorgungslandschaft zu beseitigen. Notwendig ist die selektivvertragliche Behandlungskette angefangen von Haus- über die Fachärzte bis zu Krankenhäusern und Anschlussrehabilitation.

Mehr Wettbewerb und Wahlfreiheit für Alle

Wird Qualitätswettbewerb in der Versorgung zentrales Anliegen aller Beteiligten, besteht auch umso weniger Grund mehr für die Trennung in zwei vollausgebaute Versicherungssysteme. Ziel sind Versorgungsgestaltung- und -optimierung. Ein integrativer Versicherungsmarkt würde die Wettbewerbsverzerrungen beenden und endlich für alle Versicherten in Deutschland die freie Wahl der Krankenkasse ermöglichen. Gibt es doch heute Wettbewerb zwischen GKV und PKV lediglich um gesunde, junge Gutverdiener, die oberhalb der Versicherungspflichtgrenze verdienen, sowie um Teile der Selbstständigen. Außerdem werden Fehlanreize gesetzt, etwa weil es für Ärzte finanziell attraktiv ist, ihre Standortentscheidung auch in Abhängigkeit von der Anzahl von Versicherten eines bestimmten Typs zu wählen. Es geht also nicht um überkommenes Besitzstandsdenken, sondern um einen zukunftstauglichen ordnungspolitischen Rahmen und um ein deutliches Plus an Qualitätswettbewerb, der den Patientinnen und Patienten, dient, völlig unabhängig von tradierten Statusfragen oder Organisationsinteressen.

Beachtenswert ist dabei der im August vom Hamburger Senat beschlossene Gesetzentwurf, der über die Einführung einer pauschalen Beihilfe auch Beamtinnen und Beamten deutlich mehr Wahlfreiheit hinsichtlich ihres Krankenversicherungsschutzes geben will. Im Sinne der Ausweitung sowohl des Wettbewerbes zwischen den Krankenversicherern als auch der Erhöhung der Wahlmöglichkeiten aller in Deutschland lebenden Menschen, wäre es ein weiterer sinnvoller Schritt, wenn gesetzlichen Krankenkassen alsbald gestattet wird, beihilfefähige (Wahl-)Tarife anzubieten.

Zeitgemäßen Wettbewerb bei der Arzneimittelversorgung einführen

Seit dem Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) zum Verbot von Preisnachlässen und Boni nach den deutschen Rechtsvorschriften reißt die Debatte um ein mögliches Versandhandelsverbot in Deutschland nicht ab. Das EuGH-Urteil zum Rx-Versandhandel führt nicht zu gleichen Wettbewerbschancen von Versandapotheken mit Sitz im EU-Ausland und in Deutschland niedergelassenen Apotheken bzw. Versandhändlern. Vor allem im Interesse der Versicherten muss es in Deutschland dauerhaft einen fairen und sicheren Apothekenmarkt geben. Ein solcher Markt kann aber nicht durch ein rückwärtsgewandtes Verbot des Rx-Versandhandels hergestellt werden. Digitalisierung und Vernetzung sind nicht durch Verbote abzuschaffen. Vielmehr sollte die Zukunft verantwortlich gestaltet werden. Es geht dabei zunächst um eine offene und sachliche Diskussion, wie die Versorgung mit verschreibungspflichtigen Medikamenten langfristig sichergestellt werden kann.

Die Versorgung mit Rx-Arzneimitteln wird in Deutschland durch niedergelassene Ärzte nach medizinisch-therapeutischen Kriterien festgelegt. Das Ordnungsverhalten der Ärzte bestimmt zum einen die Nachfrage nach Rx-Arzneimitteln und gibt gleichzeitig der Angebotsseite die Menge vor, die sie bereitstellen muss. Dort, wo Ärzte verordnen und ein hinreichendes Ordnungsvolumen entsteht, lassen sich nach den Gesetzen der Marktwirtschaft Apotheken nieder. Umgekehrt gilt: Wo es zu wenig Ärzte für einen ausreichenden Rezeptumsatz gibt, kann keine Apotheke vor Ort existieren. So besteht bereits heute ein Gefälle in der Apothekenanzahl und -dichte zwischen Ballungsgebieten und strukturschwächeren Regionen. Insbesondere im ländlichen Raum, bei größeren Versorgungswegen und für Patienten mit Mobilitätseinschränkungen wird diese Versorgungsdiskrepanz schon jetzt von niedergelassenen Apotheken über Botendienste und den Versandhandel ausgeglichen. Ein Versandhandelsverbot würde also an dieser Stelle bestehende, funktionierende Strukturen bedrohen.

