



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 02.12.2024

zum Antrag „Gesundheit für alle – Modern, gemeinwohlorientiert und solidarisch“ vom 14.05.2024

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de

Inhaltsverzeichnis

I. Zusammenfassung	3
II. Stellungnahme	4
II. Nummer 1 – Sektorengrenzen überwinden	4
II. Nummer 2 – Medizinische Versorgungszentren in kommunaler Trägerschaft	5
II. Nummer 3 – Förderung Gesundheitsversorgung durch arztunterstützende medizinische Fachkräfte	6
II. Nummer 4 – Förderung Telemedizin	7
II. Nummer 5 – Ausbildungsoffensive zur Aufwertung nichtärztlicher Gesundheitsfachberufe	8
II. Nummer 6 – Anerkennung von Ausbildungsleistungen aus dem Ausland	9
II. Nummer 7 – Attraktivität von Gesundheitsberufen steigern	10
II. Nummer 8 – Digitalisierung voranbringen – Gesundheitsdaten schützen	11
II. Nummer 9 – Krankenhausreform – Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen statt Schließungen	12
II. Nummer 10 – Abschaffung des DRG-Systems und Einführung der Selbstkostendeckung	13
II. Nummer 11 – Einhaltung der Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus kontrollieren & Verstöße an Leistungsreduktion koppeln	14
II. Nummer 12 – Beteiligung des Bundes an der Investitionsfinanzierung der Länder	15
II. Nummer 13 – Vermögenssteuer	16
II. Nummer 14 – Planung Versorgungsstrukturen am gesellschaftlichen Bedarf ausrichten	17
II. Nummer 15 – Investorenbetriebene Medizinische Versorgungszentren	18
II. Nummer 16 – Zugang zu Prävention und Versorgung ausbauen	19
II. Nummer 17 – Solidarische Gesundheits- und Pflegeversicherung für alle Menschen	20
II. Nummer 18 – Zuzahlungen für notwendige gesundheitliche Leistungen abschaffen	21
II. Nummer 19 – Vollständige Übernahme der pflegebedingten Kosten durch die Pflegeversicherung	22
II. Nummer 20 – Pflegenden Angehörige finanziell eigenständig absichern	23
II. Nummer 21 – Vergabe von Arztterminen nach Dringlichkeit	24
II. Nummer 22 – Anonyme Krankenscheine	25
III. Nummer 1 – Kommunalisierungsfonds der EU im Gesundheits- und Pflegesystem	26
III. Nummer 2 – Gemeinsame Arzneimittelbeschaffung in der EU	27
III. Nummer 3 – Aufweichung von Datenschutz in der EU verhindern	28

I. Zusammenfassung

In dem vorliegenden Antrag „Gesundheit für alle – Modern, gemeinwohlorientiert und solidarisch“ wird eine grundlegende Reformierung des Gesundheitswesens gefordert. In ihm wird dabei auf verschiedene Bereiche der ambulanten und stationären Versorgung sowie auf die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung eingegangen.

Der GKV-Spitzenverband sieht grundsätzlichen Reformbedarf im deutschen Gesundheitssystem, um die gesetzliche Krankenversicherung und die soziale Pflegeversicherung zu stärken. Hierfür bedarf es politischer Weichenstellungen, die das Vertrauen in die Strukturen und Leistungen der Gesundheitsversorgung und der Pflege und in die sie tragenden solidarischen Sicherungssysteme stärken. Eine Grundbedingung ist eine stringente Trennung der Aufgaben- und Finanzverantwortung von Bund und Ländern (Finanzierung versicherungsfremder Leistungen), der Sozialversicherung (Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung) und der einzelnen Versicherten (vor allem Prävention). Anstelle von zunehmend staatlich gesteuerten Lösungen bedarf es einer Rückbesinnung auf die gesellschaftliche Rolle und die Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung sowie nachhaltiger Strukturreformen – auch angesichts knapper werdender Personalressourcen in der Versorgung. Hierzu gehört auch, dass die vertragsrechtlichen Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen für eine bedarfsgerechte Versorgung ausgeweitet werden.

Der GKV-Spitzenverband nimmt im Folgenden im Detail Stellung zu den einzelnen Forderungen.

II. Stellungnahme

II. Nummer 1 – Sektorengrenzen überwinden

Beabsichtigte Neuregelung

Die Sektorengrenzen müssen überwunden und regionale Versorgungsnetze aufgebaut werden. Für Patientinnen und Patienten wird eine verlässliche Anlaufstelle eingerichtet, die ihnen wohnortnah Diagnostik und Therapie anbietet und ihnen bei Bedarf einen stationären Platz in einem Krankenhaus besorgen kann.

Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband sieht grundsätzlichen Regelungsbedarf im Hinblick auf die Überwindung der Sektorengrenzen. Die regionale, informelle Vernetzung sowie der Austausch zwischen den Leistungserbringenden vor Ort sind zu begrüßen. Praxisnetzverbände existieren bereits heute. Unklarheit besteht dahingehend, wie der Begriff „verlässliche Anlaufstelle“ verstanden werden soll. Zu vermeiden ist der Aufbau weiterer Strukturen.

II. Nummer 2 – Medizinische Versorgungszentren in kommunaler Trägerschaft

Beabsichtigte Neuregelung

Als zukünftiges Rückgrat einer integrierten, wohnortnahen Versorgung sollen interdisziplinäre medizinische Versorgungszentren in kommunaler Trägerschaft dienen. Sie erbringen ambulante, stationäre und notfallmedizinische Leistungen und stellen die Anbindung an Krankenhäuser höherer Versorgungsstufen sicher.

