



Vernetzte Versorgung – Sinnvolle Verzahnung aller Versorgungsprozesse, -strukturen und -akteure

Positionen des BKK Dachverbandes e.V.

BKK Dachverband e.V.
Zimmerstraße 55
10117 Berlin
E-Mail: politik@bkk-dv.de
Telefon: 030-2700406-0

Deutschland hat eines der besten Gesundheitssysteme der Welt. Unabhängig von Bildungs-, Einkommens- und Gesundheitsstatus hat jeder einen schnellen und direkten Zugang zu einem qualitativ hochwertigen Versorgungsangebot. Trotz dieser vielfältigen Vorzüge weist das deutsche Gesundheitswesen aber noch ein beachtliches Potenzial zur Erhöhung von Effizienz und Effektivität der Versorgung auf. Dabei sind die zahlreichen Schnittstellen zwischen den Leistungssektoren und vor allem die häufig mangelnde Integration zwischen ambulanter und stationärer Versorgung eine der zentralen Schwachstellen.

Die Betriebskrankenkassen sehen insbesondere in der sektorübergreifenden Versorgung einen Ansatz dafür, Versorgungsdefizite zu verbessern und gleichzeitig einen qualitätsgesicherten Übergang zwischen den Leistungssektoren zu ermöglichen. Mittels Selektivverträgen können Krankenkassen zusammen mit ihren Vertragspartnern Versorgung auf die Bedürfnisse ihrer Versicherten und Regionen ausrichten.

Aus Sicht der betrieblichen Krankenversicherung muss die schwarz-rote Bundesregierung deshalb an das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) anknüpfen und den Schwerpunkt auf die Verbesserung der vernetzten bzw. integrierten Versorgung legen. Hier sind insbesondere vorhandene Hürden ab- und die Vertragsmöglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen auszubauen.

Die im Koalitionsvertrag angekündigte Errichtung eines Innovationsfonds und die Bereitstellung von Mitteln für die Versorgungsforschung sind ein wichtiger Schritt, den Ideenwettbewerb für innovative, sektorübergreifende Versorgungsformen zunächst begrenzt zu fördern und dann für die Regelversorgung zugänglich zu machen. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen hierfür sollten auch ganz neue Versorgungsstrukturen bzw. -prozesse zulassen, die z.B. Vorsorge, Prävention und Versorgung vernetzen. Hierbei sind unbedingt die Krankenkassen einzubeziehen.

Auch die Zunahme chronischer Krankheiten und der demografische Wandel führen zu einem dringenden Handlungsbedarf in der Anpassung der Versorgungsstrukturen und -prozesse hin zu einem vernetzten Agieren aller Akteure. Der Versicherte in all seinen Lebenswelten muss dabei in den Mittelpunkt gestellt werden.

Die Betriebskrankenkassen fordern daher im Einzelnen:

- 1. Rahmen für integrierte und selektive Versorgungsformen flexibler gestalten 4**
 - Wegfall der Vorlagepflicht nach § 71 Abs. 4 Satz 2 SGB V
 - Nachgelagerter Nachweis der Wirtschaftlichkeit von Selektivverträgen
 - Keine Verletzung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität durch selektivvertragliche Ausgabensteigerungen
 - Vereinfachung der Bereinigung
 - Evaluation der Selektivverträge
 - Kein Zwang zur Substitution der Regelversorgung
 - Erweiterung des möglichen Teilnehmerkreises bei integrierten Versorgungsformen
 - Verankerung einer Anti-Diskriminierungsklausel

- 2. Förderung von sektorübergreifenden Ideen mit Hilfe des Innovationsfonds 6**
 - Förderung von Prozess- und Strukturinnovationen im Rahmen sektorübergreifender Versorgungsformen
 - Ausweitung der Verzahnungsmöglichkeiten über die klassischen Schnittstellen hinaus
 - Beteiligung mindestens einer gesetzlichen Krankenkasse an geförderten Projekten
 - Entwicklung von Förderkriterien unter Einbezug der Krankenkassen
 - Finanzierung der Evaluation aus den Geldern für Versorgungsforschung
 - Etablierung eines transparenten Vergabeverfahrens

