



Spitzenverband



Zukunftsmodell gesetzliche Krankenversicherung

Positionen des GKV-Spitzenverbandes
für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung
in der kommenden Legislaturperiode

Berlin, den 27. Juni 2013



Impressum

Herausgeber:
GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 30
10117 Berlin

Verantwortlich:
Michael Weller, Stabsbereich Politik
Stabsbereich Kommunikation

Gestaltung:
BBGK Berliner Botschaft
Gesellschaft für Kommunikation mbH

Fotonachweis:
Medizinfotografie Hamburg, Sebastian Schupfner, www.schupfner.com (Titelbilder);
Andrea Katheder | fotografie www.andreakatheder.de (Vorwort)

Druck: Pinguin Druck GmbH, Berlin

Auflage: 3.000

Stand: Juli 2013

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.

Zukunftsmodell gesetzliche Krankenversicherung

Positionen des GKV-Spitzenverbandes
für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung
in der kommenden Legislaturperiode

Berlin, den 27. Juni 2013

Inhalt

	Vorwort	6
1	Herausforderungen annehmen	8
	Tragfähiges Fundament	8
	Entwicklungen vorantreiben	8
2	Stärkung der Selbstverwaltung	10
	Gesetzgeber: Klares Bekenntnis zur Selbstverwaltung erforderlich	10
	Selbstverwaltung: Bereit, Verantwortung zu übernehmen	10
	G-BA wichtigstes Entscheidungsgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung	10
3	Rahmenbedingungen für Wettbewerb	12
	Wettbewerbsordnung im Sozialgesetzbuch	12
	Mehr Vertragswettbewerb	12
4	Qualität und Innovationen mit Patientennutzen fördern	13
	Innovationen zum Nutzen der Patientinnen und Patienten	13
5	Ärztliche Versorgung und Honorierung reformieren	15
	Modernisierung der ambulanten Versorgungsstrukturen	15
	Neues Honorierungssystem für Ärzte	16
	Sachleistungsprinzip als Grundlage auch in der zahnmedizinischen Versorgung	16
	Neuen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungsbereich weiterentwickeln	17
6	Die Finanzierung der Krankenhäuser	18
7	Effizienzreserven des Arzneimittelmarktes weiter erschließen und Qualität der Heilmittelversorgung verbessern	21
	Vorhandene Steuerungsinstrumente des Arzneimittelmarktes wirken lassen	21
	Mehr Leistungsqualität und Wirtschaftlichkeit in der Heilmittelversorgung	21
8	Bessere Ergebnisse notwendig: Hilfsmittelversorgung und Medizinprodukte	23
	Hilfsmittelversorgung - Ergebnisqualität in den Mittelpunkt stellen	23
	Höchste Priorität für Patientensicherheit bei Medizinprodukten	23
9	Weichenstellungen in Prävention und Rehabilitation	25
	Prävention und Gesundheitsförderung	25
	Teilhabeorientierung in der Rehabilitation fortsetzen	25
10	Infrastruktur für eine bessere Patientenversorgung	27
	Elektronische Gesundheitskarte - Für mehr Transparenz und Wirtschaftlichkeit	27
	Mehr Transparenz in der Gesundheitsversorgung	28
	Telemedizin - großes Potenzial bei noch unklarem Nutzen	28
	Personalisierte Medizin - Nutzen erfassen	28

11	Patientenrechte weiter verbessern - Schutz vor Fehlverhalten	30
	Patientenrechtegesetz ausbauen	30
	Fehlverhalten im Gesundheitswesen	30
12	Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung	32
	Strukturelle Einnahmelücke schließen - Nachhaltige Finanzierungsreform überfällig	32
	Finanzlage der Krankenkassen	32
	Finanzlage Gesundheitsfonds	33
	Bundesbeteiligung für versicherungsfremde Leistungen	33
	Die soziale Pflegeversicherung	34
1	Versorgung weiterentwickeln: Qualität in der Pflege	34
2	Bessere Transparenz über die Pflegequalität	35
3	Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff.	35
4	Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK) - ein unverzichtbarer Bestandteil der sozialen Pflegeversicherung	36
5	Gute Pflege braucht qualifizierte Fachkräfte.	36

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

70 Mio. gesetzlich Versicherte können im Krankheitsfall darauf vertrauen, dass sie eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung erhalten und am medizinisch-technischen Fortschritt unabhängig von ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit partizipieren. Zu Recht zählt die gesetzliche Krankenversicherung deshalb zu einem der leistungsfähigsten Gesundheitssysteme der Welt.

Es wird Aufgabe und Pflicht der kommenden Gesundheitspolitik sein - gemeinsam und in vertrauensvoller Zusammenarbeit mit der Selbstverwaltung - das Gesundheitssystem weiterzuentwickeln. Dabei gilt es, auf drängende Her-

ausforderungen wie den technischen Fortschritt und die Alterung der Bevölkerung angemessen zu reagieren. Die notwendigen Veränderungsprozesse müssen in der nächsten Legislaturperiode eingeleitet und fortgeführt werden. Das gilt gleichermaßen für die Weiterentwicklung der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Nicht zuletzt die Neuordnung des Arzneimittelmarktes hat gezeigt, dass grundlegende Reformen möglich sind. Dieser reformpolitische Meilenstein hat zudem bewiesen, dass sich die Interessen der Patienten, der Beitragszahler und der Industrie in Einklang bringen lassen. Den positiven Ansatz,



die gesundheitliche und pflegerische Versorgung stärker am Patientennutzen auszurichten, gilt es fortzuführen und zu verstetigen.

Der GKV-Spitzenverband beteiligt sich mit dem vorliegenden Positionspapier aktiv an der Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens und der gesetzlichen Pflegeversicherung. Die gesundheitspolitischen Positionen mit dem Titel „Zukunftsmodell gesetzliche Krankenversicherung“ stützen sich dabei auf einen breiten Konsens aller 134 Krankenkassen. Wir freuen uns, mit Ihnen auf dieser Basis in einen gemeinsamen Dialog zu treten und wünschen Ihnen eine anregende Lektüre.

Mit freundlichen Grüßen



Christian Zahn



Dr. Volker Hansen

1 Herausforderungen annehmen

Die deutsche gesetzliche Krankenversicherung braucht derzeit keinen Vergleich mit anderen Gesundheitssystemen der Welt zu scheuen. Die ökonomischen, sozialen, demografischen, technologischen und epidemiologischen Rahmenbedingungen ändern sich allerdings laufend. In der neuen Legislaturperiode müssen daher zügig notwendige Veränderungsprozesse eingeleitet oder konsequent weitergeführt werden. Das Gesundheitswesen ist dabei vor allem an die sozio-demografischen Veränderungen anzupassen. Die gesundheitliche Versorgung muss sich zukünftig viel stärker an ihren Ergebnissen und damit am Nutzen der Intervention messen lassen. Vernetzte Versorgungsmodelle, aus denen Patientinnen und

Die gesundheitliche Versorgung muss sich zukünftig viel stärker an ihren Ergebnissen messen lassen.

Patienten die für sie am besten geeignete Versorgung wählen können, müssen die fragmentierten

Formen der Behandlung ersetzen. Prävention und Gesundheitsförderung, Krankenbehandlung, Rehabilitation, Pflege und soziale Dienste müssen besser vernetzt werden, um die Qualität, Effektivität und Effizienz der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung spürbar zu steigern. Vor allem die immer älter werdenden Patientinnen und Patienten benötigen geeignete Versorgungsmodelle, die darauf abzielen, die Gesundheit im Alter zu stützen und das Selbstmanagement zu fördern. Die Infrastruktur des Gesundheitswesens muss sich in den nächsten Jahren besser auf das veränderte Morbiditätsspektrum einstellen.

Tragfähiges Fundament

Garanten für ein leistungsfähiges Gesundheitssystem und damit zugleich Leitplanken für Reformen in der nächsten Legislaturperiode sind die Strukturprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung:

- die am medizinischen Bedarf orientierte gesundheitliche Versorgung,
- das Solidaritätsprinzip,
- das Sachleistungsprinzip und
- die Steuerung durch Selbstverwaltung.

Diese Leitplanken der gesetzlichen Krankenversicherung sind für ein patientenorientiertes Gesundheitswesen unentbehrlich und stellen gleichzeitig einen entscheidenden Standortfaktor für die deutsche Gesundheitswirtschaft und die deutsche Wirtschaft insgesamt dar. Eine auf diesen Säulen stabilisierte und weiterentwickelte gesetzliche Krankenversicherung ist auch vor dem Hintergrund neuer Technologien und Geschäftsmodelle zukunftsfähig.

Entwicklungen vorantreiben

Die gesetzlichen Krankenkassen werden sich aktiv für eine Gesetzgebung einsetzen, die bereits eingeleitete richtige und wichtige Entwicklungen im Gesundheitswesen vorantreibt und verstetigt:

- **Förderung des informierten, selbstbestimmten Patienten**

Die Patientinnen und Patienten haben einen Anspruch auf alle verfügbaren Informationen rund um ihre gesundheitliche Versorgung. Insbesondere Instrumente der Patientenberatung und des Gesundheitscoachings helfen den Patientinnen und Patienten und unterstützen damit auch die Therapietreue.

- **Mehr Transparenz**

Die Transparenz des gesamten Versorgungsgeschehens ist aus Sicht der Patientinnen und Patienten sowie der Beitragszahler durch einen besseren Informationsaustausch und transparentes Management zu erhöhen.

- **Kooperation verbessern**

Die gesundheitliche und pflegerische Versorgung muss viel stärker aus der Patientenperspektive gestaltet werden. Notwendig ist ein durchgängiges Schnittstellenmanagement zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen und Sozialversicherungsträgern.

- **Stärkung der Kosten-Nutzen-Bewertung**

Um alle Patientinnen und Patienten auch in Zukunft am medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritt teilhaben zu lassen, bedarf es einer konsequenten Bewertung des

Nutzens neuer Diagnostik und Therapien - auch im Verhältnis zu den Kosten.

- **Entbürokratisierung vorantreiben**

Um die begrenzten Ressourcen möglichst wirtschaftlich zum Wohle der Patientinnen und Patienten einzusetzen, sind die notwendigen bürokratischen Verfahren der Leistungsgewährung, Dokumentation und Abrechnung im Sinne einer wirtschaftlich gebotenen Entbürokratisierung auf den Prüfstand zu stellen. Hier müssen die technischen Möglichkeiten elektronischer Verfahren (Telematik) und die Potenziale moderner Arbeitsorganisation stärker genutzt werden, um die unmittelbar mit der Behandlung und Pflege der Menschen befassten Gesundheitsberufe bei Verwaltungstätigkeiten zu entlasten und zugleich die Kranken- und Pflegekassen noch effizienter aufstellen zu können.

Neben den notwendigen Reformmaßnahmen zur Gestaltung der Versorgung mit besseren und/oder wirtschaftlicheren Konzepten muss es in der neuen Legislaturperiode außerdem gelingen, das fiskalische Dilemma zwischen Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis und Dynamik der Gesundheitsausgaben zu überwinden. Aktuelle Überschüsse in der gesetzlichen Krankenversicherung dürfen hierüber nicht hinwegtäuschen.

2 Stärkung der Selbstverwaltung

Gesetzgeber: Klares Bekenntnis zur Selbstverwaltung erforderlich

Selbstverwaltung im umfassenden Sinne bedeutet die Regelung und Steuerung im Gesundheitswesen in eigener Verantwortung. Sie steht damit für einen leistungsfähigen Weg, der sich von rein staatlicher Steuerung oder rein privatwirtschaftlicher Allokation abgrenzt. Die Selbstverwaltung steht für Solidarität und bildet die Grundlage für die institutionelle Mitbestimmung der Beteiligten durch Versicherte und Arbeitgeber bei den Krankenkassen und ihren Verbänden. Diese Form der Steuerung ergänzt und stärkt das demokratische

Die Selbstverwaltung steht für Solidarität und bildet die Grundlage für die institutionelle Mitbestimmung der Beteiligten durch Versicherte und Arbeitgeber bei den Krankenkassen und ihren Verbänden.

Prinzip des Grundgesetzes. Im internationalen Vergleich zeigen sich die Stärken von selbstverwalteten Gesundheitssystemen, in denen Beteiligte verantwortlich an

Entscheidungsprozessen teilhaben, besonders deutlich: Während in einem staatlichen Gesundheitssystem die Versorgung darunter leidet, dass nicht die beteiligten Akteure Entscheidungen im Verhandlungsprozess treffen und die gesundheitliche Versorgung vom Staatshaushalt abhängig ist, kann ein rein marktwirtschaftliches System eine bedarfsgerechte und bezahlbare Versorgung nicht für alle Versicherten sicherstellen. Die Rechte der Selbstverwaltung müssen deshalb gestärkt und weiter ausgebaut werden.

