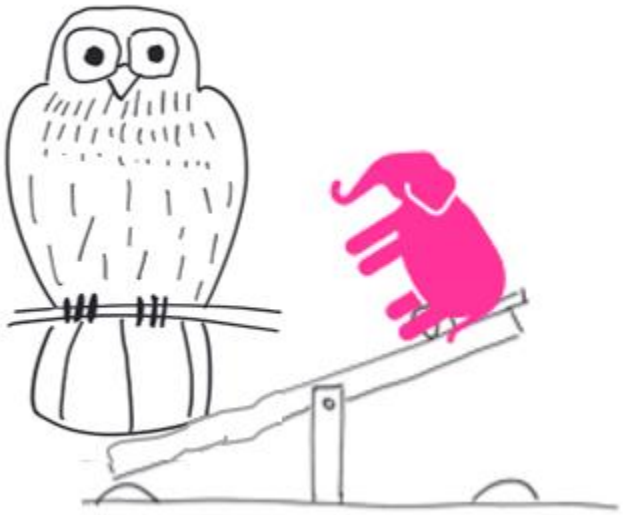
Stand 08.09.2021

Sandbox

Agile Strukturentwicklung in der Gesundheitsversorgung



Vom

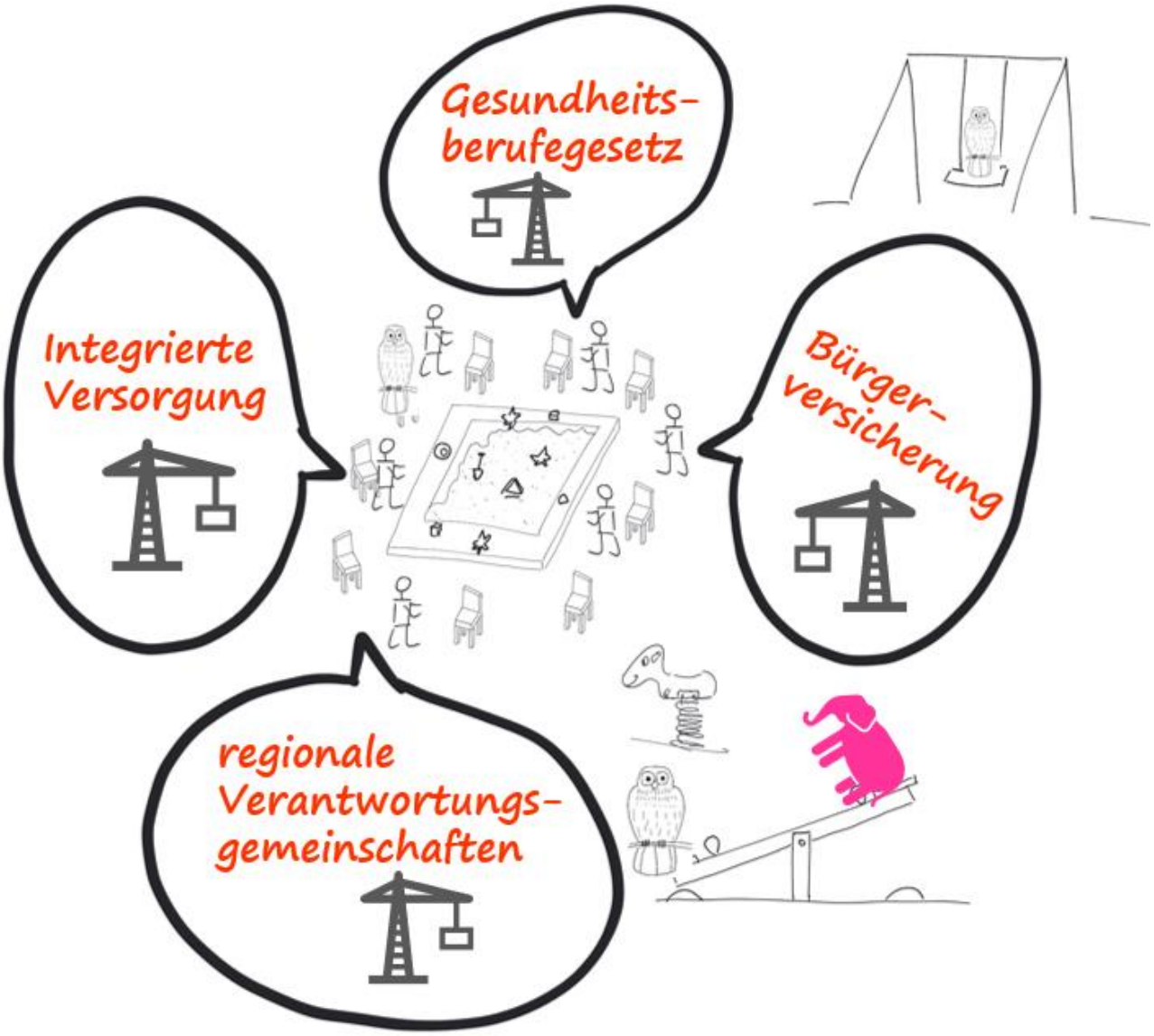
Kassenarztsitz

zur

interprofessionellen ambulanten

Bürgerversorgung

für ein Modernisierungsjahrzehnt



Sandbox (=Schutzzone)

Wenn eine neue Software in ein bestehendes Computersystem überführt werden soll, läuft sie zum Schutz des alten Betriebssystems zunächst in einer „Schutzzone", einer „Sandbox". Danach läuft die neue Anwendung technisch auf dem Echtsystem, dieses ist aber vor unvorhergesehenen Wechselwirkungen geschützt.

Stand 08.09.2021

Inhalt

Die Zeiten ändern sich…

- **Ziel:** Vom Kassenarztsitz zur interprofessionellen ambulanten Bürgerversorgung
- Fahrplan nach der Bundestagswahl 2021

Herzrhythmusstörung des Gesundheitssystems beheben

- Der nackte Rhythmus aus der „Dornenhecke" des Arzthonorars
- Reformansatz im 1990er-Jahre-Style: Versorgungswettbewerb
- Krankheiten halten sich nicht an Quartale
- Rhythmuswandel: Von Kairos zu Chronos
- Neue Zeiten brauchen neue Schultern, die sie tragen

Sandbox ist auf Dauer angelegte agile Strukturentwicklung

- Innovationsfonds der gesetzlichen Krankenversicherung neu ausrichten
- Gesundheitsregionen for Future & Schluss mit den Projekten!!!

Sandbox-1: Sicherstellung: Sozialraumbezogene Daseinsvorsorge

Sandbox-2: Integrierte Versorgung

a) Integrierte & datengestützte Versorgungsstrukturplanung
b) Versorgungsverträge:
   - Heute immer noch „Betriebssystem RVO 1911" (Reichsversicherungsordnung)
   - Integrierte Versorgung ist die „Umweltspur" des Gesundheitssystems
   - Morgen: Tandem- & Circle-Line-Vertrag statt Kollektiv- und Selektiv
   - Chronische Versorgungsverläufe „kartieren"
   - „Single-Leistungen" für Nicht-Chroniker
c) Bedarfsgerechte Vergütung & das Tönerne der Kolosse EBM & GOÄ
   - Umbau des Honorarsystems

Sandbox-3: Modernes Gesundheitsberufegesetz

- Ablösung des alten Heilkundebegriffs
- 50 Shades of Kooperationsmodelle

Sandbox-4: Bürgerversicherung

- Digitalisierung erwirkt Bürgerversicherung von selbst
- Von Kranken- und Pflegekassen zu Gesundheitsdienstleistern
- EXIT-Strategie für die Private Krankenvollversicherung

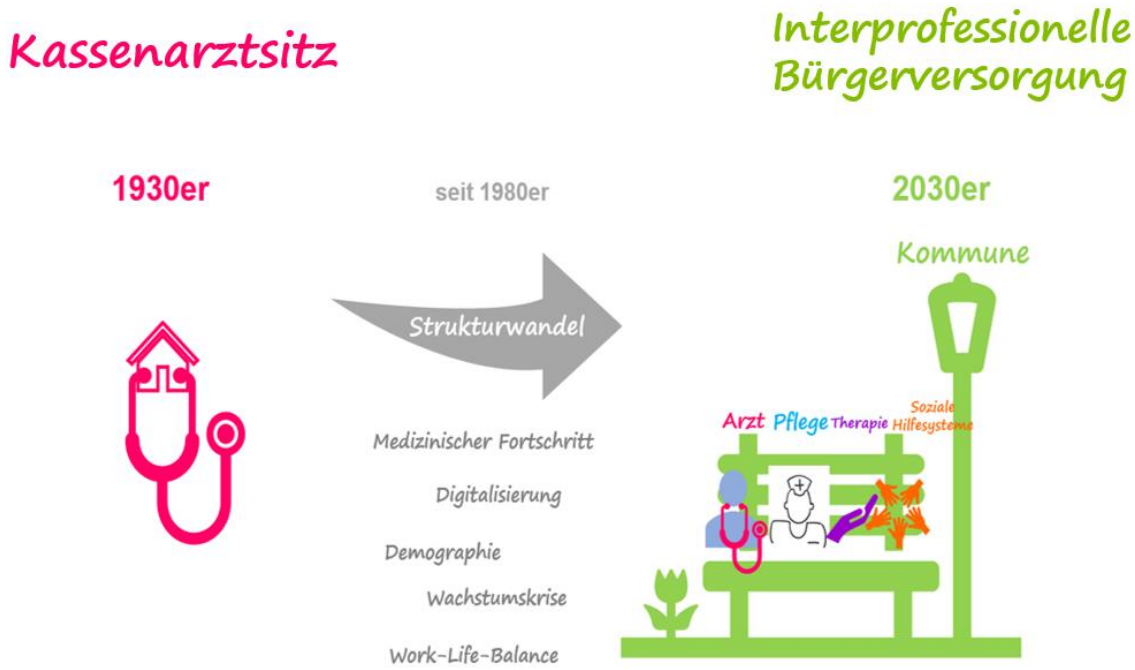
LITERATUR

Zu den Reformherausforderungen besteht seit 30 Jahren eine umfangreiche Literatur. Sandbox setzt die Kenntnis der jahrzehntealten Reformdiskussionen voraus. Literaturhinweise werden deshalb nur noch vereinzelt eingefügt.

Die Zeiten ändern sich…

… ambulante Versorgung ist zukünftig interprofessionell und kommunal integriert organisiert!

Modernisierung ambulante Versorgung



Stand 08.09.2021

Fahrplan nach der Bundestagswahl 2021

Geben Sie bitte

Ihr Ziel ein!

1. Die ambulante Versorgung muss neben der haus- und fachärztlichen Versorgung auch Pflege, Therapie sowie kommunale soziale Hilfesysteme als „ambulante Bürgerversorgung" unter dem Auge einer Caring Community (sorgende Gemeinde) organisiert bereithalten.

2. Die ambulante Bürgerversorgung wird über zwei neue Verträge umgesetzt, denen eine „Flurbereinigung" der bisherigen Kollektiv- und Selektivverträge voraus geht:

    - Tandem-Vertrag zwischen Hausarzt & Pflege mit Chronikermodulen
    - Circle-Line-Vertrag (Zentralvertrag) zwischen Tandem und Kommune

3. Die ambulante Bürgerversorgung wird agil als zukünftige Echtversorgung in Gesundheitsregionen (Sandboxes) über einen reformierten Innovationsfonds eingeleitet. Projekte arbeiten den Sandboxes gezielt zu.

4. Für die ambulante Bürgerversorgung werden die bisherigen ärztlichen Honorarsysteme (EBM und GOÄ) langfristig durch moderne Vergütungsverträge abgelöst, ebenso der mit diesen verwobene Sicherstellungsauftrag und Heilkundebegriff.

5. Die Zusammenlegung der gesetzlichen- und privaten Kranken- und Pflegeversicherung ist erklärtes – wenn auch langfristig zu erreichendes - Ziel und wird über die empirische Erfahrung der Sandbox-Regionen inhaltlich vorbereitet.

Herzrhythmusstörung des Gesundheitssystems beheben

„Wirklich schlimm ist es erst dann um ein Herz bestellt, wenn nicht mehr in Vergleichen und Bildern von ihm gesprochen wird, wenn die Metaphern sich von ihm zurückziehen, wenn von seinen Bewegungen auch die kühnen und großartigen unerheblich geworden sind, und nur noch die messbaren, die rein mechanischen etwas bedeuten, wenn es auf seine Melodien gar nicht mehr ankommt, nur noch auf den nackten Rhythmus…gerade in solcher Stunde, wenn es nur noch ein klägliches, verheddertes Maschinchen ist, dem kein Öl mehr hilft…gespenstig schimmernd im Phosphorlicht des Lebens, ist es wie zwischen üppigem Gesindel ein arme Majestät."

Alfred Polgar, aus „Traktat vom Herzen"

Unser Gesundheitssystem ist eine arme Majestät. Es ist potenziell reich an Geld, einem großen Leistungskatalog, einem niedrigschwelligen Zugang und vielen aufopferungsvoll helfenden Menschen. Dennoch schlägt in ihm ein nackter Rhythmus, unter dem die Melodie der Menschlichkeit verklingt. Der Medizinethiker Giovanni Maio[1] sieht die Gesundheitsversorgung auf dem Weg von einer dem Menschen zugewandten fürsorglichen Heilkunst hin zur Unterwerfung des Helfens unter ein kommerzielles Dienstleistungsdenken und die Logik industrieller Massenproduktion. Der kranke Mensch werde zum Kunden gemacht. Durch dieses veränderte Selbstverständnis verlören die Heilberufe ihre Identität als soziale Praxis. Zeit für Sorge und Beziehungskultur werde als Verschwendung angesehen und deshalb wegrationalisiert, da sie für das Geschäftsergebnis nicht gezählt werden könne. Der Patient bleibe aber der hilfebedürftige kranke Mensch, der weder etwas kaufen noch unverbindliche Angebote einholen wolle, sondern Hilfe aus seiner Bedürftigkeit und Abhängigkeit erwarte.

Man muss die Kritik Maios an Instrumenten wie Kennzahlen und Prozessbeschreibungen nicht teilen, sie sind wie ein Hammer, mit dem man je nach Anwendung etwas bauen oder zerschlagen kann. Dass aber das Gesundheitssystem zunehmend seine menschliche Melodie verliert, weil Sorgfalt und Sorge dem permanenten Zeitdruck zum Opfer fallen, erleben Patient*innen und Versorgende täglich. Begriffe der „Ökonomisierung" und „Kommerzialisierung" haben sich über die Krankenversorgung gelegt, der nackte Rhythmus schlägt sich nieder z.B. in Form blutiger Entlassungen, ausgebrannten Pflege- und

[1] s. Literatur im Anhang

Ärztepersonals[2], Minutenpflege, medizinisch nicht angezeigten Leistungen und Ärzten, die sagen, „Mein Budget ist schon ausgeschöpft". Das Gesundheitssystem hat eine Herzrhythmusstörung, einen viel zu hastigen Schlag. Für die Krankenhausversorgung hat dieses Problem bereits den Sprung aus dem wissenschaftlichen Diskurs in die breite Öffentlichkeit geschafft. Für den ambulanten Bereich ist das noch nicht gelungen, deshalb bezieht Sandbox sich auf diesen. Es wird keine bessere Zusammenarbeit zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung geben, so lange der ambulante Bereich im „Einzelkämpfermodus" ohne Kooperationsstrukturen bleibt.

Der nackte Quartalsrhythmus aus der „Dornenhecke"

Zeit lässt sich im ambulanten Bereich schon lange nicht mehr mit „Vergütungsanreizen" dazukaufen. Mehr Geld ist hier wie mehr Teer, mit dem alte Straßen immer wieder ausgebessert werden, obwohl längst neue Straßen oder andere Verkehrswege zu bauen wären, weil die alten als Infrastruktur nicht mehr tragen. Im ambulanten Bereich wird die Herzrhythmusstörung durch das ärztliche Honorarsystem verursacht. Das „Quartal" ist eine Abrechnungssystematik für gesetzlich Krankenversicherte, die rund 90% der Bevölkerung ausmachen. Für sie gilt der sogenannte Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM). Für die restlichen rund 10% Privatversicherten gilt die Gebührenordnung Ärzte (GOÄ). Unnötige Wiedereinbestellungen, hohe Arztkontaktzahlen, ausgeschöpfte Budgets der Ärzte, die die Behandlung verzögern, Regresse, Terminprobleme und vieles mehr ergeben sich aus diesen Systemen. Der EBM ist nicht einfach nur eine Preistabelle, er ist die „Kommandohöhe" der ambulanten Versorgung, da dort historisch seit mehr als einem Jahrhundert auch die „Versorgungsspielregeln" für die anderen Gesundheitsberufe wie Therapeuten und Pflegefachkräfte festgeschrieben sind. Diese gelten indirekt auch für Privatversicherte, da sie auch berufsrechtliche Aspekte beinhalten.

Die Einführung der Krankenversicherungspflicht 1883 war der Grundstein, auf dem das deutsche Gesundheitssystems „hochgewachsen" ist. Die niedergelassene Ärzteschaft und die Krankenkassen stehen am Anfang dieser Schöpfungsgeschichte und zwar mit ihrem System des „Kollektivvertrags." Grundlage hierfür war das „Berliner Abkommen" 1913 zwischen Ärzten und Kassen, die nach jahrelangen schweren Auseinandersetzungen paritätisch besetzte Ausschüsse einrichteten, um die ärztliche Versorgung und die dazu gehörigen Spielregeln gemeinsam festzulegen. Diese noch im Kaiserreich geschaffene Systemarchitektur besteht bis heute in Form des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) fort. Für die ärztliche Versorgung besteht auf Bundesebene zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem

[2] Ärzte-Appell im stern: Rettet die Medizin! | STERN.de

Spitzenverband der Krankenkassen ein sogenannter Bundesmantelvertrag, der in den Bundesländern von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und den Krankenkassen konkretisiert wird. Kollektiv bedeutet, dass die Regeln für alle gleich und bindend sind. Nicht nur die Aufgabenverteilung der Gesundheitsberufe mit dem Arzt als „Verordnungs-Nadelöhr" hängt rechtlich wie eine dornige Ranke am ärztlichen Kollektivvertrag. Hochgerankt ist nach dem Zweiten Weltkrieg auch der Sicherstellungsauftrag für die ambulante ärztliche Versorgung. 1955 erkämpften sich die niedergelassenen Ärzte mit ihren KVen das ambulante Behandlungsmonopol. Auch wenn es inzwischen zig Regelungen für den „kleinen ambulanten Grenzverkehr" zwischen den Sektoren „Krankenhaus" und „ambulant" gibt, so sind die Krankenhäuser grundsätzlich von der ambulanten Versorgung ausgeschlossen. Das führt seit Jahrzehnten dazu, dass es keine regional sinnvolle und wirtschaftliche personelle und technische Bedarfs- und Kapazitätsplanung gibt, da beide Sektoren ihre Auslastung haben wollen. Eine weitere Dornenranke sind die ungleichen Honorarabrechnungsmöglichkeiten für gesetzliche und privat Krankenversicherte, die in vielen Praxen für „Kassenpatienten" täglich erlebbar zu Bevorzugungen von Privatpatienten insbesondere bei der Terminvergabe.

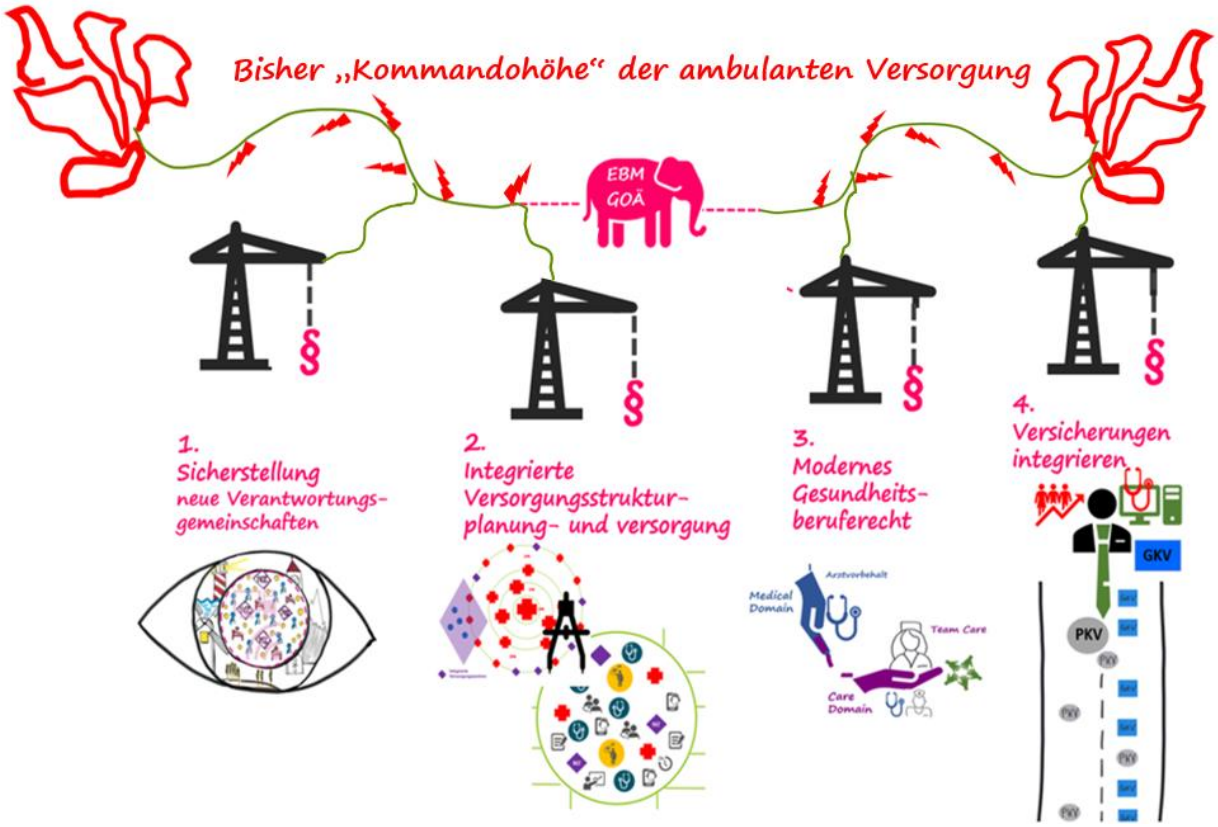


Abb. 1 Am ärztlichen ambulanten Honorarsystem (EBM und GOÄ) hängt die Modernisierung der Versorgungsstrukturen. Die z.T. aus dem Kaiserreich stammenden Systemanlagen sind „dornig", d.h., konfliktträchtig.

Mit dem Kollektivvertragssystem wurde den Ärzten über das 20. Jahrhundert die diagnostische, therapeutische und versorgungsorganisatorische Vormachtstellung gegeben. Dass Ärzte das Skalpell führen, den Herzkatheter schieben oder den Bauch abtasten, ist selbstredend. Dass aber Rollatoren, Pflegebetten, Häusliche Krankenpflege und Kompressionstrümpfe noch heute von Ärzten verordnet werden müssen, ist schwer verständlich, zumal diese alten Abläufe für die meisten mühsam geworden sind. Auch passt die Ambulantisierung der Medizin, sprich die Möglichkeit, Eingriffe verstärkt ambulant durchzuführen, weder in den stationären noch in den niedergelassenen Sektor, sondern bedarf neuer ambulanter Versorgungszentren mit Kurzliegecharakter. Unterm Strich sind Unwirtschaftlichkeit, umständliche und intransparente Versorgungswege sowie die beklagte überbordende Bürokratie tief in diesem Honorarsystem mit seiner Dornenhecke „verwuchert". Dennoch ist das ärztliche ambulante Honorarsystem in der praktischen Reformpolitik der Elefant im Raum, also ein offensichtliches Problem, das jedoch niemand anspricht, da der Widerstand der Ärzteschaft gefürchtet ist. Das Honorarsystem ist inzwischen aufgrund seiner Widersprüchlichkeiten und Komplexität unerklärbar geworden. Obgleich EBM und GOÄ die Versorgung dominieren, hat sich schlichtweg eine „Systemohnmacht" wie ein Dornröschenschlaf eingestellt.

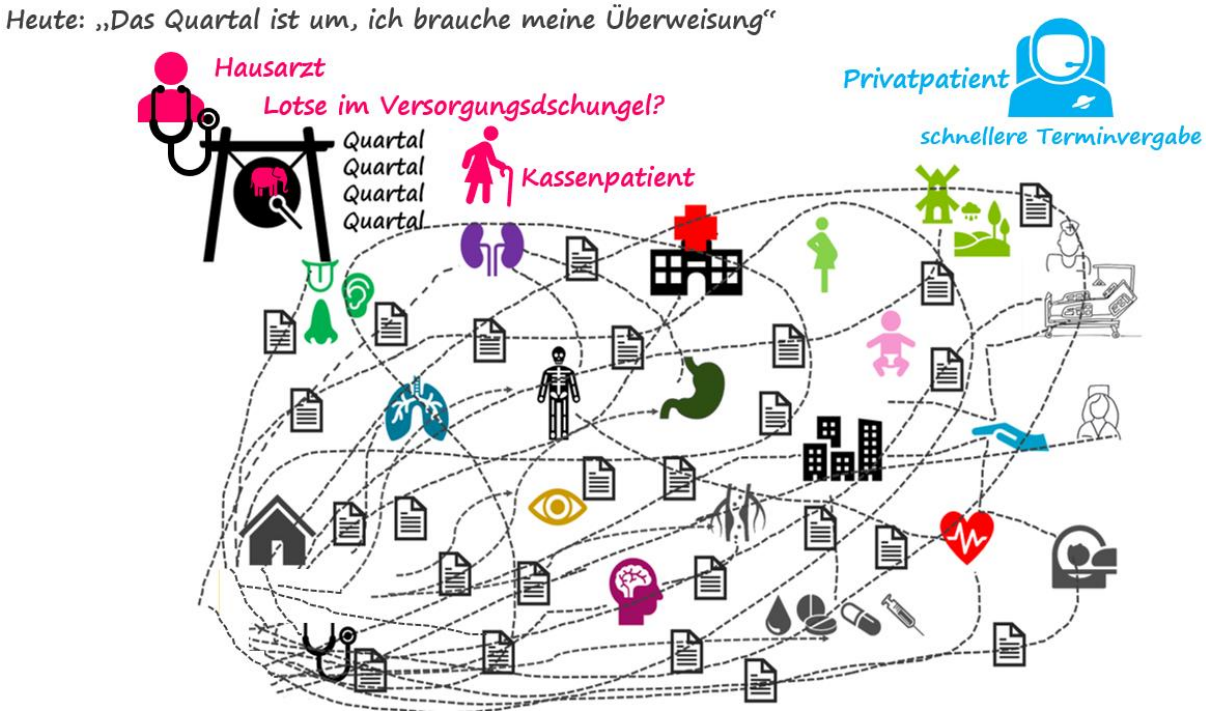


Abb. 2 Der Quartalsrhythmus sorgt als „Ebbe- und Flut"-Rhythmus für den Versorgungsdschungel.

Reformansatz im 1990er-Jahre-Style: Versorgungswettbewerb

Die Modernisierung der ambulanten Versorgungsorganisation bedeutet ambulante Versorgung nicht nur als ärztliche Versorgung zu sehen, sondern auch anzuerkennen, dass die Menschen zum Leben neben Spitzenmedizin auch Spitzenpflege, Therapie, Medizintechnik, soziale und kommunale Hilfesysteme sowie eine kümmernde und koordinierende Hand benötigen. In den letzten 30 Jahren wurden diesbezüglich viele Reformaktivitäten für eine umfassendere und besser aufeinander abgestimmte Versorgungsorganisation initiiert. Insbesondere richtete sich die Hoffnung der Politik zur Lösung dieses Problems in den 1990er[3] Jahren darauf, die gesetzlichen Krankenkassen durch Einführung wettbewerblicher Regelungen um Versorgungsverträge mit den Ärzten konkurrieren zu lassen. Im Kern ging und geht es bis heute um die sogenannte „Integrierte Versorgung" nach § 140a SGB V. Mit dieser konnten Krankenkassen und Leistungserbringer (v.a. Ärzte, Kliniken) jenseits der für alle geltenden Kollektivverträge individuelle Verträge für ihre Versicherten über Versorgungsleistungen abschließen, sogenannte „Selektivverträge".

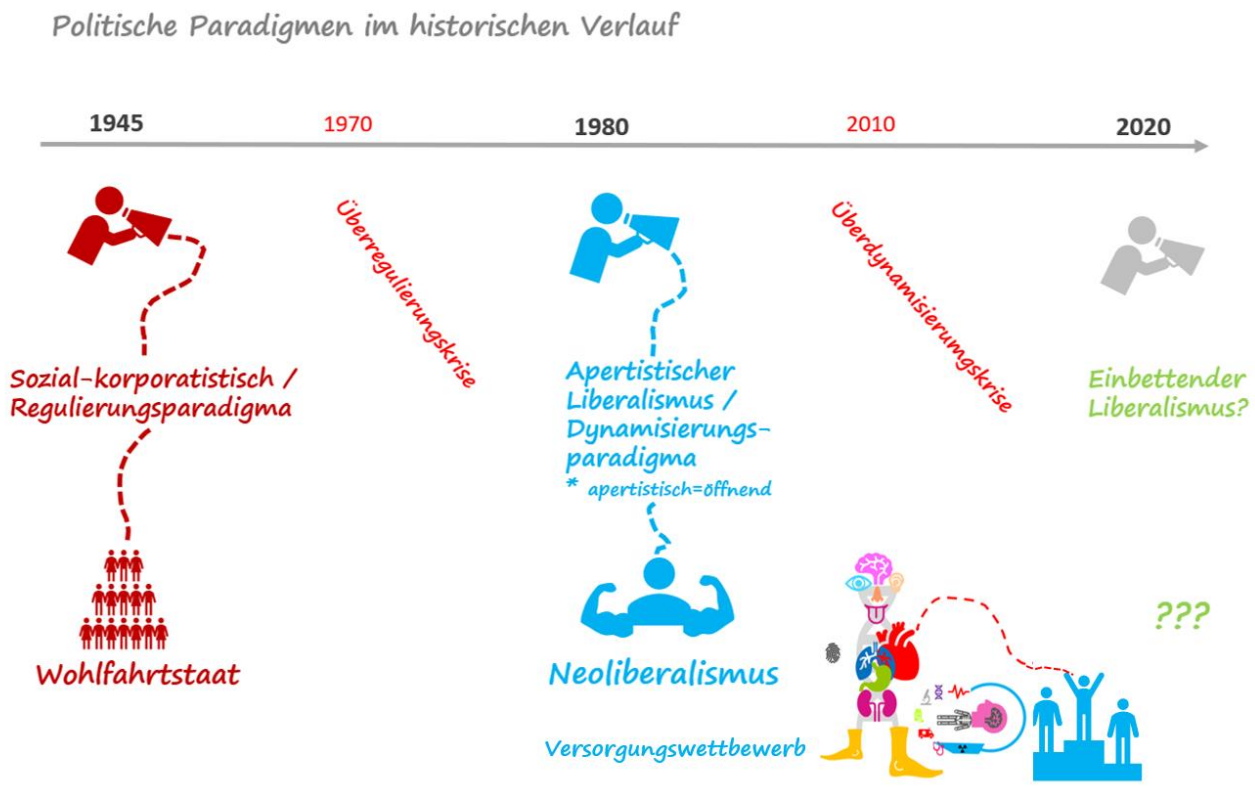


Abb. 3 Die Gestaltung des Versorgungssystems ist in Paradigmen eingebunden (s. Reckwitz).

[3] S. hierzu Andreas Reckwitz, Das Ende der Illusionen – Politik, Ökonomie und Kultur in der Spätmoderne, S. 253, Politische Paradigmen und gesellschaftliche Probleme im historischen Verlauf.

Grundsätzlich ist es eine „bemerkenswerte" Annahme, die Akteure eines Solidarsystems gegeneinander in Stellung zu bringen, um eine bessere Zusammenarbeit in der Versorgung zu erreichen. Krankenkassen als Träger eines hochkomplexen Solidarsystems werden in Stiftung Warentest wie Bohrmaschinen und Waschpulver auf ihre Leistungsfähigkeit hin gerankt und jüngst brauchte es ein „Faire-Kassen-Gesetz" für die Spielregeln untereinander. Die historisch schon immer scharfen ärztlichen Honorarverteilungskämpfe haben die Haus- und Fachärzte noch weiter voneinander entfernt, darüber hinaus brauchte es eine Stellungnahme der Bundesärztekammer zur „Medizinischen Indikationsstellung"[4], da die Gefahr der ökonomischen Überformung drohe. Alle Akteure sind seit zwei Jahrzehnten in diesem System mit ihrer Selbstoptimierung beschäftigt, was einzelne Prozesse auch verbessert hat, was aber auf keinen Fall zu einer Systemoptimierung führte. Kommerzialisierung und Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung werden von allen betrieben, Leistungserbringer, Kassen, Versicherten und Patienten.

Abb. 4 Das Paradigma der 1990er Jahre war Liberalisierung und Wettbewerb – auch im Sozialen.

Die Selektivverträge der Integrierten Versorgung (IV-Verträge) haben zwei Seiten, eine vernünftige und eine absurde. Vielfach beinhalten sie Zukunft weisende neue Versorgungsmodelle, weil sie krankheits- und verlaufsbezogen komponiert sind und eine interprofessionelle Ausrichtung haben. Doch es gibt zwei Hauptprobleme: 1. Ein Kühlschrank kann in unterschiedlichen Ausfertigungen angeboten werden, nicht aber ein Arzneimittelcheck

[4] Stellungnahme der Bundesärztekammer „Medizinische Indikationsstellung und Ökonomisierung" (bundesaerztekammer.de)

oder die Abklärungsfolge eines Rückenschmerzes zwischen Hausarzt, Orthopäden, Schmerztherapeuten, Physiotherapeuten, etc., da alle Versicherten einen Rechtsanspruch auf die gleiche Versorgung haben. 2. Aus Gründen des Patientenschutzes gibt es einen Leistungskatalog, dessen Leistungen geprüft sind. Aus diesem Grund dürfen in Selektivverträgen keine Behandlungsleistungen vereinbart werden, die nicht im Leistungskatalog stehen. Aufgrund dieser sinnvollen Einschränkungen wurden in den 140a-Verträgen vor allem zusätzliche und schnellere Termine und (Tele)Visiten eingekauft, neue organisatorische Formen der Zusammenarbeit wie gemeinsame Fallbesprechungen oder Care- und Case Management. Für eine echte „Produktmarktdurchdringung" wie sie bei Smartphones oder Autos besteht, ist in der Gesundheitsversorgung eine „natürliche Grenze" gesetzt und diese heißt „Patientenschutz".

Abb. 5 Auf den historischen Versorgungsdschungel wurden Einzelverträge neu „drauf" gepackt.

Die Selektivverträge mit ihren neuen organisatorischen Versorgungsmodellen werden wie eine Schaufel Teer auf marodes Straßenwerk geworfen, da ja eigentlich der Kollektivvertrag (=marodes Straßenwerk) grundsätzlich die gesamte Versorgung schon regelt inklusive Vergütung. Am Beispiel der Pflegeheimverträge sei es erklärt: Grundsätzlich muss jeder

Hausarzt laut dem Kollektivvertrag Patienten auch im Pflegeheim versorgen. Da das Verlassen der Praxis mit Aufwand verbunden und die Versorgung alter Menschen im Heim oft mühsam ist, findet zunehmend eine „Just-in-Time"-Versorgung statt regulärer Visitentätigkeit statt, und zwar gerade bei immer kränker werdenden Patienten. Dies führt zu unnötigen Krankenhauseinweisungen mit oft unguten Folgen. Über die IV-Verträge werden in der Regel Besuche, Medikamentenchecks, Zeiten der Erreichbarkeit und Zeit für Gespräche mit dem Pflegepersonal zusätzlich bezahlt, obwohl diese Leistungen eigentlich über den Kollektivvertrag abgegolten sind. Um Doppelfinanzierungen zu vermeiden, werden viele IV-Verträge „bereinigt", d.h., Geld aus der Kollektivvergütung wird gegen die IV-Verträge gegengerechnet. Das ist nicht nur ein hoch bürokratisches Verfahren, auch müssen alle Versicherten der beteiligten Krankenkassen, die an den IV-Verträgen teilnehmen, „eingeschrieben" werden, d.h., Pflegepersonal und Ärzte sind mit dem Beibringen mehrseitiger Teilnahme- und Datenschutzerklärungen beschäftigt. Unterm Strich: Was im Kollektivvertrag nicht läuft, obwohl es dort drinsteht, wird seit Jahren „neu" dazu gekauft, anstatt den Kollektivvertrag kritisch zu hinterfragen, bei dem es seit Jahrzehnten heißt: „Kein Geld, keine Zeit dafür".

Weil der Versorgungswettbewerb keine flächendeckend bessere Organisation der Versorgung hervorbrachte, führte die Politik 2016 mit dem „Innovationsfonds" ein neues Modernisierungsinstrument ein. Auf maximal vier Jahre befristete Projekte sollen neue Versorgungsmodelle etablieren. Einfacher gesagt: Die große Teermaschine ist wieder da, denn die neuen Modelle sollen vor allem wieder über die § 140a-Verträge inmitten der Kollektivverträge eingeführt werden, obwohl diese Art der Problemlösung nach rund 20 Jahren sichtbar erschöpft ist.

„Meine These lautet, dass die Entwicklung der Politik der letzten 70 Jahre in den westlichen Ländern nur dann angemessen begriffen werden kann, wenn wir erkennen, dass gewissermaßen >unterhalb< dieser ‚Links-Rechts-Unterscheidung' eine Abfolge von abstrakten politischen Paradigmen am Werk ist. Dabei gilt: Ein übergreifendes politisches Paradigma prägt jeweils für einige Jahrzehnte den politischen Diskurs und das Regierungshandeln; nachdem es seine Problemlösungsfähigkeit erschöpft hat, wird es von einem anderen übergreifenden politischen Paradigma abgelöst."

Andreas Reckwitz
Das Ende der Illusionen, S. 241

Krankheiten halten sich nicht an Quartale

Die alten Griechen hatten für die „Zeit" zwei Götter. Kairos ist der schnelle richtige Augenblick der Entscheidung, Chronos ist die Zeit, die unaufhörlich fließt und dabei in eine Reihenfolge gebracht wird, wie z.B. die Lebenszeit mit ihren Chronologien. Das ärztliche ambulante Honorarsystem mit seinen beiden Armen für gesetzlich und privat Versicherte entwickelte sich auf Grundlage ärztlicher Gebührenordnungen, die bis ins Mittelalter reichten. Behandelt werden konnten vorrangig nur akutmedizinische Fälle wie z.B. nach Unfall und bei Infektionskrankheiten. Zu einem System formten sich die Gebührenordnungen erst im Wechselspiel mit den gesetzlichen Krankenkassen. So entwickelte sich vor über 130 Jahren die Welt der „Kassenarztsitzpraxis", in die der Beitragszahler als Patient kommt, wenn er akut erkrankt ist, ein Rhythmus des „Kairos", die ärztliche Tat im richtigen Augenblick. Die langjährige Begleitung eines Bluthochdrucks, einer psychischen Erkrankung, eines Diabetes oder eines Krebsleidens stand zu jener Zeit nicht auf der Tagesordnung. Dort landete sie erst ab den 1970er Jahren durch die Zunahme der Lebenszeit und dem damit verbundenen Anstieg chronischer Erkrankungen sowie dem medizinisch-technischen Fortschritt. Krankheiten, die früher schnell zum Tode führten, wurden behandelbar und damit chronisch, sie fließen mit der Lebenszeit, kommen plötzlich, schubweise oder langsam, naturbedingt vor allem ab dem reiferen Lebensalter, aber auch durchaus bei jüngeren Menschen als seltene Erkrankung. Die Betroffenen leiden unter den bleibenden Störungen von Organ- und Körperfunktionen, die sie im Alltag einschränken.

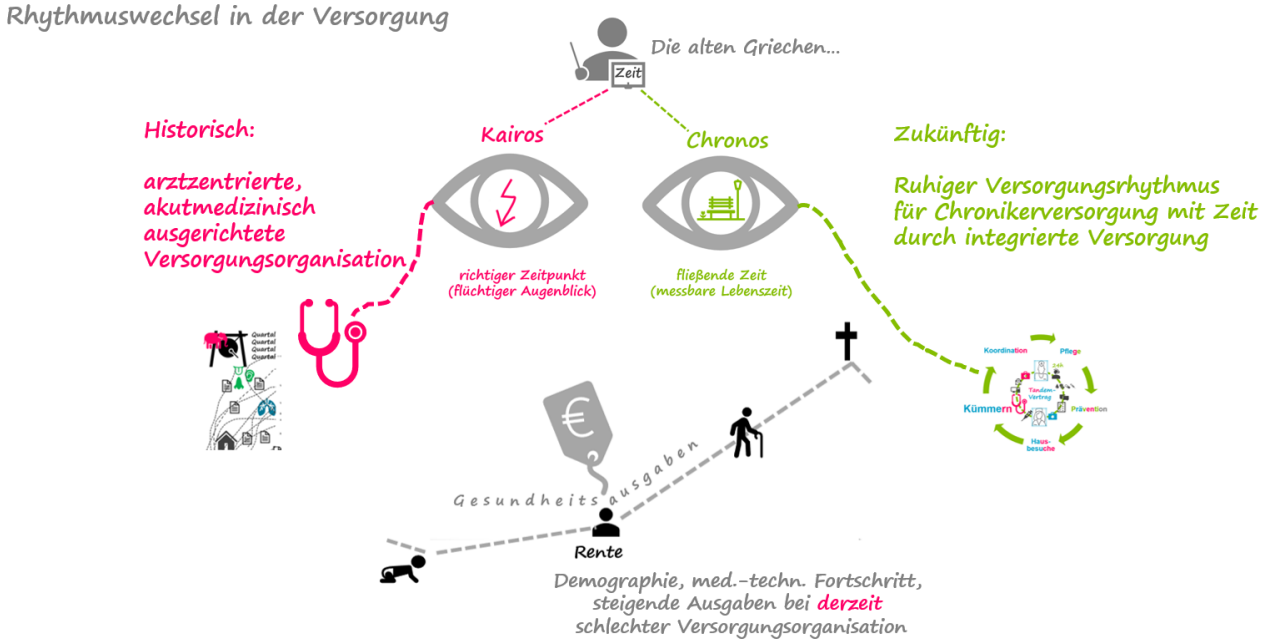


Abb. 6 Die Gesundheitsversorgung braucht einen neuen Rhythmus – einen mit Zeit für Kranke.

Chronisch kranke und pflegebedürftige Menschen bedürfen einer „geführten" Versorgung wie bei einer schwierigen Bergwanderung, das Gesundheitssystem stellt aber keine „Bergführung" bereit, auch nicht in der Person des Hausarztes (der „Bergdoktor" als personifizierte integrierte Versorgung ist leider die Ausnahme). Die Versorgungsherausforderungen und Lebenswelten sind viel zu komplex, als dass der Hausarzt dies könnte. Für die „Bergführung" braucht es Zeit für Behandlung und das Abwägen, Priorisieren und Besprechen mit anderen. Chronisch kranke Patienten stehen zu Quartalsbeginn in der Hausarztpraxis und fordern ihre Überweisungen für die Fachärzte ein. Wofür und mit welchem Behandlungs- und Versorgungsziel? Dieser Kairos-Takt ist Patientensteuerung nach Abrechnungsmodus, nicht aber nach Versorgungsnotwendigkeit, denn die sähe anders aus, da Krankheiten sich nicht an Quartale halten. Der Einzelne kann nicht aus dem Kairostakt „ausbrechen", weshalb das System verändert werden muss, da chronisch Kranke bereits die Regel in der Versorgung sind.

Strukturwandel: Vom Kairos- zum Chronosrhythmus

Die bisherigen Modernisierungsversuche der integrierten Versorgung sind wie die Umweltspur in großen Städten inmitten der autodominierten Nachkriegsstadtplanung. Solange fossile Brennstoffe in der Energiepolitik die Hauptrolle spielen, geraten die Innovationen dauerhaft unter die Räder. Ähnliches ist in der Landwirtschaft und in der Modebranche zu sehen: Masse statt Klasse. Mit dem Dynamisierungsparadigma ist das Gesundheitssystem in dieses Fahrwasser geraten, zumal es politisch einfacher ist, einen diffusen Wettbewerb für andere auszurufen, als dornenumrankte Strukturen aus Zeiten des Kaiserreichs zu modernisieren.