- 3. Sinnvolle Verzahnung aller Versorgungsstrukturen im Sinne des Versicherten 7**
 - Engere Zusammenarbeit von Krankenkassen, Werksärzten und niedergelassenen Ärzten
 - Möglichkeit des Abschlusses von Selektivverträgen mit Werksärzten im Bereich der Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen
 - Bessere Beratungsmöglichkeiten der Krankenkassen gegenüber ihren Versicherten

- 4. Qualitätsgesicherter Sektorenübergang durch Entlassmanagement 8**
 - Entlassmanagement weiterhin Teil des Anspruchs auf Krankenhausbehandlung
 - Institutionalisierung und Qualitätssicherung von Entlassmanagement
 - Ausgeweitete Verordnungsmöglichkeiten der Krankenhäuser bei Entlassungen
 - Entlassmanagement als Teil der Qualitätsberichte von Krankenhäusern

- 5. Ambulante Kodierrichtlinien verbessern Diagnosegenauigkeit 9**
 - Einführung ambulanter Kodierrichtlinien
 - Arbeitserleichterung für Ärzte durch Klarheit bei der Kodierung der Behandlungsdiagnosen
 - Nutzung qualifizierter Datengrundlagen für die Versorgungsforschung

1. Rahmen für integrierte und selektive Versorgungsformen flexibler gestalten

Die Betriebskrankenkassen treten für das Kollektivvertragssystem der gesetzlichen Krankenversicherung ein, denn Kollektivverträge bilden die Grundlage einer flächendeckenden Versorgung.

Neben der Kollektivversorgung sind Selektivverträge als Ergänzung unverzichtbar, um den Qualitätswettbewerb innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung zu stärken. Sie bieten Krankenkassen und Vertragspartnern die Möglichkeit, neue Ideen und Konzepte zu erproben, auf regionale Besonderheiten einzugehen und diese bei Erfolg in die (Regel-)Versorgung zu übertragen.

Den über die vergangenen Jahre hinweg erweiterten Vertragsmöglichkeiten stehen gleichzeitig zahlreiche gesetzliche Hemmnisse für den Abschluss von Selektivverträgen entgegen. Sie engen nicht nur die Vertragsfreiheit der Parteien ein und verhindern so gute Versorgungsansätze, sondern erschweren darüber hinaus auch einen zeitnahen Vertragsabschluss. Unterschiedliche aufsichtsrechtliche Reglements führen zudem zu einem hohen Administrationsaufwand sowie zu Wettbewerbsverzerrungen zwischen bundes- und landesunmittelbaren Krankenkassen.

Die von der schwarz-roten Bundesregierung beabsichtigte Neuausrichtung integrierter und selektiver Versorgungsformen wird deshalb von der betrieblichen Krankenversicherung ausdrücklich begrüßt und sollte zeitnah umgesetzt werden.

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist zwingend notwendig, dass die betroffenen Paragraphen der integrierten und selektiven Versorgungsformen (§§ 63 bis 65, 73a, 73c, 140a ff. SGB V) überarbeitet und zur Erhöhung der Transparenz idealer Weise als eigenes Kapitel im 5. Sozialgesetzbuch verankert werden. Für alle selektiven Vertragsformen sollen folgende allgemeine Voraussetzungen gelten:

- Wegfall der Vorlagepflicht nach § 71 Abs. 4 Satz 2 SGB V: Die Erfahrungen mit dieser seit 2012 greifenden Regelung zeigen, dass das Prüfungsprozedere je nach Aufsichtspraxis einen enormen bürokratischen Aufwand für die Krankenkassen und ihre Vertragspartner erzeugt. Zum Teil vergehen Monate und manchmal auch Jahre, bis die Aufsicht die Verträge abschließend geprüft hat. Die Umsetzung innovativer Projekte wird damit massiv verzögert oder gar verhindert, weil die Vertragspartner abspringen. Die Vorlagepflicht nach § 71 Abs. 4 Satz 2 SGB V ist daher zu streichen.
- Nachgelagerter Nachweis der Wirtschaftlichkeit von Selektivverträgen: Die aktuellen Regelungen sehen schon bei Vertragsgenehmigung einen Nachweis der Wirtschaftlichkeit von Selektivverträgen vor. Dieser Nachweis ist, insbesondere bei hohen Investitionskosten zu Beginn des Vertrages, mitunter schwer zu erbringen. Bereits an dieser Hürde scheitern viele innovative Versorgungsansätze. Künftig sollen daher Modellvorhaben nach § 63 ff., Strukturverträge nach § 73a, die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c und Verträge zur integrierten Versorgung nach § 140a ff von den allgemeinen Verpflichtungen zum Nachweis der Wirtschaftlichkeit nach SGB IV, SGB V und SGB X abweichen können. Die Gefahr, dass Kassen bei Aufheben dieser Anforderung Beitragsgelder verschwenden, ist dennoch gering: Der Versorgungsauftrag verbunden mit dem Wettbewerb sorgt dafür, dass Kassen nur solche Verträge abschließen, die nach entsprechender Kosten-/Nutzenabwägung perspektivisch wirtschaftlicher sind und eine nachhaltige Verbesserung der Versorgung

generieren. Als Korrektiv sollte der Aufsichtsbehörde deshalb die Einhaltung der mit den Vertragspartnern vereinbarten Wirtschaftlichkeitskriterien vier Jahre nach Wirksamwerden des Vertrages nachgewiesen werden.

- Keine Verletzung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität durch selektivvertragliche Ausgabensteigerungen: Integrierte und selektive Versorgungsformen können im Einzelfall bei ihrer Implementierung ausgabensteigernd wirken, werden aber in der Regel mittel- bis langfristig ausgabenenkende Wirkungen entfalten. Schließlich zwingt der Wettbewerb zwischen den Kassen über die Signalwirkung von Zusatzbeiträgen (und künftig Zusatzbeitragssätzen) zu einem Abwägen von Kosten und Nutzen und damit zu wirtschaftlicher Vorsicht beim Vertragsabschluss. Die Qualitäts- und Strukturanforderungen an Selektivverträge stellen darüber hinaus sicher, dass kein Geld für unterdurchschnittliche Leistungen ausgegeben wird. Unter diesen Voraussetzungen sollte dennoch die Möglichkeit bestehen, dass für Ausgabensteigerungen für zusätzliche Leistungen, die im Rahmen integrierter und selektiver Versorgungsformen erbracht werden, künftig der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht gilt.
- Vereinfachung der Bereinigung: Gerade bei Verträgen mit geringer Teilnehmerzahl und geringem Finanzvolumen steht der Aufwand der Bereinigung häufig in keinem Verhältnis zum Bereinigungsvolumen. Hier sollte den Krankenkassen die Entscheidung obliegen, ob sie eine Bereinigung durchführen oder nicht. Die obligatorische Pflicht der Krankenkassen zur Bereinigung der ambulanten Leistungen soll daher aufgehoben werden. Die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigung zum Vertragsschluss muss hingegen bestehen bleiben, um die Möglichkeit und Durchsetzbarkeit der Bereinigung beizubehalten. Zur Vereinfachung soll die Bereinigung bundesweit einheitlich erfolgen. Zudem soll ein pauschalisiertes Bereinigungsverfahren im Bewertungsausschuss erarbeitet und eingeführt werden.
- Evaluation der Selektivverträge: Die Krankenkassen oder ihre Verbände haben künftig eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Selektivverträge im Hinblick auf die Erreichung der Ziele nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards zu veranlassen. Aufwand und Nutzen der Evaluation sollen dabei in einem angemessenen Verhältnis stehen. Die gewählte Methodik orientiert sich möglichst an vorhandenen wissenschaftlichen Konzepten und ist zu begründen sowie darzustellen. Der zu erstellende Bericht über die Ergebnisse der Auswertung ist zu veröffentlichen.
- Kein Zwang zur Substitution der Regelversorgung: Selektivverträge müssen künftig auch aufbauend bzw. ergänzend zur Regelversorgung abschließbar sein, um das Kollektivsystem sinnvoll zu ergänzen. Dies geht einher mit einer Kombination von Vergütungen im Rahmen der Regelversorgung nebst „add-on“ Vergütungen in Selektivverträgen.
- Erweiterung des möglichen Teilnehmerkreises bei integrierten Versorgungsformen: Um eine noch größere Flexibilität bei der Implementierung von selektiven Versorgungsformen zu erreichen, sollten die Krankenkassen auch mit den Kassenärztlichen Vereinigungen integrierte Versorgungsverträge abschließen können.

