

Die Erwartungen, Forderungen und Konzepte der Akteure an die Politik

Gesundheitspolitische Entscheidungen werden in besonderem Maße flankiert von einer großen Zahl von Interessengruppen, die versuchen, die Politik auf ihren Entscheidungswegen zu begleiten und zu beeinflussen. Alle Akteursgruppen sind mit zum Teil mehreren Interessensvertretungen aktiv und haben ein gemeinsames Ziel: zu ihren Gunsten positiven Einfluss auf die Entscheidungen in der Gesundheitspolitik.

Tatsächlich lebt unsere Demokratie von der politischen Organisation und Strukturierung dieser unterschiedlichen Interessen. Es ist daher ein lohnendes und wichtiges Unterfangen, aus einer möglichst kompletten Übersicht dieser in Positionspapieren artikulierten Interessen den fiktiven Mittelpunkt abzuleiten, wie er sich in einem Koalitionsvertrag widerspiegeln könnte. Zugleich markieren diese unterschiedlichen Akteurspositionen das Spannungsfeld in dessen Rahmen sich die gesundheitspolitische Diskussion der nächsten Legislaturperiode vollziehen wird.

Dieses einmalige, brandaktuelle Werk untersucht und vergleicht die aktuellen Positionen der Interessenverbände wie auch der Parteien unmittelbar vor der Bundestagswahl. Dabei werden nicht einfach die Forderungskataloge der einzelnen Institutionen wiedergegeben, sondern anhand der relevanten Themenfelder bewertet und in Bezug auf Umsetzbarkeit wie auch gesellschaftliche Akzeptanz untersucht.

Autoren:

Prof. Dr. rer. pol. Clarissa Kurscheid | Dr. Albrecht Kloepfer | Sophia V. M. Wagner | Nicole Balke

Berücksichtigte Positionspapiere (Stand 15. Juli 2017)

1. ABDA
2. ADA
3. AOK
4. AWMF
5. BAGFW
6. BAH.
7. BARMER
8. KZBV
9. BDC_BDI_VKD_VLK
10. BDD_CDH_DfV_ZGV
11. BDPK
12. BKK
13. BMC
14. BPI
15. Bundesärztekammer
16. Bundeszahnärztekammer
17. BKVJ_DAKJ_DGKJ_DGSPJ
18. BVmed
19. CKiD
20. DAK
21. DGIV
22. DGPPN
23. DKG
24. FES
25. FES
26. Bitkom
27. GKV-Spitzenverband
28. IKK
29. InstitutGenderGesundheit
30. KBV2020
31. KBV
32. KKH
33. MetaForum
34. NAV-Virchowbund
35. Spectaris
36. Spifa
37. Spifa
38. TK
39. UVSD
40. vdek
41. VDGH
42. vfa

KERNPOSITIONEN DER ABDA ZUR BUNDESTAGSWAHL 2017

Beschluss des Geschäftsführenden Vorstandes im März 2017

Kernpositionen der ABDA zur Bundestagswahl 2017

Vorbemerkung

Deutschland hat ein modernes und leistungsfähiges Gesundheitswesen. Eine der tragenden Säulen unseres Gesundheitswesens ist die Arzneimittelversorgung durch öffentliche Apotheken. Auch in Zukunft soll für alle Bürgerinnen und Bürger der Zugang zu einer hochwertigen Arzneimittelversorgung sichergestellt werden – dafür stehen die 20.000 Apotheken mit ihren rund 155.000 Mitarbeitern.

Angesichts großer Herausforderungen, bedingt durch den demografischen Wandel sowie den medizinisch-technischen Fortschritt, muss das Gesundheitswesen kontinuierlich weiterentwickelt werden. Die ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände stellt sich gemeinsam mit ihren Mitgliedsorganisationen dieser Aufgabe und setzt sich konsequent für ein demografiefestes, leistungsfähiges Gesundheitswesen mit einer flächendeckenden, qualitativ hochwertigen und am Patientenwohl orientierten Arzneimittelversorgung ein.

Um diese qualitativ hochwertige, sichere und wohnortnahe Arzneimittelversorgung sicherzustellen sollten folgende drei Kernpositionen der ABDA für die zukünftige Ausgestaltung des Gesundheitswesens berücksichtigt werden:

I. Die Kernpositionen im Überblick:

1. Die **freiberufliche Leistungserbringung** durch Apotheker, Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten gewährleistet die beste Versorgung kranker Menschen. An der freiberuflichen Versorgungspraxis soll deshalb festgehalten und ihre Weiterentwicklung durch die zuständigen Berufsorganisationen gefördert werden.
2. Zur **Stärkung der flächendeckenden Versorgung** soll der Leistungskatalog der Apotheker in enger Abstimmung mit den weiteren Heilberufen ausgeweitet werden. Beispielhaft seien hier die Bereiche Arzneimitteltherapiesicherheit, Medikationsmanagement und Prävention genannt.
3. Um die pharmazeutische Versorgung auch zukünftig patientennah auf hohem Niveau anbieten zu können, ist das **Honorarsystem der Apotheken** weiterzuentwickeln. In einem ersten Schritt ist eine verlässliche Anpassungsroutine für das Honorar zu implementieren um zunächst Planungssicherheit herzustellen.

II. Unsere Positionen im Detail:

1. Freiberuflichkeit der apothekerlichen Tätigkeit in der Versorgung

Patientenorientierte Versorgung bedeutet für die Bürgerinnen und Bürger, dass sie sich bei Bedarf zu jeder Zeit auf eine wohnortnahe, qualitativ hochwertige und unabhängige Gesundheitsversorgung verlassen können. Dies soll auch in Zukunft Maßstab und Ziel sowohl der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen als auch des apothekerlichen Handelns sein.

Die Erfahrung in der Praxis und Patientenbefragungen bestätigen: Die Arzneimittelversorgung durch Apotheker, die als freier Beruf organisiert sind und handeln, gewährleistet die beste Versorgung kranker Menschen. An der freiberuflichen Versorgungspraxis der Apotheker, Ärzte und Zahnärzte soll deshalb festgehalten und ihre Weiterentwicklung durch die zuständigen Berufsorganisationen gefördert werden. Freie Berufe sind nicht nur Teil des Erfolgsmodells der sozialen Marktwirtschaft, sondern auf Grund ihrer Gemeinwohlverpflichtung "Rückgrat der Gesellschaft". Die ABDA fordert deshalb die Politik auf, ein klares Bekenntnis zu der freiberuflich organisierten und unabhängig durchgeführten pharmazeutischen Versorgung abzugeben. Dazu gehört auch, dass die hierfür erforderlichen ordnungspolitischen Eckpfeiler, insbesondere die Apothekenpflicht, das Fremd- und Mehrbesitzverbot und der einheitliche Apothekenabgabepreis für verschreibungspflichtige Arzneimittel uneingeschränkt gewahrt bleiben. Diese Eckpfeiler der Arzneimittelversorgung sind unverrückbar, sie sind ordnungspolitisch zu verteidigen. Dies gilt aktuell insbesondere für die Durchsetzung des Versandhandelsverbotes für verschreibungspflichtige Arzneimittel, das die vom EuGH induzierte Aufhebung des einheitlichen Apothekenabgabepreises verhindert. Wir unterstützen deswegen ein Europa, das die großen Zukunftsaufgaben anpackt und zugleich bestehende gute Strukturen auf nationaler Ebene schützt. Wir unterstützen ein Europa der Regionen, das dem Prinzip der Subsidiarität folgt. Dabei geht es darum, dass diejenige politische Ebene die Aufgaben löst, die am besten dazu geeignet ist.

2. Flächendeckende Versorgung / Stärkung der Rolle der Apotheke

Die demografische Entwicklung hat bereits heute vielfältige Auswirkungen auf die flächendeckende Arzneimittelversorgung der Bürgerinnen und Bürger in unserem Land. In den nächsten Jahren wird sich dieser Prozess weiter verstärken und zu kontinuierlichem Handlungsbedarf führen.

Gerade um Menschen in strukturschwachen Regionen zu helfen, sollte insbesondere das Potential der Apotheke vor Ort genutzt werden. Die ABDA bietet an, das bestehende flächendeckende und patientenorientierte Versorgungssystem der Apotheken hierfür weiterzuentwickeln. Kernelemente sind dabei ein breites Leistungsspektrum, der enge persönliche Kontakt zu den Patienten und damit verbunden die Stärkung der Attraktivität des Apothekerberufes.

Zur Stärkung strukturschwächerer Regionen soll die Attraktivität des Apothekerberufs gestärkt und der Leistungskatalog der Apotheken in enger Abstimmung mit den weiteren Heilberufen ausgeweitet werden.

Insbesondere wollen wir das Ziel der flächendeckenden Einführung eines qualitätsgesicherten, honorierten Medikationsmanagements weiter verfolgen. Dies kommt vor allem den Patienten zu Gute, die mehrere Arzneimittel einnehmen müssen. Gleiches gilt generell für den Bereich der Arzneimitteltherapiesicherheit. Wir fordern daher die politischen Entscheidungsträger dazu auf, die eigenständige Rolle der Apotheker zu stärken. Gleichzeitig müssen die Rahmenbedingungen geschaffen werden, die nötig sind, damit Apothekerinnen und Apothekern ihre wertvollen Leistungen sowohl für einzelne Patienten als auch für die gesundheitliche Versorgung der gesamten Bevölkerung erbringen können.

Ein großes Innovationspotenzial im Gesundheitssystem liegt im Ausbau von E-Health-Anwendungen. Die Digitalisierung unterstützt die Kommunikation der Beteiligten und bietet große Chancen für die Wissenschaft und die ganzheitliche Versorgung der Patienten. Sie ermöglicht bessere Transparenz und stärkt damit die Patientenorientierung des Gesundheitssystems. Im heilberuflichen Netzwerk können Diagnose- und Therapieentscheidungen auf einer umfassenderen Datengrundlage getroffen werden und verbessern somit die therapeutischen Ergebnisse. Wir setzen uns dafür ein, die Vernetzung der Versorgungsbereiche stetig zu vertiefen. Dabei gilt es auch, die verstärkte Kooperation der Heilberufe mit dem Ziel der institutionalisierten Zusammenarbeit zu fördern. Für diese kooperativen Strukturen sollte dabei eine staatliche Festlegung auf den anerkannten Health Level 7 (HL7 V3) -Standard erfolgen. Apothekerinnen und Apothekern sind bereit, mehr Verantwortung zu übernehmen. Ein gutes Beispiel hierfür stellt das laufende Modellprojekt ARMIN dar, bei dem Ärzte und Apotheker gemeinsam für das Medikationsmanagement der Patienten verantwortlich sind.

Die Prävention soll weiter gefördert werden. In den realen Lebenswelten der Bürger können Apotheken mit ihrem niedrighwelligen Versorgungsangebot für täglich 3,6 Mio. Menschen

hierzu besondere, nachhaltige Leistungen erbringen. Damit böten sich in enger Abstimmung mit den anderen Heilberufen enorme Chancen an, beispielsweise bezüglich der Erhöhung der Durchimpfungsraten der Bevölkerung.

Verantwortliches politisches Handeln bedeutet für die ABDA, dass sich die Politik und die beteiligten Heilberufe hierzu abstimmen und gemeinsam die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung zum Wohle des Patienten organisieren.

3. Angemessene Honorierung

Eine qualitativ hochwertige und flächendeckende Versorgung erfordert Planungssicherheit. Nur so können Apotheken die notwendigen Investitionen in moderne Technologie und in hochqualifiziertes Personal tätigen, die für die zukünftige Versorgung der Bevölkerung notwendig sind. Mit dem Apothekennotdienstsicherstellungsgesetz wurde 2013 ein erster Schritt gemacht, das bestehende Honorarsystem weiterzuentwickeln.

Um die pharmazeutische Versorgung auch zukünftig patientennah auf hohem Niveau anbieten zu können, ist das Honorarsystem der Apotheken weiter auszubauen. Dazu gehören Planungssicherheit bei der Anpassung des Honorars, eine leistungsgerechte Berechnungsmethode und die Möglichkeit der Honorierung neuer Dienstleistungen. Die steuerliche Diskriminierung apothekerlicher Dienstleistungen ist dabei abzubauen.

ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.

Berlin, März 2017

Gesundheitspolitisches Grundsatzprogramm zur Bundestagswahl 2017

Politische Kernforderungen:

- Ermöglichung des Leistungserbringerstatus im SGB V für nach § 87b anerkannte Netze
- Sicherstellung einer bundesweiten substanziellen Förderung von nach § 87b anerkannten Netzen durch die regionalen KVen
- Ermöglichung von Versorgungsaufträgen für nach § 87b anerkannte Netze bei nachgewiesenen regionalen Defiziten im Kollektivvertrag

Das Gesundheitssystem in Deutschland ist weltweit führend. Patienten aus aller Welt schätzen die medizinische Versorgung hierzulande. Nicht zuletzt wollen Bundesbürger, die im Ausland erkranken, schnellstmöglich in Deutschland versorgt werden. Grund hierfür ist die hohe medizinische Qualität sowie der im Vergleich der OECD-Länder einmalige direkte Zugang zur ambulanten Medizin ohne vergleichbare Wartezeiten oder Wartelisten.

Niedergelassene Ärzte sind ein wichtiger Teil dieser hervorragenden Gesundheitsversorgung in Deutschland und nehmen eine wichtige gesellschaftliche Verantwortung wahr. Als Partner unserer Patienten stehen wir für ein soziales und gerechtes Gesundheitswesen, das den medizinischen Fortschritt fördert und die Teilhabe durch jedermann ermöglicht.

Niedergelassene Ärzte sehen sich aber auch als Teil eines Wirtschaftssystems, das dem Leistungsprinzip und dem Grundsatz der angemessenen Vergütung folgt. Nicht zuletzt sind wir mittelbar und unmittelbar Arbeitgeber für eine Vielzahl von Menschen. Das

Gesundheitssystem beschäftigt mehr Mitarbeiter und trägt mehr zur Wertschöpfung bei als jeweils die Automobilindustrie oder der Maschinenbau.

Kern der Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ist ihre Berufsausübung in Freiberuflichkeit. Unabhängig davon, ob angestellt oder selbstständig tätig, verbindet der Arzt naturwissenschaftliche Erkenntnisse, wie die Evidence Based Medicine, mit Erfahrungswissen und den Besonderheiten der individuellen Arzt-Patienten-Beziehung. Sachliche Unabhängigkeit, Weisungsungebundenheit und Ermessensspielraum sind dabei unabdingbare Voraussetzungen dafür, dass der Arzt seine Verpflichtung aus dem Beruf heraus gegenüber dem Einzelnen und der Allgemeinheit erbringen kann. Dies ist das Wesen der Freiberuflichkeit des Arztes und diese Freiberuflichkeit muss in all ihren Facetten gestärkt werden.

Niedergelassene Ärzte und ihre Selbstverwaltung benötigen mehr Freiheitsgrade. Ein Anker dieser Freiberuflichkeit im gesellschaftlichen Kontext ist die ärztliche Selbstverwaltung, die Schwächung der Selbstverwaltung in jüngster Zeit muss in den nächsten Jahren umgekehrt werden.

Das Prinzip ambulant vor stationär hat sich bewährt. Nun muss das Geld der Leistung folgen, gleiche Wettbewerbsbedingungen zwischen stationärem und ambulantes Bereich sind herzustellen.

Allerdings ist die Versorgungslandschaft in Deutschland extrem heterogen. Das führt dazu, dass die Morbidität und auch die Mortalität sehr unterschiedlich verteilt sind. Ursache sind die starken Disparitäten vor dem Hintergrund der regional unterschiedlichen sozioökonomischen Bedingungen, die sich z.B. im Atlas multipler Deprivation darstellen. Als Beispiel sei hier Bayern genannt: Selbst hier unterscheiden sich die Gemeinden mit der ungünstigsten sozioökonomischen Situation von den besten um 20 Prozent im Bereich der Gesamtmortalität und um 50 Prozent im Bereich der vorzeitigen Mortalität. Diese Unterschiede entstanden trotz der Bemühungen aller Beteiligten in den letzten Jahrzehnten.

Diese kleinräumigen Unterschiede sind die Domäne der Praxisnetze und Gesundheitsverbände, da sie die lokale Situation am besten kennen und sehr nahe an den Menschen sind. Sie können zusammen mit anderen Partnern, z. B. dem ÖGD, den

Kommunen, Krankenhäusern, der Pflege, Apothekern sowie Heil- und Hilfsmittelerbringern die lokalen Herausforderungen fokussiert angehen.

Die Zahl der Praxisnetze stieg in den letzten Jahren unaufhörlich an. Zugleich erhöhte sich insbesondere auch der Professionalisierungsgrad dieser Zusammenschlüsse seit der gesetzlichen Möglichkeit der Anerkennung und der Förderung nach § 87b SGB V deutlich. Laut Ärztemonitor 2016, einer Repräsentativbefragung von rund 11.000 Vertragsärzten durch den NAV-Virchow-Bund und der Kassenärztlichen Vereinigung, waren im letzten Jahr rund 37.000 Ärzte in einem Netz organisiert.

Die Agentur deutscher Arztnetze (ADA) ist die Dachorganisation der Praxisnetze und Gesundheitsverbände in Deutschland. Zum Selbstverständnis der durch die ADA vertretenen Netze gehört eine intensive Patientenorientierung, transparente nachweisbare Qualität z.B. durch den Einsatz von Qualitätsindikatoren und Unabhängigkeit von der Industrie. Wir stellen fest, dass die derzeitigen Vergütungssysteme nicht in Richtung Gesundheitsnutzen des Patienten ausgerichtet sind. Hier sind neue Ideen gefragt und sollen erprobt werden. Die ADA und ihre Mitgliedsnetze sind durch ihre Struktur-, Prozess- und Ergebnisorientierung prädestiniert, neue Versorgungsideen zu entwickeln und umzusetzen.

Regionalisierung der Versorgung

Eine leistungsstarke und patientenzentrierte Versorgung muss sich zukünftig an der regionalen Krankheitslast ausrichten. Denn es bestehen teils gravierende Morbiditäts- und Mortalitätsunterschiede je nach sozio-demografischer Struktur der Bevölkerung.

Versorgungsgerechtigkeit ist also nicht eine Frage von Stadt und Land, sondern allein von Versorgungsbedarfen, auch von Unterschieden innerhalb städtischer Bereiche. So besteht beispielsweise in Hamburg zwischen verschiedenen Stadtteilen eine Differenz der Lebenserwartung von bis zu zehn Jahren. Diese regionalen Unterschiede im Interesse der Bevölkerung auszugleichen, muss ein vorrangiges Ziel der Gesundheitspolitik sein.

Hierfür ist eine Stärkung von regionalen, sektorübergreifenden Versorgungsverbänden erforderlich. Solche existieren beispielsweise seit vielen Jahren in professionell organisierten Gesundheitsnetzen. Der Gesetzgeber hat hierfür im GKV-Versorgungsstrukturgesetz 2012 die

Möglichkeit geschaffen, besonders qualifizierte Netze anzuerkennen und zu fördern. Inzwischen sind bundesweit 57 Netze auf diese Weise anerkannt (Stand Februar 2017).

Diese Netze müssen jedoch weiter gestärkt werden, damit sie in die Lage versetzt werden, das Versorgungsgeschehen vor Ort nachhaltig und qualitativ hochwertig gestalten können, beispielsweise auch durch die Möglichkeit, selbst – neben Krankenhäusern, Medizinischen Versorgungszentren und Kommunen – Arztsitze aufkaufen zu können. Dafür müssen nach §87b SGB V anerkannte Praxisnetze einen Leistungserbringerstatus erhalten. Einzelne Ärztenetze setzen bereits sehr erfolgreich Projekte mit angestellten Ärzten um – aufgrund der rechtlichen Rahmenbedingungen basieren diese Projekte jeweils auf individuellen Einzelabsprachen mit den KVen bzw. regionalen Partnern und sind ohne Leistungserbringerstatus nicht skalierbar.

Durch eine Stärkung derartiger vernetzter Strukturen wird zudem der nachfolgenden Arztgeneration der Einstieg in die ambulante Versorgung erleichtert und damit gerade auch in unterversorgten Gebieten einem Ärztemangel begegnet. Der Ordnungsrahmen durch die Selbstverwaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen muss dabei erhalten bleiben.

Die im SGB V initiierte Förderung der Netze durch die regionalen KVen wird sehr different vollzogen. Während einige KVen ihren gesetzlichen Auftrag in diesem Bereich ernst nehmen, verhindern andere ebenso konsequent eine substanzielle Förderung. Hier darf dieses wichtige Instrument nicht dem Gutdünken einzelner KVen überlassen werden. Eine gesetzliche Präzisierung ist unumgänglich.

Weiterhin muss es nach § 87b SGB V anerkannten Praxisnetzen ermöglicht werden, regionale Versorgungsaufträge zu übernehmen um regionale Defizite und Disparitäten auszugleichen, beispielsweise über die Beleihung eines regionalen Versorgungsauftrages durch die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung.

Digitalisierung nutzen - Vernetzung vorantreiben - Interprofessionelle Kooperation stärken

Die Digitalisierung und deren teils disruptive Auswirkungen auf Technologien, Strukturen und Verfahren betreffen das Verhalten des Menschen und die gesellschaftlichen Verhältnisse im Innersten. Digitale Technologien sind nicht mehr nur Hilfsmittel zu einem Zweck, sondern strukturieren und prägen die Handlungsweisen des Menschen. Der Zugang des Menschen zur Welt vollzieht sich zunehmend über Bildschirme und Dateneinheiten. Durch dieses Nutzerverhalten lösen sich die Grenzen zwischen Medizin und Lifestyle, zwischen Arbeit und Privatleben auf.

Die Anforderungen an den Arzt verändern sich: Digitalisierte Informationen sind umfassend und unmittelbar nutzbar. Zugleich findet eine demografisch und strukturell bedingte Reduzierung der Ressource Arzt statt. Weiterhin bestehen regionale Verteilungsdifferenzen an Ärzten sowie eine unterschiedliche regional und soziodemografisch bedingte Verteilung von Morbidität und Mortalität. Patienten ändern ihr Verhalten im Hinblick auf Selbstdiagnose und Selbstmanagement von Krankheiten. Der Patient wird vom Gesundheitsempfänger zum Selbstoptimierer. Die dabei generierten Daten stehen jederzeit zur Verfügung. Durch die Summe dieser Veränderungen wandeln sich das Berufsbild, die Rolle und damit auch das Selbstverständnis des Arztberufes.

Die weiter zunehmende technische Vernetzung der Akteure im Gesundheitswesen verändert die Möglichkeiten und Anforderungen aller beteiligten Professionen sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Sie fördert und unterstützt dabei die Zusammenarbeit der an der Behandlung Beteiligten und dient der Optimierung der Versorgung.

Wir begrüßen die weitere Entwicklung von Berufen im Sinne einer Delegation von arztentlastenden Aufgaben; eine Substitution von ärztlichen Tätigkeiten, insbesondere des ärztlichen Gesprächs und der Arzt-Patienteninteraktion durch Dritte lehnen wir ab.

Alle diese Entwicklungen werden den Arzt zukünftig jedoch nicht überflüssig machen. Neben der Anwendung des jeweils aktuellen medizinischen Wissens werden sich seine Aufgaben weiter in Richtung individualisierte Kommunikation für informierte Patienten verschieben. Die sich weiter entwickelnde Patientenautonomie führt zu einer zunehmend partizipativen

Entscheidungsfindung. Dabei benötigt der Patient fachliche Expertise bei Entscheidungskompetenz und als Entscheidungsunterstützung. Das kann aber nur ein Arzt leisten. Glaubwürdigkeit, Empathie und Vertrauen werden dabei an Bedeutung gewinnen. Eine weitere zentrale Aufgabe des ärztlichen Handelns ist eine individualisierte, kultur- und schichtensible Kommunikation zwischen Arzt und Patient.

Die Agentur deutscher Arztnetze bekennt sich zu einer aktiven Mitwirkung an den technischen und gesellschaftlichen Entwicklungen durch Digitalisierung und Vernetzung der Akteure. Der Arzt ist und bleibt dabei zentraler Ansprechpartner, Begleiter und Heiler des Patienten. Das Berufsbild des Arztes wird sich jedoch stark verändern. Als Selbstorganisation von Gesundheitsnetzen wird die ADA diesen Wandel unterstützend begleiten. Wir werden aber zugleich darauf hinwirken, dass die Profession des Arztes mit seinem umfassenden medizinischen Wissen und seinem freiberuflichen Selbstverständnis gestärkt und nicht geschwächt werden darf. Kern ärztlicher Tätigkeit ist insbesondere das therapeutische Gespräch und die Arzt-Patienten-Interaktion. Diese sind nicht nur unersetzbar, sondern werden im Rahmen der Digitalisierung noch an Bedeutung gewinnen. Deshalb muss die ärztliche Gesprächskompetenz in Aus- und Weiterbildung gestärkt werden. Dem ist in der neuen Ausbildungsordnung für Medizinstudenten Rechnung zu tragen. Eine künftige Herausforderung der medizinischen Versorgung besteht einerseits im demografischen Wandel und der Zunahme von chronischen Erkrankungen und Multimorbiditäten und andererseits in einem sich abzeichnenden Ärztemangel.

Der Vorbehalt des Arztes für die Diagnose- und Indikationsstellung, die Therapieentscheidungen und die Gesamtverantwortung im Rahmen des Behandlungsprozesses sind unverzichtbar, gerade bei immer komplexer werdenden Versorgungsprozessen und -strukturen sowie aus Gründen der Patientensicherheit. Es sind deshalb solche Berufs- und Kooperationskonzepte zu fördern, die zur Unterstützung und Entlastung des Arztes im Sinne des Delegationsprinzips beitragen. Erfolgversprechend sind insbesondere die Förderung der interprofessionellen Kooperation auf der Basis vorhandener Kompetenzen und die Integration unterschiedlicher beruflicher Kompetenzen in einem multiprofessionellen Team.

Wir werden uns an einem ausgedehnten Dialog aller relevanten Gruppen beteiligen, Chancen wie Risiken der Digitalisierung aufzeigen und ggf. „rote Linien“ definieren, die mögliche negative Auswirkungen begrenzen sollen.

Die Agentur deutscher Arztnetze setzt sich für eine umfassende, vernetzte Medizin zur Optimierung der Qualität der medizinischen Versorgung in der Zukunft ein.

Angebot zum Dialog

Die Agentur deutscher Arztnetze unterstreicht die Bedeutung einer positiven Dialogkultur zwischen Politik und Ärzteschaft, bietet Unterstützung und Information, wo es gewünscht wird, einen kritischen Dialog, wo Dissens herrscht und konstruktive Gespräche, wo konkrete Lösungen erforderlich sind.

Berlin, im April 2017

Agentur deutscher Arztnetze e.V.

Chausseestraße 119 b, 10115 Berlin



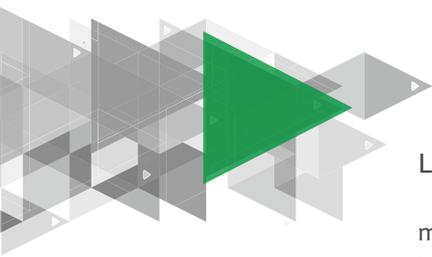
weiter.gehen >

AOK-Positionen zur
Gesundheitspolitik nach
der Bundestagswahl 2017

Inhalt

I. Selbstverwaltung stärken	4
II. Rahmenbedingungen für die Gesundheitsversorgung neu sortieren	6
III. Medizinische und pflegerische Qualität weiterentwickeln	8
IV. Nutzenorientierung bei Medizinprodukten erhöhen	15
V. Zukunft der Arzneimittelversorgung sichern	18
VI. Ordnungsrahmen für den Wettbewerb in der GKV weiterentwickeln	22
VII. Mit Beitragsgeldern verantwortungsbewusst umgehen	25
VIII. Chancen der Digitalisierung nutzen	28
IX. Gesundheitlichen Verbraucherschutz ausbauen	32





Liebe Leserinnen und Leser,

mehr als zwei Dutzend Gesetze und Verordnungen sind in der auslaufenden 18. Legislatur im Bereich Gesundheit und Pflege verabschiedet worden. Das ist rekordverdächtig, zumindest aber sehr fleißig. Untätigkeit braucht sich der Bundesgesundheitsminister also nicht vorwerfen zu lassen.

Doch hat das die gesetzliche Krankenversicherung in den vergangenen vier Jahren auch entscheidend nach vorn gebracht? Teilweise schon. Im Bereich der Finanzierung wurden jedenfalls wichtige Weichenstellungen für faire Rahmenbedingungen im Wettbewerb unter den Krankenkassen vorgenommen. In der Pflege ist sogar eine echte Strukturreform gelungen. Und in der Krankenhausversorgung geht es deutlich mehr als früher um das Thema Qualität.

Viele andere Gesetze verblassen dagegen, bleiben Stückwerk oder zeigen kaum Wirkung. Mit ihnen fließen aber viele Milliarden Euro extra ins Gesundheitssystem. Hier müssen sich die Versicherten und Patienten fragen, was sie davon spüren. Aus unserer Sicht leider zu wenig. Die Versorgungsstrukturen brauchen dringend einen Modernisierungsschub, hier ist viel zu wenig passiert, trotz des vielen Geldes.

Deshalb müssen wir „weitergehen“. Nicht mit Trippelschritten, sondern mit umfassenden, tiefgreifenden und nachhaltigen Reformen.

So darf die angefangene Qualitätsoffensive im Krankenhaus nicht im Sande verlaufen. Sie muss mit aller Konsequenz fortgeführt werden, notfalls mit gesetzlichen Klarstellungen. Auch das Nebeneinander von ambulanter und stationärer Medizin muss endlich überwunden werden. Wir brauchen hier einen einheitlichen Rechtsrahmen und mehr Willen zur Zusammenarbeit bei allen Beteiligten. Bei den Arzneimitteln ist das Problem der Mondpreise weiterhin ungelöst. Vor allem aber muss der Trend wieder umgekehrt werden, den Gestaltungsspielraum der Kassen zu beschneiden. So können wir uns noch wirksamer für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung einsetzen.

Wenn Fleiß eine Tugend ist, dann ist es Mut erst recht. Den wird die nächste Regierung brauchen, wenn sie das Gesundheitswesen wirklich im Sinne der Versicherten und Beitragszahler, das heißt qualitätsbasiert, beitragsstabil und patientengerecht, weiterentwickeln will. Dabei kann sie sich auf die AOK als zuverlässigen Gesprächspartner verlassen, der viel Expertise bietet und sich für konstruktive Lösungen für die über 70 Millionen GKV-Versicherten einsetzt. Dieses Positionspapier, das von allen AOKs, Hauptamt und Selbstverwaltung, und dem AOK-Bundesverband getragen wird, ist hierfür die Grundlage.

Fritz Schösser
Alternierender
Vorsitzender des
Aufsichtsrates

Dr. Volker Hansen
Vorsitzender
des Aufsichtsrates

Martin Litsch
Vorstandsvorsitzender
des AOK-Bundesverbandes

Jens Martin Hoyer
Stellvertretender
Vorstandsvorsitzender
des AOK-Bundesverbandes



I. Selbstverwaltung stärken



Fritz Schösser
Alternierender
Vorsitzender des
Aufsichtsrates



Dr. Volker Hansen
Vorsitzender
des Aufsichtsrates

Qualität ausbauen, Wettbewerb stärken, Versicherten- und Verbraucherrechte weiterentwickeln, Digitalisierung voranbringen – in der kommenden Wahlperiode muss es an vielen Stellen weitergehen. Ganz entscheidend wird damit auch der Handlungsrahmen abgesteckt, in dem die Umsetzung gesetzlicher Aufgaben durch die soziale Selbstverwaltung in den Krankenkassen und in den Gremien der Selbstverwaltung auf Bundesebene erfolgen kann. Die Verantwortung für eine zielgenaue Verwendung der Beitragsmittel, für optimale Versorgungsstrukturen, für bedarfsgerechte Versorgungskonzepte und für Produkt- und Prozessinnovationen liegt letztlich in den Händen der Vertreterinnen und Vertreter der Selbstverwaltung. Im Wettbewerb der Krankenkassen sind sie zudem ein unverzichtbares Korrektiv, um die Rechte und Interessen der Versicherten, Patienten und Beitragszahler zu wahren. Damit die Selbstverwaltung diese Kontrollfunktion wirksam ausfüllen kann, müssen Qualität und Bedarfsgerechtigkeit für alle Versorgungsangebote zur zwingenden Voraussetzung für einen Vergütungsanspruch gegenüber der GKV werden. Der Gesetzgeber muss mit verbindlichen Qualitätsvorgaben Leitplanken bestimmen, innerhalb derer die Krankenkassen im Wettbewerb um die beste Versorgung ihrer Versicherten konkurrieren können. Dazu benötigen Krankenkassen die erforderlichen Verhandlungsfreiräume für Einzelverträge mit Leistungserbringern und dazu ist ein Risikostrukturausgleich (RSA) notwendig, der Risikoselektion zulasten bestimmter Versichertengruppen verhindert und bessere Versorgung belohnt.

Versicherten- und Patientennähe sicherstellen

Die soziale Selbstverwaltung ist so alt wie die gesetzliche Krankenversicherung und wie diese ist sie kein Auslaufmodell. Ganz im Gegenteil: Die soziale Selbstverwaltung ist in ihrer Aufgabenstellung und Zielsetzung eines der modernsten Instrumente der direkten Beteiligung von Versicherten und Beitragszahlern in einem zu 95 Prozent aus ihren Arbeitsentgelten und Renten finanzierten Solidarsystem. Die soziale Selbstverwaltung ist deswegen unverändert bei der Umsetzung gesetzlicher Rahmenvorgaben in den Krankenkassen zwingend notwendig.

Die soziale Selbstverwaltung steht für Versicherten- und Patientennähe in der gesetzlichen Krankenversicherung, wie sie von niemandem sonst wahrgenommen wer-

den kann. Der Ausgleich zwischen Versorgungsansprüchen und Mittelverantwortung kann nur durch die Vertreter der Arbeitgeber und Versicherten gewährleistet werden. Kern der beiderseitigen Verantwortung ist das Engagement für die Versicherten und Patienten.

Selbstverwaltungsrechte ausbauen

Die Autonomie der Selbstverwaltung muss erhalten bleiben und darf nicht durch neue Kontroll- und Weisungsbefugnisse der Aufsicht über Krankenkassen und ihre Verbände mit zunehmender Tendenz von einer Rechts- in eine Fachaufsicht eingeschränkt werden. Die Autonomie beschränkt sich nicht nur auf die Festlegung von Jahreshaushalten oder Personalentscheidungen, sondern muss auch die aktive Gestaltung der Versorgung als eine Kernaufgabe der Krankenkassen umfassen. Der Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen muss in Zukunft zu einem echten Versorgungswettbewerb weiterentwickelt werden. Staatliche Eingriffe und das Einengen der selektivvertraglichen Freiheiten der Krankenkassen unterlaufen gleichermaßen die Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung. Um in diesem Wettbewerb die bestmögliche Versorgung zu organisieren, sind auch für die soziale Selbstverwaltung die Rahmenbedingungen so weiterzuentwickeln, dass ihre Arbeit und ihre Rechte gestärkt werden, einschließlich der Freistellungsansprüche für das Ehrenamt.

Paritätische Stimmengewichtung sicherstellen

Das Prinzip der Parität, nach dem Versicherten- und Arbeitgebervertreter ihre Verantwortung für die Belange der GKV gleichberechtigt teilen, ist ein wichtiges, ausgleichendes Element der sozialen Selbstverwaltung. Allerdings ist Parität nicht in allen Verwaltungsräten der Krankenkassen gegeben. Das Prinzip „ein Kopf – eine Stimme“ ist transparent, ausgewogen und nachvollziehbar. Dennoch gilt diese Regelung nicht im obersten Gremium des GKV-Spitzenverbandes – dem Verwaltungsrat.

Dass die Verwaltungsräte vieler Ersatzkassen historisch bedingt nicht paritätisch besetzt sind, führt im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes zu einem Stimmungleichgewicht. Das größere Gewicht der Versichertenvertreter der Ersatzkassen wird zum Nachteil der Versichertenvertreter anderer Kassenarten ausgeglichen. Bei diesen erhalten in der Folge die Arbeitgebervertreter mehr Gewicht – also mehr Stimmen als Köpfe. Auch wenn dieses Spannungsverhältnis durch das verantwortungsvolle Handeln aller Beteiligten im GKV-Spitzenverband gemeistert wurde, führt es dennoch zu Benachteiligungen in der Repräsentanz nach innen und außen. Notwendig ist daher eine paritätische Stimmengewichtung von Versicherten und Arbeitgebern in allen Verwaltungsräten aller gesetzlichen Krankenkassen, die der Gesetzgeber durch die Anpassung des Selbstverwaltungsrechts herzustellen hat.



II. Rahmenbedingungen für die Gesundheitsversorgung neu sortieren



Martin Litsch

Vorstandsvorsitzender des
AOK-Bundesverbandes



Jens Martin Hoyer
Stellvertretender

Vorstandsvorsitzender des
AOK-Bundesverbandes

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist ein Erfolgsmodell. Sie schützt mehr als 70 Millionen Bürgerinnen und Bürger unabhängig von sozialem Status oder persönlichen Einkommensverhältnissen vor finanziellen Risiken im Krankheitsfall. Die GKV bietet im internationalen Vergleich Leistungszusagen auf sehr hohem Niveau. Die von der Solidargemeinschaft aufgebrachtten Beitragsgelder sind die zentrale Finanzierungsquelle für ein modernes und hochinnovatives Gesundheitswesen. Ohne sie gäbe es keine flächendeckende Gesundheitsversorgung in Deutschland. Wie kein anderes System hat die GKV die Kraft, die Herausforderungen der demografischen Entwicklung und des rasanten medizinischen Fortschritts zu bewältigen.

Trotz dieser Leistungsfähigkeit stehen die GKV und mit ihr auch die Gesundheitspolitik in den kommenden Jahren vor der großen Aufgabe, die Strukturen des Gesundheitswesens zukunftsfest zu machen. Dazu müssen die Sektorengrenzen überwunden werden, die einer patientenorientierten Zusammenarbeit aller Beteiligten im Wege stehen. Nach der expansiven Ausgabenpolitik der vergangenen vier Jahre wird es in der kommenden Wahlperiode auch darauf ankommen, die Ausgaben im Gesundheitswesen zu stabilisieren. Stabilisieren heißt nicht, Leistungen einzuschränken oder unter allen Umständen billiger zu machen. Stabilisieren heißt, die von den Mitgliedern der GKV und den Arbeitgebern aufgebrachtten Beitragsmittel effizienter einzusetzen. Das Geld der Beitragszahler muss konsequent dem Nutzen für Versicherte und Patienten und der bestmöglichen Qualität folgen. Aus Sicht der Solidargemeinschaft ist es nicht zu akzeptieren, dass Behandlungen im Krankenhaus, in der ambulanten Versorgung oder in der Pflege mit nicht ausreichender Qualität oder Medizinprodukte, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel ohne ausreichenden Nutznachweis bezahlt werden müssen. Aus Sicht der Patientinnen und Patienten ist es nicht hinnehmbar, dass qualitativ unzureichende Leistungen überhaupt erbracht werden dürfen.

In der kommenden Wahlperiode müssen die Rahmenbedingungen für die Gesundheitsversorgung neu sortiert werden. Um die vielfach beschworene Ausrichtung des Gesundheitswesens auf die Belange der Versicherten und Patienten endlich mit Leben zu füllen, muss ein Ordnungsrahmen entwickelt werden, in dem alle Leistungsangebote, Strukturen und Prozesse konsequenter auf Qualität und Nutzen ausgerichtet sind. Ein umfassendes Leistungsangebot und eine möglichst wohnortnahe Versorgung sind

nachvollziehbare gesundheitspolitische Ziele. Ordnungspolitisches Leitbild aber sollte eine durchgängig qualitätsgesicherte, hochwertige Versorgung von Versicherten und Patienten sein. Die künftige Bundesregierung sowie die Selbstverwaltung der GKV müssen gemeinsam für alle Bereiche des Gesundheitswesens verbindliche Qualitätsvorgaben setzen. Nur wer diese einhält, darf in Zukunft einen Vergütungsanspruch durch die GKV haben.

Der bisherige Preis-, Service- und Angebotswettbewerb wirkt und bringt positive Effekte für Versicherte und Arbeitgeber. Er ist jedoch bislang zu wenig auf die Qualität der Versorgung ausgerichtet. In einem nächsten Schritt muss dieser Wettbewerb daher vorrangig zu einem echten Versorgungswettbewerb der Krankenkassen weiterentwickelt werden. Dazu benötigen die Krankenkassen den erforderlichen Verhandlungsfreiraum. Deshalb müssen direkte Vertragsmöglichkeiten zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern als gleichrangige Alternative zur sogenannten kollektiven Regelversorgung ausgebaut werden.

Eine zentrale Voraussetzung für einen echten Versorgungswettbewerb der Krankenkassen ist die gerechte Verteilung der Beitragsgelder aus dem Gesundheitsfonds, für die der RSA unverzichtbar ist. Er darf Krankenkassen keine Anreize bieten, ihre Wettbewerbsposition durch eine Risikoselektion zulasten einzelner Versichertengruppen zu verbessern. Zugleich müssen ausreichend hohe Anreize für wirtschaftliches Handeln gesetzt werden, um die Versorgung qualitativ hochwertig und effizient zu gestalten. Der RSA ist der entscheidende Hebel für faire Ausgangsbedingungen im Wettbewerb der Krankenkassen um die besten Versorgungsangebote. Geschäftsmodelle von Krankenkassen, die auf einen unvollständigen RSA setzen, dürfen künftig nicht mehr tragfähig sein.



III. Medizinische und pflegerische Qualität weiterentwickeln

Gesundheitspolitische Agenda für die nächste Legislaturperiode:

- ▶ Qualitätsorientierung der Krankenhausstrukturen weiter vorantreiben
- ▶ Sektorale Versorgungsstrukturen überwinden
- ▶ Mindestmenvorgaben bei der stationären Versorgung weiterentwickeln und konsequent umsetzen
- ▶ Qualitätsindikatoren als Vorgaben für Versorgungsstrukturen und -prozesse bei der Krankenhausplanung der Länder effektiv nutzen
- ▶ Nachhaltige Investitionskostenfinanzierung einer modernen Krankenhausstruktur durch die Bundesländer sicherstellen
- ▶ Notfallversorgung aus ärztlichem Bereitschaftsdienst, Rettungsdienst und Notfallambulanzen der Krankenhäuser neu strukturieren sowie zentralisieren
- ▶ Pflegeversicherungsrecht nur auf Basis des neuen Verständnisses von Pflegebedürftigkeit weiterentwickeln
- ▶ Rechtsgrundlage für kontinuierliche aktivierend-therapeutische Pflege schaffen
- ▶ Anzeigepflicht aller angebotenen Wohnformen zur Transparenz auf dem Pflegemarkt einführen

Qualität ausbauen – Patientensicherheit steigern

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurde ein erster Schritt hin zu einer stärkeren Qualitätsorientierung in der stationären Versorgung gemacht. Dieser Kurs muss trotz aller Widerstände der Leistungserbringer beibehalten werden. Nachgewiesene Qualitätsmängel bei der Patientenversorgung müssen im betroffenen Krankenhaus zu Konsequenzen führen, bis hin zum Entzug des Versorgungsauftrags. Nur so erhalten Patientinnen und Patienten die Sicherheit, bestmöglich behandelt zu werden. Der qua-

litätsorientierte Umbau der Krankenhausstrukturen schafft sowohl die finanziellen als auch die personellen Ressourcen, um die medizinische und pflegerische Versorgung zukunftsorientiert weiterzuentwickeln.

Behandlungsqualität durch mehr Erfahrung verbessern

Klare Vorgaben für Mindestmengen verbessern die Qualität der Patientenbehandlung. Neben einer konsequenten Umsetzung der bereits vorhandenen Mindestmengenvorgaben braucht es auch für andere medizinische Behandlungen, zum Beispiel bei der Hüftendoprothetik, der Brustkrebs-, Herz- und Schilddrüsenchirurgie sowie in der Geburtshilfe, Mindestmengenregelungen. Dabei müssen nicht nur die Anzahl der Behandlungen je Krankenhaus, sondern auch die Anzahl der Behandlungen je verantwortlichem Behandler vorgegeben werden. Diese Kombination sichert am besten die Ergebnisqualität für die Patientinnen und Patienten. Darüber hinaus gewährleisteten Mindestmengen auch routiniertere Abläufe, weil alle an der Behandlung beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krankenhauses über ein höheres Maß an Erfahrung verfügen. Damit die Behandlungsqualität für alle Patientinnen und Patienten dauerhaft sichergestellt wird, müssen die Ausnahmemöglichkeiten von den Mindestmengenvorgaben reduziert werden. Grundsätzlich sollen Ausnahmen nur dann erlaubt sein, wenn durch neue Behandlungsteams neue Versorgungsstrukturen aufgebaut werden.

Investitionsstau beenden, Zentrenbildung und Spezialisierung fördern

Moderne und zukunftsfähige Krankenhausstrukturen sind die Grundlage für eine hohe Versorgungsqualität. Für die Finanzierung dieser Strukturen sind die Bundesländer zuständig, die dieser Verpflichtung jedoch schon seit vielen Jahren nicht mehr im er-



Detlef Lamm

Vorstandsvorsitzender
der AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen

„Wir sind da“ AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen

„Je häufiger und damit routinierter operative oder andere komplexe Eingriffe im Krankenhaus erbracht werden, desto besser sind die Behandlungsergebnisse. Die Mindestmengenregelungen müssen deshalb ausgeweitet, konsequent umgesetzt und umfassend transparent dargelegt werden. So wird die Qualität der Gesundheitsversorgung verbessert und kommt damit vor allem dem Wohle der Patienten zugute.“

forderlichen Umfang nachkommen. So ist ein erheblicher Investitionsstau bei den Kliniken entstanden, den viele Träger beheben, indem sie Gelder der Krankenkassen umleiten. Um diese Fehlentwicklung zu beenden, müssen die Bundesländer ihrer Finanzierungsverpflichtung vollumfänglich nachkommen. Zukunftsfähige Strukturen und höchste Versorgungsqualität kann es nur mit einer Spezialisierung der medizinischen und pflegerischen Kompetenzen geben. Von dieser Bündelung profitieren sowohl die Patientinnen und Patienten, weil sie die bestmögliche medizinische Versorgung erhalten werden, als auch die Beitragszahler, weil die medizinische Versorgung dann am wirtschaftlichsten erbracht wird.

Qualitätsindikatoren für moderne Krankenhausstrukturen nutzen

Die Bundesländer können neben Struktur- und Prozessvorgaben in ihrer Krankenhausplanung mittlerweile auch Vorgaben zur Ergebnisqualität machen. Beide sind wichtige Instrumente für einen Patientenschutz, der diesen Namen verdient. Mit den Qualitätsindikatoren können sie rechtssicher die Versorgungsgüte messen und auf dieser Basis die regionalen Versorgungsstrukturen weiterentwickeln. Mit den Vorgaben zu Versor-



Rainer Striebel

Vorstandsvorsitzender
der AOK PLUS - Die
Gesundheitskasse für
Sachsen und Thüringen

„Wir sind da“

AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen

„Nicht jedes Krankenhaus kann alles gleich gut. Aber Patienten wollen eine optimale Behandlungsqualität. Dass Menschen ein paar Kilometer mehr in Kauf nehmen, wenn eine für sie bessere Therapie damit einhergeht, zeigt eine Befragung der AOK. Dieses Ziel wird durch Spezialisierung und eine damit verbundene zentralisierte Versorgung erreicht. Eine Lösung in Sachsen für adipös Erkrankte setzt Maßstäbe. Sektorengrenzen, die unterschiedlichste Behandlungsergebnisse zur Folge hatten, wurden überwunden. Vier hoch spezialisierte Kliniken versorgen seit 2013 die Patienten konservativ, operativ sowie in der Nachsorge. Individuell abgestimmte Therapieverfahren und die direkte Einflussnahme auf die Patient compliance schaffen bessere Ergebnisse. Vorteil: Unnötige Operationen werden vermieden. Die beteiligten Krankenhäuser haben Planungssicherheit. Alle anderen Kliniken verweisen in die spezialisierten Einrichtungen. Ergebnis: Nach mehr als drei Jahren sinken die Operationszahlen. Die Patienten profitieren von höherer Qualität, die Krankenhäuser von verlässlichen Strukturen und die Versicherungsgemeinschaft von der Effizienz.“

gungsstrukturen beziehungsweise -prozessen stellen sie sicher, dass Patientinnen und Patienten sowohl bei einer notfallmedizinischen Akutbehandlung als auch bei einem gut planbaren Eingriff bestmöglich versorgt werden. Zusätzlich muss das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) vom Gesetzgeber beauftragt werden, weitergehende Qualitätsindikatoren für Versorgungsstrukturen und -prozesse bei der Krankenhausplanung vorzulegen.

Ressourcen der Notfallversorgung bündeln

Die drei tragenden Säulen der Notfallversorgung in Deutschland – die Rettungsdienste, der ambulante vertragsärztliche Bereitschaftsdienst und die Notaufnahmen der Krankenhäuser – arbeiten gegenwärtig nicht gut zusammen. Mangelnde Abstimmung untereinander sowie unklare Verantwortlichkeiten binden Kapazitäten und sind sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für das medizinische Personal unbefriedigend. Für eine patientenorientierte sowie qualitativ hochwertige Versorgung müssen die derzeit vorhandenen ambulanten und stationären Strukturen der Notfallversorgung unter einem Dach zusammengeführt werden.

Kodierrichtlinien im ambulanten Sektor einführen

Kodierrichtlinien führen zu mehr Transparenz des vertragsärztlichen Leistungsgeschehens. Darüber hinaus sind sie für aussagekräftige Bewertungen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, des Entlassmanagements und der elektronischen Patientenakte erforderlich. Die Einführung bundeseinheitlicher Kodierrichtlinien in der vertragsärztlichen Versorgung ist daher zwingend notwendig, um die ambulante Diagnosekodierung an das hohe Qualitätsniveau der Kodierung in der stationären Versorgung anzugleichen.

Klare Rahmenbedingungen schaffen, Wildwuchs beenden

In den letzten drei Jahrzehnten sind rund 20 verschiedene ambulante Versorgungsformen im Krankenhaus entstanden: von Hochschul- und Notfallambulanzen über ambulantes Operieren im Krankenhaus bis hin zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung. Ihre Rahmenbedingungen bei der Arzneimittelversorgung, der Qualitätssicherung oder der Vergütung sind höchst unterschiedlich. Aus diesem Wildwuchs entstehen Hürden, die einer patientenorientierten sowie sektorenübergreifenden Zusammenarbeit aller Beteiligten massiv im Wege stehen. Deswegen muss zum einen eine bundesweite

Harmonisierung der Rahmenbedingungen in Bezug auf Versorgungsauftrag, Bedarfsplanung, Qualitätssicherung und Vergütung erfolgen, zum anderen muss ein klares Vertragsprinzip mit kollektiv- und selektivvertraglichen Möglichkeiten gelten, das die regionalen Versorgungsbedarfe qualitativ höherwertig und wirtschaftlich sinnvoller abbilden kann.



Dr. Irmgard Stippler
Vorstandsvorsitzende
der AOK Rheinland-
Pfalz/Saarland -
Die Gesundheitskasse

„Wir sind da“ AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse

„Gemeinsames Ziel aller Gesundheitspartner muss es sein, das Zusammenspiel zwischen niedergelassenen Ärzten, stationären Einrichtungen und der Pflege, insbesondere beim Behandlungswechsel vom ambulanten in den stationären Bereich und umgekehrt, zum Wohle der Patienten zu verbessern. Nur über eine regionale Vernetzung aller verantwortlichen Akteure können die Weichen für eine zukunftssichere und bezahlbare Versorgung auf qualitativ hohem Niveau für eine älter werdende Gesellschaft gesichert werden. So wirkt die AOK als regionaler Kümmerer im Sinne ihrer Versicherten in lokalen Gesundheitsnetzen aktiv mit, um die Versorgung auf dem Land dauerhaft zu sichern und zukunftssichere Versorgungsformen gemeinsam mit den Verantwortlichen zu entwickeln.“

Bei der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung Kurs halten

Die erfolgreiche Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs durch die drei Pflegegestärkungsgesetze hat eine umfassende Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (SPV) eingeleitet. Damit sind langjährige Forderungen der AOK umgesetzt worden. Alle zukünftigen Reformmaßnahmen des Pflegeversicherungsrechts müssen diesem neuen Verständnis Rechnung tragen.

Eine immer wieder diskutierte Übertragung der Finanzierungszuständigkeit von geriatrischer Rehabilitation bei Pflegebedürftigkeit auf die SPV wird kaum zu einer vermehrten Inanspruchnahme der geriatrischen Rehabilitation führen. Vielmehr bedarf es neuer Strukturen und Versorgungsansätze, um insbesondere eine Zunahme der Pflegebedürftigkeit so lange wie möglich hinauszuzögern. Notwendig ist ein Konzept der

aktivierend-therapeutischen Pflege in der SPV unter Anknüpfung an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, indem die Versorgung in den Pflegeeinrichtungen durch medizinisch-therapeutisches Personal unterstützt wird. Dieser Ansatz ist auch eine geeignete Grundlage für Kurzzeitpflegekonzepte, um Pflegebedürftige auf die Rückkehr in die eigene Häuslichkeit vorzubereiten.

Die Übertragung von Pflegeberatung, Schulungskursen und Beratungsbesuchen auf die kommunalen Gebietskörperschaften im Rahmen von Modellkommunen durch das Pflegestärkungsgesetz III kann die Zusammenarbeit zwischen den relevanten Akteuren in der Pflege nicht substantiell stärken. Entscheidender ist daher, dass die Städte und Gemeinden professionelle pflegerische Hilfen mit nachbarschaftlichen und anderen Formen freiwilligen Engagements verbinden und dies mit den Beratungsaufgaben der Pflegekassen vernetzen. Außerdem müssen die zuletzt eingeleiteten Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Pflege bekannter gemacht und weiterentwickelt werden.

Pflegequalität ausbauen

In der stationären Pflege müssen das interne Qualitätsmanagement und die externe Qualitätsprüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) miteinander verzahnt werden. Damit erhält die Beratung der Pflegeeinrichtung durch den MDK eine Neuausrichtung. Auch bei der Entwicklung von Qualitätssicherungskonzepten für den ambulanten Bereich muss diese Verzahnung im Fokus stehen. Gesetzgeberisch sind dafür die notwendigen Weichen bereits gestellt worden, diese müssen nun wirksam umgesetzt werden. Sollte es zu einer Blockade im gesetzlich eingeführten Pflegeausschuss kommen, muss der Gesetzgeber diese Umsetzung voranbringen.

Anzeigepflicht für alle Wohnformen schaffen

Die Förderung alternativer Wohnformen in der Pflege gewinnt vor dem Hintergrund des demografischen Wandels zunehmend an Bedeutung. Auf dem Pflegemarkt entwickeln sich aufgrund bundesrechtlicher Anreize sowie landesrechtlicher Regulierungen Wohn- und Pflegesettings, die sich in die starre Unterscheidung „ambulant“ und „stationär“ des Pflegeversicherungsrechts kaum noch einordnen lassen. Bundesweit sind alternative Versorgungsformen entstanden, die der ambulanten Versorgung zugeordnet werden, sich aber in der Versorgungsrealität kaum von vollstationären Angeboten unterscheiden und von der Pflegeversicherung in unterschiedlicher Höhe finanziert werden. Auch ver-

braucherrechtlich gelten für diese Einrichtungen durch landesindividuelle Regelungen unterschiedliche Standards.

Ziel muss es sein, die verschiedenen Wohnformen zu fördern und den Betroffenen mehr Wahlrechte einzuräumen. Allerdings sind in Zukunft auch für alternative Wohnformen wirksame Qualitätssicherungsinstrumente notwendig. In einem ersten Schritt ist eine gesetzliche Anzeigepflicht für alle Wohnformen erforderlich, um mehr Transparenz über das Geschehen im Pflegemarkt zu schaffen. In einem zweiten Schritt müssen verbraucherchutzrelevante Instrumente beim Leistungsrecht und bei der Qualitätssicherung entwickelt werden.



Dr. Helmut Platzer
Vorstandsvorsitzender
der AOK Bayern - Die
Gesundheitskasse

„Wir sind da“ AOK Bayern - Die Gesundheitskasse

„An der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Pflege beobachten wir eine sehr dynamische Entwicklung der Versorgungsangebote. Dies macht es unumgänglich, über eine Neuordnung der Mitfinanzierung aus der Pflegeversicherung nachzudenken, die dem Rechnung trägt. Die Zeit bis zu einem gesetzgeberischen Aufgreifen in der neuen Legislaturperiode muss genutzt werden, darüber Transparenz herzustellen, was zum Beispiel eine Anzeigepflicht für neue Wohnformen voraussetzt.“



IV. Nutzenorientierung bei Medizinprodukten erhöhen

Gesundheitspolitische Agenda für die nächste Legislaturperiode:

- ▶ Obligatorische Produkthaftpflichtversicherung für die Hersteller zum Schutz der Patienten im Schadensfall einführen
- ▶ Einschränkungen bei der Nutzenbewertung von Medizinprodukten aufheben
- ▶ Hochrisiko-Medizinprodukte nur auf Basis hochwertiger Studien zulasten der GKV anwenden
- ▶ Kennzeichnung von Hochrisiko-Medizinprodukten über die Abrechnungsdaten der Ärzte und Krankenhäuser zugänglich sicherstellen
- ▶ Angemessene Sanktionen bei Nichteinhaltung der EU-Medizinprodukteverordnung gesetzlich festlegen

Fünf Jahre nach dem Skandal um die mit Industriesilikon gefüllten Brustimplantate der Firma PIP wurde die EU-Medizinprodukteverordnung im April 2017 endlich verabschiedet. Sie wird jedoch frühestens ab 2020 wirksam und offenbart immer noch deutliche Lücken beim Patientenschutz. Deshalb ist der deutsche Gesetzgeber gefordert, den Schutz von Patientinnen und Patienten beim Einsatz von Medizinprodukten mit hohem Risiko in der kommenden Wahlperiode wirksam zu verbessern.

Rechte für Patienten im Schadensfall ausbauen

Laut der EU-Medizinprodukteverordnung müssen die Hersteller von Medizinprodukten lediglich angemessene Rücklagen für Haftungsansprüche aufgrund von Schäden durch fehlerhafte Produkte bilden. Damit Schadenersatzansprüche von Patientinnen und Patienten in Deutschland nicht ins Leere laufen, muss die Bundesregierung eine obligatorische Produkthaftpflichtversicherung einführen. Die EU hat den Mitgliedstaaten hier bewusst Handlungsfreiraum gelassen. Zudem muss der Informationsan-

spruch im Schadensfall konkreter gefasst werden. Bei Regressverfolgung müssen die Anwälte der Patienten und die gesetzlichen Krankenkassen eine umfassende Einsicht in alle Zulassungsunterlagen sowie Ergebnisse der Risikoerfassung und -bewertung erhalten.

Nutzenorientierung stärken

Die durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz 2015 eingeführte Nutzenbewertung von Hochrisiko-Medizinprodukten ist auf wenige Einzelfälle beschränkt. Diese Einschränkungen müssen entfallen. Hochrisiko-Medizinprodukte dürfen erst dann zulasten der GKV angewendet werden, wenn hochwertige klinische Studien zeigen, dass sie hinsichtlich Nutzen und Risiko mindestens gleich gut sind wie die Standardtherapie. Solange keine ausreichenden Daten vorliegen, muss der Zugang auf Zentren beschränkt sein, die sich an den Studien zu diesen Medizinprodukten beteiligen.

Um eine hohe Qualität der Nutzenbewertung sowie der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung zur Erprobung von neuen Behandlungsmethoden zusätzlich zu flankieren, muss der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) künftig bei der Festlegung der Anforderungen das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) anhören und dessen Empfehlungen berücksichtigen.

Medizinprodukte besser kennzeichnen

Für die eindeutige Identifizierung von Medizinprodukten sieht die EU-Verordnung zwar eine einmalige Produktnummer vor, doch diese Regelung tritt erst mit deutlicher Zeitverzögerung in Kraft. Für einen umfassenden Patientenschutz müssen die produktrelevanten Informationen für Medizinprodukte mit einem sehr hohen oder hohen Risiko so schnell wie möglich in die Abrechnungsdaten von Ärzten und Krankenhäusern übernommen werden. Nur dann können die gesetzlichen Krankenkassen bei schadhaften Produktserien eine umgehende Information aller Betroffenen sicherstellen.

Verbindlichkeit der EU-Regelungen sicherstellen

Damit die mit der EU-Medizinprodukteverordnung vorgesehenen wenigen Verbesserungen im Versorgungsalltag auch ankommen, bedarf es wirksamer Sanktionen. Vor allem müssen Verletzungen der Melde- und Auskunftspflichten durch Hersteller und Leistungserbringer während der Umsetzung der neuen Regelungen in nationales

Recht verhindert werden. Um hier mehr Verbindlichkeit herzustellen, müssen auch Bußgelder, Verbote zur Leistungserbringung oder Lieferstopps verhängt werden können, mit deren Umsetzung der Gesetzgeber beispielsweise das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) beauftragen könnte.



Olaf Woggan

Vorstandsvorsitzender der
AOK Bremen/Bremerhaven

„Wir sind da“ AOK Bremen/Bremerhaven

„Die Regelungsdefizite, die wir in der Versorgung mit Medizinprodukten beklagen, sind immer wieder die gleichen, ganz egal, ob es um Brustimplantate, um Herzschrittmacher oder um Hüftgelenkersatz geht. Wir sind beim Patientenschutz bei Weitem noch nicht dort, wo wir hinwollen. Bei neuen Arzneimitteln ist eine frühe Nutzenbewertung selbstverständlich, aber Hochrisiko-Medizinprodukte werden nur unter Umständen nutzenbewertet. Hier muss nachgebessert werden. Außerdem müssen wir, die Krankenkassen, die betroffenen Patienten benachrichtigen können. Dafür müssen die Produktinformationen in den Abrechnungsdaten ergänzt werden.“





V. Zukunft der Arzneimittelversorgung sichern

Gesundheitspolitische Agenda für die nächste Legislaturperiode:

- ▶ Grundlagen der Erstattungsbetragsverhandlungen reformieren: Zusatznutzen zielgenauer abbilden
- ▶ Rückwirkung der verhandelten Erstattungspreise ab dem ersten Tag der Markteinführung gesetzlich verankern
- ▶ Nutzenbewertung für Arzneimittel des Bestandsmarktes und zur Behandlung seltener Leiden einführen
- ▶ Aktuellen Stellenwert der Arzneimittel im Therapiegebiet im Arzteinformationssystem abbilden
- ▶ Vollständige Transparenz in der Lieferkette herstellen
- ▶ Beschleunigt zugelassene Arzneimittel nur in spezialisierten Zentren anwenden

Mondpreise verhindern

Der Zusatznutzen neuer Arzneimittel muss bei der Preisbildung im Vordergrund stehen. Bislang wird dieses Ziel dadurch konterkariert, dass die Preise vergleichbarer Arzneimittel sowie die Preise im europäischen Ausland ebenfalls berücksichtigt werden. Bei den Verhandlungen muss stattdessen die tatsächlich zu erwartende Ausgabenbelastung für die GKV unter Bezug auf die Größe der Patientengruppen, für die ein Zusatznutzen festgestellt wurde, zwingend einkalkuliert werden. Um die finanziellen Ressourcen der GKV gezielter für Innovationen einzusetzen, ist darüber hinaus ein Preisabschlag für Nachahmerpräparate notwendig. Nur dann ergibt sich für Arzneimittel mit gleichen oder ähnlichen Wirkstoffen ein Preiswettbewerb.

Rückwirkende Erstattungspreise einführen

Für die Hochpreispolitik der Pharmaunternehmen gibt es trotz der gesetzgeberischen Maßnahmen noch immer keine Lösung. Weiterhin können Hersteller in Deutschland für die ersten zwölf Monate den Preis ihres Arzneimittels frei festlegen und Mondpreise zulasten der GKV verlangen. Dies gilt selbst für Medikamente, die im Zuge der Nutzenbewertung keinen Zusatznutzen nachweisen können. Um das zu ändern, müssen die nach der Nutzenbewertung verhandelten Erstattungspreise rückwirkend ab dem ersten Tag des Marktzugangs gelten.

Nutzenorientierung weiterentwickeln

In der Arzneimittelversorgung muss der Weg einer stärker nutzenorientierten Versorgungssteuerung konsequent weitergegangen werden. Dazu müssen die Arzneimittel des Bestandsmarkts einer Nutzenbewertung unterzogen werden, zumindest bei Anwendungserweiterungen und bei Präparaten mit einer besonderen Bedeutung im Marktgeschehen. Auch für neue Arzneimittel zur Behandlung seltener Leiden müssen Nutzenanforderungen gelten. Menschen mit seltenen Erkrankungen haben wie alle anderen ein Recht darauf, Arzneimittel zu erhalten, deren Nutzen und Unbedenklichkeit erwiesen sind.

Die mit der letzten Arzneimittelreform vorgesehene Übertragung der Nutzenbewertungsbeschlüsse des GBA in die Praxis-Software der Ärzte ist sinnvoll und notwendig. Ärztinnen sowie Ärzte müssen zeitnah und effektiv durch eine gute Übersicht aller notwendigen Informationen unterstützt werden. Deshalb muss in der Praxissoftware auch der aktuelle Stellenwert der Arzneimittel im Therapiegebiet abgebildet werden. Zusätzlich muss eine neutrale Datenstelle im Gesundheitswesen die Software zertifizieren sowie aktuelle Preis- und Produktinformationen bündeln und zeitnah zur Verfügung stellen.

Krankenkassen mehr Gestaltungsmöglichkeiten einräumen

Um eine planbare, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Arzneimittelversorgung zu garantieren, muss die Möglichkeit für die GKV gestärkt werden, regionale Verträge mit selektiver Verhandlungskompetenz abzuschließen. Mit dem Verbot kassenindividueller Verträge für Krebsmedikamente und Impfstoffe wurde die Chance vertan, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung nachhaltig zu verbessern. Erst durch die Zytostatika-Ausschreibungen war es den Krankenkassen gelungen, hohe Anforderungen an die Ad-hoc-Belieferung, einen Notfallplan sowie feste Zeitspannen für die Belieferung der Arztpraxis durch die herstellende Apotheke zu definieren. In der nächsten Legislaturperiode gehören diese Einschränkungen deshalb auf den Prüfstand.

Das in Reaktion auf das Urteil des Europäischen Gerichtshofes diskutierte Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ist nicht zeitgemäß und schadet den Patientinnen und Patienten. Um die Arzneimittelversorgung gerade im ländlichen Raum und für Menschen mit chronischen Erkrankungen sicherzustellen, braucht es den Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln. Statt weniger ist hier mehr Wettbewerb um gute Versorgung angezeigt, beispielsweise durch Direktverträge der Krankenkassen mit Versandapotheken. Darüber hinaus muss das bestehende Mehrbesitz- und Fremdbesitzverbot bei Apotheken aufgehoben werden.

Mehr Transparenz in der Lieferkette schaffen

Die Rabattverträge der gesetzlichen Krankenkassen sorgen für einen Wettbewerb, in dem nachweislich auch kleine und mittlere Unternehmen gute Rahmenbedingungen für wirtschaftlichen Erfolg haben. Lieferschwierigkeiten sind vor allem auf zentrale Globalisierungsprozesse und die damit verbundene abnehmende Anzahl der Produktionsstätten zurückzuführen. Um Lieferengpässe zu vermeiden, wurden die Hersteller mit der letzten Arzneimittelreform verpflichtet, Engpässe bei Arzneimitteln zu melden, die im Krankenhaus angewendet werden. Diese Meldepflicht muss auf den ambulanten Bereich ausgeweitet werden. Vor allem aber ist mehr Transparenz über die Lagerbestände auf allen Absatzstufen (beim Fertigungsbetrieb, Hersteller, Großhandel) durch eine neutrale Stelle notwendig, damit Lieferengpässe nicht zu einem Versorgungsengpass führen. Die Rolle des BfArM muss deshalb gestärkt werden. Schließlich muss auch über eine Ausweitung der Lagerbestände nachgedacht werden, da die Hersteller ihre Lagerkapazitäten in den vergangenen Jahren deutlich reduziert haben.

Sicherheit bei Arzneimittelzulassungen erhalten

Um die Patientinnen und Patienten in Deutschland vor den Risiken unzureichend erprobter Arzneimittel zu schützen, muss auf der europäischen Ebene genauer definiert werden, in welchen besonderen Fällen Arzneimittel schneller zugelassen werden können. Zudem dürfen diese Arzneimittel in Deutschland nur in spezialisierten Zentren verordnet werden, solange noch keine ausreichenden Erkenntnisse vorliegen. Diese Zentren müssen sich zugleich an den weitergehenden Studien beteiligen. Für die be-

schleunigt zugelassenen Arzneimittel muss ein vorläufiger Erstattungspreis verhandelt werden, der später aufgrund der frühen Nutzenbewertung modifiziert werden kann.

Auch bei neuen Möglichkeiten einer personalisierten oder individualisierten Diagnostik, etwa in der Krebstherapie oder zur Behandlung von HIV, hat Patientensicherheit Vorrang. Deshalb müssen diese Methoden den gleichen Qualitätsstandards genügen wie alle anderen therapeutischen Maßnahmen.



Dr. Christopher Hermann
Vorstandsvorsitzender der
AOK Baden-Württemberg

„Wir sind da“ AOK Baden-Württemberg

„Die Versorgung mit Arzneimitteln muss qualitativ hochwertig und bezahlbar bleiben. Einen wesentlichen Beitrag dazu leisten die Rabattverträge der AOK-Gemeinschaft im Generikamarkt mit Einsparungen zugunsten unserer Versicherten in Höhe von 1,6 Milliarden Euro allein im Jahr 2016. Hier werden auch die oft beklagten Lieferprobleme, die meistens globale Ursachen haben, konsequent angegangen: Die AOK-Rabattverträge sehen Maßnahmen zur Kontrolle und Sicherstellung der Lieferfähigkeit sowie Sanktionen bei Lieferversagen vor. Die darüber hinaus für alle Arzneimittel dringend notwendige Transparenz der Lieferkette und der Vorratshaltung muss durch eine verpflichtende Meldung der Lagerbestände beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte als Trustcenter sichergestellt werden. Unabhängig davon kennen Krankenkassen die Versorgungssituation vor Ort am besten. Die Möglichkeiten zum Abschluss von regionalen Verträgen mit selektiver Verhandlungskompetenz sind daher alsbald zu stärken.“



VI. Ordnungsrahmen für den Wettbewerb in der GKV weiterentwickeln

Gesundheitspolitische Agenda für die nächste Legislaturperiode:

- ▶ Wettbewerb zwischen den Krankenkassen auf hochwertige Versorgung ausrichten
- ▶ Vollständigen Einkommensausgleich beibehalten
- ▶ Zielgenauigkeit des Risikostrukturausgleichs auf Ebene der Versicherten und Versichertengruppen erhöhen

Wettbewerb zwischen den Krankenkassen neu justieren

Der Wettbewerb der Krankenkassen muss die Weiterentwicklung der Versorgung unterstützen. Er muss so ausgestaltet sein, dass die Krankenkassen ihre Versicherten durch einen guten und barrierefreien Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung, die attraktiv und langfristig finanzierbar ist, überzeugen. Nur dann ist der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen im gesamtgesellschaftlichen Interesse.

Dieser Wettbewerb um eine hochwertige Versorgung muss in die bewährten Strukturen der gemeinsamen Selbstverwaltung eingebunden werden. Diese stellen sicher, dass die qualitativen Standards weiterentwickelt werden und Innovationen einen schnellen und evidenzbasierten Zugang in die medizinische Versorgung finden.

Hierzu sind die direkten Vertragsmöglichkeiten der Krankenkassen für eine gleichrangige Alternative zur sogenannten kollektiven Regelversorgung auszubauen. Vor allem in der stationären Versorgung und in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung besteht für die Kassen aktuell kein eigener selektiver Vertragsfreiraum. Deshalb müssen bestehende Kontrahierungszwänge überprüft und abgebaut werden.

Die Bereitschaft von Leistungserbringern und Krankenkassen, neue Versorgungspfade zu entwickeln, darf weder durch eine überbordende Bürokratie noch durch zusätzliche finanzielle Belastungen erschwert werden. Hierfür sind einfachere Rahmenbedingungen zur Teilnahme von Patientinnen und Patienten sowie von Leistungserbringern erforderlich.

Neben dem Wettbewerb um die besten Modelle der Versorgung darf der Preis- und Qualitätswettbewerb bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln nicht weiter eingeschränkt

werden. In dieser Legislaturperiode haben die Krankenkassen, zum Beispiel in der Arzneimittelversorgung, erhebliche Eingriffe in ihre vertraglichen Kompetenzen und ohne erkennbare Qualitätsvorteile für die Versicherten finanzielle Mehrbelastungen hinnehmen müssen. In der nächsten Legislaturperiode gehören diese Einschränkungen auf den Prüfstand. Dazu zählen insbesondere die intransparenten Strukturen in der onkologischen Arzneimittelversorgung, damit die qualitativ hochwertige Behandlung von krebserkrankten Patientinnen und Patienten weiterhin bezahlbar bleibt.

Risikostrukturausgleich systematisch weiterentwickeln

Die zentralen sozialpolitischen Ziele des RSA in der GKV sind das Solidarprinzip – einschließlich des Verbots der Diskriminierung beziehungsweise der Risikoselektion durch die Krankenkassen – und das Wirtschaftlichkeitsgebot. Bei einer Weiterentwicklung des RSA müssen diese übergeordneten Zielstellungen gestärkt werden.

Der vollständige Einkommensausgleich ist neben dem RSA die zweite tragende Säule des Solidarprinzips in der GKV. Dieser stellt sicher, dass die bestehenden Einkommensunterschiede zwischen den Mitgliedern der Krankenkassen nicht zu Wettbewerbsverzerrungen führen. Damit auch in Zukunft keine Anreize zur Risikoselektion seitens der Krankenkassen aufgrund der Einkommenssituation von Mitgliedern entstehen, ist der vollständige Einkommensausgleich alternativlos.

Die Weiterentwicklung des RSA muss auf Grundlage dieser klaren Zielstellung in einem transparenten und unabhängigen Verfahren auf Basis vollständiger GKV-Daten und unter Berücksichtigung aller Wechselwirkungen der Reformvorschläge erfolgen. Dies soll im Rahmen einer regelmäßigen Gesamtuntersuchung durch den Wissenschaftlichen Beirat des BVA durchgeführt werden.

Eine Änderung des RSA ist nur dann sinnvoll, wenn die messbare Zielgenauigkeit des RSA auf der Ebene von Versicherten und Versichertengruppen steigt. Zentrales Ergebnis einer RSA-Reform muss sein, dass Risikoselektionsanreize zulasten bestimmter Versichertengruppen weiter reduziert beziehungsweise idealerweise ausgeschlossen und Wirtschaftlichkeitsanreize gestärkt werden.

Um die Zielgenauigkeit auf der Ebene von Versicherten und Versichertengruppen zu erhöhen, müssen drei Maßnahmen sofort umgesetzt werden:

- Alle Krankheiten im Risikostrukturausgleich berücksichtigen
- Einheitliche Kodierrichtlinien einführen
- Sonderregelungen für Pro-Kopf-Zuweisungen im Risikostrukturausgleich beenden.

Im Sinne einer kurzfristigen Reformperspektive müssen darüber hinaus folgende Ansätze aufgegriffen werden:

- Morbiditäts- und Einkommensorientierung bei Krankengeldzuweisungen einführen
- Auslandszuweisungen konsequent an standardisierten Leistungsausgaben ausrichten

- Berücksichtigung von sozio-ökonomischen Informationen wie Härtefallmerkmal und ALG-II-Bezug prüfen.

Der RSA ist als „lernendes“ System konzipiert. Er wurde seit seiner Einführung stetig verbessert. Deshalb muss an dem Vorhaben einer kontinuierlichen, wissenschaftlich fundierten Weiterentwicklung des RSA unter Berücksichtigung internationaler Referenzen festgehalten werden. In diesem Rahmen kann auch der Umgang mit Hochkostenfällen zur Ergänzung des RSA geprüft werden. Ebenso besteht Forschungsbedarf zur Frage der Regionalisierung, da dafür derzeit keine wissenschaftlich haltbaren Anknüpfungspunkte vorhanden sind. Im Gegenteil: Jede Form der Regionalisierung im RSA wäre derzeit ein Baustein zur Zementierung bestehender Über-, Unter- und Fehlversorgung.

Föderales Aufsichtsrecht erhalten

Alle gesetzlichen Krankenkassen unterliegen der staatlichen Rechtsaufsicht, die durch die jeweils zuständigen Ministerien der Bundesländer beziehungsweise durch das Bundesversicherungsamt ausgeübt wird. Diese sowohl verfassungsrechtlich gebotene als auch gesetzlich vorgesehene Aufteilung des Aufsichtsrechts hat sich bewährt. Versorgung findet regional statt und muss deshalb auch durch die Akteure vor Ort gestaltet werden. Die Beibehaltung der bisherigen Aufsichten entspricht der föderalen Struktur der Bundesrepublik Deutschland. Die Schaffung einer Bundesaufsicht für bundesunmittelbare Sozialversicherungsträger stellt lediglich eine in Artikel 87 Grundgesetz normierte Ausnahme dieser föderalen Struktur dar. Über den kontinuierlichen fachlichen Austausch der bundes- und landesunmittelbaren Aufsichtsbehörden ist die einheitliche Ausübung des Aufsichtsrechts gewährleistet. Bei der Überwachung der gemeldeten Morbiditätsdaten für den RSA hat das BVA einheitliche Prüfrechte und -pflichten – und das für alle Krankenkassen, unabhängig davon, ob es sich um eine bundes- oder landesunmittelbare Krankenkasse handelt.



Dr. Jürgen Peter
Vorstandsvorsitzender der
AOK – Die Gesundheits-
kasse für Niedersachsen

„Wir sind da“ AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen

„Der Risikostrukturausgleich ist ein großer Gewinn für Patienten und Versicherte in Deutschland. Ohne den Risikostrukturausgleich gibt es keine Solidargemeinschaft. Ohne einen Ausgleich würden Krankenkassen den Wettbewerb nur um junge und gesunde Versicherte mit hohem Einkommen führen. Mit dem Ausgleich wird bessere Versorgung belohnt und Risikoselektion eingeschränkt. Politisch brauchen wir eine Versachlichung der Diskussion darum, wie der RSA weiterentwickelt werden muss. Nur eine möglichst hohe Genauigkeit des RSA garantiert Gerechtigkeit für alle Versicherten.“



VII. Mit Beitragsgeldern verantwortungsbewusst umgehen

Gesundheitspolitische Agenda für die nächste Legislaturperiode:

- ▶ Bundeszuschuss nachhaltig ausgestalten und jährlich dynamisieren
- ▶ Pauschale für ALG-II-Leistungsberechtigte auskömmlich ausgestalten
- ▶ Soziales Entschädigungsrecht nicht zu finanziellen Lasten der GKV reformieren
- ▶ Mindestbemessungsgrundlage für Selbstständige und Existenzgründer absenken
- ▶ Obligatorische Anschlussversicherungen bei fehlendem Kontakt reformieren

Bundeszuschuss verlässlich ausgestalten

In den letzten Jahren unterlag der sogenannte Bundeszuschuss, den die GKV für die Ausführung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben erhält, immer wieder politischen Eingriffen. Eine verlässliche Finanzierungsbasis für die GKV stellt er derzeit nicht dar. Zukünftig muss eine stabile Beteiligung des Bundes an diesen Aufgaben sichergestellt werden. Der Bundeszuschuss darf nicht mehr unter das heutige Niveau sinken und Schwankungen je nach Haushaltslage müssen ausgeschlossen werden. Da auch die Kosten für gesamtgesellschaftliche Aufgaben ansteigen, bedarf es für die Finanzierungsbeteiligung des Bundes einer jährlichen Dynamisierung. Als Faktor für die Dynamisierung eignet sich die Entwicklung der Grundlohnsumme je Mitglied. Diese Veränderungsrate ist bereits heute die Richtgröße für Vergütungsanpassungen bei Leistungserbringern.

Staatliche Finanzierungsverantwortung umsetzen

Nicht nur beim Bundeszuschuss, auch bei anderen gesamtgesellschaftlichen Aufgaben muss der Staat seiner Finanzierungsverantwortung stärker nachkommen. Ein Beispiel ist die unzureichende Übernahme der Krankenversicherungsbeiträge für Arbeitslosengeld-II-Leistungsberechtigte mit der Folge, dass die Solidargemeinschaft der GKV-Bei-

tragszahler ungerechtfertigt belastet wird. Der Bund muss seiner Beitragsverantwortung endlich umfassend gerecht werden und die Pauschale für ALG-II-Empfänger angemessen ausgestalten.

Ein weiteres Beispiel für den Rückzug des Staates aus der Finanzverantwortung droht mit der geplanten Reform des sozialen Entschädigungsrechts. Mit der Schaffung eines Sozialgesetzbuchs XIII in der nächsten Legislaturperiode sollen auch Zuständigkeiten bei der Finanzierung der Kriegsopferversorgung und der Entschädigung der Opfer ziviler Gewalt neu geordnet werden. Hier darf es nicht zu einem Verschiebepbahnhof zulasten der GKV kommen. Die Leistungserbringung der Krankenbehandlung muss weiterhin vollumfänglich als Auftragsleistung der GKV gegen Kostenerstattung und Verwaltungskostenersatz gegenüber den Trägern des sozialen Entschädigungsrechts ausgestaltet werden.

Beitragsgerechtigkeit herstellen

Die Zahl der säumigen Beitragszahler in der GKV und die daraus folgenden Beitragsschulden zulasten der Solidargemeinschaft wachsen seit Jahren stark an. Ein Grund hierfür liegt in Vorschriften des Beitragsrechts, die zu einer Benachteiligung und Überforderung einzelner Versichertengruppen führen. Mit mehr Beitragsgerechtigkeit würde man dem Problem der Beitragsschulden nachhaltig begegnen.

Vor allem die Beitragsbemessungsgrundlagen für selbstständig erwerbstätige Mitglieder in der GKV müssen reformiert werden. Die jetzige Mindestbemessungsgrundlage für diese Versichertengruppe entspricht nicht mehr den veränderten Erwerbsbedingungen am Arbeitsmarkt. Dies lässt sich insbesondere an der Einkommenssituation vieler Solo-Selbstständiger ablesen. Eine Absenkung der Mindestbemessungsgrundlage auf den Wert, der auch für freiwillig versicherte Mitglieder gilt, ist daher dringend notwendig.

Reformbedarf besteht auch bei der Gruppe der in der GKV versicherten Beamtinnen und Beamten. Diese erhalten keine Beihilfezahlungen des Bundes, der Länder oder der Kommunen, müssen in der GKV aber neben dem Arbeitnehmer-Anteil auch den Arbeitgeber-Anteil der Krankenversicherungsbeiträge vollständig selbst finanzieren.

Das Recht auf eine Krankenversicherung für alle Bürgerinnen und Bürger hat sich bewährt. Die AOK steht voll und ganz hinter diesem Prinzip. Dennoch haben sich die seit 2013 geltenden Regelungen bei der sogenannten obligatorischen Anschlussversi-

cherung für Versicherte, zu denen der Kontakt abgebrochen ist, als nicht zielführend erwiesen und zu einem erheblichen Anwachsen der Beitragsschulden geführt. Obligatorische Anschlussversicherungen sollten deshalb nicht eröffnet werden, wenn kein Kontakt zu dem Versicherten besteht beziehungsweise nicht hergestellt werden kann. Im Fall einer bereits bestehenden obligatorischen Anschlussversicherung muss diese beendet werden dürfen, wenn der Versicherte nicht mehr kontaktiert werden kann und Beitragsrückstände von mehr als sechs Monaten existieren. Sollte sich ein betroffener Versicherter nach dem Verstreichen der Frist doch noch bei der Krankenkasse melden, kann er über bereits bestehende Auffangregelungen wieder in der GKV versichert werden. Der Versicherungsschutz ist dadurch weiterhin lückenlos gewährleistet.



Tom Ackermann
Vorstandsvorsitzender
der AOK NORDWEST
- Die Gesundheitskasse

„Wir sind da“ AOK NORDWEST – Die Gesundheitskasse

„Die GKV bildet bundesweit eine starke Solidargemeinschaft. In diese zahlt jeder nach seinem Einkommen ein, unabhängig davon, wie alt er ist, welche Krankheiten er hat oder wie oft er einen Arzt aufsuchen muss. Um dieses fundamentale Prinzip tragfähig zu halten, müssen wir die Beitragssystematik an veränderte Arbeits- und Erwerbsbedingungen anpassen. So muss zum Beispiel auch bei Solo-Selbstständigen die Beitragsbemessungsgrundlage deren tatsächliche finanzielle Leistungsfähigkeit widerspiegeln. Zudem muss auch der Staat seiner Finanzierungsverantwortung für gesamtgesellschaftliche Aufgaben nachkommen – zum Beispiel mit einer auskömmlichen Pauschale für ALG-II-Empfänger.“



VIII. Chancen der Digitalisierung nutzen

Gesundheitspolitische Agenda für die nächste Legislaturperiode:

- ▶ Entscheidungsstrukturen in der Gematik reformieren
- ▶ Haftpflichtversicherung für Hersteller arztsetzender digitaler Medizinprodukte verbindlich vorschreiben
- ▶ Keine zusätzliche Vergütung für Digitalisierung bereits bestehender Prozesse vorsehen
- ▶ Selektivverträge für digitale, auch arztsetzend wirkende Innovationen nutzen
- ▶ Nutzenbewertung für digitale Innovationen einführen
- ▶ Fernbehandlungsverbot lockern

Die rasanten Entwicklungen bei der Digitalisierung bieten für das Gesundheitswesen hervorragende Ansätze, Versorgungsprozesse zu modernisieren und zu vernetzen. Unter der Voraussetzung von Transparenz, vollumfassendem Datenschutz, Datensicherheit und einer bestmöglichen Anwendbarkeit für die Versicherten können mit der Digitalisierung alte Strukturen aufgebrochen und veränderte Versorgungs- und Informationsbedarfe besser berücksichtigt werden. Eine Verbesserung von Versorgungsqualität, Reichweite und Effizienz ist allerdings nur mit bedarfsgerechten und niederschweligen Lösungen zu erreichen. Gleichzeitig ist es erforderlich, dass digitale Anwendungen sicher sind und die gleichen Nutzen-, Qualitäts- und Vergütungskriterien erfüllen wie „traditionelle“ Leistungsangebote.

Mit dem E-Health-Gesetz sollten die Arbeiten auf der Dauerbaustelle Telematik-Infrastruktur beschleunigt werden, doch die zugesagte umfassende Vernetzung von Ärzten, Apotheken und Krankenhäusern wird auch bis Mitte 2018 nicht gelingen. Wichtige Anwendungen wie eine elektronische Patientenakte, die für 2019 vorgesehen war, bleiben weiterhin auf der Strecke. Die zahlreichen rechtlichen Unsicherheiten müssen zudem zügig gelöst werden, um den Versicherten einen vernetzten Zugang zu innovativer Versorgung zu erleichtern.

Strukturen für die Telematik reformieren

Die Vorteile, die eine Vernetzung des Gesundheitswesens mit sich bringt, werden in der Telematik durch nicht funktionierende Entscheidungsstrukturen immer wieder konterkariert. Die Androhung von Sanktionen hat an manchen Stellen zwar zu beschleunigten Entscheidungen geführt, insgesamt hat sich die Situation aber kaum geändert. Daher sollten die bisherigen Entscheidungswege auf den Prüfstand gestellt und optimiert werden.

Während man in anderen Wirtschaftsbereichen darauf baut, dass die Digitalisierung von Prozessen zu Kosteneinsparungen führt, ist die Einführung der Telematik-Infrastruktur im Gesundheitswesen eine Kostenfalle. Wer vernetzte Anwendungen nutzt, sollte auch finanzielle Verantwortung übernehmen, beispielsweise durch die eigene Finanzierung der erforderlichen Hardware. Es darf nicht sein, dass den Beitragszahlern alle finanziellen Risiken der Telematik-Infrastruktur aufgebürdet werden.

Mit einer elektronischen Patientenakte könnte der bessere Austausch von Informationen auch zu einer höheren Versorgungsqualität und einer besseren Arzt-Patienten-Kommunikation führen. Während man in anderen Ländern auf Patientensouveränität setzt, sieht der Gesetzgeber in Deutschland vor, dass medizinische Daten der Behandlungsdokumentation nur in Arztpraxen, Kliniken oder Apotheken eingesehen werden können. Versicherten muss ein direkter und einfacher Zugriff auf die geplante elektronische Patientenakte ermöglicht werden, sodass sie ihre Daten am Ort ihrer Wahl lesen und kommentieren können, um sie dann besser mit dem behandelnden Arzt besprechen zu können. Das geplante Patientenfach ist hierfür keine akzeptable Lösung. Ein sicheres Netz, das Versichertendaten bestmöglich schützt, ist eine zentrale Voraussetzung für die Digitalisierung. Patientinnen und Patienten vor den eigenen medizinischen Daten schützen zu wollen, spricht jedoch für ein falsches Verständnis von Datenschutz.

Rechtssicherheit beim Datenschutz schaffen

In Folge der europäischen Datenschutz-Grundverordnung ist das bestehende nationale Recht zu harmonisieren. Hierbei hat der Gesetzgeber die Handlungsspielräume für die gesetzliche Sozialversicherung sicherzustellen. Dafür muss er kurzfristig die branchenspezifischen Datenschutzregelungen in den Sozialgesetzbüchern (SGB) I und X festlegen und die bereichsspezifischen Gesetzbücher für die Krankenversicherung (SGB V) und die Pflegeversicherung (SGB XI) anpassen. Um hierbei Bestandsschutz für nach altem Recht geschlossene Verträge sicherzustellen, muss der Gesetzgeber die Möglichkeit von Öffnungsklauseln nutzen. Für Forschungs- und Planungsvorhaben der Krankenkassen, die sich aus den Aufgaben des SGB ergeben und dem Zweck der sozialen Sicherung dienen,

müssen vorhandene Daten ohne Hindernisse genutzt werden können. Zusätzlich erforderliche Daten müssen auf Basis einer informierten Einwilligungserklärung jederzeit beim Betroffenen erhoben werden dürfen, ohne dass es einer zusätzlichen Genehmigung durch die Aufsicht bedarf.

Nutzenbewertung für medizinische Apps und digitale Medizinprodukte einführen

In den vergangenen Jahren hat eine rasante Entwicklung im Bereich der Gesundheits-Apps stattgefunden. Im Rahmen von Selektivverträgen haben die gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit, diese Apps zu erproben. Leider besteht nach wie vor noch keine vollständige Rechtssicherheit bei haftungsrelevanten Fragen im Zusammenhang mit der Anwendung dieser digitalen Versorgungsprodukte. Dies führt vielfach dazu, dass Innovationen nicht schnell genug in der Praxis ankommen oder gänzlich blockiert werden.

Es ist erforderlich, dass bei arztersetzenden digitalen Medizinprodukten durch den Hersteller eine verpflichtende Haftpflichtversicherung besteht, wie sie durch die Berufshaftpflicht der Ärzte sichergestellt ist. Weiterhin muss es künftig möglich sein, dass im Rahmen von Selektivverträgen digitale, auch arztersetzend wirkende Innovationen zur Anwendung kommen. Für diese müssen die gleichen Regelungen wie für alle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gelten. Eine Nutzenbewertung durch den GBA muss verpflichtend sein.

Fernbehandlungsverbot lockern

Digitale, telemedizinische Ansätze sind auf dem Vormarsch. Sie können, verantwortungsvoll genutzt, eine wichtige Ergänzung zur möglichst flächendeckenden Vor-Ort-Versorgung der Patientinnen und Patienten sein. Die Nutzung telemedizinischer Leistungen ist auch eine Option, um bestehender Über- und Unterversorgung im Gesundheitswesen entgegenzuwirken. Das derzeit geltende Fernbehandlungsverbot ohne ärztlichen Erstkontakt hemmt den Ausbau telemedizinischer Leistungen und lässt viel von diesem Potenzial ungenutzt. Daher ist eine Lockerung des Fernbehandlungsverbots notwendig.

Übermittlung von Verordnungsdaten modernisieren

Handschriftlich ausgestellte Verordnungen oder ein Ausdruck einer mit wenig oder ohne Software-Unterstützung erfassten medizinischen Verordnung sind eine erste Fehlerquelle im Behandlungsprozess. Die daraus resultierenden Unsicherheiten über

den Inhalt der Verordnung führen zu erhöhtem Abstimmungsbedarf zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen und verzögern die weitere Behandlung von Patientinnen und Patienten. Deshalb sollte künftig die Übermittlung von Verwaltungsdaten zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen auf ausschließlich elektronischem Weg möglich sein.

Digitale Angebote durch vereinfachte Schriftform ausbauen

Ein wesentliches Hindernis für den weiteren Ausbau digitaler Angebote durch die Krankenkassen besteht darin, dass als elektronisches Äquivalent der Schriftform ausschließlich die qualifizierte elektronische Signatur zugelassen ist. Diese müssen Versicherte auf eigene Kosten anschaffen. Aus diesem Grund ist die Signatur in der Bevölkerung nur wenig verbreitet. Einwilligungserklärungen für digitale Angebote müssen daher durch den Versicherten in Papierform erteilt und unterschrieben werden. Das ist ein Bruch im digitalen Prozess und hat in einem zunehmend vernetzten Gesundheitswesen keinen Bestand. Deshalb müssen in der Sicherheit gleichwertige, aber nutzerfreundlichere Alternativen zur bestehenden qualifizierten elektronischen Signatur entwickelt und für die Bevölkerung nutzbar gemacht werden.



Frank Michalak
Vorstandsvorsitzender
der AOK Nordost -
Die Gesundheitskasse

„Wir sind da“ AOK Nordost - Die Gesundheitskasse

„Unser Gesundheitswesen braucht den digitalen Wandel. Für die Menschen - Jung und Alt - können sich daraus große Vorteile ergeben. Sie entscheiden aber selbst, was sinnvoll ist und erfolgreich wird. Sie allein bestimmen über ihre Daten und deren Verwendung. Unsere Verantwortung als AOK besteht bei diesen Entwicklungen aber nicht im Zuwarten auf passende Rahmenbedingungen. Denn wir als AOK sehen die digitalen Lebensrealitäten. Wir wollen die Inhalte im Sinne von Qualität und Wirtschaftlichkeit angehen. Wir möchten diese Veränderungsprozesse aktiv mitgestalten.“



IX. Gesundheitlichen Verbraucherschutz ausbauen

Gesundheitspolitische Agenda für die nächste Legislaturperiode:

- ▶ Patientenrechte weiterentwickeln und steuerfinanzierten Patientenentschädigungs- und -härtefallfonds einführen
- ▶ Faire Preise bei zahnärztlichen Leistungen sicherstellen
- ▶ Obligatorische Prüfung der Gesundheitsfolgen bei allen Gesetzgebungsverfahren einführen
- ▶ Gesundheitsberichterstattung in den Ländern und Kommunen vereinheitlichen
- ▶ Quersubventionierung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) beenden
- ▶ Gesundheitskompetenz in allen Lebenswelten fördern
- ▶ Auf Kinderwerbung für ungesunde Lebensmittel im TV und Internet verzichten
- ▶ Verbraucherorientierte Lebensmittelkennzeichnung einführen

Rechte der Versicherten stärken

Patientenrechte sind eine elementare Grundlage für eine bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte Behandlung. 2013 ist es nach 20-jährigem Ringen um ein Patientenrechtsgesetz endlich gelungen, die durch die Rechtsprechung bereits verbrieften Rechte gesetzlich zu kodifizieren. Es ist nun an der Zeit, die seitdem gemachten Erfahrungen mit der Durchsetzung von Schadenersatzansprüchen aufzugreifen und die gesetzlich verankerten Patientenrechte weiterzuentwickeln.

Für Patientinnen und Patienten gibt es nach wie vor hohe Hürden bei der Wahrnehmung ihrer Rechte. Deshalb müssen beispielsweise Behandlungsfehler schneller und patientenorientierter reguliert werden. Notwendig dafür sind gesetzliche Änderungen bei der Hinweispflicht des Behandlers auf einen Behandlungsfehler, der Qualität von Gutachten, der Zulassung von Privatgutachtern, der Verfahrensbeschleunigung sowie der Beweislastverteilung zwischen Arzt und Patient. Auch die Informationspflichten gegenüber den Versicherten, beispielsweise welchen Nutzen eine Untersuchung hat



Günter Wältermann
Vorstandsvorsitzender der
AOK Rheinland/Hamburg
- Die Gesundheitskasse

„Wir sind da“ AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse

„Starke Rechte für Patientinnen und Patienten sind wesentlich für eine qualitativ hochwertige, bedarfs- wie bedürfnisgerechte und sichere Gesundheitsversorgung. Eine aktive Beteiligung der Patienten und Versicherten in der Ausgestaltung der Versorgung ist ein Garant dafür, dass sie patientenorientierter wird. Behandlungsfehler müssen schneller und patientenorientiert reguliert werden. Wir wollen die Stimme der Patienten und Versicherten stärken und eine neue Beteiligungskultur fördern, damit eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung gelingt. Dabei kommt der Selbstverwaltung der Krankenkassen durch Arbeitgeber und Versicherte eine zentrale Rolle zu.“

oder warum diese von der Krankenkasse nicht übernommen wird, müssen im Patientenrechtegesetz verbindlich geregelt werden.

Bis die Hürden im Behandlungsfehlernachweis wirksam reduziert werden, bedarf es einer Übergangslösung. In einem zeitlich begrenzten Modellversuch muss erprobt werden, ob durch einen „Patientenentschädigungs- und -härtefallfonds“ zumindest die finanziellen Lasten für die betroffenen Versicherten bis zum Abschluss der Verfahren verringert werden können. Dieser Fonds ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und durch den Bundeshaushalt zu finanzieren.

Faire Preise bei zahnärztlichen Leistungen sicherstellen

Die umfassenden Leistungen der GKV zur zahnmedizinischen Versorgung haben dazu beigetragen, dass heute viel mehr Menschen gesündere Zähne haben als jemals zuvor in Deutschland. Doch immer mehr Versicherte müssen höhere Kosten übernehmen, um die vom behandelnden Zahnarzt empfohlenen und von ihnen gewünschten Leistungen, gerade im prothetischen Bereich, zu erhalten. Das trifft vor allem auf privat zu zahlende Leistungen zu, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen oder außerhalb des Festzuschuss-Systems liegen. Um die Verbraucherrechte der Patientinnen und Patienten gegenüber den Zahnärzten zu stärken, müssen die Steigerungssätze der Gebührenordnung für Zahnärzte für Leistungen bei GKV-Versicherten begrenzt werden. Zumindest aber darf die vom Versicherten in Anspruch genommene Mehrleistung nicht dazu führen, dass die gesamte Versorgung privat abgerechnet wird.

Gesundheitsförderung als übergreifendes Politikfeld ausbauen

Vorsorgen ist besser als heilen. Diesen Grundsatz lebt die AOK-Gemeinschaft seit vielen Jahren und setzt sich mit zahlreichen innovativen Angeboten für die Gesunderhaltung

ein. Mit dem Präventionsgesetz 2015 ist jedoch deutlich geworden, dass Prävention fälschlicherweise als eine rein medizinische Dimension betrachtet und der GKV die Hauptverantwortung für die Gesunderhaltung der Bevölkerung zugewiesen wird. Falls es in der kommenden Wahlperiode nicht gelingt, Prävention und Gesundheitsförderung zu einem sektorenübergreifenden Politikfeld auszubauen und alle politischen Ressorts und Akteure in die Verantwortung zu nehmen, werden die jetzt anlaufenden, von der GKV finanzierten Präventionsaktivitäten auf Landesebene ein Tropfen auf dem heißen Stein bleiben.

Prävention und Gesundheitsförderung müssen künftig in allen Politikfeldern – zum Beispiel Bildung, Bauen, Verkehr, Landwirtschaft/Ernährung, Verbraucherschutz – eine Rolle spielen. Deshalb muss bei jedem Gesetzgebungsverfahren regelmäßig vorab geprüft werden, welchen Einfluss die geplanten Maßnahmen konkret auf die Gesundheit der Bevölkerung haben. Bereits heute wird diese Folgenabschätzung erfolgreich genutzt, um Bürokratiekosten zu erfassen. Zusätzlich muss das Präventionsgesetz weiterentwickelt werden, damit im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz weitere Ressorts auf Bundesebene, insbesondere das Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft, in die Verantwortung für eine gesamtgesellschaftliche Lösung zur Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention genommen werden.

Politische Entscheidungen zur Bevölkerungsgesundheit müssen auf einer fundierten Datenbasis unter Berücksichtigung der Gewichtung aller relevanten Einflussfaktoren erfolgen. Dazu gehört unter anderem auch, die Gesundheitsberichterstattung in den Ländern und Kommunen auf eine einheitliche und vergleichbare Datengrundlage zu stellen und diese zu stärken.

Mit dem Präventionsgesetz wurden Aufgaben der Krankenkassen bei der Gesundheitsförderung in Lebenswelten an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) übertragen und mit Mitteln der Sozialversicherung finanziert. Dies ist nach wie vor rechtlich höchst bedenklich und ein ordnungspolitischer Sündenfall. Die BzGA ist eine unmittelbare Behörde des Bundes. Wenn der Bund sie als Akteur bei der Gesundheitsförderung enger einbinden will, muss er die Finanzmittel auch bereitstellen – schon um dadurch seine politische Verantwortung zu unterstreichen.

Gesundheitskompetenz stärken

Das Wissen der Versicherten um ihre Gesundheit sowie ihre Fähigkeit, hier kompetente Entscheidungen zu treffen, sind elementare Voraussetzungen für ein gesundes Leben. Eine gesamtgesellschaftliche Förderung von Gesundheitskompetenz in allen Lebenswelten ist als wichtiger Baustein für Gesundheitsförderung und Prävention zu verankern. Deshalb muss Gesundheitskompetenz so früh und so umfassend wie möglich über

das Erziehungs- und Bildungssystem vermittelt werden. Als Gegengewicht zu werblichen Informationen braucht es zielgruppenspezifische, evidenzbasierte und verständliche Gesundheitsinformationen. Sie müssen als Mindeststandard in Präventionsangeboten und im Kontext chronischer Erkrankungen umgesetzt werden und individuelle Gesundheitsentscheidungen unterstützen können.

Auf Kinderwerbung für ungesunde Lebensmittel verzichten

In Deutschland muss auf an Kinder gerichtete Werbung für ungesunde Lebensmittel verzichtet werden. In mehreren europäischen Ländern sowie Kanada bestehen bereits Verbote jeglicher Werbung für Kinder beziehungsweise entsprechende Einschränkungen. Auch die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt eine Einschränkung des Kindermarketings. In Deutschland wird diese Forderung unter anderem von zahlreichen medizinischen Fachgesellschaften unterstützt.

Verständliche Lebensmittelkennzeichnung einführen

Außerdem muss eine für Verbraucher verständliche Lebensmittelkennzeichnung zwingend umgesetzt werden. Eine laienverständliche Lebensmittelkennzeichnung, zum Beispiel mittels des Ampelsystems, ist eine der wesentlichsten Maßnahmen, mit denen Kaufentscheidungen in Richtung gesünderer Lebensmittel positiv beeinflusst werden können.



Ralf Dralle

Vorstandsvorsitzender
der AOK Sachsen-Anhalt
- Die Gesundheitskasse

„Wir sind da“ AOK Sachsen-Anhalt - Die Gesundheitskasse

„Gesund bleiben ist angenehmer als gesund werden. Prävention spielt deshalb bei uns eine enorm wichtige Rolle. Mit unseren Angeboten orientieren wir uns an den konkreten Lebenssituationen unserer Versicherten. Zum einen erfahren Kinder in unseren Projekten ‚Bauernpaten‘ und ‚Gesundes Frühstück‘, woher die Lebensmittel kommen, wie sie hergestellt werden und welche Lebensmittel gesund sind. Zum anderen unterstützen wir auch Unternehmen und Beschäftigte mit der betrieblichen Gesundheitsförderung in ihrem Arbeitsumfeld. Die AOK macht Deutschland gesünder. Jetzt muss noch die Politik aktiver werden und stärker Verantwortung übernehmen: für mehr Gesundheitsförderung, Prävention und Chancengleichheit sozial benachteiligter Kinder.“

www.gesunde-wahl.de

A rbeitsgemeinschaft der	<i>Association of the</i>
W issenschaftlichen	<i>Scientific</i>
M edizinischen	<i>Medical</i>
F achgesellschaften e.V.	<i>Societies in Germany</i>



Positionen der AWMF zur Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl 2017

Evidenzbasierte Medizin - die Basis einer guten Gesundheitspolitik

Im Mittelpunkt einer patientenorientierten Gesundheitspolitik steht die Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung für alle Menschen in Deutschland. Die Gesundheitspolitik muss sich an empirisch belegten Fakten orientieren, denn nur eine evidenzbasierte Medizin sichert die Qualität der Versorgung und nur eine evidenzbasierte Gesundheitspolitik kann dafür die Rahmenbedingungen setzen. Eine gute medizinische Versorgung setzt eine qualitativ hochwertige Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie medizinische Forschung auf international kompetitivem Niveau voraus. Für ein zukunftsorientiertes, nachhaltiges und effektives Gesundheitssystem für Deutschland fordert daher die AWMF:

1. Intensive Kooperation der Gesundheitspolitik mit der wissenschaftlichen Medizin
2. Unabhängige Finanzierung der Entwicklung und Implementierung von Leitlinien
3. Koordination des Infektionsschutzes zwischen Humanmedizin und Tiermedizin
4. Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Gesundheitsforschung
5. Personalentwicklung und Nachwuchsförderung in der Medizin

Für die Gesundheitsgesetzgebung sollten ähnlich hohe Maßstäbe gelten wie für die medizinische Versorgung. Bevor neue Wege zur Verbesserung der medizinischen Versorgung eingeschlagen werden, ist anhand überprüfbarer Fakten nachzuweisen, dass die gesetzgeberischen Maßnahmen ausreichend, notwendig und zweckmäßig sind. Die AWMF bietet hierzu gern ihre Unterstützung an.

1. Intensive Kooperation der Gesundheitspolitik mit der wissenschaftlichen Medizin

Bei gesundheitspolitischen Entscheidungen ist darauf zu achten, dass hierbei die vorhandene fachliche Kompetenz angemessen berücksichtigt wird (Bund, Länder, Selbstverwaltung, Medizinische Wissenschaft). Dabei sollten die AWMF und die in ihr organisierten Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften häufiger und zu einem früheren Zeitpunkt als bisher einbezogen werden. In der AWMF sind alle medizinischen Fächer, die meisten interdisziplinären Themenbereiche und neben Ärzten auch viele weitere Gesundheitsberufe in insgesamt 177 Fachgesellschaften vertreten.

Einzelforderungen und Belege/Zitate:

1. Damit innerhalb der Selbstverwaltung adäquate Entscheidungen getroffen werden können, sollte das Bundesministerium für Gesundheit nur eine Rahmenaufsicht ausüben¹.
2. Die AWMF und die thematisch befassten Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind in Gesetzesvorhaben rechtzeitig und mit einer angemessenen Kommentierungsfrist von mindestens 4 Wochen einzubeziehen. Stellungnahmefristen von

¹ Siehe kritische Bewertung unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/186093/GKV-Selbstverwaltungsstaerkungsgesetz-Bundestag-winkt-Gesetz-durch>

einer Woche wie beim Referentenentwurf des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (PrävG) oder dem Regierungsentwurf zu Pflegepersonaluntergrenzen erlebt, sind nicht zielführend^{2,3}, da ein substantieller, wissenschaftsgestützter Beitrag so kurzfristig kaum möglich ist.

3. Zu bestimmten medizinisch wissenschaftlichen Themen und Rahmenbedingungen“ sollte ein regelmäßiger Austausch zwischen der Wissenschaftlichen Medizin und der Politik stattfinden in Bezug auf erforderliche Maßnahmen, deren Umsetzung und Evaluation im Sinne einer evidenzbasierten Gesundheitsversorgung⁴. Dieser Austausch erscheint besonders wichtig für die medizinische Ausbildung, die Arbeitsbedingungen von wissenschaftlich tätigen Medizinerinnen und anderen wissenschaftlich tätigen Gesundheitsberufen, die Bewertung von Innovationen sowie die Begleitung der in dieser Legislaturperiode durch Gesetzesvorhaben adressierten Themen wie Prävention oder Organisation der stationären und ambulanten Versorgung. Dies schließt auch eine angemessene Beteiligung bei den Beratungen und Entscheidungen der Selbstverwaltung mit ein⁵.
4. Die Bewertung von neuen Arzneimitteln und Medizinprodukten muss von den Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften aufgrund ihrer Fachexpertise begleitet werden; diese ist bereits für die Festlegung der adäquaten Vergleichstherapie und der zu bildenden Subgruppen erforderlich⁶. Auch dazu sind Kommentierungsfristen nötig, die eine Abstimmung innerhalb der Medizinischen Wissenschaft ermöglichen. Konkret halten wir es für unerlässlich, zu allen Berichten des IQWiG Stellung nehmen zu können, inkl. der Addenda zu Nutzenbewertungen von Arzneimitteln oder Medizinprodukten. Im Hinblick auf adäquate Endpunkte sollte die Morbidität und Lebensqualität abhängig von der Erkrankung und ihrer Prognose gleichrangig wie die Mortalität bewertet werden.^{7,8}
5. Die Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind ebenso bei der Ausgestaltung der gesetzlichen Maßnahmen zur Qualitätssicherung und –Förderung angemessen zu beteiligen – insbesondere durch das IQWiG. Die AWMF empfiehlt auch hier eine frühzeitige Beteiligung, z.B. in Form von Fokusgruppen.⁹
6. Bei der Ausgestaltung europäischer Vorgaben sollten Vertreter der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften über die AWMF als Dachorganisation ebenfalls frühzeitig beteiligt werden¹⁰.

² Nothacker, Kopp, Selbmann, Stellungnahmen der wissenschaftlichen Fachgesellschaften - Zwischenbilanz und weitere Entwicklungen, 2013 <http://www.egms.de/static/de/journals/awmf/2013-10/awmf000285.shtml>

³ Einladung am 4.5.17 zur Sitzung am 17.5. mit Möglichkeit der Stellungnahme bis 12.5.

<https://www.bundestag.de/ausschuesse18/a14/anhoeerungen/pflegepersonaluntergrenzen-inhalt/504692>

⁴ Siehe: Wissenschaftsrat. Wissens- und Technologietransfer als Gegenstand institutioneller Strategien

Positionspapier. 10/16 <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/5665-16.pdf> insbesondere II Beraten als Handlungsfeld der Wissenschaft

⁵ Siehe: Wissenschaftsrat. Perspektiven der Universitätsmedizin. Positionspapier 2016

<https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/5663-16.pdf>

⁶ Siehe Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften zum Verfahren der Frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln nach §35a SGBV und aufgrund des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) von 2010 vom 24.02.2015 <http://www.awmf.org/die-awmf/awmf-stellungnahmen.html>

⁷ Siehe auch Bericht Ad hoc Kommission Nutzenbewertung der AWMF: „Frühe Nutzenbewertung 2011-2016“ Analysen und Impulse und Positionspapier 5/17 <http://www.awmf.org/medizin-versorgung/nutzenbewertung.html>

⁸ Zu Problematik der fehlenden Evidenz für besondere Patientengruppe und der dafür besonders wichtigen Fachexpertise siehe: Stellungnahme der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV (AM-VSG) vom 25. 07. 2016 <http://www.awmf.org/die-awmf/awmf-stellungnahmen.html>

⁹ Hier könnte - in Analogie des Vorschlags der AWMF zum AMNOG - der Vorgehensweise des AQUA-Instituts gefolgt werden siehe: AQUA- Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH. Allgemeine Methoden im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V. Version 3.0. 2013 S. 49
10 Stellungnahme der AWMF zu Normierungsvorhaben des Europäischen Komitee für Normung (Comité Européen de Normalisation - CEN) vom 15. 5. 2014

2. Unabhängige Finanzierung der Entwicklung und Implementierung von Leitlinien

Leitlinien fassen das medizinische Wissen auf dem jeweils aktuellen Stand zusammen und liefern damit die Basis für ärztliche Entscheidungen zum Wohl des einzelnen Patienten. Ihre Inhalte werden als Handlungsempfehlungen im interdisziplinären Konsens im Sinne eines Wissensmanagement-Service von den in der AWMF organisierten Fachgesellschaften geliefert. Die Erstellung von Leitlinien und deren Umsetzung in die Praxis bedürfen einer nachhaltigen unabhängigen Finanzierung.

Einzelforderungen und Belege/Zitate:

1. Die AWMF unterstützt eine unabhängige Finanzierung von Leitlinien, zum Beispiel in Form eines Fonds für Leitlinien, in den alle Institutionen einzahlen, die von der Leitlinienerstellung profitieren. Die AWMF wird dafür Sorge tragen, dass die Art der Finanzierung und die Organisation der Leitlinienerstellung mit einem angemessenen Interessenkonfliktmanagement einhergehen. Die Mittel sollten kriteriengestützt, orientiert an den Erfordernissen der Versorgungsverbesserung vergeben werden. (siehe z.B.¹¹)
2. Die AMWF regt an, grundsätzlich einen Teil der Mittel des Innovationsfonds für Projekte zur Leitlinienimplementierung und -evaluierung bereit zu stellen. Dies beinhaltet auch das Aufgreifen neuer Formate im digitalen Zeitalter. Um die Implementierung von Leitlinien zu fördern, sind Ausschreibungen wie die zu Implementierungsmaßnahmen für die S3-Leitlinie Alkohol und Tabak zielführend, da so die Evidenzbasierung von Maßnahmen gefördert wird¹².

3. Koordination des Infektionsschutzes zwischen Humanmedizin und Tiermedizin

Der unkritische Einsatz von Antibiotika in Medizin und Landwirtschaft hat Infektionen mit antibiotikaresistenten Keimen zu einem Gesundheitsproblem ersten Ranges gemacht. Die Eingrenzung des Antibiotikaeinsatzes zugunsten weniger schädlicher Hygienemaßnahmen und die Entwicklung neuer Antiinfektiva mit staatlicher Förderung sind dringend erforderlich.

Einzelforderungen und Belege/Zitate:

1. Die AWMF unterstützt die Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie – DART 2020. Eine Strategie kann langfristig nur sektorenübergreifend zum Erfolg führen. Hierzu muss der Austausch von Human- und Veterinärmedizin gestärkt werden. Dies bedeutet für die AWMF – in Einklang mit der „One Health Strategie“ - die Einbeziehung aller Akteure (aus der Humanmedizin, Veterinärmedizin und Pflege) sowie die Schaffung von definierten Plattformen für einen gemeinsamen Austausch, deren Moderation die AWMF

¹¹ Bestandsaufnahme, Bedarfsanalyse und notwendige Verbesserungen für die Entwicklung und Überarbeitung der Leitlinien in der Infektionsmedizin in Deutschland . Positionspapier der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (Kommission ART) beim Robert Koch-Institut http://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/ART/Positionspapier/Positionspapier_Leitlinien-in-der-Infektionsmedizin.html

¹² DLR: Entwicklung von Umsetzungsstrategien zur Implementierung und Evaluation der S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“, 2016 http://www.dlr.de/pt/desktopdefault.aspx/tabid-9471/19680_read-47382/

gern unterstützen wird¹³. Die AWMF empfiehlt weiterhin, auch Viren bei der DART in den Blick zu nehmen¹⁴.

2. Die Sensibilisierung zur Infektionsprävention und Krankenhaushygiene beginnt schon in der Ausbildung, daher müssen diese Themen einen höheren Stellenwert im Rahmen des Medizinstudiums erhalten. Die Medizinischen Fakultäten benötigen Lehrstühle für Hygiene, um Forschung und Lehre auf dem Gebiet der Hygiene sicherzustellen und die Facharztweiterbildung zum Arzt für Hygiene und Umweltmedizin zu ermöglichen¹⁵.

4. Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Gesundheitsforschung

Die Arzneimittelgesetzgebung und Medizinproduktegesetzgebung der letzten Jahre haben zunehmend höhere Hürden für die akademische klinische Forschung aufgebaut. Damit drängende Forschungsfragen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung wieder bearbeitet werden können, benötigt die akademische klinische Forschung erleichterte Rahmenbedingungen.

Einzelforderungen und Belege/Zitate:

1. Die AWMF tritt für eine Ausweitung der Förderung von gemeinsamen Entwicklungsprojekten von akademischer Medizin und Gesundheitswirtschaft durch das BMBF zu versorgungsrelevanten Themen ein.
2. Darüber hinaus ist eine substantielle finanzielle Förderung von klinischen Studien erforderlich, die sich am Bedarf der Bevölkerung orientieren unter Priorisierung von Forschungsfragen mit patientenrelevanten Endpunkten. Für die Durchführung solcher Studien benötigen die klinischen Forscher Zeit, die bei der aktuellen Arbeitsverdichtung kaum zu realisieren ist. Diese Studien sind zum großen Teil nicht im Fokus der forschenden Industrie, hierfür müssen ausreichend öffentliche Mittel zur Verfügung stehen.¹⁶
3. Die AWMF steht für die Beratung des BMBF und BMG zu Gesundheitsforschungsprogrammen der Bundesregierung (Forschung für die Gesundheit der Menschen) zur Verfügung: mit den Vertretern der Fachgesellschaften in der AWMF verfügt die AWMF über hochrangige Experten auf dem Gebiet der medizinischen Forschung. Die AWMF kann darüber hinaus moderierend tätig werden bei der Erarbeitung eines fachübergreifenden Konzepts¹⁷.
4. Die AWMF setzt sich für eine Erleichterung der klinischen Forschung ein durch Einrichtung eines nationalen Entschädigungsfonds, einheitliche Gebührenordnung für

¹³ Siehe DART 2020 – Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie v.a. Ziel 1+6 <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/antibiotika-resistenzen/antibiotika-resistenzstrategie.html> und Bericht DART 2020 vom Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft sowie das Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2015 ebda (Dort auch Absicht der Zusammenarbeit mit der AWMF und AWMF als ständiger Gast der Kommission ART explizit genannt)

¹⁴ Siehe Kommentar der AWMF zum DART (Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie)-Entwurf des BMG vom November 2013 <http://www.awmf.org/medizin-versorgung/stellungnahmen.html>

¹⁵ 2011 Stellungnahme des Arbeitskreises „Krankenhaus- und Praxishygiene“ der AWMF http://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Stellungnahmen/Krankenhaushygiene/Aerztmangel_in_der_Krankenhaushygiene.pdf

¹⁶ Bericht des Ausschusses für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung (18. Ausschuss) gemäß § 56a der Geschäftsordnung Technikfolgenabschätzung (TA)- Innovationsreport. Stand und Bedingungen klinischer Forschung in Deutschland und im Vergleich zu anderen Ländern unter besonderer Berücksichtigung nichtkommerzieller Studien (2010)

¹⁷ Siehe Positionspapier Wissenschaftsrat unter ⁴

klinische Studien, mit der die erforderlichen Ausgaben real abgedeckt werden können¹⁸, sowie Abbau von Bürokratie beim Strahlenschutz mit Zusicherung fester Fristen¹⁹, um eine Verzögerung von Studienvorhaben durch fehlende Strahlenschutzvoten zu vermeiden.

5. Für die Versorgungsforschung werden mehr qualitätsgesicherte, prospektiv geplante Register benötigt, die öffentlich zugänglich sind. Parallel dazu sollte die Entwicklung von Methoden zur Biasreduktion bei der Analyse von Risikofaktoren und Therapieeffekten aus Registerdaten gefördert werden. Eine wissenschaftliche Auslotung der Möglichkeiten der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung über Routinedaten sollte in adäquaten Forschungsprojekten realisiert werden²⁰.
6. Für die Grundlagenforschung werden einfachere regulatorische Rahmenbedingungen für explorative Studien benötigt (z.B. bundesweit gültige Akkreditierung bestimmter Forschungsmethoden statt einzelner Studien, vereinfachtes Verfahren bei Verwendung von zugelassenen Arzneimitteln in IITs). Fortschritte in der Deregulation des AMG oder MPG betreffen bisher nur konfirmatorische Zulassungsstudien. Die Umsetzung eines rationalen Tierschutzes sollte ohne Zunahme von Bürokratie erfolgen^{21,22,23}.

5. Personalentwicklung und Nachwuchsförderung in der Medizin

Die Approbationsordnungen für Ärzte und für Zahnärzte stehen zur Revision an. Zu einer Reform mit Augenmaß anhand erprobter Modelle gehören ein gemeinsames Grundstudium beider Berufsgruppen, die Qualitätssicherung durch Staatsprüfungen nach Grund- und Hauptstudium sowie definierte Schnittstellen vom Studium zur Weiterbildung. Dabei sind einerseits eine intensivere Ausbildung in der ambulanten Medizin in Lehrpraxen und Hochschulambulanzen und andererseits der Aufbau von Karrierepfaden für Ärzte und medizinische Wissenschaftler durch ausreichende finanzielle Mittel sicherzustellen. Weiterhin müssen die Zahl der Studienplätze sowie die Personalschlüssel in der Pflege/dem Hebammenwesen an die steigenden Anforderungen im Gesundheitswesen angepasst werden.

Einzelforderungen und Belege/Zitate:

1. Die Approbationsordnungen für Ärzte und für Zahnärzte sollte revidiert werden. Aus Sicht der AWMF braucht es einen Common Trunk in der Vorklinik, danach sind separate Studiengänge zielführend. Eine Spezialisierung innerhalb des Common Trunk sollte im Rahmen eines umfangreichen Wahlpflichtbereichs (Zahnmedizin bzw. verschiedene Teilbereiche der Humanmedizin) ermöglicht werden²⁴.

¹⁸ 2015 Stellungnahme des Netzwerks der Koordinierungszentren für Klinische Studien (KKS-Netzwerk), des MFT Medizinischer Fakultätentag e.V., des Verbands der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD), der TMF – Technologie- und Methodenplattform für die vernetzte medizinische Forschung e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS) e.V. zu dem Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für einen Entwurf eines Vierten Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften; Bearbeitungsstand <http://www.mft-online.de/presse-standpunkte/telegramm/stellungnahme-referentenentwurf-viertes-gesetz-zur-aenderung-arzneimittelrechtlicher-und-anderer-vorschriften>

¹⁹ 2016 Stellungnahme der AWMF zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Neuordnung des Rechts zum Schutz vor der schädlichen Wirkung ionisierender Strahlung vom 14. 9. 2016 <http://www.awmf.org/die-awmf/awmf-stellungnahmen.html>

²⁰ Euro Diabetes Index 2014: <http://www.healthpowerhouse.com/files/EDI-2014/EDI-2014-report.pdf>

²¹ http://www.nlt.de/pics/medien/1_1463580954/PM_Nr._10_-_Tierschutz-Verbandsklagerecht_bringt_Buerokratie_aber_keinen_Mehrwert_fuer_den_Tierschutz.pdf

²² http://www.dzg-ev.de/de/aktuelles/mitteilungen/stellungnahme_leopoldina.pdf,

²³ Tukey, John W.: *Exploratory data analysis*. Addison-Wesley 1977

²⁴ Siehe Stellungnahme der AWMF zum Referentenentwurf einer Verordnung zur Neuregelung der zahnärztlichen Ausbildung vom 1. 12. 2016 und Stellungnahme der AWMF zum "Masterplan Medizinstudium 2020" vom 30.07.2015

2. Die Aufnahme des Lernziels „die wissenschaftliche methodische Basis der medizinischen Fächer“ in den §1 Abs. 1 Satz 4 der AppO ist dringend erforderlich (einzufügen als dritter Spiegelstrich, zwischen „das Grundlagenwissen über die Krankheiten und den kranken Menschen“ und „die für das ärztliche Handeln allgemein erforderlichen Kenntnisse ...“). Leistungsnachweise zur wissenschaftlich-methodischen Grundausbildung im vorklinischen und klinischen Studienabschnitt erscheinen zur Erlangung der Schlüsselkompetenz Wissenschaftskompetenz eine unabdingbare Voraussetzung²⁵.
3. Die AWMF empfiehlt ein bundesweit einheitliches M1-Examen nach dem 4. Semester inkl. Verifizierung der Famulatureife und dafür eine Verlagerung einiger Lehrinhalte in das 3. Studienjahr (Pathophysiologie, Pathobiochemie). Es sollte eine fachspezifische Ergebnisdokumentation aus allen schriftlichen Examina (M1 und M2) zur Qualitätssicherung der Lehre in allen Medizinischen Fächern erfolgen²⁶.
4. Die Abbildung sämtlicher Lehraufgaben sollte realitätsnah in der Berechnung des Lehrdeputats erfolgen und entsprechend in die Regellehrverpflichtung der Länder eingehen. Neu erprobte und bewährte Strukturen zur Verbesserung der Lehre sollten dauerhaft durch die Grundausstattung der Hochschulen und nicht durch temporäre Fördermittel finanziert werden, die auch die Förderung übergeordneter Konzepte auf Systemebene einschließen sollte, um eine nachhaltige Verbesserung der Lehre zu erreichen.²⁷
5. Die Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften bieten an, das IMPP bei der Überarbeitung der Gegenstandskataloge und der Entwicklung neuer Prüfungsformen zu beraten²⁸.
6. Aufbauend auf dem NKLM und NKLZ sollten klar Wissens- und Fertigungs-Schnittstellen vom Studium zur Weiterbildung definiert werden²⁹.
7. Zur Nachwuchsförderung sollten verstärkt Karrierepfade für den Mittelbau geschaffen werden (Ärzte und andere Biowissenschaftler). Für langfristige Karriereperspektiven im akademischen Mittelbau ist eine Revision des WissZeitVG nötig^{30,31}.
8. Die Einführung von Qualitätsstandards ist auch für die nichtstaatliche Mediziner Ausbildung unerlässlich.³²

²⁵ Siehe Stellungnahme der AWMF zum "Masterplan Medizinstudium 2020": Wissenschaftskompetenz ist eine Schlüsselqualifikation für jede ärztliche Tätigkeit vom 5. 11. 2016 <http://www.awmf.org/die-awmf/awmf-stellungnahmen.html>

²⁶ Siehe Stellungnahme der AWMF zum "Masterplan Medizinstudium 2020" vom 30.07.2015

²⁷ Wissenschaftsrat, Strategien für die Hochschullehre, Positionspapier 5/17
<https://www.wissenschaftsrat.de/index.php?id=1380&L=>

²⁸ Siehe Stellungnahme der AWMF zum "Masterplan Medizinstudium 2020" vom 30.07.2015

²⁹ NKLM 2015 http://www.nklm.de/files/nklm_final_2015-07-03.pdf

³⁰ Wissenschaftsrat, Perspektive Universitätsmedizin vom 21.10.2016

<https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/5663-16.pdf>

³¹ PM des DHV vom 09.10.2012

[https://www.hochschulverband.de/pressemitteilung.html?&cHash=e076bd28a5f59ec0ad6e035a1da67499&tx_ttnews\[tt_news\]=141#](https://www.hochschulverband.de/pressemitteilung.html?&cHash=e076bd28a5f59ec0ad6e035a1da67499&tx_ttnews[tt_news]=141#)

³² Siehe Stellungnahme der AWMF zur "nichtstaatlichen Mediziner Ausbildung" vom 15.03.2016 <http://www.awmf.org/die-awmf/awmf-stellungnahmen.html>

Nachsatz:

Die AWMF hat aus der Leitlinienarbeit umfangreiche Erfahrung in der Moderation von Konsensusprozessen ihrer 177 Mitgliedsgesellschaften, die das gesamte Spektrum der Wissenschaftlichen Medizin abdecken. Damit bietet die AWMF der Wissenschafts- und Gesundheitspolitik einen idealen Zugang zu einem ausgewogenen Expertenwissen und Kompetenz zu allen Themen, die das Gesundheitswesen betreffen.

Für Rückfragen und Gespräche stehen wir jederzeit zur Verfügung

Prof. Dr. R. Kreienberg, Präsident der AWMF

Prof. Dr. R.-D. Treede, Vizepräsident der AWMF

Prof. Dr. W. Wagner, Vizepräsident der AWMF

Webseite der AWMF: www.awmf.org



Gesundheit

Erwartungen an die Bundespolitik
in der 19. Legislaturperiode

Liebe Leserinnen und Leser,

der rapide gesellschaftliche Wandel, in dem wir leben, ist unübersehbar. Wir erleben ihn in allen Bereichen unseres Lebens. Die politische Gestaltung unseres Landes stellt Fragen, die oft nicht mehr an einzelne Ressorts gebunden sind, sondern vorrangig übergreifendes Denken, Entwerfen und Handeln erfordern – Gesellschaftspolitik im wahrsten Sinne. Die bestehenden Gesetze und Regelungen z. B. in der Sozial- und Familienpolitik, in der Arbeitsmarkt- und Bildungspolitik aber auch in der Gesundheits- und Engagementpolitik sind auf ihre Tauglichkeit zu prüfen, ob sie dem gesellschaftlichen Zusammenhalt, der Ermöglichung von Selbstbestimmung und Teilhabe und der Sicherung von Freiheit dienen. Sie sind entsprechend weiterzuentwickeln.

Wenn es gesamtgesellschaftliche Fragen zu beantworten gilt, macht es Sinn, Träger der Zivilgesellschaft einzubeziehen. Die Freie Wohlfahrtspflege stellt sich ihrer Verantwortung und unterbreitet mit diesen Forderungspapieren Vorschläge und Ideen zu wichtigen Fragen des sozialen Lebens in Deutschland, die wir Ihnen hiermit an die Hand geben. Wir bitten Sie in Ihrem jeweiligen Verantwortungsbereich um Verbreitung und Unterstützung dieser Forderungen.

Und so hoffen wir, dass viele der folgenden Punkte in politisches Handeln einfließen, in Partei-, Wahl- und schließlich Regierungsprogramme.

Wir freuen uns auf das Gespräch mit Ihnen.

Dr. Gerhard Timm
Geschäftsführer der BAGFW

Nationale Gesundheitsstrategie gefordert

Krankenversicherungsschutz:
Niemanden ausgrenzen

Hilfesysteme verzahnen:
Gesundheit passt nicht in
Schubladen

Mehr gesunde Jahre für alle Menschen

Gesundheitliche Chancengleichheit weiter befördern

Aufgrund des erheblichen Ausmaßes bestehender gesundheitlicher Ungleichheit in Deutschland ist dieses Thema sozialpolitisch nach wie vor hochaktuell. Die Chancen für ein langes, gesundes Leben sind sehr ungleich verteilt und durch soziale Determinanten wie dem sozio-ökonomischen Status bestimmt. Dies wird an der unterschiedlichen Lebenserwartung von Frauen und Männern der untersten und obersten Einkommensgruppen besonders deutlich; die Unterschiede betragen acht bzw. elf Jahre. Die Belastungen und Ressourcen eines Menschen sind wiederum eng mit seinen Lebensbedingungen verbunden. Indirekt wirken die Lebensbedingungen aber auch umgekehrt auf den Lebensstil und die Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen.

Die BAGFW setzt sich daher für eine nachhaltige Sozial- und Gesundheitspolitik ein, mit dem Ziel: Mehr gesunde Jahre für alle.

Aus unserer Sicht ist dafür eine gesamtgesellschaftliche Strategie erforderlich, die weit über das gesundheitspolitische Feld hinausgeht. Wirksame Präventionspolitik muss darauf ausgerichtet sein, gesundheitliche Belastungen zu senken und Fähigkeiten sowie Handlungs- und Partizipationsmöglichkeiten zu erweitern. Die BAGFW ist ein wesentlicher Akteur in den verschiedenen Lebenswelten über alle Entwicklungs- und Lebensphasen hinweg – von der frühen Kindheit bis ins hohe Erwachsenenalter. Die Verbände leisten in vielen Lebenswelten einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der sozialen und gesundheitlichen Chancengleichheit.

Viele Faktoren, die die Gesundheit eines Menschen beeinflussen, können durch individuelles Verhalten jedoch kaum beeinflusst werden. Auch die Gesundheitspolitik gerät an dieser

Stelle an ihre Grenzen. Die Bedingungen, unter denen Menschen leben, wie z.B. Einkommens- und Vermögensverteilung, die Chancen auf dem Arbeitsmarkt, Arbeits- und Wohnbedingungen, Umwelteinflüsse und nicht zuletzt der Zugang zu Bildung, haben einen direkten oder zumindest indirekten Einfluss auf die Chancen gesund zu sein bzw. gesund zu bleiben.

Es ist inzwischen unbestritten, dass eine Gesellschaft, die ihren Bürgerinnen und Bürgern Teilhabe und soziale Sicherheit ermöglicht und die sozialen Unterschiede in den Lebenslagen verringert, mehr Gesundheit ermöglicht.

Aus diesen Erwägungen heraus, **setzt sich die BAGFW** für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik ein, in der Gesundheit als Querschnittsthema ernst genommen wird. Das bedeutet auch, dass alle Sozialversicherungsträger ihre Leistungen künftig deutlich stärker am Paradigma der Gesundheitsförderung ausrichten müssen.

Mit der Verabschiedung eines Präventionsgesetzes im Sommer 2015 ist bereits ein erster und wichtiger Schritt in die richtige Richtung unternommen worden. Jedoch zeigen sich bereits heute die engen Grenzen, in die dieses Gesetz gefasst wurde. Durch die vornehmliche Beschränkung der Neuregelungen auf das Sozialgesetzbuch V (Gesetzliche Krankenversicherung) ist die Bundespolitik hinter ihren Möglichkeiten zurückgeblieben. Die Bundespolitik darf daher jetzt nicht stehen bleiben, sondern muss die nächsten Schritte im Sinne einer gesundheitsförderlichen Gesamtstrategie unternehmen, die allen Menschen zu Gute kommt. Dazu zählen neben einem gleichen Zugang zur medizinischen Versorgung für alle auch Verbesserungen in der Arbeitsmarkt-, Bildungs-, Wohnungs- und Umweltpolitik. Denn: Eine noch so gute Gesundheitspolitik kann eine auf soziale Sicherheit und Partizipation gerichtete Sozial- und Gesellschaftspolitik nicht ersetzen.



Umfassender Zugang für alle Menschen zur medizinischen Versorgung

Die Bundespolitik ist nach wie vor aufgefordert sicherzustellen, dass alle Menschen unterschiedslos Zugang zur medizinischen Versorgung haben. Zwar ist nach den Statistiken des Statistischen Bundesamtes die Zahl der Nichtversicherten seit dem Jahr 2007 rückläufig. Trotz Einführung der Versicherungspflicht sind in Deutschland aber immer noch rund 80.000 Menschen ohne Krankenversicherung. Betroffen sind insbesondere Selbstständige mit sehr geringen Einkommen und Menschen mit hohen Schulden. Inzwischen gelten über sechs Millionen Menschen in Deutschland als überschuldet, ca. 13 Millionen Menschen leben an der Grenze zur Armut. Wer arm ist, hat vielfach ein höheres Risiko zu erkranken.

Das Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung muss erhalten bleiben und gestärkt werden. Alle – kranke, junge, ältere, einkommensstarke und einkommensschwächere Menschen – müssen den gleichen Zugang zum gesundheitlichen Versorgungssystem haben. Zugangsbarrieren und Hürden müssen abgebaut werden.

Hinzu kommt, dass Obdachlose und Menschen ohne gültigen Aufenthaltsstatus in den Erhebungen nicht berücksichtigt werden. Gerade in diesen Gruppen ist jedoch ein sehr hoher Anteil an Nichtversicherten und an behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten zu erwarten. Eine umfassende gesundheitliche Versorgung von Menschen unabhängig vom Aufenthalts- und Versicherungsstatus ist sicherzustellen. Alle Menschen müssen einen

gesicherten Zugang zur medizinischen Versorgung erhalten. Ein umfassender Krankenversicherungsschutz bedeutet auch, dass die Versorgung an die Bedarfe besonders Schutzbedürftiger wie Flüchtlinge und Asylsuchende sowie Menschen mit chronischen Erkrankungen und Menschen mit Behinderungen angepasst werden muss. Die aktuell geltende Notfallversorgung für Asylsuchende in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts ist problematisch, da laut Gesetz nur Behandlungskosten für akute Erkrankungen und Schmerzzustände erstattet werden. Eine reine Notfallversorgung widerspricht dem humanitären Grundsatz, dass alle Menschen das gleiche Recht auf Gesundheit haben.

Die BAGFW fordert, dass Menschen mit chronischen Erkrankungen und niedrigem Einkommen sowie Wohnungslose von Kostenbeteiligungen im Gesundheitswesen freigestellt werden.

Sektorenübergreifende Versorgung ausbauen

Großer Handlungsbedarf besteht nach **Ansicht der BAGFW** nach wie vor darin, die Lücken zwischen der ambulanten und stationären Versorgung, sowie dem Gesundheitssystem und benachbarten Hilfesystemen zu schließen. Die Versorgung muss künftig stärker gemeinwesen-, selbstbestimmungs- und teilhabeorientiert entwickelt werden. Mit zahlreichen Gesetzeswerken hat die Bundespolitik in den vergangenen Jahren versucht, diese Sektorgrenzen durchlässiger zu machen. Zuletzt mit dem Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG), das sinnvolle Ansätze enthält.

Die BAGFW setzt sich dafür ein, dass insbesondere die Lücken im Bereich der medizinischen Rehabilitation geschlossen werden. Einerseits hat sich in den letzten Jahrzehnten ein hoch qualifiziertes System der medizinischen Rehabilitation entwickelt. Andererseits ist dieses System mit sehr hohen Zugangshürden versehen. Die mit dem SGB IX angestrebten Ziele der Koordination, Kooperation und Kongruenz sind nicht ausreichend realisiert. Zudem ist es nur unzureichend auf die Teilhabeziele und Bedarfslagen von spezifischen Personengruppen ausgerichtet.

Je nach sozialer Schicht sind Unterschiede in den Belastungen, in den (Bewältigungs-) Ressourcen, im Gesundheitsverhalten und in den Zugängen zur Gesundheitsversorgung nachweisbar. Angesichts dieser gesundheitlichen Ungleichheit ist es auch für die medizinische Rehabilitation von großer Bedeutung, sozial benachteiligte Menschen besonders im Blick zu haben. Hier ist die **Bundespolitik gefordert**, dass alle Menschen, die Leistungen der medizinischen Rehabilitation benötigen, diese auch bedarfsgerecht erhalten.

Die medizinische Rehabilitation ist aber auch eine wesentliche Grundlage für ein Gesundheitswesen, das Antworten auf die Herausfor-

derungen des demografischen Wandels haben muss. Dem altersbedingten Rückgang von Leistungsfähigkeit, der Zunahme von chronischen und Mehrfacherkrankungen sowie von Pflegebedürftigkeit wird ein Gesundheitssystem nicht gerecht, das seinen Fokus auf die Akutversorgung setzt. So müssen Vorbeugung, Rückfallvermeidung und die Verhinderung von Folgestörungen bei bereits bestehenden Erkrankungen an Bedeutung gewinnen.

Um ein bedarfsgerechtes System zu gestalten, **setzt sich die BAGFW** auch für den Ausbau wohnortnaher ambulanter und mobiler Rehabilitationsdienste ein. Für eine niedrigschwellige, trägerübergreifende und fachlich unabhängige Information, Beratung und Bedarfsermittlung sind sektorenübergreifende Kompetenznetzwerke zu entwickeln. Diese sollten über die Professionen des Gesundheitssystems i. e. S. hinausgehen und andere Bereiche, wie bspw. die psychosoziale Versorgung, mit einbeziehen. Die Kompetenznetzwerke sollen das erforderliche Fall- und Schnittstellenmanagement abstimmen und sozial- und rehabilitationsmedizinische Konsilien in Krankenhäusern, stationären Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Gemeindepsychiatrie gewährleisten.

BAGFW-Forderungen an die Bundespolitik nach der Bundestagswahl 2017 gibt es zu folgenden Themen:

Behindertenpolitik

Gesundheitswesen

Migration

Kinder, Jugend, Familie und Frauen

Arbeitsmarktpolitik und Grundsicherung

Bürgerschaftliches Engagement

Europa

Altenhilfe und Betreuungsrecht

Bundesarbeitsgemeinschaft



der Freien
Wohlfahrtspflege

**Bundesarbeitsgemeinschaft der
Freien Wohlfahrtspflege e. V.**
Oranienburger Straße 13–14
10178 Berlin
Telefon: 030 24089-0
Fax: 030 24089-134
wahlen@bag-wohlfahrt.de
www.bagfw.de

BAH-Positionspapier zur Bundestagswahl 2017

1. Herausforderung demografischer Wandel meistern

Wir werden immer älter und das mit zunehmender Lebensqualität. Die Arzneimittelversorgung leistet hierzu einen bedeutenden Beitrag. Gleichwohl stellen die demografische Entwicklung und die damit verbundene Zunahme der Morbidität große Herausforderungen dar. Dieser Aufgabe stellen sich die Arzneimittel-Hersteller mit der Entwicklung und Herstellung von sicheren und wirksamen Arzneimitteln.

Die Arzneimittel-Hersteller tragen somit dazu bei, Belastungen und Folgekosten des demografischen Wandels im Gesamtsystem, wie auch die Aufwendungen für Pflegeleistungen, zu reduzieren. Die Politik ist daher gefordert, dieses System zu fördern und auszubauen.

2. Gleichgewicht zwischen moderner und wirtschaftlicher Arzneimittelversorgung herstellen

Innovative Arzneimittel, Schrittinnovationen, Generika und Biosimilars gewährleisten im Zusammenspiel eine wirtschaftliche Ausgewogenheit in der Versorgung. Die Vielfalt an Arzneimitteln und Herstellern steht als Garant für einen funktionierenden Wettbewerb sowie für eine patientengerechte und moderne Arzneimittelversorgung. Die Politik ist aufgefordert, dieses System zu erhalten und durch geeignete Maßnahmen zu fördern.

3. Versorgungssicherheit stärken

Die Versorgungssicherheit bei einem essentiellen Gut wie dem Arzneimittel genießt ein großes gesellschaftliches Interesse und verdient – nicht zuletzt auch wegen ihrer Komplexität – besondere Beachtung. Es ist das Ziel aller Arzneimittel-Hersteller, jederzeit bedarfsgerecht bei Einhaltung hoher Qualitätsstandards lieferfähig zu sein. Allerdings nehmen zahlreiche gesundheitspolitische Entscheidungen und Instrumente zur Kostensenkung heute mehr denn je Einfluss auf die Versorgungssicherheit. Daher tragen Politik und Krankenkassen auch Verantwortung für die Versorgung.

Alle Akteure sind daher aufgefordert, sich für geeignete politische Rahmenbedingungen einzusetzen, um die hohe Versorgungssicherheit bei Arzneimitteln auch in Zukunft zu gewährleisten.

4. Überregulierung abbauen – Steuerungsinstrumente hinterfragen

Eine Vielzahl von Steuerungsinstrumenten beeinflusst auf unterschiedlichen Ebenen die Arzneimittelversorgung. Dabei ersetzen neue Regelungen leider nicht bereits bestehende, sondern sie erweitern vielmehr – sozusagen „On-Top“ – den schon bestehenden Instrumentenkasten. Diese Vielfalt steht nicht nur der gewünschten sowie notwendigen Transparenz und Planbarkeit entgegen, sondern auch der Wettbewerbs- und Innovationsfähigkeit der Unternehmen. Hinzukommt, dass sich viele Instrumente überlappen: So kann es dazu kommen, dass beispielsweise für ein Arzneimittel sowohl der Herstellerabschlag als auch der Generikaabschlag gelten, dieses Präparat dem Preismoratorium unterliegt und darüber hinaus noch ein Rabattvertrag vorliegt.

Der BAH setzt sich daher dafür ein, die bestehenden Steuerungsinstrumente zu hinterfragen und die Überregulierung abzubauen.

5. Bundesweit einheitliche Versorgung sicherstellen

Die Arzneimittelversorgung in Deutschland entwickelt sich immer mehr zu einem Flickenteppich. Grund hierfür sind u.a. die auf regionaler Ebene geschlossenen Arzneimittelvereinbarungen, die auf das Ordnungsverhalten des Vertragsarztes einwirken. Allerdings unterscheiden sich diese Vereinbarungen sowohl auf regionaler Ebene voneinander als auch im Hinblick auf die Vorgaben auf Bundesebene, etwa die des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Auch wenn es in Einzelfällen durchaus berechtigt ist, regionale Besonderheiten zu berücksichtigen, so sollte es das Ziel aller Beteiligten sein, eine bundesweit einheitliche und transparente Arzneimittelversorgung sicherzustellen.

6. Selbstverwaltung reformieren

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das höchste Selbstverwaltungsgremium im System der gesetzlichen Krankenversicherung. Aufgrund seiner maßgebenden Position bei der Ausgestaltung des Leistungskatalogs haben seine Beschlüsse zumindest mittelbare Wirkung auch gegenüber Dritten, wie Arzneimittel-Herstellern.

Der BAH setzt sich daher dafür ein, die Beteiligungsrechte der Betroffenen auszuweiten und die Transparenz zu erhöhen. Zudem ist das Verfahren zur frühen Nutzenbewertung und die anschließenden Erstattungspreisverhandlungen strukturell und institutionell voneinander zu trennen.

7. Therapievielfalt stärken

Die Therapievielfalt ist ein hohes Gut. Patienten müssen daher die Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Therapieoptionen haben, auch unter Einbeziehung alternativer Behandlungsmethoden. Der BAH setzt sich für eine Stärkung der Therapievielfalt ein und fordert, dass pflanzliche, homöopathische und anthroposophische Arzneimittel einen gleichberechtigten Stellenwert in der gesundheitlichen Versorgung erhalten.

8. Digitalisierung vorantreiben

Der gezielte Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT) kann neue und bereits bekannte Prozesse rund um die Wertschöpfungskette des Arzneimittels unterstützen und verbessern. Hier reicht das Spektrum von der Forschung und Entwicklung neuer Wirkstoffe, über die Produktion des Arzneimittels bis hin zum digitalisierten Dialog des Herstellers mit den relevanten Akteuren. Auch uns gerade im Bereich der Versorgung (mit Arzneimitteln) bietet moderne IKT noch ein großes Potenzial zur Verbesserung der Situation – grade im Sinne des Patienten.

Bundespolitisch sollte weiterhin intensiv daran gearbeitet werden, einen Mehrwert stiftenden Einsatz moderner IKT in der Fläche zu ermöglichen. Praktische Anwendungen wie der elektronischen Patientenakte sowie dem elektronischen Medikationsplan kommen dabei besondere Bedeutung zu.

BARMER

Das zählt in Deutschlands Gesundheitssystem – Koordination und Zusammenarbeit

Gesundheitspolitische Positionen zur Bundestagswahl 2017



Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser!

Die Erwartungen in die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens sind sehr hoch – wir meinen zurecht! Patientinnen und Patienten benötigen im Krankheitsfall die Gewissheit, das medizinisch Notwendige zu erhalten. Gesetzlich Versicherte haben zugleich ein Recht auf den wirtschaftlichen Umgang mit ihren Beitragsgeldern und auf eine moderne Infrastruktur ihrer Kasse mit motivierten, hilfsbereiten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Das Gesundheitswesen steht dabei vor großen Herausforderungen: Die medizinische Versorgung muss auf einen stetig steigenden Anteil älterer Menschen ausgerichtet werden. Was muss passieren, um das Gesundheitssystem noch stärker an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten zu orientieren und die Qualität der Versorgung bestmöglich zu gewährleisten? Wie kann die rasante Entwicklung technischer und medizinischer Innovationen für die Versorgung der gesetzlich Versicherten genutzt werden?

Das deutsche Gesundheitssystem ist gut aufgestellt, es bietet eine medizinische Versorgung auf hohem Niveau. Dennoch weist es bedeutende strukturelle Defizite auf: Dazu gehört eine verbesserungswürdige Abstimmung zwischen dem ambulanten und dem stationären Versorgungsbereich. Zugleich fehlen passende Rahmenbedingungen für eine reibungslose Zusammenarbeit von ärztlichen und nicht ärztlichen Heilberufen sowie sonstigen Gesundheitsberufen. Beides führt für Patientinnen und Patienten zu Einbußen bei der Qualität der medizinischen Versorgung und mindert die Wirtschaftlichkeit des Gesundheitssystems.

Für die kommenden vier Jahre sollte der Schwerpunkt der gesundheitspolitischen Gesetzgebung deshalb auf der Stärkung von Koordination und Zusammenarbeit im Gesundheitswesen liegen. Unser Ziel muss es sein, Veränderungen der Strukturen und Prozesse im Gesundheitssystem herbeizuführen, um die Versorgung für die Patientinnen und Patienten entscheidend zu verbessern. Die BARMER unterbreitet in ihren „Gesundheitspolitischen Positionen zur Bundestagswahl 2017“ dazu eine Reihe von Vorschlägen. Im Vordergrund steht dabei, dass die Versorgung sektorenübergreifend organisiert wird und die Chancen von Digitalisierung und Telemedizin genutzt werden.

Berlin, April 2017



Bernd Heinemann
Vorsitzender des Verwaltungsrates
der BARMER



Prof. Dr. Christoph Straub
Vorstandsvorsitzender der
BARMER

Das zählt in Deutschlands Gesundheitssystem

Gut zusammenarbeiten

Eine gute medizinische Versorgung kann gelingen, wenn Arztpraxen und Krankenhäuser Hand in Hand zusammenarbeiten. Es braucht offene Grenzen zwischen den Versorgungssektoren, damit die Patientenversorgung optimal abgestimmt ist. Denn die Behandlung endet nicht mit der Entlassung aus dem Krankenhaus.

Chancen der Digitalisierung nutzen

Modernste Technik hilft beim Gesundwerden. Sie spart Patientinnen und Patienten lange Wege und Wartezeit, beschleunigt Diagnosen und Behandlungen. Die Technik muss sicher sein, wie auch der Umgang mit den Daten, die Menschen für die Behandlung zur Verfügung stellen. Wichtig ist die Vereinbarung einheitlicher technischer Standards, damit Ärztinnen und Ärzte mit Versicherten schnell und reibungslos kommunizieren können. Digitalisierung ist eine Chance, die verantwortungsvoll genutzt werden muss.

Gute Medizin transparent machen

Diagnosen sind die persönlichste Information über Versicherte, die das Gesundheitswesen besitzt und sie bestimmen über deren gesundheitliche Versorgung. Daher müssen sie richtig und vollständig sein. Die Einführung klarer Vorgaben bei der Kodierung von Diagnosen in Form von ambulanten Kodierrichtlinien ist dafür notwendig.

Vom Krankenhaus um die Ecke zum Krankenhaus der besten Qualität

Routine und Erfahrung im Krankenhaus retten Leben. Deshalb sollten seltene und schwere Erkrankungen künftig in Kompetenzzentren behandelt werden. Also dort, wo die besten Spezialisten mit größtem Wissen über die Erkrankung arbeiten.

Investitionsstau bei Krankenhäusern auflösen

Krankenhäuser beklagen einen Rückstau an Investitionen. Doch die Bundesländer, die dafür verantwortlich sind, zahlen seit langem nicht ausreichend. Deshalb sollte die Bundesregierung einmalig aushelfen und aus dem Bundeshaushalt ein Sonderhilfsprogramm für Krankenhaus-Investitionen finanzieren.

Faire Wettbewerbsbedingungen schaffen

Der Finanzausgleich zwischen den Kassen soll einen fairen Wettbewerb ermöglichen. Doch genau das ist nicht gewährleistet. Bundesweite und regionale Kassen müssen gleich behandelt werden. Dafür müssen regionale Angebots- und Kostenstrukturen berücksichtigt werden.

Soziale Selbstverwaltung als Fundament guter Gesundheitsversorgung

Die Krankenkassen tragen große Verantwortung für eine gute medizinische Versorgung von über 70 Millionen gesetzlich Versicherten in Deutschland. Eine starke Selbstverwaltung mit einer ehrenamtlichen Vertretung schafft Nähe zu den Versicherten und kennt deren Anliegen. Deshalb sollten die Selbstverwaltung und die Freiräume für ein eigenverantwortliches Handeln der Kassen gestärkt werden.

Pflege braucht eine verlässliche Basis

Die Menschen in Deutschland werden immer älter, und immer öfter brauchen sie Pflege. Damit das Niveau der Pflege mit der allgemeinen Entwicklung im Land mithalten kann, muss es feste Regeln dafür geben, wie sich die Leistungen der Pflegekassen in der Zukunft erhöhen.

Stärkere Koordination und Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

Versorgung sektorübergreifend gestalten

Ein wesentliches Strukturdefizit des deutschen Gesundheitssystems besteht in der diskontinuierlichen Versorgung an den Grenzen der Sektoren. Der Gesetzgeber hat in den vergangenen Jahren zahlreiche Versuche unternommen, diese Grenzen zu öffnen. Doch die Einführung einer Vielzahl nicht aufeinander abgestimmter Regelungen hat nicht zur Lösung des grundlegenden Problems geführt: Weiterhin bestehen in den Sektoren völlig unterschiedliche Regelungsrahmen. Anstatt die Versorgung systemweit zu optimieren, werden weiterhin nur partikulare, den Sektorlogiken folgende Einzelmaßnahmen verfolgt.

Notwendig ist eine sektorübergreifende und am Patientennutzen ausgerichtete Versorgung. Wo nötig, muss der Gesetzgeber dafür in den kommenden Jahren die Weichen stellen.

Sektorübergreifende Versorgungsplanung für den ambulanten und stationären Bereich

Bislang wird die Versorgungsplanung sektoral getrennt durchgeführt: Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt die ambulante Bedarfsplanung, für die Krankenhausplanung sind die Bundesländer zuständig. Es droht Unterversorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen, wohingegen in Ballungsgebieten erhebliche Überversorgung herrscht.

Der Bedarf an medizinischen Leistungen muss deshalb in Zukunft sektorübergreifend geplant werden. Besonders für Leistungen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung und der Grund- und Regelversorgung im Krankenhaus könnten durch eine abgestimmte Versorgungsplanung erhebliche Verbesserungen im Sinne der Patientinnen und Patienten erreicht werden. Die gemeinsame Planung sollte verantwortlich durch Vertreter der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, der Krankenhäuser und der Krankenkassen bestimmt werden.

Gleiches Geld für gleiche Leistung

Die Vergütung im ambulanten Bereich erfolgt in der Regel auf Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes im Rahmen des Budgets der Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Eine Reihe von Leistungen wird auch außerhalb des KV-Budgets finanziert. Im Krankenhaus erfolgt die Finanzierung innerhalb des DRG-Systems. Damit werden medizinische Leistungen, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können, in unterschiedlicher Höhe vergütet. Um Fehlanreize der sektorbezogenen Vergütung zu vermeiden, empfiehlt sich eine Vereinheitlichung der Vergütungssysteme. Im Schnittstellenbereich zwischen fachärztlich ambulanter und stationärer Grund- und Regelversorgung sollten dazu indikationsbezogene Behandlungspauschalen entwickelt werden. Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte würden dabei (in einem neuen) Einheitlichen Bewertungsmaßstab eine gleichvergütete Abrechnungsmöglichkeit erhalten. Bedingung dafür ist eine entsprechende Bereinigung vor allem des Krankenhausbudgets und der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Versorgung

Vernetzung der Leistungserbringer durch Regionale Versorgungsverbände

Interdisziplinäres, professionenübergreifendes Arbeiten muss der Leitgedanke in der Versorgung sein. Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten sollten sich Leistungserbringer deshalb in Regionalen Versorgungsverbänden zusammenschließen. Als Ergebnis einer abgestimmten Bedarfsanalyse und Versorgungsplanung sowie auf Basis verbindlicher Vorgaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität können Regionale Versorgungsverbände durch die enge Kooperation von niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten mit Krankenhäusern entstehen. Die Kommunikation im Versorgungsverbund wird dabei etwa durch die Nutzung geeigneter Instrumente wie der Telematikinfrastruktur, der elektronischen Gesundheitskarte und des Medikationsplans verbessert.

Notfallversorgung sektorübergreifend organisieren

Die Patientenzahlen in den Notaufnahmen der Krankenhäuser steigen kontinuierlich an, obwohl viele Patientinnen und Patienten auch im niedergelassenen Bereich versorgt werden könnten. Grund dafür ist die unklare Aufgabenteilung von ambulanter Notfallversorgung, Rettungsdienst und Notaufnahme im Krankenhaus.

Erforderlich ist eine Neustrukturierung der Notfallbehandlung an den Krankenhäusern. Es muss zunächst sichergestellt werden, dass tatsächlich ein Notfall vorliegt. Je nach Behandlungsbedarf sollen die Patientinnen und Patienten daraufhin angemessen behandelt werden, bei niedergelassenen Ärztinnen oder Ärzten, in der Portalpraxis oder in der Notaufnahme des Krankenhauses. Die grundsätzlich an allen Krankenhäusern einzurichtenden Portalpraxen dienen dabei als „funktionale Einheit“, in der Niedergelassene und Krankenhausärzte gemeinsam die Ersteinschätzung der Behandlungsdringlichkeit (Triage) durchführen.

Perspektivisch muss die Notfallversorgung sektorübergreifend organisiert werden, um die unterschiedlichen Bedarfe besser aufeinander abzustimmen.

Sektorübergreifende Qualitätssicherung auf den Weg bringen

Qualitätssicherung darf nicht getrennt nach Sektoren erfolgen. Denn für Patientinnen und Patienten ist die Qualität der medizinischen Behandlung besonders im Übergang vom stationären in den ambulanten Bereich wichtig. Die gesetzlichen Grundlagen für eine sektorübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen sind bereits gelegt. Für ihre zügige Umsetzung müssen geeignete Rahmenbedingungen und wirtschaftliche Strukturen geschaffen werden. Dazu gehört die rasche Gründung einer Landesarbeitsgemeinschaft pro Bundesland, die perspektivisch als Anlaufstelle auch für die sektorspezifische Qualitätssicherung zuständig sein soll.

Versorgung

Digitale Vernetzung intensivieren

Die Digitalisierung ist längst im Alltag der Menschen angekommen und aus den meisten Lebensbereichen nicht mehr wegzudenken. Besonders das mobile Internet hat die Art der Kommunikation, den Zugang zu Informationen und den Umgang mit persönlichen Daten erheblich verändert. Die Beteiligten im Gesundheitswesen müssen die Chancen der Digitalisierung etwa für die Verbesserung der Diagnostik und Therapie in der Medizin nutzen und die dafür erforderlichen Rahmenbedingungen schaffen. Dabei ist es wichtig, dass der Schutz der Daten gewährleistet wird und das Recht auf informationelle Selbstbestimmung der Versicherten gewahrt bleibt.



Telematikinfrasturktur als alleinige Plattform stärken

Die flächendeckende Telematikinfrasturktur bildet die Grundlage für ein vernetztes und digitales Gesundheitswesen. Sie muss als alleinige Kommunikationsplattform im Gesundheitswesen gestärkt werden, um Parallelstrukturen zu verhindern. Entscheidend dafür ist ihr zügiger bundesweiter und sektorübergreifender Ausbau.

Erforderlich ist die Öffnung der Telematikinfrasturktur für digitale Anwendungen inklusive der elektronischen Patientenakte auf der Grundlage einheitlicher Standards. So können diagnostisch und therapeutisch relevante Informationen sowohl für Ärztinnen und Ärzte, als auch für Versicherte einen zusätzlichen Nutzen stiften. Die Anwendungen müssen schnell, sicher und funktional sein.

Prozess zur Kategorisierung, Zulassung und Erstattung von digitalen Anwendungen schaffen

Digitale Gesundheitsanwendungen gehen mittlerweile weit über den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention hinaus. Zunehmend werden Anwendungen entwickelt, die diagnostische oder therapeutische Leistungen erbringen und damit eine Ergänzung zur klassischen Versorgung darstellen.

Versorgung

Digitale Anwendungen können bereits heute – außerhalb der Regelversorgung – von den Krankenkassen individuell angeboten und finanziert werden. Um bewährte digitale Versorgungsanwendungen auch in die Regelversorgung überführen und damit allen gesetzlich Versicherten zugänglich machen zu können, bedarf es geeigneter Verfahren zur Kategorisierung, Zulassung und Erstattung digitaler Anwendungen.

Elektronische Patientenakte in die Versorgung bringen

Für eine effiziente sektorübergreifende Versorgung ist die elektronische Patientenakte eine wichtige Voraussetzung. Sie ermöglicht den behandelnden Ärztinnen und Ärzten einen direkten und schnellen Zugriff auf wichtige medizinische Daten der Patientin oder des Patienten. In vielen regionalen Versorgungsnetzen gibt es bereits heute technische Lösungen für eine elektronische Patientenakte. Sie ist jedoch nur dann sinnvoll, wenn sie flächendeckend und systemübergreifend genutzt werden kann. Um die Interoperabilität der verschiedenen Systeme zu gewährleisten, ist ein einheitlicher Standard notwendig.

Die grundsätzliche Entscheidung zur Nutzung der Daten ist allein der Patientin oder dem Patienten vorbehalten. Das bedeutet, dass allein sie oder er entscheidet, wer Zugriff auf die vertraulichen Daten erhält und in welchem Umfang.

Lockerung des Fernbehandlungsverbots zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung

In Zukunft wird der Telemedizin eine noch wichtigere Rolle in der Versorgung zukommen. Es war daher richtig, die ersten telemedizinischen Anwendungen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufzunehmen und damit in die Regelversorgung zu bringen. Es müssen nun zügig weitere Abrechnungsziffern folgen.

Telemedizin darf nicht an die Stelle einer möglichst flächendeckenden Versorgung treten. Aber für die Sicherstellung einer hochwertigen Versorgung bietet die Telemedizin ein großes Potenzial. Um dieses Potenzial für die Versicherten nutzbar zu machen, sollte es kein generelles Verbot für Behandlungen ohne vorherigen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt geben.

Versorgung

Qualität und Effizienz für eine gute Versorgung

Flächendeckende ambulante Versorgung erhalten

Noch nie waren so viele Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten Versorgung tätig wie heute, sie sind jedoch regional sehr ungleich verteilt. So entstehen Über-, Unter- und Fehlversorgung, die eine regional gleichmäßige, qualitativ hochwertige und effiziente Versorgung der Bevölkerung behindern.

Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung

In überversorgten Regionen sollte der Gesetzgeber die Nachbesetzung freiwerdender Arztsitze grundsätzlich ausschließen. Als Anreiz für die Niederlassung in schlechter versorgten Regionen müssen Ärztinnen und Ärzte gezielte Unterstützung für eine strukturierte Weiterbildung erhalten. Im Rahmen dieser Weiterbildung werden sie individuell durch Mentoren beraten. Sie sollten dabei die Möglichkeit erhalten, ihre Weiterbildung in Praxen durchzuführen, die sich sektorübergreifend vernetzen. Ebenso sollten für medizinisch-wissenschaftliche Block-Weiterbildungen die Möglichkeiten nahegelegener Universitätskliniken genutzt werden.

Durch einen weiteren Ausbau der Delegation und gegebenenfalls der Substitution ärztlicher Leistungen wäre eine Entlastung der Medizinerinnen und Mediziner möglich. Für eine gezielte Steuerung der Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten sollen Vergütungszuschläge in von Unterversorgung bedrohten Regionen oder Vergütungsabschläge in überversorgten Regionen angewandt werden.

Die Kommunen sollten in die Lage versetzt werden, durch Verbesserungen in der Infrastruktur Anreize für Ärztinnen und Ärzte zu schaffen, sich auch außerhalb von Ballungsgebieten niederzulassen.

In dünn besiedelten Regionen können zudem telemedizinische Anwendungen einen wertvollen Beitrag zur Patientenversorgung leisten. Eine Lockerung des Fernbehandlungsverbots ist wünschenswert, um Ärztinnen und Ärzten in geeigneten Fällen die Diagnosestellung und die Verordnung von Medikamenten per Videosprechstunde zu ermöglichen.

Stärkere Patientenorientierung durch Förderung von regionalen Versorgungsnetzen

Eine wohnortnahe Versorgung besonders von älteren und chronisch kranken Patientinnen und Patienten erfordert eine stärkere Koordination der medizinischen Angebote als bisher. Arztnetze sind etabliert, sie leisten einen wichtigen Beitrag zur Versorgung. Ihre Arbeit muss jedoch auch stärker auf Interdisziplinarität und Kooperation ausgerichtet werden. Um mehr Patientenorientierung und Qualität in der Versorgung zu gewährleisten, sollten sich Leistungserbringer stärker als bisher in regionalen Versorgungsnetzen zusammenschließen. Darin kann ein Versorgungsmanagement etabliert werden. Diagnostik und Therapie werden dabei interdisziplinär und unter Einbeziehung sowohl ärztlicher als auch nichtärztlicher Heilberufe und sonstiger Gesundheitsfachberufe erbracht. Eine lückenlose Dokumentation der Befunde und des Behandlungsverlaufs können in Versorgungsnetzen besser geleistet werden.

Versorgung

Versorgungsnetze benötigen hohe Anfangsinvestitionen, um sie elektronisch zu vernetzen und das Arbeiten in einer gemeinsamen Patientenakte zu ermöglichen. Der Bund unterstützt die Bildung von Versorgungsnetzen, indem er mit einem mehrjährigen Sonderinvestitionsprogramm „Digitale Netze“ zur Finanzierung beiträgt.

Einführung verbindlicher Kodierrichtlinien im vertragsärztlichen Bereich

Mit Einführung des diagnosegestützten Systems zur Morbiditätsmessung erfolgt seit 2009 im vertragsärztlichen Bereich eine jährliche Anpassung der Vergütung an die Morbidität. Zeitgleich wurde auch der Risikostrukturausgleich zwischen den gesetzlichen Krankenkassen auf eine morbiditätsorientierte Basis umgestellt. Die per ICD-10-GM kodierten Diagnosen erhielten in diesem Zusammenhang eine Schlüsselrolle zur Bestimmung der Morbidität. Damit ist die korrekte und einheitliche Verschlüsselung der behandelten Krankheiten durch die Ärztin oder den Arzt eine unverzichtbare Grundlage einer validen Morbiditätsmessung sowie eines funktionierenden fairen Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Einführung klarer Vorgaben bei der Kodierung von Diagnosen in Form von Kodierrichtlinien ist dafür notwendig.

Mehr Qualität in die stationäre Versorgung bringen

Deutschland hat zu viele Krankenhäuser. Darunter leiden Qualität und Wirtschaftlichkeit. Zentralisierung und Spezialisierung von Kliniken führen zu besserer Versorgung der Patientinnen und Patienten. Dazu ist ein leistungsfähiger Rettungsdienst unabdingbar. Obwohl jedes Krankenhaus die Qualität seiner Leistungen zu sichern hat, ist die medizinische Versorgung in deutschen Kliniken durch ein enormes Qualitätsgefälle geprägt. Notwendig ist deshalb mehr Qualitätsorientierung: Wo und in welchem Umfang stationäre Leistungen erbracht werden, darüber muss zukünftig die Qualität der medizinischen Versorgung entscheiden. Ebenso muss es selbstverständlich sein, dass die Krankenhäuser die Einhaltung der Qualitätsvorgaben regelmäßig und verbindlich nachweisen.

Wenn das „Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen“ schlechte Qualität attestiert, muss eine Schließung von Abteilungen oder ganzen Krankenhäusern eine mögliche Konsequenz sein.

Steigerung der Qualität der Versorgung durch Zentren- und Schwerpunktbildung

Die Qualität der Leistungserbringung hängt bei bestimmten Krankheitsbildern nachweislich von Routine und Erfahrung ab. Aus diesem Grund sollten gerade seltene und schwere Erkrankungen an ausgewählten Standorten konzentriert werden. Die Spezialisierung von Krankenhäusern auf bestimmte Eingriffe ist für die Patientensicherheit sinnvoll und erhöht die Qualität der medizinischen Versorgung. Weniger Todesfälle und Komplikationen bei planbaren Operationen sind das Ergebnis.

Vor diesem Hintergrund sollte die Zentrenbildung etwa durch entsprechende Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert werden. Kompetenzzentren könnten – beispielsweise im Bereich der Onkologie oder der Rheumatologie – auch sektorübergreifend eine stärkere Koordination der Versorgung übernehmen. Wichtige Kriterien für Zentren nach dem Krankenhausstrukturgesetz sind dabei zum Beispiel die Durchfüh-

Versorgung

zung von klinischen Studien, das Erproben neuer sektorübergreifender Behandlungskonzepte und die Teilnahme und Pflege von krankheitsspezifischen bundesweiten Registern zur Schaffung von Transparenz, Struktur und Nachhaltigkeit.

Mindestmengen sichern Strukturqualität

Um die Qualität der Leistungserbringung in den Krankenhäusern sicherzustellen, sind klare bundesweite Vorgaben zur Definition der räumlichen Strukturen des Versorgungsbedarfes und der Qualitätskriterien notwendig. Leistungen im Krankenhaus sollten auf dieser Basis Versorgungsstufen (Grund-, Regel-, Maximal- und Spezialversorgung) verbindlich zugeordnet werden, damit sie ausschließlich in entsprechend qualifizierten Krankenhäusern erbracht werden.

Für eine bessere Versorgung, die sich am tatsächlichen Bedarf der Patientinnen und Patienten orientiert, bedarf es Routine und Erfahrung. Vorgeschriebene Mindestmengen für Eingriffe in Krankenhäusern sorgen dafür, dass genug Erfahrung und Kompetenz für eine Behandlung vorhanden sind. So müssen für operative Eingriffe auch Richtgrößen pro Operateur auf Bundesebene durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt werden.

Krankenhäuser, die Leistungen erbringen, ohne die festgelegte Mindestmenge zu erreichen, dürfen in Zukunft keine Vergütung mehr erhalten. Ausnahmen von Mindestmengen müssen nach bundeseinheitlichen Vorgaben auf ein Minimum beschränkt werden.

Bis eine flächendeckende, sektorübergreifende Qualitätssicherung durchgesetzt ist, sollten abteilungsbezogene Mindestvoraussetzungen zur Sicherstellung der Strukturqualität vorgegeben werden. Damit wird ein zielgerichteter Einsatz der Mittel der GKV für Krankenhausinvestitionen gewährleistet.

Qualitätsverträge ausweiten: Mehr Möglichkeiten für Direktverträge der Kassen mit Krankenhäusern

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz haben die Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, zeitlich befristete Qualitätsverträge mit einzelnen Krankenhäusern zu

erproben. Um stärkeren Einfluss auf die Versorgung nehmen zu können, benötigen die Kassen einen verbindlichen rechtlichen Rahmen, damit sie individuelle Vereinbarungen von Krankenhausleistungen, bei gleichzeitiger Lockerung des Kontrahierungszwangs, eingehen können. So könnten etwa Verträge, die eine verbindliche Einhaltung von medizinischen Behandlungsleitlinien vorsehen, die Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung deutlich verbessern.



Qualitätskriterien in der Krankenhausplanung verbindlich machen

Eine konsequente Qualitätsorientierung in der Krankenhausversorgung ist bereits bei der Zulassung von Krankenhäusern im Rahmen der Krankenhausplanung

Versorgung

notwendig. Stärker als bisher muss sich der Versorgungsauftrag eines Krankenhauses danach ausrichten. Damit Vorgaben und Ergebnisse der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität flächendeckend angewendet werden, sollten die Länder verpflichtet werden, die Qualitätsindikatoren des Gemeinsamen Bundesausschusses in ihre Krankenhausplanung aufzunehmen. Zudem ist es erforderlich, die Einhaltung der Qualitätsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses kontinuierlich in den Krankenhäusern zu überprüfen.

Neuordnung der Aufgaben der Länder in der Krankenhausfinanzierung und Krankenhausplanung

Investitionsstau bei Krankenhäusern auflösen

Die Krankenhäuser haben gegenüber den Bundesländern Anspruch auf Finanzierung ihrer Investitionskosten. Dennoch kommen die Länder dieser Verpflichtung seit Langem nicht mehr in ausreichender Höhe nach. So liegt die durchschnittliche Investitionsquote der Bundesländer nur noch bei 3,5 Prozent.

Damit das Investitionsdefizit nicht noch stärker anwächst und notwendige Investitionen nicht weiter durch die von den Krankenkassen gezahlten Betriebsmittel refinanziert werden, sollte der Bund in Vorleistung treten und kurzfristig ein „Sonderfinanzierungsprogramm leistungsfähige Krankenhäuser“ auflegen. Das Investitionsprogramm wird aus Mitteln des Bundeshaushalts finanziert.

Damit die Länder ihrer Investitionsverpflichtung zukünftig stärker nachkommen, wird den Ländern eine gesetzlich bindende Investitionsquote als Untergrenze vorgegeben.

Krankenkassen in die Krankenhausplanung stärker einbeziehen

Um die Versorgungsstrukturen zwischen dem stationären und ambulanten Sektor besser aufeinander abzustimmen, muss die Planung perspektivisch sektorübergreifend erfolgen.

Um dieses Ziel zu erreichen, sollten die Krankenkassen künftig an allen Bereichen der Krankenhausplanung beteiligt werden. Einen ersten Schritt dazu hat der Gesetzgeber bereits mit der Einführung des Strukturfonds gemacht. Durch die Mitentscheidung bei der Auswahl von Strukturfonds-Vorhaben können die Krankenkassen die landesspezifische Versorgung und deren Weiterentwicklung aktiv mitgestalten. Diese Möglichkeit sollte auch auf den Bereich der regulären Krankenhausplanung ausgeweitet werden.

Qualität und Finanzierbarkeit der Arzneimittelversorgung gewährleisten

Ziel des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes war, die rasant steigenden Arzneimittelausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung einzudämmen, dabei sollte der Zugang zu innovativen Medikamenten sichergestellt werden. Die Regelungen des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes haben sich bewährt; weiterhin ist der Gesetzgeber aber gefordert, die richtige Balance zwischen Innovation und Bezahlbarkeit in der Arzneimittelversorgung zu schaffen.

Versorgung

Kosten-Nutzen-Bewertung für versorgungsrelevante Arzneimittel wirksam machen

Die frühe Nutzenbewertung mit anschließender Preisverhandlung zwischen pharmazeutischem Hersteller und dem GKV-Spitzenverband hat sich mittlerweile etabliert, der zweite Schritt, eine regelhafte Kosten-Nutzen-Bewertung nach Erfahrungen im Einsatz der neuen Arzneimittel, jedoch nicht.

Die Kosten-Nutzen-Bewertung wird nach den geltenden Regelungen nur auf Antrag des Herstellers eines Arzneimittels durchgeführt und auch nur dann, wenn die Preisverhandlungen gescheitert sind. Aus diesem Grunde wurde seit 2007 erst eine Kosten-Nutzen-Bewertung durchgeführt. Deshalb ist es notwendig, die Einschränkungen für die Kosten-Nutzen-Bewertung aufzuheben und diese bei besonders versorgungsrelevanten Arzneimitteln, welche einen bestimmten GKV-Jahresumsatz überschreiten (zum Beispiel 80 Millionen Euro), regelhaft einzuführen.

Innovative Arzneimittel in einem kontrollierten Umfeld einsetzen

Die steigende Anzahl an neuen Arzneimitteln mit teilweise völlig neuen Wirkansätzen erweitert auf der einen Seite die therapeutischen Möglichkeiten für viele Erkrankungen (insbesondere im Bereich der Onkologie), auf der anderen Seite wachsen aber auch die Herausforderungen für die Ärztinnen und Ärzte im Umgang mit diesen Arzneimitteln. Daher sollte die Möglichkeit einer gesetzlichen Regelung geprüft werden, um den Einsatz dieser innovativen Arzneimittel auf ein kontrolliertes Umfeld in Zentren oder in Schwerpunktpraxen zu beschränken. Entscheidend für die Auswahl teilnehmender Versorger sind die Kompetenz, die Fallzahl sowie die Einhaltung von Vorgaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Ziel einer solchen Regelung ist die Stärkung der Arzneimittelsicherheit durch die Etablierung höherer Qualitätsstandards beim Einsatz innovativer Arzneimittel.

Konsequenter Einsatz von Biosimilars stärken

Biotechnologisch hergestellte Arzneimittel (Biologicals) erweitern die Therapiemöglichkeiten und die Behandlungsalternativen in der Arzneimittelversorgung. Biosimilars als Nachahmerpräparate der hochpreisigen Biologicals können bei vergleichbar hoher Versorgungsqualität Wettbewerb im Arzneimittelmarkt schaffen und dadurch Kosten einsparen.

Die Einführung von Verordnungsquoten für die Verschreibung von Biosimilars kann dazu beitragen, ihren Markteintritt zu erleichtern. Festbeträge und Rabattverträge sollten grundsätzlich auch bei Biosimilars Anwendung finden.

Versandhandel als sinnvolle Ergänzung der Arzneimittelversorgung

Der Versandhandel mit Arzneimitteln kann einen wichtigen Beitrag zu mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen leisten, von dem auch die Bürgerinnen und Bürger profitieren. Der Versandhandel – auch mit verschreibungspflichtigen Medikamenten – ist eine sinnvolle Ergänzung einer qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung. International ist diese Form der Versorgung längst Realität. Gerade für ältere chronisch Kranke in ländlichen Regionen würde der regelmäßige Versand wichtiger Arzneimittel nach Hause eine große Erleichterung sein. Grundsätzlich ist eine qualifizierte Beratung und Hilfestellung für Menschen mit chronischen Erkrankungen oder sonstigen Beeinträchtigungen in der Fläche erforderlich.

Prävention und Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Prävention und Gesundheitsförderung auf mehr Schultern verteilen

Prävention und Gesundheitsförderung haben durch das Präventionsgesetz eine starke Aufwertung erhalten. Sie müssen künftig jedoch stärker als gesamtgesellschaftliche ressortübergreifende Querschnittsaufgabe verstanden werden.

Keine Verschiebung finanzieller Lasten auf die Solidargemeinschaft

Der Anteil von gesetzlicher Krankenversicherung und Pflegeversicherung an der Finanzierung der Gesamtausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung wurde mit dem Präventionsgesetz stark ausgeweitet. Der mit dem Gesetz eingeleitete Paradigmenwechsel von der Verhaltens- auf die Verhältnisprävention ermöglicht, dass vulnerable Zielgruppen besser erreicht werden können.

Die Finanzierung von Leistungen für Prävention und Gesundheitsförderung sollte in Zukunft nicht nur von den Kranken- und Pflegekassen getragen werden, vielmehr müssen alle Beteiligten finanzielle Verantwortung übernehmen. Dazu zählen die Sozialversicherungsträger (gesetzliche Kranken-, Pflege-, Renten-, Arbeitslosen- und Unfallversicherung), die private Krankenversicherung, der Bund, die Länder und die Kommunen.

Gestaltungsräume der Krankenkassen müssen erhalten bleiben

Prävention und Gesundheitsförderung leben von der Kreativität und dem Engagement der Beteiligten. Restriktive Regelungen wie beispielsweise die Vorgabe von festen Finanzierungsanteilen in bestimmten Bereichen helfen dabei nicht weiter. Die Krankenkassen benötigen Gestaltungsräume, um im Qualitätswettbewerb geeignete Angebote entwickeln zu können.

Qualitätssicherungsmaßnahmen stärker in Unternehmen und im betriebsärztlichen Bereich etablieren

Unternehmen müssen die Betriebliche Gesundheitsförderung als wesentlichen Teil ihrer eigenen Organisationsentwicklung begreifen: Gesunde, motivierte und qualifizierte Beschäftigte sind für Unternehmen ein Schlüsselfaktor im Wettbewerb. Arbeitgeber sollten bei der Umsetzung von Maßnahmen in die finanzielle und gestalterische Verantwortung genommen werden. Als Anreiz zur Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen für ihre Beschäftigten wäre eine stärkere steuerliche Förderung sinnvoll.

Nachhaltigkeit und Transparenz in der Pflege

Pflegeversicherung langfristig finanzierbar halten

Das Umlageverfahren in der Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung hat sich zur Absicherung des Pflegerisikos bewährt. Mit den Pflegestärkungsgesetzen der 18. Legislaturperiode wurden die Leistungen mehrstufig ausgebaut. Zur langfristigen Sicherung des Versorgungsniveaus müssen die Leistungsbeträge der sozialen Pflegeversicherung in einem institutionalisierten Verfahren dynamisiert werden.

Pflegeversicherung als Teilkostenversicherung stärken – regelgebundene Dynamisierung der Leistungen sichern

Die Pflegeleistungen haben seit Einführung der sozialen Pflegeversicherung an Realwert verloren. Sie decken in vielen Bereichen weniger als 50 Prozent der Gesamtpflegekosten ab. Um die Akzeptanz des Teilkostensystems Pflege insgesamt zu erhalten, muss ein weiterer Wertverlust vermieden werden. Die Leistungen der Pflegeversicherung sollten daher künftig regelgebunden an eine gesamtwirtschaftliche Kenngröße gekoppelt dynamisiert werden.

Länder bei der Pflegeausbildung in die Pflicht nehmen

Die Pflegeausbildungen zur Kranken-, Alten- und Kinderkrankenpflege sollten zusammengeführt werden. Eine damit einhergehende Abschaffung des Schulgeldes und eine bessere Ausbildungshonorierung können die Attraktivität der Ausbildung erhöhen. Dies wäre in Zeiten des Fachkräftemangels in der Pflege sehr zu begrüßen, ist jedoch mit enormen finanziellen Mehrbelastungen verbunden.

Quersubventionierungen staatlicher Aufgaben durch die Sozialversicherungsträger müssen vermieden werden. Die Länder dürfen sich nicht ihrer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung entziehen und sollten die Kosten der schulischen Ausbildung der reformierten Pflegeausbildung vollständig tragen.

Qualität der Pflege- und Betreuungsstrukturen sichern

Valide Informationen über die Qualität von Pflegeangeboten sind wesentlich für die Akzeptanz und die Zukunft der Pflegeversicherung. Die Sicherung und Darstellung von Qualitätsaspekten muss in der Pflege einen größeren Stellenwert erhalten.

Entlastungsangebote für pflegende Angehörige ausbauen

Die familiäre und selbstorganisierte Pflege ist das Fundament der Pflege in Deutschland. Daher müssen die Entlastungsangebote für pflegende Angehörige und private Helferinnen und Helfer qualitativ ausgebaut werden. Ergänzungen der Pflege- und Betreuungsangebote bedarf es vor allem im Bereich der nach Landesrecht anerkannten Unterstützungsangebote im Alltag, der stationären Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege für Kinder und Jugendliche.

Versorgung

Pflegenoten geordnet umsetzen

Die Weiterentwicklung der Pflegenoten muss an den Kriterien Transparenz und Qualitätssicherung ausgerichtet sein. Nach der Überarbeitung der Pflegenoten muss für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen ein differenziertes Bild über die Qualität der Pflegeeinrichtungen möglich werden. Dazu gehört, dass schlechte Versorgungsqualität in den Kernbereichen der Pflege künftig deutlicher sichtbar wird.

Kein Aufbau von Doppelstrukturen in der Pflegeberatung

Der Gesetzgeber hat im Rahmen des Dritten Pflegestärkungsgesetzes die Einrichtung von Modellkommunen beschlossen mit dem Ziel einer besseren Verzahnung der Aufgaben von sozialer Pflegeversicherung, Ländern und Kommunen. Die Ausweitung der kommunalen Aufgaben in der Pflegeberatung darf nicht zu Doppelstrukturen führen. Deshalb ist eine Evaluation der Modellkommunen sinnvoll.

Pflegestützpunkte sollen die Beratung der Pflegekassen unterstützen und werden durch gemeinsames Handeln von Kommunen und Kassen getragen. Ein Auftrag des Gesetzgebers für eine regelmäßige Evaluation der Angebote und Ergebnisse ist auch für Pflegestützpunkte nötig. Vor der Gründung neuer Pflegestützpunkte sollten Länder und Kommunen zukünftig gemeinsam mit den Pflegekassen die konkreten Pflegebedarfe in den Regionen analysieren und passgenaue Angebote erarbeiten.

Die ab 2018 geplanten Qualitätsvorgaben in der Pflegeberatung müssen von allen Akteuren verpflichtend umgesetzt werden.

Selbstverwaltung stärken

Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung sichern

Das Prinzip der Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen basiert auf dem Vertrauen in die Fähigkeit zur Selbstorganisation und Selbstkontrolle der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Gesetzgeber muss der Selbstverwaltung zur Erfüllung ihrer Aufgaben die notwendigen Spielräume erhalten.

Autonomie der Entscheidungen der Selbstverwaltung wahren

In ihrer Eigenschaft als Körperschaften des öffentlichen Rechts besitzen die Träger der Sozialversicherung das Recht zur Selbstverwaltung. Der Gesetzgeber hat ihnen weitgehende Eigenverantwortlichkeit in der Erfüllung ihrer Aufgaben eingeräumt und die Satzungs- und Haushaltsautonomie übertragen. Damit die gesetzlichen Krankenkassen ihren Aufgaben in verantwortlicher Weise nachkommen können, muss es bei den ihnen bewusst eröffneten Handlungsspielräumen ebenso bleiben wie bei der Fortgeltung des Grundsatzes der maßvollen Ausübung der Rechtsaufsicht.

Keine Fachaufsicht durch die Hintertür

Aufgrund des den Krankenkassen gesetzlich zustehenden Selbstverwaltungsrechts ist es ihnen vorbehalten, insbesondere die Zweckmäßigkeit und Angemessenheit geplanter Maßnahmen selbst zu beurteilen. Bestrebungen des Gesetzgebers, den Beurteilungsspielraum der Krankenkassen zu Gunsten einer Ausweitung der Befugnisse der Aufsichtsbehörden einzuschränken, beinhalten den schleichenden Übergang von der Rechts- zur Fachaufsicht und konterkarieren das Selbstverwaltungsprinzip.

Akzeptanz der Selbstverwaltung erhöhen

Die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen lebt vom ehrenamtlichen Engagement. Für dieses Engagement muss geworben werden: bei den gesetzlich Versicherten, die Einblick in die Arbeit der Selbstverwaltung erhalten sollen wie bei den ehrenamtlich Tätigen, die Motivation für ihre vielfältigen Aufgaben benötigen.

