

Effizienz braucht Wettbewerb

GKV-Finanzierung 2024



Die
Techniker

Inhalt

Vorwort

1 Einnahmen – Faire Lastenbalance im Solidarsystem

- 3 Dynamisierung des regulären Steuerzuschusses
- 4 Kostendeckende Beiträge für Bezieherinnen und Bezieher von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 SGB II (ehemals Arbeitslosengeld II)

2 Ausgaben – Stärken des wettbewerblichen Systems nutzen

- 6 Die Alternativen zu Effizienz: Leistungskürzungen und Zuzahlungen
- 6 Wirtschaftlichkeit braucht Handlungsspielräume
- 7 Abrechnung im stationären Sektor: mehr Transparenz für mehr Wirtschaftlichkeit
- 8 Krankengeld – Ansprüche pragmatisch prüfen
- 9 Hilfsmittel – das Potenzial von Ausschreibungen nutzen
- 9 Ausschreibungen und Qualität: kein Widerspruch per se
- 10 Heilmittel – System in Schieflage
- 10 Ausgaben für Arzneimittel – faire Preisfindung dringend nötig

3 Strukturreformen – Weichen für mehr Qualität und Effizienz stellen

- 12 Krankenhausreform, aber richtig
- 13 Konsequente und koordinierte Ambulantisierung
- 14 Tagesbehandlungen – keine wirkliche Ambulantisierung
- 14 Hybrid-DRG – komplex und aufwendig
- 15 Digitalisierung – notwendige Investitionen in eine effizientere Zukunft
- 17 Beispiel E-Verordnung: mehr Tempo für mehr Effizienz

4 Fazit – Zukunftssichere Finanzierung braucht passende Rahmenbedingungen

Dieser Beitrag erschien am 1.3.2023 in **Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG)**, Veröffentlichung mit freundlicher Genehmigung des Verlags.

Effizienz braucht Wettbewerb. Herausgeber: Techniker Krankenkasse, Unternehmenszentrale, Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg, [tk.de](https://www.tk.de); Geschäftsbereich Politik und Kommunikation; Gestaltung: The Ad Store GmbH, Hamburg; Bilder: Getty Images.

© **Techniker Krankenkasse**. Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Einwilligung der TK. Die enthaltenen Informationen wurden sorgfältig recherchiert. Für eventuelle Änderungen oder Irrtümer können wir keine Gewähr übernehmen. Stand: 1. März 2023.

Vorwort

2023 ist das dritte Jahr in Folge, in das die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) mit einer kurzfristig geschlossenen Milliardenlücke startete.

Rund 17 Milliarden Euro galt es zu überbrücken. Die Gegenmaßnahmen folgen ebenfalls dem Muster der Vorjahre: Die Hauptlast tragen die Beitragszahlerinnen und -zahler. Die im GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) genannten Maßnahmen sind einnahmenfokussiert und haben im Wesentlichen noch nicht einmal den Anspruch längerfristiger Wirkung oder gar struktureller Ursachenbeseitigung. Mit dem erneuten Reserveneinzug wird zudem ein weiteres Mal wirtschaftliches Handeln der Kassen bestraft – er funktioniert nach dem Prinzip: Wer erfolgreich wirtschaftet, zahlt für alle.

Die zentrale Chance im GKV-FinStG, ein weiteres Hangeln von Finanzierungslücke zu Finanzierungslücke zu verhindern, liegt somit in einem kurzen Passus des Gesetzes: „Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erarbeitet Empfehlungen für eine stabile, verlässliche und solidarische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Hierbei soll insbesondere auch die Ausgabenseite der gesetzlichen Krankenversicherung betrachtet werden.“¹ Damit diese weiteren Schritte zur Basis einer zukunftsfähigen Finanzierung werden können, bedarf es eines umfassenden Ansatzes, der sowohl die Einnahmen- als auch die Ausgabenperspektive berücksichtigt, kurzfristig umsetzbar ist sowie spürbar Effizienzen hebt und so auch Reformen mit mittel- bis langfristiger Wirkung ermöglicht.

Die Autoren



Dr. Jens Baas
Vorstandsvorsitzender
der Techniker Krankenkasse



Prof. Dr. Volker Möws
Geschäftsbereichsleiter
Politik und Kommunikation
der Techniker Krankenkasse

Dieser Beitrag zeigt auf, welche strukturellen Änderungen auf der Einnahmenseite notwendig sind, wo auf der Ausgabenseite Effizienzchancen im System liegen und welche Reformen auf den Weg gebracht werden müssen, um in Zukunft eine „lückenlose“ Finanzierung zu ermöglichen. Dafür werden konkrete Maßnahmen vorgeschlagen. Ein zentraler Aspekt ist dabei, dass Wettbewerb ein wichtiger Treiber von Effizienz sein kann – der für die Lösung der Finanzierungsfrage nicht ungenutzt bleiben darf.

¹ Vgl. § 220 Absatz 4 SGB V.

1

Einnahmen

Faire Lastenbalance im Solidarsystem

Zwar wird das Handlungsfeld Einnahmen im GKV-FinStG adressiert, jedoch dominieren punktuell wirkende Maßnahmen, die – ungeachtet ihrer Ursachen – vor allem die Beitragszahlerinnen und –zahler belasten, die rund 12 der prognostizierten 17 Milliarden aufbringen sollen. Hinzu kommen steuerfinanzierte Sonderzuschüsse, die jedoch nicht zum Standard werden dürfen, da sie ebenfalls nur einmalig wirken und somit strukturell bedingte Finanzierungsdefizite allenfalls verschieben können. Auch mit Blick auf die Grundprinzipien unseres Gesundheitssystems sind sie problematisch: Sie gefährden letztendlich die vom Staatshaushalt weitgehend unabhängige Beitragsfinanzierung als Basis eines selbstverwalteten Systems, in dem die Finanzierung von Gesundheit eben nicht in der Haushaltsdebatte mit Bestands- und aktuellen Krisenthemen konkurrieren muss. Und: Eine anteilig stärkere Finanzierung durch Steuergelder schwächt indirekt auch den wettbewerbsbedingten Anreiz zu Innovation und Kundenorientierung. Hinzu kommt, dass diese in der Regel kurzfristig zum Jahresende gewährten Zuschüsse die Planungssicherheit in den selbstverwalteten Krankenkassen gefährden. Die Kassen sind dadurch gezwungen, ihre Haushaltsplanungen für das kommende Jahr, aus denen auch die Zusatzbeitragssätze hervorgehen, unter enormen Zeitdruck beziehungsweise mit planerischen Unbekannten vorzunehmen. Das kann dazu führen, dass Beitragsatzanpassungen in viel kleineren Zeitintervallen, dafür aber in größeren Schritten notwendig werden. Im Handlungsfeld Einnahmen bedarf es daher Maßnahmen, die langfristig und strukturell statt punktuell wirken, Belastungen breiter verteilen und das beitragsfinanzierte System stärken, anstatt es zu schwächen.

**Sinnvolle Ansätze
sind bereits im
Koalitionsvertrag
genannt.**

Zu einer echten Stabilisierung der GKV-Finzen gehört auch eine klarere Abgrenzung zwischen echten GKV-Aufgaben und gesamtgesellschaftlichen Aufgaben. Dass die GKV auch solche übernimmt, darf nicht zur zusätzlichen Belastung der Solidargemeinschaft führen, sondern muss auf der Einnahmen-seite kompensiert werden. Auch die immer wieder diskutierte Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze ist hierfür keine nachhaltige Lösung, sondern eine weitere einseitige Belastung, die zudem vorhandene Ineffizienzen und strukturelle Defizite festigt, statt sie zu beseitigen.

Sinnvolle Ansätze sind bereits im Koalitionsvertrag genannt: Dieser sieht sowohl eine Anhebung der aus Steuermitteln gezahlten Zuschüsse für die Beiträge von Arbeitslosengeld-II-Empfängerinnen und Empfängern (seit 1. Januar 2023 Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 SGB II) als auch eine Dynamisierung des Steuerzuschusses in den Gesundheitsfonds vor. Beide Maßnahmen haben ein erhebliches strukturelles Entlastungspotenzial: Allein auskömmliche Beiträge für Arbeitslosengeld-II-Beziehende würden laut Schätzungen des IGES² jährlich rund 10 Milliarden Euro ausmachen.

Darüber hinaus würde eine Dynamisierung des Steuerzuschusses in den Gesundheitsfonds nicht nur die finanzielle Sicherheit, sondern auch die Planbarkeit der Haushalte deutlich erhöhen.

Dynamisierung des regulären Steuerzuschusses Seit 2004 erhält die GKV einen Bundeszuschuss nach § 221 Absatz 1 SGB V in den Gesundheitsfonds, der den Zweck hat, die Aufwendungen der GKV für versicherungsfremde Leistungen pauschal abzugelten. Diese Zweckbindung unterscheidet ihn klar von den in jüngster Vergangenheit wiederholt gewährten zusätzlichen Steuerzuschüssen. Entsprechend folgerichtig ist deshalb auch die Finanzierung aus dem

² IGES, 2017: GKV-Beiträge der Bezieher von ALG II. Forschungsgutachten zur Berechnung kostendeckender Beiträge für gesetzlich krankenversicherte Bezieher von Arbeitslosengeld II bzw. Sozialgeld im SGB II.

Steuertopf – in Abgrenzung zum beitragsfinanzierten GKV-Aufgabenbereich. Seit seiner Einführung zeigten sich hierbei jedoch immer wieder die für die GKV aus der direkten Abhängigkeit vom Bundeshaushalt entstehenden Risiken, etwa als 2013 und 2014 mit dem Ziel „Haushaltskonsolidierung“ Kürzungen erfolgten. Dass eine längst überfällige Dynamisierung bislang ausblieb, führt dazu, dass die Beitragszahlerinnen und -zahler die Folgen tragen, wenn mit den Ausgaben für Gesundheit insgesamt auch die Ausgaben für gesundheitsbezogene versicherungsfremde Leistungen kontinuierlich steigen.

