

Gesprächspartner vdek-Pressekonferenz:

**Von Morbi-RSA, Finanzsituation GKV und
Pflegeversicherung bis E-Health-Gesetz II –
Gesundheitspolitik in 2019**

am 30. Januar 2019

im Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz,
Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardtstraße 55,
10117 Berlin

Uwe Klemens

Ehrenamtlicher
Verbandsvorsitzender
Verband der Ersatzkassen e. V.

Ulrike Elsner

Hauptamtliche
Vorstandsvorsitzende
Verband der Ersatzkassen e. V.

Dr. Jörg Meyers-Middendorf

Vertreter des Vorstandes
und Abteilungsleiter
Politik/Selbstverwaltung
Verband der Ersatzkassen e. V.

Michaela Gottfried

Pressesprecherin und
Abteilungsleiterin Kommunikation
Verband der Ersatzkassen e. V.

Pressemitteilung

Presse: Michaela Gottfried

Verband der Ersatzkassen e. V.

Askanischer Platz 1

10963 Berlin

Tel.: 0 30 / 2 69 31 – 12 00

Fax: 0 30 / 2 69 31 – 29 15

michaela.gottfried@vdek.com

www.vdek.com

30. Januar 2019

Ersatzkassen fordern mehr (gesamt-)gesellschaftliche Solidarität in der Pflege – schleichende Privatisierung des Pflegerisikos vermeiden E-Health-Gesetz II muss Digitalisierungsprozess beschleunigen Keine Zeit verlieren bei der Reform des Morbi-RSA

Um eine schleichende Privatisierung des Pflegerisikos zu vermeiden, fordert der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) mehr gesamtgesellschaftliche Verantwortung. „Die Eigenanteile, die die Pflegebedürftigen für ihren Aufenthalt in stationären Pflegeeinrichtungen hinzuzahlen, betragen heute bereits 1.830 Euro pro Monat. Das ist den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen nicht länger zuzumuten“, sagte Uwe Klemens, Verbandsvorsitzender des vdek, auf der Neujahrs-Presskonferenz. Der vdek schlägt deshalb vier Maßnahmen vor, um diese Entwicklung zu stoppen.

Erstens: Die gesetzlich festgelegten Leistungsbeträge, die die Pflegebedürftigen aus der sozialen Pflegeversicherung (SPV) je nach Pflegegrad erhalten, sollten dynamisiert, das heißt regelmäßig an die Preisentwicklung in der Pflege angepasst werden. Zweitens: Die Länder sollten ihrer Verpflichtung zum Bau und Erhalt der Pflegeeinrichtungen nachkommen. Hier geht es um etwa 447 Euro im Schnitt pro Einwohner. Drittens: Es sollte Steuerzuschüsse für die SPV geben. Bereits heute übernehmen die Pflegekassen Leistungen, die mit der Pflege der Betroffenen nichts oder nur entfernt zu tun haben, wie etwa die Rentenbeiträge für Angehörige. Das entspricht rund 0,2 Beitragssatzpunkte. Viertens: Die private Pflegeversicherung soll sich endlich adäquat an den Kosten beteiligen – dann könnten bis zu zwei Milliarden Euro jährlich von der privaten in die soziale Pflegeversicherung fließen.

„Wegen des demografischen Wandels und den Leistungsverbesserungen in der Pflege werden die Kosten weiter steigen. Darauf müssen wir reagieren.“

Doch nur die Beitragssätze in der SPV immer weiter zu erhöhen, wird auf Dauer auf Grenzen der Akzeptanz stoßen“, so Klemens abschließend.

E-Health-Gesetz II muss Digitalisierung beschleunigen

Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des vdek, verspricht sich von dem E-Health-Gesetz II mehr Drive im Digitalisierungsprozess. „Wir möchten, dass die elektronische Patientenakte (ePA) und medizinische Apps schnell, qualitätsgeprüft und sicher in die Versorgung kommen.“

Von dem für Mitte des Jahres 2019 geplanten E-Health-Gesetz II erwartet der vdek klare Rahmenvorgaben für eine Aufgabenverteilung zwischen Ärzten, Krankenkassen und der gematik. „Bezogen auf die ePA, die verbindlich ab 2021 eingeführt werden muss, bedeutet dies: Die Krankenkassen sollten die Inhalte der ePA festlegen, die Kassenärzte die medizinischen Details. Die gematik wird weiterhin gebraucht, um einheitliche Standards insbesondere für Datenschutz und Datensicherheit zu gewährleisten“, so Elsner.

Die Ersatzkassen möchten zudem Gesundheits-Apps, die sich bereits im Rahmen von Satzungsleistungen bewährt haben, auch in die Regelversorgung aufnehmen. Doch müssten diese ihren Nutzen dazu genauso unter Beweis stellen, wie andere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, betonte Elsner. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) sei das geeignete Gremium dafür. Es sei jedoch erforderlich, die Verfahren zur Überprüfung des Nutzens zu beschleunigen. „Die Instrumente des G-BA passen noch nicht 1:1 in die digitale Welt. E-Health-Angebote müssen in einem zügigen Verfahren in der Regelversorgung erprobt werden. Das heißt: Klare Zeitvorgaben, weniger Bürokratie, keine langen Ausschreibungen. Auch dazu brauchen wir eine entsprechende Rechtsgrundlage.“

Reform des Morbi-RSA: Jetzt schnell umsetzen

Ganz oben auf der Agenda für 2019 steht für die Ersatzkassen die geplante Reform des Finanzausgleichs der Krankenkassen – Morbi-RSA. Die vdek-Vorstandsvorsitzende Elsner betonte: „Die Zeit drängt! Bis Herbst 2019 muss das Gesetz inhaltlich unter Dach und Fach sein. Denn die gesetzlichen Regelungen müssen noch in den Haushaltsplanungen der Krankenkassen für das kommende Jahr 2020 berücksichtigt werden.“

Die Ersatzkassen haben auf Basis der beiden wissenschaftlichen Gutachten des Sachverständigenrats sechs Forderungen formuliert, wie die erheblichen Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen aufgrund der Fehlsteuerungen im Morbi-RSA abgebaut werden können. Zur Erinnerung: 2017 (letzter vorliegender RSA-Schlussausgleich) haben die AOKen 1,347 Milliarden Euro zu viel Gelder aus der Geldumverteilungsmaschine Gesundheitsfonds bekommen, die Ersatzkassen 931 Millionen Euro zu wenig. Elsner betonte: „Alle sechs Ersatzkassen stehen geschlossen hinter den von ihnen gemeinsam formulierten Forderungen, sowohl bezogen auf

die Krankheitsauswahl im Morbi-RSA, wie auch auf die Einführung einer Regionalkomponente.“

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) ist Interessenvertretung und Dienstleistungsunternehmen aller sechs Ersatzkassen, die zusammen rund 28 Millionen Menschen in Deutschland versichern:

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER
- DAK-Gesundheit
- KKH Kaufmännische Krankenkasse
- hkk – Handelskrankenkasse
- HEK – Hanseatische Krankenkasse

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) wurde am 20. Mai 1912 unter dem Namen „Verband kaufmännischer eingeschriebener Hilfskassen (Ersatzkassen)“ in Eisenach gegründet. Bis 2009 firmierte der Verband unter dem Namen „Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.“ (VdAK).

In der vdek-Zentrale in Berlin sind mehr als 270 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt. In den einzelnen Bundesländern sorgen 15 Landesvertretungen mit insgesamt rund 350 sowie mehr als 30 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Pflegestützpunkten für die regionale Präsenz der Ersatzkassen.

Statement

von

Uwe Klemens

Ehrenamtlicher Verbandsvorsitzender des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

anlässlich

der Neujahrs-Pressekonferenz

**von Morbi-RSA, Finanzsituation GKV und
Pflegeversicherung bis E-Health-Gesetz II
- Gesundheitspolitik in 2019**

am 30. Januar 2019

im Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz,
Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardtstraße 55,
10117 Berlin

(Es gilt das gesprochene Wort.)

Sehr geehrte Damen und Herren,

wo stehen wir derzeit vor allem finanziell in der GKV und sozialen Pflegeversicherung? Wo gibt es noch Handlungsbedarf im Jahr 2019?

Die gute konjunkturelle Lage in Deutschland, die leichte Zunahme der Gesamtbevölkerung auf 82,8 Millionen Personen und die gestiegene Zahl der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten wirken sich insgesamt positiv auf die GKV aus. Mehr als 73 Millionen Menschen waren Ende 2018 bei den gesetzlichen Krankenkassen versichert. Erfreulich ist, dass die Ersatzkassen mit rund 28 Millionen Versicherten weiterhin die größte Kassenart sind. Unser Marktanteil beläuft sich auf 38,4 Prozent.

Erfreulich ist auch, insbesondere als Versichertenvertreter: Durch die **Wiedereinführung der paritätischen Finanzierung beim Zusatzbeitragssatz** werden die GKV-Versicherten allein in 2019 um rund sieben Milliarden Euro entlastet. Dies ist ein deutliches Signal: Die Arbeitgeber müssen auch wieder mehr finanzielle Verantwortung für die Gesundheitsversorgung der Versicherten und den medizinischen Fortschritt übernehmen. Und sie werden wohl manche Aktivität, besonders im BMG, kritischer beobachten.

Finanziell steht die GKV aktuell insgesamt solide da. Doch haben wir zwei Risikobereiche, die die Ersatzkassen bei der Finanzplanung sehr genau im Auge behalten müssen.

1. Die Konjunktur trübt ein und die Krankenkassen müssen teure Gesetze finanzieren

Obwohl der GKV-Schätzerkreis in diesem Jahr noch von einer stabilen und guten Konjunktur- und Beschäftigungslage ausgeht, sehen aktuelle Einschätzungen der Wirtschaftsforschungsinstitute eine Zunahme der Risiken für das Wirtschaftswachstum in diesem Jahr. Durch die aktuelle Gesetzgebung werden zudem erhebliche finanzielle Belastungen auf die Krankenkassen zukommen, die zum Teil heute noch nicht genau abzusehen sind. Allein durch das Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) und das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) summieren sich die zusätzlichen Kosten auf bis zu 6 Milliarden Euro (PpSG: bis 3,3 Milliarden Euro, abhängig von der Besetzung von neuen Pflegestellen/TSVG: 2,7 Milliarden Euro). Und ein Ende der Verteilung unserer Beitragsgelder durch den Minister ist nicht in Sicht.

2. Der Morbi-RSA führt zu Fehlverteilung der Gelder aus dem Gesundheitsfonds

Dies ist der Grund dafür, dass sich die finanzielle Situation bei den Krankenkassen sehr unterschiedlich darstellt. So sind die Überschüsse nach Kassen und Kassenarten nach wie vor sehr ungleich verteilt. Je nach Kassenart liegt die Spannweite vom 1.-3. Quartal 2018 zwischen einem Defizit von 2 Millionen Euro (Landwirtschaftliche Krankenversicherung) und einem Überschuss von 920 Millionen Euro (AOKen). Der Morbi-RSA muss daher dringend reformiert werden – Frau Elsner kommt darauf noch zu sprechen.