Selbstverwaltung: Bereit, Verantwortung zu übernehmen

In der nächsten Legislaturperiode braucht es gesetzgeberische Klarstellungen für eine Steuerung des Gesundheitswesens durch die soziale Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung einerseits und die gemeinsame Selbstverwaltung im Gesundheitswesen andererseits. In einem permanenten Veränderungsprozess kann nur die Selbstverwaltung Versorgungsqualität, die am Patientenwohl orientiert ist, sachgerecht und praxisnah fortentwickeln. Der Gesetzgeber

ist nicht in der Lage, die meist hochkomplexen und in ihren Wirkungen für die gesundheitliche Versorgung der Patientinnen und Patienten oft gravierenden Entscheidungen so praxisnah zu treffen und gleichzeitig die vielfältigen, teilweise kleinteiligen Wirkungen zu berücksichtigen. Die Selbstverwaltung als Steuerungsprinzip ist dabei keineswegs Selbstzweck: Sie muss vielmehr ihre herausgehobene und zentrale Stellung in der gesetzlichen Krankenversicherung tagtäglich durch die Fähigkeit zur adäquaten Lösung und Erfüllung der ihr übertragenen Aufgaben legitimieren.

G-BA wichtigstes Entscheidungsgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung

Der Gesetzgeber hat den Krankenkassen, den Ärzten, Zahnärzten und Krankenhäusern im Rahmen des SGB V das Recht zur Selbstverwaltung und Gestaltung durch Vereinbarungen eingeräumt. Die Vertreter dieser Selbstverwaltungseinrichtungen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft wirken im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) als Selbstverwaltungsgremium zusammen. Während der Gesetzgeber den Rahmen vorgibt, ist es die Aufgabe dieser gemeinsamen Selbstverwaltung, den Rahmen auszufüllen und für die alltagstaugliche Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zu sorgen. Soweit die mit dem Versorgungsstrukturgesetz vorgenommenen Änderungen einer Verbesserung der Transparenz und der Arbeitsfähigkeit des G-BA dienen, sind diese umzusetzen und auszubauen. Gestoppt und umgekehrt werden muss die stärkere Abhängigkeit von der Politik, insbesondere bei der Entscheidung über die Unparteiischen Vorsitzenden des G-BA. Für die patientenorientierte Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung ist die Überführung des G-BA in sektorbegrenzende Strukturen und Vetorechte nicht zielführend. Es ist sicherzustellen, dass sich die Beteiligten im G-BA der gemeinsamen Verantwortung für das Versorgungssystem stellen und gemeinsam nach am Patientenwohl orientierten Lösungen suchen. Wenn Vernetzung und mehr integrierte Versorgung keine leeren politischen Worthülsen bleiben sollen, müssen

die Grundlagen hierfür auch im G-BA geschaffen werden. Die sektoren- und einrichtungsübergreifende Struktur und Aufgabenstellung des G-BA ist deshalb wieder herzustellen. In sich widersprüchliche gesetzliche Rahmenbedingungen, die es dem G-BA schwer machen, seine Gestaltungsaufgaben zu meistern, sind zu verändern. Hier sind insbesondere der Bereich der Steuerung von nicht medikamentösen Innovationen und die ambulante spezialfachärztliche Versorgung zu nennen.

3 Rahmenbedingungen für Wettbewerb

Wettbewerbsordnung im Sozialgesetzbuch

Die wettbewerbliche Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung erfordert einen einheitlichen Ordnungsrahmen für alle wettbewerblichen Rechtsbeziehungen. Dies gilt auch für das Wettbewerbsverhältnis der Krankenkassen untereinander. Es sind klare Spielregeln notwendig, die den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen in einer Weise regulieren, die dem besonderen Charakter der sozialen Krankenversicherung gerecht wird. Der Wettbewerbsrahmen muss den Besonderheiten des sozialversicherungsrechtlichen Gesundheitsmarktes Rechnung tragen, zu denen der gesetzlich vorgegebene Leistungskatalog, der Kontrahierungszwang, das gesetzliche Zusammenarbeitsgebot sowie der gesetzliche Versorgungsauftrag der Krankenkassen zählen. Deshalb dürfen zentrale Normen des Kartellrechts nicht als neuer Ordnungsrahmen für den Wettbewerb der Krankenkassen untereinander für anwendbar erklärt werden. Das würde keinen adäquaten Ordnungsrahmen schaffen, sondern unvereinbare Wertungswidersprüche erzeugen. Während in der gesetzlichen Krankenversicherung das sozialgesetzliche Zusammenarbeitsgebot die erste Maxime des Kassenhandelns darstellt, gilt im privatwirtschaftlich ausgerichteten Wettbewerbsrecht als Grundsatz das Kon-

kurrenzprinzip. Was in der Krankenversicherung die Regel ist, stellt im Wettbewerbsrecht die Ausnahme dar. Eine angemessene Wettbewerbsordnung, mit der das Verhältnis der

Krankenkassen untereinander und im Verhältnis zu den Versicherten geregelt wird, sollte daher konsequenterweise unmittelbar im Sozialgesetzbuch verankert werden. Die undifferenzierten Verweisungen in das Kartellrecht werden der dem Solidarprinzip verpflichteten Krankenversicherung nicht gerecht. Zudem sollte die staatliche Aufsicht allein von den sozialrechtlichen Behörden wahrgenommen werden. Der Rechtsweg für die

Der Wettbewerbsrahmen muss den Besonderheiten des sozialversicherungsrechtlichen Gesundheitsmarktes Rechnung tragen.

Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung muss bei den Sozialgerichten liegen.

Mehr Vertragswettbewerb

Für den Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung sollte in Zukunft neben dem Preis vor allem die Qualität der gesundheitlichen Versorgung das Unterscheidungsmerkmal sein. Selektivverträge sind daher als wettbewerbliche Versorgungsform zu fördern. Dadurch wird die Innovationskraft für neue Versorgungsangebote freigesetzt, und die hinsichtlich ihrer Ergebnisqualität besten Anbieter(netze) können sich durchsetzen. Um dieses Ziel zu erreichen, müssen Selektivverträge verbindliche Vereinbarungen über

In Zukunft sollte neben dem Preis vor allem die Qualität der gesundheitlichen Versorgung das Unterscheidungsmerkmal sein.

Qualitätsverbesserungen und deren Evaluierung enthalten. Informationen über die Qualität,

insbesondere bei der sektorenübergreifenden gesundheitlichen Versorgung, fehlen bisher. Rechtssichere Grundlagen sind deshalb zu schaffen. Selektive Verträge müssen in den ordnungspolitischen Rahmen zur flächendeckenden Sicherstellung der medizinischen Versorgung eingebunden und Qualitätssicherungsdaten allgemein zur Verfügung gestellt werden.

In Zukunft ist auch der stationäre Sektor in die wettbewerbliche Vertragssteuerung einzubeziehen, um Qualitäts- und Effizienzpotenziale zu heben. Das bedeutet konkret: Für elektive Leistungen, z. B. planbare Operationen, und die ambulante spezialfachärztliche Versorgung sind der Kontrahierungszwang zu lockern und ein Vertragsspielraum zu eröffnen. Außerdem gehören die Vorschriften des Krankenhausrechts, des Apotheken- und Arzneimittelrechts auf den Prüfstand. Auch hier ist mehr Wettbewerb zu ermöglichen: Selektivvertragliche Regelungen dürfen nicht unnötig behindert werden.

4 Qualität und Innovationen mit Patientennutzen fördern

Alle Versicherten haben Anspruch auf eine qualitativ hochwertige gesundheitliche Versorgung. Insgesamt bedarf das Gesundheitssystem daher einer stärkeren Fokussierung auf patientenrelevante Ergebnisse. Medizinische Innovationen

Qualitätssicherung über Ergebnisindikatoren ist eine Voraussetzung für gezielte Innovationen in den Versorgungsstrukturen.

Qualitätssicherung über Ergebnisindikatoren ist eine Voraussetzung für gezielte Innovationen in den Versorgungsstrukturen.

Qualitätsmessung schließt auch die Verlaufsbeobachtung ein

Die meisten Fragestellungen in der Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung lassen sich sinnvoll nur mit einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung abbilden. Heute beruhen die meisten Qualitätssicherungsverfahren auf einmaligen und punktuellen Datenerhebungen. Tritt nach der Entlassung aus dem Krankenhaus eine Komplikation auf oder muss die Patientin oder der Patient nach einiger Zeit erneut im Krankenhaus behandelt werden, werden diese Ereignisse bisher nicht zusammenhängend erfasst. Damit gehen wesentliche Informationen über die Qualität des Versorgungsgeschehens verloren. Deshalb ist es notwendig, die Qualitätssicherung auf Längsschnittbetrachtungen auszudehnen. Die dafür notwendigen, zum Teil auch gesetzlichen, Voraussetzungen sind so schnell wie möglich zu schaffen.

Ergebnisse der Qualitätssicherung sind öffentlich zu machen

Patientinnen und Patienten, Versicherte und Krankenkassen haben Anspruch auf Informationen über die Prozesse und Ergebnisse der Qualitätssicherung. Wir brauchen Offenheit über aktuelle Ergebnisse zu allen verfügbaren Qualitätsdaten, damit sich die Betroffenen informieren und

bewusst Leistungserbringer auswählen können. Auch im ambulanten Bereich sollte es künftig mehr Transparenz über Qualitätsdaten geben. Die Berichterstattung über Ergebnisse der Qualitätssicherung muss für die Versicherten verständlich und für ihre Entscheidungen nutzbar sein. Auch den Ärzten sind diese Qualitätsergebnisse zur Verfügung zu stellen, damit sie ihre eigene Leistung im Vergleich mit anderen Leistungserbringern bewerten und zielgerichtet weiterentwickeln können (Benchmark). Für den anzustrebenden Qualitätswettbewerb in der Gesundheitsversorgung sind transparente, zuverlässige Informationen eine Grundvoraussetzung.

Qualitätssicherung benötigt einheitliche Standards in der Dokumentation

Qualitativ hochwertige Versorgung muss von schlechter Versorgung unterscheidbar gemacht werden. Als Grundlage für solche Bewertungen sind verlässliche und überprüfbare Daten über die Versorgungsrealität erforderlich. Die Dokumentationsanforderungen haben sich am Prinzip der Datensparsamkeit unter Beachtung des Informationsnutzens auszurichten. So können Schwachstellen identifiziert und Versorgungsabläufe effektiv verbessert werden. Zurzeit gibt es jedoch große Unterschiede zwischen den Dokumentationsanforderungen in den verschiedenen Versorgungsbereichen. Um Qualitätsdaten sinnvoll vergleichen zu können, muss sichergestellt werden, dass die grundlegenden Regeln zur Kodierung und Dokumentation von Behandlungsfällen sektorenübergreifend und vertragsunabhängig gelten.

Innovationen zum Nutzen der Patientinnen und Patienten Prozessinnovationen fördern

Innovationen im Gesundheitswesen ergeben sich nicht nur durch die Entwicklung und Einführung neuer Produkte und Behandlungsmethoden, sondern auch durch die Verbesserung von Behandlungsprozessen und Versorgungsstrukturen sowie durch Transparenz über tatsächliche Leistungsqualität. Damit können sowohl bessere

Ergebnisse in der gesundheitlichen Versorgung der Patientinnen und Patienten als auch finanzielle Einsparungen erzielt werden. Deshalb ist eine der wichtigsten Herausforderungen in der neuen Legislaturperiode, Organisationsstrukturen (z. B. durch integrierte Versorgungsverträge) im Gesundheitswesen zu fördern, in denen eine gemeinsame Verantwortung für die Gesundheitsergebnisse übernommen wird.

Patientenrelevanter Nutzen entscheidend

Bei der flächendeckenden Einführung medizinischer Innovationen muss die Sicherheit der Patientinnen und Patienten Vorrang haben. Medizinische Innovationen müssen in Zukunft den patientenrelevanten Nutzen vor ihrer flächendeckenden Einführung belegen. Dabei sind vor

Bei der flächendeckenden Einführung medizinischer Innovationen muss die Sicherheit der Patientinnen und Patienten Vorrang haben.

allem folgende Fragen zu beantworten: Ist die neueste Methode wirklich die beste? Was wissen wir über den tatsächlichen Nutzen?

