Spitzenverband

Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes für die 20. Legislaturperiode 2021–2025

Beschlossen vom Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes am 23. Juni 2021

Impressum
Herausgeber:
GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin

Verantwortlich:
Michael Weller, Stabsbereich Politik

Redaktion:
Markus Grunenberg, Stabsbereich Politik
Michael Weller, Stabsbereich Politik

Gestaltung:
BBGK Berliner Botschaft
Gesellschaft für Kommunikation mbH

Bestellnummer:
2021-003

Fotonachweis:
Titel: Florian Küttler/floriankuettler.de
Seite 6: Tom Maelsa/tommaelsa.com; Das Foto ist vor der Coronapandemie entstanden.

Stand: Juli 2021

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, vorbehalten.

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 20. Legislaturperiode 2021–2025

Beschlossen vom Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes am 23. Juni 2021

Inhalt

Vorwort der Verwaltungsratsvorsitzenden 6

1 Corona-Pandemie formt Rahmenbedingungen für Gesundheits- und Pflegepolitik 8

2 Nachhaltige und aufgabengerechte Finanzierung fördern und sichern 11

3 Krankenhausversorgung zukunftsweisend gestalten 13

4 Ambulante Versorgung weiterentwickeln 16

5 Arzneimittel: Versorgung verbessern 18

6 Qualität sichern und Versorgungsstrukturen verbessern 20

7 Potenziale ausschöpfen: Digitalisierung von Gesundheit und Pflege 22

8 Gesundheitsförderung, Prävention und UPD sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben 24

9 Soziale Pflegeversicherung zukunftsfest gestalten 25

10 Selbstverwaltung ist Stärke des deutschen Gesundheitssystems 27

11 Mobiles Europa 29

Vorwort der Verwaltungsratsvorsitzenden

Sehr geehrte Damen und Herren,

auch in der neuen Legislaturperiode werden die Corona-Pandemie und deren Folgen zu den zentralen gesundheits- und pflegepolitischen Themen gehören. Es ist an der Zeit, Lehren für eine notwendige Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und -abläufen zu ziehen. Im Zuge des Krisenmanagements wurde eine Vielzahl von bisherigen Selbstverständlichkeiten infrage gestellt. Zugleich ist der bereits seit Längerem bestehende Handlungsbedarf im Gesundheitswesen und in der Pflege verstärkt zutage getreten.

Aus Sicht der sozialen und gemeinsamen Selbstverwaltung hat sich zuvorderst gezeigt, dass auch in dieser Ausnahmesituation die Patientenversorgung auf hohem Niveau gewährleistet werden konnte. Das Gesundheitswesen hat sich in dieser Zeit als ein gesellschaftlicher Stabilitätsanker erwiesen. Strukturen und Kapazitäten konnten kurzfristig und flexibel auf notwendige gesundheitliche und pflegerische Versorgungsbedarfe ausgerichtet werden. Bundestag, Bundesregierung und Selbstverwaltung haben mit einer Vielzahl von Sonderregelungen die erforderlichen Anpassungen vorgenommen, damit die gesundheitliche und pflegerische Versorgung auch unter den veränderten Rahmenbedingungen möglich bleibt.

Jetzt gilt es, ausgehend von den gewonnenen Erkenntnissen den Blick nach vorn zu richten. Im Kern muss es darum gehen, die Versorgung der rund 73 Millionen gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland zu verbessern. Hierfür setzt sich der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes nachdrücklich ein und behält gleichzeitig die Finanzierbarkeit im Blick. Vor diesem Hintergrund ergeben sich bereits unmittelbar nach der Bundestagswahl große Herausforderungen, die zeitnah angegangen werden müssen.

Wesentliche Herausforderungen kommen auf die gesetzliche Krankenversicherung und die soziale Pflegeversicherung aufgrund der finanziellen Pandemiefolgen und der politisch induzierten Ausgabendynamik zu. Zentrale Zielsetzung muss es sein, durch die notwendigen gesetzgeberischen Entscheidungen für eine stabile Finanzsituation in der neuen Legislaturperiode zu sorgen.

Darüber hinaus ist der Bedarf, die bestehenden Versorgungsstrukturen weiterzuentwickeln, offenkundig: Wir brauchen mehr Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen, eine stärkere Koordination von Behandlungsabläufen und eine Integration der Versorgungsstrukturen. Die Anstrengungen müssen auf eine Verbesserung der Effizienz und Effektivität sowie auf den Abbau und die Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung ausgerichtet werden.

Nicht zuletzt muss das Gesundheitswesen für hoffentlich ausbleibende, jedoch nicht gänzlich auszuschließende, neue Pandemiesituationen gerüstet werden. Optimierungsbedarf besteht bei der Krisenfestigkeit der Versorgungsstrukturen und der Vorhaltung von Kapazitäten für medizinische Schutzausrüstung. Zudem müssen die Versäumnisse bei der finanziellen und personellen Ausstattung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes behoben werden. Dringend erforderlich sind eine zukunftsorientierte Ausrichtung sowie eine angemessene Finanzierung durch Länder und Kommunen.

Mit dem vorliegenden Positionspapier für die 20. Legislaturperiode 2021–2025 beteiligt sich der GKV-Spitzenverband aktiv an der notwendigen Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung. Darin zeigen wir konkrete Vorschläge und Lösungen für eine auch weiterhin qualitativ hochwertige und bezahlbare gesundheitliche und pflegerische Versorgung auf. Diese Positionen bilden gleichsam den Auftakt für das Engagement des GKV-Spitzenverbandes nach der Bundestagswahl mit weitergehenden und konkretisierenden Ideen im Sinne der gesetzlich Versicherten.

Wir freuen uns auf den Dialog mit Ihnen.

Uwe Klemens

Dr. Volker Hansen

1 Corona-Pandemie formt Rahmenbedingungen für Gesundheits- und Pflegepolitik

Lehren ziehen und Selbstverwaltung stärken

Mit der Corona-Pandemie haben sich gewaltige Herausforderungen für unsere Gesellschaft und insbesondere für das Gesundheitswesen und die Pflege ergeben. Dabei stand und steht die Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung auch unter größtem Zeitdruck stets im Mittelpunkt unseres Handelns. Insgesamt konnte mit flexiblen Anpassungen eine stabile Versorgungssituation gewährleistet werden. Hier haben sich die Stärken eines selbstverwalteten Gesundheitswesens gezeigt, das in den unterschiedlichen Phasen des Pandemieverlaufs seine Leistungsfähigkeit mit reaktionsschnellen und praxisnahen Lösungen unter Beweis gestellt hat. Die Kranken- und Pflegekassen haben essenziell zur Bewältigung der Corona-Pandemie beigetragen. In der neuen Legislaturperiode müssen die soziale und die gemeinsame Selbstverwaltung daher wieder gestärkt werden. Die in der Vergangenheit zum Teil massiven staatlichen Eingriffe in die Entscheidungskompetenzen müssen zurückgenommen werden. Diese Notwendigkeit wird durch das jüngste Urteil des Bundessozialgerichts zur Finanzierung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aus Beitragsmitteln eindrucksvoll bestätigt.

Reform der Versorgungslandschaft notwendig

In der neuen Legislaturperiode sind die Erfahrungen mit der Corona-Pandemie auszuwerten und Lehren für die Zukunft zu formulieren. Der GKV-Spitzenverband schlägt deshalb vor, dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen einen entsprechenden Gutachterauftrag zu erteilen, um auf der Grundlage einer Leistungsbilanz zur Pandemie-Krisenbewältigung nachhaltige Reformen des Gesundheitssystems zu entwickeln. Ziel sollte es sein, im Sinne eines flexiblen Systems Wege aufzuzeigen, wie die Versorgungslandschaft zukünftig gut und schnell vom „Normalbetrieb“ auf eine Krisensituation umgestellt werden kann. Darüber hinaus bedarf es einer umfassenden Analyse, welche sozialen und gesundheitlichen Folgen die Beschränkungen des gesellschaftlichen Lebens, die für die Senkung von Infektionsrisiken notwendig waren, nach sich ziehen. Insbesondere bei Kindern und älteren Menschen sind Handlungsbedarfe aufgrund der besonderen psychischen Belastungen zu prüfen, um etwaige negative Langzeitwirkungen abzumildern.

Im Krankenhausbereich bestehen nach wie vor Überkapazitäten in Ballungsgebieten und ein hohes Ambulantisierungspotenzial.

Schon vor der Pandemie bestand die Notwendigkeit zur Reform der Versorgungslandschaft. In der Pandemie sind die Schwächen und Defizite deutlich zutage getreten. Dabei wurden Reformnotwendigkeiten und Entwicklungstrends wie im Zeitraffer offenkundig. Dies gilt auch für die Krankenhausversorgung. Zwar haben die Krankenhäuser schnell reagiert und sich an die Erfordernisse der Pandemie angepasst. Der Aufbau von Intensivkapazitäten wurde aus den Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) finanziert. Notwendig sind allerdings Maßnahmen, um Pflegepersonal sowie Ärztinnen und Ärzte für die temporäre Übernahme intensiv-medizinischer Versorgung zu qualifizieren und zu gewinnen. In Krisenzeiten muss das Stammpersonal entlastet werden können, gleichzeitig muss ein Kapazitätsausbau gegenüber der Normalversorgungssituation möglich sein. Analysen des Versorgungsgeschehens zeigen, dass die Versorgung der COVID-19-Patientinnen und -Patienten sich vor allem auf größere Kliniken konzentrierte. Die Verteilung der Finanzmittel ist vor diesem Hintergrund kritisch zu hinterfragen. Eine Bestätigung für die bestehenden Krankenhausstrukturen lässt sich aus dieser Erfahrung nicht ableiten. Im Gegenteil: Im Krankenhausbereich bestehen nach wie vor Überkapazitäten in Ballungsgebieten und ein hohes Ambulantisierungspotenzial. Weil für gute Behandlungsergebnisse nicht die Nähe, sondern die Ausstattung von Krankenhausstandorten ausschlaggebend ist, besteht die Notwendigkeit einer Reform hin zu mehr Zentralisierung, Spezialisierung und Kooperation.

Auch die Sektorengrenzen vor allem zwischen ambulanter und stationärer Versorgung erweisen sich weiterhin als ein Hindernis für Patientinnen und Patienten. Die Pandemie untermauert die Notwendigkeit einer populationsorientierten Planung der Versorgungsstrukturen. Gestufte und vernetzte Behandlungsstrukturen sind dabei zu stärken. Nicht zuletzt muss die Qualität der gesundheitlichen Versorgung einen größeren Stellenwert bei der Planung und der Vergütung erhalten. Darüber hinaus hat die Pandemie die ohnehin kritische Situation des Fachpersonals noch einmal merklich verschärft. Es bedarf dringend weiterer Anstrengungen aller Akteure sowie nachhaltiger Konzepte, um perspektivisch den Fachkräftemangel zu beheben.