Um das Bewusstsein in der Bevölkerung für die Bedeutung der Selbstverwaltung und der Sozialwahlen zu erhöhen, sollte darüber breiter informiert werden. So könnte das Thema auch einen Platz in den Lehrplänen der Schulen einnehmen.

Urwahlen verpflichtend machen

In der gesetzlichen Krankenversicherung herrscht das Prinzip der Selbstverwaltung. Alle sechs Jahre haben die Mitglieder einer Krankenkasse die Möglichkeit, ihre Versichertenvertretung zu wählen. Sie nehmen damit Einfluss auf die Zusammensetzung des Verwaltungsrates ihrer Krankenkasse, der die Grundzüge der Kassenpolitik bestimmt. Der Verwaltungsrat stellt als zentrales Organ der Selbstverwaltung eine verantwortliche und legitimierte Vertretung der Versicherten und Beitragszahler dar. Er ist originärer Ansprechpartner für die Versicherten bei der Wahrnehmung ihrer Rechte als Patientinnen und Patienten.

Soziale Selbstverwaltung

Um die Akzeptanz der Sozialwahlen in der Bevölkerung zu erhöhen, sollen grundsätzlich Urwahlen durchgeführt werden. Urwahlen garantieren echte Auswahl und motivieren, sich an den Sozialwahlen zu beteiligen. Dabei ist darauf zu achten, dass nicht nur formale Wahlhandlungen stattfinden, weil nur so viele Personen benannt werden, wie Positionen zu besetzen sind.

Eine Herabsetzung der Unterschriftenquoten ist kein geeignetes Mittel zur Förderung von Urwahlen. Es besteht dabei die Gefahr, dass Organisationen teilnehmen, die nicht die Gewähr dafür bieten, langfristig Bestand zu haben und das notwendige sozial- oder berufspolitische Engagement erfüllen zu können.

Das Ehrenamt attraktiver gestalten

Die ehrenamtliche Selbstverwaltung garantiert eine versichertennahe, leistungsfähige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung. Selbstverwaltung in den gesetzlichen Krankenkassen benötigt Gestaltungsfreiräume: Dazu gehören etwa die Beitragssatzautonomie, die Beachtung des Prinzips der Rechtsaufsicht sowie Freiräume bei der Auswahl der hauptamtlichen Vorstände. Das Ehrenamt in der gesetzlichen Krankenversicherung sollte attraktiver gemacht werden, beispielsweise in dem es steuerrechtlich mit anderen Ehrenämtern gleichgestellt wird. Zudem müssen die Sozialwahlen modernisiert werden, dazu gehört beispielsweise die Einführung von Online-Wahlen.

MDK-Gemeinschaft stärken

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) muss seine gesetzliche Aufgabe als unabhängiger Sachverständiger bundeseinheitlich in hoher Qualität und unter Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit ausüben. Der Medizinische Dienst muss auch in Zukunft in der Trägerschaft der solidarischen Kranken- und Pflegeversicherung bleiben, die Begutachtung und Beratung gehört nicht in privatwirtschaftliche Hände.

Übergreifende Aufgaben der aus MDK und MDS bestehenden Gemeinschaft, wie eine bundeseinheitliche Branchensoftware, einheitliche Geschäftsprozesse oder vergleichbare Transparenzberichte, müssen von den Beteiligten weiterentwickelt werden. Dabei müssen die Medizinischen Dienste der Krankenkassen flexibel und koordiniert auf die strukturellen Veränderungen und Konzentrationen in der Kassenlandschaft reagieren.

Verlässliche Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung



Finanzierung zukunftssicher machen

Der medizinische Fortschritt, die Weiterentwicklung einer qualitativ hochwertigen Versorgung und die Einführung von Innovationen in den Versorgungsalltag führen zu steigenden Kosten im Gesundheitswesen. Die gesetzliche Krankenversicherung benötigt eine stabile Finanzierungsgrundlage, damit sie ihrem Anspruch an einen hohen Versorgungsstandard trotz begrenzter Ressourcen gerecht werden kann.

Verlässlichkeit der Erstattung versicherungsfremder Leistungen aus Steuermitteln

Die gesetzliche Krankenversicherung erhält zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen einen jährlichen Bundeszuschuss aus Steuergeldern. Er dient der pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der gesetzlichen Krankenkassen für diesen Bereich. Bei der Umsetzung ihres Versorgungsauftrags benötigen die gesetzlichen Krankenkassen Planungssicherheit. Dazu gehören eine Verstetigung und eine verlässliche Finanzierung des gesetzlich fixierten Bundeszuschusses.

Solidarische Finanzierung des Krankenversicherungsbeitrags

Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen werden nach der derzeitigen Finanzierungssystematik allein durch zusätzliche Beiträge der Versicherten getragen. Damit entfernt sich das System immer weiter vom solidarischen Modell der Parität.

Die Versichertenvertreterinnen und die Versichertenvertreter im Verwaltungsrat der BARMER fordern die Wiederherstellung der paritätischen Finanzierung der GKV durch Versicherte und Arbeitgeber, um den gesellschaftlichen Zusammenhalt zu stärken.*

*Diese Position wird von den Arbeitgebervertreterinnen und Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat der BARMER nicht mitgetragen.

Finanzierung

Faire Wettbewerbsbedingungen – Morbi-RSA weiterentwickeln

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) ist das wichtigste Steuerungsinstrument im Finanzverteilungssystem der gesetzlichen Krankenkassen und als „lernendes System“ angelegt. In seiner derzeitigen Ausgestaltung führt er zu deutlichen Verwerfungen innerhalb des Systems. Es bedarf daher einer Weiterentwicklung des Finanzausgleichs zwischen den Kassen auf der Grundlage der folgenden Reformschritte:

Berücksichtigung einer Versorgungsstrukturkomponente

Die Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen werden bundeseinheitlich über den Morbi-RSA ermittelt und richten sich nach den Durchschnittskosten für ganz Deutschland. Dabei werden die erheblichen regionalen Unterschiede der Kosten- und Versorgungsstrukturen nicht angemessen berücksichtigt. Dauerhafte und durch die Kassen nicht beeinflussbare strukturbedingte Ausgabenunterschiede müssen durch die Einführung einer Versorgungsstrukturkomponente ausgeglichen werden.

Hochrisikopool einführen

Derzeit decken die Zuweisungen an die Krankenkassen für Versicherte mit extrem hohen Krankheitskosten die entstehenden Ausgaben bei Weitem nicht ab. Deshalb sollten die Kosten für Patientinnen und Patienten, die an besonders seltenen und teuren Krankheiten leiden, durch einen Hochrisikopool zwischen den Krankenkassen ausgeglichen werden.

Neuregelung bei Auslandsversicherten

Da die Krankenkassen für Versicherte im Ausland in der Regel keine Diagnosen erhalten, gibt es für diese keine krankheitsbedingten Zuweisungen, sondern pauschale Zuweisungen, die sich am inländischen Kostenniveau orientieren. Die derzeitige Regelung, wonach die gesamten Zuweisungen für Auslandsversicherte auf die insgesamt für die gesetzliche Krankenversicherung entstandenen Kosten durch Auslandsversicherte begrenzt werden, hebt die Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen nicht vollständig auf. Um die zwischen den Wohnländern stark schwankenden Ausgaben für Auslandsversicherte zu berücksichtigen, sollten die Zuweisungen für Auslandsversicherte deshalb auf der Grundlage der jährlichen landesspezifischen Rechnungssummen erfolgen.

Direkte Morbiditätsmessung verbessern

Bis zur Einführung des Morbi-RSA waren Hilfsvariablen wie der Erhalt einer Erwerbsminderungsrente wichtige Bezugsgrößen für den Krankenkassenfinanzausgleich. Mit der direkten Morbiditätsorientierung des Risikostrukturausgleichs seit dem Jahr 2009 sind Verfahren der indirekten Morbiditätsorientierung durch Hilfsvariablen hinfällig geworden. Da die Morbidität eines Versicherten bereits über die hierarchisierten

Finanzierung

Morbiditätsgruppen abgebildet ist, erübrigt es sich, den Erwerbsminderungsstatus zu berücksichtigen. Hilfsgrößen zur Ermittlung von Zuweisungen sollten daher nicht mehr verwendet werden.

Änderung der Berechnungsmethode bei der Krankheitsauswahl

Durch den Gesetzgeber ist festgelegt, dass das Bundesversicherungsamt 50 bis 80 Krankheiten auswählt, für die gesonderte Zuschläge erfolgen. Durch die derzeit angewandte Rechenmethode verteilt der Morbi-RSA vermehrt Zuschläge für Volkskrankheiten. Seltenerer Krankheiten mit individuell sehr hohen Kosten werden vernachlässigt. Deshalb bedarf es einer Umstellung der Prävalenzgewichtung.

Zuweisungen an validierte Informationen binden

Die Zuweisungen sollten an validierte Informationen im ambulant-vertragsärztlichen Bereich geknüpft werden. Diese beinhalten sowohl Diagnosen (ICD-10-GM) als auch medizinische (diagnostische und therapeutische) Interventionen analog zum Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS-Klassifikation) bei den DRGs. Die Validierung sollte mithilfe eines weiter entwickelten Abrechnungssystems für ambulante Behandlungen, Prozeduren und Operationen erfolgen, mit denen die jeweilige Diagnose in Einklang stehen muss.

Regelmäßige Evaluation des Morbi-RSA

Für eine kontinuierliche Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs ist eine regelmäßige wissenschaftliche Überprüfung der Wirkungsweise des Zuweisungssystems erforderlich. Die Ergebnisse sollten in Form von Evaluationsberichten transparent gemacht werden.

Vereinheitlichter Ordnungsrahmen für die Gesundheitsversorgung

Konvergenz der Versicherungssysteme vorantreiben

Die Teilung des Krankenversicherungsmarkts in eine gesetzliche und eine private Krankenversicherung (GKV und PKV) ist nicht mehr zeitgemäß. Ein Wahlrecht zwischen GKV und PKV besteht ausschließlich für Unternehmerinnen und Unternehmer, Selbständige und gut verdienende Angestellte. Die fortschreitende Konvergenz von GKV und PKV erfordert neue rechtliche Rahmenbedingungen für gesetzliche Krankenkassen und private Versicherungsunternehmen.

Entwicklung eines vereinheitlichten Versicherungsmarktes mit einheitlichen Regeln

Damit die Versicherten eine Wahl zwischen den besten Versorgungsangeboten haben, müssen sich das gesetzliche und das private Versicherungssystem einander weiter annähern. Es bedarf konkreter Schritte hin zu einem vereinheitlichten Versicherungsmarkt, in dem für alle Krankenkassen und Versicherungsunternehmen dieselben Regeln gelten.

So rechnen zum Beispiel in der stationären Versorgung sowohl GKV als auch PKV über Fallpauschalen ab. In der ambulanten Versorgung sollte ein neuer Einheitlicher Bewertungsmaßstab entwickelt werden: Das eröffnet auch die Möglichkeit, die Gebührenordnung für Ärzte zu integrieren.

Zu einem vereinheitlichten Versicherungsmarkt gehört auch das Recht aller Krankenversicherten, ihre Krankenkasse oder Krankenversicherung ohne Nachteile frei zu wählen. In der gesetzlichen Krankenversicherung ist dies längst möglich, innerhalb der privaten Krankenversicherung gilt dies nur für diejenigen, die seit dem 01.01.2009 neue Verträge abgeschlossen haben. In einem ersten Schritt soll deshalb ein nachteilsfreies Wechselrecht für alle Privatversicherten geschaffen werden, das die vollständige Mitnahme der Altersrückstellungen, die in der Höhe den tatsächlich zu erwartenden Ausgaben entsprechen, zum neuen Versicherer einschließt.

Trennung von sozialer und privater Pflegeversicherung überwinden

Gesetzliche und private Pflegeversicherung sind in ihrem verpflichtenden Leistungskatalog identisch. Sehr unterschiedlich verteilt ist dagegen das Pflegerisiko von gesetzlich und privat Versicherten und damit auch die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen: Die soziale Pflegeversicherung trägt deutlich höhere Risiken und Belastungen.

Im Sinne einer Konvergenz der beiden Systeme sollte regelmäßig die Risikoverteilung ermittelt und ein entsprechend angepasster Finanzausgleich zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung durchgeführt werden. Langfristig sollte die Überwindung der Trennung beider Systeme auf der pflegepolitischen Agenda stehen.

Organisation

Klare Zuständigkeiten und Verantwortung schaffen

Der föderale Staatsaufbau bringt eine Aufteilung der Zuständigkeiten von Bund und Ländern mit sich. Entscheidend für die gesetzliche Krankenversicherung ist, dass damit ein fairer Wettbewerb unter den einzelnen Krankenkassen möglich ist.

Harmonisierung der Aufsichtspraxis für die Kassen in Bund und Ländern

Einheitliche Rahmenbedingungen sind die Voraussetzung für einen fairen Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen. Die Aufsicht über die Kassen ist jedoch aufgesplittet zwischen Bund und Ländern: Für bundesunmittelbare Kassen führt das Bundesversicherungsamt die Aufsicht, während die Sozialministerien der Länder für regional begrenzte Krankenkassen zuständig sind. Die Folge sind unterschiedliche Auffassungen der Bundes- und der Länderaufsichten bezüglich aller Aspekte des Kassenshandelns und damit beträchtliche wettbewerbliche Verwerfungen.

Die Aufsicht über alle Belange des Haushalts und der Finanzen sollte deshalb für alle Krankenkassen auf der Bundesebene erfolgen, zumal auf dieser Ebene der Risikostrukturausgleich abgewickelt wird. Mit dieser einheitlichen Aufsicht können Wettbewerbsverzerrungen unter den Kassen vermieden werden. Die Aufsicht über die Versorgungsverträge der Krankenkassen muss bei den Ländern liegen, da solche Entscheidungen auch stets mit dem Blick auf regionale Entwicklungen zu treffen sind.



Wettbewerb und Transparenz für mehr Qualität im Gesundheitswesen

Der Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen ist ein wichtiger Motor der Veränderung im Gesundheitssystem. Ständiger Anspruch der Akteure im Gesundheitswesen muss es dabei sein, die Qualität der Versorgung im Sinne der Patientinnen und Patienten zu verbessern. Dazu muss dem Wettbewerb um bessere Leistungen, Strukturen, Prozesse und Angebote deutlich mehr Raum gegeben werden.

G-BA: Erhalt und Fortentwicklung eines umfassenden Leistungskatalogs

Dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) kommt eine wesentliche Rolle in der gesetzlichen Krankenversicherung zu: Er bewertet die von der GKV zu finanzierenden Leistungen hinsichtlich ihres diagnostischen und therapeutischen Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit. Als Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses sind die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung mitverantwortlich für die Ausgestaltung des Leistungskatalogs der GKV.

Richtschnur der Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses muss sein, den Versicherten der GKV die Teilhabe am medizinischen Fortschritt zu sichern. Ziel

Organisation

der Arbeit des Gremiums ist es, den umfassenden Sachleistungskatalog der GKV zu erhalten und fortzuentwickeln, aber auch um Methoden zu bereinigen, die nicht mehr dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen.

Mehr Transparenz und Beteiligung in den Spitzenorganisationen

Der Gemeinsame Bundesausschuss und der GKV-Spitzenverband spielen als Spitzenorganisationen im Gesundheitswesen eine entscheidende Rolle für die Ausrichtung der Versorgung der gesetzlich Versicherten. Deshalb ist es wichtig, dass Transparenz über die Entscheidungsprozesse der beiden Institutionen besteht beziehungsweise hergestellt wird. Bislang ist die Beteiligung der hauptamtlichen Organe der Krankenkassen in die Entscheidungsprozesse des GKV-Spitzenverbands nicht gegeben. Um dem Versorgungsgedanken angemessen Rechnung zu tragen, sollten die Vorstände der Krankenkassen zukünftig im Fachbeirat des GKV-Spitzenverbands mit Stimmrecht vertreten sein. Auf diese Weise wird eine verbindliche Abstimmung mit der operativen Handlungsebene des GKV-Spitzenverbands ermöglicht.

Mehr Freiheiten für Selektivverträge

Das Selektivvertragsrecht wurde mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz neu strukturiert. Durch die systematische Weiterentwicklung der Rechtsgrundlagen sollen neue Freiräume für das Vertragshandeln der Kassen entstehen. Die Initiative des Gesetzgebers war dringend notwendig, da den Krankenkassen in der Vergangenheit der Abschluss von Selektivverträgen erheblich erschwert wurde. Die Vielzahl von gesetzlichen Vorgaben stand dem Grundgedanken entgegen, mit Selektivverträgen flexible und individuelle Vertragslösungen für die Krankenkassen zu ermöglichen. In Zukunft sollten alle einschränkenden Vorgaben im Recht der Selektivverträge entfallen. Denn der wirtschaftliche Einsatz von Ressourcen liegt im Interesse der Kassen selbst, zudem unterliegen Versorgungsverträge grundsätzlich dem Wirtschaftlichkeitsgebot.

Verhältnis zwischen Kollektiv- und Selektivvertrag klären

Selektive Vertragslösungen ergänzen die kollektivvertraglich gestaltete Regelversorgung. Durch Selektivverträge können Schwächen der kollektivvertraglich geregelten Versorgung behoben werden und Innovationen Eingang in die Versorgung finden. Dieser Vorstellung trägt auch die Förderung von neuen Versorgungsprojekten durch den Innovationsfonds Rechnung. Erprobte Versorgungsformen, die die Qualität der Versorgung verbessern und dem Wirtschaftlichkeitsgebot der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen, sollten nach einer Evaluation Eingang in die Regelversorgung finden.

Impressum

Herausgeber BARMER, Postfach 110704, 10837 Berlin

Verantwortlich für den Inhalt Verwaltungsrat, Vorstand

Realisierung Abteilung Politik, Abteilung Unternehmenskommunikation

Redaktion Ruth Rumke, Albrecht Walther, Susanna Weineck, Axel Wunsch

Gestaltung Sigrid Paul

Bilder fotolia: spreephoto (Titel), upixa (S. 10, S. 22), DragonImages (S.18);
iStock: zhudifeng (S. 6)

Druck Druckerei Rudolf Glaudo, Wuppertal

© BARMER, April 2017

Grundsätze und Positionen

- Der Patient steht im Zentrum unseres Versorgungsgeschehens. Wir wollen die Mundgesundheit und die Zufriedenheit unserer Patienten weiter verbessern, seine Mundgesundheitskompetenz stärken, ihm als Partner in der zahnmedizinischen Versorgung zur Seite stehen und uns für seine Belange einsetzen.
- Die freie Arztwahl ist ein hohes Gut. Sie ist Voraussetzung für ein freiheitliches Gesundheitswesen und das partnerschaftliche Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Zahnarzt.
- Als überzeugte Freiberufler stehen wir Zahnärzte in Deutschland zu unserer ethischen und sozialen Verantwortung.
- Unsere Aufgabe als KZBV und KZVen ist es, eine qualitativ hochwertige, wohnortnahe und flächendeckende zahnärztliche Versorgung sicherzustellen. Damit die Menschen, die in ländlichen Räumen sowie in einkommensschwachen Regionen leben, nicht von der Versorgung abgekoppelt werden, ist es dringend geboten, die Versorgung durch freiberuflich tätige Vertragszahnärzte in bewährten Praxisstrukturen weiter zu fördern, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) arztgruppenübergreifend auszugestalten und Anstellungsgrenzen in reinen Zahnarzt-MVZ im gleichen Umfang einzuführen, wie sie für Einzel- und Mehrbehandlerpraxen gelten.
- Wir setzen auf den weiteren Ausbau der erfolgreichen Präventionsstrategie in der Zahnmedizin. Wir wollen Karies weiter eindämmen und die Volkskrankheit Parodontitis bekämpfen. Wir machen daher Vorschläge für eine bessere Prävention und Therapie von Parodontalerkrankungen.
- Wir nutzen die Chance der Digitalisierung, um die zahnmedizinische Versorgung weiter zu verbessern. Gleichzeitig setzen wir uns für die Einhaltung höchster Datenschutz- und Datensicherheitsstandards ein.
- Die Besonderheiten der zahnmedizinischen Versorgung müssen in der Gesetzgebung und in den Strukturen der Selbstverwaltung stärker Berücksichtigung finden.
- Die Förderung und Sicherung von Qualität sind wesentliche Voraussetzungen für ein leistungsfähiges Gesundheitssystem. Qualität ist Teil unseres Sicherstellungsauftrages. Wir lehnen eine durch zunehmende Institutionalisierung entstehende überbordende „Qualitätsbürokratie“ ab. Eine ausschließlich sektorenübergreifende Ausrichtung der Qualitätssicherung ist für die zahnmedizinische Versorgung nicht zielführend.
- Wir fordern, die bürokratische Überbelastung der Praxen abzubauen, um mehr Zeit für die Patientenversorgung zu haben.
- Die Selbstverwaltung ist ein zentrales Fundament unseres Gesundheitswesens. Sie braucht Handlungs- und Gestaltungsspielräume. Es bedarf einer klaren Aufgabentrennung zwischen Selbstverwaltung und Aufsicht mit einer Beschränkung auf die Rechtsaufsicht.
- Wir sprechen uns für den Erhalt kollektiver Versorgungsstrukturen und körperschaftlicher Interessenvertretung bei der Gestaltung der Rahmenbedingungen für eine zahnmedizinische Grundversorgung aus.
- Wir wollen ein Gesundheitswesen, in dem es Wettbewerb um die bestmögliche Versorgung gibt. Dazu braucht es Angebotsvielfalt sowohl auf Seiten der Leistungsträger als auch auf Seiten der Kostenträger. Ein duales Versicherungssystem mit einer privaten Gebührenordnung neben dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (BEMA) ist dafür die Voraussetzung. Eine Einheitsversicherung lehnen wir ab.



07. November 2016

**32 Thesen zur
Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl 2017**

von

**Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)
Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (BDI)
Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD)
Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V. (VLK)**

Vorbemerkung

BDC, BDI, VKD und VLK als Spitzenverbände maßgeblicher Berufsgruppen im Krankenhaus und in der ambulanten Versorgung stellen nachfolgend die aus ihrer Sicht zentralen Anforderungen an die Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl 2017 vor. Das Thesenpapier soll als Leitfaden für politische Gespräche der beteiligten Verbände mit Politikern dienen und zugleich eine schnelle Orientierung darüber geben, wo aus Sicht der unterzeichnenden Verbände Handlungsbedarf besteht.

A.**Nach der Standortbestimmung des Ethikrates**

1.

In Übereinstimmung mit den Empfehlungen des Deutschen Ethikrates sind sich die beteiligten Verbände einig: Das leitende normative Prinzip der Gesundheitsversorgung muss wieder das Wohl des einzelnen Patienten sein.

2.

Die dazu erforderliche Neugestaltung der Finanzierungssysteme (Betriebs- und Investitionsfinanzierung) muss dafür sorgen, dass die Ökonomie der Patientenversorgung dient und nicht umgekehrt.

3.

Über die Neugestaltung der Finanzierungssysteme muss die Behandlungsqualität des Patienten gefördert werden. Leistungserbringer dürfen nicht in Entscheidungssituationen gebracht werden, in denen ökonomische Vorgaben Vorrang vor medizinischen Notwendigkeiten gewinnen. Die Behandlungsqualität findet ihren Ausdruck insbesondere auch in einer verantwortungsvollen und nach den individuellen Gesundheitsbedürfnissen des Patienten abgewogenen medizinischen Indikationsstellung.

4.

Eine Zuteilung von Ressourcen mit fehlender Effektivität und mangelnder Effizienz erzeugt Ungerechtigkeit mit Über- und Unterversorgung des Patienten. Sie ist daher nicht nur aus ökonomischen, sondern auch aus ethischen Gründen zu vermeiden.

5.

Die Neugestaltung der Finanzierungssysteme muss dafür sorgen, dass Kommunikation und Zuwendung im Krankenhaus sowie eine sektorübergreifende Betreuung auch im ambulanten Bereich ausdrücklich Teil der Patientenversorgung werden. Der organisatorische Aufwand muss bei den Vorgaben des Vergütungssystems berücksichtigt werden. Im derzeitigen DRG-System sind die Komponenten auf der Bundesebene (Katalog der Bewertungsrelationen) und auf der Landesebene (Landesbasisfallwert) darauf eingestellt, die Vergütungsentwicklung unterhalb der Kostenentwicklung zu halten. Gleiches gilt für die strenge Budgetierung der niedergelassenen Vertragsärzte. Damit wird ein von Jahr zu Jahr steigender Rationalisierungsdruck auf die Patientenversorgung ausgeübt.

6.

Die Verbände fordern eine intensive Diskussion über die Führungsstrukturen am Krankenhaus, zu welcher der Ethikrat ausführt.: „Eine fachinklusive Leitungsstruktur am Krankenhaus, die kaufmännische Leitung, ärztliche Direktion und Pflegeleitung gleichberechtigt und

unbelastet durch arbeitsrechtliche Sanktionsmöglichkeiten in der Krankenhausleitung zusammenführt, kann ein geeignetes Modell darstellen, um eine fachübergreifende Perspektive auf den Patienten auch strukturell abzubilden. Für die Sicherung der Transparenz ist auch die Einrichtung von Gremien im Krankenhaus denkbar, die als Beratungs- und Kommunikationsstellen fungieren und ggf. zwischen der Leitung und den Mitarbeitern vermitteln.“

7.

Die Dokumentationspflichten sollten auf das Notwendige reduziert und nicht ständig erweitert werden. Dokumentation zur Transparenz der Qualität ist gut. Es darf jedoch nicht zum Aufbau einer „Qualitätsbürokratie“ kommen.

8.

Zwischen ambulanter Versorgung im niedergelassenen Bereich und stationärer Versorgung im Krankenhausbereich erfährt der Patient regelhaft einen Bruch seiner Behandlungskette. Dies führt zu systemisch bedingten Informationsverlusten, Wartezeiten, Fehlerrisiken, Fehlzweisungen, unnötigen Zusatzausgaben für die Krankenversicherung und Risiken einer schlechten Behandlungs- und Betreuungsqualität. Es ist dringend geboten, über die bisherigen gesetzlichen Vorgaben hinaus eine echte sektorübergreifende Versorgung einzurichten. Hierzu erwarten die Verbände Lösungen vom Gesetzgeber. Ein erster Schritt wäre die gemeinsame Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung durch Vertragsärzte und Krankenhäuser mit gleichen Rechten und Pflichten und angemessener Vergütung. Die bisherigen gesetzlichen Regelungen konnten diese für den Patienten belastende Versorgungslücke nicht schließen.

9.

Eine echte sektorübergreifende Versorgung ist gekennzeichnet durch gemeinsame Betreuung eines individuellen Patienten je nach medizinischer Notwendigkeit des Einsatzes von Kompetenzen und Ressourcen. Zu einer sektorübergreifenden Versorgung gehört daher nicht nur der Austausch von Informationen, sondern auch eine gemeinsame Verantwortung für die Gesamttherapie einschließlich der damit verbundenen finanziellen Ressourcen.

10.

In Deutschland gilt mit gutem Grund die freie Arztwahl durch den Patienten. Das schließt im Falle einer stationären Behandlung auch die Freiheit ein, das Krankenhaus der eigenen Wahl, ggf. auf Empfehlung des behandelnden Arztes aufzusuchen.

11.

Angesichts der zunehmenden Zahl von Behandlungen im ambulanten Bereich muss die fachärztliche Weiterbildung in allen Disziplinen in der ambulanten Praxis ermöglicht werden. Dies kann nicht auf ausgewählte Fachgebiete begrenzt werden. Im Besonderen muss eine

Finanzierung von Weiterbildungsassistenten gewährleistet werden. In Weiterbildungspraxen müssen die Budgetgrenzen angepasst werden.

12.

Angedachte Vergütungsmodelle unter dem Schlagwort „pay for performance“ müssen sich orientieren an plausibler und nachweisbarer Ergebnisqualität. Dies ist ohne adäquate Risikoadjustierung unter Einbeziehung ärztlichen Sachverständes nicht vorstellbar. Erfahrungen in den USA zeigen, dass hier durch mangelnde Risikoadjustierung – insbesondere auf Grund der sozioökonomischen Faktoren der Patienten - und durch Förderung einer Qualitätsbürokratie die Negativeffekte überwiegen und die Versorgung dadurch nicht besser wird.

B.

Antikorruptionsgesetz

13.

Die Verbände stimmen vom Grundsatz her der Strafbewehrung korruptiven Verhaltens auch im ärztlichen Bereich zu. Es muss verhindert werden, dass Geldmittel der Sozialversicherung in Form von Prämienzahlungen fehlgeleitet werden.

14.

Andererseits führt das aktuelle Gesetz zu erheblichen Verunsicherungen, weil die Straftatbestände nur sehr vage ausformuliert sind. Insbesondere fehlt eine eindeutige Regelung zu innerärztlichen und sektorübergreifenden Kooperationen.

15.

Angesichts einer immer weiter fortschreitenden und im Sinne der Patientenversorgung auch notwendigen Spezialisierung als Konsequenz aus dem medizinischen Wissensfortschritt ist es zwingend geboten, die Breite der Medizin durch Zusammenführung der einzelnen Spezialisten zu gewährleisten. Das betrifft sowohl ambulante Versorgungsstrukturen, beispielsweise in der Kooperation zwischen Operateuren und Anästhesisten, als auch die Kooperationsnotwendigkeit zwischen selbstständig tätigen Fachärzten und Krankenhäusern oder Krankenhausverbänden. Dazu gehört auch die Hinzuziehung selbstständig tätiger Spezialisten für bestimmte Leistungen am Krankenhaus.

16.

Die genannten erforderlichen Kooperationen stehen allerdings prinzipiell unter Strafandrohung des Antikorruptionsgesetzes und werden deshalb aktuell in großem Umfang aufgelöst. Dies ist für die Patientenversorgung kontraproduktiv und bedarf einer umgehenden gesetzlichen Klarstellung.

C.

Qualitätsoffensive und planungsrelevante Qualitätsindikatoren**Vorbemerkung:**

Die Verbände unterstützen ausdrücklich eine sachgerechte und mit Augenmaß geführte „Qualitätsoffensive“, die zu einer Verbesserung der qualitativen Standards bei der Versorgung der Bevölkerung im stationären und ambulanten Bereich führen kann. Deren Erkenntnisse können eine Krankenhausplanung unterstützen, dürfen aber nicht Vehikel einer verkappten Mengenbegrenzung sein.

Vor diesem Hintergrund haben die Verbände erhebliche - methodische und inhaltliche - Bedenken, dass dieser Weg auf der Basis des vom IQTIG vorgelegten Abschlussberichtes zur „Auswahl und Umsetzung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren“ zielführend beschritten werden kann. Aus Sicht der Verbände sind hier folgende Kritikpunkte anzuführen:

17

Das Konzept „Patientengefährdung“ wurde als Konstrukt zur Legitimierung der Einschränkung der beruflichen Praxis in Planungsentscheidungen bei anhaltenden Qualitätsmängeln geschaffen. Es steht im Widerspruch zu dem international üblichen Prinzip der Patientensicherheit. Es stammt aus dem Katastrophenschutz und ist nach Expertenmeinung rechtsunsicher. Das moderne Fehlerverständnis bezieht sich nicht auf Gefahr, sondern auf die Analyse von Fehlerketten und hat Prävention als Ziel, nicht Strafe.

18

Um die Versorgungsqualität einer Abteilung beurteilen zu können, hat das IQTIQ Indikatoren ausgewählt, die gemeinsam über die Hälfte der Fälle der Fachabteilung abdecken, das sogenannte „Repräsentationsprinzip“. Der Ansatz, Qualitätsindikatoren (esQS) nach dem Repräsentationsprinzip zu benennen, ist aber wissenschaftlich nicht belegt und führt zu einer Selektion von Indikatoren, die viele Fachbereiche gänzlich auslassen und bietet so keinen Ansatz zur Bewertung einer Klinik als Ganzes.

19

Vor dem Hintergrund existenzbedrohender Konsequenzen der Anwendung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren für die Krankenhäuser ist eine hohe Evidenzstufe vor allem für die Rechtssicherheit nötig. Der Nachweis des Zusammenhangs zwischen Qualitätsmängeln und potentiell dem Schadensereignis muss demnach wissenschaftlich hochgradig abgesichert sein. Dies ist bei den ausgewählten esQS nur sehr bedingt gegeben.

20

Bei der Validierung der von den Krankenhäusern an die Daten-Annahme-Stelle gelieferten Daten dürfen durch den MDK nur Fachärzte und – wo entsprechend der Weiterbildungsordnung gegeben – Fachärzte mit Schwerpunkt des betroffenen Gebietes eingesetzt werden.

21

Die als Kommentierungsverfahren inklusiver fachlicher Klärung bezeichnete abschließende Stellungnahme des IQTIG von auffälligen Leistungserbringern bedarf einer Klärung hinsichtlich der Einbindung eines Teams medizinischer Fachexperten. Sie müssen einerseits vor jeder planungsrelevanten Entscheidung zwingend hinzugezogen werden, andererseits bedarf es eines Besetzungsrechts durch die Fachgesellschaften (mindestens 50 %). Im Abschlussbericht wird argumentiert, dass Fachexperten durch ihre Zugehörigkeit zu den Leistungserbringern nicht frei von Interessenskonflikten seien und daher nicht beteiligt werden können. Dies geht an der Sachnotwendigkeit einer qualifizierten Evaluation vorbei und wird deshalb strikt abgelehnt. Mit dieser Argumentation wäre keines der in der Qualitätssicherung erfolgreich eingeführten Peer Review-Verfahren mehr möglich.

22

Stellungnahme der Einrichtung: Das IQTIG lässt keine Einzelfallanalysen zu, sondern nur Ausnahmekonstellationen zu spezifischen Risikokonstellationen einer Klinik, die nicht in der Risikoadjustierung berücksichtigt sind, da alle anderen Faktoren in den statistischen Verfahren bewertet seien. Diese Argumentation ist abzulehnen, da die Risikoadjustierung der esQS unzureichend ist. Es sollen nur systematische Einflüsse erfasst werden, die es aber bei der Bewertung von Komplikationen häufig nicht gibt, insbesondere wenn diese selten auftreten. Hier ist die medizinische Konstellation des Einzelfalles mit all seinen Facetten entscheidend für die Bewertung, wie sie heute üblicherweise in Peer Review-Verfahren bewertet wird. Eine solche Berücksichtigung muss auch bei der Bewertung planungsrelevanter Indikatoren erfolgen.

23

Die für den Bereich der Frauenheilkunde und Geburtshilfe vom IQTIG empfohlenen Qualitätsindikatoren waren zum Teil bereits als esQS Indikatoren umstritten und sind erst recht für den geplanten Zweck der Planungsrelevanz von geringer Aussagekraft und Relevanz. Sie beinhalten zusätzlich im Bereich der Geburtshilfe einen hohen Fehlanreiz z. B. zu einer Steigerung der Kaiserschnitte.

24

Keinesfalls dürfen ungeeignete esQS aus dem Fachbereich Gynäkologie und Geburtshilfe nur deshalb zum Einsatz kommen, um unverantwortlich kurze Zeitvorgaben des GBA und des KHSG einzuhalten und eine Art Testlauf für planungsrelevante Qualitätsindikatoren zu ermöglichen, der die Übertragung in andere Fachbereiche vorbereitet.

Zwischenfazit:

Nach Auffassung der Verbände kann die vorgenannte Zielstellung einer sachgerechten „Qualitätsoffensive“ - nämlich die Verbesserung der qualitativen Standards bei der Versorgung der Bevölkerung im stationären Bereich - nachhaltig nur durch folgende Vorgehensweise erreicht werden:

25

Es müssen aussagefähige Indikatoren für die Bewertung der Ergebnisqualität der Krankenhausleistungen entweder aus dem Pool der esQS-Daten entnommen oder anderenfalls neu erarbeitet bzw. durch Verknüpfung mit Sozialdaten ertüchtigt werden. Neue Indikatoren zur

Ergebnisqualität, die wissenschaftlich fundiert und rechtssicher entwickelt werden, sind nicht im Schnellverfahren bereitzustellen, sondern erfordern einen Zeitraum von Jahren. Sie müssen manipulations- und rechtssicher sein und einen möglichst geringen Fehlanreiz bieten.

26

Sollten in Zukunft Indikatoren zur Struktur- und Prozess-Bewertung von Krankenhausleistungen herangezogen werden, kann das nur bei gesicherter Gegenfinanzierung erfolgen. Bei diesen Indikatoren werden aller Voraussicht nach kostenintensive Vorgaben im Personal- und Sachkostenbereich durch den G-BA vorgegeben, die vor dem Hintergrund der seit Jahren zu konstatierenden Unterversorgung der Krankenhäuser im Betriebskostenbereich und vor allem auch im Bereich der Investitionsfinanzierung nur schwer erfüllt werden können.

27

Zum Nachweis der Effizienz und Validität der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren und zur frühzeitigen Erkennung zu erwartender Fehlanreize ist eine Begleitforschung zwingend nötig.

28

Das gesamte Verfahren im GBA und IQTIG bedarf dringend einer Transparenz. Es liegen von 51 Fachgesellschaften und Verbänden Stellungnahmen zu dem Vorbericht des IQTIG vor, die konkrete, wissenschaftlich begründete Einwände gegen das jetzt geplante Verfahren enthalten. Sie sollen beim IQTIG bis zur Abschlussentscheidung in der Sache beim GBA unter Verschluss bleiben. Dies verhindert jeden konstruktiven Dialog in diesem komplexen Verfahren zwischen den medizinischen Fachleuten und dem GBA/IQTIG in der entscheidenden Phase der Entwicklung. Dies ist nicht zu akzeptieren, da es zu unausgewogenen Entscheidungen vor allem bei den Mehrheitsverhältnissen im GBA führt.

D.

MDK – Fehlsteuerungen des Abrechnungssystems

29

Das derzeitige System der Abrechnungsprüfung durch den MDK enthält aus Sicht der Krankenhäuser nicht akzeptable Fehlsteuerungen. Die Trägerschaft des Medizinischen Dienstes durch die Krankenkassen erweckt zumindest den Anschein fehlender Neutralität und potenzieller Ungerechtigkeit gegenüber Krankenhäusern. Es entsteht der Eindruck, dass der MDK beauftragt wird, unter dem Deckmantel der Rechnungsprüfung größere finanzielle Volumina von den Krankenhäusern zurückzuholen – teilweise mit dem Risiko von Verstößen gegen eine leitliniengerechte Medizin. Zudem kommt es auf beiden Seiten zum „Wettrüsten“ und damit zu einer Verschwendung von Ressourcen, die der Patientenversorgung fehlen.

30

Abrechnungsprüfungen sind grundsätzlich erforderlich und werden auch von Krankenhausesseite unterstützt. Ziel muss die korrekte Abrechnung sein.

31

Dazu sollte eine neue unabhängige Institution geschaffen werden, die den Auftrag hat, Abrechnungen der Krankenhäuser allein sachbezogen und neutral zu prüfen. Statt einer weiteren Erhöhung der Prüfquote sollte je Krankenhaus eine nach statistischen Kriterien repräsentative Stichprobe von Abrechnungen erhoben und geprüft werden. Eine Stichprobe von 5 % ist dazu völlig ausreichend, wenn sie statistischen Anforderungen genügt.

32

Krankenhäuser, die nachweislich und regelhaft zu hoch abrechnen, müssen die Beträge zurückzahlen und sich zusätzlich einem Review-Verfahren unterziehen mit dem Ziel, das Abrechnungsverhalten gegen Auflagen an zu definierende Standards für korrekte Abrechnung anzupassen. Vorsätzliche Falschabrechnung ist als Straftat zu werten. Krankenhäuser, die zu wenig abrechnen, sollten darüber informiert werden. Die zu wenig gezahlten Erlöse sollten im Interesse der Fairness ausgeglichen werden.

Prof. Dr. med. Dr. med. h.c. Hans-Joachim Meyer, Präsident
für den Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.

Dr. Hans-Friedrich Spies, Präsident
für den Berufsverband Deutscher Internisten e.V.

Dr. Josef Düllings, Präsident,
für den Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V.

Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Präsident
für den Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V.

Gemeinsames Positionspapier zur sozialen Absicherung von Selbständigen

Die unterzeichnenden Verbände erkennen die Notwendigkeit an, auch diejenigen Selbständigen vor einer Verarmung im Alter zu schützen, die nicht schon heute obligatorisch oder aus freien Stücken für das Alter vorsorgen. Hierbei gilt es wirksame Maßnahmen zu treffen, die das Risiko von Altersarmut bei Selbständigen reduzieren, ohne die Besonderheiten der Einkommenssituation von Selbständigen aus den Augen zu verlieren. Darüber hinaus sprechen wir uns für praxistaugliche Regelungen zur beitragsfreien Versicherung von nebenberuflich selbständigen Familienangehörigen in der Familienversicherung sowie für eine Absenkung der Mindestbemessungsgrundlage von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherten hauptberuflich Selbständigen aus. An der aktuellen Diskussion um eine bessere soziale Absicherung von Selbständigen möchten sich die unterzeichnenden Verbände mit den folgenden Vorschlägen beteiligen:

1. Rentenversicherungspflicht für Selbständige

- Erwerbsminderungsrisiko ausnehmen
- Flexible Beitragszahlung ermöglichen
- Anreize zum Aufbau einer Altersvorsorge steigern
- Anderweitige Formen der Altersvorsorge anerkennen
- Ausnahmen für Existenzgründer vorsehen
- Ausnahmeregelung für Geringverdiener vorsehen
- Vertrauen auf bereits geleistete Vorsorgeleistungen muss geschützt werden
- Bestehende Versicherungspflicht für Selbständige mit einem Auftraggeber aufheben

2. Beiträge von Selbständigen an die gesetzliche Krankenversicherung

- Erhöhung der Freigrenzen bei der Familienkrankenversicherung
- Dynamische Einbeziehung des Hinzuverdienstes im Rahmen der Familienversicherung bis zum Erreichen der erhöhten Freigrenze
- Erhebung der Beiträge anhand des tatsächlichen Verdienstes

1. Rentenversicherungspflicht für Selbständige

Erwerbsminderungsrisiko ausnehmen

Die Vorsorgepflicht für Selbständige muss sich auf die Alterssicherung beschränken. Eine verpflichtende Absicherung des Erwerbsminderungsrisikos würde die Versicherungsbeiträge stark ansteigen lassen. Gerade Selbständige mit geringem Einkommen würden dadurch zusätzlich belastet. Ebenfalls sollte berücksichtigt werden, dass es selbst bei Angestellten überwiegend in die eigene Verantwortung gestellt wird, für eine etwaige Erwerbsunfähigkeit bzw. für eine Berufsunfähigkeit tatsächlich ausreichend vorzusorgen. Für Selbständige besteht zudem ein großer Eigenanreiz sich für den Fall der Erwerbsminderung zu versichern. Selbständige sollten allerdings grundsätzlich die Möglichkeit haben, freiwillig Beiträge an die Deutsche Rentenversicherung Bund zu leisten, um so auch in den Genuss der Erwerbsminderungsrente zu kommen.

Flexible Beitragszahlung ermöglichen

Die Beitragszahlung muss flexibel möglich sein. Das bedeutet, dass Selbständige in Jahren mit geringem Gewinn auch einen niedrigeren Beitrag zahlen und die fehlenden Mittel in späteren Jahren nachzahlen können. Umgekehrt muss es möglich sein, einmalig oder mit mehreren Zahlungen einen hohen Betrag zu zahlen und damit die Vorsorgepflicht vorzeitig vollständig oder in weiten Teilen im Voraus zu erfüllen. Insgesamt muss der für die Position eines Selbständigen typischen Situation nicht auf konstante Einnahmen vertrauen zu können, Rechnung getragen werden, damit das Beitragssystem keine existenzgefährdenden Auswirkungen entfalten kann.

Anreize zum Aufbau einer Altersvorsorge steigern

Zur Erhöhung der Vorsorgefähigkeit von Selbständigen sollte geprüft werden, in welcher Form weitergehende Anreize geschaffen werden können, eine Altersvorsorge aufzubauen. Beispielsweise könnte vorgesehen werden, dass Selbständige auch die Riester-Rente nutzen können; der förderfähige Personenkreis (§ 79 EStG) könnte dazu entsprechend ausgedehnt werden. Dies hätte den Vorteil, dass Riester-Verträge bei einem Statuswechsel in die Selbständigkeit weiter gefördert würden.

Anderweitige Formen der Altersvorsorge anerkennen

Auch andere Formen einer werthaltigen Altersvorsorge sollten im Rahmen zukünftiger gesetzgeberischer Maßnahmen als Vorsorgeform anerkannt werden. Ausdrücklich zu nennen ist insoweit das eigene Immobilienvermögen von Selbständigen, welches unzweifelhaft als Altersruhesitz und damit als ein wichtiger Baustein einer Altersabsicherung dienen kann. Als Orientierungsmaßstab für künftige gesetzgeberische Maßnahmen könnten die bereits bestehenden Befreiungsmöglichkeiten für Selbständige mit einem Auftraggeber (§ 231 Abs. 5 Ziffer 3 SGB VI) dienen. Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat unter bestimmten Voraussetzungen z. B. auch Immobilienvermögen als vergleichbare und damit der Befreiungsregelung genügende Vorsorge i.S.d. § 231 Abs. 5 Ziffer 3 SGB VI anerkannt.

Ausnahmen für Existenzgründer vorsehen

Die Einführung einer Vorsorgepflicht für Selbständige darf nicht dazu führen, dass bestehende Gestaltungsmöglichkeiten hinsichtlich der Beitragszahlung abgeschafft werden. So ist derzeit für gem. § 2 S. 1 Nr. 9 SGB VI rentenversicherungspflichtige Selbständige mit nur einem Auftraggeber die Befreiungsmöglichkeit für einen Zeitraum von bis zu drei Jahren nach erstmaliger Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit (in § 6 Abs. 1a S. 1 Nr. 1 SGB VI) von erheblicher Bedeutung. Diese Existenzgründer-Befreiungsmöglichkeit müsste auch für eine generelle Altersvorsorgepflicht von Selbständigen gelten. Neugründungen würden erheblich erschwert, wenn Existenzgründer bereits mit Aufnahme ihrer selbständigen Tätigkeit die mit einer Vorsorgepflicht verbundenen zusätzlichen finanziellen Belastungen zu tragen hätten. Dies würde viele von einem Schritt in die Selbständigkeit abhalten. Existenzgründer sollten deshalb auch in Zukunft die Möglichkeit haben, während der ersten Jahre nach Aufnahme der selbständigen Tätigkeit von der Versicherungspflicht befreit zu sein, um die vorhandenen finanziellen Mittel in den Aufbau ihrer Existenz zu investieren. Die unterzeichnenden Verbände unterstützen es daher ausdrücklich, dass die besondere Situation von Existenzgründern durch Beitragsfreiheit in der Existenzgründungsphase berücksichtigt werden soll. Empfohlen wird jedoch, eine derartige Befreiung als den Normalfall – d. h. ohne Antragserfordernis – vorzusehen. Auf Antrag sollte demgegenüber eine freiwillige Altersvorsorge ggfs. auch zur Fortführung bzw. Aufrechterhaltung von Ansprüchen aus vorherigen Beschäftigungszeiten möglich sein. Eine Ausweitung der Existenzgründungsbefreiung von derzeit drei auf fünf Jahre, wie es im Bundestag zum Teil gefordert wird, erachten die unterzeichnenden Verbände für zweckmäßig. Die Erfahrung zeigt, dass viele Unternehmen gerade in der Startphase erhebliche Verluste realisieren müssen und erst nach fünf bis sechs Jahren profitabel werden.

Ausnahmeregelung für Geringverdiener vorsehen

Auch für Selbständige mit einem Verdienst von bis zu 450 Euro im Monat darf keine Vorsorgepflicht eingeführt werden. Ein Wegfall der bestehenden Ausnahme für geringverdienende Selbständige gem. § 5 Abs. 2 Nr. 2 SGB VI wäre besonders nachteilig für Personen, die wegen der Betreuung oder Pflege von Angehörigen keine Vollzeittätigkeit ausüben können. Diesem Personenkreis fällt der Eintritt in die Selbständigkeit ohnehin schwer, da die Betreuung der Angehörigen sehr zeitaufwendig ist und die dadurch entstehenden Belastungen schwer vorhersehbar sind. Aus diesem Grund bleiben gerade Personen, deren Ehepartner ausreichend Geld für den Lebensunterhalt verdient, dem Erwerbsleben fern. Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels reagiert die Politik darauf sinnvollerweise mit Wiedereinstiegtagen. Der vollständige Wiedereinstieg in das Erwerbsleben fällt jedoch umso leichter, wenn die betroffene Person nie ganz aus dem Erwerbsleben ausgeschieden ist. Eine Tätigkeit als Geringverdiener ist hier für viele eine interessante Alternative, da sie mit wenig bürokratischem Aufwand verbunden ist. Durch die Einführung einer Vorsorgepflicht für Geringverdiener würde eine zusätzliche Einstiegshürde aufgebaut, die viele Personen dazu bringen wird, auf einen Nebenverdienst zu verzichten. In diesem Fall besteht die Gefahr, dass dieser Personenkreis dauerhaft dem Erwerbsleben fern bleibt und sich das Problem des Fachkräftemangels weiter verschärft. Eine Vorsorgepflicht ist auch entbehrlich, da dieser Personenkreis in der Regel über den Ehepartner mitversichert ist.

Vertrauen auf bereits geleistete Vorsorgeleistungen muss geschützt werden

Selbständige sind im Vertrauen auf ihre bisherigen Entscheidungen zu schützen. Es ist aus unserer Sicht deshalb folgerichtig über 40-Jährige von einer Vorsorgepflicht auszunehmen. Auch wird sich mit einer von heute auf morgen einsetzenden Vorsorgepflicht bei diesen älteren selbständig Tätigen auf diesem Wege ohnehin keine ausreichende Altersvorsorge mehr aufbauen lassen können.

Bestehende Versicherungspflicht für Selbständige mit einem Auftraggeber aufheben

Seit Jahresbeginn 1999 sind sog. Selbständige mit einem Auftraggeber gem. § 2 S.1 Nr. 9 SGB VI kraft Gesetzes versicherungspflichtig. Im Falle einer generellen Verpflichtung zur Altersvorsorge von Selbständigen sollte diese berufsgruppenunabhängige Versicherungspflicht von sog. Selbständigen mit einem Auftraggeber entfallen, um Verwechslungen und Unsicherheiten für den möglichen Kreis der Betroffenen zu vermeiden. Darüber hinaus hat sich die bisherige von der Deutschen Rentenversicherung Bund entwickelte Regel, nach der

eine Rentenversicherungspflicht dann besteht, wenn der Selbständige fünfsechstel seines Einkommens von einem Auftraggeber erhält, nicht bewährt. Wechselnde Einkommensverhältnisse und besondere Umstände, wie Insolvenzen, Fusionen und Verschmelzungen von Auftraggebern werden von den Selbständigen oftmals nicht als Situation erkannt, die zu einer Rentenversicherungspflicht führen können. Die für diesen Kreis der versicherungspflichtigen Selbständigen in der Vergangenheit geschaffenen Befreiungsregelungen sollten allerdings – wie oben dargestellt – auch auf die Regelungen für eine generelle Altersvorsorgepflicht von Selbständigen übertragen werden.

2. Beiträge von Selbständigen an die gesetzliche Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) scheinen aus unserer Sicht ebenfalls praxistauglichere Regelungen für Selbständige, nebenberufliche wie hauptberufliche, angebracht, die die Einkommenssituation von Selbständigen in Zukunft besser berücksichtigen. Die Belastungen durch die Sozialabgaben bei Selbständigen sind erheblich und stellen eine prohibitiv hohe Einstiegshürde dar. Nach einer Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der AOK zahlen rund 600.000 Selbständige mit einem jährlichen Verdienst von unter 10.000 Euro 46,5 Prozent ihres Einkommens an gesetzliche Krankenkassen, vgl. Haun, Jacobs, GGW 2016, S. 22 (27). Diese hohen Belastungen erklären auch, dass nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes am Stichtag 30. Juni 2016 die Summe der Beitragsrückstände hauptberuflich Selbständiger in der gesetzlichen Krankenversicherung rund 1,4 Mrd. Euro betrug (BT Drs. 18/10762, S.26).

Erhöhung der Freigrenzen bei der Familienkrankenversicherung

Derzeit dürfen nebenberuflich Selbständige, deren Gesamteinkommen regelmäßig 425 Euro im Monat nicht übersteigt, beitragsfrei in der Familienversicherung bleiben, § 10 SGB V. Bei Überschreiten dieser Grenze müssen freiwillig in der GKV versicherte, nebenberuflich Selbständige bei einem allgemeinen ermäßigten Beitragssatz von 14% (ohne krankenkassenindividuellen Zusatzbetrag) mindestens rund 139 Euro monatlich Krankenversicherung (gem. §§ 240 Abs. 4 S. 1 SGB V i.V.m. § 18, 243 SGB IV), plus 25,29 Euro bzw. 27,77 Euro Pflegeversicherung (gem. §§ 55 Abs. 1, 3, 57 Abs. 4 S. 1 SGB XI) bezahlen. Freiwillig in der GKV versicherte nebenberuflich Selbständige zahlen damit bis zu 39 Prozent ihres Einkommens an die Kranken- und Pflegeversicherung. Hinzukommt, dass Soloselbständige ab 450

Euro in die gesetzliche Rentenkasse einzahlen müssen. Aufgrund dieser finanziellen Belastungen bleiben viele nebenberuflich Selbständige unter dieser Verdienstschwelle bzw. steigen sogar aus, wenn sie die Einkommengrenze von 425 Euro überschreiten. Dies kann aus unserer Sicht nicht im Interesse der Rentenversicherungs- und Krankenversicherungsträger sein.

Um nebenberuflich Selbständige zu entlasten, setzen sich die unterzeichnenden Verbände für eine Erhöhung der in § 10 SGB V geregelten monatlichen Einkommengrenze auf mindestens 900 Euro ein. Darüber hinaus regen wir an, die Beiträge für die Familienversicherung dynamisch mit dem Verdienst des nebenberuflich Selbständigen ansteigen zu lassen. Denkbar wäre dies z. B. wie folgt:

- Verdienst über 450 Euro monatlich: Beitrag für die Familienversicherung erhöht sich um 13 Euro
- Verdienst über 500 Euro monatlich: Beitrag für die Familienversicherung erhöht sich um 26 Euro
- ...
- Verdienst über 850 Euro monatlich: Beitrag für die Familienversicherung erhöht sich um 117 Euro
- Verdienst über 900 Euro monatlich: Selbständige unterliegen einer eigenen Krankenversicherungspflicht, die Möglichkeit eine Mitversicherung über die Familienversicherung entfällt.

Dadurch würde die individuelle Situation von nebenberuflich Selbständigen im Rahmen der GKV stärker berücksichtigt. Diese dynamische Anpassung der Beiträge für die Familienversicherung wird auch die Einnahmen der Krankenversicherungsträger und somit auch die Solidargemeinschaft der Versicherten stärken.

Erhebung der Beiträge anhand des tatsächlichen Verdienstes

Auch für hauptberuflich Selbständige, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, können die anfallenden Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung gerade in kritischen Unternehmenssituationen zu einer Überbelastung führen. Als Berechnungsgrundlage für die Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung gilt die monatliche Beitragsbemessungsgrenze (2017: 4.350 Euro), nach der der Selbständige grund-

sätzlich seine Krankenkassenbeiträge zu entrichten hat. Doch selbst bei Nachweis weit geringerer Einnahmen hat der Gesetzgeber eine sogenannte Mindestbemessungsgrundlage festgelegt, wonach der Beitrag gemäß § 240 Abs. 4 S. 2 SGB V für den Kalendertag vom vierzigsten Teil der monatlichen Bezugsgröße, d. h. mindestens auf der Grundlage von 75 % der monatlichen Bezugsgröße (2017: 2.231,25 Euro) zu berechnen ist. Ein monatliches Einkommen von 2.231,25 Euro wird damit im Jahr 2017 für Selbständige praktisch vermutet. Bei einem allgemeinen Beitragssatz von 14% (ohne krankenkassenindividuellen Zusatzbetrag und ohne Krankengeldanspruch) sind damit mindestens rund 312 Euro monatlich für die gesetzliche Krankenversicherung und hinzukommend mindestens 56,90 Euro Pflegeversicherung zu bezahlen. Dieser Prozentsatz der Mindestbemessungsgrundlage i.H.v. 75 % ist aus unserer Sicht abzusenken oder eine auf die tatsächlichen Einnahmen bezogene Beitragsberechnung auch unterhalb der derzeit geltenden Mindestbemessungsgrundlage vorzusehen. Denn es gibt immer wieder Situationen im Alltag von Selbständigen, die diese mit der derzeit geltenden Beitragshöhe überfordern. Dies ist insbesondere auch der Tatsache geschuldet, dass das monatliche Einkommen bei Selbständigen stark schwanken kann.

Berlin, den 24. Januar 2017

Über die Verbände:

Der **Bundesverband Direktvertrieb Deutschland e.V. (BDD)** vertritt als Branchenverband der deutschen Direktvertriebswirtschaft die Interessen namhafter Direktvertriebsunternehmen, die ganz unterschiedliche Produkte bzw. Leistungen verkaufen. Dazu gehören z.B. Haushaltswaren, Bauelemente, Nahrungsmittel, Weine, Kosmetik, Schmuck und Accessoires, Heimtiernahrung sowie Energiedienstleistungen. In der Direktvertriebsbranche in Deutschland sind über 800.000 selbständige Vertriebspartner tätig, die außerhalb von Geschäftsräumen Waren und Leistungen im Wert von über 16 Mrd. Euro an Endkunden verkaufen.

Die **Centralvereinigung Deutscher Wirtschaftsverbände für Handelsvermittlung und Vertrieb (CDH)** e.V. vertritt als Spitzenverband die Interessen der Handelsvermittlungsbetriebe und Vertriebsunternehmen im Business-to-Business-Bereich, darunter ca. 48.000 Handelsvertreter- und Handelsmaklerbetriebe aller Branchen. Der Wert der von den Handelsvertretungen gegen Provision vermittelten Warenumsätze beläuft sich auf ca. 178 Mrd. Euro pro Jahr in Deutschland. Einschließlich der beschäftigten Familienangehörigen beschäftigen Handelsvermittlungsunternehmen über 140.000 Arbeitnehmer/-innen in Deutschland.

Der **Deutsche Franchise-Verband e.V.** vertritt die Interessen der deutschen Franchisewirtschaft im wirtschaftspolitischen Umfeld - national wie international. Er wurde 1978 gegründet und sitzt in Berlin. Der DFV versteht sich als Qualitätsgemeinschaft und repräsentiert Franchisegeber und Franchisenehmer gleichermaßen. Im Jahr 2016 erwirtschafteten die 950 in Deutschland aktiven Franchisegeber, gemeinsam mit circa 119.000 Franchisenehmern und rund 697.000 Mitarbeitern einen Umsatz von etwa 103 Milliarden Euro.

DER MITTELSTANDSVERBUND – ZGV e.V. vertritt als Spitzenverband der deutschen Wirtschaft in Berlin und Brüssel die Interessen von ca. 230.000 mittelständischen Unternehmen, die in rund 310 Verbundgruppen organisiert sind. Die kooperierenden Mittelständler erwirtschaften mit 2,5 Mio. Vollzeitbeschäftigten einen Umsatz von mehr als 490 Mrd. Euro (rund 18 Prozent des BIP) und bieten 440.000 Ausbildungsplätze. Alle fördern ihre Mitglieder durch eine Vielzahl von Angeboten wie etwa Einkaufsverhandlungen, Logistik, Multi-Channel, IT, Finanzdienstleistungen, Beratung, Marketing, Ladeneinrichtung, Internationalisierung und Trendforschung.

Ansprechpartner:

Bundesverband Direktvertrieb Deutschland e.V. (BDD)

Jochen Clausnitzer, clausnitzer@direktvertrieb.de

Centralvereinigung Deutscher Wirtschaftsverbände für Handelsvermittlung und Vertrieb
(CDH) e.V.

Eckhard Döpfer, doepfer@cdh.de

Deutscher Franchise-Verband e.V. (DFV)

Torben Leif Brodersen, brodersen@franchiseverband.com

DER MITTELSTANDSVERBUND – ZGV e.V.

Judith Röder, j.roeder@mittelstandsverbund.de

Gesundheitspolitische Positionen des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e.V. im Wahljahr 2017



Grundsätzliche Positionen und Vorstellungen zur Weiterentwicklung der stationären Gesundheitsversorgung in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen

Dynamik, Flexibilität und Wettbewerb erhalten

Wettbewerb im Gesundheitswesen: Offener und fairer Wettbewerb nach anerkannten Regeln ist eine konstitutive Maxime unserer Gesellschaft. Auch die zuletzt immer stärkere wettbewerbliche Orientierung der Gesundheitsversorgung hat bestätigt, dass dynamische und flexible Verfahren maßgeblich zur anforderungskonformen Weiterentwicklung der Strukturen beitragen. Ein wettbewerbliches Gesundheitswesen entfaltet positive Steuerungsimpulse in einem System, das zur Versorgung kranker Menschen naturgemäß nur begrenzte Ressourcen zur Verfügung stellen kann. Wettbewerb befähigt alle, die sich diesen Herausforderungen stellen – und zwar im positiven Sinne

- *zu einer noch intensiveren Orientierung am unmittelbaren Patientenwohl;*
- *zu einer natürlichen Selbstverpflichtung auf ein qualitativ hochwertiges medizinisches Leistungsangebot, das sich im Einzelfall immer primär den medizinischen Erfordernissen und nicht allein wirtschaftlichen Zielen oder sozialen Kriterien, wie bspw. dem Status eines Patienten, verpflichtet fühlt;*
- *zur innovativen Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung und zur umfassenden und schnellstmöglichen Verfügbarmachung für alle Bedürftigen;*
- *zur Übernahme wirtschaftlicher Verantwortung und damit zu einem effizienten Umgang mit den beschränkten Ressourcen, was im Ergebnis einer gesamtgesellschaftlich finanzierbar bleibenden Gesundheitsversorgung zugutekommt.*

Die Mitgliedsunternehmen des BDPK und seiner Landesverbände halten es daher für unabdingbar, dass der ordnungspolitische Rahmen weiterhin Wettbewerb, Flexibilität und Dynamik ermöglicht, um auch in Zukunft eine leistungsfähige und bezahlbare Gesundheitsversorgung einschließlich der vielen anspruchsvollen Arbeitsplätze in diesem Bereich aufrechterhalten zu können.

Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen sind (auch) Unternehmen: Der gesundheitspolitische und gesetzliche Anspruch ist es, dass Krankenhäuser und Reha-Kliniken eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen haben; vgl. § 1 KHG i.V.m. und §§ 111 SGB V, 19 SGB IX. Diesen Anspruch können aber nur qualitativ hochwertige, eigenverantwortlich wirtschaftende und anpassungsfähige Einrichtungen gewährleisten. Daher müssen Krankenhäuser und Reha-Kliniken unternehmerisch handeln. Nur so kann eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung für jedermann zu gesamtgesellschaftlich vertretbaren Kosten gewährleistet werden. Nur so können die Einrichtungen – unabhängig davon, ob in öffentlicher, freigemeinnütziger oder privater Trägerschaft – zu sozial angemessenen Leistungsentgelten beitragen.

Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen dürfen (und müssen) Gewinne machen: Unserem sozial und marktwirtschaftlich verfassten Staatsprinzip zum Trotz wird in der Öffentlichkeit wiederholt kritisiert, dass auch in der Gesundheitswirtschaft – insbesondere von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen – Gewinne erwirtschaftet werden (müssen). Diese scheinbar moralische Empörung ist so wohlfeil wie heuchlerisch. Unberücksichtigt bleibt, dass weder die gesetzlich vorgesehene Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser noch die Finanzierung über die Reha-Vergütungssätze ausreicht, um die bauliche und medizin-technische Substanz der Einrichtungen zu erhalten. Deshalb müssen die Mittel für notwendige Investitionen in einem wachsenden Umfang selbst erwirtschaftet werden, häufig sogar über Kredite. Für diese Schulden müssen Zins und Tilgung gezahlt werden. Dies ist aber nur möglich, wenn die Einrichtungen entsprechende Überschüsse erwirtschaften. Trotzdem werden gerade private Einrichtungen gerne für ihre Wirtschaftlichkeit gescholten, während Kliniken in öffentlicher Trägerschaft beinahe gefeiert werden, wenn sie ein positives Jahresergebnis erreichen. Dabei gilt für alle gemeinsam: Krankenhäuser oder Reha-Einrichtungen, die unwirtschaftlich handeln und nachhaltig Verluste einfahren, können die notwendigen Investitionen nicht stemmen und könnten den Patienten vermutlich auch nicht die beste Behandlung bieten.

Fairer Ausgleich von Betriebskostendefiziten aus Steuer- und Beitragsmitteln: Die landläufig geübte Praxis, wonach die öffentliche Hand Krankenhäuser in eigener Trägerschaft aus Steuermitteln subventioniert, um systemische Betriebskostendefizite zu decken, verzerrt die Konkurrenzsituation vor allem zu Lasten von Kliniken in privater

Trägerschaft erheblich. Das trifft grundsätzlich auch auf Krankenkassen und Rentenversicherungen zu, die defizitäre Rehabilitationseinrichtungen in eigener Trägerschaft aus Beitragsmitteln subventionieren. Auch Kliniken in kirchlicher Trägerschaft werden durch diese Praxis deutlich benachteiligt. Diese Praxis verletzt den Grundsatz einer diskriminierungsfreien, wettbewerblich orientierten, auf einheitlich hohe Qualitätsmaßstäbe ausgerichteten Gesundheitsversorgung. Das Privileg einer jederzeit aus Steuermitteln finanzierbaren Defizitdeckung ähnelt dem Tatbestand der Selbstbedienung und verzerrt den Wettbewerb in unfaierer Weise.

Investition in die Ausbildung von medizinischen Fachkräften: Dreh- und Angelpunkt für eine zukunftsfähige medizinische Versorgung der Bevölkerung sind gut ausgebildete Fachkräfte. Bereits heute ist ein erheblicher Mangel an Ärzten, examinierten Pflegefachkräften und Therapeuten zu verzeichnen. Diese Lücke wird von Jahr zu Jahr größer. Gründe dafür sind unter anderem steigende Patientenzahlen, altersbedingtes Ausscheiden von Ärzten aus dem Beruf, Arbeitszeitreduzierung aufgrund hoher Arbeitsbelastungen. Um dem Fachkräftemangel wirksam entgegenzuwirken, müssten beispielsweise allein die Studienplätze in Medizin um 30 Prozent erhöht werden. Es ist dringend erforderlich, in eine besser strukturierte und qualitativ gute Ausbildung des medizinischen Fachpersonals zu investieren. Die Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, ist eine der Aufgaben der nächsten Bundesregierung.

Positionen des BDPK für Akutkrankenhäuser

Recht zur freien Arzt- und Klinikauswahl erhalten: Ein wettbewerblich ausgestaltetes Gesundheitswesen braucht das Recht zur freien Auswahlentscheidung durch den Patienten. Der Patient sollte hier immer im Mittelpunkt stehen. Denn dadurch, dass Patienten das Krankenhaus, in dem sie sich behandeln lassen wollen, selbst auswählen können, gewinnen die Patientenbedürfnisse und -wünsche einen elementaren Einfluss. Die Qualität der medizinischen Leistungen steht unmittelbar auf dem Prüfstand. Für Krankenhäuser sollte es keine Last sein, sich um jeden einzelnen Patienten zu bemühen und seinen Wünschen nach einer exzellenten medizinischen Versorgung, einer guten pflegerischen und menschlichen Betreuung sowie einer effektiv funktionierenden Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten zu entsprechen.

Unterfinanzierung der Krankenhäuser beseitigen: Unsere Krankenhäuser in Deutschland arbeiten im europäischen Vergleich zu sehr niedrigen Kosten. Die durchschnittlichen Kosten für die Behandlung eines Krankenhauspatienten betragen z. B. im Jahr 2014 in

- *Deutschland* 4.999 €
- *Norwegen* 7.687 €
- *Niederlanden* 11.419 €.

Günstiger als in Deutschland ist die stationäre Versorgung nur in Ländern wie Griechenland, Finnland, Portugal, Polen, Ungarn und Tschechien. Diese niedrigen Kosten werden in Deutschland jedoch nicht unerheblich durch die schon gewohnheitsübliche Unterfinanzierung der Betriebs- und Investitionskosten erzielt. Was gesamtgesellschaftlich wünschenswert sein mag, weil es den Anstieg der Gesundheitsausgaben insgesamt bremst, führt im Krankenhaus selbst zu einem enormen Rationalisierungsdruck, der nur durch Leistungszuwachs oder ein rigides Kostenmanagement beherrscht werden kann. Opfer dieser Entwicklung sind häufig auch die Mitarbeiter, die den Druck immer weniger aushalten, weil zwangsläufig auch die Personalkosten in ein enges Korsett gezwängt werden müssen.

Personaluntergrenzen sind keine Lösung: Nach allen Erfahrungen im Krankenhausmanagement lässt sich jedoch erkennen, dass reine Personalzahlen wenig über die eigentliche Qualität der Patientenversorgung aussagen. Nicht jedes Krankenhaus, jede Abteilung, jede Fachrichtung, jedes medizinische Konzept ist mit dem anderen unmittelbar vergleichbar. Das ist auch nicht wünschenswert. Unterschiede in

- *Patientenstruktur,*
- *Krankenhausorganisation,*
- *baulicher und technischer Ausstattung,*
- *der Personalzuordnung zu einzelnen Krankenhausabteilungen und*
- *eine steigende Bedeutung sinnvoller Arbeitsteilung unter den Mitarbeitern aller Berufsgruppen*

sind die evidente Wirklichkeit. Diese Wirklichkeit steht im Widerspruch zu einer statischen, abstrakten und stimmungspolitisch geschuldeten Verordnung von Personalmindestbesetzungen.

Pflege aufwerten und Fachkräftemangel begegnen: Die Attraktivität des Pflegeberufs muss durch flexible und klare Regelungen zur besseren Qualifikation und verantwortungsvollere Leistung aufgewertet werden. Ärztliche und pflegerische Verantwortungsbereiche müssen stärker zusammenwachsen, die pflegerischen Tätigkeiten in stärkerem Maße aufgewertet werden (Subsumption). Gleichzeitig müssen Pflegekräfte von patientenfernen Tätigkeiten im Krankenhaus entlastet und die bestehende Diversifizierung und Arbeitsteilung berufsrechtlich nachvollzogen werden. Neue, im Krankenhaus bereits fest verankerte und hochqualifizierte Berufsbilder in der Pflege (OTA, ATA und CTA) müssen endlich berufsrechtlich anerkannt und rechtssicher ausgestaltet werden.

Krankenhausqualität mehrdimensional messen, vergleichen und verbessern: Zur Verbesserung der Qualität im Krankenhaus müssen Struktur-, Prozess- und Ergebnis-

qualitätsparameter herangezogen, verglichen und veröffentlicht werden. Die derzeitige Praxis, Qualität vor allem durch die Vorgabe von Strukturqualitätsmerkmalen in Form von Personaluntergrenzen, Mindestmengen, Abteilungsstrukturen (bspw. für Krankenhäuser, die Notaufnahmen betreiben) zu definieren, wird dem Ziel wirklicher Qualitätsverbesserung nicht gerecht.

Bürokratie abbauen: Das Krankenhauspersonal muss von unnötiger Bürokratie entlastet werden. Leider geht der Trend seit Jahren in die andere Richtung. Das muss sich ändern. Es wäre zu begrüßen, wenn eine Projektgruppe unter Leitung des Bundesgesundheitsministeriums ins Leben gerufen werden würde, die sich – nicht nur pro forma – mit der Entbürokratisierung in der Gesundheitsversorgung beschäftigt.

MDK zum neutralen und unabhängigen Prüfdienst wandeln: Der durch die Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen ausgelöste bürokratische Aufwand steigt stetig. Die Forderungsausfälle nehmen allein durch die exzessive Ausweitung prüfungsbedingter Stornos zu. Auf diese Weise führen auch unbegründete Prüfungen zu erheblichen Zahlungsausfällen; im Ergebnis ist sogar die Zahlungsfähigkeit einzelner Krankenhäuser bedroht. Der MDK handelt somit immer öfter als Erfüllungsgehilfe der Krankenkassen, die entsprechende Prüfungen zunehmend allein mit der Zielsetzung beauftragen, die geschuldete Vergütung der erbrachten medizinischen Leistungen zu verweigern. Inzwischen scheint unter den Krankenkassen regelrecht ein Wettbewerb um die höchsten Kürzungserfolge ausgebrochen zu sein; dieser Irrwitz droht sich zu Lasten der Krankenhäuser komplett zu verselbständigen. Um die Neutralität und Unabhängigkeit des MDK zu gewährleisten, müsste dieser aus dem Gesundheitsfond bezahlt werden und von allen Nutzern des Gesundheitswesens – auch von den Krankenhäusern und den Patienten – beauftragt werden können.

Das Gewicht solcher Prüfungen konzentriert sich dabei immer mehr auf die Frage, ob die ärztliche und/oder pflegerische Leistung dokumentiert, nicht ob sie tatsächlich erbracht wurde. Immer öfter muss kostbare Zeit, die in der medizinischen Zuwendung und Betreuung der Patienten fehlt, in „Papierkram“ und minutiöse „Schriftstellerei“ investiert werden. Wegen dieser zunehmenden Fehlentwicklung sollte der Medizinische Dienst der Krankenkassen zu einem neutralen und von den Krankenkassen unabhängigen Prüfdienst umgestaltet werden. Zielsetzung müssen kassenartübergreifende Prüfungen, festgelegte Prüfquoten und vor allem Rechtssicherheit für die Krankenhäuser sein. Ein Aufrechnungsverbot würde helfen, die galoppierenden Zahlungsausfälle zu begrenzen und die schwelende Liquiditätskrise zu überwinden.

Mindestmengen können sinnvoll sein, wenn sich im konkreten Einzelfall der Zusammenhang zwischen festzulegender Mindestmenge und besserer Versorgungsqualität nachweisen lässt. Zielsetzung von Mindestmengen-Regelungen kann nur eine garantierte oder verbesserte Qualität sein. Krankenhäuser, deren Leistungen trotz Unter-

schreitens der Mindestmenge von hervorragender Qualität sind, sollten im Interesse der Patienten nicht von der Versorgung ausgeschlossen werden. Es sollte dringend geklärt werden, was „die Mindestmenge“ für solche Krankenhäuser bedeutet, die ein bestimmtes Quorum nicht erreichen, für eine Sicherstellung der Versorgung aber gleichwohl gebraucht werden.

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren sind sinnvoll, erfordern aber eine konsequente Anwendung durch die Planungsbehörden. Dies verlangt nach einem offenen und transparenten Verfahren, das die aus den Qualitätsergebnissen abgeleiteten Planungsentscheidungen nachvollziehbar und überprüfbar macht.

Überlegungen zur **qualitätsorientierten Vergütung** stellen die Königsdisziplin des angewandten Qualitätsmanagements dar. Solche Verfahren sind durchaus sinnvoll, setzen aber voraus, dass der Umgang mit Qualitätsdaten routiniert und manipulationssicher erfolgt.

Patientenverständliche Qualitätsbewertungssysteme: Die Einführung eines Portals für den bundeseinheitlichen Krankenhausvergleich ist zu begrüßen. Der mündige Patient, der sein Recht zur freien Krankenhauswahl wahrnehmen will, benötigt zur Orientierung auch verständliche und vollständige Informationen über die Qualität in der Einrichtung seiner Wahl. Insoweit ist eine faire, qualitätsorientierte Bewertung auch ein sinnvolles Instrument des Wettbewerbs – in einem größeren Umfang jedenfalls, als es wechselhafte politische Regulationen und starre Strukturvorgaben je sein könnten. Vorsorglich sollte das Augenmerk aber auch darauf gerichtet werden, dass solche Bewertungen nicht für gezielte oder wahrheitswidrige Desinformations- und Manipulationskampagnen missbraucht werden können (bspw. Fake-Infos, Shit-Storm u. Ä.).

Abbau der Sektorengrenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung: Auf diesem Feld besteht nicht erst für die neue Legislaturperiode dringender Handlungsbedarf. Die für Betroffene in aller Regel nicht nachvollziehbaren Grenzen, Hürden und Übergänge zwischen ambulanter und stationärer Versorgung bergen ein erhebliches Frustrationspotenzial. Wünschenswert wäre bspw. eine einheitliche Gebührenordnung für den Bereich, in dem ambulant wie stationär identische Leistungen erbracht werden. Für die Patienten bzw. Versicherten wäre die Entscheidung dann deutlich leichter und die Behandlung unkomplizierter, unabhängig davon, in welchem Setting sie sich behandeln lassen wollen.

Miteinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung: Grundsätzlich tritt der BDPK für ein auch künftig fortbestehendes wettbewerbliches Miteinander der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung ein. Beide Systeme vereinen in sich jeweils Vorzüge und Nachteile, stellen aber zusammen die Finanzierung der stationären Krankenversorgung sicher. Es steht zu befürchten, dass die Unterfinanzierung der Kranken-

häuser eher zunehmen als abnehmen wird, sollte das bestehende System noch stärker als bisher zur Monokultur umgestaltet werden.

Der **Fixkostendegressionsabschlag** gehört abgeschafft. Es ist ungerecht, wettbewerbswidrig und leistungsfeindlich, den Krankenhäusern sogenannte Fixkostendegressionsvorteile zu nehmen; schließlich haben sich die Einrichtungen diese Vorteile primär durch Effizienz- und Qualitätsverbesserungen in der Patientenversorgung erarbeitet. Durch den Fixkostendegressionsabschlag wird dieser Qualitäts- und Leistungswettbewerb grundsätzlich in Frage gestellt. Es ist auch gesundheitspolitisch geradezu absurd, dass der Fixkostendegressionsabschlag vor allem die Krankenhäuser mit sehr guter Qualität trifft, die sich im Qualitätswettbewerb durchgesetzt haben – und primär aus diesem Grund auch eine vermehrte Nachfrage nach ihren Leistungen verzeichnen können.

Tarifkosten: Bevor Personalmindeststandards und andere Personalbesetzungsdogmen zum sozialpolitischen Mantra erhoben werden, muss sichergestellt werden, dass Krankenhäuser den permanenten Kostenzuwachs für ihr Personal zu 100 Prozent refinanziert bekommen. Ein nur hälftiger Ausgleich der Kosten von Tarifabschlüssen verstärkt den Unterfinanzierungseffekt von Jahr zu Jahr. Die Krankenhäuser sind andernfalls gezwungen, noch mehr am Personal zu sparen. Wie das gehen soll, darüber rätseln nicht nur die Betriebsräte und Gewerkschaften.

Investitionskosten: Es muss flächendeckend sichergestellt werden, dass die Krankenhäuser die notwendigen Investitionen auch vornehmen und finanzieren können. Für jedes Bundesland muss das landesspezifische Investitionsmittelvolumen für Krankenhäuser dem vom InEK berechneten Investitionsfinanzierungsvolumen hinzugerechnet werden. Wenn die Bundesländer dies nicht freiwillig tun, sollte eine bundespolitische Initiative die Lösung herbeiführen. Es würde helfen, wenn die Investitionsmittel für die Krankenhäuser zu gleichen Teilen von Land, gesetzlicher und privater Krankenversicherung sowie vom Bund zur Verfügung gestellt würden.

In eine auskömmlicher konfigurierte Investitionsfinanzierung müssen auch die zusätzlichen Mehrkosten einer Digitalisierungsoffensive im Krankenhaus eingerechnet werden. Investitionen in eine moderne und sichere IT sind unvermeidlich; zugleich verlagert sich der medizinische Diagnose- und Behandlungsprozess zunehmend in einen wachsenden eHealth-Bereich. Zugleich ist die Krankenhausinfrastruktur schon heute gegen Cyber-Kriminalität nicht immer hinreichend geschützt.

Eingriffe in das DRG-System mäßigen: Mit dem KHSG hat der Gesetzgeber erstmals in die Kalkulationsautonomie des InEK eingegriffen und mehr politisch als sachlich motivierte Absenkungen der Bewertungsrelationen vorgenommen. Ziel dieser Vorgehensweise ist es, bestimmte medizinische Leistungsangebote einzugrenzen. Solche Eingriffe sind abzulehnen; sie stellen das DRG-System selbst, mehr aber noch die ausschließlich medizinisch geprägte Indikation infrage.

Neue Vergütungssysteme ausprobieren: Der BDPK spricht sich ausdrücklich dafür aus, neue Vergütungssysteme auszuprobieren. Capitation-Systeme, bei denen gegen Zahlung einer Versorgungspauschale für eine Region oder einen Versichertenkreis die komplette Versorgung sicherzustellen und zu organisieren wäre, bieten insoweit interessante Ansatzpunkte und sollten schrittweise ausprobiert werden. Hierbei ließen sich Erfahrungen aus dem europäischen Ausland, bspw. Spanien, nutzen.

Hygiene verbessern: Viele Patienten werden in Krankenhäuser eingewiesen, ohne dass der infektiologische Status geklärt ist. Oft macht es den Eindruck, Hochrisiko-Patienten werden regelrecht „abgeschoben“, obwohl der Verdacht auf eine Infektion mit multiresistenten Keimen besteht, während zugleich die erforderliche vorherige Abklärung unterlassen wird. Das gefährdet die Hygiene und Gesundheit anderer Patienten im Krankenhaus. Mit der Krankenhauseinweisung sollte daher für niedergelassene Ärzte, Pflegeheime und ähnliche Einrichtungen die Verpflichtung bestehen, stets ein MRSA-Screening durchzuführen. Vor einer elektiven Krankenhausbehandlung sind sachgerechte Dekolonisationsmaßnahmen durchzuführen und das aufnehmende Krankenhaus über Befund und Ergebnis zu informieren.

In diesem Zusammenhang wird die Verlängerung des Hygieneförderprogramms ausdrücklich begrüßt. Problematisch bleibt, dass die Förderung aus formal-rechtlichen Gründen keine Anwendung auf psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen im Geltungsbereich der BPfIV und auch nicht auf Reha-Kliniken findet. Jedoch müssen auch von diesen Einrichtungen die Vorgaben der KRINKO-Empfehlungen beachtet werden, sodass das Hygieneförderprogramm eigentlich auch für diese Einrichtungen einschlägig wäre.

Positionen des BDPK für Rehabilitationseinrichtungen

Unverzichtbare Säule der Gesundheitsversorgung: Die Bedeutung privater Trägerschaft in der Rehabilitation ist nicht zu unterschätzen. Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen versorgen jährlich zwei Millionen Patienten ambulant und stationär. In privater Trägerschaft befinden sich gut die Hälfte der Einrichtungen und zwei Drittel aller Betten. Sie behandeln 1.279.174 Patientinnen und Patienten pro Jahr (2015).

Rehabilitation vor Pflege: Leistungen der medizinischen Rehabilitation können auf ärztliche Verordnung nur erbracht werden, wenn Krankenkassen die Leistung genehmigen. Immer stärker macht es jedoch den Eindruck, als würden medizinisch indizierte Reha-Leistungen zur Vermeidung von Pflege aus vordergründig ökonomischen Gründen abgelehnt, da der Wechsel des Patienten in die Pflegebedürftigkeit auch den Wechsel in die Kostenverantwortung der Pflegekasse mit sich bringt. Deshalb ist es notwen-

dig, den Entscheidungsspielraum der niedergelassenen Haus- und Fachärzte bei der Verordnung von Rehabilitationsleistungen zu erhöhen. Die ärztlichen Verordnungen, die unter Anwendung standardisierter medizinischer Assessments vom Haus- und Facharzt erstellt werden, müssen im Regelfall den Anspruch auf eine Reha-Leistung abschließend begründen. Das schließt eine MDK-Begutachtung nicht aus; diese sollte aber nicht nur nach Aktenlage, sondern durch persönliche Untersuchung erfolgen. Zudem muss der betroffene Patient im vollen Umfang Kenntnis über das MDK-Gutachten erhalten. Ihm sollten auch die Empfehlungen zu einer etwaigen alternativen Gesundheitsleistung ausgehändigt werden, die im Falle ihrer Akzeptanz keiner gesonderten Genehmigung bedürfen.

Daneben gibt es weiteren Änderungsbedarf, bspw. sollte die MDK-Stichprobenprüfung entfallen. Für den Patienten bzw. Versicherten sollte eine bessere Transparenz im Hinblick auf etwaige MDK-Prüfungen ermöglicht und insgesamt eine regelmäßige statistische Information über Zahl, Umfang und Schwerpunkte von MDK-Begutachtungen sichergestellt werden. Darüber hinaus muss das Leistungsgeschehen der Krankenversicherungen, insbesondere bei der Belegungssteuerung für alle Beteiligten deutlich nachvollziehbar sein.

Nachrangigkeit der Rehabilitation abschaffen: Leistungen der medizinischen Rehabilitation sind gleichberechtigte Leistungen im Verhältnis zur medizinischen Akutversorgung. Das heute gesetzlich bestimmte Verhältnis der Nachrangigkeit – d. h. Reha nur, wenn alle Leistungen der Akutversorgung ausgeschöpft oder nicht mehr erfolgversprechend sind – muss gestrichen werden. Rehabilitation wird dann erbracht, wenn die Leistungen medizinisch notwendig und erfolgversprechend sind.

Aufhebung der 4-Jahresfrist: Ein Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation besteht nach dem Gesetz nur alle vier Jahre. Diese Regelung ist zu streichen. Der Anspruch auf Leistungen zur Rehabilitation sollte sich ausschließlich an der medizinischen Notwendigkeit orientieren.

Freie Wahl unter den zugelassenen und geeigneten Rehabilitationseinrichtungen: In Anlehnung an das uneingeschränkte Wahlrecht des Patienten bezüglich zugelassener Vertragsärzte und Krankenhäuser müssen die Versicherten auch unter den zugelassenen und geeigneten Vertragseinrichtungen der Rehabilitation frei wählen können. Die häufig nicht nachvollziehbare oder primär finanziell motivierte Beschränkung des Wunsch- und Wahlrechts durch die Krankenkassen muss beendet werden.

Verbindliche Rahmenverträge: In der heute üblichen Praxis werden den Rehabilitationseinrichtungen die Vertragsinhalte von den Krankenkassen bzw. Rentenversicherungsträgern geradezu diktiert. Ein wirklicher Verhandlungsspielraum besteht nicht. Faktisch gerieren sich die Partner wie ein syndikatives Oligopol, dem die einzelne Klinik

nichts entgegensetzen kann. Um diese Übermacht ein wenig zu relativieren, könnten übergreifende Rahmenverträge zwischen den Verbänden der Rehabilitationseinrichtungen und den Reha-Trägern geschlossen werden, die die Grundzüge der Ausgestaltung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation, Regelungen zu Leistungsinhalten und Qualitätsstandards, Grundsätze einer kosten- und leistungsgerechten Ermittlung von Vergütungssätzen sowie Grundzüge eines nachvollziehbaren Belegungsverfahrens beinhalten.

Streichung der Grundlohnsummenbindung: Die Grundlohnsummenbindung im SGB V verhindert die leistungs- und kostengerechte Anpassung der Reha-Vergütung. Diese Vorgabe verhindert die notwendigen Entscheidungsspielräume, um zu leistungs- und kostengerechten Vergütungen in Vertragsverhandlungen und Schiedsstellenverfahren zu kommen. In der Folge sind die Rehabilitationseinrichtungen häufig nicht in der Lage, Kostenentwicklungen, bspw. Tarifabschlüsse, über eine adäquate Anpassung der Leistungsvergütung zu refinanzieren. Daher sollte dieses Dogma verlassen werden. Das würde auch nicht gegen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität der gesetzlichen Krankenkassen verstoßen. Schließlich entfallen auf die Ausgaben für medizinische Reha-Leistungen nur rund 1,5 Prozent des gesamten GKV-Haushaltes – Tendenz rückläufig.

Abschaffung des Reha-Budgets in der Rentenversicherung: Über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation muss ausschließlich nach medizinischer Notwendigkeit und nicht danach entschieden werden, ob das sogenannte Reha-Budget bereits ausgeschöpft ist. Deshalb muss das Reha-Budget in der gesetzlichen Rentenversicherung abgeschafft werden.

Qualitätssicherungsverfahren vereinheitlichen: Die Qualitätssicherungsverfahren für die Leistungen der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Kranken- bzw. Rentenversicherung sind auch nach 20 Jahren noch sehr unterschiedlich. Dies führt zu einem enormen Aufwand für die Reha-Einrichtungen und erschwert die Vergleichbarkeit der Qualitätsergebnisse. Die Ergebnisse der Qualitätssicherung müssen zur Information der Versicherten regelmäßig veröffentlicht werden.

BDPK Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.
Friedrichstraße 60
10117 Berlin

post@bdpk.de
Telefon +49 30/2400899-0
Fax + 49 30/2400899-30
www.bdpk.de

Der **BDPK** ist ab sofort auch auf
Facebook und Twitter zu finden.



Folgen Sie uns!

ANPACKEN!

EIN GESUNDHEITSPOLITISCHES AUFGABENHEFT
FÜR DIE LEGISLATUR 2017 – 2021

AUS GEGEBENEM ANLASS

Wie kann man chronisch Kranken besser helfen?

Wie erfahren Versicherte, was die beste medizinische Versorgung für sie ist?

Wie soll die Digitalisierung unsere Gesundheitsversorgung unterstützen?

Wie gesund ist unser Arbeitsplatz?

Wie wird mit den 230 Milliarden Euro des Gesundheitsfonds umgegangen, den Versicherte und ihre Arbeitgeber alljährlich mit ihren Beiträgen zur Gesetzlichen Krankenversicherung füllen?

Darüber und über noch viel mehr in Sachen „Gesundheit“ entscheiden auch die Abgeordneten des Deutschen Bundestages. Im September wird das neue Parlament gewählt.

Danach braucht unser Gesundheitswesen endlich mutige Entscheidungen. Mit nachhaltigen Zielen.

Mit Respekt vor den fast 72 Millionen gesetzlich Versicherten.

STILLSTAND STOPPEN

Seit Jahrzehnten sind die Unzulänglichkeiten im deutschen Gesundheitswesen bekannt: Es ist zu stark an der Akutversorgung ausgerichtet, obwohl chronische und komplexe Krankheiten unaufhaltsam auf dem Vormarsch sind. Wo eine umfassende integrierte Versorgung notwendig wäre, wird weiterhin in den starren Grenzen der einzelnen medizinischen Sektoren geplant und behandelt. Das wird den veränderten Bedürfnissen der Patienten nicht gerecht.

Parallel dazu werden Ungerechtigkeiten bei der Finanzierung des Gesundheitswesens nie wirklich beendet.

Und die Probleme werden immer größer. Doch wann immer ernsthaft konsequente Korrekturen eingefordert werden, finden die Verteidiger des Bestehenden und die Blockierer von Veränderungen unverzüglich zusammen. Im Ergebnis werden nicht selten Kompromissformeln produziert, die versuchen, technokratisch der akuten Problemflut Herr zu werden.

Strukturen ändern und besinnen auf den Kern des Ganzen?
Nachhaltige Innovationen? Tragfähige Visionen? Fehlanzeige!

Wie lange wollen wir so noch weitermachen?

Die Bundestagswahl im September 2017 ist ein guter Anlass für eine Zäsur. Besser noch: für den Start einer politischen Debatte in Gesellschaft und Parlament mit dem Ziel wahrhaftiger Veränderungen und Korrekturen bei einer gleichzeitigen Rückbesinnung auf den Kern einer sozialen Krankenversicherung.

Besonders wichtig:

Oft geht es um Rettung in höchster Not. Meistens um ein gesundes und schmerzfreies Leben. Immer geht es um Lebensqualität in Beruf, Freizeit und dem privaten Umfeld. Die Akteure des Gesundheitswesens haben diesen Zielen zu dienen. Nicht umgekehrt.

FINANZIERUNG

FAIR GEHT ANDERS

Die Krankenkassen erhalten ihr Geld aus dem Gesundheitsfonds über den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Dieser soll dafür sorgen, dass die Kassen keine Rosinenpickerei bei der Suche nach den gesündesten Versicherten betreiben. Zudem soll ihnen ausreichend Geld für eine gute Versorgung ihrer Versicherten zur Verfügung stehen.

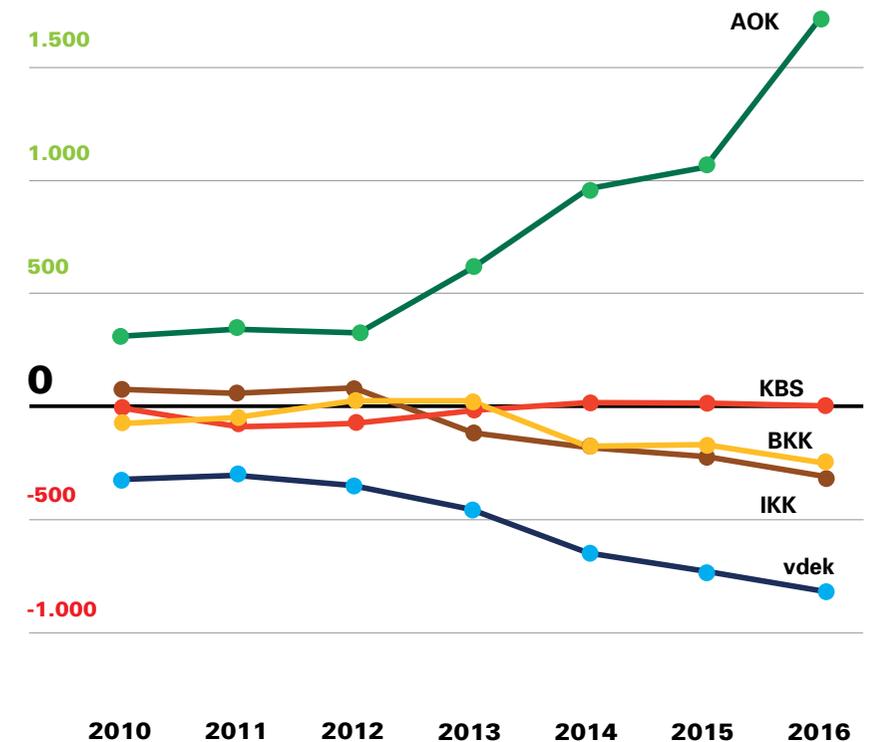
Der Morbi-RSA soll ein gerechtes Zuweisungssystem sein. Er ist die Basis für einen fairen Wettbewerb um eine gute Versorgung der Versicherten.

Faire Wettbewerbsbedingungen gibt es aber bis heute nicht. Auch die Manipulationsanreize sind nach wie vor zu groß. Die Folge: Die Zusatzbeiträge der Kassen, die die Versicherten alleine zahlen, driften immer weiter auseinander.

Der Grund: Der Morbi-RSA folgt nicht der tatsächlichen Versorgung. Eine Kassenart erhält seit Jahren deutlich mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds, als sie für die Versorgung benötigt – andere erhalten dafür zu wenig.

Die „Vereinfachung und Verbesserung der Zielgenauigkeit des Risikostrukturausgleich“ war noch 2006 Ziel des so genannten „Wettbewerbsstärkungsgesetzes“. Ziel verfehlt. Auch von der damit gleichzeitig erhofften „Grundlage für einen intensivierten und chancengleichen Wettbewerb“ kann keine Rede mehr sein.

Spreizung nimmt zu



Deckungsbeiträge

Differenz zwischen Einnahmen und Ausgaben für die Leistungen, die im Morbi-RSA berücksichtigt werden, in Mio. Euro;

Quelle: amtliche Ergebnisse.



GERECHTE VERHÄLTNISSE JETZT!

Dieser morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich muss endlich renoviert werden.

Ohne mehr Wissen und Transparenz kann der Morbi-RSA allerdings nicht sinnvoll weiterentwickelt werden. Deshalb müssen auch Krankenkassen Zugang zu den entsprechenden Daten erhalten, um tragfähige Vorschläge zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA erarbeiten zu können.

Besonders wichtig:

Der Morbi-RSA muss jetzt renoviert werden. Er darf einzig und allein der tatsächlichen Versorgung folgen. Die dazu erforderlichen Regelungen müssen klar und eindeutig sein. Manipulationen müssen wirksam ausgeschlossen werden.

Zudem muss kurzfristig eine regelmäßige Evaluation des Morbi-RSA eingeführt werden. Sie befördert bei Bedarf schnelle Korrekturen und muss dazu ebenfalls die Wettbewerbsauswirkungen des Ausgleichs kritisch im Blick behalten. Die regelmäßige Evaluation ist zudem ein Mittel, Vertrauen in das Verfahren und dessen Ergebnisse zurück zu gewinnen.

PRÄVENTION

JEDE MENGE LUFT NACH OBEN

Nach zwölfjähriger Debatte wurden mit dem Präventionsgesetz im Sommer 2016 weitreichende Maßnahmen beschlossen. Um Krankheiten wirksam vorzubeugen, müssen die Menschen erstens überhaupt erreicht und zweitens motiviert werden, ihr Verhalten zu ändern. Genauso wichtig ist die Veränderung von Arbeits- und Lebensbedingungen, die die Gesundheit gefährden.

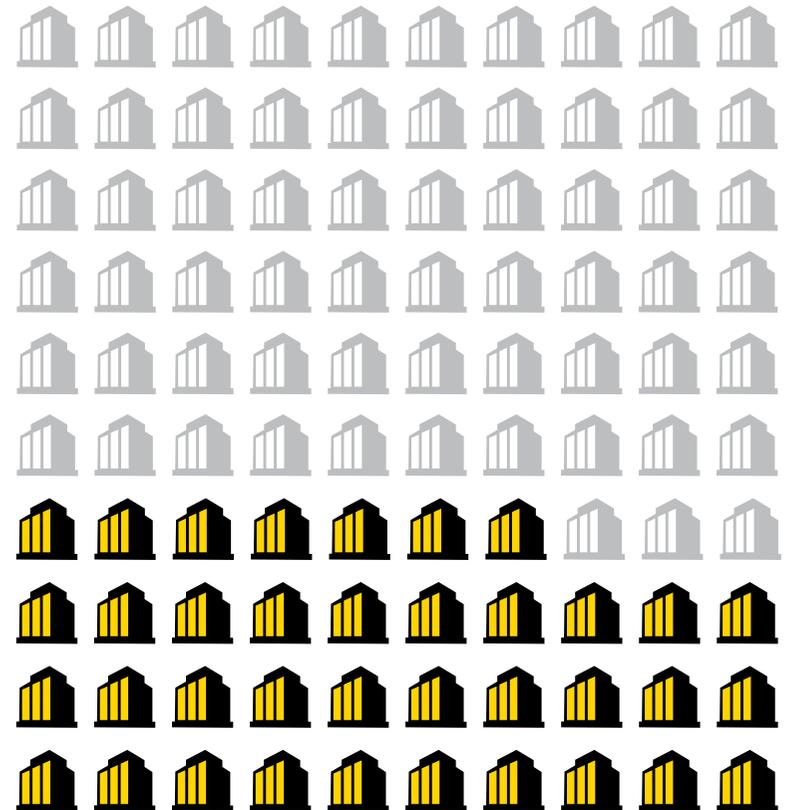
Ob Verhaltens- oder Verhältnisprävention: es kann und muss viel mehr getan werden. Von allen Beteiligten. Betriebe bilden da keine Ausnahme, denn die körperliche und psychische Beanspruchung der Beschäftigten nimmt weiter zu. Die betriebliche Gesundheitsförderung erreicht jedoch lediglich 1,3 Millionen Arbeitnehmer*, das sind 4,6 Prozent aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in den Betrieben.

Während große Unternehmen inzwischen mit Erfolg in gesunde Arbeitsverhältnisse und individuelle Angebote zur Gesundheitsvorsorge investieren, haben kleine und mittlere Betriebe (bis zu 499 Beschäftigte) nach wie vor große Schwierigkeiten sich zu engagieren. Das ist schlecht. Denn dort arbeiten 78 Prozent (22.147.124 Personen im Jahr 2014) aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten.

* laut „Präventionsbericht 2016“; MDS, GKV-Spitzenverband

63%

KMU ohne betriebliches Gesundheitsmanagement



KMU: Betriebe bis 499 Mitarbeiter; Quelle: iga.report 20, 2011



VORBEUGEN, WO ES WICHTIG IST

Kleine und mittlere Unternehmen können viel mehr tun, um die Gesundheit ihrer Beschäftigten zu erhalten und zu fördern. Gesetzliche Rahmenbedingungen, die das verhindern oder erschweren, müssen verändert werden. Dringend werden neue Angebotsformen in betrieblicher Gesundheitsförderung und arbeitsmedizinischer Betreuung benötigt.

- Innovative Präventionsprojekte müssen gefördert und nicht durch zentrale Vorgaben eingegrenzt oder gar verhindert werden.
- Das Vergaberecht muss für Leistungen zur Gesundheitsförderung vereinfacht werden.
- Die Begrenzung der Lohnsteuerfreiheit für Unternehmen von 500 Euro pro Jahr und Mitarbeiter für Maßnahmen zur Gesundheitsförderung muss abgeschafft werden.
- Gerade kleinere Unternehmen können keinen Betriebsarzt beschäftigen. Telemedizinische Anwendungen können die Reichweite betriebärztlicher Interventionen erhöhen. Dazu muss das Fernbehandlungsverbot gestrichen werden.

Besonders wichtig:

Die Genehmigungspraxis für Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung muss für alle Kassen gleichermaßen erfolgen. Diese Vereinheitlichung ist überfällig.

BERATUNGSRECHTE

ÜBERFORDERT UND OFT ALLEIN

Patienten fühlen sich häufig überfordert, die für sie beste Versorgung zu finden, vor allem bei schweren akuten Erkrankungen, bei chronischen Leiden, im hohen Alter oder als junge Eltern mit kleinen Kindern. Sie vermissen oft schnelle und gezielte Unterstützung sowie kompetente Beratung.

Die Krankenkassen könnten gezielt beraten. Dürfen das aber nicht, obwohl der gesetzliche Auftrag anders lautet. Ihnen ist es verboten, den einzigartigen Schatz ihrer Versichertendaten für individuelle Beratung und Aufklärung zu nutzen. Nicht einmal auf konkrete Ärzte und Versorgungsangebote dürfen sie hinweisen.

In der Hospiz-, Palliativ- und Pflegeberatung ist die Datennutzung zur Beratung erlaubt. Für andere Leistungen der Krankenkassen gilt das nicht. Damit fehlt den Kassen ein elementares Werkzeug, ihre Beratungspflicht zu erfüllen.

» Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.«

§ 1 Sozialgesetzbuch V



HELFEN STATT VERWALTEN

Gesetzliche Krankenkassen sind weit mehr als der Finanzier und Verwalter der Gesundheitsversorgung. Sie sind vor allem wichtige Partner in der Versorgung. So sehen das auch die Versicherten. Ein klares Bekenntnis der Politik aber fehlt.

Erst die Analyse kassenspezifischer Daten unter regionalen, demografischen und krankheitsbezogenen Aspekten – unter Vorgabe eines hohen Datenschutzes – schafft die Möglichkeit, passgenaue Versorgungsangebote vorzuschlagen. Von der Vorbeugung über die Behandlung bis hin zu Rehabilitation. Damit können Kassen die Versicherten auf ihrem Weg durch den Versorgungsdschungel mit dem vorhandenen Datenschatz bedarfsgerecht unterstützen. Gleichzeitig wird es möglich, die Versorgungsqualität zu verbessern.

Das hilft allen, allen voran den Patienten.

Besonders wichtig:

Der Beratungsanspruch für Versicherte, inklusive eines Widerrufsrechts, muss gesetzlich gesichert werden. Auf Wunsch des Versicherten muss die Verarbeitung seiner Daten zur Beratung möglich sein.

DIGITALISIERUNG

GESUNDHEIT 0.0

Der digitale Versand einer Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung – gleichgültig ob als Scan, als MMS oder über eine App – darf von den Krankenkassen nicht anerkannt werden. Deutschland im Jahr 2017. Und auch das: Die persönliche Mail eines Versicherten an seine Krankenkasse zu einem Verwaltungsakt muss immer auf dem Postweg beantwortet werden.

Da ist es eigentlich nur konsequent, dass die Debatte um die elektronische Gesundheitskarte seit 15 Jahren kein Ergebnis gebracht, aber bereits weit über 1,5 Milliarden Euro gekostet hat. So behandeln noch immer mehrere Ärzte, ohne voneinander zu wissen, die Krankheit eines Patienten. Vorerkrankungen oder Medikamenten-Unverträglichkeiten bleiben ihnen ebenfalls oft unbekannt.

Die weiteren Aussichten: schlecht. Das Gesundheitswesen läuft Gefahr, große Chancen der Digitalisierung zur Verbesserung der Versorgung und zum Abbau der Bürokratie zu verpassen.

Parallel dazu werden Operationen in Deutschland von der anderen Seite des Atlantiks gesteuert. Und die Google-Doktoren erzielen Klicks ohne Ende.

» Wenn das das Tempo der Digitalisierung der öffentlichen Verwaltung sein wird, werden wir ... in Kürze zu den Entwicklungsländern weltweit gehören.«

Bundeskanzlerin Angela Merkel mit Blick auf 15 Jahre erfolgreiche Debatte über die elektronische Gesundheitskarte am 9. Januar 2017 in Köln

**Besonders wichtig:**

Digitalisierung kann die Versorgung in strukturschwachen Gebieten unterstützen, dazu müssen die Kassen flächendeckend Online-Sprechstunden, inklusive eRezept, anbieten können. Damit verbunden ist die Abschaffung des Fernbehandlungsverbots, auch ein Versandhandelsverbot von verschreibungspflichtigen Medikamenten ist nicht zeitgemäß.

DIGITALISIEREN, WAS SINN MACHT

Das Potential der Digitalisierung muss für eine bessere Gesundheitsversorgung genutzt werden. Die Einführung der elektronischen Patientenakte darf nicht weiter verzögert werden.

Datensicherheit und Datenschutz sichern dabei die notwendige Akzeptanz digitaler Prozesse. Versicherte müssen stets Souverän ihrer Daten bleiben.

Die notwendige Infrastruktur muss zügig ausgebaut werden. Die alleinige Finanzierung der Telematik-Infrastruktur durch die Versicherten ist ungerecht.

Außerdem gilt: Nicht jede App ist in Ordnung, geschweige denn zu finanzieren. Deshalb müssen Qualitätsstandards etabliert und deren Einhaltung von den Anbietern nachgewiesen werden.

VERSORGUNGSGESTALTUNG

VERMEINTLICH GUT

Das gesetzliche Regelwerk der gesundheitlichen Versorgung ist komplex und an vielen Stellen inkonsistent. Kein Wunder, dass sich die Entscheider und Akteure im Gesundheitswesen lieber in ihren überschaubaren Sektoren betätigen und weniger das große Ganze im Sinne einer integrierenden Versorgung im Blick haben. Die Folge: Der Kollektivvertrag in den einzelnen Leistungsbereichen ist das dominierende Versorgungsangebot. Mit eigenem Planungs- und Honorierungssystem.

Eine am Bedarf der Versicherten ausgerichtete Versorgung?
Fehlansage.

Kollektivverträge werden regelmäßig im Hinblick auf Über-, Unter- und Fehlversorgung kritisiert. Zu Recht. Ihre Effizienz wurde nie gemessen und die großen Herausforderungen der Demografie, guter Pflege oder die Zunahme chronischer Erkrankungen und multimorbider Patienten konnten sie bisher nicht bewältigen. Gleichzeitig tun sie sich schwer mit neuen Chancen.

Die wirklichen Versorgungs-Innovationen bleiben aus. Es fehlt an Mut zur integrierenden Versorgungsgestaltung über Selektivverträge. Noch immer konzentriert sich alles auf die Akut-Versorgung.

Zu viel kollektiv!

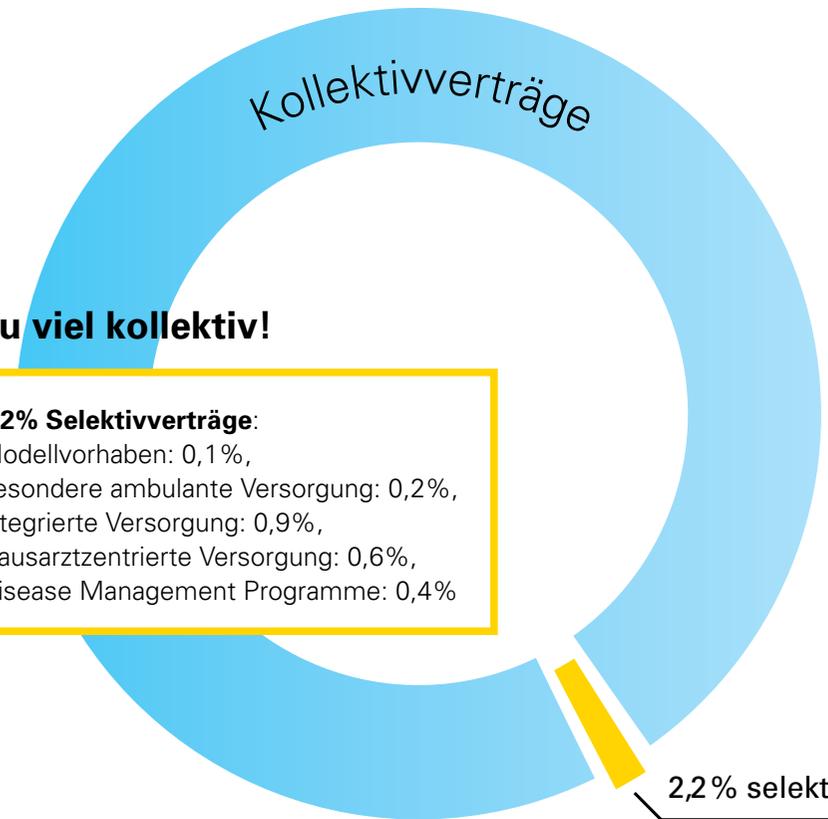
* 2,2% Selektivverträge:

Modellvorhaben: 0,1%,
besondere ambulante Versorgung: 0,2%,
integrierte Versorgung: 0,9%,
Hausarztzentrierte Versorgung: 0,6%,
Disease Management Programme: 0,4%

2,2% selektiv*

Leistungsausgaben der GKV

(nach BMG, ohne LKK); Quelle: KV45 4 2016





WETTBEWERB UM DIE BESTE VERSORGUNG

Die Hürden für Krankenkassen, die die Versorgung ihrer Versicherten individuell – über Selektivverträge – gestalten wollen, sind zu hoch. Zu viel Bürokratie muss bewältigt werden, sobald neue Wege der integrierten Versorgung, der Vertragsgestaltung oder sektorübergreifender Budgets beschritten werden sollen.

Doch gerade bei chronischen und altersbedingten Erkrankungen oder auch in medizinisch unterversorgten Regionen sind neue innovative Versorgungsformen wie geschaffen dafür, die Probleme nachhaltig sowie gleichzeitig kreativ zu beseitigen.

Basis der Selektivverträge muss die jeweilige Kassen-Population in einer Region oder in einem Unternehmen sein. Die Orientierung an regionalen oder betrieblichen Notwendigkeiten wird unterschiedliche Versorgungsformen hervorbringen. Das ist gut so. Denn es ist eine wesentliche Voraussetzung für den Wettbewerb im Gesundheitssystem. Wettbewerb um die beste Versorgung.

Qualität muss der zentrale Parameter für Selektiv-Verträge sein: mit Blick auf die effiziente Versorgung und deren gerechte Vergütung. Das Ganze eingebettet in soziale Rahmenbedingungen, die die Finanzierung dort sichern, wo sie nachweislich gebraucht wird.

Besonders wichtig:

Die Planung von Versorgungsstrukturen muss über alle Versorgungsbereiche hinweg erfolgen. Auf dieser Basis müssen Krankenkassen Selektivverträge schließen können, um ihren Versicherten eine passgenaue Versorgung anzubieten.

ANPACKEN!

DIE MERKSÄTZE

1

Oft geht es um Rettung in höchster Not. Meistens um ein gesundes und schmerzfreies Leben. Immer geht es um Lebensqualität in Beruf, Freizeit und dem privaten Umfeld. **Die Akteure des Gesundheitswesens haben diesen Zielen zu dienen. Nicht umgekehrt.**

2

Der Morbi-RSA muss jetzt renoviert werden. Er darf einzig und allein der tatsächlichen Versorgung folgen. Die dazu erforderlichen Regelungen müssen klar und eindeutig sein. Manipulationen müssen wirksam ausgeschlossen werden.

3

Die Genehmigungspraxis für Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung muss für alle Kassen gleichermaßen erfolgen. Diese Vereinheitlichung ist überfällig.

4

Der Beratungsanspruch für Versicherte, inklusive eines Widerrufsrechts, muss gesetzlich gesichert werden. Auf Wunsch des Versicherten muss die Verarbeitung seiner Daten zur Beratung möglich sein.

5

Digitalisierung kann die Versorgung in strukturschwachen Gebieten unterstützen, dazu müssen die Kassen flächendeckend Online-Sprechstunden, inklusive eRezept, anbieten können. Damit verbunden ist die Abschaffung des Fernbehandlungsverbots.

6

Die Planung von Versorgungsstrukturen muss über alle Versorgungsbereiche hinweg erfolgen. Auf dieser Basis müssen Krankenkassen Selektivverträge schließen können, um ihren Versicherten eine passgenaue Versorgung anzubieten.

Notfallversorgung, Rehabilitation, Arzneimittelversorgung,
Arzthonorare, Pflege, Krankenhaus, ...

Oder andere Themen.
Haben Sie dazu Fragen?
Wir beantworten Sie gerne.

Kontakt

Anne-Kathrin Klemm
Abteilungsleiterin Politik
Telefon: 030 27 00 406 200
E-Mail: politik@bkk-dv.de

Impressum

BKK Dachverband e.V.
Mauerstraße 85
10117 Berlin
Stand: Mai 2017



www.bkk-dachverband.de

Gesundheitspolitische Impulse für die Bundestagswahl 2017

Präambel

Den Patienten in den Mittelpunkt stellen – diese Forderung bildet den Dreh- und Angelpunkt für ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen. In vielen Bereichen ist es bisher jedoch nicht gelungen, eine konsequente Patientenorientierung im Versorgungsalltag umzusetzen. Vor allem die historisch gewachsene sektorale Gliederung des Systems erweist sich dabei vielfach als Hemmschuh. So sind Versorgungsprozesse noch immer weitgehend entlang der Anbieterstrukturen gestaltet und nicht entlang der Patientenbedürfnisse. Auch die Vergütungssysteme, die Ausbildungscurricula für Ärzte und andere Gesundheitsberufe sowie die Zusammensetzung der Selbstverwaltung folgen dieser Logik.

In den letzten Jahren wurden große Anstrengungen unternommen, um die bestehenden Sektorengrenzen zu überwinden. Dadurch konnte eine größere Vielfalt in den Versorgungsstrukturen erreicht werden. Wollen wir die Rolle des Patienten als zentraler Akteur des Systems weiter stärken, müssen wir im nächsten Schritt auch die zentralen Strukturelemente der Versorgung (Vergütung, Ausbildung, Selbstverwaltung, IT etc.) an diesen Paradigmenwechsel anpassen.

1. Patientenorientierung statt Silostrukturen

Die fehlende Koordinierung der Versorgungspfade von Patientinnen und Patienten stellt eines der zentralen Defizite des deutschen Gesundheitswesens dar. Solange wichtige Einflussfaktoren wie Vergütung, Bedarfsplanung, Regulierung, Sicherstellung und Qualitätssicherung strikt nach Sektoren getrennt sind, stehen die Sektorengrenzen den Versorgungsbedürfnissen von Patienten entgegen.

Statt altgediente Verfahren und Strukturen fortzuschreiben, müssen Bedarf und Nutzen der Patienten zum zentralen Maßstab werden. Dies ist nur erreichbar durch:

- **Integriertes Vergütungssystem**
Die bestehenden Vergütungssysteme sind nicht mehr reformierbar. Deshalb brauchen wir hier einen Neuanfang, der auch den Quartalsbezug der Vergütungslogik aufhebt. Da es das ideale Vergütungsmodell nicht gibt, sollten verschiedene Ansätze kombiniert werden – von stark pauschalisierten, populationsbezogenen Elementen bis hin zu besonders förderwürdigen Einzelleistungen.
- **Sektorenübergreifende Kapazitätsplanung**
Diese sollte sowohl ambulante als auch stationäre Kapazitäten berücksichtigen.
- **Eine Vertretung, die alle an der Versorgung Beteiligten einbezieht**
Die Zusammensetzung der Machtverhältnisse im G-BA sollte an die Versorgungsrealität angepasst werden und nicht ausschließlich durch Institutionen erfolgen, die sich als Vertreter eines Versorgungsektors verstehen. So sollte der zentralen Rolle der Pflege Rechnung getragen und die Stimmverteilung zwischen den Leistungserbringern kritisch reflektiert werden. Außerdem sollten bessere Bedingungen für eine effektive Patientenvertretung geschaffen werden.
- **Sektorenübergreifende Qualitätssicherung**
Dafür sind die Kriterien und Instrumente der Qualitätssicherung endlich so auszugestalten, dass sie sektorenübergreifend verwendet werden können, auf patientenrelevante Indikatoren fokussiert sind und mit gleichen Maßstäben messen.

→ **Transparenz und Verfügungsgewalt der Patienten über ihre Gesundheitsdaten**

Dies ist ausschließlich über eine sektorenübergreifende, dem Patienten bundesweit zugängliche elektronische Patientenakte möglich. Zudem ist es nötig, den Patienten die Kompetenz zu vermitteln, um anhand dieser Daten und Informationen Wahlentscheidungen treffen zu können.

→ **Größere Akteursvielfalt in der Versorgung**

Um dem Bedarf der Patienten nach vernetzten Versorgungsstrukturen, aber auch den veränderten Erwartungen junger MedizinerInnen gerecht zu werden, müssen sich Strukturen ändern: Leistungserbringer dürfen hinsichtlich Zulassung, Vergütung und Regulierung nicht aufgrund ihrer Organisationsform diskriminiert werden. Zudem brauchen wir ein weiteres Verständnis des Leistungserbringer-Begriffs, das jenseits der ärztlichen und heilberuflichen Professionen alle Akteure in den Blick nimmt, die Präventions- und Versorgungsleistungen für Patienten erbringen.

2. Mentalitätswandel durch den interprofessionellen Gesundheitscampus

Patientenorientierte, sektorenübergreifende Versorgung setzt voraus, dass alle an der Versorgung beteiligten Heilberufe miteinander kommunizieren, arbeitsteilig tätig sind und Verantwortung für ihren jeweiligen Kompetenzbereich übernehmen. Dies scheidet heute häufig an einer historisch bedingten Arztzentrierung unseres Gesundheitssystems und einem fehlenden Verständnis für die Qualifikationen der jeweils anderen Gesundheitsberufe. Diese strikte Trennung nach Berufsgruppen fängt schon in der Ausbildung an. Um einen echten Mentalitätswandel zu erreichen, muss interprofessionelle Zusammenarbeit bereits in der Ausbildung beginnen.

→ **Alle Gesundheitsstudiengänge und -ausbildungen sollten zukünftig Module vorsehen, in denen Studierende und Auszubildende aller Gesundheitsberufe gemeinsam lernen.** Das heißt: Das Medizinstudium sollte gemeinsame Module mit Studierenden und Auszubildenden in Pflege- und anderen Heilberufen sowie mit angehenden Pharmazeuten vorsehen. Mit einem solchen interprofessionellen Gesundheitscampus kann es gelingen, ein Verständnis für die spezifischen Qualifikationen und Perspektiven der jeweils anderen Heilberufe zu erlangen, die Diskussion um Delegation und Substitution zu entschärfen und interprofessionelle Zusammenarbeit langfristig zur Normalität werden zu lassen.

→ Der **Mentalitätswandel vom arztzentrierten zum teambasierten Versorgungsansatz** muss sich auch jenseits der interprofessionellen Module in den Curricula der Studiengänge und Ausbildungen wiederfinden. Dazu gehört es, den Patienten nicht als „Studienobjekt“, sondern ganzheitlich als Individuum mit eigenen Bedürfnissen anzusehen. Zudem ist der Fokus des Studiums auf die stationäre Versorgung zu eng für die heutigen Versorgungsbedarfe.

3. Neue Strukturen für eine umfassende regionale populationsbezogene Vollversorgung

Die integrierte Versorgung (IV) bietet die Chance, den Versorgungsherausforderungen von Patienten mit multimorbiden und chronischen Erkrankungen besser zu begegnen. Darüber hinaus ist sie in der Lage, der Forderung nach einer stärkeren Präventionsorientierung Rechnung zu tragen. Doch obwohl die IV schon seit dem Jahr 2000 im SGB V steht, ist die Verbreitung populationsbezogener IV-Modelle bisher auf wenige lokale Beispiele begrenzt. Bestehende Hemmnisse für eine flächendeckende Implementierung regionaler, integrierter, populationsbezogener Versorgungssysteme müssen daher abgebaut werden, ohne den Kollektivvertrag zu kannibalisieren. Dafür ist es nötig:

- die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass sie **tragfähige Geschäftsmodelle** zulassen – ohne dabei einer Risikoselektion Vorschub zu leisten;
- die **Sozialgesetzbücher** so zu **verzahnen**, dass soziale, gesundheitliche und pflegerische Leistungen integriert werden können. Um Finanzierungsfehlreize zu vermeiden, sollte die Budgettrennung zugunsten von Poolbildung aufgehoben werden;
- eine stärkere **Zusammenarbeit** der involvierten Leistungsanbieter **auf kommunaler bzw. regionaler Ebene** zu ermöglichen;
- **Hemmnisse** für Krankenkassen **abschaffen**, auf populationsbezogene IV-Modelle zu setzen. Hemmnisse liegen derzeit beispielsweise in fehlenden Präventionsanreizen des Morbi-RSA und der kurzfristigen Budgetorientierung von Körperschaften des öffentlichen Rechts (Ein-Jahres-Rhythmus des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität).

4. Solidarische Finanzierung – unterschiedliche Tarifmodelle

Versicherte und Patienten haben – jenseits der Grunderwartung an eine gute Versorgung – ganz unterschiedliche Erwartungen und Bedürfnisse an Zugangswege zur Versorgung und Umfang des Leistungsangebots ihrer Krankenversicherung. Zwar haben Krankenkassen seit 2007 die Möglichkeit, für eine größere Angebotsvielfalt ihren Versicherten Wahltarife anzubieten. Diese Option führt bisher jedoch ein Schattendasein. Neben den Wahlтарифen, die sich eher auf unterschiedliche Finanzierungsmodalitäten beziehen, bieten auch IV-Verträge die Option zur Produktdifferenzierung: So könnten Kassen verschiedene versorgungsrelevante Tarife anbieten, beispielsweise Tarife mit der Verpflichtung, im Erstkontakt einen Hausarzt oder Teledoktor aufzusuchen, wie sie beispielsweise in der Schweiz angeboten werden. Wahlтарифe müssen nicht zwingend mit Preisnachlässen für den Versicherten verbunden sein, sondern können auch mit höheren Kosten einhergehen. Um eine größere Vielfalt in der Produktpalette von Krankenkassen zu ermöglichen, fordern wir:

- Die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen sollten so verändert werden, dass Krankenkassen einen Anreiz haben, ihren Versicherten **unterschiedliche Wahlтарифe** (Versicherungsprodukte) anzubieten, die sich in versorgungsrelevanten Elementen unterscheiden (z. B. eingeschränkte Wahlfreiheit von Leistungserbringern, Generikaquote, Behandlungsmethoden). Insbesondere die vergaberechtlichen Vorgaben sowie die Komplexität von Bereinigungsvorschriften sollten in diesem Zusammenhang kritisch überprüft werden.
- Damit Versicherte fundierte Entscheidungen treffen können, sollten Krankenkassen angehalten sein, neben ihren Finanzergebnissen auch eine **Leistungsbilanz über die Versorgungsergebnisse** ihrer Versicherten zu publizieren. Hierfür ist es unabdingbar, dass einheitliche Indikatoren zur Bewertung entwickelt werden.

5. Dynamik des Innovationsfonds fortsetzen

Die Versorgungsstrukturen haben sich in den letzten Jahrzehnten trotz veränderter Patientenbedürfnisse, neuer Technologien und einer wesentlich besseren Evidenzlage über erfolgreiche Versorgungsansätze nur sehr langsam weiterentwickelt. Um den Modernisierungsprozess des Systems zu beschleunigen, wurde 2014 die Einrichtung eines zeitlich begrenzten Innovationsfonds beschlossen.

Er hat schon im ersten Ausschüttungsjahr 2016 eine neue Dynamik bei der Suche nach innovativen Lösungsansätzen und der Bildung von Konsortien hervorgebracht. Diese Dynamik gilt es fortzusetzen.

- Die **Konstruktion des Fonds** sollte angepasst werden: Um Fehlanreize bei der Auswahl der Projekte zu vermeiden, dürfen die Akteure des Systems nicht selbst die Entscheidungsträger sein. Hier sollten etablierte Verfahren aus der Wissenschaft mit anerkannten, unabhängigen Experten aufgegriffen und eine umfangreiche Entscheidungstransparenz vorgesehen werden.
- Es sollte die Möglichkeit eröffnet werden, Projekte unter Eigenbeteiligung der Projektpartner oder **Ko-Finanzierung durch Dritte** zu fördern. Grundsätzlich sollte der Innovationsfonds aus Steuermitteln finanziert werden.
- Die Festlegung der **Förderperiode** sollte **flexibilisiert** werden: Für Projekte, bei denen Evidenz in der jetzigen Zeitspanne per Definition nicht erbracht werden kann, müssen auch längere Projektlaufzeiten möglich sein.

6. Beschleunigte Zugangswege für digitale Innovationen in die Versorgung

Treiber für Innovationen werden zukünftig verstärkt die Patienten selbst sein. Dafür müssen sie in die Lage versetzt werden, zum Anwalt ihres Anspruchs auf eine innovative, bedarfsgerechte Versorgung zu werden. Eine zentrale Rolle kommt dabei der Einführung einer nationalen elektronischen Patientenakte zu, die dem Patienten Datentransparenz und Entscheidungsrechte gewährt. Daher fordern wir:

- Schnellstmögliche Einführung einer **elektronischen Patientenakte**, die dem Patienten sofort unmittelbaren Zugang zu seinen Daten gewährt und einen Kommunikationskanal zu seinen behandelnden Leistungserbringern eröffnet. Selbstverständlich muss die elektronische Patientenakte auch für alle behandelnden Leistungserbringer zugänglich sein, um so die Koordination und Kommunikation an Versorgungsschnittstellen zu erleichtern.

Zudem bieten digitale Technologien die Chance, auf den individuellen Patientenbedarf abgestimmte Versorgungspfade zu gestalten, zum Beispiel über App-basiertes Coaching oder das Monitoring von Vitaldaten in der eigenen Häuslichkeit mithilfe von Wearables. Um diese Potenziale

zu nutzen, muss digitalen Technologien ein schneller, unbürokratischer Zugang zum ersten Gesundheitsmarkt gewährt werden. Dafür benötigen wir:

- ➔ **Befristeter Fast-Track-Zugang für innovative digitale Anwendungen.** Apps und Wearables in die Erstattungsfähigkeit durch die GKV. Voraussetzung ist, dass diese Innovationen eine echte Versorgungsrelevanz bieten, bereits einen Selektivvertrag mit einer Krankenkasse abgeschlossen haben und das Potenzial nachweisen können, einen Mehrnutzen für die Versorgung zu bieten. Nach dem Fast-Track-Zugang müssen die Innovationen dann innerhalb eines befristeten Zeitrahmens ihren Mehrnutzen für die Versorgung nachweisen, andernfalls wird ihnen die Erstattungsfähigkeit durch die GKV wieder entzogen.
- ➔ Festlegung von zwingend einzuhaltenden Schnittstellenstandards und die Regulierung durch das BMG, um angesichts der Vielfalt an Software-Produkten **Interoperabilität** zu gewährleisten.

Zusammenfassung

In den letzten Jahren wurden viele Reformbaustellen im deutschen Gesundheitswesen angepackt. Mit der Einführung des Innovationsfonds, aber auch den auf den Gesundheitsmarkt drängenden digitalen Innovationen ist es gelungen, wieder Dynamik in die Suche nach Versorgungsverbesserungen zu bringen. Und dennoch: Die Überwindung von Schnittstellen, Sektoren- und Professionsgrenzen sowie die konsequente Ausrichtung des Gesundheitssystems auf die Bedürfnisse der Patienten bleiben die entscheidenden Herausforderungen. Die Voraussetzungen, um diese Herausforderungen anzugehen, sind heute so gut wie nie zuvor: Wir haben exzellent ausgebildete Mediziner, Pflegekräfte und andere Gesundheitsfachkräfte, wir haben ausreichend Geld im System und digitale Technologien bieten ganz neue Chancen, Patienten-Empowerment in die Realität umzusetzen.

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten liegt in den Händen der Leistungserbringer, nicht in denen der Politik. Aber es ist die Aufgabe der Politik, die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass jeder Patient eine auf ihn zugeschnittene, gute und wirtschaftliche Versorgung erhält und jeder Leistungserbringer seine Kompetenzen und Fähigkeiten voll und ganz dafür einsetzen kann. Die Verantwortung der Politik für die Gestaltung dieser Rahmenbedingungen ist nicht delegierbar. Jeder einzelne gewählte Gesundheits- und Sozialpolitiker muss sich an diesem Anspruch der Patientinnen und Patienten messen lassen.

Berlin, November 2016



Prof. Dr. Volker Amelung
Vorstandsvorsitzender



Susanne Eble
Stellv. Vorstandsvorsitzende



Ralf Sjuts
Stellv. Vorstandsvorsitzender



Dr. Rolf-Ulrich Schlenker
Beisitzer



Ralph Läger, MBA
Beisitzer



Franz Knieps
Beisitzer



Dr. h.c. Helmut Hildebrandt
Beisitzer



Dr. Susanne Ozegowski
Geschäftsführerin

Positionen des BPI zur 19. Wahlperiode

FÜR EINE ZUKUNFTS SICHERE GESUNDHEITS VERSORGUNG



Foto: Th. Rafalzyk, 2015

Dr. Norbert Gerssch (klein, Hauptgeschäftsführer), Henning Fahnenkamp (Hauptgeschäftsführer), Dr. Martin Zentgraf (Vorstandsvorsitzender)

Sehr geehrte Leser,

eine gut aufgestellte deutsche Wirtschaft, hohe Beschäftigungsraten und volle Haushaltskassen haben es der Gesundheitspolitik in der vergangenen Legislaturperiode leicht gemacht. Mit einem Rekordüberschuss in den Sozialkassen konnten notwendige, aber auch kostspielige Strukturformen durch das Parlament gebracht werden. Die finanziellen Folgen dessen werden wir nun alle zu tragen haben. Damit steht die Frage im Raum, ob wir bereit sind, für den Erhalt und den Ausbau der Qualität der Gesundheitsversorgung auf andere Dinge zu verzichten. Dies gilt auch für die Entwicklung, Erforschung und Produktion von Arzneimitteln.

Der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie hat darauf eine eindeutige Antwort: Die Strukturdefizite in der Gesundheitsversorgung auf Kosten der Arzneimittelversorgung zu sänieren, ist nicht nur einfallig, sondern auch leichtsinnig.

Die pharmazeutische Industrie erforscht, entwickelt und produziert Medikamente, die Krankheiten heilen oder lindern. Wir versetzen Menschen in die Lage, mit Krankheiten wie Diabetes, Bluthochdruck oder Schilddrüsenüberfunktion ein weitgehend normales Leben zu führen. Wir forschen nach neuen Wirkstoffen, die etwa Krebskrankungen besser und nachhaltiger therapieren können, und wir konzentrieren uns auf Therapien, die Bewährtes

noch besser machen, entwickeln bekannte Wirkstoffe weiter, gestalten die Anwendung patientenorientierter und finden neue Therapien. Wir entwickeln Medikamente nur für Kinder und gegen seltene Krankheiten. Kurzum, die pharmazeutische Industrie hat einen großen Anteil am gesundheitlichen Wohlergehen der Menschen. Dass dennoch der Wert unserer Produkte und damit der Wert einer ganzen Industrie häufig in Frage gestellt wird, ist weder zu rechtfertigen noch zu akzeptieren.

Es wird höchste Zeit, dass die Politik sich im Gesundheitswesen von der „Geiz-ist-gell“-Mentalität verabschiedet und die moderate Steigerung der Arzneimittelausgaben endlich als das sieht, was sie ist: Fortschritt und Investition in die Gesundheitsversorgung, an denen Chemiker, Biologen, Apotheker, Mediziner, Laboranten, Pharmakanten und viele weitere gut ausgebildete Mitarbeiter in der pharmazeutischen Industrie mit viel Engagement und Empathie arbeiten.

Nichts berechtigt dazu, die Arzneimittelversorgung der Menschen ausschließlich auf den Preis zu reduzieren und dabei den Nutzen außer Acht zu lassen. Die Menschen haben ein Anrecht darauf, dass ihnen die jeweils besten Medikamente nach Bedarf, Indikation und Gesundheitszustand verschrieben und sie ihnen nicht aus reinen Kostengründen vorenthalten werden. Ordnungspolitische Zuminungen von ausufernden Rabatverträgen über verordnungssteuernde, kostengetriebene Arztinformationssysteme bis zum Preismonitorium (das nun mindestens 13 Jahre und 5 Monate dauern wird und jede Preispassung, die aufgrund von Kosten- und Lohnsteigerungen erforderlich wäre, ausschließlich) gestalten und fördern das Gesundheitssystem von morgen nicht, sondern

gefährden es. Noch ist eine innovative, aber auch wettbewerbsintensive Arzneimittelindustrie in Deutschland in der Lage, der deutschen Bevölkerung zuverlässig Qualitätsarzneimittel zu bieten, doch dieses Fundament wird zunehmend brüchig.

Die Summe der restriktiven Marktengriffe führt inzwischen dazu, dass zunehmend wichtige patentfreie Produkte, beispielsweise in der Krebs- oder Antibiotikatherapie, vorübergehend oder nicht mehr zur Verfügung stehen. Die wenigen, oft außeruropäischen Produktionsstandorte haben nicht primär die deutschen Patienten im Auge. Auch Innovationen verlassen immer wieder den deutschen Markt, wodurch unseren Patienten eine oft wichtige Therapiealternative fehlt, gerade bei chronischen Indikationen.

Vor allem in Zeiten, in denen internationale Handelsbeziehungen in Frage gestellt werden, ist es umso wichtiger, dass Europas Marktversorgung nicht allein von diesen Beziehungen abhängt. Gleichzeitig schadet die starke Überregulierung im Arzneimittelmarkt der Basis der eigentlich breit aufgestellten und krisenimmunen Pharmabranche zusätzlich. Deshalb müssen jetzt die richtigen wirtschafts- und sozialpolitischen Rahmenbedingungen geschaffen und gestärkt werden.

Der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie stellt sich als Vertreter und Repräsentant von über 250 Unternehmen – darunter Startups und multinationale Konzerne, in der Hauptsache aber standortgebundene Mittelstandsunternehmen – der Herausforderung, das Gesundheitssystem gemeinsam mit der Politik konstruktiv zu stärken, um es zukunftsicher zu gestalten.

Dr. Norbert Gerssch
stellv. Hauptgeschäftsführer

Henning Fahnenkamp
Hauptgeschäftsführer

Dr. Martin Zentgraf
Vorstandsvorsitzender

5

Versorgung für alle Menschen verbessern

Kern- forderungen für eine zukunftssichere Gesundheits- versorgung

Qualität sichern - Liefericherheit erhalten

Alle Gesundheitsakteure müssen zum Nutzen der Patienten arbeiten. Mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) meinte der Gesetzgeber, dafür einen Mechanismus gefunden zu haben. Es sollte Patienten den raschen Zugang zu Innovationen und den besten und wirksamsten Arzneimitteln zu wirtschaftlichen Preisen garantieren. Die Prozesse im Gesundheitswesen müssen endlich genutzt werden, wofür sie konzipiert worden sind. Wir fordern eine Rückkehr von einer primär kostengetriebenen Versorgung zu einer auf den Patienten zentrierten Versorgung. Hierzu muss vor allem die frühe Zusatznutzenbewertung wieder auf ihr eigentliches Ziel zurückgeführt werden: Sie ist die Basis der Preisverhandlung, soll aber die patientenindividuelle Versorgungsfähigkeit nicht einschränken.

Produktion und Anbietervielfalt müssen am Standort Deutschland erhalten werden. Wir brauchen verlässliche nationale Rahmenbedingungen, die es der Industrie möglich machen, von ausländischen Lieferanten unabhängig zu operieren. Nur so können langfristig Liefericherheit und Arzneimittel-sicherheit auf unserem hohen Niveau bestehen.

Innovationen gedeihen, wo Chancen ergriffen werden können. Wir fordern das Ende einer Blockadepolitik, die mit Zwangsmahnahmen wie dem Preis-moratorium oder Instrumenten wie Rabattverträgen das Wachstum im eigenen Land torpediert und medizinischen Fortschritt „Made in Germany“ mit ungerechten Bewertungsregulativen ausbremst. Innovationen müssen endlich wieder als das Gesehene werden, was sie sind: Investitionen in die Gesundheitsversorgung der Menschen. Sie gehören gefördert.

„Made in Germany“ fördern

Arbeitsplätze schaffen

Digitalisierung gestalten

In der Pharmazeutischen Industrie findet sich ein enormes Wissen. Hoch qualifizierte Experten stellen Arzneimittel her, die jeden Tag Leben retten und Krankheiten heilen können; sie teilen die Forschung voran und vermitteln neues Wissen. Die Menschen sind das größte Kapital der Pharmaindustrie; dennoch wird die Branche in der Politik oft nur im Kontext von Kosten im Gesundheitswesen diskutiert. Wir fordern, dass der besondere Wert von Arbeit und Wirtschaft in der Gesundheits- und Zukunftsbranche hervorgehoben und Deutschlands wissenschaftlicher Wettbewerbsvorteil ausgebaut wird.

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen umfasst viel mehr als die Implementierung der elektronischen Gesundheitskarte. In der Digitalisierung liegen immense Chancen. Zur bestmöglichen Nutzung müssen Wissensmanagement gebündelt, strategische Allianzen geknüpft und Kommunikationsbeziehungen ausgebaut werden. Wir fordern eine voraussetzende Digitalisierungsstrategie, in der die Pharmazeutische Industrie einen aktiven Part übernimmt.





Versorgung für alle Menschen verbessern

Kinder sind eine besondere Patientengruppe.
Herausfinden, welche Arzneimittel in welcher Dosierung für sie
geeignet sind, ist Gegenstand langwieriger Forschung.



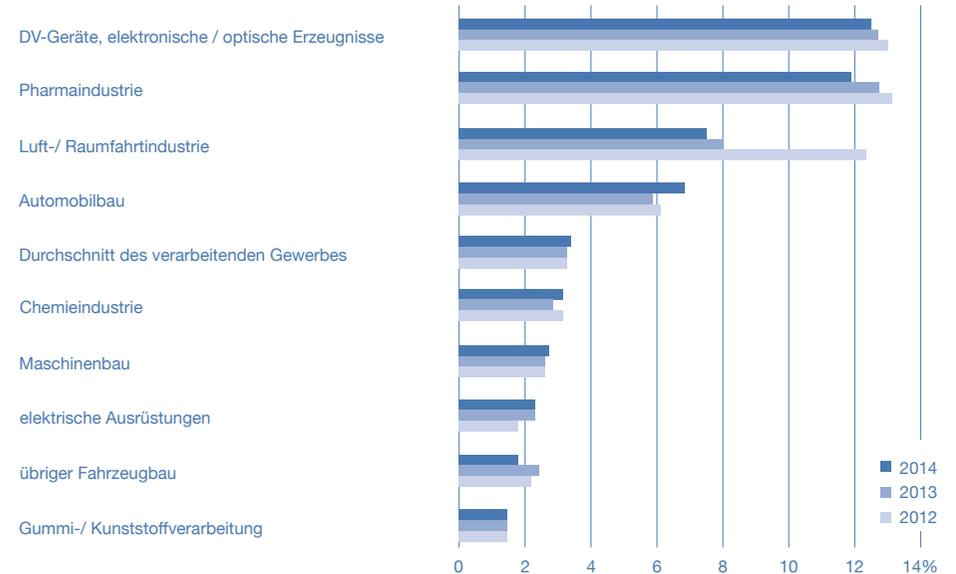
Innovation anerkennen und honorieren

Innovation bedeutet medizinischen Fortschritt, medizinischer Fortschritt heißt eine bessere Versorgung für die Menschen. Die pharmazeutische Industrie investiert viel in die Entwicklung von Arzneimitteln – mit Erfolg: Neue Forschungsergebnisse helfen, die große Vielzahl noch nicht oder nicht optimal therapierbarer Krankheiten zu behandeln. Gleichzeitig bringen wir enormes Wissen ein, das aus der Erfahrung bei der Anwendung vorhandener Arzneimittel generiert wird, um Medikamente auf Basis bereits bewährter Wirkstoffe zu verbessern. Dass die Erträge der Industrie von heute die Forschungskosten von morgen finanzieren, muss allen bewusst sein. Dennoch finden die meisten Neuerungen und Weiterentwicklungen an und von bewährten Wirkstoffen kaum Anerkennung. Obwohl sie eine Verbesserung der

Patientenversorgung bewirken, werden sie im Rahmen des derzeitigen Nutzenbewertungs- und Wirkstoffgruppierungssystems (Arzneimittelfestbeträge) nicht angemessen vergütet. Neue Darreichungsformen wie etwa Kombinationspräparate, Darreichungssysteme oder Retardtabletten fallen sozialrechtlich unter „Patientenkomfort“, und so erhalten Unternehmen, die in Neuerungen und Weiterentwicklungen investieren, die den Patienten weniger Nebenwirkungen oder bessere Therapieergebnisse aufgrund einer höheren Adhärenz bieten, selten eine Honorierung für ihre Investitionen. Es überrascht daher wenig, dass sie von einer Entwicklung auf diesem Gebiet absehen. Enttäuschend ist allerdings, dass das Gesundheitssystem damit sehenden Auges kontinuierliche Verbesserungen in der Patientenversorgung verschenkt, die diese Innovationen auf Basis bewährter Wirkstoffe ermöglichen würden.

Anteil der internen Forschungs- und Entwicklungsausgaben* der Wirtschaftszweige am Umsatz aus eigenen Erzeugnissen in Prozent

*Angaben ohne Vorsteuer. 2013: Bruch der Reihe. Eigene Darstellung des BPI basierend auf Daten der Expertenkommission Forschung und Innovation (EFI) 2016



Was sich ändern muss:

→ Es muss ein neues Bewusstsein für den enormen Wert von Innovation und Optimierung im Arzneimittelbereich entwickelt werden. Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Menschen sind ein zu hohes Gut, um sie nur unter Kostendämpfungsgesichtspunkten zu sehen.

→ Das Stimmrecht der Kassen im G-BA muss im Sinne von Mindeststandards der „Good Governance“ beschränkt und eine geeignetere Kontrollmöglichkeit im Sinne der Patienten eingeführt werden. Versorgung muss hier mindestens den gleichen Stellenwert wie Kostenkontrolle erhalten.

Innovative Medikamente müssen schnell in der Versorgung ankommen

Die Patienten haben ein Recht auf die für sie am besten geeignete Therapie. Hierzu gehört insbesondere der Einsatz innovativer Arzneimittel, die in ihrer Indikation eine Alternative zu bisher eingesetzten Medikamenten darstellen können. Daher muss das Ziel sein, diese innovativen Arzneimittel nach ihrer Zulassung so schnell wie möglich zugunsten der Patienten einzusetzen.

Der Gesetzgeber hatte sich sehr bewusst dafür entschieden, dieses Ziel nicht durch vorgeschaltete Preisverhandlungen oder ähnliches zu gefährden. Er war sich ganz offensichtlich darüber im Klaren, dass so der Zugang zur Versorgung verzögert werden würde. Die freie Preisbildung im ersten Jahr stellt sicher, dass innovative und dringend benötig-

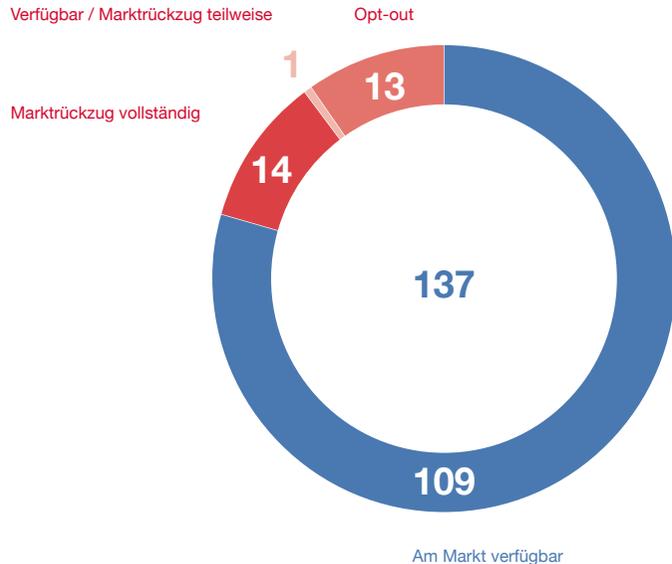
te Medikamente schnell beim Patienten ankommen. Aus diesem Grund haben deutsche Patienten noch den frühen Zusatznutzen an Innovationen – und das ist gut so!

Diese wichtige Regelung führt übrigens nicht zu überproportionalen Kostensteigerungen. Bei einer freien Preisbildung im ersten Jahr entstehen in der Regel keine hohen Ausgaben für die Krankenkassen, da Arzneimittel selten im ersten Jahr hohe Umsätze machen und eine nennenswerte Marktdurchdringung regelmäßig mehr als ein Jahr benötigt.

Es trifft mithin auch nicht zu, dass der Anteil der Arzneimittelindustrie – entgegen anderslautenden Behauptungen – an den Gesamtausgaben der GKV deutlich gestiegen wäre; er liegt im ambulanten Sektor nach Abzug von Mehrwertsteuer, Handelsstufen und Abschlägen seit Jahrzehnten bei nur rund 10 Prozent.

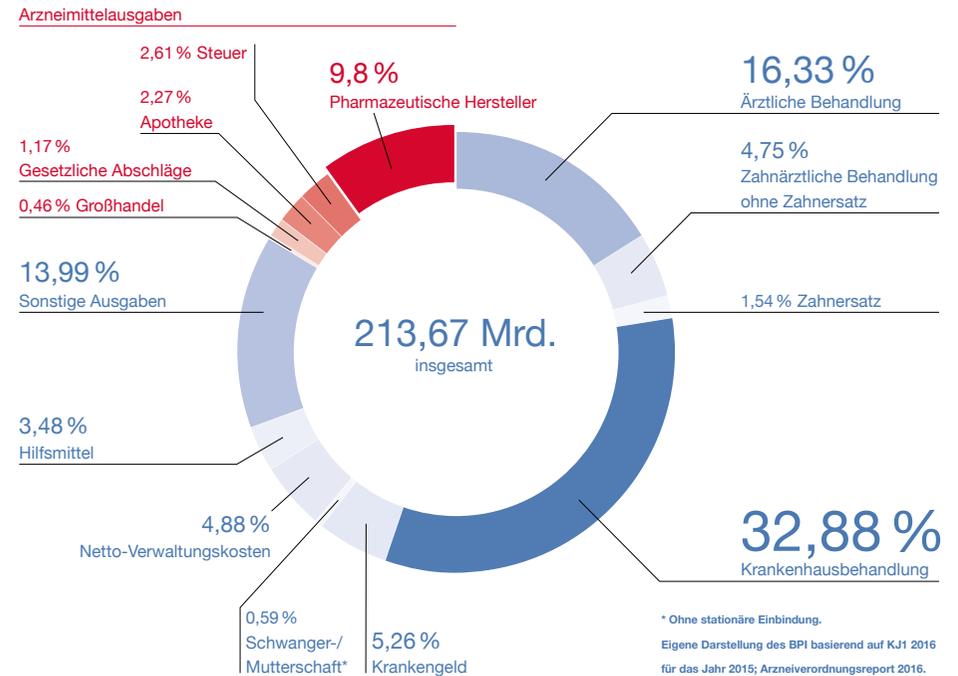
Verfügbarkeit von Produkten nach Abschluss der Bewertung und Preisverhandlung

BPI-MARIS; Stand: 31.12. 2016



Leistungen und Ausgaben der GKV 2015

(in Mrd. Euro und in Prozent aller GKV-Ausgaben)



* Ohne stationäre Einbindung.
Eigene Darstellung des BPI basierend auf KJ1 2016 für das Jahr 2015; Arzneiverordnungsreport 2016.

Was sich ändern muss:

- Es ist zwingend erforderlich, die medizinische Wissenschaft bei der Nutzenbewertung bzw. der Festlegung der zweckmäßigen Vergleichstherapie wirksam einzubinden.
- Die freie Preisbildung im ersten Jahr muss beibehalten werden, um Innovationen schnell für alle Patienten verfügbar zu machen.
- Der Verzicht auf Umsatzdeckelung oder rückwirkende Preisfestsetzung, die den Erfolg von Innovationen bestrafen, muss auch zukünftig die unternehmerische Freiheit und Planbarkeit sichern.
- Es muss erlaubt sein, dass therapeutische Durchbrüche auch zu wirtschaftlichen Erfolgen führen, womit unter anderem auch das enorme Kostenrisiko bei der Entwicklung von Arzneimitteln getragen wird.
- Das Ergebnis der Verhandlungen über Erstattungsbeträge sowie der Schiedsspruch nach der frühen Nutzenbewertung sind als wirtschaftlich und angemessen zu bewerten.
- Auch der Krankenhausmarkt für Arzneimittel ist innovationsfeindlich. Das Diagnosis Related Group (DRG-) System muss weiterentwickelt und kontinuierlich an die medizinische Behandlungswirksamkeit angepasst werden.



Therapiefreiheit sichern, Ärzte informieren

Die Therapiefreiheit des Arztes ist ein hohes Gut. Er bestimmt das am besten geeignete Arzneimittel für den Patienten. Hierbei ist eine sachliche und leitliniengestützte Information, insbesondere über neue Therapiemöglichkeiten und innovative Arzneimittel wichtig, damit Patienten so früh und gezielt wie möglich von der Vielfalt der Therapieoptionen profitieren können.

Die Fort- und Weiterbildung von Ärzten zu möglichen Therapieoptionen ist nötig, um eine patientenbezogene Therapieführung zu ermöglichen. Ein Arzneimittelinformationssystem (AIS) für Ärzte, das die fachlich-ärztliche Expertise von Fachgesellschaften und Sachverständigen ausblendet und einzig auf den frühen Nutzenbewertungsbeschlüssen basiert, kann die Versorgungsrealität dagegen nicht abbilden. Stattdessen wird mit einem AIS der Zugang der Patienten zu Innovationen mechanisch gesteuert; es behindert die Therapiefreiheit und schränkt die Therapiehoheit der Ärzte dauerhaft ein. Eine digitale Unterstützung der Ärzte darf daher nicht missbraucht werden, um ein zugelassenes, sicheres und wirksames Arzneimittel bestimmten Patientengruppen vorzuenthalten. Die wiederholte Infragestellung der Wirtschaftlichkeit der verhandelten Erstattungsbeträge durch die GKV zeigt jedoch die mit dem AIS verbundene Zielsetzung der Rationalisierung sehr wohl auf.

Was sich ändern muss:

- Die Therapiefreiheit der Ärzte muss erhalten bleiben.
- Zugelassene Medikamente mit Erstattungsbetrag müssen bei gegebener Indikationsstellung ohne Restriktion einsetzbar sein.
- Ärzte dürfen nicht daran gehindert werden, unabhängig die für den Patienten individuell am besten geeignete Therapie auszuwählen und damit ihrem Auftrag und ihrer

Pflicht nachzukommen. Fortbildungen können hierzu besonders beitragen.

→ Es muss durch den Gesetzgeber klargestellt werden, dass der verhandelte Erstattungsbetrag in allen Indikationen wirtschaftlich ist.

Weiterentwicklung bekannter Wirkstoffe: mehr Patientenorientierung

Bei jeder Weiterentwicklung eines Wirkstoffes, den Unternehmen bereits länger im Produktportfolio haben, blockiert das fortbestehende erweiterte Preis moratorium die Möglichkeiten von Forschung und Innovation. Eine Weiterent-

wicklung ist an das Preisniveau mit Stichtag 1. August 2009 gebunden; Eingruppierungen in Festbetragsgruppen drohen auch bei verbesserten Darreichungsformen oder Indikationserweiterungen. Somit wird die Entwicklungsleistung nicht angemessen vergütet und die Innovationskraft blockiert, was nicht im Sinne einer patientenorientierten Politik ist.



Was sich ändern muss:

- Im Zentrum der Betrachtungen beim medizinischen Fortschritt muss der Mehrwert für die Patienten stehen – sowohl bei neuen Wirkstoffen als auch bei schrittweisen Verbesserungen bekannter Wirkstoffe.
- Es braucht ein klares Bekenntnis der Politik zur Forschungsleistung an bewährten Wirkstoffen und zu ihrer Weiterentwicklung; außer-

dem muss der Nutzenbegriff erweitert werden.

→ Erforderlich sind Verbesserungen und konkrete Maßnahmen im Festbetragsystem, um Schrittinnovationen angemessen zu vergüten.

→ Bei der Ermittlung von Abschlägen sowie bei der Bildung von Festbetragsgruppen müssen Indikation, Besonderheiten des Therapiegebiets und patientenrelevante Unterschiede in der Darreichungs- und Applikations-

form berücksichtigt werden. Die Bewertung von Arzneimitteln im Bestandsmarkt wird daher im Falle von Ausweitungen des Anwendungsgebiets auch in Zukunft abgelehnt.

→ Innovative Medikamente auf Basis bewährter Wirkstoffe sollten per Gesetz nicht gegen wirkstoffgleiche Medikamente ausgetauscht werden dürfen und fünf Jahre Unterlagenschutz bei neuer Indikation erhalten.



Verbesserung der Versorgung für Kinder

Kinder sind eine besondere Patientengruppe: Arzneimittel werden im Regelfall für Erwachsene entwickelt und somit auf deren Organismus, Körpergröße und Entwicklungsstand ausgerichtet und erforscht. Mangels speziell zugelassener Medikamente wurde im Jahr 2000 etwa die Hälfte der Arzneimittel bei Kindern „off-label“, d. h. außerhalb der Zulassung, angewendet.

Die Politik hat diese Probleme erkannt, es fehlt jedoch an ausreichenden gesetzlichen Regelungen: Eine tragfähige wirtschaftliche

Grundlage zur Weiterentwicklung bewährter Wirkstoffe für Kinder, die bereits für Erwachsene zugelassen sind, wurde durch die in Deutschland geltende Erstattungsregelung (Aut-idem-Substitution, Festbetragsystem, erweitertes Preisnennatorium) bisher verhindert. Für zugelassene Kinderarzneimittel gibt es keinen Schutz vor Austausch durch Erwachsenearzneien. Das GKV-Arzneimittelversorgungsgesetz (AMVStG) sieht die Berücksichtigung der Besonderheiten von Kinderarzneimitteln im Festbetragsystem und beim erweiterten Preisnennatorium vor. Eine konsequente Umsetzung ist notwendig.

Was sich ändern muss:

- Umsetzung vorgesehener Ausnahmen von Festbetragsregelungen und vom Preisnennatorium zur Verbesserung der Arzneimittelversorgung für Kinder und Jugendliche
- Der „off-label“-Einsatz bei verfü-

baren zugelassenen Kinderarzneimitteln ist zu verbieten.

- „PUMA“-Zulassungen müssen wie Orphans bei Zulassungen einen Zusatznutzen zuerkannt bekommen.

- Die Erstattung für OTC-Arzneimittel muss für alle Kinder und

Jugendliche bis zum Beginn der Volljährigkeit sichergestellt sein.

- 1) Pediatric Use Marketing Authorization: spezielle Zulassung für Kinderarzneimittel bei bereits zugelassenen Wirkstoffen

Therapievielfalt und Patientenautonomie müssen gestärkt werden

Therapievielfalt, Therapiefreiheit und Patientenautonomie haben einen hohen Stellenwert und müssen gerade im Zuge zunehmender Individualisierung erhalten bleiben. Verschreibungsfreie Arzneimittel genießen bei den Patienten einen hohen Stellenwert. Ihre Wertschätzung drückt sich u. a. in der Bereitschaft zur Kostenübernahme aus. Als Bestandteil eines Gesamtkonzepts zur Reduzierung der Antibiotikaresistenzen können bereits bewährte Therapieverfahren (z. B. Phytotherapeutika, Homöopathika, Anthroposophika, mikrobiologische Arzneimittel) zudem einen substantiellen Beitrag leisten.

Homöopathische und anthroposophische Medikamente sind geschätzte Arzneimittel. Sie unterliegen den Kontroll- und Überwachungsmechanismen des europäischen und

deutschen Arzneimittel- sowie des deutschen Heilmittelwerberechts. Entsprechend müssen die Homöopathie und Anthroposophie als Arzneimitteltherapieoptionen anerkannt bleiben.

Auch pflanzliche Arzneimittel für die Selbstmedikation helfen zahlreichen Patienten. Für Hersteller pflanzlicher Arzneimittel für den Selbstzahlermarkt besteht jedoch ein Problem: Neue Extrakte (auch) aus bekannten Pflanzen gelten als neue Wirkstoffe und unterfallen damit automatisch der Verschreibungspflicht sowie der Nutzenbewertungspflicht – eine nutzlose Regelung, die sowohl Kapazitäten bindet, die der G-BA für das Nutzenbewertungsverfahren zur Verfügung stellen muss, als auch die Ausgaben der Hersteller nach oben treibt, obwohl diese Arzneimittel nach kurzer Dauer regelmäßig wieder aus der Verordnungsfähigkeit entlassen werden und keine Belastung für die GKV bedeuten.

Was sich ändern muss:

- Therapievielfalt, Therapiefreiheit und Patientenautonomie müssen gestärkt werden. Homöopathika und Anthroposophika müssen daher als Therapieoptionen weiterhin voll anerkannt bleiben. Möglichkei-

ten der Forschungsförderung sollten staatlich unterstützt werden.

- Es bedarf einer Sonderregelung für neue pflanzliche Arzneimittel für den Selbstzahlermarkt im Sinne einer Ausnahme von der Ersttutungs- und Dossierpflicht.



Qualität sichern – Liefersicherheit erhalten

Produktion ist das Kerngeschäft der deutschen Pharmaindustrie. Maschinen, Prozesse und Know-How sind die Voraussetzung für beste Qualität, die höchste Sicherheit und die bestmögliche Liefertreue.

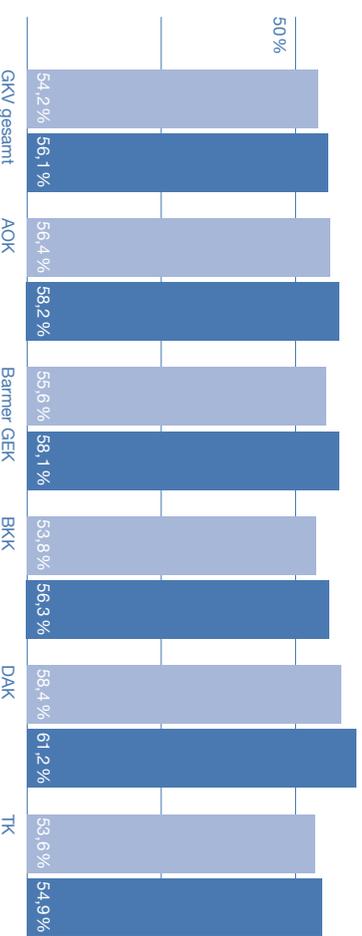


Für eine qualitativ hochwertige und sichere Arzneimittelversorgung mit Generika

Deutschland gehört zu den europäischen Märkten mit der schnellsten und höchsten generischen Marktdurchdringung nach Patentablauf. Die Versorgung von Patienten mit patentfreien, kostengünstigen Generika trägt besonders zur guten Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung bei und stärkt unser System. Dennoch fehlt es dem GKV-Spitzenverband beispielsweise bei den regelmäßigen Absenkungen der Festbeträge am nötigen Ausmaß. In der Folge müssen Hersteller inzwischen viele Medikamente zu „Schnäppchenpreisen“ abgeben. Das Unternehmen erhält oftmals für eine Monatspackung weniger als einen Euro; eine Tagesdosis kostet in der Apotheke durchschnittlich etwa 40 Cent.

Bei Preisen wie diesen ist nicht einmal eine Lagerhaltung abbildbar. Lieferengpässe und Marktaustritte sind programmiert. Dass diese Gefahr real ist, erleben wir in der Antikrebs- und bei generischen Basistherapeutika in der Krebstherapie.

Anteile Rabattarzneimittel bei den Krankenkassen nach Menge in Packungseinheiten (Marktanteil in %)



Eigene Darstellung des BfI basierend auf IMS Contract Monitor 2016. Mit Rabattvertrag ■ Juni 2015 ■ Juni 2016

Rabattverträge: faire Preise und stabile Rahmenbedingungen

Die Krankenkassen konnten ihre Rücklagen 2016 im Vergleich zum Vorjahr erneut aufstocken. Insgesamt betrug die Gesamtreserve von Krankenkassen und Gesundheitsfonds laut BMG 25 Milliarden Euro. Gleichzeitig gab es mit 3,3 Prozent den niedrigsten Ausgabenanstieg je Versicherten seit 2012 und mit 3,1 Prozent den niedrigsten Zuwachs bei den Arzneimittelausgaben seit zwei Jahren. Die Einsparungen aus Rabattverträgen beliefen sich 2015 auf 3,7 Milliarden Euro (IMS Pharmascope). Damit habiliten sich gemessen am Apothekenpreis

die Ausgaben der Krankenversicherer für generische Arzneimittel. Die pharmazeutische Industrie sichert dabei die gesamte Arzneimittelversorgung im ambulanten Sektor für rund 10 Prozent der Kassenausgaben.

Was nach dem besten Spartrick aller Zeiten klingt, empuppt sich zusehends als Fällstrick für die Menschen in Deutschland: Die zunehmende Oligopolisierung gerade im Generikamarkt führt dazu, dass es für immer mehr Wirkstoffe nur noch wenige Anbieter gibt. Schon kleine Produktionsstörungen führen dadurch unmittelbar zu Ausfällen. Die industrielle Basis hierzulande ist brüchig geworden und die Versorgung ist in Gefahr.

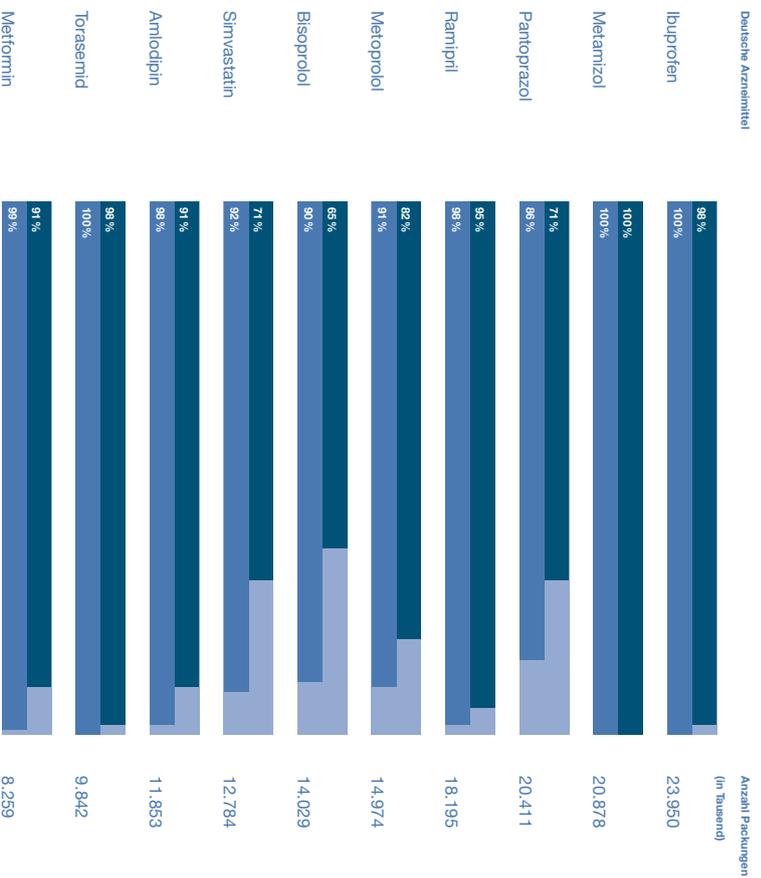
Was sich ändern muss:

- Eine Reform des Festbetragssystems ist dringend notwendig.
- Die bestehenden Mechanismen

im SGB V reichen nicht aus, um die Festbetragsspirale wirksam zu begrenzen und Liefer- wie auch Versorgungsprobleme zu vermeiden. Hinzu kommt eine Mehr-

fachregulierung, da oft parallel zur Laufzeit eines Rabattvertrags Festbetragsverfahren laufen oder inlitiert werden.

Herstellerkonzentration bei den nach Absatz führenden 10 Wirkstoffen im generikafähigen Rabattmarkt



Quelle: IMS Contract Monitor® National, Mengen in Tausend Packungen



Was sich ändern muss:

- Ausschreibungen für Arzneimittel erst ab vier Anbietern im Markt
- Mindestens drei Anbieter, von denen mindestens einer den Standort seiner Produktionsstätte in der EU hat, erhalten Zuschläge (Mehr-partner-Modell)
- Verzicht auf Ausschreibungen bei Arzneimittel für lebensbedrohliche, schwerwiegende, seltene Erkrankungen sowie bei kritischen Indikationen oder Arzneimitteln mit geringer therapeutischer Breite
- Marktanteilsrückstufgrenzen für gemeinsame Ausschreibungen der Krankenkassen bis maximal 15 Prozent – entsprechend der kartellrechtlichen Regelungen zur Marktbeherrschung
- Sonderkündigungsrecht für pharmazeutische Unternehmer im Falle einer Festbetragsänderung
- während der Vertragslaufzeit Verbot der gleichzeitigen Festbetragsruppenbildung und Ausschreibung kassenindividueller Rabatverträge
- Ausschreibungen frühestens 18 Monate nach Patentablauf bei zeitlicher Begrenzung von Rabatverträgen für Originale auf die Patentlaufzeit

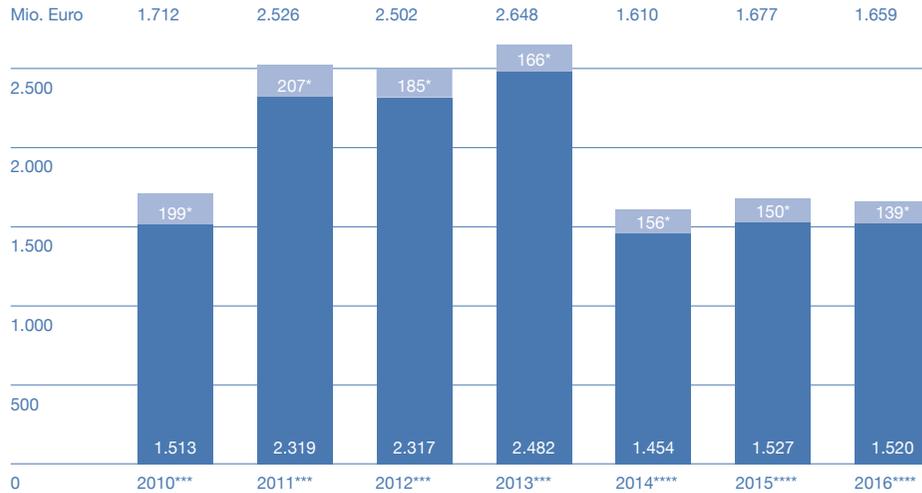


Made in Germany fördern

An Produktionsstandorten in Deutschland werden Arzneimittel nicht nur verpackt, sondern auch entwickelt und hergestellt. Von den über 660 Pharmakonzernen in Deutschland sind allein 250 mit über 78.000 Mitarbeitern im BPI organisiert.

Belastungen der Pharmaindustrie durch Zwangsabschläge

2010–2016** (in Mio. Euro) ApU im GKV-Markt. Eigene Darstellung des BPI basierend auf IMS Health PharmaScope® National 2016.



* Sogenannter „Generikarabatt“.

** Schätzungen für das Jahr 2016 – basierend auf Halbjahreswerten für 2016.

*** Preismoratoriumsabschlag ist enthalten. Die ab 2011 anfallenden PKV-Zwangsabschläge sind nicht enthalten.

**** Preismoratoriumsabschlag ist enthalten. Ab April 2014 gilt ein Zwangsabschlag von 7%. Die ab 2011 anfallenden PKV-Zwangsabschläge sind nicht enthalten.

Made in Germany fördern

Das Label „Made in Germany“ ist auch für Medikamente nicht nur Ursprungsbezeichnung, sondern auch ein Qualitätsbegriff. Produkte aus Deutschland stehen für höchste Qualität; Forschung und Entwicklung hierzulande bringen Spitzenprodukte hervor und Wachstum ist oftmals eigenfinanziert, d. h. unabhängig von Fremdinvestoren.

Die Auszeichnung „Made in Germany“ kommt nicht von ungefähr, sondern ist hart erarbeitet: Mit knapp sechs Millionen Beschäftigten ist die Gesundheitswirtschaft einer der größten Wirtschaftssektoren in Deutschland. Integraler Bestandteil dieses Sektors ist die pharmazeutische Industrie, die mit ihren Produkten im hohen Maße dazu beiträgt, den Wohlstand in Deutschland zu stärken und zu sichern. Auch die erfolgreiche Exportbilanz der Bundesrepublik

Deutschland ist u. a. auf die Leistungen der Pharmaindustrie als Nettoexporteur zurückzuführen.

Die Pharma-Branche Deutschlands ist vielfältig. Sie besteht aus jungen Firmen, standortgebundenen mittelständischen Unternehmen – die zahlenmäßig den größten Anteil bilden – und international agierenden Großunternehmen. Sie alle sorgen für die unverzichtbare Versorgung der Menschen mit Arzneimitteln.

Für diese Aufgabe und um im globalen Wettbewerb auch weiterhin bestehen zu können, braucht die Industrie Rahmenbedingungen, die ihre flexible Branchenstruktur aus kleinen, mittelständischen (KMU) (ISE) und großen Unternehmen erhalten. Es müssen Entwicklungen korrigiert werden, um standortgebundene, zum Großteil hochqualifizierte Arbeitsplätze zu sichern und durch Innovation Deutschland als rohstoffarmen Staat zu einem „Land der Ideen“ werden zu lassen.

Pharmastandort Deutschland bei Forschung und Produktion stärken

Das Bekenntnis zur Stärkung des Pharmastandorts im Koalitionsvertrag und im Abschlussbericht zum Pharmadialog 2016 wurde mit den Regelungen im Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz unterminiert. Statt die pharmazeutische Industrie zu entlasten, wurden weitere Kostendämpfungsinstrumente ein- oder fortgeführt, die vor allem den ohnehin stark regulierten, standortgebundenen Mittelstand noch weiter belasten.

Außer die Verlängerung des Preismoratoriums bis Ende 2022 ist ein beispielloser Eingriff in die unternehmerische Freiheit. In keinem anderen Industriezweig werden Unternehmen gezwungen, ihre Preise für über 13 Jahre – trotz steigender Produktionskosten, gestiegenen Personalkosten und hervorragender Finanzsituation der GKV – ohne Anpassungsmöglichkeit einzufrieren.

Ein erstmaliger Inflationsausgleich im 10. Jahr ist nur ein Tropfen auf den heißen Stein. Die Zwangsmaßnahme Preismoratorium war und ist ordnungspolitisch und verfassungsrechtlich äußerst zweifelhaft.

Die Industrie braucht Rahmenbedingungen, die den Standort Deutschland langfristig international sattelfest machen. Die Politik darf nicht zulassen, dass immer mehr Produktions- und Forschungsstätten ins Ausland verlegt werden und die Herstellung in hohem Maße von Ländern wie China oder Indien abhängig wird. Eine solche Abhängigkeit geht auf Kosten der Qualität und ist ein hohes Risiko für den Standort Deutschland, aber auch für die Versorgung der Menschen.

Die pharmazeutische Industrie trägt viel zur Finanzierbarkeit der Gesundheitsausgaben bei. Es liegt jedoch an der Politik, auch umgekehrt die Interessen der Unternehmen, der Menschen, die in der Branche arbeiten, und letztlich auch aller Patienten zu wahren und durch konkrete Maßnahmen zu würdigen.

Was sich ändern muss:

- Das Preismoratorium, das insbesondere die standortorientierten Unternehmen überproportional trifft, ist finanzpolitisch nicht begründet und muss sofort abgeschafft werden.
- Das sogenannte „erweiterte Preismoratorium“ darf nur auf Arznei-

- mittel mit gleichen Anwendungsgebieten und Darreichungsformen angewandt werden. GKV und Industrie sollen hierfür als gleichberechtigte Partner die Konkretisierungen zur Umsetzung gemeinsam verbessern, um entstandene Verwerfungen zu beheben.
- Eine Korrektur von Wettbewerbsverzerrungen zu Lasten kleinerer

- Unternehmen bei der Ausschreibung von Arzneimitteln durch Vorgabe verbesserter Rahmenbedingungen ist zwingend notwendig.
- Es muss Schluss sein mit „Rabattexporten“ durch die Veröffentlichung in Deutschland verhandelter Preise.



Arbeitsplätze schaffen

Die 23-jährige Pharmakantin, Natascha Zehle, ist eine von 114.000 hoch qualifizierten Beschäftigten in der pharmazeutischen Industrie. Sie alle sorgen dafür, dass in Deutschland sichere, therapeutisch wirksame und qualitativ hochwertige Arzneimittel hergestellt werden.

Arbeitsplätze schaffen

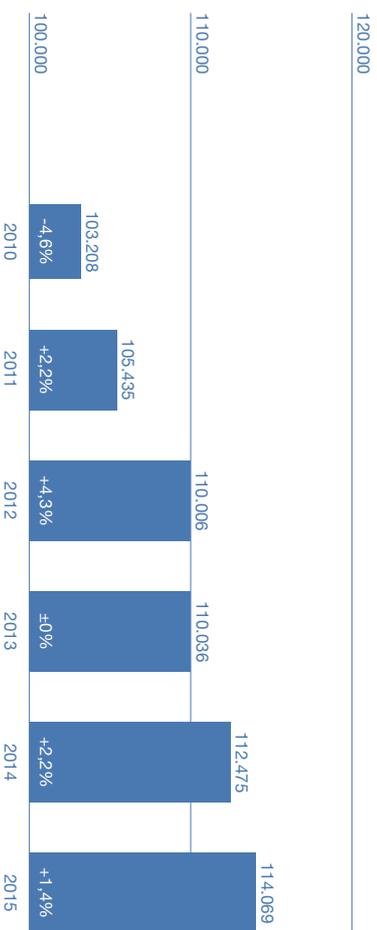
Die deutsche Pharmazeutische Industrie ist eine wichtige Säule der deutschen Volkswirtschaft. Über 114.000 hoch qualifizierte Beschäftigte arbeiten in dieser Branche. Diese gut ausgebildeten Mitarbeiter sind das Potenzial der Unternehmen. Sie sichern heute und in Zukunft die hohe Qualität in der Forschung, Entwicklung und Produktion von Arzneimitteln. Der sich verschärfende globale Wettbewerb und die Folgen der immer strenger

werdenden gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen in Deutschland bedrohen jedoch die Industrie und damit auch die Arbeitsplätze. Wenn in einem Land weder patentfreie noch patengeschützte Arzneimittel einen vitalen Markt finden, führt dies zur Verlagerung von Entwicklungseinrichtungen und Herstellungskapazitäten sowie zur Aufgabe der noch in Deutschland verbliebenen Produktionsstätten. Am Ende gefährdet das die damit verbundenen hochqualifizierten Arbeitsplätze. Das Rückgrat der deutschen Industrie wird demontiert.



Entwicklung der Beschäftigtenzahl¹ in Betrieben der pharmazeutischen Industrie 2010–2015

(Veränderungen gegenüber dem Vorjahr in %)



¹Die Daten beziehen sich auf Betriebe (Bereichskreis 20+). Eigene Darstellung des BPI basierend auf Daten des VCI 2016 und des Statistischen Bundesamtes 2016.

Was sich ändern muss:

- Es braucht einen erweiterten Blick auf die Gesundheitsversorgung: Regulatorische Maßnahmen haben Auswirkungen auf die Versorgung und auf die Wirtschaft.
- Die Politik muss mit allen Mitteln die kostenbedingte Produktionsverlagerung verhindern. Nur so

ist auch die Abwanderung von Wissen zu stoppen.

- Es braucht wirksame Anreize, um Spitzenforscher und Spitzenforschung in Deutschland zu halten oder sogar hierher zurückzuholen. Dies gilt auch für die Herstellung essentieller patentfreier Wirkstoffe bzw. Arzneimittel.
- In Deutschland entwickelte Innovationen müssen auch hier zur

Anwendung kommen. Denn nur wenn „Made in Germany“ auch bei den Patienten in „Germany“ ankommt, können die Produkte den Export beflügeln und so Arbeitsplätze schaffen.

- Es bedarf Regelungen zur Forschungsförderung, um die internationale Wettbewerbsfähigkeit der Pharmabranche zu stärken.



Digitalisierung gestalten

Vernetzte Sicherheit: Der BfI macht gemeinsam mit Hersteller-
verbänden, Apothekern und dem Großhandel die reguläre Liefer-
kette EU-weit noch sicherer. Unter dem Dach der Organisation
securPharm wird seit 2013 ein spezielles Codiersystem etabliert,
das vor Fälschungen noch besser schützt.

Tripapolon Forte
Wirkstoff: Tripolonium

20 Kapseln

PC:
...bar bis:
111234568408
1234567890ABC
42EM736
08.2021

20

securPharm

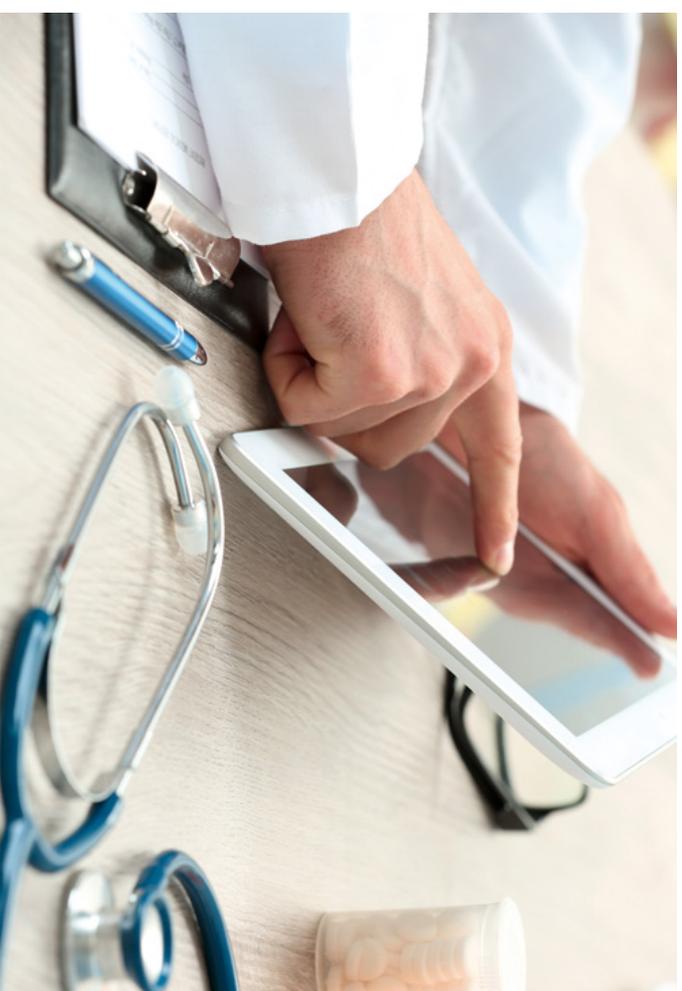
Digitalisierung gestalten

Die Digitalisierung in der Pharmazeutischen Industrie betrifft alle Bereiche entlang der gesamten Wertschöpfungskette – von der Idee zu einer Innovation über deren Konkretisierung durch alle Forschungs- und Entwicklungsstadien bis zur Zulassung, Produktion, Bewertung, Erstattung, Patientensprache, Distribution, Nachverfolgung und Begleitung im Versorgungsalltag. Dabei geht es der Industrie im Kontakt mit den Patienten keinesfalls darum, diese „gläsern“ zu machen. Im Gegenteil, es soll den Patienten in Form von digitalen Lösungen beispielsweise ein Werkzeug an die Hand gegeben werden, mit dem die individuelle Gesundheit aktiv und selbstbestimmt gestaltet werden kann.

Die Digitalisierung kann aber nicht nur das Leben der Menschen souveräner machen: Die direkte und schnelle Vernetzung der Akteure im Gesundheitssystem über digitale Lösungen (Apps, Online-Portale, Devices, Sensoren etc.) oder die Auswertung und Nutzung gesundheitsbezogener Daten durch die Akteure im Gesundheitssystem haben das Potenzial, deren medizinische Versorgung erfolgreicher und sicherer zu gestalten.

Was in der Theorie möglich ist, ist in der Praxis allerdings leider keine Realität

Die pharmazeutischen Unternehmen in Deutschland stehen noch an der europäischen Spitze, was den Forschungsanteil am Umsatz ausmacht. In Deutschland erhält die Industrie jedoch keinen Zugang zu den für Versorgungsforschung und Produktverbesserungen wichtigen anonymisierten Routinedaten der GKV – ohne dass dadurch irgendetwas geschützt würde. Es wird deutlich: Der Rechtsrahmen für das Verhältnis „Industrie und Daten“ ist höchst unbefriedigend. Die Industrie benötigt Zugang zu den anonymisierten GKV-Routinedaten, um auf europäischer Ebene in der Forschung mithalten zu können.

**Was sich ändern muss:**

- Die Politik muss einen Masterplan zur Digitalisierung des Gesundheitswesens entwickeln, der weit über die Entwicklung einer elektronischen Gesundheitskarte hinausgeht.
- Die Industrie darf Daten aus der Versorgung nur in einem sehr engen Rahmen auswerten. Pseudonymisierte Routinedaten können helfen, den Versorgungsalltag von Patienten zu verbessern.
- Die Politik muss akzeptieren, dass der Patient souverän über seine Gesundheitsdaten entscheidet und sie weitergeben kann, wenn er sich davon einen Vorteil verspricht.
- Routinedaten im Gesundheitswesen sollten nicht in Insellösungen erfasst, sondern für alle an der Forschung, Entwicklung und Versorgung beteiligten Akteure auf einer Plattform nutzbar gemacht werden.
- Privatsphäre und Datenschutz sind elementar, dürfen aber keine Argumente gegen Innovation sein.



Engagiert Erfahren Erfolgreich

Der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V. (BPI) vertritt mit seiner mehr als 65-jährigen Erfahrung auf den Gebieten der Arzneimittelforschung, -entwicklung, -zulassung, -herstellung und -vermarktung das breite Spektrum der pharmazeutischen Industrie auf nationaler und internationaler Ebene. Über 250 Unternehmen mit etwa 78.000 Mitarbeitern haben sich im BPI zusammengeschlossen. Dazu gehören klassische Pharma-Unternehmen, Pharma-Dienstleister, Unternehmen aus dem Bereich der Biotechnologie, der pflanzlichen Arzneimittel und der Homöopathie/Anthroposophie.

Ziel des BPI ist es, das Gesundheitswesen patientenorientiert und zukunftsichernd weiterzuentwickeln. So beteiligt sich der Verband intensiv an der gesundheitspolitischen Reformdiskussion. Um sicherzustellen, dass Patienten die für sie notwendigen Medikamente und Therapien erhalten, setzt sich der Verband für die Sicherung der Vielfalt qualitätsorientierter Arzneimittel aller Therapierichtungen ein. Der BPI ist im kontinuierlichen Dialog mit der Politik, den Akteuren des Gesundheitswesens und der Öffentlichkeit.

Die Pharmazeutische Industrie leistet bundesweit und überall in den Regionen des Landes einen großen Beitrag zur Wertschöpfung sowie zum Arbeitsmarkt.

**Bundesverband der Pharmazeutischen
Industrie e. V.**

Friedrichstraße 148, 10117 Berlin

Tel.: +49 (30) 27 909 - 0

Fax: +49 (30) 27 909 - 361

E-Mail: info@bpi.de

Bildnachweis: Christian Kruppa,
Shutterstock,

Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co. KG,

Biologische Heilmittel Heel GmbH,

picture alliance / dpa-tmn / Gabbert,

securPharm e.V.



Positionen der Bundesärztekammer zur Bundestagswahl 2017

Berlin, 28.09.2016

Ärztliche Freiberuflichkeit stärken

Der Arztberuf ist seiner Natur nach ein freier Beruf. Die medizinisch-fachliche Weisungsungebundenheit des Arztes und die im ärztlichen Berufsrecht verankerte Verpflichtung zur Übernahme von Verantwortung für das Wohl seines Patienten einerseits und gegenüber der Gesellschaft andererseits, stellen den wirksamsten Patientenschutz dar. Jedoch werden die Wesensmerkmale freiheitlicher Berufsausübung durch Kommerzialisierung, Kontrollbürokratie und durch staatliche Interventionen zunehmend in Frage gestellt. Die Überregulierung unseres Gesundheitssystems, insbesondere in der gesetzlichen Krankenversicherung, hat dazu geführt, dass Ärztinnen und Ärzte immer weniger Zeit für ihre ureigenste Aufgabe haben, den Dienst am Patienten.

Die legitimen Erwartungen der Patientinnen und Patienten an eine individuelle, qualifizierte gesundheitliche Betreuung können Ärzte nur unter fairen Rahmenbedingungen erfüllen. Die Ärzteschaft fordert deshalb von der Politik ein klares und für die Ärzte verlässliches Bekenntnis zum Erhalt und zur Stärkung der ärztlichen Freiberuflichkeit. Der notwendige Raum für Therapiefreiheit und Therapieverantwortung muss erhalten und im Gegensatz zur zunehmenden Verrechtlichung der Medizin wiederhergestellt werden.

