



Digitale Chancen nutzen Versorgungsqualität stärken Fairen Wettbewerb ermöglichen

Die gesundheitspolitischen Forderungen der
Techniker Krankenkasse für die 19. Legislaturperiode

Inhalt

Digitale Chancen nutzen – Versorgungsqualität stärken – Fairen Wettbewerb ermöglichen

1 Digitalisierung patientenorientiert und qualitätsgesichert vorantreiben

- 4 Elektronische Gesundheitsakte
- 4 Digitale Signatur
- 4 Zulassung und Qualitätsbewertung von Health Apps
- 5 Ausbau der Telemedizin
- 6 Datenverfügbarkeit zur Verbesserung der Versorgung

2 Versorgungsqualität gestalten und stärken

- 7 Förderung neuer Versorgungsformen
- 7 Teilmonistik
- 7 Ausbau Zweitmeinungsverfahren
- 8 Sprechende Medizin stärken und Ärzte entlasten
- 9 Aufhebung der Mengenbegrenzung bei Unterversorgung

3 Die sektorübergreifende Versorgung ausbauen

- 10 Sektorübergreifende Bedarfsplanung und ambulante Leistungserbringung an Krankenhäusern
- 10 Hybrid-DRG
- 11 Koordinierte Notfallversorgung

4 Fairer Wettbewerb durch manipulationsresistenten Risikostrukturausgleich

- 12 Risikostrukturausgleich
- 13 Angleichung der Aufsichtspraxis

Digitale Chancen nutzen – Versorgungsqualität stärken – Fairen Wettbewerb ermöglichen

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gewährleistet die gesundheitliche Teilhabe für über 70 Millionen Menschen in Deutschland. Sie erfreut sich einer steigenden Attraktivität und einer großen Akzeptanz in der Bevölkerung. Noch nie waren so viele Menschen in Deutschland so gut versorgt und abgesichert wie heute. Die GKV und die ihr zugrunde liegenden Prinzipien von Solidarität, Selbstverwaltung und Wettbewerb haben sich als krisenfest und wandlungsfähig erwiesen. Auch finanziell steht die GKV gut da: Das stabile Wirtschaftswachstum und die gute Arbeitsmarktlage sorgen derzeit für steigende Beitragseinnahmen.

In den vergangenen vier Jahren gab es eine umfangreiche gesundheits- und pflegepolitische Gesetzgebung. Anders als etwa in der Pflegeversicherung – wo der Gesetzgeber in den vergangenen Jahren einen Paradigmenwechsel eingeleitet hat – sind zentrale strukturelle Weichenstellungen für die Zukunft der GKV trotz der guten Voraussetzungen ausgeblieben. Für die Krankenversicherungen stehen die wegweisenden Entscheidungen noch an: Beim Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) zeigen sich erhebliche Wettbewerbsverzerrungen, die sektorübergreifende Versorgung steckt noch in den Kinderschuhen, die Konzepte gegen eine drohende ärztliche Unterversorgung entfalten noch zu wenig Wirkung, Versorgung findet viel zu häufig dort statt, wo sie besser bezahlt wird, statt dort, wo die Qualität am besten ist, und die Organisation der Notfallversorgung ist weiterhin umstritten und ineffizient.

Die Techniker Krankenkasse (TK) sieht sich dabei als Markt- und Innovationsführer in besonderer Verantwortung, Antworten auf die Herausforderungen zu formulieren, die der Wandel in der Arbeits- und Lebenswelt vieler Menschen mit sich bringt. Der Fortschritt, ob gesellschaftlich, medizinisch oder technisch, birgt Hoffnung und Veränderung. Die Zukunft, nicht nur der GKV, liegt dabei in der Digitalisierung. Und so einfach wie heute wird es nie wieder sein, mit dem digitalen Wandel Schritt zu halten und diesen für den Bereich Gesundheit zu definieren.

Die Akzeptanz von eHealth und Telemedizin in der Bevölkerung ist groß – die digitalen Erwartungen an das Gesundheitswesen sind es ebenfalls. Für die TK geht es daher nicht um die Frage, ob wir uns und unsere Arbeit digitalisieren, sondern wie wir es tun. Die zentrale Herausforderung besteht darin, dass wir die Digitalisierung selbst gestalten und den Rahmen vorgeben, in dem dies geschieht. Wenn wir sie nicht bedienen, werden es andere tun. Die TK ist davon überzeugt, dass wir diesen Weg jetzt und mit aller Bestimmtheit gehen müssen.

Die TK bekennt sich zu einer modernen und wettbewerbslich ausgerichteten gesetzlichen Krankenversicherung, die zugleich auch solidarisch und patientenorientiert ist. All unser Handeln und Wirken dient dem Zweck, unseren Versicherten in jeder Lebenslage ein sicherer, verlässlicher Partner für ihre Gesundheit zu sein. Und so denken wir auch die Zukunft der GKV konsequent aus Sicht der Versicherten und Patienten.