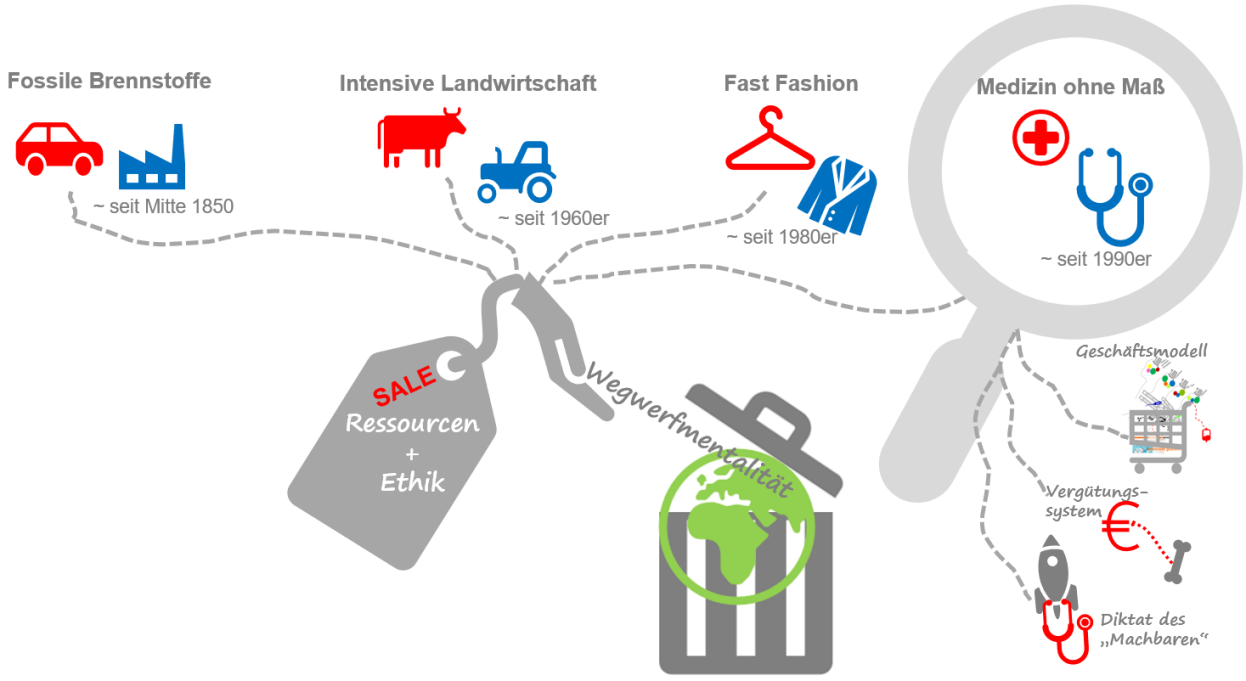


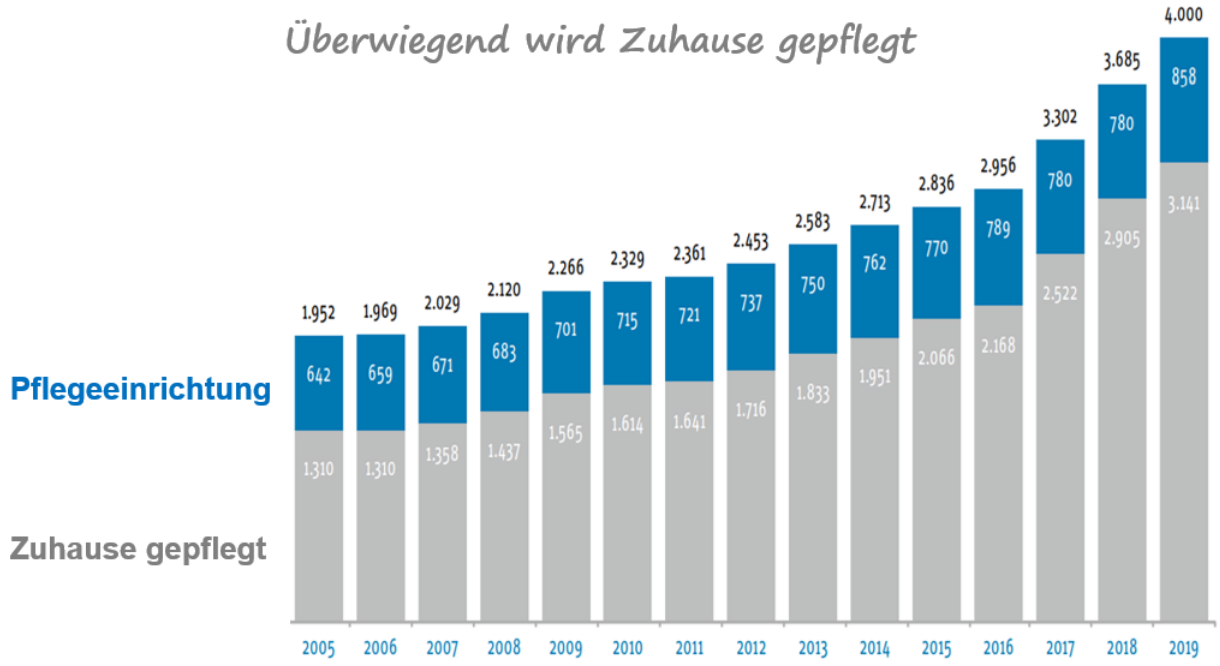
Abb. 7: Die Gesundheitsversorgung ist in das System „Masse statt Klasse" geraten.

Um den heutigen integrierten Versorgungsanforderungen zu begegnen, muss die kassenarztsitzfokussierte ambulante Versorgungsorganisation sich zu einer lokal-regional interprofessionellen ambulanten Bürgerversorgung entwickeln, um in den Chronos-Rhythmus zu kommen. Für den Chronos-Rhythmus braucht es neue Verträge, die Interprofessionalität und Abstimmung strukturell einfordern und diese nicht dem guten Willen Einzelner überlassen. Integriert zu versorgen ist wie Orchestermusik. Ein Dirigent führt für die Melodie und die Musiker spielen die Sinfonie gemeinsam. Es macht keinen Sinn, wenn die erste Geige ihre Partitur schnell durchspielt, aufspringt und „fertig!" ruft. Wenn Haus- und Fachärzte, Pflegefachkräfte und Therapeuten ihre Partitur in ihren Praxen einzeln nacheinander am Patienten „abspielen", ist das kein Zusammenspiel. So aber ist die Versorgung organisiert, ohne Dirigenten und ohne einen gemeinsamen Aufführungsort.

Zwei jüngere Entwicklungen verändern die Rahmenbedingungen gegenüber den Modernisierungsversuchen aus den 1990er-Jahren grundlegend: 1. Die Digitalisierung und 2. die junge Generation der Ärzte und Ärztinnen.

1. Die Digitalisierung erschafft gemeinsame „Aufführungsorte" und zwar mit Videokonferenzen, Telekonsilen und elektronischen Fall- und Patientenakten für die Behandlungs- und Versorgungsabstimmung. Erstmals in der „Menschheitsgeschichte" wird die Möglichkeit eröffnet, praktisch abgestimmt und patientenorientiert arbeiten zu können. Was technisch möglich wird, muss von den Versorgenden auch genutzt werden, d.h., Ärzte, Pflegefachkräfte, Therapeuten und Apotheker müssen auch miteinander abgestimmt zusammenarbeiten können. Eine strukturierte Zusammenarbeit gleicht einem „menschlichen Breitbandausbau", da die Sozialisation der Gesundheitsberufe von den Versorgenden bisher keine vertiefte Zusammenarbeit einfordert. Man lernt das Autofahren, nicht aber das Führen des Fahrzeugs im Straßenverkehr. Wenn die Software heute alle Medikamente anzeigt, die ein Patient von zig verschiedenen Ärzten verschrieben bekam, wer ist dann in der Pflicht, dafür zu sorgen, dass es zu keiner schädlichen Polypharmazie kommt, wenn alle Fachärzte sich auf eine leitliniengerechte Versorgung berufen? Der Hausarzt? Oder, wie soll ein pflegender Angehöriger vorgehen, um eine Stellungnahme über Behandlungsziele verschiedener Fachärzte und Therapeuten für den Medizinischen Dienst zwecks Kostenübernahme einer Gehhilfe beizubringen. Patienten und ihre Angehörigen fühlen sich oft als Bittsteller in diesem System, weil sie etwas beibringen sollen, was bislang nicht existiert: ein gemeinsames Behandlungsziel. Integrierte Versorgung und Kooperation klingen „kuschelig", sind es aber nicht.

Die Digitalisierung und der technische Fortschritt ermöglichen noch einen zweiten Versorgungsfortschritt, nämlich eine durch die Miniaturisierung der Medizintechnik getriebene, zunehmend aufsuchende fachärztliche Versorgung. Bildgebende Verfahren, Labor, EKG, EEG und vieles andere kann heute mobil zum Patienten fahren, allerdings ist es nicht Deutschland nicht üblich, dass Fachärzte Hausbesuche machen. Eine kleine Ausnahme sind Neurologen und Urologen, jedoch besuchen diese nur stationäre Pflegeeinrichtungen, nicht aber den überwiegenden Teil der Patienten, die Zuhause gepflegt werden. Vielen alten Menschen, denen das Aufsuchen einer Arztpraxis nicht mehr zuzumuten ist, oder auch Menschen mit schweren Behinderungen, könnten belastende und kostenintensive Transporte in Krankenhäuser oder auch Arztpraxen durch eine moderne aufsuchende Versorgung erspart bleiben. Im Kleinklein der kollektiv agierenden Einzelpraxen gibt es hierfür aber weder die Kompetenz noch die Struktur. Salopp gesagt, kein Arzt käme nach einer Stunde wieder im Heim vorbei, um eine Infusion abzuhängen, deshalb muss der Patient ins Krankenhaus, weil im Heim niemand anderer dazu befähigt und berechtigt ist.



Quelle: vdek Basisdaten 2020

2. Die zweite jüngere Entwicklung ist der Strukturwandel in der ärztlichen Praxislandschaft, der nach dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) 2006 eingesetzt hat. Galt es davor wie der Bauer auf seiner eigenen Scholle zu arbeiten, wurden mit dem Gesetz Zusammenschlüsse von Arztpraxen über Ortsgrenzen möglich sowie Teilzulassungen und die Eröffnung von Zweigpraxen außerhalb der Vertragsarztsitze. Insbesondere die junge

Generation der Ärztinnen und Ärzte möchte Arbeit und Beruf in Einklang bringen und favorisiert deshalb Anstellungsverhältnisse, wie sie medizinische Versorgungszentren oder Praxisgemeinschaften heute schon anbieten. Die „selbstausbeuterische" Einzelpraxis mit hohen finanziellen und persönlichen Investments als „Arbeitskraft" findet zunehmend weniger Anklang. Der Strukturwandel von der Einzelpraxis zu anderen Kooperationsformen vollzieht sich noch langsam[5], regional unterschiedlich, aber, er wird durch die Alterung insbesondere der Hausärzte und die Schwierigkeiten bei der Nachbesetzung zukünftig Dynamik erfahren.

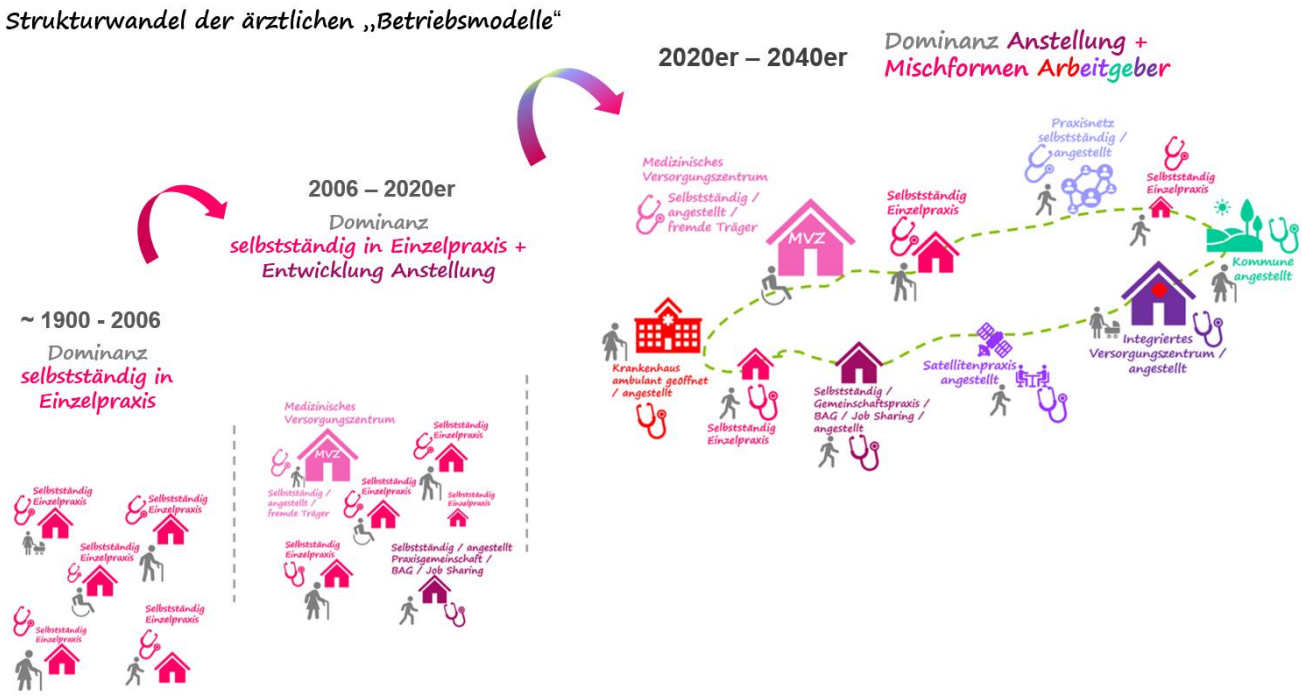


Abb. 8 Das ärztliche Betriebsmodell „Selbstständigkeit" entwickelt sich zum Angestelltenmodell.

Um die wohnortnahe und niedrigschwellig zugängliche Grundversorgung in Deutschland zu erhalten, braucht es neue Verträge, die den Struktur- und Versorgungswandel zukunftsgerichtet gestalten und nicht die Vergangenheit verwalten. Sandbox sieht deshalb eine „Flurbereinigung" der alten Kollektiv- und Selektivverträge vor und führt dafür zwei neue Vertragsmodelle (Sandbox-Verträge) ein: 1. In einem **Tandem-Vertrag** werden Leistungen der Hausärzte und der häuslichen Krankenpflege neu zusammengeführt. 2. In einem **„Circle-Line-Vertrag"** werden zwischen den Tandems und der jeweiligen Kommune verbindliche Planungs-, Sicherstellungs- und Versorgungsaspekte verhandelt. Was ist eine Circle-Line? In einem öffentlichen Verkehrssystemen wie Bus oder U-Bahn gibt es eine zentrale Verkehrslinie, die stark befahren ist, weil sie Nord, Süd, Ost und West in regelmäßigen und kurzen

[5] Heute 73 % Einzelpraxen – s. Hahn 2021

Zeitabständen verbindet und von überall aus erreichbar ist. In Wuppertal ist das z.B. die Schwebebahn von Oberbarmen bis Vohwinkel. Nach dem Vorbild einer Verkehrsorganisation mit einer verlässlichen, weil regelmäßig wiederkehrenden zentralen Linie, soll die hausärztliche und krankenpflegerische Versorgung für die Chroniker „Hand in Hand" organisiert werden. Haltestellen sind die nach medizinischen und pflegerischen Behandlungspfaden vorgesehenen fachärztlichen und therapeutischen „Stopps". Zusammenarbeit hat bislang kein Image. Wo sind Germany's Next Top Tandem-Arzt / Tandem-Ärztin sowie Tandem-Pfleger und Tandem-Pflegerin? Menschen, die schwierige Versorgungssituationen Hand-in-Hand meistern?

Abb. 9 Ruhm und Ehre für Spitzenmedizin wie auch zukünftig für Interprofessionalität!

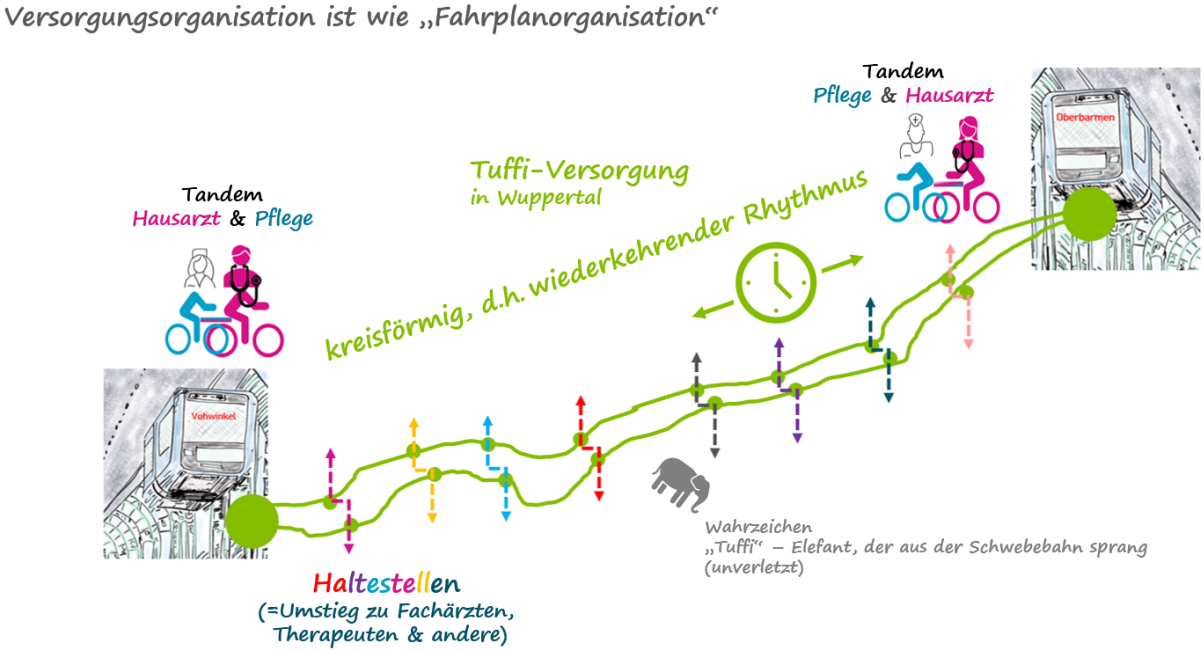


Abb. 10 Regionale Gesundheitsversorgung braucht eine zentrale Versorgungslinie.

1. Tandem-Vertrag

Versorgungsleistungen aus den unterschiedlichen alten selektiven und kollektiven Vertragssystemen werden patientenorientiert, schnittstellenbereinigt und digital unterstützt in einer neuen Teamstruktur zusammengeführt, die neu honoriert wird. Sie lässt den Versorgenden Zeit, sich um Patienten und Patientinnen mit komplexen Versorgungsbedarfen ausreichend zu kümmern, in der Arztpraxis, zu Hause, in Pflegeeinrichtungen sowie anderen Wohnformen.

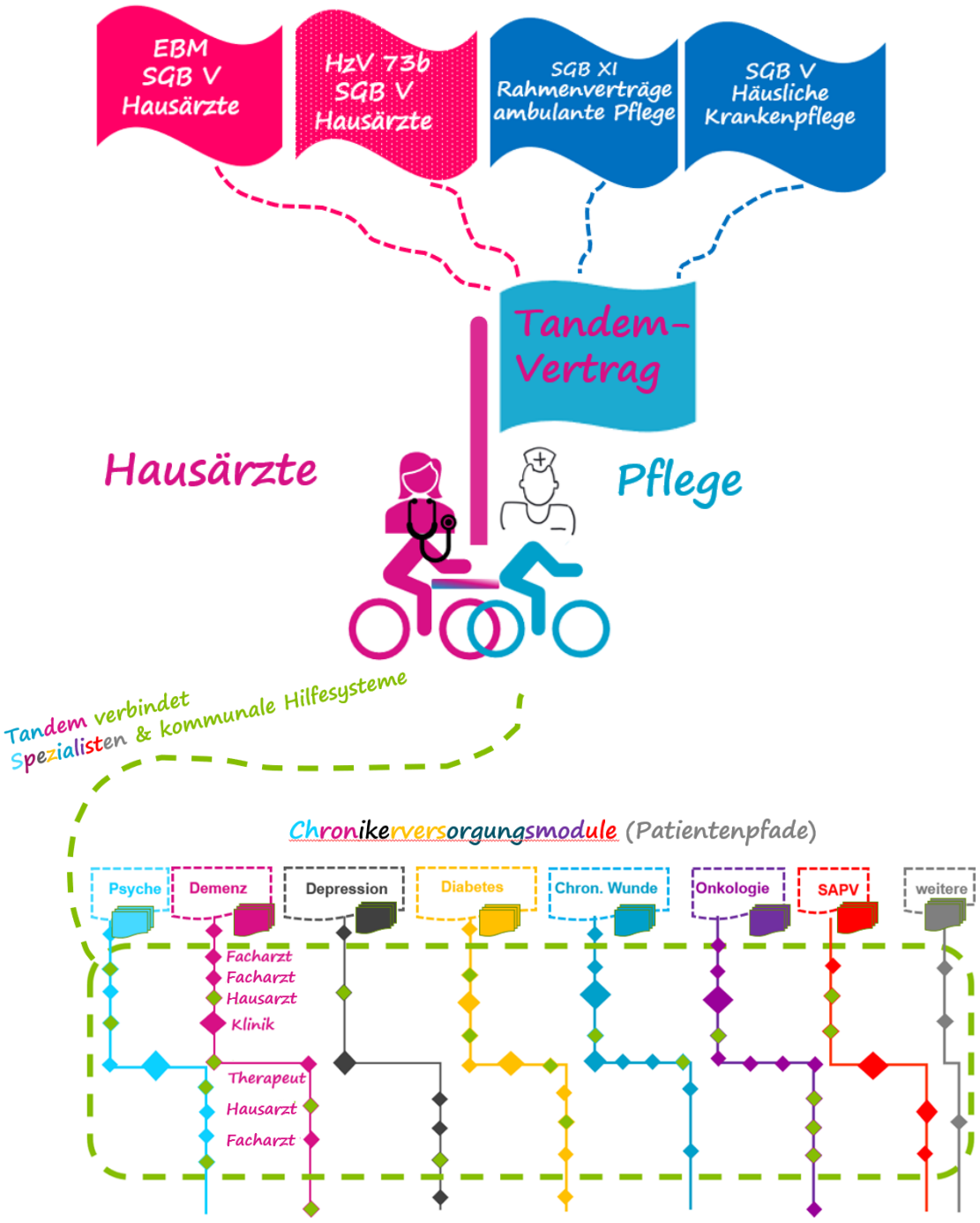


Abb. 11 Integrierte Versorgung lebt vom verlässlichen Zusammenspiel vieler Akteure

2. Circle-Line-Vertrag (Zentralvertrag) am Beispiel „Tuffi-Dienst"

Der Circle-Line-Vertrag soll Grundlage für eine Versorgungsstruktur sein, mit der sich die Bürgerinnen und Bürger vor Ort identifizieren. So erhält sie am Beispiel Wuppertal den Namen „Tuffi[6]-Dienst" (Tuffi war der kleine Elefant, der einmal aus der Schwebebahn sprang und unverletzt in der Wupper landete). Mit dem Tuffi-Dienst wird die medizinisch-pflegerische Versorgung des Sozialversicherungssystems mit den kommunalen Begebenheiten und Hilfesystemen verbindlich geplant und umgesetzt. Hierzu gehören die Organisation einer aufsuchenden, mobilen Versorgung, Krisenintervention zur Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte und die funktionierende Überleitung zwischen den Versorgungsebenen. Corona zeigt, wie wichtig eine Zusammenarbeit zwischen dem medizinisch-pflegerischen Bereich, den Gesundheitsämtern und auch Einrichtungen des Bevölkerungs- und Katastrophenschutzes ist. Soll insbesondere die Digitalisierung hilfreich sein, müssen diese Bereiche rechtlich und finanziell „schnittstellenfrei" verzahnt sein. Im Tandem- und Circle-Line-Vertrag verfügen die Pflegefachkräfte über erweiterte klinische Kompetenzen durch Hochschulausbildung – dies bietet insbesondere auch Männern ein attraktives Arbeitsfeld im Care-Bereich. Tandem- und Circle-Line Vertrag folgen dem Leitbild einer „sorgenden Gemeinde" (Caring Community[7],[8]).

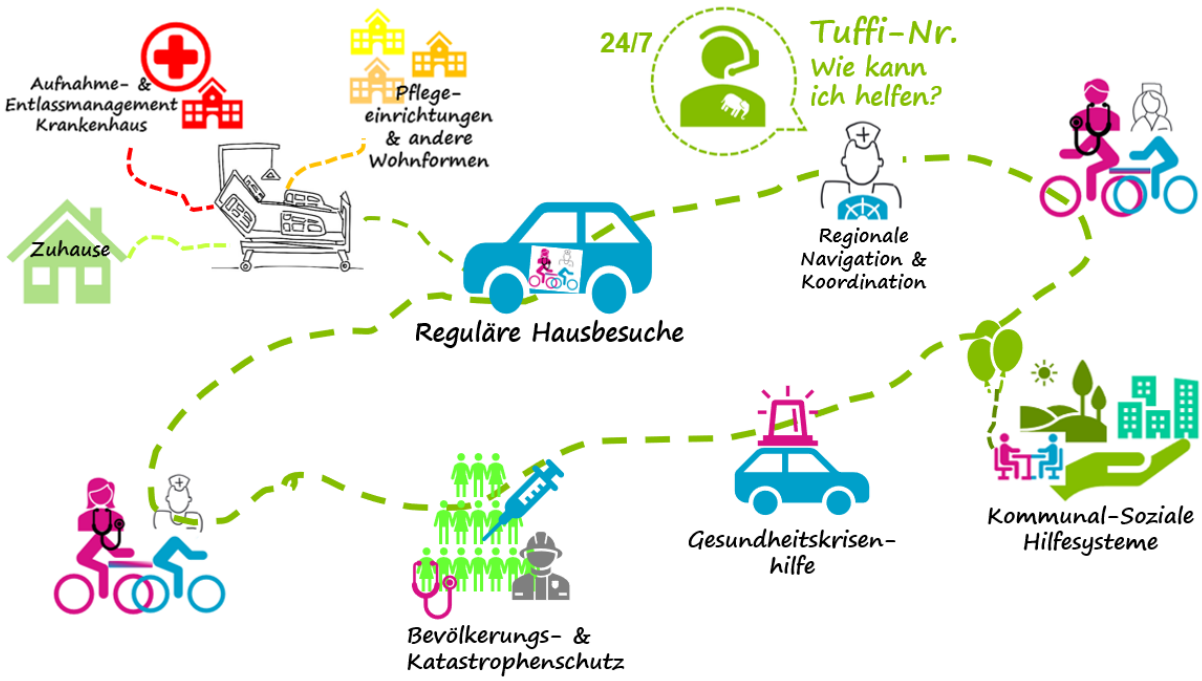


Abb. 12 Die Circle-Line bietet regionales Versorgungsmanagement wie auch regelhaft Hausbesuche.

[6] https://de.wikipedia.org/wiki/Tuffi
[7] Mühlhausen / Dettling (2020): Gesundheitswelt 2049 Ein Navigator für die Zukunft
[8] 7. Altenbericht, Sorge und Mitverantwortung in der Kommune, 2017

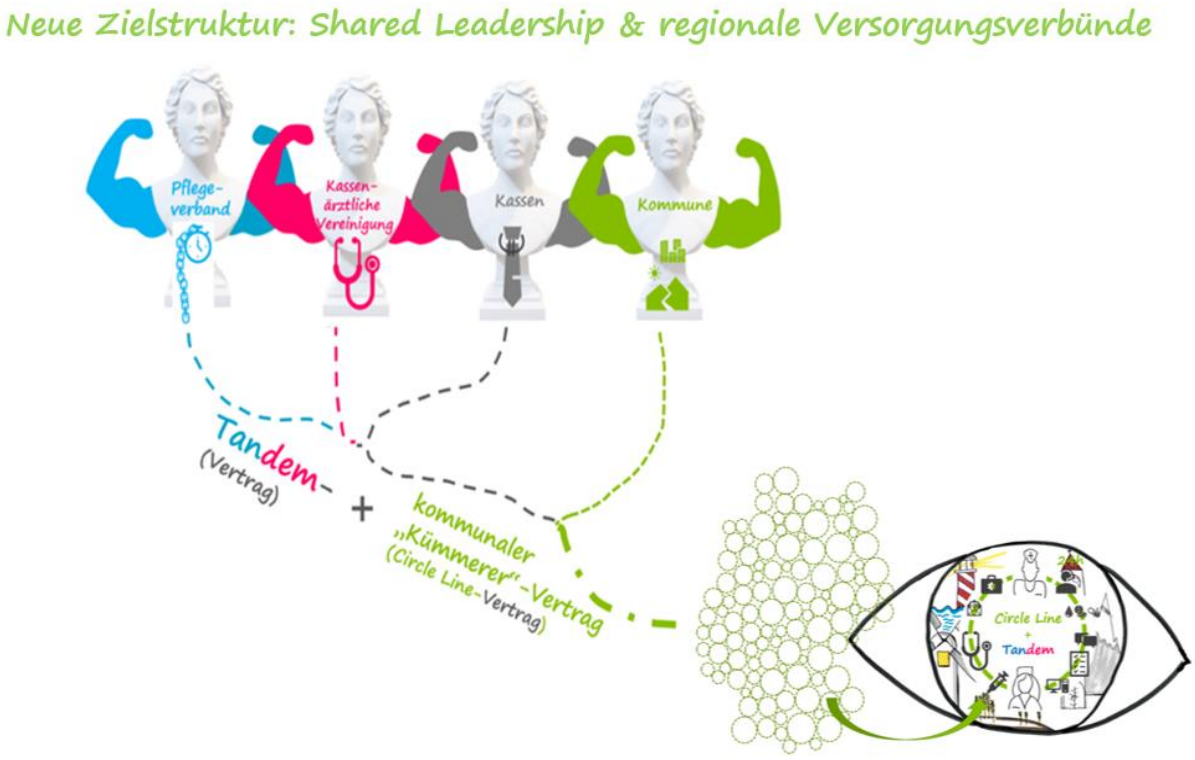
Kurzbeispiel: Im Tandem durch die Kommune

*mit Sternchen in grün sind die Neuerungen skizziert. Natürlich sind die Versorgungsherausforderungen viel komplexer als in diesem kleinen Fallbeispiel.

Sie sind 75 Jahre alt und Sie leben in Wuppertal gemeinsam mit Ihrem 78jährigen Ehemann, der an Demenz erkrankt ist. Ein Pflegedienst unterstützt Sie nach individueller Bedarfslage (***neu: individuelle Bedarfslage**). Sie selbst haben Bluthochdruck, Vorhofflimmern und sind aufgrund eines orthopädischen Leidens Schmerzpatientin. Eines Ihrer Kinder wohnt in der Nachbarstadt, ein anderes weit entfernt. Sie benötigen eine Hüft-OP, die sich nicht weiter aufschieben lässt. Ihren Ehemann möchten Sie während ihrer Abwesenheit nicht in ein Pflegeheim geben. Mit dem Tandempfleger haben Sie Zuhause die anstehenden schwierigen Wochen geplant (***neu: man kann das Vorhaben mit jemandem planen, der Sicherheit gibt)**. Der Tandempfleger arbeitet mit den Hausärzten und den Pflegediensten persönlich als auch über eine digitale Fallakte zusammen **(*neu: alle arbeiten eng zusammen und wissen Bescheid**). Der Hausarzt führt Sie und Ihren Mann in der „Chronikerversorgung" und tauscht sich deshalb regelmäßig mit Ihren Fachärzten, Therapeuten, dem Pflegedienst und den Tandem-Pfleger*innen aus **(*neu: alle arbeiten zusammen, Patienten sind im Monitoring, alle wissen Bescheid und suchen gemeinsam Lösungen**). Der Tandempfleger hat die Aufnahme- und Entlassung mit dem Krankenhaus vorbesprochen, alle notwendigen Untersuchungen hatte er initiiert und die Befunde liegen bereits im Krankenhaus vor **(*neu: alle wissen Bescheid und sind gut vorbereitet, Unterlagen verschwinden nicht**). Auch die Zeit nach der OP ist geplant (***neu: alles ist vorbereitet**). Nach einigen Tagen stationärer Reha soll diese überwiegend ambulant Zuhause stattfinden, damit Sie frühestmöglich wieder bei Ihrem Mann sein können (***neu: mobile geriatrische Reha ist auch Zuhause möglich und zwar als Standardangebot**). Auch ist ein Essensdienst organisiert und falls Sie medizinische Hilfe benötigen, kommt das mobile Tandemteam zu Ihnen, der „normale" Pflegedienst steht ebenfalls bereit. Um die Versorgung Ihres Mannes Zuhause während Ihrer Abwesenheit sicherzustellen, haben Sie mit dem Tandempfleger einen „Stundenplan" erarbeitet, der den Einsatz der vielen Beteiligten „orchestriert" wie Pflegedienst, Verwandte, Ehrenamtliche, Tagesbetreuung, medizinische Pflege und die „Nachtschichten" der Kinder. Für pflegerische oder medizinische Unsicherheiten können alle den „Tuffi-Dienst" 24 Stunden 7 Tage die Woche erreichen, dort wissen die Mitarbeiter Bescheid und können helfen (***neu: Sicherheit**).

Sandbox-Verträge (Tandem & Circle) sind „Brückentechnologie"

Sandbox will die Einleitung eines Strukturwandels mit dem klaren Ziel, eine neue Gesundheitsversorgungsinfrastruktur (=Hardware) für die Umsetzung der integrierten Versorgung (=Software) zu schaffen. Statt ärztlicher Kommandohöhe muss die ambulante Versorgung eine interprofessionelle Bürgerversorgung werden, Daseinsvorsorge sozialraumbezogen lebt und sich nicht in einem ärztlichen Sicherstellungsauftrag erschöpft. Dafür braucht es neue tragende Schultern - Shared Leadership – in einem neuen Zusammenspiel von Kassenärztlichen Vereinigungen, Kranken- und Pflegekassen, Kommune und Pflege. Medizinische Standards z.B. zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, gibt weiter der Gemeinsame Bundesausschuss vor, aber für die Sicherstellung der Versorgung vor Ort besteht eine ausreichende „Beinfreiheit". Die interprofessionelle Versorgungsmoderne rüttelt damit an den gewachsenen Machtverhältnissen[9] insbesondere auf Seiten der etablierten ärztlichen Standesvertreter*innen.



„Institutionen sind die starken Arme der Kooperation, sie formen das komplexe Zusammenspiel von Faktoren, das jedes System trägt".[10]

Elinor Ostrom, Wirtschaftsnobelpreisträgerin 2009

[9] Gerst, Thomas (2004)
[10] Ostrom, Elinor (2009): Was mehr wird, wenn wir teilen. Vom gesellschaftlichen Wert der Gemeingüter.

Sandbox ist ein Weg aus der analogen Verwaltungstradition, die in Praxisferne am „grünen Tisch" Versorgungsstrukturen ritualisiert verwaltet[11], nicht aber gestaltet. Die Lebens- und Versorgungsrealität ist zu komplex geworden, als dass Versorgung allein am grünen Tisch in Berlin ganz in der GKV-Tradition eines „Einkauf-Verkauf-Geschäftes" getätigt werden könnte, indem der Eine seine Leistungen anbietet und der Andere sie bezahlt. Interprofessionalität und Sektorenüberwindung lassen sich nicht dadurch erreichen, jedem Leistungserbringer in (s)einer Richtlinie oder Vergütungssystem Kooperation und Koordination garnierend zum Hauptleistungsmenü hineinzuschreiben. Ebenso könnte man von den Menschen verlangen, sich aus dem Stand zum Fliegen zu erheben. Darüber hinaus muss der historisch erworbene „Systemautismus" überwunden werden, nach dem die Organisation der medizinischen Versorgung nichts mit dem Lebensraum der Menschen, also den Kommunen und Stadtteilen, zu tun hat. Im Fachjargon heißt dies eine „bevölkerungsbezogene" Perspektive einzunehmen. Tandem- und Circle-Line-Vertrag sind eine „Brückentechnologie" für das Zusammenschmelzen des medizinischen Versorgungssystems (=Kopenhagen) mit den kommunalen Gegebenheiten (=Malmö)[12]. Schon vor der COVID-19-Pandemie wurde diese Notwendigkeit adressiert[13],[14].

„Bis zum Jahr 2000 hatten Kopenhagen und die süd-schwedische Stadt Malmö auf der gegenüberliegenden Seite des Sunds wenig miteinander zu tun. Heute betrachten sich die Einheimischen als Bewohner der Öresund-region".

Tim Schröder, SZ-Artikel, 31.07./01.08.2021, „Bring mich rüber"

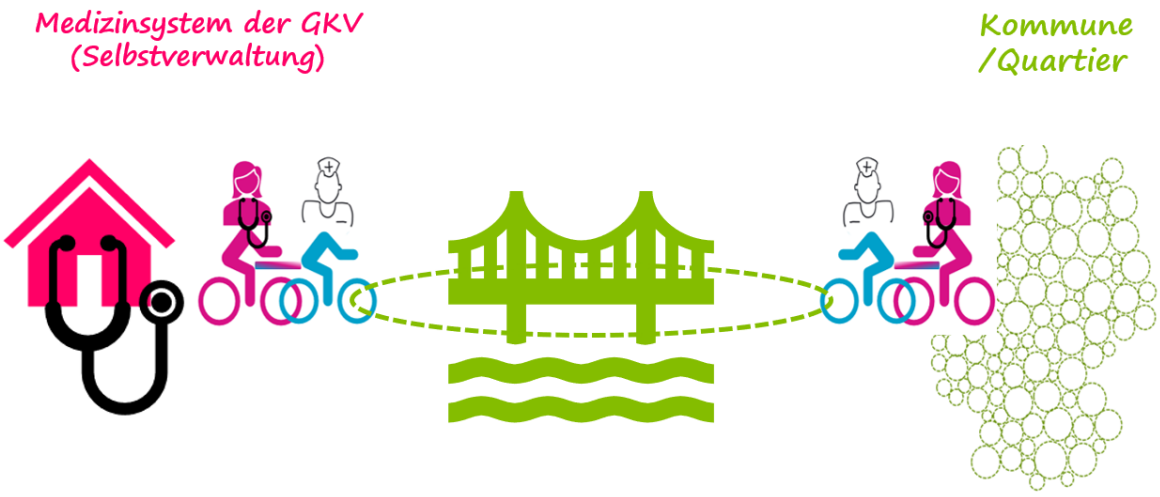


Abb. 13 GKV-Medizinsystem und Kommune müssen eine sozialraumbezogene Daseinsvorsorge werden

[11] Heilmann, Thomas / Schön, Nadine (2020): NEUSTAAT – Politik und Staat müssen sich ändern
[12] Foundational Economy Collective (2019)
[13] s. Altenberichte der Bundesregierung v.a. 2016 Sorge und Mitverantwortung in der Kommune
[14] BAGSO Positionspapier (2020) Lebensbedingungen älterer Menschen verbessern

Sandbox ist agile dauerhafte Strukturentwicklung

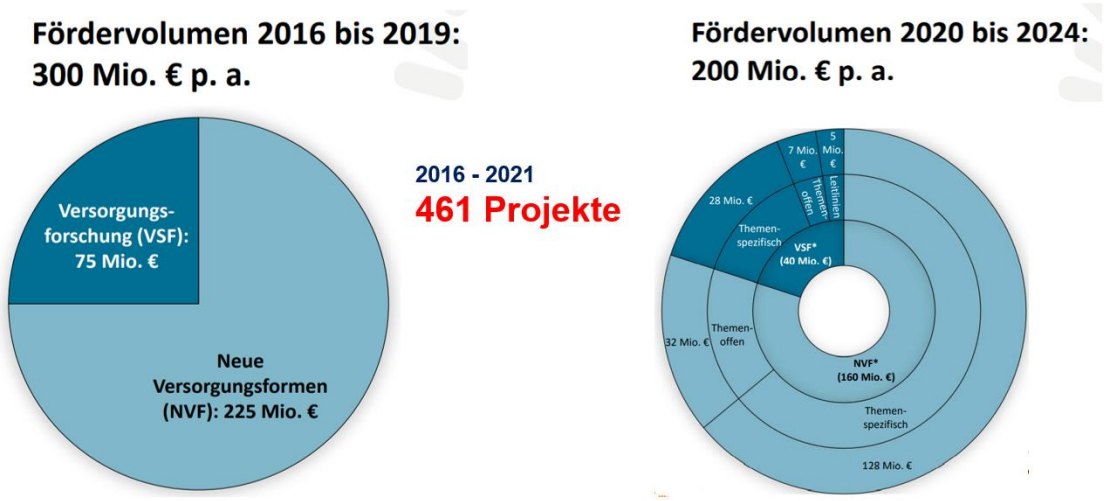
GKV-Innovationsfonds braucht Ziel & Gesamtinnovationsstrategie

Zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung wurde 2016[15] ein neues Fördersystems in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt und zwar der Innovationsfonds[16] (IF). Ziel dieses neuen Fördersystems ist (wieder einmal) die sektorenübergreifende und integrierte Versorgung. Bislang gibt es zwei Fördersäulen: 1. Neue Versorgungsformen (NVF) – hier sollen Modelle gefördert werden, die innersektorale Schnittstellen optimieren oder Ansätze enthalten, die Trennung der Sektoren zu überwinden. 2. Versorgungsforschung (VSF) – hier sollen wissenschaftliche Grundlagen für Lösungen zur Gestaltung, Organisation und Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens entwickelt werden. Die Förderausschreibungen[17] adressieren Projekte v.a. für definierte Patientengruppen (z.B. chronisch Erkrankte), Versorgungsthemen (z.B. Arzneimitteltherapiesicherheit, Altersmedizin), Versorgungsmöglichkeiten (z.B. Netzwerke, interprofessionelle Behandlungskonzepte, Kooperationsansätze), Modelle für die digitale Transformation und vieles mehr. Im März 2021 waren 461 Projekte in der Förderung[18],[19]. Die Projekte haben eine maximale Laufzeit von vier Jahren und sollen Innovationen „innerhalb" der bestehenden Regelversorgung oder „darüber hinaus" ermöglichen. Um die Wirksamkeit zu prüfen, müssen die Projekte evaluiert werden, v.a. medizinisch, gesundheitsökonomisch und versorgungsprozessual. Nach Ablauf der Projekte und Vorliegen des Evaluationsberichtes entscheidet der Innovationsausschuss über eine Empfehlung zur „Überführung" in die Regelversorgung.

Der IF ist derzeit strukturkonservativ angelegt, da Innovationen die alten bestehenden Rahmenbedingungen der Regelversorgung nicht vorrangig verändern sollen[20],[21]. Eine neue Abrechnungsziffer im EBM für eine neue innovative Leistung z.B. ändert nicht das Grundproblem, sprich die Existenz des EBMs an sich. Die komplexen Struktur- und Prozessprojekte mit ihren interprofessionellen, sektoren- und sozialgesetzbuchübergreifenden sowie IT-gestützten und oft regionenspezifschen Versorgungsinhalten passen aber nicht „innerhalb" und „überhalb" alter Regelversorgungsrahmen, sondern brauchen neue

[15] Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz 2015 wurden in den §§ 92 a und b des SGB V die gesetzlichen Regelungen zur Einführung geschaffen. S. auch Drucksache 19/8500 (bundestag.de)
[16] Startseite - G-BA Innovationsfonds (g-ba.de)
[17] Förderprojekte – Neue Versorgungsformen - G-BA Innovationsfonds (g-ba.de)
[18] Engehausen/Scholz (2021) „Innovationsfonds – Transfer in der Regelversorgung"
[19] Der Innovationsfonds: Stand der Dinge (g-ba.de)
[20] Bohm / Dudey (2019) wido_ggw_0319_bohm_dudey.pdf
[21] Innovationsfonds: Problemfall bleibt die Translation — Monitor Versorgungsforschung (monitor-versorgungsforschung.de)

Regelversorgungsrahmen. Bleibt z.B. eine zentralistisch angelegte ärztliche Bedarfsplanungs-Richtlinie unverändert, kann das Innovationsfondsprojekt erfolgreich sein, eine innovative Personal- und Versorgungsprozessveränderung wird es nach dem Ende des Projekts „in Echt" gleichwohl nicht geben. Auch die finanziellen Förderlücken während der Gesamtprojektlaufzeit machen es den Projekten schwer. So werden Versorgungsleistungen nur für den Zeitraum der Studienintervention bezahlt. D.h., bis der Evaluationsbericht und das Votum des Innovationsausschusses vorliegen, sind mehrere Quartale, z.T. bis zu mehr als eineinhalb Jahre, nicht finanziert[22]. Somit verschwinden aufgebaute und teuer finanzierte Strukturen noch bevor das Ergebnis vorliegt.



Quelle: Der Innovationsfonds: Stand der Dinge (g-ba.de)

Abb. 14 Der Großteil der Fördermittel fließt in Neue Versorgungsformen

Neben der strukturkonservativen Anlage behindern ein starres Forschungsverständnis und die bürokratische Übersteuerung des Antrags- und Fördermittelmanagements die Innovationen. Gegenwärtig unterliegen alle Projekte der klassischen „Wasserfall-Methode im Gantt-Chart"[23], d.h., jeder Schritt muss detailliert für Jahre im Voraus geplant werden. Diese Methode hat ihre Berechtigung in engen Forschungskontexten mit klar abgrenzbarer singulärer Intervention, nicht aber für komplexe Struktur- und Prozessentwicklung mit vielen Stakeholdern. Der Innovationsfonds ist von einem medizinisch-klinischen Forschungsverständnis mit Randomisierung und Kontrollgruppenbildung geprägt. Für neue Formen der Versorgungsorganisation und Entwicklung neuer „Demokratiemodelle" für z.B. mehr Patienten- und Bürgerorientierung ist dies ungeeignet.

[22] Berger et al (2020): Übertragbarkeit neuer Versorgungsformen in die Regelversorgung
[23] Projektmanagement: Wasserfall-Modell vs. agiles Vorgehen (pinuts.de)

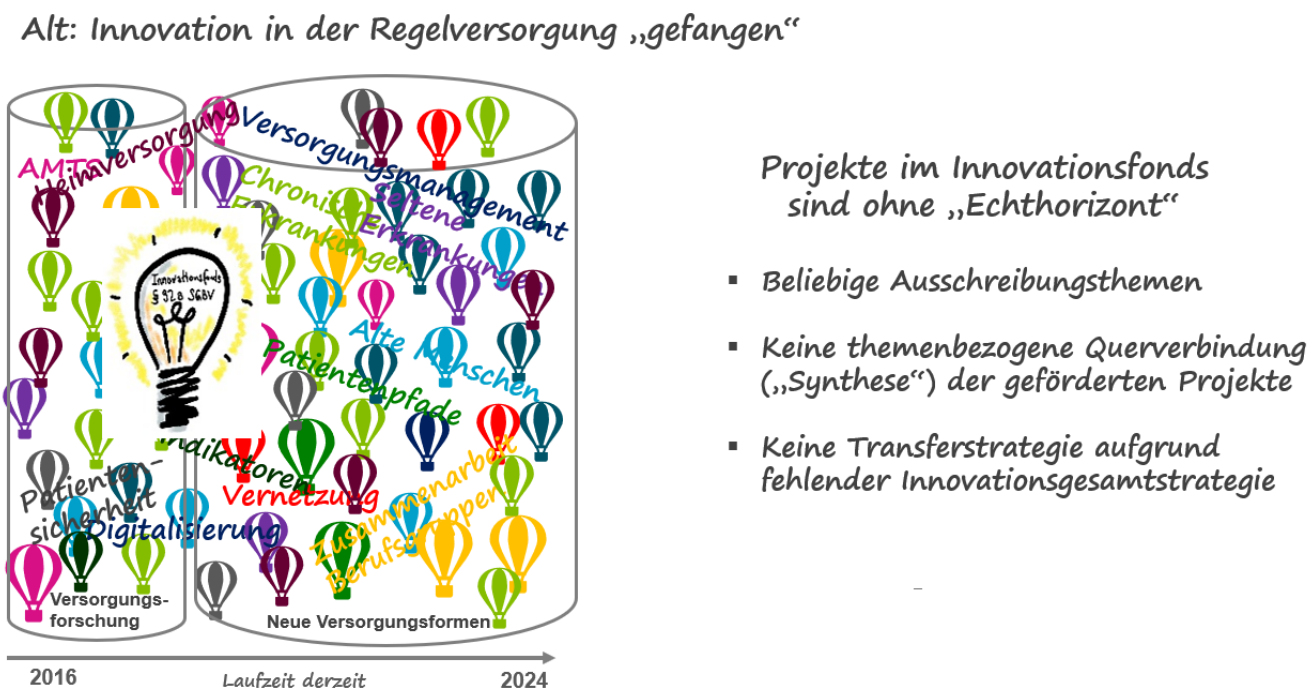


Abb. 15 Statt Veränderung der Regelversorgung buntes „Projektetrudeln“ ohne Gesamtstrategie

Aufgrund der gegenwärtig sehr großen bürokratischen Anforderungen in der Projektadministration, ist es „normalen“ Versorgern aus der Praxis unmöglich, sich zu beteiligen. Fördernehmer sind v.a. Einrichtungen wie Universitäten, die das „Drittmittelgeschäft“ beherrschen oder sich ein professionelles administratives Backoffice leisten können. Die „entsandte Expertenlastigkeit“ über Expertenrat und Expertenpool zur Ausgestaltung der Förderwellen und Begutachtung der Projektanträge kann das praktische „Machen“ vor Ort nicht ersetzen. Was zu tun wäre, ist in vielen Gutachten hinlänglich beschrieben, es fehlt einfach die Baustelle vor Ort, auf der man Zukunft bauen darf.