Allerdings birgt die Dynamisierungsdebatte viele potenzielle Konflikte. Der Bundesrechnungshof konstatiert in seinem Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO über die finanzielle Lage der gesetzlichen Krankenversicherung: „Das Bundesministerium der Finanzen sieht die Empfehlung des Bundesrechnungshofes kritisch, diejenigen Leistungen zu bestimmen, die mit dem Bundeszuschuss abgegolten werden sollen. Es scheint schwer vorstellbar, dass ein Konsens über eine abschließende Abgrenzung jener Leistungen erzielt werden könne, die über den Bundeszuschuss abgegolten werden sollten. In der finanzwissenschaftlichen Literatur und in der politischen Diskussion fehle es an Einigkeit über den Umfang von versicherungsfremden Leistungen.“

Einen pragmatischen und kurzfristig umsetzbaren Ausweg aus diesem Dilemma bietet eine Dynamisierung auf Basis des Status quo. Ausgehend vom seit 2017 regulär geltenden Steuerzuschuss in Höhe von 14,5 Milliarden Euro pro Jahr müsste dafür lediglich ein angemessener Dynamisierungsmodus entwickelt werden, der der Kostenentwicklung Rechnung trägt.

Der IKK-Dachverband³ hat hierfür unterschiedliche Parameter zur Diskussion gestellt: die Entwicklung des Bruttoinlandsprodukts, die Entwicklung der Bruttolöhne beziehungsweise der Grundlohnsumme, die Entwicklung der Leistungsausgaben der GKV sowie die Inflationsrate, wobei sich aus Sicht der Autoren besonders die Veränderungsrate als Dynamisierungsfaktor eignet.

Konkrete Maßnahme: pragmatische und sinnvolle Dynamisierung des Steuerzuschusses Um die Definitionsproblematik rund um die Übernahme von versicherungsfremden Leistungen durch die GKV pragmatisch und – wie im Koalitionsvertrag avisiert – noch in dieser Legislaturperiode zu lösen und so die GKV zu entlasten, kann eine Dynamisierung auf dem Status quo des regulären Steuerzuschusses aufgesetzt werden.

Als sinnvoller Dynamisierungsfaktor bietet sich die Veränderungsrate der GKV-Leistungsausgaben des Vorjahres an beziehungsweise kann ein Durchschnittswert mehrerer Jahre gebildet werden, um Verzerrungen durch einmalige Sondereffekte vorzubeugen. Dieser Indikator hat den Vorteil, indirekt weitere Faktoren wie die Grundlohnsummenentwicklung und die Inflation zumindest teilweise mit abzubilden. Ungeeignet als Dynamisierungsfaktor ist hingegen das Bruttoinlandsprodukt, da auch in Rezessionszeiten die Leistungsausgaben nicht sinken und dadurch in Zeiten geringer BIP-Steigerungen die strukturellen Defizite nicht behoben werden, sondern sich noch vergrößern. Für künftige zusätzlich übertragene versicherungsfremde Leistungen sollte eine Anpassung auf Basis der prognostizierten jährlichen Kosten erfolgen.

³ IKK e.V., 2022: Konzept der Innungskrankenkassen zur nachhaltigen Finanzierung der GKV.

Kostendeckende Beiträge für Bezieherinnen und Bezieher von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 SGB II (ehemals Arbeitslosengeld II)

Die Finanzierung der Beiträge für Empfängerinnen und Empfänger von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 SGB II (bis 31. Dezember 2022 Arbeitslosengeld II) weicht vom üblichen Verfahren der Beitragsbemessung ab. Das Bürgergeld ist in diesen Fällen die Grundsicherungsleistung für erwerbsfähige Leistungsberechtigte und keine Versicherungsleistung, sondern eine staatliche Transferleistung für Hilfsbedürftige. Die Kosten für den gesamten Regelbedarf werden über die Agentur für Arbeit aus dem Bundeshaushalt getragen. Zu dieser Transferleistung gehört auch die gesundheitliche Fürsorge. Die anfallenden Kosten für die medizinische Versorgung werden jedoch von den Trägern nicht direkt übernommen, wie dies bei anderen Transferleistungen etwa für Asylsuchende der Fall ist, sondern über die Mitgliedschaft in der GKV sichergestellt, wobei die Beiträge vom Staat bezahlt werden. Diese Beiträge werden über einen in der Vergangenheit immer wieder veränderten Anteil an der monatlichen Bezugsgröße durch die Politik festgelegt. Dieser bemisst sich erkennbar daran, wie viele Haushaltsmittel die jeweilige Bundesregierung bereit ist, zur Verfügung zu stellen.

2021 ergab sich für Empfängerinnen und Empfänger des bisherigen Arbeitslosengeldes II daraus ein monatlicher Beitrag von 108,48 Euro, das sind GKV-weit insgesamt rund 5 Milliarden Euro im Jahr. Die Pauschale deckt die Leistungsausgaben der GKV für ALG-II-Bezieherinnen und Bezieher allerdings bei Weitem nicht ab. Diese liegen laut einem Gutachten des IGES⁴ im Schnitt ein Drittel über den durchschnittlichen Ausgaben für GKV-Versicherte im gleichen Alter. Basierend auf Zahlen von 2021 würde sich demnach ein kostendeckender Beitrag auf rund 334 Euro im Monat belaufen.

Die von der Agentur für Arbeit tatsächlich an den Gesundheitsfonds geleisteten Zahlungen für die Versicherung dieser Personengruppe in der GKV werden jedoch völlig unabhängig von den real entstehenden Kosten festgelegt. Dass die bestehende, vom IGES 2017 auf 10 Milliarden Euro pro Jahr geschätzte Unterfinanzierung ausschließlich von den Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern der GKV ausgeglichen werden muss, verzerrt zudem die Wettbewerbssituation zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung, da letztere hier nicht beteiligt ist.

Konkrete Maßnahme: kostendeckende Beiträge für Empfängerinnen und Empfänger von Bürgergeld (ehemals Arbeitslosengeld II)

Damit die Versorgung von Empfängerinnen und Empfängern von Bürgergeld (§ 19 Absatz 1 Satz 1 SGB II) die Beitragszahlerinnen und -zahler nicht weiterhin zusätzlich belastet und somit auch zur Benachteiligung der GKV gegenüber der PKV führt, muss diese staatliche Transferleistung durch den Staat kostendeckend finanziert werden.

⁴ IGES, 2017.

2 Ausgaben

Stärken des wettbewerblichen Systems nutzen

Die Ausgaben für Gesundheit steigen Jahr für Jahr: Waren es im Jahr 2017 noch 217,83 Milliarden Euro, beliefen sie sich 2021 bereits auf 263,41 Milliarden Euro. Die Ursachen dafür sind medizinische Innovationen, der demografische Wandel, aber auch politische Entscheidungen und daraus entstandene Fehlanreize und Fehlsteuerungen. Die Antwort auf die Frage, wie diese Entwicklung beherrschbar wird, ohne die Leistungen der GKV deutlich einzuschränken, muss ein zentraler Aspekt einer Stabilisierungsstrategie sein.

Wesentliche Erfolgsfaktoren liegen dabei im GKV-System selbst: Zum einen gilt hier – wenn auch in einem gewissen Rahmen – seit der Einführung des Kassenwahlrechts über das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)

1996 das Wettbewerbsprinzip und zum anderen sind Krankenkassen dem Gebot der Wirtschaftlichkeit unterworfen. Hinter dem Wettbewerbsprinzip steht die grundsätzliche Überzeugung, dass das Gesundheitswesen dann am besten aufgestellt ist, wenn die Akteure den Ansporn haben, ihren Kundinnen und Kunden mehr zu bieten als andere. Das ist eine wichtige Grundlage für Innovationsgeist und Serviceorientierung, kann aber auch ein enormer Treiber für effiziente Strukturen und wirtschaftliche Entscheidungen sein, in den Kassen selbst wie auch im gesamten Gesundheitssystem.

Die Alternativen zu Effizienz: Leistungskürzungen und Zuzahlungen Wie stark das Prinzip Wettbewerb zum Katalysator für Qualität und Wirtschaftlichkeit werden kann, hängt im reglementierten Gesundheitswesen allerdings stark von politischen Rahmenbedingungen ab. Sie ermöglichen oder begrenzen Handlungsspielräume, etwa Prüf- und Kontrollmöglichkeiten und setzen finanzielle Anreize, die in Hinsicht auf Qualität und Wirtschaftlichkeit positive oder negative Auswirkungen haben können. In den vergangenen Jahren wurden

diese Handlungsspielräume in wesentlichen Leistungsbereichen jedoch immer kleiner. In der Folge blieben und bleiben enorme Effizienzen ungenutzt, zumal eine durch entsprechende Prüfmöglichkeiten gesteigerte Zielgenauigkeit in der Versorgung auch bedeutet, dass die zur Verfügung stehenden Mittel für diejenigen eingesetzt werden, die entsprechende Versorgung benötigen.

Auf Effizienzen zu verzichten, kann sich unser Gesundheitssystem nicht leisten.

Auf Effizienzen zu verzichten, die durch den Kassenwettbewerb zu heben sind, kann sich unser Gesundheitssystem angesichts der aktuellen Herausforderungen von Demografie bis Reformbedarf nicht leisten. Denn die Alternative lautet: entweder radikale Leistungseinschränkungen – oder weitere erheb-

liche finanzielle Belastungen der Solidargemeinschaft durch höhere Beiträge, Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze oder höhere beziehungsweise weitere Zuzahlungen.

Wirtschaftlichkeit braucht Handlungsspielräume Als Kassen auf Wirtschaftlichkeit zu achten, ergibt sich schon aus dem gesetzlich festgeschriebenen Gebot der Wirtschaftlichkeit (§ 12 SGB V). Für die GKV als Solidargemeinschaft bedeutet das ganz konkret: Krankenkassen vertreten die Kranken, aber auch die Gesunden und müssen darauf achten, dass Geld nicht zu Unrecht oder in falscher Höhe ausgegeben wird. Das stellt sicher, dass Mittel dort eingesetzt werden, wo sie den größten Nutzen bringen. Krankenkassen arbeiten nicht profitorientiert und erzielen keine Gewinne. Effizienz und Wirtschaftlichkeit bedeuten hier also nicht monetären Shareholder value, sondern führen – unter den richtigen Rahmenbedingungen – zu einem achtsamen, nachhaltigeren Umgang mit den Beitragsgeldern der Solidargemeinschaft. Im Ergebnis reichen diese länger aus und ermöglichen, Menschen besser zu versorgen.

