

Vortrag von Dr. Herbert Reichelt, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, zur Veranstaltung „AOK im Dialog“ am 5. November 2009 in Berlin

Es gilt das gesprochene Wort.

Sehr geehrte Damen und Herren,

nach den sehr instruktiven Vorträgen, die aus meiner Sicht deutlich machen konnten, wo sinnvolle selektivvertragliche Ansatzpunkte liegen, möchte ich zum Abschluss die Sicht aus einer Perspektive aufnehmen, die wir bei allem Ringen um Effizienz und Wirtschaftlichkeit nicht aus den Augen verlieren dürfen, nämlich aus der Perspektive unserer Versicherten. Wichtig ist für uns als AOK und damit als „Versorgerkasse“ schlechthin, dass wir die Qualität der Versorgung im Interesse unserer Versicherten voranbringen.

Versorgung als Markenkern der AOK

Machen wir also einmal den Versuch, unseren Auftrag als Versorgerkasse zum Ausgangspunkt zu wählen: Markenkern der AOK ist das Sicherheitsversprechen an ihre Versicherten, dass sie im Krankheitsfall eine gute und umfassende Versorgung erhalten. Die AOK nennt sich eben nicht nur „Die Gesundheitskasse“, sie ist auch Versorgerkasse, denn Versorgung ist ihr Unternehmenszweck. Neben Prävention und Vorsorge erwarten die Versicherten im Kern, dass ihre Krankenkasse sie und ihre Familie sichert, wenn sie wirklich ernsthaft erkranken. Unsere Marktforschung hat gezeigt, dass nicht nur die bereits erkrankten Versicherten die gute Versorgung als entscheidendes Merkmal einer Krankenkasse sehen. Auch die 80 Prozent der aktuell gesunden Versicherten beurteilen hiernach im Kern das Profil einer Krankenkasse.

Fragt man die Versicherten, was ihnen für eine optimale Versorgung am wichtigsten ist, so zeigt sich, dass die Komplettversorgung ganz oben steht (33%). Die Versicherten suchen die bestmögliche Versorgung bei einer vollständigen Kostenübernahme. Vorsorge und Früherkennung werden mit 27% ebenso priorisiert wie die Behandlung nach dem neuesten Stand der Wissenschaft mit 16%. Wichtig sind den Versicherten außerdem Medikamente ohne Zuzahlung mit 13% und ein guter Service der Krankenkasse, der von den Versicherten offensichtlich vorausgesetzt wird, mit 10%. Die Sicherheit und optimale Versorgung bei Erkrankungen in der Zukunft ist also der zentrale Wert. Entsprechend schätzen die Versicherten Vorsorge und Früherkennung sehr hoch ein.

Werden die Versicherten detaillierter befragt, bei welchen Erkrankungen ihnen die Unterstützung der Krankenkasse besonders wichtig ist, gibt es eine auffällige Diskrepanz zwischen „ungestützten“ Ergebnissen, bei denen keine Antwortmöglichkeiten vorgegeben wurden, und „gestützten“ Ergebnissen.

Zweifellos kann eine Krankenkasse kaum als Kompetenzführer im Bereich Versorgung auftreten, wenn sie in der Kommunikation mit ihren Versicherten ausschließlich auf die Themen Fitness, Wellness und gesunde Ernährung setzt. Auch Zusatzleistungen, die teilweise mit der Krankenversicherung nicht allzu viel zu tun haben, wie z.B. Bewerbungstrainings, tragen nicht gerade zur Schärfung des Profils bei. Hinter diesen Aktivitäten und Kommunikationsstrategien stand in der Vergangenheit oft das Ziel, möglichst junge und gesunde Versicherte als „gute Risiken“ anzuziehen. Dagegen galten chronisch Kranke im alten System eher als finanzielles Risiko. Vor der Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs stand die Krankenversicherung vor einer paradoxen Situation: Ihre Kernaufgabe, nämlich die optimale Versorgung kranker Versicherter, durfte im Wettbewerb und in der wettbewerblichen Kommunikation keine große Rolle spielen, weil sie mit finanziellen Risiken verbunden war.

Diese Logik, die falsche Anreize für den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen gesetzt hat, ist durch die Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs überwunden worden. Umso nachhaltiger sollte nun der Wettbewerb um die beste Versorgung der Versicherten eingefordert und entwickelt werden. Die AOK stellt sich diesem Wettbewerb.

