

Besser versorgt 2025

Gesundheitsversorgung –
worauf es jetzt ankommt.

Die Position der TK

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

unser Gesundheitssystem steht vor zentralen Entscheidungen: Nach welchem Bedarf und nach welchen Bedürfnissen sollen die Versorgungsstrukturen ausgerichtet werden? Also, wie sollen Leistungserbringung, Ausbildung, Planung und Vergütung gestaltet werden? In der begleitenden Debatte heißt es immer wieder, „die Patientinnen und Patienten stehen im Mittelpunkt“. Dass das längst nicht Standard ist, belegen die Analysen des Sachverständigenrats ebenso wie die persönlichen Erfahrungen vieler Patientinnen und Patienten.

Auch nach vielen Reformen bleibt das System anbieterzentriert. Ob ambulant oder stationär behandelt wird, richtet sich nicht selten nach der Logik finanzieller Anreize im System. Behandlungs- und Servicequalität stehen hinten an, ebenso wie die Frage der Wirtschaftlichkeit im Sinne aller Beitragszahlenden: Patientinnen und Patienten werden nicht grundsätzlich dort behandelt, wo es für sie am sinnvollsten ist und wo es die beste Qualität zu wirtschaftlichen Bedingungen gibt. Das zeigt sich auch im vergleichsweise hohen Anteil stationär erbrachter Leistungen, die auch ambulant möglich gewesen wären.

Auch in Sachen Digitalisierung gilt es, wichtige Entscheidungen zu treffen: Eine zeitgemäße Versorgung muss deren Chancen nutzen, insbesondere die der elektronischen Patientenakte (ePA), und diese konsequent im Sinne der Patientinnen und Patienten in die Versorgung einbinden.

Das gilt auch für die Nutzung von Daten in Prävention und Therapie. Hier werden die technischen Möglichkeiten stetig mehr, während in Deutschland noch immer viele zentrale Fragen offen sind. Dazu gehört, wie sich ein sinnvolles Maß an Datenschutz und Datensicherheit gewährleisten lässt, ohne Patientinnen und Patienten datenbasierte Chancen für eine optimale Versorgung zu nehmen.

Eine kluge Nutzung vorhandener Daten schafft hingegen die Grundlage für eine optimale, im Idealfall sogar personalisierte Versorgung.

Eine durchdachte Datennutzung ist notwendig, damit die Krankenkassen ihrer vom Gesetzgeber zugedachten Rolle eines effektiven (und effizienten) Versorgungsmanagements gerecht werden können: Damit sie heutige und zukünftige Aufgaben erfüllen können, bedarf es auch für Krankenkassen geeigneter Möglichkeiten der Datennutzung. Dabei gilt: Je mehr relevante Daten zum richtigen Zeitpunkt zur Verfügung stehen, desto genauer können beispielsweise persönliche Empfehlungen erfolgen.

Die Koalition hat diese Problemlagen erkannt und im Kern die richtigen Schlüsse gezogen, das zeigt der Koalitionsvertrag: Er skizziert die zukünftige Versorgung sektorenübergreifend, digital und kooperativ. Das Ziel ist erkennbar: eine deutlich patientenorientiertere Versorgung. Diese Skizze gilt es nun auszuarbeiten. Dabei dürfen die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten nicht aus dem Blick geraten: eine optimale Versorgung in einem sinnvollen Setting für alle. Gleichzeitig gilt es, das Gesundheitssystem im Sinne der Versicherten wirtschaftlich tragfähig auszugestalten. Wie beides in einem wettbewerblich orientierten System auf Basis der Vorhaben der Koalition für die einzelnen Versorgungsbereiche gelingen kann, wollen wir hier aufzeigen.

Dr. Jens Baas
Vorsitzender des Vorstands der Techniker Krankenkasse

Stationäre Versorgung

Deutschland hat eine hoch entwickelte Krankenhauslandschaft, die international ihresgleichen sucht. Bei der Bewältigung der Coronapandemie zeigt sich, dass die Träger in der Lage sind, Betten sehr schnell umzuwidmen und Intensivkapazitäten aufzubauen. Sie haben damit erheblich dazu beigetragen, eine hohe Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Die Krankenhauslandschaft an den Bedarf anzupassen, ist auch jenseits der Pandemie ein wichtiger Schritt zu modernen Versorgungsstrukturen.

Eine zeitgemäße Krankenhausstruktur und -finanzierung sind Schlüsselfaktoren für die Versorgung der Menschen in Deutschland. In jedem Fall sollten dabei sowohl die Versorgungsqualität als auch die Gegebenheiten vor Ort berücksichtigt werden.

Dabei können in strukturschwachen Regionen gerade sektorenübergreifende Konzepte den Unterschied machen. Ohne eine konsequent weitergeführte Digitalisierung der Krankenhäuser wird es aber nicht gelingen, die Herausforderungen zu bewältigen.

Fallpauschalen, Vorhaltekosten und Qualitätszuschläge – der Bedarf zählt

Das steht im Koalitionsvertrag

- Eine kurzfristig eingesetzte Regierungskommission (...) legt Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung vor, die das bisherige System um ein nach Versorgungsstufen (Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung, Uniklinika) differenziertes System erlösunabhängiger Vorhaltepauschalen ergänzt.

Durch die Einführung der Fallpauschalen wurde für die Krankenhausfinanzierung erstmals eine Leistungstransparenz verbunden mit einer ökonomischen Vergleichbarkeit von Leistungen erreicht. Das DRG-System sollte auch in Zukunft das Zentrum des Vergütungssystems sein, bedarf jedoch gewisser Aktualisierungen: Zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung, insbesondere in ländlichen Regionen, und um die bekannten, unerwünschten Entwicklungen zu korrigieren, schlägt die TK vor, das DRG-System mit einem neuen Mix aus Fallpauschalen, Vorhaltekosten und Qualitätszuschlägen anzupassen beziehungsweise zu ergänzen. Dazu sollte die jeweilige Versorgungsstufe eines Krankenhauses bei der Vergütung stärker berücksichtigt werden. Weiterhin sollten Vorhaltekosten leistungsunabhängig einfließen. Dadurch würden bedarfsnotwendige Versorgungsstrukturen, insbesondere im ländlichen Raum und in Spezialdisziplinen, erhalten werden. Außerdem bestünde dadurch kein Anreiz mehr, Leistungszahlen aus rein ökonomischen Gründen zu steigern, um Deckungsbeiträge zu erwirtschaften.

Ebenso sollten Vorhaltekosten bei Leistungen berücksichtigt werden, die ausschließlich von Kliniken der Maximalversorgung erbracht werden. **Grundsätzlich dürfen nur Leistungen für Vorhaltekosten berücksichtigt werden, deren Bedarfsnotwendigkeit festgestellt wurde**, das gilt auch für Maximalversorger. Nur so kann erreicht werden, dass bestehende unwirtschaftliche und nicht bedarfsnotwendige Strukturen durch eine Vorhaltefinanzierung nicht für die Zukunft zementiert werden. Aber: Die leistungsgerechte Finanzierung der reinen Behandlungskosten sollte auch weiterhin über DRG erfolgen.

Darüber hinaus sollte die Vergütung um Bestandteile ergänzt werden, die von der erbrachten Behandlungsqualität abhängig sind. Die TK schlägt dazu ein qualitätsorientiertes Vergütungsverfahren für Krankenhäuser vor: Auf der Grundlage des „Hospital Value-Based Purchasing Program“ von Medicare aus den USA soll ein System entwickelt werden, das für die Krankenhäuser Vergütungsanreize schafft, sich stärker für die Qualität der Versorgung zu engagieren. Im Gegensatz zu den bisher in Deutschland diskutierten Ansätzen einer Messung von einzelnen Leistungen oder Leistungskomplexen wird in diesem Verfahren das gesamte Krankenhaus und damit dessen Versorgung insgesamt betrachtet. Für jedes Krankenhaus wird ein Gesamtindex aus vier Bereichen gebildet. Diese umfassen neben der reinen Prozess- und Ergebnisqualität auch die Patientenzufriedenheit und die Kosteneffizienz. Damit ist dieser Index weiter gefasst, als die bisher in Deutschland diskutierten Ansätze.

Die genannten Bestandteile der zukünftigen Vergütung könnten in ein Gesamtbudget münden, das entsprechend der Inanspruchnahme leistungsbezogen abfinanziert würde. **Eine zentrale Voraussetzung für eine zukünftige angemessene Vergütung, unter anderem auch von Vorhaltekosten, ist eine strukturierte regionale Versorgungsplanung auf Basis bundesweit einheitlich vorgegebener Versorgungsstufen.** Diese neu ausgerichtete Planung muss zum Ziel haben, die Überversorgung in Ballungsgebieten abzubauen – ebenso wie der bereits eintretenden Unterversorgung im ländlichen Bereich entgegenzuwirken. In Zeiten wachsenden Personalmangels muss stärker als je zuvor auf einen sinnvollen Einsatz der vorhandenen Pflegekräfte Wert gelegt werden.

Krankenhausinvestitionen

Das Thema Krankenhausinvestitionsfinanzierung durch die Bundesländer ist zwar im Koalitionsvertrag nicht (mehr) zu finden – muss aber Bestandteil einer Reform der Krankenhausfinanzierung sein. Die Investitionen fallen seit Jahren systematisch zu gering aus, weshalb die Häuser den Erhalt des Bestands und die Errichtung neuer Infrastruktur aus den laufenden Mitteln finanzieren müssen: aus den Fallpauschalen, die sie bei den Krankenkassen für die Behandlungen der Patientinnen und Patienten abrechnen. Die Verhandlungsgruppe Pflege und Gesundheit der Koalitionsverhandlungen plante zwischenzeitlich, Mittel für die Investitionsförderung durch den Bund für jene Bundesländer bereitzustellen, die eine reformierte Krankenhausplanung auch tatsächlich umsetzen. Dies wäre ein Erfolg versprechender Weg, der jedoch den Bundeshaushalt belasten würde.

Die Koalition sollte nach Möglichkeit dennoch daran festhalten und zukünftig eine differenzierte, auf bundesweit einheitlichen Versorgungsstufen beruhende Krankenhausplanung fördern. Den bundeseinheitlichen Versorgungsstufen sollten ebenso bundeseinheitliche Leistungskomplexe zugeordnet sein. Auf dieser Grundlage kann eine zielgenaue und bedarfsgerechte Investitionsfinanzierung in die notwendige Versorgungsstruktur der Krankenhäuser aufsetzen. Mit der Kofinanzierung durch den Bund könnte der bestehende Investitionsstau in kürzerer Zeit abgebaut werden.

3,5 %

betrug die **Investitionsquote** (Investitionen/Gesamtkosten) der **Bundesländer für Krankenhäuser** 2019 – 1991 waren es noch 9,7 Prozent.



Eine auskömmliche Finanzierung der stationären Geburtshilfe und Pädiatrie ist möglich

Das steht im Koalitionsvertrag

- Kurzfristig sorgen wir für eine bedarfsgerechte auskömmliche Finanzierung für die Pädiatrie, Notfallversorgung und Geburtshilfe.

Grundsätzlich lässt sich das im Koalitionsvertrag definierte Ziel einer bedarfsgerechten auskömmlichen Finanzierung für die Pädiatrie und Geburtshilfe mit dem oben beschriebenen neuen Mix aus Fallpauschalen, Vorhaltekosten und Qualitätszuschlägen erreichen (zum Thema Notfallversorgung siehe unten). Allerdings braucht es bis zur Umsetzung dieses Konzepts eine Übergangslösung. Hier bietet sich eine Intensivierung der bereits bestehenden Regelung für Sicherstellungszuschläge in den beiden Fachbereichen an. Die Kriterien dazu hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) festgelegt. Sie bemessen sich an der Bevölkerungsstruktur vor Ort und der Erreichbarkeit der Krankenhäuser. Die Zuschläge können an kosten- und versorgungsrelevanten Kriterien ausgerichtet werden, wie an der notwendigen personellen Mindestbesetzung im ärztlichen Dienst, in der Pflege und im Funktionsdienst. Die Kosten hierfür abzüglich der Einnahmen aus DRG und Pflegebudget für diese Bereiche könnten die neuen Sicherstellungszuschläge darstellen und würden im Ergebnis eine volle Kostendeckung bedeuten. Alternativ könnten die Zuschläge auch pauschal je Abteilung oder je erbrachter Leistung gezahlt werden.

Gegen eine Ausgliederung der geburtsmedizinischen und pädiatrischen Leistungen sprechen die Erfahrungen der Ausgliederung der Pflege am Bett und deren Folgen. So müsste zunächst der Anteil für die Pflege am Bett in den Bereichen Geburtshilfe und Pädiatrie zurück in die DRG überführt werden. Dabei ist zu bedenken, dass die Pflegebudgets aktuell noch nicht einmal für das Jahr 2020 durchgehend vereinbart worden sind. Anschließend müssten für rund 20 Prozent der Krankenhausfälle die kompletten Behandlungskosten definiert, ausdifferenziert, neu kalkuliert und ausgegliedert werden. Das hätte auch erhebliche Folgen für die Krankenhaus- und Investitionsplanung.



Krankenhäuser brauchen ein leistungsgerechtes und alle pflegenden Tätigkeiten umfassendes Pflegepersonal-Bemessungsinstrument.

Das steht im Koalitionsvertrag

- Kurzfristig führen wir zur verbindlichen Personalbemessung im Krankenhaus die Pflegepersonalregelung 2.0. (PPR 2.0) als Übergangsinstrument mit dem Ziel eines bedarfsgerechten Qualifikationsmixes ein.

Die Koalition beabsichtigt, die Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0) als Übergangsinstrument einzuführen. Es soll bis zur Umsetzung der bereits im Gesetz vorgesehenen Einführung eines neuen, leistungsgerechten Pflegepersonal-Bemessungsinstruments (PBI) gelten. Die Selbstverwaltung hat bisher den Auftrag, gemeinsam bis zum Jahr 2024 ein neues Pflegepersonal-Bemessungsinstrument (PBI) durch eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung zu entwickeln und erproben zu lassen. Ab 2025 soll dieses flächendeckend zum Einsatz kommen.