Stellungnahme

Die Sicherstellung einer integrierten, wohnortnahen Versorgung wird im Rahmen der Krankenhausreform durch die Einführung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen adressiert. Der GKV-Spitzenverband befürwortet diese Einführung, da sie eine Transformationschance für bestehende kleinere Krankenhäuser bietet. Der Ansatz, neben Leistungen des ambulanten und stationären Sektors auch pflegerische Leistungen in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen zu integrieren, um flexibel auf die Bedarfe einer älter werdenden Bevölkerung eingehen zu können, wird befürwortet. Die Trägerschaft der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nachrangig zu beurteilen. Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Notfallversorgung sollten notfallmedizinische Leistungen regelhaft von Krankenhäusern mit höherer Versorgungsstufe erbracht werden. Siehe ergänzend auch die Bewertung zu II.9.

II. Nummer 3 – Förderung Gesundheitsversorgung durch arztunterstützende medizinische Fachkräfte

Beabsichtigte Neuregelung

In den Ländern sollen Maßnahmen gefördert werden, die der aufsuchenden Gesundheitsversorgung dienen, wie Doc-Mobile und arztunterstützende medizinische Fachkräfte, die chronisch kranke, pflegebedürftige und behinderte Menschen in Zusammenarbeit mit der Ärztin bzw. dem Arzt zu Hause betreuen.

Stellungnahme

Die Förderung einer aufsuchenden Gesundheitsversorgung zur Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung durch arztunterstützende medizinische Fachkräfte wird grundsätzlich begrüßt. Ärztinnen und Ärzte sollten durch telemedizinische Angebote, wie z. B. Videosprechstunde hinzugezogen werden. Allerdings sind aufsuchende Dienste beim Vorliegen einer Bedarfsnotwendigkeit bereits regelhaft Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Ein allgemeiner Anspruch auf eine aufsuchende ambulante Versorgung unabhängig von einem bestehenden Behandlungsbedarf wird kritisch gesehen. Darüber hinaus haben stationäre Pflegeeinrichtungen bei Bedarf die Möglichkeit, Kooperationsverträge nach § 119b SGB V mit geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringenden abzuschließen.

II. Nummer 4 – Förderung Telemedizin

Beabsichtigte Neuregelung

Telemedizinische Leistungen sollen zur Erleichterung der Versorgung gefördert werden, dürfen aber nicht zum Ersatz für wohnortnahe und aufsuchende Angebote im ländlichen Raum werden

Stellungnahme

Die vorgeschlagene Regelung wird vom GKV-Spitzenverband befürwortet.

II. Nummer 5 – Ausbildungsoffensive zur Aufwertung nichtärztlicher Gesundheitsfachberufe

Beabsichtigte Neuregelung

Durch eine Ausbildungsoffensive gemeinsam mit den Ländern sollen nichtärztliche Gesundheitsfachberufe wie Pflegefachkräfte, Ergo- und Physiotherapeutinnen und -therapeuten, MFA, ZMFA, Notfallsanitäterinnen und -sanitäter, Apothekerinnen und Apotheker, PTA und andere aufgewertet werden. Die Ausbildung in vielen Gesundheitsberufen soll modernisiert, in öffentlicher Hand und für die Auszubildenden kostenlos sein.

Stellungnahme

Die gewünschte Ausbildungsoffensive zur Aufwertung nichtärztlicher Gesundheitsfachberufe, gemeinsam mit den Ländern, ist inhaltlich nicht näher beschrieben. Eine fachliche Bewertung des Vorhabens ist somit nicht konkret möglich. Hinsichtlich der Ausbildung von Pflegefachkräften wurde zuletzt seit 2020 die generalistische Pflegeausbildung eingeführt, welche für die Auszubildenden kostenlos ist (§§ 26 ff. Pflegeberufegesetz). Zur Finanzierung der Ausbildung nichtärztlicher Gesundheitsfachberufe ist grundlegend anzuführen, dass diese in öffentlicher Hand liegen muss und nicht, wie bislang geregelt, zu einem Großteil durch die gesetzliche Krankenversicherung getragen wird: Die Finanzierung der Ausbildung für medizinische Fachberufe fällt nicht in die Verantwortung der GKV. Vielmehr handelt es sich um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Deshalb sollte entsprechend der etablierten dualen Finanzierung der Berufsausbildung der Staat die Kosten der theoretischen Ausbildung (Berufsschule) komplett tragen. Das Umlageverfahren mit einer Finanzierung versicherungsfremder Aufgaben über die gesetzliche Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung wird abgelehnt. Bei der Finanzierung der Pflegeausbildung besteht zudem eine direkte Belastung für die Pflegebedürftigen in der stationären Langzeitpflege über ein Umlageverfahren der Ausbildungskosten. Das ist nicht vertretbar und dringend zu ändern. Eine Ausbildungsreform in den Gesundheitsfachberufen (insbes. Physiotherapie) wird auch vom GKV-Spitzenverband angemahnt, um die notwendigen Kompetenzen für eine bessere Therapieplanung und größere Therapieverantwortung zu implementieren, bevor weitere Überlegungen und Schritte in Richtung Direktzugang unternommen werden können. Einer Voll-Akademisierung steht der GKV-Spitzenverband kritisch gegenüber, weil diese den Fachkräftemangel kurzfristig voraussichtlich verstärkt.

II. Nummer 6 – Anerkennung von Ausbildungsleistungen aus dem Ausland

Beabsichtigte Neuregelung

Die Anerkennung von Ausbildungsleistungen aus anderen Ländern soll erleichtert werden. Für Geflüchtete und Asylsuchende soll deutlich erleichtert werden, eine Ausbildung in einem Gesundheitsberuf zu absolvieren und eine dauerhafte Arbeitserlaubnis sowie einen sicheren Aufenthalt in Deutschland unabhängig von der Anerkennung als Asylberechtigte zu erhalten.