Aufgrund dieser Risiken hat der überwiegende Teil der Krankenkassen die Zusatzbeitragssätze nicht abgesenkt. 67 Krankenkassen (insgesamt 37 Millionen Mitglieder) haben ihren Zusatzbeitragssatz unverändert gelassen. 36 Krankenkassen (rund 19 Millionen Mitglieder) haben eine Beitragssatzabsenkung zum 1.1.2019 beschlossen. Fünf kleine Betriebskrankenkassen (65 Tausend Mitglieder) mussten ihren Zusatzbeitragssatz anheben. Bei den Ersatzkassen haben zwei Kassen eine Absenkung beschlossen (TK, hkk), die anderen (BARMER, DAK-Gesundheit, KKH, HEK) halten ihre Beitragssätze stabil. Die Spanne der Zusatzbeitragssätze bei den gesetzlichen Krankenkassen liegt aktuell zwischen 0,2 und 1,7 Beitragssatzpunkten.

Die steigenden Ausgaben werden dazu führen, dass die Rücklagen im Gesundheitsfonds und bei den Krankenkassen abgebaut werden. Derzeit liegen sie insgesamt in der GKV noch bei geschätzt 9,4 Milliarden Euro im Fonds und 21,2 Milliarden bei den Krankenkassen (Stand 1.-3. Quartal 2018). Das entspricht im Übrigen nicht mehr als etwa einer Monatsausgabe.

Meine Damen und Herren,

mit Blick auf eine langfristige Finanzierungsstrategie möchten wir die Koalition auch daran erinnern, der GKV **kostendeckende Beiträge für die Bezieher von ALG II** zu finanzieren. Das steht im Koalitionsvertrag auf Seite 102 und sollte – ordnungspolitisch betrachtet – eigentlich eine Selbstverständlichkeit sein. Nebenbei bemerkt verfügt die Bundesagentur für Arbeit derzeit ja wohl auch über das nötige Finanzierungspotential.

Mindereinnahmen in Milliardenhöhe würden im Übrigen auch durch die Absenkung der **Verbeitragung der Betriebsrenten** auf die GKV zukommen. Diskutiert wird ja gerade, die Betriebsrenten nur mit einem halben Beitragssatz zu belegen. Wir stehen dieser Neuregelung offen gegenüber, erwarten aber, dass die Mindereinnahmen der GKV (je nach Ausgestaltung zwischen zwei und drei Milliarden Euro) über **Steuermittel** ausgeglichen werden, weil das Problem auch 2003 von der Politik ausgelöst wurde. Und es passt auch nicht, wenn die Politik jetzt die Beitragsausfälle

bei den Betriebsrenten durch eine Aufstockung der Beiträge für ALG-II-Bezieher kompensieren will. Das sind ganz klar zwei unterschiedliche Paar Schuhe!

Meine Damen und Herren,

kommen wir zur **Pflege**. Die aktuelle Diskussion um die mittel- und langfristige Finanzierung der Pflege ist richtig und wichtig. Auch wir meinen: Nur die Beitragssätze zur Pflegeversicherung immer weiter zu erhöhen, wird auf Dauer auf Grenzen der gesellschaftlichen Akzeptanz stoßen.

Erst 2017 wurde der **Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung (SPV)** um 0,2 Prozentpunkte angehoben, zum 1.1.2019 noch einmal um 0,5 Prozentpunkte. Die Mehreinnahmen von 7,6 Milliarden Euro pro Jahr (bei Gesamtbeitragseinnahmen von 46,6 Milliarden Euro) werden damit bis 2022 ausreichen, um die zusätzlichen Kosten zu decken – Kosten, die u. a. durch mehr Anspruchsberechtigte und neue Betreuungsleistungen entstehen.

Problematisch ist, dass die Eigenanteile der Pflegebedürftigen bzw. ihrer Angehörigen weiter zunehmen. Bewohner von Pflegeeinrichtungen zahlen heute bereits im Bundesdurchschnitt 1.830 Euro pro Monat aus eigener Tasche. Diese Summe wird unweigerlich anwachsen. Damit besteht auch die Gefahr, dass immer mehr Menschen im Pflegefall auf Sozialhilfe angewiesen sind. Im ambulanten Bereich bedeuten wachsende Kosten vor allem zunehmende Belastungen der pflegenden Angehörigen. Denn bei steigenden Preisen kann mit dem Pflegegeld der Kasse immer weniger an Leistungen eingekauft werden.

Es gibt mehrere Möglichkeiten, auf die Situation zu reagieren. Für uns ist klar: Es darf nicht zu einer schleichenden Privatisierung des Pflegerisikos kommen, das Risiko der Pflegebedürftigkeit muss weiterhin solidarisch als gesamtgesellschaftliche Frage getragen werden! Vier Maßnahmen schlagen wir dazu vor:

Erstens: Leistungsbeträge sachgerecht dynamisieren

Die SPV stellt heute für jeden Pflegebedürftigen – je nach Pflegegrad – einen gesetzlich fixierten Festbetrag zur Verfügung. Was dieser Leistungsbetrag nicht abdeckt, müssen die Pflegebedürftigen (bzw. ihre Angehörigen) selbst aufbringen. (Zur Not springt das Sozialamt ein.) Um die Belastungen nicht weiter steigen zu lassen, müssen die Leistungsbeträge der SPV dynamisiert, das heißt regelmäßig an die Preisentwicklung in der Pflege angepasst werden – so einen Anpassungsmechanismus haben wir auch in der Rentenversicherung. Wir schlagen für die SPV eine verbindliche Orientierung an der Bruttolohnentwicklung vor.

Denn die Personalkosten sind der Hauptkostenfaktor, sie machen 80 Prozent der Ausgaben der SPV aus und geben damit am besten die Preisentwicklung wieder.

Zweitens: Länder in die Pflicht nehmen

Die Bundesländer müssen ihrer gesetzlichen Verpflichtung endlich nachkommen, Förderprogramme für notwendige Investitionen in der Altenpflege aufzulegen. Wir kennen das Problem ja schon aus der Krankenhausfinanzierung. In der Pflege bleibt ein Großteil der Ausgaben aber an den Pflegebedürftigen hängen. Heimbewohner zahlen aus ihrem Eigenanteil im Schnitt bereits 447 Euro nur für Investitionen, wie zum Beispiel den Bau und Erhalt der Pflegeheime.

Drittens: Steuerzuschüsse einführen

Die Pflege älterer Menschen geht die gesamte Gesellschaft an – wir müssen also über Steuerzuschüsse reden. Die SPV übernimmt heute schon viele Leistungen, die mit der Pflege der Betroffenen nichts oder nur entfernt zu tun haben. Seien es die Rentenbeiträge von Pflegenden oder das Pflegeunterstützungsgeld für Menschen, die wegen der Pflege eines Angehörigen vorübergehend nicht arbeiten gehen können. Die Ausgaben für diese und andere versicherungsfremde Leistungen beliefen sich 2018 auf mindestens 2 Milliarden Euro. Das entspricht rund 0,2 Beitragssatzpunkte. In der Kranken- und Rentenversicherung sind Steuerzuschüsse bekanntlich längst geübte Praxis.

Viertens: Finanzausgleich zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung einführen

Auch die private Pflegeversicherung (PPV) muss sich endlich an einem Solidarausgleich in der Pflege beteiligen. Privat Versicherte verursachen nicht nur aufgrund der günstigeren Altersstruktur, sondern auch aufgrund der Tatsache, dass tendenziell die Gesünderen in die Privatversicherung wechseln, geringere Ausgaben. Zudem sind sie deutlich einkommensstärker. Ihr Einkommen liegt im Schnitt bis zu 60 Prozent über dem Niveau der GKV-Versicherten. Ein Finanzausgleich zwischen der PPV und SPV würde daher die SPV nach Aussage des Pflegewissenschaftlers Professor Rothgang um bis zu zwei Milliarden Euro jährlich entlasten.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und übergebe das Wort an Frau Elsner!

Statement

von

Ulrike Elsner

Hauptamtliche Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

anlässlich

der Neujahrs-Pressekonferenz

**von Morbi-RSA, Finanzsituation GKV und
Pflegeversicherung bis E-Health-Gesetz II
- Gesundheitspolitik in 2019**

am 30. Januar 2019

im Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz,
Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardtstraße 55,
10117 Berlin

(Es gilt das gesprochene Wort.)

Sehr geehrte Damen und Herren,

neben der Pflegeversicherung sind die Reform des RSA und die Digitalisierung im Gesundheitswesen maßgebliche Themen in 2019.

Welche Anforderungen stellen wir als Ersatzkassen an die Reform des Morbi-RSA? Und wo gibt es dringenden Regelungsbedarf in einem E-Health-Gesetz II?

Ich beginne mit dem Thema **Morbi-RSA**:

Die Zeit drängt: Die Politik muss rasch ernst machen mit einer Reform des Finanzausgleichs der Kassen – Morbi-RSA. Bis Herbst 2019 muss das Gesetz inhaltlich unter Dach und Fach sein. Denn die gesetzlichen Regelungen müssen noch in den Haushaltsplanungen der Krankenkassen für das kommende Jahr 2020 berücksichtigt werden.

Die derzeitigen Zuweisungskriterien im Morbi-RSA führen zu erheblichen Wettbewerbsverzerrungen, weil eine Kassenart (die AOK) mehr Finanzmittel erhält als sie für die Versorgung ihrer Versicherten benötigt – Ersatzkassen sowie die Betriebs- und Innungskrankenkassen bekommen dagegen zu wenig. Zur Erinnerung: 2017 (letzter vorliegender RSA-Schlussausgleich) haben die AOKen 1,347 Milliarden Euro zu viel Gelder aus der Geldumverteilungsmaschine Gesundheitsfonds bekommen, die Ersatzkassen 931 Millionen Euro zu wenig. Diese Entwicklung führt am Ende zu Monopolstrukturen und dem Verlust von Wahlfreiheit für die Versicherten.

Die fachliche Aufarbeitung für eine Reform des Morbi-RSA ist über zwei Gutachten des wissenschaftlichen Beirates erfolgt. Auf Basis der vorliegenden Gutachten haben die Ersatzkassen gemeinsam ein Paket mit sechs Forderungen für eine RSA-Weiterentwicklung vorgelegt.

Unsere sechs Forderungen decken sich in vielen Punkten mit denen der Gutachter. Dabei setzen wir ebenso wie die Gutachter auf ein Paket von Reformmaßnahmen. Sie finden die Forderungen noch einmal in der Pressemappe.

Im Mittelpunkt der öffentlichen Diskussion stehen derzeit die Reformelemente Regionalkomponente und Krankheitsauswahl. Hier kommt es entscheidend auf die Umsetzung bzw. Ausgestaltung an.

Essenziell für eine RSA-Reform ist die Einführung einer **Regionalkomponente**. Auch die wissenschaftlichen Gutachter bestätigen, dass es neben den alters-,

geschlechts- und krankheitsbedingten Unterschieden in der Versichertenstruktur auch regionale Unterschiede gibt. Die regionalen Ausgaben variieren aufgrund vielfältiger strukturbedingter Unterschiede. Der Wissenschaftliche Beirat hat dabei als zentrale Einflussfaktoren beispielsweise die Höhe der Sterbekosten, die Pflegebedürftigkeit sowie die Facharztdichte identifiziert. Dabei hat er festgestellt, dass diese strukturbedingten Unterschiede nur zu 60 Prozent im heutigen Morbi-RSA ausgeglichen werden. Deshalb müssen die strukturbedingten Kostenunterschiede durch eine Regionalkomponente ausgeglichen werden.

