

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.