Stellungnahme

In Zeiten des demographischen Wandels und eines zunehmenden Fachkräftemangels wäre ein erleichterter Zugang in den Arbeitsmarkt für Fachkräfte aus dem Ausland wünschenswert. Dazu gehört die Unterstützung von Geflüchteten und Asylsuchenden, wenn sie eine Ausbildung in einem Gesundheitsberuf absolvieren möchten.

II. Nummer 7 – Attraktivität von Gesundheitsberufen steigern

Beabsichtigte Neuregelung

Die Attraktivität der Gesundheitsberufe soll durch kürzere Arbeitszeiten in Verbindung mit einer Anti-Stress-Verordnung und guten Löhnen gesteigert werden. Dafür sind eine Erhöhung der Tarifbindung, die regelmäßige Anpassung der GKV-Honorare an die Inflation und eine konsequente Kontrolle der Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes auch in Krankenhäusern und Rettungsdiensten notwendig.

Stellungnahme

Eine Steigerung der Attraktivität der Gesundheitsberufe ist grundsätzlich zu begrüßen. Hier kommt es auf die konkrete Ausgestaltung der Regelungen an. In den Verhandlungen zur jährlichen Anpassung der ärztlichen Honorare wird bereits heute die Entwicklung der Kosten (inklusive der Lohnentwicklung) in den Arztpraxen berücksichtigt.

II. Nummer 8 – Digitalisierung voranbringen – Gesundheitsdaten schützen

Beabsichtigte Neuregelung

Die Digitalisierung soll vorangebracht werden, muss sich aber konsequent am Nutzen für die Patientinnen und Patienten und für den wissenschaftlichen Fortschritt orientieren. Sie darf nicht den Ausverkauf höchst sensibler Gesundheitsdaten auf EU-Ebene zugunsten privater Interessen vorbereiten, wie es die Bundesregierung mit ihren Digitalisierungsgesetzen und der Zustimmung zum „Europäischen Gesundheitsdatenraum“ (EHDS) tut.

Stellungnahme

Der Europäische Gesundheitsdatenraum schafft die Grundlage dafür, dass die in den Mitgliedstaaten vorhandenen Gesundheitsdaten europaweit für die Forschung, die Weiterentwicklung der Versorgung und die Optimierung der Gesundheitssysteme genutzt werden können. Versicherte haben das Recht, der Verarbeitung ihrer personenbezogenen elektronischen Gesundheitsdaten für die Sekundärnutzung zu widersprechen. In der europaweiten Nutzung pseudonymisierter Gesundheitsdaten liegt ein großes Potenzial. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes muss sich die Nutzung von Gesundheitsdaten am Gemeinwohl orientieren. Nutzungsberechtigt sollten Projekte sein, die einen Mehrwert für die Versicherten, deren Versorgung oder die Solidarsysteme generieren und nachweisen. Forschungsergebnisse müssen zudem zeitnah veröffentlicht werden.

Es muss sichergestellt werden, dass die Nutzung der Daten vorrangig für die Erfüllung gesetzlicher und regulatorischer Aufgaben gewährleistet ist, z. B. für die sicherheits- und qualitätsrelevanten Aufgaben der Europäischen Arzneimittelagentur oder für die gesetzlichen Aufgaben der Sozialversicherungsträger zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und bezahlbaren Versorgung und Beratung der Versicherten. In Deutschland sollten die Grundlagen dafür geschaffen werden, dass die Nutzung von Daten der Solidargemeinschaft für die Entwicklung von Produkten und Dienstleistungen transparent gemacht wird und insbesondere bei der Preisgestaltung durch die GKV berücksichtigt werden kann.

II. Nummer 9 – Krankenhausreform – Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen statt Schließungen

Beabsichtigte Neuregelung

Die geplante Krankenhausreform darf nicht einfach zur Schließung weiterer Krankenhäuser und Stationen führen, sondern soll die Kliniken als Teil eines integrierten, ambulant-stationären Systems weiterentwickeln.

Stellungnahme

Bei der Umstrukturierung der Krankenhausversorgung darf auch aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht das Wichtigste außer Acht gelassen werden: die Sicherung einer guten Versorgung für die Bevölkerung. So ist es zwingend erforderlich, die Bedarfsnotwendigkeit, sowohl bei der Vorhaltevergütung als auch bei der Transformation, also dem Umbau der Strukturen, in den Blick zu nehmen. Der GKV-Spitzenverband befürwortet die Einführung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen, da sie eine Transformationschance für bestehende kleinere Krankenhäuser darstellen. Die Gründung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen sollte aber zwingend an den Versorgungsbedarf der Bevölkerung angepasst werden. Dabei gilt es, die besonderen Bedarfe in städtischen Ballungsgebieten und in unterversorgten ländlichen Regionen differenziert zu betrachten. Gerade mit Blick auf die Krankenhausstrukturen in Ballungsgebieten (häufig Überversorgungssituation) wird man aber auch um Schließungen von Krankenhäusern nicht herumkommen. Hierdurch entstehen keine Versorgungslücken. Vielmehr werden die vorhandenen Ressourcen auch mit Blick auf einen zunehmenden Fachkräftemangel im Sinne einer bedarfsgerechten Versorgung eingesetzt.

II. Nummer 10 – Abschaffung des DRG-Systems und Einführung der Selbstkostendeckung

Beabsichtigte Neuregelung

Die Fallpauschalen in der Krankenhausfinanzierung sollen komplett abgeschafft und durch ein Finanzierungssystem der Selbstkostendeckung ersetzt werden. Sowohl Gewinne als auch Verluste sind damit weitestgehend ausgeschlossen.