Seit 2020 werden den Krankenhäusern mit den Pflegebudgets alle vorhandenen Pflegekräfte in voller Höhe unabhängig von den Leistungen finanziert. Damit erfolgte eine Rückkehr zum eigentlich seit den 1990iger Jahren im Krankenhausbereich abgeschafften Prinzip der vollen Selbstkostendeckung.

Es besteht durch diese Finanzierungsgrundlage verbunden mit der kritischen Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich weder inhaltlich noch finanziell Zeitdruck, eine Übergangsregelung in Form der PPR 2.0 einzusetzen. Will die Koalition dennoch kurzfristig übergangsweise die PPR 2.0 etablieren, darf diese nicht die endgültige Lösung vorwegnehmen oder verhindern.

Die Politik muss die Regelung zudem so ausgestalten, dass sie nicht zu einem reinen Sollbedarfsermittlungsinstrument wird. Das würde zu erheblichen Mehrausgaben für die GKV führen, unabhängig davon, ob dieser Sollbedarf durch den Arbeitsmarkt gedeckt werden kann. Deshalb sind flankierend rechtlich abgesicherte Vorgaben für eine transparente Nachweisführung zu den vorhandenen IST-Personalstellen notwendig – ebenso wie eine entsprechende Rückzahlungsverpflichtung. Andernfalls besteht erneut die Gefahr, dass diese Finanzmittel sachfremd verwendet werden. Bedacht werden sollte zudem, dass mit der PPR 2.0 dann zwischen 2020 und 2025 insgesamt drei verschiedene Personalbedarfsinstrumente für das Pflegepersonal sehr aufwendig implementiert werden müssten.



Krankenhäuser konsequent und durchgängig digitalisieren

Das steht im Koalitionsvertrag

- Mit einem Bund-Länder-Pakt bringen wir die nötigen Reformen für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung auf den Weg.
- Eine kurzfristig eingesetzte Regierungskommission wird hierzu Empfehlungen vorlegen (...).

Zu einer Reform der Krankenhausstrukturen gehört auch eine konsequent fortgeführte Digitalisierung der Krankenhäuser. Sie muss ein elementarer Bestandteil der von Bund und Ländern angestrebten Beratungen zur Zukunft der stationären Versorgung sein. Der Gesetzgeber hat mit der Telematikinfrastruktur und der verpflichtenden Einführung der ePA zum 1. Januar 2021 bereits einen wichtigen Grundstein für die Digitalisierung in der stationären Versorgung gelegt. Bisher war dieser Prozess jedoch auf die innere Systemlandschaft der Krankenhäuser beschränkt. **Um Insellösungen und Heterogenität in der IT-Infrastruktur abzubauen beziehungsweise zu vermeiden, ist es notwendig, diese interoperabel zu gestalten.** Hier wurde mit dem Krankenhauszukunftsfonds ein weiterer Impuls gesetzt. Für die Zukunft müssen alle Investitionen darauf ausgerichtet und daran gemessen werden, ob sie diesen Anforderungen genügen. **Insbesondere sollte auch der Patientennutzen sichergestellt sein und patientenrelevante Dokumente in die ePA eingestellt werden.**

Im Rahmen des Krankenhauszukunftsfonds werden bereits Notfallkapazitäten und digitale Infrastruktur gefördert. Die TK schlägt als konkrete Maßnahme die Einführung eines bundesweiten und länderübergreifenden Onlineportals „Notfallkapazitäten“ vor. Dieses könnte an den bereits bestehenden webbasierten Anwendungen wie beispielsweise IVENA und DIVI-Register anknüpfen. Das Portal sollte den ambulanten und stationären Leistungserbringern sowie dem Rettungsdienst in Echtzeit einen Überblick über die aktuellen Versorgungskapazitäten geben und so zu einer Optimierung von deren Nutzung führen.



Stationäre Versorgung psychisch kranker Menschen

Das steht im Koalitionsvertrag

- Im stationären Bereich sorgen wir für eine leitliniengerechte psychotherapeutische Versorgung und eine bedarfsgerechte Personalausstattung.

Ein Schritt hin zu einer leitliniengerechten psychotherapeutischen Versorgung und einer bedarfsgerechten Personalausstattung im stationären Bereich ist mit der Einführung der PPP-Richtlinie (Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik) auf Grundlage des G-BA-Beschlusses bereits erfolgt. Es kommt nun darauf an, diese von den Kliniken und Fachverbänden stark kritisierte Richtlinie auch umzusetzen.

Zudem sollten die Erkenntnisse und Erfahrungen aus den Modellverfahren nach § 64 b SGB V bei der Weiterentwicklung der stationären Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen berücksichtigt werden:

1. Zusammenführung der Budgets für stationäre Leistungen mit den Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) mit Patientenbezug,
2. verbessertes Schnittstellenmanagement zum psychiatrischen Versorgungssystem außerhalb des Krankenhauses,
3. verbindliche Verpflichtung zur Vereinbarung eines sektorenübergreifenden Behandlungskonzepts,
4. Harmonisierung und Erweiterung der Leistungsabbildung im OPS-Katalog,
5. leistungsgerechte Refinanzierung der ambulanten, teil- und vollstationären Leistungen im Krankenhaus,
6. Erweiterung und Entbürokratisierung der PPP-Richtlinie,
7. Begleitung des Transformationsprozesses durch bundesweit einheitliche Evaluation ermöglicht.



Sektorenübergreifende Versorgung

Deutschlands Gesundheitssystem hat viele Stärken, etwa ein hohes Niveau an Gesundheitsleistungen und einen hohen Grad an Mitbestimmung – die nach wie vor äußerst starre Trennung der Sektoren gehört sicherlich nicht dazu. Ganz im Gegenteil: An den Sektorengrenzen kommt es systembedingt immer wieder zu Reibungsverlusten – auf Kosten der Patientinnen und Patienten.

Die Koalition beabsichtigt, sich der Aufgabe sektorenübergreifende Versorgung anzunehmen. Das ist aus TK-Sicht eine wichtige Aufgabe, die zahlreiche Aspekte umfassen muss.

Sektorengleiche Vergütung: Hybrid-DRG auf den Weg bringen

Das steht im Koalitionsvertrag

- Um die Ambulantisierung bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen zu fördern, setzen wir zügig für geeignete Leistungen eine sektorengleiche Vergütung durch sogenannte Hybrid-DRG um.

Im deutschen Gesundheitswesen mangelt es an Kooperation und Patientenorientierung. Die Ursachen dafür sind bekanntermaßen die geringe Durchlässigkeit der Sektoren sowie nicht konsistente finanzielle Anreize. Das stellte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen schon 2012 fest, als er sich kritisch mit dem Thema Über-, Unter-, und Fehlversorgung auseinandersetzte. Seitdem hat sich wenig zum Positiven geändert: Derzeit gibt es für Krankenhäuser weder finanzielle Anreize noch die zwingende Notwendigkeit, Patientinnen und Patienten ambulant zu behandeln, auch wenn das aus medizinischer Sicht möglich wäre. Für die Patientinnen und Patienten und den Arbeitsalltag in den Heilberufen hat dies redundante Strukturen und Prozesse zur Folge - und nicht selten auch suboptimale Ergebnisse.

Die Koalition will die Ambulantisierung auch durch eine sektorengleiche Vergütung weiterentwickeln. Als Beispiel werden Hybrid-DRG genannt, wie sie in einem Vergütungsmodell der TK beispielhaft entwickelt und erprobt wurden. Nach dem Grundsatz „gleiches Geld für gleiche Leistungen“ beseitigt es finanzielle Fehlanreize. Innerhalb des Modells wurden mangels Alternativen als Grundlagen der Hybrid-DRG die Fallpauschalen im Krankenhaus und der Vergütungskatalog für ambulant tätige Ärzte (EBM) genutzt. Daraus wurde ein Mischpreis für operative Eingriffe kalkuliert. Gleichzeitig erfolgte eine völlige Gleichstellung bei Begleitleistungen, Nachbehandlung und Qualitätssicherung.

Für die Umsetzung des Hybrid-DRG-Ansatzes ist eine Neuordnung der gesetzlichen Grundlagen notwendig. Hierbei ist zu beachten, dass fehlsteuernde Anreizsetzungen in Hinblick auf einseitige Finanzierungsvorteile bestimmter Leistungserbringer vermieden werden. Das kann durch eine wahrgenommene Gesamtverantwortung für die Leistungen und durch die Vergütung aller beteiligten Leistungserbringer unabhängig von ihrer sektoralen Zugehörigkeit erreicht werden.

Rund

4

Millionen Krankenhausfälle jährlich sind „Kurzlieger“ mit nur einem Tag Verweildauer in der Klinik, von rund 22 Millionen Fällen insgesamt. Hier besteht ein **erhebliches Ambulantisierungspotenzial**. (GKV-SV 2020)

Voraussetzung ist eine gesetzlich fixierte Definition der entsprechenden Leistungskomplexe und Behandlungen sowie eine vom Ort der Erbringung entkoppelte Vergütung. Die bestehenden Regelungen zur sektorenübergreifenden Versorgung müssen entsprechend angepasst und erweitert werden. Zudem muss die gemeinsame Selbstverwaltung die Qualitätsanforderungen, die Personalausstattung sowie die Mindestmengen festsetzen. Zudem müssen die bestehenden Vergütungs- und Finanzierungsregelungen des stationären und ambulanten Sektors entsprechend angepasst und um die im Hybrid-DRG-Katalog aufgeführten Leistungen bereinigt werden, um verschiedene Abrechnungsmöglichkeiten zu verhindern.

Grundlage jeder gesetzlichen Anpassung ist die Benennung und Kalkulation der Hybrid-DRG-Leistungen. Hierfür braucht es einen eindeutigen gesetzlichen Auftrag zur Schaffung des neuen Hybrid-Sektors und zur leistungsbezogenen Kalkulation der Hybrid-DRG. Wesentliche Bedingungen für eine funktionierende Pauschalisierung sind eine überprüfbare Definition der Leistungsinhalte (Behandlungspfade), eine sektorenunabhängige Qualitätssicherung und unbürokratische Überprüfungsmechanismen.

Werden bei der Harmonisierung der finanziellen Anreize die Rahmenbedingungen entsprechend angepasst und funktionierende Qualitätssicherungssysteme etabliert, kann ein Wettbewerb auf Augenhöhe um die beste Versorgung in der am besten geeigneten Einrichtung entstehen.



Die Notfallversorgung zeitgemäß gestalten

Das steht im Koalitionsvertrag

- Durch den Ausbau multiprofessioneller, integrierter Gesundheits- und Notfallzentren stellen wir eine wohnortnahe, bedarfsgerechte, ambulante und kurzstationäre Versorgung sicher und fördern diese durch spezifische Vergütungsstrukturen.
- Die Notfallversorgung soll in integrierten Notfallzentren in enger Zusammenarbeit zwischen den kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und den Krankenhäusern (KH) erfolgen.
- Durch eine Verschränkung der Rettungsleitstellen mit den KV-Leitstellen und standardisierten Einschätzungssystemen (...) erreichen wir eine bedarfsgerechtere Steuerung.
- Wir nehmen das Rettungswesen als integrierten Leistungsbereich in das SGB V auf (...).

Zu den ambitioniertesten Vorhaben der Koalition im Bereich Gesundheit gehört die Neuordnung der Notfallversorgung. Sie steht exemplarisch für ein Versorgungsgebiet mit großen Schnittstellenproblemen, bei deren Lösung sich der ambulante und der stationäre Sektor oftmals gegenseitig im Weg stehen.

Hinzu kommt: Die Digitalisierung aller an der Notfallversorgung beteiligten Leistungserbringer ist ein wichtiger Faktor, um die vorhandenen Probleme besser bewältigen zu können. Deutschland liegt bei der Digitalisierung der Notfalkette im internationalen Vergleich zurück. Hier besteht dringender Handlungsbedarf.

Die Pläne der Koalition zur Reform der Notfallversorgung mittels integrierter Notfallzentren greifen eine weit vorangeschrittene fachliche Diskussion auf, über deren Zielsetzung viel Einigkeit besteht. Der Anspruch der Patientinnen und Patienten auf eine schnelle, angemessene und qualitativ hochwertige Akut- und Notfallversorgung steht außer Frage und berührt ein existenzielles Interesse jedes Menschen. Auch die Ärztinnen und Ärzte und das Pflegepersonal in der Notfallversorgung haben einen legitimen Anspruch auf Verbesserung ihrer Arbeitssituation. Die permanente strukturelle Überforderung von Notfalleinrichtungen muss durch sinnvolle Steuerung abgewendet werden.

Die gemeinsame Selbstverwaltung hat mit dem Konzept einer gestuften stationären Notfallversorgung bereits Vorarbeiten geleistet. Das ist vor allem für die Patientinnen und Patienten ein Gewinn. Denn die Finanzierung wird dabei stärker an qualitativen Aspekten ausgerichtet. Patientinnen und Patienten, die in eine so geförderte Einrichtung eingeliefert werden, treffen auf angemessene Strukturen und haben deshalb bessere Heilungschancen. Im nächsten Schritt müssen nun die ambulanten Strukturen und die Kooperation zwischen den Sektoren verbessert werden. Dazu gehört auch die telemedizinische Einbindung aller Beteiligten inklusive der Vertragsärztinnen und -ärzte bei Bedarf zur Unterstützung, Abklärung unklarer Beschwerden und gegebenenfalls zur Beratung und Therapieeinleitung. Die TK hat für die Reform der Notfallversorgung ein Konzept entworfen. Es basiert auf der Grundvoraussetzung, dass sich alle Beteiligten darauf verständigen, wie eine sinnvolle Kombination aus bestehenden und neuen Angeboten aussehen kann.