Dr. Jens Baas
Vorsitzender des Vorstands



Thomas Ballast
Stellvertretender Vorsitzender des Vorstands

1

Digitalisierung patientenorientiert und qualitätsgesichert vorantreiben

Elektronische Gesundheitsakte Die Digitalisierung im Gesundheitswesen ist von großer Bedeutung. Sie hat das Potenzial, die Effizienz und Transparenz in der Branche zu steigern und die Versorgung der Versicherten zu verbessern. Dazu bedarf es der digitalen Vernetzung aller relevanten Akteure, die einen inter- und intrasektoralen digitalen Austausch von Informationen erlaubt. Die Politik hat diesen Handlungsbedarf erkannt und mit dem E-Health-Gesetz den Rahmen für ein digital vernetztes Gesundheitswesen geschaffen.

Um ihre Vorreiterrolle in der Digitalisierung weiter zu stärken, wird die TK ihren Versicherten eine transparente und zugleich sichere elektronische Gesundheitsakte zur Verfügung stellen. Aus Sicht der TK ist eine solche patientengesteuerte Datenplattform nicht nur zeitgemäß, sondern essenziell für Versorgungsqualität und Patientensicherheit. Die Krankenkassen müssen daher verpflichtet werden, ihren Versicherten die Einrichtung einer elektronischen Gesundheitsakte bei einem von den jeweiligen Kassen ausgesuchten Dienstleister anzubieten. Sie übernimmt die Kosten und stellt sicher, dass Daten der Versicherten ausreichend geschützt sind. Wichtig ist jedoch, dass allein die Versicherten entscheiden, ob sie die elektronische Gesundheitsakte nutzen. Sie alleine besitzen die Hoheit über ihre Daten. Dazu gehört auch die Entscheidung über Speicherung sowie Freigabe ausgewählter Daten. Um Insellösungen und Wettbewerbsbehinderungen auszuschließen, müssen die technischen Standards und Schnittstellen einheitlich sein und klar definiert werden. Die elektronische Gesundheitsakte soll das elektronische Patientenfach zur Kommunikation mit der Telematikinfrastruktur nutzen.

Digitale Signatur In vielen Lebensbereichen kommunizieren Menschen digital mit Geschäfts- und Vertragspartnern. Damit sich die Vertragspartner gegenseitig eindeutig identifizieren können, wurden sichere und praktikable technische Lösungen entwickelt. Für die Kommunikation zwischen den Versicherten und ihrer Krankenkasse hingegen ist für viele Versorgungsangebote die Schriftform gesetzlich vorgeschrieben. Die TK hält die Schriftform insbesondere bei Teilnahmeerklärungen grundsätzlich für sinnvoll. Sie erfüllt eine Warnfunktion für den Versicherten und stellt dar, dass der Versicherte einen Vertrag mit seiner Krankenkasse eingeht.

Zur Förderung der elektronischen Kommunikation zwischen der Krankenkasse und ihren Versicherten (§ 67 SGB V) und zum Ausbau der elektronischen Verwaltung im Sinne des E-Government-Gesetzes fordert die TK, diese Regelungen um eine sichere, und in der Bevölkerung verbreitete und akzeptierte Alternative zu erweitern. Die TK schlägt vor, über § 36a SGB I eine Öffnungsklausel für die digitale Kommunikation der Krankenkassen mit ihren Versicherten zu schaffen. Analog zu den gebräuchlichen und verbreiteten Authentifizierungsverfahren im Handel oder beim Bankgeschäft sollten sich Krankenkassen die Identität der Versicherten außer durch die elektronische Gesundheitskarte auch durch die Kombination der Faktoren Wissen, Besitz oder Biometrie nachweisen lassen dürfen.

Zulassung und Qualitätsbewertung von Health Apps Die Digitalisierung ist ein Treiber von Innovationen im Gesundheitswesen und weist große Potenziale auf, die Gesundheitsversorgung effizienter zu gestalten. Im Vergleich zu anderen

Branchen ist der Gesundheitsmarkt jedoch von komplexen Regulierungsverfahren für Zulassung und Erstattung geprägt. Dies betrifft auch digitale Anwendungen, beispielsweise Health Apps. Die Regeln im Medizinproduktegesetz sind insbesondere durch die hohe Dynamik bei der Entwicklung von Apps und anderen digitalen Anwendungen problematisch. Es herrscht für Anbieter zudem keine hinreichende Transparenz über die Zulassungspflicht und -kriterien. Ferner gibt es keine einheitlichen Qualitätsstandards, die etwas zum Nutzen, der Vertrauenswürdigkeit und der Qualität von Health Apps aussagen. Damit entgeht dem ersten Gesundheitsmarkt ein großes Potenzial hinsichtlich der Innovationsfähigkeit und des medizinisch-technischen Fortschritts. Ein positives Innovationsklima für das deutsche Gesundheitswesen ist jedoch wichtig, damit Start-ups und junge Unternehmen nicht vom deutschen Markt abwandern.