Nach der Einführung des Morbi-RSA wird offensichtlich, dass eine beliebig hohe Zahl von Krankenkassen wenig Nutzen für die gesetzliche Krankenversicherung stiftet, wenn es keinen Wettbewerb um die Inhalte der Versorgung gibt. Im bundesweiten Morbi-RSA bilden alle Versicherten gemeinsam die Solidargemeinschaft. Und eine Krankenkasse kann nur leistungsfähig sein, wenn sie Kompetenz im Bereich Versorgung entwickelt. Dazu bietet sie ihren Versicherten konkrete Information und Navigation, Prävention, Vorsorge und situationsgerechte Beratung. Sie schließt gut strukturierte Verträge mit Ärzten, Krankenhäusern und Lieferanten und bietet Unterstützungsleistungen in der Versorgung, kurzum: sie beweist ihre Kompetenz als Anwalt des Versicherten und konkretisiert die Versorgung durch selektive Verträge.

Die „gestützten Ergebnisse“ aus der Marktforschung zeigen einerseits das Sicherheitsbedürfnis nach umfassender Versorgung angesichts schwerer Erkrankungen in der Zukunft. Dafür stehen die von den Befragten genannten Erkrankungen wie Darmkrebs, Herzinsuffizienz und Rheuma. Andererseits wird besondere Fürsorge bei Kindergesundheit und Schwangerschaft erwartet, ebenso bei Erkrankungen an Augen und Zähnen sowie bei Demenz, Schizophrenie und Depressionen. Die Themen Stress, Migräne, Allergien, Neurodermitis und Osteoporose, die bisher bei den Krankenkassen häufig im Vordergrund standen, werden selbstverständlich auch genannt, führen die Skala aber nicht an.

Eine Reihe von chronischen Erkrankungen, nämlich Diabetes, Koronare Herzkrankheiten, Herzinsuffizienz, Asthma und COPD, wird bereits durch die strukturierte Behandlung im Rahmen der Disease-Management-Programme abgedeckt. Auch für Brustkrebs-

Patientinnen ist ein DMP etabliert worden. Andere Themen wie Augenerkrankungen oder Zahngesundheit, die von den Versicherten häufig genannt werden, eignen sich weniger für neue Versorgungsaktivitäten als für Information und Prävention.

Vor diesem Hintergrund sehen wir als wichtige Themen für die Weiterentwicklung der Versorgung vor allem folgende Indikationen: Krebserkrankungen, Rheuma bzw. Rheumatoide Arthritis, Kindergesundheit, Depressionen und Rückenschmerzen. Sie sehen daran natürlich auch gleich, dass die Auswahl der heutigen Referenten und Themen nicht ganz zufällig erfolgt ist.

Probleme und Defizite in der Versorgung

Zu Recht erwarten die Versicherten, dass ihre Krankenkasse Defizite in der Versorgung aktiv angeht. Dazu gehören – um nur zwei Kardinalprobleme zu nennen:

Zum einen die Zerstückelung der ambulanten Versorgung durch fallpauschale Vergütungen, die zu durchschnittlich 17,8 Arztkontakten je Versicherten pro Jahr geführt haben. Damit verbunden ist übrigens nicht nur die häufig thematisierte Überlastung ärztlicher Praxen, sondern zugleich ein hoher Zeitaufwand für den Patienten.

Zum anderen die Wartezeiten bei Fachärzten. Sie entstehen auch dadurch, dass die Ärzte immer mehr Zeit für Leistungen aufwenden, die nicht pauschal vergütet werden. Dazu gehören die IGE-Leistungen, Gutachten und natürlich auch die Abrechnungen zu Lasten der privaten Krankenversicherten. Dies führt dazu, dass für die gesetzlich versicherten Patienten immer weniger ärztliche Arbeitszeit zur Verfügung steht. Gleichzeitig sind die Ausgaben für die ärztlichen Honorare in den vergangenen Jahren immer weiter gestiegen.

