



BARMER

Die Herausforderung annehmen

Reformvorschläge für ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen

Gesundheitspolitische Positionen zur Bundestagswahl 2021

Sehr geehrte Damen und Herren!

In Krisenzeiten müssen sich Gesundheitssysteme bewähren. Das deutsche Gesundheitssystem zeigt sich sehr leistungsstark, aber auch sehr anpassungsfähig: Die ambulanten Versorgungsstrukturen gewährleisten die medizinische Grundversorgung auch bei extremer Beanspruchung. In kürzester Zeit können in Deutschland zudem die vorhandenen Behandlungskapazitäten für Intensivpatientinnen und Intensivpatienten stark ausgebaut werden. Das hochmotivierte ärztliche und nichtärztliche Personal stellt Professionalität und Einsatzbereitschaft – bis zur Erschöpfung – unter Beweis. Digitale Prozesse finden eine deutlich stärkere Akzeptanz. Dies kann jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass unser hochkomplexes Gesundheitssystem strukturelle Schwächen aufweist, die der Gesetzgeber in der kommenden Legislaturperiode beheben muss. Das zeigt sich vor allem im Bereich der Krankenhausversorgung oder bei der weiteren Digitalisierung des Gesundheitswesens.

Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen ist es, die medizinische Versorgung von 73 Millionen Versicherten sicherzustellen. Der Gesetzgeber erwartet zu Recht, dass die Kassen Dienstleister für ihre Versicherten sind. Krankenkassen müssen ihre Versicherten beraten, ihnen ein Versorgungsmanagement anbieten und ihnen koordinierend zur Seite stehen, indem sie den Versicherten etwa die digitale Plattform einer elektronischen Patientenakte für alle medizinisch wichtigen Daten zur Verfügung stellen.

Die Krankenkassen bieten sich als Lotsen durch das Gesundheitswesen an. Die BARMER versteht sich dabei als Treiber im System. Ihr Know-how verwendet sie für die Entwicklung nutzenbringender digitaler Anwendungen, sie bietet innovative Versorgungsformen im Sinne ihrer Versicherten. Künftig muss der Gesetzgeber den Krankenkassen allerdings weitere rechtliche Freiräume geben und faire Wettbewerbsbedingungen zwischen den Kassen schaffen, damit sie ihre Kompetenzen etwa im Versorgungsmanagement oder bei der Digitalisierung noch stärker und besser nutzen können.

Berlin, April 2021



Bernd Heinemann
Vorsitzender des Verwaltungsrates



Prof. Dr. med. Christoph Straub
Vorsitzender des Vorstandes

Die Herausforderung annehmen

Richtige Lehren aus der Krise ziehen

Die Corona-Pandemie stellt das Gesundheitswesen vor große Herausforderungen. Die Krise zeigt die Stärken und Schwächen des Systems. Jetzt wird deutlich, wo wir besser werden müssen: Bei den Strukturen der Krankenhauslandschaft, der Digitalisierung und im Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Versorgung Hand in Hand gestalten

Patientinnen und Patienten benötigen die beste medizinische Versorgung. Deshalb müssen die Sektorengrenzen im Gesundheitssystem fallen und Ärztinnen und Ärzte in Praxis und Klinik noch enger zusammenarbeiten. Die Versorgung wird damit nicht nur besser, sondern auch effizienter. Medizinisches Personal wird entlastet.

Krankenhauslandschaft mutig umbauen

Nicht jedes Krankenhaus kann und muss komplexe Eingriffe vornehmen. Viel wichtiger ist, weniger Kliniken bestens dafür zu wappnen – mit geschultem, erfahrenem Personal und der notwendigen technischen Ausstattung. Das Krankenhaus in der Nähe wandelt sich zum Gesundheitszentrum, vernetzt sich mit allen Gesundheitsberufen. Denn es wird weiter für vielfältige Aufgaben der Grundversorgung gebraucht.

Qualität durchsetzen

Zu Recht stellt das Gesundheitswesen höchste Qualitätsanforderungen an die Medizin. Sie müssen aber auch verpflichtend sein, um Sicherheit für Patientinnen und Patienten zu schaffen. So dürfen komplexe Eingriffe nur von Ärztinnen und Ärzten mit ausreichend Erfahrung und Routine ausgeführt werden.

ePA zum Treiber der Modernisierung machen

Die Digitalisierung kommt endlich im Gesundheitswesen an. Videosprechstunden verbinden die Beteiligten schnell miteinander – auch auf dem Land. Digitale Anwendungen zum Nutzen der Versicherten müssen schneller in die Versorgung kommen. Damit werden Prozesse beschleunigt, von der Krankschreibung bis zum elektronischen Rezept. Die elektronische Patientenakte (ePA) wird zum Treiber moderner Gesundheitsversorgung und löst die Zettelwirtschaft ab.

Stärken der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten

Das deutsche Gesundheitssystem ist selbstverwaltet und wird aus Mitgliedsbeiträgen der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert. Dies hat sich bewährt. Dennoch muss Klarheit über seine Rahmenbedingungen geschaffen werden – bei Rechtsaufsicht, Finanzierung und Wettbewerb.

Pflege zukunftssicher machen

Die Zahl der Pflegebedürftigen wird auch in den kommenden Jahren weiter stark steigen. Deshalb muss die Finanzierung der Pflegeversicherung zukunftssicher gemacht werden. Trotz vieler Leistungsverbesserungen brauchen Pflegebedürftige zusätzliche – auch digitale – Angebote, die ihr alltägliches Leben in Selbstbestimmung erleichtern. Das digitale Know-how der Pflegekasernen wird gebraucht.

1 | Zukunftsfähiges Gesundheitswesen nach Corona

Während der Corona-Krise stellt das deutsche Gesundheitswesen seine hohe Leistungsfähigkeit unter Beweis. Auch reagiert der Gesetzgeber zügig mit weitreichenden Maßnahmen auf die Herausforderungen. Im Zuge der Krise sind aber auch Probleme zu Tage getreten, die das deutsche Gesundheitswesen bereits seit Langem begleiten – etwa strukturelle Defizite in den Bereichen der stationären Versorgung oder der Digitalisierung. Sehr deutlich zeigt sich, wo die Stärken und Schwächen unseres Gesundheitssystems liegen und an welchen Stellen zukünftige Reformen ansetzen müssen. Nur wenn die Effizienzreserven im System gehoben werden, wird eine medizinische Versorgung auf hohem Niveau auch dauerhaft bezahlbar bleiben.

Flächendeckende ambulante Versorgung als Basis stärken

Grundlage einer funktionierenden medizinischen Versorgung ist ein gut strukturiertes und vernetztes Gesundheitssystem. Die Basis dafür bilden flächendeckende ambulante Strukturen. Anders als in anderen europäischen Staaten kann in Deutschland während der Pandemie ein Großteil der COVID-19-Patientinnen und -Patienten ambulant – und besonders im hausärztlichen Bereich – versorgt werden, gleichzeitig stehen die Kapazitäten in den Krankenhäusern für schwer erkrankte Menschen zur Verfügung.

Die flächendeckende und wohnortnahe Primärversorgung durch Hausärztinnen und Hausärzte ist wesentlich für die Grundversorgung der Bevölkerung. Sie muss erhalten und gestärkt werden. Im Zusammenspiel mit einem ausdifferenzierten Angebot von niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten ist Deutschland auch in der Krise gut gewappnet.

Der technische Fortschritt erlaubt es, immer mehr medizinische Eingriffe aus dem stationären in den ambulanten Bereich zu verlagern. Dem sollte durch eine konsequente Ambulantisierung Rechnung getragen werden. Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte müssen zudem bei der Weiterentwicklung sektorenübergreifender Versorgungsansätze stärker in die Entscheidungsprozesse einbezogen werden, die ursprünglich den Krankenhäusern vorbehalten waren.