Überführung? Dafür braucht es erst einmal ein klares Ziel!

Es fehlt an einem klaren Ziel, dass die Regelversorgung z.B. bis 2040 integriert erbracht wird. Ohne dieses Ziel gibt es keine daran ausgerichtete Gesamtinnovationsstrategie und ohne eine solche können neue Versorgungsansätze nichts grundlegend verändern. Damit bliebe der Innovationsfonds eine Geldverbrennung, vor dem Projekt ist dem Projekt. Die Bahn würde ICE-Strecken auch nicht alle zwei Jahre neu planen. Auch die Verträge zur „Besonderen Versorgung“ (§140a SGB V), die derzeit als „Überführungsvehikel“ der Projekte in die Versorgung dienen sollen, lösen dieses Problem aus den beschriebenen Gründen nicht. Sie konnten die alten rechtlichen Rahmen- und Kontextbedingungen wie v.a. die des Berufs-, Haftungs- und Sozialrechts für Zulassung, Leistungserbringung, Vergütung, Planung- und Sicherstellung schon in den letzten 20 Jahren nicht verändern. Am Beispiel der

Innovationsfondsprojekte zur Pflegeheimversorgung zeigt sich das Problem: Die Förderbekanntmachungen werden ohne eine erkennbare Linie ausgerufen und so starten Projekte auch zu einer themengebundenen Ausschreibung mit unterschiedlichen Versorgungsansätzen zu unterschiedlichen Zeitpunkten. Die meisten Projekte, vor allem die großen Struktur- und Prozessprojekte, haben selbst bei positiver Evaluation derzeit keine Chance, die Regelversorgung nachhaltig zu verbessern. Dafür müssen die hochkomplexen und konfliktbeladenen Rahmenbedingungen neu gestaltet werden. Schon jetzt zeigt sich, dass eine verbindliche Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und den Pflegefachkräften das A und O einer guten Versorgung ist. Dafür bedarf es einer geregelten Zusammenarbeit, die in den alten sektoralen Strukturen nicht herzustellen ist. Regional gibt es bislang nicht einmal Planungseinheiten, die einen Überblick über das Verhältnis zwischen Pflegeheimpatienten und versorgenden Ärzten geben.[24] Integrierte Versorgung hat keinen „Ansprechpartner", da niemand sich für das Ganze zuständig fühlt.

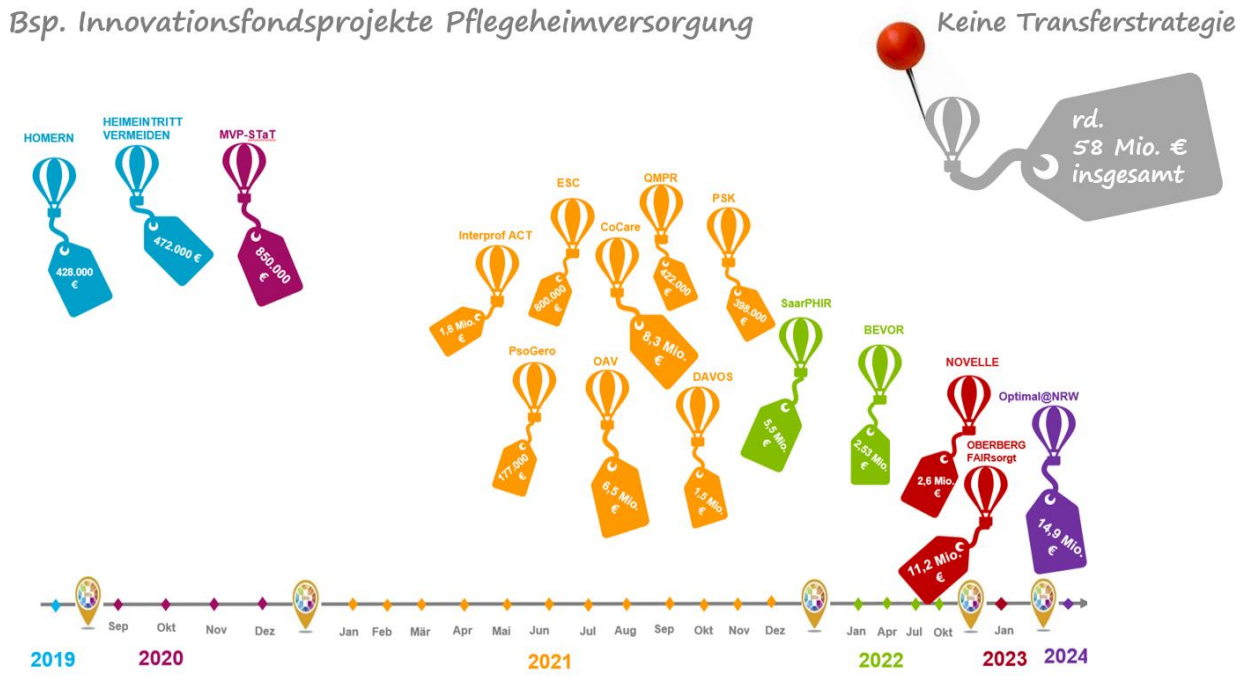
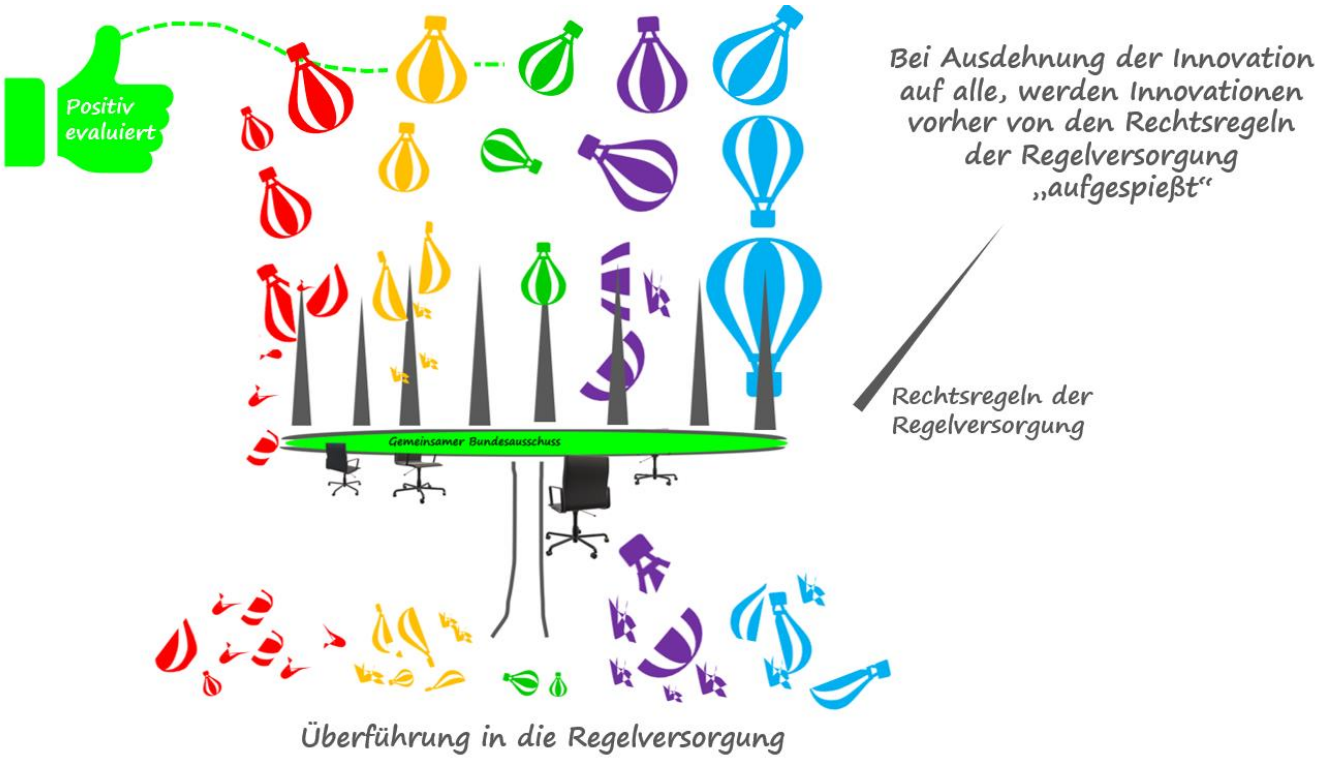


Abb. 16 Projekte werden nicht systematisch ausgewertet wie z.B. jene zur Pflegeheimversorgung.

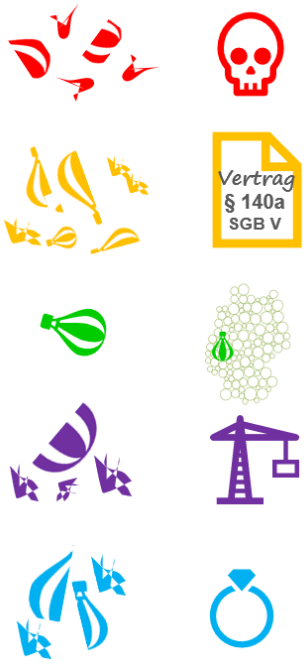
Projekte und 140a-Verträge kratzen immer nur an der Oberfläche der Versorgung, für eine Systemwirkung wären tiefgreifende Konsequenzen zu ziehen, wie z.B. der Aufbau integrierter Gremien, Veränderungen der Rechtsregeln und eine „Neuverteilung" der immer begrenzten Finanzmittel. Anders ausgedrückt: Im Rahmen von Projekten und IV-Verträgen muss sich das System nicht der harten Wirklichkeit stellen und das ist bequem.

[24] Laag (2020) Transfergruppe Pflegeheimversorgung

Es kann keine Überführung in die Regelversorgung geben



Überführung im Sinne einer „regelhaften Allgemeinzugänglichkeit“ scheitert…



- Frühzeitiger „Fördertod“ (keine durchgängige Finanzierung)
- Freiwillig für alle Teilnehmer = keine regelhafte Durchdringung
- Ungeklärte Rechtsfragen in Projekten / IV-Verträgen
- unethisch (Versorgung ist meistens nie für alle)
- „Projektkokon“ =kein regionaler „Lastentest“ (kein Hochskalieren der Maßnahmen über mehr Teilnehmer)
- Kein „Wissensmanagementtransfersystem“ unter den Projekten (v.a. themengleichen)
- Solitäre verändern Regelversorgung nicht (jahrelange Leuchtturmprojekte)

Abb. 17 Die Veränderung der Regelversorgung durch Projekte kann kaum erfolgen.

Bsp.: Patientenlotsenprojekte

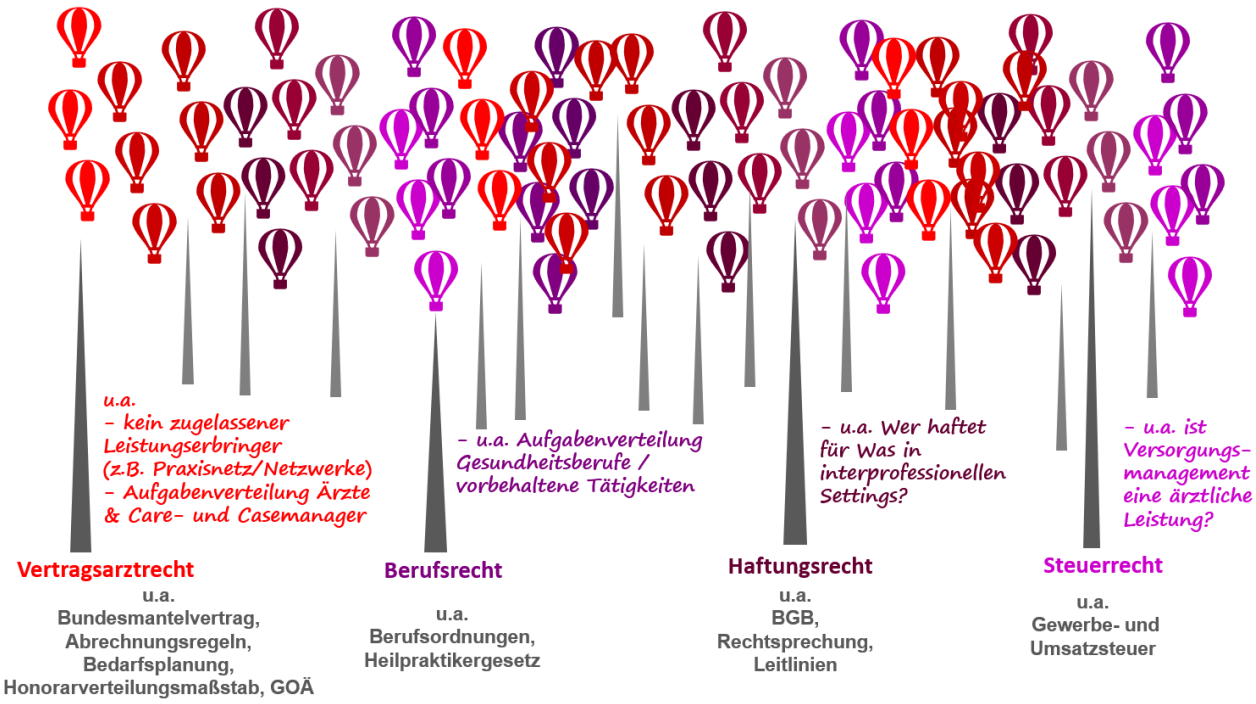


Abb. 18 Solange die alten Rechtsregeln der Regelversorgung bestehen, zerplatzt die Moderne.

„Sandbox" als Echtentwicklung (Projekte „arbeiten diesen nur noch zu")

Nach dem Vorbild der technischen Sandbox sieht das Reformkonzept „Sandbox" zur Schaffung einer integrierten Versorgung die Echtentwicklung neuer Rechtsgrundlagen in Gesundheitsregionen vor. Große Reformen, wie v.a. die schon lange diskutierte Zusammenlegung von Kranken- und Pflegeversicherung, sollten in der Praxis versorgungsgestützt vorbereitet werden. „Sandbox" soll eine dritte Fördersäule im IF sein, auf die Projekte aus den ersten beiden Säulen zielgerichtet hinarbeiten. Sie wird nicht allein von der GKV finanziert, sondern auch von Bund, Ländern und Kommunen. Seit Jahrzehnten wenden all sie viele Fördermillionen für Forschungsprojekte zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung auf, die immer wieder an „gegenseitigen Hoheiten" scheitern. Nahezu alibimäßig wird bei Forschungsanträgen „die Sicht der Kassen als Kostenträger" angefragt, um vorab zu schauen, ob neue Versorgungsideen auch in die alten Finanzierungsstrukturen passen, damit es nach dem Projekt nicht das böse Erwachen gibt. Anders ausgedrückt: Innovationen werden vorher schon passend gemacht, weil das Versorgungssystem keinen „Griff" hat, an dem man es neu anpacken könnte. Wo beginnt man bei all der Komplexität? Sandbox soll der Griff an das Versorgungssystem sein, um dieses strukturell zu modernisieren und zwar in Form einer dauerhaften agilen

Infrastrukturentwicklung über Gesundheitsregionen. Ein positiver Aspekt des bisherigen Innovationsfonds ist, dass Versorgungsforschung und Versorgung in vielen bunten Konsortien zusammengekommen sind. Diese Entwicklung ist ein guter Grundstein für die weitere enge Vernetzung von Versorgung, Forschung und Innovation im Gesundheitswesen.

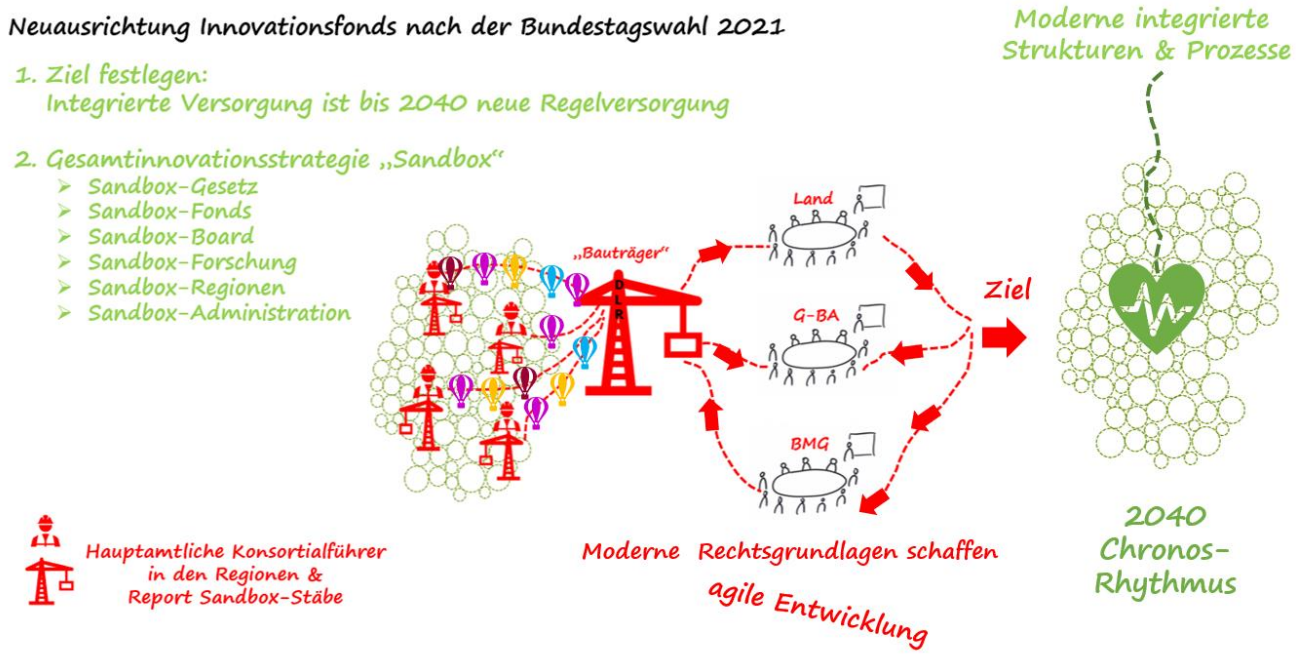


Abb. 19 Der Innovationsfonds muss weiterentwickelt werden und braucht dafür ein klares Ziel.

Rechtschöpfung in Sandbox

Infrastruktur im Gesundheits- und Pflegesystem sind nicht nur die „physisch“ sichtbaren Einrichtungen wie die Krankenhäuser, Praxen, ambulanten Pflegedienste, sondern v.a. die Rechtsregime. Sie geben den Menschen vor, wie sie sich in der Versorgung zu verhalten haben. Wenn wir von oben aus dem Flugzeug auf das Gesundheitssystem schauen könnten, dann sähen wir viele Einzelbereiche, die getrennt voneinander arbeiten. Gesundheits- und Pflegeversorgung sind rechtlich „anbieterdominiert“ und nicht patientenorientiert organisiert. Jeder „Teil-Systemteilnehmer“ optimiert sich organisatorisch und finanziell. Patient*innen erleben dies als „Durchgeschleustwerden“ nach Quartalsrhythmus, in der Minutenpflege des Pflegedienstes und anhand der Informationslücken bei den Übergängen.

Zusammenarbeit ist schwer zu erlernen und muss zunächst als gemeinsames Ziel akzeptiert werden. Die integrierte Versorgung eröffnet komplexe neue Sachverhalte, die mit Unsicherheiten verbunden sind. Um alte Rechtsregeln verlassen und neue entwickeln zu können, braucht es einen Schutzkorridor, der ein Einüben erlaubt. Hierfür soll ein Sandbox-

Innovationsgesetz den Akteuren den notwendigen rechtlichen Freiraum in Form von Experimentier- und Öffnungsklauseln gewähren. Verfahrensanordnungen und versorgungswissenschaftliche Rechtsbegleitung können den experimentellen Raum absichern. Entwicklung und das Einleben moderner Governance- und Partizipationsformen brauchen neben gesundheitsökonomischen und versorgungsprozessbasierten Evaluationen auch politik- und sozialwissenschaftliche Evaluationen.

Die vier Sandbox-Entwicklungsthemen sind „komplexe Interventionen"[25]. Diese haben viele interagierende Komponenten, von denen sich erst im Verlauf zeigt, wie sie sich zueinander verhalten und die deshalb flexible Reaktions- und Anpassungsmöglichkeiten benötigen. Das erfordert anders als bisher eine flexible und agile Förderdramaturgie. In der Softwareentwicklung sind agile Methoden[26] seit über 20 Jahren Standard. Offenheit, Nutzerorientierung, schnelle Veränderungen, komplexe Zusammenhänge, Unsicherheiten und Anpassungsfähigkeit sind Leitmotive und Teams tragen als dynamisch und selbstlernende Einheiten die Verantwortung. Es geht ums Lernen, die Anpassung in Form des prozeduralen PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act)[27], die Erarbeitung von (digitalen) Performancemodellen und „möglichen" Zukünften[28] mittels Szenariotechnik.

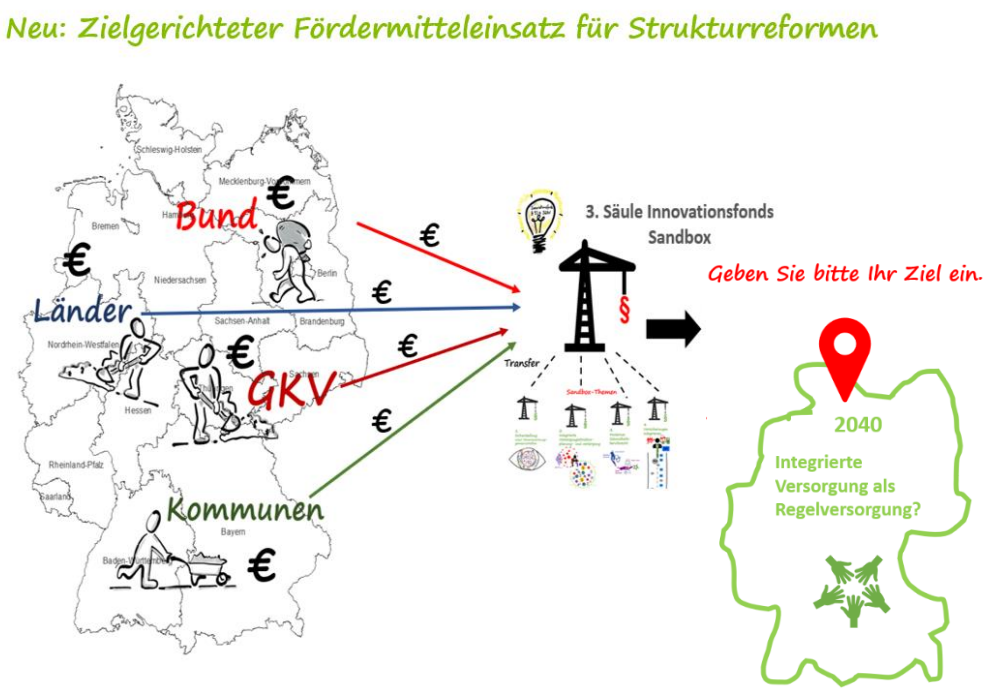


Abb. 20 Fördermittel zielgerichtet einsetzen, statt überall ein bisschen herum zu buddeln.

[25] Bertram, Nick et al (2018)
[26] Z.B. Manifest für Agile Softwareentwicklung (agilemanifesto.org)
[27] z.B. PDCA-Zyklus Pflege - Google Suche
[28] Grundlagen und Vorgehensweise bei der Szenario-Technik – Szenario-Technik – business-wissen.de

Das Sandbox-Konzept im Überblick

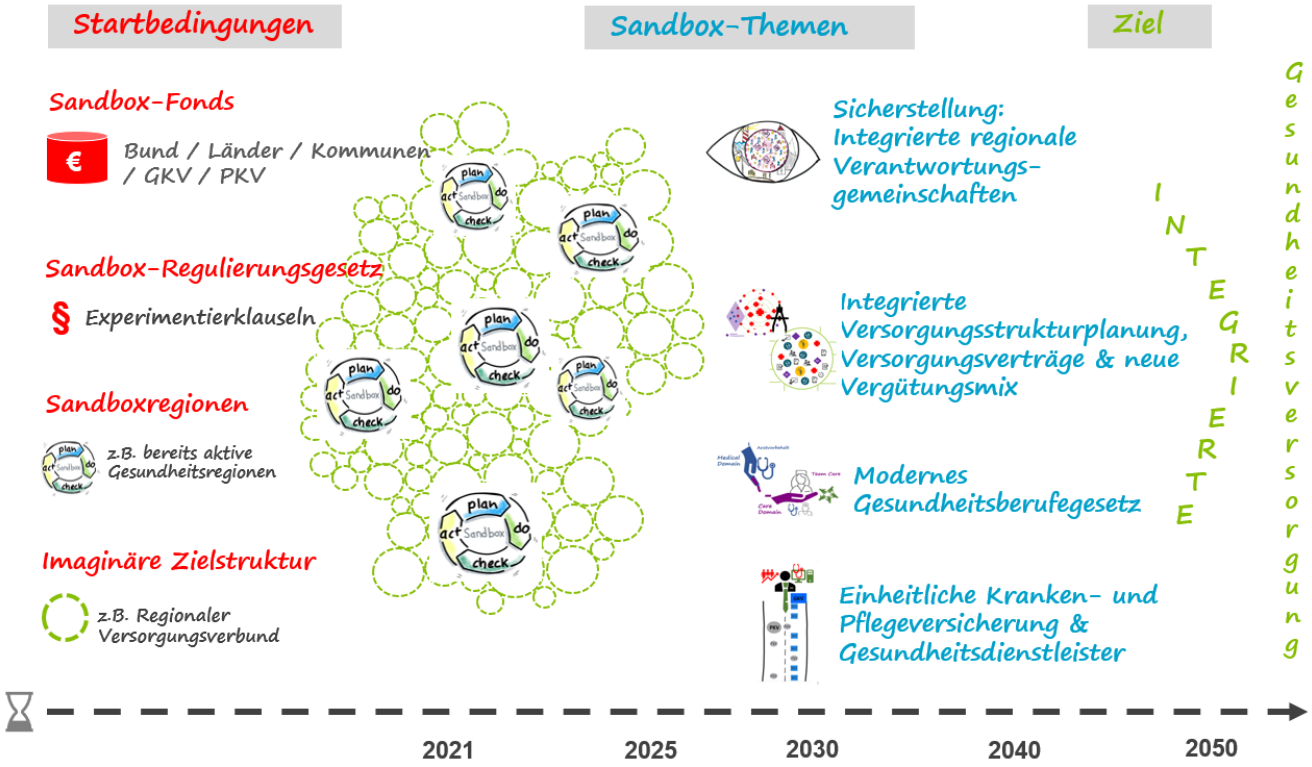


Abb. 21 Das Sandbox-Konzept im Überblick

1. **Sandbox-Säule:** Erweiterung des GKV-Innovationsfonds (§ 92a SGB V)[29] um eine dritte Fördersäule „Komplexe Interventionen"
2. **Sandbox-Fonds**: GKV plus Finanzmittel von Bund, Länder, Kommunen, PKV, etc.)
3. **Sandbox-Board**: z.B. in der Art der Kommission gleichwertige Lebensverhältnisse[30]
4. **Sandbox-Stäbe:** z.B. Personalstellen bei Bund und Land, Kommunen, Selbstverwaltungspartnern, PKV,
5. **Sandbox-Forschung:** Versorgungsforschung für komplexe Interventionen
6. **Projektträger** / Hauptamtliche Projektleiterteams / strukturierter Ergebnistransfer
7. **Sandbox-Administration:** v.a. zentrale Stellen für Datenschutz- und Teilnahmeadministration, Ethikvoten und Aufsichtsfragen, bevölkerungsbezogene Einschreibung statt krankenkassenabhängige, Forschungsdatensatz[31]
8. **Sandbox-Regulierungsgesetz**: Forschungs- und Entwicklungsrecht

[29] Startseite - G-BA Innovationsfonds (g-ba.de)
[30] S. z.B. Besetzung der Kommission für „Gleichwertige Lebensverhältnisse" https://www.bmi.bund.de/DE/themen/heimat-integration/gleichwertige-lebensverhaeltnisse/gleichwertige-lebensverhaeltnisse-node.html
[31] s. Galle/Brinkmeier in Engehausen / Scholz (2021)

Es fehlt nicht an Erkenntnissen,

es fehlt an Umsetzung

1. Sicherstellung

Abb. 22 Bislang „lose" Sicherstellung statt integrierte und sozialraumorientierte Daseinsvorsorge.

Versorgung geschieht vor Ort und deshalb muss die regionale Ebene mehr Verantwortung in der Gesundheitsversorgung übernehmen als bisher, dies insbesondere wegen der pflegerischen Herausforderungen. Diese „regionale Ebene" sind Viele, doch wird ambulante Versorgung vor allem mit ärztlich ambulanter Versorgung gleichgesetzt. Grund dafür ist, dass die Ausgestaltung der ambulanten Versorgung in Deutschland von Anfang an bei der niedergelassenen Ärzteschaft und den Krankenkassen lag. Mit Einführung der Krankenversicherungspflicht 1883 wurde in Deutschland der Typ des „Krankenversicherungsgesundheitssystems"[32] geschaffen. Ärzte und Krankenkassen entwickelten die Gemeinsame Selbstverwaltung als „binäres Betriebssystem" des Gesundheitswesens. Das Arrangement des 1913 geschlossenen „Berliner Abkommens"[33],[34] zwischen Ärzten und Krankenkassen gilt als Vorläufer des heutigen Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)[35]. Obgleich die Pflege als „systemrelevant" betrachtet wird, fehlt

[32] In der internationalen Typologie der Gesundheitssysteme wird dieses „Bismarckmodell" genannt (s. Schölkopf/Pressel 2017).
[33] Jütte, Robert (1997): Geschichte der deutschen Ärzteschaft
[34] Huerkamp, Claudia (1985): Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert
[35] https://www.g-ba.de/ueber-den-gba/

sie bislang im G-BA als Bankpartnerin neben der Kassenärztlichen (Bundes)Vereinigung, den Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Die Kommunen als Wohnort der Menschen sind in Deutschland kein Akteur der aktiven medizinischen Versorgungsorganisation[36] und haben diese historisch bedingt auch nicht „erlernt". Die Verantwortung für die ambulante medizinische Versorgung liegt bei den Akteuren der Selbstverwaltung. Für diese setzt der Staat, sprich die Bundesregierung und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), mit Gesetzen einen Rahmen, den sie mit ihren untergesetzlichen Rechtsnormen ausfüllt. Die Bundesländer verantworten die stationäre Versorgung hinsichtlich Planung und Investitionskosten. Die Betriebskosten, sprich die im Krankenhaus abgerechneten Leistungen, finanzieren wiederum die Krankenkassen. Gemeinsam mit den Kommunen und deren Gesundheitsämtern verantworten die Länder den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Der Sicherstellungsauftrag für die Pflegeinfrastruktur liegt bei den Ländern, Pflegekassen und Kommunen.

In Deutschland gibt es weder einen Gesamtverantwortlichen noch eine Gesamtverantwortung dafür, dass die „Versorgungskette" vor Ort funktioniert. Vor allem die „Letztverantwortung" für die Pflege erweist sich „Sicherstellungsgemischtwarenladen" mit Verantwortungsdiffusion[37]. Die historisch entstandenen „Sicherstellungszuschreibungen" sind fragmentiert und können eine zeitgemäße Versorgung nicht mehr garantieren, denn längst geht es um mehr als das Vorhalten von Arztsitzen. Die Suche der Landräte nach Hausärzten zeigt, dass selbst das nicht funktioniert. In vielen Bundesländern gibt es seit langem Regionalkonferenzen, „Runde Tische", „Gesundheitsregionen" und Modellprojekte (z.B.[38],[39],[40],[41],), um die Zusammenarbeit zwischen dem Medizinbetrieb und den kommunalen Akteuren zu verbessern. Die Pandemie zeigt, wie wichtig u.a. die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und dem ÖGD ist, insbesondere auch digital unterstützt. Das Problem dieser Initiativen ist, dass sie ohne Wirkrechte sind[42],[43] und z.B. keinen Einfluss auf die ärztliche Bedarfsplanung haben. Innovative sektorenübergreifende und integrierte Versorgungsmodelle[44] mit neuen Betriebsmodellen

[36] Im Gegensatz zum Bismarck-System gibt es das „Beverdige"-System wie z.B. in Skandinavien, wo Kommunen und Landkreise die Versorgung organisieren (s. Schölkopf/Pressel 2017)

[37] WIdO Pflegereporte (z.B. Nieswandt im 2021er Report)
[38] S. z.B. Arbeiten von PD Dr. Andreas Hollederer ZFPG_2019_J5_N1_02.pdf (hnu.de)
Evaluation der Modellprojekte Regionale Gesundheitskonferenzen (RGK) - PDF Free Download (docplayer.org)
[39]S. z.B Niedersachsen Gesundheitsregionen
https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/gesundheit_pflege/gesundheit/gesundheitsregionen_niedersachsen/gesundheitsregionen-niedersachsen-119925.html
[40] https://www.armut-und-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Kongress/Kongress_2019/Online-Doku_2019/18_Schuette_PP.pdf
[41] MORO_3Verstetigungsstudie.pdf
[42] Burgi (2013)
[43] Gerlinger (2021)
[44] Hahn, Ulla / Kurscheid, Clarissa (2020)

jenseits des klassischen Kassenarztsitzes werden deshalb unter Beibehaltung der alten Sicherstellungszuständigkeiten keine integrierte Regelversorgung erschaffen. Hierfür braucht es moderne regionale Verantwortungsgemeinschaften, die regional neue Organisationsformen „einrichten" dürfen. In diesen Gemeinschaften müssen Vertreter*innen der Kommunen[45] und sozialen Dienste, des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Selbstverwaltung (Kranken- und Pflegekassen, KVen, Krankenhäuser), Pflegeeinrichtungen und Therapeuten ein strukturiertes Miteinander entwickeln, das sich nicht in Einzelinteressen verliert. Auch die Bürger*innen[46] als Finanziers des Systems brauchen moderne Mitgestaltungsmöglichkeiten, denn die Güte der regionalen Versorgungsorganisation können sie gut bewerten. Führen Hausärzte z.B. keine Hausbesuche mehr durch, können Patienten sich derzeit nur bei der Ärztekammer oder der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) beschweren[47], aber, ändert es etwas bis auf die Beeinträchtigung des Arzt-Patienten-Verhältnisses? Moderne Mitgestaltungsmöglichkeiten benötigen auch die vielen Versorger*innen, die sich mit ihrem berufspolitischen Engagement nicht in der „Gremienkultur" ärztlicher Selbstverwaltung oder Berufsverbänden hochdienen[48] wollen, bevor sie mitgestalten können.

Die große Herausforderung der neuen Verantwortungsgemeinschaften ist die Handlungsfähigkeit, die mit wachsender Zahl der Akteure schwieriger wird. Integration ist fordernd, Anhörungs-, Beratungs- und Entscheidungsbefugnisse müssen entwickelt werden. Digitale Kommunikationsinstrumente können hier beim „Demokratiemanagement" helfen. „Wenn wir über die Digitalisierung im Gesundheitswesen sprechen, dann geht es im Kern nicht einfach um Gesundheitsapps, Plattformtechnologien, Big Data, um digitale Prozesse oder neue Marketing- und Vertriebskanäle, sondern um eine neue Haltung, um neue Werte und Normen"[49]. Damit neue regionale Verantwortungsgemeinschaften bedarfsgerecht planen, organisieren und verantworten können, braucht es eine „haltende" Bezugsgröße mit rechtlich-physischer Struktur z.B. als regionaler Versorgungsverbund. Vorbilder für eine regionalisierte Sicherstellung der Daseinsvorsorge können in anderen Bereichen gefunden werden wie z.B. in der Wasser- oder Energieversorgung.[50]

[45] Burgi, Martin; Igl, Gerhard (2021): Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland.
[46] Friedrich-Ebert-Stiftung (2017) Mehr Mitsprache und Orientierung.
[47] Unabhängige Patientenberatung (2020)
[48] KBV - Berufsmonitoring Medizinstudenten
[49] Belliger (2021)
[50] https://www.ruhrverband.de/ueber-uns/struktur/

2. Integrierte Versorgung

a) Versorgungsstrukturplanung

Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit beginnen mit der Planung von Kapazitäten im Verhältnis zu Versorgungsbedarfen. Für eine bedarfsgerechte Versorgung vor Ort braucht es einen Überblick darüber, wie viele Menschen in der Region leben, welche Krankheiten diese haben und mit welchen Versorgungskapazitäten sie gut versorgt werden können. Da es bislang kein „Maß" für eine „bedarfsgerechte" Versorgung gibt, wird heute immer noch das aus den „historisch hochgewachsenen" Anbieterstrukturen entstandene „Leistungsvolumen" als das Maß der zu bezahlenden Leistungsmenge genommen. Dieses Vorgehen schreibt die Kapazitäten ohne korrespondierende Betrachtung des medizinisch-technischen Fortschritts, epidemiologischer Aspekte, regionaler Bevölkerungsentwicklungen und Erkenntnisse über Versorgungsergebnisse fort.

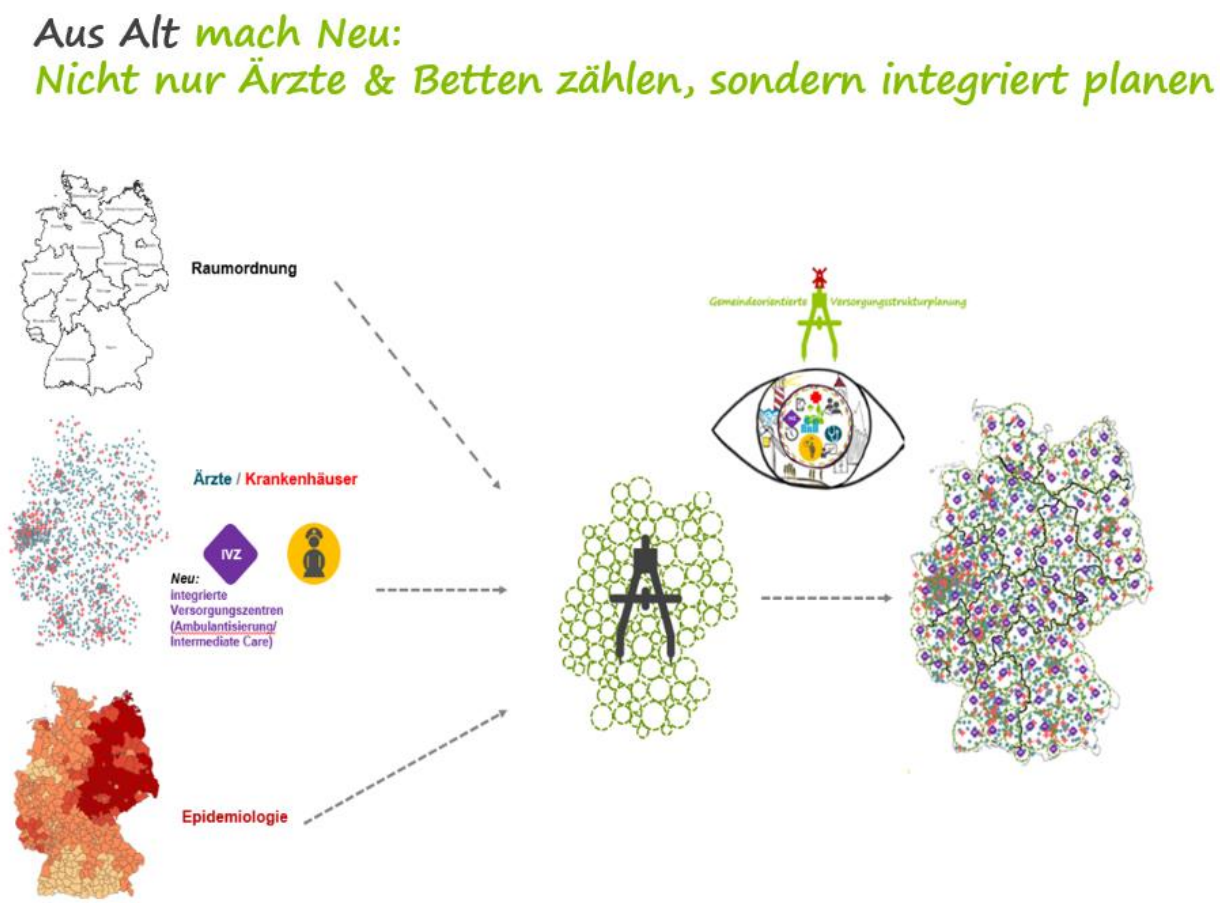


Abb. 23 Eine integrierte Versorgungsstrukturplanung berücksichtigt unterschiedliche Datenquellen.

Die Notwendigkeit einer Strukturreform in der Krankenhauslandschaft wird seit Jahren diskutiert, die Planung der Krankenhauskapazitäten steht dabei ganz oben. Gutachten[51],[52],[53],[54] zeigen die Mängel der alten Krankenhausplanung auf. Viele Bundesländer haben seit Jahrzehnten keine oder nur grobe Rahmenplanungen vorgenommen und wenden zudem veraltete Planungsmethoden an. Dies führt vereinfacht gesagt dazu, dass die Krankenhäuser entscheiden, welche Leistungen sie zu welcher Qualität anbieten. Die Einhaltung von Mindestmengenregelungen[55] für schwierige Behandlungen als Maßnahme zur Garantie der Leistungsqualität ist aufgrund ungeklärter Zuständigkeiten zwischen G-BA und den Krankenhäusern schwer durchzusetzen[56]. Die Defizite in der Krankenhausplanung führen zur Gefährdung von Patienten, zu dauerhaftem Personalverschleiß und zum nicht adäquaten Einsatz von Investitionsmitteln.

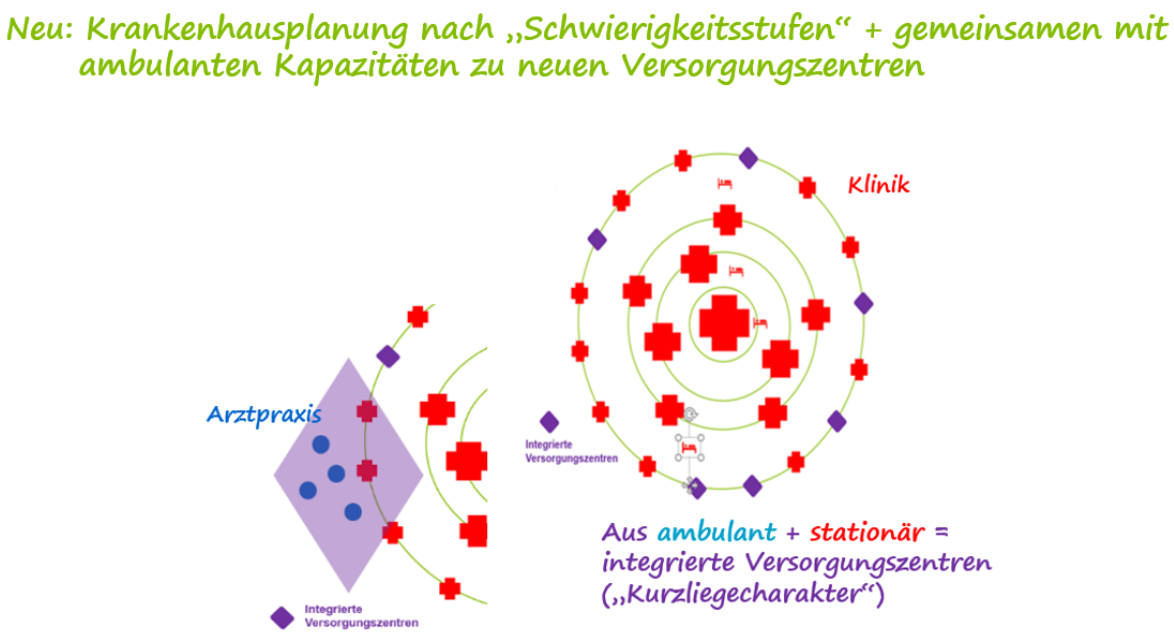


Abb. 24 Krankenhauskapazitäten müssen neu geplant werden.

[51] Bundesrechnungshof 2020 Krankenhäuser seit Jahren unterfinanziert und ineffizient — Startseite (bundesrechnungshof.de); s. auch MAGS-Gutachten im Literaturteil
[52] Simon, Michael (2020): Das DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser. Kritische Bestandsaufnahme und Eckpunkte für eine Reform der Krankenhausfinanzierung jenseits des DRG-Systems. Hans-Böckler-Stiftung, Working Paper Forschungsförderung, Nummer 196; https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_196_2020.pdf
[53] Krankenhaus-Report 2017 (wido.de) / Qualitätsmonitor 2019 | Aktuelles | WIdO – Wissenschaftliches Institut der AOK / wido_kra_pressemappe_0318_khr_2018.pdf
[54] SVR-Gutachten (u.a. 2018 Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung)
[55] Mindestmengen-Transparenzliste: Online-Karte zeigt Kliniken, die komplizierte OPs durchführen dürfen (29.10.19) | Pressemitteilung | Presse | AOK-Bundesverband (aok-bv.de)

Moderne Krankenhausstrukturplanung muss eine (über)regionale Planung nach Versorgungsstufen mit Spezialisierungsgraden vorsehen und ist zudem mit den ambulanten ärztlichen Kapazitäten abzustimmen. Dies wird aufgrund der zunehmenden Ambulantisierung der Medizin notwendig, die Kapazitäten für Fälle mit „Kurzliegebedarf" (d.h. ohne Übernachtung) braucht. Seit Ende der 1980er Jahre wurden diesbezüglich zahlreiche Einzelregelungen geschaffen wie das Belegarztwesen, Praxiskliniken, Hochschulambulanzen, ambulantes Operieren und anderes mehr[57]. Die vielen Regeln haben zu unterschiedlichen und dadurch intransparenten Qualitätsanforderungen und Vergütungen in den Krankenhäusern und Arztpraxen geführt. Die Ambulantisierung ist ein neuer Bereich, der eine eigene Begrifflichkeit und einen eigenen Rechtsrahmen benötigt. Ob hierfür kleinere Krankenhäuser umgebaut werden oder neue ambulante Zentren[58],[59] entstehen, ist regional zu analysieren.