Handlungsnotwendigkeiten in der Pflege

In der Pandemie hat auch die soziale Pflegeversicherung (SPV) ihre Leistungsfähigkeit unter Beweis gestellt. Für Pflegebedürftige und deren Angehörige sowie für Pflegerinnen und Pfleger wurden kurzfristig unterstützende Regelungen geschaffen. Zugleich hat sich die Notwendigkeit gezeigt, die Langzeitpflege zu stärken. Aktuell wurden kurzfristige Reformschritte unternommen, deren Fokus vor allem auf der Verbesserung der finanziellen Rahmenbedingungen für Pflegebedürftige und Pflegekräfte liegt. Hieraus ergeben sich in der kommenden Legislaturperiode große Herausforderungen für die Finanzierung der Pflege. Darüber hinaus besteht weiterhin ein besonderer Handlungsbedarf in Bezug auf Präventionsstrategien für Alten- und Pflegeheime, um etwa in einer Pandemie ein unkontrolliertes Infektionsgeschehen in Einrichtungen zu verhindern. Erforderlich ist auch, die Rahmenbedingungen für die professionelle Pflege zu verbessern und weitergehende Erleichterungen für pflegende Angehörige zu schaffen, z. B. durch eine Zusammenfassung von Leistungen der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege zu einem Budget, bei dem die jeweilige Leistung bis zu 100 Prozent für die jeweils andere Leistung verwendet werden kann.

Größere Akzeptanz für die Nutzung der Digitalisierung

Ein Schlüssel zur Bewältigung von Pandemien ist die Digitalisierung. Das eingeführte Echtzeit-Monitoring durch das sogenannte DIVI-Intensivregister (DIVI: Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin) hat erstmals die für eine Bewertung von Handlungserfordernissen notwendige Transparenz über Intensivkapazitäten geschaffen. Dies ermöglichte mehr Flexibilität in der Versorgung, Patientinnen und Patienten konnten effizienter behandelt, unnötige Wege- und Wartezeiten vermieden werden. Diese Transparenz sollte auf weitere Versorgungsbereiche und Handlungsfelder ausgeweitet werden. Positiv ist, dass die Zahl der Leistungserbringenden, die während der Pandemie-Situation telemedizinische oder videotherapeutische Versorgungsmöglichkeiten genutzt haben, deutlich zugenommen hat. Im Kern hat sich die Akzeptanz für die Digitalisierung erheblich erhöht. Die digitale Vernetzung ist weiter voranzubringen und digitale Behandlungsmöglichkeiten sind zu stärken.

Ordnungspolitisch klare Zuweisung von Aufgaben- und Finanzierungsverantwortung

Im Interesse der Beitragszahlenden ist es dringend erforderlich, die finanzielle Stabilität der GKV und der SPV im Blick zu behalten. Mit der jüngeren Gesetzgebung wurden pandemiebedingte Mehrausgaben teilweise auf GKV und SPV abgewälzt. Zwar hat der Bund einen wichtigen Beitrag geleistet, weil er z. B. den Krankenhäusern den Leerstand in der Corona-Pandemie finanziert hat. Grundsätzlich sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben im Rahmen des Bevölkerungsschutzes aber vollständig aus Steuermitteln zu finanzieren. Nicht zu akzeptieren ist eine fehlende finanzielle Beteiligung der privaten Krankenversicherung an bedarfsnotwendigen Maßnahmen, z. B. für die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung.

Zukünftig bedarf es – im Sinne einer gesamtstaatlichen Verantwortung – einer verbindlichen und ausreichenden Finanzierung der Investitionen. Dies umfasst eine flächendeckende Grundversorgung, eine abgestimmte Spezial- und Hochleistungsversorgung sowie eine ausreichende Vorhaltung für Katastrophenfälle wie etwa die Corona-Pandemie.

Modernisierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

In der Pandemie wurde deutlich, dass dringend ein Zukunftskonzept für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) benötigt wird. Die Entwicklungen bis zum Ausbruch der Pandemie haben dazu geführt, dass zum einen der ÖGD unterfinanziert und unterbesetzt ist und dadurch den kurzfristigen Handlungserfordernissen nicht nachkommen konnte. Zum anderen wurden die bisherigen Versäumnisse bei der Etablierung digitaler Meldewege offensichtlich. Dies hatte Folgen für die Reaktionsfähigkeit beim Management des Ausbruchgeschehens und bei der Nachverfolgung der Infektionsketten. Es ist dringend erforderlich, dass die Länder und Kommunen ihren Finanzierungs- und Investitionsverpflichtungen nachkommen, um eine Modernisierung des ÖGD zu ermöglichen. Eine Übertragung der Aufgaben des ÖGD auf Krankenkassen muss zukünftig unterbleiben. Ziel sollte es vielmehr sein, den ÖGD als eine tragende Säule im Gesundheitssystem und in der präventiven Gesundheitsversorgung auch über die Pandemie hinaus auszubauen. Hierbei ist die Public-Health-Perspektive zu stärken. Ein solcher Ansatz bietet vor allem im Zusammenspiel mit der GKV und anderen Trägern der Prävention einen entscheidenden Mehrwert für die Bürgerinnen und Bürger. Eine Stärkung des ÖGD sollte auch im Hinblick auf die Umsetzung des Prinzips „Gesundheit in allen Politikfeldern“ erfolgen. Der ÖGD muss in seiner Beratungsfunktion für politische Entscheidungsträgerinnen und -träger insbesondere bei bevölkerungsmedizinischen Fragen professionalisiert werden. Hierzu gehört auch, Fragen der öffentlichen Gesundheit als Querschnittsthemen in andere Politikbereiche zu tragen.

Es ist dringend erforderlich, dass die Länder und Kommunen ihren Finanzierungs- und Investitionsverpflichtungen nachkommen, um eine Modernisierung des ÖGD zu ermöglichen.

2 Nachhaltige und aufgabengerechte Finanzierung fördern und sichern

Die Corona-Pandemie stellt die GKV vor große finanzielle Herausforderungen. Erheblicher Handlungsdruck besteht sowohl auf der Einnahmen- als auch auf der Ausgabenseite. Beim Gesundheitsfonds sorgt der pandemiebedingte wirtschaftliche Einbruch für erhebliche Mindereinnahmen. Für die defizitäre Entwicklung bei den Krankenkassen ist allerdings auch der politisch gewollte Abbau der Finanzreserven verantwortlich. Unabhängig von der Pandemie führen die ausgabenintensiven Reformen der auslaufenden Legislaturperiode zu erheblichen Mehrausgaben, von denen aber weniger die Versicherten sowie die Patientinnen und Patienten, sondern vielmehr die Leistungserbringenden in Form höherer Vergütungen dauerhaft profitieren.

Bundesgarantie zur Bewältigung der Pandemiefolgen

Die Pandemie reißt eine Lücke zwischen der Finanzierungsbasis und dem Ausgabenniveau. Die im Herbst 2020 geschätzte Finanzierungslücke für 2021 von rund 16 Mrd. Euro wird nach dem Willen des Gesetzgebers bereits zu zwei Dritteln von den Beitragszahlenden finanziert. Der hierfür erfolgte Griff in die Rücklagen der Krankenkassen war ein Tabubruch. Während die Versicherten sowie die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber insgesamt rund 11 Mrd. Euro zur Gegenfinanzierung aufbringen, leistet der Bund zur Stabilisierung der Zusatzbeitragssätze im Sinne der von der Bundesregierung zugesicherten „Sozialgarantie 2021“ eine ergänzende Bundesbeteiligung von rund 5 Mrd. Euro. Ungewiss sind die weiteren Finanzwirkungen der Pandemie für die Krankenkassen. Die Finanzreserven der GKV sind aufgrund der staatlichen Eingriffe erschöpft.

Die den Krankenkassen für das Jahr 2021 zugesicherten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds wurden bereits in einer Größenordnung von rund 13 Mrd. Euro durch einmalige Finanztransfers finanziert. Mindestens dieses Delta ist auch im Jahr 2022 zu finanzieren. Zudem wird sich die Schere zwischen den pandemiebedingt ungewissen Einnahmen und den erkennbar dynamisch steigenden Ausgaben weiter öffnen. Zur Vermeidung steigender Zusatzbeitragssätze ab dem Jahr 2022 – und damit zugleich zur Stabilisierung des Beitragssatzniveaus der Sozialversicherung insgesamt – muss der Bund den krisenbedingt erhöhten Finanzbedarf des Gesundheitsfonds für das Jahr 2022 durch ergänzende Bundesmittel von voraussichtlich 18 Mrd. Euro ausgleichen. Die zum Ende der Legislaturperiode beschlossenen Maßnahmen bilden eine gute Grundlage zur Sicherstellung eines stabilen Zusatzbeitragssatzniveaus auch im Jahr 2022. Dies kommt auch der weiteren konjunkturellen Entwicklung in Deutschland zugute.

Beitragsfinanziertes System stärken

Die Umsetzung der Sozialgarantie zur Bewältigung der Pandemiefolgen dient dem Ziel, die beitragsfinanzierte und selbstverwaltete GKV zu stärken, und darf nicht dafür genutzt werden, das für die Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung geltende Subsidiaritätsprinzip auszuhöhlen. Der Trend zu exekutiven Eingriffen in die Aufgabenwahrnehmung der GKV ist zu stoppen. Die Beitragsfinanzierung muss auch künftig als zentrales Strukturelement aufrechterhalten werden. Dazu gehört, dass die Finanzautonomie uneingeschränkt bei der sozialen Selbstverwaltung liegt und die auseinanderdriftende Aufgaben- und Finanzierungsverantwortung wieder zusammengeführt wird. Derzeit kompensieren die Beitragszahlenden das unzureichende Engagement von Bund und Ländern zur Umsetzung ihrer Finanzverantwortung insbesondere beim Bevölkerungsschutz, bei den Krankenhausinvestitionen, den versicherungsfremden Leistungen und den Krankenversicherungsbeiträgen für ALG-II-Beziehende. Notwendig bleibt weiterhin ein Finanzierungsmix aus Krankenversicherungsbeiträgen und einem Bundeszuschuss für versicherungsfremde Aufgaben.

Zukünftig dürfen ausgabensteigernde Reformmaßnahmen nur zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung (Struktur, Qualität, Leistungen) erfolgen.

Dynamisierung der Bundesbeteiligung für versicherungsfremde Leistungen

Parallel zu den notwendigen kurz- bis mittelfristigen gesetzlichen Stabilisierungsmaßnahmen zur Einnahmensicherung der GKV während und nach der Pandemie muss der Gesetzgeber, als langfristige Maßnahme, der stetigen Entwertung der Bundesbeteiligung an versicherungsfremden Aufgaben durch eine regelgebundene Dynamisierung begegnen. Die tatsächlichen versicherungsfremden Leistungen der Krankenkassen liegen deutlich über dem seit 2017 unveränderten pauschalen Abgeltungsbetrag in Höhe von 14,5 Mrd. Euro. Um zumindest dem weiteren Auseinanderdriften zu begegnen, ist der jährliche Zahlbetrag auf gesetzlicher Grundlage regelgebunden zu dynamisieren.