Die freie Arztwahl ist ein Patientenrecht und Ausdruck von Patientenautonomie. Maßnahmen zur Steuerung der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen dürfen deshalb nicht zu einer Bevormundung von Patienten führen und das Recht auf die freie Arztwahl beschneiden.

Handlungsspielraum der Ärztlichen Selbstverwaltung sichern

Ärztliche Selbstverwaltung ist Ausdruck der Freiberuflichkeit. Vielfältige Regulierungen haben jedoch die Kompetenzen der ärztlichen Selbstverwaltung immer weiter beschnitten. Einen vorläufigen Höhepunkt staatlicher Einflussnahme bildet das Selbstverwaltungsgesetz, das den Handlungsspielraum der Körperschaften niedergelassener Ärztinnen und Ärzte durch vielfältige Durchgriffsrechte und Genehmigungsvorbehalte des Staates massiv einengt.

Eine handlungsfähige ärztliche Selbstverwaltung ist aber ein entscheidender Faktor, um Qualität und Professionalität des Arztberufes zu sichern und zugleich am besten geeignet, den ärztlichen Sachverstand in die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens einzubeziehen.

Die Politik ist deshalb aufgefordert, der ärztlichen Selbstverwaltung wieder die Gestaltungsspielräume zu geben, die sie für die Sicherung einer hochwertigen gesundheitlichen Versorgung der Patientinnen und Patienten benötigt.

Duales Krankenversicherungssystem fit für die Zukunft machen

Das duale Versicherungssystem mit den beiden Säulen Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und Private Krankenversicherung (PKV) sichert die große Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens. Diese Leistungsfähigkeit darf nicht durch die Einführung eines Einheitssystems gefährdet werden. Die Bürgerversicherung löst kein einziges Problem des deutschen Gesundheitssystems, sondern schafft nur neue. Sie verhindert Wettbewerb und gefährdet die Therapiefreiheit des Arztes sowie die Wahlfreiheit der Bürger. Dagegen sorgt der Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV für ein hohes Leistungsniveau auch in der gesetzlichen Krankenversicherung. Beide Systeme sind zu stärken und an die Herausforderungen der Zukunft anzupassen.

Im Bereich der Privaten Krankenversicherung sind Transparenz und Vergleichbarkeit der Tarife, ein umfassender Verzicht auf unangemessene Anreize für Versicherungsvermittler sowie ein suffizienter Schutz des Versicherten vor inadäquaten Tarifsteigerungen unverzichtbar. Ebenso muss die Portabilität der Altersrückstellungen unter anderem zur Erleichterung des Versicherungswechsels verbessert werden. Bei der Gesetzlichen Krankenversicherung ist bei der gebotenen Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs auf eine ausgewogene Verteilungssystematik zu achten. Eine einseitige politische Begünstigung einer Kassenart würde die für den Wettbewerb erforderliche Pluralität der Kassenarten gefährden und somit ebenfalls die Wahloptionen und Versorgungsangebote der Patienten verringern.

Masterplan Medizinstudium 2020 zügig umsetzen

Die Ärzteschaft begrüßt die Initiative von Bund und Ländern, dem Nachwuchsmangel im ärztlichen Bereich mithilfe eines „Masterplan Medizinstudium 2020“ entgegen zu treten. Die Gesundheits- und Wissenschaftsminister von Bund und Ländern sind aufgefordert, zügig Maßnahmen zur Weiterentwicklung und Modernisierung der medizinischen Ausbildung zu ergreifen.

Für eine zielgerichtete Auswahl von Studierenden für das Fach Medizin sollten neben der Abiturnote weitere Kriterien für das Auswahlverfahren herangezogen werden. Dazu zählen unter anderem psychosoziale Kompetenzen, soziales Engagement, besondere naturwissenschaftliche Kenntnisse und einschlägige Berufserfahrung. Universitäten müssen objektive und transparente Auswahlverfahren durchführen und hierzu neue Verfahren mit wissenschaftlicher Begleitforschung und Evaluation erproben können. Universitäten, die objektivierbare Assessments auf rechtlich abgesicherter Basis transparent durchführen, müssen in diesem Punkt finanziell unterstützt werden. Für die Assessments müssen bundeseinheitliche Kriterien festgelegt werden. Dringend notwendig ist es, die Zahl der Studienplätze bundesweit um mindestens zehn Prozent zu erhöhen und an allen medizinischen Fakultäten in Deutschland Lehrstühle für Allgemeinmedizin einzuführen. Den diskutierten Vorschlag, im Praktischen Jahr ein Pflichtquartal in der Allgemeinmedizin einzuführen, lehnt die Ärzteschaft ab. Entsprechend dem Wunsch der Studierenden sollte das Praktische Jahr nicht durch weitere Pflichten reguliert werden, vielmehr sollten die Wahlmöglichkeiten auch durch Integration von Ausbildungsangeboten in der ambulanten Versorgung gestärkt werden. Eine Landarztquote, wie sie derzeit diskutiert wird, ist ebenfalls ungeeignet, zumal nur die wenigsten Bewerber vor ihrem Studium einschätzen können, welche Fachrichtung sie später einschlagen wollen. Ziel muss vielmehr eine Weiterentwicklung der Ausbildung insgesamt unter Einbeziehung der Erkenntnisse aus Modellstudiengängen sein: Eine gute und breit angelegte Ausbildung ist die Grundlage für eine flexible Berufsausübung entsprechend dem jeweiligen Versorgungsbedarf.

Ärztlichen Nachwuchs fördern/Ambulante Weiterbildung ausreichend finanzieren

Die für den Erwerb der Facharztkompetenz erforderlichen Weiterbildungsinhalte werden in vielen Fächern längst nicht mehr ausschließlich im stationären Bereich vermittelt. Zunehmend gewinnen auch Weiterbildungsstätten der ambulanten Versorgung an Bedeutung. Für viele angehende Fachärzte ist eine sektorenübergreifende Weiterbildung sowohl in Kliniken als auch in ambulanten Einrichtungen sinnvoll.

Dabei muss die Finanzierung der ambulanten Weiterbildung der Tatsache gerecht werden, dass Weiterbildung vom ersten Tag an Berufsausübung und im Gegensatz zum Studium keine Ausbildung ist. Deshalb müssen für die ambulante Weiterbildung mindestens die gleichen tariflichen Konditionen gelten wie in den Krankenhäusern und die Finanzierung der ambulanten ärztlichen Weiterbildung muss gesetzlich als Vergütung ärztlicher Leistungen geregelt werden.

Für eine bedarfsgerechte Finanzierung der Krankenhäuser

Krankenhäuser müssen wegen fehlender Investitionsmittel mehr und mehr Gelder aus der Betriebsfinanzierung zur Abdeckung unaufschiebbarer, investiver Maßnahmen zweckentfremden. Mittlerweile beläuft sich der Investitionsstau in den Krankenhäusern auf 27 bis 30 Milliarden Euro. Darunter leiden in den Kliniken gleichermaßen Patienten und Personal.

Die Länder müssen endlich ihren Investitionsverpflichtungen vollumfänglich nachkommen. Die grundgesetzlich verbriefte Krankenhausplanungshoheit muss auf Landesebene verbleiben.

Änderungsbedarf besteht auch bei der Systematik der Fallpauschalenvergütung. Kliniken in dünn besiedelten Regionen können sich aus den DRG-Vergütungen kaum mehr kostendeckend finanzieren, was sich mehr und mehr auch auf das verfügbare Personal auswirkt. Krankenhäuser und Kostenträger brauchen deshalb bei ihren Budgetverhandlungen mehr Ermessensspielräume, damit die Sicherstellung der

wohnnahen Krankenhausbehandlung in strukturschwachen Gebieten ebenso berücksichtigt werden kann, wie die Finanzierung von Extremkostenfällen.

Die Verbesserung von Strukturqualität steigert nachweislich die Ergebnisqualität, erfordert aber weniger bürokratischen Dokumentations- und Kontrollaufwand. Daher und vor dem Hintergrund des wachsenden Behandlungsbedarfs der Bevölkerung und des medizinischen Fortschritts sind außerdem verbindliche Regelungen zum Personalbedarf (qualitativ und quantitativ) und die volle Refinanzierung der Tariflohnsteigerungen und Personalentwicklungskosten notwendig.

Zudem fordert die Ärzteschaft die Politik auf, eine verbindliche und gerechte Lösung für die Notfallversorgung im SGB V zu treffen. Eine deutliche Steigerung der für die Notfallversorgung in den ambulanten und stationären Vergütungssystemen zur Verfügung stehenden Finanzmittel ist zu veranlassen, auch durch sektorenübergreifende Finanzierung und Versorgung.

Pluralität statt Einheitsgewerkschaft/Tarifeinheitgesetz aufheben

Das Tarifeinheitgesetz ist undemokratisch und verfassungswidrig. Artikel 9 des Grundgesetzes garantiert die freie gewerkschaftliche Betätigung. Diese Koalitionsfreiheit gilt ausdrücklich für jeden und für alle Berufe und darf nicht durch Gesetz entzogen werden. Hierbei handelt es sich um ein Grundrecht, das nicht unter einem Mehrheitsvorbehalt steht, sondern auch und vor allem für Minderheiten gilt. Zudem gefährdet das Gesetz die Patientenversorgung, weil es Ärzten die Möglichkeit nimmt, für angemessene Rahmenbedingungen ihrer ärztlichen Tätigkeit wirksam einzutreten. In kaum einem Land wird so wenig gestreikt wie in Deutschland. Pro 1.000 Beschäftigte fallen hierzulande streikbedingt jährlich nur etwa 16 Arbeitstage aus. In Großbritannien gab es zuletzt 26 Streiktage, in Dänemark 106 und in Frankreich sogar 150.

In Anbetracht dieser Zahlen gibt es keinen Grund, berufsspezifische Gewerkschaften per Gesetz an der Ausübung einer eigenständigen Tarifpolitik zu hindern. Die Ärzteschaft fordert die Politik auf, dieses Gesetz unverzüglich aufzuheben.

Ebenso dürfen erreichte Verbesserungen des Arbeits- und damit des Patientenschutzes, wie das Verbot überlanger Arbeitszeiten, nicht aufgeweicht werden.

Qualitätssicherung nicht zweckentfremden, Patientensicherheit nicht aufs Spiel setzen

Das mit dem Krankenhausstrukturgesetz vorgesehene Konzept von Qualitätszu- und -abschlägen, das aus Belohnung und Strafe mittels Geldentzug oder -zuwendung für stationäre Leistungen besteht, ist nicht zweckmäßig: Nicht absehbar sind die Risiken für Fehlsteuerung, zu groß die methodischen Herausforderungen.

Dies zeigt sich auch am kürzlich vorgelegten Konzept des IQTIG zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren. Das Ziel einer praktikablen und patientenorientierten Neuausrichtung der Krankenhausplanung in den Ländern dürfte damit kaum erreichbar sein. Vor allem aber drohen die bisherigen Bestrebungen zur Verankerung einer Sicherheitskultur in den Einrichtungen der Gesundheitsversorgung durch eine unzulässige Reduzierung auf ein System aus Schuld und Sanktionen zurückgeworfen zu werden. Die Ärzteschaft fordert, den Kurs einer vorgeblichen Qualitätsoffensive zu revidieren und sich auf die in den letzten knapp 16 Jahren erzielte einrichtungsübergreifende stationäre Qualitätssicherung zu konzentrieren. Diese gilt es unter sektorenübergreifender Perspektive weiterzuentwickeln. Das gegenwärtige Verfahren mit Benchmarks (Vergleich der Krankenhäuser untereinander) und Strukturiertem Dialog (qualifiziertes Feedback über die Ergebnisse an die Krankenhäuser) bietet den notwendigen Raum, den die Krankenhäuser zur Reflexion und Weiterentwicklung ihres Handelns benötigen.

Interprofessionelle Kooperation statt Substitution ärztlicher Leistungen

Die Ärzteschaft unterstützt die Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen bei klaren Verantwortlichkeiten. Erfolgversprechend sind insbesondere die Förderung der interprofessionellen Kooperation auf der Basis vorhandener Kompetenzen und die Integration unterschiedlicher beruflicher Kompetenzen in einem multiprofessionellen Team. Nur durch eine enge Zusammenarbeit der Ärzte mit Angehörigen der Gesundheitsfachberufe können die gegenwärtigen und zukünftigen

Probleme, etwa hinsichtlich der soziodemografischen Entwicklung und der Komplexität der modernen Medizin, bewältigt werden.

Der Vorbehalt des Arztes für die Diagnose- und Indikationsstellung, die Therapieentscheidungen und die Gesamtverantwortung im Rahmen des Behandlungsprozesses sind jedoch unverzichtbar, gerade bei immer komplexer werdenden Versorgungsprozessen und -strukturen sowie aus Gründen der Patientensicherheit. Es sind deshalb solche Berufs- und Kooperationskonzepte zu fördern, die zur Unterstützung und Entlastung des Arztes im Sinne des Delegationsprinzips beitragen.

Als nicht zielführend wird die Schaffung einer neuen Versorgungsebene mit Verlagerung ärztlicher Zuständigkeiten auf nichtärztliche Gesundheitsberufe angesehen. Als Folge wären eine weitere Zersplitterung der Versorgungslandschaft, die Schaffung neuer Schnittstellen, der Verlust von Informationen und ein steigender Bedarf an Koordination zu befürchten. Dies würde unnötig Ressourcen binden, die dann der unmittelbaren Patientenversorgung verloren gehen. Daher werden Bestrebungen nach einem Direktzugang des Patienten zur Versorgung z. B. im Bereich der Heilmittel, ohne voraus gehende ärztliche Differentialdiagnostik, oder weitere Forderungen nach einer Substitution originär ärztlicher Leistungen strikt abgelehnt.

Gesundheitskarte für alle Geflüchteten

Alle Geflüchteten – unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus – brauchen nach der Erstuntersuchung eine Gesundheitskarte, um ressourcenschonend in das Regelsystem der Gesundheitsversorgung eingegliedert zu werden. Der schnelle und unbürokratische Zugang zur ärztlichen Regelversorgung verhindert, dass Krankheiten sich verschlimmern. Auch kann die gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten mittel- und langfristig nicht auf ehrenamtlicher Basis erfolgen. Die Ärzteschaft fordert auch aus diesem Grund die Politik auf, die finanzielle und personelle Ausstattung des öffentlichen Gesundheitsdienstes zu stärken. Die zuständigen Behörden müssen ausreichend fachlich und interkulturell qualifizierte Dolmetscher für eine adäquate gesundheitliche Versorgung zur Verfügung stellen.

Für die Übernahme der dadurch entstehenden Kosten müssen die gesetzlichen Voraussetzungen geschaffen werden.

Darüber hinaus wird die Politik aufgefordert, wesentliche Teile des im März 2016 in Kraft getretenen Asylpakets II nachzubessern. Es ist aus ärztlicher Sicht unethisch, dass als Abschiebungshindernis nur noch lebensbedrohliche oder schwerwiegende Erkrankungen gelten sollen, die sich durch die Abschiebung wesentlich verschlechtern würden. Weitere Änderungen sind bei den Regelungen zum beschleunigten Asylverfahren zum Beispiel für Menschen aus sogenannten sicheren Herkunftsstaaten notwendig. Akute oder chronische Erkrankungen lassen sich in den vorgegebenen kurzen Fristen weder sicher diagnostizieren noch ausschließen. Opfer von Folter und anderen schweren Menschenrechtsverletzungen müssen aus dem beschleunigten Asylverfahren herausgenommen werden.

Normung von Gesundheitsdienstleistungen verhindern

Normen sind in unserem Gesundheitswesen allgegenwärtig. Im medizintechnischen Bereich tragen sie zur Patientensicherheit und Versorgungsqualität bei. Die EU-Kommission verfolgt jedoch zunehmend die Strategie, Gesundheitsdienstleistungen – so auch ärztliche Tätigkeiten – ebenfalls zum Gegenstand von Normung zu machen. Die Ärzteschaft lehnt dies ab.

Zudem beschneidet die Standardisierung von Gesundheitsdienstleistungen das Recht der EU-Mitgliedstaaten, die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung eigenverantwortlich durchzuführen. Grundlegende Inhalte ärztlicher Tätigkeit sind in Deutschland über Aus-, Weiter- und Fortbildung und entsprechende berufsrechtliche Anerkennungsverfahren geregelt. Die Ausübung des Arztberufs erfordert eine sehr hohe fachliche Qualifikation sowie die Beachtung des allgemein anerkannten Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft, die in medizinischen Leitlinien abgebildet wird. Normen sind hierzu ungeeignet. Sie werden auch dem individuellen Patienten-Arzt-Verhältnis nicht gerecht.

Die europäischen Standards werden von Normungsgremien gesetzt, die in Deutschland gesetzlich nicht dafür zuständig sind, nicht über die standesrechtliche und fachliche Kompetenz verfügen und die keiner staatlichen Aufsicht unterliegen.

Ärztliche Versorgungswerke stärken

Die Ärzteschaft hat erfolgreich berufsständische Versorgungswerke aufgebaut, die die Altersversorgung der Kammermitglieder gewährleisten. Dieses gilt für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte wie für Kollegen in einem Angestelltenverhältnis gleichermaßen. Die Pflichtmitgliedschaft in einer Ärztekammer muss ein konstitutionelles Kriterium für eine Mitgliedschaft in den ärztlichen Versorgungswerken bleiben.

Für eine moderne und transparente GOÄ

Ziel der Ärzteschaft ist es, eine moderne und kontinuierlich auf dem Stand des medizinischen Fortschritts und der Kostenentwicklung gehaltene ärztliche Gebührenordnung zu schaffen. Die neue GOÄ muss verständlicher, transparenter und in ihrer Anwendung besser nachvollziehbar werden und sie muss ihre „doppelte Schutzfunktion“, wie in § 11 Bundesärzteordnung festgelegt, bewahren. Sie soll den Patienten vor finanzieller Überforderung, den Arzt vor einem ruinösen „Unterbietungswettbewerb“ schützen.

Die Bundesärztekammer fordert die künftige Bunderegierung auf, die Novelle der Gebührenordnung für Ärzte auf Grundlage des gemeinsamen Vorschlages von Bundesärztekammer, PKV-Verband und Beihilfeträgern umzusetzen und damit mehr Transparenz und Rechtssicherheit für Patienten und Ärzte zu schaffen.

Zehn gute Gründe
für eine zukunftsfeste Zahnmedizin

Gesundheitspolitische Perspektiven
für die Legislaturperiode 2017-2021

Pro Patienten

Pro Kollegen

Pro Gesellschaft



Deutschland hat eine zahnmedizinische Versorgung auf hohem Niveau. Im Bereich der Prävention hat die Zahnmedizin internationale Maßstäbe gesetzt und ist beispielgebend für unser Gesundheitswesen.

Damit das so bleibt, muss die Gesundheitspolitik die hierfür rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen schaffen. Eine Schlüsselstellung nimmt dabei die zahnärztliche Selbstverwaltung ein. Sie muss zu ihrem Erhalt und zum Wohle von Patienten sowie Zahnärzten weitere Initiativen entwickeln und dabei von der Politik den notwendigen Stellenwert erhalten.

Die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Deutschland steht vor gewaltigen Herausforderungen, insbesondere durch den demografischen Wandel und durch die Zuwanderung. Auch die Herstellung von gesundheitlicher Chancengleichheit ist eine im Interesse der Sicherung unseres Sozialsystems wichtige Aufgabe. Zur Bewältigung der anstehenden Probleme müssen sowohl von der Politik als auch von der Gesellschaft sowie der Zahnärzteschaft zusätzliche Anstrengungen unternommen werden, die Freiberuflichkeit des Berufsstandes als wesentliches Element unseres erfolgreichen Gesundheitssystems zu erhalten und mehr noch: stärker zu fördern.

Die Ausübung des zahnärztlichen Heilberufs in Freiberuflichkeit ist sicherer Garant für eine an hohen ethischen Standards ausgerichtete Zahnmedizin und ein vertrauensvolles Zahnarzt-Patienten-Verhältnis. Die Basis gegenseitigen Vertrauens ist die unabhängige, eigenverantwortliche und nicht gewerbliche Berufsausübung der Zahnärzte. Die Freiberuflichkeit ist ein Gut, das es mit allen Mitteln im Interesse der Bürger gegen alle in Europa und hierzulande aufkeimenden Tendenzen der Ökonomisierung und Überregulierung gemeinsam zu verteidigen gilt.

Für den Gesundheitssektor und speziell für die Zahnmedizin hat sich der Grundsatz des verantwortungsvollen Handelns der Heilberufe als segensreiche Maßgabe erwiesen – **Pro Patienten – Pro Kollegen – Pro Gesellschaft**. Allerdings stößt das darin verkörperte Subsidiaritätsprinzip an seine Grenzen. Diese aufzuzeigen und die Politik als stabilisierenden Faktor, der die Weichen stellt und die Rahmenbedingungen setzt, in die gesundheitliche Entwicklung einzubinden, dafür sieht sich die Bundeszahnärztekammer gemeinsam mit den (Landes)Zahnärztekammern per Auftrag aufgerufen.

Die Bundeszahnärztekammer legt mit ihren „**Gesundheitspolitischen Perspektiven für die Legislaturperiode 2017-2021**“ ihre Forderungen für die nächste Legislaturperiode vor. Dazu werden wir im Vorfeld der Bundestagswahlen 2017 mit den Parteien in einen sachlich ausgewogenen Dialog treten.

Unser Gesundheitssystem muss für die nächsten Jahrzehnte so zukunftsfest gemacht werden, damit unsere hochwertige zahnmedizinische Versorgung nicht nur Bestand hat, sondern weiter ausgebaut wird – **Pro Patienten – Pro Kollegen – Pro Gesellschaft**.

Berlin, im Mai 2017



Dr. Peter Engel
Präsident



Prof. Dr. Dietmar Oesterreich
Vizepräsident



Prof. Dr. Christoph Benz
Vizepräsident



RA Florian Lemor
Hauptgeschäftsführer

Inhalt:

Gesundheitspolitische Perspektiven für die Legislaturperiode 2017-2021

1. Patienten: Patientenrechte wahren	4
2. Zahnärzte: Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung schützen	6
3. Vergütung: An wirtschaftliche Entwicklung anpassen	9
4. Mundgesundheit: Präventive Konzepte weiter entwickeln	11
5. Qualität in der Zahnmedizin: Fortschritt auch in der Ausbildung verankern	13
6. Krankenversicherung: Duales System patientenorientiert ausbauen	15
7. Zahnärztliche Versorgung: Richtige Weichenstellungen vornehmen	18
8. Junge Zahnärzte: Rahmenbedingungen für Beruf und Umfeld verbessern	21
9. Praxis-Team: Durch attraktive Aus- und Fortbildung fördern	23
10. Europa: Aushöhlung des deutschen Qualitätsniveaus verhindern	25

1. Patienten: Patientenrechte wahren

4

Die zahnmedizinische Versorgung in Deutschland ist weltweit herausragend. Der Schlüssel zum Behandlungserfolg ist ein intaktes Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Zahnarzt. Der zahnärztliche Heilberuf setzt sich mit seinem System der Selbstverwaltung durch die (Landes)Zahnärztekammern für den mündigen Patienten ein. Damit steht das Wohl der Patientinnen und Patienten im Fokus zahnärztlichen Handelns. Das Patientenrecht der freien Arztwahl ist unantastbar.

Die Bundeszahnärztekammer fordert

- I die **Patientenrechte** zu bewahren,
- I den Stellenwert der bundesweit erfolgreich etablierten **Patientenberatung, des Gutachter- und Schlichtungswesens**, der zahnärztlichen Selbstverwaltung und ihrer Qualitätsförderung zu stärken,
- I das Patientenrecht auf **freie (Zahn-)Arztwahl** nicht durch selektivvertragliche Strukturen wie Öffnungsklauseln einzuschränken und das in der Zahnmedizin bewährte kollektivvertragliche System zu stärken,
- I den **Patientenschutz** und das Recht auf informationelle Selbstbestimmung insbesondere im Bereich der **Digitalisierung** zu sichern.

Gute Gründe

Patientenrechte

Die Bundeszahnärztekammer stellt fest: Das Zahnarzt-Patienten-Verhältnis in Deutschland ist intakt und von hoher Patientenzufriedenheit sowie gegenseitigem Vertrauen geprägt. Meinungsumfragen des Allensbach-Instituts und des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) ermittelten: Rund 90 Prozent der Bürger sind hoch zufrieden mit ihrem Zahnarzt und vertrauen ihm. Auch die 5. Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) zeigt, dass die kontrollorientierte Inanspruchnahme des Zahnarztes auf einem auch im internationalen Vergleich außerordentlich hohen Niveau ist. Eine Beteiligung von mündigen und aufgeklärten Patienten an zahnmedizinischen Entscheidungsprozessen ist sinnvoll und notwendig – vor allem wegen der steigenden Zahl von Behandlungsoptionen und einer weiteren Förderung der Prävention.

Patientenberatung, Gutachter- und Schlichtungswesen

Für die Unterstützung und Förderung der Patientenrechte existiert ein bundesweites Netzwerk von zahnärztlichen Patienten-Beratungsstellen

der zahnärztlichen Selbstverwaltung, auf das jeder Patient zurückgreifen kann – ein Netzwerk, dessen Ausbau und weitere Qualitätssicherung die deutsche Zahnärzteschaft tatkräftig betreibt. Dazu wird eine Evaluation der Ergebnisse der zahnärztlichen Patientenberatung aufgebaut, die die Verbesserung der Qualität zum Ziel hat und die gleichzeitig im Sinne eines Qualitätskreislaufes besondere Probleme, die Patienten vortragen oder in der zahnärztlichen Berufsausübung auftreten, erfasst und in zielgerichteten Qualitätsförderungsmaßnahmen umsetzt.

Das besondere Alleinstellungsmerkmal der zahnärztlichen Patientenberatung ist das Beschwerdemanagement mit seinen Gutachter- und Schlichtungsmöglichkeiten, das den Patienten konkrete Lösungsansätze für ihre individuellen Probleme bietet. Die Evaluation der zahnärztlichen Patientenberatung im Rahmen eines wissenschaftlichen Forschungsberichtes durch das Zentrum Zahnärztliche Qualität (ZZQ) und das IDZ bietet einen Überblick über das Leistungsgeschehen und ist eine wesentliche Grundlage zur Qualitätsförderung im Bereich der zahnärztlichen Berufsausübung. Hier arbeiten Zahnärzte und fachlich qualifizierte Mitarbeiter der zahnärztlichen Selbstverwaltung in professionellen Teams zusammen.

Zusätzlich werden die neutralen Gutachter- und Schlichtungssysteme angeboten. Weitere Initiativen verbessern die Transparenz der Honorarabrechnung.

Freie Zahnarztwahl

Das Vertrauen des Patienten in seinen Zahnarzt und die zahnmedizinische Behandlung sind Voraussetzungen für ein langfristiges Zahnarzt-Patienten-Verhältnis. Bedingungen für ein vertrauensvolles Zahnarzt-Patienten-Verhältnis sind unabhängige und neutrale Informationen über Therapiemöglichkeiten sowie Wahlmöglichkeiten des Patienten bei der Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen.

Zur Senkung von Gesundheitsausgaben werden Öffnungsklauseln und andere selektivvertragliche Strukturen diskutiert. Kostensenkung auf diesem Weg beschneidet jedoch die Rechte der Patienten, denn Selektivverträge schließen die freie Zahnarztwahl aus. Jede einschränkende Einflussnahme der Kostenträger auf dieses immens wichtige Patientenrecht wird abgelehnt.

Patientenschutz im Zeitalter der Digitalisierung

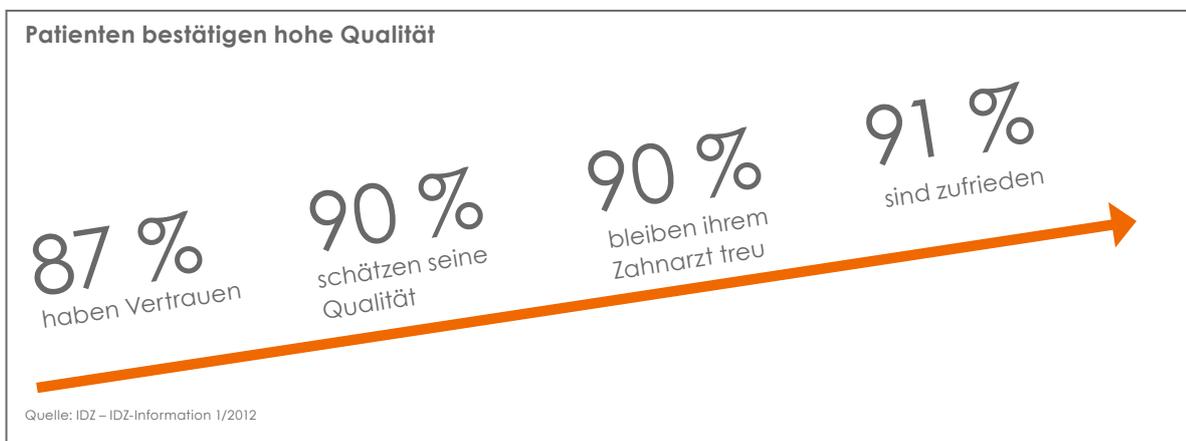
Für die Bundeszahnärztekammer ergibt sich aus der Gemeinwohlverpflichtung der freien Heilberufe und ihrer Selbstverwaltungskörperschaften die Verpflichtung, die hohen Standards zum Schutz der Privatsphäre – auch und gerade im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung – und des Zahnarzt-Patienten-Verhältnisses zu wahren

und innerhalb der durch Berufsrecht und Berufsethik vorgegebenen Rahmen auf nationaler und europäischer Ebene weiterzuentwickeln.

Die fortschreitende Digitalisierung im Gesundheitswesen birgt neben großen Potenzialen u. a. bei der Wissensvermittlung, der Förderung des Gesundheitsbewusstseins und der Forschung sowie bei der Diagnostik und Therapie von Erkrankungen erhebliche Risiken für die informationelle Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten und insbesondere für das geschützte Vertrauensverhältnis von Zahnarzt und Patient. So segensreich computergesteuerte und internetgestützte Abläufe für die praktischen Arbeiten in der Praxis auch sein mögen, so umstritten sind zum Beispiel webbasierte Portale zu Arztsuche, Arztbeurteilung und Therapievergleich. Von zentraler Bedeutung ist, dass auch in Zukunft die Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Zahnarzt die Entscheidungsbasis für oder gegen eine medizinische Maßnahme bleiben muss. Dies darf nicht durch digitale Entscheidungsprozesse ersetzt oder fremdgesteuert werden.

Daher fordert die Bundeszahnärztekammer, dass es gerade im höchst sensiblen Gesundheitswesen auch in Zukunft keine Abstriche beim Datenschutz und beim Recht auf informationelle Selbstbestimmung geben darf. ●

Fakt ist:



2. Zahnärzte:

Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung schützen

6

Auf der Grundlage des besonderen Vertrauensverhältnisses zu ihren Patientinnen und Patienten erbringen Zahnärzte qualitativ hochwertige Leistungen. Die zahnärztliche Selbstverwaltung regelt in eigener Verantwortung und auf eigene Kosten unter staatlicher Rechtsaufsicht den dafür erforderlichen Rechtsrahmen auch und gerade zum Schutz der Patientinnen und Patienten. Hierzu führt sie die Selbstorganisation und Selbstkontrolle der Berufsangehörigen durch.

Das besondere Vertrauensverhältnis begründet den besonderen Status als freier Heilberuf. Es ist Garant für die hochwertige, fortschrittliche und qualitätsgesicherte Behandlung, deren wesentliche Merkmale die Therapie-Freiheit und die Therapie-Verantwortung sind. Das Zusammenwirken von gemeinwohlorientierter Freiberuflichkeit und gelebter Eigenverantwortung ist wesentlicher ordnungspolitischer Grundpfeiler für die herausragende Qualität der zahnmedizinischen Versorgung in Deutschland.

Darum gilt auch in der Zahnmedizin: Subsidiäres Handeln unter marktwirtschaftlichen Bedingungen geht vor planwirtschaftlicher Fremdbestimmung. Die (Landes)Zahnärztekammern sind dabei Garant für die Qualitätssicherung sowie die Überwachung der selbst gesetzten Berufspflichten.

Die Bundeszahnärztekammer fordert

- I ein verlässliches Bekenntnis zur Stärkung der freiheitlichen und gemeinwohlorientierten Berufsausübung auf nationaler wie auf europäischer Ebene abzugeben (**Freiberuflichkeit**),
- I den notwendigen Freiraum für **Therapiefreiheit** und verantwortliche Patientenbetreuung zur Verfügung zu stellen,
- I von weiteren **praxisfremden Übersteuerungen und Bürokratielasten** im Zahnarzt-Patienten-Verhältnis Abstand zu nehmen,
- I die Funktionen und Gestaltungsmöglichkeiten des **zahnärztlichen Kammersystems** entsprechend dem **Subsidiaritätsprinzip** zu stärken und bei den politischen Initiativen – insbesondere bei denen des Gemeinsamen Bundesausschusses (**G-BA**) – zu berücksichtigen,
- I das **volkswirtschaftliche Potenzial** der freien Heilberufe ausdrücklich anzuerkennen und zu stärken.

Gute Gründe

Freiberuflichkeit und Therapiefreiheit

Freie Heilberufe genießen in Deutschland ein hohes Ansehen. Sie entlasten den Staat, organisieren und kontrollieren den – in unserem Fall zahnärztlichen – Berufsstand und seine Qualitätssicherung, finanzieren ihre Selbstverwaltung und stellen so eine wichtige Säule für ein funktionierendes, bürgernahes Wirtschafts- sowie Sozialsystem dar.

Freiberuflichkeit bedeutet konkret, dass der Zahnarzt notwendige Diagnose- und Therapieentscheidungen ohne Einwirkung Dritter – also

unabhängig – sowie eigenverantwortlich und ausschließlich zum Wohle der Patienten treffen kann. Denn nur unbeeinflusst und jenseits von Kommerzialisierungsbestrebungen können Zahnärztinnen und Zahnärzte die individuell und objektiv beste Versorgung flächendeckend für die Patienten erbringen. Diese freiheitliche Berufsausübung darf nicht in Frage gestellt werden. Diese Gefahr besteht jedoch konkret bei der Förderung von sog. Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), die die Bundeszahnärztekammer aus diesem Grunde kritisch sieht. Denn: MVZ bieten dem Patienten kostenoptimierte Behandlungsmethoden zum Vorteil der mit ihnen kooperierenden Versicherungen oder anderen

gewerblichen Anbietern an – dies zum Nachteil der Patienten. Gerade die Versicherungen können die Daten der Patienten nutzen, um so dem Patienten automatisiert gefilterte Behandlungsangebote anzubieten. MVZ-Patienten werden von der individualisierten und selbstbestimmten Behandlung ausgeschlossen. Damit profitieren sie nicht mehr von moderneren und alternativen Behandlungs- und Beratungsmethoden, da diese u. U. höhere Kosten bei den Versicherungen verursachen könnten.

Praxisfremde Übersteuerung / Bürokratielasten

Die Zahnärzteschaft steht vor großen Herausforderungen, die sich vor allem aus den gesellschaftlichen Megatrends zur „Versozialrechtlichung“ und „Ökonomisierung“ ergeben. Diese führen zu immer umfassender werdenden Auflagen und Einschränkungen bei der Berufsaufnahme und -ausübung. Zunehmend wirken sich diese auch negativ auf die Motivation gerade junger Zahnärztinnen und Zahnärzten aus, eine freiberuflich geführte Niederlassung zu wagen.

Um die freiberufliche Unabhängigkeit auch weiterhin für unser Gesundheitssystem und die Bürgerinnen und Bürger leben zu können, benötigt die Zahnärzteschaft die passenden fairen Rahmenbedingungen. Konkret bedeutet das einen Schutz vor überbordender, staatlicher Reglementierung und ungerechtfertigten Eingriffen in das Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Zahnärzten. Das gilt in besonderem Maße auch für Bestrebungen aus der Europäischen Union.

Die Überregulierung unseres Gesundheitssystems, insbesondere in der Gesetzlichen Krankenversicherung, hat zudem dazu geführt, dass Zahnärzte immer weniger Zeit für ihre eigentliche Aufgabe haben, der Versorgung ihrer Patienten. Der notwendige Raum für Therapiefreiheit und Therapieverantwortung muss erhalten und im Gegensatz zur zunehmenden Verrechtlichung der Medizin wiederhergestellt werden.

Zahnmedizinische Behandlungen dürfen keinen Controlling-Prozessen unterliegen, die mit bürokratischen Auflagen optimiert werden können.

Ein vom Nationalen Normenkontrollrat mit Beteiligung der Bundeszahnärztekammer initiiertes Pro-

jekt zur Messung der am stärksten belastenden gesetzlichen und verwaltungstechnischen Vorgaben brachte – leider – das erwartete Ergebnis: zu viele unnütze Bürokratielasten in den Praxen – wie etwa im Bereich der Dokumentation. So müssen Zahnarztpraxen zum Beispiel durchschnittlich 100 Arbeitstage einer Vollzeitkraft im Jahr für die Erfüllung vorgeschriebener Dokumentations- und Informationspflichten aufwenden.

An die Politik richten wir daher den dringenden Appell, den Zahnärztinnen und Zahnärzten durch Beseitigung unnötigen bürokratischen Ballasts mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten und den Therapie-Erfolg einzuräumen.

Selbstverwaltung im zahnärztlichen Kammersystem

Maßstab des zahnärztlichen Handelns sind in erster Linie der selbstaufgelegte Berufsethos und die Berufspflichten. Berufspflichten und -rechte bedingen sich gegenseitig. Es gilt, dafür Sorge zu tragen, dass die zahnärztliche Selbstverwaltung ihre Aufgaben und die Werte des Berufsstandes nach innen und außen aktiv verteidigen kann. Die Selbstverwaltung steht für einen transparenten Ausbau dieser Verantwortung jederzeit zur Verfügung.

Subsidiaritätsprinzip – G-BA – Selbstverwaltung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Alle Einschränkungen der freiberuflichen Selbstbestimmung und damit auch des Kammersystems von nationaler und europäischer Ebene sind zu verhindern. Dies gilt insbesondere für die Bestrebungen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), dem höchsten Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung, die Entscheidungskompetenz des Zahnarztes durch weitgehende Vorgaben zu beschneiden.

Der Gesetzgeber muss anerkennen, dass bereits weite Bereiche der Selbstverwaltungsaufgaben über die Heilberufekammergesetze der Bundesländer den (Landes)Zahnärztekammern zugewiesen sind. Im Sinne des Subsidiaritätsprinzips muss durch die Politik sichergestellt werden, dass diese wesentliche Rolle der zahnärztlichen Selbstverwaltung durch die (Landes)Zahnärztekammern unangetastet bleibt.

Fakt ist:



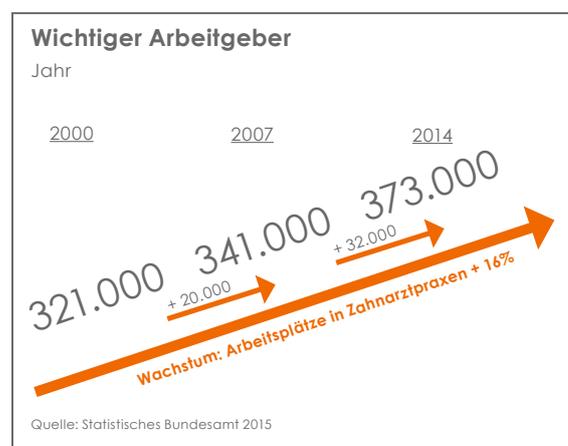
Der Gesetzgeber muss zur Verhinderung von Kompetenzkollisionen darauf achten, dass es zu keiner Doppelregulierung und damit gesetzgeberischen Übersteuerung zwischen Kammersystem und GKV-Selbstverwaltung vor allem im Rahmen des Kompetenzbereiches des G-BA kommt. Derzeit droht sich die zahnärztliche Versorgung über das GKV-Versorgungsrecht von dem traditionellen, von Landesrecht geprägten und definierten Berufsbild des niedergelassenen Zahnarztes in freier Praxis zu entfernen. Maßgeblich hierfür sind vor allem die für alle Betroffenen verbindlichen Richtlinien des G-BA, durch die zunehmend eine Entwicklung befördert wird, die nicht mehr von den Grundideen der Subsidiarität, Freiberuflichkeit und der Eigenverantwortlichkeit, sondern von der Effizienzsteigerung, Kostenminimierung und der Beherrschung sowie Kontrolle medizinischer Groseinheiten geprägt ist.

Volkswirtschaftliches Potenzial

Die Zahnmedizin ist ein wichtiger Bestandteil der Wirtschaftskraft in Deutschland. Sie schafft Arbeitsplätze und trägt wesentlich zum Erfolg des Mittelstandes bei: Jeder niedergelassene Zahnarzt beschäftigt in seiner Praxis durchschnittlich 4,5 weitere Personen. Hinzu kommen Arbeitsplätze in vor- und nachgelagerten Wirtschaftszweigen. Insgesamt hängen etwa eine halbe Million Arbeitsplätze direkt oder indirekt von der Mundgesundheitswirtschaft ab. Circa 7 Prozent des gesamten in der Gesundheitswirtschaft generierten

Umsatzvolumens und knapp 1 Prozent des Bruttoinlandsprodukts der Bundesrepublik Deutschland sind dieser Branche zuzurechnen. Aufgrund der demografischen Entwicklung, stetigem Fortschritt in medizinisch-technischer Hinsicht und steigenden Anforderungen der Patienten an ihre zahnmedizinische Versorgung ist von einem weiteren Bedeutungszuwachs der Zahnmedizin für die makro- wie mikroökonomische Entwicklung unseres Landes auszugehen. ●

Fakt ist:



3. Vergütung:

An wirtschaftliche Entwicklung anpassen

Die Zahnärztinnen und Zahnärzte können – anders als im klassischen Wirtschaftsleben üblich – ihre Preise nicht frei kalkulieren. Sie sind für zahnärztliche Leistungen an die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und für ärztliche Leistungen an die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gebunden. Es ist für die Zahnärzte wesentlich, dass GOZ und GOÄ fachlich und betriebswirtschaftlich zeitgemäß sind, um eine sachgerechte Gebühr erheben zu können. Die Politik muss die GOZ auf Basis der aktuellen Honorarordnung für Zahnärzte (HOZ) umfassend novellieren. Zudem fordern wir auch bei der geplanten Neufassung der GOÄ, die Interessen der Zahnmedizin zu wahren.

Die Bundeszahnärztekammer fordert

- I eine zeitgemäße und fachlich wie betriebswirtschaftlich stimmige **Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)** auf Basis der **Honorarordnung für Zahnärzte (HOZ)** zu implementieren,
- I den **Punktwert** in der GOZ kontinuierlich an die wirtschaftliche Entwicklung anzupassen,
- I die Zahnmedizin als Teil der Medizin auch in der **Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)** zu verankern.

Gute Gründe

Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

Auch die GOZ-Novellierung aus dem Jahre 2012 hat nur in Grenzen der fachlichen Weiterentwicklung der Zahnmedizin Rechnung getragen. Sie war gleichzeitig geprägt durch den Blick auf die Auswirkungen für die staatlichen Haushalte bzw. für die Beihilfe. Die stabile Haushaltsslage ist Anlass genug, eine Überarbeitung der GOZ im Sinne der aktuellen zahnmedizinischen Wissenschaft in Angriff zu nehmen.

Wir geben uns nicht zufrieden mit den Ergebnissen der Reform von 2012, sondern fordern, neben der fachlichen und wissenschaftlichen Weiterentwicklung zügig einen regelmäßigen Ausgleich für gestiegene Kosten analog der allgemeinen Kostensteigerung zu schaffen. Die Vergütung privat-zahnärztlicher Leistungen orientiert sich nicht an der wirtschaftlichen Entwicklung, obwohl Personal- und Sachkosten in den Zahnarztpraxen Jahr für Jahr kräftig zulegen.

Honorarordnung für Zahnärzte (HOZ)

Die Zahnärzte werden dafür sorgen, dass die HOZ weiterentwickelt und auf den neuesten Stand gebracht wird. Sie ist Abbild des aktuellen Stands der zahnmedizinischen Wissenschaft und der aktuellen Kosten- und Gebührensätze und damit Blaupause für eine neue GOZ.

Die Politik hat mit der HOZ die Möglichkeit, eine schnelle und valide Entscheidung für die Anpassung der GOZ zu treffen. Mit dem Zahlen- und Faktenwerk wird eine Anpassung der Gebühren gegenüber den Patientinnen und Patienten, der Gesellschaft und den Versicherungen sachlich und transparent begründet.

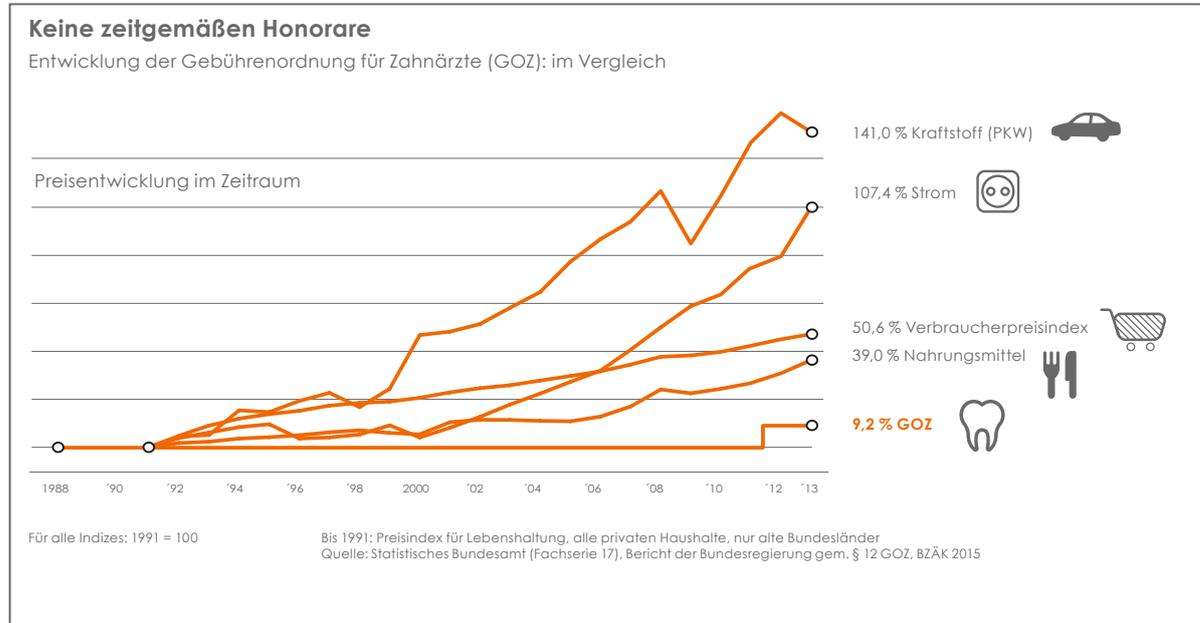
Punktwert

Der Punktwert muss deutlich angehoben werden, um eine angemessene Honorierung der beruflichen Leistungen des Zahnarztes zu gewährleisten. Bezogen auf das Basisjahr 1988 hat es in Deutschland von Januar 1988 bis Januar 2012 einen Preisanstieg um 61 Prozent gegeben – was einer durchschnittlichen jährlichen Steigerung von 2,15 Prozent entspricht – während das GOZ-Honorar unverändert blieb und damit seit Inkrafttreten jedes Jahr einer deutlichen Abwertung unterlag.

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Die GOÄ-Novellierungsverhandlungen gehen in die nächste Runde. Wir werden uns weiterhin konstruktiv und kritisch in die Diskussionen einbringen und uns für eine liberale Gebührenordnung einsetzen. Auch hier ist die Systematik der HOZ Vorbild. Die Zahnmedizin ist und bleibt Teil der Medizin. Daher kritisieren wir umso mehr die geplanten Änderungen in der Bundesärzteordnung und im Paragrafenteil der GOÄ.

Fakt ist:



Denn die Novellierung will das bewährte System einer einzelfallabhängigen und damit gerechten Gebührenbemessung, ablösen, was im Ergebnis fatal für Patienten und (Zahn-)Ärzte wäre. ●

4. Mundgesundheit:

Präventive Konzepte weiter entwickeln

Die Mundgesundheit in Deutschland belegt einen Spitzenplatz in der Welt. Im Vergleich zum Beispiel mit den anderen G7-Staaten weisen unsere 12-Jährigen die mit Abstand geringste Karieserfahrung auf. Unsere jüngeren Senioren haben die meisten natürlichen Zähne und unsere jüngeren Erwachsenen die zweitniedrigste Rate an schwerer Parodontitis. Diese präventive Kompetenz der Zahnmedizin in Deutschland wird leider von der Politik im Rahmen geplanter Präventivstrategien nicht ausreichend berücksichtigt.

11

Die Bundeszahnärztekammer fordert

- I die Zahnmedizin stärker in gesundheitspolitische **Programme der Prävention** und Gesundheitsförderung auf der Basis des gemeinsamen Risikofaktorenansatzes zu integrieren,
- I die praktische und fachliche **Expertise der Zahnärzteschaft** in den Präventionskonferenzen im Rahmen der Umsetzung des Präventionsgesetzes zu nutzen und einzubinden,
- I passende Rahmenbedingungen zu schaffen, damit die zahnmedizinische Betreuung und **Aufklärung** von Patienten insbesondere mit parodontalen Erkrankungen auf ein organisatorisch und finanziell angemessenes Fundament gestellt werden kann,
- I eine besondere Förderung der zahnmedizinischen Prävention insbesondere auf bevölkerungs- und gruppenprophylaktischer Ebene für Kinder und Jugendliche mit **Fluchthintergrund** bereitzustellen,
- I die präventive Kompetenz der Zahnärzte auch bei **systemischen Erkrankungen** zu nutzen.

Gute Gründe

Programme für Prävention

In der Breite der zahnmedizinischen Versorgung hat Deutschland insgesamt einen hohen Versorgungsgrad erreicht. Trotz des deutlichen Rückgangs bleibt die Karies auch weiterhin eine Volkserkrankung und bedarf der nachhaltigen Prävention. Vor dem Hintergrund der Ergebnisse der DMS V bewertet die Bundeszahnärztekammer die derzeitige Gestaltung der zahnmedizinischen Versorgung grundsätzlich als effektiv. Herausforderungen sind und bleiben die Alters- und Behindertenzahnheilkunde, die gesundheitliche Ungleichheit und die Krankheitslast bei den Parodontalerkrankungen.

Um den Parodontalerkrankungen entgegen zu wirken, sind Maßnahmen der primären und sekundären Prävention auf Bevölkerungsebene zu stärken. Benötigt wird ein zeitgemäßes, dem Stand der Wissenschaft entsprechendes Therapiekonzept für Behandlung und regelmäßige Verlaufskontrolle für alle Teile der Bevölkerung. Obwohl wir heute wissen, welche negative Be-

deutung die Parodontitis als auslösender Faktor für viele Allgemeinerkrankungen besitzt, fehlt es in der breiten Bevölkerung noch an einem erforderlichen Krankheitsverständnis. Selbst bei den an der Parodontitis erkrankten Patienten ist die regelmäßige Nachsorge unzureichend.

Leider wird die zahnärztliche Expertise bei der geplanten Präventionsstrategie der Bundesregierung im Rahmen des Präventionsgesetzes nicht ausreichend genutzt und auch in den weiteren Präventionskonzepten und -konferenzen zu wenig berücksichtigt. Dies gilt auch bei der Umsetzung der Prävention in Lebenswelten (§20a SGB V). Vernetztes Handeln im Setting muss die seit langem etablierten Strukturen der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe als gleichberechtigte Partner miteinbeziehen.

Aufklärung

Erfolgreiche Prävention, Therapie und Nachsorge der Parodontitis gelingt nur, indem die Bedeutung der Parodontitis bevölkerungsweit und individuell für alle Bevölkerungsschichten verständlich vermittelt wird. Der Vorstand der Bundeszahn-

ärztekammer hat im Jahr 2014 beschlossen, ein Konzept zur Verbesserung der Prävention von Parodontalerkrankungen mit bevölkerungsweitem sowie individuellem Bezug zu entwickeln, um ein geplantes therapeutisches Versorgungskonzept, das federführend von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) erarbeitet wird, zu flankieren und so notwendige Präventionsangebote zu etablieren.

Eine erforderliche, öffentlichkeitswirksame Kampagne muss das Ziel verfolgen, die Bevölkerung aufzuklären und für ein gesundheitliches Verhalten und für die Risikowahrnehmung parodontaler Krankheitssymptome zu sensibilisieren. Eine solche Kampagne unterstützt die Früherkennung und die darauf aufbauende Prävention und Behandlung der Erkrankung. Auch die Aufklärung in der zahnärztlichen Praxis über die Bedeutung parodontaler Erkrankungen muss stärker dazu genutzt werden, Zahnfleischentzündungen, Parodontalerkrankungen, Zahnverlust und daraus resultierende Folgeerkrankungen vorzubeugen. Die Zahnärzteschaft verfügt über fundierte Erfahrungen, wie Oralprophylaxeprogramme, die in der Fläche etabliert werden können, damit sie erfolgreich sind.

Fluchthintergrund – Deutschland als Einwanderungsland

Menschen mit Migrationshintergrund einschließlich Flüchtlingen zählen zu der Bevölkerungsgruppe mit höheren oralen Krankheitslasten. Hier sind konkrete und praxisorientierte Lösungen gefragt. Sie bedürfen kulturspezifischer Aufklärungsmaßnahmen zur oralen Krankheitsprävention und für den Zugang zum deutschen Versorgungssystem.

Zahnärztliche Potenziale bei systemischen Erkrankungen

Bedingt durch die hohe vorsorgeorientierte Inanspruchnahme zahnärztlicher Dienstleistungen besitzt der Zahnarzt einen breiten und regelmäßigen Zugang zu weiten Teilen der Bevölkerung. Dies bietet erhebliche Potenziale für Aufklärung, Prävention und Früherkennung zahlreicher systemischer Erkrankungen wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, aber auch bei der Tumoprävention. Diese Erfahrungspotenziale gilt es vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und deren Auswirkungen auf die medizinische Versorgung zu nutzen. Maßnahmen der

Fakt ist:

Vergleich G7-Staaten: vorbildliche Zahngesundheit

	Karieserfahrung (DMFT) ¹	moderate Parodontitis ²	schwere Parodontitis ³	völlige Zahnlosigkeit
Deutschland	0,5***	48 %	10 %	12 %***
Kanada	1,0*	52 %	21 %	22 %
Frankreich	1,2	13 %	10 %***	16 %
Italien	1,1	36 %	12 %*	13 %**
Japan	1,4	23 %	4 %**	-
Vereinigtes Königreich	0,7**	62 %	13 %	15 %*
USA	1,2	-	-	26 %

¹DMFT: Anzahl der kariösen (Decayed), fehlenden (Missing) und gefüllten (Filled) Zähne (Teeth)

²CPI – Fallklassifikation

³Regionaldaten

*** 1. Platz

** 2. Platz

* 3. Platz

Deutschland erreicht im internationalen Vergleich Spitzenpositionen bei der Karieserfahrung und der Zahnlosigkeit.

Quelle: WHO, 2016

gesundheitlichen Prävention bedürfen immer auch der Einbindung der Zahnmedizin. ●

5. Qualität in der Zahnmedizin: Fortschritt auch in der Ausbildung verankern

Die Qualitätsförderung in der Zahnmedizin in Deutschland zielt unmittelbar auf eine sich ständig verbessernde Patientenversorgung und den Erhalt der Mundgesundheit bis ins hohe Alter ab. Eine hochwertige Zahnmedizin erfordert einen permanent wissenschaftlich fortentwickelten Ausbildungsstandard. Die Politik muss die Ausbildungsbedingungen der Zahnärztinnen und Zahnärzte ständig an die steigenden Versorgungsanforderungen und den wissenschaftlichen Fortschritt mit der notwendigen Veränderung in den Hochschulstrukturen anpassen.

Die Bundeszahnärztekammer fordert

- I die **Ausbildung** der Zahnärzteschaft unter Berücksichtigung der zahnärztlichen Expertise an die aktuellen Anforderungen der zahnmedizinischen Versorgung und an die wissenschaftliche Weiterentwicklung anzupassen,
- I die **Qualitätsförderung** als genuine Aufgabe der (Landes)Zahnärztekammern im Rahmen politischer Entscheidungsprozesse anzuerkennen sowie in diese einzubeziehen,
- I gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse mittels **Versorgungsforschung** stärker zu analysieren und kritisch zu begleiten.

Gute Gründe

Ausbildung

Um weiterhin Qualität effizient anzubieten, müssen Zahnärzte den steigenden Anforderungen entsprechend stets auf der Höhe der wissenschaftlichen Erkenntnisse ausgebildet sein. Das bedingt eine aktuelle und moderne Approbationsordnung. Die auf Grundlage der Erfahrungen des Berufsstandes und der Wissenschaft ständig weiterentwickelten medizinischen Standards müssen daher im Rahmen der Strukturen und der Ausstattung der zahnmedizinischen Hochschuleinrichtungen Eingang in die Ausbildung der Zahnärztinnen und Zahnärzte finden. Die Bundeszahnärztekammer hat hierzu im Jahr 2015 ihren ersten umfangreichen Qualitätsreport veröffentlicht. Wesentlicher Träger der zahnmedizinischen Versorgung ist demnach der zahnärztliche Generalist, dessen Rolle auch im Hinblick auf eine flächendeckende Versorgung weiter gestärkt werden muss. Zusätzlich sind fachliche Qualifizierungen über den Bereich der strukturierten Fortbildung zu etablieren und zu fördern. Insbesondere die gesellschaftlichen Veränderungen und Umbrüche wie der demographische Wandel hin zu einer alternden Gesellschaft erhöhen die Anforderungen an die zahnmedizinische Versorgung fortlaufend.

Qualitätsförderung

Qualitätsförderung ist eine originäre Aufgabe der Zahnärzteschaft und wesentliche Aufgabe der (Landes)Zahnärztekammern. Die Bundeszahnärztekammer ist bei der zahnärztlichen Qualitätssicherung und dem Qualitätsmanagement im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) per Gesetz beteiligt und begleitet hier unter anderem aktiv die Schritte zur Schaffung einer Fehlervermeidungskultur. Im Unterschied zu der vom G-BA per Gesetz verordneten Qualitätssicherung ist die aus eigenem Antrieb und durch die Kammerstrukturen geförderte Qualitätssicherung der bessere, selbstbestimmte und praxisorientierte Weg. Beispielhaft ist die professionsinterne Erarbeitung, Einrichtung und Nutzung der bundesweit über 500 Qualitätszirkel zu nennen, in denen rund 6.000 niedergelassene Zahnärzte auf freiwilliger Grundlage Maßnahmen und Erfahrungen im Bereich der Praxisorganisation, der Behandlungsdurchführung und der dabei erfahrenen Erfolge und Misserfolge austauschen und diskutieren. Hier werden Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung und Fehlervermeidung in gelebter Eigenverantwortung definiert und direkt umgesetzt.

Versorgungsforschung

Die Versorgungsforschung agiert fächerübergreifend und beschreibt, analysiert und bewertet

Fakt ist:



die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung unter Alltagsbedingungen – der sogenannten letzten Meile im Gesundheitswesen. Die Versorgungsforschung leistet somit einen wesentlichen wissenschaftlichen Beitrag zur Gesundheitssystemgestaltung. Dies liegt im Interesse des Patienten, der Ärzte und Zahnärzte und auch der Politik. Eine bessere Versorgung auch durch die Erkenntnisse der evidenzbasierten (Zahn)Medizin muss immer wahrnehmbar sein und einen Nutzen für den Patienten auch unter Versorgungsbedingungen besitzen.

Um Qualität sicherzustellen, orientiert sich die zahnmedizinische Forschung an aktuellen versorgungspolitischen Herausforderungen. Die Methoden der evidenzbasierten Zahnmedizin stellen – gerade für die Arbeit im G-BA – eine wichtige Grundlage für versorgungspolitische Entscheidungen dar. Unbedingt erforderlich ist es, neben der externen Evidenz auch die praktischen Erfahrungen des Zahnarztes (interne Evidenz) und die Patientenerwartung einzubeziehen.

Mit diesem Fokus muss es die Aufgabe der Versorgungsforschung in der Zahnmedizin sein, sowohl im Rahmen der Methodendiskussion des IQWiG und G-BA als auch der Ergebnisdiskussion ihren kritischen Beitrag zu leisten. Deswegen bedarf sie der Förderung.

Gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse müssen mittels Versorgungsforschung kritisch analysiert und – falls erforderlich – neu justiert werden. Mit der Formulierung von Mundgesundheitszielen bis 2020 hat die Bundeszahnärztekammer hierzu die vorliegenden Erkenntnisse und Probleme dargestellt. Weitere Schritte im Rahmen von Forschungsprojekten sollen in Zukunft

gemeinsam mit der Wissenschaft unter Einbezug sozialmedizinischer Expertise folgen. Mit der jüngsten Mundgesundheitsstudie liegen neueste Erkenntnisse vor, die in ihrer Bewertung Herausforderungen erkennen lassen und Rückschlüsse zum Gesundheitssystem zulassen.

Die Bundeszahnärztekammer wird das Gesundheitssystem aus Sicht der Zahnmedizin bewerten und entsprechend ihrer Ziele Reformvorschläge unterbreiten. Diese dienen der Gesundheitspolitik als Grundlage für notwendige gesetzgeberische Schritte zur Verbesserung der Versorgung. ●

6. Krankenversicherung: Duales System patientenorientiert ausbauen

Die duale Krankenversicherung mit ihren Säulen Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und Private Krankenversicherung (PKV) ist das tragende Element des deutschen Gesundheitswesens. Die Erfolge der zahnmedizinischen Prävention und Versorgung sind im internationalen Vergleich außerordentlich und unter den Bedingungen und als Ergebnis des dualen Krankenversicherungssystems entstanden. Jegliche Veränderungen dieses Systems von solidarischer Versicherung und eigener Vorsorge gefährden diesen Erfolg. Der interne Wettbewerb der beiden Versicherungen untereinander sichert die herausragende Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitswesens. Entsprechend der sozialen und demografischen Entwicklung ist das duale System auf der Verrichtungs-, Versorgungs- und Vergleichsseite zielgerecht anzupassen.

Von der Politik erwartet die Zahnärzteschaft, dass sie alle Initiativen, die den nachgewiesenen Erfolg des deutschen Gesundheitswesens gefährden, unterlässt. Hinter dem Begriff der sog. „Bürgerversicherung“ verbirgt sich ein Gesundheitssystem der Vereinheitlichung und damit Verstaatlichung. Die sog. „Bürgerversicherung“ schafft Probleme nicht ab, sondern produziert sie, wie der Blick ins Ausland zeigt.

Die Bundeszahnärztekammer fordert

- I alle Bestrebungen, über eine „Bürgerversicherung“ einen einheitlichen Krankenversicherungsmarkt zu errichten, entschieden abzulehnen,
- I das **duale Krankenversicherungssystem** aus GKV und PKV beizubehalten und patientenorientiert entsprechend den gesellschaftlichen Veränderungen im Wege der reformierten Dualität anzupassen,
- I die **privatzahnärztlichen Leistungen als Innovationstreiber** zu nutzen.

Gute Gründe

Bürgerversicherung

Die „Bürgerversicherung“ ist der Einstieg in ein staatlich dirigiertes Gesundheitssystem mit allen negativen Tendenzen für die Patienten und den Berufsstand. Durch die Einführung eines staatlich erzwungenen Einheitssystems wird die Therapiefreiheit und die Wahlfreiheit der Bürger gefährdet. Die geplante Einheitskasse schafft den qualitätsfördernden Wettbewerb ab und senkt das Leistungsniveau. Also keine Experimente: Die von ihren Anhängern als vereinfachtes Zukunftsmodell ausgelobte „Bürgerversicherung“ verhindert den Wettbewerb der beiden Säulen GKV und PKV untereinander und gefährdet die Freiheit und Verantwortung des Arztes bei Diagnose sowie Therapie und in gleichem Zuge damit auch die Wahlfreiheit der Patienten.

Duales Krankenversicherungssystem

Die medizinische Versorgung Deutschlands ist weltweit herausragend. Hierfür steht das seit

Jahrzehnten gewachsene duale Krankenversicherungssystem aus GKV und PKV. Die Leistungsfähigkeit des dualen Systems darf durch die Einführung eines sogenannten „Einheitlichen Krankenversicherungsmarktes“ nicht gefährdet werden. Nur die Wahlfreiheit und der Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV garantieren die beste medizinische und damit zahnmedizinische Versorgung. Es gibt konsequenterweise nur eine Alternative: Beide Systeme sind zu stärken und fit zu machen für die Gesundheit der Bevölkerung in der Zukunft.

Die einseitige politische Begünstigung einer Versicherungsart oder die Verschmelzung der PKV in die GKV würde die für den Wettbewerb erforderliche Pluralität der Versicherungsarten gefährden und somit die Wahloptionen und Versorgungsangebote der Patienten verringern.

Da ein einheitlicher Krankenversicherungsmarkt kein generationengerechtes Finanzierungs- und Versorgungssystem zum Ziel hat und sich damit gegen Patienten und (Zahn)-Ärzte richtet, wird

von der Zahnärzteschaft als Alternative zur „Bürgerversicherung“ und anderen vorbereitenden Maßnahmen eine Novelle des dualen Systems in Form der „Reformierten Dualität“ gefordert.

„Reformierte Dualität“ bedeutet: Maßvolle, aber zielorientierte Weiterentwicklung des dualen Gesundheitssystems aus GKV und PKV auf der Versicherungs-, Versorgungs- und Vergütungsseite. Freie Arzt- und Krankenhauswahl, ein flächendeckendes medizinisches Versorgungsnetz mit kurzen Wartezeiten für alle Menschen verdanken wir im Wesentlichen dem dualen System. Ein Blick über die Grenzen zeigt, dass die medizinische Versorgung in Ländern mit Einheitssystemen deutlich schlechter ist. Lange Wartezeiten, hohe Zahlungen und ein begrenzter Leistungsumfang sind dort die Folge.

Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Anstatt den Leistungskatalog weiter auszubauen und damit die Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung weiter in die Höhe zu treiben, muss dem Grundgedanken eines solidarischen Versicherungssystems Vorrang eingeräumt werden. Dabei kommt es ganz entscheidend auf die Eigenverantwortung der Versicherten an. Leistungen, die nicht notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich sind, können von der Solidargemeinschaft nicht finanziert werden. Für Patientinnen und Patienten besteht die Möglichkeit, im Rahmen von Zusatzversicherungen Risiken und Kosten zu minimieren.

In der GKV ist das Finanzierungssystem aus Gesundheitsfonds und Beitragsbemessung anzupassen. Dieser Gesundheitsfonds ist nicht zu verwechseln mit dem Gesundheitsfonds der „Vereinheitler“, in den alle Bürger, sprich akute und potenzielle Patienten, einzahlen müssen. Die Finanzierung der GKV muss für alle Generationen demografischer, konjunktur- und erwerbsunabhängig sowie sozial ausgestaltet werden. Hierzu soll eine Gesundheitspauschale, d. h. ein fester einkommensunabhängiger Gesundheitsbeitrag von rund 130 - 170 Euro je Erwachsenen und ein sozialer Ausgleich für finanziell Überbelastete umgesetzt werden. Der soziale Ausgleich wird über den Gesundheitsfonds finanziert. In den Gesundheitsfonds fließen Arbeitgeberbeiträge, Rentenversicherungsbeiträge und Steuermittel für versicherungsfremde Leistungen. Zusätzlich

werden in der „Reformierten Dualität“ Rücklagen für die geburtenstarken Jahrgänge gebildet, um in den Jahren 2020 bis 2050 die Ausgaben finanzieren zu können.

Private Krankenversicherung (PKV)

Die Private Krankenversicherung (PKV) sollte ihre Leistungen auch künftig am medizinischen Fortschritt orientieren, um Innovationen in der Zahnmedizin zu ermöglichen. Außerdem wird die Private Krankenversicherung aufgefordert, ihre Erstattungspraxis an den tatsächlich entstandenen Kosten der zahnärztlichen Leistungen zu orientieren.

Um die PKV als Teil der sozialen Marktwirtschaft zu festigen, müssen aus Gründen des Wettbewerbs die in der PKV bereits von den Versicherten gebildeten Altersrückstellungen (rund 233 Mrd. Euro) übertragbar sein, also zwischen den PKV-Unternehmen portabel sein. Verbindliche Mindestkriterien für den Versicherungsschutz sollten eine Vergleichbarkeit und Sicherheit des Versicherungsschutzes für alle Versicherten gewährleisten. Elemente, die eine soziale Marktwirtschaft stören, sind abzubauen: Hierzu zählen die immer noch viel zu hohen Provisionen sowie eine nicht sachgemäße finanzielle Überforderung von einzelnen privat Versicherten.

Privatzahnärztliche Leistungen als Innovations-treiber

In der vertragszahnärztlichen Versorgung gewährleistet der Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen (BEMA-Z) die Grundabsicherung. Er trägt der sozialpolitischen Forderung nach wirtschaftlicher und ausreichender Behandlung Rechnung. Die GOZ wiederum hat den Anspruch, das Gesamtspektrum einer zeitgemäßen Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde abzubilden. Nur so ist die GOZ auch in der Lage, ihrer Rolle als Innovationsgeber für den BEMA-Z gerecht zu werden. Der BEMA-Z ist ein pauschalierendes System, das flankiert wird durch Regelungen zur Budgetierung und Mengenbegrenzungen. Oberstes Gebot ist die Finanzierbarkeit des GKV-Systems und die Beitragssatzstabilität. Demgegenüber sind dem Einzelleistungsvergütungssystem der GOZ Budgetierungen fremd. Sämtliche zahnmedizinisch notwendigen Leistungen sind im vereinbarten Umfang gemäß der GOZ erstattungsfähig. Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkte spielen hier keine

Fakt ist:

Krankenversicherung: Duales System ist erfolgreich!

Wissenschaft

„Die niedrigen Markteintrittsbarrieren und das relativ flexible Vergütungssystem in der **PKV fördern eine schnelle Einführung von Innovationen**. Auf der anderen Seite führt der Schwerpunkt, der in der **GKV** auf Wirtschaftlichkeit und Evidenz gelegt wird, **zu notwendigen Qualitätsnachweisen und auch zu Prozessinnovationen**. Von diesem Qualitätsgewinn profitieren alle Patienten.“ (Prof. Dr. Jürgen Wasem, Institut für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft)

Quelle: Vgl. Wasem, J. (2016), in: [http://veranstaltungen.handelsblatt.com/health/innovationen-im-gkv-pkv-system/\(abgerufen 24.01.2017\)](http://veranstaltungen.handelsblatt.com/health/innovationen-im-gkv-pkv-system/(abgerufen%2024.01.2017)).

Bundesgesundheitsminister

„Das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung hat sich bewährt. Denn der **Systemwettbewerb hat immer wieder zu Verbesserungen für gesetzlich und privat Versicherte geführt**.“ (Hermann Gröhe)

Quelle: Vgl. Gröhe, H. (2016), in: Rheinische Post 27.12.2016.

Rolle. Diese zusätzlichen Einnahmen aus der privatärztlichen Behandlung sind für viele Zahnarztpraxen von existentieller Bedeutung und können gar nicht hoch genug eingeschätzt werden. Nach Berechnungen des Wissenschaftlichen Instituts der PKV lag der Mehrumsatz der Privatversicherten im Jahre 2014 bei 3,22 Milliarden Euro. Der Mehrumsatz ist der Betrag, den Zahnärzten im Bereich Zahnbehandlung und Zahnersatz durch die Existenz der PKV zusätzlich zur Verfügung steht. Das wird angesichts der vergleichsweise geringen Ausgaben von 13,027 Milliarden Euro für zahnärztliche Leistungen einschließlich Zahnersatz in der GKV besonders deutlich. Das sind 245,78 Euro je Mitglied in der GKV gegenüber 546,75 Euro in der PKV. Diese Honorarausfälle sind für die Zahnärzteschaft nicht verkräftbar. Daher lehnt die BZÄK Pläne nach Einführung eines einheitlichen Vergütungssystems kategorisch ab. ●

7. Zahnärztliche Versorgung: Richtige Weichenstellungen vornehmen

18

Das deutsche Gesundheitssystem bietet allen Patientinnen und Patienten unabhängig von ihrem sozialen Status ein hohes Versorgungsniveau und hält hochwertige Gesundheitsleistungen flächendeckend und wohnortnah vor. Der Zugang zu (zahn-)medizinischen Leistungen und der qualitativ hochwertigen Versorgung darf nicht vom Alter, einer Behinderung oder Pflegebedürftigkeit, dem Wohnort, der Herkunft und den Sprachkenntnissen abhängen.

Die Gesellschaft steht vor erheblichen Veränderungen insbesondere durch die stetig fortschreitenden Prozesse der Alterung und Zuwanderung und der damit verbundenen Herausforderungen der zahnmedizinischen Versorgung im ländlichen Raum. Diesen Herausforderungen stellt sich die Zahnärzteschaft.

Der Gesetzgeber muss die Weichen richtig stellen: Es gilt, die flächendeckende Versorgung durch attraktive Bedingungen für zahnärztliche Berufsausübung sicherzustellen und die Mund- und Zahngesundheit der älteren Menschen, der Pflegebedürftigen sowie der Bürger mit Behinderungen durch erweiterte Anspruchsberechtigungen deutlich zu verbessern. Das gilt auch für die Menschen mit Migrationshintergrund.

Die Bundeszahnärztekammer fordert

- I für jeden Bürger einen wohnortnahen Zugang zu qualitativ hochwertiger, zahnärztlicher Versorgung (**flächendeckende Versorgung**),
- I die Anreize zur Niederlassung in ländlichen Regionen durch attraktive Rahmenbedingungen zu verbessern,
- I eine zeit- und bedarfsgemäße Definition der Anspruchsberechtigung und der spezifischen Bedürfnisse, um alle Menschen mit einer für die **zahnmedizinische Behandlung relevanten Behinderung** adäquat auch bei notwendiger Narkosebehandlung zu versorgen,
- I Inhalte der Zahn-, Mund- und Zahnersatzpflege in die neue **Ausbildungsverordnung** zum Beruf „**Pflegefachfrau**“/„**Pflegefachmann**“ entsprechend den von der Zahnärzteschaft bereits entwickelten Konzepten zu übernehmen,
- I dass **Flüchtlinge und Asylbewerber** gleichermaßen von dem hohen Standard der zahnärztlichen Versorgung und der guten Mund- und Zahngesundheit in Deutschland profitieren,
- I dass für den Zahnarzt in der Praxis unmittelbar und eindeutig erkennbar sein muss, welche **Leistungsansprüche sein Patient nach dem Asylbewerberleistungsgesetz** hat,
- I die **Gleichwertigkeitsprüfung** – inklusive **Sprachprüfung** (samt des Nachweises fachlicher wie umgangssprachlicher Sprachkenntnisse) – als unerlässliche Voraussetzung vorzusehen, um in Deutschland den Beruf des Zahnarztes ausüben zu können.

Gute Gründe

Flächendeckende Versorgung

Die flächendeckende Versorgung mit Zahnärztinnen und Zahnärzten ist ein unverzichtbares Element der Gesundheitspolitik. Die zahnmedizinische Versorgung ist wichtiger Teil der primärärztlichen Versorgung und muss somit jedem

Bürger wohnortnah zur Verfügung stehen. Derzeit existieren im zahnmedizinischen Bereich tendenziell auch durch die Gesundheitspolitik über die MVZ unterstützte Konzentrationsprozesse im städtischen Raum und Ausdünnungseffekte im ländlichen Bereich. Demografische Strukturen im ländlichen Raum sind zudem durch eine deutliche Zunahme von alten und sehr alten Men-

schen gekennzeichnet. Die Probleme sind also benannt, gleichwohl fehlen die erforderlichen Anreize organisatorischer und finanzieller Art zur Ansiedlung in den möglichen „Problemgebieten“. Entscheidend dabei ist, dass den niederlassungshemmenden Rahmenbedingungen durch intelligent zu handhabende Kriterien der Praxisgründung begegnet wird.

Eine Gesellschaft des längeren Lebens, die auch Folge der deutlichen Verbesserung der medizinischen Diagnose und Therapie ist, führt zu einer stärkeren Alterung der Bevölkerung und damit verbunden zu einer signifikanten Zunahme der Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung. Diesen versorgungs- und gesellschaftspolitischen Herausforderungen begegnet die Zahnärzteschaft bereits mit hohem persönlichem Einsatz, Eigeninitiative und ethisch motiviertem Engagement. Außergewöhnlich viele Zahnärzte widmen sich seit Jahren der zahnmedizinischen Betreuung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung. Dauerhaft wird das allerdings nicht ausreichen, um bestehende Versorgungslücken zu schließen.

Zahnmedizinisch relevante Behinderung

Das Versorgungsstärkungsgesetz hat weitere Bausteine des zahnärztlichen Versorgungskonzeptes zur Alters- und Behindertenzahnheilkunde (AuB-Konzept) in § 22a SGB V umgesetzt. Damit werden Versorgungslücken geschlossen, indem Versicherte, die Instruktionen zur Mundhygiene nicht verstehen oder umsetzen können, besondere Leistungen zur Vermeidung von Zahnerkrankungen erhalten. Eine Ausgestaltung im G-BA ist in Arbeit. Der Gesetzgeber hatte bereits zuvor mit dem Versorgungsstrukturgesetz und mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz erste Schritte zur Verbesserung der zahnärztlichen Versorgung von immobilen Alten und Menschen mit Behinderung unternommen und einen gesetzlichen Anspruch auf aufsuchende zahnmedizinische Betreuung geschaffen.

Der betroffene Personenkreis ist jedoch zu eng gefasst, da derzeit lediglich Bezieher von Eingliederungshilfe und Personen mit Pflegestufe anspruchsberechtigt sind. Damit werden nicht alle Personen mit einer zahnmedizinisch relevanten Behinderung erreicht. Die Eingliederungshilfe soll zukünftig im Rahmen eines neuen Teilhabe-

gesetzes geregelt werden. Derzeit profitieren Menschen mit Behinderung noch immer nicht im erforderlichen Maße von den sozialgesetzgeberischen Neuregelungen, viele müssen überwiegend in der zahnärztlichen Praxis behandelt werden. Gleichzeitig wird die Zahl der Patienten steigen, die auf Grund ihres allgemeinen Gesundheitszustandes nicht unter ambulanten Bedingungen auch in Narkose behandelt werden können und die ggf. auch eine prä- und postoperative stationäre Betreuung benötigen.

Ausbildungsverordnung Pflege

Auch der Tatsache, dass Menschen mit Unterstützungsbedarf einen größeren Restzahnbestand aufweisen und komplexeren Zahnersatz oder Implantate besitzen, werden die aktuellen Inhalte in der Ausbildung der Pflegeberufe nicht gerecht. Um diese Defizite auszugleichen, hat die Zahnärzteschaft bereits vor Jahren begonnen, zeitgemäße Ausbildungsmodulare zu konzipieren. Diese Module wurden in einem komplexen Prozess mit Pflegeschulen abgestimmt. Schließlich wurde das Konzept insgesamt regional evaluiert und muss zeitnah im Rahmen der neuen Ausbildungsverordnung zum Beruf „Pflegefachfrau“/„Pflegefachmann“ implementiert und schließlich flächendeckend umgesetzt werden.

Leistungsansprüche für Flüchtlinge und Asylbewerber

Das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) macht zwar Vorgaben zur Versorgung, aber ethische Gewissenskonflikte werden damit nicht gelöst. Jeder Zahnarzt muss aufgrund der individuellen Situation des Patienten entscheiden, welche Untersuchungen und Behandlungen nach dem Gesetz notwendig und abgedeckt sind. Da die zahnmedizinische Versorgung zurzeit nach wie vor auf Landesebene und dort unter Nutzung unterschiedlichster Verwaltungsverfahren auf Kommunalebene erfolgt, ist eine einheitliche Abgrenzung sowohl dem Grunde nach, als auch hinsichtlich der dem Anspruchsberechtigten im Einzelnen zustehenden zahnärztlichen Leistungen nicht möglich. Ebenso wenig existieren einheitliche Bestimmungen hinsichtlich der Leistungsträger, denen gegenüber die entsprechenden Leistungen abzurechnen sind, und der jeweils zugrunde zu legenden Vergütungen. Hierzu sind pragmatische Lösungen von Politik, Gesellschaft und Zahnärzteschaft gefordert. Somit gilt es,

durch eindeutige und bundesweit gültige Regelungen zum grundsätzlichen Leistungsanspruch und zu den Inhalten dieser Berechtigung ethische Gewissenskonflikte für den Zahnarzt zu vermeiden. Im Interesse des Patientenschutzes darf es für Flüchtlinge und Asylbewerber keine anderen Normen geben als für einheimische Patienten.

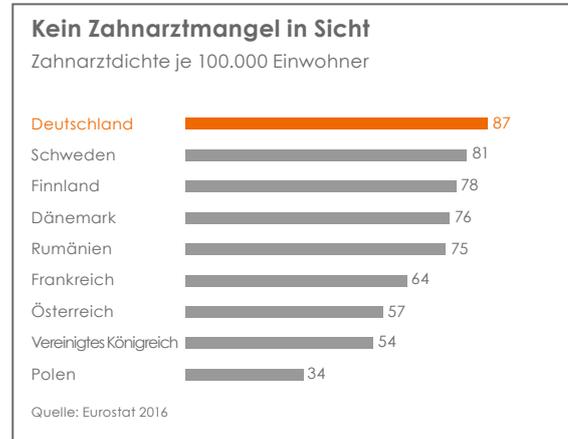
Gleichwertigkeits- und Sprachprüfung

Ein zentrales Problem für eine rechtssichere Aufklärung des Patienten sind Sprachbarrieren. Diskussionen gibt es darüber, ob muttersprachliche Ärzte oder Zahnärzte, die nicht in Deutschland approbiert sind, als Behandler infrage kämen.

Die Gleichwertigkeitsprüfung inklusive Sprachprüfung ist zwingende Voraussetzung, um in Deutschland als Zahnarzt tätig werden zu können. Allein im Interesse des Patientenschutzes dürfen für Asylbewerber mit einer ärztlichen oder zahnärztlichen Ausbildung im Heimatland keine anderen Normen gelten als für einheimische Zahnärzte.

Daher sieht die Bundeszahnärztekammer die Tätigkeitsaufnahme ohne deutsche Approbation im Interesse des Patientenschutzes kritisch. Als pragmatischen Vorschlag könnten ausländische Zahnärzte ausschließlich unter Supervision deutscher Zahnärzte tätig werden. ●

Fakt ist:



8. Junge Zahnärzte:

Rahmenbedingungen für Beruf und Umfeld verbessern

Junge Zahnärzte benötigen wegen der hohen wissenschaftlichen Anforderungen attraktive Ausbildungsbedingungen. Die Politik muss zum Erhalt und zur Optimierung der Strukturen und Inhalte der wissenschaftlichen Ausbildungen die erforderlichen modernen Rahmenbedingungen für die angehenden Zahnärzte durch finanzielle Anreize und familienfreundliche Hilfen verbessern.

21

Die Bundeszahnärztekammer fordert

- I die Novelle der zahnärztlichen **Approbationsordnung** unbedingt zu verabschieden und dabei den Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Zahnmedizin (NKLZ) zu berücksichtigen,
- I die Strukturen und Inhalte der **zahnmedizinischen Ausbildung** dringend an die aktuellen wissenschaftlichen und Anforderungen des Versorgungsgeschehens anzupassen,
- I vor allem die wissenschaftliche und finanzielle **Ausstattung** und eine bessere Gegenfinanzierung der Personaldecke an den **Universitäten** zu sichern,
- I Impulse aus dem BZÄK-Memorandum zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Rahmen der zahnärztlichen **Berufsausübung** stärker in die politische Arbeit zu integrieren.

Gute Gründe

Approbationsordnung

Nach 60 Jahren hat die amtierende Bundesregierung endlich eine Novelle der Approbationsordnung vorgelegt. Sie soll noch in dieser Legislaturperiode von den parlamentarischen Gremien verabschiedet werden. Die BZÄK begrüßt grundsätzlich Inhalt und Zeitplan, hat sich aktiv in die Diskussion eingebracht und Änderungsvorschläge im Hinblick auf die notwendige wirtschaftliche und inhaltliche Ausgestaltung unterbreitet.

Zahnmedizinische Ausbildung und Ausstattung der Universitäten

Die zahnmedizinische Ausbildung und Forschung in Deutschland wird finanziell zu wenig gefördert, Lehrstühle werden sukzessive reduziert oder abgewertet. Damit wird die Qualität der Ausbildung der angehenden Zahnärzte und notwendige Forschungsleistung in der Zahnmedizin gefährdet, obwohl das Thema Qualität ein gesellschaftlicher und politischer Megatrend ist.

Die Zahnärzteschaft leistet fachlichen Input, wie Strukturen und Inhalte für die universitäre Ausbildung junger Zahnärztinnen und Zahnärzte zu optimieren sind. Den Praxisbezug gilt es durch Hos-

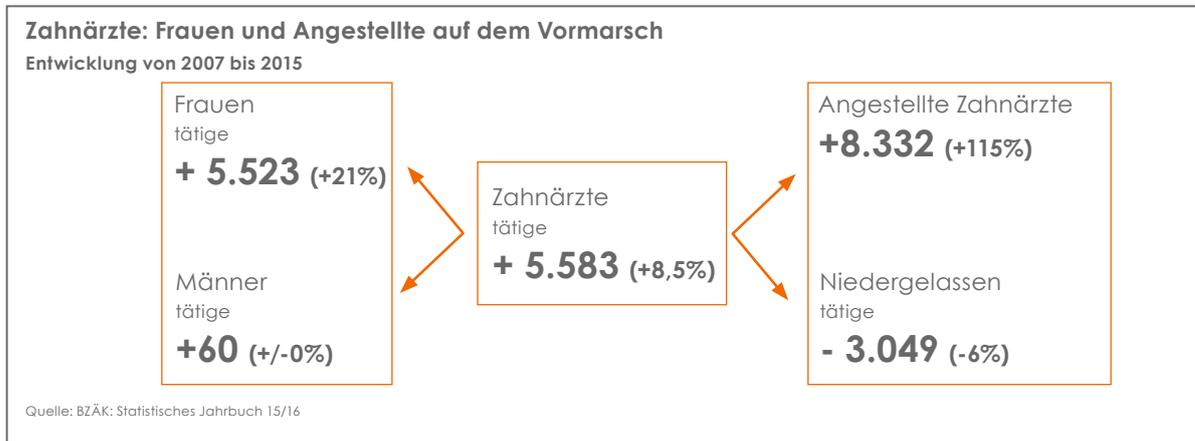
itationen/Famulaturen bei niedergelassenen Zahnärzten zu verstärken. Dabei müssen auch Grundlagen der betriebswirtschaftlichen Praxisführung vermittelt werden. Die Berufskunde und damit der Bezug zur zahnärztlichen Berufsausübung muss im Rahmen des zahnmedizinischen Studiums aufgewertet werden. Die gesetzlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen sind von der Gesundheitspolitik in Bund und Ländern als Gemeinschaftsaufgabe zu schaffen.

Berufsausübung

Die Berufsausübung als praktizierender Zahnarzt muss attraktiver gestaltet werden, um die zahnmedizinische Versorgung in Deutschland in Zukunft zu sichern. In unserer Gesellschaft findet ein Rollenwandel statt, der sich auch im Berufsstand der Zahnärzte abbildet. So bestehen geschlechterübergreifend neue Erwartungen an eine bessere Vereinbarkeit von Familie, Beruf und Lebensqualität.

Die spätere Berufsausübung des freiberuflichen Zahnarztes muss so gestaltbar sein, dass Beruf, Familie und auch Lebensqualität miteinander zu vereinbaren sind. Hierfür ist neben passenden Modellen und Initiativen seitens des Berufsstandes auch eine stärkere Flankierung durch den Gesetzgeber in Bund und Ländern gefordert. Die

Fakt ist:



Initiativen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend für eine bessere „Work-Life-Balance“ in der Arbeitswelt bilden hier eine gute Grundlage für die notwendige Berücksichtigung der besonderen Belange freiberuflicher Berufsausübung.

Da die zahnärztliche Berufsausübung überwiegend in selbstständiger Praxisniederlassung erfolgt, sind Unterstützungsangebote für eine familienfreundliche Niederlassung und flexible Berufsausübungsformen gerade für unseren Berufsstand, vor allem durch den faktischen Trend zur Feminisierung immens wichtig.

Die Bundeszahnärztekammer unterstützt gemeinsam mit den (Landes)Zahnärztekammern Initiativen, die auf familienfreundliche Arbeitsbedingungen bei Zahnärztinnen und Zahnärzten abzielen. In ihrem „Memorandum zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Rahmen der zahnärztlichen Berufsausübung“ beleuchtet die Bundeszahnärztekammer nicht nur theoretisch die verschiedenen Facetten der besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf, sondern es werden auch konkrete, praxisgerechte Lösungsvorschläge angeboten – vom Wiedereingliederungsseminar bis zur familienfreundlichen Gestaltung von Notdienstplänen und Teilzeitarbeit. ●

9. Praxis-Team:

Durch attraktive Aus- und Fortbildung fördern

Das Praxis-Personal ist mit seiner qualifizierten Ausbildung eine unverzichtbare Stütze bei der Patienten-Betreuung, besonders mit seinem Einsatz in der Prävention. Das duale System der beruflichen Ausbildung in Deutschland hat Alleinstellungsstatus und gewährleistet eine optimale Qualifikation. Diese Errungenschaft, personifiziert im Berufsbild der Zahnmedizinischen Fachangestellten, darf nicht angetastet werden. Eine Substitution von (zahn)ärztlichen Leistungen durch das Assistenzpersonal lehnen wir ab.

23

Die Bundeszahnärztekammer fordert

- I das **duale System der beruflichen Ausbildung** in Deutschland, das international Vorbildcharakter besitzt, zu stärken und den aktuellen Herausforderungen permanent anzupassen,
- I neben der etablierten Zahnmedizinischen Fachangestellten (ZFA) kein zweites Berufsbild **Dentalhygiene (DH)** als eigenständigen Beruf zu etablieren,
- I das erfolgreiche, praxisorientierte **Aufstiegsfortbildungsmodell** für nicht-zahnärztliches Assistenzpersonal im Aufgabengebiet der Zahnärztekammern gem. § 54 Berufsbildungsgesetzes (BBiG) zu fördern,
- I eine Substitution von zahnmedizinischen Leistungen durch medizinische und nicht-medizinische Berufsgruppen, also Assistenzpersonal, aus Gründen der Patientensicherheit strikt zurückzuweisen (**Delegation statt Substitution**).

Gute Gründe

Duales System der Berufsausbildung

Eine große Rolle in der zahnmedizinischen Versorgung spielt naturgemäß das zahnärztliche Praxis-Team. Die Ausbildung zur Zahnmedizinischen Fachangestellten (ZFA) zählt unter jungen Frauen seit vielen Jahren zu den Top 10 der beliebtesten Ausbildungsberufe in Deutschland. Jährlich beginnen rund 12.500 Azubis mit dieser Ausbildung. Zudem existiert in Deutschland ein gezielt auf die Präventionsbedarfe entwickeltes System der Fortbildungsqualifikationen der zahnärztlichen Mitarbeiterinnen. Das Bundesinstitut für Berufsbildung (BiBB) prognostiziert, und dies ist bereits in den Zahnarztpraxen deutlich wahrnehmbar, für die nächsten Jahre jedoch einen wachsenden Mangel an Lehrlingen.

Der Beruf ZFA ist im dualen Berufsbildungssystem erfolgreich etabliert. Hier ist die lernfeldbezogene Theorie mit handlungsorientierter praktischer Ausbildung ideal verknüpft. Dieses im europäischen Vergleich bestehende Alleinstellungsmerkmal hat sich auch unter internationaler Arbeitsmarktperspektive als besonders krisensicher erwiesen.

Die Heilberufsgesetzgebung der Länder weist den (Landes)Zahnärztekammern die Gestaltung und Förderung der Aus- und Fortbildung der bei den Kammermitgliedern beschäftigten berufsspezifischen Mitarbeiter zu. Zahnmedizinische Fachangestellte können sich demnach zur Zahnmedizinischen Prophylaxe-, Fach- oder Verwaltungsassistentin bis zur Dentalhygienikerin (DH) fortbilden und damit ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt verbessern. Die (Landes)Zahnärztekammern bieten diese Aufstiegsfortbildungen seit vielen Jahren sehr erfolgreich an. Alle diese von den (Landes)Zahnärztekammern unternommenen Initiativen haben wesentlich zum Erfolg der zahnmedizinischen Prävention beigetragen.

Dentalhygiene (DH) / Aufstiegsfortbildungsmodell

Ein fachlicher Handlungsbedarf, die vorhandene, stufenweise Qualifikation der ZFA durch anderweitige Ausbildungsformen abzulösen, besteht nicht. Die Behauptung, dass eine zunehmende Nachfrage bzw. Bedarf nach Prophylaxeleistungen bestehe, der nur ungenügend qualifizierte Fachkräfte gegenüberstünden, ist nicht belegt. Der akademische DH-Abschluss besitzt, im Ver-

Fakt ist:



gleich zu einer in der dualen Berufsausbildung qualifizierten ZFA, welche anschließend eine Aufstiegsqualifizierung zur DH absolviert, keinen höheren Stellenwert.

Delegation statt Substitution

Eine Übertragung von zahnärztlichen Aufgaben an Assistenzpersonal (Delegation) ist eindeutig und abschließend im Zahnheilkundengesetz geregelt. In Deutschland arbeiten die nicht-zahnärztlichen Gesundheitsfachberufe (ZFA und Fortbildungsqualifikationen bis zur DH) seit vielen Jahrzehnten erfolgreich in Zahnarztpraxen und werden dort auf zahnärztliche Veranlassung, das heißt im Rahmen der Delegation, tätig. Durch die persönliche Verantwortung des Zahnarztes werden die im Zusammenhang mit dem Tätigkeitsfeld der nicht-zahnärztlichen Gesundheitsfachberufe relevanten Allgemeininteressen (Schutz der öffentlichen Gesundheit und Schutz von Verbrauchern und Dienstleistungsempfängern) sichergestellt.

Die Substitution von Leistungen lehnt die Bundeszahnärztekammer ab – die Delegation an vorhandene Fachkräfte unter zahnärztlicher Aufsicht befürwortet sie. ●

10. Europa:

Aushöhlung des deutschen Qualitätsniveaus verhindern

Die Europäische Union (EU) hat für die Ausübung der Zahnmedizin in Deutschland eine ständig wachsende Bedeutung. Es werden immer häufiger gesundheits- und binnenmarktpolitische Weichen in Brüssel gestellt, die unmittelbaren Einfluss auf den zahnmedizinischen Berufsstand und damit auch auf die Versorgungslandschaft in Deutschland haben. Die Europäische Kommission unterstellt dabei zu Unrecht, dass nationale Berufszugangs- und Berufsausübungsregelungen grundsätzlich Wachstumshemmnisse und daher unnötige regulatorische Hürden für den europäischen Binnenmarkt darstellen.

Mit großem Einsatz und Vehemenz müssen sich Zahnärzteschaft und der deutsche Gesetzgeber diesen Tendenzen zur Ökonomisierung entgegenstemmen, um so eine Beeinträchtigung des hohen Qualitäts- und Ausbildungsstandards in der Zahnmedizin zu verhindern.

Die Bundeszahnärztekammer fordert

- I im Rahmen aktueller binnenmarktpolitischer Maßnahmen wie der Verabschiedung des sogenannten Dienstleistungspakets sicherzustellen, dass im Interesse des Patientenschutzes ein hohes **Niveau der zahnärztlichen Versorgung beibehalten** wird und dabei konsequent das **Bestimmungslandprinzip** als Leitprinzip bei der Frage des anwendbaren Rechts im Zusammenhang mit grenzüberschreitenden Sachverhalten erhalten bleibt,
- I das System der freiberuflichen **Selbstverwaltung (Kammersystem)** als bewährtes ordnungspolitisches Modell auf europäischer Ebene zu fördern und allen Bestrebungen, den aktuellen Status und die Rechte der **Freien Berufe** zu beschneiden, massiv entgegenzuwirken und die Bemühungen des Berufsstandes zu unterstützen, eine „EU-Charta der Freien Berufe“ auf europäischer Ebene zu implementieren,
- I Tendenzen zur **Substitution** an Stelle von Delegation zahnärztlicher **Leistungen** durch Assistenzpersonal entgegenzuwirken,
- I **Normierungen** von Gesundheitsleistungen unter dem Dach des Europäischen Komitees für Normierung (CEN) zu verhindern.

Gute Gründe

Versorgungsniveau beibehalten – kein Abbau von Berufsrecht

Die BZÄK warnt davor, auf europäischer Ebene berufsrechtliche Regulierung unter einen wachstumspolitischen Generalverdacht zu stellen, wie dies etwa in der 2015 angenommenen EU-Binnenmarktstrategie zum Ausdruck kommt. Dieser Prozess könnte zu einer gefährlichen Aushöhlung der Qualität freiberuflicher Dienstleistungen führen. Dies gilt in besonderem Maße für die Angehörigen der Heilberufe. Deregulierung allein, um das Wirtschaftswachstum zu fördern, ist zu kurz gedacht und kein Wert an sich. Zu groß ist die Gefahr, dass bewährte Strukturen beruflicher Selbst-

verwaltung zugunsten fragwürdiger, einmaliger Beschäftigungseffekte in Frage gestellt und vorzeitig aufgegeben werden, ohne die Folgekosten und Qualitätsaspekte zu berücksichtigen.

Die Einhaltung eines unter anderem in den Verträgen zur Europäischen Union verankerten hohen Qualitätsniveaus muss entsprechend dem Subsidiaritätsprinzip in der Zuständigkeit der EU-Mitgliedstaaten bleiben. Die Zielsetzung der Europäischen Kommission, Berufsrecht aus ökonomischen Gründen unterschiedslos in Frage zu stellen, lässt dabei völlig außer Acht, dass die deutschen Vorgaben zu Berufszugang und Berufsausübung bei den Heilberufen im Wesentlichen dem Schutz von Patienten und Verbrauchern dienen und damit das Gemeinwohl im Blick haben. Eine ausschließ-

lich auf den Marktzugang verengte ökonomische Betrachtung berufsrechtlicher Regulierung ist völlig unzureichend und wird den berechtigten Erwartungen der Patientinnen und Patienten auf der Qualitätsseite in keiner Weise gerecht.

Bestimmungslandprinzip

Es ist zudem wichtig, dass im Rahmen der aktuellen Beratungen über das sogenannte Dienstleistungspaket das Bestimmungslandprinzip, wonach Erbringer von Dienstleistungen dem Recht desjenigen Mitgliedstaates unterliegen, in dem sie die Dienstleistung erbringen, nicht ausgehöhlt wird. Dies muss für das Berufs- und Disziplinarrecht ebenso gelten, wie für Honorarordnungen. Die im Zusammenhang mit diesem Dienstleistungspaket vorgeschlagene Richtlinie zur Verhältnismäßigkeit von künftigen nationalen Berufsrecht ist abzulehnen.

Selbstverwaltung (Kammersystem)

Die berufliche Selbstverwaltung (Kammersystem) ist ein bewährtes System der Staatsentlastung und Qualitätskontrolle. Die Folgen der anhaltenden Wirtschaftskrise haben auf europäischer Ebene und in einigen EU-Mitgliedstaaten zu ernsthaften Überlegungen geführt, die reglementierten Berufe weiter zu deregulieren. Dies ist insbesondere im Gesundheitsbereich der falsche Weg und führt langfristig zu einem Qualitätsverlust in der Versorgung. Diesen Tendenzen muss sich der Gesetzgeber in Deutschland widersetzen und sich auf europäischer Ebene für eine Stärkung, zumindest aber den Erhalt der freiberuflichen Selbstverwaltung entsprechend dem Subsidiaritätsprinzip einsetzen.

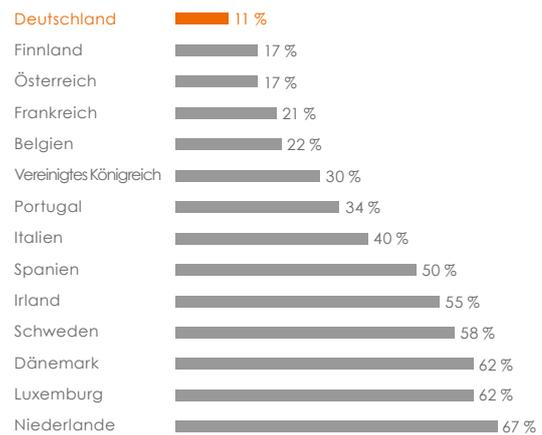
Freie (Heil-)Berufe – Neue Bürokratiebelastungen vermeiden

Da die Leistungen der freien (Heil-)Berufe in der Regel in kleinen Einheiten oder Teams erbracht werden, besteht die Gefahr, dass einzelne gesetzliche Vorgaben sehr schnell zu großen bürokratischen Belastungen für diese Berufsgruppen führen. Diesem Umstand muss der Gesetzgeber auf europäischer Ebene Rechnung tragen und die Freien Berufe angesichts ihrer gesellschaftspolitischen Funktion so weit wie möglich entlasten. Zudem ist auch bei dem Erlass europäischen Rechts auf möglichst verwaltungssarme Lösungen hinzuwirken, damit keine neue Bürokratie entsteht.

Fakt ist:

EU-Vergleich: Vertrauen in das Gesundheitssystem

Gut aufgehoben! Nur 11% der Deutschen würden sich im Ausland behandeln lassen! (in Prozent)



Quelle: Wissenschaftliches Institut der PKV 2017

Substitution von Leistungen

Im Zusammenhang mit dem Fachkräftemangel im Gesundheitswesen diskutiert die Europäische Kommission Pläne für eine europäische Bedarfsplanung und Umstrukturierung des etablierten Delegationsverhältnisses zwischen dem Zahnarzt und seinem Assistenzpersonal. Hier ist die Bundesregierung aufgefordert, solchen Tendenzen entgegenzuwirken und sich auch auf europäischer Ebene für eine Stärkung des bewährten zahnärztlichen Behandlungsteams im Interesse des Patientenschutzes und der Qualität der Versorgung einzusetzen.

Normierung

In Europa gibt es ernst zu nehmende Bestrebungen, Gesundheitsdienstleistungen zum Gegenstand einer privatrechtlichen Normierung durch das Europäische Komitee für Normung (CEN) zu machen. Die Zahnärzteschaft lehnt dies entschieden ab. Die Prinzipien der Normierung von Produkten können und dürfen nicht auf Dienstleistungen im Gesundheitsbereich übertragen werden. ●

Impressum

Herausgeber:
Bundeszahnärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e. V. (BZÄK)
Postfach 04 01 80, D-10061 Berlin
Chausseestraße 13, D-10115 Berlin
Telefon: +49 30 40005-0
Fax: +49 30 40005-200
www.bzaek.de

Gestaltung:
rw konzept GmbH

Mai 2017



Gleiche gesundheitliche Chancen für Kinder und Jugendliche in Deutschland

Umsetzung in der 19. Wahlperiode

Die Gesundheit unserer Kinder und Jugendlichen und gesundheitliche Chancengleichheit sind entscheidend für die zukünftige Entwicklung der gesamten Gesellschaft. Von der Verwirklichung gleicher Chancen sind wir aber noch weit entfernt. Ohne sie wird eine perspektivisch bessere Integration gerade auch sozial benachteiligter und bildungsferner Schichten der Bevölkerung kaum gelingen.

Zusammengefasst sehen wir vordringlichen Bedarf zum politischen Handeln in folgenden Bereichen

1. **Sicherstellung der Versorgung:** Eine qualifizierte und flächendeckende Normal- und Notfallversorgung muss im ambulanten, stationären und öffentlichen Gesundheitswesen gewährleistet sein. Wir fordern die Entkopplung der Kinder- und Jugendmedizin vom Fallvergütungssystem der Erwachsenenmedizin bzw. Sicherstellungszuschläge für die stationäre Versorgung, neue Planungsvorgaben zur Sicherung spezialisierter personeller Strukturen, eine neue Bedarfsplanung, die die aktuellen Rahmenbedingungen (höherer Betreuungsaufwand, geringerer Arbeitsstundenumfang pro Kinder- und Jugendarzt/ärztin, demografischer Wandel) berücksichtigt und eine bessere Ausstattung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes durch verbindliche Vorgaben auch auf Bundesebene.
2. **Forschung und Ausbildung:** Wir fordern die finanzielle Förderung in der ambulanten Weiterbildung zum Arzt für Kinder- und Jugendmedizin sowie ein Forschungszentrum für Kindergesundheit (wie in vielen anderen Ländern bereits vorhanden) durch Ausbau und eine bessere Vernetzung von spezialisierten Zentren für die vielfältigen Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters.
3. **Vernetzung:** Die Finanzierung der Versorgungsstrukturen und Sicherungssysteme für Kinder und Jugendliche muss sektorenübergreifend und unbürokratischer erfolgen. SGB V und SGB VIII sind den Erfordernissen einer besseren Lebenssituation der Kinder und Jugendlichen (ganzheitlicher Ansatz) anzupassen, wobei auch Translation und Transition optimiert werden müssen.
4. **Prävention:** Gesundheitsförderung und Prävention müssen im Leistungskatalog der Krankenversicherung gestärkt werden, wobei die Akteure des Gesundheitswesens bei der Versorgung sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher sowie ihrer Familien eng einbezogen werden müssen. Vorgeburtlich, in der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren sollten neue Schwerpunkte gesetzt werden mit Kommunikationsbrücken, case management, Schulpflegfachkräften und Ernährungsrichtlinien.
5. **Kinderrechte und Kinderschutz:** Wir fordern die Aufnahme der Kinderrechte in das Grundgesetz, eine vollständige Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention, die Einsetzung einer/s Bundeskinderbeauftragten sowie die politische Aufwertung der Kinderkommission des Deutschen Bundestages.

Gleiche gesundheitliche Chancen für Kinder und Jugendliche in Deutschland

Vorschläge zur Umsetzung in der 19. Wahlperiode

Die pädiatrischen Fachverbände sehen dringenden politischen Handlungsbedarf, um die gesundheitliche Chancengleichheit für alle Kinder und Jugendlichen in Deutschland sicherzustellen.

1. Allgemein zugänglich – Flächendeckende kinder- und jugendmedizinische Versorgung sichern

Die flächendeckende qualifizierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen und ihr allgemeiner Zugang zur Behandlung sind aufgrund ungerechter Finanzierungsstrukturen stark gefährdet.

Ambulante Strukturen, Kliniken zur stationären Versorgung und Notfallversorgung für Kinder und Jugendliche in zumutbarer Entfernung sowie der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) sind wichtige Bestandteile der staatlichen Daseinsvorsorge. Ihre ausreichende Vorhaltung ist Voraussetzung dafür, dass das Recht eines jeden Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit und Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen (Artikel 24, Kinderrechtskonvention) erfüllt wird.

Die aktuelle Bedarfsplanung für kinder- und jugendärztliche Praxen entspricht nicht dem viel größeren tatsächlichen Bedarf. Aufwand und Zeitintensität pro Patient haben aufgrund der sogenannten „Neuen Morbiditäten“, des höheren Präventionsumfangs, vermehrter Impfungen, der gestiegenen Aufgaben der Sozialpädiatrie und vor allem wegen der zunehmenden Anforderungen an Dokumentation und Qualitätssicherung deutlich zugenommen. Darüber hinaus wächst die Zahl der zu versorgenden Kinder und Jugendlichen u.a. mit der Aufnahme geflüchteter Minderjähriger und aufgrund einer wieder steigenden Geburtenrate stetig. Zugleich ist ein demographischer Wandel in der Ärzteschaft zu konstatieren. Mit dem Wunsch nach einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf arbeiten Fachärzte/innen heute vermehrt in Teilzeit oder im Angestelltenverhältnis, was wiederum den durchschnittlichen Arbeitsstundenumfang pro Kinder- und Jugendarzt/ärztin senkt.

Im stationären Bereich stellen eine immer dünner werdende Personaldecke und die anhaltende Schließung bzw. Verkleinerung von Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin eine höchst problematische Entwicklung dar. Die ungenügende Abbildung pädiatrischer Leistungen und Strukturen im DRG-Finanzierungssystem benachteiligt Kinder und Jugendliche empfindlich. Das geltende Abrechnungssystem orientiert sich an Erwachsenen und verletzt somit das Gleichheits- und Gerechtigkeitsprinzip im Gesundheitswesen mit gravierenden Folgen für die gesundheitliche Versorgung von akut und chronisch kranken Kindern und Jugendlichen durch spezialisierte Behandlungsmaßnahmen.¹

¹Vgl. Stellungnahme Deutscher Ethikrat am 07.06.2016 gegenüber dem Deutschen Bundestag „Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus“ (Drucksache 18/1843), S.38 u. S.140.

Neben den Praxen und Kliniken spielen die hoheitsrechtlichen Aufgaben des kinder- und jugendärztlichen Dienstes im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) eine wesentliche Versorgungsrolle. Seine schleichende Auszehrung durch anhaltenden Personalabbau und Unterfinanzierung führt zunehmend dazu, dass grundlegende Aufgaben nicht mehr abgedeckt werden können. Hierzu zählen u.a. Untersuchungen bei der Einschulung, aufsuchende Gesundheitsfürsorge, gesundheitliche Beratung und Betreuung von Kindertageseinrichtungen und Schulen.

Unsere gesundheitspolitischen Forderungen:

- Zur Sicherung der Krankenhausversorgung für Kinder und Jugendliche muss eine separate Lösung für die Finanzierung von Kinderkliniken und -abteilungen entwickelt und umgesetzt werden. Dies kann durch Entkopplung der Kinder- und Jugendmedizin von dem Fallgruppen-Vergütungssystem der Erwachsenenmedizin erfolgen oder durch ausreichend hohe Sicherstellungszuschläge für kinder- und jugendmedizinische Einrichtungen, die eine den tatsächlichen Kosten entsprechende Vergütung auch der Vorhaltekosten gewährleisten. Leistungen in der Kinder- und Jugendmedizin, auch der spezialisierten Hochleistungsmedizin, müssen adäquat finanziell abgebildet werden, damit sie für Patienten rasch und ausreichend bundesweit zur Verfügung stehen können. Dies gilt auch für die Gewährleistung der pädiatrischen Notfallversorgung in zumutbarer Entfernung (30 km Entfernung oder 40 Minuten Fahrzeit) an allen Kinderkliniken und -abteilungen. Eine nachhaltige Lösung kann nur in gemeinsamer Anstrengung von Bund, Ländern, Selbstverwaltung (G-BA) und Krankenversicherungen (KVen) erreicht werden.
- Es müssen neue, differenzierte und an den Bedürfnissen von Kindern, Jugendlichen und Familien orientierte Richtlinien zur ambulanten und stationären Planungsvorgabe geschaffen werden. Die derzeit angewandten Planungskriterien sind überholt und realitätsfern.
- Die Parteien müssen (auch vom Bund aus gesteuerte) Lösungen finden, um den ÖGD als besonders für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche unverzichtbare Säule des Gesundheitssystems nachhaltig zu stärken.

2. Besser erforscht und ausgebildet – In Forschungszentrum Kindergesundheit, Aus- und Weiterbildung investieren

Die Forschung in der Kinder- und Jugendmedizin wird in Deutschland im internationalen Vergleich durch die Politik vernachlässigt; auch in die Qualitätssicherung und ambulante Weiterbildung wird nicht ausreichend investiert.

Eine starke Forschung, wissenschaftlich fundierte Qualitätsstandards und hervorragende Ausbildung sind jedoch die Grundlage für die Zukunft der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Die Bundesregierung hat für andere Bereiche bereits sechs Forschungszentren eingerichtet. In der Kinder- und Jugendmedizin fehlt es an einem solchen Zentrum und damit u.a. an der notwendigen Koordinierung und Konzentration von Forschungsaktivitäten, um interdisziplinär und international Impulse zu setzen. Bei der bundesweiten Datenerhebung zur Früherkennung, Prävention und Behandlung von Volkskrankheiten (NAKO Gesundheitsstudie) wird die Chance verpasst, Kinder und Jugendliche gemeinsam mit ihren Müttern und Vätern in die Untersuchung einzubeziehen, obwohl dies für ein besseres Verständnis der Bedingungen von Gesundheit wie Krankheit unabdingbar ist.

Die Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter sind außerordentlich vielfältig, seltene Erkrankungen sind als Gesamtgruppe häufig. Daher steht die Kinder- und Jugendmedizin wie kein anderes Fach der Medizin vor der permanenten Herausforderung, auch komplexe Diagnostik- und Therapiewege mit höchster Qualifizierung und nach aktuellem wissenschaftlichen Stand anzubieten. Um hochqualifizierte Diagnostik und Therapie zu garantieren, müssen begründete Standards bzgl. Qualität, Ausbildung und Personalressourcen unbedingt eingehalten werden, sowohl für Kinder- und Jugendärzte/innen als auch für Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen.

In diesem Zusammenhang ist auch die finanzielle Förderung der Weiterbildung zum Kinder- und Jugendarzt in den Praxen zu betrachten. Sie ist vor dem Hintergrund einer zunehmenden Alterskurve der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten/innen und der drohenden Ausdünnung in der Niederlassung bei deutlich gesteigener Aufgabenfülle unabdingbar. Ohne eine Förderung der ambulanten Weiterbildung analog zur Allgemeinmedizin droht eine weitere Ausdünnung der hochwertigen pädiatrischen Versorgung. Eine Definition des Begriffes „Grundversorgung“ in der ambulanten Versorgung fehlt im Sozialgesetzbuch, was die bisherigen Bemühungen einer ambulanten fachärztlichen Weiterbildungsförderung ins Leere laufen lässt.

Unsere gesundheitspolitischen Forderungen:

- Wir fordern die Einrichtung eines Forschungszentrums Kindergesundheit, welches die Forschungsaktivitäten bündelt und übergeordnete Ziele und Schwerpunkte festsetzt. Ein fundiertes Konzept hierzu liegt bereits vor.² Um eine gerechtere Verteilung von gesundheitlichen Chancen auf ein von Krankheiten und Gesundheitsstörungen unbelastetes Leben zu erreichen, muss das Forschungsprogramm neben seltenen Erkrankungen u.a. auch biologische, umweltbedingte und psychosoziale Faktoren miteinbeziehen, insbesondere mit Blick auf die pränatale und frühe postnatale Lebensphase.
- Die Grundlagen für eine gesündere Zukunft werden bereits in der frühen Kindheit, sogar schon vor und in der Schwangerschaft gelegt. Koordiniert durch das Forschungszentrum Kindergesundheit sollten Kinder und Jugendliche gemeinsam mit ihren Eltern bei der Datenerhebung in die Gesundheitsstudie NAKO zukünftig einbezogen werden.
- Für die Ausbildung von Kinder- und Jugendärzten/innen und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern/innen sowie die personelle Ausstattung von Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin bedarf es bundeseinheitlicher Standards. Die Zusammenarbeit und Abstimmung hierfür durch Bund, Länder, G-BA, KVen und Ärztekammern ist unerlässlich. Die für eine qualifizierte kinder- und jugendmedizinische Versorgung erforderlichen personellen Ressourcen müssen bundeseinheitlich mit ausreichenden Personalschlüsseln sichergestellt werden.
- Der Beruf der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege muss erhalten bleiben und geschützt werden. In Kinderabteilungen und -kliniken sollen nur Fachkräfte mit einer entsprechenden Spezialausbildung eingesetzt werden. Kinder benötigen gute Pflege durch Pflegepersonal, das auf ihre speziellen Bedürfnisse vorbereitet ist.
- Die bereits konsentierten Mindest-Standards für Strukturqualität bedürfen einer gesetzlichen Verankerung. Bei der Verbesserung der Qualitätssicherung müssen Fachgesellschaften und Elternverbände eng eingebunden werden.

² Konkrete und detaillierte Vorschläge hierzu und zu den möglichen Forschungsgebieten, Aufgaben und Strukturen enthält das Konzept der Hochschulkommission der DGKJ für ein Forschungszentrum zur Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (Forschungszentrum Kindergesundheit)

- Die finanzielle Förderung der ambulanten Weiterbildung zum/r Kinder- und Jugendarzt/ärztin in den Praxen muss der Allgemeinmedizin entsprechend erhöht werden.

3. Patientenorientiert und vernetzt – Sektoren- und systemübergreifend zusammenarbeiten

Die Leistungsfähigkeit und Versorgungsqualität des Gesundheitssystems für Kinder und Jugendliche leidet unter der Zersplitterung der Versorgungsstrukturen und Sicherungssysteme.

Eine stärkere Vernetzung sowohl innerhalb des Gesundheitssystems als auch in Verbindung mit anderen sozialen Sicherungssystemen ist dringend geboten. Ganzheitliche Lösungsstrategien sollten aus der Sicht der jungen Patienten/innen entwickelt und umgesetzt werden. Wichtig ist, dass aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse in der Kinder- und Jugendmedizin die Patienten/innen schneller und besser erreichen. Die verschiedenen Ebenen und Versorgungspunkte müssen dem Lebensumfeld entsprechend besser miteinander verknüpft werden.

Unsere gesundheitspolitischen Forderungen:

- Die verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens sowie andere Versorgungssysteme (Bildung, Soziales, Kinder- und Jugendhilfe) müssen fachübergreifend zusammenarbeiten. Die Bundespolitik muss hierfür die nötigen gesetzlichen Rahmenbedingungen schaffen.
- Die Vernetzung zwischen Hochleistungsmedizin und lokalen Versorgungsstrukturen muss verbessert und die Übertragung wissenschaftlicher Erkenntnis in die Versorgungsstrukturen (Translation) gewährleistet sein.
- Die Versorgung soll ganzheitlich ansetzen, die Lebenssituation der Kinder und Jugendlichen zum Ausgangspunkt nehmen und als Querschnittsaufgabe verstanden werden. Ganzheitlichkeit kann nur erreicht werden, wenn Gesetzgebung, G-BA und KVen dieses Ziel gemeinsam umsetzen.
- Die Gewährleistung einer kontinuierlichen Versorgung von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen mit seltenen Erkrankungen bei ihrem Übergang in die „Erwachsenen-Medizin“ (Transition) stellt ebenso wie die Weiterbetreuung von Adoleszenten mit geistiger, Körper- oder Mehrfachbehinderung eine besondere Herausforderung dar. Es bedarf einer besonderen Unterstützung, z.B. durch ein strukturiertes Fallmanagement.

4. Rechtzeitig und gerecht– Früh Weichen stellen und Prävention stärken

Die bisherigen Anstrengungen in der Gesundheitsförderung und Prävention sind ungenügend und erfolgen meist zu spät, um den Teufelskreis von Armut, mangelnder Bildung und schlechter Gesundheit zu durchbrechen.

Menschen aus sozial benachteiligten und prekären Verhältnissen tragen deutlich höhere Gesundheitsrisiken (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall), altern schneller und haben eine niedrigere Lebenserwartung. Wissenschaftliche Erkenntnisse lassen keinen Zweifel daran, dass Kinder und Jugendliche in psychosozial belasteten Familien vom schädlichen Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit besonders betroffen sind. Sie tragen sowohl körperlich als auch psychisch eine deutlich größere Krankheitslast als ihre besser gestellten Altersgenossen.

Bei der Gesundheitsversorgung wird außerdem die frühe Lebensphase vernachlässigt, obwohl sie für die lebenslange Gesundheit und Entwicklung entscheidend ist. In der Schwangerschaft und im Säuglingsalter finden die stärksten Prägungen statt. Hier werden Grundlagen des Essverhaltens, von Risiken für Allergien, Übergewicht und Diabetes mellitus, aber auch für die körperliche, psychische und soziale Entwicklung gelegt (Epigenetik). Um die richtigen Weichen zu stellen für eine zukunftsorientierte und gerechte Gesundheitspolitik müssen die frühe Kindheit sowie Gesundheitsförderung und Prävention in den Mittelpunkt gestellt werden. Ein positives Beispiel sind die „Frühen Hilfen“.

Auch die Gesundheitsversorgung geflüchteter Minderjähriger und ihrer Familien muss von Anfang an verbessert werden, so dass Impfungen vorgenommen, Krankheiten und Traumata erkannt und behandelt werden können und es – im Falle von Behinderungen und chronischen Erkrankungen – nicht zu einer Verschlechterung oder Chronifizierung kommt. Die gebotene Integration von Menschen ist ohne eine gute Gesundheitsversorgung nicht denkbar.

Unsere gesundheitspolitischen Forderungen:

- Der Leistungskatalog der Krankenversicherung muss insbesondere für Kinder und Jugendliche zugunsten einer stärkeren Hinwendung zu präventiver Medizin reformiert werden. Entsprechende finanzielle Anreize für Maßnahmen der Gesundheitsförderung müssen dafür gesetzt werden. Hier stehen die KVen und der G-BA in der Verantwortung.
- Die Bundespolitik ist mit Blick auf die besonders benachteiligte Gruppe von geflüchteten Minderjährigen aufgefordert, dafür Sorge zu tragen, dass jedes Kind und jeder Jugendliche in Deutschland, unabhängig von Herkunft und Status, im Gesundheitswesen die notwendige und angemessene Behandlung erhalten kann. Voraussetzung hierfür ist die Überwindung der Kommunikationsbarrieren durch systematische Bereitstellung von Dolmetschern. Die Kosten hierfür sind als unabdingbarer zweckmäßiger Aufwand von den Gesetzlichen Krankenkassen zu übernehmen.
- Bildungs- und Aufklärungsprogramme für die frühe Lebensphase müssen ausgeweitet und hierfür gemeinsam von Bund und Ländern eine gesetzlich verankerte Versorgungsinfrastruktur geschaffen werden. Beratungsangebote müssen sowohl die Zeit vor als auch nach der Geburt umfassen. Vorsorgeuntersuchungen bei Gynäkologen/innen und Pädiatern/innen, Schwangerschafts- und Ernährungsberatung sowie Hebammenleistungen müssen miteinbezogen und ausgebaut werden. Der G-BA muss hierzu entsprechende Richtlinien formulieren.
- Wichtige Kontaktpunkte müssen in der Versorgung während der frühen Lebensphase einbezogen werden, insbesondere bei psychosozial belasteten Kindern und ihren Familien. Die „Frühen Hilfen“ können hier als Vorbild dienen. Dabei nehmen u.a. auch Kinder- und Jugendärzte in der Praxis eine Schlüsselrolle ein. Dieses Engagement muss unterstützt und in die durch das SGB V und VIII finanzierten Versorgungsstrukturen angemessen integriert werden. Die Vernetzung muss weiterentwickelt und in einem strukturierten Fallmanagement mit Lotsensystem umgesetzt werden. Kommunen und Stadtbezirke sollten die entscheidende Plattform für die Koordination von Frühen Hilfen und dem Gesundheitswesen bilden.
- Auf Länderebene muss die Aus- und Weiterbildung von Erziehern/innen und Lehrern/innen deutlich verbessert und in Bezug auf Gesundheitsförderung erweitert werden. Vor dem Hintergrund der einzigartigen Bedeutung des frühkindlichen Spracherwerbs müssen in allen Kindertagesstätten ab dem dritten Lebensjahr flächendeckend Sprachförderprogramme etabliert werden. Personalschlüssel müssen hierfür deutlich verbessert werden (z.B. durch den Bund mit Hilfe eines Bundesqualitätsgesetzes).

- In Schulen sollten Schulpflegefachkräfte flächendeckend eingeführt werden. Denkbar ist hierfür eine Umsetzung im Präventionsgesetz durch den Bund.
- Um der staatlichen Verantwortung für eine ausgewogene und gesunde Ernährung in Betreuungseinrichtungen gerecht zu werden, müssen verbindliche Richtlinien für eine qualitativ hochwertige Ernährung von Kindern und Jugendlichen in Kindertageseinrichtungen und Schulen eingeführt werden.³ Die Bundesländer sollten für eine bundeseinheitliche Lösung eng zusammenarbeiten. Der Bund sollte hierzu Anreize setzen.

5. Geschützt und mit eigenen Rechten – Kinderschutz verbessern und Kinderrechte im Grundgesetz verankern

Im Bereich des Kinderschutzes sind zwar in den letzten Jahren mit der Etablierung des Kinderschutzgesetzes richtungsweisende Entscheidungen getroffen worden, jedoch bestehen weiterhin kritische Problemstellen.

Es ist dringend notwendig, den gesetzlichen Rahmen und die Kontrollinstanzen für die Verwirklichung der Kinderrechte insgesamt zu stärken. Sie müssen an die gesellschaftliche Entwicklung und die gestiegene Anerkennung des eigenen Stellenwertes von Kindern und Jugendlichen angepasst werden. Nur so kann die Grundlage dafür geschaffen werden, dass ihre Interessen in rechtlichen und politischen Fragen im erforderlichen Maße berücksichtigt werden. In der Stellungnahme des UN-Ausschusses für die Rechte des Kindes zum Stand der Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention wird daher die Aufnahme der Kinderrechte in das Grundgesetz sowie die Einsetzung von Kinderbeauftragten auf allen staatlichen Ebenen angemahnt. Darüber hinaus bedarf es einer Stärkung und Aufwertung der Kinderkommission im Deutschen Bundestag zu einem politisch wirkmächtigen Unterausschuss, um den Bedürfnissen der Kinder mehr Raum in der politischen Debatte zu geben.

Bei ernststen Fällen im Kinderschutz ist die Kommunikation zwischen den Akteuren des Gesundheitswesens (SGB V) und der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) unzureichend. Bisher ist nur die Meldung von ärztlicher Seite an das Jugendamt gesetzlich verankert, nicht jedoch der gegenseitige Austausch. Ein neues Problemfeld hat sich in den vergangenen Jahren mit der umfassenden Nutzung der modernen Medien ergeben. Kinder und Jugendliche müssen gegen die mit dem zunehmenden Medienkonsum einhergehenden kriminellen Begleiterscheinungen (Cybergrooming, Cybermobbing) wirksamer geschützt werden.

Unsere gesundheitspolitischen Forderungen:

- Kinderrechte müssen entsprechend der Verpflichtungen durch die Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen im Grundgesetz verankert werden. Dabei sollen Kinder als eigenständige Rechtssubjekte sowie der Vorrang des Kindeswohls gestärkt werden und die Rechte auf Schutz, auf bestmögliche Förderung sowie auf Beteiligung und altersangemessene Berücksichtigung der Meinung aufgenommen werden.
- Auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene sollten Kinder- und Jugendbeauftragte eingesetzt werden. Aufgabe eines Bundeskinderbeauftragten ist es, über die Umsetzung der Verpflichtungen der UN-Kinderrechtskommission zu wachen und über die Situation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland umfassend und

³ Diese sollten unter Einbeziehung wissenschaftlicher Fachgesellschaften und deren Expertise vom Nationalen Qualitätszentrum (NQZ) für gesunde Ernährung in Kita und Schule im Bundeszentrum für Ernährung (BZfE) entwickelt und überwacht werden

unabhängig zu berichten. Außerdem sollte er beim Bundestag angesiedelt sein und Gesetzentwürfe und Entscheidungen der Exekutive dahingehend prüfen, ob sie den Rechten von Kindern und Jugendlichen entsprechen.

- Die Kinderkommission im Deutschen Bundestag sollte zu einem politischen Unterausschuss in einer zu den anderen Unterausschüssen analogen Zusammensetzung aufgewertet werden. Ihre Zusammensetzung sollte fachübergreifend mit Vertretern/innen aus verschiedenen Ausschüssen (insbesondere Familie, Gesundheit, Bildung und Forschung) erfolgen und regelmäßige Sitzungen in jeder Sitzungswoche stattfinden.
- Kinder- und Jugendärzte/innen und andere Beteiligte aus dem Gesundheitswesen und Berufsgeheimnisträger sollten grundsätzlich eine gesetzlich verankerte Rückmeldung in einem gemeinsam betreuten Kinderschutz-Fall erhalten.
- Wir benötigen neue Strategien, um die Flut negativer Auswirkungen des hohen Medienkonsums Minderjähriger einzudämmen. Beim Cybergrooming sollte schon der Versuch strafbar sein.

Februar 2017



Dr. T. Fischbach, BVKJ e.V.



Prof. Dr. H.-I. Huppertz, DAKJ e.V.



Prof. Dr. E. Mayatepek, DGKJ e.V.



Prof. Dr. U. Thyen, DGSPJ e.V.

BVMed-Positionspapier zur Bundestagswahl – Notwendigkeiten in der MedTech-Branche 2017 - 2021

1. Wir benötigen eine neue Innovationskultur, die sich stärker an den Patientenbedürfnissen orientiert

Wir benötigen eine neue Innovationskultur in der Weiterentwicklung und Verbesserung der Patientenversorgung in Deutschland durch neue technische Lösungen. Hierzu wünschen wir uns eine positive Atmosphäre für den medizinisch-technischen Fortschritt und einen schnelleren Transfer von Forschungsergebnissen in die Gesundheitsversorgung. Mediziner, Patienten, Forscher, Unternehmen und Krankenkassen sollten für eine bessere medizinische Versorgung stärker aufeinander zugehen.

Die Erstattungs- und Bewertungssysteme sind an die Dynamik von medizinischen und technischen Weiterentwicklungen anzupassen. Ein neues „Fortschrittsbeschleunigungsgesetz“ für medizinische Innovationen könnte den gesetzlichen Rahmen bilden.

2. Mehr Transparenz und aktive Beteiligung in der Selbstverwaltung und den Gremien

Wir brauchen mehr Transparenz bei den Entscheidungen der Selbstverwaltung und deren Gremien. Dazu bedarf es aktiver Beteiligung der Patientenverbände, der Fachgesellschaften, der Pflege und der Hersteller in den Entscheidungsprozessen von Selbstverwaltung und Gremien.

Vertreter der MedTech-Hersteller müssen dort, wo ihre Produktbereiche oder damit verbundene Verfahren betroffen sind, als Experten gehört und eingebunden werden. Es sollte zur Verfahrensbeschleunigung ein Antragsrecht der Herstellerverbände im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) für neue Medizintechnologien geben. Im Kuratorium der IQWiG-Stiftung sind Pharma- und Medizintechnikhersteller gleichzustellen, da die Medizinprodukte ebenfalls Gegenstand von IQWiG-Bewertungen sind.

3. Sachgerechte Methodik für die Nutzenbewertung von Medizintechnologien

Eine Nutzenbewertung für innovative Medizintechnologien ist richtig und wichtig. Wir benötigen eine sachgerechte Methodik, die die Besonderheiten der Medizintechnologie besser berücksichtigt. Die Bedeutung von Registern und Versorgungsforschung bei der Bewertung von Medizinprodukten (im Sinne einer Real World Evidence) sollte vom Gesetzgeber stärker hervorgehoben werden.

Nachdem die gesetzlichen Anforderungen an Nutzenbewertungen zuletzt verschärft wurden, müssen sich die neuen Instrumente bewähren. Hersteller brauchen Planungssicherheit. Auf weitere Verschärfungen von Nutzenbewertungen soll daher in der nächsten Wahlperiode verzichtet werden.

Bei der Medizinproduktemethodenbewertung muss eine obligatorische Einbindung der Hersteller im Antrags- und Bewertungsverfahren sichergestellt werden. Die Kosten der Nutzenbewertung müssen für die Unternehmen vorher kalkulierbar sein. Die Dauer der Nutzenbewertung muss deutlich verkürzt werden.

4. Hochwertige Versorgung im Krankenhaus mit Medizinprodukten auch sachgerecht vergüten

Im Rahmen einer innovativen, hochwertigen, an den Bedürfnissen der Patienten orientierten Krankenhausversorgung müssen Medizinprodukte auch sachgerecht vergütet werden. Erfolgreiche dirigistische Eingriffe ins DRG-System sind rückgängig zu machen. Wir benötigen eine transparente, nachvollziehbare und überprüfbare Sachkostenkalkulation durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK).

Eine sinnvolle Mengengerichtete Regelung muss auch die steigende Lebenserwartung und Bevölkerungsentwicklung berücksichtigen. Das Instrument der Qualitätsverträge sollte ausgebaut werden. Generell sollten für Leistungen im Krankenhaus Ansätze qualitätsdifferenzierter Vergütung weiter an Gewicht gewinnen und konsequent an der Ergebnisqualität ausgerichtet werden.

In der politischen Diskussion werden Kosten für das Personal, insbesondere in der Pflege als positiv bewertet, hohe Sachkosten jedoch negativ. Medizinprodukte schaffen die Grundlage für kürzere OP-Zeiten, geringere Verweildauer und schnellere Genesung bei höherer Lebensqualität und Ambulantisierung der Medizin.

Zudem sollte der Bund für die Bundesländer Anreize schaffen, wenn sie ihren Investitionsverpflichtungen im Krankenhausesektor überdurchschnittlich nachkommen.

5. Ambulante Versorgung mit MedTech-Innovationen stärken

Methoden, die für den stationären Sektor positiv bewertet worden sind, müssen beim Vorliegen entsprechender struktureller Voraussetzungen auch ambulant erbracht werden. Bisherige Behandlungsmethoden im Krankenhaus, die in den ambulanten Sektor überführt werden, müssen schneller eine EBM-Ziffer erhalten. Es bedarf der Klarstellung, dass für die Dauer der Entscheidungsverfahren des G-BA oder des Bewertungsausschusses die stationäre Vergütung erhalten bleibt. Aufgrund überlanger Verfahren im Bewertungsausschuss sind Fristen und Verfahrenswege gesetzlich zu regeln.

Um Vergütungen leichter und zielgenauer vereinbaren zu können, sollte es für ambulantes Operieren ein eigenständiges Vergütungssystem unabhängig vom EBM geben. Bei Selektivverträgen soll auf den Nachweis der Wirtschaftlichkeit verzichtet werden, wenn eine besondere Qualität der Versorgung erreicht wird.

Standardoperationen, die durch Einsatz von Medizintechnologien bei gleichem Outcome auch kurzstationär oder ambulant durchführbar werden, sollten dem Krankenhaus vorbehalten bleiben. Durch finanzielle Anreize sollte die kurzstationäre und ambulante Leistungserbringung durch das Krankenhaus gefördert werden.

6. Effektive Hygienemaßnahmen zur Infektionsvermeidung vergüten

Die konsequente Umsetzung von Hygienemaßnahmen ist das effektivste Mittel zur Vermeidung von Krankenhausinfektionen. Das beginnt mit der Prävention durch eine konsequente Händedesinfektion sowie Maßnahmen bei Krankenbehandlung, Operation und postoperativer Versorgung. Das derzeitige Vergütungssystem setzt jedoch Anreize, Hygieneaufwendungen zu minimieren. Um einen effektiven Infektionsschutz zu gewährleisten, sollten deshalb Hygienemaßnahmen analog zu den KRINKO-Empfehlungen extrabudgetär vergütet werden. Der Einsatz von Medizinprodukten, die die Rate postoperativer Wundinfektionen (Surgical Site Infection) reduzieren, sollte durch richtige Anreize gefördert werden.

Um das Infektionsrisiko durch Stich- und Schnittverletzungen beim medizinischen Personal und pflegenden Angehörigen zu minimieren, muss außerdem die flächendeckende Anwendung und Vergütung von Sicherheitsprodukten sichergestellt sein.

7. Qualitäts- statt Preiswettbewerb in der Hilfsmittelversorgung

Die reine Preisfokussierung – insbesondere bei Ausschreibungen – hat teilweise zu einer schlechteren Versorgung mit Produkten und Dienstleistungen geführt. Ausschreibungen sind nicht in allen Hilfsmittelbereichen zweckmäßig. Verhandlungsverträge sollten daher grundsätzlich die erste Vertragsoption sein.

Unabhängig davon ist neben den verpflichtenden Qualitätskriterien auch ein funktionierendes verbindliches, transparentes und bundeseinheitliches Vertragscontrolling erforderlich. Für eine wirksame Vertragskontrolle im Hilfsmittelbereich bedarf es einer Rechtsverordnung, die deutschlandweit vergleichbare Kriterien für die Überprüfung normiert. Zudem ist eine frühe Einbindung der Leistungserbringer und der Hersteller in die Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses unabdingbar.

8. Verbesserung der Versorgung chronischer Wunden

Wir benötigen standardisierte und spezialisierte Versorgungsstrukturen für die Behandlung chronischer Wunden. Dies kann durch ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) oder durch eine spezialisierte ambulante Wundversorgung (SAVV) unter Einbeziehung der vorhandenen sonstigen Leistungserbringer als Wundversorgungsexperten erfolgen.

9. Digitale Infrastruktur für Medizinprodukte ausbauen

Die Digitalisierung kann helfen, die Gesundheitsversorgung effizienter zu gestalten – die konkrete Umsetzung inklusive Vergütung hingegen ist noch ausbaufähig. Ein Beispiel hierfür ist die Telekardiologie, die nicht sachgerecht vergütet wird. Bei der digitalen Vernetzung der Gesundheitsakteure und -prozesse bedarf es der umgehenden Einbindung sonstiger Leistungserbringer (z. B. Hilfsmittelleistungserbringer) in die Telematikinfrastruktur. Wichtig sind die ganzheitliche Digitalisierung der Versorgungsprozesse, der einheitliche Ausbau digitaler Anwendungen und die Interoperabilität der bestehenden Anwendungen. Für gesundheitsbezogene Apps, die eine medizinische und therapeutische Zweckbestimmung haben, sind die bewährten regulatorischen Rahmenbedingungen für Medizinprodukte zu adaptieren und weiterzuentwickeln.

Um Digitalisierung im Sinne der Patienten und für die Versorgungsforschung nutzen zu können, brauchen wir sinnvolle Datenschutzregelungen, die die Datennutzung zu diesen Zwecken ermöglichen.

10. Tragfähige Umsetzung der EU-Medizinprodukteverordnung (MDR) und mögliche Gesetzgebung der EU zu Health Technology Assessment (HTA)

Ganz besonders kleine und mittlere Unternehmen (KMU) müssen fürchten, dass sie die Anforderungen der neuen MDR organisatorisch und finanziell kaum stemmen können. Die neuen klinischen Anforderungen sowie die umfassenden Dokumentations- und Berichtspflichten sind erhebliche Herausforderungen. Wichtig ist die Einsetzung einer Task Force zur praxistauglichen Umsetzung der MDR in Deutschland mit allen Stakeholdern sowie ein Förderprogramm für MedTech-KMU. Die Unternehmen benötigen Planungssicherheit und Klarstellungen zur Implementierung, zu den Übergangsvorschriften und zu den Regeln der klinischen Prüfung. Benannte Stellen und Überwachungsbehörden müssen die neuen Anforderungen der MDR tatsächlich umsetzen können

Im Zuge der Einführung der einmaligen Produktnummer (UDI) durch die MDR müssen medizinische Einrichtungen ebenfalls in die UDI-Pflichten eingebunden werden.

Der Versuch der EU-Kommission, ggf. legislativ zu einer HTA-Harmonisierung zu kommen, greift in nationale Kompetenzen ein. Die Anforderungen an Nutzenbewertungen und gesundheitsökonomische Analysen sind nicht vom jeweils nationalen Vergütungssystem zu trennen. Die Bundesregierung sollte entsprechenden Initiativen im Ministerrat nicht zustimmen.

Berlin, 6. April 2017



Prioritäten der Gesundheitspolitik: Patienten, Personal, Gemeinwohl

Es bedarf entschlossener Schritte, damit unser Gesundheitssystem auch künftig die bestmögliche Versorgung bieten kann. Dabei geht es darum, dem Vertrauen der Menschen gerecht zu werden, dass sie im Krankheitsfall die Versorgung erhalten, die sie benötigen. Der Gefahr, dass Patienten nur noch als Kostenfaktor oder Erlösbringer angesehen werden, muss überzeugend begegnet werden. Kranke Menschen sind auf professionelle Hilfe und menschliche Zuwendung angewiesen – daran dürfen keine Abstriche gemacht werden. Anhaltender Kostendruck und Wettbewerb jedoch erschweren es Ärzten und Pflegenden, ihren Beruf im Einklang mit den ethischen und professionellen Standards auszuüben, denen sie sich verpflichtet wissen. Vor diesem Hintergrund formulieren die Verbände der Christlichen Krankenhäuser in Deutschland Positionen zur Bundestagswahl 2017: Patienten, Personal und Gemeinwohl müssen für die Gesundheitspolitik der kommenden Legislaturperiode Priorität haben.

Zuwendungsgeprägte und bedarfsgerechte Versorgung, auch von dementen und anderen vulnerablen Patienten ermöglichen

Ausreichende Personalausstattung und gute Arbeitsbedingungen ermöglichen, dem Fachkräftemangel wirkungsvoll begegnen

Ökonomie und Qualitätsverständnis am Patienten- und Gemeinwohl neu ausrichten

Fokus Patient:

Zuwendung professionell und menschlich | Vulnerable Patienten | Ambulante Notfallversorgung

Die christlichen Krankenhäuser in Deutschland stehen für eine von umfassender professioneller und menschlicher Zuwendung geprägte Krankenhausbehandlung. Besonderes Augenmerk richten wir auf die bedarfsgerechte, sensible Behandlung der wachsenden Zahl vulnerabler Patienten – etwa demenziell erkrankte und hochbetagte Menschen, Sterbende, Kinder und Menschen mit Behinderungen. Wir erwarten von der Politik Rahmenbedingungen, die eine am individuellen Hilfebedarf aller Patienten, einschließlich der vulnerablen Patientengruppen, ausgerichtete Versorgung auch künftig ermöglichen.

Der anhaltende Zwang zu ständiger Kostensenkung und Rationalisierung birgt in sich die Gefahr, dass die Versorgungsprozesse im Krankenhaus immer stärker analog industrieller Fertigungsprozesse strukturiert werden. Für Zuwendung zu und Kommunikation mit den Kranken bleibt immer weniger Raum. Gerade dies aber sind für den Behandlungserfolg wesentliche Faktoren. Das Patientenwohl tritt als oberstes Leitkriterium zurück hinter ökonomischen Erfolgskriterien und Steuergrößen. Insbesondere vulnerable Patientengruppen, die den Effizienzanforderungen eines vorwiegend ökonomisch gesteuerten Systems nicht nachkommen können, werden unter diesen Umständen nicht optimal versorgt. Gerade die Versorgung alter und dementer Patienten stellt im Zuge der demografischen Entwicklung eine immer größere Herausforderung dar. Kliniken müssen ihre Strukturen und Prozesse darauf einstellen und brauchen dazu Unterstützung. Um patientenorientierte, bruchlose Behandlungsketten über die Grenzen zwischen den Versorgungssektoren hinweg zu ermöglichen, bedarf es weiterer Maßnahmen, damit sich Krankenhäuser noch besser mit dem ambulanten Sektor verzahnen können. In diesen Zusammenhang fällt auch die ungelöste Problematik der unzureichend finanzierten ambulanten Notfallversorgung der Krankenhäuser. Ungeachtet geltender ordnungspolitischer Konzepte und Zuständigkeiten werden Kliniken von der Bevölkerung im Notfall bevorzugt aufgesucht und in Anspruch genommen.

01

Zuwendungsgeprägte und bedarfsgerechte Versorgung, auch von dementen und anderen vulnerablen Patienten, ermöglichen

Zuwendung professionell und menschlich

Die Behandlung von Patienten ist ihrem Wesen nach ein personaler und sozialer Beziehungs- und Kommunikationsprozess. Ärzte, Pflegende und Angehörige der weiteren Berufsgruppen wollen Fachlichkeit und menschliche Zuwendung in ihrer Arbeit miteinander verbinden und ihre soziale und menschliche Kompetenz einbringen. Dazu benötigen sie Rahmenbedingungen, die dafür Raum und Zeit eröffnen. Hierfür sind höhere Investitionen vor allem in die baulich-räumliche sowie in die technische, speziell die digitale Infrastruktur der Kliniken erforderlich. Dies würde bei gleichbleibender oder sogar erhöhter Informationsdichte zu verbesserten Abläufen und höherer Patientensicherheit führen. Mangelnde Investitionsmittel und ein anhaltend hoher Rationalisierungsdruck, der möglichst knappe Personalbesetzungen erzwingt, stehen dem entgegen.

Vulnerable Patienten

Der Anteil immer älterer sowie von unterschiedlich ausgeprägter Demenz betroffener Patienten steigt kontinuierlich. Um deren spezifischem Behandlungs- und Betreuungsbedarf gerecht zu werden, müssen klinische Strukturen und Prozesse demenzsensibel weiterentwickelt werden. Die dafür benötigten Mittel müssen im Rahmen der Regelfinanzierung zur Verfügung gestellt werden. Das ist auch erforderlich im Blick auf den erhöhten Behandlungs- und Zuwendungsaufwand für weitere vulnerable Patientengruppen, z.B. Menschen mit geistigen und schweren mehrfachen Behinderungen. Grundsätzlich sind Investitionen für eine verbesserte Versorgung vulnerabler Patienten notwendig, um die klinischen Strukturen und Prozesse an deren besondere Bedarfe anzupassen. Sinnvolle Maßnahmen in dieser Hinsicht wären z.B. die Etablierung von sogenannten Demenzlotsen, räumliche Strukturanpassungen oder auch die Mitaufnahme einer Bezugsperson bei demenziell Erkrankten.

Ambulante Notfallversorgung

In ländlichen Regionen wie in Ballungsräumen ist die ambulante Notfallversorgung ohne Krankenhäuser nicht sicherzustellen. Patienten suchen im Notfall Hilfe da, wo sie verlässlich und in hoher Qualität geboten wird, unabhängig von sektorenspezifischen Vergütungsregelungen und Zuständigkeiten. Das ist in Kliniken rund um die Uhr der Fall und muss auch in Zukunft flächendeckend und nicht nur an wenigen Zentren möglich sein. Kliniken sollen und wollen bei der Notfallversorgung gern mit niedergelassenen Ärzten zusammenarbeiten – aber ohne bürokratische Hürden und nicht auf eigene Kosten, sondern für eine sachgerechte Vergütung, die auch die Vorhaltekosten berücksichtigt. Dafür sollte ein sektorenübergreifendes eigenständiges Budget zur Verfügung gestellt werden.

- **Rahmenbedingungen für umfassende professionelle und menschliche Zuwendung verbessern**
- **Besonderen Behandlungsaufwand, insbesondere für vulnerable Patientengruppen, sachgerecht vergüten**
- **Höhere Investitionsmittel für die baulich-räumliche und technische, speziell digitale Infrastruktur zur Verfügung stellen**
- **Förderung demenzsensibler Krankenhäuser im Rahmen der Regelfinanzierung vorsehen**
- **Sektorenübergreifendes eigenes Budget für die ambulante Notfallversorgung zur Verfügung stellen**

Fokus Personal:**Ausreichende Personalausstattung | Gute Arbeitsbedingungen |
Dem Fachkräftemangel wirkungsvoll begegnen**

Die christlichen Krankenhäuser in Deutschland legen größten Wert auf fachlich und menschlich hoch qualifizierte, motivierte Mitarbeitende, um ihre Patienten in bestmöglicher Qualität versorgen zu können. Denn Krankenbehandlung ist bei allem notwendigen Einsatz medizinischer und anderer Technik wesentlich auf direkte Kommunikation und Zuwendung angewiesen. Deshalb erwarten wir von der Politik Maßnahmen und Rahmenbedingungen, die dem Fachkräftemangel in Medizin und Pflege wirkungsvoll begegnen und gute Arbeitsbedingungen sowie eine ausreichende und verlässliche personelle Besetzung ermöglichen. Die Träger christlicher Krankenhäuser engagieren sich seit jeher für die Ausbildung, sowohl im ärztlichen als auch besonders im Bereich der Pflegeberufe und wollen auch zukünftig ihrem Ausbildungsauftrag gerecht werden.

Die anhaltende Sparpolitik und der ständig verschärfte Rationalisierungsdruck führten zwangsläufig dazu, dass Kliniken mit möglichst wenig Personal auskommen müssen. Der leichte Anstieg der Beschäftigtenzahlen in den letzten Jahren konnte die resultierende Arbeitsverdichtung, vor allem in der Pflege, jedoch nicht kompensieren. Um die Sicherheit der Patienten und die Gesundheit der Beschäftigten nicht zu gefährden, bedarf es wirksamer Maßnahmen zu deren Entlastung. Entsprechend verbesserte Arbeitsbedingungen wären im Blick auf den verschärften Wettbewerb um Nachwuchsfachkräfte auch ein wichtiger Beitrag zur Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe. Die jetzt vorgesehene gesetzliche Einführung von Personaluntergrenzen in besonders sensiblen Bereichen soll eine nachhaltige Verbesserung der Situation bewirken. Sie birgt jedoch die Gefahr, vorschnell letztlich nicht tragfähige Lösungen auf den Weg zu bringen. Insbesondere starre oder pauschale Vorgaben würden abhängig vom Standort variierenden Größen wie z.B. Qualifikationsmix, bauliche Struktur, Substitution von Aufgaben, nicht gerecht werden. Unabhängig davon bedarf es einer konzertierten Aktion gegen den Fachkräftemangel in Medizin und Pflege: die deutliche Ausweitung der Studienplätze und Ausbildungskapazitäten, bundesweit einheitliche Regelungen und bürokratiearme Verfahren zur Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse und die Weiterentwicklung der Reform der Pflegeausbildung.

02

Ausreichende Personalausstattung und gute Arbeitsbedingungen ermöglichen, dem Fachkräftemangel wirkungsvoll begegnen

Ausreichende Personalausstattung

Eine ausreichende personelle Besetzung ist entscheidend für die Patientensicherheit und die Qualität der Versorgung. Die Einführung von Personaluntergrenzen für besonders sensible Bereiche löst die Probleme noch nicht. Angesichts des bestehenden Fachkräftemangels schaffen Vorgaben keine zusätzlichen Fachkräfte, sondern könnten den Mangel auch verschärfen. Wo sie nicht umgesetzt werden können, droht eine Einschränkung der Versorgung. Insbesondere starre oder pauschale Personalvorgaben werden den variierenden Gegebenheiten vor Ort nicht gerecht. Dringend erforderlich ist die Entwicklung valider Personalbemessungsinstrumente, die den individuellen Pflegeaufwand, den Qualifikationsmix und die örtlichen Strukturen berücksichtigen. Eine ausreichende Personalausstattung erfordert eine verlässliche Refinanzierung der damit notwendig verbundenen Kosten. Das betrifft anfallende Zusatzkosten und die durch jährliche Tarifierhöhungen und strukturelle Veränderungen bedingten Personalkostensteigerungen.

Gute Arbeitsbedingungen

Neben anderen Faktoren ist nicht zuletzt die Personalausstattung auch für gute Arbeitsbedingungen im Krankenhaus entscheidend. Ärzte und Pflegenden müssen Gelegenheit haben, sich entsprechend ihren professionellen und ethischen Standards den Patienten zuwenden zu können. Dabei müssen sie selbst vor Überlastung geschützt werden, um die Sicherheit der Patienten sowie ihre eigene Gesundheit nicht zu gefährden. In Zeiten des Fachkräftemangels und des sich verschärfenden Wettbewerbs um Nachwuchskräfte ist eine ausreichende Personalausstattung auch wesentlich für ein positives Image der betreffenden Arbeitsfelder und Berufe. Gute Arbeitsbedingungen sind mit attraktiven beruflichen Perspektiven verbunden, sowohl für langjährig Beschäftigte als auch für Nachwuchskräfte. Die veränderten Anforderungen an die Versorgung in Kliniken erfordern zudem einen neuen, darauf abgestimmten Mix an Qualifikationen sowie die Entwicklung neuer Berufsbilder, etwa für akademisch ausgebildete Pflegefachkräfte.

Dem Fachkräftemangel wirkungsvoll begegnen

Unabhängig vom bereits bestehenden Fachkräftemangel, nicht zuletzt infolge der demografischen Entwicklung, steigt der Bedarf an Fachkräften in Medizin und Pflege. Eine deutliche Ausweitung der Studienplätze und Ausbildungskapazitäten in Humanmedizin und Pflege ist deshalb dringend erforderlich. Ebenso müssen die hohen bürokratischen Hürden für ausländische Fachkräfte im Blick auf die Berufsanerkennung abgebaut und bundeseinheitliche Gleichwertigkeits- und Sprachprüfungen eingeführt werden. Der Pflegebedarf übersteigt schon heute die Ausbildungsmöglichkeiten. Hier bieten die generalistische sowie die akademische Pflegeausbildung zukunftsfähige Perspektiven. Sie sollten unbedingt um eine zweijährige, für eine weitere Qualifizierung anschlussfähige, bundeseinheitlich geregelte und anerkannte Assistenz Ausbildung ergänzt werden. Nur auf diese Weise können jungen Menschen passend zu ihrer schulischen Vorbildung und ihren persönlichen Präferenzen attraktive Berufsperspektiven in der Pflege eröffnet werden.

- **Personalkostensteigerungen vollumfänglich refinanzieren**
- **Ausreichende Finanzierung der Ausbildung und der Ausbildungsstätten sicherstellen**
- **Pflegeassistenz bundesweit einheitlich regeln sowie berufsqualifizierend und anschlussfähig ausgestalten**
- **Studienkapazitäten in Humanmedizin und Pflege, einschließlich Pflegepädagogik, -management und -wissenschaft, wesentlich ausbauen**
- **Bundeseinheitliche Gleichwertigkeits- und Sprachprüfungen einführen und bürokratische Hürden bei der Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse abbauen**

Fokus Gemeinwohl und Qualität:

Umfassendes Qualitätsverständnis | Trägerschaft und Gemeinwohlorientierung | Qualitätswettbewerb

Am Anfang steht die Begegnung mit dem kranken Menschen und nicht die Zahl. – Die christlichen Krankenhäuser in Deutschland sind selbst vielfach Vorreiter für Qualitätsorientierung und -sicherung, Patientensicherheit und Risikomanagement. Sie erwarten und unterstützen eine am Gemeinwohl und am Patientenwohl ausgerichtete Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung. Diese muss auf einem umfassenden Qualitätsverständnis basieren, das nicht nur die für die Patienten, sondern auch die für die Beschäftigten und die Gesellschaft relevanten Qualitätsaspekte umfasst. Vor allem darf sie nicht länger vorrangig an ökonomischen Steuergrößen ausgerichtet werden. Die Dominanz dieser Orientierung führt zum Verlust der Sensibilität für ein umfassendes Heilungsverständnis und bringt vor allem Ärzte und Pflegende in Konflikt mit ihrem professionellen Ethos.

Qualität ist mehr als statistische Datenauswertung im Dienst einer ökonomischen Steuerung der Gesundheitsversorgung. Diese ist nötig, muss aber am Maßstab des Patientenwohls und weiteren ethischen und sozialen Kriterien ausgerichtet werden. Qualität ist auch Ergebnis ethischer Reflexion und gelebter Werteorientierung. Die aktuelle Qualitätsdiskussion fokussiert einseitig und verkürzend auf medizinische Ergebnisqualität, sie blendet etwa die Indikations- und Prozessqualität aus. Dabei wird die Qualitätsorientierung in fragwürdiger Weise für Zwecke der Strukturveränderung instrumentalisiert. Qualitätsmängel müssen identifiziert werden – um sie abzustellen, nicht aber um einen Automatismus auszulösen, der zum Ausschluss aus der Versorgung führt. Bei der Bestimmung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren sollten nicht nur medizinisch-pflegerische und ökonomische, sondern auch soziale und ethische Gesichtspunkte eine Rolle spielen. Versorgungsqualität sollte nicht nur bezogen auf den einzelnen Patienten, sondern auch unter Berücksichtigung regionaler und gesellschaftlicher Aspekte definiert und beurteilt werden. Mindestmengen sind in diesem Zusammenhang kein eindeutiger Qualitätsmaßstab. Nötig wäre eine klare Evidenz für den Zusammenhang zwischen Qualität und Zahl der erbrachten Leistungen. Kliniken, die Leistungen unterhalb einer Mindestmenge in nachweislich hoher Qualität erbringen, sollten diese auch weiterhin erbringen dürfen.

03

Ökonomie und Qualitätsverständnis am Patienten- und Gemeinwohl neu ausrichten

Umfassendes Qualitätsverständnis

Die Qualität eines Krankenhauses darf nicht ausschließlich nach den Behandlungsergebnissen beurteilt werden. Auch auf die Indikations- und Behandlungs(prozess)qualität kommt es an. Wichtige weitere Aspekte sind die Umstände und Folgen der Leistungserbringung für die Beschäftigten und das Gemeinwohl: Wie nehmen Patienten selbst ihre Behandlung wahr? Wie sind die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten? Wie sieht der Beitrag der Klinik für die Gesundheitsversorgung vor Ort aus? Um die Entwicklung von Qualitätsindikatoren stärker an der Förderung einer ressourcen- und nicht defizitorientierten Versorgung zu orientieren, sollte der ICF (International Classification of Functioning) neben dem ICD (International Classification of Diseases) Anwendung finden. Dadurch würde Lebensqualität als wesentliches Kriterium für den Behandlungserfolg berücksichtigt werden. Zu einem umfassenden Qualitätsverständnis gehört auch die Berücksichtigung der religiös-spirituellen Dimension von Heilung. Dieser wird in christlichen Kliniken besondere Bedeutung beigemessen.

Trägerschaft und Gemeinwohlorientierung

Die Trägervielfalt gehört zu den Grundelementen unseres solidarisch finanzierten und subsidiär organisierten Gesundheitssystems. Dabei stehen gerade kirchliche, freigemeinnützige Träger für wesentliche Qualitätsaspekte: Ihnen geht es um bestmögliche, umfassende Hilfe für die Patienten, nicht um Gewinnerzielung und Ausschüttungen. Erwirtschaftete Überschüsse werden vollständig in die Verbesserung der Versorgung reinvestiert. Christliche Kliniken engagieren sich überdurchschnittlich für die Ausbildung, vor allem in den Pflegeberufen. Sie sind vielerorts Treiber von Versorgungsinnovationen und vernetzten Versorgungsstrukturen. Häufig erbringen sie Gesundheitsleistungen im Rahmen von Verbundstrukturen, organisiert entlang sektorenübergreifender Behandlungsketten. Sie sind Vorreiter für Qualitätssicherung, Patientensicherheit und umweltbewusstes Wirtschaften. Ihrer Orientierung am Gemeinwohl entspricht auch der besondere Einsatz für Palliativpatienten, Hochbetagte und Demenke sowie Menschen mit Behinderungen.

Qualitätswettbewerb

Ein solidarisches, am Patientenwohl orientiertes Gesundheitssystem darf nicht nur ökonomische Effizienz fokussieren, sondern muss ganzheitliche Heilungsprozesse fördern. Nötig ist ein kontinuierlich geführter öffentlicher Diskurs über „gute Qualität“. Dessen Ziel kann nicht sein, die Versorgung auf weniger Krankenhäuser zu konzentrieren. Er muss vielmehr einen am Patienten- und Gemeinwohl orientierten Qualitätswettbewerb befördern. Dieser muss z. B. die besondere Qualität von Beziehungspflege und -medizin honorieren und sichern. Er muss eine Risikoselektion zu Lasten hochbetagter, multimorbider und anderer vulnerabler Patienten ausschließen und vielmehr dazu beitragen, dass diese eine hochwertige Versorgung erhalten. Das muss sich auch in der Qualitätsbeurteilung von Kliniken positiv niederschlagen. Qualitätsbeurteilungen – auch auf der Grundlage bundeseinheitlicher Vorgaben – müssen die Versorgungsstrukturen vor Ort berücksichtigen. Im Blick darauf sind Qualitätssicherungsinstrumente wie der strukturierte Dialog oder Peer Reviews zu stärken.

- **Qualität auch unter professionsethischen, sozialen und gemeinwohlbezogenen Gesichtspunkten definieren**
- **Bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf Lebensqualität bezogene Kriterien berücksichtigen**
- **Vorgaben zur Strukturqualität verpflichtend an vorausgehende Folgenabschätzungen bzw. Auswirkungsanalysen koppeln**
- **Kliniken, die Leistungen unterhalb einer Mindestmenge in nachweislich hoher Qualität erbringen, sollten diese auch weiterhin erbringen dürfen.**
- **Qualitätswettbewerb fördern, der Beziehungsmedizin und -pflege stärkt und keine Anreize zu Risikoselektion setzt**

Über uns: Christliche Krankenhäuser in Deutschland – zukunftsweisend menschlich

Die christlichen Krankenhäuser leisten im Rahmen der Sicherstellung der staatlichen Daseinsvorsorge einen unverzichtbaren Beitrag zur Krankenhausversorgung in Deutschland. Mit 148.000 Betten, 285.000 Beschäftigten, 6 Mio. stationär und teilstationär sowie über 9,6 Mio. ambulant versorgten Patientinnen und Patienten tragen die Krankenhäuser in christlicher Trägerschaft zu einem Drittel der Krankenhausversorgung in Deutschland bei. Sie stellen jeden zweiten Ausbildungsplatz in der Pflege. Die damit verbundenen Aufgaben erfüllen sie gemeinwohlorientiert und gemeinnützig. Sie arbeiten ressourcenschonend und wirtschaftlich und investieren erwirtschaftete Überschüsse vollständig wieder in die Verbesserung der Versorgung. Sie erbringen eine hohe Versorgungsqualität, wie Qualitätsvergleiche und Patientenzufriedenheitsbewertungen regelmäßig bestätigen.



Weitere Informationen: www.christliche-krankenhaeuser.de

Anteil der Versorgungsleistung durch christliche Krankenhäuser in Deutschland
Quelle: DESTATIS 2014, eigene Darstellung

Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V.

Telefon: 030. 80 19 86 – 0
E-Mail: info@dekv.de
Invalidenstraße 29, 10115 Berlin
www.dekv.de
Ansprechpartner:
Norbert Groß
Verbandsdirektor

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.

Telefon: 030. 28 44 47 – 30
E-Mail: kkvd@caritas.de
Reinhardtstr. 13, 10117 Berlin
www.kkvd.de
Ansprechpartnerin:
Bernadette Rummelin
Sprecherin der Geschäftsführung



Gesundheitspolitischer Kompass

Positionspapier der DAK-Gesundheit



Inhalt

1. Einleitung	4
2. Selbstverwaltung stärken	5
3. Digitalisierung nutzen	7
4. Demokratische Herausforderungen annehmen	10
4.1. Versorgungsmanagement ausbauen	12
4.2. Aufpostas – eine unterschätzte Krankheit auf dem Vormarsch	14
4.3. Betriebliches Gesundheitsmanagement weiterentwickeln	15
4.4. Soziale Pflegeversicherung zukunftsfest gestalten	16
5. Finanzierung festigen	19
6. Faire Wettbewerbsbedingungen schaffen	21

Vorwort

Herausforderungen annehmen – Zukunft gestalten

Damit Krankheit nicht zum finanziellen Risiko wird, bietet die DAK-Gesundheit ihren Versicherten einen umfassenden Krankenversicherungsschutz. Die Mitglieder zahlen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit und erwerben unabhängig von den entrichteten Beiträgen für sich und ihre Familienangehörigen Ansprüche auf Gesundheitsleistungen. Das schafft existenzielle Sicherheit für den Einzelnen und sozialen Zusammenhalt für die Gesellschaft.

Gerade heute ist dies besonders wichtig, da wir in Zeiten tiefgreifender Veränderungen leben. Dazu zählen der demografische Wandel mit dem steigenden Anteil älterer Menschen, die Herausforderungen der in allen Lebensbereichen zunehmenden Digitalisierung, soziokulturelle Entwicklungen wie etwa die Zunahme der Single-Haushalte oder die Abwanderung vorwiegend junger Menschen aus ländlichen Regionen in verdichtete Ballungsräume. Hinzu kommen politisch-ökonomische Umbrüche wie der wachsende Niedriglohnssektor, die Folgen der Globalisierung sowie ein zunehmender Rechtspopulismus, der den Zusammenhalt demokratischer Gesellschaften bedroht.

Hamburg, 30. März 2017



Dieter Schröder
Dieter Schröder
Vorsitzender des Verwaltungsrates
der DAK-Gesundheit
(Versichertenvertreter)



Horst Zöllner
Horst Zöllner
Stellv. Vorsitzender des Verwaltungsrates
der DAK-Gesundheit
(Arbeitgebervertreter)

Um das wertvolle stabilitätsstärkende Solidarsystem der gesetzlichen Krankenversicherung auch für die Zukunft zu sichern, muss es weiterentwickelt werden. Dabei ist es wichtig, die skizzierten Veränderungsprozesse zu berücksichtigen. In dem vorliegenden Positionspapier haben wir uns deshalb auf die Stärkung der demokratisch legitimierten Selbstverwaltung, die Digitalisierung des Gesundheitswesens, die Weiterentwicklung der medizinischen Versorgungsstrukturen und der Pflege sowie die Sicherung der Finanzbasis und eines fairen Wettbewerbs konzentriert.

Wir freuen uns, wenn unsere Vorschläge in der Debatte um eine zukunftsfähige soziale Kranken- und Pflegeversicherung aufgegriffen werden und wir darüber mit vielen sozial- und gesundheitspolitischen Akteuren in einem fruchtbaren Dialog treten.

1. Einleitung

Demografischen und technologischen Wandel berücksichtigen

Selbstverwaltung ist gelebte Demokratie

In Deutschland können über 70 Millionen gesetzlich Versicherte im Krankheits- oder Pflegefall darauf vertrauen, dass sie eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung erhalten und am medizinischen Fortschritt unabhängig von ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit teilhaben. Der Krankenversicherungsschutz ist so gestaltet, dass der Grundsatz gilt: Finanzierung nach der individuellen Leistungsfähigkeit und Leistungen nach dem individuellen medizinischen Bedarf. Für die DAK-Gesundheit bedeutet das, die Versorgung an den Bedürfnissen der Versicherten zu orientieren sowie die Qualität zu sichern und stetig weiterzuentwickeln. Der Anspruch der DAK-Gesundheit ist es, ihren Versicherten medizinische Leistungen auf hohem Niveau zur Verfügung zu stellen, sie optimal zu beraten und ihnen einen leicht zugänglichen Service anzubieten. Im Gegensatz zu vielen anderen Dienstleistungen ist der Krankenversicherungsschutz in besonderer Weise Vertrauenssache. Die Versicherten müssen sich in allen Lebenslagen auf eine gute Betreuung verlassen können – ein Leben lang.

Mit der Veränderung der Bevölkerungszahl und -struktur gehen vielfältige soziale, politische und wirtschaftliche Herausforderungen einher, die auch die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung betreffen. Für die Gesundheitsversorgung in Deutschland ist zu erwarten, dass sich der Anteil älterer Menschen mit geriatrischen Erkrankungen und die Zahl der Personen mit multimorbiden Krankheitsbildern in Zukunft erhöhen werden. Zudem wird sich die demografische Entwicklung in der regionalen Bevölkerungsverteilung auf den Versorgungsbedarf auswirken. Während die Bevölkerungszahl in Ballungszentren zunimmt, ist in ländlichen Räumen eine gegensätzliche Entwicklung zu beobachten.

Der technologische Wandel wirkt sich zunehmend auf die digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheits- und Pflegewesen aus. Es bedarf einer sicheren Telematik-Infrastruktur, die IT-Systeme insbesondere aus Arztpraxen, Apotheken, Krankenhäusern und Krankenkassen miteinander verbindet und so einen systemübergreifenden Austausch von Informationen ermöglicht. Für die DAK-Gesundheit hat dabei oberste Priorität, dass der Versicherte Herr seiner Daten bleibt.

Das Selbstverwaltungsprinzip hat sich bewährt. Es gehört zu den tragenden Prinzipien der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung und steht für die eigenverantwortliche Gestaltung durch die Beteiligten im Gesundheitswesen. Die dezentralisierte Umsetzung gesetzlicher Aufgaben durch die Selbstverwaltung trägt dazu bei, dass sachgerechte und alltagsnahe Lösungen bei der Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung gefunden werden. Zugleich schafft die institutionelle Beteiligung der Versicherten und der Arbeitgeber eine demokratische Legitimation und Akzeptanz der Entscheidungen. Vor diesem Hintergrund sind sowohl die soziale als auch die gemeinsame Selbstverwaltung zu stärken.



2. Selbstverwaltung stärken

Die soziale Selbstverwaltung stellt, bezogen auf die sozialen Sicherungssysteme und somit auch auf die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), ein Kernelement der Demokratie in der Bundesrepublik Deutschland dar. Sie wird auch als der „dritte Weg“ bezeichnet, der zwischen staatlicher Regulierung auf der einen und freier Marktwirtschaft auf der anderen Seite beschränkt wird. Dabei ist soziale Selbstverwaltung von der Grundidee geprägt, dass die Sozialversicherung insofern von der Politik unabhängig bleibt, dass alle wichtigen Entscheidungen von denen getroffen werden, die das System mit ihren Beiträgen finanzieren. Dem liegt die Einschätzung zugrunde, dass die Selbstverwaltung von Versicherten und Arbeitgebern sach- und bedarfsgerechtere Entscheidungen treffen kann, weil sie näher an der Lebenswirklichkeit der Menschen ist. Dies zeigt sich z. B. an der massiven Unterstützung von Selbsthilfegruppen und Hospizen durch die Krankenkassen und ihre Selbstverwaltungsorgane.

Das historisch gewachsene System der sozialen Selbstverwaltung ist dabei stetig modernisiert worden, um es für die Herausforderungen der Zeit zu wappnen und zukunftsfest zu gestalten. Wie gut dies funktioniert hat, zeigt die Finanzkrise gegen Ende des letzten Jahrzehnts. Kaum ein anderes Finanzierungssystem in unserem Land hat diese Krise so gut überstanden wie die durch Selbstverwaltung geprägten sozialen Sicherungssysteme. So konnte die Versorgung der Versicherten jederzeit gewährleistet und dieses die Gesellschaft zusammenhaltende und damit staatstragende System stabil gehalten werden.

Neben diesen äußerst positiven Aspekten haben die politischen Verantwortlichen aber immer wieder versucht und teilweise erreicht, die Rechte der sozialen Selbstverwaltung einzuschränken, und damit riskiert, ihre Akzeptanz in der Öffentlichkeit zu schwächen. Zuletzt geschehen mit dem „Gesetz zur Stärkung der Selbstverwaltung“, das de facto das Gegenteil seines Namens bewirkt. Auch wenn die ursprünglich geplanten gravierendsten Eingriffe, wie etwa die Etablierung einer Fachaufsicht statt lediglich einer Rechtsaufsicht durch das

Selbstverwaltung sichert gesellschaftlichen Zusammenhalt

Vollständige Finanzautonomie wiederherstellen

Bundesministerium für Gesundheit über selbstverwaltete Verbände und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes der Krankenkassen und Eingriffe in deren Satzungshoheit abgewendet werden konnten, greift das Gesetz erneut in die Rechte der sozialen Selbstverwaltung ein. Dies stellt den aktuellen Schlusspunkt einer Vielzahl von Einschränkungen dar, die die soziale Selbstverwaltung über die Jahre erfahren hat, sowohl in Bezug auf ihre Aufsichtsrechte gegenüber Vorstand und Verwaltung der Krankenkassen als auch bei der Finanzautonomie zur Festsetzung der Beitragssätze der Krankenkassen. Gerade Letzteres hat dazu geführt, dass der Gesetzgeber die Beitragsparität zwischen Versicherten und Arbeitgebern preisgegeben und die soziale Selbstverwaltung bei der Festsetzung der Beitragssätze entmachtet hat, indem sie lediglich nur noch über den Beitrag zu bestimmen hat, der den gesetzlichen Beitragssatz von 14,6 Prozent übersteigt und der dazu auch noch ausschließlich von den Versicherten zu entrichten ist.

Daher fordert die DAK-Gesundheit die kommende Bundesregierung und die sie vertretenden Parteien auf umzukehren, dem Subsidiaritätsgedanken in der GKV wieder Geltung zu verschaffen und die Rechte der sozialen Selbstverwaltung zu stärken durch:

- einen konstruktiven und ergebnisorientierten Dialog mit der sozialen Selbstverwaltung der GKV,
- vollständige Wiederherstellung der Finanzautonomie, sprich paritätische Finanzierung der Beiträge durch Mitglieder der Krankenkassen und Arbeitgeber sowie Festlegung des Gesamtbeitragssatzes der Krankenkassen und nicht lediglich des von den Versicherten zu zahlenden Zusatzbeitrages,
- Beschränkung der Rechte der Aufsichtsbehörden auf eine Rechtsaufsicht und
- Wiederherstellung der Rechte der Selbstverwaltung bei Personalentscheidungen.

Onlinewahlen ermöglichen

Darüber hinaus – gleichermaßen getragen von der Versicherten- und Arbeitgeberseite ihrer Selbstverwaltung – fordert die DAK-Gesundheit, in der neuen Legislaturperiode eine Wahlrechtsreform der Sozialwahlen anzugehen und durchzuführen. Dies trägt dazu bei, die Akzeptanz der Sozialwahlen bei den Wahlberechtigten zu erhöhen. Die Wahlrechtsreform sollte das Ziel verfolgen, Urwahlen bei den Sozialversicherungsträgern zu forcieren. Dazu gehört auch, die Regeln für Urwahlen auf der Arbeitgeberseite zu präzisieren. Zudem sollten Online-Wahlen bereits bei den kommenden Sozialwahlen 2023 durchgeführt werden. Die Chance zur Wahl per Mausclick stellt eine zeitgemäße Variante zur Wahrnehmung des Wahlrechts dar und kann auf diese Weise dazu beitragen, die Wahlbeteiligung zu erhöhen und die Legitimation der sozialen Selbstverwaltung bei der Ausübung ihrer für Gesellschaft und Staat so wichtigen Aufgabe zu steigern.



3. Digitalisierung nutzen

Die Digitalisierung wird das Gesundheitswesen in den nächsten Jahren deutlich verändern. Es sind alle Beteiligten betroffen, ganze Wertschöpfungs- und Versorgungsketten werden sich neu bilden.

Für die DAK-Gesundheit stehen dabei folgende Ziele im Mittelpunkt:

- die bessere Versorgung der Versicherten, therapeutisch wie diagnostisch,
- die Steigerung ihrer Lebensqualität,
- die Ausgestaltung von Präventionskonzepten,
- die Vereinfachung von Prozessen sowie
- die Erschließung von Versorgungseffizienzen.

Verantwortungsvoll und klug eingesetzt kann die Digitalisierung zur Verbesserung der medizinischen Versorgung und Prävention, des Services und der Kommunikation beitragen. Voraussetzung dafür ist die Gewährleistung der Datensicherheit.

Für die DAK-Gesundheit gilt die Maxime, dass die Versicherten Eigner ihrer Daten bleiben. Das informationelle Selbstbestimmungsrecht hat oberste Priorität. Die Versicherten entscheiden, wem sie welche Daten zur Verfügung stellen. Im Gegensatz zu den meisten digitalen Angeboten des zweiten Gesundheitsmarktes gilt dieser Grundsatz auch bei der Errichtung der Telematikinfrastruktur durch die gemeinsame Selbstverwaltung.

Mit der Telematikinfrastruktur, in deren Zentrum die elektronische Gesundheitskarte steht, werden fast 200.000 Ärzte und Zahnärzte, 2.000 Krankenhäuser, 26.000 Pflegeeinrichtungen, 20.000 Apotheken, 1.150 Rehabilitationseinrichtungen und 2,3 Millionen Beschäftigte im Gesundheitswesen sowie 70 Millionen gesetzlich Versicherte miteinander vernetzt. Dieser Prozess ist jedoch ins Stocken geraten. Die neue Regierung sollte deshalb zur Beschleunigung

Informationelles Selbstbestimmungsrecht prioritär

Aufbau der Telematikinfrastruktur beschleunigen



Erprobungsräume für Innovationen erweitern

Um Innovationen, die diese Kriterien erfüllen, den Zugang in die gesetzliche Krankenversicherung zu erleichtern, sollte das Regelwerk des SGB V um Erprobungsräume erweitert werden. Auf diesem Wege könnte z. B. das Fernbehandlungsverbot zugunsten telemedizinischer Angebote aufgehoben werden. Gerade angesichts des Bevölkerungswandels und der damit verbundenen Herausforderungen für eine gute medizinische Versorgung bietet die Telemedizin vor allem in den ländlichen Regionen neue Möglichkeiten, die insbesondere älteren und chronisch Kranken Menschen zugutekommen. Die Erkenntnisse solcher Erprobungsmöglichkeiten sollten durch eine verbindliche Evaluation und Dokumentation gesichert und veröffentlicht werden.

Patientenkompetenz stärken

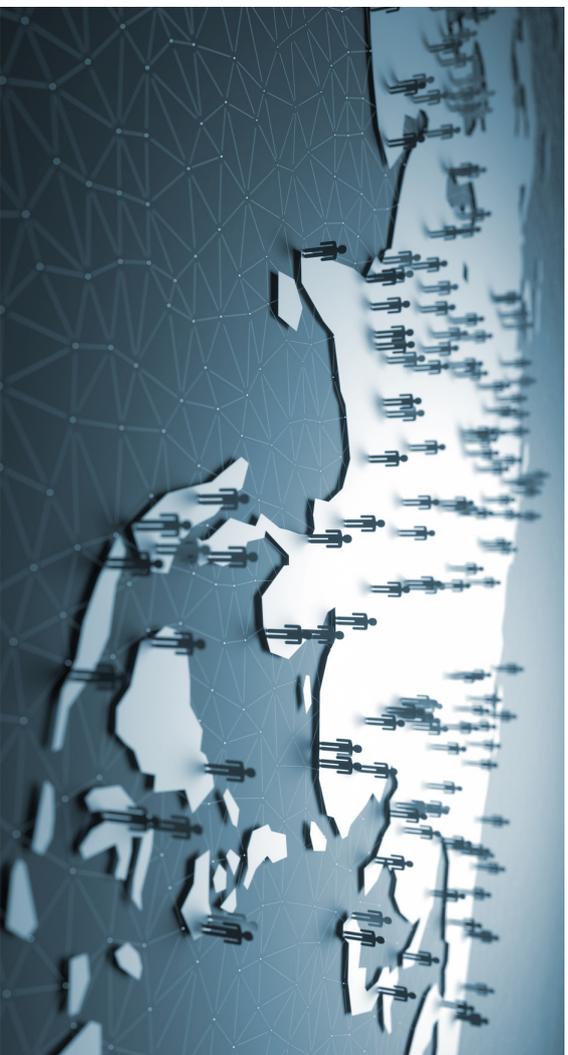
Die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Patienten zählt zu den großen Chancen und Herausforderungen der Digitalisierung. Ein wichtiger Aspekt ist die Vermittlung von seriösem, objektivem und wissenschaftlich gesichertem Wissen. Zahlreiche über das Internet vertriebene Gesundheitsinformationen sind jedoch qualitativ unzureichend bzw. wissenschaftlich nicht gesichert oder ausschließlich von kommerziellen Interessen geleitet. Medizinische Laien können noch weniger als professionelle Nutzer (z. B. Ärzte) die Seriosität der Informationen im Internet überprüfen, geschweige denn beurteilen. Umso wichtiger ist es, für höhere Transparenz sowie nutzerorientierte und qualitätsgeprüfte Informationen zu sorgen. Dazu könnte z. B. in Deutschland ein Gesundheitsportal errichtet werden, auf dem alle wichtigen Informationen rund um das Gesundheitswesen in hoher Qualität und verständlicher Form abgerufen werden können.

Um Patienten die Sicherheit ihrer Daten bei der Nutzung von digitalen Anwendungen (Apps etc.), die therapeutischen oder diagnostischen Zwecken dienen, zu gewährleisten, müssen diese als Medizinprodukte zertifiziert werden und die entsprechenden Anforderungen an Qualität und Sicherheit erfüllen. Es ist Aufgabe der Politik, dazu beizutragen, mehr Klarheit zu schaffen, nach welchen anwendungsgerechten Kriterien eine Klassifizierung und Zertifizierung vorgenommen wird.

Interoperabilität herstellen

In Deutschland existieren mehr als 200 unterschiedliche IT-Systeme in der ambulanten und stationären Versorgung. Bisher sind sie nicht darauf ausgelegt, miteinander in einer für alle Systeme verständlichen Form Informationen auszutauschen – sie sind nicht interoperabel. Das hemmt nicht nur Verbesserungen der Versorgung und Entwicklungen neuer Produkte, sondern schadet auch den Patienten, da sie sich nicht sicher sein können, dass die notwendigen Informationen über ihren Gesundheitszustand dort vollständig und strukturiert zur Verfügung stehen, wo sie am nächsten benötigt werden. Interoperabilität ist deshalb kein Selbstzweck, sondern die grundlegende Voraussetzung für eine strukturierte Übermittlung digitalisierter Gesundheitsdaten. Die DAK-Gesundheit begrüßt daher den Aufbau eines Interoperabilitätsverzeichnisses.

Während sich die Telematikinfrastruktur im deutschen Gesundheitswesen noch im Aufbau befindet, kommen beinahe täglich neue kommerzielle digitale Gesundheitsanwendungen – überwiegend von großen Smartphone-Anbietern oder globalen Konzernen – auf den Markt. Hier gilt es, die Spreu vom Weizen zu trennen. Die Anwendungen dürfen nicht der Kommerzialisierung von Daten dienen, sondern sollten Schrittschleifen überwinden, sektorale Versorgungsstrukturen verbinden und damit die Versorgungslandschaft für die Patienten transparenter gestalten, die Zugangsmöglichkeiten zu medizinischer Versorgung und Beratung erleichtern und vereinfachen sowie die Erreichbarkeit und den Service von Krankenkassen und Behandlern verbessern.



4. Demografische Herausforderungen annehmen

Die demografische Entwicklung in Deutschland beeinflusst zunehmend das Gesundheitssystem. Dabei wirken sich Umfang und Struktur der Bevölkerung gleichermaßen auf Nachfrage und Angebot von Gesundheitsleistungen aus. Maßgeblich für die Bevölkerungsentwicklung ist die zunehmende Alterung der Gesellschaft. Durch die – in Teilen weiter anhaltende – hohe Zuwanderung in den vergangenen Jahren kann dabei zwar Tempo und Ausmaß der Alterung gemindert werden, sie ist jedoch weder aufzuhalten noch umkehrbar. Das Statistische Bundesamt geht in seinen Bevölkerungsvorausberechnungen davon aus, dass der Anteil der Personen im Rentenalter (> 67 Jahre) gemessen an der Gesamtbevölkerung von 19 Prozent 2013 voraussichtlich auf 29 Prozent im Jahr 2040 steigen wird.

Eng verknüpft mit der demografischen Alterung der Bevölkerung und einer weiter steigenden höheren Lebenserwartung ist ein Anstieg des individuellen Krankheitsrisikos. Multimorbidität und chronische Erkrankungen wie Diabetes, Herz-Kreislauf- und Krebskrankungen, aber auch Adipositas sind dabei besonders relevant. Zudem steigen jährlich die Zahlen der demenziellen Neuerkrankungen und damit auch der Bedarf an entsprechenden Versorgungsstrukturen. Bereits heute sind die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Versicherte in der Altersspanne zwischen 50 und 80 Jahren besonders hoch.

Gleichwertige Versorgungsbedingungen herstellen

Der demografische Wandel wirkt sich regional sehr unterschiedlich aus: Während in wirtschaftsstarken Regionen und Ballungsgebieten mit einer vergleichsweise jungen Bevölkerung die Zahl medizinischer und pflegerischer Angebote steigt, nimmt in strukturschwächeren und vorrangig ländlichen Regionen mit

zunehmender Alterung und sinkender Einwohnerzahl das Angebot an medizinischer Versorgung ab. Daraus ergeben sich eine strukturelle Schiefe und die Notwendigkeit, gleichwertige Versorgungsbedingungen herzustellen.

Die demografische Entwicklung stellt auf diese Weise die sozialen Sicherungssysteme – und hier insbesondere die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung – vor große Herausforderungen. Zudem setzen weitere Komponenten wie der medizinisch-technische Fortschritt und die Digitalisierung das Gesundheitswesen stark unter Druck. Einem Bericht des Ausschusses für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung des Deutschen Bundestages aus dem Jahre 2015 zufolge zeigen Studien, dass zwischen einem Viertel und der Hälfte der gestiegenen Gesundheitsausgaben allein dem medizinisch-technischen Fortschritt zugeschrieben werden können.

Der medizinisch-technische Fortschritt und eine zunehmende Digitalisierung im Gesundheitswesen tragen dazu bei, die Anzahl an beschwerdefreien Lebensjahren zu steigern und führen damit zu einer höheren Lebenserwartung. Der medizinische Fortschritt verursacht jedoch auch deutliche Kostensteigerungen und die höhere Lebenserwartung treibt den demografischen Wandel und den damit verbundenen Anstieg des individuellen Krankheitsrisikos weiter voran. Gleichzeitig vermindert sich die Einnahmebasis der gesetzlichen Krankversicherung dadurch, dass die höheren Beiträge aus Erwerbsarbeit sinken, während die niedrigen Beiträge aus Renten zunehmen.

Selbst bei Hebung aller Effizienzreserven besteht damit grundsätzlich die Gefahr einer Überlastung der finanziellen Grundlagen des Gesundheitssystems. Um einer daraus resultierenden Rationalisierungsdebatte begegnen zu können, sollte sich der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen mit der Thematik befassen. Ein entsprechendes Sondergutachten sollte die sich zurzeit recht dynamisch verändernden Rahmenbedingungen wie Urbanisierung und Migration sowie die Folgen der Digitalisierung für den Arbeitsmarkt aufgreifen und Empfehlungen für die Kranken- und Pflegeversicherung aussprechen.

Auftrag an den Sachverständigenrat



4.1. Versorgungsmanagement ausbauen

Die Alterung der Gesellschaft führt zu einer Zunahme chronischer und multimorbider Patienten mit oft komplexen Krankheitsverläufen. Gerade chronische Erkrankungen erfordern eine schrittstellenübergreifende Versorgung, die über die Akutversorgung hinausgeht und die Zusammenarbeit mehrerer Leistungserbringer erfordert. Aber die zahlreichen neuen Behandlungsmöglichkeiten sowie die zunehmende Spezialisierung und Arbeitsteilung in der Medizin führen häufig zu Brüchen in der Versorgungskette. Damit werden Behandlungsziele gefährdet, die bei einer optimalen Versorgung möglich wären.