Konzentration der Krankenhauslandschaft vorantreiben

Besonders spezialisierte und maximal versorgende Krankenhäuser stellen die Behandlung von schwer erkrankten COVID-19-Patientinnen und -Patienten während der Corona-Pandemie sicher. Diese Erkenntnis ist wichtig für eine notwendige Strukturreform im Krankenhausbereich: Noch immer gibt es in Deutschland zu viele kleine Krankenhäuser, die häufig nicht über die erforderliche personelle und apparative Ausstattung sowie die ausreichende Routine verfügen, um lebensbedrohliche Notfälle wie einen Schlaganfall adäquat behandeln zu können. Die hohe Krankenhausedichte führt ferner dazu, dass zu viele Kliniken um geringe personelle und begrenzte finanzielle Ressourcen konkurrieren und einer medizinisch nicht gewollten Mengenausweitung Vorschub geleistet wird.

Notwendig ist deshalb eine grundlegende Strukturreform im Krankenhausbereich. Hierbei sollte die Konzentration stationärer Leistungen im Vordergrund stehen. Das Ziel ist dabei jedoch nicht die Schließung einzelner Krankenhaus-Standorte, sondern die Weiterentwicklung zu intersektoralen Gesundheitszentren.

Digitalisierung des Gesundheitswesens beschleunigen

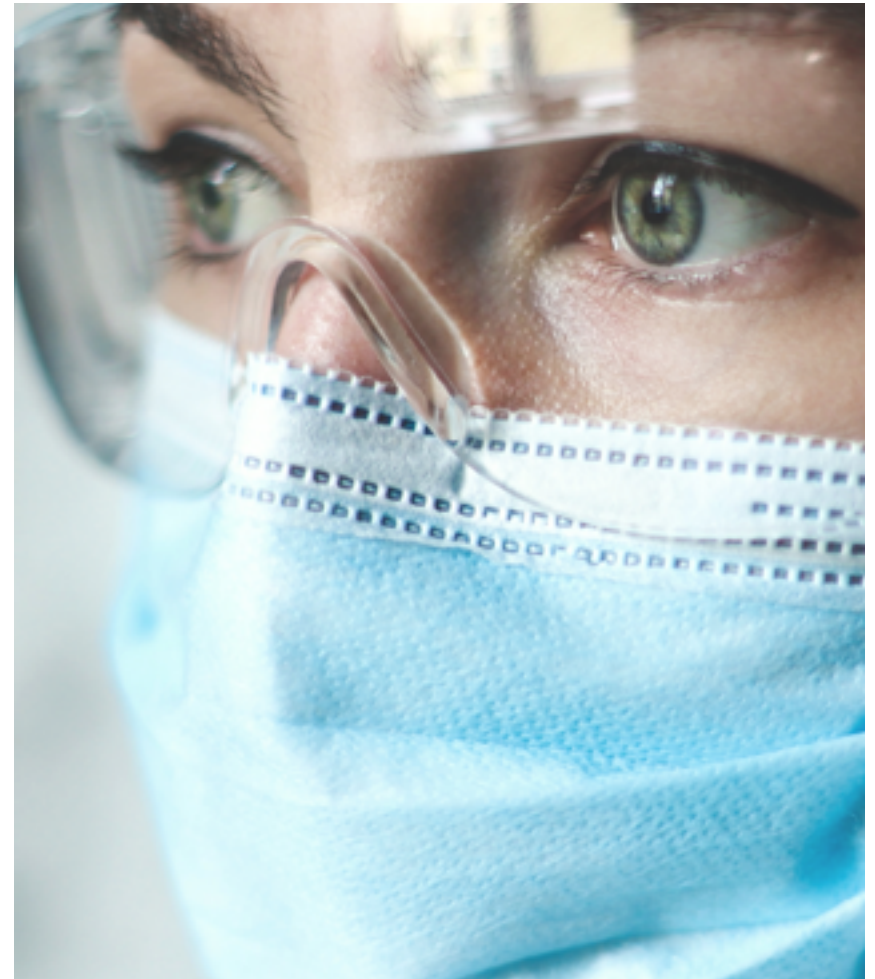
Mit der Corona-Krise hat die Digitalisierung des Gesundheitswesens einen enormen Schub erfahren. Es wird aber auch deutlich, dass ein noch stärkerer Ausbau der Digitalisierung notwendig ist. Digitale Angebote werden zur DNA eines zukunftsorientierten Gesundheitswesens, welches die technischen Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgung annimmt und weiterentwickelt. Die elektronische Patientenakte spielt dabei eine zentrale Rolle: Zum einen trägt sie dazu bei, die Versorgung besser zu koordinieren, zum anderen liefert sie wichtige Datengrundlagen für die Versorgungsforschung und die Versorgungsplanung.

Das Interesse an digitalen Gesundheitsanwendungen ist deutlich gewachsen – Gesundheits-Apps können durch Ärztinnen und Ärzte verordnet und durch Krankenkassen angeboten werden. Versicherte sowie Ärztinnen und Ärzte erwarten hier zu Recht eine Beratung auch durch die gesetzlichen Krankenkassen.

Daneben werden immer mehr Videosprechstunden von Patientinnen und Patienten nachgefragt und von Ärztinnen und Ärzten angeboten. Damit Versicherte und Leistungserbringer die digitalen Möglichkeiten nutzen können, muss der Ausbau des Breitbandnetzes in Deutschland beschleunigt werden. Davon hängt auch die künftige Akzeptanz und Nutzung von digitalen Versorgungsangeboten wie Telemedizinprojekten ab. Der Ausbau ist auch für den flächendeckenden Einsatz der Telematikinfrastruktur in dünn besiedelten Regionen essentiell wichtig.

Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Mit Beginn der Corona-Krise ist die Bedeutung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) als eigene Säule des Gesundheitswesens sehr deutlich geworden. Bei der Bekämpfung der Corona-Pandemie nehmen die Gesundheitsämter eine zentrale Rolle ein, trotz jahrelanger Unterfinanzierung und massiven Personalmangels in den Bundesländern. Dass Bund und Länder den Öffentlichen Gesundheitsdienst stärken, ist richtig. In Krisensituationen wie einer pandemischen Lage ist es notwendig, eine intensivere Abstimmung zwischen Bund und Ländern zu etablieren, damit schnell und einheitlich gehandelt wird. Neben dem personellen und finanziellen Ausbau der Gesundheitsämter muss weiter für eine bessere technische Ausstattung gesorgt werden. Ärztlichem Personal muss die Entscheidung für eine Tätigkeit beim ÖGD erleichtert werden. Deshalb muss die Höhe der ärztlichen Gehälter an andere Bereiche des Gesundheitswesens angepasst werden. Dabei handelt es sich um Aufgaben der Daseinsvorsorge, die vollständig aus Steuermitteln finanziert werden müssen.





2 | Qualitative Versorgung

Die Qualität der Gesundheitsversorgung wird nicht nur vom Stand der medizinischen und technischen Entwicklung bestimmt. Für eine patientenorientierte, qualitativ hochwertige medizinische Versorgung müssen vor allem auch die Strukturen des Gesundheitssystems ständig fortentwickelt werden. Ziel muss es sein, durch stärker vernetzte Versorgungsstrukturen und eine Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung mehr Koordination und Kooperation zwischen den Leistungserbringern zu erreichen und damit die Qualität und Effizienz des Gesundheitswesens in den nächsten Jahren weiter zu steigern.

Strukturen des Gesundheitswesens vernetzen

Ein wachsender Bereich medizinischer Leistungen kann sowohl in der Vertragsarztpraxis als auch im Krankenhaus erbracht werden. Das Nebeneinander von Bedarfsplanungs-Regelungen für ambulante und stationäre Leistungen schafft jedoch Fehlanreize. Der Bedarf an Leistungen an der Schnittstelle zwischen allgemeiner fachärztlicher ambulanter Versorgung sowie der Grund- und Regelversorgung muss deshalb gemeinsam und sektorenübergreifend geplant werden.