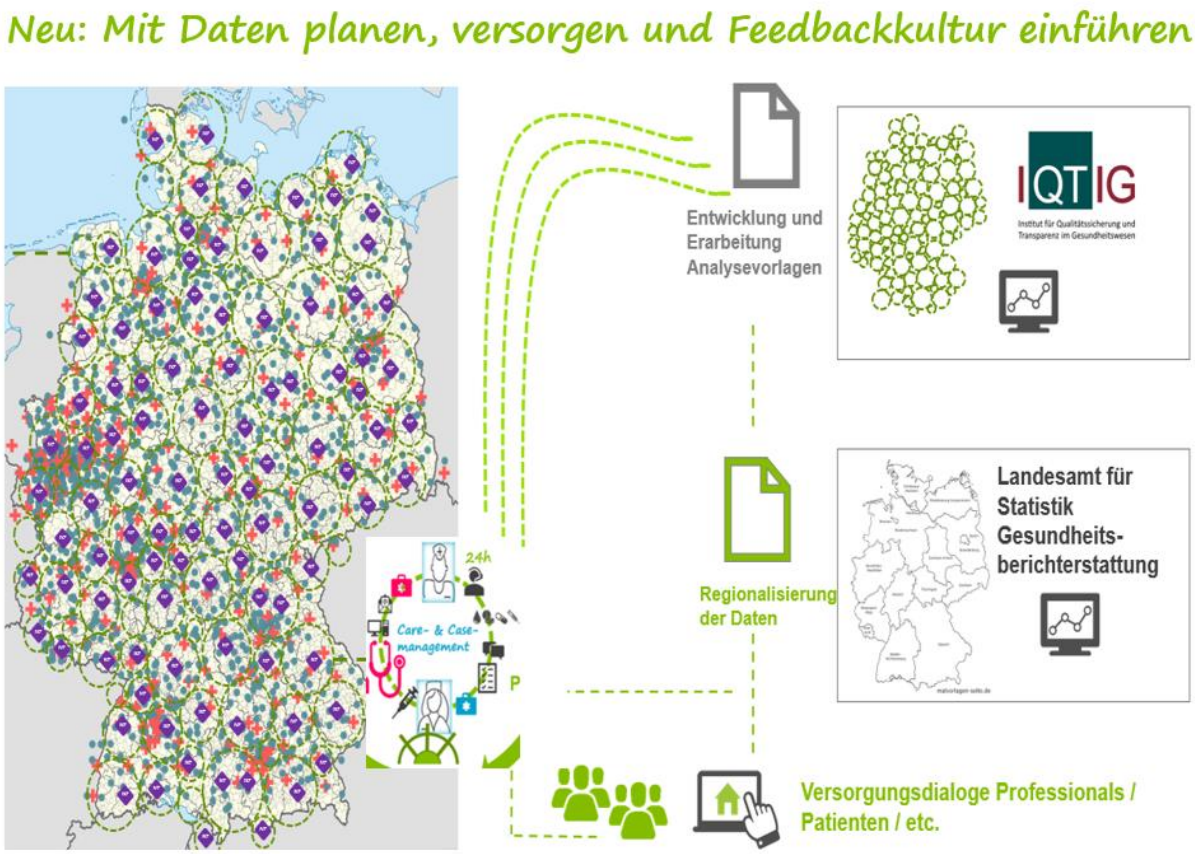


Abb. 25 Die unterschiedlichen Datenstellen müssen zu Analyseeinheiten gebündelt werden.

[57] KOMV-Gutachten 2019 (Kommission für ein modernes Vergütungssystem)
[58] Schmid at al (2018) Intersektorale Gesundheitszentren (Gutachten im Auftrag der KBV) Intersektorale Gesundheitszentren (uni-bayreuth.de)
[59] Schreyögg, Jonas (2021): Identifizierung einer initialen Auswahl von Leistungsbereichen für eine sektorengleiche Vergütung

Eine integrierte ambulante Versorgung braucht die planerische Orientierung an der Ebene Gemeinde / Quartier und ein multidimensionales Planungsraster. Dies darf nicht wie bislang nur die niedergelassenen Ärzte berücksichtigen, sondern muss auch Pflegeheime, Pflegedienste, Therapeuten und soziale Dienste einbeziehen. Für die vertragsärztliche Versorgung gibt es eine Planung[60], die aufgrund ihrer zu groben „Musterung" dauerhaft kritisiert wird. Für andere Gesundheitsberufe fehlen Planungen und ein Berufsentwicklungsmonitoring gänzlich. So erstellen Länder[61] und Kommunen zwar in unterschiedlicher Art und Weise deskriptive Berichte über das „zahlenmäßige Vorkommen" von Pflegeheimplätzen, Pflegediensten, etc., aber, es fehlt eine qualifizierte Planung, die Versorgungsbedarfe und Kapazitäten integriert zusammenbringt. Eine solche Planung muss zudem Sozialraum- und[62] epidemiologische Daten[63],[64] integrieren. Im Innovationsfonds befassen sich Analysen mit neuen Planungsansätzen zur Feststellung z.B. einer sektorenübergreifenden Morbidität[65]. Vor allem die Pflege bleibt in ihrem Tun unsichtbar, da ihre Diagnosen im Versorgungsalltag nicht codiert vorliegen. Diagnosen der Funktionseinschränkungen (ICF) sind nur Ärzten aus der Rehabilitation und des Medizinischen Dienstes bekannt.

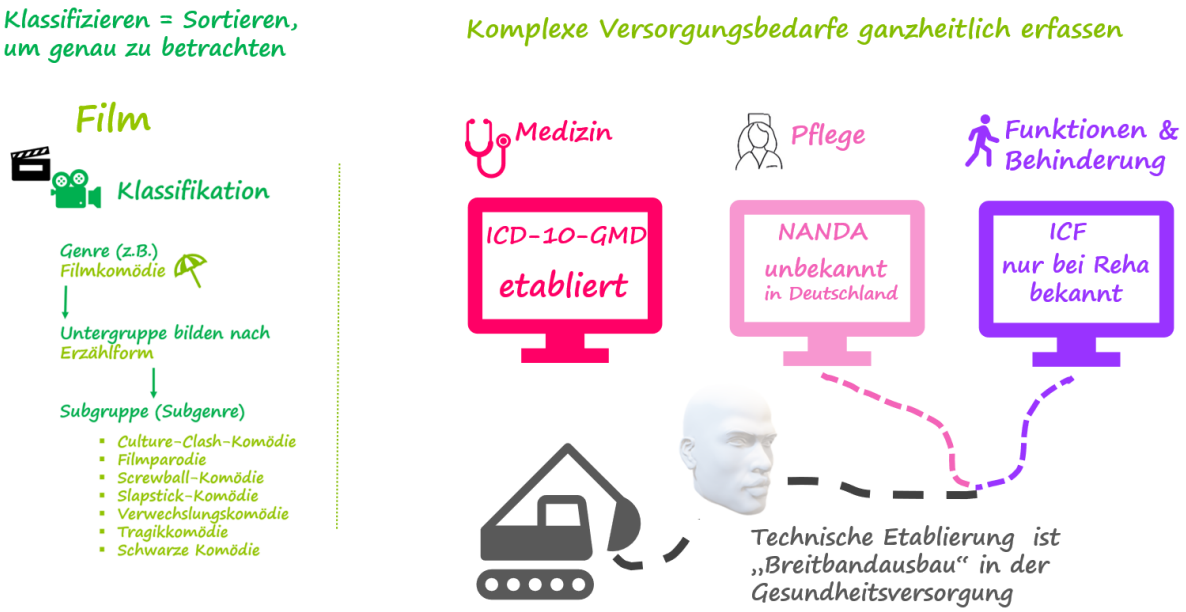


Abb. 26 Klassifizierungssysteme für Pflege und ICF überall sind notwendige Systemarbeiten.

[60] G-BA 2018 Bedarfsplanungs-RL
[61] z.B. Planung und Sicherung der pflegerischen Versorgungsstruktur in Niedersachsen | Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
[62] Akademie für Raumforschung und Landesplanung (2016) DaseinsVor_ARL_2016pdf.pdf
[63] versorgungsatlas.de - Detail
[64] SVR-Gutachten 2021 Digitalisierung
[65] Gesundheitswesen aktuell 2020 - Entwicklung eines Systems zur Klassifikation des morbiditätsbezogenen Versorgungsbedarfs (PopGroup) (bifg.de)

Damit für die Planung und Versorgung gute Daten vorliegen, braucht es eine strukturierte Datenerfassung bei den Versorgern. Hierzu gehören die klassischen Diagnosen (ICD)[66] sowie die Abrechnungsdaten der Krankenkassen. Dringend notwendig ist auch die systematische Erfassung der Funktionseinschränkungen (ICF)[67], denn eine medizinische Codierung „Demenz" sagt nichts darüber aus, welche Einschränkungen damit für das alltägliche Leben einhergehen und welche Hilfen vor Ort notwendig sind. Pflegediagnosen[68], also die ICDs der Pflege, die es in anderen Ländern schon gibt, werden in Deutschland zum Teil an den Hochschulen gelehrt, haben aber in der praktischen Versorgung bislang keinen Eingang gefunden, weshalb das Leistungsprofil der Pflege auch unsichtbar bleibt – „nicht codiert ist wie nicht passiert". Die unterschiedlichen Klassifizierungs-, Codier- und Abrechnungssysteme müssen vereinheitlicht[69] werden, damit die Datenerfassungssysteme in einer „Datensprache" über Erkrankungen sprechen[70].

Eine strukturierte Datenerfassung kann vor allem die Real-Life-Versorgung erfassen. Wenn neue Therapien oder Medikamente nach der Zulassung in den „Echt-Test" der Patientenversorgung gehen, bleiben die Auswirkungen bislang unbeobachtet. Sie werden in anderen Ländern bereits (z.B. Großbritannien) erfasst und verbessern dort Versorgungsverträge. Mittel- und langfristig werden Versorgung und Forschung zu neuen Versorgungswelten zusammengeführt. Zur systematischen Nutzung der Abrechnungsdaten zu Forschungszwecken ist mit dem Forschungsdatensatz[71],[72] der gesetzliche Weg bereits geebnet. Bei der Verbesserung geht es neben medizinischen Aspekten auch um Struktur- und Prozessmerkmale. Kennzahlen zur Erfassung von Versorgungsqualität beziehen sich derzeit immer noch vorrangig auf die stationäre Qualitätssicherung im Krankenhaus, im ambulanten Bereich sind sie noch absolutes Brachland[73]. Auch hierzu wurden in den letzten 20 Jahren bereits viele konzeptionellen Arbeiten angestoßen. Die Umsetzung einer regelhaften kennzahlbasierten Versorgung bedeutet auch ambulant viel Systemaufwand und wird viele Jahre benötigen und sie wird auch nicht überall machbar und notwendig sein. Medizinische Leitlinien und Prozessstandards vor Ort müssen aber so gut es geht nachvollziehbar umgesetzt werden, wenn die stets begrenzten Ressourcen (Personal und Geld) für ein gutes Versorgungsergebnis sorgen sollen.

[66] ICD-10-GM-2020 Code Suche (icd-code.de)
[67] ICF (dimdi.de)
[68] Pflegeklassifikation NANDA International – Offizieller Lizenzinhaber - RECOM
[69] Friedrich-Ebert-Stiftung, „Patient First" 13280.pdf (fes.de)
[70] SVR 2021 Digitalisierung SVR_Gutachten_2021_online_.pdf (svr-gesundheit.de)

[71] Bericht "Gutachten zum Einsatz von Sekundärdaten für die Forschung zu Arbeit und Gesundheit" (baua.de)
[72] § 303d SGB V Forschungsdatenzentrum (sozialgesetzbuch-sgb.de)
[73] Schrappe (2015)

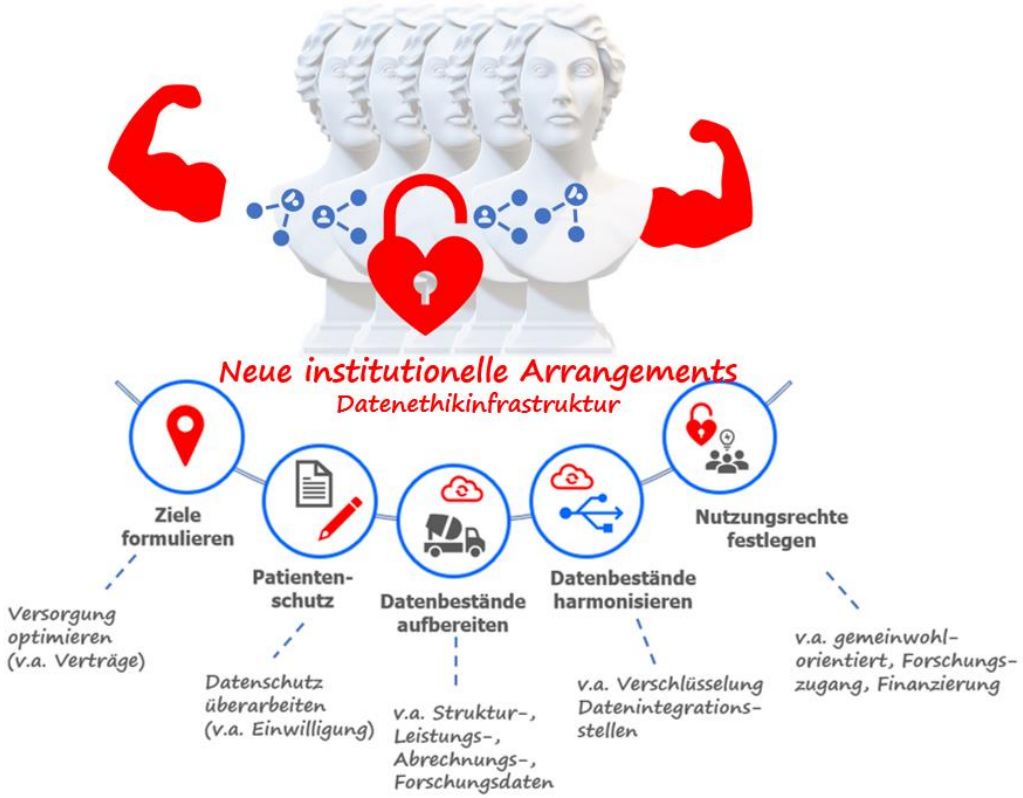


Abb. 27 Bislang gibt es keine übergreifende Systemzuständigkeit für die neuen Digitalisierungsaspekte

Für die neue digitalen Versorgungswelten müssen neue institutionelle Arrangements geschaffen werden, die eine Datenethikinfrastruktur als neue „Versorgungsweltkarte" entwickeln. Das aktuelle SVR-Gutachten (2021) führt weiterreichende Vorschläge auf, wie Forschung und Versorgung zur Versorgungsverbesserung verzahnt werden müssen. Auch wenn die Telematikinfrastruktur derzeit aufgebaut wird und das „Digitalrauschen" über eRezept, eAU, ePA, DiGAs etc. groß ist, so gibt es bislang keine „institutionelle Zuständigkeit", die eine Gesamtstrategie „Digitalisierung im Gesundheitssystem" verantwortet. Die vielen Akteure (Selbstverwaltung, BMG, SVR, Deutscher Ethikrat, Qualitätsinstitute, health innovation hub, medizinische Fachgesellschaften, AWMF[74], Forschung, etc.) müssen in ein geordnetes Zusammenwirken treten, um diese neue Weltkarte zu zeichnen. Vor allem sollten hierbei auch IT-Architekten beteiligt sein.

[74] AWMF: AWMF aktuell

b) Versorgungsverträge

Heute immer noch „Betriebssystem „Reichsversicherungsordnung 1911"

Der Hausarzt mit Kassenarztsitz ist die historisch gewachsene „Kommandohöhe" der ambulanten Versorgung. Sein Vertragsfundament, wie auch das der anderen niedergelassenen Fachärzte, ist der Kollektivvertrag „Bundesmantelvertrag Ärzte[75]" (BMV) zwischen den Krankenkassen und den niedergelassenen Ärzten. Kollektiv bedeutet, dass alle zugelassenen Vertragsärzte an diesen gebunden sind. Im BMV ist die Zusammenarbeit der Haus- und Fachärzte untereinander sowie mit den sogenannten „nicht-ärztlichen" Leistungserbringern geregelt. Die Zusammenarbeit mit Fachärzten erfolgt überwiegend mittels Überweisungsverfahren, auch wenn Patienten Fachärzte inzwischen direkt aufsuchen können. Die „Zusammenarbeit" mit Therapeuten (Physio-, Logo- und Ergo) und Pflegediensten (Häusliche Krankenpflege), Apothekern (Rezepte) und Sanitätshäusern (Hilfsmittel/Medizinprodukte) erfolgt über ärztliche Verordnungen.

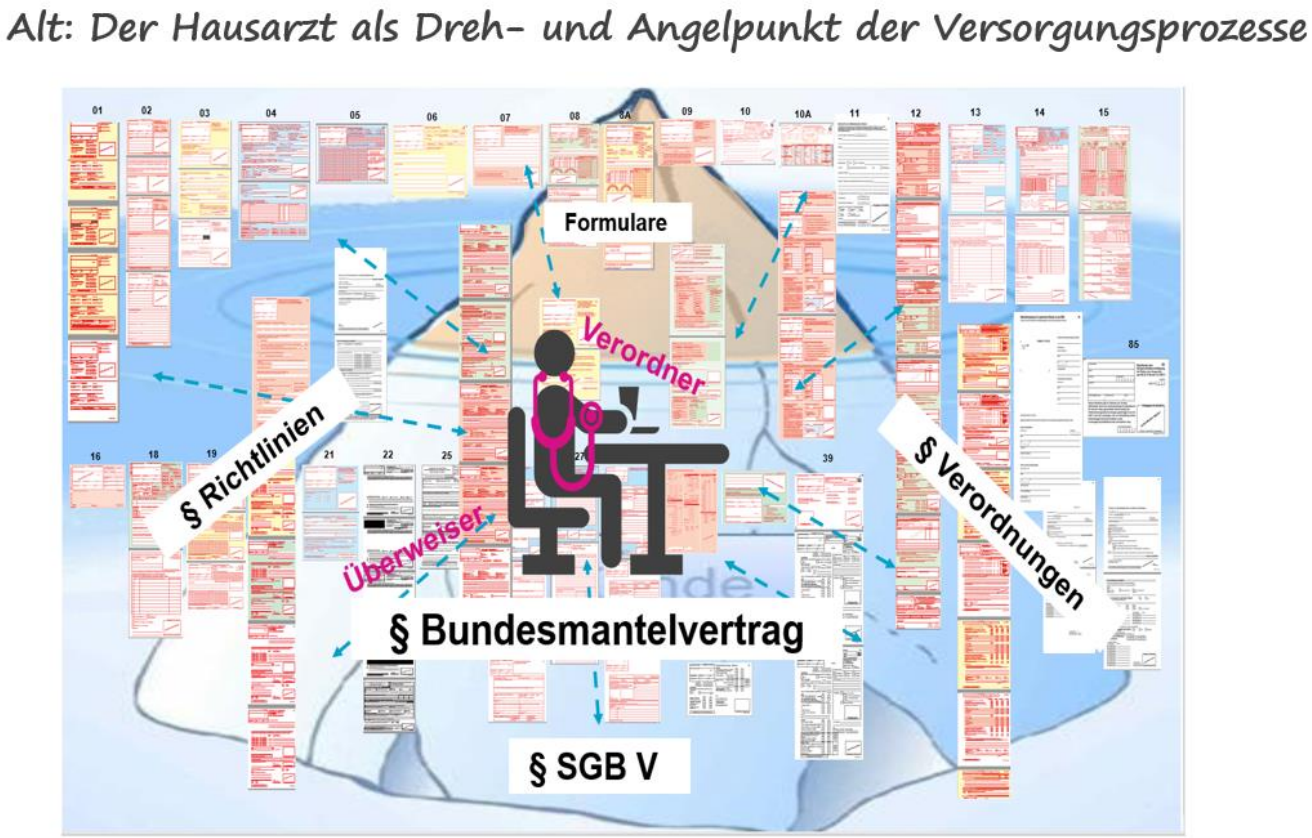


Abb. 28 Historisch ist der Hausarzt die „Kommandohöhe" der ambulanten Versorgungsorganisation

[75] KBV - Bundesmantelvertrag (BMV)

Das „Wesen" der heutigen ambulanten Versorgungsorganisation stammt aus der Reichsversicherungsordnung von 1911 (RVO)[76]. In dieser wurde der bis heute gültige „Arztvorbehalt" festgeschrieben. Zur damaligen Zeit waren die medizinischen Möglichkeiten begrenzt und es ging v.a. um die Vermeidung der „Krankschreibung" und die damit verbundene Zahlung eines Krankengeldes. Seit 1869 herrschte Gewerbefreiheit („Kurierfreiheit") und die Krankenkassen wollten unseriöse Praktiken abwehren und sahen in dem approbierten Arzt, der sein Können aus einer naturwissenschaftlich begründeten Medizin erlangte, die größte medizinische Kompetenz.[77] 1939 beendte das „Heilpraktikergesetz"[78] die Gewerbefreiheit und die „Ausübung der Heilkunde" durfte fortan generell nur noch vom Arzt mit Approbation durchgeführt werden oder vom Heilpraktiker, der hierfür eine Zulassung des Gesundheitsamtes benötigte („Erlaubnisvorbehalt")[79]. Mit der zentralen Stellung des v.a. Hausarztes, der mittels quartalsweiser Überweisung und Verordnungen das Geschehen organisierte, entstand der „Ebbe und Flut-Rhythmus" der Patientenbehandlung. Diese ist inzwischen eine „Lose-Enden-Zusammenarbeit", die zum Versorgungdschungel geführt hat und alles andere als eine verlässlich strukturierte Zusammenarbeit ist. Das Quartal ist ein medizinisches Behandlungskonzept geworden, obwohl es nur ein Abrechnungsmodus ist.

1990er: Versorgungswettbewerb auf dem „Betriebssystem RVO 1911"

Seit den 1980er Jahren veränderte sich die Versorgungswelt aufgrund der alternden Bevölkerung und der damit verbundenen Zunahme chronischer Erkrankungen. Mit der Pflegeversicherung 1995 wurde der Mensch als „Pflegefall"[80] neu ins System eingeführt. Die therapeutischen Berufe (Physio-, Logo- und Ergotherapie) und die Pflege bildeten ein zunehmend größeres „Versorgungsensemble" auf der Versorgungsbühne für Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation. Um die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der neuen Leistungserbringer und ihrer Leistungen zur Schonung der Beitragsgelder im Griff zu behalten, wurde der Hausarzt von der GKV zum „Ensemblevorsteher" installiert, der bis heute die Leistungen der anderen verordnet, koordiniert und z.T. finanziell verantwortet.

Mit der evidenzbasierten[81] Medizin trat ab den 2000er Jahren die Leitlinienmedizin als ein weiterer neuer „Versorgungsmitspieler" auf die Bühne, der Haus- und Fachärzte organisatorisch und fachlich bis heute neu herausfordert. Eine Leitlinie bedeutet, Behandlungs-

[76] Die RVO von 1911 wurde 1989 in das das SGB V überführt (Knieps / Reiners 2015)
[77] Döhler (1997) Die Regulierung von Professionsgrenzen: Struktur und Entwicklungsdynamik von Gesundheitsberufen im internationalen Vergleich (econstor.eu)
[78] Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung vom 17.02.1939
[79] Damit sollte ein „Aussterbemechanismus" für die Heilpraktiker implementiert werden
[80] Altenbericht der Bundesregierung (2012)
[81] EbM-Netzwerk — Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V.

und Untersuchungsmethoden einzusetzen, die stets dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen. Hierbei geht es nicht nur um neue Medikamente oder Untersuchungsmethoden, sondern auch darum organisatorisch dafür zu sorgen, dass die richtige Schrittfolge von Diagnostik, Therapie und Versorgung eingehalten wird. „Evidenz statt Eminenz" ist das Schlagwort dieses neuen „Medizinzeitalters"[82]. Dies gilt insbesondere für die Chronikerversorgung[83]. Diese vorausschauende Versorgung mit fahrplanmäßigen „Haltestellen" wie z.B. dem regelmäßigen Augenhintergrundcheck bei einem Diabetespatienten oder bestimmten Blutwertkontrollen, soll Zuspitzungen im Krankheitsverlauf wie z.B. Entgleisungen verhindern und langfristigen Folgeschäden vorbeugen. Die Mitwirkung und Anleitung der Patienten und oft auch An- und Zugehöriger im Umgang mit Erkrankung ist dabei enorm wichtig.

Da die alte hausärztliche Versorgungsorganisation den komplexer werdenden medizinisch, pflegerisch, therapeutischen und sozialen Koordinations- und Kooperationsanforderungen nicht mehr gewachsen war, führte die Politik ab Mitte der 1990er Jahre erste Reformansätze ein. Diese sahen und sehen bis heute vor, dass Ärzte und Krankenkassen auf freiwilliger Basis parallel zum Kollektivvertrag sogenannte selektive Verträge (Einzelverträge) schließen können, um über diese v.a. Koordination und Kooperation der Versorger einzuführen. Möglichkeiten hierfür boten und bieten Modellprojekte (§ 63 / 64 ff SGB V), Strukturverträge (73 a SGB V), in denen v.a. Arztnetze mit ihren Mitgliedspraxen neue Organisationsabläufe einführten und fachärztliche Verträge (73 c SGB V). Ab den 2000er Jahren kamen die Disease Management Programme (DMP 137 f SGB V), die Integrierten Versorgungsverträge (140a SGB V), die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV § 37 b / 132 d SGB V), die Gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende in Pflegeeinrichtungen (132g SGB V) und die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV § 116 b SGB V) als weitere hinzu. Parallel dazu wurden die Hausärzte in ihrer Koordinationsrolle über sogenannte Hausarztverträge (HzV § 73 b SGB V) finanziell gestärkt. Im Rahmen der HzV-Verträge erfuhr die Delegation an Bedeutung. Die vom Arzt an die Medizinische Fachangestellte (MFA) delegierten Arztassistenzleistungen wie z.B. Blutentnahme, Durchführung von Tests oder auch versorgungskoordinierende Maßnahmen wurden erstmals in einer Delegationsvereinbarung[84] festgehalten und abrechnungsfähig im Honorarsystem der Ärzte „eingebucht", ebenso koordinierende Tätigkeiten beim neuen „Hausärztlich-geriatrischen Betreuungskomplex". Für die Versorgung der Pflegeheimbewohner entstand ein neues Abrechnungskapitel (Kap. 37 EBM)[85] für

[82] Wiesing (2004): Wer heilt, hat Recht?
[83] 1_5_DEGAM_Gensichen_CCModell (uni-frankfurt.de) Genannt Chronic Care Model
[84] Anlage 8 BMV-Ä (kbv.de)
[85] KVWL - Vertrag - Genehmigung

Hausärzte, die mit Pflegeheimen eine Kooperationsvereinbarung (§ 119 b SGB V) abschließen. Parallel zu den Neuerungen im ärztlichen Abrechnungssystem wurde für die Krankenhäuser ein Entlassmanagement[86] mit ebenfalls koordinierenden Tätigkeiten zur Pflicht, über die Pflegeversicherung und Pflegekassen wurde die Pflegeberatung u.a. mit Pflegestützpunkten aufgebaut, die auch informieren, beraten und koordinieren (§ 7a SGB XI)[87].

Salopp gesagt, koordinieren alle „irgendwie", doch nach wie vor ist der Patient bzw. der An- und Zugehörige unfreiwillig Manager seiner Versorgung, der allen anderen in einem für ihn wie auch oftmals für die Leistungserbringer selbst schwer durchschaubaren System hinterherlaufen muss. Eine moderne „schnittstellenfreie" Versorgungsstruktur entstand nicht, stattdessen nahmen Bürokratisierung, Intransparenz, Abgrenzung und Honorarverteilungskämpfe zu. Auf der Grundlage des „GKV-Betriebssystems RVO 1911" kann jeder Akteur nach wie vor nur bis in seinem „eigenen Vorgarten" koordinieren und kooperieren. Insbesondere die Überbetonung des Hausarztes als Versorgungsmanager (Lotse, Gatekeeper) verhindert die Entwicklung der interprofessionellen Teams und kooperativen Versorgungsformen. In der alten Kollektivwelt wird unter Interprofessionalität und Kooperation die Direktive des Arztes an seine Medizinische Fachangestellte (VERAH und NÄPA-Delegation[88]) verstanden. Der Hausarzt aber ist Facharzt für Allgemeinmedizin und damit ein „Körpermediziner", er ist kein Versorgungsmanager. Wäre dem so, würde nicht seit über 20 Jahren über die Einführung eines Care- und Case Managements diskutiert und es gäbe auch nicht die große Zahl der Innovationsfondsprojekte mit „Patientenlotsen".[89]

Pflegende Angehörige wie auch Pflegefachkräfte in Pflegeeinrichtungen haben Angst vor unbeherrschbaren Situationen. Gegenwärtig gibt es den Rettungsdienst, den vertragsärztlichen Notfalldienst und auch 24/7-Rufbereitschaften in der SAPV. Wenn es um die Gründe für unnötige Einweisungen ins Krankenhaus geht, stehen dennoch die mangelnde Verfügbarkeit und Erreichbarkeit insbesondere von niedergelassenen Ärzten in vielen Versorgungsanalysen oben[90]. Die gegenwärtigen rechtlichen Grundlagen lassen es nicht zu, regional sinnhafte Versorgungsstrukturen für eine gute und ressourcenadäquate Erreichbarkeit zu organisieren. Das trifft für die Notfallversorgung zu, deren Reform bereits auf der politischen Agenda steht, wie auch auf die Organisation spezialisierter Expertisen, die nicht überall vorgehalten werden müssen und können. Nicht jede Arztpraxis und nicht jeder Pflegedienst

[86] Entlassmanagement (bundesgesundheitsministerium.de)
[87] Pflegeberatung nach § 7a SGB XI - GKV-Spitzenverband
[88] NäPA - Nichtärztliche Praxisassistentin - Rahmenbedingungen: Gesetzliche Regelungen und Vereinbarungen - NäPA / VERAH - Perspektiven im Beruf - Medizinische/r Fachangestellte/r - Verband medizinischer Fachberufe e.V. (vmf-online.de)
[89] BMC-Lotsenlandkarte.pdf (bmcev.de)
[90] VA-69-ASK-Diagnosekatalog-final.pdf (versorgungsatlas.de)

muss z.B. spezialisierte Wundversorgung können, weil es nicht so viele Wunden gibt, aber, Spezialexpertise muss regional hinzugezogen werden können und zwar regelhaft und engmaschig. Das gegenwärtige System mit Einzelpraxis und Einzelpflegedienst verlangt allen „ein bisschen Spezialexpertise" ab, um allen dafür nur ein bisschen mehr Geld bezahlen zu müssen, weil alle in diesem System bedient werden müssen. Im Fachjargon heißt das „anbieterdominierte Versorgungsstruktur". Finanziell betrachtet müssen für jede Praxis und für jeden Pflegedienst eigene Betriebskostenstrukturen bezahlt werden, um unter dem gesetzlichen Kontrahierungszwang das jeweilige „Überleben" zu sichern. Da Versorgungsergebnisse nicht erhoben werden, wird Honorar unabhängig davon gezahlt, wie gut oder schlecht diese „Gießkannenversorgung" ist. Systemisch wird dieses zuweilen auch für spezialisierte Expertisen mit einer notwendigen „Flächendeckung" gerechtfertigt, da allen Patienten die Versorgung zur Verfügung stehen muss. Wenn Qualifikationsanforderungen mit dem Argument „sonst findet man dort niemanden" heruntergeschraubt werden, ist das Patientengefährdung und keine Versorgung.

Die „Gefangenschaft" in diesen überholten Strukturen wird am Beispiel der Wundversorgung deutlich[91]. Ursache der meisten chronischen und schwerheilenden Wunden sind chronische Erkrankungen wie Diabetes, Durchblutungsstörungen, Herzkreislauferkrankungen, Multimorbidität und andere, zum Teil in Begleitung schwieriger sozialer Umstände. Statt bei den Patienten die Ursachen für die Wunde strukturiert abzuklären, die Grunderkrankungen kontinuierlich zu behandeln und Patienten sowie Angehörige im Selbstmanagement zu befähigen – sprich, statt eines umsichtigen ganzheitlichen Fallmanagements - beherrscht in der aktuellen Versorgung die große Erzählung der „modernen Wundauflage" das Thema, so, als käme es nur auf die richtige (meistens hochpreisige) Wundauflage an. Eine hochkomplexe interdisziplinäre und interprofessionelle Versorgungsaufgabe wie die spezialisierte Wundversorgung wurde jüngst rechtlich in der Häuslichen Krankenpflege verortet. In dieser sind allerdings nur die Aufgaben der Pflegedienste regelbar, nicht aber die der Ärzte, Therapeuten, Podologen, orthopädischen Schuhmacher und andere, die es für eine qualifizierte Wundversorgung braucht. Es ist so, als wolle man ein Haus bauen und gibt dafür nur den Tapezierern den Auftrag als „zugelassenen Leistungserbringern". Das ist Versorgungsverwaltung im historisch rechtlich bewährten Zwiebelmuster: Gesetz, Rahmenempfehlung der Kostenträger und Leistungserbringerverbände nach jahrelangen Anhörungs- und Schiedsverfahren, Richtlinie, Versorgungsverträge, Preistabelle. Unter den Überschriften Freiberuflichkeit, Facharztstandard und freie Leistungserbringerwahl werden

[91] Laag et al (2018) Die Zeit schürt alle Wunden, Gesundheits- und Sozialpolitik.

immer wieder die alten Strukturen bedient, deren Akteure vor allem aufgrund ihres Einzelkämpferdaseins komplexe Versorgungsaufgaben immer nach dem selbigen „Kleinhackmodus" abarbeiten können. Integriertes Versorgen lässt sich nicht am grünen Tisch alleinig durch Interessenvertreter gestalten und Freiberuflichkeit und Selbstständigkeit sind weder ein Behandlungskonzept noch ein Organisationsprinzip. Ohne die Darstellung von Versorgungsergebnissen ist es ein intransparentes Versorgungssystem, das Grenzen zwischen Erwerbstätigkeit und Profitstreben fließend gestaltbar macht. Dabei ist auch hinlänglich bekannt, dass nicht jeder Arzt und jede Pflegefachkraft für die Selbstständigkeit gemacht ist.

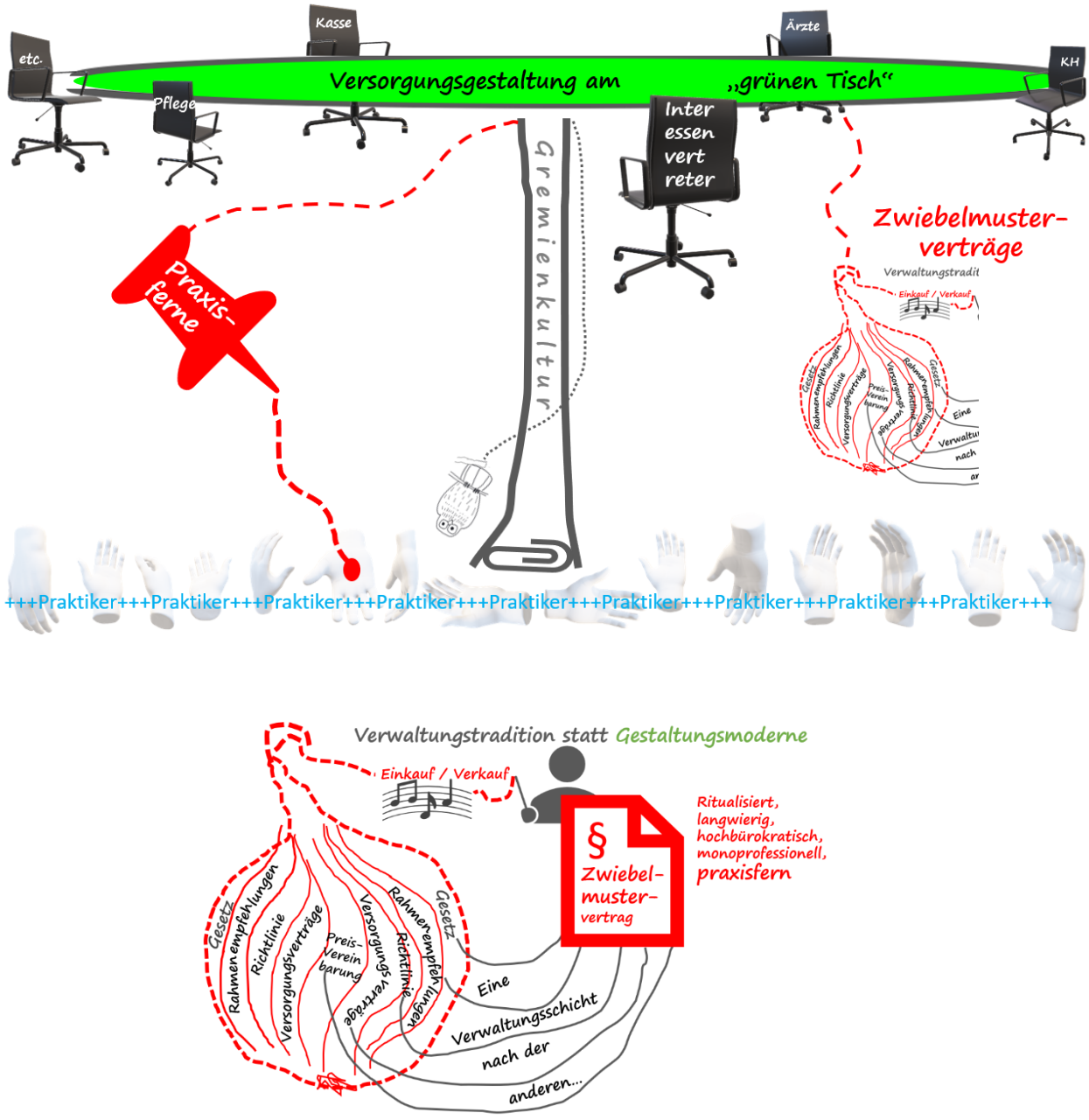


Abb. 29 Die Gestaltung der Integrierten Versorgung kann nicht nach Verwaltungsmodus erfolgen.

Die freie Arztwahl ist für Menschen mit einer wirklich komplexen und schweren Erkrankung schon lange ausgehöhlt, weil viele Hausärzte ihre Haus- und Pflegeheimbesuche schon seit langem zurückfahren und Fachärzte noch nie regelhaft herausgefahren sind. Nur wenige Fachärzte (v.a. Neurologen, Urologen) besuchen Heimpatienten, eine fachärztliche Versorgung Zuhause existiert nicht. Dabei ermöglichen die moderne Medizintechnik (Miniaturisierung) und die Digitalisierung längst mobile fach(zahn)ärztliche Versorgung. Die hausärztliche Versorgung der Pflegeheime erfolgt ressourcenverbrennend und die Gründe für die Klage „Keine Zeit, kein Geld dafür" sind kein Schicksal, sondern durch die Anlage des Vergütungssystems und der Strukturen hausgemacht. Die althergebrachte Organisation ist dabei eine Bürde für die Heime, wenn Ärzte kommen und gehen, wie es für sie passt („Schmetterlingsprinzip"), nicht aber mit den Versorgungsregimen in den stationären Pflegeeinrichtungen abgestimmt ist. Der Quartalsrhythmus zwingt Pflegeeinrichtungen darüber hinaus zuweilen dazu, Versichertenchipkarten „ins Taxi zu setzen", damit diese in den Arztpraxen „durchgezogen" werden, da Ärzte sonst keine Verordnungen ausstellen.

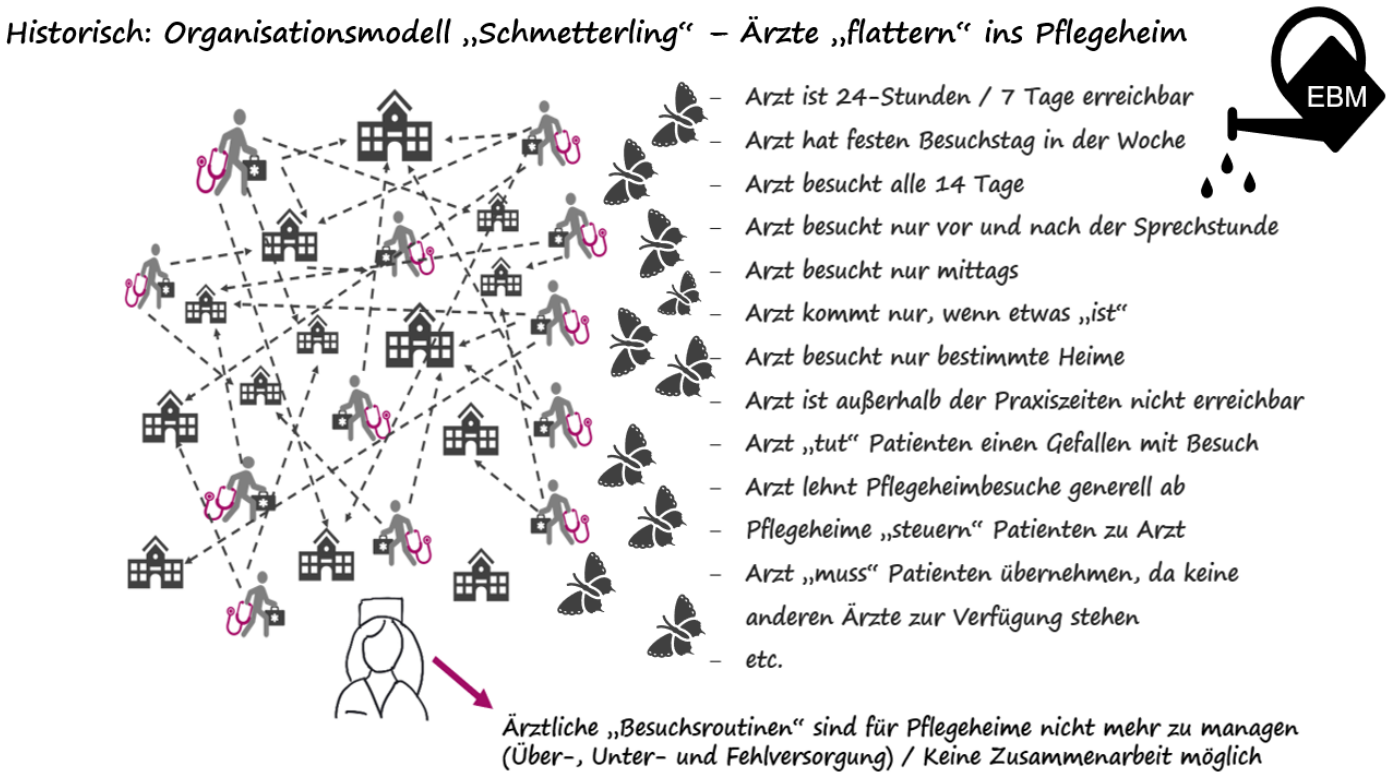


Abb. 30 Die ärztliche Einzelbesuchsroutine in Pflegeheimen verursacht Versorgungslücken.

Auch das Organisations- und Tätigkeitsprofil der ambulanten Pflege ist in alten kollektivvertraglichen Rahmenverträgen und Qualitätsvereinbarungen festgeschrieben, die in den 1990er Jahren mit Einführung der Pflegeversicherung entstanden. Hierzu gehören die Minutenpflege, die künstliche Trennung in Grund- und Behandlungspflege sowie der Wildwuchs ambulanter Pflegedienste[92],[93]. Im Alltag sieht jeder die Pflegedienste kreuz durch die Stadt fahren, schaut man aus der Vogelperspektive auf die Tourenplanung, wird das marktgetriebene „Gestaltungsprinzip" erkennbar, nach dem es keinerlei regionale Planung gibt. Kein System kann so viele Pflegfachkräfte „produzieren" und angemessen finanzieren, wie es die gegenwärtigen unsinnigen Organisationsstrukturen erfordern. Inzwischen entstehen Geschäftsmodelle[94], in denen Anbieter den Patienten Wege durch den Dschungel der Pflegeleistungen weisen, da die bestehenden Beratungs- und Koordinierungsangebote keine wirklichen Hilfen sind. Jeder, der einen „Pflegefall" in seinem sozialen Umfeld hat, kennt das Gefühl der Hilflosigkeit im „Kampf" gegen das Versorgungssystem, das eigentlich eine Hilfe sein sollte und eigentlich auch viele Hilfen zur Verfügung stellt – wieso muss es dann auf Kosten der Beitragszahler so schlecht organisiert sein?

Abb. 31 Die ambulante Pflegestruktur ist ohne eine kommunale Anbindung gewachsen

[92] Klie, Thomas (2020) Über Reformperspektiven und Grenzen der Marktsteuerung
[93] Ketzer et al (2020) Ambulante Pflege in der modernen Gesellschaft. Aktuelle Bestandsaufnahme und Zukunftsperspektiven
[94] KindCare | Homepage

Integrierte Versorgung ist die „Umweltspur" des Gesundheitssystems

Die ambulante Versorgung ist kein „Emergency Room", sondern eine den Patienten lebenslang begleitende „Einrichtung". Die neuen Versorgungsformen mit ihrem integrierten und interprofessionellen Ansatz weisen in die richtige Zukunft, allerdings muss dafür das alte „RVO-1911-Betriebssystem" abgelöst werden. Für strukturierte Versorgungsprozesse ist inmitten der täglichen „Ebbe- und Flut"-Versorgung kein Raum, schon gar nicht, wenn mit dem alten Mainstream der zentralistisch angelegten, monosektoralen, monoprofessionellen, intransparenten und unkoordinierten Versorgung besser und schneller Geld zu verdienen ist. Die integrierte Gesundheitsversorgung, die ihren ersten Atemzug als Versorgungsmoderne selektivvertraglich im deutschen Gesundheitssystem machte, ist im übertragenen Sinne die Umweltspur in der Klimapolitik. Inmitten der autoverliebten Stadt- und Verkehrsplanung der Nachkriegszeit soll diese die Verkehrs- und Energiewende herbeiführen. Ein anderes Beispiel ist das „Bio" in der Landwirtschaft gegen den Mainstream der industriell-exportorientierten Agrarindustrie. Alle wissen, dass ein Ausstieg aus der traditionellen Produktions- und Verhaltenswelt und ein Einstieg in nachhaltiges, ressourcenschonendes und wirtschaftlich intelligentes Handeln notwendig ist, wenngleich die praktische Umsetzung eine Aufgabe von Jahrzehnten ist.