Die TK schlägt für die Zulassung und Erstattungsmöglichkeiten von Gesundheitsapps die Schaffung klarer Rahmenbedingungen vor, die den Besonderheiten digitaler Anwendungen Rechnung tragen. Hierfür wird ein nach Risikoklassen gestaffeltes Klassifikationsmodell benötigt. So sollen digitale Anwendungen, die in medizinische Entscheidungsprozesse eingreifen und somit mit einem höheren Risiko/Gefahrenpotenzial in ihrer Anwendung verbunden sind, in eine höhere Risikoklasse bei der Zulassung eingestuft werden als beispielsweise reine Informationsangebote.

Damit Gesundheitsapps in der Versorgung erstattet werden können, müssen deren Sicherheit und Wirksamkeit nachgewiesen werden. Der Zugang von Apps in die Gesundheitsversorgung sollte über den selektivvertraglichen Erstattungsweg generell möglich sein. Dem Grundsatz der Beitragssatzstabi-

lität hinsichtlich des Belegs von Nutzen und Wirtschaftlichkeit wird damit Rechnung getragen. Dem langwierigen Weg in die kollektivvertragliche Erstattung stehen kurze Zyklen bei Updates für Apps gegenüber. Hier kann ein beschleunigtes Zulassungsverfahren für Health Apps Abhilfe schaffen.

Ausbau der Telemedizin Das Fernbehandlungsverbot in der Musterberufsordnung und den Berufsordnungen der Landesärztekammern schränkt die telemedizinische Leistungserbringung deutlich ein. Es schließt eine telemedizinische Behandlung ohne vorherigen persönlichen Kontakt zwischen Arzt und Patient aus. Die TK begrüßt es daher ausdrücklich, dass die Bundesärztekammer im Dezember 2015 in ihren Erläuterungen zu § 7 Abs. 4 der Musterberufsordnung der Ärzte detailliert beschrieben hat, unter welchen Umständen eine telemedizinische Behandlung zulässig ist. Dass erste Landesärztekammern ihre Berufsordnungen um die Möglichkeit der telemedizinischen Behandlung im Rahmen von Modellprojekten erweitert haben, ist aus

Die Akzeptanz von eHealth und Telemedizin in der Bevölkerung ist groß – die digitalen Erwartungen an das Gesundheitswesen sind es ebenfalls.

Sicht der TK ein richtiger Schritt. Der Gesetzgeber hingegen fasst uneinheitliche Beschlüsse zur Fernbehandlung. Während einerseits das E-Health-Gesetz eine Erstattungsfähigkeit von Online-Videosprechstunden vorsieht, wird andererseits in einer Novelle des Arzneimittelgesetzes das Verbot der Medikamenten-Fernverschreibungen beschlossen.

Die TK ist davon überzeugt, dass neue digitale, telemedizinische Ansätze einen wertvollen Beitrag in der Patientenversorgung leisten können. Insbesondere die Telemedizin kann helfen, Defizite bei Über- und Unterversorgung auszugleichen und Effizienzpotenziale zu realisieren. Um diese Möglichkeiten der beispielgebenden Öffnung der Berufsordnungen zu nutzen, fordert die TK eine gesetzliche Klarstellung zu sinnvollen Ausnahmetatbeständen für die Zulässigkeit medizinischer Fernbehandlungen. Diese können unter anderem umfassen:

- Triage und koordinierende Steuerung
- Individuelle medizinische Beratung
- Ausgewählte Behandlungsgebiete
- Immobiler Patientengruppen
- Screening und Patientenschulung
- Erkrankung im Urlaub / im Ausland

Datenverfügbarkeit zur Verbesserung der Versorgung

Die Auswertung von Routinedaten ist ein wichtiger Baustein für Monitoring und Weiterentwicklung von Versorgungsangeboten in der GKV. Besonders durch die intelligente Verknüpfung von Daten aus verschiedenen Quellen bieten sich vielfältige Möglichkeiten in der Versorgungsforschung, die direkt für eine Verbesserung der Versorgung genutzt werden können. Dass Routinedatenauswertungen eine hohe Relevanz für das Versorgungsgeschehen haben, zeigt sich unter anderem darin, dass im Innovationsfonds der Förderschwerpunkt „Einsatz und Verknüpfung von Routinedaten zur Verbesserung der Versorgung“ ausgerufen wurde. Dennoch gibt es eine Reihe

von Faktoren, welche die Verfügbarkeit und Auswertungen von Routinedaten erschweren beziehungsweise die Aussagekraft von Ergebnissen limitieren.

Die TK will die Versorgung ihrer Versicherten kontinuierlich auf Basis von Routinedatenauswertungen überprüfen und verbessern. Dafür brauchen die Krankenkassen die Möglichkeit, sektorenübergreifend Behandlungssequenzen und Behandlungspfade zu analysieren. Hierfür ist es notwendig, die Möglichkeiten der Auswertungen zu verbessern, indem

- die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen für Abrechnungsdaten aufgehoben werden (über alle Sektoren hinweg) und
- alle Diagnoseangaben (ebenfalls sektorenunabhängig) tagesgenau dokumentiert werden.

Darüber hinaus sollten die rechtlichen Rahmenbedingungen so angepasst werden, dass Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung bezüglich Krankheiten und Risiken den betroffenen Versicherten unmittelbar zur Verfügung gestellt und von diesen genutzt werden können.