Stellungnahme

Die Finanzierung der Krankenhäuser erfolgt in Deutschland seit 20 Jahren überwiegend durch DRG-Fallpauschalen. Inzwischen ist ein hochkomplexes System entstanden, das aber nicht zuletzt aufgrund der mangelhaften Strukturierung der Krankenhauslandschaft in die Kritik geraten ist. Die weitgehend unstrukturierte Leistungserbringung wird allenthalben beklagt. Hinzu kommt in dem stark auf ärztliche Leistungen ausgerichteten DRG-System eine mangelnde Berücksichtigung pflegerischer Leistungen. Diese hat 2020 zur separaten Finanzierung von Pflegekosten über das Pflegebudget geführt, welches nach dem Selbstkostendeckungsprinzip angelegt ist. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist die leistungsorientierte Krankenhausvergütung des DRG-Systems weiterhin im Grundsatz richtig. Die Einführung einer vollständigen Selbstkostendeckung wird auch mit Blick auf die Erfahrungen der Vergangenheit sowie der aktuellen Erfahrungen im Bereich der Pflegekostenfinanzierung abgelehnt. In diesem Bereich sind seit der Ausgliederung der Pflege aus den Fallpauschalen die Kosten deutlich stärker angestiegen, was mit Blick auf die wirtschaftliche Verwendung der Beitragsgelder bzw. die wirtschaftliche Leistungserbringung kritisch zu sehen ist. Gleichwohl bedarf die DRG-Finanzierung in mehrfacher Hinsicht einer Weiterentwicklung, insbesondere eine stärkere Berücksichtigung von Vorhaltekosten an den für die Versorgung der Bevölkerung nachgewiesenermaßen wichtigen Standorten.

II. Nummer 11 – Einhaltung der Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus kontrollieren & Verstöße an Leistungsreduktion koppeln

Beabsichtigte Neuregelung

Die Einhaltung der Vorgaben zur Personalbemessung muss kontrolliert und bei Verstößen durch verbindliche Leistungsreduzierung seitens der zuständigen Aufsichtsbehörde wirksam unterbunden werden, z. B. durch zeitweise Reduzierung der Patientenzahlen oder der vorgehaltenen Betten.

Stellungnahme

Vorgaben zur Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus dienen dem Patientenschutz und auch dem Schutz des Pflegepersonals vor Überlastungssituationen. Der bislang vorgesehene Kontrollmechanismus, die Richtigkeit der Angaben einer jährlichen Kennzahlenübersicht durch Wirtschaftsprüfer zu bestätigen, ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes unzureichend. Um eine korrekte Umsetzung der Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus inhaltlich – also auch pflegefachlich – beurteilen zu können, ist der Medizinische Dienst als Kontrollinstanz vorzusehen. Zurzeit ist die Pflegepersonalbemessung noch nicht „scharfgeschaltet“. Im Verlauf sieht das Gesetz hierzu die Festlegung eines verpflichtend einzuhaltenden Erfüllungsgrades vor. Ein Verstoß – also ein unterschrittener Erfüllungsgrad – ist bislang ausschließlich an noch zu regelnde Vergütungsabschläge gekoppelt. Dies kann einen Anreiz im Sinne einer Personalallokation, eines Personalaufbaus bzw. einer Leistungsreduktion schaffen. Als eine weitere verpflichtende Konsequenz ist eine verpflichtende Leistungsreduktion – im Sinne einer Fallzahlreduktion – denkbar. Allein der Blick auf eine unzureichende Personalbesetzung reicht nicht aus. Ohne eine entsprechende Konsequenz würde dies – entgegen dem gesetzlichen Ziel – zur Frustration bei den Pflegenden führen.

II. Nummer 12 – Beteiligung des Bundes an der Investitionsfinanzierung der Länder

Beabsichtigte Neuregelung

Um den Investitionsstau in den Krankenhäusern abzubauen, soll ein Bundesprogramm zur Sicherung der Krankenhausinfrastruktur geschaffen werden. Jeder von den Ländern zusätzlich finanzierte Euro, der über den aktuellen (Durchschnitts-)Betrag der Investitionsförderung hinausgeht, soll mit einem Euro aus Mitteln des Bundeshaushalts bezuschusst werden.

Stellungnahme

Auch der GKV-Spitzenverband sieht insbesondere die mangelnde Investitionsfinanzierung seitens der Länder und die damit einhergehende „Zweckentfremdung“ der Betriebsmittel zur Deckung des Investitionsbedarfs kritisch und begrüßt die vorgelegte Forderung zur zusätzlichen Bereitstellung von Investitionsmitteln. Die Länder müssen ihrer Finanzierungsverpflichtung nachkommen. Durch die fehlende Erfüllung der Verpflichtung zur Investitionsfinanzierung seitens der Länder werden die Krankenhäuser fast ausschließlich über das DRG-System finanziert. Neben der „Zweckentfremdung“ der Betriebsmittel zur Deckung des Investitionsbedarfs führt dies insbesondere zu Problemen bei der Finanzierung von Vorhalteleistungen. Vor diesem Hintergrund begrüßt der GKV-Spitzenverband eine überfällige Anpassung der unzureichenden Landesinvestitionsfinanzierung.

II. Nummer 13 – Vermögenssteuer

Beabsichtigte Neuregelung

Um den Ländern einen größeren Finanzierungsspielraum zu gewähren, wird die Vermögensteuer wiedereingeführt.

Stellungnahme

Für Steuern gilt das Nonaffektationsprinzip, d. h., alle Einnahmen dienen der Deckung aller Ausgaben. Grundsätzlich erhöhen Mehreinnahmen den Finanzierungsspielraum der Länder, was z. B. zu höheren Investitionen der Länder in die Infrastruktur der Krankenhäuser und stationären Pflegeeinrichtungen führen könnte. Da die Länder aber vollkommen frei sind, wofür sie die Zusatzeinnahmen aus einer wiedereingeführten Vermögenssteuer einplanen, gäbe es keine Gewähr, dass diese Mehreinnahmen für Gesundheit zum Einsatz kommen.