Versorgungsmanagement immer wichtiger

In der täglichen Praxis wird immer deutlicher, dass ein gut funktionierendes Versorgungsmanagement durch die Krankenkassen unerlässlich ist. Darunter versteht man die Unterstützung der Versicherten im Behandlungsprozess.

Chronisch Kranke, Patienten in komplexen Versorgungszusammenhängen und tendenziell ältere Patienten erleben das Gesundheitswesen als leistungsfähig und hochqualitativ. Sie empfinden jedoch das System als wenig koordiniert und patientenorientiert, insbesondere bei

- der Suche nach geeigneten Therapien, Ärzten und anderen Institutionen,
- abgestimmten Terminvereinbarungen und Wartezeiten,
- der Zusammenarbeit bei vor- und nachgelagerten Interventionen,
- Doppeluntersuchungen beim Zusammenspiel der Akteure,
- der Beratungsinnensträt und der personalen Zuwendung,
- der schnellen und präzisen Übermittlung von Diagnose- und Befundinformationen sowie bei
- verständlichen Informationen zu Krankheiten und Versorgungsprozessen.

An diesen Punkten setzt ein aktives Versorgungsmanagement an, bei dem auch die Digitalisierung eine zentrale Rolle spielt.

Krankenkassen haben den gesetzlichen Auftrag, eine „ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche“ Versorgung ihrer Versicherten sicherzustellen. Doch dies ist oftmals aufgrund der rechtlichen Rahmenbedingungen nicht umsetzbar. Es mangelt an einem umfassenden gesetzlichen Auftrag an die Krankenkassen, aktives Versorgungsmanagement zu betreiben. Die Rolle der Krankenkassen ist formaljuristisch betrachtet passiv angelegt. Auch die derzeitigen Bestimmungen des Sozialdatenschutzes sind häufig ein Hindernis, insbesondere bei der Ermittlung und Behebung von Versorgungslücken. Dies zeigen die folgenden Beispiele:

- Eine Auswertung der kasseneigenen Datenbestände ist lediglich im Rahmen der Versorgungsforschung möglich. Als Eigen- und Drittforschung stellen sie wichtige Instrumente dar, um epidemiologische Erkenntnisse und Hinweise auf Krankheitszusammenhänge und -häufigungen zu gewinnen. Um indes versicherterbezogene Versorgungslücken zu identifizieren und zu beheben, lassen sich die durch Versorgungsforschung gewonnenen anonymisierten bzw. pseudonymisierten Erkenntnisse nicht nutzen.
- Damit die Krankenkassen den Auftrag, eine adäquate Versorgung sicherzustellen, erfüllen können, ist eine entsprechende gesetzliche Aufgabenzuweisung erforderlich. Krankenkassen sollten die Möglichkeit erhalten, selbst Versorgungsmanagement zu betreiben. Dazu benötigen sie die rechtliche Legitimation. Lediglich im Bereich der Disease-Management-Programme (DMP) – und somit letztlich für derzeit sechs anerkannte Erkrankungen – sind die Krankenkassen ermächtigt, Versicherte für die Teilnahme an einer unterstützenden Maßnahme zu gewinnen.

Aktives Versorgungsmanagement kann einen bedeutenden Beitrag zur Qualität und Effizienz der Versorgung leisten. Der Bedarf wird weiter steigen. Es sind die notwendigen rechtlichen Regelungen zu schaffen, um gesicherte Erkenntnisse über versicherterbezogene Versorgungslücken gewinnen zu können. So sollte die Definition des Versorgungsmanagements in § 11 Abs. 4 SGB V nicht auf den Sektorenübergang beschränkt, sondern erweitert werden. Damit könnten die Krankenkassen die Leistungserbringer künftig nicht nur unterstützen, sondern selbst Versorgungsmanagement betreiben.

Entsprechend dieser Aufgabenzuweisung sind die erforderlichen Regelungen des Sozialdatenschutzes (§ 294 SGB V) anzupassen. Dies ist wichtig, weil die derzeitigen sozialdatenschutzrechtlichen Regelungen nicht die mit dem Einzug der Digitalisierung veränderten Rahmenbedingungen aufgreifen. Dies birgt die Gefahr, dass die öffentliche Gesundheitsversorgung durch Strukturen privater Anbieter (Google etc.) überholt wird.

Gesetzlicher Auftrag an Krankenkassen erforderlich

Sozialdatenschutz anpassen



4.2. Adipositas – eine unterschätzte Krankheit auf dem Vormarsch

Multimorbide, chronisch kranke Patienten zu beraten und durch komplexe Behandlungsprozesse mit Hilfe eines aktiven Versorgungsmanagements zu begleiten, zählt zu einer der wichtigsten Aufgaben der Krankenkassen. Bei einer höchst relevanten chronischen Erkrankung, nämlich Adipositas, müssen allerdings zunächst noch die leistungsrechtlichen Grundvoraussetzungen geschaffen werden, damit überhaupt eine adäquate Versorgung erfolgen kann.

Die Zahl der Menschen, die in Deutschland an Adipositas leiden, nimmt seit Jahren kontinuierlich zu. Inzwischen ist fast ein Viertel der erwachsenen Bevölkerung betroffen. Zudem nehmen die schweren Formen der Adipositas zu, die zu besonders hoher Krankheitslast und steigenden Kosten führen. Das liegt vor allem an den über 60 Begleiterkrankungen wie etwa Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Typ-2-Diabetes, bestimmten Krebserkrankungen sowie Erkrankungen des Bewegungsapparates.

Obwohl Adipositas seit dem Jahr 2000 als Erkrankung anerkannt ist, werden Betroffene immer noch unter- und fehlversorgt. Mit Ausnahme der zunehmenden chirurgischen Eingriffe werden derzeit kaum Behandlungen im Rahmen der Regelversicherung zu Lasten der GKV angeboten.

Dabei existiert eine S3-Leitlinie der Deutschen Adipositas Gesellschaft e.V., in der die notwendigen Therapieoptionen aufgezählt werden. Dazu gehören sowohl Einzeltherapien in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Verhalten als auch multimodale, kombinierte Therapieoptionen. Zum überwiegenden Teil gehören diese Leistungen derzeit allerdings nicht zur Regelversicherung der GKV.

Durch eine konsequente und frühe Behandlung der Adipositas im Rahmen der konservativen Therapien – vornehmlich im Sinne moderner interdisziplinärer

Ernährungstherapien – könnte die Versorgung der Menschen mit Adipositas erheblich verbessert werden. Zu diesem Ergebnis kommen Untersuchungen der DAK-Gesundheit und des IGES Instituts. Nach einer entsprechenden Laufzeit einer optimierten Versorgung ließen sich mittelfristig sowohl die Zahl der Menschen mit Adipositas als auch die Behandlungskosten reduzieren. Die DAK-Gesundheit hat daher gemeinsam mit medizinischen Experten ein Konzept für eine leitliniengerechte Adipositas-Versorgung im Rahmen der GKV-Regelversicherung entwickelt.

Voraussetzung für die Umsetzung dieses modernen Versorgungskonzeptes ist, dass sowohl die Ernährungs- als auch die Bewegungstherapie als Heilmittel für Menschen mit Adipositas in die Regelversorgung aufgenommen und damit auch entsprechende Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ausgelöst werden.

4.3. Betriebliches Gesundheitsmanagement weiterentwickeln

Der zunehmende Arbeitskräftemangel, die steigenden Anforderungen an die Beschäftigten und die zunehmende Komplexität der Arbeit stellen die Betriebe vor enorme Herausforderungen. Der wirtschaftliche Erfolg eines Unternehmens wird künftig verstärkt davon abhängen, inwieweit es dem Betrieb gelingt, die tiefgreifenden demografischen Veränderungen am Arbeitsmarkt erfolgreich zu meistern.

Ziel der betrieblichen Gesundheitsförderung und des betrieblichen Gesundheitsmanagements der DAK-Gesundheit ist es, gemeinsam mit den Unternehmen eine Gesundheitskultur zu entwickeln und die Umsetzung von Projekten organisatorisch und fachlich zu unterstützen. In vielen Fällen ist dabei eine trägerübergreifende Zusammenarbeit von Krankenkassen, Renten- und Unfallversicherung sowie Arbeitgebern notwendig.

Die Finanzverantwortung beim betrieblichen Gesundheitsmanagement liegt nicht allein bei den Krankenkassen, sondern auch bei den Arbeitgebern sowie den übrigen Sozialversicherungssträgern und der privaten Krankenversicherung. Auch die Steuergesetzgebung kann wichtige Anreize für die Aktivitäten der Arbeitgeber setzen. So stärkte bereits die Einführung eines Steuerfreibetrags das Engagement der Arbeitgeber deutlich. Durch eine Anhebung des Freibetrags können weitere Impulse gesetzt werden.

Notwendige Therapien
in GKV-Leistungskatalog
aufnehmen

Steuerfreibetrag
erhöhen



4.4. Soziale Pflegeversicherung zukunfts-fest gestalten

Obwohl die Folgen des demografischen Wandels erst ab 2030 besonders deutlich werden, gibt es bereits heute Hinweise auf die bevorstehende Entwicklung. So steigt die Zahl der Ein-Personen-Haushalte kontinuierlich an. In großen Städten leben bereits heute über 40 Prozent der Menschen allein. Die damit einhergehenden Veränderungen der Lebensgestaltung und Bedürfnisse der künftigen älteren Generation sowie der kontinuierlich anwachsende Pflegebedarf stellt auch die Pflegeversicherung vor enorme Herausforderungen. Dies gilt sowohl für den Bereich der Versorgung und Leistungsgestaltung als auch für die Finanzierung.

Aktuelle Berechnungen gehen davon aus, dass die Zahl von insgesamt rund 2,8 Millionen Pflegebedürftigen im Jahre 2015 auf voraussichtlich rund 3,5 Millionen im Jahr 2030 und rund 4,6 Millionen Pflegebedürftige im Jahr 2050 steigt. Dies wird zu Ausgabenzuwächsen in der sozialen Pflegeversicherung führen. Verschärfend kommt hinzu, dass aufgrund des demografischen Wandels der Anteil der erwerbsfähigen Personen an der Gesamtbevölkerung abnehmen wird. So werden 2030 rund 700.000 Erwerbspersonen weniger in die soziale Pflegeversicherung einzahlen als dies noch 2014 der Fall war.

Finanzierung langfristig sichern

Um die Finanzierungsgrundlagen langfristig zu stabilisieren, ist der bislang fehlende Solidarausgleich zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung herzustellen. Denn bei gleichen Leistungsvoraussetzungen und -ansprüchen für gesetzlich wie privat versicherte Pflegebedürftige sind die Risiken höchst unterschiedlich verteilt: Privatversicherte sind weitaus weniger von Pflegebedürftigkeit betroffen, was sich deutlich in den Leistungsansgaben widerspiegelt. Dies hat in den vergangenen Jahren dazu geführt, dass die privaten Versicherungsunternehmen neben den notwendigen individuellen Altersrückstellungen große Überschüsse anhäufen konnten, Gelder, die der Pflegeversicherung insgesamt

fehlen. Ein Finanzausgleich würde die gesetzliche Pflegeversicherung um bis zu zwei Milliarden Euro entlasten.

Mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz (PSG I) wurde der Pflegevorsorgefonds eingeführt. In den Fonds fließen 0,1 Beitragspunkte als Sondervermögen, das ab 2035 wieder der sozialen Pflegeversicherung zugeführt werden soll. Damit soll der demografiebedingte Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen abgefedert werden. Der Fonds ist jedoch eine Fehlkonstruktion, weil das Geld am Kapitalmarkt nicht sicher ist und durch die aktuellen Negativzinsen sogar Verluste entstehen. Im Übrigen ist der Fonds ohnehin nicht ausreichend mit Mitteln ausgestattet, um seinen Zweck zu erfüllen. Er sollte daher aufgelöst und die Mittel der pflegerischen Versorgung der Betroffenen zugeführt werden, wodurch auch eine Haushaltskonsolidierung der sozialen Pflegeversicherung erreicht würde.

Mit der Dynamisierung der Leistungsbeiträge durch das PSG I wurde eine Regelung in das SGB XI aufgenommen, wonach die Bundesregierung alle drei Jahre eine Anpassung der Leistungsbeiträge prüft. Die erste Prüfung soll 2020 erfolgen. Als Orientierungswert dient dabei die kumulierte Preisentwicklung der letzten drei abgeschlossenen Kalenderjahre in Abhängigkeit der Bruttohahntwicklung im gleichen Zeitraum.

Der Prüfauftrag ist gut, greift aber zu kurz, weil dessen Ergebnisse keine verbindlichen Leistungsanpassungen zur Folge haben. Die DAK-Gesundheit fordert daher, dass die Vorschrift sowie die damit verbundenen Orientierungswerte in eine verbindliche Regelung überführt werden und die Dynamisierung an eine volkswirtschaftliche Kerngröße wie zum Beispiel die Preisentwicklung oder die Entwicklung der Grundlohnsomme gekoppelt wird. Damit wäre die Wertstabilität der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung dauerhaft gesichert. Eine solche Regelung würde die Pflegebedürftigen nachhaltig vor einer schleichenden Entwertung ihrer Pflegeleistungen schützen.

Dynamisierung der Leistungsbeiträge verbindlich festschreiben



5. Finanzierung festigen

Der Gesetzgeber hat das Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung zum Jahresbeginn 2015 wesentlich verändert. Der allgemeine Beitragssatz wurde von damals 15,5 Prozent auf 14,6 Prozent abgesenkt und festgeschrieben. Arbeitnehmer und Arbeitgeber tragen jeweils die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes, also 7,3 Prozent. Da die Gesamtausgaben der GKV auch künftig die Gesamteinnahmen des Gesundheitsfonds überschreiten, wird der dadurch stetig zunehmende Finanzierungsbedarf ausschließlich von den Mitgliedern der GKV durch den einkommensabhängigen kassenindividuellen Zusatzbeitrag finanziert. 2015 betrug der GKV-weite durchschnittliche Zusatzbeitragssatz 0,9 Prozent. Für die Jahre 2016 und 2017 stieg er auf 1,1 Prozent. Für seine Konstanz 2017 sorgte eine Entnahme von 1,5 Mrd. Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Nach Berechnungen des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) wird der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz bis 2020 auf 1,8 Prozent ansteigen. Damit droht sich das schon bestehende finanzielle Ungleichgewicht noch weiter zu Lasten der GKV-Mitglieder zu verschleppen.

Nur eine nachhaltige Finanzierung gewährleistet, dass die Ausgabenentwicklung in der GKV im Einklang mit den Einnahmen steht. Aus Sicht der DAK-Gesundheit müssen deshalb folgende Forderungen von der Politik nachdrücklich umgesetzt werden:

- Die Arbeitgeber müssen mehr Verantwortung für eine leistungsfähige und effiziente Gesundheitsversorgung übernehmen. Es ist zur paritätischen Beitragsfinanzierung zurückzukehren. Denn die solidarische Absicherung des Krankheitsrisikos, die schnelle und umfassende Versorgung im Krankheitsfall sind elementare Leistungen, die auch zur Sicherung und Wiederherstellung der Arbeitskraft beitragen und damit zu gleichen Teilen im wohlverstandenen Eigeninteresse von Arbeitnehmern und Arbeitgebern liegen. Die Wiederherstellung der paritätischen Beitragsfinanzierung stärkt den gesellschaftlichen Zusammenhalt und

Neue Pflegekonzepte für Demenzkranke entwickeln

Bis zu 1,6 Millionen Menschen sind bereits heute in Deutschland an Demenz erkrankt. Ihre Versorgung stellt angesichts des demografischen Wandels eine immer größere Herausforderung für das Gesundheits- und Sozialwesen dar. Experten gehen davon aus, dass sich die Zahl der demenziell erkrankten Menschen bis zum Jahr 2050 nahezu verdoppeln könnte. Wer pflegebedürftig wird, möchte meist so lange wie möglich in seiner vertrauten Umgebung bleiben. Um diese Anforderungen zu meistern, sind ein barrierefreies und seniorengerechtes Umfeld sowie eine bessere technische Vernetzung der ambulanten Versorgung und Akteure in der Pflegeversicherung von großer Bedeutung. Neue Konzepte wie geförderte Wohngemeinschaften rücken dabei ebenso in den Fokus wie die unbedingt notwendige Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure in der Versorgungskette.

Information und Beratung der Pflegebedürftigen und deren Angehöriger gewinnen zunehmend an Bedeutung. Dies gilt insbesondere auch, weil das Leistungsspektrum sehr vielschichtig und komplex ist. Deshalb ist es wichtig, keine zusätzlichen Beratungsstrukturen aufzubauen, sondern die vorhandenen Angebote stärker zu vernetzen. Die Transparenz für die Bürger muss gewahrt werden. Doppelstrukturen in der Beratung sind nicht nur aus ökonomischer Sicht problematisch, sondern insbesondere auch deshalb abzulehnen, weil die Qualität der Beratung und die Übersichtlichkeit des Pflegemarktes eben nicht mit der Zahl der Anbieter steigen.

Die Trennung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor wird künftig immer weniger sichtbar sein. Umso wichtiger ist eine pflegerische Ausbildung, die der Versorgung der Menschen in allen Bereichen gerecht wird. Zudem ist bereits heute – und wegen der demografischen Entwicklung künftig noch verstärkt – eine breite Fachkräftebasis notwendig. Ziel muss es daher sein, die Profession Pflege auch für die nachwachsenden Generationen attraktiv zu gestalten.

Eine gemeinsame Ausbildung der Kinder-, Alten- und Krankenpflege stärkt die Ressourcen in der Pflege und bietet den Absolventen die Chance von Berufsalternativen. Die DAK-Gesundheit unterstützt deshalb eine generalistische und flexible Ausbildung in den Pflegeberufen sowie eine geregelte, qualitätsgesicherte Fort- und Weiterbildung.

Pflegeberatung aus einer Hand

Pflegeberufe stärken

Eine gemeinsame Ausbildung der Kinder-, Alten- und Krankenpflege stärkt die Ressourcen in der Pflege und bietet den Absolventen die Chance von Berufsalternativen. Die DAK-Gesundheit unterstützt deshalb eine generalistische und flexible Ausbildung in den Pflegeberufen sowie eine geregelte, qualitätsgesicherte Fort- und Weiterbildung.

Paritätische Beitragsfinanzierung



6. Faire Wettbewerbsbedingungen schaffen

- Die Finanzierung im Gesundheitsfonds, die über der gesetzlich festgelegten Mindestreserve liegen, sind für die Versorgung der Versicherten zu nutzen und somit an die Krankenkassen zurückzuführen.
- Die Finanzmittel im Gesundheitsfonds, die über der gesetzlich festgelegten Mindestreserve liegen, sind für die Versorgung der Versicherten zu nutzen und somit an die Krankenkassen zurückzuführen.
- Auskömmliche Beiträge seitens des Bundes für die Versicherung von Arbeitslosengeld-II-Empfängern würden die GKV jährlich in Milliardenhöhe entlasten. Die bislang durchschnittlich gewährten 90 Euro je Versicherten (2016) sind bei weitem nicht kostendeckend.

Verbindlicher Bundeszuschuss

Für versicherungsfremde Leistungen der Krankenkassen wie zum Beispiel die betragstreue Mitversicherung von Kindern, Erblindungen und Mutterschaftsleistungen muss künftig ein Erstattungsanspruch gegenüber dem Bund bestehen. Die Schwankungen des Bundeszuschusses zeigen deutlich die Beliebigkeit der Mittelzuwendung. Die gesetzliche Festschreibung eines Erstattungsanspruchs aus Bundesmitteln würde dagegen für eine verlässliche Finanzierung sorgen.

Grundlegende Voraussetzung für einen funktioneierenden Wettbewerb zwischen den Krankenkassen ist ein fairer, justierter Risikostrukturausgleich. Der mehrfunktionsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) in seiner aktuellen Ausgestaltung wird dem Ziel, faire Wettbewerbsbedingungen zwischen den Krankenkassen zu schaffen, nicht gerecht. Es zeigt sich: Manche Krankenkassen werden ungerechtertzt besser gestellt, andere systematisch benachteiligt. Die kassenindividuellen Zusatzbeitragsätze sind heute im Wesentlichen Ergebnis der jeweiligen kassenspezifischen RSA-Wirkungen. Mit Erlass des Bundesministeriums für Gesundheit wurde der Wissenschaftliche Beirat beim BVA beauftragt, bis zum 30. September 2017 in einem Sondergutachten die Wirkungen des Morbi-RSA zu überprüfen sowie die Folgen relevanter Reformvorschlge empirisch abzuschätzen. Die DAK-Gesundheit setzt sich bereits seit längerem gemeinsam mit dem vdek für die Weiterentwicklung des Morbi-RSA ein, damit für die Krankenkassen in Deutschland faire Bedingungen im Wettbewerb untereinander entstehen:

Erkrankungen mit extremen Kostenausreißern können durch ein Klassifikationsverfahren wie den RSA systemimmanent nicht angemessen abgebildet werden. Ein Hochrisikopool gehört daher zwingend zu einem guten Ausgleichssystem. Er ist vergleichbar mit einer Rückversicherung, über die eine Privatversicherung bestimmte Risiken absichert. Bereits 2002 bis 2008 war deshalb in der GKV ein Risikopool Teil des Ausgleichsystems. Ein Hochrisikopool würde auch dazu beitragen, die finanziellen Belastungen, die z.B. durch die Verordnung besonders hochpreisiger neuer Arzneimittel entstehen, abzufangen. Aus Sicht der DAK-Gesundheit sollte der Hochrisikopool Kosten ab einer Schwelle von 100.000 Euro ausgleichen. Dabei gilt für die Krankenkassen ein Selbstbehalt von 20 Prozent, um weiterhin einen Anreiz für wirtschaftliches Verhalten zu setzen.

Wiedereinführung eines Hochrisikopools



Einführung einer Versorgungsstrukturkomponente

Die vorhandenen erheblichen Unterschiede in den regionalen Versorgungsstrukturen und die damit verbundenen regional unterschiedlichen Kosten wirken wettbewerbsverzerrend, da diese Unterschiede derzeit keine Berücksichtigung im Morbi-RSA finden. Die Krankenkassen haben auf die Entwicklung dieser Strukturen so gut wie keinen Einfluss. Krankenkassen, die nur in Regionen mit besonders günstigen Versorgungsstrukturen tätig sind, haben einen Wettbewerbsvorteil gegenüber Krankenkassen, die in Regionen mit einer hohen Versorgungsdichte aktiv sind. Die DAK-Gesundheit schlägt deshalb vor, den Morbi-RSA um eine Versorgungsstrukturkomponente unterhalb der Ebene der Bundesländer zu erweitern.

Veränderte Krankheitsauswahl

Der Gesetzgeber hat bei der Einführung des Morbi-RSA geregelt, dass 50 bis 80 kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf ausgleichsfähig sind. Die Frage, welche Auswahlkriterien dafür zugrunde gelegt werden, war stets umstritten. Für die Jahre 2009 bis 2017 wurde festgelegt, der Häufigkeit einer Erkrankung stärkeres Gewicht als der Schwere einer Erkrankung zu geben. Heute ist erkennbar, dass diese Entscheidung zu Verwerfungen bei der Verteilung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds führt. Eine Umstellung der Berechnungsmethode auf eine logarithmische Prävalenzgewichtung kann diese Verwerfungen korrigieren.

Einheitliche Aufsicht

Gleichzeitig ist diese Maßnahme geeignet, Manipulationen bei der Kodierung von Erkrankungen vorzubeugen. Dies gelingt jedoch nur, wenn die Politik endlich für einheitliche Kodier-Richtlinien sorgt sowie eine zwischen Bund und Ländern unterschiedslose Aufsichtspraxis sicherstellt. Letzteres könnte z. B. gelingen, indem die Finanzaufsicht für alle Krankenkassen beim Bundesversicherungsamt gebündelt wird und die Landesaufsichten die Umsetzung der kollaktiv- und selektivvertraglichen Regelungen überwachen.

Die noch aus dem alten RSA (vor 2009) stammenden Zuschläge für Versicherte mit Erwerbsminderungsstatus sind überhöht und wirken wettbewerbsverzerrend. Erkrankungen, die einer Erwerbsminderungsrente zugrunde liegen, werden heute in der Regel im Morbi-RSA berücksichtigt. Ein indirekter Morbiditätsindikator wie der Erwerbsminderungsstatus ist daher überflüssig. Er ist auch deshalb ungeeignet, da er Zuweisungen der GKV an die Rechtslage der Rentenversicherung koppelt. Zwar leiden Menschen, die eine Erwerbsminderungsrente beziehen, in der Regel an komplexen gesundheitlichen Problemen, aber nicht alle Menschen mit denselben Problemen haben auch Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente. Selbstständige oder nicht Berufstätige können keine gesetzliche Erwerbsminderungsrente beziehen. In der Folge werden heute für gleiche Erkrankungen verschiedener Versicherter unterschiedliche Zuweisungen ermittelt.

Mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz aus dem Jahr 2014 wurde für die Berechnung der Zuweisungen für im Ausland lebende Versicherte eine Übergangslösung eingeführt, bei der die gesamten Zuweisungen für Auslandsversicherte auf die Summe der GKV-weit entstandenen Kosten begrenzt werden. Trotz dieser Maßnahme blieben auf Kassenebene immer noch wettbewerbsverzerrende Über- und Unterdeckungen bestehen. Die Krankenkassen selbst haben praktisch keine Möglichkeit, auf die Behandlung und deren Kosten im Ausland Einfluss zu nehmen. Diese Problematik ist in dem Gutachten zu den Zuweisungen für Auslandsversicherte (Wasem et al. 2016) richtig erkannt worden. Der dort empfohlene Lösungsansatz, Zuweisungen auf Grundlage der jährlichen landesspezifischen Rechnungssummen vorzunehmen, ist aus Sicht der DAK-Gesundheit praktikabel und einfach umzusetzen. Die weitere Beauftragung eines wissenschaftlichen Folgegutachtens erscheint vor diesem Hintergrund entbehrlich.

Wegfall von Zuschlägen für Erwerbsminderungsrentner

Neuregelung bei Auslandsversicherten

Herausgeber:

DAK-Gesundheit

Abteilung Unternehmenskommunikation
Nagelsweg 27–31, 20097 Hamburg

Gedruckt 03/2017

Berlin, Mai 2017

DGIV-POSITIONSPAPIER ZUR BUNDESTAGSWAHL 2017

- **Prinzip der Integrierten Versorgung stärker in Regelversorgungsstrukturen verwirklichen**
- **der wettbewerblichen Orientierung des Gesundheitswesens durch wettbewerblich ausgerichtete Rahmenbedingungen entsprechen**
- **bei Digitalisierung des Gesundheitswesens Wirtschaftlichkeitsgebot einhalten und Patientenrechte wahren**

1. Gesellschaftlichen Herausforderungen mit längerfristigen Konzeptionen begegnen**1.1.**

Der gesellschaftliche Wandel in Deutschland hat längst begonnen. Es ist absehbar, dass über mehrere Jahrzehnte hinweg die demografischen Veränderungen - verstärkt durch weitere außerhalb und innerhalb unseres Landes wirkende Einflüsse – die öffentlichen Kassen und die gesundheitliche Versorgung in unserem Land zunehmend belasten werden.

Diesen gesellschaftlichen Herausforderungen kann nur mit langfristigen und nachhaltigen wissenschaftlich begründeten Konzeptionen begegnet werden. Die politische programmatische Vorbereitung auf die Bundestagswahlen 2017 muss deshalb auch in ihrem gesundheitspolitischen Teil Zielstellungen beinhalten, die perspektivisch deutlich über die Regierungszeit der Legislaturperiode hinausgehen und in eine transparente langfristige Konzeption eingebunden sind.

1.2.

Die Ergebnisse der Regierungsarbeit der letzten Legislaturperioden waren auf dem Gebiet des Gesundheitswesens – soweit ersichtlich – noch nicht im erforderlichen Maße von nachhaltigen, langfristigen, über mehrere Jahrzehnte gehenden Konzeptionen geprägt. Es ist notwendig, über kurzfristige Zielstellung für eine bevorstehende Regierungszeit hinaus zu gehen und Wege und Maßnahmen aufzuzeigen, mit denen unserer heutigen Verantwortung für die längerfristige Gestaltung eines effizienten, modernen Gesundheitssystems unter Einbeziehung beider Elemente der Krankenversicherung (GKV und PKV) ohne althergebrachte sektorale Hindernisse besser entsprochen wird als bisher.

Im Wissen um die in unserem komplexen Gesundheitssystem vielfältig „verbackenen“ verkrusteten Strukturen werden wir hier um ein schrittweises Vorgehen über mehrere Regierungszeiten hinweg nicht umhin kommen. Solange diese Schritte erkennbare Bestandteile einer logischen konzeptionellen Abfolge sind, sind auch kurzfristig noch nicht eintretende positive Wirkungen und Erfolge zu akzeptieren.

2. Versorgungserfordernisse konsequenter umsetzen

2.1.

Im Schnittstellenbereich von ambulant und stationär bestehen nach wie vor die größten Effizienzreserven des deutschen Gesundheitssystems. Zur Ausschöpfung dieser Reserven ist es erforderlich, sich weniger von den Vorstellungen sektoraler Interessensträger leiten zu lassen, als vielmehr von den wissenschaftlich nachgewiesenen Anforderungen an eine moderne sektorenübergreifende Versorgung.

2.2.

Dabei sollte die Konsensfindung mit den Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung konsequenter an dem gesellschaftlichen Interesse zur Bewältigung der Herausforderungen des gesellschaftlichen Wandels in unserem Land ausgerichtet werden. Das gesundheitspolitische Programm einer Bundesregierung muss stärker als bisher von der konsequenteren Umsetzung wissenschaftlich begründeter Versorgungsnotwendigkeiten getragen sein als von einer verlustreichen Konsentierung divergierender versorgungspolitischer Positionen.

3. Große Herausforderungen verlangen adäquate Maßnahmen

3.1.

Das Gesundheitswesen ist ein Kernbereich der sozialen Absicherung der Bürgerinnen und Bürger. Die Veränderung gesundheitlicher Versorgungsstrukturen ist eine sehr verantwortungsvolle Angelegenheit. Dennoch ist es unverzichtbar, den erheblichen Auswirkungen des Wandels in unserer Gesellschaft auch mit erheblichen, erforderlichenfalls gravierenden Modernisierungen im System der gesundheitlichen Versorgung zu entsprechen.

Es versteht sich von selbst, dass die Absicherung solcher Maßnahmen von höchster Sachkunde und Wissenschaftlichkeit getragen sein muss. Eine Bundesregierung wird auch daran gemessen, inwieweit es ihr gelingt, die Auswertungen und Empfehlungen der Versorgungswissenschaft in konkreten Gesetzesinitiativen zu verwirklichen.

3.2.

Es ist zu konstatieren, dass diesbezügliche Vorlagen – insbesondere des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – bisher noch nicht mit der erforderlichen Konsequenz umgesetzt worden sind. Natürlich wäre es vermessen zu verlangen, jedes dieser Gutachten in Gänze zur Grundlage der Regierungsarbeit zu machen. Nicht jeder Vorschlag aus diesen Gutachten ist umsetzbar.

Dennoch ist es bezeichnend, dass das Sondergutachten 2012 des Sachverständigenrates Gesundheit (SVR-Gesundheit, Sondergutachten 2012, Kurzfassung, http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2012/GA2012_Kurzfassung.pdf) immer noch auch für die heutige Situation sehr aktuelle Vorschläge und Empfehlungen ausweist, die aus Sicht der DGIV in der Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens noch umgesetzt werden müssen, auch umgesetzt werden könnten, aber bisher nicht umgesetzt worden sind. Darunter zählen zum Beispiel:

- die Schaffung eines sektorenübergreifenden einheitlichen Ordnungsrahmens an der Schnittstelle ambulant-stationär (Ziff. 179),
- die Angleichung der Honorierungssystematik von stationären Kurzzeitfällen und vergleichbaren ambulanten Behandlungen, um einen Anreiz zur geringeren Auslastung und zur Beseitigung stationärer Überkapazitäten zu schaffen (Ziff. 181),
- alle Fragen der Honorarverteilung, die Selektivverträge und Bereinigung betreffen, sollten im Einvernehmen mit den Krankenkassen zu lösen sein (Ziff. 202),
- die Einbeziehung strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137 f) bis g) SGB V als Elemente in die integrierten Versorgungsformen (Ziff. 188),
- die Schaffung großer integriert tätiger Einheiten von Leistungserbringern, da diese

in der Lage sind, die spezifischen personellen, strukturellen und organisatorischen Ressourcen zu bündeln und so das vorhandene Rationalisierungspotential auszuschöpfen (Ziff. 143).

4. Prinzip der Integrierten Versorgung in Regelversorgungsstrukturen umsetzen

4.1.

Die Auswertung von Projekten zur Integrierten Versorgung gemäß § 140a SGB V hat gezeigt, dass die integrierte Zusammenarbeit von Leistungserbringern verschiedener Fächer und Sektoren immer dann zu den besten Versorgungseffekten führt, wenn die Patientenversorgung in diesen Projekten auf unter modernsten medizinischen Erkenntnissen gestalteten Patientenpfaden erfolgt und die Partner der Versorgung dabei koordiniert zum Zwecke der Optimierung der Patientenversorgung zusammen arbeiten.

Es ist nicht zuletzt eines der Hauptanliegen der Förderung integrierender Versorgungsprojekte durch den Innovationsfonds, in der Selektivversorgung bewährte Versorgungslösungen in die Regelversorgung zu überführen. Aus Sicht der DGIV hat es jedenfalls bisher an einer Bereitschaft zur Überführung dieser Erkenntnisse in die Regelversorgung gemangelt.

4.2.

Es ist bereits heute möglich, auch in der derzeitigen Regelversorgung Strukturen zuzulassen, die es deutlich besser als bisher ermöglichen, den Patienten sektorenübergreifende integrierte Versorgungsangebote auf besser koordinierten, gleichermaßen wirtschaftlichen wie qualitätsgesicherten Versorgungspfaden zu ermöglichen.

Dazu ist es allerdings in erster Linie erforderlich, auch in der Regelversorgung der integrierenden Selektivversorgung nachempfundene Versorgungsangebote zuzulassen.

4.3.

Der Schwerpunkt sollte hier aus Sicht der DGIV zunächst bei der Schaffung von Strukturen zur deutlich erleichterten integrierten Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Vertragsärzten liegen.

Krankenhäuser und Vertragsärzte sollten in die Lage versetzt werden, sich im freien Kon-

trahieren auf individualvertraglicher Grundlage zu einem sektorenübergreifenden Verbund in Gestalt eines Leistungserbringers zusammen zu schließen. Dieser Leistungserbringer ist in bestimmten Fächern und Disziplinen insbesondere für Indikationen, deren Behandlung sektorenübergreifend oder auch sektorengleich erfolgt, mit eigenen Rahmenbedingungen und Vergütungsregelungen tätig.

4.4.

Diese Struktur zeichnet sich durch vielerlei Vorteile und synergistische Effekte aus. Insbesondere stellt sie eine logische Weiterentwicklung von Elementen der bisher noch durch diverse Erschwernisse belasteten Versorgungsstrukturen ambulantes Operieren und ambulante spezialfachärztliche Versorgung, Belegarzt, Honorar- bzw. Kooperationsarzt, Praxisklinik und Entlassmanagement dar.

4.5.

Der „Krankenhaus-vertragsärztlicher Leistungserbringer–Verbund“ benötigt Rahmenbedingungen, die einerseits eine flexible Leistungserbringung unter Wahrung der Erkenntnisse der modernen Medizin ermöglichen, andererseits aber u. a. auch gewährleisten müssen, dass die vertraglichen Gestaltungen nicht von der wirtschaftlich stärkeren Krankenhausseite dominiert oder durch nicht medizinisch gerechtfertigte unlautere Zuweisungen zweckentfremdet werden. Dennoch wird die neue Struktur den Partnern dieses vertraglichen Verbundes ermöglichen, wie in der integrierten Selektivversorgung den Patienten ein effizientes sektorenübergreifendes Versorgungsangebot zu unterbreiten.

Es kann auch davon ausgegangen werden, dass für das Eingehen einer solchen Gemeinschaft auf vertragsärztlicher Seite geeignete Partner zur Verfügung stehen. In vielen Fächern existieren hoch spezialisierte fachärztliche Kompetenzzentren als MVZ oder Gemeinschaftspraxen einschließlich Praxiskliniken. Nur in Ausnahmefällen waren diese bisher in der Lage, ihre Leistungsfähigkeit in nach wissenschaftlichen Grundsätzen vorgenommenen Auswertungen nachzuweisen.

4.6.

Die in dieser neuen Versorgungsform zusammengeschlossenen Leistungserbringer müssen in die Lage versetzt sein, den Patienten einen ggf. sektorenübergreifenden Patientenpfad unter einem Dach zu eröffnen. Wie in der Integrierten Versorgung als Selektivversorgungsform auch könnten dazu die Patienten mit dem neuen Leistungserbringer Behand-

lungsverträge eingehen, auf deren Grundlage sie je nach Indikation und Behandlungsverlauf vom sektorenübergreifenden Versorgungsangebot ganz oder teilweise gemäß den Wirtschaftlichkeitsgeboten der §§ 12, 39 SGB V Gebrauch machen können.

Diese Gestaltungen können das Selbstbestimmungsrecht der Patienten gewährleisten, insbesondere auch dem Recht auf freie Arztwahl entsprechen. Auch muss hier die Zuführung von Patienten durchaus nicht mit berufs-, sozial- und strafrechtlichen Verboten kollidieren – im Gegenteil: Die neue Struktur eröffnet neue, flexiblere Möglichkeiten, das medizinisch Gebotene in effizienter und transparenter Art und Weise zu verwirklichen.

4.7.

Ein solcher Verbund kann aus Sicht der DGIV von Krankenhäusern und auf Vertragsarztseite mit den hier gegebenen Rechtsformen MVZ und Gemeinschaftspraxis (fachgleich und/oder –übergreifend) sowie Einzelpraxis eingegangen werden.

Diese Konstruktion lediglich Krankenhäusern mit in deren Trägerschaft befindlichen (eigenen) MVZ zu eröffnen, wäre zu kurz gedacht. Gerade weil sich durch diese Gestaltungen sektorenübergreifende Kompetenzzentren, die auch angemessene Berücksichtigung in der sektorenübergreifenden Bedarfsplanung der Länder finden, herausbilden sollen, sollte hier grundsätzlich jedem geeigneten Krankenhaus und jedem geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringer die Möglichkeit zum Vertragsschluss eröffnet werden.

Auch wenn hier für die Leistungserbringer das Prinzip der Vertragsfreiheit zur Anwendung kommt, sind dennoch dafür neue spezifische Rahmenbedingungen erforderlich. Hier lassen sich aus Sicht der DGIV u. a. durchaus auch Prinzipien anwenden, die bereits den Kooperationen in Gemeinschaftspraxen zu Grunde liegen.

5. Einheitlichen Ordnungsrahmen schaffen

5.1.

Die Frage, inwieweit Leistungserbringer im Schnittstellenbereich von ambulant und stationär zueinander im Wettbewerb stehen oder in einen solchen eintreten sollten, ist schon oft diskutiert worden. Bislang ist ein solcher Wettbewerb meist an fehlenden einheitlichen Rahmenbedingungen gescheitert.

Es ist gut, dass sich jetzt die Erkenntnis durchzusetzen scheint, dass ein Wettbewerb auch gleiche Wettbewerbsbedingungen braucht. Die DGIV begrüßt die Bestrebungen, zukünftig für einheitlichere Rahmenbedingungen in diesem wichtigen Bereich der medizinischen Versorgung zu sorgen.

5.2.

In diesem Zusammenhang reicht es aber nicht aus, die Bedarfsplanung und Vergütung gleicher Leistungen sektorenunabhängig zu gestalten, die sektorenübergreifende Qualitätssicherung auf der Grundlage gleicher Kriterien auszubauen und zu stärken sowie für mehr Transparenz im Leistungsgeschehen zu sorgen. Auch im Leistungsrecht und Leistungserbringungsrecht sollten die Angleichungen erfolgen, die allen Beteiligten gleichermaßen die Ausschöpfung der bestehenden Effizienzreserven ermöglichen.

Das erfordert ein grundsätzliches Umdenken im System der Finanzierung der Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen. Wenn eine Verstärkung des Trends hin zur Übertragung von Aufgaben der medizinischen Grund- und Notfallversorgung auf mehr Schultern als bisher einerseits und Konzentration fachärztlicher Ressourcen in größeren Kompetenzzentren andererseits erfolgen soll, muss dem auch – unabhängig von der Trägerschaft dieser Strukturen in vertragsärztlichen oder Krankenhaus-Händen – durch eine einheitliche Finanzierung und staatliche Förderung über Sektorengrenzen hinweg entsprochen werden. Auch hier wird man als Voraussetzung dafür nicht um eine objektive Auswertung der Leistungsergebnisse vergleichbarer Leistungserbringer umhin kommen.

6. Der wettbewerblichen Orientierung des Gesundheitswesens durch wettbewerblich ausgerichtete Rahmenbedingungen entsprechen

6.1.

Das Bundesministerium für Gesundheit formuliert auf seiner Homepage unter <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/herausforderungen/wettbewerb.html>:

„Wettbewerb im Gesundheitswesen nützt den Patientinnen und Patienten. Sie erhalten so eine größere Wahlfreiheit und am Ende eine bessere Behandlung. Wettbewerb im Gesundheitswesen ist also kein Selbstzweck, sondern der Weg zu einer besseren medizinischen

Qualität, zu mehr Effizienz und zu weniger Bürokratie. Um dies zu erreichen muss der Wettbewerbsgedanke zwischen den Anbietern medizinischer Leistungen, zwischen den Krankenkassen und im Verhältnis der Krankenkassen zu den Leistungserbringern – insbesondere zu Ärzten und Krankenhäusern – auch künftig gestärkt werden.“

Das Streben nach besserer medizinischer Qualität, mehr Effizienz und weniger Bürokratie als Zielstellungen für den Wettbewerb im System der gesundheitlichen Versorgung hat bisher weder eine öffentliche Ausprägung noch eine öffentliche Auswertung erhalten.

Werden keine besonderen Wettbewerbsanreize von dritter Seite ausgelobt, bestimmen die Bedingungen des Marktes, ob und wie stark sich ein Marktteilnehmer wettbewerblich betätigen muss.

6.2.

Die wettbewerbliche Orientierung im Gesundheitswesen wird sehr viel stärker von der Bundesregierung betont als von den Krankenkassen und Leistungserbringern selbst.

Die Gründe dafür liegen immer noch in den Bedingungen des Marktes, aus denen heraus derzeit wenig Motivation zur Wettbewerbsführung bei den Akteuren der gesundheitlichen Versorgung gesehen wird.

Diese unbefriedigende Situation kann nur durch Korrekturen in den Rahmenbedingungen der Krankenkassen und Leistungserbringer erreicht werden.

Dass der Innovationsfonds hier bereits zu einer Verstärkung der **wettbewerblichen** Anstrengungen im Sinne der o. g. Zielvorgaben der Bundesregierung führen wird, muss bezweifelt werden.

6.3.

Vor dem Hintergrund, dass immer noch der Großteil der Leistungen der Krankenkassen und Leistungserbringer verbindlich fixiert sind, wird am ehesten mit einem Qualitätswettbewerb zu rechnen sein. Hier darf im Bestreben um Leistungstransparenz, Qualitätsauswertung und Qualitätssicherung nicht nachgelassen werden.

Absehbar ist im Qualitätswettbewerb der Kassen die größere Flexibilität im Bereich der Selektivversorgung gegeben. Hier könnten insbesondere Wahltarife unter Einschluss von Qualitätsverträgen mit speziellen Krankenhäusern und fachärztlichen Kompetenzzentren Optionen für eine Belebung des Wettbewerbes darstellen (vgl. diesjähriges Sondergutachten 75 der Monopolkommission „Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem“ unter 2.3.2.3. erläutert http://www.monopolkommission.de/images/PDF/SG/s75_volltext.pdf).

7. „Ambulant vor stationär“ als Versorgungsprinzip umsetzen

Das Prinzip „ambulant vor stationär“ muss im stärkerem Maße umgesetzt werden. Die Grenzziehungen zwischen notwendigen stationären und möglichen ambulanten Behandlungen sollten laufend durch unabhängige Expertisen hinterfragt werden. Ob die ambulante Behandlung dann im Krankenhaus oder im niedergelassenen Bereich durchgeführt wird, ist im Prinzip zweitrangig, besondere regionale Gegebenheiten sollten allerdings hierbei berücksichtigt werden.

Das deutsche gesundheitliche Versorgungssystem hat im internationalen Vergleich einen hohen Stellenwert. Die Patienten laufen nicht Gefahr, aufgrund unzureichender medizinischer Standards nicht im notwendigen Maße versorgt zu werden.

Nachholebedarf besteht aber in der raschen Überführung des medizinisch qualitätsgesichert Machbaren von der vollstationären in die teilstationäre oder ambulante Versorgung. Auf diesem Gebiet braucht es mehr wissenschaftliche Auswertung der Versorgungs- und Behandlungsergebnisse und mehr Anreize in den (einheitlichen) Vergütungssystemen.

8. Digitalisierung des Gesundheitswesens muss Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen und Patientenrechte wahren

8.1.

Die DGIV begrüßt, dass die Digitalisierung des Gesundheitswesens nunmehr rasch vorangetrieben werden soll. Die Umsetzung des Prinzips der Integrierten Versorgung in der gesundheitlichen Versorgung kann letztlich nur auf einer einheitlichen IT-Basis mit einem Vernetzungsgrad, der den modernen Anforderungen an eine schnelle, zuverlässige und

rechtssichere Datenverfügbarkeit entspricht, erfolgen. Auch hier muss die Entwicklung von der sektoralen hin zur populationsorientierten und - im Rahmen des Notwendigen - individualisierten Gesundheitsversorgung konsequenter umgesetzt werden.

8.2.

Digitalisierung im Gesundheitswesen geht weit über die elektronische Patientenakte und – als deren Bestandteil – die elektronische Gesundheitskarte hinaus. Auch diese Prozesse müssen das Wirtschaftlichkeitsgebot gem. § 12 Abs. 1 SGB V wahren, nach dem die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Die Grenzbestimmungen brauchen hier hoch sensibles und sorgfältiges Herangehen.

8.3.

Das gilt auch für den Umgang mit dem Patientenrecht auf informationelle Selbstbestimmung und angrenzende Datenschutzrechte im Prozess der Digitalisierung. Einerseits erhebt die fortschreitende Vernetzung im Gesundheitswesen Anspruch auf möglichst schnelle und weitgehende Verfügbarkeit von Daten, andererseits muss immer noch gewährleistet werden, dass die Patienten über die Preisgabe und Verwendung ihrer Daten selbst bestimmen können und vor Auspähung und Missbrauch ihrer Daten geschützt werden.

Vor diesem Hintergrund muss auch definiert werden, welcher Datenzugang durch wen für eine moderne, effiziente, digitalisierte gesundheitliche Versorgung unter Wahrung des Grundrechtes auf informationelle Selbstbestimmung notwendig ist. Es ist nicht auszuschließen, dass die Auswertung der hier entstandenen wissenschaftlichen Erkenntnisse auch zu einer Modifizierung des derzeit im Datenschutz bestehenden Rechtsrahmens führt.

Dieser Prozess muss mit einer qualifizierten öffentlichen Diskussion einhergehen. Eine etwaige Einschränkung von Persönlichkeitsrechten – sei es auch nur in bestimmten Bereichen und durch gesellschaftliche sowie wissenschaftlich-technische Entwicklungen gut begründbar – verlangt eine sorgfältige wissenschaftliche Begründung, mit der man die Bürgerinnen und Bürger über hier erforderliche Modifizierungen umfassend aufklären kann.

9. Stärkeres Kostenbewusstsein bei Innovationen

Auch die Digitalisierung der gesundheitlichen Versorgung muss einen beachtlichen Beitrag zur Gewährleistung der Finanzierbarkeit der Versorgung leisten.

Darüber hinaus muss die Umsetzung der Erkenntnisse des wissenschaftlich- technischen Fortschritts in der Medizin zukünftig kostenbewusster erfolgen, insbesondere präziseren Kosten-Nutzen-Bewertungen unterzogen werden.

Dabei geht es nicht nur um Arzneimittel und Medizinprodukte, sondern auch um neue medizinische Verfahren und Methoden und deren verbindliche Vorgaben für die Leistungserbringung innerhalb der Sektoren und über Sektorengrenzen hinweg.

10. Positionspapier zur Entwicklung der sektorenübergreifenden gesundheitlichen Versorgung und Bedarfsplanung

Unter dieser Bezeichnung hat die DGIV am 01.12.2016 ihr Positionspapier 2016 veröffentlicht.

Das Positionspapier 2016 enthält sowohl Gedanken, die ergänzend zum Positionspapier 2017 herangezogen werden können, als auch weitere Stellungnahmen zu aktuellen Entwicklungserfordernissen im deutschen Gesundheitswesen.

Es ist unter <http://dgiv.org/positionspapier-2016/> einsehbar.

Impressum

Deutsche Gesellschaft für
Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e. V.
Friedrichstraße 183, D-10117 Berlin
Tel.: 0 30 / 44 72 70 80, Fax: 0 30 / 44 72 97 46
Mail: info@dgiv.org, Web: www.dgiv.org
V. i. S. d. P.: Prof. Dr. med. Stefan G. Spitzer, Vorsitzender des Vorstandes

Forderungen der DGPPN zur Bundestagswahl 2017



Ψ DGPPN

Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

Der Bedeutung psychischer Erkrankungen Rechnung tragen

Psychische Erkrankungen zählen zu den häufigsten Erkrankungen in Deutschland und sind damit Volkskrankheiten.

- Bundesweit tritt bei jedem dritten Erwachsenen im Zeitraum eines Jahres eine psychische Erkrankung auf.
- Depressionen, Angststörungen und andere psychische Leiden sind heute die zweithäufigste Ursache für Krankheitstage im Job.
- Jede zweite vorzeitige Berentung geht auf eine psychische Erkrankung zurück.
- Nur 10 % aller Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung sind in den ersten Arbeitsmarkt integriert.

Für die Betroffenen und ihre Angehörigen sind psychische Erkrankungen mit massivem Leid verbunden und führen oft zu gravierenden Einschränkungen im sozialen und beruflichen Leben. Hinzu kommen erhebliche volkswirtschaftliche Auswirkungen.

Angesichts dieser Herausforderungen fordert die DGPPN:

- Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen in allen Bereichen der Gesellschaft
 - Schaffung passender politischer Rahmenbedingungen, um die Autonomie von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu fördern und deren Partizipation an medizinischen Entscheidungen sicherzustellen
 - Bereitstellung der erforderlichen Ressourcen für ein umfassendes System von psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfe und Versorgung
- 

Forschung langfristig und strukturell fördern

Neue wissenschaftliche Erkenntnisse bieten die Möglichkeit, die Lebensqualität und Teilhabe der Betroffenen in allen Altersbereichen durch effektivere und individualisierte Therapien signifikant zu verbessern. Deshalb muss die Gesundheitsforschung über die Lebensspanne in Deutschland ausgebaut und strukturell gefördert werden.

Die Forderungen der DGPPN:

- Weiterführung der BMBF-Förderung für das „Forschungsnetz zu psychischen Erkrankungen“
- Strukturelle Forschungsförderung durch Einrichtung eines vernetzten „Deutschen Zentrums für psychische Erkrankungen“ (DZP) mit mehreren, kompetitiv ausgeschriebenen Standorten
- Interessenunabhängige, öffentliche Förderung der Forschung zu neuen Formen psychotherapeutischer, biologischer sowie innovativer psychosozialer Behandlungsmethoden
- Öffentliche Förderung der Versorgungs- und epidemiologischen Forschung zur bedarfsgerechten Planung und Umsetzung evidenzbasierter Diagnostiken und Therapiemethoden
- Erhöhung der Forschungsförderung zur Erforschung der Ursachen von demenziellen Erkrankungen und deren Diagnostik und Therapie im Rahmen eines „Nationalen Aktionsplans Demenz“

Psychischen Erkrankungen vorbeugen

Angesichts des demografischen Wandels und der rapiden Veränderungen in der Arbeitswelt kommt dem Erhalt der psychischen Gesundheit eine zentrale Rolle zu. Die Wirksamkeit präventiver Interventionen bei psychischen Erkrankungen ist wissenschaftlich belegt – sie können etwa die Neuerkrankungsraten bei Depressionen um bis zu 50 % reduzieren. Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sind auch die Experten für Prävention.

Die Forderungen der DGPPN:

- Aufnahme bestehender Strategien zur Prävention in einen Aktionsplan unter Berücksichtigung von Patientengruppen mit hohem Erkrankungsrisiko inklusive traumatisierter Menschen
- Ausbau der ambulanten Versorgungsstrukturen sowie der vorhandenen gemeindenahen Präventiv- und Früherkennungszentren für psychische Erkrankungen
- Stärkere Beachtung psychosozialer Risikofaktoren, insbesondere auch bei der betrieblichen Gesundheitsförderung

Menschen mit psychischen Erkrankungen behandeln

In Deutschland nehmen immer mehr Menschen medizinische Leistungen aufgrund von psychischen Erkrankungen in Anspruch. Das Versorgungssystem muss darauf reagieren und dabei den besonderen Bedürfnissen dieser Patientengruppe Rechnung tragen. Mit der Novellierung des Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Kliniken steht die stationäre Versorgung vor einer Neuausrichtung, doch entscheidende Fragen der Umsetzung sind noch ungeklärt. Auch in der ambulanten Versorgung besteht großer Handlungsbedarf: Patienten leiden unter langen Wartezeiten auf einen passenden Behandlungsplatz, die pauschale Vergütung für die ambulant tätigen Psychiater erlaubt kaum Zeit für therapeutische Gespräche und die morbiditätsunabhängige Bedarfsplanung verschärft bestehende Versorgungsungerechtigkeiten.



Die Forderungen der DGPPN:

- Sicherstellung und Finanzierung der flächendeckenden leitliniengerechten ambulanten und stationären Versorgung von Menschen mit – insbesondere auch schweren und chronischen – psychischen Erkrankungen
- Adäquate Finanzierung psychiatrisch-psychotherapeutischer – unterschiedlich intensiver und frequenter – Gesprächsleistungen in der ambulanten Versorgung außerhalb eines Quartalsbudgets
- Schaffung eines gesetzlichen Rahmens für eine sektorenübergreifende Vernetzung aller beteiligten Berufsgruppen zur Förderung strukturierter, passgenauer und bedarfsge-rechter Versorgungsangebote
- Reformierung der (Methoden der) Bedarfsplanung für eine morbiditäts- und bedarfsorientierte Versorgung
- Angemessene Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung

Gesellschaftliche Teilhabe sicherstellen

Die gegenwärtige Arbeits- und Erwerbssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ist kritisch. Jeder zweite Betroffene geht keiner Arbeit nach, weniger als 10 % sind in Voll- oder Teilzeitarbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt integriert. Ein substantieller Teil von Langzeitarbeitslosen ist psychisch krank. Die Integration in den ersten Arbeitsmarkt gelingt mit den gegenwärtigen Förderungsinstrumenten nicht ausreichend. Deutschland hat Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und Behinderungen bei der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) bislang zu wenig berücksichtigt.

Die Forderungen der DGPPN:

- Verbesserung der politischen Rahmenbedingungen für den Einsatz von gezielten psychosozialen Interventionen
- Sektorenübergreifende Integration von Rehabilitationsmaßnahmen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in die psychiatrische Behandlung
- Weitere Umsetzung der UN-BRK in Deutschland – auch und insbesondere für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und Behinderungen

Wir Psychiater – Fachärzte für die psychische Gesundheit

Psychiaterinnen und Psychiater untersuchen und behandeln Krankheiten, die mit Veränderungen der Gefühle, des Denkens, des Gedächtnisses und des Verhaltens einhergehen. Sie greifen dabei u. a. auf Psychotherapie, Pharmakotherapie, biologische Verfahren und psychosoziale Interventionen zurück. Sie haben Medizin studiert und eine Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie absolviert.



Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.

Die DGPPN ist die größte medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft für Fragen der psychischen Erkrankungen in Deutschland. Sie bündelt die Kompetenz von 9.000 Ärzten und Wissenschaftlern für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, die in Universitätskliniken, Krankenhäusern und ambulanten Praxen sowie in der Forschung arbeiten. Die Fachgesellschaft macht sich für eine optimale Versorgung der Patienten mit psychischen Erkrankungen stark. Sie entwickelt wissenschaftliche Leitlinien, fördert die Aus-, Fort- und Weiterbildung und engagiert sich in der Erforschung psychischer Erkrankungen zur Weiterentwicklung von Diagnostik und Therapie. Im Zentrum steht dabei die ganzheitliche Sicht auf den Menschen mit allen individuellen psychischen, körperlichen und sozialen Aspekten.

Die DGPPN setzt sich aktiv für die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen und gegen deren Stigmatisierung ein.



DGPPN-Geschäftsstelle

Reinhardtstraße 27 B

10117 Berlin

TEL 030.2404 772-0

sekretariat@dgppn.de

WWW.DGPPN.DE

Patientenwohl und Daseinsvorsorge

POSITIONEN
der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)
für die 19. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags



Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

Impressum

Herausgeber	Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)
Redaktion	Bereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Anschrift	Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) Postfach 12 05 55 10595 Berlin Hausanschrift: Wegelystraße 3 10623 Berlin <i>Telefon:</i> +49.30.39 801 0 <i>Fax:</i> +49.30.39 801 30 00 <i>E-Mail:</i> pressestelle@dkgev.de <i>Internet:</i> www.dkgev.de
Gestaltung	Matt Blachny
Herstellung	Warlich Druck Meckenheim GmbH
Redaktionsschluss	7. März 2017
Druck	März 2017

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

INHALTSVERZEICHNIS

LAGE, HERAUSFORDERUNGEN UND HANDLUNGSBEDARF	5
I. POSITIONEN DER KRANKENHÄUSER FÜR DIE 19. LEGISLATURPERIODE	11
1. Qualität stärken, Transparenz herstellen	11
2. Personal fördern, Fachkräftemangel begegnen	15
3. Mehr Zeit für den Patienten, Bürokratie abbauen	23
4. Investitionen nachhaltig finanzieren, moderne Strukturen ermöglichen	25
5. Digitalisierung beschleunigen, E-Health ausbauen	27
6. Innovationen stärken, medizinischen Fortschritt gewährleisten	31
7. Krankenhausleistungen sachgerecht vergüten, Besonderheiten berücksichtigen	33
8. Letztverantwortung der Länder stärken, Versorgungsplanung dezentralisieren und regionalisieren	39
9. Ambulante Krankenhausversorgung ausbauen, Rahmenbedingungen fair ausgestalten	41
10. Gemeinsame Selbstverwaltung weiterentwickeln	44
11. Europa/International: Kosten für Behandlung ausländischer Patienten decken, Kompetenzverteilung wahren	45
II. PATIENTENWOHL UND DASEINSVORSORGE IN DER GESETZLICHEN UMSETZUNG	47
III. KRANKENHÄUSER IN ZAHLEN	48
Abbildungsverzeichnis	50

LAGE, HERAUSFORDERUNGEN UND HANDLUNGSBEDARF

Deutschlands Krankenhäuser versorgen jährlich 39 Millionen Patienten. Sieben Tage in der Woche, an 365 Tagen im Jahr, rund um die Uhr. Die Patienten vertrauen den Krankenhäusern und erwarten jederzeit eine wohnortnahe, bestmögliche medizinische und pflegerische Versorgung. Sie erwarten, dass die Ärzte und Pflegekräfte gut ausgebildet sind und Zeit für sie haben. Sie möchten sich über Behandlungsmöglichkeiten und die Qualität der Leistungen leicht und verständlich informieren und setzen modern ausgestattete Patientenzimmer, Medizintechnik und Behandlungsräume sowie digitale Kommunikationswege als selbstverständlich voraus. Die Patienten wünschen sich die Versorgung aus einer Hand und ein reibungsloses Zusammenspiel von stationärer und ambulanter Behandlung.

Diese Bedürfnisse der Patienten werden die Krankenhäuser auch in den kommenden vier Jahren zur Grundlage ihres Handelns machen und aktiv dazu beitragen, dass die Patienten überall im Land ein Gesundheitssystem vorfinden, das ihnen schnell weiterhilft und in dem sie das Gefühl haben, aufgehoben zu sein. Gesundheit ist kein Gut wie jedes andere. Die Zukunft der stationären Versorgung ist deshalb ein wichtiger Teil der im Grundgesetz und in den Landesverfassungen garantierten Daseinsvorsorge für die gesamte Bevölkerung unseres Landes. Es geht um die Sicherstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im städtischen wie im ländlichen Raum. Wir wollen daran mitwirken, unser Gesundheitssystem, um das uns viele auf der Welt beneiden, am heutigen und zukünftigen Versorgungsbedarf der Menschen orientiert weiterzuentwickeln.

Der medizinische Versorgungsauftrag der Krankenhäuser geht über stationäre, teilstationäre und ambulante Leistungen am Behandlungsort Krankenhaus hinaus. Deutschlandweit stellen die Krankenhäuser ihre besondere, interdisziplinäre Fachexpertise immer häufiger auch auf telemedizinischem Weg bereit. Krankenhäuser wirken an der pflegerischen Versorgung durch Pflegeteams (z. B. SAPV) mit. Krankenhäuser sind das Rückgrat der flächendeckenden Gesundheitsversorgung der Bevölkerung.

Die Krankenhäuser leisten damit einen wichtigen Beitrag zum sozialen Frieden in unserem Land, weil jeder im Bedarfsfall den vollen Zugang zu einer medizinischen Versorgung hat. Dazu trägt auch bei, dass wir bislang keine nennenswerten Wartezeiten haben und Rationierung kein Thema ist. Die Krankenhäuser haben zudem eine zentrale Bedeutung als Teil der sozialen Infrastruktur. Ortsnahe Schulen, eine gute Verkehrsanbindung, der Anschluss an Glasfasernetze sind ebenso wichtige Infrastruktureinrichtungen wie eine gute medizinische Versorgung. Diese Einrichtungen können nicht isoliert voneinander betrachtet werden, sondern bedingen sich gegenseitig.

Mit ihren 1,2 Millionen Beschäftigten, einem Anteil von 3,2 Prozent am Bruttoinlandsprodukt und einem Gesamtumsatz von rund 97 Milliarden Euro sind die Krankenhäuser ein bedeutender Wirtschaftsfaktor mit hohem Beschäftigungs-, Innovations- und Wachstumspotenzial. Sie sind ein gewichtiger Nachfrager nach Dienstleistungen und Handwerkerleistungen und oft der größte Arbeitgeber, gerade in ländlichen Regionen. Jeder 35. Erwerbstätige in Deutschland hat seinen Arbeitsplatz im Krankenhaus. Fast 96.000 junge Menschen werden aktuell in den Krankenhäusern in den nichtärztlichen Gesundheitsberufen ausgebildet, die in den kommenden Jahren und Jahrzehnten dringend benötigt werden. Dies alles mit einer Trägervielfalt als Erfolgsgarant einer guten Krankenhausversorgung.

Deutschlands Krankenhausträger sind ihrer hohen Verantwortung für die Versorgung in der Vergangenheit in besonderem Maße gerecht geworden. Sei es bei der Versorgung von geflüchteten Menschen, bei der Übernahme von ambulanten Notfallpatienten und in vielen anderen Bereichen. Die Krankenhäuser tragen zudem die Hauptlast der medizinischen Versorgung in Fällen von Katastrophen oder Epidemien. Um im Ernstfall gewappnet zu sein, halten die Krankenhäuser permanent sowohl strukturelle als auch personelle Kapazitäten vor.

Die Krankenhäuser wollen dieser gesamtgesellschaftlichen Verantwortung auch in Zukunft gerecht werden können. Dazu brauchen sie zukunftsgerichtete rechtliche Rahmenbedingungen und eine konsistente ordnungspolitische Orientierung. Gesundheits- und Krankenhauspolitik müssen widerspruchsfreier werden:

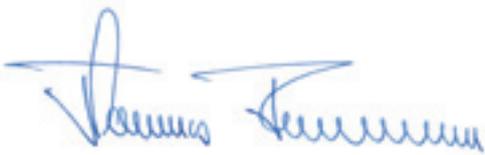
- Politik und Kostenträger fordern mehr Personal und mehr Zeit für die Patienten, behindern die Krankenhäuser aber mit immer neuen Bürokratielasten, die Zeit für die Patienten entziehen und Geld kosten.
- Es werden gut qualifizierte und gut entlohnte Arbeitsverhältnisse gefordert, die Mehrkosten von Tarifvereinbarungen aber nicht ausfinanziert.
- Es werden Entlastungen für die Mitarbeiter durch moderne Arbeitsbedingungen gefordert und höchste Ansprüche an Qualität und Patientensicherheit einschließlich Infektionsprophylaxe gestellt, die dafür erforderlichen Investitionsmittel aber nicht gewährt.
- Der Gesetzgeber gestaltet die Gesundheitsversorgung zunehmend wettbewerbsfähig und setzt die Krankenhäuser unter Wirtschaftlichkeitsdruck, lässt sie aber in dem so erzeugten Spannungsfeld von Ökonomie und Medizin allein und schafft damit den Nährboden für eine Misstrauenskultur der Kostenträger mit immer neuen Kontroll- und Überwachungsmaßnahmen.
- Von den Krankenhäusern werden Leistungssteigerungen durch Spezialisierung und Zentrenbildung erwartet, Leistungszuwächse aber im Vergütungssystem diskriminiert.
- Die Politik erkennt die Hemmnisse für eine gute sektorenübergreifende medizinische Versorgung, ohne durchgreifende Konsequenzen in der Gesetzgebung zu ziehen.
- Bund und Länder betonen Nutzen und Chancen der Digitalisierung für die medizinische Versorgung, stellen den Krankenhäusern die dazu erforderlichen Investitionsmittel aber nicht bereit und lassen die Krankenhäuser an der telematischen ambulanten Versorgung nicht teilhaben.

Eine an den Bedürfnissen der Patienten ausgerichtete Gesundheitspolitik muss solche Widersprüche überwinden. Bürokratie, Misstrauenskultur, Gängelung, überzogene Kontrollen und Unterfinanzierung müssen ein Ende haben.

Die krankenhauspolitischen Schwerpunkte sind damit vorgezeichnet: Qualität erfordert Personal und moderne Infrastrukturen. Das Schwarzer-Peter-Spiel zwischen Bund und Ländern bei den Investitionen muss beendet werden. Die Schnittstellenprobleme zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, Rehabilitation und Pflege müssen im Sinne der Patienten noch viel konsequenter abgebaut und gestaltet werden. Die Krankenhäuser müssen von überbordenden Bürokratielasten befreit werden.

Um die Versorgung der Menschen langfristig und flächendeckend auf einem hohen Qualitätsniveau zu sichern, müssen alle Beteiligten buchstäblich an einem Strang und in die gleiche Richtung ziehen. Damit das gelingt, müssen die Rahmenbedingungen für ein faires Miteinander deutlich verbessert werden. Die Mitgliedsverbände der Deutschen Krankenhausgesellschaft haben dazu konkrete Positionen und Handlungsempfehlungen beschlossen.

Die Krankenhäuser werden sich auch in der 19. Legislaturperiode konstruktiv in die Arbeit der gemeinsamen Selbstverwaltung einbringen und ein verlässlicher Partner der Politik sein.



Landrat Thomas Reumann
Präsident
Deutsche Krankenhausgesellschaft



Georg Baum
Hauptgeschäftsführer
Deutsche Krankenhausgesellschaft

Die Schwerpunkte:

- Qualität erfordert Personal, attraktive Arbeitsplätze und moderne, insbesondere auch digitale Infrastrukturen. Beides muss in vollem Umfang finanziert werden.
- Das Schwarzer-Peter-Spiel zwischen Bund und Ländern bei den Investitionen muss beendet werden.
- Bürokratie, Misstrauenskultur, Gängelung, überzogene Kontrollen und Unterfinanzierung müssen ein Ende haben.
- Die Schnittstellenprobleme zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, Rehabilitation und Pflege müssen im Sinne der Patienten konsequent abgebaut werden.

I. POSITIONEN DER KRANKENHÄUSER FÜR DIE 19. LEGISLATURPERIODE

1. Qualität stärken, Transparenz herstellen

Die Patienten erwarten von den Krankenhäusern eine medizinische Versorgung auf höchstem Qualitätsniveau. Sie wünschen sich verständliche und leicht zugängliche Informationen. Für die Krankenhäuser haben die Qualität der Behandlung und Patientensicherheit höchsten Stellenwert. Es entspricht dem Selbstverständnis und der Selbstverpflichtung der Krankenhausträger, die Fürsorgepflicht für die ihnen anvertrauten Menschen in den Mittelpunkt ihres Tuns zu stellen. Die Qualität der medizinischen Leistungen wird vor allem über die Qualifikation, das Engagement und eine ausreichende Anzahl der Mitarbeiter in den Krankenhäusern gesichert. Darüber hinaus sind ausreichende Investitionsmittel zur Gewährleistung neuester medizinischer Infrastrukturen und moderner Bausubstanzen von zentraler Bedeutung. Hierauf müssen die einzelnen Instrumente der Qualitätssicherung aufgesetzt und weiterentwickelt werden.

Schon heute sind die Krankenhäuser in einem Ausmaß transparent, wie es für keinen anderen Bereich des deutschen Gesundheitswesens der Fall ist.

Abbildung 1: Qualitätsmaßnahmen der Krankenhäuser



Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft

Qualität und Patientensicherheit haben für die Krankenhäuser die höchste Priorität.

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz wurden die Qualitätssicherungsinstrumente um planungsrelevante Qualitätsindikatoren, qualitätsorientierte Zu- und Abschläge, Qualitätsverträge und modifizierte Mindestmengenregelungen erweitert. Die Krankenhäuser arbeiten an der konkreten Umsetzung dieser Instrumente im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) konstruktiv mit. Richtschnur dabei sind die Patientenorientierung und eine bürokratiearme Umsetzung.

Position:

- Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung, die dazu führen können, dass Krankenhäuser aus der Versorgung ausgeschlossen werden, müssen fair ausgestaltet und risikoadjustiert sein.
- Alle Krankenhäuser müssen die Möglichkeit haben, sich an den gesonderten Qualitätsverträgen für bestimmte medizinische Leistungen zu beteiligen.
- Vorgaben zu Mindestmengen bei einzelnen Leistungen müssen sachgerecht abgeleitet sein und müssen auf Kliniken, die nachweisen, dass sie bei Unterschreiten der Mindestmengen gleichwohl eine hohe Qualität haben, Rücksicht nehmen.
- Qualitätsvereinbarungen können über gesonderte Qualitätsvergütungen gefördert werden. Vergütungsabschläge sind kein Instrument zur Qualitätsverbesserung. Die Methoden der Qualitätsmessung und -bewertung müssen gesichert sein.

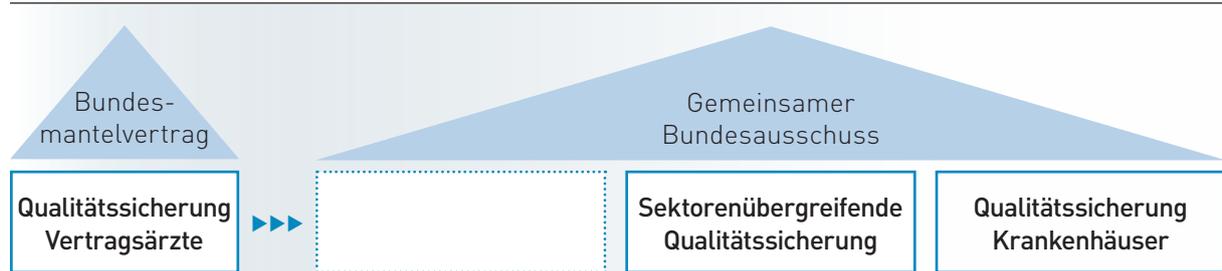
QUALITÄTSSICHERUNGS-
INSTRUMENTE SORGSAM
AUSWÄHLEN

Qualitätssicherung weiterentwickeln

Eine aussagefähige Beurteilung der Qualität der Patientenversorgung ist nur möglich, wenn der Behandlungsverlauf über die Sektorengrenzen hinweg in den Blick genommen wird. Deshalb ist die strikte Trennung der Qualitätssicherungen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung (angesiedelt im Bundesmantelvertrag) einerseits und der stationären Krankenhausversorgung (überwiegend angesiedelt im G-BA) andererseits nicht zielführend. Sie widerspricht dem gesundheitspolitischen Ziel der Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung und behindert eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung nachhaltig.

QUALITÄTSSICHERUNG
SEKTORENÜBERGREIFEND
AUSGESTALTEN

Abbildung 2: Überführung der vertragsärztlichen Qualitätssicherung in den G-BA



Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft

Qualitätssicherung muss konsequent sektorenübergreifend ausgestaltet sein!

Im Zentrum aller Maßnahmen zur Qualitätssicherung muss die kontinuierliche Qualitätsverbesserung stehen. Die verpflichtenden Maßnahmen und Vorgaben müssen auf jene beschränkt werden, die nachweislich zu mehr Qualität und Patientensicherheit beitragen. Die bestehenden Maßnahmen und Vorgaben sind einer Evaluation zu unterziehen.

**QUALITÄTSVERBESSERUNG
IN DEN MITTELPUNKT
RÜCKEN**

Position:

- Die vertragsärztlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen für die niedergelassenen Ärzte müssen unter dem Dach des G-BA und des Qualitätsinstituts organisiert werden. Nur so kann sektorenübergreifende Qualitätssicherung konsequent weiterentwickelt werden.
- Für die neuen vor Ort durchzuführenden Qualitätskontrollen kann nicht der von den Krankenkassen finanziell abhängige Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) zuständig sein. Diese Aufgabe ist den gemeinsam von Krankenkassen und Leistungserbringern für die Qualitätssicherung organisierten Gremien auf Landesebene zu übertragen.
- So weit wie möglich sind die für die Qualitätssicherung erforderlichen Daten aus Routinedaten abzuleiten.
- Die Krankenhäuser sind bereit, alle Qualitätsindikatoren zu veröffentlichen.
- Bei Strukturqualitätsvorgaben durch den G-BA müssen vor der Inkraftsetzung umfassende Analysen der Auswirkungen und Realisierbarkeit durchgeführt werden.

- Die Länder müssen von G-BA-Strukturqualitätsvorgaben abweichen können. Legen die Länder ergänzende Qualitätsvorgaben fest, so sind die resultierenden Mehrkosten vollständig durch die Krankenkassen zu refinanzieren.
- Maßnahmen zur Verbesserung der Hygiene sind sektorenübergreifend auszurichten und abzustimmen.

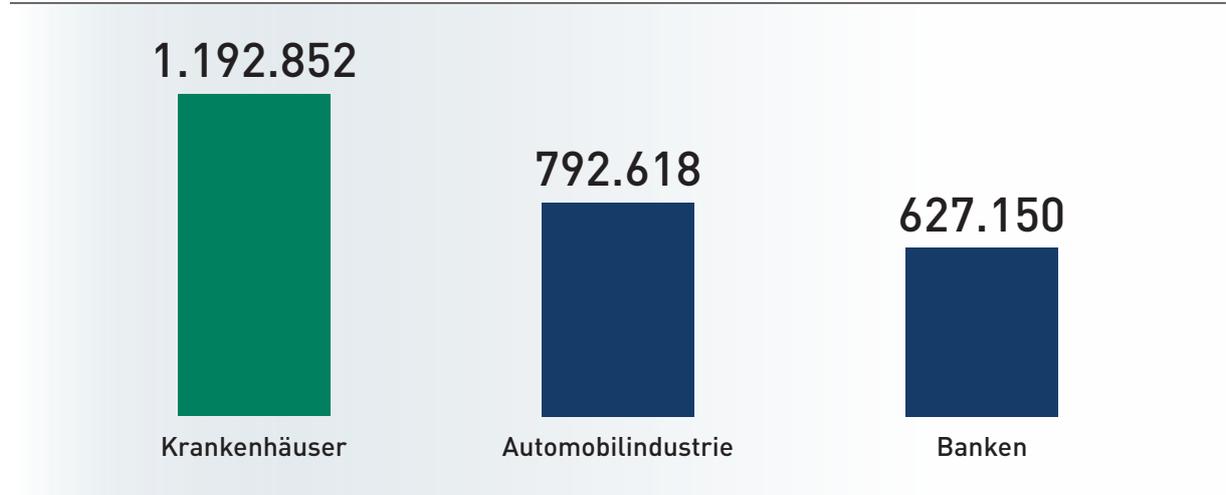
2. Personal fördern, Fachkräftemangel begegnen

Die Patienten können darauf vertrauen, dass die Krankenhäuser jederzeit ihre medizinische Versorgung sicherstellen. In Momenten persönlicher Not helfen und versorgen 1,2 Millionen Mitarbeiter mit größtmöglichem persönlichem Engagement und Empathie. Für viele Mitarbeiter ist die Tätigkeit im Krankenhaus Beruf und zugleich Berufung. Gut qualifiziertes Personal und eine gute Personalausstattung sind die zentralen Voraussetzungen für eine gute Krankenhausmedizin. Demgegenüber zwingen restriktive gesetzliche Finanzierungsregelungen zu wirtschaftlichem Personaleinsatz. Die Krankenhäuser haben dennoch in den letzten Jahren zusätzliche Stellen geschaffen.

KRANKENHAUSMITARBEITER WERTSCHÄTZEN

Abbildung 3: Entwicklung der Beschäftigten- und Fallzahlen 1991 bis 2015



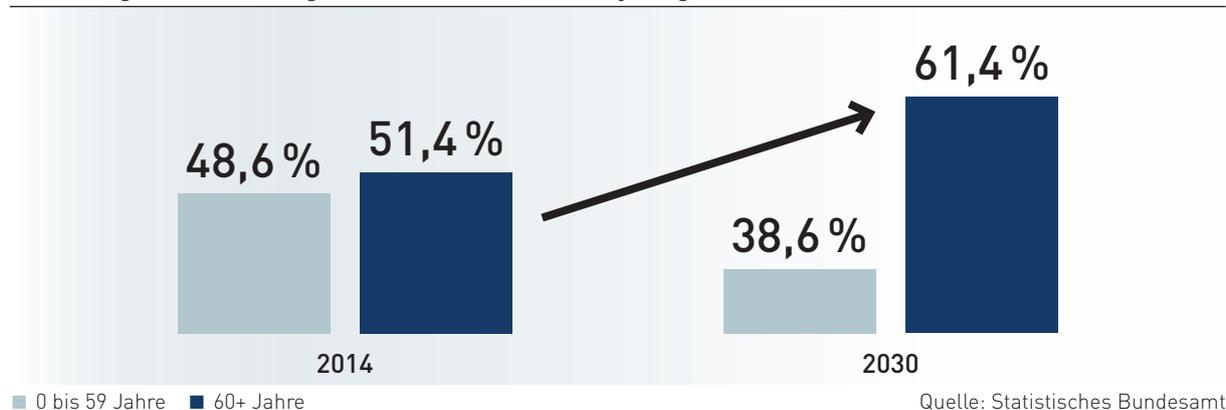
Abbildung 4: Beschäftigte 2015 nach Wirtschaftszweigen

Quellen: Statistisches Bundesamt; AGV Banken

Krankenhäuser sind in vielen Regionen der größte Arbeitgeber und ein zuverlässiger Beschäftigungsmotor!

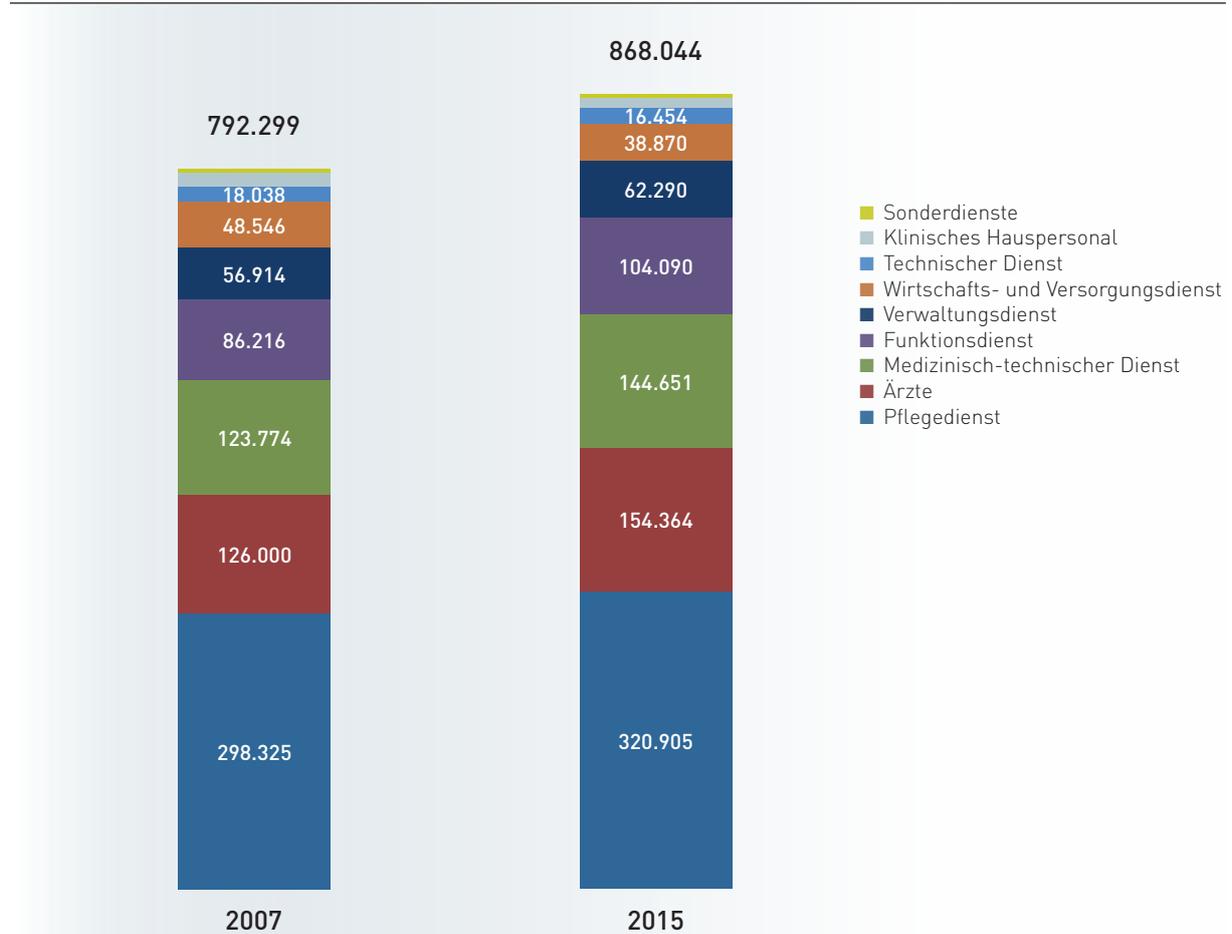
Komplexere Krankheitsbilder bei älter werdenden Patienten, Demenz und zunehmende Pflegebedürftigkeit führen zu hohen physischen und psychischen Belastungen der Beschäftigten und zu einem weiter steigenden Personalbedarf. Hinzu kommen eine stetig wachsende Bürokratielast und die unzureichende Investitionsmittelbereitstellung der Länder. Die seit Jahren anhaltende Investitionsmisere geht im Ergebnis zulasten des Personals und führt dazu, dass die Mittel für zukunftsichernde Investitionen anderweitig erwirtschaftet werden müssen. Die Krankenhäuser brauchen deshalb eine gesicherte Personal- und Investitionsfinanzierung.

PERSONAL FÖRDERN HEISST
ZUKUNFT SICHERN

Abbildung 5: Entwicklung des Anteils der über 60-jährigen Patienten im Krankenhaus

Quelle: Statistisches Bundesamt

Die demographische Entwicklung schlägt sich in der Krankenhausversorgung nieder – der Anteil der über 60-jährigen Patienten steigt deutlich!

Abbildung 6: Beschäftigte nach Dienstarten (Vollkräfte)

Quelle: Statistisches Bundesamt

Dem steigenden Personalbedarf stehen sich verschärfende Personalengpässe gegenüber. Davon erfasst sind nicht nur Ärzte und Pflegekräfte, sondern auch die Vielzahl weiterer Spezialisten in allen Bereichen des Krankenhauses.

Personal zu gewinnen und binden ist die größte Herausforderung, vor der die Krankenhäuser stehen. Sie nehmen diese Herausforderung in vielfältiger und engagierter Weise an. Zahlreiche Maßnahmen der Personalakquise, -entwicklung und -bindung gehören zum Alltag eines modernen Krankenhauses. Beispielhaft dafür sind familienfreundliche und flexible Arbeitszeitmodelle, betriebliche Kinderbetreuung, betriebliches Gesundheitsmanagement, Unterstützung bei der Pflege von Angehörigen und umfassende Fortbildungsprogramme. Die Arbeitsbedingungen und die Vergütung müssen so attraktiv ausgestaltet sein, dass sich mehr Menschen künftig für

**PERSONALENGPÄSSEN
ENTSCHLOSSEN
ENTGEGENTRETEN**

**GUTE ARBEITSBEDINGUNGEN
SIND DER SCHLÜSSEL GEGEN
DEN FACHKRÄFTEMANGEL**

einen Beruf im Krankenhaus und im Gesundheitswesen entscheiden und im Anschluss langfristig dort bleiben.

Erforderlich ist eine konzertierte Unterstützung durch Politik, Gesetzgeber und Krankenkassen, damit die Krankenhausträger ihrem eigenen Anspruch gerecht werden können.

Personaleinsatz ist Krankenhausverantwortung

Keine Lösung sind globale Vorgaben zu Personalanhaltszahlen für die Pflege oder den ärztlichen Dienst. Auf den ersten Blick erscheinen Mindestpersonalvorgaben hilfreich, wird damit doch der Eindruck eines verlässlichen Rahmens verbunden. In der Praxis stoßen sie an Grenzen. Der tatsächliche Personalbedarf hängt maßgeblich von den baulichen Strukturen, der technischen Ausstattung und den Erkrankungen der Patienten vor Ort ab. Starre bundeseinheitliche Personalvorgaben werden den individuellen Gegebenheiten vor Ort nicht gerecht, stehen einem flexiblen Personaleinsatz, der sich am jeweiligen Versorgungsbedarf orientieren muss, entgegen und behindern eine effizientere Arbeitsorganisation und Aufgabenverteilung. Neue Berufsbilder, die Delegation von ärztlicher und pflegerischer Leistung und die damit verbundene neue Aufgabenzuordnung und Entlastung – insbesondere in der Pflege – werden perspektivisch blockiert, denn starre Personalvorgaben können das nicht abbilden. Gleiches gilt für den Einsatz technischer Hilfsmittel und digitaler Medien.

Zudem stehen Mindestpersonalvorgaben pragmatische Gründe im Alltag entgegen: Fachkräftemangel, kurzfristige Personalausfälle und plötzlich steigender Versorgungsbedarf sind Einflussfaktoren, die in festen Vorgaben nicht abbildbar sind.

Personalanhaltszahlen können deshalb nur als Strukturqualitätsmaßnahmen in spezifischen Versorgungsbereichen infrage kommen. Solche bereichsspezifischen Anhaltszahlen müssen als Richtwerte mit Flexibilitätskorridoren für unterschiedliche medizinische Konzepte und unvermeidbare Personalschwankungen ausgestaltet sein. Probleme der arbeitsmarktbedingten Verfügbarkeit und objektive Besetzungsunmöglichkeiten dürfen nicht zum Ausschluss aus der Versorgung führen. Der sich aus

STARRE PERSONALVORGABEN
VERHINDERN NOTWENDIGES
EFFIZIENTES PERSONAL-
MANAGEMENT

VORGABEN MÜSSEN IN DER
PRAXIS UMSETZBAR SEIN

PERSONALANHALTSZAHLEN
FLEXIBEL AUSGESTALTEN

Anhaltzahlen ergebende Personalmehrbedarf muss zudem in vollem Umfang refinanziert werden.

Position:

- Personalförderprogramme sind als gezieltes Instrument zur Überwindung von Engpasssituationen sinnvoll und müssen ausgebaut und verlängert werden.
- Krankenhäuser müssen Tarifsteigerungen und Personalkostensteigerungen aufgrund zusätzlicher Anforderungen an Qualifikation oder Qualität refinanziert bekommen. Dafür muss die Tarifausgleichsrate Personalkostensteigerungen (linear und strukturell), die über die vereinbarten Landesbasisfallwerte hinausgehen, voll ausgleichen.
- Für den Einsatz von im Krankenhaus nicht fest angestelltem Personal (insbesondere Honorarärzte) ist eine Klärung der arbeits- und sozialrechtlichen Einordnung dringend erforderlich.

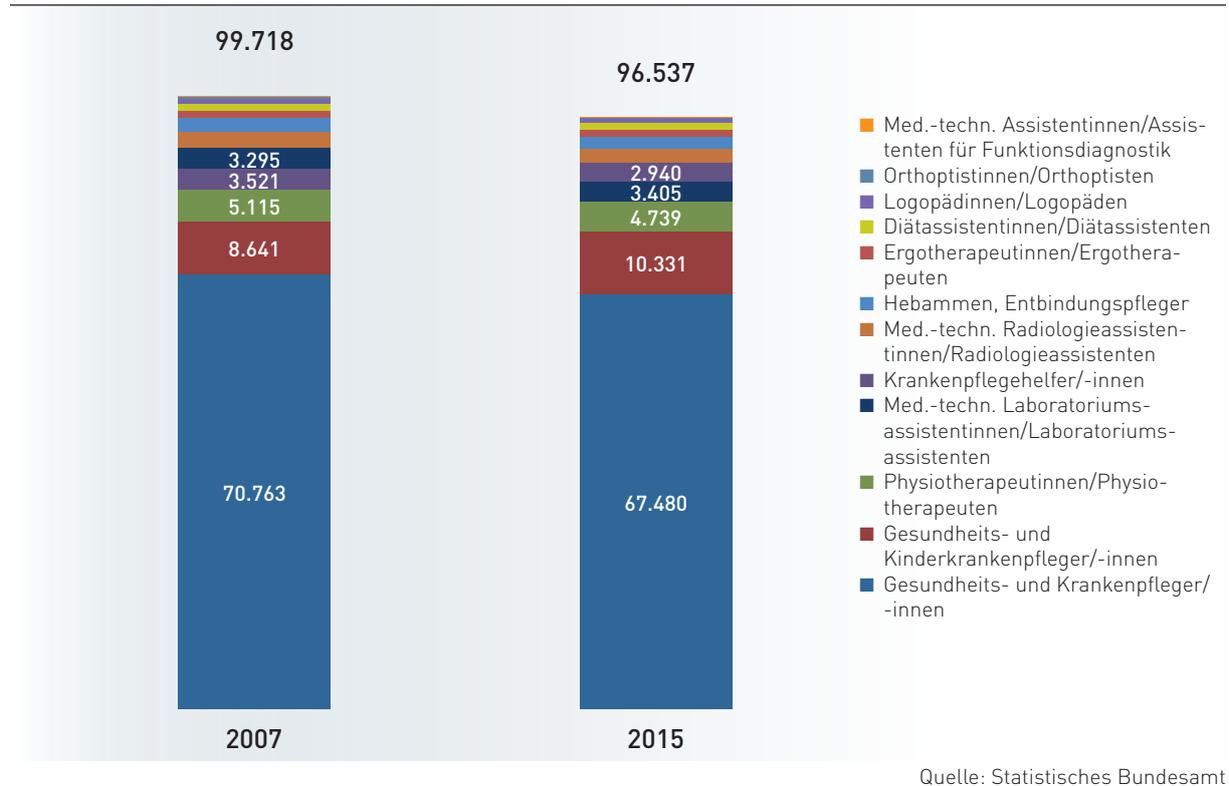
Aus- und Weiterbildung in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege

Die Pflege bildet mit über 430.000 Beschäftigten die größte Berufsgruppe in den Krankenhäusern und ist das Rückgrat der Versorgung der Patienten. Damit dies auch in Zukunft gewährleistet ist, bilden die Krankenhäuser in ihren über 950 Ausbildungsstätten jährlich rund 80.000 Krankenpflegekräfte aus. Es muss gelingen, die Ausbildung selbst und den Arbeitsplatz Krankenhaus attraktiver zu gestalten.

AUSBILDUNG
ATTRAKTIV
GESTALTEN

Position:

- Die Krankenhäuser unterstützen den Weg zur generalistischen Pflegeausbildung zur konsequenten und nachhaltigen Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe (horizontale und vertikale Durchlässigkeit), damit die demographischen Herausforderungen bewältigt werden können.

Abbildung 7: Ausbildungsplätze nach Dienstartern

- Es bedarf eines durchlässigen Ausbildungssystems der Pflege, an dessen einem Ende eine staatlich anerkannte niederschwellige Ausbildung steht und an dessen anderem Ende akademisch ausgebildete Pflegenden stehen, die komplexe Aufgaben im Bereich des Pflegemanagements und der klinischen Versorgung übernehmen können.
- Eine Pflegeassistentenausbildung sollte bundeseinheitlich im Rahmen einer zweijährigen Ausbildung möglich sein. Sie ist auch eine Antwort auf die Herausforderungen zur Integration von Menschen mit Migrationshintergrund in den Krankenhausbetrieb. Im Sinne einer vertikalen Durchlässigkeit müssen sich diese Pflegeassistenten zur (dreijährigen) Pflegefachkraft weiterqualifizieren können. Zugangsvoraussetzung für die Pflegeassistentenausbildung sollte der Hauptschulabschluss oder ein vergleichbarer Schulabschluss sein.
- Der Anrechnungsschlüssel (9,5:1) bei der Ermittlung der Mehrkosten der Ausbildungsvergütung muss abgeschafft werden.

- Die Ausstattung der Krankenpflegesschulen, auch hinsichtlich moderner „Lehrmittel“, ist zu verbessern, ebenso die Gestaltungsmöglichkeiten in der praktischen Ausbildung, einschließlich Mentoren- und Tutorangebote.

Aus- und Weiterbildung in der Medizin

Die Ausbildung zum Arzt in Deutschland ist international höchst angesehen. Krankenhäuser stellen den ärztlichen Nachwuchs gleichermaßen für den stationären als auch für den ambulanten Bereich sicher. Soll das heutige Niveau der ärztlichen Versorgung und der Qualität angesichts der demographischen Entwicklung erhalten bleiben, sind dringende und konsequente Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Aus- und Weiterbildung anzugehen.

KRANKENHÄUSER BILDEN
FÜR DAS GESAMTE
GESUNDHEITSWESEN AUS

Position:

- Die Studienkapazitäten für Humanmedizin sind auszubauen. Dabei müssen auch die entsprechenden personellen und strukturellen Voraussetzungen in der Lehre geschaffen und refinanziert werden.
- Bei der Auswahl der Medizinstudenten sind neben der Abiturnote der Eindruck des Auswahlgesprächs, eine bereits abgeschlossene Berufsausbildung im Gesundheitsbereich, ein geleisteter Freiwilligendienst oder Vergleichbares als Kriterien konsequent zu nutzen.
- Um die Allgemeinmedizin zu stärken, ist ein Ausbau der allgemeinmedizinischen Lehrstühle erforderlich. Ambulante Weiterbildungsabschnitte müssen auch in den ambulanten Versorgungsstrukturen der Krankenhäuser abgeleistet werden können.
- Die qualifizierte Weiterbildung bindet in den Krankenhäusern erhebliche Personalressourcen. Das DRG-System bildet diese Lasten nur unzureichend ab, wodurch ein Wettbewerbsnachteil weiterbildender Krankenhäuser entsteht. Erforderlich ist eine ergänzende Finanzierung außerhalb des DRG-Systems. Dies gilt auch für die laufenden Fortbildungsaufwendungen.

Neue Berufsbilder

In den Krankenhäusern werden immer mehr und tiefer spezialisierte Berufsfelder benötigt. Insbesondere die Assistenzberufe werden für eine funktionierende medizinische Versorgungskette immer wichtiger. Einerseits können Ärzte und Pflegekräfte dadurch entlastet werden, andererseits ergeben sich potenzielle Qualitätssteigerungen durch eine bessere Arbeitsteilung.

NEUE BERUFSBILDER FÖRDERN

Position:

- Die Berufe Operationstechnischer und Anästhesietechnischer Assistent (OTA/ATA) sind per Bundesgesetz anzuerkennen, um ein einheitliches Ausbildungsniveau zu schaffen und im Ergebnis den Berufsabschluss bundesweit einheitlich zu regeln.
- Für weitere neue, innovative Berufsbilder sollten Modellausbildungen oder -studiengänge explizit gefördert werden. Vorhaben zur Delegation und Substitution von pflegerischen und ärztlichen Tätigkeiten an andere Berufsgruppen sind explizit zu unterstützen und zu evaluieren.
- Insbesondere die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Modellprojekten der Substitution (§ 63c SGB V) sind zu überarbeiten und nicht auf Aus-, sondern auf Weiterbildung auszurichten. Die gesetzlichen Vorgaben müssen entsprechend konkretisiert werden.

3. Mehr Zeit für den Patienten, Bürokratie abbauen

Zeit für ein ausführliches Gespräch und Zeit für Nähe und für Fürsorge – das erwarten und wünschen sich Patienten im Krankenhaus. Steigender Versorgungsbedarf, Fachkräftemangel und hohe Anforderungen an die Dokumentation führen dazu, dass immer weniger Zeit für die Patienten bleibt. Entgegen allen Bekenntnissen zum Bürokratieabbau steigen die Dokumentationsanforderungen permanent. Im jeweiligen Einzelfall scheint die zusätzliche Dokumentationsanforderung vielleicht akzeptabel. Die Gesamtschau aller an die Krankenhäuser gerichteten Anforderungen macht aber deutlich, dass inzwischen ein vertretbares Maß bei Weitem überschritten ist:

- Administrative Dokumentation (Kodierung/Verschlüsselung von Diagnosen und Prozeduren etc.),
- patientenbezogene Dokumentation (Aufnahme, Aufklärung, OP-Bericht, Verlegungsbericht, Anträge, Entlassungsbericht etc.),
- Beantwortung der Anfragen von Kostenträgern bzw. des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK),
- Qualitätssicherung (externe stationäre Qualitätssicherung, klinische Register, Qualitätsberichte etc.),
- Krankenhausstatistik (Kostendaten, Diagnosedaten, Grunddaten etc.) und
- Datenschutzerklärungen

beanspruchen Zeit, die für die Versorgung der Patienten dann nicht mehr zur Verfügung steht. Die an ein Krankenhaus gerichteten Dokumentationsanforderungen gehören in ihrer Gesamtheit auf den Prüfstand. Ein durchgängiger Ausbau der digitalen Infrastruktur kann zusätzlich einen spürbaren Beitrag zur Entlastung leisten.

BÜROKRATIELAST
KONSEQUENT UND MUTIG
ABBAUEN

DOKUMENTATIONSANFORDERUNGEN
AUF DEN PRÜFSTAND
STELLEN

Position:

- Ein bundesweites Programm zum Abbau von bürokratischem Aufwand mit dem Ziel, diesen Aufwand und die Dokumentationslast um 50 Prozent zu reduzieren und den Anteil der Arbeitszeit für Dokumentation und Bürokratie auf maximal 20 Prozent zu begrenzen, muss eingeführt werden.

- Die ausufernden MDK-Prüfungen müssen auf ein notwendiges Maß zurückgeführt werden. Für eine sachgerechte und faire Abrechnungskontrolle der Krankenhäuser ist es zudem zwingend erforderlich, eine neutrale krankenkassenunabhängige Prüfinstanz zu schaffen.

4. Investitionen nachhaltig finanzieren, moderne Strukturen ermöglichen

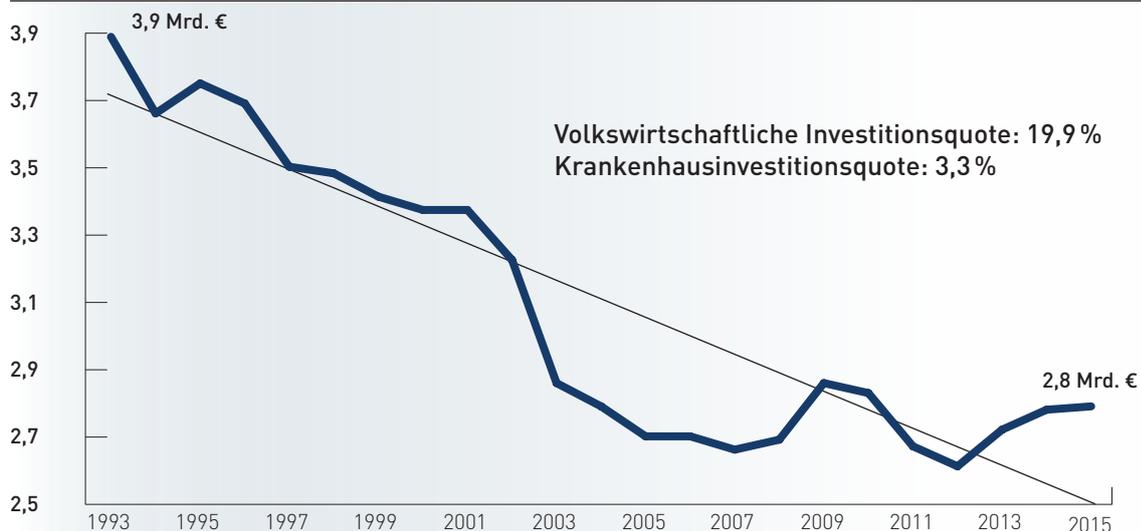
Patientenorientierte Krankenhausbehandlung ist nur mit zeitgerechter apparativer Ausstattung und baulicher Infrastruktur möglich. Zudem steigen die Ansprüche der Patienten an moderne Strukturen, neuste Technik und neuste Versorgungsformen. Dafür sind entsprechende Investitionen nötig.

Die Fakten zur Investitionsmisere der Krankenhäuser sind bekannt: Dem jährlichen Investitionsbedarf der Krankenhäuser in Höhe von über 6,5 Milliarden Euro¹ steht eine Investitionsförderung der Länder von rund 2,8 Milliarden Euro gegenüber. Die Investitionslücke von rund 3,7 Milliarden Euro jährlich erschwert den notwendigen Erhalt und Ausbau der bestehenden Substanz und begrenzt dringend erforderliche Investitionen der Krankenhäuser, zum Beispiel in Maßnahmen zur Erhöhung der Sicherheit vor Cyberangriffen, zur Verbesserung des Infektions- und Brandschutzes, zur baulichen Modernisierung und zur Verbesserung von Strukturen (z. B. Zusammenlegung von Standorten) in einem nicht mehr vertretbaren Ausmaß.

INVESTITIONSLÜCKE
SCHLIESSEN

INVESTITIONSFÖRDERUNG
VERDOPPELN

Abbildung 8: Entwicklung der Investitionsförderung seit 1993



Quelle: AOLG

Krankenhäuser sind in vielen Regionen der größte Arbeitgeber und ein zuverlässiger Beschäftigungsmotor!

¹ Unter Zugrundelegung einer Mindestinvestitionsquote von 9 Prozent und bereinigter Kosten in Höhe von 72 Milliarden Euro (ohne Hochschulkliniken) ergibt sich ein Gesamt-Investitionsbedarf von rund 6,5 Milliarden Euro.

Eine wirtschaftliche Finanzierung der Betriebskosten ist vor diesem Hintergrund ebenfalls nicht zu erreichen. Wirtschaftliche und effiziente Leistungserbringung erfordern zeitgemäße Gebäudestrukturen und Prozessoptimierungen. Hierfür sind Investitionen die Voraussetzung. Zu geringe Investitionsmittel führen zu Effizienzverlusten bei den Betriebsmitteln. Darin liegt eine wesentliche Ursache für die hohe Zahl von Krankenhäusern mit Defiziten. Zusätzlich führt die dauerhafte Unterfinanzierung zu einem erheblichen Nachteil der deutschen Krankenhäuser im europäischen Wettbewerb.

Wenn es in der Ausgestaltung der Bund-Länder-Finanzbeziehungen aktuell möglich ist, Bundesfinanzierungen für Landesaufgaben (z. B. Schulen, Kitas, sozialer Wohnungsbau, Schienenverkehr) zu organisieren, muss dieses auch für die Krankenhäuser gelten. Krankenhäuser sind ein wesentlicher Baustein der sozialen und regionalen Infrastrukturen. Die gemeinsame Verantwortung von Bund und Ländern für die Sicherstellung einer bestmöglichen flächendeckenden medizinischen Versorgung der Menschen im Sinne von Daseinsvorsorge rechtfertigt ein Entstehen von Bund und Ländern auch für die Investitionsfinanzierung.

Zwingend notwendig ist eine Mindestinvestitionsquote von 9 Prozent der bereinigten Kosten der Krankenhäuser.

Position:

- Die Länder sind für eine auskömmliche Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser zuständig. Aufgrund der gemeinsamen Verantwortung von Bund und Ländern für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung in Deutschland ist der Bund in der Pflicht zu unterstützen, wenn die Länder ihrer Verantwortung nicht sachgerecht nachkommen.
- Werden von Bund und/oder Ländern Förderprogramme für Investitionen aufgelegt, ist ein trägerunabhängiger Zugriff für die Krankenhäuser sicherzustellen.

UNTERFINANZIERUNG
GEFÄHRDET DIE VERSORGUNG

BUND UND LÄNDER
STEHEN GEMEINSAM IN
DER VERANTWORTUNG

5. Digitalisierung beschleunigen, E-Health ausbauen

Die Digitalisierung der Gesellschaft verändert das Selbstverständnis der Patienten nachhaltig. Patienten erwarten nicht nur eine moderne Ausstattung der Krankenhäuser, sondern auch digitale Dienstleistungen. Arztbriefe, Termine und Informationsmaterialien werden als digitale Medien auf den mobilen Geräten der Patienten erwartet.

Bei sektorenübergreifenden Behandlungen werden Medienbrüche als anachronistisch wahrgenommen. Patienten erwarten, dass ihre Daten im Krankenhaus nicht nur sicher vor IT-Angriffen sind, sondern auch digital zwischen den Institutionen ausgetauscht werden können. Dies setzt deutlich mehr voraus als nur die Anschaffung von IT-Komponenten. Zur Nutzung der neuen Möglichkeiten sind auch strukturelle Veränderungen und Umstellungen der Kernprozesse notwendig. So bedeutet zum Beispiel die Umstellung der internen Auftragsprozesse auf digitale Verfahren, dass auch entsprechende Identitäts- und Berechtigungsmanagement-Systeme aufgebaut werden müssen. Für digitale Angebote für die Patienten müssen technisch geschützte Zwischenbereiche geschaffen werden. Und nicht zuletzt verlangt auch eine Öffnung der Systeme für sektorenübergreifende Kommunikation eine Anpassung und Aufrüstung der IT-Sicherheit, da mehr Angriffsmöglichkeiten entstehen.

Krankenhausversorgung ist schon heute ohne eine funktionierende Informationstechnik in Diagnostik, Therapie, Qualitätssicherung, Logistik und nicht zuletzt in der Dokumentation und der Abrechnung nicht denkbar. Im Vergleich zu anderen Branchen besteht im Gesundheitswesen aber noch erheblicher Nachholbedarf.

Die Digitalisierung ermöglicht eine verbesserte Kommunikation und gibt unseren Mitarbeitern wieder mehr Zeit für das Wesentliche. Die Digitalisierung bildet die Grundlage für intersektorale Zusammenarbeit, Qualitätssicherung, Versorgungsforschung und Prozessoptimierung. Sie ist unabdingbar mit dem Fortschritt der Medizintechnik verknüpft. Die Digitalisierung ermöglicht den gezielten und effizienten Einsatz von Bionik, Molekularbiologie und Genetik in bestehenden, aber auch neuen Behandlungsverfahren. Geräte, Implantate und Sensoren verfügen immer häufiger über rein digitale Schnittstellen und

PATIENTEN ERWARTEN
VERNETZTE VERSORGUNG

CHANCEN DER
DIGITALISIERUNG
NUTZEN

müssen in die Netzwerke eingebunden werden. Informationstechnik ist zu einer notwendigen Grundlage für die moderne Medizin geworden. In der medizinischen Forschung spielt das Thema Big Data zunehmend eine zentrale Rolle. Die Krankenhäuser sehen sich in der Pflicht, das Thema aktiv zu gestalten.

Informationstechnik ermöglicht unter dem Stichwort Telemedizin neue, patientenorientierte Behandlungsprozesse, die eine qualitativ bessere Versorgung erlauben, insbesondere dann, wenn in deren räumlicher Nähe keine Expertise vorhanden ist. Konzepte wie Telekonsile oder das Telemonitoring können die ambulante Versorgung vor Ort nachhaltig unterstützen, wofür sie aber zukünftig in die Regelversorgung eingehen müssen. Darüber hinaus können IT-unterstützte Netzwerkstrukturen die medizinische Versorgung verbessern, wobei auch Pflegedienste, Rehabilitationseinrichtungen und die häusliche Pflege wesentliche Partner sein können.

Position:

- Zur Sicherstellung einer flächendeckenden und den aktuellen Ansprüchen genügenden digitalen Ausstattung der Krankenhäuser muss die bestehende Finanzierungslücke geschlossen werden. Aufgrund des allgemeinen Investitionsstaus konnte nicht in allen Krankenhäusern die IT-Infrastruktur so ausgebaut werden, dass diese den Patientenbedürfnissen und dem aktuellen Stand der Technik entsprechen. Dies erfordert ein mehrjähriges Sonderprogramm „Digitales Krankenhaus“ des Bundes in Höhe von einer Milliarde Euro pro Jahr.
- Da die digitale Unterstützung der Versorgungsprozesse neben kontinuierlichen Investitionen vor allem einen Aufbau von entsprechend qualifiziertem Personal benötigt, muss dies über einen Digitalisierungszuschlag in Höhe von 2 Prozent berücksichtigt werden. Nur so kann die Lücke zwischen den IT-Ausgaben in den deutschen Krankenhäusern und den eigentlich notwendigen Ausgaben, wie sie zum Beispiel in den Nachbarländern üblich sind, geschlossen werden.

- Eine einheitliche, flächendeckende Telematik-Infrastruktur (TI) ist geeignet, viele Probleme gleichzeitig zu lösen, und wird von den Krankenhäusern dringend gefordert. Die Höhe der Zulassungs- und Nutzungsentgelte für Diensteanbieter ist so zu gestalten, dass dies die Nutzung der TI nicht faktisch verhindert. Sinnvolle medizinische Anwendungen sollten bis zum Jahr 2018 verfügbar gemacht werden.
- Bestehende Hürden für telemedizinische Leistungen müssen abgebaut werden, damit Krankenhäuser diese als Regelleistungen flächendeckend erbringen können. Dazu bedarf es einer entsprechenden Ermächtigung, um Telekonsile und Telemonitoring nicht nur in Einzelfällen durch Krankenhäuser zu ermöglichen.
- Eine Digitalisierung, die sektorenübergreifende Versorgungsprozesse unterstützen soll, benötigt auch eine sektorenübergreifende Standardisierung. Bestehende Regulierungen, die sektorspezifische Standards bloß verfestigen, müssen ersetzt werden und der Weg für gemeinsame Festlegungen bereitet werden. In diesem Sinne ist zu sichern, dass an Entscheidungen, die auch Einfluss auf die ambulanten Prozesse im Krankenhaus haben, die Krankenhäuser zwingend beteiligt werden.
- Ohne einen patientenorientierten Datenschutz ist die Digitalisierung nicht denkbar. Notwendig ist mehr Mut, auch den Bürokratieabbau bei der Gestaltung von Gesetzen im Auge zu behalten. Wenn eindeutig für den Patientennutzen eingerichtete Maßnahmen etabliert werden, sollte die Erlaubnis zur notwendigen Datenverarbeitung gesetzlich gesichert werden. Die Umsetzung der Datenschutzerfordernisse muss so gestaltet werden, dass die Patienten nicht durch eine Flut von Einwilligungen und Aufklärungen den Überblick verlieren und dahin gedrängt werden, eine Mitwirkung zu verweigern. Im Rahmen der Umsetzung der EU-Datenschutzgrundverordnung sollte die Chance genutzt werden, länderspezifische Besonderheiten, die die Vernetzung erschweren, aufzuheben. Diese erschweren insbesondere kooperative Behandlungsformen und die Bildung von Netzwerken, soweit dabei Landesgrenzen überschritten werden.

- Die Einführung von IT-Innovationen muss vereinfacht und überbordende Regelungen sowie komplexe Zulassungsverfahren müssen abgeschafft werden. Nicht jede Innovation benötigt eine aufwendige Zertifizierung und nicht jede IT-Unterstützung benötigt eine aufwendige Neubewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss. Ein freier Zugang der Krankenhäuser zu nationalen und länderspezifischen Finanzierungsprogrammen anderer Ressorts muss gewährleistet werden.
- Ein Grundverständnis für die Möglichkeiten und Risiken informationstechnischer Systeme muss in die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten und Pflegekräften fest aufgenommen werden. Dazu sind die Ausbildungsstätten entsprechend zu verpflichten.

6. Innovationen stärken, medizinischen Fortschritt gewährleisten

Die Patienten vertrauen darauf, im Krankenhaus die innovativste und bestmögliche Versorgung zu erhalten. Allen Patienten steht dieser Zugang zum medizinischen und technischen Fortschritt offen – unabhängig von der individuellen Finanzsituation. Dies ist ein hohes und schützenswertes Gut im deutschen Gesundheitswesen. Die Krankenhäuser sind Garanten für den medizinischen Fortschritt im deutschen Gesundheitswesen. Sie sind Innovationsmotor und Eintrittspforte für innovative Leistungen. Zahlreiche Erkrankungen, die noch vor Kurzem als unheilbar galten, können heute besser behandelt oder geheilt werden.

Naturgemäß kann der medizinische Nutzen innovativer medizinischer Leistungen in ihrer Einführungsphase noch nicht abschließend bewertet sein. Mit der Methodenbewertung und der Erprobungsregelung des Gemeinsamen Bundesausschusses hat der Gesetzgeber deshalb Maßnahmen ergriffen, um bei Unsicherheiten über den medizinischen Nutzen, die Patientensicherheit und die Wirtschaftlichkeit einer Innovation zeitnah eine Entscheidung über deren Zulässigkeit herbeizuführen. Für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) bestimmter Medizinprodukte² wurde zudem eine zwangsläufige und schnelle Nutzenbewertung eingeführt, deren Auswirkung auf die Innovationskraft zum jetzigen Zeitpunkt allerdings noch nicht abschließend bewertet werden kann.

Grundsätzlich sind die Rahmenbedingungen für neue Leistungen im stationären Sektor innovationsfreundlich ausgestaltet. Ein schneller und flächendeckender Zugang wird begleitet von Maßnahmen zur Evaluation und Bewertung von Nutzen, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit. Dieser Zweiklang hat sich bewährt und sollte beibehalten werden. Die Krankenhäuser bekennen sich in diesem Rahmen zu einer schnellstmöglichen Transparenz über den Nutzen von neuen medizinischen Verfahren.

KRANKENHÄUSER SIND DER
INNOVATIONSMOTOR DES
GESUNDHEITSWESENS

INNOVATIONEN
ZEITNAH
EVALUIEREN

MEDIZINISCHEN
FORTSCHRITT
FÖRDERN

² Medizinprodukte der Risikoklasse IIb oder III oder die den aktiven implantierbaren Medizinprodukten zuzuordnen sind und deren Anwendung einen besonders invasiven Charakter aufweist.

Position:

- Der Grundsatz „Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt“ für medizinische und technische Innovationen in der Krankenhausversorgung muss ausnahmslos erhalten bleiben und auf alle ambulanten Krankenhausleistungen ausgeweitet werden.
- Insbesondere bei der Prüfung und Implementierung von Medizinprodukten sind einzelne Insellösungen nur für Deutschland nicht zielführend. Aus gutem Grund gibt es daher neben den nationalen auch internationale Zulassungssysteme. Sollte sich das neue EU-Zulassungsverfahren über die staatlich benannten Stellen als unzureichend herausstellen, ist über eine Übertragung dieser Aufgaben auf eine staatliche Zulassungsbehörde zu entscheiden.
- Krankenhäuser sollen die Möglichkeit erhalten, bereits gestellten NUB-Anträgen formlos beizutreten.

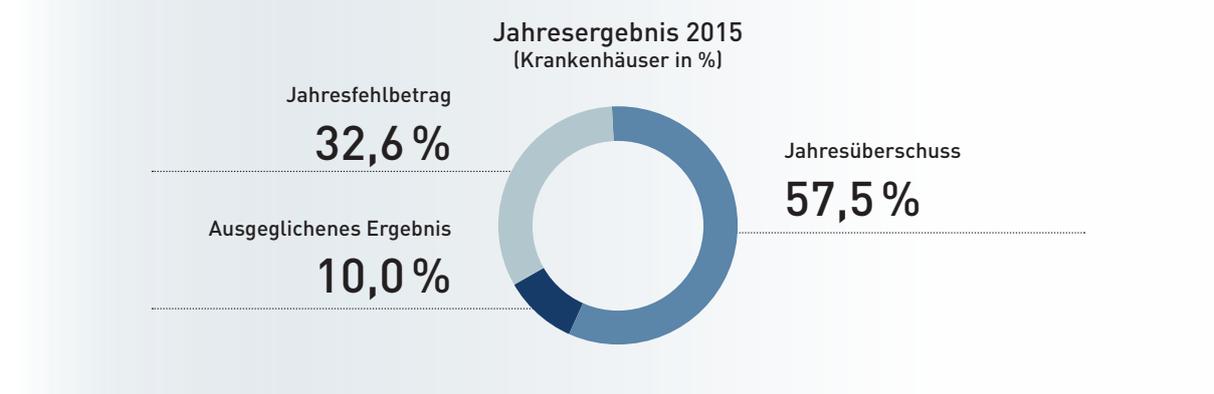
7. Krankenhausleistungen sachgerecht vergüten, Besonderheiten berücksichtigen

Um eine gute Versorgung der Patienten sicherstellen zu können, müssen die Betriebskosten der Krankenhäuser sachgerecht finanziert werden. Dabei bekennen sich die Krankenhäuser zu einer wirtschaftlichen Betriebsführung. Auch in einem leistungsorientierten Krankenhausfinanzierungssystem muss aber gewährleistet sein, dass ein Krankenhaus seine Kostenzuwächse decken kann, auch wenn die Fallzahl oder das Leistungsspektrum unverändert bleibt.

Kostenentwicklungen in den Landesbasisfallwerten vollständig abbilden

Die wirtschaftliche Lage vieler Krankenhäuser ist angespannt. Rund ein Drittel befindet sich in einer wirtschaftlich schwierigen Lage. Ursächlich dafür sind die unzureichende Investitionsfinanzierung und dass Personal- und Sachkostensteigerungen aufgrund der gesetzlichen Vorgaben nicht vollständig in die Landesbasisfallwerte einfließen können.

Abbildung 9: Wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser



Quelle: Deutsches Krankenhausinstitut

Position:

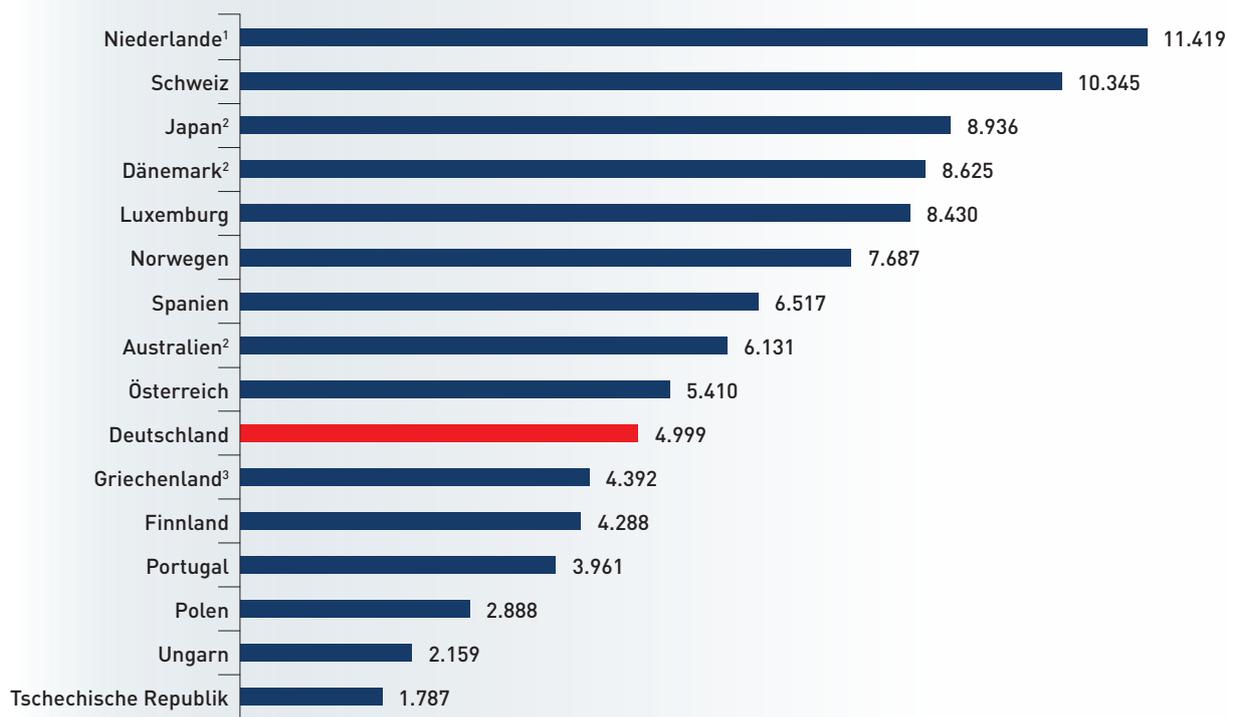
- Nach aktueller Gesetzeslage sollen der Bundesbasisfallwert und der Bundesbasisfallwertkorridor ab dem Jahr 2021 nicht mehr prospektiv nach Maßgabe der jeweiligen Obergrenze, sondern rückwirkend auf Grundlage der Verhandlungsergebnisse auf Landesebene weiterentwickelt werden. Mit dem daraus resultierenden „Kellertreppeneffekt“ würden dem Krankenhausbereich Mittel entzogen, die für die Patientenversorgung benötigt werden. Die Weiterentwicklung des Bundesbasisfallwerts muss daher dauerhaft auf Basis der bisherigen Berechnungsmethodik erfolgen.
- Die Landesbasisfallwerte spiegeln die landesspezifischen Kostenniveaus, insbesondere im Hinblick auf die Personalkosten, derzeit nur begrenzt wider. Die Ziele einer angemessenen Personalbesetzung und attraktiver Arbeitsbedingungen können damit nicht erreicht werden. Die Entwicklung des Landesbasisfallwerts muss stärker landesspezifische Gegebenheiten berücksichtigen.
- Unvermeidbare Kostensteigerungen müssen vollständig in die Landesbasisfallwerte einfließen. Lineare und strukturelle Tarifentwicklungen müssen vollständig über die Landesbasisfallwerte refinanziert werden. Die Deckelung der Vergütungszuwächse über die Grundlohnrate bzw. den Veränderungswert ist zu beenden.

Krankenhausindividuelle Finanzierungsinstrumente ausbauen

Mit der Einführung des diagnosebezogenen Fallpauschalensystems (DRG-System) im Jahr 2004 verfolgte der Gesetzgeber das Ziel, die Vergütung der Krankenhäuser leistungsgerechter auszugestalten und mehr Transparenz über die Leistungen und Kosten der Krankenhäuser zu schaffen. Das Ziel einer besseren Transparenz wurde erreicht. In Deutschland wurde aber ein DRG-System mit hohem Pauschalierungsgrad eingeführt. Regionale und strukturelle Unterschiede sind im pauschalierten System nicht sachgerecht abgebildet. Sie müssen ergänzend zu den Fallpauschalen berücksichtigt werden können.

DRG-SYSTEM ÖFFNEN

Abbildung 10: Internationaler Vergleich der Krankenhauskosten 2014 (je Fall in Dollar)



Quelle: OECD Health Data Anmerkungen: ¹Daten aus 2010; ²Daten aus 2012; ³Daten aus 2013

Der internationale Vergleich belegt die hohe Effizienz der Krankenhausversorgung in Deutschland!

Position:

- Ergänzend zu den Fallpauschalen müssen die Krankenhäuser mit den Krankenkassen bei regionalen und strukturellen Besonderheiten (z. B. beim Vorliegen spezieller Kostenstrukturen) krankenhausesindividuelle Zuschläge vereinbaren können.
- Die Krankenhäuser müssen über komplexe und hochaufwendige Behandlungsfälle sowie bei unvorhersehbaren Ereignissen nach Ablauf des Budgetjahrs mit den Krankenkassen Verhandlungen zur Kostendeckung führen können.
- Versorgungsaufgaben, die den Krankenhäusern mit Billigung der Krankenhausplanungsbehörde übertragen werden, müssen vollständig ausfinanziert werden.
- Das Instrument des Sicherstellungszuschlags ist weiterzuentwickeln.

Abrechnungsprüfungen weiterentwickeln

Die gestiegene Komplexität des Systems und die zahlreichen Abrechnungsvorgaben, die detailliert dokumentiert werden müssen, führen seit Jahren zu einem stetigen Anstieg der Prüfung von Krankenhausrechnungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Dies ist auch bereits im psychiatrischen und psychosomatischen Bereich durch die Einführung des neuen Vergütungssystems spürbar. Die Prüfungen binden Ressourcen, die der Versorgung der Patienten entzogen werden. Die geringe Anzahl der tatsächlich fehlerhaften Abrechnungen belegt, dass dieser Aufwand nicht verhältnismäßig ist. Dennoch wird der von den Krankenkassen finanzierte und abhängige Medizinische Dienst regelmäßig von den Krankenkassen in die Krankenhäuser entsandt mit dem Ziel, Rechnungen zu kürzen.

SACHGERECHTE
ABRECHNUNGSKONTROLLE
DURCH NEUTRALE
PRÜFUNGSINSTANZ

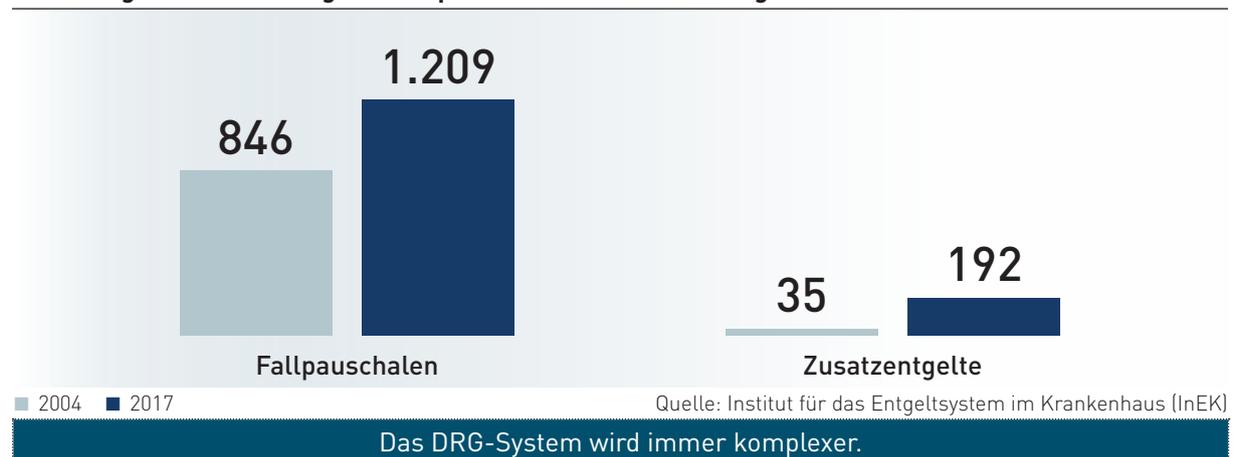
Position:

- Für eine sachgerechte Abrechnungskontrolle der Krankenhäuser ist es zwingend notwendig, eine neutrale krankenkassenunabhängige Prüfinstanz zu schaffen. Zudem sind die ausufernden Abrechnungsprüfungen auf ein notwendiges Maß zurückzuführen.

Vergütungskataloge datenbasiert weiterentwickeln

Die jährliche Weiterentwicklung des DRG-Katalogs hat insbesondere in den Anfangsjahren des neuen Vergütungssystems zu mehr Leistungsgerechtigkeit geführt. Die jährliche Kataloganpassung bindet aber in den Krankenhäusern in erheblichem Umfang personelle und finanzielle Ressourcen für Personalschulungen, IT-Umstellungen und vieles mehr. 15 Jahre nach der Einführung der diagnosebezogenen Fallgruppen sind die Weiterentwicklungsschritte nicht mehr so einschneidend wie in den Anfangsjahren, sodass dieser Aufwand in den Kliniken im Jahresturnus nicht mehr zu rechtfertigen ist.

Abbildung 11: Entwicklung der Fallpauschalen und Zusatzentgelte seit 2004



Das DRG-System wird immer komplexer.

Position:

- Der Katalogwechsel soll zukünftig nur noch alle zwei Jahre erfolgen. Dies erhöht auch die Planungssicherheit der Krankenhäuser. Gleiches gilt zu gegebener Zeit für die PEPP- und IBWR-Kataloge.
- Die Kalkulation der Leistungen und ihrer Kosten soll weiterhin jährlich erfolgen. Gleiches gilt für das Verfahren zur Beantragung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB).
- Die Weiterentwicklung der Kataloge muss grundsätzlich auf der Basis der Leistungs- und Kalkulationsdaten der Krankenhäuser erfolgen. Normative Eingriffe durch den Gesetzgeber sind auf dringend notwendige Einzelfälle zu beschränken.

GKV und PKV nachhaltig finanzieren

Grundvoraussetzung für eine gute und umfassende Gesundheitsversorgung ist eine solide Finanzierungsbasis der Krankenversicherung. Die Krankenhäuser sehen, dass der steigende Versorgungsbedarf einer älter werdenden Bevölkerung beide Versicherungszweige vor große Herausforderungen stellt. Auch in Zukunft werden die Krankenhäuser durch eine wirtschaftliche Leistungserbringung zu einer Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung beitragen. Steigender Finanzierungsbedarf darf jedoch nicht zulasten der Krankenhäuser, ihrer Beschäftigten und damit der Patienten gehen und muss über die bestehenden Finanzierungsinstrumente von gesetzlicher (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV) aufgebracht werden. Dazu gehört auch, dass gesamtgesellschaftliche Solidarlasten wie die Beiträge von Versicherungsträgern, die heute keine sachgerechten Beiträge zahlen, vorrangig aus Steuermitteln finanziert werden.

Die Krankenhäuser setzen auch in Zukunft auf das Nebeneinander von GKV und PKV. Als wichtige Reformmaßnahmen betrachten die Krankenhäuser eine fehlanreizfreie Ausgestaltung des Finanzausgleichs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen (morbidityorientierter Risikostrukturausgleich [Morbi-RSA]) und die längst überfällige Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

NEBENEINANDER VON GKV
UND PKV ERHALTEN

GOÄ NOVELLIEREN

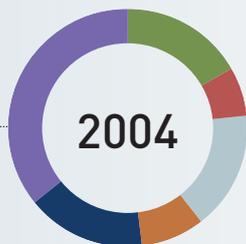
Abbildung 12: Entwicklung der GKV-Leistungsausgaben

GKV-Leistungsausgaben: 131,16 Mrd. €

davon:
Krankenhausbehandlung

36,0% (47,17 Mrd. €)

16,8 Mio.
Patienten

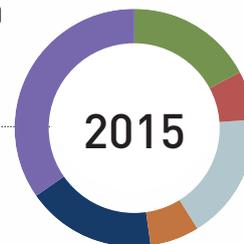


GKV-Leistungsausgaben: 202,05 Mrd. €

davon:
Krankenhausbehandlung

34,8% (70,25 Mrd. €)

19,2 Mio.
Patienten



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

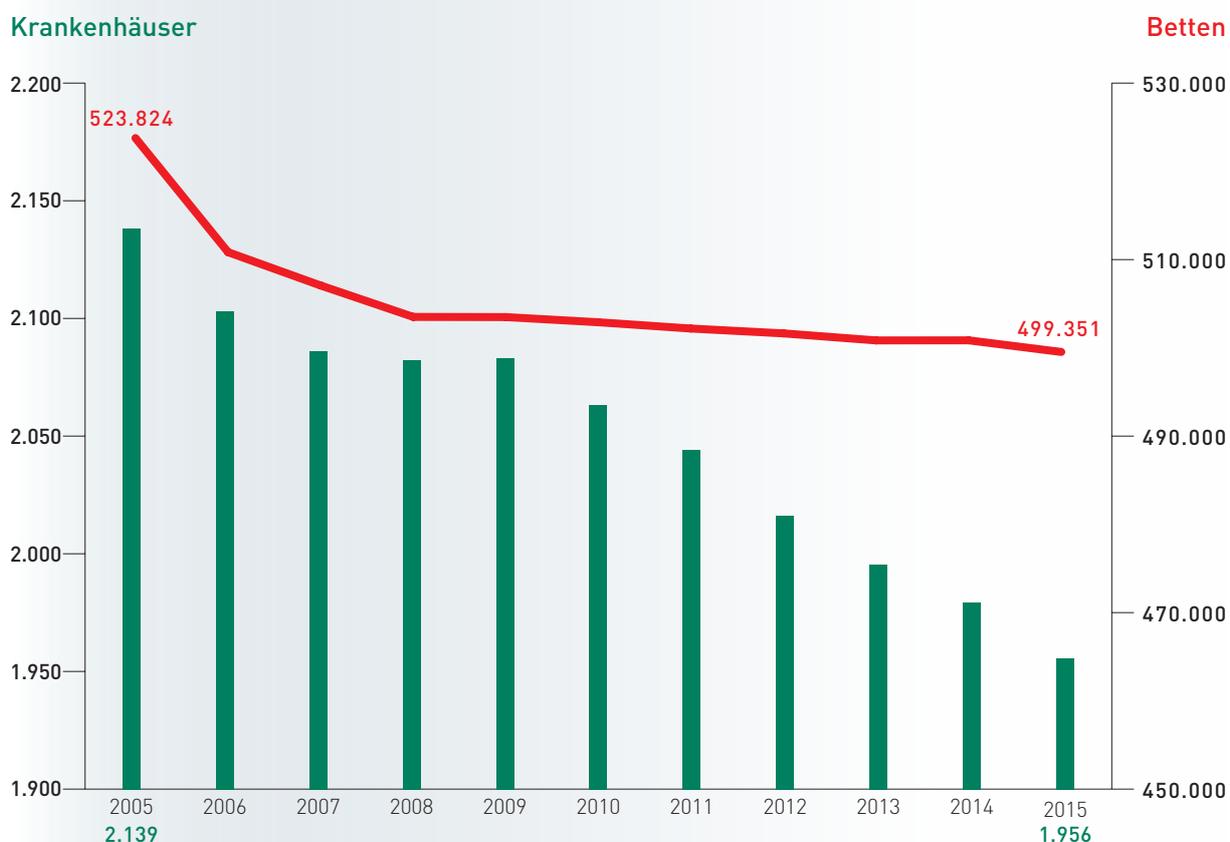
Krankenhäuser sind das Rückgrat der medizinischen Versorgung –
steigender Versorgungsbedarf bei sinkendem Anteil an den GKV-Leistungsausgaben!

8. Letztverantwortung der Länder stärken, Versorgungsplanung dezentralisieren und regionalisieren

Die zur Gesundheitsversorgung bislang eingesetzten Planungsinstrumente (die Krankenhausplanung der Länder und die vertragsärztliche Bedarfsplanung) werden den Erfordernissen einer patientenorientierten sektorenübergreifenden Versorgung nicht mehr gerecht. Den landesspezifischen Besonderheiten der Krankenhausplanung steht auf der vertragsärztlichen Seite eine Bedarfsplanung auf Basis bundeseinheitlicher Verhältniszahlen und genormter Vorgaben der Versorgungsregionen gegenüber. Die bekannten Probleme der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die ambulante Notfallversorgung sicherzustellen, sowie die immer größer werdenden Versorgungslücken vor allem im ländlichen Raum belegen den Änderungsbedarf eindrücklich.

SEKTORENGRENZEN
VERHINDERN DURCHGÄNGIGE
VERSORGUNG

Abbildung 13: Entwicklung der Krankenhaus- und Bettenzahl seit 2005



Quelle: Statistisches Bundesamt

Die Krankenhausstrukturen unterliegen einem stetigen Wandel!

Position:

- Die politische Letztverantwortung für eine flächendeckende, wohnortnahe Gesundheitsversorgung der Bevölkerung muss in Zukunft bei den Ländern liegen. Dazu müssen die Länder neben den stationären auch die ambulanten Strukturen aktiv mitgestalten können. Sie brauchen zusätzlich zum bestehenden Recht zur Planung und Steuerung der stationären Krankenhauskapazitäten aktive Mitwirkungsrechte im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgungssteuerung. Insbesondere müssen die Länder das Recht erhalten, Krankenhäuser dauerhaft zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung, einschließlich Notfallversorgung, zu ermächtigen.
- Den Krankenhausträgern ist bei der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen eine aktive und verantwortungsvolle Rolle einzuräumen. Deshalb soll die Krankenhausplanung als Rahmenplanung ausgestaltet sein und sich auf die Benennung der vorzuhaltenden Fachabteilungen beschränken. Nur so können auch in Zukunft durch Schwerpunktbildungen, Kooperationen und Fusionen die Bedürfnisse der Patienten nach Qualität und Sicherheit bestmöglich erfüllt werden. Die Trägervielfalt ist als bewährter Grundsatz weiterhin zu beachten.
- Im Rahmen ihrer Planungshoheit entscheiden die Länder über die regionale Krankenhausstruktur. Bundesweite Strukturqualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) müssen im Einklang mit dem vorrangigen Ziel einer flächendeckenden medizinischen Versorgung der Bevölkerung in den Regionen stehen und sollen als Orientierungswerte ausgestaltet werden. Durch Landesrecht müssen die Vorgaben des G-BA ausgeschlossen oder eingeschränkt werden können (analog zu den Mindestmengen und planungsrelevanten Qualitätsindikatoren).

ROLLE DER LÄNDER STÄRKEN

KRANKENHÄUSER BRAUCHEN
GESTALTUNGSSPIELRÄUME

TRÄGERVIELFALT
BEIBEHALTEN

STRUKTURVORGABEN
ALS ORIENTIERUNGSWERTE
AUSGESTALTEN

9. Ambulante Krankenhausversorgung ausbauen, Rahmenbedingungen fair ausgestalten

Ambulante Notfallversorgung

Jährlich suchen rund 11 Millionen Patienten das Krankenhaus zur ambulanten Notfallbehandlung auf – mit deutlich steigender Tendenz. Die Krankenhäuser sind damit eine tragende Säule der ambulanten Notfallversorgung. Ohne die Kliniken wäre die Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung zu jeder Tages- und Nachtzeit nicht zu gewährleisten. Nur die Krankenhäuser verfügen in der Regel über die personellen und technischen Möglichkeiten, um dringliche diagnostische Maßnahmen sofort durchzuführen. Auch die ambulante Erstversorgung von Notfällen, wie der Ausschluss eines Herzinfarktes oder die Versorgung von Wunden und Frakturen, kann in der Regel nur mit den Mitteln der Krankenhäuser erfolgen.

Durch zahlreiche gesetzliche Maßnahmen wurde zuletzt versucht, die sektorenübergreifende Verzahnung der ambulanten Notfallversorgung zu verbessern. Einerseits sollen die Notdienste der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) an den Krankenhäusern angesiedelt werden und andererseits sollen die Vergütungen nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) für die Versorgung im Notfall und im Notdienst nach dem Schweregrad differenziert werden. Mit beiden Maßnahmen erkannte der Gesetzgeber die völlig unzureichende Ausgestaltung der gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Zulassung und Vergütung ambulanter Notfallleistungen im Krankenhaus an. Während die Zusammenarbeit der KVen mit den Krankenhäusern – zumindest in einigen Regionen Deutschlands – funktioniert, konnte das Problem der unzureichenden Vergütung der ambulanten Notfallbehandlung durch Krankenhäuser bis heute nicht gelöst werden.

KRANKENHÄUSER
SICHERN AMBULANTE
NOTFALLVERSORGUNG

AMBULANTE
NOTFALLLEISTUNGEN
FAIR VERGÜTEN

Position:

- Die Rahmenbedingungen für die Gewährleistung fairer Zulassungs- und Vergütungsbedingungen für die ambulante Notfallbehandlung durch Krankenhäuser müssen durch die Einführung eines eigenständigen „§ 115e SGB V – Notfallbehandlung“ gesetzlich verankert werden:
 - Die Vergütung krankenhauserambulanten Notfallleistungen ist aus dem ergänzten Bewertungsausschuss herauszulösen und durch eine zweiseitige Vereinbarung zwischen der DKG und dem GKV-Spitzenverband zu ersetzen. Dies gilt für die Höhe und die Struktur.
 - Die Vergütung der Notfallleistungen muss direkt zwischen Krankenhaus und Krankenkasse erfolgen, das heißt ohne Einbeziehung der KVen.
- Führt der hier dargestellte Weg nicht zu einer Verbesserung der Versorgungssituation der ambulanten Notfälle, muss die Verankerung des Sicherstellungsauftrags bei den KVen ernsthaft infrage gestellt werden.

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

Die Zulassung der Krankenhäuser zur Erbringung ambulanter spezialfachärztlicher Leistungen hat den GKV-Patienten bei schweren Krankheiten erweiterte qualitativ hochwertige und interdisziplinär organisierte Behandlungsmöglichkeiten gebracht. Auf der Grundlage der ursprünglichen Rechtslage bieten rund 700 Krankenhausabteilungen den Patienten ambulante Behandlungen an, insbesondere im Bereich der Onkologie. Mit der Reform der spezialfachärztlichen Versorgung im Jahr 2012 wurde das ASV-System auch für die niedergelassenen Ärzte geöffnet und es wurden neue Zulassungsregelungen eingeführt. Nach fünf Jahren ist festzustellen, dass das neue System in einem hoffnungslos überbürokratisierten Regelungsdickicht zu ersticken droht. Völlig inakzeptabel ist, dass Krankenhausambulanzen und niedergelassene Onkologen bis zu 3.000 Seiten umfassende Anträge bei den Zulassungsgremien einreichen müssen, wenn sie sich zur ASV zulassen wollen bzw. ihre Zulassung nach altem Recht aufrechterhalten wollen.

REGELUNGSDICKICHT
GEFÄHRDET PATIENTEN-
VERSORGUNG

Position:

- Allen bereits nach altem Recht zugelassenen ASV-Einrichtungen ist ein dauerhafter Bestandsschutz zu gewähren.
- Alle Krankenhäuser, die in dem jeweiligen Versorgungsbereich stationäre Leistungen erbringen, sind wie beim ambulanten Operieren automatisch zur Erbringung ambulant spezialfachärztlicher Leistungen zuzulassen.
- Die gesetzliche Verpflichtung zu formalen Kooperationen mit den niedergelassenen Ärzten ist aufzuheben.
- Der Leistungskatalog der ASV ist gesetzlich festzulegen (basierend auf dem heutigen Katalog) und kann durch die Selbstverwaltungspartner erweitert werden.

Medizinische Versorgungszentren

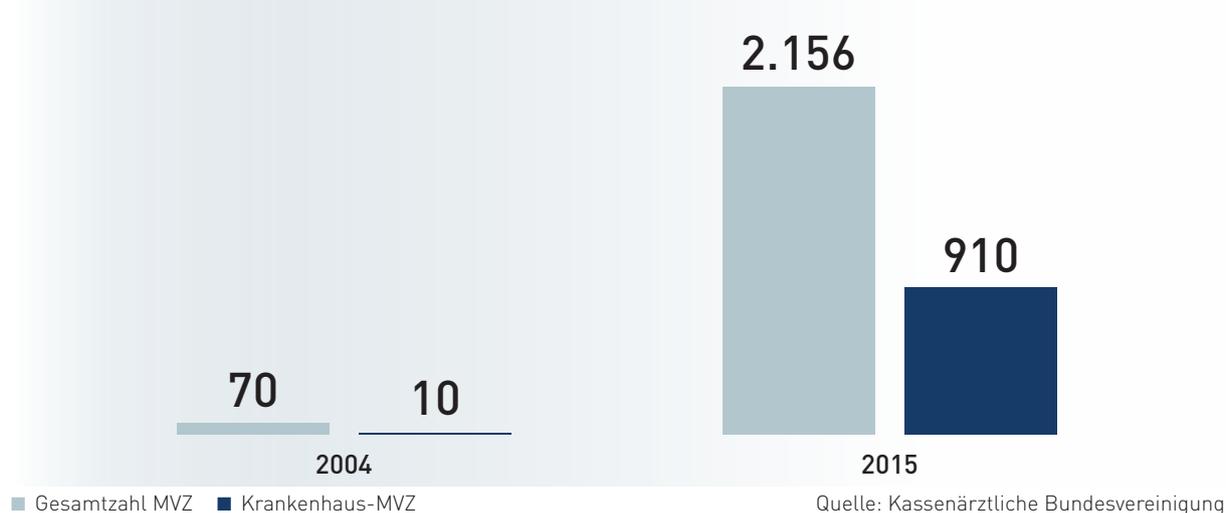
Medizinische Versorgungszentren (MVZ) der Krankenhäuser ermöglichen eine besonders gute Verzahnung der stationären mit der ambulanten medizinischen Versorgung.

KRANKENHAUS-MVZ
FÖRDERN

Position:

- MVZ, die räumlich an ein Krankenhaus angegliedert sind, sollen bei der Vergabe der für die Gründung erforderlichen Vertragsarztsitze daher zukünftig Vorrang erhalten.

Abbildung 14: Entwicklung der MVZ in Krankenhausträgerschaft 2004 und 2015



10. Gemeinsame Selbstverwaltung weiterentwickeln

In der 18. Legislaturperiode wurden der Selbstverwaltung viele neue Aufgaben übertragen. Dass die Selbstverwaltungspartner den größten Teil der Aufgaben fristgerecht umsetzen konnten, stellt deren Handlungsfähigkeit unter Beweis. Die durch das Prinzip der gemeinsamen Selbstverwaltung geprägte Organisation des deutschen Gesundheitswesens hat sich bewährt. Die Krankenhäuser wollen daran festhalten. Gleichwohl sehen die Krankenhäuser Weiterentwicklungsbedarf.

SELBSTVERWALTUNG STÄRKEN

Position:

- Die Politik muss die Grundsatzentscheidungen der Daseinsvorsorge selbst bestimmen und darf dies nicht aus der Hand geben.
- Die Umsetzung von Aufgaben, die an die Selbstverwaltungspartner delegiert worden sind und die zu wesentlichen Veränderungen der medizinischen Versorgung führen, muss mit einer politisch-parlamentarischen Überprüfung der Ergebnisse verknüpft werden. Zu denken ist an Beratungen der Umsetzungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags.
- Die Akzeptanz der Entscheidungen der Selbstverwaltung im G-BA erfordert ein Höchstmaß an Konsensfindungsbemühungen der Unabhängigen. Dies ist durch entsprechende Verfahrensregelungen sicherzustellen.
- Vorrangig sind die Aufgaben den Vertragspartnern zuzuordnen. Die G-BA-Zuordnung soll die Ausnahme sein. Dies gilt insbesondere für die Systeme zur Vergütung ambulanter und stationärer Krankenhausleistungen.
- Die Selbstverwaltung braucht faire Schiedsregelungen. Die im erweiterten Bundesschiedsamt zu entscheidenden Tatbestände sind neu zu ordnen und die Stimmverhältnisse ausgewogen zu gestalten. Alle Parteien müssen bei der Berufung der unabhängigen Schiedspersonen die gleichen Rechte haben.
- Die Beschlüsse des G-BA sind – rechtzeitig vor ihrem Inkrafttreten – systematisch auf ihre Auswirkungen auf die Versorgung zu analysieren.

POLITIK EINBINDEN

11. Europa/International: Kosten für Behandlung ausländischer Patienten decken, Kompetenzverteilung wahren

Deutsche Krankenhäuser stehen zunehmend vor der Herausforderung, ausländische Patienten in großer Zahl behandeln zu müssen. Neben Kriegsversehrten aus Krisengebieten, Flüchtlingen und Asylbewerbern werden auch große Zahlen von EU-Bürgern behandelt, ohne dass Kliniken hinreichend Zahlungssicherheit haben. Zudem bekommen die Krankenhäuser als Nothelfer das wirtschaftliche Risiko auferlegt. Bereits heute verzeichnen die Krankenhäuser deshalb einen jährlichen Forderungsausfall in Höhe von rund 100 Millionen Euro.

Obwohl die Kompetenzen der Europäischen Union im Bereich der Gesundheitsversorgung nach dem EU-Vertrag von Lissabon beschränkt sind und die Hoheit über Organisation und Finanzierung der Gesundheitssysteme den Mitgliedstaaten obliegt, wird durch EU-Rechtsakte und durch Beauftragung privater Organisationsformen (z. B. ISO, CEN, DIN für die Normung medizinischer Leistungen) dieses Kompetenzgefüge permanent verletzt. Hierdurch werden Planung, Steuerung und Finanzierung der Gesundheitsversorgung erschwert. Gleichzeitig unterbleiben wichtige Reformen, zum Beispiel die Überarbeitung der EU-Arbeitszeitrichtlinie.

In anderen Politikbereichen als der Gesundheitspolitik hat die Europäische Union teils umfassende Gestaltungskompetenz übertragen bekommen. Die Ausübung dieser Mandate geschieht in zahlreichen Fällen, ohne die Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme zu berücksichtigen – zum Beispiel in Form systeminkompatibler Arbeitsrechtsvorgaben. Das gefährdet die flächendeckende Gesundheitsversorgung strukturell.

Der europäische Gesetzgeber verursacht – ohne Kompetenz und Regelungsanspruch für die Finanzierung der Gesundheitssysteme in den Mitgliedstaaten – teils erhebliche Kosten für die Kliniken bei der Umsetzung der Vorgaben in die Praxis.

FORDERUNGS-
SAUSFÄLLE
DER KRANKEN-
HÄUSER
MINIMIEREN

KOMPETENZ-
VERTEILUNG
WAHREN

Position:

- Die Kosten für die Behandlung ausländischer Patienten, bei denen in Rechnung gestellte Leistungen nicht vereinnahmt werden können, müssen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe durch Bundesmittel gedeckt werden.
- Die Regelungen zum EU-weiten Erstattungssystem für die Behandlung von EU-Patienten müssen überarbeitet werden. EU-Mitglieder, die Kostenübernahmen verweigern, müssen wegen der Vertragsverletzung sanktioniert werden. Mindestens müssen Krankenhäuser die Möglichkeit erhalten, die Kosten durch Vorauszahlungen der Patienten abzusichern.
- Die Kompetenzverteilung des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) im Bereich der Gesundheitsversorgung muss gewahrt bleiben. Die „Subsidiaritätsbremse“ muss vom Bundestag und Bundesrat im Ernstfall genutzt werden.
- Die Finanzierung der sich aus EU-Gesetzen ergebenden Aufgaben für die Krankenhäuser muss bei der Implementierung in die nationale Rechtsordnung sichergestellt werden.
- Die Normung von Gesundheitsdienstleistungen durch DIN/CEN/ISO muss unterbunden werden. Nutzenbewertungen sind Angelegenheiten der nationalen Systeme.

II. PATIENTENWOHL UND DASEINSVORSORGE IN DER GESETZLICHEN UMSETZUNG

- Weiterentwicklung und Ausbau der Personalförderprogramme
- Bezugnahme der Tarifraten auf die vereinbarten Landesbasisfallwerte (statt Veränderungswert) und vollständige Berücksichtigung der linearen und strukturellen Personalkostensteigerungen
- Abschaffung des Anrechnungsschlüssels (9,5:1) bei der Ausbildungsvergütung
- Berufsgesetzliche Anerkennung der Assistenzberufe (OTA/ATA)
- Ausbau der Studienkapazitäten für Humanmedizin
- Refinanzierung der Weiterbildungskosten
- Qualitätskontrollen durch die gemeinsamen Gremien auf Landesebene statt MDK
- Vollständige Eingliederung der vertragsärztlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen in den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)
- Verpflichtende Auswirkungsanalysen bei G-BA-Beschlüssen
- Abschaffung des Veränderungswerts (Grundlohnrate) als Obergrenze bei den Landesbasisfallwerten
- Beibehaltung des Bundesbasisfallwerts für den Konvergenzkorridor der Landesbasisfallwerte
- Ergänzung der Fallpauschalen durch hausindividuelle Zuschläge für regionale und strukturelle Besonderheiten
- Neuer DRG-Katalog nur noch alle zwei Jahre
- Einführung eines eigenständigen Vergütungssystems für ambulante Notfallleistungen der Krankenhäuser
- Dauerhafter Bestandsschutz für alle nach altem Recht zugelassenen ASV-Einrichtungen der Krankenhäuser
- Sonderinvestitionsprogramm „Digitales Krankenhaus“ und Einführung eines Digitalisierungszuschlags
- Überführung der MDK-Abrechnungsprüfung auf eine neutrale Prüfinstanz
- Politisch-parlamentarische Überprüfung der an den G-BA delegierten Umsetzungsaufgaben
- Gleichrangige Einbeziehung der DKG in die Schiedsgremien (Bewertungsausschuss/Bundesschiedsamt)
- Mitgestaltungsrechte der Länder an der vertragsärztlichen Versorgungssteuerung

**Die Krankenhäuser fordern von den Ländern,
den Investitionsbedarf von 6 Milliarden Euro zu finanzieren.**

III. KRANKENHÄUSER IN ZAHLEN

- Versorgungsleistungen mit einem Anteil am Bruttoinlandsprodukt in Höhe von 3,2 Prozent
- Stärkster Leistungsbereich (34,8 Prozent der Leistungsausgaben) in der gesetzlichen Krankenversicherung
- 97 Milliarden Euro Gesamtumsatz
- 1.956 Krankenhäuser
- 499.351 Betten
- 141,3 Millionen Belegungstage
- 19,2 Millionen stationäre Patienten
- 20 Millionen ambulante Patienten
- 1,2 Millionen Mitarbeiter (868.044 Vollkräfte)
- 426.838 Pflegekräfte (320.905 Vollkräfte)
- 181.323 Krankenhausärzte (154.364 Vollkräfte)
- 5.460 Belegärzte
- Durchschnittliche Verweildauer von 7,3 Tagen
- 1.209 Fallpauschalen
- 192 Zusatzentgelte

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Qualitätsmaßnahmen der Krankenhäuser	11
Abbildung 2: Überführung der vertragsärztlichen Qualitätssicherung in den G-BA	13
Abbildung 3: Entwicklung der Beschäftigten- und Fallzahlen 1991 bis 2015	15
Abbildung 4: Beschäftigte 2015 nach Wirtschaftszweigen	16
Abbildung 5: Entwicklung des Anteils der über 60-jährigen Patienten im Krankenhaus	16
Abbildung 6: Beschäftigte nach Dienstarten (Vollkräfte)	17
Abbildung 7: Ausbildungsplätze nach Dienstarten	20
Abbildung 8: Entwicklung der Investitionsförderung seit 1993	25
Abbildung 9: Wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser	33
Abbildung 10: Internationaler Vergleich der Krankenhauskosten 2014 (je Fall in Dollar)	35
Abbildung 11: Entwicklung der Fallpauschalen und Zusatzentgelte seit 2004	37
Abbildung 12: Entwicklung der GKV-Leistungsausgaben	38
Abbildung 13: Entwicklung der Krankenhaus- und Bettenzahl seit 2005	39
Abbildung 14: Entwicklung der MVZ in Krankenhausträgerschaft 2004 und 2015	43

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) ist der Dachverband der Krankenhausträger in Deutschland. Sie vertritt die Interessen der 28 Mitglieder – 16 Landesverbände und 12 Spitzenverbände – in der Bundes- und EU-Politik und nimmt ihr gesetzlich übertragene Aufgaben wahr. Die 1.956 Krankenhäuser versorgen jährlich 19,2 Millionen stationäre Patienten und rund 20 Millionen ambulante Behandlungsfälle mit 1,2 Millionen Mitarbeitern. Bei 97 Milliarden Euro Gesamtumsatz in deutschen Krankenhäusern handelt die DKG für einen maßgeblichen Wirtschaftsfaktor im Gesundheitswesen.

03/2017

Positionspapier

PATIENT FIRST!

Für eine patientengerechte
sektorenübergreifende Versorgung
im deutschen Gesundheitswesen

Die Friedrich-Ebert-Stiftung

Die Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) wurde 1925 gegründet und ist die traditionsreichste politische Stiftung Deutschlands. Dem Vermächtnis ihres Namensgebers ist sie bis heute verpflichtet und setzt sich für die Grundwerte der Sozialen Demokratie ein: Freiheit, Gerechtigkeit und Solidarität. Ideell ist sie der Sozialdemokratie und den freien Gewerkschaften verbunden.

Die FES fördert die Soziale Demokratie vor allem durch:

- politische Bildungsarbeit zur Stärkung der Zivilgesellschaft;
- Politikberatung;
- internationale Zusammenarbeit mit Auslandsbüros in über 100 Ländern;
- Begabtenförderung;
- das kollektive Gedächtnis der Sozialen Demokratie mit u.a. Archiv und Bibliothek.

Die Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung

Die Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik verknüpft Analyse und Diskussion an der Schnittstelle von Wissenschaft, Politik, Praxis und Öffentlichkeit, um Antworten auf aktuelle und grundsätzliche Fragen der Wirtschafts- und Sozialpolitik zu geben. Wir bieten wirtschafts- und sozialpolitische Analysen und entwickeln Konzepte, die in einem von uns organisierten Dialog zwischen Wissenschaft, Politik, Praxis und Öffentlichkeit vermittelt werden.

WISO Diskurs

WISO Diskurse sind ausführlichere Expertisen und Studien, die Themen und politische Fragestellungen wissenschaftlich durchleuchten, fundierte politische Handlungsempfehlungen enthalten und einen Beitrag zur wissenschaftlich basierten Politikberatung leisten.

Für diese Publikation ist in der FES verantwortlich

Severin Schmidt ist in der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik verantwortlich für die Themen Gesundheits- und Pflegepolitik.

Positionspapier**PATIENT FIRST!**

Für eine patientengerechte sektorenübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen

Mitglieder der Expertengruppe:

Prof. Dr. Volker Amelung > Schwerpunktprofessur für Internationale Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover, Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes Managed Care e. V.

Prof. Dr. Ferdinand Gerlach > Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin an der Goethe-Universität in Frankfurt am Main, Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Dr. Matthias Gruhl > Amtsleiter Gesundheit, Hamburg, Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen und Allgemeinmedizin

Dr. Susanne Ozegowski > Geschäftsführerin des Bundesverbandes Managed Care e. V.

Cornelia Prüfer-Storcks > Senatorin, Präses der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg

Prof. Dr. Doris Schaeffer > Professorin für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld, AG-Leiterin Versorgungsforschung/Pflegewissenschaft, Leiterin des Instituts für Pflegewissenschaft

Prof. Dr. Christoph Straub > Vorstandsvorsitzender der BARMER, Berlin

Dieses Positionspapier wurde auf Grundlage der Beratungen einer Expertengruppe im Rahmen des FES-Projektes „Sektorenübergreifende gesundheitliche Versorgung“ erstellt. Die Inhalte des Papiers stellen nicht zwingend und in allen Punkten die Meinung jedes Mitglieds der Expertengruppe dar. Die Teilnehmenden haben als Privatpersonen an diesem Projekt mitgewirkt. Die FES dankt den Teilnehmenden sehr herzlich für ihr Engagement.

INHALT

5	VORWORT
7	1 EINLEITUNG
8	2 NEUES DENKEN: PATIENT FIRST
9	3 ZU VIELE HÜRDEN FÜR EINE SEKTORENÜBERGREIFENDE VERSORGUNG
11	4 VORAUSSETZUNG FÜR EINE SEKTORENÜBERGREIFENDE VERSORGUNG
11	4.1 Qualität vergleichbar machen
11	4.2 Die Klassifizierungssysteme müssen übereinstimmen
12	4.3 Einen geregelten Informationsaustausch ermöglichen
12	4.4 Einheitliche Planung etablieren
12	4.4.1 Bedarfsplanung für die hausärztliche Grundversorgung
14	4.4.2 Bedarfsplanung für die kinderärztliche Versorgung
14	4.4.3 Bedarfsplanung in der sonstigen fachärztlichen Versorgung
14	4.4.4 Abbau der Überversorgung
15	4.4.5 Schnittstelle Krankenhaus-medizinische Rehabilitation
15	4.4.6 Pflege
15	4.4.7 Rahmenvorgaben für die Bedarfsplanung auf Bundesebene
15	4.4.8 Bedarfsplanung in den Ländern
16	4.4.9 Sicherstellung
16	4.5 Die Honorierung nach der Art der Leistung gestalten
16	4.5.1 Potenziale und Grenzen von Vergütungsanreizen
17	4.5.2 Vergütung in der Grundversorgung
18	4.5.3 Ein Ende der Quartalisierung
18	4.5.4 Vergütung in der spezialisierten fachärztlichen Versorgung
19	4.6 Die Versorgung besser koordinieren
19	4.6.1 Koordination in der Grundversorgung
20	4.6.2 Koordination von spezialisierten fachärztlichen Leistungen
20	4.7 Telemedizin zum integralen Bestandteil des Versorgungssystems machen
21	4.8 Kompetenzen für eine sektorenübergreifende Versorgung erlernen
21	4.9 Erste Schritte
22	5 EXKURS: SEKTORENÜBERGREIFENDE VERSORGUNG AUS DER PERSPEKTIVE DER LANGZEITPFLEGE
24	Abbildungsverzeichnis
24	Abkürzungsverzeichnis
25	Literaturverzeichnis

VORWORT

„Patient_innen stehen an erster Stelle!“ Wer sich mit dem deutschen Gesundheitssystem näher beschäftigt, bekommt diesen Ausspruch oft zu hören. Krankenhäuser, Kassen, Reha-Einrichtungen, niedergelassene Ärzt_innen und andere Akteure im Gesundheitswesen nehmen für sich in Anspruch, in erster Linie im Interesse der Patient_innen zu handeln.

Obwohl es keinen Grund gibt, an diesem Ziel und dem Engagement der im Gesundheitswesen Beschäftigten zu zweifeln, wird dies von vielen Bürger_innen nicht immer so wahrgenommen. Jeder/jede, der/die schon einmal Patient_in im deutschen Gesundheitswesen war, kennt die unsichtbare Mauer zwischen niedergelassenen Ärzt_innen, Krankenhäusern und Einrichtungen der Rehabilitation. Als Patient_innen merken wir, dass die Kooperation und Kommunikation zwischen diesen Sektoren des Gesundheitswesens besser sein müsste. Eine funktionierende sektorenübergreifende Versorgung ist der Schlüssel zu höherer Qualität und Effizienz des Gesundheitswesens. Die Verbesserungspotenziale durch eine stärkere teamorientierte Zusammenarbeit sind enorm, insbesondere für die Patient_innen. Daran zweifelt niemand und es gibt Beispiele aus anderen Ländern, etwa den nordischen Staaten oder Kanada, die dies belegen.

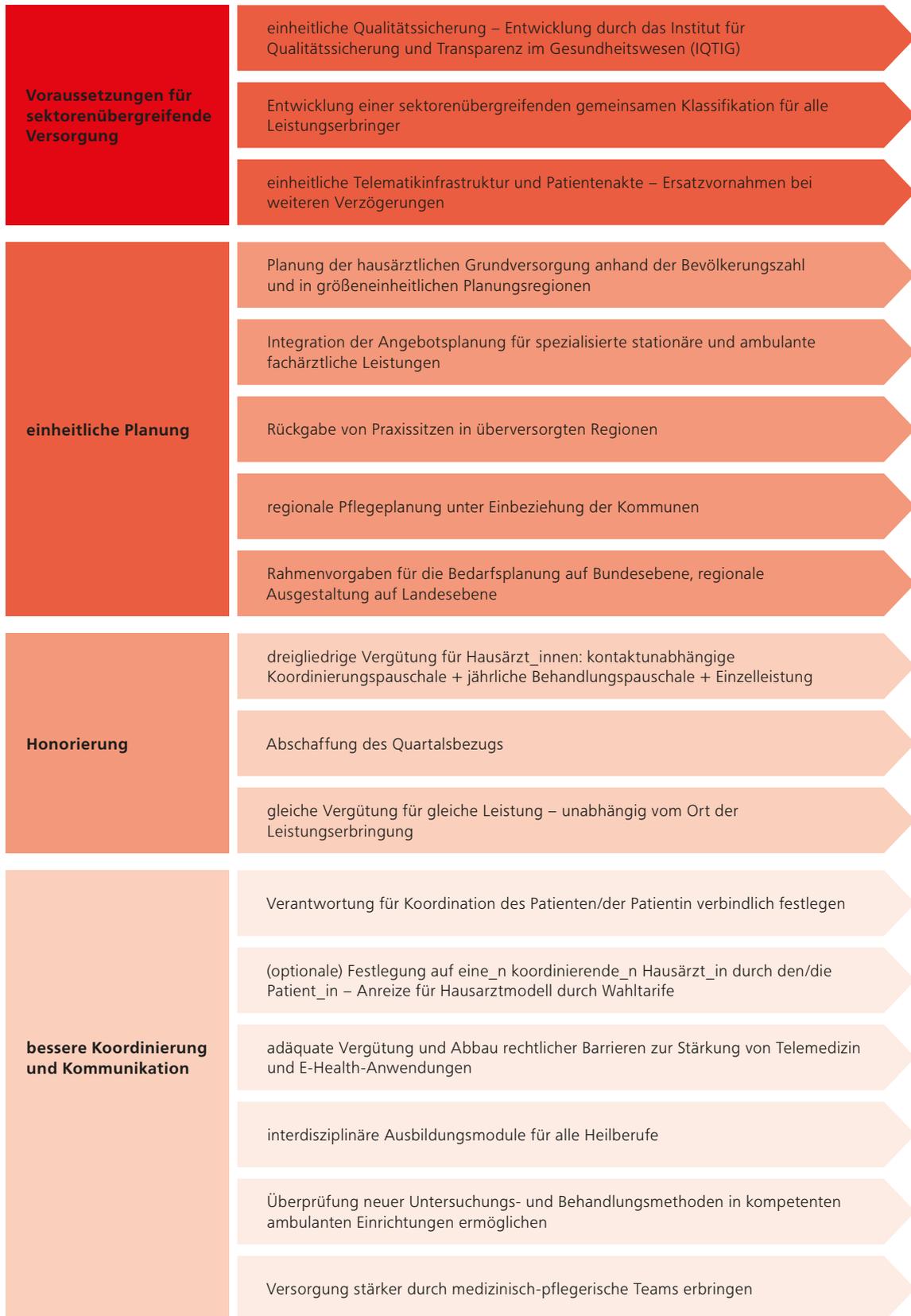
Dennoch hat sich trotz einiger Bemühungen in diesem Bereich in den letzten Jahrzehnten zu wenig getan. Der vorliegende Text unterbreitet nun konkrete und realistische Vorschläge, wie die sektorenübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen verbessert werden kann. Die Vorschläge zeichnen sich in der Gesamtschau dadurch aus, dass die sektorenübergreifende Versorgung von einer Ausnahme zur Regel in der gesundheitlichen Versorgung gemacht wird. Als Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) wollen wir damit einen Beitrag zur aktuellen Diskussion um die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems leisten.

Wir freuen uns, dass sieben herausragende Expert_innen des Gesundheitswesens sich in den vergangenen Monaten im Rahmen von Workshops der FES beraten und gemeinsam das vorliegende Positionspapier formuliert haben. Wir bedanken uns bei den Autor_innen des Textes sehr herzlich für ihre intensive Mitarbeit und wünschen Ihnen eine anregende Lektüre.

SEVERIN SCHMIDT

Leiter des Gesprächskreises Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung

Abbildung 1
Die Empfehlungen auf einen Blick



1

EINLEITUNG

Die Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) hat 2013 zwei wichtige Beiträge zur Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens veröffentlicht, in denen die notwendigen Reformen für das deutsche Gesundheitswesen vorgedacht und in einen gesamtgesellschaftlichen Kontext gestellt wurden.¹

Einige Eckpunkte dieser Schriften wurden politischer Konsens und konnten in den vergangenen vier Jahren gesetzgeberisch umgesetzt bzw. der Selbstverwaltung zur fristgerechten Realisierung aufgegeben werden. Andere konnten zumindest eingeleitet werden. Erwähnt seien das in den Schriften angemahnte Präventionsgesetz, die Verbesserung in der hausärztlichen Weiterbildung und die Reform der Pflegeberufe. Mit dem „Masterplan 2020“ zur Reform des Medizinstudiums könnten weitere Akzente für eine zukünftig höhere Attraktivität der Hausarztmedizin in der ärztlichen Ausbildung gesetzt werden.

Ein Meilenstein in der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens ist die ebenfalls in den erwähnten Veröffentlichungen der FES angestoßene und im Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) realisierte Veränderung der stationären Versorgung. Hier wurde ein inzwischen oft als Paradigmenwechsel bezeichnetes Umsteuern auf Qualität, Spezialisierung und Strukturumbau eingeleitet, das die bisher weitgehend vorherrschende Profitorientierung in der Krankenhausentwicklung deutlich bremsen könnte.

Dagegen konnten die strukturiert vorgedachten weiteren Schritte zu einer sektorenübergreifenden Versorgung und einer Neuordnung von Bedarfsplanungen, Sicherstellung und Aufsicht ebenso wenig umgesetzt werden wie eine stärker wettbewerbliche Ausrichtung durch die Ausweitung von Selektivverträgen. Zwar ermöglicht das KHSG Selektivverträge zu vier Indikationen, die damit intendierte Konzentration von Krankenhausleistungen nach Qualitätsaspekten wird hierdurch aber nur einen kleinen Schritt vorankommen.

Erreicht werden konnte zwar auch, dass sich die ambulante vertragsärztliche Bedarfsplanung stärker an den Kriterien der Morbidität und damit der sozialen Lage der jeweiligen Population ausrichten soll. Zusätzliche sektorenübergreifende Elemente wurden in der Bedarfsplanung jedoch

nicht verortet. Einen Beitrag zum Abbau der Sektorengrenzen zwischen der ambulanten und stationären Versorgung soll der in dieser Legislaturperiode eingerichtete Innovationsfonds leisten. Mit den Mitteln dieses Fonds sollen insbesondere Vorhaben gefördert werden, die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben und die ein hinreichendes Potenzial aufweisen, dauerhaft in die Versorgung übernommen zu werden. Ob bzw. inwieweit und wann sich daraus eine grundlegende Änderung der Versorgungsstrukturen ergibt, ist unklar.

Die erneute Reform der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nach § 116b SGB V, die mit dem Versorgungsstrukturgesetz vorgenommen wurde, war bislang kein Durchbruch für eine sektorenübergreifende Struktur. Sie erweitert zwar das Spektrum der unter diesen Paragraphen fallenden möglichen Indikationen, ohne dieser Versorgungsform aber eine quantitative Bedeutung zu ermöglichen oder Versorgung tatsächlich sektorenübergreifend zu organisieren.

Insofern scheint es notwendig, sich noch einmal vertieft damit zu befassen, warum es in Deutschland trotz 40-jährigem Bemühen bisher nicht möglich war, eine stärkere Verzahnung der verschiedenen Sektoren in der Versorgung und eine teamorientierte Zusammenarbeit aller erforderlichen Leistungserbringer zu erreichen. Dies betrifft vorrangig die Verzahnung der stationären und ambulanten Versorgung, beinhaltet aber auch die in den Schriften der FES aufgegriffene Schnittstelle zwischen dem stationären Sektor und der Rehabilitation sowie der pflegerischen Versorgung. Besonders in der ambulanten Versorgung bedarf es einer solchen ausgeprägten teamorientierten Verzahnung und Leistungsintegration zwischen den vertragsärztlichen Angeboten sowie den pflegerischen und therapeutischen Gesundheitsberufen.

¹ Siehe hierzu Bormann et al. (2013a/b).

2

NEUES DENKEN: PATIENT FIRST

„Bei uns steht der Patient im Mittelpunkt“ – kein gesundheitspolitisches Statement, kein Hausprospekt eines Krankenhauses, keine Sonntagsrede zum Gesundheitswesen ohne diesen Satz. Für den einzelnen Leistungserbringer mag diese Aussage zutreffen, insgesamt ist das deutsche Gesundheitswesen jedoch wie „kaum ein anderes in den reichen Ländern der Welt durch eine wechselseitige, historisch gewachsene Abschottung der Versorgungsbereiche gekennzeichnet“ (Rosenbrock/Gerlinger 2014). Die historische Entwicklung ist mit ein Grund dafür, warum die strukturellen Vorgaben in den einzelnen Sektoren unterschiedlich ausgestaltet sind, sodass die Schnittstellen und Systembrüche bis heute unüberwindbar erscheinen und das Patientenwohl in den Hintergrund tritt. Beispiele sind die in dieser Form in Europa einmaligen ambulant und stationär vorgehaltenen parallelen Versorgungskapazitäten im fachärztlichen Bereich, die Abgrenzung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung aufgrund der unterschiedlichen Planungs- und Sicherstellungsverantwortung, die separate Entstehung der Rehabilitation als Weiterentwicklung des Kurwesens der Rentenversicherung oder die separate Versorgungsstruktur der Berufsgenossenschaften in Deutschland. Mit der Pflegeversicherung wurde ein zusätzlicher, von allen anderen Sektoren getrennter Versorgungssektor mit eigenen Gesetzmäßigkeiten aufgebaut. Mit anderen Worten: Unser Gesundheitswesen unterliegt ganz unterschiedlichen institutionell begründeten Systemlogiken und nicht einer am Patientenwohl oder an Versorgungsnotwendigkeiten ausgerichteten Versorgungslogik.

Im Unterschied dazu müsste die Versorgung eben nicht in erster Linie an den gewachsenen Strukturen, Zwängen und Imperativen des Gesundheitssystems ausgerichtet sein, sondern den Bedarf, die Lebenssituation und das Wohlergehen der Patient_innen ins Zentrum stellen, sich also soweit wie möglich an evidenzbasierter Versorgungsplanung orientieren und einen patientenzentrierten Charakter entwickeln. Der Fragmentierung und Zersplitterung sind aus dieser Sicht zwingend integrierte Konzepte entgegenzusetzen, die eine umfassende, bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige und zugleich effektive Versorgung ermöglichen. Nur so kann eine adäquate Antwort auf die mit dem demografischen Wandel und der Zunahme chronischer Krankheiten verbundenen Herausfor-

derungen gegeben werden. Erforderlich ist es daher also, der aktuell anbieterorientierten Versorgung künftig mit Strukturen zu begegnen, in denen der/die Patient_in (und seine/ihre Familie) an erster Stelle steht, die Versorgung um ihn/sie herum gruppiert ist, auf ihn/sie und seine/ihre Präferenzen zugeschnitten wird und überdies integriert, koordiniert und kooperativ erfolgt.

Solche Versorgungssysteme orientieren sich an Versorgungspfaden (keine Clinical Pathways, sondern Care Pathways), die besonders vulnerable Gruppen ohne „Um- und Irrwege“ an die für das jeweilige Anliegen richtigen Stellen im Versorgungssystem führen. Dies bedingt allerdings auch die Bereitschaft zu einer gewissen Patientensteuerung wie auch zur Einbeziehung von Patient_innen und Nutzer_innen in die Versorgungsgestaltung. Erreicht werden kann dieses Ziel, indem koordinierte und integrierte Versorgungsmodelle bereitgestellt werden, in denen die Versorgung in gemeinsamer Verantwortung aller Gesundheitsprofessionen erbracht wird, auf teamorientierter, gleichrangiger Kooperationen basiert und in Abstimmung mit dem/der Patient_in erfolgt.

3

ZU VIELE HÜRDEN FÜR EINE SEKTORENÜBERGREIFENDE VERSORGUNG

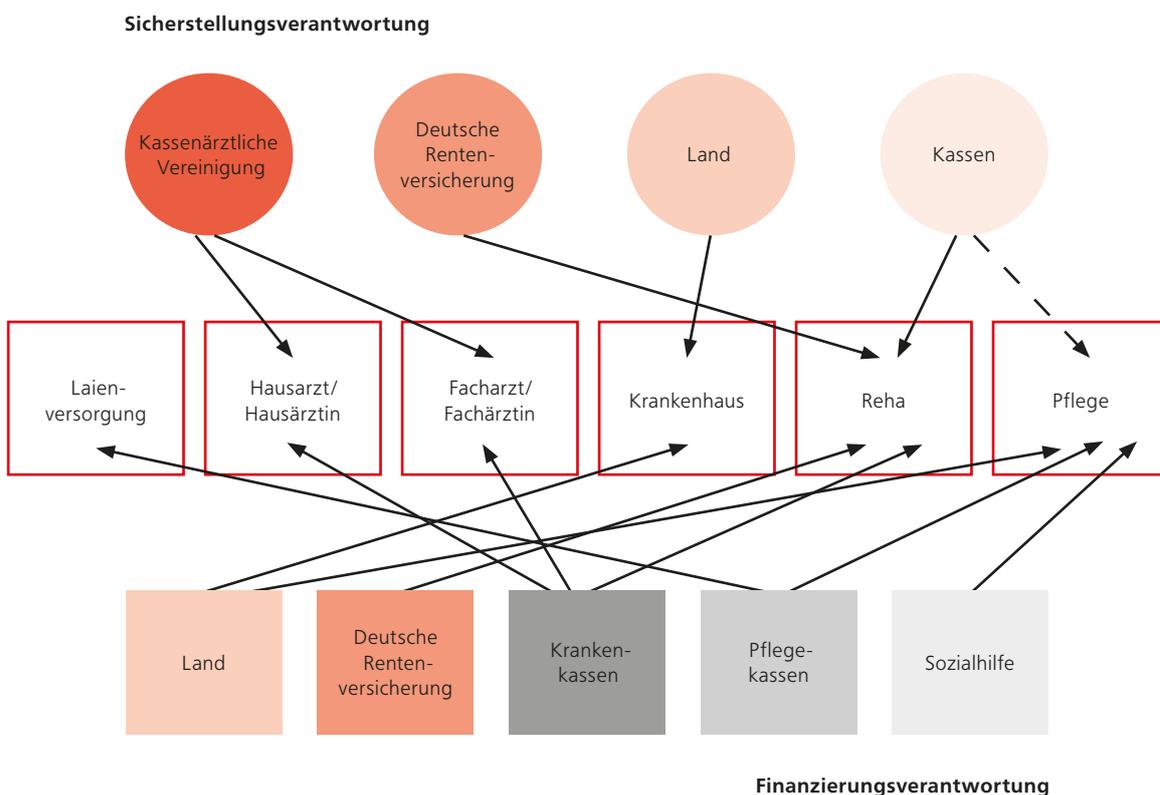
Nimmt man nur zwei der für die Versorgung wichtigen und systemischen Faktoren, nämlich die Planung und Finanzierung, so zeigt sich, wie komplex das deutsche Gesundheitswesen zurzeit aufgebaut ist (vgl. Abbildung 2).

Die Institutionen und Einrichtungen, die steuernd einwirken sollen, sind nur selten zugleich die entscheidenden Geldgeber – und umgekehrt. Dabei ist das Schema der Abbildung 2 noch vereinfachend: Spezielle Strukturen wie die berufsge-

nossenschaftliche Sondernversorgung oder die Spezialregelung der Hospiz- und Palliativversorgung sind nicht berücksichtigt. Ein ähnlich fragmentiertes Bild ergibt sich für fast alle anderen, die jeweiligen Versorgungssektoren prägenden Grundlagen.

Am Beispiel der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) lässt sich die zugrundeliegende Problematik gut verdeutlichen: Obwohl mit dem § 116b SGB V (Regelung zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung) ein

Abbildung 2
Zuständigkeit für die Finanzierung und Sicherstellung in den Versorgungssektoren



Quelle: Eigene Darstellung.

komplett neuer Behandlungsbereich geschaffen wurde, der eigenen, weitgehend von Zwängen der stationären und ambulanten Versorgung befreiten Finanzierungs-, Qualitäts-, Zulassungs- und Kontrollnormen unterliegt, ist es bis heute nicht gelungen, diesen Freiraum quantitativ bedeutsam zu nutzen. Es zeigte sich, dass die Akteure einander misstrauen, weiterhin auf sektorale Abschottung setzen und ambulante sowie stationäre Versorgung immer noch „andere Sprachen sprechen“ – so bei der Anerkennung von Zusatzqualifikationen, bei der Codierung von Erkrankungen, der Erfassung und Bewertung von Qualität, bei den Regularien der Arzneimittelverschreibung, bei der Abrechnung, bei den Fragen von selbstständiger und veranlasster Leistungserbringung, bei den Leistungskontrollen, bei der grundsätzlichen ökonomischen Ausrichtung, bei der Planung, beim Umgang mit Innovationen oder bei den zugrundeliegenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA). Diese Aufzählung ist beliebig erweiterbar. Von daher wird auch die ASV keine maßgeblichen Versorgungsanteile übernehmen, da dieser Mikrokosmos schon aus dem Beharrungsvermögen der ihn umgebenden Sektoren und deren unterschiedlichen Grundlagen ein weiteres Sondermodell bleiben wird.

Dies gilt auch für alle anderen Modelle der intersektoralen Versorgung. Allein am Übergang zwischen der ambulanten und stationären Versorgung sind rund 20 sektorenübergreifende Sonderbehandlungsformen etabliert, die diese Schnittstelle punktuell überwinden sollen.² Keines dieser Systeme hat an der Sektorisierung etwas Entscheidendes verändern oder eine systemrelevante Veränderung erreichen können.

Es hilft insofern nicht, weitere „intelligente“ Modelle zwischen den Sektoren zu platzieren, solange nicht eine gemeinsame Basis der Regulationssysteme erreicht worden ist. Dies ist zwar nicht kurzfristig implementierbar, doch gerade deswegen ist es notwendig, einen solchen Prozess so schnell wie möglich zu initiieren.

² Siehe dazu mehrere Artikel in Klauber et al. (2016).

4

VORAUSSETZUNG FÜR EINE SEKTORENÜBERGREIFENDE VERSORGUNG

4.1 QUALITÄT VERGLEICHBAR MACHEN

Mit dem KHSG wurde in der stationären Versorgung ein Paradigmenwandel eingeleitet: Qualität wurde als neues Steuerungselement der Krankenhausversorgung eingeführt; bei der Planung und – beginnend – auch bei der Vergütung von Leistungen. Unabdingbare Voraussetzung dafür ist, dass die Qualitätsindikatoren abgesichert und transparent zur Verfügung stehen. Dafür gibt es im Krankenhaus eingeübte Verfahren und Standards, die als Ausgangslage genutzt werden können. Allerdings zeigt sich, dass eine entsprechende Verwendung der Indikatoren und Verfahren über den stationären Sektor hinaus selten ohne Weiteres möglich ist. Von daher ist für eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung unverzichtbar, auch für die anderen Sektoren der medizinischen und pflegerischen Versorgung gleiche Maßstäbe anzulegen, um so Qualität als Steuerungselement sektorenübergreifend nutzen zu können.

Die Unterschiede der Qualitätssicherung sind jedoch schon zwischen dem stationären Sektor und der vertragsärztlichen Versorgung gravierend. Während im internationalen Vergleich die Qualitätssicherungsverfahren in den deutschen Krankenhäusern qualitativ und quantitativ beachtlich und ergebnisorientiert ausgestaltet sind, wird die Qualität in der ambulanten Versorgung nur punktuell und eher strukturorientiert geprüft. Eine Transparenz für den/die Patient_in über die Qualität der vertragsärztlichen Leistungen besteht nicht.

Ein grundlegendes Qualitätsdefizit besteht auch für die Langzeitpflege: Obwohl ausgeprägte Prüfrechte der Pflegekassen, des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) und der landesrechtlichen Aufsichtsbehörden bestehen, kann die Langzeitpflege nicht durchgängig als qualitätsgesichert bezeichnet werden.

Allein die Debatte im GBA über die unterschiedlichen Herangehensweisen bei der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung einzelner erster Indikationen (z. B. die perkutane koronare Intervention – PCI) zeigt faktisch, welche eminenten Unterschiede zwischen dem ambulanten und stationären Bereich der Qualitätssicherung bestehen. Diese beziehen sich auf den Datenschutz, die Arten der Qualitätserhebung, die zusammenführenden Stellen und Organisationen und erst recht auf die Bewertung der Informationen.

Die beschriebenen Fehlentwicklungen und Defizite der bisherigen Versuche, sie zu überwinden, machen deutlich, dass es zwingend notwendig geworden ist, ein ergebnisorientiertes, system- oder sektorenübergreifendes Qualitätssicherungssystem zu etablieren. Dies umfasst die interne, externe und vergleichende bzw. bewertende Qualitätssicherung ebenso wie deren Organisation und Finanzierung in gemeinsamen Strukturen.

Um eine Vergleichbarkeit des medizinischen Geschehens zu ermöglichen, ist eine einheitliche Qualitätssicherung der medizinisch/pflegerischen Leistungen zwingend herzustellen. Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) wird von daher beauftragt, eine/n Systemanalyse und -entwicklungsvorschlag für eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung mit gleichen Standards für die ambulante und stationäre Versorgung vorzunehmen. In einem zweiten Schritt ist die pflegerische und rehabilitative Versorgung mit einzubeziehen.

4.2 DIE KLASSIFIZIERUNGSSYSTEME MÜSSEN ÜBEREINSTIMMEN

Qualitätssicherung bedarf als Voraussetzung einer gemeinsamen Klassifikation der Krankheiten und des medizinischen Leistungsgeschehens. Mit der Aussetzung der ambulanten Kodierrichtlinie im Jahr 2011 wurde dies unterbunden. Die Abrechnungsdaten der vertragsärztlichen Versorgung, die ICD/OPS-Kodierung³ im stationären Sektor und die pflegerische Leistungsdokumentation sind inkompatibel, sieht man von der PKMS-OPS⁴ ab. Wenn dann an einer Stelle, wie bei der bereits erwähnten PCI, versucht wird, eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung zu etablieren, ist dies schon des-

³ International Code of Diseases (ICD; Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme), Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS).

