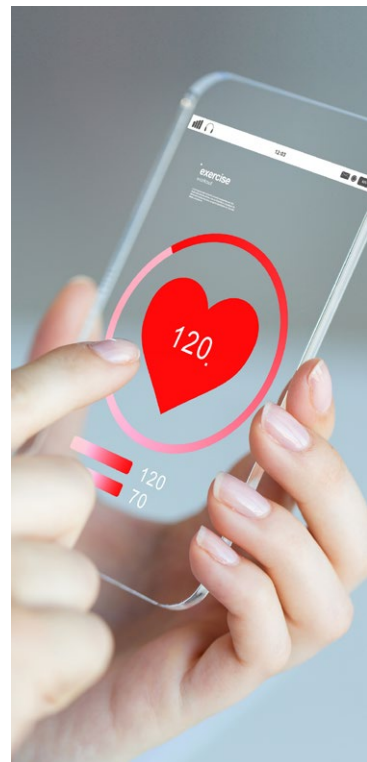




Spitzenverband



Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes für die 19. Legislaturperiode 2017-2021

Berlin, den 28. Juni 2017



Impressum

Herausgeber:
GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin

Verantwortlich:
Michael Weller, Stabsbereich Politik
Stabsbereich Kommunikation

Gestaltung:
BBGK Berliner Botschaft
Gesellschaft für Kommunikation mbH

Fotonachweis:
Titel links: Sebastian Schupfner/schupfner.com
Titel rechts: Syda Productions/fotolia.com
S. 6: Andrea Katheder/andreakatheder.de

Stand: Juli 2017

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, vorbehalten.

Bestellnummer 2017-003

Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 217a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Er ist zugleich der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI. Der GKV-Spitzenverband ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Name, Logo und Reflexstreifen sind geschützte Markenzeichen des GKV-Spitzenverbandes.

**Positionspapier
des GKV-Spitzenverbandes
für die 19. Legislaturperiode 2017-2021**

Berlin, den 28. Juni 2017

Inhalt

	Vorwort.	6
1	Grundlagen für eine leistungsfähige gesetzliche Krankenversicherung.	8
	Erfolgsmodell soziale Selbstverwaltung.	8
	Flexible Gestaltung des Ordnungsrahmens	10
2	Herausforderungen.	12
	Gesundheitliche und pflegerische Versorgung gestalten	12
	Chancen der Digitalisierung nutzen	14
	Nachhaltige Finanzierung sichern	17
3	Gesundheitliche Versorgung gestalten	20
	Krankenhausversorgung - Qualitativ hochwertig und wirtschaftlich organisieren	20
	Ambulante Versorgung zukunftsfest gestalten	22
	Zahnmedizin - Schutz vor finanzieller Überforderung für GKV-Versicherte	24
	Heilmittelversorgung - Transparenz und Wirtschaftlichkeit verbessern	25
	Qualität und Finanzierbarkeit der Arzneimittelversorgung sichern	26
	Innovationen fördern.	28
	Prävention ist gesamtgesellschaftliche Aufgabe.	29
	Rehabilitation erkenntnisbasiert weiterentwickeln	30
4	Pflegeversicherung voranbringen	31
5	Europa	34

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

über 70 Mio. Menschen in Deutschland können sich auf ein hohes gesundheitliches und pflegerisches Versorgungsniveau verlassen. Für rund 90 Prozent der Bevölkerung gewährleistet die gesetzliche Krankenversicherung die gesundheitliche Versorgung und sichert die gesetzliche Pflegeversicherung Pflegerisiken ab. Das deutsche Gesundheitswesen und die Pflegeversicherung sind gut aufgestellt und erfreuen sich zu Recht einer großen Akzeptanz. Die gute Arbeitsmarktlage und das stabile Wirtschaftswachstum sorgen derzeit für eine solide finanzielle Basis.

Dennoch besteht auch in der kommenden Legislaturperiode die Herausforderung darin, das Gesundheitswesen an immer schnellere

ökonomische, soziale, technische und medizinische Veränderungsprozesse anzupassen. Das wird nicht auf einen Schlag und für alle Zeiten möglich sein, sondern muss kontinuierlich und in vielen Schritten geschehen. Der medizinische Fortschritt, die Digitalisierung von Kommunikation und Arbeitswelt, die Abwanderung aus ländlichen Gebieten und Migration sowie der Wandel des Krankheitsspektrums prägen die Entwicklung. Der GKV-Spitzenverband beteiligt sich aktiv an der notwendigen Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens und der gesetzlichen Pflegeversicherung. Mit dem vorliegenden Positionspapier weisen wir auf die Reformnotwendigkeiten hin und zeigen Lösungswege für eine zukunftsfeste, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche gesundheitliche und pflegerische Versorgung auf.



Um die Patientenversorgung zu verbessern, müssen in der neuen Legislaturperiode die derzeitigen Strukturen der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit in der gesundheitlichen Versorgung überprüft und reformiert werden, denn zwischen ambulanter und stationärer Versorgung knirscht es. Es fehlt an Abstimmung, Koordination und Steuerung. Je nach Sektor gelten unterschiedliche Qualitätsanforderungen. Zudem erzeugt eine angebotsinduzierte Nachfrage eine nicht länger hinnehmbare Über- und Fehlbehandlung und damit eine Verschwendung von Ressourcen. Notwendig ist daher eine konsequente sektorenübergreifende Bedarfsplanung, orientiert an regionalen Versorgungsbedarfen. Dabei muss das wesentliche Auswahlkriterium die Qualität der Leistungen sein. Im Fokus der gesundheitspolitischen Gesetzgebung sollte vor allem die Neuordnung des ambulant-stationären Grenzbereichs stehen. Für diesen neuen gemeinsamen Versorgungsbereich von spezialisierten Vertragsärztinnen und -ärzten sowie Krankenhausambulanzen werden neue gesetzliche Rahmenbedingungen benötigt.

Trotz einer Gesetzgebung zur Krankenhausstruktur in der letzten Legislaturperiode bedarf es im stationären Sektor eines Neuanfangs: Es ist endlich das Problem der rückläufigen Investitionsfinanzierung anzugehen. Die Länder finanzieren nur knapp 3 Mrd. Euro bei einem jährlichen Investitionsbedarf von rund 6 Mrd. Euro. Also werden die beitragsfinanzierten DRG-Fallpauschalen zweckentfremdet für Investitionen genutzt. Bemerkenswert ist, dass die Krankenkassen damit zwar erhebliche Finanzierungspflichten, aber keinesfalls zusätzliche Mitspracherechte erhalten. Deutschland braucht eine neue zukunftsorientierte Steuerung von Krankenhausleistungen. Ein

weiteres Schwerpunktthema für die neue Legislaturperiode ist die Neuausrichtung der Notfallversorgung: Die Notfallversorgung ist geprägt durch parallele Strukturen, die bei den Patientinnen und Patienten zu Unsicherheit und Unklarheit über die Zuständigkeiten führen. Deshalb ist mit einer neuen Gesetzgebung eine an den Patientinnen und Patienten orientierte Notfallversorgung zu schaffen.

Ein Gradmesser für die erfolgreiche Gestaltung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung wird sein, das Potenzial der Digitalisierung für die Versorgung der Versicherten zu nutzen. Der GKV-Spitzenverband und seine Mitgliedskassen wollen nicht nur mit dem digitalen Wandel Schritt halten, sondern vor allem den konkreten Nutzen identifizieren und die echten Innovationen in das Gesundheitssystem bzw. in die Pflege implementieren. Der Gesetzgeber ist aufgefordert, hierfür den Rahmen mit einer Digitalisierungsstrategie zu setzen.

Bei den anstehenden Reformen muss es auch darum gehen, die Rahmenbedingungen für die Arbeit der Selbstverwaltung zu verbessern und ihre Gestaltungsrechte wiederherzustellen. Soziale Selbstverwaltung garantiert Versicherten- und Patientennähe. Handlungsleitend für die soziale Selbstverwaltung ist ihr Engagement für die Versicherten und die Patientinnen und Patienten. Mit der notwendigen Erweiterung der Handlungsoptionen der Kranken- und Pflegekassen bei der Gestaltung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung werden zugleich die Gestaltungsrechte der Selbstverwaltung ausgebaut.

Wir freuen uns auf den Dialog mit Ihnen.



Uwe Klemens



Dr. Volker Hansen

Erfolgsmodell soziale Selbstverwaltung

Die Umsetzung gesetzlicher Aufgaben durch die soziale Selbstverwaltung trägt dazu bei, sachgerechte und alltagsnahe Lösungen zu finden.

Die Selbstverwaltung gehört zu den tragenden Prinzipien der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Die soziale Selbstverwaltung ist Teil der sozialstaatlichen Ordnung. Sie fördert den gesellschaftlichen Zusammenhalt („sozialer Frieden“), indem sie Raum schafft für den notwendigen Ausgleich zwischen Versicherten- und Arbeitgeberinteressen. Durch die Beteiligung der betroffenen Akteure entsteht eine größere demokratische Legitimation und Akzeptanz der Entscheidungen. Die Umsetzung gesetzlicher Aufgaben durch die soziale Selbstverwaltung trägt maßgeblich dazu bei, sachgerechte und alltagsnahe Lösungen bei der Gestaltung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung durch die Vertreterinnen und Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber in den Verwaltungsräten der Krankenkassen und ihrer Verbände zu finden. Hierdurch legitimiert die soziale Selbstverwaltung tagtäglich ihre herausgehobene Stellung in der Kranken- und Pflegeversicherung.

Vorfahrt für soziale Selbstverwaltung

Die Stärken eines selbstverwalteten Gesundheitssystems werden im Vergleich zu staatlichen oder marktwirtschaftlichen Gesundheitssystemen deutlich: In staatlichen Systemen ist die Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung unmittelbar von politischen Entscheidungen und vom Staatshaushalt abhängig. In rein marktwirtschaftlichen Gesundheitssystemen besteht die Gefahr von Ungleichgewichten zwischen einer bedarfsorientierten und einer bezahlbaren gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Eine Gesetzgebung, die zu mehr staatlichen Eingriffen oder zu einer Kommerzialisierung der gesundheitlichen oder pflegerischen Versorgung führt, gefährdet die soziale gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung. In der Anwendung des ordnungspolitischen Prinzips der Subsidiarität bei der Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung liegt die Stärke des deutschen Gesundheitssystems: Der Gesetzgeber konzentriert sich auf die Vorgabe von Zielen und die Schaffung des hierfür notwendigen gesetzlichen Rahmens, in dem dann die Selbstverwaltung eigenverantwortlich agiert. Zu diesem ordnungspolitischen Prinzip der sozialen Selbstverwaltung bedarf es in der neuen Legislaturperiode eines klaren Bekenntnisses des Gesetzgebers.

Soziale Selbstverwaltung garantiert Versicherten- und Patientennähe

Handlungsleitend für die soziale Selbstverwaltung ist ihr Engagement für die Versicherten. Sie zeichnet sich durch Versicherten- und Patientennähe aus, um Versorgungsengpässe, Problemlagen und Interessen der Versicherten wahrnehmen und besser berücksichtigen zu können. Damit ist die soziale Selbstverwaltung immer auch die Patientenvertretung. Eine bezahlbare Gesundheitsversorgung ist eine entscheidende Zielsetzung für eine zukunftsfähige gesetzliche Krankenversicherung. Die soziale Selbstverwaltung bringt dieses Ziel in Einklang mit dem am medizinischen und pflegerischen Bedarf der Patientinnen und Patienten orientierten Versorgungsanspruch. Dabei hat die soziale Selbstverwaltung die gesamte Bandbreite der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung zu betrachten. Das ist ein Alleinstellungsmerkmal der sozialen Selbstverwaltung. Die Etablierung von Entscheidungsrechten für Patientenorganisationen ist aufgrund ihrer fehlenden demokratischen Legitimation abzulehnen.