Anhebung der Krankenversicherungsbeiträge des Bundes für ALG II-Beziehende

Ein für das Bundesministerium für Gesundheit im Jahr 2017 erstelltes Gutachten des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) zu den Beiträgen der gesetzlich versicherten Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II kam zu dem Ergebnis, dass die GKV im Jahr 2016 für diesen Personenkreis eine Finanzierungslücke von rund 9 Mrd. Euro zu tragen hatte. Faktisch übernimmt der Bund die „Arbeitgeberfunktion" für ALG II-Beziehende mit entsprechender Beitragspflicht. Der Gesetzgeber ist daher aufgefordert, die bereits für die 19. Legislaturperiode angekündigte Reformmaßnahme in der kommenden Legislaturperiode in die Tat umzusetzen. Über Jahrzehnte wurden erhebliche Lasten für originäre Fürsorgeleistungen zur gesundheitlichen Absicherung Bedürftiger vom Staat auf die Solidargemeinschaft verschoben.
Es gilt nun, ein angemessenes Beitragsniveau für versicherungspflichtige ALG II-Beziehende sicherzustellen.

Einnahmensicherung durch Strukturreformen flankieren

Der Gesetzgeber ist nicht nur aufgefordert, die Einnahmenseite der GKV zu stärken. Gleichzeitig ist die ungebremste Ausgabendynamik zu stoppen. Über Jahrzehnte versäumte strukturelle Reformen auf der Angebotsseite sind anzugehen, um bestehende Ineffizienzen in der Leistungserbringung zu beseitigen. Die Generierung erheblicher zusätzlicher Mittel für die gesundheitliche Versorgung ist nicht zu rechtfertigen, wenn diese Mittel in ineffiziente und unwirtschaftliche Strukturen fließen. Die notwendige Einnahmensicherung muss durch nachhaltige strukturelle Reformen flankiert werden. Zudem muss die politisch induzierte Ausgabendynamik der letzten Jahre in der neuen Legislaturperiode korrigiert werden. Zur finanziellen Stabilisierung der GKV müssen auch Leistungserbringende, die Nutznießer einer ausgabensteigernden Politik sind, die keine erkennbaren Struktur-, Leistungs- oder Qualitätsverbesserungen bewirken, ihren finanziellen Beitrag leisten. Zukünftig dürfen ausgabensteigernde Reformmaßnahmen nur zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung (Struktur, Qualität, Leistungen) erfolgen.

Beitragseinzug durch die Krankenkassen

Die Sozialversicherung verfügt über ein gut eingespieltes, funktionsfähiges Beitragseinzugsverfahren mit außergewöhnlich guten Ergebnissen (Soll-Ist-Quoten). Als Einzugsstellen haben sich die Krankenkassen – gemeinsam mit der Renten- und Arbeitslosenversicherung – in der Pandemie als verantwortungsbewusst und flexibel erwiesen. Zeitnah wurden tragfähige Lösungen für die von der Pandemie betroffenen Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber ermöglicht und so Insolvenzen verhindert. Die Zuständigkeit der Krankenkassen für den Einzug der Gesamtsozialversicherungsbeiträge sowie für die Umlagekassen zur finanziellen Entlastung von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern bei der Entgeltfortzahlung bei Krankheit oder Mutterschaft ihrer Beschäftigten muss erhalten bleiben. GKV-Leistungen müssen auch weiterhin durch Umlagefinanzierung gesichert werden. Die Umlage ist ein Garant für eine nachhaltige, solidarische und belastungsgerechte Finanzierung.

3 Krankenhausversorgung zukunftsweisend gestalten

Krankenhausstrukturen anpassen

Deutschland hat eine im internationalen Vergleich hoch entwickelte Krankenhauslandschaft. Sie ist aber geprägt durch Überkapazitäten in den Ballungsgebieten, hat ungenutzte Ambulantisierungspotenziale und ist gleichzeitig gekennzeichnet durch eine unzureichende Spezialisierung, eine zu geringe Leistungskonzentration sowie Digitalisierungsdefizite. Die Erhöhung der Qualität zur besseren Versorgung von Patientinnen und Patienten durch Konzentration des Leistungsgeschehens und vermehrte Spezialisierung muss in der nächsten Legislaturperiode angegangen werden. Ein Festhalten an stationären Überkapazitäten ist weder versorgungspolitisch sinnvoll noch finanziell für die GKV tragbar.

Voraussetzung für die Reform der stationären Versorgungsstruktur ist eine zukünftig stringente Ausrichtung am Bedarf der Bevölkerung, ausgehend von der regionalen Morbiditätsstruktur. Hierbei sollte zunächst eine bedarfsabhängige Einordnung der Krankenhäuser in auf Bundesebene definierte Versorgungsstufen mit einem klar abgegrenzten Versorgungsauftrag sowie personellen und strukturellen Kriterien erfolgen. Diese Konkretisierungen sollten durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erfolgen. Entscheidend ist, dass die Investitionsfinanzierung und damit einhergehend Vorhalteinvestitionen nicht länger von den Beitragszahlenden getragen werden, sondern dass hier die Länder ihrer Aufgabe und ihrem eigenen Anspruch gerecht werden.

Pflegesituation verbessern

Für Patientinnen und Patienten bleibt beim Krankenhausaufenthalt eine gute pflegerische Versorgung entscheidend. Trotz zahlreicher Maßnahmen besteht nach wie vor ein Mangel an Pflegekräften im Krankenhaus. Zur Sicherstellung einer pflegerischen Mindestversorgung in allen Krankenhäusern und um eine Überforderung des Pflegepersonals zu verhindern, sind Pflegepersonaluntergrenzen einzuhalten und auf alle bettenführenden Abteilungen auszuweiten. Um eine pflegerische Leistungserbringung mit hoher Qualität sicherzustellen, sind Steuerungsmechanismen erforderlich, die eine am Pflegebedarf der Patientinnen und Patienten orientierte Pflege in den Krankenhäusern ermöglichen. Zur Bemessung dieses Pflegepersonalbedarfs ist die Selbstverwaltung beauftragt, die Grundlagen für die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Pflegepersonalbedarfs im Krankenhaus zu schaffen. Durch die standardisierte Erfassung des Pflegebedarfs (Pflegeassessment) und der pflegerischen Leistungsdokumentation soll eine digital ableitbare Pflegepersonalbemessung ermöglicht werden. Außerdem ist eine Überprüfung erforderlich, ob die tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen dem Bedarf der Patientinnen und Patienten auch gerecht werden.

Entscheidend ist, dass die Investitionsfinanzierung und damit einhergehend Vorhalteinvestitionen nicht länger von den Beitragszahlenden getragen werden, sondern dass hier die Länder ihrer Aufgabe und ihrem eigenen Anspruch gerecht werden.

Zwei wesentliche Weichenstellungen sind allerdings Voraussetzung hierfür: Unnötige Krankenhausfälle müssen vermieden und die nicht notwendigen Kapazitäten abgebaut werden, sodass die Fachkräftelücke beim Pflegepersonal in den bedarfsnotwendigen Krankenhäusern geschlossen werden kann. Zudem sind die Anreize im Vergütungssystem so auszugestalten, dass das Krankenhausmanagement ein Interesse daran hat, dauerhaft in qualifiziertes Pflegepersonal zu investieren. Pflege darf nicht nur als Kostenfaktor, mit Selbstkostendeckung durch die GKV finanziert, gesehen werden. Erbrachte Pflegeleistungen und deren Qualität sind zu berücksichtigen. Das muss auf Basis einer volldigitalisierten Pflegedokumentation, die in die IT-Infrastruktur der Krankenhäuser eingebunden ist, realisiert werden.

Versorgung auf dem Land sichern

Bei der Neuordnung der Krankenhausversorgung in ländlichen Regionen müssen bedarfsnotwendige Strukturen gezielt sichergestellt werden. Die finanzielle Förderung sollte entsprechend dem Umfang

der für die Bevölkerung notwendigen Vorhaltungen erfolgen und von den Krankenhäusern zweckgebunden für diese eingesetzt werden. Von bedarfsnotwendigen Krankenhäusern muss die Wahrnehmung ihres Versorgungsauftrags verbindlich eingefordert werden können. Es ist zu vermeiden, dass Krankenhäuser trotz ausgezahlter Fördermittel anstelle der Grundversorgung für sie finanziell attraktivere Leistungen anbieten. Hierzu müssen die Sicherstellungsinstrumente weiterentwickelt werden. Im Hinblick auf die Ambulantisierung sollten Krankenhäuser im ländlichen Raum Bestandteil von regionalen Versorgungsnetzwerken für ambulante und stationäre Leistungen werden.

Potenziale der Digitalisierung ausschöpfen

Digitalisierung muss integraler Bestandteil einer umfassenden Reform der Krankenhausstrukturen sein. Sie entfaltet ihre Wirkung unmittelbar im einzelnen Krankenhaus, im Zusammenhang mit der Umsetzung von (über-)regionalen oder sektorenübergreifenden Versorgungskonzepten sowie bei der Planung und Steuerung der Patientenversorgung. Ihre größten Potenziale lassen sich dann ausschöpfen, wenn Strukturen und Prozesse neu gedacht und mit Fokus auf den jeweiligen Anwendernutzen IT-technisch unterstützt werden. Davon profitieren nicht nur Patientinnen und Patienten sowie Versicherte, sondern auch die Mitarbeitenden in den Krankenhäusern. Außerdem entsteht Transparenz, die politische Entscheidungsträgerinnen und -träger ebenso wie Akteure der Selbstverwaltung für eine bedarfsgerechte Ausgestaltung des Systems benötigen.

Nur Krankenhäuser, die Mindestmengen und Mindestanforderungen des G-BA an Strukturen und Prozesse erfüllen, sollten Leistungen erbringen dürfen.

Vergütungssystem weiterentwickeln

Die Weiterentwicklung einer im Grundsatz leistungsorientierten Krankenhausvergütung ist richtig. Da die Leistungsentgelte der Krankenkassen infolge der mangelnden Investitionsfinanzierung der Länder zweckentfremdet werden, müssen in Zukunft Vorhaltekosten stärker berücksichtigt werden. Zudem bedarf es Vergütungskomponenten, die sich an Versorgungsstufen orientieren, sowie einer adäquaten Abbildung pflegerischer Leistungen.

Ein Krankenhaus im ländlichen Raum erfüllt andere Aufgaben als ein Maximalversorger. Dies berücksichtigt das Fallpauschalensystem u. a. durch die differenzierte Abbildung der Fallkomplexität. Ergänzend könnte eine Differenzierung der Fallerlöse beispielsweise nach Versorgungsstufen und -funktion der Krankenhäuser erfolgen. Dies setzt eine bundeseinheitliche Definition solcher Versorgungsstufen voraus. Dabei sollte das Vergütungssystem den Versorgungsstrukturen folgen. Die Finanzierung von Vorhaltekosten darf nicht dazu führen, dass auch Krankenhäuser gesichert werden, die nicht bedarfsnotwendig sind.

