



Spitzenverband

**Beitrag
des GKV–Spitzenverbandes
vom 24.08.2016**

**zur Öffentlichen Konsultation
zur europäischen Säule sozialer Rechte**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de
Transparenzregister–Nummer
839750612639–40



Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung	3
II. Beitrag zur Konsultation	5
Zur sozialen Lage und zum sozialen Besitzstand der EU.....	5
1. Welches sind Ihrer Ansicht nach die dringendsten Prioritäten in den Bereichen Beschäftigung und Soziales?	5
2. Wie können wir den unterschiedlichen Rahmenbedingungen in den Bereichen Beschäftigung und Soziales in Europa Rechnung tragen?	6
3. Ist der Besitzstand der EU auf dem neuesten Stand, und sehen Sie Spielraum für weitere Maßnahmen auf EU-Ebene?	7
Zur Zukunft der Arbeit und der Wohlfahrtssysteme.....	8
4. Welche Trends haben Ihrer Meinung nach die größte umgestaltende Wirkung?	8
5. Was wären die wichtigsten Risiken und Chancen im Zusammenhang mit solchen Trends?	10
6. Gibt es Strategien, Einrichtungen oder Unternehmenspraktiken – bestehende oder sich neu entwickelnde –, die Sie als Referenz empfehlen würden?	11
Zur europäischen Säule sozialer Rechte.....	12
7. Stimmen Sie dem hier beschriebenen Konzept für eine europäische Säule sozialer Rechte zu?	12
8. Stimmen Sie dem Anwendungsbereich der Säule und den hier vorgeschlagenen Politikfeldern und Grundsätzen zu?	14
9. Welche Politikfelder und Grundsätze wären im Rahmen einer erneuten Konvergenz innerhalb des Euro-Raums am wichtigsten?	15
10. Wie sollten diese zum Ausdruck gebracht und konkretisiert werden? Könnten Ihrer Meinung nach Mindeststandards oder Referenzkriterien für bestimmte Bereiche angewandt werden und einen Mehrwert darstellen, und wenn ja, welche?	16
Ausführliche Kommentare zu den Politikfeldern	18
9. Arbeitsschutz	19
12. Gesundheitsversorgung und Krankenleistungen	20
17. Langzeitpflege	25

I. Einleitung

Der GKV-Spitzenverband begrüßt grundsätzlich das Ziel einer erneuerten Konvergenz der sozialen Sicherung auf hohem Niveau in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU). Ein hohes Sozialschutzniveau und der Abbau sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten in allen Mitgliedstaaten ist die Grundlage des langfristigen und politischen Zusammenhalts der Union.

Gemeinsames Ziel muss dabei auch sein, die Funktionsfähigkeit der Gesundheits- und Pflegesysteme zukunftsfest zu gestalten. Hierfür tragen die Mitgliedstaaten die Verantwortung. In Deutschland setzt der Gesetzgeber den gesundheitspolitischen Rahmen. Diesen Rahmen auszufüllen, ist Aufgabe der Selbstverwaltung. Die Selbstverwaltung mit der unmittelbaren Mitwirkung der Beteiligten durch Versicherten- und Arbeitgebervertreter bei den Kranken- und Pflegekassen und ihren Verbänden, ist ein leistungsfähiges System, das sich von rein staatlicher Steuerung oder rein privatwirtschaftlicher Allokation abgrenzt.

Die EU unterstützt und ergänzt die Politik der Mitgliedstaaten in Bereichen, in denen ein gemeinsames Vorgehen sinnvoll ist. Systematische Vergleiche und ein freiwilliger Erfahrungsaustausch zwischen den Mitgliedstaaten können dazu beitragen, voneinander zu lernen und die Pflege- und Gesundheitssysteme in Europa zu modernisieren. Entsprechende Instrumente stehen der EU bereits zur Verfügung. Systematische Vergleiche müssen auf aussagekräftigen Daten beruhen, methodisch stetig weiterentwickelt, transparent gestaltet und stärker für die Partizipation durch gesundheitspolitische Akteure geöffnet werden. Die Säule sozialer Rechte als Bezugsrahmen für ein „Leistungsscreening“ erscheint jedoch für den Bereich Pflege und Gesundheit kein geeignetes Mittel zu sein.

Mit der europäischen Säule sozialer Rechte verfolgt die Europäische Kommission auch das Ziel einer vertieften und faireren Wirtschafts- und Währungsunion. Sie betont die Bedeutung der Grundsätze für die Förderung der Wettbewerbsfähigkeit, die Erhöhung der Erwerbsbeteiligung, die langfristige Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen sowie die Widerstandsfähigkeit der Wirtschaftsstrukturen. Der GKV-Spitzenverband erkennt sowohl die Bedeutung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit einer Volkswirtschaft für die sozialen Sicherungssysteme als auch deren wirtschaftspolitische Bedeutung an. Im Vordergrund der Gesundheits- und Pflegepolitik sollten jedoch nicht fiskalische und Wachstumsaspekte stehen, sondern der Zugang zu Gesundheits- und Pflegedienstleistungen, deren Qualität und Effizienz und damit der Nutzen für die Patientinnen und Patienten sowie die Beitragszahlenden.

Der GKV-Spitzenverband äußert sich im Folgenden zu den Bereichen betriebliche Gesundheitsförderung, Gesundheitsversorgung und Krankenleistungen sowie Langzeitpflege. In all diesen Bereichen stehen die Mitgliedstaaten vor einigen gemeinsamen, im Großen und Ganzen jedoch sehr unterschiedlichen Herausforderungen, denen im Wesentlichen auf nationalstaatlicher Ebene begegnet werden sollte. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes besteht kein Bedarf grundlegender Neuerungen des EU-Rechts im Bereich Gesundheits- und Langzeitpflege. Um die Effektivität der Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit zu gewährleisten, sind explizite Regelungen für das Risiko der Langzeitpflege in die Verordnungen aufzunehmen.

Der GKV-Spitzenverband vertritt alle 117 gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Deutschland und damit die Interessen der über 70 Millionen Versicherten und Beitragszahlenden gegenüber Politik und Leistungserbringern. Er berät die Parlamente und Ministerien im Rahmen aktueller Gesetzgebungsverfahren und nimmt als gesetzliche Aufgabe die Interessen der Kranken- und Pflegekassen bei über- und zwischenstaatlichen Organisationen und Einrichtungen wahr. Er ist über die Deutsche Sozialversicherung (DSV) in der European Social Insurance Platform (ESIP) organisiert.

II. Beitrag zur Konsultation

Zur sozialen Lage und zum sozialen Besitzstand der EU

1. Welches sind Ihrer Ansicht nach die dringendsten Prioritäten in den Bereichen Beschäftigung und Soziales?

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. Auch im europäischen Ausland sind die in Deutschland gesetzlich Versicherten gut abgesichert und können damit von Europas offenen Grenzen profitieren. Dieses leistungsfähige System zu erhalten und weiterzuentwickeln ist die Priorität für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung.

Gemeinsames Ziel muss es darüber hinaus sein, die Funktionsfähigkeit der Gesundheits- und Pflegesysteme und eine effiziente gesundheitliche und pflegerische Versorgung in ganz Europa zukunftsfest zu gestalten. Dies liegt in einem grenzenlosen Europa auch im Interesse der deutschen Patientinnen und Patienten sowie der Beitragszahlenden. Bei der Gesundheits- und Pflegepolitik herrscht in der Europäischen Union eine sinnvolle Aufgabenteilung. Für die Gestaltung und Finanzierung ihrer Gesundheits- und Pflegesysteme sind die Mitgliedstaaten verantwortlich. Die Europäische Union wird lediglich ergänzend und unterstützend tätig.