Eine zukunftsorientierte Alternative besteht darin, gesetzgeberisch gleiche Chancen für alle Marktbeteiligten herzustellen. Die Preise für rezeptpflichtige Arzneimittel sollten deshalb flexibilisiert und die Festpreise hierfür in einen Höchstpreis umgestellt werden. Apotheken steht es frei, vom Höchstpreis nach unten abzuweichen. Wettbewerbsintensität würde vor allem in Ballungsgebieten, wo viele Apotheken nebeneinander existieren, gefördert. Apotheken in ländlichen Gebieten wären im Vergleich zu Stadtapotheken in der Lage, höhere Einzelverkaufspreise zu realisieren. Die Einsparungen durch günstigere Apothekenverkaufspreise könnten den Versicherten durch eine reduzierte gesetzliche Zuzahlung zugute kommen, gleichzeitig könnte auch die Solidargemeinschaft profitieren. Das Höchstpreissystem würde als marktwirtschaftlicher Steuerungsmechanismus eine an der flächendeckenden Verteilung der Ärzte orientierte optimale Allokation der Apotheken im Raum begünstigen.

Digitalisierung als Notwendigkeit und Chance

Bundesweit geht die Nutzung digitaler Lösungen im Gesundheitswesen sehr schleppend voran. Die Politik muss endlich konsequent den Handlungsrahmen definieren, sonst übernehmen private Konzerne diesen Markt.

Mit digitalen Lösungen kann die Vernetzung der Kommunikation und Sektoren, zwischen Ärzten, Apotheken, Pflegekräften und Krankenhäusern konsensual auf ein neues Niveau gehoben werden. Aber in der herrschenden Politik war bisher kaum angekommen, dass in der Digitalisierung der Prozesse im Gesundheitswesen nachhaltig Nutzen und ein enormes Innovationspotential steckt. Von der neuen Bundesregierung ist eine Digitalisierungsstrategie im Gesundheitswesen gefordert, die Insellösungen und ein unkoordiniertes Nebeneinander von Lösungen konsequent ausschließt. Das Ziel muss ein E-Health-Gesetz II sein, das den Namen auch verdient. Es bedarf verbindlicher Regelungen und eines klaren Ordnungsrahmens, der der Größe der Aufgabe Digitalisierung gerecht wird und den in der Versorgung vorausschreitenden Akteuren ein sicheres Netz für ihre Aktivitäten bietet.

IV. Vernetzung von Prävention, Rehabilitation und Pflege

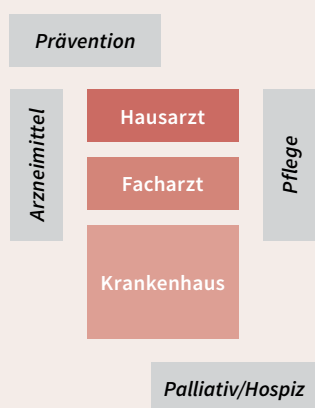
Über die Notwendigkeit einer deutlich verbesserten Zusammenarbeit innerhalb und zwischen den Sektoren besteht in Politik und Wissenschaft abstrakt seit längerem breiter Konsens. So hat der Sachverständigenrat bereits im Jahr 2009 („Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des langen Lebens“) auf diesen Sachverhalt

eindrücklich hingewiesen. Zukunftsorientiert zur Lösung von Patientenproblemen ist Integration insbesondere, wenn sie in Form von selektivvertraglichen Behandlungsketten aufgebaut wird (vgl. Abschnitt III. sowie Abbildung 2).