Mindestanforderungen der Qualitätssicherung konsequent umsetzen

Bereits etablierte Instrumente der Qualitätssicherung sind zu stärken und konsequent auszubauen. Nur Krankenhäuser, die Mindestmengen und Mindestanforderungen des G-BA an Strukturen und Prozesse erfüllen, sollten Leistungen erbringen dürfen. Die regelmäßige und unabhängige Überprüfung dieser Anforderungen durch den Medizinischen Dienst schützt Patientinnen und Patienten. Die strukturierte Veröffentlichung der Ergebnisse der gesetzlichen Qualitätssicherung ermöglicht es Patientinnen und Patienten sowie zuweisenden Ärztinnen und Ärzten, ein Krankenhaus zu wählen bzw. zu empfehlen, das die notwendigen Voraussetzungen zur Versorgung im individuellen Fall bietet. Wesentliches Ziel dabei ist die Konzentration der Leistungserbringung zur Erhöhung der Qualität. Sinnvoll sind bundeseinheitliche Festlegungen für Versorgungsstufen mit festgelegten Leistungsgruppen sowie personellen und strukturellen Kriterien.

Anreize für korrektes Abrechnen setzen

Angesichts des Finanzvolumens der Krankenhausleistungen ist ein funktionierendes System der Abrechnungsprüfung unabdingbar. Die mit Verweis auf die Corona-Pandemie erfolgte Ein-

schränkung der Prüfungen und die Verschiebung der Rechnungsaufschläge für fehlerhaft abrechnende Krankenhäuser erfordern eine zügige Neujustierung.

Ambulantes Potenzial nutzen

Jedes Jahr werden in deutschen Krankenhäusern vier Millionen Fälle mit einer Verweildauer von einem Tag versorgt – vielfach Fälle, die auch ambulant versorgt werden könnten. Sie binden personelle Ressourcen des Krankenhauses (ärztliches Personal, Pflegekräfte) und belegen stationäre Kapazitäten. Personalengpässe und Arbeitsverdichtung sind die Folge. Die Realisierung des ambulanten Potenzials muss eines der zentralen Ziele der nächsten Krankenhausreform sein. Ein erster wichtiger Ansatz ist die Erweiterung des Katalogs ambulant erbringbarer Leistungen. Angesichts des Nebeneinanders und in Teilen miteinander konkurrierender Vereinbarungen und Vergütungen, insbesondere beim Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung, sind einheitliche Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche ambulante Versorgung zu entwickeln.

Im internationalen Vergleich zählt Deutschland bei der Erbringung vollstationärer psychiatrischer Leistungen zu den Spitzenreitern. In Zukunft müssen ambulante psychiatrische Behandlungspotenziale konsequenter genutzt werden, um die Fehlversorgung im stationären Sektor abzubauen. Darüber hinaus werden schwer erkrankte Betroffene nach ihrem stationären Aufenthalt nicht immer kontinuierlich ambulant weiterversorgt, was in der Folge zu erneuten Hospitalisierungen führen kann. Neben dem Ausbau der ambulanten psychiatrischen Versorgungsstrukturen für Betroffene und deren Angehörige muss deshalb eine Versorgungskontinuität zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung hergestellt werden.

Die Realisierung des ambulanten Potenzials muss eines der zentralen Ziele der nächsten Krankenhausreform sein.

Notfallversorgung umfassend reformieren

Die Notfallversorgung in Deutschland ist hochgradig reformbedürftig. Eine Reform muss sich an den Patientinnen und Patienten ausrichten. Für die Notfallversorgung sollten unter Berücksichtigung des Versorgungsbedarfs nur jene Krankenhäuser zugelassen werden, die gemäß den Vorgaben des G-BA eine stationäre Notfallstufe erfüllen und über einen gemeinsamen Tresen zur Lenkung der Patientenströme sowie eine Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung, die ambulante Notfälle fallabschließend behandelt, verfügen. Der Rettungsdienst sollte als Teil des Gesundheitswesens bundeseinheitlich strukturiert und Digitalisierungsdefizite sollten beseitigt werden.

4 Ambulante Versorgung weiterentwickeln

Mehr Handlungsperspektiven für integrative und regionale gesundheitliche Versorgung

Nach wie vor bestehen erhebliche Hürden an den Sektorengrenzen, die zulasten einer koordinierten Versorgung der Patientinnen und Patienten gehen. Dies gilt sowohl für das patientenzentrierte Zusammenspiel von ambulanten und stationären Versorgungsangeboten als auch für die patientenorientierte Konzentration der unterschiedlichen medizinischen und nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe. Die Förderung eines kontinuierlichen Austausches der Partner der Gesundheitsversorgung muss in Zukunft die Entwicklung von Innovationen, Kooperationen und Vernetzungen begünstigen. Hierzu bedarf es neuer Handlungsperspektiven für eine integrative regionale gesundheitliche Versorgung. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen müssen dabei auch die interprofessionelle Zusammenarbeit und die Teamorientierung der beteiligten Gesundheitsberufe fördern. Notwendig ist eine stärker sektorenübergreifend ausgestaltete Bedarfsplanung.

Die Gesamtvergütung von vertragsärztlichen Leistungen außerhalb der vereinbarten morbiditätsbedingten Vergütung ist auf wenige ausgewählte besonders zu fördernde Leistungen zu begrenzen.

Transparenz im Leistungsgeschehen fördern

Damit Patientinnen und Patienten ihr Recht auf freie Arztwahl souverän ausüben können, müssen sie die Möglichkeit zur informierten Entscheidungsfindung erhalten. Durch eine Veröffentlichung von Angaben zu erbringbaren und erbrachten Leistungen ließe sich die Transparenz in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung erhöhen. Um einen Qualitätsvergleich der Leistungen in einer vertragsärztlichen bzw. vertragszahnärztlichen Einrichtung zu ermöglichen, müssen zukünftig neben Daten über die erbrachten Leistungen auch Angaben über die erfüllten Qualitätsstandards veröffentlicht werden. Dabei muss die Form der Veröffentlichung es den Versicherten ermöglichen, eine Einschätzung der Leistungserbringung über die für den Einzelfall relevanten Leistungen zu erhalten. Eine vergleichbare Transparenz wurde bereits für die Krankenhausversorgung geschaffen.

Darüber hinaus ist auch für die Krankenkassen die Transparenz über das Versorgungsgeschehen unabdingbare Voraussetzung zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung. Entsprechend sind den Krankenkassen diese Informationen zeitnah maschinenlesbar bereitzustellen.

Finanzkonsolidierung und Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung

Die vertragsärztliche Versorgung und deren Finanzierung stehen vor dem Hintergrund der mit der Gesetzgebung der vergangenen Jahre einhergehenden finanziellen Belastungen sowie wegen der Bewältigung der Corona-Pandemie vor erheblichen Herausforderungen. Die bestehende Vergütungssystematik mit der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) als zentralem Kernelement leistet einen essenziellen Beitrag zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der vertragsärztlichen Versorgung. Es gilt daher, die vertragsärztliche Vergütungssystematik zu stabilisieren und zukunftsfest auszugestalten. Deshalb ist die Gesamtvergütung von vertragsärztlichen Leistungen außerhalb der vereinbarten morbiditätsbedingten Vergütung auf wenige ausgewählte besonders zu fördernde Leistungen zu begrenzen. Der Ausgabenzuwachs bei extrabudgetär vergüteten Leistungen ist zu bremsen. Hierzu bedarf es gesetzlicher Regelungsmechanismen sowie konkreter Vorgaben für die Vertragspartner auf Bundesebene zur Überführung extrabudgetärer Leistungen in die MGV.

Bedarfsplanung an Versorgungsnotwendigkeiten ausrichten

Bei der Nachbesetzung von Arztsitzen in der vertragsärztlichen Versorgung muss es darum gehen, Nachfolgende auszuwählen, die für die spezielle Versorgungssituation in der Region im Sinne einer Versorgungskontinuität am besten geeignet sind.

Das Nachbesetzungsverfahren muss in diesem Sinne neu geordnet werden. Bei der Nachbesetzung in Planungsbereichen mit einem Versorgungsgrad von über 110 Prozent ist lediglich eine befristete Zulassung zu erteilen.

In der vertragszahnärztlichen Versorgung haben die geänderten Formen der Berufsausübung, wie die Zunahme der Anstellungsverhältnisse und die Konzentration der Versorgung auf größere Einrichtungen, zwischenzeitlich dazu geführt, dass Über- und Unterversorgung zunehmen. Aus diesem Grund ist es erforderlich, dass der Gesetzgeber auch für die vertragszahnärztliche Versorgung Regelungen zur gezielten Steuerung der Niederlassung trifft und der G-BA beauftragt wird, die bestehenden Regelungen für die Bedarfsplanung entsprechend anzupassen.

Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung verbessern

Für einen gleichberechtigten Zugang aller Patientinnen und Patienten zu psychotherapeutischen Leistungen und die gleichzeitige Reduzierung von Wartezeiten muss zukünftig ein fester Teil an Behandlungsplätzen ausschließlich durch die Terminservicestellen vergeben werden. Ergänzend gewährleistet die Einführung eines digitalen Antragsverfahrens einen zeitnahen Therapiebeginn durch die Möglichkeit der schnelleren Genehmigung durch die Krankenkassen.

Korrekte Diagnosen für Vergütung notwendig

Die mit Wirkung ab dem Jahr 2022 eingeführten Regelungen zur Vergabe vertragsärztlicher Diagnosen sind lediglich ein kleiner Baustein auf dem Weg, die Kodierqualität in diesem Bereich zu verbessern. In dem Verfahren zur morbiditätsbedingten Anpassung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung bedarf es daher weiterer Regelungen zur Bereinigung von Kodiereffekten bei außergewöhnlichen Prävalenzanstiegen von Diagnosen. Spätestens ab dem Zeitpunkt, zu dem die jahresbezogene Veränderung der Morbiditätsstruktur allein auf der Grundlage der diagnosebezogenen Veränderungsraten zu vereinbaren ist, würden Kodiereffekte ansonsten uneingeschränkt finanzwirksam.

5 Arzneimittel: Versorgung verbessern

Lieferengpässe vermeiden durch Transparenz

Auch nach den jüngsten und richtigen gesetzlichen Anpassungen besteht Handlungsbedarf, um Lieferengpässe bei Arzneimitteln zu vermeiden. Ein kurzfristig notwendiger Schritt ist, Transparenz über die Versorgungssituation mit Arzneimitteln zu schaffen. Notwendig ist ein durchgängig verpflichtendes, sanktionsbewehrtes System. Zudem müssen auch Großhändler und Apotheken einbezogen werden, damit tatsächlich ein umfassendes Bild entsteht. Durch eine elektronische Umsetzung dieser Meldungen entsteht kein Mehraufwand – es ist sogar eine Entbürokratisierung des Apothekenalltags möglich.

Die so gewonnenen Informationen über (drohende) Engpässe können auch für eine Steuerung der Nachfrage genutzt werden. Ärztinnen und Ärzte können, wenn ihnen Informationen über die Versorgungssituation in ihrer Software bereitgestellt werden, diese bereits bei der Therapieauswahl berücksichtigen. Sollte ein Versorgungsengpass drohen, sollte die Software auch über Therapiealternativen informieren.