Die Planung darf dabei nicht länger kapazitätsbezogen nach Arztsitzen oder Krankenhausbetten erfolgen, sondern nach dem tatsächlichen Bedarf. Die gemeinsame Selbstverwaltung sollte deshalb damit beauftragt werden, einen bundeseinheitlichen Katalog sektorenübergreifender Leistungen festzulegen – bei gleichzeitiger Definition von Mindestanforderungen an ihre Qualität. Um den Versorgungsbedarf für den sektorenübergreifenden Leistungsbereich ermitteln zu können, wäre es sinnvoll, ein Klassifikationsmodell zu entwickeln, wie dies bereits in anderen Ländern der Fall ist.

Die BARMER unterstützt deshalb als Konsortialpartner das Innovationsfonds-Projekt „Pop-Group“, mit dem anhand vorhandener Routinedaten ein Instrument zur sektorenübergreifenden Feststellung von Morbidität entwickelt werden soll. Mit dem Klassifikationsmodell wird ein bundesweiter Datensatz zur Ermittlung des Versorgungsbedarfs geschaffen. Den Behandlungsbedarf auf Landesebene sollte ein verpflichtendes Landesgremium für sektorenübergreifende Versorgung auf Grundlage der erhobenen Daten bestimmen.

Für den sektorenübergreifenden Leistungsbereich ist ein Vergütungssystem notwendig, das sowohl im niedergelassenen ambulanten als auch im stationären Bereich anwendbar ist. Die Vergütung muss dazu neu konzipiert, kalkuliert und in eine ärztliche Gebührenordnung für indikationsbezogene Leistungskomplexe überführt werden. Damit sollte die gemeinsame Selbstverwaltung das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) beauftragen, die perspektivisch zusammengeführt werden müssen. Für die Leistungen werden auf regionaler Ebene sowohl ein Mengen- als auch ein Finanzkontingent bestimmt.

Beispiele einzelner Versorgungsbereiche verdeutlichen die Notwendigkeit sektorenübergreifender Versorgung: So hat sich gezeigt, dass erhebliche Informationslücken zwischen den Versorgungssektoren bei der Arzneimitteltherapie existieren. Besonders Patientinnen und Patienten, die regelmäßig mehrere Medikamente einnehmen müssen, sind dadurch gefährdet.

Strukturreform für den stationären Sektor anstoßen

Eine adäquate Behandlung von schwer erkrankten COVID-19-Patientinnen und -Patienten kann nur von Kliniken sichergestellt werden, die gleichzeitig mit einer ausreichenden Zahl an Intensivbetten und dem fachlichen Know-how ausgestattet sind. So tragen nicht die kleinen Krankenhäuser, sondern vor allem spezialisierte und größere wie maximal versorgende Krankenhäuser die Hauptlast der Pandemie im stationären Bereich.

Was in der Krise deutlich wird, gilt auch in normalen Zeiten: Nur solche Krankenhäuser sollten Patientinnen und Patienten mit schweren Erkrankungen behandeln, die über die entsprechende technische und personelle Ausstattung verfügen. Vielen kleinen Krankenhäusern fehlt die notwendige Ausstattung und Routine, um lebensbedrohliche Notfälle oder bestimmte planbare stationäre Leistungen adäquat behandeln zu können. Die hohe Krankenhausdichte – mit zu vielen kleinen Krankenhäusern vor allem in den Ballungsgebieten – führt dazu, dass zu viele Kliniken um begrenzte personelle und finanzielle Ressourcen konkurrieren. Um dieses Defizit zu beheben

ist es notwendig, dass die Versorgungsstrukturen künftig stärker einem gestuften Konzept folgen. Dabei werden den Versorgungsstufen konkrete Versorgungsaufträge zugeordnet und somit das Leistungsspektrum der Krankenhäuser eindeutig definiert. Gleichzeitig gelten für die Leistungen in den Versorgungsstufen strikte Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität. Ziel ist eine Konzentration der stationären Leistungen. Versorgungsstandorte sollen dabei aber ausdrücklich erhalten werden. So können kleine Kliniken etwa in nicht akut-stationäre lokale Versorgungseinrichtungen wie Gesundheits- oder Pflegezentren umgewandelt werden.

Eine solche Anpassung der Krankenhauslandschaft bildet die Grundlage für eine Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems, das sich als Finanzierungsinstrument aufgrund seiner Leistungsorientierung jedoch grundsätzlich bewährt hat. Dabei sollten zuerst die Pflegekosten in die DRGs wieder eingegliedert werden. Denn mit ihrer Ausgliederung wird das Ziel einer ausreichenden Personalgewinnung nicht erreicht. Zudem werden falsche finanzielle Anreize gesetzt. Da die Vorhaltekosten in den Versorgungsstufen stark variieren, müssen diese vom InEK unter Einbezug von Wirtschaftlichkeitsanreizen neu kalkuliert werden. Die DRGs werden dabei differenzierter ausgestaltet und am Aufwand orientiert. Die Leistungen würden somit besser abgebildet und künftig angemessen finanziert und die Vorhaltekosten je Versorgungsstufe besser bei der Kalkulation berücksichtigt.

Daneben ist eine ausreichende investive Ausstattung qualifizierter Krankenhäuser notwendig. Seit Langem kommen die Länder ihrer Aufgabe der Investitionsfinanzierung im Krankenhausbereich nur noch sehr unzureichend nach. Dies hat zur Folge, dass in großem Umfang Mittel der Krankenkassen zur Patientenversorgung für die Refinanzierung notwendiger Investitionen zweckentfremdet werden. Statt einer Investitionsfinanzierung durch die Hintertür sollten der Bund oder die Krankenkassen regelhaft an der Investitionskostenfinanzierung beteiligt werden und dafür beide ein verbindliches Mitspracherecht in der Krankenhausplanung erhalten. Ein Mitspracherecht der Krankenkassen ist ein überfälliger Schritt, um eine Bereinigung der stationären Kapazitäten sowie eine nachhaltige und an Qualitätskriterien orientierte Planung in die Wege zu leiten.

Qualitätsvorgaben konsequent anwenden

Seit Jahrzehnten ist der Gesetzgeber bemüht, die Qualität der stationären Versorgung zu verbessern. Dabei wurde eine große Zahl an Instrumenten zur Qualitätssicherung eingeführt. Die Ergebnisse sind trotzdem vielfach nur durchschnittlich. Deshalb sollten die heute vorhandenen Möglichkeiten konsequenter genutzt und verbindlicher umgesetzt werden.

Die Regelungen zu Mindestmengen sollen gewährleisten, dass medizinische Eingriffe nur dort stattfinden, wo die personellen und strukturellen Voraussetzungen vorhanden sind. Trotzdem verfehlen zahlreiche Krankenhäuser die Mindestmengen deutlich. Es ist richtig, dass der Gesetzgeber hier zuletzt stringenter Regelungen formuliert hat und etwa die Landesplanungsbehörden künftig keine Ausnahmen von Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) mehr zulassen können. Die Mindestmengenregelungen müssen zudem auf weitere Leistungsbereiche ausgeweitet werden, auch empfiehlt es sich, die Anhebung bestehender Mindestmengen zu prüfen.

Neben den Regelungen zu Mindestmengen müssen weitere verbindliche Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität festgelegt werden. Leistungen sollten grundsätzlich nur dann vergütet werden, wenn Mindestanforderungen an Strukturen und Prozesse eingehalten werden. Krankenhäuser, die Leistungen erbringen, ohne etwa eine festgelegte Mindestmenge zu erreichen, dürfen künftig keine Vergütung mehr erhalten.

Ein wichtiger Beitrag zur Qualitätssicherung in der stationären Versorgung sind daneben qualifizierte Zweitmeinungsverfahren. Sie können helfen, nicht notwendige Operationen zu vermeiden. Gleichzeitig bieten sie den Patientinnen und Patienten eine wertvolle Unterstützung, um Chancen und Risiken planbarer Eingriffe besser einzuschätzen. Die Zweitmeinungsverfahren sollten deshalb ausgebaut werden; der gesetzlich festgelegte Anspruch sollte auf weitere Eingriffe erweitert werden.