Eine zeitgemäße Notfallversorgung beginnt mit einer einheitlichen qualifizierten Ersteinschätzung. Sie kann nicht nur bei der weiteren, einheitlichen Leistungssteuerung helfen, sie soll auch Zugangsbarrieren abbauen. Im Konzept der TK können gemeinsame Notfalleitstellen dabei als Vorreiter für die digitale, sektorenübergreifende Vernetzung dienen – sofern sie zu einer wirklichen Kooperation auf Basis interoperabler Informationssysteme und maximaler Transparenz verpflichtet werden.

Ein weiterer und zentraler Baustein für eine bedarfsgerechte Notfallversorgung ist die Einrichtung von integrierten Notfallzentren. Sie müssen als zentrale und gut auffindbare Anlaufstellen eingerichtet werden, in unmittelbarer Nähe eines geeigneten Krankenhauses liegen und rund um die Uhr geöffnet sein. Patientinnen und Patienten finden hier im Notfall schnell und einfach die richtige Anlaufstelle. Auch hier findet zunächst eine qualifizierte Ersteinschätzung und Weiterleitung in die richtige Versorgungsebene statt – nach denselben Kriterien und Standards wie auch in der gemeinsamen Notfalleitstelle.

Die gesetzlichen Vorgaben sollten so flexibel gestaltet sein, dass funktionierende Strukturen nach Möglichkeit erhalten bleiben. Dort, wo bisher eine überdurchschnittlich hohe Fehlversorgung durch die unnötige Inanspruchnahme der Notfalleinrichtungen der Krankenhäuser zu verzeichnen war, sollten Notfallzentren aufgebaut werden. Träger dieser Einrichtungen sind im Rahmen des Sicherstellungsauftrags die Kassenärztlichen Vereinigungen. Es besteht dort jedoch eine umfassende Kooperationsverpflichtung mit dem benachbarten Krankenhaus. Hierzu ist es nötig, die rechtlichen Voraussetzungen zu schaffen und sinnvolle Anreize für die gegenseitige Unterstützung und effiziente Nutzung vorhandener Ressourcen zu setzen.

Notfallzentren sollen grundsätzlich nur in unmittelbarer Nähe von Krankenhäusern eingerichtet werden, die den Kriterien des vom G-BA beschlossenen Notfallstufenplans entsprechen. Darüber hinaus werden auf die Bevölkerungszahl und die räumliche Erreichbarkeit bezogene Verhältniszahlen gebildet, die als Planungsgrundlage für die räumliche Verteilung der Einrichtungen dienen. Die KVen sollen verpflichtet werden, diese Notfallzentren einzurichten.

43 %

der Befragten mit **Beschwerden außerhalb der Praxisöffnungszeiten** suchten die **Notaufnahme** auf, **15 %** riefen den **Rettungsdienst**, **12 %** wandten sich an eine **Bereitschaftspraxis**, **15 %** riefen die **116 117** an (TK-Meinungspuls 2021).

Die enge Kooperation der KVen mit den Krankenhäusern stellt hohe Anforderungen an deren Kooperations- und Integrationsfähigkeit. Die TK sieht dies als wichtigen Schritt in Richtung einer besseren Kultur der Zusammenarbeit. Insbesondere in unterversorgten Gebieten können Notfallzentren als erste Ausbaustufe einer zukünftigen sektorenübergreifenden Versorgung angesehen werden, in der verschiedene Fachrichtungen an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung in einer Einrichtung zusammenarbeiten. Das setzt eine fallbegleitende, gemeinsame digitale Kommunikation und damit Transparenz der eingeleiteten Maßnahmen zwingend voraus. Die dazu nötigen Systemvoraussetzungen und technischen Schnittstellendefinitionen müssen bundeseinheitlich vorgegeben werden.

Die neuen und einheitlichen Anlaufstellen in der Notfallversorgung schließen eine Lücke zwischen Patientenbedürfnissen und Versorgungsangeboten, die bisher vermehrt zu einer Fehlinanspruchnahme geführt hat. Es ist deshalb sehr wichtig, dass für Patientinnen und Patienten, bei denen kein dringlicher Versorgungsbedarf festgestellt wird, eine Anschlussbehandlung sichergestellt wird. Konkret bedeutet dies, dass Patientinnen und Patienten mit verschiebbarem Behandlungsbedarf von den Notfallzentren oder der Leistelle, direkt und dringlich an deren Vertragsarzt oder -ärztin (haus- oder fachärztlich) überwiesen werden können. Diese sind verpflichtet, im Rahmen des Sicherstellungsauftrags innerhalb einer Frist von einer Woche einen Termin anzubieten. Darüber hinaus stehen diesen Patientinnen und Patienten die Terminservicestellen zur Verfügung.



Das Konzept Regionale Gesundheitszentren (RGZ) für unterversorgte Regionen

Das steht im Koalitionsvertrag

- Zudem erhöhen wir die Attraktivität von bevölkerungsbezogenen Versorgungsverträgen (Gesundheitsregionen) und weiten den gesetzlichen Spielraum für Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern aus, um innovative Versorgungsformen zu stärken.

Bevölkerungsbezogene Versorgungsverträge sollen attraktiver werden. Dahinter steht das Konzept der Gesundheitsregionen. Mit diesem Konzept werden in der gesundheitspolitischen Diskussion eine ganze Reihe ambitionierter Ziele verbunden. Gesundheitsregionen sollen die Transparenz erhöhen, die Versorgungsqualität verbessern, den Qualitätswettbewerb voranbringen, Prävention und Gesundheitsförderung verankern und Sektorengrenzen überwinden. Gleichzeitig gibt es begründete Zweifel daran, ob mit einer flächendeckenden Umsetzung des Konzeptes diese Ziele erreicht werden können. Die TK schlägt daher vor, den Ansatz zunächst in unterversorgten Gebieten anzuwenden.

Gemeinsam mit den von der Koalition geplanten multiprofessionellen integrierten Gesundheits- und Notfallzentren können neue regionale Versorgungskonzepte ein adäquates Instrument sein, um bestehende Versorgungsdefizite in strukturschwachen oder ländlichen Regionen anzugehen. Die im SGB V vorgesehenen Strukturen stoßen dort an ihre Grenzen. Die niedergelassene Arztpraxis auf dem Land ist für viele Berufseinsteigerinnen und -einsteiger nicht mehr attraktiv genug, so dass perspektivisch (in einigen Regionen bereits heute) nicht mehr genügend Ärztinnen und Ärzte für die ambulante Versorgung zur Verfügung stehen. Gleichzeitig existieren an manchen Orten Kliniken, die den tatsächlichen Versorgungsbedarf schon heute nicht adäquat abbilden. Gleichzeitig geht der demografische Wandel mit einem Anstieg chronischer Erkrankungen, Multimorbidität und mehr Hilfs- und Pflegebedürftigkeit einher. Dies erfordert von allen Beteiligten die Bereitschaft, neue Wege in der Versorgung zu gehen – digital und analog.

Alles aus einer Hand – Eine sektorenübergreifende Versorgung schaffen Dabei muss das Ziel sein, auch unter veränderten Rahmenbedingungen ein umfassendes Versorgungsangebot außerhalb der Ballungsgebiete aufrechtzuerhalten. Das heißt, der Versorgungsauftrag muss die gesamte Prozesskette der Leistungserbringung abbilden – von der Vermeidung über die Behandlung bis hin zur Unterstützung beim Leben mit einer Erkrankung. **Sollte eine solche umfangreiche Versorgung (perspektivisch) nicht sichergestellt werden können, schlägt die TK vor, einen neuen sektorenübergreifenden Versorgungsbereich zu schaffen, der einheitlich organisiert ist und die (drohende) Versorgungslücke schließt.**

Herzstück dieses neuen Versorgungsbereichs ist das Regionale Gesundheitszentrum (RGZ), welches die Akut- und Notfallversorgung und Leistungen der ambulanten und stationären (Grund-) Versorgung sowie den Rettungsdienst abdeckt, optional auch Angebote zur Pflege vorhält, und den Menschen in der Region eine wohnortnahe Versorgung ermöglicht. Insbesondere in unterversorgten Bereichen können zusätzlich Elemente der Ferndiagnostik, -behandlung, -überwachung und -betreuung eine größere Rolle spielen. Sie haben das Potenzial, den Bedarf an Arztkonsultationen zumindest teilweise abzudecken. Darüber hinaus erspart ihr Einsatz sowohl den Leistungserbringern als auch den Patientinnen und Patienten vermeidbare Aufwände.

Ein RGZ ermöglicht eine optimierte Koordination (Sicherstellung des adäquaten Behandlungspfads), Kooperation (zum Beispiel Fallbesprechungen, Qualitätszirkel) und Kommunikation zwischen den verschiedenen an der Versorgung Beteiligten. Dieses Netzwerk wird außerdem telemedizinisch an überregionale Zentren angebunden, die über die vor Ort nicht vorhandene Expertise verfügen und bei Diagnose und Therapie unterstützen. Das RGZ übernimmt dabei für alle Teilnehmenden die notwendige Einrichtung und Pflege der digitalen Infrastruktur.

Viele Wege führen zum RGZ Es gibt unterschiedliche Gründe, warum im ländlichen Raum eine Unterversorgung drohen kann. Zum Beispiel können in einer Region zu wenige (Haus-)Ärztinnen oder (Haus-)Ärzte vorhanden sein oder aber es entsteht aus wirtschaftlichen oder personellen Gründen der Bedarf, das Krankenhaus anders zu organisieren. Ist absehbar, dass im ambulanten oder im stationären Bereich eine Unterversorgung droht, greifen zunächst die jeweils vorgesehenen Mechanismen, um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Zeichnet sich ab, dass zu wenig ambulante Fachärztinnen und Fachärzte in einer Region zur Verfügung stehen, könnte das Krankenhaus vor Ort die fachärztliche Versorgung erbringen und sicherstellen. Fehlt jedoch eine Kombination aus haus- und fachärztlichen Tätigkeiten, bedarf es zusätzlicher Optionen, um Versorgungssicherheit zu erzielen. Ein modular zu entwickelndes RGZ, welches sich am konkreten Versorgungsbedarf vor Ort orientiert, könnte den Wegfall eines umfassenden Teils der ambulanten Versorgung kompensieren.

Reichen im stationären Bereich die vorhandenen Mechanismen zur Verhinderung einer Unterversorgung nicht aus, stellt das modulare RGZ-Konzept ebenfalls eine Lösung dar: Etwa wenn sich ein Klinikbetreiber/-träger aus wirtschaftlichen Erwägungen zurückzieht oder Qualitätsdefizite in der stationären Versorgung auf Dauer nicht beseitigt werden können. Dann könnten über das modulare RGZ-Konzept Krankenhausstrukturen in der Region erhalten werden. So entsteht eine neue Art von Krankenhaus, das einerseits stationäre Bedarfe vor Ort deckt, aber zudem auch über das RGZ einen ausgeprägten ambulanten Versorgungsanteil hat beziehungsweise sehr eng mit der ambulanten Versorgung vernetzt ist. Droht eine regionale Unterversorgung sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich, ist das RGZ-Konzept ein geeignetes Instrument, um den Menschen auch zukünftig eine umfassende medizinische Versorgung vor Ort anzubieten. Voraussetzung ist die Feststellung der Unterversorgung durch das neu aufzustellende 90a-Gremium (siehe unten) und die Ausschreibung einer neuen Struktur durch diese Instanz.

Neue Transportinfrastruktur – Die Patientinnen und Patienten kommen zur Versorgung Dort, wo keine wohnortnahe medizinische Grundversorgung gewährleistet ist, muss eine Transportinfrastruktur geschaffen werden, die den Patientinnen und Patienten den Zugang zur Versorgung ermöglicht. Neben regionalen Transport- und Verkehrsanbietern können in diesem Zusammenhang auch Plattformlösungen unterstützen – etwa eine Buchungsplattform für medizinische Beförderungsanliegen. Über eine solche könnten Dienstleistungen zur Vermittlung und Koordination von Patiententransporten zur Verfügung gestellt werden.

Zudem muss auch in ländlichen Regionen die Notfallversorgung umfassend gewährleistet sein. Dazu sollte die Rolle des qualifizierten Rettungsdienstes für die ländliche Versorgung neu definiert werden. Ähnlich den Erfahrungen in skandinavischen Ländern sind die Kompetenzen des Rettungsdienstes und die medizinischen Möglichkeiten bereits während des Einsatzes neu zu gestalten. Dazu gehört auch die notärztliche Versorgung.

Hinzu kommt, Spezialisierung in der Krankenhauslandschaft verbessert die Versorgungsqualität, macht teilweise aber weitere Wege notwendig. Im Rahmen einer optimierten Bedarfsplanung muss der verstärkte Einsatz der Luftrettung in Betracht gezogen werden. Auch für die zeitgerechte Bereitstellung notärztlicher Kapazitäten kann die moderne Luftrettung einbezogen werden. Der einzelne Hubschraubereinsatz ist zwar mit hohen Kosten verbunden, kann aber in einer über Spezialisierung auf Qualität und auf den Bedarf ausgerichteten Krankenhauslandschaft ein wichtiger Baustein für die optimale Versorgung von Patientinnen und Patienten sein.

Intelligente Aufgabenteilung – Delegation ärztlicher Leistungen Gerade in den unterversorgten ländlichen Regionen (allerdings nicht nur dort) wird deutlich, dass auch über die Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen diskutiert werden muss. Die Koalition hat dies erkannt und will an verschiedenen Punkten die bisherige Arbeitsteilung und Aufgabenstellung der Gesundheitsberufe modernisieren. In Reaktion auf die immer schwierigere Personalsituation in der medizinischen Versorgung geht kein Weg daran vorbei, gerade niedrighschwellige ärztliche Leistungen zu delegieren. Auch dabei können neue digitale Anwendungen einen wertvollen entlastenden Beitrag leisten.