Um die Lieferfähigkeit von Arzneimitteln mittelfristig sicherzustellen, müssen die bisherigen Pflichten für die Hersteller konkretisiert werden. Insbesondere bedarf es einer stärkeren Diversifikation der Arzneimittelproduktion, damit etwaige Ausfälle kompensiert werden können. Die Rabattverträge der gesetzlichen Krankenkassen sind ein zentrales Steuerungsinstrument, um eine wirtschaftliche Arzneimittelversorgung zu gewährleisten. Zudem wird gerade hierdurch eine längerfristige Planung der Produktionskapazitäten ermöglicht.

Es ist notwendig, die Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen bei der Versorgung ihrer Versicherten mit Schutzimpfungen wieder zu stärken.

Verbesserung der Versorgung mit Schutzimpfungen

Die Diskussionen über Knappheit und Ineffizienzen bei der Versorgung mit Grippeimpfstoffen in der Saison 2020/2021 zeigen, dass der in den letzten Jahren eingeschlagene Weg zur zentralisierten Beschaffung nicht geeignet ist, um die Versorgungssituation zu verbessern. Durch verschiedene Gesetzgebungsprozesse wurden die Möglichkeiten der Krankenkassen, die Versorgung ihrer Versicherten mit Schutzimpfungen zu gestalten, weitestgehend limitiert. Bei der Impfstoffbeschaffung wurden die Vertragsmöglichkeiten in Bezug auf Preise und Mengen schrittweise eingeschränkt. Inzwischen gibt es praktisch keine Gestaltungsmöglichkeiten mehr. Die Mengenplanung der benötigten Impfstoffe wird in einem zentralisierten Verfahren festgelegt. Zugleich wurde der Kreis der Ärztinnen und Ärzte, die an der Impfstoffversorgung im Rahmen der GKV beteiligt sind, deutlich erweitert. Es ist deshalb notwendig, die Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen wieder zu stärken. Künftig müssen die jeweiligen regionalen Bedarfe durch ein dezentral organisiertes Verfahren berücksichtigt werden können.

Echte Innovationen fördern

Mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) wurden 2011 die systematische Nutzenbewertung und Preisbildung für neue patentgeschützte Arzneimittel in Deutschland eingeführt. Durch ein sachverständig sowie partizipativ organisiertes Verfahren wird mehr Transparenz über den Nutzen von Wirkstoffen geschaffen, und auf dieser Evidenzbasis werden leistungsgerechte Preise gefunden. Mehrkosten sind nur bei Mehrnutzen gerechtfertigt. Die Ausgaben für die Versicherten und der Nutzen für Patientinnen und Patienten müssen in ein angemessenes Verhältnis gebracht werden. In zehn Jahren Umsetzung hat sich das AMNOG-Verfahren auf Basis evidenzbasierter Vergleiche zum bisherigen Behandlungsstandard grundsätzlich darin bewährt, diese Ziele zu erreichen. Das

Verfahren bleibt damit ein Meilenstein für eine nutzenbasierte Patientenversorgung mit patentgeschützten Arzneimitteln.

Gleichwohl erfordern neue Marktentwicklungen eine Fortentwicklung des AMNOG. Insbesondere die rasant steigenden Preise von neu zugelassenen Arzneimitteln zeigen deutlich, dass die bestehenden Regularien nicht ausreichen, um die Ausgabenentwicklung zu kontrollieren. Eine besondere Herausforderung stellt die zunehmende Zahl an Arzneimitteln mit unzureichender Datenlage dar. Dies betrifft regelmäßig Arzneimittel mit beschleunigten Zulassungen. Hier verkehrt sich das AMNOG geradezu in sein Gegenteil: Für Arzneimittel mit der schwächsten Datenlage werden die höchsten Preise gefordert. Für diese Arzneimittel müssen dringend wirksame Maßnahmen ergriffen werden, um eine nachhaltige Finanzierbarkeit von innovativen Arzneimitteltherapien bei Aufrechterhaltung des Zugangs für die Patientinnen und Patienten in Deutschland zu gewährleisten. Der weiterzuentwickelnde regulatorische Rahmen muss echte Innovationen fördern. Gerade bei hochpreisigen Arzneimitteln mit unzureichender Datenlage ist die Preisbildung in den ersten zwölf Monaten stärker an vorliegende Evidenz und rationale Kriterien zu knüpfen. Die Zielsetzung muss sein, bei mangelhafter Datenlage sachgerechte Anreize zur Verbesserung der Evidenz auf Nutzenbewertungs- und Erstattungsebene zu schaffen. Die Solidargemeinschaft darf nicht durch Ausgaben belastet werden, die Patientinnen und Patienten keinen tatsächlichen (Zusatz-)Nutzen bringen.

Rabattverträge der gesetzlichen Krankenkassen sind ein zentrales Steuerungsinstrument, um eine wirtschaftliche Arzneimittelversorgung zu gewährleisten

6 Qualität sichern und Versorgungsstrukturen verbessern

Qualitätssicherung kann ein Schlüsselfaktor für eine adäquate, patientengerechte Versorgung sein, wenn Qualitätsergebnisse auch für die Gestaltung der Versorgung genutzt werden. In der neuen Legislaturperiode bedarf es daher einer Weiterentwicklung der Qualitätssicherung, um Qualitätsergebnisse für die Krankenhausplanung und die Versorgungssteuerung durch Krankenkassen besser nutzbar zu machen.

Rahmenbedingungen für die Qualitätssicherung verbessern

Qualität ist im SGB V bereits heute als eigenständiges Kriterium bei der Krankenhausplanung vorgesehen. Die praktische Umsetzung der letzten Jahre zeigt allerdings, dass dieses Instrument bisher kaum Wirkung entfalten konnte. Den Planungsbehörden der Länder, aber auch den Krankenkassen fehlen differenzierte Handlungsmöglichkeiten, wenn Qualitätsprobleme festgestellt werden. Derzeit besteht lediglich die Vorgabe, dass bei „in erheblichem Maße unzureichender Qualität" umgehend eine Herausnahme des betroffenen Krankenhauses aus dem Krankenhausplan erfolgt. Stattdessen bedarf es abgestufter Möglichkeiten für die Länder, mit gezielten Maßnahmen auf unzureichende Qualität reagieren zu können. Damit ist die Erwartung verbunden, dass zukünftig alle Länder die Möglichkeiten von Qualitätsindikatoren für sich nutzen. Hierfür ist es auch notwendig, dass die Bezugsebene für die planungsrelevanten Qualitätsanforderungen geändert und neben der Betrachtung ganzer Fachabteilungen auch maßgeblich relevante Leistungen und Leistungsbereiche in Fachabteilungen zugrunde gelegt werden. Zudem sollten bundesweit einheitliche Strukturvorgaben für die Leistungserbringung in medizinisch besonders relevanten Bereichen durch den G-BA definiert werden.

Die Erprobung der Innovationen sollte zu einem möglichst frühen Zeitpunkt erfolgen, noch bevor sie in der flächendeckenden Versorgung angewandt werden.

Nutzen für die Versicherten bei der Methodenbewertung in den Mittelpunkt stellen

Der Gesetzgeber hat dem G-BA in den letzten Jahren zunehmend die Rolle zugewiesen, selbst Erkenntnisse über innovative Behandlungsmethoden zu generieren und Erprobungsstudien zu beauftragen. Damit werden Beitragsgelder für die Evaluation von Innovationen eingesetzt, von deren Vermarktung und Absatz am Ende vor allem die Medizinprodukteindustrie finanziell profitiert. Für die Zukunft ist deshalb sicherzustellen, dass die Beitragszahlenden nur in Erprobungsstudien investieren, die aus Versichertenperspektive zum Erkenntnisgewinn notwendig sind und die erfolgreich durchgeführt werden können. Außerdem ist stärker zu berücksichtigen, dass die Erprobung der Innovationen zu einem möglichst frühen Zeitpunkt erfolgt, noch bevor sie in der flächendeckenden Versorgung angewandt werden. Ein Nebeneinander von wissenschaftlicher Erprobungsstudie und Anwendung in der Routineversorgung, wie es derzeit vor allem im Krankenhausbereich üblich ist, gefährdet die Patientensicherheit und entspricht nicht dem Qualitätsgebot des SGB V.

Damit in Zukunft bei Erprobungsstudien nicht nur technikgetriebene Verfahren berücksichtigt werden, deren wissenschaftliche Studienkosten ebenso wie die Kosten für die Leistungen von den Beitragszahlenden zu finanzieren sind, sollten künftig stärker Verfahren der zuwendungsorientierten Medizin gefördert werden.

Beim Einsatz von Hochrisikomedizinprodukten muss die Patientensicherheit weiter gestärkt werden. Für etwaige Schadensfälle bedarf es zudem einer generellen Verpflichtung der Hersteller zum Abschluss einer Haftpflichtversicherung.

Innovationsfonds: Erkenntnisse nutzen und weiterentwickeln

Der Innovationsfonds setzt wichtige Impulse für innovative Versorgungsansätze. Allein bis zum Jahr 2021 wurden über 400 Projekte zur Förderung ausgewählt. Erfolgreiche Versorgungsansätze sind zügig in die Versorgung der GKV zu implementieren. Erkenntnisse über die tatsächlichen Auswirkungen des Innovationsfonds auf die Versorgung in der GKV werden in der neuen Legislaturperiode des Deutschen Bundestages vorliegen. Auf der Grundlage verwertbarer Ergebnisse ist dann über die zukünftige Förderung und Transformation von Innovationen, insbesondere von Versorgungsprozessen, die sich an den Versorgungsbedarfen der Versicherten orientieren, zu entscheiden. Dabei sollte die Verantwortung wieder stärker den Krankenkassen übertragen werden. Ähnlich dem Präventionsbudget könnte es ein Innovationsbudget geben, mit dem Krankenkassen Innovationen fördern. Damit könnten auf die jeweiligen regionalen Bedarfe abgestimmte Versorgungskonzepte unbürokratisch und schnell im Rahmen von selektivvertraglichen Lösungen der Krankenkassen umgesetzt werden. Bereits jetzt sind an beinahe jeder neuen Versorgungsform im Innovationsfonds Krankenkassen beteiligt.

7 Potenziale ausschöpfen: Digitalisierung von Gesundheit und Pflege

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens und der Pflege birgt erhebliche Potenziale für eine qualitativ gute und wirtschaftliche gesundheitliche Versorgung. Im Zentrum der digitalen Transformation muss das Interesse und Wohl der Versicherten, der Patientinnen und Patienten sowie der Beitragszahlenden stehen. In ihrem Sinne müssen Strukturen verändert, Prozesse verbessert und Innovationen eingesetzt werden. Gleichzeitig muss die transparente und niedrigschwellige Darstellung des Versorgungsspektrums dazu beitragen, Patientenpfade in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung zu optimieren sowie den Versicherten informierte Entscheidungen bei der Leistungserbringerwahl zu ermöglichen.