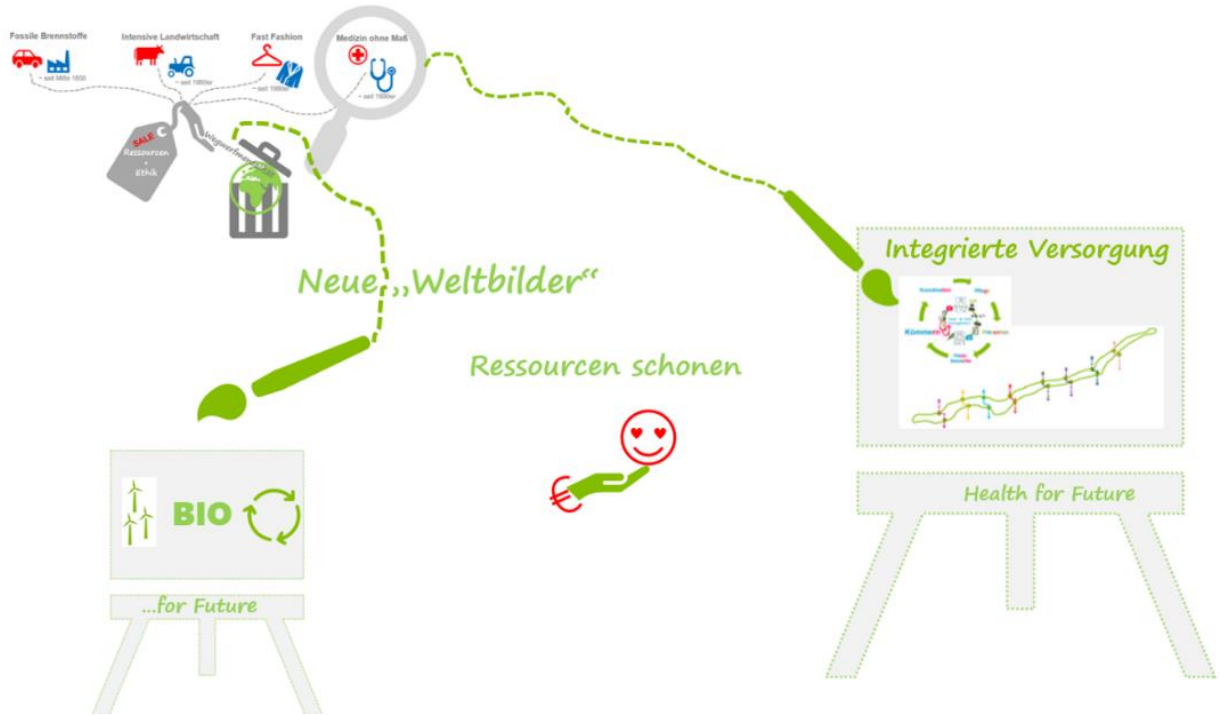


Abb. 32 Neue Versorgungsweltbilder – die Integrierte Versorgung muss weiter gemalt werden!

Die selektiven Vertragsformen hatten bislang unterschiedliche Auswirkungen auf das System, zumal auch einige kollektiv, also für alle gleich geltend, angelegt wurden wie z.B. die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung. „Sterben" sollte kein Wettbewerbsfeld der Krankenkassen sein nach dem Motto „Schöner Sterben mit der BKK Himmel". Die Palliative Care Teams aus Ärzten und Pflegefachkräften passten Anfang 2000 weder von ihrer Versorgungssozialisation (miteinander arbeiten) noch abrechnungstechnisch in das Regime der kassenärztlichen Versorgung und wurden als Vertragssondersystem der SAPV eingeführt. Endlich hielt die Palliativversorgung damit auch in Deutschland ambulant flächendeckend Einzug, allerdings um den Preis einer gänzlich neu zu finanzierenden Leistungserbringerinfrastruktur. Die DMP als älteste zunächst selektive „Spielart" strukturieren vor allem ärztliche Versorgungsschritte für wenige Indikationen, sie führen zu besseren Behandlungsergebnissen und sind inzwischen flächendeckend eingeführt, haben aber keine integrierende Funktion. 140a-Verträge „kommen und gehen", da sie für alle freiwillig sind, sie haben zu geringe Fallzahlen und sind administrativ überbürokratisiert. Darüber hinaus ist ihr Versorgungskonzept in der Praxisrealität organisatorisch nicht gegen die Ebbe- und Flut-Kollektivversorgung durchzusetzen.

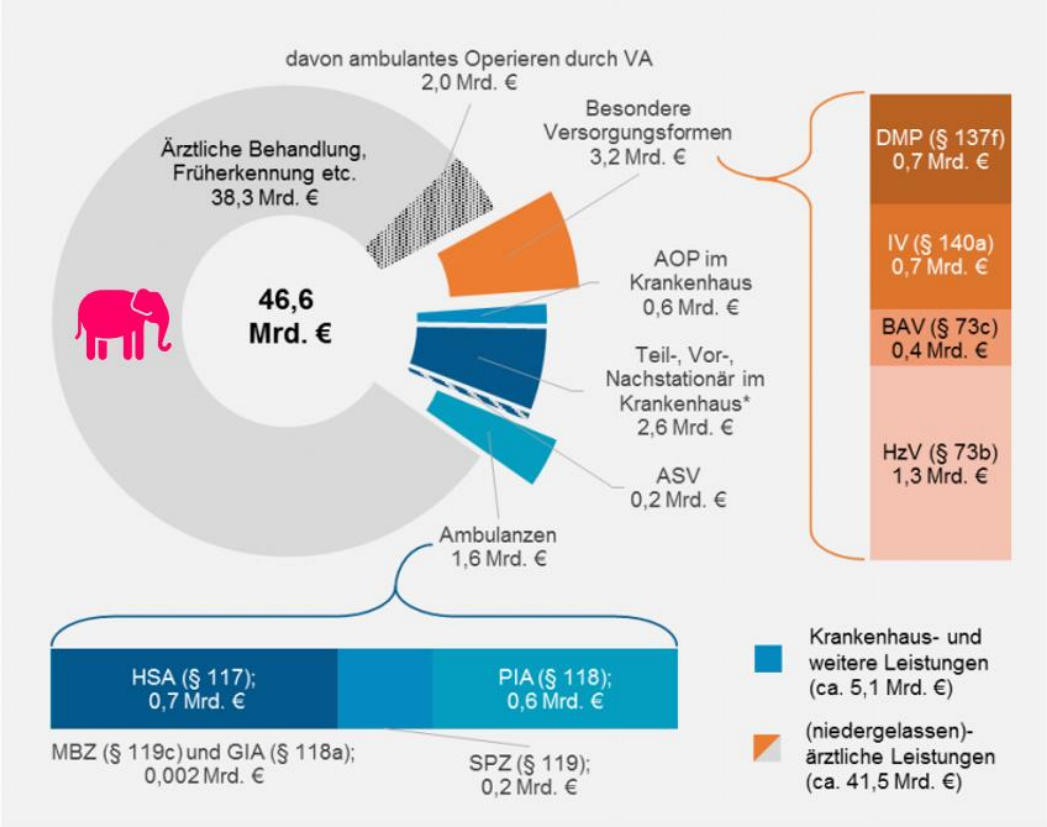


Abb. 33 KOMV-Gutachten 2019 – der kollektive Mainstream dominiert (Elefant nachträglich eingefügt)

IV-Verträge sind als Wettbewerbsverträge unter den Krankenkassen angelegt, was zu unwirtschaftlichen kleinen Patientenzahlen in den Verträgen führt, da nur Versicherte der jeweiligen Krankenkasse eingeschrieben werden können. Für wenige Patienten aber lohnen sich die Verträge in den Praxen nicht. Aufgrund dieser Barrieren haben sie bis heute keine wirklich systemverändernde Wirkung, auch wenn viel Aufhebens um sie gemacht wird, wie mit der 2021 eingeführten Meldestelle[95]. Im Innovationsfonds spielt der 140a-Vertrag nun eine wichtige Rolle, da er oft als einzige Vertragsgrundlage für die Projekte in Frage kommt. Da dort aber große Fallzahlen für die Evaluation erreicht werden müssen, werden inzwischen Einschreibeerweiterungen auf Patienten anderer Kassen vorgenommen.

Die Idee, dass Krankenkassen mit Selektiverträgen um eine „bessere" Versorgung konkurrieren sollen, ist ethisch kritisch zu sehen. Jeder Patient erwartet eine kassenunabhängige Behandlung nach dem aktuellen Stand der Medizin, denn alle Versicherten haben denselben Anspruch darauf. Werden z.B. in einem IV-Vertrag ein ausführlicher Arzneimittelcheck oder ein besonderes ärztliches Konsil „eingekauft", gibt es keine Gleichbehandlung mehr. Gerade das wirft insbesondere die Gesetzliche Krankenversicherung sonst der Privaten Krankenversicherung vor. Die Frage, wieso Leistungen, die eigentlich selbstverständliche Grundversorgung sein sollten, da sie in den Vergütungslegenden der Honorarsysteme oft beschrieben sind, zusätzlich „eingekauft" werden müssen, wird bislang nicht gestellt (der Elefant im Raum).

Integrierte Versorgung fragt nach Wirtschaftlichkeit

Mit der Integrierten Versorgung nach § 140a SGB[96] kam erstmals im Versorgungssystem die Frage nach dem Einsatz der Finanzmittel in Relation zur Versorgungsqualität auf – sprich, die Evaluation hielt Einzug ins System. Das allgemeine Finanzcontrolling der Kostenträger und Leistungserbringer ist jedoch keine Evaluation, sondern „lediglich" Controlling, es darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass wir zwar um die Einnahmen und Ausgaben wissen, nicht aber darum, welche Versorgungsqualität „eingekauft" und „geboten" wird. Da die 140a-Verträge zusätzlich zur bestehenden Kollektivversorgung vergütet werden, müssen diese „wirtschaftlich" sein, d.h., sie müssen sich refinanzieren. Vereinfacht gesagt bedeutet dies: wenn z.B. 30 € für einen Versorgungskoordinator ausgegeben werden, Einsparungen in selbiger Höhe an anderer Stelle sichtbar werden müssen, wie z.B. bei vermiedenen

[95] Vertragstransparenzstelle - www.bundesamtsozialesicherung.de

[96] Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz von 2015 wurden die Regelungen der §§ 140 a-d restrukturiert und auf dessen ersten Abschnitt, den jetzigen § 140a begrenzt, wobei dieser die Überschrift „Besondere Versorgung" erhalten hat. Hierunter fallen auch die aufgehobenen § 73a und §73c.

Krankenhauseinweisungen oder geringeren Arzneimittelausgaben, weil die Koordination die Versorgungsprozesse besser aufeinander abstimmt. Schon methodisch sind derartige Gegenüberstellungen bis heute nicht wirklich „handhabbar", da unterschiedliche Vergütungssysteme und Leistungen in den komplexen Vergütungszusammenhängen nicht ohne weiteres gegeneinander ausgetauscht werden können und die Versorgungsrealität weitaus komplexer ist. Budgetbereinigungsverfahren sind bürokratisch und nicht „passgenau", um Doppelfinanzierung zu vermeiden. Der Anspruch einer abbildbaren Wirtschaftlichkeit und Versorgungsqualität muss zukünftig die gesamte Versorgung, also den gesamten Stadtverkehr, und nicht nur die Umweltspur der Integrierten Versorgung umfassen. Da die klassischen Versorgungsbereiche historisch einzeln gewachsen sind und nicht als integrierte Versorgungskette, beinhaltet das Controlling der Leistungsausgaben in der GKV ebenfalls nur eine einzelfachliche Sicht. Abgerechnete Arztleistungen oder Arzneimittel kann man zählen, was sie aber in der Versorgung bewerkstelligen, bleibt unklar. An die integrierte Versorgung wird stets der Anspruch an Evaluation und Wirtschaftlichkeit gelegt, bislang aber nicht an die ambulante ärztliche Kollektivversorgung. Jährliche Honorarsteigerungen und neue Abrechnungsziffern sind dort verglichen zur IV nahezu Selbstgänger, obgleich sie nach den Krankenhausausgaben den zweitgrößten Ausgabenblock in der GKV ausmachen.

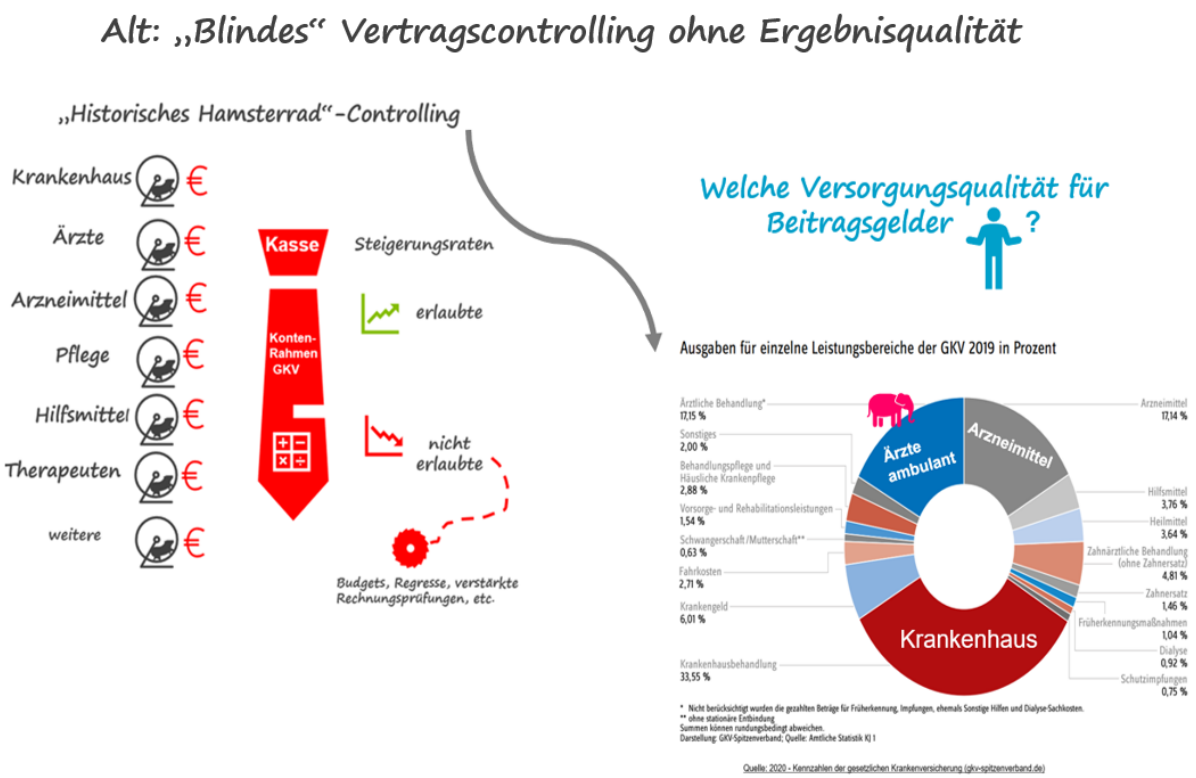


Abb. 34 Ausgaben werden historisch nur für Einzelbereiche gezählt und bleiben ohne Ergebnisqualität.

Integrierte Versorgung braucht neue Betriebsmodelle

Interprofessionelles, sektoren- sowie leitliniengerechtes Versorgungsmanagement kann nicht die Hausarztpraxis alleine erbringen. Hierfür braucht es übergeordnete Managementstrukturen und -kompetenzen[97]. Schon die bisherigen neuen Konzepte werden in der Regel von neuen Akteuren angeboten, die z.T. neue Zusammenschlüsse und Managementgesellschaften „alter" etablierter Leistungserbringer mit neuem Personal- und Akteurzuschnitt sind wie z.B. Praxis- oder Gesundheitsnetzwerke[98]. Mit ihrer „hybriden Betriebsform" finden diese bis heute keinen Eingang in die zentralistisch, monodisziplinär und sektoral angelegten Bedarfsplanungen, Sicherstellungsaufträge und Zulassungsregularien. Vertragsarztrecht, Berufs-, Steuer- und Haftungsrecht sowie andere Rechtsbereiche sind seit 100 Jahren auf den Kassenarztsitz zugeschnitten und nicht auf moderne, digital unterstützte Netzwerkkonstellationen und interprofessionelle Teamansätze. Integrierte Versorgung setzt sich auch deshalb nicht durch, weil hier alle Detailfragen in den letzten 20 Jahren ungeklärt blieben. Medizinische Versorgungszentren, Praxisgemeinschaften oder Berufsausübungsgemeinschaften sind vertragsärztliche Organisationsformen. Sie werden fälschlicherweise mit Team und Kooperation assoziiert, sind aber wie die Einzelpraxis nur der ärztlichen Tätigkeit verpflichtet[99].

Neue Modelle der Versorgungsorganisation bieten überall attraktive Arbeitssettings, nicht nur in den weniger attraktiven Regionen, zudem verhindern sie das „berufliche Ausbrennen" der Personen, die in der Versorgung arbeiten. Junge Health Professionals[100] - Ärzte, Pflegefachkräfte, Therapeuten, etc. - favorisieren eine flexible Berufsausübung, die ihnen die Wahl zwischen Selbstständigkeit und Festanstellung lässt. Sie möchten flexibel zwischen ambulant, intersektoral und stationär, interprofessionell, und vernetzt[101],[102],[103] arbeiten. Den reformierten Hochschulstudiengängen können diese Arbeitsmöglichkeiten mit den neuen Versorgungs- und Betriebsmodellen folgen.

Männer in die Pflege!

Mit dem Aufkommen der integrierten Versorgung fiel und fällt das Scheinwerferlicht zunehmend auf die Pflege und ihre ungenutzten Kompetenzen. Der unverändert seit 1939 gültige Heilkundebegriff verhindert bis heute, dass Pflegefachkräfte die an den Hochschulen

[97] Brandhorst et al (2017)
[98] Hahn / Kurscheid (2020)
[99] Ladurner et al (2020) Rechtsgutachten Stand und Weiterentwicklung MVZ
[100] Blog - Hashtag Gesundheit e. V. (hashtag-gesundheit.de) / Bündnis Junge Ärzte (buendnisjungeaerzte.org) / Positionspapier - Denkschmiede Gesundheit
[101] Berufsmonitoring Medizinstudierende 2018 (kbv.de)
[102] 2020-02-Gerechte-Gesundheit.pdf (gerechte-gesundheit.de)
[103] „Was ist unsere Kernmarke, unsere Kernbotschaft?" – Gerechte Gesundheit Magazin (gerechte-gesundheit-magazin.de)

erlernten klinischen Kompetenzen in der Versorgung umsetzen können[104]. Hierbei handelt es sich nicht (nur) um Arztassistenzleistungen wie Blutentnahme, Blutdruckmessen oder Injektionen, sondern um erweiterte und selbstverantwortete Tätigkeiten wie Ersteinschätzung, Ausstellung von Verordnungen (z.B. Pflegehilfsmittel), Katheterwechsel, Beratung, Information, Hausbesuche, Follow-UP-Kontrollen, Koordination, Vorbefundung, Anleitung zum Selbstmanagement, Ernährungsberatung, Hypertonieschulung, etc. Pflegefachkräfte erwerben im Rahmen eines Hochschulstudiums erweiterte klinische Kompetenzen, jedoch können sie diese in den alten Versorgungsverträgen nicht umsetzen. In Deutschland ist das Bild der Pflege durch die Pflegeversicherung geprägt, die im ambulanten Bereich – salopp gesagt – das Bild einer erweiterten weiblichen Familientätigkeit hat. Seit Jahren fällt der Blick oft ins Ausland, wo Pflegefachkräfte im ambulanten Bereich eine versorgungstragende Rolle mit erweiterten klinischen Kompetenzen spielen. Care Work, sprich „Sorgearbeit", ist im deutschen Pflegekontext immer noch kein Arbeitssetting für Männer[105], obwohl diese dort nicht nur zahlenmäßig dringend gebraucht würden. In Tandem- und Circle-Line kann und muss die Pflege mit erweiterten Kompetenzen und Verantwortung arbeiten und würde somit auch für Männer ein attraktives Arbeitsfeld.

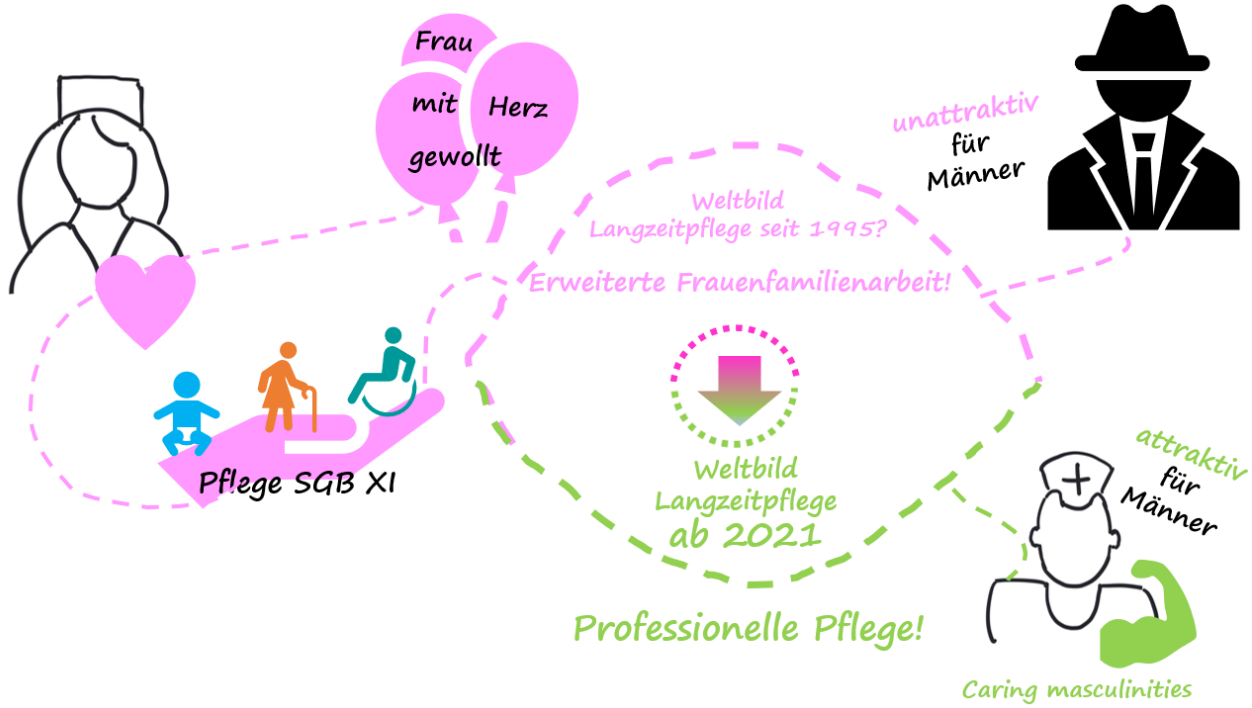


Abb. 35 Wenn die Pflege sich professionalisieren darf, ist sie auch etwas für (mehr) Männer.

[104] 05-06-2020_Gemeinsame Stellungnahme zum internationalen Jahr der Pflegenden und Hebammen.pdf
[105] Gärtner, Marc; Scambor, Elli (2020): Über Männlichkeit und Sorgearbeit

Ambulante Bürgerversorgung statt Kollektiv- und Selektivverträge

Die Vertragsetiketten „kollektiv" und „selektiv" sind überholt. Für die Zukunft braucht es starke regionale Versorgungsverträge, die kollektiv für alle gelten, die aber inhaltlich den modernen Versorgungsanspruch einer strukturierten, interprofessionellen, evidenzbasierten und transparenten Versorgung haben. Nachhaltige Wirtschaftlichkeit wird sich langfristig nur über die Ausrichtung der eingesetzten Finanzmittel an Ergebnisqualität sichern lassen und dafür müssen einfache, transparente und dynamisch anpassbare Versorgungsverträge auf Grundlage „vernünftiger" Strukturen und Prozesse basieren. Es muss nicht so kompliziert sein wie derzeit.

Sandbox sieht eine vertragliche Verzahnung der bisherigen hausärztlichen Versorgung mit der ambulanten Pflege in einem Tandem-Vertrag vor sowie daran angedockte Modulverträge der Chronikerversorgung und Verträge für einen Single-Leistungskatalog. Dies sind Leistungen, die kein weitergehendes Versorgungsmanagement benötigen und verrichtungsbezogen abgerechnet werden können. Für eine gut abgestimmte Versorgung der Akteure untereinander und Überleitung vom medizinischen System in die nachgelagerten Hilfesysteme der Kommune, werden die hausärztliche und pflegerische Versorgung mit der Kommune über einen „Circle-Line"-Vertrag verbunden.

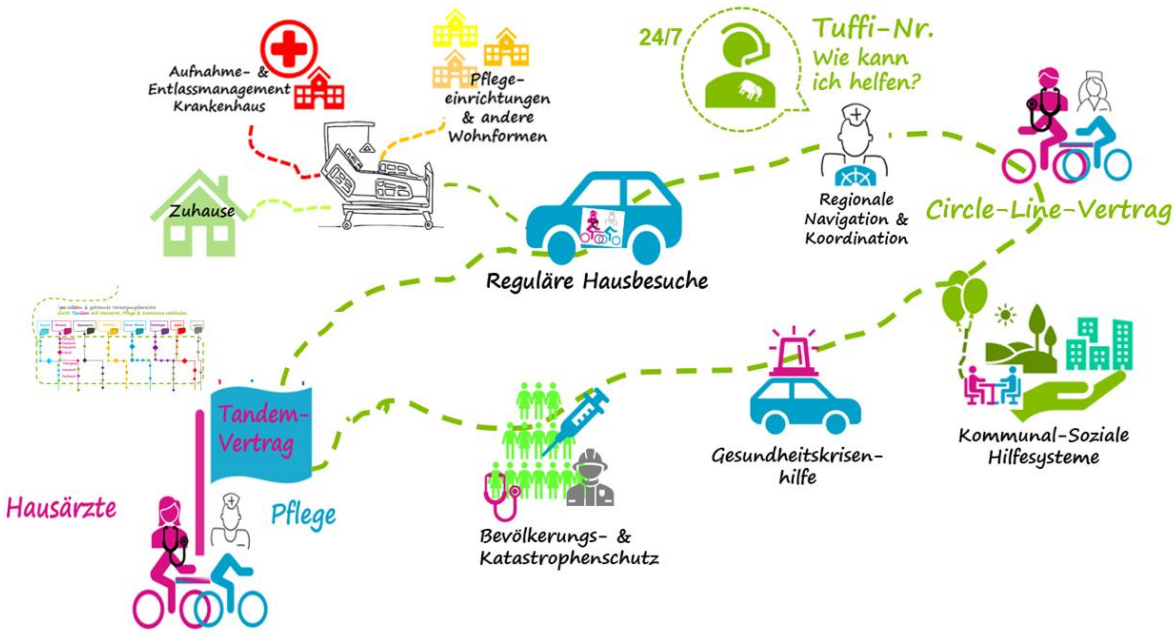


Abb. 36 Das Tandem ist das Herz, der Motor der ambulanten Bürgerversorgung.

Das Personalmanagement in der Versorgung muss nach effizienten Versorgungsstrukturen erfolgen und nicht nach einem ressourcenverschwendenden überholten sozialrechtlichen Schnittmuster, das z.B. im Pflegeheim keine Behandlungspflege externer Pflegedienste erlaubt oder Praxisnetzen die Anstellung von Pflegefachkräften quasi unmöglich macht, da sie abrechnungstechnisch nur bei einer Kassenarztpraxis angestellt sein können. Zudem sollten Versicherte und Patienten Transparenz darüber haben, wie viel die Gesundheitsversorgung kostet und was sie dafür bezahlen.

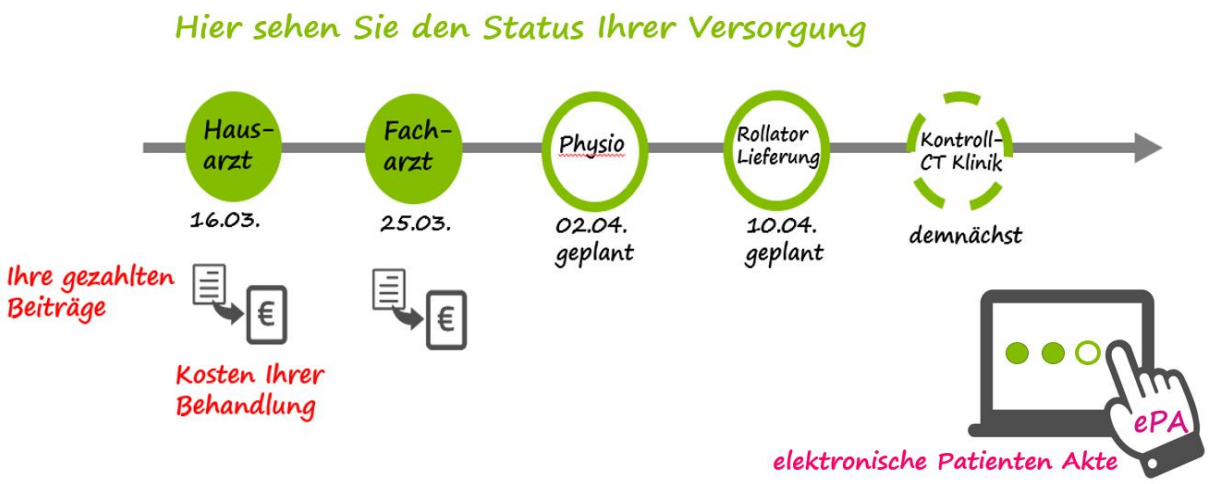


Abb. 37 Die digitalen Möglichkeiten sollten auch für Kostentransparenz beim Patienten sorgen.

Unterschiedliche Kompetenzen und Sozialisationen ergänzen sich nicht ohne moderierende Einübung zu einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung, wenn sie komplexe praktische Probleme zusammen bearbeiten müssen, die mit den Mitteln der einzelnen beteiligten Professionen nicht zufriedenstellend lösbar wären. In den alten Verträgen und Sicherstellungen bleibt jeder bei und mit sich allein. Zusammenarbeit braucht von Grund auf an interprofessionell angelegte Verträge. D.h., beide Seiten müssen aus ihren alten Vertragsrahmen herausgelöst und gemeinsam in den neuen „Tandem-Vertrag“ hinein entwickelt werden. Die Pflege ist insbesondere im Circle-Vertrag nicht mehr die dienende Entlastung des Arztes, sondern vor allem auch Steuerer des Versorgungsmanagements mit einem erweiterten Leistungs- und Organisationsprofil. Anbieter der Circle-Line als versorgerübergreifende Managementstruktur können neu zu gründende regionale

Primärversorgungszentren[106], Praxisnetze, Kommunen oder sonstige Akteure[107] sein. In den letzten 20 Jahren wurden hierzu vielfältige Modelle entwickelt, die in Sandbox Echtversorgung der Zukunft werden können.

Zum Tandem und zur Circle-Line gehört eine verlässlich aufsuchende Versorgung durch interprofessionelle Versorgerteams. Diese begleiten Übergänge von stationär und ambulant, geben zuhause medizinische und pflegerische Versorgungssicherheit und setzen das Care- und Case Management um. Mit den neuen Verträgen haben Haus- und Fachärzte die Möglichkeit, neben ihrer inhäusigen Praxistätigkeit eine geregelte aufsuchende Versorgung in einer gut organisierten, adäquat finanzierten und interprofessionellen Teamstruktur wahrzunehmen. Durch intelligente Ressourcenplanungen, die sich auf die kommunal-regionalen Begebenheiten beziehen, werden die menschlichen wie finanziellen Ressourcen bedarfsgerechter und sinnstiftender eingesetzt als bisher. Für die Ausgestaltung eines Tandem- und Circle Line-Vertrages können die vielen vorliegenden Konzepte aus den Jahren der integrierten Versorgung aufgegriffen werden, wie digital unterstützte und quartiersbezogene Routenplanung, Telemedizin und Telepflege[108], Community Health Nurse[109] („Gemeindeschwester") und neue pflegerische Organisationsformen wie nach dem Buurtzorg-Modell[110],[111]. Für die Pflege liegen viele Konzepte einer Stufenversorgung mit unterschiedlichen Qualifikationsprofilen vor, die schon lange auf praktische Einsatzmöglichkeiten warten.

Chronische Versorgungsverläufe „kartieren"

Die Süddeutsche Zeitung berichtete am 08./09.08.2020[112] (online kostenlos abrufbar) über die Entstehung der U-Bahn-Pläne. Im frühen 20. Jahrhundert entwickelten sich die Städte zu einem unüberschaubaren Verkehrsgeschehen. Mit der Gesundheitsversorgung ist es genauso. Wo muss ich hin? Wie ist der Weg? Wann muss ich wo sein? Wie geht es weiter? Die komplexen Versorgungsverläufe heute benötigen einen regionalen Netzfahrplan (mit z.T. überregionaler Anbindung). Zur Erstellung eines solchen können die bislang schon in den Selektivverträgen entwickelten „Strecken" (=Versorgungspfade) zur Ablösung des Quartalsbezugs in Echtregionen für einen neuen Versorgungsverkehr unter wachsender „Volllast" skaliert

[106] PORT Robert-Bosch-Stiftung (2021)
[107] Hahn / Kurscheid (2020)
[108] Startseite - Telepflege Niedersachsen (telepflege-niedersachsen.de)
[109] Im Detail | Robert Bosch Stiftung (bosch-stiftung.de)
[110] Buurtzorg Deutschland – ambulante Pflege braucht Zeit (buurtzorg-deutschland.de)
[111] KAP-Prozess Konzertierte Aktion Pflege legt Umsetzungsbericht vor - Bundesgesundheitsministerium
[112] U-Bahn-Pläne: Wie Karten übersichtlicher werden - Wissen - SZ.de (sueddeutsche.de)

werden. In Sandbox sollten neben den Behandlern und Versorgern Streckendesigner und Kartografen für Tandem- und Circle-Line-Vertrag einen regionalen „Netzfahrplan" erstellen.

Für die Kartierung der Versorgungsverläufe – sprich für die Erstellung der Chronikermodule – kann ebenfalls auf die vielfältig bestehenden integrierten Versorgungskonzepte zurückgegriffen werden. Ganz gleich, welche Paragrafennummer diese heute im vorab beschriebenen Versorgungsdschungel tragen, es geht immer um einen indikationsspezifischen strukturierten Ablauf, in dem eine Vielzahl von Versorgern ihren Einsatz haben. Dem Hausarzt kommt hier eine besondere Bedeutung zu, da er bei zunehmenden Subspezialisierung als Facharzt für Allgemeinmedizin den fachärztlichen Anknüpfungspunkt hat, aber auch als vorrangiger Ansprechpartner und Begleiter der Patienten die Versorgungssituation im Auge behalten muss. Insbesondere bei Pflegebedürftigkeit oder schwierigen sozialen Indikationen ist hier das stabile Zusammenspiel mit allen von großer Bedeutung. Ein häufiger Fehler in den ersten Jahren der integrierten Versorgungsverträge waren Behandlungspfade, die z.B. wie beim Rückenschmerz oder bei der Demenz nur von fachärztlicher Seite entwickelt wurden und dabei unbeachtet ließen, dass Patienten ihren Hausarzt nicht nur wegen einer chronischen Erkrankung aufsuchen, sondern auch bei Magen-Darm-Grippe oder für die AU-Schreibung. Die Praxis erweist sich immer als weitaus komplizierter und eine gute Versorgung gelingt nur in einem stabilen Zusammenspiel aller.

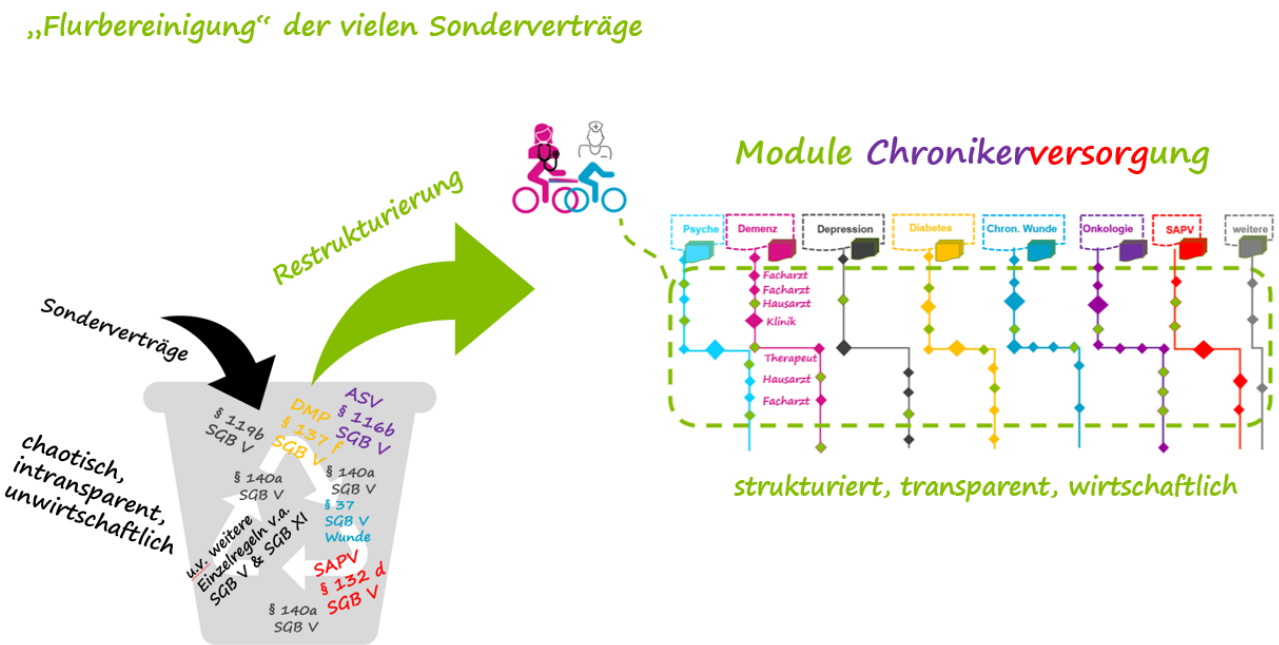


Abb. 38 Die alten Versorgungsverträge in Chronikermodule überführen und so entbürokratisieren.

Ein neues sozialrechtliches Schnittmuster benötigt die „Mobilisation" mit ihren vielfältigen Formen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Sie muss in die Tandem-, Circle- Line und Chronikerverträge eingeflochten werden, da sie eine zentrale Maßnahme für den Erhalt der Selbstständigkeit ist. Das Repertoire der Mobilisation wird insbesondere den älteren Menschen derzeit nicht ausreichend zugänglich gemacht, da die „Tonleiter" der Erbringungsintensität und -methoden nicht flexibel gestaltet werden kann und es insbesondere auch an niedrigschwelligen Bewegungsangeboten für alte Menschen in der Kommune fehlt.

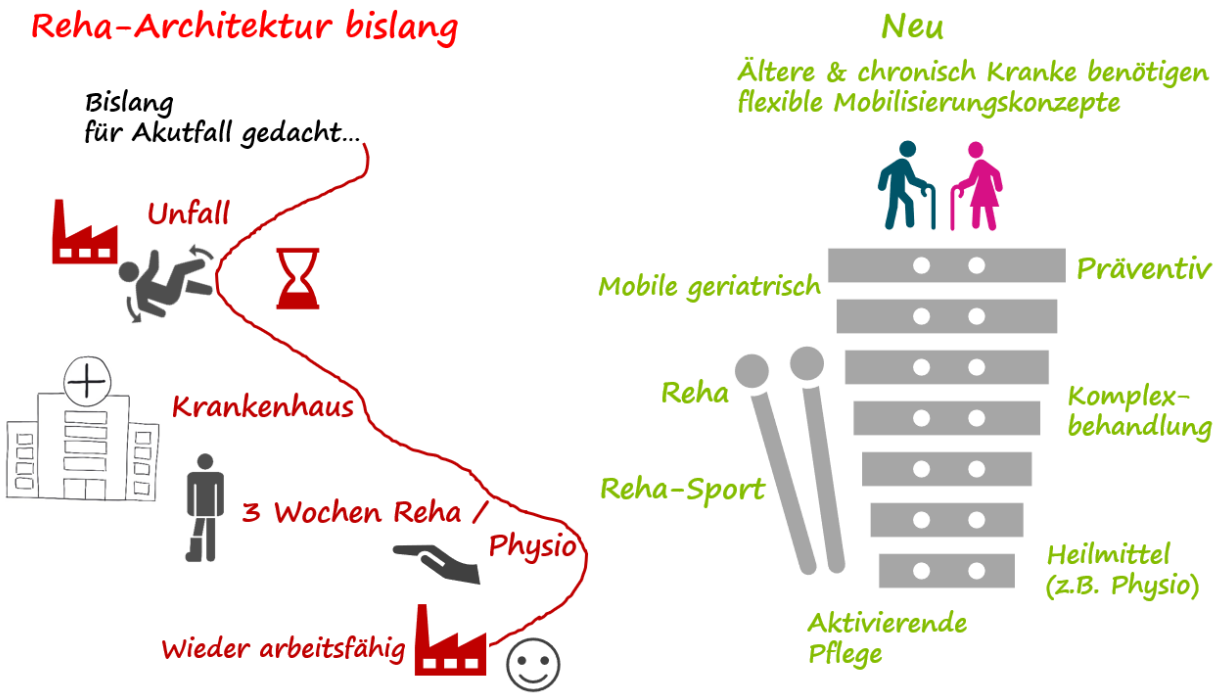


Abb. 39 „Mobilisation" braucht Methodenfreiheit und dafür moderne Versorgungsverträge.

Vertrag- „Single-Leistungen"

Für Leistungen, die kein langjähriges Versorgungsmanagement benötigen wie „Husten-Schnupfen-Heiserkeit" und temporär begrenzte Interventionen sind, eignen sich Single-Leistungen-Modulverträge. Hierfür könnte die bisherige Logik der Honorarsysteme, die auf Einzelverrichtungen basiert, nach einer Restrukturierung fortgeführt werden.

b) Bedarfsgerechte Vergütung

Mit der Versicherungsdualität von GKV und PKV sind über die letzten 130 Jahre zwei unterschiedliche „Preissysteme" für die ärztliche ambulante Behandlung gewachsen. Für die 90% gesetzlich Versicherten im ambulanten ärztlichen Bereich gilt der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), für die 10% privat Versicherten die Gebührenordnung Ärzte (GOÄ). Im Krankenhausbereich wird (jenseits der Wahlleistungen) für GKV und PKV-Patient*innen im DRG-System einheitlich (=kassenstatusunabhängig) vergütet. Pflegedienste und Therapeuten rechnen nach Rahmenverträgen (inkl. Preistabellen) mit den Krankenkassen[113],[114],[115] ab. Für Privatpatienten gibt es hier - anders als bei den Ärzten - keine amtliche Gebührenordnung (keine GOÄ), weshalb es bei der Privatabrechnung „freihändige Orientierungen" an den GKV-Preisen gibt.

Vergütungssysteme sind nicht einfach Preistabellen, sie sind das „Herz" der Versorgung, denn sie ordnen den Leistungen die Preise sowie die daran geknüpften Anforderungen für deren Abrechenbarkeit zu. Seit je her geht das potenzielle Leistungsangebot über die finanziellen Ressourcen der Kassen (=der Beitragszahler) hinaus. Angesichts des rasanten medizinisch-technischen Fortschritts und der stets begrenzten Finanzmittel, wird es immer herausfordernder werden, den solidarisch finanzierten Hauptleistungskatalog auf einem aktuellen Stand zu halten, der die „Wechselfälle des Lebens" absichert. Privat abgesicherte Zusatzleistungen wird es auch weiterhin geben.

Um die Bezahlung des Arztes gab es zu allen Zeiten eine hoch konfliktbeladene Diskussion im Spannungsfeld zwischen der „Unschätzbarkeit" ärztlicher Kunst, einem freien Berufsverständnis, den Verdiensterwartungen der Ärzte und dem Zahlungsvermögen der Patienten. Was macht eine Reform so schwer? EBM und GOÄ bestehen aus einem „Wust" von tausenden Abrechnungsziffern, Abrechnungsregeln sowie widersprüchlichen Mechanismen der Mengenbegrenzung und Mengenausweitung. Keines der beiden Systeme sieht eine Darstellung des Verhältnisses von Ergebnisqualität zu eingesetzten Finanzmitteln vor. Für eine finanzierbare Versorgung der Zukunft ist dies unabdingbar und durch die Digitalisierung zumindest in Teilen über integrierte Versorgungsverträge umsetzbar.

---

[113] Rahmenverträge (vdek.com)
[114] Physiotherapie_210401.pdf (vdek.com) /
20210330_Heilmittel_Anlage_2_Verguetung_Endfassung.pdf (vdek.com)

[115] Ambulante Pflege - Nordrhein-Westfalen (vdek.com)

Die ambulanten ärztlichen Vergütungssysteme sind zu „tönernen Kolossen" gewordene Infrastruktur, die unter der digitalen Transformation wegbricht und schon deshalb modernisiert werden muss.

Foto 1 Honorarsysteme sind tragende Säulen der Versorgung. Der Umbau braucht Jahrzehnte.

Ein neues Honorarsystem bedeutet für viele Ärzte den Verlust der lukrativen GOÄ. Rund 70%-80% ihrer Einnahmen rechnen die Ärzte heute mit der GKV (90% Bevölkerung) ab und rund 25% mit der PKV (10% Bevölkerung) ab (restliche Einnahmen entfallen auf sonstige Kostenträger)[116]. Neben der finanziellen Attraktivität ist die GOÄ für die Ärzteschaft bislang auch symbolisch von hoher Bedeutung, weil sie für sich reklamiert, dass zu einem „freien Beruf" eine eigene Gebührenordnung gehört. Dass die höheren Abrechnungsmöglichkeiten über die GOÄ ärztliches Verhalten zumindest bei Terminvergaben beeinflussen, ist allenthalben im Alltag zu erleben und auch wissenschaftlich belegt. Die Möglichkeit einer „Off-Limit"-Abrechnung reizt dazu an, mehr Leistungen als medizinisch notwendig zu erbringen. Die Behauptung des PKV-Verbandes, die höheren Einnahmen je PKV-Patienten würden in Praxisinvestitionen fließen und somit die GKV quersubventionieren, ist wenig belastbar. Dieser Behauptung steht schon die sehr unterschiedliche Verteilung der Privatpatienten auf die einzelnen Praxen entgegen. Die Grenzen zwischen Erwerbstätigkeit und Profitstreben sind fließend.[117]

[116] S. Reiners, Hartmut (2020) G+S 3/2020 sowie Gutachten und Kommissionsberichte Literaturliste
[117] Reiners, Hartmut (2015) Ökonomisierung der Medizin – Menetekel oder Popanz?