- Verankerung einer Anti-Diskriminierungsklausel: Exklusivverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern bzw. der vertragliche Ausschluss der Teilnahme anderer Kassen am Selektivvertrag sollen nicht erlaubt sein. Ansonsten bestünde die Gefahr, dass die Versicherten dieser Krankenkassen von den Vorteilen eines Selektivvertrages mit den entsprechenden Leistungserbringern ausgeschlossen wären.

2. Förderung von sektorübergreifenden Ideen mit Hilfe des Innovationsfonds

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die geplante Errichtung eines Innovationsfonds zur Förderung innovativer sektorübergreifender Versorgungsformen und für die Versorgungsforschung, denn mit Hilfe neuer Impulse kann der Wettbewerb um eine qualitativ hochwertige Weiterentwicklung der deutschen Versorgungslandschaft gestärkt werden.

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist es unabdingbar, dass der Innovationsfonds Prozess- und Strukturinnovationen im Rahmen der sektorübergreifenden Versorgungsformen fördert. Dabei sollte nach Ansicht der betrieblichen Krankenversicherung nicht nur an die klassische Schnittstelle zwischen dem ambulanten und stationären Bereich gedacht werden, sondern es sollte auch eine Verzahnung mit anderen Leistungsbereichen, außerbetrieblichen und betrieblichen Lebenswelten sowie weiteren Sozialversicherungsträgern, wie z.B. der Unfall- und Rentenversicherung möglich sein.

Basis dieser Innovationsverträge muss immer die Beteiligung mindestens einer gesetzlichen Krankenkasse bzw. ein Selektivvertrag einer Krankenkasse sein, denn speziell Krankenkassen haben die Kompetenz und Erfahrung in der Entwicklung von sektorübergreifenden Innovationen.

Förderungsfähig sind Selektivverträge der Krankenkassen nach §§ 11 Abs. 4, 63, 64, 64a, 64b, 73c, 140a SGB V; hausarztzentrierte Versorgungsverträge nach § 73 b SGB V sind hingegen für eine Förderung aus Mitteln des Innovationsfonds nicht zugelassen, da sie zwanghaft abzuschließen sind.

Bei der Erarbeitung und Festlegung der Förderkriterien ist es zwingend notwendig, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) einvernehmlich mit einem aus Krankenkassen bestehendem Gremium, das entsprechende Vertragserfahrung und -praxis einbringt, die Förderkriterien erarbeitet.

Bei der Antragstellung auf Fördermittel müssen Krankenkassen bzw. deren Vertragsarbeitsgemeinschaften einen detaillierten Arbeits- und Zeitplan für die Durchführung, ein Evaluations- und Qualitätssicherungskonzept sowie die voraussichtlichen Kosten für Projektaufwand und Evaluation mit vorlegen. Dabei ist einzuplanen, dass diese mindestens ein Drittel der förderungsfähigen Aufwendungen zur Durchführung ihres Projektes selbst aufbringen müssen; die Evaluationskosten werden vollständig aus den für Versorgungsforschung vorgesehenen finanziellen Mitteln des Innovationsfonds finanziert. Hingegen darf der Innovationsfonds nach Ansicht der betrieblichen Krankenkassen nicht zur Forschungsfinanzierung im Rahmen staatlicher, öffentlicher bzw. universitärer Programme verwendet werden.