Die Europäische Union fördert soziale Gerechtigkeit und sozialen Schutz, den sozialen und territorialen Zusammenhalt und die Solidarität zwischen ihren Mitgliedstaaten. Der europäische Binnenmarkt soll in Gestalt einer sozialen Marktwirtschaft zu Vollbeschäftigung und sozialem Fortschritt beitragen. Ein hohes Sozialschutzniveau und der Abbau sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten in allen Mitgliedstaaten ist die Grundlage des langfristigen wirtschaftlichen und politischen Zusammenhalts der Europäischen Union.

Die Herstellung eines gemeinsamen Marktes mit freiem Personen-, Waren- und Dienstleistungsverkehr ist eines der wichtigsten Ziele der Europäischen Union. Durch die verstärkte Mobilität von Personen innerhalb der EU und die zunehmende Alterung der Bevölkerung wird u. a. das Thema der Langzeitpflege im grenzüberschreitenden Kontext an Bedeutung gewinnen. Die von der Europäischen Kommission geplante Novellierung der Verordnungen über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit im Bereich der Langzeitpflege ist ausdrücklich zu begrüßen. Hierbei stellt der bisher geltende Grundsatz, dass die Kosten aller Leistungen bei Pflegebedürftigkeit von

dem Mitgliedstaat getragen werden, in dem die betreffende Person kranken- oder pflegeversichert ist, eine gute Basis dar. Unter Beibehaltung dieses Ansatzes sind eigene Vorschriften für den Bereich der Leistungen bei Pflegebedürftigkeit zu schaffen, die die Entwicklung von neuen Leistungen bei Pflegebedürftigkeit in den einzelnen Mitgliedstaaten berücksichtigen (z. B. auch Leistungen für die Pflegenden).

Außerdem müssen im Zusammenhang mit der geplanten Novellierung der Verordnungen über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit die Vorschriften über die Entsendung und Mehrfacherwerbstätigkeit überarbeitet sowie Steuerungsmaßnahmen zur Einhaltung von Fristen und Durchsetzung von Forderungen im Bereich der Kostenabrechnung eingeführt werden.

2. Wie können wir den unterschiedlichen Rahmenbedingungen in den Bereichen Beschäftigung und Soziales in Europa Rechnung tragen?

Die Verträge verpflichten die Europäische Union, in allen Politikbereichen soziale und gesundheitspolitische Aspekte zu beachten. Dies gilt auch für Initiativen zur Binnenmarkt-, Wettbewerbs- oder Handelspolitik und darf angesichts der großen wirtschaftlichen und sozialen Herausforderungen nicht relativiert werden. In diesem Sinne müssen im Rahmen einer sozialen und gesundheitlichen Folgenabschätzung bereits vor dem Vorschlag neuer Gesetze durch die Europäische Kommission deren Auswirkungen auf die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung und die Gesundheitspolitik geprüft werden. Die Europäische Kommission muss diese Folgenabschätzung durchführen und deren Ergebnisse transparent machen. Im weiteren Gesetzgebungsprozess sollten auch das Europäische Parlament und der Rat die sozialen und gesundheitlichen Folgen bei ihren Beratungen und Änderungsvorschlägen berücksichtigen.

Gemeinsame Lern- und Abstimmungsprozesse sind in einer immer enger zusammenwachsenden Europäischen Union notwendige Steuerungsinstrumente. Im Rahmen des Europäischen Semesters überprüft die Europäische Kommission jährlich die Haushalts- und Reformentwürfe der Mitgliedstaaten mit dem Ziel, die nationale Haushaltsdisziplin und Wettbewerbsfähigkeit zu sichern. In den Berichten und den Empfehlungen der Europäischen Union werden auch gesundheits- und pflegepolitische Aspekte thematisiert. Unabhängig von einer allgemeinen Bewertung der EU-Empfehlungen sollten jedoch nicht fiskalische und Wachstumsaspekte im Vordergrund der Gesundheitspolitik stehen, sondern der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen, deren Qualität und Effizienz und damit der Nutzen für die Patienten und Beitragszahler.

Systematische Vergleiche, wie die Offene Methode der Koordinierung (OMK) oder die Leistungsbewertung von Gesundheitssystemen (Health Systeme Performance Assessment, HSPA), dienen

der Umsetzung gemeinsamer europäischer Ziele in der Pflege- und Gesundheitspolitik. Systematische Vergleiche können aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung dazu beitragen, voneinander zu lernen und die Gesundheits- und Pflegesysteme in Europa zu modernisieren. Dazu müssen sie auf aussagekräftigen Daten beruhen, methodisch stetig weiterentwickelt, transparent gestaltet und stärker für die Partizipation durch gesundheitspolitische Akteure geöffnet werden. Die gemeinsamen Lern- und Abstimmungsprozesse dürfen die Sozial- und Gesundheitsstandards nicht absenken oder zu einem gesundheitspolitischen Stillstand führen.

Peer-Review-Verfahren sollten verstärkt für den Gesundheits- und Pflegebereich eingesetzt werden. Bei Peer-Review-Verfahren wird ein intensiver Austausch von bewährten Praktiken angestrebt, mit dem Ziel, wechselseitige Lernprozesse hinsichtlich der Politik- und Praxisansätze zu fördern, die bilaterale Übertragung zu erleichtern sowie deren Wirksamkeit zu verbessern. Peer-Review-Verfahren finden in der Regel als Seminare in einem Gastgeberland mit Expertinnen und Experten aus drei bis vier Peer-Review-Partnerländern sowie mit Vertreterinnen und Vertretern der Europäischen Kommission sowie europäischen Interessensgruppen statt. Dabei wird das Praxisbeispiel des Gastlandes vorgestellt, die Erkenntnisse gesammelt, dokumentiert und verbreitet und so für andere Länder nutzbar gemacht.

3. Ist der Besitzstand der EU auf dem neuesten Stand, und sehen Sie Spielraum für weitere Maßnahmen auf EU-Ebene?

Aus Sicht der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung besteht kein Bedarf grundlegender Neuerungen des EU-Rechts im Bereich Gesundheit und Langzeitpflege. Die Rechte der Versicherten sowie der Patientinnen und Patienten im Fall der Krankheit oder Pflegebedürftigkeit sind in den Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, durch die Richtlinie über die Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung sowie im nationalen Recht umfassend und klar geregelt. Versicherte der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen können sich im Bedarfsfall auf eine hochwertige Versorgung verlassen und sind auch beim Aufenthalt im europäischen Ausland abgesichert.

Um die Effektivität der Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit zu gewährleisten, müssen sie stetig weiterentwickelt werden. Dies betrifft insbesondere die Vorschriften über die Entsendung und Mehrfacherwerbstätigkeit sowie Steuerungsmaßnahmen zur Einhaltung von Fristen und Durchsetzung von Forderungen im Bereich der Kostenabrechnung auf der Grundlage der Verordnungen. Des Weiteren sind explizite Regelungen für das Risiko der Langzeitpflege in die Verordnungen aufzunehmen. Hierbei sind sowohl die Eigenheit des Risikos

der Langzeitpflege im Vergleich zum Risikobereich der Krankheit als auch die Entwicklung von neuen Leistungen bei Pflegebedürftigkeit in den einzelnen Mitgliedstaaten zu berücksichtigen.