VOM TRADITIONELLEN SYSTEM ZUM ZUKUNFTSKONZEPT

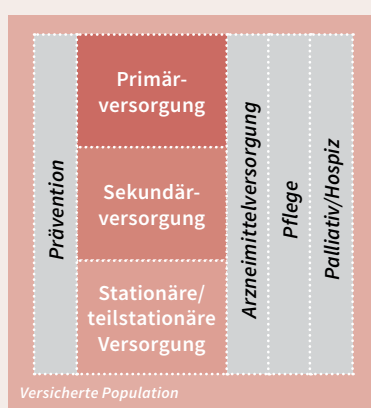
Traditionelles System

Anbieter- und sektororientiert



Zukunftskonzept

Populationsorientiert und sektorübergreifend



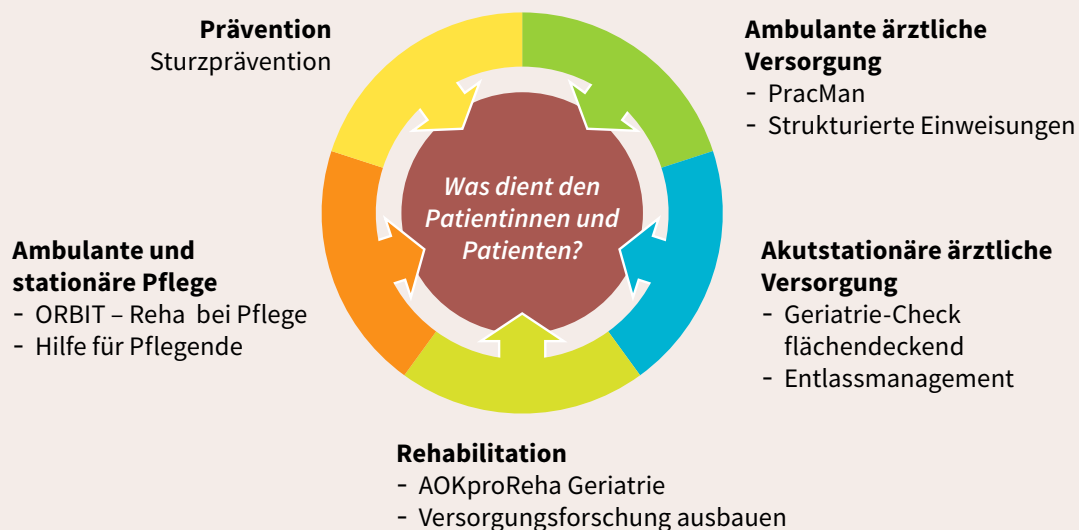
Förderung Wettbewerb durch:

- Selektivverträge / Behandlungskette
- Integrierte Versorgung
- Rückbau Kollektivvertrag
- Förderung Qualitätswettbewerb

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von SVR Gesundheit 2009

Bei den Diskussionen und der anschließenden Gesetzgebung sollte es aber nicht nur um die Überwindung der Grenzzäune „Ambulante“ versus „Stationäre Versorgung“ gehen. Neu denken – und vor allem entsprechend handeln – müssen die Verantwortlichen auch bei der (bisherigen) Unterscheidung in Prävention, Rehabilitation und Pflege.

VERNETZTES DENKEN – VERNETZTE VERSORGUNG AM BEISPIEL GERIATRIE



Den Nutzen der Vernetzung von Pflege und Rehabilitation belegt etwa das Modellprojekt „Organisation der Rehabilitation im Pflegeheim“ (ORBIT) der AOK Baden-Württemberg und dem Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg. Auch die Pflegeausbildung muss um Elemente der Rehabilitation erweitert werden, so eine aus ORBIT abgeleitete Forderung an die Politik. Denn Pflegefachkräfte kennen die Menschen, die sich ihnen anvertrauen, sehr gut. Sie können eine aktivierende Pflege zur Verbesserung der Lebensqualität einleiten, die um psychosoziale Aspekte sowie den gezielten Einsatz von rehabilitativen Maßnahmen aus den Bereichen der Physiotherapie, der Ergotherapie und Logopädie erweitert wird. Die Kommunikation zwischen Therapeuten und Pflege muss daher institutionalisiert werden.