2

Versorgungsqualität gestalten und stärken

Förderung neuer Versorgungsformen Zur Förderung von Versorgungsinnovationen wurde in der 18. Legislaturperiode der Innovationsfonds geschaffen. Die TK hat mit großem Engagement ihre Expertise und ihr operatives Know-how in Projekte des Innovationsfonds eingebracht. Die Umsetzung ist jedoch zu bürokratisch, verlangsamt die Durchsetzung von Innovationen im Gesundheitswesen und erhöht deren Kosten. Auch fehlen dem Innovationsfonds wettbewerbliche Anreize für die Krankenkassen. Zudem ist der Innovationsfonds nur auf drei Jahre angelegt worden. Die Förderung von Versorgungsinnovationen sollte aber auf Dauer angelegt werden, unbürokratisch und wirtschaftlich funktionieren und wettbewerblich organisiert sein.

Die TK schlägt daher vor, Versorgungsinnovationen künftig regelmäßig über die Krankenkassen, konkret über Verträge nach § 140a SGB V (Besondere Versorgung) und Modellvorhaben nach § 63 SGB V zu fördern. Hierfür sollte ein Mindestausgabenwert von 2,50 Euro je Versichertem festgelegt werden. Nicht ausgegebene Mittel werden über den GKV-Spitzenverband auf die Krankenkassen umgelegt, die mehr als 2,50 Euro ausgeben.

Teilmonistik Die Bundesländer kommen ihrer Pflicht zur Finanzierung der Investitionskosten (§ 4 KHG) nicht oder nur unzureichend nach. Die Krankenhäuser decken daher ihre Investitionskosten zum Teil durch Erlöse aus den DRG. Um die Gewinne zu erhöhen und aus den Entgelten mehr Investitionen finanzieren zu können, haben die Krankenhäuser in den letzten Jahren vor allem Möglichkeiten der Mengensteigerung genutzt. Diese ist jedoch mit Qualitätseinbußen in der Versorgung verbunden. Somit tragen die Krankenkassen in zunehmendem Maße zur Finanzierung der stationären Versorgungsstrukturen bei, ohne Einfluss auf deren Ausge-

staltung nehmen zu können. Gleichwohl haben diese Defizite einen erheblichen Einfluss auf die Verfügbarkeit und Qualität der erbrachten Leistungen und damit letztlich auf die Gesundheit der Patienten.

Die TK schlägt daher vor, die Investitionskostenfinanzierung der Bundesländer mit einer weiteren, regelhaften Finanzierungskomponente zu flankieren. Zur Realisierung einer leistungsgerechten Investitionsförderung sollten zukünftig die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) jährlich zu kalkulierenden Investitionsbewertungsrelationen genutzt werden. Damit kann die Investitionsfinanzierung der bisherigen pauschalen Fördermittel auf einer objektiven und bundesweit vergleichbaren Basis erfolgen. Gleichzeitig werden dadurch das DRG-System gestärkt und die Versorgungsqualität verbessert.

Im Rahmen einer solchen Teilmonistik muss den Krankenkassen ein Recht zur Mitgestaltung an der Krankenhausplanung der Länder eingeräumt werden. Der Sicherstellungsauftrag bleibt weiter bei den Bundesländern. Es muss jedoch verhindert werden, dass die Bundesländer ihre Investitionen zu Lasten der GKV weiter zurück fahren. Um den Investitionsstau abzubauen, schlägt die TK vor, ein befristetes Sonderprogramm nach dem Vorbild der Investitionsprogramme nach Art. 14 des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (GSG) aufzulegen.

Ausbau Zweitmeinungsverfahren Die TK bietet ihren Versicherten seit über sechs Jahren ein integriertes Versorgungsangebot zum kostenlosen Zweitmeinungsverfahren für Wirbelsäulen-Operationen an. 2016 wurde es um geplante Eingriffe an Knie, Hüfte und Schulter erweitert. Das Angebot zielt auf die Vermeidung von unnötigen und belastenden Operationen, überwiegend in orthopädischen Bereichen, ab. Von 2010 bis 2015 führten 89 Prozent der überprüften Indikationen zu einer alternativen Versorgung.

Der Gesetzgeber hat den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, Richtlinien für Zweitmeinungsverfahren aufzustellen. Bei deren Ausgestaltung sollte der G-BA auf die bereits bestehenden Erfahrungen der Krankenkassen mit freiwilligen Zweitmeinungsverfahren zurückgreifen. Dies gilt für die Indikationsauswahl, die Anforderungen zur Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität sowie die Ausgestaltung eines telemedizinischen Zweitmeinungsverfahrens. Die TK fordert eine gesetzliche Klarstellung, dass eine direkte Konsultation des Patienten durch den zweitmeinungsgebenden Arzt zwingend vorauszusetzen ist. Falls nötig, soll der Arzt den Patienten auch körperlich untersuchen. Ist ein direkter Arzt-Patient-Kontakt aus gewichtigen Gründen nicht möglich, können telemedizinische Verfahren zur Anwendung kommen. Krankenkassen sollen zudem weiterhin zusätzliche Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung als Satzungsleistung oder im Rahmen der Integrierten Versorgung anbieten dürfen.

