

13 Forderungen für eine starke Ambulante Versorgung

Qualität, Effizienz und Patientensicherheit in einem zukunftsfähigen Gesundheitswesen

Die Herausforderung der Zukunft im Gesundheitswesen besteht insbesondere darin, eine älter werdende Bevölkerung mit hoher Versorgungsqualität und knappen personellen Ressourcen effizient und qualitätsgesichert zu versorgen.

Die bestehenden ambulanten Strukturen erweisen sich hierfür als fundamental, wenngleich sich abzeichnet, dass Adjustierungen notwendig sind, um den Netzwerkcharakter stärken und die Prozesse weiter optimieren zu können. Der BVMed wird sich bei der Weiterentwicklung der stationär-ambulanten Versorgungsstrukturen aktiv einbringen und damit einen Beitrag zur zukunftssicheren Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung leisten.

Der BVMed fordert daher:

- 1. Notwendige Rahmen für die Ambulantisierung von Leistungen schaffen**
- 2. Zugang zu Methoden für ambulantisierete Versorgungen schaffen**
- 3. Ambulante Versorgungsprozesse effektiv gestalten und nichtärztliche Gesundheitsberufe stärken**
- 4. Innovationen der ambulanten Versorgung zugänglich machen**
- 5. Ambulante Versorgung durch Zugang zu modernen Hilfsmitteln stärken**
- 6. Telemedizinische Versorgungen stärken**
- 7. Gesellschaftliche Teilhabe durch adäquate Gesundheitsversorgung sicherstellen**
- 8. Stärkung der Versorgung von Volkskrankheiten in Früherkennung und Therapie**
- 9. Genehmigungsfiktion sinnvoll gestalten und korrekt umsetzen**
- 10. Information, Transparenz und Aufklärung zur Stärkung der Versicherten**
- 11. Qualitätswettbewerb durch Vergleichbarkeit und Transparenz stärken**
- 12. Gleicher Zugang zu Versorgung durch homogene Aufsichtsstruktur**
- 13. Digitalisierung zur Weiterentwicklung der Versorgung nutzen**

13 Forderungen für eine starke Ambulante Versorgung

Qualität, Effizienz und Patientensicherheit in einem zukunftsfähigen Gesundheitswesen

1. Notwendige Rahmen für die Ambulantisierung von Leistungen schaffen

Im Sinne zukunftssicherer Versorgungsstrukturen gilt es, die Ambulantisierungspotentiale bestmöglich auszuschöpfen. Die ambulante Durchführbarkeit stationärsersetzender Operationen, Eingriffe oder Behandlungen setzt jedoch voraus, dass die notwendigen strukturellen, personellen, sachlichen und prozessualen Bedingungen gegeben sind. So sind ambulante Behandlungen nicht durchführbar, wenn entsprechend benötigte Produkte und Anschlussleistungen nicht der ambulanten Versorgung bzw. nicht für die spezifische Behandlung zur Verfügung stehen oder das für die etwaige Nachsorge erforderliche nichtärztliche Personal aufgrund des bestehenden Regelungsrahmens hierfür nicht legitimiert oder nicht ausreichend qualifiziert ist.

Daher sind die notwendigen Rahmenbedingungen und Vergütungsmechanismen zu schaffen, die die Ambulantisierung der Leistungen erst ermöglichen. Hierzu gehören u. a.:

- › Notwendige fachliche Qualifikation der ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungserbringer im ambulanten Setting sowie entsprechende Abrechnungsgrundlagen für die ambulantiserten und ggf. ergänzenden Leistungen – bspw. Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-Richtlinie)
- › Adjustierung sonstiger Versorgungs- und Verfahrensabläufe (bspw. Nachsorge und Entlassmanagement) nebst entsprechender Abrechnungsgrundlagen
- › Sicherstellung des Zugangs sowie einer sachgerechten Finanzierung der erforderlichen Medizinprodukte, die die ambulante Durchführung der Versorgung ermöglichen (bspw. innovative Medizinprodukte, Verbands- und Nahtmaterialien, Investitionsgüter)
- › Ausgleich der stationär-ambulanten Unterschiede bei Finanzierung von Investitionsgütern – bspw. durch Investitionszuschläge, steuerliche Anreize oder Förderprogramme auf Vergütung – um Vertragsärzt:innen und Kliniken den gleichen Zugang zu fortan auch ambulant erbringbaren Behandlungen zu ermöglichen
- › Ausgestaltung der Vergütungsmechanismen derart, dass die Ambulantisierung der Leistungen auch in der Versorgungsrealität zum Tragen kommt