Die in den letzten Jahren verabschiedeten Pflegestärkungsgesetze bringen echte Fortschritte für die Menschen, mit einem starken Schwerpunkt auf der ambulanten Pflege. Das ist nachvollziehbar, denn von den über 200.000 pflegebedürftigen Versicherten allein der AOK Baden-Württemberg werden 70 Prozent (fast 140.000) zu Hause betreut. Ein zukunfts-sicheres nachhaltiges Pflegesystem benötigt jedoch alle Versorgungs- und Wohnformen von ambulant über stationär, teilstationär bis zu neuen Kombi-Lösungen. Die Benachteiligung stationärer Pflege muss dabei aufgehoben werden. Zielführend sind Projekte, die sowohl stationär als auch ambulant („stambulant“) angelegt sind. Modelle, wie etwa ein von der AOK Baden-Württemberg unterstütztes Projekt in Whyl am Kaiserstuhl, brauchen verlässliche dauerhafte rechtliche Rahmenbedingungen. Damit wurde auch ein Beitrag zur Steigerung der Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten in der Pflege geleistet.

Um die Versorgungspfade für die Versicherten optimal gestalten zu können, müssen aus Schnittstellen von ambulant und stationär Nahtstellen werden. Erfolgreiche Verzahnung wird sich gerade auch am Beispiel der 2016 eingeführten Kurzzeitpflege zeigen müssen. Hier sind Reformen hin zu einer „rehabilitativen Kurzzeitpflege“ notwendig.

V. Finanzierung – nachhaltig und fair

Die derzeit gute wirtschaftliche Situation (auch) in der gesetzlichen Krankenversicherung sollte nicht über die Fakten hinwegtäuschen. So ist diese Finanzlage vor allem einer stark wachsenden Beschäftigungsentwicklung mit guten Lohnabschlüssen zu verdanken; niemand weiß, wie lange dies anhält. Außerdem wurden in der vergangenen Legislaturperiode bekanntlich 26 „Gesundheitsreformen“ verabschiedet, die auch gewaltige finanzielle Herausforderungen in sich bergen. Vor diesem Hintergrund haben (auch) manche Krankenkassen Zukunftsängste. Möglicherweise ist deshalb die Versuchung groß, den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) für originäre hausgemachte Probleme verantwortlich zu machen. Die Deckungsquote – und damit die finanzielle Situation einer Krankenkasse – ergibt sich immer aus dem Zusammenspiel von Einnahmen und Ausgaben. Es ist deshalb sachlich irreführend, für die öffentlich diskutierten Deckungslücken einzelner Krankenkassen – oder gar Kassenarten, die faktisch schon lange nicht mehr existieren – vornehmlich den Morbi-RSA – also die Einnahmeseite – verantwortlich zu machen. Diese Sichtweise blendet die entscheidende Rolle des Ausgabenmanagements einer Krankenkasse aus. So haben Krankenkassen auch derzeit durchaus (bereits) Möglichkeiten, aktiv ihre Ausgaben wesentlich zu beeinflussen – etwa über intelligente Arzneimittelrabattverträge.

Ein unter dem Bundesdurchschnitt liegender Zusatzbeitragssatz und eine solide wirtschaftliche Situation einer Krankenkasse können durchaus die logische Folge einer konsequenten

Versorgungsstrategie sein. Denn das ambitionierte Programm, den Versicherten ein spürbares Qualitätsplus bieten zu wollen, hat auf Dauer nur Bestand, wenn es sich aus sich selbst heraus trägt. So belegt etwa die wissenschaftliche Evaluation, dass mit der alternativen Regelversorgung der AOK Baden-Württemberg schon heute Qualität und Effizienz der Versorgung erfolgreich verbunden werden können. Es geht im Ergebnis um höhere Versorgungsqualität, weil etwa unnötige Krankenhausaufenthalte und Facharztkontakte vermieden werden und die Medikamentierung rationaler und effizienter erfolgt.

