

Neuausrichtung der (regionalen) patientenzentrierten Versorgung und die Rolle der Kassen



**Dr.
Gertrud Demmler**
Vorständin



**Dr.
Eva Scherwitz**
Stabsleiterin Politik



**Dr.
Stefan Weber**
Bereichsleiter

Siemens-Betriebskrankenkasse

—

Wir stehen vor einem fundamentalen Transformationsprozess: Eine patientenorientierte Versorgung erfordert ein Neudenken der Gesetzgebung weg von einer Sektorenregulierung hin zu einer versicherten- und patientenzentrierten Versorgungsgestaltung.

—

Welcher Neuausrichtung bedarf es, um eine integrierte und patientenzentrierte Versorgung zu erreichen? Es ist notwendig, zwischen der systemischen Ebene und der individuellen Integrationsrolle, in der die Krankenkassen in der Versichertenberatung und -begleitung eine zentrale Rolle spielen (können), zu unterscheiden.

Zahlreiche Herausforderungen im Gesundheitswesen

Über die vielfältigen Zukunftsherausforderungen im Gesundheitswesen gibt es weitgehend Konsens. Die demografische Entwicklung wird zu einer veränderten Krankheitslast führen, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit werden zunehmen. Gleichzeitig wird sich das Krankheitsspektrum durch den Klimawandel verschieben. Bei den Gesundheitsberufen wird sich der schon heute eklatante Fachkräftemangel weiter verschärfen, auch durch systemische Ineffizienzen. Der Zugang zu medizinischer Versorgung ist heute schon sehr ungleich: Während sich in manchen strukturschwachen Räumen kaum noch Ärzte und Gesundheitsberufe finden lassen, sind in Verdichtungsräumen die Angebotsstrukturen z.T. so überdimensioniert, dass Patienten mangels Transparenz über Leistungsspektrum und Qualität der Leistungserbringer ineffiziente Suchprozesse starten müssen.¹ Aber nicht nur regionalspezifisch, auch bezogen auf geschlechtsspezifische, sozioökonomische und sprachliche Faktoren gibt es zahlreiche zugangsbezogene Hürden. Schließlich werden die technologischen Möglichkeiten nur unzureichend genutzt, um echte Werte zu schaffen, weil die Vernetzung und digitale Transformation immer noch in den Anfängen stecken.²

Verzahnung und Integration der Versorgungssektoren – seit Jahrzehnten im Fokus, aber ungelöst

Die mangelnde Verzahnung und Integration der Versorgungssektoren ist ein bekanntes Problem, das bislang nicht befriedigend gelöst werden konnte. Gerade auch deshalb hat die wissenschaftliche und politische Diskussion hier in der letzten Zeit wieder an Fahrt aufgenommen. Dabei rückt neben dem Aspekt der Integration, die

regionale Perspektive in den Fokus. Auch der Koalitionsvertrag zwischen der SPD, BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN und FDP greift die Handlungsfelder Integration, sektorenübergreifende Planung sowie regionale Versorgung auf, ohne dass sich hieraus schon ablesen ließe, wie entsprechende Regelungen konkret aussehen könnten.

Bei vielen Diskussionsbeiträgen fällt auf, dass die Krankenkassen als Akteure einer integrativen Versorgungsgestaltung kaum noch eine Rolle spielen. Als Krankenkasse, bei der seit Jahr(zehnt)en die Bedürfnisse ihrer gesunden und kranken Versicherten im Fokus der gesamten Unternehmensausrichtung stehen, halten wir dies für den falschen Weg. Krankenkassen sind u. E. bis heute qua Unternehmenszweck und in ihrer Innovationsrolle Integrationstreiber und sollten dies auch zukünftig sein. Im Folgenden legen wir deshalb dar, welche Rolle Krankenkassen heute und zukünftig bei der Versorgungsgestaltung spielen bzw. spielen können.