⁴ Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS; Pflegekomplexmaßnahmenbewertung).

halb nicht möglich, weil die PCI im ambulanten Sektor nur dann codiert wird, wenn sie abrechnungsrelevant ist. Grundlage jeglicher Qualitätssicherung setzt daher ein gleiches Verständnis der dokumentierten Erkrankung und Leistung in allen Bereichen verbindlich voraus. Dabei sind für die besonderen Bedingungen der Primärversorgung, in der häufig, etwa bei unspezifischen Befindlichkeitsstörungen, (zunächst) keine abschließend verifizierten Diagnosen gestellt werden können (und auch nicht sollten), geeignete Codiersysteme⁵ zu berücksichtigen.

Eine sektorenübergreifende gemeinsame Klassifikation ist vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und dem Institut des Bewertungsausschusses (InBA) in Verbindung mit dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) zu entwickeln und wird allen Leistungserbringern vorgegeben.

4.3 EINEN GEREGLTEN INFORMATIONSAUSTAUSCH ERMÖGLICHEN

Was im Telekommunikationssektor am Markt selbstverständlich ist und im Bankensektor von uns allen genutzt wird, ist im Gesundheitswesen in Deutschland noch nicht umgesetzt: ein zwischen den einzelnen Systemen kompatibler Informationsaustausch, der dem Datenschutz genügt und die Patienteninteressen wahrt. Ein bürokratiearmes und autorisiertes Datentransportsystem setzt ein harmonisiertes Informationssystem zwischen der ambulanten, stationären und pflegerischen Versorgung voraus, das auch die Integration von Sozialdaten der Krankenkassen für abgesicherte Qualitätserhebungen einschließt. Die immer wieder verschobene und derzeit für 2018 angekündigte Telematikinfrastruktur soll dies in Teilen richten. Es ist unklar, ob die Selbstverwaltung in der Lage ist, diese Infrastruktur zeitnah umzusetzen, und ob die Bedingungen so gestaltet werden, dass sie leicht nutzbar sind.

Ebenso zwingend ist die Einigung auf Format und Konditionen einer einheitlichen Patientenakte. Patient_innen sollen nicht nur Zugang zu ihrer Akte haben, sondern ebenfalls die Hoheit über ihre hinterlegten Informationen. Sie sind dann diejenigen, die die Freigabe der Akte für die behandelnden Ärzt_innen oder für andere Leistungserbringer erteilen. Auch sollen Patient_innen die Möglichkeit haben, die elektronische Patientenakte mit eigenen Eintragungen – beispielsweise mit patient-reported Outcomes (Patienteneinschätzungen) – anzureichern oder selbst gemessene Daten, z. B. von fachlich geeigneten mobilen digitalen Anwendungen, einzuspeisen.

Beim Start des Projekts der elektronischen Gesundheitskarte vor rund zehn Jahren war die Patientenakte bereits als wesentliches Element der sektorenübergreifenden Kommunikation und Dokumentation erkannt, ohne dass sich bis heute eine abgesicherte und datenschutzkonforme Lösung abzeich-

net. Wenn man nicht anderen, kommerziellen Anbietern das Feld überlassen will, ist es dringend geboten, diese in abgesicherter Form einzuführen.

Bei weiteren Verzögerungen in der Umsetzung einer einheitlichen Telematikinfrastruktur und elektronischen Patientenakte sind für das Gesundheitswesen Ersatzvorhaben vorzusehen, die von der Selbstverwaltung zu finanzieren sind, um endlich zu den notwendigen grundlegenden Entscheidungen und letztendlich zur Umsetzung der Anwendungen zu kommen.

4.4 EINHEITLICHE PLANUNG ETABLIEREN⁶

Ein einheitliches Preis- und Vergütungssystem dient der Vergleichbarkeit der Kosten und der Beseitigung von Fehlreizen, ein übergreifendes Qualitätssicherungssystem wiederum ermöglicht Transparenz über die Wertigkeit der Leistung und dessen Ergebnis. Nur beides zusammen erlaubt es, einen einheitlichen Planungsrahmen auszugestalten, der sich an den populationsbezogenen Gegebenheiten ausrichtet.

Neben einer auf Wochenarbeitszeit⁷ basierenden Bedarfsplanung in der hausärztlichen Grundversorgung wird für die sonstige fachärztliche Versorgung eine die bisherige ambulante und stationäre Versorgung umfassende Planung etabliert, die disziplinbezogen das jeweils notwendige Leistungsvolumen für eine definierte Bevölkerung abdeckt. Bezugsgrößen sind der Versorgungsart angepasste bundeseinheitliche Bevölkerungszahlen.

4.4.1 BEDARFSPLANUNG FÜR DIE HAUSÄRZTLICHE GRUNDVERSORGUNG

Die bisherige raumbezogene Grundlage der Bedarfsplanung für die hausärztliche⁸ Versorgung ist nur bedingt zur Versorgungsplanung geeignet. Die über 850 Mittelbereiche wurden 2013 als Planungsbereiche für die hausärztliche Versorgung gewählt, weil sie kleinräumiger als die vorher geltende Bezugsgröße der Kreise und kreisfreien Städte sind und damit raumordnerisch eine Zentrums- und Umlandsfunktion berücksichtigen. Durchschnittlich umfasst ein Mittelbereich in Deutschland ca. 100.000 Einwohner_innen mit einer festgesetzten Verhältniszahl von einem Hausarzt oder einer Hausärztin auf 1.671 Einwohner_innen. So entfallen durchschnittlich 60 Hausärzt_innen auf einen Mittelbereich. Damit wird eine überschaubar große Zahl von hausärztlichen Praxen in einer Region zusammengeführt. Dies fördert die hausärztliche Zusammenarbeit und die ärztliche Verantwortung nicht nur

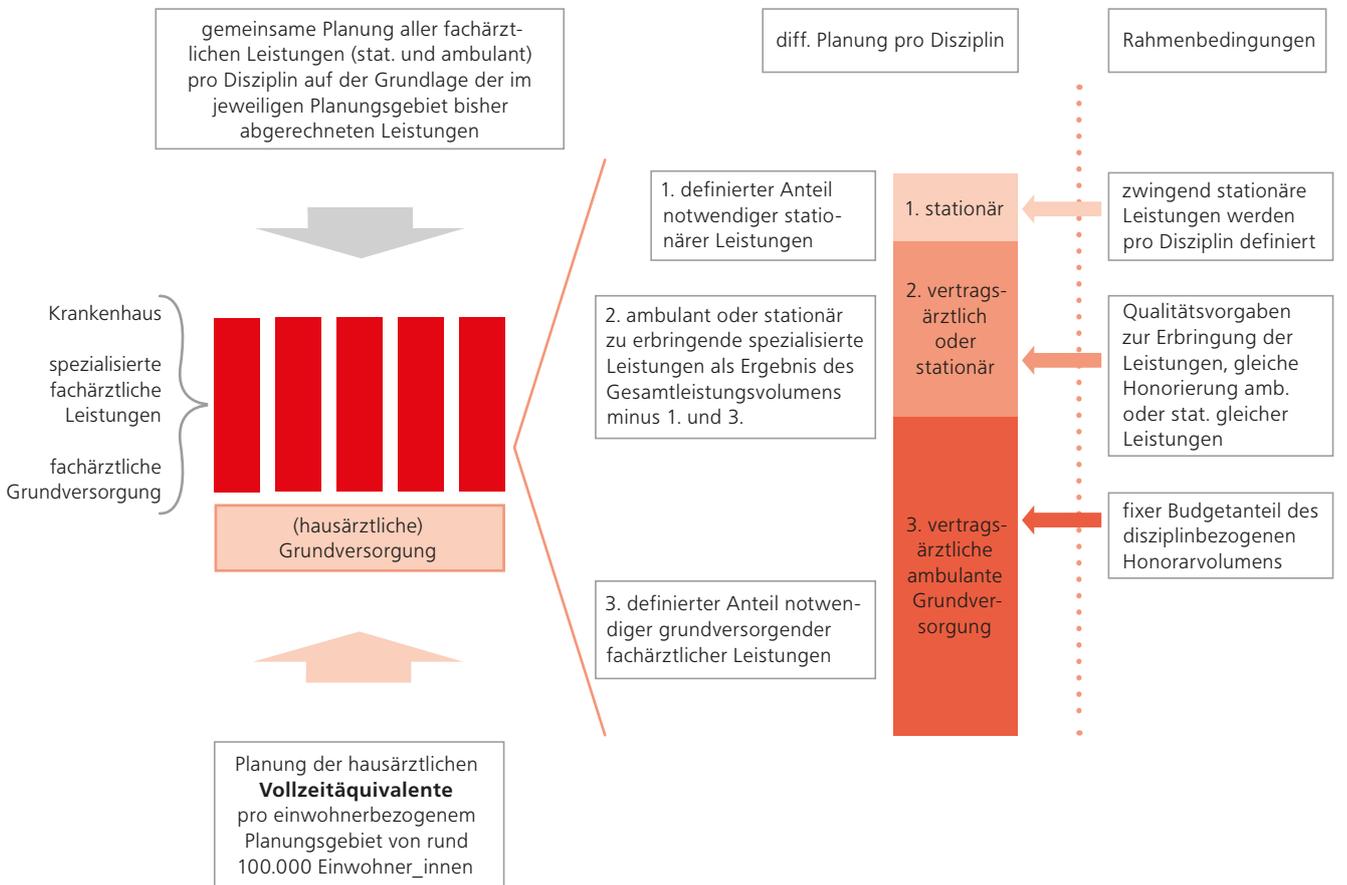
⁶ Zwar werden aus Gründen der Übersichtlichkeit die Kapitel 4.4 Planung, 4.5 Honorierung und 4.6 Koordinierung getrennt dargestellt, sollten aber wegen der gegenseitigen Interdependenzen zusammenhängend betrachtet werden. Auf Abbildung 3 wird zur näheren Erläuterung verwiesen.

⁷ Basierend auf der Kennzahl von Vollzeitäquivalenten (VZÄ).

⁸ Wenn im Text von Hausärzt_innen gesprochen wird, sind die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzt_innen nach § 73 Abs. 1a SGB V gemeint, es sei denn Kinderärzt_innen werden gesondert erwähnt.

⁵ Ein Beispiel für ein solches Codiersystem ist die International Classification of Primary Care 2 (ICPC 2) – eine medizinische Klassifikation, die speziell für die Bedürfnisse der Primärversorgung sowie der Allgemein- und Familienmedizin entwickelt wurde.

Abbildung 3
Bedarfsplanung von hausärztlichen Grundversorgern und differenzierten fachärztlichen Leistungsvolumina



Quelle: Eigene Darstellung.

für die Patient_innen, sondern auch für die umschriebene Region. Allerdings sind in der Realität Mittelbereiche keinesfalls größeinheitlich. Sie umfassen vielmehr zwischen 10.000 und 3,5 Millionen Einwohner_innen und eignen sich von daher nicht grundsätzlich als Bezugsgröße, da sie so Einheiten von neun bis 2.100 Hausärzt_innen planerisch gleich behandeln müssten.

Es ist daher sinnvoller, die hausärztliche Bedarfsplanung künftig an einer zu versorgenden Bevölkerungszahl auszurichten, statt divergierende Raumordnungsgrößen zugrunde zu legen. Dabei soll die durchschnittliche Größe des heutigen Mittelbereichs von rund 100.000 Einwohner_innen als Richtwert für eine zu beplanende Bevölkerung herangezogen werden. Allerdings entscheidet sich der hausärztliche Versorgungsbedarf nicht nur anhand der Bevölkerungszahl, sondern vielmehr an der Zusammensetzung der jeweiligen Bevölkerung bzw. den räumlichen Gegebenheiten. Deshalb sollen regionale Gegebenheiten als Korrekturfaktoren, wie z. B. auch die Umlandsversorgung, für die bisherige Verhältniszahl der hausärztlichen Bevölkerung berücksichtigungsfähig sein. Eine weitere Orientierung für solche Faktoren bietet § 2 der jetzt gültigen Bedarfspla-

nungsrichtlinie.⁹ Der kürzlich an den GBA erteilte Auftrag, die vertragsärztliche Bedarfsplanung neu an Morbidität und Demografie auszurichten und nicht an einem willkürlichen Ist-Zustand von 1995, stellt dafür einen ersten wichtigen Schritt dar.

⁹ § 2 Berücksichtigung regionaler Besonderheiten ...

1. die regionale Demografie (z. B. ein über- oder unterdurchschnittlicher Anteil von Kindern oder älteren Menschen),
2. die regionale Morbidität (z. B. auffällige Prävalenz- oder Inzidenzraten),
3. sozioökonomische Faktoren (z. B. Einkommensarmut, Arbeitslosigkeit und Pflegebedarf),
4. räumliche Faktoren (z. B. Erreichbarkeit, Entfernung, geografische Phänomene wie Gebirgszüge oder Flüsse, Randlagen, Inseln oder eine besondere Verteilung von Wohn- und Industriegebieten) sowie
5. infrastrukturelle Besonderheiten (u. a. Verkehrsanbindung, Sprechstundenzeiten/Arbeitszeiten und Versorgungsschwerpunkte des Vertragsarztes, Barrierefreiheit, Zugang zu Versorgungsangeboten angrenzender Planungsbereiche unter Berücksichtigung von Über- und Unterversorgung und anderer Sektoren, z. B. in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen etc.) ...

Ist es aufgrund regionaler Besonderheiten für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich, von diesen Richtlinien abzuweichen, sind die Abweichungen in den nach § 99 Absatz 1 Satz 1 SGB V aufzustellenden Bedarfsplänen zu kennzeichnen und die Besonderheiten darzustellen.

Die Zahl der vorzuhaltenden Hausärzt_innen wird somit auf Grundlage von VZÄ ausgewiesen, d. h. basierend auf einer ärztlichen 39-Stunden-Woche für die Grundversorgung. Die heute erwartete Mindestarbeitszeit pro Kassenarztsitz von 30 Wochenstunden (entspricht mindestens 20 Stunden Praxis Öffnungszeit) wird damit an die allgemeine Wochenarbeitszeit angeglichen. Nicht oder nur zum Teil grundversorgende Hausärzt_innen werden gar nicht bzw. nur zum jeweiligen Anteil als hausärztliche Kassenarztsitze berücksichtigt. Maßstab ist also nicht nur die Facharzttrichtung, sondern auch die jeweilige konkrete Tätigkeit bzw. Versorgungstiefe. Diese kann z. B. anhand der vorliegenden Daten der Versorgungsleistungen und des Ordnungsverhaltens ermittelt werden.

Die Bedarfsplanung für die hausärztliche Grundversorgung wird auf eine zu versorgende Bevölkerungszahl ausgerichtet und berücksichtigt nur die grundversorgenden Tätigkeiten, nicht deren Spezialangebote.

4.4.2 BEDARFSPLANUNG FÜR DIE KINDER-ÄRZTLICHE VERSORGUNG

Die kinderärztliche Versorgung wurde in der Bedarfsplanung bisher unter die allgemeine fachärztliche Versorgung eingeordnet. Definitionsgemäß (nach SGB V) gehört die allgemeine kinderärztliche Versorgung jedoch zur Grundversorgung. Sie wird deshalb künftig ebenfalls wie die hausärztliche Grundversorgung nicht an Raumordnungsregionen ausgerichtet, sondern an einer zu versorgenden Bevölkerungszahl der bis 18-Jährigen. Die Größe der Bevölkerungszahl ist in Anlehnung an die Bezugszahl für die hausärztliche Versorgung, umgerechnet auf die unter 18-Jährigen, festzulegen.¹⁰ Korrekturfaktoren, wie oben beschrieben, müssen ebenso gelten. Soweit regional nicht genügend Kinder- und Jugendärzt_innen zur Verfügung stehen, ist die hausärztliche Versorgung planerisch zu berücksichtigen.

Besondere kinderärztliche Spezialisierungen wie Kinderkardiologie oder Kinderneurologie unterliegen der Bedarfsplanung der sonstigen fachärztlichen Versorgung.

Die kinderärztliche Versorgung wird wie die hausärztliche Grundversorgung für eine zu versorgende Bevölkerungszahl der bis 18-Jährigen entwickelt.

4.4.3 BEDARFSPLANUNG IN DER SONSTIGEN FACHÄRZTLICHEN VERSORGUNG

Die fachärztliche Versorgung außerhalb der hausärztlichen Grundversorgung umfasst pro Fachgebiet:

1. grundversorgende;
2. spezialisierte ambulante Facharztangebote;
3. aus krankheitsspezifischen oder pflegerischen Gründen notwendige stationäre Leistungen.

Diese ambulanten und stationären Angebote werden künftig übergreifend planerisch pro Disziplin betrachtet, um eine bessere Durchlässigkeit zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung zu ermöglichen. Grundlage ist die jeweils zu erbringende Leistung für eine definierte Bevölkerungszahl, die über der für die Grundversorgung relevanten Größenordnung von 100.000 Einwohner_innen liegt.

Um die grundversorgenden Leistungen (Ziffer 1) der jeweiligen Disziplinen nicht (weiter) gegenüber den spezialisierten Leistungen (Ziffer 2) der Disziplin abzusenken,

- wird pro Disziplin der für die ambulante Grundversorgung notwendige Anteil der disziplinbezogenen Gesamtversorgung definiert,
- kann die Selbstverwaltung, z. B. in Form eines relevanten fachdisziplinbezogenen Budgetanteils, sicherstellen, dass die festgelegte Grundversorgungsquote beibehalten wird,
- ist die Erlaubnis zur Erbringung von spezialisierten und stationären fachärztlichen Leistungen durch Vorgaben zur Struktur- bzw. Prozessqualität zu regeln.

Auch die stationären Leistungen (Ziffer 3) werden umfangmäßig als Anteil der disziplinbezogenen Gesamtversorgung festgelegt. Dabei erfolgt anfangs die prozentuale Festlegung der facharztspezifischen stationären Versorgungsanteile auf Basis der Ist-Situation. Zur besseren Berücksichtigung von Ambulantisierungspotenzialen ist sie künftig aufgrund der Vorgaben der Bedarfsplanung weiterzuentwickeln.

Wenn der disziplinbezogene Gesamtbedarf um die definierten Leistungsmengen für die ambulante Grundversorgung (Ziffer 1) und der notwendigen stationären Versorgung (Ziffer 2) reduziert wird, ergibt sich der rechnerische Anteil für die spezialisierten Leistungen (Ziffer 3). Über ein einheitliches Honorierungssystem für identische, bisher sowohl ambulant als auch stationär erbrachte spezialisierte Leistungen ist zu erwarten, dass diese vorrangig durch die vertragsärztliche Versorgung erbracht werden.

In Ausnahmefällen kann jedoch eine Erbringung durch ambulante Versorgungsangebote der Krankenhäuser sinnvoll sein, z. B. in vertragsärztlich unterversorgten Regionen, bei besonderen krankheitsspezifischen technischen oder personellen Voraussetzungen bzw. zur Wahrung einer Behandlungskontinuität bei primär oder überwiegend stationärer Leistungserbringung.

Die Bedarfsplanung für die sonstigen vertragsärztlichen Leistungen wird je nach Versorgungsart unterteilt in grundversorgende, spezialisierte ambulante Facharztangebote sowie aus krankheitsspezifischen oder pflegerischen Gründen notwendige stationäre Leistungen und wird entsprechend differenziert berechnet.

4.4.4 ABBAU DER ÜBERVERSORGUNG

Ziel ist es, nicht nur die zur Versorgung notwendigen Bedarfe in den jeweiligen Planungsregionen vorzuhaltend, sondern auch eine Umverteilung bzw. einen Abbau von Überversorgung zu initiieren. Durch Einführung einer einheitlichen Versicherung für Gesetzlich Krankenversicherte (GKV) und Privat-

¹⁰ Die bisherige durchschnittliche Verhältniszahl lautet: ein kinderärztlicher Sitz pro 3.642 bis unter 18-Jährige.

versicherte würden Anreize zur Bevorzugung von bisher über- versorgten Regionen, die sich meist durch einen hohen Privat- patientenanteil für niedergelassene Ärzt_innen als interessant erweisen, gesenkt (Sundmacher/Ozegowski 2016). Ferner soll die Überversorgung dadurch abgebaut werden, dass Vertragsarztsitze nach Praxisaufgabe der Sitzinhaberin bzw. des Sitzinhabers an die mit der Sicherstellung beauftragten Institutionen zurückfallen. Für die bisherigen Sitzinhaber_innen ist – da die Zulassung in der Vergangenheit nicht befristet war – zur Berücksichtigung eines Besitzstands eine Entschä- digungsregelung für den materiellen und ggf. immateriellen Wert der Praxis vorzusehen.

Es ist bei Rückgabe des Sitzes zu entscheiden, ob er an einen unterversorgten bzw. von Unterversorgung bedrohten Planungsbereich vergeben oder aufgegeben wird. Sektoren- übergreifende Strukturen, wie sie z. B. die vom Sachverständigenrat vorgeschlagenen Lokalen Gesundheitszentren (LGZ)¹¹ darstellen, werden bei der Neuvergabe bevorzugt.

Vertragsarztsitze sollen für künftige Niederlassungen nach Praxisaufgabe des Sitzinhabers/der Sitzinhaberin an die mit der Sicherstellung beauftragten Institutionen zurückfallen.

4.4.5 SCHNITTSTELLE KRANKENHAUS- MEDIZINISCHE REHABILITATION

Die durch die Deutsche Rentenversicherung oder die Krankenkasse getragene Rehabilitation wird heute nicht geplant, sondern entweder durch Eigenbetriebe (der Deutschen Rentenversicherung bzw. einzelner Krankenkassen) oder zumeist durch am Preis orientierte Verträge bestimmt.

Die Entwicklung der medizinischen Rehabilitation und der Krankenhausmedizin bewegt sich medizinisch in bestimmten Schnittbereichen aufeinander zu: So fällt die Vorhaltung der geriatrischen Rehabilitation in Deutschland teilweise in die Verantwortung der Landeskrankenhausplanung, teilweise in die Zuständigkeit der Rehabilitation. Fachlich inhaltlich unterscheiden sich diese Angebote allerdings nicht. Gleiches gilt beispielsweise für die Phase C der Rehabilitation im Rahmen anderer somatischer oder psychisch orientierter Angebote. Die Angebote in den psychosomatisch orientierten Rehabilitationskliniken sind von denen im Krankenhaus strukturell und inhaltlich kaum unterscheidbar. Die Ausstattung verschiedener Reha-Kliniken orientiert sich teilweise an Krankenhausstandards auch bedingt durch die immer kürzeren Verweildauern in der Krankenhausversorgung. Deshalb spricht vieles dafür, perspektivisch auch die Rehabilitation im Zusammenhang mit der Krankenhausversorgung zu planen. Vorrangig soll damit festgelegt werden, in welchem Umfang jeweils eine „rehabilitative“ Krankenhausbehandlung bzw. ambulante oder stationäre Rehabilitation berücksichtigt werden muss.

Die Schnittstelle Krankenhaus-medizinische Rehabilitation ist perspektivisch in Hinblick auf die rehabilitativen Krankenhausleistungen gemeinsam zu betrachten.

¹¹ Zur Ausgestaltung der LGZ vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014).

4.4.6 PFLEGE

Die in den Ländern geführten Landespflegepläne werden im Konsens aller Beteiligten als eine übergreifende Orientierung entwickelt. Eine präzise Pflegeplanung, insbesondere im stationären Bereich, findet nicht statt. Dabei ist es unzweifelhaft, dass die jetzige Marktentwicklung zu Über- und Unterversorgung ähnlich wie in der medizinischen Versorgung geführt hat. Erschwerend für jegliche Planung von Langzeitpflegeeinrichtungen ist zu berücksichtigen, dass bei fehlender sozialversicherungsrechtlicher Vollfinanzierung ein rechtlicher Eingriff in die wettbewerbliche Ausrichtung der Einrichtungen nicht einfach ist. Allerdings bietet das jetzt verabschiedete Pflegestrukturgesetz III Möglichkeiten, stärker im kommunalen Raum Einfluss auf die Ausrichtung der Pflege zu nehmen und beispielsweise einem regionalen Überangebot stationärer Pflegeheimplätze durch neue quartiersnahe Wohn- und Betreuungsformen für Pflegebedürftige entgegenzuwirken.

Es ist perspektivisch daran zu arbeiten, auch Modelle für regionale Pflegeplanung zu entwickeln, die auf der gestärkten kommunalen Verantwortung aufbauen.

4.4.7 RAHMENVORGABEN FÜR DIE BEDARFS- PLANUNG AUF BUNDESEBENE

Um einen bundeseinheitlichen Rahmen für die Planung zu entwickeln, wird der GBA beauftragt, eine Rahmenempfehlung zur sektorenübergreifenden Bedarfsplanung der ambulanten und stationären Versorgung nach den genannten Vorgaben vorzulegen. Für die Beteiligung an den Beratungen und deren Verabschiedung erhalten die Länder, entsprechend den anderen stimmberechtigten Beteiligten, einen belastbaren Status als gleichberechtigte Bank.¹² Die Rahmenempfehlung soll genügend Optionen für eine Planung enthalten, die die regionalen Gegebenheiten berücksichtigt. Die möglichen Abweichungstatbestände wie geografische, sozioökonomische, morbiditätsbedingte, demografische oder strukturelle Besonderheiten, die bereits in § 2 der jetzigen Bedarfsplanungsrichtlinie erwähnt sind, sollen in den Rahmenempfehlungen benannt werden. Die regionale Abweichung von der Rahmenvorgabe muss begründet und transparent gemacht werden. Abweichungskorridore von Planwerten wie Verhältniszahlen oder die die Planungsbereiche bestimmende Bevölkerungszahl sind in den Rahmenempfehlungen anzugeben.

4.4.8 BEDARFSPLANUNG IN DEN LÄNDERN

Zur Operationalisierung der regionalen Bedarfsplanung bestimmt der Bundesgesetzgeber eine Planungskonferenz¹³ pro Land, bestehend aus dem jeweiligen Land, der oder den

¹² Eine Richtlinie des GBAs, die auch die Länder in der Krankenhausplanung bindend verpflichtet, ist aufgrund der gegebenen verfassungsrechtlichen Lage nicht möglich. Deshalb kann der GBA in diesem Fall nur eine Rahmenempfehlung ohne letztendlich bindenden Charakter für die Länder vorlegen.

¹³ Ggf. sind in Flächenländern regional mehrere Konferenzen zu ermöglichen.

Kassenärztlichen Vereinigungen (KV)¹⁴, den Landeskrankengesellschaften und den Krankenkassen/Krankenkassenverbänden. Sollten andere Leistungserbringer (der Rehabilitation oder der Pflege) künftig in die Bedarfsplanung miteingebunden werden oder regional relevante Versorgungsanteile durch andere Leistungserbringergemeinschaften, z. B. in Form von Selektivverträgen, erbracht werden, so sind diese zu beteiligen. Patientenvertreter_innen sind zu den Beratungen, allerdings ohne Stimmrecht, hinzuzuziehen. Die Länder können weitere Beteiligte ohne Stimmrecht benennen. Aus verfassungsrechtlichen Gründen erhalten die Länder die Option, per Landesgesetz eine andere Gestaltung der Bedarfsplanung im jeweiligen Land vorzugeben.

Die Planungskonferenz berät:

- (1) den Bedarfsplan für die haus- und kinderärztliche Grundversorgung;
- (2) den Bedarfsplan für alle sonstigen Facharzttrichtungen, bestehend aus den disziplinbezogenen Einzelplänen übergreifend für die ambulante und stationäre Versorgung.

Die Bedarfspläne orientieren sich primär am Ist-Zustand, werden aber sukzessive, z. B. zur Förderung einer Ambulantisierung von stationären Leistungen oder zur räumlichen Verlagerung von Kapazitäten, mit dem Ziel einer Optimierung der Versorgung weiterentwickelt und angepasst.

Die Pläne werden gemeinsam mit allen Bänken der Planungskonferenz entwickelt und beraten. Ziel ist ein Konsens. Wird dieser trotz zweimaliger Beratung nicht erzielt, entscheidet über Ziffer 1 der Landesausschuss nach § 90 SGB V. Über Ziffer 2 hat das Land, aus verfassungsrechtlichen Gründen, das Letztentscheidungsrecht. Das Land kann auf landesrechtlicher Grundlage eine Abweichung des Entscheidungsprozesses zur Ziffer 2 vorgeben.

Rahmenvorgaben für die Bedarfsplanung erfolgen durch den GBA auf Bundesebene, die Ausgestaltung erfolgt unter Einbeziehung des stationären Sektors durch Planungskonferenzen auf der Landesebene mit Letztentscheidungsrecht der Länder.

4.4.9 SICHERSTELLUNG

Die Sicherstellung verbleibt grundsätzlich bei den bisher dafür zuständigen Institutionen, also bei der KV für die haus- und fachärztliche ambulante Grundversorgung und beim Land für die alleinig stationär zu erbringenden Leistungen.

Für die spezialisierten fachärztlichen Leistungen erfolgen einheitliche und gemeinsame Verhandlungen und Vertragsabschlüsse der Krankenkassen im Land mit den Leistungsanbietern über die Verteilung der geplanten Leistungsvolumina. Da somit auch bisher von Krankenhäusern angebotene Leistungen miteingeschlossen werden, wird dem Land aufgrund seiner verfassungsmäßigen Zuständigkeit für die stationäre Versorgung eine Notarsfunktion bezüg-

lich der abgeschlossenen Verträge für diese Leistungen eingeräumt.

Insofern sind anders als bei den strukturellen Entscheidungen der Planung die Einzelentscheidungen zur Umsetzung der Bedarfspläne Angelegenheit der genannten Institutionen. Die Vorgaben der Entscheidungen der Planungskonferenz sind jedoch zu beachten. Allerdings wird ein rechtlicher Vorbehalt eingeführt, dass frei werdende Kapazitäten, die nicht zum Abbau von Überversorgung gestrichen werden, vorrangig für sektorenübergreifende Versorgungsangebote zu nutzen sind.

Sollten die für die Sicherstellung zuständigen Institutionen die in der Bedarfsplanung vorgegebenen Versorgungsbedarfe nicht gewährleisten können, gehen diese Kompetenzen nach einem vorzugegebenen Verfahren auf die Planungskonferenz über. Die Finanzierung der durch die Planungskonferenz ersatzweise vergebenen Versorgungsbedarfe verbleibt bei den primär zuständigen Institutionen. Die letzte Entscheidung über solche Ausschreibungen liegt beim Land als Aufsichtsorgan.

Die Sicherstellung verbleibt bei den bisher dafür zuständigen Institutionen, bei konkurrierenden Zuständigkeiten erfolgt aus verfassungsrechtlichen Gründen eine Letztentscheidung des Landes.

4.5 DIE HONORIERUNG NACH ART DER LEISTUNG GESTALTEN

Die getrennten Budgets in den verschiedenen Sektoren, die unterschiedlichen Honorierungsregelungen und das Verschieben teurer Leistungen in andere finanzielle Zuständigkeiten verhindern eine übergreifende Versorgung der Patient_innen. Daher ist es geboten, die Vergütungen neu zu ordnen. Die Honorierung muss sich daran ausrichten, wie die Leistung im Sinne der Patient_innen optimal erbracht werden kann. Die Honorierung soll weiterhin keinen Grund darstellen, eine Leistung aus finanziellen Überlegungen in einer „teureren“ Versorgungsstufe zu erbringen: Gleiche Leistungen sollten unabhängig vom Ort der Leistungserbringung oder vom Versicherungsstatus gleich bezahlt werden.

Das Gewirr von Abrechnungsmöglichkeiten, z. B. aus den KV-Budgets oder extrabudgetär, über diagnosebezogene Fallgruppen (Diagnosis Related Groups, DRG) und Zusatzentgelte, über die Berufsgenossenschaften, die privaten Versicherungen, die Rentenversicherungen, die Pflegeversicherungen, die staatlichen Hilfen zur Pflege und die vom Ort der Leistungserbringung abhängige Art und Höhe der Vergütung haben zur Folge, dass medizinisch-pflegerische Entscheidungen abrechnungsorientiert beeinflusst werden.

4.5.1 POTENZIALE UND GRENZEN VON VERGÜTUNGSANREIZEN

Da mit der Ausgestaltung der Vergütung starke Anreize gesetzt werden, besteht die Möglichkeit, in Versorgungsstrukturen und -prozesse steuernd einzugreifen. Demgemäß steht das Thema Vergütung bei der Diskussion um Steuerungs-

¹⁴ Sollten andere selektivvertraglich im Land tätige Institutionen einen relevanten Versorgungsanteil übernommen haben, sind sie angemessen zu berücksichtigen.

instrumente oft weit oben auf der Agenda. Die Potenziale bestehen unter anderem in:

- Anreize für bessere Koordination an den Schnittstellen;
- Abbau von Überversorgung durch Mengenausweitung und Überinanspruchnahme;
- Verhinderung von Unterversorgung;
- Qualitätssteigerung;
- Verringerung (unnötiger) Ausgaben für (nicht bedarfsgerechte) Leistungen;
- Vermeidung von Risikoselektion.

Gleichzeitig lassen sich in der Analyse von Vergütungsmodellen – sowohl in Deutschland als auch international – die Grenzen der Steuerungsmöglichkeiten über Vergütung erkennen:

- unerwünschte Nebeneffekte jedes Vergütungsmodells (Risikoselektion, Unter-, Über-, Fehlversorgung);
- Begrenzung des Komplexitätsgrades notwendig, um verhaltenssteuernd zu wirken;
- keine durchgehende Evidenz für nachhaltige Qualitätsverbesserung durch leistungsorientierte Vergütung – sogenanntes Pay for Performance (P4P);
- abnehmender Grenznutzen zusätzlicher Vergütung/ Abwägung mit anderen Gütern (Freizeit);
- Transaktionskosten.

Die verschiedenen Vergütungsmodelle variieren im Grad der Pauschalierung und eignen sich damit in unterschiedlichem Maß dafür, den verschiedenen Zieldimensionen gerecht zu werden: Einerseits sollen die größten Schnittstellenprobleme zwischen und innerhalb der Sektoren verringert werden, andererseits gilt es, Risikoselektion zu vermeiden und eine faire und leistungsgerechte Vergütung zu ermöglichen.

Von daher bietet es sich an, unterschiedliche Erkrankungen mit ähnlichem Verlauf und Versorgungsbedarfen in Clustern zu bündeln (i. F. „Erkrankungscluster“). Daraus ergibt sich eine Unterscheidung zwischen Erkrankungsclustern, die sich insbesondere an der Langfristigkeit der Erkrankung, dem Schweregrad und der Notwendigkeit, krankheitsübergreifende Versorgung sicherzustellen, festmachen lässt.

- Hier zeigt sich, dass die unterschiedlichen Patientenbedarfe mit großen Unterschieden einhergehen, welche Schnittstellen betroffen sind, wie hoch die Gefahr der Risikoselektion ist und wie stark eine Standardisierung von Versorgungspfaden (und somit Vergütungspauschalierung) möglich ist. Demzufolge bedarf es einer differenzierten Auswahl des geeigneten Vergütungsmodells.
- Der Pauschalierungsgrad des Vergütungsmodells nimmt mit zunehmender Komplexität der Erkrankungen aufgrund der damit einhergehenden geringeren Möglichkeiten für eine Standardisierung der Versorgungspfade ab.
- Der Pauschalierungsgrad des Vergütungsmodells nimmt zudem mit geringeren Fallzahlen der Erkrankung ab, da sich die Möglichkeit des einzelnen Leistungserbringers, Hochkostenfälle durch Niedrigkostenfälle auszugleichen, verringert. Andernfalls würde der Anreiz zur Risikoselektion steigen.

4.5.2 VERGÜTUNG IN DER GRUNDVERSORGUNG

Die derzeitige Honorierung von Ärzt_innen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung beruht auf einem in dieser Form weltweit einzigartigen, für die Mehrzahl aller Vertragsärzt_innen unverständlichen und auch für Fachleute zum Teil nicht nachvollziehbaren hochkomplexen System. Der hier maßgebliche Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) umfasst eine schwer überschaubare Zahl von Abrechnungsziffern und wird durch diverse „gedeckelte und ungedeckelte“ Budgets sowie komplexe, regional unterschiedliche und in ständiger Überarbeitung befindliche Honorarverteilungsmaßstäbe ergänzt. Über nur theoretisch feste, kalkulierbare Preise ergibt sich das letztendlich gültige individuelle Honorar mit einer regelhaft erheblichen zeitlichen Verzögerung aus praxisindividuellen Leistungsbudgets. Es dominiert jedoch weiterhin die (insgesamt budgetierte) Vergütung einzelner Leistungen, die in der Regel einen Arzt-Patienten-Kontakt voraussetzt und präventive Maßnahmen nicht goutiert. Es gilt das vereinfachte Prinzip, dass die Honorierung immer einer konkret erbrachten (Einzel-)Leistung folgen muss. Der einzelne Arzt oder die einzelne Ärztin kann damit im Wesentlichen nur über eine gewisse Ausweitung der Zahl der Arzt-Patienten-Kontakte und der Leistungsmenge, konkret durch die Erhöhung der Zahl von Patient_innen sowie anhand zusätzlicher diagnostischer und therapeutischer Leistungen, sein oder ihr individuelles Honorar erhöhen. Da ähnlich gerichtete Anreize gleichzeitig in Haus- und Facharztpraxen wirken, erklären sich auch daraus die in Deutschland im internationalen Vergleich extrem hohen Arzt-Patient-Kontaktraten je Einwohner_in und Jahr.¹⁵

Angesichts dieser Situation soll die bedarfsgerechte ärztliche Primärversorgung durch Hausärzt_innen mittels einer einheitlichen, populationsbezogenen und von Einzelleistungsmengen weitgehend unabhängigen Vergütungssystematik gestärkt werden.

Die kontaktabhängige Honorierung wird durch einen relevanten pauschalisierten Anteil des Honorarvolumens (vgl. Abbildung 4) ersetzt:

- (1) Pro eingeschriebenem/r Patient_in¹⁶ erhält der Hausarzt/ die Hausärztin eine jährliche Koordinierungspauschale, die risikoadjustiert differenziert sein soll.¹⁷

¹⁵ Die letzten zuverlässigen Angaben zur einwohnerbezogenen Arzt-Patient-Kontaktrate stammen mit damals 17,9 Kontakten pro Jahr aus dem Jahr 2007 (Grobe 2008). Da seit der veränderten Abrechnungssystematik in der Praxis nicht mehr alle Arzt-Patienten-Kontakte einzeln dokumentiert werden, kann die aktuelle Kontaktrate nur geschätzt werden. Nach übereinstimmenden Einschätzungen (persönliche Mitteilungen aus verschiedenen Kassenärztlichen Vereinigungen) dürfte diese infolge steigender Angebotskapazitäten, demografisch bedingter Mehrinanspruchnahmen und vor allem nach zwischenzeitlichem Wegfall der Praxisgebühr (und dem damit verbundenen Wegfall nahezu jeglicher Steuerungskomponenten) inzwischen bei ungefähr 20 und mehr ambulanten Kontakten zwischen Patient_innen und Vertragsärzt_innen je Einwohner_in und Jahr liegen.

¹⁶ Die Einschreibung erfolgt nicht nur im Krankheitsfall, sondern sollte von den Versicherten auch wahrgenommen werden, ohne erkrankt zu sein, beispielsweise um im Krankheitsfall sicher bei dem Hausarzt/der Hausärztin seines/ihrer Vertrauens versorgt zu werden.

¹⁷ Vgl. Kapitel 4.6 S. 19 f.

Abbildung 4
Vergütungssystem in der hausärztlichen Grundversorgung



Quelle: Eigene Darstellung.

- (2) Daneben kann bei Behandlungsbedarf für jede/n Patient_in (unabhängig, ob eingeschrieben oder nicht) eine einmal jährlich anfallende Behandlungspauschale¹⁸ abgerechnet werden.
- (3) Zur Vermeidung von Leistungsdemotivation und damit verbundenen Unterversorgungsrisiken sowie zur gezielten Förderung besonders erwünschter Leistungen (z. B. häusliche Versorgung, Betreuung von Pflegeheimpatient_innen o. ä.) werden Einzelleistungsvergütungen (mit einem kleineren Anteil des Honorarvolumens) als qualitätsorientierte Vergütungsanreize ermöglicht.

Auch die sonstige fachärztliche Grundversorgung soll vorrangig über Komplexleistungen bzw. Pauschalen vergütet werden.

4.5.3 EIN ENDE DER QUARTALISIERUNG

Aufgrund des in Deutschland traditionell üblichen Prinzips der Quartalsabrechnung wird der bundesweite Kontakt- und Leistungsmengenwettbewerb in 17 KV-Bereichen vier Mal im Jahr neu gestartet. Mehr oder weniger strikt gedeckelte (Praxis-)Budgets führen dazu, dass die auf Abrechnungsfragen (und nicht etwa auf die medizinische Behandlung) optimierten Praxis-EDV-Systeme jedem/r Praxisinhaber_in zu jeder Zeit genau anzeigen, inwieweit seine/ihre Quartalsbudgets bereits ausgeschöpft sind. Sobald dies absehbar bzw. nicht selten lange vor Erreichen des Quartalsendes sogar der Fall ist, sinkt die Motivation, innerhalb eines Quartals weitere Patient_innen zu behandeln. Im schlimmsten Fall werden in der verbleibenden „freien“ Zeit dann entweder nur noch (nicht budgetierte) Privatpatient_innen behandelt bzw. sogenannte Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) gegen Selbstzahlung erbracht oder – zum Beispiel in den letzten vier Wochen eines Quartals – „Budgetferien“ gemacht.

Schon innerhalb eines Quartals werden bevorzugt sogenannte

„Verdünnerrfälle“ behandelt, die einfacher und kostengünstiger betreut werden können und damit den Mehraufwand, etwa bei komplex chronisch Mehrfacherkrankten, kompensieren. Auch auf diese Weise „verstopfen“ Patient_innen mit vergleichsweise einfachen Beratungsanlässen gerade auch spezialisierte Praxen und blockieren Behandlungskapazitäten, die für die Betreuung schwerer betroffener Patient_innen benötigt werden. Da Voraussetzung für die Abrechnung der besonders vergütungsrelevanten sogenannten „Chronikerziffer“ mindestens zwei Arzt-Patienten-Kontakte je Quartal sind, entsteht ein impliziter Anreiz, Patient_innen je zwei Mal pro Quartal, insgesamt also möglichst acht Mal im Jahr, einzubestellen. Die geschilderten Fehlanreize des derzeitigen Abrechnungssystems führen systembedingt folgerichtig zu hohen Kontakttraten, Fehlinanspruchnahmen, insbesondere auf spezialisierten Versorgungsebenen, und trotz hoher Facharztdichte zunehmenden, in der Regel unnötigen Wartezeiten.

Ziel ist die Umstellung von einer (traditionell in Deutschland üblichen, sachlich jedoch nicht nachvollziehbaren) Quartalsabrechnung auf eine prinzipiell jährliche Abrechnung von Versichertenpauschalen mit monatlichen Abschlagszahlungen. Lediglich ergänzende qualitätsorientierte Vergütungskomponenten und Veränderungen der Zahl der eingeschriebenen Versicherten (siehe Punkt 4.6) werden noch quartalsweise abgerechnet.

4.5.4 VERGÜTUNG IN DER SPEZIALISIERTEN FACHÄRZTLICHEN VERSORGUNG

In der spezialisierten, also nicht grundversorgenden fachärztlichen Versorgung, die konsequent sektorenübergreifend geplant und finanziert werden muss, soll die Chance genutzt werden, über entsprechende Vergütungsmodelle Anreize für bessere Koordination an den Schnittstellen zu schaffen. Dafür wird die Finanzierung nach den jeweiligen Erkrankungsklustern zu differenzieren sein:

¹⁸ Die Behandlungspauschale ist abhängig von Art und Schwere der Erkrankung des/der behandelten Patient_in.

- (1) planbare Interventionen;
- (2) schwere akute oder langfristige Erkrankungen (z. B. onkologische Erkrankungen);
- (3) lebenslange chronische Erkrankungen (z. B. Mukoviszidose).

Zu 1: Unabhängig davon, ob die planbare Intervention wie eine Hüft-TEP oder eine Katarakt-Operation durch eine ambulante oder stationäre Einheit erbracht wird, erfolgt eine Honorierung in gleicher Höhe, die die Vorbereitung, Durchführung und Nachbehandlung umfasst. Dies kann über entsprechende IV-Verträge, die immer an qualitative Vorgaben als Instrument des Qualitätswettbewerbes und nicht nur an preisliche Kriterien gebunden sind, vergütet werden. Bei besonderen pflegerischen Bedarfen sind diese zusätzlich zu berücksichtigen. Diese können sich an den Pflegegraden orientieren.

Zu 2 und 3: Die Behandlung schwerer, akut exazerbierender Erkrankungen wie onkologische Erkrankungen bzw. lebenslang bestehende chronische Erkrankungen (z. B. erbliche Erkrankungen) sind ebenso unabhängig von dem Ort der Leistungserbringung so zu honorieren, dass von der Art der Vergütung keine Unterversorgung oder Risikoselektion implizit zu befürchten ist. Dabei bieten sich sektorenübergreifend einheitliche Fallpauschalen oder Leistungskomplexpauschalen an, die zeitraumbezogen abgestuft differenziert werden können. Für besonders seltene oder förderungswürdige Leistungen können diese durch Einzelleistungen ergänzt werden.

Die Entwicklung eines einheitlichen Vergütungssystems ist Grundvoraussetzung für eine faire Bezahlung gleicher Leistung an unterschiedlichen Orten durch unterschiedliche Leistungserbringer und abhängig von den jeweiligen Erkrankungsarten. Zur Ausarbeitung einer solchen Systematik sollen das InEK und das InBA gemeinsam mit dem (ergänzten) Bewertungsausschuss zeitnah auf der Grundlage der obigen Ausführungen Vorschläge entwickeln und diese zur politischen Entscheidung vorlegen.

4.6 DIE VERSORGUNG BESSER KOORDINIEREN

Das gegliederte deutsche Gesundheitssystem mit seiner hohen fachlichen Differenzierung führt dazu, dass Patient_innen – abhängig von der Art und Dauer ihrer Erkrankung – zahlreiche Leistungserbringer in ihre Behandlung miteinbeziehen müssen. Deren Koordination und Abstimmung wird mit der zunehmenden Spezialisierung immer schwieriger. Eine solche Koordination aller Angebote und Leistungen in Richtung auf das bestmögliche therapeutische Ziel und die Bedürfnisse und Ziele der Patient_innen wird gerade bei komplexen (Mehrfach-)Erkrankungen nicht immer erreicht.

Schwere Erkrankungen werden trotz der grundsätzlich breit verfügbaren medizinischen Kompetenz oft zu spät in die richtige Versorgungsebene überführt. Von daher ist es notwendig, grundsätzliche und krankheitsbezogene Fragen der Koordinierung im Sinne einer verbesserten Versorgung zu lösen.

Die Koordination der Leistungen ist abhängig von der Art der Erkrankung verbindlich zu bestimmen.

4.6.1 KOORDINATION IN DER GRUNDVERSORGUNG

In einer älter werdenden Wohlstandsgesellschaft wächst die Zahl chronisch kranker, multimorbider Menschen, deren primärer Bedarf eine wohnortnahe, kontinuierliche, koordinierte Versorgung mit vergleichsweise niedrig komplexen Leistungen der Akutmedizin, der Prävention, der Rehabilitation und der Pflege ist. Die Koordination der Versorgung dieser Leistungen soll über Hausärzt_innen erfolgen, um so nach Jahrzehnten der Nichtbeachtung den § 76 Abs. 3 SGB V, nach dem jeder und jede Versicherte einen Hausarzt/eine Hausärztin zu wählen hat, mit Leben zu erfüllen.

Allerdings muss dafür die Bereitschaft in der Ärzteschaft und besonders unter den Medizinstudierenden weiter gefördert werden, sich für eine hausärztliche Tätigkeit zu entscheiden. Die in dieser Legislaturperiode initiierten Maßnahmen greifen, sind aber weiterhin sowohl finanziell als auch strukturell zu intensivieren. Ob das in den 90er Jahren vorgegebene Ziel einer 60:40-Verteilung von Haus- und spezialisierten Fachärzt_innen noch erreicht werden kann, ist zweifelhaft. Die Quote von elf Prozent, die sich zurzeit für eine allgemeinmedizinische Weiterbildung entscheiden, ist keinesfalls bedarfsdeckend und deutlich zu steigern.

Grundsätzlich erfolgt die Umstellung auf ein regional differenziertes Einschreibesystem, in dem alle Patient_innen eine koordinierende Primärversorgungspraxis (im Sinne patientenzentrierter „Medical Homes“ bzw. in Form von LGZs) wählen, der sie vertrauen und durch die eine zwischen allen an der Behandlung im Einzelfall Beteiligten abgestimmte Diagnostik und Therapie sichergestellt werden kann. Die Wahl und die damit einhergehende Bindung erfolgen auch im Interesse einer Zusammenführung und Dokumentation aller relevanten Befunde der Patient_innen in der Regel für ein Jahr. Bei besonderen Umständen (Umzug, gestörte Arzt-Patienten-Beziehung) kann auch ein früherer Wechsel der Primärversorgungspraxis im Ausnahmefall erfolgen. Mit diesem System ist die Verpflichtung verbunden, vor der Konsultation eines/einer anderen vertragsärztlich tätigen Arztes/Ärztin (Ausnahmemöglichkeiten für Kinderärzt_innen, grundversorgende Augenärzt_innen, grundversorgende Gynäkolog_innen und Zahnärzt_innen) eine Überweisung des Hausarztes/der Hausärztin einzuholen.

Andererseits sind die jeweiligen Hausärzt_innen ihrerseits verpflichtet, die bei ihnen eingeschriebenen Versicherten in jedem Krankheitsfall zeitnah zu behandeln. Abweisungen des Arztes/der Ärztin, z. B. wegen Terminmangel, sind nicht möglich.

Über Wahltarife der Krankenkassen wird ein Anreiz für die Versicherten zur Bindung an eine koordinierende Praxis geschaffen. Dazu bietet sich z. B. die Befreiung von der Zuzahlung von Medikamenten an. Es bleibt aber die Möglichkeit erhalten, sich nicht für eine Einschreibung und eine koordinierende Praxis zu entscheiden.

4.6.2 KOORDINATION VON SPEZIALISIERTEN FACHÄRZTLICHEN LEISTUNGEN

Bei planbaren Interventionen übernimmt die Koordination diejenige Stelle, die auch das für diese Leistung gewährte Entgelt erhält. Dies können Krankenhäuser oder auch ambulante Einrichtungen sein, die eine solche planbare Intervention mit vor- und nachfolgender Versorgung anbieten. Der Hausarzt/die Hausärztin ist über die therapeutischen Schritte zu informieren.

Bei schweren akuten, langfristigen Erkrankungen bis hin zu lebenslang chronischen Erkrankungen erfolgt die Koordination in spezialisierten ambulanten und/oder stationären Kompetenzzentren. Über diese erfolgen auch die Begleitung der Patient_innen in der Nachsorge und die Koordination der gesamten weiteren Versorgung. Auch bei diesen Erkrankungen ist der/die jeweilige Hausarzt/Hausärztin regelmäßig zu informieren.

Die spezialisierten Kompetenzzentren sind in allen geeigneten Fällen als medizinisch-pflegerisch-therapeutische Teams auszugestalten (vgl. hierzu den Exkurs auf Seite 22 f. zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung).

Es ist allerdings zu prüfen und abzustimmen, ob Krankheitsepisoden, die nicht im Zusammenhang mit der Grunderkrankung dieser Patient_innen stehen, weiter vom Hausarzt/von der Hausärztin oder durch die jeweiligen Zentren versorgt werden sollen.

Durch Vergütungsregeln und qualitätssichernde Vorgaben ist sicherzustellen, dass Patient_innen mit einer schweren chronischen oder einer schweren akut zu behandelnden Erkrankung schnell an entsprechende Kompetenzzentren überwiesen werden. Eine solche Weiterbehandlung löst die im Kapitel 4.5 genannte fallbezogene Vergütung aus.

Die Patient_innen wählen auf Zeit verbindlich ihren Hausarzt/ihre Hausärztin, der/die den weiteren Zugang in das Gesundheitssystem grundsätzlich koordiniert. Wahltarife der Krankenkassen schaffen Anreize für dieses System. Langfristige oder akute schwere Erkrankungen, die eine spezialisierte Betreuung erfordern, werden von besonders ausgewiesenen Leistungserbringern oder Kompetenzzentren koordiniert.

4.7 TELEMEDIZIN ZUM INTEGRALEN BESTANDTEIL DES VERSORGUNGSSYSTEMS MACHEN

Digitale Anwendungen bieten ein Potenzial für eine effektivere und effizientere Versorgung und können den Zugang zu den Leistungserbringern erleichtern. Patient_innen auf dem Land, in den Großstädten sowie pflegende Angehörige könnten in unterschiedlicher Weise von telemedizinischen Anwendungen besonders profitieren. Während die Nutzung digitaler Technologien sowohl aus dem Alltag der Menschen als auch in der Industrie nicht mehr wegzudenken ist, kommen solche sinnvollen technologischen Veränderungen im Gesundheitssystem nicht an. Obwohl sich eine Mehrheit der Patient_innen eine stärkere Nutzung vorstellen kann, sind die Leistungsanbieter eher zögerlich, telemedizinische Angebote einzuführen.

Ein entscheidender Impuls für telemedizinische Leistungen und E-Health-Anwendungen lässt sich nur durch den Abbau bestehender rechtlicher und honorarbedingter Hemmnisse erzielen. Diese Hemmnisse sollten geprüft und anschließend, wo sinnvoll, spezifiziert oder gelockert werden. Ziel ist es, telemedizinische Angebote in die bestehende Versorgungsstruktur verstärkt zu integrieren. Der telemedizinische Kontakt kann den persönlichen zwar nicht ersetzen, aber gezielt ergänzen. Das muss sich auch vergütungstechnisch aufwandgerecht abbilden – bisher sind nur für wenige telemedizinische Leistungen Abrechnungsziffern vorhanden.

Mit dieser Veränderung der Systemparameter eröffnen sich die folgenden drei Anwendungsfelder für die Telemedizin.

Kommunikation zwischen Leistungserbringern (Doc-to-Doc, D2D)

Telemedizin kann den Austausch zwischen Leistungserbringern erheblich erleichtern. Ein Beispiel dafür ist insbesondere das Telekonsil, mit dem ein Arzt/eine Ärztin die Expertise eines/einer anderen Spezialist_in einholen kann. Beispielsweise kann ein/eine Allgemeinmediziner_in noch in der Sprechstunde mit dem/der betreffenden Patient_in einen Facharzt oder eine Fachärztin für die Befundung und deren Erläuterung gegenüber dem/der Patient_in „dazu schalten“. Dies ermöglicht eine schnellere Diagnostik (und damit auch Therapie), erspart den Patient_innen weitere Wege zu dem/der Facharzt/Fachärztin und stellt sicher, dass alle behandelnden Ärzt_innen auf dem gleichen Informationsstand sind.

Kommunikation zwischen Patient_in und Leistungserbringer (Doc-to-Patient, D2P)

Beispiele aus anderen Ländern zeigen, dass ein telemedizinischer Zugang zur ambulanten Versorgung für bestimmte Fragestellungen möglich ist. Für Patient_innen mit Beratungsbedarf außerhalb der typischen vertragsärztlichen Sprechzeiten stellt derzeit die Notaufnahme oder der Hausbesuch durch den kassenärztlichen Notdienst die einzige, oft nur zur Absicherung bestimmter medizinischer Befürchtungen aufgesuchte Versorgungsmöglichkeit dar. Telemedizinische Konsultationsangebote können hier ein schnell zugängliches, niedrigschwelliges erstes Beratungsangebot darstellen, das kosteneffizient angeboten werden und die Notfallversorgung entlasten kann. Für eine modellhafte Einführung sind die rechtlichen Voraussetzungen zu schaffen.

Spezifische diagnostische telemedizinische Dienstleistungen sind sinnvoll und zu ermöglichen. So bietet beispielsweise die Teledermatologie die Chance, Ausschlussdiagnosen anhand per App übertragener Fotos zu stellen. Diese Anwendung ist in anderen Ländern bereits gut erprobt und senkt ebenfalls die Zugangsbarrieren zur Versorgung. Sie sind aber heute nur in einer rechtlichen Grauzone machbar.

Eine weitere wichtige Anwendung liegt im Telemonitoring, das die Übertragung von Vitalparametern und Patient-reported Outcomes von dem/der Patient_in an einen ihnen bekannten Arzt/eine ihnen bekannte Ärztin oder ein Telemedizinzentrum ermöglicht. Adäquate Abrechnungsmöglichkeiten sollen die flächendeckende Nutzung von Telemonitoring befördern.

Künftig ist auch über die Integration sogenannter telemedizinischer D2P-Leistungen (z. B. Online-Coaching-Angebote oder digitalgestütztes Adherence- oder Compliance-Management) zu entscheiden. Der Innovationsfonds bietet sich dafür als Plattform an.

Kommunikation zwischen Patient_innen (Patient-to-Patient, P2P)

Digitale Technologien bieten darüber hinaus die Chance, die Vernetzung zwischen Patient_innen sowie ihren Angehörigen zu stärken. Online-Communitys ermöglichen neue niedrigschwellige Zugänge zur Selbsthilfe. So können sich beispielsweise Patient_innen mit seltenen chronischen Erkrankungen global vernetzen und Erfahrungen austauschen.

Neben den genannten Handlungsfeldern ist die Bereitstellung der entsprechenden IT-Infrastruktur von zentraler Bedeutung. Der Aufbau der Telematikinfrastruktur und die Festlegung von Schnittstellenstandards sind die entscheidenden technischen Grundlagen, um die Telemedizin voranzubringen.

Strukturelle Anpassungen braucht es auch bei den Entscheidungsstrukturen im Gesundheitswesen. Wenn man die Potenziale digitaler Technologien nutzen will, müssen die Entscheidungsmechanismen der Geschwindigkeit der Entwicklungszyklen von digitalen Technologien Rechnung tragen.

Um die Telemedizin stärker im Versorgungssystem abzubilden, bedarf es sowohl einer Überprüfung und ggf. Angleichung der limitierenden rechtlichen Vorschriften als auch adäquater Vergütungsmöglichkeiten.

4.8 KOMPETENZEN FÜR EINE SEKTOREN-ÜBERGREIFENDE VERSORGUNG ERLERNEN

Eine teamorientierte Primärversorgung und eine sektorenübergreifende Versorgung entlang der Verlaufsphasen insbesondere chronischer Erkrankungen erfordern ein intensiveres Zusammenwirken der Gesundheitsberufe in Medizin und Pflege. Dazu sind neue Formen der professionellen Kooperation und Arbeitsteilung unerlässlich (Schachverständigenrat 2014). Ausgehend von den Problemen des/der Patient_in gewinnen außerdem auf Kontinuität ausgelegte Steuerungskonzepte wie Case-, Care- oder Trajektmanagement zunehmende Bedeutung (Schaeffer/Ewers 2006). Diese schließen neben der Pflege auch ausdrücklich die Therapieberufe mit ein.

Koordiniertes und disziplinübergreifendes Handeln zwischen den Gesundheitsberufen ist durch interprofessionelles Lernen (und Forschen) vorzubereiten (Robert-Bosch-Stiftung 2011). Die Ausbildungseinrichtungen müssen durch ihr Lehr- und Lernangebot Voraussetzungen für Kooperationskompetenz schaffen. Gesundheitseinrichtungen müssen der interdisziplinären Zusammenarbeit durch Strukturelemente wie Team- oder Fallbesprechungen einen Rahmen geben.

Der Bundesgesetzgeber hat in den Ausbildungs- und Prüfungsgesetzen aller Heilberufe die Bedeutung und die Möglichkeiten des Erlernens der interdisziplinären Zusammenarbeit zu berücksichtigen.

4.9 ERSTE SCHRITTE

Neben einer Vereinheitlichung der Planungsstrukturen, der Vergütungssystematik, der Qualitätssicherung, des Klassifizierungssystems, eines standardisierten sicheren Datentransportes – inklusive der elektronischen Patientenakte und der professionellen Koordinierung zwischen den Sektoren – gibt es zahlreiche weitere Ansatzpunkte zur Vereinheitlichung der notwendigen Infrastruktur, die für eine sektorenübergreifende Versorgung förderlich oder sogar notwendig sind. Obgleich sie nicht die Priorität wie die eben genannten Faktoren haben, sollte es dennoch das Ziel sein, weitere gleichartige Rahmenbedingungen auf den Weg zu bringen.

So bietet es sich an, bei der Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (z. B. § 137c SGB V) die bisher unterschiedlichen Erlaubnis- bzw. Verbotsvorbehalte der unterschiedlichen Sektoren zusammenzuführen.

Es wird vorgeschlagen, einen Erlaubnisvorbehalt mit einer Ausnahmeklausel für kompetente Einrichtungen vorzusehen, die den notwendigen Erkenntnisgewinn über Studien eruieren. Abhängig von dem Ergebnis dieser Studien sollte die Methode dann für den gesamten Bereich der ambulanten und stationären Versorgung geöffnet werden. Gleiches soll für neue Verfahren und Medizinprodukte in der Pflege gelten.

5

EXKURS: SEKTORENÜBERGREIFENDE VERSORGUNG AUS DER PERSPEKTIVE DER LANGZEITPFLEGE

Die Versorgung des Krankheitsspektrums einer alternden und oft chronisch kranken Bevölkerung kann nur koordiniert und in gemeinsamer Verantwortung der beteiligten Berufsgruppen erfolgen.

Pflegedienste, Tagespflegeeinrichtungen und Pflegeheime stellen bei chronisch kranken, insbesondere hochbetagten chronisch kranken und pflegebedürftigen Menschen durch ihren mehrmals wöchentlichen bis täglichen Kontakt faktisch die Kontinuität der Versorgung sicher. Dies gilt vor allem bei alleinlebenden Pflegebedürftigen.

Eine bedarfsgerechte, sektorenübergreifende, koordinierte Versorgung ist auch hier vor die beschriebenen Grundprobleme gestellt und reibt sich besonders an der bislang vielfach unzureichenden Kooperation und Koordination zwischen dem medizinischen und dem pflegerischen Sektor sowie der Vielfalt der weiteren einzubeziehenden therapeutischen Dienste:

- Perspektivisch müssen die gesundheitlichen und pflegerischen Leistungsangebote rechtlich und organisatorisch zusammengeführt und in interprofessionellen Teams gemeinsam angeboten werden.
- Der individuelle Behandlungs- und Unterstützungsbedarf muss für die jeweils unterschiedlichen Regelungen der Sektoren in Leistungen „übersetzt“ werden (Leistungskomplexe nach SGB XI, Einzelleistungen der häuslichen Krankenpflege nach SGB V, ärztlich verordnete Heil- und Hilfsmittel, Rehabilitationsleistungen und Medikamente; vgl. Abschnitt 4.1).
- Die Planung der erforderlichen Maßnahmen, ihre Dokumentation und ihre Evaluation erfolgen an mindestens zwei Orten (Arztpraxis, Pflegedokumentation) und sind wenig miteinander verknüpft (vgl. Abschnitt 4.2 und 4.4).
- In der Praxis ist nicht sichergestellt, dass Hausarztbesuch und Pflegevisite koordiniert sind, oder auch nur, dass die Bezugspflegekraft der pflegebedürftigen Person bei einem Arztbesuch (im Pflegeheim oder in der Wohnung) anwesend ist. Die Begleitung beim Arztbesuch oder Therapie-terminen, die insbesondere bei demenzkranken Patient_innen oft erforderlich ist, ist nicht systematisch gesichert und stellt ebenfalls ein Dauerproblem dar (vgl. Abschnitt 4.3).

Die in den Abschnitten 4.1 bis 4.7 aufgezeigten Perspektiven und Lösungsvorschläge haben das Potenzial, gerade auch die Versorgung chronisch kranker und pflegebedürftiger Menschen zu verbessern. Ein spezifisches Thema stellt in diesem Zusammenhang die medizinisch-pflegerische Grundversorgung der Bewohner_innen von Pflegeheimen dar.

Freie Arztwahl und wettbewerblich organisierter Pflege-sektor haben zur Konsequenz, dass jede Hausarztpraxis (zumindest in städtischen Räumen) mit mehreren Pflegeeinrichtungen, aber auch jede Pflegeeinrichtung mit mehreren Hausarztpraxen kooperiert. Der Bundesgesetzgeber hat hierauf mit Regelungen zur ärztlichen Versorgung im Pflegeheim nach §119b SGB V reagiert, die angesichts fehlender Effekte in der Praxis zunehmend verbindlicher gestaltet wurden.

Zum 1.1.2014 haben daraufhin die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband eine Vereinbarung zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen als Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag geschlossen.¹⁹ Sie wird vereinbarungsgemäß durch das InBA evaluiert.

Die Evaluation ist abzuwarten. Das Ergebnis ist daraufhin zu überprüfen, ob die verlässliche und koordinierte ärztliche Betreuung in den Langzeitpflegeeinrichtungen verbessert werden muss und kann.

Als Ansatz für eine spezialisierte sektorenübergreifende medizinisch-pflegerische Versorgung kann die Organisation, Erbringung und Abrechnung einer medizinisch-pflegerischen Komplexleistung nach dem Muster der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) gelten.

Nach § 37b SGB V haben Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden oder weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, Anspruch auf SAPV. Die Leistung ist von einem Vertragsarzt/einer Vertragsärztin oder Krankenhausarzt/-ärztin zu verordnen. Die SAPV umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination, insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle, und zielt darauf ab, die Betreuung

¹⁹ Für die Fassung vom 1.12.2016 siehe Kassenärztliche Bundesvereinigung/GKV-Spitzenverband 2016.

der Versicherten in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs zu ermöglichen (vgl. GBA 2014). Leistungserbringer sind palliativmedizinisch qualifizierte Ärzt_innen und entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte, die orientiert an der Konzeption eines Palliative-Care-Teams (PCT) fachübergreifend eng zusammenarbeiten; sie bilden in der Praxis zumeist als PCT eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts. SAPV wird als Komplexleistung erbracht und abgerechnet. Über die Aufteilung der Vergütung auf die ärztlichen und pflegerischen Leistungserbringer entscheidet das PCT intern selbst. Erkrankte und ihre Angehörigen haben jederzeit sichere Ansprechpartner_innen; die Koordination von Palliativmedizin und Pflege wird im PCT sichergestellt.

Die Komplexleistung im Bereich der Pflege umfasst aus systematischen Gründen nur die ärztlich verordnungsfähige und nach SGB V bedarfsdeckend erbrachte häusliche Krankenpflege. Die Leistungen der häuslichen Pflege nach SGB XI sind hingegen so konzipiert, dass die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen im Rahmen eines gesetzlich begrenzten Höchstbetrages nach Pflegegraden (Teilleistungsprinzip) selbst entscheiden, welche Teilleistungen sie von einem Pflegedienst einkaufen. Solange die Pflegeversicherung den Bedarf nicht vollständig deckt, stärkt dieses Steuerungsprinzip die Autonomie der Pflegebedürftigen. Die ambulante SGB-XI-Pflege kann von den ärztlich-pflegerischen Teams nur fakultativ mitangeboten werden.

Der Spitzenverband Bund der Gesetzlichen Krankenkassen und die KBV werden damit beauftragt, für weitere Versorgungsbedarfe die Erbringung durch medizinisch-pflegerische Teams und die Abrechnung als Komplexleistung nach dem Muster der SAPV zu entwickeln.

Abbildungsverzeichnis

- 6 Abbildung 1
Die Empfehlungen auf einen Blick
- 9 Abbildung 2
Zuständigkeit für die Finanzierung und Sicherstellung in den Versorgungssektoren
- 13 Abbildung 3
Bedarfsplanung von hausärztlichen Grundversorgern und differenzierten fachärztlichen Leistungsvolumina
- 18 Abbildung 4
Vergütungssystem in der hausärztlichen Grundversorgung

Abkürzungsverzeichnis

ASV	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DRG	Diagnosis Related Groups (diagnosebezogene Fallgruppen)
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICD	International Classification of Diseases
ICPC 2	International Classification of Primary Care 2
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
InBA	Institut des Bewertungsausschusses
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LGZ	Lokale Gesundheitszentren
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
P4P	Pay for Performance
PCI	Perkutane koronare Intervention
PKMS	Pflegekomplexmaßnahmen-Score
PCT	Palliative-Care-Team
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SGB	Sozialgesetzbuch
VZÄ	Vollzeitäquivalente

Literaturverzeichnis

Bormann, René; Engelmann, Dirk; Fiedler, Eckbert et al. 2013a: Wettbewerb, Sicherstellung, Honorierung: Neuordnung der Versorgung im deutschen Gesundheitswesen, Positionspapier im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn.

Bormann, René; Engelmann, Dirk; Franke, Edgar et al. 2013b: Zukunft der Krankenhäuser: Mehr Qualität, flächendeckende Versorgung und gerechte Finanzierung, Positionspapier der Arbeitsgruppe „Stationäre Versorgung“ der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn.

Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA) 2014: Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2014, <https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4044/Bericht-Evaluation-SAPV-2014.pdf> (10.01.2017).

Grobe, Thomas G. 2008: Arbeiten mit Daten der Gmünder Ersatzkasse: Ein exemplarischer Überblick, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 51 (10), S. 1.106-1.117.

Kassenärztliche Bundesvereinigung; GKV-Spitzenverband 2016: Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V zur Förderung der kooperativen und koordinierten öffentlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen: Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag, Berlin, https://www.kbv.de/media/sp/Anlage_27_119b_SGBV.pdf (10.01.2017).

Klauber, Jürgen; Geraedts, Max; Friedrich, Jörg et al. 2016: Krankenhausreport 2016: Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus: Ambulante Versorgung im Krankenhaus optimieren, Stuttgart.

Robert-Bosch-Stiftung 2011: Memorandum: Kooperation der Gesundheitsberufe: Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung, Stuttgart.

Rosenbrock, Rolf; Gerlinger, Thomas 2014: Gesundheitspolitik: Eine systematische Einführung, Bern.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014: Bedarfsgerechte Versorgung: Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche: Gutachten 2014, Bonn; Berlin.

Schaeffer, Doris; Ewers, Michael 2006: Integrierte Versorgung nach deutschem Muster, in: Pflege & Gesellschaft 11 (3), S. 197-209.

Sundmacher, Leonie; Ozegowski, Susanne 2016: Regional Distribution of Physicians: The Role of Comprehensive Private Health Insurance in Germany, in: European Journal of Health Economics 17 (4), S. 443-451.

Impressum:

© 2017

Friedrich-Ebert-Stiftung

Herausgeberin: Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik
Godesberger Allee 149, 53175 Bonn
Fax 0228 883 9205, www.fes.de/wiso

Bestellungen/Kontakt: wiso-news@fes.de

Die in dieser Publikation zum Ausdruck gebrachten Ansichten sind nicht notwendigerweise die der Friedrich-Ebert-Stiftung. Eine gewerbliche Nutzung der von der FES herausgegebenen Medien ist ohne schriftliche Zustimmung durch die FES nicht gestattet.

ISBN: 978-3-95861-780-3

Titelmotiv: Wavebreak Media/Fotolia.com

Gestaltungskonzept: www.stetzer.de

Gestaltungsumsetzung: www.zumweissenroessl.de

Mehr Mitsprache und Orientierung – Vorschläge für ein nutzerfreundliches und patientenorientiertes Gesundheitssystem
WISO Diskurs – 01/2017

Ungleichheit bekämpfen! Wo der deutsche Wohlfahrtsstaat jetzt investieren muss
Gute Gesellschaft – soziale Demokratie #2017plus – 2016

Der Weg zur Bürgerversicherung: Solidarität stärken und Parität durchsetzen
WISO-Diskurs – 24/2016

Arbeitsbeziehungen der Care-Arbeit im Wandel
WISO Diskurs – 23/2016

Qualität und Quantität, bitte! Einstellungen zur staatlichen Verantwortung in der Kindertagesbetreuung
Gute Gesellschaft – soziale Demokratie #2017plus – 2016

Verhaltensökonomie: (K)ein Thema für die lebensverlaufsorientierte Sozialpolitik?
WISO Diskurs – 20/2016

Excessive Expectations: OECD and EU Commission Should Revise their Return Assumptions
WISO-Diskurs – 18/2016

Überhöhte Erwartungen: OECD und EU-Kommission sollten ihre Renditeannahmen korrigieren
WISO-Diskurs – 17/2016

Social Investment – Impuls für eine moderne Sozialpolitik?
WISO direkt – 23/2016

Pflege in Sozialräumen: Was muss eine Strukturreform Pflege und Teilhabe leisten?
WISO direkt – 20/2016

Stärkung der Kommunen in der Pflege und die Modellkommunen: Vorschläge zur Umsetzung der jüngsten Reformen
WISO direkt – 19/2016

Wachsende Ungleichheit als Gefahr für nachhaltiges Wachstum: Wie die Bevölkerung über soziale Unterschiede denkt
Gute Gesellschaft – soziale Demokratie 2017plus

Pflegestützpunkte in Deutschland: Die Sicht der Mitarbeitenden – der rechtliche Rahmen – die politische Intention
WISO-Diskurs – 07/2016

Über den Schatten springen! Arbeitsbeziehungen und Care-Arbeit
WISO direkt – 09/2016

Menschen mit Migrationshintergrund in der Rehabilitation: Zugänglichkeit und Ergebnisse
WISO direkt – 06/2016

01 / 2017

MEHR MITSPRACHE UND ORIENTIERUNG

Vorschläge für ein nutzerfreundliches und patientenorientiertes Gesundheitssystem

Die Friedrich-Ebert-Stiftung

Die Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) wurde 1925 gegründet und ist die traditionsreichste politische Stiftung Deutschlands. Dem Vermächtnis ihres Namensgebers ist sie bis heute verpflichtet und setzt sich für die Grundwerte der Sozialen Demokratie ein: Freiheit, Gerechtigkeit und Solidarität. Ideell ist sie der Sozialdemokratie und den freien Gewerkschaften verbunden.

Die FES fördert die Soziale Demokratie vor allem durch:

- politische Bildungsarbeit zur Stärkung der Zivilgesellschaft;
- Politikberatung;
- internationale Zusammenarbeit mit Auslandsbüros in über 100 Ländern;
- Begabtenförderung;
- das kollektive Gedächtnis der Sozialen Demokratie mit u. a. Archiv und Bibliothek.

Die Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung

Die Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik verknüpft Analyse und Diskussion an der Schnittstelle von Wissenschaft, Politik, Praxis und Öffentlichkeit, um Antworten auf aktuelle und grundsätzliche Fragen der Wirtschafts- und Sozialpolitik zu geben. Wir bieten wirtschafts- und sozialpolitische Analysen und entwickeln Konzepte, die in einem von uns organisierten Dialog zwischen Wissenschaft, Politik, Praxis und Öffentlichkeit vermittelt werden.

WISO Diskurs

WISO Diskurse sind ausführlichere Expertisen und Studien, die Themen und politische Fragestellungen wissenschaftlich durchleuchten, fundierte politische Handlungsempfehlungen enthalten und einen Beitrag zur wissenschaftlich basierten Politikberatung leisten.

Über die Autor_innen dieser Ausgabe

Dieses Positionspapier wurde auf Grundlage der Beratungen einer Projektgruppe im Rahmen des FES-Projektes „Handlungsvorschläge für ein nutzerfreundliches, patientenorientiertes Gesundheitssystem“ erstellt. Die Inhalte des Papiers stellen nicht zwingend und in allen Punkten die Meinung jedes Mitglieds der Projektgruppe dar. Die Teilnehmenden haben als Privatpersonen an diesem Projekt mitgewirkt. Näheres zu den Autor_innen auf Seite 19.

Für diese Publikation sind in der FES verantwortlich

Dr. Robert Philipps ist in der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik verantwortlich für den Gesprächskreis Verbraucherpolitik.

Severin Schmidt ist in der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik verantwortlich für die Themen Gesundheits- und Pflegepolitik.

MEHR MITSPRACHE UND ORIENTIERUNG

Vorschläge für ein nutzerfreundliches und patientenorientiertes Gesundheitssystem

Marlies Volkmer, Robert Philipps, Severin Schmidt (Redaktion)

2	VORWORT
3	1 EINLEITUNG UND ZENTRALE HERAUSFORDERUNGEN
5	2 PATIENTENMITBESTIMMUNG, PATIENTENSOUVERÄNITÄT, TEILHABE
5	2.1 Die individuelle Ebene
5	2.1.1 Situation und Herausforderungen
7	2.2 Die kollektive Ebene
7	2.2.1 Situation und Herausforderungen
7	2.3 Handlungsoptionen
11	3 VERSORGUNGSQUALITÄT IM KRANKENHAUS
11	3.1 Situation und Herausforderungen
11	3.2 Handlungsoptionen
12	4 SICHERHEIT VON ARZNEIMITTELTHERAPIE UND MEDIZINPRODUKTEN
12	4.1 Situation und Herausforderungen
12	4.2 Handlungsoptionen
14	5 HILFSMITTELVERSORGUNG
14	5.1 Situation und Herausforderungen
14	5.2 Handlungsoptionen
15	6 PATIENTENRECHTE UND RECHTSDURCHSETZUNG
15	6.1 Situation und Herausforderungen
15	6.2 Handlungsoptionen
17	Abkürzungsverzeichnis
18	Literaturverzeichnis
19	Teilnehmende der Projektgruppe

VORWORT

Versicherte und Patient_innen müssen viele Entscheidungen treffen: Welche Ärzt_innen sind kompetent, welches Krankenhaus leistet qualitativ gute oder schlechte Arbeit, welches Medikament ist wirkungsvoll? Diese und andere Fragen haben Auswirkungen auf die Gesundheit des Einzelnen und auf das System insgesamt. Doch auf welcher Grundlage werden diese Entscheidungen getroffen, und wie könnten Einzelne bei ihrer Entscheidung unterstützt werden? Auf welche Weise können Patient_innen und Versicherte Einfluss auf die Gestaltung eines nutzer- und patientenorientierten Gesundheitssystems nehmen? Diesen Fragen widmete sich eine Projektgruppe der Friedrich-Ebert-Stiftung. Zu berücksichtigen war dabei, dass in Deutschland ein duales Krankenversicherungssystem besteht, das die Gesundheitsversorgung in starkem Maß beeinflusst. Während rund 85 Prozent der Bevölkerung gesetzlich pflichtversichert sind, kann sich aufgrund von Einkommen oder Status eine kleine Bevölkerungsgruppe auch privat versichern. Letztere unterliegen nicht den Regelungen im Sozialgesetzbuch V (SGB V) und schließen mit Leistungserbringern im Gesundheitswesen private Behandlungsverträge ab. Soweit nicht ausdrücklich erwähnt, beziehen sich die nachstehenden Ausführungen auf gesetzlich Krankenversicherte.

Die Projektgruppe hat in den vergangenen zwölf Monaten vier Workshops und Expertengespräche durchgeführt und legt mit diesem Text konkret umsetzbare politische Handlungsempfehlungen vor. Sie sollen die Einzelnen in einem komplexen System stärken und das Gesundheitssystem insgesamt mehr als bisher am tatsächlichen Bedarf der Patient_innen ausrichten. Die Projektgruppe bestand aus Wissenschaftler_innen, Gewerkschafter_innen, politisch Verantwortlichen, Mitarbeiter_innen von Verbänden (inkl. Patientenorganisationsvertreter_innen und Selbsthilferevertreter_innen) und Ministerien sowie Praktiker_innen. Die Friedrich-Ebert-Stiftung hat diesen Prozess initiiert und die Plattform für die Arbeit gestellt. Leitbild der Arbeit der Projektgruppe war ein nutzerorientiertes und solidarisches Gesundheitssystem.

DR. ROBERT PHILIPPS

Leiter des Gesprächskreises Verbraucherpolitik
Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik
Friedrich-Ebert-Stiftung

SEVERIN SCHMIDT

Leiter des Gesprächskreises Sozialpolitik
Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik
Friedrich-Ebert-Stiftung

1

EINLEITUNG UND ZENTRALE HERAUSFORDERUNGEN

Das deutsche Gesundheitssystem gehört zu den besten der Welt. Es hat ein Ausgabenvolumen von 300 Milliarden Euro, und rund 5,4 Millionen Menschen sind in diesem Sektor beschäftigt. Eigenwirtschaftliche Interessen und uneigennütige Solidarität sind bei den Akteuren des Gesundheitswesens oftmals schwer zu trennen, auch weil Organisations- und Interessenverflechtungen schwer zu durchschauen sind. In diesem täglichen Aushandlungskampf gerät das eigentliche Ziel des Systems oftmals aus dem Blick,¹ nämlich „die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern“ (§ 1 des Sozialgesetzbuches V). Die Interessen und Bedürfnisse der Nutzer_innen werden regelmäßig nicht genügend berücksichtigt. Andere Akteure, z. B. Leistungserbringer und Kostenträger, sind besser, ggf. auch finanzstärker, organisiert und können im Konfliktfall ihre Interessen wirksamer durchsetzen. Und das hat Auswirkungen: Der medical outcome in Deutschland – d. h. beispielsweise die Lebenserwartung oder das Vorkommen bestimmter Krankheiten – liegt unter dem Durchschnitt der OECD-Länder, trotz einer hochwertigen Infrastruktur und eines guten Zugangs (OECD 2016: 39ff.). Die Orientierung der gesundheitlichen Versorgung an den Interessen und Bedürfnissen der Nutzer_innen muss daher immer wieder angemahnt und mit durchsetzungsfähigen Rechtsansprüchen versehen werden.

Doch was heißt das konkret? Zentral damit verbunden ist die Vorstellung, durch verbesserte Unterstützungsstrukturen, mehr Transparenz und Information sowie durch eine verbesserte institutionelle Integration der Nutzer_innen Fehlentwicklungen im Gesundheitssystem zu korrigieren, die gesundheitliche Versorgung stärker an den Ursachen für fehlende Gesundheit und damit an den Bedürfnissen der Nutzer_innen auszurichten und verstärkt Präferenzen und Qualitätsanforderungen der Nutzerseite zu berücksichtigen.

Zu beachten ist allerdings, dass es *die eine* Nutzerin/den einen Nutzer im Gesundheitswesen (Ewert 2012) gar nicht gibt. Nutzer_innen können in verschiedenen Rollen auftreten, die aber in der Regel nicht scharf voneinander abgrenzbar sind. Sie sind einerseits Versicherte und im Krankheitsfall zusätzlich Patient_innen. Als gesunde *Versicherte* haben Nutzer_innen vorrangig ein Interesse daran, dass ihre Beiträge effizient eingesetzt werden, aber auch daran, dass ihnen für Vorsorge und evtl. Krankheit ein leistungsfähiges Gesundheitssystem zur Verfügung steht. Dazu gehört auch Mitsprache bei der Wahl der Therapie und die Möglichkeit, als Verbraucher_innen informierte Entscheidungen treffen zu können.² *Patient_innen* geht es daneben vor allem anderen um eine gute, qualitativ hochwertige Versorgung in der aktuellen Bedarfssituation.

Die Arbeitsgruppe hat die Defizite und Verbesserungsmöglichkeiten unseres Gesundheitssystems aus Sicht der Nutzer_innen, besonders der Patient_innen, in den Mittelpunkt der Betrachtung gerückt. Dabei wird nicht nur die Sichtweise der Einzelnen eingenommen. Auch der Frage, wie Patientengruppen und Patientenvertreter_innen Einfluss auf die Gestaltung unseres Gesundheitssystems nehmen, wird nachgegangen. In dem Positionspapier kann aus naheliegenden Gründen nicht auf alle Defizite und Handlungsoptionen eingegangen werden.

Folgende zentrale Herausforderungen werden diskutiert:

(1) Den Patient_innen stehen Hindernisse entgegen, um informiert und selbstbestimmt an einer partizipativen Entscheidungsfindung, die eigene Gesundheit betreffend, mitzuwirken. Es fehlt gegenwärtig an patientenrelevanten, verständlichen und qualitätsgesicherten Informationen von einer von den Interessen der Kosten- und Leistungsträger sowie Industrie

¹ Somit entfallen für sie auch die Schutzrechte, die durch die Selbstverwaltung in der Krankenversicherung und im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ausgestaltet werden.

² Dass die Mitsprache für Versicherte eine große Rolle spielt, zeigen auch die zunehmenden Patientenverfügungen.

unabhängigen Stelle. Patient_innen können deswegen ihr Recht, selbstbestimmt mitzuentcheiden, nur eingeschränkt wahrnehmen. Das betrifft z. B. die Wahl eines für sie besonders gut geeigneten Krankenhauses oder einer Fachärztin/eines gut geeigneten Arztes und die Möglichkeit, die Qualität der Leistungserbringung zu vergleichen. Sie können meistens auch nicht die Notwendigkeit einer vorgeschlagenen medizinischen Leistung beurteilen. Deswegen besteht z. B. die Gefahr, Opfer von Über- oder Fehlversorgung zu werden. Das Papier konzentriert sich auf Patient_innen in Versorgungssituationen, in denen sie eine informierte Entscheidung treffen wollen und können. Natürlich ist dies in akuten Notfällen oder bei eingeschränkter Entscheidungskompetenz nicht möglich. Es besteht auch weiterhin das Recht der Patient_innen, nicht entscheiden zu wollen. All diese müssen selbstverständlich zu jedem Zeitpunkt und in jeder Region in Deutschland eine qualitativ hochwertige Versorgung erhalten.

(2) Den Patient_innen stehen in der Realität jedoch Hindernisse entgegen, eine qualitativ hochwertige bedarfsgerechte Versorgung tatsächlich zu erhalten. Die Struktur des deutschen Gesundheitswesens mit der unzureichenden Zusammenarbeit des stationären und ambulanten Sektors, von Hausärzt_innen und Fachärzt_innen sowie zwischen Ärzt_innen und anderen Gesundheitsberufen, aber auch zwischen Akut- und Reha-Medizin sowie der Pflege und sozialen Daseinsvorsorge, erschwert den Patient_innen eine ganzheitliche Versorgung.

(3) Bei der Qualität der Versorgung von Patient_innen haben die Arzneimitteltherapie und die Sicherheit von Medizinprodukten eine große Bedeutung. Ein häufig unterschätztes Risiko für Patient_innen, einen vermeidbaren Schaden zu erleiden, ist die Arzneimitteltherapie. Verschiedene Bestrebungen seitens des Gesetzgebers und der Leistungserbringer im Gesundheitswesen, die Sicherheit bei der Arzneimitteltherapie zu verbessern, stecken noch in den „Kinderschuh“. Die aktuell vom Gesetzgeber auf den Weg gebrachte Verbesserung der Therapiesicherheit durch Medikationspläne ist ein Schritt in die richtige Richtung, auch wenn die konkrete Umsetzung sicher noch viele Probleme bereiten wird. Auch die Sicherheit bei der Anwendung von Medizinprodukten höherer Risikoklassen kann verbessert werden. Bisher gibt es z. B. in Deutschland nur Implantatregister auf freiwilliger Basis.

(4) Patient_innen und ihre Angehörigen müssen für ihre bedarfsgerechte Versorgung mit Hilfsmitteln häufig Zu- und Aufzahlungen leisten, die sie nicht selten finanziell überfordern. Zudem werden grundlegende Prinzipien des Verbraucherschutzes verletzt, da es an Transparenz über Qualität und Preise für Hilfsmittel fehlt oder diese Informationen nicht wahrgenommen oder verwendet werden können. Patient_innen sind an bestimmte Leistungserbringer gebunden, obwohl diese unter Umständen nicht die gewünschte Qualität erbringen.

(5) In den letzten 15 Jahren sind im Sozialgesetzbuch V rechtliche Rahmenbedingungen für Patientenbeteiligung bei gesundheitspolitischen Lenkungs- und Entscheidungsprozessen getroffen worden. In der Praxis sind die Steuerungsmöglich-

keiten jedoch sehr beschränkt. Um tatsächlich als gleichberechtigtes Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), in den Gremien der gesundheitlichen Leistungserbringer und Kostenträger sowie in den Gremien auf Länder- und Kommunalebene aufzutreten, fehlt es den Patientenorganisationsvertretern³ an verlässlicher und ausreichender Ko-Finanzierung, fachlicher Zuarbeit sowie der notwendigen Fortbildung. Auch fehlt es an zeitlichen Ressourcen für die ehren-, neben- und hauptamtlichen Patientenorganisationsvertreter_innen und deren immer umfangreichere Arbeit im G-BA.

(6) Das Patientenrechtegesetz, das seit drei Jahren in Kraft ist, kodifiziert das Behandlungs- und Arzthaftungsrecht im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB). Das ist aber angesichts der Komplexität des Themas nicht ausreichend. So haben die Patient_innen nach dem Behandlungsvertrag das Recht auf eine sichere Behandlung. Es fehlen aber ergänzende gesetzliche Regelungen, z. B. für eine sichere Therapie mit Medizinprodukten. Auch die schnell wachsenden Anforderungen an die Regelungen eines zweiten Gesundheitsmarktes⁴ sind nur unzureichend beachtet. Patient_innen, die Opfer eines Behandlungsfehlers geworden sind, befinden sich zudem nach wie vor in einer äußerst schwierigen Position. Die Beweislast liegt nach wie vor bei den Patient_innen. Die Beweismittel finden sich bei den Ärzt_innen. Nach wie vor gibt es keinen Härtefallfonds für die Opfer von Behandlungsfehlern in besonders schwierigen Situationen.

(7) Die Ausgrenzung von Leistungen aus dem GKV-Leistungskatalog, die ständige Erhöhung von Zuzahlungen und Selbstbehalten, in erster Linie aber die kassenindividuellen Zusatzbeiträge erhöhen den Kosten- und Wettbewerbsdruck der Krankenkassen und verstärken damit einen Interessenkonflikt zwischen Patient_innen und (beitragssensiblen) Versicherten. Eine kollektive Versichertenvertretung wird dadurch erschwert. Zudem ist die „Parität“ nur noch in den Organen der Selbstverwaltung festgeschrieben, nicht mehr jedoch in der Finanzierung des Gesundheitswesens. „Ausgegrenzte Leistungen“ verschwinden aus dem Blickfeld der Selbstverwaltung, insbesondere der Arbeitgeber_innen.

(8) Auch die Patientenvertretungsorganisationen und die organisierte Patientenselbsthilfe bedürfen einer kritischen Betrachtung. Während die großen Sozialverbände, beispielsweise der VdK oder der Sozialverband Deutschland (SoVD) sich ausschließlich aus ihren Mitgliedsbeiträgen finanzieren und deshalb auch nur ihre Mitgliederinteressen vertreten müssen, versuchen Pharma- und Medizinprodukteunternehmen Einfluss auf die organisierte Patientenselbsthilfe zu bekommen.

³ Zu den Patientenvertreterorganisationen im G-BA zählen u. a. der Deutsche Behindertenrat (DBR), die Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP), die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen und die Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.

⁴ Damit ist der Markt für alle privat finanzierten Produkte und Dienstleistungen rund um die Gesundheit gemeint, wie beispielsweise die individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL).

2

PATIENTENMITBESTIMMUNG, PATIENTEN-SOUVERÄNITÄT, TEILHABE

Die souveräne Patientenmitbestimmung und Teilhabe rückt seit Anfang der 1990er Jahre nicht nur national, sondern auch international immer stärker ins Zentrum der Aufmerksamkeit.

Patient_innen werden nicht mehr nur als passiv Leidende angesehen, die die Fürsorge und Hilfe der ärztlichen und pflegerischen Professionen ohne zu hinterfragen in Anspruch nehmen. Sie werden zunehmend zu Partner_innen auf Augenhöhe, in manchen Fällen sogar zu Kund_innen, die Leistungen des Gesundheitsmarktes konsumieren.

Spätestens seit bekannt ist, dass sich partizipative Entscheidungsfindung (Shared-Decision-Making) zwischen Ärzt_innen und Patient_innen, etwa bei der Wahl der Therapie, günstig auf den Behandlungserfolg auswirken kann (Scheibler et al. 2005), hat sich ihre Beziehung positiv verändert. Auch aus ökonomischen Erwägungen für das Gesamtsystem heraus, rücken die Bedürfnisse von Patient_innen und die Patientenzufriedenheit inzwischen stärker in den Fokus.

Zudem gibt es in der Gesellschaft die Hoffnung, durch mehr Partizipation, Information und Einbeziehung der Betroffenen Fehlentwicklungen im Gesundheitssystem zu korrigieren und die gesundheitliche Versorgung am tatsächlichen Bedarf und an den Bedürfnissen der Betroffenen auszurichten. Das kommt auch denjenigen Patient_innen zugute, die über ihre Behandlung nicht selbst entscheiden können oder wollen.

Zur Betrachtung der Mitbestimmung und Teilhabe von Patient_innen sind die individuelle und die kollektive Ebene zu beleuchten.

2.1 DIE INDIVIDUELLE EBENE

2.1.1 SITUATION UND HERAUSFORDERUNGEN

Wie kann die/der Einzelne am System der gesundheitlichen Versorgung teilhaben, ihre/seine Souveränität auch im Krankheitsgeschehen behalten und bei der Behandlung mitentscheiden?

Notwendig sind Rahmenbedingungen, welche die Einzelnen befähigen, als souveräne Patient_innen oder Verbraucher_innen aufzutreten. Dem Idealtyp der/des „informierten Patient_in“ oder „informierten Verbraucher_in“ stehen aber verschiedene Hindernisse im Weg.

Erstens ist die Fähigkeit, eine Entscheidung zu treffen, von der sozialen Lage und Einkommen, Bildung, Alter und Gesundheitszustand abhängig. Patient_innen, die aus den unterschiedlichsten Gründen nicht in der Lage oder nicht bereit sind, selbst Entscheidungen zu treffen, müssen eine gute und sichere Versorgung erhalten. Ihr mutmaßlicher Wille ist in jedem Fall zu beachten. Entsprechende Regelungen finden sich im Betreuungsrecht und in den Berufsordnungen der Ärztekammern, die jedoch teilweise nicht verwirklicht werden. Diese Patient_innen profitieren grundsätzlich von jeder Verbesserung, die von den unterschiedlichen Akteuren in der gesundheitlichen Versorgung und beim Patientenschutz erreicht werden.

Zweitens steht dem beschriebenen Idealbild im Weg, dass Patient_innen des Gesundheitssystems faktisch oft keine Wahl zwischen verschiedenen Leistungen haben, weil die gegebene Versorgungsstruktur einschränkend wirkt, z. B. durch die Trennung in einen ambulanten und stationären Sektor oder die mangelnde Verfügbarkeit von Leistungserbringern im ländlichen Raum (RKI 2015: 303ff.).

Drittens ist die Gesundheitskompetenz überwiegend mangelhaft. 54 Prozent der Bevölkerung in Deutschland haben Probleme damit, gesundheitsrelevante Informationen zu suchen, zu verstehen, zu beurteilen und zu verwenden. Damit liegt Deutschland unter dem europäischen Durchschnitt (Quenzel/Schaeffer: 2016). Die Wissens- und Informationsasymmetrien zwischen Patient_innen und Ärzt_innen führen regelmäßig dazu, dass medizinisch nutzlose Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) verkauft werden, die für Ärzt_innen eine zusätzliche Einnahme bedeuten und von den Patient_innen privat zu finanzieren sind.

Viertens sind verständliche, patientenrelevante, qualitätsgesicherte Informationen und Entscheidungshilfen bislang nur ansatzweise zugänglich. Sie sind aber erforderlich, um als Einzelne oder Einzelner tatsächlich mündig und selbstbewusst mit anderen Akteuren im Gesundheitssystem zu agieren. Um die Patient_innen bei der Mitentscheidung über ihre Behandlung und bei der Wahl des Anbieters der Leistung zu unterstützen, ist also Qualitäts- und Markttransparenz über medizinische Leistungen herzustellen. Das betrifft alle Bereiche des Gesundheitswesens. Solche Informationen stehen bislang nur in Ansätzen zur Verfügung.

Bisherige Ansätze zur Herstellung von Qualitätstransparenz:

- Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) bereitet für ausgewählte medizinische Bereiche über die Internetseite „gesundheitsinformation.de“ die verfügbare Evidenz in den jeweiligen Krankheitsbildern allgemeinverständlich auf und aktualisiert diese Informationen regelmäßig. Dieses Angebot sollte ausgebaut und in der Öffentlichkeit stärker bekannt gemacht werden. Bei Screening-Angeboten, die die Früherkennung von Krankheiten zum Ziel haben und sich an Menschen richten, die noch keine Krankheitssymptome aufweisen, sind besonders hohe Anforderungen an die Qualität und deren Transparenz zu richten. Hier fehlt es noch an entsprechenden verlässlichen Aussagen.
- Zur Anbieterwahl gibt es die meisten Angebote im Internet. Vorreiter ist bisher die „Weiße Liste“⁵ der Bertelsmann Stiftung und der Dachverbände einiger großen Patienten- und Verbraucherorganisationen, die zentral die Qualitätsberichte der Krankenhäuser patientenverständlich aufbereitet und über Patientenerfahrungen mit Ärzt_innen und die Qualität von Pflegeanbietern informiert. Diese vorhandenen Qualitätsinformationen reichen jedoch gegenwärtig nicht aus, um alle patientenrelevanten Aspekte abzubilden – das gilt für alle Sektoren, aber vor allem für die ambulant-ärztliche Versorgung.
- Die sektorübergreifende Qualitätssicherung steht seit dem Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes und der Gründung des „Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen“ (IQTIG)⁶ stärker im Fokus der Gesundheitspolitik. Das IQTIG erhält seine Aufträge zur Entwicklung und Durchführung der (sektorübergreifenden) Qualitätssicherung sowie zur Verbesserung der Transparenz über die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung vom G-BA. Es ist zweifellos ein Schritt in die richtige Richtung. Da das Institut erst im Januar 2015 seine Arbeit aufgenommen hat, ist es jedoch offen, wie eine umfassende Qualitätstransparenz im Sinne der Patient_innen hergestellt wird. Es ist zudem fraglich, ob das Institut wegen seiner engen Verbindung zur gemeinsamen Selbstverwaltung (und ihrer Eigeninteressen) dazu in der Lage ist. Zudem liegt auf der Hand, dass sektorübergreifende Qualitätssicherung und -transparenz große Aufgaben sind, die nur schrittweise für einzelne Indikationen und Bereiche bewältigt werden können. Hinzu kommt, dass die Versorgungssektoren „Medizinische Rehabilitation und Pflege“ gesetzlich der sektorübergreifenden Qualitätssicherung nicht zugeordnet sind.
- Am 1. Januar 2016 ist das Krankenhausstrukturgesetz in Kraft getreten. Es enthält die Vorschrift, dass zukünftig das Krankenhaus in seinem Qualitätsbericht in einem speziellen Berichtsteil die besonders patientenrelevanten Informationen in allgemeinverständlicher Sprache zusammenfasst und auf seiner Internetseite veröffentlicht. Zu diesen Informationen zählen nach § 136b SGB V Abs. 6 insbesondere solche zur Umsetzung des Risiko- und Fehlermanagements, Maßnahmen zur Arzneimitteltherapie-sicherheit, zur Einhaltung von Hygienestandards sowie Maßzahlen der Personalausstattung in den Fachabteilungen. Inwieweit das IQTIG durch die Veröffentlichung von Maßnahmen und Maßzahlen der einzelnen Krankenhäuser und im Krankenhausvergleich tatsächlich Qualitätstransparenz für die Patient_innen herstellen kann, ist bislang noch offen.
- Das Leistungsangebot der Kassen wird aufgrund von Selektivverträgen, Zusatzleistungen und Bonusprogrammen zunehmend unübersichtlich. In Zeitungen und im Internet kursieren Listen der „Besten Krankenkassen“. Diese bestehen jedoch im Wesentlichen aus Finanzdaten (Höhe der Zusatzbeiträge), Servicedaten, Wellnessangeboten oder wissenschaftlich umstrittenen Behandlungsmethoden wie der Homöopathie. Im Krankheitsfall interessieren die Leistungen der Krankenkasse. Hierzu gibt es keine vergleichenden Statistiken. Leicht zugängliche, unabhängige und qualitativ hochwertige Vergleichsportale bei der Kassenwahl gibt es bislang nicht.
- Die vom Gesetzgeber geschaffene „Unabhängige Patientenberatung Deutschland“ (UPD) soll Verbraucher_innen und Patient_innen umfassend und qualitätsgesichert in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen informieren und beraten. Kritiker_innen befürchten, dass die UPD durch die Vergabeentscheidung an einen privaten Anbieter, der auch für Krankenkassen und Unternehmen der pharmazeutischen Industrie tätig ist, zukünftig nicht mehr unabhängig sein könnte. Da die meisten Beratungen der UPD bisher bei Konflikten zwischen Patient_innen und Krankenkassen erfolgten, könne eine neutrale Beratung nicht mehr gewährleistet werden. Ob dies tatsächlich so ist, wird die Zukunft zeigen. Grundsätzlich wird bemängelt, dass die Finanzierung und Vergabeentscheidung für die Beratungsstelle durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) erfolgt.
- Gesetzlich vorgegeben ist eine „Einwilligung nach erfolgter Aufklärung“ (informed consent) der Patient_innen in medizinische Behandlungen. Diese wird aber nur bedingt realisiert. Kommunikationsbarrieren, Zeitdruck, falsche Vergütungsanreize und interessengeleitete Beratung verhindern oft eine angemessene Aufklärung.

⁵ Die „Weiße Liste“ ist eine hundertprozentige Tochter der Bertelsmann-Stiftung. Für weiterführende Informationen zu Finanzierung und Kooperationspartnern siehe: <https://www.weisse-liste.de/de/>.

⁶ Die Einrichtung des IQTIG wurde durch das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz im Jahr 2014 geregelt.

2.2 DIE KOLLEKTIVE EBENE

Neben den individuellen Mitwirkungsmöglichkeiten ist es wichtig, dass die kollektiven Belange von Patient_innen und Versicherten angemessen in den institutionellen Strukturen des Gesundheitssystems berücksichtigt sind. Der Einfluss von Patientengruppen und Versichertenvertretern in Verbänden, Körperschaften und Institutionen der gesundheitlichen Versorgung soll bewirken, dass die Interessen von Versicherten und Patient_innen, z. B. an einer qualitativ hochwertigen, patientenorientierten Versorgung, angemessen vertreten sind. Dabei liegt auf der Hand, dass die Mitwirkung der kollektiven Patienten- und Versichertenvertreter_innen an der Gestaltung des Gesundheitssystems erheblichen Einfluss auch auf die Patientensouveränität und Teilhabe der Einzelnen hat.

2.2.1 SITUATION UND HERAUSFORDERUNGEN

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht von Beginn an das Prinzip der Selbstverwaltung. Die Soziale Selbstverwaltung ist ein konkreter Ausdruck des Sozialstaatsgebots, wie es in der Verfassung verankert ist. Das Prinzip Selbstverwaltung als Ordnungsprinzip innerhalb der Sozialversicherung ist Ausdruck gewollter Staatsferne. Grundgedanke ist die repräsentative Mitgestaltung der Sozialen Sicherungssysteme durch deren Mitglieder. Das sind vor allem abhängig Beschäftigte und Rentner_innen. Sie bestimmen ihre Vertreter_innen in den Selbstverwaltungsorganen.

Auf der Seite der Versicherten haben Gewerkschaften und sonstige selbstständige Arbeitnehmervereinigungen mit einer sozial- oder berufspolitischen Zwecksetzung das vorrangige Vorschlagsrecht. Dies hat seine historische Begründung darin, dass die Vorläufer der heutigen Krankenversicherungsträger als Selbsthilfeorganisationen von Arbeitnehmer_innen und deren Verbänden gegründet wurden.

Im Laufe der letzten Jahre hat der Gesetzgeber die Rahmenbedingungen für die Arbeit in der Sozialen Selbstverwaltung durch den Umbau der Sozialen Sicherungssysteme wesentlich verändert. Die Akzeptanz der Selbstverwaltung leidet darunter, dass der Gesetzgeber in der GKV Leistungseinschnitte vorgenommen und den Versicherten zunehmende finanzielle Belastungen aufgebürdet hat. Die Selbstverwaltung wird auch dadurch geschwächt, dass der Gesetzgeber immer mehr Entscheidungen selbst trifft und den Regelungsbereich der Selbstverwaltung beschränkt. Dies gilt beispielsweise:

- für die Verwaltungshaushalte und damit für die Frage, wie die Sozialversicherungsträger ihre Dienstleistungen erbringen;
- für das Reha-Budget;
- für Vorgaben im Bereich der Organisation von Trägern und Trägerbereichen (z. B. Fusionen);
- für die Festlegung des Beitragssatzes in der GKV und
- für immer detailliertere Regelungen bei Ermessensleistungen.

Zudem haben Fusionen in der Krankenversicherung zu größeren Verwaltungseinheiten geführt. Das Ergebnis ist der

Verlust tausender ehrenamtlicher Versichertenvertreter_innen in den Selbstverwaltungsgremien. Damit ging auch ehrenamtliche gesundheitspolitische Kompetenz vor Ort und in der breiten Bevölkerung verloren.

Dennoch bildet Selbstverwalterhandeln nach wie vor eine zentrale Grundlage für den Schutz der Patient_innen und die Mitgestaltung im Gesundheitswesen. Ziel ist es, die bedarfsgerechte Versorgung mit Beitragsinteressen zu vereinbaren. Selbstverwalterhandeln setzt auf evidenzbasierte Medizin, befindet sich aber im ständigen Spagat zwischen den individuellen Versicherteninteressen, insbesondere bei Krankheit, und der Wettbewerbsfähigkeit der eigenen Organisationseinheit in Konkurrenz zu den Mitbewerbern.

Neben der Versichertenbeteiligung, die über Sozialwahlen organisiert wird, ist die Patientenbeteiligung bei gesundheitspolitischen Entscheidungsprozessen relevant. In den letzten 15 Jahren sind im Sozialgesetzbuch V rechtliche Rahmenbedingungen für Patientenbeteiligung bei gesundheitspolitischen Lenkungs- und Entscheidungsprozessen geschaffen worden. Zentral war die Verankerung von Mitberatungs- und Antragsrechten für Patientenvertreter_innen (Patientenorganisationen) im Gemeinsamen Bundesausschuss. Über ein Stimmrecht verfügt die Patientenvertretung dort aber nicht. Überdies ist jene nach eigenen Angaben gegenwärtig weder personell noch finanziell ausreichend für die Ausschussarbeit ausgestattet. Zwar hat die Patientenvertretung fachliche Unterstützung durch eine Stabstelle, dennoch verfügen die Patientenvertreter_innen über geringere Informationen, haben schlechtere Vorbereitungsmöglichkeiten und damit geringere Beteiligungsmöglichkeiten als die Vertreter_innen der anderen Beteiligten im G-BA. In anderen Körperschaften und Institutionen der Leistungserbringer, die unmittelbar Patienteninteressen berühren, sowie in den Gremien auf Länder- und Kommunalebene, sind Patientenvertretungen dagegen häufig gar nicht beteiligt oder zumindest nicht als gleichberechtigte Mitglieder anerkannt.

Darüber hinaus sieht sich die Patientenvertretung mit der Kritik konfrontiert, nicht unabhängig zu sein, weil manche Patientenorganisationen finanziell von der Pharmaindustrie oder anderen Interessengruppen unterstützt werden.

2.3 HANDLUNGSOPTIONEN

Kommunikation zwischen Ärzt_innen und Patient_innen verbessern

- Notwendig ist eine bessere Kommunikation zwischen Leistungserbringern und Patient_innen, insbesondere im Krankenhaus. Das wurde erneut im Gutachten „Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus“, das im April 2016 in Berlin vom Deutschen Ethikrat präsentiert wurde, deutlich. Um die Kommunikation zwischen Ärzt_innen und Patient_innen, aber auch ihren Angehörigen, zu verbessern, sollten entsprechende Kommunikationstrainings der Ärzt_innen verstärkt werden. Entscheidend ist zudem, dass es Ärzt_innen ermöglicht wird, im Klinikalltag ausreichend Zeit für Aufklärungs- und Beratungsgespräche aufzuwenden.

- Bei der Vergütung ärztlicher Leistungen und in den diagnosebezogenen Fallgruppen der Krankenhäuser (DRG) sind Aufklärungs- und Beratungsgespräche angemessen zu berücksichtigen. Es muss auch institutionell sichergestellt werden, dass Information und Aufklärung auch wirklich stattfinden. Die verpflichtende Bereitstellung von Case-Management-Angeboten kann hierzu wesentlich beitragen.
- Die Kosten für eine notwendige professionelle Übersetzung im Kontext einer interkulturellen Behandlungssituation sollten durch öffentliche Mittel finanziert werden. Eine Übersetzung in Gebärdensprache für gehörlose Patient_innen ist bisher nur in der ambulanten Praxis erstattungsfähig und sollte auch im Krankenhaus übernommen werden.

Patient_innen besser informieren und beraten

- Es sollte gesetzlich geregelt werden, dass Patient_innen nach jedem größeren Eingriff bzw. bei chronischen Erkrankungen beim Verlassen des Krankenhauses einen speziell für sie persönlich formulierten Informationsbrief erhalten. In diesem allgemein verständlich formulierten Schreiben erhalten sie Informationen über den durchgeführten Eingriff, die angewandten Methoden, ggf. über verwendete Hilfsmittel und Implantate und den zu erwartenden Verlauf.⁷ Die Digitalisierung bietet weitere Chancen, Patient_innen, aber auch die weiter behandelnden Ärzt_innen bzw. sonstigen Therapeut_innen, umfassend zu informieren (z. B. durch Videoaufzeichnungen von Operationen).
- Durch die elektronische Gesundheitskarte (eGK) könnten die Patient_innen eine vollständige Übersicht zu ihren medizinischen Daten erhalten und damit Behandlungsprozesse besser nachvollziehen und Entscheidungen informierter treffen. Dafür müssen sie umfassenden Zugriff auf ihre Daten erhalten. Die Krankenkassen sollten in die Pflicht genommen werden, behandlungsrelevante medizinische Daten auf Wunsch der Versicherten den Behandler_innen zugänglich zu machen.
- Ein Medikationsplan sollte für Patient_innen, die regelmäßig mindestens drei verordnete Medikamente einnehmen, auf der eGK abrufbar sein.⁸ Dieser Medikationsplan sollte den Patient_innen auch bei Entlassungen aus dem Krankenhaus zur Verfügung gestellt werden. In diesem Plan können die Patient_innen, aber auch Ärzt_innen und Apotheken, die verordneten Medikamente der Versicherten einsehen.
- Notwendig ist eine wirklich unabhängige, kompetente Patientenberatung, die parteiisch für Patient_innen ist und auf der Basis solider Daten, offizieller Behandlungsleitlinien und gültiger Rechtsprechung arbeitet. Eine Finan-

zierung und Vergabeentscheidung der Beratung durch die Gesetzliche Krankenversicherung, wie aktuell bei der UPD, ist grundsätzlich nicht sinnvoll. Patientenberatung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und sollte daher aus Steuermitteln finanziert werden, um all ihren Aufgaben – Information, Beratung und Seismograf von Problemen – gerecht werden zu können. Eine reformierte UPD sollte zudem auch dezentral in der Fläche vertreten sein, um einen niederschweligen Zugang und persönliche Beratung zu gewährleisten.

Sektorübergreifende Versorgung verbessern

- Um eine patientenorientierte gesundheitliche Versorgung zu erreichen, ist es Aufgabe des Gesetzgebers, die Strukturen des Gesundheitssystems weiter über die Kooperation zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen und Gesundheitsberufen zu verändern. Aufgabe der Selbstverwaltung von Ärzt_innen, Kliniken und Krankenkassen ist es, den gesetzlichen Rahmen im Sinne einer bedarfsgerechten und möglichst integrierten gesundheitlichen Versorgung zu nutzen.
- Für chronisch kranke Menschen ist dem Rechtsanspruch auf Fallmanager/Lotsen (siehe § 11 Abs. 4 und § 39, Abs. 1a SGB V) Geltung zu verschaffen (z. B. Rheuma-Lotse). Eine verlässliche Finanzierung ist dabei auch in der ambulanten Versorgung gesetzlich zu regeln. Die Versicherungsvertreter_innen in den Verwaltungsräten der Krankenkassen sollten sich für die Realisierung dieses Rechtsanspruchs einsetzen.

Nutzung von Gesundheitsdaten zur Schaffung von Qualitätstransparenz

- Im deutschen Gesundheitswesen werden sehr viele Daten erhoben. Die sinnvolle Nutzung erfolgt aber zu wenig. Dies wird häufig mit dem Datenschutz begründet. Zweifellos ist der Schutz von Gesundheitsdaten sehr wichtig, dies darf aber nicht dazu führen, dass der sinnvolle Informationsaustausch zum Wohle der Patientenversorgung und Versorgungsforschung verhindert wird. Es wäre zur Herstellung von Qualitätstransparenz im stationären Sektor z. B. nötig, alle Routinedaten, die die Qualität der Versorgung im Krankenhaus abbilden, zu veröffentlichen. Dabei ist es zunächst irrelevant, ob alle Bereiche der ärztlichen Tätigkeit erfasst sind. Diese Daten sollten nicht nur den Kostenträgern und der Ärzteschaft zugänglich sein. Auch für Patient_innen sollten diese Daten verständlich aufbereitet und leicht zugänglich gemacht werden, damit sie sich bei einem geplanten Krankenhausaufenthalt gut informiert für ein Krankenhaus entscheiden können. Die Aufbereitung der Daten für die/den „Normalbürger_in“ sollte eine unabhängige „Stiftung Gesundheitstest und Patientenbelange“ vornehmen (dazu mehr unten).
- Auch die Daten der wissenschaftlichen Institute der Krankenkassen sind verständlich aufzubereiten und zu veröffentlichen. Das wissenschaftliche Institut der AOK (WIDO) nutzt beispielsweise das Verfahren „Qualitätssicherung

⁷ Diese Forderung wurde bereits im Antrag „Patientenrechte wirksam verbessern“ (BT-Drs. 17/11008) im Jahr 2012 in den Deutschen Bundestag eingebracht.

⁸ Das im Jahr 2015 verabschiedete „E-Health Gesetz“ sieht vor, dass ab Oktober 2016 Patient_innen, die mindestens drei verordnete Medikamente anwenden, Anspruch auf einen Medikationsplan in Papierform haben. Ab dem Jahr 2018 soll dieser Medikationsplan auf der eGK abrufbar sein.

mit Routinedaten“ (QRS), das Auskunft darüber gibt, in welchem Umfang unterschiedliche Komplikationen nach einem stationären Aufenthalt aufgetreten sind. Dadurch kann auch die langfristige Ergebnisqualität eines Krankenhauses transparent gemacht werden. Diese Daten sollten besser genutzt werden.

Kollektive Patienten- und Versichertenbeteiligung stärken

- Gesetzlich sollte festgelegt werden, dass in allen Körperschaften und Institutionen der Leistungserbringer, die unmittelbar Patienteninteressen berühren, eine Patientenvertretung beteiligt sein muss. Gleichwohl reicht das nicht aus, um die oben beschriebene Macht- und Informationsasymmetrie zwischen Patientenvertreter_innen und Leistungserbringern sowie Kostenträgern aufzuheben. Um die Patientenvertretungen in Sach- und Fachkompetenz zu stärken, bedarf es der Schaffung einer unabhängigen Institution für Patientenbelange, einer „Stiftung Gesundheitstest und Patientenbelange“ (dazu mehr unten).
- Die Finanzierungsquellen der Organisationen der Patientenselbsthilfe sind transparent anzugeben. Um die Unabhängigkeit und Glaubwürdigkeit der organisierten Selbsthilfe zu stärken, sollte diskutiert werden, ob eine Finanzierung ausschließlich aus Steuermitteln angebracht ist.
- Die „Parität“ zwischen Arbeitgeber- und Versichertenvertreter_innen ist zwar bei der Besetzung der Organe der Selbstverwaltung festgeschrieben, nicht mehr jedoch in der Finanzierung des Gesundheitswesens. Hier sind Korrekturen dringend nötig. Die volle Parität in der Finanzierung der Gesundheitskosten ist wiederherzustellen. Die Rechte der Selbstverwaltung sind nach wie vor nicht zu unterschätzen. Ein Beispiel dafür sind die durch die Selbstverwaltung eingerichteten Widerspruchsausschüsse. So können Versicherte gegenüber der Krankenkasse Leistungen einfordern, ohne dafür den Rechtsweg bestreiten zu müssen. Solche Rechte für eine niedrighwellige Einforderung von Leistungsansprüchen werden auch in Zukunft gebraucht. Wünschenswert ist aber auch eine stärkere Beteiligung der Versichertenvertreter_innen in der Gemeinsamen Selbstverwaltung, dem G-BA und in den Ländern.
- Auf allen Ebenen ist auch eine Kooperation der Versichertenvertreter_innen in der Selbstverwaltung mit Patientenverbänden und Selbsthilfegruppen sowie Interessenvertretungen chronisch kranker, pflegebedürftiger und behinderter Menschen erforderlich. Die besonderen Kenntnisse und Erfahrungen von Selbsthilfegruppen bei der Gestaltung der Versorgung können im Zusammenspiel mit einer rechtlich starken Selbstverwaltung ein entscheidender Beitrag für eine wirksame Patientenbeteiligung sein.

Mehr Patientenorientierung durch Schaffung einer „Stiftung Gesundheitstest und Patientenbelange“

Um einen Austausch „auf Augenhöhe“ zwischen den Anbieter_innen medizinischer Leistungen und den Patient_in-

nen zu erreichen und selbstbestimmte Entscheidungen zu ermöglichen, bedarf es einer unabhängigen Institution für Patientenbelange, einer „Stiftung Gesundheitstest und Patientenbelange“. Die Kernaufgabe dieser Institution ist die Herstellung von umfassender Transparenz für die Nutzerseite sowie die Schulung und Beratung von Patientenorganisationen, -vertretungen und -beratern durch professionelle Kräfte. Das wichtigste Merkmal dieser Stiftung ist die Unabhängigkeit sowie die Orientierung an den Patient_innen und Versicherten. Diese beiden Punkte sind das Alleinstellungsmerkmal der Stiftung – und ihre Daseinsberechtigung. Der Vergleich mit der seit Jahrzehnten erfolgreichen Stiftung Warentest ist dabei durchaus gewollt.

Für die Akteure des Gesundheitswesens steht derzeit ihre jeweilige Institution im Zentrum des Interesses. Patient_innen wollen eine qualitativ abgesicherte Gesamttransparenz. Hier sieht sich die „Stiftung Gesundheitstest“ – unabhängig von Leistungserbringer- und Kostenträgerinteressen sowie der Industrie – nur den Patient_innen und dem Gemeinwohl verpflichtet. Sie muss deshalb aus Steuermitteln finanziert, mit höchster fachlicher Kompetenz ausgestattet und dem gesetzlichen Auftrag versehen werden, verstehbare „Medizin- und Versorgungstransparenz“ für alle bereitzustellen.

In der „Stiftung Gesundheitstest und Patientenbelange“ werden die für eine unabhängige Patienteninformation, -beratung und -schulung notwendigen Informationen gesammelt, aufgearbeitet und bereitgestellt. In Analogie zur „Stiftung Warentest“ soll die „Stiftung Gesundheitstest und Patientenbelange“ eine Hilfestellung zur Erlangung von mehr Patientensouveränität bieten. Ihre per Gesetz zuzuweisende Kernaufgabe ist es, Qualitätstransparenz herzustellen und alle Aspekte der medizinischen und therapeutischen Versorgung für die Betroffenen verständlich zu vermitteln. Dadurch und durch weitere Maßnahmen kann die Kompetenz der Bevölkerung in Fragen von Gesundheit und Krankheit gestärkt und Patient_innen befähigt werden, ihren Ärzt_innen, den Vertreter_innen der Kostenträger, Therapeut_innen und Pflegekräften die richtigen Fragen zu stellen sowie selbstständig Entscheidungen zu treffen.

Die Bereitstellung von Informationen fußt u. a. auf:

- Krankenkassenvergleichen mit echten Versorgungsdaten;
- aufbereiteten Qualitätsberichten einschließlich Transparenz über Ergebnisqualität, auch durch Daten des IQTIG;
- den Daten der wissenschaftlichen Institute der Krankenkassen;
- Leitlinien der Fachgesellschaften;
- Kenntnissen über strukturierte Behandlungsprogramme;
- Initiativen, wie z. B. „Klug entscheiden“,⁹ „Choosing wisely“, um Über- und Unterversorgung zu vermeiden;
- evidenzbasierten Aussagen zu Screeninguntersuchungen;
- der (anonymen) Auswertung der Patientenberatungsgespräche der UPD und der Verbraucherzentralen;
- der Auswertung der Marktbeobachtung des „Marktwächters Gesundheit“ (dazu mehr unten).

⁹ „Gemeinsam klug entscheiden“ ist eine Initiative der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), die Empfehlungen für – oder gegen – mögliche medizinische Behandlungen veröffentlicht.

Eine weitere zentrale Aufgabe der „Stiftung Gesundheitstest und Patientenbelange“ ist die Zusammenarbeit mit und professionelle Unterstützung der Patientenvertretungen auf allen Ebenen. Der Wissensvorsprung, den die Kostenträger und Leistungserbringer bei gesundheitspolitischen Entscheidungsprozessen in die Waagschale werfen können, kann dadurch gemindert werden. Die professionelle Unterstützung und Befähigung der Patientenvertreter_innen erhöht mittelbar ihr Gewicht bei gesundheitspolitischen Entscheidungsprozessen. Auf dieser Basis sollte erneut diskutiert werden, inwieweit die Patientenvertretung im G-BA ein Stimmrecht in Sach- und Verfahrensfragen erhält.

Marktbeobachtung durch den „Marktwächter Gesundheit“

Darüber hinaus ist es wichtig, im wachsenden zweiten Gesundheitsmarkt (eHealth, IGeL, Nahrungsergänzungsmittel) eine systematische Marktbeobachtung aus Verbraucher- und Patientensicht zu schaffen. Analog zu den bereits installierten „Marktwächtern“ in den Bereichen Finanzmarkt und Digitale Welt sollte ein „Marktwächter Gesundheit“ geschaffen werden, der bei den Verbraucherzentralen angesiedelt ist. Kernaufgabe des „Marktwächters Gesundheit“ wäre es, den Gesundheitsmarkt aus Patienten-, Versicherten- und Verbrauchersicht zu beobachten, Missstände zu erfassen und an die Öffentlichkeit zu bringen sowie Politik und Behörden zu informieren. Da Verbraucherzentralen zudem berechtigt sind, Anbieter abzumahnen, könnten sie marktberichtigend tätig werden.

Institutionelle Verzahnung zwischen der „Stiftung Gesundheitstest und Patientenbelange“, dem „Marktwächter Gesundheit“ und der reformierten UPD

Der „Marktwächter Gesundheit“ und die reformierte Unabhängige Patientenberatung (UPD) sollten institutionell mit der „Stiftung Gesundheitstest und Patientenbelange“ verzahnt werden und intensiv zusammenarbeiten. UPD und Marktwächter erfüllen durch ihre Beratungstätigkeit in der Fläche und die systematische Marktbeobachtung eine Seismografen-Funktion, die auch für die Arbeit der „Stiftung Gesundheitstest und Patientenbelange“ nutzbar gemacht werden sollte. Umgekehrt können Patientenberater_innen in UPD und Verbraucherzentralen von der Fachkompetenz der „Stiftung Gesundheitstest und Patientenbelange“ sowie der von der Stiftung geschaffenen Qualitätstransparenz profitieren.

3

VERSORGUNGSQUALITÄT IM KRANKENHAUS

3.1 SITUATION UND HERAUSFORDERUNGEN

Im Bereich der Krankenhausversorgung weist Deutschland im internationalen Vergleich hohe Kapazitäten auf. Das betrifft sowohl die Krankenhausedichte als auch die Zahl der Krankenhausbetten, bezogen auf die Einwohnerzahl. Allerdings gibt es zwischen den einzelnen Bundesländern große Unterschiede, genauso wie zwischen ländlichen Regionen und Ballungsgebieten. Auffällig ist auch eine relativ geringe Spezialisierung der Krankenhäuser. Viele Häuser führen komplexe Eingriffe, wie z. B. Resektionen der Bauchspeicheldrüse, Tumoroperationen an der Speiseröhre oder Entfernung der Harnblase in sehr geringer Anzahl durch. Dabei ist der Zusammenhang von Fallzahlen und Ergebnisqualität für viele komplexe Eingriffe belegbar (Peschke et al. 2012), oder auch bei der Behandlung von Frühgeborenen. Aber ebenso bei der Behandlung häufigerer Krankheiten, wie z. B. Brustkrebs, ist das Langzeitüberleben abhängig davon, ob die Behandlung in einem Haus nach den Leitlinien erfolgt. Das setzt eine entsprechende Struktur- und Prozessqualität im jeweiligen Haus voraus. Auch die Zahl und Qualifikation des zur Verfügung stehenden Pflegepersonals ist für die Versorgungsqualität bedeutsam. Im internationalen Vergleich hat Deutschland hier erheblichen Nachholbedarf. So versorgt beispielsweise in Norwegen eine Pflegekraft 3,7 Patient_innen, in Schweden 5,4 Patient_innen und in Deutschland 9,9 Patient_innen (Aiken et al. 2013).

Die bisherige Krankenhausplanung zeichnet sich eher durch ein Festhalten an bestehenden Standorten, weniger durch eine Planung am tatsächlichen Versorgungsbedarf der Bevölkerung und an der Versorgungsqualität aus. Sektorübergreifende Versorgungsformen sind zudem selten. Dies hat zu einem Nebeneinander von Unter-, Über- und Fehlversorgung geführt (SVR 2014) und genügt einer bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen und effizienten stationären Versorgung der Bevölkerung nicht. Patient_innen können sich zwar in der Regel darauf verlassen, wohnortnah behandelt zu werden, in Ballungsgebieten konkurrieren Krankenhäuser sogar um Patient_innen. Diese wissen aber zu wenig über die Qualität, insbesondere über die Ergebnisqualität der Leistungsbereiche eines Krankenhauses im Vergleich zu der anderer Häuser. Deswegen können sie sich auch nicht bei einem geplanten Krankenhausaufenthalt gut informiert für ein Krankenhaus entscheiden, geschweige denn mit ihren Entscheidungen „Nachfragemacht“ ausüben.

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz und dem Krankenhausstrukturgesetz, beide 2015 beschlossen, wird die qualitativ hochwertige Patientenversorgung stärker in den Blick genommen, z. B. die sektorübergreifende Qualitätssicherung und das Entlassmanagement aus dem Krankenhaus. Zukünftig soll auch die Qualität der Versorgung als zentrales Kriterium bei der Krankenhausplanung eingeführt werden, was zweifellos ein großer Fortschritt ist. Eine Herausforderung für die Länder und Krankenkassen ist es jedoch, aus Qualitätsgründen und im Interesse einer guten Versorgung Leistungsbereiche, Abteilungen oder Krankenhäuser zu schließen, ohne die flächendeckende Versorgung zu gefährden. Nähere Konkretisierungen hinsichtlich sektorübergreifender Qualitätssicherung und -transparenz überließ der Bundesgesetzgeber allerdings der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzt_innen, Psychotherapeut_innen, Krankenhäusern und Krankenkassen. Auch über die Veröffentlichung der Versorgungsqualität für die Verbraucher_innen entscheidet die Selbstverwaltung. Inwieweit diese ihren Aufgaben tatsächlich gerecht werden wird, ist angesichts der Interessenlagen der beteiligten Akteure fraglich.

3.2 HANDLUNGSOPTIONEN

Um eine am tatsächlichen Bedarf der Bevölkerung ausgerichtete qualitativ gute Krankenhausversorgung zu ermöglichen, bedarf es Strukturveränderungen hin zu mehr Spezialisierung und sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen. Qualität und Erreichbarkeit müssen dabei im Mittelpunkt der zukünftigen Krankenhausplanung stehen. Hier braucht es Gestaltungswillen und Durchsetzungsvermögen der Verantwortungsträger, im Sinne der Patient_innen Strukturveränderungen zu erreichen.

Wenn Qualitätsdaten der Krankenhäuser umfassend veröffentlicht werden und durch die „Stiftung Gesundheits-test und Patientenbelange“ verständlich aufbereitet werden, haben aber auch die Entscheidungen der Patient_innen das Potenzial, Druck auf schlechte Krankenhäuser auszuüben. Denn Qualitätstransparenz könnte dazu führen, dass Häuser mehr oder weniger stark frequentiert werden, zumindest von den Patient_innen, die mobil, gut informiert und selbstständig sind, eine Entscheidung treffen können und Zugang zu einem alternativen Krankenhaus haben.

4

SICHERHEIT VON ARZNEIMITTEL-THERAPIE UND MEDIZINPRODUKTEN

4.1 SITUATION UND HERAUSFORDERUNGEN

Insbesondere im Bereich der Arzneimitteltherapie, aber auch bei Medizinprodukten, besteht das Risiko für Patient_innen, vermeidbaren Schaden zu erleiden. Für Medizinprodukte höherer Risikoklassen (z. B. alle Medizinprodukte, die im menschlichen Körper verbleiben), gelten für die Zulassung geringere Risikostandards als bei Arzneimitteln. Es ist auch nicht sichergestellt, dass die Betroffenen im Fall eines fehlerhaften Medizinproduktes beim Auftreten eines Gesundheitsschadens entschädigt werden.

Im Bereich der Arzneimitteltherapie haben Studien ergeben, dass in Deutschland allein im stationären Bereich jährlich vermutlich tausende Todesfälle auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen oder fehlerhafte Arzneimittelaufnahme zurückgeführt werden können (Schnurrer/Frölich 2003). In Abhängigkeit von dem behandelnden Fachbereich erleiden sechs bis 30 Prozent der stationären Patient_innen im Krankenhaus eine unerwünschte Arzneimittelwirkung (Lazarou et al. 1998; Thürmann 2003).

Die wichtigsten Gründe dafür sind:

- Mit dem wachsenden Anteil älterer Menschen steigt die Zahl multimorbider Menschen und die Multimedikation (Einnahme von mehr als fünf Wirkstoffen pro Tag), und damit die Gefahr der Fehlmedikation.
- Mit zunehmender Anzahl der an einem Arbeitstag aufzunehmenden Patient_innen steigen Verweildauer, Behandlungskosten und Mortalität im Krankenhaus. Eine Studie aus Australien fand eine lineare Beziehung zwischen Patientenzahl in der Notaufnahme und Bettenknappheit mit der Mortalität behandelter Patient_innen (Sprivulis et al. 2006).
- Eine höhere Anzahl von zu betreuenden Patient_innen pro Pflegekraft erhöht die Mortalität, während ein höherer Anteil besonders qualifizierter Pflegekräfte und eine Verringerung der Arbeitsbelastung eine geringere Mortalität bedeuten (Aiken et al. 2011; Aiken et al. 2014).
- Ohne elektronische Unterstützung ist die Menge der zu berücksichtigenden Informationen für arzneimitteltherapeutische Entscheidungen für die Ärzt_innen häufig nicht beherrschbar. Nur jede zweite kontraindizierte Kombination von Arzneimitteln und relevante Wechselwirkung wird erkannt (Glassman et al. 2002). Die Selbstmedikation mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln birgt gesundheitliche Risiken. Das ist vielen Patient_innen nicht bewusst.
- Die Behandlung mit Arzneimitteln ist nach dem ärztlichen Gespräch die am häufigsten angewandte und dabei hochkomplex. Die Bereitschaft vieler Ärzt_innen und Apotheker_innen, sich mit den Fragen des Medikationsmanagements (Interaktionen, vermeidbare unerwünschte Nebenwirkungen, Nicht-Einhaltung/non-adherence) im Routinebetrieb auseinanderzusetzen, ist immer noch unzureichend entwickelt.
- Die Zusammenarbeit zwischen Ärzt_innen, Apotheker_innen und Pflegekräften beim Medikationsmanagement ist zu oft nicht vorhanden.
- Immer noch sind die von der Industrie gesponserten Fortbildungsveranstaltungen für Ärzt_innen die wichtigste Informationsquelle über neue Arzneimittel. Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) ist im Sozialgesetzbuch V (SGB V) nicht als ein Ziel bei der medizinischen Versorgung enthalten. Leistungserbringer und Krankenkassen sind damit nicht verpflichtet, Maßnahmen zur Arzneimittelsicherheit zu ergreifen. Freiwillige Maßnahmen zum Medikationsmanagement (z. B. ARMIN in Sachsen) entwickeln sich zögerlich.

4.2 HANDLUNGSOPTIONEN

- Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) sollte im SGB V als Aufgabe von Leistungserbringern und Krankenkassen verankert werden.

- AMTS muss auf allen Ebenen als prioritäres Ziel akzeptiert und berücksichtigt werden. Die Auswirkungen jeder den Behandlungsprozess betreffenden Organisationsentscheidung von Ärzt_innen, Behandlungseinrichtung und auf Systemebene müssen auf die AMTS analysiert werden.
- Expert_innen empfehlen, Medikationspläne zur Unterstützung des Medikationsmanagements in Softwareprogrammen so umzusetzen, dass ein Medikationscheck durchgeführt werden kann. Das sollte dringend umgesetzt werden. Sobald die elektronische Gesundheitskarte funktionsfähig ist, sollte der Medikationsplan in die Karte integriert werden. Hierzu sind verbindliche Vorgaben durch den Gesetzgeber nötig. Patient_innen sollten durch intensive Öffentlichkeitsarbeit, z. B. durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, motiviert werden, einen individuellen Medikationsplan zu nutzen. Krankenkassen könnten das durch Bonusregelungen unterstützen.
- Maßnahmen zur AMTS müssen im Rahmen der Qualitätssicherungsaufgaben der Körperschaften und Berufsverbände der Ärzt_innen und Apotheker_innen sowie in den Weiterbildungsordnungen verankert werden. Das Vorhandensein/Fehlen von Maßnahmen zur Verbesserung der AMTS ist in allen Behandlungssektoren zu erfassen und für die Patient_innen transparent darzulegen, z. B. in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser.
- Die zwingend notwendige Zusammenarbeit zwischen Ärzt_innen, Apotheker_innen und Pflegekräften beim Medikationsmanagement sollte in den Arzneimittelrichtlinien und Berufsordnungen implementiert werden.
- Die Zulassung von Medizinprodukten mit höherem Risiko (Klassen II b und III) sollte analog der von Arzneimitteln erfolgen, d. h. sie sollten von staatlichen Behörden auf Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und Qualität geprüft werden.
- Bei Erstanwendung von Medizinprodukten höherer Risikoklassen (Klassen II b und III) sind umfassende Studien erforderlich, die die Sicherheit des Produktes belegen müssen.
- Medizinproduktregister hoher Risikoklassen sollten durch den Gesetzgeber verpflichtend eingeführt werden. Sie fungieren als Frühwarnsysteme und zeigen z. B. Innovationsrisiken auf. Das kann dazu führen, dass nicht sichere Medizinprodukte frühzeitig zurückgezogen werden. Sie dienen damit der Versorgungsqualität der Patient_innen. Die Prothesenregister von Schweden und Dänemark sind im Sinne eines umfassenden Verbraucher- und Patientenschutzes vorbildlich.
- Der Anspruch auf Schadensausgleich bei Schäden durch Medizinprodukte ist zu gewährleisten.

5

HILFSMITTELVERSORGUNG

5.1 SITUATION UND HERAUSFORDERUNGEN

Aus Patientensicht ist die Versorgung mit Hilfsmitteln, wie z. B. Windeln oder Rollstühle, unbefriedigend. Menschen, die Hilfsmittel benötigen, sind häufig behindert und/oder pflegebedürftig. Es gibt viele Beschwerden darüber, dass Krankenkassen an ihnen bei der Versorgung mit unerlässlichen Produkten sparen. Um ein Hilfsmittel zu erhalten, das den Bedürfnissen der Versicherten tatsächlich entspricht, müssen häufig Aufzahlungen geleistet werden, die die Betroffenen überfordern. Gleichzeitig können sie aber nicht als souveräne Verbraucher_innen auftreten, da sie an die Leistungserbringer gebunden sind, mit denen die jeweilige Krankenkasse einen exklusiven Versorgungsvertrag hat. Erschwerend für die Verbraucher_innen kommt hinzu, dass diese Hersteller oder Sanitätshäuser gleichzeitig auch über verfügbare Hilfsmittel beraten. Beratung und Versorgung aus einer Hand birgt die Gefahr, die wirtschaftlichste Versorgung für die Lieferanten, nicht aber die bedarfsgerechte für die Patient_innen anzubieten.

- Die Anzahl und durchschnittliche Höhe der Mehrkostenvereinbarungen müssen auf unabhängigen Vergleichsportalen veröffentlicht werden. Nur so kann es zu einem Wettbewerb um gute Versorgung zwischen den Krankenkassen kommen.

5.2 HANDLUNGSOPTIONEN

- Eine unabhängige Beratung zu Hilfsmitteln ist unerlässlich, sowohl zu Verbrauchsgütern, wie z. B. Windeln, als auch zu den individuell angepassten, wie z. B. Rollstühlen. Auch dafür ist Transparenz über Qualität, Eigenschaften und Preise der verfügbaren Produkte erforderlich. Die Aufgabe, hier Transparenz herzustellen, könnte die „Stiftung Gesundheitstest und Patientenbelange“ übernehmen. Die Patient_innen und Pflegebedürftigen müssen die Wahl zwischen verschiedenen Versorgern haben, damit ein Wettbewerb um die Versorgungsqualität und Preise entsteht.
- Krankenkassen müssen verpflichtet werden, sich davon zu überzeugen, dass mit Anbietern abgeschlossene Versorgungsverträge auch eingehalten werden, und Versicherte die notwendige Versorgung aufzahlungsfrei erhalten.

6

PATIENTENRECHTE UND RECHTSDURCHSETZUNG

6.1 SITUATION UND HERAUSFORDERUNGEN

Das bestehende Patientenrechtegesetz kodifiziert ausschließlich das Behandlungs- und Arzthaftungsrecht im BGB und stärkt außerdem Rechtspositionen der Versicherten in der GKV. Gleichwohl bestehen weiterhin Defizite:

- Nach wie vor bestehen Defizite im Bereich der Patientenaufklärung. Das betrifft insbesondere die Transparenz von Versorgungsqualität, die individuellen Gesundheitsleistungen und die Identifizierung von Behandlungsfehlern.
- Die Krankenkassen sollen nach dem Patientenrechtegesetz die Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme der Versicherungsleistung aus Behandlungsfehlern entstanden sind, unterstützen. Worin diese Unterstützung bestehen soll, lässt das Gesetz aber offen.
- Zurzeit ist der sich schnell entwickelnde zweite Gesundheitsmarkt im Patientenrechtegesetz gar nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt. Besonders im Bereich der mobilen elektronischen individuellen Messungen von Körperfunktionen besteht eine Diskrepanz zwischen den beim Verbraucher geschürten Erwartungen und gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen über Qualität und Nutzen der angebotenen Technik. Gleichzeitig wächst ein kommerzielles Interesse an der Nutzung der Daten, auch für Versicherungen.
- Patient_innen, die einen Behandlungsfehler erlitten haben, sind in einer schwierigen rechtlichen Position. Die Beweislast liegt bei den Patient_innen, während die Beweismittel auf Seiten der Ärzt_innen sind. Bei den Ärztekammern der Länder bestehen Gutachterkommissionen für die Beurteilung möglicher ärztlicher Behandlungsfehler und/oder Schlichtungsstellen zur außergerichtlichen Streitbeilegung. Die Erfahrungen mit Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern, die im Übrigen nur nach Aktenlage und ohne mündliche

Erörterung mit den Betroffenen entscheiden, zeigen die Chancenungleichheit zwischen Ärzt_innen und Patient_innen. Das Gleiche trifft auch für Arzthaftungsprozesse zu. Hinzu kommt, dass in den meisten Fällen die klagenden Patient_innen dabei nicht nur gesundheitlich, sondern auch finanziell überfordert sind.

6.2 HANDLUNGSOPTIONEN

Die Mängel des Patientenrechtegesetzes sind durch eine Novellierung des Gesetzes zu beheben. Folgende Aspekte sollten dabei beachtet werden:

- Die Informationsrechte der Patient_innen sind auszuweiten. In Aufklärungsbögen sollte folgender Zusatz vermerkt werden: „Aufklärung über mögliche Komplikationen bedeutet keinen Haftungsausschluss bei Behandlungsfehlern.“
- Patient_innen sollten nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus und nach ambulanten Eingriffen einen Patientenbrief erhalten.
- Vor der Erbringung einer IGeL Leistung ist es notwendig, dass die Ärzt_innen darüber informieren, warum die empfohlene Leistung von der GKV nicht erstattet wird. Diese Information muss schriftlich erfolgen.
- Eine fälschungssichere elektronische Dokumentation sollte gesetzlich festgeschrieben werden.
- Die Verweigerung der Herausgabe der Patientenakte muss mit wirkungsvollen Sanktionen belegt werden.
- Im Bereich des zweiten Gesundheitsmarktes sind nationale und europäische Regelungen mit Mindestanforderungen zu Verbraucherinformationen (z. B. hinsichtlich Qualität und Nutzen), zur Datensicherheit und zum Datenschutz erforderlich. Die Marktbeobachtung in diesem Be-

reich könnte insbesondere vom neu zu schaffenden „Marktwächter Gesundheit“ geleistet werden. Entscheidend ist auch, die Kompetenz der Verbraucher_innen im Umgang mit den Angeboten der digitalen Welt zu stärken.

Um die Situation der Patient_innen nach einem erlittenen Behandlungsfehler zu verbessern, bieten sich folgende Optionen an:

- Sind für die Behandelnden Umstände erkennbar, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, so haben sie die Patient_innen darüber zu informieren. Zurzeit erfolgt das nur auf Nachfrage, oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren nach § 630 c Absatz 2 Satz 2 BGB.
- Die Krankenkassen müssen vom Gesetzgeber verpflichtet werden, ihre Versicherten bei einem vermuteten Behandlungsfehler zu unterstützen. Wenn sich nach einer Erstberatung ein Verdacht erhärtet, ist durch die Krankenkassen ein Gutachten durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) in Auftrag zu geben.
- Schlichtungsstellen für Fälle der Arzt- und Krankenhaushaftung sollten mit Ärzt_innen, Vertreter_innen der Krankenkassen und Patientenvertreter_innen besetzt werden. Ein Mitglied der Schlichtungsstelle sollte die Befähigung zum Richteramt haben. Nach der Aufklärung des Sachverhaltes wird auf Antrag der Patientin/des Patienten ein Vergleichsverfahren durchgeführt. Das Ergebnis entspricht einem gerichtlichen Vergleich und kann vollstreckt werden. Hierdurch können Streitfragen relativ schnell bereinigt und langwierige Prozesse vermieden werden.
- Es sollte ein Härtefallfonds angelegt werden, der Entschädigungen an Patient_innen zahlt, bei denen eine seltene oder bislang unbekannte Komplikation aufgetreten ist, die die betroffene Person erheblich schädigt. Der Härtefallfonds könnte ebenfalls Überbrückungszahlungen an Patient_innen leisten, bei denen die Durchsetzung des Schadensersatzanspruches sehr lange dauert und eine finanzielle Hilfe aus sozialen oder anderen Gründen geboten erscheint. Dabei ist die teilweise Übertragung der Ansprüche der entschädigten Opfer auf den Fonds vorzusehen. Es sollte auch sichergestellt werden, dass die Verursacher der Schädigung nicht aus ihrer Verantwortung entlassen werden.

In der Frage einer Erleichterung der Beweislast gibt es in der Projektgruppe unterschiedliche Positionen:

(1) Als Ergänzung zum geltenden Recht soll eine Beweislastumkehr generell dann greifen, wenn die Qualitätsberichte eines Krankenhauses vergleichsweise hohe Komplikationsraten aufweisen, bei Abweichungen der Krankenhäuser von Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften, bei nachgewiesenen Hygienemängeln oder bei fehlender Dokumentation. Für die Patient_innen besteht dann in den meisten

Fällen nach wie vor eine hohe Hürde für die Durchsetzung ihrer Ansprüche.

(2) Generelle Beweislastumkehr: Die Behandelnden müssen nachweisen, dass ein Fehler nicht zu einem bestimmten Schaden geführt hat. Das häufigste Gegenargument lautet, dass dadurch deutlich höhere Haftpflichtversicherungsprämien drohten.

Abkürzungsverzeichnis

AMTS	Arzneimitteltherapiesicherheit
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
DRG	Diagnosis Related Groups
eGK	elektronische Gesundheitskarte
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
IQTIG	Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
QRS	Qualitätssicherung mit Routinedaten
SGB	Sozialgesetzbuch
SGB V	Sozialgesetzbuch V
TEP	Totalendoprothese
UPD	Unabhängige Patientenberatung
WIDO	Wissenschaftliches Institut der AOK

Literaturverzeichnis

AG Gesundheit 65 plus: 10 Forderungen zum Medikationsmanagement, in: Monitor Versorgungsforschung, <http://gesundheit-65plus.de/medizin-mittelversorgung.html> (abgerufen am 15.11.2016).

Aiken, Linda H.; Cimiotti, Jeannie P.; Sloane, Douglas M.; Smith, Herbert L.; Flynn, Linda; Neff, Donna F. 2011: Effects of Nurse Staffing and Nurse Education on Patient Deaths in Hospitals with Different Nurse Work Environments, in: *Medical Care* 49 (12), S. 1047 – 1053.

Aiken, Linda H.; Sloane, Douglas M.; Bruyneel, Luk et al. 2013: Nurses' Reports of Working Conditions and Hospital Quality of Care in 12 Countries in Europe, in: *International Journal of Nursing Studies* 50, 2013, S. 143 – 153.

Aiken, Linda H.; Sloane, Douglas M.; Bruyneel, Luk et al. 2014: Nurse Staffing and Education and Hospital Mortality in Nine European Countries: A Retrospective Observational Study, in: *The Lancet* 383 (9931), S. 1824 – 1830.

Bundestwahlbeauftragte für Sozialversicherungswahlen 2012: Schlussbericht 2011, Berlin.

Deutscher Ethikrat 2016: Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. Stellungnahme April 2016, Berlin.

Ewert, Benjamin: Nutzer im Gesundheitswesen: Koproduzenten zwischen Autonomieansprüchen, Kompetenzanforderungen und Verunsicherung, in: *WSI-Mitteilungen* 03/2012.

Glassman, Peter A.; Simon, Barbara F.; Belperio, Pamela; Lanto, Andrew 2002: Improving Recognition of Drug Interactions: Benefits and Barriers to Using Automated Drug Alerts, in: *Medical Care* 40 (12): S. 1161 – 1171.

Lazarou, Jason; Pomeranz, Bruce H.; Corey, Paul N. 1998: Incidence of Adverse Drug Reactions in Hospitalized Patients – A Meta-analysis of Prospective Studies, in: *Jama-Journal of the American Medical Association* 279 (15), S. 1200 – 1205.

OECD 2016: OECD-Wirtschaftsbericht Deutschland 2016. Zusammenfassung, <https://www.oecd.org/berlin/publikationen/Wirtschaftsbericht-Deutschland-Zusammenfassung.pdf> (abgerufen am 16.11.2016).

Peschke, Dirk; Nimptsch, Ulrike; Mansky, Thomas: Umsetzung der Mindestmengenvorgaben – Analyse der DRG-Daten. Eine retrospektive Studie der Jahre 2005 bis 2011. Erschienen im Deutschen Ärzteblatt, <http://www.aerzteblatt.de/archiv/161308> (abgerufen am 15.11.2016).

Quenzel, Gudrun; Schaeffer, Doris 2016: Health Literacy – Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen, Bielefeld: Universität Bielefeld.

Robert-Koch-Institut (Hrsg.) 2015: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Getragen vom RKI und Destatis. Gesundheit in Deutschland, Berlin.

Sachverständigenrat zur Beurteilung der Entwicklungen im Gesundheitswesen 2014: Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Bonn.

Thürmann, Petra A. 2003: Detection of Drug-related Adverse Events in Hospitals, in: *Expert Opinion on Drug Safety* 2 (5), S. 447 – 449.

Scheibler, Fülöp; Schwantes, Ulrich; Kampmann, Margareta; Pfaff, Holger 2005: Shared Decision-making. Analysen der Schriftenreihe Gesundheit und Gesellschaft des Wissenschaftlichen Instituts der AOKGGW1/2005, S. 23 – 31, Berlin.

Schnurrer, Jochen; Frölich, Jürgen C. 2003: Zur Häufigkeit und Vermeidbarkeit von tödlichen unerwünschten Arzneimittelwirkungen, in: *Der Internist* 44 (7), S. 889 – 895.

Sprivulis, Peter C.; Da Silva, Julie-Ann; Jacobs, Ian G.; Frazer, Amanda R.; Jelinek, George A. 2006: The Association between Hospital Overcrowding and Mortality among Patients Admitted via Western Australian Emergency Departments, in: *Medical Journal of Australia* 184 (5), S. 208 – 212.

Teilnehmende der Projektgruppe

Dieses Positionspapier wurde auf Grundlage der Beratungen einer Projektgruppe im Rahmen des FES-Projektes „Handlungsvorschläge für ein nutzerfreundliches, patientenorientiertes Gesundheitssystem“ erstellt. Die Inhalte des Papiers stellen nicht zwingend und in allen Punkten die Meinung jedes Mitglieds der Projektgruppe dar. Die Teilnehmenden haben als Privatpersonen an diesem Projekt mitgewirkt. Die FES dankt ihnen sehr herzlich für ihr Engagement.

Thomas Brauner, Inhaber Brauner SPP

Dr. Stefan Etgeton, Senior Expert der Bertelsmann Stiftung

Prof. Dr. Daniel Grandt, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin I am Klinikum Saarbrücken, Mitglied des Vorstands der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft seit 2006

Michael-Theodor Hölscher, Referatsleiter im Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz

Armin Lang, Mitglied im Präsidium des VdK

Prof. Heinz Lohmann, Gesundheitsunternehmer und Vorsitzender der INITIATIVE GESUNDHEITSWIRTSCHAFT e. V.

Hannelore Loskill, Stellvertretende Vorsitzende der BAG Selbsthilfe

Dr. Robert Philipps, Leiter GK Verbraucherpolitik bei der Friedrich-Ebert-Stiftung

Severin Schmidt, Leiter GK Sozialpolitik bei der Friedrich-Ebert-Stiftung

Antje Spinner, Mitarbeiterin im Büro der Bundestagsabgeordneten Elvira Dobrinski-Weiß

Dr. Juliane Sucker, Mitarbeiterin im Büro der Bundestagsabgeordneten Petra Rode-Bosse

Dr. Ines Verspohl, Referentin für Gesundheit und Frauen beim Sozialverband VdK

Kai Vogel, Leiter des Teams Gesundheit und Pflege bei der Verbraucherzentrale Bundesverband

Dr. Marlies Volkmer, Ärztin und ehemaliges Mitglied des Deutschen Bundestages, Mitglied im Bundesvorstand der AG Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen

Herbert Weisbrod-Frey, Mitglied im Bundesvorstand der AG Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen

Impressum:

© 2017

Friedrich-Ebert-Stiftung

Herausgeberin: Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik
Godesberger Allee 149, 53175 Bonn
Fax 0228 883 9205, www.fes.de/wiso

Bestellungen/Kontakt: wiso-news@fes.de

Die in dieser Publikation zum Ausdruck gebrachten Ansichten sind nicht notwendigerweise die der Friedrich-Ebert-Stiftung.

Eine gewerbliche Nutzung der von der FES herausgegebenen Medien ist ohne schriftliche Zustimmung durch die FES nicht gestattet.

ISBN: 978-3-95861-733-9

Titelmotiv: © plainpicture/harry + lidy
Gestaltungskonzept: www.stetzer.net
Gestaltungsumsetzung: www.pellens.de
Druck: www.bub-bonn.de

Ungleichheit bekämpfen:

Wo der deutsche Wohlfahrtsstaat jetzt investieren muss
Gute Gesellschaft – soziale Demokratie #2017plus – 2016

Der Weg zur Bürgerversicherung:

Solidarität stärken und Parität durchsetzen
WISO Diskurs – 24/2016

Arbeitsbeziehungen der Care-Arbeit im Wandel

WISO Diskurs – 23/2016

**Qualität und Quantität, bitte: Einstellungen zur staatlichen
Verantwortung in der Kindertagesbetreuung**

Gute Gesellschaft – soziale Demokratie #2017plus – 2016

**Verhaltensökonomie: (kein) Thema für die lebensverlaufsorientierte
Sozialpolitik?**

WISO Diskurs – 20/2016

Excessive Expectations:

OECD and EU Commission Should Revise their Return Assumptions
WISO Diskurs – 18/2016

Überhöhte Erwartungen:

OECD und EU-Kommission sollten ihre Renditeannahmen
WISO Diskurs – 17/2016

Social investment – Impuls für eine moderne Sozialpolitik?

WISO direkt – 23/2016

**Pflege in Sozialräumen: was muss eine Strukturreform Pflege
und Teilhabe leisten?**

WISO direkt – 20/2016

**Stärkung der Kommunen in der Pflege und die Modellkommunen:
Vorschläge zur Umsetzung der jüngsten Reformen**

WISO direkt – 19/2016

**Wachsende Ungleichheit als Gefahr für nachhaltiges Wachstum:
wie die Bevölkerung über soziale Unterschiede denkt**

Gute Gesellschaft – soziale Demokratie #2017plus – 2016

**Pflegestützpunkte in Deutschland: die Sicht der Mitarbeitenden –
der rechtliche Rahmen – die politische Intention**

WISO Diskurs – 07/2016

Über den Schatten springen: Arbeitsbeziehungen und Care-Arbeit

WISO direkt – 09/2016

Innovationen im deutschen Gesundheitswesen: Was Digital Health Start-ups jetzt brauchen

Der digitale Stillstand im deutschen Gesundheitswesen muss überwunden werden. Um Innovationen in der Gesundheitsversorgung nicht im Keim zu ersticken, müssen die Marktzugangsprozesse an die Charakteristika und die Entwicklungszyklen von Digital Health Lösungen angepasst werden. Das Tempo muss dringend erhöht werden, um digitalen Innovationen im ersten Gesundheitsmarkt zum Durchbruch zu verhelfen.

1. Das BfArM und die benannten Stellen für Digital Health bereit machen

Damit die verantwortlichen Stellen mit den neuen Anforderungen, die sich aus digitalen Versorgungsangeboten ergeben, umgehen können, braucht es dort mehr Kompetenz im Umgang mit Digital Health. Dies würde sich z.B. darin äußern, dass verantwortliche Stellen sich darüber verständigen, wie existierende Vorgaben auf digitale Versorgungsangebote anzuwenden sind ohne digitale Angebote aufgrund ihrer Neuartigkeit zu benachteiligen. Das Innovationsbüro des BfArM ist hierbei bereits ein erstes wichtiges Zeichen. Es braucht klare Anforderungen an die Schritte, die ein digitales Medizinprodukt bis zu seiner Zertifizierung durchlaufen muss. Dabei sollten die Prozesse für die Zertifizierung soweit wie möglich beschleunigt werden, um den schnellen Entwicklungszyklen junger Unternehmen gerecht zu werden.

2. Start-ups in der Zertifizierung fördern

Die europäische Medizinprodukteverordnung bringt für digitale Versorgungsangebote grundlegende Änderungen mit sich, weil die große Mehrheit digitaler Produkte in Zukunft höheren Risikoklassen zugeordnet wird. Dadurch ergeben sich höhere Anforderungen an digitale Versorgungsangebote. Es entstehen vor allem längere Prozesse und höhere Kosten, was insbesondere innovative Health Start-ups stark belasten wird. Hier besteht das Risiko, dass Innovationen junger Unternehmen aus dem Markt gehalten werden. Um das zu vermeiden, sollten sich die höheren Anforderungen an Qualität positiv auf den Marktzugang auswirken.

Um Start-ups dabei zu unterstützen, sich im hoch regulierten Gesundheitsmarkt zu behaupten, sollten Unterstützungsangebote für die Zertifizierung weiter ausgebaut werden. Aufgrund der Schwierigkeit, Kapital bei langen Zertifizierungsprozessen zu finden (kaum Planbarkeit für Investoren), sollte ein Digital Health Fonds eingerichtet werden, der innovative Start-ups bei der Zertifizierung finanziell unterstützt. Auf diese Weise kann Deutschland als Standort für Digital Health gestärkt und die Entwicklung qualitativ hochwertiger digitaler Versorgungsangebote weiter gefördert werden.

3. Wege in die Vergütung schaffen

Digitale Angebote mit Mehrwert für die Gesundheitsversorgung müssen Zugang zu geeigneten Vergütungsstrukturen haben. Zurzeit erreichen nur einige wenige Start-ups eine Vergütung durch Selektivverträge mit einzelnen Krankenkassen. Diese Prozesse sind jedoch zeitaufwendig und müssen für jede Krankenkasse neu begonnen werden. Damit Innovationen schneller die Versicherten erreichen und einen Mehrwert schaffen können, schlagen wir zwei Maßnahmen vor:

- Krankenkassen entdecken gerade das Potenzial von digitalen Versorgungsangeboten. In diesem Stadium braucht es die Möglichkeit, innovative Lösungen flexibel zu erproben. Mehr Spielraum für die Krankenkassen in der Ausgestaltung von Erprobungen mit Anbietern schafft Mehrwerte für alle involvierten Akteure: Versicherte erhalten schnellen Zugang zu neuen Angeboten, diese können im angemessenen Rahmen bewertet werden und Anbieter können Produkte und Leistungen im Rahmen der Erprobung weiterentwickeln.
- Aufgrund des Erlaubnisvorbehalts liegt insbesondere im ambulanten Sektor ein Innovationsstau vor. Die Verfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses sind zu langwierig und werden dynamischen, digitalen Angeboten nicht gerecht. Um Innovationen einen schnelleren Zugang zu ermöglichen, braucht es einen beschleunigten Zugang, der in unterschiedlichen Formen bereits diskutiert wurde. Start-ups sollten die Möglichkeit haben nach einer klaren Verfahrensordnung Anträge auf Überprüfung stellen zu können, die in einem festgelegten Zeitraum überprüft werden. Dies könnte die Einrichtung eines Innovationsausschusses angegliedert an den Ausschuss für Gesundheit des Bundestags bedeuten, der das Recht hätte einen Antrag beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zur Prüfung zu stellen. Sollte sich der Gemeinsame Bundesausschuss dann nicht mit dem Anliegen befassen, hat der Innovationsausschuss die Möglichkeit die Innovation zeitlich und räumlich begrenzt einzuführen.

Bitkom vertritt mehr als 2.400 Unternehmen der digitalen Wirtschaft, davon gut 1.600 Direktmitglieder. Sie erzielen mit 700.000 Beschäftigten jährlich Inlands-umsätze von 140 Milliarden Euro und stehen für Exporte von weiteren 50 Milliarden Euro. Zu den Mitgliedern zählen 1.000 Mittelständler, 350 Start-ups und nahezu alle Global Player. Sie bieten Software, IT-Services, Telekommunikations- oder Internetdienste an, stellen Hardware oder Consumer Electronics her, sind im Bereich der digitalen Medien oder der Netzwirtschaft tätig oder in anderer Weise Teil der digitalen Wirtschaft. 78 Prozent der Unternehmen haben ihren Hauptsitz in Deutschland, 9 Prozent kommen aus Europa, 9 Prozent aus den USA und 4 Prozent aus anderen Regionen. Bitkom setzt sich insbesondere für eine innovative Wirtschaftspolitik, eine Modernisierung des Bildungssystems und eine zukunftsorientierte Netzpolitik ein.

Das Get Started Health Network richtet sich an Start-ups, die die Entwicklung des Gesundheitswesens vorantreiben. Nahezu alle relevanten Digital Health Start-ups in Deutschland finden dadurch Zugang zu den entscheidenden Akteuren. Innovative Start-ups, etablierte Unternehmen der Gesundheitswirtschaft, Investoren, Krankenkassen und Pharmaunternehmen sprechen mit Gesundheitspolitik und Behörden in exklusiver Atmosphäre über die notwendigen Veränderungen im Gesundheitswesen.

<https://getstarted.de/health>

Kontakt



Julia Hagen | Referentin Health & Pharma

T 030 27576-231 |
j.hagen@bitkom.org



Christian Rietz | Referent Start-ups

T 030 27576-410 |
c.rietz@bitkom.org



Spitzenverband



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

Berlin, den 28. Juni 2017



Impressum

Herausgeber:
GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin

Verantwortlich:
Michael Weller, Stabsbereich Politik
Stabsbereich Kommunikation

Gestaltung:
BBGK Berliner Botschaft
Gesellschaft für Kommunikation mbH

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

Stand: Juli 2017

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, vorbehalten.

Bestellnummer 2017-003

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

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

Berlin, den 28. Juni 2017

Inhalt

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

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

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

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



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

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

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

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

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

Wir freuen uns auf den Dialog mit Ihnen.



Uwe Klemens



Dr. Volker Hansen

Erfolgsmodell soziale Selbstverwaltung

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

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

Vorfahrt für soziale Selbstverwaltung

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

Soziale Selbstverwaltung garantiert Versicherten- und Patientennähe

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

Handlungsrechte der Selbstverwaltung wiederherstellen und ausbauen

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

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

Flexible Gestaltung des Ordnungsrahmens

Kombination von Kollektiv- und Selektivvertrag intensivieren

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

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

Mehr Vertragswettbewerb für eine bessere und wirtschaftlichere Patientenversorgung

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

Aufsicht ja - mehr Staat nein

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

Entscheidungsstrukturen an den Versorgungszielen ausrichten

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

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

Gesundheitliche und pflegerische Versorgung gestalten

Versorgungsfunktionen klar definieren

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

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

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

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

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

Neuordnung des ambulant-stationären Grenzbereichs

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

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

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

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

Notfallversorgung an den Patientinnen und Patienten orientieren

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

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

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

Chancen der Digitalisierung nutzen

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

Telematikinfrastruktur und Patientenakte zum Erfolg führen

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

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

und Dienstleistungsanbieter auszuschließen.

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

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

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

Digitale Versorgungsangebote und Apps - Qualitätsstandards schaffen

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

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

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

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

Digitalkompetenz durch Aufklärung erhöhen

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

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

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

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

Telemedizin ausbauen - Fernbehandlungsverbot überprüfen

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

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

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

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

medizinischer Fernbehandlungen sollten verbindlich geregelt werden.

Daten für bessere gesundheitliche Versorgung nutzen

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

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

Bessere Grundlagen für Versorgungsforschung schaffen

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

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

Nachhaltige Finanzierung sichern

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

Bundesbeteiligung dynamisieren

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

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

Maximalreserve für Gesundheitsfonds definieren

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

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

Beitragsbemessung bei „Solo-Selbstständigen“ reformieren

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

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

Angemessene Beiträge des Bundes für ALG-II-Beziehende

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

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

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

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

Kein weiterer Verschiebepbahnhof durch Reform des Sozialen Entschädigungsrechts

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

Morbi-RSA für funktionsfähigen Wettbewerb unerlässlich

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

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

Keine Lösung von PKV-Problemen auf Kosten der GKV

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

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

Krankenhausversorgung - Qualitativ hochwertig und wirtschaftlich organisieren

Investitionsfinanzierung sichern und Krankenhausplanung neu strukturieren

Das Problem der rückläufigen Investitionsfinanzierung der Länder ist weiterhin ungelöst.

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

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

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

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

Sicherstellung notwendiger Strukturen - Überkapazitäten abbauen

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

Ausgabenentwicklung in den Griff bekommen - Krankenhauspreise neu ordnen

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

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

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

Pflegequalität im Krankenhaus garantieren

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

Mindestmengen müssen verbindlich sein – keine Ausnahmen bei Qualität

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

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

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

Psychiatrie – Transparenz über Versorgungsgeschehen herstellen

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

Ambulante Versorgung zukunftsfest gestalten

Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung am Bedarf der Patientinnen und Patienten orientieren

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

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

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

Krankenhausambulanzen als regionale Gesundheitszentren im ländlichen Raum

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

Generalisten in die Fläche, Spezialisten sektorenübergreifend

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

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

Vergütungsregeln zukunftsfest entwickeln

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

Transparenz über ambulante Versorgungsqualität verbessern

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

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

Zahnmedizin – Schutz vor finanzieller Überforderung für GKV-Versicherte

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

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

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

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

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

Heilmittelversorgung – Transparenz und Wirtschaftlichkeit verbessern

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

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

Ausbildung der Heilmittelerbringer aufwerten

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

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

Evidenz über Heilmittelleistungen patientenorientiert verbessern

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

Qualität und Finanzierbarkeit der Arzneimittelversorgung sichern

Transparenz über Nutzen und Preise von Arzneimitteln

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

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

Rückwirkung des Erstattungsbetrages ab dem ersten Tag

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

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

Nutzenorientierte indikationsspezifische Preise ermöglichen

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

Anbieterwettbewerb bei biologischen Arzneimitteln steigern

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

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

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

Beschleunigte Zulassung nur im Ausnahmefall

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

Rabattverträge und Festbeträge sind unverzichtbar

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

Apothekenmarkt liberalisieren und Transparenz über die Vergütungen schaffen

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

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

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

Innovationen fördern

Früher Innovationszugang unter Studienbedingungen

Innovative nicht-medikamentöse Behandlungsmethoden im Krankenhaus müssen künftig systematisch

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

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

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

Patientensicherheit bei risikobehafteten Medizinprodukten erhöhen

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

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

Infrastruktur für forschereinisierte und industrieunabhängige klinische Studien verbessern

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

Prävention ist gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Krankenkassen werden ihrer Verantwortung gerecht und bauen Präventionsangebote aus

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

Keine Finanzierung der BZgA durch Beitragsgelder

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

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

Rehabilitation erkenntnisbasiert weiterentwickeln

Strukturelle Weiterentwicklungen erfordern gesicherte Erkenntnisse

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

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

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

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

Pflegeversicherung voranbringen

Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wirken lassen

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

Gute Pflege braucht motivierte Fachkräfte

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

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

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

Angehörigenpflege – bessere Vereinbarkeit von Beruf und Pflege

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

Prävention für Pflegebedürftige fördern

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

Gemeinsam handeln zum Wohle von Versicherten und Angehörigen

Auch in Zukunft wird die Zahl der Pflegebedürftigen weiter steigen. Damit steigt auch die

Herausforderung, eine an den Bedürfnissen der Betroffenen orientierte pflegerische Versorgung sicherzustellen. Aufgabe der Pflegeversicherung ist es, den Pflegebedürftigen solidarische Unterstützung

zukommen zu lassen, damit diese möglichst lange ein selbstbestimmtes Leben in dem von ihnen präferierten Wohnumfeld führen können. Der Wunsch pflege- und hilfebedürftiger Menschen, möglichst lange im vertrauten Umfeld selbstbestimmt zu leben, muss das gemeinsame Ziel einer

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

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

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

Organisierten Abrechnungsbetrug in der Pflege frühzeitiger erkennen und unterbinden

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

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

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

Europa

Stärken des deutschen Gesundheitssystems betonen

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

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

Prinzipien durch Entscheidungen der EU nicht konterkariert werden.

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

Abbau sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit in der EU

Ein hohes Sozialschutzniveau und der Abbau sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit in allen Mitgliedstaaten ist die Grundlage des langfristigen wirtschaftlichen und politischen Zusammenhalts der EU. Deutscher Bundestag und Bundesregierung müssen sich für das gemeinsame Ziel einsetzen, die Funktionsfähigkeit der Gesundheits- und Pflegesysteme in ganz Europa zukunftsfest zu gestalten. Systematische Vergleiche und ein freiwilliger Erfahrungsaustausch zwischen den Mitgliedstaaten können dazu beitragen, voneinander zu lernen und die Pflege- und Gesundheitssysteme in Europa zu modernisieren. Entsprechende Instrumente stehen der EU bereits zur Verfügung. Systematische Vergleiche müssen auf aussagekräftigen Daten beruhen, methodisch stetig weiterentwickelt, transparent gestaltet und stärker für die Partizipation durch gesundheitspolitische Akteure geöffnet werden. EU-weite Standards dürfen nicht zu einer Orientierung am Mindestmaß führen.

Grenzen überwinden

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

Fortschritt sichern:

Gesundheitstechnologien bewerten

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

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

GKV-Spitzenverband

Reinhardtstraße 28

10117 Berlin

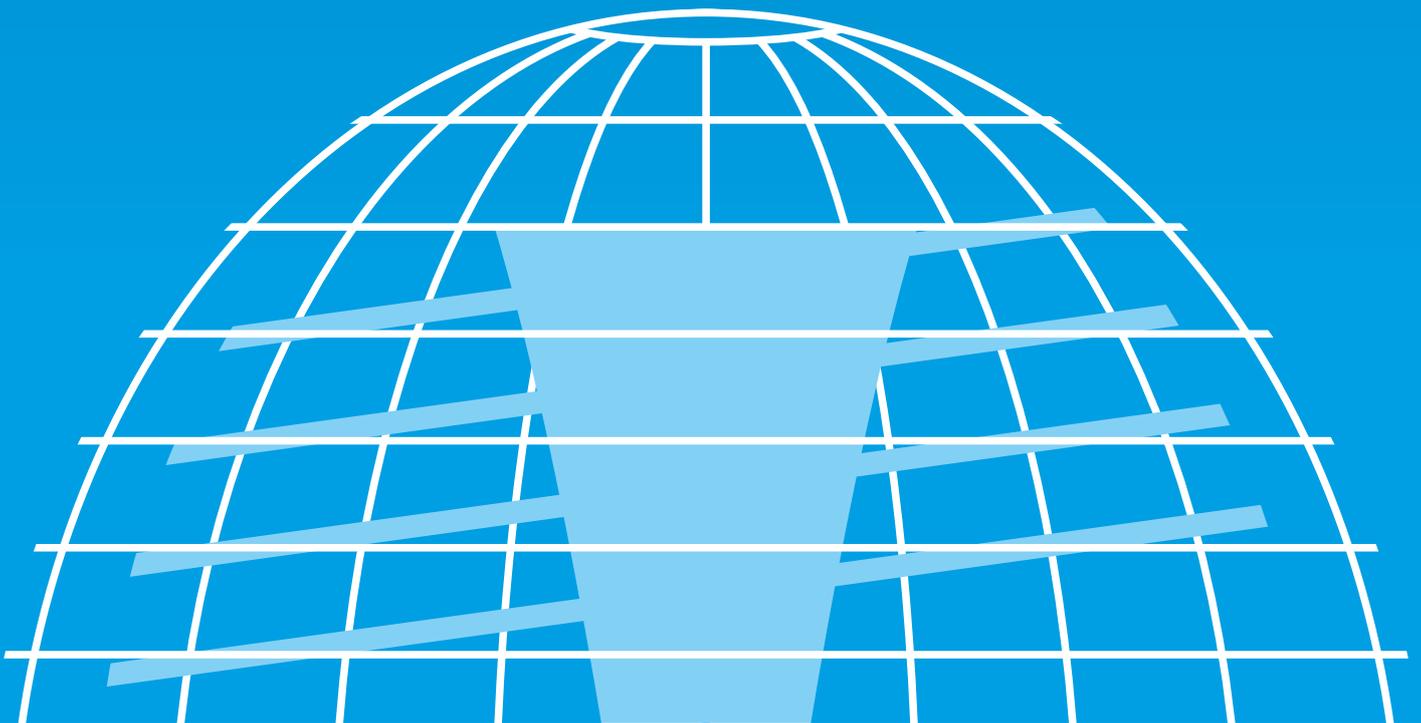
Telefon: 030 206288-0

Telefax: 030 206288-88

www.gkv-spitzenverband.de

Positionen zur Bundestagswahl 2017

Anforderungen
an eine zukunftsorientierte
Gesundheitspolitik



Inhalt

Kernforderungen	6
1 Bekenntnis zur Selbstverwaltung	8
2 Wettbewerb fair gestalten	12
3 Finanzierungsbasis verbreitern und Staat nicht aus der Verantwortung entlassen	16
4 Defizite bei der Ausgestaltung des Morbi-RSA anpacken	20
5 Versicherte und Patienten befähigen	24
6 Betriebe und Arbeitgeber unterstützen	28
7 Versorgung stärken und verbessern	30
8 Innovation fördern und Digitalisierung vorantreiben	34

Positionen zur Bundestagswahl 2017

Anforderungen
an eine zukunftsorientierte
Gesundheitspolitik

Geleitwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Bundestagswahlkampf ist eröffnet – auch in der Gesundheitspolitik ist ein herbstlich-frischer, manchmal ungemütlicher Wind zu spüren. Gut so! Denn nun beginnt die Zeit, neue politische Pläne zu schmieden, über Alternativen bisheriger Konzepte nachzudenken, Ideen zu entwickeln und ein Bild über die Zukunft des Gesundheitssystems zu zeichnen. Dies wollen wir nicht allein den politischen Parteien oder den Leistungserbringern überlassen! Als Interessenvertretung der Innungskrankenkassen sehen wir uns als Stichwortgeber und Politikberater, der mit seiner engagierten sozialpartnerschaftlichen Selbstverwaltung sowie seiner auch praktischen Expertise im Gesundheitssystem an der Gestaltung des Gesundheitswesens mitwirken will.

Vor der neuen Bundesregierung und auch der zukünftigen Opposition liegen eine Menge Herausforderungen. Die aktuelle Bundesregierung hat sich vieler Themen angenommen, sie manchmal gut, manchmal weniger gut gelöst. Die Versorgung unserer Versicherten sowie Patientinnen und Patienten hat sich dadurch nicht immer verbessert. Nach wie vor ungelöst: Die sektorenübergreifende Versorgung. Auch weiterhin bleiben die Bereiche ambulante und stationäre Versorgung voneinander abgeschottet. Innovationen – vor allem digitale – haben es immer noch schwer. Darüber hinaus bremsen eine unterschiedliche Aufsichtspraxis und Ungerechtigkeiten im Finanzausgleichssystem die Innovationkraft aus. Wie überhaupt auch die jetzige Regierungskoalition weiter in die Rechte der Selbstverwaltung eingegriffen hat. Wir fordern deshalb nicht nur ein Bekenntnis zur Selbstverwaltung, sondern deren Stärkung.

Ein schwieriges Erbe für die zukünftigen Entscheidungsträger sind die spürbaren Mehrausgaben ohne Mehrwert, die den Beitragszahlern aufgebürdet wurden. Die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bleibt eine Dauerbaustelle. Die momentan günstige wirtschaftliche Lage verschleiern, dass entscheidende Strukturveränderungen z. B. im Krankenhaus nicht vorgenommen wurden. Die Ausgabensteigerungen werden auf die Versicherten alleine abgewälzt, der Steuerzuschuss deckt nicht die Kosten für gesamtgesellschaftliche Aufgaben, die auch



in den Gesetzespaketen vom GKV-Versorgungsstärkungsgesetz bis zum Präventionsgesetz erneut munter auf die GKV abgewälzt wurden. Dieses Problem muss die Politik anpacken! Wir bieten dafür eine Lösung.



Darüber hinaus sträubt sich die Bundesregierung, den Morbi-RSA wieder gerecht zu machen. In dieser Frage haben die Innungskrankenkassen eine Menge zu sagen – inklusive konkreter Umsetzungsvorschläge.



Wir sind davon überzeugt, dass wir mit den Forderungen und Positionierungen in dem vorliegenden Papier wichtige Vorschläge zur konkreten Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung formuliert haben. Der IKK e.V. und seine Mitgliedschaften freuen sich auf konstruktiv-kritische Diskussionen mit der Politik und gesundheitspolitisch Interessierten über die Zukunft unseres Gesundheitssystems.



Ihr IKK e.V.



Hans-Jürgen Müller
Vorstandsvorsitzender

Jürgen Hohnl
Geschäftsführer

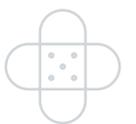
Hans Peter Wollseifer
Vorstandsvorsitzender



Kernforderungen

Aus Sicht der Innungskrankenkassen sind folgende Anforderungen an eine zukunftsorientierte Gesundheitspolitik zu stellen:

- Sie muss alle Voraussetzungen erfüllen, damit die rund 71 Mio. GKV-Versicherten in Deutschland, darunter 5,3 Mio. IKK-Versicherte, auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige Versorgung erhalten.
- Sie muss die fundamentalen Eckpfeiler des deutschen Gesundheitssystems im Hinblick auf die europäische Gesetzes- und Verordnungsebene schützend bewahren.
- Sie muss optimale Bedingungen für kleine und mittelständische Unternehmen schaffen. Nur eine Gesundheitspolitik, die das Handwerk und den Mittelstand nachhaltig unterstützt, fördert Beschäftigung, Ausbildung und Wirtschaftswachstum in Deutschland.
- Solidarität und Eigenverantwortung sind die Grundprinzipien unseres Gesundheitswesens. Auch in Zukunft muss es gelingen, diese Elemente im Gleichgewicht zu halten.
- Sie muss das Resultat eines gesamtgesellschaftlichen Diskussionsprozesses sein, in dem die Sozialpartner und die Interessenorganisationen der gesetzlichen Krankenkassen einen gleichberechtigten Part neben der Politik und den Leistungserbringern haben.
- Sie muss ziel-, nutzen- und ergebnisorientiert, transparent und unbürokratisch sein und sie muss der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung der Versicherten nachhaltig Rechnung tragen.



1 | Bekenntnis zur Selbstverwaltung

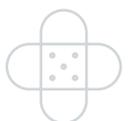


Die soziale Selbstverwaltung ist ein konstituierendes Element unserer Sozialversicherung und hat sich bewährt. Sie hat die komplexe Aufgabe, die Sozialversicherung zukunftsfähig zu halten und durch die wettbewerblichen, versorgungsbezogenen und aufsichtsrechtlichen Rahmenbedingungen zu führen. Dabei hat sie die Interessen der Versicherten und Patienten sowie der Arbeitgeber zu berücksichtigen. Die Verankerung der Selbstverwaltung bei den Sozialpartnern ist angemessen und hat sich bewährt.

Die Aufgaben werden schwieriger und die Anforderungen immer höher, gleichzeitig greift der Staat immer stärker in dieses austarierte und hochkomplexe System ein. Die soziale Selbstverwaltung benötigt zur Erfüllung ihrer Aufgaben aber entsprechende Handlungsspielräume. Gleichzeitig verschiebt die Politik den Fokus auf die gemeinsame Selbstverwaltung, insbesondere zum Gemeinsamen Bundesausschuss. Außerdem erhalten neue Gruppen – Patientenvertreter, Selbsthilfeorganisationen – mehr Einfluss z. B. in Versorgungsfragen.

Prinzip Selbstverwaltung ausbauen

- Die soziale Selbstverwaltung ist ein hohes Gut. Gerade in ihrer Subsidiarität liegen die Wurzeln ihres Erfolgs. Diese ordnungspolitische Grundentscheidung gilt es zu stärken. Das bedeutet, dass sich Politik und Gesetzgebung auf die Zielausrichtung konzentrieren und den notwendigen gesetzlichen Rahmen schaffen, in dem dann die Selbstverwaltung eigenverantwortlich agiert.
- Eigenverantwortung braucht aber auch Spielregeln. Dies ist die Aufgabe der zuständigen Aufsichtsbehörden. Wie die Selbstverwaltung den gesetzlichen Zielen verpflichtet ist, gilt dies auch für die Aufsichten, die sich auf die Rechtsaufsicht konzentrieren müssen und nicht zu einer Fachaufsicht werden dürfen. Aufsichtsrechtliches Handeln, etwa im Rahmen der Prüfung und Genehmigung von Selektivverträgen, darf nicht den gesetzlichen Zielvorstellungen entgegenlaufen und muss zwingend einheitlich erfolgen.

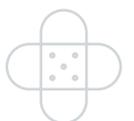


- Die soziale Selbstverwaltung benötigt von der Politik Vertrauen, Handlungsfähigkeit und Planbarkeit. Die Kategorien „Vertrauensschutz“ und „Rückwirkungsverbot“ sind als Teile des Rechtsstaatsprinzips für eine planvolle Arbeit der Selbstverwaltung unabdingbar, auch wenn sie aus verfassungsrechtlicher Sicht für die Krankenkassen als mittelbare Staatsgewalt nicht gelten sollen. Eingriffe in dieser Hinsicht bedürfen einer außerordentlich gewissenhaften Abwägung, um keinen Schaden zu stiften.
- Die Vertreter der sozialen Selbstverwaltung verstehen sich auch als Patientenvertreter. Dieses Selbstverständnis gilt es stärker in der Öffentlichkeit bewusst zu machen. Gleichzeitig ist zu konstatieren, dass Selbsthilfeorganisationen und Nichtregierungsorganisationen eine immer breitere gesellschaftliche und politische Bedeutung erhalten. Das muss kein Widerspruch sein. Insoweit sollte überlegt werden, wie mit Patientenvertreter dort, wo sie unabhängig und nicht nur dem Einzelinteresse verpflichtet sind, in den Dialog getreten werden kann. Dies darf aber nicht zu einer Vermischung von Verantwortlichkeiten führen.

Legitimation der Selbstverwaltung stärken

- Die Arbeit der Selbstverwaltung muss stärker in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt werden. Denn nur Transparenz über ihre Aufgaben und Einflussmöglichkeiten kann die Akzeptanz der Selbstverwaltung erhöhen.
- Die Friedenswahl steht für ein austariertes und im höchsten Maße demokratisch legitimiertes Beteiligungssystem. Sie bildet am besten die Vielfalt der gewerkschaftlichen Organisationen und Gewerke sowie den regionalen Proporz ab. Urwahlen sind nur dort sinnvoll, wo tatsächlich mehr Kandidaten als Listenplätze vorhanden sind. Es muss den Listenträgern überlassen bleiben, wie viele Kandidaten aufgestellt werden.
- Die Innungskrankenkassen sehen Bestrebungen kritisch, nach denen aus den Listenwahlen grundsätzlich Personenwahlen werden sollen. Ein Persönlichkeitswahlkampf entspricht nicht dem Charakter von Sozialwahlen. Die Verankerung der Selbstverwaltung bei den Sozialpartnern ist angemessen und hat sich bewährt.

- Die Parität von Versicherten- und Arbeitgebervertretern in den Gremien der sozialen Selbstverwaltung ist zu erhalten oder herzustellen. Darüber hinaus zählt auch die Ausgewogenheit der Selbstverwaltung im Hinblick auf das Alter und Geschlecht ihrer Vertreter.
- Eine erfolgreiche Selbstverwaltung benötigt ein belastbares Fundament ehrenamtlichen Handelns. Die Vereinbarkeit von Ehrenamt, Beruf und Familie ist dringend zu erhöhen. Hierzu gehören neben einem breiten Angebot an trägerunabhängigen Fortbildungsmaßnahmen, einer verlässlichen Absicherung gegen Haftungsrisiken auch verbindliche Regelungen zur Freistellung, um Beruf und Familie mit der Ausübung des Ehrenamtes besser vereinbaren zu können.
- Ein kategorischer Ausschluss von Leistungsanbietern aus den Verwaltungsräten von Krankenkassen verstößt gegen die traditionelle Verankerung der Innungskrankenkassen im Handwerk und damit auch im Gesundheitshandwerk und wird von daher vom IKK e.V. abgelehnt.



2

Wettbewerb fair gestalten



Die Krankenkassen bewegen sich in parallelen Welten: Einerseits sind sie als Körperschaften öffentlichen Rechts Träger der mittelbaren Staatsgewalt. So wurden ihnen staatliche Aufgaben übertragen, die sie in einem entsprechenden sozialrechtlichen Rahmen erfüllen. Gleichzeitig wurde den Krankenkassen ein Wettbewerb verordnet, in dem sie – teilweise – wie Unternehmen agieren sollen.

Sie stehen als kleine und große, regionale und bundesweit agierende Krankenkassen in direkter Konkurrenz um Mitglieder. Das „Marktumfeld“ ist denkbar komplex, da eine hohe Regulierungsdichte, massive staatliche Aufsicht und konkurrierende Prüfinstanzen das Marktgeschehen beeinflussen. Erschwerend kommt die uneinheitliche Aufsichtspraxis hinzu.



Wettbewerb stärken – Aufsichtspraxis verbessern

- Die Innungskrankenkassen stehen zum wettbewerblichen und gegliederten System der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Einheitsversicherung lehnen die Innungskrankenkassen als leistungs- und versichertenfeindlich ab.
- Wettbewerb ist kein Selbstzweck. Er muss den Versicherten und Patienten zugutekommen, indem die Versorgungsqualität in den Vordergrund rückt. Voraussetzung hierfür ist, dass die Kassen Handlungsspielräume hinsichtlich der Qualität der Leistungen, des Services und der Preise erhalten.
- Dabei muss sichergestellt sein, dass die verschiedenen Aufsichtsbehörden der Krankenkassen nach einheitlichen, an dem gesetzgeberischen Willen ausgerichteten Kriterien agieren.
- Maßvolles Aufsichtshandeln bedarf einheitlicher Regeln und klarer Zuständigkeiten. Die Vielzahl von Prüfungsinstanzen der Krankenkassen wie das Bundesversicherungsamt, die Landesaufsichten, der Bundesrechnungshof etc. ist aufgrund des hohen Verwaltungsaufwands bei den Krankenkassen zu reduzieren. Zudem sind unnötige Doppelprüfungen der Behörden auszuschließen.

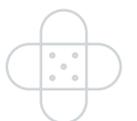


- Über die Frage der Landes- oder Bundesunmittelbarkeit von Krankenkassen sollte der Verwaltungsrat der jeweiligen Krankenkasse entscheiden. Maßgeblich sollte die regionalbezogene Öffnung der Kasse sein und nicht die fiktive Bindung an Niederlassungen von Betrieben von ursprünglichen Trägerinnungen. Hier existieren derzeit noch unterschiedliche, historisch bedingte Systematiken, die dringend aufeinander abgestimmt werden müssen.
- Die GKV braucht eine solidarische Wettbewerbsordnung, die insbesondere die kleineren Mitbewerber vor der Marktmacht der großen Kassen schützt. Die Anwendung des Kartellrechts zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern ist geboten.
- Die Innungskrankenkassen begrüßen die kartellrechtliche Prüfung von Kassenfusionen. Weitere kartellrechtliche Regelungen, die darüber hinaus für die Krankenkassen gelten sollen, lehnen die Innungskrankenkassen ab. Krankenkassen sind keine Unternehmen! Es sollte nur das kartellrechtlich geregelt werden, wo Missbrauch möglich ist. Eine weitere Ausdehnung des Kartellrechts auf die Kassen erschwert unter anderem das politisch gewollte Zusammenarbeitsgebot der GKV.