2. Zugang zu Methoden für ambulantierte Versorgung schaffen

Die Medizintechnik sorgt mit ihren Innovationen, wie bspw. Miniaturisierung oder Digitalisierung dafür, dass bisher klassisch stationäre Leistungen auch ambulant erbracht werden können. Die Ambulantisierung von Leistungen erfordert jedoch gleichsam, dass den an dieser Versorgung beteiligten Leistungserbringern die Durchführung der entsprechenden Methoden ermöglicht ist.

Um diese fortbestehende Regelungslücke zu schließen, gilt es klarzustellen, dass der Regelungsrahmen nach § 137c SGB V für stationäre Eingriffe, Verfahren und Behandlungen auch auf jene Versorgung angewendet wird, die auf Grundlage des § 115b SGB V künftig stationärsersetzend durchgeführt werden. Nur so kann gewährleistet werden, dass stationär etablierte und bewährte Methoden, um die es sich bei den Versorgung nach § 115b SGB V zweifelsohne handeln dürfte, im Rahmen der gemeinsamen Anstrengungen zur Ambulantisierung auch durch die vertragsärztlichen Versorger durchführbar sind. So können das Ambulantisierungspotential ausgeschöpft und die -strukturen gestärkt werden.

Grundvoraussetzung der ambulanten Durchführung der Versorgung ist dabei, dass die Leistungserbringer die notwendigen Voraussetzungen (Qualifikation, Infrastruktur u. a.) vorweisen. Diese sowie die Anforderungen an die qualitätsgesicherte Anwendung der Methode im ambulanten Bereich sind gesondert zu definieren.

Zudem müssen die für mögliche Anschlussbehandlungen erforderlichen Hilfs- oder Verbandmittel dem ambulanten Sektor zugänglich und deren Anwendung durch bspw. nichtärztliche Gesundheitsberufe als abrechnungsfähige Leistung vorgesehen sein.

13 Forderungen für eine starke Ambulante Versorgung

Qualität, Effizienz und Patientensicherheit in einem zukunftsfähigen Gesundheitswesen

3. Ambulante Versorgungsprozesse effektiv gestalten und nichtärztliche Gesundheitsberufe stärken

Eine starke ambulante Versorgung setzt effektive Versorgungsstrukturen voraus. Die bisher erzielte Weiterentwicklung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe sowie die verstärkte strukturelle und kommunikative Vernetzung der an der Versorgung Beteiligten bildet hierfür ein zentrales Fundament. Es ist jedoch abzusehen, dass diese Maßnahmen gewiss nicht ausreichen, um die ambulante Versorgung langfristig sicherstellen zu können.

Für die Sicherung der ambulanten Versorgung gilt es, hochqualifizierte nichtärztliche Fachkräfte einzubinden und hierfür ein adäquates Konzept zu schaffen. Dieses muss dabei den Bedarfen einer zunehmend komplexen, interdisziplinären Versorgung Rechnung tragen.

Hierzu hat der BVMed das Konzept des »*Ambulanten Therapiemanagements*« entwickelt, welches

- › die koordinierte und spezialisierte Therapie komplexer Versorgungsfälle durch spezialisierte Gesundheitspfleger:innen ermöglicht,
- › als ergänzende Säule zur pflegerischen Versorgung, auf vorhandene Strukturen und Qualifikationen aufbaut,
- › ein koordinierendes Versorgungsmanagement von komplexen Krankheitsbildern im ambulanten Bereich ist,
- › die qualitätsgesicherte und effektive Versorgung der Patient:innen auch bei knappen Ressourcen ambulant flächendeckend sicherstellen kann,
- › Ärzt:innen und Pflegekräfte sowie das Gesamtsystem entlastet.