Dabei ist zwischen zwei eng miteinander verbundenen Ebenen zu unterscheiden: Zum einen geht es um die Rolle der Krankenkasse auf der Ebene des einzelnen Versicherten bzw. Patienten, zum anderen auf der Ebene der (vertraglichen) Versorgungsgestaltung.

Die Rolle der Krankenkassen im Patientenalltag

Auf individueller Ebene stellen sich für Patienten im Versorgungsalltag vielfältige Fragen: Patienten benötigen Informationen, Beratung und Unterstützung, um mündige Entscheidungen treffen und insbesondere bei längeren oder chronischen Erkrankungen ihren Lebensalltag gestalten zu können.

Dass hier insbesondere in der Versorgung vor Ort noch Handlungsbedarfe bestehen, ist auch im Koalitionsvertrag adressiert und durch eine Vielzahl an teils neu zu etablierenden, teils zu stärkenden Institutionen und Akteuren für diese Aufgaben vorgesehen (z.B. Gesundheitslotsen, Gesundheitskioske, Gemeindeschwestern).

Der Beitrag der Krankenkasse für eine vernetzte, ganzheitliche Versorgungsbegleitung im Sinne der Versicherten

Versichertenberatung und -begleitung bilden neben der Funktion, die Kosten zu übernehmen, den Kern des gesetzlichen Kassenauftrags. Krankenkassen haben als Einzige den Überblick über die gesamte individuelle Versorgungssituation aufgrund ihres Datenschatzes, da bei ihnen die Leistungs- und Abrechnungsdaten zusammenlaufen. Sie liefern wichtige Hinweise, wie Versicherte unterstützt werden können. Hinzu kommen vielfältige Informationen, die die Krankenkassen im Beratungsalltag von den Versicherten über deren Bedarfe und ihren spezifischen Kontext erhalten. So übernehmen Krankenkassen schon heute im Rahmen der individuellen Beratung Koordinations- und Integrationsaufgaben.

Durch eine wünschenswerte Erweiterung des Zugangs zu qualifizierten Daten aus der ePA könnten zusätzliche Werte für Versicherte und die Qualität in der Gesundheitsversorgung durch Kassen geschaffen werden. Die aktuelle Diskussion um das Impfregeister zeigt die bisherigen Defizite in der versichertenbezogenen Leistungstransparenz. Durch eine Stärkung des Austauschs zwischen Kassen und Leistungserbringern entlang der Versorgungspfade könnte dieses Potential weiter ausgeschöpft und sinnvoll für eine weitere Sektorenvernetzung und bessere Patientenversorgung eingesetzt werden. Wichtig ist hierbei, dass die Kasse Impulse gibt und Aufklärung betreibt, Kontakte herstellt etc., jedoch selbstverständlich nicht in die medizinische Behandlung selbst eingreift.

Die zukunftsorientierte Versichertenbegleitung durch die Krankenkassen kann allerdings nur gelingen, wenn es zu einer konsequenten Vernetzung und Datennutzung kommt. Damit Krankenkassen ihre Versicherten beraten können, sind derzeit noch viele komplexe Einzeleinwilligungen notwendig. Dies sollte durch eine Generaleinwilligung (oder Opt-Out-Lösung analog der aktuell diskutierten ePA-Lösung) zur Beratung vereinfacht werden. Die Versorgungs- und Leistungstransparenz muss durch

eine taggleiche Datenübermittlung endlich in Echtzeit die Datenlage für eine qualifizierte Beratung ermöglichen. Die TI bietet dazu schon heute eine technologische Basis.

Wie können die Akteure in der Versichertenbegleitung bestmöglich zusammenwirken?