Zur Zukunft der Arbeit und der Wohlfahrtssysteme

4. Welche Trends haben Ihrer Meinung nach die größte umgestaltende Wirkung?

1 bis 3 Antworten

- Demografische Trends (z. B. Alterung der Bevölkerung, Migration)
- Wandel der Familienstrukturen
- Veränderter Bedarf an Kenntnissen und Fertigkeiten
- Technologischer Wandel
- Zunehmender globaler Wettbewerb
- Beteiligung von Frauen am Arbeitsmarkt
- Neue Arbeitsformen
- Ungleichheiten
- Sonstige

Demografische Trends und Entwicklung der Bevölkerungsstruktur

Mit der demografischen Entwicklung ergeben sich durch die Veränderungen der Bevölkerungszahl und –struktur vielfältige soziale, politische und wirtschaftliche Herausforderungen, die auch die gesetzliche Krankenversicherung betreffen werden. Zahlreiche Expertisen gehen von einem Anstieg der Prävalenz chronischer Erkrankungen aus. Die Frage, ob mit der demografischen Entwicklung perspektivisch ein signifikanter Anstieg der Morbidität einhergeht, bleibt aber letztlich offen. Voraussagen über die Folgen der demografischen Entwicklung werden damit auch weiterhin stark abhängig von den jeweils gewählten Annahmen bleiben. Die Debatte über die Auswirkungen sollte vor diesem Hintergrund besonnen und lösungsorientiert geführt werden. Für die Gesundheitsversorgung in Deutschland ist zu erwarten, dass sich der Anteil älterer Menschen mit geriatrischen Bedürfnissen und die Zahl der Personen mit multimorbiden Krankheitsbildern in Zukunft erhöhen werden. Zudem wird sich die demografische Entwicklung in der regionalen Bevölkerungsverteilung auf den Versorgungsbedarf auswirken. Während die Bevölkerungszahl in Ballungszentren vor einer weiteren Zunahme steht, ist in ländlichen Räumen eine gegensätzliche Entwicklung zu erwarten.

Mit der demografischen Entwicklung gehen nicht zwangsläufig steigende Ausgaben in der Gesundheitsversorgung einher. So geht z. B. die Europäische Kommission in ihrem Ageing-Bericht 2015 davon aus, dass der demografische Effekt auf die Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung eher moderat ausfällt. Hinsichtlich der grundsätzlichen Finanzierbarkeit der gesundheitlichen Versorgung ist somit zumindest vorerst festzustellen, dass sich keine gravierenden Auswirkungen einstellen.

Vielmehr beeinflussen andere Faktoren, wie etwa das Versorgungsangebot, die medizinisch-technische Entwicklung, die Vergütungs- und (anbieterinduzierte) Mengenentwicklung sowie politische Entscheidungen die Ausgabenstruktur der gesetzlichen Krankenversicherung wesentlich nachhaltiger. Dies belegt z. B. die seit Jahren deutlich wachsende Summe der Krankenhausleistungen. Nur ein Drittel der zusätzlichen Leistungen lässt sich durch demografische Faktoren erklären.

Mit der demografischen Entwicklung, der Alterung der Bevölkerung und der Zunahme chronisch-degenerativer Erkrankungen ist eine Zunahme von Pflegebedürftigkeit verbunden. Prognosen zeigen für Deutschland einen Anstieg auf 3,4 Millionen Pflegebedürftige bis 2030. Mit der zunehmenden Hochaltrigkeit ist insbesondere ein Anstieg der Zahl kognitiv eingeschränkter und von Demenz betroffener Personen verbunden.

Wandel der Familienstrukturen

Neben der demografischen Entwicklung stellt der Wandel der Familienstrukturen die zweite große Herausforderung für die soziale Pflegeversicherung dar. Derzeit werden in Deutschland mehr als 1,76 Millionen Pflegebedürftige zu Hause versorgt. Davon wird bei 1,18 Millionen Personen die Pflegeleistung ausschließlich durch die Angehörigen erbracht. Mit dem Auflösen traditioneller Familienstrukturen, dem Trend zu Single- und kinderlosen Haushalten sowie dem gesellschaftlichen Wandel mit einer zunehmenden Zahl an erwerbstätigen Frauen, nimmt das Potenzial für die Erbringung informeller Pflegekräfte ab, während gleichzeitig der Bedarf weiter steigt. Prognosen gehen davon aus, dass sich der Bedarf an professionellen Pflegekräften bis 2030 verdoppeln wird.

Technologischer Wandel

Der technologische Wandel wirkt sich zunehmend auf die digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheits- und Pflegewesen aus. Die Schaffung einer technologischen Basis ist für die dringend benötigten medizinischen Anwendungen im deutschen Gesundheitswesen unerlässlich. Für die deutschen gesetzlichen Krankenkassen hat es oberste Priorität, dass eine sichere Telematik-Infrastruktur, die IT-Systeme aus Arztpraxen, Apotheken, Krankenhäusern und Krankenkassen miteinander verbindet und so einen systemübergreifenden Austausch von Informatio-

nen ermöglicht, zukünftig als einziges Netz für die Übertragung medizinischer Daten innerhalb und zwischen Leistungssektoren zulässig ist.

Vor besondere Herausforderungen im Bereich des technologischen Wandels stellen die gesetzlichen Krankenkassen auch die Entwicklungen bei neuen, patentgeschützten Arzneimitteln, die einen wesentlichen Anteil an den deutlich steigenden Arzneimittelausgaben und damit Auswirkungen auf die finanzielle Tragfähigkeit der Gesundheitssysteme in Europa haben (siehe Frage 12).

5. Was wären die wichtigsten Risiken und Chancen im Zusammenhang mit solchen Trends?

Demografische Trends und Entwicklung der Bevölkerungsstruktur

Vor dem Hintergrund der oben beschriebenen Tendenzen stellt sich für das deutsche Gesundheitswesen die Frage, wie im Rahmen dieses strukturellen Wandels eine flächendeckende qualitativ hochwertige Versorgung weiterhin garantiert werden kann. Insbesondere im ländlichen Raum steht die Sicherstellung der Versorgung diesbezüglich vor großen Herausforderungen. Diesen muss auf Bundes- und Landesebene und gemeinsam mit der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen begegnet werden.

In der Langzeitpflege bestehen Herausforderungen im Zusammenhang mit den oben beschriebenen Trends, insbesondere in der Weiterentwicklung der Qualität der pflegerischen Versorgung. Hier bedarf es aussagekräftiger Indikatoren, um Problembereiche zu identifizieren und Qualitätsverbesserung zu initiieren. Die Notwendigkeit, den Qualitätsvergleich zwischen Einrichtungen methodisch besser zu fundieren, stellt dabei eine besondere Herausforderung dar. Auch die wirkungsvolle Verbindung von internem Qualitätsmanagement der Dienste und Einrichtungen und einer externen Qualitätssicherung erfordert besondere Anstrengungen.

Angesichts einer steigenden Zahl pflegebedürftiger Menschen und eines allgemein postulierten Fachkräftemangels gehört die weitere Gewinnung und Sicherung geeigneten Personals zu den zentralen Herausforderungen in der Pflege. Die Gewinnung und Sicherung von Fachkräften im Gesundheits- und Pflegewesen ist angesichts der Freizügigkeit im europäischen Binnenmarkt auch eine gemeinsame Herausforderung. Mit der Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen schafft die EU entsprechende Voraussetzungen und stellt vielfältige, angemessene Zugänge zu Gesundheits- und Pflegeberufen sicher. Um flexibel auf sich wandelnde Pflege- und Versorgungsbedarfe reagieren zu können, soll das pflegerische Kompetenzspektrum mit der Zusammenlegung der bisher getrennten Pflegeausbildungen weiterentwickelt werden. Der deutsche Gesetzgeber beabsichtigt daher, die bisher getrennten Ausbildungen der Altenpflege, der Ge-

sundheits- und Krankenpflege und der Kinderkrankenpflege zu einer einheitlichen Ausbildung zusammenzufassen.