Im transparent anzulegenden Vergabeverfahren soll der G-BA zuerst die Übereinstimmung mit den Förderkriterien feststellen. Zudem wird beim G-BA ein Expertenrat bestehend aus unabhängigen Experten gebildet, der eine unabhängige inhaltliche Bewertung der Anträge durchführt und dem G-BA Bewilligungs- bzw. Ablehnungsempfehlungen gibt sowie eine Bewertung der Förderhöhe

vornimmt. Reichen die Fondsmittel zur Finanzierung aller geprüften Projekte nicht aus, bedarf es eines Priorisierungs- bzw. Quotierungsverfahrens durch den Expertenrat. Über die geförderten Projekte ist eine öffentlich zugängliche Liste zu erstellen.

Eine sparsame und effektive Verwaltung des Innovationsfonds ist durch den GKV-Spitzenverband sicherzustellen, der hierzu das etablierte Umlageverfahren nutzt.

Wie bereits dargestellt, ist die Vorlagepflicht nach § 71 Abs. 4 Abs. 2 SGB V grundsätzlich abzuschaffen. Ganz besonders greift diese Forderung auch für die durch den G-BA als innovativ und damit förderungswürdig eingestuften Fonds-Projekte. Nur dann erhalten diese eine Chance zur Umsetzung.

Der Innovationsfonds ist aus Sicht der betrieblichen Krankenversicherung ein richtiger und wichtiger Schritt, um kreative Freiheit zu unterstützen und mögliche finanzielle Risiken von Vorsprungsprojekten abzumildern. Daher ist die Evaluation der Fonds-Projekte auch zwingend über die Mittel aus der Versorgungsforschung zu finanzieren.

Gelingt es, die Rahmenbedingungen des Innovationsfonds so zu gestalten, dass ein innovativer Ideenwettbewerb ohne sektorale Interessensblockaden entstehen kann, werden neue sektorübergreifende Wege in der Gesundheitsversorgung geebnet und Impulse für mehr Qualität gegeben werden.

Um über den Innovationsfonds hinaus auch weiterhin integrierte und selektive Versorgungsformen zu fördern, müssen die Hemmnisse bei der Umsetzung dieser Verträge, wie bereits beschrieben, beseitigt werden.

3. Sinnvolle Verzahnung aller Versorgungsstrukturen im Sinne des Versicherten

In den letzten Jahren sind insbesondere psychische Erkrankungen und Rückenleiden der Arbeitnehmer – mit beträchtlichen Folgen für die betroffenen Personen und ihre Familien, aber auch für Unternehmen und die Volkswirtschaft – in den Fokus gelangt. Das deutsche Gesundheitssystem muss aus Sicht der betrieblichen Krankenversicherung deshalb alle Lebenswelten der Versicherten noch enger verzahnen und die Versorgungsstrukturen und -prozesse hin zu einem vernetzten Agieren aller Akteure in den Fokus stellen.

Betriebskrankenkassen sind traditionell eng mit Unternehmen unterschiedlichster Größe verbunden. Dies reicht von kleinen und mittelständischen Betrieben bis hin zu DAX-Konzernen. Die Erfahrungen aus dieser engen Zusammenarbeit zeigen, dass eine Verzahnung der Versorgung in allen Lebenswelten sinnvoll ist. Strukturen und Prozesse ließen sich verbessern, wenn Krankenkassen, Werksärzte und niedergelassene Ärzte vernetzt und Hand in Hand – mit dem Arbeitnehmer im Mittelpunkt – arbeiten könnten.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen sollten daher auch die Möglichkeit für den Abschluss von Selektivverträgen im Bereich der Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen mit geeigneten Fachärzten für Arbeitsmedizin oder den über die Zusatzbezeichnung "Betriebsmedizin" verfügenden Ärzten vorsehen. Dabei muss sichergestellt sein, dass für die sächlichen und personellen

Anforderungen an die Leistungserbringung als Mindestvoraussetzungen die Anforderungen für die vertragsärztliche Versorgung gelten.