Die Idee der Versorgungsassistenz ist einer von mehreren Ansätzen, die sich als Lösung anbieten. Er wurde und wird in verschiedenen Modellvorhaben zur möglichen Delegation ärztlicher Leistungen erprobt. Die Ergebnisse dieser Projekte fallen in der Regel positiv aus. Eine Verschlechterung der medizinischen Versorgung ist grundsätzlich nicht festzustellen. Generell sollten ärztliche Leistungen aber nur auf speziell qualifiziertes Fachpersonal übertragen werden. Das mögliche Spektrum der delegierbaren Tätigkeiten reicht vom Assessment und der Anamnese über Koordinierungsaufgaben und das Versorgungsmanagement vor Ort bis hin zum Monitoring der eingeleiteten Maßnahmen.



Künftig wacht das 90a-Gremium über die regionale Versorgung

Das steht im Koalitionsvertrag

- Die ambulante Bedarfs- und stationäre Krankenhausplanung entwickeln wir gemeinsam mit den Ländern zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung weiter.
- Entscheidungen des Zulassungsausschusses müssen künftig durch die zuständige Landesbehörde bestätigt werden.

Um einen bestehenden oder drohenden Mangel in der Versorgung beziehungsweise Unterversorgung festzustellen, sind gute regionale Kenntnisse erforderlich. Im sogenannten 90a-Gremium kommen die relevanten Akteurinnen und Akteure der regionalen Versorgung zusammen. Dieser Kreis ist geeignet, sich regelhaft mit der Versorgungssituation im ländlichen Raum zu befassen, diese anhand klar definierter Kriterien zu bewerten und gegebenenfalls Maßnahmen zu ihrer Verbesserung anzustoßen. Zentrale Aufgabe dieser sektorenübergreifenden Planung muss die strikte Ausrichtung und Verteilung aller Behandlungskapazitäten gemäß den regionalen Versorgungsbedürfnissen sein. Wesentliches Auswahlkriterium muss hierbei die Qualität der Leistungserbringung sein. Die 90a-Landesgremien bieten sich auch deshalb an, da so keine neue Planungsbürokratie entsteht. Gleichwohl muss ihre Arbeitsfähigkeit gesichert und die Stimmberechtigung im Gremium klargestellt werden. Um dabei ein bundesweit einheitliches Vorgehen zu gewährleisten, sollte der Gesetzgeber diesem regionalen Gremium gesetzlich ein konkretes Spektrum an Aufgaben und Zuständigkeiten übertragen.

Die TK schlägt vor, dass dem Gremium Vertreterinnen und Vertreter der Kassenärztinnen und Kassenärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen in gleicher Zahl angehören. Die Länder erhalten Stimmrechte, sofern sie teilnehmen. In Zukunft könnte das Gremium in einer Region, in der die reguläre Versorgung nicht mehr gewährleistet ist (Unterversorgung) einen Versorgungsauftrag für diese Region konkret formulieren und ausschreiben. Dieser Versorgungsauftrag kann – entsprechend des Umfangs der festgestellten Unterversorgung – ambulante und stationäre Leistungen enthalten. Auf diese Ausschreibung für ein Angebot im Rahmen des RGZ-Konzepts können sich an der Übernahme des Versorgungsauftrags interessierte Personen mit entsprechendem fachlichen Hintergrund oder Organisationen bewerben.

Die Übernahme des Versorgungsauftrags bedeutet gleichzeitig die Verantwortung für die Koordination der Leistungserbringung. Die Trägerschaft sollte in der Rechtsform nicht eingeschränkt werden. So wären Gemeinschaften von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ebenso denkbar wie kommunale Gesellschaften, Körperschaften, private Institutionen oder Personen. Die Qualitätsanforderungen haben mindestens denen der Regelversorgung zu entsprechen. Für den ambulanten Leistungsbereich bleibt das Prinzip des Erlaubnisvorbehaltes bestehen. Für die Regelversorgung kommen die bekannten und geltenden Vergütungssysteme zur Anwendung. Für neue, sektorenübergreifende Aufgaben werden jedoch neuartige Vergütungen leistungsbezogen vereinbart.



Gesundheitskiosk: niedrigschwellige Angebote zielgerichtet einsetzen

Das steht im Koalitionsvertrag

- In besonders benachteiligten Kommunen und Stadtteilen (5 Prozent) errichten wir niedrigschwellige Beratungsangebote (z.B. Gesundheitskioske) für Behandlung und Prävention.

Die TK hält den Ansatz eines Gesundheitskiosks in ausgewählten Settings für nachvollziehbar. Da es sich dabei um einen höchst zielgruppenspezifischen Ansatz handelt, muss dieses Instrument zielgerichtet eingesetzt werden. Ein Gesundheitskiosk könnte als zentraler Anlaufpunkt fungieren, wo Bürgerinnen und Bürger die Informationen erhalten, die sie in ihrer individuellen Situation benötigen. Somit ist seine Kernaufgabe, in Gesundheits- und Präventionsfragen zu beraten und die Nutzung vorhandener Angebote im Gesundheitssystem und zu den sozialen Beratungsstellen zu vermitteln.

Wichtig ist: Bei der Ausgestaltung des Gesundheitskiosks ist dafür Sorge zu tragen, dass keine Doppelstrukturen entstehen. Dort sollen keine ärztlichen Leistungen durchgeführt werden. Jedoch kann der Gesundheitskiosk beispielsweise eine Infrastruktur bieten, mit der Bürgerinnen und Bürger digitale Sprechstunden bei einer Ärztin oder einem Arzt wahrnehmen können. Ziel des Konzepts sollte neben der Beratung die Entlastung des Gesundheitssystems sein, indem beispielsweise Fehl- und Mehrfachinanspruchnahmen vermieden werden. Im Koalitionsvertrag ist festgelegt, dass solche Beratungsangebote nur in besonders benachteiligten Kommunen und Stadtteilen eingerichtet werden sollen. Um den zielgerichteten Einsatz sicherzustellen, bedarf es gesetzlicher Kriterien für deren Auswahl. Darüber hinaus sollte festgelegt werden, welche Träger einen Gesundheitskiosk betreiben dürfen.

Das Konzept Gesundheitskiosk umfasst unmittelbare Leistungen der Gesundheitsversorgung, aber auch öffentliche Aufgaben. Das muss in der Finanzierungsstruktur berücksichtigt werden, und zwar wie folgt: Für die Investitions- und strukturellen Kosten der Einrichtung selbst ist die öffentliche Hand zuständig. Für Leistungen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung kann auf deren bewährte und bereits finanzierte Strukturen und Angebote zurückgegriffen werden. Insbesondere für den Finanzierungsanteil der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Vergütung leistungsorientiert je Versicherten mit der Krankenkasse abzurechnen.



Digitale Versorgungsangebote: Telemedizin- und Telemonitoring und Telenotarzt

Das steht im Koalitionsvertrag

- Wir ermöglichen regelhaft telemedizinische Leistungen inklusive Arznei-, Heil- und Hilfsmittelverordnungen sowie Videosprechstunden, Telekonsile, Telemonitoring und die telenotarztliche Versorgung.

Telemedizin Die Koalition will ein breites Spektrum telemedizinischer Leistungen in die Regelversorgung überführen. Dass es bis heute trotz Auftrags an die gemeinsame Selbstverwaltung immer noch Lücken in den gesetzlichen und kollektivvertraglichen Regelungen für die telemedizinische Leistungserbringung und deren Abrechnung gibt, unterstreicht die Notwendigkeit des Vorhabens. Die Telemedizin und darüber hinaus die verschiedenen digitalen Versorgungsformen bieten die Chance, Produkte und Lösungen zu etablieren, welche die Sektorengrenzen überwinden, weil sie auf alle Ebenen übertragbar und kompatibel sein können. Dabei müssen die Regelungen einer wissenschaftlich fundierten Position folgen, die in der Lage ist, alle beteiligten Akteure einzubinden, um die telemedizinische Leistungserbringung weiter zu entwickeln.

Die TK schlägt daher vor, telemedizinisch erbrachte ärztliche Leistungen grundsätzlich denen gleichzustellen, die in Präsenz erbracht werden. Dazu muss der Bewertungsausschuss für alle telemedizinisch erbringbaren, ambulanten ärztlichen Leistungen eine Vergütungsregelung treffen. Seit 2022 dürfen bis zu 30 Prozent der vertragsärztlichen Leistungen in einer Arztpraxis telemedizinisch erbracht werden. Damit dürfte in etwa das Maximum dessen erreicht werden, was mit den Prämissen der bisherigen Verfahren zur Bedarfsplanung und Zulassung sowie den Kalkulationen ärztlicher Leistungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab kompatibel ist. Wenn davon auszugehen ist, dass dieser Anteil weiter steigt – und das sollte ein politisches Ziel sein – dann muss die ortsunabhängige, telemedizinische Leistungserbringung auch in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden. Zumindest muss dies in den Regionen möglich werden, für die eine Unterversorgung festgestellt wird beziehungsweise in denen Patientinnen und Patienten überdurchschnittlich weite Wege zur haus- oder fachärztlichen Versorgung haben. Auch im Zusammenhang mit einer möglichen Entbudgetierung der Hausarzthonorare (siehe unten) müssen die mit telemedizinischer Leistungserbringung möglichen Mengen- und Ausgabensteigerungen berücksichtigt werden.

Analog zur ambulanten Versorgung sollte die Anwendung telemedizinischer Lösungen auch im stationären Bereich verbindlich geregelt werden. Das betrifft die Ausgestaltung von Versorgungsaufträgen von Krankenhäusern genauso wie die bisher ungelöste Vergütung telemedizinischer Leistungen von zum Beispiel Krankenhäusern einer höheren Versorgungsstufe für Häuser der Grundversorgung.

Telemonitoring Beim Telemonitoring werden regelmäßig Daten von einem Device in einer Datenbank gesammelt und können dann jederzeit vom Arzt abgerufen werden, wobei sich das Device beim Patienten oder der Patientin befindet und implantiert sein kann. Das Telemonitoring bei Herzinsuffizienz ist bereits vom Gemeinsamen Bundesausschuss positiv bewertet und in die Regelversorgung überführt worden.

Diese Versorgung sollte künftig im Rahmen eines plattformorientierten Ansatzes realisiert werden, also eines Ansatzes, bei dem ein Datenaustausch auf einem Server oder in einem digitalen Netzwerk stattfindet. Dabei müssen Ärztinnen und Ärzte ebenso wie Patientinnen und Patienten, aber auch weitere am Versorgungsprozess Beteiligte, weitere Module, also digitale Anwendungen, Hard- und Software, nutzen können. Zudem sollte das Telemonitoring um weitere Indikationen und Leistungsbereiche erweitert werden.

Videosprechstunden Online-Videosprechstunden haben sich bewährt. Gerade in der Coronapandemie hat sich gezeigt, dass immer mehr Menschen ärztliche Videosprechstunden nutzen wollen. Die TK und ihre Versicherten haben sehr gute Erfahrungen machen können – über die App TK-Doc konnten COVID-19-Risikopatientinnen und -patienten sowie -Infizierte trotz Kontaktbeschränkungen und Quarantäne ärztlichen Rat und medizinische Unterstützung erhalten.

Grundsätzlich bieten Videosprechstunden auch die Chance, in unterversorgten Gebieten, wo die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen häufig schwieriger ist, die Leistungserbringung zu gewährleisten. Eine höhere Anzahl an Videosprechstunden könnte dazu beitragen, dass Patientinnen und Patienten, ihren Arzt oder ihre Ärztin konsultieren können, ohne weite Wege und lange Wartezeiten auf sich nehmen zu müssen. Deshalb ist das Vorhaben der Koalition unbedingt zu begrüßen. Dabei muss sichergestellt werden, dass der Leistungsumfang innerhalb einer Videosprechstunde grundsätzlich dem einer Behandlung in Präsenz entspricht. Das bedeutet, dass es in die Verantwortung der Ärztin oder des Arztes gestellt ist, ob und in welchem Umfang zum Beispiel Arzneimittelverordnungen oder AU-Bescheinigungen ausgestellt oder weitere Schritte in Diagnostik, Therapie, Rehabilitation oder Pflege eingeleitet werden.

22.519

TK-Versicherte ließen sich im ersten Quartal 2021 ausschließlich per Videosprechstunde behandeln – vor der Pandemie, im vierten Quartal 2019, waren es hingegen nur 23 TK-Versicherte.

Derzeit dürfen niedergelassene Ärztinnen und Ärzte lediglich 30 Prozent ihrer Behandlungsfälle im Quartal per Videosprechstunde leisten. Diese Grenze sollte deutlich ausgeweitet werden. Das bedarf eines gesetzlichen Auftrags an die Partner auf Spitzenverbandsebene zur

- Prüfung und Anpassung der Kalkulationen ärztlicher Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab bei digitaler Leistungserbringung und zur
- Adaption der Vorgaben zur Bedarfsplanung und Zulassung sowie weitere tangierte Vorgaben im Vertragsarztrecht für eine deutlich ausgeweitete digitale und somit ortsungebundene Leistungserbringung.

Telenotärztliche Versorgung Die Digitalisierung im Gesundheitswesen soll nach dem Koalitionsvertrag auch durch die regelhafte Möglichkeit der telenotärztlichen Versorgung weiter vorangetrieben werden. Eine Telenotärztin oder ein Telenotarzt soll die Notfallrettung in einer Region, einem ländlichen Raum optimieren und das Rettungsdienstpersonal bei Einsätzen aus der Ferne bei Diagnosestellung und Erstbehandlung unterstützen.

Dabei werden die aus dem Rettungsfahrzeug übertragenen audiovisuellen Daten und die Vitaldaten der Patientinnen und Patienten analysiert. So können notwendige Behandlungen früher beginnen und gegebenenfalls kritische Zeitfenster bis zur klinischen Intervention, wie bei einem Schlaganfall oder Herzinfarkt, reduziert werden.