Verhältnis von PKV zur GKV klarstellen

- Der IKK e.V. ist für den Erhalt des zweigliedrigen Versicherungssystems und setzt sich für eine klare Abgrenzung zwischen GKV und PKV ein.
- Dies bedeutet aber auch die Ablehnung der Ausweitung der Geltung von Verhandlungsergebnissen der GKV für die PKV ohne gleichzeitigen Risikoausgleich.
- Die PKV bietet eine freiwillige Absicherung von individuellen Risiken bei einer Personengruppe, die von der allgemeinen Versicherungspflicht befreit ist. Diese Entscheidung beinhaltet auch Verantwortung.

- Bessere Möglichkeiten zur Zusammenarbeit von GKV und PKV beim Angebot von Zusatztarifen sind wünschenswert. Die Innungskrankenkassen sehen Zusatzversicherungen wie etwa Chefarztbehandlung oder die Zahnzusatzversicherung als Aufgabe der PKV an. Wahltarife wie beispielsweise Beitragsrückgewähr, Selbstbehalt oder Krankengeld sollten auch weiterhin wettbewerbsfähig in beiden Systemen möglich sein. Die Innungskrankenkassen regen an, das Instrument von präventionsbezogenen betrieblichen Gruppentarifen für die GKV nutzbar zu machen.



3 Finanzierungsbasis verbreitern und Staat nicht aus der Verantwortung entlassen



Eine gerechte und stabile Finanzierung sowie eine klare Kompetenzordnung ist das Fundament einer erfolgreichen und medizinisch hochwertigen solidarischen Krankenversicherung. In der 18. Legislaturperiode wurde allerdings eine Vielzahl von gesetzlichen Regelungen geschaffen, die mit hohen Ausgabensteigerungen verbunden sind. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist politisch zu einer leeren Hülse geworden, weil das Verhältnis der vom Gesetzgeber mit den Reformen verursachten Steigerung der Leistungsausgaben in keinem Verhältnis zur Versorgungsverbesserung steht.

Gleichzeitig zieht sich der Staat zugunsten eines ausgeglichenen Haushalts aus seiner Finanzierungsverantwortung für seine originären Aufgaben zurück und belastet somit die Beitragszahler zusätzlich. Die Verschiebung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben hin zur Sozialversicherung findet weiterhin im hohen Maße statt und muss gestoppt werden.

Finanzierungsbasis verbreitern

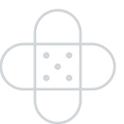
- Das Haushaltsrecht ist das alleinige Recht der Selbstverwaltung. Dies gilt es zu bewahren und vor Eingriffen der Aufsichten zu schützen. Dazu gehört auch die Beitragssatzautonomie.
- Die Finanzierung der gesetzlichen Leistungen der Krankenversicherung muss auch weiterhin durch eine Umlagefinanzierung gesichert sein. Sie ist Garant für eine nachhaltige, solidarische und belastungsgerechte Finanzierung der GKV.
- Es muss kurzfristig eine gesellschaftliche Diskussion über eine notwendige Verbreiterung der Finanzierungsbasis der GKV geführt werden. Ziel muss es sein, vom alleinigen Lohnkostenbezug abzurücken. Dabei ist sowohl die Finanzierungsgerechtigkeit zu berücksichtigen als auch der bürokratische Aufwand minimal zu halten.



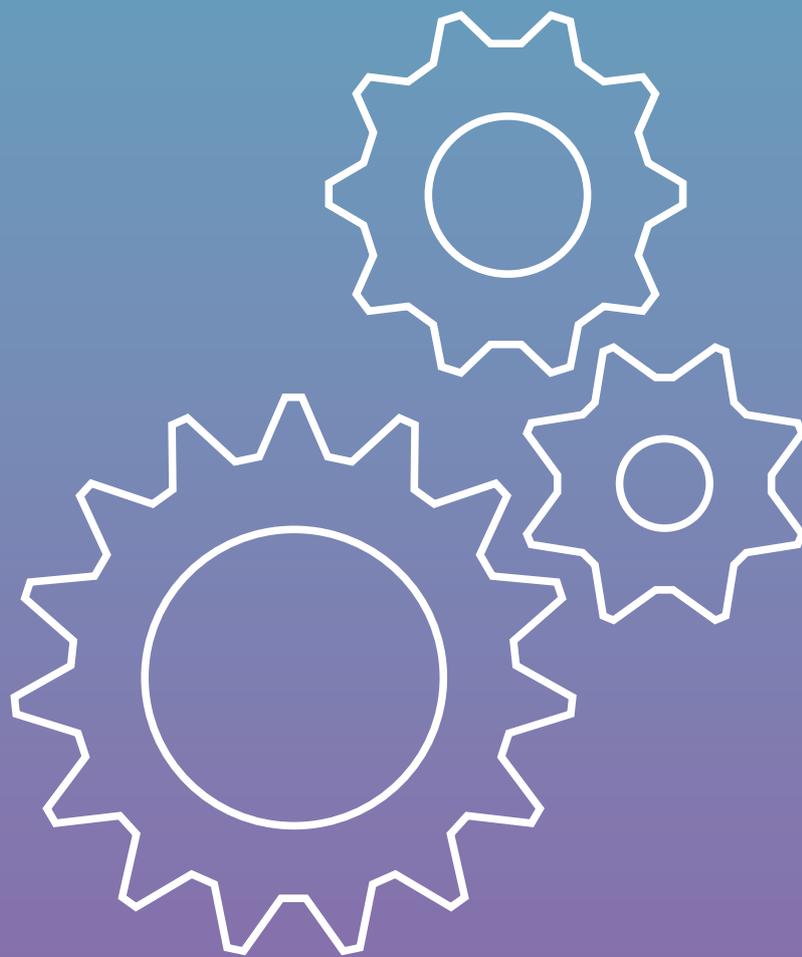
Staat nicht aus der Finanzverantwortung entlassen

- Zur weiteren Entlastung der Lohnkosten muss die Steuerfinanzierung ausgebaut werden. Mindestens die gesamtgesellschaftlichen Aufgaben müssen künftig von allen Bürgerinnen und Bürgern des Landes getragen werden. Darunter fallen unter anderem auch alle familienpolitischen Leistungen und kostendeckende Beiträge für ALG-II-Bezieher. Die Höhe dieser Finanzierung muss dauerhaft verlässlich sein. „Verschiebebahnhöfe“ darf es nicht mehr geben.
- Der schleichende Rückzug aus gemeinsamen Finanzierungsformen durch Bund, Länder und Kommunen (wie etwa bei der Übernahme der Investitionskosten für die Krankenhäuser durch die Kassen an Stelle der Länder) und Leistungserbringer muss gestoppt werden. Umgekehrt muss zukünftig vermieden werden, dass aus Beitragsmitteln der GKV Aufgaben finanziert werden, die sinnvoller über Steuermittel zu finanzieren wären, wie beispielsweise der Innovationsfonds oder die Präventionsmaßnahmen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Dazu zählt auch die Einführung der Telematikinfrastuktur.

Die vorgenannten Punkte sind notwendig, um Beitrags- und Belastungsgerechtigkeit wiederherzustellen. Die alleinige Finanzierungsverantwortung für Kostensteigerungen im Gesundheitswesen durch die Arbeitnehmerbeiträge muss zurückgefahren werden. Eine Belastungsgerechtigkeit zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern muss gewährleistet und durch die staatliche Finanzierungsbeteiligung zukünftig und auf Dauer garantiert sein.



4 Defizite bei der Ausgestaltung des Morbi-RSA anpacken



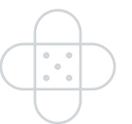
Der Morbi-RSA ist in seiner aktuellen Ausgestaltung hoch umstritten. Er ist manipulationsanfällig und präventionsfeindlich. Seine wettbewerblich bedeutsame Verteilungswirkung ist nicht erst seit der gerichtlich durchgesetzten Annualisierung der Leistungsausgaben Verstorbener grob ungerecht geworden. Die Schere zwischen den „Gewinnern“ und „Verlierern“ driftet merkbar weiter auseinander und schafft eine wahrnehmbare und bedauerliche Inakzeptanz innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenkassen.

- Die Innungskrankenkassen bekennen sich dennoch zum Morbi-RSA, jedoch muss er dringend transparenter, unbürokratischer und manipulationssicher ausgestaltet werden.
- Die zahlreichen Gutachten machen den Veränderungsbedarf transparent; die Vorschläge zur Reform des Finanzausgleichs sind bekannt. Sie gilt es nunmehr schnellstens umzusetzen.
- Die unangemessen starke Berücksichtigung von jenen Volkskrankheiten, die durch Prävention vermieden oder deren Verlauf durch Prävention günstig beeinflusst werden kann, muss zurückgenommen werden. Künftig ist durch eine neue Krankheitsauswahl und ein angepasstes Klassifikationsmodell sicherzustellen, dass nur schwerwiegende, eng abgrenzbare und teure Krankheiten im Morbi-RSA ausgeglichen werden.
- Eine Ausweitung auf zusätzliche Krankheiten lehnt der IKK e.V. ab. Weitere Schritte hin zu einem finanziellen Ausgleich aller Kosten führen die Bemühungen um einen Versorgungswettbewerb ad absurdum.
- Zukünftig sollten sich die kassenindividuellen Zuweisungen für Primärprävention an den realen Ausgaben der jeweiligen Kassen orientieren. Dies sollte in Form eines gedeckelten Ist-Kostenausgleichs geschehen. Solch ein Ausgleich stärkt die Präventionsanreize für die einzelnen Kassen nachhaltig, weil ausschließlich die Echtausgaben ausgeglichen werden und so Einschränkungen der Investitionen in Primärprävention keine Überschüsse mehr generieren.

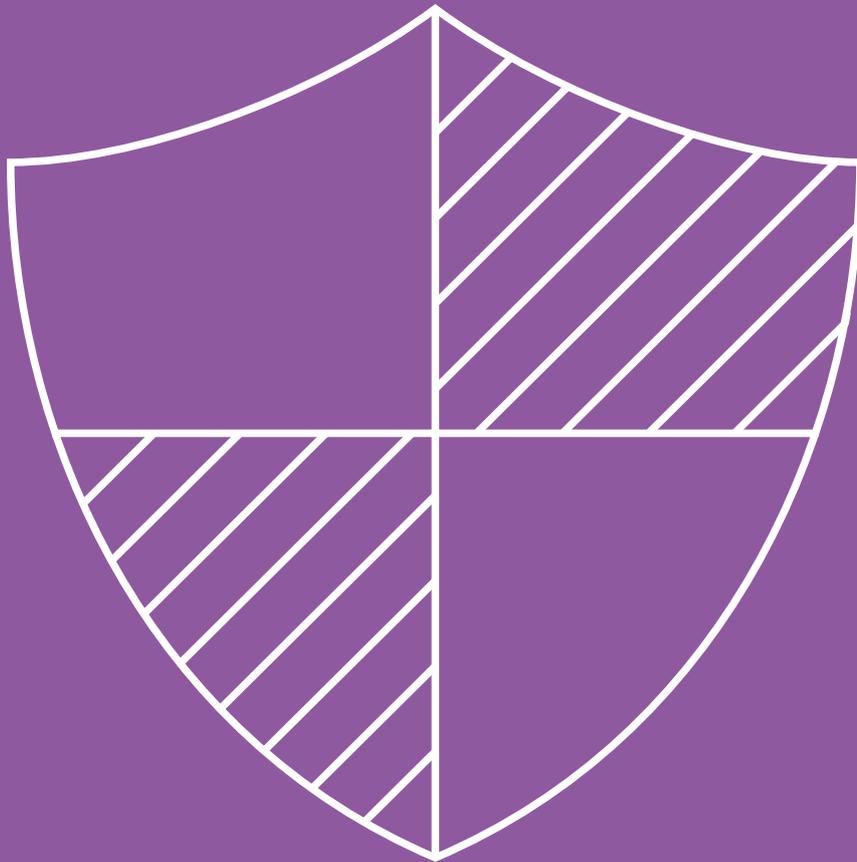


- Gleichzeitig sollten alle morbiditätsorientierten Zuschläge um einen pauschalen Betrag je Versichertentag abgesenkt werden. Eine pauschale Absenkung würde Anreize zur Risikoselektion im Hinblick auf einzelne Krankheiten ausschließen, weil alle Krankheitszuschläge gleich behandelt würden.
- Der Gestaltungsspielraum des Bundesversicherungsamtes ist trotz der hohen Umverteilungsvolumina des Morbi-RSA sehr hoch. Um zukünftig zu verhindern, dass das Bundesversicherungsamt durch seine politische Entscheidungs- und Interpretationsspielräume sich so fundamentaler Kritik von Seiten im direkten Wettbewerb stehenden Krankenkassen ausgesetzt sieht, sind entsprechende gesetzliche Vorgaben im Fünften Buch Sozialgesetzbuch und in der Risikostrukturausgleichsverordnung zu normieren.

Über diese Kernforderungen der Innungskrankenkassen hinaus werden wir gemeinsam mit einer breiten Allianz der Kassenarten weitere Vorschläge zur Reform des Morbi-RSA erarbeiten.



5 | Versicherte und Patienten befähigen



Die Bundesregierungen der 17. und 18. Legislaturperiode haben die Patientenrechte und das Selbstbestimmungsrecht in den Fokus ihrer Politik gestellt. Dennoch ist noch viel zu tun.



Ungeklärt ist die Frage, inwieweit die Krankenkassen mit Beratungsrechten gegenüber ihren Versicherten ausgestattet werden. Krankenkassen bieten schon heute eine qualitativ hochwertige Beratung an, doch zu oft begegnet ihnen die Politik an dieser Stelle mit Skepsis und schränkt den Handlungsspielraum wieder ein.

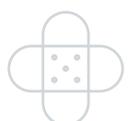


Auch im Bereich der Patientensouveränität und der Patientenrechte gibt es noch weiteren Handlungsbedarf, der sich insbesondere an der Frage nach dem Schutz der Sozial- und Gesundheitsdaten festmachen lässt.



Patientenrechte und Patientensouveränität ausbauen

- Behandlungsfehler müssen weiterhin so weit wie möglich verhindert werden. Ein offener Umgang mit Fehlern ist zu etablieren. Die im Patientenrechtegesetz eingeführten Regelungen bedürfen einer Überprüfung hinsichtlich ihrer Wirksamkeit. Hierzu zählen die Beweislastumkehr, die Herausgabepflicht von medizinischen Behandlungsunterlagen. Im Bemühen um eine höhere Patientensicherheit darf es keinen Stillstand geben.
- Medizinische Leistungserbringer müssen verpflichtet werden, jederzeit über eine ausreichend gedeckte und selbstfinanzierte Haftpflichtversicherung zu verfügen. Die Versicherer müssen verpflichtet werden, bei Kündigung einer Haftpflichtversicherung die zuständige Kammer zu informieren.
- Der IKK e.V. fordert eine verbindliche Aufklärung des Patienten durch den Arzt über die Risiken der Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) und die Ausschlussgründe aus der Regelversorgung vor der Erbringung.
- Es muss dem Patienten zudem ermöglicht werden, sich die für ihn in der Praxis nicht immer unmittelbar und objektiv verfügbaren Informationen über die Leistung einzuholen. Als wichtige Informationsquelle für den Patienten hat sich der MDS-IGeL-Monitor und als Ansprechpartner die Kundenberater der Innungskrankenkassen erwiesen.



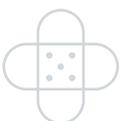
Selbstbestimmung und Eigenverantwortung fördern

- Zur Steuerung der Leistungsanspruchnahme müssen Instrumente gefunden werden, die die Leistungsanspruchnahme maßvoll und angemessen regulieren und für die sowohl die Versicherten als auch die Leistungserbringer gleichermaßen in die Verantwortung genommen werden. Selektivverträge können wirkungsvolle Instrumente sein. Sie sollten für die Versicherten attraktiv ausgestaltet werden.
- Der Schutz von Sozialdaten ist ein hohes Gut. Die Versicherten müssen sich auf den Schutz ihrer gesundheitsbezogenen Daten verlassen können und selbstbestimmt über ihre Daten und deren Verwendung entscheiden.
- Zur effektiven Gestaltung der Versorgung kann aber ein Austausch von Daten zwischen Versicherten, Krankenkassen und Leistungserbringern sinnvoll und notwendig sein. Derzeit verhindert allzu oft ein überbordender Datenschutz einen solchen Austausch. Es bedarf einer intensiven Diskussion, inwieweit nachvollziehbare datenschutzrechtliche Anforderungen einer adäquaten Versorgung und Versorgungssteuerung entgegenstehen. Eine Lösung könnte darin bestehen, dass Versicherte bei einem Beitritt zu einer Krankenkasse eine Zustimmung über die Verwendung der Daten zur Versorgungssteuerung im Sinne des Versicherten geben können.

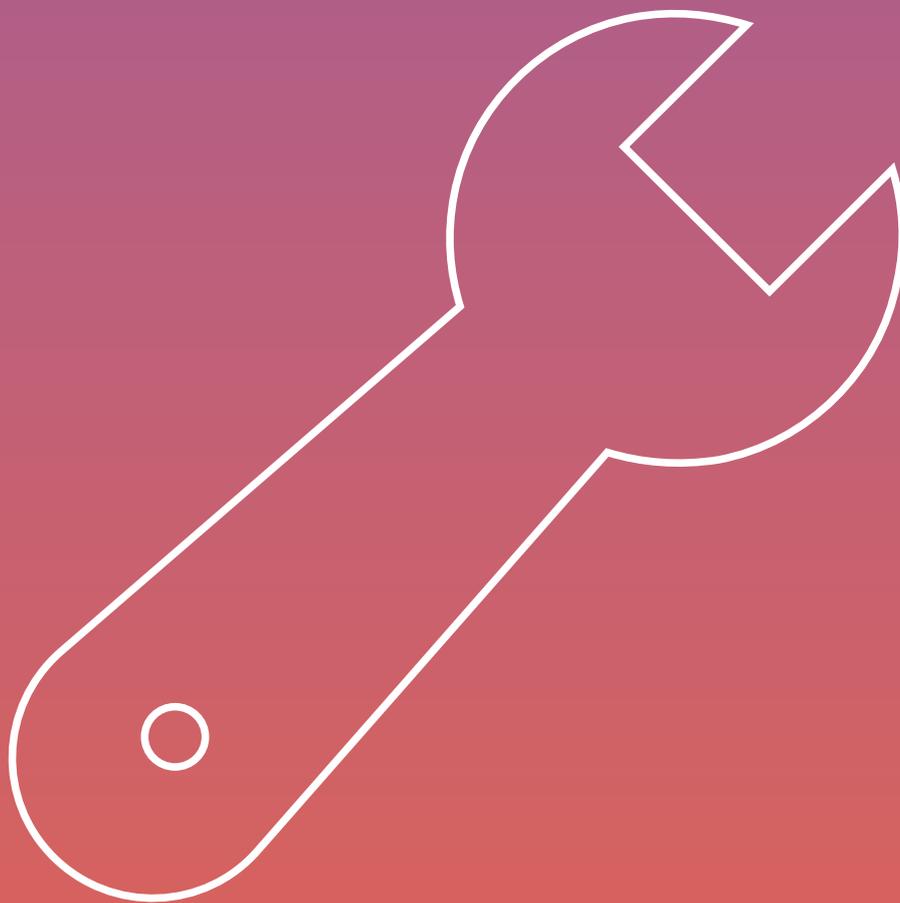
Beratungsrechte von Krankenkassen festschreiben

- Der Gesetzgeber hat der gesetzlichen Krankenversicherung als Solidargemeinschaft die Aufgabe übertragen, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern. Die Krankenkassen verstehen dies als Auftrag, sich als aktiver Mitgestalter bei der Gesundheitsversorgung ihrer Versicherten einzubringen. Um diese Aufgabe sachgerecht wahrnehmen zu können, ist es erforderlich, die Rolle der Kassen in der Versorgungsoptimierung ihrer Versicherten zu stärken und dazu eine explizite gesetzliche Legitimation zu schaffen.

- Die Krankenkassen sollten legitimiert werden, eine aktive, individuelle Kommunikation zu ihren Versicherten aufnehmen zu können, die im Sinne des § 1 SGB V zur Erhaltung, Wiederherstellung oder Verbesserung des Gesundheitszustandes beiträgt. Dabei ist sicherzustellen, dass das Beratungsangebot der Krankenkassen für die Versicherten freiwillig ist und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden.



6 Betriebe und Arbeitgeber unterstützen



Betriebe sind wichtige Partner in der Gesunderhaltung der Versicherten. Die Innungskrankenkassen verstehen sich als natürlicher Partner für kleine und mittelständische Unternehmen speziell im Handwerksbereich.

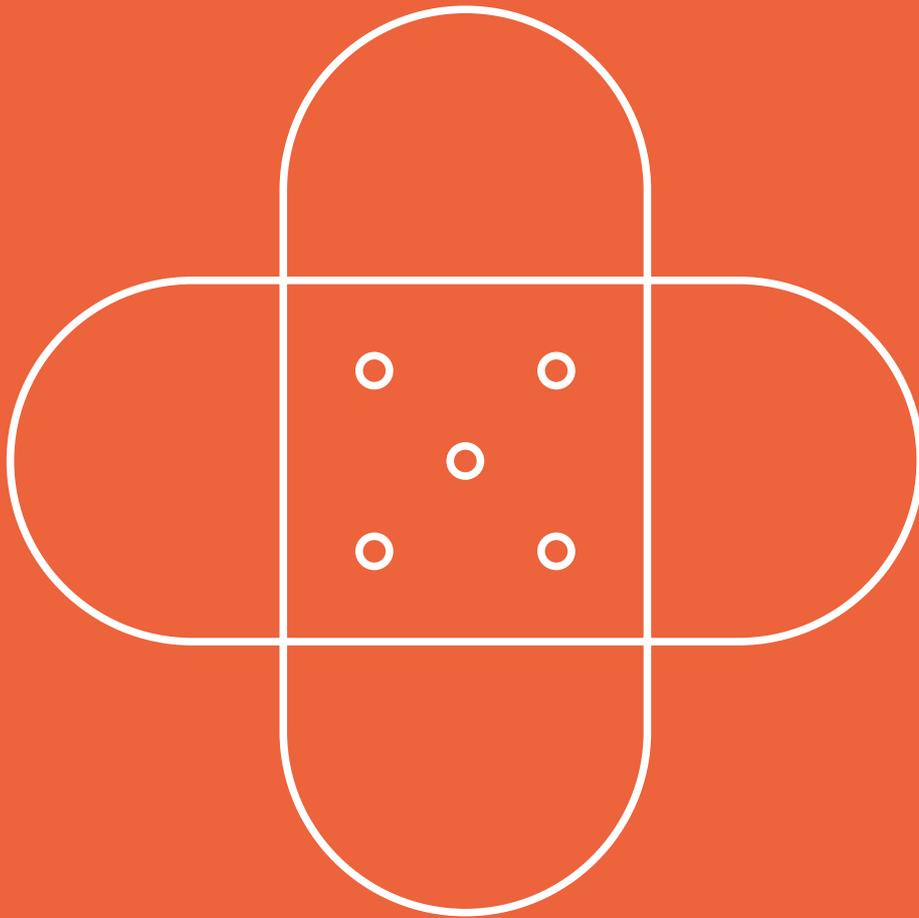
Gerade in diesem Bereich haben die Unternehmen ein natürliches Interesse an einer gesunden Belegschaft. Das Betriebliche Gesundheitsmanagement ist hierfür das beste Mittel, um partnerschaftlich in die Gesunderhaltung der Versicherten zu investieren.

- Betriebliche Gesundheitsförderung als Teil des Betrieblichen Gesundheitsmanagements ist ein erprobtes und adäquates Instrument der Krankenkassen und Betriebe, um die Gesundheit der Angestellten und Mitarbeiter zu verbessern. Betriebliche Gesundheitsförderung in kleineren und mittleren Unternehmen muss an Bedeutung gewinnen und als wettbewerbliches Handlungsfeld der GKV erhalten bleiben.
- Eine weitere Vermischung der Kompetenzen von Gesetzlicher Unfallversicherung, Rentenversicherung und GKV im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung lehnen die Innungskrankenkassen ab.



7

Versorgung stärken und verbessern

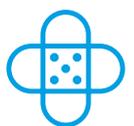


Die Bundesregierung hat in der vergangenen Legislaturperiode viele Gesetzesinitiativen gestartet, die zum Ziel hatten, die Versorgung zu stärken – im ambulanten und im stationären Bereich, bei Hospizen sowie in der Prävention und der Pflege.

Zudem wurde vermittelt, dass der Qualitätsgedanke mehr Raum in der Versorgung erhalten soll. Dies ist durchaus zu würdigen. Viele der sinnvollen Ideen, die hinter den Regelungen standen, wurden allerdings zugunsten von Ärzten und Krankenhäusern sowie durch halbherzige Qualitätsanforderungen entwertet. Zudem wurde verpasst, endlich die dringend erforderlichen Strukturanpassungen vorzunehmen. Noch immer ist das deutsche Gesundheitswesen geprägt durch die voneinander abgeschotteten Sektoren, an deren Grenzen unnötige Ressourcen verschwendet werden. Hier bedarf es mutiger Schritte hin zu einem aufeinander abgestimmten Versorgungskonzept.

Sektorengrenzen überwinden

- Die von der Bundesregierung in der 18. Legislaturperiode unternommenen Anstrengungen, Qualitätsaspekten und der sektorenübergreifenden Versorgung mehr Bedeutung zu geben, sind nicht abgeschlossen und bedürfen weiterer Bemühungen der neuen Bundesregierung.
- Ziel muss es bleiben, die Prozesse, Strukturen, Vergütungen sowie den Datenaustausch und die Qualitätssicherungsmaßnahmen zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor anzugleichen.
- Der generalistisch ausgebildete Facharzt für Allgemeinmedizin verliert gegenüber den hochspezialisierten Fachärzten an Bedeutung. Dieser Entwicklung ist entgegenzuwirken. Für die Innungskassen ist eine gute hausärztliche Versorgung ein wichtiges Element einer effizienten und guten Leistungserbringung.
- Die Zukunft der ambulanten Versorgung findet in ambulanten Versorgungszentren statt. Daher fordern die Innungskassen eine Aufwertung von Medizinischen Versorgungszentren sowie deren forcierte Einrichtung.



- Die Herausforderungen der Versorgung insbesondere im ländlichen Raum machen einen Ausbau von Delegation und auch Substitution von ärztlichen Leistungen notwendig. Angesichts der zunehmenden Spezialisierung der Ärzte, des Fachkräftemangels und der demografischen Entwicklung ist es notwendig, aus gewohnten Bahnen auszubrechen. Der Arztvorbehalt und das Fernbehandlungsverbot sind zu überdenken, um sowohl Substitution als auch Telemedizin möglich zu machen.
- Die Ausbildung der Gesundheits- und Pflegeberufe aber auch der Gesundheitshandwerke ist entsprechend der gezeichneten Entwicklung an die neuen Anforderungen anzupassen.
- Im Zentrum der Versorgung muss der Teamgedanke stehen, das Team besteht aus ärztlichen, nicht ärztlichen, pflegerischen und gesundheitshandwerklichen Berufsgruppen.
- Die stationäre Versorgung hat durch das verabschiedete Krankenhausstrukturgesetz neue Impulse erhalten. Gut gemeint ist aber nicht immer gleich gut gemacht. Viele Regelungen erweisen sich in der Umsetzung als zu kompliziert. Der ursprüngliche Gedanke ist wieder aufzugreifen: Vermeidung von Unter- und Überversorgung, Verbesserung der Investitionsfinanzierung und die Förderung von mehr Behandlungsqualität.
- Die Krankenkassen müssen mehr Möglichkeiten erhalten, die Versorgung ihrer Versicherten qualitätsorientiert zu steuern.
- Der IKK e.V. fordert die Schaffung eines rechtssicheren ordnungspolitischen Rahmens, innerhalb dessen Krankenkassen oder ihre Verbände Selektivverträge mit niedergelassenen Ärzten, mit Kliniken, aber auch mit Arzneimittelherstellern schließen können, um über Preise, Qualität und Mengen zu verhandeln.

Prävention ausbauen – Krankheiten vermeiden

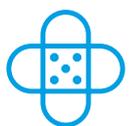
- Gesundheit und Prävention müssen in allen Politikbereichen verankert sein, um der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung gerecht zu werden.

- Für die Innungskrankenkassen haben sich Bonusprogramme bewährt. Sie sind ein wichtiges Instrument, um die Eigenverantwortung der Versicherten und ihre individuellen Präventionsbemühungen zu fördern. Der Nutzen von Individualmaßnahmen ist zudem wissenschaftlich belegt. Krankenkassen müssen auch deshalb weiterhin zielgerichtete Angebote für Individualprävention beibehalten dürfen.
- Der Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention muss im Rahmen der Pflege weiter verbessert werden. Nachdem im stationären Bereich Prävention gefördert wird, fordern die Innungskrankenkassen eine Ausweitung auf die ambulante Pflege.

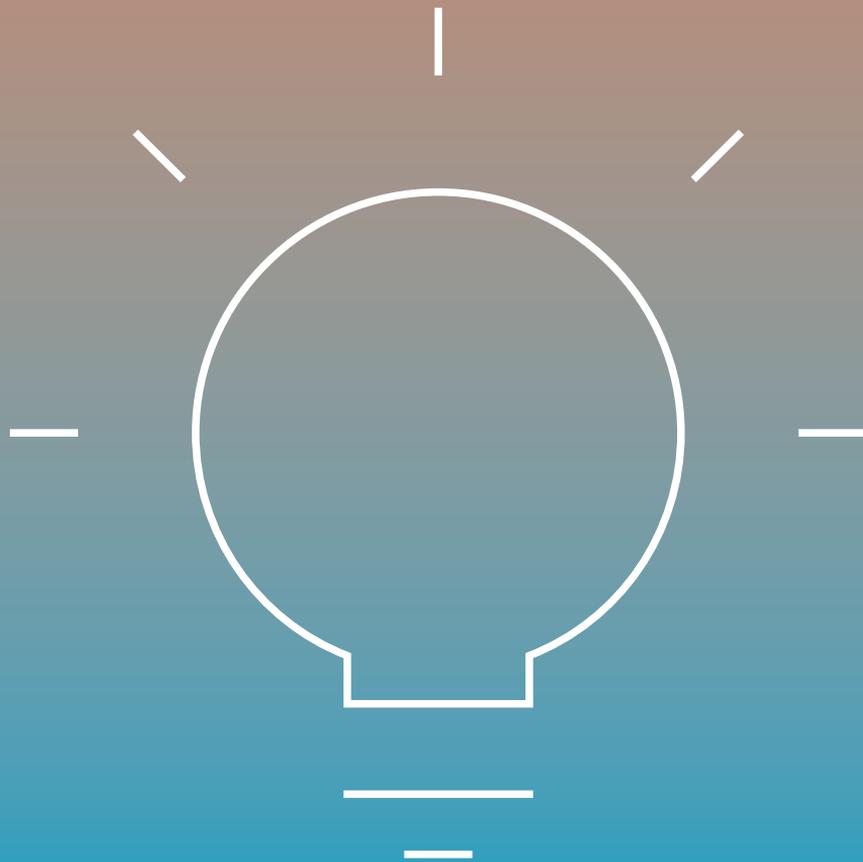


Qualität und Transparenz – beides gehört untrennbar zusammen

- Die Leistungen der medizinischen und pflegerischen Versorgung müssen transparent gemacht werden und vergleichbar sein. Informationen hierüber müssen den Versicherten und seinen Angehörigen objektiv sowie barrierefrei zur Verfügung gestellt werden.
- Das gilt insbesondere für Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste: Die jetzigen Pflegenoten sind hinsichtlich der Pflegequalität grob irreführend. Die erkannten Probleme mit der jetzigen Pflege-Transparenz-Vereinbarung sind deshalb schnellstmöglich zu beheben.
- Die Möglichkeiten der Entlastungspflege sind erfreulicherweise ausgebaut worden. Das Angebot an zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen für pflegende Angehörige muss aber transparenter gestaltet werden. Auch hier gilt es, aussagekräftige Qualitätskriterien zu entwickeln.
- Im Bereich der ambulanten Versorgung bestehen Daten, die Rückschlüsse auf die Versorgungsqualität erlauben, die aber für den Patienten nicht transparent gemacht werden. Die Innungskrankenkassen fordern, dass diese Daten der Öffentlichkeit vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zur Verfügung gestellt werden.



8 Innovation fördern und Digitalisierung vorantreiben



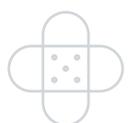
Die Digitalisierung im Gesundheitswesen schreitet seit mehreren Jahren stark voran: Viele Krankenkassen und Unternehmen wollen mit modernen Informations- und Kommunikationstechnologien den Anforderungen von Leistungserbringern und Versicherten begegnen und so die Gesundheitsversorgung verbessern. Vor allem im zweiten Gesundheitsmarkt, der nicht über die GKV finanziert wird, hat die Dynamik der Entwicklungen deutlich zugenommen.

Aber auch die für die Gesundheitsversorgung zuständigen Akteure haben erkannt, dass der Digitalisierungstrend im Gesundheitswesen mehr bedeutet als strukturelle Prozesslenkung, wie etwa die Umsetzung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) oder die Vernetzungsbestrebungen der Leistungserbringer. Allerdings müssen hierfür die notwendigen Rahmenbedingungen erst noch geschaffen werden.

Technische Neuerungen und medizinischer Fortschritt werden von vielen nur als Kostentreiber gesehen. Der substitutive Charakter von Innovationen kommt zu wenig zum Tragen. Spielräume für Innovationen werden von den Aufsichten beschnitten. Gleichzeitig wird zu wenig und ungezielte Versorgungsforschung betrieben. Daran wird auch der aufgelegte Innovationsfonds nichts ändern.

Digitalisierung nutzen

- Die Kommunikation im Gesundheitswesen muss an das digitale Zeitalter angepasst werden. Bereits 2013 hat das E-Government-Gesetz die Voraussetzungen für eine zeit- und ortsunabhängige Verwaltung geschaffen. Es braucht einen klaren und verbindlichen Rechtsrahmen, der es auch den gesetzlichen Krankenversicherungen ermöglicht, einfachere, nutzerfreundlichere und effizientere elektronische Verwaltungsdienste nach Maßgabe des E-Government-Gesetzes anzubieten. Die Regelungen in den Sozialgesetzbüchern sind im Interesse der Kommunikation und der digitalen Aktenführung entsprechend zu gestalten. So werden beispielsweise durch die Trennung von ärztlichen Leistungen und ärztlich verordneten oder veranlassten Leistungen in § 305



Abs. 1 SGB V eine digitale Aktenführung und die Kommunikation mit dem Versicherten erschwert. Die Regelung ist daher nicht mehr zeitgemäß.

- Die Digitalisierung des Gesundheitswesens birgt viele Chancen für eine qualitativ hohe, bundesweite Versorgung. Zugleich eröffnen sich den Kassen neue Servicemöglichkeiten für ihre Versicherten. Deshalb ist eine aktive Digitalisierungsstrategie erforderlich, die nicht nur auf die eGK beschränkt sein darf.
- Aktuell existieren mehr als 100.000 Health-Apps. Problematisch ist, dass der Markt rasant und unübersichtlich wächst. Viele der neuentwickelten Anwendungen gehören in den Bereich der Wellness-Angebote. Nur wenige mobile Health-Apps sind tatsächlich geprüft. Zweifelsohne bedarf es mehr Klarheit bei der Klassifizierung von Apps: Versicherte müssen trennscharf zwischen Service-Lifestyle-Apps und Apps mit Funktion als Medizinprodukt unterscheiden und bewusst wählen können.
- Vor dem Hintergrund der Vielzahl an Angeboten müssen diese zum Schutz der Versicherten auf ihre Zweckmäßigkeit und Sicherheit geprüft werden. Diese unabhängige Prüfung sollte durch eine Benannte Stelle erfolgen. Die Versicherten müssen transparente Informationen über die gewonnenen Erkenntnisse der Nutzen- und Schadenspotenziale erhalten.
- Der Markt der eHealth-Angebote ist für alle Zielgruppen (Versicherte, Krankenkassen, Leistungserbringer) aufgrund fehlender einheitlicher Qualitätskriterien und Standards intransparent. Hier muss die Sicherheit für alle Akteure durch entsprechende Anforderungen deutlich erhöht werden.
- Bislang werden im Rahmen der Digitalisierung Anwendungen und Telematik-Infrastruktur (TI) immer noch getrennt voneinander betrachtet. Eine Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung der Digitalisierung im Gesundheitswesen ist aber das reibungslose Ineinandergreifen von Datenstrukturen und Applikationen. Daher müssen die bestehenden Schnittstellen zukünftig eine stärkere Beachtung finden.

- Die TI muss als integrative Plattform für Versicherte, Leistungserbringer und Kostenträger weiter ausgebaut werden. Dreh- und Angelpunkt der Digitalisierung im Gesundheitswesen ist der Umgang und Schutz von personengebundenen Daten. Hier ist die Politik in der Pflicht, juristische Rahmenbedingungen zu schaffen, die einerseits Sicherheit für alle Akteure bieten, andererseits aber die Potenziale der Digitalisierung nicht beschränken.



Innovation fördern und als Investition begreifen

- Prozess-, Struktur- und Produktinnovationen müssen transparent und schnell evaluiert werden, damit sie zeitnah, bedarfsgerecht und zu einem angemessenen Preis zur Verfügung gestellt werden können.
- Es muss möglich sein, den Leistungskatalog in Bezug auf Leistungen, die nicht mehr dem aktuellen Standard entsprechen, zu bereinigen. Die heutige Struktur des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) lässt dies faktisch nicht mehr zu, nachdem mit dem Versorgungsstrukturgesetz eine 2/3-Mehrheit für solche Entscheidungen eingeführt wurde. Dies ist zurückzunehmen.
- Der Verbotsvorbehalt im stationären Sektor muss flankiert werden durch ein Instrument der Evidenzschaffung und -sicherung.
- Die Nutzenbewertung von innovativen Prozessen und Strukturen sowie von Produkten im Bereich der Arzneimittel und Medizinprodukte ist notwendig, um eine qualitätsgesicherte Weiterentwicklung der Versorgung sicherzustellen. Im Arzneimittel-Bereich hat sich das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) bewährt, muss aber im Sinne einer Nutzenorientierten Erstattung (NOË) weiterentwickelt werden. Nutzenorientierung muss sich auf die patientenrelevanten Endpunkte beziehen. Dafür ist es notwendig, dass neben den klinischen Studien gezielt Versorgungsstudien durchgeführt werden.
- Im Bereich der Medizinprodukte sollten die gleichen Anforderungen wie für Arzneimittel gelten.



Ansprechpartner für Rückfragen

Jürgen Hohnl,

Geschäftsführer

Dr. Clemens Kuhne,

Leiter des Bereichs Politik und Gremien

 IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin

 +49 (0)30 202491-0
+49 (0)30 202491-50

 info@ikkev.de

 <http://www.ikkev.de>

 https://twitter.com/ikk_ev

 <https://plus.google.com/+IkkevDeBerlin>

 <https://www.youtube.com/c/IkkevDeBerlin>

 <https://www.flickr.com/ikkev>



Gesundheitspolitische Handlungsempfehlungen des Instituts für GenderGesundheit e.V.

Der Verein *Institut für Gender-Gesundheit e.V.* hat einen 10 Punkte Katalog mit gesundheitspolitischen Forderungen zu einer geschlechtsspezifischen Gesundheitsversorgung vorgelegt. Geschlechterspezifische Versorgung ist aus Sicht des Instituts nicht nur in medizinischen Belangen von Relevanz (zum Beispiel in der Kardiologie), auch den Systemstrukturen selbst liegt derzeit keine paritätisch ausgewogene Geschlechterorientierung zugrunde. Einseitigkeiten in Lehre und Forschung und in der aktuellen Ausgestaltung unseres Gesundheitssystems sind die Folge. Zum Schaden der Patientinnen und Patienten, aber auch zum Schaden der ärztlichen und nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe. Und damit zum Schaden für die perspektivische Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems.

Grundlage des Katalogs ist eine Umfrage, die das Institut zum Jahreswechsel im Netzwerk des Bundeskongress Gender-Gesundheit durchgeführt hat. Aus der Vielzahl der Antworten hat ein Redaktionskomitee 10 Forderungen destilliert, deren Umsetzung den politischen Entscheidungsträgern empfohlen wird.

1. Eine sanktionsbewehrte Geschlechterquote in den Gremien der Kassen-Selbstverwaltung

Krankenkassen geben vor, Anwälte ihrer Versicherten zu sein, deren Struktur sich in ihren jeweiligen Verwaltungsräten widerspiegeln. Das ist bei tatsächlicher Inaugenscheinnahme dieser Gremien nur sehr bedingt der Fall: In der Regel findet sich in den Verwaltungsräten der Kassen allenfalls der männliche Teil der Versicherten wieder. Wenn also Kassen mit Recht den Anspruch erheben wollen, für die Gesamtpopulation der Versicherten zu sprechen, dann wäre es nur konsequent, den entsprechenden Vertretungsgremien auch eine Geschlechterquote zu Auflage zu machen (vielleicht 40:60), die diesen Anspruch rechtfertigt.

2. Geschlechterspezifische Projektausschreibung im Innovationsfonds – besonders zur Versorgungsforschung

In den ersten Vergabeverfahren des Innovationsfonds im Jahr 2016 ist kein einziges Projekt aufgeführt, das ausdrücklich einen Bezug zu Fragen einer geschlechterspezifischen Medizin bzw. Versorgung aufweist. Bei nachfolgenden Ausschreibungsverfahren sollten daher solche Projekte explizit als Teil der Ausschreibungsförderung genannt werden.

3. Prüfungsrelevantes Modul Geschlechtersensible Medizin in der studentischen Lehre an den medizinischen Fakultäten

Zur Zeit gibt es noch kein prüfungsrelevantes Modul im Studiengang Medizin, das den Bereich der geschlechtersensiblen Medizin verbindlich in den Curricula der medizinischen Studiengänge abbildet. Für ein zukunftsfähiges Medizinstudium sollte hier zeitnah eine Änderungen herbeigeführt werden.

4. Vereinbarkeitskonzepte als Teil der Qualitätsberichte von Versorgungseinrichtungen

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sind zweifellos wichtige Parameter zur qualitativen Beurteilung medizinischer Einrichtungen. Neben diesen Kategorien sollten aber auch die Maßnahmen und Möglichkeiten der jeweiligen Einrichtung zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den Berichten abzulesen sein.

5. Familienfreundliche Aus- und Weiterbildungskonzepte für ärztliche und nichtärztliche Gesundheitsberufe

In den medizinischen Berufen aber auch bei den Gesundheitsfachberufen werden aktuell Aus- bzw. Weiterbildungen durch enge Zeitgrenzen massiv be- oder auch ganz verhindert. Eine Chirurgin in Schwangerschaft darf beispielsweise nicht im OP arbeiten und ist damit auch nicht für eine Weiterbildung qualifiziert, was den weiteren Karriereverlauf massiv behindert. Hier gilt es andere, familien- und schwangerschaftsfreundliche Regelungen zu finden.

6. Förderung von Teilzeitkonzepten in der ambulanten Versorgung

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sind heute weniger Einzelkämpfer, sondern auf Konzepte angewiesen, die berufliche Praxis und familiäre Erfordernisse vereinbar gestaltet. Vergleichbar zu Lösungen, die z.B. Medizinische Versorgungszentren zur Verfügung stellen, wären strukturelle Weichen zu stellen, die alternative Lösungen zur Einzelpraxis möglich machen.

7. Geschlechterquote bei medizinischen Lehrstühlen

Unabhängig von der seit 15 Jahren steigenden Anzahl weiblicher Medizinstudierender, sind die Professuren in der Medizin noch überwiegend männlich besetzt. Entsprechend fallen Entscheidungen bei Studienvorhaben oder die Verteilung von Drittmitteln. Um auch hier eine Geschlechterparität zu gewährleisten scheint eine Geschlechterquote sinnvoll.

8. Geschlechtergerechte Forschungspolitik in der Medizin

Bei künftigen Forschungsvorhaben sollten geschlechtsspezifische Besonderheiten standardmäßig mit berücksichtigt werden – auch vor dem Hintergrund internationaler Veröffentlichungsstandards, die eine Berücksichtigung geschlechterspezifischer Aspekte längst einfordern.

9. Geschlechtersensibilität als Qualitätsmerkmal in Pflegeeinrichtungen.

Im Gegensatz zur eher männlich dominierten Medizin – zumindest in den Gremien – wird die Pflege im wesentlichen von Frauen getragen. Auch und gerade im sensiblen und intimen Bereich der pflegerischen Kranken- und Altenbetreuung sind geschlechtersensible Konzepte ein hohes Qualitätskriterium, das zukünftig auch sichtbar abgebildet werden sollte.

10. Kontinuierliche Berichterstattung der Selbstverwaltungsgremien zu Geschlechtergerechtigkeit und geschlechtersensibler Versorgung.

Über die Entwicklung und die Fortschritte einer geschlechterspezifischen Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems sollten die Gremien der GKV-Selbstverwaltung in regelmäßigen Abständen Bericht erstatten. Mit einer solchen Berichterstattung könnte das Thema dauerhaft und kontinuierlich im gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Bewusstsein verankert werden.

Kontakt:

Dr. Martina Klopfer (Vorsitzende)

Wartburgstr.11

10823 Berlin

Tel. 030/78 71 43 18

Fax: 030/5483 6798

Mail: info@institut-für-gender-gesundheit.de



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

KBV 2020

Versorgung gemeinsam gestalten

**Ein Konzept der KBV und der
Kassenärztlichen Vereinigungen**

Vorbemerkungen	3
I. Zukunft des Sicherstellungsauftrags	4
1. Der Sicherstellungsauftrag heute	4
2. Bekenntnis des KV-Systems zum Sicherstellungsauftrag	4
3. Überwindung berufspolitischer Gegensätze	4
4. Deregulierung der Sicherstellung	4
5. Darstellung erfolgreicher Sicherstellungsmaßnahmen	5
6. Verbesserung der Kooperation mit Kommunen	5
II. KV und Krankenhaus: Aufgabenabgrenzung und Kooperationen	6
1. Bedarfsgerechte Entwicklung stationärer in ambulante Versorgungsstrukturen	6
2. Weiterentwicklung der kooperativen Sicherstellung mit dem Krankenhaus	6
3. Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung	7
4. Option eines gemeinsamen Not- und Bereitschaftsdienstes	7
5. Angleichung der Voraussetzungen bei Einführung von Innovationen	7
6. Verbesserung der Kooperation bei der Weiterbildung	7
7. Qualitätssicherung wieder als ärztliches Thema wahrnehmen	7
III. Attraktivität des Arztberufs / Weiterbildung / angestellte Ärzte / nichtärztliche Gesundheitsberufe	8
1. Berücksichtigung Angestellter im ambulanten Versorgungsbereich	8
2. Förderung und Finanzierung der ambulanten Weiterbildung	8
3. Förderung nichtärztlicher Gesundheitsberufe	8
4. Weiterentwicklung von IT und Telemedizin	8
5. Weiterentwicklung von Delegationsmodellen durch die Vertragsärzteschaft	9
IV Koordination der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen	10
1. Ausgangssituation	10
2. Notwendige Lösungsansätze im vertragsärztlichen Bereich	11
3. Notwendige Lösungsansätze im Bereich der Krankenversicherung	12
4. Notwendige Veränderungen der Finanzierung der Vergütung	12

Vorbemerkungen

Wir haben in Deutschland eine hochwertige und flächendeckende Gesundheitsversorgung, die im internationalen Vergleich eine Spitzenstellung innehat. Dabei stehen wir vor großen Herausforderungen: Auch Dank des medizinischen Fortschritts werden die Menschen im Land älter und leben länger gesund. Allerdings nehmen insbesondere in den letzten Lebensjahren komplexe Krankheitsbilder und chronische Erkrankungen zu. Zugleich verändern sich tradierte Rollen- und Familienbilder, sodass Bedarf und Nachfrage nach medizinischen Leistungen zunehmen werden. Dies alles geschieht vor dem Hintergrund begrenzter finanzieller Ressourcen.

Die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten nehmen diese Herausforderung an und bekennen sich ausdrücklich zum Sicherstellungsauftrag. Dies erfordert eine intensiviertere Kooperation untereinander, mit Krankenhäusern und den Vertretern anderer Heilberufe. Dabei wird der Patient in seiner Autonomie und in seiner Verantwortung gestärkt. Zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung werden neue Konzepte zur Gewinnung des ärztlichen Nachwuchses und zur Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen entwickelt. Die Möglichkeiten moderner Datenübertragung und -vernetzung werden genutzt und ausgebaut.

Die Prinzipien der Selbstverwaltung werden gepflegt und weiterentwickelt. Nur gemeinsam kann das hohe Niveau der medizinischen Versorgung erhalten werden, bei dem ein jeder – unabhängig von Alter, Erkrankung und Einkommen – den Zugang für eine gute Versorgung erhält.

Das Positionspapier „Versorgung gemeinsam gestalten“ ist ein erster Meilenstein im Programm KBV 2020, das die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen entwickelt.

„Versorgung gemeinsam gestalten“ steht für einen tragenden Pfeiler des entstehenden Ideengebäudes einer KBV 2020.

I. Zukunft des Sicherstellungsauftrags

1. Der Sicherstellungsauftrag heute

Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie der Kassenärztlichen Vereinigungen für die ambulante medizinische Versorgung in Deutschland stößt seit geraumer Zeit an seine Grenzen. Denn ideologische Motive, vermeintlich ökonomische Gründe sowie fragwürdige wettbewerbspolitische Erwägungen haben zu erheblichen Einschränkungen seiner Funktionsfähigkeit geführt. Zudem wird seine Erosion vor allem durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz beschleunigt: Bewährte ambulante Versorgungsstrukturen mit selbständig und freiberuflich tätigen Ärzten und Psychotherapeuten werden zurückgedrängt – zugunsten stationärer, auch staatlicher Strukturen.

2. Bekenntnis des KV-Systems zum Sicherstellungsauftrag

Die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten bekennen sich gleichwohl zu dem in Deutschland immer noch bestehenden gesellschaftlichen Konsens für eine solidarische Krankenversicherung. Sie sichert jedem Versicherten den freien und unmittelbaren Zugang zu ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlungen – unabhängig von seinem Wohnort, seinem sozialen Status oder seiner Kassenzugehörigkeit. Um dieses hohe Gut zu erhalten, muss die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung flächendeckend, umfassend und ausreichend ausgestaltet bleiben.

3. Überwindung berufspolitischer Gegensätze

Zur Bündelung aller Kräfte der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten in Deutschland ist es mehr denn je erforderlich, ihre Interessen gegenüber Politik, Gesetzgeber und Krankenkassen möglichst einheitlich und gemeinsam zu formulieren. Es muss alles getan werden, dass sich die Vertragsärzte und -psychotherapeuten nicht mehr durch überzogene Auseinandersetzungen zum scheinbaren Gegensatz „Hausarzt/Facharzt“ oder in Diskussionen um die Frage „Kollektivvertrag oder Selektivvertrag“ auseinanderdividieren lassen. So spricht sich das KV-System eindeutig für ein kooperatives und koordiniertes Miteinander von Kollektiv- und Selektivvertrag aus. Um die Interessen aller Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten gemeinsam und einheitlich durchsetzen zu können, müssen die Berufsverbände zukünftig stärker eingebunden werden. Dies sollte im Sinne eines partnerschaftlichen Zusammenwirkens von Kassenärztlichen Vereinigungen und Berufsverbänden geschehen. So lassen sich die politischen Aktivitäten zur Mitgestaltung des gesundheitspolitischen Willensbildungsprozesses besser bündeln.

4. Deregulierung der Sicherstellung

Das KV-System hat sich den Herausforderungen der flächendeckenden Sicherstellung mit großem Engagement gestellt. Die ambulante Versorgung wurde trotz der demografischen Entwicklung und der rückläufigen ärztlichen Arbeitszeit infolge von immer mehr Anstellungen im Rahmen des Möglichen aufrechterhalten und weiterentwickelt – auch und gerade in strukturschwachen Regionen. Dabei hat sich immer wieder gezeigt, dass es nicht das Rezept gibt. Vielmehr sind Lösungen und Initiativen gefragt, die auf die spezifischen Bedingungen vor Ort zugeschnitten sind. Daher ist eine weitere Deregulierung erforderlich, die den Kassenärztlichen Vereinigungen eine flexiblere Gestaltung erlaubt. Regionale Lösungen sollten aus maximal flexiblen „Baukästen“ entwickelt werden. So kann dem unterschiedlichen Versorgungsbedarf in den Regionen am besten Rechnung getragen werden. Um dabei die Krankenkassen vor Ort stärker einbinden zu können, ist es unerlässlich, kassenartenspezifische Gesamtverträge wieder zu ermöglichen.

5. Darstellung erfolgreicher Sicherstellungsmaßnahmen

Vielfache Äußerungen von Teilen der Politik sowie mancher Krankenkassenverbände zeigen, dass die erfolgreichen Maßnahmen der Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung oftmals unklar oder nicht bekannt sind. Die KBV und die Kassenärztlichen Vereinigungen werden deshalb eine Bestandsaufnahme vornehmen und bereits erfolgreich implementierte Lösungsansätze darstellen. Darüber hinaus sollen Optionen geprüft werden, wie diese Aktivitäten intensiviert werden können – und zwar unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten sowie stärkerer Einbindung nichtärztlicher Gesundheitsberufe. Basis für alle Maßnahmen bildet das geltende Recht.

KBV und KVen werden gegenüber der Öffentlichkeit weiterhin herausstellen, welche Maßnahmen möglich sind und welche nicht. Anforderungen, die an sie herangetragen werden und die außerhalb ihrer Aufgabenzuweisung durch das SGB V liegen, werden zurückgewiesen. Wenn für sinnvoll erscheinende Sicherstellungsmaßnahmen die rechtlichen Voraussetzungen im Einzelfall nicht vorliegen, sollen Politik und Bundesregierung aufgefordert werden, entsprechende gesetzgeberische Anpassungen zu beschließen.

Neue optionale Behandlungsmodelle mit optimierten Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung werden ebenso gefördert wie eine bessere Integration der nichtärztlichen Gesundheitsberufe in die Versorgung. Eine immer wichtigere Form der Kooperation ist die Delegation von ärztlichen Leistungen an nichtärztliches Personal, die die Ärzte entlasten und zu einer besseren Patientenversorgung beitragen kann. Qualitätsstandards für solche Versorgungskonzepte werden durch die KVen gewährleistet. Eine weitere unabdingbare Voraussetzung ist, dass die Koordination, Führung und Verantwortung für diese Strukturen bei den Vertragsärzten liegt.

6. Verbesserung der Kooperation mit Kommunen

Die Sicherstellung der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung vor allem in strukturschwachen Gebieten erfordert eine enge Zusammenarbeit aller Beteiligten vor Ort. Dabei spielen Fragen der Infrastruktur wie Schulen, Arbeitsplätze oder Einkaufsmöglichkeiten ebenso eine Rolle wie der Öffentliche Personen- und Nahverkehr (ÖPNV). Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind bereit und sehr daran interessiert, die Kommunen bei der Planung und Weiterentwicklung ihrer Infrastruktur beratend zu unterstützen mit dem Ziel, der Bevölkerung eine gute ambulante Versorgung anzubieten.

Diese Partnerschaft ist auch wichtig, um neue und innovative Modelle der Sicherstellung einführen zu können. Deshalb müssen regionale Kooperationen mit Politik und Kommunen fortgesetzt und ausgebaut werden. Dies gilt insbesondere für die beratende Unterstützung von Kommunen hinsichtlich der Infrastruktur, der Gestaltung des ÖPNV sowie bei der Inanspruchnahme beziehungsweise Entwicklung geeigneter Maßnahmen der Wirtschaftsförderung. Voraussetzung ist jedoch, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen frühzeitig in eine solche vorausschauende Planung einbezogen werden. Nur so kann sich die jeweilige KV – angesichts langer planerischer Vorlaufzeiten – rechtzeitig auf neue Entwicklungen einstellen.

II. KV und Krankenhaus: Aufgabenabgrenzung und Kooperationen

1. Bedarfsgerechte Entwicklung stationärer in ambulante Versorgungsstrukturen

Immer mehr Behandlungen erfolgen heute ambulant. Rund 580 Millionen Behandlungsfälle zählt der ambulante Sektor pro Jahr, in den Krankenhäusern sind es etwa 20 Millionen. Und trotzdem steigen die Kosten für den stationären Bereich überdurchschnittlich stark. Hinzu kommen Kosten für potenziell vermeidbare Krankenhausfälle in Höhe von etwa 7,2 Milliarden Euro¹. Hinter dieser Zahl stehen Patienten, die eigentlich ambulant behandelt werden müssten.

Allein diese Zahlen zeigen, dass die Versorgungsstrukturen viel stärker am Behandlungsbedarf der Patienten ausgerichtet werden müssen als dies heute der Fall ist. Grundsätzlich sind Verbesserungen im System auch ohne zusätzliche Gelder denkbar. Angesichts der Entwicklung von Morbidität und Demographie werden aber zusätzliche Finanzmittel im Gesundheitssystem unabdingbar sein – auch trotz einer optimalen Nutzung von Wirtschaftlichkeitsreserven.

Hinsichtlich der notwendigen Strukturanpassungen ist eine bundesweite stationäre Bedarfsplanung für Häuser der Grund- und Regelversorgung nötig. Das bedeutet aber auch, dass die Politik den Mut aufbringen muss, wirtschaftlich nicht tragbare Krankenhäuser zu schließen. Einige dieser Krankenhäuser könnten mit einer entsprechenden Förderung – gegebenenfalls mit Mitteln des Krankenhaus-Strukturfonds – in ambulante fachärztliche Einrichtungen umgewandelt werden. Dafür bedarf es schärferer gesetzlicher Vorgaben.

Die KBV und die KVen erklären ausdrücklich ihre Bereitschaft, Länder, Kommunen sowie die sonstigen Krankenhausträger bei der Umwandlung zu unterstützen. Selbständige ärztliche Strukturen und Kooperationen sind Klinik-MVZ-Lösungen vorzuziehen. Denn selbständige Ärzte arbeiten deutlich effizienter und mehr als angestellte. Sie stellen mehr Zeit für die Patientenbetreuung bereit². Damit würde auch dem allgemeinen Ärztemangel besser begegnet werden. Die mit der Leistungsverlagerung aus dem stationären in den vertragsärztlichen Versorgungsbereich freiwerdenden Mittel müssen dementsprechend übertragen werden.

2. Weiterentwicklung der kooperativen Sicherstellung mit dem Krankenhaus

Es sollen weitere Optionen und Modelle einer bedarfsgerechten kooperativen Sicherstellung der KV mit dem Krankenhaus geprüft werden – unbeschadet der jeweiligen Kompetenz für die Sicherstellung im jeweiligen Sektor. Bereits seit Jahren besteht die Möglichkeit, dass Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten, Konsiliar- und Honorarärzte auch stationär tätig sind. So wurden sogar komplette Krankenhausabteilungen, zum Beispiel der Strahlentherapie und Radiologie, oder Labore outgesourct, um die Kostenstrukturen im Krankenhaus zu optimieren. Hier sind weitere Umwandlungen denkbar.

Umgekehrt könnten verstärkt stationäre Strukturen/Einrichtungen wirtschaftlich optimiert für den ambulanten Bereich genutzt werden. Zudem sollte die Möglichkeit, dass im Krankenhaus angestellte Fachärzte/Psychotherapeuten im ambulanten Versorgungsbereich tätig sind, weiter ausgebaut werden. Hierbei ist zur Qualitätssicherung der Facharztstatus (!) anzustreben. Die elektronische Kommunikation zwischen dem ambulanten und dem stationären Versorgungsbereich ist zu fördern und zu intensivieren. Deren Finanzierung ist sicherzustellen. Insbesondere ist die prä- und poststationäre Diagnostik und Therapie, auch unter Einbeziehung des Einweisungs- und Entlassmanagements, zu optimieren. Gleichzeitig sollte für diesen Bereich eine extrabudgetäre Vergütung erfolgen.

¹ Sundmacher L, Schüttig W, Faisst C.; Ein konsentierter deutscher Katalog ambulant-sensitiver Diagnosen (Querschnitt aus dem Zeitraum 2009 bis 2011). Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 15/18. Berlin 2015 DOI: 10.20364/VA-15.18

² Zi-Praxis-Panel - Jahresbericht 2014; https://www.zi-pp.de/pdf/Jahresbericht_2014.pdf

3. Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung

Die sektorenübergreifende Versorgung, also insbesondere das Belegarztwesen, die stationärsersetzende Versorgung und die kooperativen Versorgungsformen sind unter Administration der KVen zu stärken und zu fördern. Es sollte bezüglich der Versorgung an den Schnittstellen nach den Paragraphen 115 – 122 SGB V eine Vereinheitlichung sowie eine Vereinfachung erfolgen und die Transparenz verbessert werden. Hindernisse für Kooperationen, zum Beispiel beim Einsatz von Medikamenten, sind abzubauen.

4. Option eines gemeinsamen Not- und Bereitschaftsdienstes

Die Option der gemeinsamen Sicherstellung des Not- und Bereitschaftsdienstes ist unter dem Gesichtspunkt der Patientenversorgung und der Entlastung aller Ärzte zu prüfen. Dies gilt vor allem angesichts des Ärztemangels in strukturschwachen und unterversorgten Regionen. Hierbei sollte eine bessere Ressourcennutzung berücksichtigt werden. Die Vergütung aller Leistungen im Bereich des Not- und Bereitschaftsdienstes muss extrabudgetär erfolgen.

Sogenannte Portalpraxen können bewirken, dass Patienten nach kooperativer Prüfung in zutreffender Weise dem ambulanten oder dem stationären Versorgungsbereich zugewiesen werden. Mit der derzeitigen Ausgestaltung der „Portalpraxen“ im Krankenhausstrukturgesetz wird lediglich das Ziel erreicht, den Not- und Bereitschaftsdienst in der sprechstundenfreien Zeit gemeinsam mit der KV nach dem konkreten Behandlungsbedarf des akut behandlungsbedürftigen Patienten im richtigen Versorgungsbereich zu organisieren. Optionen eines funktionierenden sachgerechten weitergehenden Modells sind zu entwickeln.

5. Angleichung der Voraussetzungen bei Einführung von Innovationen

Die für den stationären und ambulanten Bereich unterschiedlichen Voraussetzungen zur Einführung von Innovationen sollten vereinheitlicht werden, um die bisherige Benachteiligung des ambulanten Versorgungsbereichs abzubauen.

6. Verbesserung der Kooperation bei der Weiterbildung

Die Zusammenarbeit der KV mit dem Krankenhaus in Fragen der Weiterbildung und deren Finanzierung durch die Kostenträger ist zu vertiefen, gerade auch zur Sicherstellung der Verbundweiterbildung. Bei zunehmender Bedeutung der Weiterbildung in nahezu allen Fachgruppen im ambulanten Bereich (beispielsweise Strahlentherapien praktisch bundesweit nur noch ambulant und ohne stationären Anteil) ist die Forderung der Finanzierung durch die Kostenträger nur die logische Konsequenz.

7. Qualitätssicherung wieder als ärztliches Thema wahrnehmen

Die ärztliche und psychotherapeutische Autonomie in Fragen der Qualifikation und Qualität muss für alle Versorgungsbereiche wiederhergestellt werden. In diesem Zusammenhang soll eine Konzeption zu diesem Thema entwickelt werden. Die zunehmende Verlagerung der Definition und Überprüfung von ärztlicher und psychotherapeutischer Qualifikation und Qualität auf den Gemeinsamen Bundesausschuss ist grundsätzlich in Frage zu stellen.

III. Attraktivität des Arztberufs / Weiterbildung / angestellte Ärzte / nichtärztliche Gesundheitsberufe

1. Berücksichtigung Angestellter im ambulanten Versorgungsbereich

Die Vorstellungen über den Zuschnitt der ärztlichen Berufsausübung ändern sich im Hinblick auf „Familienfreundlichkeit“ und „work-life-balance“ vor allem bei jüngeren Ärzten und Psychotherapeuten. Dies zeigt die jährlich zunehmende Anzahl von Kollegen, die zwar in angestellter Funktion tätig sind, gleichwohl aber den ambulanten Versorgungsbereich als attraktives Betätigungsfeld empfinden. Um deren berechnigte Interessen angemessen zu berücksichtigen, sind Anpassungen an die Strukturen in Praxis und MVZ zu prüfen; dies gegebenenfalls unter dem Gesichtspunkt, eine Angebotsstruktur für etwa aus dem Krankenhaus „übergangsbereite“ angestellte Fachärzte in den ambulanten Versorgungsbereich zu ermöglichen – sei es für eine dauerhafte oder auch nur für eine temporäre Tätigkeit, zum Beispiel zu Zwecken der Sicherstellung. Dies bedingt zudem die Prüfung, wie der Angestelltenstatus stärker in den Strukturen der vertragsärztlichen Selbstverwaltung abgebildet werden kann. Hierzu gehört auch die Entwicklung eines eigenen Tarifmodells für angestellte Ärzte im ambulanten Versorgungsbereich.

2. Förderung und Finanzierung der ambulanten Weiterbildung

Bei der Nachwuchsgewinnung – insbesondere bei Hausärzten sowie bei fachärztlichen Grundversorgern – hat der Gesetzgeber einen wichtigen Schritt mit der verstärkten Förderung der ambulanten Weiterbildung gemacht. Dauerhaftes Ziel ist die vollständige Finanzierung durch die Kostenträger. Die Höhe der Finanzierung soll einen wesentlichen Anteil des gemäß des Paragraphen 75a Abs. 1 SGB V ausgehandelten Gehaltes ausmachen.

Diese Maßnahmen sind unbedingt nötig, um die notwendige Anzahl von Vertragsärzten für die flächendeckende ambulante Versorgung auch in Zukunft gewinnen zu können. Zudem sollte in der universitären Ausbildung ein neues Fach „Praxisführung“ geschaffen werden. Gleichzeitig sollte auf die Freiheiten in der Niederlassung im Vergleich zur angestellten Tätigkeit, gegebenenfalls auch in Verbindung mit den Einkommensmöglichkeiten, hingewiesen werden.

3. Förderung nichtärztlicher Gesundheitsberufe

Die Vertragsärzte und -psychotherapeuten sind mehr denn je auf die gute Kooperation mit den nichtärztlichen Gesundheitsberufen und auf deren Unterstützung angewiesen. Denn nur mit ihnen werden sie in der Lage sein, auch zukünftig und nicht nur in strukturschwachen Regionen eine flächendeckende Versorgung anbieten zu können. Perspektiven einer optimierten Kooperation unter Förderung der Kompetenz der nichtärztlichen Gesundheitsberufe sollen daher geprüft werden – auch unter dem Gesichtspunkt, dass Ärzte sich in arztzentrierten Versorgungsstrukturen stärker um ihre Kernkompetenzen kümmern können. Dies betrifft auch die Prüfung und Erörterung der Optionen eines strukturierten disziplinübergreifenden Verordnungsmanagements.

4. Weiterentwicklung von IT und Telemedizin

Der Stellenwert der IT sollte einen größeren Raum in der Diskussion um die Versorgung und die Nachwuchsgewinnung einnehmen. So ist die Telemedizin – sinnvoll eingesetzt – ein wichtiges Instrument zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung. Sie kann darüber hinaus die Teamarbeit und den innerärztlichen Austausch fördern. Dies beinhaltet auch eine partnerschaftliche Kooperation mit in der Praxis angestellten Fachkräften nichtärztlicher Gesundheitsberufe.

5. Weiterentwicklung von Delegationsmodellen durch die Vertragsärzteschaft

KBV und KVen werden weitere Optionen zur Förderung und Entwicklung von Delegationsmodellen erarbeiten. Schwerpunktmäßig geht es hierbei um die Weiterentwicklung delegationsfähiger Leistungen – auch in Verbindung mit der Pflege. Ferner soll die Teamarbeit und Vernetzung ausgebaut sowie der Einsatz der Telemedizin stärker gefördert werden. KBV und KVen können dabei auf die guten Erfahrungen aufbauen, die sie bei den bisherigen Modellen der Delegation für eine bürokratiearme und patientenfreundliche Zusammenarbeit sammeln konnten. Die Einbeziehung von Praxismitarbeitern in die Behandlung erfolgt dabei ohne Schnittstellenprobleme; die Patienten werden nahtlos versorgt. Von größter Bedeutung wird sein, dass solche Konzepte ausschließlich im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung entwickelt und betrieben werden.

IV. Koordination der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

1. Ausgangssituation

Die Versichertenstruktur in den Vertragsarztpraxen wird sich aufgrund des demografischen Wandels in den kommenden Jahren erheblich verändern. Die Zahl der älteren, häufig auch multimorbiden Patienten nimmt deutlich zu. Nach den Prognosen des Statistischen Bundesamtes wird im Jahr 2035 mehr als jeder dritte Einwohner 70 Jahre und älter sein. Die Zahl der Menschen in dieser Altersgruppe wächst von heute 13 Millionen auf dann 17,5 Millionen an (Abb. 1). Damit erhöht sich der Behandlungsbedarf, denn mit zunehmendem Alter steigt die Anzahl relevanter Erkrankungen erheblich (Abb. 2). Es werden also in den nächsten Jahren wesentlich mehr Patienten mit komplexen Gesundheitsproblemen zu behandeln sein als heute schon, und die Therapien müssen stärker aufeinander abgestimmt sein.

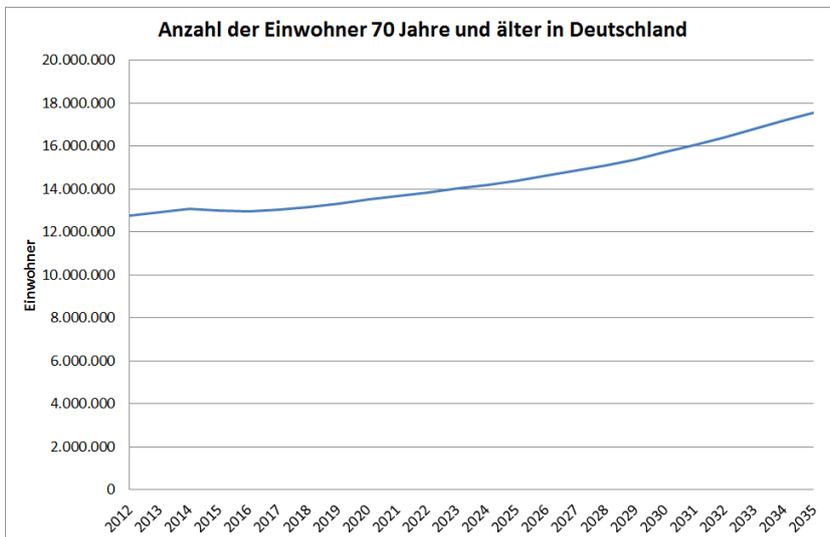


Abb. 1: Quelle BBSR: Raumordnungsprognose 2035 nach dem Zensus, Bevölkerung nach Geschlecht in den Altersgruppen

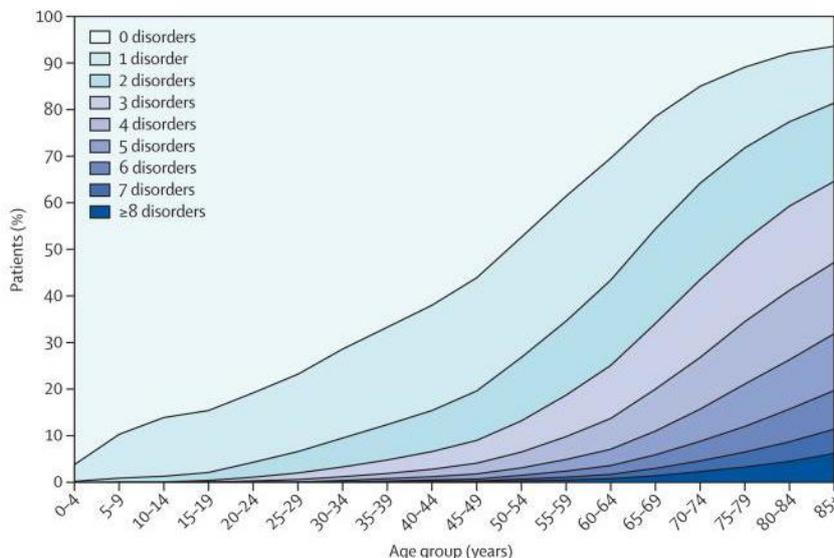


Abb. 2: Korrelation der Anzahl der Erkrankungen mit dem zunehmenden Lebensalter
Quelle: Barnett K et al. Lancet 2012 (Auswertung: 1.751.841 Personen aus 314 Arztpraxen in Schottland 2007)

Einen zunehmenden Einfluss auf die medizinische Versorgung hat auch das wachsende Interesse der Bevölkerung an Gesundheitsthemen. Dazu trägt nicht zuletzt das Internet bei, das per Knopfdruck eine Fülle von Informationen zu allen Fragen der Prävention, Diagnostik und Therapie von Krankheiten liefert. Es ist zu erwarten, dass sich durch das wachsende Informationsangebot die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen spürbar verändern wird. Daraus können folgende Effekte entstehen:

- Das Selbstmanagement von Krankheiten wird deutlicher ausgeprägt sein.
- Die unkoordinierte Inanspruchnahme von Leistungen mit der Folge einer Über- oder Fehlversorgung nimmt zu.
- Die Eigenverantwortung der Patienten steigt.

2. Notwendige Lösungsansätze im vertragsärztlichen Bereich

2.1. Um bei begrenzten finanziellen Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung eine ausreichende und wirtschaftliche medizinische Versorgung weiterhin sicherstellen zu können, muss die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen stärker koordiniert werden. Dabei darf es nicht zu einer Verschiebung der Finanzmittel zwischen den Versorgungsbereichen kommen.

2.2. Die Patienten werden über den Umgang insbesondere mit chronischen Erkrankungen künftig noch umfangreicher informiert. Hierzu sind Patientenschulungen und andere geeignete, gegebenenfalls zertifizierte Informationsmedien auszubauen. Darüber hinaus ist es notwendig, die Kompetenz der Bevölkerung in Fragen der Gesunderhaltung und im Umgang mit Krankheiten insgesamt zu erhöhen. Gesundheitsprobleme, die ein Patient selbst lösen kann, bedürfen keiner ärztlichen Intervention.

Die KBV wird hierfür ein zentrales Patienteninformationsportal zu häufigen Krankheiten aller Fachgebiete, vor allem zu den typischen Volkskrankheiten, einrichten. Patienten können sich auf der Internetseite über Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie – auf Basis einer evidenzbasierten Medizin – informieren. Dabei sollen auch die Grenzen der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung aufgezeigt werden. Sämtliche Informationen werden leicht verständlich und multimedial aufbereitet.

Zur Steuerung der notwendigen Arztkontakte ist ferner vorgesehen, die technischen Möglichkeiten eines durch den Arzt betriebenen Telemonitorings auszubauen.

2.3. Die Koordination der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen soll in zwei Tarifen (s. 3.1 und 3.2, Seite 12) der Hausarzt übernehmen, vor allem bei Patienten mit mehreren Erkrankungen. Der Hausarzt ist in diesem Fall der erste Ansprechpartner. Er übernimmt die Versorgung oder überweist den Patienten bei Bedarf an einen Facharzt. Die Überweisung kann insbesondere beim Vorliegen nur einer chronischen Erkrankung von vornherein für einen Zeitraum von bis zu vier Quartalen ausgestellt werden. Das Krankheitsmanagement in Bezug auf die Zuweisungsdiagnose erfolgt während dieser Zeit durch den Facharzt. Die direkte Inanspruchnahme von Augenärzten, Gynäkologen und Psychotherapeuten bleibt hiervon unberührt, der koordinierende Arzt ist in Kenntnis zu setzen. Auch für Präventionsleistungen können Patienten einen Arzt direkt aufsuchen. Der notwendige gegenseitige Informationsfluss ist zu gewährleisten.

Zur Optimierung der Bereitstellung von akuten Terminen in der adäquaten Versorgungsebene müssen entsprechende Steuerungs- und Finanzierungssysteme etabliert werden.

2.4. Die Inanspruchnahme besonders kostenintensiver Leistungen soll durch eine qualifikationsabhängige Zugangssteuerung verbessert werden.

2.5. Zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Informationsdefiziten wird die interkollegiale und intersektorale Kommunikation verstärkt. Hierzu müssen die Möglichkeiten des elektronischen Informationsaustausches, beispielsweise des elektronischen Arztbriefes oder der elektronischen Patientenakte, verbessert werden.

2.6. Die Delegation bestimmter Leistungen an nichtärztliche Fachkräfte innerhalb der Praxisstruktur wird intensiviert mit dem Ziel, den Einsatz ärztlicher Leistungen zu optimieren. Hierbei sollen bei Bedarf und nach Möglichkeit auch komplexe Aufgaben an entsprechend qualifiziertes Personal delegiert werden. Diese Aufgaben müssen fachgruppenspezifisch definiert werden. Das Angebot an entsprechenden standardisierten Qualifikationsmöglichkeiten durch Kassenärztliche Vereinigungen, gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit den Ärztekammern, ist zu erweitern.

3. Notwendige Lösungsansätze im Bereich der Krankenversicherung

Um das Aufsuchen der Patienten von Ärzten besser zu koordinieren, sollten die gesetzlichen Krankenkassen künftig mindestens folgende drei Tarifmodelle anbieten:

3.1. Tarif A – hausärztliche Patientenkoordination mit Einschreibung

Dieser Tarif entspricht in der Höhe dem aktuellen Beitrag der gesetzlichen Krankenversicherung. Versicherte, die sich dafür entscheiden, schreiben sich bei einem Hausarzt ihrer Wahl ein und verpflichten sich, diesen immer als ersten in Anspruch zu nehmen – außer im Notfall. Die direkte Inanspruchnahme von Augenärzten, Gynäkologen und Psychotherapeuten bleibt hiervon unberührt. Ebenso ist die direkte Inanspruchnahme im Rahmen von Präventionsleistungen möglich.

3.2 Tarif B – hausärztliche Patientenkoordination ohne Einschreibung

Der Beitrag im Tarif B entspricht dem Beitrag im Tarif A. Auch bei diesem Tarif suchen die Patienten immer zuerst den Hausarzt ihrer Wahl auf. Der einzige Unterschied zu Tarif A besteht darin, dass sie sich bei dem Hausarzt nicht einschreiben.

In den Tarifen A und B können die koordinierenden Hausärzte insbesondere bei Vorliegen nur einer chronischen Erkrankung eine Überweisung von vornherein für einen Zeitraum von bis zu vier Quartalen an den Facharzt ausstellen. Das Krankheitsmanagement erfolgt während dieser Zeit durch den Facharzt in Bezug auf die Zuweisungsdiagnose.

3.3 Tarif C – freier Zugang zu allen Vertragsärzten und -psychotherapeuten

Der Tarif C liegt über den Tarifen A und B. In diesem Tarif ist der freie Zugang zu allen Vertragsärzten möglich.

Versicherte wählen einen dieser Tarife jeweils für ein Jahr. Die Wahl kann danach bei Bedarf auch widerrufen werden.

Darüber hinaus bedarf es einer Koordination des Inanspruchnahme-Verhaltens von Versicherten im Rahmen von Leistungen im Bereitschaftsdienst oder von ambulanten Leistungen in Krankenhäusern zu Zeiten außerhalb des organisierten Bereitschaftsdienstes von Vertragsärzten. Die Krankenkassen erheben dazu eine gegebenenfalls differenzierte Zuzahlung.

4. Notwendige Veränderungen der Finanzierung der Vergütung

Die budgetierte morbiditätsorientierte Gesamtvergütung muss in einem koordinierten Versorgungssystem durch neue Vergütungsformen ersetzt werden.

Im Rahmen einer Inanspruchnahme des fachärztlichen Bereiches durch vom Hausarzt koordinierte Versicherte (Tarife A und B) müssen die erforderlichen Leistungen unbudgetiert und somit ohne Mengenbegrenzung zu festen Preisen vergütet werden.

Eine gegebenenfalls notwendige Fallzahlzunahme im hausärztlichen Bereich darf nicht zu einer Abstufung der Vergütung führen.

Zur Mengensteuerung wird ein neues Vergütungssystem eingeführt. Danach erfolgt eine Pauschalierung von Leistungen dort, wo eine Mengendynamik medizinisch nicht indiziert ist. Eine Einzelleistungsvergütung hingegen wird dort fachgruppenspezifisch gefördert, wo eine Mengendynamik medizinisch indiziert erfolgen soll.



STRUKTURWANDEL GEMEINSAM BEWÄLTIGEN

VORSCHLÄGE DER KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG FÜR
EINE MODERNE GESUNDHEITSVERSORGUNG IN DEUTSCHLAND –
ACHT-PUNKTE-PROGRAMM AUF BASIS DES KONZEPTS
„KBV 2020 – VERSORGUNG GEMEINSAM GESTALTEN“

VORBEMERKUNG

Die Auswirkungen des demografischen Wandels sind bereits jetzt deutlich spürbar. Immer weniger berufstätige Menschen stehen einer wachsenden Zahl immer älter werdender Bürger gegenüber. Diese Situation wird sich verschärfen, wenn die sogenannten Baby-Boomer in etwa 15 Jahren in Rente gehen, die derzeit den größten Teil der Arbeitnehmer stellen. So wird nach einer Prognose des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2035 mehr als jeder dritte Einwohner 70 Jahre und älter sein. Auch vor den Angehörigen der Gesundheitsberufe macht diese Entwicklung nicht Halt. Folglich wird sich der Mangel an Ärzten, Psychotherapeuten sowie nichtärztlichen Fach- und Pflegekräften verstärken. Hinzu kommt der Trend zum Leben in der Stadt mit der Folge, dass auf dem Land die Bevölkerung ausgedünnt und die Infrastruktur zurückgebaut wird, was wiederum die Abwanderung forciert. Auch die sozialen und familiären Strukturen im Zusammenleben der Menschen ändern sich; so nimmt der Anteil der Single-Haushalte und der Alleinerziehenden zu.

Diese Entwicklungen haben zum Teil erhebliche Auswirkungen auf die medizinische Versorgung der Bürger im Land. Deutschland verfügt über eine auch im internationalen Vergleich hochwertige flächendeckende Gesundheitsversorgung. Um diese zu erhalten, muss es gelingen, den demografischen Wandel mit einem Strukturwandel in der medizinischen Versorgung zu begleiten.

Dazu gehört, dass die ambulanten und stationären Strukturen dem sich ändernden Bedarf an medizinischer Versorgung angepasst werden, die ambulante Notfallversorgung weiterentwickelt und die Bedarfsplanung überprüft wird. Die Budgetierung der vertragsärztlichen Vergütung muss beendet werden, um dem wachsenden ambulanten Behandlungsbedarf angemessen Rechnung zu tragen. Dies erfordert gleichzeitig eine bessere Koordinierung der Patienten bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Zudem muss die Attraktivität aller Gesundheitsberufe erhöht und weiterentwickelt sowie das Zusammenwirken von Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten mit den nichtärztlichen Gesundheitsberufen optimiert werden.

Die Grundvoraussetzung für einen erfolgreichen Strukturwandel ist, dass die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung weiterhin nach den Prinzipien der freiberuflichen Berufsausübung erfolgt – und zwar auf der Basis einer funktionierenden Selbstverwaltung, vornehmlich in inhabergeführten Praxisstrukturen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten.

ACHT-PUNKTE-PROGRAMM FÜR EINE MODERNE GESUNDHEITS- VERSORGUNG IN DEUTSCHLAND

VORSCHLÄGE DER KBV:

1. Angesichts der Zunahme ambulanter Behandlungen und gleichzeitig bestehender Überkapazitäten im Krankenhausbereich müssen die ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen bedarfsgerecht angepasst werden. Insbesondere die Vernetzung von ambulanten und stationären Versorgungsbereichen durch eine Weiterentwicklung des Belegarztwesens, in dem auch hausärztliche Kompetenz eingebunden werden muss, kann den Strukturwandel im Sinne der Ambulantisierung vorantreiben.

Immer mehr Erkrankungen werden heute fast ausschließlich ambulant behandelt. Davon profitieren vor allem die Patienten, die nach einer aktuellen Umfrage der Forschungsgruppe Wahlen selbst bei schweren Erkrankungen möglichst nicht im Krankenhaus, sondern zu Hause behandelt werden wollen. Trotzdem werden immer noch zu viele Patienten stationär aufgenommen, obwohl eine ambulante Behandlung möglich wäre.

Folgende Zahlen verdeutlichen dies: Rund 595 Millionen Behandlungsfälle zählt der ambulante Bereich pro Jahr. Allein die Arzt-Patienten-Kontakte belaufen sich auf fast das Doppelte. Etwa 20 Millionen Fälle werden im Krankenhaus behandelt, wobei fast jeder fünfte davon vermeidbar wäre, da die Erkrankung der Patienten auch ambulant behandelt werden könnte. Diese rund 3,7 Millionen vermeidbaren Krankenhausfällen verursachen Kosten von rund 7,2 Milliarden Euro jährlich. Angesichts dieser Kosten und der überdurchschnittlich stark steigenden Ausgaben im stationären Bereich wird deutlich, dass die Grenze der Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung erreicht ist.

Dies bedeutet, dass das breite medizinische Leistungsangebot, das Patienten hierzulande zur Verfügung steht, zielgerichteter und passgenauer eingesetzt werden muss. Dabei steht vor allem die Zuordnung der Patienten in die richtige Versorgungsebene im Vordergrund.

Zweifellos können immer mehr Patienten ambulant behandelt werden. Die ambulante Versorgung ist die kostengünstigere und patientengerechtere Variante. Die KBV spricht sich daher dafür aus, im konstruktiven Miteinander mit Krankenhausträgern, kommunalpolitischen Entscheidungsträgern sowie mit den regional zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) die Strukturen dahingehend anzupassen, dass die Versorgung stärker am Behandlungsbedarf der Patienten ausgerichtet ist – einschließlich der Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen und der durch Leistungsverlagerungen entstehenden Vergütungsflüsse.

Gleichzeitig muss die kooperative Sicherstellung mit den Krankenhäusern, auch sektorenübergreifend, weiterentwickelt werden. Das Belegarztssystem ist ein bewährtes und gut funktionierendes Modell einer sektorenübergreifenden Versorgung. Es ist weiterzuentwickeln, auch unter Einbeziehung von Hausärzten und Psychotherapeuten. In diesem Zusammenhang sind andere intersektorale Strukturen wie Praxiskliniken einzubeziehen. Durch eine solche Vernetzung kann eine wohnortnahe Versorgung für die Versicherten auf qualitativ hohem Niveau gewährleistet werden, ohne dass bestehende stationäre Strukturen vollständig zerschlagen werden.

2. Dem gesetzlich verankerte Prinzip „ambulant vor stationär“ muss durch eine kooperative Weiterentwicklung des ambulanten Not- und Bereitschaftsdienstes mit allen Beteiligten Geltung verschafft werden. Ziel ist eine bedarfsgerechte Behandlung der Patienten sowie die Vermeidung unnötiger und zudem teurerer Krankenhausbehandlungen.

Die KBV und die KVen bekennen sich eindeutig zum Sicherstellungsauftrag für die ambulante Notfallversorgung. Der ärztliche Bereitschaftsdienst einschließlich der Hausbesuche muss dazu in enger Verzahnung mit der haus- und fachärztlichen Regelversorgung weiterentwickelt werden. Die KBV und die KVen haben sich auf die Umsetzung der folgenden Eckpunkte in Kooperation mit allen am Not- und Bereitschaftsdienst Beteiligten verständigt und fordern hierfür die Unterstützung der Politik:

- › Qualifizierte Ersteinschätzung per Telefon rund um die Uhr, gegebenenfalls in Kooperation mit den Rettungsleitstellen mit Zuweisung an die adäquate Versorgungsebene.
- › Mehr Patienteninformationen – auch online oder per App –, unter anderem zur Selbsteinschätzung, zur Arztsuche, zu Praxisöffnungszeiten und zu Standorten von Anlaufpraxen.
- › Bereitschaftspraxen als Portal zur Notfallversorgung an Krankenhäusern in Abhängigkeit des regionalen Bedarfs bis hin zum Betrieb gemeinsamer sektorenübergreifender Ambulanzen.
- › KVen müssen die Möglichkeit erhalten, Bereitschaftspraxen auch als Eigeneinrichtungen und während der Praxisöffnungszeiten zu betreiben.
- › Bei regionalem Bedarf sollte eine Einbindung gebietsärztlicher Kompetenzen in die Bereitschaftspraxen erfolgen.
- › Eine bessere Auslastung und Reduktion von Doppelstrukturen durch Konzentration der Notfallversorgung ist aus Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgründen zwingend notwendig.
- › Eine angemessene Vergütung der ambulanten Notfallversorgung durch extrabudgetäre Vergütung der Leistungen sowie eine Finanzierung der notwendigen Strukturen ist erforderlich.

3. Die Bedarfsplanung muss von einer reinen Zulassungsplanung zu einer echten Bedarfsplanung weiterentwickelt werden. Die Festlegung des Bedarfs darf sich nicht ausschließlich an der Demografie der Bevölkerung orientieren, sondern ist um indikationsbezogene Parameter und regionale Strukturparameter zu ergänzen. Zusätzliche Arzt- und Psychotherapeutenstellen müssen gegenfinanziert werden.

Die bisherigen gesetzlichen Vorgaben für die Bedarfsplanung reichen – trotz der mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (Inkrafttreten 1. Januar 2012) angestoßenen Reform – immer noch nicht aus, um dem regionalen Versorgungsbedarf ausreichend Rechnung zu tragen. Auch liegt das Arztlisikarisiko weiterhin bei den KVen; denn jede neue Arztstelle wird aus der gedeckelten Gesamtvergütung finanziert.

Es besteht dringend Handlungsbedarf. Die Verhältniszahlen, die für die Bedarfsplanung maßgeblich sind – nämlich wie viele Ärzte welcher Fachrichtung werden bei einer Einwohnerzahl X benötigt –, müssen aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts, des demografischen Wandels und der Ambulantisierung der Medizin angepasst werden. Erforderliche Stellenzuwächse müssen mit neuem Geld finanziert werden und dürfen nicht länger aus der begrenzten Gesamtvergütung bezahlt werden.

Der Bedarf an ambulanten Versorgungskapazitäten in Städten muss ebenfalls neu bewertet werden. Die geringen Aufkaufraten von Praxen zeigen, dass die abzugebenden Praxen auch in Regionen mit hohen Versorgungsgraden (> 140 Prozent) in der Regel weiter benötigt werden.

Aus diesem Grund sollte ein Soll-/Ist-Abgleich der bisherigen Verhältniszahlen durchgeführt werden: Die heutige Versorgungsdichte ist dabei als Ausgangspunkt der Weiterentwicklung zu definieren. Die schrittweise Ergänzung der bisher ausschließlich demografisch orientierten Verhältniszahlen durch indikationsbezogene Parameter und regionale Strukturparameter, die neben den ambulanten Versorgungsstrukturen auch stationäre Versorgungsangebote berücksichtigen, sind mögliche Ansatzpunkte für eine evolutionäre Weiterentwicklung der bisherigen Zulassungsplanung hin zu einer echten Bedarfsplanung.

Besondere indikationsbezogene Steigerungsraten müssen ebenfalls berücksichtigt werden, zum Beispiel eine Zunahme an psychischen Erkrankungen bei der Anpassung des psychotherapeutischen Therapieangebotes.

4. Die Budgetierung der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistung muss beendet werden. Um dem steigenden ambulanten Behandlungsbedarf zu begegnen, ist eine bedarfsgerechte Koordination der Inanspruchnahme ärztlicher Leistung erforderlich. Der EBM ist entsprechend anzupassen.

Die Entwicklung von Demografie, Morbidität und medizinisch-technischem Fortschritt wird zunehmend dazu führen, dass sich die Behandlung der Patienten noch stärker als bisher in den ambulanten Versorgungsbereich verlagert. Schon jetzt versorgen die rund 165.000 niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten jährlich etwa 595 Millionen Behandlungsfälle – Tendenz steigend.

Dieser Entwicklung steht die weitgehende Budgetierung der Vergütungen diametral entgegen. Denn eine an sich erstrebenswerte preiswertere und patientengerechtere ambulante Behandlung wird durch das Fehlen fester Preise (Quotierung) konterkariert. Für die Niedergelassenen ist dieser Zustand nicht nur unzumutbar. Er stellt auch ein massives Hindernis für die Niederlassungswilligkeit des dringend benötigten ärztlichen Nachwuchses, insbesondere für angehende Hausärzte und Fachärzte der wohnortnahen Patientenversorgung, dar. Die Budgetierung der vertragsärztlichen Vergütung muss daher dringend beendet werden.

Um Befürchtungen entgegenzuwirken, die Abschaffung der Budgetierung könnte zu einer an der wirtschaftlichen Gesamtentwicklung des Landes vorbeigehenden Mengen- und Kostenentwicklung führen, wird vorgeschlagen, die Honorierung zu festen und angemessenen Preisen an eine neue Systematik der ärztlichen Vergütung zu koppeln. Dazu wird der EBM neu ausgestaltet: Durch Vorgaben in §§ 87 ff. SGB V werden Pauschalen vorgesehen, wo Leistungen das Maß des Ausreichenden, Zweckmäßigen, Wirtschaftlichen und Notwendigen überschreiten können. Einzelleistungen werden dort eingeführt, wo Mengendynamik gewünscht ist. Honorarverwerfungen zwischen den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichen müssen dabei vermieden werden.

Darüber hinaus ist es dringend erforderlich, die koordinierte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zu stärken. Das Ziel muss sein, dass Patienten die Behandlung erhalten, die sie je nach Art und Schwere ihrer Erkrankung benötigen – in der hausärztlichen, in der fachärztlichen oder eben in der stationären Versorgungsebene. Um dies sicherzustellen und einer unnötigen Inanspruchnahme von Leistungen entgegenzuwirken, muss die Versorgung besser koordiniert werden; auch mit Unterstützung geeigneter digitaler Instrumente, zum Beispiel einem Internetportal für Patienten mit den hierfür relevanten Informationen.

Dies bezieht sich zum einen auf den Zugang zur medizinischen Versorgung, der in Deutschland für jeden Bürger jederzeit und ungesteuert möglich ist. Zum anderen ist eine stärkere Koordinierung der Patienten an der ambulanten-stationären Schnittstelle erforderlich, um unnötige und zudem teurere Behandlungen im Krankenhaus zu vermeiden. Denn, wenn von insgesamt etwa 20 Millionen stationären Fällen allein rund 3,7 Millionen ambulant behandelt werden könnten, besteht dringender Handlungsbedarf für eine effiziente Koordinierung.

Für eine solche Koordinierung sollen die Krankenkassen zukünftig ein Tarifsystem anbieten, in welchem die Koordinierung – mit oder ohne Einschreibung – über den Hausarzt erfolgt. Dieser kann, insbesondere bei mehreren chronischen Erkrankungen, die Koordinierung bis zu vier Quartalen auf den Facharzt übertragen, der in dieser Zeit das Krankheitsmanagement im Hinblick auf die Zuweisungsdiagnose durchführt. Augenärzte, Gynäkologen und Psychotherapeuten können nach wie vor direkt aufgesucht werden. Eine direkte Inanspruchnahme ist auch bei Präventionsleistungen weiterhin möglich. In diesem Tarifsystem besteht zudem die Wahloption für den freien Zugang zu allen Vertragsärzten, der mit einem gegebenenfalls differenzierten Zusatzbeitrag für die Versicherten unterlegt ist.

5. Die Digitalisierung im Gesundheitswesen muss auf wirkliche Innovationen ausgerichtet sein und den Kriterien sicher, aufwandsneutral und nutzbringend entsprechen sowie Interoperabilität gewährleisten. Hierfür wird die KBV innovative, der Versorgung dienende Lösung vorschlagen.

Die KBV unterstützt ausdrücklich eine für Patienten, Ärzte und Psychotherapeuten sinnvolle Digitalisierung der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Entscheidend ist, dass das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient durch Maßnahmen der Digitalisierung nicht gestört oder eingeschränkt wird. Digitale Innovationen müssen innerhalb des Solidarsystems nützlich und anwenderfreundlich sein:

- › sicher (Datenschutz und Datensicherheit),
- › aufwandsneutral (bzgl. Zeit und Kosten),
- › nutzbringend (Verringerung der Bürokratie in der Praxis und/oder Verbesserung der Versorgung).

Voraussetzung für eine flächendeckende Verbreitung und Akzeptanz von digitalen Anwendungen ist, dass Aufwendungen für die Einführung und den Betrieb angemessen verteilt und kompensiert werden. Personalisierte, indikationsbezogen koordinierte digitale Versorgungspläne sollten als Grundlage für eine angemessene, sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung gefördert werden.

Das Sichere Netz der KVen (SNK) muss dabei als Bestandsnetz im Rahmen der Telematikinfrastruktur erhalten und gefördert werden. Insgesamt sollte die digitale Kommunikation in der Gesundheitsversorgung standardisiert und reguliert erfolgen, um die Interoperabilität sicher verbessern zu können. Das derzeit bestehende Marktversagen im Bereich der Praxis- und Krankenhaussoftwarehersteller muss zügig beendet werden. Hierfür kann eine explizite Erlaubnis des Aufbaus von kostenadäquaten, digitalen Versorgungsangeboten zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung gemäß der gesetzlichen und regulativen Vorgaben für KVen und KBV einen relevanten Beitrag leisten.

6. Die Maßnahmen zur Nachwuchsgewinnung von Ärzten für die ambulante Tätigkeit müssen erweitert, das Medizinstudium stärker an der Patientenversorgung ausgerichtet und die Förderung der ambulanten Weiterbildung ausgebaut werden.

Bei der Nachwuchsgewinnung von Haus- und Fachärzten sind die Möglichkeiten bei Weitem nicht ausgeschöpft. So ist zwar die jüngste Einigung von Bund und Ländern auf einen „Masterplan Medizinstudium 2020“ im Wesentlichen zu begrüßen. Dessen Umsetzung muss jedoch zügig finanziell ausreichend unterlegt werden, um die darin formulierten Ziele erreichen zu können. Diese weisen in die richtige Richtung. Neben der verstärkten Förderung der Bereitschaft der Medizinstudierenden für eine ärztliche Tätigkeit auf dem Lande wird insbesondere begrüßt, dass die Hochschulen in ihren Auswahlverfahren neben der Abiturnote mindestens zwei weitere Kriterien anwenden sollen. Hierzu sollen etwa soziale und kommunikative Fähigkeiten, Leistungsbereitschaft der Studienbewerber oder eine Ausbildung oder Tätigkeit in medizinischen Berufen gehören. Positiv ist ferner, dass im Studium besonderes Augenmerk auf das Arzt-Patienten-

Gespräch gelegt werden soll und die Studierenden häufiger mit alltäglichen Erkrankungen in der ambulanten und stationären Praxis in Berührung kommen sollen.

Auch mit der verstärkten Förderung der ambulanten Weiterbildung hat der Gesetzgeber im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes einen wichtigen Schritt zur Nachwuchsförderung geleistet. Dieser Weg muss konsequent weiterbeschritten werden. So reichen die Finanzierung von lediglich 1.000 fachärztlichen Weiterbildungsstellen sowie die stärkere Förderung der allgemeinmedizinischen Stellen keinesfalls aus. Tatsächlich liegt der Bedarf erheblich höher.

Zudem müssen die Stellen komplett durch die Kostenträger finanziert werden und zwar in der Höhe, dass Ärzte in ambulanter Weiterbildung das gleiche Gehalt erhalten wie Ärzte in der Klinik. Möglich wäre auch eine Finanzierung mit Steuermitteln, da es sich bei der Facharztausbildung um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt. Eine Mitfinanzierung der Stelle durch den weiterbildenden Arzt in der Praxis – wie jetzt der Fall – ist nicht länger hinnehmbar.

Mit der Ablösung der Richtgrößenprüfung und der Neugestaltung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei der Verordnung von Arzneimitteln ist die Bedrohung durch Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Regressen erheblich gemildert worden. Jüngste Verunsicherungen im Zusammenhang mit festgestelltem Zusatznutzen bzw. fehlendem Zusatznutzen neu zugelassener Arzneimittel gegenüber unterschiedlichen Teilanwendungsbereichen werden den Regressdruck auf die Ärzte jedoch insgesamt massiv verstärken. Diese Regressgefahren müssen entschärft werden.

Im Bereich der Heilmittelverordnung muss die derzeit stattfindende arzt- und patientenferne Überbürokratisierung abgeschafft werden.

7. Die Kooperation mit den nichtärztlichen Gesundheitsberufen durch Delegation muss optimiert werden, um die flächendeckende ambulante Versorgung bei zunehmender Ambulantisierung der Medizin und entsprechender Anpassungen der Versorgungsstrukturen weiter aufrechterhalten zu können.

Die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten sind mehr denn je auf eine gute Kooperation mit den nichtärztlichen Gesundheitsberufen und auf deren Unterstützung angewiesen. Denn nur mit ihnen werden sie in der Lage sein, die durch die Ambulantisierung der Medizin erforderliche Anpassung der Versorgungsstrukturen zu bewältigen. Dies gilt insbesondere für strukturschwache, meist ländlichen Regionen, die von der demografischen Entwicklung besonders betroffen sind.

Möglichkeiten einer optimierten Kooperation unter Förderung der Kompetenz der nichtärztlichen Gesundheitsberufe, wie des Nichtärztlichen Praxisassistenten oder Physician Assistant, sollen geprüft werden. Dazu gehört die Weiterentwicklung delegationsfähiger Leistungen – auch in Verbindung mit der Pflege. Ferner sollen die Optionen eines strukturierten, disziplinübergreifenden, koordinierten Ordnungsmanagements geprüft und erörtert werden.

Die bisherigen Modelle der Delegation gewährleisten eine bürokratiearme und patientenfreundliche Zusammenarbeit von Ärzten und Praxismitarbeitern ohne Schnittstellenprobleme und zum Vorteil der Patienten, denn die Behandlung wird in der Praxis koordiniert.

Deshalb sollten solche Konzepte ausschließlich im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung entwickelt und betrieben werden, um weiterhin koordinierte Behandlungen und geregelte Verantwortlichkeiten sicherstellen zu können.

8. Die KBV fordert ein ausdrückliches Bekenntnis der Politik zur Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung in Deutschland nach den Prinzipien der freiberuflichen Berufsausübung, vornehmlich in inhabergeführten Praxen und auf der Basis einer funktionierenden Selbstverwaltung.

Bei der Ausgestaltung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung und bei der Interessenvertretung gegenüber Politik, Gesetzgeber und Krankenkassen ist es mehr denn je erforderlich, alle Kräfte zu bündeln. Nur eine gut koordinierte Versorgung durch die durchgehend gut zusammenwirkenden Haus- und Fachärzte stellt die bestehend hohe Versorgungsqualität weiterhin sicher. Das KV-System lässt sich auch nicht mehr durch Diskussionen um die Frage „Kollektivvertrag oder Selektivvertrag“ entzweien. Vielmehr bekennen sich KBV und KVen zu einem kooperativen und koordinierten Miteinander von Kollektivvertrag und Selektivvertrag als wertvolle Ergänzung und Impulsgeber für die gesamte vertragsärztliche Versorgung. Zur stärkeren Durchsetzung der Interessen aller Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten müssen die Berufsverbände verstärkt mit den Körperschaften zur Mitgestaltung der berufspolitischen Willensbildung zusammenwirken.

Die KBV spricht sich für eine Weiterführung des dualen Finanzierungssystems des deutschen Gesundheitswesens aus. Denn eine solche Koexistenz von gesetzlicher und privater Krankenversicherung ist am ehesten geeignet, Impulse für Versorgungsverbesserungen und Innovationen in der GKV zu bewirken.

Mit dem GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz (Inkrafttreten 1. März 2017) ist – entgegen dem Wortlaut – eine deutliche Schwächung der Selbstverwaltung verbunden. Umso mehr wird es zukünftig darauf ankommen, die verbliebenen Spielräume konsequent zu nutzen. Denn eine funktionierende Selbstverwaltung ist auch in der Zukunft unabdingbares Element für die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung nach den Prinzipien der freiberuflichen Berufsausübung, vornehmlich in inhabergeführten Praxisstrukturen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde die männliche Form gewählt. Selbstverständlich ist hiermit auch stets die weibliche Form gemeint, soweit nicht anders vermerkt.

Nachhaltige Gesundheitspolitik

Positionen der KKH zur Bundestagswahl 2017

April 2017

Vorwort

Die 18. Legislaturperiode neigt sich dem Ende zu und der Blick richtet sich zunehmend auf die anstehenden Bundestagswahlen im Herbst 2017.

Die Gesundheitspolitik der amtierenden schwarz-roten Koalition hat sich einer Vielzahl von Reformprojekten verschrieben. Einige Ansätze trafen dabei auf die Zustimmung der Akteure des Gesundheitswesens und werden mit Sicherheit künftig zu einer Verbesserung der Versorgungssituation in Deutschland beitragen. Andere Projekte wurden hingegen mit deutlicher Kritik belegt. Zugleich wurden viele Reformbaustellen noch gar nicht angefasst. Vor der nächsten Bundesregierung liegt somit eine Vielzahl wichtiger Herausforderungen, derer sie sich annehmen muss.

Die KKH Kaufmännische Krankenkasse ist überzeugt, dass alle politischen Aktionen dazu führen müssen, das deutsche Gesundheitswesen nachhaltig weiterzuentwickeln und dadurch zu verbessern. Folgende Vorschläge bringt die KKH Kaufmännische Krankenkasse und die sie tragende Selbstverwaltung deshalb zur Diskussion um die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens im Rahmen ihrer gesellschaftspolitischen Verantwortung ein:

1. Selbstverwaltung stärken

Das Prinzip der sozialen Selbstverwaltung ist Kern der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die Krankenkassen waren stets autonom in ihrer Aufgabenwahrnehmung und verantworteten sachkundige Entscheidungen orientiert an der Lebenswirklichkeit der Bürger, unter Partizipation von Versicherten und Arbeitgebern. Ihre Legitimation wird über die Sozialwahl gewährleistet. Somit ist die Selbstverwaltung ein Zeichen von demokratischer Mitsprache und gesellschaftlicher Stabilität.

Um dem Selbstverwaltungsprinzip umfassend Rechnung zu tragen, ist es Aufgabe des Staates, präzise gesetzliche Rahmenbedingungen zu schaffen und Rechtsaufsicht auszuüben. Klare Zuständigkeitsregelungen, unter Wahrung des Grundsatzes der Subsidiarität, sind hierfür unerlässlich. Ohne diese Verankerung besteht für die Kassen keine Möglichkeit, als gestaltende gesellschaftliche Kraft zu wirken. Deshalb fordern wir die Politik auf, sich der Wichtigkeit der Selbstverwaltung immer wieder bewusst zu werden und sich uneingeschränkt für das Selbstverwaltungsprinzip einzusetzen. Um weiterhin die Wünsche und Interessen der gesetzlich Krankenversicherten bei unserer Arbeit berücksichtigen zu können, bedarf es einer Überprüfung der gesetzlichen Rahmenbedingungen und Vorgaben. Eine der wichtigsten Aufgaben der nächsten Legislaturperiode muss es sein, die Finanz- und Satzungsautonomie der Krankenkassen zu erhalten bzw. weiter auszubauen.

2. Solidarprinzip in der GKV festigen

Dem System der GKV liegt der Gedanke der Solidarität zu Grunde. Es muss Ziel der kommenden Koalition sein, diese Solidarität noch fester und dauerhafter zu verankern, als dies heute der Fall ist.

Die Arbeitgeber müssen wieder stärker in die Verantwortung zur Weiterentwicklung der GKV einbezogen werden. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die Bedeutung eines guten Gesundheitswesens für den Wirtschaftsstandort Deutschland. Gerade durch den besonders hohen Versorgungsstandard wird hierfür ein wichtiger Beitrag geleistet. Es geht aber nicht nur um Fragen der sozialen Gerechtigkeit. Es geht auch um eine aktive Beteiligung der Arbeitgeber, sich wieder für stabile Gesundheitskosten einzusetzen.

Der Bundeszuschuss aus Steuereinnahmen gewährleistet die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen durch die GKV, wie etwa die kostenlose Mitversicherung von Kindern, Schwangerschaft und Mutterschaft, Prävention und Gesundheitsförderung. Es ist sicherzustellen, dass für diese Leistungen nicht der Beitrags-, sondern der Steuerzahler aufkommt. Der Bundeszuschuss darf deshalb nicht weiter zum Spielball haushaltspolitischer Interessen verkommen und muss vor dem politischen Zugriff noch effektiver geschützt werden.

Die Einnahmen aus den Krankenversicherungsbeiträgen der Versicherten und Arbeitgeber gehören in die Versorgung und dürfen nicht zweckentfremdet werden. Die Einnahmen der einzelnen Krankenkassen müssen zuallererst dem Zweck dienen, Krankheiten der Versicherten zu bewältigen oder zu lindern bzw. gar nicht erst entstehen zu lassen.

Gleichzeitig ist eine Diskussion um die Verbeitragung sonstiger Einnahmen notwendig. Eine breitere Finanzierungsbasis würde allgemein zur Entlastung der Bevölkerung beitragen.

3. Gerechte Finanzausstattung der Kassen gewährleisten

Aufgabe und Ziel der Krankenkassen ist es, bei Krankheit eines Versicherten eine wirtschaftlich angemessene, ausreichende und zweckmäßige Behandlung zu gewährleisten. Für die anfallenden Kosten kommt die versichernde Krankenkasse auf. Dazu erhält sie aus dem Gesundheitsfonds Gelder nach einem bestimmten Schlüssel zugewiesen.

Die Finanzierung über den zentralen Verteilmechanismus, den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA), führt aktuell jedoch zu erheblichen Deckungsunterschieden innerhalb der GKV. Auf diese Weise wird der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen stark verzerrt. Die politische Idee des Morbi-RSA, auf der Ebene der Versicherten Morbiditätsrisiken auszugleichen und auf diese Weise einen chancengleichen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu gewährleisten, wird aktuell immer weniger erreicht. Für eine gerechte Finanzausstattung der Kassen ist eine Reform des Morbi-RSA mit dem Ziel, künftig wieder einen fairen Wettbewerb zu ermöglichen, dringend notwendig. Hierfür unterbreitet die KKH gemeinsam mit allen anderen Ersatzkassen folgende Vorschläge:

- Bei der Krankheitsauswahl ist der Fokus auf besonders kostenintensive Krankheiten zu legen. Dadurch würde einerseits die Manipulationsresistenz deutlich steigen. Andererseits wären damit zielgenauere und gerechtere Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds möglich, wie auch bereits mehrere Gutachten bestätigen.
- Zuschläge für die Erwerbsminderungsrente, die vor der Einführung des Ausgleiches indirekt die Morbidität erfasst haben, müssen gestrichen werden. Der Ausgleich der Morbidität erfolgt seit der Einführung des Morbi-RSA anhand krankheitsbedingter Ausgaben. Folglich wird die Morbidität im aktuellen System ungerechtfertigter Weise doppelt erfasst.

- Die Einführung eines solidarischen Hochrisikopools für Hochkostenfälle würde zu einer gerechteren Finanzierung der GKV beitragen. Aufgrund des prospektiven Charakters des Morbi-RSA können Krankenkassen bei der Finanzierung besonders teurer „Akut-Fälle“ aktuell nicht unterstützt werden. Deshalb fordern wir die Implementierung eines Hochrisikopools mit einer Fallkostenschwelle von 100.000 Euro. Wir schlagen für die Krankenkassen einen Selbstbehalt von 20 Prozent vor. Durch den Schwellenwert und den Selbstbehalt wird dafür gesorgt, dass für die Krankenkassen einerseits weiterhin ein Anreiz für wirtschaftliches Verhalten besteht. Andererseits wird die Bedrohung, die eigene Existenz zu verlieren, minimiert.
- Weiterhin ist die Pauschale für Disease-Management-Programme (DMP) zu streichen. Die Bezuschussung aus dem Gesundheitsfonds lässt sich hier nicht rechtfertigen und sollte daher aus dem Zuweisungskatalog entfernt werden.
- Der Morbi-RSA muss um eine Versorgungsstrukturkomponente auf Kreisebene erweitert werden, um die Verzerrung von Unterdeckung in der Stadt und Überdeckung auf dem Land aufzuheben. Der Regionalfaktor würde zu einem Ausgleich von angebotsseitigen und strukturbedingten Unterschieden führen und Wirtschaftlichkeitsanreize für die Krankenkassen setzen.
- In Bezug auf die im Ausland lebenden Versicherten haben die Kassen selbst praktisch keine Möglichkeit, auf die Behandlung und deren Kosten im Ausland Einfluss zu nehmen. Auch hier führt die aktuelle Regelung zu massiven Überdeckungen und einer starken Wettbewerbsverzerrung. Gutachterlich sind bereits praktikable Vorschläge unterbreitet worden, die jetzt umgesetzt werden sollten.

Neben diesen Vorschlägen ist eine regelmäßige Evaluierung des Morbi-RSA unabdingbar. Wir fordern, eine entsprechende Verpflichtung im Gesetz zu verankern. Notwendig ist bei jeder Evaluation, dass nicht nur die Zielgenauigkeit der Gütemaße betrachtet wird, sondern auch die Auswirkungen jeder Maßnahme auf die Wettbewerbsfähigkeit der einzelnen Kassen.

4. Fairen Wettbewerb garantieren

Wettbewerb im Gesundheitswesen ist ein wichtiger Garant für eine zukunftsfähige und qualitativ hochwertige Versorgungslandschaft. Fairen Wettbewerb zu garantieren, bedeutet die Sicherstellung der Chancengleichheit aller Beteiligten zu gewährleisten, um aktiv an der Zukunftsgestaltung mitwirken zu können.

Marktbeherrschende Stellungen einzelner Kassen müssen vermieden werden. Nur eine vielfältige Kassenlandschaft kann einen entsprechenden Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerb im Sinne der Versicherten sichern. Der Gesetzgeber trägt die Verantwortung für die Gestaltung der Rahmenbedingungen für einen fairen Wettbewerb. Gleiche Wettbewerbsbedingungen erfordern vor allem eine kurzfristige Reform des Morbi-RSA (siehe Punkt 3).

In diesem Kontext ist es zudem dringend notwendig, die Aufsichtspraxis von Bundes- und Landesaufsichten identisch zu gestalten. Die vorherrschenden Unterschiede führen zu einer massiven Wettbewerbsverzerrung. Alle Krankenkassen haben denselben Auftrag, doch sie unterliegen vielfach verschiedenen Kontrollnormen. Messen mit zweierlei Maß konterkariert den Wettbewerb und gefährdet den sozialen Auftrag der GKV.

5. Qualitativ hochwertige Versorgung sicherstellen

Die Erreichung einer hohen Ergebnisqualität bei der Behandlung der Versicherten ist die wichtigste Messgröße für eine hochwertige Gesundheitsversorgung. Qualität kann dabei auf verschiedenen Wegen gefördert werden.

Ein wichtiger Faktor für eine qualitativ hochwertige Versorgung ist eine angemessene, am regionalen Bedarf ausgerichtete, Versorgungssituation. Einer Überversorgung im ambulanten Bereich in Metropolregionen steht häufig eine Unterversorgung im ländlichen Raum gegenüber. Hintergrund ist nicht ein zuweilen behaupteter Mangel an Ärzten, sondern das Problem einer nicht bedarfsgerechten räumlichen Verteilung. Um den sich verändernden Versorgungsrealitäten besser Rechnung tragen zu können, müssen die Inhalte der Aus- und Weiterbildungsprogramme der Standesorganisationen wie auch bereits der Hochschulen stärker am Bedarf ausgerichtet werden. Darüber hinaus ist es wichtig, den Beruf des niedergelassenen Arztes wieder attraktiver zu gestalten.

Im stationären Bereich gilt es weiterhin, Überkapazitäten abzubauen und eine konsequente Spezialisierung der Krankenhäuser voran zu treiben. Neben der Planung neuer Strukturen muss gleichzeitig die Verzahnung der ambulanten und der stationären Versorgung intensiviert werden.

Die Arzneimittelversorgung muss bezahlbar gehalten und der Zugang innovativer Medikamente zum GKV-Markt darf nicht durch „Mondpreise“ gefährdet werden. Deshalb muss der vereinbarte Erstattungspreis rückwirkend ab dem ersten Tag der Marktzulassung gelten.

6. Anliegen der KKH: Nachhaltige Gesundheitspolitik

Ziel aller politischen Bemühungen muss es sein, das deutsche Gesundheitswesen weiterzuentwickeln und zu verbessern. Die KKH ist überzeugt, mit diesen Vorschlägen einen wichtigen Beitrag zu diesem Ziel leisten zu können.



Beirat MetaForum e.V. (Hrsg.)

Gesundheit neu denken

Politische Handlungsempfehlungen für die 19. Legislaturperiode

MetaForum – Innovation für mehr Gesundheit e.V.

Kontaktadresse:

MetaForum – Innovation für mehr Gesundheit e.V.
c/o Dr. Albrecht Kloepfer
Wartburgstraße 11
10823 Berlin
Tel: 0 30 - 7 84 41 92
Fax: 0 30 - 5 4 83 67 98
Mobil: 0178 - 7 84 41 92
Mail: info@metaforum-innovation.de
Web: <http://www.metaforum-innovation.de>

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im
Internet über www.dnb.de abrufbar.
ISBN (Print) 978-3-8396-1130-2

Druck und Weiterverarbeitung:

Gulde-Druck GmbH, Tübingen

Für den Druck des Buches wurde chlor- und säurefreies Papier verwendet.

© by FRAUNHOFER VERLAG, 2016
Fraunhofer-Informationszentrum Raum und Bau IRB
Postfach 800469, 70504 Stuttgart
Nobelstraße 12, 70569 Stuttgart
Telefon 0711 970-2500
Telefax 0711 970-2508
E-Mail verlag@fraunhofer.de
URL <http://verlag.fraunhofer.de>

Alle Rechte vorbehalten

Dieses Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die über die engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes hinausgeht, ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Speicherung in elektronischen Systemen. Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen und Handelsnamen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass solche Bezeichnungen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und deshalb von jedermann benutzt werden dürften.

Soweit in diesem Werk direkt oder indirekt auf Gesetze, Vorschriften oder Richtlinien (z.B. DIN, VDI) Bezug genommen oder aus ihnen zitiert worden ist, kann der Verlag keine Gewähr für Richtigkeit, Vollständigkeit oder Aktualität übernehmen.



Herausgeber:

Beirat MetaForum e.V.:

Tanja Bratan, Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung ISI (Karlsruhe)

Klaus-Dirk Henke, Technische Universität Berlin

Albrecht Kloepfer, iX – Institut für Gesundheitssystem-Entwicklung (Berlin)

Clarissa Kurscheid, praxisHochschule (Köln)

Rüdiger Leidner, Regierungsdirektor a.D., Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (Berlin)

Gesundheit neu denken

Politische Handlungsempfehlungen für die 19. Legislaturperiode

Vorwort

Der gemeinnützige Verein „MetaForum – Innovation für mehr Gesundheit e.V.“ möchte mit seinen vorliegenden „Handlungsempfehlungen für die 19. Legislaturperiode“ versuchen, sich der politischen Alltagswelt zu entziehen, um die Herausforderungen der kommenden Jahre unabhängig von politischen Grabenkämpfen und Interessen vor allem inhaltlich zu betrachten.

Unser Ansatz hierfür lautet: „Gesundheit neu denken“! Viele Überlegungen fußen dabei auf den Ausführungen unserer Publikation „Gesundheit neu denken – Fragen und Antworten für ein Gesundheitswesen von morgen“ (Fraunhofer-Verlag, 2. Aufl. Stuttgart 2014). Im Vordergrund steht dabei ein neues Versorgungsverständnis, das sich sowohl an der gesellschaftlichen Entwicklung als auch an den Bedürfnissen der Bevölkerung und der sogenannten „Health Professionals“ orientiert, das aber zugleich die begrenzten Ressourcen nicht aus dem Blick verliert. Aus diesem Spannungsverhältnis ergeben sich Handlungsoptionen und Entwicklungskorridore, die für jede politische Perspektive konstitutiv sind und die in ihrer Breite unterschiedliche Schwerpunktsetzungen zulassen.

Auf dieser Basis möchten wir im Folgenden zentrale gesundheitspolitische Herausforderungen und Themenfelder beleuchten und mögliche Handlungsperspektiven aufzeigen. Ziel ist es, der Politik von morgen, jenseits von „lobbybesetzten“ und „funktionärslastigen“ Diskussionen, umsetzungsfähige Vorschläge sowie fachlich-sachliche Informationen an die Hand zu geben.

Nachfolgend finden sich die aus unserer Sicht wesentlichen Themenfelder für die nächste Legislaturperiode des Bundestages. Versehen wurden die Texte mit argumentativen Thesen und Hinweisen sowie mit Handlungsempfehlungen, um unser Gesundheitssystem auch in Zukunft für alle Bürgerinnen und Bürger zugänglich und finanzierbar zu machen.

Zu Dank sind wir denjenigen Autorinnen und Autoren verpflichtet, die sich für die vorliegenden Handlungsempfehlungen der Arbeit des MetaForums angeschlossen haben, um mit dem engeren Kreis der Mitglieder an der Entstehung dieses Textes zu arbeiten. Das Register der Mitwirkenden am Ende des Bandes nennt alle, die sich engagiert in die Arbeit eingebracht haben. Auf die Nennung der jeweiligen Autoren(gruppe) bei den einzelnen Kapiteln haben wir verzichtet – mit naturgemäß unterschiedlicher Leidenschaft stehen alle Mitwirkenden zu den vorliegenden Texten mit ihren Handlungsempfehlungen.

Im Namen des MetaForum-Teams:

Tanja Bratan, Klaus-Dirk Henke, Albrecht Kloepfer, Clarissa Kurscheid, Rüdiger Leidner

Themenfelder

A	Orientierung an Patientinnen, Patienten und ihren Angehörigen	1
B	Sektorübergreifende Versorgung	7
C	Rolle der Kommunen in der Gesundheitsversorgung	11
D	Fachkräfte, Nachwuchs und neue Gesundheitsberufe	13
E	Digitale Gesundheit als neue Herausforderung	17
F	Nachhaltige Finanzierung und Vergütung von Gesundheitsleistungen	21
G	Gesellschaftlicher Nutzen der Gesundheitswirtschaft	25
	<i>Zusammenfassung: Handlungsempfehlungen A – G</i>	31
	<i>Ausgewählte Literatur</i>	35
	<i>Mitwirkende Autorinnen und Autoren</i>	39

A Orientierung an Patientinnen, Patienten und ihren Angehörigen

Unser Gesundheitssystem kann aus vielen Blickwinkeln betrachtet werden. Jede Perspektive hat dabei ihre Berechtigung, jede Perspektive hat aber auch ihre individuellen Interessen, so dass sich in der Gesamtschau ein Geflecht widerstreitender Interessenkonflikte ergibt, dessen unterschiedliche Vektoren sich in der Summe häufig gegenseitig aufheben und so, trotz hohem finanziellen und rhetorischen Aufwand der verschiedenen Interessengruppen, insgesamt zu Systemstillstand oder einer zumindest deutlich verzögerten Systementwicklung führen. Das Beispiel der durchaus schwierigen Umsetzung telematischer Potentiale im deutschen Gesundheitswesen (von der später noch die Rede sein wird) kann diesen Prozess beispielhaft verdeutlichen. In dieser Situation der Selbstblockade mag ein Blick auf das System aus der Perspektive von Patientinnen und Patienten erste Impulse für eine Orientierung an übergeordneten Zielen setzen und neue Entwicklungspotentiale aufzeigen.

Patientenorientierung als Innovations- und Effizienztreiber

Patientenorientierung bedarf dabei allerdings der Beachtung aller Beteiligten (also aller direkt und indirekt Betroffenen), um das Gesundheitssystem von Patientinnen und Patienten mit ihren Angehörigen, den Versicherten, letztlich also von Bürgerinnen und Bürgern her weiter auszugestalten. Dies bedeutet, Versorgungsleistungen, Arzneimittel, Medizinprodukte und gesundheitliche Begleitung an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten, der Versicherten und der Bevölkerung auszurichten und einen umfangreichen und leichten Zugang zu Leistungen zu ermöglichen. Auf diese Weise kann ein konkreter Patientennutzen geschaffen und nachhaltig, also auch wirtschaftlich, erbracht werden.

Patientenorientierung ist dabei der Weg zum Ziel eines patientenzentrierten Gesundheitssystems. Dies kann nur auf Dauer wirtschaftlich aufrechterhalten werden, wenn Beitragsaufkommen und Leistungsausgaben in ausgewogenem Verhältnis stehen. Mit einer konsequenten Ausrichtung am Patientennutzen kann es gelingen, die noch immer bestehenden Fälle einer Unter-, Über- und Fehlversorgung im Gesundheitssystem abzubauen und es damit effizienter zu gestalten. Gleichzeitig ist die Anerkennung bislang nicht erfüllter Patientenbedürfnisse Voraussetzung für einen kontinuierlichen Innovationsprozess im Gesundheitswesen. Nicht alles, was neu ist, verdient die Bezeichnung „Innovation“, sondern nur dasjenige, was Versorgung tatsächlich verbessert.

Gesundheitsversorgung anders umsetzen

Die Patientenorientierung der Zukunft ermöglicht es, den Menschen und die Förderung seiner Gesundheit zeitgemäß in den Mittelpunkt des medizinischen Handelns und Denkens zu stellen. Die Erhaltung eines für den Einzelnen zufriedenstellenden Gesundheitsstatus wird

mindestens genauso wichtig, wie das Heilen und Kurieren. Daher müssen Versorgung und Gesunderhaltung im Interesse der Patientinnen und Patienten breiter, interdisziplinärer und zeitgemäßer etabliert werden. Dies kann sowohl über den Einbezug neuer und breiter aufgestellter Gesundheitsberufe geschehen (siehe Abschnitt D Gesundheitsberufe) oder aber durch die Nutzung sektorenübergreifender Versorgungskonzepte (siehe Abschnitt B, Sektorenübergreifende Versorgung) als auch über nachhaltig veränderte Vergütungslogiken (siehe Abschnitt F, Nachhaltige Finanzierung und Vergütung von Gesundheitsleistungen).

Treiber der Patientenorientierung sind neben der Patientin und dem Patienten (sowie ihren Angehörigen) selbst:

- die veränderten Bedürfnisse durch den gesellschaftlichen Wandel,
- die in Quantität und Qualität stark wachsende Datenmenge,
- die breite Verfügbarkeit von Krankheits- und Gesundheitswissen,
- die steigende Leistungsfähigkeit medizinischer Technologien,
- sowie die neuen Gesundheitsdienstleister.

Dadurch wird erkennbar, dass die Nachhaltigkeit des Versorgungssystems zukünftig noch stärker als in der Vergangenheit auf die Patientenbedürfnisse eingehen muss. Der Grundgedanke dabei lautet: Individuelle bedürfnisorientierte Krankenversorgung und gesundheitliche Betreuung der Bevölkerung statt anbieterorientierter sektoraler Versorgung.

Patientenorientierung

Im Team und auf Augenhöhe

Die wachsende Menge an Daten über die Patientinnen und Patienten versetzt das deutsche Gesundheitssystem in die Lage, prospektiv komplexe Risikoprofile über die einzelne Patientin beziehungsweise den einzelnen Patienten zu gewinnen, so dass frühzeitig, individueller und damit gegebenenfalls sogar kostengünstiger medizinische, pflegerische oder gesundheitsfördernde Interventionen eingeleitet werden können. Diese Entwicklung fördert grundsätzlich die Patientenorientierung, wenn es gelingt, daraus ein neues Handeln aller Fachkräfte abzuleiten. Die genannten Beispiele im Kontext der sektorenübergreifenden Versorgung bieten hierfür erste Anhaltspunkte. Diese sind über nachhaltige mit Evaluationen besetzte Maßnahmen weiter auszuarbeiten.

Die Bereitschaft der Patientin und des Patienten, die personenbezogenen Daten gezielt freizugeben, erhöht sich sprunghaft, wenn sie im Gegenzug eine individuelle Beratung über ihren Gesundheitszustand erhalten und wenn zusätzlich vom medizinischen und/oder pflegerischen Fachpersonal eine verständliche Übersetzung von medizinischen Diagnosen und Therapieansätzen in den Alltag der Patientinnen und Patienten vorgenommen werden würde.

Dadurch eröffnet sich die Chance, dass es zu einer echten Partnerschaft auf Augenhöhe (Shared Decision Making) kommt und Handelnde im Gesundheitswesen stärker zu Berate-

rinnen und Beratern der Patientinnen und Patienten werden. Dies erfordert eine weitere Förderung der interdisziplinären und intersektoralen Zusammenarbeit im Interesse der Patientinnen und Patienten. Gefragt sind mehr Teamarbeit aller Fachkräfte und ein interprofessioneller Austausch, um einzelne Patientinnen und Patienten herum.

Die Zusammensetzung des Teams für die einzelne Patientin, den einzelnen Patienten ist individuell patienten-orientiert zu definieren und wird sich immer wieder verändern müssen. Insbesondere komplexe Versorgungssituationen bedürfen auch einer koordinierenden Funktion z. B. eines Fallmanagers beziehungsweise einer Fallmanagerin (im Sinne eines erweiterten Case Managements). Die Beteiligung der verschiedenen Fachrichtungen sollte sich danach richten, welche Expertise für die laufende Phase des Gesundheits- und Versorgungsprozesses wichtig ist.

Patientennutzen und Datenschutz dürfen nicht im Widerspruch zueinander stehen.

Die Nutzung von vernetzten Patientendaten aus Routineversorgung, selektivvertraglicher Versorgung, Registern und kontrollierten Studien ermöglicht die Erkennung von Nutzen- und Risikoprofilen. Erst dadurch können bei vielen Erkrankungen neue Lösungswege gefunden werden. Die größte Gefahr für den Datenschutz von Patientinnen und Patienten geht dabei gerade nicht von den Kostenträgern und Leistungserbringern aus, sondern von völlig unkontrollierten privaten Datenlösungen. Deshalb darf der Datenschutz im Gesundheitswesen nicht dazu führen, dass potentieller Patientennutzen nicht realisiert werden kann. Es muss klar sein, dass Patientinnen und Patienten nicht vor ihren jeweiligen Daten geschützt, sondern ermächtigt werden sollen, sie nach ihrer Entscheidung freizugeben.

Patientenorientierung als Qualitätsbeschleuniger

Patientenorientierung ist der Schlüssel zur Erhöhung der Qualität in der Versorgung. Durch die Konzentration auf den für Patientin und Patienten messbaren Nutzen ist es möglich, Abläufe prozessgesteuert effektiver und effizienter zu gestalten. Die damit einhergehende Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven kann wiederum zu einer Weiterentwicklung des Systems andernorts genutzt werden.

Patientenorientierung kann nicht ohne die Einbeziehung der indirekt Betroffenen, also der Angehörigen, gedacht werden. Hier gibt es erheblichen Nachholbedarf. In diesem Zusammenhang wurde vorgeschlagen, die Zuständigkeit für Leistungen für Angehörige und indirekt Betroffene in einem Ministerium – statt bisher im BMG (Patient) und im BMFSFJ (Angehörige) – und einem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen zu konzentrieren. Unter der Obhut eines Ministeriums ist es einfacher, alle Belange der direkt und indirekt Betroffenen zu beachten und einzubinden.

Die Patientin und der Patient als Versorgungsgestaltende

Ziel für die nahe Zukunft sollte es sein, die Patientinnen und Patienten in ihren Bedürfnissen zu stärken. Vertragspartner der Fachkräfte können zunehmend auch die Patientin und der Patient sein. Das bedeutet, dass den Betroffenen ein persönliches Budget zur Verfügung gestellt wird, aus dem sie die relevanten Leistungen des ärztlichen und pflegerischen Fachpersonals ihrer Wahl ausführen lassen. Dieses Budget wird individuell auf den Fall bezogen mit den Leistungsträgern verhandelt und in erster Linie im Falle von Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Pflegebedarf (zurzeit Stufe 2–3 Härtefallregelung) eingesetzt. Grundlage hierfür können die vorherigen Reformen innerhalb der Sozialgesetzbücher aus dem Jahr 2008 sein. Ein solches Vorgehen bietet vielfältige Vorteile für alle Beteiligten. Die Kassen werden entlastet und Aufgaben an die Betroffenen oder deren Beauftragte (Budgetassistenten) übergeben. Neben der Entlastung innerhalb der Abläufe lassen sich im Versorgungssystem auch Ausgaben sparen.

Budgetassistenten werden im Falle derjenigen Patientinnen und Patienten geleistet, die die Verwaltung und alle damit zusammenhängenden Tätigkeiten nicht mehr selbst übernehmen können und möchten (z. B. Apallisches Syndrom, Beatmung etc.). Für andere Betroffene könnte über einen Anteil nachgedacht werden, der den Betroffenen zur freien Verfügung und Nutzung der Gesundheitsdienstleistungen zur Verfügung steht. Der dadurch ausgelöste Wettbewerb erhöht die Qualität der Leistungen. Die Patientin oder der Patient entscheidet selbst oder gemeinsam mit Vertrauten respektive Angehörigen, ob das ärztliche und pflegerische Fachpersonal gute oder schlechte Arbeit leistet. Wenn schlechte Arbeit geleistet wird, kann die Patientin oder der Patient sich eine andere Fachkraft auswählen. Dadurch wird es auch zu einer Selektion im Markt kommen.

Differenzierung der Bedürfnisse bei Patientinnen und Patienten

Patientinnen und Patienten und deren Bedürfnisse lassen sich bei bestehender Multimorbidität nicht pauschal abbilden. Dies gilt beispielsweise bei hochbetagten Patientinnen und Patienten mit Hüftfraktur, die gleichzeitig an Diabetes leiden. Auch Patientinnen und Patienten mit Demenz, die aus einem anderen Grund hospitalisiert werden, bringen besondere Problemlagen mit sich. Die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen müssen diesen komplexen Situationen besser als bislang gerecht werden. Hier gilt es, auf prozessgesteuerte Abläufe umzustellen, die die Patientenorientierung fördern und eine Reduktion der Kosten für das System und damit für alle Beteiligten bringen.

Stratifizierte Medizin ist eine Chance, kein Risiko

Durch ein vertieftes Verständnis für genetische Gegebenheiten von Patientinnen und Patienten wird immer deutlicher, warum bestimmte Therapien – einschließlich Arzneimittel – bei bestimmten Subgruppen erfolgreich sind, bei anderen dagegen wirkungslos oder gar schäd-

lich. Die stratifizierte Medizin ist daher eine große Chance für Innovation im Gesundheitswesen. Die für die Gesetzgebung zuständigen Personen sind gefragt, dieser Möglichkeit den erforderlichen Raum zu geben. Dazu gehört auch, die Möglichkeit der Verordnung eines umfassenden Genscreenings (Next Generation Screenings), wenn dieses erforderlich ist, um mit bisherigen Methoden nicht erklärliche gesundheitliche Probleme der Patientinnen und Patienten aufzuklären.

Nationalen Aktionsplan für Menschen mit Seltenen Erkrankungen umsetzen

Patientinnen und Patienten mit einer der ca. 7.000 bis 9.000 Seltenen Erkrankungen (betrifft insgesamt ca. 4 Millionen Menschen in Deutschland) haben besonders große Probleme, eine verlässliche und nicht eine zufällig kompetente Versorgung zu finden. Daher sollten die Vorgaben des von der Bundesregierung im Sommer 2013 festgestellten Nationalen Aktionsplans für Menschen mit Seltenen Erkrankungen konsequent umgesetzt werden. Dazu gehört die Schaffung eines Systems von anerkannten „Zentren für Seltene Erkrankungen“, die bundesweit eine Versorgung in Zusammenarbeit mit spezialfachärztlichen Fachkräften in der Niederlassung sicherstellen.

Innovationsfonds gezielt patientenorientiert einsetzen

Der Innovationsfonds bietet grundsätzlich die Möglichkeit, patientenrelevante innovative Leistungen in die Regelversorgung zu überführen. Es ist darauf zu achten, dass die genehmigten Innovationsprojekte tatsächlich in der Lage sind, genau dieses Potential zu entfalten. Zwischen dem Ende eines Projektes und der bei erfolgreicher Beweislage zu fordernden Umsetzung in die Regelversorgung darf keine lange Zeitspanne entstehen. Die zeitnahe Umsetzung von innovativen Leistungen und neuen Versorgungsformen in die Regelversorgung wird eine besondere Herausforderung in der kommenden Legislaturperiode sein.

Handlungsempfehlungen

1. *Förderung einer gezielten versorgungsrelevanten Teamarbeit aller Leistungsakteure sowie des interprofessionellen Austausches, jeweils bezogen auf den einzelnen Patienten beziehungsweise die einzelne Patientin.*
2. *Deutliche Stärkung koordinierender Funktionen in komplexen Versorgungssituationen, (z. B. im Sinne eines erweiterten Case Managements).*
3. *Förderung der besseren und schnelleren Nutzung von vernetzten Patientendaten für eine individuelle bedürfnisorientierte Gesundheitsversorgung.*
4. *Stärkung der Einbindung von Angehörigen und indirekt Betroffenen durch eine bessere Koordination der Zuständigkeiten unterschiedlicher Ministerien.*

5. *Erhöhung der individuell gezielten Versorgung und Förderung der Eigenverantwortung durch Einführung von Versorgungsbudgets in der Hoheit der oder des einzelnen Versicherten.*
6. *Förderung prozessgesteuerter Abläufe, um den heterogenen Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten im Kontext der zunehmenden Multimorbidität Rechnung zu tragen.*
7. *Schaffung von Nutzungsmöglichkeiten der stratifizierten Medizin in Versorgungssituationen mit besonderer individueller Disposition.*
8. *Forderung der Umsetzung des Nationalen Aktionsplans für Menschen mit Seltenen Erkrankungen (2013) – Ausbau der Zentren für Seltene Erkrankungen.*

B Sektorübergreifende Versorgung

Eine vernetzte Versorgung gehört zwar allseits zu den verschiedenen Versorgungskonzepten der Zukunft, doch bei der Umsetzung bleiben die Handelnden meist kritisch, nicht ausreichend professionell aufgestellt und wenig kooperativ. Aktuelle Untersuchungen zeigen aber, dass nur in intersektoraler Organisation die großen Herausforderungen, wie z. B. chronische Erkrankungen, veränderte Sozialstrukturen, soziale Ungleichheit und demographischer Wandel, gemeistert werden können.

Die sektorenübergreifende Versorgung (gerade politisch motiviert wird auch von „neuen Versorgungsformen“ gesprochen) ist im Hinblick auf ihr Schnittstellenmanagement, ihre Versorgungsprozesse, ihre regionale Verankerung und ihre Finanzierung genauer zu betrachten.

Schnittstellenmanagement

Die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ist stark fragmentiert. Die Gründe hierfür sind zum einen historisch bedingt und zum anderen in Abhängigkeit von der Finanzierungslogik zu sehen. Im ambulanten Sektor finden wir die zweigliedrige Versorgung durch Haus- und Fachärztinnen und -ärzte vor. Allein zwischen diesen tauchen deutliche Schnittstellen auf, da ein Miteinander oder eine aktive Patientenbegleitung und Weiterleitung von Informationen nicht selbstverständlich gegeben ist. Innerhalb der Regelversorgung beschränkt sich die Tätigkeit des Hausarztes beziehungsweise der Hausärztin vorwiegend auf die Begleitung von üblichen Bagatellerkrankungen, auf Impfungen, die Versorgung von chronisch Kranken im Rahmen von Disease Management Programmen (DMPs) sowie auf Check-ups. Gleichzeitig sind Hausärztinnen und -ärzte die erste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten bei Unwohlsein und Verdacht auf Erkrankungen. Um diese Rolle zu stärken, wurde 2004 die hausarztzentrierte Versorgung eingeführt, bei der die Hausärztin und der Hausarzt als erste Ansprechpersonen zur Verfügung stehen und die Patientin und den Patienten vergleichbar mit einem Lotsen durch das System navigieren sollen.

Die fachärztliche Versorgung zeichnet sich durch eine hohe Spezialisierung in den einzelnen Fachdisziplinen aus, und die Kommunikation zwischen den Hausärztinnen und -ärzten und Fachärztinnen und -ärzten ist häufig nicht optimal. Des Weiteren finden wir hier häufig Wartezeiten, aber auch eine hohe Rate an „Fehlnutzung“. Der stationäre Sektor ist ebenfalls fachärztlich spezialisiert und stellt einen für sich eigenen Bereich dar, der traditionell wenig mit der Versorgung außerhalb dessen konfrontiert wird. Als weiterer eigener Bereich ist zudem der Rehabilitationssektor zu nennen. Beim Übergang in die Rehabilitation findet bei Berufstätigen in der Regel zusätzlich ein Wechsel des Kostenträgers von der Kranken- zur Rentenversicherung statt.

Alle einzeln benannten Bereiche haben gemein, dass sie in den letzten Jahren über verschiedene Gesetzesvorhaben zu einer stärkeren Zusammenarbeit aufgefordert wurden, sich aber, nicht zuletzt durch die nach wie vor unterschiedlichen Vergütungsstrukturen, bisher nicht auf eine weitreichende Zusammenarbeit verständigen können. Ein Schnittstellenmanagement zwischen den einzelnen Sektoren würde eine deutlich intensivere Kommunikation auch über Behandlungsstrategien und -prozesse erfordern, die bis dato nur unzureichend erfolgt und finanziell in der Regel auch nicht abgebildet wird.

Unterschiedliche Konzepte innerhalb der neuen Versorgungsformen versuchen nun, bei komplexen Krankheitsbildern diese Bruchstellen zu überwinden und eine auf die Patientin und den Patienten abgestimmte Versorgung zu entwickeln. Von 2004 bis 2008 wurde die integrierte Versorgung durch die sogenannte Anschubfinanzierung gefördert. Obwohl zu dieser Zeit bis zu 4.000 solcher Verträge bestanden, gab es kaum Auswirkungen auf die Strukturen der Regelversorgung. Dies liegt unter anderem daran, dass es keine verpflichtende Evaluation der Verträge gab, so dass es kaum zu einem Erkenntnisgewinn aus den Projekten kam. Ein weiterer Impuls soll nun durch den Innovationsfonds gesetzt werden, durch den erneut Projekte zur Überwindung der Sektorengrenzen gefördert werden, allerdings nun mit einer obligaten Evaluation.

Versorgungsprozesse

Oben genannte Konzepte zeichnen sich neben der Abstimmung der medizinischen Vorgehensweise durch den Aufbau von Versorgungsprozessen aus. Versorgungsprozesse bilden die Grundlage für ein Schnittstellenmanagement und sollen die Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung überbrücken. Zusätzlich zur integrierten beziehungsweise der besonderen Versorgung wurde das Überleitungs- oder Entlassmanagement im Sozialgesetzbuch zur gesetzlichen Krankenversicherung gesetzlich verankert (§140, §39 Abs. 1a SGB V). Beide Konzepte dienen dazu, die Patientin und den Patienten nach ihrem stationären Aufenthalt behutsam in den ambulanten Bereich hinüber zu begleiten und die ambulante Weiterbehandlung vorzubereiten. Wesentliche Merkmale dieser Versorgungsprozesse sind ein intra- und interprofessionelles Handeln, um eine Nachsorge und eine Versorgung im häuslichen Kontext zu gewährleisten. Das heißt auch, dass zwischen den Behandlungsphasen nicht zu große zeitliche Abstände liegen und sich Patientinnen und Patienten oder deren Angehörige nicht in Such- und Findungsprozesse begeben müssen, um die Versorgung poststationär zu gewährleisten. In diesem Kontext ist die stärkere Nutzung bestehender integrativer Modelle, wie beispielsweise das Patient-Centered-Medical Home, das „Bellagio-Modell“ oder das „Integrated Chronic-Care-Modell“ (SVR 2009, Schlette et al. 2009) zur umfassenden Versorgung chronisch kranker Personen zu betrachten. Idealerweise sollten integrierte Versorgungsprozesse durch eine IT-Infrastruktur unterstützt werden.

Grundlage für die Versorgungsprozesse sind die Neugestaltung möglicher Kooperationen von Ärzte- und Pflegenetzwerken über integrierte Versorgungsstrukturen bis hin zu neuen Systemen von Managed Care und Corporate Health Management.

Regionale Verankerung von Versorgungskonzepten

In diesem Kontext kann der regionalen Versorgung eine Schlüsselrolle zugeschrieben werden. Im Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) aus dem Jahre 2009 wird deutlich die Stärkung der Versorgung im regionalen Kontext gefordert.

Dabei geht es nicht nur um kurze Wege, sondern auch um regionale spezifische Gegebenheiten, wie zum Beispiel die Sicherstellung der Versorgung im ländlichen Raum (vgl. hierzu auch das Gutachten des Sachverständigenrates aus dem Jahre 2014 mit einer Bestandsaufnahme zu Maßnahmen, Projekten und Initiativen in diesem Kontext). An den Beispielen regionaler Arztnetze wird deutlich, dass diese „bottom-up“ entstandenen Kooperationen jeweils besondere Bedarfe in den Regionen adressieren. Zurzeit gibt es etwa 400 Praxisnetze. Sie können eine Förderung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten. Die Intensität der Zusammenarbeit innerhalb der Netze ist sehr unterschiedlich, was allerdings auch von den jeweiligen Förderungsmaßnahmen der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen abhängig ist.

Einen wichtigen Beitrag zur regionalen Verankerung von Versorgungskonzepten aus Sicht der Gesetzgebung leistet die durch das Versorgungsstrukturgesetz zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geschaffene Regelung des § 95a SGB V, die den Ländern ab 2012 die Möglichkeit zur Errichtung eines gemeinsamen Landesgremiums eröffnet. Das gemeinsame Landesgremium dient unter anderem dazu, Empfehlungen zu regionalen, sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abzugeben. Die Tragfähigkeit dieser Empfehlungen hängt jedoch maßgeblich von der Zusammensetzung des Gremiums ab. Zur Mitwirkung aufgefordert sind laut Gesetzgebung die zuständigen Landesministerien, die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und die Landeskrankenhausgesellschaften. Ferner können „weitere Beteiligte“ wie z. B. die kommunalen Spitzenverbände, die Patientenorganisationen, die Landesärztekammer, die Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugend-Psychotherapeuten sowie andere Sozialleistungsträger mitwirken. Mittlerweile haben (fast) alle Bundesländer ein Landesgremium eingerichtet oder ihre Einberufung beschlossen. Ob die Gremien ihren Zweck allerdings erfüllen, kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht beurteilt werden.

Finanzierung und Vergütung

Ein besonders wichtiger Aspekt ist die Finanzierung, die im Gesundheitswesen sektorenbezogen durch unterschiedliche Vergütungssystematiken bestimmt wird. Hier können Komplexpauschalen über die Sektoren hinweg ein Weg sein, die Vergütung indikationsspezifisch entlang des Versorgungsprozesses zu steuern. In mehreren Projekten befindet sich eine solche Vergütung im Versuchsstadium. Die bekannten Risiken einer pauschalierten Vergütung sind auch hier zu kontrollieren, nämlich insbesondere das Ablehnen komplizierter Fälle bei der Einschreibung und eine qualitative oder quantitative Unterversorgung. Ein weiterer Gedanke in diesem Zusammenhang ist, regionale Netze oder regionale Versorgungseinrichtungen und -einheiten mit der Versorgung zu beauftragen und die Vergütung konsequent zu den mandatierten Akteuren zu leiten. Unter Beachtung des regionalen Bezugs wäre auch noch zu überlegen, inwieweit eine konsequente Bündelung vernetzbarer Versorgungsstrukturen umsetzbar ist, und ihr die Finanzierung folgen zu lassen – orientiert an der Aussage „das Geld folgt der Leistung“.

Einzelne Initiativen fassen die Idee der sektorübergreifenden Versorgung noch weiter, indem sie z. B. den Übergang zwischen den Kostenträgern, insbesondere Kranken- und Rentenversicherung, erleichtern oder integrierte Versorgung mit betrieblichem Gesundheitsmanagement verknüpfen wollen.

Handlungsempfehlungen

1. *Entwicklung nachhaltiger sektorenübergreifender Vergütungskonzepte durch weitere Modellvorhaben.*
2. *Etablierung sektorübergreifender Budgets über entsprechende Pilotprojekte zur Übernahme in die Regelversorgung.*
3. *Etablierung von Möglichkeiten zur Abrechnung von Versorgungsmodellen „zwischen den Sozialgesetzbüchern“ zur engeren Verknüpfung von Rehabilitation, Pflege und Gesundheit und zur Verringerung der derzeit bestehenden Fehlanreize.*
4. *Erweiterung des betrieblichen Gesundheitsmanagements über aktuelle Ansätze zur Primärprävention nach § 20 SGB V hinaus zur Entwicklung von Angeboten, Personen mittel- und langfristig über das Versorgungssystem wieder in die Vollzeitarbeit zu integrieren.*

C Rolle der Kommunen in der Gesundheitsversorgung

Gesundheitsversorgung findet personenzentriert und konkret vor Ort statt. Daher ist die Beteiligung von Kommunen ein logischer Schritt hin zu einer deutlich netzwerkorientierteren Versorgung. Obwohl die Kommunen die Chance für eine kleinräumige, bürgernahe Optimierung der Versorgung bieten, sind sie derzeit durch ihre breiten Aufgabenfelder stark belastet, so dass eine zeitnahe Umsetzung kaum möglich erscheint. Denn die Voraussetzung hierfür ist eine breitflächige finanzielle und organisatorische Stärkung ihrer derzeitigen Rolle. In einer entsprechenden Ausgestaltung können Kommunen befähigt werden, als Moderatoren einer Weiterentwicklung der Versorgung vor Ort – gerade auch vor dem Hintergrund demographischer Veränderungen – zu agieren. Ihre Aufgabe ist es, die Krankenkassen und alle Handelnden in der Versorgung (Krankenhäuser, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Apotheken, Therapeutinnen und Therapeuten, Pflegedienste) zusammen zu bringen – mit dem Ziel, eine nachhaltige und den Anforderungen des SGB V entsprechende Versorgung vor Ort sicherzustellen. Als Ergebnis solcher lokaler Gesundheitskonferenzen müssen an den Bedürfnissen der Bevölkerung ausgerichtete konkrete Lösungen stehen.

Die Aufgaben einer solchen Gesundheitskonferenz (hier sind nicht die bestehenden Gesundheitskonferenzen nach der Forderung des Pflegeweiterentwicklungsgesetz SGB XI von 2008 gemeint) lassen sich folgendermaßen skizzieren:

Unterstützung der kleinräumigen Versorgung innerhalb eines Planungsbereichs für die vertragsärztliche Versorgung. Damit einhergehend sind die bestehenden Planungsbezirke zu überdenken und auf Basis zu entwickelnder Initiativen zu beseitigen. Hierbei muss innerhalb der Planungsbereiche, wie beispielsweise in einer Großstadt, über die Stadteile hinweg eine multidisziplinäre Versorgung gewährleistet sein. Bis heute besteht die Situation, dass weniger gut situierte Bezirke mit Fachdisziplinen, wie beispielsweise einer pädiatrischen Versorgung, unterbesetzt sind. Auch sind die Patientinnen und Patienten zu unterstützen, die aufgrund krankheitsbedingter Einschränkungen ihren Aktivitäten des alltäglichen Lebens nicht mehr nachgehen und auf familiäre oder im sozialen Netzwerk vorhandene Unterstützung angewiesen sind. Dabei ist insbesondere zu beachten, dass die Verbindung von pflegerischen und haushaltsnahen Dienstleistungen „aus einer Hand“ gefördert werden sollte, um prekäre Situationen nach Hospitalisierung zu entschärfen.

Diese Art von Leistungen kann am ehesten durch eine wohnortnahe Versorgung aufgefangen und beachtet werden. Diese Dienstleistung kann über hierfür zuständige und in der Kommune angestellte Sozialarbeiterinnen oder Sozialarbeiter erfolgen oder in enger Zusammenarbeit zwischen Ärztenetzen, Gesundheitsnetzen und Kommunen. „Quartiere“ könnten im Wettbewerb der Gemeinden und Landkreise entstehen und als Best Practice ausgewiesen werden. Bei rund 10.000 Gemeinden in Deutschland spielen sicherlich regionale Unterschiede eine große Rolle in der Krankenversorgung und gesundheitlichen Betreuung

der Bevölkerung in Stadt und Land. Auch genossenschaftliche Bezüge könnten hier eine Rolle spielen. Dem Landkreis- und Städtetag als Einrichtung könnten neue Aufgaben zufallen (Zimmermann 2016)

Die Versorgung und Begleitung hilfebedürftiger Personen innerhalb einer Kommune muss sich an den infrastrukturellen Gegebenheiten vor Ort ausrichten. Insbesondere sind in ländlichen Bereichen die delegierte Leistungserbringung (z. B. VeraH, Agnes) und der gezielte Einsatz von telemedizinischen Möglichkeiten zu fördern. Hierzu gehören auch Formen der überörtlichen ärztlichen Berufsausübung z. B. mittels kommunaler Praxisräume oder Arztbusse.

Das stationäre Angebot vor Ort sollte bedarfsgerecht weiterentwickelt werden. So sollten Krankenhäuser, die unterausgelastet sind und nicht mehr ökonomisch weitergeführt werden können, in Einrichtungen der abgestuften Pflege (z. B. Pflegehotels, Übergangs- beziehungsweise Verhinderungspflegeeinrichtungen) überführt werden. Gleichzeitig ist die Notfallversorgung so auszubauen, dass der Wegfall des Krankenhauses vor Ort kompensiert werden kann.

Die Rolle der Kommunen als Träger von Bildungseinrichtungen (Kindergärten, Grundschulen, weiterführende Schulen) ist nicht nur stärker zu nutzen, um die Gesundheitserziehung von Kindern und Jugendlichen zu fördern, sondern diese muss auch entsprechend gestärkt werden, damit die Kommune ihre Potentiale auch erfolgreich für die Bevölkerung umsetzen kann.

Letztlich obliegt es den Kommunen als Arbeitgebende, eine Vorbildfunktion in Fragen der Vereinbarkeit im Hinblick auf Pflege von Angehörigen wie auch der Erziehung der heranwachsenden Bevölkerung oder im betrieblichen Gesundheitsmanagement zu übernehmen. Um diese zu gewährleisten, brauchen sie entsprechende Kompetenzen wie auch die nötige Professionalität. Die Strukturen hierfür sollten „top down“ geschaffen werden.

Handlungsempfehlungen

1. *Stärkung der Rolle von Kommunen durch die Definition kommunal-spezifischer Aufgaben- und Betätigungsfelder.*
2. *Beseitigung von Handlungshemmnissen für umsetzungswillige Kommunen, beispielsweise durch Landesrecht und/oder Auflagen von Landesrechnungshöfen.*
3. *Möglichkeiten zur Verknüpfung unterschiedlicher Sozialrechts-Budgets auf kommunaler Ebene und unter kommunaler Führung.*
4. *Übergreifende, bundesweit geregelte Budgetzuweisung für kommunale Gesundheits-, Pflege-, Reha- und Präventionsprojekte.*
5. *Erprobung genossenschaftlicher Strukturen in Pilotprojekten und Modellvorhaben.*

D Fachkräfte, Nachwuchs und neue Gesundheitsberufe

Der absehbare Fachkräftemangel, der im Bereich der Pflege und der Versorgung von Menschen mit chronischen Krankheiten auf die Bundesrepublik zukommt, ist unbestritten. Hinzu kommen die veränderten Rahmenbedingungen wie z. B. die Auflösung traditioneller sozialer und familiärer Netzwerke oder die gestiegene Komplexität der Versorgung aber auch die ökonomisch getriebenen Probleme mit den daraus resultierenden verkürzten Liegezeiten im stationären Sektor.

Gesellschaftlich kann dieser drohenden Unterversorgung nur entgegengewirkt werden, wenn:

- die Versorgung entsprechend der führenden wissenschaftlichen Erkenntnisse verbessert wird,
- das Berufsbild der Pflege und der weiteren Gesundheitsfachberufe attraktiver gestaltet wird und sinnvolle Aufstiegsszenarien geboten werden,
- den fachlich sehr gut ausgebildeten Fachärztinnen und Fachärzten z. T. auch akademisch weitergebildete Praktizierende assistieren, die auch die sozialen Umstände der Patientinnen und Patienten in die Therapie und Pflege mit einbringen können,
- Prävention und Rehabilitation im Vergleich zur akutmedizinischen Versorgung gestärkt werden.

In einem zukunftsorientierten Arbeitsmarkt bedarf es neuer und vor allem anders ausgebildeter Fachkräfte, als sie derzeit in Deutschland zu finden sind. Eine größere Offenheit für Interprofessionalität, aber auch eine deutlichere Prozessorientierung sind wesentliche Aspekte, die ein Gesundheitsberuf und damit auch eine dringend notwendige Reform der Gesundheitsberufe auf sich vereinen sollten. Wenig hilfreich hierfür ist ein ausschließlich auf die Ärztin oder den Arzt ausgerichtetes Gesundheitswesen, da die gefragten Kompetenzen weit über die des traditionellen Medizinstudiums hinausgehen. Hierbei ist zu beachten, dass neben dem Wissen um die richtige Medizin vor allem Kompetenzen im Hinblick auf Wissen um die Steuerung der Patientin und des Patienten durch das System erlernt werden.

Die strukturellen Möglichkeiten im Sinne potenzieller Unternehmen sind hierfür auf jeden Fall schon gegeben. Hier stehen u.a. eine breite Palette von Krankenhäusern, Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), Praxiskliniken und Pflegeeinrichtungen zur Verfügung. Laut dem deutschen Krankenhausverzeichnis (www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de) haben sich alleine auf Diabetes mellitus 1.381 Krankenhäuser spezialisiert (das entspricht ca. 69 Prozent aller Krankenhäuser in Deutschland). Durch die Erweiterung der EBM-Leistungsziffern der zur GKV-Abrechnung zugelassenen Ärztinnen und Ärzte steigt auch hier der Bedarf an Personen, an die ärztliche Leistungen delegiert werden können. Durch die vergangenen Gesundheitsreformen wurde die hausärztliche Versorgung (§73b SGB V) gestärkt, und es wurden

das Versorgungsmanagement (§11 SGB V) sowie das Aufnahme- und Entlassmanagement (§§39 und 112 SGB V) eingeführt.

Der demographische Wandel hat dabei vor diesem Hintergrund zwei Dimensionen, die auf das Gesundheitswesen im Speziellen einwirken und dessen Bedeutung als zukunftssträchtigen Arbeitgeber nochmals verstärken. So führen die Entwicklungen auf der einen Seite zu einer stark steigenden Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen, parallel dazu wird es aber immer weniger hoch qualifiziertes Personal geben.

Der sich daraus ergebende Bedarf an Fachkräften, die über eine medizinische Ausbildung und über ein fundiertes Wissen in den Bereichen Therapie, Pflege und Versorgung verfügen, ist eindeutig und in der Fachwelt unumstritten, wie auch eine große Anzahl wissenschaftlicher Studien aufzeigt. Dieser Bedarf wird durch eine ständige Professionalisierung im Wissen um knappe Ressourcen verstärkt. Derzeit geht jede siebte Arbeitnehmerin beziehungsweise jeder siebte Arbeitnehmer einer Beschäftigung im Gesundheitswesen nach. Ein weiterer großer Vorteil der Branche ist, dass die Gesundheitsversorgung und damit das Kerngebiet der Leistungserbringung regional erfolgen muss und damit nicht, wie beispielsweise in der Automobilwirtschaft, eine Auslagerung der Leistungserstellung und somit der Arbeitsplätze ins Ausland droht. Auf der anderen Seite ist der Markt durch sich ständig modifizierende Regulierungen seitens des Gesetzgebers in einem kontinuierlichen Wandel und unterliegt somit nicht ausschließlich der natürlichen Entwicklung des Wettbewerbs und dessen Kräften. Im Jahr 2030 werden nach Aussage des Bundeswirtschaftsministeriums über 20 Prozent der Erwerbstätigen, und damit jede beziehungsweise jeder Fünfte, in der Gesundheitswirtschaft arbeiten.

Unter Beachtung dieser Entwicklung besteht ein hoher Bedarf an Fachkräften, die Know-how im Versorgungsmanagement auf der einen und Kenntnisse des Gesundheitswesens auf der anderen Seite vereinen. Dies geht ebenfalls aus einer aktuellen Studie „Fachkräftemangel – Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030“ der Beratungsgesellschaft PricewaterhouseCoopers (PwC) in Zusammenarbeit mit dem Darmstädter Forschungsinstitut WifOR hervor: Demnach kommt es in den Jahren 2020 und 2030 zu einem dramatischen Anstieg des Personalmangels sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich, bei ärztlichen und nichtärztlichen Fachkräften (Ostwald et al. 2010). Verstärkt wird dieser Effekt durch den anhaltend hohen Krankenstand in den Gesundheitsberufen, der im Branchenvergleich eindeutig über dem Durchschnitt liegt (DAK-Gesundheitsreport 2015). Es ist davon auszugehen, dass eine durch Personalmangel ausgelöste Arbeitsverdichtung den Krankenstand zukünftig weiter steigen lässt.

Im vorherigen Abschnitt wurden bereits verschiedene veränderte rechtliche Rahmenbedingungen genannt, die in den kommenden Jahren Voraussetzung für diesen neu ausgerichteten Arbeitsmarkt sein werden. Neben dem Bedarf an intersektoral ausgebildeten Fachkräften, die Kenntnisse in Prozessoptimierung und Koordination vorweisen, besteht ein Bedarf an Case- und Care-Managerinnen und -Managern mit Kenntnissen in der Begleitung von

Menschen mit chronischen Krankheiten und hier vor allem die Volkskrankheiten wie Diabetes Mellitus, Herz-Kreislaufkrankungen und Demenz mit jährlich steigenden Inzidenzen.

Am Beispiel des Diabetes lässt sich die Entwicklung eindrücklich in Zahlen darstellen: Nach Prognosen der Internationalen Diabetes Föderation (IDF) wird in Deutschland der Anteil der Erwachsenen mit bekanntem Typ-2-Diabetes auf 7 bis 8 Prozent geschätzt. Folglich muss nach Berechnungen eines nationalen Forscherverbands, an dem das Deutsche Diabetes-Zentrum beteiligt ist, und der aktuellen Bevölkerungsvorberechnung des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2030 in der Altersklasse der 55- bis 74-Jährigen von 3,9 Millionen Personen mit Typ-2-Diabetes ausgegangen werden. Dies ist ein Anstieg im Vergleich zu heute um mehr als 1,5 Millionen. Derzeit gehen die Prognosen davon aus, dass die Zahl der im Jahr 2030 an Diabetes erkrankten Personen dann auf 5,6 Millionen ansteigen wird.

Jede Form der gewünschten Ausbildung kann akademisiert sein. Hierbei muss jedoch beachtet werden, dass keine Fachkräfte „vom Bett weg akademisiert“ werden dürfen. Vielmehr bedarf es hier einer neuen Berufsvielfalt, die mit und am Patienten beziehungsweise der Patientin gemeinsam arbeitet. Zudem gilt es, um die Attraktivität von Gesundheits- und Pflegeberufen weiter zu steigern, auch Konzepte für eine angemessene Vergütung der in diesem Sinne neu qualifizierten Gesundheitsfachberufe zu erarbeiten. Im Branchenvergleich liegt das Berufsfeld Gesundheit & Soziales regelmäßig weit hinter anderen Branchen (StepStone Gehaltsreport für Fach- und Führungskräfte 2015).

Die gesetzgeberischen Grundlagen für eine Vielzahl der Gesundheitsfachberufe stammen zu großen Teilen noch aus der Mitte der Neunziger Jahre. Vor dem Hintergrund wachsender medizinischer Herausforderungen, steigender Verantwortung und einer wachsenden Kompetenzzuweisung besteht dringender Bedarf, die Ausbildungssituation der meisten Gesundheitsfachberufe zu durchleuchten und neu zu justieren. Dabei sind Ausbildungsmodule zu entwickeln, die sowohl einen akademischen als auch einen nicht-akademischen Zugang zum Beruf zulassen. Darüber hinaus sind die Schnittstellen zu definieren, wie Ärztinnen und Ärzte sowie Gesundheitsfachberufe gemeinsam Versorgungsverantwortung übernehmen, aufteilen und sich gegenseitig ergänzen können.

Strukturell fällt auf, dass im zentralen Entscheidungsgremium des deutschen Gesundheitswesens, dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), die Gesundheitsfachberufe nicht vertreten sind. Bereits jetzt ist erkennbar, dass dieses Defizit dazu führt – und weiter dazu führen wird –, dass die Ebene der Gesundheitsfachberufe nicht eigenverantwortlich in die Versorgung mit einbezogen werden wird. Dies ist umso dramatischer, als es über den Entscheidungen des GBA keine fachliche Instanz mehr gibt, die eine entsprechend notwendige Trendwende in der Versorgung vorantreiben könnte. Aufgabe der nächsten Jahre wäre es daher, darüber nachzudenken, ob die Beteiligungsrechte im G-BA nicht auch eine adäquate Abbildung der Gesundheitsfachberufe ermöglichen sollte.

Handlungsempfehlungen

1. *Etablierung eines Runden Tisches zur Neujustierung der Arbeitsaufteilung zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen.*
2. *Entwicklung spezifischer Curricula zur akademischen, nicht-akademischen und teil-akademischen Ausrichtung der unterschiedlichen Gesundheitsfachberufe.*
3. *Überarbeitung der veralteten Gesetzgebung zu den meisten Gesundheitsfachberufen.*
4. *Einbezug der Gesundheitsfachberufe in die Entscheidungsstrukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses („Bank der Gesundheitsfachberufe“).*
5. *Entwicklung weiterer Berufsfelder und Qualifikationen zur niederschweligen Arztentlastung, z. B. Weiterentwicklung der bereits bestehenden „Agnes-“ und „VeraH-“Ansätze.*
6. *Entwicklung und Finanzierung von speziellen Präventions- und Resilienz-Konzepten für Gesundheitsfachberufe.*

E Digitale Gesundheit als neue Herausforderung

Die Digitalisierung schreitet in vielen Lebens- und Wirtschaftsbereichen schnell voran und hat auch das Gesundheitswesen längst erreicht. Dort umfasst die Digitalisierung insbesondere die Bereiche Telemedizin, E-Health und M-Health. Während unter Telemedizin der Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien z. B. zur Diagnose, Therapie oder Konsultation unter Überwindung räumlicher und zeitlicher Distanz verstanden wird, beinhaltet der Begriff E-Health den gesamten Einsatz elektronischer Geräte in der medizinischen Versorgung (Albrecht, 2016). Die Weltgesundheitsorganisation (2011) definiert M-Health als den Einsatz drahtloser Geräte wie z. B. Mobiltelefonen, Patientenmonitoren und PDA's („Personal Digital Assistants“) im Kontext der medizinischen Versorgung und Gesundheitsvorsorge.

Der Markt und das Angebot von E-Health-Anwendungen sind groß und wachsen täglich. Auch wenn einige medizinisch sinnvolle Projekte durch Eigeninitiative von Ärztinnen und Ärzten aufgrund von erkannten Defiziten entstanden sind, werden sie häufig nach dem Ende des Projektstatus nicht in die Regelversorgung übernommen. Daher entwickelt sich derzeit das Angebot fast ausschließlich auf dem zweiten Gesundheitsmarkt, also – abgesehen von Satzungsleistungen und Selektivverträgen – gänzlich außerhalb des Bereichs der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und damit ohne direkten Nutzen für die GKV-Versicherten. Vergleichbar ist auch in der privaten Krankenversicherung (PKV) keine große Veränderung in Richtung E-Health zu erkennen. Diese Entwicklung ist derzeit noch vor allem angebots- und zielgruppenspezifisch getrieben und nicht auf den Bedarf des Gesundheitssystems insgesamt ausgerichtet.

Die treibenden Kräfte für diese rasante Entwicklung im zweiten Gesundheitsmarkt sind technologische Innovationen sowie international bereits etablierte Produkte. Außerdem führt der kulturelle Wandel in der Gesellschaft zu einem veränderten Gesundheitsbewusstsein und -handeln sowie zu neuen Erwartungen und Anforderungen vieler Beteiligter an ein staatlich geregeltes Gesundheitssystem. Der Trend der Selbstvermessung, die Nachfrage nach gesundheitsbezogenen Informationen und nach interaktivem Austausch wird zwangsläufig zu einer Anpassung der gesundheitsbezogenen Angebote führen. Dabei stehen immer mehr Fachkräfte im Gesundheitswesen und Krankenkassen neuen innovativen Technologien offen gegenüber (Zukunftsinstitut 2015). Damit verbunden nimmt die Bereitschaft zu, sich mit anderen zu vernetzen, Informationen auszutauschen, Verantwortung zu delegieren oder zu übernehmen und die Patientinnen und Patienten noch deutlicher in den Mittelpunkt des eigenen Handelns zu stellen. Ebenso haben sich für den GKV-Bereich die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen z. B. durch das E-Health-Gesetz oder den Innovationsfonds weiterentwickelt (Knöppler, Neisecke & Nölke 2016).

Eine flächendeckende Digitalisierung sowohl der einzelnen Institutionen als auch deren Vernetzung besteht allerdings bislang nicht. Obwohl das deutsche Gesundheitssystem über gute Voraussetzungen für eine flächendeckende Digitalisierung verfügt, befindet es sich in diesem Bereich noch in den Kinderschuhen (Biesdorf et al. 2016). Neben der flächendeckenden Vernetzung, einer bundesweiten Nutzung und der besseren Kooperation und Koordination aller an der Behandlung der Patientinnen und Patienten Beteiligten, stellen die Telemedizin sowie die Entwicklung neuer Versorgungsangebote die größten Nutzenpotenziale der Digitalisierung dar.

Versorgungsqualität

Viele E-Health-Anwendungen basieren auf technologischen Innovationen, die primär nicht für das Gesundheitswesen entwickelt wurden. Im Laufe der Zeit konnten sich einige davon als spezifische Ausprägungen des Gesundheitsmarktes etablieren. Hierzu zählen telemedizinische Anwendungen wie Telemonitoring und -coaching, elektronische Patientenakten, Vernetzungslösungen für die unterschiedlichen Beteiligten, altersgerechte Assistenzsysteme für ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Häuslichkeit (Ambient Assisted Living, AAL) sowie mobile Health Anwendungen (M-Health). Die Nutzung digitaler, bereits vorhandener Technologien ermöglicht insbesondere in den Bereichen Prävention, ländliche Versorgung sowie im Rahmen der Behandlung chronisch kranker Menschen eine Verbesserung der Versorgungsqualität. Hierbei stehen eine schnelle Informationsvermittlung über Institutions- und Sektorengrenzen hinaus, die damit verbundene Optimierung von Versorgungsabläufen, die Vermeidung von Unter- und Überversorgung sowie eine starke Patientenorientierung und -einbindung im Vordergrund. Vor allem M-Health-Anwendungen, deren Besonderheiten in der Art der Bereitstellung von Dienstleistungen sowie der starken Nutzerorientierung liegen, nehmen erheblich an Bedeutung zu. Diese können über jegliche Arten der bereits beim größten Teil der Bevölkerung vorhandenen mobilen Endgeräte, wie Smartphones, Tablets oder Laptops, genutzt werden. In diesem Zusammenhang rückt insbesondere der rasant wachsende Markt der Gesundheits-Apps in den Vordergrund, der bereits über 100.000 Apps in den App-Stores umfasst. Mit der immer schneller voranschreitenden technologischen Entwicklung steigt die Wahrscheinlichkeit, dass das Gesundheitssystem immer häufiger Potenziale nicht konsequent nutzt.

Die zunehmende Nutzung technologischer Innovationen durch den Menschen in allen seinen Lebensbereichen führt zu einem soziokulturellen Wandel, der sich auch auf das Gesundheitswesen auswirken wird. Die Versicherten haben die Erwartung und, nach entsprechenden Veränderungen in den Regelungen im SGB V, auch ein Recht darauf, dass Technik und Instrumente eingesetzt und durch Versicherungsbeiträge finanziert werden, die bereits Standard sind und die ihre Gesundheitsversorgung nachhaltig verbessern.

Finanzierungsmöglichkeiten zur Anwendung digitaler Lösungen

Um die Versorgungsqualität durch die Nutzung digitaler Anwendungen für möglichst viele Bürgerinnen und Bürger verbessern zu können, braucht es finanzielle Mittel für Pilotprojekte und nachhaltige Vergütungsmodelle für erprobte, digitale Lösungen.

Notwendig sind praktische Lösungen für die Einführung digitaler Anwendungen in die Regelversorgung, um diese flächendeckend allen Versicherten im ersten Gesundheits“-markt“ zugänglich zu machen. Damit dies geschieht und eine Finanzierung im GKV-Bereich erfolgen kann, muss ein Nutzen nachgewiesen werden. Für E-Health-Anwendungen ist dies aufgrund der kurzen Lebenszyklen mit den etablierten Methoden jedoch kaum möglich. Daher werden digitale Anwendungen fast ausschließlich im Rahmen des zweiten Gesundheitsmarktes privat finanziert oder von einzelnen Krankenkassen auf Basis von Selektivverträgen erstattet (Knöppler, Neisecke & Nölke 2016). Dies führt dazu, dass ein großer Teil der Bevölkerung keinen Zugang zu diesen Möglichkeiten hat. Für die Nutzenbewertung innovativer digitaler Anwendungen braucht es also schnellere und adäquate Bewertungsverfahren.

Insgesamt gesehen sind die bisherigen gesetzlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen nicht geeignet, die Digitalisierung und Vernetzung im deutschen Gesundheitssystem zu beschleunigen. Dafür ist die elektronische Gesundheitskarte nur ein Beispiel. Das so genannte E-Health-Gesetz beziehungsweise der Innovationsfonds sind politische Schritte in die richtige Richtung, um die Digitalisierung zu unterstützen. Dabei werden folgende zentrale Aspekte aufgegriffen: Finanzielle Möglichkeiten für die Einführung von Innovationen zur Verfügung zu stellen, die Überführbarkeit in die Regelversorgung als Voraussetzung für eine Förderung festzulegen sowie wichtige Anwendungen wie z. B. die elektronische Patientenakte zu definieren.

Der Schwerpunkt liegt jedoch immer noch auf der Sanktionierung der „Unwilligen“ statt auf der Unterstützung und Förderung derjenigen, die die Chancen der Digitalisierung erkannt haben und nutzen möchten.

Vernetzung

Obwohl eine flächendeckende Vernetzung in Deutschland in Branchen wie der Industrie, dem Finanzwesen oder dem Handel aber auch in Gesundheitssystemen anderer Länder (beispielsweise Dänemark) längst möglich ist, sind im deutschen Gesundheitssystem nur einzelne Teilbereiche und Einzelprozesse digital miteinander verbunden. Grund hierfür ist unter anderem eine fehlende Interoperabilität. Es gibt zahlreiche Insellösungen, die z. B. nicht mit anderen Praxis-Verwaltungs- oder Krankenhaus-Informationen-Systemen kompatibel sind. Dadurch kommt es zu vielen unnötigen Medienbrüchen und daraus folgend zusätzlichen Arbeitsschritten, um die Daten zwischen den Systemen auszutauschen. Dies muss meist manuell erfolgen. Für „Maschine-Maschine-Kommunikation“ braucht es Standards und einheitliche Systeme, damit innerhalb von Einrichtungen über verschiedene Bereiche sowie zwi-

schen verschiedenen Institutionen und über Sektorengrenzen hinweg ein Daten- und Informationsaustausch erfolgen kann. Für eine flächendeckende Vernetzung ist insbesondere die stärkere Einbindung der Politik unter Einbeziehung von Expertinnen und Experten außerhalb der Selbstverwaltung und außerhalb der Kreise kurativ tätiger Behandlerinnen und Behandler notwendig. Nur mit einer übergreifenden Vernetzung kann signifikant zu einer Optimierung der Versorgungsprozesse und zur Verbesserung der Versorgungsqualität beigetragen werden (Gigerenzer et al. 2016; Stefan et al. 2014).

Handlungsempfehlungen

1. *Stärkere Berücksichtigung der Interessen und Rechte der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Partizipation durch digitale Lösungen.*
2. *Schaffung finanzieller Möglichkeiten für Innovations-, Forschungs- und Entwicklungsprojekte (z. B. 1 Prozent vom GKV-Volumen pro Jahr) sowie dauerhafter Vergütungsmodelle für „erprobte“ digital vernetzte Lösungen im GKV-Bereich.*
3. *Entwicklung geeigneter, „schneller“ Verfahren zur Bewertung digitaler Anwendungen.*
4. *Förderung von Digitalisierung und Vernetzung durch folgende Maßnahmen:*
 - *Unterstützung positiver Initiativen (Bonus- statt Malus-System),*
 - *Förderung der Interoperabilität durch Festlegung von Standards,*
 - *Flächendeckende IT-Strukturen, die einen Daten- und Informationstransfer über alle Sektoren, Bereiche und Prozesse hinweg ermöglichen,*
 - *Öffnung der Möglichkeiten für den mobilen Datenaustausch auf Basis existierender technologischer Vernetzungen.*
5. *Gründung eines Begleitgremiums (Taskforce) zur stärkeren Beteiligung der Politik, unter Einbeziehung von Expertinnen und Experten sowie der kurativ tätigen Behandelnden außerhalb der Selbstverwaltung.*

F Nachhaltige Finanzierung und Vergütung von Gesundheitsleistungen

Das deutsche Gesundheitssystem bietet seit mehr als 125 Jahren Versorgungsleistungen für große Teile der Bevölkerung. Vor diesem Hintergrund sind die Grundlagen der GKV-Finanzierung ohnehin schon nachhaltig ausgestaltet. Außerdem sind die kontinuierlichen Finanzierungsdiskussionen zu relativieren, da es nie gelingen wird, die vielfach und dauerhaft im System verborgenen und durch Strukturwandel immer wieder neu entstehenden Wirtschaftlichkeitsreserven – beispielsweise im Bereich der Digitalisierung, der Leistungserbringung und der Fachkräfteverteilung – für immer zu erschließen.

Fragen einer nachhaltigen Finanzierung im Gesundheitswesen beziehen sich in aller Regel auf die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen, die Pflegeversicherung und die Rentenversicherung mit ihren Rehabilitationsleistungen. Die Unfallversicherung, der öffentliche Gesundheitsdienst, die Lohnfortzahlung und die Forschung und Entwicklung am Wirtschaftsstandort Deutschland stehen eher am Rande dieser Diskussion. Die Politik kommenden Legislaturperioden wird sich weiterhin und dauerhaft damit befassen müssen, wie Gesundheitsausgaben in den genannten und anderen Bereichen des Gesundheitswesens nachhaltig finanziert werden sollen. Der institutionellen Vielfalt in Form der genannten Verantwortlichen und Bereiche steht eine ebensolche Komplexität in der „äußeren Finanzierung“ beziehungsweise Mittelaufbringung und in der „inneren Finanzierung“ beziehungsweise Mittelverwendung oder Bezahlung von Gesundheitsleistungen gegenüber.

Politisch muss – auch vor dem Hintergrund einer an Bedeutung gewinnenden europäischen Konvergenz der Gesundheitssysteme – immer wieder entschieden werden, ob dem Bismarck-Modell mit seinen Sozialversicherungsbeiträgen und den dazu gehörigen Institutionen die Zukunft der Mittelaufbringung gehören oder ob das Beveridge-Modell mit seiner Finanzierung über Steuern oder genauer über allgemeine Deckungsmittel deutschland- und auch europaweit an Bedeutung gewinnen soll (so genannte „äußere Finanzierung“). Hier besteht ein Wettbewerb der Systeme in der Mittelaufbringung. Dazu gehört auch eine Entscheidung über die Rolle des Umlageverfahrens und das Ausmaß einer kapitalbildenden Finanzierung. Dem seit Bismarck existierenden Sozialversicherungssystem könnte man, wie eingangs angedeutet, Nachhaltigkeit allein dadurch attestieren, dass es Weltkriege, Inflationen und Banken Krisen überdauert hat sowie die Niedrigzinsphase gut zu bewältigen scheint. Auch darin, dass allein die Krankenversicherung der Arbeiterinnen und Arbeiter aus dem Jahre 1883 stammt (damals setzten sich die Beiträge zu 2/3 aus Zahlungen der Arbeitnehmenden und 1/3 der Arbeitgebenden mit maximal 6 Prozent auf Löhne und Gehälter zusammen) liegt eine gewisse Nachhaltigkeit in der Finanzierung beziehungsweise Mittelaufbringung. Gerade der Blick auf die historischen Entwicklungen und Veränderungen der finanziellen GKV-Grundlagen zeigt aber auch, dass die Politik sich jederzeit die Option zur Nachsteuerung offen halten muss.

Bei der Finanzierung steht die Erweiterung der bisherigen Bestandteile der Bemessungsgrundlage (Löhne, Gehälter und Renten) um Mieten, Kapitalerträge oder Wertschöpfung seit langem zur Diskussion. In diesem Finanzierungskontext steht auch die aktuelle Frage nach der Wiedereinführung der kompletten paritätischen Finanzierung der GKV-Ausgaben auf der Agenda. Eine Auszahlung oder auch nur eine Festschreibung der Unternehmensbeiträge ist zur Senkung der Lohnnebenkosten angebracht und aus ökonomischer Perspektive unter dem Aspekt des Wettbewerbs über die Höhe der Beitragssätze auch zu rechtfertigen. Wahl- und Wechsellmöglichkeiten bekämen – zumindest aus rein ökonomischer Sicht – einen viel stärkeren Anreiz, wenn der Arbeitgeberbeitrag entfiel und ausgezahlt würde.

Diese Auffassung scheidet aber möglicherweise an den politischen Gegebenheiten in der bestehenden Selbstverwaltung mit ihren weitgehend paritätisch besetzten Verwaltungsräten. Dort wäre die Beteiligung der Unternehmen bei dauerhafter Aufgabe der paritätischen Finanzierung nur noch eingeschränkt sinnvoll wenn nicht sogar hinfällig. Der gewünschte Einfluss der Unternehmen auf die Gesundheitspolitik entfiel auf dieser Ebene der Selbstverwaltung.

Im Mittelpunkt der Mittelaufbringung in der GKV steht die Finanzierung von Art und Umfang erstattungsfähiger Leistungen beziehungsweise des so genannten Leistungskatalogs. Dazu gehört auch die Sicherstellung ambulanter und stationärer Leistungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Bundesländer. Sowohl die dynamische Entwicklung erstattungsfähiger Leistungen (z. B. Brillen, Hörgeräte) als auch der Umfang der Sicherstellung stehen dauerhaft zur Diskussion. Und es kann gefragt werden:

- Welche Formen der Leistungssteuerung und Leistungsbegrenzung erhalten die Auszeichnung Nachhaltigkeit und ermöglichen eine tragfähige Finanzierung?
- Gibt es sozial adäquate Zuzahlungsmodelle und Leistungsausgrenzungen oder unterschiedliche Tarifmodelle, die sich als tragbar erweisen ohne die Versorgung auf eine zu niedrige Basisversorgung zu reduzieren?
- Welche Formen einer ergebnisorientierten Vergütung sind bereits umsetzbar? Dabei geht es auch um weitere Aufgaben für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).

Der Finanzierungsdruck resultiert nach verbreiteter Ansicht weniger aus der absehbaren demographischen Entwicklung mit ihren Herausforderungen als vielmehr aus dem durchaus wünschenswerten medizinisch-technischen Fortschritt. Medizintechnik und Arzneimittel beziehungsweise die industrielle Gesundheitswirtschaft gehören zu den Ausgabentreibern, die sich aber in dem einen oder anderen Bereich angesichts des Beitrags der Gesundheitswirtschaft zum BIP von 11 Prozent auch selbst finanzieren.

Zur Mittelaufbringung zählen auch alle Wege zu einer Mobilisierung von Effizienzreserven beziehungsweise der Rationalisierung, die es immer geben wird. Schließlich gehören höhere Anteile in der individuellen Einkommensverwendung für Gesundheitsleistungen, also Konsum- oder Investitionsausgaben, sowie Prämienzahlungen, Selbstbeteiligung und Zuzahlun-

gen zur Mittelaufbringung. Auch die Bundeszuschüsse zum Gesundheitsfonds und die Forschungsaufgaben im Gesundheitswesen durch das Bundesforschungsministerium stehen hier zur Diskussion.

Zur Mittelverwendung gehören die Bezahlung von erbrachten Gesundheitsleistungen im Krankenhaus, bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Zahnärztinnen und Zahnärzten und bei anderen niedergelassenen Personen im ärztlichen Dienst, in der Apotheke, im Heil- und Hilfsmittelbereich etc. Bei dieser Art der „inneren Finanzierung“ geht es um die Vergütung, Honorierung, Bezahlungen von erbrachten Leistungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen. Sie erfolgt noch immer überwiegend „gemeinsam und einheitlich“ beziehungsweise durch Kollektiv- und weniger häufig durch Individualvereinbarungen (selektive Verträge).

Angesichts der erforderlichen Finanzierung der Zusatzbeiträge für die Versicherten wird an die aus konjunkturellen Gründen angesammelten Überschüsse aus den Reserven des Gesundheitsfonds und der Rücklagen der gesetzlichen Krankenkassen gedacht. Diese Mittel sind erforderlich, um die entstehenden Ausgabensteigerungen aufgrund der zahlreichen Gesetze (Krankenhausstrukturgesetz, Versorgungsstärkungsgesetz, E-Health-Gesetz, Hospiz- und Palliativgesetz, Gesetz der Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der GKV) aufzufangen. Da diese Finanzierungswege dauerhaft nicht ausreichen werden, ist mit Sicherheit mit steigenden Zusatzbeiträgen zu rechnen. Sie werden vom Spitzenverband der GKV bereits prognostiziert, allerdings ohne Hinweise darauf, wie sie möglicherweise durch wettbewerbliche Strukturen vermieden werden könnten.

Eine Besonderheit ergibt sich noch beim Gesundheitsfonds, der angesichts der Niedrigzinsphase bei seiner Rücklagenbildung Strafzinsen in Millionenhöhe zu zahlen hat.

