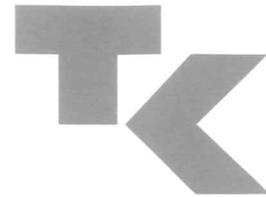


Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 18/4045



Techniker Krankenkasse, Postfach 7042, 24170 Kiel

Vorsitzender des Sozialausschusses des
Schleswig-Holsteinischen Landtages
Peter Eichstädt, MdL
Düsternbrooker Weg 70
24105 Kiel

**Techniker
Krankenkasse**

**Landesvertretung
Schleswig-Holstein**

Hopfenstr. 2c
24114 Kiel

Für Rückfragen:
Volker Clasen
Tel. 04 31 - 981 58-516
Fax 04 31 - 981 58-555

TK-Positionen zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz

10. Februar 2015

Sehr geehrter Herr Eichstädt,

im Dezember vergangenen Jahres hat das Bundeskabinett den Entwurf des "Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung" (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) beschlossen. Ziel soll sein, auch in Zukunft die medizinische Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung auf hohem Niveau sicherzustellen.

Wir haben zu vier Punkten des Kabinettdentwurfs die Positionen der Techniker Krankenkasse (TK) zusammengefasst und Ihnen als Anlage beigelegt.

Für weitere Informationen sprechen Sie uns gerne an.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Johann Brunkhorst

Techniker Krankenkasse
Hopfenstr. 2c
24114 Kiel

Tel. 04 31 - 981 58-0
Fax 04 31 - 981 58-555
www.tk.de
lv-schleswig-holstein@tk.de

Vorstand
Dr. Jens Baas (Vorsitzender)
Thomas Ballast (stellv. Vorsitzender)
Frank Storsberg
Vorsitzende des Verwaltungsrats
Dominik Kruchen, Dieter F. Märtens

Krankengeldmanagement

Artikel 1, Nr. 13 - §44

Die TK begrüßt grundsätzlich die Möglichkeit, Versicherte frühzeitig durch individuelle Beratung und Hilfestellung bei der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu unterstützen. Dies ist der TK bereits heute ein besonderes Anliegen.

Der neu angefügte Abs. 4 sieht jedoch vor, dass Krankenkassen künftig die Einwilligung des Versicherten einholen sollen, bevor sie ihn beraten und „unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit“ machen. Dies ist nicht nur bürokratisch, sondern führt auch dazu, dass eine rechtzeitige, also frühzeitige Hilfe oft nicht möglich ist. Das Ziel der Regelung wird damit verfehlt.

Für die GKV muss durch diese Regelung mit zusätzlichen Krankengeldausgaben in dreistelliger Millionenhöhe gerechnet werden. Das kann sich der Wirtschaftsstandort Deutschland nicht leisten. Leidtragende sind neben den arbeitenden Beitragszahlern, die mit ihrem Beitrag auch die zusätzlichen Ausgaben durch das zurückgehende Krankengeldmanagement ihrer Krankenkasse tragen müssen, auch die Arbeitgeber. Denn gerade die arbeitsunfähigen Versicherten/Arbeitnehmer, die einer Beratung und Hilfestellung zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit bedürfen, werden ihrer Krankenkasse meist keine Einwilligung zur Beratung geben.

Zudem wird durch diese geplante Regelung die Motivation der Krankenkassen, die Krankengeld-Ausgaben zu beeinflussen noch weiter zurückgehen. Bereits durch die fünfzigprozentige Berücksichtigung der Ist-Ausgaben beim Krankengeld im Risikostrukturausgleich wurde die Motivation „unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit“ zu machen, nicht erhöht.

Nicht nachvollziehbar ist, dass in der Gesetzesbegründung die Datenerhebung durch die Krankenkassen im Zusammenhang mit MDK-Begutachtungen ausgeschlossen wird. Die Krankenkassen sind verpflichtet, in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen. Die Krankenkasse kann von einer Beauftragung des MDK absehen, wenn sich die medizinischen Voraussetzungen der AU eindeutig aus den der Krankenkasse vorliegenden ärztlichen Unterlagen ergeben.