Die richtigen Rahmenbedingungen beinhalten dabei auch ein geeignetes Instrumentarium und Handlungsspielräume für Kassen. Diese Steuer- und Prüfinstrumente wurden allerdings in den vergangenen Jahren durch politische Entscheidungen in wesentlichen Bereichen zum Teil so weit eingeschränkt, dass ein ökonomisch und gesetzlich gebotenes wirtschaftliches Handeln in bestimmten Leistungsbereichen mittlerweile kaum noch möglich ist. Dieser politische Trend war bereits in Zeiten konjunkturell steigender Kasseneinnahmen insofern verfehlt, als er mögliche Beitragssenkungen verhinderte. Heute tragen die daraus resultierenden Ausgabensteigerungen zur defizitären Finanzsituation der GKV bei. Da die bisherigen politischen Lösungsansätze den Bereich Ausgaben weitgehend ausblenden, bleiben hier bislang auch die im Folgenden dargestellten kurzfristig umsetzbaren Effizienzchancen ungenutzt.

Abrechnung im stationären Sektor: mehr Transparenz für mehr Wirtschaftlichkeit

Wer in einem Restaurant eine Rechnung erhält, die zu hoch erscheint, hat selbstverständlich das Recht, zu prüfen, ob die gelisteten Posten auch tatsächlich auf den Tisch gekommen sind. Erhalten Krankenkassen hingegen Klinikrechnungen, haben sie diese Möglichkeit oft nicht. Dabei sind die Ausgaben für Krankenhäuser der größte Ausgabenposten der GKV: 2021 flossen rund 86 Milliarden Euro in die Kliniken – knapp ein Drittel aller Leistungsausgaben. Dieser Kostenblock wächst jährlich weiter und dennoch wurden hier die Prüfmöglichkeiten der Kassen massiv beschnitten: Mit der Änderung des § 275 c SGB V hat der Gesetzgeber die Möglichkeiten zur Kontrolle von Krankenhausabrechnungen auf feste Prüfquoten beschränkt. Die finanziellen Folgen schätzt der GKV-Spitzenverband allein für das Jahr 2020, in dem die Neuerung in Kraft trat, auf ein Minus von 1,2 Milliarden Euro.⁵ Abgesehen von der Coronapandemie, mit der ein zeitweiser Totalverzicht auf Krankenhausabrechnungsprüfungen begründet wurde, gelten für die Begutachtung beim Medizinischen Dienst (MD) folgende Staffellungen:

1. 5-Prozent-Prüfquote bei 60 Prozent unbeanstandeter Rechnungen,
2. 10-Prozent-Prüfquote bei 40 – 60 Prozent unbeanstandeter Rechnungen,
3. 15-Prozent-Prüfquote bei unter 40 Prozent unbeanstandeter Rechnungen.

Diese gestaffelte Prüfquote wird vom Spitzenverband auf Grundlage der von den Kassen gemeldeten Daten aus dem vorvergangenen Quartal in Abhängigkeit von dem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen ermittelt. Darüber hinaus kann nur geprüft werden, wenn 80 Prozent der Rechnungen beanstandet werden oder ein begründeter Verdacht systematisch überhöhter Abrechnungen besteht. Vor Prüfungsbeginn muss dies der für die Krankenhausversorgung zuständigen Landesbehörde unter Angabe von Gründen gemeldet werden.

Da nicht jede auffällige Abrechnung geprüft werden darf, können naturgemäß viele Fälle nicht identifiziert werden, die eine Rechnungskürzung oder Regressforderungen auslösen könnten. Aus den vom GKV-SV veröffentlichten Statistiken ergibt sich für 2022 ein auf 39 Prozent (entspricht 668 Krankenhäuser) gestiegener Anteil von Kliniken mit der geringstmöglichen Prüfquote von fünf Prozent⁶.

Sollte sich dieser Trend fortsetzen, reduzieren sich letztlich die Chancen für Krankenkassen, mittels Abrechnungsprüfung für einen korrekten und wirtschaftlichen Ressourceneinsatz im Krankenhausbereich zu sorgen, auf ein eher zufälliges Minimum, was angesichts eines Ausgabenvolumens von 86 Milliarden Euro pro Jahr hohe finanzielle Reibungsverluste zur Folge hat. Begründet wurde die Einführung der Prüfquoten im Referentenentwurf des MDK-Reformgesetzes mit „Streitigkeiten“ bei Krankenhausrechnungen sowie dem durch die Prüfungen entstehenden Aufwand auf Seiten der Kliniken, Kassen und beim MD. Zudem solle das gestaffelte Quotensystem Anreize für regelkonformes Verhalten schaffen. Angesichts jährlicher Effizienzreserven in Milliardenhöhe erscheinen diese avisierte MD-Entlastung sowie eine mögliche Reduktion von Verwaltungsaufwand unverhältnismäßig teuer erkaufte. Und dass es bei der Verteilung von Milliarden unterschiedliche Interessen und auch „Streitigkeiten“ gibt, liegt in der Natur der Sache. Dies gesetzlich abmoderieren zu wollen, wirkt nicht nur realitätsfremd, sondern reduziert ganz konkret die Effizienz des Systems. Zumal das nach unten abgestaffelte Quotensystem dazu führt, dass die Möglichkeiten zur Prüfung kontinuierlich weiter schrumpfen.

⁵ GKV-Spitzenverband, 2019: Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 4.6.2019 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz).

⁶ Mau, Jens, 2022: Mehr Kliniken erreichen 5-Prozent-Prüfquote, in: Bibliomed Manager <https://www.bibliomedmanager.de/news/mehr-kliniken-erreichen-5-prozent-pruefquote> (aufgerufen am 17.1.2023).

Konkrete Maßnahme: Erhöhung der Prüfquoten für Krankenhausrechnungen

Die heute gültigen niedrigen Prüfquoten für Kliniken verhindern das Identifizieren und Beheben vieler falscher Rechnungen – zu Lasten der Solidargemeinschaft. Hohe relative Ausgaben für die Krankenhausversorgung machen diesen Aspekt in der Gesamtfinanzierung der GKV besonders relevant. Das Effizienzpotenzial bei Krankenhausaussgaben in der GKV wird dadurch künstlich niedrig gehalten und die geringen Prüfquoten wirken so als unfreiwillige Subventionierung des stationären Sektors zu Lasten der Beitragszahlerinnen und -zahler in der GKV. Ein Anheben der Quoten könnte dem entgegenwirken: Die jetzt gültigen, gestaffelten Prüfquoten sollten mindestens auf 10, 15, und 20 Prozent erhöht werden. Es ist davon auszugehen, dass ein höherer Anteil von Prüfungen auch zu höheren Korrekturbeträgen für nicht ordnungsgemäß erstellte Rechnungen der Krankenhäuser führt. Die sinnvolle, wettbewerbliche Differenzierung nach „gut“ und „schlecht“ abrechnenden Krankenhäusern bliebe erhalten und somit auch der starke Anreiz, die Validität der Rechnungsstellung zu verbessern.

deren gesonderte Einholung die Kontaktaufnahme deutlich verzögert und verkompliziert. Gesprächsinhalte werden eng begrenzt, Nachfragen zum Arbeitsplatz sind tabu und einziger ärztlicher Ansprechpartner bleiben diejenigen, die die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausgestellt haben. Strikte Löschfristen zu Versicherten- und Arztangaben machen die gesamtgesellschaftliche Versichertenbetreuung im Krankheitsfall schwierig.

Unter dem Strich verschlechtern diese Einschränkungen nicht nur die Betreuung der Versicherten, sondern kosten auch Geld, das an anderer Stelle dringend benötigt wird. Dass sich die Ausgaben für ungerechtfertigte Krankengeldzahlungen durch Anspruchsprüfungen wesentlich reduzieren lassen, bestätigen auch die Expertinnen und Experten des Sachverständigenrats: Das SVR-Gutachten kam zu dem Schluss, dass es hier ein Einsparpotenzial von durchschnittlich circa zehn Prozent der gesamten Krankengeldzahlungen gibt.⁷ Bei einer Gesamtsumme von 16 Milliarden Euro Krankengeldzahlungen im Jahr 2021 beträgt das potenzielle Sparvolumen im Krankengeldmanagement für die GKV also 1,6 Milliarden Euro. Solange die oben genannten Beschränkungen bestehen, fehlen den Krankenkassen wesentliche Instrumente zur Umsetzung der gesetzlich gebotenen Wirtschaftlichkeit.

Krankengeld – Ansprüche pragmatisch prüfen

Die gesetzlichen Krankenkassen zahlen bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als sechs Wochen Dauer Krankengeld. Für Krankenkassen ergibt sich beim Thema Krankengeld ein permanentes Spannungsfeld zwischen notwendiger und gewollter solidarischer Unterstützungsleistung und der Abwehr unberechtigter Ansprüche zu Lasten der Solidargemeinschaft. Krankenkassen sind treuhänderische Verwalter von Mitteln der Beitragszahlerinnen und -zahler. Diese erwarten zu Recht, dass ihre Beiträge für Behandlungen und Unterstützungsleistungen zur Verfügung stehen, wenn tatsächlich ein Anspruch besteht.

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) hat der Gesetzgeber im Jahr 2021 Regelungen mit weitreichenden Auswirkungen getroffen. Die Neuregelungen des § 275 Abs. 1b SGB V schränken die Möglichkeiten der Krankenkassen zur Kontaktaufnahme mit den Versicherten und den Umfang der Informationsbeschaffung bei Versicherten sowie Ärztinnen und Ärzten insgesamt erheblich ein. Telefonische Kontaktaufnahmen sind nur mit vorheriger schriftlicher oder elektronischer Einwilligung der Versicherten möglich,

Konkrete Maßnahme: pragmatische Prüfung des Krankengeldanspruchs

Die jetzige Einwilligungsregelung sollte durch eine Ankündigungsregelung ersetzt werden, die festlegt, dass Krankenkassen telefonische Versicherungsgespräche vorab avisieren.⁸ Alternativ zu einer solchen Ankündigungslösung könnte auch eine Widerspruchslösung in Betracht kommen, bei der Versicherte nicht ausdrücklich zustimmen müssen, jedoch vorab ausdrücklich auf ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen werden.