Kurzbeschreibung EBM und GOÄ

EBM und GOÄ sind sich in ihrer „Natur" sehr ähnlich, beide fußen in ihrer „DNA" auf der einst mächtigen Preußischen Gebührenordnung, die ihre Wurzeln in den Medizinaltaxen des Mittelalters[118] hatte. Im EBM und in der GOÄ werden überwiegend ärztliche „Einzelverrichtungen" anhand von Gebührenordnungspositionen (GOP) beschrieben und bepreist. Mit dem medizinischen Fortschritt wuchsen die Leistungen und die Gebührenordnungen über die Jahrhunderte an. Heute listet der EBM für GKV-Versicherte rd. 2.500 GOP, die GOÄ für die PKV-Versicherten 2.800 GOP. 2020 hat die Bundesärztekammer erstmals seit 1983 ein grundsätzlich überarbeitetes Leistungsverzeichnis für die GOÄ erstellt, das zukünftig 5.500 neue GOP enthalten soll.[119]

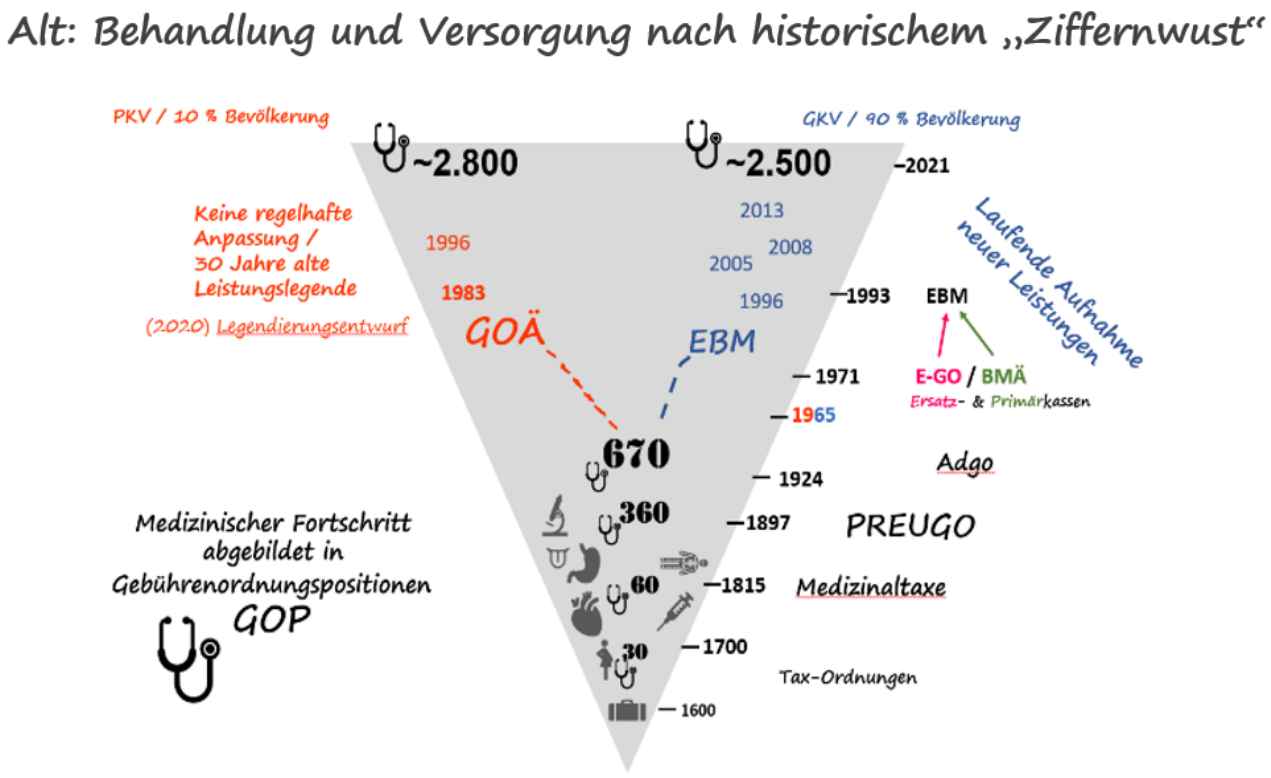


Abb. 40 Der „Ziffernwust" hat eine jahrhundertalte Historie.

Für die GKV-Versicherten werden die GOPs im EBM entsprechend dem Aufwand, den die ärztliche Praxis betreiben muss, mit einer Punktzahl gewichtet und mit einem Cent-Wert (Orientierungswert) bepreist und mit diesem multipliziert. Auch wenn der EBM Eurowerte in der Legende ausweist bleibt intransparent, was nach dem „Waschgang" der Abrechnung unter

[118] Hinweis auf ABB. In KOMV-Gutachten
[119] BÄK und PKV setzen Arbeit an der GOÄ fort (aerzteblatt.de)

Anwendung leistungsbegrenzender Maßnahmen (Budgets, Richtgrößen, Regresse, Preisstaffelungen, etc.) sowie KV-spezifischen und arztgruppenbezogenen Verteilungsmechanismen (Honorarverteilungsmaßstab) am Ende für die einzelne Arztpraxis herauskommt. Die Höhe der jährlichen Honorarsteigerung wird auf Bundesebene zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung festgelegt und das jeweilige Gesamtbudget wird dann jährlich auf Landesebene zwischen den Krankenkassen und KVen konkret verhandelt. Es orientiert sich am bestehenden Leistungsvolumen plus einer „Summe X" als jährlicher Steigerung. In der PKV enthält die GOÄ nach Aussage des PKV-Verbandes grundsätzlich alle medizinisch notwendigen Leistungen und weist für sie einen Europreis aus, der bezahlt wird.

Rückblickend betrachtet sicherte die GKV ab 1900 vielen Ärzten zunehmend ein festes Einkommen, doch durch die Kollektivverträge nahmen die gesetzlichen Kassen ihnen auch die Möglichkeit der Privatabrechnung[120] für die gesetzlich Krankenversicherten. So bildeten sich seit den 1920er Jahren für selbige ärztliche Verrichtungen zwei unterschiedliche „Be-Preisungssysteme" nach Versicherungsstatus[121] heraus, die bis heute gelten.

Das „Tönerne" der Kolosse

Keine Ausrichtung an Qualität

Weder im EBM noch in der GOÄ ist eine Ausrichtung der eingesetzten Finanzmittel an nachvollziehbarer Ergebnisqualität angelegt. Qualitätsanforderungen stellt, wenn überhaupt, nur die GKV, dort vor allem für praxisbezogene Struktur- und Prozessqualität (z.B. Einhaltung des Datenschutzes, Dokumentation, Qualität eines Ultraschallgerätes, Hygieneprüfung für Koloskope, Sicherstellung der Röntgenqualität, Qualifikation für eine Leistungserbringung). Das in der GKV oft als Evaluation bezeichnete „Auszählen" der Abrechnungsziffern sagt nichts über Versorgungsergebnisse aus. Ob ein neues ärztliches Abrechnungskapitel in der Pflegeheimversorgung z.B. zu weniger Krankenhauseinweisungen oder weniger schädlicher Polypharmazie geführt hat, wird nicht untersucht. Grundsätzlich müssen die Kostenträger für eine bestimmte Leistung allen zugelassenen Leistungserbringern die gleiche Vergütung zahlen, obwohl die Versorgungsqualität und Performance nicht erfassbar sind.

[120] Bannert (1986)
[121] Wagner-Braun (2002)

Keine bedarfsgerechte „Leistungssteuerung"

Das „Verhandlungsregime" in der GKV ist seit den 1930er Jahren im Grunde unverändert. Zur Bündelung ihrer Honorarinteressen gründeten die Ärzte damals ihre Kassenärztlichen Vereinigungen, die wie Ärztekammern und gesetzliche Krankenkassen in den 1930er Jahren Körperschaften des öffentlichen Rechts wurden. Seit dieser Zeit zahlen die Krankenkassen die Vergütung mit „befreiender Wirkung" an die Kassenärztlichen Vereinigungen. Das heißt, die Krankenkassen überweisen das Geld an die Ärzteschaft, die dieses nach ärztlichen Präferenzen über ihren internen Honorarverteilungsmaßstab unter den Ärzten verteilt. Die Krankenkassen haben hierbei kein Mitspracherecht. Was abgerechnet wird, erfahren die Krankenkassen derzeit erst sechs bis neun Monate später, denn so lange braucht es, bis ein abgerechnetes Quartal derzeit bei den Kassen vorliegt.

Viele Leistungen im EBM sind im Rahmen von Pauschalen[122] vergütet. Gerade für aufwändige Patienten besteht hier die Gefahr der Unterversorgung. Einzelleistungsvergütungen hingegen reizen zu Leistungsausweitungen an. Der EBM mit seiner Abrechnungssystematik ist von großer widersprüchlicher Handlungslogik gekennzeichnet. Grundsätzlich setzt das Vergütungssystem mit den Einzelgebührenziffern Anreize, über mehr „Menge" das Honorar zu optimieren. Im Kampf gegen die „Menge" werden Budgets, Regresse und Abstaffelungen vorgenommen. Sie lassen seit Jahrzehnten bei vielen Ärzten den Eindruck entstehen, nicht leistungsgerecht bezahlt zu werden, auch wenn die Summe „unterm Strich" passen mag. Um die Systematik in einem anderen Bild auszudrücken: Medizinische Leistungen werden wie z.B. Kaffeebohnen einmal im Jahr an der Rohstoffbörse mit einem vorgegebenen Budget eingekauft (Orientierungspunktwert), nach Sorte (psychotherapeutische Leistungen, Besuchsleistungen, Präventionschecks, etc.) abgewogen und bepreist (budgetiert in der MGV / nicht-budgetiert in der EGV[123]). Wie viel Kaffee daraus in welcher Qualität und zu welchem Preis gekocht wird, verliert sich im Tagesgeschehen. Um in diesem Honorarsystem haushalten zu können, gibt es verständlicherweise in vielen Arztpraxen Statistikprogramme die ausweisen, welche Leistungen insbesondere mit Blick auf das Quartal für ein „bestimmtes" Honorarergebnis durchzuführen oder zu unterlassen wären. Präventionschecks bei jungen Menschen, die extrabudgetär vergütet werden, weil Prävention und Früherkennung als „besonders zu fördernde" Leistungen gelten, sind einfacher durchzuführen als die Versorgung alter, multimorbider und zeitaufwendiger Patienten, für der Hausarzt nur eine Quartalspauschale in Form einer „Flatrate" bekommt. Zusätzlich zu diesen Fragen kommt die

[122] KOMV-Gutachten (2019) und Jacobs, Klaus (2020) Gutachten für die Schublade
[123] Rund 2/3 der Leistungen sind gegenwärtig in der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) budgetiert, 1/3 in der Extrabudgetären Vergütung (EGV) nicht budgetiert (s. KBV-Homepage)

Frage der Bevorzugung von Privatpatienten, weil die an ihnen erbrachten Leistungen einfacher und höher abgerechnet werden können.

Keine regelhafte Leistungsaktualisierung

Die Aktualisierung der GOP-Verzeichnisse, d.h., die Art und Weise, wie neue medizinische Behandlungsmethoden in den Leistungskatalog kommen, damit sie von den Krankenkassen bezahlt werden dürfen, ist in beiden Systemen schwierig. Zwar gibt es in der GKV über den G-BA mit seinen Qualitätsinstituten IQWIG[124]und IQTIG[125] ein Verfahren, um neue Behandlungsmethoden vor einer Kostenübernahme ausreichend zu prüfen, doch erweisen sich diese Prozesse oft als langwierig. Bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Arzneimitteln ist dieses der notwendigen Studienevidenz geschuldet[126]. Anders ist es bei prozessualen Leistungen wie v.a. Koordination, Assessments und Fallmanagement. Hier hängt eine Leistungsaufnahme auch von Konsens- oder Mehrheitsmeinungen ab und auch vom öffentlichen Druck. Es gibt kein systematisches „Leistungs-Scouting" oder einen „Innovationsradar", um frühzeitig zu detektieren, welche Versorgungsverbesserungen zukünftig kommen und wie rechtzeitig Evidenz durch gute Studiendesigns geschaffen werden kann genauso wenig für die Ausgrenzung alter Leistungen aus dem Katalog. Der lange Kampf um den Einzug der Videosprechstunde oder eines Telekonsils ist beredter Ausdruck dieser Machtkämpfe zwischen Kassen und Ärzten, aber auch innerhalb der Arztgruppen. So musste die Geriatrie trotz alternder Gesellschaft Jahrzehnte um ihr Ansehen kämpfen („Schmuddelecke der Inneren Medizin" hieß es oft) und hielt erst ab 2010 Einzug in den EBM. Ambulante Geriater gibt es im Vergleich zu Kardiologen trotzdem kaum. Und welcher Medizinstudent würde sagen, er möchte ein berühmter Reha-Mediziner werden? Die Probleme sind viel tiefschichtiger …

In der PKV gibt es keine Verhandlungen zwischen den privaten Krankenkassen und den Ärzten und somit auch keine laufende Aktualisierung der GOÄ als Leistungskatalog. Die GOÄ ist eine Rechtsverordnung, die die Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates[127] erlässt. Erarbeitet wird die GOÄ zwischen der Ärzteschaft (Bundesärztekammer) und dem PKV-Verband. Die GOÄ ist ein Leistungs- und Preisverzeichnis mit Eurowerten. Das Leistungsverzeichnis der GOÄ wurde im letzten Jahrhundert zweimal überarbeitet, 1965 (in der PREUGO-Nachfolge von 1897) und 1983 (GOÄ'83). Eine Teilnovellierung erfolgte 1996[128].

[124] IQWIG
[125] IQTIG
[126] Bühler et al (2019) Innovationsbewertungen im Gemeinsamen Bundesausschuss: Tatsächlich zu langsam?
[127] Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte - Bundesgesundheitsministerium
[128] GOÄ-Reform muss wieder Rechtssicherheit und Transparenz für Patient und Arzt schaffen (bundesaerztekammer.de)
GOÄ: Verhandlungsführer Dr. Reinhardt antwortet auf Fragen der Ärztekammer Berlin (aerztekammer-berlin.de)

Eine neue Leistungslegendierung wurde über Jahrzehnte[129] versucht und erst 2020 vorläufig erstellt. Da die GOÄ über die Jahrzehnte veraltete, die Medizin aber weiter rasante Fortschritte machte und mit neuen Behandlungen aufwartete, können Ärzte seit Jahren sogenannte „Analogziffern"[130] freihändig zusammenstellen, indem sie alte GOPs „analog" zu neuen Abrechnungsziffern kreieren. Der Grund für die Langwierigkeit bei der Leistungsaktualisierung in der GOÄ sind arztinterne Konflikte sowie eine PKV die nicht bereit ist, den ärztlichen Honorarsteigerungsforderungen bereitwillig nachzugeben. Ärzteschaft und PKV konnten sich nahezu über zwei Jahrzehnte nicht auf eine Novellierung einigen und auch für die 2020 vorgelegte Neufassung stehen die Verhandlungen zwischen der Ärzteschaft und dem PKV-Verband über die allgemeine Höhe der Honorarsteigerung noch aus. Die neue GOÄ umfasst verglichen zur alten mit 5.500 GOPs nahezu das doppelte Ziffernvolumen (für 10% der Bevölkerung).

„Historische" Abrechnungswege

Die GKV-Patienten haben aufgrund des Sachleistungsprinzips organisatorisch nichts mit der Abrechnung zwischen Ärzten und Kassen zu tun, „Kassenpatienten" müssen nur in jedem Quartal ihre Chipkarte parat haben. Anders als bei Krankenhaus- und Arzneimittelabrechnungsdaten, die nach rund sechs Wochen bei den Kassen vorliegen, sehen die Kostenträger erst sechs bis neun Monate später das jeweils abgerechnete Quartal. Ihren PKV-Patienten hingegen schicken die Ärzte bzw. deren beauftrage private Abrechnungsstellen Papierrechnungen. Rund 50% der Privatversicherten sind als aktive oder pensionierte Beamte oder als deren Angehörige beihilfeberechtigt[131] und müssen ihre Papierrechnungen bei den Beihilfestellen ihrer Dienstherren zur Kostenerstattung einreichen.[132] Bund und Bundesländer haben ihre eigenen Beihilferegelungen. Die Beihilfe ist eine Geldzuweisung, die der öffentliche Arbeitgeber seinen Beamten für die Aufwendungen im Krankheitsfälle auf Antrag gewährt. Sie stellt somit neben gesetzlicher und privater Krankenversicherung eine dritte Säule der Absicherung dar. Darüber hinaus bestehen noch weitere kleinere Sondersysteme wie das der freien Heilfürsorge für Angehörige der Bundeswehr, Polizei und Feuerwehr sowie die Krankenversicherung für die ehemaligen Beamten der Deutschen Bundesbahn und Bundespost.[133] Unterm Strich ist es ein ineffizientes Bürokratiesystem im „Atem" des 19. Jahrhunderts.

[129] 05_nila_nav-forum.pdf (virchowbund.de)
[130] Analoge Bewertungen in der GOÄ - eine Einführung (bundesaerztekammer.de)
[131] PKV-Zahlenberichte
[132] Leber, Wulf-Dietrich AKV pronto! eBook (2017) / 1611-5821 | Nomos eLibrary (nomos-elibrary.de)
[133] Hübner (2020) Krankenversicherungspflicht versus Vorsorgefreiheit

Umbau des Honorarsystems

Für neue Vergütungsformen mangelt es nicht an Gutachten und Empfehlungen[134],[135], sondern an großflächigen Entwicklungsmöglichkeiten. Der Honorarumbau ist eine gewaltige Aufgabe und kann nicht vom grünen Tisch aus konzipiert werden. Es bedarf vieler Detailanalysen, Modellrechnungen, Szenarien und einer evaluationsgestützten Umsetzung „im Feld". Da Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen sowie wissenschaftliche Institute über hervorragende Analyse- und Datenkompetenzen verfügen, ist die Entwicklungsaufgabe machbar. Aufgrund des hohen Vergütungsgefälles zur GOÄ werden Kompensationszahlungen beim Übergang für bestimmte Arztgruppen wahrscheinlich. Je länger die unterschiedlichen Vergütungssysteme nebeneinander existieren, desto größer wird die Kluft, die für den „Ausstieg" überwunden werden muss.

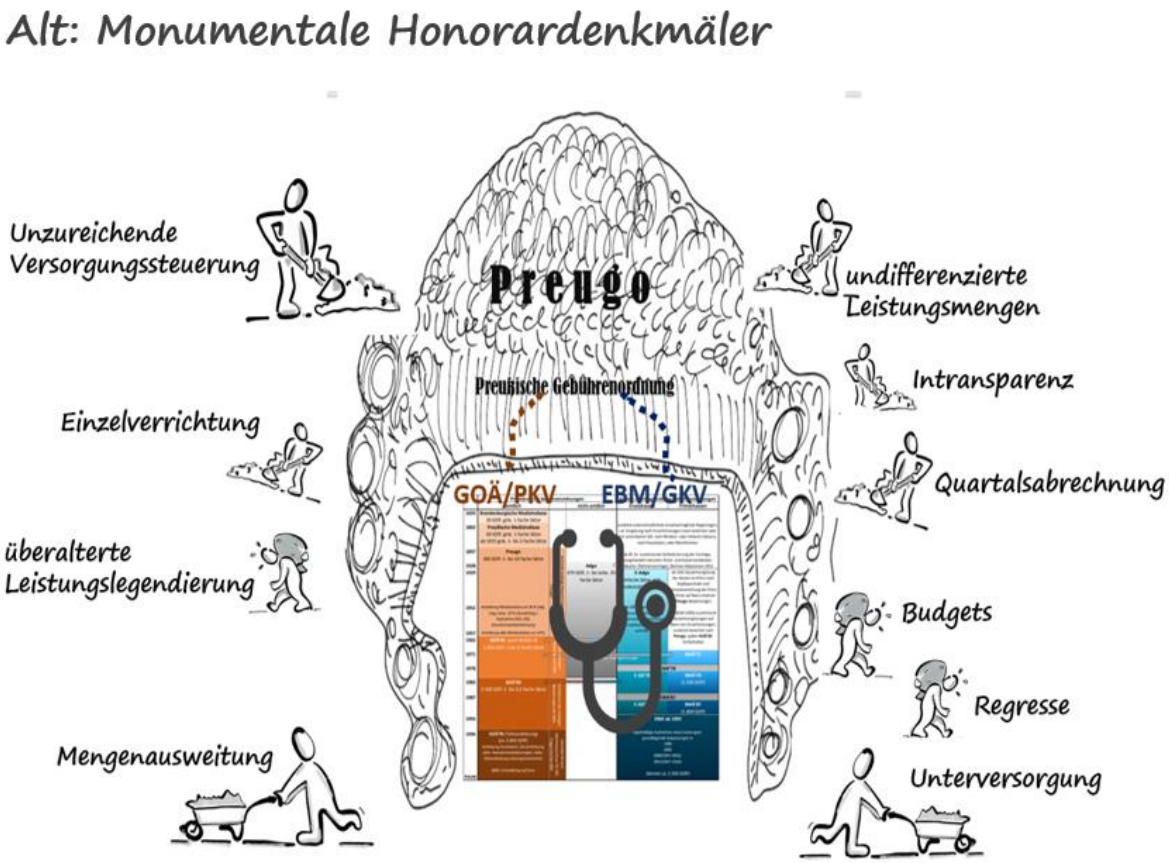


Abb. 41 Too big to fail für immer? Es ist Zeit für den Abriss der alten Honorarsysteme

[134] Auftrag aus dem Koalitionsvertrag 2018; s. kritische Würdigung Gutachten für die Schublade? | 03/2020 | Gesundheit und Gesellschaft Digital (gg-digital.de)
[135] Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV) – diplomatisch aus der Affäre gezogen - Observer Gesundheit (observer-gesundheit.de)

Ein Umbau der Honorarsysteme muss mit der „Neuvermessung" der Aufgabenprofile unter den Gesundheitsberufen einhergehen sowie mit der Möglichkeit, regional neue „Betriebsmodelle"[136] zuzulassen. Dabei bleibt das Leitbild der Anbietervielfalt gewahrt. Unter Corona hat sich die kleinteilige Praxenstruktur[137] bewährt, allerdings braucht sie übergreifende Managementstrukturen. In den vielen integrierten Versorgungsverträgen und Projekten ist über die letzten 20 Jahren ein großes Konzeptpotenzial entstanden, um Versorgungsabläufe nicht aus dem Blickwinkel des einzelnen Leistungserbringers zu denken, sondern patientenorientiert als Versorgungskette und evidenzbasiert. Die in den Gutachten[138] gemachten Vorschläge müssen in Kalkulationsregionen- und praxen praktisch entwickelt werden. Wie verhalten sich neue Vergütungsmixes zu neuen Aufgabenzuschnitten. Neue Regelungen ergeben sich dabei zwangsläufig auch für die Verantwortung der Wirtschaftlichkeit und Haftung. Richtgrößen, Regresse oder Langzeitverordnungen passen nicht zu einer integrierten Fahrplanversorgung. In Sandbox-Regionen könnten Tandem- und Circe-Line in unterschiedlichen Vergütungsmixkonstellationen erprobt werden. Es geht nicht um „neues" Geld, es geht um eine veränderte Aufgabenbeschreibung, die neu bewertet wird.

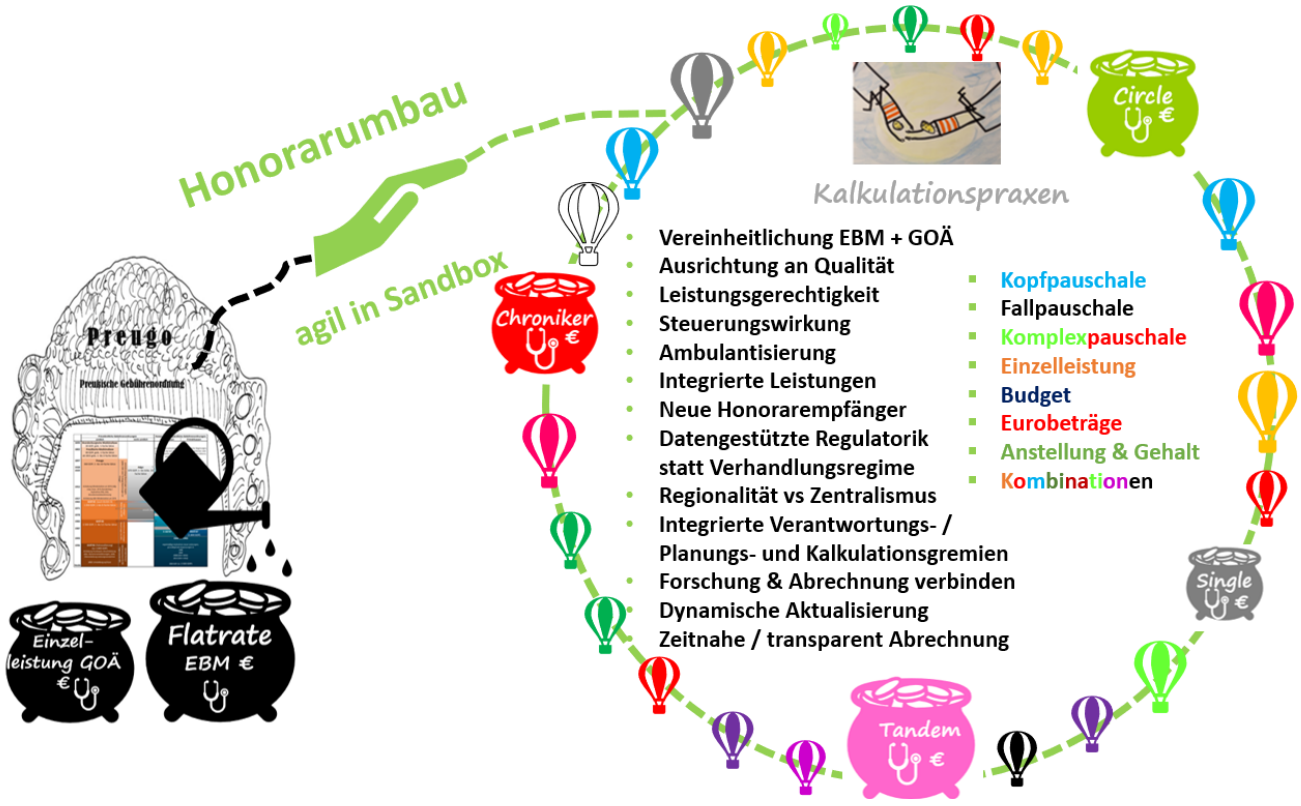


Abb. 42 Seit vielen Jahren sind in Gutachten Vorschläge für den Honorarumbau beschrieben. Sie können aufgrund der Komplexität nur in Regionen erprobt werden.

[136] Hahn, Ulla / Kurscheid, Clarissa (2020)
[137] Hahn et al (2021) Angebotsstrukturen der ambulanten Versorgung
[138] Walendzik / Friedrich-Ebert-Stiftung / KOMV-Gutachten / Greiner

3. Modernes Gesundheitsberufegesetz

Eine moderne Versorgungsorganisation gelingt nur mit starken Gesundheitsberufen. Für die Versorgungsmoderne braucht das deutsche Gesundheitssystem ein neues „Versorgungsweltbild", das sich aus dem binären Code des „ärztlich / nicht-ärztlich" hin zu einem interprofessionellen entwickelt. Statt einer ärztlich zentrierten Versorgungsorganisation braucht es Teamzentrierung, da komplexe Versorgungssettings nicht mit der alten linearen ärztlichen Weisungsbefugnis zu managen sind. Kooperative und transparente Versorgungsprozesse müssen an die Stelle des Arztes als „Ensemblevorsteher" treten. Dass die Arztzentrierung auch nach jahrzehntelangen Reformversuchen immer noch das Versorgungsleitbild ist und eben nicht die Interprofessionalität, zeigt sich schon an wenigen Aspekten. Planungsnotwendigkeiten werden nur für Ärzte gesehen wie mit der Bedarfsplanungs-Richtlinie als auch mit den Medizinstudienplätzen. „Kapazitätenzählen" scheint für andere Berufe gar nicht erst notwendig zu sein. Als das wichtigste Konzept gegen den Landarztmangel werden dogmatisch finanzielle Vergünstigungen und ausreichend vorhandene Medizinstudienplätze gesehen, anstatt neue Formen der Versorgungsorganisation ernsthaft in Erwägung zu ziehen, die gerade von jungen Professionals gewünscht werden. Im G-BA ist die Leistungserbringerbank nur ärztlich vertreten, obwohl die Pflege auch als „systemrelevant" gilt. In Deutschland wird sehr viel über Spitzenmedizin gesprochen, das Wort „Spitzenpflege" müsste man erst googeln. Geht es um Pflege, dann vor allem um den „Pflegenotstand" als (weibliche) Tariflohndiskussion, nicht aber um Leistungsprofil.

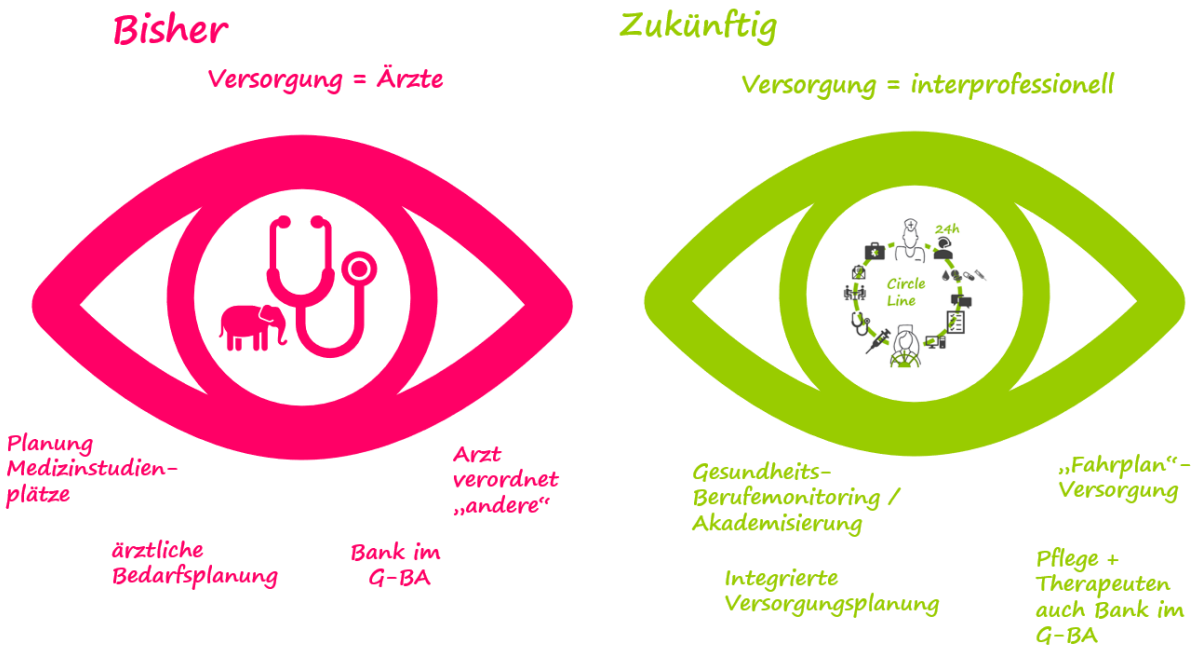


Abb. 43 Das Versorgungsleitbild fokussiert in Deutschland Ärzte statt Interprofessionalität.

Bislang gibt es kein Gesetzeswerk, das die Gesundheits- und Heilberufe[139] strukturiert aufzählt und für Klarheit sorgt, welche Tätigkeiten die einzelnen Berufsgruppen ausführen dürfen und wer dafür verantwortlich ist. Begrifflichkeiten und Definitionen variieren (Heil- oder Gesundheitsberuf, Profession, etc.). Aufgaben und Verantwortlichkeiten verlieren sich historisch „versprengt" in einzelnen Sozialgesetzbüchern, allen voran im SGB V und XI sowie den untergesetzlichen Normen (v.a. Bundesmantelvertrag, Rahmenverträge), in Berufsordnungen sowie Ausbildungs- und Prüfungscurricula. So gibt es „geregelte" Gesundheitsberufe, die durch Bundes- und Landesrecht geregelt sind und eine staatliche Anerkennung haben, ebenso aber einen wachsenden Bereich „nicht geregelter" Disziplinen, die unter den Begriffen der Komplementärmedizin, Alternativmedizin, Ganzheitsmedizin, Integrative Medizin, Naturheilkunde, traditionelle Medizin firmieren, plus Berufen aus dem Fitness-, Wellness- der Körperpflegebereich. Es scheint, als wäre die „Gewerbefreiheit" wieder zurück.

Gesundheitsberufe *Quelle: A – Z Gesundheitsberufe | BMG (bundesgesundheitsministerium.de)*

- Anästhesietechnische/r Assistent/in Anästhesietechnische- und Operationstechnische Assistenten-Gesetz – ATA-OTA-G (in Kraft ab 1. Januar 2022)
- Altenpfleger/in (zuständig Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend)
- Altenpfleger/in (zuständig: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) Altenpflegegesetz – AltPflG (zum 31. Dezember 2019 außer Kraft getreten*) Pflegeberufegesetz – PflBG
- Apotheker/in
- Arzt/Ärztin
- Diätassistent/in Diätassistentengesetz – DiätAssG
- Ergotherapeut/in Ergotherapeutengesetz – ErgThG
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in Krankenpflegegesetz – KrPflG (zum 31. Dezember 2019 außer Kraft getreten*); Pflegeberufegesetz – PflBG
- Gesundheits- und Krankenpfleger/in Krankenpflegegesetz – KrPflG (zum 31. Dezember 2019 außer Kraft getreten*); Pflegeberufegesetz – PflBG
- Hebamme
- Psychologische/r Psychotherapeut/in Psychotherapeutengesetz – PsychThG
- Rettungsassistent/in (zum 31.12.2014 ausgelaufen) Rettungsassistentengesetz – RettAssG
- Zahnarzt/Zahnärztin
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in Psychotherapeutengesetz PsychThG
- Logopäde/Logopädin Logopädengesetz – LogopG
- Masseur/in und medizinischer Bademeister/in Masseur- und Physiotherapeutengesetz – MPhG
- medizinisch-technischer Assistent/in für Funktionsdiagnostik MTA-Gese
- medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent/in MTA-Gesetz
- medizinisch-technischer Radiologieassistent/in MTA-Gesetz
- Notfallsanitäter/in Notfallsanitätergesetz – NotSanG
- Operationstechnische/r Assistent/in Anästhesietechnische- und Operationstechnische Assistenten-Gesetz – ATA-OTA-G (in Kraft ab 1. Januar 2022)
- Orthoptist/in Orthoptistengesetz – OrthoptG
- Pflegefachfrau / Pflegefachmann Pflegeberufegesetz – PflBG
- pharmazeutisch-technische/r Assistent/in PTA-Gesetz – PharmTAG
- Physiotherapeut/in Masseur- und Physiotherapeutengesetz – MPhG
- Podologe/Podologin Podologengesetz – PodG
- Psychotherapeut/in Psychotherapeutengesetz – PsychThG

Abb. 44 Übersicht der Gesundheitsberufe.

Die interprofessionelle Versorgungsmoderne muss in einem Gesundheitsberufegesetz festgehalten werden, das zwei Teile umfasst: Einen Teil über Begriffe und Verantwortlichkeiten und einen Teil, in dem die Berufe und ihre Zuschreibungen aufgeführt sind. Es muss klar

[139] Pundt / Kälble (2015) Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte

geregelt sein, welche Berufe „innerhalb" des solidarisch finanzierten Gesundheitssystems direkt darauf abzielen, Krankheiten oder gesundheitliche Beeinträchtigungen zu diagnostizieren, zu heilen, zu lindern oder zu verhüten[140] und welche „außerhalb" des Versorgungssystems der solidarischen Finanzierung sind. Es sollte eine zentrale Stelle auf Bundesebene geben, die eine Gesundheitsberufestatistik und ein Berufsmonitoring verantwortet[141], [142].

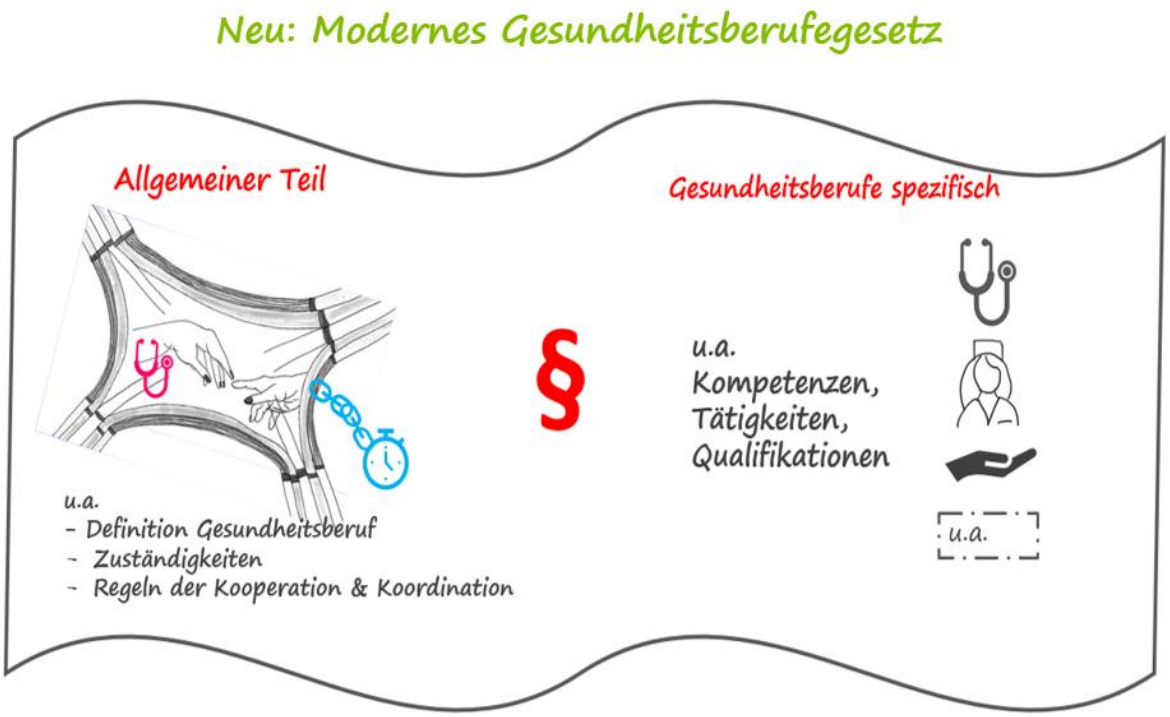


Abb. 45 Ein modernes Gesundheitsberufegesetz muss Transparenz schaffen.

Konfliktfeld „Heilkundeübertragung"

Seit Jahrzehnten wird über die „Emanzipierung" der „nicht-ärztlichen" Gesundheitsberufe von der ärztlichen Weisungsbefugnis diskutiert. Hierbei geht es um den Direktzugang zu Therapeuten ohne ärztliche Verordnung oder das Ausstellen einer Blankoverordnung, was bereits in Modellprojekten untersucht wird. Die größte und älteste hoch konfliktbeladene „Baustelle" ist die sogenannte „Übertragung der Heilkunde" von Ärzten auf Pflegefachpersonal.

[140] SVR Gutachten 2007
[141] Bildungsinstitut des Bundes
[142] Gesundheitsberufe in der 19. Legislaturperiode – eine vergleichende Analyse (I) - Observer Gesundheit (observer-gesundheit.de) / Anlage 4 Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe (bundesgesundheitsministerium.de)

International[143] übernehmen Pflegefachkräfte schon lange weitaus „schwierigere" Versorgungstätigkeiten von den Ärzten als sie dieses in Deutschland können und dürfen. Pflegefachkräfte sind in anderen Ländern bei Gesundheitsproblemen erste Ansprechpartner in der Bevölkerung, nehmen Ersteinschätzungen und Befundungen vor, führen die Triage durch, verordnen Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln und übernehmen die Gesamtsteuerung komplexer Versorgungsprozesse. Für diese anspruchsvollen Tätigkeiten haben die Pflegefachkräfte eine Hochschulausbildung.

In Deutschland wird seit mehr als 20 Jahren über die Kompetenzerweiterung der Pflege polarisiert diskutiert. Für die Vertreter der Ärzteschaft können Aufgaben nur delegiert werden, so dass der Arzt das letzte Auge und die Verantwortung für die Tätigkeiten behält. Eine Substitution, sprich die eigenständige Durchführung und Verantwortung bestimmter Tätigkeiten durch die Pflege, wird abgelehnt. Einen ersten Höhepunkt der extrem polarisiert geführten Diskussion „Delegation versus Substitution" war die Verabschiedung der sogenannten „Heilkundeübertragungs-Richtlinie[144] 2011 durch den G-BA. In Modellprojekten sollten Pflegefachkräfte nach ausreichender Qualifizierung die in der Richtlinie festgehaltenen Tätigkeiten erproben. Zehn Jahre später hat es so gut wie keine Modellprojekte gegeben. Übermäßige bürokratische Anforderungen und ein wenig innovativer „Übertragungskatalog"[145], gehören zu den Hauptgründen. So wurden nur einige wenige Diagnosen (u.a. Diabetes, chronische Wunden, Verdacht auf Demenz, Hypertonus) aufgenommen und darüber hinaus Prozeduren, die seit langem bereits zum Tätigkeitsradius der Pflege gehören wie u.a. Infusionstherapie und Injektionen, Stomatherapie, Tracheostoma-Management, Anlage und Versorgung einer Magensonde, Versorgung und Wechsel eines suprapubischen Blasenkatheters, Schmerztherapie und -management, Patienten-, Case-, Überleitungsmanagement und psychosoziale Versorgung. Im Rahmen der „Konzertierten Aktion Pflege"[146] wurde ein erneuter Vorstoß zur Förderung der Heilkundeübertragung vorgenommen. Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) vom 20.07.2021 müssen die Krankenkassen ab 01.01.2023 in jedem Bundesland mindestens ein Modellvorhaben (§63 Abs. 3c SGB V) durchführen, mit dem die eigenverantwortliche Ausübung von Heilkunde durch Pflegekräfte erprobt werden soll. Damit kommt der Gesetzgeber einer Forderung der Konzertierten Aktion Pflege nach. Die Pflegekräfte müssen dafür eine geeignete

[143] Hommel, Thomas (2018) Pflege auf Augenhöhe. In: G+G Schubkraft für die Pflege Ausgabe 09/2018 | 09/2018 | Gesundheit und Gesellschaft Digital (gg-digital.de)
[144] Richtlinie (g-ba.de)
[145] Dangel (2020)
[146] Ergebnisse der Konzertierten Aktion Pflege (bundesgesundheitsministerium.de)

Zusatzqualifikation besitzen, die bereits im Pflegeberufegesetz beschrieben wird. Die Modellvorhaben werden auf jeweils vier Jahre befristet. Wird ein Projekt als erfolgreich betrachtet, so soll der verpflichtende Evaluationsbericht seine Übernahme in die Regelversorgung empfehlen. Dazu ist zunächst ein Vertrag der Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V vorgesehen. Für die inhaltliche Ausgestaltung liegen Rahmenpläne und ein Fachkommissionbericht über die standardisierten Module zum Erwerb erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben vor[147], [148]. Neben einem Grundlagenmodul können themenspezifisch die Module zur Versorgung von Patienten mit diabetischer Stoffwechsellage, Wundversorgung, Demenz, Hypertonus und Schmerzen gelehrt und umgesetzt werden. Wie beim Innovationsfonds steht am Ende der vier Jahre die „Überführung" an (sprich, die Teermaschine ist wieder da).

Ablösung des alten Heilkundebegriffs

Nach wie vor ist das Bild der ambulanten Pflege vom „Pflegeportfolio" der Pflegeversicherung dominiert, d.h. Grundpflege nach dem Modell „Pflegen kann jeder" („Schlecker-Frauen") und einer häuslichen Krankenpflege (HKP), die über die gesetzliche Krankenversicherung finanziert wird[149]. Pflegedienste holen quartalsweise ihre ärztlichen HKP-Verordnungen am Tresen der Hausarztpraxis ab und im Großen und Ganzen erschöpft sich darin die Zusammenarbeit. Erweiterte Kompetenzen der Pflege sind derzeit nur akzeptiert, wenn sie der „Entlastung" der Ärzte dienen bzw., wenn sich in irgendeinem Landstrich kein Arzt mehr finden lässt. Die im deutschen Gesundheitssystem so stark verankerte ärztliche Weisungsbefugnis durchdringt heute immer noch viele Rechtsgrundlagen. Die Heilkunde darf nur vom Arzt oder Heilpraktiker ausgeübt werden. Der Arzt bedarf hierfür der Approbation (Bundesärzteordnung[150]), der Heilpraktiker einer Zulassung[151].

Zwar kommt der Begriff „Heilkunde" im § 28 SGB V heute unter „ärztlicher Behandlung" nicht vor, der alte RVO-1911-Modus und das Heilpraktikergesetz jedoch sind weiterhin gesetzt – anders ausgedrückt – das Mindset. Ärztliche Behandlung ist „die Tätigkeit des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist". Wer sind diese „anderen Personen"?

147 BIBB / Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG
148 Microsoft Word - 2021-06-30-Begr-Mod-Umbruchfassung-m-Anlagen.docx (bibb.de)
149 Ketzer et al (2020)
150 BÄO - Bundesärzteordnung (gesetze-im-internet.de)
151 Heilpraktikergesetz: Das müssen angehende Heilpraktiker wissen (lecturio.de)

Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung vom 17.02.1939
„Heilpraktikergesetz"
§ 1

(1) Wer die Heilkunde, ohne als Arzt bestallt zu sein, ausüben will, bedarf dazu der Erlaubnis.
2) Ausübung der Heilkunde im Sinne dieses Gesetzes ist jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen, auch wenn sie im Dienste von anderen ausgeübt wird.
(3) Wer die Heilkunde bisher berufsmäßig ausgeübt hat und weiterhin ausüben will, erhält die Erlaubnis nach Maßgabe der Durchführungsbestimmungen; er führt die Berufsbezeichnung "Heilpraktiker".

In 2002 erfolgte durch das Bundesverfassungsgericht bereits eine „Erweiterung" des alten Heilkundebegriffs. Heilkunde ist danach nicht mehr nur Heilung im engeren Sinne, sondern auch Linderung körperlicher Defekte oder Situationsverbesserungen[152] - präventiv, kurativ, rehabilitativ, palliativ. Was davon zu den höchstpersönlichen Leistungen des Arztes (Arztvorbehalt)[153] gehört und was davon durch hochschulisch ausgebildete Pflegefachkräfte übernommen werden kann, muss neu justiert und in einem modernen Gesundheitsberufegesetz festgehalten werden. Es geht hierbei nicht darum zu klären, wer am OP-Tisch das Skalpell führt, es geht um Tätigkeiten unter den Überschriften Aufklärung, Beratung, eigenverantwortliche Therapiedurchführung und Steuerung komplexer Versorgungssettings- und prozesse, wenn die ärztliche Diagnose und Indikation feststehen. Die alte sozialrechtliche Konfiguration des ambulanten Versorgungssystems kennt nur die Arztpraxis mit der Medizinischen Fachangestellten, auf die Arztassistenzleistungen delegiert werden. Wie bereits dargelegt, kommen die interprofessionellen neuen Versorgungsmodelle nicht aus dem Projekt- und Selektivvertragsstatus heraus, weil grundlegende Rechtsfragen wie Haftung und Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit bislang ungeklärt bleiben.