Handlungsrechte der Selbstverwaltung wiederherstellen und ausbauen

Die Gestaltungsspielräume der sozialen Selbstverwaltung hat der Gesetzgeber in den vergangenen Jahren empfindlich eingeschränkt, so z. B. bei der Auswahl der hauptamtlichen Vorstände. Gleichzeitig wurden die Kontroll- und Weisungsrechte der Aufsicht gegenüber Krankenkassen und ihren Verbänden ausgebaut. Die Eingriffe in die Rechte der Selbstverwaltung wurden auch mit dem Selbstverwaltungsstärkungsgesetz fortgesetzt, wenngleich die ursprünglich geplanten gravierendsten Eingriffe, wie die Etablierung einer Fachaufsicht statt der angemessenen Rechtsaufsicht durch das Bundesministerium für Gesundheit, abgewendet werden konnten. Diese Entwicklung ist falsch und muss korrigiert werden, damit die soziale Selbstverwaltung den politischen Erwartungen und ihrem Selbstverständnis gerecht werden kann. In der neuen Legislaturperiode bedarf es einer Gesetzgebung, die die Rahmenbedingungen für die Arbeit der Selbstverwaltung verbessert und ihre Gestaltungsrechte wiederherstellt. Mit der notwendigen Erweiterung der Handlungsoptionen der Kranken- und Pflegekassen bei der Gestaltung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung werden zugleich die Gestaltungsrechte der Selbstverwaltung ausgebaut.

In der neuen Legislaturperiode bedarf es einer Gesetzgebung, die die Rahmenbedingungen für die Arbeit der Selbstverwaltung verbessert und ihre Gestaltungsrechte wiederherstellt.

Flexible Gestaltung des Ordnungsrahmens

Kombination von Kollektiv- und Selektivvertrag intensivieren

Um die gesundheitliche Versorgung zu optimieren, ist der heutige Ordnungsrahmen flexibler zu gestalten. Notwendig sind mehr wettbewerbliche Gestaltungsfreiheiten für die Krankenkassen, um die Qualität der gesundheitlichen Versorgung zu erhöhen. Die Möglichkeiten der einzelnen Krankenkasse, an den Präferenzen ihrer Versicherten orientierte gesundheitliche Versorgungsangebote durch Einzelverträge mit Leistungserbringern zu entwickeln und im Wettbewerb anzubieten, sind begrenzt. Es ist den Krankenkassen beispielsweise nur in einem engen gesetzlichen Rahmen die Gestaltung von Managed-Care-Modellen möglich. Auf dieser Wettbewerbsebene fehlt es wesentlich an Wahloptionen für die Versicherten sowie an ausreichenden Möglichkeiten der Krankenkassen, qualitativ hochwertige gesundheitliche Versorgungsangebote anzubieten. Flexibilisierung und das Setzen wirtschaftlicher Anreize sind notwendig, um das Zusammenspiel von Kollektiv- und Selektivverträgen zu intensivieren.

Notwendig sind mehr wettbewerbliche Gestaltungsfreiheiten für die Krankenkassen, um die Qualität der gesundheitlichen Versorgung zu erhöhen.

Mehr Vertragswettbewerb für eine bessere und wirtschaftlichere Patientenversorgung

Mit dem Wettbewerb der Krankenkassen um Mitglieder werden miteinander korrespondierende Ziele verfolgt: Erstens eine zweckmäßige, wirtschaftliche, qualitativ hochwertige medizinische Versorgung für alle Versicherten anzustreben, zweitens Anreize für mehr Versichertenorientierung und allokativen Effizienz der Krankenkassen zu setzen. Voraussetzung hierfür sind mehr Vertragsfreiheiten für Krankenkassen und Leistungsanbieter, ein systemadäquater, wettbewerbsrechtlicher Rahmen sowie eine höhere Transparenz zur Verbesserung der Nutzerkompetenz der Versicherten. Hier sind die Beratungsrechte der Krankenkassen zu stärken und entsprechend die Rahmenbedingungen der Datennutzung anzupassen. Wettbewerb bedeutet, den auf Qualität und Wirtschaftlichkeit ausgerichteten Such- und Findungsprozessen den notwendigen Raum zu geben. Dies muss sich in den gesetzlichen Grundlagen widerspiegeln. Ein Kontrahierungszwang für Hausarztverträge ist daher abzulehnen.

Aufsicht ja - mehr Staat nein

In der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene beweist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), dass die Umsetzung gesetzlich übertragener Aufgaben im Interessenausgleich funktioniert. Der kontinuierliche Aufgabenzuwachs im Rahmen der jüngeren Gesetzgebung zeigt das Vertrauen der Politik in die Leistungsfähigkeit des G-BA. Sicherzustellen ist, dass der G-BA auch weiterhin eigenverantwortlich entscheiden kann. Die unmittelbare Mitbestimmung der Exekutive in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung widerspricht der Steuerung des Gesundheitswesens durch die Selbstverwaltung. Die bisherige Praxis der Beschlussfassung durch den G-BA mit Rechtsaufsicht durch das Bundesministerium für Gesundheit hat sich bewährt. Sie ist beizubehalten bzw. wiederherzustellen. Darüber hinaus muss bei der Berufung der Unparteiischen gewährleistet werden, dass die Träger des G-BA wieder eigenverantwortlich entscheiden können und die Letztentscheidung nicht beim Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages liegt.

Entscheidungsstrukturen an den Versorgungszielen ausrichten

Sicherzustellen ist, dass sich in Zukunft die Beteiligten im G-BA der gemeinsamen Verantwortung für das Versorgungssystem stellen und gemeinsam nach am Patientenwohl orientierten Lösungen suchen. Wenn Vernetzung und integrierte Versorgung keine leeren politischen Worthüllen bleiben sollen, müssen die Grundlagen hierfür auch im G-BA wieder geschaffen werden. Die sektoren- und einrichtungsübergreifende Aufgabenstellung des G-BA ist herzustellen. Das Mitberatungsrecht der Patientenorganisationen im G-BA ist zu begrüßen. Ihre Beteiligung ist ein Beitrag zur Vervollständigung der Perspektiven in der gemeinsamen Selbstverwaltung. Eine weitergehende Verankerung von Entscheidungsrechten der Patientenorganisationen ist aufgrund ihrer fehlenden Finanzverantwortung und bestehender Einzelinteressen abzulehnen.

Die unmittelbare Mitbestimmung der Exekutive in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung widerspricht der Steuerung des Gesundheitswesens durch die Selbstverwaltung.

Gesundheitliche und pflegerische Versorgung gestalten

Versorgungsfunktionen klar definieren

Die gesundheitliche Infrastruktur ist gekennzeichnet durch eine räumliche Ungleichverteilung der Versorgungskapazitäten, doppelte Angebotsstrukturen im fachärztlichen Bereich und ein nicht durchgängig bedarfsgerechtes Versorgungsangebot. Eine Ursache hierfür ist die bestehende Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Diese Trennung wird auch dem medizinischen Fortschritt und der demografischen Entwicklung nicht mehr gerecht. Aus Versichererperspektive ist dieser Status quo höchst problematisch: Es bestehen weder ausreichende Informationen über die vorhandenen Versorgungsangebote, noch ist im Krankheitsfall ein gesteuerter, bedarfsgerechter Zugang gewährleistet. Die verschiedenen Versorgungsangebote mit gleichem Versorgungsinhalt werden nicht aufeinander abgestimmt oder koordiniert. Je nach Leistungs-

erbringer gelten unterschiedliche Qualitätsanforderungen. Aufgrund von angebotsinduzierter Nachfrage besteht die Gefahr von Über- und Fehlbehandlung. Aus der Perspektive der Beitragszahlerinnen und

Beitragszahler ist nicht sichergestellt, dass die vorhandenen Ressourcen wirtschaftlich eingesetzt werden. Dringend notwendig ist daher eine konsequente sektorenübergreifende Bedarfsplanung. Dabei ist die Organisation und Verteilung der Behandlungskapazitäten strikt an den regionalen Versorgungsbedarfen auszurichten. Eine gesetzliche Grundlage für ein sektorenübergreifendes Leistungserbringerverzeichnis ist zu schaffen. Wesentliches Auswahlkriterium muss dabei die Qualität der Leistungserbringung sein.

Eine konsequente sektorenübergreifende Bedarfsplanung, die sich strikt an den regionalen Versorgungsbedarfen ausrichtet, ist dringend notwendig.

Während in der gesetzlichen Krankenversicherung Versorgungsfunktionen neu definiert werden müssen, wurde in der Pflegeversicherung durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bereits ein neuer Entwicklungsprozess in Gang gesetzt. Die Selbstständigkeitspotenziale der Pflegebedürftigen sowie Versorgungsbedarfe von Menschen mit Demenz rücken stärker in den Fokus. Die Wirkung der Pflegeversicherungsreformen in der neuen Legislaturperiode ist zu analysieren und auf Grundlage dieser Analyse ggf. weiterzuentwickeln.

Neuordnung des ambulant-stationären Grenzbereichs

Eine zunehmend wichtiger werdende Rolle in der gesundheitlichen Versorgung spielt der ambulant-stationäre Grenzbereich. Dieser ist geprägt von Über- und Unterkapazitäten, undifferenzierten und gleichzeitig regional sehr unterschiedlichen Leistungskatalogen, Preisen und einer angebotsinduzierten Mengenentwicklung. Hinzu kommt ein Mangel an Transparenz und Qualitätsorientierung. Eine Reform des ambulant-stationären Grenzbereichs muss daher zentraler Baustein der Gesundheitspolitik in der kommenden Legislaturperiode sein. Dabei ist das Prinzip „Gleicher Preis für gleiche Leistung“ anzuwenden. Die Finanzierung muss aus den bestehenden Sektoren sichergestellt werden. Hierzu bedarf es einer gesetzlichen Grundlage.

Kern einer Neuordnung ist die Beteiligung von Krankenhäusern an der ambulanten Versorgung, wenn die Krankenhausambulanz

1. bei Versorgungsdefiziten die vertragsärztliche Versorgung ergänzt,
2. spezialisierte, spezifische Versorgungsleistungen erbringt, die sowohl von Ambulanzen als auch von spezialisierten Vertragsärztinnen und -ärzten - teilweise im Rahmen von sektorenübergreifenden Teams - erbracht werden, oder
3. eine hochspezialisierte ambulante Versorgung übernimmt, die unter Qualitätsgesichtspunkten oder wegen notwendiger Strukturanforderungen vornehmlich oder ausschließlich von ihr erbracht werden sollte.

Dieser neue gemeinsame Versorgungsbereich von spezialisierten Vertragsärztinnen und -ärzten sowie Krankenhausambulanzen benötigt eigene gesetzliche Rahmenbedingungen, um die Versorgung in gemeinsamer Selbstverwaltung zu gestalten. Dies gilt in erster Linie für Fragen der sektorenübergreifenden Bedarfsplanung, für zeitlich befristete und leistungsbezogene Versorgungsaufträge sowie für die Vereinheitlichung von Vergütung und Qualitätssicherung. Die Entscheidung über diese Fragen sollte auf Bundesebene angesiedelt werden. Die Vereinbarung konkreter Vergütungshöhen und die Mengenvereinbarungen sollten den Partnern auf Landes- bzw. Ortsebene vorbehalten bleiben. Für die spezialisierten ambulanten Leistungen ist ein eigenständiger Leistungskatalog anzustreben, der gleichermaßen für Vertragsärztinnen und -ärzte und Krankenhausambulanzen anwendbar ist. Ausgangsbasis eines gemeinsamen Leistungskatalogs kann der Einheitliche Bewertungsmaßstab sein. Er sollte um bewährte Elemente des DRG-Systems ergänzt werden. Mit der Bildung eines neuen gemeinsamen Versorgungsbereichs darf keine zusätzliche Finanzierungsnotwendigkeit begründet werden.