Der durch das GVWG eingeschränkte Umfang der erlaubten Informationseinholung bei Versicherten sowie Ärztinnen und Ärzten muss erweitert werden. Darüber hinaus sollten die Prüfpflichten der Krankenkassen im Krankengeldmanagement explizit als gesetzliche Aufgabe definiert werden. Krankenkassen müssen in ihrer Verantwortung gestärkt werden, die wirtschaftlichen Interessen der Solidargemeinschaft wahrzunehmen. Diese Aufgabe sollte gesetzlich auch von der Beratung und Hilfestellung nach § 44 Abs. 4 SGB V abgegrenzt werden.⁹

⁷ Sachverständigenrat zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen, 2015: Krankengeld – Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten – Sondergutachten 2015.

⁸ Stellungnahme des vdek, 2021: Stellungnahme des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG). Ebenso Stellungnahme GKV-Spitzenverband, 2021: Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zu dem 1. Paket Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) Ausschussdrucksache 19(14)310.

⁹ Bundesamt für Soziale Sicherung, 10.02.2021: Rundschreiben „Gesetzeskonforme Umsetzung der Beratung und Hilfestellung nach § 44 Abs. 4 SGB V“, <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/krankenversicherung/rundschreiben/detail/default-0f6b487c7d/> (aufgerufen am 18.1.2023).

Hilfsmittel – das Potenzial von Ausschreibungen nutzen

Ein weiterer Bereich, in dem die Möglichkeiten der Krankenkassen, wirtschaftlich zu agieren, deutlich eingeschränkt wurden, ist die Versorgung mit Hilfsmitteln. Von 2016 bis 2021 stiegen die Ausgaben der GKV in diesem Bereich um rund 2 Milliarden Euro, nämlich von 7,8 auf 9,8 Milliarden Euro, also um rund 26 Prozent. Je versicherter Person nahmen die Hilfsmittelzahlungen der GKV in diesem Zeitraum um rund 24 Euro (22 Prozent) auf rund 134 Euro im Jahr 2021 zu.¹⁰

In Verhandlungen liegt der Vorteil klar bei den Leistungserbringern. Diese können inzwischen de facto jederzeit Verhandlungen von den Kassen einfordern, jederzeit bestehenden Verträgen beitreten und verhandelte Preise einsehen. Das macht echte Verhandlungen für sie wenig attraktiv, können sie doch aktuell das für sie attraktivste (Höchstpreis-)Modell auswählen. Anreize, über Verhandlungen Innovationen auf den Weg zu bringen, fehlen hingegen.

Erschwerend entstanden in einigen Bereichen marktdominierende Zusammenschlüsse von Leistungserbringern, was de facto Preisdiktate zur Folge hat, da ihre Alternative die aufwendige und wesentlich teurere Einzelfallbearbeitung ist. Auch das Bundeskartellamt hat sich bereits mit dem Thema befasst und spricht von „Wettbewerbschädigung“ sowie der „Gefährdung der Erfüllung des gesetzlichen Versorgungsauftrags durch die Krankenkassen“.¹¹

Die Zusatzbelastungen durch diese monopolistische Wettbewerbsbehinderung sind gewaltig: Mit der Rückkehr zu einem System von Ausschreibungen und qualitätsorientiertem Wettbewerb könnte die GKV allein im Hilfsmittelbereich Ausgaben von mehr als 500 Millionen Euro vermeiden.

Ausschreibungen und Qualität: kein Widerspruch per se

Ein drastischer Rückschritt in Hinsicht auf die Wirtschaftlichkeit in der Hilfsmittelversorgung stellte das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) dar, das 2019 den Krankenkassen die Option der Ausschreibung nahm, und deutliche Ausgabenanstiege auslöste. Begründet wurde dieses Verbot vor allem auch mit dem Argument, Ausschreibungen würden negativ auf die Qualität der Versorgung wirken.

Tatsächlich zeigt die praktische Erfahrung jedoch, dass die Gleichung Ausschreibung = Qualitätsverlust nicht aufgeht. Im Gegenteil: Es ist sehr wohl möglich, umfassende Qualitätsaspekte über Ausschreibungen zu verankern. Ausschreibungen bieten sogar besonders gute Voraussetzungen für konkrete Qualitätsvorgaben. Das zeigt beispielsweise ein Ausschreibungsverfahren der TK aus dem Jahr 2017 für Produkte der ableitenden Inkontinenz, in dem unter anderem festgelegt wurde, dass der Anbieter den Patientinnen und Patienten auch weiterhin das gewohnte Produkt anbieten musste. So konnte effektiv einem häufigen akzeptanzmindernden Kritikpunkt, dem Produktwechsel, entgegengewirkt werden. Neben den ohnehin verbindlichen einschlägigen Rechtsnormen (Hilfsmittelrichtlinie, Hilfsmittelverzeichnis, Präqualifizierung, Medizinproduktegesetz et cetera) gibt es viele Möglichkeiten, den Faktor Qualität in Ausschreibungen zu verankern. Zu den erfolgreichen Maßnahmen der TK im Rahmen ihrer Ausschreibungen gehörten beispielsweise umfassende Markterkundungen, die Bildung von Qualitätszirkeln mit Ausschreibungsgewinnern, konkrete Vorgaben zur Produktauswahl, zusätzliche Qualitätskriterien (etwa Liefergeschwindigkeit), gezielte Befragungen der Versicherten und Vertragskündigung bei Schlechtleistung.

Konkrete Maßnahme I: Ausschreibungen mit Qualitätsparametern ermöglichen

Ausschreibungen im Bereich der Hilfsmittelversorgung haben sich als ein probates und bewährtes Wettbewerbsinstrument bewiesen und sollten in dafür geeigneten Produktbereichen wieder ermöglicht werden. Hier können bei gleichzeitig hoher Versorgungsqualität erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden. Das kann über verpflichtende Qualitätsparameter in den Versorgungsverträgen realisiert werden, die durch die Krankenkassen vereinbart, konsequent geprüft und bei Nichteinhaltung sanktioniert werden.

¹⁰ Verband der Ersatzkassen (vdek), 2022: Daten zum Gesundheitswesen, https://www.vdek.com/presse/daten/d_ausgaben_heil_hilfsmittel.html https://www.vdek.com/presse/daten/d_ausgaben_heil_hilfsmittel.html (aufgerufen am 17.1.2023).

¹¹ Bundeskartellamt, 23.3.2022: Bundeskartellamt leitet Verfahren gegen Hilfsmittel-Verbände wegen gemeinsamer Preisaufschläge zu Lasten der Krankenkassen ein, https://www.bundeskartellamt.de/SharedDocs/Meldung/DE/Pressemitteilungen/2022/23_03_2022_ARGE.html?sessionId=55DD7204C80499B58E6632B477119819.2_cid378?nn=3591568 (aufgerufen am 18.1.2023).

Konkrete Maßnahme II: echte Vertragsverhandlungen bei Hilfsmitteln

Eine wirtschaftlich orientierte Versorgung mit Hilfsmitteln bedarf der Rückkehr zu echten Vertragsverhandlungen und der Stärkung des Wettbewerbs zwischen deren Anbietern. Dazu gehören:

1. ein temporäres, exklusives Versorgungsrecht für die Leistungserbringer, die sich aktiv und erfolgreich an Vertragsverhandlungen über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln beteiligen; verstärkt durch die Abschaffung des sofortigen Beitrittsrechts für Leistungserbringer, die sich nicht in Vertragsverhandlungen begeben,
2. ein reguläres Beitrittsrecht frühestens sechs Monate nach Vertragsbeginn, wobei Ausnahmen zur Sicherstellung des Sachleistungsprinzips durch Kassen möglich sein sollten,
3. ein Anspruch der Leistungserbringer auf Vertragsverhandlungen nur zu gewähren, wenn nicht bereits inhaltsgleiche Verträge bestehen,
4. die Möglichkeit, eine Schiedsperson einzusetzen (§ 127 Abs.1a SGB V), auf die Fälle zu beschränken, in denen nicht bereits ungekündigte beitragsfähige Verträge bestehen.

Um das Gleichgewicht an den Verhandlungstischen wiederherzustellen, muss der Einfluss monopolartiger Strukturen eingeschränkt werden, der de facto zu Preisdiktaten führt. Es bedarf klarer Regeln der Wettbewerbskontrolle im Bereich der Hilfsmittelversorgung.

Heilmittel – System in Schieflage Auch beim Thema Heilmittel treiben veränderte Rahmenbedingungen die Kosten: Zum einen fiel die Kopplung an die Grundlohnsumme, zum anderen gibt es auch in diesem Bereich keine Verhandlungspartner, die durch klare Strukturen mandatiert sind; Letzteres insbesondere, weil die Verbände der fünf Heilmittelarten meist keine ausreichende Mandatierung in die Verhandlungen einbringen.

Verträge zwischen Heilmittelerbringern und Krankenkassen orientierten sich ursprünglich an den Steigerungen der Grundlohnsumme, also der Summe aller beitragspflichtigen Einnahmen innerhalb eines Jahres in der Krankenversicherung. Das erklärte Ziel dieser ausgewogenen Regelung war

es, die Beitragssätze stabil zu halten und gleichzeitig Heilmittelerbringer an den Lohnsteigerungen der Gesellschaft unmittelbar teilhaben zu lassen. Das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) im April 2017 beendete diese maßvolle Praxis und ermöglicht Honorarabschlüsse oberhalb der Grundlohnsumme. Endgültig beendet wurde die Grundlohnsummenbindung mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) 2019. Die Preise für therapeutische Leistungen richten sich seither nach dem bundesweit höchsten Wert.

Die Grundlohnsummenbindung wurde aufgehoben, um notwendige Vergütungssteigerungen für Heilmittelerbringer zu ermöglichen. Diese Nachholeffekte sind mittlerweile in allen Heilmittelbereichen vollzogen, wobei zuletzt die Preise anhand objektiver Parameter von einem unabhängigen Dritten, einem Schiedsrichter, als angemessen festgesetzt wurden. Die Ursache für die Entkopplung entfällt also.