Telenotärztliche Konzepte wurden zum Beispiel in Projekten des Innovationsfonds vielfach erprobt. Deren Ergebnisse sprechen für ihre Überführung in die Regelversorgung. Denn das Telenotarzt-System ist ein geeignetes Instrument für den zielgerichteten Einsatz der knappen Notarztkapazitäten insbesondere im ländlichen Raum. Für die Nutzung des vollen Potenzials sind jedoch Änderungen beziehungsweise ergänzende Maßnahmen erforderlich: Zunächst müssen die vielen Lücken in der Netzabdeckung der Mobilfunkanbieter geschlossen werden. Darüber hinaus müssen die 16 Landesrettungsdienstgesetze besser mit dem SGB V verzahnt werden. Zudem müssen die für ein solches Konzept in Frage kommenden Indikationen festgelegt werden. Die Inhalte der Dokumentation und des Datenaustauschs müssen definiert werden und für die Kooperation zwischen den ärztlichen und nichtärztlichen Berufen braucht es ebenfalls eine Klarstellung.



Sektorenübergreifende Datenharmonisierung: tagesgleiche Abrechnungs- und Diagnosedaten

Das steht im Koalitionsvertrag

- Zudem bringen wir ein Registergesetz und ein Gesundheitsdatennutzungsgesetz zur besseren wissenschaftlichen Nutzung in Einklang mit der DSGVO auf den Weg und bauen eine dezentrale Forschungsdateninfrastruktur auf.

Mit der Schaffung eines Gesundheitsdatennutzungsgesetzes soll eine Forschungsdateninfrastruktur aufgebaut werden. Die TK schlägt vor, dieses Gesetz auch für eine Verbesserung der Daten in der tatsächlichen Versorgung zu nutzen. Durch die Digitalisierung haben Daten im Gesundheitswesen an Bedeutung gewonnen. Wir brauchen bessere Daten und wir müssen ihre Auswertung optimieren, damit eine moderne Versorgungsforschung, die Entwicklung von Versorgungsinnovationen sowie die Analyse von sektorenübergreifenden Behandlungssequenzen und -pfaden möglich sind.

Abrechnungsdaten der vertragsärztlichen Versorgung kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. Sie sind aussagekräftig, wenn es um die Beurteilung des Leistungsgeschehens, der Abrechnungsvolumina, um Finanzprognosen, um Unterstützung bei Kundenanliegen oder um Versorgungsforschung geht.

Einer sinnvollen Nutzung von insbesondere ambulanten Abrechnungsdaten steht heute entgegen, dass diese von den Kassenärztlichen Vereinigungen frühestens vier Monate nach Quartalsende zur Verfügung gestellt werden. Es können also bis zu neun Monate zwischen Erbringen einer Leistung in der Praxis und ihrer Dokumentation bei der Krankenkasse vergehen. Das Problem hat der Gesetzgeber bereits erkannt und im Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWVG) eine Verkürzung der Frist für die Bereitstellung der Abrechnungsdaten aufgenommen. Leider wurde bis heute noch keine Anpassung in der Praxis vorgenommen. Das ist nicht nachvollziehbar. Heute wird die Leistungserbringung in allen Arztpraxen digital erfasst und die Daten werden digital an die KV weitergeleitet. Die Verzögerung ist technisch nicht mehr zu rechtfertigen. Für die Patientinnen und Patienten ist es nicht erklärbar, weshalb Abrechnungsdaten, die im konkreten Versorgungsfall Arzt und Ärztin sowie Patientinnen und Patienten helfen, erst mit einem erheblichen zeitlichen Verzug zur Verfügung stehen. Auch die Coronapandemie hat gezeigt, wie wichtig die schnelle Verfügbarkeit sein kann: Aus der Analyse der Versorgungsdaten lassen sich Rückschlüsse auf die Auslastung des Gesundheitssystems und die Schwere der Lage ziehen. Der Zeitraum, in dem Unklarheit über die tatsächliche Situation herrscht, ist im 21. Jahrhundert nicht mehr zeitgemäß und muss verkürzt werden.

Die Lieferfristen sind im Bundesmantelvertrag Ärzte festgeschrieben. Aus Sicht der Datenverfügbarkeit wäre es die beste Lösung, wenn die Diagnose- und Leistungsdaten der Arztpraxen wie im Krankenhausbereich taggleich weitergeleitet würden. Es müsste sich dabei nicht um die letztendlichen Abrechnungsdaten handeln, die noch Plausibilitäts- und Abrechnungsprüfungen unterliegen. Aus den Arztpraxen müssten lediglich taggleich die vorliegenden Daten an die KVen gemeldet werden, welche die Informationen nach (automatisierter Erst-) Prüfung weiterleiten. Die Daten wären innerhalb weniger Tage verfügbar.

Ein weiterer Punkt zur Verbesserung der Auswertung von Routinedaten ist die Dauer ihrer Verfügbarkeit. Auch das hat der Gesetzgeber erkannt und die existierenden Löschrfristen in der ambulanten Versorgung verlängert. Jedoch ist die Regelung nicht ausreichend. Die TK schlägt vor, die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen für Abrechnungsdaten aufzuheben, damit sie für Forschung und Versorgung dauerhaft zur Verfügung stehen.

9

Monate können vergehen, bis Krankenkassen **Abrechnungsdaten** aus dem **ambulanten Bereich erhalten**. Aktuelle Rückschlüsse – etwa auf die Auslastung des Gesundheitssystems – sind so unmöglich.



Mehr Tempo bei der elektronischen Patientenakte (ePA)

Das steht im Koalitionsvertrag

- Wir beschleunigen die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) und des E-Rezeptes sowie deren nutzenbringende Anwendung und binden beschleunigt sämtliche Akteure an die Telematikinfrastruktur an. Alle Versicherten bekommen DSGVO-konform eine ePA zur Verfügung gestellt; ihre Nutzung ist freiwillig (opt-out).

Die breite Etablierung der elektronischen Patientenakte (ePA) sowie deren nutzenbringende Anwendung soll beschleunigt werden. Dazu soll das mehrstufige Opt-in-Verfahren in eine Opt-out-Regelung überführt werden, bei der die ePA grundsätzlich von den Krankenkassen bereitgestellt und mit Daten befüllt wird. Das ist zu begrüßen, denn es verfolgt konsequent das Ziel, die Digitalisierung unter Nutzung der ePA voranzureiben. Neben einer Opt-out-Regelung müssen auch der Zugang zur ePA (Authentifizierung) und deren Handhabung vereinfacht werden. Ebenso bedarf es verbindlicher Vorgaben zur Ausgestaltung sowie eine Terminschiene für das Opt-out-Verfahren.

Für eine sichere und verbindliche Nutzung der ePA braucht es eine breite Diskussion zur Auslegung der DSGVO, die Einführung klarer Sanktionen bei Verstößen sowie die notwendigen Anpassungen der spezialgesetzlichen Datenschutzvorschriften in den Sozialgesetzbüchern.

Sämtliche Versicherte müssen eine ePA erhalten und gleichzeitig das Recht bekommen, deren Einrichtung zu widersprechen (Opt-out). Damit ist jeder und jede Versicherte automatisch Besitzer oder Besitzerin einer ePA, die mit allen wichtigen Gesundheitsdaten befüllt ist. Voraussetzung hierfür ist, dass alle Leistungserbringer und die Krankenkassen verpflichtet werden, sämtliche in ihren Systemen erhobenen Daten in der ePA zu speichern. Die Zugriffsrechte für Daten, welche nach Anlage der ePA automatisch in dieser abgelegt worden sind, sollten von den Versicherten vor der ersten Nutzung der ePA geregelt werden. Jeder und jede Versicherte bestimmt, wer ein Leserecht bekommt und welche Inhalte eingesehen werden dürfen. **Die einzelnen Versicherten behalten somit die Souveränität über ihre Daten. Das schließt auch das Recht auf Datenlöschung mit ein. Sie entscheiden, welche Inhalte in ihrer ePA gespeichert sind und wer den Zugriff darauf erhält. Damit Patientinnen und Patienten einen tatsächlichen Nutzen von ihrer ePA haben, müssen so schnell wie möglich alle Leistungserbringer an die TI angeschlossen werden**

0,51 %

der gesetzlich Versicherten haben seit dem Opt-in-Start der ePA eine **elektronische Patientenakte**. Rund 68 Prozent von ihnen nutzen TK-Safe, die ePA der TK. (gematik, TI-Dashboard, 3.2.2022)

Eine klare Rolle für die gematik

Das steht im Koalitionsvertrag

- Die gematik bauen wir zu einer digitalen Gesundheitsagentur aus.

Die gematik soll laut Koalitionsvertrag zu einer „digitalen Gesundheitsagentur“ ausgebaut werden. Diese Neuausrichtung sollte zügig organisatorisch und aufgabenbezogen spezifiziert werden. In den vergangenen Jahren ist das Aufgabenspektrum der gematik deutlich erweitert worden. Damit übernimmt die gematik zunehmend Aufgaben, die in gesamtgesellschaftlicher Verantwortung liegen. Setzt die neue Koalition diesen Trend fort, braucht es dringend eine eindeutige Definition der Rolle der gematik.

Diese nimmt zunehmend eine problematische Doppelfunktion ein. Einerseits setzt sie den regulatorischen Rahmen für die Digitalisierung: Sie bestimmt die technischen Standards der TI, entwickelt die Anforderungen an deren Schnittstellen und Spezifikationen und ist verantwortlich für die Zulassung von TI-Anwendungen. Gleichzeitig soll sie nach dem Willen der Koalition der vergangenen Legislaturperiode selbst Angebote für die TI entwickeln. Damit regelt sie einerseits den Wettbewerb um digitale Leistungsangebote und ist gleichzeitig dessen Teilnehmer. Diese Doppelfunktion ist wegen des inhärenten Interessenskonflikts nicht hinzunehmen. Sie greift in den Wettbewerb ein und verhindert, dass sich dort die besten Lösungen durchsetzen.

Die Kernaufgabe der gematik ist, den Krankenkassen und Leistungserbringern als Dienstleister zur Seite zu stehen und diese bei Infrastrukturentwicklung und -betrieb zu unterstützen. Die Entwicklung von digitalen Anwendungen muss hingegen den Wettbewerbern überlassen werden. Darüber hinaus muss die Finanzierung der gematik entsprechend der Gesellschafteranteile geregelt werden: Die Anteilsmehrheit des Bundesgesundheitsministeriums (51 Prozent) sollte sich auch in einem vergleichbaren Beitrag zum gematik-Haushalt widerspiegeln. Auch die private Krankenversicherung sollte einen adäquaten Beitrag zur Finanzierung der gematik und der Infrastruktur leisten.



Das elektronische Rezept patientenorientiert gestalten

Das steht im Koalitionsvertrag

- Wir beschleunigen die Einführung (...) des E-Rezeptes (...)

Das elektronische Rezept (E-Rezept) ist ein entscheidender Schritt zu einem digitalisierten Gesundheitswesen und seine Einführung überfällig. Es ist eine der zentralen Anwendungen der Telematikinfrastruktur. Mit ihm besteht die Chance, für die Patientinnen und Patienten sowie die Leistungserbringer einen spürbaren Mehrwert bei den Arzneimittelverordnungen zu erzeugen. Mit der Entwicklung des E-Rezeptes wurde die gematik beauftragt. Es sollte den Versicherten in Deutschland zum 1.1.2022 zur Verfügung gestellt werden. In der Testphase konnte jedoch die notwendige Projektreife nicht erlangt werden. Die Einführung des E-Rezeptes wurde daher verschoben und die Testphase verlängert. Patientinnen und Patienten wollen eine einfache und komfortable E-Rezept-Lösung, „eine Lösung aus einer Hand“. Das kaum beherrschbare Registrierungs- und Authentifizierungsprozedere der gematik-App gewährleistet das derzeit nicht. Die Nichtnutzung durch die Versicherten ist bisher in der Testphase die logische Folge.

Für die weitere Umsetzung des E-Rezeptes können daher die Erfahrungen des Projektes „eRezept Deutschland“ genutzt werden, das sieben große Krankenkassen initiiert haben. Rund 1.600 Rezepte wurden seit Dezember 2020 auf digitalem Weg für den Ordnungsprozess von Arzneimitteln bis hin zur Abrechnung der Leistungen genutzt. Der Prozess funktionierte reibungslos und zeigte, dass eine Verknüpfung mit den Apps der Krankenkassen dem E-Rezept zahlenmäßig zum Durchbruch verhelfen kann. Denn bereits jetzt haben sich schon viele Millionen Versicherte für die App ihrer Krankenkasse registriert und authentifiziert. Die gematik-App behält neben der Krankenkassen-App ihre Berechtigung, zum Beispiel für Versicherte von Krankenkassen, die kein eigenes Angebot zum E-Rezept vorhalten.

Für die Verknüpfung des E-Rezeptes der gematik mit den Krankenkassen-Apps muss eine Schnittstelle zwischen dem E-Rezept-Fachdienst der TI und den Apps der Krankenkassen in einer Rechtsverordnung etabliert werden. Über diese wird dann der Datenaustausch zum E-Rezept bei entsprechender Zustimmung durch den Versicherten oder die Versicherte stattfinden. Auf der Basis dieses Datenaustausches können dann Mehrwertdienste der Krankenkassen, vor allem im Bereich der Arzneimittel-Therapiesicherheit, angeboten werden. Damit kann die E-Rezept-Lösung der gematik beibehalten werden. Über die Anbindung der Krankenkassen werden zusätzlich die Voraussetzungen für eine höhere Akzeptanz und Inanspruchnahme des E-Rezeptes durch die Versicherten geschaffen.



Ambulante Versorgung

Im ambulanten Bereich plant die Koalition für die 20. Legislaturperiode Reformen in unterschiedlichen Disziplinen – von Hausarztpraxen bis therapeutischen Berufen. Aus TK-Sicht kommt es hier – wie auch im stationären Bereich – darauf an, dass Maßnahmen zielgerichtet eingesetzt werden, um spürbare Verbesserungen für die Patientinnen und Patienten zu erzielen.

Zielgerichtete Entbudgetetierung im hausärztlichen Bereich

Das steht im Koalitionsvertrag

- Wir heben die Budgetetierung der ärztlichen Honorare im hausärztlichen Bereich auf.