Notfallversorgung an den Patientinnen und Patienten orientieren

Die Notfallversorgung ist geprägt durch parallele Strukturen in der vertragsärztlichen Versorgung und im Krankenhaus. Aus Patientensicht sind die Zuständigkeiten unklar. Vielfach ist die vertragsärztliche Notfallversorgung lückenhaft und unattraktiv organisiert. Insgesamt ist die Notfallversorgung nicht hinreichend konzentriert vorhanden.

Die ambulante und die stationäre Notfallversorgung sollten möglichst zentral „unter einem Dach“ organisiert sein.

Eine verbesserte Koordination allein reicht nicht aus, um Defizite zu beseitigen. Notwendig sind neue patientenorientierte Strukturen. Die ambulante und die stationäre Notfallversorgung sollten möglichst zentral „unter einem Dach“ organisiert sein. Hierzu bedarf es in Verbindung mit dem bereits gesetzlich etablierten stationären Notfallstufenkonzept auch Vorgaben des G-BA, die festlegen, an welchen und wie vielen Krankenhäusern Notdienstpraxen einzurichten sind. Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) für die Notfallversorgung ist sowohl für die Notdienstpraxen als auch den aufsuchenden Bereitschaftsdienst zu konkretisieren und einzufordern. Der Zeitfaktor ist bei vielen Notfällen entscheidend für Heilungs- und Überlebenschancen. Bundesweite Mindeststandards sowie eine digitale Infrastruktur für den Rettungsdienst, um die Transparenz über verfügbare Behandlungskapazitäten besser zu steuern und zu konzentrieren, müssen geschaffen werden. Zu etablieren sind integrierte Leitstellen aus Rettungsleitstellen und Leitstellen des KV-Notdienstes, um die angemessene mobile Notfallversorgung zu aktivieren. Die Notrufnummern sollten hier zusammenlaufen.

Chancen der Digitalisierung nutzen

Das Potenzial der Digitalisierung muss im Gesundheitswesen und in der Pflege für eine bessere gesundheitliche und pflegerische Versorgung der Versicherten genutzt werden. Ziel ist, den Prozess der Digitalisierung durch Selbstverwaltung aktiv zu gestalten. Der Gesetzgeber ist aufgefordert, den gesetzlichen Rahmen mit einer Digitalisierungsstrategie zu setzen. Entscheidend für die Kranken- und Pflegekassen ist es, den konkreten Nutzen für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung zu identifizieren, darzustellen und diese Innovation in das Gesundheitssystem bzw. in die Pflege zu transferieren. Neue Wege der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung sollen eröffnet, Versorgungsprozesse modernisiert, Kommunikation und Service verbessert werden. Es darf nicht darum gehen, nur einen Marktplatz für neue technische Möglichkeiten zu schaffen und Versicherungsgelder versorgungsfremd zu investieren.

Telematikinfrastruktur und Patientenakte zum Erfolg führen

Die Telematikinfrastruktur (TI) ermöglicht mit der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) einen sicheren, interoperablen und organisationsübergreifenden Datenaustausch innerhalb des Gesundheitswesens. Hierauf sollen Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Krankenhäuser, Apotheken, weitere Leistungserbringer und Versicherte über die eGK und den elektronischen Heilberufausweis zugreifen können. Die TI ist als die zentrale Infrastruktur zu nutzen und weiter auszubauen. Um Insellösungen auszuschließen,

müssen die technischen Standards und Schnittstellen einheitlich sein und klar definiert werden. Dies ist auch erforderlich, um Wettbewerbsbehinderungen für Krankenkassen und IT-Unternehmen, Start-ups

und Dienstleistungsanbieter auszuschließen.

Digitalisierung fordert durch technologische Entwicklungen bestehende Konzepte zu Datenschutz und Datensicherheit heraus. Diese Konzepte sind

deshalb weiterzuentwickeln. Die TI und die eGK müssen an Anforderungen mobiler Lösungen, wie Smartphone-Anwendungen, angepasst werden. Die Entscheidungsstrukturen bei der gematik sind zu straffen. Die Gestaltungsverantwortung der Krankenkassen ist zu erweitern, da sie die Finanzierungsverantwortung haben.

Der Einführung der elektronischen Patientenakte kommt eine herausragende Bedeutung im Rahmen der Digitalisierung zu. Die elektronische Patientenakte ist das Bindeglied, um den Patientinnen und Patienten Zugang zu Informationen wie der Behandlungsdokumentation zu ermöglichen. Sie garantiert mehr Versorgungsqualität und Patientensicherheit durch zeitnahen Zugriff auf relevante Informationen. Allen Patientinnen und Patienten ist das Recht einzuräumen, auch digital auf ihre Gesundheitsdaten zugreifen und das Zugriffsrecht Dritten einräumen zu können. Die elektronische Patientenakte stellt einen wesentlichen Gradmesser für den Gesamterfolg der TI und der eGK dar.

Digitale Versorgungsangebote und Apps - Qualitätsstandards schaffen

Die Anzahl der Gesundheits-Apps und Internetangebote im Bereich Gesundheit ist unüberschaubar. Das Interesse der Versicherten, ihre Gesundheit oder Krankheit eigenverantwortlicher zu managen, ist groß. Bei der Bewertung dieser Angebote sind die Interessen und der Nutzen für die Versicherten in den Vordergrund zu stellen. Der Marktzugang entsprechender Produkte ist über das Medizinprodukterecht im Sinne des Daten- und Verbraucherschutzes gesetzlich adäquat zu gestalten. Gesundheits-Apps können durch falsche Empfehlungen, ungenaue Messungen oder unsachgemäße Therapievorschläge zu Nachteilen und Schäden bei den Nutzerinnen und Nutzern führen. Deshalb sollten Medizinprodukte-Apps in einer öffentlichen Datenbank mit strukturierten Angaben zu Leistungen und Risiken (Zweckbestimmung, Risikoklasse und Nutznachweis) hinterlegt sein. Potenzielle Anwenderinnen und Anwender müssen sich vor der Anwendung einer

Neue Wege der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung sollen eröffnet, Versorgungsprozesse modernisiert, Kommunikation und Service verbessert werden.

App über das Nutzen- und Schadenpotenzial der Anwendung informieren können.

Digitale Versorgungsangebote können den Weg in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung auf unterschiedliche Art finden: z. B. als digitale Angebote zur Primärprävention über den Leitfaden Prävention, als Hilfsmittel durch Aufnahme ins Hilfsmittelverzeichnis, als innovative Betreuungs- und Kommunikationswege in der ambulanten Versorgung durch den Bewertungsausschuss oder als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden über den G-BA. Ärztinnen, Ärzte und Krankenhäuser können ihr internes Management, ihre Dokumentations- und Kommunikationsinstrumente digital effizienter ausgestalten. Notwendig sind klare Rahmenbedingungen für die Zulassung und Kriterien für die Erstattungsfähigkeit. Den Besonderheiten der digitalen Anwendungen ist hierbei Rechnung zu tragen. Erforderlich ist ein konsistentes Regelwerk mit je nach Einsatzgebiet differenzierten Anforderungen: Datenschutz, Datensicherheit, Vertrauenswürdigkeit und Transparenz über Entwickler, Betreiber und Sponsoren sind dabei unverzichtbar. Bei einigen Anwendungen sind auch klinische Studien zum Nutznachweis unerlässlich, wie z. B. beim kontinuierlichen telemedizinischen Monitoring. Die digitalen Anwendungen, mit einer Bandbreite zwischen reinen Informationsangeboten und Instrumenten, die medizinische Entscheidungsprozesse und Interventionen verändern, sind auf ihre Risiken oder ihr Gefahrenpotenzial zu prüfen. Klarheit über Qualitäts- und Zulassungskriterien, Anforderungen an IT-Sicherheit und Datenschutz benötigen auch Entwickler digitaler Anwendungen.

Digitalkompetenz durch Aufklärung erhöhen

Eines der bedeutenden Potenziale der Digitalisierung ist es, durch mobile Endgeräte und die verbesserte Datenverfügbarkeit gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten sowie gesundheitliche und pflegerische Versorgungsprozesse zu

verbessern. Hier ist es eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, z. B. durch Schaffung der Infrastrukturvoraussetzungen und Bildungsprogramme, alle Anwenderinnen und Anwender in die Lage zu versetzen, Potenziale der Digitalisierung freiwillig nutzen zu können. Verarbeitbare und personalisierte Verbraucherdaten sind insbesondere für die anbietenden Unternehmen wertvoll. Eine wichtige Aufgabe ist deshalb auch, die Versicherten zu einer Digitalkompetenz im Hinblick auf die Nutzung ihrer Gesundheitsdaten zu befähigen. Als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung sind digitale Versorgungsleistungen barrierefrei zu etablieren.

Eine wichtige Aufgabe ist es, die Versicherten zu einer Digitalkompetenz im Hinblick auf die Nutzung ihrer Gesundheitsdaten zu befähigen.

Wichtig für die gesetzliche Krankenversicherung ist: Das Zählen von Schritten, verbrauchten Kalorien oder Sporteinheiten darf nicht dazu führen, dass persönliche Messdaten zu risikoadjustierten GKV-Beiträgen führen. Eines der Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung ist die solidarische, risikounabhängige Versicherung. Dieses Prinzip darf auch durch Digitalisierungsprozesse nicht infrage gestellt werden.

Telemedizin ausbauen - Fernbehandlungsverbot überprüfen

Digitale telemedizinische Anwendungen können Defizite bei Über- und Unterversorgung ausgleichen und Effizienzpotenziale realisieren. In ländlichen oder strukturschwachen Regionen kann die medizinische Versorgungssituation verbessert werden. Die Rahmenbedingungen sind so anzupassen, dass insbesondere die Kommunikation und Kooperation der gesundheitlichen Versorgung gestärkt, das Monitoring chronisch Kranker verbessert und die telemedizinische Unterstützung im Zusammenhang mit delegationsfähigen Tätigkeiten gefördert werden. Der Einsatz von Telemedizin darf ohne einen Nutzenzuwachs nicht automatisch mit zusätzlichen Kosten für die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler einhergehen. Vor dem Hintergrund begrenzter finanzieller

Ressourcen sind Einspareffekte durch bessere Kommunikation und verbesserte gesundheitliche und pflegerische Versorgungsprozesse zu realisieren oder mehr Zeit für die Behandlung der Patientinnen und Patienten zu generieren.

Telemedizin bietet die Möglichkeit, die Anzahl an persönlichen Arzt-Patienten-Kontakten zu reduzieren und einen Teil der Behandlung in Form einer Fernbehandlung vorzunehmen. Wichtig ist aber, auch in Zukunft eine unmittelbare medizinische Versorgung für die Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Auf Basis derzeit laufender Modell-

projekte ist zu prüfen, ob eine Anpassung des im Grundsatz weiterhin sinnvollen Fernbehandlungsverbots in den Berufsgesetzen der Ärztinnen und Ärzte vorgenommen werden soll. Sinnvolle Ausnahmetatbestände für die Zulässigkeit

medizinischer Fernbehandlungen sollten verbindlich geregelt werden.