Technologischer Wandel

Auf europäischer Ebene bietet sich die Chance, das Potenzial zu nutzen und gemeinsam Probleme bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen zu analysieren und voneinander zu lernen. Kranken- und Pflegekassen dürfen bei der Entwicklung und Implementierung der digitalen Anwendungen im Gesundheits- und Pflegebereich nicht allein als Kostenträger verstanden werden. Sie sind bei der inhaltlichen Ausgestaltung digitaler Projekte neben anderen Interessenträgern einzubeziehen, insbesondere um Nutzen und Risiken der neuen Anwendungen bewerten zu können. Nur so kann ein zielführender technologischer Wandel im Gesundheits- und Pflegebereich erfolgen und breite Akzeptanz finden. Dabei müssen Doppelstrukturen zwischen den Mitgliedstaaten und der EU-Ebene vermieden und an der klaren Kompetenzzuweisung festgehalten werden.

Über das geplante EU-weite IT-System EESSI (Electronic Exchange of Social Security Information) sollen die Sozialversicherungsträger im Rahmen der Verordnungen zur Koordinierung der sozialen Sicherheit künftig auf Grundlage einer optimierten Datenerhebung und -prüfung schneller und sicherer Informationen austauschen. Dies betrifft z. B. den Status von Versicherten, die im Ausland Leistungen in Anspruch nehmen, wie entsandten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, Rentnern, Touristen oder Studierenden. Die Anbindung der IT-Systeme der Sozialversicherungsträger in den Mitgliedstaaten an das von der Europäischen Kommission vorgeschlagene System wird sehr hohe Anforderungen an die nationalen IT-Systeme des Datenaustauschs und der Datenverarbeitung stellen und erheblichen Umstellungsaufwand verursachen. Vor diesem Hintergrund fordert der GKV-Spitzenverband eine auf die wesentlichen Funktionen beschränkte Systemlösung, die mit einer ausgereiften Gesamtarchitektur die nationalen Anforderungen angemessen berücksichtigt und so zu einer ressourcensparenden Gesamtlösung führt.

6. Gibt es Strategien, Einrichtungen oder Unternehmenspraktiken – bestehende oder sich neu entwickelnde –, die Sie als Referenz empfehlen würden?

Zu Beispielen für Strategien und gute Praktiken auf nationaler Ebene sowie die Rolle der Kranken- und Pflegekassen siehe Fragen 4 und 5 sowie die Antworten zu den einzelnen Politikfeldern.

Zur europäischen Säule sozialer Rechte

7. Stimmen Sie dem hier beschriebenen Konzept für eine europäische Säule sozialer Rechte zu?

- Ich stimme voll und ganz zu
- Ich stimme zu
- Ich stimme nicht zu
- Ich stimme überhaupt nicht zu

Die Säule soll aus Sicht der Europäischen Kommission bestehende soziale Rechte durch die detaillierte Darstellung einer Reihe wesentlicher Grundsätze, die ein gemeinsames Charakteristikum der Sozialpolitik der Mitgliedstaaten werden soll, ergänzen. Sie soll als Kompass für eine erneuerte Konvergenz dienen, ein Bezugsrahmen für das Leistungsscreening der Mitgliedstaaten werden und nationale Reformen vorantreiben. Neue Rechte soll die Säule nicht begründen.

Grundsätzlich begrüßt der GKV-Spitzenverband das Ziel einer erneuerten Aufwärtskonvergenz der sozialen Sicherung in den Mitgliedstaaten. Für den Bereich der Gesundheits- und Pflegepolitik jedoch erscheint die Säule sozialer Rechte kein geeignetes Mittel zu sein. Für die Festlegung ihrer Gesundheits- und Pflegepolitik sowie für die Finanzierung und Organisation des Gesundheits- und Pflegewesens und die medizinische und pflegerische Versorgung tragen die Mitgliedstaaten besondere Verantwortung. Die Europäische Union verfügt über klar eingegrenzte Aufgaben. Sie soll mit ihrem Handeln ein hohes Gesundheitsschutzniveau sicherstellen und unter anderem die Gesundheits- und Pflegepolitik der Mitgliedstaaten unterstützen und ergänzen. Die primär mitgliedstaatliche Verantwortung für die Gesundheits- und Pflegepolitik folgt dem Prinzip der Subsidiarität. Dieses Prinzip genießt sowohl national als auch in der Europäischen Union einen hohen Stellenwert. Es geht darum, Aufgaben zunächst selbstbestimmt und eigenverantwortlich dort zu lösen, wo sie auftreten. Erst wenn ein gemeinsames Handeln notwendig ist, wird die EU-Ebene beauftragt.

Ziele der Säule

Mit der europäischen Säule sozialer Rechte verfolgt die Europäische Kommission das Ziel einer vertieften und faireren Wirtschafts- und Währungsunion. Die dargelegten Grundsätze seien wichtig für die Förderung der Wettbewerbsfähigkeit, die Erhöhung der Erwerbsbeteiligung, die langfristige Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen sowie die Widerstandsfähigkeit der Wirtschaftsstrukturen. Ein angemessenes Mindestniveau für den Sozialschutz sei ebenfalls notwendig.

Der GKV-Spitzenverband erkennt sowohl die Bedeutung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit einer Volkswirtschaft für die sozialen Sicherungssysteme und insbesondere die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung, die Bedeutung dieser Sozialversicherungszweige als Sektoren mit erheblichem Leistungs- und Beschäftigungspotenzial als auch ihren Beitrag als stabilisierende Faktoren bei konjunkturellen Schwankungen an. Im Vordergrund der Gesundheits- und Pflegepolitik sollten jedoch nicht fiskalische und Wachstumsaspekte stehen, sondern der Zugang zu Gesundheits- und Pflegedienstleistungen, deren Qualität und Effizienz und damit der Nutzen für die Patientinnen und Patienten und die Beitragszahlenden.

Herausforderungen und Grundsätze

Eine Bewertung der von der Europäischen Kommission beschriebenen Herausforderungen sowie der vorgeschlagenen Grundsätze in den einzelnen Politikfeldern erfolgt weiter unten. Dort wird deutlich, dass ein wesentlicher Teil der von der Europäischen Kommission beschriebenen Herausforderungen nicht in gleicher Weise für alle Mitgliedstaaten gilt. In Bereichen, in denen die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung die Analyse der Europäischen Kommission teilt, sind es der nationale Gesetzgeber oder durch ihn beauftragte Institutionen der Selbstverwaltung, die diesen Herausforderungen begegnen müssen und können. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes beschränkt sich die Rolle der Europäischen Union im Bereich Gesundheits- und Pflegepolitik darauf, die bereits bestehenden Instrumente für systematische Vergleiche anzuwenden und weiterzuentwickeln und für einen Austausch guter Praktiken und bewährter Lösungen zwischen den Mitgliedstaaten zu sorgen.

Instrumente

Zur möglichen Konkretisierung durch Mindeststandards oder Referenzkriterien sowie dem vorgeschlagenen Leistungsscreening verweist der GKV-Spitzenverband auf bereits bestehende Instrumente zur Umsetzung gemeinsamer europäischer Ziele in der Pflege- und Gesundheitspolitik und deren methodische Grenzen (siehe dazu auch Antworten zu Fragen 2 und 10).