4. Innovationen der ambulanten Versorgung zugänglich machen

Die Weiterentwicklung der ambulant ärztlichen Versorgung wird durch moderne Medizintechnologien ermöglicht – jedoch wird diese Entwicklung durch Regelungslücken bei der Bewertung ambulant ärztlicher Verfahren im ambulanten Sektor gehemmt. So fehlt es an einer Definition, wann eine ärztliche Behandlung als neu zu verstehen ist und somit einer Methodenbewertung bedarf. Zudem fehlen verfahrensrechtliche Strukturen, Fristen und Beratungsverfahren. Damit sind die bestehenden Verfahren intransparent und deren Ergebnis unkalkulierbar. Bereits heute bilden sich entsprechend Versorgungslücken wodurch den Patient:innen Leistungen vorenthalten werden und eine ausreichende, zweckmäßige Versorgung somit nicht sichergestellt werden kann.

Dies gilt einmal mehr für digitale Medizinprodukte, die – angewendet von Ärzt:innen oder Patient:innen – einen essentiellen Beitrag zur Weiterentwicklung der Versorgung leisten können. So können sie Versorgungsinformationen generieren, vernetzen und den beteiligten Akteur:innen verfügbar machen.

Sind digitale Medizinprodukte nicht den sogenannten DiGAs (digitale Gesundheitsanwendungen) zuzuordnen, ist der Zugang erschwert: Die bestehenden Regelungen beziehen die Besonderheiten digitaler Medizinprodukte nicht ein – bspw. bei der Nutzenbewertung.

Aufgrund der zunehmenden Bedeutung des ambulanten Sektors besteht somit dringender Reformbedarf:

- › Um Innovationen den zeitnahen Zugang in die Versorgung zu ermöglichen, sind die Verfahren zu präzisieren, die zum Tragen kommen, sofern das Produkt im Rahmen einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode (NUB) verwendet werden soll.
- › Zudem braucht es eine gesetzliche Klarstellung zur Abgrenzung von ambulant ärztlichen Leistungen, die eine NUB darstellen und somit einer vorherigen Nutzenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) unterliegen, gegenüber Leistungen, die keine NUB darstellen und ohne vorherige Nutzenbewertung in den EBM aufgenommen werden können.

13 Forderungen für eine starke Ambulante Versorgung

Qualität, Effizienz und Patientensicherheit in einem zukunftsfähigen Gesundheitswesen

- › Erteilt der Bewertungsausschuss (im Einvernehmen mit dem G-BA) die Auskunft, dass es sich bei der betreffenden ärztlichen Leistung um eine NUB handelt, beginnt – nach dem Vorbild des § 139 Abs. 3 S. 5 SGB V – unmittelbar das Verfahren zur Bewertung der Methode nach § 135 SGB V (sofern nicht der Antrag auf Aufnahme der Leistung in den EBM zurückgenommen wird).
- › Es bedarf einer gesetzlichen Vorgabe verbindlicher und kalkulierbarer Fristen bis zur Aufnahme einer neuen Leistung in den EBM-Katalog – so für die Bearbeitung von Anträgen, für die Erteilung von Auskünften, für die Verfahrensdauer eines Methodenbewertungsverfahrens.
- › Verpflichtende öffentliche und damit transparente Begründungen der Entscheidungen und Auskünfte des G-BA und Bewertungsausschusses sind erforderlich.
- › Für die Initiierung von Methodenbewertungsverfahren bedarf es ein Antragsrecht für die Hersteller von Medizinprodukten sowie ein Stellungnahmerecht bei den MedTech relevanten Verfahren im G-BA-Bewertungsausschuss.
- › Es erfordert das Angebot eines Beratungsverfahrens beim Bewertungsausschuss für die Antragsteller.
- › Unabdinglich ist die Schaffung eines neuen Verfahrens zur Nutzenbewertung »digitaler Medizinprodukte in der Hand des Arztes« analog des DiGA-Verfahrens, das über den § 87 Abs. 5c SGB V im Falle des Nutznachweises oder der Erprobung die Aufnahme oder Anpassung der ärztlichen Leistung im EBM regeln könnte.