Wie wirkt die Innovation im

Vergleich zur Standardtherapie - auch im Hinblick auf Nebenwirkungen und das Risiko von Folgeerkrankungen? Reformziel muss es sein, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, über deren Nutzen und Schaden wir noch nicht genug wissen, künftig nur noch in klinischen Studien einzusetzen. Damit werden wissenschaftliche Erkenntnisse zum Wohle der Patientinnen und Patienten gewonnen, bevor sie flächendeckend zur Anwendung kommen.

Abbau von Innovationshindernissen

Zur Förderung der Innovationsbereitschaft im Gesundheitswesen sind Anreize und Instrumente für einen innovationsfördernden Vertragswettbewerb kontinuierlich und konsequent auszubauen. Heute werden Krankenkassen und andere potenzielle Investoren durch eine Reihe von Hindernissen oder durch sprunghafte Gesetzgebung behindert. Hier ist deutlich mehr Planungssicherheit für alle Beteiligten erforderlich. Zu Anreizen und Instrumenten gehören u. a. nachhaltige Finanzierungs-

perspektiven für Krankenkassen, die schrittweise Überwindung des Kontrahierungszwanges bei elektiven Leistungen im Krankenhaus und die Weiterentwicklung und Implementierung funktionsorientierter Bereinigungsverfahren zur Vermeidung der Doppelfinanzierung von Leistungen.

5 Ärztliche Versorgung und Honorierung reformieren

Modernisierung der ambulanten Versorgungsstrukturen

Wohnortnahe hausärztliche Versorgung sichern

Der mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz eingeschlagene Weg einer Differenzierung des Raumbezugs nach hausärztlichem, allgemein fachärztlichem und spezialisiertem fachärztlichen Bereich ist richtig und muss konsequent weiter beschritten werden. Der Schwerpunkt muss

Unter- und Überversorgung sind zwei Seiten einer Medaille, deshalb wird das zukünftige Problem der Sicherstellung einer wohnortnahen hausärztlichen Versorgung nur gelöst werden können, wenn ärztliche Überversorgung stringenter als bisher ausgeschlossen wird.

hierbei auf die Ausgestaltung einer wohnortnahen hausärztlichen Versorgung im ländlichen Raum gelegt werden. Insbesondere in dünn besiedelten Regionen muss durch eine neue Ar-

beitsteilung zwischen qualifizierten Gesundheitsberufen die hausärztliche Versorgung ergänzt und gestärkt werden. Hier sind populationsbezogene Angebotsstrukturen zu schaffen, z. B. durch den Aufbau von regionalen Versorgungszentren.

Überversorgung abbauen

Da Unterversorgung und Überversorgung zwei Seiten einer Medaille sind, wird das zukünftige Problem der Sicherstellung einer wohnortnahen hausärztlichen Versorgung nur gelöst werden können, wenn ärztliche Überversorgung stringenter als bisher ausgeschlossen wird. Es gilt daher, bestehende Anreize für eine Niederlassung in bereits überversorgten Gebieten abzubauen. In der nächsten Legislaturperiode sind weitere gesetzgeberische Schritte erforderlich:

- Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen zum Aufkauf und zur Stilllegung von Arztstellen, die in überversorgten Regionen frei werden.

- Zulassung von Ärzten und Psychotherapeuten in Zukunft zeitlich befristet ermöglichen. Mit dem bisherigen starren Bedarfsplanungssystem und dem nicht mehr zeitgemäßen Zulassungsverfahren können Arztstellen in der Regel nur dauerhaft neu geschaffen werden. Die zzt. bestehende Beschränkung einer befristeten Zulassung nur in Planungsgebieten, die einen Versorgungsgrad von 100 bis 110 Prozent aufweisen, ist nicht ausreichend wirksam und muss deshalb verschärft werden. Dies ist dringend erforderlich, da sich die Versorgungsbedarfe angesichts der demografischen Entwicklung in Zukunft deutlich verändern werden.
- Stärkung der Steuerung durch Preise mit der Wiedereinführung von Abschlägen auf den Orientierungswert in überversorgten Regionen.

Klare Regelungskompetenzen für Landes- und Bundesebene

Die mit dem Versorgungsstrukturgesetz neu geschaffene Möglichkeit, auf Landesebene wegen regionaler Besonderheiten bei der Bedarfsplanung von Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses abzuweichen, führt zu Überschneidungen bei den Regelungskompetenzen von Bundes- und Landesebene. Als Lösung bietet sich eine Makrosteuerung der Arztzahlen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss und eine Feinsteuerung der Verteilung auf der regionalen Ebene an; eine entsprechende rechtliche Verankerung muss hierfür implementiert werden.

Kooperation verbessern - Vorfahrt für integrierte Versorgung

Die Entwicklung der Medizin erfordert aus fachlichen wie aus wirtschaftlichen Gründen integrierte Versorgungsformen, seien es Medizinische Versorgungszentren oder Versorgungsnetze von Arztpraxen und Krankenhäusern. Ein aktives Versorgungsmanagement mit der bewussten Förderung von Kommunikation, Koordination und Kooperation zwischen den Beteiligten ist zu entwickeln. Ziele sind nicht nur die Verbesserung und Standardisierung der Versorgungsqualität

sowie die Optimierung der Ressourcenallokation im Gesundheitswesen, sondern auch die Stärkung der Position der Patientinnen und Patienten. Dieser Ansatz muss gesetzgeberisch konsequent weiter verfolgt und ausgebaut werden.

Für den Versorgungsalltag sind bessere Voraussetzungen für indikationsbezogene Strukturen zur gesundheitlichen Versorgung chronisch und psychisch Kranker zu schaffen. In der psychiatrischen Versorgung sowie bei der Versorgung multimorbider und chronisch Kranker müssen Versorgungsnetze gemeindenaher und stationärer Angebote einbezogen werden. In beiden Versorgungsstrukturen ist die Einbindung der Rehabilitation zu gewährleisten. Das Prinzip „Reha vor Pflege“ muss gestärkt werden.

Neues Honorierungssystem für Ärzte

Ziel der Honorarreform:

Mehr Patientenorientierung

Wesentliche Zielsetzung eines Vergütungssystems ist es, Anreize zu einem effektiven und effizienten Ressourceneinsatz für einen bestehenden medizinischen Bedarf im entsprechenden

Versorgungssystem zu schaffen. Dazu muss die dem Vergütungssystem zugrunde liegende Gebührenordnung grundsätzlich

Die dem Vergütungssystem zugrunde liegende Gebührenordnung muss grundsätzlich patientenorientiert gestaltet werden.

patientenorientiert gestaltet werden. Hierzu gehört auch, das bestehende Missverhältnis in der Honorierung zwischen „sprechender Medizin“ und „apparativer Diagnostik“ ohne zusätzliche finanzielle Belastung der Beitragszahler abzubauen. Schließlich muss die Komplexität des bestehenden Honorierungssystems reduziert werden. Ein neues Honorarsystem muss im Ergebnis Vergütungsstrukturen schaffen, die eine qualitativ hochwertige Versorgung fördern.

Stabiles, konsistentes Vergütungssystem

Das ärztliche Vergütungssystem ist in seiner derzeitigen Ausgestaltung mit erheblichen finanziel-

len Risiken verbunden. Mehrfachverhandlungen auf Bundes- und Landesebene über ähnliche oder sogar gleiche Sachverhalte machen das System intransparent und nur noch schwer kalkulierbar. Eine Vergütungsreform muss sich daher auf wenige Anpassungsfaktoren konzentrieren, die Mehrfachfinanzierungen ausschließen, einheitliche Rahmenbedingungen für die Fortentwicklung der Vergütungen schaffen und auf Landesebene in diesem Rahmen Gestaltungsspielräume für die Ausgestaltung der ambulanten medizinischen Versorgung eröffnen. Die gegenwärtige morbiditätsorientierte Vergütungsordnung auf Basis einer Diagnosekodierung weist darüber hinaus erhebliche Mängel auf, die nur zum Teil auf eine fehlende ambulante Kodierrichtlinie zurückzuführen sind. Die Messung der Morbidität muss daher künftig auf der Grundlage besser geeigneter und objektiver Kriterien erfolgen.

Stärkung der hausärztlichen Versorgung

Die neue Honorarordnung soll die hausärztliche Versorgung durch eine bessere Justierung der Gesamtvergütungen stärken. Grundlage hierfür sind die auch bisher vorgesehenen Pauschalen, die im Hinblick auf die Versorgungsrelevanz geprüft und mit Qualitätssicherungsmaßnahmen und qualitätsbezogenen Vergütungsanteilen kombiniert werden müssen.

Sachleistungsprinzip als Grundlage auch in der zahnmedizinischen Versorgung

Patientinnen und Patienten vor finanzieller Überforderung schützen

Die Mundgesundheit hat sich in Deutschland in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich verbessert. Damit wird nicht zuletzt das hohe Qualitätsniveau der zahnmedizinischen präventiven und konservierend-chirurgischen Versorgung belegt, zu der die gesetzliche Krankenversicherung sowohl mit der Finanzierung als auch mit der Leistungsdefinition den entscheidenden Beitrag leistet. Die Ausweitung privat zu finanzierender Leistungen, insbesondere infolge des Festzuschuss-Systems beim Zahnersatz, gefährdet jedoch zunehmend

das Leistungsangebot der gesetzlichen Krankenversicherung und droht, die Versicherten finanziell zu überfordern. Zum Schutz der Versicherten sind daher eine gesetzliche Begrenzung der Steigerungssätze im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) oder aber erweiterte Vertragsmöglichkeiten der Krankenkassen durch Öffnungsklauseln notwendig. Eine weitere Ausdehnung des Festzuschuss-Systems ist abzulehnen. Der Leistungskatalog muss aktuell und das Sachleistungsprinzip muss auch zukünftig die Grundlage der zahnmedizinischen Versorgung sein.

Qualitätssicherungsverfahren in der zahnmedizinischen Versorgung

Für eine weitere Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung ist es unerlässlich, in diesem Bereich rasch eine Qualitätssicherung einzuführen. Dabei sind ausdrücklich auch Privatleistungen in die Qualitätssicherung einzubeziehen, für die die Krankenkassen einen Teil der Kosten übernehmen. Grundlage für mehr Qualität ist mehr Transparenz. Dies kann durch die Einführung einer einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung sowie durch die Übermittlung unkodierter Zahnarzt-daten im Rahmen der Abrechnung erreicht werden.

Neuen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungsbereich weiterentwickeln

Vorfahrt für ambulante Leistungserbringung

Immer mehr medizinische Leistungen, die früher stationär erfolgten, können heute ambulant erbracht werden. Das ist in der Regel patientengerechter und zugleich wirtschaftlicher. Diese

Immer mehr medizinische Leistungen, die früher stationär erfolgten, können heute ambulant erbracht werden. Das ist in der Regel patientengerechter und zugleich wirtschaftlicher.

Leistungen werden sowohl von niedergelassenen Ärzten als auch von Krankenhäusern angeboten. Damit können Patientinnen

und Patienten sowie Kostenträger zunehmend auf Angebote verschiedener Akteure zurückgreifen. Diese Entwicklung ist auch mit Blick auf die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung positiv zu bewerten.

Medizinisch ungerechtfertigte Mengenentwicklung vermeiden

Der Gesetzgeber hat in der 17. Wahlperiode in einem ersten Schritt den intersektoralen Leistungsbereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung definiert. Weiterhin bedarf es jedoch einer Vereinheitlichung der gesetzlichen Vorgaben für ambulante Krankenhausleistungen. Eine medizinisch nicht gerechtfertigte, unkontrollierte Mengenausweitung und eine Doppelfinanzierung müssen vermieden werden, indem die Vergütung auf die tatsächlich versorgte Morbidität beschränkt wird. Hierzu sind geeignete Rahmenbedingungen für eine Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung um die ambulante spezialfachärztliche Versorgung zu schaffen. Nachgewiesene Leistungsverlagerungen von der vertragsärztlichen Versorgung in den ambulanten spezialfachärztlichen Bereich müssen aus den morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen herausgelöst werden können.

6 Die Finanzierung der Krankenhäuser

Zielgerichtet Krankenhausleistungen finanzieren

Die wirtschaftliche Situation der Kliniken ist insgesamt gut. Unabhängige Veröffentlichungen wie der Krankenhaus Rating Report oder die Branchenreporte von Banken belegen diesen Umstand eindrucksvoll. Unabhängig davon kann die Gewinnsituation der Krankenhäuser kein Kriterium für die Notwendigkeit zusätzlicher finanzieller Mittel sein, solange die Frage der Bedarfsnotwendigkeit der Krankenhauskapazitäten und -strukturen nicht zufriedenstellend geklärt ist. Mit zusätzlichen Investitions- und Betriebsmitteln nicht bedarfsnotwendige Strukturen zu finanzieren, muss im Interesse der Beitragszahler vermieden werden.