8. Stimmen Sie dem Anwendungsbereich der Säule und den hier vorgeschlagenen Politikfeldern und Grundsätzen zu?

	Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
1. Fertigkeiten, Bildung und lebenslanges Lernen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Flexible und sichere Arbeitsverträge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Sichere Berufsübergänge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Aktive Unterstützung für Beschäftigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Geschlechtergleichstellung und Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Chancengleichheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Beschäftigungsbedingungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Löhne und Gehälter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Arbeitsschutz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	X	<input type="radio"/>
10. Sozialer Dialog und Einbeziehung der Beschäftigten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Integrierte soziale Leistungen und Dienste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Gesundheitsversorgung und Krankenleistungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	X	<input type="radio"/>
13. Renten und Pensionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Arbeitslosenleistungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Mindesteinkommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Leistungen für Menschen mit Behinderung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Langzeitpflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	X	<input type="radio"/>
18. Kinderbetreuung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Wohnraum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Zugang zu essenziellen Dienstleistungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gibt es Aspekte, die noch nicht ausreichend zum Ausdruck gebracht oder abgedeckt worden sind?

Aus Sicht der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung gibt es keine Aspekte, die noch nicht ausreichend zum Ausdruck gebracht oder abgedeckt worden sind.

9. Welche Politikfelder und Grundsätze wären im Rahmen einer erneuten Konvergenz innerhalb des Euro-Raums am wichtigsten?

(Bitte höchstens fünf auswählen.)

- 1. Fertigkeiten, Bildung und lebenslanges Lernen
- 2. Flexible und sichere Arbeitsverträge
- 3. Sichere Berufsübergänge
- 4. Aktive Unterstützung für Beschäftigung
- 5. Geschlechtergleichstellung und Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben
- 6. Chancengleichheit
- 7. Beschäftigungsbedingungen
- 8. Löhne und Gehälter
- 9. Arbeitsschutz

- 10. Sozialer Dialog und Einbeziehung der Beschäftigten
- 11. Integrierte soziale Leistungen und Dienste
- 12. Gesundheitsversorgung und Krankenleistungen
- 13. Renten und Pensionen
- 14. Arbeitslosenleistungen
- 15. Mindesteinkommen
- 16. Leistungen für Menschen mit Behinderung
- 17. Langzeitpflege
- 18. Kinderbetreuung
- 19. Wohnraum
- 20. Zugang zu essenziellen Dienstleistungen

Anmerkungen:

Keine Antwort.

10. Wie sollten diese zum Ausdruck gebracht und konkretisiert werden? Könnten Ihrer Meinung nach Mindeststandards oder Referenzkriterien für bestimmte Bereiche angewandt werden und einen Mehrwert darstellen, und wenn ja, welche?

Systematische Vergleiche können aus Sicht der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung dazu beitragen, voneinander zu lernen und die Gesundheits- und Pflegesysteme in Europa zu modernisieren. Mit der Offenen Methode der Koordinierung (OMK) und der Leistungsbewertung von Gesundheitssystemen (Health System Performance Assessment, HSPA) gibt es bereits Instrumente zur Umsetzung gemeinsamer europäischer Ziele in der Pflege- und Gesundheitspolitik. Systematische Vergleiche müssen auf aussagekräftigen Daten beruhen, methodisch weiterentwickelt, transparenter gestaltet und stärker für die Partizipation durch gesundheits- und pflegepolitische Akteure geöffnet werden.

Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass erhebliche methodische Probleme in der Vergleichbarkeit der Daten bestehen, die für den Bereich des Gesundheitswesens aufgrund historisch gewachsener Systemunterschiede wohl auch künftig bestehen bleiben werden. Zwar hat sich die Datenlage für einen Vergleich der Gesundheits- und Pflegesysteme hinsichtlich des Umfangs, der Tiefe und Qualität der Daten verbessert. Allerdings ist die Datenlage für einen europaweiten Vergleich nach wie vor unzureichend. Die für die Indikatorerstellung benötigten Daten sind entweder nicht vor-

handen oder liegen in unterschiedlicher Qualität vor. Existierende Daten sind aufgrund unterschiedlicher Abgrenzungskriterien nicht miteinander vergleichbar.

Im Sinne der Vergleichbarkeit und um ein adäquates und systemneutrales Bild der Sozialschutzsysteme zu erhalten, müssen an die Auswahl der Indikatoren hohe Anforderungen gestellt und eine ausdifferenzierte Anzahl von validen Indikatoren gefunden werden. Auf subjektive Befragungen und die Verwendung von Befindlichkeitsindikatoren sollte verzichtet werden. Grundsätzlich sollte die Indikatoren-Bildung der Zielsetzung folgen.

Angesichts der großen Unterschiede zwischen den EU-Gesundheits- und Pflegesystemen bleiben auch die damit verbundenen grundsätzlichen methodischen Probleme bestehen. Dies hat zur Folge, dass die länderübergreifenden Vergleiche im Hinblick auf ihre Aussagekraft und Zuverlässigkeit immer mit Mängeln behaftet sein werden. Um politische Fehlschlüsse zu vermeiden, sind die Ergebnisse systematischer Vergleiche unter Berücksichtigung der jeweiligen nationalen Besonderheiten zu interpretieren, bevor auf der zuständigen nationalen Ebene politische Schlussfolgerungen gezogen werden.

Skeptisch sieht der GKV-Spitzenverband die von der Europäischen Kommission angesprochene Anwendung von Mindeststandards zur Konkretisierung der Prinzipien der Säule. Neben den hier ebenfalls zum Tragen kommenden methodischen Problemen bei der Festsetzung und Messung ist zu befürchten, dass EU-weite Standards zu einer Orientierung am Mindestmaß führen. Ferner besteht das Problem, dass solche sozial- und gesundheitspolitischen Standards die Komplexität der nationalen Systeme abbilden müssten und somit keine europaweite Geltung erreichen könnten.

Zur Konkretisierung von Grundsätzen im Bereich der Gesundheits- und Pflegepolitik sind gemeinsame europäische Normen von Gesundheits- und Pflegedienstleistungen nicht zielführend. Die Sicherung der Qualität und Sicherheit in der Gesundheitsversorgung und in der Pflege ist eine mitgliedstaatliche Aufgabe. Hierbei wird die Expertise der am Versorgungsgeschehen beteiligten Partner berücksichtigt. Die Setzung abweichender Normen und die Entwicklung paralleler Strukturen durch das europäische Normungsinstitut (CEN) können zu Rechtsunsicherheit führen. Schließlich ist zu befürchten, dass eine Einigung auf gemeinsame europäische Dienstleistungsnormen und Standards, die für sehr unterschiedlich strukturierte und leistungsfähige Gesundheits- und Pflegesysteme in den Mitgliedstaaten gelten sollen, zu einer Senkung des Qualitäts- und Sicherheitsniveaus führt. Im Produktbereich, bei Arzneimitteln und Medizinprodukten, dagegen kommt der Europäischen Union eine besondere Aufgabe bei der Festlegung hoher Qualitäts- und Sicherheitsstandards zu.

Ausführliche Kommentare zu den Politikfeldern

Wenn Sie sich ausführlicher zu den Politikfeldern der Säule äußern möchten, wählen Sie bitte in der nachstehenden Liste das Politikfeld/die Politikfelder aus und füllen Sie die zugehörigen Tabellen und Kommentarfelder aus.