Sprechende Medizin stärken und Ärzte entlasten Den Patienten stehen heute umfangreiche Präventions-, Therapie und Rehabilitationsoptionen zur Verfügung, und mit der sogenannten „personalisierten Medizin“ werden Erwartungen für eine präzisere und zielgenauere Versorgung geweckt.

Patienten werden heute schon und in Zukunft noch stärker durch vernetzte Leistungserbringer integriert behandelt. Die Ärzte sind dadurch nicht mehr allein Behandler, sie sind zunehmend Koordinatoren der Behandlung ihrer Patienten und steuern diese auf ihrem Weg durch die Versorgungslandschaft. Gleichzeitig fördern gesellschaftliche und technische Entwicklungen die Informiertheit und die Souveränität der Patienten. Durch die Digitalisierung des Alltags und die Zugänglichkeit von medizinischem Laien- und Fachwissen verfügen Patienten heute über wesentlich mehr Informationen zu ihrem körperlichen Befinden. Dementsprechend hat der Gesetzgeber die Informations- und Patientenrechte in den vergangenen Jahren wiederholt gestärkt.

Die durch Arztentlastung, Bürokratieabbau und Digitalisierung gewonnene Zeit muss für das Arzt-Patienten-Gespräch genutzt werden.

Von ihren Ärzten erwarten viele Patienten heute detaillierte Informationen zu Diagnosen und eine Einbindung in die Therapieentscheidung. Eine partizipative Entscheidungsfindung ist versorgungsrelevant, denn sie hat bekanntermaßen positive Effekte auf Therapietreue, Behandlungserfolg und Patientenzufriedenheit. Im Versorgungsalltag stehen aber viele Ärzte unter einem erheblichen Zeitdruck. Sie müssen daher entlastet und von unnötiger Bürokratie befreit werden, um die nötige Zeit für die Beratung und gemeinsame Entscheidungsfindung mit den Patienten zu finden.

Die TK begrüßt es, dass sich die Ärzteschaft intensiv mit der Neudefinition des Berufsbildes und den damit verbundenen ärztlichen Aufgaben befasst. Inhaltlich verbunden ist damit die Verlagerung von Aufgaben und Verantwortung auf das Praxispersonal durch die Übernahme sogenannter „arztentlastender Leistungen“, wie sie von den Partnern des Bundesmanteltarifvertrags bereits festgelegt wurden. Hier liegen nicht nur Effizienz- und Qualitätspotenziale. Gerade in unterversorgten Gebieten gibt es dadurch die Chance, die ärztliche Leistungserbringung auf ihre Kerntätigkeit zu fokussieren: Patientengespräche und Therapiemaßnahmen.

Die TK fordert daher, dass in der ambulanten ärztlichen Versorgung die Organisation der ärztlichen Tätigkeit stärker auf die Bedürfnisse derprechenden Medizin ausgerichtet werden muss. Durch Arztentlastung, Bürokratieabbau und Digitalisierung kann Zeit für die Hinwendung zum Patienten und das Arzt-Patienten-Gespräch gewonnen werden. Für eine effizientere Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen sollten Vergütungsanreize für eine arztentlastende Leistungserbringung in Form von regionalen Zuschlägen je Behandlungsfall möglich sein, wie es heute schon für die telemedizinische Leistungserbringung möglich ist (§ 87a SGB V). Auch der zusätzliche Zeitaufwand derprechenden Medizin muss sich in deren Vergütung widerspiegeln. Diese ist an Qualitätsindikatoren hinsichtlich Behandlungsqualität und Behandlungsergebnis zu knüpfen.

Aufhebung der Mengenbegrenzung bei Unterversorgung

Die ambulante Versorgungsstruktur ist heute durch eine ungleiche regionale Verteilung geprägt. In einigen ländlich geprägten Regionen besteht oder droht ein Mangel an Ärzten (vornehmlich an Hausärzten). Dem gegenüber steht eine Überversorgung in und um Ballungszentren. Mit den bestehenden rechtlichen Rahmenbedingungen wird eine gleichmäßigere Verteilung nur langfristig und in kleinen Schritten erzielbar sein. Es ist davon auszugehen, dass das Niederlassungsverhalten ohne Veränderungen weiter deutlich zu Ungunsten der Randgebiete verlaufen wird. Die mangelnde Attraktivität der Niederlassung in ländlichen Regionen ist nur teilweise durch die Gesundheitspolitik beeinflussbar. Die zur Verfügung stehenden Instrumente sollten aber konsequent genutzt werden.

