



GESUNDHEITSWESEN AKTUELL 2017

BEITRÄGE UND ANALYSEN

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Christoph Straub, Uwe Repschläger, Ruth Rumke, Susanna Weineck
Aktuelle Herausforderungen in der Gesundheitspolitik

AUSZUG aus:
BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2017 (Seite 14–31)

Christoph Straub, Uwe Repschläger, Ruth Rumke, Susanna Weineck

Aktuelle Herausforderungen in der Gesundheitspolitik

Kurz vor der nächsten Bundestagswahl stellt sich die Frage, wie das Gesundheitssystem in Deutschland weiterentwickelt werden soll. Einerseits ist die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich unbestritten hoch, es bietet einen breiten Zugang für die gesamte Bevölkerung zu einer medizinischen Versorgung auf hohem Niveau. Andererseits steht das System vor großen Herausforderungen und weist trotz seiner Leistungsfähigkeit seit Jahrzehnten bedeutende strukturelle Defizite auf. Dringender Handlungsbedarf besteht in den Bereichen Versorgung, Finanzierung und Wettbewerb. Ein Schwerpunkt der gesundheitspolitischen Gesetzgebung der nächsten Legislaturperiode sollte auf der Stärkung von Koordination und Zusammenarbeit im Gesundheitswesen liegen. Möglichkeiten für eine Verbesserung der medizinischen Versorgung von Patienten und für eine Steigerung der Effizienz des Gesundheitssystems liegen vor allem in einer sektorübergreifend organisierten Versorgung und der stärkeren Nutzung von Digitalisierung und Telemedizin. Grundlegende Voraussetzungen für eine Gesundheitsversorgung auf hohem Niveau sind eine stabile Finanzierungsgrundlage und faire Wettbewerbsbedingungen für die gesetzlichen Krankenkassen. Doch der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich als wichtigstes Steuerungsinstrument im Finanzverteilungssystem der gesetzlichen Krankenkassen weist erhebliche Schwachstellen auf. Diese führen zu Wettbewerbsverzerrungen und erfordern eine schnellstmögliche Weiterentwicklung des Krankenkassenfinanzausgleichs.

Stärkung der Versorgung

Verbesserung der Koordination und Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

Ein wesentliches Strukturdefizit des deutschen Gesundheitswesens besteht in der diskontinuierlichen Versorgung an den Grenzen der Sektoren. Zwar hat der Gesetzgeber in den vergangenen Jahren zahlreiche Versuche unternommen, diese Grenzen zu öffnen. Doch die Einführung einer Vielzahl nicht aufeinander abgestimmter Regelungen hat nicht zur Lösung des grundlegenden Problems geführt: Weiterhin bestehen in den Sektoren völlig unterschiedliche Regelungsrahmen. Anstatt die Versorgung systemweit zu optimieren, wurden weiterhin nur partikuläre, der Logik der Sektoren folgende

Einzelmaßnahmen initiiert. Erforderlich ist eine sektorübergreifende und am Patientenutzen orientierte Versorgung. Dafür muss der Gesetzgeber in den kommenden Jahren die Weichen stellen.

Sektorübergreifende Versorgungsplanung für den ambulanten und stationären Bereich

Bis heute wird die Versorgungsplanung sektoral getrennt durchgeführt: Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) regelt die ambulante Bedarfsplanung, für die Krankenhausbedarfsplanung sind die Bundesländer zuständig. Es droht Unterversorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen, wohingegen in Ballungsgebieten erhebliche Überversorgung herrscht.

Der Bedarf an medizinischen Leistungen muss deshalb in Zukunft sektorübergreifend geplant werden. Besonders für Leistungen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung und der Grund- und Regelversorgung im Krankenhaus könnten durch eine abgestimmte Versorgungsplanung erhebliche Verbesserungen im Sinne der Patienten erreicht werden. Die gemeinsame Planung sollte durch Vertreter der niedergelassenen Ärzte, der Krankenhäuser und der Krankenkassen durchgeführt werden – unter Beteiligung der Länder.

Gleiches Geld für gleiche Leistung

Die Vergütung im ambulanten Bereich erfolgt in der Regel auf Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) im Rahmen der Budgets der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Eine Reihe von Leistungen wird auch außerhalb der KV-Budgets finanziert. Im Krankenhaus erfolgt die Finanzierung der Leistungen innerhalb des DRG-Systems. Damit werden medizinische Leistungen, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können, in verschiedenen Sektoren erbracht und in unterschiedlicher Höhe vergütet. Um Fehlanreize der sektorbezogenen Vergütung zu vermeiden, empfiehlt sich eine Vereinheitlichung der Vergütungssysteme. Im Schnittstellenbereich zwischen fachärztlich ambulanter und stationärer Grund- und Regelversorgung sollten dazu indikationsbezogene Behandlungspauschalen entwickelt werden. Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte würden dabei in einem (neuen) EBM eine gleichvergütete Abrechnungsmöglichkeit erhalten. Bedingung dafür ist eine entsprechende Bereinigung vor allem der Krankenhausbudgets und der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung.