- 1. Fertigkeiten, Bildung und lebenslanges Lernen
- 2. Flexible und sichere Arbeitsverträge
- 3. Sichere Berufsübergänge
- 4. Aktive Unterstützung für Beschäftigung
- 5. Geschlechtergleichstellung und Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben
- 6. Chancengleichheit
- 7. Beschäftigungsbedingungen
- 8. Löhne und Gehälter
- X 9. Arbeitsschutz
- 10. Sozialer Dialog und Einbeziehung der Beschäftigten
- 11. Integrierte soziale Leistungen und Dienste
- X 12. Gesundheitsversorgung und Krankenleistungen
- 13. Renten und Pensionen
- 14. Arbeitslosenleistungen
- 15. Mindesteinkommen
- 16. Leistungen für Menschen mit Behinderung
- X 17. Langzeitpflege
- 18. Kinderbetreuung
- 19. Wohnraum
- 20. Zugang zu essenziellen Dienstleistungen

Der GKV-Spitzenverband äußert sich im Folgenden zu den Bereichen betriebliche Gesundheitsförderung, Gesundheitsversorgung und Krankenleistungen sowie Langzeitpflege. In all diesen Bereichen stehen die Mitgliedstaaten vor einigen gemeinsamen, im Großen und Ganzen jedoch sehr unterschiedlichen Herausforderungen, denen im Wesentlichen auf nationalstaatlicher Ebene begegnet werden sollte. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes besteht kein Bedarf grundlegender Neuerungen des EU-Rechts im Bereich Gesundheits- und Langzeitpflege.

9. Arbeitsschutz

	Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
Stimmen Sie den beschriebenen Herausforderungen zu?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist der Grundsatz geeignet, diese Herausforderungen zu bewältigen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sollte die EU Maßnahmen ergreifen, um diesen Grundsatz zu verwirklichen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben Sie weitere Anmerkungen oder Anregungen? Zum Beispiel: Wie lassen sich diese Herausforderungen am besten bewältigen? Wie sollte die EU handeln, um diesen Grundsatz zu verwirklichen?

Alle EU-Mitgliedstaaten stehen vor der Herausforderung, die Gesundheit der Beschäftigten zu schützen und zu fördern. Der GKV-Spitzenverband teilt die Auffassung der Europäischen Kommission, dass neue Arbeitsmuster und die Alterung der Beschäftigten zu neuen Herausforderungen geführt haben. Die Aufgaben des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung werden komplexer und anspruchsvoller.

Dem vorgeschlagenen Grundsatz der Europäischen Kommission entsprechend ist der Schutz vor potenziellen Risiken am Arbeitsplatz in Deutschland bereits gesetzlich vorgesehen. Der Schutz vor arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren ist Aufgabe der Arbeitgeber, die dabei von den Unfallversicherungsträgern und der staatlichen Arbeitsschutzaufsicht beraten, unterstützt und auch überwacht werden. Arbeitgeber werden hierbei von den Trägern der Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung unterstützt (Betriebliches Eingliederungsmanagement). Schließlich erbringen Rentenversicherungsträger für versicherte Beschäftigte mit besonders gesundheitsgefährdender Tätigkeit medizinische Leistungen zur Teilhabe, um ihre Erwerbsfähigkeit zu erhalten. Eine gezielte Unterstützung auch von Kleinunternehmen, wie von der Europäischen Kommission gefordert, ist zielführend.

In Deutschland bieten darüber hinaus die gesetzlichen Krankenkassen Betrieben und Beschäftigten ein Spektrum an verschiedenartigen Leistungen und Hilfe bei der Organisation und Umsetzung von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung an. Handlungsfelder der Krankenkassen sind hierbei die Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung, die Unterstüt-

zung eines gesundheitsförderlichen Arbeits- und Lebensstils der Beschäftigten sowie die überbetriebliche Vernetzung und Beratung von Betrieben im Rahmen von Firmennetzwerken in Zusammenarbeit mit Unternehmensorganisationen. Die inhaltlichen und qualitativen Anforderungen sind im [GKV-Leitfaden Prävention](#) für alle Krankenkassen verbindlich definiert.

Jüngste Reformen verpflichten die Krankenkassen zur Ausweitung ihrer Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Insbesondere Kleinbetriebe sollen besser erreicht werden. Außerdem hat der Gesetzgeber zur Stärkung der Qualität von Prävention und Gesundheitsförderung sowie der trägerübergreifenden Zusammenarbeit bei der Erbringung von Leistungen die Spitzenorganisationen von gesetzlicher Kranken-, Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung mit der Schaffung einer nationalen Präventionskonferenz beauftragt.

Die EU kann einen Rahmen zum Erfahrungsaustausch über nationale Initiativen und Aktivitäten in Feldern von hoher gesundheitspolitischer Relevanz bereitstellen. Ein gutes Beispiel hierfür ist die bisherige Joint Action on Mental Health.

12. Gesundheitsversorgung und Krankenleistungen

	Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
Stimmen Sie den beschriebenen Herausforderungen zu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist der Grundsatz geeignet, diese Herausforderungen zu bewältigen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sollte die EU Maßnahmen ergreifen, um diesen Grundsatz zu verwirklichen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben Sie weitere Anmerkungen oder Anregungen? Zum Beispiel: Wie lassen sich diese Herausforderungen am besten bewältigen? Wie sollte die EU handeln, um diesen Grundsatz zu verwirklichen?

Wesentliche von der Europäischen Kommission beschriebene Herausforderungen treffen auf die gesetzliche Krankenversicherung nur begrenzt zu. Die Europäische Kommission verweist zwar zu Recht auf die Alterung der Bevölkerung und hohe Behandlungskosten. Die gesetzlichen Krankenkassen erwarten in den kommenden Jahren finanzielle Mehrbelastungen für die Beitragszahlenden. Aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung darf der Einfluss der demografischen Ent-

wicklung auf die finanzielle Tragfähigkeit der Gesundheitssysteme jedoch nicht überbewertet, sondern sollte nüchtern analysiert werden (siehe Frage 4).

Finanzielle Tragfähigkeit des Gesundheitssystems

Der GKV-Spitzenverband sieht zur Sicherstellung einer auch langfristig stabilen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung Reformbedarf auf nationaler Ebene. Die Entwicklung der Einnahmenbasis und das wesentlich dynamischere Wachstum der Gesundheitsausgaben klaffen auseinander. Um die Widerstandsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems und seine finanzielle Tragfähigkeit zu gewährleisten, sind daher weitere Strukturreformen insbesondere auf der Ausgabenseite notwendig. Da es sich hierbei um einen Bereich der Daseinsvorsorge handelt, sind dazu staatliche Regulierungen ebenso wie wettbewerbliche Öffnungen erforderlich, um Überkapazitäten abzubauen und Schnittstellen in der Versorgung zu optimieren.

Ein Beispiel für die von der Europäischen Kommission angesprochenen hohen Behandlungskosten ist die Arzneimittelversorgung. Die Kosten steigen hier seit Jahren deutlich an. Allein 2014 stiegen die Ausgaben der GKV um knapp 3 Mrd. Euro auf über 35 Mrd. Euro. Ein wesentlicher Faktor ist die Ausgabenentwicklung bei patentgeschützten Präparaten, auf die inzwischen rund 53 Prozent der Arzneimittelausgaben entfallen. Ein Instrument für die kosteneffiziente und wirksame Versorgung mit innovativen Arzneimitteln hat das Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AM-NOG) geschaffen. Es verpflichtet Hersteller, ihre neuen Produkte nach der Markteinführung einer frühen Nutzenbewertung zu unterziehen. Der GKV-Spitzenverband und der Hersteller handeln auf dieser Basis einen Erstattungsbetrag für das Arzneimittel aus. Die Nutzenbewertung ist Grundlage einer rationalen Arzneimittelversorgung, die Transparenz über die relative Wirksamkeit von Arzneimitteln schafft und diese zur Basis für die Erstattungsbeträge macht. Sie ist demnach ein gutes Beispiel für die von der Europäischen Kommission geforderte Verbesserung der Effizienz und Wirksamkeit der Gesundheitssysteme. Um das volle Potenzial zu entfalten, muss es möglich sein, auch für bereits im Markt befindliche Arzneimittel eine Nutzenbewertung vorzunehmen. Zudem sollte der ausgehandelte Erstattungsbetrag ab dem ersten Tag des Inverkehrbringens gelten.