Die gegenwärtigen Regelungen des Datenschutzes lassen derzeit wenig Spielraum für eine Beratung der Versicherten - auch in deren Rolle als Arbeitnehmer- durch die Kassen. Selbst wenn die Versicherten/Arbeitnehmer es wünschen, können die Betriebskrankenkassen nicht auf die Versicherteninteressen abgestimmte flexible Versorgungsangebote oder eine sektorübergreifende Beratungsleistung anbieten. Deshalb müssen die Beratungsrechte der Krankenkassen angepasst und auf ein sicheres, gesetzliches Fundament gestellt werden: Es ist klarzustellen, dass Krankenkassen verfügbare Informationen für die Beratung und Begleitung der Versicherten sowie die Empfehlung von geeigneten Leistungserbringern nutzen können. Zudem sollen neben den Leistungserbringern auch die Krankenkassen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten sorgen und sich daher gegenseitig die erforderlichen Informationen übermitteln können.

4. Qualitätsgesicherter Sektorenübergang durch Entlassmanagement

Ein nahtloser Übergang zwischen den Versorgungsbereichen ist insbesondere für ältere, allein lebende, chronisch erkrankte oder multimorbide Menschen für den weiteren Genesungsprozess von besonderer Bedeutung. Auch bei nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen, beispielsweise nach Eingriffen an Knie- oder Hüftgelenk, entscheidet ein gutes Überleitungsmanagement darüber, wie schnell Patienten ihre Alltagskompetenz – allen voran ihre Mobilität – und Erwerbsfähigkeit wiedererlangen. Versorgungsbrüche, insbesondere vor Wochenenden oder bei ungeplanten Krankenhausaufenthalten, müssen vermieden werden.

Die bisherigen gesetzlichen Regelungsversuche haben – trotz einzelner positiver Ansätze – bislang keine flächendeckend zufriedenstellenden Lösungen hervorbringen können. Das BKK System begrüßt es daher ausdrücklich, dass die Regierungskoalition in dieser Wahlperiode Verbesserungen beim Entlassmanagement vornehmen möchte.

Nach Auffassung der Betriebskrankenkassen sind die Krankenhäuser grundsätzlich der richtige Ansprechpartner für ein strukturiertes Überleitungsmanagement. Der behandelnde Arzt im Krankenhaus verantwortet und koordiniert das Behandlungsgeschehen, so dass er im Anschluss an die Behandlung am besten den weiteren Unterstützungsbedarf des Patienten bewerten kann. Die adäquate Überleitung des Patienten in einen anderen Versorgungsbereich sichert schließlich den Erfolg der Behandlung im Ganzen. Das Entlassmanagement sollte daher Teil des Anspruchs auf Krankenhausbehandlung bleiben.

Viele Krankenhäuser, insbesondere deren soziale Dienste, bieten ihren Patienten bereits ein Entlassmanagement an. Nach Auffassung der betrieblichen Krankenversicherung ist es erforderlich, diese Leistung stärker zu institutionalisieren und gleichzeitig die Qualität des Entlassmanagements insgesamt zu verbessern.

Dazu sollte der G-BA im Rahmen der Qualitätssicherung definieren, was unter einem Entlass- bzw. Überleitungsmanagement zu verstehen ist und welche strukturellen (Mindest-)Anforderungen die Krankenhäuser erfüllen müssen. Dabei muss auch sichergestellt werden, dass der Patient und die weiterbehandelnden Leistungserbringer bei der Entlassung aus dem Krankenhaus unverzüglich alle

für eine Anschlussversorgung relevanten Informationen erhalten. Die erforderlichen (technischen) Rahmenbedingungen müssen zügig geschaffen werden, um Daten auch elektronisch zwischen den Leistungserbringern austauschen zu können.

Darüber hinaus teilen die Betriebskrankenkassen die Auffassung der Koalitionsfraktionen, dass die Möglichkeiten der Krankenhäuser, bei Entlassung Leistungen zu verordnen, ausgeweitet werden müssen. Verbesserungsbedarf besteht etwa bei der Versorgung mit Arzneimitteln. Krankenhäuser sollten in Zukunft zur Abgabe von Arzneimitteln verpflichtet sein, wenn im unmittelbaren Anschluss an die Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt. Zudem soll dem Patient ein standardisierter Medikationsplan ausgehändigt werden; darüber hinaus muss auch der Entlassbrief präzise, unmissverständliche Angaben zur Arzneimitteltherapie enthalten.