Eine wesentliche Voraussetzung für Qualität ist eine gute Personalausstattung in den Krankenhäusern. Seit 2019 gelten – mit einer pandemiebedingten Unterbrechung – für bestimmte Bereiche der Pflege in den Krankenhäusern Personaluntergrenzen. Für eine bessere Pflege am

Krankenbett sind unterschiedliche Personaluntergrenzen je pflegesensitivem Fachbereich grundsätzlich sinnvoll. Deshalb sollten sie schrittweise für alle Fachabteilungen festgelegt und eingeführt werden. Die Länder müssen daneben gesetzlich angehalten werden, die ihnen übermittelten Ergebnisse zur Einhaltung von Pflegepersonaluntergrenzen und Pflegepersonalquotienten in der Krankenhausplanung zu berücksichtigen.

Um auch in strukturschwachen und ländlichen Regionen ein stationäres Versorgungsangebot zu gewährleisten, hat der Gesetzgeber Sicherstellungszuschläge eingeführt. Damit können Kliniken unterstützt werden, deren Kosten durch Fallpauschalen nicht auskömmlich refinanziert sind, die aber eine bedarfsnotwendige Grundversorgung ermöglichen. Aus Qualitätsgesichtspunkten müssen Ausnahmeregelungen für die Länder jedoch so begrenzt werden, dass eine Verwendung der Mittel zugunsten anderer Kliniken ausgeschlossen wird.

Im ambulanten Bereich kommt den Qualitätsmanagement-Verfahren der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung eine wichtige Bedeutung zu. Sie müssen für Praxen verpflichtend werden, da Qualitätssicherungsinstrumente einen entscheidenden Beitrag für mehr Patientensicherheit leisten. Die Qualität der vertragsärztlichen Versorgung hängt auch von der Sicherheit der medizinischen Untersuchungsgeräte ab, hier werden verbindliche Vorgaben für die Ausstattung der Praxen benötigt.

Strukturen der ambulanten Versorgung öffnen

Für die medizinische Grundversorgung der Bevölkerung wird ein flächendeckendes Angebot an allgemein- und fachärztlichem Personal benötigt. Besonders wichtig ist ein niedrigheliger Zugang zu Hausärztinnen und Hausärzten, da sie die Funktion eines Lotsen im Gesundheitswesen ausfüllen sollen. Sowohl KVen als auch Länder und Kommunen verfügen über eine Vielzahl von Instrumenten zur Sicherstellung der Versorgung in strukturschwachen Regionen. Diese reichen von finanziellen Anreizen für die Niederlassung über gezielte Angebote zur

Weiterbildung bis hin zu Investitionen der öffentlichen Hand in die Infrastruktur. Wichtig ist, dass die Instrumente konsequent genutzt werden.

Die Qualität der medizinischen Versorgung wird erheblich steigen, wenn ambulante Strukturen weiter geöffnet werden – hin zu interdisziplinären und sektorenübergreifenden Kooperationsformen. Gemeinschaftspraxen, Arztnetze und Regionale Versorgungsverbände bieten die Möglichkeit, unterschiedliche ärztliche und nichtärztliche Professionen unter einem Dach arbeiten zu lassen. Weit mehr medizinische Eingriffe als bisher könnten ambulant vorgenommen werden, wenn entsprechende Einrichtungen wie intersektorale Gesundheitszentren zur Verfügung ständen.

Durch eine weitergehende Delegation ärztlicher Leistungen an andere Gesundheitsberufe könnten das ärztliche Personal entlastet und nichtärztliche Assistenzberufe zugleich aufgewertet werden. Dazu könnte auch ein neues Berufsbild einer qualifizierten medizinischen Praxisassistentin entwickelt werden.

Sichere und bezahlbare Arzneimittelversorgung gewährleisten

Ziel der Arzneimittelpolitik muss es weiterhin sein, einen schnellen Zugang zu Arzneimittel-Innovationen sicherzustellen und gleichzeitig die Bezahlbarkeit für das Gesundheitssystem im Blick zu behalten. Eine besondere Herausforderung stellt in diesem Zusammenhang die immer größer werdende Zahl hochpreisiger Arzneimittel im Bereich neuartiger Therapien dar, etwa in der Onkologie oder bei seltenen Erkrankungen.

Um die Patientensicherheit dieser vielfach nur wenig erprobten innovativen Arzneimitteltherapien zu erhöhen, sollten sie nur an hochspezialisierten, besonders qualifizierten Zentren wie Unikliniken zum Einsatz kommen. In diesem kontrollierten Umfeld kann durch eine umfassende Evaluation die Datenlage zur Wirksamkeit verbessert und gleichzeitig eine hohe Behandlungsqualität sichergestellt werden. Zentral sind dabei eine enge wissensgenerierende Begleitung des

therapeutischen Einsatzes sowie klare Qualitätsanforderungen an die Kliniken, wie die Therapie einer Erkrankung und der Umgang mit möglichen Nebenwirkungen abzulaufen hat.

Die Rolle der Krankenkassen muss dabei zukünftig über die eines „reinen Kostenträgers“ hinausgehen und sollte darin bestehen, die Qualitäts- und Sicherheitskriterien für die Versorgung mit neuen Therapieansätzen mitzugestalten – auch um auf diesem Wege dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit der Versorgung Rechnung zu tragen. Damit kann die Finanzierbarkeit und die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems erhalten und eine Arzneimittelversorgung auf hohem Niveau gesichert werden. Preis und Nutzen neuer Arzneimittel müssen in einem vertretbaren Verhältnis stehen. Für die Zukunft werden deshalb Strategien benötigt, wie notwendige Arzneimitteltherapien zu bezahlbaren Preisen gewährleistet werden können. Dazu zählt etwa, dass der mit dem GKV-Spitzenverband verhandelte Erstattungsbetrag für ein neues Arzneimittel rückwirkend ab dem ersten Tag des Inverkehrbringens wirken muss und nicht erst ab dem 13. Monat.

Sogenannte Orphan Drugs, also Medikamente für Menschen mit seltenen Erkrankungen, spielen eine immer größere Rolle in der Arzneimittelversorgung. Auch Patientinnen und Patienten mit seltenen Erkrankungen haben ein Recht auf eine evidenzbasierte Behandlung. Daher sollten keine Sonderregelungen mehr zugelassen und eine frühe Nutzenbewertung mit anschließenden Preisverhandlungen aller neuen Orphan Drugs verankert werden.

Durch die Corona-Pandemie ist auch die Bedeutung der Versorgungssicherheit mit Arzneimitteln stärker in das öffentliche Bewusstsein gerückt. Auch wenn bislang keine größeren pandemiebedingten Lieferengpässe von Arzneimitteln aufgetreten sind, kommt es immer wieder zu Lieferengpässen einzelner, teils auch lebensnotwendiger, etwa onkologischer Arzneimittel.

Ein großer Teil der Arzneimittelwirkstoffe kommt vor allem aus den sogenannten Hot Spots der globalen Pharma-Produktion in Indien und China. Oftmals lassen sich Lieferengpässe auf eine Konzentration der Wirkstoff- und Arzneimittelproduktion an einzelnen Standorten außerhalb Europas zurückführen.

Damit Europa bei zentralen Versorgungsaspekten unabhängiger wird, sollte die Sicherung der Verfügbarkeit bestimmter versorgungsrelevanter Grundstoffe und Arzneimittel eine zentrale

Aufgabe für die nächsten Jahre sein. Es ist deshalb richtig, dass im Rahmen der Arzneimittelstrategie der Europäischen Union auch EU-Produktionskapazitäten für bestimmte kritische Arzneimittel, wie etwa Antibiotika, geprüft werden sollen.

Um die Versorgungssicherheit zu erhöhen, bedarf es deshalb Maßnahmen zur Stärkung der Arzneimittelproduktion in Europa, einer Diversifizierung der Lieferketten sowie eines einheitlichen Rahmens für die Einfuhr und Zulassung von Arzneimitteln aus Drittstaaten mit wichtigen Standorten der Pharma-Forschung und -Produktion.