Kosteneffiziente Versorgung, Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention

Die Europäische Kommission betont in ihrem Entwurf die Rolle der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention für die Widerstandsfähigkeit und finanzielle Tragfähigkeit der Gesundheitssysteme. Die gesetzliche Krankenversicherung investiert über die Versorgung im Krankheitsfall hinaus auch in die Gesunderhaltung ihrer Versicherten. Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen umfasst ein breites Spektrum präventiver und gesundheitsfördernder Leistungen: von der primären Prävention durch Impfungen über umfangreiche Früherkennungsprogramme für Kinder, Jugendliche und Erwachsene bis zu tertiärpräventiven Leistungen, wie die Förderung der

Selbsthilfe oder Patientenschulungen für ein besseres Selbstmanagement von chronischen Erkrankungen. Bereits seit vielen Jahren investieren Krankenkassen in die Verbesserung der gesundheitlichen Rahmenbedingungen in Gemeinden, Kindergärten, Schulen und Betrieben. Diese Anstrengungen werden durch das Präventionsgesetz von 2015 zudem in Zukunft verstärkt und besser koordiniert.

Ziel der Präventionsanstrengungen ist es, die Lebensqualität der Versicherten zu verbessern. Durch Prävention sind jedoch keine erheblichen finanziellen Einsparungen zu erwarten, wie von der Europäischen Kommission suggeriert wird. Hierzu sind vielmehr Effizienzsteigerungen im Gesundheitswesen gefragt. Die Krankenkassen befinden sich bereits seit Jahren in einem intensiven Wettbewerb um die Verbesserung der Versorgungsqualität. Für eine kosteneffiziente und finanziell nachhaltige Versorgung muss dieser Wettbewerb auch auf Seiten der Leistungserbringenden stattfinden.

Zugang zur Gesundheitsversorgung

Die Europäische Kommission fordert, dass jeder Mensch rechtzeitigen Zugang zu hochwertiger Gesundheitsvorsorge und Heilbehandlung erhalten muss und medizinischer Versorgungsbedarf nicht zu Armut oder finanziellen Zwängen führen darf. Der GKV-Spitzenverband teilt dieses Ziel.

Mit den umfänglichen sozialrechtlichen Regelungen über die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung, über die rund 90 Prozent der bundesdeutschen Bevölkerung gegen Krankheitsrisiken abgesichert sind, sowie einem Kontrahierungszwang der Versicherer ist in Deutschland das Prinzip „Versicherungsschutz für alle“ weitgehend verwirklicht. Hinzu kommen gesetzliche Vorgaben für die private Krankenversicherung und Leistungsansprüche bedürftiger Menschen zur Übernahme von Krankenversicherungsbeiträgen durch die Träger der Sozialhilfe. Diese stellen sicher, dass in Deutschland grundsätzlich jeder Mensch Zugang zu einer qualitativ hochwertigen, ausreichenden und zweckmäßigen gesundheitlichen Versorgung hat. Dies schließt Vorsorgeleistungen ein.

Die Europäische Kommission konstatiert, dass hohe Behandlungskosten und lange Wartezeiten eine maßgebliche Rolle dafür spielen, dass Menschen keinen Zugang zu medizinischer Versorgung erhalten. Diese Analyse trifft auf die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland nicht zu. Im deutschen Gesundheitssystem können 70 Mio. gesetzlich Versicherte im Krankheitsfall darauf vertrauen, dass sie eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung erhalten und am medizinischen Fortschritt unabhängig von ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit teilhaben.

Tragende Strukturprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung sind das Solidaritäts- und das Sachleistungsprinzip. Das Solidaritätsprinzip gewährleistet, dass jeder Versicherte unabhängig von Einkommen bzw. Beitragshöhe und Krankheitsrisiken medizinisch notwendige, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen erhält. Das Sachleistungsprinzip stellt die Leistungen ohne finanzielle Vorleistungen der Versicherten sicher. Medizinischer Versorgungsbedarf führt daher nicht zu Armut oder finanziellen Zwängen.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes bereiten in Deutschland Wartezeiten für Patientinnen und Patienten keine grundlegenden Versorgungsprobleme. Zur schnelleren Terminvergabe für gesetzlich Versicherte bei Fachärztinnen und -ärzten hat der Bundesgesetzgeber sogenannte Terminservicestellen einrichten lassen. Künftig müssen Versicherte innerhalb von vier Wochen einen Facharzttermin vermittelt bekommen.

Geldleistungen im Krankheitsfall

Die Europäische Kommission fordert, dass alle Beschäftigten unabhängig von der Art ihres Arbeitsvertrags im Krankheitsfall eine Geldleistung in angemessener Höhe erhalten. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer haben in Deutschland Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgebenden für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit bis zur Dauer von sechs Wochen. Zu den Regelleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zählt das lohnersetzen Krankengeld, welches die Krankenkassen ihren Versicherten im Falle der Arbeitsunfähigkeit oder für die Dauer einer notwendigen stationären Versorgung zahlen, soweit sie als Beschäftigte kein Arbeitsentgelt mehr erhalten. Krankengeld soll es den Erkrankten und den ggf. von ihnen materiell Abhängigen erlauben, den bisherigen Lebensstandard weitestgehend zu erhalten und ihre Gesundheit und Arbeitsfähigkeit möglichst wiederherzustellen.

Auch selbstständig Erwerbstätige können sich, soweit sie gesetzlich versichert sind, gegen Einkommensausfall bei Krankheit bei ihrer Krankenkasse absichern. Grundsätzlich wird der Personenkreis der selbstständig Erwerbstätigen im dualen Krankenversicherungssystem Deutschlands der privaten Krankenversicherung zugeordnet, sodass Selbstständige vielfach über private Krankentagegeldversicherungen oder Ähnliches verfügen. Eine generelle Pflicht zur Versicherung des Erwerbseinkommens besteht nicht. In Fällen von Bedürftigkeit erhalten erwerbsfähige Personen Hilfen zur Bestreitung ihres Lebensunterhalts in Form von Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende. Nicht erwerbsfähige Personen erhalten Leistungen der Sozialhilfe.

Rolle der EU

Die Verantwortung für die Festlegung ihrer Gesundheitspolitik sowie für die Finanzierung und Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung tragen die Mitgliedstaaten. Die Europäische Union verfügt über klar eingegrenzte Aufgaben. Sie soll mit ihrem Handeln ein hohes Gesundheitsschutzniveau sicherstellen und die Politik der Mitgliedstaaten unterstützen und ergänzen, beispielsweise durch den Austausch guter Praktiken.

Weitergehende Befugnisse hat die Europäische Union im Bereich Arzneimittel und Medizinprodukte. Arzneimittel werden auch europäisch zugelassen, Medizinprodukte auf EU-Rechtsbasis in Verkehr gebracht und gemeinsame Sicherheits- und Qualitätsstandards festgelegt.