Es stellt sich vor dem Hintergrund der im Koalitionsvertrag vorgesehenen neuen „Lotsen-Akteure“ die Frage, wie diese mit den Kassen vor Ort bestmöglich vernetzt zum Wohle der Versicherten agieren können. Sinnvoll erscheint, dass jeder Akteur sich in dem Bereich einbringt, in welchem er oder sie Kompetenzen und Expertise besitzt. So können Gemeindeschwestern vor Ort die Pflege und Ärzte in der Region entlasten. Kassen hingegen sollten ihre funktionierende Beratungspraxis weiterentwickeln und voll ausschöpfen. Zu vermeiden ist jedenfalls ein ressourcenträchtiger Aufbau von alternativen Beratungsstrukturen auf verschiedene Player verteilt. Hier gilt es, pragmatische Lösungen entlang des Versorgungsprozesses in einer Region zu etablieren, bei der die Akteure untergehakt in ihrem jeweiligen Verantwortungsbereich abgestimmt agieren und ihre Erkenntnisse untereinander teilen.

Die Rolle der Krankenkassen in der regionalen Versorgung

Die zuvor skizzierte Rolle von Krankenkassen mit ihren umfassenden Informationen zur individuellen Versorgungssituation und der Datenübersicht macht sie zu wichtigen Beteiligten für eine Versorgungsgestaltung, insbesondere über Versorgungsverträge.

Die unvollendete Geschichte der Integration

Deutschland hat ein nach Sektoren organisiertes Leistungserbringersystem. Es hat in den letzten Jahrzehnten eine Vielzahl von Versuchen gegeben, die Sektorengrenzen durch die Schaffung vertraglicher Möglichkeiten für Krankenkassen und Leistungserbringer zu überwinden,

z.B. über Änderungen des § 140a SGB V.³ Und tatsächlich haben sich in der Praxis zahlreiche Modelle entwickelt, bei denen Kooperation und Integration tatsächlich gelebt wird.⁴ Befördert worden ist diese Entwicklung auch durch die Einführung des Innovationsfonds.

Trotzdem ist eine integrative Versorgung tendenziell eher die Ausnahme als die Regel. Als Ursachen sind – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – folgende zu nennen⁵:

- Auf der systemischen Ebene, d.h. im gemeinsamen Bundesausschuss, auf den Planungsebenen sowie im Vertragsrecht dominiert die sektorale Versorgung als Regel.
- Im Verhältnis von Kollektiv- zu Selektivverträgen bleibt vieles ungeklärt, wie z.B. beim Thema Budgetbereinigung. Insgesamt wird die Umsetzung von Integration mittels Selektivverträgen eher gebremst als gefördert.
- So ist die sektorale Versorgung auch im Versorgungsalltag der Regelfall bzw. – wie der Name schon sagt – die „Regelversorgung“. Eine Integrationsversorgung bedeutet damit für die einzelnen Leistungserbringer immer eine „Ausnahme“, verbunden mit aufwendigen administrativen Prozessen.
- Die Finanzverfassung der gesetzlichen Krankenkassen bietet wenig Anreiz für langfristige Investitionen in (integrierte) Versorgungsleistungen. Hier dominiert die Kurzfristsicht – vor allem mit dem Fokus auf die Erhöhung der Einnahmen aus dem Gesundheitsfonds.

Was ist also zu tun, damit wir dem Ziel einer patientenorientierten und damit einer integrierten Versorgung näherkommen?

Gesetzgebung neu denken und weiterentwickeln – Regelversorgung neu definieren⁶

Wichtig erscheint uns, dass das gesamte System der Gesundheitsversorgung einer grundlegenden Neuausrichtung bedarf.

Insbesondere Themenfelder wie Wegfall der Sektorengrenzen und Zusammenarbeit der Akteure, Digitalisierung, Datenübermittlung und Datennutzung, Qualität und Qualitätstransparenz sowie Governance der Akteure (Aufsicht, Wettbewerb und Marktmacht etc.) sind grundlegend neu zu denken. Eine inkrementelle Weiterentwicklung der intersektoralen Versorgung wird nicht die transformatorische Kraft entfalten, die es braucht, um zu einer patientenzentrierten Versorgung zu kommen.

Ziel muss die Weiterentwicklung des Sozialgesetzbuches V zu einem modernen, flexiblen Rahmen rund um Prävention und Vorsorge sowie Versorgung, Begleitung und Pflege sein. Das Gesetz sollte aus einer versicherten- und nutzerzentrierten Gesamtschau heraus neu entwickelt werden. Wir brauchen ein SGB V 4.0, das sich von der Sektorenlogik löst und eine Versicherten- und patientenzentrierte Versorgung als gestaltungsleitend definiert.