[152] Igl, Gerhard (in Pundt / Kälble)
[153] Persönliche Leistungserbringung - Möglichkeiten und Grenzen der Delgation ärztlicher Leistungen (bundesaerztekammer.de)

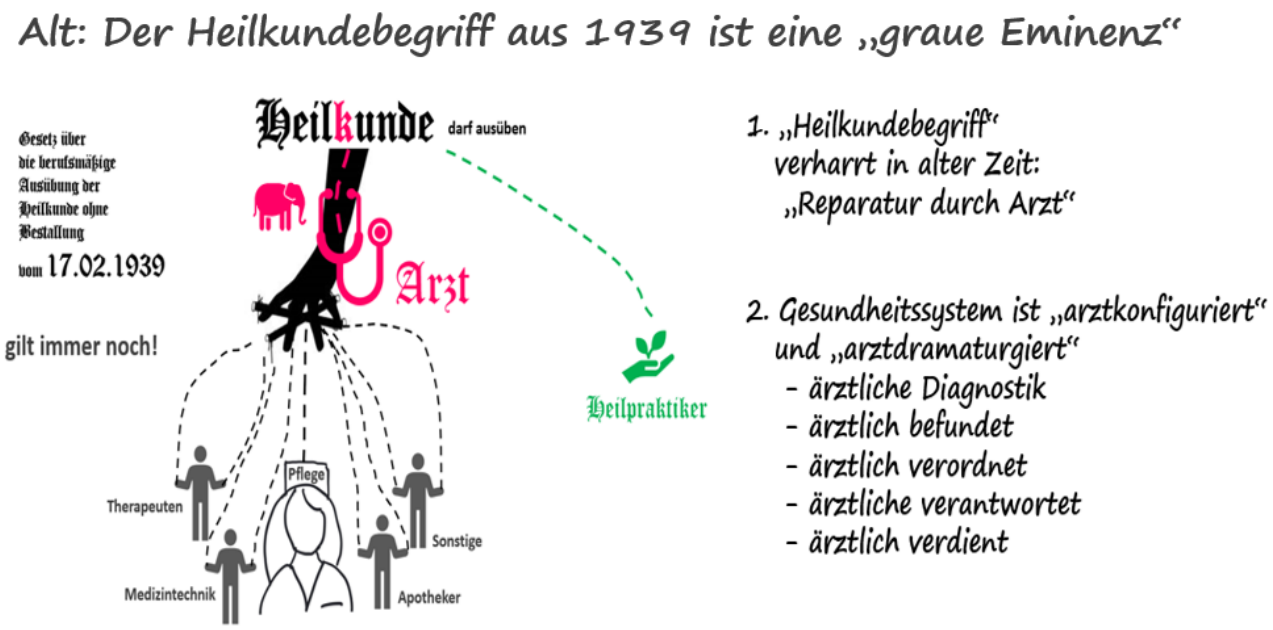


Abb. 46 Der alte Heilkundebegriff kommt aus einer Zeit, in der Akuterkrankungen die Regel waren und der Arzt als studierter und wissenschaftlich ausgebildeter „Heiler" die größte Wirksamkeit hatte.

50 Shades of Kooperationsmodelle

Auch über neue Kompetenzprofile der Pflege und interprofessionelles Arbeiten liegen seit vielen Jahren sehr viele Konzepte vor[154],[155],insbesondere die Arbeiten der Robert-Bosch-Stiftung[156],[157]. Ihre Autoren legen seit über zehn Jahren konkrete Vorschläge für ein modernes Gesundheitsberufegesetz und neue Formen der integrierten Primärversorgung. Die Wissenschaft[158],[159] empfiehlt seit vielen Jahren gestaffelte Qualifikationsprofile für die Pflegefachkräfte. Das heißt, dass 10-20% der Pflegefachkräfte über eine Hochschulausbildung verfügen sollten, um eigenverantwortlich tätig zu sein[160]. Interprofessionalität ist mehr als die bloße Umverteilung ärztlicher Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen nach dem Motto „Hauptsache Arztentlastung". Die ärztliche Direktive in der ambulanten Versorgung ist nicht

[154] SVR Gutachten v.a. 2007, 2014
[155] Pflege-Report 2016 (wido.de)

[156] S. Robert-Bosch-Stiftung, Schriften zu den Gesundheitsberufen, u.a.:
RBS_Broschuere_360Grad_Pflege_Manifest_WEB_ES.pdf (bosch-stiftung.de)
https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/gesundheitsberufe-neu-denken-gesundheitsberufe-neu-regeln
https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/memorandum-kooperation-der-gesundheitsberufe-qualitaet-und-sicherung-der /

[157] Interview Prof. Gabriele Meyer vom Sachverständigenrat | Die Techniker - Presse & Politik (tk.de) / Meyer / Gabriele Meyer 20201123_ePaper_bifg-RB-B_Richtungspapier-Corona_BF_VQF (2).pdf
[158] Wissenschaftsrat 2012
[159] Osterloh, Falk (2021) Mangelnde Wertschätzung – Akademisierung der Pflege
[160] Selbstständige Ausübung von Heilkunde durch Pflegekräfte | SpringerLink

überall eine medizinische Notwendigkeit, sie ist ein historisch entwickeltes lineares „Steuerungssystem", das für die heutige komplexe Versorgungswelt schon lange nicht mehr ausreicht. Komplexität erfordert die gleichzeitige Bearbeitung unterschiedlicher Aufgaben, die nicht mehr kausal, sondern in Form von Wechselwirkungen und gegenseitigen Ermöglichungsbeziehungen aufeinander bezogen sind[161]. Statt weiterer Modelle sollten die Berufsgruppen in Sandbox-Regionen die vorgelegten Ansätze endlich praktisch umsetzen dürfen und Learning by doing das moderne Gesundheitsberufegesetz „mitschreiben", sozusagen als Innovationsfondsprojekt „Writer in Residence".

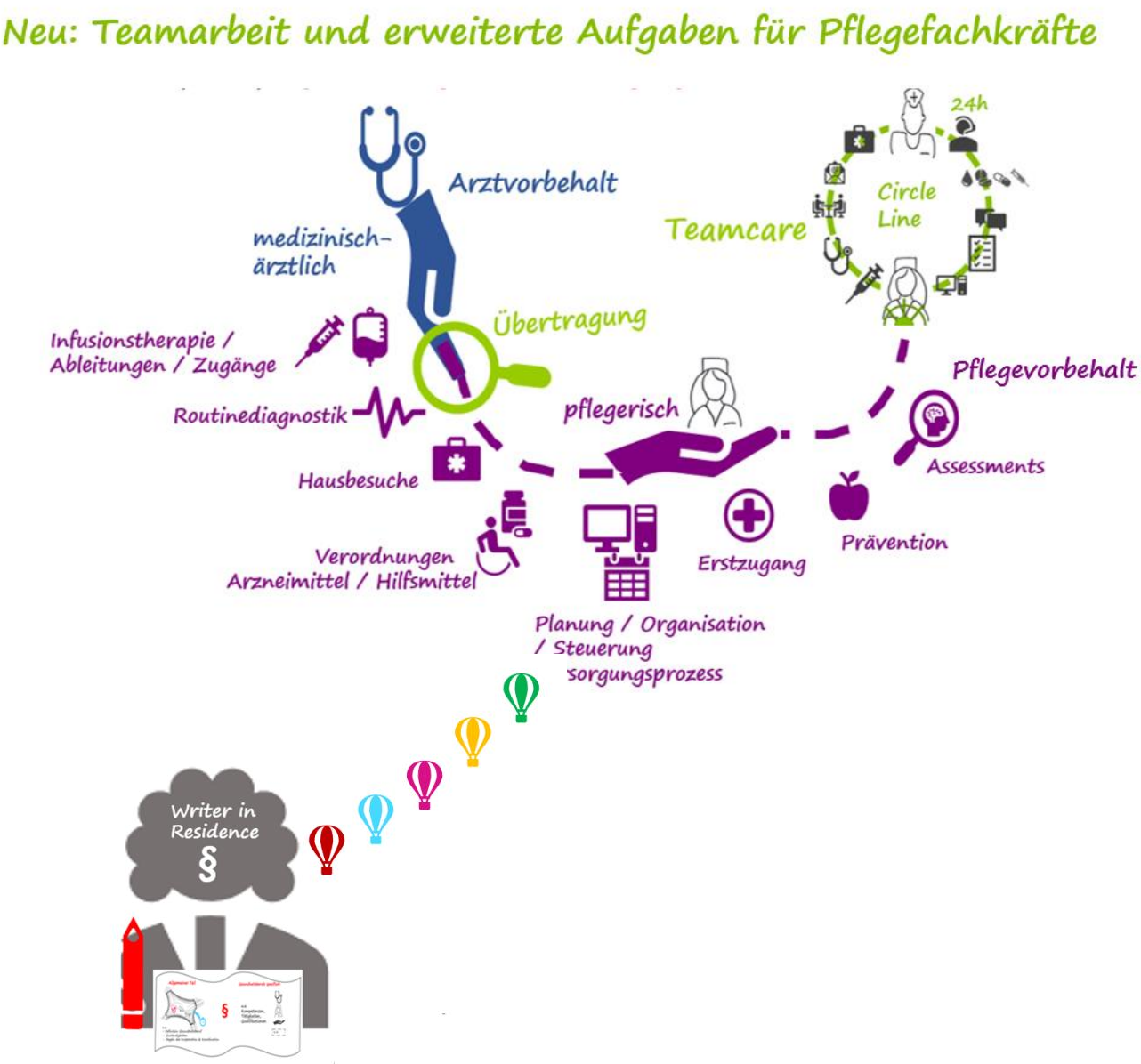


Abb. 47 Ein modernes Gesundheitsberufegesetz muss Learning by doing mitgeschrieben werden.

[161] praesentation_samw_interprofessionalitaet2016_nassehi.pdf

4. Bürgerversicherung

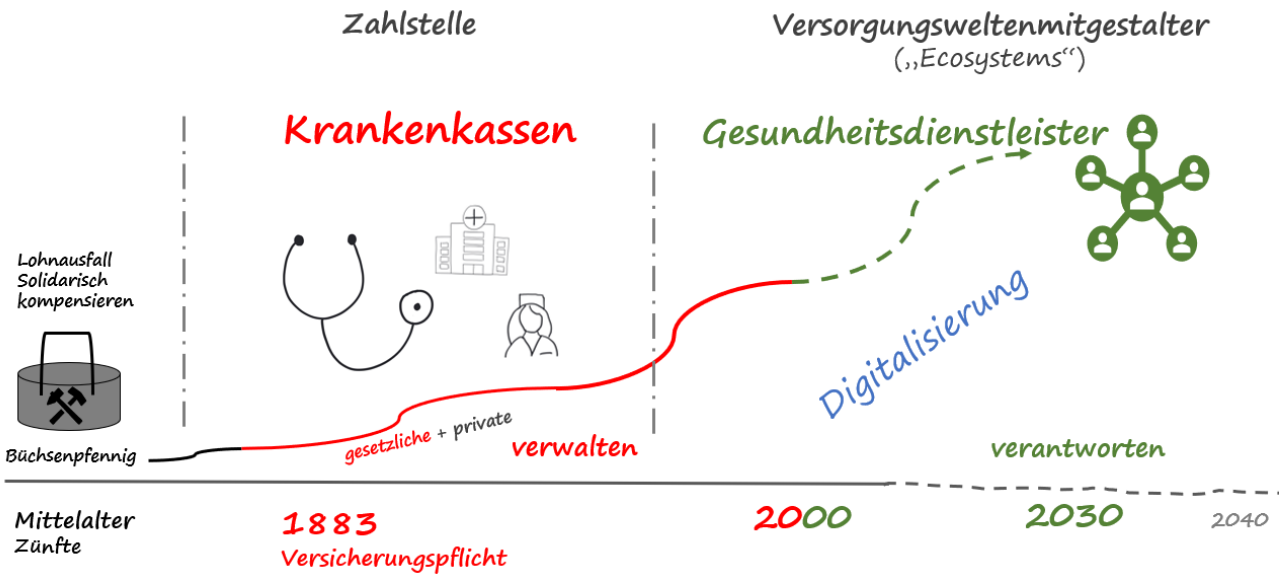


Abb. 48 Die Rollen und Aufgaben der Krankenkassen verändern sich im Laufe der Zeit.

Digitalisierung erwirkt Bürgerversicherung langfristig von selbst

Das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung ist ein „Systemfossil" und nicht zukunftsfähig. Mit dem GKV-Anteil von 90% kommt das bestehende System einer Bürgerversicherung bereits nahe. Da die Honorare für die 10% PKV-Versicherten für das Einkommen vieler Ärzte eine hohe Bedeutung haben, wehren sich neben der privaten Versicherungswirtschaft insbesondere die Ärzte seit je her gegen eine Bürgerversicherung[162]. Dabei kann das Geschäftsmodell der PKV auch mit neuen ärztlichen Vergütungsmixes fortbestehen. Darum aber alleine geht es zukünftig nicht mehr. Anders als Argumente für eine solidarische Finanzierung besitzt die Digitalisierung als neue treibende Kraft eine Autorität, die eine Bürgerversicherung alleine aus operativen Effizienzgründen erzwingen wird.

Der Krankenversicherungsschutz entwickelte sich stets im Windschatten des medizinisch-technischen Fortschritts und des gesellschaftlichen Wandels. Die Krankenkassendualität entstand mit der 1883 eingeführten Versicherungspflicht. Die damals neue Arbeiterklasse verfügte nicht wie die traditionellen Gewerke, Betriebe und Kaufmänner über eigene Krankenkassen oder Krankenversicherungsvereine, weshalb eine staatliche Absicherung eingeführt wurde. Selbstständigen und Wohlhabenden wurde weiterhin zugetraut, selbst für

[162] S. Ärztetag 2021 - PKV: Ärzteschaft macht sich für duales Versicherungssystem stark

sich sorgen zu können, was diese zunehmend mit dem Abschluss privater Krankenversicherungen taten[163]. Gleiches galt grundsätzlich auch für die Beamten, die zwar gewisse Privilegien hatten, aber für die sich dennoch die „Beihilfe" als Unterstützungssystem des Dienstherrn entwickelte[164],[165]. Rund 50 % der Privatversicherten sind beihilfeberechtigte Beamt*Innen bzw. beihilfeberechtigte Familienangehörige. Beamt*Innen sind zwar rechtlich frei in der Wahl zwischen GKV und PKV, die für sie geltenden Rechtsregeln sind jedoch so ausgestaltet, dass für die ganz überwiegende Mehrheit die Absicherung über die PKV finanziell deutliche Vorteile bringt. Die Beihilfe sorgt dafür, dass für die ganz große Mehrheit der Beamten die Versicherung in der PKV bei gleichem oder gar größerem Leistungsumfang billiger ist als die GKV, zum guten Teil sogar ganz erheblich. Die Beihilfe übernimmt bei aktiven Beamt*Innen 50% der Behandlungskosten, bei Beamt*Innen im Ruhestand 70%. Der Dienstherr – also der Staat – leistet jedoch keinen Arbeitgeberbeitrag, er beteiligt sich auch nicht an den Beitrags- oder Prämienzahlungen an die Krankenkassen. Die Beihilfe führte zu dem „bemerkenswerten" Umstand, dass in Deutschland die „Staatsdiener" bis heute überwiegend privat versichert und nicht Teil des staatlich angelegten Solidarsystems sind.

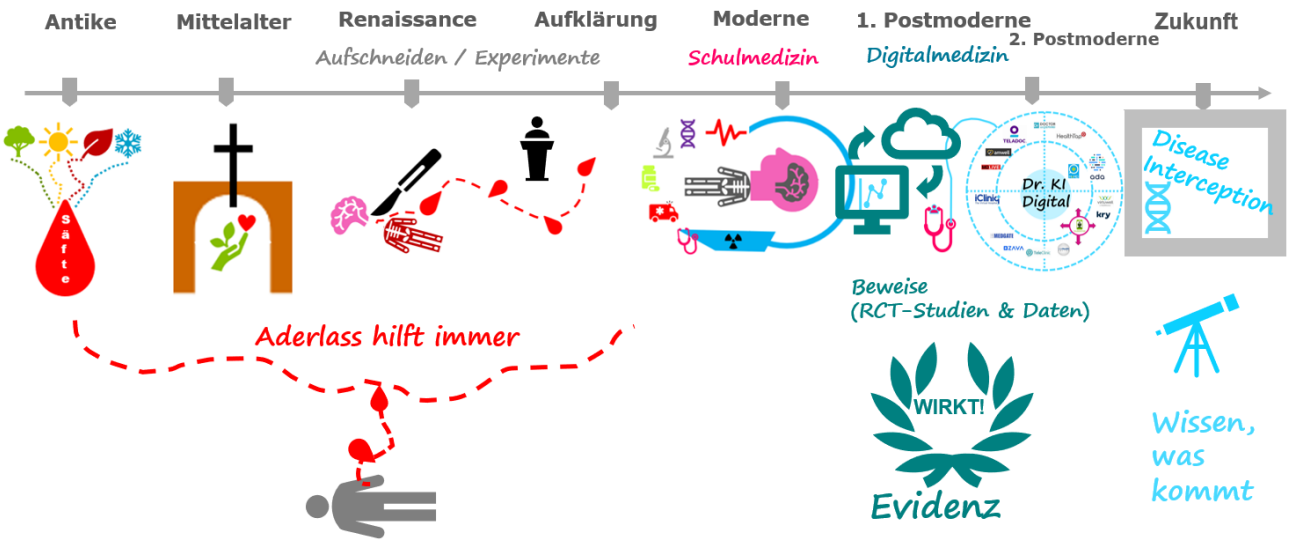


Abb. 49 Versorgungssystem und später der Krankenversicherungsschutz entwickelten sich immer im Windschatten der Medizin.

[163] Wagner-Braun (2002)
[164] Hugo Sinzheimer Institut / Fisahn (2013)
[165] Hübner (2021)

Gesetzliche Kranken- und Pflegekassen managen die Einnahmen- und Ausgabenseite der Solidargemeinschaft, die 90% der Bevölkerung umfasst. Im Gesundheitssystem von morgen werden Kranken- und Pflegekassen moderne „Versorgungsweltengestalter" mit komplexen und vielfältigen Aufgaben im Vertrags-, Versorgungs- und Finanzmittelmanagement sein, was langfristig die Zusammenlegung der Kranken- und Pflegeversicherung nahelegt, da die zu finanzierenden Versorgungsprozesse verschmelzen. Die Arbeit der Kassen wird zunehmend von komplexeren und datengestützten Prozessen geprägt sein. Diese müssen die Verzahnung der Versorgung und Versorgungsforschung zu „lebendigen" Versorgungsverträgen wie dem Tandem- und Circle Line-Vertrag ermöglichen, sprich überschaubar, smart, dynamisch, bedarfsgerecht und regelhaft aktualisierbar.

Arbeiten „am Versorgungssystem" sind der PKV fremd, da sie bislang - einfach gesagt - nur Arztrechnungen bezahlt. Zur Umsetzung moderner Versorgungsverträge reicht das nicht aus. Für einen modernen „Versorgungsverkehr" müssen die Privatversicherten an die Telematikinfrastruktur angebunden werden und das ist schon für die GKV eine Herausforderung historischen Ausmaßes. Trotz aller Startschwierigkeiten wird die Telematikinfrastruktur[166] mit digitalen Prozessen langfristig Arztpraxen, Krankenhäuser, Therapiepraxen, ambulante und stationäre Pflege, Apotheken und andere Leistungserbringer elektronisch verbinden und damit erstmals die Möglichkeiten einer umsetzbaren integrierten Versorgung schaffen. In diesem Zuge werden die bisherigen Privilegien, die Privatpatienten im „Analogsystem" gewährt werden konnten, verschwinden, wie z.B. der direkte Zugang zu Klinikspezialisten oder bevorzugte Terminvergabe. Die Kassen als Kostenträger und Treuhänder der Finanzmittel können sich einer effizienten technischen Logik nicht verweigern. Die „Programmierung" der GKV-Prozesse für die Telematikinfrastruktur ist hoch komplex. Bei einem grundsätzlich ethisch gebotenen einheitlichen Leistungsangebot entbehrt es jeder Effizienzlogik, die sich vor allem die Befürworter der Dualität auf die Fahnen schreiben, zusätzlich zu allen GKV-Prozessen für die nicht einmal 10% PKV-Versicherten noch neue Extra-prozesse für altbackene Abrechnungsziffern und Beihilferegelungen zu programmieren.[167]

Neben der operativen Herausforderung für die Versorgungsmoderne stellt sich eine weitere Zukunftsfrage für die PKV. Der Deutsche Ethikrat zeigt in seinem Gutachten[168] zu Big Data und Datensouveränität die Chancen und Risiken der neuen digitalen Welt auf, insbesondere auch

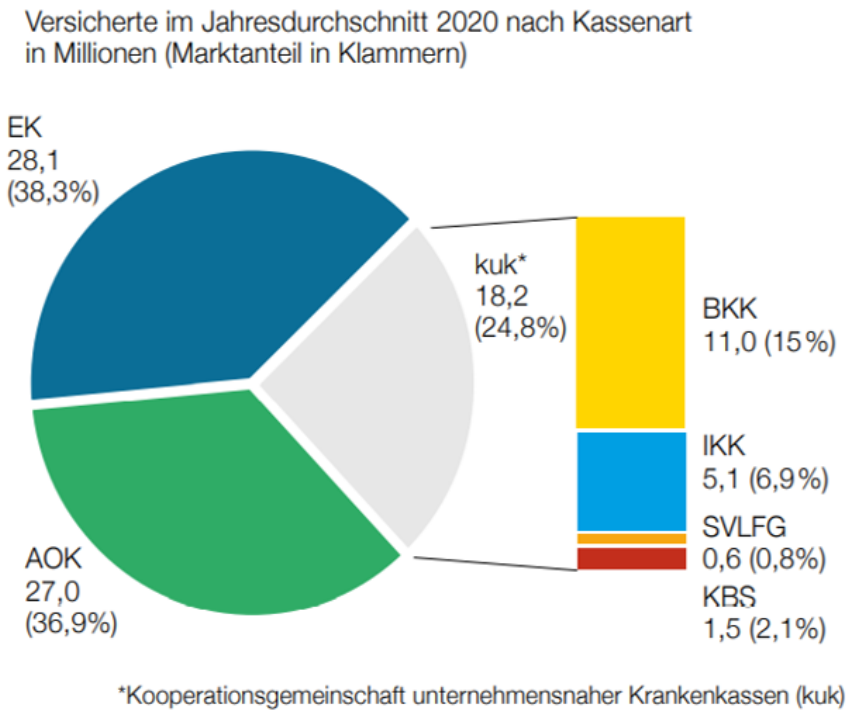
[166] gematik
[167] PKV: Entwurf für ein Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (DVPMG) Die Stellungnahme gibt Aufschluss darüber, welche Parallelstrukturen für weniger als 10% der Bevölkerung aufgebaut werden müssen.
[168] Publikationsdetail (ethikrat.org) Gutachten Big Data und Gesundheit – Datensouveränität als informationelle Freiheitsgestaltung 2017

die Auswirkungen einer zunehmenden „Vorhersagbarkeit" (Prädiktion) von Gesundheitsrisiken auf die Versicherung. Insbesondere das „Datensammeln" wird als Gefahr für eine verstärkte Risikoselektion seitens der Versicherungen gesehen. Risikoselektion aber widerspricht dem Grundprinzip der Versicherung, die Lebensrisiken, die der Einzelne aus eigener Kraft nicht bewältigen kann, durch die Risikostreuung über die Versichertengemeinschaft abzusichern. Ein Versicherungsfall führt zur Umverteilung von Ressourcen von der Gesamtheit (Kollektiv) an den einzelnen anspruchsberechtigten Versicherten. Bisher sind solche Risiken unvorhersehbare Ereignisse. Eine durch Big Data immer detailliertere Voraussagbarkeit von Lebenslauf und Lebenserwartungen des Einzelnen wirft langfristig die Frage auf, wie weit das Geschäftsmodell der PKV reichen kann und darf. Die PKV könnte Personen mit höherem tatsächlichen Krankheitsrisiko noch besser als bisher schon durch die Gesundheitsprüfung erkennen und noch konsequenter ausgrenzen. Für diese Personen bleibt wie schon heute „nur" die GKV bleibt, die zusätzlich belastet wird.

Die Neuvermessung der Medizin, die damit verbundenen Kosten und die Frage der „Risikostreuung" können langfristig nur solidarisch für alle abgesichert werden. Dieses heben sowohl der Ethikrat als auch Autor*innen zur digitalen Ethik in der Medizin[169] hervor. Mit Blick auf die Zukunftsherausforderungen- und perspektiven sollten private Krankenversicherer sich entscheiden können, ob und wieviel sie in die Zukunft investieren wollen[170]. Der größte Teil der PKV-Versicherer hat nur einen kleinen Kundenstamm. Der PKV-Geschäftsbericht 2019[171] weist von den 50 PKV-Unternehmen 36 als Anbieter einer Krankenvollversicherung aus (14 PKVen bieten nur Zusatzversicherungen an). Fünf Unternehmen mit jeweils mehr als über 500.000 Versicherten stellen zusammen 60% des PKV-Vollversichertenbestandes. Auch für kleine GKV-Kassen stellt sich die „operative" Zukunftsfrage. Von den aktuell 103 GKV-Krankenkassen[172] sind alleine 80 Betriebskrankenkassen. In der GKV finden seit Jahren Fusionen statt und haben sich Kooperationen gebildet, wie z.B. zur Bündelung bestimmter Aufgaben wie dem Abrechnungsmanagement[173],[174]. Erste Grenzüberschreitungen bei der „Dualität" gibt es bei der elektronischen Patientenakte[175], die allerdings bislang nicht an den „digitalen" Blutkreislauf der Telematik angeschlossen ist.

[169] S. im Anhang u.a. S. Heinemann / D. Matusiewicz oder Böttinger, E. / Zu Putlitz Jasper
[170] Deloitte 2020 PKV der Zukunft – Wo geht die Reise hin? PKV der Zukunft: Studie (deloitte.com)
[171] 2020-12_PKV-Zahlenbericht_2019.pdf
[172] Vdek Zahlenbericht 2020
[173] Kooperationsgemeinschaft kuk | IKK e.V. / Quelle: Zahlen-Daten-Fakten-2021.pdf (ikkev.de)

[174] Wir digitalisieren und vernetzen für das Wichtigste im Leben – Gesundheit.: BITMARCK
[175] https://www.vivy.com/versicherungspartner/



Quelle: Zahlen-Daten-Fakten-2021.pdf (ikkev.de)

Abb. 50 Die „Kassenfamilien" der gesetzlichen Krankenversicherungg

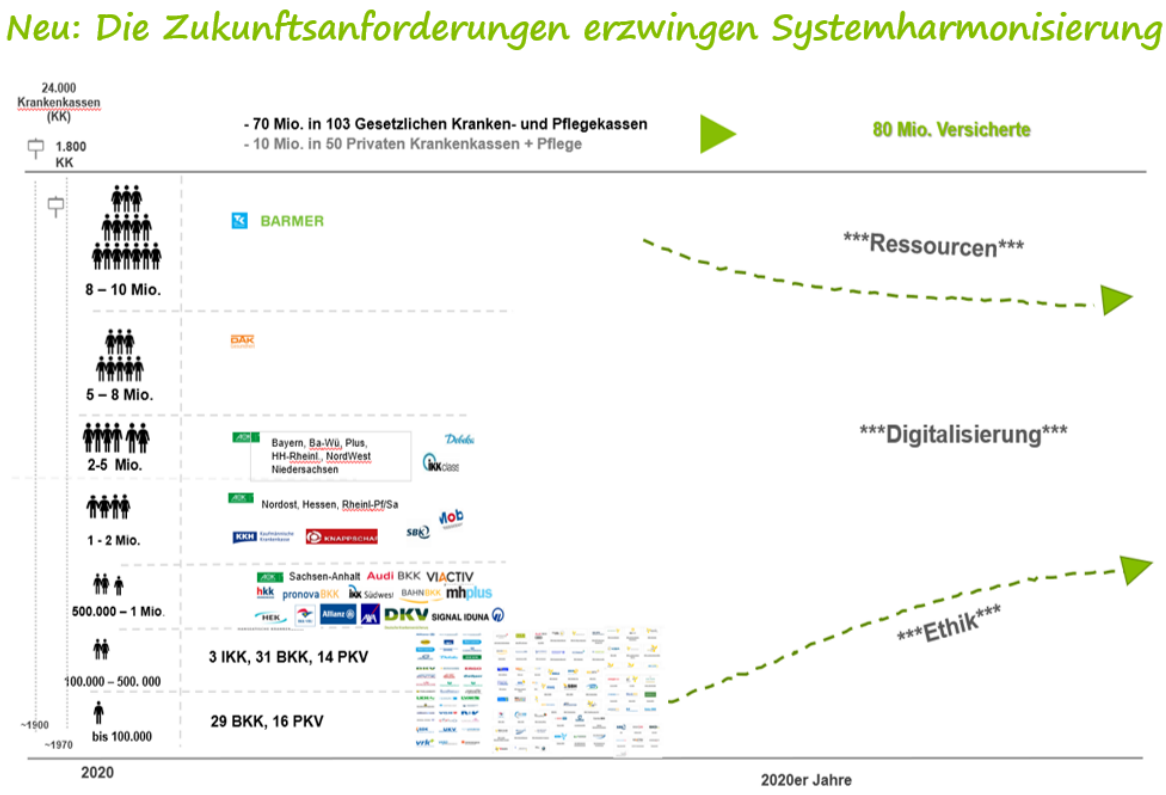


Abb. 51 Insbesondere PKV-Kassen und GKV-BKKen haben kleine Versichertenbestände

Für die privaten Krankenversicherer braucht es zwei Optionen für die Zukunft: 1. EXIT: Aufgabe des Krankenversicherungsvollgeschäftes, 2. TRANSFORMATION zu einem Krankenversicherer, der unter GKV-Rahmenbedingungen tätig ist. Die PKV und auch einige Ärztevertreter[176] sollten einen klärenden Blick in die Zukunft werfen, anstatt wie im „Kirschgarten"[177] von Anton Tschechow nostalgisch eine Welt beschwören, die sich im Untergang befindet. Zu diesem Blick gehört auch, dass PKV wie auch Ärztevertreter seit jeher behaupten, die hohe Versorgungsqualität im deutschen Gesundheitswesen sei der Systemdualität zwischen PKV und GKV zu verdanken. Da die PKV nur einen Vertrag mit dem Versicherten und nicht mit den Leistungserbringern hat, kann sie nicht einmal Qualitätsanforderungen an die Ärzte oder sonstige Leistungserbringer stellen.

Auch die Behauptung, dass die PKV Innovationen schneller erstatte als die GKV und es deshalb den Wettbewerb brauche, ist konstruiert, selbst wenn punktuell einige Leistungen von der PKV schneller als von der GKV bezahlt werden[178]. Medizinische Leistungen sind grundsätzlich keine „Waren", die in unterschiedlichen Editions oder Auflagen „verkauft" werden sollten. In der GKV gibt es einen etablierten Prüfprozess für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, von dem die PKV profitiert, da sie sich schon aus Patientenschutzgründen auf die medizinische Unbedenklichkeit neuer Untersuchungs- und Behandlungsverfahren verlassen muss. Ein Wettbewerb, der in der Gesundheitsversorgung Menschen zu „Gewinnern" oder „Verlierern" macht, weil Krankenkassen ihre Versicherten nicht gleichermaßen am medizinischen Fortschritt teilhaben lassen, verbietet sich grundsätzlich. Ebenso verbietet sich das Risiko Leistungen zu bezahlen, die patientengefährdend sein könnten.

Die unterschiedlichen Rahmenbedingungen, die durch das Solidarprinzip und Äquivalenzprinzip entstanden sind, haben nie einen Wettbewerb im Sinne einer Vergleichbarkeit und einer Zielerreichung unter selbigen Voraussetzungen ermöglicht[179]. Eine Wahlmöglichkeit hat letztlich nur ein sehr kleiner Versichertenkreis, der jung, bei guter Gesundheit und gutverdienend ist. Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts nehmen eine staatliche Aufgabe wahr, die PKV versichert individuelle Risiken und darf – anders als die GKV - gewinnorientiert arbeiten.

[176] Memonrandum Bundesärztekammer (2018)
[177] Der Kirschgarten von Anton Tschechow — Gratis-Zusammenfassung (getabstract.com)
[178] Waldenzik, Anke et al (2021): Umsetzung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
[179] Private Krankenversicherung - Alles was Sie wissen müssen - Stiftung Warentest / Gesetzliche Krankenversicherung - Wer sich gesetzlich versichern kann – oder muss - Stiftung Warentest

Abb. 52 Die Unterschiede ermöglichen keinen Wettbewerb.

Aufgaben und Rolle der „alten" Krankenkassen in Zukunft

Das „Mindset" der Zukunft heißt „Netzwerk". Kranken- und Pflegekassen müssen als moderne Gesundheitsdienstleister mit den bekannten wie auch neuen Akteuren Versorgung regionaler, integrativer, transparenter und kooperativer gestalten und verantworten müssen. Moderne Versorgungsverträge brauchen ein auf Daten und Fakten gestütztes zeitnahes und dynamisches Vertragscontrolling, um die harten Honorarkonflikte zwischen Kostenträgern und Versorgungsakteuren zu überwinden. Das „Kollektivvertragsgeschäft" wird von beiden Seiten immer noch im dominierenden „Preisverhandlungsmodus" umgesetzt, so, als ginge es wie um 1900 alleinig um die Höhe des gerechten Arzthonorars. Versorgungsgestaltung aber ist weitaus filigraner, um die richtigen Behandlungsschritte adäquat zu gestalten, zu vergüten und zu evaluieren. In integrierten Versorgungsverträgen haben Leistungserbringer und Kostenträger bereits neue Wege beim heiklen Thema „Geld" erprobt. Hierfür müssen beiden Seiten viel mehr Kommunikation, Gestaltungs- und -verantwortungbereitschaft aufbringen als bisher. Da die Krankenkassen als einzige Institution im Gesundheitssystem über Daten und Datenkompetenz aus allen Versorgungsbereichen verfügen, kommt ihnen bei der Gestaltung der sektorenübergreifenden und integrierten Versorgung eine besondere Rolle zu.

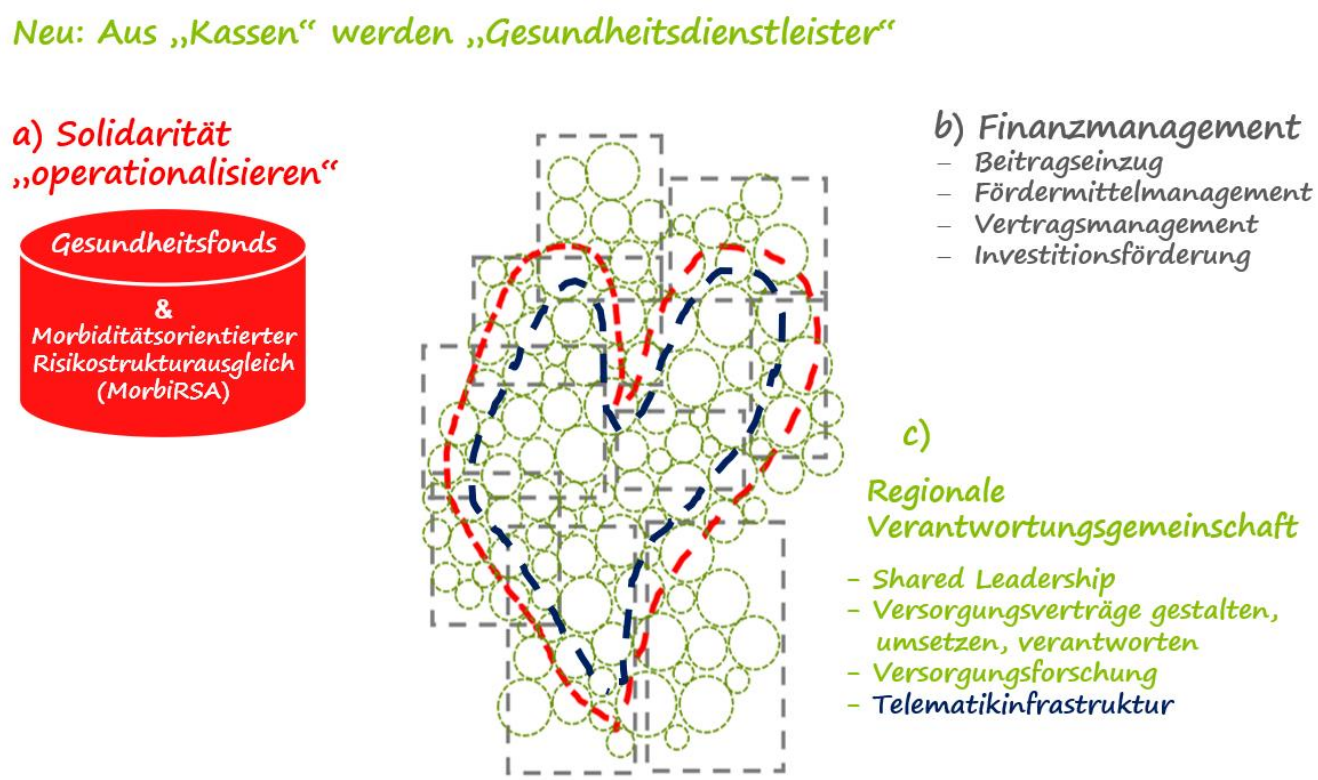


Abb. 53: Als Gesundheitsdienstleister gestalten die Krankenkassen aktiver als bisher.

a) Solidarität „operationalisieren“

Mit Einführung der freien Kassenwahl 1996 (Lahnstein-Kompromiss[180]) führte die Politik einen „Wettbewerb“ innerhalb der GKV ein. Versicherte sollten ohne berufsgebundenen Zuweisungszwang ihre Kasse frei wählen und diese bei Unzufriedenheit wechseln können. Die Politik hoffte, dass sich die Kassen dadurch stärker um eine wirtschaftliche Versorgung bemühen würden, um die Kosten im Griff zu halten. In den 2000er Jahren wurde schrittweise für die GKV-Kassen der Gesundheitsfonds eingeführt, in den alle Beiträge der Kassenversicherten nach überwiegend normierten Beitragssätzen einfließen. Flankierend sorgt ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) dafür, dass die historisch unterschiedlich gewachsenen Versichertenstrukturen und Risiken in den Kassen ausgeglichen werden. Für den Gesundheitsfonds ist das Bundesamt für Soziale Sicherung[181] zuständig. Die Kassen bekommen – einfach gesagt - aus dem Gesundheitsfonds für definierte Versichertengruppen durchschnittliche Kosten erstattet (Zuweisungen). Liegen die Ausgaben

[180] Mythos Lahnstein (gg-digital.de)
[181] Überblick - www.bundesamtsozialesicherung.de

einer Kasse über diesen Zuweisungen, muss sie Zusatzbeiträge erheben, die Versicherte und Arbeitgeber je zur Hälfte tragen.

Zur Umsetzung der Anforderungen des Gesundheitsfonds und des morbiditätsorientierten Risikoausgleichs (Morbi-RSA) werden für alle Versicherten nach einem einheitlichen Rechenmodell Risikoprofile angelegt. Dieses System ist ein lernendes und dynamisches, um die Balance zwischen „Einnahmen" und „Ausgaben" kontinuierlich steuern zu können. Ein derartiges System existiert für die „Black Box" PKV nicht, denn dort gibt es keinen Risikostrukturausgleich. Wie „krank" oder „gesund" die PKV-Versicherten sind, weiß niemand. Aufgrund der besseren Einkommensverhältnisse sowie der Gesundheitsprüfung kann davon ausgegangen werden, dass der langjährige Vorwurf, die „Besserverdienenden" und „Gesünderen" entzögen sich in der PKV dem Solidarsystem zutrifft, auch wenn die PKV dies immer wieder dementiert. Empirisch überprüfbar wäre dies, wenn der PKV-Versichertenbestand einer „Musterung" nach den Kriterien des Morbi-RSA unterzogen würde.

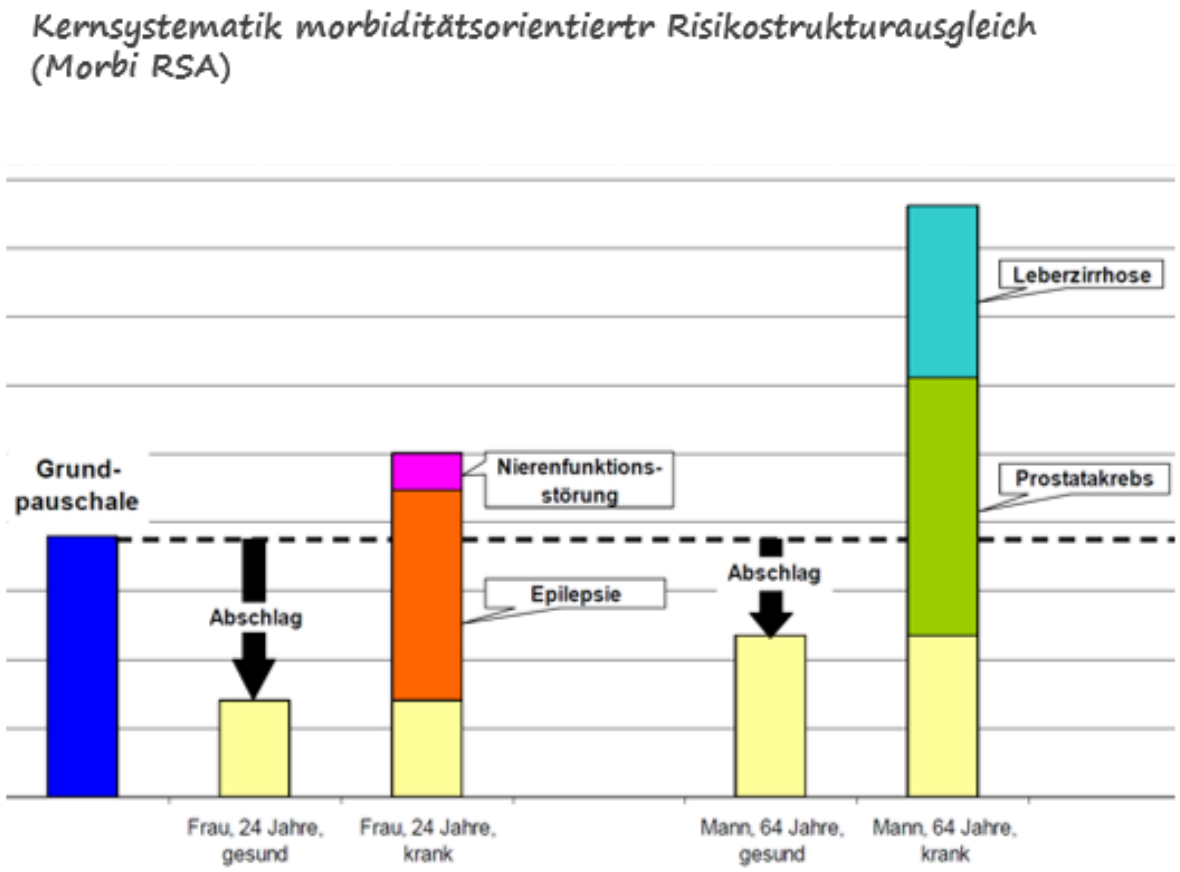


Abb. 54 Vereinfachte Darstellung des Risikostrukturausgleichs in der GKV

Die mit dem Wettbewerb über die Zusatzbeiträge provozierten Versichertenwechsel haben nicht die notwendigen Strukturmodernisierungen in Gang gesetzt, was nicht verwunderlich ist. Krankenkassen dürfen sich aufgrund des ethisch begründeten Hauptleistungskatalogs nicht tiefgreifend voneinander unterscheiden. Da die Kassen die Versorgung durch Verträge und Preisverhandlungen mitgestalten, ist die Krankenversicherung als Solidarsystem zwar eine Einheitsversicherung, aber keine Einheitskasse. Das unterscheidet sie von einer „Superbehörde" wie z.B. der Rentenversicherungsanstalt, deren Kernaufgabe darin besteht, die gesetzlich festgelegten Geldzahlungen zu tätigen. Ein gewisses Maß an Vielfalt hält das System in Bewegung, damit seine Akteure nicht aufhören, Antworten auf immer neue Herausforderungen zu suchen und zu finden. Auch sollten Versicherte die Möglichkeit eines Wechsels haben, wenn sie mit ihrer Kasse unzufrieden sind. Eine „Dead End"-Versicherung wie in der PKV ist schlichtweg nicht anzustreben. Dort sind Kassenwechsel zwischen den PKVen faktisch ausgeschlossen, da ein Wechsel den Verlust der Altersrückstellungen bedeutet und somit finanziell für den Versicherten meistens zu teuer ist. Damit ist die PKV für viele ihrer Versicherten eine „Sackgasse"[182]. Wenn sie kräftigen Beitragssteigerungen entgehen wollen, bleibt vielleicht noch der Wechsel in einen anderen Tarif bei der gleichen Kasse, allerdings um den Preis verringerter Ansprüche auf Leistungen.