Die gesetzliche Krankenversicherung hat im Bereich Arzneimittel gemeinsam mit ihren europäischen Kooperationspartnern Forderungen an die europäische Ebene formuliert. Zu den gemeinsamen Forderungen gehört, dass mit öffentlichen Mitteln in erster Linie die Forschung und Entwicklung von solchen Arzneimitteln gefördert werden soll, an denen ein besonderes Interesse der öffentlichen Gesundheit besteht. Die zentrale Rolle der Gesundheitstechnologiebewertung (Health Technology Assessment, HTA) für den Marktzugang und die Preissetzung bei Arzneimitteln soll gestärkt werden. Dies kann auch mit Unterstützung der EU geschehen, etwa durch den Austausch von Informationen und Erfahrungen und die Entwicklung transparenter Bewertungsinstrumente. Damit sollen letztlich die in den Mitgliedstaaten mit Preissetzung und Erstattung betrauten Institutionen gestärkt werden. Mitgliedstaaten, die dies wünschen, sollen auch eine freiwillige Zusammenarbeit bei Preisverhandlungen und der Beschaffung von Arzneimitteln erwägen können. Erhöhte Transparenz in der EU ist ein weiteres Anliegen der europäischen Krankenkassen, insbesondere in Bezug auf klinische Studiendaten, Forschungs- und Entwicklungskosten sowie Arzneimittelpreise und -ausgaben.

Die Europäische Union kann in diesem Bereich also eine wichtige Rolle spielen. Bei einer Zusammenarbeit bei der Nutzenbewertung müssen Verfahren die deutschen sozialgesetzlichen Anforderungen erfüllen und die hohen deutschen Standards und Kriterien der Bewertung fortbestehen. Preisverhandlungen müssen auch weiterhin in nationaler Verantwortung wahrgenommen werden, damit nationale Besonderheiten in der Versorgung berücksichtigt werden können.

Bei vorübergehendem Aufenthalt im europäischen Ausland ermöglicht die Europäische Krankenversicherungskarte (European Health Insurance Card, EHIC) den gesetzlich Krankenversicherten im Falle einer Erkrankung Zugang zu allen Sachleistungen, die sich unter Berücksichtigung der Art der Leistungen und der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer als medizinisch notwendig erweisen. Um die Akzeptanz dieser Karte weiter zu erhöhen, ist sie aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes

weiterzuentwickeln. Auch Leistungserbringer müssen stärker hinsichtlich der Akzeptanz der EHIC in die Pflicht genommen werden. Außerdem können weitere Identifizierungsmerkmale auf dem derzeit als Sichtausweis ausgestalteten Dokument, wie etwa ein Lichtbild, aufgenommen werden. Die genaue Kennzeichnung der Gültigkeit der Karte durch Beginn- und Enddatum würde eine Zuordnung der Kosten für die auf Basis der EHIC erbrachten Leistungen weiter erleichtern.

Die Abrechnung der im Ausland entstandenen Behandlungskosten mit demjenigen Träger, bei dem die Person versichert ist, muss effektiver gestaltet werden. Die Europäische Union muss die finanziellen Interessen der Beitragszahlenden wahren und weitere Steuerungsinstrumente zur Einhaltung von Fristen, zur Abrechnung und Durchsetzung von Forderungen in die Verordnungen aufnehmen.

Im Jahr 2011 hat die Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung Optionen für Versicherte über die Koordinierungsverordnungen hinaus erweitert. Sie sieht einen umfassenden Informationsanspruch durch nationale Kontaktstellen für Patienten vor. Seit Oktober 2013 nimmt der GKV-Spitzenverband, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) diese Aufgabe wahr. Unter www.eu-patienten.de wurde eine zielgruppenorientierte Informationsplattform für Versicherte und Gesundheitsdienstleister rund um die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung zwischen Deutschland und dem EU-Ausland geschaffen.

17. Langzeitpflege

	Ich stimme voll und ganz zu	Ich stimme zu	Ich stimme nicht zu	Ich stimme überhaupt nicht zu
Stimmen Sie den beschriebenen Herausforderungen zu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist der Grundsatz geeignet, diese Herausforderungen zu bewältigen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sollte die EU Maßnahmen ergreifen, um diesen Grundsatz zu verwirklichen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben Sie weitere Anmerkungen oder Anregungen? Zum Beispiel: Wie lassen sich diese Herausforderungen am besten bewältigen? Wie sollte die EU handeln, um diesen Grundsatz zu verwirklichen?

Der GKV-Spitzenverband stimmt zwar mit der Auffassung der Europäischen Kommission überein, dass die Alterung der Bevölkerung mit einem Anstieg der Zahl pflegebedürftiger Menschen und mit einer zunehmenden Nachfrage von Langzeitpflegeleistungen einhergehen wird. Dies betrifft den ambulanten und stationären Sektor. Mit der zunehmenden Hochaltrigkeit ist insbesondere ein Anstieg der Zahl kognitiv eingeschränkter und von Demenz betroffener Personen verbunden.

Mit Blick auf die Situation in Deutschland kann der Aussage der Europäischen Kommission, dass Pflegeeinrichtungen nicht verfügbar seien, jedoch nicht zugestimmt werden. Der gesetzlich normierte Sicherstellungsauftrag für Leistungen aus der Pflegeversicherung wird seitens der Pflegekassen erfüllt. Grundsätzlich sind Angebote zur häuslichen und stationären Pflege in ausreichendem Maße vorhanden.

Die Finanzierung der Pflegeleistungen wird in Abhängigkeit des Pflegebedarfs primär durch die soziale Pflegeversicherung (SPV) übernommen. Sollten in individuellen Bedarfskonstellationen die Mittel der Pflegeversicherung zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Pflege nicht ausreichen, ergänzt bei fehlender finanzieller Möglichkeit zur Deckung des Eigenbedarfs die Sozialhilfe subsidiär individuelle Lücken bei der Finanzierung erforderlicher Leistungen.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist daher festzustellen, dass durch die soziale Pflegeversicherung pflegebedürftigen Menschen der Zugang zu angemessenen Langzeitpflegeleistungen bei finanziell tragfähigen Bedingungen sowohl in der Häuslichkeit als auch in stationären Einrichtungen dauerhaft gewährleistet ist. Insofern ist der von der Europäischen Kommission im ersten Grundsatz geforderte Zugang zu hochwertigen, erschwinglichen und von angemessen qualifizierten Fachkräften erbrachten Langzeitpflegeleistungen, einschließlich der häuslichen Pflege, sichergestellt.

Die Europäische Kommission zielt mit einem zweiten Grundsatz auf einen angemessenen Zugang zur Pflege zu finanziell tragfähigen Bedingungen. Die finanzielle Tragfähigkeit der Pflegesysteme in Deutschland wurde seit Bestehen der Pflegeversicherung im Rahmen verschiedener Reformen längerfristig sichergestellt. Gesetzliche Reformen betrafen auch die Ausgestaltung, die Qualität und den Umfang von Leistungen. Durch eine Reihe von Reformen hat der nationale Gesetzgeber die Leistungen der Pflegeversicherung ausgeweitet und verbessert. Der individuelle Unterstützungsbedarf jedes Einzelnen, insbesondere auch bei kognitiven und psychischen Einschränkungen, wird künftig besser berücksichtigt. Verbesserungen gibt es ebenfalls bei der Unterstützung

pflegender Angehöriger. Zugleich sind die Qualitätsprüfungen in der Pflege weiterentwickelt worden.

Der Beitragssatz der sozialen Pflegeversicherung wird zum Jahresbeginn 2017 angehoben. Die Mehreinnahmen und Rücklagen der Pflegeversicherung reichen nach derzeitiger Erkenntnis aus, die oben genannten Verbesserungen bis ins Jahr 2021 zu finanzieren und somit die finanzielle Tragfähigkeit zu gewährleisten.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die von der Europäischen Kommission geplante Novellierung der Verordnungen über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit im Bereich der Langzeitpflege (siehe Fragen 1 und 3).