Auch die Methodik der Bewertungsverfahren muss den Fortentwicklungen Rechnung tragen:

- › Die Funktionalität zunehmend digitaler Produkte ermöglicht die Erhebung von Daten innerhalb der Versorgung, in der praktischen und alltäglichen Verwendung durch Patient:innen. Dies bietet einen Mehrwert bei der erweiterten Bewertung der Produkte. Für diese Bewertung und die Patient:innen orientierte Weiterentwicklung von Medizinprodukten ist es somit essentiell, dass diese Versorgungsdaten auch Berücksichtigung finden können, bspw. im Rahmen der Studien zur Methodenbewertung.
- › Aufgrund einer zunehmend sektorenübergreifenden Versorgung, bei denen Verfahren mit Medizinprodukten beidseits der Sektorengrenzen angewandt werden, sind sektorale Trennungen bei den zugrundeliegenden Studien untauglich: Die Methodik muss den veränderten Versorgungsprozessen Rechnung tragen und bei sektorenübergreifenden Verfahren entsprechend auch sektorenübergreifende Forschung anerkennen.

5. Ambulante Versorgung durch Zugang zu modernen Hilfsmitteln stärken

Hilfsmittel ermöglichen Patient:innen den Ausgleich einer Behinderung und die selbstständige Lebensführung und sind Voraussetzung für den ambulanten Verbleib im Rahmen einer benötigten Therapie. Maßgeblich für die Anwendung von Hilfsmitteln – und somit für die Erstattungsfähigkeit – ist das Hilfsmittelverzeichnis (HMV).

Die derzeitige Struktur und Verfahrensweise sind jedoch nach wie vor ungeeignet, um einen zeitnahen Zugang zu diesen modernen Technologien zu ermöglichen. Angesichts der zunehmenden Ambulantisierung von Versorgungsen werden die Konsequenzen dieser Problematik immer stärker auch für die Versicherten spürbar, denen der zeitnahe Zugang zu bestehenden Technologien verwehrt bleibt.

Ziel muss es sein, dass Versicherte zeitnah ihre individuell erforderliche Versorgung erhalten, die dem aktuellen Stand der Medizintechnik zum Krankheits- oder Behinderungsausgleich entspricht.

13 Forderungen für eine starke Ambulante Versorgung

Qualität, Effizienz und Patientensicherheit in einem zukunftsfähigen Gesundheitswesen

Der BVMed sieht daher folgenden Handlungsbedarf:

- › Für die Identifikation von Hilfsmitteln im Zusammenhang mit einer NUB braucht es objektive Kriterien, die im Antragsverfahren verbindlich durch den GKV-Spitzenverband anzuwenden sind und somit auch dem Hersteller Verlässlichkeit geben. Diese sind gesetzlich zu definieren.
- › Stellt sich bei der Prüfung heraus, dass das Hilfsmittel im Zusammenhang mit einer NUB steht, so sollte ein erweiterter Beratungsanspruch des Herstellers im Antragsverfahren gelten, der den G-BA frühestmöglich in das Verfahren einbezieht.
- › Evidenzanforderungen für die Bewertung einer NUB sollen in Abhängigkeit von der Risikoklasse des mit der NUB verbundenen Medizinprodukts differenziert werden und beispielweise Daten, die während der Anwendung gewonnen wurden (Real-World-Daten) berücksichtigen.
- › Die starren Strukturen erschweren die Zuordnung innovativer, insbesondere digitaler Produkte im HMV. Dieses Verständnis und bspw. die Trennung von Sensorik und Aktorik müssen aufgelöst werden, um Produkte korrekt und zeitnah listen zu können.
- › Zu Verzögerungen im Antragsverfahren kommt es zudem aufgrund von fehlenden verbindlichen und transparenten Anforderungen an einzureichenden Dokumenten zum Nutznachweis. Um Verbindlichkeit zu schaffen, sollen die einzureichenden Studien und Nachweise im Hinblick auf Vollständigkeit konkretisiert und im HMV je Produktart definiert werden.
- › Um unnötige Verzögerungen zu vermeiden, sind die Fristen zur Listung der Hilfsmittel im HMV aus der Verfahrensordnung in das Gesetz zu überführen (§ 139 SGB V). Die Möglichkeit zu Fristverlängerungen ist zu limitieren.
- › Die Objektivität der Antragsbearbeitung sowie der Fortschreibungsprozesse muss durch die verbindliche Einbeziehung von Sachverständigen bzw. durch Einbindung eines zu bildenden Expert:innengremiums gestärkt werden.