Die Koalition plant, die Budgetetierung der Honorare von Hausärztinnen und Hausärzten aufzuheben. Bereits heute ist nur noch etwa die Hälfte der an die Kassenärztlichen Vereinigungen gezahlten Gesamtvergütungen budgetetiert, wird also innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen bezahlt. **Die TK schlägt daher vor, das sehr wirksame Instrument der Budgetetierung nur dort aufzugeben, wo man dringende Versorgungsprobleme lösen muss: in anerkannt unterversorgten Gebieten.** Hier bietet es sich an, mit der Entbudgetetierung ein Signal für die Niederlassung zu setzen und gleichzeitig diejenigen zu unterstützen, die die Versorgung sicherstellen.

Die Versorgungssituation im ambulanten ärztlichen Bereich ist seit vielen Jahren durch eine vielfach anzutreffende Überversorgung bei gleichzeitig in wenigen Planungsbezirken und einzelnen Arztgruppen bestehender Unterversorgung gekennzeichnet. Das Hauptproblem liegt in einer unzureichenden regionalen Verteilung und einem dadurch bedingten Mangel, vornehmlich in der hausärztlichen Versorgung in ländlich geprägten oder strukturschwachen Regionen. Trotz steuernder Eingriffe von Politik und Selbstverwaltung, geht das Niederlassungsverhalten weiterhin deutlich zu Ungunsten der Randgebiete aus. Vor dem Hintergrund der rechtlichen Rahmenbedingungen wird ein Abbau von Überversorgung nur langfristig und in kleinen Schritten erzielbar sein. Aus TK-Sicht kann die Forcierung von Zulassungsbeendigungen von Praxen in überversorgten Gebieten, etwa bei Eintritt in den Ruhestand oder Umzug der Praxis, ein sinnvoller Beitrag zu einem solchen Abbau sein. Gleichzeitig entsteht dadurch ein Anreiz für die Niederlassung in unterversorgten Regionen.

Die mangelnde Attraktivität der Niederlassung in ländlichen Regionen ist durch eine Vielzahl sehr unterschiedlicher Faktoren bedingt, die nur teilweise von der gesundheitspolitischen Gesetzgebung beeinflussbar sind. Neben strukturellen Rahmenbedingungen der ärztlichen Leistungserbringung ist dabei in erster Linie an finanzielle Anreize zu denken.

Ein deutliches Signal zur Förderung der hausärztlichen Niederlassung in unterversorgten oder gegebenenfalls auch von Unterversorgung bedrohten Planungsbereichen könnte gesetzt werden, wenn dort für Hausärztinnen und Hausärzte die Honorarverteilung ausgesetzt würde und ihre vertragsärztlichen Leistungen als Einzelleistungsvergütung nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) ohne Mengenbegrenzung mit dem regionalen Punktwert vergütet würden. Diese Ausnahmeregelung zum bestehenden Vergütungssystem wäre zeitlich auf 10 Jahre zu befristen. Damit würden hinreichende und verlässliche Anreize gesetzt. Vor Umsetzung dieser räumlich begrenzten Einzelleistungsvergütung ist die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, um die Vergütungsanteile der bereits in diesen Planungsbereichen praktizierenden Hausärztinnen und Hausärzte zu bereinigen.



Ambulante Versorgung psychisch kranker Menschen verbessern

Das steht im Koalitionsvertrag

- Wir reformieren die psychotherapeutische Bedarfsplanung, um Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz, insbesondere für Kinder- und Jugendliche, aber auch in ländlichen und strukturschwachen Gebieten deutlich zu reduzieren.
- Wir verbessern die ambulante psychotherapeutische Versorgung insbesondere für Patienten mit schweren und komplexen Erkrankungen und stellen den Zugang zu ambulanten Komplexleistungen sicher.
- Die Kapazitäten bauen wir bedarfsgerecht, passgenau und stärker koordiniert aus.

Das Ziel der Koalition, die Versorgung schwer erkrankter Patientinnen und Patienten verbessern zu wollen, ist richtig. Die gemeinsame Selbstverwaltung hat sich dieser Aufgabe bereits angenommen und die KSV-Psych-Richtlinie 2021 verabschiedet. Die Beratungen für eine entsprechende Richtlinie zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen werden in diesem Jahr beginnen. Beide Richtlinien dürften in den kommenden Jahren in der Versorgung Wirkung zeigen.

Die Angebote für eine psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie in ländlichen und strukturschwachen Regionen müssen besser werden. Der steigenden Nachfrage nach Psychotherapie kann aber nicht allein durch eine Anpassung der Bedarfsplanung begegnet werden. Vielmehr müssen grundlegende Strukturprobleme angegangen werden, um die künftige Versorgung der Patientinnen und Patienten nicht nur zu sichern, sondern auch zu verbessern.

Die ambulante Versorgung psychisch kranker Menschen ist mehr als nur Psychotherapie und wird durch verschiedene Facharztgruppen sichergestellt: Psychiaterinnen, Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeutinnen. Diese verschiedenen Facharztgruppen sind in den vergangenen Jahren allerdings unterschiedlich stark gewachsen. So stellen die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zwischenzeitlich die zweitgrößte Arztgruppe in der ambulanten Versorgung nach den Hausärztinnen und Hausärzten dar und sind mit großem Abstand die größte Facharztgruppe. Die psychiatrischen Facharztgruppen fehlen insbesondere in ländlichen Versorgungsregionen. Teils können freie Praxissitze gar nicht besetzt werden, teils werden sie zugunsten eines Praxissitzes in städtischen Bereichen wieder aufgegeben. Es wird daher nicht reichen, nur die Bedarfsplanungszahlen anzupassen. Krankenkassen, Politik und Kassenärztliche Vereinigungen müssen gemeinsam aktiv werden, um die Versorgungsstrukturen dauerhaft zu verbessern.

Bevor die Koalition die Bedarfsplanung anpassen lässt, muss die Auslastung der bestehenden Praxissitze überprüft werden. Eine Überprüfung, ob der Versorgungsauftrag wie vereinbart wahrgenommen wird, ist Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen. Sie müssen im Interesse der Patientinnen und Patienten, die auf einen Therapieplatz warten, konsequent handeln und gegebenenfalls die Versorgungsaufträge entsprechend des tatsächlichen Erfüllungsgrads korrigieren. Die Prüfungsergebnisse müssen den Kassen transparent gemacht werden. Nur so kann gemeinsam an einer Weiterentwicklung der Bedarfsplanung gearbeitet werden.

In der ambulanten Psychotherapie sind vier sehr unterschiedliche Verfahren zugelassen: Systemische Therapie, Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie. Die Systemische Therapie wurde erst 2020 als Verfahren neu zugelassen. Sie setzt den Schwerpunkt auf den sozialen Kontext psychischer Störungen, insbesondere auf die familiäre Interaktion und das soziale Umfeld der Patientin oder des Patienten. Als neues Verfahren ist sie in der Versorgung derzeit noch völlig unterrepräsentiert. Um auch den systemischen Therapeutinnen und Therapeuten sowie den Patientinnen und Patienten, die mit diesem Verfahren behandelt werden könnten, einen substantiellen Anteil an der Versorgung zu verschaffen, sollte sie gefördert werden: Die Systemische Therapie sollte durch eine Anpassung im § 101 Absatz 4 SGB V solange bei Nachbesetzungen bevorzugt werden, bis mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 15 Prozent der regional maßgeblichen Verhältniszahl erreicht ist.

Die Therapieverfahren unterscheiden sich aber nicht nur im Hinblick auf die Therapietechnik, sondern auch bei der durchschnittlichen beziehungsweise maximalen Therapiedauer. So kann bei einer gleichen Anzahl an Therapeutinnen und Therapeuten je nach Verfahren eine unterschiedliche Anzahl an Patientinnen und Patienten therapiert werden. Daher sollten bei Nachbesetzungen von Kassensitzen die Therapieverfahren den Vorzug erhalten, die eine möglichst hohe Versorgungskapazität schaffen.

Gelingt es nicht, die Versorgung in unterversorgten Regionen sicherzustellen, sollten die Behandlungsstrukturen für psychotherapeutische Leistungen im Videosetting weiter ausgebaut werden. Unter den Pandemiebedingungen hat sich das Videosetting für Patientinnen und Patienten als probates Mittel sehr gut bewährt. Die Begrenzung der Behandlungsfälle auf 30 Prozent je Vertragstherapeutin beziehungsweise -therapeuten wurde dafür ausgesetzt. Die Anwendung und der Umfang des Videosettings sollten aber auch künftig der Entscheidung von Therapeutinnen und Therapeuten gemeinsam mit ihren Patientinnen und Patienten überlassen werden. Außerdem sollten die psychotherapeutischen Sprechstunden und probatorischen Sitzungen für das Videosetting freigegeben werden. Wichtig sind allerdings ein geschützter therapeutischer Rahmen, die Nutzung zertifizierter Videodienstleister und Regelungen für eine Kontaktaufnahme bei Notfällen.



Direktzugang für therapeutische Berufe: erst strukturelle Hürden überwinden

Das steht im Koalitionsvertrag

- Wir bringen ein Modellprojekt zum Direktzugang für therapeutische Berufe auf den Weg.

Die Koalition beabsichtigt, den Direktzugang für therapeutische Berufe durch Modellprojekte zu erproben. Wir begrüßen dieses Vorhaben, denn es eröffnet die Chance, die Qualität von Heilmittelerbringern zu steigern und sie besser in die Therapie einzubinden. Außerdem kann somit eine engere Vernetzung zwischen der ärztlichen und den therapeutischen Berufen erreicht werden. Inhaltlich erfordert ein Direktzugang zu den Leistungserbringern vor allem eine Regelung bezüglich deren wirtschaftlicher Verantwortung. Gerade in dieser Frage konnte man sich bei den Verhandlungen zu den Blankoverträgen bisher nicht einigen. Aus Sicht der Kostenträger ist eine solche Regelung aber zwingend notwendig und muss gesetzlich vorgegeben werden. Die bisherigen Modellprojekte sollten für die Neuauflage substantiell weiterentwickelt und evaluiert werden. Sie haben entweder keinen belegbaren Mehrwert in der Versorgung hervorgebracht oder waren wegen einer zu geringen Zahl an Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern nicht aussagekräftig genug.

Da der Heilmittelbereich in den vergangenen Jahren bereits von zahlreichen einschneidenden Veränderungen geprägt war, halten wir es für dringend angebracht, zunächst eine strukturelle Veränderung vorzunehmen, ehe der Direktzugang erprobt wird. Die Aufhebung der Grundlohnsummenbindung und die Einführung von Preisuntergrenzen, die bundeweite Vereinheitlichung von Preisen, die Blankoverordnungen und die Aufhebung der kassenseitigen Vertragsautonomie haben nicht nur zu erheblichen Kostensteigerungen geführt. Sie haben auch zu einem erheblich gestiegenen Koordinierungs- und Verhandlungsaufwand geführt. Dabei zeigte sich die strukturelle Schwäche des Heilmittelsektors besonders im Fehlen eines zentralen, mit einem Verhandlungsmandat ausgestatteten Verhandlungspartners. **Dass es keinen „Spitzenverband Heilmittel“ gibt, hat die bisherigen Vereinbarungen massiv verzögert, so dass immer noch nicht alle Vorhaben der letzten Koalition umgesetzt werden konnten.** Vor diesem Hintergrund würde zum gegenwärtigen Zeitpunkt ein weiteres Modellprojekt auf strukturelle Schwierigkeiten stoßen und nicht zielführend behandelt werden können.

Die TK schlägt daher vor, dass die bestehenden Verbände der fünf Heilmittelarten einen gemeinsamen Verband für die Verhandlungen mandatieren oder ein solches Mandat durch den Gesetzgeber geschaffen wird. Dies würde die Verhandlungen deutlich beschleunigen und auf beiden Seiten zu erheblichen Entlastungen und Synergieeffekten führen. Dadurch könnten auch Kapazitäten freigesetzt werden, die für weitere Neuerungen und Innovationen genutzt werden können.



Neue Berufsbilder und Kooperation im Gesundheitswesen

Die Beschreibung von Reformoptionen im Berufsrecht und bei der Kooperation der verschiedenen Gesundheitsberufe nimmt im Koalitionsvertrag viel Raum ein. Es ist deutlich erkennbar, dass die Koalition an vielen Stellen tatsächlich mehr Fortschritt wagen will: Die Ausbildungen und Approbationen sollen dem sich verändernden Berufsalltag angepasst und modernisiert werden. Die Kompetenzen und Aufgaben der einzelnen Berufsbilder sollen erweitert werden. Die Kooperation zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen soll gefördert werden.

Kooperationen in der Gesundheitsversorgung: Berufsbilder definieren, Aufgaben sinnvoll verteilen

Die Koalition hat erkannt, dass auch im Gesundheitswesen auf Augenhöhe zusammengearbeitet werden muss. Anders wird es nicht gelingen, den zusätzlichen Bedarf an Fachkräften in allen Berufsgruppen auch nur annähernd zu bedienen. Die Attraktivität der Berufe lässt sich nur steigern, wenn die Aufgaben besser verteilt werden und den Menschen in den Berufen eine wirkliche Perspektive geboten wird. Dies wird für alle Berufsgruppen eine große Herausforderung – einige werden zusätzliche Kompetenzen erwerben müssen, andere werden akzeptieren müssen, dass ein Teil ihrer Aufgaben auch von anderen Berufsgruppen übernommen werden kann. Das trifft auf die Gemeindeschwestern, Gesundheitslotsen und die Community Health Nurses gleichermaßen zu.

Aber gegenwärtig werden diese speziellen Berufsbilder in einer Vielzahl von Projekten mit sehr unterschiedlichen Qualifikationen, Aufgabenspektren und auf unterschiedlichster gesetzlicher Basis für Kooperationsmodelle im Gesundheitswesen eingesetzt. Eine klare Abgrenzung fehlt, die unerlässlich ist, sofern sie einen berechtigten Platz zum Auffangen von Defiziten im Versorgungssystem zugewiesen bekommen sollen.



Gemeindeschwestern, Gesundheitslotsen und Community Health Nurse

Das steht im Koalitionsvertrag

- Im ländlichen Raum bauen wir Angebote durch Gemeindeschwestern und Gesundheitslotsen aus.