3 | Innovationen im Gesundheitssystem

Innovationen in Medizin, Technik und Behandlungsprozessen verändern die Gesundheitsversorgung kontinuierlich. Zum Nutzen der Patientinnen und Patienten müssen sie hohen Anforderungen an Evidenz und Sicherheit genügen und trotzdem zügig Eingang in das Gesundheitswesen finden.

Elektronische Patientenakte für eine bessere Versorgung ausbauen

Digitalisierung ist kein Selbstzweck, sondern dient der Weiterentwicklung der Kommunikation und der Behandlungsprozesse. Die elektronische Patientenakte (ePA) ist dafür das wichtigste Instrument, mit dem die medizinische Behandlung und die pflegerische Versorgung für viele Patientinnen und Patienten verbessert werden. Für die Versicherten bietet die elektronische Patientenakte eine digitale Plattform, mit der Gesundheitsdaten sicher gespeichert und mit Ärztinnen und Ärzten geteilt werden können.

Besonders Menschen mit mehreren Erkrankungen werden von der elektronischen Patientenakte profitieren, da sie alle wichtigen Befunde, Medikationen und Notfalldaten übersichtlich dokumentiert. So können Doppeluntersuchungen und Fehlmedikationen vermieden werden.

Eine zusätzliche Möglichkeit der Nutzung der elektronischen Patientenakte ist die Spende eigener Daten für die medizinische Forschung. Versicherte sollten diese Daten aber auch ihrer Krankenkasse zur Verfügung stellen können, etwa für ein gezieltes Versorgungsmanagement.

Für die Nutzung der ePA durch die Leistungserbringer sind strukturierte Daten zentral. Feste Fristen für technische Vorgaben (semantische und technische Spezifikationen) der elektronischen Patientenakte sind wichtig und müssen vom Gesetzgeber noch festgelegt werden. Die Abkopplung der medizinischen Daten von der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und die Überführung der Anwendungen in die elektronische Patientenakte sind wichtig für die Akzeptanz

der ePA. Dadurch werden doppelte Datenhaltungen verhindert. Die e-Rezept-App muss auch in die ePA-Apps der gesetzlichen Kassen integrierbar sein, ihr Einsatz sollte für alle Leistungserbringer verpflichtend werden.

Nutzen digitaler Gesundheitsanwendungen nachweisen

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) werden dazu beitragen, die Versorgung der Patientinnen und Patienten zu verbessern. Der Nutzen digitaler Gesundheitsanwendungen muss für Versicherte und Ärztinnen und Ärzte dabei klar erkennbar und erlebbar sein. Sinnvoll ist deshalb die Prüfung der DiGA durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Die Rahmenbedingungen für die DiGA müssen sich am Versorgungsalltag orientieren, damit Ärztinnen und Ärzte die passende App mit dem größtmöglichen Nutzen einfach verordnen können.

Damit der Nutzen für die Versorgung im Alltag klarer erkennbar wird, sollte das BfArM in Zukunft einen Steckbrief für jede digitale Anwendung als Download zur besseren Information zur Verfügung stellen. Wichtig für die Versicherten ist es dabei, dass der Nachweis positiver Versorgungseffekte von digitalen Gesundheitsanwendungen durch Evidenzstufen definiert wird.

Digitale Anwendungen unterliegen schnellen Veränderungszyklen. Werden Apps weiterentwickelt, müssen sie schnell geprüft werden und veränderte Bewertungen rasch in das DiGA-Verzeichnis einfließen. Digitale Gesundheitsanwendungen sollten generell nur für einen befristeten Zeitraum in das Verzeichnis aufgenommen werden. Auch müssen die Preise für DiGA in einem angemessenen Verhältnis zum Versorgungsnutzen stehen und sich am tatsächlichen Gebrauch der Anwendungen orientieren. Grundsätzlich sollte für sie eine verpflichtende Höchstbetragsregelung ab dem ersten Tag der Zulassung geschaffen werden.

Telemedizin für eine bessere Versorgung ausbauen

Die Telemedizin erlebt seit Beginn der Corona-Krise einen großen Aufschwung, die Vorteile der Digitalisierung in der Medizin werden jetzt besonders deutlich. So findet die Fernbehandlung per Videosprechstunde inzwischen große Akzeptanz, selbst im Bereich der Psychotherapie. Daher ist es sinnvoll, dass Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeiten der Telemedizin einschließlich der Fernverschreibung von Arzneimitteln umfangreicher in der Versorgung nutzen.

Telemedizinische Anwendungen sind nicht nur für die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung – auch und vor allem im ländlichen Raum – eine wichtige Ergänzung der ärztlichen und pflegerischen Versorgung. Mit ihrer Hilfe kann die medizinische Versorgung verbessert werden. Die „FONTANE-Studie“ oder das Projekt „ERIC“ in Zusammenarbeit mit der Charité haben gezeigt, wie die Behandlung von Herzpatientinnen und -patienten durch die Telemedizin unterstützt werden kann. Patientinnen und Patienten können durch die Televisite über e-Health-Plattformen nach Erkrankungen bestmöglich versorgt werden.



4 | Selbstverwaltetes Gesundheitssystem – fair und finanzierbar

Beitragsfinanzierung und Selbstverwaltung sind zwei Grundsäulen des Gesundheitssystems. Die Stärke der Selbstverwaltung besteht darin, einen fairen Interessensausgleich in der GKV herzustellen. Beschlüsse – etwa des Gemeinsamen Bundesausschusses – erfahren deshalb eine hohe Akzeptanz. Die Selbstverwaltung benötigt auch in Zukunft uneingeschränkte Freiräume für ihre Aufgaben. Staatliche Eingriffe wie eine fachliche Aufsicht der Politik über die Verfahren des G-BA müssen verhindert werden. Leistungsausweitungen und medizinischer Fortschritt setzen das erfolgreiche Modell des beitragsfinanzierten Gesundheitssystems unter finanziellen Druck. Es muss konsolidiert werden. Zudem sind für einen fairen Wettbewerb unter allen gesetzlichen Krankenkassen einheitliche und verbindliche Rahmenbedingungen bei der Aufsichtspraxis ebenso notwendig wie ein Finanzverteilungssystem, das Verwerfungen zwischen den Kassen verhindert.

Strukturen der sozialen und gemeinsamen Selbstverwaltung stärken

Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung muss kontinuierlich weiterentwickelt werden. Gründe dafür sind einerseits die hohe Innovationsdynamik des deutschen Gesundheitswesens. Andererseits erfordert das solidarisch finanzierte Umlagesystem der GKV einen besonders verantwortungsvollen Umgang mit den Beitragsgeldern der gesetzlich Versicherten.

Die Entscheidung über die Erstattung von medizinischen Leistungen durch die gesetzliche Krankenversicherung muss sich grundsätzlich am Patientennutzen orientieren und regelhaft evidenzbasiert erfolgen. Sie liegt zudem im Kompetenzbereich der gemeinsamen Selbstverwaltung.

Die Entscheidungen dürfen nicht per Ministererlass getroffen werden, zumal das Bundesministerium für Gesundheit ausschließlich die Rechtsaufsicht über die Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung ausübt.

Seit Einführung des Gemeinsamen Bundesausschusses zeigt die gemeinsame Selbstverwaltung aus Krankenkassen, Leistungserbringern und Patientenvertretern, dass sie professionell, fachkundig und transparent zu gemeinsamen Entscheidungen kommt. Dabei sind die vom Gesetzgeber vorgegebenen Leitlinien der Wirksamkeit, Angemessenheit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit die Grundlage des Handelns.

Die Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung stellt während der Corona-Krise ihre Leistungsfähigkeit unter Beweis: Entschiedenes Handeln und Kooperation unter den Partnern der Selbstverwaltung tragen auch dazu bei, dass den Versicherten die bestmögliche Versorgung zur Verfügung steht. Dies ist auch durch den besonderen Einsatz der ehrenamtlich tätigen Mitglieder der sozialen Selbstverwaltung möglich. Für die Arbeit der Selbstverwaltung sind digitale Beschlussverfahren im Rahmen von Videokonferenzen – bei wichtigen Fragestellungen – hilfreich, um schnell und sicher Entscheidungen herbeizuführen.