6. Telemedizinische Versorgungen stärken

Die digitale Unterstützung von Versorgungen kann einen Beitrag zur effektiveren Gestaltung der Prozesse leisten. Gleichsam können die hierdurch verfügbar gemachten Informationen einen Mehrwert für die Versorgung selbst bieten. Besonders spürbar wurde die Bedeutung telemedizinischer Leistungen auch durch die Covid-19-Pandemie, da hierdurch Kontakte und somit das Infektionsrisiko zwischen Ärzt:innen und Patient:innen erheblich reduziert werden konnten.

Obgleich sich telemedizinische Versorgungsformen bereits als bedeutsamer Faktor zur Sicherung der ambulanten Versorgung erwiesen haben, gilt es, diese weiter zu stärken. Um die Potentiale telemedizinischer Fortschritte der Versorgung zugänglich zu machen, sind adäquate Prozesse erforderlich: Ein gesondertes und zeitlich effektiveres Verfahren, das überwiegend digitale, telemedizinische Verfahren sowie Künstliche Intelligenz (KI) erprobt und bewertet, ist nötig, um den Besonderheiten dieser Produkte Rechnung tragen und sie zeitnah der Gesundheitsversorgung zur Verfügung stellen zu können.

Damit die Potentiale von Telemedizin in der Versorgungspraxis weiter zum Tragen kommen, ist zudem eine Vergütungssystematik für die zur Erbringung erforderlichen Übertragungsgeräte und die telemedizinische Infrastruktur erforderlich.

Beides wird benötigt, um die vom Medizinprodukt empfangenen Daten sicher übertragen zu können. Die bestehende Regelungslücke führt bei Vertragsärzt:innen und Leistungserbringern zu erheblichen Unsicherheiten und gefährdet die regelhafte Versorgung von Versicherten mit entsprechenden telemedizinischen Leistungen.

13 Forderungen für eine starke Ambulante Versorgung

Qualität, Effizienz und Patientensicherheit in einem zukunftsfähigen Gesundheitswesen

7. Gesellschaftliche Teilhabe durch adäquate Gesundheitsversorgung sicherstellen

Eine adäquate Gesundheitsversorgung ermöglicht die Teilhabe der Betroffenen an der Gesellschaft. Insbesondere die Hilfsmittelversorgung verfolgt u. a. den Zweck, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen – hier wird zwischen mittel- und un-mittelbarem Behinderungsausgleich unterschieden.

Vor allem bei der Versorgung zum mittelbaren Behinderungsausgleich stellt sich für die Feststellung des individuell ausreichenden Versorgungsbedarfs die Frage, welches Maß an Ausgleich erforderlich ist, um Unabhängigkeit, Selbstbestimmung und Teilhabe zu ermöglichen. Aufgrund der bislang engen Auslegung kann nach Dafürhalten des BVMed eine echte gesellschaftliche Teilhabe nicht sichergestellt werden. Ein Leben auf Augenhöhe ist oftmals nur mit privaten Mehrkosten möglich, von der Inkontinenz- bis zur Rollstuhlversorgung.

Es braucht einen gesellschaftlichen Dialog, in dem Partizipation und Teilhabe und die Verantwortung der gesetzlichen Krankenversicherung auf den Prüfstand gestellt und neu diskutiert werden.

8. Stärkung der Versorgung von Volkskrankheiten in Früherkennung und Therapie

Ein großer Anteil der Gesundheitsversorgungen in der Bundesrepublik kann zurückgeführt werden auf einige nicht vererbare Krankheiten, die dauerhaft eine erhöhte Prävalenz vorweisen. Einher gehen hohe Gesundheitsausgaben für diese sogenannten Volkskrankheiten wie bspw. Diabetes und Adipositas, Herz-Kreislauf- und Lungen- oder onkologische Erkrankungen.