Gemeindeschwestern In den letzten Jahren sind unter anderem vor dem Hintergrund der Versorgungsprobleme im ländlichen Raum verschiedene, teilweise regionale, Modelle entstanden, mit denen ein arztentlastender Einsatz von Praxisassistenten gefördert wird. Medizinische Fachangestellte können sich zu Praxisassistenten fortbilden. Diese unterscheiden sich teilweise hinsichtlich des Curriculums, aber auch im Hinblick auf die in den jeweiligen Verträgen beziehungsweise in der Regelversorgung finanzierten Leistungen. Allen gemein ist, dass sie Leistungen nur unter Anleitung und Überwachung der weisungsberechtigten Ärztinnen und Ärzte in einem sehr eng gefassten Rahmen erbringen können, der in der Vereinbarung zur Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V definiert ist.

Wenn sich dies ändern soll, braucht es klare und bundeseinheitliche Regelungen für die Qualifikation der Erbringung und Abrechnung der Leistungen. Es muss ermöglicht werden, ein breiteres Spektrum an ärztlichen Leistungen zur Versorgung der Patientinnen und Patienten an das neue Berufsbild zu delegieren. Dadurch kann einerseits in strukturschwachen oder unterversorgten Regionen ein wichtiger Beitrag zur Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung geleistet werden und andererseits können die wenigen zur Verfügung stehenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer entsprechend ihrer Qualifikation besser eingesetzt werden. Gleichzeitig müssen Gemeindeschwestern und -pfleger über eine ausreichende Ausbildung und substanzielle Zusatzqualifikationen verfügen, um die entsprechenden Tätigkeiten zu übernehmen.

Gesundheitslotsen Ein Dauerproblem im deutschen Gesundheitswesen ist die Kooperation und Steuerung an den Schnittstellen und Übergängen verschiedener Leistungsbereiche und Versorgungsebenen. Nicht selten kommt es zu Effizienzverlusten oder sogar Versorgungsbrüchen, weil Informationen nur verzögert verfügbar sind oder ein sektorenbezogenes Denken vorherrscht. Die Intransparenz der segmentierten Versorgungslandschaft und die daraus entstehenden Informationsdefizite bei Patientinnen und Patienten erfordern Lotsen, die den Überblick über das Versorgungsgeschehen behalten (SVR 2007). Gesundheits- oder Patientenlotsen werden in Innovationsfondsprojekten in unterschiedlichen Bundesländern erprobt. Dort übernehmen sie Koordinierungsaufgaben für unterschiedlichste Versorgungssituationen und -probleme. Ein einheitliches Konzept für Gesundheitslotsen liegt gegenwärtig nicht vor. Ebenso fehlen patienten- und Outcome-bezogene Nachweise für einen breiten Einsatz der Gesundheitslotsen.

Gesundheitslotsen sollen frühzeitig individuelle Versorgungsbedarfe auch für präventive und soziale Aspekte erkennen und Patientinnen und Patienten begleiten mit dem Ziel, die gesundheitliche Versorgung zu verbessern. Damit leisten sie Hilfe zur Selbsthilfe. Im Unterschied zu Gemeindeschwestern verfügen Gesundheitslotsen über die Möglichkeit der arztunabhängigen Beratung, Koordinierung und Begleitung von Patientinnen und Patienten. Das Aufgabenspektrum umfasst also nicht nur Delegationsleistungen eines Versorgungssektors, sondern geht deutlich darüber hinaus.

Der Gesetzgeber sollte daher zunächst eine rechtliche Basis für dieses Hilfsangebot schaffen. Hierfür bietet es sich an, die bestehenden Paragraphen (68b SGB V) um die Möglichkeit der Information, Beratung, Anleitung, Koordination und temporären Begleitung durch Gesundheitslotsen als neue Aufgabe der Krankenkassen zu erweitern. Dazu kann die von IGES 2018 entwickelte Beschreibung des Gesundheitslotsen herangezogen werden. Die Zielgruppe und Qualifikation von Gesundheitslotsen müssen dabei klar benannt werden.

Community Health Nurses

Das steht im Koalitionsvertrag

- Professionelle Pflege ergänzen wir durch heilkundliche Tätigkeiten und schaffen u. a. das neue Berufsbild der „Community Health Nurse“.

Bei diesem Vorhaben bezieht sich die Koalition auf das international bereits bekannte Berufsbild der „Community Health Nurses“ (CHN), hochschulisch qualifizierte Pflegende, die in der primären Gesundheitsversorgung Menschen in allen Lebenssituationen und jeden Alters begleiten und im Alltag unterstützen. Sie sind oftmals erste Ansprechpartnerinnen und -partner bei Fragen rund um Krankheit und die primäre Gesundheitsversorgung, die sie steuern, koordinieren, überwachen und leiten. Zudem nehmen sie Beratungsaufgaben wahr. Dieses wird in Deutschland im Rahmen von Projekten von Berufsverbänden, Stiftungen und Hochschulen erprobt und vorangetrieben. Damit verbunden ist die Hoffnung, dass mit dem neuen Berufsbild den durch demografischen Wandel und Fachkräftemangel veränderten Anforderungen an die pflegerische und Gesundheitsversorgung begegnet werden kann.

Trotz erster Erfahrungen zum Einsatz von CHN ist die Studienlage für Deutschland noch marginal. Erkennbar ist bereits, dass es noch keinen eindeutigen rechtlichen Rahmen für die Tätigkeit der CHN in Deutschland gibt. Daher geht es um mehr als nur die Schaffung einer neuen hochschulischen Aus- und Fortbildung: Es braucht zunächst klare rechtliche Festlegungen. Zudem muss definiert werden, welche Aufgaben und Leistungen CHN übernehmen dürfen und wie diese finanziert werden. Aufgrund ihrer hochschulischen Qualifikation sowie ihren entsprechenden Berufserfahrungen bringen CHN beste Voraussetzungen für die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten (analog zur Gemeindegeschwester) und anderen Kooperationspartnern mit.

	Gemeindegeschwester	Gesundheitslotse	Community Health Nurer
Versorgungsauftrag	Übernahme eines breiteren Spektrums ärztlich delegierter Leistungen	Arztunabhängige Information, Beratung, Anleitung, Koordination und temporäre Begleitung	Menschen in allen Lebenssituationen und jeden Alters begleiten und im Alltag unterstützen
Qualifikation	Weitergebildete Medizinische Fachangestellte	Gesundheitsberufe (med. Fachangestellte, Pflegefachkräfte, Sozialtherapeut:innen) mit zusätzlichen Ausbildungen und Kenntnissen	Hochschulausbildung und Berufserfahrung
Zielgruppe	Patient:innen in ärztlicher (analoger, digitaler) Betreuung	Versicherte, zum Beispiel chronisch Kranke, mit besonderem Unterstützungsbedarf	Menschen in allen Lebenssituationen und jeden Alters
Aufgaben	Erweitertes Aufgabenspektrum im Rahmen von ärztlichen Delegationsleistungen im ambulanten Bereich zur Patientenbetreuung und Arztentlastung; Nutzung digitaler Unterstützungssysteme	Versorgungsmanagement; frühzeitiges Erkennen von Versorgungsbedarfen; sektorenübergreifende Beratung und Begleitung von Menschen mit besonderen Bedarfen im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung nach SGB V	Wie Gemeindegeschwestern, hinzu kommen pflegerische, diagnostische, therapeutische, geriatrische, palliative u. a. Aufgaben; Verbindung zw. den Bedarfen der Menschen und Leistungserbringern
Rechtliche Basis	Vorschlag: erweiterter Aufgabenbereich nach § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V	Vorschlag: Erweiterung des § 68b SGB V	Vorschlag: erweiterter Aufgabenbereich nach § 28 Abs 1 S 3 SGB V



Hebammenversorgung 1:1-Betreuung im Kreißsaal praxistauglich gestalten

Das steht im Koalitionsvertrag

- Wir setzen das Nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ mit einem Aktionsplan um.
- Wir evaluieren mögliche Fehlanreize rund um Spontangeburt und Kaiserschnitte und führen einen Personalschlüssel für eine 1:1-Betreuung durch Hebammen während wesentlicher Phasen der Geburt ein.
- Wir stärken den Ausbau hebammengeleiteter Kreißsäle und schaffen die Möglichkeit und Vergütung zur ambulanten, aufsuchenden Geburtsvor- und -nachsorge für angestellte Hebammen an Kliniken.

Hebammen leisten einen wichtigen und unverzichtbaren Beitrag, wenn es um die Versorgung von Schwangeren, Müttern und Familien geht. Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung mit Hebammenhilfe ist für die TK daher ein wichtiges Anliegen. Zusätzlich verzeichnet Deutschland eine sehr hohe Rate an Kaiserschnittgeburten. Diese ist klar regional determiniert, was auf eine angebotsinduzierte Nachfrage schließen lässt.

Vor diesem Hintergrund stellen der Ausbau hebammengeleiteter Kreißsäle und die 1:1-Betreuung durch Hebammen während wesentlicher Geburtsphasen effektive Schritte in die richtige Richtung dar. Bestehende Fehlanreize könnten unter anderem durch eine veränderte Bewertung von Spontan- versus Kaiserschnittgeburten im DRG-System behoben werden.

Die Umsetzung des Personalschlüssels für Hebammen wird jedoch nur gelingen, wenn diese einerseits separat nachgehalten werden – ähnlich wie bei den Pflegepersonaluntergrenzen – und andererseits praxistauglich ausgestaltet werden. Andernfalls drohen den Versicherten Versorgungsengpässe, wenn Krankenhäuser die Geburtsbegleitung unter Hinweis auf fehlendes Personal ablehnen.

Um Hebammen, Müttern und Familien zusätzlich den Rücken zu stärken, sprechen wir uns für eine dauerhafte Erweiterung der digitalen Hebammenversorgung aus. Teilleistungen wie Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungskurse, Hilfeleistungen bei Schwangerschaftsbeschwerden und Wochenbettbetreuung sind bereits heute per Videosprechstunde möglich. Die flexible, niedrighschwellige und individuelle Betreuung mithilfe digitaler Technik hat sich in der Pandemie gut bewährt. Diese und weitere digitalen Angebote sollten die Hebammenversorgung standardmäßig komplementieren, was letztlich den Schwangeren, Müttern, Familien und Hebammen gleichermaßen hilft. Dazu ist es sinnvoll, die Hebammen grundsätzlich in das Berechtigungskonzept der ePA zu integrieren.

Da diese neuen Behandlungsformen auch einen neuen Standard in der Leistungsbestätigung erfordern, führt die TK seit November 2021 ein Pilotprojekt zur elektronischen Versichertenbestätigung durch. Bei der aktuellen Ausweitung der digitalen Behandlungsmöglichkeiten ist das eine notwendige Anpassung – auch für die Regelversorgung.



Digitalkompetenz in der Ausbildung der Leistungserbringer etablieren

Das steht im Koalitionsvertrag

- Die Approbationsordnung wird mehr auf Digitalisierung, Ambulantisierung, Spezialisierung, Individualisierung und berufsgruppenübergreifende Kooperation ausgerichtet.

Für die Entwicklung der digitalen Gesundheitskompetenz der Versicherten als Voraussetzung für eine partizipative Entscheidungsfindung in Behandlungsprozessen hat der Gesetzgeber die Voraussetzungen im Sozialgesetzbuch geschaffen. Für die Leistungserbringer fehlen diese Voraussetzungen noch. Die TK schlägt daher vor, die bestehenden Zulassungsverfahren an neue Technologien anzupassen. In Heilberufen Tätige sollten deshalb eine strukturierte Ausbildung auf diesem Gebiet erhalten.

Auch die Methoden der Künstlichen Intelligenz (KI) und deren Anwendung müssen in den Ausbildungs- und Studiengängen stärker etabliert werden. Dazu gehören beispielsweise Themen wie KI in der Medizin, KI im Kontext von Informationssuche, aber beispielsweise auch Gesundheitsdaten und KI sowie Datenschutz.



Arzneimittel

Die Versorgung mit Arzneimitteln ist ein zentraler Baustein der Gesundheitsversorgung. Innovationen in diesem Bereich leisten einen erheblichen Beitrag zum medizinischen Fortschritt. Gleichzeitig verursachen Arzneimittel, vor allem wenn sie neu im Markt sind, hohe Kosten – und tragen erheblich zum Ausgabenanstieg für Gesundheit bei.

Es gilt, die Versorgung mit innovativen Arzneimitteltherapien für alle, die sie brauchen, mit fairen Preisen zu gestalten. Wie gut das jetzt gelingt, ist ein entscheidender Faktor für die Versorgungsqualität der Zukunft. Auf dem Weg dorthin sind lang-, aber auch kurzfristig wirksame Maßnahmen notwendig.

Kurzfristige Maßnahmen zur Senkung der Arzneimittelkosten

Das steht im Koalitionsvertrag

- Wir behalten das bestehende Preismoratorium bei.
- Wir stärken die Möglichkeiten der Krankenkassen zur Begrenzung der Arzneimittelpreise.

Ausgaben für patentgeschützte Arzneimittel sind sehr hoch. Laut Auswertungen von Prof. Dr. Gerd Glaeske (Uni Bremen) könnten durch eine fairere Preiskalkulation GKV-weit bis zu 13 Milliarden Euro pro Jahr eingespart werden. Auch wenn das angewandte Modell noch ungenau ist, verdeutlicht es die immensen Gewinnspannen der Hersteller. Um zumindest einen Teil dieser überhöhten Preise anzupassen, bietet sich an, die Herstellerabschläge für patentgeschützte Arzneimittel von derzeit 7 auf 17 Prozent zu erhöhen. Dies hätte kurzfristige Einsparungen für die GKV in Höhe von 2,4 Milliarden Euro zur Folge.

2,4

Milliarden Euro könnten für die GKV kurzfristig eingespart werden, wenn die Herstellerabschläge auf 17 Prozent erhöht würden.