Orientierungswert - Produktivität der Krankenhäuser einbeziehen

Die Veränderung der Krankenhauspreise wird gesetzlich nach oben begrenzt. Diese Art der Preissetzung ist sinnvoll, um den größten Ausgabenbereich der gesetzlichen Krankenversicherung steuern zu können. Die langjährige Bindung der Ausgabenobergrenze an die Grundlohnrate wurde durch den Veränderungswert ab 2013 abgelöst. Die Grundlohnrate war das geeignetere Instrument zur Umsetzung einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik. Basis des neuen „Veränderungswertes“ ist der durch das Statistische Bundesamt ermittelte sogenannte „Orientierungswert“. Die neutrale Ermittlung des Wertes ist richtig, da sich so die Entwicklung der Kosten der Krankenhäuser quantifizieren lässt. Problematisch ist allerdings, dass bei der Ermittlung des Orientierungswertes die Entwicklung der Produktivität der Krankenhäuser nicht einbezogen wird. Eine künftige Obergrenze sollte deshalb die Entwicklung der Kosten je Fall abbilden.

Investitionsfinanzierung der Länder gescheitert - neue Steuerungsmechanismen gefordert

Die duale Finanzierung sieht die Finanzierung der Betriebsmittel der Krankenhäuser durch die

Krankenkassen, die Finanzierung der Investitionen der Krankenhäuser hingegen durch die Bundesländer vor. Die Bundesländer kommen ihrer Finanzierungsverpflichtung kaum noch nach. Im Jahr 1991 betrug der Finanzierungsanteil der Bundesländer an den Gesamtausgaben der Krankenhäuser noch 8,9 Prozent. Heute ist der Beitrag der Länder auf eine Restgröße von unter 3,6 Prozent geschrumpft. Insgesamt wurden im Jahr 2011 lediglich ca. 2,7 Mrd. Euro Investitionsmittel bereitgestellt. Im gleichen Zeitraum sind die Krankenhausaufgaben der Krankenkassen um 15,4 Mrd. Euro gestiegen. Betriebsmittel, die die gesetzliche Krankenversicherung für die Krankenversorgung bereitstellt, werden zunehmend für notwendige Investitionen zweckentfremdet. Die duale Finanzierung ist unter den heute geltenden Rahmenbedingungen gescheitert. Am Ende dieses Jahrzehnts ist nicht mehr mit einem nennenswerten Beitrag der Länder zur Krankenhausfinanzierung zu rechnen. Die Bundesländer agieren im Bereich der Krankenhausplanung zunehmend ohne finanzielle Rücksichtnahme gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung. Das von den Bundesländern geplante Niveau der Gesundheitsversorgung zementiert alte und schafft neue Überkapazitäten. Die Rolle der gesetzlichen Krankenversicherung darf nicht zu Zwecken der Struktur- und Arbeitsmarktförderung in den Bundesländern missbraucht werden. An die Stelle der klassischen bettenorientierten Kapazitätsplanung müssen andere Steuerungsmechanismen treten. Sofern weiterhin Kapazitätssteuerung mit

In Ballungsgebieten sollte den Krankenkassen die Auswahl effizienter und qualitativ guter Häuser erlaubt werden.

den Landeskrankenhausplänen erfolgen soll, dürfen diese nicht mehr uneingeschränkt einen Kontrahierungszwang nach sich ziehen.

In Ballungsgebieten sollte den Krankenkassen die Auswahl effizienter und qualitativ guter Häuser erlaubt werden.

Mehr Vertragswettbewerb im Krankenhausbereich

Für ein definiertes Spektrum von planbaren Krankenhausleistungen sollte für Krankenkassen die Möglichkeit geschaffen werden, Direktverträge mit zugelassenen Krankenhäusern abzuschließen. Damit soll ein Einstieg in das selektive Kontrahieren auf freiwilliger Basis auch im stationären Bereich ermöglicht werden. In definierten Versorgungsregionen, insbesondere in Ballungsräumen, könnten Krankenhausleistungen ausgeschrieben werden. Qualität, Menge und Preis wären dann verpflichtender Bestandteil der Ausschreibung. Ein Katalog geeigneter DRGs existiert bereits seit 2007. Direktverträge ermöglichen den Ausschluss schlechter Qualität vom Markt, erschließen Effizienzreserven und ermöglichen eine Kompensation der Mengensteigerung durch Versorgungssteuerung.

Mengensteuerung: Mengenexplosion und struktureller Erstarrung entgegenzutreten

Die Summe der Krankenhausleistungen wächst seit Jahren deutlich stärker, als dies die Demografie erwarten lässt. Lediglich ein Drittel der zusätzlichen Leistungen lässt sich so erklären. Um den wahrscheinlich primär ökonomisch motivierten Anteil am Leistungsmengenzuwachs der Krankenhäuser mit Risiken für die Patientinnen und Patienten durch unnötige Operationen zu beschränken, sieht das Gesetz derzeit Mehrleistungsabschläge vor. Diese Maßnahme senkt den Preis für zusätzlich erbrachte Leistungen und trifft so gezielt Krankenhäuser mit besonders starken Mengensteigerungen. Der Mehrleistungsabschlag setzt aber auch ungewollte Anreize, da er nicht ausreichend zwischen der Vermeidung ökonomisch motivierter Mengensteigerungen und gewollten Mengensteigerungen, z. B. im Wettbewerb, unterscheidet. Die gemeinsame Selbstverwaltung ist beauftragt, einen

Forschungsauftrag zu vergeben und gemeinsame Lösungsvorschläge zu der Problematik bis Mitte 2013 für die Umsetzung im Jahr 2015 zu erarbeiten. Dieser Forschungsauftrag ist zu begrüßen, er ändert aber nichts an der Tatsache, dass „der Preis die Menge macht“: Je höher die Preise für Krankenhausleistungen sind, desto eher werden Krankenhäuser aus ökonomischen Gründen Mehrleistungen erbringen. Die gegenwärtige Verhandlung des Preises für Krankenhausleistungen auf der Landesebene unter Berücksichtigung der Mengenentwicklung muss daher bestehen bleiben.

Bessere Rahmenbedingungen bei Rechnungsprüfung

Rechnungsprüfungen sind immanenter Bestandteil jeglicher Abrechnungsverfahren und dienen der Vermeidung fehlerhafter Abrechnungen. Das gilt insbesondere auch für Krankenhausleistungen, die im Jahr 2013 etwa 64 Mrd. Euro der GKV-Ausgaben verursachen werden. Die Krankenkassen sind gesetzlich zur Prüfung verpflichtet. Dabei müssen sie in bestimmten Fällen eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen einholen, was bei etwa zwölf Prozent der Fälle geschieht. Entgegen aller im sonstigen Prüfrecht üblichen Gepflogenheiten werden die Krankenkassen jedoch mit einer Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro je Fall belastet, wenn die Rechnungsprüfung eines Krankenhauses nicht zur Minderung des Rechnungsbetrages führt. In der Hälfte der geprüften Fälle stellten die Krankenkassen im Jahr 2011 notwendige Rechnungskorrekturen fest. In diesen Fällen zahlen die Krankenhäuser lediglich die zu viel erlösten Beträge zurück, müssen darüber hinaus jedoch keine Sanktionen befürchten. Damit schützen die bestehenden Rahmenbedingungen Falschabrechner und reglementieren Krankenkassen. Mangels drohender Sanktionen haben die Krankenhäuser kaum Anlass, ihr Abrechnungsverhalten zu ändern. Dies zeigt die wachsende Zahl der als

Die Summe der Krankenhausleistungen wächst seit Jahren deutlich stärker, als dies die Demografie erwarten lässt.

In der Hälfte der geprüften Fälle stellten die Krankenkassen im Jahr 2011 notwendige Rechnungskorrekturen fest.

fehlerhaft bewerteten Krankenhausrechnungen. Abrechnungsfehler werden bei mehr als jeder zweiten geprüften Rechnung festgestellt. Der aktuelle wirtschaftliche Gesamtschaden durch fehlerhafte Krankenhausabrechnungen beläuft sich mittlerweile auf ca. 2 Mrd. Euro jährlich. Ein Anreiz für Krankenhäuser zur korrekten Abrechnung ist längst überfällig und würde die Zahl der fehlerhaften Abrechnungen und damit auch die Prüfungen deutlich reduzieren. Die Politik ist aufgefordert, hierfür die Rahmenbedingungen zu schaffen. Ein erster Schritt in diese Richtung ist die symmetrische Ausgestaltung der Aufwandspauschale, damit ein Anreiz zur sachgerechten Abrechnung besteht. Die Krankenhäuser zahlen dann bei fehlerhafter Abrechnung die Aufwandspauschale an die Krankenkassen.

7 Effizienzreserven des Arzneimittelmarktes weiter erschließen und Qualität der Heilmittelversorgung verbessern

Vorhandene Steuerungsinstrumente des Arzneimittelmarktes wirken lassen

Positiver Meilenstein:

Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz

In der vergangenen Legislaturperiode wurde mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) eine wichtige Weichenstellung getätigt: Die frühe Nutzenbewertung und die Verhandlung von Erstattungsbeträgen für patentgeschützte Arzneimittel sind ein Meilenstein für eine qualitätsorientierte und wirtschaftliche Arzneimittelversorgung. Nach dem ersten Verhandlungsjahr ist festzustellen, dass das Verfahren funktioniert. Ein „Aufweichen“ der AMNOG-Regelungen ist daher abzulehnen. Perspektivisch ist eine Weiterentwicklung zu prüfen, die die Nutzenbewertung neuer Arzneimittel zeitlich vor den Markteintritt stellt. Von besonderer Bedeutung und Umsetzungsrelevanz ist die eindeutige gesetzliche Festlegung des Erstattungsbetrags als Bezugsgröße für Handelsstufen und Zuzahlungen sowie die Schaffung einer validen Datengrundlage für alle Beteiligten.

Festbeträge und Rabattverträge weiterhin unverzichtbar

Arzneimittel sind mit rd. 29,4 Mrd. Euro der zweitgrößte Ausgabenbereich der gesetzlichen

Krankenversicherung. Nachhaltige Preispolitik bleibt das Gebot der Stunde. Unverzichtbar zur Erschließung von Effizienzreserven sind die bewährten Steuerungsinstrumente der Festbeträge sowie

Die frühe Nutzenbewertung und die Verhandlung von Erstattungsbeträgen für patentgeschützte Arzneimittel sind ein Meilenstein für eine qualitätsorientierte und wirtschaftliche Arzneimittelversorgung.

der Rabattverträge zwischen Krankenkassen und Pharmaunternehmen.

Leistungsgerechte Finanzierung der Apotheken

Ein „Apothekensterben“ in Deutschland gibt es nicht. Vielmehr dürfen unwirtschaftliche Strukturen, etwa durch eine Konzentration auf Ballungsräume, den Beitragszahlern nicht durch übermäßige Erhöhungen der Apothekenvergütung aufgebürdet werden. Die bisher parallelen Wege zur Anpassung der Apothekenvergütung – einerseits über die Arzneimittelpreisverordnung, andererseits über den Apothekenabschlag der Krankenkassen – sind deshalb zukünftig über die Preisvorschrift festzulegen. Der Charakter des Apothekenabschlages als „Großkundenrabatt“ zugunsten der gesetzlichen Krankenversicherung muss erhalten bleiben. Zur nachhaltigen Dämpfung der Preisentwicklung muss außerdem die prozentuale Apothekenvergütung – wie beim pharmazeutischen Großhandel – auf einen Höchstbetrag begrenzt werden.

Der Charakter des Apothekenabschlages als „Großkundenrabatt“ zugunsten der gesetzlichen Krankenversicherung muss erhalten bleiben.

Apothekenmarkt liberalisieren

Die deutsche Apothekenlandschaft ist noch immer eine weitgehend wettbewerbsfreie Zone. Weil markt- und wettbewerbswidrig, ist insbesondere das Mehr- und Fremdbesitzverbot bei Apotheken abzuschaffen. Neue Vertriebswege geben den Versicherten die Chance auf flexiblere Angebotsstrukturen. Für ein Verbot von Pick-up-Stellen besteht keine Notwendigkeit, der Versandhandel ist zu stärken, soweit für alle Vertriebswege die Sicherheit der Versorgung gewährleistet ist.