Um diesen flächendeckenden Krankheiten angemessen entgegenzutreten zu können, sind adäquate Konzepte erforderlich, die u. a. Folgendes berücksichtigen:

- › Prävention und Früherkennung sind zentral, um eine Betroffenheit frühzeitig erkennen und behandeln zu können und somit Folge- und Langzeitschädigungen mit entsprechenden Kosten zu verhindern. Die entsprechenden Screenings (bspw. onkologisch, Diabetes, Mangel-/Fehlernährung) sind daher auszubauen.
- › Die Behandlung der Volkskrankheiten findet häufig in einem akteurs- und sektorenübergreifenden Setting statt und erfordert respektive die entsprechende Vernetzung und Koordination der ärztlichen sowie nichtärztlichen Leistungserbringer. Obgleich die Digitalisierung von Kommunikation dies bereits unterstützt, braucht es adäquate Versorgungskonzepte, die dem Erfordernis einer integrierten, koordinierten Versorgung Rechnung trägt. Hierfür sind die notwendigen Voraussetzungen zu schaffen (s. auch »*Ambulantes Therapiemanagement*«, Punkt 3.).
- › Das Silodenken im Gesundheitswesen führt nach wie vor dazu, dass Versorgungen, insbesondere in langfristigen Therapien, vielmehr kurzfristig und entlang der Budgets der jeweiligen Sektoren oder Töpfe gedacht werden. Dies ist nicht zielführend, weshalb neben der Erosion der Sektorengrenzen auch eine Öffnung der Finanzierungsstrukturen erforderlich ist.

9. Genehmigungsfiktion sinnvoll gestalten und korrekt umsetzen

Die aktuelle BSG-Rechtsprechung legt die Definition der Genehmigungsfiktion beantragter Gesundheitsleistungen eng aus, kapriziert auf einen vorläufigen Kostenerstattungsanspruch. Dieser ist faktisch, aufgrund teilweise immenser Kosten, nicht allen Versicherten zugänglich, sodass die Anwendung der Genehmigungsfiktion durch die Versicherten abhängig von sozioökonomischen Faktoren ist.

13 Forderungen für eine starke Ambulante Versorgung

Qualität, Effizienz und Patientensicherheit in einem zukunftsfähigen Gesundheitswesen

Ein Zweck der Regelung zur Genehmigungsfiktion bestand in der Vermeidung bzw. Sanktionierung der Verzögerung von Anträgen zur Gesundheitsversorgung – und sollte somit die Rechte der Patient:innen stärken. Dieser Zweck kann mit der vom BSG getätigten Auslegung nicht umgesetzt werden.

Um die Schwierigkeiten aufzulösen, sind daher entsprechende gesetzliche Klarstellungen zu den Rechtsfolgen einer Genehmigung erforderlich.

10. Information, Transparenz und Aufklärung zur Stärkung der Versicherten

Der Gesetzgeber hat in den vergangenen Jahren Anstrengungen unternommen, die Versicherten in ihrer Rolle und in ihrem Wahlrecht zu stärken. Auch durch die zunehmende Verfügbarkeit von Informationen nehmen Gesundheitsbewusstsein und -kompetenz weiterhin zu. Eine besondere Bedeutung hierbei spielt sicherlich auch die Digitalisierung von Prozessen, so insbesondere die Einführung der elektronischen Verordnung (eVO) und der elektronischen Patientenakte (ePA), aber auch das vorgesehene Nationale Gesundheitsportal.

Nach wie vor sind Prozesse und Versorgungsansprüche allerdings intransparent. So stellt das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) als Aufsicht über die bundesweiten Krankenkassen wiederholt fest, dass diese ihren Informations- und Aufklärungspflichten – selbst im Rahmen von Verwaltungsakten wie Genehmigungsverfahren – nicht ausreichend nachkommen. Auch die Informationen über Versorgungsansprüche, bspw. im Kontext der Hilfsmittelversorgung, bleiben weit hinter den gesetzlichen Pflichten und technischen Möglichkeiten zurück.

Zur Stärkung der mündigen, selbstbestimmten Versicherten, Patient:innen und Bürger:innen sind die notwendigen Vorkehrungen zu schaffen, um die Informations- und Transparenzpflichten adäquat umzusetzen und auszubauen. Zu diesem Zwecke müssen auch Sanktionsmechanismen Anwendung finden können.