Die Erhöhung der Herstellerabschläge sollte nur für eine begrenzte Zeit eingeführt werden. In der Zwischenzeit müssen eine Reihe von Reparaturmaßnahmen am Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG, siehe unten) vorgenommen werden, um identifizierte Schwächen auszubessern. Als langfristiges Ziel einer AMNOG-Reform sehen wir die Ermöglichung eines kriterienbasierten Fair Pricings.

Zu den Kriterien sollten unter anderem fundierte Evidenz über den Nutzen des neuen Arzneimittels und eine höhere Transparenz über die tatsächlichen Entwicklungs- und Produktionskosten gehören. Einen entscheidenden Beitrag für ein Fair Pricing-Modell hat die International Association of Mutual Benefit Societies (AIM) mit dem Fair Pricing Calculator vorgelegt.

Eine weitere kurzfristig greifende und sinnvolle Maßnahme, um dem Ausgabenanstieg entgegenzuwirken, ist aus TK-Sicht, auf Arzneimittel den ermäßigten Mehrwertsteuersatz von sieben Prozent zu erheben – wie er beispielsweise auch für Grundnahrungsmittel und kulturelle Leistungen gilt. Die temporäre Senkung der Mehrwertsteuer während der Pandemie hat gezeigt, dass dieses Instrument die Ausgaben der GKV senken kann und dabei praktikabel und schnell umsetzbar ist. Für das Jahr 2022 ergeben sich bei einem Mehrwertsteuersatz von sieben Prozent GKV-weit rechnerisch Einsparpotenziale von über fünf Milliarden Euro. Um ihre Wirkung zu entfalten, muss die Maßnahme mit einem Preismoratorium verbunden werden.

>5

Milliarden Euro könnten allein 2022 GKV-weit durch einen reduzierten Mehrwertsteuersatz eingespart werden.



Schwachstellen beseitigen: notwendige Korrekturen des AMNOG

Das steht im Koalitionsvertrag

- Das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) entwickeln wir weiter.
- Der verhandelte Erstattungspreis gilt ab dem siebten Monat nach Markteintritt.

Mit dem AMNOG-Verfahren verfügt das deutsche Gesundheitswesen grundsätzlich über ein wirksames Instrument, um die Zielkonflikte im Arzneimittelmarkt zu lösen. Aber das Privileg des sofortigen Marktzugangs inklusive der Erstattungsfähigkeit durch die GKV ist dauerhaft nur zu halten, wenn Preisgrenzen gelten, die nach objektiven und nachvollziehbaren Kriterien festgelegt sind. Wie gerade innovative Medikamente bei Markteintritt wirken und welche Nebenwirkungen bestehen können – darüber wissen alle Beteiligten in der Regel sehr wenig. In diese Richtung muss das AMNOG weiterentwickelt werden.

AMNOG-Schwachstelle

1. Wertbestimmung über Vergleichstherapie

Lösung

Kriterienbasierte Preisfestsetzung. Die AMNOG-Verhandlungen führen zu keinem fairen Preis. Aus diesem Grund muss grundsätzlich ein Instrument zur Durchführung eines Fair Pricings (FP) eingeführt werden.

2. Bevorzugung von Orphan Drugs

Die Patentschutzvorteile reichen aus. Zusätzliche Vorteile bei der nachgelagerten Preisregulierung können entfallen.

3. Addition der Kosten bei Kombinationstherapien in der Onkologie

Kombi-Hersteller-Abschlag einführen, um fehlende Kosten-Nutzen-Studien der einzelnen Produkte in der Kombi-Anwendung auszugleichen. Sobald eine vergleichende Evidenz vorliegt, kann der Kombi-Hersteller-Abschlag durch den „neuen“ Erstattungsbetrag für die jeweiligen Produkte ersetzt werden.

4. Lückenhafte Regularien für Anwendung im stationären Sektor

Einführung eines E-ATMP-Rezeptes. Darüber erfolgt die Kostenübernahme durch die Krankenkassen. Zusätzlich könnte eine ATMP-Genehmigung durch die Krankenkassen eingeführt werden. Dieser Prozess würde die NUB- und Off-Label-Use-Bewilligung ersetzen und weiter standardisieren.

5. Arzneimittel mit unterschiedlichen Vorteilen bei mehreren Indikationen führen zu Mischpreisen

Strenge Verordnungsvorgaben und Verordnungsaußchlüsse für alle nicht nützlichen Indikationsfelder, bewährte Therapien bevorzugen.

6. Freie Preisbildung im ersten Jahr bei Einmaltherapien besonders problematisch

Erstattungspreis nach sechs Monaten (Koalitionsvertrag) ist ein erster Schritt. Langfristig: jahresgleiche Kostenübernahme über zehn Jahre und verpflichtende hundertprozentige Kostenübernahme der Anschlussbehandlungskosten durch den Hersteller bei Therapieversagen (gegebenenfalls Anderkonto).

7. Opt-out/Marktrücknahme durch pU

Opt-out muss grundsätzlich erhalten bleiben (freier Markt). Der Herstellerabschlag sollte aber für alle Produkte des Herstellers erhöht werden, soweit der pU ein Opt-out wählt (auch für zukünftige Produkte).



Eine nachhaltige, faire und innovationsfördernde Preislogik entwickeln und etablieren

Das steht im Koalitionsvertrag

- Das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) entwickeln wir weiter.

Für ein zukünftiges Modell zur Preisfindung bei Arzneimitteln schlägt die TK die Weiterentwicklung der aktuellen verhandlungsbasierten Preisfindung hin zu einer kriterienbasierten Preisermittlung mit kontinuierlichen Anpassungen vor. Ziel bleibt weiterhin eine frühe Markteinführung innovativer Arzneimittel. Sie soll von einem Fair Pricing mit objektiven, transparenten Kriterien begleitet und ermöglicht werden. Der Vorschlag basiert auf dem Modell, welches die International Association of Mutual Benefit Societies (AIM) vorgelegt hat.

Neue Arzneimittel werden demnach zunächst nach ihrer Nutzenevidenz eingestuft. Liegt ein Zusatznutzen vor, gilt ein fairer Einführungspreis für Innovationen, welcher bis hin zu einer kriterienbasierten Preisobergrenze reichen kann. Wie der faire Einführungspreis und die Preisobergrenze definiert werden können, hat die AIM mit dem Fair Pricing Calculator gezeigt. Ausgehend von diesem Einführungspreis als Startpunkt wird das Preisniveau verflüssigt. Das bedeutet, dass über die Zeit ein Preisverfall über gestaffelte Abschläge definiert wird, der mit Ablauf des Patents ins generische Preisniveau mündet.

Wird hingegen kein oder ein unsicherer Zusatznutzen festgestellt, sollte zunächst ein Interimspreis gelten, der sich an Vergleichstherapien mit Preisen auch aus dem generischen Markt orientiert. Je nach vorhandener Evidenz kann der Interimspreis mit einem Aufschlag versehen werden, sodass er über dem generischen Preisniveau liegt. Legt ein pharmazeutisches Unternehmen eine positive Nutzenevidenz vor, kann der Preis anhand fairer Kriterien bis hin zur Preisobergrenze bewegt werden. In beiden Fällen bewegen Abschläge das Preisniveau mit der Zeit automatisch hin zum generischen Preisniveau, in welches das Arzneimittel mit Patentauslauf mündet.

Zeigt die Evidenz keinen Zusatznutzen, wird eine Festbetragsgruppe gebildet. Mit diesem Modell können bei Markteintritt, in der Zeit des Patentschutzes und beim Eintritt in die patentfreie Vermarktungsphase nachhaltig marktgerechte Preise realisiert werden.

Bis zu

13

Milliarden Euro jährlich könnten durch eine **fairere Preiskalkulation** GKV-weit **eingespart** werden.



Gesamtgesellschaftliche Aufgabe Prävention

Das steht im Koalitionsvertrag

- Wir entwickeln das Präventionsgesetz weiter und stärken die Primär- und Sekundärprävention. Dem Leitgedanken von Vorsorge und Prävention folgend stellen wir uns der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe zielgruppenspezifisch und umfassend.
- Wir unterstützen die Krankenkassen und andere Akteure dabei, sich gemeinsam aktiv für die Gesunderhaltung aller einzusetzen.
- Wir schaffen einen Nationalen Präventionsplan sowie konkrete Maßnahmenpakete z.B. zu den Themen Alterszahngesundheit, Diabetes, Einsamkeit, Suizid, Wiederbelebung und Vorbeugung von klima- und umweltbedingten Gesundheitsschäden.
- Sie (die Krankenkassen) erhalten verstärkt die Möglichkeit, ihren Versicherten auch monetäre Boni für die Teilnahme an Präventionsprogrammen zu gewähren.

Vorsorge, Prävention und Gesundheitsförderung als wesentliche gesamtgesellschaftliche Aufgaben müssen einen deutlich größeren Stellenwert erhalten. Nur so sind die demografischen Herausforderungen, die Erfordernisse der Digitalisierung im Gesundheitswesen und die Herausforderungen durch neue Pandemien in der Zukunft zu bewältigen. Dazu notwendig ist ein gemeinsames Verständnis aller Sozialversicherungsträger und eine Harmonisierung der entsprechenden gesetzlichen Grundlagen. Darunter ist eine verbindliche Anpassung der personellen, qualitativen und finanziellen Verantwortung von allen Beteiligten zu verstehen. **Bereits heute arbeiten Sozialversicherungsträger in der Sache zusammen. Die Erfahrungen aus der Pandemie lehren, dass die Bedeutung von digital unterstützten Angeboten und von lebensweltbezogenen Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention zunehmen wird.** Die gesetzlichen Bestimmungen setzen den Trägern jedoch unterschiedliche Rahmenbedingungen. Deren Harmonisierung ist daher wesentliche Voraussetzung zur Fortsetzung und Weiterentwicklung dieser Aktivitäten. Einheitliche Rahmenbedingungen sind auch die Basis für ein umfassendes zielgruppenorientiertes System zur Förderung der (digitalen) Gesundheitskompetenz und Kommunikationskompetenz in der gesundheitlichen Versorgung sowie für die Qualitätssicherung von Angeboten zur Vorsorge, Prävention und Gesundheitsförderung.

Den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) stärken

Das steht im Koalitionsvertrag

- Als Lehre aus der Pandemie bedarf es eines gestärkten Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), der im Zusammenspiel zwischen Bund, Ländern und Kommunen sichergestellt wird.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist ein wesentliches Element unseres Gesundheitswesens und unerlässlich für Prävention, Information, Impfvorsorge, Gesundheitsberichterstattung und Bevölkerungsschutz vor Ort. Die Pandemie hat leidvoll deutlich gemacht, dass der unterfinanzierte und unterbesetzte

ÖGD dringend eine konzeptionelle Überarbeitung für die Zukunft benötigt. Will die Koalition ihre Ziele erreichen, wird sie die personelle, qualitative und finanzielle Verantwortung der Sozialversicherungsträger zur weiteren Stärkung von Vorsorge, Gesundheitsförderung und Prävention prüfen und anpassen müssen. **Im Ergebnis müssen die Beteiligten des Pakts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst verbindlich die notwendigen personellen und finanziellen Ressourcen zur Verfügung stellen.** Mit der Verlängerung der Einstellungsfristen und der Verbesserung der Mittelausstattung des ÖGD, ist der richtige Weg eingeschlagen worden. Dabei darf die Ausrichtung des ÖGD nicht allein auf Aspekte der Pandemie beschränkt bleiben. Mit dem „Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst“ sind wichtige Voraussetzungen dafür geschaffen worden, dass sich der ÖGD zu einem modernen, multiprofessionellen und stabil finanzierten Public Health-Dienst entwickeln kann.

Die Finanzierung und personelle Ausstattung im ÖGD und im Pakt für den ÖGD muss durch Beschlüsse der kommunalen Entscheidungsgremien und der Länder abgesichert werden. Neben Ärztinnen und Ärzten sind unabdingbar Fachkräfte mit gesundheitswissenschaftlicher Expertise im ÖGD zu berücksichtigen, um den salutogenetischen Ansatz wirkungsvoll vertreten zu können. Damit kann der ÖGD seine Aufgabe besser verwirklichen, vernetzend und koordinierend in bestehenden Gesundheitsförderungsstrukturen wirksam zu werden.



Lehren aus der Pandemie für Prävention und Gesundheitsförderung ziehen

Etwa zwei Drittel der Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten konnten wegen der Kontaktbeschränkungen sowie Schließung von Einrichtungen im ersten Jahr der Pandemie nicht fortgesetzt werden. Hierbei zeigten sich auch die Nachteile eines eher schwach ausgebildeten Public Health-Sektor in Deutschland: Es fehlten Mittel und Personal, um Prävention und Gesundheitsförderung an die veränderten Begebenheiten anzupassen. Hinzu kamen die unzureichende technische Ausstattung und die schlechte Erreichbarkeit von Zielgruppen (insbesondere vulnerablen Gruppen). Wären Gesundheitsförderung und Prävention vor der Pandemie digitaler ausgerichtet gewesen, hätten viele Angebote aufrechterhalten werden können.

Um digitale Anwendungen für Prävention und Gesundheitsförderung besser einsetzen und nutzen zu können, sind der spezifische Bedarf und der tatsächliche Mehrwert für die Nutzenden noch stärker zu berücksichtigen. **Digitale Anwendungen bieten Chancen für die gesundheitliche Entwicklung der Versicherten, sie sind aber kein Allheilmittel. Stattdessen sollten sie sonstige Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote sinnvoll ergänzen.** Sie sollten daher auf unterschiedliche Zielgruppen ausgerichtet und bezogen auf spezielle Settings eingesetzt werden. Hierbei ist auf eine partizipatorische Produktentwicklung zu achten, die die Konzeption und Entstehung der Anwendungen unter regelmäßiger Einbindung der zukünftigen Nutzerinnen und Nutzer ermöglicht.



Hier erfahren Sie mehr:

Meinungen und Positionen zu diesen und weiteren gesundheitspolitischen Themen finden Sie auf:
www.tk.de/gesundheitspolitik

Mehr Informationen gibt es auch auf dem
TK-Unternehmensblog WirTechniker.
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