Daten für bessere gesundheitliche Versorgung nutzen

Das deutsche Gesundheitssystem verfügt über einen Datenschatz, der ein großes Potenzial zur Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung birgt. Notwendig ist es deshalb, die gesetzlichen Rahmenbedingungen anzupassen, um

vorhandene Routinedaten für die Weiterentwicklung von gesundheitlichen Versorgungsangeboten zu nutzen. Versorgungsprozesse, Diagnose- und Therapieverfahren könnten verbessert werden, wenn die Verknüpfung von Daten aus verschiedenen Sektoren ermöglicht wird. Über die Nutzung individueller Patientendaten haben die Patientinnen und Patienten selbst zu entscheiden.

Bessere Grundlagen für Versorgungsforschung schaffen

Für die Versorgungsforschung stehen nur begrenzt und stets zweckgebundene Daten zur Verfügung. Insbesondere die Bereitstellung und Verknüpfung von Forschungsdaten, klinischen Daten und Daten aus der Patientenversorgung für die Forschung ist nicht möglich. Rechtliche Anpassungen sind notwendig, um vorhandene Daten besser für Versorgungsforschung und Steuerungsaufgaben im Gesundheitswesen nutzen zu können. Der Gesetzgeber ist aufgefordert, mit bundeseinheitlichen, transparenten und verbindlichen Datenschutzregelungen unter Beachtung der EU-Datenschutzgrundverordnung beim Umgang mit Gesundheitsdaten die Voraussetzungen für eine bessere gesundheitliche Versorgung zu schaffen.

Es ist notwendig, die gesetzlichen Rahmenbedingungen anzupassen, um vorhandene Routinedaten für die Weiterentwicklung von gesundheitlichen Versorgungsangeboten zu nutzen.

Nachhaltige Finanzierung sichern

Die gegenwärtig gute Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung hat es in den letzten Jahren ermöglicht, auch deutliche Zuwächse bei den Leistungsausgaben zu finanzieren. Für 2017 kommt entlastend hinzu, dass die Zuweisungen an die Krankenkassen um 1,5 Mrd. Euro aus der von den Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern aufgebauten Liquiditätsreserve erhöht werden. Diese Entlastung wird es bereits 2018 nicht mehr geben. Auch wenn die GKV derzeit kein Einnahmeproblem hat, ist es umso wichtiger, gesetzliche Vorkehrungen zu treffen, die die Versicherten auch im Falle konjunktureller Einbrüche vor zusätzlichen finanziellen Belastungen schützen. Die über die letzten Jahrzehnte beobachtbare strukturelle Lücke zwischen dem durchschnittlichen Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen einerseits und dem Anstieg der Ausgaben andererseits, der nicht zuletzt durch den medizinischen Fortschritt und die Weiterentwicklung einer qualitativ hochwertigen gesundheitlichen Versorgung verursacht wird, muss durch nachhaltige Strukturreformen überwunden werden. Dabei sollte die Hebung weiterhin vorhandener Effizienzreserven auf der Angebotsseite durch die Erweiterung wettbewerblicher Spielräume von Krankenkassen und Leistungserbringern eine zentrale Rolle spielen.

Bundesbeteiligung dynamisieren

Der Bund leistet zurzeit jährlich 14,5 Mrd. Euro an den Gesundheitsfonds zur Abgeltung der versicherungsfremden Leistungen der Krankenkassen. Die Bundesbeteiligung stellt damit keine staatliche Subvention für die Sicherstellung der originären Leistungen im Krankheitsfall, kein Almosen der Steuerzahlerinnen und Steuerzahler für gesetzlich Versicherte dar. Mit Blick auf die aus Sicht der Krankenkassen leidvollen Erfahrungen mit der mangelnden Beständigkeit der staatlichen Zahlungen fordert der GKV-Spitzenverband den Gesetzgeber auf, künftig gegenüber den Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern Stabilität und Verlässlichkeit zu wahren. Um eine ordnungspolitisch stringente Aufteilung der Finanzierungslasten zwischen Beitrags- und Steuerzahlenden zu

erreichen sowie um einer stetigen Entwertung der Bundesbeteiligung zu begegnen, ist die Bundesbeteiligung regelmäßig zu dynamisieren.

Maximalreserve für Gesundheitsfonds definieren

Durch vielfältige gesetzliche Regelungen wurden die von den Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern aufgebauten Reserven des Gesundheitsfonds sukzessive geschmälert. Hierzu gehören im Wesentlichen die Absenkung der Bundesbeteiligung in den Jahren 2013–2015 sowie die Finanzierung des Krankenhausstrukturfonds und des Innovationsfonds. In Teilen kam dieser Abbau nicht den Krankenkassen und ihren Versicherten, sondern dem Bundeshaushalt zugute. Um solche diskretionären gesetzlichen Maßnahmen für die Zukunft zu erschweren, sollten die Regelungen zur Höhe der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds um die bislang fehlende Definition einer Maximalreserve ergänzt werden. Wie auch für die Rücklagen der Krankenkassen jeweils Höchstgrenzen bestehen, sollte nach den Erfahrungen der letzten Jahre die Reserve des Gesundheitsfonds nach oben begrenzt werden. Zugleich ist ein gesetzlicher Mechanismus zu schaffen, der die Ausschüttung überschüssiger Liquidität im Gesundheitsfonds in einem geregelten Verfahren an die Krankenkassen sicherstellt.

Die Regelungen zur Höhe der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds sollten um die bislang fehlende Definition einer Maximalreserve ergänzt werden.

Beitragsbemessung bei „Solo-Selbstständigen“ reformieren

Zur solidarischen Beitragsfinanzierung gehört, dass einzelne Mitgliedergruppen finanziell nicht überfordert werden. Dies gilt auch für die anwachsende Gruppe der hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen, die zumeist selbst keine Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer beschäftigen („Solo-Selbstständige“) und vielfach beitragspflichtige Einnahmen deutlich unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze erzielen. Die geltenden Regelungen der Beitragsfestsetzung für selbststän-

dig Erwerbstätige, inklusive der gesetzlich vorgegebenen Mindestbemessungsgrenzen, wird der veränderten Lebens- und Einkommenssituation dieser Mitgliedergruppe nicht mehr gerecht. Die gesetzlichen Vorgaben sind daher so zu gestalten, dass eine finanzielle Überforderung manipulativ ausgeschlossen wird.

Angemessene Beiträge des Bundes für ALG-II-Beziehende

Beitragsgerechtigkeit erfordert, dass sich der Bund in allen Fällen der Beauftragung der Krankenkassen mit gesamtgesellschaftlichen, originär staatlichen Aufgaben unverändert seiner Finanzverantwortung stellt.

Die Sicherung des Lebensunterhalts Bedürftiger obliegt originär den staatlichen Trägern der Sozialhilfe bzw. der Grundsicherung.

Dies gilt auch im Hinblick auf die gesetzlich versicherten Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II. Die Sicherung des Lebensunterhalts Bedürftiger obliegt originär den staatlichen Trägern der Sozialhilfe bzw. der Grundsicherung. Bestandteil der Sicherung des Existenzminimums ist die notwendige Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung. Zur Sicherung des Lebensunterhalts wird an erwerbsfähige Leistungsberechtigte Arbeitslosengeld II als steuerfinanzierte staatliche Fürsorgeleistung gezahlt; Hilfen zur Gesundheit zählen nicht zu den Leistungen der Grundsicherung. Stattdessen wurde der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Schaffung einer gesetzlichen Versicherungspflicht die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung übertragen. Dies kommt einer Beauftragung der Krankenkassen gleich und darf nicht mit einer Lastverschiebung vom Bund auf die Solidargemeinschaft der gesetzlich Versicherten einhergehen. Die gegenwärtig gezahlte Monatspauschale von rund 97 Euro ist nicht annähernd ausgabendeckend.

Den Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern der gesetzlichen Krankenversicherung werden vom Staat erhebliche finanzielle Lasten in Milliardenhöhe aufgebürdet. Der GKV-Spitzenverband fordert daher die Zahlung angemessener Beiträge für die gesetzlich versicherten ALG-II-Beziehenden durch den Bund.

Kein weiterer Verschiebepbahnhof durch Reform des Sozialen Entschädigungsrechts

Seit Jahrzehnten sind die Krankenkassen verlässliche Partner der Träger des Sozialen Entschädigungsrechts (u. a. Kriegsopferversorgung, Entschädigung der Opfer ziviler Gewalt). Im Auftrag der zuständigen Träger erbringen sie dienstleistungsorientiert und verwaltungswarm Leistungen der Krankenbehandlung gegen Erstattung der Aufwendungen. Mit Blick auf die geplante Reform des Sozialen Entschädigungsrechts (SGB XIII) unterstützt die gesetzliche Krankenversicherung den diskutierten Ansatz, dass die Krankenkassen die Leistungen auch weiterhin als Beauftragte für die zuständigen Verwaltungsbehörden erbringen sollen. So kann sinnvollerweise auf ein etabliertes und funktionsfähiges System zur Versorgung der Geschädigten zurückgegriffen werden, ohne ein weiteres Leistungssystem schaffen zu müssen. Die Leistungserbringung muss jedoch weiterhin in vollem Umfang als Auftragsleistung gegen Kostenerstattung und Verwaltungskostenersatz ausgestaltet werden. Der Versuch, eine Kostenerstattung für GKV-Versicherte nur noch bei ergänzenden Entschädigungsleistungen vorzusehen, die über die GKV-Leistungen hinausgehen, stößt bei den beauftragten Krankenkassen auf deutlichen Widerspruch. Bei der Ausgestaltung der Reform des Sozialen Entschädigungsrechts darf kein erneuter Verschiebepbahnhof zulasten der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler entstehen.

Morbi-RSA für funktionsfähigen Wettbewerb unerlässlich

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sind die wettbewerbliche Ausgestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung und die hierfür notwendige Anbietervielfalt zu fördern. Wesentliche Voraussetzung für die Verwirklichung eines funktionsfähigen Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung ist – neben Kontrahierungszwang der Krankenkassen und einheitlichem Leistungskatalog – ein Risikostrukturausgleich. Unabhängig von aktueller Kritik an einzelnen Aspekten des bestehenden Ausgleichsverfahrens herrscht unter den Krankenkassen Einigkeit darüber, dass ein Risikostrukturausgleich notwendig ist, um Risikoselektion, wie z. B. einen Wettbewerb um Gesunde, zu vermeiden. Zugleich ist es Konsens, dass kein vollständiger Ausgleich der Ausgaben angestrebt werden soll, um die notwendigen Wirtschaftlichkeitsanreize zu erhalten. Nach Vorlage des Sondergutachtens 2017 des Wissenschaftlichen Beirats zur Überprüfung der Wirkungen des Morbi-RSA und zur empirischen Abschätzung der Folgen relevanter Vorschläge zur Veränderung desselben sind identifizierte Verbesserungspotenziale hinsichtlich Funktion, Zielgenauigkeit und Manipulationsresistenz des RSA-Verfahrens wettbewerbspolitisch ausgewogen und möglichst belastungsgerecht umzusetzen. Gleichmaßen sind entsprechende Erkenntnisse der Gutachten zu den Bereichen „Krankengeld“ und „Auslandsversicherte“ umzusetzen. Ausgewogene und belastungsgerechte Anpassungen des Verfahrens können zur Erhöhung der Akzeptanz des Risikostrukturausgleichs innerhalb der Krankenversicherung beitragen.

Die Versicherten- und Arbeitgebervertreterinnen und -vertreter der AOK lehnen die Forderungen ab, dass über den Morbi-RSA die Anbietervielfalt gefördert und der Morbi-RSA selbst belastungsgerecht umgesetzt werden sollen. Diese Forderungen werden der dem Morbi-RSA zugrunde liegenden Gesetzesintention nicht gerecht.