In Bezug auf die **Krankheitsauswahl** möchte ich noch einmal klarstellen: Alle Ersatzkassen haben dazu eine gemeinsame Position. Alle Ersatzkassen wollen, dass die heutige Krankheitsauswahl verändert wird – und zukünftig schwere, kostenintensive und in der Diagnosestellung eindeutige Krankheiten ausgleichsrelevant werden.

Die Gutachter dagegen empfehlen die Einführung eines Vollmodells in mehreren Schritten. Die Ersatzkassen halten die Einführung eines Vollmodells nur dann für zielführend, wenn

1. ausgeschlossen werden kann, dass durch die Beeinflussung von Diagnosen die Zuweisungen aus dem RSA optimiert werden,
2. die Erweiterung durch mehr Krankheiten genauso differenziert erfolgt wie heute,
3. Über- und Unterdeckungen in den einzelnen Morbiditätsgruppen angeglichen werden.

Zwingend ist, dass durch eine Reform des Morbi-RSA die Über- und Unterdeckungen zwischen den Kassen deutlich abgebaut werden. Nur dann kann gewährleistet werden, dass die Krankenkassen wieder miteinander in einen fairen Wettbewerb eintreten können.

Neben der RSA-Reform ist wichtig, dass die Bundesregierung das Aufsichtshandeln zwischen den Krankenkassen vereinheitlicht. Die bisherige Praxis, dass bei Regionalkassen, vor allem bei den AOKen, andere Maßstäbe angelegt werden als bei bundesunmittelbaren Kassen, stellt eine Wettbewerbsverzerrung dar. Wir erwarten von der Politik eine zügige Umsetzung.

Meine Damen und Herren,

ich komme zum Thema: **Digitalisierung**

Gesundheitsminister Spahn hat angekündigt, in diesem Jahr ein E-Health-Gesetz II auf den Weg zu bringen. Das begrüßen wir sehr. Ich möchte Ihnen drei Punkte nennen, worauf es den Ersatzkassen bei einem solchen Gesetz besonders ankommt.

1. Der Ausbau der Telematikinfrastruktur – Gemeinsame Standards und eine klare Aufgabenteilung

Kurz zum aktuellen Stand: Der Aufbau der Telematikinfrastruktur hat an Fahrt aufgenommen, aber wir sind noch lange nicht auf der Zielgeraden. Bisher sind erst 45.000 Arzt- und Zahnarztpraxen an die Datenautobahn angeschlossen (das ist etwa ein Drittel). Für ihre technische Ausstattung hat der Gesundheitsminister eine Frist bis zum 30.6.2019 gesetzt; ansonsten kommt es zu Honorarkürzungen. Außerdem wurde für die Anbindung der Apotheken Anfang Januar eine Finanzierungsvereinbarung mit der GKV abgeschlossen. Die Industrie muss nun rasch Produktupdates für die Konnektoren bereitstellen, damit die ersten für die Patienten nutzenbringenden medizinischen Anwendungen in den Betrieb genommen werden können: das Notfalldatenmanagement und der elektronische Medikationsplan. Das wird hoffentlich bis Ende 2019 der Fall sein.

Die Krankenkassen müssen ihren Versicherten zudem ab 2021 eine **elektronische Patientenakte (ePA)** anbieten. Dies unterstützen die Ersatzkassen ausdrücklich. Die ePA ist in vielen europäischen Ländern längst eine Selbstverständlichkeit. Und die TK und DAK-Gesundheit sind bekanntlich bereits mit eigenen Gesundheitsakten am Markt. Wie muss eine solche Patientenakte aussehen? Arztbriefe, Medikationspläne, aber auch Röntgenbilder und Laborbefunde können dort auf Wunsch des Versicherten eingestellt werden. Es ist uns wichtig, dass diese Informationen strukturiert und nach einheitlichen Standards verfügbar sind, damit andere Leistungserbringer und die Versicherten schnell und ohne langes Suchen darauf zugreifen können.

Die bisherigen Erfahrungen beim Aufbau einer digitalen Infrastruktur lehren mich, dass wir eine klare Aufgabenverteilung zwischen den Beteiligten brauchen. Deshalb ist es gut, dass die gemeinsame Selbstverwaltung sich auf eine Verteilung der Aufgaben verständigt hat: Vertreter der Krankenkassen definieren gemeinsam die Inhalte der Patientenakte, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) die medizinischen Details.

Und die **gematik** sollte die technischen Standards entwickeln und Interoperabilität und Sicherheit der Telematikanwendungen gewährleisten. Sie ist also gefragt, wenn es um die Weiterentwicklung der Vorgaben für sichere Zugriffs- und Verschlüsselungsverfahren geht. Gerade für diesen Bereich brauchen wir auch zukünftig einheitliche Standards für Datenschutz und Datensicherheit.

Damit das in der Vergangenheit gern betriebene „Schwarzer-Peter-Spiel“ nicht wieder auflebt, schlagen wir vor, im geplanten E-Health-Gesetz II diese Aufgabenzuordnung verbindlich festzuschreiben.

2. Mehr Kompetenzen für die Krankenkassen im digitalen Versorgungsmanagement

Die Ersatzkassen wünschen sich in diesem Zusammenhang mehr Kompetenzen im **(digitalen) Versorgungsmanagement**. Mit Einführung der Patientenakte werden medizinische Informationen umfangreicher und schneller zur Verfügung stehen als bisher. Damit steigen auch die Erwartungen vieler Versicherter an die Krankenkassen, ihnen zielgenauere Versorgungsangebote zu machen. Wird zum Beispiel bei einem Versicherten die Indikation für eine Knieoperation gestellt, könnte seine Krankenkasse ihm in Zukunft Informationen über integrierte Versorgungskonzepte in seiner Nähe, die Operation und Rehabehandlung umfassen, direkt auf seinem Smartphone zur Verfügung stellen – einschließlich der Möglichkeit einer Terminvergabe für das Vorgespräch per App. Für diese zeitgemäße Form des Versorgungsmanagements brauchen wir unbedingt eine entsprechende Rechtsgrundlage. Gleichzeitig ist für uns jedoch klar: Jeder Versicherte entscheidet im Vorfeld frei, ob er solche digitalen Dienste nutzen möchte.

3. Schnellere Erprobungsverfahren für medizinische Apps

Das geplante E-Health-Gesetz II muss sich auch mit den zahlreichen **telemedizinischen Angeboten**, die häufig in Form von **Apps** auf den Markt kommen, befassen. Wir brauchen ein Erprobungsverfahren speziell für medizinische Apps und Telemedizin.

Die Ersatzkassen bieten ihren Versicherten zwar im Rahmen von Satzungsleistungen und Einzelverträgen zahlreiche Gesundheits-Apps, wie Apps für sehgeschwache Kinder oder zur Behandlung von Tinnitus oder Depressionen an. Um den medizinischen Fortschritt im Leistungskatalog der GKV insgesamt abzubilden, brauchen wir jedoch ein strukturiertes Zulassungsverfahren.

Apps und Co. müssen ihren Nutzen dabei genauso unter Beweis stellen wie andere „analoge“ Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Hierfür haben wir mit dem

Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ein bewährtes Gremium der Selbstverwaltung. Doch passen die bestehenden Instrumente des G-BA noch nicht 1:1 in die digitale Welt.

Unser Vorschlag ist, E-Health-Angebote, die in Einzelverträgen bereits ihr Potenzial unter Beweis gestellt haben, in einem zügigen Verfahren in der Regelversorgung zu erproben. Das heißt: klare Zeitvorgaben, weniger Bürokratie. Keine langwierigen Ausschreibungen, sondern die Evaluation der Behandlungsergebnisse direkt durch den G-BA bzw. das IQWiG. Danach wird entschieden, ob die digitale Behandlungsmethode dauerhaft in den Leistungskatalog aufgenommen werden kann. Für dieses Erprobungsverfahren brauchen wir einen neuen gesetzlichen Rahmen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

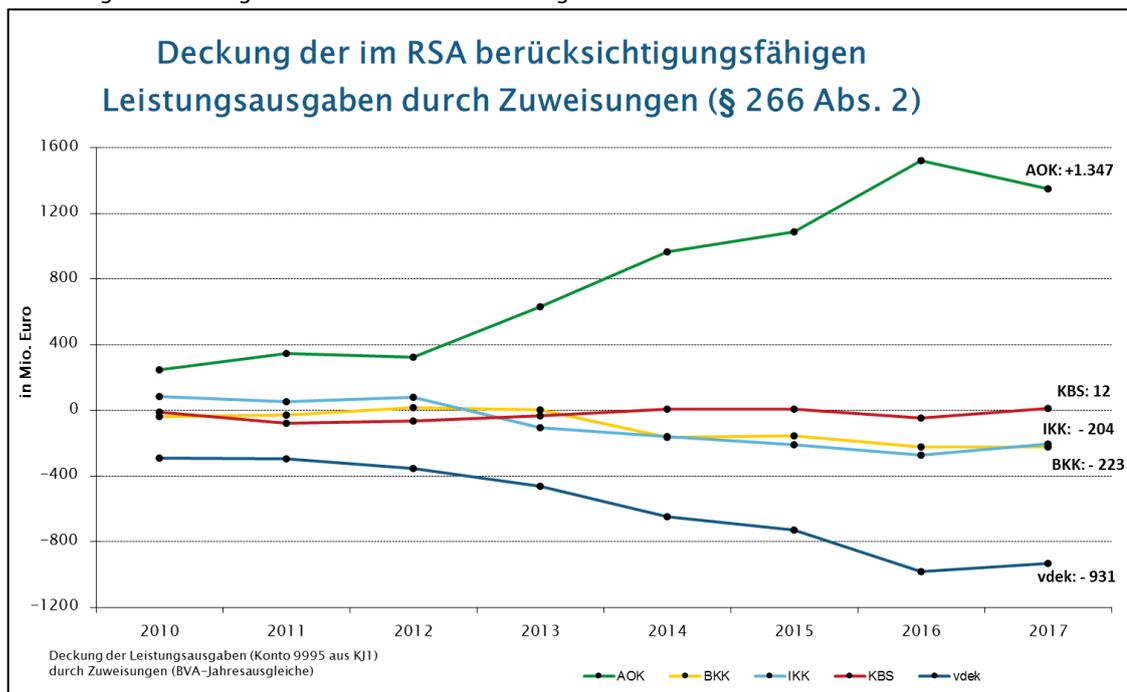
Forderungen der Ersatzkassen zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA unter Einbeziehung der Ergebnisse der Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats

Stand: 4. September 2018

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) soll dafür sorgen, dass trotz Unterschieden in der Versichertenstruktur zwischen den Krankenkassen faire Wettbewerbsbedingungen herrschen und Risikoselektion verhindert wird. Die heutigen Verteilungswirkungen des RSA führen zu einer finanziellen Ungleichbehandlung der Krankenkassen.

Auf Ebene der Kassenarten betrachtet, ergibt sich heute für die Ersatzkassen eine dauerhafte Unterdeckung. Auch Betriebs- und Innungskrankenkassen rutschten in eine deutliche Unterdeckung (vgl. Abbildung). Die AOKen dagegen sind dauerhaft überdeckt, seit 2013 in erheblichem Maße.

Abbildung: Entwicklung der Über- bzw. Unterdeckung im Morbi-RSA



Quelle: Eigene Berechnungen und Darstellung aus BVA-Jahresausgleichen

Mittlerweile liegen zwei Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesversicherungsamt (BVA) vor, die sich mit den Weiterentwicklungsmöglichkeiten des Morbi-RSA befassen und Lösungsvorschläge unterbreiten.¹

Der Kabinettsentwurf des Versichertenentlastungsgesetzes (GKV-VEG) sieht in § 268 Absatz 5 neu SGB V vor: „Der Risikostrukturausgleich ist unter Berücksichtigung der Gutachten des wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs bis zum 31. Dezember 2019 gesetzlich fortzuentwickeln.“

Im Lichte der gutachterlichen Expertise fordern die Ersatzkassen die Weiterentwicklung des Morbi-RSA mit folgenden Reformelementen:

1. Der Morbi-RSA wird um eine Regionalkomponente ergänzt.

Während im Morbi-RSA die alters-, geschlechts- und krankheitsbedingten Unterschiede in der Versichertenstruktur der Krankenkassen ausgeglichen werden, findet kein Ausgleich von angebotsseitigen und strukturbedingten Unterschieden statt. Die seit Einführung des Morbi-RSA zugenommene Marktkonzentration in nahezu allen Bundesländern (in Sachsen und Thüringen bereits hochkonzentriert) beeinträchtigt die Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs um Qualität und Wirtschaftlichkeit. Der Wissenschaftliche Beirat bestätigt in seinem Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des Morbi-RSA vom Juli 2018 eindrucksvoll den Handlungsbedarf zur kurzfristigen Erweiterung des Morbi-RSA um eine Regionalkomponente. Das vorgeschlagene „regionalstatistische Direktmodell“ des Wissenschaftlichen Beirats ist in der Ausgestaltung einer gleichzeitigen Kombination mit dem 100-prozentigen Deckungsbeitrags-Cluster-Ansatz – ebenso wie unser Kreismodell – geeignet, die vom Beirat festgestellten regionalen RSA-Verzerrungen zu beseitigen.

2. Beim Merkmal Erwerbsminderungsrentner (EMR) wird zumindest eine Alters-Schweregrad-Differenzierung eingeführt.

Für die Ersatzkassen wäre die Streichung des Merkmals EMG nach wie vor zielführender. Das Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats sieht das

¹ Drösler S., Garbe E., Hasford J., Schubert I., Ulrich V., van de Ven W., Wambach A., Wasem J. und Wille E. (2017):“Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs“. https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/20180125aaSondergutachten_Wirkung_RSA_2017_korr.pdf (aufgerufen am 07.08.2018)
Drösler S., Garbe E., Hasford J., Schubert I., Ulrich V., van de Ven W., Wambach A., Wasem J. und Wille E. (2018):“Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs“ https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Wissenschaftlicher_Beirat/20180710webGutachten_zu_den_regionalen Verteilungswirkungen_2018.pdf (aufgerufen am 07.08.2018)

Problem der entstehenden Unterdeckung bei einem Teil der Erwerbsminderungsrentner und schlägt eine Optimierung durch die differenzierte Berücksichtigung von Altersgruppen und Krankheiten als Schweregradindikator vor. Damit würden die existierenden Fehldeckungen bei den Krankenkassen abgeschmolzen werden.

3. Altersinteraktionsterme werden eingeführt.

Der Wissenschaftliche Beirat schlägt die Berücksichtigung von Altersinteraktionstermen vor, die die Zielgenauigkeit des Klassifikationsmodells steigern und Risikoselektionsanreize gegen bestimmte Versichertengruppen (Unterdeckungen insbesondere bei jungen Versicherten mit RSA-relevanten Erkrankungen und Überdeckungen bei multimorbiden älteren Versicherten) senken. Die vorgeschlagenen Altersinteraktionsterme für Kinder genauso wie für ältere Menschen sind aus Sicht der Ersatzkassen methodisch sinnvoll und beseitigen Schiefagen bei der Deckung von Versichertengruppen, die z. T. auch durch Kodierbeeinflussung verstärkt werden. Bei vielen Ersatzkassen treten Unterdeckungen insbesondere bei älteren Menschen ohne oder mit nur wenigen Zuweisungen zu hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG) auf.

4. Die DMP-Programmkostenpauschale wird gestrichen.

Derzeit erhalten die Krankenkassen eine Verwaltungskostenpauschale aus dem Gesundheitsfonds für jeden in einem Disease-Management-Programm (DMP) eingeschriebenen Versicherten. In einem versorgungsneutral ausgestalteten Morbi-RSA haben derart gestaltete Zuweisungen grundsätzlich keinen Platz. Auch das Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats sieht diese spezifische Form der Förderung von DMPs kritisch.

5. Ein Hochrisikopool wird eingeführt.

Die Zuweisungen, die Krankenkassen für extrem teure Krankheiten erhalten, decken die entstehenden Ausgaben bei weitem nicht ab. Um dem Ziel des Morbi-RSA - dem Ausgleich finanzieller Belastungen zwischen Krankenkassen, die durch die Versichertenstruktur verursacht werden - gerecht zu werden, sollten Hochkostenfälle solidarisch durch einen Hochrisikopool ausgeglichen werden. Aus Sicht der Ersatzkassen sollte der Hochrisikopool Fallkosten ab einer Schwelle von 100.000 Euro ausgleichen. Für die Krankenkassen gilt ein Selbstbehalt von 20 Prozent. Durch den Schwellenwert und den Selbstbehalt wird dafür gesorgt, dass für die Krankenkassen weiterhin ein Anreiz für wirtschaftliches Verhalten besteht.

6. Bei der Krankheitsauswahl ist auf den Schweregrad abzustellen.

Durch die derzeit angewandte Rechenmethode legt der Morbi-RSA einen deutlichen Schwerpunkt auf Zuschläge für Volkskrankheiten. Seltenerer Krankheiten mit individuell sehr hohen Kosten werden vernachlässigt. Die Ersatzkassen treten dafür ein, die Rechenmethode bei der Krankheitsauswahl zu verändern – hin zur logarithmischen Prävalenzgewichtung.

Der Wissenschaftliche Beirat schlägt die Einführung eines Vollmodells vor. Die Ersatzkassen halten die Einführung eines Krankheitsvollmodells für nicht zielführend, weil damit die Gefahr besteht, dass die Einnahmoptimierung durch Diagnosebeeinflussung sogar noch ausgeweitet wird. Insbesondere die Einführung eines einfachen Vollmodells wird abgelehnt, bei dem keine Differenzierung von Aufgreifkriterien für neu einzuführende Krankheiten bestünde. Die direkte, komplette Einführung eines einfachen Vollmodells würde sogar dem Ziel der Gutachten zuwider laufen, da insbesondere das bestehende Problem der Überdeckung Multimorbider verschärft würde. Vor Einführung eines Vollmodells muss eine Ausdifferenzierung der Morbidität analog der existierenden HMG vorgenommen werden. Auch ist die vollständige Einführung eines Vollmodells nur möglich, wenn die neuen Krankheiten so stark zusammengefasst werden, dass das Überdeckungsproblem Multimorbider und das Verzerrungsproblem im Griff bleiben. Zwingend ist, dass durch ein Vollmodell die Über- und Unterdeckungen zwischen den Kassen deutlich abgebaut werden.

Gleichzeitig sind Kodierrichtlinien verbindlich einzuführen. Das reicht allerdings nicht aus.

Darüber hinaus muss auch das Aufsichtshandeln einheitlich werden. Die Aufsichtsführung über die Krankenkassen ist auf Bundes- und Landesebene immer wieder uneinheitlich. Monopolkommission und Wissenschaftlicher Beirat stellen fest, dass dieses uneinheitliche Aufsichtshandeln zu Wettbewerbsverzerrung führt. Eine Zentralisierung der Aufsichtszuständigkeit beim BVA wäre hinsichtlich Wettbewerbsneutralität und Verwaltungseffizienz optimal. Mindestens aber muss bei einer Neuordnung die Aufsichtszuständigkeit für die einnahmeseitigen Belange der Krankenversicherung beim BVA liegen, damit wenigstens sichergestellt werden kann, dass die Generierung von Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht durch unterschiedliches Aufsichtshandeln verzerrt wird.



Fragen und Antworten zum Thema Digitalisierung

(Stand: 30.01.2019)



Inhalt

I. Telematikinfrastruktur	4
1. Was ist die Telematikinfrastruktur?	4
2. Wie viele Leistungserbringer sind bisher an die Telematikinfrastruktur angebunden?	4
II. Elektronische Patientenakte (ePA)	4
1. Was ist eine elektronische Patientenakte?	4
2. Welche Informationen werden in der Patientenakte gespeichert?	4
3. Wozu brauchen wir eine elektronische Patientenakte?	5
4. Wann wird die elektronische Patientenakte verfügbar sein?	5
5. Muss jeder Versicherte eine elektronische Patientenakte verwenden?	5
6. Wer hat Zugriff auf die Daten der elektronischen Patientenakte?	5
7. Wie sind die Daten in der elektronischen Patientenakte geschützt?	5
8. Wie kann der Versicherte auf die Inhalte der elektronischen Patientenakte zugreifen?	6
9. Wie stehen die Ersatzkassen zur elektronischen Patientenakte?	6
10. Was muss aus Sicht des vdek noch verbessert werden?	6
III. E-Health / Fernbehandlung	7
1. Was ist der Vorteil von E-Health-Angeboten?	7
2. Können digitale Therapieangebote bereits heute von Ersatzkassenversicherten genutzt werden?	7
3. Wie können digitale Angebote schneller in die Regelversorgung kommen?	7

Herausgeber: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), 10963 Berlin

Gesamtverantwortung: Michaela Gottfried, Leiterin der Abteilung Kommunikation

Redakteure: Björn–Ingemar Janssen (Beauftragter für Digitale Versorgung/Abteilung Ambulante Versorgung); Dr. Tanja Anette Gloom (Abteilung Kommunikation)

Korrespondenzanschrift: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Abteilung Kommunikation, Askanischer Platz 1, 10963 Berlin

Telefon: 0 30/2 69 31 – 12 00 Telefax: 0 30/2 69 31 – 29 15

E-Mail: presse@vdek.com

I. Telematikinfrastuktur

1. Was ist die Telematikinfrastuktur?

Die Telematikinfrastuktur, kurz TI, ist die Datenautobahn für das vernetzte Gesundheitswesen. Über dieses digitale Netz werden insbesondere die technischen Systeme der Leistungserbringer miteinander verbunden. Sie können auf diese Weise schnell und sicher wichtige medizinische Daten auf digitalem Weg verschicken. Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) ist dabei auch der persönliche Schlüssel der Patienten zu ihren medizinischen Daten in diesem Netz.

2. Wie viele Leistungserbringer sind bisher an die Telematikinfrastuktur angebunden?

Bisher sind ca. 45.000 Arzt- und Zahnarztpraxen an die Telematikinfrastuktur angebunden. Derzeit kommt dort als erste administrative Anwendung das sogenannte Versichertenstammdatenmanagement zum Einsatz. Es prüft die Aktualität der Versichertenstammdaten auf der Gesundheitskarte, aktualisiert diese bei Bedarf und weist auf gesperrte Karten hin. Zukünftig folgen weitere medizinische Anwendungen, beispielsweise der elektronische Medikationsplan, der Notfalldatensatz und die elektronische Patientenakte. Damit die TI flächendeckend verfügbar ist, hat der Gesetzgeber Ärzte und Zahnärzte dazu aufgefordert, ihren TI-Anschluss bis zum 31.03.2019 zu bestellen und bis zum 30.06.2019 installieren zu lassen. Anderenfalls drohen Honorarkürzungen.

II. Elektronische Patientenakte (ePA)

1. Was ist eine elektronische Patientenakte?

Die elektronische Patientenakte (ePA) ist das zentrale Element einer vernetzten Gesundheitsversorgung. Sie ermöglicht die fall- und einrichtungsübergreifende Dokumentation medizinischer Daten. Ab 2021 hat jede gesetzliche Krankenkasse ihren Versicherten eine solche Patientenakte anzubieten. Die Nutzung durch den Versicherten ist jedoch freiwillig.

2. Welche Informationen werden in der Patientenakte gespeichert?

Die Versicherten entscheiden im Einzelfall darüber, welche Daten in die Patientenakte eingestellt werden. Dazu gehören z. B.:

1. Arztberichte
2. Medikationspläne
3. Notfalldaten
4. Impfungen

Zukünftig soll es auch möglich sein, Ergebnisse von Laboruntersuchungen, Röntgenbilder und Entlassberichte nach Krankenhausaufhalten in der ePA hochzuladen. Die Krankenkassen können weitere Daten zur Ergänzung bereitstellen. Außerdem kann der Versicherte eigene Gesundheitsinformationen einstellen, zum Beispiel Daten aus Gesundheitstagebüchern oder Fitnessstrackern.

3. Wozu brauchen wir eine elektronische Patientenakte?

Die elektronische Patientenakte dient zum einen dem Austausch von Daten zwischen den Leistungserbringern. Durch den Zugriff auf die Ergebnisse bereits durchgeführter Untersuchungen und Behandlungen können Ärzte schneller und sicherer Diagnosen stellen; gleichzeitig werden unnötige Doppeluntersuchungen vermieden. Auch können sie mithilfe von in der ePA abgespeicherten Medikationsplänen potenzielle Wechselwirkungen bei Arzneimitteln frühzeitig ausschließen. Zum anderen hat auch der Versicherte auf Wunsch Zugriff auf alle relevanten Gesundheitsdaten. Diese Transparenz ist eine wichtige Voraussetzung für das Leitbild eines mündigen Patienten, der sich aktiv in die medizinische Behandlung einbringt.

4. Wann wird die elektronische Patientenakte verfügbar sein?

Der Gesetzgeber hat festgelegt, dass die Krankenkassen jedem Versicherten zum 01.01.2021 eine elektronische Patientenakte zur Verfügung stellen müssen. Bereits heute bieten TK und DAK-Gesundheit ihren Versicherten eine elektronische Gesundheitsakte an.

5. Muss jeder Versicherte eine elektronische Patientenakte verwenden?

Die Nutzung der ePA ist freiwillig. Jeder Versicherte kann frei entscheiden, ob er ihre Funktionen nutzen möchte.

6. Wer hat Zugriff auf die Daten der elektronischen Patientenakte?

Die Versicherten haben vollen Zugriff auf alle in der Patientenakte über sie gespeicherten Informationen. Ärzte können auf Daten zugreifen bzw. Inhalte in die Patientenakte einstellen, ändern oder löschen – unter der Voraussetzung, dass der Versicherte ihnen den Zugriff zuvor gewährt hat. Die Zugriffsberechtigung erteilt der Versicherte wahlweise über seine ePA-Anwendung oder indem er die elektronische Gesundheitskarte in der Arztpraxis in das Lesegerät einsteckt und seine persönliche Geheimnummer (PIN) eingibt.

7. Wie sind die Daten in der elektronischen Patientenakte geschützt?

Dem Schutz der sensiblen Gesundheitsdaten innerhalb der Telematikinfrastuktur (TI) kommt ein besonderes Augenmerk zu: So wird dieser sowohl durch gesetzliche als auch technische Maßnahmen im Rahmen der Weiterentwicklung der elektronischen Gesund-

heitskarte sichergestellt. Dazu gehören ein einheitliches Sicherheitskonzept sowie notwendige Zertifizierungsmaßnahmen für alle eingesetzten technischen Komponenten und Dienste durch die gematik, die von der gemeinsamen Selbstverwaltung zum Aufbau und Betrieb der TI gegründet wurde. Sogenannte Konnektoren bauen eine gesicherte Verbindung zwischen den Arztpraxen und den Aktensystemen auf. Sensible Daten, die über diese Verbindung transportiert werden, sind zusätzlich verschlüsselt. Mehrstufige Authentifizierungsverfahren stellen sicher, dass nur berechtigte Leistungserbringer und die jeweiligen Versicherten Zugang zu den Daten haben.

8. Wie kann der Versicherte auf die Inhalte der elektronischen Patientenakte zugreifen?

Der Gesetzgeber plant, den Versicherten einen Zugriff auch ohne separates Kartenlesegerät zu ermöglichen. Damit die hohen Sicherheitsstandards eingehalten werden, sind für den Zugriff z.B. über mobile Endgeräte alternative Authentifizierungsverfahren im Gespräch. So soll die eGK zukünftig mit einer kontaktlosen Schnittstelle ausgestattet werden. Wie genau der sichere Zugriff erfolgen wird, wird derzeit geklärt.

9. Wie stehen die Ersatzkassen zur elektronischen Patientenakte?

Die Ersatzkassen setzen sich dafür ein, die ePA zügig einzuführen und weiterzuentwickeln. Durch den schnelleren, sicheren Zugriff auf medizinische Daten kann die Versorgung verbessert und die Transparenz für die Versicherten erhöht werden.

10. Was muss aus Sicht des vdek noch verbessert werden?

- a. Die Aufgabenverteilung zur Weiterentwicklung der Patientenakten muss durch den Gesetzgeber klar geregelt werden: Vertreter der Krankenkassen sollten gemeinsam die Inhalte der Patientenakte definieren, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) die medizinischen Details spezifizieren.
- b. Die gematik sollte einheitliche Standards vorgeben, die insbesondere dem Datenschutz und der Datensicherheit dienen. Dabei müssen bestehende Zulassungsverfahren überprüft und ggf. angepasst werden, um Innovationen nicht zu behindern.
- c. Krankenkassen sollten durch eine gesetzliche Regelung die Möglichkeit erhalten, ihren Versicherten mithilfe der Patientenakte individuelle Versorgungsangebote zu machen – allerdings nur auf Wunsch des Versicherten und nach seiner ausdrücklichen Einwilligung.

III. E-Health / Fernbehandlung

1. Was ist der Vorteil von E-Health-Angeboten?

Telemedizinische Angebote können die Versorgung auf vielfältige Weise verbessern. Fernbehandlungen, z.B. in Form von Videosprechstunden, ermöglichen einen einfachen Zugang zur medizinischen Versorgung ohne lange Anfahrtswege. Davon profitieren gerade Menschen in ländlichen Regionen oder auch Patienten in Pflegeheimen. Im Rahmen von Telekonsilen (Austausch zwischen mehreren Ärzten über Befunde) wird die Kommunikation zwischen Leistungserbringern verbessert. So kann sich der Kinderarzt vor Ort per Video und Datenverbindung mit einem Spezialisten über besondere Erkrankungen austauschen und spezielle Behandlungskonzepte entwickeln. Gleichzeitig wird das Angebot medizinisch sinnvoller Apps immer größer: Neben Apps, die zum Beispiel dem Selbstmanagement bei chronischen Erkrankungen dienen (z.B. Tagebücher), steigt auch die Zahl von Apps, die als Medizinprodukte klassifiziert sind und direkt zur Therapie von Krankheiten eingesetzt werden können.

2. Können digitale Therapieangebote bereits heute von Ersatzkassenversicherten genutzt werden?

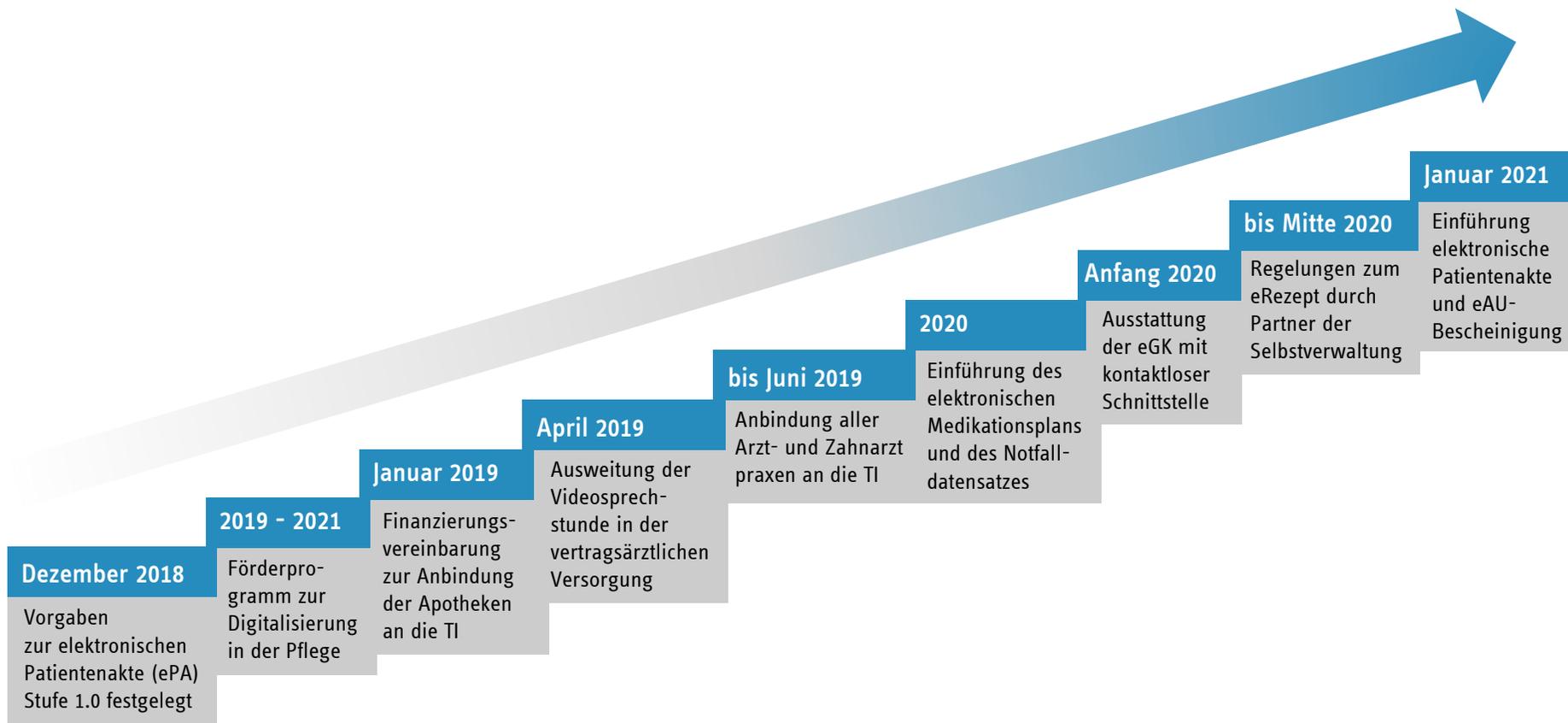
Alle Mitgliedskassen des vdek bieten ihren Versicherten eine große Zahl sinnvoller digitaler Versorgungsangebote. Diese werden als Satzungsleistungen oder im Rahmen von Einzelverträgen unter Einbindung von Ärzteverbänden angeboten. Hierzu gehören zum Beispiel Apps zur Therapie von Tinnitus, zur Behandlung besonderer Sehschwächen bei Kindern, bei psychischen Erkrankungen oder spezielle Angebote für eine Online-Zweitmeinung vor schweren Operationen.

3. Wie können digitale Angebote schneller in die Regelversorgung kommen?

Der Katalog an Leistungen, der für alle GKV-Versicherten gilt, wird regelmäßig weiterentwickelt und an den medizinischen Fortschritt angepasst. Telemedizinische Angebote, insbesondere Apps, sind hier jedoch bisher nur wenig vertreten. Der vdek spricht sich daher dafür aus, auch für diese Produkte einen Weg in die Regelversorgung zu schaffen. E-Health-Produkte mit Potenzial sollten durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in einem Erprobungsverfahren im Praxisalltag auf ihren Nutzen geprüft werden – ohne lange Vorlaufzeiten und bürokratische Hürden. Stellen sie sich in diesem Verfahren als geeignete Therapieoptionen heraus, werden sie dauerhaft in den Leistungskatalog aufgenommen.

Digitalisierung im Gesundheitswesen: Nächste Schritte

Stand: Januar 2019



Quelle: vdek.

TI = Telematik-Infrastruktur

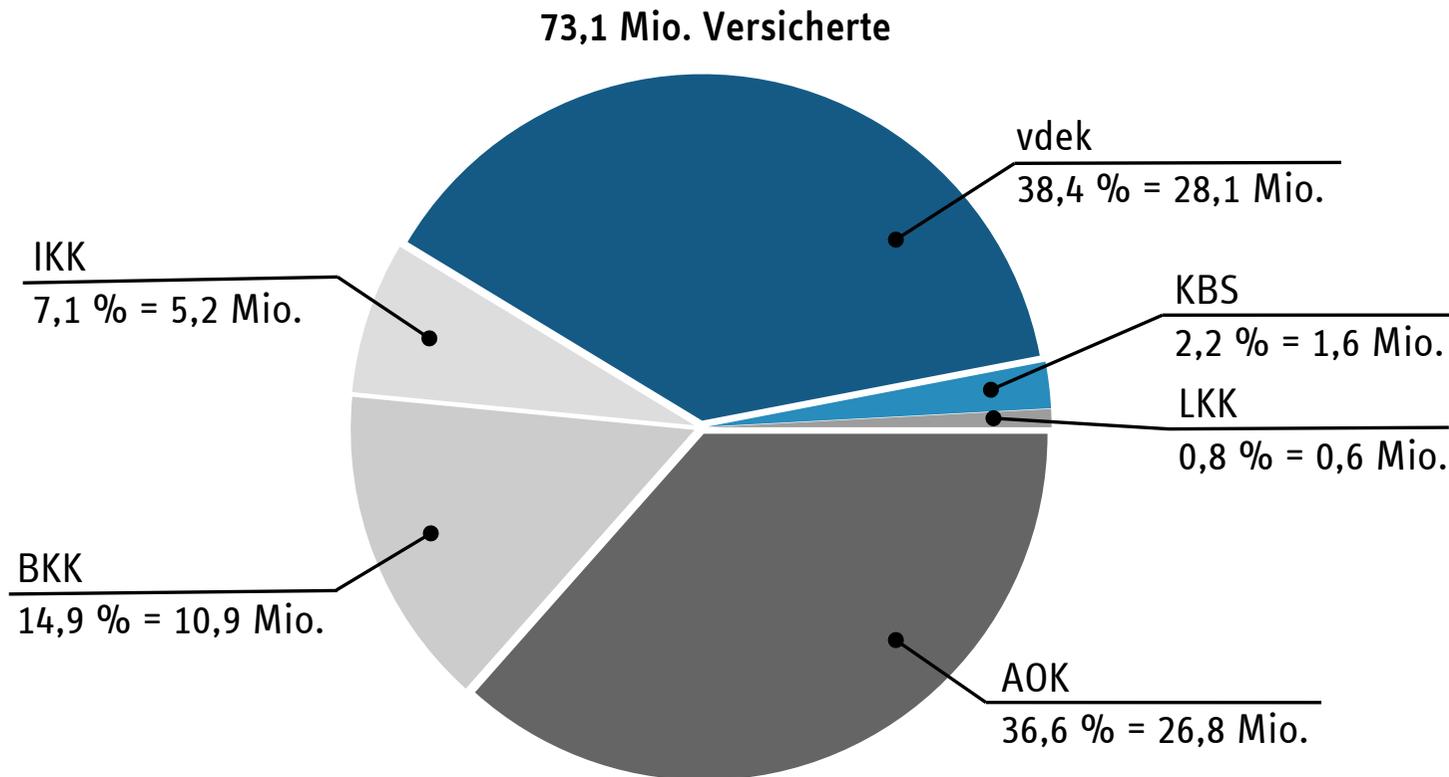
eAU = elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung



Neujahrs–Pressekonferenz Grafische Darstellungen

30. Januar 2019

GKV - Verteilung der Versicherten auf die Kassenarten in Prozent und Millionen 2018/12

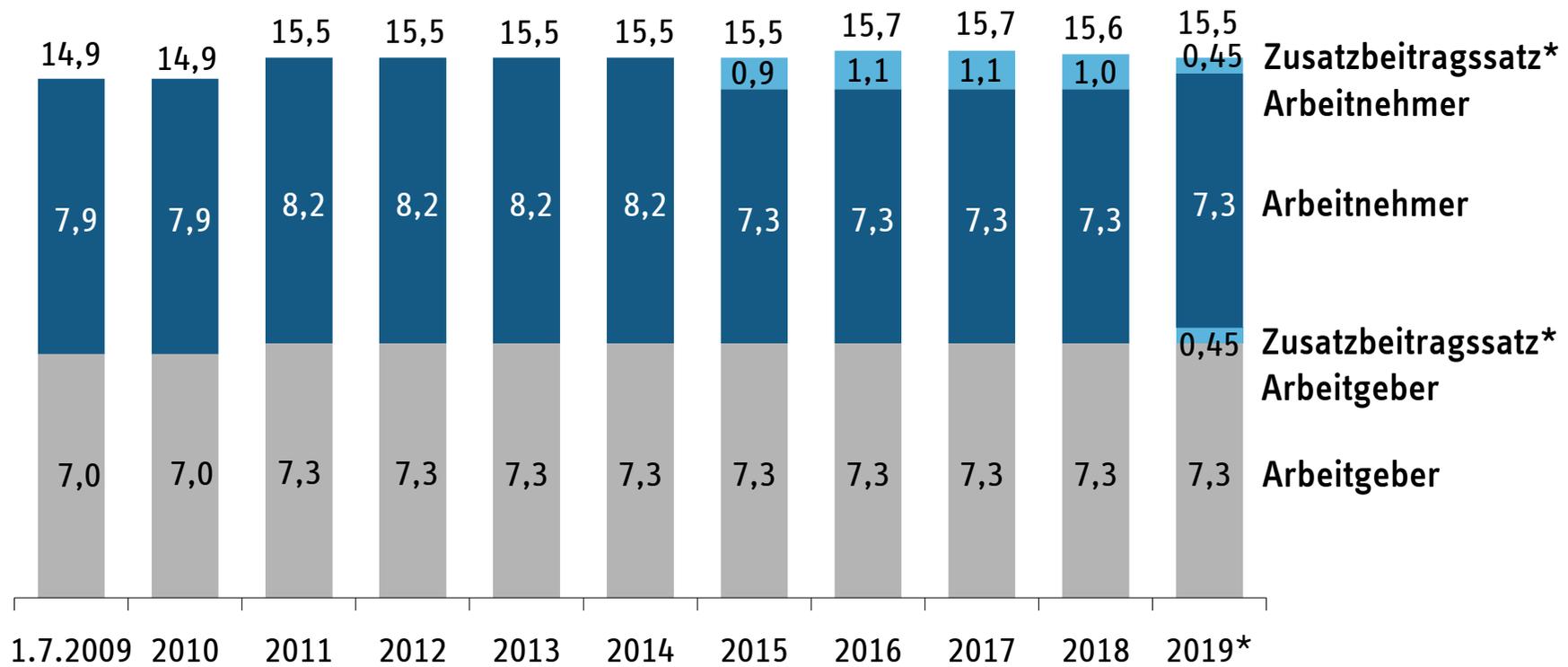


Versicherte	
vdek:	28.063.976
AOK:	26.757.230
BKK:	10.926.498
IKK:	5.189.765
KBS:	1.579.595
LKK:	617.289
GKV:	73.134.353

Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung nach: BMG, KM1.

GKV - Beitragssätze

Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteile in Prozent
2009 - 2019



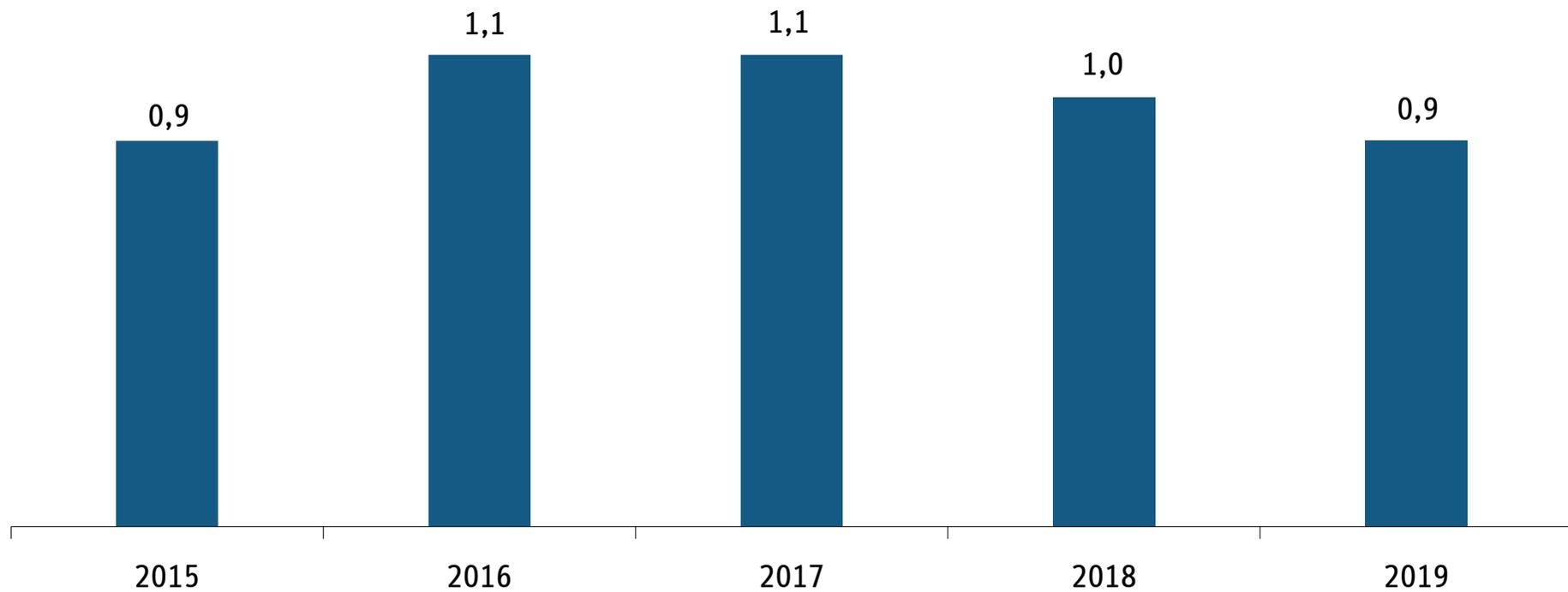
Quelle: vdek.

*Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz 2019 ist jeweils zur Hälfte von Arbeitnehmer und Arbeitgeber zu tragen.

GKV - Entwicklung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes (ZBS)*

in Prozent

2015 - 2019



Quelle: vdek.

*Gemäß § 242a SGB V

GKV - Zusatzbeitragssätze (ZBS)

nach Mitgliedern in Millionen und Zahl der Krankenkassen

2015 - 2019*

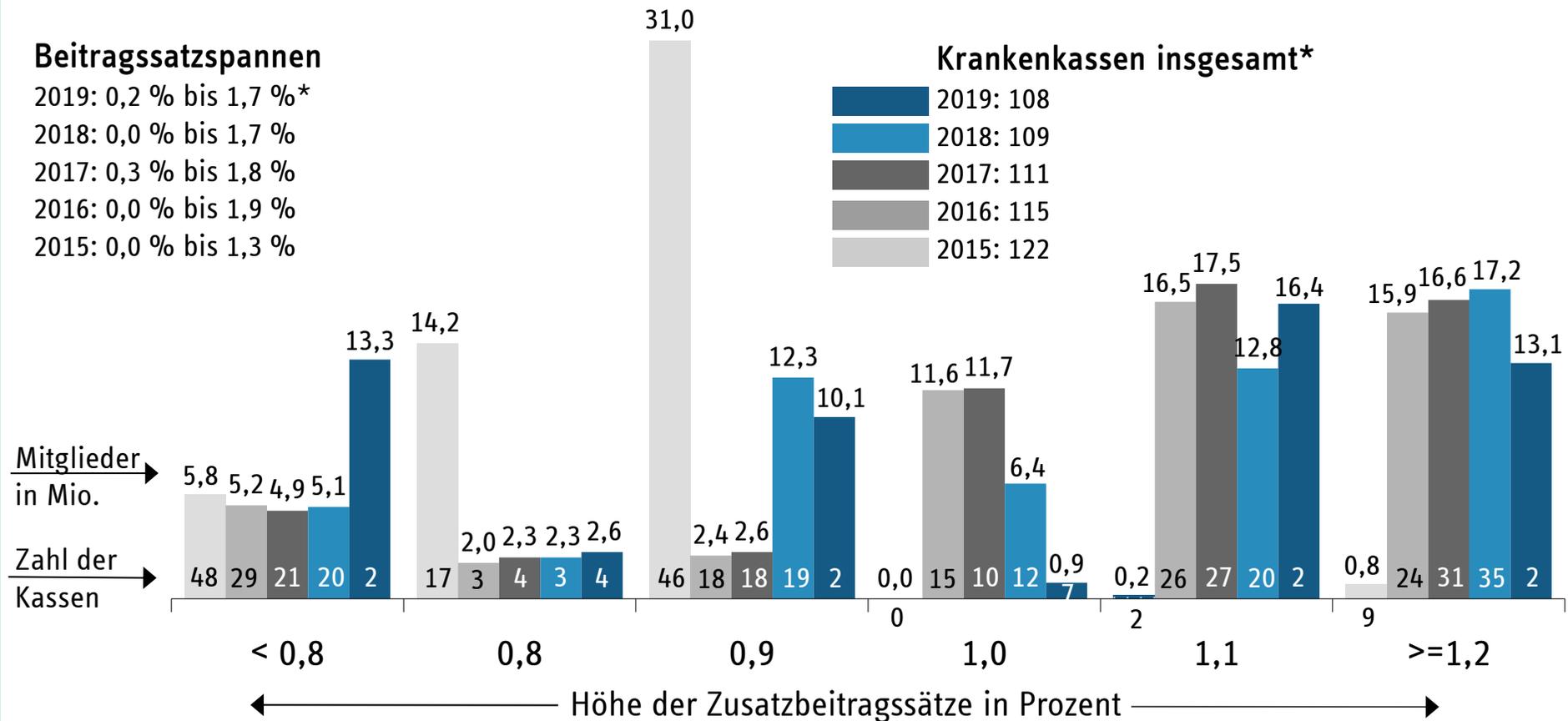


Beitragssatzspannen

- 2019: 0,2 % bis 1,7 %*
- 2018: 0,0 % bis 1,7 %
- 2017: 0,3 % bis 1,8 %
- 2016: 0,0 % bis 1,9 %
- 2015: 0,0 % bis 1,3 %

Krankenkassen insgesamt*

- 2019: 108
- 2018: 109
- 2017: 111
- 2016: 115
- 2015: 122



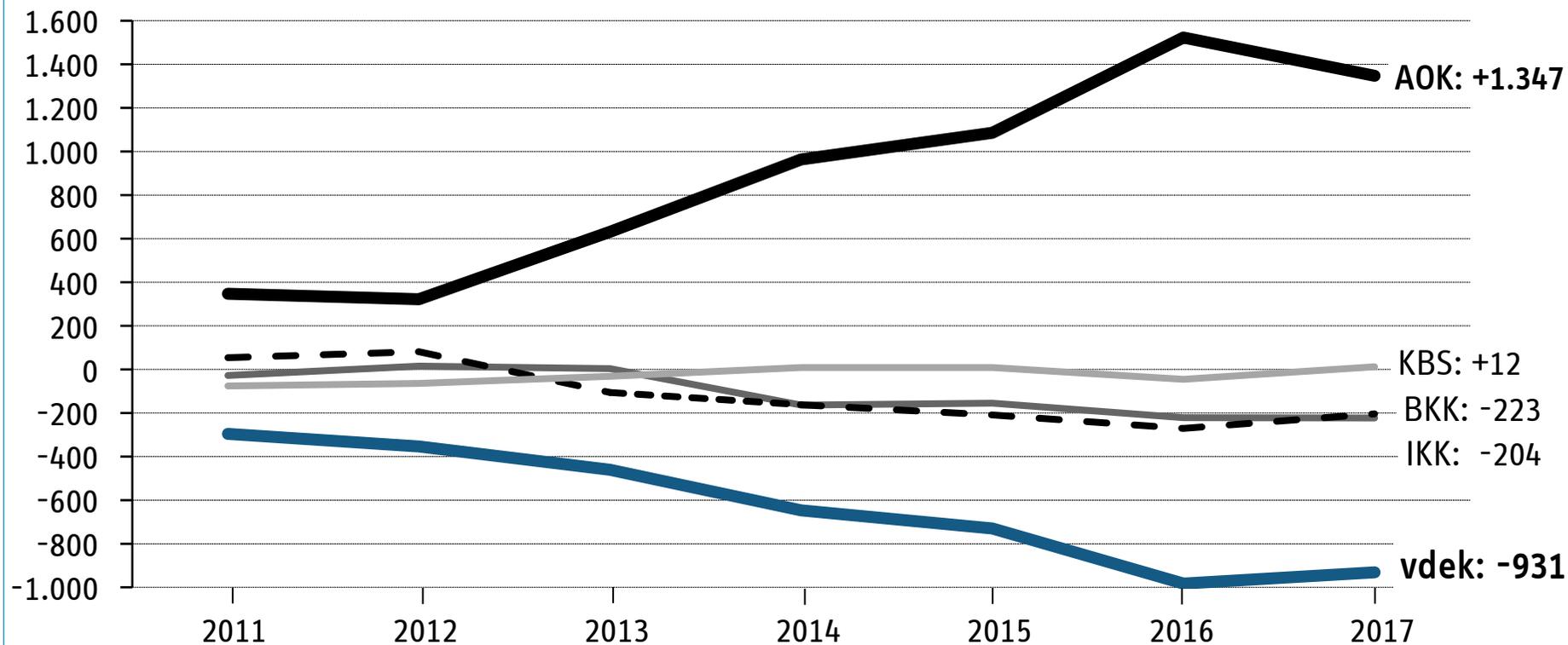
Quelle: vdek.

*1. Januar 2019, ohne landwirtschaftliche Krankenkasse

GKV - Deckungsgrad nach den Morbi-RSA-Kriterien

für die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben in Millionen EUR

2011 - 2017

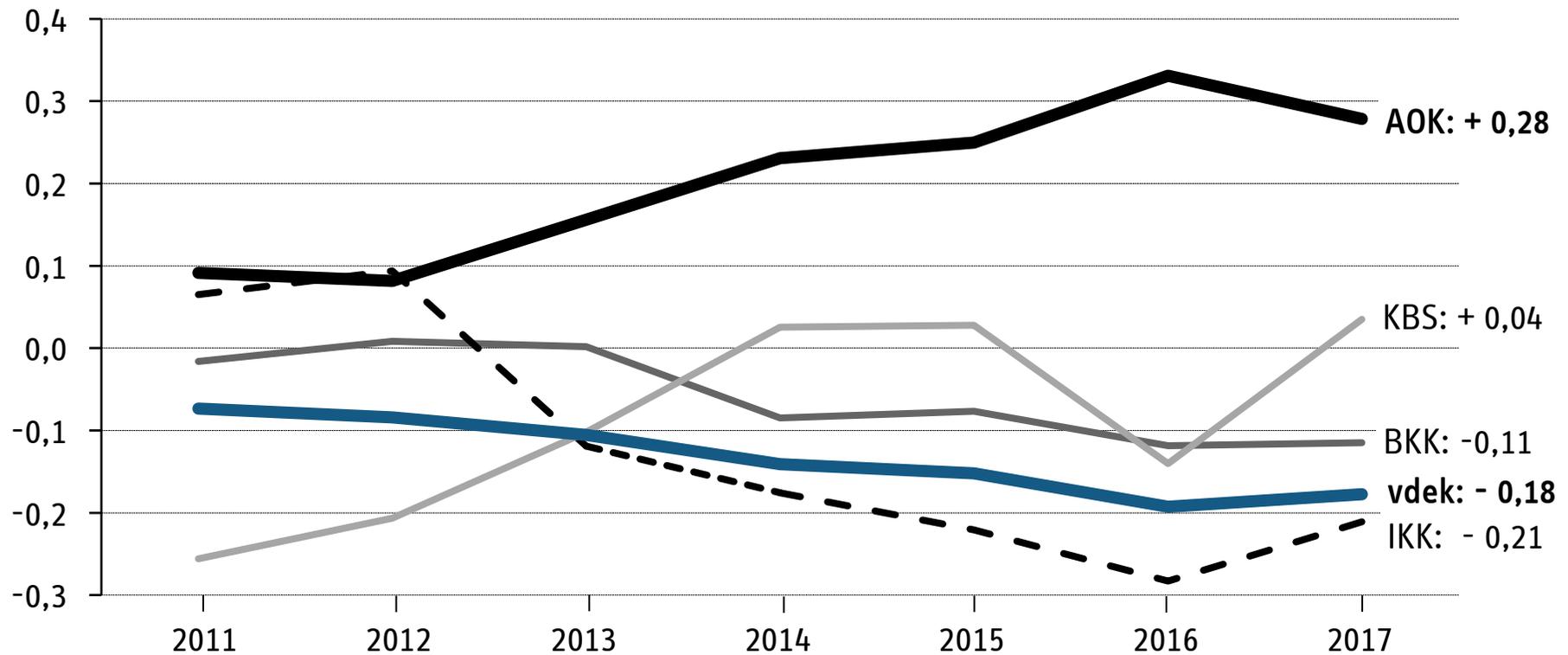


Quelle: vdek. Deckung für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben (Konto 9995 aus KJ1) durch Zuweisungen aus BVA-Jahresausgleichen.

GKV - Deckungsgrad nach den Morbi-RSA-Kriterien

für die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben in Beitragssatz-Punkten

2011 - 2017

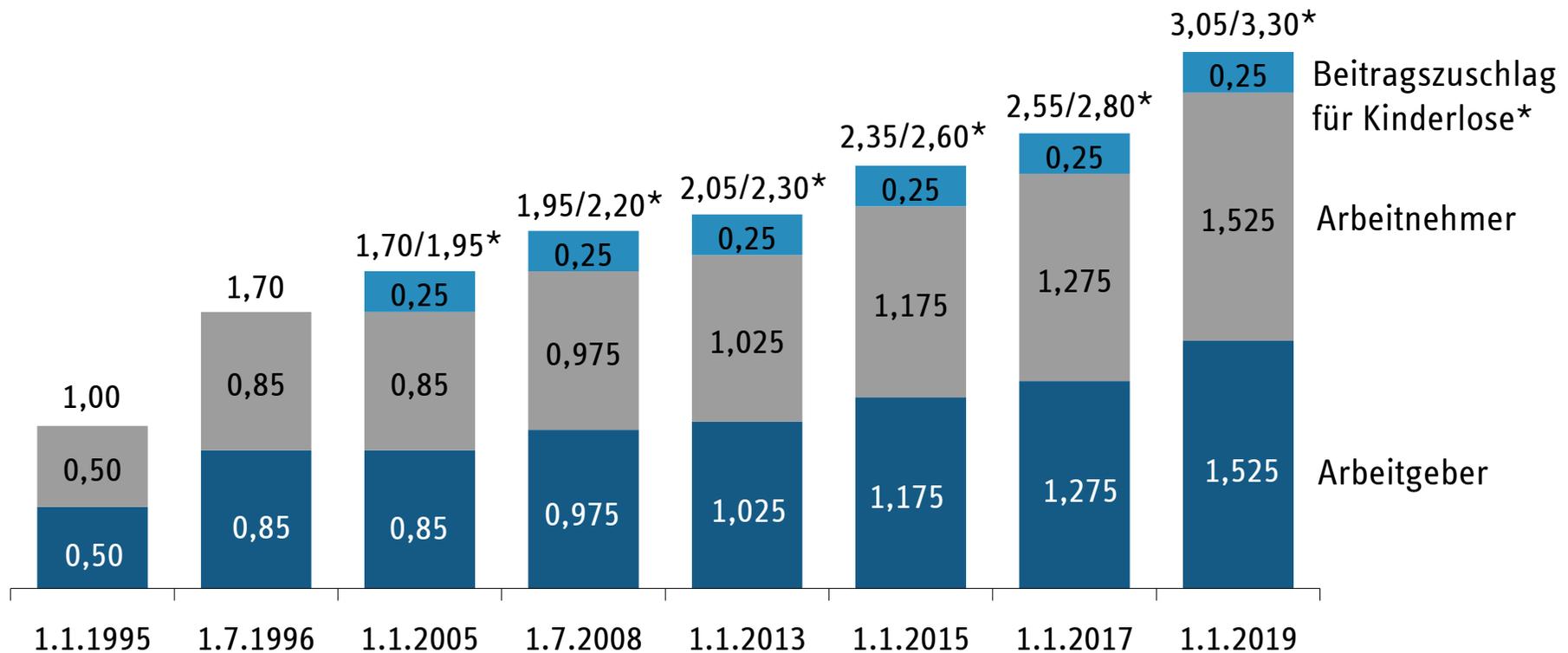


Quelle: vdek. Deckung für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben (Konto 9995 aus KJ1) durch Zuweisungen aus BVA-Jahresausgleichen.

SPV - Beitragssätze und Beitragszuschlag für Kinderlose*

in Prozent

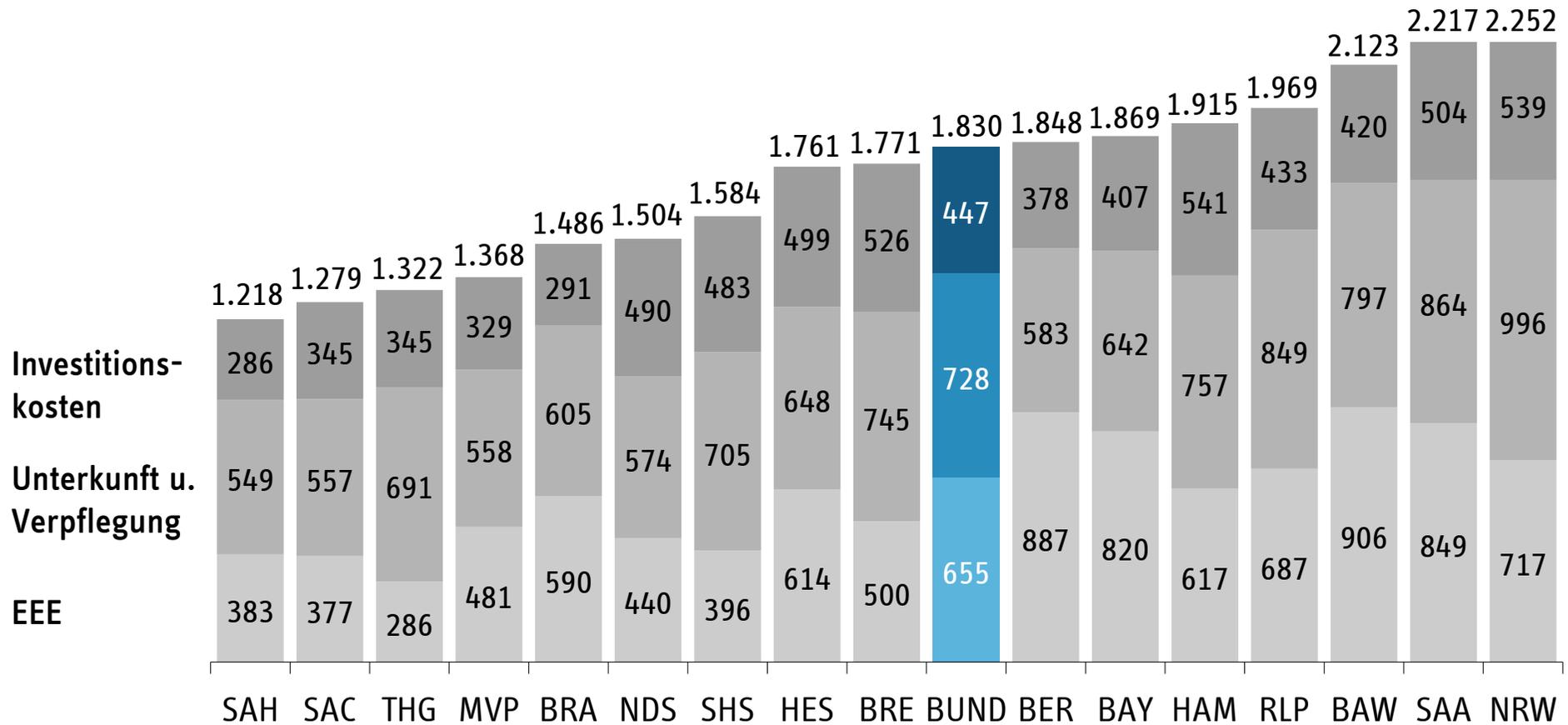
1995 - 2019



Quelle: vdek.

*Inkl. Beitragszuschlag für Kinderlose (§ 55 Abs. 3 SGB XI) ohne Arbeitgeberbeteiligung

Finanzielle Belastung* eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege
in EUR je Monat
1. Januar 2019



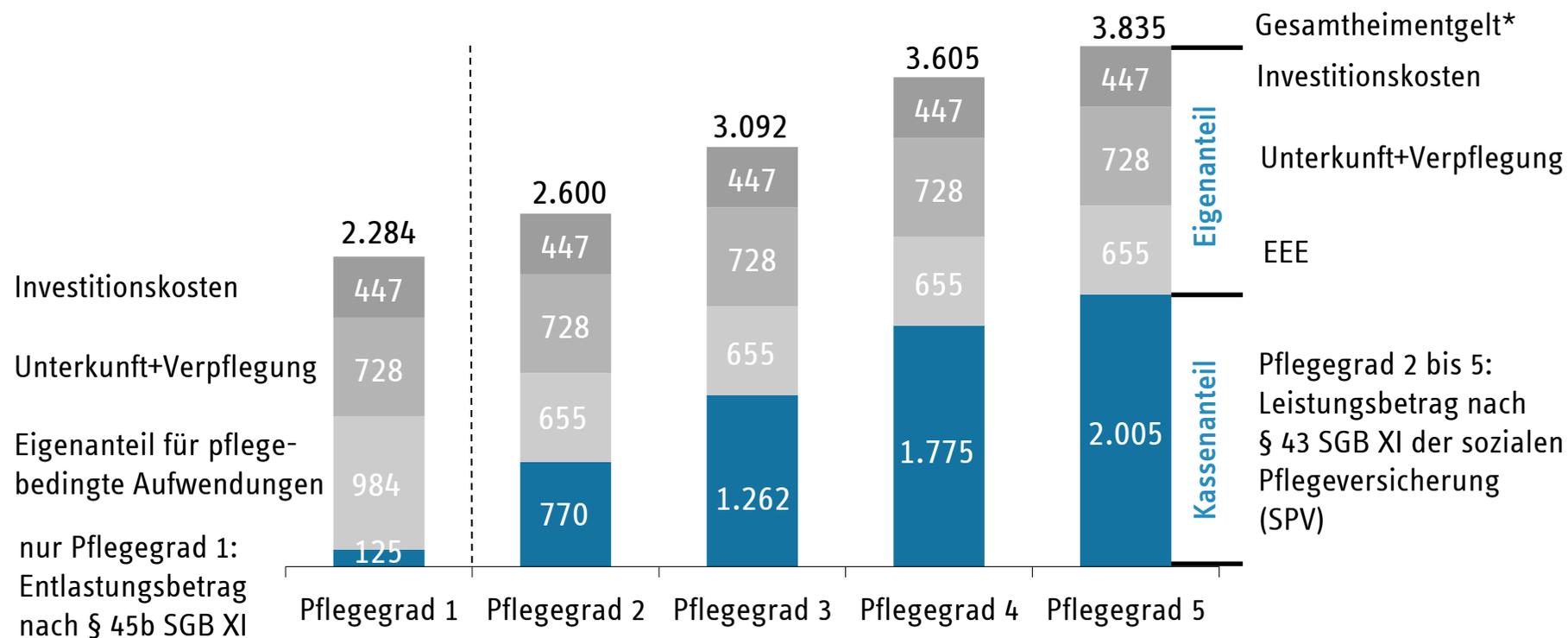
Quelle: vdek.

*Durchschnittliche finanzielle Belastung ohne Ausbildungsumlage bzw. individuelle Ausbildungskosten
EEE=Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (für Pflegegrade 2 bis 5)

SPV - Finanzierung der vollstationären Pflege

Leistungen der sozialen Pflegeversicherung und Eigenanteil in EUR

1. Januar 2019



*Im Durchschnitt ohne Ausbildungsumlage bzw. individuelle Ausbildungskosten

EEE=Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (gilt für Pflegegrade 2 bis 5), in Pflegegrad 1 abweichend

Quelle: vdek.