Die TK fordert daher ein deutliches Signal zur Förderung der Niederlassung in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Planungsbereichen und Arztgruppen. Dieses könnte zum Beispiel in der begrenzten Aussetzung der Honorarverteilung und der Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen als Einzelleistungsvergütung nach EBM ohne Mengenbegrenzung mit dem regionalen Punktwert bestehen. Ist in einem Planungsbereich eine Arztgruppe unterversorgt, ließe sich mit einer solchen, etwa auf zehn Jahre befristeten Ausnahmeregelung für die betroffene Arztgruppe in dem Planungsbezirk ein starker Anreiz für die Niederlassung oder den Verbleib setzen. Vor Umsetzung dieser begrenzten Einzelleistungsvergütung wäre die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zumindest um die Vergütungsanteile der bereits in diesen Planungsbereichen praktizierenden Ärzte zu bereinigen.

3

Die sektorübergreifende Versorgung ausbauen

Sektorübergreifende Bedarfsplanung und ambulante Leistungserbringung an Krankenhäusern

Nicht erst seit dem Gutachten des Sachverständigenrates von 2014 ist bekannt, dass sowohl die räumliche Ungleichverteilung der Versorgungskapazitäten als auch die sektoralen Doppelstrukturen und ein nicht bedarfsgerechtes Versorgungsangebot zu Reformen der Versorgungsstrukturen drängen. Neben den regionalen Fehlallokationen im ambulanten Bereich besteht die zentrale Herausforderung im akutstationären Bereich in Mengensteigerungen, mangelnder Qualitätsorientierung, einer unzureichenden Investitionsfinanzierung und einem nennenswerten Anteil defizitärer Grundversorger in dünn besiedelten Regionen. Ursächlich hierfür ist unter anderem die weiterhin strikte sektorale Trennung in weiten Teilen der Versorgungsstrukturen. Alle bisherigen Ansätze, diese Trennung ordnungspolitisch oder wettbewerblich aufzubrechen, haben sich als wenig wirksam erwiesen.

Die TK fordert daher die konsequente Umsetzung einer bedarfs- und patientenorientierten Planung der Versorgungsstrukturen im stationären und ambulanten Bereich. Mittelfristig muss diese Planung sektorübergreifend stattfinden und sich an Qualitätskriterien orientieren. Hierfür sollen die Länder, die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Akteure der Selbstverwaltung gleichrangige Mitsprache- und Gestaltungsrechte erhalten. Um keine neue Planungsbürokratie zu schaffen, soll das Aufgabenspektrum des Landesgremiums nach § 90a SGB V erweitert und mit entsprechenden Entscheidungskompetenzen ausgestattet werden. Dafür muss dessen Arbeitsfähigkeit gesichert und die Stimmberechtigung im Gremium klargestellt werden. Zentrale Aufgabe dieser sektorübergreifenden Planung muss die strikte Ausrichtung und Verteilung aller Behandlungskapazitäten an den regionalen Versorgungsbedürfnissen sein. Wesentliches Auswahlkriterium muss hierbei die Qualität der Leistungserbringung sein.

Damit die Gremien den regionalen Bedarf ermitteln und planen können, bedürfen die Rechtsgrundlage und die Abgrenzung der ambulanten Leistungserbringung an Krankenhäusern einer grundsätzlichen, strukturellen Neuordnung. Die TK hält es für dringend geboten, diese von einem historisch gewachsenen Sammelsurium verschiedenster Vorschriften in strukturierte Verordnungen zu überführen. Die Krankenhäuser sind dort, wo es zur Sicherstellung der Versorgung notwendig ist, in die ambulante Versorgung der Patienten einzubinden. Dies hat auf Basis tatsächlich vor Ort vorhandener Bedarfe zu erfolgen. Es ist darauf zu achten, dass für niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser gleiche Rahmenbedingungen zur Erbringung der zur Diskussion stehenden Leistungen garantiert werden. Sofern Krankenhäuser Leistungen der niedergelassenen Ärzte erbringen, sind diese aus den entsprechenden vorhandenen Budgets zu vergüten.

Hybrid-DRG Trotz sektoral getrennter Planung stammt ein wachsender Anteil medizinischer Behandlungen in Krankenhäusern aus dem Grenzbereich zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung. Diese ist durch sehr unterschiedliche Vergütungshöhen und Abrechnungsbedingungen geprägt, die im Ergebnis zu erheblichen Fehlanreizen bei der Patientenversorgung führen können. Der Anreiz für Leistungserbringer, diese unterschiedliche Höhe der Vergütung als Entscheidungskriterium für Ort und Umfang der Versorgung heranzuziehen, birgt das Risiko falscher oder unnötiger Behandlungen. Dies trägt nicht zur Verbesserung der Versorgungsqualität für die Patienten bei.

Die TK schlägt daher vor, durch die Einführung von Hybrid-DRG stationäre und ambulante Vergütungssysteme zu harmonisieren und weniger die Erlösanreize als die richtige medizinische Indikation in den Mittelpunkt der Behandlung zu rücken. Grundlagen der Kalkulation von Hybrid-DRG sind

der DRG-Fallpauschalenkatalog und der EBM. Hieraus wird ein Mischpreis ermittelt. Der Hybrid-DRG-Katalog sollte klar abgrenzbare Leistungen enthalten. Als flankierende Maßnahme bedarf es einer zusätzlichen Qualitätssicherung, welche Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität umfasst. Außerdem müssen nachvollziehbare Kriterien zur Indikationsstellung entwickelt werden.