Allein anhand der Diagnose auf der AU-Bescheinigung wird die Krankenkasse diese Prüfung oftmals nicht vornehmen können. Infolgedessen würden dem MDK wesentlich mehr AU-Fälle als bisher vorgelegt werden. Dies zieht zwangsläufig eine Erhöhung des administrativen und gutachterlichen Aufwands beim MDK nach sich. Erhebliche Zeitverzögerungen bei der Begutachtung wären die Folge, was sich wiederum negativ auf die Krankengeld-Ausgaben der Krankenkassen auswirken würde. Auch das Interesse der Arbeitgeber an einer zügigen Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit könnten die Krankenkassen nicht mehr erfüllen.

Damit die Krankenkassen die bestehenden gesetzlichen Verpflichtungen konsequent umsetzen können, ist es erforderlich, dass sie die hierfür erforderlichen Daten - ggf. auch

ohne Zustimmung des Versicherten - erheben dürfen. Auswüchse bei einzelnen Krankenkassen dürfen nicht zu einer monetären Belastung aller Beitragszahler führen.

Änderungsvorschläge:

Aufnahme einer klarstellenden Formulierung zu den datenschutzrechtlichen Anforderungen, die auf die §§ 275 ff SGB V und §§ 67 ff SGB X verweist und keinen Zustimmungsvorbehalt des Versicherten vorsieht.

Ergänzung des § 275 Abs. 1a SGB V:

„Die Krankenkassen sind befugt, die für die Prüfung der Notwendigkeit einer gutachtlichen Stellungnahme des MDK erforderlichen Daten zu erheben.“

Kiel, 5. Februar 2015

Techniker Krankenkasse
Landesvertretung Schleswig-Holstein

Für Rückfragen:

Volker Clasen, Tel. 0431 / 981 58 - 516, volker.clasen@tk.de
Sabrina Jacob, Tel. 0431 / 981 58 - 518, sabrina.jacob@tk.de

Einführung neuer Disease Management Programme (DMP) bei Rückenleiden und Depressionen

Artikel 1, Nr. 65 - § 137f Abs. 1

In § 137f SGB V soll geregelt werden, dass „für die Behandlung von Rückenleiden und Depressionen“ neue Disease Management Programme (DMP) eingeführt werden.

Statt den zentralen Defiziten der bestehenden DMP (Diabetes mellitus Typ I und II, Brustkrebs, koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale, chronisch obstruktive Lungenkrankheit - COPD) abzuhelfen, vergrößert der Gesetzentwurf die bestehenden Probleme: DMP werden für solche Krankheiten vorgesehen, bei denen besonders große Spielräume bei der Indikationsstellung bestehen. Unverständlich ist es, dass ein Symptom „Rückenleiden“ als Krankheit angesehen werden soll. Hinter dem Symptom können sich vielfältige Krankheiten von psychischen Erkrankungen bis zu Verschleißerscheinungen oder Krebs verbergen.

Das Krankheitsbild "Depression" sieht der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) derzeit als ungeeignet für ein DMP an.

Beide Diagnosen hält die TK für nicht DMP-geeignet wegen einer zu unspezifischen sehr großen Zielgruppe und oft fehlender Chronifizierung. Es erscheint zweifelhaft, ob ein DMP die Situation der Kranken verbessern kann. Es ist aber gesichert, dass Kosten für die Administration solcher DMPs entstehen.

Defizite bereits bestehender DMPs sind insbesondere:

- Sie schaffen Anreize, auf Prävention zu verzichten, um Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich (RSA) zu generieren. Bei Rückenleiden hilft oft auch mehr Bewegung statt teurer Therapie. Auch im RSA sollten Anreize gesetzt werden, um Prävention zu fördern.
- Sie sind nicht konzentriert auf die Patienten, die davon profitieren, und deshalb in der derzeitigen Ausgestaltung unwirtschaftlich.
- Durch Programmpauschalen werden im RSA zum Teil höhere Zuweisungen gutgeschrieben als Kosten entstehen.