Eine Krankenkasse, die Versorgungskompetenz für sich beansprucht, kann diese Kardinalprobleme nicht ignorieren. Und wenn sie nur mit „selektiven Verträgen“ zu lösen sein sollten, so sind diese das Mittel der Wahl. Allerdings darf das nicht dazu führen, dass die Kassen immer mehr selektive Verträge schließen und zusätzliche Vergütungen zahlen, während die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung zu einer leistungsentleerten Pauschalfinanzierung der ambulanten ärztlichen Versorgung degeneriert. Um das zu verhindern und tatsächlich die Nachfrage der Versicherten auf die jeweiligen Angebote zu verlagern, statt zusätzliche Nachfrage zu erzeugen, darf sich die Versorgungspolitik der AOK nicht auf den Vertragswettbewerb beschränken. Nötig ist gleichzeitig ein umfassendes Versorgungsmanagement. Dazu gehören:

Managementaufgaben der Kassen bei Selektivverträgen

Maßnahmen, die beim Versicherten ansetzen, indem sie ihn durch geeignete Information, Gesundheitsförderung und Navigation im Dschungel der Versorgungsangebote unterstützen. Das beinhaltet Hotlines und Inbound-Telefonie, Beratung und Outbound-Telefonie sowie Fallführung und Monitoring bei Versicherten mit besonderen Risiken,

Zweitmeinungsangebote und andere Unterstützungsleistungen. Nicht zuletzt wird durch solche Maßnahmen die Rolle des Versicherten als kompetenter Nachfrager gesundheitlicher Leistungen gestärkt.

Der zweite Bestandteil des Versorgungsmanagements sind Maßnahmen, die bei den Anbietern medizinischer Leistungen ansetzen, indem sie deren Management durch Vertragsinformationen und Zielvereinbarungen unterstützen. Dazu gehören zum Beispiel Tools zur Optimierung des Ordnungsverhaltens etwa im Hinblick auf Rabattverträge oder versorgungsadäquate prospektive Vergütungen.

Neue gesetzliche Regelungen sind für die genannten Maßnahmen nicht erforderlich. Das SGB V stellt alle Möglichkeiten zum Abschluss von populations- und indikationsbezogenen Kollektiv- und Selektivverträgen bereit. Aus unserer Sicht sollte allerdings der Abschlusszwang zu HZV-Verträgen zugunsten einer wettbewerblich offenen Regelung entfallen. Zudem sollten die Rabattverträge mit pharmazeutischen Unternehmen nicht infrage gestellt werden.

Versorgungsangebote und Versorgungsziele der AOK

Bei den besonderen vertraglichen Angeboten der AOK in der ambulanten Versorgung standen bisher bereits die DMPs im Mittelpunkt. Sie haben die Behandlung chronischer Erkrankungen mit dem Erfolg besserer Gesundheitsergebnisse für die Patienten strukturiert und ergänzt. Inzwischen sind 2,7 Millionen Versicherte der AOK in ein DMP eingeschrieben. Aktuelle Studienergebnisse belegen den Erfolg der DMPs. So werden beispielsweise nach einer Studie des Helmholtz Zentrums München Schulungen und notwendige Kontrolluntersuchungen bei Teilnehmern des DMP für Typ-2-Diabetiker sehr viel häufiger durchgeführt als bei Diabetikern in der Regelversorgung. Die Studie ergab zudem, dass der Blutdruck der DMP-Teilnehmer im Durchschnitt besser eingestellt war und dass sie deutlich öfter die für ihre Erkrankung angezeigten Medikamente einnahmen. Die Sonderauswertungen der AOK zur gesetzlichen Evaluation der AOK-Programme haben darüber hinaus ergeben, dass sich die medizinischen Werte der Versicherten, die kontinuierlich an einem DMP teilnehmen, im Laufe des Auswertungszeitraums deutlich verbessern. Zudem geht die Rate der neu aufgetretenen Folge- und Begleiterkrankungen zurück.

Auch durch die Verträge zur Integrierten Versorgung, die in den letzten Jahren geschlossen worden sind, konnten bei vielen – insbesondere indikationsspezifischen – Schnittstellenproblemen der Versorgung Erfolge erzielt werden. Aktuell hat die AOK knapp 450 Integrationsverträge. Für die gesundheitspolitische Weiterentwicklung der GKV sind darüber hinaus populationsbezogene Ansätze mit größerer Reichweite besonders wichtig, insbesondere Verträge der hausarztzentrierten Versorgung. Mit populationsbezogenen Versorgungsansätzen soll insbesondere eine höhere Stabilität und Qualität der medizinischen Betreuungsfunktionen erreicht werden. Inzwischen sind 3 Millionen AOK-

Versicherte in HzV-Verträge eingeschrieben. Der ordnungspolitisch verfehlte Vertragszwang für die HzV hat aus Sicht des AOK-Bundesverbandes die Entwicklung managementfähiger Versorgungsstrukturen an dieser Stelle eher verzögert als vorgebracht. Im politischen Wettbewerb wie beim Wettbewerb im Gesundheitswesen können sich Zwangskoalitionen nicht durchsetzen. Dabei kommt es am Ende des Tages auch nicht allein auf das Schiedsurteil an, sondern auf Bereitschaft und Engagement, zahlreiche offene Managementaufgaben auch engagiert zu füllen.