II. Nummer 14 – Planung Versorgungsstrukturen am gesellschaftlichen Bedarf ausrichten

Beabsichtigte Neuregelung

Die Planung von Versorgungsstrukturen soll demokratisiert und regional am gesellschaftlichen Bedarf ausgerichtet werden. Dafür werden die öffentlichen Gesundheitsdienste ausgebaut und regionale Planungskonferenzen geschaffen, in denen auch die Beschäftigten mit ihren Gewerkschaften, die Sozialverbände und die Interessenvertretungen von Patientinnen und Patienten mitwirken.

Stellungnahme

Die Planungen der erforderlichen Strukturen in der ambulanten Versorgung erfolgen regional zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Verbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen auf der Grundlage der vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Bedarfsplanung. Der Bedarfsplan ist der zuständigen Landesbehörde vorzulegen. Der Einbezug zusätzlicher fachfremder Interessenvertretungen ohne Finanzierungsverantwortung oder Sicherstellungsauftrag wird insofern kritisch gesehen. Divergierende Ziele und subjektive Interessen der Beteiligten bergen das Risiko, eine objektive Bedarfsplanung zu konterkarieren. Der Ausbau des öffentlichen Gesundheitsdienstes wird grundsätzlich begrüßt.

II. Nummer 15 – Investorenbetriebene Medizinische Versorgungszentren

Beabsichtigte Neuregelung

Der Ausbreitung von „Private Equity-“/investorenbetriebenen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), Pflegeheimen und Krankenhäusern muss ein Riegel vorgeschoben werden.

Stellungnahme

Dass eine Versorgung auch durch investorenbetriebene MVZ erfolgen kann, ist grundsätzlich nicht zu beanstanden. Wichtig ist, dass durch gesetzliche Rahmenbedingungen und deren regelhafte Überprüfung der Einhaltung keine marktbeherrschenden Positionen einzelner Anbieter zum Nachteil gesetzlich Versicherter entstehen. Insbesondere Diskriminierungen im Zugang der Versicherten zur ambulanten Versorgung sowie eine Einschränkung des Versorgungsangebots durch Fokussierung auf einzelne, wirtschaftlich attraktive Leistungen sind zu verhindern.

II. Nummer 16 – Zugang zu Prävention und Versorgung ausbauen

Beabsichtigte Neuregelung

Sowohl in der Prävention als auch in der Versorgung muss die Überwindung sozialer Ungleichheit als größter Risikofaktor für schwere und chronische Erkrankungen, frühen Pflegebedarf und vorzeitige Todesfälle zum übergeordneten Leitbild werden.

Stellungnahme

Menschen mit niedrigem sozialem Status, der in der Regel anhand des Einkommens, des Berufsstatus und der Bildung gemessen wird, haben im Vergleich zu Menschen mit hohem sozialem Status ein erhöhtes Risiko für chronische Beschwerden und ein erhöhtes vorzeitiges Sterberisiko. Die gesetzlichen Krankenkassen setzen sich in der Primärprävention und Gesundheitsförderung aktiv für die Verringerung dieser ungleichen Gesundheitschancen ein. Die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit ist im Leitfaden Prävention und auch in den Präventions- und Gesundheitsförderungszielen der GKV verankert und damit ein verbindliches Ziel für die Aktivitäten der gesetzlichen Krankenkassen. Die GKV und die SPV unterstützen ihre Versicherten mit einem breiten Spektrum qualitativ hochwertiger primärpräventiver und gesundheitsfördernder Leistungen und haben ihr Engagement in Kommunen, Kindertagesstätten, Schulen, Betrieben und Pflegeeinrichtungen - zielgerichtet und qualitätsgesichert ausgebaut, um insbesondere Menschen in belastenden Lebenslagen mit besonderem Bedarf zu erreichen, ohne sie zu stigmatisieren.

Ihr umfangreiches Engagement für Primärprävention und Gesundheitsförderung deckt jedoch nur einen Teil des erfolgversprechenden „Policy-Mix“ aus Verhaltens- und Verhältnisprävention als gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgaben ab und kann seine volle Wirkung nur entfalten, wenn alle Akteure in ihren Verantwortungsbereichen aktiv sind. Gesundheitsförderung und Prävention müssen als verbindliche Aufgaben nicht nur der Sozialversicherungen, sondern aller relevanten Akteure verankert werden und sind angemessen und verlässlich durch Bund, Länder und Kommunen zu finanzieren. Gesundheit und Gesundheitsverhalten hängen in hohem Maße mit der sozialen Lage zusammen. Die Schaffung gesundheitsfördernder Lebensumstände für die Bevölkerung ist aus Public-Health-Sicht der grundlegende und zentral wirksame Baustein. Durch die „Health in All Policies“-Strategie, Gesundheit in allen Politikfeldern zu verankern, können alle Determinanten, die Einfluss auf die Gesundheit der Menschen haben, in den Blick genommen und beeinflusst werden. Die Potenziale struktureller und insbesondere auch gesetzgeberischer Maßnahmen müssen von der Politik stärker genutzt werden. Dazu gehören Maßnahmen, die den Zucker- und Fettgehalt in Lebensmitteln reduzieren und den Konsum von gesunden Lebensmitteln fördern, ebenso wie verbindliche Vorgaben für eine gesunde Gemeinschaftsverpflegung in Kitas und Schulen. Der Ausbau einer bewegungsfreundlichen Infrastruktur mit Zugang zu Grünflächen und Sportstätten und die Ausweitung der Bewegungszeiten in Kitas und Schulen sind weitere relevante Maßnahmen. In anderen Ländern wird erfolgreich strukturorientierte Suchtprävention, z. B. hinsichtlich der Verfügbarkeit und Bewerbung von Tabak- und Nikotinprodukten und deren Besteuerung, betrieben.