Die Arbeit der Selbstverwaltung hat einen hohen Stellenwert für das Gesundheitswesen. Wichtig sind ihre politische Anerkennung und Unterstützung. Unmittelbar damit verbunden ist auch die Akzeptanz des selbstverwalteten Systems bei den gesetzlich Versicherten. Die Einführung von Modellprojekten für Online-Sozialwahlen hat viel Aufmerksamkeit auf die Selbstverwaltung gelenkt.

Die Arbeit und das Engagement der ehrenamtlichen Versichertenvertreter müssen in der Öffentlichkeit sichtbar sein. Dazu sollte die Möglichkeit der kostenlosen Wahlwerbung im öffentlichen Rundfunk geschaffen werden. Urwahlen tragen zu einer höheren Akzeptanz der Sozialwahlen bei. Sie sollten verpflichtend eingeführt werden, um die Versicherten von Anfang an im demokratischen Prozess der Selbstverwaltung zu begleiten.



Kostensteigerungen in der GKV begrenzen – Effizienzpotentiale in der Versorgung heben

Im Zuge der Corona-Krise zeigt sich, dass eine gute medizinische Versorgung mit erheblichen Kosten verbunden ist. Pandemiebedingt wurden weite Bereiche des Gesundheitswesens finanziell unterstützt: Krankenhäuser erhielten Prämien für zusätzlich geschaffene Intensivbetten und Pauschalen, um die Liquidität der Krankenhäuser zu sichern. Für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte oder Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten wurden hohe Ausgleichszahlungen für Umsatzeinbußen infolge der Corona-Pandemie gezahlt.

Eine Diskussion über die auskömmliche Finanzierung des Gesundheitswesens wird nach Corona allerdings auch aus anderen Gründen notwendig. Die Gesetzgebung der letzten beiden Legislaturperioden und der medizinische Fortschritt haben im Gesundheitsbereich zu dauerhaften Ausgabensteigerungen in Milliardenhöhe geführt. Dabei wurden wichtige Leistungsausweitungen wie etwa in der ambulanten Versorgung oder beim Pflegepersonal beschlossen. Hierdurch entsteht ein massiver Kostendruck in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der in der nächsten Legislaturperiode deutliche Konsolidierungsmaßnahmen erfordern wird. Dies darf jedoch nicht dazu führen, dass die Beiträge der GKV-Mitglieder unbegrenzt steigen oder Leistungskürzungen erwogen werden.

Zur Konsolidierung der GKV-Finzen ist es deshalb notwendig, die Effizienzpotentiale im System zu heben: Dabei muss zuvorderst der stationäre Bereich in den Blick genommen werden: Der Krankenhaussektor ist durch Doppelstrukturen, zu wenig Spezialisierung und eine übermäßige Inanspruchnahme teurer stationärer Behandlungen geprägt. Hier sind dringende Reformen für effizientere Strukturen notwendig. Ein weiterer Kostentreiber für die gesetzliche Krankenversicherung sind die galoppierenden Preise für innovative Arzneimitteltherapien. Diese setzen die Krankenkassen finanziell zunehmend unter Druck, deshalb bedarf es neuer Mechanismen zum Umgang mit hochpreisigen Arzneimitteln. Effizientere Versorgungsangebote und ein Abbau von Doppelstrukturen sollten aber auch durch die Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung erreicht werden.

Mit Blick auf die Wirtschaftlichkeit des Systems ist auch die Rolle des Gemeinsamen Bundesausschusses bei der Ausgestaltung des Leistungskatalogs von Bedeutung: Er bewertet die von

der GKV zu finanzierenden Leistungen hinsichtlich ihres diagnostischen und therapeutischen Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit. Ziel der Arbeit des Gremiums ist es, den umfassenden Sachleistungskatalog der GKV zu erhalten und fortzuentwickeln.

Zuständigkeiten für die Finanzierung klar abgrenzen

Zur Konsolidierung gehört auch die klare Abgrenzung der Zuständigkeiten bei der Finanzierung. Bedingt durch die föderale Struktur des Gesundheitswesens sind die Bundesländer an der Finanzierung beteiligt, kommen ihren Verpflichtungen aber nicht ausreichend nach. So haben etwa Krankenhäuser einen Anspruch auf Finanzierung ihrer Investitionskosten durch die Bundesländer. Da die Länder ihre Investitionsverpflichtungen seit Langem vernachlässigen, finanzieren die Krankenhäuser ihre Investitionen in erheblichem Umfang aus der Vergütung der gesetzlichen Krankenversicherung, obwohl diese für die Finanzierung der Patientenversorgung vorgesehen ist.

Auch im Bereich der Pflege kommen die Länder seit Jahren immer weniger ihrer Investitionspflicht nach. Das trägt dazu bei, dass Pflegebedürftige zunehmend höhere Eigenanteile zahlen müssen, um die Kostenlücke auszugleichen.

Auch eine klare Unterscheidung von beitrags- und steuerfinanzierten Leistungen im Gesundheitssystem findet nicht statt. Besonders deutlich wird dies bei den versicherungsfremden Leistungen. So liegt zum Beispiel der Betrag aus Steuermitteln, den die gesetzlichen Krankenkassen für die Deckung der Ausgaben für ALG II-Bezieher erhalten, seit Jahren unter den tatsächlichen Leistungsausgaben für diese Versichertengruppe. Notwendig ist eine klare Abgrenzung staatlicher Aufgaben von denen der gesetzlichen Krankenversicherung und damit verbunden eine deutliche Unterscheidung steuerfinanzierter Leistungen und solcher, die von den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung durch Beiträge finanziert werden. Vor dem Hintergrund der finanziell angespannten Situation der GKV sollte diskutiert werden, ob der gesetzlichen Krankenversicherung weiterhin die Finanzierung von Maßnahmen aufgelastet werden kann, die nicht in den Aufgabenbereich der GKV fallen. Dazu zählen etwa Angebote der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die Einrichtung von Krebsregistern oder Leistungen, die eindeutig der populationsbezogenen Primärprävention zuzurechnen sind.

Es ist fraglich, ob vor dem Hintergrund der angespannten Haushaltslage weitere Steuerzuschüsse für die sozialen Sicherungssysteme gestemmt werden können. Das selbstverwaltete

Gesundheitssystem basiert im Wesentlichen auf der Beitragsfinanzierung durch die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. Das Sozialgesetzbuch sieht mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot und dem Prinzip der Beitragssatzstabilität wichtige Regulierungsmechanismen vor, die wesentliche Bedingung für die finanzielle Stabilität des Systems sind.

Morbi-RSA gezielt weiterentwickeln

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) ist das wichtigste Steuerungsinstrument im Finanzverteilungssystem der gesetzlichen Krankenkassen. Mit dem Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb wurde der Kassenfinanzausgleich im Frühjahr 2020 neu geordnet. Die von der Koalition getroffenen Regelungen zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA beinhalten die richtigen Komponenten, um einen funktionsfähigen und fair ausgestalteten Wettbewerbsrahmen in der GKV zu schaffen. Kernelemente der Reform waren die Einführung einer Regionalkomponente zur Reduzierung von Wettbewerbsverzerrungen aufgrund regionaler Ausgabenunterschiede, die Erweiterung der Krankheitsauswahl hin zu einem differenzierten Vollmodell in Verbindung mit einer „Manipulationsbremse“ sowie die Einführung eines Risikopools für Hochkostenfälle.

Damit nicht erneut Wettbewerbsverzerrungen unter den Kassen entstehen, muss die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA weiter verbessert werden. Dazu gehört zum einen eine zügige Ausdifferenzierung des neu eingeführten Vollmodells. Zum anderen sollte die Regionalkomponente um einen nachgelagerten Ausgleich erweitert werden (Deckungsbeitrags-Cluster-Modell). Dieser würde Gemeinden gemäß den noch verbleibenden Unter- und Überdeckungen zu Clustern zusammenfassen, die dann als weiteres Risikomerkmals im Morbi-RSA berücksichtigt und ausgeglichen würden.