Weitere Verbesserung der Manipulationsresistenz geboten

Krankenkassen haben in den letzten Jahren immer wieder versucht, die für den Morbi-RSA relevanten ambulanten Diagnosen zu beeinflussen. Die Politik hat im Frühjahr die gesetzlichen Vorgaben deutlich verschärft und Manipulationen richtigerweise unter Sanktion gestellt. Diese Regelungen müssen konsequent umgesetzt und geprüft werden. Im Falle von (weiteren) Auffälligkeiten müssen von der Politik alsbald weitere Schritte folgen, um die Manipulationsresistenz tatsächlich sicherzustellen.

Unabhängig davon weist das „lernende System“ Morbi-RSA als Risikoausgleichsmechanismus Änderungsbedarf aus. Die neue Bundesregierung ist gut beraten, die Vorschläge des Wissenschaftlichen Beirats in seinem aktuellen Gutachten zur Weiterentwicklung heranzuziehen. Zielgenau ist der Morbi-RSA vor allem dann, wenn er objektiv wie subjektiv von Krankenkassen nicht direkt beeinflussbare Kriterien adressiert. Im Zusammenhang mit der obligatorischen Anschlussversicherung (OAV) wiegt ein weiterer Vorwurf schwer: Manche Krankenkassen versichern offensichtlich ins Ausland verzogene Mitglieder weiter, um auf diese Weise Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds manipulativ aufzublähen. Um dies zukünftig zu unterbinden, reicht es nicht, bei sogenannten Saisonarbeiterinnen und -arbeitern den OAV-Status zukünftig auslaufen zu lassen. Hier sind durch die neue Bundesregierung dringlich Nachbesserungsarbeiten unverzichtbar, die etwa auch eine stichtagsbezogene umfassende Bereinigung der OAV-Bestände aller Krankenkassen beinhalten müssen.

Fazit:

In der neuen Legislatur muss es in der Gesundheitspolitik vor allem um mutige Schritte zur Verbesserung der Versorgungsqualität sowie um eine Erhöhung der Wahlfreiheit aller Krankenversicherten in Deutschland gehen. Wesentliche Instrumente hierfür sind die Ausweitung der Gestaltungsspielräume der Akteure vor Ort sowie die Stärkung der Mechanismen zur Förderung von Qualitäts- und Leistungswettbewerb inklusive der Intensivierung des Wettbewerbs zwischen den Krankenversicherern. Als Zielprojektion gilt dabei ein integrierter Versicherungsmarkt.

Dr. Christopher Hermann
Vorsitzender des Vorstandes
AOK Baden-Württemberg

Dr. Holger Pressel
Leiter Politik
AOK Baden-Württemberg

Bitte besuchen Sie uns auch unter www.implicon.de.

Hier finden Sie unter der Rubrik „News“ die wichtigsten gesundheitspolitischen Nachrichten des letzten Monats.

Impressum:

Herausgeber: Dr. med. Manfred Albring, Tel.: 030/431 02 95

Redaktion: Helmut Laschet (verantwortlich)

Anschrift: Warnauer Pfad 3, 13503 Berlin

Layout: Robert Roman, Roman und Braun

Wissenschaftlicher Beirat:

Dr. med. Jürgen Bausch

Ehrenvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Professor Dr. Gerd Glaeske

Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen

Professor Roger Jaeckel

Director Market Access D.A.CH Baxter Deutschland GmbH, Unterschleißheim

Professor Dr. Klaus Jacobs

Geschäftsführung Wissenschaftliches Institut der AOK

Univ.-Professor Dr. Günter Neubauer

Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomik (IfG), München

Professor Dr. Eberhard Wille

Stellvertretender Vorsitzender des Sachverständigenrats
zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen