



Gesundheitspolitischer Kompass

Positionspapier der DAK-Gesundheit



Inhalt

1. Einleitung	6
2. Selbstverwaltung stärken	8
3. Digitalisierung nutzen	10
4. Demografische Herausforderungen annehmen	13
4.1. Versorgungsmanagement ausbauen	15
4.2. Adipositas – eine unterschätzte Krankheit auf dem Vormarsch	17
4.3. Betriebliches Gesundheitsmanagement weiterentwickeln	18
4.4. Soziale Pflegeversicherung zukunftsfest gestalten	19
5. Finanzierung festigen	22
6. Faire Wettbewerbsbedingungen schaffen	24



Vorwort

Herausforderungen annehmen – Zukunft gestalten

Damit Krankheit nicht zum finanziellen Risiko wird, bietet die DAK-Gesundheit ihren Versicherten einen umfassenden Krankenversicherungsschutz. Die Mitglieder zahlen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit und erwerben unabhängig von den entrichteten Beiträgen für sich und ihre Familienangehörigen Ansprüche auf Gesundheitsleistungen. Das schafft existenzielle Sicherheit für den Einzelnen und sozialen Zusammenhalt für die Gesellschaft.

Gerade heute ist dies besonders wichtig, da wir in Zeiten tiefgreifender Veränderungen leben. Dazu zählen der demografische Wandel mit dem steigenden Anteil älterer Menschen, die Herausforderungen der in allen Lebensbereichen zunehmenden Digitalisierung, soziokulturelle Entwicklungen wie etwa die Zunahme der Single-Haushalte oder die Abwanderung vorwiegend junger Menschen aus ländlichen Regionen in verdichtete Ballungsräume. Hinzu kommen politisch-ökonomische Umbrüche wie der wachsende Niedriglohnsektor, die Folgen der Globalisierung sowie ein zunehmender Rechtspopulismus, der den Zusammenhalt demokratischer Gesellschaften bedroht.

Um das wertvolle stabilitätssichernde Solidarsystem der gesetzlichen Krankenversicherung auch für die Zukunft zu sichern, muss es weiterentwickelt werden. Dabei ist es wichtig, die skizzierten Veränderungsprozesse zu berücksichtigen. In dem vorliegenden Positionspapier haben wir uns deshalb auf die Stärkung der demokratisch legitimierten Selbstverwaltung, die Digitalisierung des Gesundheitswesens, die Weiterentwicklung der medizinischen Versorgungsstrukturen und der Pflege sowie die Sicherung der Finanzbasis und eines fairen Wettbewerbs konzentriert.

Wir freuen uns, wenn unsere Vorschläge in der Debatte um eine zukunftsfähige soziale Kranken- und Pflegeversicherung aufgegriffen werden und wir darüber mit vielen sozial- und gesundheitspolitischen Akteuren in einen fruchtbaren Dialog treten.

Hamburg, 30. März 2017



Dieter Schröder

Dieter Schröder
Vorsitzender des Verwaltungsrates
der DAK-Gesundheit
(Versichertenvertreter)



Horst Zöllner

Horst Zöllner
Stellv. Vorsitzender des Verwaltungsrates
der DAK-Gesundheit
(Arbeitgebervertreter)



1. Einleitung

In Deutschland können über 70 Millionen gesetzlich Versicherte im Krankheits- oder Pflegefall darauf vertrauen, dass sie eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung erhalten und am medizinischen Fortschritt unabhängig von ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit teilhaben. Der Krankenversicherungsschutz ist so gestaltet, dass der Grundsatz gilt: Finanzierung nach der individuellen Leistungsfähigkeit und Leistungen nach dem individuellen medizinischen Bedarf. Für die DAK-Gesundheit bedeutet das, die Versorgung an den Bedürfnissen der Versicherten zu orientieren sowie die Qualität zu sichern und stetig weiterzuentwickeln. Der Anspruch der DAK-Gesundheit ist es, ihren Versicherten medizinische Leistungen auf hohem Niveau zur Verfügung zu stellen, sie optimal zu beraten und ihnen einen leicht zugänglichen Service anzubieten. Im Gegensatz zu vielen anderen Dienstleistungen ist der Krankenversicherungsschutz in besonderer Weise Vertrauenssache. Die Versicherten müssen sich in allen Lebenslagen auf eine gute Betreuung verlassen können – ein Leben lang.

Mit der Veränderung der Bevölkerungszahl und -struktur gehen vielfältige soziale, politische und wirtschaftliche Herausforderungen einher, die auch die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung betreffen. Für die Gesundheitsversorgung in Deutschland ist zu erwarten, dass sich der Anteil älterer Menschen mit geriatrischen Erkrankungen und die Zahl der Personen mit multimorbiden Krankheitsbildern in Zukunft erhöhen werden. Zudem wird sich die demografische Entwicklung in der regionalen Bevöl-

kerungsverteilung auf den Versorgungsbedarf auswirken. Während die Bevölkerungszahl in Ballungszentren zunimmt, ist in ländlichen Räumen eine gegensätzliche Entwicklung zu beobachten.

Der technologische Wandel wirkt sich zunehmend auf die digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheits- und Pflegewesen aus. Es bedarf einer sicheren Telematik-Infrastruktur, die IT-Systeme insbesondere aus Arztpraxen, Apotheken, Krankenhäusern und Krankenkassen miteinander verbindet und so einen systemübergreifenden Austausch von Informationen ermöglicht. Für die DAK-Gesundheit hat dabei oberste Priorität, dass der Versicherte Herr seiner Daten bleibt.

Das Selbstverwaltungsprinzip hat sich bewährt. Es gehört zu den tragenden Prinzipien der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung und steht für die eigenverantwortliche Gestaltung durch die Beteiligten im Gesundheitswesen. Die dezentralisierte Umsetzung gesetzlicher Aufgaben durch die Selbstverwaltung trägt dazu bei, dass sachgerechte und alltagsnahe Lösungen bei der Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung gefunden werden. Zugleich schafft die institutionelle Beteiligung der Versicherten und der Arbeitgeber eine demokratische Legitimation und Akzeptanz der Entscheidungen. Vor diesem Hintergrund sind sowohl die soziale als auch die gemeinsame Selbstverwaltung zu stärken.

Demografischen und technologischen Wandel berücksichtigen

Selbstverwaltung ist gelebte Demokratie



2. Selbstverwaltung stärken

Selbstverwaltung
sichert gesellschaftlichen
Zusammenhalt

Die soziale Selbstverwaltung stellt, bezogen auf die sozialen Sicherungssysteme und somit auch auf die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), ein Kernelement der Demokratie in der Bundesrepublik Deutschland dar. Sie wird auch als der „dritte Weg“ bezeichnet, der zwischen staatlicher Regulierung auf der einen und freier Marktwirtschaft auf der anderen Seite beschrrieben wird. Dabei ist soziale Selbstverwaltung von der Grundidee geprägt, dass die Sozialversicherung insofern von der Politik unabhängig bleibt, dass alle wichtigen Entscheidungen von denen getroffen werden, die das System mit ihren Beiträgen finanzieren. Dem liegt die Einschätzung zugrunde, dass die Selbstverwaltung von Versicherten und Arbeitgebern sach- und bedarfsgerechtere Entscheidungen treffen kann, weil sie näher an der Lebenswirklichkeit der Menschen ist. Dies zeigt sich z. B. an der massiven Unterstützung von Selbsthilfegruppen und Hospizen durch die Krankenkassen und ihre Selbstverwaltungsorgane.

Das historisch gewachsene System der sozialen Selbstverwaltung ist dabei stetig modernisiert worden, um es für die Herausforderungen der Zeit zu wappnen und zukunftsfest zu gestalten. Wie gut dies funktioniert hat, zeigt die Finanzkrise gegen Ende des letzten Jahrzehnts. Kaum ein anderes Finanzierungssystem in unserem Land hat diese Krise so gut überstanden wie die durch Selbstverwaltung geprägten sozialen Sicherungssysteme. So konnte die Versorgung der Versicherten jederzeit gewährleistet und dieses die Gesellschaft zusammenhaltende und damit staatstragende System stabil gehalten werden.

Neben diesen äußerst positiven Aspekten haben die politisch Verantwortlichen aber immer wieder versucht und teilweise erreicht, die Rechte der sozialen Selbstverwaltung einzuschränken, und damit riskiert, ihre Akzeptanz in der Öffentlichkeit zu schwächen. Zuletzt geschehen mit dem „Gesetz zur Stärkung der Selbstverwaltung“, das de facto das Gegenteil seines Namens bewirkt. Auch wenn die ursprünglich

geplanten gravierendsten Eingriffe wie etwa die Etablierung einer Fachaufsicht statt lediglich einer Rechtsaufsicht durch das Bundesministerium für Gesundheit über selbstverwaltete Verbände und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes der Krankenkassen und Eingriffe in deren Satzungshoheit abgewendet werden konnten, greift das Gesetz erneut in die Rechte der sozialen Selbstverwaltung ein. Dies stellt den aktuellen Schlusspunkt einer Vielzahl von Einschränkungen dar, die die soziale Selbstverwaltung über die Jahre erfahren hat, sowohl in Bezug auf ihre Aufsichtsrechte gegenüber Vorstand und Verwaltung der Krankenkassen als auch bei der Finanzautonomie zur Festsetzung der Beitragssätze der Krankenkassen. Gerade Letzteres hat dazu geführt, dass der Gesetzgeber die Beitragsparität zwischen Versicherten und Arbeitgebern preisgegeben und die soziale Selbstverwaltung bei der Festsetzung der Beitragssätze entmachtet hat, indem sie lediglich nur noch über den Beitrag zu bestimmen hat, der den gesetzlichen Beitragssatz von 14,6 Prozent übersteigt und der dazu auch noch ausschließlich von den Versicherten zu entrichten ist.

Daher fordert die DAK-Gesundheit die kommende Bundesregierung und die sie vertretenden Parteien auf umzukehren, dem Subsidiaritätsgedanken in der GKV wieder Geltung zu verschaffen und die Rechte der sozialen Selbstverwaltung zu stärken durch:

- einen konstruktiven und ergebnisorientierten Dialog mit der sozialen Selbstverwaltung der GKV,
- vollständige Wiederherstellung der Finanzautonomie, sprich paritätische Finanzierung der Beiträge durch Mitglieder der Krankenkassen und Arbeitgeber sowie Festlegung des Gesamtbeitragssatzes der Krankenkassen und nicht lediglich des von den Versicherten zu zahlenden Zusatzbeitrages,
- Beschränkung der Rechte der Aufsichtsbehörden auf eine Rechtsaufsicht und
- Wiederherstellung der Rechte der Selbstverwaltung bei Personalentscheidungen.

Darüber hinaus – gleichermaßen getragen von der Versicherten- und Arbeitgeberseite ihrer Selbstverwaltung – fordert die DAK-Gesundheit, in der neuen Legislaturperiode eine Wahlrechtsreform der Sozialwahlen anzugehen und durchzuführen. Dies trägt dazu bei, die Akzeptanz der Sozialwahlen bei den Wahlberechtigten zu erhöhen. Die Wahlrechtsreform sollte das Ziel verfolgen, Urwahlen bei den Sozialversicherungsträgern zu forcieren. Dazu gehört auch, die Regeln für Urwahlen auf der Arbeitgeberseite zu präzisieren. Zudem sollten Onlinewahlen bereits bei den kommenden Sozialwahlen 2023 durchgeführt werden. Die Chance zur Wahl per Mausclick stellt eine zeitgemäße Variante zur Wahrnehmung des Wahlrechts dar und kann auf diese Weise dazu beitragen, die Wahlbeteiligung zu erhöhen und die Legitimation der sozialen Selbstverwaltung bei der Ausübung ihrer für Gesellschaft und Staat so wichtigen Aufgabe zu steigern.

Vollständige
Finanzautonomie
wiederherstellen

Onlinewahlen
ermöglichen



3. Digitalisierung nutzen

Die Digitalisierung wird das Gesundheitswesen in den nächsten Jahren deutlich verändern. Es sind alle Beteiligten betroffen, ganze Wertschöpfungs- und Versorgungsketten werden sich neu bilden.

Für die DAK-Gesundheit stehen dabei folgende Ziele im Mittelpunkt:

- die bessere Versorgung der Versicherten, therapeutisch wie diagnostisch,
- die Steigerung ihrer Lebensqualität,
- die Ausgestaltung von Präventionskonzepten,
- die Vereinfachung von Prozessen sowie
- die Erschließung von Versorgungseffizienzen.

Verantwortungsvoll und klug eingesetzt kann die Digitalisierung zur Verbesserung der medizinischen Versorgung und Prävention, des Services und der Kommunikation beitragen. Voraussetzung dafür ist die Gewährleistung der Datensicherheit.

Für die DAK-Gesundheit gilt die Maxime, dass die Versicherten Eigner ihrer Daten bleiben. Das informationelle Selbstbestimmungsrecht hat oberste Priorität. Die Versicherten entscheiden, wem sie welche Daten zur Verfügung stellen. Im Gegensatz zu den meisten digitalen Angeboten des zweiten Gesundheitsmarktes gilt dieser Grundsatz auch bei der Errichtung der Telematikinfrastruktur durch die gemeinsame Selbstverwaltung.

Mit der Telematikinfrastruktur, in deren Zentrum die elektronische Gesundheitskarte steht, werden fast 200.000 Ärzte und Zahnärzte, 2.000 Krankenhäuser, 26.000 Pflegeeinrichtungen, 20.000 Apotheken, 1.150 Rehabilitationseinrichtungen und 2,3 Millionen Beschäftigte im Gesundheitswesen sowie 70 Millionen gesetzlich Versicherte miteinander vernetzt. Dieser Prozess ist jedoch ins Stocken geraten. Die neue

Regierung sollte deshalb zur Beschleunigung des Aufbaus der Telematikinfrastruktur einen Masterplan vorlegen, der unter anderem auch jährliche Fortschrittsberichte umfasst und eine effiziente Finanzierung sicherstellt. Bei Fragen des Datenschutzes müssen dabei nach allen bereits geführten Diskussionen endlich Ergebnisse erzielt werden, um die Vorteile, z. B. von digitalen Medikationsplänen und elektronischen Patientenakten, den Versicherten auch tatsächlich zugänglich machen zu können. So sollte die Patientenakte den Nutzern die Möglichkeit bieten, auch selbst, z. B. über Wearables (tragbare Computersysteme) oder Apps, gewonnene Gesundheitsdaten aufzunehmen.

In Deutschland existieren mehr als 200 unterschiedliche IT-Systeme in der ambulanten und stationären Versorgung. Bisher sind sie nicht darauf ausgelegt, miteinander in einer für alle Systeme verständlichen Form Informationen auszutauschen – sie sind nicht interoperabel. Das hemmt nicht nur Verbesserungen der Versorgung und Entwicklungen neuer Produkte, sondern schadet auch den Patienten, da sie sich nicht sicher sein können, dass die notwendigen Informationen über ihren Gesundheitszustand dort vollständig und strukturiert zur Verfügung stehen, wo sie als nächstes benötigt werden. Interoperabilität ist deshalb kein Selbstzweck, sondern die grundlegende Voraussetzung für eine strukturierte Übermittlung digitalisierter Gesundheitsdaten. Die DAK-Gesundheit begrüßt daher den Aufbau eines Interoperabilitätsverzeichnis.

Während sich die Telematikinfrastruktur im deutschen Gesundheitswesen noch im Aufbau befindet, kommen beinahe täglich neue kommerzielle digitale Gesundheitsanwendungen – überwiegend von großen Smartphone-Anbietern oder globalen Konzernen – auf den Markt. Hier gilt es, die Spreu vom Weizen zu trennen. Die Anwendungen dürfen nicht der Kommerzialisierung von Daten dienen, sondern sollten Schnittstellen überwinden, sektorale Versorgungsstrukturen verbinden und damit die Versorgungslandschaft für die Patienten transparenter gestalten, die Zugangsmöglich-

Interoperabilität
herstellen

Informationelles
Selbstbestimmungsrecht
prioritär

Aufbau der
Telematikinfrastruktur
beschleunigen



Erprobungsräume für Innovationen erweitern

keiten zu medizinischer Versorgung und Beratung erleichtern und vereinfachen sowie die Erreichbarkeit und den Service von Krankenkassen und Behandlern verbessern.

Um Innovationen, die diese Kriterien erfüllen, den Zugang in die gesetzliche Krankenversicherung zu erleichtern, sollte das Regelwerk des SGB V um Erprobungsräume erweitert werden. Auf diesem Wege könnte z. B. das Fernbehandlungsverbot zugunsten telemedizinischer Angebote aufgehoben werden. Gerade angesichts des Bevölkerungswandels und der damit verbundenen Herausforderungen für eine gute medizinische Versorgung bietet die Telemedizin vor allem in den ländlichen Regionen neue Möglichkeiten, die insbesondere älteren und chronisch kranken Menschen zugutekommen. Die Erkenntnisse solcher Erprobungsmöglichkeiten sollten durch eine verbindliche Evaluation und Dokumentation gesichert und veröffentlicht werden.

Patientenkompetenz stärken

Die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Patienten zählt zu den großen Chancen und Herausforderungen der Digitalisierung. Ein wichtiger Aspekt ist die Vermittlung von seriösem, objektivem und wissenschaftlich gesichertem Wissen. Zahlreiche über das Internet verbreitete Gesundheitsinformationen sind jedoch qualitativ unzureichend bzw. wissenschaftlich nicht gesichert oder ausschließlich von kommerziellen Interessen geleitet. Medizinische Laien können noch weniger als professionelle Nutzer (z. B. Ärzte) die Seriosität der Informationen im Internet überprüfen, geschweige denn beurteilen. Umso wichtiger ist es, für höhere Transparenz sowie nutzerorientierte und qualitätsgeprüfte Informationen zu sorgen. Dazu könnte z. B. in Deutschland ein Gesundheitsportal errichtet werden, auf dem alle wichtigen Informationen rund um das Gesundheitswesen in hoher Qualität und verständlicher Form abgerufen werden können.

Um Patienten die Sicherheit ihrer Daten bei der Nutzung von digitalen Anwendungen (Apps etc.), die therapeutischen oder diagnostischen Zwecken dienen, zu gewährleisten, müssen diese als Medizinprodukte zertifiziert werden und die entsprechenden Anforderungen an Qualität und Sicherheit erfüllen. Es ist Aufgabe der Politik, dazu beizutragen, mehr Klarheit zu schaffen, nach welchen anwendungsgerechten Kriterien eine Klassifizierung und Zertifizierung vorgenommen wird.

4. Demografische Herausforderungen annehmen

Die demografische Entwicklung in Deutschland beeinflusst zunehmend das Gesundheitssystem. Dabei wirken sich Umfang und Struktur der Bevölkerung gleichermaßen auf Nachfrage und Angebot von Gesundheitsleistungen aus. Maßgeblich für die Bevölkerungsentwicklung ist die zunehmende Alterung der Gesellschaft. Durch die – in Teilen weiter anhaltende – hohe Zuwanderung in den vergangenen Jahren kann dabei zwar Tempo und Ausmaß der Alterung gemindert werden, sie ist dadurch jedoch weder aufzuhalten noch umkehrbar. Das Statistische Bundesamt geht in seinen Bevölkerungsvorausrechnungen davon aus, dass der Anteil der Personen im Rentenalter (> 67 Jahre) gemessen an der Gesamtbevölkerung von 19 Prozent 2013 voraussichtlich auf 28 Prozent im Jahr 2040 steigen wird.

Eng verknüpft mit der demografischen Alterung der Bevölkerung und einer weiter steigenden höheren Lebenserwartung ist ein Anstieg des individuellen Krankheitsrisikos. Multimorbidität und chronische Erkrankungen wie Diabetes, Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen, aber auch Adipositas sind dabei besonders relevant. Zudem steigen jährlich die Zahlen der demenziellen Neuerkrankungen und damit auch der Bedarf an entsprechenden Versorgungsstrukturen. Bereits heute sind die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Versicherte in der Altersspanne zwischen 50 und 80 Jahren besonders hoch.

Der demografische Wandel wirkt sich regional sehr unterschiedlich aus: Während in wirtschaftsstarken Regionen und Ballungsgebieten mit einer vergleichsweise jungen Bevölkerung die Zahl medizinischer und pflegerischer Angebote steigt, nimmt in strukturschwächeren und vorrangig ländlichen Regionen mit zunehmender Alterung

Gleichwertige Versorgungsbedingungen herstellen



und sinkender Einwohnerzahl das Angebot an medizinischer Versorgung ab. Daraus ergeben sich eine strukturelle Schieflage und die Notwendigkeit, gleichwertige Versorgungsbedingungen herzustellen.

Die demografische Entwicklung stellt auf diese Weise die sozialen Sicherungssysteme – und hier insbesondere die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung – vor große Herausforderungen. Zudem setzen weitere Komponenten wie der medizinisch-technische Fortschritt und die Digitalisierung das Gesundheitswesen stark unter Druck. Einem Bericht des Ausschusses für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung des Deutschen Bundestages aus dem Jahre 2015 zufolge zeigen Studien, dass zwischen einem Viertel und der Hälfte der gestiegenen Gesundheitsausgaben allein dem medizinisch-technischen Fortschritt zugeschrieben werden können.

Der medizinisch-technische Fortschritt und eine zunehmende Digitalisierung im Gesundheitswesen tragen dazu bei, die Anzahl an beschwerdefreien Lebensjahren zu steigern, und führen damit zu einer höheren Lebenserwartung. Der medizinische Fortschritt verursacht jedoch auch deutliche Kostensteigerungen und die höhere Lebenserwartung treibt den demografischen Wandel und den damit verbundenen Anstieg des individuellen Krankheitsrisikos weiter voran. Gleichzeitig vermindert sich die Einnahmehasis der gesetzlichen Krankenversicherung dadurch, dass die höheren Beiträge aus Erwerbsarbeit sinken, während die niedrigen Beiträge aus Renten zunehmen.

Selbst bei Hebung aller Effizienzreserven besteht damit grundsätzlich die Gefahr einer Überlastung der finanziellen Grundlagen des Gesundheitssystems. Um einer daraus resultierenden Rationierungsdebatte begegnen zu können, sollte sich der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen mit der Thematik befassen. Ein entsprechendes Sondergutachten sollte die sich zurzeit recht dynamisch verändernden Rahmenbedingungen wie Urbanisierung und Migration sowie die Folgen der Digitalisierung für den Arbeitsmarkt aufgreifen und Empfehlungen für die Kranken- und Pflegeversicherung aussprechen.

Auftrag an den Sachverständigenrat

4.1. Versorgungsmanagement ausbauen

Die Alterung der Gesellschaft führt zu einer Zunahme chronischer und multimorbider Patienten mit oft komplexen Krankheitsverläufen. Gerade chronische Erkrankungen erfordern eine schnittstellenübergreifende Versorgung, die über die Akutversorgung hinausgeht und die die Zusammenarbeit mehrerer Leistungserbringer erfordert. Aber die zahlreichen neuen Behandlungsmöglichkeiten sowie die zunehmende Spezialisierung und Arbeitsteilung in der Medizin führen häufig zu Brüchen in der Versorgungskette. Damit werden Behandlungsziele gefährdet, die bei einer optimalen Versorgung möglich wären.

In der täglichen Praxis wird immer deutlicher, dass ein gut funktionierendes Versorgungsmanagement durch die Krankenkassen unerlässlich ist. Darunter versteht man die Unterstützung der Versicherten im Behandlungsprozess.

Chronisch Kranke, Patienten in komplexen Versorgungszusammenhängen und tendenziell ältere Patienten erleben das Gesundheitswesen als leistungsfähig und hochqualitativ. Sie empfinden jedoch das System als wenig koordiniert und patientenorientiert, insbesondere bei

- der Suche nach geeigneten Therapien, Ärzten und anderen Institutionen,
- abgestimmten Terminvereinbarungen und Wartezeiten,
- der Zusammenarbeit bei vor- und nachgelagerten Interventionen,
- Doppeluntersuchungen beim Zusammenspiel der Akteure,
- der Beratungsintensität und der personalen Zuwendung,
- der schnellen und präzisen Übermittlung von Diagnose- und Befundinformationen sowie bei
- verständlichen Informationen zu Krankheiten und Versorgungsprozessen.

An diesen Punkten setzt ein aktives Versorgungsmanagement an, bei dem auch die Digitalisierung eine zentrale Rolle spielt.

Versorgungsmanagement immer wichtiger

Gesetzlicher Auftrag an Krankenkassen erforderlich

Krankenkassen haben den gesetzlichen Auftrag, eine „ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche“ Versorgung ihrer Versicherten sicherzustellen. Doch dies ist oftmals aufgrund der rechtlichen Rahmenbedingungen nicht umsetzbar. Es mangelt an einem umfassenden gesetzlichen Auftrag an die Krankenkassen, aktives Versorgungsmanagement zu betreiben. Die Rolle der Krankenkassen ist formaljuristisch betrachtet passiv angelegt. Auch die derzeitigen Bestimmungen des Sozialdatenschutzes sind häufig ein Hindernis, insbesondere bei der Ermittlung und Behebung von Versorgungsdefiziten. Dies zeigen die folgenden Beispiele:

- Eine Auswertung der kasseneigenen Datenbestände ist lediglich im Rahmen der Versorgungsforschung möglich. Als Eigen- und Drittforschung stellen sie wichtige Instrumente dar, um epidemiologische Erkenntnisse und Hinweise auf Krankheitszusammenhänge und -häufungen zu gewinnen. Um indes versichertenbezogene Versorgungsdefizite zu identifizieren und zu beheben, lassen sich die durch Versorgungsforschung gewonnenen anonymisierten bzw. pseudonymisierten Erkenntnisse nicht nutzen.
- Damit die Krankenkassen den Auftrag, eine adäquate Versorgung sicherzustellen, erfüllen können, ist eine entsprechende gesetzliche Aufgabenzuweisung erforderlich. Krankenkassen sollten die Möglichkeit erhalten, selbst Versorgungsmanagement zu betreiben. Dazu benötigen sie die rechtliche Legitimation. Lediglich im Bereich der Disease-Management-Programme (DMP) – und somit letztlich für derzeit sechs anerkannte Erkrankungen – sind die Krankenkassen ermächtigt, Versicherte für die Teilnahme an einer unterstützenden Maßnahme zu gewinnen.

Aktives Versorgungsmanagement kann einen bedeutenden Beitrag zur Qualität und Effizienz der Versorgung leisten. Der Bedarf wird weiter steigen. Es sind die notwendigen rechtlichen Regelungen zu schaffen, um gesicherte Erkenntnisse über versichertenbezogene Versorgungsdefizite gewinnen zu können. So sollte die Definition des Versorgungsmanagements in § 11 Abs. 4 SGB V nicht auf den Sektorenübergang beschränkt, sondern erweitert werden. Damit könnten die Krankenkassen die Leistungserbringer künftig nicht nur unterstützen, sondern selbst Versorgungsmanagement betreiben.

Entsprechend dieser Aufgabenzuweisung sind die erforderlichen Regelungen des Sozialdatenschutzes (§ 284 SGB V) anzupassen. Dies ist wichtig, weil die derzeitigen sozialdatenschutzrechtlichen Regelungen nicht die mit dem Einzug der Digitalisierung veränderten Rahmenbedingungen aufgreifen. Dies birgt die Gefahr, dass die öffentliche Gesundheitsversorgung durch Strukturen privater Anbieter (Google etc.) überholt wird.

Sozialdatenschutz anpassen



4.2. Adipositas – eine unterschätzte Krankheit auf dem Vormarsch

Multimorbide, chronisch kranke Patienten zu beraten und durch komplexe Behandlungsprozesse mit Hilfe eines aktiven Versorgungsmanagements zu begleiten, zählt zu einer der wichtigsten Aufgaben der Krankenkassen. Bei einer höchst relevanten chronischen Erkrankung, nämlich Adipositas, müssen allerdings zunächst noch die leistungsrechtlichen Grundvoraussetzungen geschaffen werden, damit überhaupt eine adäquate Versorgung erfolgen kann.

Die Zahl der Menschen, die in Deutschland an Adipositas leiden, nimmt seit Jahren kontinuierlich zu. Inzwischen ist fast ein Viertel der erwachsenen Bevölkerung betroffen. Zudem nehmen die schweren Formen der Adipositas zu, die zu besonders hoher Krankheitslast und steigenden Kosten führen. Das liegt vor allem an den über 60 Begleiterkrankungen wie etwa Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Typ-2-Diabetes, bestimmten Krebserkrankungen sowie Erkrankungen des Bewegungsapparates.

Obwohl Adipositas seit dem Jahr 2000 als Erkrankung anerkannt ist, werden Betroffene immer noch unter- und fehlversorgt. Mit Ausnahme der zunehmenden chirurgischen Eingriffe werden derzeit kaum Behandlungen im Rahmen der Regelversorgung zu Lasten der GKV angeboten.

Dabei existiert eine S3-Leitlinie der Deutschen Adipositas Gesellschaft e.V., in der die notwendigen Therapieoptionen aufgezählt werden. Dazu gehören sowohl Einzeltherapien in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Verhalten als auch multimodale, kombinierte Therapieoptionen. Zum überwiegenden Teil gehören diese Leistungen derzeit allerdings nicht zur Regelversorgung der GKV.

Durch eine konsequente und frühe Behandlung der Adipositas im Rahmen der konservativen Therapien – vornehmlich im Sinne moderner interdisziplinärer Ernährungstherapien – könnte die Versorgung der Menschen mit Adipositas erheblich verbessert

Fast ein Viertel der
Erwachsenen betroffen

Notwendige Therapien in GKV-Leistungskatalog aufnehmen

werden. Zu diesem Ergebnis kommen Untersuchungen der DAK-Gesundheit und des IGES Instituts. Nach einer entsprechenden Laufzeit einer optimierten Versorgung ließen sich mittelfristig sowohl die Zahl der Menschen mit Adipositas als auch die Behandlungskosten reduzieren. Die DAK-Gesundheit hat daher gemeinsam mit medizinischen Experten ein Konzept für eine leitliniengerechte Adipositas-Versorgung im Rahmen der GKV-Regelversorgung entwickelt.

Voraussetzung für die Umsetzung dieses modernen Versorgungskonzeptes ist, dass sowohl die Ernährungs- als auch die Bewegungstherapie als Heilmittel für Menschen mit Adipositas in die Regelversorgung aufgenommen und damit auch entsprechende Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ausgelöst werden.

4.3. Betriebliches Gesundheitsmanagement weiterentwickeln

Der zunehmende Arbeitskräftemangel, die steigenden Anforderungen an die Beschäftigten und die zunehmende Komplexität der Arbeit stellen die Betriebe vor enorme Herausforderungen. Der wirtschaftliche Erfolg eines Unternehmens wird künftig verstärkt davon abhängen, inwieweit es dem Betrieb gelingt, die tiefgreifenden demografischen Veränderungen am Arbeitsmarkt erfolgreich zu meistern.

Ziel der betrieblichen Gesundheitsförderung und des betrieblichen Gesundheitsmanagements der DAK-Gesundheit ist es, gemeinsam mit den Unternehmen eine Gesundheitskultur zu entwickeln und die Umsetzung von Projekten organisatorisch und fachlich zu unterstützen. In vielen Fällen ist dabei eine trägerübergreifende Zusammenarbeit von Krankenkassen, Renten- und Unfallversicherung sowie Arbeitgebern notwendig.

Die Finanzverantwortung beim betrieblichen Gesundheitsmanagement liegt nicht allein bei den Krankenkassen, sondern auch bei den Arbeitgebern sowie den übrigen Sozialversicherungsträgern und der privaten Krankenversicherung. Auch die Steuergesetzgebung kann wichtige Anreize für die Aktivitäten der Arbeitgeber setzen. So stärkte bereits die Einführung eines Steuerfreibetrags das Engagement der Arbeitgeber deutlich. Durch eine Anhebung des Freibetrages könnten weitere Impulse gesetzt werden.

Steuerfreibetrag erhöhen



4.4. Soziale Pflegeversicherung zukunfts- fest gestalten

Obwohl die Folgen des demografischen Wandels erst ab 2030 besonders deutlich werden, gibt es bereits heute Hinweise auf die bevorstehende Entwicklung. So steigt die Zahl der Ein-Personen-Haushalte kontinuierlich an. In großen Städten leben bereits heute über 40 Prozent der Menschen allein. Die damit einhergehenden Veränderungen der Lebensgestaltung und Bedürfnisse der künftigen älteren Generation sowie der kontinuierlich anwachsende Pflegebedarf stellt auch die Pflegeversicherung vor enorme Herausforderungen. Dies gilt sowohl für den Bereich der Versorgung und Leistungsgestaltung als auch für die Finanzierung.

Aktuelle Berechnungen gehen davon aus, dass die Zahl von insgesamt rund 2,8 Millionen Pflegebedürftigen im Jahre 2015 auf voraussichtlich rund 3,5 Millionen im Jahr 2030 und rund 4,6 Millionen Pflegebedürftige im Jahr 2050 steigt. Dies wird zu Ausgabenzuwächsen in der sozialen Pflegeversicherung führen. Verschärfend kommt hinzu, dass aufgrund des demografischen Wandels der Anteil der erwerbsfähigen Personen an der Gesamtbevölkerung abnehmen wird. So werden 2030 rund 700.000 Erwerbspersonen weniger in die soziale Pflegeversicherung einzahlen als dies noch 2014 der Fall war.

Um die Finanzierungsgrundlagen langfristig zu stabilisieren, ist der bislang fehlende Solidarausgleich zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung herzustellen. Denn bei gleichen Leistungsvoraussetzungen und -ansprüchen für gesetzlich wie privat versicherte Pflegebedürftige sind die Risiken höchst unterschiedlich verteilt. Privatversicherte sind weitaus weniger von Pflegebedürftigkeit betroffen, was sich deutlich in den Leistungsausgaben widerspiegelt. Dies hat in den vergangenen Jahren dazu geführt, dass die privaten Versicherungsunternehmen neben den notwendigen individuellen Altersrückstellungen große Überschüsse anhäufen konnten, Gelder, die der Pflegeversicherung insgesamt fehlen. Ein Finanzausgleich würde die gesetzliche Pflegeversicherung um bis zu zwei Milliarden Euro entlasten.

Finanzierung langfristig sichern



Dynamisierung der Leistungsbeträge verbindlich festzuschreiben

Mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz (PSG I) wurde der Pflegevorsorgefonds eingeführt. In den Fonds fließen 0,1 Beitragspunkte als Sondervermögen, das ab 2035 wieder der sozialen Pflegeversicherung zugeführt werden soll. Damit soll der demografiebedingte Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen abgefedert werden. Der Fonds ist jedoch eine Fehlkonstruktion, weil das Geld am Kapitalmarkt nicht sicher ist und durch die aktuellen Negativzinsen sogar Verluste entstehen. Im Übrigen ist der Fonds ohnehin nicht ausreichend mit Mitteln ausgestattet, um seinen Zweck zu erfüllen. Er sollte daher aufgelöst und die Mittel der pflegerischen Versorgung der Betroffenen zugeführt werden, wodurch auch eine Haushaltskonsolidierung der sozialen Pflegeversicherung erreicht würde.

Mit der Dynamisierung der Leistungsbeträge durch das PSG I wurde eine Regelung in das SGB XI aufgenommen, wonach die Bundesregierung alle drei Jahre eine Anpassung der Leistungsbeträge prüft. Die erste Prüfung soll 2020 erfolgen. Als Orientierungswert dient dabei die kumulierte Preisentwicklung der letzten drei abgeschlossenen Kalenderjahre in Abhängigkeit der Bruttolohnentwicklung im gleichen Zeitraum.

Der Prüfauftrag ist gut, greift aber zu kurz, weil dessen Ergebnisse keine verbindlichen Leistungsanpassungen zur Folge haben. Die DAK-Gesundheit fordert daher, dass die Vorschrift sowie die damit verbundenen Orientierungswerte in eine verbindliche Regelung überführt werden und die Dynamisierung an eine volkswirtschaftliche Kenngröße wie zum Beispiel die Preisentwicklung oder die Entwicklung der Grundlohnsomme gekoppelt wird. Damit wäre die Wertstabilität der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung dauerhaft gesichert. Eine solche Regelung würde die Pflegebedürftigen nachhaltig vor einer schleichenden Entwertung ihrer Pflegeleistungen schützen.