Notwendig ist, dass alle neuen Elemente im Morbi-RSA auf mögliche Fehlentwicklungen in der Zuweisungssystematik des Morbi-RSA genau beobachtet werden. Dazu gehört auch die Manipulationsanfälligkeit des Kassenfinanzausgleichs. Da der Morbi-RSA ein „lernendes System“ ist, sind die einzelnen Komponenten kontinuierlich weiterzuentwickeln. Hilfreich ist dabei die gesetzlich verankerte regelmäßige Evaluation des Klassifikationsverfahrens.

Grundsätzlich gilt, dass ein Zuviel an Zuweisungen für gesunde Versicherte genauso vermieden werden muss wie ein Zuviel an Zuweisungen für Versicherte mit vielen verschiedenen Krankheiten.

Aufsichtspraxis harmonisieren – Wettbewerbsverzerrungen beenden

Die unterschiedliche Aufsichtspraxis der Aufsichtsbehörden von Bund und Ländern wird in allen Bereichen der Krankenversicherung deutlich und hat massive Auswirkungen auf die tägliche Arbeit der gesetzlichen Krankenkassen. So entscheiden Bundesaufsicht und Landesaufsichten in den Bereichen des Haushalts-, Vertrags- und Leistungsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung regelmäßig uneinheitlich und teilweise widersprüchlich.

Ebenso sorgt die unterschiedliche Auslegung der Datenschutzregelungen durch Bundes- und Landesaufsichten für ungleiche Wettbewerbsbedingungen bei den Digitalangeboten der gesetzlichen Krankenkassen. Die unterschiedlichen Vorgaben der Landesdatenschutzgesetze sollten auch für eine bessere medizinische Forschung in einem Konvergenzverfahren zusammengeführt werden.

Um die daraus entstehenden wettbewerblichen Verwerfungen zwischen den Krankenkassen zu beheben, muss die Aufsicht in der gesetzlichen Krankenversicherung vereinheitlicht werden: In einem ersten Entwurf des Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb hatte das Bundesministerium für Gesundheit bereits eine einheitliche Rechtsaufsicht für alle gesetzlichen Krankenkassen vorgeschlagen. Dieser Vorschlag wird auch vom Bundesrechnungshof unterstützt. Eine einheitliche Bundesaufsicht für alle Kassen durch das Bundesamt für Soziale Sicherung ist Voraussetzung für einen fairen Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen. Sichert werden muss damit ein einheitliches Aufsichtshandeln nicht nur im Bereich der Haushalts- und Finanzaufsicht, sondern auch über das Vertrags- und Versorgungsmanagement der Krankenkassen.

5 | Patientenorientierte Gesundheitsförderung

Im Krankheitsfall ist eine Orientierung im hochkomplexen deutschen Gesundheitssystem nicht immer leicht. Patientinnen und Patienten nutzen bereits ein breites Angebot an öffentlich zugänglichen Informationen, doch häufig erreicht es gerade diejenigen nicht, die es am dringendsten brauchen. Ein umfassendes Versorgungsmanagement kann hier helfen. Im Sinne der Patientinnen und Patienten benötigen die Krankenkassen deshalb mehr Möglichkeiten für die gezielte, individuelle Beratung und Unterstützung.

Krankenkassen im Versorgungsmanagement stärken

Die gesetzlichen Krankenkassen verfügen über eine große Expertise in der gesundheitlichen Versorgung. Im Rahmen des Versorgungsmanagements können Krankenkassen die Patientinnen und Patienten darin unterstützen, die für sie optimale Versorgungsform zu finden. Damit kann einer Verschlechterung ihrer gesundheitlichen Situation entgegengewirkt und ihre Gesundheitskompetenz gestärkt werden.

Den Krankenkassen sollte daher ermöglicht werden, ihre Versicherten aktiv über die individuelle Inanspruchnahme medizinischer, pflegerischer, gesundheitsfördernder und sozialer Hilfen zu informieren und zu beraten. Hierzu muss Rechtssicherheit im Versorgungsmanagement geschaffen werden, so dass eine personalisierte langfristige Unterstützung durch die Kassen möglich wird. Das BARMER-Modellprojekt „Corona-Lotse“ hat diesen Gedanken zu Beginn der Coronapandemie aufgegriffen: Ziel war es, Versicherten, die auf Grund ihres Alters oder ihrer Vorerkrankungen zur COVID-19-Risikogruppe gehören, zu gesundheitlichen Risiken und über mögliche Verhaltensanpassungen zu informieren. Auch aktive Unterstützungsleistungen, wie die Organisation der Medikamentenversorgung oder die Vermittlung von Angeboten etwa für die Tagespflege oder Krankengymnastik konnten über den „Corona-Lotsen“ zur Verfügung gestellt werden und wurden von den Versicherten gerne angenommen.

Anspruch auf Case Management einführen

Besonders Menschen mit komplexem Behandlungsbedarf, wie etwa geriatrische Patientinnen und Patienten, sind häufig auf Unterstützung angewiesen, um im für sie unübersichtlichen Gesundheitssystem die notwendigen Versorgungsleistungen zu erhalten. Dabei müssen alle Möglichkeiten für eine kontinuierliche Versorgung der Patientinnen und Patienten genutzt werden. Das setzt die Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsberufe zwischen den unterschiedlichen Sektoren im Gesundheitswesen voraus. Diese Unterstützung können Case Manager leisten, indem sie die Versorgungsleistungen für Patientinnen und Patienten koordinieren und diese engmaschig betreuen. Das Case Management umfasst aber auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung. Bislang besteht allerdings kein gesetzlicher Anspruch auf ein Case Management.

Qualifizierte Fachkräfte in einer Praxis, einem Ärztenetz oder in einer Krankenkasse müssen als Case Manager im Rahmen der Delegation den individuellen Unterstützungsbedarf der Patientinnen und Patienten koordinieren und sie zielgerichtet an andere Leistungserbringer weiterleiten dürfen. Hierzu ist eine enge Abstimmung unter ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern notwendig.

Gesundheit von Kindern und Jugendlichen fördern

Die so genannten U- und J-Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten zählen zu den wichtigsten gesundheitlichen Präventionsmaßnahmen im Kindes- und Jugendalter. Aufgrund der Regelmäßigkeit und der hohen Teilnahmebereitschaft bieten diese Untersuchungen einen guten Ansatzpunkt für Präventionsmaßnahmen. Um gesundheitlich gefährdete Kinder und Jugendliche frühzeitig zu erreichen, sollten Ärztinnen und Ärzte zur Ausstellung eines Präventionsrezeptes verpflichtet werden, wenn sie gesundheitliche Auffälligkeiten feststellen. Die Krankenkassen können dann die Betroffenen zielgerichtet unterstützen.

Gesundheitskompetenz muss schon im Kindesalter erlernt werden. Deshalb ist es sinnvoll, das Thema verbindlich in den Schullehrplänen zu verankern. Die Verpflegung in Kita und Schule trägt wesentlich zur Gesamtenergie- und Nährstoffaufnahme von Kindern und Jugendlichen bei. Das gemeinsame Essen in Kita und Schule bietet eine gute Gelegenheit, ein gesundes Essverhalten zu erlernen und damit Übergewicht oder Mangelernährung sowie möglichen Folge- und Begleiterkrankungen vorzubeugen. Dazu gehört auch, verpflichtende Standards für eine gesunde Kita- und Schulverpflegung zu etablieren.

Mit der deutschlandweit größten Ernährungsinitiative für Kinder „Ich kann kochen!“, fördert die BARMER in Kooperation mit der Sarah Wiener Stiftung seit 2016 das Thema gesunde Ernährung bei Kindern.