Keine Lösung von PKV-Problemen auf Kosten der GKV

Bei Lösungen, die die gesamte Infra- und Versorgungsstruktur des Gesundheitswesens betreffen, mehren sich die Versuche, die Probleme der PKV auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung zu lösen. So wird beispielsweise die PKV am Strukturfonds zur Reform der Krankenhauslandschaft nicht beteiligt, obwohl sie gleichermaßen vom Abbau der Überkapazitäten profitiert. Sofern in der nächsten Legislaturperiode weitere Maßnahmen zur Verbesserung der Infra- und Versorgungsstruktur im Gesundheitswesen zu finanzieren sind, darf dies nicht erneut zu einer Lösung von PKV-Problemen auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung geschehen.

Unter den Krankenkassen besteht Einigkeit darüber, dass ein Risikostrukturausgleich notwendig ist, um Risikoselektion, wie z. B. einen Wettbewerb um Gesunde, zu vermeiden.

Krankenhausversorgung - Qualitativ hochwertig und wirtschaftlich organisieren

Investitionsfinanzierung sichern und Krankenhausplanung neu strukturieren

Das Problem der rückläufigen Investitionsfinanzierung der Länder ist weiterhin ungelöst.

Die Länder finanzieren bundesdurchschnittlich weniger als 5 Prozent der Krankenhauskosten. Die Investitionsförderung der Länder beträgt weniger als 3 Mrd. Euro. Da dies weit unter dem Investitionsbedarf in Höhe von ca. 6 Mrd. Euro liegt, wird die DRG-

Fallpauschalenvergütung zur Investitionsfinanzierung genutzt. Mittel der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler werden dadurch zweckentfremdet. Die Länder müssen ihrer Investitionsverpflichtung mit einer für die Krankenhäuser bedarfsgerechten Investitionsquote nachkommen. Bemerkenswert ist, dass mit der zunehmenden Übernahme der Finanzierungslast durch die Krankenkassen keineswegs zusätzliche Mitspracherechte einhergehen. Deutschland braucht eine neue zukunftsorientierte Steuerung von Krankenhausleistungen.

Ein erster Paradigmenwechsel zeichnet sich an mehreren Stellen bereits ab. Der G-BA hat neue Aufgaben, die die Krankenhausplanung tangieren. Beispielsweise wurden Vorgaben zu Sicherstellungszuschlägen und zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren beschlossen. Der Länderplanung der Kapazitäten sollte eine Bundesplanung über den G-BA an die Seite gestellt werden, um Fehlentwicklungen zu korrigieren. Der Grundsatz „Gleicher Preis für gleiche Leistung“ im DRG-System ist mit bundeseinheitlichen Vorgaben zu flankieren. Auch die Zentrumsversorgung und die Konzentration von Kapazitäten und Leistungsspektrum sollten im G-BA bundeseinheitliche Rahmenvorgaben erhalten.

Die Länder müssen ihrer Investitionsverpflichtung mit einer für die Krankenhäuser bedarfsgerechten Investitionsquote nachkommen.

Sicherstellung notwendiger Strukturen - Überkapazitäten abbauen

In dünn besiedelten Gebieten gibt es immer wieder Kliniken, die aufgrund des geringen Versorgungsbedarfs die Leistungen, die für die medizinische Basisversorgung der Bevölkerung notwendig sind, nicht kostendeckend erbringen können. Damit diese Kliniken nicht schließen müssen, sondern weiterhin für die Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung stehen, gibt es Zuschläge. Die gemeinsame Selbstverwaltung hat mit dem Beschluss des G-BA zu diesen Sicherstellungszuschlägen einen echten Meilenstein zur dauerhaften Sicherstellung der wohnortnahen stationären Versorgung erreicht. Damit ist die Voraussetzung für die Versorgung in dünnbesiedelten Gebieten erfüllt. Dazu gehört aber auch vice versa der Abbau von Überkapazitäten in Ballungsgebieten. Mehrfachvorhaltungen sind unwirtschaftlich. Dadurch stünden auch mehr qualifizierte Pflegekräfte für eine patientengerechte Versorgung zur Verfügung, da sich diese auf weniger Krankenhäuser verteilen würden. Freiwillige Marktaustrittsentscheidungen sind nicht ausreichend. Es bedarf verbindlicher Vorgaben zu den Planungskriterien.

Ausgabenentwicklung in den Griff bekommen - Krankenhauspreise neu ordnen

Die Ausgaben für die stationäre Versorgung steigen weiterhin jährlich um ca. 3 Mrd. Euro. Davon ist lediglich ein Drittel demografiebedingt zu erklären. Historisch hohe Grundlohnraten der vergangenen Jahre - und damit einhergehend eine hohe Steigerung des Preises für Krankenhausleistungen - wiegen das System in falscher Sicherheit, bilden aber nicht die tatsächlichen Kostenveränderungen ab. Anders als die Krankenhausvertreter behaupten, finanzieren die Krankenkassen die Betriebskosten nicht nur in vollem Umfang, es findet sogar eine Überzahlung in Höhe von jährlich bis zu 1 Mrd. Euro aufgrund der sogenannten Meistbegünstigungsklausel statt. Die Krankenkassen finanzieren die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen nämlich auch

dann, wenn die tatsächliche Kostensteigerung der Krankenhäuser inklusive der Tarifentwicklungen eine geringere Steigerungsrate aufweist. Dieser falsche Preissetzungsmechanismus muss abgeschafft werden.

Bei den zahlreichen gesetzlichen Anpassungen im Bereich der Krankenhausfinanzierung der vergangenen Jahre wurde kein klares ordnungspolitisches Ziel verfolgt. Eine Neuadjustierung der Preisbestimmung ist angezeigt, um den langjährig unbegründeten Anstieg der Landesbasisfallwerte – über die tatsächlichen Kosten der Krankenhäuser hinaus – zu begrenzen.

Pflegequalität im Krankenhaus garantieren

Die medizinische und pflegerische Krankenhausversorgung ist in erster Linie auf die Patientinnen und Patienten auszurichten. Dazu gehört auch, eine ausreichende Ausstattung mit Pflegepersonal in den Kliniken zu gewährleisten. In den letzten Jahren ist zunehmend zu beobachten, dass insbesondere bei der Pflege eingespart wurde. Erste Schritte zur Verbesserung der Personalausstattung sind eingeleitet und müssen nun entsprechend nachhaltig umgesetzt werden. Wichtig ist, dass die hierfür zusätzlich zur Verfügung gestellten Mittel tatsächlich dazu verwendet werden, mehr Pflegekräfte einzustellen. Das Mehr an Pflege muss bei den Patientinnen und Patienten ankommen. Für qualitätskritische Bereiche und Situationen (z. B. Nachtschicht) sollten Anhaltswerte definiert und deren Einhaltung überprüfbar gemacht werden.

Mindestmengen müssen verbindlich sein – keine Ausnahmen bei Qualität

Mindestmengen sind ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung. Sie dienen der Patientensicherheit. Durch Ausschluss von Gelegenheitsversorgung werden Risiken und Schaden von Patientinnen und Patienten abgewendet, indem ein Mindestmaß an Erfahrung und Routine von den Kliniken verlangt wird. Gelegenheitsversorger sind insbesondere bei hochkomplexen Leistungen ein

Sicherheitsrisiko für Patientinnen und Patienten. Ausnahmetatbestände für Mindestmengen darf es nicht geben. Diese machen die Mindestmengenregelung in ihrer Umsetzung unwirksam. Wenn die Qualität des Behandlungsergebnisses nachgewiesenermaßen von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist und daher eine bestimmte Mindestmenge vom G-BA festgelegt wird, dann mindern Ausnahmetatbestände unterhalb der festgelegten Mindestmenge diese sofort wieder. Wer die Mindestmenge nicht erfüllt, darf die Leistung nicht erbringen. Qualitätsvorgaben unterstützen den Patientenschutz. Daher muss eine größtmögliche öffentliche Transparenz für Patientinnen und Patienten über die erbrachten Mindestmengen geschaffen werden.

Wer die Mindestmenge nicht erfüllt, darf die Leistung nicht erbringen. Qualitätsvorgaben unterstützen den Patientenschutz.

Psychiatrie – Transparenz über Versorgungsgeschehen herstellen

Bis heute gibt es keine Transparenz über das Leistungsgeschehen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen und damit über die dortige Patientenversorgung. Es ist nicht nachzuvollziehen, welche Therapien mit welchem Erfolg eingesetzt werden. Dies ist epidemiologisch und versorgungspolitisch hochproblematisch, beispielsweise bei teilweise riskantem Einsatz von Psychopharmaka. Die vom Gesetzgeber vorgegebene Weiterentwicklung der Operationen- und Prozedurenschlüssel scheitert am Widerstand der Krankenhäuser und Fachgesellschaften. Das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information ist aufzufordern, transparenzverbessernde Maßnahmen zum Zwecke der Qualitätssicherung verbindlich zu erlassen.

Ambulante Versorgung zukunftsfest gestalten

Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung am Bedarf der Patientinnen und Patienten orientieren

In der vertragsärztlichen Versorgung existieren Über- und Unterversorgung nebeneinander. Während in ländlichen oder strukturschwachen Regionen ein Mangel an Hausärztinnen und -ärzten und perspektivisch an fachärztlicher Grundversorgung zu beobachten ist, herrscht in Ballungsgebieten nahezu flächendeckend Überversorgung. Der Abbau der Überversorgung ist und bleibt ein entscheidendes Mittel zur Verringerung von ungleichen Zugangsmöglichkeiten zu einer am Bedarf orientierten vertragsärztlichen Versorgung. Das Nachbesetzungsverfahren der vertragsärztlichen Versorgung zementiert nach wie vor bestehende Verteilungsprobleme.

Möglichkeiten für befristete Zulassungen müssen erweitert und kooperative Versorgungsformen systematisch gestärkt werden.

Eine einmal erhaltene Zulassung darf nicht quasi vererbt und verkauft und der Status quo für alle Zeiten festgeschrieben werden. Ein gutes Versorgungssystem muss sich an veränderte Anforderungen anpassen können. Geboten ist deshalb eine deutlich stringenterer Aufkaufregelung für Arztpraxen durch die KVen, wenn die Arztpraxen aus Altersgründen aufgegeben werden. Daneben müssen die Möglichkeiten für befristete Zulassungen erweitert und kooperative Versorgungsformen wie Medizinische Versorgungszentren systematisch gestärkt werden. Notwendig sind auch Anreize für Medizin-Studierende, die sich für eine spätere insbesondere hausärztliche Tätigkeit in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten interessieren. Das Potenzial nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe muss künftig wesentlich besser genutzt werden.

Krankenhausambulanzen als regionale Gesundheitszentren im ländlichen Raum

Der Zugang zur ambulanten Versorgung darf nicht vom Wohnort abhängen. Wo Versorgungsprobleme bestehen, insbesondere in ländlichen Regionen mit schwierigen infrastrukturellen Bedingungen, sollen die KVen Krankenhäuser gezielt in die Versorgung einbeziehen. Hierfür können ambulante Versorgungsstrukturen, zum Beispiel als Medizinische Versorgungszentren, an Krankenhäusern etabliert werden. Dadurch könnten verschiedene Versorgungsangebote an zentralen Orten gebündelt werden, die so für die Versicherten eine bestmögliche Erreichbarkeit böten. Durch die Konzentration mehrerer Fachgebiete unter einem Dach ist gleichzeitig eine besser abgestimmte Versorgung möglich. Die örtliche Bindung der regionalen Gesundheitszentren an die Krankenhäuser ermöglicht es, das Krankenhaus als medizinischen Standort in der Region zu stärken. Bestehen Versorgungsdefizite fort, sind Vergütungsanreize zu setzen, um in unterversorgten Regionen eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen. Finanziert werden sollten diese durch entsprechende Preisabsenkungen in Regionen mit erheblichen Überkapazitäten.