Der Rechtsrahmen sollte dabei der Komplexität und Dynamik des „sozialen Systems Gesundheitswesen“ gerecht werden. Es bedarf deshalb differenzierter Steuerungsmechanismen und -ebenen.⁷ Ziel muss es sein, auf allen Ebenen angemessene Lösungen zu ermöglichen – und nicht durch den Gesetzgeber detailliert vorzugeben.

Steuerungsebenen unterscheiden

Wichtig ist dabei, jeweils genau die Steuerungsebenen zu unterscheiden. Da sich die Versorgungslandschaften in der Bundesrepublik Deutschland im Hinblick auf die Anbieterstrukturen in den letzten Jahren stark unterschiedlich entwickelt haben, ist die Versorgung zwingend regional zu gestalten.

Des Weiteren sind bei der Versorgungsgestaltung auch die jeweiligen Erkrankungen und die sich daraus ergebenden Versorgungsbedarfe der Patienten zu berücksichtigen: Die neue Regelversorgung sollte weder standardmäßig sektoral noch standardmäßig integriert sein.

Sie muss beides sein und ist beides, wenn sie sich an den Patientenbedürfnissen orientiert. Die Grade der Integration werden ganz unterschiedlich sein. Zum Teil wird integriertes Handeln über Datentransparenz und darauf beruhender Kommunikation zu erreichen sein, zum Teil wird es vertraglicher Strukturen und finanzieller Anreize brauchen. Auch daraus folgt, dass die Lösungsräume für Krankenkasse und Leistungserbringer groß sein müssen und nicht durch etablierte Strukturen behindert werden dürfen.

Bestimmte Themenkomplexe sind hingegen zwingend bundesweit einheitlich zu regeln: Neben den rechtlichen Ansprüchen der Versicherten gehören dazu Themen wie die TI-Infrastruktur, Standards für die Datenerhebung und -nutzung und das Thema Interoperabilität. Ein sicheres Versichertenidentifikationssystem gehört in die Treuhänderschaft der Kassen. Hier ist regionales Klein-Klein nicht angezeigt. Gleiches gilt bei Qualitätsstandards und Qualitätstransparenz.

Zurück in die Region – Was ist notwendig?

Im ersten Schritt wird man nicht umhinkommen, bei der Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsgestaltung auf dem jetzigen System aufzusetzen. Folgende Punkte sind hierfür wichtig:

Kooperation auf regionaler Ebene stärken⁸ – welche Anforderungen bestehen für eine geeignete Bedarfsplanung? Kern der Lösung sollte eine klare Definition der Kooperationsziele aus Bürgersicht sein. In jeder Region müssen die Bedarfe und Angebote vor Ort ermittelt und daraus Weiterentwicklungsbedarfe abgeleitet werden. Zu diesem Zweck müssen alle Akteure einschließlich Krankenkassen und kommunale Akteure zusammenwirken.

Entwicklungskooperation neu aufsetzen – wer kümmert sich nach welchen Regeln um die Umsetzung des erkannten Bedarfs?

Im nächsten Schritt geht es dann darum, konkrete Lösungsperspektiven für die in der Region gefundenen Kooperationsziele zu erarbeiten. Im Zusammenspiel der Leistungserbringer mit den Krankenkassen sollten dann, ähnlich einer Projektstruktur, die erkannten Bedarfe organisiert und umgesetzt werden. Eine derartige Projektstruktur bedarf entsprechender Rahmenbedingungen. Zu denken ist dabei an Themen wie:

- Für den Start einer Entwicklungspartnerschaft (-Projekt) zu einem bestimmten Regional-Thema könnte z.B. ein bestimmtes Quorum für das Zustandekommen eines Projektes vor Ort maßgeblich sein.⁹ Wichtig ist: Aus Versicherten- und Patientensicht muss unbedingt gesichert sein, dass am Krankenbett und in der Praxis selbst kein Wettbewerb stattfindet.
- Zu klären ist, wer konkret nach welchen Regeln, in welchen Strukturen und mit welchen Verpflichtungen an der Projektarbeit beteiligt ist. Hier scheint es sinnvoll, die Betroffenen zu Beteiligten zu machen und praktikable, breit getragene Lösungen von innen heraus, aus der Kenntnis der Struktur der Region und der Bedarfe der Versicherten, von den Leistungserbringern und Krankenkassen zu erarbeiten. Zwischen Beteiligung an einer Zielformulierung und der konkreten Projektumsetzung sind hier völlig unterschiedliche Gestaltungsformate nötig. Die Mitwirkung Externer, nicht an der Umsetzung unmittelbar Beteiligter ist dann hinfällig.¹⁰
- Die aktuellen sektoralen Verfahren müssten abgelöst werden durch neue Möglichkeiten der Zusammenarbeit und Kooperationen. Auch in der Vergütung der Leistungserbringer sollten Anreize zur Zusammenarbeit als Ziel formuliert und entwickelt werden. Eine Abwendung bzw. Modifizierung der praktizierten verrichtungs- oder einzelfallorientierten häufig rein mengenorientierten Vergütung ist notwendig.

Finanzierung der neuen regionalen Versorgungsprojekte

Ziel ist es, Anforderungen für eine flexible regionale Versorgung aus Versichertensicht zu definieren. Das bedarf einer Veränderung des Systems von unten, also durch Ausprobieren neuer Lösungen im konkreten Versorgungsalltag.¹¹ Dieses Vorgehen bedarf der Flexibilität der Finanzierung. Beispielsweise könnte an einen Investitionstopf, einen Angebotsentwicklungsfonds, gedacht werden, der mit Raum für flexible Angebote in der regionalen Versorgung ausgestaltet ist. Wichtig ist es dabei, die Blickwinkel unterschiedlicher Akteure zusammenzubringen und eine institutionelle Einzelsicht auf relevante Investitionen zu vermeiden. Eine nachhaltige Ressourcennutzung wird dazu führen, dass es zu Ressourcenverschiebungen kommen wird, die nicht immer mit mehr Geld zugedeckt werden können.

Fazit

Die großen Herausforderungen der Zukunft verlangen neue Anreize:

- Für mehr Kooperationsfähigkeit und Innovations- und qualitätsverbessernde Entwicklungsprozesse, -projekte (Koopetition)
- Für kompetenzgetriebene Rollenwahrnehmung.

Kassen nehmen als individuelle Versichertenbegleiter dabei die wichtige Rolle als Integratoren zwischen unterschiedlichen Akteuren rund um die Versorgung der Patienten sowie als Navigatoren ihrer Versicherten wahr. Diese Rolle sollte ermöglicht und weiter gestärkt werden. Auf der systemischen Ebene kann die konkrete Ausgestaltung der regionalen Versorgung über Entwicklungspartnerschaften zwischen Kassen und Leistungserbringern nur mit einem aus Versicherten- und Patientensicht neu gestaltetem SGB V 4.0 gelingen.

Wir befinden uns in einer Zeit der Zumutungen, und es ist an der Zeit, dass sich alle Akteure in der GKV diesen Zumutungen stellen.

Das erfordert, eingetretene Pfade zu verlassen und sich an dem Sinn der GKV-Versicherten neu auszurichten: einer qualitätsorientierten und nachhaltigen Gesundheitsversorgung, die den Versicherten und Patienten in den Mittelpunkt stellt.

Wichtig ist, das Engagement und die Zukunftsbegeisterung der am Versicherten und Menschen Arbeitenden im Gesundheitswesen (wieder-)zuerlangen und dafür brauchen wir einen echten Aufbruch!