Die GKV und die SPV setzen sich in der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) für die Umsetzung und Stärkung des „Health in All Policies“-Ansatzes ein und richten die nationale Präventionsstrategie daran aus. Darüber hinaus müssen politische Entscheidungen zu notwendigen Public-Health-Maßnahmen getroffen werden.

II. Nummer 17 – Solidarische Gesundheits- und Pflegeversicherung für alle Menschen

Beabsichtigte Neuregelung

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung soll auf eine breitere Basis gestellt werden. Es wird eine solidarische Gesundheits- und Pflegeversicherung eingeführt, in die alle Menschen nach ihrem gesamten Einkommen einzahlen, auch diejenigen, die sich derzeit privat versichern müssen oder dürfen, auch Beamtinnen und Beamte, Selbstständige und Politikerinnen und Politiker. Die Beitragsbemessungsgrenze wird abgeschafft.

Stellungnahme

Die grundsätzliche Ausgestaltung der Absicherung von Krankheit und Pflege ist eine politische Entscheidung. Unter den derzeitigen Bedingungen besteht Verbesserungspotenzial für einen faireren Systemwettbewerb. So haben Verbeamtete weit überwiegend keinen Anspruch auf paritätische Mitfinanzierung der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge durch den Arbeitgeber. Abweichende Regelungen in einzelnen Bundesländern sollten deshalb bundesweit zum Vorbild genommen werden und somit Verbeamteten des Bundes und der Länder eine echte Wahlmöglichkeit zwischen gesetzlicher und privater Absicherung des Krankheits- und Pflegerisikos eröffnen.

Für den Bereich der Pflegeversicherung sind zwischen der sozialen und der privaten Pflegeversicherung verzerrende Kostenwirkungen aufgrund stark unterschiedlicher Risikostrukturen bei gleichzeitig identischem Leistungskatalog festzustellen. So lange und so weit sich unterschiedliche Altersstruktur und Pflegeprävalenzen in unterschiedlich hohe Kosten der Absicherung des Pflegerisikos bei gleichem Leistungsanspruch niederschlagen, kann von einem fairen Systemwettbewerb nicht gesprochen werden.

Die Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze würde einen starken Wechselanreiz in die PKV auslösen, dem aber keine entsprechende Anhebung der Versicherungspflichtgrenze entgegengestellt werden kann, ohne einen Wechsel weitgehend unmöglich zu machen. Entsprechend groß wäre der Schaden für die gesetzliche Kranken- und die soziale Pflegeversicherung durch verstärkte Abwanderung guter Risiken. Gegen eine Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze sprechen darüber hinaus vor allem rechtliche Gründe. Das Bundessozialgericht hat die Notwendigkeit einer Beitragsbemessungsgrenze wiederholt betont. Je höher die Beitragsbemessungsgrenze steige, desto mehr steige der Versicherungsbeitrag insbesondere der Spitzenverdiener an, nicht jedoch die von der Krankenversicherung gewährten Leistungen. Dies stelle eine Verletzung des Grundsatzes der Beitrags- und Leistungsäquivalenz dar. Auch wenn eine individuelle Äquivalenz zwischen Beitrag und Leistung nicht für ein notwendiges Merkmal des Sozialversicherungsbegriff angesehen werde, so wäre der mit einer Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze erfolgende vollständige Verzicht auf Beitrags- und Leistungsäquivalenz unverhältnismäßig und würde gegen Artikel 2 Abs. 1 GG (allgemeine Handlungsfreiheit) und Artikel 3 Abs. 1 GG (allgemeiner Gleichheitssatz) verstoßen.

II. Nummer 18 – Zuzahlungen für notwendige gesundheitliche Leistungen abschaffen

Beabsichtigte Neuregelung

Zuzahlungen und Selbstbehalte für notwendige gesundheitliche Leistungen, wie etwa für Medikamente und Hilfsmittel, im Krankenhaus und bei der Physiotherapie werden abgeschafft, um den Zugang zur Versorgung unabhängig vom Einkommen der Patientinnen und Patienten zu gestalten und eine bessere Therapieadhärenz zu gewährleisten. Dies gilt auch für Zahnersatz, Sehhilfen oder Hörgeräte.

Stellungnahme

Bei Zuzahlungen ist die Abwägung zu treffen, welche Wirkungen sich aus der intendierten Steuerungsfunktion auf den Zugang und das Inanspruchnahmeverhalten von Patientinnen und Patienten ergeben. Gegen individuelle Überforderung werden gesetzliche Versicherte durch die Möglichkeit der Zuzahlungsbefreiung geschützt, wenn die individuelle Belastungsgrenze erreicht ist. Sie beträgt 2 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt der Angehörigen, die mit im gemeinsamen Haushalt leben. Für chronisch Kranke gilt eine niedrigere Belastungsgrenze von 1 Prozent der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.

II. Nummer 19 – Vollständige Übernahme der pflegebedingten Kosten durch die Pflegeversicherung

Beabsichtigte Neuregelung

Die pflegebedingten Leistungen werden von der solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung übernommen. Die Investitionskosten in der stationären Pflege werden wie vorgesehen von den Ländern getragen und nicht weiter den Pflegebedürftigen übergeholfen.