Neue Pflegekonzepte für Demenzkranke entwickeln

Bis zu 1,6 Millionen Menschen sind bereits heute in Deutschland an Demenz erkrankt. Ihre Versorgung stellt angesichts des demografischen Wandels eine immer größere Herausforderung für das Gesundheits- und Sozialwesen dar. Experten gehen davon aus, dass sich die Zahl der demenziell erkrankten Menschen bis zum Jahr 2050 nahe-

zu verdoppeln könnte. Wer pflegebedürftig wird, möchte meist so lange wie möglich in seiner vertrauten Umgebung bleiben. Um diese Anforderungen zu meistern, sind ein barrierefreies und seniorenrechtliches Umfeld sowie eine bessere technische Vernetzung der ambulanten Versorgung und Akteure in der Pflegeversicherung von großer Bedeutung. Neue Konzepte wie geförderte Wohngemeinschaften rücken dabei ebenso in den Fokus wie die unbedingt notwendige Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure in der Versorgungskette.

Information und Beratung der Pflegebedürftigen und deren Angehöriger gewinnen zunehmend an Bedeutung. Dies gilt insbesondere auch, weil das Leistungsspektrum sehr vielschichtig und komplex ist. Deshalb ist es wichtig, keine zusätzlichen Beratungsstrukturen aufzubauen, sondern die vorhandenen Angebote stärker zu vernetzen. Die Transparenz für die Bürger muss gewahrt werden. Doppelstrukturen in der Beratung sind nicht nur aus ökonomischer Sicht problematisch, sondern insbesondere auch deshalb abzulehnen, weil die Qualität der Beratung und die Übersichtlichkeit des Pflegemarktes eben nicht mit der Zahl der Anbieter steigen.

Die Trennung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor wird künftig immer weniger sichtbar sein. Umso wichtiger ist eine pflegerische Ausbildung, die der Versorgung der Menschen in allen Bereichen gerecht wird. Zudem ist bereits heute – und wegen der demografischen Entwicklung künftig noch verstärkt – eine breite Fachkräftebasis notwendig. Ziel muss es daher sein, die Profession Pflege auch für die nachwachsenden Generationen attraktiv zu gestalten.

Eine gemeinsame Ausbildung der Kinder-, Alten- und Krankenpflege stärkt die Ressourcen in der Pflege und bietet den Absolventen die Chance von Berufsalternativen. Die DAK-Gesundheit unterstützt deshalb eine generalistische und flexible Ausbildung in den Pflegeberufen sowie eine geregelte, qualitätsgesicherte Fort- und Weiterbildung.

Pflegeberatung aus einer Hand

Pflegeberufe stärken



5. Finanzierung festigen

Der Gesetzgeber hat das Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung zum Jahresbeginn 2015 wesentlich verändert. Der allgemeine Beitragssatz wurde von damals 15,5 Prozent auf 14,6 Prozent abgesenkt und festgeschrieben. Arbeitnehmer und Arbeitgeber tragen jeweils die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes, also 7,3 Prozent. Da die Gesamtausgaben der GKV auch künftig die Gesamteinnahmen des Gesundheitsfonds überschreiten, wird der dadurch stetig zunehmende Finanzierungsbedarf ausschließlich von den Mitgliedern der GKV durch den einkommensabhängigen kassenindividuellen Zusatzbeitrag finanziert. 2015 betrug der GKV-weite durchschnittliche Zusatzbeitragssatz 0,9 Prozent. Für die Jahre 2016 und 2017 stieg er auf 1,1 Prozent. Für seine Konstanz 2017 sorgte eine Entnahme von 1,5 Mrd. Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Nach Berechnungen des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) wird der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz bis 2020 auf 1,8 Prozent ansteigen. Damit droht sich das schon bestehende finanzielle Ungleichgewicht noch weiter zu Lasten der GKV-Mitglieder zu verschieben.

Nur eine nachhaltige Finanzierung gewährleistet, dass die Ausgabenentwicklung in der GKV im Einklang mit den Einnahmen steht. Aus Sicht der DAK-Gesundheit müssen deshalb folgende Forderungen von der Politik nachhaltig umgesetzt werden:

- Die Arbeitgeber müssen mehr Verantwortung für eine leistungsfähige und effiziente Gesundheitsversorgung übernehmen. Es ist zur paritätischen Beitragsfinanzierung zurückzukehren. Denn die solidarische Absicherung des Krankheitsrisikos, die

schnelle und umfassende Versorgung im Krankheitsfall sind elementare Leistungen, die auch zur Sicherung und Wiederherstellung der Arbeitskraft beitragen und damit zu gleichen Teilen im wohlverstandenen Eigeninteresse von Arbeitnehmern und Arbeitgebern liegen. Die Wiederherstellung der paritätischen Beitragsfinanzierung stärkt den gesellschaftlichen Zusammenhalt und wird den Wettbewerb um eine gute und qualitativ hochwertige gesundheitliche Versorgung sowie um den Aus- und Aufbau innovativer Versorgungskonzepte stärken.

- Die Finanzmittel im Gesundheitsfonds, die über der gesetzlich festgelegten Mindestreserve liegen, sind für die Versorgung der Versicherten zu nutzen und somit an die Krankenkassen zurückzuführen.
- Auskömmliche Beiträge seitens des Bundes für die Versicherung von Arbeitslosengeld-II-Empfängern würden die GKV jährlich in Milliardenhöhe entlasten. Die bislang durchschnittlich gewährten 90 Euro je Versicherten (2016) sind bei weitem nicht kostendeckend.

Für versicherungsfremde Leistungen der Krankenkassen wie zum Beispiel die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern, Entbindungen und Mutterschaftsleistungen muss künftig ein Erstattungsanspruch gegenüber dem Bund bestehen. Die Schwankungen des Bundeszuschusses zeigen deutlich die Beliebigkeit der Mittelzuwendung. Die gesetzliche Festschreibung eines Erstattungsanspruchs aus Bundesmitteln würde dagegen für eine verlässliche Finanzierung sorgen.