Kritische Lastenverteilung

Die Kosten der Digitalisierung des Gesundheitswesens lasten derzeit auf den Schultern der Beitragszahlenden der gesetzlichen Krankenkassen. Mit der Übernahme von 51 Prozent der Gesellschafteranteile an der gematik durch den Bund wurde die soziale Selbstverwaltung ihrer Handlungsfähigkeit beraubt. Die gematik, beauftragt mit der Einführung und Weiterentwicklung von digitalen Anwendungen, ist in den vergangenen Jahren durch den Gesetzgeber zu einem der entscheidenden Akteure des Gesundheitssystems geworden. Sie hat nicht nur Regulierungs- und Steuerungsfunktionen inne, sondern wird außerdem unternehmerisch tätig und soll direkte Schnittstellen zu den Versicherten erhalten. Gleichzeitig fehlen der sozialen Selbstverwaltung die Instrumente, um Fehlentwicklungen der gematik entgegenzusteuern oder diese zu sanktionieren, obwohl die gematik zu 100 Prozent von der GKV finanziert wird. Es ist daher zum einen dringend notwendig, eine ordnungspolitische Diskussion darüber zu führen, was Rolle und Ziel der gematik sein sollen. Ihre systemische Funktion muss klar eingegrenzt und auf die Unterstützung des Solidarsystems und seiner Akteure ausgerichtet werden. Zum anderen müssen Zuständigkeiten, die derzeit der gematik konkrete fachliche Aufgaben einräumen, an die Selbstverwaltung zurückgegeben werden. Wo immer Wettbewerb möglich und sinnvoll ist, sollten der Markt oder die Krankenkassen diese Funktionen übernehmen. Darüber hinaus bedarf es in der neuen Legislaturperiode endlich einer fairen Verteilung der Kosten der Digitalisierung auf alle Akteure des Gesundheitswesens.

Die systemische Funktion der Gematik muss klar eingegrenzt und auf die Unterstützung des Solidarsystems und seiner Akteure ausgerichtet werden.

Nutzen und Wirtschaftlichkeit entscheidend

Zentrale Aspekte wie der zukunftsorientierte Ausbau der Telematik, die Herstellung von Interoperabilität im Gesundheitswesen sowie die Harmonisierung des Datenschutzes müssen in ihrer Umsetzung und unter entscheidender Beteiligung der GKV auf den Nutzen für die Versicherten und die Wirtschaftlichkeit des Gesundheitssystems ausgerichtet werden. Gleichzeitig müssen neue Technologien, Methoden und Wirkstoffe denselben hohen Standards der evidenzbasierten Medizin entsprechen wie ihre traditionellen Pendants. Statt auf entsprechende Prüfungen und Bewertungen zu verzichten, müssen die etablierten Verfahren weiterentwickelt werden.

Datenmanagement und Versicherteninformation sind Aufgaben der Krankenkassen

Schlüsselanwendungen wie die elektronische Patientenakte müssen der Nukleus eines neuen digitalen Ökosystems werden, das auf die Versicherten ausgerichtet ist und in dem sie ohne Medienbrüche auf alle Daten und Informationen zu ihrer Gesundheit an einem Ort zugreifen können. Die direkte Schnittstelle zu den Versicherten und somit die Gestaltung des Zugangs zum System ist dabei ohne Ausnahme die Aufgabe der Krankenkassen.

Gleichwertigen Zugang zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung sichern

Digitale Gesundheitskompetenz ist auf allen Ebenen des Gesundheitssystems nötig. Für Versicherte ist diese z. B. Voraussetzung, um mit der Vielfalt der Gesundheitsinformationen umzugehen oder

auch um digitale Gesundheits- und Pflegeanwendungen qualifiziert anzuwenden. Den unterschiedlichen Lebensorten und Settings ist dabei Rechnung zu tragen. Ein wichtiger Faktor ist auch die Erhöhung der Digitalkompetenz für Leistungserbringende, Behörden und gesundheitliche Einrichtungen.

Rahmenbedingungen für digitale Gesundheitsanwendungen harmonisieren

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) haben das Potenzial für eine Verbesserung der Patientenversorgung. Die bisherigen Erfahrungen zeigen allerdings deutlichen Handlungsbedarf auf, um die Anforderungen an Nutzen, Qualität und Wirtschaftlichkeit ausreichend zu erfüllen. Ein zentrales Problem liegt in der unzureichenden Evidenz von DiGA zum Zeitpunkt der erstmaligen Bewertung. Es ist notwendig, das Bewertungsverfahren zum Nachweis der Evidenz schrittweise an die bestehenden Zugangsvoraussetzungen für andere Leistungsbereiche der GKV anzugleichen. Die durch die Krankenkassen zu erstattenden Vergütungsbeträge sind bereits zum Zeitpunkt der Aufnahme einer Anwendung in das Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) von den Vertragspartnern zu vereinbaren, um unangemessene Preisforderungen einzelner Hersteller zu verhindern.

Entwicklung der Digitalisierung für die Pflege

Die Anbindung der Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur (TI), die zunehmende Verbreitung von Assistenztechnologien sowie digitale Pflegeanwendungen (DiPA) gestalten den Digitalisierungsprozess in der Pflege. Die TI ermöglicht es, einheitliche Standards und Schnittstellen zu definieren sowie Insellösungen und Medienbrüche zu vermeiden. Mit der Anbindung der Pflegeeinrichtungen an die TI wird mit einer zentralen Infrastruktur eine sichere und sektorenübergreifende Kommunikation im Bereich der Pflege etabliert, um damit die Prozesse in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen zu verbessern. Hinsichtlich der Assistenztechnologien ist ein Entwicklungsprozess mit Hinweisen auf Erfolg versprechende Assistenztechnologien zu beobachten. Für die DiPA, welche die pflegerische Betreuung zu Hause durch professionelle Pflege- und Betreuungskräfte oder pflegende Angehörige unterstützen sollen, fehlt es bislang noch an wissenschaftlichen Grundlagen zum pflegerischen Nutzen – ein maßgebliches Kriterium für ihre Zulassung. Angesichts eines schnell wachsenden Marktes für digitale Versorgungsangebote bedarf es klarer gesetzlicher Regelungen für die Zulassungsvoraussetzungen und den Leistungsanspruch.

Bessere Datennutzung sicherstellen

Derzeit werden die Potenziale des Datenschatzes in der GKV nicht vollständig ausgeschöpft. Gerade die Corona-Pandemie hat deutlich vor Augen geführt, welche zentrale Bedeutung Echtzeit-Daten für eine flexible und sachgerechte Versorgungssteuerung haben. Notwendig sind versorgungsrelevante Schnellinformationen über das kurzfristig geschaffene Intensivbetten-Register hinaus, um eine größere Transparenz über das Versorgungsgeschehen zu erhalten.

Außerdem bedarf es eines effizienten und schnellen Zugriffs der Krankenkassen und des GKV-Spitzenverbandes auf die beim Forschungsdatenzentrum vorliegenden Daten für ihre gesetzlichen Aufgaben. Zielsetzung ist dabei, u. a. Über-, Unter- und Fehlversorgung besser zu erkennen und differenzierte Steuerungsmaßnahmen auf Grundlage der gesetzlichen Aufgaben ergreifen zu können. Zudem sollten die Effizienzgewinne der Digitalisierung dazu genutzt werden, den Gehalt und die Qualität der Leistungsdaten stetig zu verbessern, neue Datenquellen zu erschließen und zu integrieren sowie gesetzlich innovative Wege der flexibleren Auswertung für die Versorgung zu erschließen. Hierzu gehört auch, die gesetzliche Grundlage für ein sektorenübergreifendes Leistungserbringerverzeichnis mit Angaben zu abrechenbaren Leistungen und Leistungsorten und ein Nutzungsrecht des GKV-Spitzenverbandes zu schaffen. Zu diskutieren ist weiterhin, wie der aus Patientensicht unabdingbare Datenschutz besser mit einem Gesundheitsnutzen verzahnt werden kann.

8 Gesundheitsförderung, Prävention und UPD sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben

Kranken- und Pflegekassen werden ihrer Verantwortung gerecht

GKV und SPV haben ihr lebensweltbezogenes Engagement für Gesundheitsförderung und Prävention – insbesondere in Kommunen, Kindertagesstätten, Schulen, Pflegeeinrichtungen und Betrieben – in den vergangenen Jahren zielgerichtet und qualitätsgesichert ausgebaut. Prävention ist aber vor allem eine gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe, denn wesentliche Determinanten und Einflussfaktoren zum Schutz vor Krankheit und Förderung von Gesundheit liegen außerhalb des Einfluss- und Gestaltungsbereichs der Kranken- und Pflegekassen. Im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie bedarf es daher eines Schulterschlusses aller auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene verantwortlichen Akteure, um messbare Erfolge im Sinne von „Gesundheit in allen Politikfeldern“ zu erzielen. Notwendig ist eine konkretisierende Gesetzgebung, die von Bund, Ländern und Kommunen gleichermaßen getragen wird. Dabei sind nicht nur die Aufgaben, sondern auch die Finanzierungsverpflichtungen für alle verantwortlichen Akteure – nicht nur für Kranken- und Pflegekassen – verbindlich vorzugeben.

Finanzierung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durch Beitragsgelder zurücknehmen

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) leistet einen wichtigen Beitrag bei der Gesundheitserziehung und Aufklärung der Bevölkerung, insbesondere durch Informationskampagnen. Präventionsprojekte in den Regionen zu konzipieren und zu steuern, ist und bleibt eine Aufgabe der Selbstverwaltung und der Akteure vor Ort. Die Krankenkassen haben hier jahrelang Erfahrungen, Kompetenzen und bewährte Strukturen aufgebaut. Das Bundessozialgericht hat auch vor diesem Hintergrund aktuell entschieden, dass die gesetzlichen Regelungen zur Beauftragung und Vergütung der BZgA aus Beitragsmitteln verfassungswidrig sind. Das Urteil macht deutlich, dass zum einen die Eingriffsrechte der Aufsicht, zum anderen aber auch die Möglichkeiten des Gesetzgebers, auf die Finanzmittel der Beitragszahlenden für staatliche Aufgaben zuzugreifen, begrenzt sind. Das subsidiäre Zusammenwirken von Staat und Selbstverwaltung hat sich bewährt und sollte künftig wieder der Maßstab für eine gesetzliche Aufgabenübertragung an die Selbstverwaltung sein.

Bei der Finanzierung der UPD handelt es sich um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die zukünftig aus Steuermitteln erfolgen sollte.