Weiteren Verbesserungsbedarf sehen die Betriebskrankenkassen im Heil- und Hilfsmittelbereich. Das Entlassmanagement des Krankenhauses kann hier unter Einbindung der jeweiligen Krankenkasse eine Koordinierungsaufgabe übernehmen, um einen möglichst nahtlosen Übergang in die ambulante Versorgung sicherzustellen. Zur Unterstützung dieser Aufgabe kann es hilfreich sein, wenn die unmittelbar nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erforderlichen Heil- und Hilfsmittelversorgungen bereits von den im Krankenhaus tätigen Ärzten – unter Einschaltung der zuständigen Krankenkasse – veranlasst werden können.

Als wichtiges Entscheidungskriterium für die Wahl der stationären Einrichtung ist das angebotene Entlass- bzw. Fallmanagement der Krankenhäuser ab sofort in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser in seiner konkreten Ausführung (z.B. Qualifikation des eingesetzten Personals) transparent und laienverständlich darzulegen. Ein definierte Kriterien erfüllendes Entlassmanagement sollte nach Ansicht der Betriebskrankenkassen zudem Voraussetzung für den Abschluss der im Koalitionsvertrag vorgesehenen Qualitätsverträge sein. Dies würde damit für ein Krankenhaus zu einem wichtigen Wettbewerbsfaktor werden.

Die Betriebskrankenkassen unterstützen ihre Versicherten beim Übergang zwischen den Versorgungsbereichen, wo möglich, bereits heute. Die gegenwärtigen Datenschutzbestimmungen lassen allerdings auch hier wenig Spielraum für eine Beratung im Sinne der Versicherten. Um beim Entlassmanagement unterstützend koordinieren zu können, sollten den Krankenkassen alle hierzu erforderlichen Informationen zügig übermittelt werden. Zudem sollen Krankenkassen verfügbare Informationen für die Beratung und Begleitung der Versicherten sowie die Empfehlung von geeigneten Leistungserbringern nutzen dürfen.

5. Ambulante Kodierrichtlinien verbessern Diagnosegenauigkeit

Seit Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) spielt die dokumentierte Morbidität der Versicherten eine tragende Rolle bei der Ermittlung der Zuweisungen an eine Krankenkasse. Daher kommt der korrekten und einheitlichen Dokumentation der vorliegenden Erkrankungen über stationäre und ambulante Diagnosen sowie Arzneimittelverordnungen eine zentrale Rolle zu. Im Gegensatz zum stationären Bereich gibt es allerdings für den ambulanten Sektor keine verbindlichen Kodierrichtlinien zur Dokumentation von Diagnosen. Die daher in der Vergangenheit aufgetretenen unterschiedlichen Interpretationen und z.T. unzureichende Kodierqualität gilt es zu beheben.

Die Betriebskrankenkassen setzen sich deshalb für die Einführung von ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) ein. Eine Standardisierung des vertragsärztlichen Kodierverhaltens über das gültige internationale Schlüsselssystem ICD-10 schafft Klarheit und sorgt gleichzeitig für die notwendige Verbindlichkeit.

AKR helfen dem niedergelassenen Arzt, Behandlungsdiagnosen so detailliert und spezifisch wie möglich zu verschlüsseln und erleichtern damit seine Arbeit. Die Morbidität der Patienten kann exakt abgebildet und damit die Kodierqualität und Pharmakovigilanz erhöht werden. Gleichzeitig wird die Datengrundlage für RSA-Berechnung und die Plausibilisierung der Abrechnung verbessert.

Auf der Basis der AKR können qualifizierte Datengrundlagen für die Versorgungsforschung erstellt werden. Sie erleichtern die Messung von Qualität und helfen bei der Etablierung und Implementierung sektorenübergreifender Qualitätssicherungsinstrumente, z.B. zur Verfolgung von Patienten über Sektoren und Fachgruppen hinweg, zum Qualitätsvergleich und Option zur sektoren- und leistungserbringerübergreifenden Qualitätsförderung.

Bei der Einführung von ambulanten Kodierrichtlinien muss das Rad nicht neu erfunden werden; Erfahrungen aus der Entwicklung der AKR von 2009 können bei der zügigen Umsetzung neuer ambulanter Kodierrichtlinien genutzt werden.