Digitalen Krebs-Früherkennungspass einführen

Mit der Einrichtung eines digitalen Krebs-Früherkennungspasses kann ein niedrigschwelliges Angebot für gesetzlich Versicherte geschaffen werden, verstärkt Maßnahmen der Krebsvorsorge und -früherkennung in Anspruch zu nehmen. Perspektivisch sollten auch von der Ständigen Impfkommission empfohlene Impfungen in den Früherkennungspass einbezogen werden.

Bei der Nutzung des digitalen Früherkennungspasses würden die Versicherten mittels einer App ihrer Krankenkasse an Krebsvorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen erinnert werden und Einladungen zu den anstehenden Untersuchungen erhalten. Wichtig ist dabei die Verknüpfung mit der elektronischen Patientenakte. Nehmen Versicherte die gesetzlichen Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen regelmäßig wahr, könnte dies zudem durch einen Bonus honoriert werden.



6 | Pflege qualitativ und digital weiterentwickeln

Die Alterung der Gesellschaft stellt die soziale Pflegeversicherung vor immer größere Herausforderungen. Die Leistungen der Pflegeversicherung wurden in den vergangenen Jahren stark ausgeweitet. So wurden mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff etwa für an Demenz Erkrankte erstmals umfangreiche Leistungen eingeführt. Dennoch muss die Pflegeversorgung in den nächsten Jahren weiter ausgebaut werden. Dazu gehört, dass mehr Fachkräfte als bisher neu gewonnen und langfristig in der Pflege gehalten werden müssen. Die Digitalisierung muss auch im Pflegebereich weiter ausgebaut werden, Beschäftigte benötigen eine digitale Weiterbildung. Dies kann nicht durch die beitragsfinanzierte Pflegeversicherung allein gelingen. Daher sind eine gesamtgesellschaftliche Anstrengung und eine breitere Einnahmehbasis unerlässlich.

Qualitative Digitalangebote in der Pflege ausbauen

Pflegebedürftige sollen selbstbestimmt im eigenen Zuhause leben und dort gepflegt werden können, wenn sie dies wünschen. Die Pflegeversicherung muss die Kosten für digitale Assistenztechnologien übernehmen können, wenn sie einen nachgewiesenen pflegerischen Nutzen für pflegebedürftige Menschen haben. Durch den Einsatz digitaler Assistenztechnologien in der pflegerischen Versorgung können zum Beispiel kognitive Fähigkeiten, soziale Interaktion und Kommunikation von Pflegebedürftigen gefördert werden.

Der Start für den Anschluss der Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur hat im vergangenen Jahr mit dem Patientendaten-Schutz-Gesetz begonnen – dies ist ein Meilenstein für die Nutzung der digitalen Angebote in der Pflege. Die neuen Möglichkeiten müssen in den nächsten Jahren umfassend zur Verbesserung der Versorgung der Pflegebedürftigen und zur besseren Kommunikation zwischen den Leistungserbringern genutzt werden.

Digitale Angebote beschleunigen zudem die Kommunikation der Versicherten mit ihrer Pflegekasse: Ein Online-Pflegeantrag bietet Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen eine Entlastung

von Bürokratie. Auch schnelle digitale Verfahren zum Antrag auf Leistungen der Häuslichen Krankenpflege unterstützen Pflegebedürftige und Pflegedienste gleichermaßen.

Qualität in Pflege-WGs und beim betreuten Wohnen sichern

Eine hohe pflegerische Qualität unabhängig vom Ort der Leistungserbringung ist für Pflegebedürftige elementar. Wichtig sind daher hohe Qualitätsstandards auch für alle pflegerischen Einrichtungen des betreuten Wohnens und in Pflegewohngemeinschaften. Untersuchungen zeigen sehr unterschiedliche Regelungen der Bundesländer. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb es in diesen Einrichtungen deutlich weniger Qualitätssicherung und -transparenz als im stationären Bereich gibt. Die Länder müssen daher dafür sorgen, dass in jedem Bundesland eine Stelle geschaffen wird, die für die nötige Transparenz sorgt und eine Übersicht über das Leistungsspektrum und die Pflegequalität der Anbieter schafft.

Mehr Investitionen der Länder für Tages- und Kurzzeitpflegeplätze bereitstellen

Für Pflegebedürftige ist die Möglichkeit einer Kombination der Leistungen aus Kurzzeit- und Verhinderungspflege von großem Vorteil. Sie werden damit in die Lage versetzt, die finanziellen Mittel individuell und bedarfsgerecht einzusetzen. Allerdings dürfen die Leistungen der Tagespflege nicht in das Budget der Kurzzeit- und Verhinderungspflege mit einfließen. Es muss weiterhin bei einem eigenen Leistungsanspruch bleiben, um dieses Angebot der Pflegeversicherung zu stärken.

Es werden mehr Investitionsmittel der Länder für Tages- und Kurzzeitpflegeplätze benötigt, um den steigenden Bedarf der Pflegebedürftigen nach attraktiven und qualitativ hochwertigen Betreuungskonzepten erfüllen zu können. Andernfalls können die Entlastungsleistungen nicht adäquat abgerufen werden.

Finanzierung der Pflegeversicherung umfassend absichern

Um Pflegebedürftige finanziell zu entlasten, sollten die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung einmalig angehoben werden. Bereits mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz wurde der Beitragsatz entsprechend angepasst. Die Mehrbelastungen, die der Pflegeversicherung etwa durch die Einführung von flächendeckenden Tariflöhnen entstehen, müssen ausgeglichen werden.

Die Absicherung des Pflegerisikos ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Der erstmalige Steuerzuschuss in Höhe von 1,8 Milliarden Euro, den die Pflegeversicherung im Rahmen des Konjunkturpakets aus dem Bundeshaushalt erhalten hat, war deshalb eine richtige Maßnahme. Um die Pflegeleistungen dynamisieren zu können, bedarf es jedoch einer umfassend abgesicherten Finanzierung der Pflegeversicherung. Der dafür notwendige Steuerzuschuss sollte verstetigt werden und im Gleichschritt mit den Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung ansteigen.

Es gehört zu den Aufgaben der Bundesländer, die Investitionskosten für Pflegeeinrichtungen und die Ausbildungsumlagen für Pflegeschulen zu tragen. Dieser Aufgabe kommen die Länder jedoch nicht in ausreichendem Maße nach, was auch zu erhöhten finanziellen Belastungen der Pflegebedürftigen führt. Um eine Überforderung der Pflegebedürftigen und Beitragszahlerinnen und Beitragszahler zu vermeiden, müssen die Länder ihren finanziellen Verpflichtungen verbindlich nachkommen. Aufgrund unterschiedlicher Risikoverteilung hat die soziale Pflegeversicherung deutlich mehr Kosten für die Versorgung ihrer Versicherten zu tragen als die private Pflegeversicherung. Zur Entlastung der sozialen Pflegeversicherung ist deshalb die Einführung eines Finanzausgleichs zwischen privater und sozialer Pflegeversicherung notwendig.

Die Attraktivität der Pflegeberufe muss durch bessere Arbeitsbedingungen und höhere Gehälter gesteigert werden. Untersuchungen für ein bundesweites Personalbemessungsinstrument für die Altenpflege zeigen, dass mehr Anstrengungen insbesondere zur Gewinnung von Pflegeassistentenkräften erforderlich sind. Die Bundesländer sind gefordert, dies in ihrer Finanzplanung zu berücksichtigen.



Impressum

Herausgeber BARMER, Postfach 110704, 10837 Berlin

Verantwortlich für den Inhalt Verwaltungsrat, Vorstand

Realisierung Abteilung Politik, Abteilung Unternehmenskommunikation

Redaktion Ruth Rumke, Albrecht Walther, Susanna Weineck

Gestaltung Sigrid Paul

Bilder AdobeStock: vadiml (S. 1, 24), zatevakhin (S. 5), Parilov (S. 6), yana_novak22 (S. 11),

Chinnapong (S. 13), sebra (S. 15), Boggy (S. 19), picsfive (S. 21); BARMER (S. 23)

Druck Johnen Druck/Service/System, Bernkastel-Kues

© BARMER, April 2021