Vernetzung der Leistungserbringer durch regionale Versorgungsverbände

Interdisziplinäres, professionenübergreifendes Arbeiten muss der Leitgedanke in der Versorgung werden. Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten sollten sich Leistungserbringer deshalb in regionalen Versorgungsverbänden zusammenschließen. Als Ergebnis einer abgestimmten Bedarfsanalyse und Versorgungsplanung sowie auf Basis verbindlicher Vorgaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität können regionale Versorgungsverbände durch die enge Kooperation von niedergelassenen Fachärzten mit Krankenhäusern entstehen. Die Kommunikation im Versorgungsverbund wird dabei etwa durch die Nutzung geeigneter Instrumente wie der Telematikinfrastruktur, der elektronischen Gesundheitskarte und des Medikationsplans verbessert.

Notfallversorgung sektorübergreifend organisieren

Die Patientenzahlen in den Notaufnahmen der Krankenhäuser steigen kontinuierlich an, obwohl viele Patienten auch im niedergelassenen Bereich versorgt werden könnten. Grund dafür ist die unscharfe Aufgabenteilung von ambulanter Notfallversorgung, Rettungsdienst und Notaufnahme im Krankenhaus.

Erforderlich ist eine Neustrukturierung der Notfallbehandlung an den Krankenhäusern. Es muss zunächst sichergestellt werden, dass tatsächlich ein Notfall vorliegt. Je nach Behandlungsbedarf sollen die Patienten daraufhin angemessen behandelt werden, bei niedergelassenen Ärzten, in der Portalpraxis oder in der Notaufnahme des Krankenhauses. Die grundsätzlich an allen Krankenhäusern einzurichtenden Portalpraxen dienen dabei als funktionale Einheit, in der niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte gemeinsam die Ersteinschätzung der Behandlungsdringlichkeit (Triage) durchführen.

Perspektivisch muss die Notfallversorgung sektorübergreifend organisiert werden, um die unterschiedlichen Bedarfe besser aufeinander abzustimmen. Der Beitrag von Bockhorst, Leber und Wolff in diesem Band beschäftigt sich ausschließlich mit dem Thema Notfallversorgung.

Sektorübergreifende Qualitätssicherung auf den Weg bringen

Qualitätssicherung darf nicht länger weitgehend getrennt nach Sektoren erfolgen. Denn für Patienten ist die Qualität der medizinischen Behandlung besonders im Übergang vom stationären in den ambulanten Bereich wichtig. Die gesetzlichen Grundlagen für eine sektorübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen sind bereits gelegt. Für ihre zügige Umsetzung müssen geeignete Rahmenbedingungen und wirtschaftliche Strukturen geschaffen werden. Dazu gehört die rasche Gründung einer Landesarbeitsgemeinschaft pro Bundesland, die perspektivisch als Anlaufstelle auch für die sektorspezifische Qualitätssicherung zuständig sein soll.

Chancen der Digitalisierung nutzen

Die Digitalisierung ist längst im Alltag der Menschen angekommen und aus den meisten Lebensbereichen nicht mehr wegzudenken. Besonders das mobile Internet hat die Art der Kommunikation, den Zugang zu Informationen und den Umgang mit persönlichen Daten erheblich verändert. Die Beteiligten im Gesundheitswesen müssen die Chancen der Digitalisierung etwa für die Verbesserung der Diagnostik und Therapie in der Medizin nutzen und die dafür erforderlichen Rahmenbedingungen schaffen. Dabei ist es wichtig, dass der Schutz der Daten gewährleistet wird und das Recht auf informelle Selbstbestimmung der Versicherten gewahrt bleibt.

Telematikinfrastuktur als alleinige Plattform stärken

Die flächendeckende Telematikinfrastuktur bildet die Grundlage für ein vernetztes und digitales Gesundheitswesen. Sie muss als alleinige Kommunikationsplattform im Gesundheitswesen gestärkt werden, um Parallelstrukturen zu verhindern. Entscheidend dafür ist ihr zügiger bundesweiter und sektorübergreifender Ausbau. Erforderlich ist die Öffnung der Telematikinfrastuktur für digitale Anwendungen inklusive der elektronischen Patientenakte auf der Grundlage einheitlicher Standards. So können diagnostisch und therapeutisch relevante Informationen sowohl für Ärzte als auch für Versicherte einen zusätzlichen Nutzen stiften. Die Anwendungen müssen schnell, sicher und funktional sein. Die Autoren Matusiewicz und Behm stellen in diesem Reader insgesamt zehn provokante Thesen zur Digitalisierung im Gesundheitswesen zur Diskussion.

Prozess zur Kategorisierung, Zulassung und Erstattung von digitalen Anwendungen schaffen

Digitale Gesundheitsanwendungen gehen mittlerweile weit über den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention hinaus. Zunehmend werden Anwendungen entwickelt, die diagnostische oder therapeutische Leistungen erbringen und damit eine Ergänzung zur klassischen Versorgung darstellen.

Digitale Anwendungen können bereits heute – außerhalb der Regelversorgung – von den Krankenkassen individuell angeboten und finanziert werden. Um bewährte digitale Versorgungsanwendungen auch in die Regelversorgung überführen und damit allen gesetzlich Versicherten zugänglich machen zu können, bedarf es geeigneter Verfahren zur Kategorisierung, Zulassung und Erstattung digitaler Anwendungen.

Elektronische Patientenakte in die Versorgung einbringen

Für eine effiziente sektorübergreifende Versorgung ist die elektronische Patientenakte eine wichtige Voraussetzung. Sie ermöglicht den an der Behandlung Beteiligten einen direkten und schnellen Zugriff auf wichtige medizinische Patientendaten. In vielen regionalen Versorgungsnetzen gibt es bereits heute technische Lösungen für eine elektronische Patientenakte. Sie ist jedoch nur dann sinnvoll, wenn sie flächendeckend und systemübergreifend genutzt werden kann. Um die Interoperabilität der verschiedenen Systeme zu gewährleisten, ist ein einheitlicher Standard notwendig.

Die grundsätzliche Entscheidung zur Nutzung der Daten ist allein dem Patienten vorbehalten. Das bedeutet, dass allein er entscheidet, wer Zugriff auf die vertraulichen Daten erhält und in welchem Umfang.

Lockerung des Fernbehandlungsverbots zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung

In Zukunft wird der Telemedizin eine noch wichtigere Rolle in der Versorgung zukommen. Es war daher richtig, die ersten telemedizinischen Anwendungen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufzunehmen und damit in die Regelversorgung zu bringen. Es müssen nun zügig weitere Abrechnungsziffern folgen.

Telemedizin darf nicht an die Stelle einer möglichst flächendeckenden Versorgung treten. Aber für die Sicherstellung einer hochwertigen Versorgung bietet die Telemedizin ein großes Potenzial. Um dieses Potenzial für die Versicherten nutzbar zu machen, sollte es kein generelles Verbot für Behandlungen ohne vorherigen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt geben.

Strukturen und Effizienz der Versorgung verbessern

Flächendeckende ambulante Versorgung erhalten

Noch nie waren so viele Ärzte in der ambulanten Versorgung tätig wie heute, sie sind jedoch regional sehr ungleich verteilt. So entstehen Über-, Unter- und Fehlversorgung, die eine regional gleichmäßige, qualitativ hochwertige und effiziente Versorgung der Bevölkerung behindern.

Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung

In überversorgten Regionen sollte der Gesetzgeber die Nachbesetzung freier Arztstühle grundsätzlich ausschließen. Als Anreiz für die Niederlassung in schlechter versorgten Regionen müssen Ärzte gezielte Unterstützung für eine strukturierte Weiterbildung erhalten. Im Rahmen dieser Weiterbildung werden sie individuell durch Mentoren beraten. Sie sollten dabei die Möglichkeit erhalten, ihre Weiterbildung in Praxen durchzuführen, die sich sektorübergreifend vernetzen. Ebenso sollten für medizinisch-wissenschaftliche Blockweiterbildungen die Möglichkeiten nahegelegener Universitätskliniken genutzt werden.

Durch einen weiteren Ausbau der Delegation und gegebenenfalls der Substitution ärztlicher Leistungen wäre eine Entlastung der Mediziner möglich. In dünn besiedelten Regionen können zudem telemedizinische Anwendungen einen wertvollen Beitrag zur Patientenversorgung leisten. Eine Lockerung des Fernbehandlungsverbots ist wünschenswert, um Ärzten in geeigneten Fällen die Diagnosestellung und die Verordnung von Medikamenten per Videopprechstunde zu ermöglichen.

Die Kommunen sollten in die Lage versetzt werden, durch Verbesserungen in der Infrastruktur Anreize für Ärzte zu schaffen, sich auch außerhalb von Ballungsgebieten niederzulassen. Für eine gezielte Steuerung der Niederlassung von Ärzten sollen Vergütungszuschläge in von Unterversorgung bedrohten Regionen oder Vergütungsabschläge in überversorgten Regionen angewandt werden.

Stärkere Patientorientierung durch Förderung von regionalen Versorgungsnetzen

Eine wohnortnahe Versorgung besonders von älteren und chronisch kranken Patienten erfordert eine stärkere Koordination der medizinischen Angebote als bisher. Arztnetze sind etabliert, sie leisten einen wichtigen Beitrag zur Versorgung. Ihre Arbeit muss jedoch auch stärker auf Interdisziplinarität und Kooperation ausgerichtet werden. Um mehr Patientorientierung und Qualität in der Versorgung zu gewährleisten, sollten sich Leistungserbringer stärker als bisher in regionalen Versorgungsnetzen zusammenschließen. Darin kann ein Versorgungsmanagement etabliert werden. Diagnostik und Therapie werden dabei interdisziplinär und unter Einbeziehung sowohl ärztlicher als auch nichtärztlicher Heilberufe und sonstiger Gesundheitsfachberufe erbracht. Eine lückenlose Dokumentation der Befunde und des Behandlungsverlaufs können in Versorgungsnetzen besser geleistet werden.

Mehr Freiheiten für Selektivverträge

Das Selektivvertragsrecht wurde mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz neu strukturiert. Durch die systematische Weiterentwicklung der Rechtsgrundlagen sollen neue Freiräume für das Vertragshandeln der Krankenkassen entstehen. Die Initiative des Gesetzgebers war dringend notwendig, da den Krankenkassen in der Vergangenheit der Abschluss von Selektivverträgen erheblich erschwert wurde. Die Vielzahl von gesetzlichen Vorgaben stand dem Grundgedanken entgegen, mit Selektivverträgen flexible und individuelle Vertragslösungen für die Krankenkassen zu ermöglichen. In Zukunft sollten alle einschränkenden Vorgaben im Recht der Selektivverträge entfallen.

Denn der wirtschaftliche Einsatz von Ressourcen liegt im Interesse der Krankenkassen, zudem unterliegen Versorgungsverträge grundsätzlich dem Wirtschaftlichkeitsgebot.

Mehr Qualität in die stationäre Versorgung bringen

Die medizinische Versorgung in deutschen Krankenhäusern ist durch ein enormes Qualitätsgefälle geprägt. Notwendig ist deshalb mehr Qualitätsorientierung: Wo und in welchem Umfang stationäre Leistungen erbracht werden, darüber muss zukünftig die Qualität der medizinischen Versorgung entscheiden. Ebenso muss es selbstverständlich sein, dass die Krankenhäuser die Einhaltung der Qualitätsvorgaben regelmäßig und verbindlich nachweisen.

Steigerung der Qualität der Versorgung durch Zentren- und Schwerpunktbildung

Die Qualität der Leistungserbringung hängt bei bestimmten Krankheitsbildern nachweislich von Routine und Erfahrung ab. Aus diesem Grund sollten gerade seltene und schwere Erkrankungen an ausgewählten Standorten konzentriert werden. Die Spezialisierung von Krankenhäusern auf bestimmte Eingriffe ist für die Patientensicherheit sinnvoll und erhöht die Qualität der medizinischen Versorgung. Weniger Todesfälle und Komplikationen bei planbaren Operationen sind das Ergebnis.

Vor diesem Hintergrund sollte die Zentrenbildung etwa durch entsprechende Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert werden. Kompetenzzentren könnten – beispielsweise im Bereich der Onkologie oder der Rheumatologie – auch sektorübergreifend eine stärkere Koordination der Versorgung übernehmen. Wichtige Kriterien für Zentren nach dem Krankenhausstrukturgesetz sind dabei zum Beispiel die Durchführung von klinischen Studien, das Erproben neuer sektorübergreifender Behandlungskonzepte und die Teilnahme und Pflege von krankheitsspezifischen bundesweiten Registern zur Schaffung von Transparenz, Struktur und Nachhaltigkeit.

Mindestmengen sichern Strukturqualität

Um die Qualität der Leistungserbringung in den Krankenhäusern sicherzustellen, sind klare bundesweite Vorgaben zur Definition der räumlichen Strukturen des Versorgungsbedarfes und der Qualitätskriterien notwendig. Leistungen im Krankenhaus sollten auf dieser Basis Versorgungsstufen (Grund-, Regel-, Maximal- und Spezialversorgung) verbindlich zugeordnet werden, damit sie ausschließlich in entsprechend qualifizierten Krankenhäusern erbracht werden.

Für eine bessere Versorgung, die sich am tatsächlichen Bedarf der Patienten orientiert, bedarf es Routine und Erfahrung. Vorgeschriebene Mindestmengen für Eingriffe in Krankenhäusern sorgen dafür, dass genug Erfahrung und Kompetenz für eine Behandlung vorhanden sind. So müssen für operative Eingriffe auch Richtgrößen pro Operateur auf Bundesebene durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt werden.

Krankenhäuser, die Leistungen erbringen, ohne die festgelegte Mindestmenge zu erreichen, dürfen in Zukunft keine Vergütung mehr erhalten. Ausnahmen von Mindestmengen müssen nach bundeseinheitlichen Vorgaben auf ein Minimum beschränkt werden.

Bis eine flächendeckende, sektorübergreifende Qualitätssicherung durchgesetzt ist, sollten abteilungsbezogene Mindestvoraussetzungen zur Sicherstellung der Strukturqualität vorgegeben werden. Damit wird ein zielgerichteter Einsatz der Mittel der GKV für Krankenhausinvestitionen gewährleistet.

Mehr Direktverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern ermöglichen

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz haben die Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, zeitlich befristete Qualitätsverträge mit einzelnen Krankenhäusern zu erproben. Um stärkeren Einfluss auf die Versorgung nehmen zu können, benötigen die Krankenkassen einen verbindlichen rechtlichen Rahmen, damit sie individuelle Vereinbarungen von Krankenhausleistungen bei gleichzeitiger Lockerung des Kontrahierungszwangs eingehen können. So könnten etwa Verträge, die eine verbindliche Einhaltung von medizinischen Behandlungsleitlinien vorsehen, die Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung deutlich verbessern.

Krankenkassen stärker in die Krankenhausplanung einbeziehen

Um die Versorgungsstrukturen zwischen dem stationären und ambulanten Sektor besser aufeinander abzustimmen, muss die Planung perspektivisch sektorübergreifend erfolgen.

Um dieses Ziel zu erreichen, sollten die Krankenkassen künftig an allen Bereichen der Krankenhausplanung beteiligt werden. Einen ersten Schritt dazu hat der Gesetzgeber bereits mit der Einführung des Strukturfonds gemacht. Bei der Auswahl von Strukturfonds-Vorhaben sind die Krankenkassen beteiligt und können die landesspezifische Versorgung und deren Weiterentwicklung aktiv mitgestalten. Der Prozess der strukturellen Veränderungen im stationären Bereich erfordert eine Verstetigung des Strukturfonds.

Investitionsstau bei Krankenhäusern auflösen

Die Krankenhäuser haben gegenüber den Bundesländern Anspruch auf Finanzierung ihrer Investitionskosten, doch die Länder kommen dieser Verpflichtung seit Langem nicht mehr in ausreichender Höhe nach. Damit die Länder ihrer Investitionsverpflichtung zukünftig stärker nachkommen, wird den Ländern eine gesetzlich bindende Investitionsquote als Untergrenze vorgegeben.

Damit das Investitionsdefizit nicht noch stärker anwächst und notwendige Investitionen nicht weiter durch die von den Krankenkassen gezahlten Betriebsmittel refinanziert werden, sollte der Bund in Vorleistung treten und kurzfristig ein „Sonderfinanzierungsprogramm leistungsfähige Krankenhäuser“ auflegen. Das Investitionsprogramm wird aus Mitteln des Bundeshaushalts finanziert.

Qualität und Finanzierbarkeit der Arzneimittelversorgung gewährleisten

Ziel des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes war, die rasant steigenden Arzneimittelausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung einzudämmen, dabei sollte der Zugang zu innovativen Medikamenten sichergestellt werden. Die Regelungen des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes haben sich bewährt; weiterhin ist der Gesetzgeber aber gefordert, die richtige Balance zwischen Innovation und Bezahlbarkeit in der Arzneimittelversorgung zu schaffen. Ein eigener Beitrag von Fischer-Rensmann und Peters widmet sich dem Spezialaspekt der „Wilden Substitution“ bei der Arzneimittelversorgung.

Kosten-Nutzen-Bewertung für versorgungsrelevante Arzneimittel wirksam machen

Die frühe Nutzenbewertung mit anschließender Preisverhandlung zwischen pharmazeutischem Hersteller und dem GKV-Spitzenverband hat sich mittlerweile etabliert, der zweite Schritt, eine regelhafte Kosten-Nutzen-Bewertung nach Erfahrungen im Einsatz der neuen Arzneimittel, jedoch nicht.

Die Kosten-Nutzen-Bewertung wird nach den geltenden Regelungen nur auf Antrag des Herstellers eines Arzneimittels durchgeführt und auch nur dann, wenn die Preisverhandlungen gescheitert sind. Aus diesem Grunde wurde seit dem Jahr 2007 erst eine Kosten-Nutzen-Bewertung durchgeführt. Deshalb ist es notwendig, die Einschränkungen für die Kosten-Nutzen-Bewertung aufzuheben und diese bei besonders versorgungsrelevanten Arzneimitteln, welche einen bestimmten GKV-Jahresumsatz überschreiten, zum Beispiel 80 Millionen Euro, regelhaft einzuführen.

Innovative Arzneimittel in einem kontrollierten Umfeld einsetzen

Die steigende Anzahl an neuen Arzneimitteln mit teilweise völlig neuen Wirkansätzen erweitert auf der einen Seite die therapeutischen Möglichkeiten für viele Erkrankungen, insbesondere im Bereich der Onkologie, auf der anderen Seite wachsen aber auch die Herausforderungen für die Ärzte im Umgang mit diesen Arzneimitteln.

Daher sollte die Möglichkeit einer gesetzlichen Regelung geprüft werden, um den Einsatz dieser innovativen Arzneimittel auf ein kontrolliertes Umfeld in Zentren oder Schwerpunktpraxen zu beschränken. Entscheidend für die Auswahl teilnehmender Versorger sind die Kompetenz, die Fallzahl sowie die Einhaltung von Vorgaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Ziel einer solchen Regelung ist die Stärkung der Arzneimittelsicherheit durch die Etablierung höherer Qualitätsstandards beim Einsatz innovativer Arzneimittel.

Konsequenter Einsatz von Biosimilars stärken

Biotechnologisch hergestellte Arzneimittel (Biologics) erweitern die Therapiemöglichkeiten und Behandlungsalternativen in der Arzneimittelversorgung. Biosimilars

als Nachahmerpräparate der hochpreisigen Biologicals können bei vergleichbar hoher Versorgungsqualität Wettbewerb im Arzneimittelmarkt schaffen und dadurch Kosten einsparen.

Die Einführung von Ordnungsquoten für die Verschreibung von Biosimilars kann dazu beitragen, ihren Markteintritt zu erleichtern. Festbeträge und Rabattverträge sollten grundsätzlich auch bei Biosimilars Anwendung finden.

Nachhaltigkeit und Transparenz in der Pflege

Pflegeversicherung langfristig finanzierbar halten

Das Umlageverfahren in der Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung hat sich zur Absicherung des Pflegerisikos bewährt. Mit den Pflegestärkungsgesetzen der 18. Legislaturperiode wurden die Leistungen mehrstufig ausgebaut. Zur langfristigen Sicherung des Versorgungsniveaus müssen die Leistungsbeträge der sozialen Pflegeversicherung in einem institutionalisierten Verfahren dynamisiert werden.

Die Pflegeleistungen haben seit Einführung der sozialen Pflegeversicherung an Realwert verloren, sie decken in vielen Bereichen weniger als 50 Prozent der Gesamtpflegekosten ab. Um die Akzeptanz des Teilkostensystems Pflege insgesamt zu erhalten, muss ein weiterer Wertverlust vermieden werden. Deshalb sollten die Leistungen der Pflegeversicherung künftig regelgebunden, an eine gesamtwirtschaftliche Kenngröße gekoppelt, dynamisiert werden.

Entlastungsangebote für pflegende Angehörige ausbauen

Die familiäre und selbstorganisierte Pflege ist das Fundament der Pflege in Deutschland. Daher müssen die Entlastungsangebote für pflegende Angehörige und private Helfer qualitativ ausgebaut werden. Ergänzungen der Pflege- und Betreuungsangebote bedarf es vor allem im Bereich der nach Landesrecht anerkannten Unterstützungsangebote im Alltag, der stationären Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege für Kinder und Jugendliche.

Kein Aufbau von Doppelstrukturen in der Pflegeberatung

Der Gesetzgeber hat im Rahmen des Dritten Pflegestärkungsgesetzes die Einrichtung von Modellkommunen beschlossen mit dem Ziel einer besseren Verzahnung der Aufgaben von sozialer Pflegeversicherung, Ländern und Kommunen. Die Ausweitung der kommunalen Aufgaben in der Pflegeberatung darf nicht zu Doppelstrukturen führen. Deshalb ist eine Evaluation der Modellkommunen sinnvoll.

Pflegestützpunkte sollen die Beratung der Pflegekassen unterstützen und werden durch gemeinsames Handeln von Kommunen und Krankenkassen getragen. Ein Auftrag des Gesetzgebers für eine regelmäßige Evaluation der Angebote und Ergebnisse ist auch für Pflegestützpunkte nötig. Vor der Gründung neuer Pflegestützpunkte sollten Länder und Kommunen zukünftig gemeinsam mit den Pflegekassen die konkreten Pflegebedarfe in den Regionen analysieren und passgenaue Angebote erarbeiten.

Die ab dem Jahr 2018 geplanten Qualitätsvorgaben in der Pflegeberatung müssen von allen Akteuren verpflichtend umgesetzt werden.

Finanzierung sichern

Der medizinische Fortschritt, die demografische Entwicklung, die Weiterentwicklung einer qualitativ hochwertigen Versorgung und die Einführung von Innovationen in den Versorgungsalltag führen zu steigenden Kosten im Gesundheitswesen. Die Gesetzliche Krankenversicherung benötigt eine stabile und verlässliche Finanzierungsgrundlage, damit sie ihrem Anspruch an einen hohen Versorgungsstandard trotz begrenzter Ressourcen gerecht werden kann.

Verlässliche Finanzierung

Die Gesetzliche Krankenversicherung erhält zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen einen jährlichen Bundeszuschuss aus Steuergeldern. Er dient der pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der gesetzlichen Krankenkassen für diesen Bereich. Bei der Umsetzung ihres Versorgungsauftrags benötigen die gesetzlichen Krankenkassen Planungssicherheit. Dazu gehören eine Verstetigung und verlässliche Finanzierung des gesetzlich fixierten Bundeszuschusses.

Solidarische Finanzierung des Krankenversicherungsbeitrags

Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen werden nach der derzeitigen Finanzierungssystematik allein durch zusätzliche Beiträge der Versicherten getragen. Damit entfernt sich das System immer weiter vom solidarischen Modell der Parität.

Der Weg hin zur Parität könnte über eine Dynamisierung des Arbeitgeberbeitragssatzes beschritten werden, der zurzeit bei 7,3 Prozent festgeschrieben ist. Damit könnte eine weitere Spreizung von Arbeitgeber- und Versichertenbeitrag zur Gesetzlichen Krankenversicherung verhindert werden.

Wettbewerb fair gestalten

Risikostrukturausgleich weiterentwickeln

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) ist das zentrale Steuerungsinstrument im Finanzverteilungssystem der gesetzlichen Krankenkassen und als „lernendes System“ angelegt.

Im System des Morbi-RSA bestehen Schwachstellen, die zu Wettbewerbsverzerrungen unter den gesetzlichen Krankenkassen führen. Die Dynamik, mit der die Deckungsbeiträge der einzelnen Krankenkassen auseinanderlaufen, ist rasant. Das System wird dadurch zunehmend instabiler. Es zeichnet sich bereits jetzt eine deutliche Spreizung der individuellen Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen ab, die auch in Mängeln des Morbi-RSA begründet ist.

Eine Stabilisierung des Systems erfordert daher eine schnellstmögliche Reform des Morbi-RSA.

Berücksichtigung einer Versorgungsstrukturkomponente

Die Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen werden bundeseinheitlich über den Morbi-RSA ermittelt und richten sich nach den Durchschnittskosten für ganz Deutschland. Dabei werden die erheblichen regionalen Unterschiede der Kosten- und Versorgungsstrukturen nicht angemessen berücksichtigt. Dauerhafte und durch die Krankenkassen nicht beeinflussbare strukturbedingte Ausgabenunterschiede müssen durch die Einführung einer Versorgungsstrukturkomponente ausgeglichen werden.

Hochrisikopool einführen

Derzeit decken die Zuweisungen an die Krankenkassen für Versicherte mit extrem hohen individuellen Krankheitskosten die entstehenden Ausgaben bei Weitem nicht ab. Insbesondere große Krankenkassen haben überproportional viele Versicherte mit extrem hohen Krankheitskosten. Daher sollte ein Hochrisikopool zwischen den Krankenkassen eingeführt werden, mit dem die Kosten für Patienten, die an besonders seltenen und teuren Krankheiten leiden, ausgeglichen werden (dazu schwerpunktmäßig der Beitrag und die Analysen von Schulte, Schillo und Sievers in dieser Ausgabe). Die Einführung eines Hochrisikopools wird dem Ziel des Morbi-RSA gerecht, einen Ausgleich der finanziellen Belastungen zwischen Krankenkassen herbeizuführen, die durch die Versichertenstruktur verursacht werden.

Neuregelung bei Auslandsversicherten

Da die Krankenkassen für im Ausland wohnhafte Versicherte in der Regel keine Diagnosen erhalten, gibt es für diese keine krankheitsbedingten Zuweisungen, sondern pauschale Zuweisungen, die sich am inländischen Kostenniveau orientieren. Die derzeitige Regelung, wonach die gesamten Zuweisungen für Auslandsversicherte auf die insgesamt für die gesetzliche Krankenversicherung entstandenen Kosten durch Auslandsversicherte begrenzt werden, hebt die Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen nicht vollständig auf. Um die zwischen den Wohnländern stark schwankenden Ausgaben für Auslandsversicherte zu berücksichtigen, sollten die Zuweisungen für im Ausland wohnhafte Versicherte deshalb auf der Grundlage der jährlichen landesspezifischen Rechnungssummen erfolgen.