Gesetzliche Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts mit einem sozialstaatlichen Auftrag sollten in Zukunft nicht mehr in Rankings von „Stiftung Warentest" und „Focus Money" neben Bohrmaschinen und Finanzprodukten in einer reinen Preiskonkurrenz verglichen werden, da es nur das „Geiz ist geil"-Denken im Bereich der Daseinsvorsorge anheizt. Diese Erscheinungen sind Folge des unreflektierten Wettbewerbsdenken im Solidarsystem der GKV. Ob unbedeutende kleine Lifestyleleistungen von einer Kasse übernommen werden erscheint im Wettbewerb wichtiger als die Gesamtanlage des Solidarsystems. Die Rankings erwecken in der Bevölkerung den Eindruck, als stünde generell die Erstattung medizinischer Leistungen im Ermessen der einzelnen Krankenkassen. Dabei geht völlig unter, dass die Kassen Träger der Sozialversicherung sind und über ein hochkomplexes finanzielles Ausgleichsverfahren Solidarität „operationalisieren" und dass der Hauptleistungskatalog[183] zu rund 98% nicht im Ermessen der einzelnen Kasse liegt. Die von allen Seiten so oft beklagte Kommerzialisierung der Gesundheitsversorgung wird gerade mit diesem „Bild" geschürt und zwar von allen. Es ist Zeit, das Solidarische zu betonen, dass auch vielen Bürger*innen immer noch wichtig ist.[184]

[182] Private Krankenversicherung: So wechseln Sie in einen günstigeren Tarif | Verbraucherzentrale.de
[183] Sozialgesetzbuch V – Krankenversicherung (Hauptleistungskatalog)
[184] Bürgerreport 2020 (bosch-stiftung.de)

b) Finanzmangement

In den letzten 25 Jahren brachten verbesserte Aufbau- und Ablauforganisationen der Verwaltungsprozesse, Maßnahmen der Leistungs- und Kostensteuerung, die Professionalisierung des Datenmanagements und Optimierungen im Service- und Versorgungsmanagement die gesetzlichen Krankenkassen von der „Zahlstelle" auf den Weg zu modernen Dienstleistern[185]. Die meisten gesetzlichen Krankenkassen verfügen inzwischen über Data Warehouses, die sich immer weiter zu Business Intelligence Systemen entwickeln. Eine moderne Unternehmenssteuerung ist ohne sie nicht mehr möglich. Die Digitalisierung verbindet Versorgung und Wissenschaft, so dass die bedarfsgerechte Ausgestaltung der Versorgungsverträge ein besser erreichbares Ziel ist.

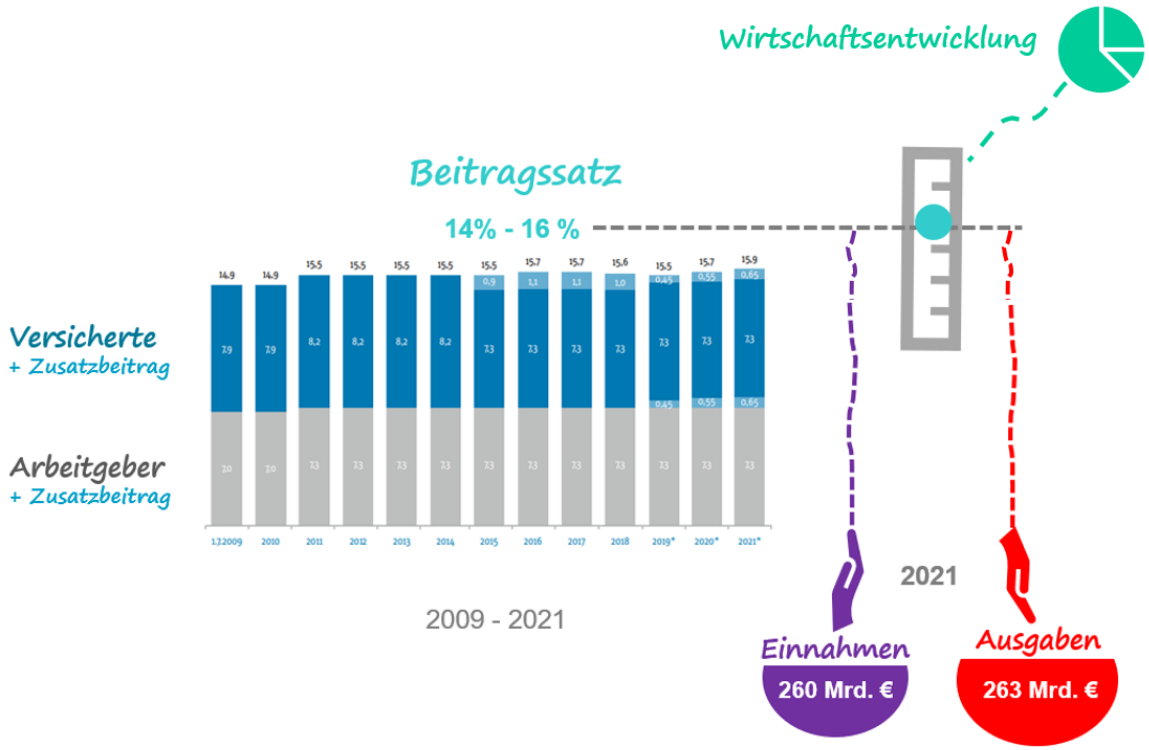


Abb. 55: Die gesetzliche Krankenversicherung und ihre Krankenkassen managen die Balance zwischen Einnahmen und Ausgaben (Balkendiagramm aus vdek Basisdaten 2021).

[185] Graalmann et al (2019)

Moderne integrierte Versorgungsverträge müssen die Trennung zwischen Primär- und Sekundärdaten aufheben. Die alten sektorierten Versorgungsverträge lassen kein Controlling entlang eines Patientenversorgungsprozesses. Wie bereits dargestellt, werden die Ausgaben

in jedem Bereich einzeln „gezählt" (Krankenhaus, Ärzte, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Transportkosten, Häusliche Krankenpflege) und dies auf der Matrix eines systemprägenden Kontenrahmens[186], sozusagen einer großen „GKV-Exceltabelle". Werden Versorgungsverträge zunehmend mit integrierten Inhalten abgeschlossen, muss der Kontenrahmen[187], der bislang eine unumstößliche Landkarte der Versorgung ist, neu geschrieben werden. Da die Arbeitsorganisation in den Krankenkassen genau diesen alten sektorierten Kontenrahmen spiegelt (Abteilungen für ärztliche Leistungen, Krankenhaus, Arzneimittel, etc.), müssen sich die internen Strukturen zu fachübergreifenden Teams weiterentwickeln.
Neben der Entwicklung des Vertrags- und Kostencontrollings kommen weitere neue Aufgaben auf die Kassen als Gesundheitsdienstleister zu wie Weiterentwicklungen im Finanzmittelmanagement (Investitionen in Innovationen[188]) sowie im Fördermittelmanagement. Zunehmend werden Krankenkassen heute als Partner in Forschungsvorhaben angefragt, um die mögliche Übertragung von Innovationen in die Regelversorgung von Beginn an auch unter Kostengesichtspunkten zu betrachten. Versorgung und Finanzierung nicht mehr als Gegensätze zu denken ist richtig, setzt aber eine grundsätzlich neue „Miteinanderkultur" voraus, als jene der „Stellungnahme des Kostenträgers zum geplanten Forschungsvorhaben".

In Sandbox sollte im Sinne einer „Smart City" mit den Möglichkeiten neuester digitaler Instrumente ein völlig neuer Betreuungsverkehr und die kooperative Zusammenarbeit zwischen den Versorgern, Regionen und Kostenträgern eingeübt werden. Die bislang nachgelagerten Anfrage-, Prüf- und Genehmigungsprozesse sollten an den Anfang der Versorgung in Echtzeit eingebracht werden. Zentrale kommunale Anlaufstellen könnten Dienste als Backoffice bündeln. Große IT-Projekte im Innovationsfonds zeigen, dass mit der Brille der Digitalisierung völlig neue Versorgungswelten gedacht werden können.

[186] Zahlen und Fakten zur Krankenversicherung - Bundesgesundheitsministerium
[187] Zahlen und Fakten zur Krankenversicherung - Bundesgesundheitsministerium
[188] Bis zu zwei Prozent ihrer Finanzreserven dürfen Krankenkassen „in Anteile an Investmentvermögen" anlegen (§ 263a SGB V)

Regionale Verantwortungsgemeinschaft

Für starke regionale Versorgungsverträge braucht es eine Abkehr vom Denken im „1990th-Style“[189], bei dem alle gegeneinander konkurrieren statt zu kooperieren. Diese „Wettbewerbskultur“ wirkt überholt, insbesondere vor dem allgemeinen Mindset „Netzwerk“ und der „Sharing“-Ansätze mit der Betonung auf Kooperation.

Abb. 56 In Sandbox einen neuen integrierten Betreuungsverkehr entwickeln.

Die stärkere Integration der Versorgungsprozesse braucht eine Bekräftigung und Neuinterpretation der immer noch vielfältig bestehenden gemeinsamen Arbeitsgremien, die insbesondere auf Landesebene zwischen Kostenträgern, Leistungserbringern und auch Gebietskörperschaften bestehen. In einem strategischen Strukturierungsprozess sind diese vielen kleinen Arbeitsgemeinschaften und Ausschüsse zu einem geregelten Miteinander in neue regionale Verantwortungsgemeinschaften zu entwickeln. Die Verbände der Krankenkassen könnten hierbei als Bindeglied zwischen Landes- und Bundesebene fungieren. Neu und einheitlich ist in die Aufsichtsfrage zu regeln. Landes- und bundesweit tätige

[189] Reckwitz (s. politische Paradigmen S. 253)

Krankenkassen unterliegen den Landesministerien oder dem Bundesamt für Soziale Sicherung. Eine ungleich restriktive Aufsichtspraxis führt seit vielen Jahren zu einer ungleichen Behandlung der Krankenkassen in der Ausgestaltung von Versorgungsverträgen.

Systemharmonisierung GKV und PKV zur Bürgerversicherung

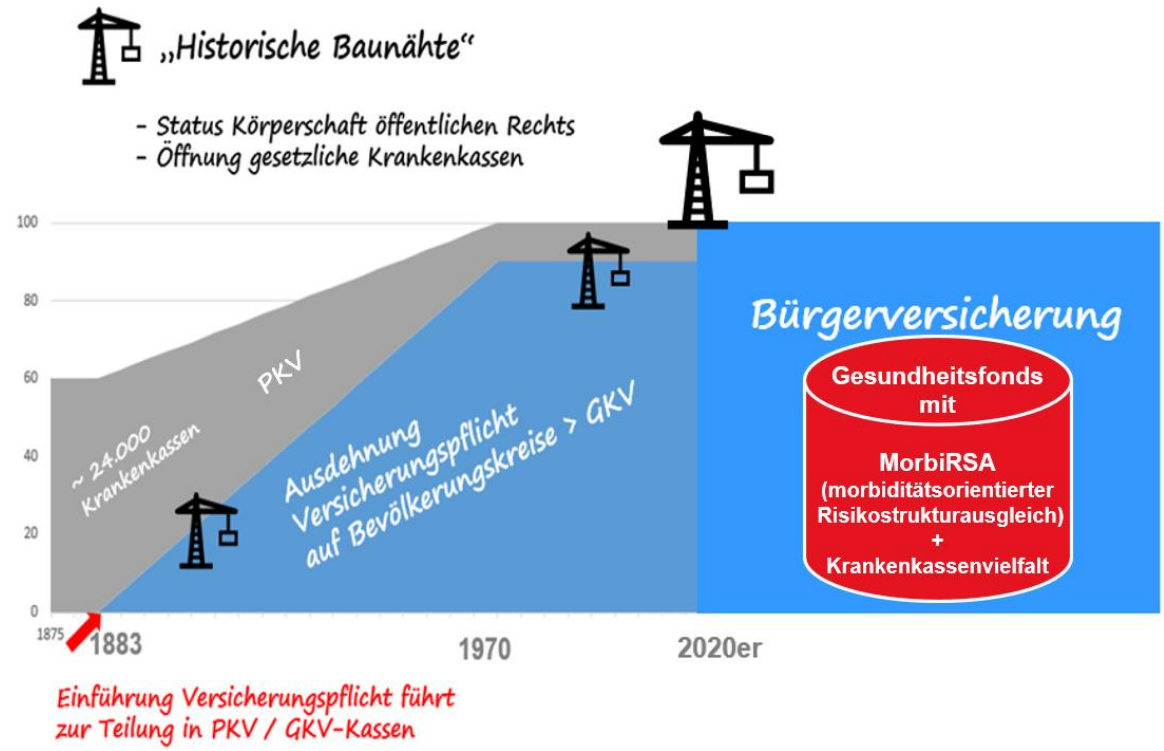


Abb. 57 Der Krankenversicherungsschutz hat eine lange Geschichte mit Veränderungen.

Die Schaffung einer Bürgerversicherung ist trotz des kleinen Anteils der Privatversicherten ein Unterfangen historischen Ausmaßes. Der Grundriss einer Bürgerversicherung beinhaltet, dass alle Bürger*innen in einem System nach den Grundsätzen der GKV versichert sind, d.h. vor allem einkommensbezogene Beiträge zahlen und für alle ein identischer Hauptleistungskatalog gilt und alle die Krankenkasse frei wählen und wechseln können.

Ein Masterplan „Bürgerversicherung“ sollte die klare Zielsetzung haben, die PKV-Krankenvollversicherung abzulösen, um demzufolge Reformschritte konsequent daran auszurichten, auch wenn die Umsetzung langfristig und gestaltungsoffen zu erreichen ist. Ein solcher Masterplan böte den 36 PKV-Unternehmen, die aktuell noch eine

Krankenvollversicherung[190] anbieten, die notwendige Klarheit für strategische Unternehmensentscheidungen. Die langfristige Ablösung sollte zwei Optionen vorsehen: 1. EXIT: Aufgabe des Krankenvollversicherungsgeschäfts, 2. TRANSFORMATION eines PKV-Unternehmens zu einem Versicherer, der nach GKV-Rahmenbedingungen tätig ist. Exit- und Transformationsstrategie müssen mittels Szenariotechnik und Modellrechnungen entwickelt werden, so dass zu einem definierten Zeitpunkt zwei Optionen konkretisiert feststehen und die PKV-Unternehmen ihre Entscheidung treffen müssen. Innovationsfondsprojekte könnten hier zielführend auf die Umsetzung der Gesamtstrategie „Systemharmonisierung" hinwirken, z.B. großflächige PKV-Versichertenbefragungen über die Versicherungsbedingungen in ihren Tarifen oder zu Beitragssteigerungen. Insgesamt gibt es bislang wenig Versorgungsforschung zur PKV.

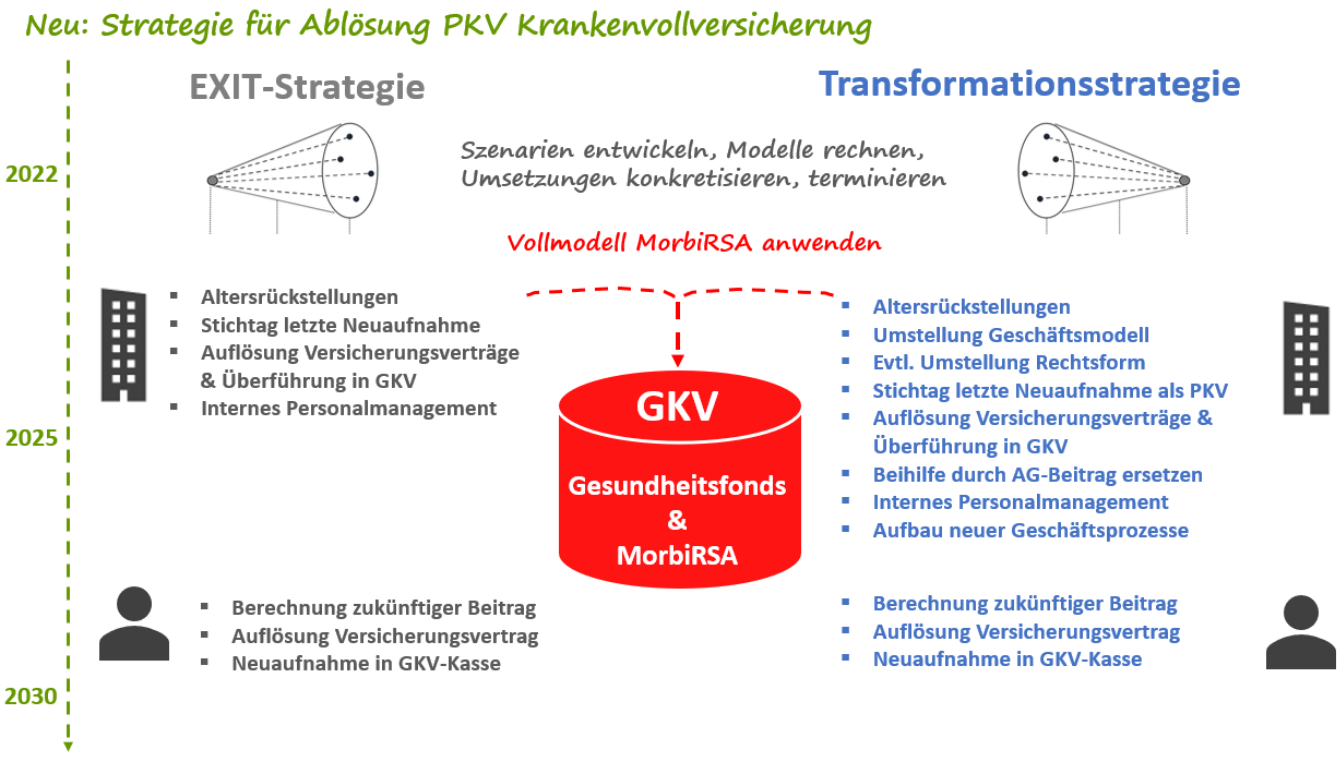


Abb. 58 Die Abschaffung der PKV als Krankenvollversicherung muss erklärtes Ziel sein.

[190] PKV-Geschäftsbericht 2020

Masterplan für Bürgerversicherung

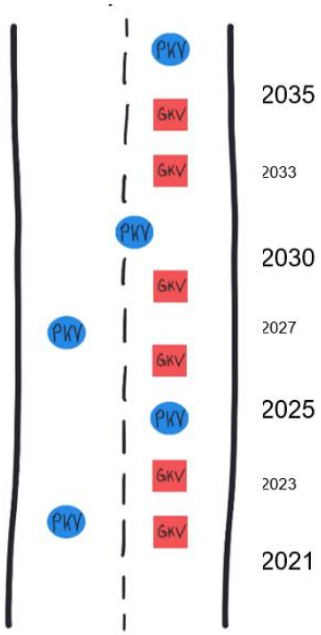


Abb. 59 Die private Krankenvollversicherung im Reißverschlussverfahren in die GKV einfädeln

In vielen Gutachten[191] sind die „Knackpunkte" einer Harmonisierung der Versicherungssysteme beschrieben. Hierzu gehört v.a. die Verwendung der Altersrückstellungen sowohl die Ablösung von Beihilfe und GOÄ. Viele Detailfragen werden sich erst im Prozess zeigen und Lösungen können dann erst gefunden werden. Zielgerichtet müssen Szenarien, Modelle und Berechnungen zu den zuvor aufgeführten Punkten entwickelt, verhandelt und umgesetzt werden. Neben den aufgezeigten liegen auch zu weiteren Herausforderungen neue Denkmodelle vor, die sich mit der weiteren Finanzierung befassen wie Konzepte zur Ausgestaltung der Beitragsbemessungsgrenze, beitragsfreien Familienversicherung, Zusammenlegung der Kranken- und Pflegeversicherung, Heranziehung von Kapitaleinkünften zur Finanzierung, Anhebung des Steuerzuschusses sowie die langfristige Umstellung von einer erwerbsgetragenen Versicherung hin zu neuen Modellen mit Wertschöpfungsabgaben.

[191] S. Literatur: Hans-Böckler- & Friedrich-Ebert-Stiftung, Kingreen, KOMV, Fisahn, Greß, Reiners, Etgeton, Lüngen

Neue Vergütungsmodelle zur Ablösung GOÄ

Wie bereits erwähnt, verknüpfen die Ärzte die Einführung einer Bürgerversicherung mit dem Verlust der GOÄ[192]. Zur Warnung vor einem einheitlichen Versicherungssystem werden oft zwei „Abschreckungsszenarien"[193] an die Wand gemalt: Entweder „drohen" den Ärzten hohe Einkommensverluste, wenn alle Leistungen nach GKV-Preisen („Sozialpreise") bezahlt werden, oder, der GKV „droht" ein kräftiger Ausgabenschub, wenn alle Leistungen nach PKV-Preisen bezahlt werden müssen. Die Angst der Ärzte vor unkalkulierbaren Einkommensverlusten muss bei der Strukturmodernisierung aufgegriffen werden. Veränderungen im Honorarsystem sind aber kein Grund für die Aufrechterhaltung der Dualität. Das „Versicherungsgeschäftsmodell" der PKV hängt nicht daran.

Arbeitgeberbeitrag Beamte weiter ausbauen (Pauschalierte Beihilfe)

Mit Blick auf die demographische Entwicklung und die dadurch steigende Zahl der Pensionär*Innen, kommen auf die Öffentliche Hand, vor allem die Länder, bei denen mit Abstand der größte Teil der Beamten arbeitet, in den nächsten Jahrzehnten höhere Ausgaben zu. Die Bundesländer Hamburg, Berlin, Brandenburg, Bremen und Thüringen haben inzwischen das Alternativmodell der pauschalierten Beihilfe eingeführt, die weiter ausgebaut werden kann. Nach diesem Modell können Beamt*Innen zwischen traditioneller Beihilfe oder der Zahlung des Arbeitgeberbeitrags durch den Dienstherrn wählen. Allerdings gilt das Wahlrecht bisher nur für die neu Verbeamteten. In Innovationsfondsprojekten könnten die flächendeckende Einführung für alle Beamten und die damit verbundenen finanziellen Auswirkungen und die rechtliche Zulässigkeit untersucht werden[194].

Altersrückstellungen in den Gesundheitsfonds überführen

Die privaten Versicherungen legen ihre Reserven auf den Finanzmärkten an, in Erwartung einer attraktiven Verzinsung. Das anhaltend niedrige Zinsniveau auf den Finanzmärkten beeinträchtigt das Geschäftsmodell der PKV. Steigende Prämien für die Versicherten sind eine Folge dieser Entwicklung. Damit die Prämiensteigerungen für die Versicherten im Alter, wenn diese als nicht mehr Erwerbstätige über geringere Einkommen verfügen, zu verkraften sind, gilt seit 2000 eine von der Politik veranlasste Kalkulationsvorschrift. Diese verpflichtet die PKV, bei allen Versicherten bis zum 61. Geburtstag einen Zuschlag in Höhe von 10% auf die berechnete risikoadäquate Prämie zu erheben. Die Einnahmen aus diesem Zuschlag muss die einzelne private Krankenkasse für jeden Versicherten ansparen. Die über den Zuschlag

[192] WIP_Analyse_1_2021_Mehrumsatz_und_Leistungsausgaben_2021 (1).pdf
[193] S. Memorandum der Bundesärztekammer zum KOMV-Gutachten 2020
[194] S. Andreas Fisahn, 2013-09-12_Gutachten Bürgerversicherung_Endfassung_CH.pdf (uni-bielefeld.de)

angesparten Mittel heißen deshalb „Altersrückstellungen." Gegenwärtig beträgt ihre angesparte Summe PKV-weit 247 Mrd. €[195]. Für die Versicherten sind die Altersrückstellungen an das Unternehmen gebunden, bei dem sie versichert sind. Im Rahmen einer Systemharmonisierung ist zu klären, wem die Altersrückstellungen gehören - den Versicherten oder den Unternehmen - und wie mit ihnen zu verfahren ist, ob sie z. B. in den Gesundheitsfonds eingebracht werden könnten oder weitere Verfahrenswege denkbar sind. Auch dieses Thema könnte in Innovationsfondsprojekten strategisch untersucht werden.

Unterschiedliche Rechtsformen & Berufs- und Gewerbefreiheit

Auch in einem solidarischen Versicherungssystem könnten private Kassen, genauso wie die gesetzlichen Krankenkassen Träger der Krankenversicherung sein. Hinsichtlich der Rechtsform sehen die vorliegenden Gutachten unterschiedliche Möglichkeiten sowie Übergangsfristen vor. Inwieweit eine Systemharmonisierung unerlaubte Eingriffe in die Berufs- und Gewerbefreiheit der Versicherer oder auch bei Ärzten und anderen Leistungserbringern darstellt, wird in den vorliegenden Gutachten und Stellungnahmen kontrovers diskutiert und bedarf weiterer rechtswissenschaftlicher Aufarbeitung.

Hauptleistungskatalog und Zusatzversicherungen

In einem harmonisierten System setzen die modernen Gesundheitsdienstleister einen verbindlichen Hauptleistungskatalog um, Zusatzleistungen können wie bislang schon privat zusatzversichert werden.

Selbstständige

Für die Überführung der Selbstständigen müssten bezahlbare Tarife für diese entwickelt werden.

Arbeitsorganisation

Für die Rolle des modernen Gesundheitsdienstleisters müssen GKV und PKV Kassen langfristig ihre Organisations- und Arbeitsroutinen auf die neuen beschriebenen Aufgaben ausrichten. Besonders schwer wird dies für die PKV[196]. Die PKV weist 9% Verwaltungskosten aus für die Versorgungsorganisation der 10% Bevölkerung ohne dabei Aufgaben in der GKV-Systemorganisation zu haben, an deren Strukturen sie sich zu einem großen Teil anlehnen kann. Die Verwaltungskosten der GKV für das „Run-the-System" für 90% der Bevölkerung liegen bei 5%.

[195] PKV Geschäftsberichte
[196] Hans-Böckler-Stiftung / Paquet (2013)

Da das Versicherungsgeschäft der PKV nicht aus einer Gesundheitssystem gestalterischen Historie heraus erwachsen ist wie das der gesetzlichen Krankenkassen, sondern die Krankenversicherung in vielen PKV-Unternehmen neben Lebens-, Unfall- oder Hausratversicherung nur ein Versicherungsfeld ist, kommt dem Neukundengeschäft eine besondere Bedeutung, so dass der überwiegende Teil der Verwaltungsaufwendungen für Vertragsabschlüsse ausgegeben werden[197].

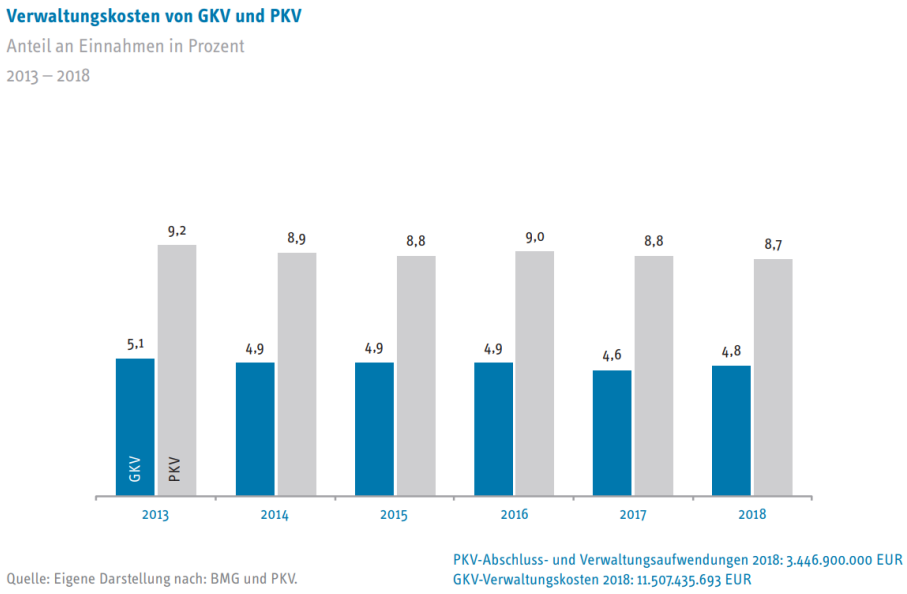


Abb. 60 Die GKV versorgt rund 90% der Bevölkerung und organisiert das Gesundheitssystem.

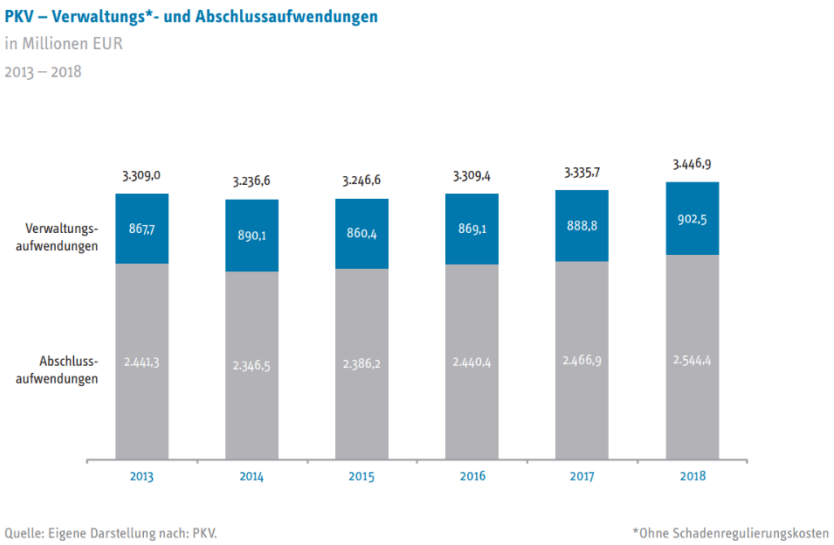


Abb. 61 Der Vertrieb spielt in der PKV eine gleichsam größere Rolle als in der GKV.

[197] Zahlen siehe vdek Basisdaten 2020

Literatur

- AKADEMIE FÜR RAUMFORSCHUNG UND LANDESPLANUNG (2016): Daseinsvorsorge und gleichwertige Lebensverhältnisse neu denken Perspektiven und Handlungsfelder. Positionspapier 108.
- Amelung et al (2017): Innovationsfonds. Impulse für das deutsche Gesundheitswesen.
- Amelung, V.E. et al (2020): Die Zukunft der Arbeit im Gesundheitswesen.
- Autorenkollektiv (2020) IV-als-Regelversorgung_Vollversion.pdf (optimedis.de)
- BAGSO-Positionspapier: Jetzt erst recht! Lebensbedingungen älterer Menschen verbessern
- Bannert, Uwe (1986): Diskussionen um die ärztliche Gebührenordnungen im 19. Jahrhundert. Ein Beitrag zur Geschichte des ärztlichen Honorars. Kieler Beiträge zur Geschichte der Medizin und Pharmazie. Band 18.
- Bellinger, Andréa / Albiez, Peter, s. Frankfurter Allgemeine Zeitung Verlagsspezial „Zukunft Gesundheitswesen", 21.April 2021 (Bellinger s. zudem Lit. Amelung (2020)
- Berger et al (2020): Übertragbarkeit neuer Versorgungsformen in die Regelversorgung. Chancen und Herausforderungen des Innovationsfonds. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, 1/2020.
- Bertram, Nick et al (2018): Entwicklung und Evaluation komplexer Interventionen weiterdenken. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, 6/2018.
- Bertelsmann Stiftung (2019): Zukunftsfähige Krankenhausversorgung Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen; https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/zukunftsfaehige-krankenhausversorgung
- Böttinger, Erwin; zu Putlitz, Jasper (2019): Die Zukunft der Medizin. Disruptive Innovationen revolutionieren Medizin und Gesundheit.
- Bohm, Steffen / Dudey, Stefan (2019): Zur Transmission von Ergebnissen erfolgreicher Innovationsfondsprojekte in die GKV-Regelversorgung, wido_ggw_0319_bohm_dudey.pdf
- Brandhorst, Andreas et al (2017): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems.
- Bühler, Diedrich et al (2019): Innovationsbewertung im Gemeinsamen Bundesausschuss: Tatsächlich zu langsam? Gesundheits- und Sozialpolitik, 3/2019
- Bundesärztekammer - Initiative der Bundesärztekammer und PKV: (Microsoft Word - Memorandum_Einheitliche Geb\374hrenordnung_Kurzfassung.docx) (virchowbund.de)
- BMG A - Z Gesundheitsberufe | BMG (bundesgesundheitsministerium.de)

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Altersberichte:
  - (2020) Digitalisierung Achter Altersbericht der Bundesregierung - YouTube
  - (2016): Siebter Altenbericht Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung 7-altenbericht-bundestagsdrucksache-data.pdf (bmfsfj.de)
  - (2012) 1703815.book (bmfsfj.de) Altersbilder der Gesellschaft

- Burgi, Martin (2013): Kommunale Verantwortung und Regionalisierung von Strukturelementen in der Gesundheitsversorgung.

- Burgi, Martin; Igl, Gerhard (2021): Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland.

- Busse, Reinhard (2019): Das deutsche Gesundheitssystem: Schwachstellen und Veränderungsbedarf, Schwerpunkt Krankenhäuserhttps://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2020.lectures/2020-06-09-rb-Berlin_Barmer.pdf

- Bühler et al (2019) Innovationsbewertungen im Gemeinsamen Bundesausschuss: Tatsächlich zu langsam? In: Gesundheits- und Sozialpolitik 3/2019

- Dangel, Bärbel; Korporal, Johannes (2020): Strukturbedingungen der pflegerischen Versorgung – Optionen hinsichtlich Übertragung, Übernahme und Leistungsbeständigkeit. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, 3/2020.

- Döhler, Marian (1997): Die Regulierung von Professionsgrenzen. Struktur und Entwicklungsdynamik von Gesundheitsberufen im internationalen Vergleich

- Engehausen/Scholz (2021): Innovationsfonds – Transfer in der Regelversorgung, Zwischenbilanz, Best Practice-Beispiel & Handlungsempfehlungen.

- Etgeton, Stefan et al (2013): Systemkohärenz im Gesundheitswesen. Plädoyer für eine integrierte Krankenversicherung. G+S 4/2013.

- Foundational Economy Collective (2019): Die Ökonomie des Alltagslebens. Für eine neue Infrastrukturpolitik. Edition suhrkamp.

- Friedrich-Ebert-Stiftung (2015): Regionale Daseinsvorsorge Begriff, Indikatoren, Gemeinschaftsaufgabe

- Friedrich-Ebert-Stiftung (2016): Der Weg zur Bürgerversicherung. Solidarität stärken und Parität durchsetzen. Positionspapier

- Friedrich-Ebert-Stiftung (2015): Auf der Highroad – der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem. Ein Vergleich zwischen fünf nordischen Ländern und Deutschland.

- Friedrich-Ebert-Stiftung (2017): Mehr Mitsprache und Orientierung. Vorschläge für ein nutzerfreundliches und patientenorientiertes Gesundheitssystem

- Friedrich-Ebert-Stiftung (2017): PATIENT FIRST! Für eine patientengerechte sektorenübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen; 13280.pdf (fes.de)

- Gärtner, Marc; Scambor, Elli (2020): Über Männlichkeit und Sorgearbeit. In: Aus Politik und Zeitgeschichte. Care Arbeit. 45/2020

- G-BA (2018) https://www.g-ba.de/service/veranstaltungen/bedarfsplanung-gutachten/

- Gerlinger, Thomas (2021): Vom versäulten zum integrierten Versorgungssystem: Reformbedarf und Handlungsempfehlungen. Working Paper Hans-Böckler-Stiftung Nr. 205, p_fofoe_WP_205_2021 (1).pdf

- Gerst, Thomas (2004): Ärztliche Standesorganisation und Standespolitik in Deutschland 1945

- Graalmann, Jürgen et al (2019): Krankenkassen sind keine Versicherungen mehr. Was sollen sie in Zukunft leisten? In: Die Zukunft der Medizin. Disruptive Innovationen revolutionieren Medizin und Gesundheit.

- Greß, Stefan, sämtliche Veröffentlichungen, s.u.a. http://www.stefan-gress.eu/krankenversicherung.html / https://www.ardaudiothek.de/der-tagesschau-zukunfts-podcast-mal-angenommen/private-krankenkassen-abschaffen-was-dann-zukunftsvision/77087630

- Hahn et al (2021): Angebotsstrukturen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung: Deutschland und andere dezentral organisierte Gesundheitssysteme. In: Gesundheitswesen; 83: 337-344

- Hahn, Ursula / Kurscheid, Clarissa (2020): Intersektorale Versorgung. Best Practices – erfolgreiche Versorgungslösungen mit Zukunftspotenzial.

- Hans-Böckler-Stiftung, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (2013): Florian Blank, Stellungnahme zum Gutachten „Auswirkungen der Bürgerversicherung auf die Beschäftigten in der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung" von Dr. Robert Paquet.

- Hans-Böckler-Stiftung, Arbeitspapier 284 / Paquet, Robert (2013): Auswirkungen der Bürgerversicherung auf die Beschäftigung in der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung.

- Hans-Böckler-Stiftung (2016): Transformationsmodelle einer Bürgerversicherung. Gestaltungsoptionen aus Sicht von Versicherten und Beschäftigten der Krankenversicherungen. STUDY Nr. 332.

- Heilmann, Thomas / Schön, Nadine (2020): NEUSTAAT – Politik und Staat müssen sich ändern.

- Heinemann, Stefam; Matusiewicz, David (2020): Digitalisierung und Ethik in Medizin und Gesundheitswesen.

- Hommel, Thomas (2018) Pflege auf Augenhöhe. In: G+G Schubkraft für die Pflege Ausgabe 09/2018 | 09/2018 | Gesundheit und Gesellschaft Digital (gg-digital.de)

- Huerkamp, Claudia (1985): Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert

- Hugo Sinzheimer Institut für Arbeitsrecht (2013): Eine Bürgerversicherung ist rechtens – Eine Untersuchung zu den verfassungsrechtlichen und europarechtlichen Problemen bei der Einführung einer Bürgerversicherung in Deutschland. Von: Prof. Dr. Andreas Fisahn. HSI-Working Paper Nr. 02.

- Jacobs, K (2020): Gutachten für die Schublade https://www.gg-digital.de/2020/03/gutachten-fuer-die-schublade/index.html

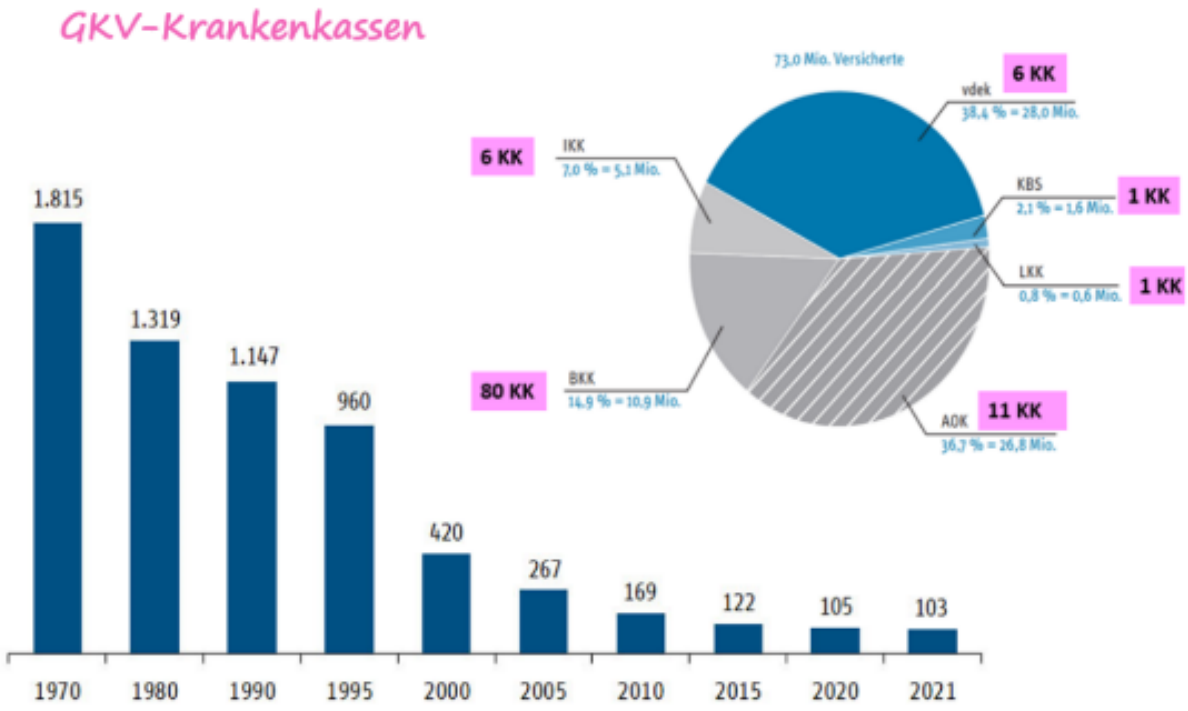
- Jütte, Robert (1997): Geschichte der deutschen Ärzteschaft

- Ketzer, Ruth et al. (2020): Ambulante Pflege in der modernen Gesellschaft. Aktuelle Bestandsaufnahme und Zukunftsperspektiven.
- Kingreen, Thorsten; Kühling, Jürgen (2013): Monistische Einwohnerversicherung. Konzeptionelle und rechtliche Fragen der Transformation der dualen in eine integrierte Krankenversicherungsordnung.
- Klie, Thomas (2020): Langzeitpflege – Über Reformperspektiven und die Grenzen der Marktsteuerung. In: Soziale Sicherheit 6/2020.
- Knieps, Franz / Reiners, Hartmut (2015): Gesundheitsreformen in Deutschland. Geschichte – Intentionen - Kontroversen
- KOMMISSION FÜR EIN MODERNES VERGÜTUNGSSYSTEM – KOMV (2019): EMPFEHLUNGEN FÜR EIN MODERNES VERGÜTUNGSSYSTEM IN DER AMBULANTEN ÄRZTLICHEN VERSORGUNG
- Laag, Sonja (2020): Transfergruppe Pflegeheimversorgung – Koordinaten zu einer neuen Versorgungsform verbinden. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, 3/2020
- Laag et al (2018): Die Zeit schürt alle Wunden. In: Gesundheits- und Sozialpolitik. 6/2018
- Ladurner et al (2020): Rechtsgutachten – Stand und Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen zu medizinischen Versorgungszentren (MVZ) für Bundesministerium für Gesundheit; Stand und Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen zu MVZ.pdf (bundesgesundheitsministerium.de)
- Lüngen, Markus; Greß, Stefan (2017): Die Einführung einer Bürgerversicherung. Überwindung des ineffizienten Systemwettbewerbs zwischen GKV und PKV. In: G+S, 3-4/2017.
- Maio (2014): Geschäftsmodell Gesundheit. Wie der Markt die Heilkunst abschafft. S. auch Ärzte-Appell im stern: Rettet die Medizin! | STERN.de
- Maio (2018): Werte für die Medizin. Warum die Heilberufe ihre eigene Identität verteidigen müssen.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (2019) https://www.mags.nrw/pressemitteilung/gutachten-empfiehlt-grundlegende-reform-der-krankenhausplanung-nordrhein-westfalen
- Mühlhausen, Corinna / Dettling, Daniel (2020): Gesundheitswelt 2049 – Ein Navigator für die Zukunft. Zukunftsinstitut_Roche_Gesundheitswelt_2049.pdf
- Osterloh, Falk (2021): Mangelde Wertschätzung, - Akademisierung der Pflege. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 118, Heft 16, 23.04.2021
- Ostrom, Elinor (2009): Was mehr wird, wenn wir teilen. Vom gesellschaftlichen Wert der Gemeingüter.
- PKV (2019): Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Fraktion der SPD zum Entwurf eines Gesetzes über die Einführung einer pauschalen Beihilfe für gesetzlich krankenversicherte Beamtinnen und Beamte.
- Pundt, J.; Kälbel, K. (2015): Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte
- Reckwitz. Andreas (2020): Das Ende der Illusionen. Politik, Ökonomie und Kultur in der Spätmoderne.

- Reiners, Hartmut; sämtliche Veröffentlichungen, s. http://hartmut-reiners.de/publikationen
- Reiners Hartmut (2015) Ökonomisierung der Medizin – Menetekel oder Popanz? In: Gesundheits- und Sozialpolitik.
- Robert-Bosch-Stiftung, Schriften zu den Gesundheitsberufen, u.a.: https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/gesundheitsberufe-neu-denken-gesundheitsberufe-neu-regeln https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/memorandum-kooperation-der-gesundheitsberufe-qualitaet-und-sicherung-der
- Schmid et al (2018): Intersektorale Gesundheitszentren. Intersektorale Gesundheitszentren (uni-bayreuth.de) Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
- Schölkopf, Martin; Pressel, Holger (2017): Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich.
- Schrappe, Matthias (2015): Qualität 2030.
- Schreyögg, Jonas (2021): Identifizierung einer initialen Auswahl von Leistungsbereichen für eine sektorengleiche Vergütung. Hche Hamburg Center for Health Economics. Expertise_sektorengleiche_Verguetung.pdf (bundesgesundheitsministerium.de)
- SVR Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen; https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=6; sämtliche Gutachten, insbesondere Gutachten 2007 Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen; https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=6
- Simon, Michael (2020): Das DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser. Kritische Bestandsaufnahme und Eckpunkte für eine Reform der Krankenhausfinanzierung jenseits des DRG-Systems. Hans-Böckler-Stiftung, Working Paper Forschungsförderung, Nummer 196. https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_196_2020.pdf
- Stiftungsallianz Münch (2020) P+G 4/2006 (stiftung-muench.org) Pflege kann mehr!
- Taufer, R. et al (2018): Advanced Nurcing Practice – eine Zukunftsperspektive für die Versorgung. Ansätze für eine Transformation der pflegerischen Praxis in Deutschland.
- Unabhängige Patientenberatung (2020) UPD Monitor Patientenberatung 2020.pdf
- Wagner-Braun, Margarete (2002): Zur Bedeutung berufsständischer Krankenkassen innerhalb der privaten Krankenversicherung in Deutschland bis zum Zweiten Weltkrieg.
- Walendzik, A.; Wasem, J. (2019): Vergütung ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen Gesundheitspolitisch zielgerechte Integrationsmodelle über sektorale Leistungsträger und Finanzierungssysteme
- Walendzik, A.; Wasem, J. (2019): https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/GGW/wido_ggw_0419_walendzik_wasem.pdf
- Waldendzik, Anke; Abels, Carina; Wasem, Jürgen (2021): Umsetzung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die vertragsärztliche Kollektivversorgung und in die privatärztliche ambulante Versorgung.

- WIdO Wissenschaftliches Institut der AOK; sämtliche Veröffentlichungen zur Pflege; https://www.wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/pflege-report/
    - s.u.a. Ewers / Lehmann (2020) Hochschulisch qualifizierte Pflegende in der Langzeitversorgung?!
    - s.u.a. Ayerle / Langer / Meyer (2020): Selbstständige Ausübung von Heilkunde durch Pflegekräfte.
- WIdO Wissenschaftliches Institut der AOK – sämtliche Veröffentlichungen, s. https://wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/wido-reihe/krankenversicherung-der-zukunft/
- Wiesing, Urban (2004): Wer heilt, hat Recht? Über Pragmatik und Pluralität in der Medizin.
- Wissenschaftsrat WR (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen.
- Zöller, Maria (2018): Gesundheitsfachberufe im Überblick, 2. erweiterte Auflage. Bundesinstitut für Berufsbildung BIBB.

Zwecks besserer Lesbarkeit noch einmal abgebildet



Quelle: vdek Basisdaten 2020

Ansprechpartner

Labor Bürgerversicherung (in der ASJ Bergisch-Land)

Eva Bode

metsbode@gmx.de

Sandbox-Konzept

Sonja Laag

Laag@gmx.de

Scribble / Abbildungen / Foto

Sonja Laag

Scribbleunterstützung Torsten Kuhlmann

Eine gendergerechte Sprache erfolgt unter Berücksichtigung guter Lesbarkeit.