Bezeichnenderweise ist der Durchbruch für populationsbezogene wettbewerbliche HzV-Verträge in Baden-Württemberg, den Herr Dr. Hermann dargestellt hat, ohne Vertragszwang erfolgt. Mit ihrer Initiative hat es die AOK inzwischen auf fast 700.000 Einschreibungen gebracht. Und besondere ambulante Angebote sollen nun hinzukommen.

Die besondere ambulante fachärztliche Versorgung, die der Gesetzgeber in § 73c SGB V verankert hat, setzt im Grunde eine funktionierende hausärztliche Versorgung aus § 73b SGB V oder zumindest die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung voraus: Einerseits soll und muss sich der Facharzt in der Behandlung auf seine besonderen Kompetenzen konzentrieren können, da alles andere die Spezialisierung ad absurdum führte.

Andererseits muss sich der Patient darauf verlassen können, dass er tatsächlich zeitnah Zugang zum Facharzt erhält, wenn er davon profitieren kann. Beides setzt neben einer guten Diagnostik des Hausarztes und dessen Überweisung zum Facharzt ein Praxismanagement voraus, das kurze Wartezeiten garantiert.

Diese wenigen schlichten Voraussetzungen verweisen auf Defizite, bevor Fragen der eigentlichen Qualitätssicherung überhaupt angesprochen sind. Die Probleme in der ambulanten Versorgung sind struktureller Art. Sie sind aber nicht durch die eine neue „Jahrhundertreform“ zu lösen – wie von manchen Glauben gemacht wird, sondern nur durch konkrete Bereitschaft, innovativ zusammenzuarbeiten und Verantwortung zu übernehmen.

Bei den chronischen Volkskrankheiten haben uns die DMPs vorgebracht, bei den Schnittstellenproblemen konnte die Integrierte Versorgung punkten, nun gilt es, auch populationsbezogen – etwa mit der HzV - Fortschritte zu erzielen.

Diese Fortschritte kann man aber nicht diktieren – auch nicht gesetzlich – sie müssen von den Beteiligten getragen werden. Die HzV etwa wie die AOK sie in Baden-Württemberg zum Durchbruch gebracht hat, ist eine Entwicklungspartnerschaft. Diese Partnerschaft braucht das offene Engagement der Ärzte wie der AOK, damit sie die Versicherten gemeinsam von einem guten Angebot überzeugen können. Dies ist eine neue Qualität und nicht durch einen Verwaltungsakt zu ersetzen. Ebenso wird diese Entwicklung nicht unter „geschützten Bedingungen“ erfolgen können: Der Sachverständigenrat etwa entwirft Szenarien, deren

Realisierungsmodell er in das Kinzigtal oder das Leinetal verweist. Deutschland besteht aber auch aus Ebenen und Höhen, nicht nur aus Tälern. Und da müssen immer wieder auch Kompromisse gemacht werden.

Von daher bleiben die AOKs in der Verantwortung für die Versorgung realpolitisch an die Sicherstellung der haus- und fachärztlichen Versorgung gebunden. An zwei Beispielen – rheumatoide Arthritis und Depressionen – sind die Ansatzpunkte für die Verbindung von haus- und fachärztlicher Versorgung ja von Dr. Edelmann deutlich dargestellt worden.

Beispiel 1: Rheumatoide Arthritis

Die rheumatologischen Krankheiten umfassen ein großes Spektrum von entzündlich-rheumatischen Systemerkrankungen, degenerativen Erkrankungen sowie durch Stoffwechselerkrankungen ausgelöste und funktionell bedingte schmerzhafte Störungen des Bewegungsapparates. Entsprechend erfolgt die Versorgung der Erkrankten in verschiedenen Versorgungssettings des Gesundheitswesens. Nur die wenigsten benötigen eine Versorgung durch Rheumatologen, dies sind im Wesentlichen die entzündlich rheumatischen Systemerkrankungen.