Stellungnahme

Die Forderung nach vollständiger Übernahme der pflegebedingten Kosten durch die SPV ist aus Sicht der Pflegebedürftigen nachvollziehbar. Diese werden mit zunehmend steigenden Eigenanteilen zur Finanzierung ihrer pflegerischen Versorgung durch Pflegeeinrichtungen konfrontiert. Zu bedenken ist hierbei jedoch, dass die Pflegeversicherung als Teilleistungssystem konzipiert ist. Sofern dies infrage gestellt werden soll, bedarf es einer grundlegenden Neuausrichtung der Pflegeversicherung und ihrer Finanzierung. Die steigende Finanzlast lediglich der Versichertengemeinschaft und den Arbeitgebenden aufzuerlegen, ist hier zu kurz gedacht. Es bedarf daher eines Reformansatzes, der finanziell nachhaltig und verlässlich ist und sowohl auf institutioneller als auch auf individueller Ebene das Risiko der Finanzierung von Pflegebedürftigkeit planbar und begrenzbarmacht. Die Forderung, dass die Investitionskosten stationärer Pflegeeinrichtungen ausschließlich von den Ländern getragen werden sollten, entspricht der Position des GKV-SV. Dies würde jede pflegebedürftige Person - mit durchschnittlich rund 500 Euro monatlich - entlasten. Die Länder sind aufgefordert, ihrer Finanzierungsverantwortung gemäß § 9 SGB XI nachzukommen.

II. Nummer 20 – Pflegende Angehörige finanziell eigenständig absichern

Beabsichtigte Neuregelung

Pflegende Angehörige werden in der aktuellen Pflegesituation eigenständig finanziell abgesichert und über bessere Rentenleistungen vor Altersarmut geschützt.

Stellungnahme

Pflegende Angehörige sind eine wichtige Säule in der Versorgung pflegebedürftiger nahestehender Personen in der eigenen Häuslichkeit. Die soziale Pflegeversicherung sieht daher für pflegende Angehörige bereits Leistungen zur sozialen Sicherung vor. Hiervon umfasst sind unter anderem Beiträge zur Arbeitslosen- und Rentenversicherung. Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurde die Bemessung der Rentenversicherungsbeiträge dahingehend geändert, dass die Schwere der Pflegebedürftigkeit und der Umfang der Pflegeleistungen stärker als bisher berücksichtigt wird. Dies zeigt sich auch in den seit 2017 steigenden Ausgaben für Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige.

Die Pflegekassen werden für die soziale Sicherung pflegender Angehöriger im Jahr 2025 voraussichtlich bereits 4,5 Mrd. Euro zahlen. Es ist damit zu rechnen, dass sich diese Ausgaben jährlich um weitere rd. 0,5 Mrd. Euro erhöhen werden. Voraussetzung für eine erweiterte finanzielle Absicherung der pflegenden Angehörigen ist die vollständige Übernahme dieser immer höheren versicherungsfremden Ausgaben der Pflegekassen durch den Bund.

II. Nummer 21 – Vergabe von Arztterminen nach Dringlichkeit

Beabsichtigte Neuregelung

Die Wartezeit auf einen Behandlungstermin muss sich nach der Dringlichkeit richten, nicht nach dem Versicherungsstatus. Die Honorierung muss daher vereinheitlicht werden.

Stellungnahme

Die Vergabe von Behandlungsterminen nach Dringlichkeit wird begrüßt. Eine Bevorzugung aufgrund des Versichertenstatus ist abzulehnen. Hinzu kommt, dass die Angleichung der ambulanten ärztlichen Vergütung durch Anhebung auf GOÄ-Niveau zu einer finanziellen Überforderung der GKV führen würde.

II. Nummer 22 – Anonyme Krankenscheine

Beabsichtigte Neuregelung

Bis zur vollständigen Umsetzung einer solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung, die alle Menschen umfasst, sollen unversicherte Menschen unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus – z. B. durch einen anonymen Krankenschein – Zugang zum regulären Gesundheitswesen bekommen.

Stellungnahme

Die einem „anonymen Krankenschein“ vorgelagerte Frage ist, in wessen finanzielle Zuständigkeit die jeweilige unversicherte Person fällt. In Deutschland besteht seit dem 1. Januar 2009 eine allgemeine Krankenversicherungspflicht. Das bedeutet, dass jede Person, die ihren Wohnsitz in Deutschland hat, verpflichtet ist, eine Krankenversicherung abzuschließen oder eine anderweitige Absicherung nachzuweisen. Mit der Einführung der allgemeinen Krankenversicherungspflicht wurde die Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung, der privaten Krankenversicherung und weiterer Absicherungssysteme wie z. B. dem Asylbewerberleistungsgesetz weiter konkretisiert. Es ist unbestritten, dass es eine nicht geringe Zahl dennoch unversicherter Personen gibt. Da mit einer medizinischen Versorgung Kosten einhergehen, ergibt sich mit der Ausstellung einer Krankenversichertenkarte, einer Mitgliedschaftsbestätigung, eines Behandlungsscheins oder eines Krankenscheins die Frage der Zuständigkeit zur Übernahme der Behandlungskosten. Da es grundsätzlich nicht an verschiedenen zur Abrechnung berechtigenden Nachweisen fehlt, sondern bei dringendem medizinischen Versorgungsbedarf an einer schnellen Klärung des zuständigen Finanzierungssystems, stellt sich die Frage vorrangig nach einer funktionierenden Auffanglösung, die dann gegenüber der ermittelten zuständigen Stelle einen Erstattungsanspruch geltend machen kann. Da aus Beitragsgeldern der GKV bzw. den Prämien zur PKV nur die medizinische Versorgung ihrer Versicherten finanziert werden darf, kommt als Auffanglösung nur eine aus Steuern finanzierte Stelle in Betracht. Hierzu besteht ggf. noch Regelungsbedarf.

III. Nummer 1 – Kommunalisierungsfonds der EU im Gesundheits- und Pflegesystem

Beabsichtigte Neuregelung

Die Bundesregierung wird aufgefordert, sich auf EU-Ebene als Gegenpunkt zur Privatisierung für einen Kommunalisierungsfonds der EU im Gesundheits- und Pflegesystem einzusetzen, mit dessen Unterstützung beispielsweise Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen kommunalisiert werden können.