Bei der Selbstfinanzierung ist auch an den Zweiten Gesundheitsmarkt zu denken. Konsumnahe Anwendungsfelder (Sportmedizin, Wellness, Fitness), ästhetische Zahnheilkunde, Implantate, Prothetik, Selbst- und Fremd-Gesundheitsmonitoring, Online-Erfassung von Vitalparametern, „home care for the elderly“ etc. weisen auf diesen Bereich von stark wachsenden und rein privat finanzierten Gesundheitsausgaben hin, die im Jahre 2014/15 knapp 3 Prozent des Bruttoinlandsprodukts ausmachten.

Eine Diskussion über den Innovationsfonds versus einen kassenspezifischen Anteil von Forschungs- und Entwicklungsbudgets der Krankenkassen ist nach den politischen Entscheidungen für den Innovationsfonds auf absehbare Zeit nicht aktuell. Grundlagenforschung, Wagniskapital/Gründerfonds, kollektive Risikoübernahme (Anstoß-Finanzierung), Netzbudgets, Teleportalkliniken als neue Wege einer äußeren und inneren Finanzierung sollten daher eine größere Rolle spielen.

Schließlich sei noch auf eine verhaltenslenkende Gesundheitspolitik hingewiesen. Wie können gezielt Anreize zu gesundheitsbewusstem Verhalten und die Übernahme von mehr Eigenverantwortung der Bürgerinnen und Bürger für ihre eigene Gesundheit gesetzt werden,

um die Stabilität des Gesamtsystems zu sichern? Hier wird gelegentlich trotz der haushaltsrechtlichen Vorbehalte vorgeschlagen, Mittel aus der Besteuerung von gesundheitsgefährdenden Genussmitteln wie Tabak, Alkohol, Zucker für gesellschaftliche Aufgaben (z. B. versicherungsfremde Leistungen) zu verwenden.

Handlungsempfehlungen

1. *Stärkung des nachhaltigen Bismarckschen Systems der Sozialversicherung unter Einbeziehung von Handlungsoptionen wie der Verbreiterung der Bemessungsgrundlage und der Schaffung eines einheitlichen Krankenversicherungsmarktes.*
2. *Weiterentwicklung einer stärker ergebnisorientierten Vergütung erbrachter Gesundheitsleistungen mit Ergebnisqualität als wichtigstem Parameter des Wettbewerbs.*
3. *Erarbeitung von Handlungsoptionen über den zukünftigen gesundheitspolitischen Einfluss der Unternehmen angesichts der zukünftigen Rolle der Zusatzbeiträge, mögliche Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags.*
4. *Mehr Handlungsoptionen über die Verstärkung von Leistungssteuerung und Leistungsbegrenzung – z. B. durch den Gemeinsamen Bundesausschuss.*
5. *Entwicklung neuer Steuerungsmöglichkeiten, um den Anteil in der individuellen Einkommensverwendung für Gesundheit zu erhöhen (Tarifvielfalt innerhalb der GKV, zweiter Gesundheitsmarkt).*
6. *Hebung von Selbstfinanzierungspotentialen innerhalb der Gesundheitswirtschaft z. B. im Bereich der Diabetes-Prävention. Entwicklung von Instrumenten zur stärkeren Belastung von gesundheitsgefährdenden Genussmitteln mit einer Zweckbindung des Aufkommens zur Finanzierung gesundheitsspezifischer Aufgaben, z. B. durch direkte Einzahlung in den Gesundheitsfonds.*

G Gesellschaftlicher Nutzen der Gesundheitswirtschaft

Im Mittelpunkt der Gesundheitswirtschaft steht ihr quantitativer und qualitativer Nutzen. Sie ist ein Wirtschaftszweig mit sehr hoher Wertschöpfung (der Anteil am deutschen Bruttoinlandsprodukt beträgt rund 11 Prozent), einem Beschäftigungsanteil von rund 15 Prozent bei überdurchschnittlich zunehmender Beschäftigung, einem erfreulichen Exportanteil und einer Vielzahl neuer Berufe.

Diese rein quantitative Betrachtung bringt aber noch nicht zum Ausdruck, dass die Gesundheitswirtschaft, ähnlich wie die Energiewirtschaft, einen (lebens-)wichtigen Teil unserer volkswirtschaftlichen und gesellschaftlichen Infrastruktur darstellt.

Die überdurchschnittlich hohen Wachstumsraten von Wertschöpfung und Beschäftigung einerseits und die demographische Entwicklung andererseits machen zudem deutlich, dass es sich in mehrfacher Hinsicht um eine Zukunftsbranche handelt. Auch die Forschungsinvestitionen im Wirtschaftsstandort Deutschland sind von industrie- und wachstumspolitischer Bedeutung.

Zur Gesundheitswirtschaft zählen neben dem ersten Gesundheits-“Markt“ mit einem Kern- und einem erweiterten Bereich auch der zweite Gesundheitsmarkt mit seinen Produkten und Gesundheitsleistungen. Letzterer ist Bestandteil der persönlichen Lebensführung.

Eine rein (markt-)wirtschaftliche Betrachtung der Gesundheitswirtschaft greift jedoch zu kurz. Denn Ziel der Produktionstätigkeit in der Gesundheitswirtschaft ist nicht die Erzeugung von Wirtschaftswachstum, sondern von Gesundheit beziehungsweise der Erhalt selbstbestimmter Lebensführung.

Auf dem Wege von der ökonomischen Dividende („economic footprint“) zu einer besseren Gesundheit – sehr plakativ gelegentlich auch als „Gesundheitsdividende“ bezeichnet – geht es um den individuellen und kollektiven Nutzen der Gesundheitswirtschaft. Während sich der ökonomische Nutzen der Gesundheitswirtschaft national, regional und auch unternehmensbezogen auf der Grundlage der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen ermitteln lässt, ist die Gesundheitswirksamkeit dieser Branche nicht gleichermaßen standardisiert zu ermitteln. Krankheitskostenanalysen, Kosten-Kosten-Analysen, Kosten-Nutzen-Analysen, Kosten-Wirksamkeits-Analysen, Kosten-Nutzwert-Analysen etc. sind methodisch nicht mit der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung zu vergleichen.

Auch wenn es unstrittig ist, dass Forschungsausgaben als Investitionen in Gesundheit und damit der Gesundheitswirtschaft einzubeziehen sind, werden die Rückwirkungen von Innovationen bisher nicht zureichend erfasst. Meist beschränkt sich ihre Betrachtung auf Einsparungen bei den Gesundheitsausgaben. Unberücksichtigt bleiben jedoch, sieht man von Einzelfallbetrachtungen ab, indirekte Effekte wie z. B. ihr Einfluss auf die Erwerbstätigkeit.

Betrachtet man zudem nicht nur die durch Krankheit verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre, sondern bewertet sie mit der dementsprechend verlorenen Wertschöpfung, so gibt es belastbare Hinweise, dass der Rückgang an krankheitsbedingten Wertschöpfungsverlusten die Ausgaben für Forschung und Innovation im Gesundheitssektor mehr als nur kompensiert. Solche Untersuchungen (vgl. Henke et. al. 2011) sind allerdings über erste Ansätze nicht hinausgekommen und müssten ausgebaut und systematisiert werden, damit sie im Rahmen einer zu entwickelnden Gesundheitswirtschaftspolitik entscheidungsrelevant werden können.

Bei den Wirkungen der Gesundheitswirtschaft auf unsere Gesundheit ist es hilfreich, zwischen der industriellen und der dienstleistungsorientierten Gesundheitswirtschaft zu unterscheiden und sich vor Augen zu führen, dass eine unseren Ansprüchen gerecht werdende Krankenversorgung der Bevölkerung und ihre gesundheitliche Betreuung ohne eine in ihren Teilbereichen spezialisierte und arbeitsteilig zusammenwirkende Gesundheitswirtschaft nicht vorstellbar ist.

Bei der Analyse der Gesundheitswirtschaft mit allen ihren Facetten geht es letztlich um eine gesellschaftliche Zielorientierung, das heißt um mehr Lebensqualität beziehungsweise lebenslange bestmögliche Funktionsfähigkeit. Daraus entwickelt sich vielleicht eine Gesundheitswirtschaftspolitik auf Bundes- und Landesebene. Im Vordergrund steht dann das Management von besserer Gesundheit, also länger, besser und selbstbestimmt leben bei mehr Wohlstand durch Beschäftigung, Wertschöpfung oder auch Export der Gesundheitswirtschaft.

Nachdem der ökonomische Fußabdruck empirisch belastbar für Stadt und Land vorliegt beziehungsweise mit der in Deutschland erstmals entwickelten Methodik immer wieder berechnet und zeitlich fortgeschrieben werden kann, ergeben sich einige diskussionswürdige Fragen, die im Rahmen unserer Handlungsempfehlungen eine Antwort suchen:

1. Welchen Beitrag erbringt die Gesundheitswirtschaft insgesamt zur besseren Gesundheit mit ihren multiplen Effekten und zur vielschichtigen Lebensqualität in einer Region?
2. Welche Rückwirkungen hat dieser verbesserte Gesundheitszustand auf die wirtschaftliche und gesellschaftliche Entwicklung?
3. Lässt sich die industrielle Gesundheitswirtschaft (u.a. medizintechnische und pharmazeutische Industrie) als Determinante einer besseren Gesundheit statistisch erfassen, z. B. anhand von Gütergruppen, der Funktionsfähigkeit von unterschiedlichen Altersgruppen und nach Krankheitsbildern im Lebensablauf oder im alltäglichen (medizinischen) Leistungsgeschehen?
4. Lässt sich der qualitative und quantitative Nutzen der Gesundheitswirtschaft nicht nur im Rahmen einer zu entwickelnden Gesundheitswirtschaftspolitik berücksichtigen?

tigen, sondern umgekehrt auch als Grundlage einer „Gesundheitsfolgenabschätzung“ von Maßnahmen anderer Politikbereiche verwenden?

In diesem Fragenkontext können weiterhin folgende Herausforderungen aufgegriffen werden:

- Der vielschichtige Bereich der Gesundheitsfachberufe mit ihrer Legitimation und ihrem Anteil an der Wertschöpfung innerhalb der Branche.
- Die Organisation sowie die Zukunft der sozialen Selbstverwaltung mit dem GBA und ihrer verfassungsrechtlichen Legitimation.
- Unter Einbezug von technischen Assistenzsystemen ist zu untersuchen, wie eine bessere Gesundheit und Lebensqualität erzielt werden können. Mit dem „Americans with disabilities Act“ (ADA), dem Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) und der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) können neue Wege für die Gesundheitswirtschaft aufgezeigt werden.

Wie bereits angesprochen, führen mehrere Wege zu einer „besseren Gesundheit“ durch die Gesundheitswirtschaft. Anhand von Leistungsgruppen und Wirtschaftszweigen im Kern- und erweiterten Bereich der Gesundheitswirtschaft lassen sich erstens am Beispiel medizintechnischer Geräte und pharmazeutischer Produkte positive Veränderungen des Gesundheitsstandes und seines Nutzens aufzeigen.

Ein zweiter Weg ergibt sich, wenn die Funktionalität und Lebensqualität im Vordergrund stehen. Es kann aufgezeigt werden, welche Faktoren zu einer verbesserten Gesundheit führen („Gesundheitsfunktionen“), wie nachstehende Beispiele deutlich machen:

- Unfälle am Arbeitsplatz, im privaten Haushalt und/oder im Straßenverkehr und ihre Vermeidung,
- Stärkung der Hör- und Sehkraft,
- Unterstützung zur Lebenserleichterung im Umgang mit chronischen Erkrankungen,
- Behandlung bei ausgewählten Krankheitsbildern, z. B. bei Schlaganfall, Herzinfarkt, Darm-, Hoden-, Brustkrebs oder Leukämie.

Ein dritter Weg zu Gesundheitsfunktionen führt über die industriellen Vorleistungen, die nicht nur in den Bereichen der Rehabilitation, Pflege, Palliativmedizin und der Hospize unverzichtbar sind. Vor allem in der allgemeinen ambulanten und stationären Versorgung gibt es keine der millionenfachen Behandlungen ohne die Produkte der industriellen Gesundheitswirtschaft.

Gleiches gilt hinsichtlich der Assistenzsysteme zur Erreichung eines altersgerechten Lebensumfeldes. Ohne die Produktionsfaktoren Arbeit (Dienstleistungen) und Kapital (industrielle Gesundheitswirtschaft) lassen sich keine Produktionsfunktionen für Gesundheit aufstellen.

Im Vordergrund des gesellschaftlichen Nutzens der Gesundheitswirtschaft könnten auch die älteren Menschen mit ihrer Alltagsfähigkeit, also ihrer Selbstständigkeit und Lebensqualität, stehen. Der Paradigmenwechsel von der Herstellung eines Gesundheitszustandes (der in jeder Lebensphase anders zu definieren wäre) zur Erhaltung beziehungsweise Erreichung von „Alltagstauglichkeit“ erfordert eine neuartige ambulante und stationäre Versorgung (Rupert Püllen, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie). Er kritisiert das Denken in Krankheiten und „das allein krankheitsbasierte Vorgehen in der Medizin für eine alternde Gesellschaft“ (FAZ unter „Fremde Federn“: „Gesundheit ist nicht das Wichtigste“). Es geht in diesem Kontext um ein altersgerechtes, barrierefreies Leben zu dem auch technische Assistenzsysteme gehören.

Schließlich lässt sich – viertens – auch untersuchen, inwieweit Gesundheitsnutzen durch kleinere und mittlere Unternehmen ausgelöst wird. Bei dieser Betrachtung einer mittelständischen Gesundheitswirtschaft geht es um die individuellen und kollektiven Gesundheitswirkungen der dort hergestellten Produkte beziehungsweise Leistungen. Auch „Start-ups“ gehören hierzu.

Zusammenfassend geht es auf allen vier Wegen um unterschiedliche Formen zur Bestimmung der Gesundheitswirksamkeit der Gesundheitswirtschaft.

Angesichts ihrer Personalintensität bedarf der Arbeitsmarkt der Gesundheitswirtschaft einer gesonderten Behandlung. Hier geht es nicht nur um die Beschäftigung sondern vor allem um die gesundheitsrelevanten Berufe, die Personalentwicklung in den unterschiedlichen Institutionen (z. B. Krankenhaus, Reha-Einrichtungen), den Fachkräftebedarf und -mangel, den Bedarf an Ärztinnen und Ärzten und Pflegekräften, neue Berufsbilder mit ihren Ausbildungsmöglichkeiten und Berufschancen, technische Assistenzberufe sowie erweiterte Kompetenzen für Pflegekräfte und medizinische Fachangestellte.

Hinsichtlich dieser Fragen und auch der Vergütung und Bezahlungen der erbrachten Leistungen spielt die Tarifautonomie eine wichtige Rolle. Aus Gesprächen mit Gewerkschaften und Unternehmensverbänden ergeben sich möglicherweise wichtige Anregungen.

Handlungsempfehlungen

- 1. Systematische und regelmäßige Berichterstattung zur volkswirtschaftlichen Bedeutung der Gesundheitswirtschaft durch das Statistische Bundesamt und die statistischen Landesämter.*
- 2. Nutzenbestimmung einer verbesserten Gesundheit mit ihren vielfältigen individuellen und gesellschaftlichen Bestandteilen.*
- 3. Erarbeitung von Konzepten für eine am Ziel der Verbesserung der individuellen Lebenssituation orientierten Gesundheitswirtschaftspolitik und für eine Gesundheitsfolgenabschätzung anderer Politikbereiche.*

4. *Umfassendes Konzept einer Gesundheitswirtschaftspolitik auch unter den folgenden Fragestellungen:*
- *Wie lässt sich durch eine Intensivierung der industriepolitischen Bezüge der Gesundheitswirtschaft das Gesamtergebnis (quantitativ und qualitativ) verbessern?*
 - *Wie lässt sich die Effizienz der plan- und marktwirtschaftlichen Elemente der Gesundheitswirtschaft steigern?*

Zusammenfassung: Handlungsempfehlungen A – G

A Orientierung an Patientinnen, Patienten und ihren Angehörigen

- 1. Förderung einer gezielten versorgungsrelevanten Teamarbeit aller Leistungsakteure sowie des interprofessionellen Austausches, jeweils bezogen auf den einzelnen Patienten beziehungsweise die einzelne Patientin.*
- 2. Deutliche Stärkung koordinierender Funktionen in komplexen Versorgungssituationen, (z. B. im Sinne eines erweiterten Case Managements).*
- 3. Förderung der besseren und schnelleren Nutzung von vernetzten Patientendaten für eine individuelle bedürfnisorientierte Gesundheitsversorgung.*
- 4. Stärkung der Einbindung von Angehörigen und indirekt Betroffenen durch eine bessere Koordination der Zuständigkeiten unterschiedlicher Ministerien.*
- 5. Erhöhung der individuell gezielten Versorgung und Förderung der Eigenverantwortung durch Einführung von Versorgungsbudgets in der Hoheit der oder des einzelnen Versicherten.*
- 6. Förderung prozessgesteuerter Abläufe, um den heterogenen Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten im Kontext der zunehmenden Multimorbidität Rechnung zu tragen.*
- 7. Schaffung von Nutzungsmöglichkeiten der stratifizierten Medizin in Versorgungssituationen mit besonderer individueller Disposition.*
- 8. Forderung der Umsetzung des Nationalen Aktionsplans für Menschen mit Seltenen Erkrankungen (2013) – Ausbau der Zentren für Seltene Erkrankungen.*

B Sektorübergreifende Versorgung

- 1. Entwicklung nachhaltiger sektorenübergreifender Vergütungskonzepte durch weitere Modellvorhaben.*
- 2. Etablierung sektorübergreifender Budgets über entsprechende Pilotprojekte zur Übernahme in die Regelversorgung.*
- 3. Etablierung von Möglichkeiten zur Abrechnung von Versorgungsmodellen „zwischen den Sozialgesetzbüchern“ zur engeren Verknüpfung von Rehabilitation, Pflege und Gesundheit und zur Verringerung der derzeit bestehenden Fehlanreize.*
- 4. Erweiterung des betrieblichen Gesundheitsmanagements über aktuelle Ansätze zur Primärprävention nach § 20 SGB V hinaus zur Entwicklung von Angeboten, Personen mittel- und langfristig über das Versorgungssystem wieder in die Vollzeitarbeit zu integrieren.*

C Rolle der Kommunen in der Gesundheitsversorgung

1. *Stärkung der Rolle von Kommunen durch die Definition kommunal-spezifischer Aufgaben- und Betätigungsfelder.*
2. *Beseitigung von Handlungshemmnissen für umsetzungswillige Kommunen, beispielsweise durch Landesrecht und/oder Auflagen von Landesrechnungshöfen.*
3. *Möglichkeiten zur Verknüpfung unterschiedlicher Sozialrechts-Budgets auf kommunaler Ebene und unter kommunaler Führung.*
4. *Übergreifende, bundesweit geregelte Budgetzuweisung für kommunale Gesundheits-, Pflege-, Reha- und Präventionsprojekte.*
5. *Erprobung genossenschaftlicher Strukturen in Pilotprojekten und Modellvorhaben.*

D Fachkräfte, Nachwuchs und neue Gesundheitsberufe

1. *Etablierung eines Runden Tisches zur Neujustierung der Arbeitsaufteilung zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen.*
2. *Entwicklung spezifischer Curricula zur akademischen, nicht-akademischen und teil-akademischen Ausrichtung der unterschiedlichen Gesundheitsfachberufe.*
3. *Überarbeitung der veralteten Gesetzgebung zu den meisten Gesundheitsfachberufen.*
4. *Einbezug der Gesundheitsfachberufe in die Entscheidungsstrukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses („Bank der Gesundheitsfachberufe“).*
5. *Entwicklung weiterer Berufsfelder und Qualifikationen zur niederschweligen Arztentlastung, z. B. Weiterentwicklung der bereits bestehenden „Agnes-“ und „VeraH-“Ansätze.*
6. *Entwicklung und Finanzierung von speziellen Präventions- und Resilienz-Konzepten für Gesundheitsfachberufe.*

E Digitale Gesundheit als neue Herausforderung

1. *Stärkere Berücksichtigung der Interessen und Rechte der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Partizipation durch digitale Lösungen.*
2. *Schaffung finanzieller Möglichkeiten für Innovations-, Forschungs- und Entwicklungsprojekte (z. B. 1 Prozent vom GKV-Volumen pro Jahr) sowie dauerhafter Vergütungsmodelle für „erprobte“ digital vernetzte Lösungen im GKV-Bereich.*
3. *Entwicklung geeigneter, „schneller“ Verfahren zur Bewertung digitaler Anwendungen.*
4. *Förderung von Digitalisierung und Vernetzung durch folgende Maßnahmen:*
 - *Unterstützung positiver Initiativen (Bonus- statt Malus-System),*

- *Förderung der Interoperabilität durch Festlegung von Standards,*
 - *Flächendeckende IT-Strukturen, die einen Daten- und Informationstransfer über alle Sektoren, Bereiche und Prozesse hinweg ermöglichen,*
 - *Öffnung der Möglichkeiten für den mobilen Datenaustausch auf Basis existierender technologischer Vernetzungen.*
5. *Gründung eines Begleitgremiums (Taskforce) zur stärkeren Beteiligung der Politik, unter Einbeziehung von Expertinnen und Experten sowie der kurativ tätigen Behandelnden außerhalb der Selbstverwaltung.*

F Nachhaltige Finanzierung und Vergütung von Gesundheitsleistungen

1. *Stärkung des nachhaltigen Bismarckschen Systems der Sozialversicherung unter Einbeziehung von Handlungsoptionen wie der Verbreiterung der Bemessungsgrundlage und der Schaffung eines einheitlichen Krankenversicherungsmarktes.*
2. *Weiterentwicklung einer stärker ergebnisorientierten Vergütung erbrachter Gesundheitsleistungen mit Ergebnisqualität als wichtigstem Parameter des Wettbewerbs.*
3. *Erarbeitung von Handlungsoptionen über den zukünftigen gesundheitspolitischen Einfluss der Unternehmen angesichts der zukünftigen Rolle der Zusatzbeiträge, mögliche Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags.*
4. *Mehr Handlungsoptionen über die Verstärkung von Leistungssteuerung und Leistungsbegrenzung – z. B. durch den Gemeinsamen Bundesausschuss.*
5. *Entwicklung neuer Steuerungsmöglichkeiten, um den Anteil in der individuellen Einkommensverwendung für Gesundheit zu erhöhen (Tarifvielfalt innerhalb der GKV, zweiter Gesundheitsmarkt).*
6. *Hebung von Selbstfinanzierungspotentialen innerhalb der Gesundheitswirtschaft z. B. im Bereich der Diabetes-Prävention. Entwicklung von Instrumenten zur stärkeren Belastung von gesundheitsgefährdenden Genussmitteln mit einer Zweckbindung des Aufkommens zur Finanzierung gesundheitspezifischer Aufgaben, z. B. durch direkte Einzahlung in den Gesundheitsfonds.*

G Gesellschaftlicher Nutzen der Gesundheitswirtschaft

1. *Systematische und regelmäßige Berichterstattung zur volkswirtschaftlichen Bedeutung der Gesundheitswirtschaft durch das Statistische Bundesamt und die statistischen Landesämter.*
2. *Nutzenbestimmung einer verbesserten Gesundheit mit ihren vielfältigen individuellen und gesellschaftlichen Bestandteilen.*

3. *Erarbeitung von Konzepten für eine am Ziel der Verbesserung der individuellen Lebenssituation orientierten Gesundheitswirtschaftspolitik und für eine Gesundheitsfolgenabschätzung anderer Politikbereiche.*
4. *Umfassendes Konzept einer Gesundheitswirtschaftspolitik auch unter den folgenden Fragestellungen:*
 - *Wie lässt sich durch eine Intensivierung der industriepolitischen Bezüge der Gesundheitswirtschaft das Gesamtergebnis (quantitativ und qualitativ) verbessern?*
 - *Wie lässt sich die Effizienz der plan- und marktwirtschaftlichen Elemente der Gesundheitswirtschaft steigern?*

Ausgewählte Literatur

A Orientierung an Patientinnen, Patienten und ihren Angehörigen:

- Amelung, V., Eble, S., Hildebrandt, H., Knieps, F., Lägel, R., Ozegowski, S., Schlenker, R.-U., Sjuts, R. (Hrsg.) (2015). *Patientenorientierung*. Berlin: MW Verlagsgesellschaft.
- Schmid, E., Weatherly, J.-N., Meyer-Lutterloh, K., Seiler, R., Lägel, R. (2008). *Patientencoaching Gesundheitscoaching, Case Management*. Berlin: MW Verlagsgesellschaft.
- Horch, K., Ryl, L., Hintzpeter, B., Dierks, C. (2011). Kompetenz und Souveränität im Gesundheitswesen – Die Nutzerperspektive. *GBE-Kompakt 2/2011*. Verfügbar unter <http://edoc.rki.de/series/gbe-kompakt/2011-7/PDF/7.pdf> (letzter Zugriff 20.09.2016).
- Nickel, S., Trojan, A. (2012). Akzeptanz und Umsetzbarkeit von Qualitätskriterien der selbsthilfebezogenen Patientenorientierung. *Dtsch. med Wochenschr.* 2012; 137(46), S. 2379–2384.

B Sektorübergreifende Versorgung:

- Braun, B., Marstedt, G. (2010). Gesundheitspolitik auf dem Prüfstand. In Böcken, J., Braun, B., Landmann, J. (2010). *Gesundheitsmonitor 2010*. Verfügbar unter http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx_itaoarticles/201004-Beitrag.pdf (letzter Zugriff 20.09.2016).
- Eble, S., Kurscheid, C. (Hrsg.) (2016). *Gesundheitsnetzwerke*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Knieps, F. (2015). Neue Versorgungsformen: Sachstand nach dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz. *G+S*, 69. Jg., 6/2015, S. 7–15.
- Kurscheid, C., Beivers, A. (2013). Vernetzte Versorgung – Modell für die Gesundheitsversorgung im demografischen Wandel. In: Hellmann W., *Zukunftssicherung des Krankenhauses*. Heidelberg: Medhochzwei Verlag.
- Kurscheid, C., Zweidorf, E. (2012). Gesundheitsversorgung neu denken und gestalten, vernetzte Versorgung und deren Weiterentwicklung. In: *Thinking outside the Box*. Zeitschrift im Eigenverlag.
- Schlette, S., Lisac, M., Wagner, E., Gensichen, J. (2009). Das Bellagio-Modell: Ein evidenzgestützter, internationaler Bezugsrahmen für bevölkerungsorientierte Primärversorgung. Erste Erfahrungen. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ)* 103, 2009. S. 467–474.

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Gutachten 2009. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Verfügbar unter: http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf (letzter Zugriff 20.09.2016).

C Rolle der Kommunen in der Gesundheitsversorgung:

Amelung, V., Eble, S., Hildebrandt, H., Knieps, F., Lägél, R., Ozegowski, S., Schlenker, R.-U., Sjuts, R. (Hrsg.) (2015). Patientenorientierung. Berlin: MW Verlagsgesellschaft.

Amelung, V., Lägél, R. (2015). Innovative Konzepte und Verträge in der Rückenschmerztherapie. Berlin: MW Verlagsgesellschaft.

Gerlach, F.-M., Beyer, M., Erler, A. (2011). Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens – Zukunftskonzept des Sachverständigenrats. In: Günster, C., Klose, J., Schmacke, N. (Hrsg.). Versorgungsreport 2011. Stuttgart: Schattauer Verlag, S. 29–40.

Henke, K.-D., Podtschaske, B. (2014). Chancen und Risiken genossenschaftlicher Leistungserbringung im Gesundheitssektor. In: Bauer, H., Büchner, C., Markmann, F.A. (Hrsg.). Kommunen, Bürger, Wirtschaft im solidarischen Miteinander von Genossenschaften. Potsdam: Universitätsverlag, KWI Schriften 8.

Hoffman, W., van den Berg, N. (2012). Gesundheitliche Versorgung in der Region. In: Klein, B., Weller, M. (Hrsg.), Masterplan Gesundheitswesen 2020. Baden Baden: Nomos Verlag, S. 87–106.

Knieps, F., Pfaff, H. (2014). BKK Gesundheitsreport 2014. Gesundheit in den Regionen. Berlin: MW Verlagsgesellschaft.

Quaschner P.-J. (2013). Regionale Gesundheitsversorgungsnetze: Eine erfolgsversprechende Strategie für die Diakonie. Heidelberg: Medhochzwei Verlag.

Scherf, H. (2013). Mehr Leben – Warum Jung und Alt zusammengehören. Freiburg: Verlag Herder.

Zimmermann, H. (2016). Kommunalfinanzen. Berlin: Berliner Wissenschafts-Verlag, 3. überarbeitete Auflage.

D Fachkräfte, Nachwuchs und neue Gesundheitsberufe:

Heyse, V., Giger, M. (Hrsg.) (2015). Erfolgreich in die Zukunft: Schlüsselkompetenzen in Gesundheitsberufen. Heidelberg: Medhochzwei Verlag.

Wais, T., Rudolph, P., de la Barre, J. (2016). Praxismanager/-in – Ein Neues Berufsbild für die aktuellen Herausforderungen im Deutschen Gesundheitswesen. Stuttgart: Thieme Verlag, Gesundheitsökonomisches Qualitätsmanagement, 2016, 21(04), S. 199–202.

Litmathe, J. (2016). Moderne Personalwirtschaft aus medizinischer und ökonomischer Sicht – Ein Planungsbeispiel für den ambulanten Sektor. Stuttgart: Thieme, Gesundheitsökonomisches Qualitätsmanagement, 2016; 21(03), S. 131–136.

Hildebrandt, H., Dold, H., Schmitt, G., Tillack, D., Zimmer, P. (2016). Delegieren, Substituieren und neue Aufgabendefinition als Chance in Netzen und regionalen Gesundheitsorganisationen. In: Eble, S., Kurscheid, C. (Hrsg.) (2016). Gesundheitsnetzwerke. Berlin: MW Verlagsgesellschaft, S. 297–309.

Ostwald, D.A., Ehrhard, T., Bruntsch, F., Schmidt, H. Friedl, C. (2010). Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030. Frankfurt: PricewaterhouseCoopers. Verfügbar unter: <http://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/assets/fachkraeftemangel.pdf> (letzter Zugriff 3.11.2016).

Perlitz, W.-D. (2016). Zur empirischen Ermittlung von evidenzbasiertem Patientennutzen in der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV). Baden-Baden: Nomos-Verlag.

E Digitale Gesundheit als neue Herausforderung:

Albrecht, U. V. (2016). Kurzfassung. In U.V. Albrecht (Hrsg.), Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps (CHARISMHA). Hannover: Medizinische Hochschule Hannover. S. 14–47.

Biesdorf, S., Deetjen, U., Möller, M. (2016). Eine Vision für ein digitales Gesundheitssystem in Deutschland. Verfügbar unter: https://www.mckinsey.de/files/2016_vision_digitales_gesundheitswesen_in_deutschland.pdf (19.07.2016).

Dierks, C., Henke, K.-D., Frank, J., Hensmann, J., Wilkens, H. (2011). Bürgerzentriertes Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos-Verlag.

Gigerenzer G., Schlegel-Matthies K., Wagner G.G. (2016). Digitale Welt und Gesundheit. eHealth und mHealth – Chancen und Risiken der Digitalisierung im Gesundheitsbereich. Berlin: Sachverständigenrat für Verbraucherschutz.

Knöppler, K., Neisecke, T. & Nölke, L. (2016). Digital-Health-Anwendungen. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Stefan, D., Michels, C., Deutsch, H. (2014). Interoperabilität als Weg zur Investitionssicherheit. EHEALTCOM, 6 (14), S. 44–47.

Müller-Mielitz, St., Lux, T. (Hrsg.) (2016). E-Health-Ökonomie. Heidelberg: Springer Verlag (in Druck).

Zukunftsinstitut (2015). Die Philips Gesundheitsstudie. Frankfurt: Zukunftsinstitut GmbH.

F Nachhaltige Finanzierung und Vergütung von Gesundheitsleistungen:

Bühren, B. et al. (2014). Gesundheit neu denken, 2. unveränderte Auflage- Stuttgart: Fraunhofer Verlag, S. 21–31 und S. 63–80.

Bundesministerium der Finanzen (2016). Vierter Bericht zur Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen. Berlin.

Gottret, P., Schieber, G. (2006). Health Financing Revisited – A Practitioner’s Guide. Washington, D.C: The World Bank.

Häußler, J, Breyer, F. (2016). Does diabetes prevention pay for itself? Evaluation of the M.O.B.I.L.I.S. program for obese persons. *European J Health Econ*, 2016, HEFT 7, S. 379–389.

Henke, K.-D. (2003). Finanzierung und Vergütung von Gesundheitsleistungen. Ein Buch mit sieben Siegeln. In: *Wirtschaftsdienst, Zeitgespräch, Optionen einer nachhaltigen Finanzierung des Gesundheitswesens*, Februar 2003, S. 75–85.

G Gesellschaftlicher Nutzen der Gesundheitswirtschaft:

Henke, K.-D., Ostwald, D.A. (2013). Health Satellite account: the first step. *Int. J. Behavioural and Health Research*, Vol. 3, No. 2, S. 91–105.

Bundesministerium für Wirtschaft und Energie, Hrsg., (2016). *Gesundheitswirtschaft, Fakten und Zahlen, Ausgabe 2015*. Berlin: ders., *Die Gesundheitswirtschaft in Ost- und Westdeutschland, Fakten & Zahlen*.

Schneider, M., et al. (2016). *Gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung 2000-2014*, als Zusammenfassung erschienen beim BMWi als „Die Gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung für Deutschland“, Berlin 2015 und in englischer Sprache ebenda „National Health Account for Germany“. Baden-Baden: Nomos Verlag.

Henke, K.-D., Braeseke, G. et al. (2011). *Volkswirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft, Innovationen, Branchenverflechtung, Arbeitsmarkt*. Baden-Baden: Nomos Verlag.

Autorinnen und Autoren

Biggi Bender	Biggi Bender Consult
Dr. Tanja Bratan	Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung ISI WSLK (Beirat) MetaForum e.V.
Prof. Dr. Arno Elmer	FOM Hochschule für Ökonomie und Management, Initiator Innovation Health Partners
Dr. Christiane Groß M.A.	Deutscher Ärztinnenbund e.V.
Dr. Thomas Hilse	HILSE:KONZEPT Management- und Kommunikationsberatung
Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke	Technische Universität Berlin Vorstand und WSLK (Beirat) MetaForum e.V.
Dr. Albrecht Kloepfer	iX – Institut für Gesundheitssystem-Entwicklung WSLK (Beirat) MetaForum e.V.
Prof. Dr. Clarissa Kurscheid	praxisHochschule WSLK (Beirat) MetaForum e.V.
Dr. Rüdiger Leidner	Regierungsdirektor a.D., Bundesministerium für Wirtschaft und Energie WSLK (Beirat) MetaForum e.V.
Prof. Dr. Julia Oswald	Hochschule Osnabrück
Dr. Andreas Reimann	admedicum GmbH
Dr. Elisabeth Siegmund-Schultze	medicoles Consult
Roland Stoffregen	CARE4U Gruppe
Eva Zweidorf	med zukunftslabor

Die Entstehung dieser Handlungsempfehlungen wurde ermöglicht mit freundlicher Unterstützung der MSD Sharp & Dohme GmbH, der KKH – Kaufmännische Krankenkasse, des Fraunhofer Instituts für System- und Innovationsforschung ISI sowie mit ideeller unentgeltlicher Unterstützung aller beteiligten Autorinnen und Autoren.

Der Verein **MetaForum – Innovation für mehr Gesundheit e.V.** bildet ein ideelles Netzwerk von Personen und Institutionen, die sich für ein gesamthafte, innovatives Verständnis des Gesundheitswesens einsetzen, das die traditionellen Grenzen der Gesundheitsversorgung überschreitet.

Seine Arbeit fußt auf einem mehrjährigen sektorenübergreifenden Diskussions- und Arbeitsprozess, der insbesondere drei Schwerpunkte in den Fokus rückt:

- Gesundheitswirtschaft neu denken
- Gesundheitsversorgung und Prävention neu denken
- Gesundheitspolitik neu denken.

Er zielt auf die Weiterentwicklung und die Vermittlung zur Umsetzung der von ihm vorgeschlagenen gesundheits- und gesellschaftspolitischen Antworten.

Der Verein handelt unabhängig und überparteilich.

Weiterführende Informationen und Publikationen:

<http://www.metaforum-innovation.de/metaforum-inno-de/inhalte/publikationen.php>

ISBN 978-3-8396-1130-2



9 783839 611302

Gesundheitspolitisches Grundsatzprogramm zur Bundestagswahl 2017

Das Gesundheitssystem in Deutschland ist weltweit führend. Patienten aus aller Welt schätzen die medizinische Versorgung hierzulande. Nicht zuletzt wollen Bundesbürger, die im Ausland erkranken, schnellstmöglich in Deutschland versorgt werden. Grund hierfür ist der hohe medizinische Standard sowie der im Vergleich der OECD-Länder einmalige direkte Zugang zur ambulanten Medizin ohne vergleichbare Wartezeiten oder Wartelisten.

Niedergelassene Ärzte sind ein wichtiger Teil dieser hervorragenden Gesundheitsversorgung in Deutschland, sie sehen sich aber auch in einer wichtigen gesellschaftlichen Verantwortung. Daher stehen niedergelassene Ärzte für ein soziales und gerechtes Gesundheitswesen, das den medizinischen Fortschritt fördert und die Teilhabe durch jedermann ermöglicht. Niedergelassene Ärzte sehen sich aber auch als Teil eines Wirtschaftssystems, das dem Leistungsprinzip und dem Grundsatz der angemessenen Vergütung folgt. Nicht zuletzt sind niedergelassene Ärzte in Deutschland mittelbar und unmittelbar Arbeitgeber für eine Vielzahl von Menschen. Das Gesundheitssystem beschäftigt mehr Mitarbeiter und trägt mehr zur Wertschöpfung bei, als jeweils die Automobilindustrie oder der Maschinenbau.

Freiberuflichkeit

Kern der Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ist ihre Berufsausübung in Freiberuflichkeit. Unabhängig davon, ob angestellt oder selbständig tätig, verbindet der Arzt naturwissenschaftliche Erkenntnisse, wie die Evidence Based Medicine, mit Erfahrungswissen und den Besonderheiten der individuellen Arzt-Patienten-Beziehung. Sachliche Unabhängigkeit, Weisungsungebundenheit und Ermessensspielraum sind dabei unabdingbare Voraussetzungen dafür, dass der Arzt seine Verpflichtung aus dem Beruf heraus gegenüber dem Einzelnen und der Allgemeinheit erbringen kann.

Diese Freiberuflichkeit bewährt sich in den Praxen dieses Landes tausendfach und tagtäglich bei Entscheidungen zwischen Arzt und Patient, welche medizinische Behandlung für den Patienten erforderlich, möglich oder wünschenswert ist und welche Ressourcen die Gesellschaft – beispielsweise durch die Gesetzliche Krankenversicherung – bereit ist, zur Verfügung zu stellen. Diese Entscheidung, die sich im Spannungsfeld zwischen Zuteilungsmedizin und rein ökonomischer Handlungsweise abspielt, erfordert Beinfreiheit für den Arzt und ein Minimum an Regularien. In den vergangenen Jahren wurden die Regularien jedoch ausgeweitet, die Freiheitsgrade stetig beschnitten.

Ziel zukünftiger Politik muss eine weitgehende und rationale Deregulierung sein. Bürokratie ist kein Selbstzweck und muss daher stets auf Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit überprüft werden. Des Weiteren muss die Freiberuflichkeit des Arztes in all seinen Facetten gestärkt werden. Niedergelassene Ärzte und ihre Selbstverwaltung brauchen mehr Freiheitsgrade!

Echte Stärkung der Selbstverwaltung

Ein Anker dieser Freiberuflichkeit im gesellschaftlichen Kontext ist die ärztliche Selbstverwaltung. Unsere ärztliche Selbstverwaltung war in den vergangenen Jahren immer wieder politischen Eingriffen unterzogen. Begonnen durch die „Professionalisierung“ (GMG, 2004), die Einführung einer Stimmen-Parität (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, 2015) bis hin zum GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz (2017).

Exkurs zu Entstehung und Zweck der Selbstverwaltung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind die tradierte Form der ärztlichen Selbstverwaltung und Folge der Übernahme des Sicherstellungsauftrags durch die Vertragsärzteschaft. Vertragsärzte übernehmen die Kollektivrisiken der Gesellschaft – Krankheit, Pflegebedürftigkeit und krankheitsbedingte Devianz – und lösen diese in der konkreten Interaktion mit den Patienten auf. Der Vertragsarzt wägt die Faktoren „Kosten“ und „Behandlungsintensität“ in jedem Einzelfall gegeneinander ab und betreibt damit die sogenannte grenzrisikennahe Versorgung, die ihm mit den WANZ-Kriterien („Wirtschaftlichkeitsgebot“ des § 12 SGB V: wirtschaftlich, angemessen, notwendig und zweckmäßig) auferlegt wird. Dafür erhält er die Autonomie der Selbstverwaltung gegenüber Staat, Krankenkassen und Patienten. Diese Autonomie ist seit jeher staatlichen Steuerungsphantasien ausgesetzt. Zahlreiche gesetzliche Eingriffe haben diese Autonomie in den letzten Jahren beschnitten. Aktuell wird diese Schwächung durch Angriffe aus den eigenen Reihen verstärkt.

Die nun als Ursache für weitere gesetzgeberische Eingriffe vorgegebenen Konflikte der Vergangenheit waren jedoch allesamt interne Konflikte. Zu keinem Zeitpunkt stand die Erfüllung des gesetzlichen Auftrages, wie die Sicherstellung der ambulanten Versorgung oder die Umsetzung von Richtlinien und gesetzlichen Aufträgen, in Frage. Die ärztliche Selbstverwaltung hat zu jedem Zeitpunkt funktioniert! Die Aufarbeitung interner Konflikte wurde durch interne Blockaden erschwert. Inzwischen sind alle diese Konflikte, ohne materiellen Schaden verursacht zu haben, gelöst.

Doch die zahlreichen Eingriffe haben nicht nur die Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung und die Akzeptanz bei den Mitgliedern geschwächt, der berufspolitische Nachwuchs für die Selbstverwaltung ist dadurch hochgradig abgeschreckt und zu einer Mitarbeit schwer zu motivieren.

Daher ist eine radikale Deregulierung erforderlich. Demokratische Elemente, wie Direktwahlen, müssen genauso gestärkt werden, wie die originär ehrenamtliche Tätigkeit. Die Trennung zwischen Haupt- und Ehrenamt ist schärfer zu definieren. Interne Aufsichtsgremien müssen gestärkt werden, die staatliche Aufsicht hat sich allein auf die Rechtsaufsicht zu beschränken.

Stärkung der medizinischen Grundversorgung

Die im internationalen Vergleich herausragende medizinische Grundversorgung in Deutschland wird hauptsächlich durch niedergelassene Haus- und Fachärzte, also durch den ambulanten Bereich getragen. Der Ärztemonitor 2016 hat ergeben, dass Hausärzte inzwischen bei Einkommen und Berufszufriedenheit aufgeschlossen haben, bei Fachärzten, die vorwiegend in der wohnortnahen Grundversorgung tätig sind, die wirtschaftliche Basis in den letzten Jahren aber deutlich erodiert ist. Damit besteht die Gefahr, dass in der Grundversorgung neben dem hausärztlichen auch im fachärztlichen Bereich der qualifizierte Nachwuchs wegbricht.

Daher fordert der NAV-Virchow-Bund für alle in der wohnortnahen Grundversorgung tätigen niedergelassenen Ärzte diejenige wirtschaftliche Basis wiederherzustellen, die auch zukünftig eine international hervorragende medizinische Versorgung durch niedergelassene Haus- und Fachärzte sicherstellt.

Ende der Budgetierung

Die seit 30 Jahren andauernde Budgetierung hat die Versorgung an keinem Punkt verbessert und nur innerärztliche Verteilungseffekte verursacht, die über die Jahre hinweg über alle

Fachgruppen hinwegnivelliert wurden. Die Budgetierung ist einer der Hauptgründe, warum junge ärztliche Kollegen den Schritt in die eigene Praxis oder in eine Praxisgemeinschaft scheuen. Die Auswirkungen sind im vielerorts existenten oder drohenden Ärztemangel in allen Fachgruppen zu spüren. Praxen niedergelassener Ärzte sind mittelständische Unternehmen. Als solche brauchen sie Planungs- und Kalkulationssicherheit.

Daher muss das Vergütungssystem der Gesetzlichen Krankenversicherung auf feste, wirtschaftlich kalkulierte Preise umgestellt werden. Eine Budgetierung darf zukünftig nur über die Menge und Inanspruchnahme stattfinden. Die Gesetzliche Krankenkasse muss entscheiden, welche Menge sie ihren Versicherten zur Verfügung stellt. Darüber hinaus muss die Eigenverantwortung der Patienten gestärkt werden. Dies kann einerseits durch eine sozial gestaltete Eigenbeteiligung oder durch eine Steuerung der Inanspruchnahme geschehen.

Regionalisierung der Versorgung

Eine leistungsstarke und effektive Versorgung muss sich zukünftig an der regionalen Krankheitslast ausrichten. Denn es bestehen teils gravierende Morbiditäts- und Mortalitätsunterschiede je nach sozio-demografischer Struktur der Bevölkerung. Versorgungsgerechtigkeit ist also nicht nur eine Frage von Stadt und Land, sondern auch von Unterschieden innerhalb der städtischen Bereiche. So besteht beispielsweise in Hamburg zwischen verschiedenen Stadtteilen eine Differenz der Lebenserwartung von bis zu zehn Jahren. Diese regionalen Unterschiede auszugleichen, muss Ziel der Gesundheitspolitik sein.

Hierfür ist eine Stärkung von regionalen sektorübergreifenden Versorgungsverbänden erforderlich. Solche existieren beispielsweise seit vielen Jahren in professionell organisierten Praxisnetzen. Der Gesetzgeber hat hierfür im GKV-Versorgungsstrukturgesetz 2012 die Möglichkeit geschaffen, besonders qualifizierte Praxisnetze anzuerkennen und zu fördern. Inzwischen sind bundesweit 57 Praxisnetze auf diese Weise anerkannt (Stand Februar 2017).

Diese Netze müssen jedoch weiter gestärkt werden, indem sie das Versorgungsgeschehen besser gestalten können, beispielsweise durch die Möglichkeit, selbst – neben Krankenhäusern, MVZ und Kommunen – Arztsitze aufkaufen zu können. Dafür müssen anerkannte Praxisnetze einen Leistungserbringerstatus erhalten. Weiterhin muss es Praxisnetzen möglich werden, regionale Versorgungsaufträge zu übernehmen, beispielsweise über eine Beleihung durch die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung. Durch eine Stärkung solcher vernetzter Strukturen wird zudem der nachfolgenden Arztgeneration der Einstieg in die ambulante Versorgung erleichtert und damit dem Ärztemangel entgegnet. Der

Ordnungsrahmen durch die Selbstverwaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen muss dabei erhalten bleiben.

Digitalisierung nutzen – Ärzte stärken

Die Digitalisierung und deren teils disruptive Auswirkungen auf Technologien, Strukturen und Verfahren betreffen das Verhalten des Menschen und die gesellschaftlichen Verhältnisse im Innersten. Anders als nach der Erfindung des Rades oder des Autos sind digitale Technologien nicht mehr nur Hilfsmittel zu einem Zweck, sondern strukturieren und prägen die Handlungsweisen des Menschen. Der Zugang des Menschen zur Welt vollzieht sich zunehmend über Bildschirme und Dateneinheiten. Durch dieses Nutzerverhalten lösen sich die Grenzen zwischen Medizin und Lifestyle, zwischen Arbeit und Privatleben auf.

Die Anforderungen an den Arzt verändern sich: Digitalisierte Informationen sind umfassend und unmittelbar nutzbar. Zugleich findet eine demografisch und strukturell bedingte Reduzierung der Ressource Arzt statt. Weiterhin bestehen regionale Verteilungsdifferenzen an Ärzten sowie eine unterschiedliche regional und soziodemografisch bedingte Verteilung von Morbidität und Mortalität. Patienten ändern ihr Verhalten im Hinblick auf Selbstdiagnose und Selbstmanagement von Krankheiten. Der Patient wird vom Gesundheitsempfänger zum Selbstoptimierer. Die dabei generierten Daten stehen jederzeit zur Verfügung. Durch die Summe dieser Veränderungen wandelt sich das Berufsbild, die Rolle und damit auch das Selbstverständnis des Arztberufes.

Alle diese Entwicklungen werden den Arzt zukünftig jedoch nicht überflüssig machen. Neben der Anwendung des jeweils aktuellen medizinischen Wissens werden sich seine Aufgaben weiter in Richtung individualisierte Kommunikation für informierte Patienten verschieben. Die sich weiter entwickelnde Patientenautonomie führt zu einer zunehmend partizipativen Entscheidungsfindung. Dabei benötigt der Patient fachliche Expertise bei Entscheidungskompetenz und als Entscheidungsunterstützung. Das kann aber nur ein Arzt leisten. Glaubwürdigkeit, Empathie und Vertrauen werden dabei an Bedeutung gewinnen. Eine weitere zentrale Aufgabe des ärztlichen Handelns ist eine individualisierte, kultur- und schicht-sensible Kommunikation zwischen Arzt und Patient.

Die niedergelassenen Ärzte bekennen sich zu einer aktiven Mitwirkung an den technischen und gesellschaftlichen Entwicklungen durch Digitalisierung. Der Arzt ist und bleibt dabei zentraler Ansprechpartner, Begleiter und Heiler des Patienten. Das Berufsbild wird sich jedoch stark verändern. Als Selbstorganisation von Ärzten und Interessenvertreter des Berufsstandes werden wir diesen Wandel unterstützend begleiten. Wir werden aber zugleich darauf hinwirken, dass die Profession des Arztes

mit seinem umfassenden medizinischen Wissen und seinem freiberuflichen Selbstverständnis nicht durch einseitige Stärkung anderer Gesundheitsberufe an den Rand gedrängt und dadurch Patientenschutz sowie Versorgung verschlechtert werden. Die Politik muss diese zentrale Rolle des Arztes unterstützen und darf sie nicht durch Substitution schwächen. Kern ärztlicher Tätigkeit ist insbesondere das therapeutische Gespräch und die Arzt-Patienten-Interaktion. Diese sind nicht nur unersetzbar, sondern werden im Rahmen der Digitalisierung noch an Bedeutung gewinnen. Deshalb muss die ärztliche Gesprächskompetenz in Aus- und Weiterbildung gestärkt werden. Dem ist in der neuen Ausbildungsordnung für Medizinstudenten Rechnung zu tragen.

Abschaffung der Terminservicestellen

Die Einführung von Terminservicestellen ist ein Flop. Von bundesweit jährlich 550 Millionen ambulanten Behandlungsfällen wurden im ersten Jahr nur rund 120.000 Termine insgesamt über die Terminservicestellen vermittelt. Berechnungen haben ergeben, dass allein die Vermittlung eines Termins über 100 Euro Verwaltungskosten verursacht. Der Großteil der vermittelten Termine betrifft Rheumatologen, Neurologen, Psychiater und Augenärzte im ländlichen Raum, also allesamt Fachgruppen, in denen bekanntermaßen zu wenige Ärzte niedergelassen sind. Dieser Mangel setzt sich im Übrigen auch im stationären Bereich fort, so dass die gesetzliche Regelung nach einem Alternativtermin im Krankenhaus ebenso wenig zielführend ist.

Nachdem sich neben den Krankenkassen auch zahlreiche Gesundheitspolitiker der Großen Koalition gleichlautend geäußert haben, ist es konsequent, diesen Irrtum zu revidieren und die Terminservicestellen unverzüglich wieder abzuschaffen. Stattdessen muss die Niederlassung wieder attraktiv werden, beispielsweise durch Abschaffung der Budgetierung. Die Bedarfsplanung in ihrer bisherigen Form ist nach regionaler Morbidität und dem tatsächlichen Versorgungsbedarf und nicht nach stichtagsbezogenen Relativzahlen umzugestalten.

Gleiche Wettbewerbsbedingungen zwischen ambulant und stationär

Eine umfassende Krankenhausreform ist dringend notwendig. Die bestehenden Überkapazitäten abzubauen, ist eine der größten Herausforderungen der Politik, denn sie betrifft nicht nur die Bundespolitik, sondern zuständigkeitshalber die Bundesländer und in den Auswirkungen vor allem die Kommunalpolitik. Dennoch werden schmerzhaft eingegriffen unum-

gänglich sein. Dies darf jedoch nicht dazu führen, eine Kompensation zu Lasten der ambulanten Versorgung durchzuführen. Bereits in der Vergangenheit führten massive Eingriffe dazu, dass der Sicherstellungsauftrag der Vertragsärzteschaft schrittweise ausgehöhlt wurde. Exemplarisch seien

- der Ausbau der Möglichkeit für Krankenhäuser zur ambulanten Öffnung (§ 116a SGB V),
- die Koordinierung des Notdienstes mit zugelassenen Krankenhäusern (§ 75 SGB V),
- der einseitige Bestandsschutz für Kliniken in der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) (§ 116b SGB V) und
- der Verbesserten Zugang für Hochschulambulanzen zur ambulanten Versorgung bei „schweren und komplexen Krankheitsbildern“ (§ 117 SGB V)

genannt. Insbesondere die andauernde Diskussion um eine weitere ambulante Öffnung der Krankenhäuser insbesondere der Notfallambulanzen bedroht den Sicherstellungsauftrag zusätzlich.

Das Prinzip ambulant vor stationär hat sich bewährt. Nun muss das Geld der Leistung folgen, gleiche Wettbewerbsbedingungen zwischen stationärem und ambulanten Bereich sind herzustellen. Dazu ist die Einführung der monistischen Finanzierung im Krankenhausbereich der zentrale Schlüssel. Bei allen Vergütungselementen, egal ob stationär oder ambulant, muss die Investitionsfinanzierung Berücksichtigung finden.

Weiterbildung

Durch die kontinuierliche Verlagerung des Behandlungsgeschehens von stationär nach ambulant werden viele diagnostische und therapeutische Leistungen in die niedergelassene Praxis verlagert. Deshalb sehen angehende Haus- und Fachärzte in Krankenhäusern zunehmend nur einen Ausschnitt des gesamten Behandlungsverlaufs. Große Teile der Weiterbildung zum Facharzt sind also in den Kliniken lückenhaft. Durch diese Entwicklung finden viele Bereiche der ärztlichen Weiterbildung, die früher traditionell in den Krankenhäusern absolviert wurden, heute in den Praxen niedergelassener Ärzte statt. Die Budgetierung des ambulanten Bereiches führt jedoch dazu, dass eine ambulante Weiterbildung für weiterbildungsberechtigte Praxisärzte wirtschaftlich nicht abgebildet werden kann.

Die Weiterbildung von Ärzten zu Haus- oder Fachärzten ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Weiterbildung muss zusätzlich zu der Arbeitsleistung, die ein Arzt in Weiterbildung leistet, finanziert werden. Ziel muss es sein, eine der erbrachten ärztlichen Leistung angemessene und langfristig gesicherte

Vergütung für die Weiterbildung bereitzustellen. Diese Vergütung muss aber extrabudgetär zur Verfügung gestellt werden. Zudem werden wir darauf hinwirken, dass die ärztliche Selbstverwaltung hierzu die erforderlichen berufsrechtlichen Änderungen vornimmt.

Dualität der Versicherungssysteme

Das Nebeneinander von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung hat in den zurückliegenden Jahrzehnten den Wettbewerb befördert und dadurch die Einführung von Innovationen schneller ermöglicht, als dies in anderen europäischen Gesundheitssystemen der Fall ist. Die Gesetzliche Krankenversicherung – einstmals für besonders schutzwürdige Gruppen begründet – soll unter dem wohlklingenden Titel der „Bürgerversicherung“ zur Einheitslösung werden, obwohl die Erfahrungen in anderen Ländern zeigen, dass dadurch der Zugang der Patienten zum System erschwert wird und Wartezeiten, Wartelisten sowie Rationierung die Folge sind. Eine Kapitaldeckung in der Gesundheitsversorgung ist nach wie vor generationengerechter und auch angesichts der Finanzmarktkrisen und des anhaltenden Zinstiefs nachhaltig. Die steigenden Anteile der Kapitaldeckung bei der Beamtenversorgung in Teilen des Bundes und der Länder sprechen dafür.

Zur Weiterentwicklung beider Systeme müssen Reformen auf den Weg gebracht werden, um das wettbewerbliche Nebeneinander fair und zukunftsgerecht zu gestalten. So ist der Ausbau von Selektivverträgen und der sektorenübergreifenden Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) im GKV-Bereich erforderlich. Parallel dazu bedarf es im PKV-Bereich mehr Wettbewerb durch einen Ausbau der Wechselmöglichkeiten mit einer Portabilität der Alterungsrückstellungen für Versicherte und eine Begrenzung der Provisions-Exzesse im Vertrieb von Krankenversicherungspolice. Die Wahlmöglichkeiten der Versicherten – beispielsweise durch eine Senkung der Versicherungspflichtgrenze – sind auszubauen.

Reform der GOÄ

Der Arztberuf ist ein freier Beruf und für einen solchen ist eine eigenständige Gebührenordnung (GOÄ) ein zentrales Element des beruflichen Selbstverständnisses. Was für Rechtsanwälte, Architekten und Steuerberater ganz selbstverständlich ist, wird bei den Ärzten seit über 20 Jahren verschleppt: die Reformierung und Aktualisierung der berufsständischen Gebührenordnung. Eine in weiten Teilen über 20 Jahre alte Gebührenordnung, die neue Leistungen in für Patienten nicht nachvollziehbaren Analog-Ziffern abrechnet, ist einem Berufs-

stand, der auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft behandelt, nicht mehr zumutbar. Selbstverständlich muss nach 20 Jahren auch eine Steigerung der Leistungsbewertungen vorgenommen werden. Die Bundesärztekammer ist nun, beauftragt durch den letzten Deutschen Ärztetag, gemeinsam mit den ärztlichen Berufsverbänden auf einem guten Weg, eine eigenständige Gebührenordnung zu entwickeln.

Die Politik wird aufgefordert, eine zeitnahe Novellierung der GOÄ an allen maßgeblichen Stellen in Bund und in den Ländern zu unterstützen.

Angebot zum Dialog

Politik und Ärzteschaft waren in der Vergangenheit oftmals in Konfrontation. Beide Seiten folgen dabei häufig Ritualen oder vermitteln durch ihr Auftreten Stärke und Durchsetzungswille. Dabei zeigt die Erfahrung, dass Fortschritt und Erkenntnisgewinn für beide Seite nur im Dialog zu erreichen sind. Aus diesem Grund unterstreichen wir die Bedeutung einer neuen Dialogkultur zwischen Politik und Ärzteschaft, bieten Ihnen Unterstützung und Information, wo es gewünscht wird, einen kritischen Dialog, wo Dissens herrscht und konstruktive Gespräche, wo konkrete Lösung erforderlich sind.

Berlin, im Mai 2017

NAV-Virchow-Bund,
Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V.
Chausseestraße 119 b, 10115 Berlin

**Positionen des
SPECTARIS-Fachverbandes Medizintechnik
zur
Bundestagswahl 2017**

Marcus Kuhlmann
Leiter Fachverband Medizintechnik

Fon +49 (0)30 41 40 21-17
Fax +49 (0)30 41 40 21-33

kuhlmann@spectaris.de
www.spectaris.de

SPECTARIS. Deutscher Industrieverband für optische, medizinische und mechatronische Technologien e.V.
Werderscher Markt 15, 10117 Berlin

Medizintechnikindustrie: Wichtiger Eckpfeiler der deutschen Wirtschaft im Zukunftsmarkt Gesundheit

→ Wichtiger Wirtschaftsfaktor: 29 Milliarden Euro Umsatz

Mit einem Gesamtjahresumsatz von über 29 Milliarden Euro im Jahr 2016 ist die Medizintechnikindustrie in Deutschland ein bedeutender und stetig wachsender Eckpfeiler der deutschen Wirtschaft. Die Unternehmen der Hightech-Branche der Medizintechnikindustrie sind mit ihren innovativen, weltweit nachgefragten Produkten ein wesentlicher Teil des Zukunfts- und Wachstumsmarktes Gesundheit.

→ Hoher Arbeitsmarktfaktor: 214.000 Beschäftigte

Die über 1.250 Betriebe mit mehr als 20 Beschäftigten bieten rund 133.000 Arbeitsplätze. Die Mehrzahl dieser Beschäftigten verfügt über einen Hochschulabschluss oder einen qualifizierten Berufsabschluss. Zählt man die 11.300 Klein- und Handelsbetriebe mit knapp 81.000 Beschäftigten mit, kommt die Branche auf insgesamt über 12.500 Betriebe mit über 200.000 Mitarbeitern. Jeder Arbeitsplatz in der Medizintechnik-Branche sichert zudem 0,75 Arbeitsplätze in anderen Bereichen.

→ Mittelständisch geprägt: 92 Prozent der Unternehmen gehören dem Mittelstand an

Die Branche ist geprägt von kleinen und mittelständischen Unternehmen – mehr als 92 Prozent der Unternehmen beschäftigen weniger als 250 Mitarbeiter – und bekannt durch eine Reihe von Weltmarktführern in anspruchsvollen Nischenmärkten, die engagiert für den medizinischen und pflegerischen Bedarf und zum Nutzen für den Patienten Produkte und Methoden entwickeln.

→ International ausgerichtet und exportstark: 64 Prozent Exportquote

International betrachtet ist Deutschland der mit Abstand stärkste Medizintechnikhersteller in Europa: Mehr als ein Drittel des in Europa erzielten Gesamtumsatzes in der Medizintechnik in Höhe von 76 Mrd. Euro wird in Deutschland erzielt. Weltweit hält Deutschland seine Position als drittgrößter Medizintechnikhersteller hinter den USA (38,8 Prozent) und China (12,2 Prozent) mit einem Anteil von 9,3 Prozent am Weltmarkt.

Rund zwei Drittel (64 Prozent) des Umsatzes erzielt die deutsche Medizintechnikindustrie durch Exporte.

→ Hohe Innovationskraft: 9 Prozent F+E-Quote

Die Medizintechnikindustrie ist eine der innovationsstärksten Branchen der deutschen Wirtschaft. Viele der medizintechnischen Innovationen haben kurze Lebenszyklen von oft weniger als 3 Jahren und können so dem Anwender schnell verfügbar gemacht werden.

Die Branche investiert rund 9 Prozent des Umsatzes in Forschung und Entwicklung. Die F+E-Quote liegt damit deutlich über denen der Automobilbranche und des Maschinenbaus (jeweils zwischen 3 und 4 Prozent).

→ Gute Wachstumsaussichten: 4 – 5 Prozent Wachstum p.a.

Die Wachstumsaussichten der Branche sind grundsätzlich gut, denn die Branche ist überdurchschnittlich innovativ und profitiert von der weiter zunehmenden Bedeutung von Gesundheit, der demografischen Entwicklung, des medizintechnischen Fortschritts und der Dynamik in den Schwellen- und Entwicklungsländern. Experten gehen von einem jährlichen Wachstum von vier bis fünf Prozent aus.

Die Forderungen des Fachverbandes Medizintechnik im Einzelnen

- 1. Klares Bekenntnis zum Freihandel**
- 2. Ausbau der mittelstandsorientierten Außenwirtschaftsförderinstrumente**
- 3. Effizientere Exportkontrolle und schnellere Bearbeitungszeiten beim BAFA**
- 4. Einrichtung und Förderung einer AiF-Forschungsallianz „Gesundes Leben / Medizintechnik“ als ressortübergreifende Maßnahme zur Stärkung der Innovationskraft des entsprechenden deutschen Mittelstands zur Bewältigung der gesundheitlichen Herausforderungen unserer alternden Gesellschaft**
- 5. Signifikante Aufstockung der Forschungsförderung von innovationsorientierten, transdisziplinären und vorwettbewerblichen Projekten der Industriellen Gemeinschaftsforschung (IGF) sowie kontinuierliche Anpassungen des IGF-Förderetats in darauffolgenden Jahren**
- 6. Die mittelständisch geprägte Medizintechnikindustrie stärken, Trend zu immer mehr Regulierung und Bürokratie stoppen!**
- 7. Bei Umsetzung der MDR die Besonderheiten der mittelständisch geprägten Branche berücksichtigen und Lösungen zur Deckung des Fachkräftebedarfs entwickeln**
- 8. Nutzenbewertung in der Medizintechnik mit Augenmaß**
- 9. Krankenhausfinanzierung reformieren – Investitionsstau im Krankenhausbereich beenden**
- 10. Digitalisierung der Medizintechnik/Gesundheitswirtschaft vorantreiben**
- 11. Telemedizin auf weitere Anwendungsfelder ausdehnen, nicht-ärztliche Leistungserbringer einbinden**
- 12. Qualität der Versorgung mit Hilfsmitteln verbessern – stärker auf langfristige Kosteneinsparungen fokussieren**
- 13. Stationäre Pflege stärken; Trend zur „Ambulantisierung“ der stationären Pflege stoppen**
- 14. Hygienevorschriften besser kontrollieren und im Vergütungssystem abbilden**

1. Klares Bekenntnis zum Freihandel

Begründung:

Freihandelsabkommen sind in der Öffentlichkeit in Kritik geraten. Es ist wichtig, dass alle Akteure transparent über die Vorteile des freien Handels aufgeklärt werden. Damit auch in Zukunft der Wohlstand gesichert ist, muss die Exportation Deutschland weiter auf den Freihandel setzen. Es ist wichtig, dass die Verhandlungsprozesse deutlich vereinfacht und verkürzt werden. Das Freihandelsabkommen EU-Kanada (CETA) ist ein gutes Abkommen, an dem sich die zukünftigen EU-Freihandelsabkommen orientieren sollen. Auch in unklaren Zeiten wie diesen muss weiterhin ein ambitioniertes Freihandelsabkommen mit den USA gesucht werden. Ein sog. „TTIP light“ lehnen wir ab.

2. Ausbau der mittelstandsorientierten Außenwirtschaftsförderinstrumente

Begründung:

Das Außenwirtschaftsinstrumentarium des Bundes mit Schwerpunkt auf den Instrumenten des BMWi bietet eine Vielzahl von Unterstützungsmaßnahmen. Die Maßnahmen zur Exportförderung und -absicherung (Förderung von Messebeteiligungen, Delegationsreisen, Bürgschaften etc.) sind sehr wichtig für KMU und sollten weiter ausgebaut werden und weiter auf die mittelständisch geprägten SPECTARIS-Branchen zugeschnitten werden. Die Anpassung der bestehenden Finanzierungsinstrumente in Richtung einer mittelstandsfreundlichen Finanzierung für kleine und mittlere Auftragsvolumina, sogenannte „Small Tickets“ wäre eine wichtige Ergänzung des bestehenden Instrumentariums.

3. Effizientere Exportkontrolle und schnellere Bearbeitungszeiten beim BAFA

Begründung:

Die Unternehmen beklagen sich über die langen Bearbeitungszeiten von Ausfuhranträgen. Ständig wechselnde Rahmenbedingungen und neue Vorschriften (Embargos) machen dem Bundesamt für Wirtschaft und Ausfuhrkontrolle (BAFA) zu schaffen, welches sich über Personalmangel beklagt. Darüber hinaus werden viele Anträge noch in Berlin vom BMWi und/oder dem AA geprüft, was die Bearbeitungszeiten weiter erhöht.

4. Einrichtung und Förderung einer AiF-Forschungsallianz „Gesundes Leben / Medizintechnik“ als ressortübergreifende Maßnahme zur Stärkung der Innovationskraft des entsprechenden deutschen Mittelstands zur Bewältigung der gesundheitlichen Herausforderungen unserer alternden Gesellschaft

Begründung:

„Gesundes Leben“ ist eine von sechs „Prioritären Zukunftsaufgaben“ der Hightech-Strategie der aktuellen Bundesregierung. Das BMG, das BMBF und das BMWi haben die ressortübergreifende Zusammenarbeit zur Bewältigung dieser Zukunftsaufgabe beschlossen. Bei dieser Zusammenarbeit geht es zum einen um die Lösung zentraler gesundheitlicher Herausforderungen, insbesondere angesichts alternder Gesellschaften, zum anderen geht es um volkswirtschaftliche Aspekte.

Deutschland ist mit einem Umfang von 23 Mrd. Euro weltweit der drittgrößte Produzent von Medizinprodukten. Der Export deutscher Medizinprodukte hat einen Welthandelsanteil von 14,6 %, an zweiter Stelle hinter den USA. 64 % der deutschen Medizinprodukte werden exportiert. Die Branche beschäftigt ca. 190.000 Mitarbeiter. Rund 95 % der Medizintechnik-Unternehmen sind KMU. Die Bedeutung von Innovationen in der Medizintechnik für Deutschland wird dadurch deutlich, dass ca.

ein Drittel der Produkte weniger als drei Jahre alt sind. In Medizintechnikprodukten finden zahlreiche Schlüsseltechnologien Anwendung, z. B. Optische Technologien, Mikrosystemtechnik, Nanotechnologie, etc.

Der nationale Strategieprozess „Innovationen in der Medizintechnik“ soll die mittelständisch geprägte Medizintechnikbranche in Deutschland stärken und die internationale Spitzenposition festigen und ausbauen. Ziel dieser Förderinitiative ist, zu einer kohärenten, bedarfsgerechten Forschungs- und Innovationspolitik zu gelangen. Bisheriges Ergebnis der resultierenden Aktivitäten zur Umsetzung: drei getrennte Maßnahmenlisten der drei Ressorts.

Zur Erzielung der größtmöglichen Effektivität der eingesetzten Steuergelder ist es sinnvoll, die Förderung dort anzusetzen, wo ohne Förderung die meisten Innovationsideen aufgrund zu hoher Risiken verloren gingen, also in der Frühphase der Innovationsschöpfung, in der die industrielle Machbarkeit noch nicht nachgewiesen ist und die Amortisierungsrisiken von FuE-Aufwendungen konsequenterweise am höchsten sind. Transdisziplinäre und vorwettbewerbliche Zusammenarbeit von Wirtschaft und Wissenschaft in klar definierten Projekten erhöht die Effektivität zusätzlich beträchtlich. Diese Anforderungen an ein Förderprogramm lassen das BMWi-Konzept der Industriellen Gemeinschaftsforschung (IGF) optimal erscheinen. Aufgrund der eingeschränkten Fördermittel des IGF-Programms und der in den Programmrichtlinien festgelegten Themenoffenheit, die auf eine Breitenwirkung für die Gesamtheit der mittelständischen Industriebranchen in Deutschland ausgerichtet ist, ist eine prioritäre Zuwendung von Fördermitteln für medizintechnische oder gesundheitliche Themen jedoch nicht möglich.

Zur Bewältigung der prioritären Zukunftsaufgabe "Gesundes Leben" könnten von BMBF oder BMG Fördermittel bereitgestellt und über eine AiF-externe Trägerschaft vergeben werden. Gefördert würde nach den Vorgaben der IGF, also 2-3-jährige, vorwettbewerbliche Studien der industriellen Machbarkeit von konkreten Innovationsideen unter der besonderen Berücksichtigung des Nutzens für KMU. Zur größtmöglichen Effektivität der eingesetzten Steuergelder sollte die AiF als Technologietransfer-erfahrener Partner des Förderprogramms fungieren und die ausgereiften Werkzeuge zur Verfügung stellen, die die IGF so erfolgreich machen: 1.) das ehrenamtliche IGF-Gutachterwesen der AiF und 2.) eine AiF-Forschungsallianz von relevanten Networking-, Administrations- und Technologietransfer-erfahrenen Forschungsvereinigungen, über die Projektanträge eingereicht werden könnten.

IGF-Projekte zu gesundheitlichen und medizintechnischen Themen involvieren in der Regel Kliniker in projektbegleitenden Ausschüssen. Validierungen sind häufig Bestandteil von Arbeitspaketen medizinischer IGF-Projekte und werden hierüber gefördert. Eine AiF-Forschungsallianz Gesundes Leben / Medizintechnik würde uns vielen Lösungen zu Fragen der Prioritären Zukunftsaufgabe Gesundes Leben effizient näherbringen.

<p>5. Signifikante Aufstockung der Forschungsförderung von innovationsorientierten, transdisziplinären und vorwettbewerblichen Projekten der Industriellen Gemeinschaftsforschung (IGF) sowie kontinuierliche Anpassungen des IGF-Förderetats in darauffolgenden Jahren</p>
--

Begründung:

Der Standort Deutschland ist durch eine lange Historie der Findung und Entwicklung genialer Ideen und Innovationen geprägt. Deutschland nimmt in internationalen Vergleichen der Innovationskraft weltweit nachhaltig einen Spitzenplatz ein, der die Grundlage unseres wirtschaftlichen Erfolgs in einer globalisierten Welt darstellt. Dieser wirtschaftliche Erfolg ist der Motor unseres Wohlstands, denn die direkten Steuerleistungen der Unternehmen sowie die Besteuerung der Arbeit bilden zusammen die Haupteinnahmequelle des Staates und erlauben unter anderem die Finanzierung der gesamtstaatlichen Aufgaben wie die Unterhaltung des Bildungssystems, der Infrastruktur und die Sicherstellung unserer Sicherheit. Doch weder die Nachhaltigkeit der Innovationskraft noch die resultierende Stärke unserer Wirtschaft stellen sich von selbst ein.

Die enorme Leistungsfähigkeit unseres Landes, zukünftige Technologieentwicklungen mitzugestalten, ist hauptsächlich dem weltweit einzigartigen deutschen System der besonderen parallel-gliedrigen Wissenschaftsförderung zu verdanken. Insbesondere die neuen gesellschaftlichen und globalen Herausforderungen sind am effektivsten mithilfe einer vielseitigen Forschungslandschaft zu adressieren.

Die Finanzierung der Forschungsaufgaben verteilt sich im Wesentlichen auf drei Schultern, die des BMBF, die des BMWi und die der Industrie. Die über das BMBF zur Verfügung gestellte institutionelle Grundfinanzierung (8,3 Mrd. EUR/Jahr) sowie die

DFG-getragene Programm- und Projektförderung (3,0 Mrd. EUR/Jahr) wird auf der einen Seite für ein umfassendes Netzwerk von Universitäten und Hochschulen zur Verfügung gestellt, auf der anderen Seite für sogenannte außeruniversitäre Forschungseinrichtungen. Große Verbünde solcher Einrichtungen wie die Max-Planck-Gesellschaft (1,6 Mrd. EUR/Jahr), die Fraunhofer Gesellschaft (0,6 Mrd. EUR), die Helmholtz-Gemeinschaft (3,0 Mrd./Jahr) und die Leibniz-Gemeinschaft (1,2 Mrd./Jahr), stehen neben zahlreichen Einzelinstitutionen, die sich in Organisationen wie der Union der deutschen Akademien der Wissenschaften, der Arbeitsgemeinschaft industrieller Forschungsvereinigungen (AiF) und der Zuse-Gemeinschaft vernetzen. Institute der beiden zuletzt genannten Netzwerke, die eine Schlüsselrolle der innovationsorientierten Forschung einnehmen, erhalten keine institutionelle Förderung sondern finanzieren sich überwiegend über thematische Programmförderungen des BMBF oder über BMWi-geförderte Forschungsprojekte (insbesondere im Rahmen des IGF- und des ZIM-Programms) sowie über Industriemittel.

Es ist essentiell, zu realisieren, dass die Fähigkeit unserer Wirtschaft, im globalen Wettbewerb zu bestehen, davon abhängt, dass öffentliche Fördermittel die Amortisierungsrisiken von Investitionen zur Entwicklung von Innovationen minimieren. Eine steuerliche Förderung könnte dem bei weitem nicht Rechnung tragen. Die Beteiligungsmöglichkeit von KMU an geförderten Studien der AiF-Forschungsvereinigungen, z. B. zum Nachweis der industriellen Machbarkeit von noch nicht vollständig ausgereiften Innovationsideen, begrenzt die erforderlichen Aufwendungen in dieser Frühphase der Innovationsschöpfung, mit noch hohem technologischen Risiko, für den Mittelstand am effektivsten.

Bedenkt man die Bedeutung des Mittelstands für die deutsche Wirtschaft und den stetig wachsenden Innovationsdruck, der auf den Unternehmen lastet, erscheint eine beträchtliche Ausweitung der aktuellen Innovationsforschungsförderung für unumgänglich und dringlich. Insbesondere das vorwettbewerbliche BMWi-Programm der Industriellen Gemeinschaftsforschung (0,17 Mrd./Jahr) BMWi begrenzt die hohen Risiken der Innovationsaktivitäten für KMU äußerst wirkungsvoll und erreicht durch projektbegleitende Industrieausschüsse bei jedem geförderten Projekt einen hohen Multiplikationsfaktor bezüglich der Effektivität der eingesetzten Mittel.

6. Die mittelständisch geprägte Medizintechnikindustrie stärken, Trend zu immer mehr Regulierung und Bürokratie stoppen!

Die Politik ist gefordert, für passgenaue Rahmenbedingungen für die Medizintechnikindustrie und Qualitätswettbewerb in Deutschland zu sorgen und diese, wo noch nicht vorhanden, zu schaffen. Insbesondere ist darauf zu achten, dass durch unangemessene und oft übertriebene Regulierungen die Wettbewerbsfähigkeit und Innovationskraft der deutschen Medizintechnikindustrie nicht (weiter) beschränkt wird.

Begründung:

Die Wachstumsaussichten der Branche sind grundsätzlich gut, denn die Branche ist überdurchschnittlich innovativ und profitiert von der weiter zunehmenden Bedeutung von Gesundheit, der demografischen Entwicklung, des medizintechnischen Fortschritts und der Dynamik in den Schwellen- und Entwicklungsländern. Experten gehen von einem jährlichen Wachstum von vier bis fünf Prozent aus.

Die Sorge in der Branche ist allerdings groß, dass dieses Wachstumspotenzial nicht vollends ausgeschöpft werden kann und dass die mittelständischen Unternehmen den immer neuen und zusätzlichen regulatorischen Anforderungen und bürokratischen (Dokumentations)Pflichten

- im Rahmen des Marktzugangs,
- bei der Rückverfolgbarkeit und Überwachung eines Medizinproduktes und
- im Zuge der Erstattung

nicht standhalten können und sich dies zunehmend negativ auf die Innovationsfähigkeit auswirkt.

7. Bei Umsetzung der europäischen Medizinprodukteverordnung (MDR) die Besonderheiten der mittelständisch geprägten Branche berücksichtigen und Lösungen zur Deckung des Fachkräftebedarfs entwickeln

Im Rahmen der nationalen Umsetzung der in 2017 in Kraft tretenden neuen europäischen Medizinprodukteverordnung (MDR) ist die Politik gefordert, auf die Besonderheiten der deutschen mittelständisch geprägten Medizintechnikbranche Rücksicht zu nehmen und sich dafür in Brüssel einzusetzen, dass die Regulierungsschraube nicht immer weiter – oftmals unangemessen und ohne einen zusätzlichen Gewinn an Patientensicherheit – angezogen wird. Außerdem müssen Lösungen entwickelt werden, um den steigenden Bedarf an qualifiziertem Regulatory-Affairs-Personal zu decken.

Begründung:

Ziel bei der Umsetzung der MDR muss eine Ausgewogenheit von größtmöglicher Patientensicherheit einerseits und Erhalt bzw. Stärkung der Innovationskraft und Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Medizintechnikunternehmen andererseits sein.

Für viele Medizintechnikunternehmen, insbesondere aber die vielen kleineren und Kleinstbetriebe, sind die heutigen regulatorischen Anforderungen und Dokumentationspflichten bereits eine sehr große Herausforderung und stellen immer häufiger ein Innovations- und Wachstumshemmnis dar. Die Folge ist immer öfter, dass bestimmte Produkte stark verzögert oder auch gar nicht mehr angeboten werden können, da kein ausreichender Return on Investment zu erwarten oder die diesbezügliche Unsicherheit unternehmerisch nicht zu verantworten ist. Vermehrt wird in der Branche auch dazu übergegangen, Produktsegmente an ausländische Unternehmen abzutreten oder die Unternehmen verlegen die Zulassung des Produktes gleich ins Ausland – vor allem in die USA. Dies kann nicht im Sinne der deutschen Wirtschaftspolitik sein.

Daher

- ist bei der Umsetzung der MDR im Zuge der zahlreichen delegierten und implementierten Rechtsakte durch die EU Kommission darauf zu achten, dass die Unternehmen nicht zusätzlich mit Bürokratie und regulatorischen Anforderungen belastet werden, insbesondere dann, wenn diese keine unmittelbar positiven Auswirkungen auf zusätzliche Patientensicherheit haben,
- sind hinsichtlich der praktischen Umsetzung der MDR die Zuständigkeiten und Haftungsfragen eindeutig zu klären,
- muss sichergestellt werden, dass alle an der Umsetzung Beteiligten ein gemeinsames Verständnis zur Auslegung der Anforderungen aus der MDR haben; ggf. müssen hier europäische Guidelines erstellt werden,
- sind Konzepte zu entwickeln, wie der bereits heute sehr große und zukünftig noch wachsende Bedarf an Fachkräften mit regulatorischem Know-how gedeckt werden kann.

Bereits heute ist ein Engpass an regulatorischen Fachkräften bei den Herstellern, Benannten Stellen und Behörden festzustellen. Zukünftig werden Mitarbeiter mit regulatorischem Know-How auch bei der EU-Kommission zum Einsatz kommen müssen. Qualifiziertes Regulatory-Affairs-Personal wird europaweit stark nachgefragt werden und der Bedarf wird nicht kurzfristig zu decken sein.

8. Nutzenbewertung in der Medizintechnik mit Augenmaß

Bei der Einführung von Nutzenbewertung in der Medizintechnik ist die Entwicklung geeigneter Methoden zur Bewertung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden unter Einsatz eines Medizinproduktes voranzutreiben. Dabei sind die

Besonderheiten der Medizintechnikindustrie mit ihren kurzen Innovationszyklen zu berücksichtigen und die grundsätzlichen Unterschiede zur Pharmaindustrie und den dort verwendeten Methoden der Nutzenbewertung zur Kenntnis zu nehmen. Die derzeit gesetzlich vorgegebene Dauer einer möglichen Nutzenbewertung von in der Regel 3 Jahren ist deutlich zu lang und muss an das Interesse der Patienten an einer schnellen Verfügbarkeit von Innovationen in der Versorgung angepasst und deutlich verkürzt werden.

Begründung:

Im Rahmen der Erstattung durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) kommt der Nutzenbewertung eine immer größere Bedeutung zu. Nutzenbewertung ist auch in der Medizintechnik richtig und wichtig. SPECTARIS setzt sich aber für eine sachgerechte Nutzenbewertung mit Augenmaß ein, die ein differenziertes Vorgehen bei Medizinprodukten nach Risikoklasse (Klassen I, IIa, IIb oder III) und Modifikationsgrad (Me-too-Verfahren, Schritt- oder Sprunginnovation) vorsieht.

Die Medizinprodukteindustrie ist – anders als die Pharmaindustrie – stark mittelständisch geprägt und eine der innovationsstärksten Branchen der deutschen Wirtschaft. Die Patientensicherheit und die Qualität der Versorgung stehen bei den Innovationen immer an oberster Stelle. Viele der Innovationen haben kurze Lebenszyklen; stetig werden Verbesserungen von Produkten vorgenommen (Schrittinnovationen).

Grundsätzlich können die im Bereich der Arzneimittel etablierten Prinzipien und Verfahren zur Nutzenbewertung auf die Überprüfung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die wesentlich auf dem Einsatz eines Medizinproduktes beruhen, nicht 1:1 übertragen werden. Vielmehr gibt es im Zusammenhang mit der Nutzenbewertung im Bereich Medizinprodukte eine Reihe bisher ungelöster inhaltlicher, methodischer aber auch wirtschaftspolitischer Fragen.

Die Anforderung höchster Evidenz in Form von randomisierten kontrollierten Studien (RCT) und der dazugehörigen zusätzlichen Qualitätsstandards im maßgeblichen IQWiG-Methodenpapier ist für die Hersteller von Medizinprodukten in vielen Fällen kaum zu erfüllen. Wesentliche Ursachen dafür sind der im Vergleich zu Arzneimitteln ungleich größere Einfluss des Anwenders auf den medizinischen Nutzen der Untersuchungs- und Behandlungsmethode sowie die Multifunktionalität vieler Medizinprodukte im Unterschied zum indikationsspezifischen Einsatz eines Medikaments. Hinzukommen die hohen Fallzahlenanforderungen, die bei vielen der behandelten Erkrankungen nicht im Rahmen der Innovationszyklen abgedeckt werden können. Dies bedeutet, der Methodennutzen wird mit Produkten „veralteter Generationen“ nachgewiesen. Eine wirtschaftliche Produkteinführung in Deutschland wird damit aus heutiger Sicht der Hersteller in vielen Fällen unwahrscheinlich. Dadurch wird nicht nur der wirtschaftliche Erfolg von Innovationen und damit die Existenz der Unternehmen gefährdet, sondern auch die bestmögliche Patientenversorgung verfehlt. Insbesondere kleine und mittlere Unternehmen verfügen nicht über die Möglichkeiten, die methodischen Anforderungen und Verfahren der Selbstverwaltung umzusetzen. Die Investitionsunsicherheit auf Herstellerseite erhöht sich zusätzlich durch den Umstand, dass sich bislang weder aus dem IQWiG-Methodenpapier noch aus den Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) Regeln für die Gewichtung einzelner Kriterien bei der Bewertung von Studienergebnissen erkennen lassen.

Bei der Auslegung des IQWiG-Methodenpapiers und der Verfahrensordnung des G-BA müssen sowohl den berechtigten Anforderungen an eine sichere und moderne Patientenversorgung als auch den wirtschaftlichen Notwendigkeiten der Industrie Rechnung getragen werden. Die Hersteller benötigen verlässliche Grundlagen bezüglich der Anforderungen, um weiterhin ihre Produktentwicklungen und Marktchancen kalkulieren zu können. Notwendig ist deshalb eine systematische Identifizierung und Analyse der aus Sicht der Hersteller bestehenden Unsicherheiten im Prozess der Nutzenbewertung und die Entwicklung von Lösungsvorschlägen zur Beseitigung dieser Unsicherheiten. Dieses neu zu schaffende Instrumentarium ist eine notwendige Ergänzung zum existierenden IQWiG-Methodenpapier. Insbesondere ist die Entwicklung neuer, praktikabler Bewertungsmethoden durch alle Beteiligten und Betroffenen aktiv zu begleiten. Ein bloßes Stellungnahmerecht / Anhörungsrecht ist hier nicht mehr genug. Zudem müssen kleine und mittelständische Unternehmen durch verbindliche Aussagen zu Verfahren, Nachweisen und finanzielle Unterstützung für Studien besser in der Risikoabschätzung begleitet werden.

9. Krankenhausfinanzierung reformieren – Investitionsstau im Krankenhausbereich beenden

Die Politik muss Fehlsteuerungen in der Krankenhausfinanzierung korrigieren und innovationsfreundlicher gestalten, um den anhaltenden Innovationsstau zu beenden. Patienten sollten mit den modernsten verfügbaren Medizin- und Pflegehilfsmitteln versorgt und Krankenhäuser dem technischen Fortschritt entsprechend modern ausgestattet werden. Die Politik darf sich nicht länger aus ihrer Verantwortung ziehen.

Begründung:

Die mittlerweile auf einen deutlich zweistelligen Milliardenbetrag angewachsene zurückhaltende Investitionsfinanzierung der Länder im stationären Bereich – laut Krankenhaus Rating Report 2016 beträgt der kumulierte Investitionsstau deutscher Krankenhäuser mindestens 27,8 Milliarden Euro – verzögert nicht nur den Strukturwandel, den die Kliniken nur mühsam aus eigener Kraft gestalten können. Vielmehr hat der Investitionsstau auch unmittelbar negative Auswirkungen auf die Medizintechnikbranche. Nur noch ein Drittel des Umsatzes erzielen deutsche Medizintechnikunternehmen im Inland. Klinikneubauten sind hierzulande eine absolute Seltenheit und auch die oft dringend notwendige Modernisierung von stationären Einrichtungen bleibt aus.

Die Investitionsquote öffentlicher Krankenhäuser liegt bundesweit gerade noch bei 5 bis 6 Prozent. Bei Krankenhäusern mit privater Trägerschaft liegt sie etwa doppelt so hoch.

Das DKI geht in einer Publikation davon aus, dass der Investitionsbedarf der deutschen Krankenhäuser in den nächsten Jahren bei rund 7 Mrd. € pro Jahr liegen wird. Da die öffentliche Förderquote durch die Bundesländer in den letzten Jahren nur bei 2,7 Mrd. € pro Jahr lag, ist der Investitionsbedarf damit um das Zweieinhalbfache höher als aktuell die öffentlichen Fördermittel für Krankenhausinvestitionen.

Die Ursachen für diesen Investitionsstau liegen in der dualen Krankenhausfinanzierung. Grundlage für Zuwendungen bildet der von den Ländern aufgestellte Krankenhausplan. Nur sogenannte „Plankrankenhäuser“ sind berechtigt, für gesetzliche Krankenversicherungen Leistungen zu erbringen. Ihre laufenden Kosten finanzieren sie über die von ihnen erbrachten Leistungen nach dem DRG-System. Darüber hinaus erhalten sie Investitionsfördermittel. Diese sind jedoch letztlich von der Finanzkraft der jeweiligen Bundesländer abhängig und unterliegen zudem in hohem Ausmaß politischen und nicht immer sachlichen Erwägungen. Da die Bundesländer jedoch gesetzlich verpflichtet sind, die medizinische Versorgung der Bevölkerung mit Haus- und Fachärzten sowie einem ärztlichen Notdienst zu gewährleisten (Sicherstellungsauftrag), müssen ihnen dazu auch Instrumente an die Hand gegeben werden. Nicht nur der Sicherstellungsauftrag veranlasst die Länder, für die Fortführung der Dualistik zu kämpfen.

Da die Bundesländer seit Jahren ihrer Investitionspflicht nicht nachkommen, gleichzeitig aber den Kostendruck für alle erhöhen und sich so die Privatisierungsspirale im Krankenhauswesen mit all ihren negativen Auswirkungen auf die Beschäftigten in den Krankenhäusern und die Versorgungsqualität für die Patienten weiterdreht, ist der Bundesgesetzgeber gefordert, die Krankenhausfinanzierung grundsätzlich zu reformieren. Der mit einem Volumen von einer Milliarde Euro, verteilt über drei Jahre, vom Gesetzgeber mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) aufgelegte Strukturfonds kann nur ein erster Schritt sein. Um den Strukturwandel tatsächlich bewältigen zu können, bedarf es deutlich höherer finanzieller Mittel. Dies würde zudem dazu führen, dass die deutsche Medizintechnikindustrie weniger auf das Auslandsgeschäft und die diesbezüglichen Unsicherheiten – Währungsabhängigkeiten, Krisen/Konflikte, Sanktionen – angewiesen wäre. Daneben darf sich die Politik nicht länger aus ihrer Verantwortung stehlen und die Krankenhausfinanzierung alleine den Ländern überlassen.

Eine innovationsfreundliche Krankenhausfinanzierung ist und bleibt für den Gesundheitsstandort Deutschland von zentraler Bedeutung.

10. Digitalisierung der Medizintechnik/Gesundheitswirtschaft vorantreiben

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen sind so positiv zu gestalten, dass sich die großen Potenziale, die die Digitalisierung der Gesundheitswirtschaft im Allgemeinen und der Medizintechnik im Besonderen in sich bergen, ausgeschöpft werden können. Bei der Umsetzung der Europäischen Datenschutzgrundverordnung in die deutschen Fachgesetze im nächsten Jahr darf auch im Gesundheitsbereich nicht hinter die in der Verordnung geregelten Nutzungsmöglichkeiten von Daten zurückgegangen werden.

Begründung:

Moderne Medizin ist ohne Medizintechnik nicht möglich. Medizintechnische Produkte und Geräte werden auch in Zukunft für die medizinische Versorgung unersetzlich sein. Die Digitalisierung verändert aber sowohl die Erzeugnisse der Medizintechnik als auch die Art und Weise, wie diese Erzeugnisse in der medizinischen Versorgung eingesetzt werden. Die deutsche Medizintechnik muss diese Veränderung aufgreifen, um ihre international führende Rolle zu behaupten.

Die Digitalisierung verbessert die Gesundheitsversorgung und macht medizinischen Fortschritt im ganzen Land verfügbar. Bürger und Patienten erleben durch die Digitalisierung bessere Qualität von Diagnosen und Behandlung, weil relevante Informationen vollständig und schnell verfügbar sind.

Digitalisierung umfasst im Wesentlichen die Fähigkeiten zur Datenerfassung, zur Vernetzung von Datenquellen und Datennutzern sowie zur Datenanalyse. Ziel der Digitalisierung in der Gesundheitswirtschaft und Medizintechnik ist es, durch umfassende Datenanalysen eine „individualisierte Medizin“ zu ermöglichen, in der jeder Patient die für ihn beste medizinische Behandlung erfährt. Ein Schlüssel hierfür liegt bei der Medizintechnik, die viele der Daten generiert, die für diese Art der medizinischen Versorgung benötigt werden.

Die Digitalisierung der Medizintechnik und die Digitalisierung der Gesundheitswirtschaft können nicht getrennt voneinander betrachtet werden. Ausgehend von den bestehenden Stärken in der Datenerfassung und Vernetzung kann die deutsche Medizintechnik auch in der Digitalisierung der Gesundheitswirtschaft zum internationalen Vorreiter werden. Dafür müssen überzeugende Antworten auf sechs zentrale Herausforderungen gefunden werden:

- Gesetzlich definierte Organisationsstrukturen der Gesundheitswirtschaft dürfen digitale Lösungen nicht verhindern,
- Datenschutz darf Datennutzung nicht unmöglich machen,
- offene rechtliche Fragen einer digitalen Gesundheitswirtschaft müssen zügig geklärt werden,
- leistungsfähige und sichere Infrastruktur für die digitale Gesundheitswirtschaft muss geschaffen werden,
- Standards und Normen müssen praxisorientiert entwickelt und verbreitet werden,
- der Bedarf an Fachkräften muss durch Ausbildung und Qualifizierung gesichert werden.

11. Telemedizin auf weitere Anwendungsfelder ausdehnen, nichtärztliche Leistungserbringer einbinden

Mit einer Ergänzung des eHealth-Gesetzes müssen Voraussetzungen geschaffen werden, dass die Versorgungskette der Patienten von der Klinik über die Arztpraxis bis hin in den häuslichen Bereich telemedizinisch unterstützt wird. Dazu muss die Telematik Infrastruktur schnellstmöglich für weitere nichtärztliche Leistungserbringer wie Homecare-Provider und Gesundheitshandwerker sowie für weitere Anwendungen im Gesundheitswesen geöffnet werden.

Begründung:

Mehr als 6 Millionen Patienten werden in Deutschland in der häuslichen Umgebung von nichtärztlichen Leistungserbringern versorgt. Deren Versorgung ist im eHealth-Gesetz nicht berücksichtigt.

Während es zurzeit in Deutschland insgesamt rund eine halbe Million Klinikbetten gibt – Tendenz sinkend –, wächst der Anteil der Patienten in der häuslichen Versorgung aufgrund des demografischen Wandels und medizinischen Fortschritts stetig und beträgt derzeit über 6 Millionen Patienten. Damit ist der häusliche Versorgungsbereich gemessen an der Bettenzahl heute um ein Vielfaches größer als der stationäre Bereich. Hinzu kommt, dass die meisten dieser Patienten dauerhaft auf Begleitung angewiesen sind.

Der häusliche Bereich wird im beschlossenen und in Kraft getretenen eHealth-Gesetz völlig ausgeblendet. Dies widerspricht dem politischen Willen nach einer Digitalisierung des Gesundheitswesens sowie der grundsätzlichen gesetzlichen Vorgabe „ambulant vor stationär“. Gerade im Hinblick auf die großen Potenziale im häuslichen Bereich bietet eHealth enorme Vorteile:

- Verbesserung der Patientensicherheit durch Verfügbarkeit aktueller Daten aus der häuslichen Umgebung des Patienten,
- Verbesserung der Qualität und Effizienz der Versorgung durch intersektorale Vernetzung,
- Einbeziehung des Patienten in das Management seiner Erkrankung („mündiger Patient“),
- Verbesserung der Versorgungssituation insbesondere in strukturschwachen Regionen.

Der Nutzen und die Akzeptanz von eHealth-Lösungen wurden in zahlreichen Studien und Projekten bereits umfassend dargestellt. Der Gesetzgeber hat im Gesetzgebungsprozess zum eHealth-Gesetz versäumt, anerkannte Lösungen in die Regelversorgung zu überführen. Damit wäre der Aufbau der Telematikinfrastruktur weiter forciert worden.

Für die Realisierung von eHealth-Lösungen bedarf es folgender Schritte:

Berücksichtigung nicht-ärztlicher Leistungserbringer im eHealth-Gesetz bei der intersektoralen und fachübergreifenden Vernetzung von stationärer und ambulanter medizinischer Behandlung und Pflege

Gerade durch den sektoren- und fachübergreifenden Einsatz von elektronischen Kommunikations- und Informationstechnologien wird die im letzten Koalitionsvertrag geforderte Verbesserung der Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitswesens erst ermöglicht. Nur die explizite Berücksichtigung von qualifizierten nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen im eHealth-Gesetz ermöglicht eine effiziente, flächendeckende Umsetzung delegierter ärztlicher Leistungen mittels eHealth-Lösungen.

Vergütung von telemedizinischen Patientenversorgungen durch die nichtärztlichen Leistungserbringer

Das wesentliche Potential von eHealth liegt in der intersektoralen und interdisziplinären Vernetzung des Patienten im häuslichen Bereich. Die Anbindung des Patienten an Ärzte und Kliniken setzt voraus, dass es Lösungen für die alltägliche häusliche Versorgung gibt. In der Regel werden diese Aufgaben von nichtärztlichen Gesundheitsberufen und Leistungserbringern bzw. von medizintechnischen Unternehmen übernommen.

Um diese Vernetzung zu fördern und die Potenziale der Telemedizin auszuschöpfen, müssen alle Arbeitsleistungen sowie die eingesetzten Hilfsmittel der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe leistungsgerecht und angemessen vergütet werden.

Anwendungsfelder für eHealth und Telemedizin erweitern

Der Anwendungsbereich der Telematik Infrastruktur sollte nicht wie bisher auf einzelne Anwendungen (wie z.B. Röntgendiagnostik, elektronischer Arztbrief, Notfalldatensatz und Medikationsplan) begrenzt werden. Vielmehr sollte ein offener

Katalog von eHealth-Einsatzgebieten erstellt und die im Rahmen dieser Anwendungen erbrachten Leistungen angemessen vergütet werden.

Verantwortungsabgrenzung und Kompetenzrahmen schaffen

Damit eHealth erfolgreich eingesetzt werden kann, ist es erforderlich, dass Verantwortungen klar definiert und Regeln der medizinischen Fachgesellschaften geschaffen werden, die dieser Entwicklung Rechnung tragen.

12. Qualität der Versorgung mit Hilfsmitteln verbessern – stärker auf langfristige Kosteneinsparungen fokussieren

Die Qualität der Versorgung mit medizinischen Hilfsmitteln muss durch konsequente Umsetzung der im Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) beschlossenen Maßnahmen und Regeln weiter und nachhaltig verbessert werden. Die bisherige starke Fokussierung in der Gesundheitspolitik auf Kosteneinsparungen ist dabei zugunsten einer stärkeren Berücksichtigung von Qualitätsaspekten aufzugeben.

Begründung:

Der Anteil der Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) für Hilfsmittel an den GKV-Gesamtausgaben beläuft sich auf weniger als 4 Prozent und liegt damit noch niedriger als der Verwaltungskostenanteil (ca. 5 Prozent). Umso unverständlicher ist der große Kostendruck in der Hilfsmittelversorgung. Die deutlichen Einsparungen treffen vor allem ältere Menschen und Menschen mit Behinderung, die immer häufiger wirtschaftliche Aufzahlungen leisten müssen.

Die Krankenkassen sollten zudem nicht weiter auf kurzfristige Einsparungen schießen und insoweit nicht länger das billigste Hilfsmittel erstatten, sondern verstärkt auf die langfristigen (Folge-)Kosten schauen, die oftmals umso niedriger sind je qualitativ hochwertiger das Hilfsmittel ist. In innovativen Hilfsmitteln steckt ein großes Potenzial an langfristigen Einsparungen für die Krankenkassen und das Gesundheitssystem.

Die meist fast alleinige Fokussierung der Gesundheitspolitik und der Kostenträger auf das günstigste Hilfsmittel und nicht wie gesetzlich vorgeschrieben auf das wirtschaftlichste, hat zu einem enormen Preisdruck in der Branche geführt. Aufgrund der anhaltenden massiven Einsparbemühungen der Krankenkassen bleibt die Ertragslage bei zahlreichen Unternehmen der Branche trotz leichter Umsatz- und Mengenzuwächse sehr angespannt.

Das beschlossene Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) soll auf den gestiegenen Bedarf und die damit verbundenen höheren Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Versorgung mit Hilfsmitteln im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung reagieren. So ist die mit dem HHVG gefasste Änderung, dass in der Vergabep Praxis der Preis und Qualitätsaspekte künftig gleichberechtigt zu berücksichtigen sind, ausdrücklich zu begrüßen. Auch die Regelung, dass Ausschreibungen bei für einen Versicherten individuell angefertigten Hilfsmitteln oder bei Hilfsmittelversorgungen mit einem hohen Dienstleistungsanteil nicht zweckmäßig sind, entspricht voll und ganz dem Gedanken einer qualitativ hochwertigen Versorgung. Zudem schafft der Gesetzgeber mit der Klarstellung, wann eine Untersuchungs- und Behandlungsmethode ("Methode") als neu anzusehen ist, eine wesentliche Grundlage, mit der innovative Produkte schnellstmöglich Zugang in das Hilfsmittelverzeichnis erhalten und Betroffene somit im Rahmen der Erstattungsfähigkeit davon profitieren können.

Wichtig ist nun, dass der Intention des Gesetzgebers Rechnung getragen wird, in dem die gefassten Regelungen von allen Beteiligten in der Praxis vollumfänglich umgesetzt und gelebt werden. Nur so kann eine qualitativ hochwertige Hilfsmittelversorgung sichergestellt werden und nachhaltig Wirkung entfalten. Um eine Nachhaltigkeit der verbesserten, qualitätsgesicherten Hilfsmittelversorgung zu gewährleisten, fordert SPECTARIS jedoch die Schaffung folgender weiterer Regelungen:

Aktive Beteiligung der Hersteller und Leistungserbringer

Um die dringend erforderliche Beteiligung der Hersteller und Leistungserbringer in sämtlichen Prozessen und Verfahren der Hilfsmittelversorgung – insbesondere bei der Aufnahme neuer Produkte in das und der Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses – sicherzustellen, sollte der GKV-Spitzenverband verpflichtet werden, ein paritätisch durch die medizinischen Fachgesellschaften sowie die maßgeblichen Hersteller- und Leistungserbringerverbände bestehendes Expertengremium zu installieren, in dem alle beteiligten Gruppen ein gleichgewichtiges Stimmrecht haben. Das bisher bestehende Anhörungsrecht, das Hersteller und Leistungserbringer haben, ist mitnichten ausreichend. Da diese Forderung im HHVG nicht umgesetzt wurde, halten wir die Forderung hiermit aufrecht und bekräftigen diese einmal mehr.

Verbindlichkeit und Rechtsklarheit in der Hilfsmittelversorgung

Die in der Hilfsmittelversorgung geltenden Rahmenempfehlungen (z. B. zum Vertragscontrolling oder zur Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen) müssen für alle Beteiligten transparent, eindeutig und umfassend gestaltet werden. Hier schaffen nur Verbindlichkeit und Rechtsklarheit eine Grundlage für einen qualitätsgesicherten Gesamtprozess. Sämtliche Rahmenempfehlungen sollten insoweit in rechtsverbindliche Verordnungen oder Richtlinien überführt werden. Insbesondere beim Vertragscontrolling ist es wichtig, bundeseinheitliche Regelungen zur Vergleichbarkeit der Qualitätsprüfungen für alle Kostenträger zu schaffen, die von einer unabhängigen Stelle überwacht werden.

13. Stationäre Pflege stärken, Trend zur „Ambulantisierung“ der stationären Pflege stoppen

Sowohl ambulante als auch stationäre und sämtliche andere Formen der Pflege sind gleichberechtigt zu behandeln. Ferner ist der anhaltende Trend zur „Ambulantisierung“ der stationären Pflege zu stoppen.

Begründung:

Sämtliche Formen der Pflege werden zukünftig gebraucht, um den steigenden Pflegebedarf decken zu können. Die in der politischen und öffentlichen Diskussion oftmals festzustellende Diskreditierung der stationären Pflege ist dabei kontraproduktiv.

In der aktuellen gesellschaftlichen Diskussion um die Pflege wird die vollstationäre Pflege oft als die für den Patienten *minderwertigere* Versorgungsform, die häusliche (ambulante) Pflege und speziell die Pflege durch Angehörige als die *wünschenswertere* Form der Pflege gepriesen. Wenn ein Pflegebedürftiger in eine vollstationäre Einrichtung geht, dann ist die öffentliche Auffassung oft die, dass dieser von seinen Angehörigen dorthin geschickt wurde, ohne in diese Entscheidung ausreichend einbezogen worden zu sein. Gesellschaftlich wird dies oft als „Abschiebung“ geächtet: Die Angehörigen empfinden die zu pflegende Person als Belastung und würden sich insoweit ihrer Verantwortung entziehen.

Eine derartige Diskreditierung der stationären Pflege kann sich Deutschland jedoch angesichts des steigenden Pflegebedarfs nicht leisten.

Mit Blick in die Zukunft und auf die demografische Entwicklung wird die stationäre Pflege besonders im Bereich der Altenpflege deutlich an Bedeutung gewinnen. Durch geburtenstarke Jahrgänge, gefolgt von einer geburtenschwachen Generation, wird eine vollumfängliche Pflege allein durch Angehörige zu Hause nicht mehr überall möglich sein. Auch wenn der technische Fortschritt eine längere Betreuung zu Hause ermöglichen wird, erfordern Krankheiten, die häufig in Komorbidität auftreten, wie Demenz, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes auch zunehmend medizinische Kenntnisse der Pflegenden. Nicht nur, aber insbesondere in späteren Verlaufsstadien wird eine stationäre Versorgung somit fast immer unumgänglich sein. Der Vorteil der stationären Pflege liegt hier insbesondere darin, dass eine Einbindung in andere medizinische Versorgungskanäle leichter möglich ist als bei der häuslichen Pflege.

Zu befürchten ist, dass die von der Bundes- und den Landesregierungen vorgesehenen zukünftig höheren Beträge für die Ausstattung der ambulanten und stationären Pflege gleichermaßen nicht genügen werden, um die größer werdenden Bedarfe zu

decken. Um dem zu erwartenden Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen standhalten zu können, bedarf es insbesondere weiterer Anstrengungen und insoweit auch zusätzlicher Investitionen in die Pflege: Zum einen werden bis zum Jahr 2030 in Deutschland 371.000 zusätzliche Pflegeheimplätze benötigt. Zum anderen muss dem bereits existierenden Pflegefachkräftemangel entgegengewirkt werden. Bis zu 331.000 neue Mitarbeiter – davon 157.000 Pflegefachkräfte – in der ambulanten und stationären Pflege werden im selben Zeitraum benötigt, zwischen 54 und 73 Milliarden Euro müssen in neue Pflegeplätze investiert werden, um die erwartete Nachfrage allein in den stationären Einrichtungen zu decken.

Im Zuge einer gleichberechtigten Behandlung sämtlicher Pflegeformen sollte zudem der Trend, dass allein aus Kostengründen immer häufiger stationäre Einrichtungen als ambulante umdeklariert werden, gestoppt werden. Ambulante Einrichtungen unterliegen grundsätzlich weniger Regelungen und Vorschriften und sind insoweit günstiger als regelmäßig überwachte stationäre Einrichtungen. Dies kann in Teilen der von allen Seiten angestrebten Versorgungsqualität in der Pflege entgegenstehen.

14. Hygienevorschriften besser kontrollieren und im Vergütungssystem abbilden

Die Politik muss sicherstellen, dass die vorhandenen Hygienevorschriften nachgehalten, Anwender und Betreiber zur Beseitigung von Mängeln durch die zuständigen Stellen/Behörden unterstützend beraten, bei Nichteinhaltung der Hygienevorschriften Sanktionsmaßnahmen ergriffen und durchgesetzt und die Betreiber und Anwender im Nachgang regelmäßig kontrolliert werden. Ferner müssen die Betreiber und Anwender für die Einhaltung der Hygienevorschriften angemessen vergütet werden.

Begründung:

Medizinproduktehersteller erfüllen bei der Produktion verschiedenste regulatorische und speziell hygienische Anforderungen und wahren damit eine hohe Qualität. Ist das Produkt für die Wiederaufbereitung vorgesehen, geben die Hersteller in der Betriebsanleitung eine validierte Methode zur hygienischen Aufbereitung an. Dennoch werden die Anforderungen an die hygienische Aufbereitung oft nicht konsequent umgesetzt. Dies kann für Patienten und Mitarbeiter eine erhebliche Gesundheitsgefährdung darstellen, die bis zum Tod der Betroffenen führen kann.

Zwar gibt es behördliche Kontrollen, jedoch werden diese aus den unterschiedlichsten Gründen nicht in der geforderten Regelmäßigkeit ausgeführt. Zudem agieren die Behörden zum Teil sehr unterschiedlich in ihrer Vorgehensweise. Eine einheitliche Vorgehensweise muss angestrebt werden. Anwender und Betreiber werden daher nicht immer ausreichend in die Pflicht genommen. Leidtragende sind in erster Linie die Patienten, aber auch die Mitarbeiter der Kliniken und Praxen.

Die Hersteller stehen zwar für Nachfragen zur Verfügung, die Wahrung hygienischer Pflichten im Klinik- und Praxisbetrieb gehört aber nicht zu ihren Aufgaben.

Das Vergütungssystem, vor allem in den Arztpraxen, reicht bei Weitem nicht aus, die bestmögliche Aufbereitungsmethode zu wählen. Kliniken und niedergelassene Ärzte stehen unter einem hohen finanziellen und personellen Druck. Pauschale Vergütungssysteme bilden den Aufwand des vorbereitenden und nachbereitenden Hygieneprozess zudem nicht ausreichend ab.

E-Health in der Versorgung

Ein Grundsatzpapier des Spitzenverband Fachärzte
Deutschlands e.V. (SpiFa)

Einleitung.....	3
E-Health – Die Bedeutung des Facharztes bei der Digitalisierung	3
Relevanz – Die Bedeutung des E-Health-Gesetzes für die Versorgung.....	4
Grundsatzforderungen des SpiFa	6
Glossar	7
1. Grundlagen für den Einsatz von E-Health im deutschen Gesundheits- und Versorgungssystem	12
2 Telemedizin	14
2.1 Das Fernbehandlungsverbot den Bedürfnissen einer arztgesteuerten E-Health anpassen! ..	14
2.2 Die Haftungssituation in der Anwendung telemedizinischer Verfahren rechtlich vereindeutigen!	15
3 Digitale Innovationen	16
3.1 Finanzierungs- und Fördermodelle gezielt für Innovationen im E-Health-Bereich entwickeln!	16
3.2 Fast Lane zur Einführung von Innovationen im GKV-System schaffen und eine nachhaltige Versorgung garantieren!	17
3.3 Wirtschaftlich sinnvolle Anreize zur Einführung von ärztlichen Innovationen im Telekommunikationsbereich setzen!	18
3.4 Kriterien für sichere und sinnvolle M-Health-Anwendungen entwickeln!	18
3.5 Big Data ermöglichen und Gesundheitsdaten nutzbar machen!	19
4 E-Government	20
4.1 Das Schriftlichkeitserfordernis für Selektivverträge abschaffen!.....	20
4.2 Die elektronische Gesundheitskarte zügig einführen!	20
5. Datenschutz & Datensicherheit.....	22
5.1 Vernetzung im Gesundheitssystem ermöglichen und Interoperabilität garantieren!.....	22
5.2 Rechtssicherheit schaffen und die EU-Datenschutzgrundverordnung zügig umsetzen!	22
5.3 Datenschutz international harmonisieren!	23
5.4 Eine sichere, digitale Dokumentation ermöglichen!	23

Einleitung

Die Digitalisierung führt zu einer der umfassendsten und nachhaltigsten Veränderung aller gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und sogar ethischen Prozesse. Sie überwindet Zeit und Raum, vernetzt die Akteure und globalisiert menschliches Wissen. Sie wird über die Zeit gewachsene Strukturen revolutionieren und über Jahrzehnte die Sprunginnovation in der medizinischen Versorgung darstellen. Mit der Digitalisierung entstehen zugleich neue Herausforderungen im integren, ethischen aber auch sozialen Umgang mit neuen Technologien und den Möglichkeiten, die daraus erwachsen.

Umso mehr gilt dies für die medizinische Versorgung. Heute müssen Maßnahmen ergriffen werden, damit [↑]E-Health bereits morgen in der medizinischen Versorgung zum Erfolg wird. Der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) hat mit diesem vorliegenden Grundsatzpapier Forderungen entworfen, um die Digitalisierung zu einem Erfolg werden zu lassen. Denn nur wenn sich die Versorgung insgesamt verbessert – ohne den Arzt zu ersetzen – werden die Chancen überwiegen und [↑]E-Health in der Versorgung zu einem Erfolg. Denn das Prinzip der ärztlichen Behandlung basiert auf dem individuellen Arzt-Patienten-Verhältnis. Dieses individuelle Arzt-Patienten-Verhältnis muss Grundlage aller Entscheidungen bleiben. Der Arzt bestimmt, ob und bei welchem Patient digitale Anwendungen infrage kommen. Die Möglichkeit der Selbstbeobachtung und ggf. sogar Selbstbehandlung des Patienten setzt eine ärztliche Aufklärung und Begleitung voraus. Der Patient darf mit den von ihm erhobenen Daten und Ergebnissen im E-Health-System nicht alleine gelassen werden.

E-Health – Die Bedeutung des Facharztes bei der Digitalisierung

Der freie Arztberuf ist die Maxime der freiheitlichen Gesundheitsversorgung in Deutschland. Nur durch die Freiberuflichkeit kann Vertrauen, aber auch Verantwortlichkeit entstehen. Die Digitalisierung der Medizin muss das persönliche und unmittelbare Arzt-Patienten-Verhältnis unterstützen, um eine zukunftsfähige, patientenorientierte Versorgung zu gestalten. [↑]Telemedizin kann dieses Arzt-Patienten-Verhältnis sowie die Behandlungsprozesse, kann ärztliche Empathie und Case-Management niemals ersetzen, sondern ausschließlich ergänzen. Der Arzt als Mensch zeichnet sich im Gegensatz zu Maschinen und digitalen Anwendungen durch soziale Kompetenzen, Anteilnahme und Einfühlungsgabe aus. Er ist – im Unterschied zu bloßen Daten und Algorithmen – in der Lage Ängste zu nehmen, Hoffnung zu spenden und Freude zu teilen. Das Verhältnis zwischen dem Patienten und seinem Arzt basiert auf einem Vertrauensverhältnis, dass über die reine Vermittlung von Fakten, Wissen und Daten zur Gesundheit und Versorgung hinaus geht. Patienten befinden sich durch Krankheit in einer emotionalen Ausnahmesituation. Aus diesem Grund ist eine rein digitale Behandlung eines Patienten nicht im Sinne dessen Wohles und widerspricht so auch dem Interesse der deutschen Fachärzteschaft.²

¹ Begriffe des Glossars sind im Text mit [↑] vor dem Begriff stehend gekennzeichnet.

² Rein digitale Behandlungen entsprechen zudem nicht dem Interesse der Patienten. Jüngste Umfragen zeigen, dass Patienten den Einsatz von E-Health-Anwendungen zwar befürworten, 90 % der Befragten einer Umfrage zur Digitalisierung in der Versorgung geben aber auch an, dass ihnen der persönliche Kontakt zum und das Gespräch mit dem Arzt wichtig seien. (Vgl. Schwenniger Krankenkassen, 03/2017: www.statt-wartezimmer.de –

Gleichwohl ermöglichen medizinische Innovationen bereits heute eine qualifizierte, ort- und zeitunabhängige Versorgung. Vitalwerte werden überwacht und digital an den behandelnden Arzt³ gesendet (Telemetrie); hochspezialisierter ärztlicher Sachverstand steht telemedizinisch überall in Deutschland in Echtzeit zur Verfügung; [↑]Telekommunikation bringt den europäischen Spezialisten in schlecht versorgte Regionen Afrikas – in vielen Bereichen kündigt die Digitalisierung bereits enorme Entwicklungspotenziale an. Ebenso im Bereich Prophylaxe, Prävention, Rehabilitation und vor allem in der Forschung. Big-Data-Analysen ermöglichen die Identifizierung von Gesundheitsrisiken.

Innovationen entstehen heute vor allem innerhalb der fachärztlichen ambulanten und stationären Versorgung und bezeugen die enorme Bedeutung des Facharztes. Gleichzeitig ist die Ressource *Zeit* des Arztes knapp. E-Health-Instrumente müssen zu einem schonenden Einsatz dieser Ressource beitragen. Dies kann nur gelingen, wenn Kosten reduziert, Zeit effizient eingesetzt sowie räumliche und zeitliche Distanzen überwunden werden können. Die Grundversorgung von Patienten durch Haus- und Fachärzte wird mittels Digitalisierung an Effizienz gewinnen. Durch die Digitalisierung kennzeichnende Vernetzung können bi- und multidirektionale Kommunikations- und Austauschprozesse entstehen, die den grundversorgenden Haus- oder Facharzt unterstützt und qualitätssteigernd andere Spezialisten und Fachärzte effektiv und ressourcenschonend in die Versorgung einbindet. Die Digitalisierung stellt somit auch ein wertvolles Instrument der Steuerung dar. Sie entlastet Fachärzte einerseits und gibt den haus- und fachärztlichen Grundversorgern gleichzeitig die Möglichkeit zur Vernetzung mit Spezialisten. Diese ist vor allem auch dann erforderlich, wenn es einer Interpretation und Bewertung komplexer Datenanalysen bedarf. Diese kann nur von einem entsprechenden Spezialisten bzw. Facharzt vorgenommen werden.

Relevanz – Die Bedeutung des E-Health-Gesetzes für die Versorgung

Mit dem *Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz)* hat der Gesetzgeber eine rechtliche Grundlage für die Einführung und Beschleunigung weiterer E-Health-Anwendungen in die medizinische Versorgung geschaffen.

Das E-Health-Gesetz trat zum 1. Januar 2016 in Kraft und enthält zugleich Angaben zur Einführung bestimmter digitaler Anwendungen in der medizinischen Versorgung, Sanktionsmaßnahmen bei Nichterreichen der Zielsetzung eingeschlossen. So wurde bspw. zu Oktober 2016 der bundesweite Medikationsplan eingeführt. Zum 1. Januar 2017 folgte die Einführung des [↑]E-Arztbriefes. Weitere Anwendungen folgen in den kommenden 18 Monaten.

01.10.2016	Einführung des Medikationsplans
01.01.2017	Förderung des E-Arztbriefes
01.04.2017	Vergütung von Telemedizin-Konsilen

Wie digital wird unsere Gesundheitsversorgung?; http://presse.die-schwenninger.de/fileadmin/presse/user_upload/Studien/Umfrage_www_statt_Wartezimmer_Schwenninger_Krankenkasse.pdf; Folie 6, 27.03.2017.

³ Die in diesem Text verwendeten männlichen Formen sowohl im Singular als auch im Plural stehen für Personen beiderlei Geschlechts.

	(Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen)
01.07.2017	Förderung von Videosprechstunden
01.01.2018	Speicherung von Notfalldaten auf der E-GK
01.07.2018	Verpflichtung zur Prüfung der Versichertendaten durch Ärzte und Psychotherapeuten
Ab 2019 (geplant)	Einrichtung einer elektronischen Patientenakte und eines elektronischen Patientenfach

Auswirkungen des E-Health-Gesetzes für Ärzte (Quelle: BT-Drucks. 18/5293)

Zugleich hat das E-Health-Gesetz Schwerpunkte in der Einführung gesetzt, die in erster Linie die medizinische Versorgung durch Ärzte betrifft. Die Pflege des Medikationsplans, das Versenden von [↑]E-Arztbriefen, [↑]Tele-Konsile und Videosprechstunden sowie die Pflege und das Management von Stamm- und Notfalldaten und nicht zuletzt die Verwertung der vom Patienten zur Verfügung gestellten Daten im geplanten [↑]Patientenfach dienen in erster Linie der Versorgung des Patienten. Zugleich kann sich der Zeitpunkt des Einsatzes von E-Health-Anwendungen im Versorgungsprozess erheblich zwischen den Facharztbereichen unterscheiden. Der Gesetzgeber hat nicht zuletzt deshalb den Zeitplan sowie weitere Forderungen und Ziele zur Etablierung einer interoperablen [↑]E-Health aufgestellt.

Der Schritt des Gesetzgebers rechtliche Grundlagen zu schaffen, zeigt die unaufhaltsame Entwicklung und den Fortschritt, den Digitalisierung für die medizinische Versorgung offenbart. Dennoch gibt es Herausforderungen, die es zur effektiven und optimalen Umsetzung von [↑]E-Health in der medizinischen Versorgung abzubauen gilt. Nach wie vor ist die sichere und barrierefreie Nutzung von [↑]E-Health nicht gelöst. Sichere Kommunikation sowie der sichere Austausch von Daten verlangen nach klaren, international harmonisierten Datenschutzregelungen. Der Austausch von Daten zwischen Fachärzten muss system- und sektorenübergreifend möglich sein. Nach wie vor ist es Fachärzten nicht möglich, systemunabhängig zu interagieren. Es bedarf zu häufig noch zusätzlicher Module, Systeme oder Zwischenlösungen außerhalb des vom Arzt genutzten Informations- und Verwaltungssystems. Erschwerend kommt hinzu, dass eine national einheitliche, eindeutige Identifizierung des Patienten zu jeder Zeit, an jedem Ort nicht möglich ist.

Unser Maßstab: Die Digitalisierung wird vom SpiFa als Chance begriffen. Das Gesundheitssystem von morgen wird nach unserer Vorstellung eine digital gestützte Versorgung mit einem individuellen, empathischen und auf Vertrauen basierenden Arzt-Patienten-Verhältnis im Zentrum sein. Es wird ein System sein, das durch telemedizinische Innovationen geprägt ist und die Sektorengrenzen aufbricht.

Grundsatzforderungen des SpiFa

- Das Fernbehandlungsverbot den Bedürfnissen einer arztgesteuerten E-Health unter Berücksichtigung der "Grundlagen für den Einsatz von E-Health im deutschen Gesundheits- und Versorgungssystem" des SpiFa anpassen!
- Die Haftungssituation in der Anwendung telemedizinischer Verfahren rechtlich vereindeutigen!
- Finanzierungs- und Fördermodelle gezielt für Innovationen im E-Health-Bereich entwickeln!
- Fast Lane zur Einführung von Innovationen im GKV-System schaffen und eine nachhaltige Versorgung garantieren!
- Wirtschaftlich sinnvolle Anreize zur Einführung von ärztlichen Innovationen im Telekommunikationsbereich setzen!
- Kriterien für sichere und sinnvolle M-Health-Anwendungen entwickeln!
- Big Data ermöglichen und Gesundheitsdaten nutzbar machen!
- Das Schriftlichkeitserfordernis für Selektivverträge abschaffen!
- Die elektronische Gesundheitskarte zügig einführen!
- Vernetzung im Gesundheitssystem ermöglichen und Interoperabilität garantieren!
- Rechtssicherheit schaffen und die EU-Datenschutzgrundverordnung zügig umsetzen!
- Datenschutz international harmonisieren!
- Eine sichere, digitale Dokumentation ermöglichen!
- Digitalisierung in der medizinischen Ausbildung stärker fokussieren!

Glossar⁴

Ambient Assisted Living	Das Anwendungsfeld bezieht sich auf das selbstständige häusliche Leben durch technische Assistenz und damit insbesondere auf Bereiche außerhalb des Gesundheitswesens.
Big Data	Big Data bezeichnet die Verarbeitung großer und weitgehend unstrukturierter Datenmengen (oftmals gewonnen aus E-Health-Anwendungen) zur Gewinnung neuer Erkenntnisse und Zusammenhänge. So ermöglicht Big Data die Aggregation, Analyse und Auswertung von Daten zur Umwandlung in entscheidungsrelevante Information. ⁵
Datenschutz	Der Datenschutz umfasst in erster Linie und im Gegensatz zur Datensicherheit den Schutz der Privatsphäre. Er garantiert das Recht auf informationelle Selbstbestimmung und soll vor missbräuchlicher Verwendung der Daten durch Dritte schützen. Das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) sowie die Datenschutzgesetze der Länder sind die maßgeblichen Regelungen in Deutschland zur Verarbeitung personenbezogener Daten.
Datensicherheit	<p>Datensicherheit im Gegensatz zum Datenschutz befasst sich mit dem Schutz der Daten unabhängig davon, ob die Daten einen Personenbezug aufweisen. So fällt hierunter die Sicherung geheimhaltungswürdige Inhalte digitaler und analoger Art (Gesetze, Pläne, Strategien etc.) vor Manipulation, Verlust oder unberechtigter Kenntnisnahme.</p> <p>Es geht im Unterschied zum Datenschutz nicht um Fragen der rechtmäßigen Erhebung und Verarbeitung von Daten, sondern um Maßnahmen des Schutzes von Daten.</p> <p>Datensicherheit ist in § 9 BDSG (inkl. Anlage) geregelt und verlangt nach einer Umsetzung geeigneter technischer und organisatorischer Maßnahmen.</p>
Deidentifikation	Dieser Begriff steht in engem Kontext zu Big-Data-Anwendungen und beschreibt die Notwendigkeit des Schutzes der Persönlichkeit und damit die Verhinderung der Identifikation von Einzelpersonen innerhalb von Big-Data-Analysen. Deidentifikation beschreibt die Bereinigung oder Anonymisierung

⁴ Begriffe des Glossars sind im Text mit [†] vor dem Begriff stehend gekennzeichnet.

⁵ Rainer Bernnat, 24. Oktober 2016: Weiterentwicklung der eHealth-Strategie. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Berlin, S. 15-16.

von Daten und Angaben, „die eine Person eindeutig identifizieren (Namen, Versichertennummer etc.) [...] [sowie Daten], die in Kombination mit anderen Daten einen eindeutigen Rückschluss auf die Person zulassen würden.“⁶ Es ist somit eine faktische Anonymisierung.

Digitale Signatur

Die qualifizierte elektronische Signatur ist das digitale Äquivalent zur Unterschrift. Durch eine Verknüpfung von Informationen mit Daten kann der Autor eines Dokuments identifiziert werden. Dies stellt die Integrität und Echtheit des Dokuments sicher und schützt es vor Zugriffen durch Unberechtigte. Die digitale Signatur ist der elektronische Identitätsnachweis (eID). Geregelt wird die digitale Signatur in der EU-Verordnung über elektronische Identifizierung (eIDAS-Verordnung), die seit 2014 in Kraft und seit dem 1. Juli 2016 vollständig anwendbar ist. Ziel ist es, einen Beitrag zur Entwicklung des elektronischen Geschäftsverkehrs im Bereich E-Government, E-Business und elektronischen Rechtsverkehr zu leisten.

Um Dokumente durch Leistungserbringer elektronisch zu signieren, benötigen Ärzte ihren elektronischen Heilberufsausweis (HBA), ein Kartenlesegerät mit Tastatur sowie eine Signatursoftware. Mehr Information unter <https://www.sanakey.de/sanakey-produkte/digitale-signatur/>.

E-Arztbrief

Der E-Arztbrief ermöglicht Ärztinnen und Ärzten die elektronische Erstellung und Ablage sowie den Austausch von Transferdokumenten (z. B. Entlassungsbrief, Befundbericht). Diese enthalten patientenindividuelle Daten und Informationen aus Diagnose und Therapie.

E-GK

Elektronische Gesundheitskarte zielt auf den Zugang zu Anwendungen der gesamten Telematikinfrastruktur im Gesundheits- und Versorgungssystem sowie den orts- und zeitunabhängigen Zugriff auf relevante Patientendaten. Die E-GK bildet einen Kommunikationskanal zwischen allen Akteuren der Versorgung: Leistungserbringern, Kostenträgern und Versicherten, über den sämtliche Komponenten authentifiziert sind.⁷

E-Gesundheitsakte

Die elektronische Gesundheitsakte ist gemäß § 291a SGB V eine Anwendung der E-GK. Sie soll gemäß Abs. 3 die Erhebung, Verarbeitung und den Nutzen von medizinischen Daten, Befunden, Diagnosen, Therapieempfehlungen, Behandlungsberichten, Daten und Angaben zu Medikamenten, Impfungen

⁶ Rainer Bernat, 24. Oktober 2016: Weiterentwicklung der eHealth-Strategie. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Berlin, S. 72.

⁷ Rainer Bernat, 24. Oktober 2016: Weiterentwicklung der eHealth-Strategie. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Berlin, S. 29.

etc. ermöglichen.

E-Government	E-Government bezeichnet grundsätzlich die elektronische Abwicklung von Prozessen in der öffentlichen Verwaltung und Regierung. In der Gesundheitsversorgung steht E-Government für die elektronische Abwicklung von Versorgungsprozessen. E-Government trägt zur zeitlichen Beschleunigung, einer vereinfachten Kommunikation und damit zur Effizienz der Versorgung bei.
E-Health	E-Health steht für den gesundheitsbezogenen Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien und dient zugleich als Oberbegriff weiterer Begriffe. Insbesondere die Erbringung medizinischer Dienstleistungen über zeit- und ortunabhängig ist zentrales Anliegen. Im Vordergrund stehen gesundheitsbezogene Vernetzung und Kommunikation zwischen Menschen, Organisationen, Sensoren/Aktoren und IT-Systemen. E-Health-Anwendungen greifen häufig auf die Ergebnisse von Big-Data-Analysen zurück und sind somit direkte Nutznießer aggregierter Daten und Information. ⁸
E-Prävention	Der Begriff E-Prävention beschreibt die Messung und Übermittlung von physiologischen Daten über Smartphones oder Wearables, die den Patienten Empfehlungen zu sportlicher Aktivität oder gesundheitsförderndem Verhalten geben. ⁹
E-Rezept/ E-Verordnung	Das E-Rezept bzw. die E-Verordnung ermöglicht die papierlose elektronische Erstellung und Ablage von Rezepten und Verordnungen. Einzelanwendungen können ggf. mit Hilfe von elektronischen Medien eine Übermittlung zwischen Leistungserbringern sowie zwischen Leistungserbringern und Heilmittelanbietern ermöglichen.
M-Health	Mobile Health ist eng verknüpft mit dem Begriff E-Health. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert M-Health als medizinische öffentliche Gesundheitsverfahren, die durch mobile Geräte unterstützt werden, bspw. durch Mobiltelefone, Patientenüberwachungsgeräte, persönliche digitale Assistenten (PDAs) und andere drahtlose Geräte. ¹⁰
Patient-	Patienten erwerben sich in der heutigen Zeit mehr und mehr sowohl das

⁸ Rainer Bernat, 24. Oktober 2016: Weiterentwicklung der eHealth-Strategie. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Berlin, S. 15-16.

⁹ Rainer Bernat, 24. Oktober 2016: Weiterentwicklung der eHealth-Strategie. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Berlin, S. 29.

¹⁰ Global Observatory for Health, 2011: mHealth. New horizons for health through mobile technologies; Weltgesundheitsorganisation, S. 6, http://www.who.int/goe/publications/goe_mhealth_web.pdf, 22.02.2017.

Empowerment	nötige Wissen als auch die Selbstmanagement-Kompetenzen in Bezug auf die eigene Gesundheit eigenständig. Sie darin zu fördern und zu unterstützen ist im Interesse der Ärztinnen und Ärzte. Der Arzt kann dadurch seine Aufgabe als Beratungsdienstleister in der privaten Versorgung stärken.
Patientenfach	Mit vollständiger Einführung der elektronischen Gesundheitskarte soll u.a. gemäß § 291a Abs. 3 Satz 1 Zf. 5 SGB V die Möglichkeit geschaffen werden, durch oder für den Patienten zur Verfügung gestellte Daten zu speichern. Diese optionale Anwendung wird als Patientenfach bezeichnet. Der Patient entscheidet über die Nutzung des Patientenfaches.
Telediagnose	Eine ärztliche Diagnosestellung, die unter Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien stattfindet, um räumlich entfernte Patienten zu beurteilen, wird als Telediagnose bezeichnet.
Teledokumentation	Die elektronische Erstellung und Archivierung von patientenbezogenen Daten fällt in den Bereich der Teledokumentation, die bereits flächendeckend eingesetzt wird.
Telekommunikation	Telekommunikation bezeichnet den Austausch von Informationen zwischen Kommunikationspartnern, die sich außerhalb ihrer Hör- bzw. Sichtweite austauschen, bzw. Daten übermitteln. In Abgrenzung dazu steht der Begriff Telematik, der die Verschmelzung der Begriffe Telekommunikation und Informatik meint. Telematik ist also das Mittel der Informationsverknüpfung von mindestens zwei Informationssystemen mit Hilfe eines Telekommunikationssystems sowie einer speziellen Datenverarbeitung. ¹¹
Telemedizin	Telemedizin steht als Überbegriff diverser ärztlicher „Versorgungskonzepte, die als Gemeinsamkeit den prinzipiellen Ansatz aufweisen, dass [unter Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien] medizinische Leistungen der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in den Bereichen Diagnostik, Therapie und Rehabilitation sowie bei der ärztlichen Entscheidungsberatung über räumliche Entfernungen (oder zeitlichen Versatz) hinweg erbracht werden.“ ¹²

¹¹ Gabler Wirtschaftslexikon, o.J.: Telekommunikation; Springer Gabler Verlag (Hrsg.); <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/telekommunikation.html>, 01.03.2017.

¹² Bundesärztekammer, 2015: Datenschutzfragen zur Telemedizin. Grundlagen, Entwicklungsstand, Aussichten. http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Telemedizin_Telematik/Sicherheit/2015-02-03_prs_Raptis_Datenschutz_Telemedizin_V1.0.1_1_.pdf; 22.02.2017, S. 4.

Tele-Konsil	Bei komplexen medizinischen Fragestellungen können Ärztinnen und Ärzte Tele-Konsile einberufen. Eine weitere Möglichkeit zur Durchführung eines Tele-Konsils liegt vor, wenn der Arzt eine medizinische Fragestellung vor sich hat, die nicht in sein Fachgebiet fällt. Mehr Informationen unter https://www.spifa.de/telekonsil-soll-versorgung-verbessern/
Telemonitoring	Dem Telemonitoring werden Überwachung und Kontrolle physiologischer (z.B. Blutdruck, Puls und Herzfrequenz) und nichtphysiologischer Parameter (z.B. GPS-Position) zugerechnet. Telemonitoring wird in der häuslichen Umgebung, im klinischen Bereich oder unter Zuhilfenahme mobiler Endgeräte (M-Health) angewendet werden.
Teletherapie	Ärzte, die Behandlungen mittels Informations- und Kommunikationstechnologien durchführen, betreiben Teletherapie. Darunter können Einzelanwendungen in der Chirurgie (OP-Robotik), Logopädie, Neuropsychologie sowie Physiotherapie subsummiert werden. ¹³

¹³ Rainer Bernnat, 24. Oktober 2016: Weiterentwicklung der eHealth-Strategie. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Berlin, S. 28.

1. Grundlagen für den Einsatz von E-Health im deutschen Gesundheits- und Versorgungssystem

- Persönliche Arzt-Patienten-Kontakte und das darauf bestehende Vertrauensverhältnis stellen auch im Zeitalter der Telemedizin weiterhin den wichtigsten Grundbaustein der ärztlichen Tätigkeit dar. Telemedizinische Möglichkeiten können daher nur eine Ergänzung zu regelmäßigen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakten darstellen.
- Die ärztliche Schweigepflicht bleibt auch in Zeiten der Digitalisierung Grundlage einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung. Bei der Unterstützung des Arztes bei der Anwendung und dem Betrieb digitaler Anwendungen zur Dokumentation und Kommunikation von sensiblen Daten durch IT-Dienstleister bleiben die gesetzlichen Regelungen zur ärztlichen Schweigepflicht unberührt.
- Telemedizinische Beratungen dürfen nur durch Ärzte bzw. dem von ihm angewiesenen Assistenzpersonal mit klaren Vorgaben (z.B. Einstufung der Dringlichkeit und Schwere bei Notfällen oder Terminvereinbarungen) erfolgen. Der Arzt trägt zu jeder Zeit auch im Rahmen einer Delegation die Verantwortung.
- Die Einführung neuer Technologien und digitaler Anwendungen setzt die einwandfreie Funktion und die Beachtung aller sinnvollen Datenschutzerfordernungen voraus.
- Sämtliche Aktivitäten für jeden Patienten müssen in der patientenindividuellen Kartei dokumentiert werden. Dies gilt sowohl für die direkte Kommunikation mit dem Patienten als auch bei der Hinzuziehung durch einen anderen Arzt oder z.B. gutachterliche Äußerungen.
- Die telemedizinische Beratung darf – wie jede telefonische Beratung – nur soweit erfolgen, wie es medizinisch verantwortbar ist. Ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich bzw. stehen Bedenken oder Unklarheiten einer telemedizinischen Beratung entgegen, muss dem Patienten ein Praxis- bzw. Kliniktermin eingeräumt werden.
- Telemedizinische Tätigkeiten dürfen ausschließlich von Ärzten in direktem Kontakt mit dem Patienten bzw. anderen Ärzten mit entsprechender Qualifikation und niemals über Dritte (Firmen, andere Gesundheitsberufe etc.) ausgeübt werden. Diagnosen und Therapieentscheidungen dürfen ausschließlich auf Grundlage von ärztlich erhobenen Befunden bzw. Befunden des vom Arzt angewiesenen Assistenzpersonals erstellt werden.
- Einer besonderen Berücksichtigung bedürfen Auftrag nehmende Ärzte. Da sie telemedizinische Teildiagnosen im Auftrag des behandelnden Arztes erstellen, müssen sie zwingend über entsprechende ärztliche Kenntnisse verfügen. Der direkte Kontakt zum Patienten muss über den behandelnden Arzt erfolgen, da er für den gesamten Behandlungspfad verantwortlich ist.

- Telemedizin darf nicht zu einem zusätzlichen Zeitaufwand für den Arzt oder zu zusätzlichen Kosten führen. Die Mittel für ärztliche Tätigkeit dürfen durch telemedizinische Anwendungen nicht eingeschränkt bzw. reduziert werden.
- E-Health-Anwendungen müssen durch die Kostenträger angemessen vergütet werden.

2 Telemedizin

2.1 Das Fernbehandlungsverbot den Bedürfnissen einer arztgesteuerten E-Health anpassen!

Der telemedizinischen Versorgung sind in Deutschland enge Grenzen gesetzt. Es besteht im Vergleich zu vielen anderen Ländern der EU nach wie vor das Verbot der ausschließlichen Fernbehandlung nach § 7 Abs. 4 MBO-Ä. Zwar hat der Gesetzgeber mit der Novelle des Heilmittelwerbegesetzes sowie des E-Health-Gesetzes erste Möglichkeiten für eine Integration von E-Health-Anwendungen bspw. im Bereich der [↑]Telekommunikation in das deutsche Gesundheitssystem implementiert und für eine breitere Anwendung innovativer, sinnvoller Beratungs- und Therapieanwendungen sowie für eine ressourcenschonende und effiziente Versorgung einen ersten Baustein gelegt. Doch für eine sinnvolle, für Entwicklungen offene und eindeutige Anwendung von [↑]E-Health in der Versorgung bedarf es der Anpassung des derzeitigen ausschließlichen Fernbehandlungsverbots durch die Bundesärztekammer.

Die Bundesärztekammer hatte selbst aufgrund der bestehenden Unsicherheiten in der deutschen Ärzteschaft eine Analyse über die rechtlich (un-)zulässigen Anwendungsfelder von [↑]E-Health erarbeitet.¹⁴ Die Analyse erfolgte auf Grundlage bereits bestehender Projekte und Ansätze.¹⁵ Die dynamische Entwicklung von digitalen Anwendungsfeldern und –instrumenten bleibt jedoch bei dieser Methode unberücksichtigt. Die Definition der Zulässigkeit über heute bestehende Projekte schränkt die Entwicklungen und Potenziale von [↑]E-Health ein. Gerade bei chronisch Kranken, Risikopatienten oder in dünn besiedelten Gebieten mit schlechter medizinischer Infrastruktur wird [↑]Telemedizin zunehmend und kann bereits heute eine sinnvolle Ergänzung zur Versorgung darstellen. Es bedarf daher einer regulatorischen Offenheit, um sinnvolle Anwendungen in der Zukunft nicht zu blockieren.

Die deutsche Fachärzteschaft ist sich einig, dass eine Diagnose und Behandlung ohne persönlichen Patientenkontakt weder möglich ist noch der ärztlichen Sorgfaltspflicht entspricht. Die ärztliche Verantwortung gegenüber dem Patienten und die Haftung des Arztes für seine Handlungen gebieten ein Festhalten am ausschließlichen Fernbehandlungsverbot und damit dem persönlichen Kontakt zwischen Arzt und Patient im Behandlungsverlauf. Im Sinne des freien Arztberufs muss der behandelnde Arzt mittels seiner fachlichen Expertise und seines Know-hows sowie unter Berücksichtigung des Wohles und der Fähigkeiten des Patienten¹⁶ entscheiden, ob und an welcher Stelle der Diagnose und Behandlung eine telemedizinische Anwendung sinnvoll und zielführend ist.

¹⁴ Bundesärztekammer, 11. Dezember 2015: Hinweise und Erläuterungen zu § 7 Absatz 4 MBO-Ä (Fernbehandlung); http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Recht/2015-12-11_Hinweise_und_Erlaeuterungen_zur_Fernbehandlung.pdf, 27.03.2017.

¹⁵ Bundesärztekammer, 11. Dezember 2015: Hinweise und Erläuterungen zu § 7 Absatz 4 MBO-Ä (Fernbehandlung); http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Recht/2015-12-11_Hinweise_und_Erlaeuterungen_zur_Fernbehandlung.pdf, S. 5-12, 27.03.2017.

¹⁶ Nicht alle Patienten verfügen über die gleichen Gesundheitskompetenzen. Mehr als die Hälfte der Deutschen verfügen nur über eingeschränkte Gesundheitskompetenzen (vgl. Doris Schaeffer, Dominique Vogt, Eva-Maria Berens, Klaus Hurrelmann, 12/2016: Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland; Studie der Universität Bielefeld)

Bereits heute belegen telemedizinische Anwendungen und Projekte, dass Teile der Versorgung durch E-Health-Anwendungen abgedeckt werden können.

Das derzeit bestehende ausschließliche Fernbehandlungsverbot, darf nicht entfallen, ohne neue sinnvolle Grenzen zu setzen. Eine Konkretisierung durch die Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages durch eine Änderung der Muster-Berufsordnung der Ärzte (MBO-Ä) ist daher dringend notwendig, um eine moderne medizinische Versorgung zu ermöglichen. Das derzeit bestehende Verbot der ausschließlichen Fernbehandlung ist in seiner jetzigen Form weder zeitgemäß noch sinnvoll. Es muss im Interesse von Arzt und Patient unter Berücksichtigung der "Grundlagen für den Einsatz von E-Health im deutschen Gesundheits- und Versorgungssystem" des SpiFa fortentwickelt werden.

Der SpiFa fordert die Bundesärztekammer zur Konkretisierung des § 7 Abs. 4 MBO-Ä auf. Ziel muss es sein, eine innovative, moderne medizinische Versorgung ergänzend zum persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt und auf Grundlage einer ausschließlich autonomen und integeren Entscheidung des behandelnden Arztes zu ermöglichen. Das Fernbehandlungsverbot muss offen bleiben für zukünftige Entwicklungen und neue Erkenntnisse. Das Werbeverbot für Fernbehandlungen nach § 9 des Heilmittelwerbegesetzes muss davon unberührt bleiben.

2.2 Die Haftungssituation in der Anwendung telemedizinischer Verfahren rechtlich vereindeutigen!

Da der Arzt stets in der Verantwortung für Beratung, Diagnose und Therapie steht, muss dies auch für die telemedizinische Versorgung gelten. Dieser Verantwortung kann er jedoch nur gerecht werden, wenn die Entscheidungshoheit bei ihm liegt.

Der SpiFa fordert den Gesetzgeber auf, Eindeutigkeit zu schaffen und beispielsweise Sorge dafür zu tragen, dass die Berufshaftpflicht die telemedizinischen Aktivitäten absichert.

3 Digitale Innovationen

3.1 Finanzierungs- und Fördermodelle gezielt für Innovationen im E-Health-Bereich entwickeln!

Die Digitalisierung wird zukünftig noch stärker als bislang wirtschaftliche Entwicklungen bestimmen. Die Möglichkeiten für innovative Geschäftsmodelle werden sich mit der Digitalisierung verändern. Dies ist umso bedeutsamer für die Gesundheitsbranche mit ihren Schnittstellen zu Pharma- und Technologieindustrie. Die Gesundheitsbranche stellt den wahrscheinlich wichtigsten Markt in Deutschland dar. Sie ist geprägt von gleichermaßen technischen und nichttechnischen Innovationen und entwickelt sich durch diese stetig und dynamisch weiter. Europaweit entspringen der Gesundheitsbranche mit Abstand die meisten Innovationen.¹⁷

Aus Deutschland stammen dabei zwar die meisten Patentanmeldungen der Branche, gleichzeitig ist die Risikokapital-Situation aber defizitär.¹⁸ Die öffentliche Förderung von Innovationen ist techniklastig, Förderentscheidungen werden anhand des technischen Risikos und der Geschwindigkeit der Markterschließung getroffen¹⁹, und die unterschiedlichen Innovationszyklen nicht berücksichtigt. Zudem zeichnet sich der Gesundheitssektor durch eine enorm hohe Regulierungsdichte aus. Der Umgang mit sensiblen Daten einerseits und knappen Ressourcen andererseits scheint dies auf den ersten Blick erforderlich zu machen. Die Selbstverwaltung des Versorgungssystems verhindert durch die Blockadehaltung der einzelnen Akteure in ihren Entscheidungen Innovationszugänge nachhaltig. Diese Aspekte stellen einen enormen Nachteil für E-Health-Entwicklungen dar. Weder steht hier der technische Aspekt einer Entwicklung im Vordergrund, noch bringen es Innovationen zur schnellen Markterschließung, da Beratungen und Entscheidungen im GKV-System meist mehrere Jahre benötigen. Bis dahin ist das Unternehmen meist bankrott oder hat seine Innovation außerhalb des deutschen Marktes etabliert.

Diese Tatsachen machen gesetzgeberisches Handeln erforderlich. Der SpiFa fordert die Bundesregierung auf, die Förderung von Innovationen im E-Health-Bereich mit spezifischen, dem Sektor und seinen Anforderungen entsprechenden Kriterien zu verbessern. Dies muss einerseits aufgrund der enormen Regulierungsdichte zeitlich und räumlich begrenzte regulatorische Freiräume für die Entwicklung von Innovationen und deren Anwendung umfassen, damit der Nachweis der Wirksamkeit erbracht werden kann. Andererseits bedarf es eines Ausbaus von Venture-Capital-Fonds, die jedoch nicht allein in der Hand der Kostenträger sein dürfen.

¹⁷ Europäisches Patentamt, 2017: European Patent Applications, https://www.epo.org/about-us/annual-reports-statistics/annual-report/2016/statistics/patent-applications_de.html#tab3, 20.03.2017.

¹⁸ Thomas Heimer et al., 2016: Ökonomische und verwaltungstechnische Grundlagen einer möglichen öffentlichen Förderung von nichttechnischen Innovationen; Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie; <http://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Downloads/Studien/studie-zu-nichttechnischen-innovationen-schlussbericht.html>, 20.02.2017, S. 71.

¹⁹ Thomas Heimer et al., 2016: Ökonomische und verwaltungstechnische Grundlagen einer möglichen öffentlichen Förderung von nichttechnischen Innovationen; Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie; <http://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Downloads/Studien/studie-zu-nichttechnischen-innovationen-schlussbericht.html>, 20.02.2017, S. 71.

3.2 Fast Lane zur Einführung von Innovationen im GKV-System schaffen und eine nachhaltige Versorgung garantieren!

Digitalisierung einerseits und der Versorgungs- und Gesundheitssektor andererseits agieren mit unterschiedlichen Geschwindigkeiten. Während die Digitalisierung dynamisch und mit hoher Geschwindigkeit in einem Fort zu neuen Produkten, Ansätzen und Modellen führt, lebt der Versorgungs- und Gesundheitssektor von Stetigkeit, dem Vertrauen in Sicherheit und den gesicherten Erkenntnissen. Auch zukünftig wird dies so bleiben.

So wird das deutsche Gesundheitswesen weder als Wirtschaftsfaktor betrachtet, noch die demographische Entwicklung in Deutschland als anzunehmende Herausforderung der Zukunft in ihrer ganzen Dimension erfasst. Der SpiFa ist überzeugt, dass allein durch einen verbesserten Zugang von Innovationen zum deutschen Gesundheitsmarkt diese Herausforderungen erfolgreich gelöst werden können.²⁰

Eine Reihe von Regelungen im Gesundheits- und Versorgungssystem verhindern aber die Einführung von Innovationen. Zur Einführung von Innovationen ist bisher wie zukünftig der GKV-Markt aufgrund seiner Skalierungseffekte maßgeblich. So liegt die Entscheidung über die Einführung derzeit beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Dort verhindern die entscheidenden Akteure zumeist eine zügige Einführung von Innovationen.

Die Monopolkommission kommt in einem Sondergutachten vom 7. März 2017 daher zu dem Ergebnis, dass Kollektivverträge generell die wettbewerblichen Handlungsmöglichkeiten erheblich einschränken²¹, denn innovative Prozesse lassen sich nicht staatlich verordnen. Sie bedürfen insbesondere selektivvertraglicher Anreize bei den handelnden Akteuren.²² Doch die Monopolkommission beschreibt diesen als „unterentwickelt“.²³

Um die Blockade der Akteure zu durchbrechen, fordert der SpiFa den Gesetzgeber auf, rechtliche und institutionelle Maßnahmen im selektivvertraglichen Bereich zu ergreifen, die eine Innovationseinführung in den deutschen Gesundheitsmarkt beschleunigen und nachhaltig ermöglichen. Der SpiFa sieht sich zudem in seiner Verantwortung der steten Optimierung und Entwicklung des Versorgungssystems. Er hat aus diesem Grund ein strategisches Konzeptpapier „Innovationen im deutschen Gesundheitsmarkt“ mit konkreten Gestaltungsvorschlägen erarbeitet.

²⁰ SpiFa, 2016: Facharzt 2020. https://www.spifa.de/wp-content/uploads/2016/09/2016_06_16_positionspapier_facharzt_2020_final_zur_veroeffentlichung-3.pdf, 16.03.2017.

²¹ Monopolkommission, 2017: Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem; http://www.monopolkommission.de/images/PDF/SG/s75_volltext.pdf, S. 17, 07.03.2017.

²² Monopolkommission, 2017: Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem; http://www.monopolkommission.de/images/PDF/SG/s75_volltext.pdf, S. 19, 07.03.2017.

²³ Monopolkommission, 2017: Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem; http://www.monopolkommission.de/images/PDF/SG/s75_volltext.pdf, S. 51, 07.03.2017.

3.3 Wirtschaftlich sinnvolle Anreize zur Einführung von ärztlichen Innovationen im Telekommunikationsbereich setzen!

Im Zusammenhang mit neuen Technologien sind in den vergangenen Jahren einige Versuche unternommen worden, die ärztliche Versorgung im GKV-Bereich zu digitalisieren. Diese Vorstöße werden von den Fachärzten begrüßt und dort, wo sinnvoll, umgesetzt.

Bislang jedoch liegen die Anreize zur Implementierung unterhalb der Anschaffungskosten. Eine Amortisierung der für den Arzt und seine Praxis entstehenden Kosten für Hardware und Software, Wartung und Schulung kann durch die mit den EBM-Ziffern gesetzten Anreize nicht gelingen. Dass dies in der Vergangenheit die Einführung verhinderte, belegen die Beispiele Medikationsplan, E-Arzt-Brief und jüngst die Einführung der Online-Video-Sprechstunde. Die Abrechnung beispielsweise des E-Arzt-Briefes liegt nicht nur unter der bisherigen Förderung der Arztbriefes, sie liegt zudem unterhalb der Kosten, die ein Arzt für die Anschaffung von Software, Zertifizierung, E-Heilsberufsweis etc. aufwenden muss.

Der SpiFa fordert daher, dass zukünftig die Einführung von Innovationen für einen sinnvollen Zeitraum ab Einführung beim Arzt direkt steuerlich gefördert werden. Dies muss Anschaffungskosten abbilden. Vorstellbar sind eine direkte Anschubfinanzierung oder eine deutlich bessere Vergütung der Leistung unter Nutzung der Innovation. Es darf keine Mengenbegrenzung in der Anwendung und Abrechnung geben. Allein der Arzt entscheidet entsprechend seines fachlichen und fundierten Wissens über die sinnvolle Anwendung für jeden einzelnen Patienten.

3.4 Kriterien für sichere und sinnvolle M-Health-Anwendungen entwickeln!

Die Entwicklung und Bereitstellung von Anwendungen im Bereich [↑]M-Health hat in den letzten Jahren enorm an Fahrt aufgenommen. Der Markt der mobilen Anwendungen ist sowohl für die Patienten als auch für die Ärzte unübersichtlich geworden.

Bei verantwortungsvollem Einsatz bieten M-Health-Anwendungen jedoch die Möglichkeit, Patienten in ihrem Krankheitsverlauf zu unterstützen und so zur Steigerung der Versorgungsqualität beizutragen. Besonders bei der Behandlung von chronisch kranken oder älteren Patienten kann der Einsatz mobiler Anwendungen die Arbeit des Arztes unterstützen. Aber auch im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung können M-Health-Anwendungen zum Wohle des Patienten eingesetzt werden.²⁴

Der SpiFa fordert die ärztliche Selbstverwaltung auf, in Zusammenarbeit mit den Ärzteverbänden und Vertretern der Industrie Kriterien für sichere und sinnvolle mobile Anwendungen entwickeln. Das Ziel muss die Zertifizierung medizinisch sinnvoller Apps sein, um zur Etablierung von Richtlinien, patientenfreundlicher Apps, der Garantie von Sicherheit und Sinnhaftigkeit einer mobilen Anwendung einen nachhaltigen Beitrag zu leisten.

²⁴ vgl. Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps (CHARISMHA); Albrecht, U.-V. (Hrsg.), Medizinische Hochschule Hannover, 2016. <http://www.digibib.tu-bs.de/?docid=00060000>, 16.03.2017.

3.5 Big Data ermöglichen und Gesundheitsdaten nutzbar machen!

Durch die zunehmende Digitalisierung des Konsumenten einerseits, der täglich Daten zu seinem individuellen Gesundheitsverhalten sammelt und dokumentiert, aber auch des Versorgungssystems entstehen gewaltige Datenmengen. Das Datenvolumen liegt im Tera- und Petabytebereich. Diese zu verarbeiten und zu analysieren, überfordern herkömmliche Datenbanksysteme hinsichtlich Menge, Geschwindigkeit, Heterogenität und Qualität.²⁵ Es bedarf zur Verarbeitung und Analyse neuer, umfassender statistischer, mathematischer und technischer Ansätze, um diese Herausforderungen zu lösen.

In [↑]Big Data liegt ob der Masse an Information ein enormes und vielversprechendes Potenzial zur Gesundheitsversorgung und -monitoring, Prävention und Prognose sowie zur Entscheidungsunterstützung durch Stärkung von Evidenz, zur medizinischen Forschung, aber auch zur Prozessverbesserung. Erste Erfahrungen mit Big-Data-Anwendungen stützen die Annahmen, dass auf medizinischem Gebiet nicht mehr reaktive, sondern eine präventive und personalisierte Medizin möglich wird.²⁶

Das deutsche Gesundheits- und Versorgungssystem ist als Solidarsystem ausgestaltet. Dieses geltende Solidarprinzip bleibt allerdings in seiner rechtlichen Anwendung in erster Linie auf die Finanzierung beschränkt, obgleich die Bereitstellung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch die Patienten mehrheitlich befürwortet wird²⁷. Die Gesundheits- und Versorgungsdaten müssen für eine nachhaltige und umfassende Versorgungsforschung zugänglich gemacht werden. Dies erfordert auch einen wettbewerbsfähigen und starken [↑]Datenschutz, der bei den Patienten Vertrauen schafft.

Der SpiFa fordert die Bundesregierung auf, eine rechtliche und institutionelle Grundlage zu schaffen, die Gesundheitsdaten – im Sinne des Solidarprinzips – anonymisiert für eine umfassende und nachhaltige Versorgungsforschung zugänglich macht. Dabei ist die Erhebung, [↑]Deidentifikation sowie die Weitergabe und die [↑]Datensicherheit dieser Daten an spezialisierte Institute und Unternehmen zu berücksichtigen. Erste Maßnahmen zur Umsetzung der geschaffenen Grundlagen müssen in der kommenden Legislaturperiode geschaffen werden.

²⁵ Volker Markl, Thomas Hoeren, Helmut Krcmar et al., 2013: Innovationspotenzialanalyse für die neuen Technologien für das Verwalten und Analysieren von großen Datenmengen (Big Data Management); http://www.dima.tu-berlin.de/fileadmin/fg131/Publikation/BDM_Studie/StudieBiDaMa-online-v2.pdf, S. 9, 16.03.2017.

²⁶ Wissenschaftliche Dienste Deutscher Bundestag, 2013: Aktueller Begriff: Big Data, Sabine Horvath (Verf.); https://www.bundestag.de/blob/194790/c44371b1c740987a7f6fa74c06f518c8/big_data-data.pdf, S. 2; 16.03.2016.

²⁷ YouGov, 2017: Smart Health: Deutsche offen für digitale Übermittlung von Gesundheitsdaten an den Arzt; <https://yougov.de/news/2017/03/14/smart-health-deutsche-offen-fur-digitale-ubermittl/>, 20.03.2017.
Bitkom, 2016: Telemedizin trifft auf großes Interesse; <https://www.bitkom.org/Presse/Presseinformation/Telemedizin-trifft-auf-grosses-Interesse.html>, 02.03.2017.

4 E-Government

4.1 Das Schriftlichkeitserfordernis für Selektivverträge abschaffen!

Die Gesundheitsversorgung entwickelt sich dynamisch und ist geprägt von Innovationen. Um im Selektivvertrag Diagnosemöglichkeiten, Therapien und Versorgungsansätze für den Patienten zugänglich zu machen, bedarf es der Einwilligung des Patienten. Dies ist einerseits notwendig um Verständnis für den jeweiligen Versorgungsansatz zu schaffen und andererseits um den Patienten in seiner zunehmend eigenverantwortlichen Rolle zu stärken ([↑]Patient-Empowerment).

Derzeit bedarf es zur Teilnahme an Besonderen Versorgungsangeboten der *schriftlichen* Zustimmung des Patienten gemäß den Bestimmungen des § 140a Abs. 4 Satz 1 SGB V iVm § 126 BGB und § 126a BGB. Demnach kann das schriftliche Einverständnis des Patienten in elektronischer Form erfolgen. Das bedeutet jedoch, dass sowohl der Facharzt als auch der Patient neben Soft- und Hardware ein qualifiziertes Zertifikat bei einem Zertifizierungsdienstanbieter beantragen müssen. Eine vom Gesetzgeber vorgesehene qualifizierte elektronische Signatur ist sinnvoll, sofern es sich um die Kommunikation und den Versand sensibler Daten handelt. Diese erfordern besondere Schutzmaßnahmen, um den Zugriff durch unbefugte Dritte zu verhindern. Kann der Arzt und der Patient keine qualifizierte Signatur vorhalten, bedarf es der Zustimmung in Papierform. Bei der Zustimmung zu einer vom Arzt vorgeschlagenen, dem Patientenwohl entsprechenden Besonderen Versorgung durch den Patienten selbst, stellen die Regelungen jedoch eine nicht begründbare, komplexe und nicht am Patientenwohl orientierte Hürde dar.

Der SpiFa fordert das Schriftlichkeitserfordernis gemäß § 140a SGB V entsprechend abzuschaffen und stattdessen eine Zustimmung des Patienten gemäß § 126b BGB für selektivvertragliche Versorgung, die Weitergabe von Daten und Dokumenten, Privatbehandlungen und freien Leistungen sowie PVS-Abrechnung zuzulassen. Demnach muss die Zustimmung des Patienten als lesbare Erklärung „auf einem dauerhaften Datenträger“ abgegeben werden. Insbesondere mit der vollständigen Einführung der elektronischen Gesundheitskarte sowie einer vernetzten Versorgung ist die Zustimmung des Patienten zu einer Besonderen Versorgung jederzeit beleg- und nachprüfbar. Diese Form der Zustimmung entspräche auch der Forderung des Sondergutachtens der Monopolkommission vom 7. März 2017 zu einer Stärkung des Wettbewerbs an der Grenze von Kollektiv- und Selektivvertragssystem.

Zugleich fordert der SpiFa die Bundesregierung auf, geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um die breite Anwendung qualifizierter digitaler Signaturen sowie den elektronischen Heilberufsausweis zu fördern. Dies garantiert nicht nur nachhaltigen [↑]Datenschutz und [↑]Datensicherheit beim Umgang mit sensiblen Daten, es stärkt auch das Vertrauen in die Sicherheit des deutschen Gesundheits- und Versorgungssystems.

4.2 Die elektronische Gesundheitskarte zügig einführen!

Die Digitalisierung ist vom Gedanken der Vernetzung geprägt. Erst durch diese Vernetzung kann der maximale Nutzen entfaltet werden. Damit die Vernetzung zwischen den Leistungserbringern sowie zwischen Leistungserbringern und weiteren Akteuren der Versorgungswirtschaft – sofern dies von dem Arzt gewünscht ist und zum Nutzen der Versorgung der Patienten beiträgt – gelingt, müssen

Instrumente etabliert werden, die dies sicher, interoperabel und unkompliziert im Rahmen der Gesundheitsversorgung unterstützen.

Die elektronische Gesundheitskarte ([↑]E-GK) bietet für eine vernetzte, sektorenübergreifende Versorgung, die Übertragung versorgungsrelevanter Daten und Stärkung des Patienten hohes Potenzial. Die Einführung der [↑]E-GK muss daher konsequent umgesetzt werden, um die Nutzenpotenziale der Digitalisierung zu schöpfen. Im Interesse und zum Schutz des Arztes sowie des Patienten muss dies unter Berücksichtigung der Datensicherheit sowie der Erfahrungen der Testphase in der Versorgungswirklichkeit erfolgen. Dazu muss die in der Digitalen Agenda der Bundesregierung angekündigte²⁸ flächendeckende Breitbandinfrastruktur durch Hochgeschwindigkeitsnetze zügig ausgebaut werden.

Die Einführung der [↑]E-GK bringt auch eine Stärkung der Rolle des eigenverantwortlichen Patienten im Bereich Prävention und Gesundheit mit sich. Mit der Einführung des [↑]Patientenfaches, wie es im E-Health-Gesetz vorgesehen ist, wird der Patient ermutigt, Eigenverantwortung für seine Gesundheit zu entwickeln und Daten, die für seine Gesundheit und für die fachärztliche Versorgung relevant sind, zu hinterlegen (bspw. Vitaldaten, apothekenpflichtige Medikamente etc.).

Der SpiFa fordert den Gesetzgeber auf, an dieser Stelle Haftungsregeln klarzustellen (s. Kapitel 5.4). Die vom Patienten hinterlegten Gesundheitsdaten dienen der Unterstützung und können keine Voraussetzung für Diagnose und Therapie bedeuten. Der Facharzt trifft in erster Linie aufgrund der von ihm vorgenommenen Abwägungen und Messungen professionelle Entscheidungen zum Wohle des Patienten (s. Kapitel 5.4). So muss die freie und letztverantwortliche Entscheidung über die Anwendung und Stützung von Diagnose und Therapie auf Daten des Patientenfaches beim Arzt verbleiben.

²⁸ Bundesregierung, o.J.: Digitale Agenda: Handlungsfelder - Digitale Infrastrukturen; https://www.digitale-agenda.de/Webs/DA/DE/Handlungsfelder/1_DigitaleInfrastrukturen/digitale-infrastrukturen_node.html;jsessionid=79FOE6021CE2B8BAFBC0E427EFBBB715.s6t2; 27.03.2017.

5. Datenschutz & Datensicherheit

5.1 Vernetzung im Gesundheitssystem ermöglichen und Interoperabilität garantieren!

Um eine moderne, optimale Versorgung des Einzelnen zu ermöglichen, bedarf es einer konsequenteren Vernetzung im Gesundheitssystem. Bislang ist die sektorenübergreifende, aber auch sektorinterne Vernetzung in der Gesundheitswirtschaft nicht gelungen, was zu Ineffizienzen durch unnötigen Ressourcenverbrauch, wie etwa unnötige Doppeluntersuchungen, führt.

Daten, die für die Versorgung von Patienten notwendig sind, wie etwa Krankheitsdaten und Daten zu Therapieverläufen und -ergebnissen, müssen von den Leistungserbringern und für die Leistungserbringer durchgängig zugänglich sein. Grundvoraussetzung ist hier die Zustimmung des Patienten. Eine Vernetzung mit weiteren Akteuren des Gesundheitssystems, wie etwa Versicherungen und Krankenkassen, Apothekern, Medizintechnikherstellern, muss mit Zustimmung der Patienten möglich sein.

Das Wissen über Medizin, Krankheiten und Therapien, das täglich durch Forschung entsteht und wächst, kann erst durch Vernetzung im Allgemeinen und insbesondere der Leistungserbringer effektiv genutzt werden. Dazu muss vor allem Interoperabilität zwischen den diversen Systemherstellern garantiert werden. Der SpiFa möchte hierbei seiner Verantwortung gerecht werden und hat sich um die Aufnahme in den Expertenpool des Interoperabilitätsverzeichnis der *gematik* beworben. Der SpiFa setzt sich grundsätzlich für jedwede Interoperabilität im Gesundheitswesen ein, die die Rechte von Ärzten und Patienten schützt.

Der Gesetzgeber ist hierbei in der Verantwortung, Zuständigkeiten und Haftungsregelungen für die ordnungsgemäße Funktion und [↑]Datensicherheit der Daten- und Kommunikationssysteme, für den Support der eingesetzten interoperablen Software festzulegen und Rechtssicherheit zu schaffen. Gleichzeitig ist er in der Pflicht darauf zu achten, dass die Rechte von Patienten und Ärzten zu jeder Zeit gewahrt bleiben. Der SpiFa fordert den Gesetzgeber daher auf, entsprechende Maßnahmen gesetzlich zu implementieren, die eine Interoperabilität und damit eine vernetzte Versorgung ermöglichen.

5.2 Rechtssicherheit schaffen und die EU-Datenschutzgrundverordnung zügig umsetzen!

Die Entwicklungen in der Digitalisierung stellen ein enormes Nutzenpotenzial für den Medizin- und Versorgungssektor dar. Ein Datenschutz entsteht, der eine moderne und datenbasierte Medizin erst ermöglicht. In kaum einem anderen Bereich kann die Digitalisierung derart positiven und nachhaltigen Nutzen stiften. Es bedarf klarer und eindeutiger Regelungen zum [↑]Datenschutz und zur [↑]Datensicherheit. Es müssen dafür jedoch die engen Grenzen der Nutzbarkeit und der Widerstand im Allgemeinen abgebaut werden. Das Interesse der Patienten für eine moderne, vernetzte Medizin mit dem Arzt als Datensouverän muss im Vordergrund stehen. Es muss eine vernünftige Balance zwischen Datenschutz und dem sinnvollen Umgang und der Nutzung von Daten gefunden werden.

Dafür gilt es in erster Linie die EU-Datenschutzverordnung bis zum Mai 2018 zügig umzusetzen. Dies schafft nicht nur Rechtssicherheit im Umgang mit Daten in Deutschland, sondern führt zu einer Vereinheitlichung innerhalb der EU.

5.3 Datenschutz international harmonisieren!

Hersteller und Anwender von digitalen Anwendungen, Technologien und Dienstleistungen generieren und nutzen grenzüberschreitende Datenströme, die in der ärztlichen Versorgung hinsichtlich der Sicherheit vor Zugriffen und Weitergabe an Dritte besonderen Anforderungen gerecht werden müssen. Häufig sind Hersteller, Anwender und Nutzer von digitalen Anwendungen weltweit niedergelassen. Somit gelten je unterschiedliche Datenschutzregelungen. Dies bedeutet eine enorme Rechtsunsicherheit in erster Linie für die Nutzer, da national geltende gesetzliche Vorgaben für den Schutz und die Sicherheit der Daten unter Umständen nicht gelten oder Fehlverhalten nicht zuverlässig sanktioniert werden kann.

Zum anderen stellen asymmetrische Rechtslagen gerade im Bereich [↑]Datenschutz und damit einhergehende ungleiche Wettbewerbsbedingungen ein Hemmnis für die Innovationsdynamik dar. Gerade die Themenbereiche [↑]Big Data und Digitalisierung im Kontext datenschutzrechtlicher Bestimmungen sind von enormer Relevanz für die Entwicklung von Geschäftsmodellinnovationen, da sie die Grundlage der neuen, datengetriebenen Modelle bilden.²⁹

Der SpiFa fordert die Bundesregierung auf, sich für eine internationale Harmonisierung des [↑]Datenschutzes und der [↑]Datensicherheit einzusetzen und Regeln zu schaffen, die Verstöße gegen geltendes Recht zuverlässig verfolgen und gegebenenfalls sanktionieren.

5.4 Eine sichere, digitale Dokumentation ermöglichen!

Die Dokumentation der ärztlichen Versorgung von und für den Patienten wird auch zukünftig notwendig sein und an Bedeutung gewinnen. Dies gilt insbesondere für die direkte Patientenkommunikation als auch für den Austausch mit fachärztlichen Kollegen bzw. von gutachterlichen Äußerungen. Die digitale Dokumentation muss dabei den gestiegenen Anforderungen der Versorgung, aber auch den Ansprüchen der Fachärzteschaft an zeit- und ortsunabhängiger Tätigkeit gerecht werden. Sie muss die arzt- und sektorenübergreifende Kommunikation unterstützen, sobald dies in der Versorgung eines konkreten Patienten sinnvoll ist. Daher muss die Dokumentation interoperabel verwendbar sein. Erst dann trägt sie entscheidend zu einer innovativen und weiterentwickelten Versorgung bei (s. 1.1).

Die zur Dokumentation notwendige elektronische Patientenakte muss dabei integraler Bestandteil der ärztlichen Versorgung bleiben (Beschluss IV-70, Deutscher Ärztetag 2016). Der Patient soll zum einen individuell entscheiden können, ob er die elektronische Patientenakte nutzen will. Zum anderen muss der Zugang in Teilen vom Patienten begrenzt werden können, sodass nicht alle Befunde für jeden Leser sichtbar sind. Eine sinnvolle Gliederung der elektronischen Patientenakte zur zügigen Entnahme relevanter Informationen muss Grundlage sein. Sie muss Information neben grundsätzlichen Informationen zum Befund auch den Zeitpunkt der Befunderhebung erfassen, um zielführend mit den elektronisch zur Verfügung gestellten Daten arbeiten zu können. Das Ziel dieser

²⁹ Thomas Heimer et al., 2016: Ökonomische und verwaltungstechnische Grundlagen einer möglichen öffentlichen Förderung von nichttechnischen Innovationen; Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie; <http://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Downloads/Studien/studie-zu-nichttechnischen-innovationen-schlussbericht.html>, 20.02.2017, S. 65.

Entwicklung sollte stets sein, die für eine Behandlung wichtigen Daten, schnell, sicher und unbürokratisch abrufen und austauschen zu können.

Zur Stärkung des Patienten ([↑]Patient-Empowerment) und um den steigenden Ansprüchen der Patienten nach einer aktiven Rolle in Bezug auf ihre eigene Gesundheit gerecht zu werden, wird das [↑]Patientenfach etabliert. Dem Patienten müssen hierbei Instrumente eingeräumt werden, den Arzt in seiner Beratung, Diagnose und Therapie durch patientenindividuelle Information zu unterstützen. Zugleich muss klar gestellt werden, dass die Verwertung der vom Patienten zur Verfügung gestellten Information für den Arzt keine Verpflichtung darstellt. Eine unnötige Belastung des behandelnden Arztes durch für die individuelle Behandlung nicht relevante Information bzw. Information, deren Verwertung und Analyse eine nicht zumutbare Belastung für den Arzt darstellt, muss in jedem Fall vermieden werden. Er entscheidet durch seine ärztliche Kompetenz und dem Know-how über die Notwendigkeit und den Nutzen zur Verwertung und Analyse der vom Patienten zur Verfügung gestellten Daten.

Der SpiFa fordert den konsequenten Ausbau und die Weiterentwicklung der elektronischen, interoperablen Patientenakte. Diese muss eine sektorenübergreifende Dokumentation unterstützen und Daten aus bereits vorhandenen Akten ohne Mehraufwand für den Arzt adaptieren können. [↑]Datenschutz und [↑]Datensicherheit vor Zugriffen Dritter müssen dabei unbedingt garantiert werden. Der SpiFa unterstützt in diesem Zusammenhang das [↑]Patientenfach als Instrument des Patienten im Sinne des [↑]Patient-Empowerments zur sinnvollen Unterstützung der ärztlichen Diagnose und Therapie. Der SpiFa fordert in diesem Zusammenhang eindeutige Regelungen, die eine Haftung des Arztes bei der Anwendung des [↑]Patientenfaches in jedem Fall ausschließt.

„Facharzt 2020“

Fachärztliche Versorgung in Klinik und Praxis – Grund-
satzpapier des Spitzenverband Fachärzte Deutschlands
e.V. (SpiFa)



1 Präambel

Der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) vertritt die Interessen der Fachärzte in Deutschland, unabhängig davon, ob diese in der **Praxis oder Klinik** tätig sind, ob sie angestellt oder wirtschaftlich selbständig sind und unabhängig davon, wie spezialisiert oder eher betreuungsintensiv die Ausrichtung der jeweiligen Facharztgruppe ist.

Der SpiFa steht für eine innovative, auf **Erhalt oder Steigerung der Lebensqualität der Patienten** gerichtete, medizinische Versorgung der Menschen in Deutschland. Die **Teilhabe** an sinnvoller medizinischer Innovation aller Menschen in Deutschland ist für den SpiFa integraler Bestandteil einer humanen Gesellschaft.

Deshalb verfolgt er das unmittelbare, alle Facharztgruppierungen verbindende Ziel, Patient und Arzt sowie die zwischen beiden bestehende Vertrauensbeziehung gleichermaßen vor versorgungs- und medizinfremden Einflüssen zu schützen. Dieses Ziel verfolgt er mit der entsprechenden **Interessensvertretung** inner- und außerhalb der verfassten Ärzteschaft, gegenüber der Öffentlichkeit, den Medien, der Politik und dem Gesetzgeber.

Der SpiFa vertritt derzeit 27 fachärztliche Berufsverbände und Fachgesellschaften, welche **rund 150.000 Fachärzte** in Klinik und Praxis repräsentieren. Außerdem hat er weitere freie Verbände als assoziierte Mitglieder und spricht damit für Fachärzte aller Fachrichtungen in Deutschland und auf europäischer Ebene.

Der SpiFa steht zu seiner **Verantwortung** in der medizinischen Versorgung der Menschen in Deutschland. Aus dieser Versorgungsverantwortung heraus bekennt er sich zu einem **dualen Versicherungssystem**. Ohne die Schwächen von GKV und PKV zu verleugnen, ist der sich aus dieser Dualität ergebende Wettbewerb für den SpiFa Träger und Ausdruck von Innovationsfreude im Gesundheitswesen. Da wir davon überzeugt sind, dass diese Innovationsoffenheit des Gesundheitssystems in Deutschland der Schlüssel zur Lösung der demographischen Herausforderungen ist, steht der SpiFa auch zu einer dauerhaften wettbewerblichen **Kombination von Kollektivvertrag und Selektivvertrag**. Der Versicherte muss hierbei in die Lage versetzt werden, diskriminierungsfrei zu entscheiden, welche Versicherungs- und Versorgungsart er wählen möchte. Dabei ist die freie Arztwahl der Versi-

Fachärztliche Versorgung in Klinik und Praxis

Lebensqualität der Menschen als Handlungsmaßstab

SpiFa vertritt 27 Berufsverbände und Fachgesellschaften

SpiFa übernimmt Versorgungsverantwortung

Dualität GKV und PKV

cherten für den SpiFa ein hohes Gut, gleichzeitig sehen wir die Notwendigkeit einer sinnvollen Steuerung der Inanspruchnahme von Haus- und Fachärzten in Deutschland. Stete Qualitätsförderung, ein Wettbewerb um die beste Versorgung, Steigerung der Lebensqualität sowie Transparenz gegenüber dem Patienten sind neben dem Erhalt der Freiberuflichkeit und der ärztlichen Selbstbestimmung die zentralen Botschaften der Fachärzte in Deutschland.

2 Agenda für die Fachärzte in Deutschland bis 2020

Der SpiFa stellt als Dachverband fachärztlicher Berufsverbände in Deutschland - die ihrerseits Fachärzte in Klinik und Praxis vertreten - im Rahmen seiner **Agenda 2020** folgende Forderungen auf:

Freiberufliche Tätigkeit und der freie Beruf „Arzt“

- Der SpiFa fordert, die freiberufliche Tätigkeit zu stärken und Kernelemente des freien Berufes zu erhalten.

Der freie Beruf ist durch die ärztliche Berufsordnung geregelt. In erster Linie ist der freie Beruf dem Patienten und in zweiter Linie dem Allgemeinwohl verpflichtet. Der **freie Beruf** und die **freiberufliche Tätigkeit** des Facharztes dienen also dem Patientenschutz, besonders in einer zunehmend digitalisierten und von medizinischen Maschinensystemen begleiteten Medizin, die zuallererst zuwendungsorientiert bleiben muss.

Für die Ausübung des freien Berufes kommt es nicht darauf an, ob der Arzt angestellt oder selbstständig tätig ist. Das insbesondere durch die begrenzt zur Verfügung gestellten finanziellen Mittel entstehende Spannungsfeld zwischen Patientenwohl und Allgemeinwohl muss gesamtgesellschaftlich so ausgestaltet werden, dass dieser Konflikt für Arzt und Patient lösbar ist und das Patienten-Arzt-Verhältnis nicht negativ beeinflusst.

Niederlassungsfreiheit für Fachärzte

- Der SpiFa fordert niederlassungsfeindliche Instrumente, wie die Bedarfsplanung im ambulanten niedergelassenen Versorgungsbereich, zur Stärkung des freien Berufes sowie zu Gunsten der Niederlassungsfreiheit für alle Fachärzte abzuschaffen.

Instrumente wie die Bedarfsplanung erfüllen nicht die beabsichtigten Ziele einer Sicherstellung ausreichender medizinischer Versorgung der Bevölkerung in allen Teilen Deutschlands. Sie führt neben bürokratischen Hürden für eine freiberufliche Niederlassung von Fachärzten zusätzlich zu Demotivation und Unverständnis bei niederlassungswilligen Fachärzten sowie der Abwertung des freien Berufes des Arztes. Die Freiheit zur eigenständigen Entscheidung über Niederlassungsort und -zeitpunkt (Niederlassungsfreiheit) stärkt zusätzlich die un-

ternehmerische Kompetenz der niedergelassenen Fachärzte.

Bekenntnis zur gemeinsamen fachärztlichen Versorgung im gestuften Versorgungssystem

- Der SpiFa fordert von Politik und Gesetzgeber endlich ein Bekenntnis zu dem in Deutschland bestehendem gestuften und arbeitsteiligen Versorgungssystem mit einer Verankerung der „**gemeinsamen Facharztschiene**“ in der präventiven, ambulanten, stationären und rehabilitativen Versorgung, insbesondere in Form einer Legaldefinition des fachärztlichen Versorgungsauftrages im SGB V.

Deutschland hat im internationalen Vergleich nicht zu viele Fachärzte. Sie sind über die Versorgungsstruktur hinweg im Sinne einer sinnvollen Arbeitsteilung verteilt. Daher ist der politisch und ideologisch häufig missbrauchte Begriff der „doppelten“ Facharztschiene falsch. „Gemeinsam“ bedeutet eine verantwortungsvolle sektorenübergreifende Verteilung fachärztlicher Ressourcen. Der SpiFa erkennt gerade in dieser gemeinsamen Facharztschiene die Chance der Überwindung der sektoralen Abgrenzung in der gemeinsamen fachärztlichen Versorgung. Gleichzeitig fordert der SpiFa eine neue Beschreibung der Zugänge zu den verschiedenen Leistungsebenen und eine neue Antwort auf die Frage, wie **Primärversorgung** in Deutschland gestaltet und von wem sowie in welcher Qualität sie erbracht wird.

Wahlfreiheit für den Versicherten durch Dualität

- Der SpiFa fordert eine Stärkung der Wahlfreiheit des Versicherten hinsichtlich der Versicherungs- als auch der Versorgungsart im gesamten Gesundheitssystem. Der SpiFa fordert gleichzeitig von GKV und PKV, mehr als bisher die demographische Herausforderung anzugehen.

Der SpiFa erkennt seine Verantwortung in allen Segmenten der medizinischen Versorgung für die in Deutschland lebenden Menschen an. Aus dieser **Versorgungsverantwortung** heraus unterstützt er ein duales Versicherungssystem. Eine die Wahlfreiheit des Versicherten einschränkende Einheitsversicherung ohne Wettbewerbselemente auf der Versorgungsseite wird abgelehnt. Das duale Versicherungssystem muss allerdings reformiert werden, um Innovationshemmnisse weiter abzubauen und Elemente der persönlichen Verantwortung des Patienten zu implementieren. Es gibt zu dieser Dualität und den sich daraus erge-

benden Impulsen für das Gesamtsystem keine Alternative, die die demographische Herausforderung besser lösen könnte.

Kombination von Kollektiv- und Selektivverträgen zur Versorgungsverbesserung

- Der SpiFa bekennt sich zu einer **Kombination von Kollektiv- und Selektivvertrag** dann, wenn der Versicherte diskriminierungsfrei entscheiden kann, welcher Versorgungsart er den Vorzug geben möchte. Die Kombination beider Säulen einer Versorgung, Chancengleichheit und Sicherheit im Kollektivvertrag einerseits und Innovationsdynamik durch den Selektivvertrag andererseits, sichert Fortschritt in und Stabilität der gesamten Versorgung.

Eine gemeinsame fachärztliche Versorgung des Patienten durch Selektivverträge orientiert sich dabei zwingend an der Versorgungsverbesserung, verstanden als messbarer Erhalt oder Verbesserung von Lebensqualität des Patienten.

Etablierung einer liberalen Wettbewerbsordnung

- Der SpiFa fordert einen wesentlich liberaleren Gestaltungsrahmen für die Organisation ärztlicher Tätigkeit in Deutschland.

Ständige Qualitätsförderung und **Wettbewerb um die beste Versorgung** zu Gunsten des Patienten sowie Transparenz gegenüber dem Patienten sind für die Fachärzte in Deutschland selbstverständlich.

Stärkung einer sektorenübergreifenden Verbundweiterbildung

- Der SpiFa fordert den konsequenten Ausbau der Förderung der sektorenübergreifenden Verbundweiterbildung im niedergelassenen ambulanten Versorgungsbereich. Die Finanzierung dieser Verbundweiterbildung ist unabhängig von der Weiterbildungsstätte in gleicher Weise durch die gesetzlichen Krankenkassen sicherzustellen.

Das Bekenntnis der Fachärzte zu ihrer Versorgungsverantwortung bedeutet, dass wir, um auch in Zukunft ausreichend **Fachärzte in Klinik und Praxis** zu haben, die Nachwuchsförderung noch stärker in den Fokus rücken müssen. Dazu wird der SpiFa mit Politik und Gesetzgeber alle Anstrengungen unternehmen, um für ausreichend ärzt-

lichen Nachwuchs zu sorgen. Der SpiFa fordert darum eine sektorenübergreifende Verbundweiterbildung für alle Fachärzte, damit diese ihren Versorgungsauftrag zukünftig noch erfüllen und junge Ärztinnen und Ärzte für die Tätigkeit in beiden Sektoren interessiert und befähigt werden können. Hierfür sind insbesondere auch für kleinere fachärztliche Fachgruppen mehr Weiterbildungsstätten vorzusehen bzw. zu fördern.

Sinnvolle Steuerung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

- Der SpiFa fordert eine **sinnvolle Steuerung der Inanspruchnahme** der hausärztlichen, der fachärztlich-ambulanten und der fachärztlich-stationären Versorgung einerseits, sowie an den Ergebnissen, wie beispielsweise der Steigerung oder den Erhalt von **Lebensqualität der Patienten** orientierte und sich daran ausrichtende Gesundheitspolitik. Die bisher vorherrschende ausgabenorientierte Gesundheitspolitik in der Patientenversorgung in Deutschland greift zu kurz.

Stets beschränkte Ressourcen rechtfertigen kein von den gesetzlichen Krankenversicherungen aber auch der Politik gern gegebenes unbegrenztes Leistungsversprechen gegenüber dem Patienten zu Lasten der Ärzteschaft. Der SpiFa fordert darum eine gemeinsame Verantwortung aller Beteiligten nicht nur für die solidarische Finanzierung, sondern auch für eine dementsprechende **solidarische Inanspruchnahme des Gesundheitssystems** durch den Patienten. Eine Steuerung darf dabei jedoch keinesfalls das direkte Patienten-Arzt-Verhältnis belasten.

Den Versicherten ist für die eigenverantwortliche Entscheidung über seine Gesundheitsversorgung durch die Krankenkassen eine geeignete Tarifvielfalt anzubieten.