Direkte Morbiditätsmessung verbessern

Bis zur Einführung des Morbi-RSA waren Hilfsvariablen wie der Erhalt einer Erwerbsminderungsrente wichtige Bezugsgrößen für den Krankenkassenfinanzausgleich. Mit der direkten Morbiditätsorientierung des Risikostrukturausgleichs seit dem Jahr 2009 sind Verfahren der indirekten Morbiditätsorientierung durch Hilfsvariablen hinfällig geworden. Da die Morbidität eines Versicherten bereits über die hierarchisierten Morbiditätsgruppen abgebildet ist, erübrigt es sich, den Erwerbsminderungsstatus zu berücksichtigen. Hilfsgrößen zur Ermittlung von Zuweisungen sollten daher nicht mehr verwendet werden.

Krankheitsauswahl anpassen

Durch den Gesetzgeber ist festgelegt, dass das Bundesversicherungsamt 50 bis 80 Krankheiten auswählt, für die gesonderte Zuschläge erfolgen. Durch die derzeit angewandte Rechenmethode berücksichtigt der Morbi-RSA vermehrt Volkskrankheiten. Seltene Krankheiten mit individuell sehr hohen Kosten werden vernachlässigt. Deshalb bedarf es einer Umstellung der Prävalenzgewichtung.

Kodierrichtlinien im ambulanten Bereich einführen

Mit Einführung des diagnosegestützten Systems zur Morbiditätsmessung erfolgt seit 2009 im vertragsärztlichen Bereich eine jährliche Anpassung der Vergütung an die Morbidität. Zeitgleich wurde auch der Risikostrukturausgleich zwischen den gesetzlichen Krankenkassen auf eine morbiditätsorientierte Basis umgestellt. Die per ICD-10-GM kodierten Diagnosen erhielten in diesem Zusammenhang eine Schlüsselrolle zur Bestimmung der Morbidität. Damit ist die korrekte und einheitliche Verschlüsselung der behandelten Krankheiten durch den Arzt eine unverzichtbare Grundlage einer validen Morbiditätsmessung sowie eines funktionierenden fairen Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Einführung klarer Vorgaben bei der Kodierung von Diagnosen in Form von Kodierrichtlinien ist dafür notwendig.

Derzeit wird das Klassifikationsmodell ICD-10 von der WHO überarbeitet. Bei der Implementierung der neuen ICD-11 bietet sich die Gelegenheit einer begleitenden Einführung von ambulanten Kodierrichtlinien.

Regelmäßige Evaluation des Morbi-RSA

Für eine kontinuierliche Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs ist eine regelmäßige wissenschaftliche Überprüfung der Wirkungsweisen des Zuweisungssystems erforderlich. Die Ergebnisse sollten in Form von Evaluationsberichten transparent gemacht werden.

Harmonisierung der Aufsichtspraxis für Krankenkassen in Bund und Ländern

Einheitliche Rahmenbedingungen sind Voraussetzung für einen fairen Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen. Die Aufsicht über die Krankenkassen ist jedoch aufgesplittet zwischen Bund und Ländern: Für bundesunmittelbare Krankenkassen führt das Bundesversicherungsamt die Aufsicht, während die Sozialministerien der Länder für regional begrenzt tätige Krankenkassen zuständig sind.

Die Folge sind unterschiedliche Auffassungen der Bundes- und der Länderaufsichten bezüglich aller Aspekte des Krankenkassenhandelns und damit beträchtliche wettbewerbliche Verwerfungen.

Die Aufsicht über alle Belange des Haushalts und der Finanzen sollte deshalb für alle Krankenkassen auf der Bundesebene erfolgen, zumal auf dieser Ebene der Risikostrukturausgleich abgewickelt wird. Mit dieser einheitlichen Aufsicht können Wettbewerbsverzerrungen unter den Krankenkassen vermieden werden. Die Aufsicht über die Versorgungsverträge der Krankenkassen muss bei den Ländern liegen, da solche Entscheidungen auch stets mit dem Blick auf regionale Entwicklungen zu treffen sind.

Ausblick

Die Gesundheitspolitik in der 18. Legislaturperiode war geprägt durch eine Vielzahl sogenannter „Stärkungsgesetze“. In fast allen Versorgungsbereichen – ob in der Pflege, der ambulanten oder stationären Versorgung wie auch in der Heil- und Hilfsmittelversorgung – hat der Gesetzgeber viele Neuerungen beschlossen, von denen Patienten in der Regel profitieren. Diese Gesetze haben jedoch nur punktuelle Verbesserungen gebracht.

Die nächste Bundesregierung muss den Mut aufbringen, strukturelle Reformen auf den Weg zu bringen, mit denen Verkrustungen und Ineffizienzen im deutschen Gesundheitssystem aufgebrochen werden. Das Ziel ist eine bessere Koordination der Versorgung. Nur so kann der Anspruch gerecht umgesetzt werden, den gesetzlich Versicherten im Krankheitsfall das medizinisch Notwendige zukommen zu lassen und gleichzeitig einen wirtschaftlichen Umgang mit den Beitragsgeldern zu gewährleisten.