Stellungnahme

Im Kompetenzgefüge der Europäischen Union sind die Mitgliedstaaten für die Festlegung ihrer Gesundheitspolitik sowie für die Organisation des Gesundheitswesens und der medizinischen Versorgung zuständig. Die Verantwortung der Mitgliedstaaten umfasst auch die Zuweisung der dafür bereitgestellten Mittel. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist diese in den EU-Verträgen verankerte Arbeitsteilung sinnvoll.

Die stationären Versorgungsstrukturen müssen im nationalen Kontext gestaltet und finanziert werden. Zukünftig ist eine stringente Ausrichtung der Strukturen am Bedarf der Bevölkerung, ausgehend von der regionalen Morbiditätsstruktur, erforderlich. Entscheidend ist, dass die Investitionsfinanzierung nicht länger zu Lasten der Beitragszahlenden geht, sondern die Länder ihrer Aufgabe und ihrem Anspruch gerecht werden.

III. Nummer 2 – Gemeinsame Arzneimittelbeschaffung in der EU

Beabsichtigte Neuregelung

Die Bundesregierung wird aufgefordert auf EU-Ebene eine gemeinsame Arzneimittelbeschaffung in der EU voranzutreiben, mit dem Ziel, zu insgesamt niedrigeren Preisen und zu mehr Versorgungssicherheit beizutragen.

Stellungnahme

Ein freiwilliger Mechanismus für die gemeinsame Beschaffung in der EU würde es interessierten Mitgliedstaaten ermöglichen, ihre Kräfte zu bündeln. Ihre Verhandlungsposition gegenüber den Pharmaunternehmen in Bezug auf den Zugang zu neuen Arzneimitteln und deren Erstattung würde gestärkt. Dies gilt insbesondere für Arzneimittel, die für die öffentliche Gesundheit essenziell sind, wie z. B. neue Medikamente gegen resistente Keime. Die freiwillige gemeinsame Beschaffung kann so dazu beitragen, faire Rahmenbedingungen zu schaffen, damit alle Mitgliedstaaten unabhängig von ihrer Wirtschaftskraft zu gleichen Bedingungen Zugang zu kritischen Arzneimitteln haben oder überhaupt erst Zugang zu bestimmten Arzneimitteln erhalten.

Um den Zugang zu Arzneimitteln in der EU zu verbessern, müssen die Anreize im europäischen Arzneimittelrecht so reformiert werden, dass sie nachweislich zu einer besseren Bezahlbarkeit und Verfügbarkeit führen. Dies muss sich auch in der Reform der geistigen Eigentumsrechte widerspiegeln, da viele Arzneimittel vor allem durch das Patentrecht und ergänzende Schutzzertifikate vor Wettbewerb geschützt sind.

Da die Versorgungssicherheit und die Vermeidung von Arzneimittelengpässen eine europaweite Herausforderung darstellen, ist eine gemeinsame europäische Antwort zwingend erforderlich. Die EU sollte die Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme in den Mittelpunkt ihrer Bemühungen um Diversifizierung, Stärkung der Widerstandsfähigkeit und Transparenz der Lieferketten stellen. Liefer- und Meldepflichten der Arzneimittelhersteller müssen europaweit verbindlich gemacht werden, damit diese ihrer Verantwortung für die Qualität und Verfügbarkeit von Arzneimitteln in allen Ländern der EU nachkommen.

III. Nummer 3 – Aufweichung von Datenschutz in der EU verhindern

Beabsichtigte Neuregelung

Die Bundesregierung wird aufgefordert sich auf EU-Ebene gegen jede Aufweichung von Datenschutz und Datensouveränität bei Gesundheitsdaten einzusetzen und bei der europäischen digitalen Patientenakte zumindest eine Opt-out-Lösung vorzusehen.

Stellungnahme

Durch den Europäischen Gesundheitsdatenraum sollen den Versicherten ihre elektronischen Behandlungsdaten und Rezepte in der elektronischen Patientenakte grenzüberschreitend zur Verfügung stehen. Der Gesundheitsdatenraum soll dazu beitragen, die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung zu verbessern und für mobile Versicherte in der EU deutlich zu vereinfachen. Der GKV-Spitzenverband unterstützt dieses zentrale gesundheitspolitische Vorhaben der EU, den Aufbau der dafür notwendigen digitalen Infrastruktur und bringt seine Expertise insbesondere für die zukünftige Umsetzung im deutschen Gesundheitswesen ein. Zentral ist dabei, den Austausch von Behandlungsdaten im Sinne der Versicherten zu gestalten. Die sensiblen Gesundheitsdaten müssen jederzeit sicher und vertraulich behandelt werden. Die Versicherten müssen zudem im grenzüberschreitenden Kontext steuern und nachvollziehen können, wer auf ihre Daten zugreifen darf. Der GKV-Spitzenverband sieht durch den Verordnungsvorschlag zum Europäischen Gesundheitsdatenraum den Datenschutz, die Datensicherheit und die Datensouveränität der Versicherten gewährleistet. Der Verordnungsvorschlag räumt den Versicherten insbesondere das Recht ein, den Zugriff von Angehörigen der Gesundheitsberufe und von Leistungserbringern auf ihre personenbezogenen elektronischen Gesundheitsdaten ganz oder teilweise einzuschränken. Sie können auch Auskunft darüber verlangen, wer auf ihre Daten zugegriffen hat. Darüber hinaus können die Mitgliedstaaten in ihren nationalen Rechtsvorschriften vorsehen, dass die Versicherten das Recht haben, der Primärnutzung ihrer Daten im Rahmen des EHDS zu widersprechen. Ein entsprechendes Widerspruchsrecht ist bereits im SGB V geregelt. Wichtig ist, dass bei den technischen Spezifikationen und den Umsetzungsrechtsakten die Expertise der Mitgliedstaaten, ihrer Gesundheitssysteme und für Deutschland der Selbstverwaltung einbezogen wird, um eine reibungslose Umsetzung und Anwendung zu gewährleisten.