Paritätische
Beitragsfinanzierung

Verbindlicher
Bundeszuschuss



6. Faire Wettbewerbsbedingungen schaffen

Grundlegende Voraussetzung für einen funktionierenden Wettbewerb zwischen den Krankenkassen ist ein fair justierter Risikostrukturausgleich. Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) in seiner aktuellen Ausgestaltung wird dem Ziel, faire Wettbewerbsbedingungen zwischen den Krankenkassen zu schaffen, nicht gerecht. Es zeigt sich: Manche Krankenkassen werden ungerechtfertigt besser gestellt, andere systematisch benachteiligt. Die kassenindividuellen Zusatzbeitragssätze sind heute im Wesentlichen Ergebnis der jeweiligen kassenspezifischen RSA-Wirkungen. Mit Erlass des Bundesministeriums für Gesundheit wurde der Wissenschaftliche Beirat beim BVA beauftragt, bis zum 30. September 2017 in einem Sondergutachten die Wirkungen des Morbi-RSA zu überprüfen sowie die Folgen relevanter Reformvorschläge empirisch abzuschätzen. Die DAK-Gesundheit setzt sich bereits seit längerem gemeinsam mit dem vdek für die Weiterentwicklung des Morbi-RSA ein, damit für die Krankenkassen in Deutschland faire Bedingungen im Wettbewerb untereinander entstehen:

Wiedereinführung eines Hochrisikopools

Erkrankungen mit extremen Kostenausreißern können durch ein Klassifikationsverfahren wie den RSA systemimmanent nicht angemessen abgebildet werden. Ein Hochrisikopool gehört daher zwingend zu einem guten Ausgleichssystem. Er ist vergleichbar mit einer Rückversicherung, über die eine Privatversicherung bestimmte Risiken absichert. Bereits 2002 bis 2008 war deshalb in der GKV ein Risikopool Teil des Ausgleichssystems. Ein Hochrisikopool würde auch dazu beitragen, die finanziellen Belastungen, die z. B. durch die Verordnung besonders hochpreisiger neuer Arzneimittel entstehen, abzufangen. Aus Sicht der DAK-Gesundheit sollte der Hochrisikopool

Kosten ab einer Schwelle von 100.000 Euro ausgleichen. Dabei gilt für die Krankenkassen ein Selbstbehalt von 20 Prozent, um weiterhin einen Anreiz für wirtschaftliches Verhalten zu setzen.

Die vorhandenen erheblichen Unterschiede in den regionalen Versorgungsstrukturen und die damit verbundenen regional unterschiedlichen Kosten wirken wettbewerbsverzerrend, da diese Unterschiede derzeit keine Berücksichtigung im Morbi-RSA finden. Die Krankenkassen haben auf die Entwicklung dieser Strukturen so gut wie keinen Einfluss. Krankenkassen, die nur in Regionen mit besonders günstigen Versorgungsstrukturen tätig sind, haben einen Wettbewerbsvorteil gegenüber Krankenkassen, die in Regionen mit einer hohen Versorgungsdichte aktiv sind. Die DAK-Gesundheit schlägt deshalb vor, den Morbi-RSA um eine Versorgungsstrukturkomponente unterhalb der Ebene der Bundesländer zu erweitern.

Der Gesetzgeber hat bei der Einführung des Morbi-RSA geregelt, dass 50 bis 80 kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf ausgleichsfähig sind. Die Frage, welche Auswahlkriterien dafür zugrunde gelegt werden, war stets umstritten. Für die Jahre 2009 bis 2017 wurde festgelegt, der Häufigkeit einer Erkrankung stärkeres Gewicht als der Schwere einer Erkrankung zu geben. Heute ist erkennbar, dass diese Entscheidung zu Verwerfungen bei der Verteilung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds führt. Eine Umstellung der Berechnungsmethode auf eine logarithmische Prävalenzgewichtung kann diese Verwerfungen korrigieren.

Einführung einer Versorgungsstrukturkomponente

Veränderte Krankheitsauswahl



Einheitliche Aufsicht

Gleichzeitig ist diese Maßnahme geeignet, Manipulationen bei der Kodierung von Erkrankungen vorzubeugen. Dies gelingt jedoch nur, wenn die Politik endlich für einheitliche Kodier-Richtlinien sorgt sowie eine zwischen Bund und Ländern unterschiedslose Aufsichtspraxis sicherstellt. Letzteres könnte z. B. gelingen, indem die Finanzaufsicht für alle Krankenkassen beim Bundesversicherungsamt gebündelt wird und die Landesaufsichten die Umsetzung der kollektiv- und selektivvertraglichen Regelungen überwachen.

Wegfall von Zuschlägen für Erwerbsminderungsrentner

Die noch aus dem alten RSA (vor 2009) stammenden Zuschläge für Versicherte mit Erwerbsminderungsstatus sind überholt und wirken wettbewerbsverzerrend. Erkrankungen, die einer Erwerbsminderungsrente zugrunde liegen, werden heute in der Regel im Morbi-RSA berücksichtigt. Ein indirekter Morbiditätsindikator wie der Erwerbsminderungsstatus ist daher überflüssig. Er ist auch deshalb ungeeignet, da er Zuweisungen der GKV an die Rechtslage der Rentenversicherung koppelt. Zwar leiden Menschen, die eine Erwerbsminderungsrente beziehen, in der Regel an komplexen gesundheitlichen Problemen, aber nicht alle Menschen mit denselben Problemen haben auch Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente: Selbstständige oder nicht Berufstätige können keine gesetzliche Erwerbsminderungsrente beziehen. In der Folge werden heute für gleiche Erkrankungen verschiedener Versicherter unterschiedliche Zuweisungen ermittelt.

Neuregelung bei Auslandsversicherten

Mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz aus dem Jahr 2014 wurde für die Berechnung der Zuweisungen für im Ausland lebende Versicherte eine Übergangslösung eingeführt, bei der die gesamten Zuweisungen für Auslandsversicherte auf die Summe der GKV-weit entstandenen Kosten begrenzt werden. Trotz dieser Maßnahme bleiben auf Kassenebene immer noch wettbewerbsverzerrende Über- und Unterdeckungen bestehen. Die Krankenkassen selbst haben praktisch keine Möglichkeit, auf die Behandlung und deren Kosten im Ausland Einfluss zu nehmen. Diese Problematik ist in dem Gutachten zu den Zuweisungen für Auslandsversicherte (Wasem et al. 2016) richtig erkannt worden. Der dort empfohlene Lösungsansatz, Zuweisungen auf Grundlage der jährlichen landesspezifischen Rechnungssummen vorzunehmen, ist aus Sicht der DAK-Gesundheit praktikabel und einfach umzusetzen. Die weitere Beauftragung eines wissenschaftlichen Folgegutachtens erscheint vor diesem Hintergrund entbehrlich.

Herausgeber:

DAK-Gesundheit

Abteilung Unternehmenskommunikation

Nagelsweg 27–31, 20097 Hamburg

Gedruckt 04/2017