Mehr Leistungsqualität und Wirtschaftlichkeit in der Heilmittelversorgung Anbieter- und Mengenstruktur in der Heilmittelversorgung steuern

Der Ausgabenanstieg im Heilmittelbereich lag in den vergangenen Jahren mit jeweils über 6 Prozent deutlich über den durchschnittlichen Steigerungsraten der gesetzlichen Krankenversicherung. Die vorhandenen Steuerungsinstrumente,

wie Heilmittel-Richtlinien, Vereinbarungen zu Heilmittel-Ausgabenvolumina je Kassenärztlicher Vereinigung sowie die getroffenen Vereinbarungen zu Richtgrößen, wirken offensichtlich nicht ausreichend. Ein Reformziel muss es daher sein, stringenter gesetzliche Rahmenbedingungen zu schaffen, die zu einem sachgerechteren Ordnungsverhalten der Vertragsärzte, zu einer deutlich höheren Ergebnisqualität und zu einer besseren Vernetzung der einzelnen Versorgungsbereiche beitragen. Zudem sind derzeit Heilmittelerbringer zwingend zuzulassen, wenn sie die notwendigen Zulassungsvoraussetzungen erfüllen. Dabei ist es unerheblich, ob für eine weitere Praxis tatsächlich Bedarf besteht. Das Zulassungsverfahren in der jetzigen Form ist daher umzugestalten. Geeignete Instrumente zur Steuerung der Anbieter- und Mengenstruktur in der Heilmittelversorgung sind zu entwickeln. Um Qualitätspotenziale auszuschöpfen und Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben, benötigen die Krankenkassen bessere einzelvertragliche Gestaltungsmöglichkeiten.

8 Bessere Ergebnisse notwendig: Hilfsmittelversorgung und Medizinprodukte

Hilfsmittelversorgung – Ergebnisqualität in den Mittelpunkt stellen

Den Versicherten steht ein umfassendes Leistungsspektrum an medizinisch-technischen bzw. therapeutischen Produkten zur Verfügung, von denen mehr als 20.000 im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind. Durch die Veränderung der Alters- und Morbiditätsstruktur der Bevölkerung, der steigenden Versorgungsansprüche aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts sowie durch die Ausdehnung des Leistungsrahmens durch die Rechtsprechung wird der Bedarf an Hilfsmitteln kontinuierlich wachsen. Der Gesetzgeber hat im Zuge mehrerer Reformen das Ziel verfolgt, den Vertragswettbewerb im Hilfsmittelbereich zu stärken. Gleichzeitig ist aber festzustellen, dass sich systemische Fehlanreize, zum Teil divergierende Interessenlagen, eine zu geringe Patientensouveränität, aber auch mangelnde Kontrollmechanismen negativ auf das Qualitätsniveau und die Ausgabenentwicklung auswirken. Darüber hinaus ist ein Trend zu immer aufwendigerer Versorgung festzustellen, ohne dass eine entsprechende Nutzenmehrung für die Versicherten erkennbar wäre. Ein wichtiges Reformziel muss es daher sein, die Hilfsmittelversorgung unter wirtschaftlichen Aspekten qualitätsorientiert weiterzuentwickeln. Dazu bedarf es gesetzlicher Regeln, die den Vertragswettbewerb weiter vorantreiben. Die Ausweitung der Festzuschüsse auf weitere Hilfsmittel ist nicht zielführend, die Qualitätsprobleme würden hiermit nicht gelöst: Die Problematik der finanziellen Eigenbeteiligungen würde weiter verschärft.

Höchste Priorität für Patientensicherheit bei Medizinprodukten

Medizinprodukterecht anpassen

Angesichts der rasant fortschreitenden technologischen Entwicklung von Medizinprodukten in hoch-

Das Medizinprodukterecht weist gerade in Bezug auf das Zulassungsverfahren, die klinischen Prüfungen und die Überwachung bereits auf dem Markt befindlicher Medizinprodukte Defizite auf.

dynamischen und innovativen Märkten müssen nicht mehr zeitgemäße gesetzliche Bestimmungen zugunsten der Patientensicherheit weiterentwickelt werden. Das Medizinprodukterecht weist gerade in Bezug auf das Zulassungsverfahren, die klinischen Prüfungen und die Überwachung bereits auf dem Markt befindlicher Medizinprodukte Defizite auf.

Unabhängige behördliche Zulassung statt Selbsterklärung der Hersteller

Medizinprodukte werden von den Herstellern eigenverantwortlich auf den Markt gebracht und mit einer Selbsterklärung versehen. Bei Medizinprodukten höherer Risikoklassen überprüfen sogenannte „Benannte Stellen“ die Verkehrsfähigkeit. Problematisch sind hier die Intransparenz des Prüfvorgangs, der erhebliche Ermessensspielraum sowie die wirtschaftliche Abhängigkeit dieser Zertifizierungsstellen. Außerdem haben „Benannte Stellen“ keine Möglichkeit, Überwachungsstudien nach Markteinführung anzuordnen. Für Medizinprodukte mit hohem Anwendungsrisiko ist daher ein klar geregeltes zentrales und einheitliches behördliches Zulassungsverfahren vorzusehen, wie es beispielsweise bei Arzneimitteln gesetzlich vorgeschrieben ist.

Klinische Prüfung von Hochrisiko-Medizinprodukten qualitativ verbessern und transparent gestalten

Grundsätzlich müssen die Hersteller die Eignung ihres Medizinproduktes anhand klinischer Daten nachweisen, wobei sie sich auf Fremdstudien berufen können. Wenn eigene klinische Prüfungen durchgeführt werden, sind diese häufig nicht geeignet, um das Nutzen- oder Schadenspotenzial gegenüber der Standardbehandlung zu evaluieren. Sofern jedoch Daten aus klinischen Studien zu ähnlichen Produkten bereits vorliegen, besteht die Möglichkeit, das eigene Produkt aufgrund seiner „Gleichartigkeit“ ohne weitere Studie auf den Markt zu bringen. Gerade vor dem Hintergrund des technologischen Fortschritts ist die derzeitige Prüfpraxis unzureichend und inakzeptabel. Im Sinne der Patientensicherheit sind daher obliga-

torische klinische Prüfungen für alle Hochrisiko-Medizinprodukte erforderlich, in denen ihre Wirksamkeit nachgewiesen wird. Alle Daten zur Wirksamkeit und Sicherheit müssen in einem öffentlich zugänglichen Studienregister erfasst und veröffentlicht werden.

Instrumente einer wirksamen Überwachung etablieren

Der Skandal um gesundheitsschädliche Brustimplantate hat gezeigt, dass die nach EU-Recht auf nationaler Ebene umgesetzten Marktüberwachungsinstrumente von Medizinprodukten unzulänglich sind. Es mangelt vor allem an der Gewährleistung einer lückenlosen Meldung von Vorkommnissen mit Medizinprodukten durch die Anwender sowie an einer systematischen Erfassung und Auswertung von mittel- und langfristigen Anwendungsrisiken. Es ist daher notwendig, die gesetzliche Verpflichtung der Anwender zur Vorkommnismeldung und die Gewährleistung der Rückverfolgbarkeit eingesetzter Implantate mit Hilfe von Sanktionen vorzusehen. Darüber hinaus ist auf EU-Ebene die Erfassung von seltenen Nebenwirkungen durch Beobachtungsstudien sowie die zentrale europaweite Auswertung eingehender Vorkommnismeldungen sicherzustellen.

Verbindliche Haftpflichtversicherung einführen

Gegenwärtig existiert keine angemessene Deckungsvorsorge im Schadensfall, was das finanzielle Risiko auf Patientinnen und Patienten sowie Krankenkassen verlagert. Die Hersteller von Medizinprodukten müssen deshalb verpflichtet werden, finanzielle Vorsorge

Patientinnen und Patienten sowie Krankenkassen müssen im Schadensfall über Anspruchsrechte verfügen.

in Form einer obligatorischen Haftpflichtversicherung in angemessener Höhe zu treffen, damit sie ihren produkthaftungsrechtlichen Verpflichtungen zum Ersatz von Schäden im Schadensfall auch tatsächlich nachkommen können. Patientinnen und Patienten sowie Krankenkassen müssen im Schadensfall über Anspruchsrechte verfügen.

9 Weichenstellungen in Prävention und Rehabilitation

Prävention und Gesundheitsförderung

Prävention und Gesundheitsförderung sind elementare Bausteine für das Wohlbefinden und die Lebensqualität aller Bürgerinnen und Bürger. Sie müssen verstärkt in die Lebensbereiche Wohnumfeld, Schule, Ausbildung und Arbeit getragen und dort als gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgaben etabliert werden, um die gesundheitliche Chancengleichheit in Deutschland zu stärken.

Bereits heute bieten die gesetzlichen Krankenkassen ihren Versicherten ein breites Spektrum an Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen an. Eine gesamtgesellschaftlich fundierte, am Bedarf der Zielgruppe orientierte Präventionsstrategie erfordert jedoch eine gemeinsame, ressortübergreifende Vorgehensweise auf allen Ebenen. Der seit Jahren zu beobachtende Rückzug der öffentlichen Hand, der das Engagement der gesetzlichen Krankenkassen konterkariert, muss durch eine angemessene finanzielle Beteiligung der primär verantwortlichen Akteure gestoppt werden.

Prävention und Gesundheitsförderung müssen als gesamtgesellschaftliche Aufgaben etabliert werden, um die gesundheitliche Chancengleichheit in Deutschland zu stärken.

Betriebliche Gesundheitsförderung ausbauen

Die arbeitsweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung als freiwillige unternehmerische Führungsaufgabe ist auf bedarfsgerechte, nachhaltige und partizipative Vorgehensweisen zur Verhütung von physischen und psychischen Erkrankungen in Abstimmung mit dem Arbeitsschutz auszurichten. Die gesetzliche Krankenversicherung stellt für interessierte Betriebe einen niedrigschwelligen, unbürokratischen und für Arbeitgeber sowie Arbeitnehmer freiwilligen Zugang zu Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung sicher.

Niedrigschwellige Primärprävention fördern

In Ergänzung zu den beiden Säulen der lebens- und arbeitsweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung müssen Krankenkassen ihren Versicherten auch weiterhin die Nutzung qualitativ hochwertiger primärpräventiver Kursangebote zur Stärkung der Eigenverantwortung zur Gesunderhaltung ermöglichen können. Hierbei sollen künftig auch weniger leicht erreichbare Zielgruppen wie sozial benachteiligte und ältere Versicherte durch geeignete Zugangswege über Kursangebote gezielter informiert und weitere zielgruppenorientierte Angebote konzipiert werden. Die Inanspruchnahme primärpräventiver Angebote darf nicht von einer ärztlichen Verordnung abhängig gemacht werden. Präventionsleistungen müssen bedarfsgerecht und niedrigschwellig zugänglich sein.

Teilhabeorientierung in der Rehabilitation fortsetzen

Grundlagen für mehr Qualität schaffen

Die einheitliche und gemeinsame externe Qualitätssicherung (QS-Reha[®]-Verfahren) in der gesetzlichen Krankenversicherung trägt dazu bei, die Qualitätsentwicklung in den Rehabilitationseinrichtungen zu forcieren. Auf der Grundlage der Auswertungen der Daten durch die Ende 2011 eingerichtete unabhängige Auswertungsstelle wird das QS-Reha[®]-Verfahren mit dem Ziel weiterentwickelt, eine flächendeckend hohe Versorgungsqualität sicherzustellen und eine zielgerichtete Verwendung der zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen – im Sinne einer qualitätsorientierten Belegungssteuerung – zu ermöglichen. Dies erfordert weitere Umsetzungsschritte und Abstimmungen mit anderen Reha-Trägern.