Konkrete Maßnahmen: Heilmittel – Rückkehr zu Grundlohnsummenbindung und echten Verhandlungen Für Verträge der Heilmittel-Leistungserbringer nach § 125 SGB V sollte zur Grundlohnsummenbindung zurückgekehrt werden.

Insbesondere die heterogene Verhandlungslandschaft bremst echte Verhandlungen im Heilmittelbereich aus und verhindert so wirtschaftliche Strukturen. Hier bedarf es klarer und nachvollziehbarer Mandate. Der Gesetzgeber sollte eine solche Mandatierung vorschreiben. 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.

Ausgaben für Arzneimittel – faire Preisfindung dringend nötig Dringenden Handlungsbedarf – mit Blick auf die Ausgaben für Gesundheit – gibt es auch im Bereich Arzneimittel. 46,6 Milliarden Euro gab die Versichertengemeinschaft hierfür allein 2021 aus. Die Ausgaben steigen überdurchschnittlich, im vergangenen Jahr um 7,65 Prozent. Kostentreiber sind vor allem neue, und damit patentgeschützte Arzneimittel, die zu überhöhten Preisen auf den Markt kommen. Obwohl ihr Verordnungsanteil nur etwa ein Zehntel ausmacht, entfällt mehr als die Hälfte der Gesamtausgaben auf diese Arzneimittel. Der vielfach zitierte Begriff der „Mondpreise“ erscheint dabei nicht übertrieben.

Vor allem, weil nicht transparent ist, wie diese Preise – mittlerweile nicht selten im fünf- bis sechs- sowie auch im siebenstelligen Bereich – überhaupt zustande kommen. Hier einen Weg zu fairen Preisen zu finden, gehört zu den Kernaufgaben für die Sicherung der zukünftigen Finanzierung von Gesundheit. Fair für alle Seiten, denn natürlich soll die pharmazeutische Industrie echte Innovationen weiterhin gut bezahlt bekommen, entsprechend ihrem Innovationsgrad. Was sich die Versicherten-gemeinschaft ganz klar nicht leisten kann: Viel Geld für Arzneimittel auszugeben, die keinen echten Nutzensvorteil bieten oder Nutzensvorteile überteuert zahlen zu müssen. Die durch die Koalition im Rahmen des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes getätigte Modifikation des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) reicht hier bei Weitem noch nicht aus.

Die Lösung sollte eine kriterienbasierte Preisfindung beinhalten.

Dass der zwischen GKV-SV und pharmazeutischen Unternehmen verhandelte Erstattungsbetrag für patentgeschützte Arzneimittel nun nach sechs statt wie bisher nach zwölf Monaten nach Eintritt in den Markt gelten soll, ist zwar ein erster Schritt. Es gibt jedoch keinen nachvollziehbaren Grund, warum dieser auf der Nutzenbewertung beruhende verhandelte Preis nicht auch rückwirkend ab Markteintritt gelten sollte. Darüber hinaus sind weitere, kurzfristig umzusetzende Maßnahmen zur Begrenzung der Arzneimittelausgaben sinnvoll: Dazu gehört die Senkung der Umsatzsteuer auf den ermäßigten Satz von sieben Prozent – wie er für Grundnahrungsmittel und im Übrigen auch für Tierarzneimittel gilt – bei gleichzeitiger Beibehaltung des Preismoratoriums. Darüber hinaus sollte es Krankenkassen ermöglicht werden, einzelne patentgeschützte Arzneimittel für die Versorgung ihrer Versicherten bevorzugt auszuwählen, unter der Voraussetzung, dass es vergleichbare Alternativen im Markt gibt. Auch eine länger andauernde Erhöhung des Herstellerabschlags für patentgeschützte Arzneimittel ist mit Blick auf die Gewinnspannen der pharmazeutischen Industrie vertretbar. Anhand einer Berechnung mit dem Fair-Pricing-Modell der International Association of Mutual Benefit Societies (AIM) hat Prof. Dr. Gerd Glaeske von der Universität Bremen im Jahr 2021 ermittelt, dass die tatsächlichen Arzneimittelpreise bis zu 13-mal so hoch sind, wie sie anhand fairer und objektiver Kriterien (beispielsweise den Kosten für Forschung, Entwicklung und Herstellung) sein sollten.¹²

Es bedarf vor diesem Hintergrund einer grundlegenden Weiterentwicklung des AMNOG, um zu fairen und transparenten Einstiegspreisen für Arzneimittelinnovationen zu kommen. Nur hier kann die Preisspirale im Kern durchbrochen werden, da die Hersteller bisher die Einstiegspreise völlig frei und intransparent festsetzen können, die dann wiederum die Benchmark für weitere Verhandlungen darstellen. Auch wenn das AMNOG mit seiner frühen Nutzenbewertung zahlreiche Verbesserungen erzielt und zu Einsparungen geführt hat, kommt es hier an Grenzen. Eine Weiterentwicklung ist nötig – ganz klar auch, um das Privileg des sofortigen Marktzugangs inklusive der Erstattungsfähigkeit durch die GKV mit Blick auf die finanzielle Situation zu erhalten. Die Lösung sollte eine kriterienbasierte Preisfindung beinhalten und damit einhergehend transparente und objektive Faktoren wie insbesondere den tatsächlichen Nutzen des neuen Arzneimittels.

Konkrete Maßnahmen: ermäßigte Umsatzsteuer und kriterienbasierte Preisfindung Als wirksame Sofortmaßnahme eignet sich die Senkung der Umsatzsteuer auf den ermäßigten Satz von sieben Prozent bei gleichzeitiger Beibehaltung des Preismoratoriums. So könnten für die GKV jährliche Einsparungen von rund 5,6 Milliarden Euro erreicht werden. Mittel- bis langfristig bedarf es einer grundlegenden Weiterentwicklung des AMNOG mit dem Ziel einer fairen und transparenten Preisfindung, die auf objektiven Faktoren wie dem tatsächlichen Nutzen einer Innovation basiert. Für alle Maßnahmen gilt der Grundsatz: Sie müssen so gestaltet sein, dass es für die Industrie nicht möglich ist, die Kosten an anderer Stelle wieder draufzuschlagen. Nur so können die Maßnahmen eine tatsächliche Wirkung auf die Gesamtausgaben haben und zu echten Einsparungen in der GKV führen.

¹² Vgl. Glaeske et al., 2021: AIM Fair Pricing Calculator für patentgeschützte Arzneimittel. Ein Ansatz zur Ermittlung gerechterer Arzneimittelpreise in der EU und darüber hinaus https://www.socium.uni-bremen.de/uploads/AIM_Fair_Pricing_Calculator_fur_patentgeschuetzte_Arzneimittel.pdf (aufgerufen am 18.1.2023).

3 Strukturreformen

Weichen für mehr Qualität und Effizienz stellen

Krankenhausreform, aber richtig Ein zentraler Hebel für Effizienz im Gesundheitssystem ist die Umgestaltung der Kliniklandschaft. Immerhin ist der stationäre Sektor mit knapp 86 Milliarden Euro, also 32,6 Prozent der Leistungsausgaben, der größte Ausgabenposten des Solidarsystems.¹³ Eine zeitgemäße Anpassung der Klinikstrukturen mit auf einheitlichen Kriterien basierender Planung, klarem Fokus auf mehr Qualität und einer sinnvolleren Arbeitsteilung zwischen den Häusern ist seit Jahren überfällig.

Umso erfreulicher, dass im ersten Amtsjahr der Koalition mit der dritten Stellungnahme der „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ ein erster Schritt in Richtung Reform des stationären Bereichs getan wurde: Die Eckpunkte umfassen die Aspekte Planung und Struktur ebenso wie Finanzierung.

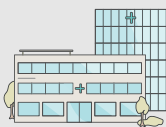
Das Konzept sieht drei zentrale Elemente vor, die in einer fünfjährigen Konvergenzphase umgesetzt werden sollen: Die einheitliche Definition von Krankenhaus-Versorgungsstufen (Leveln), um lokale, regionale und überregionale Versorgungsaufträge abzugrenzen, ein System von bedarfsbezogenen Leistungsgruppen, die den Leveln zugeordnet sind, sowie die Reduktion der mengenbezogenen Komponente innerhalb der Vergütung zugunsten einer bedarfsgerechten und qualitätsorientierten Vorhaltefinanzierung.

Die Reform ist zweifelsohne ein Mammutprojekt, gleichsam dringend notwendig und mit enormen Chancen für die Qualität verbunden – und somit auch für die Effizienz der Versorgung. Denn noch immer werden aufgrund wirtschaftlichen Drucks medizinisch nicht notwendige Eingriffe durchgeführt, Betroffene von Herzinfarkten in Kliniken ohne Katheterlabor versorgt und Krebspatientinnen und -patienten in Kliniken behandelt, die keine entsprechend spezialisierten Zentren sind.¹⁴

Damit die Chancen auf mehr Qualität gehoben werden können, bedarf es einer stringenten und konsequenten Reform aus einem Guss, in deren Rahmen gesunde Strukturen sicher finanziert werden. Keinesfalls darf die Reform neue Fehlanreize setzen, etwa indem Vorhaltekosten Fehlstrukturen zementieren. Für die Einführung von Vorhaltekosten schlägt die Kommission vor, diese aus den DRG auszugliedern und über das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) zu verteilen. Insbesondere die Verteilung über das BAS ist dabei problematisch. Sie stellt nicht nur ein prozessuales Novum dar, für das die strukturellen Grundlagen fehlen, sondern umgeht auch die Selbstverwaltung und stellt so ein Grundprinzip unseres Gesundheitssystems in Frage.

Integration von Vorhaltekosten in ein etabliertes DRG-System

Krankenhäuser – Sicherheit durch klaren Anspruch



- ✓ Fester Anspruch
- ✓ Erlösunabhängig
- ✓ Differenziert nach Versorgungsstufe und Leistungskomplexen

DRG-Vergütung – Ausgliederung der Vorhaltekosten



- ✓ Fixe Kriterien
- ✓ Differenzierung nach Sicherstellung versus bedarfsgerechte Versorgung

Krankenkassen – Abfinanzierung über Rechnungen



- ✓ Nutzung etablierter Prozesse
- ✓ Kein weiterer Sondertopf



So könnten Vorhaltekosten in ein DRG-System integriert werden: Die Abfinanzierung erfolgt über die Klinikrechnungen, Krankenhäuser erhalten 100-Prozent-Finanzierung.