Das Wissenschaftliche Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG) ist in einer Analyse von Routinedaten zu folgenden Ergebnissen gekommen: „Hinsichtlich der Inzidenz von Komorbiditäten, Fußamputationen, Inanspruchnahme von Pharmaka, Krankenhauskosten und Notfalleinweisungen zeigten sich mit Ausnahme häufigerer Medikamentenverordnungen in der Gruppe der DMP-Teilnehmer keine deutlichen Unterschiede zwischen den DMP-Teilnehmern und der Kontrollgruppe. Die Zahl der Notfalleinweisungen und die Kosten für stationäre Aufenthalte waren bei den DMP-Teilnehmern etwas niedriger. Die DMP-Teilnehmer haben in allen untersuchten Quartalen

mehr Arzneimittelverordnungen eingelöst, häufiger niedergelassene Ärzte kontaktiert und mehr EBM Leistungen in Anspruch genommen. Kosteneinsparungen bei den DMP-Teilnehmern waren nicht erkennbar.“

<http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/363254/Datei/130886/Linder-Abstract-Wirken-DMP-qualitaetsverbessernd.pdf>

Änderungsvorschlag:

Die Auswahl und Bewertung geeigneter DMP-Diagnosen sollte dem G-BA überlassen werden. Auf die Nennung von Rückenleiden und Depressionen sollte im Gesetzestext verzichtet werden.

Kiel, 5. Februar 2015

Techniker Krankenkasse
Landesvertretung Schleswig-Holstein

Für Rückfragen:

Volker Clasen, Tel. 0431 / 981 58 - 516, volker.clasen@tk.de

Sabrina Jacob, Tel. 0431 / 981 58 - 518, sabrina.jacob@tk.de

Zweitmeinung nutzt den Patienten

Die Techniker Krankenkasse (TK) begrüßt insgesamt die vorgesehene gesetzliche Regelung. Eine zweite Meinung durch einen unabhängigen Experten dient letztlich der Qualifizierung einer Diagnose und der vorgesehenen Therapie. Gerade bei elektiven Eingriffen, die mengenanfällig sind und alternative Behandlungsmöglichkeiten bieten, ist das Einholen einer Zweitmeinung geboten. Dazu gehören aus Sicht der TK Operationen am Knie, an der Hüfte, bei Rückenschmerzen und bei kardiologischen bzw. -chirurgischen Eingriffen.

Zu überdenken wäre aus Sicht der TK die mit zehn Tagen sehr kurze Frist zwischen der Information über den Anspruch auf eine Zweitmeinung und der geplanten OP. Um dem Patienten die tatsächliche Nutzung des Anrechts besser zu ermöglichen, schlagen wir eine Frist im Rahmen von 21 bis 28 Tagen vor.

Weiterhin schlägt die TK vor, dass vom G-BA auch konkretisiert werden sollte, welche Behandlungsunterlagen an den zweitbeurteilenden Arzt weiterzureichen sind. Zusätzlich sollte der G-BA auch eine Evaluation des Kosten-Nutzen-Verhältnisses veranlassen können.

Dass die Krankenkassen weiterhin Leistungen zur Zweitmeinung in ihrer Satzung vorsehen dürfen, begrüßen wir ausdrücklich. Die TK hat den Aspekt ärztliche Zweitmeinung bereits im Rahmen von Selektivverträgen aufgegriffen (z.B. bei anstehende Wirbelsäulen-OPs) und mit den Ergebnissen gute Erfahrungen in Hinblick auf OP-Vermeidung und Kundenzufriedenheit gemacht.

Darüber hinaus plant die TK in Schleswig-Holstein ein Zweitmeinungsverfahren bei operativen Eingriffen rund um das Herz. Bei vielen Herzerkrankungen gibt es unterschiedliche Therapieansätze, die von Patienten und ihren Angehörigen nur schwer zu überblicken sind.

Kiel, 5. Februar 2015

Techniker Krankenkasse
Landesvertretung Schleswig-Holstein

Für Rückfragen:

Volker Clasen, Tel. 0431 / 981 58 - 516, volker.clasen@tk.de

Sabrina Jacob, Tel. 0431 / 981 58 - 518, sabrina.jacob@tk.de

Innovationsfonds

· Artikel 1, Nr. 40 - §92a

Versorgungsinnovationen sollen in Zukunft stärker gefördert werden. Das kommende Versorgungsstärkungsgesetz verfolgt dazu einen guten Ansatz: 300 Millionen Euro werden für Innovationen in einem Fonds bereitgestellt.