Teilhabe im bestehenden gegliederten System

Der mit der Schaffung des SGB IX eingeschlagene Weg der Teilhabeorientierung und trägerübergreifenden Zusammenarbeit im Bereich der Rehabilitation ist fortzusetzen. Gleichzeitig muss jeder Rehabilitationsträger die Verantwortung für seine Versicherten im Rahmen der für ihn geltenden

Rechtsvorschriften wahrnehmen: Es gilt, die Selbstbestimmung und Teilhabe behinderter, pflegebedürftiger und chronisch kranker Menschen nach Lage des Einzelfalls vollständig und umfassend zu fördern. Nur so wird gewährleistet, dass jeder Träger bei der Durchführung der Leistung für die bestmögliche Verwirklichung der Rehabilitations- bzw. Teilhabeziele sorgt und auf die dafür notwendige Qualität achtet. Die gesetzliche Krankenversicherung wird unter Berücksichtigung des demografischen Wandels ihre Teilhabeziele, u. a. Vermeidung der Pflegebedürftigkeit, konsequent verfolgen. Abzulehnen ist die Tendenz, Teilhabeziele und Leistungen außerhalb der Zuständigkeit der GKV, z. B. Aufgaben der Eingliederungshilfe, auf die Krankenkassen zu verlagern. Sozialhilfeträger dürfen nicht aus Mitteln der Versicherungsgemeinschaft entlastet werden. Die in diesem Kontext diskutierte Übertragung der Verantwortung für die Steuerung des Rehabilitations- und Teilhabeprozesses außerhalb der Zuständigkeitsbereiche der jeweiligen Rehabilitationsträger ist nicht sachgerecht.

10 Infrastruktur für eine bessere Patientenversorgung

Elektronische Gesundheitskarte – Für mehr Transparenz und Wirtschaftlichkeit

Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und der Aufbau einer Telematikinfrastruktur zur Verbesserung der medizinischen Versorgung und Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Transparenz im deutschen Gesundheitswesen ist ein IT-Großprojekt. In der Vergangenheit kam es immer wieder zu Verzögerungen im Projekt- ablauf. Für die Krankenkassen ist das Projekt aufgrund der erheblichen finanziellen Investitionen, geschöpft aus den Beiträgen der Versicherten und Arbeitgeber, ohne erkennbaren Mehrnutzen im Vergleich zu der bisherigen Krankenversicherungskarte nicht mehr zu rechtfertigen. Das gesamte Projekt wurde daraufhin im Jahre 2010 auf Initiative des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes überprüft, um eine detaillierte Konzeption für eine Neustrukturierung vorzulegen. Ziel der Initiative war es, endlich einen messbaren Nutzen für Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung bei der Einführung der eGK herbeizuführen. Der Initiative und der Zielsetzung des GKV-Spitzenverbandes haben sich die Leistungserbringer in der Betreibergesellschaft gematik verweigert.

Neben den ohnehin bereits bestehenden finanziellen Verpflichtungen, wie die dauerhafte Finanzierung der Betreibergesellschaft gematik und die abgeschlossene Ausstattung ausgewählter Leistungserbringer mit Kartenlesegeräten, wurden die Krankenkassen durch eine Reihe neuer gesetzlicher Vorgaben verpflichtet, weitere Beitragsgelder zu investieren: Nahezu alle Versicherten der Krankenkassen wurden mit der eGK ausgestattet und die Online-Dienste für den Versichertenstammdatenabgleich stehen zum Einsatz bereit.

Diese immensen Projektinvestitionen haben die Krankenkassen nicht nur wegen der gesetzlichen Verpflichtung, sondern auch aus der Überzeugung heraus getätigt, dass ein Technologieland wie Deutschland auf eine funktionierende Telematik-

infrastruktur mit seinem hohen Nutzenpotenzial im Gesundheitswesen nicht verzichten kann. Trotz dieser wiederholten weitreichenden Vorinvestitionen der Krankenkassen ist das Fazit weiterhin ernüchternd: Die verfügbaren elektronischen Gesundheitskarten haben keinerlei messbaren Nutzen über die bisherige Krankenversicherungskarte hinaus.

Um von dem Mehrwert der Karte profitieren zu können und nicht ausschließlich die höheren Stückkosten der eGK zu tragen, sind Online-Anwendungen zwingend notwendig. Daher sollte sowohl die Testung als auch die erfolgreiche Einführung der ersten Online-Anwendungen, wie

- der Fachdienst Versichertenstammdatenmanagement,
- die Basisfunktion qualifizierte elektronische Signatur für Leistungserbringer sowie
- weitere, auch medizinische Anwendungen

im Interesse aller beteiligten Akteure liegen und konsequent vorangetrieben werden.

Diese Zielsetzungen werden von Teilen der Leistungserbringerorganisationen immer wieder unterlaufen. Damit sich endlich die hohen Investitionen in den dringend erforderlichen Aufbau einer Telematikinfrastruktur im deutschen Gesundheitswesen auszahlen, ist der Gesetzgeber gefordert. Notwendig sind gesetzliche Klarstellungen, die

- die Organisationen der Leistungserbringer in die Pflicht nehmen, die vom Gesetzgeber vorgegebenen Zielsetzungen umzusetzen,
- einen verbindlich einzuhaltenden Termin für die vorgesehene Verpflichtung der Ärzte zur Prüfung und Aktualisierung der elektronischen Gesundheitskarte vorgeben und
- konkrete finanzielle Sanktionen vorsehen, sofern nach dem 01.01.2016 diese Verpflichtungen nicht eingehalten werden.

Mehr Transparenz in der Gesundheitsversorgung

Für ein modernes und zukunftsfähiges Gesundheitssystem sind hinreichende Informationen, mit denen insbesondere die Qualität und Struktur der Versorgung, aber auch die Finanzierung und Wirtschaftlichkeit analysiert und gesteuert werden können, erforderlich. Hierzu wurden bereits in der laufenden Legislaturperiode wichtige Schritte in die richtige Richtung gegangen. So wurden die Datentransparenz auf eine neue Grundlage gestellt sowie die Datengrundlagen für die Qualitätssicherung und die Arzneimittelpreisverhandlungen verbessert. An vielen Stellen wird jedoch bereits jetzt deutlich, dass die damit bereitstehenden Informationen nicht ausreichend sind. Daher sollte der richtige Weg der Schaffung von Transparenz in der Gesundheitsversorgung auch in der neuen Legislaturperiode weiter gegangen werden.

Telemedizin – großes Potenzial bei noch unklarem Nutzen

Der Einsatz von Telemedizin weckt große Erwartungen. Sie hat das Potenzial, Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung zu erhöhen oder der möglichen Unterversorgung entgegenzuwirken. In einem stärker telemedizinisch orientierten Gesundheitswesen muss das Augenmerk konsequent auf Versorgungskonzepte gelegt werden, die Patientinnen und Patienten einen Zusatznutzen bringen. Krankenkassen sind deshalb bereits aktiv an Telemedizin-Projekten beteiligt. Eindeutige Nachweise, dass mittels Telemedizin Krankheitsverläufe schneller, präziser und wirtschaftlicher erfasst werden als durch einen Arzt- oder Pflegedienstbesuch oder dass eine qualitativ hochwertigere bzw. wirtschaftlichere Behandlung erfolgen kann, stehen aber noch aus. Zur flächendeckenden Einführung telemedizinischer Anwendungen im deutschen Gesundheitssystem muss ein solcher (Zusatz-)Nutzen zur medizinischen Regelversorgung evidenzbasiert nachgewiesen sein. Grund-

Das Augenmerk muss konsequent auf Versorgungskonzepte gelegt werden, die Patientinnen und Patienten einen Zusatznutzen bringen.

sätzlich ist sicherzustellen, dass telemedizinische Maßnahmen mit der Telematikinfrastruktur kompatibel sind und die Einhaltung der einschlägigen Datenschutz- und Datensicherheitsanforderungen bei der Verarbeitung, Speicherung und Übermittlung medizinischer Daten gewährleisten.

Personalisierte Medizin – Nutzen erfassen Vorrang für die Patientensicherheit

Unter dem Begriff der personalisierten oder individualisierten Medizin werden derzeit insbesondere neue technische Möglichkeiten zur personalisierten Diagnostik und Therapie gefasst. Das Spektrum reicht hier von der Zelltherapie über neue Fertigungstechnologien für Implantate bis zu individuell hergestellten Pharmazeutika und Nahrungskomponenten. Die bisher vorliegenden Ergebnisse bleiben insgesamt hinter den teilweise hochgesteckten Erwartungen zurück. Im Interesse der Patientensicherheit liegt die entscheidende Herausforderung bei diesen neuen Behandlungsmethoden darin, den erreichbaren Nutzen erfassen und gegen einen möglichen Schaden abwägen zu können. Tatsächlich hat die hinter der personalisierten Medizin stehende Technologie durchaus das Potenzial, neue Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten zu erschließen. Um dieses Ziel zu erreichen, muss das neue Produkt oder Verfahren seinen zusätzlichen Nutzen unter Beweis stellen. Sofern es sich um Neuentwicklungen im Arzneimittelbereich handelt, ist zu prüfen, ob eine frühe Kosten-Nutzen-Bewertung nach dem Vorbild des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes durchgeführt werden soll.

Bessere Verfahren müssen Patientinnen und Patienten schnell zur Verfügung stehen

Insbesondere neue diagnostische Verfahren müssen zeigen, dass sie tatsächlich in der Lage sind, das nachfolgende Therapieergebnis zu verbessern. Das Erkennen neuer, unveränderlicher genetischer Merkmale hat ohne eine sinnvolle nachgelagerte Behandlungsmöglichkeit einen höchst zweifelhaften Erkenntniswert. Wo sich vermeintlich vorher-sagende diagnostische Möglichkeiten ergeben, hat

deren Anwendung in einem vernünftigen Verhältnis zum späteren Anwendungsumfang zu stehen. Die gesamte Bevölkerung einer aufwendigen Diagnostik auf extrem seltene Erkrankungen zu unterziehen, allein weil dies technisch möglich ist, ist nicht vertretbar. Neue Verfahren hingegen, die ihr zusätzliches Potenzial im Vergleich zu etablierten Behandlungsmethoden unter Beweis gestellt haben, müssen den Patientinnen und Patienten schnell zur Verfügung gestellt werden. Dafür ist es erforderlich, die Entwicklung neuer Verfahren und den notwendigen Erkenntnisgewinn bei der Anwendung in der Krankenbehandlung stärker als bisher miteinander zu verzahnen.

11 Patientenrechte weiter verbessern – Schutz vor Fehlverhalten

Patientenrechtengesetz ausbauen

Erleichterte Beweislastumkehr notwendig

Das in der letzten Legislaturperiode beschlossene Patientenrechtgesetz bietet eine Grundlage für die Weiterentwicklung der Rechte der Patientinnen und Patienten. Die bestehenden Defizite treten insbesondere bei Behandlungsfehlern deutlich zutage. Wesentliche Probleme sind die oft schwierige Beweissituation, die Dauer der Gerichtsverfahren, Schwierigkeiten mit den medizinischen Gutachten sowie Mängel in der Dokumentation, die im Schadensfall zu Lasten der Rechtsposition der Patientinnen und Patienten gehen. Die Situation von Betroffenen von Behandlungs- und Pflegefehlern ist dringend zu verbessern. Das zentrale Problem für Opfer von Behandlungs- oder

Pflegefehlern im Haftungsrecht

Die Situation von Betroffenen von Behandlungs- und Pflegefehlern ist dringend zu verbessern.

ist die derzeitige Beweislastsituation. Die Patientinnen und Patienten sollten daher zukünftig nur noch zu beweisen haben,

dass ein Behandlungsfehler vorliegt und dass sie einen Schaden erlitten haben. Dass der Behandlungsfehler nicht ursächlich für den Schaden war, sollte zukünftig der Behandler belegen müssen.

Bessere Aufklärung bei neuen Behandlungsmethoden

Das deutsche Gesundheitswesen bedarf einer stärkeren Patientenorientierung. Patientinnen und Patienten müssen in die Lage versetzt werden, das Für und Wider einer Behandlung abzuwägen und den Verlauf einer Behandlung beurteilen und beeinflussen zu können. Insbesondere bei neuen,

bislang nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden Methoden ist daher zukünftig sicherzustellen, dass der Behandelnde die Patientinnen und Patienten über bestehende Erkenntnislücken, über seine persönliche Erfahrung in der

Anwendung der neuen Methode und über möglicherweise laufende klinische Studien aufklärt.

Patientinnen und Patienten müssen in die Lage versetzt werden, das Für und Wider einer Behandlung abzuwägen und den Verlauf einer Behandlung beurteilen und beeinflussen zu können.

Mehr Transparenz bei IGeL-Leistungen

Mehr Transparenz ist auch bei Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) dringend erforderlich. Mit dem IGeL-Monitor des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes findet erstmals eine neutrale Bewertung von IGeL-Leistungen statt. Angesichts der deutlichen Zuwächse und bekannten Fehlentwicklungen sollten die Ärzte ihre Patientinnen und Patienten insbesondere darüber informieren, warum diese Leistungen nicht von den Krankenkassen bezahlt werden und welche Risiken und Folgen mit der jeweils angebotenen Diagnostik und Therapie verbunden sind. Ferner sollte den Patientinnen und Patienten mit einer 24-stündigen Einwilligungssperrfrist eine ausreichende Bedenkzeit zur Verfügung stehen.

Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Die Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen dient nicht nur der Vermeidung unnötiger finanzieller Belastungen der Beitragszahler in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, sondern auch dem Schutz der Patientinnen und Patienten. Diese müssen sich darauf verlassen können, dass sie Arznei-, Heil- oder Hilfsmittel verordnet bekommen, weil diese medizinisch notwendig sind und nicht weil der behandelnde Arzt aus dieser Verordnung einen besonderen finanziellen Vorteil erzielt. Der Bundesgerichtshof hat den Gesetzgeber im Jahr 2012 dazu aufgefordert, eine effektive strafrechtliche Möglichkeit zur Ahndung von korruptivem Verhalten im Gesundheitswesen zu schaffen. Dies ist dringend notwendig, da die bestehenden sozialgesetzlichen Verbote in der Praxis nicht geeignet sind, Formen unzulässiger Zusammenarbeit im Gesundheitswesen oder der „Zuweisung gegen Entgelt“ wirksam zu verhindern und zu bekämpfen. Zur Schließung der aktuellen Strafbarkeitslücke ist daher ein neuer Straftatbestand der „Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen“ in das Strafbuch aufzunehmen. Die Schaffung dieses neuen Straftatbestandes ist auch im Interesse der korrekt handelnden Leistungserbringer im Gesundheitswesen, da sie als ultima ratio gegen

Einzelne wirkt, die im Bewusstsein der bislang fehlenden Kontroll- und Sanktionsdefizite gezielt gegen bestehende sozialgesetzliche oder berufsrechtliche Verbote verstoßen.

Darüber hinaus ist die Rolle der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei den Krankenkassen zu stärken. Datenschutzregeln dürfen das Aufdecken von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nicht verhindern. Deshalb sollten nicht nur die Kassenärztlichen Vereinigungen, sondern auch die Krankenkassen die Befugnis erhalten, entsprechende personenbezogene Hinweise, denen sie im Rahmen ihrer gesetzlich übertragenen Aufgaben nachgehen müssen, direkt an die zuständigen Landesgesundheitsbehörden bzw. Heilberufskammern weiterzugeben.

12 Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung

Strukturelle Einnahmelücke schließen - Nachhaltige Finanzierungsreform überfällig

Die jüngsten Finanzreformgesetze für die gesetzliche Krankenversicherung, das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 und das GKV-Finanzierungsgesetz von 2010, haben trotz gegenteiliger Zielsetzungen des Gesetzgebers bislang nicht die notwendigen Grundlagen für eine nachhaltige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung geschaffen. Die aktuelle Finanzsituation zu Beginn des Jahres 2013 ist allerdings dank der positiven Entwicklung des Arbeitsmarktes und aufgrund der letzten für die Beitragszahler schmerzhaften Beitragssatzerhöhung zum 1. Januar 2011 positiv. Bei den Krankenkassen decken die Zuweisungen des Gesundheitsfonds wie bereits im Vorjahr die durchschnittlichen Ausgaben, sodass das neu eingeführte Finanzierungsinstrument der Zusatzbeiträge zurzeit ohne praktische Bedeutung ist. Dennoch muss es in der neuen Legislaturperiode dringend gelingen, die anhaltende Kluft zwischen Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis und Dynamik der Gesundheitsausgaben zu überwinden. Aktuelle Überschüsse in der gesetzlichen Krankenversicherung dürfen über diesen langfristig zu beobachtenden Trend nicht hinwegtäuschen. Bei gegebenen Rahmenbedingungen (Definition der beitrags-

Notwendig sind vor allem auch Strukturreformen auf der Ausgabenseite.

pflichtigen Einnahmen, Bemessungsgrenze, fixierter Beitragssatz, definierter Personenkreis) stößt die Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung zunehmend an ihre Grenzen. Mittel- bis langfristig gilt es, die strukturelle Lücke zwischen dem stetigen Ausgabenanstieg von jährlich rd. 3,5 Prozent und dem Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen von rd. 1,5 Prozent durch eine nachhaltige Finanzreform zu schließen. Notwendig sind deshalb vor allem auch Strukturreformen auf der Ausgabenseite. Ziel muss es sein, die Entwicklung der jährlichen Ausgaben der Krankenkassen mit der Einnahmenentwicklung in Einklang zu bringen.

Finanzlage der Krankenkassen

Die in den Jahren 2011 und 2012 möglich gewordene Auffüllung der Betriebsmittel und Rücklagen bei den Krankenkassen ist erfreulich und schützt diese vor kurz- bis mittelfristigen Finanzrisiken. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass die Rücklagen der GKV nicht gleichmäßig verteilt sind. So konnte es noch nicht allen Krankenkassen gelingen, die gesetzlich geforderte Rücklage zu bilden. Zu den Risiken, die in mittlerer Frist auf alle Krankenkassen zukommen, zählen zuvorderst die in der politischen Debatte vielfach ausgeblendet, aber keineswegs unerheblichen Ausgabenrisiken. Zwar ist auch für das Jahr 2013 zu erwarten, dass die Krankenkassen ihre Ausgaben mit den Zuweisungen des Fonds im Durchschnitt werden decken können. Doch voraussichtlich schon im Jahr 2014 werden die Krankenkassen ihre Reserven benötigen. Ein wesentliches Ausgabenrisiko birgt die Krankenhausversorgung mit ihrer bis dato deutlichen Mengenentwicklung. Hier sind zudem gesetzliche Maßnahmen vorgesehen, die den Krankenhäusern ab 2013 jährliche Mehreinnahmen im dreistelligen Millionenbereich erbringen sollen. Während den geschätzten Mehrbelastungen der Krankenkassen von bis zu 800 Mio. Euro im Jahr 2014 noch eine einmalige Zuführung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in Höhe von 560 Mio. Euro als Ausgleichsmaßnahme gegenüberstehen soll, werden im Jahr 2015 allein durch die bisherigen gesetzlichen Neuregelungen Mehrausgaben von bis zu 635 Mio. Euro ohne Ausgleich zu Buche schlagen. Zudem sind Teile der anfallenden Mehrbelastungen basiswirksam und wirken dadurch über 2015 hinaus. Im Jahr 2014 wird auch das Auslaufen des Arzneimittel-sparpakets (Preismoratorium, erhöhter Herstellerabschlag) für einen zusätzlichen Ausgabenschub sorgen. Zu einem geschätzten jährlichen Anstieg von 1,2 Mrd. Euro kämen dann noch einmal rd. 1,7 Mrd. Euro hinzu. Nicht vergessen werden darf zudem, dass die Ausgabenerhöhung durch die Streichung der Praxisgebühr nur für die Jahre 2013 und 2014 durch entsprechende Zuführungen aus der Liquiditätsreserve des Fonds ausgeglichen

wird. Ab dem Jahr 2015 wird die entfallene Praxisgebühr bei den Krankenkassen mit jährlich rd. 1,8 Mrd. Euro zu Buche schlagen. Dies alles vor dem Hintergrund, dass die Bundesbeteiligung bereits für das Jahr 2013 um 2,5 Mrd. Euro reduziert wurde und nach dem Willen der Bundesregierung für das Jahr 2014 nochmals um 3,5 Mrd. Euro gekürzt werden soll. Eine ausgabendeckende Finanzierung der Krankenkassen ab dem Jahr 2014 ist hierdurch gefährdet.

Finanzlage Gesundheitsfonds

Für den Gesundheitsfonds birgt die Staatsschuldenkrise in Europa ein nur schwer kalkulierbares Einnahmerisiko. Realwirtschaftliche Einbrüche mindern über den Arbeitsmarkt unmittelbar die Einnahmen des Fonds. Mit zeitlicher Verzögerung würde dies auch die Krankenkassen treffen. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Einbrüche konjunktureller oder struktureller Art sind. Für eine Abkehr vom Kurs einer nachhaltig stabilen Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung besteht daher auch auf Ebene des Gesundheitsfonds kein Grund. Die derzeit vorhandene, nicht gesetzlich

Der Fonds kann seine Pufferfunktion nur erfüllen, wenn die gebildeten Reserven vor sachfremden Zugriffen, etwa zur Konsolidierung des Bundeshaushalts, geschützt werden.

gebundene Liquidität des Gesundheitsfonds ist grundsätzlich ein guter Puffer für diese realen konjunkturellen wie strukturellen Risiken. Der Fonds kann diese Pufferfunktion aber nur erfüllen, wenn die gebildeten Reserven

vor sachfremden Zugriffen, etwa zur Konsolidierung des Bundeshaushalts, geschützt werden.

Bundesbeteiligung für versicherungsfremde Leistungen

Die Bundesbeteiligung dient dem Zweck, verlässlich die Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen der Krankenkassen sicherzustellen. Der inzwischen für 2013 und 2014 beschlossene Transfer von insgesamt 6 Mrd. Euro aus der

Einnahmenbasis der gesetzlichen Krankenversicherung an den Bundeshaushalt wirft erneut die Frage nach der politischen Verlässlichkeit der Steuerfinanzierung der versicherungsfremden Leistungen auf. Seit ihrer Einführung mit dem GKV-Modernisierungsgesetz im Jahr 2004 wurde die Bundesbeteiligung im Zeitablauf mit insgesamt vier Bundesgesetzen geändert. Die jährlichen Zahlungsbeträge wurden – je nach aktueller Finanzlage des Bundes und der gesetzlichen Krankenversicherung – wahlweise reduziert oder wieder erhöht. Zwischenzeitlich wurde gar ihre Abschaffung beschlossen (Haushaltsbegleitgesetz 2006). Zudem wurde die Bundesbeteiligung mit zwei weiteren Bundesgesetzen um einmalige Beträge ergänzt (2010 und 2011). Diese ergänzenden Zuschüsse dienten aber explizit der Einnahmestabilisierung des Gesundheitsfonds und nicht der Finanzierung versicherungsfremder Aufwände, die jährlich bei rd. 34 Mrd. Euro liegen (2011). In Anbetracht der 2012 beschlossenen Kürzungen der originären Bundesbeteiligung zu Zwecken der Haushaltskonsolidierung des Bundes für die Jahre 2013 und 2014 ist festzustellen, dass als einzig verlässliche Konstante der Steuerfinanzierung der versicherungsfremden Leistungen ihre mangelnde Beständigkeit auffällt. Im Rahmen einer nachhaltigen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung sind in der nächsten Legislaturperiode verlässliche Finanzzusagen des Bundes für die versicherungsfremden Leistungen der Krankenkassen unerlässlich. Konkret vorgeschlagen wird, die Höhe der Bundesbeteiligung nach § 221 SGB V anhand einer präzisen Legaldefinition der versicherungsfremden Leistungen regelgebunden zu bestimmen und damit zugleich eine ordnungspolitisch stringente Aufteilung der Finanzierungslasten zwischen Beitragszahlern und Fiskus sowie eine sachgerechte Dynamisierung zu erreichen.

Die soziale Pflegeversicherung

1 Versorgung weiterentwickeln: Qualität in der Pflege

Qualitätssicherung vorantreiben

Die Sicherung der Qualität in der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger Menschen gehört zu den zentralen pflegepolitischen Herausforderungen. Seit der Einführung der sozialen Pflegeversicherung hat sich eine breite Qualitätsdiskussion entwickelt. Es sind verschiedene gesetzliche Instrumente eingeführt und kontinuierlich weiterentwickelt worden. Mit den Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität in den verschiedenen Versorgungsbereichen, der Pflgetransparenzvereinbarung sowie den Expertenstandards zu ausgewählten Versorgungsfragen steht insgesamt ein Qualitätssicherungsverfahren zur Verfügung, das in den letzten Jahren auch zu einer stärkeren Transparenz und Nutzerorientierung im Pflegebereich geführt hat.

Ungeachtet dessen sind die bisherigen Qualitätssicherungsverfahren nur ein erster Schritt. Sie müssen kontinuierlich, konsequent und zügig weiterentwickelt werden. So wurden konkrete Verbesserungsvorschläge für die methodische Anpassung der Pflege-Transparenzvereinbarungen für stationäre Pflegeeinrichtungen vorgelegt, beispielsweise zur Änderung der Stichprobe. Die Richtlinien zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen, die sowohl zu einer größeren Transparenz und Vereinheitlichung der Prüfpraxis als auch zur Identifikation möglicher Schwachstellen dienen sollen, werden im Jahr 2013 verabschiedet.