Grafik: TK

¹³ GKV-Spitzenverband, 2022: GKV-Kennzahlen, https://www.gkv-spitzenverband.de/service/zahlen_und_grafiken/gkv_kennzahlen/gkv_kennzahlen.jsp (aufgerufen am 18.1.2023).

¹⁴ Busse, Reinhard, 2021: Ein Plädoyer für eine bedarfsgerechte und qualitätsorientierte Neuordnung der Krankenhauslandschaft, in: Baas, Dr. Jens (Hrsg.), 2021: Perspektive Gesundheit 2030, MMV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Konkrete Maßnahmen: gesunde Strukturen stützen

- **Prinzip: erst planen, dann zahlen:** Die Maßnahmen zur Neugliederung der Krankenhauslandschaft, also eine bedarfsgerechte Krankenhausplanung auf Basis bundesweit gültiger Strukturanforderungen und Versorgungsstufen, müssen der Operationalisierung von Vorhaltekosten vorausgehen. Nur so kann sichergestellt werden, dass von der Erstattung von Vorhaltekosten ausschließlich Strukturen profitieren, die auch bedarfsnotwendig sind, und nur so kann über Vorhaltekosten Qualität gestützt werden. Die Vorhaltekostenfinanzierung darf nicht zum Subventionsvehikel für Doppelstrukturen und mangelnde Planung werden.
- **Vorhaltekosten: etablierte Prozesse nutzen (siehe Grafik):** Bei der Einführung von Vorhaltekosten ist es sinnvoller und erfolgsversprechender, etablierte Prozesse zu nutzen und gleichzeitig Kliniken finanzielle Sicherheit zu geben, wenn sie bestimmte bedarfsnotwendige Angebote vorhalten. Statt eines neu zu organisierenden Verteilungsmechanismus sollten die entsprechenden Finanzflüsse über etablierte Abrechnungsprozesse zwischen Kassen und Kliniken laufen. Als Vorbild kann dabei die vollständige

Finanzierung der Pflegebudgets dienen. So könnten die Vorhaltekosten sukzessive mit den laufenden Rechnungen durch die Kostenträger abfinanziert werden. Damit ist sichergestellt, dass die Krankenhäuser die vorher festgelegten Vorhaltekosten vollständig bezahlt bekommen, indem sie in den etablierten Prozess der Krankenhausabrechnungen integriert werden. Dafür müsste lediglich am Ende eines Jahres einmalig ein vollständiger Ausgleich erfolgen.

- **Finanzierung der Investitionsanteile klären:** Wirtschaftlicher Druck auf Kliniken entsteht noch immer dadurch, dass die Bundesländer ihrer Verpflichtung zur Finanzierung der Investitionskosten nur äußerst unzureichend nachkommen. Hier bedarf es im Rahmen der Reform einer Klärung, die eine weitere Belastung des Solidarsystems durch Verpflichtungen Dritter künftig verhindert. Auch der bislang in den Eckpunkten der Kommission nicht näher definierte Strukturfonds darf nicht zur vermeintlichen Lösung der Investitionskostenproblematik gemacht werden.

Konsequente und koordinierte Ambulantisierung Die geringe Durchlässigkeit der einzelnen Versorgungssektoren sowie die nicht konsistenten finanziellen Anreize zur Ambulantisierung bemängelte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen schon 2012, als er sich kritisch mit dem Thema Über-, Unter-, und Fehlversorgung auseinandersetzte. In der vergangenen Legislaturperiode wurde mit dem MDK-Reformgesetz (2019) auch eine Reform der ambulanten Operationen (AOP) nach § 115b angeschoben. Demnach sollte der Katalog ambulant erbringbarer Operationen nach § 115b aktualisiert, um stationersetzende Behandlungen ergänzt und zukünftig regelmäßig an den Stand der medizinischen Erkenntnisse angepasst werden. Das IGES wurde mit einem Gutachten beauftragt, das den Stand der medizinischen Erkenntnisse über ambulant durchführbare Operationen, stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen untersucht, diese Leistungen konkret benennt und unterschiedliche Maßnahmen zur Falldifferenzierung nach Schweregrad analysiert.

Dieses umfangreiche und wegweisende AOP-Gutachten hat das IGES im März 2022 vorgelegt. Auf seiner Basis hat die Gemeinsame Selbstverwaltung im September 2022 dem BMG einen Vorschlag zur Umsetzung übergeben. Die Reform des § 115b erfolgt demnach in zwei Stufen. Die erste startete zum Jahresbeginn 2023. Sie enthält die Erweiterung von Leistungen, die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgebildet sind, ebenso wie Anpassungen zu gleichartiger Vergütung in Klinik und Niederlassung sowie die Festlegung von Kontextfaktoren und die Abbildung von vereinfachten Schweregraden. Zum Jahresbeginn 2024 soll der Katalog um Leistungen erweitert werden, bei denen weitere Anpassungen an EBM und DRG notwendig sind. Außerdem sollen die Schweregrade nach Betreuungsaufwänden und Zeiten der Nachbeobachtung abgebildet werden. Der zweigeteilte Umsetzungsprozess stockt jedoch bereits am Beginn. Von den über 2.400 Indikationen, die das IGES-Gutachten für ambulante Operationen empfiehlt, konnten bislang auf dem Verhandlungsweg zwischen Krankenhäusern und der GKV gerade einmal 208 geeint werden.

Es existiert auch keine andere rechtliche Handhabe, also etwa eine mögliche ministerielle Ersatzvornahme, um die im IGES-Gutachten empfohlenen Indikationen schnell in den AOP-Katalog zu überführen, als der langwierige Verhandlungsweg mit den Vertretern der Krankenhausorganisationen. Hier treffen grundlegend unterschiedliche Interessen aufeinander. Die daraus resultierenden Verzögerungen führen dazu, dass die GKV den Großteil des Wirtschaftlichkeitspotenzials ambulanter Operationen noch immer nicht nutzen kann.

Tagesbehandlungen – keine wirkliche Ambulantisierung

Während also die Umsetzung des IGES-Gutachtens in den AOP-Katalog noch nicht erfolgt ist, hat der Bundestag im Dezember 2022 im Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfIEG) für einen Teil dieser ambulant-sensitiven Behandlungen im Krankenhaus eine Sonderstellung als Tagesbehandlungen beschlossen. In einer Kombination aus stationärer Behandlung am Tage und Übernachtung zu Hause sollen so die Stationen in den Nachtdiensten entlastet werden. Diese Fälle sind jedoch nicht konsequent ambulant, sondern weiterhin als stationäre Behandlung abzurechnen. Die Sektorengrenzen bleiben erhalten. Wirtschaftliches Interesse an gebotener ambulanter Leistungserbringung werden die Krankenhäuser daraus nicht ableiten. Die ökonomische Notwendigkeit, ambulant mögliche Behandlungen konsequent aus dem Krankenhaussystem herauszunehmen, wird durch Tagesbehandlungen also eher behindert und verzögert die ohnehin stockende Umsetzung der Ausweitung des AOP-Katalogs.

Hybrid-DRG – komplex und aufwendig Um die Ambulantisierung voranzubringen, hat die Bundesregierung im Koalitionsvertrag die Entwicklung und Einführung von Hybrid-DRG vorgesehen. Mit dem KHPfIEG vom Dezember 2022 wurde die Gemeinsame Selbstverwaltung beauftragt, die Rahmenbedingungen für eine spezielle sektorenübergreifende Vergütung (Hybrid-DRG) zu vereinbaren. Hybrid-DRG wurden in einem Vergütungsmodell der TK bereits beispielhaft entwickelt und erprobt. Innerhalb des Modells wurden mangels Alternativen als Grundlagen der Hybrid-DRG die Fallpauschalen im Krankenhaus und der Vergütungskatalog für ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte (EBM) genutzt. Daraus wurde ein Mischpreis für operative Eingriffe kalkuliert. Gleichzeitig erfolgte eine völlige Gleichstellung bei Begleitleistungen, Nachbehandlung und Qualitätssicherung. Die Erfahrungen mit dem Modell zeigen, dass für die Umsetzung des Hybrid-DRG-Ansatzes eine umfassende Neuordnung der gesetzlichen Grundlagen notwendig ist. Fehlsteuernde Anreizsetzungen in Hinblick auf einseitige Finanzierungsvorteile bestimmter Leistungserbringer müssen von Anfang an vermieden werden. Das gelingt nur, wenn alle beteiligten Leistungserbringer, unabhängig von ihrer sektoralen Zugehörigkeit,

gemeinsame Verantwortung für die Versorgung übernehmen. 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. Die Gemeinsame Selbstverwaltung ist im KHPfIEG beauftragt, bis zum 31. März 2023 Hybrid-DRG einzuführen. Sollte dies nicht gelingen, hat das BMG bereits eine Ersatzvornahme im Wege einer Rechtsverordnung angekündigt. Die Gemeinsame Selbstverwaltung muss es daher in kurzer Zeit schaffen, die Rahmenbedingungen anzupassen und die Voraussetzungen für funktionierende Hybrid-DRG zu strukturieren. Dabei sollten zunächst vor allem komplexe Leistungen mit einem geringen Ambulantisierungsgrad Berücksichtigung finden, die zudem klar von den regulären stationären Leistungen abgegrenzt werden müssen. Während Hybrid-DRG nach dem KHPfIEG also erst entwickelt werden und zu Beginn nur einen Ausschnitt des Ambulantisierungspotenzials beinhalten können, könnte die Reform von ambulanten Operationen nach § 115 b SGB V auf der Grundlage des IGES-Gutachtens schneller umgesetzt werden, um endlich auch konkret mit der Ambulantisierung voranzukommen.

Konkrete Maßnahmen: ambulantes Operieren konsequent umsetzen

Die Vorschläge aus dem IGES-Gutachten müssen schnell und konsequent umgesetzt werden. Dazu braucht es konkrete Zeitvorgaben zur Einigung über den AOP-Katalog nach § 115b und eine Ersatzvornahme des Bundes bei Nichtumsetzung. Die Einführung von Tagespauschalen behindert eher die Ambulantisierung, indem für diese potenziell ambulanten Leistungen die stationäre Abrechnung fortgeschrieben wird. Es fehlt die Konsequenz zur ambulanten Leistungserbringung.

Die mit dem IGES-Gutachten vorgegebene Zeitschiene wurde nicht eingehalten. Die Umsetzung im AOP-Katalog nach § 115b ist nur für eine geringe Anzahl von Indikationen erfolgt. Das IGES-Gutachten muss ohne weitere Verzögerungen in die Praxis umgesetzt werden.

Bei der Umsetzung des gesetzlichen Auftrags an die Gemeinsame Selbstverwaltung für Hybrid-DRG müssen vor allem komplexe Leistungen im Fokus stehen, die einen geringen Ambulantisierungsgrad haben. Es muss dabei gewährleistet sein, dass über Hybrid-DRG finanzierte Leistungen nicht für die reguläre Abrechnung von stationären Leistungen zur Verfügung stehen.

Digitalisierung – notwendige Investitionen in eine effizientere Zukunft

Auch in Sachen Digitalisierung hat sich bereits gezeigt, dass der Kassenwettbewerb über Innovationen das System als Ganzes voranbringen kann. Beispiele hierfür sind etwa die elektronische Patientenakte (ePA) oder auch Online-Sprechstunden. Zum Fliegen kommen sie im System jedoch nur, wenn die politischen Weichen auf „Chancen nutzen“ gestellt sind. Vor allem für eine bessere Versorgung ist ein konsequentes Vorantreiben der Digitalisierung im Gesundheitswesen alternativlos, wobei beispielsweise die Vermeidung von Doppeluntersuchungen, Verlagerung von invasiven zu weniger invasiven Untersuchungsmethoden oder die Reduzierung von Klinikaufenthalten chronisch Kranker durch Telemonitoring zu nennen sind. Der Sachverständigenrat Gesundheit verweist in diesem Zusammenhang auf die entstehenden Chancen durch einen sektorenübergreifenden digitalen Datenfluss und eine gesundheitsorientierte Datennutzung.¹⁵

Darüber hinaus kann sich ein nachhaltig finanziertes System aus wirtschaftlicher Perspektive einen Verzicht auf weitere konsequente Digitalisierung in Zukunft schlichtweg nicht leisten – auch wenn Digitalisierung heute noch vor allem ein Investitionsthema ist. Die Chancen in Sachen Wirtschaftlichkeit verdeutlicht eine vielbeachtete Studie der Unternehmensberatung McKinsey, laut der „die Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen die Chance auf Einsparungen in Höhe von 42 Milliarden Euro pro Jahr“¹⁶ eröffnet. So könnten durch den Einsatz digitaler Technologien Versorgungsqualität und Kosteneffizienz erhöht und gleichzeitig Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten sowie die Arbeitssituation des Personals im Gesundheitswesen deutlich verbessert werden.

Die genannte Studie prognostiziert zudem die Wirkungen von 26 einzelnen Technologien, darunter die der ePA, der mit sieben Milliarden Euro pro Jahr das größte Wirkungspotenzial attestiert wird. Beim elektronischen Rezept (E-Rezept) ist es eine Milliarde Euro. Beide werden als Enabler-Technologien klassifiziert, die alle Beteiligten und Prozesse unterstützen. Von diesem Potenzial könne jedoch aufgrund der „bislang geringen Inanspruchnahme“ nur ein Bruchteil ausgeschöpft werden.

Wenig genutzt wird beispielsweise das E-Rezept und hier ist die geringe Verbreitung hausgemacht: Um es voll digital und nicht via Papierausdruck nutzen zu können, müssen Patientinnen und Patienten eine spezielle App der gematik installieren, die eines aufwendigen Identifikationsprozesses mit NFC-fähiger elektronischer Gesundheitskarte (eGK) und zugehöriger PIN bedarf. Diese Lösung ist weit davon entfernt, die digitale Alternative als schnelle, unkomplizierte und kundenfreundliche Möglichkeit wahrnehmbar werden zu lassen und somit die Inanspruchnahme auf absehbare Zeit zu steigern. Allein der Vergleich der Downloadzahlen der notwendigen App der gematik mit Service-App-Angeboten der Kassen zeigt die zentrale Schwäche solcher digitalen Inseln: Während die Service-Apps der Krankenkassen, die unterschiedliche digitale Anwendungen und Services unter einem digitalen Dach bündeln, mittlerweile Millionen von Downloads verzeichnen, bleiben die Zahlen der gematik-App dahinter weit zurück: Bis Ende Januar verzeichnete allein die TK-App rund 5 Millionen Downloads – bei rund 11 Millionen TK-Versicherten. Dem standen am 27. Januar 2023 rund 437.000 Downloads der gematik-App gegenüber¹⁷ – bei rund 74 Millionen GKV-Versicherten. Hinzu kommen ungenutzte Potenziale, die beispielsweise durch eine Verknüpfung mit Daten aus der ePA entstehen könnten: So könnten Versicherte Hinweise in Bezug auf ihre Medikamente erhalten, etwa hinsichtlich Risiken aufgrund in der ePA hinterlegter Allergien. Auch Warnungen zu Wechselwirkungen und Erinnerungen zur Medikamenteneinnahme sind so möglich. Weiterhin könnte eine Prüfung der Zuzahlungsbefreiung integriert werden. Auch solche Chancen auf eine hochwertigere und gleichzeitig insgesamt effizientere Versorgung, sollte die Gestaltung des E-Rezepts nutzbar machen.

Ungenutzte Chancen – und somit politischen Handlungsbedarf – gibt es auch in den Bereichen Nutzung von Gesundheitsdaten, sinnvoller Einsatz von Cloud-Diensten sowie Nutzerfreundlichkeit der ePA, für die gilt: Will man das Ziel von 80 Prozent Nutzeranteil im Jahr 2025 erreichen, muss die Akte attraktiver werden. Enabler-Technologien wie ePA und E-Rezept müssen vom Exoten zum Standard werden. Das wird nur gelingen, wenn deren digitale Nutzung für die Nutzerinnen und Nutzer sowohl als einfach als auch mit einem Mehrwert (zum Beispiel mehr Medikationssicherheit, Zeiterparnis) verbunden erlebt werden kann. Eine flächendeckend

¹⁵ Sachverständigenrat Gesundheit (SVR), 2021: Digitalisierung für Gesundheit – Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems

¹⁶ McKinsey & Company, 2022: Digitalisierung im Gesundheitswesen: Die 42-Milliarden-Euro-Chance für Deutschland, 220524_mckinsey_die 42-mrd-euro-chance.pdf, (aufgerufen am 18.1.2023).

¹⁷ gematik, 27.1.2023: TI-Dashboard sowie Daten zu Downloads der TK-App aus eigenen Auswertungen der Techniker Krankenkasse.

gewährleistete Befüllung der ePA mit strukturierten Daten der Leistungserbringer, ist dafür die Grundlage – und somit entscheidender Taktgeber für die Digitalisierung. Auch die Chancen von Fernbehandlung und Telemonitoring – insbesondere auch für strukturschwache Regionen – gilt es konsequent zu nutzen, denn sie sind Teil einer zeitgemäßen digitalen Gesundheitsinfrastruktur.

Zudem bedarf der Umgang mit Gesundheitsdaten eines Paradigmenwechsels, der sich an der Frage orientiert, wie diese die Versorgung von Patientinnen und Patienten verbessern können. Dabei könnten Krankenkassen einen entscheidenden Beitrag leisten, etwa was die Entwicklung von Versorgungsinnovationen oder Verbesserungen der Versorgung angeht. Dazu benötigen sie jedoch aktuellere Daten von höherer Qualität, erweiterte Verarbeitungsbefugnisse sowie Auswertungsmöglichkeiten ohne die streng reglementierte Zweckbindung in den Vorschriften des SGB.

Enabler-Technologien wie ePA und E-Rezept müssen zum Standard werden.

Zu einer erfolgreichen Digitalisierung im Gesundheitswesen gehören auch Cloud-Dienste. Sie bilden bereits heute eine wichtige Grundlage für serviceorientierte Geschäftsmodelle, digitale Plattformen und Ökosysteme. Zum aktuellen Zeitpunkt ist die Nutzung von Cloud-Technologien durch Sozialversicherungsträger regulatorisch stark umstritten und führt zu einer hohen Unsicherheit bei der Nutzung. Hier bedarf es ebenfalls einer zeitgemäßen Lösung.

Damit Patientinnen und Patienten von den oben dargestellten Vorteilen der Digitalisierung sowohl in Sachen Versorgungsqualität als auch durch

Systemeffizienz profitieren können, braucht es regulatorische Rahmenbedingungen, die ermöglichen, dass digitale Services im Gesundheitswesen nutzerfreundlich gestaltet werden können. Dafür bedarf es konkreter nächster Schritte.

Konkrete Maßnahmen: Digitalisierung nutzerfreundlich und konsequent

- **Digitale Anwendungen: ein Zugang statt Insellösungen:** Statt einer Vielzahl von Insellösungen mit jeweils eigener Identifikationslogik bedarf es eines Zugangs für alle digitalen Anwendungen, für den sichere, aber auch alltagsnahe Identifikationsverfahren zur Verfügung stehen.
- **ePA: nutzerfreundlich und mit Daten gefüllt:** Die Opt-out-Regelung ist ein erster Schritt zur weiteren Etablierung der ePA im Gesundheitswesen, die mit der verpflichtenden Befüllung der ePA mit Daten durch Leistungserbringer und Krankenkassen einhergehen muss: Eine leere Akte nützt niemandem und wird nicht zum Ziel 80-Prozent-Nutzeranteil beitragen. Zudem muss die Handhabung der ePA verbessert werden. Das gelingt nur mittels nutzerfreundlicher Identifikationsverfahren und einer Vereinfachung der Rechteverwaltung. Auch Ärztinnen und Ärzte müssen die Mehrwerte der Digitalisierung erkennen und wahrnehmen können, dafür müssen sich die notwendigen technischen Komponenten und Funktionalitäten einfach und nahtlos in die Praxisabläufe integrieren lassen, was eine Einbindung der Anbieter der Praxisverwaltungssysteme (PVS) nahelegt.
- **Gesundheitsdaten als Chance:** Die Möglichkeiten der Krankenkassen zur Datennutzung und -verarbeitung müssen ausgeweitet werden, damit die Krankenkassen ihre Aufgaben nach SGB V effizient und effektiv erfüllen können: ihre Versicherten bei der Wahl der passenden Leistungen zu unterstützen, ihnen beizustehen, sie beim Weg durch das Gesundheitssystem zu beraten und ihnen zielgenaue Angebote unterbreiten zu können. Die Grundlage hierfür muss das neue Gesundheitsdatennutzungsgesetz schaffen. Eine kluge Datennutzung ist ein wichtiges Bindeglied im Rahmen einer funktionierenden Digitalisierungsstrategie, deren Chancen auf individueller (bessere Versorgung, bessere Therapiesicherheit und -adhärenz) und kollektiver Ebene (Gesundheitsschutz) nicht ungenutzt bleiben dürfen. Dabei muss der besondere Schutz dieser Daten ebenso selbstverständlich sein wie die Möglichkeit, einer solchen Datennutzung aktiv zu widersprechen.
- **Cloud-Dienste:** Auch Krankenkassen müssen Cloud-Dienste nutzen können, damit sie wirtschaftlich agieren können. Dafür müssen die gesetzlichen Vorgaben angepasst werden.