Für die entzündlich-rheumatischen Systemerkrankungen insgesamt kann nach verschiedenen deutschen und europäischen Studien von einer Punktprävalenz von knapp 2% unter Erwachsenen ausgegangen werden. Dies ergibt rund 1 bis 1,5 Millionen betroffene Erwachsene; hinzukommen etwa 15.000 chronisch rheumakranke Kinder.

An der Rheumatoiden Arthritis sind allein ca. 400.000 Versicherte der AOK erkrankt. Sie ist die führende Ursache von chronischen Schmerzen, körperlichen Funktionseinschränkungen sowie Verlust an Lebensqualität und Lebenserwartung. Die Versorgungsstruktur ist insbesondere durch die Knappheit fachärztlicher Rheumatologen gekennzeichnet. Bei einer Zahl von 1 bis 1,5 Millionen Patienten entfallen auf jeden internistischen Rheumatologen rechnerisch über 3.300 Patienten. Daher ist es besonders wichtig, die fachärztliche Kompetenz durch eine gute Verzahnung von hausärztlicher und fachärztlicher Betreuung gezielt zu nutzen. Um die speziellen Versorgungsanliegen besser als bisher abzudecken, sollte zudem eine rheumatologische Fachassistenz auf- und ausgebaut werden.

Zur Optimierung der Versorgungsprozesse ist die frühzeitige, standardisierte Diagnostik beim Hausarzt besonders wichtig, damit die Patienten mit rheumatoider Arthritis frühzeitig beim Rheumatologen vorgestellt werden. Durch neue Medikamente bestehen inzwischen Chancen auf eine weitgehende oder sogar vollständige Remission. Voraussetzung ist allerdings, dass die Basistherapie in möglichst hohem Grad genutzt wird. Wesentliche Maßnahmen, um diese Ziele zu erreichen, sind: Die Bestimmung eines Versorgungspfades, die Festlegung von Überweiskriterien und -verfahren, die Vereinbarung von Kriterien für die regelmäßige Therapieanpassung und die Koordination von unterstützenden Maßnahmen.

Darüber hinaus ist die kontinuierliche Fortbildung von Hausärzten und Orthopäden nötig. Auch die Entlastung der Rheumatologen durch eine rheumatologische Fachassistenz sowie durch Case-Manager, die so genannten Rheumalotsen, ist sinnvoll.

Die aufgeführten Defizite und Maßnahmen sind nicht nur in der Literatur bekannt, sondern auch Gegenstand der Debatte von Hausärzten und Rheumatologen, Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Selbsthilfegruppen. Um die genannten Maßnahmen umsetzen zu können, müssen haus- und fachärztliche Versorgung stärker verknüpft werden. Dazu eruiert der AOK-Bundesverband medizinische Behandlungspfade und Vertragskonzepte. Weil HzV-Verträge am ehesten die nötige stabile Managementbasis bieten, erscheinen sie für die Umsetzung der Maßnahmen im hausärztlichen Bereich am besten geeignet. Bei den Arbeiten haben wir gesehen, dass sich die KBV mit dem Berufsverband der Rheumatologen mit ähnlichen Konzepten beschäftigt. Von daher liegt hier eine Zusammenarbeit nahe.

Beispiel 2: Depressionen

Als zweites Beispiel kann die Behandlung der Depression angeführt werden. Mit einer Lebenszeitprävalenz von zehn bis 18 Prozent und einer Punktprävalenz von bis zu sieben Prozent gehören depressive Störungen zu den häufigsten Erkrankungen. Frauen sind dabei doppelt so häufig betroffen wie Männer. Der Zeitpunkt der ersten Erkrankung liegt bei 50 Prozent der Patienten vor dem 32. Lebensjahr. Depressive Störungen treten auch häufig im Kindes- und Jugendalter auf. Dagegen sind erstmalige Erkrankungen nach dem 56. Lebensjahr mit einem Anteil von zehn Prozent der depressiv Erkrankten selten. Diese Erkrankungen sind aber aufgrund der häufig bei älteren Patienten auftretenden somatischen Komorbidität eine besondere Herausforderung.

Das führende Defizit in der Versorgungsstruktur ist die Kompetenz der Hausärzte, depressive Störungen zu erkennen und adäquat zu behandeln. Depressive Störungen werden häufig als Symptome einer somatischen Erkrankung gesehen. Falsch negative wie falsch positive Diagnosen sind nicht selten. Ziel muss eine standardisierte, leitliniengestützte Diagnostik sein, mit der an differenzierte Versorgungspfade angeknüpft werden kann. Dabei scheint insbesondere die Verknüpfung zu den Psychotherapeuten im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie mit Gutachterverfahren verbesserungsbedürftig. Hier gibt es durchschnittliche Wartezeiten von drei Monaten.