Generalisten in die Fläche, Spezialisten sektorenübergreifend

Der Trend zur Spezialisierung erweitert die ambulanten Versorgungsmöglichkeiten stetig. Das ist grundsätzlich eine gute Entwicklung für die Versicherten. Es darf dabei aber nicht vergessen werden, dass die wohnortnahe Versorgung durch Generalisten den Kern der ambulanten Versorgung darstellt. Entsprechend darf die Spezialisierung nicht zulasten der hausärztlichen und grundversorgenden fachärztlichen Versorgung gehen. Wo Spezialisierung sinnvoll ist, müssen ihr jedoch auch die Angebotsstrukturen folgen. Spezialisierung bedeutet nicht nur eine stärkere fachliche Fokussierung von Vertragsärztinnen und -ärzten. Ganz wesentlich ist es, das ambulante Potenzial im stationären Sektor zu realisieren. Unter Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten

ist es sinnvoll, die spezialisierte ambulante Versorgung stärker zu konzentrieren, teamorientiert auszurichten und als gemeinsamen Versorgungsbereich von Vertragsärztinnen und -ärzten sowie Krankenhausambulanzen weiterzuentwickeln. Eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung der Versorgungsstrukturen durch den G-BA und zeitlich befristete und leistungsbezogene Versorgungsaufträge in der Zuständigkeit eines paritätisch besetzten erweiterten Landesausschusses sind hierfür zu etablieren.

Vergütungsregeln zukunfts fest entwickeln

Die parallel mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich im Jahr 2009 eingeführte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung hat sich als funktionsfähig erwiesen. Die Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen ist erfolgreich umgesetzt worden. Bei der Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsrate durch das Institut des Bewertungsausschusses zur jährlichen Anpassung der Vergütungen ist aber nicht gewährleistet, dass ausschließlich morbiditätsbezogene Einflussfaktoren berücksichtigt werden. So fließen heute bspw. auch Kodiereffekte oder die Veränderung administrativer Vorgaben zur Kodierung in die Veränderungsrate mit ein. Daher ist es erforderlich, nicht durch Morbiditätsveränderungen bedingte Einflüsse bei der Bestimmung der Veränderungsrate auszuschalten. Der Bewertungsausschuss Ärzte sollte daher einen Auftrag zur Festlegung eines entsprechenden Verfahrens bekommen. Zu einer korrekten Abbildung von Morbiditätsveränderungen trägt die verpflichtende Einführung von Kodierrichtlinien bei. Die Verfahren für die Anpassung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung müssen zukunfts fest, transparent und verursachergerecht ausgestaltet werden.

Transparenz über ambulante Versorgungsqualität verbessern

Patientinnen und Patienten müssen in die Lage versetzt werden, sich auf Grundlage von Informationen über die ambulante Versorgungsqualität für eine medizinische Versorgung entscheiden zu können. Hierzu bedarf es einer Dokumentation der ambulanten Versorgungsdaten, die den Patientinnen und Patienten sowie Krankenkassen in geeigneter Form zur Verfügung gestellt werden. Ziel ist die Veröffentlichung von praxisbezogenen Qualitätsberichten.

Patientinnen und Patienten müssen in die Lage versetzt werden, sich auf Grundlage von Informationen über die ambulante Versorgungsqualität für eine medizinische Versorgung entscheiden zu können.

Zahnmedizin – Schutz vor finanzieller Überforderung für GKV-Versicherte

Der Trend einer sich kontinuierlich verbessernden Mundgesundheit in Deutschland setzt sich weiter fort. Damit wird nicht zuletzt das hohe Qualitätsniveau der zahnmedizinischen präventiven und konservierend-chirurgischen Versorgung belegt, zu der die gesetzliche Krankenversicherung sowohl mit der Finanzierung als auch mit der Leistungsdefinition den entscheidenden

Die Steigerungssätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) müssen im SGB V gesetzlich begrenzt werden.

Beitrag leistet. Problematisch ist der steigende Anteil privat zu finanzierender Leistungen, insbesondere infolge des Festzuschuss-Systems beim Zahnersatz. Die finanzielle Überforderung der Versicherten muss beendet werden.

Deshalb müssen die Steigerungssätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) im SGB V gesetzlich begrenzt werden, wie dies schon für den Zahlungsanspruch bei Mehrkosten vorgeschrieben wurde. Eine vom Versicherten gewünschte Mehrleistung darf nicht dazu führen, dass die gesamte Versorgung privat abgerechnet wird. Die Mehrleistungen in der GOZ müssen

gesondert abgebildet und die Zahnärztinnen und -ärzte verpflichtet werden, bei GKV-Versicherten nicht mehr als diese Ergänzungen zur Regelversorgung über die GOZ abzurechnen. Inhalte und Umfang der Regelversorgung für Zahnersatz sind weiterhin in geeigneten Zeitabständen zu überprüfen und an die zahnmedizinische Entwicklung anzupassen. Um Transparenz über das Versorgungsgeschehen herstellen zu können, sollten die Krankenkassen sowohl bei der Planung als auch bei der Abrechnung Kenntnis über die erbrachten außervertraglichen Leistungen erhalten. Nur durch Transparenz über das Versorgungsgeschehen kann eine qualifizierte Beratung durch Krankenkassen erfolgen und die am zahnmedizinischen Bedarf orientierte Versorgung für die Patientinnen und Patienten in der gesetzlichen Krankenversicherung weiterentwickelt werden. Wie bei den Vertragsärztinnen und -ärzten ist auch bei den Vertragszahnärztinnen und -zahnärzten die Transparenz über die ambulante Versorgungsqualität zu verbessern.

Heilmittelversorgung - Transparenz und Wirtschaftlichkeit verbessern

Im Heilmittelbereich ist ein Ausgabenanstieg deutlich über der durchschnittlichen Steigerungsrate der gesetzlichen Krankenversicherung zu verzeichnen. Die letzten Vergütungsanpassungen durch die Einführung von Preisuntergrenzen in den Ländern sowie die befristete Entkoppelung der Heilmittelpreise von der Grundlohnsumme werden zu weiteren spürbaren Mehrausgaben führen. Zugleich ist zu erwarten, dass neben der Preis- auch die Mengenentwicklung demografiebedingt über dem Wachstum der vergangenen Jahre liegen wird.

Vor dem Hintergrund der Ausgaben- und Mengendynamik im Heilmittelmarkt sollten frühzeitig die Weichen für patientenorientierte Verbesserungen bei gleichzeitiger Wirtschaftlichkeit gestellt werden. Daher sind die Möglichkeiten zur Versorgungssteuerung im Heilmittelbereich auszubauen. Eine wichtige Voraussetzung hierfür bildet eine größere Transparenz über das tatsächliche Versorgungsgeschehen. Die bestehenden Regelungen für den Heilmittelbereich reichen nicht aus, vorhandener oder absehbarer Über- oder Unterversorgung sachgerecht entgegenwirken zu können.

Ausbildung der Heilmittelerbringer aufwerten

Aktuell soll eine stärkere Therapieverantwortung der Heilmittelerbringer im Rahmen von Modellvorhaben zur Blankoverordnung erprobt werden. Damit einher geht auch die Verantwortung für eine wirtschaftliche Versorgung. Die aktuellen Berufsgesetze vermitteln allerdings keine ausreichenden Kenntnisse zur eigenverantwortlichen Planung und Durchführung der Heilmitteltherapie. Daher muss die Ausbildung der Heilmittelerbringer weiterentwickelt und an die Erfordernisse der Heilmittel-Richtlinie des G-BA angepasst werden. Die Ausbildung für die Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten muss so angepasst werden, dass sie mit ihrer Ausbildung umfassende Kenntnisse nachweisen können, um GKV-Leistungen im Heilmittelbereich erbringen zu können.

Die bestehenden Regelungen für den Heilmittelbereich reichen nicht aus, vorhandener oder absehbarer Über- oder Unterversorgung sachgerecht entgegenwirken zu können.

Evidenz über Heilmittelleistungen patientenorientiert verbessern

Aus Sicht der Versicherten ist ein Nutznachweis im Heilmittelbereich anzustreben. Bislang wurden die in der Heilmittelrichtlinie gelisteten Leistungen nicht auf ihren medizinischen Nutzen geprüft. Für eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Heilmittelversorgung ist es bedeutsam, Transparenz zu schaffen. Modellvorhaben sollten hierzu einen Beitrag leisten.

Qualität und Finanzierbarkeit der Arzneimittelversorgung sichern

Transparenz über Nutzen und Preise von Arzneimitteln

Den Patientinnen und Patienten sichert das deutsche Gesundheitssystem eine bezahlbare Arzneimittelversorgung auf einem hohen Qualitätsniveau. Neue Arzneimittel stehen unmittelbar nach ihrer Markteinführung zur Verfügung. Entscheidend ist aus Patientensicht auch, dass die Arzneimitteltherapiesicherheit gewährleistet ist. Für Patientinnen und Pa-

tienten, Beitragszahlende und Behandelnde bleibt die Transparenz über den Nutzen und den Preis von Arzneimitteln unerlässlich, um eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Arzneimittelversorgung auch zukünftig zu sichern. Das bereits vorgesehene Arztinformationssystem ermöglicht eine qualitativ hochwertigere Verordnung und bedeutet zugleich eine größere Rechtssicherheit. Das Arztinformationssystem wird der Regressgefahr vorbeugen, indem bereits bei der Verordnung die Beschlüsse des G-BA und damit Qualität und Wirtschaftlichkeit abgebildet werden. Hinweise zur Wirtschaftlichkeit bei der Verordnung des Arzneimittels sowie eine neue Klassifikation zu Patientengruppen müssen zukünftig gewährleistet sein. Zudem muss die Industrieunabhängigkeit gewahrt bleiben.

Rückwirkung des Erstattungsbetrages ab dem ersten Tag

Die unterschiedlichen Segmente im Arzneimittelmarkt werden sachgerecht durch bestehende Regulierungsinstrumente berücksichtigt. Einen zentralen Baustein bilden dabei die Nutzenbewertung und die Erstattungsbetragsverhandlungen. Das Grundprinzip dieses Verfahrens hat sich bewährt. Zuletzt wurden mehrere wesentliche Anpassungen vorgenommen. Dabei wurde allerdings die Chance verpasst, die Fehlanreize durch die beliebige Preisbildung für neue Arzneimittel im ersten Jahr nach Markteinführung zu beheben. Hier bedarf es einer generellen Rückwirkung

des Erstattungsbetrages ab dem ersten Tag, um „Mondpreise“ zu verhindern. Auch für patentgeschützte Bestandsmarktarzneimittel ist die Nutzenbewertung mit anschließender Erstattungsbetragsverhandlung notwendig. Hilfsweise ist der Fortbestand des Preismoratoriums erforderlich.

Nutzenorientierte indikationsspezifische Preise ermöglichen

Bei Arzneimitteln, die der G-BA in seinen Beschlüssen in mehrere Patientengruppen mit unterschiedlichen Zusatznutzenausprägungen unterteilt, kann ein differenzierter Zusatznutzen bisher nicht in differenzierten Erstattungsbeträgen abgebildet werden. Der einheitliche Erstattungsbetrag kann nicht für alle Patientengruppen gleichermaßen wirtschaftlich sein. Notwendig sind daher differenzierte Abrechnungspreise nach Patientengruppen. Der Abrechnungspreis für Patientinnen und Patienten mit Zusatznutzen sollte auf Basis des Zusatznutzens vereinbart werden. Dem entgegen darf der Abrechnungspreis für Patientengruppen ohne Zusatznutzen nicht zu höheren Jahrestherapiekosten führen als die wirtschaftlichste zweckmäßige Vergleichstherapie. Für Kombinationstherapien der personalisierten Medizin im Bereich der Immunologie und Onkologie sind weitere Elemente der Preisregulierung vordringlich, damit diese Therapien nachhaltig finanzierbar bleiben und keine Zugangseinschränkungen in Kauf genommen werden müssen.