1. Vgl. Weisse Liste / Bertelsmann Stiftung Qualitätstransparenz braucht einen großen Wurf, 15 Jahre Public Reporting in Deutschland – ein kritisches Resümee, 2022.
2. Siehe zuletzt Expertenkommission Forschung und Innovation, Gutachten zu Forschung, Innovation und technologischer Leistungsfähigkeit Deutschlands, Gutachten 2022, 96ff.
3. Vgl. dazu und zu anderen Gesetzesvorhaben Brandhorst, Kooperation und Integration als Zielstellung der gesundheitspolitischen Gesetzgebung – Darstellung und Analyse der Reformmaßnahmen seit 1989, in: Brandhorst/Hildebrandt/Luthe (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitswesens, Wiesbaden, 2017, S. 13ff.
4. Vgl. Hahn/Kurscheid (Hrsg.), Intersektorale Versorgung, Wiesbaden, 2020;
5. Vgl. Knieps, Kooperation und Integration – eine unendliche Geschichte, in: Hildebrandt/Stuppardt (Hrsg.): Zukunft Gesundheit – regional, vernetzt, patientenorientiert, Heidelberg 2021, S. 179ff., insbesondere 184ff.
6. Vgl. auch Knieps, Kooperation und Integration – eine unendliche Geschichte, in: Hildebrandt/Stuppardt (Hrsg.): Zukunft Gesundheit – regional, vernetzt, patientenorientiert, Heidelberg 2021, S. 179ff., insbesondere 188ff.; Fischer, Hauptsache gesund, Welt der Krankenversicherung, 1-2/2022, S. 4ff.
7. Als Modell, das sich hier als Referenzrahmen für die Gestaltung der Steuerungssysteme eignet, bietet sich das Viable System Modell von Stafford Beers an. Es bietet Antworten darauf, wie durch die Gestaltung einer Organisation, insbesondere der Gestaltung der Steuerungs- und Kommunikationsstrukturen mit Unsicherheit, Komplexität und Dynamik umgegangen werden kann Vgl. Pfiffner, Die dritte Dimension des Organisierens – Steuerung und Kommunikation, Wiesbaden 2020; Gomez/Lambertz/Meynhardt, Verantwortungsvoll führen in einer komplexen Welt, Bern 2019. Verweise auf Systemtheorie und Kybernetik auch bei Piwernetz/Neugebauer, Strategiewechsel jetzt! Corona-Pandemie als Chance für die Neuausrichtung unseres Gesundheitswesens, Berlin/Boston 2021, insbesondere auch S. 312ff.
8. Zur Bedeutung von Kooperation vgl. auch Bundesverband Managed Care, A-non-managerial perspective on healthcare, Gespräch mit Henry Mintzberg.
9. Z.B. 1/3-Quorum auf Kassen und LE Seite mit zusätzlichen Qualifizierungen abhängig von der Marktsituation (z.B: mindestens Kassen von drei Kassenarten; LE mindestens Krankenhaus und Ärzte bzw. weitere Gesundheitsberufe). Wird dieses Quorum erreicht, sind alle weiteren Kassen zur Finanzierungsbeteiligung verpflichtet. So bleibt einerseits ein regionaler Wettbewerb bestehen, andererseits wird Wettbewerb am Krankenbett und in der Arztpraxis vermieden.
10. Viele Lösungen setzen heute immer noch auf externes Management (siehe Hildebrandt), das seit Beginn der integrierten Versorgung das Integrations- und Entwicklungsthema lösen soll. Externes Management ersetzt niemals die Kooperationsfähigkeit und Bereitschaft der Stakeholder und ist deshalb ineffizient. In Entwicklungspartnerschaften muss immer geklärt werden, wer die Management- und Projektkompetenz übernehmen soll und kann. Wichtig ist, dass Teil der Entwicklungspartnerschaft ist, diese Kompetenz in der Partnerschaft zu halten und oder zu entwickeln. Alles andere ist nicht nachhaltig.
11. Auf Bundesebene sind über den oben beschriebenen Gesetzgebungsprozess zuvor die übergeordneten Anforderungen festzulegen, die bei der Versorgungsfinanzierung vor Ort zu berücksichtigen sind.