Unabhängige Patientenberatung neu aufstellen

Beratung und Information von Versicherten zählen zu den Kernaufgaben der Krankenkassen. Diese sind für Versicherte und ihre Angehörigen nicht nur die erste Anlaufstelle zu leistungs- und versicherungsrechtlichen Fragestellungen, sondern stehen umfassend für Fragen rund um das Thema Gesundheit zur Verfügung. Die Unabhängige Patientenberatung (UPD) hat sich im Rahmen der nunmehr fast 20-jährigen Förderung durch die GKV als ergänzendes Angebot etabliert. Um zukünftig drohende Ressourcenverluste durch die gesetzlich vorgesehene regelmäßige Neuausschreibung zu vermeiden, sollte eine dauerhafte Institutionalisierung ab dem Jahr 2024 geprüft werden. Da die Bereitstellung von Informations- und Beratungsangeboten durch die UPD unabhängig von bestehenden Versicherungsverhältnissen auf sämtliche gesundheitliche und gesundheitsrechtliche Fragen ausgerichtet ist und der gesamten Bevölkerung zugutekommt, handelt es sich bei der Finanzierung der UPD um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die zukünftig aus Steuermitteln erfolgen sollte.

9 Soziale Pflegeversicherung zukunftsfest gestalten

Große Herausforderungen in der nächsten Legislaturperiode

Die Reform der sozialen Pflegeversicherung bleibt eine der drängendsten sozial- und gesellschaftspolitischen Aufgaben. Die aktuellen Reformschritte kurz vor dem Ende der 19. Legislaturperiode stellen wichtige erste, aber längst nicht ausreichende Verbesserungen dar. In der neuen Legislaturperiode bleiben große Herausforderungen bestehen. Unabdingbar ist eine langfristig solide Finanzierung der Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit unter Berücksichtigung eines stabilen Beitragssatzes. Allerdings spitzen die jüngsten Reformschritte die Finanzlage der sozialen Pflegeversicherung weiter zu und könnten bereits 2022 zu einer Beitragssatzerhöhung führen.

Zur finanziellen Absicherung des Pflegerisikos bedarf es langfristig ausgerichteter Strategien. Ein steuerfinanzierter Bundeszuschuss muss zum einen die versicherungsfremden Leistungen abdecken und zum anderen für eine spürbare Entlastung der Pflegebedürftigen sorgen. Zudem müssen die Länder und Kommunen ihren Verpflichtungen zur Absicherung der Pflegeinfrastruktur nachkommen. Der Gesetzgeber hat bei der Neujustierung der Pflegefinanzierung eine ausgewogene Verteilung der Finanzierungsverantwortung festzulegen, die Zuweisung der jeweiligen Verantwortung zu überprüfen und deren Einhaltung sicherzustellen. Die gesetzlichen Leistungsbeträge sollten regelmäßig überprüft und angepasst werden.

Familiäre Pflegekapazitäten erhalten – Inanspruchnahme von Leistungen flexibilisieren

Die Angehörigenpflege ist und bleibt eine wichtige Ressource. Die Pflege von Angehörigen ist aber nicht nur verbunden mit finanziellen Belastungen, sondern auch mit zeitlichen Einschränkungen. Darüber hinaus führt sie häufig zu emotionaler Überforderung, zu körperlichen Beeinträchtigungen sowie sozialen Einschränkungen. Es braucht Lösungsansätze, die den pflegenden Angehörigen ein Miteinander von Beruf, Familie und Pflege ermöglichen. Der Schutz und die Unterstützung pflegender Angehöriger als eine der Hauptsäulen der Pflege pflegebedürftiger Menschen in Deutschland muss daher weiterhin Priorität haben.

Vor diesem Hintergrund ist eine Weiterentwicklung und damit Stärkung und Flexibilisierung von Angeboten zur Unterstützung und Entlastung von pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen notwendig. Dabei bedarf es für die finanzielle Entlastung der Pflegebedürftigen eines steuerfinanzierten Bundeszuschusses, der insbesondere auch dem Ausgleich der Finanzierung von versicherungsfremden Leistungen der SPV dient. Unabhängig davon ist essenziell, dass die Länder die Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen übernehmen. Die vergangenen Monate, in denen aufgrund der Corona-Pandemie Pflegebedürftige und ihre Angehörigen die Versorgung kurzfristig neu organisieren mussten, belegen diese Herausforderung. Die Inanspruchnahme von Leistungen sollte zukünftig sowohl für Pflegebedürftige als auch für pflegende Angehörige und vergleichbar Nahestehende weiter flexibilisiert werden, damit auch kurzfristig und unbürokratisch auf erforderliche Veränderungen im Versorgungssetting reagiert werden kann. Deshalb sind die Leistungen der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege zu einem Budget zusammenzufassen. Eine Flexibilisierung der Leistungen umfasst auch ein gesetzlich normiertes, vereinfachtes Abrechnungsverfahren, bei dem die Leistungserbringenden direkt mit den Pflegekassen der Pflegebedürftigen abrechnen, ohne dass die Pflegebedürftigen ihre Aufwendungen teilweise über das bisher gesetzlich vorgesehene nachträgliche Erstattungsverfahren geltend machen müssen. Eine von vielen Seiten gewünschte Flexibilisierung und Vereinfachung der Inanspruchnahme von Leistungen darf allerdings nicht die Qualität

Unabdingbar ist eine langfristig solide Finanzierung der Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit unter Berücksichtigung eines stabilen Beitragssatzes.

der Versorgung gefährden. Pflegerische Leistungen müssen wie bisher grundsätzlich von qualitätsgesicherten Leistungserbringenden erbracht werden.

Pflegeinfrastruktur muss durch Länder und Kommunen gewährleistet sein

Den Ländern ist grundgesetzlich die Verpflichtung zur Gewährleistung der pflegerischen Versorgungsstruktur übertragen. Obwohl die Verantwortung für die Investitionsförderung von Pflegeeinrichtungen bei den Ländern liegt und die Träger der Sozialhilfe aufgrund der Pflegeversicherung hohe Einsparungen zu verzeichnen haben, werden Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen allein für Investitionsaufwendungen derzeit durchschnittlich über 450 Euro monatlich von den Pflegeeinrichtungen in Rechnung gestellt.

Die Länder müssen der ihnen übertragenen Finanzierungsverantwortung entsprechend den gesetzlichen Anforderungen nachkommen. Diese Verpflichtung der Länder gilt unabhängig von gegebenenfalls weiteren Reformmaßnahmen zur Entlastung SPV und der Pflegebedürftigen. Für eine bedarfsgerechte, wohnortnahe und innovative Infrastrukturentwicklung kommt den Kommunen im Rahmen einer kommunalen Pflegeplanung eine wichtige Rolle zu. Das setzt voraus, dass die sozialpolitische Verantwortung einer kommunalen Pflegepolitik verbindlich durch die Länder verankert und damit auch eine gesicherte Finanzierungsgrundlage geschaffen wird.

Professionelle Pflegekräfte brauchen gute Rahmenbedingungen

Die Forderung nach Sicherstellung der Pflege mit ausreichendem und qualifiziertem Personal ist drängender denn je und weiterhin ein zentraler Dreh- und Angelpunkt für eine gute und menschenwürdige Pflege. Die verschiedenen Initiativen und Sofortmaßnahmen der letzten Legislaturperiode für eine bessere Personalausstattung in der Pflege sind zwar richtige Ansätze, lösen aber nicht das Problem, dass das benötigte Personal am Arbeitsmarkt nicht verfügbar ist.

Die Einführung eines Pflegepersonalbemessungsinstruments für Pflegeeinrichtungen ist der richtige Weg.

Gute Pflege braucht Zeit. Die Einführung eines Pflegepersonalbemessungsinstruments für Pflegeeinrichtungen, das bundeseinheitlich je nach Zusammensetzung der Bewohnerschaft den fachlich angemessenen Personal-Mix für jede Pflegeeinrichtung berechnen kann, ist der richtige Weg. Denn neben einem Mehr an Pflegefachkräften ist in erster Linie eine deutliche Aufstockung der Pflegeassistenz- und Pflegehilfskräfte in den Einrichtungen notwendig. Auch für die ambulante Pflege sollten neue Ansätze zur Personalausstattung und zum Personaleinsatz entwickelt werden, die sich stärker an der Qualifikation der Mitarbeitenden orientiert. Angesichts der durch die Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens steigenden Pflegesätze ist zu beachten, dass einerseits die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen und andererseits auch die Beitragszahlenden nicht finanziell überfordert werden dürfen. Bund und Länder sind aufgefordert, bundes- und landesrechtliche Vorgaben für die Personalbemessung zu harmonisieren.

10 Selbstverwaltung ist Stärke des deutschen Gesundheitssystems

Selbstverwaltung: Leistungsstark in der Corona-Pandemie

Ein Schlüsselfaktor bei der Bewältigung der Corona-Pandemie war und ist die soziale und gemeinsame Selbstverwaltung. Gerade zu Pandemie-Beginn wurden reaktionsschnell praktikable und tragfähige Lösungen gefunden, um die Versorgung unter den veränderten Rahmenbedingungen zu stabilisieren. An mittlerweile kaum mehr zählbaren kurzfristig erforderlichen Regelungen des Gesetz- und Verordnungsgebers hat der GKV-Spitzenverband im Rahmen der gesetzlich vorgesehenen Beratungen und Stellungnahmen intensiv mitgearbeitet. In Rekordgeschwindigkeit wurden diese für die Versorgungspraxis umgesetzt. Zahlreiche Vereinbarungen wurden getroffen, um pandemiebedingte Einnahmeausfälle zeitweilig auszugleichen, drohende Insolvenzen zu verhindern und damit die medizinische und pflegerische Versorgung u. a. für Vertragsärztinnen und -ärzte, Heilmittelerbringende sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in den betroffenen Leistungsbereichen dauerhaft sicherzustellen. Rettungsschirme haben finanzielle Ausfälle zeitnah abgemildert. Insbesondere für die Krankenhausversorgung war es notwendig, mit gezielten Maßnahmen auf die veränderte Finanzierungslage zu reagieren.

Die Selbstverwaltung hat bereits früh und entschlossen Regelungen für eine bessere und vereinfachte Nutzung videotherapeutischer Angebote gefunden. Vor allem im vertragsärztlichen Bereich und in der Heilmittelversorgung wurde davon Gebrauch gemacht. Hierdurch hat sich die Akzeptanz für die Digitalisierung erheblich erhöht. Darüber hinaus wurde mit einer Vielzahl von weiteren Regelungen und Empfehlungen auf veränderte Versorgungsbedarfe reagiert. So wurden z. B. Sonderregelungen zur telefonischen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit, zu Krankentransportfahrten von COVID-19-positiven Versicherten oder zu Verordnungen nach telefonischer Anamnese für häusliche Krankenpflege, Hilfsmittel und Heilmittel getroffen. Krankenkassen haben zur Stabilisierung der Wirtschaft unmittelbar beigetragen und Arbeitgebern unbürokratisch Stundungen von Sozialversicherungsbeiträgen angeboten. Darüber hinaus wurde die Bundesregierung bei der Information von Risikogruppen und ALG-II-Beziehenden über ihren Anspruch auf Schutzmasken unterstützt, in einigen Bundesländern auch bei der Information von Anspruchsberechtigten auf Impfungen gegen COVID-19. Ohne die soziale Selbstverwaltung der Krankenkassen, der Verbände der Krankenkassen und des GKV-Spitzenverbandes sowie die gemeinsame Selbstverwaltung wäre die schnelle, praxisnahe und flexible Aufrechterhaltung einer bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung während der Corona-Pandemie nicht möglich gewesen.