Anbieterwettbewerb bei biologischen Arzneimitteln steigern

In den nächsten Jahren wird eine große Anzahl umsatzstarker biologischer Arzneimittel patentfrei. Zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit ist der Anbieterwettbewerb in diesem Marktsegment zu steigern. Für biologische Arzneimittel, die bisher keiner effektiven Regulierung unterliegen, sollten neue Steuerungsinstrumente geschaffen werden. Für preisgünstige biologische Arzneimittel oder biologische Arzneimittel, für die Selektivverträge bestehen, sind verpflichtend im Rahmen der regionalen Arzneimittelvereinbarungen

Der einheitliche Erstattungsbetrag kann nicht für alle Patientengruppen gleichermaßen wirtschaftlich sein. Notwendig sind daher differenzierte Abrechnungspreise nach Patientengruppen.

Wirtschaftlichkeitsziele und Zielquoten zu vereinbaren. Die bestehenden Rahmenbedingungen für Selektivverträge sind dabei ohne Einschränkungen aufrechtzuerhalten. Der G-BA sollte die Aufgabe erhalten, zu regeln, welche biologischen Arzneimittel in der Apotheke untereinander substituiert werden können.

Beschleunigte Zulassung nur im Ausnahmefall

Derzeit wird in der europäischen Zulassungsbehörde darüber diskutiert, einen frühzeitigeren und schrittweisen Zugang zu neuen Arzneimitteln zu ermöglichen. Die vorgeschlagene Veränderung der Zulassung ist hoch umstritten, denn die Beschleunigung des Marktzugangs bringt Risiken für die Patientinnen und Patienten mit sich. Eine beschleunigte Zulassung von Arzneimitteln sollte aus diesem Grund eine Ausnahme bleiben.

Rabattverträge und Festbeträge sind unverzichtbar

Unverzichtbar zur Erschließung von Effizienzreserven sind Rabattverträge zwischen Krankenkassen und Pharmaunternehmen. Zuletzt wurden Einschnitte bei den Rabattverträgen der Krankenkassen vorgenommen. In der neuen Legislaturperiode bedarf es einer Stärkung der selektivvertraglichen Gestaltungsspielräume der Krankenkassen mit Rabattverträgen. Festbeträge sind ein Garant für qualitativ hochwertige und finanzierbare Arzneimittel und daher uneingeschränkt beizubehalten.

Apothekenmarkt liberalisieren und Transparenz über die Vergütungen schaffen

Um auch künftig eine sichere, zeitnahe und wirtschaftliche Versorgung mit Arzneimitteln zu gewährleisten, ist der Apothekenmarkt zukunftsfähig und patientenorientiert weiterzuentwickeln. Die Vertriebsstruktur im Apothekenmarkt ist so anzupassen, dass eine bedarfsgerechte Arzneimittelversorgung der Patientinnen und Patienten auch in Regionen mit einer geringeren Bevölkerungsdichte sichergestellt bleibt. Jede Form der

Arzneimittelabgabe muss sich zuvorderst am Bedarf der Patientinnen und Patienten messen lassen. Ein ergänzender Versandhandel stellt deshalb ein geeignetes Mittel dar, dieses Ziel zu erreichen. Eine Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbotes ist aus Markt- und Wettbewerbsgründen geboten. Mit den kontinuierlich wachsenden Ausgaben für Arzneimittel ist auch die Apothekenvergütung gestiegen. Dringend verbessert werden muss jetzt die Transparenz über das Vergütungsgeschehen, um auf der Grundlage von Patientenbedarfen die Vergütungen angemessen gestalten zu können. Ohne diese Transparenz dürfen in Zukunft nicht mehr - wie in der Vergangenheit mehrfach durch den Gesetzgeber geschehen - Apothekenvergütungen angepasst werden.

Dringend verbessert werden muss die Transparenz über das Vergütungsgeschehen, um auf der Grundlage von Patientenbedarfen die Vergütungen angemessen gestalten zu können.

Innovationen fördern

Früher Innovationszugang unter Studienbedingungen

Innovative nicht-medikamentöse Behandlungsmethoden im Krankenhaus müssen künftig systematisch auf ihren Nutzen überprüft

werden, bevor sie in die Regelversorgung gelangen. Die bestehenden Regelungen sind in ein System zu überführen, das einen frühen Innovationszugang unter Studienbedingungen sichert.

Um die Patientensicherheit zu verbessern, muss gesetzlich geregelt sein, dass neue Methoden, die lediglich das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative aufweisen, ausschließlich im Rahmen von Erprobungsstudien angewendet werden dürfen.

Innovative nicht-medikamentöse Behandlungsmethoden im Krankenhaus müssen künftig systematisch auf ihren Nutzen überprüft werden, bevor sie in die Regelversorgung gelangen.

Patientensicherheit bei risikobehafteten Medizinprodukten erhöhen

Die derzeitige Regelung, nach der einzelne Medizinprodukte hoher Risikoklassen mit besonders invasivem Charakter in Krankenhäusern einer systematischen Bewertung und Erprobung durch den G-BA zugeführt werden müssen, erfasst nur einen sehr kleinen Ausschnitt der Versorgungsrealität.

Die Regelung ist auf alle Methoden, die aufgrund eines neuen Wirkprinzips oder einer neuen Art der Anwendung eine Änderung des Behandlungsablaufs von Patientinnen und Patienten zur Folge haben auszuweiten.

Infrastruktur für forschereinisierte und industrieunabhängige klinische Studien verbessern

Bisher ist der Forschungsstandort Deutschland noch zu wenig auf die Durchführung klinischer Studien ausgerichtet. Die Infrastruktur für forschereinisierte und industrieunabhängige klinische Studien ist durch geeignete, mit Steuergeldern finanzierte Fördermaßnahmen zu verbessern und zu verstetigen.

Prävention ist gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Krankenkassen werden ihrer Verantwortung gerecht und bauen Präventionsangebote aus

Die gesetzliche Krankenversicherung ist seit Jahren ein verlässlicher Erbringer und Finanzier hochwertiger präventiver und gesundheitsförderlicher Leistungen. Insgesamt wenden die Krankenkassen für präventive und gesundheitsfördernde Leistungen pro Jahr 5,6 Mrd. Euro und damit etwa die Hälfte der Gesamtausgaben in diesem Bereich auf. Prävention und Gesundheitsförderung gehen jedoch weit über das Spektrum der von der gesetzlichen Krankenversicherung finanzierten Leistungen hinaus. Während der von den Krankenkassen finanzierte Anteil an den Aufwendungen für Prävention und Gesundheitsförderung ständig gestiegen ist, hat der Anteil der öffentlichen Hand kontinuierlich abgenommen. Auch das Präventionsgesetz hat – trotz begrüßenswerter Ansätze für die Verbesserung von Qualität, Nachhaltigkeit und Kooperation der Verantwortlichen – im Wesentlichen nur die Aufgaben und Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung erhöht, ohne für die Aufgaben und Leistungspflichten der übrigen Verantwortlichen verbindliche Vorgaben zu machen. Prävention und Gesundheitsförderung müssen in Deutschland als gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgaben mit hoher und gesicherter Leistungsqualität etabliert werden. Die offensichtlichen Schwächen bei der Verhältnisprävention konterkarieren die Anstrengungen der Krankenkassen und müssen konsequent angegangen werden. Eine gesamtgesellschaftlich fundierte Präventionsstrategie erfordert insbesondere eine aufgabengerechte und gesicherte Finanzierung durch alle Zuständigen und Verantwortlichen auf allen föderalen Ebenen. Hierzu bedarf es einer Gesetzgebung die von Bund und Ländern gleichermaßen getragen wird.

Keine Finanzierung der BZgA durch Beitragsgelder

Mit dem Präventionsgesetz wurde die verpflichtende Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) festgeschrieben, Krankenkassen bei der Durchführung von Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen in Lebenswelten zu unterstützen. Diese Beauftragung stellt eine grobe Verletzung des grundgesetzlichen Gebots eigenverantwortlicher Aufgabenwahrnehmung der Sozialversicherungsträger dar. Das Grundgesetz verlangt eine Trennung der selbstverwalteten gesetzlichen Krankenversicherung von der Staatsverwaltung. Beitragsgelder der gesetzlichen Krankenversicherung – zzt. rund 33 Mio. Euro jährlich – dürfen nicht für die Finanzierung von Bundesbehörden verwendet werden. Die Krankenkassen können in der lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung selbst ein qualitätsgesichertes und kassenübergreifendes Vorgehen ohne Beauftragung einer Bundesbehörde eigenständig sicherstellen. Die aktuelle Gesetzeslage ist daher zu korrigieren.

Eine gesamtgesellschaftlich fundierte Präventionsstrategie erfordert insbesondere eine aufgabengerechte und gesicherte Finanzierung durch alle Zuständigen und Verantwortlichen auf allen föderalen Ebenen.

Rehabilitation erkenntnisbasiert weiterentwickeln

Strukturelle Weiterentwicklungen erfordern gesicherte Erkenntnisse

Die Krankenkassen erbringen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern. Damit verfolgt jede Leistung der GKV zur medizinischen Rehabilitation die Zielstellung, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhindern. Dies wird auch daran deutlich, dass rund 82 v. H. der Rehabilitanden der GKV 65 Jahre

Um an der Schnittstelle zwischen Kranken- und Pflegeversicherung eine verantwortungsvolle Diskussion über Strukturveränderungen führen zu können, sind gesicherte Erkenntnisse erforderlich.

und älter sind. Um an der Schnittstelle zwischen Kranken- und Pflegeversicherung eine verantwortungsvolle Diskussion über Strukturveränderungen mit neuen Abgrenzungsfragen, unklaren Konsequenzen für die

Versicherten, erwartbaren Schnittstellenproblemen und in seinen Auswirkungen nicht kalkulierbaren Verschiebungen der Finanzverantwortung verantwortlich führen zu können, sind gesicherte Erkenntnisse erforderlich. Auf dieser Grundlage noch zu schaffender gesicherter Erkenntnisse sind Rehabilitationsleistungen weiterzuentwickeln. Dabei ist sicherzustellen, dass es zu keinen Finanzierungsverschiebungen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung kommt.

Pflegeversicherung voranbringen

Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wirken lassen

Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs gibt es einen neuen Blick auf die Pflege. Er ist nicht mehr geprägt von einer an den Defiziten der bzw. des Pflegebedürftigen orientierten Sichtweise. Der Fokus richtet sich auf das Ausmaß der noch vorhandenen Selbstständigkeit und der Fähigkeiten des pflegebedürftigen Menschen und des daraus entstehenden Bedarfs an Unterstützung. Die praktische Umsetzung dieser grundlegenden Neuausrichtung erfolgt äußerst erfolgreich durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Ohne die funktionierenden selbstverwalteten Strukturen des MDK wären die Ziele des Gesetzgebers nicht erreichbar. Die Wirkung dieser grundlegenden Neuausrichtung muss langfristig beobachtet und wissenschaftlich evaluiert werden, um zu prüfen, ob das Ziel einer fachlich qualifizierten Pflege erreicht wird. Vorrangig ist, einen Versorgungsansatz weiter auszubauen, in dessen Zentrum die Betroffenen mit ihren individuellen Bedürfnissen und Bedarfen stehen. Integrierte Versorgungskonzepte müssen weiter das Ziel aller an der Versorgung beteiligten Akteure sein. Dabei muss die stetige Weiterentwicklung einer wissenschaftlich fundierten Qualitätssicherung – auch im Hinblick auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff – oberstes Ziel aller Qualitätsbemühungen bleiben.