Die TK schlägt weiterhin vor, die Hybrid-DRG als Basis für ein Zukunftskonzept einer gestuften Krankenhausversorgung einzuführen. Diese sieht ein Spektrum von grundversorgenden Krankenhäusern bis zu Maximalversorgern vor, die ihre jeweilige Arbeit aufeinander abstimmen. Um die Versorgung flächendeckend sicherzustellen, sollte die strikte Trennung zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Fachärzten aufgehoben werden. In unterversorgten Gebieten können integrierte Versorgungszentren errichtet werden.

Koordinierte Notfallversorgung Die Zahl der Patienten in den Notaufnahmen der Krankenhäuser und im Rettungsdienst steigt kontinuierlich – ein Teil dieser Patienten würde aber in den Notfallpraxen oder gar in der regulären ambulanten Versorgung ebenso gut oder sogar besser versorgt. Die Ursachen liegen insbesondere in der sektoralen Trennung der verschiedenen Akteure der Notfallversorgung, deren aus Sicht der Patienten unklaren Zuständigkeiten sowie der häufig lückenhaft und unattraktiv organisierten vertragsärztlichen Notfallversorgung. Hinzu kommt, dass Notfallpatienten ihre gesundheitlichen Probleme selten selbst richtig einschätzen können. Die Ersatzkassen haben ein umfangreiches Gutachten vorgelegt, in welchem sie konkrete Lösungsvorschläge machen. Sie schlagen die Vernetzung der Leistungserbringung durch Überwindung der sektoralen Trennung zwischen

Sektorübergreifend versorgen, am Bedarf der Patienten ausrichten und an Qualitäts- kriterien orientieren

ärztlichem Notdienst, Notaufnahmen der Krankenhäuser, Rettungsdiensten und der Versorgungssteuerung in der Notfallversorgung vor. Ziel ist es, den Patienten mittels transparenter Strukturen künftig auf den richtigen Behandlungspfad zu lotsen.

Im Sinne dieses Gutachtens fordert die TK die Entwicklung eines Systems der koordinierten Notfallversorgung. In diesem sollen die Träger der ambulanten und stationären Notfallversorgung und der Rettungsdienste auf Basis des vom G-BA zu entwickelnden Stufenkonzepts kooperieren. Hierzu werden an allen

Krankenhäusern mit Notaufnahmen in Deutschland Portalpraxen errichtet. Diese sind rund um die Uhr die zentrale Anlaufstelle für alle Notfallpatienten. Die Portalpraxen beurteilen den Behandlungsbedarf und leiten den Notfallpatienten in die richtige Versorgungsstruktur weiter. Hierfür müssen standardisierte Einschätzungen des Behandlungsbedarfs entwickelt und die Qualifikation des nicht-ärztlichen Personals angepasst werden. Teil des Konzepts sind gemeinsame Rettungsleitstellen für die Rufnummern 112 und 116117. Um die enge personelle, räumliche und infrastrukturelle Zusammenarbeit der Träger zu gewährleisten, müssen Kooperationsvereinbarungen geschlossen werden. Darüber hinaus muss auch die Beurteilungs- und Entscheidungskompetenz der Patienten hinsichtlich des eigenen Gesundheitszustandes verbessert werden.

4

Fairer Wettbewerb durch manipulationsresistenten Risikostrukturausgleich

Risikostrukturausgleich Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) ist das Verteilungsinstrument für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen. Seine zentrale Aufgabe ist es, seitens der Krankenkassen nicht beeinflussbare Faktoren bezüglich ihrer Versichertenstruktur auszugleichen. Da der Morbi-RSA die Finanzströme zwischen dem Gesundheitsfonds und den Krankenkassen maßgeblich bestimmt, ist seine Ausgestaltung in hohem Maße wettbewerbsrelevant.

Die aktuelle Ausgestaltung des Morbi-RSA führt jedoch zu starken Wettbewerbsverzerrungen. In den acht Jahren seines Bestehens hat der Morbi-RSA die Finanzausstattung einiger regional geöffneter Krankenkassen erheblich verbessert. Vor allem bundesweit geöffnete und in überversorgten Regionen tätige Krankenkassen wie die TK haben hingegen erhebliche Mindereinnahmen. Ursache für diese Verwerfungen sind Fehlanreize in der bestehenden Ausgleichssystematik des Morbi-RSA.

Die Frage, wie die Kriterien für die Auswahl der im Morbi-RSA ausgleichsfähigen Krankheiten ausgestaltet werden, war von Beginn an umstritten. Heute ist klar, dass die Berücksichtigung ambulanter Diagnosen im Morbi-RSA die entscheidende Ursache für die Verwerfungen bei der Verteilung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ist: Bei einer Vielzahl ambulanter Diagnosen haben die behandelnden Ärzte erhebliche Spielräume bei deren Kodierung. Und weil diese Diagnosen/Krankheiten ausgleichsfähig sind, entsteht für die Krankenkassen ein erheblicher Anreiz, auf die Kodierung Einfluss zu nehmen.