Ohne die soziale sowie die gemeinsame Selbstverwaltung wäre die schnelle, praxisnahe und flexible Aufrechterhaltung einer bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung während der Corona-Pandemie nicht möglich gewesen.

Auch für die SPV hat der GKV-Spitzenverband eine Reihe von Maßnahmen zur Unterstützung der Pflegeeinrichtungen bei der pflegerischen Versorgung in Pandemiezeiten geschaffen. Dazu gehörte, sowohl Verfahren zur Erstattung pandemiebedingter Mehraufwendungen und Mindereinnahmen zu regeln als auch Qualitätsprüfungen in den Pflegeeinrichtungen sowie die Indikatorenerhebung zur Qualitätssicherung durch die Pflegeeinrichtungen auszusetzen. Weitere Unterstützung richtete sich an die Pflegebedürftigen: Sofern die ambulante Versorgung nicht durch den bisherigen Pflegedienst oder eine Vertretung sichergestellt werden konnte, wurde die Versorgung durch andere Leistungserbringende als einen ambulanten Pflegedienst ermöglicht.

Mehr Verantwortung für die soziale Selbstverwaltung

Das subsidiär ausgerichtete Gesundheitswesen hat sich als gesamtgesellschaftlicher Stabilitätsfaktor auch in Krisenzeiten erwiesen. Dies ist ein weiterer Grund, spätestens jetzt den Mehrwert der Selbstverwaltung wieder in den Fokus zu rücken. Schon vor der Pandemie war die Gesetzgebung in dieser Legislaturperiode durch einen deutlich erkennbaren Trend zur exekutiven

Zentralisierung geprägt. Aus ordnungspolitischen Gründen sind die staatliche Aufgabenkonzentration ebenso abzulehnen wie die Einschränkungen der Selbstverwaltungsrechte. Das Bundessozialgericht hat mit seinem Urteil zur Finanzierung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die klare Grenze zwischen einer gesetzgeberischen Beauftragung und einer eigenverantwortlichen Aufgabenerfüllung durch die Selbstverwaltung aufgezeigt. Das Subsidiaritätsprinzip sollte künftig wieder für alle Bereiche des Gesundheitswesens leitend sein.

Die soziale Selbstverwaltung garantiert, dass Sachverhalte praxisnah sowie bedarfsgerecht und damit unabhängig von politischen Mehrheiten bewertet werden. Handlungsleitend ist dabei das Engagement für eine gesundheitliche und pflegerische Versorgung, bei der eine hohe Qualität und die Bezahlbarkeit im Einklang stehen. Dies ist eine zentrale Stärke der GKV in Deutschland. Künftig muss die konkrete Ausgestaltung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung wieder stärker durch die Beteiligten mit Praxisnähe erfolgen. Die Rechte der Verwaltungsräte der Krankenkassen müssen deshalb wiederhergestellt und dort, wo es um versichertenorientierte und praxisnahe Entscheidungen geht, müssen die Gestaltungsmöglichkeiten für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung ausgebaut werden. Das gilt auch für die Definition von Rahmenbedingungen der gesundheitlichen Versorgung auf Bundesebene durch die gemeinsame Selbstverwaltung. Zur Förderung des ehrenamtlichen Engagements bedarf es gesetzlicher Rahmenbedingungen, z. B. für Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Ehrenamt durch Übernahme der Kosten für Kinderbetreuung und Verhinderungspflege im Rahmen der Entschädigungsregelung.

11 Mobiles Europa

Mobiler durch europaweiten Datenaustausch

Europa spielt bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen eine zunehmend wichtige Rolle. Bereits heute haben die Sozialversicherungsträger ihre Kommunikation untereinander digitalisiert. Für die Versicherten völlig geräuschlos wird so die Abrechnung von gesundheitlichen Behandlungen innerhalb der Europäischen Union (EU) noch schneller und zuverlässiger elektronisch abgewickelt. Vom elektronischen Austausch der Sozialversicherungsdaten profitieren auch die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, die Mitarbeitende ins Ausland entsenden, und Leistungserbringende, die Versicherte aus anderen Ländern behandeln.

Direkt spürbar für die Versicherten werden die über Landesgrenzen hinweg verfügbaren elektronischen Patientenkurzakten und elektronischen Rezepte sein. Diese werden die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung verbessern und für mobile Versicherte in der EU deutlich vereinfachen. Der GKV-Spitzenverband unterstützt den Aufbau der dafür benötigten digitalen Infrastruktur, die allerdings einiges voraussetzt: Die sensiblen Gesundheitsdaten müssen jederzeit vertraulich behandelt werden, zugreifende Akteure müssen über ein verlässliches Authentifizierungsverfahren eindeutig identifiziert, Leistungserbringende im Ausland autorisiert werden. Bundestag und Bundesregierung müssen sich dafür einsetzen, dass die Systeme so miteinander vernetzt werden, dass es nicht zu unerwünschten Eingriffen in die nationale TI kommt.

Innovativer durch europaweite Datennutzung

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Pläne der EU, europaweit vorhandene Daten zu nutzen, um in der Forschung voranzukommen und Innovationen zu fördern. Dadurch lassen sich auch die gesundheitliche Versorgung und die Gesundheitssysteme weiterentwickeln. Das gilt auch für gemeinsame Herausforderungen, von der Bewältigung der Corona-Pandemie über die großen Volkskrankheiten und seltene Erkrankungen bis hin zur finanziellen Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme. Wenn die EU-Staaten gemeinsam Daten generieren, nutzen und auswerten und ihre Forschungsanstrengungen bündeln, kann Europa einen erheblichen Mehrwert für die Versicherten sowie für die Patientinnen und Patienten schaffen.

Bundestag und Bundesregierung sollten den europäischen Gesundheitsdatenraum im Sinne der Versicherten mitgestalten. Insbesondere sind die Verbesserung der Gesundheitsversorgung und die Weiterentwicklung der Gesundheitssysteme in den Mittelpunkt zu stellen, wenn es beispielsweise um die Frage geht, unter welchen rechtlichen und technischen Umständen Behandlungsdaten, Abrechnungsdaten und weitere in den Gesundheitssystemen anfallende Datenbestände im Rahmen von Forschungsdateninfrastrukturen grenzüberschreitend ausgetauscht oder gemeinsam genutzt werden können. Neben der Forschungsförderung bedarf es eines verstärkten europäischen Austauschs über Prozessinnovationen und gute Praktiken der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgungssteuerung.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Pläne der EU, europaweit vorhandene Daten zu nutzen, um in der Forschung voranzukommen und Innovationen zu fördern. Dadurch lassen sich auch die gesundheitliche Versorgung und die Gesundheitssysteme weiterentwickeln.

Bezahlbare Arzneimittel durch ausgewogene Regulierung

Die EU ist für eine sichere, qualitativ hochwertige und innovative Arzneimittelversorgung mitverantwortlich, denn es gibt europäisch einheitliche Regelungen zur Marktzulassung für Arzneimittel und gemeinsame Anreizsysteme für bestimmte Arzneimittelgruppen. Die Gesundheitssysteme in der EU stehen angesichts hoher Arzneimittelpreise vor der gemeinsamen Herausforderung, eine bezahlbare Arzneimittelversorgung auf einem hohen Qualitätsniveau für Patientinnen und Patienten sicherzustellen. Der GKV-Spitzenverband begrüßt das Ziel der EU, die Verfügbarkeit und Bezahlbarkeit in den Fokus ihrer Arzneimittelstrategie zu rücken. Es ist daher folgerichtig, bestehende

Anreize für die Industrie zur Entwicklung von Arzneimitteln systematisch zu überprüfen.

Problematisch ist, dass von der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) neue Arzneimittel für immer kleinere Patientengruppen zugelassen werden und die Hersteller extrem hohe Preise verlangen, auch wenn der Nutzen nicht eindeutig belegt ist. Daher müssen Anreize für die Entwicklung von Arzneimitteln gesetzt werden, die einen echten Zusatznutzen für die Patientinnen und Patienten mit seltenen Krankheiten bieten. Die Erfahrungen mit beschleunigten Zulassungsverfahren zeigen, dass zugesagte Daten zu Sicherheit und Nutzen oft nur unvollständig oder verspätet von den Herstellern nachgereicht werden. Beschleunigte Zulassungsverfahren dürfen nicht zu Abstrichen bei der Sicherheit der Patientinnen und Patienten führen. Nicht zuletzt deshalb sollte eine beschleunigte Zulassung von Arzneimitteln durch die EMA unbedingt auf echte Versorgungslücken fokussieren. Diese Sonderregelungen dürfen nicht zur Folge haben, dass die Preisbildung eine nachhaltige Finanzierung der Gesundheitssysteme gefährdet. Hierfür müssen sich Bundestag und Bundesregierung in den Gremien der EU starkmachen.

Die europaweite Bereitstellungspflicht durch den jeweiligen pharmazeutischen Unternehmer muss mittels konkreter Sanktionsmöglichkeiten durchgesetzt werden können.

Mehr Versorgungssicherheit durch Transparenz

Lieferengpässe bei Arzneimitteln und Verunreinigungen von Wirkstoffen beeinträchtigen die Arzneimittelversorgung. Engpässe sind ein europaweites Problem und bedürfen daher gemeinsamer Antworten. Liefer- und Meldepflichten der Arzneimittelhersteller müssen europaweit verbindlich gemacht werden, damit diese ihrer Verantwortung für die Qualität und Verfügbarkeit in allen Ländern der EU nachkommen. Die europaweite Bereitstellungspflicht durch den jeweiligen pharmazeutischen Unternehmer muss mittels konkreter Sanktionsmöglichkeiten durchgesetzt werden können. Notwendig sind wirksame Sanktionsregelungen auch bei Pflichtverletzungen, die auf einen produktionsbedingten Engpass zurückzuführen sind.

Um Lieferengpässe zu vermeiden, müssen die zuständigen Behörden auf europäischer Ebene besser vernetzt werden und zusammenarbeiten. Gemeinsam sollten die Ursachen von Engpässen und Schwachstellen in den Lieferketten analysiert werden. Bei tatsächlichen oder befürchteten Engpässen sollten sie auch in der Lage sein, konkrete Schritte einzuleiten, um diese zu beseitigen oder präventiv abzuwenden. Im Rahmen der Überarbeitung der europäischen Arzneimittelgesetzgebung ist das Meldegeschehen europaweit zu harmonisieren, zu digitalisieren und effektiv anzuwenden. Maßnahmen der Industrie zur Herstellung von Transparenz über Lieferketten, die ausschließlich auf Freiwilligkeit beruhen, reichen nicht aus. Vielmehr bedarf es verbindlicher und sanktionsbewehrter Vorgaben.

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin
Telefon: 030 206288-0
Telefax: 030 206288-88
www.gkv-spitzenverband.de