Qualitätsvergleiche methodisch besser fundieren

Qualität muss nachprüfbar und messbar sein. Die damit verbundenen Anforderungen sind hoch, bedarf es dazu

Qualität muss nachprüfbar und messbar sein. doch einer wissenschaftlich gestützten Entwicklung verlässlicher und praxistauglicher Indikatoren für die ambulante und stationäre Pflege.

ge. Hierzu liegen in Deutschland erste empirische Befunde vor. Erfahrungen aus anderen Branchen und Ländern zeigen dabei, dass die Einführung neuer Instrumente langfristige Prozesse erfordert, in denen neue Erkenntnisse kontinuierlich sowohl in die Verbesserung von Instrumenten als auch in die nachhaltige Implementation einfließen. Den Qualitätsvergleich zwischen Einrichtungen methodisch besser zu fundieren, stellt dabei eine besondere Herausforderung dar. Auch die wirksame Verbindung von internem Qualitätsmanagement der Dienste und Einrichtungen und einer externen Qualitätssicherung erfordert besondere Sorgfalt.

Mehr Forschung zur Pflege

Qualität bedeutet für pflegebedürftige Menschen aufgrund des chronischen, in den meisten Fällen unumkehrbaren Verlaufs ihrer Krankheiten auch die Erhaltung von Lebensqualität. Neben der Sicherstellung einer fachlich guten und angemessenen Pflege und Betreuung müssen in diesem Bereich weitere Anstrengungen unternommen werden. Im Rahmen der Verbesserung der Forschung zur Pflege insgesamt sollte auch die Erkenntnislage zur Lebensqualität verbessert werden, etwa im Hinblick auf die Entwicklung aussagekräftiger Indikatoren und auf stärkere Berücksichtigung im Pflegealltag.

Integrierte gesundheitliche und pflegerische Versorgungskonzepte forcieren

Eine qualitativ hochwertige Versorgung erfordert die Initiative der verschiedenen Akteure im Pflegebereich. Die dafür notwendige Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und -entwicklung in der Pflege ist als Prozess anzusehen, der sich langfristig auch auf eine sektorenübergreifende Perspektive richten muss.

2 Bessere Transparenz über die Pflegequalität

Weiterentwicklung der Pflege-Transparenzvereinbarung dringend erforderlich

Seit 2010 werden die von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität veröffentlicht. Grundlage hierfür sind die zwischen dem GKV-Spitzenverband, den Vereinigungen der Pflegeeinrichtungsträger auf Bundesebene und den Trägern der Sozialhilfe unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) geschlossenen Pflege-Transparenzvereinbarungen. Diese Vereinbarungen stellen für den Pflegebedürftigen und seine Angehörigen eine Orientierungsmöglichkeit bei der Bewertung von Pflegeeinrichtungen dar. Es besteht jedoch deutlicher Änderungsbedarf, insbesondere bei den Kriterien, der Bewertungssystematik und der Stichprobenbildung. Der GKV-Spitzenverband hat zur Änderung der Vereinbarung auf der Grundlage wissenschaftlicher Gutachten konkrete Vorschläge entwickelt. Die Änderungen haben das Ziel, die Qualitätsunterschiede der Einrichtungen für die Verbraucher in Zukunft deutlicher zu machen. Die Möglichkeit, trotz schlechter Einzelbewertungen auch gute bis sehr gute Einrichtungsnoten zu erhalten, muss entfallen. Eine kurzfristig umsetzbare Anpassung der Pflege-Transparenz ist notwendig, um den erkannten Schwachstellen zügig entgegenzuwirken.

Qualität ist nicht verhandelbar

Die bestehenden Regelungen zur Pflege-Transparenzvereinbarung sind nicht zielführend. Mit der derzeitigen Gesetzeslage ist die Möglichkeit verbunden, dass Leistungserbringerverbände die notwendige Weiterentwicklung immer wieder verschleppen. Daher sollte die Verantwortung konsequent auf den GKV-Spitzenverband übergehen (Richtlinienkompetenz). Die Pflege-Transparenz hat die Funktion, die Qualitätskriterien, die der GKV-Spitzenverband in seinen Qualitätsprüfungs-

Richtlinien festgelegt hat, für den Verbraucher verständlich darzulegen. Eine Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbandes würde gewährleisten, dass die Qualitätsprüfungs-Richtlinien und die Pflege-Transparenzvereinbarungen, die inhaltlich in Beziehung stehen, auch systematisch einem gleichartigen Regelungsverfahren unterliegen.

Indikatoren-gestützte Qualitätsberichterstattung mittelfristig möglich

Die gesetzliche Vorgabe, ein indikatoren-gestütztes Instrument zur vergleichenden Messung und Darstellung von Pflegequalität zu entwickeln, geht in die richtige Richtung. Hierzu ist eine Verzahnung von internem Qualitätsmanagement der Pflegeeinrichtungen, externer Qualitätsprüfung und Qualitätsberichterstattung erforderlich. Für den stationären Bereich liegen Ergebnisse aus dem Projekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ vor. Diese Ergebnisse stellen eine geeignete Grundlage für die Weiterentwicklung der Pflege-Transparenz dar. Vor der Implementierung von Qualitätsindikatoren ist jedoch die Klärung inhaltlicher und methodischer Fragen notwendig. Erfahrungen mit Qualitätsindikatoren, z. B. aus dem Krankenhausbereich, zeigen, dass insbesondere Fragen zur Daten- und Prüfgrundlage, zur Risikoadjustierung, zum Datenerhebungsinstrument sowie Fragen zur Ergebnisbewertung und -darstellung geklärt werden müssen. Es bedarf eines wissenschaftsgestützten Prozesses unter Einbindung aller Vertragspartner und des MDS. Erfahrungen aus dem Ausland zeigen, dass für die Entwicklung und Umsetzung von Ergebnisindikatoren mehrere Jahre erforderlich sind. Ziel ist es deshalb, ein Indikatoren-Modell so schnell wie möglich und zugleich so sorgfältig wie nötig voranzutreiben.

3 Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff

Perspektivwechsel notwendig

Zentrale Herausforderung bei der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung bleibt die Überar-

beitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der damit verbundene Perspektivwechsel von der Erfassung somatischer Einschränkungen zur Feststellung der Selbständigkeit im somatischen und kognitiven Bereich. Die Grundlagen dafür wurden bereits mit den im Jahr 2009 veröffentlichten Empfehlungen des vom Bundesministerium für Gesundheit 2006 eingesetzten Beirats geschaffen. Eine notwendige politische Richtungsentscheidung fehlt nach wie vor. Stattdessen wurde erneut ein „Expertenbeirat“ eingesetzt. Leistungsverbesserungen für Personen mit kognitiven Einschränkungen wurden durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz eingeführt. Der GKV-Spitzenverband fordert nochmals die zügige Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Die dazu notwendigen gesetzgeberischen und praktischen Schritte müssen konsequent und planmäßig angegangen werden.

Gerechte Leistungsverteilung und Vermeidung von Verschiebebahnhöfen

Für die Akzeptanz der Pflegeversicherung auf Grundlage eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist nicht zuletzt entscheidend, dass eine Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Leistungsverteilung erfolgt, die keine Ungerechtigkeiten schafft. Dazu bedarf es ausreichender, wissenschaftlicher Fundierung. Außerdem ist zu vermeiden, dass mit der Implementierung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zulasten der

Versichertengemeinschaft Kosten anderer Träger auf die Pflegeversicherung verlagert werden. Die Zukunft der Pflege-

versicherung liegt nicht in einer Umverteilung von finanziellen Mitteln, sondern in der besseren Unterstützung pflegebedürftiger Menschen.

Die Zukunft der Pflegeversicherung liegt nicht in einer Umverteilung von finanziellen Mitteln, sondern in der besseren Unterstützung pflegebedürftiger Menschen.

4 Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK) – ein unverzichtbarer Bestandteil der sozialen Pflegeversicherung

Seit Einführung der sozialen Pflegeversicherung sind die Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) maßgeblich an deren Gestaltung beteiligt. Dabei erfüllen sie ihre Aufgabe im Rahmen einer objektiven und qualitätsgesicherten Leistungserbringung. Durch ihre Beratung, Begutachtung und Prüfung beeinflussen die MDK die Versorgung nachhaltig – die Qualität der pflegerischen Versorgung in Deutschland profitiert eindeutig von deren Arbeit. Darüber hinaus stehen die MDK für eine bundeseinheitliche

Der MDK als eigenständige und selbstverwaltete Arbeitsgemeinschaft der Pflege- und Krankenversicherung muss für die Aufgaben der Zukunft gestärkt werden.

Begutachtung und dadurch für Leistungsgerechtigkeit der Pflegekassen. Für die Pflegekassen sind sie durch ihre medizini-

sche und pflegerische Expertise eine sinnvolle Unterstützung. Der Pflegesektor als Wachstumsbranche kann wegen der Herausforderungen durch eine alternde multimorbide Gesellschaft nicht auf die langjährigen und vielfältigen Erfahrungen der MDK verzichten. Der MDK als eigenständige und selbstverwaltete Arbeitsgemeinschaft der Pflege- und Krankenversicherung muss für die Aufgaben der Zukunft gestärkt werden.

5 Gute Pflege braucht qualifizierte Fachkräfte

Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive in einem strukturierten Prozess

In der Pflege steigt der Bedarf an Fachkräften. Maßgeblich dafür ist insbesondere die demografische Entwicklung. Zum Fachkräftebedarf prognostiziert das Statistische Bundesamt einen Mangel an 152.000 Pflegekräften im Jahr 2025. Gemein-

same Anstrengungen aller Akteure (Bund, Länder, Kommunen, Einrichtungsträger, Pflegekassen etc.) sind notwendig, um den künftigen Bedarf an Fachkräften decken zu können. Ein Schritt in die richtige Richtung ist die Initiative „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege“ der Bundesregierung, die verschiedene Maßnahmen vorsieht, wie z. B. die Prüfung der Voraussetzungen einer Umlagefinanzierung zur Refinanzierung der Ausbildungskosten, die Förderung der dreijährigen Umschulung durch die Bundesagentur für Arbeit sowie die Prüfung der angemessenen Berücksichtigung der Kosten seitens der Kostenträger. Die Umsetzung muss in einem strukturierten Prozess erfolgen.

Klare Finanzierungsregeln schaffen

Zur Erhöhung der Ausbildungskapazitäten müssen Wettbewerbsnachteile der ausbildenden Einrichtungen verhindert werden. Ausbildungseinrichtungen dürfen aufgrund der Ausbildungskosten nicht mit höheren Pflegesätzen belastet werden als nicht ausbildende Einrichtungen. Dazu ist eine verbindliche Umsetzung des Umlageverfahrens zur Refinanzierung der Ausbildungskosten notwendig, um die Kostenbeteiligung aller Einrichtungsträger zu gewährleisten. Die Ausbildung muss für die Auszubildenden kostenfrei sein, damit die Zahlung eines Schulgeldes die Ausbildung nicht unattraktiv macht. Die Finanzbeteiligung der Länder an den Ausbildungskosten der Schulen muss auch weiterhin gewährleistet sein. Eine verbindliche Regelung zur vollständigen Finanzierung der Ausbildungskosten bei Umschulungsmaßnahmen durch den Bund und die Länder sollte getroffen werden. Die Einrichtungsträger werden hierdurch von den Ausbildungskosten finanziell entlastet und die Bereitschaft zur Ausbildung gefördert.

Verbesserung der Arbeitsbedingungen

Im Vergleich zu anderen Gesundheitsfachberufen ist die Verweildauer in der Altenpflege deutlich geringer. Maßgeblich dafür sind die Arbeitsbedingungen (z. B. Vergütung, unregelmäßige Arbeits-

zeit, wenig Aufstiegschancen) in der Pflege. Da der überwiegende Teil der Beschäftigten Frauen sind, können Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf den Verbleib im Beruf erleichtern.

Weiterentwicklung der Pflegeberufe

Gerade im Bereich der Pflege ist die Anpassung der Pflegeberufe an sich verändernde Versorgungsstrukturen und Betreuungsbedarfe notwendig. Hierzu muss es eine Möglichkeit geben, zwischen den Berufen in der Pflege zu wechseln. In diesem Kontext sind die Erschließung von Nachqualifizierungspotenzial und die Vereinheitlichung der Anerkennung der Weiterqualifikationen in den Bundesländern und der Europäischen Union zu sehen. Ziel sollte ein transparentes und durchlässiges Aus- und Weiterbildungssystem sein.

GKV-Spitzenverband

Reinhardtstraße 30

10117 Berlin

Telefon: 030 206288-0

Telefax: 030 206288-88

www.gkv-spitzenverband.de