Die in Debatte genannten Prozessdefizite folgen unmittelbar aus den Strukturdefiziten. Von daher scheinen spürbare Verbesserungen mit wenigen Maßnahmen möglich. Dies sind:

- Eine frühe Diagnosestellung unter Anwendung diagnostischer Instrumente,
- die Einführung leitlinienbasierter Versorgungspfade und
- die Etablierung eines Case-Managements zur Koordination der Behandlung und zur Unterstützung des Selbstmanagements der Patienten.

Der Hausarzt sollte zeitnah eine Kurzintervention durch Psychotherapeuten verordnen können, um eine Chronifizierung der Krankheit zu verhindern. Patienten, bei denen der Hausarzt eine Depression festgestellt hat, müssen zurzeit oft monatelang auf einen Termin beim Psychotherapeuten warten. Sie bekommen in vielen Fällen Medikamente verschrieben, auch wenn nur eine leichte oder vorübergehende Erkrankung vorliegt. Teilweise führt das zu „Krankheitskarrieren“, die oft durch eine kurzzeitige Verhaltenstherapie zu vermeiden gewesen wäre.

Fazit

Die Politik in Deutschland hat für die GKV seit 1993 – über wechselnde Koalitionen hinweg und in bemerkenswerter Beharrlichkeit – den Weg zu einer sozialen Wettbewerbsordnung beschritten. Dieser Deutsche Weg ist für viele Länder weltweit beispielgebend. Er sucht wettbewerbliche Spielräume für Innovation und effiziente Versorgungsstrukturen auszubauen, ohne die Sicherstellung einer allgemeinen, bedarfsgerechten und für alle zugänglichen Versorgung aus dem Auge zu verlieren oder gar zu gefährden. Ein grundlegendes Fundament dafür ist der Risikostrukturausgleich, insbesondere in der heutigen Form des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Er ermöglicht weit mehr als in der PKV Wahlfreiheit, Wechsel und Wettbewerb auf der Versicherungsseite. Er ermöglicht auch die offene Wahl der Versicherten für besondere Versorgungsformen, ohne dass es dabei zur Risikoselektion und Benachteiligung für Patienten oder Ärzte kommt. Einen weiteren Beleg dafür wird der Bewertungsausschuss leisten, wenn er noch in diesem Jahr die Bereinigungsregelungen für die Gesamtvergütungen verabschiedet.

Die AOK will diese Möglichkeiten im Interesse ihrer Versicherten nutzen. Die Hausarztzentrierte Versorgung – an der die Koalition ja festhält – soll nun ergänzt werden um die besondere fachärztliche Versorgung. Zwei Indikationen haben wir heute herausgestellt. Ziel ist, für den Hausarzt eine leitliniengerechte, strukturierte Diagnose zu erleichtern. Auf dieser Grundlage wird für den Patienten, der eine weitergehende fachärztliche Behandlung braucht, zeitnah Zugang zum Facharzt hergestellt. Dazu will die AOK hausarztzentrierte und besondere fachärztliche Versorgung verbinden. Wir nennen das neudeutsch „shared care“, und es soll eine gute und gut verzahnte Versorgung bieten.

Der AOK-Bundesverband leistet für die AOKs gerade umfassende Bedarfs- und Machbarkeitsanalysen für diesen Weg. Ein besonders gutes Fundament dafür ist eine tatsächlich managementfähige hausarztzentrierte Versorgung. Auch dazu haben wir heute von Herrn Dr. Hermann aus Baden-Württemberg einiges gehört.

Wir sehen uns bei diesem Weg nicht in einem Gegensatz zu den Kassenärztlichen Vereinigungen. Pflichtpartner kann es bei selektiven Verträgen aber auch nicht mehr geben. Das ist der falsche Weg. Immer, also auch für die HzV.

In diesem Sinne erwarten wir auch in der kommenden Legislaturperiode eine produktive Weiterentwicklung der Versorgung und der Rahmenbedingungen, die sie ermöglicht:

- des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs,
- der leistungsorientierten Vergütungssysteme,
- der bedarfsorientierten und wettbewerblichen Zulassungssysteme
- und der Chance, sie für die gute Versorgung kreativ und qualitätsbewusst zu nutzen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!