Beispiel E-Verordnung: mehr Tempo für mehr Effizienz

Große Effizienzreserven und digitalen Aufholbedarf gibt es nicht nur bei Arzneimittelverordnungen, sondern auch bei allen anderen Verordnungen für die sonstigen Leistungserbringer, etwa für die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln oder auch für häusliche Krankenpflege.

Die Nutzung von Papierformularen ist hier nach wie vor der Standard: Die in diesem Bereich genutzten Formulare – die oft handschriftlich auszufüllen sind – werden in den Arztpraxen ausgestellt und dann von dem Patienten oder der Patientin zum entsprechenden Leistungserbringer gebracht. Teilweise muss die Kostenübernahme für die Verordnungen vorab durch die Kassen genehmigt werden, was in der Praxis bedeutet, dass mehrere Briefe hin- und hergeschickt werden müssen.

Auch der damit beginnende bürokratische Bearbeitungsprozess ist weder zeitgemäß noch effizient: Zwar werden im Abrechnungsprozess die Rechnungs- und Verordnungsdaten von Leistungserbringern oder deren Abrechnungsstellen elektronisch an die Krankenkasse oder deren Dienstleister übermittelt, das gilt jedoch nicht für die sogenannten rechnungsbegründenden Unterlagen, wie etwa die Verordnung. Deren Übermittlung an die Krankenkasse erfolgt nach wie vor in Papierform. Allein für die TK fallen dafür über 180 Tonnen Papier im Jahr (750 kg/Tag) an. Der Gesetzgeber hat zwar bereits die Einführung der elektronischen Übermittlung für Verordnungen vorgesehen, allerdings für Heil- und Hilfsmittel erst zum 1. Juli 2026, obwohl die technischen Voraussetzungen bereits heute vorliegen. Ein triftiger Grund für diesen späten Startpunkt ist also nicht ersichtlich.

Das Beispiel zeigt auch, dass Effizienzgewinne eng mit der Kenntnis von Verordnungspraxis und -alltag einhergehen. Entsprechend naheliegend ist der Ansatz, die digitale Umsetzung aller Verordnungen praxisnah aufzusetzen. Wie nachteilig sich Praxisferne auf den Erfolg digitaler Anwendungen auswirken kann, vermittelt das weiter oben dargestellte Beispiel E-Rezept, dessen digitaler Nutzungsweg über die eigens dafür programmierte gematik-App weit abseits vom Versorgungsweg verläuft und daher bis heute nur wenig von den Patientinnen und Patienten genutzt wird.

Zudem ist eine aktive Rolle der Kassen in der Gestaltung von E-Verordnungen schon aufgrund des für viele Verordnungen geltenden Genehmigungsvorbehalts sinnvoll. Daher sollte es für Versicherte die Möglichkeit geben, vertragsärztliche elektronische Verordnungen mittels einer von der Krankenkasse bereitgestellten App entgegenzunehmen und bei Leistungserbringern einlösen zu können. Das ist nicht nur in pandemischen Zeiten eine Erleichterung – sondern insbesondere für Menschen mit eingeschränkter Mobilität oder Betreuungsbedarf eine erhebliche Entlastung. Eine aktive Einbindung der Kassen bietet zudem die Chance, Versicherten den Nutzen der Digitalisierung durch zusätzliche Anwendungen und Mehrwerte erlebbar zu machen. Über Verknüpfungen mit weiteren Daten in der persönlichen ePA oder bei der Kasse werden diese zusätzlichen Anwendungen und Mehrwerte ermöglicht.

Konkrete Maßnahme: mehr Tempo bei E-Verordnungen

Angesichts der großen Effizienzpotenziale und vor dem Hintergrund, dass der Digitalisierungsgrad unseres Gesundheitssystems von funktionierenden digitalen Standardprozessen abhängt, bedarf es einer zügigen Einführung der E-Verordnung, die ihren Anwendern und Anwenderinnen einen Mehrwert ermöglicht. Der Umsetzungszeitpunkt für die elektronischen Übermittlungen der Verordnungen für Heil- und Hilfsmittel muss vorgezogen werden.

Damit zeitnah eine funktionierende und praxisnahe Lösung vorliegt, sollten die Krankenkassen, die sowohl über die Prozessexpertise als auch über potenzielle Kundenschnittstellen verfügen, eine aktive Rolle in der Bereitstellung von E-Verordnungen übernehmen. Dafür sollte den Versicherten die Möglichkeit gegeben werden, unabhängig von der App der gematik vertragsärztliche elektronische Verordnungen mittels einer App ihrer Krankenkasse entgegenzunehmen und bei Leistungserbringern einzulösen. Dies kann über eine erweiterte Funktionalität der ePA realisiert werden.

4

Fazit

Zukunftssichere Finanzierung braucht passende Rahmenbedingungen

Um die Finanzierung von Gesundheit für die Zukunft sicherzustellen und das beitragsfinanzierte System zu erhalten, bedarf es eines ganzheitlichen Konzepts, das Einnahmen- und Ausgabenentwicklung berücksichtigt und notwendige Strukturreformen ermöglicht, um auch mittel- bis langfristig Qualität und Effizienz zu sichern. Eine Schlüsselrolle nehmen dabei schnell wirksame und rasch umsetzbare Maßnahmen ein, weil sie einerseits kurzfristig finanzielle Handlungsfähigkeit sichern und andererseits investive Reformen ermöglichen. Sie müssen 2023 auf den Weg gebracht werden.

Dabei sind sinnvolle Schritte – insbesondere zur Stabilisierung der Einnahmen – bereits im Koalitionsvertrag genannt, wie die Aufstockung der Beitragszahlungen für Arbeitslosengeld-II-Beziehende oder die Dynamisierung des Bundeszuschusses. Diese gilt es umzusetzen. Insbesondere für den Bereich Ausgaben bedarf es jedoch weiterer Maßnahmen. Ein wirkungsvoller Hebel, um Effizienzen im System zu heben, kann und muss dabei die Nutzung des Wettbewerbs in der GKV in Hinsicht auf das Wirtschaftlichkeitsgebot sein. Allerdings braucht Effizienz entsprechende Rahmenbedingungen. Hier gibt es politischen Handlungsbedarf, denn derzeit gültige Regelungen verhindern mehr Effizienz, wie die Deckelung der Prüfung von Krankenhausrechnungen oder die extrem starren Verhandlungsbedingungen für Verträge im Hilfsmittelbereich.

Vor dem Hintergrund stark steigender Ausgaben für Gesundheit und steigendem Finanzdruck durch die demografische Entwicklung, kann es sich unser Solidarsystem nicht mehr leisten, diese Potenziale brach liegen zu lassen. Stattdessen gilt es, den Krankenkassen einen aktiven Beitrag an einer zukunftsfähigen Lösung zu ermöglichen – anstatt ihren Part, wie in den vergangenen Jahren erlebt, auf Reserveeinzug und Beitragserhöhungen zulasten der Versicherten zu reduzieren,

um kurzfristig Lücken zu stopfen. Es bedarf also einer Rückbesinnung auf eine Kernaufgabe der Kassen: im Rahmen des Wettbewerbs wirtschaftlich zu versorgen. Ohne eine solche aktive Rolle der Kassen wird das vielfach gesetzte Ziel „mehr Effizienz im Gesundheitssystem“ eine leere Hülle bleiben.

Dabei geht es nicht um das oft als „Schreckgespenst“ platzierte Thema Leistungskürzungen, sondern im Wesentlichen um die notwendige Handhabe, um Ansprüche prüfen, auf Augenhöhe verhandeln und Angebote vergleichen zu können, was ohnehin die Grundvoraussetzung wirtschaftlichen Handelns sein sollte. Setzt sich hingegen das politische Zurückfahren der Wirtschaftlichkeitsinstrumente der Krankenkassen fort, droht das Gesundheitswesen zum Selbstbedienungsladen zu werden – zulasten der Patientinnen und Patienten, die auf eine zeitgemäße und hochwertige Versorgung angewiesen sind und zulasten jener, die die Kosten tragen, also der Beitragszahlerinnen und -zahler. Konkrete Möglichkeiten, Effizienzen zu heben – und somit weitere einseitige Belastungen dieser Menschen in Form von Beitragserhöhungen oder Leistungseinschränkungen oder Zuzahlungen zu verhindern – gibt es wie dargestellt genug. Es ist nun an der Politik dieses Potenzial nutzbar zu machen.

Gleichzeitig bedarf es des politischen Weitblicks, umgehend auch größere Reformthemen anzuschieben oder weiter voranzutreiben, um die finanzielle – und vor allem auch qualitative – Zukunft des Gesundheitssystems mittel- und langfristig zu sichern, was an dieser Stelle nur anskizziert werden konnte. Dabei spielen die Digitalisierung ebenso wie die sinnvolle Strukturierung der Versorgungslandschaft – insbesondere des stationären Sektors – eine Schlüsselrolle.