In der Folge findet zwischen den Krankenkassen vor allem ein Kodierwettbewerb statt: Erfolgreich sind Krankenkassen, die so einen Preisvorteil generieren können. Die Versorgung der Versicherten tritt dagegen in den Hintergrund. Durch die Kodierbeeinflussung entstehen der GKV erhebliche Mehrausgaben in Form von Kodierpauschalen in Selektivverträgen oder Kosten für Praxisberater. Diese Mittel fehlen allen Krankenkassen in der Versorgung. Der Morbi-RSA deckt zudem extrem hohe Fallkosten nur unzureichend ab und benachteiligt Krankenkassen mit einem hohen Anteil solcher Fälle.

Ohne eine Änderung an der Ausgleichssystematik des Morbi-RSA wird sich die finanzielle Handlungsfähigkeit der Krankenkassen weiter auseinanderentwickeln. Das kann – insbesondere bei steigenden Zusatzbeiträgen – für Krankenkassen mit geringem Deckungsgrad existenzbedrohend werden. Die TK fordert daher faire und einheitliche Wettbewerbsbedingungen. Hierfür sind folgende Reformen in der Ausgestaltung des Morbi-RSA erforderlich:

- Die Veränderung der Krankheitsauswahl hin zu schweren Erkrankungen mit hohen Fallkosten für den einzelnen Versicherten (Gewichtung der Prävalenz über die Logarithmusfunktion)
- Die Einführung einer Versorgungsstrukturkomponente auf Kreisebene zum Ausgleich regionaler Kostenunterschiede
- Die Einführung eines Hochrisiko-Pools
- Der Wegfall von Zuschlägen für Erwerbsminderungsrentner
- Eine Neuregelung bei Auslandsversicherten
- Der Wegfall der Pauschale für Disease-Management-Programme

Angleichung der Aufsichtspraxis Aus Sicht der bundesunmittelbaren Krankenkassen und ihrer Verbände werden Krankenkassen unter der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes benachteiligt: So urteilen die Landesaufsichten bei vergleichbaren Sachverhalten, insbesondere bei Selektivverträgen, Wahlтарifen und Rabattangeboten, in der Regel eher zugunsten der Krankenkasse als die Bundesaufsicht. Krankenkassen unter Landesaufsicht verfügen damit über größere Spielräume im Wettbewerb, was zusammen mit der aktuellen Ausgestaltung des Morbi-RSA zu einem wachsenden Ungleichgewicht in der Finanzkraft beiträgt.

Die TK begrüßt die Maßnahmen und Anstrengungen der Bundesregierung und der Gesundheitsministerkonferenz zur Vereinheitlichung der Aufsichtspraxis in Bund und Ländern. Um die Handlungsspielräume der Krankenkassen im Wettbewerb anzugleichen schlägt die TK eine weitere Vereinheitlichung des Aufsichtshandelns mittels einer Stärkung der Interventionsmöglichkeiten gegen eine ungleiche Aufsichtspraxis vor. Dafür muss der derzeit geltende Unterlassungsanspruch gegen unzulässige Werbemaßnahmen (§ 4 Abs. 3 SGB V) auch auf weiteres wettbewerbliches Handeln ausgeweitet werden. Ebenso muss im Aufsichtsparagraph § 90 Abs. 4 SGB IV das Anrufungsrecht der Krankenkassen mit Pflicht zur Einigung verankert werden.

Digitale Chancen nutzen – Versorgungsqualität stärken – Fairen Wettbewerb ermöglichen. Die gesundheitspolitischen Forderungen der Techniker Krankenkasse für die 19. Legislaturperiode – Herausgeber: Techniker Krankenkasse, Unternehmenszentrale, Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg; Internet: www.tk.de/btw17; Autoren: Dr. Jens Baas und Thomas Ballast; Gestaltung: The Ad Store; Produktion: Rafaela Stein; Litho: Hirte GmbH & Co. KG; Foto: Andreas Friese; Druck: TK Hausdruckerei

© **Techniker Krankenkasse**. Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Einwilligung der TK. Die enthaltenen Informationen wurden sorgfältig recherchiert. Für eventuelle Änderungen oder Irrtümer können wir keine Gewähr übernehmen. Stand: April 2017.

Hinweis Zur besseren Lesbarkeit wird jeweils die männliche Form gewählt (zum Beispiel Mitarbeiter). Gemeint sind selbstverständlich sowohl weibliche als auch männliche Personen.

Hier erfahren Sie mehr:

Meinungen und Positionen zu gesundheitspolitischen Themen in der Bundestagswahl 2017 finden Sie auf: tk.de/btw17.

Folgen Sie [@TK_Presse](https://twitter.com/TK_Presse) auf Twitter.

Für Rückfragen der Politik

Techniker Krankenkasse

Büro Berlin

Tel. 030 - 28 88 47 10

berlin-gesundheitspolitik@tk.de

Für Rückfragen der Medien

Techniker Krankenkasse

Unternehmenskommunikation

Tel. 040 - 69 09 - 17 83

pressestelle@tk.de