11. Qualitätswettbewerb durch Vergleichbarkeit und Transparenz stärken

Die effektive Stärkung der Rolle der Versicherten setzt auch eine Transparenz über die von ihnen wählbaren Leistungen voraus. Im Wettbewerb um Versicherte und Patient:innen spielen Leistung und Qualität jedoch nach wie vor nur eine untergeordnete Rolle bei der Auswahl des Leistungserbringers oder der Krankenkasse.

Zur Stärkung des Qualitätswettbewerbs sind geeignete Qualitätsindikatoren zwingend erforderlich, die Leistungen mess- und vergleichbar machen – und deren Resultate den Versicherten über geeignete Portale transparent und zugänglich gemacht werden können.

Für den Bereich der Hilfsmittelversorgung könnten dies bspw. die durchschnittlichen Mehrkosten je Produktgruppe und die Ergebnisse der quantitativen Erhebungen aus dem sogenannten Vertragscontrolling sein – ein entsprechender rechtlicher Rahmen für die obligatorische Erhebung der relevanten Daten sowie für deren Zusammenführung ist zu schaffen.

Es ist damit zu rechnen, dass sich die Stärkung des Qualitätswettbewerbs zwischen den Krankenkassen auch positiv auf die Versorgungsleistungen auswirken wird – im Rahmen des wirtschaftlich Notwendigen.

Insgesamt wird es künftig darauf ankommen, Qualitätsindikatoren und dem Outcome einer Behandlung stärkere Bedeutung zuzumessen. Nur so kann die qualitäts- und zugleich kostensensitive Weiterentwicklung der Versorgungsprozesse gelingen.

13 Forderungen für eine starke Ambulante Versorgung

Qualität, Effizienz und Patientensicherheit in einem zukunftsfähigen Gesundheitswesen

12. Gleicher Zugang zu Versorgung durch homogene Aufsichtsstruktur

Anhand der Versorgungspraxis wird immer wieder deutlich, dass die Heterogenität der Aufsichtsverantwortung zu einem unterschiedlichen Zugang der Versicherten zu Gesundheitsleistungen führt: Ein homogenes Aufsichtshandeln, bspw. bei der Auslegung sozialrechtlicher Fragestellungen, muss dies beheben – der BVMed setzt sich daher für eine einheitliche Bundesaufsicht ein. Auf diese Weise können auch wettbewerbsrechtliche Verzerrungen zwischen den Krankenkassen behoben werden.

13. Digitalisierung zur Weiterentwicklung der Versorgung nutzen

Die Digitalisierung und insbesondere der Aufbau der Telematikinfrastruktur (TI) und ihrer Anwendungen wie eVO und ePA bieten die Möglichkeiten, Kommunikation und Information zu stärken und Versorgungsprozesse weiterzuentwickeln. Diese Chancen müssen konsequent genutzt und weiterentwickelt werden. So sind zeitnah alle relevanten Versorgungspartner in diese Strukturen einzubinden: Die Hilfsmittel- und Homecare-Versorger führen jährlich 28 Millionen Versorgungen durch, stehen dabei in engem Austausch mit Patient:innen und Angehörigen, Ärzteschaft, Pflege und weiteren nichtärztlichen Gesundheitsberufen. Diesen die Informationen aus der Hilfsmittel- und Homecare-Versorgung über die ePA zugänglich zu machen, ist zwingende Voraussetzung, um bestehende Informations- und Medienbrüche zu überwinden und den Nutzen eines (digitalisierten) Versorgungsnetzwerks anwendbar zu machen.

Darüber hinaus bietet die Digitalisierung von Prozessen die Chance, bislang komplexe, heterogene administrative Vorgänge zu vereinfachen, zu harmonisieren. Insbesondere in der Hilfsmittelversorgung werden für Verwaltungsvorgänge wie Kostenvoranschlag und Abrechnung weiterhin enorme Ressourcen aufgewendet, die bei einer stärkeren Interoperabilität dieser Prozesse vermeidbar wären. Diese Ressourcen könnten vielmehr der Versorgung zugeführt werden und somit dem Versicherten zu Gute kommen.

Diese bestehenden Möglichkeiten nutzbar zu machen, erfordert bspw. interoperable Standards für die genannten Verwaltungsvorgänge. Möglicherweise eignet sich auch die Integration der Prozesse in die TI.