Die Finanzausstattung - vier Jahre lang 300 Millionen Euro jährlich - erscheint in Anbetracht des Leistungsvolumens jenseits der Regelversorgung überdimensioniert.

Besser wäre es, wenn jede Kasse selbst entscheiden kann in welche Innovation sie investiert. Problematisch ist zudem die Finanzierung: Nur die gesetzlich Versicherten zahlen in den Innovationsfonds ein, wobei natürlich auch die privat Versicherten von den Innovationen profitieren. Somit wird eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe alleine von den gesetzlich Versicherten bezahlt.

Generell ist anzumerken, dass im Entwurf zum Gesetz nicht vorgesehen ist, dass die Bundesländer Einfluss bei der Vergabe von Fördermitteln für innovative Versorgungsprojekte haben. Dies ist aus Sicht der TK bedauerlich, da so nicht sichergestellt ist, dass die zur Verfügung stehenden Fördermittel bundesweit ausgewogen über die Länder verteilt werden. Gerade in der regionalen Ebene entstehen viele Projektideen, die sich an regionalen Bedarfen orientieren.

Änderungsvorschlag zu § 92a Abs. 1 Satz 6

Bei der Antragstellung ist eine Krankenkasse zu beteiligen.

Begründung: Die Finanzmittel kommen von den Krankenkassen. Daher sollte mindestens eine Krankenkasse zwingend beteiligt werden.

Kassen mit großer regionaler Marktmacht könnten bei der Vergabe bevorzugt werden, weil ihre Projekte regional größere Bevölkerungsanteile umfassen. Die Fördersummen sollten auf die Versichertenmarktanteile der Kassen verteilt werden, um ein "Windhundrennen" zu vermeiden.

Änderungsvorschlag zu § 92a Abs. 3 - Ergänzung Satz 2

Die Fördersumme pro Krankenkasse ist auf den Anteil ihrer Versicherungszeiten im Verhältnis über die Gesamtfördersumme aller Kassen für die Förderung nach Abs. 1 begrenzt.

Die nach Abs. 3 für Versorgungsforschung zu verwendenden Mittel i.H.v. 75 Millionen Euro sind letztlich eine Strukturförderung für die Forschung (Zweckentfremdung Versichertengelder). Diese Mittel sollten vorrangig zur Evaluation der geförderten neuen Versorgungsformen verwendet werden. Die durch die Evaluation nicht ausgeschöpften Mittel könnten für reine Versorgungsforschungsprojekte genutzt werden.

· Artikel 1, Nr. 40 - §92b

Eine Beteiligung des BMG an den Beschlüssen ist ein Novum. G-BA und Bund erhalten beträchtlichen Einfluss auf die konkrete Verwendung von Versicherungsgeldern. Ggf. sollte das BMG über die vom G-BA zu beschließenden Förderschwerpunkte ins Benehmen gesetzt werden. Andernfalls könnte die eigentliche Zielrichtung des Innovationsfonds, nämlich die Versorgungsverbesserung, einer eher wirtschaftspolitischen Subventionslogik geopfert werden. Die Entscheidungsstruktur mit vom BMG benanntem Expertenbeirat durchbricht das Prinzip der Selbstverwaltung und etabliert aus Sicht der TK staatliche Innovationssteuerung mit Versicherungsgeldern.

Änderungsvorschlag zu § 92b Abs. 1 Satz 2

Streichung der im Satz genannten Vertreter des BMG und des Bundesministeriums für Bildung und Forschung.

Änderungsvorschlag zu § 92b Abs. 2

Neuen Satz einfügen: Über die Entscheidungen des Innovationsausschusses ist das Bundesministerium für Gesundheit ins Benehmen zu setzen.

Kiel, 5. Februar 2015

Techniker Krankenkasse
Landesvertretung Schleswig-Holstein

Für Rückfragen:

Volker Clasen, Tel. 0431 / 981 58 - 516, volker.clasen@tk.de
Sabrina Jacob, Tel. 0431 / 981 58 - 518, sabrina.jacob@tk.de