Gute Pflege braucht motivierte Fachkräfte

Eine menschenwürdige Pflege benötigt ausreichend und gut qualifiziertes Personal. Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe sind zwingend notwendig. Eine angemessene Vergütung ist hierfür ein wichtiger Beitrag. Aber auch eine familienfreundliche Gestaltung der Arbeitsbedingungen und Flexibilität der Arbeitszeiten gehören dazu. Die veränderten Rahmenbedingungen und Anforderungen in der Pflege aufgrund der demografischen Entwicklung und der jüngsten tiefgreifenden Reformen auf der Leistungsseite werden auch Auswirkung auf den Bedarf und die Qualifikation der Pflegefachkräfte

haben. Der Sicherstellung der Pflege mit ausreichend und qualifizierten Pflegekräften in einer sich wandelnden pflegerischen Versorgung soll in Zukunft bereits mit der Pflegeausbildung Rechnung getragen werden. Die inhaltliche Neuorganisation der Ausbildung muss stärker eine übergreifende Pflegekompetenz vermitteln, ohne jedoch spezielle Ausbildungsinhalte zu vernachlässigen. Im Laufe ihrer Ausbildung müssen die künftigen Pflegekräfte zur späteren Ausübung einer hochwertigen Pflege befähigt werden. Finanzielle Zugangshürden, die einen Eintritt in den Pflegeberuf erschweren oder verhindern, müssen konsequent beseitigt werden. Bei der Berufsausbildung ist strikt darauf zu achten, dass die schulische Ausbildung entsprechend der geltenden Rechtssystematik im Bildungsbereich in vollem Umfang von den Ländern finanziert wird. Eine Quersubventionierung mit Beitragsgeldern ist auszuschließen.

Integrierte Versorgungskonzepte müssen weiter das Ziel aller an der Versorgung beteiligten Akteure sein.

Angehörigenpflege – bessere Vereinbarkeit von Beruf und Pflege

„Wer pflegt?“ ist nicht nur eine Frage der Pflege durch Fachpersonal. Knapp drei Viertel aller Pflegebedürftigen in Deutschland werden im heimischen Wohnumfeld gepflegt. Davon werden zwei Drittel allein von Angehörigen versorgt. Familienpflegezeit, Pflegezeit und Pflegeunterstützungsgeld sind wichtige Bausteine, um die Angehörigenpflege zu ermöglichen. Originäre Leistungen der Pflegeversicherung, wie beispielsweise die Kurzzeit- oder Verhinderungspflege, tragen ihren Teil zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf bei. Weitere Flexibilisierungen und neue Versorgungskonzepte, die auf die Bedarfe von pflegenden Angehörigen ausgerichtet sind, müssen entwickelt und gefördert werden. Flexible Arbeits- und Pflegezeitmodelle, die pflegenden Angehörigen ein Miteinander von Beruf, Familie und Pflege ermöglichen, sind gefragt. Notwendig ist ein Gesamtkonzept zur Angehörigenpflege über die Pflegeversicherung hinaus, um die pflegenden Angehörigen z. B. auch aus Steuermitteln finanziell zu entlasten.

Prävention für Pflegebedürftige fördern

Die Pflegekassen erbringen Leistungen zur Prävention in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen. Dahinter steckt der Gedanke, dass pflegebedürftige Menschen – trotz ihrer körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen – über Gesundheitspotenziale verfügen, die gefördert werden können. Zusätzlich leisten solche Präventionsmaßnahmen einen Beitrag, die Mobilität zu fördern. Sie greifen damit den Ansatz des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf. Dieser Weg muss weiter beschritten werden.

Gemeinsam handeln zum Wohle von Versicherten und Angehörigen

Auch in Zukunft wird die Zahl der Pflegebedürftigen weiter steigen. Damit steigt auch die Herausforderung, eine an den Bedürfnissen der Betroffenen orientierte pflegerische Versorgung sicherzustellen. Aufgabe der Pflegeversicherung ist es, den Pflegebedürftigen solidarische Unterstützung zukommen zu lassen, damit diese möglichst lange ein selbstbestimmtes Leben in dem von ihnen präferierten Wohnumfeld führen können. Der Wunsch pflege- und hilfebedürftiger Menschen, möglichst lange im vertrauten Umfeld selbstbestimmt zu leben, muss das gemeinsame Ziel einer

Angesichts der demografischen Entwicklung kommt dem präventiven und gesundheitsfördernden Potenzial der Pflegeberatung der Pflegekassen eine wachsende Bedeutung zu.

engen Zusammenarbeit von Ländern, Kommunen, Pflegekassen und Pflegeanbietern sein. Alle Akteure wirken gemeinsam darauf hin, eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung zu gewährleisten. Die Länder sind verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. Die Pflegekassen haben im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung die pflegerische Versorgung der Versicherten mit sicherzustellen. Eine einseitige Verlagerung und Vermengung der Steuerungs- und Finanzierungsverantwortung führt nicht zur Realisierung dieses Ziels und ist daher abzulehnen.

Angesichts der demografischen Entwicklung kommt dem präventiven und gesundheitsfördernden Potenzial der Pflegeberatung der Pflegekassen eine wachsende Bedeutung zu, häusliche Pflegearrangements zu stabilisieren und einen längeren Verbleib in der häuslichen Umgebung zu sichern. Hierfür werden keine neuen Strukturen oder Kompetenzverlagerungen benötigt. Erforderlich ist vielmehr die konsequente Verzahnung der Angebote auf Grundlage kooperativer Strukturen. Dies auch, um die besondere Fachexpertise der jeweiligen Träger für die Betroffenen zu erhalten.

Organisierten Abrechnungsbetrug in der Pflege frühzeitiger erkennen und unterbinden

Mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz hat der Gesetzgeber in der 18. Legislaturperiode wichtige und richtungweisende Weichenstellungen zur Prävention, Aufdeckung und Bekämpfung von Abrechnungsbetrug vorgenommen. Dazu gehört der gesetzliche Auftrag an die Pflegeselbstverwaltung, die Voraussetzungen für die Verträge und deren Erfüllung im Hinblick auf eine leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung zu vereinbaren. Allerdings wurde den Kassen und deren Verbänden nur die Möglichkeit zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten eröffnet, soweit dies für die Überwachung der Abrechnung erforderlich ist.

Aktuelle Erkenntnisse der Ermittlungsbehörden über bundesweit organisierten Abrechnungsbetrug ambulanter Pflegedienste belegen, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen konsequent weiterentwickelt werden müssen. Damit die Kranken- und Pflegekassen zukünftig noch effektiver gegen bereits auffällig gewordene Anbieter von Pflegeleistungen vorgehen können, ist der Aufbau einer kassenübergreifenden Betrugspräventions-Datenbank erforderlich. Der Gesetzgeber muss die gesetzlichen Übermittlungsbefugnisse schaffen, damit alle in die Zulassung und in den Entzug derselben eingebundenen Stellen einander relevante personenbezogene Daten übermitteln dürfen, nicht nur die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen und die Sozialhilfeträger.

Damit die Kranken- und Pflegekassen zukünftig noch effektiver gegen bereits auffällig gewordene Anbieter von Pflegeleistungen vorgehen können, ist der Aufbau einer kassenübergreifenden Betrugspräventions-Datenbank erforderlich.

Europa

Stärken des deutschen Gesundheitssystems betonen

Die gesetzliche Krankenversicherung zählt zu den leistungsfähigsten Gesundheitssystemen der Welt. Im internationalen Vergleich zeigen sich insbesondere die Stärken des selbstverwalteten Gesundheitssystems, in dem Beteiligte verantwortlich an Entscheidungsprozessen mitwirken, besonders

deutlich. Aufgabe der Europäischen Union (EU) ist es, die Mitgliedstaaten bei der Gestaltung ihrer Gesundheitspolitik zu unterstützen und deren Zusammenarbeit auf dem Gebiet des Gesundheitswesens zu fördern. Der Deutsche Bundestag und die Bundesregierung müssen sich dafür einsetzen, dass die für die GKV wichtigen

Prinzipien durch Entscheidungen der EU nicht konterkariert werden.

Ein hohes Sozialschutzniveau und der Abbau sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit in allen Mitgliedstaaten ist die Grundlage des langfristigen wirtschaftlichen und politischen Zusammenhalts der EU.

Abbau sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit in der EU

Ein hohes Sozialschutzniveau und der Abbau sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit in allen Mitgliedstaaten ist die Grundlage des langfristigen wirtschaftlichen und politischen Zusammenhalts der EU. Deutscher Bundestag und Bundesregierung müssen sich für das gemeinsame Ziel einsetzen, die Funktionsfähigkeit der Gesundheits- und Pflegesysteme in ganz Europa zukunftsfest zu gestalten. 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. EU-weite Standards dürfen nicht zu einer Orientierung am Mindestmaß führen.

Grenzen überwinden

Versicherte der GKV sind auch über Deutschlands Grenzen hinaus gut abgesichert. Die Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit eröffnen ihnen bei Aufenthalt in einem Staat der EU, des europäischen Wirtschaftsraums und der Schweiz den Zugang zu den Gesundheitssystemen des Gastlandes. Die Koordinierung der sozialen Sicherungssysteme ist ein gutes Beispiel für eine sinnvolle europäische Zusammenarbeit im Interesse der Patientinnen und Patienten sowie Beitragszahlerinnen und Beitragszahler. Um die Effektivität der Koordinierungsmechanismen zu gewährleisten, müssen sie stetig weiterentwickelt werden. Der Deutsche Bundestag und die Bundesregierung sollten die EU-Initiative unterstützen, explizite Regelungen für das Risiko der Langzeitpflege in die Verordnungen aufzunehmen und darauf hinwirken, dass die finanziellen Interessen der Beitragszahlenden gewahrt und weitere Steuerungsinstrumente zur Einhaltung von Fristen, zur Abrechnung und Durchsetzung von Forderungen in die Verordnungen aufgenommen werden.

Fortschritt sichern:

Gesundheitstechnologien bewerten

Die zentrale Rolle der Gesundheitstechnologiebewertung für den Marktzugang und die Preissetzung bei Arzneimitteln und Medizinprodukten muss gestärkt werden. Dies kann auch mit Unterstützung der EU geschehen, etwa durch den Austausch von Informationen und Erfahrungen und die gemeinsame Entwicklung transparenter Bewertungsinstrumente. Damit sollen die in den Mitgliedstaaten mit Preissetzung und Erstattung betrauten Institutionen gestärkt werden. Deutscher Bundestag und Bundesregierung müssen sich darüber hinaus für europaweite Transparenz in Bezug auf klinische Studiendaten, Forschungs- und Entwicklungskosten sowie Arzneimittelpreise und -ausgaben einsetzen. Auf EU-Ebene bietet sich auch bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen die Chance, das Potenzial gemeinsam zu nutzen und voneinander zu lernen. Dabei müssen Doppelstrukturen zwischen den Mitgliedstaaten und der EU vermieden und an der klaren Kompetenzzuweisung festgehalten werden.

Die Koordinierung der sozialen Sicherungssysteme ist ein gutes Beispiel für eine sinnvolle europäische Zusammenarbeit im Interesse der Patientinnen und Patienten sowie Beitragszahlerinnen und Beitragszahler.

GKV-Spitzenverband

Reinhardtstraße 28

10117 Berlin

Telefon: 030 206288-0

Telefax: 030 206288-88

www.gkv-spitzenverband.de