Neuordnung der Sektorengrenzen im Gesundheitswesen

- Der SpiFa fordert, dass die fachärztliche Regelversorgung grundsätzlich durch zur ambulanten Versorgung zugelassene Vertragsärzte und nicht durch Krankenhäuser zu erfolgen hat. Die Inanspruchnahme spezieller ambulanter fachärztlicher Versorgung erfolgt dabei nach fachärztlicher Überweisung des Patienten.

Deutschland benötigt einen vollständig **permeablen Übergang an der Schnittstelle von der ambulanten zur stationären Versorgung**. Dies muss sowohl für den Patienten

als auch für den behandelnden Arzt zu gleichen Rahmenbedingungen ausgestaltet sein. Durchgängige Qualitäts-, Zulassungs- und Vergütungssysteme müssen unmittelbar geschaffen werden, und zwar in weitaus bürokratieärmeren Strukturen als es beispielsweise die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V - ASV) darstellt. Die ASV war und ist ein richtiger Schritt des Gesetzgebers, aber dieser Schritt war nicht mutig genug. Der SpiFa fordert die Weiterentwicklung dieser Strukturen unter Beibehaltung des Facharztstatus sowie der Schaffung gleicher Bedingungen aller beteiligten Fachärzte.

Das **Belegarztsystem** ist in besonderer Weise in der Lage, systemkonform die sektorale Abgrenzung zu überwinden. Die hier wesentlichen Hindernisse im ärztlichen Vergütungssystem müssen von der Kassenärztlichen Vereinigung, den Krankenkassen und vom Gesetzgeber beseitigt werden. Mittelfristig muss ein durchgängiges und nach den tatsächlichen Erfordernissen vor Ort strukturiertes Belegarztsystem etabliert werden, um so die sektorale Abgrenzung zu überwinden und langfristig die Facharztichte in den stationären Strukturen, insbesondere in der Flächenversorgung, zu erhalten. Auch die klassische Hauptabteilung im Krankenhaus muss mittelfristig durch Elemente der belegärztlichen Versorgung ergänzt werden.

Sicherung der Innovationsfähigkeit im Gesundheitswesen

- Der SpiFa fordert, den Verbotsvorbehalt für alle fachärztlichen Versorgungsbereiche im Gesundheitswesen.

Der SpiFa ist davon überzeugt, dass in Deutschland die **Herausforderungen der demographischen Entwicklung wesentlich durch einen schnellen Innovationszugang in das System** bewältigt werden können.

Ausbau von IT-Strukturen und arztunterstützender digitaler Prozesse

- Der SpiFa fordert, IT-Strukturen im Gesundheitswesen an den **Bedürfnissen der Patienten und den Fachärzten in Klinik und Praxis** auszurichten. Er setzt sich für eine aktive Mitarbeit von arztunterstützenden IT-Prozessen ein.

Überbordende Bürokratie durch Verwaltungsprozesse von Krankenkassen oder Organisationen, die Versorgung nicht aktiv gestalten, sind zu vermeiden bzw. auf das nötige Maß zu reduzieren. Hierbei bieten die Fachärzte in Klinik und Praxis ihre aktive Mitgestaltung an.

Notwendigkeit einer Referenzgebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

- Der SpiFa fordert eine aus der Ärzteschaft heraus stetig fortentwickelte und auf diese Weise moderne GOÄ.

In der Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient muss eine zeitgemäße **Referenzgebührenordnung für Ärzte (GOÄ)** Verlässlichkeit für beide Seiten gewährleisten.

Reform der ärztlichen Selbstverwaltung in den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

- Der SpiFa fordert den Gesetzgeber auf, das System der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu reformieren.

In der ärztlichen Selbstverwaltung ist die ärztliche Basisvertretung in den Kassenärztlichen Vereinigungen konstitutives Element und muss gestärkt werden. Dabei steht im Rahmen der Interessenvertretung nicht das Interesse einer Fachgruppe, sondern das Interesse aller niedergelassenen Ärzte im Vordergrund.

Vorstände der Kassenärztlichen Vereinigungen müssen ein anderes Rollenverständnis im Rahmen ihrer Interessenvertretung entwickeln. Insbesondere das Verhältnis zwischen der hauptamtlichen Amtsführung als Vorstand sowie der Aufsicht über den Vorstand einer Kassenärztlichen Vereinigung ist einzuhalten (vgl. Corporate Governance Kodex). Die Aufgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sind auf das Nötigste zu reduzieren.

3 Neustrukturierung der fachärztlichen Versorgung

Die zunehmende Zersplitterung der fachärztlichen Versorgung in den Versorgungssektoren selbst oder an den Sektorengrenzen macht eine grundsätzliche Neustrukturierung der fachärztlichen Versorgung notwendig.

3.1 Vernetzte Strukturen zur Verbesserung der Versorgung

Um die Digitalisierung in der Medizin erfolgsorientiert zum Vorteil des Patienten und der Leistungsanbieter im Gesundheitswesen zu nutzen, sind vernetzte Strukturen nicht mehr wegzudenken.

Die Fachärzte in Klinik und Praxis befürworten daher mit dem SpiFa den weiteren Ausbau vernetzter Strukturen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung des Patienten in Deutschland. Hierfür sind Medienbrüche, etwa in den Verwaltungssystemen der Kliniken und Praxen, aufgrund von Abschottungsstrategien der Teilmärkte zu verhindern und abzubauen.

**Ausbau vernetzter
Strukturen ohne
Medienbrüche**

Der SpiFa fordert, dass vernetzte Strukturen, wie beispielsweise die geplante Telematik-Infrastruktur im Gesundheitswesen oder das Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen, diskriminierungsfrei und für alle Anbieter im Gesundheitswesen gleichermaßen zugänglich gemacht werden. Um die flächendeckende Nutzung der vernetzten Strukturen auszubauen, sind geeignete Förderungsprogramme langfristig aufzulegen und zu fördern.

3.2 Arztunterstützende Digitalisierung

Die Nutzung der Digitalisierung in der Medizin erleichtert dabei nicht nur die medizinische Dokumentation und Informationsübermittlung, sondern findet zunehmend auch ihre Bedeutung in der maschinengetriebenen Sicherung von Diagnose und Therapie. Der SpiFa unterstützt diese Entwicklung in Zeiten des Facharztmangels, aber niemals kann eine Maschine den Arzt bzw. das sensible Patienten-Arzt-Verhältnis ersetzen. In Zeiten, in denen das Case-Management der chronischen Erkrankungen eine der Herausforderungen der nahen Zukunft sein wird, ist der Arzt unersetzbar.

**Maschinen-
getriebene Sicherung
von Diagnose
und Therapie**

Alle digitalen Möglichkeiten, wie beispielsweise die Telemedizin, sind im Rahmen einer sinnvollen Bewertung der Transaktionskosten zur Verbesserung der Versorgung und Abbau der Bürokratiekosten für Fachärzte in Klinik und Praxis zu nutzen.

3.3 Stellenwert der fachärztlichen Selektivverträge

Neben der demographischen Herausforderung, die der SpiFa als solche annimmt, ist es vor allem der Innovationszugang und die -dynamik bei medizinischen Leistungen und Versorgungsstrukturen, die für den Erhalt der exzellenten Facharztmedizin in Deutschland maßgeblich sind. Innovation muss aber erprobt werden, wobei es möglich sein muss, unwirtschaftliche oder medizinisch nicht sinnvolle Innovationen wieder abzuschaffen; dies gelingt nur im Rahmen alternativer Vertragsformen außerhalb des Kollektivvertrages, wobei die Wahl zum Abschluss solcher Verträge nicht der einzelnen Krankenkasse überlassen werden darf.

Förderung von Innovationen durch fachärztliche Selektivverträge

3.4 Gemeinsame fachärztliche Versorgung

Nur durch die Zusammenarbeit fachärztlicher Expertise, unabhängig von jeweils limitierenden Sektoren, ist eine medizinische Weiterentwicklung des Versorgungssystems zu gestalten. Dem Patienten die Möglichkeit zu geben, eine Behandlung zu erhalten, die koordiniert und orientiert an seinen Bedürfnissen stattfindet, ist ein erklärtes Ziel des SpiFa.

Fachärztliche Expertise als Grundlage der gemeinsamen Facharztschiene

Debatten über die vielzitierte sogenannte doppelte Facharztschiene schaden dieser notwendigen Diskussion. Denn sie unterstellt, dass eine Dienstleistung unnötig doppelt erfolgt. Richtigerweise muss im Zusammenhang der Aufgabenverteilung zwischen dem ambulanten und stationären Versorgungssektor von einer gemeinsamen fachärztlichen Versorgung („gemeinsame Facharztschiene“) gesprochen werden.

4 Modell der doppelten Wahlfreiheit

Mit Beginn der vorletzten Dekade im alten Jahrhundert hat man zur Reform des Kollektivvertrages, insbesondere in der ambulanten Versorgung, Wettbewerbselemente etabliert, ohne eine Wettbewerbsordnung vorzusehen. Dieses Versäumnis gilt es zu beheben, um den notwendigen Wettbewerb zur Verbesserung der Patientenversorgung mit den Stärken des Kollektivvertrages zu kombinieren.

Daneben muss festgestellt werden, dass, mit Ausnahme der hausarztzentrierten Versorgung (HZV), die Patientensouveränität im Hinblick auf die Wahl von kollektiv- oder selektivvertraglicher Versorgung nicht gegeben ist, weil nicht jede gesetzliche Krankenkasse fachärztliche Selektivverträge anbieten muss. Häufig sind den gesetzlichen Krankenkassen der Organisationsaufwand und die Transaktionskosten hierfür zu groß.

Der SpiFa schlägt deshalb unter dem Primat der Patientensouveränität ein Kombinationsmodell vor, das die Stärken von Kollektiv- und Selektivvertrag vereint.

Mit dem Modell der doppelten Wahlfreiheit des Versicherten werden Probleme gelöst, eine sinnvolle Wettbewerbsordnung wird etabliert und die Zukunft des Versorgungssystems gesichert.

Der Versicherte kann sich zunächst durch Einschreibung in einen hausarztzentrierten Vertrag entscheiden, ob er für eine festzulegende Zeitdauer für den selektivvertraglichen Bereich optiert („Opt out – Entscheidung“). Tut er dies nicht, verbleibt er wie bisher in der kollektivvertraglichen Versorgung mit den bekannten Wahlfreiheiten und Versorgungsstrukturen. Wählt der Versicherte den selektivvertraglichen Bereich, wählt er die hausarztzentrierte Versorgung und die Inanspruchnahme von Fachärzten gemäß den selektivvertraglich festgelegten Rahmenbedingungen. Dies kann die primärärztliche Steuerung in den fachärztlichen Bereich ebenso sein wie die Steuerung in den stationären kurativen und rehabilitativen Bereich durch den Facharzt. Zu diesem Zweck ist ein Kontrahierungszwang für fachärztliche Selektivverträge, die an die hausarztzentrierten Verträge „angedockt“ werden, zu etablieren. Die Krankenkassen können zudem mit Krankenhäusern selektiv kontrahieren, um die Schnittstellenproblematik effektiv zu gestalten.

Förderung der Souveränität des Patienten

„Opt out – Entscheidung“ des Patienten

Zur besseren Ausgestaltung der Finanzierung der doppelten Wahlfreiheit erfolgt nach den Grundprinzipien des Risikostrukturausgleichs die Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds je Versichertem getrennt nach kollektiv- und selektivvertraglicher Versorgung. Bereinigungsvorschriften entfallen, sodass das Verfahren insgesamt transparent und bürokratiearm ist.

5 Der Medizinisch-Ökonomische Fußabdruck der Fachärzte

Bei der Betrachtung des deutschen Gesundheitswesens wird allzu oft vergessen, dass Gesundheitsversorgung nicht nur eine medizinische Komponente aufweist. Vielmehr ist die Ökonomie längst nicht mehr aus dem Gesundheitswesen wegzudenken. Der SpiFa steht uneingeschränkt zu dieser ökonomischen Betrachtung, ohne dabei die sozialpolitischen Aspekte außer Acht zu lassen.

Der Medizinisch-Ökonomische Fußabdruck ist dabei die selbstbewusste Darstellung der Leistung der Fachärzteschaft im deutschen Gesundheitswesen. Er betrachtet dabei sowohl den Beitrag unter Versorgungsaspekten (medizinisch) als auch den Beitrag der Fachärzte zur Wirtschaftsleistung in Deutschland (ökonomisch). Der Medizinisch-Ökonomische Fußabdruck der Fachärzte geht über die reine Frage der Versorgung weit hinaus und hebt die Leistung der Fachärzte im Rahmen ihres Beitrags für Gesellschaft, Wirtschaft und Staat in Deutschland positiv hervor.¹

5.1 Fachärztliche Versorgung an den Schnittstellen

Der SpiFa unterstützt ohne Vorbehalte, dass der Facharzt für Allgemeinmedizin – gemeinsam mit den hausärztlichen Internisten – der Träger der hausärztlichen Versorgung ist. Domäne des Hausarztes ist der Patient mit mehr als einer chronischen Erkrankung und dem entsprechenden Medikationsbedarf. Die Fachärzte im fachärztlichen Versorgungsbereich bieten allerdings auf Anforderung des Hausarztes ihre Unterstützung zur Entlastung des Hausarztes bei der kontinuierlichen Betreuung und dem Case-Management bei Patienten mit chronischer Erkrankung eines Organsystems an, die Fachspezifität vorausgesetzt.

Der SpiFa fordert allerdings auch, dass ein neues Verständnis einer primärärztlichen Versorgung entwickelt wird, die neben der hausärztlichen Versorgung auch die wohnortnahe fachärztliche Grundversorgung berücksichtigt, ohne die die mit der demographischen Herausforderung verbundene Zunahme chronischer Erkrankungen nicht zu bewältigen sein wird. Dazu müssen die Zulassungs-, Qualitäts- und Vergütungssysteme angepasst werden.

¹ Weitere Informationen zum Medizinisch-Ökonomischen Fußabdruck der Fachärzte finden Sie unter: <https://www.spifa.de>

**Partnerschaftliche
Zusammenarbeit
zwischen Hausarzt
sowie Facharzt in
Klinik und Praxis**

Der SpiFa fordert zudem einen vollständig permeablen Übergang an der Schnittstelle ambulant/stationär, sowohl für den Patienten als auch für den Arzt. Durchgängige Qualitäts-, Zulassungs- und Vergütungssysteme müssen unmittelbar geschaffen werden und zwar in weitaus bürokratieärmeren Strukturen als es die ambulante spezialfachärztliche Versorgung darstellt. Diese war und ist ein richtiger Schritt, aber dieser Schritt war nicht mutig genug. Dabei muss der Facharztstatus beachtet werden. Mittelfristig muss aus diesen Gründen ein durchgängiges Belegarztsystem etabliert werden.

Permeabler Übergang an der Schnittstelle ambulant/stationär

5.2 Konsequenzen der Digitalisierung in der Medizin

Die Konsequenzen aus der Digitalisierung in der Medizin werden die Zukunft der Versorgung in Deutschland nachhaltig beeinflussen. Der selbstbewusste und sinnvolle Umgang mit diesen Entwicklungen ist insbesondere für den Facharzt in Klinik und Praxis wichtig und sinnvoll.

Hierfür gilt es, praxisnahe und sinnvolle Lösungen zu fördern bzw. auszubauen.



STIFTUNG MÜNCH

**REFORMKOMMISSION
GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS**

Stiftung Münch | Möhlstraße 9, 81675 München | kontakt@stiftung-muench.org

Vorstand: Stephan Holzinger (Vorstandsvorsitzender), Eugen Münch (stv. Vorstandsvorsitzender),
Prof. Dr. med. Bernd Griewing | Prof. Dr. Boris Augurzky (wissenschaftliche Geschäftsführung),
Dr. Johannes Gruber (Geschäftsführer, Syndikus)

www.stiftung-muench.org

*Professor Dr. phil. Stephan Hartmann,
Professor Dr. rer. pol. Justus Haucap,
Professor Dr. iur. Ferdinand Wollenschläger*

**REFORMKOMMISSION G-BA
DER STIFTUNG MÜNCH**

**Vorschläge zur Reform des Gemeinsamen Bundesausschusses:
Gemeinwohlorientierung und Innovationsoffenheit stärken**

A.

Die gegenwärtige Organisations- und Entscheidungsstruktur sowie die Verfahrensweise des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bergen die Gefahr, dass sich die Interessen derjenigen, die an den Entscheidungen beteiligt sind (Insider), zu Lasten jener durchsetzen, die an diesen Entscheidungen nicht beteiligt sind (Outsider), und innovative Diagnose- und Therapieverfahren nicht hinreichend schnell Eingang in das System finden.

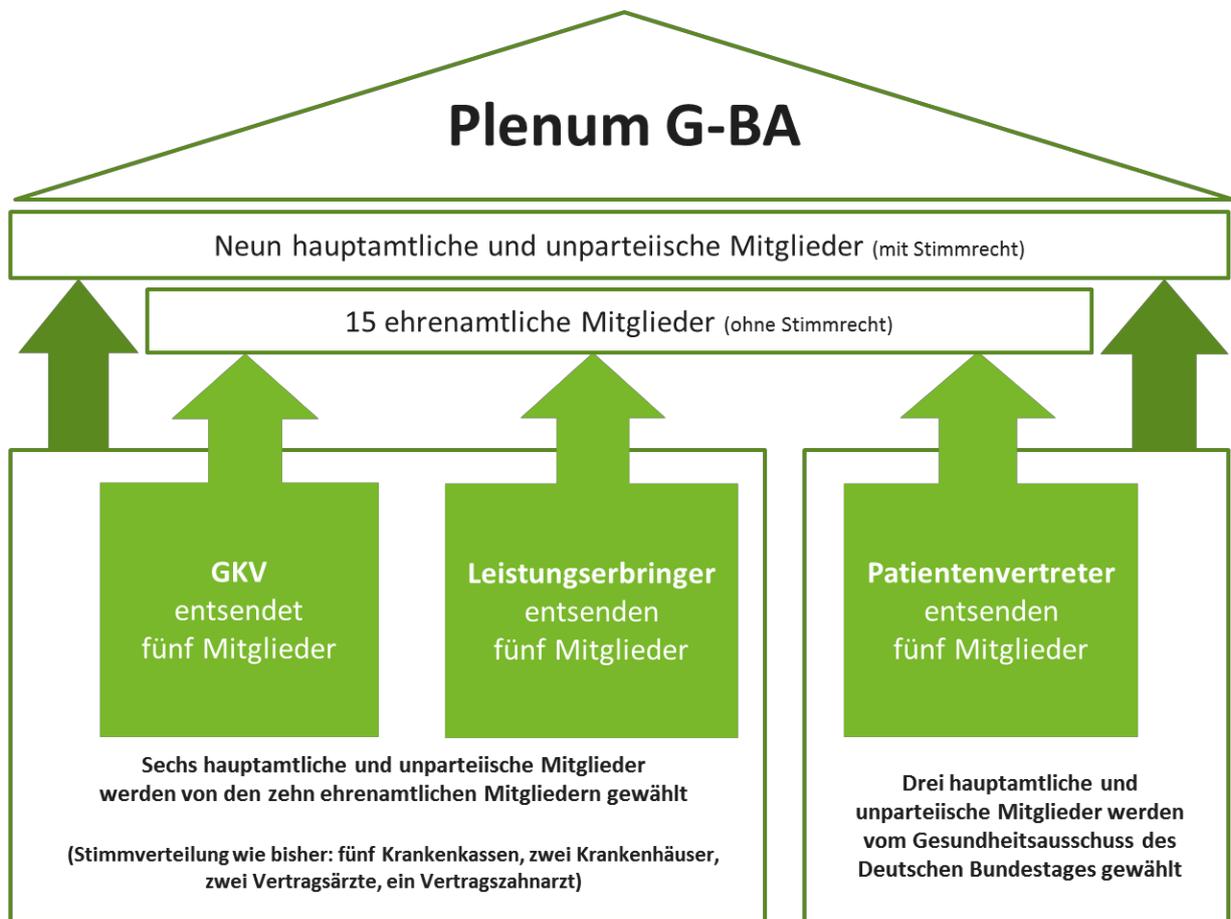
Dies hat die im September 2016 von der Stiftung Münch vorgelegte Studie „Bestandsaufnahme G-BA“¹ vor dem Hintergrund etablierter wettbewerbsökonomischer sowie regulierungs- und institutionenökonomischer Theorien herausgearbeitet. In jüngerer Zeit wird zudem die verfassungsrechtliche Frage der hinreichenden demokratischen Legitimation verstärkt aufgeworfen.² Ausgehend davon plädiert die Reformkommission insbesondere für

- (i) eine Stärkung der hauptamtlichen und unparteiischen Mitglieder des G-BA sowie der Vertretung von Patienteninteressen und
- (ii) eine verbesserte Einbeziehung von Outsider-Interessen und potenziellen Innovatoren v.a. bei der Initiierung, Beratung und Vorbereitung von Sachentscheidungen sowie für die Evaluation der in Erprobungsverfahren anzuwendenden Prüfmethode.

¹ Die Studie wurde von DICE Consult in Zusammenarbeit mit dem Düsseldorf Institute for Competition Economics (DICE) der Heinrich Heine-Universität Düsseldorf unter der Leitung von Prof. Dr. Justus Haucap, Dr. Michael Coenen und Dr. Ina Loebert erstellt, vgl. J. Haucap, M. Coenen und I. Loebert (2016), Bestandsaufnahme zum Gemeinsamen Bundesausschuss, Studie im Auftrag der Stiftung Münch – abrufbar unter <http://www.stiftung-muench.org/wp-content/uploads/2016/09/G-BA-web.pdf> (9. Mai 2017).

² Siehe nur BVerfG, Beschl. v. 10.11.2015, 1 BvR 2056/12, Rn. 22 f. – abrufbar unter https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2015/11/rs20151110_1bvr205612.html (8. Februar 2017); R. Schmidt-De Caluwe (2017) in: U. Becker und T. Kingreen (Hrsg.), SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung, 5. Aufl., C.H. Beck, § 92, Rn. 9 ff.

Dies hat die Reformkommission der Stiftung Münch in 16 Reformvorschlägen konkretisiert. Sie führen zusammengefasst zur folgenden neuen Struktur des G-BA:



Quelle: Stiftung Münch

B.

Reformvorschläge

- I. Das Plenum des G-BA besteht aus neun hauptamtlichen und unparteiischen Mitgliedern mit Stimmrecht sowie aus jeweils fünf ehrenamtlichen Vertretern der Krankenkassen, Leistungserbringer und Patienten ohne Stimmrecht.**
- II. Die Stellung der hauptamtlichen und unparteiischen Mitglieder des Plenums wird durch die Erhöhung der Anzahl um sechs auf neun Mitglieder gestärkt.**
- III. Die jeweils fünf ehrenamtlichen Vertreter der Krankenkassen und Leistungserbringer bleiben vollwertige Mitglieder des Plenums, jedoch ohne Stimmrecht. Die fünf ehrenamtlichen Patientenvertreter sind im Plenum ebenfalls ohne Stimmrecht vertreten.**
- IV. Sechs der hauptamtlichen und unparteiischen Mitglieder werden von den zehn ehrenamtlichen Vertretern der Trägerorganisationen gewählt und vom Bundesgesundheitsminister ernannt (Stimmverteilung wie bisher: fünf Stimmen für die Krankenkassen, jeweils zwei für die Krankenhäuser und Vertragsärzte und eine für die Vertragszahnärzte).**
- V. Drei der hauptamtlichen und unparteiischen Mitglieder werden vom Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages gewählt und vom Bundesgesundheitsminister ernannt.**
- VI. Die vorgeschaltete Karenzregelung für hauptamtliche und unparteiische Mitglieder von einem Jahr (§ 91 Abs. 2 Satz 3 SGB V) wird durch eine nachgelagerte Karenzregelung für Tätigkeiten im Gesundheitswesen von 18 Monaten (vgl. § 6a BMinG) bei vollen Bezügen ersetzt.**
- VII. Die Amtszeit der hauptamtlichen und unparteiischen Mitglieder des Plenums wird von sechs auf neun Jahre angehoben, wobei alle drei Jahre ein Drittel der Mitglieder ausgetauscht wird. In der Übergangsphase können asymmetrische Amtszeiten vorgesehen werden. Eine Wiederernennung ist nicht möglich.**
- VIII. Der Vorsitzende wird von den hauptamtlichen und unparteiischen Mitgliedern aus ihrem Kreis für drei Jahre gewählt. Eine Wiederwahl ist möglich.**
- IX. Die hauptamtlichen und unparteiischen Mitglieder erhalten eine der Bedeutung des Amtes entsprechende und konkurrenzfähige Vergütung gemäß einer von den Trägern erlassenen Vergütungsordnung, die der Zustimmung des Bundesgesundheitsministeriums bedarf.**

- X. Die Zusammensetzung der Unterausschüsse des G-BA spiegelt diejenige des reformierten Plenums, wobei eine Besetzung mit jeweils drei hauptamtlichen und unparteiischen Mitgliedern sowie – wo sachgerecht – rotierende Besetzungen zu erwägen sind. Das Plenum und die Unterausschüsse tagen in der Regel öffentlich. Sitzungstermine und Sitzungsgegenstände sind anzukündigen.**
- XI. Der Zeitpunkt für das Stellungnahmeverfahren gemäß § 10 Abs. 1 Satz 1 Verfahrensordnung wird vorverlegt und die Möglichkeit zur Stellungnahme frühzeitig eingeräumt, so dass eine effektive Berücksichtigung bei den Beratungen über die Sachentscheidung möglich ist. Bei der Begründung der Sachentscheidung sind die Stellungnahmen zu würdigen.**
- XII. Bei dem in § 137e Absatz 8 SGB V verankerten Informationsrecht für potenzielle Innovatoren ist zu prüfen, ob und inwieweit es zu einem effektiven serviceorientierten Beratungsangebot ausgeweitet werden kann („Innovations-Helpdesk“).**
- XIII. Bei dem Antragsverfahren zur Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 137e SGB V ist zu prüfen, ob und inwieweit dieses effektiver und v.a. beschleunigt – ggf. mit konkreten Fristen – ausgestaltet werden kann.**
- XIV. Die Kosten für die Erprobung sollten in begründeten Fällen ausnahmsweise vom G-BA übernommen oder umgelegt werden, v.a. wenn davon die Versorgung oder Wettbewerber des Antragstellers bei positiver Erprobung besonders profitieren.**
- XV. Das Design und die Methoden für Studien zur Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 137e SGB V werden im Hinblick auf innovative Untersuchungs- und Behandlungsmethoden hinterfragt und in regelmäßigen Abständen wissenschaftlich evaluiert.**
- XVI. Antragsteller erhalten zudem das Recht, bei abweichenden Auffassungen zum Studiendesign eine unabhängige Methodenschiedsstelle anzurufen, die mit anerkannten Wissenschaftlern besetzt ist.**

C.

Begründung

I. Bestandsaufnahme

In der von der Stiftung Münch beauftragten Studie „Bestandsaufnahme zum Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)“ haben Haucap et al. (2016)³ eine Reihe von Problemen in der institutionellen Struktur des G-BA herausgearbeitet, welche dazu führen können, dass Entscheidungen mitunter nicht sachgerecht im Sinne des Gemeinwohls gefällt werden und nutzenstiftende Innovationen unterbleiben. Dabei wird unter dem Gemeinwohl eine effiziente medizinische Versorgung der Versicherten verstanden, wobei Effizienz meint, dass mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen und Technologien die bestmögliche medizinische Versorgung erreicht wird.

Es ist davon auszugehen, dass Entscheidungen im G-BA von der Gemeinwohlorientierung abweichen können, da die von Entscheidungen betroffenen Interessengruppen im Plenum des G-BA sehr unterschiedlich vertreten sind. Unmittelbar entscheidungsbeteiligt sind lediglich die gesetzlichen Krankenversicherungen, die Ärzte und Zahnärzte mit Kassenzulassung sowie die Krankenhäuser. Kein Stimmrecht hingegen haben alle übrigen Interessengruppen wie Patienten, Beitragszahler zur gesetzlichen Krankenversicherung, Steuerzahler oder sonstige Leistungserbringer im Gesundheitswesen; mit Ausnahme der Patienten haben sie auch kein Mitspracherecht. Die lediglich mittelbare Repräsentation der Versicherten durch die gesetzlichen Krankenversicherungen wird auch aus juristischer Perspektive als verfassungsrechtliches Legitimationsproblem diskutiert.

Zwei Gesichtspunkte sind hier besonders interessant: Zum einen ist der Fall einer entscheidungsbestimmenden Interessenharmonie von gesetzlichen Krankenversicherungen und Leistungserbringern gegen die Interessen der Gesellschaft möglich (insbesondere gegen die Interessen der Beitragszahler zur gesetzlichen Krankenversicherung und Patienten). Diese Interessenharmonie ist als ein regelmäßiges Phänomen nicht unwahrscheinlich, da im (politischen) Verhandlungsprozess oftmals Entscheidungspakete zu schnüren sein werden. Dieses bei politischen Prozessen verbreitete – und durchaus menschliche – Phänomen des „package deals“ ist auch bei Beschlüssen des G-BA nicht auszuschließen und kann dazu führen, dass gesellschaftlich weniger erwünschte Entscheidungsalternativen dennoch positiv beschieden werden.

Des Weiteren ist nicht auszuschließen, dass die Zusammensetzung des Entscheidungsgremiums die im G-BA vertretenen Leistungserbringer in die Lage versetzt, Innovationen zulasten der nicht

³ J. Haucap, M. Coenen und I. Loebert (2016), Bestandsaufnahme zum Gemeinsamen Bundesausschuss, Studie im Auftrag der Stiftung Münch, a.a.O.

vertretenen Wettbewerber zu behindern oder gar zu verhindern. Haucap et al. (2016)⁴ sehen diese Gefahr insbesondere bei therapeutischen Innovationen, bei denen die Insider-Leistungserbringer mit den Outsider-Leistungserbringern in einer vertikalen Geschäftsbeziehung stehen – beispielsweise im Fall von Arzneimitteln, die von Pharmaherstellern hergestellt und von Apotheken vertrieben werden, oder im Fall von Therapien, die durch Pflege- und nicht-ärztliche Heilberufe erbracht werden. Dass die Stimmrechte gemäß § 91 Abs. 2a Satz 3 SGB V auf der Seite der Leistungserbringer dem Grundsatz nach an die durch eine Entscheidungsalternative unmittelbar betroffenen Leistungserbringer fließen, macht diese Diskriminierung wahrscheinlicher.

Für die im Plenum des G-BA direkt vertretenen Interessengruppen gelten beim derzeitigen Modell Stimmengewichte, die es der Seite der gesetzlichen Krankenversicherung ermöglichen, Versorgungsneuerungen abzulehnen, wenn Kosteneinsparungen oder Nutzenzuwächse aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung nicht groß genug sind. Stimmenaufteilung und Interessenvertretung im Plenum des G-BA verbessern in den Preisverhandlungen zu Versorgungsneuerungen mit nachgelagerten sonstigen Leistungserbringern die Verhandlungsmacht zugunsten der gesetzlichen Krankenversicherung.

Vorteil der gemeinsamen Selbstverwaltung ist, dass sie Informationsasymmetrien durch Bündelung von externem Wissen beim Regulierer⁵ verringert. Ein Vorteil der Selbstverwaltung ist zudem ihre Unabhängigkeit von einer einseitigen und rigiden, auf Kostenreduktion ausgelegten Regulierungspraxis. Die Selbstverwaltung bindet außerdem mächtige wirtschaftliche Interessengruppen ein, schützt diese vor politisch motivierter Enteignung und gibt ihnen Entscheidungsverantwortung bis hin zu Detailfragen.

Nachteil der gemeinsamen Selbstverwaltung ist, dass sie die besondere Vertrauensgutproblematik im Gesundheitswesen verschärft. So müssen Patienten und Versicherte den Leistungserbringern vertrauen, dass sie optimal behandelt werden.⁶ Gleichzeitig wirken die Leistungserbringer an der Regulierung maßgeblich mit. Haucap et al. (2016) haben daher eine von den Leistungserbringern

⁴ J. Haucap, M. Coenen und I. Loebert (2016), Bestandsaufnahme zum Gemeinsamen Bundesausschuss, Studie im Auftrag der Stiftung Münch, a.a.O.

⁵ Zu den Problemen der Informationsasymmetrie der Regulierer siehe z.B. schon I. Vogelsang und J. Finsinger (1979), A regulatory adjustment process for optimal pricing by multiproduct monopoly firms, *Bell Journal of Economics and Management Science* 4, S. 157-171; D. Baron und R.B. Myerson (1982), Regulating a monopolist with unknown costs, *Econometrica* 50, S. 911-930 sowie J.J. Laffont und J. Tirole (1986), Using cost observation to regulate firms, *Journal of Political Economy* 94, S. 614-641; J.J. Laffont und J. Tirole (1993), A theory of incentives in procurement and regulation, The MIT Press.

⁶ Zur Problematik der Vertrauensgüter siehe z.B. M.R. Darby und E. Karni (1973), Free competition and the optimal amount of fraud, *Journal of Law & Economics* 16, S. 67-88 sowie U. Dulleck und R. Kerschbamer (2006), On doctors, mechanics, and computer specialists: The economics of credence goods, *Journal of Economic Literature* 44, S. 5-42. Speziell zur Vertrauensgutsproblematik im Gesundheitswesen J. Gruber, J. Kim und Dina Mayzlin (1999), Physician fees and procedure intensity: The case of cesarean delivery, *Journal of Health Economics* 18, S. 473-490; W. Emons (1997), Credence goods and fraudulent experts, *RAND Journal of Economics* 28, S. 107-119.

und Versicherungen unabhängiger Regulierung im Interesse der Versicherten und Patienten als erstrebenswerte Option identifiziert. Dass eine solche gegebenenfalls mit höheren Regulierungskosten verbunden ist, sollte durch das gesellschaftliche Interesse gedeckt sein.

Nachteil der gemeinsamen Selbstverwaltung ist auch, dass sie keine überzeugende Antwort auf die Problematik der sog. „Regulatory Capture“⁷ liefert: Weder sind Vorkehrungen zur Wahrung der Unabhängigkeit der hauptamtlichen und unparteiischen Mitglieder nach ihrem Ausscheiden aus dem Plenum des G-BA getroffen, noch ist eine denkbare Rotation der Zuständigkeitsgebiete der Mitarbeiter der Geschäftsstelle des G-BA in der Geschäftsordnung verankert.

Aus der Perspektive der ökonomischen Theorie reagiert Regulierung auf das Streben von Interessengruppen, ihr Einkommen und ihren Wohlstand zu maximieren.⁸ Dieses Ziel können die im G-BA bisher vertretenen Leistungserbringer wegen ihrer Homogenität besonders schlagkräftig verfolgen, wohingegen die gesetzliche Krankenversicherung ein heterogenes Interessenspektrum repräsentiert (gesetzliche Krankenversicherung als Institution, Versicherte als Beitragszahler und Patienten).

Ein weiteres Regulierungsinstrument, das den kongruenten Interessen der im G-BA vertretenen Gruppen dient, ist nach Haucap et al. (2016)⁹ die Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln gemäß § 35a und § 35b SGB V. Sie birgt die Gefahr, dass Insider ihre Stellung nutzen, um Outsider zu diskriminieren. Für die gesetzliche Krankenversicherung ist das Kostendämpfungspotenzial wesentlich.

Auch die sektorübergreifende Qualitätsregulierung kann nach Haucap et al. (2016) von den Insider-Leistungserbringern dazu missbraucht werden, Bereiche eines exklusiven Angebots gegenüber Outsider-Leistungserbringern abzuschotten. Denkbar sind auch Regulierungsergebnisse, die eine Leistungserbringerseite im G-BA gegenüber einer anderen benachteiligen. Im Detail sind

⁷ Zum Problem der „Regulatory Capture“ siehe M. Bernstein (1955), *Regulating business by independent commission*, Princeton University Press; G. Stigler (1971), *The theory of economic regulation*, *Bell Journal of Economics and Management Science* 2, S. 3-21.; M. E. Levine und J. L. Forrence (1990), *Regulatory capture, public interest, and the public agenda. Toward a synthesis*. *Journal of Law Economics & Organization* 6, S. 167-198; J. J. Laffont und J. Tirole (1991), *The politics of government decision making. A theory of regulatory capture*. *Quarterly Journal of Economics* 106, S. 1089-1127; E. Dal Bó (2006), *Regulatory capture: A review*. *Oxford Review of Economic Policy* 22, S. 203-225 und speziell im Gesundheitswesen M.-F. Cuéllar (2013), *Coalitions, autonomy, and regulatory bargains in public health law*, in: D. Carpenter und D. Moss (Hrsg.), *Preventing capture: Special interest influence in regulation and how to limit it*, Cambridge University Press.

⁸ Vgl. dazu G. Stigler (1971), *The theory of economic regulation*. *Bell Journal of Economics and Management Science* 2, S. 3-21., G. Jarrell (1978), *The demand for state regulation of the electric utility industry*. *Journal of Law & Economics* 21, S. 269 sowie E. L. Glaeser und A. Shleifer (2003), *The rise of the regulatory state*, *Journal of Economic Literature* 41, S. 401-425.

⁹ J. Haucap, M. Coenen und I. Loebert (2016), *Bestandsaufnahme zum Gemeinsamen Bundesausschuss*, Studie im Auftrag der Stiftung Münch, a.a.O.

daher bestehende Machtverhältnisse zu berücksichtigen: Krankenhäuser bauen gegenwärtig ihre Angebote im ambulanten Bereich stark aus; dies kann zum Nachteil der niedergelassenen Ärzte sein, da sie nicht über die beträchtlichen Quersubventionierungs- und Erlöspotenziale der Krankenhäuser verfügen.

Aus wettbewerbsökonomischer Perspektive ist das medizinisch-wissenschaftliche Kriterium der Evidenzbasierten Medizin (EbM) für Innovationsentscheidungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung geeignet, wenn allgemeine Tatsachen festgestellt werden sollen. Skeptisch betrachten Haucap et al. (2016)¹⁰ das Verfahren jedoch für den Fall, dass lediglich vorübergehende Umstände ermittelt werden sollen. Als mögliches Beispiel sei hier die Beurteilung des Versorgungskontextes durch den G-BA genannt.

Dass die Ergebnisse der EbM stets vor dem Hintergrund der bestehenden Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung bewertet werden, trägt dem Verfahren und dem G-BA den Vorwurf ein, strukturkonservativ zu sein. In Verbindung mit der theoretisch begründeten Befürchtung, dass Leistungserbringer und gesetzliche Krankenversicherung bei ihren Regulierungsentscheidungen in gemeinsamer Selbstverwaltung ihre eigenen Interessen gegenüber Outsider-Leistungserbringern schützen, ist dieser Strukturkonservatismus womöglich ein Hemmnis für Innovationen, die Veränderungen in den Versorgungsstrukturen auslösen könnten.

Ein Innovationsfonds soll nun sektorübergreifende Innovationen in der Versorgung und der Versorgungsforschung fördern. Inwieweit dieses neue Instrument zu einer Stärkung der Innovationsoffenheit führen wird, bleibt abzuwarten. Eine große Herausforderung der Förderung durch den Innovationsfonds ist die obligatorische Beteiligung der gesetzlichen Krankenversicherungen; diese Fördervoraussetzung kann als Markteintrittsbarriere fungieren, weil es für Outsider-Institutionen schwierig sein kann, die Beteiligung der Krankenkassen zu erlangen. Die strukturellen Defizite des G-BA stellen sich beim Innovationsfond daher in gleicher Weise und werden nicht gelöst.

Die von Haucap et al. (2016)¹¹ ausgewerteten Daten zur (frühen) Nutzenbewertung von Arzneimitteln durch den G-BA und der Vorbereitung hierzu durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zeigen eine beträchtliche Anzahl von Fällen, in denen die abschließende Nutzenbewertung von der ursprünglichen wissenschaftlichen Beurteilung abweicht. Diese Abweichungen ergeben sich nach dem Anhörungsverfahren des G-BA und muten in ihrer Struktur wie die Ergebnisse eines wiederkehrenden Verhandlungsspiels an. Verhandlungsfähige Zugeständnisse widersprechen aber dem Anliegen, durch die Anwendung von EbM zu

¹⁰ J. Haucap, M. Coenen und I. Loebert (2016), Bestandsaufnahme zum Gemeinsamen Bundesausschuss, Studie im Auftrag der Stiftung Münch, a.a.O.

¹¹ J. Haucap, M. Coenen und I. Loebert (2016), Bestandsaufnahme zum Gemeinsamen Bundesausschuss, Studie im Auftrag der Stiftung Münch, a.a.O.

einer wissenschaftlich rationalen und vor allem zu einer am Gemeinwohl orientierten Entscheidungsfindung zu gelangen.

EbM wird als ein geeignetes Auswahlverfahren für Innovationen im Gesundheitswesen auch aus anderen Gründen kritisiert: (1) Die Pharmaindustrie bestimmt die Forschungsagenda bei der wissenschaftlichen Evidenz zu Arzneimitteln. (2) Da der marginale Zusatznutzen neuer Studien immer geringer wird, bestimmt die Suche nach immer kleineren Zielgruppen für Therapien und Wirkstoffe viele Analysen. (3) Der Publikationsbias zugunsten von Studien mit positiver Evidenz ist insofern problematisch, als dem G-BA die Evidenzlage auch zum Ausschluss von Leistungen aus dem Regelleistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung dient. Häufig erfolgt ein Leistungsausschluss lediglich ersatzweise mit dem Argument, dass dem G-BA kein plausibler Grund ersichtlich ist, weswegen auch nach einer hinlänglichen Karenzzeit kein positiver Nachweis erbracht wurde.

II. Reform statt Revolution

Ausgehend von der Bestandsaufnahme und vor dem Hintergrund des unter folgender Ziffer 1. dargestellten bestehenden Modells der Selbstverwaltung sowie den unter Ziffer 2. dargestellten wesentlichen Alternativen plädiert die Reformkommission für eine Reform der Selbstverwaltung (Ziffer 3.).

1. Das bestehende Modell der Selbstverwaltung und seine Rechtfertigung

Nach herrschender Auffassung stellt der G-BA eine Einrichtung der funktionalen Selbstverwaltung dar, mithin einen gegenüber der unmittelbaren Staatsverwaltung verselbständigten Verwaltungsträger, in dessen Rahmen Betroffene das Recht erhalten, ihre Angelegenheiten selbst zu regeln.¹² Diese Organisationsform knüpft nicht nur an die historisch gewachsene Organisationsstruktur der Gesundheitsverwaltung an, die auf der Einsicht in die Notwendigkeit eines einvernehmlichen Zusammenwirkens von Ärzten und Krankenkassen auch im Interesse der Patienten beruht und daher als vorzugswürdige Alternative zu einem staatlichen Regulierungszwang angesehen wurde.¹³ Das Selbstverwaltungsmodell

¹² Zu dieser nicht unbestrittenen Qualifikation W. Kluth (2015), Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nach § 91 SGB V aus der Perspektive des Verfassungsrechts: Aufgaben, Funktionen und Legitimation, Duncker & Humblot Verlag, S. 34 ff.

¹³ W. Kluth (2015), Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nach § 91 SGB V aus der Perspektive des Verfassungsrechts: Aufgaben, Funktionen und Legitimation, Duncker & Humblot Verlag, S. 39 ff. Siehe zur Genese auch E. Hauck (2010), Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) – ein unbequemes Kind unserer Verfassungsordnung?, Neue Zeitschrift für Sozialrecht, S. 606 ff.

hat auch (gesundheits-)politische und verfassungsrechtlich legitimatorische Argumente für sich:¹⁴

Zunächst erschließt die Einbeziehung von Vertretern der Trägerorganisationen des G-BA – der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen – in die staatliche Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen das bei diesen Organisationen vorhandene Fachwissen und verbessert damit die Qualität der getroffenen Entscheidungen. Überdies kann die Beteiligung am Entscheidungsprozess bei den Betroffenen die Akzeptanz der getroffenen Entscheidungen erhöhen, zumal bei interessenpluraler Zusammensetzung des Beschlussgremiums und damit eröffneten Kompromissmöglichkeiten. Dies dürfte zumindest dann gelten, wenn alle Betroffenen tatsächlich am Entscheidungsprozess beteiligt sind, was jedoch für den G-BA gegenwärtig nicht immer zutrifft. Ein gegenüber der Ministerialverwaltung fachweisungs-freier Selbstverwaltungsträger ist ferner gegenüber politischen Einflüssen jedenfalls ein Stück weit immunisiert, was die fachliche Entscheidungsorientierung stärkt. Schließlich trägt Selbstverwaltung zur Entlastung der Staatsverwaltung bei.

Das aktuelle Modell ist jedoch nicht ohne Probleme. Ein wesentliches Risiko der aktuellen Entscheidungsstruktur des G-BA besteht darin, dass die stimmberechtigten Parteien als Insider die Interessen der nicht stimmberechtigten Outsider nicht hinreichend berücksichtigen, sondern naturgemäß versucht sind, primär eigene Interessen zu verfolgen. Dies muss jedoch keinesfalls mit dem Interesse der Allgemeinheit an einer bestmöglichen, effizienten und innovationsoffenen Gesundheitsversorgung koinzidieren. Outsider sind beispielsweise Pflegeberufe sowie nicht-ärztliche Heilberufe, Heil- und Hilfsmittelhersteller, Hebammen, Arzneimittelhersteller, Apotheken und sonstige – auch neuartige – Gesundheitsdienstleister. Zudem sind Patienten aktuell nicht durch stimmberechtigte Vertreter repräsentiert. Damit besteht die Gefahr, dass sich Entscheidungen zu stark an den Interessen der stimmberechtigten Mitglieder orientieren, während die Interessen nicht vertretener oder nicht stimmberechtigter Gruppen weniger stark Berücksichtigung finden. Insofern dies der Fall ist, dürfte auch die Akzeptanz der Entscheidungen bei den betroffenen Gruppen leiden.

Diese Entscheidungsbetroffenheit von Outsidern wirft auch verfassungsrechtlich die Frage der hinreichenden demokratischen Legitimation auf. Teile des rechtswissenschaftlichen

¹⁴ Siehe nur W. Kluth (2015), Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nach § 91 SGB V aus der Perspektive des Verfassungsrechts: Aufgaben, Funktionen und Legitimation, Duncker & Humblot Verlag, S. 47 f.; T. Vießmann (2009) Die demokratische Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschuss zu Entscheidungen nach § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V, Nomos Verlag, S. 140 ff.

Schrifttums verneinen die demokratische Legitimation,¹⁵ und auch das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Beschluss vom 10. November 2015 auf bestehende Zweifel verwiesen, ohne die Frage indes zu entscheiden¹⁶. Andere Teile des Schrifttums¹⁷ – wie im Übrigen auch das Bundessozialgericht¹⁸ – sehen die nicht zu leugnende Abweichung vom klassischen Legitimationsmodell durch die eingangs beschriebenen Vorteile des Selbstverwaltungsmodells gerechtfertigt, zumal Patienten über die (legitimatorisch allerdings nicht zweifelsfreien) Sozialwahlen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen sind und eine anderweitige Repräsentation des Patientenkollektivs mit Schwierigkeiten behaftet ist. Hinzu kommen die legitimatorische Einhegung des G-BA durch die staatliche Aufsicht, seine gesetzliche Steuerung und die Beteiligung von Bundestag und Bundesregierung bei der Berufung der unparteiischen Mitglieder sowie die Kontrolle im Wege des Rechtsschutzes.

2. Denkbare Alternativen

Wie könnten Alternativen zum aktuellen Modell aussehen? In organisatorischer Hinsicht kommen als Alternativen zur aktuellen Ausgestaltung des G-BA als Einrichtung der funktionalen Selbstverwaltung¹⁹ im Wesentlichen drei Wege in Betracht: eine Verstaatlichung des G-BA [dazu nachfolgend lit. a)], namentlich eine Übertragung seiner Aufgaben auf eine Bundesoberbehörde (wie etwa das Bundeskartellamt) oder eine bundesunmittelbare Anstalt des öffentlichen Rechts (wie etwa die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht). Des Weiteren ist auch eine Ausgestaltung als unabhängige Regulierungsbehörde [dazu nachfolgend lit. b)] wie etwa die Bundesnetzagentur oder die Datenschutzaufsicht im nicht öffentlichen Bereich denkbar. Eine unabhängige Regulierungsbehörde wäre insbesondere gegenüber der Ministerialverwaltung weisungsfrei. Schließlich ist als dritte Option die reformerische Weiterentwicklung und Modifikation des Selbstverwaltungsmodells [vgl. nachfolgend lit. c)] denkbar.

¹⁵ Siehe nur R. Schmidt-De Caluwe (2017) in: U. Becker und T. Kingreen (Hrsg.), SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung, 5. Aufl., C.H. Beck, § 92, Rn. 9 ff.

¹⁶ BVerfG, Beschl. v. 10.11.2015, 1 BvR 2056/12, Rn. 22 f. – abrufbar unter https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2015/11/rs20151110_1bvr205612.html (8. Februar 2017).

¹⁷ Siehe jüngst nur W. Kluth (2015), Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nach § 91 SGB V aus der Perspektive des Verfassungsrechts: Aufgaben, Funktionen und Legitimation, Duncker & Humblot Verlag, insb. S. 85 ff.

¹⁸ Siehe nur BSG, Urt. v. 18.3.1998, B 6 KA 78/96 R, NZS 1999, 50; Urt. v. 9.12.2004, B 6 KA 44/03 R, BSGE 94, 50; Urt. v. 31.5.2006, B 6 KA 13/05 R, BSGE 96, 261.

¹⁹ Zu dieser nicht unbestrittenen Qualifikation W. Kluth (2015), Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nach § 91 SGB V aus der Perspektive des Verfassungsrechts: Aufgaben, Funktionen und Legitimation, Duncker & Humblot Verlag, S. 34 ff.

a) Klassische Staatsverwaltung

Die Übertragung der bislang vom G-BA wahrgenommenen Aufgaben auf eine Bundesoberbehörde würde den wohl deutlichsten Bruch mit den heutigen Institutionen bedeuten. Ein Vorteil eines solchen Modells wäre, dass die verfassungsrechtliche Legitimationsfrage damit klar gelöst wäre. Vorteilhaft wäre zudem, dass es weniger wahrscheinlich als heute wäre, dass einzelne Interessengruppen als Insider im Vergleich zu anderen Interessengruppen – namentlich den heutigen Outsidern – systematisch stärker berücksichtigt werden.

Jedoch ist eine solch drastische institutionelle Reform ebenfalls nicht ohne Probleme. Zum einen drohen die o.g. Vorteile der Selbstverwaltung verloren zu gehen, wie etwa das hohe Fachwissen bei der Entscheidungsfindung. Dies ließe sich zwar durch Mitwirkungsmöglichkeiten im Entscheidungsprozess (etwa Anhörungen, Beiladungen, Konsultationen) deutlich reduzieren, aber vermutlich nicht völlig abstellen. Zudem besteht die Gefahr einer Politisierung des Entscheidungsprozesses, wenn Entscheidungen nicht nach gesellschaftlichen Kosten und Nutzen gefällt werden, sondern politisch-strategische Motive relevant werden, wie der mögliche „politische Gewinn“ aus einer Entscheidung, etwa durch das Bedienen einer bestimmten Klientel. Weiterhin besteht bei staatlichen Behörden die Gefahr der sog. „Regulatory Capture“, also der übermäßigen Identifikation der Behörde mit besonders schlagkräftigen Interessengruppen bzw. der „ideellen Vereinnahmung“ der Behörde durch diese Interessengruppen.

Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass ein solch drastischer institutioneller Wandel weg vom aktuellen Modell der Selbstverwaltung hin zu einer staatlichen Behörde Transitionskosten verursacht, da neue Institutionen erst etabliert und der G-BA in seiner jetzigen Form abgewickelt werden müssten. Und schließlich kann die langfristige Entwicklung der Organisationskosten bei staatlichen Behörden ungünstig sein, da die Kostendisziplin in staatlichen Bürokratien oftmals leidet. Bei einer von den Interessengruppen selbst finanzierten Institution hingegen ist eine kosteneffiziente Organisation eher wahrscheinlich, da die aus der ökonomischen Theorie bekannten Prinzipal-Agent-Probleme weniger stark ausgeprägt sind als bei einer Finanzierung durch den Steuerzahler. Im Hinblick auf den nötigen immensen Sachverstand wäre eine staatliche Behörde zudem mit erheblichen personellen Ressourcen auszustatten („*Superbehörde*“).

b) „Unabhängige“ Staatsbehörde

Ein Teil der Nachteile der klassischen Staatsverwaltung kann vermieden werden, wenn die staatliche Behörde weitgehend unabhängig von fachlichen Weisungen der Regierung agieren kann, wie dies etwa auf das Bundeskartellamt oder die Bundesbank zutrifft. Eine Politisierung der Entscheidungen, also ein Ausrichten an politischen Kalkülen oder das Bedienen bestimmter politischer Klientele, ist dann weniger wahrscheinlich als bei einer weisungsgebundenen Behörde im Aufgabenbereich eines Ministeriums. In Abhängigkeit von der internen Organisation einer solchen Behörde kann auch die Gefahr der ideellen Vereinnahmung durch Interessengruppen reduziert werden, z.B. indem – wie etwa im Bundeskartellamt – die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zwischen Aufgabenbereichen rotieren. Nachteil einer solchen Rotation ist jedoch der zumindest teilweise Verlust an institutionellem Erfahrungswissen. Vor allem aber stellen sich bei einer von fachlichen Weisungen unabhängigen Behörde erneut Legitimationsprobleme.

Schließlich ist zu bedenken, dass – selbst wenn man eine unabhängige staatliche Behörde auf dem Reißbrett als bestmögliche institutionelle Alternative identifizieren sollte – die heutige Situation nicht die des Reißbretts der Stunde Null ist, sondern mit dem G-BA historisch gewachsene Strukturen existieren und dementsprechend Pfadabhängigkeiten und etwaige Reorganisationskosten zu bedenken sind.

c) Modifizierte Selbstverwaltung

Mit der Einrichtung einer (unabhängigen) Bundesbehörde würde das bisherige, historisch gewachsene Modell der Selbstverwaltung vollständig aufgegeben. Es erscheint ausgeschlossen, dass eine solche institutionelle Neuausrichtung politisch durchsetzbar ist. Zudem wäre die im aktuellen Modell gesicherte Wissensgenerierung und Entscheidungsakzeptanz durch Betroffenenpartizipation möglicherweise gefährdet, müsste doch eine staatliche Gesundheitsbürokratie errichtet werden.

Eine Modifikation des Selbstverwaltungsmodells durch die Stärkung der Unabhängigkeit von Entscheidungsträgern könnte sich dem Einwand ausgesetzt sehen, es würden dadurch legitimatorisch problematische Hybridstrukturen geschaffen, wie dies schon jetzt mit Blick auf die hauptamtlichen und unparteiischen Mitglieder der Fall ist. Der skizzierte Legitimationsgewinn etwa in Gestalt des modifizierten Ernennungsverfahrens (v.a. die Wahl eines Teils der hauptamtlichen und unparteiischen Mitglieder durch den Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages) wiegt dies jedoch auf.

3. Kommissionsvorschlag: Reformierte Selbstverwaltung

Die Reformkommission plädiert aufgrund der angestellten Überlegungen und unter Berücksichtigung nicht zuletzt der historisch gewachsenen Strukturen für eine passgenaue Verbesserung des bisherigen Modells, indem die gravierendsten Defizite in den bisherigen Entscheidungsstrukturen abgestellt und das bewährte Modell der Selbstverwaltung auf eine breitere Basis gestellt wird, und dies, ohne die fachliche Anbindung an die historischen Träger und die damit verbundenen Vorteile aufzugeben. Dabei wird an das aktuelle Modell der funktionalen Selbstverwaltung angeknüpft und die prinzipielle Rechtfertigungsfähigkeit des Selbstverwaltungsmodells anerkannt.

Konkret wird zur Reform des aktuellen Modells vorgeschlagen:

- In organisatorischer Hinsicht die signifikante Stärkung der hauptamtlichen und unparteiischen Mitglieder des G-BA einschließlich verstärkter Repräsentanz von Allgemein- und Patienteninteressen.
- In verfahrensmäßiger Hinsicht die Stärkung der Antrags- und Stellungnahmeberechtigung von Outsidern als potenzielle Innovatoren v.a. bei der Initiierung, Beratung und Vorbereitung von Sachentscheidungen sowie die Evaluation der in Erprobungsverfahren anzuwendenden Prüfmethode.

III. Begründung der konkreten Vorschläge im Einzelnen

Die Erhöhung der Anzahl der hauptamtlichen und unparteiischen Mitglieder reduziert den unmittelbaren Einfluss der weisungsgebundenen Vertreter und senkt damit das Risiko, dass bestimmte Gruppeninteressen systematisch stärker berücksichtigt werden als andere. Dies ist umso mehr der Fall, als die Vertreter der Krankenkassen und Leistungserbringer im modifizierten Modell kein Stimmrecht mehr haben und auch nicht mehr die hauptamtlichen und unparteiischen Mitglieder benennen, sondern sie für eine Amtszeit von neun Jahren wählen. Die gewählten hauptamtlichen und unparteiischen Mitglieder unterliegen nicht den Weisungen der jeweiligen Trägerorganisationen.

Durch die ansonsten vollwertige Mitgliedschaft der Vertreter der Krankenkassen und Leistungserbringer im Plenum wird jedoch gesichert, dass eine hinreichende Sachkenntnis in die Entscheidungsprozesse einfließt. Durch die Wahl von jeweils drei hauptamtlichen und unparteiischen Mitgliedern durch gesetzliche Krankenkassen und Leistungserbringer wird zudem dem Prinzip der Selbstverwaltung weiterhin Rechnung getragen.

Die Wahl von drei hauptamtlichen und unparteiischen Mitgliedern durch den Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages stärkt nicht nur die demokratische Legitimation des Entscheidungsgremiums, sondern auch die institutionalisierte Repräsentanz der übrigen Betroffenen wie der Patienten und der weiteren, bisher nicht repräsentierten Interessengruppen.

Die nachgelagerte Karenzzeit von 18 Monaten dient der Stärkung der Unabhängigkeit und soll der Gefahr entgegenwirken, dass hauptamtliche und unparteiische Mitglieder ihr Entscheidungsverhalten vor allem gegen Ende ihrer Amtszeit an künftigen Berufschancen ausrichten könnten. Eine längere Karenzzeit als 18 Monate hält die Reformkommission nicht für erforderlich, zumal es ansonsten schwierig werden könnte, die besten Personen zu gewinnen. Ebenfalls der Stärkung der Unabhängigkeit dient die Verlängerung der Amtszeit von hauptamtlichen und unparteiischen Mitgliedern auf neun Jahre und das Verbot der Wiederwahl.

Durch das System rotierender Amtszeiten soll eine gewisse Kontinuität der Entscheidungsfindung gewährleistet werden und zugleich das institutionelle Wissen geschützt werden, welches bei einem vollständigen Austausch aller Mitglieder zu einem bestimmten Zeitpunkt verloren gehen kann.

Erwägenswert erscheint der Reformkommission zudem eine Rotation der Mitglieder in den Unterausschüssen (wie bei den Beschlusskammern des Bundeskartellamts). Die Rotation kann eine zu hohe Identifikation der Mitglieder mit bestimmten Anliegen („*Regulatory Capture*“) vermeiden helfen. Jedoch kann eine Rotation auch zu institutionellem Wissensverlust führen. Da eine Abwägung der Vor- und Nachteile schwierig ist, sollte der G-BA selbst überprüfen, wie Vor- und Nachteile eines solchen Prinzips zu gewichten sind. Durch – soweit möglich – öffentliche Tagungen soll eine hohe Transparenz der Entscheidungsfindung gewährleistet werden.

Die Erhöhung der Zahl der hauptamtlichen und unparteiischen Mitglieder sowie die Stärkung ihrer Unabhängigkeit reduziert zugleich das Risiko, dass Innovationen, die die Versorgung eigentlich verbessern würden, aus sachfremden Erwägungen behindert werden. Innovationen führen regelmäßig zu einer Verschiebung von Profiten bzw. ökonomischen Renten. Während der Innovator in der Regel gewinnt, verlieren diejenigen, deren traditionellen Methoden oder Produkte durch neue ersetzt werden. Sofern im G-BA die Outsider ohne Stimmrecht die potenziellen Gewinner einer Innovation sind, während Insider mit Stimmrecht zu den Verlierern gehören, wäre eine Benachteiligung der Innovationen durch entsprechendes Stimmverhalten zu befürchten.

Stellungnahme- und Antragsrechte ermöglichen es Outsidern, ihre Anliegen in den Entscheidungsprozess einzuspeisen. Diese Partizipationsrechte sind gerade mit Blick auf die Outsider-Problematik und die Einbringung von Innovationen von besonderer Bedeutung. Ein Blick auf den

aktuellen Rechtsrahmen zeigt, dass Stellungnahme- und Antragsrechte in weitem Umfang gewährleistet sind und auch im Laufe der Zeit eine Ausdehnung zu verzeichnen ist. Indes fällt auf, dass der Zeitpunkt für die Möglichkeit zur Stellungnahme zu spät angesetzt ist.

So ist in § 10 Abs. 1 Satz 1 VerfO bestimmt: *„Das Stellungnahmeverfahren wird durch einvernehmlichen Beschluss des zuständigen Unterausschusses eingeleitet, wenn er seine Beratungen für weitestgehend abgeschlossen hält.“* Weiter verdeutlicht § 10 Abs. 2 Satz 1 VerfO, dass zu diesem Zeitpunkt schon ein Beschlussentwurf vorliegen muss: *„Zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens ist ein Beschlussentwurf den gemäß §§ 9 und 11 stellungnahmeberechtigten Organisationen und Sachverständigen zur Stellungnahme mit Angabe der beschlossenen Stellungnahmefrist zuzuleiten. Dem Beschlussentwurf soll eine zusammenfassende Dokumentation (§ 5 Abs. 4) beigelegt werden.“*

Nachdem die Chancen für eine effektive Beeinflussung der Sachentscheidung desto höher sind, je weniger gefestigt die Meinungsbildung ist, ist der Zeitpunkt für das Stellungnahmeverfahren vorzuverlegen respektive eine frühzeitige Stellungnahmemöglichkeit einzuräumen. Um eine hinreichende Auseinandersetzung mit der Stellungnahme sicherzustellen, erscheint überdies eine Würdigung der Stellungnahmen (über § 13 VerfO hinaus) bei der Entscheidungsbegründung erforderlich.

Gerade für kleinere und mittlere Unternehmen sowie Start-Ups, die im Hinblick auf mögliche Innovationen besonders vielversprechend sind, kann das aufwändige Antragsverfahren eine nicht unerhebliche Marktzutrittschürde darstellen. Bereits heute obliegt dem G-BA gemäß § 137e Abs. 8 Satz 1 SGB V, Anbieter *„zu den Voraussetzungen der Erbringung einer Untersuchungs- oder Behandlungsmethode zulasten der Krankenkassen“* zu beraten. Zur Stärkung der Innovationsoffenheit empfiehlt die Reformkommission zu prüfen, ob und inwieweit dieses Beratungsrecht zu einem effektiven serviceorientierten Beratungsangebot ausgeweitet werden kann (*„Innovations-Helpdesk“*).

In § 137e Abs. 7 SGB V ist die Möglichkeit der Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auf Antrag eines Medizinproduktherstellers vorgesehen, was Innovationen durch Outsider prinzipiell ermöglicht. Für den Marktzugang entscheidend ist jedoch auch ein Abschluss des Zulassungsverfahrens in angemessener Zeit. Es ist daher zu prüfen, inwieweit das Antragsverfahren effektiver und v.a. beschleunigt – ggf. mit konkreten Fristen – ausgestaltet werden kann.

Die Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und die begleitenden Evaluationen sind mit Kosten verbunden. In der Regel sollten die mögliche Kostenerstattung für Medizinprodukte sowie die erwarteten wirtschaftlichen Erfolgsaussichten ausreichende Anreize für Innovationen stiften. Gleichwohl ist denkbar, dass auch Wettbewerber des Antragstellers besonders

von einer möglichen Erprobung profitieren (etwa weil sich ein Produkt nur schwer durch Patente schützen lässt). In diesen Fällen werden für Wettbewerber positive externe Effekte generiert, sodass im Extremfall ein Trittbrettfahrerverhalten entstehen kann, bei dem jeder Produzent auf die Erprobung einer Innovation durch einen anderen Produzenten und die dementsprechende Finanzierung der Erprobung durch andere Produzenten wartet. In solchen Fällen mag eine ausnahmsweise Übernahme der Erprobungskosten durch den G-BA oder – soweit möglich – eine Umlage ratsam sein, sofern die o.g. erwartbaren positiven Effekte auf Wettbewerber vom Antragsteller hinreichend substantiiert werden.

Anlass zu Kritik hat in der Vergangenheit auch die Auswahl des Designs und der Methoden von Studien zur Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 137e SGB V gegeben. Insbesondere für innovative Produkte sind bestimmte Untersuchungsdesigns, die in anderen Bereichen einen sinnvollen Standard darstellen, nicht immer möglich. So sind etwa Doppelblindstudien mit Placebos im Bereich von Arzneimitteln oftmals sinnvoll. Bei Medizinprodukten (etwa neuartigen Prothesen) hingegen ist dies rein technisch gar nicht möglich, da eine etwaige Kontrollgruppe ebenso stets wissen wird, dass sie nicht behandelt wird wie die Treatment-Gruppe von ihrer Behandlung weiß. Dies kann auch zu unterschiedlichen Abbruchraten der Studienteilnehmer führen. Um ein stärkeres Feedback zur Sinnhaftigkeit der gewählten Designs und Methoden zur Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu erwirken, ist eine regelmäßige externe wissenschaftliche Evaluation ratsam. Eine solche regelmäßige Evaluation liefert nicht nur ex post Erkenntnisse, sondern sie regt auch ex ante zu einem stärkeren Hinterfragen eigener Positionen an.

Da für den Einzelfall jedoch eine regelmäßige wissenschaftliche Evaluation im Zweifel zu spät kommen wird, ist es sinnvoll, zusätzlich eine unabhängige Methodenschiedsstelle zu schaffen, die mit anerkannten Wissenschaftlern besetzt ist und bei abweichenden Auffassungen zum Studiendesign auch im Einzelfall angerufen werden kann, um Differenzen über Studiendesign und -methode effektiv zu beseitigen.

Diese Mechanismen zur stärkeren Kontrolle des Designs und der Methoden zur Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sollen zu einer verbesserten Evaluationspraxis beitragen, indem eine kurz- und langfristige Fehlerkorrektur im System verankert wird sowie regelmäßig externe Expertise über die regelmäßige Evaluation in das System injiziert wird.



Digitale Chancen nutzen Versorgungsqualität stärken Fairen Wettbewerb ermöglichen

Die gesundheitspolitischen Forderungen der
Techniker Krankenkasse für die 19. Legislaturperiode

Inhalt

Digitale Chancen nutzen – Versorgungsqualität stärken – Fairen Wettbewerb ermöglichen

1 Digitalisierung patientenorientiert und qualitätsgesichert vorantreiben

- 4 Elektronische Gesundheitsakte
- 4 Digitale Signatur
- 4 Zulassung und Qualitätsbewertung von Health Apps
- 5 Ausbau der Telemedizin
- 6 Datenverfügbarkeit zur Verbesserung der Versorgung

2 Versorgungsqualität gestalten und stärken

- 7 Förderung neuer Versorgungsformen
- 7 Teilmonistik
- 7 Ausbau Zweitmeinungsverfahren
- 8 Sprechende Medizin stärken und Ärzte entlasten
- 9 Aufhebung der Mengenbegrenzung bei Unterversorgung

3 Die sektorübergreifende Versorgung ausbauen

- 10 Sektorübergreifende Bedarfsplanung und ambulante Leistungserbringung an Krankenhäusern
- 10 Hybrid-DRG
- 11 Koordinierte Notfallversorgung

4 Fairer Wettbewerb durch manipulationsresistenten Risikostrukturausgleich

- 12 Risikostrukturausgleich
- 13 Angleichung der Aufsichtspraxis

Digitale Chancen nutzen – Versorgungsqualität stärken – Fairen Wettbewerb ermöglichen

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gewährleistet die gesundheitliche Teilhabe für über 70 Millionen Menschen in Deutschland. Sie erfreut sich einer steigenden Attraktivität und einer großen Akzeptanz in der Bevölkerung. Noch nie waren so viele Menschen in Deutschland so gut versorgt und abgesichert wie heute. Die GKV und die ihr zugrunde liegenden Prinzipien von Solidarität, Selbstverwaltung und Wettbewerb haben sich als krisenfest und wandlungsfähig erwiesen. Auch finanziell steht die GKV gut da: Das stabile Wirtschaftswachstum und die gute Arbeitsmarktlage sorgen derzeit für steigende Beitragseinnahmen.

In den vergangenen vier Jahren gab es eine umfangreiche gesundheits- und pflegepolitische Gesetzgebung. Anders als etwa in der Pflegeversicherung – wo der Gesetzgeber in den vergangenen Jahren einen Paradigmenwechsel eingeleitet hat – sind zentrale strukturelle Weichenstellungen für die Zukunft der GKV trotz der guten Voraussetzungen ausgeblieben. Für die Krankenversicherungen stehen die wegweisenden Entscheidungen noch an: Beim Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) zeigen sich erhebliche Wettbewerbsverzerrungen, die sektorübergreifende Versorgung steckt noch in den Kinderschuhen, die Konzepte gegen eine drohende ärztliche Unterversorgung entfalten noch zu wenig Wirkung, Versorgung findet viel zu häufig dort statt, wo sie besser bezahlt wird, statt dort, wo die Qualität am besten ist, und die Organisation der Notfallversorgung ist weiterhin umstritten und ineffizient.

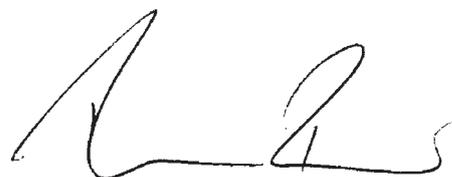


Dr. Jens Baas
Vorsitzender des Vorstands

Die Techniker Krankenkasse (TK) sieht sich dabei als Markt- und Innovationsführer in besonderer Verantwortung, Antworten auf die Herausforderungen zu formulieren, die der Wandel in der Arbeits- und Lebenswelt vieler Menschen mit sich bringt. Der Fortschritt, ob gesellschaftlich, medizinisch oder technisch, birgt Hoffnung und Veränderung. Die Zukunft, nicht nur der GKV, liegt dabei in der Digitalisierung. Und so einfach wie heute wird es nie wieder sein, mit dem digitalen Wandel Schritt zu halten und diesen für den Bereich Gesundheit zu definieren.

Die Akzeptanz von eHealth und Telemedizin in der Bevölkerung ist groß – die digitalen Erwartungen an das Gesundheitswesen sind es ebenfalls. Für die TK geht es daher nicht um die Frage, ob wir uns und unsere Arbeit digitalisieren, sondern wie wir es tun. Die zentrale Herausforderung besteht darin, dass wir die Digitalisierung selbst gestalten und den Rahmen vorgeben, in dem dies geschieht. Wenn wir sie nicht bedienen, werden es andere tun. Die TK ist davon überzeugt, dass wir diesen Weg jetzt und mit aller Bestimmtheit gehen müssen.

Die TK bekennt sich zu einer modernen und wettbewerbsfähig ausgerichteten gesetzlichen Krankenversicherung, die zugleich auch solidarisch und patientenorientiert ist. All unser Handeln und Wirken dient dem Zweck, unseren Versicherten in jeder Lebenslage ein sicherer, verlässlicher Partner für ihre Gesundheit zu sein. Und so denken wir auch die Zukunft der GKV konsequent aus Sicht der Versicherten und Patienten.



Thomas Ballast
Stellvertretender Vorsitzender des Vorstands

1

Digitalisierung patientenorientiert und qualitätsgesichert vorantreiben

Elektronische Gesundheitsakte Die Digitalisierung im Gesundheitswesen ist von großer Bedeutung. Sie hat das Potenzial, die Effizienz und Transparenz in der Branche zu steigern und die Versorgung der Versicherten zu verbessern. Dazu bedarf es der digitalen Vernetzung aller relevanten Akteure, die einen inter- und intrasektoralen digitalen Austausch von Informationen erlaubt. Die Politik hat diesen Handlungsbedarf erkannt und mit dem E-Health-Gesetz den Rahmen für ein digital vernetztes Gesundheitswesen geschaffen.

Um ihre Vorreiterrolle in der Digitalisierung weiter zu stärken, wird die TK ihren Versicherten eine transparente und zugleich sichere elektronische Gesundheitsakte zur Verfügung stellen. Aus Sicht der TK ist eine solche patientengesteuerte Datenplattform nicht nur zeitgemäß, sondern essenziell für Versorgungsqualität und Patientensicherheit. Die Krankenkassen müssen daher verpflichtet werden, ihren Versicherten die Einrichtung einer elektronischen Gesundheitsakte bei einem von den jeweiligen Kassen ausgesuchten Dienstleister anzubieten. Sie übernimmt die Kosten und stellt sicher, dass Daten der Versicherten ausreichend geschützt sind. Wichtig ist jedoch, dass allein die Versicherten entscheiden, ob sie die elektronische Gesundheitsakte nutzen. Sie alleine besitzen die Hoheit über ihre Daten. Dazu gehört auch die Entscheidung über Speicherung sowie Freigabe ausgewählter Daten. Um Insellösungen und Wettbewerbsbehinderungen auszuschließen, müssen die technischen Standards und Schnittstellen einheitlich sein und klar definiert werden. Die elektronische Gesundheitsakte soll das elektronische Patientenfach zur Kommunikation mit der Telematikinfrastruktur nutzen.

Digitale Signatur In vielen Lebensbereichen kommunizieren Menschen digital mit Geschäfts- und Vertragspartnern. Damit sich die Vertragspartner gegenseitig eindeutig identifizieren können, wurden sichere und praktikable technische Lösungen entwickelt. Für die Kommunikation zwischen den Versicherten und ihrer Krankenkasse hingegen ist für viele Versorgungsangebote die Schriftform gesetzlich vorgeschrieben. Die TK hält die Schriftform insbesondere bei Teilnahmeerklärungen grundsätzlich für sinnvoll. Sie erfüllt eine Warnfunktion für den Versicherten und stellt dar, dass der Versicherte einen Vertrag mit seiner Krankenkasse eingeht.

Zur Förderung der elektronischen Kommunikation zwischen der Krankenkasse und ihren Versicherten (§ 67 SGB V) und zum Ausbau der elektronischen Verwaltung im Sinne des E-Government-Gesetzes fordert die TK, diese Regelungen um eine sichere, und in der Bevölkerung verbreitete und akzeptierte Alternative zu erweitern. Die TK schlägt vor, über § 36a SGB I eine Öffnungsklausel für die digitale Kommunikation der Krankenkassen mit ihren Versicherten zu schaffen. Analog zu den gebräuchlichen und verbreiteten Authentifizierungsverfahren im Handel oder beim Bankgeschäft sollten sich Krankenkassen die Identität der Versicherten außer durch die elektronische Gesundheitskarte auch durch die Kombination der Faktoren Wissen, Besitz oder Biometrie nachweisen lassen dürfen.

Zulassung und Qualitätsbewertung von Health Apps Die Digitalisierung ist ein Treiber von Innovationen im Gesundheitswesen und weist große Potenziale auf, die Gesundheitsversorgung effizienter zu gestalten. Im Vergleich zu anderen

Branchen ist der Gesundheitsmarkt jedoch von komplexen Regulierungsverfahren für Zulassung und Erstattung geprägt. Dies betrifft auch digitale Anwendungen, beispielsweise Health Apps. Die Regeln im Medizinproduktegesetz sind insbesondere durch die hohe Dynamik bei der Entwicklung von Apps und anderen digitalen Anwendungen problematisch. Es herrscht für Anbieter zudem keine hinreichende Transparenz über die Zulassungspflicht und -kriterien. Ferner gibt es keine einheitlichen Qualitätsstandards, die etwas zum Nutzen, der Vertrauenswürdigkeit und der Qualität von Health Apps aussagen. Damit entgeht dem ersten Gesundheitsmarkt ein großes Potenzial hinsichtlich der Innovationsfähigkeit und des medizinisch-technischen Fortschritts. Ein positives Innovationsklima für das deutsche Gesundheitswesen ist jedoch wichtig, damit Start-ups und junge Unternehmen nicht vom deutschen Markt abwandern.

Die TK schlägt für die Zulassung und Erstattungsmöglichkeiten von Gesundheitsapps die Schaffung klarer Rahmenbedingungen vor, die den Besonderheiten digitaler Anwendungen Rechnung tragen. Hierfür wird ein nach Risikoklassen gestaffeltes Klassifikationsmodell benötigt. So sollen digitale Anwendungen, die in medizinische Entscheidungsprozesse eingreifen und somit mit einem höheren Risiko/Gefahrenpotenzial in ihrer Anwendung verbunden sind, in eine höhere Risikoklasse bei der Zulassung eingestuft werden als beispielsweise reine Informationsangebote.

Damit Gesundheitsapps in der Versorgung erstattet werden können, müssen deren Sicherheit und Wirksamkeit nachgewiesen werden. Der Zugang von Apps in die Gesundheitsversorgung sollte über den selektivvertraglichen Erstattungsweg generell möglich sein. Dem Grundsatz der Beitragssatzstabi-

lität hinsichtlich des Belegs von Nutzen und Wirtschaftlichkeit wird damit Rechnung getragen. Dem langwierigen Weg in die kollektivvertragliche Erstattung stehen kurze Zyklen bei Updates für Apps gegenüber. Hier kann ein beschleunigtes Zulassungsverfahren für Health Apps Abhilfe schaffen.

Ausbau der Telemedizin Das Fernbehandlungsverbot in der Musterberufsordnung und den Berufsordnungen der Landesärztekammern schränkt die telemedizinische Leistungserbringung deutlich ein. Es schließt eine telemedizinische Behandlung ohne vorherigen persönlichen Kontakt zwischen Arzt und Patient aus. Die TK begrüßt es daher ausdrücklich, dass die Bundesärztekammer im Dezember 2015 in ihren Erläuterungen zu § 7 Abs. 4 der Musterberufsordnung der Ärzte detailliert beschrieben hat, unter welchen Umständen eine telemedizinische Behandlung zulässig ist. Dass erste Landesärztekammern ihre Berufsordnungen um die Möglichkeit der telemedizinischen Behandlung im Rahmen von Modellprojekten erweitert haben, ist aus

Die Akzeptanz von eHealth und Telemedizin in der Bevölkerung ist groß – die digitalen Erwartungen an das Gesundheitswesen sind es ebenfalls.

Sicht der TK ein richtiger Schritt. Der Gesetzgeber hingegen fasst uneinheitliche Beschlüsse zur Fernbehandlung. Während einerseits das E-Health-Gesetz eine Erstattungsfähigkeit von Online-Videosprechstunden vorsieht, wird andererseits in einer Novelle des Arzneimittelgesetzes das Verbot der Medikamenten-Fernverschreibungen beschlossen.

Die TK ist davon überzeugt, dass neue digitale, telemedizinische Ansätze einen wertvollen Beitrag in der Patientenversorgung leisten können. Insbesondere die Telemedizin kann helfen, Defizite bei Über- und Unterversorgung auszugleichen und Effizienzpotenziale zu realisieren. Um diese Möglichkeiten der beispielgebenden Öffnung der Berufsordnungen zu nutzen, fordert die TK eine gesetzliche Klarstellung zu sinnvollen Ausnahmetatbeständen für die Zulässigkeit medizinischer Fernbehandlungen. Diese können unter anderem umfassen:

- Triage und koordinierende Steuerung
- Individuelle medizinische Beratung
- Ausgewählte Behandlungsgebiete
- Immobiler Patientengruppen
- Screening und Patientenschulung
- Erkrankung im Urlaub / im Ausland

Datenverfügbarkeit zur Verbesserung der Versorgung

Die Auswertung von Routinedaten ist ein wichtiger Baustein für Monitoring und Weiterentwicklung von Versorgungsangeboten in der GKV. Besonders durch die intelligente Verknüpfung von Daten aus verschiedenen Quellen bieten sich vielfältige Möglichkeiten in der Versorgungsforschung, die direkt für eine Verbesserung der Versorgung genutzt werden können. Dass Routinedatenauswertungen eine hohe Relevanz für das Versorgungsgeschehen haben, zeigt sich unter anderem darin, dass im Innovationsfonds der Förderschwerpunkt „Einsatz und Verknüpfung von Routinedaten zur Verbesserung der Versorgung“ ausgerufen wurde. Dennoch gibt es eine Reihe

von Faktoren, welche die Verfügbarkeit und Auswertungen von Routinedaten erschweren beziehungsweise die Aussagekraft von Ergebnissen limitieren.

Die TK will die Versorgung ihrer Versicherten kontinuierlich auf Basis von Routinedatenauswertungen überprüfen und verbessern. Dafür brauchen die Krankenkassen die Möglichkeit, sektorenübergreifend Behandlungssequenzen und Behandlungspfade zu analysieren. Hierfür ist es notwendig, die Möglichkeiten der Auswertungen zu verbessern, indem

- die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen für Abrechnungsdaten aufgehoben werden (über alle Sektoren hinweg) und
- alle Diagnoseangaben (ebenfalls sektorenunabhängig) tagesgenau dokumentiert werden.

Darüber hinaus sollten die rechtlichen Rahmenbedingungen so angepasst werden, dass Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung bezüglich Krankheiten und Risiken den betroffenen Versicherten unmittelbar zur Verfügung gestellt und von diesen genutzt werden können.

2

Versorgungsqualität gestalten und stärken

Förderung neuer Versorgungsformen Zur Förderung von Versorgungsinnovationen wurde in der 18. Legislaturperiode der Innovationsfonds geschaffen. Die TK hat mit großem Engagement ihre Expertise und ihr operatives Know-how in Projekte des Innovationsfonds eingebracht. Die Umsetzung ist jedoch zu bürokratisch, verlangsamt die Durchsetzung von Innovationen im Gesundheitswesen und erhöht deren Kosten. Auch fehlen dem Innovationsfonds wettbewerbliche Anreize für die Krankenkassen. Zudem ist der Innovationsfonds nur auf drei Jahre angelegt worden. Die Förderung von Versorgungsinnovationen sollte aber auf Dauer angelegt werden, unbürokratisch und wirtschaftlich funktionieren und wettbewerblich organisiert sein.

Die TK schlägt daher vor, Versorgungsinnovationen künftig regelmäßig über die Krankenkassen, konkret über Verträge nach § 140a SGB V (Besondere Versorgung) und Modellvorhaben nach § 63 SGB V zu fördern. Hierfür sollte ein Mindestausgabenwert von 2,50 Euro je Versichertem festgelegt werden. Nicht ausgegebene Mittel werden über den GKV-Spitzenverband auf die Krankenkassen umgelegt, die mehr als 2,50 Euro ausgeben.

Teilmonistik Die Bundesländer kommen ihrer Pflicht zur Finanzierung der Investitionskosten (§ 4 KHG) nicht oder nur unzureichend nach. Die Krankenhäuser decken daher ihre Investitionskosten zum Teil durch Erlöse aus den DRG. Um die Gewinne zu erhöhen und aus den Entgelten mehr Investitionen finanzieren zu können, haben die Krankenhäuser in den letzten Jahren vor allem Möglichkeiten der Mengensteigerung genutzt. Diese ist jedoch mit Qualitätseinbußen in der Versorgung verbunden. Somit tragen die Krankenkassen in zunehmendem Maße zur Finanzierung der stationären Versorgungsstrukturen bei, ohne Einfluss auf deren Ausge-

staltung nehmen zu können. Gleichwohl haben diese Defizite einen erheblichen Einfluss auf die Verfügbarkeit und Qualität der erbrachten Leistungen und damit letztlich auf die Gesundheit der Patienten.

Die TK schlägt daher vor, die Investitionskostenfinanzierung der Bundesländer mit einer weiteren, regelhaften Finanzierungskomponente zu flankieren. Zur Realisierung einer leistungsgerechten Investitionsförderung sollten zukünftig die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) jährlich zu kalkulierenden Investitionsbewertungsrelationen genutzt werden. Damit kann die Investitionsfinanzierung der bisherigen pauschalen Fördermittel auf einer objektiven und bundesweit vergleichbaren Basis erfolgen. Gleichzeitig werden dadurch das DRG-System gestärkt und die Versorgungsqualität verbessert.

Im Rahmen einer solchen Teilmonistik muss den Krankenkassen ein Recht zur Mitgestaltung an der Krankenhausplanung der Länder eingeräumt werden. Der Sicherstellungsauftrag bleibt weiter bei den Bundesländern. Es muss jedoch verhindert werden, dass die Bundesländer ihre Investitionen zu Lasten der GKV weiter zurück fahren. Um den Investitionsstau abzubauen, schlägt die TK vor, ein befristetes Sonderprogramm nach dem Vorbild der Investitionsprogramme nach Art. 14 des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (GSG) aufzulegen.

Ausbau Zweitmeinungsverfahren Die TK bietet ihren Versicherten seit über sechs Jahren ein integriertes Versorgungsangebot zum kostenlosen Zweitmeinungsverfahren für Wirbelsäulen-Operationen an. 2016 wurde es um geplante Eingriffe an Knie, Hüfte und Schulter erweitert. Das Angebot zielt auf die Vermeidung von unnötigen und belastenden Operationen, überwiegend in orthopädischen Bereichen, ab. Von 2010 bis 2015 führten 89 Prozent der überprüften Indikationen zu einer alternativen Versorgung.

Der Gesetzgeber hat den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, Richtlinien für Zweitmeinungsverfahren aufzustellen. Bei deren Ausgestaltung sollte der G-BA auf die bereits bestehenden Erfahrungen der Krankenkassen mit freiwilligen Zweitmeinungsverfahren zurückgreifen. Dies gilt für die Indikationsauswahl, die Anforderungen zur Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität sowie die Ausgestaltung eines telemedizinischen Zweitmeinungsverfahrens. Die TK fordert eine gesetzliche Klarstellung, dass eine direkte Konsultation des Patienten durch den zweitmeinungsgebenden Arzt zwingend vorauszusetzen ist. Falls nötig, soll der Arzt den Patienten auch körperlich untersuchen. Ist ein direkter Arzt-Patient-Kontakt aus gewichtigen Gründen nicht möglich, können telemedizinische Verfahren zur Anwendung kommen. Krankenkassen sollen zudem weiterhin zusätzliche Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung als Satzungsleistung oder im Rahmen der Integrierten Versorgung anbieten dürfen.

Sprechende Medizin stärken und Ärzte entlasten Den Patienten stehen heute umfangreiche Präventions-, Therapie und Rehabilitationsoptionen zur Verfügung, und mit der sogenannten „personalisierten Medizin“ werden Erwartungen für eine präzisere und zielgenauere Versorgung geweckt.

Patienten werden heute schon und in Zukunft noch stärker durch vernetzte Leistungserbringer integriert behandelt. Die Ärzte sind dadurch nicht mehr allein Behandler, sie sind zunehmend Koordinatoren der Behandlung ihrer Patienten und steuern diese auf ihrem Weg durch die Versorgungslandschaft. Gleichzeitig fördern gesellschaftliche und technische Entwicklungen die Informiertheit und die Souveränität der Patienten. Durch die Digitalisierung des Alltags und die Zugänglichkeit von medizinischem Laien- und Fachwissen verfügen Patienten heute über wesentlich mehr Informationen zu ihrem körperlichen Befinden. Dementsprechend hat der Gesetzgeber die Informations- und Patientenrechte in den vergangenen Jahren wiederholt gestärkt.

Die durch Arztentlastung, Bürokratieabbau und Digitalisierung gewonnene Zeit muss für das Arzt-Patienten-Gespräch genutzt werden.

Von ihren Ärzten erwarten viele Patienten heute detaillierte Informationen zu Diagnosen und eine Einbindung in die Therapieentscheidung. Eine partizipative Entscheidungsfindung ist versorgungsrelevant, denn sie hat bekanntermaßen positive Effekte auf Therapietreue, Behandlungserfolg und Patientenzufriedenheit. Im Versorgungsalltag stehen aber viele Ärzte unter einem erheblichen Zeitdruck. Sie müssen daher entlastet und von unnötiger Bürokratie befreit werden, um die nötige Zeit für die Beratung und gemeinsame Entscheidungsfindung mit den Patienten zu finden.

Die TK begrüßt es, dass sich die Ärzteschaft intensiv mit der Neudefinition des Berufsbildes und den damit verbundenen ärztlichen Aufgaben befasst. Inhaltlich verbunden ist damit die Verlagerung von Aufgaben und Verantwortung auf das Praxispersonal durch die Übernahme sogenannter „arztlastender Leistungen“, wie sie von den Partnern des Bundesmanteltarifvertrags bereits festgelegt wurden. Hier liegen nicht nur Effizienz- und Qualitätspotenziale. Gerade in unterversorgten Gebieten gibt es dadurch die Chance, die ärztliche Leistungserbringung auf ihre Kerntätigkeit zu fokussieren: Patientengespräche und Therapiemaßnahmen.

Die TK fordert daher, dass in der ambulanten ärztlichen Versorgung die Organisation der ärztlichen Tätigkeit stärker auf die Bedürfnisse derprechenden Medizin ausgerichtet werden muss. Durch Arztlastung, Bürokratieabbau und Digitalisierung kann Zeit für die Hinwendung zum Patienten und das Arzt-Patienten-Gespräch gewonnen werden. Für eine effizientere Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen sollten Vergütungsanreize für eine arztlastende Leistungserbringung in Form von regionalen Zuschlägen je Behandlungsfall möglich sein, wie es heute schon für die telemedizinische Leistungserbringung möglich ist (§ 87a SGB V). Auch der zusätzliche Zeitaufwand derprechenden Medizin muss sich in deren Vergütung widerspiegeln. Diese ist an Qualitätsindikatoren hinsichtlich Behandlungsqualität und Behandlungsergebnis zu knüpfen.

Aufhebung der Mengenbegrenzung bei Unterversorgung

Die ambulante Versorgungsstruktur ist heute durch eine ungleiche regionale Verteilung geprägt. In einigen ländlich geprägten Regionen besteht oder droht ein Mangel an Ärzten (vornehmlich an Hausärzten). Dem gegenüber steht eine Überversorgung in und um Ballungszentren. Mit den bestehenden rechtlichen Rahmenbedingungen wird eine gleichmäßigere Verteilung nur langfristig und in kleinen Schritten erzielbar sein. Es ist davon auszugehen, dass das Niederlassungsverhalten ohne Veränderungen weiter deutlich zu Ungunsten der Randgebiete verlaufen wird. Die mangelnde Attraktivität der Niederlassung in ländlichen Regionen ist nur teilweise durch die Gesundheitspolitik beeinflussbar. Die zur Verfügung stehenden Instrumente sollten aber konsequent genutzt werden.

Die TK fordert daher ein deutliches Signal zur Förderung der Niederlassung in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Planungsbereichen und Arztgruppen. Dieses könnte zum Beispiel in der begrenzten Aussetzung der Honorarverteilung und der Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen als Einzelleistungsvergütung nach EBM ohne Mengenbegrenzung mit dem regionalen Punktwert bestehen. Ist in einem Planungsbereich eine Arztgruppe unterversorgt, ließe sich mit einer solchen, etwa auf zehn Jahre befristeten Ausnahmeregelung für die betroffene Arztgruppe in dem Planungsbezirk ein starker Anreiz für die Niederlassung oder den Verbleib setzen. Vor Umsetzung dieser begrenzten Einzelleistungsvergütung wäre die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zumindest um die Vergütungsanteile der bereits in diesen Planungsbereichen praktizierenden Ärzte zu bereinigen.

3

Die sektorübergreifende Versorgung ausbauen

Sektorübergreifende Bedarfsplanung und ambulante Leistungserbringung an Krankenhäusern

Nicht erst seit dem Gutachten des Sachverständigenrates von 2014 ist bekannt, dass sowohl die räumliche Ungleichverteilung der Versorgungskapazitäten als auch die sektoralen Doppelstrukturen und ein nicht bedarfsgerechtes Versorgungsangebot zu Reformen der Versorgungsstrukturen drängen. Neben den regionalen Fehlallokationen im ambulanten Bereich besteht die zentrale Herausforderung im akutstationären Bereich in Mengensteigerungen, mangelnder Qualitätsorientierung, einer unzureichenden Investitionsfinanzierung und einem nennenswerten Anteil defizitärer Grundversorger in dünn besiedelten Regionen. Ursächlich hierfür ist unter anderem die weiterhin strikte sektorale Trennung in weiten Teilen der Versorgungsstrukturen. Alle bisherigen Ansätze, diese Trennung ordnungspolitisch oder wettbewerblich aufzubrechen, haben sich als wenig wirksam erwiesen.

Die TK fordert daher die konsequente Umsetzung einer bedarfs- und patientenorientierten Planung der Versorgungsstrukturen im stationären und ambulanten Bereich. Mittelfristig muss diese Planung sektorübergreifend stattfinden und sich an Qualitätskriterien orientieren. Hierfür sollen die Länder, die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Akteure der Selbstverwaltung gleichrangige Mitsprache- und Gestaltungsrechte erhalten. Um keine neue Planungsbürokratie zu schaffen, soll das Aufgabenspektrum des Landesgremiums nach § 90a SGB V erweitert und mit entsprechenden Entscheidungskompetenzen ausgestattet werden. Dafür muss dessen Arbeitsfähigkeit gesichert und die Stimmberechtigung im Gremium klargestellt werden. Zentrale Aufgabe dieser sektorübergreifenden Planung muss die strikte Ausrichtung und Verteilung aller Behandlungskapazitäten an den regionalen Versorgungsbedürfnissen sein. Wesentliches Auswahlkriterium muss hierbei die Qualität der Leistungserbringung sein.

Damit die Gremien den regionalen Bedarf ermitteln und planen können, bedürfen die Rechtsgrundlage und die Abgrenzung der ambulanten Leistungserbringung an Krankenhäusern einer grundsätzlichen, strukturellen Neuordnung. Die TK hält es für dringend geboten, diese von einem historisch gewachsenen Sammelsurium verschiedenster Vorschriften in strukturierte Verordnungen zu überführen. Die Krankenhäuser sind dort, wo es zur Sicherstellung der Versorgung notwendig ist, in die ambulante Versorgung der Patienten einzubinden. Dies hat auf Basis tatsächlich vor Ort vorhandener Bedarfe zu erfolgen. Es ist darauf zu achten, dass für niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser gleiche Rahmenbedingungen zur Erbringung der zur Diskussion stehenden Leistungen garantiert werden. Sofern Krankenhäuser Leistungen der niedergelassenen Ärzte erbringen, sind diese aus den entsprechenden vorhandenen Budgets zu vergüten.

Hybrid-DRG Trotz sektoral getrennter Planung stammt ein wachsender Anteil medizinischer Behandlungen in Krankenhäusern aus dem Grenzbereich zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung. Diese ist durch sehr unterschiedliche Vergütungshöhen und Abrechnungsbedingungen geprägt, die im Ergebnis zu erheblichen Fehlanreizen bei der Patientenversorgung führen können. Der Anreiz für Leistungserbringer, diese unterschiedliche Höhe der Vergütung als Entscheidungskriterium für Ort und Umfang der Versorgung heranzuziehen, birgt das Risiko falscher oder unnötiger Behandlungen. Dies trägt nicht zur Verbesserung der Versorgungsqualität für die Patienten bei.

Die TK schlägt daher vor, durch die Einführung von Hybrid-DRG stationäre und ambulante Vergütungssysteme zu harmonisieren und weniger die Erlösanreize als die richtige medizinische Indikation in den Mittelpunkt der Behandlung zu rücken. Grundlagen der Kalkulation von Hybrid-DRG sind

der DRG-Fallpauschalenkatalog und der EBM. Hieraus wird ein Mischpreis ermittelt. Der Hybrid-DRG-Katalog sollte klar abgrenzbare Leistungen enthalten. Als flankierende Maßnahme bedarf es einer zusätzlichen Qualitätssicherung, welche Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität umfasst. Außerdem müssen nachvollziehbare Kriterien zur Indikationsstellung entwickelt werden.

Die TK schlägt weiterhin vor, die Hybrid-DRG als Basis für ein Zukunftskonzept einer gestuften Krankenhausversorgung einzuführen. Diese sieht ein Spektrum von grundversorgenden Krankenhäusern bis zu Maximalversorgern vor, die ihre jeweilige Arbeit aufeinander abstimmen. Um die Versorgung flächendeckend sicherzustellen, sollte die strikte Trennung zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Fachärzten aufgehoben werden. In unterversorgten Gebieten können integrierte Versorgungszentren errichtet werden.

Koordinierte Notfallversorgung Die Zahl der Patienten in den Notaufnahmen der Krankenhäuser und im Rettungsdienst steigt kontinuierlich – ein Teil dieser Patienten würde aber in den Notfallpraxen oder gar in der regulären ambulanten Versorgung ebenso gut oder sogar besser versorgt. Die Ursachen liegen insbesondere in der sektoralen Trennung der verschiedenen Akteure der Notfallversorgung, deren aus Sicht der Patienten unklaren Zuständigkeiten sowie der häufig lückenhaft und unattraktiv organisierten vertragsärztlichen Notfallversorgung. Hinzu kommt, dass Notfallpatienten ihre gesundheitlichen Probleme selten selbst richtig einschätzen können. Die Ersatzkassen haben ein umfangreiches Gutachten vorgelegt, in welchem sie konkrete Lösungsvorschläge machen. Sie schlagen die Vernetzung der Leistungserbringung durch Überwindung der sektoralen Trennung zwischen

Sektorübergreifend versorgen, am Bedarf der Patienten ausrichten und an Qualitäts- kriterien orientieren

ärztlichem Notdienst, Notaufnahmen der Krankenhäuser, Rettungsdiensten und der Versorgungssteuerung in der Notfallversorgung vor. Ziel ist es, den Patienten mittels transparenter Strukturen künftig auf den richtigen Behandlungspfad zu lotsen.

Im Sinne dieses Gutachtens fordert die TK die Entwicklung eines Systems der koordinierten Notfallversorgung. In diesem sollen die Träger der ambulanten und stationären Notfallversorgung und der Rettungsdienste auf Basis des vom G-BA zu entwickelnden Stufenkonzepts kooperieren. Hierzu werden an allen

Krankenhäusern mit Notaufnahmen in Deutschland Portalpraxen errichtet. Diese sind rund um die Uhr die zentrale Anlaufstelle für alle Notfallpatienten. Die Portalpraxen beurteilen den Behandlungsbedarf und leiten den Notfallpatienten in die richtige Versorgungsstruktur weiter. Hierfür müssen standardisierte Einschätzungen des Behandlungsbedarfs entwickelt und die Qualifikation des nicht-ärztlichen Personals angepasst werden. Teil des Konzepts sind gemeinsame Rettungsleitstellen für die Rufnummern 112 und 116117. Um die enge personelle, räumliche und infrastrukturelle Zusammenarbeit der Träger zu gewährleisten, müssen Kooperationsvereinbarungen geschlossen werden. Darüber hinaus muss auch die Beurteilungs- und Entscheidungskompetenz der Patienten hinsichtlich des eigenen Gesundheitszustandes verbessert werden.

4

Fairer Wettbewerb durch manipulationsresistenten Risikostrukturausgleich

Risikostrukturausgleich Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) ist das Verteilungsinstrument für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen. Seine zentrale Aufgabe ist es, seitens der Krankenkassen nicht beeinflussbare Faktoren bezüglich ihrer Versichertenstruktur auszugleichen. Da der Morbi-RSA die Finanzströme zwischen dem Gesundheitsfonds und den Krankenkassen maßgeblich bestimmt, ist seine Ausgestaltung in hohem Maße wettbewerbsrelevant.

Die aktuelle Ausgestaltung des Morbi-RSA führt jedoch zu starken Wettbewerbsverzerrungen. In den acht Jahren seines Bestehens hat der Morbi-RSA die Finanzausstattung einiger regional geöffneter Krankenkassen erheblich verbessert. Vor allem bundesweit geöffnete und in überversorgten Regionen tätige Krankenkassen wie die TK haben hingegen erhebliche Mindereinnahmen. Ursache für diese Verwerfungen sind Fehlanreize in der bestehenden Ausgleichssystematik des Morbi-RSA.

Die Frage, wie die Kriterien für die Auswahl der im Morbi-RSA ausgleichsfähigen Krankheiten ausgestaltet werden, war von Beginn an umstritten. Heute ist klar, dass die Berücksichtigung ambulanter Diagnosen im Morbi-RSA die entscheidende Ursache für die Verwerfungen bei der Verteilung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ist: Bei einer Vielzahl ambulanter Diagnosen haben die behandelnden Ärzte erhebliche Spielräume bei deren Kodierung. Und weil diese Diagnosen/Krankheiten ausgleichsfähig sind, entsteht für die Krankenkassen ein erheblicher Anreiz, auf die Kodierung Einfluss zu nehmen.

In der Folge findet zwischen den Krankenkassen vor allem ein Kodierwettbewerb statt: Erfolgreich sind Krankenkassen, die so einen Preisvorteil generieren können. Die Versorgung der Versicherten tritt dagegen in den Hintergrund. Durch die Kodierbeeinflussung entstehen der GKV erhebliche Mehrausgaben in Form von Kodierpauschalen in Selektivverträgen oder Kosten für Praxisberater. Diese Mittel fehlen allen Krankenkassen in der Versorgung. Der Morbi-RSA deckt zudem extrem hohe Fallkosten nur unzureichend ab und benachteiligt Krankenkassen mit einem hohen Anteil solcher Fälle.

Ohne eine Änderung an der Ausgleichssystematik des Morbi-RSA wird sich die finanzielle Handlungsfähigkeit der Krankenkassen weiter auseinanderentwickeln. Das kann – insbesondere bei steigenden Zusatzbeiträgen – für Krankenkassen mit geringem Deckungsgrad existenzbedrohend werden. Die TK fordert daher faire und einheitliche Wettbewerbsbedingungen. Hierfür sind folgende Reformen in der Ausgestaltung des Morbi-RSA erforderlich:

- Die Veränderung der Krankheitsauswahl hin zu schweren Erkrankungen mit hohen Fallkosten für den einzelnen Versicherten (Gewichtung der Prävalenz über die Logarithmusfunktion)
- Die Einführung einer Versorgungsstrukturkomponente auf Kreisebene zum Ausgleich regionaler Kostenunterschiede
- Die Einführung eines Hochrisiko-Pools
- Der Wegfall von Zuschlägen für Erwerbsminderungsrentner
- Eine Neuregelung bei Auslandsversicherten
- Der Wegfall der Pauschale für Disease-Management-Programme

Angleichung der Aufsichtspraxis Aus Sicht der bundesunmittelbaren Krankenkassen und ihrer Verbände werden Krankenkassen unter der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes benachteiligt: So urteilen die Landesaufsichten bei vergleichbaren Sachverhalten, insbesondere bei Selektivverträgen, Wahlтарifen und Rabattangeboten, in der Regel eher zugunsten der Krankenkasse als die Bundesaufsicht. Krankenkassen unter Landesaufsicht verfügen damit über größere Spielräume im Wettbewerb, was zusammen mit der aktuellen Ausgestaltung des Morbi-RSA zu einem wachsenden Ungleichgewicht in der Finanzkraft beiträgt.

Die TK begrüßt die Maßnahmen und Anstrengungen der Bundesregierung und der Gesundheitsministerkonferenz zur Vereinheitlichung der Aufsichtspraxis in Bund und Ländern. Um die Handlungsspielräume der Krankenkassen im Wettbewerb anzugleichen schlägt die TK eine weitere Vereinheitlichung des Aufsichtshandelns mittels einer Stärkung der Interventionsmöglichkeiten gegen eine ungleiche Aufsichtspraxis vor. Dafür muss der derzeit geltende Unterlassungsanspruch gegen unzulässige Werbemaßnahmen (§ 4 Abs. 3 SGB V) auch auf weiteres wettbewerbliches Handeln ausgeweitet werden. Ebenso muss im Aufsichtsparagraph § 90 Abs. 4 SGB IV das Anrufungsrecht der Krankenkassen mit Pflicht zur Einigung verankert werden.

Digitale Chancen nutzen – Versorgungsqualität stärken – Fairen Wettbewerb ermöglichen. Die gesundheitspolitischen Forderungen der Techniker Krankenkasse für die 19. Legislaturperiode – Herausgeber: Techniker Krankenkasse, Unternehmenszentrale, Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg; Internet: www.tk.de/btw17; Autoren: Dr. Jens Baas und Thomas Ballast; Gestaltung: The Ad Store; Produktion: Rafaela Stein; Litho: Hirte GmbH & Co. KG; Foto: Andreas Friese; Druck: TK Hausdruckerei

© **Techniker Krankenkasse**. Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Einwilligung der TK. Die enthaltenen Informationen wurden sorgfältig recherchiert. Für eventuelle Änderungen oder Irrtümer können wir keine Gewähr übernehmen. Stand: April 2017.

Hinweis Zur besseren Lesbarkeit wird jeweils die männliche Form gewählt (zum Beispiel Mitarbeiter). Gemeint sind selbstverständlich sowohl weibliche als auch männliche Personen.

Hier erfahren Sie mehr:

Meinungen und Positionen zu gesundheitspolitischen Themen in der Bundestagswahl 2017 finden Sie auf: tk.de/btw17.

Folgen Sie [@TK_Presse](https://twitter.com/TK_Presse) auf Twitter.

Für Rückfragen der Politik

Techniker Krankenkasse

Büro Berlin

Tel. 030 - 28 88 47 10

berlin-gesundheitspolitik@tk.de

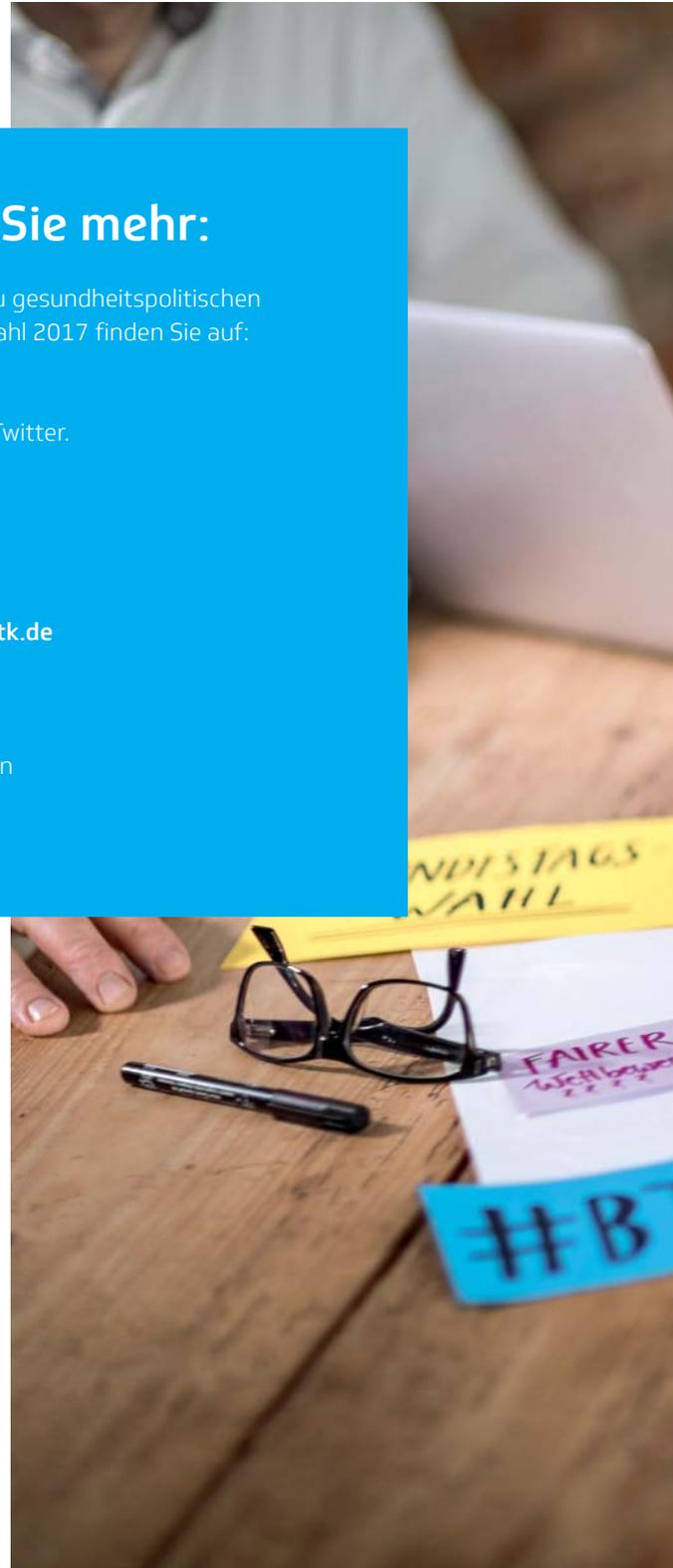
Für Rückfragen der Medien

Techniker Krankenkasse

Unternehmenskommunikation

Tel. 040 - 69 09 - 17 83

pressestelle@tk.de





Politische Forderungen

(Lübeck, 17.03.2017)

- 1. Verbesserung der Versorgungsstrukturen für Schmerzpatienten**
- 2. Keine wichtigen Entscheidungen ohne Patientenbeteiligung mit Stimmrecht**
- 3. Aufnahme der Krankheit „chronischer Schmerz“ in die „Versorgungsmedizin-Verordnung“**

Zu 1. Verbesserung der Versorgungsstrukturen für Schmerzpatienten

- Kürzere Wartezeiten für einen ambulanten, tagesklinischen und stationären Therapieplatz
- Kürzere Wartezeiten auf einen Therapieplatz für ambulante Psychotherapie
- Pflichtfortbildungen für Hausärzte
- Schmerztherapeutische Kassensitzvergabe auch Arztgruppenübergreifend nur an Schmerztherapeuten
- Ausweitung der Angebote für Studierende: Mehr Angebote in der Lehre, Famulaturen
- Budgetfreiheit für Schmerztherapie
- Kein Austausch von Medikamenten in der Schmerztherapie, auf die ein Patient eingestellt wurde

Nach einer Studie aus dem Jahr 2014 (Häuser et al) gibt es in Deutschland ca. 2 Mio. Patienten mit hochgradig chronifizierten Schmerzen. Das Bundesversicherungsamt (BVA) rechnete bereits 2014 mit 3,4 Mio. Patienten mit schweren chronischen Schmerzen. Laut BVA-Auskunft gibt es etwa 1142 ambulant tätige schmerztherapeutische Einrichtungen in Deutschland. Dies bedeutet, dass über 2900 dieser stark betroffenen Schmerzpatienten auf jede dieser Einrichtungen entfallen. Da aber die Zahl der Behandlungsfälle auf 300 – 400 Patienten pro Quartal begrenzt ist, müssen schon heute Schmerzpatienten selbst mit stark chronifizierten Schmerzen lange Wartezeiten in Kauf nehmen (bis zu einem Jahr und länger).

Wenn Hausärzte die Patienten, bei denen eine Prävention der weiteren Chronifizierung ihrer Schmerzen möglich ist, an Schmerzexperten überweisen und diese mit einer mehrmonatigen Wartezeit rechnen müssen, wird die Forderung nach einer Vermeidung der Chronifizierung konterkariert.

Jeder (angehende) Arzt sollte in Deutschland die Grundlagen der Schmerzmedizin erlernen. Damit wird er in die Lage versetzt, „bei unkomplizierten Patienten Leiden durch neuropathische, akute posttraumatische bzw. postoperative Schmerzen und Tumorschmerzen zu lindern, chronisch Schmerzkrankte zu erkennen, einer Schmerzchronifizierung durch Prävention vorzubeugen und ggf. eine adäquate Weiterbehandlung zu veranlassen.“ (siehe A. Kopf/L. Radbruch in „Der Schmerz“ 4, 2014, S. 352, Online publiziert: 29. Juli 2014).

Schmerzkonferenzen, die von Hausärzten einberufen werden, können dazu dienen, schwierig zu behandelnde Patienten mit chronischen Schmerzen adäquat zu behandeln. Die Schmerzkonferenzen sind interdisziplinär besetzt, so dass Fachärzte mit Hausärzten diese Fälle diskutieren können.



Studierende sind erfahrungsgemäß besonders durch Famulaturen zu motivieren. Wenn diese dadurch in schmerzmedizinisch arbeitenden Einrichtungen an die Arbeits- und Denkweisen von und durch Schmerzexperten herangeführt werden, ist damit zu rechnen, dass im weiteren Verlauf des Studiums nach diesen persönlichen Erfahrungen ein besonderes Augenmerk auf schmerzmedizinische Aspekte gelegt wird. In günstigen Fällen wäre zu erwarten, dass mehr Studierende eine Tätigkeit als Schmerzmediziner anstreben.

Es gibt immer mehr Menschen mit chronischen Schmerzen, aber die Versorgung ist unzureichend. Weil die Bedarfsplanung sich an Facharztgebieten orientiert, gehen die Patienten mit chronischen Schmerzen leer aus. Schmerzmedizin ist eine Zusatzbezeichnung. Einen Facharzt für Schmerzmedizin gibt es in Deutschland noch nicht. Experten schätzen, dass für die etwa 2 Mio. schwer chronifizierten Schmerzpatienten eine qualifizierte Schmerztherapie benötigt wird. Bei gut 1000 Schmerzpraxen in Deutschland sind das etwa 3000 in hohem Maße chronifizierte Schmerzpatienten pro Schmerztherapeut. Das ist ungefähr das Siebenfache des jetzt verfügbaren Angebots.

Es darf nicht weiter hingenommen werden, dass Schmerzpatienten sich mit einer mangelhaften Versorgung begnügen müssen. Schmerzpatienten sind Beitragszahler der gesetzlichen Krankenkassen und haben das Recht, genauso wie andere Erkrankte, von einem spezialisierten Arzt versorgt zu werden.

Wenn ein ausschließlich schmerztherapeutisch tätiger Arzt seinen Kassensitz abgibt, soll dieser nur an einen Schmerztherapeuten vergeben werden dürfen, auch Arztgruppenübergreifend.

Linderung bzw. Vermeidung von Schmerzen ist ein Grundrecht. Deswegen dürfen schmerzmedizinisch geeignete medikamentöse wie auch nichtmedikamentöse Maßnahmen nicht durch Budgetierung begrenzt sein.

Die Bioverfügbarkeit von gleichen Wirkstoffen schwankt. Deswegen kann nicht davon ausgegangen werden, dass ein unkomplizierter Austausch von Medikamenten (je nach den aktuellen Rabattverträgen der jeweiligen gesetzlichen KK) erfolgt. Ein Austausch sollte nicht ohne medizinische Notwendigkeit erfolgen und nicht ohne Zustimmung des behandelnden Arztes möglich sein.

Zu 2. Keine wichtigen Entscheidungen ohne Patientenbeteiligung mit Stimmrecht

Viele wichtige Entscheidungen werden immer noch ohne Patientenbeteiligung bzw. ohne deren Stimmrecht getroffen (z. B. Beteiligung von Patienten im Zulassungsausschuss für Ärzte ohne Stimmrecht). Bei Leitlinien-Erarbeitungen (LL) werden erfreulicherweise Patientenvertreter mit Stimmrecht beteiligt (z. B. Überarbeitung der LL „LONTS“).

Gerade weil viele der zu treffenden Entscheidungen für Patienten richtungsweisend sind und vielfach über Mitgliedsbeiträge der Patienten entschieden wird, fordern wir eine bindende Beteiligung von Patientenvertretern mit Stimmrecht.



Zu 3. Aufnahme der Krankheit „chronischer Schmerz“ in die „Versorgungsmedizin-Verordnung“

Die Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) bildet den Rahmen für die Zuerkennung eines Grades der Behinderung (GdB) bzw. Grades der Schädigung (GdS). Von diesem Rahmen darf nicht abgewichen werden. Chronischer Schmerz ist dort nur mit einer „Kann-Formulierung“ erfasst (siehe Erläuterungen unten).

In der Praxis bedeutet dies, dass bei Chronischen Schmerzen eine Erhöhung des GdB bzw. GdS um 10 in **Betracht kommen kann**. Manche Richter bzw. Gutachter verlangen als Nachweis dafür, dass der Betroffene in schmerztherapeutischer Behandlung ist bzw. BTM-Medikamente einnimmt. Daran kritisiert die Patientenvereinigung SchmerzLOS e. V., dass es sich um eine „Kann-Formulierung“ handelt. Somit ist keine Rechtssicherheit gegeben. Außerdem wird der GdB in der Praxis max. um 10 erhöht. Dies schließt nicht die bio-psycho-sozialen Folgen des eigenständigen Krankheitsbildes Chronischer Schmerz ein. Manche Betroffene erhalten keine schmerztherapeutische Behandlung, weil diese in Flächenbundesländern wie z. B. Schleswig-Holstein nicht überall angeboten werden und die Wartezeiten auf einen Termin bei Schmerztherapeuten bis zu einem Jahr betragen.

Betroffene Schmerzpatienten benötigen vielfach einen „Schwerbehindertenausweis“, der ab GdB 50 erteilt wird. Hierdurch werden Nachteilsausgleiche, vor allem am Arbeitsplatz, möglich. Dabei muss bedacht werden, dass man fast immer das Ausmaß der Schmerzen bzw. die damit verbundenen Beeinträchtigungen nicht „sehen“ kann und Schmerzpatienten oft mobbingähnlichen Anfeindungen am Arbeitsplatz ausgesetzt sind. Oft stehen diese durch höhere Fehlzeiten auch eher auf der „Kündigungsliste“ als gesunde Arbeitnehmer. Mit der Schwerbehinderten-Eigenschaft ist ein erhöhter Kündigungsschutz verbunden, der oft hilft, soziale Nachteile, zumindest teilweise, zu vermeiden.

Die bio-psycho-sozialen Beeinträchtigungen bei dem Krankheitsbild Chronischer Schmerz werden nicht berücksichtigt und damit auch nicht korrekt bewertet. Dies bedarf einer Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung. Wir fordern, die VersMedV den elementaren Bedürfnissen der Schmerzpatienten entsprechend anzupassen.



Erläuterungen zu 3.

Die Versorgungsmedizin-Verordnung wurde vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) im Dezember 2008 veröffentlicht.

Dort heißt es wörtlich:

„Bei der Beurteilung des GdS sind auch seelische Begleiterscheinungen und Schmerzen zu beachten. Die in der GdS-Tabelle niedergelegten Sätze berücksichtigen bereits die üblichen seelischen Begleiterscheinungen (z. B. bei Entstellung des Gesichts, Verlust der weiblichen Brust). Sind die seelischen Begleiterscheinungen erheblich höher als aufgrund der organischen Veränderungen zu erwarten wäre, so ist ein höherer GdS gerechtfertigt. Vergleichsmaßstab ist nicht der behinderte Mensch, der überhaupt nicht oder kaum unter seinem Körperschaden leidet, sondern die allgemeine ärztliche Erfahrung hinsichtlich der regelhaften Auswirkungen. Außergewöhnliche seelische Begleiterscheinungen sind anzunehmen, wenn anhaltende psychoreaktive Störungen in einer solchen Ausprägung vorliegen, dass eine spezielle ärztliche Behandlung dieser Störungen - z. B. eine Psychotherapie - erforderlich ist.

j)

Ähnliches gilt für die Berücksichtigung von Schmerzen. Die in der GdS-Tabelle angegebenen Werte **schließen die üblicherweise vorhandenen Schmerzen mit ein und berücksichtigen auch erfahrungsgemäß besonders schmerzhaft Zustände**. Ist nach Ort und Ausmaß der pathologischen Veränderungen eine über das übliche Maß hinausgehende Schmerzhaftigkeit nachgewiesen, die eine ärztliche Behandlung erfordert, **können höhere Werte angesetzt werden**. Das kommt zum Beispiel bei Kausalgien und bei stark ausgeprägten Stumpfbeschwerden nach Amputationen (Stumpfnervenschmerzen, Phantomschmerzen) in Betracht. Ein Phantomgefühl allein bedingt keinen GdS.“ (Hervorhebungen HN)

Im Gegensatz dazu werden bei anderen Krankheitsbildern, wie z. B. „Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ „soziale Anpassungsschwierigkeiten“ berücksichtigt (siehe Erste Verordnung zur Änderung der VersMedV vom 1. März 2010). In der Zweiten Verordnung zur Änderung der VersMedV werden auch das „Ausmaß des Therapieaufwands“ und die „Beeinträchtigungen durch Einschnitte in der Lebensführung“ bei dem Krankheitsbild Diabetes berücksichtigt.

17 Mitglieder gehören dem Ärztlichen Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales an. SchmerzLOS e. V. bemängelt, dass im **Ärztlichen Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin** keine ständige Beteiligung sachkundiger Behinderten- bzw. Patientenvertreter vorgesehen ist. In der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) wird die aktive Beteiligung der behinderten Menschen über die sie vertretenden Organisationen als verfahrensrechtliches Grundprinzip bestimmt. Das **Partizipationsgebot** ist daher auch bei der Überarbeitung der VersMedVO zwingend zu berücksichtigen. Wir schlagen vor, dass zukünftig fünf VertreterInnen der Behinderten- und Patientenverbände im Ärztlichen Sachverständigenbeirat **mit eigenem Stimmrecht** beteiligt werden.



„Faire Wettbewerbsbedingungen schaffen“

Vorschläge der Ersatzkassen für eine Weiterentwicklung des Morbi-RSA

Einleitung

Der Gesetzgeber hat den Risikostrukturausgleich im Jahr 2009 durch direkte Einbeziehung der Morbidität als Risikofaktor (Krankheiten und Krankheitsgruppen) neu justiert. Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) soll dafür sorgen, dass aus bestehenden Unterschieden in der Versichertenstruktur zwischen den Krankenkassen keine ungleichen Wettbewerbschancen resultieren. Diese Aufgabe erfüllt der Morbi-RSA in seiner gegenwärtigen Ausgestaltung nicht ausreichend. Die Verteilungswirkungen des Risikostrukturausgleichs führen zu einer finanziellen Ungleichbehandlung der Krankenkassen. Fundamentale Voraussetzung für ein System mit einem funktionierenden Wettbewerb zwischen den Kassen bildet ein gerecht justierter Risikostrukturausgleich. Die Ersatzkassengemeinschaft setzt sich für die Weiterentwicklung des Morbi-RSA ein, damit für die Krankenkassen in Deutschland faire Bedingungen im Wettbewerb untereinander entstehen.

Der Morbi-RSA benachteiligt viele Krankenkassen im Wettbewerb.

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds im Jahr 2009 fließen alle Beitragseinnahmen der Krankenkassen sowie der Steuerzuschuss aus dem Bundeshaushalt in den Gesundheitsfonds. Die Mittel des Gesundheitsfonds werden wiederum anhand der Kriterien des Morbi-RSA an die Krankenkassen zugewiesen. Diese richten sich nach Alter, Geschlecht, Erwerbsminderungsstatus und Morbidität der Versichertenpopulationen und orientieren sich in der Höhe an den jeweiligen bundeseinheitlichen Durchschnittskosten.

Der Gesetzgeber hat bei der Einführung des Morbi-RSA festgelegt, dass 50 bis 80 insbesondere kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf ausgleichsfähig sind. Die Frage, welche Auswahlkriterien dafür zugrunde gelegt werden, war von Beginn an umstritten. Man hat damals entschieden, der Häufigkeit einer Erkrankung den Vortritt vor der Schwere einer Erkrankung zu geben. Heute ist erkennbar, dass die stärkere Gewichtung der Häufigkeit gegenüber ihrer Schwere zu Verwerfungen bei der Verteilung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds führt. Mit

dazu beigetragen hat auch die Zunahme der Spielräume bei der Diagnosekodierung. Folgerichtig haben sich die Krankenkassen seit 2009 intensiv um die zuweisungsrelevanten Diagnosen gekümmert. Der daraus resultierende „Kodierungswettbewerb“ beeinflusst die Finanzströme im Ausgleichsverfahren. Der Morbi-RSA mit seiner Ausgleichssystematik deckt Hochkostenfälle nur unzureichend ab und benachteiligt im Wettbewerb Kassen mit einem hohen Anteil solcher Fälle.

Auch die beibehaltenen Zuschläge für Versicherte mit Erwerbsminderungsstatus und für in strukturierten Behandlungsprogrammen eingetragene Versicherte wirken wettbewerbsverzerrend. So werden Erkrankungen, die einer Erwerbsminderungsrente zu Grunde liegen, heute in der Regel im Morbi-RSA berücksichtigt. Ein indirekter Morbiditätsindikator wie der Erwerbsminderungsstatus ist daher nicht mehr nötig. Ähnlich sieht es auch beim Zuschlag für Versicherte, die in strukturierten Behandlungsprogramme eingeschrieben sind, aus. Hier ist es ebenfalls möglich, die Grunderkrankung über den Morbi-RSA abzubilden und auszugleichen. Krankenkassen mit vielen Erwerbsminderungsrentnern (EMR) und Versicherten in strukturierten Behandlungsprogrammen erhalten dadurch ungerechtfertigt hohe Zuweisungen.

Darüber hinaus wirken die erheblichen regionalen Unterschiede in den Versorgungsstrukturen und die damit verbundenen deutlichen Unterschiede bei den Leistungsausgaben wettbewerbsverzerrend. Auf die Entwicklung dieser Strukturen haben die Krankenkassen so gut wie gar keinen Einfluss. Krankenkassen, die nur in Regionen mit besonders effizienten oder „schlanken“ Versorgungsstrukturen aktiv sind, haben einen Wettbewerbsvorteil gegenüber Krankenkassen, die in Regionen mit einer hohen Versorgungsdichte aktiv sind.

In den sieben Jahren seines Bestehens hat der Morbi-RSA die Finanzausstattung einiger regional aktiver Krankenkassen erheblich verbessert. Vor allem bundesweit geöffnete und in überversorgten Regionen tätige Krankenkassen haben hingegen erhebliche Mindereinnahmen aus dem Fonds zu verbuchen. Auf Ebene der Kassenarten betrachtet, ergibt sich für die Ersatzkrankenkassen eine dauerhafte Unterdeckung. Die Betriebskrankenkassen wiesen nur 2011–2013 einen ausgeglichenen Deckungsgrad aus und rutschten ähnlich wie die Innungskrankenkassen 2014 in eine deutliche Unterdeckung. Die Knappschaft hält ihren Deckungsgrad knapp im positiven Bereich, während

die AOKen dauerhaft überdeckt sind, seit 2013 in erheblichem Maße. Durch die fortgesetzte Unterdeckung im Morbi-RSA nimmt der finanzielle Druck bei den betroffenen Krankenkassen kontinuierlich zu.

Die Wettbewerbsverwerfungen sind größer geworden.

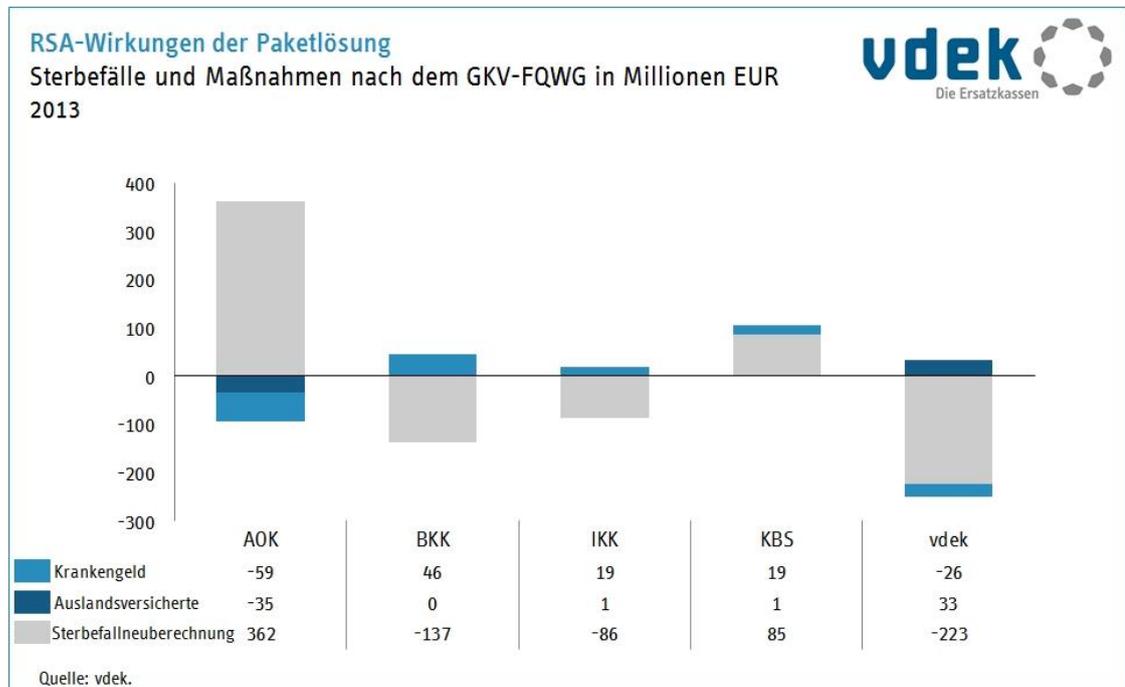
Mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) verfolgt die Bundesregierung das Ziel, den Morbi-RSA weiterzuentwickeln. Die letzte Untersuchung des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs basierte auf dem Ausgleichsjahr 2009 und hatte für viele festgestellte Fehlallokationen keine befriedigenden Lösungsansätze vorgeschlagen. Aus diesem Grund wird derzeit für die Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte nach Konzepten für eine zielgenaue und systemkonforme Bemessung gesucht. Dazu sind mit dem FQWG Gutachtenaufträge vergeben worden. Zwischenzeitlich – jedoch unbefristet – sieht das FQWG ab dem Jahresausgleich 2013 folgende Übergangslösungen vor:

- Die Zuweisungen für Auslandsversicherte werden für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) insgesamt auf die Summe der von ihnen verursachten Leistungsausgaben begrenzt. Entsprechend werden die kassenindividuellen Zuweisungen proportional gekürzt. Es wird aber nicht die bei einigen Kassen bestehende Unterdeckung von Ausgaben für Auslandsversicherte behoben.
- Beim Krankengeld erfolgen je 50 Prozent der Zuweisungen nach dem bisherigen standardisierten Verfahren und nach tatsächlichen Ausgaben.

Ebenfalls ab dem Jahresausgleich 2013 wurden gemäß eines Urteils des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen (LSG NRW) vom Juli 2013 methodische Änderungen bei der Berechnung der Zuweisungen für Versicherte mit unvollständigen Versicherungsperioden – bei den sogenannten „Sterbefällen“ – erforderlich. Die Finanzwirkung des Morbi-RSA veränderte sich durch diese Maßnahmen erheblich (siehe Abbildung 1): Während die AOKen im Jahr 2013 in Summe ein Plus von 268 Millionen Euro generieren konnten, mussten die Ersatzkassen insgesamt ein Minus von 216 Millionen Euro hinnehmen. Denn

die Übergangslösungen des GKV-FQWG konnten bei weitem nicht die negativen finanziellen Folgen der Änderung der Berechnungsweise bei den Sterbefällen für den vdek kompensieren. Dieses Problem setzt sich, solange die heutigen Regelungen gelten, Jahr für Jahr fort.

Abbildung 1: RSA-Wirkungen durch Sterbefallregelung und GKV-FQWG

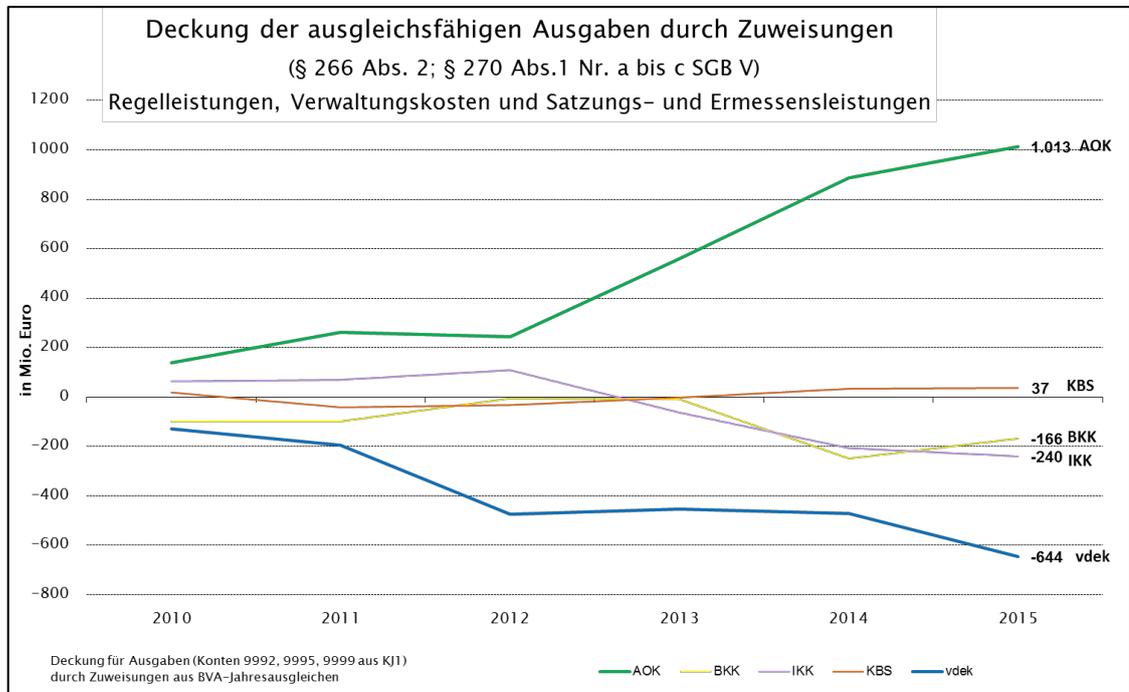


Insbesondere die Sterbefallneuregelung bewirkt ab dem Jahr 2013 ein weiteres Auseinanderdriften der Wettbewerbspositionen zwischen den Kassen und geht vor allem zulasten von Betriebs- und Innungskrankenkassen und Ersatzkassen. Wie in Abbildung 2 zu sehen ist, hat sich die in Euro ausgedrückte Differenz zwischen den Deckungsgraden von AOKen (+ 1.013 Millionen Euro) und Ersatzkassen (- 644 Millionen Euro) vergrößert und beträgt für das Jahr 2015 etwa 1,65 Milliarden Euro. Das ist zusatzbeitragsrelevant. Das AOK-System besitzt mit seiner Überdeckung aus den bislang erfolgten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds wesentlich mehr Finanzmittel. Durch die Veränderungen am Morbi-RSA sind die Wettbewerbsvorteile für die AOKen deutlich verstärkt worden.

Dieser Umstand hat neben anderen Faktoren dazu beigetragen, dass manche Krankenkassen erhebliche Finanzreserven bilden konnten und andere nicht. Die Rücklagen sind zwischen den Krankenkassen sehr ungleich verteilt; dies

beeinflusst maßgeblich die aktuelle Preisgestaltung beim Zusatzbeitragssatz. Der Zusatzbeitragssatz ist heute im wesentlichen Ergebnis der kassenspezifischen RSA-Wirkungen.

Abbildung 2: Entwicklung der Über- bzw. Unterdeckung im Morbi-RSA



Ein Beispiel ist die AOK Sachsen-Anhalt, die in hohem Maße von der Sterbefallneuregelung profitiert hat. Die hohen Fondszuweisungen bei gleichzeitig regional bedingt unterdurchschnittlichen Leistungsausgaben stellen die AOK Sachsen-Anhalt im Wettbewerb besser – trotz sehr hoher Verwaltungskosten. Viele ihrer Mitbewerber müssen ohne eigenes Zutun Nachteile hinnehmen, die letzten Endes der Beitragszahler über höhere Zusatzbeiträge trägt.

Die Ersatzkassen wollen ihre Wettbewerbspositionen gemeinsam stärken.

Die beschriebene Fehlentwicklung muss gestoppt werden. Die Ersatzkassen schlagen zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA ein gemeinsames Reformpaket vor, mit dem sie ihre strukturell bedingte Benachteiligung im Finanzausgleich insgesamt um etwa eine halbe Milliarde Euro reduzieren könnten. Die Ersatzkassen wollen damit als Haftungsverbund ihre Wettbewerbsposition

insgesamt stärken. Es muss auch im politischen Interesse liegen, einer weiteren Verfestigung der strukturellen Verwerfungen im RSA vorzubauen, um die Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit aller Krankenkassen zu erhalten.

Die Reformvorschläge der Ersatzkassen sind daneben auch geeignet, den Morbi-RSA zu vereinfachen, unbürokratischer zu gestalten und seine Manipulationsanfälligkeit deutlich zu senken. Dies dürfte sowohl im Sinne der Politik als auch aller Marktteilnehmer sein.

Forderungen der Ersatzkassen

Die Ersatzkassen haben ein Reformpaket zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA geschnürt, das ihre Wettbewerbs- und Leistungsfähigkeit verbessert, indem die Wettbewerbsnachteile für die Ersatzkassen als Kassengemeinschaft und Haftungsverbund insgesamt reduziert werden. Gleichzeitig wird der Morbi-RSA von überholten und nicht mehr gerechtfertigten Detailregelungen befreit. Dadurch wird er einfacher, unbürokratischer und manipulationsunanfälliger. Das Reformpaket der Ersatzkassen enthält folgende Forderungen:

- Wegfall von Zuschlägen für Erwerbsminderungsrentner
- Wegfall der Pauschale für Disease-Management-Programme (DMP)
- Einführung einer Versorgungsstrukturkomponente auf Kreisebene
- Umstellung der Prävalenzgewichtung
- Neuregelung bei Auslandsversicherten
- Hochrisikopool

Unter den Forderungen befinden sich auch Vorschläge zur Streichung von Surrogatparametern. Zu diesen zählen die Zuschläge für Erwerbsminderungsrentner und die Verwaltungskostenpauschale für DMP.

Grundsätzlich ist die Rolle von Surrogaten im Morbi-RSA zu hinterfragen. Ein Surrogat ist per Definition nichts anderes als ein „behelfsmäßiger, nicht vollwertiger Ersatz“. Die hier in Rede stehenden Surrogate wurden als Hilfsgröße eingeführt, als die Morbidität nur indirekt durch den RSA erfasst werden konnte – er eben noch RSA und nicht Morbi-RSA war. Dies ist heute nicht

mehr notwendig, da Morbidität seit dem Jahr 2009 im RSA direkt abgebildet wird. Die Surrogate sind somit systemfremd.

Wegfall von Zuschlägen für Erwerbsminderungsrentner (Surrogat 1)

Zuschläge für Erwerbsminderungsrentner (EMG-Zuschläge) sollten in der Zeit vor Einführung der Morbiditätsausrichtung des RSA die krankheitsbedingt höhere Ausgabenbelastung durch Erwerbsminderungsrentner kompensieren. Sie wurden als eine Art „indirekter Morbiditätsindikator“ genutzt und sind mit **Einführung der Morbiditätsorientierung des RSA** grundsätzlich hinfällig und systemfremd. Die krankheitsbedingte Ausgabenbelastung wird heute über die Morbidität erfasst. Wenig überraschend zeigen wissenschaftliche Untersuchungen, dass ein Großteil der Versicherten mit Erwerbsminderungsstatus auch an einer Krankheit leidet, die durch die Krankheitsauswahl im Morbi-RSA abgebildet wird. Die Erwerbsminderungsrentner sind somit im Morbi-RSA über die Morbidität auch ohne EMG-Zuschläge gut abgebildet (vgl. IGES Institut, Gerd Glaeske: Begleitforschung zum Morbi-RSA – Erwerbsminderungsrenten als Morbiditätsindikatoren?, Berlin 2016).

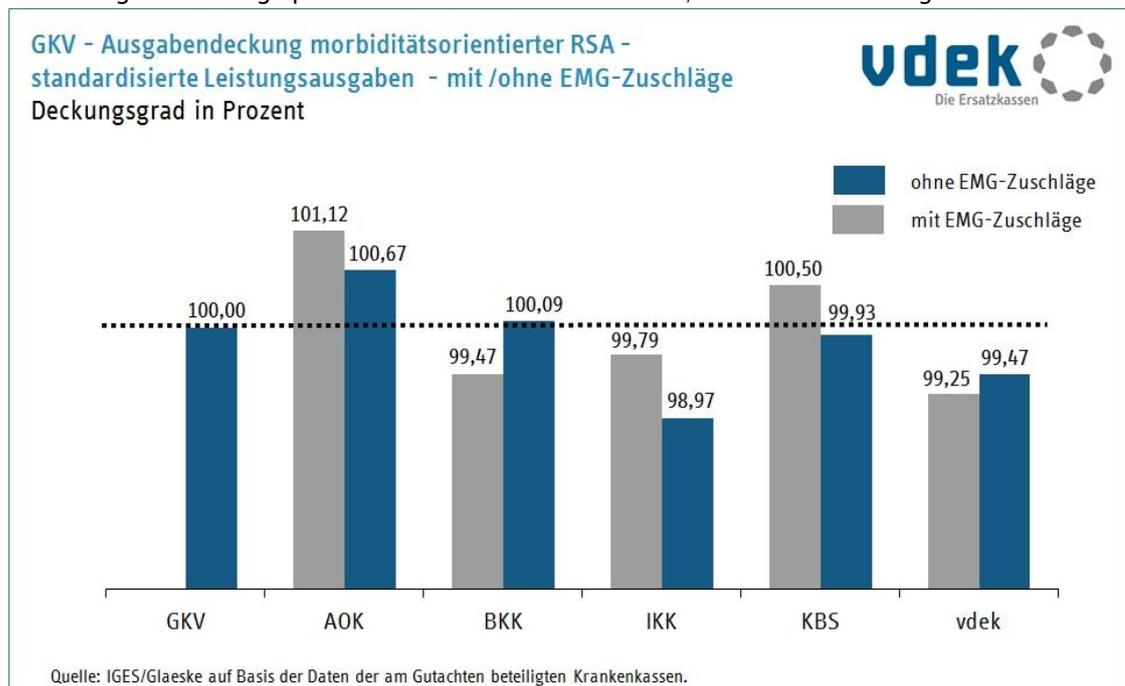
Die Hilfsvariable „Erwerbsminderungsrentenbezug“ ist generell unzulänglich, da sie Zuweisungen an einen Sachverhalt aus einer der GKV-fremden Rechtsmaterie, nämlich der Rentenversicherung koppelt. Zwar leiden Menschen, die eine EMR beziehen in der Regel an komplexen gesundheitlichen Problemen, aber nicht alle Menschen mit komplexen gesundheitlichen Problemen haben Anspruch auf eine EMR: Selbstständige oder nicht Berufstätige können keine gesetzliche EMR beziehen. In der Folge bekommen Krankenkassen, die viele Selbstständige oder nicht berufstätige Personen beschäftigen (z. B. erwachsene Familienversicherte) mit gleichen Erkrankungen versichern, viel seltener EMG-Zuschläge aus dem Gesundheitsfonds; trotz gleicher Krankheitslast. Dies bedeutet eine ungerechtfertigte **Schlechterstellung** dieser Kassen und wirkt bei einem hohen Anteil mitversicherter Familienangehöriger wettbewerbsverzerrend. Gleichzeitig erhalten Krankenkassen mit Erwerbsminderungsrentnern unter sonst gleichen Bedingungen überproportional viel Geld aus dem Gesundheitsfonds.

Die Streichung der EMG-Zuschläge schmilzt die solchermaßen unbegründeten Überdeckungen bei den Krankenkassen ab, die einen überdurchschnittlich

hohen Anteil an Erwerbsminderungsrentnern aufweisen (vgl. Abbildung 4). Das Geld steht dann richtigerweise zur **Verteilung** nach Alter, Geschlecht und Morbidität zur Verfügung. Die im RSA angestrebte Morbiditätsorientierung wird dann konsequenter umgesetzt.

Die Sterbefallneuberechnung hat zu einer deutlichen Erhöhung der Morbiditätszuschläge geführt. Von daher ist seit dieser Neuregelung die Streichung der EMG-Zuschläge überfällig.

Abbildung 4: Deckungsquote Gesundheitsfonds 2014 mit/ohne EMG-Zuschläge



Wegfall der DMP-Pauschale (Surrogat 2)

Derzeit erhalten die Krankenkassen eine Verwaltungskostenpauschale aus dem Gesundheitsfonds für jeden in einem DMP eingeschriebenen Versicherten. Damit sollen ihre Programmkosten (also Dokumentations- oder Koordinationsleistungen) gedeckt werden. Die Ersatzkassen schlagen vor, die DMP-Pauschale zu streichen.

Durch die DMP-Zuschläge werden Krankenkassen für bestimmte Krankheiten de facto zweimal vergütet. Grundsätzlich erhalten sie durch die sogenannte Krankheitsauswahl gesonderte Zuweisungen. Darüber hinaus bekommen sie

durch die DMP eine weitere Vergütung in Form der oben genannten Pauschale. Diese Pauschale dient aber nicht der Einschätzung der Morbidität, sondern gleicht lediglich Verwaltungskosten aus. Für die Krankheiten Brustkrebs und Diabetes werden daher höhere Zuweisungen ausgelöst, die sachlich nicht zu begründen sind. In einem versorgungsneutral ausgestalteten Morbi-RSA haben derart gestaltete Zuweisungen grundsätzlich keinen Platz.

Die politische Annahme hinter den DMP ist, dass durch die bessere Versorgung die Kosten der Behandlung sinken, weil diese kürzer und/oder weniger aufwendig erfolgt. Trifft dies zu, besteht bereits ein finanzieller Anreiz für die Krankenkassen. DMP werden aus Gründen des Wettbewerbs initiiert. Ein zusätzlicher Anreiz über eine Pauschale ist nicht notwendig.

Die Pauschale wirkte zunächst wie eine Art **Anschubfinanzierung** für die DMP. Heute sind die DMP in der Versorgung angekommen und nahezu jede Krankenkasse – darunter alle Ersatzkassen – bietet sie an. Für eine Anschubfinanzierung besteht daher kein Grund mehr. Die DMP-Pauschale als hilfswesiger Anreizfaktor für verbesserte morbiditätsorientierte Programme ist nicht mehr notwendig. Hinzu kommt, dass andere besondere Versorgungsformen (wie Selektivverträge) keinen Sonderzuschlag erhalten. Umso weniger erschließt sich eine dauerhafte Pauschale für DMP. Mehr noch: Sie führt zu einer un gerechtfertigten **Privilegierung** einer Versorgungsform, die eigentlich nur eine vertragliche Präzisierung von Richtlinien darstellt.

Einführung einer Versorgungsstrukturkomponente auf Kreisebene

In Deutschland differieren die Kosten für die gesundheitliche Versorgung stark. In den Ballungsgebieten herrscht eine größere Versorgungsdichte, es gibt ein ausdifferenziertes fachärztliches und heilberufliches Angebot, hochspezialisierte Kliniken und Krankenhäuser. In der Folge sind die Ausgaben je Versicherten in städtischen Verdichtungsräumen deutlich höher als auf dem Land. Davon profitieren insbesondere Krankenkassen mit begrenzter regionaler Ausstrahlung und einem Versichertenstamm in ländlichen Gebieten. Benachteiligt sind Krankenkassen mit vielen Versicherten in den Städten, die überdurchschnittlich hohe Ausgaben verursachen.

Die Versorgungsstrukturen und Preise in den Ländern sind durch die Krankenkassen so gut wie gar nicht beeinflussbar. Während Krankenkassen mit Versichertenschwerpunkt in den Städten Ausgabenunterdeckungen hinnehmen müssen, können Regionalkassen in ländlichen Räumen wie z. B. in Teilen Baden-Württembergs oder in Sachsen-Anhalt mit Überdeckungen aus dem RSA ihre Zusatzbeitragssätze subventionieren. Diese Überdeckungen führen neben Wettbewerbsverzerrungen auch zu unwirtschaftlichem Verhalten. So hat die AOK Sachsen-Anhalt die höchsten Verwaltungskosten aller Krankenkassen bei einem unterdurchschnittlichen Zusatzbeitragssatz von 0,3 Prozent.

Während im Morbi-RSA die alters-, geschlechts- und krankheitsbedingten Unterschiede in der Versichertenstruktur der Krankenkassen ausgeglichen werden, findet kein Ausgleich von angebotsseitigen und strukturbedingten Unterschieden statt. Hierbei handelt es sich um einen Konstruktionsfehler, der sich daraus erklärt, dass man bei Errichtung des Morbi-RSA ausschließlich an den „Faktor Mensch“ gedacht hat. Nun ist es an der Zeit, auch den „**Faktor Struktur**“ einzubeziehen. Dies muss geschehen, denn ein Versicherter verursacht unter sonst gleichen Bedingungen in Hamburg höhere Ausgaben als in Bremerhaven oder Thüringen. Die konkreten Versorgungsbedingungen stellen einen maßgeblichen Faktor dar, der die Ausgabenhöhe bestimmt. Deshalb müssen sie im RSA mit berücksichtigt werden.

Die Ersatzkassen schlagen deshalb vor, den Morbi-RSA um eine **Versorgungsstrukturkomponente** zu erweitern. Über Regionalzuschläge sollen die strukturbedingten Ausgabenunterschiede auf der Ebene der Kreise bzw. kreisfreien Städte nivelliert und Wettbewerbsverzerrungen abgebaut werden. Zwar wäre vom Verfahren her eine Versorgungsstrukturkomponente auf der Ebene der Bundesländer auch vorstellbar. Diese kann jedoch die regionalen Unterschiede unterhalb dieser Ebene in der Regel nicht berücksichtigen. Um diese Unterschiede ebenfalls auszugleichen und den Morbi-RSA damit gerechter auszugestalten, schlagen die Ersatzkassen eine Versorgungsstrukturkomponente auf Kreisebene vor.

Umstellung der Prävalenzgewichtung

Durch den Gesetzgeber ist festgelegt, dass das Bundesversicherungsamt (BVA) 50 bis 80 Krankheiten auswählt, für die gesonderte Zuschläge erfolgen. Die Krankheitsauswahl findet anhand folgender Kriterien statt:

- die Durchschnittskosten der Krankheit je Versicherter,
- die Krankheitsschwere (Anteil der Erkrankten, die im Krankenhaus behandelt werden, oder ob es sich um eine chronische Krankheit handelt),
- und als finales Kriterium die Kostenintensität.

Für die Prüfung der Kostenintensität zentral ist die Frage, was unter einer kostenintensiven Krankheit verstanden wird. Handelt es sich hier um Krankheiten, die in der Einzelbehandlung besonders kostenintensiv sind (oftmals seltene Erkrankungen), oder um Krankheiten, die erst durch eine große Anzahl an Erkrankten kostenintensiv werden (oftmals Volkskrankheiten)?

Durch die derzeit angewandte Rechenmethode verteilt der Morbi-RSA vermehrt Zuschläge für Volkskrankheiten. Seltenerer Krankheiten mit individuell sehr hohen Kosten werden vernachlässigt. Die Ersatzkassen treten dafür ein, die Rechenmethode zu verändern – hin zur logarithmischen Prävalenzgewichtung.

Denn durch die aktuell durchgeführte Gewichtung werden falsche finanzielle Anreize gesetzt: Gerade Volkskrankheiten wie Hypertonie und Diabetes können in der Regel durch **Prävention** verhindert bzw. hinausgezögert werden. In dem Augenblick, in dem Krankenkassen aber kostendeckende oder sogar gewinnbringende Zuschläge für diese Krankheiten erhalten, sinkt für sie der Anreiz, in Prävention zu investieren (und diese Krankheiten so zu verhindern). Gleichzeitig werden Krankenkassen schlechter gestellt, die Patienten versichern, die etwa an einer schweren Lungenerkrankung, einer Luxation des Hüftgelenks oder ausgedehnten Verbrennungen leiden. Diese Krankheiten sind jedoch im Regelfall nicht durch Krankenkasse oder Patient beeinflussbar.

Mit Einführung des Morbi-RSA war es erklärtes Ziel des Gesetzgebers, jene Krankheiten besonders zu berücksichtigen, die eine „besondere Bedeutung für das **Versorgungsgeschehen**“ bzw. „wesentlichen Einfluss auf das Kostengeschehen der Krankenkassen“ haben. Das trifft vor allem auf die Krankheiten zu, bei denen jeder einzelne Behandlungsfall besonders teuer ist. Oftmals ist der Verlauf bei diesen Krankheiten zudem sehr schwer. In einem von Solidarität getragenen System sind es diese Fälle, die eine besondere Bedeutung für das Versorgungsgeschehen haben, weil sie in sehr großem Ausmaß auf die Solidargemeinschaft angewiesen sind.

Durch die Umstellung der Prävalenzgewichtung würde sich auch die **Manipulationsanfälligkeit** des Morbi-RSA verringern. Leichte Erkrankungen bieten einen größeren Spielraum bei der Kodierung als schwere Erkrankungen und sind deshalb eher anfällig für Upcoding-Strategien.

Neuregelung bei Auslandsversicherten

Mit dem GKV-FQWG aus dem Jahr 2014 wurde bei der Berechnung der Zuweisungen für im Ausland lebende Versicherte eine Übergangslösung eingeführt, bei der die gesamten Zuweisungen für Auslandsversicherte auf die GKV-weit in Summe entstandenen Kosten begrenzt werden. Diese Übergangsregelung war ein richtiger Schritt, da sie einen Teil der Überdeckungen abgebaut hat, die aus den oft deutlich günstigeren Behandlungskosten im Ausland herrühren.

Trotz dieser Maßnahme bleiben auf der Kassenebene immer noch wettbewerbsverzerrende Überdeckungen bestehen. Daneben sind systematische Unterdeckungen in den Fällen möglich, in denen Versicherte in Ländern mit höheren Behandlungskosten als in Deutschland leben.

Die Krankenkassen selbst haben praktisch keine Möglichkeit, auf die Behandlung und deren Kosten im Ausland Einfluss zu nehmen.

Diese Problematik ist in dem aktuellen Gutachten zu den Zuweisungen für Auslandsversicherte (Wasem et al. 2016) richtig erkannt worden. Die Lö-

sungsvorschläge setzen genau hier an, unterscheiden sich jedoch im Umsetzungsaufwand. Der vom Gutachter empfohlene Lösungsansatz, Zuweisungen auf Grundlage der jährlichen landesspezifischen Rechnungssummen vorzunehmen (Lösungsansatz 3) ist aus Sicht der Ersatzkassen praktikabel und einfach umzusetzen. Danach müsste das BVA auf Basis der Zahl der Auslandsversicherten je Einschreibeland die durchschnittlichen Ausgaben je Auslandsversicherten nach Einschreibeland ermitteln, die dann als Basis für die Zuweisungen aus dem RSA herangezogen werden.

Hochrisikopool

Die Zuweisungen, die Krankenkassen für extrem teure Krankheiten erhalten, decken die entstehenden Ausgaben bei weitem nicht ab. Besonders kleinere Krankenkassen können durch solche „Hochkostenfälle“ an die Grenze ihrer wirtschaftlichen Belastbarkeit geraten. Um dem Ziel des Morbi-RSA – dem Ausgleich finanzieller Belastungen zwischen Krankenkassen, die durch die Versichertenstruktur verursacht werden – gerecht zu werden, sollten Hochkostenfälle solidarisch durch einen Hochrisikopool ausgeglichen werden.

Dass ein solcher Pool erforderlich ist, liegt nicht an einer mangelhaften Ausgestaltung des Morbi-RSA, sondern am mathematischen Ansatz der im Morbi-RSA notwendigen Gruppenbildung („Klassifikation“). Extrem teure Fälle können dann gut abgebildet werden, wenn die von der Krankheit betroffene Gruppe sehr gut abgrenzbar ist und die Patienten mehr oder weniger dieselben Leistungen beanspruchen. Dies ist bei einigen wenigen im Einzelfall teuren Krankheiten (z. B. Morbus Gaucher) durchaus der Fall. Bei anderen (z. B. Hämophilie) hingegen nicht. Hier verursachen alle Betroffenen relativ hohe Kosten, die aber auch extrem schwanken. Es gibt auch weitverbreitete und insgesamt wenig kostenintensive Krankheiten, die aber in ganz wenigen besonders schweren Fällen extreme Kosten verursachen. In der Einführung eines Hochrisikopools liegt daher auch eine Chance, das Morbi-RSA-Verfahren zu entlasten und dem Trend zu einer immer weiter steigenden Komplexität entgegenzuwirken. Ein Hochrisikopool könnte auch helfen, die finanziellen Belastungen, die insbesondere durch die Verordnung besonders hochpreisiger, neuer Arzneimittel entstehen, abzufangen. Da der Morbi-RSA prospektiv ausgerichtet ist, werden Krankenkassen mit den zum Teil enormen Therapiekos-

ten zunächst allein gelassen. Denn die steigenden Kosten, die durch die Verordnung eines neuen hochpreisigen Arzneimittels entstehen, werden nicht sofort Bestandteil der Zuweisungen, sondern gehen in die Ermittlung der Durchschnittskosten ein und beeinflussen die Zuweisungen erst im Folgejahr.

Aus Sicht der Ersatzkassen sollte der Hochrisikopool Fallkosten ab einer Schwelle von 100.000 Euro ausgleichen. Für die Krankenkassen gilt ein Selbstbehalt von 20 Prozent. Durch den Schwellenwert und den Selbstbehalt wird dafür gesorgt, dass für die Krankenkassen weiterhin ein Anreiz für wirtschaftliches Verhalten besteht.

*Gesundheitspolitische
Positionen der Ersatzkassen*

2017

*für die 19. Legislaturperiode des
Deutschen Bundestages*

Die Mitgliedskassen

BARMER

BARMER

Postfach 11 07 04 · 10837 Berlin
Tel.: 08 00 / 33 20 60 99-0
Fax: 08 00 / 33 20 60 99-33 09
E-Mail: service@barmer.de
Internet: www.barmer.de



Techniker Krankenkasse (TK)

Bramfelder Straße 140 · 22305 Hamburg
Tel.: 0 40 / 69 09-17 83
Fax: 0 40 / 69 09-13 53
E-Mail: pressestelle@tk.de
Internet: www.tk.de



DAK-Gesundheit

Nagelsweg 27 - 31 · 20097 Hamburg
Tel.: 0 40 / 23 96-0
Fax: 0 40 / 23 96-26 75
E-Mail: service@dak.de
Internet: www.dak.de



KKH Kaufmännische Krankenkasse

Karl-Wiechert-Allee 61 · 30625 Hannover
Tel.: 05 11 / 28 02-0
Fax: 05 11 / 28 02-99 99
E-Mail: service@kkh.de
Internet: www.kkh.de



hkk - Handelskrankenkasse

Martinstraße 26 · 28195 Bremen
Tel.: 04 21 / 36 55-0
Fax: 04 21 / 36 55-37 00
E-Mail: info@hkk.de
Internet: www.hkk.de



HANSEATISCHE KRANKENKASSE

HEK - Hanseatische Krankenkasse

Wandsbeker Zollstraße 86 - 90 · 22041 Hamburg
Tel.: 0 40 / 6 56 96-0
Fax: 0 40 / 6 56 96-54 00
E-Mail: kontakt@hek.de
Internet: www.hek.de

Inhalt

Vorwort	4
GKV ist Erfolgsmodell und Garant für Stabilität	5
Für eine starke Selbstverwaltung	8
Finanzierung der GKV sichern	12
Faire Wettbewerbsbedingungen schaffen, RSA weiterentwickeln	16
Versorgung zukunftssicher gestalten	23
Digitalisierung befördern	35
Entwicklungen in der personalisierten Medizin unterstützen	38
Prävention als gesamtgesellschaftliche Verantwortung wahrnehmen	42
Soziale Pflegeversicherung gerät langfristig unter Druck	45

Allgemeiner Hinweis:

Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird in den Texten der Einfachheit halber nur die männliche Form verwendet. Die weibliche Form ist selbstverständlich immer mit eingeschlossen.

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Ersatzkassen richten ihren (gesundheitspolitischen) Blick auf die nächste Legislaturperiode und sehen dringenden Handlungsbedarf. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat ihre Attraktivität und ihre Stabilität in den letzten Jahren unter Beweis gestellt, die Versicherten erwarten gute Versorgungsqualität und weiterhin eine solidarische Absicherung.

Die Ersatzkassen fordern daher von den gesundheitspolitisch Verantwortlichen, dass die Finanzarchitektur schnell nachjustiert wird, sodass die heutige wettbewerbliche Schiefelage im Morbi-RSA beseitigt wird, die Beitragssätze für alle finanzierbar bleiben und die gesamtgesellschaftlichen Aufgaben der GKV auskömmlich finanziert werden.

Gute Versorgung braucht gute Strukturen, deshalb muss die Vernetzung des ambulanten und stationären Versorgungsbereichs vorankommen, die Verbesserung der Notfallversorgung umgesetzt und die Finanzierung der Krankenhäuser und der Arzneimittelversorgung gesichert werden. Gute Versorgung braucht auch mutige Schritte zu mehr Digitalisierung und Transparenz im Gesundheitswesen. Wichtig ist, die Eigentümer der personenbezogenen Daten müssen immer die Versicherten bleiben.

Die Ersatzkassen und ihr Verband werden sich in die gesundheitspolitische Debatte konstruktiv einbringen.



U. Klemens

Uwe Klemens

Verbandsvorsitzender des vdek



Ulrike Elsner

Ulrike Elsner

Vorstandsvorsitzende des vdek

1

**GKV ist Erfolgsmodell
und Garant für Stabilität**

1

Deutschland hat eines der leistungsfähigsten Gesundheitssysteme der Welt. Das Solidaritäts- und das Selbstverwaltungsprinzip haben in den letzten Jahren dafür gesorgt, dass die Attraktivität und die Akzeptanz der GKV weiter zugenommen haben.

Die Zahl der gesetzlich Versicherten sowie der beitragszahlenden Mitglieder insgesamt hat in den letzten Jahren beachtlich zugenommen. Zwischen 2010 und 2016 sind mehr als vier Millionen neue Mitglieder als Beitragszahler in einer der mittlerweile 112 gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen worden.

Waren im Jahr 2010 noch durchschnittlich 51,4 Millionen Mitglieder bzw. 69,8 Millionen Versicherte gesetzlich krankenversichert, verzeichneten die gesetzlichen Krankenkassen innerhalb der sechs Jahre bis 2016 einen Zuwachs auf durchschnittlich 55,2 Millionen Mitglieder bzw. 71,4 Millionen Versicherte.

Zusätzlich haben die gesetzlichen Krankenkassen in den letzten Jahren gezeigt, dass sie, abseits aller politischen Streitigkeiten, schnell und unbürokratisch in der Lage sind, Ausnahmesituationen – wie die Zuwanderung aus dem Ausland und die Flüchtlingsmigration – zu meistern.

Auch wenn sich Wanderungsbewegungen erst mit deutlicher Verzögerung zeigen, geht der GKV-Schätzerkreis in seinen Prognosen von einer weiteren Zunahme der Mitglieder- und Versicherten-zahl aus. Nach den Prognosen könnte die Mitgliederzahl auch 2017 um 1,2 Prozent deutlich zunehmen. Nach wie vor wechseln mehr privat Versicherte aus der privaten Krankenversicherung (PKV) in die GKV. So sind 2015 ca. 20.000 Versicherte mehr aus

Mehr als 71 Millionen Versicherte sind von der GKV überzeugt.

der PKV in eine gesetzliche Krankenkasse gewechselt als umgekehrt. Dieser positive Saldo wird voraussichtlich anhalten.

In Zeiten weltweiter finanzieller Unsicherheiten hat im Gegensatz zur kapitalgedeckten Absicherung die Umlagefinanzierung der GKV dafür gesorgt, dass die Gesundheitsversorgung finanzierbar bleibt und die Absicherung der Menschen über die GKV attraktiv ist. Die tragenden Prinzipien der GKV sind gerade in Zeiten großer Veränderungen und Unsicherheiten unersetzlich.

Die Politik darf diese Stabilität, Verlässlichkeit und Attraktivität der GKV nicht durch systemfremde Eingriffe gefährden. In Bezug auf die Systemgrenze GKV/PKV darf die Politik keine einseitigen Eingriffe zugunsten der PKV und zulasten der GKV vornehmen. ■

**Selbstverwaltung,
Solidarität und Sach-
leistung als tragende
Prinzipien der GKV
sind unersetzlich.**

2

Für eine starke Selbstverwaltung

2

Die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen erfüllt wichtige Gestaltungsaufgaben, die ihr der Gesetzgeber übertragen hat. Sie garantiert eine versichertennahe, leistungsfähige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung. Sie steht dabei für Solidarität und Mitbestimmung der Beteiligten und Betroffenen. Die Steuerung des Gesundheitswesens durch die Selbstverwaltung ist ein leistungsfähiges Prinzip, dessen Stärken sich in Abgrenzung zu staatlich oder privatwirtschaftlich organisierten Gesundheitssystemen deutlich zeigen.

Die Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber in den Verwaltungsräten der Krankenkassen stellen sicher, dass die Versorgung im Interesse der Betroffenen gestaltet wird. Die Krankenkassen und ihre Verbände bündeln diese Interessen, um die Gesundheitsversorgung zu sichern und weiterzuentwickeln. Dies geschieht zum Beispiel durch Verträge mit Leistungserbringern, durch Satzungsbeschlüsse der Krankenkassen und durch die Beteiligung an Gesetzgebungsprozessen.

Auch im Jahr der Sozialwahlen 2017 zeigt sich, dass die gewählten Vertreter der Versicherten und Arbeitgeber unverzichtbar sind. Mit ihrem Engagement im sozialpolitischen Bereich tragen die Selbstverwalter maßgeblich zu dem bei, was die GKV auszeichnet: Bürgernähe, Solidarität, Wirtschaftlichkeit und eine Gesundheitsversorgung, die für ihre hohe Qualität international hoch angesehen ist. Die soziale Selbstverwaltung ist ein Teil der sozialstaatlichen Ordnung. Und sie stellt sicher, dass sich die Versicherten beim wichtigen Thema Gesundheit nicht allein auf die Politik oder die privatwirtschaftlichen Unternehmen verlassen müssen.

Selbstverwalter garantieren Bürgernähe, Solidarität, Wirtschaftlichkeit und hohe Qualität der GKV.

Die besondere Leistung der sozialen Selbstverwaltung muss anerkannt werden; die Modernisierung der Sozialwahl ist überfällig.

Politisch Verantwortliche sollten diese besondere Leistung der sozialen Selbstverwaltung für die Sozialversicherung in Deutschland anerkennen. Sie sollten zukünftig die Selbstverwaltung stärken und die Sozialwahlen als Legitimationsgrundlage modernisieren. Das faktische politische Handeln des Gesetzgebers sieht allerdings in den letzten Jahren anders aus:

Die Entscheidungskompetenz der Selbstverwaltung wurde durch gesetzliche Maßnahmen schrittweise immer weiter geschwächt zugunsten einer verstärkten staatlichen Steuerung und eines Ausbaus der Aufsichtsrechte über die Krankenkassen und ihre Verbände. Beispiele dieser Einschränkung der Entscheidungsrechte der Selbstverwaltungsorgane sind insbesondere die massiven Einschränkungen bei der Beitragssatzgestaltung, das Einfrieren der Arbeitgeberbeiträge und die Verpflichtung, die Vorstandsverträge dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) vorzulegen.

Selbst bei der Bestellung der Unparteiischen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) behält sich der Gesundheitsausschuss des Bundestages ein Widerspruchsrecht vor.

Mit zunehmender Staatsnähe entfernt sich das Gesundheitswesen von den sozialen Gruppen, die es tragen: Versicherte und Arbeitgeber. Die Selbstverwaltung der Ersatzkassen sieht diese Entwicklung mit Sorge und fordert eine Richtungsumkehr hin zu einer tatsächlichen Stärkung des Prinzips der Selbstverwaltung in der GKV.

Um eine starke Selbstverwaltung zu fördern, sollten ihre Leistungsfähigkeit und ihre Gestaltungsmöglichkeiten erhalten und

ausgebaut werden. Die Ersatzkassen fordern daher die politisch Verantwortlichen auf,

1. in einen konstruktiven Dialog mit der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen zu treten, um die ihr zugrunde liegenden Prinzipien sinnvoll weiterzuentwickeln und sie zu stärken. Hier sind klare Rahmenbedingungen und nachvollziehbare Kompetenzverteilungen für die Organisationen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen notwendig.
2. die staatliche Aufsicht auf das notwendige Maß zu begrenzen und auf Rechtsfragen zu beschränken. Eine Umgestaltung der Aufsicht von einer Rechts- hin zu einer Fachaufsicht ist entschieden abzulehnen.
3. die Finanzautonomie der Krankenkassen vollständig wieder herzustellen und die Satzungsautonomie nicht einzuschränken.
4. die Autonomie der Selbstverwaltung bei Personalentscheidungen zu wahren und neu zu begründen.

Die Ersatzkassen erwarten von der neuen Bundesregierung, dass sie auf Vorarbeiten der Selbstverwaltung in den letzten Jahren zurückgreift und eine Reform der Selbstverwaltung und die Modernisierung der Sozialwahl zeitnah umsetzt. Insbesondere die Stimmabgabe per Mausclick bei den Sozialwahlen (Online-Wahl) kann neue Interessenten und vor allem junge Menschen zur Teilnahme an den Wahlen motivieren. Allerdings müssen dazu zeitnah die gesetzlichen Rahmenbedingungen geschaffen werden. ■■■

Die neue Bundesregierung muss die Selbstverwaltung stärken und die Vorschläge der Ersatzkassen für eine Weiterentwicklung aufgreifen.

3

Finanzierung der GKV sichern

3

Durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG) vom 24.7.2014 wurde die Wettbewerbsordnung innerhalb der GKV grundlegend verändert. Der allgemeine Beitragssatz von 15,5 Prozent (2011 – 2014) wurde auf 14,6 Prozent reduziert. Seit dem 1.1.2015 finanzieren die Mitglieder der GKV das entstehende Defizit durch einkommensabhängige Zusatzbeitragssätze (0,9 Beitragssatzprozent 2015). Für die Jahre 2016 und 2017 hat das BMG den GKV-weiten durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz auf 1,1 Prozent festgesetzt.

Diese Entwicklung wird jedoch nicht von Dauer sein: Die Entnahme von 1,5 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds war 2017 eine einmalige Entlastung für den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz von 1,1 Prozent. Die Gesamtausgaben der GKV werden die Gesamteinnahmen des Fonds zunehmend übertreffen, sodass die Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben weiter auseinandergehen wird. Die Krankenkassen müssen diese wachsenden Lücken durch Zusatzbeitragssätze schließen, die allein von den Mitgliedern zu tragen sind. Die Folge wird sein: Von 2018 bis 2020 werden die Zusatzbeitragssätze steigen, voraussichtlich jährlich um mindestens 0,2 bis 0,3 Prozentpunkte auf dann 1,8 Prozent im Jahr 2020.

Um die Belastungen für die Mitglieder zu reduzieren, müssen die Rücklagen im Gesundheitsfonds weiter abgeschmolzen werden. Über die gesetzliche Mindestreserve hinausgehende Mittel sollten an die Krankenkassen über Zuweisungen im Folgejahr zurückfließen. Der Gesundheitsfonds darf keine Sparkasse sein.

Der Druck auf die Zusatzbeiträge wird steigen. Die Belastung der Mitglieder muss reduziert werden.

Überschüsse im Gesundheitsfonds für die Versorgung nutzen

Das Abschmelzen der Rücklage ist auch vor dem Hintergrund der anhaltenden Negativverzinsung eine überfällige Maßnahme: Durch die Geldpolitik der Europäischen Zentralbank (EZB) mit Strafzinsen auf kurzfristige Einlagen mussten 2015 bereits 1,8 Millionen Euro, bis zum 3. Quartal 2016 bereits wieder vier Millionen Euro an Beitragsgeldern an Strafzinsen gezahlt werden, die nicht für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehen.

Aus Sicht der Ersatzkassen muss die oben beschriebene, absehbare Zusatzbeitragsentwicklung durch geeignete Maßnahmen gedämpft werden. Die Ersatzkassen fordern daher, dass

- durch die weitgehende Wiederherstellung der paritätischen Finanzierung der GKV durch Versicherte und Arbeitgeber der gesellschaftliche Zusammenhalt gestärkt wird.
- die hohen Finanzreserven des Gesundheitsfonds Ende 2017 von immer noch über sieben Milliarden Euro bis auf die gesetzlich festgelegte Mindestreserve für die Zuweisungen an die Krankenkassen zu nutzen sind. Dieses Geld der Beitragszahler würde dann für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehen.
- der Beitrag für Hartz-IV-Bezieher anzupassen ist. Unbestritten ist, dass seit vielen Jahren die Krankenkassen für Hartz-IV-Bezieher einen Betrag zugewiesen bekommen, der deutlich unter den durchschnittlichen Leistungsausgaben liegt. Das jährliche Defizit von mehreren Milliarden Euro wird heute alleine von den Beitragszahlern der GKV geschultert und bürdet ihnen

weitere systemfremde Aufgaben auf, die mit dem heutigen Steuerzuschuss nicht abgegolten werden können.

- Bei der Beitragsbemessung von freiwillig GKV-Versicherten (insbesondere von Solo-Selbstständigen) besteht dringender Handlungsbedarf. Deren Beitragsrückstände sind in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Die heutigen Mindestbemessungsgrundlagen für Selbstständige überlasten viele. Es kommt zu Beitragsschulden. Diese sind nicht durch ein mangelhaftes Forderungsmanagement der Krankenkassen verursacht, sondern durch die dauerhaft problematische finanzielle Situation der Beitragsschuldner.

Nach Ansicht der Ersatzkassen sollte in jedem Fall an der Vorgabe einer Mindestbemessungsgrundlage festgehalten werden. Aus sozialpolitischen Erwägungen schlagen die Ersatzkassen vor, die Mindestbemessungsgrundlage der freiwillig versicherten Selbstständigen und der sonstigen freiwillig Versicherten anzugleichen. Da es sich bei der Thematik Beitragsschulden und Versicherung der Selbstständigen um eine gesamtgesellschaftlich relevante Aufgabe handelt, die nicht durch die Beitragszahler der GKV allein zu lösen ist, müssen die finanziellen Auswirkungen durch Steuerzuschüsse aufgefangen werden. ■

Die Steuerzuschüsse für Hartz-IV-Bezieher und die Beiträge für Selbstständige müssen angepasst werden.

4

**Faire Wettbewerbsbedingungen
schaffen, Risikostrukturausgleich
weiterentwickeln**

4

Da die Höhe des Zusatzbeitragssatzes der einzelnen Krankenkasse ein prägnantes Preissignal für die Mitglieder ist, gewinnen Krankenkassen mit niedrigen Zusatzbeitragssätzen Mitglieder, während Krankenkassen mit hohen Zusatzbeitragssätzen entsprechend Mitglieder verlieren.

Der Gesetzgeber hatte sich von der Einführung des kassenindividuellen einkommensabhängigen Zusatzbeitragssatzes ab 2015 durch das GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) die Stärkung des Krankenkassenwettbewerbs versprochen. Wären die Unterschiede der Zusatzbeitragssätze alleine auf gutes und weniger gutes Management der Krankenkassen zurückzuführen, wäre dies genau der von der Politik gewollte Wettbewerb. Allerdings zeigt sich, dass die großen Unterschiede in den kassenindividuellen Zusatzbeitragssätzen eben nicht durch besonders wirtschaftliches oder unwirtschaftliches Handeln erklärbar sind.

Tatsächlich sind diese Unterschiede auf ungerechtfertigte Über- und Unterdeckungen des Morbi-RSA zurückzuführen. Erhalten die Krankenkassen mehr Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds als sie für die gesundheitliche Versorgung ihrer Versicherten benötigen, spricht man von Überdeckung. Kassen mit Unterdeckungen sind demgegenüber nicht in der Lage, ihre Versicherten allein mit den Zuweisungen zu versorgen, sie müssen ihren Zusatzbeitragssatz erhöhen. In Zahlen: Die Überdeckung der AOK betrug 2015 über eine Milliarde Euro, die Unterdeckung bei den Ersatzkassen betrug ca. 650 Millionen Euro. Ähnliche Unterdeckungen gibt es bei den Betriebs- und Innungskrankenkassen.

Ungerechtfertigte Über- und Unterdeckungen im Morbi-RSA verzerren den Wettbewerb.

Der Morbi-RSA muss schnell reformiert werden, die Ersatzkassen haben gemeinsame Vorschläge zur Weiterentwicklung vorgelegt.

Der heutige Morbi-RSA erfüllt nicht sein Ziel, faire Wettbewerbsbedingungen zu schaffen. Die Spannweite der Zusatzbeitragssätze ist für Krankenkassen mit hohen Sätzen wettbewerbsgefährdend. Aus Sicht der Ersatzkassen ist hier der Gesetzgeber gefordert, beide Ziele des Morbi-RSA in den Fokus zu nehmen: Auf der Ebene der Kassen zeigen sich ungerechtfertigte Wettbewerbsnachteile durch Unterdeckungen mit der Folge hoher Zusatzbeitragssätze, auf der Ebene der Versicherten ist die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA dagegen hoch.

Unbestritten ist, dass alle Beteiligten die Notwendigkeit einer Weiterentwicklung des Morbi-RSA sehen und der Morbi-RSA das technische Fundament für den Krankenkassenwettbewerb ist. Unbestritten ist zudem, dass er als lernendes System in der Lage ist, für möglichst ausbalancierte faire Wettbewerbsbedingungen zu sorgen. Alle bisherigen Stellungnahmen analysieren die derzeitige Situation und machen Vorschläge zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA. Jeder der Akteure betont die Notwendigkeit, den Morbi-RSA weiterzuentwickeln. Dies ist ein wichtiges Signal an die politischen Entscheidungsträger, dass jetzt Grundlagen für weitere Reformen gelegt werden müssen.

Die Ersatzkassen sehen beim Morbi-RSA erheblichen Handlungsbedarf. Als größte Kassenart mit fast 28 Millionen Versicherten haben sie gemeinsame Vorschläge zur Reform des Morbi-RSA entwickelt. Das Reformpaket umfasst sechs verschiedene Vorschläge, die geeignet sind, die Schiefelage im Wettbewerb deutlich abzuschwächen und den Morbi-RSA weniger manipulationsanfällig zu gestalten.

Reformvorschlag Auslandsversicherte: Für Versicherte mit Wohnsitz im Ausland gab es jahrelang zu viel Geld aus dem Fonds, weil die tatsächlichen Kosten der Versorgung im Ausland meist geringer ausfallen als die auf inländischen Maßstäben errechneten Zuweisungen. Die Ersatzkassen regen hier an, künftig – wie von Gutachtern aufgezeigt – die Zuweisungen im Morbi-RSA auf der Grundlage der jährlichen landesspezifischen Rechnungssummen vorzunehmen.

Reformvorschlag Einführung einer Versorgungsstrukturkomponente: In Deutschland differieren die Kosten für die gesundheitliche Versorgung stark. In den Ballungsgebieten herrscht eine größere Versorgungsdichte, es gibt ein ausdifferenziertes fachärztliches und heilberufliches Angebot, hochspezialisierte Kliniken und Krankenhäuser. In der Folge sind die Ausgaben je Versicherten für die Versorgung in städtischen Verdichtungsräumen deutlich höher als auf dem Land. Davon profitieren insbesondere Krankenkassen mit begrenzter regionaler Ausstrahlung und einem Versichertenstamm in ländlichen Gebieten. Benachteiligt sind Krankenkassen mit vielen Versicherten in den Städten, die überdurchschnittlich hohe Ausgaben verursachen. Die Versorgungsstrukturen und Preise in den Regionen sind durch die Krankenkassen so gut wie nicht beeinflussbar. Während Krankenkassen mit Versorgungsschwerpunkt in den Städten Ausgabenunterdeckungen hinnehmen müssen, können Regionalkassen in ländlichen Räumen mit Überdeckungen aus dem RSA ihre Zusatzbeitragssätze subventionieren. Über eine Versorgungsstrukturkomponente, die insbesondere auf regionale Differenzen Rücksicht nimmt, sollten deshalb die strukturbedingten Ausgabenunterschiede ausgeglichen werden.

Dringend sind Reformen bei den Über- und Unterdeckungen für Auslandsversicherte und in der regionalen Versorgung. Wir brauchen eine Versorgungsstrukturkomponente.

Ein Hochrisikopool verteilt die extrem hohen Kosten für bestimmte Krankheiten wettbewerbsneutraler.

Reformvorschlag Einführung eines Hochrisikopools: Jede Krankenkasse hat Versicherte, bei denen für bestimmte Krankheiten extrem hohe Kosten entstehen. Es ist in der Regel Aufgabe großer Versichertenkollektive, diese Risiken abzufedern. Hat aber eine Krankenkasse überproportional viele sehr teure Patienten oder ist eine Krankenkasse zu klein für einen internen Ausgleich, können diese Risiken den Fortbestand dieser Krankenkasse gefährden. Bereits 2002 bis 2008 gab es deshalb einen Risikopool, der reibungslos funktionierte. Auf der Grundlage der damaligen Gesetzesregelungen könnte umgehend ein Hochrisikopool eingeführt werden, der wettbewerbliche Nachteile abfedert, die nicht von den Krankenkassen beeinflussbar sind, mehr noch: die auch nicht von den Krankenkassen beeinflusst werden sollen.

Reformvorschlag Änderung der Berechnungsmethode bei der Krankheitsauswahl: Durch den Gesetzgeber ist festgelegt, dass das Bundesversicherungsamt (BVA) 50 bis 80 Krankheiten auswählt, für die gesonderte Zuschläge erfolgen. Die Krankheitsauswahl findet anhand folgender Kriterien statt:

- die Durchschnittskosten der Krankheit je Versicherter,
- die Krankheitsschwere (Anteil der Erkrankten, die im Krankenhaus behandelt werden, oder ob es sich um eine chronische Krankheit handelt),
- und als finales Kriterium die Kostenintensität.

Für die Prüfung der Kostenintensität ist die Frage zentral, was unter einer kostenintensiven Krankheit verstanden wird. Handelt es sich hier um Krankheiten, die in der Einzelbehandlung besonders kostenintensiv sind (oftmals seltene Erkrankungen), oder um Krankheiten, die erst durch eine große Anzahl an Erkrankten kostenintensiv werden (oftmals Volkskrankheiten)? Durch die derzeit angewandte Rechenmethode verteilt der Morbi-RSA vermehrt Zuschläge für Volkskrankheiten. Seltenerer Krankheiten mit individuell sehr hohen Kosten werden vernachlässigt. Dadurch werden Krankenkassen schlechter gestellt, die Patienten versichern, die etwa an einer schweren Lungenerkrankung, einer Luxation des Hüftgelenks oder ausgedehnten Verbrennungen leiden. Diese Krankheiten sind im Regelfall nicht durch Krankenkasse oder Patient beeinflussbar.

Mit Einführung des Morbi-RSA war es jedoch erklärtes Ziel des Gesetzgebers, jene Krankheiten besonders zu berücksichtigen, die eine „besondere Bedeutung für das Versorgungsgeschehen“ bzw. „wesentlichen Einfluss auf das Kostengeschehen der Krankenkassen“ haben. Das trifft vor allem auf die Krankheiten zu, bei denen jeder einzelne Behandlungsfall besonders teuer ist. Oftmals ist der Verlauf bei diesen Krankheiten zudem sehr schwer. In einem von Solidarität getragenen System sind es diese Fälle, die eine besondere Bedeutung für das Versorgungsgeschehen haben, weil sie in sehr großem Ausmaß auf die Solidargemeinschaft angewiesen sind. Durch die Umstellung der Prävalenzgewichtung zugunsten seltenerer Krankheiten mit individuell sehr hohen Kosten würde diesem Aspekt Rechnung getragen.

Bei der Auswahl der Krankheiten für den Morbi-RSA besteht Korrekturbedarf. Die Manipulationsanfälligkeit muss gesenkt werden.

Nicht mehr benötigte Zuschläge müssen gestrichen werden. Das vermeidet Bürokratie und ist schnell umsetzbar.

Reformvorschläge Streichung der Zuschläge für Erwerbsminderungsrentner und der DMP-Programmkostenpauschale: Die Streichung der heutigen Zuschläge für Erwerbsminderungsrentner (EMG-Zuschläge) und der Zuschläge für die Programmkostenpauschale bei Disease-Management-Programmen (DMP) können den Morbi-RSA um nicht mehr benötigte Detailregelungen entlasten. Mit der Einführung des Morbi-RSA sind die systemfremden EMG-Zuschläge entbehrlich. Die krankheitsbedingte Ausgabenbelastung wird heute über die Morbidität erfasst. Die Zuschläge für die DMP-Programmkostenpauschale waren als „Starthilfe“ für die neue Versorgungsform DMP gedacht. Das ist heute nicht mehr notwendig und im Übrigen in einem versorgungsneutral ausgestalteten Morbi-RSA systemfremd.

Die Politik muss rasch handeln und die Reform des RSA zügig angehen. Die GKV braucht einen fairen Wettbewerb. ■■■

5

Versorgung zukunftssicher gestalten

5

Die Ersatzkassen garantieren qualitativ hochwertige Versorgung und stellen sich den Herausforderungen der Zukunft.

Oberstes Ziel der Ersatzkassen ist es weiterhin, eine umfassende und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Die Ersatzkassen sind der Auffassung, dass die wettbewerbliche Ausrichtung des Gesundheitswesens wichtige Impulse für Innovationen, Qualitätsverbesserungen und eine effektive Ressourcensteuerung gibt. Für diesen Wettbewerb brauchen die Krankenkassen Handlungsspielräume, um Qualität, guten Service sowie ein gutes Preis-Leistungs-Verhältnis anbieten zu können.

Die Ersatzkassen stellen sich den großen Herausforderungen der Zukunft:

- Die Rahmenbedingungen für die Versorgung im stationären und ambulanten Sektor müssen verbessert werden.
- Es muss endlich ein Durchbruch zugunsten einer besseren Verzahnung der Sektoren erzielt werden.
- Der Arzneimittelmarkt muss finanzierbar bleiben, Patienten müssen weiterhin an Innovationen zu qualitätsgesicherten und bezahlbaren Bedingungen teilhaben können.
- Die Digitalisierung im Gesundheitswesen muss insbesondere den Patienten und Versicherten zu Nutze kommen.

In der 18. Legislaturperiode sind zahlreiche Gesetze verabschiedet worden, die die Versorgung stärken sollen – im ambulanten und im stationären Bereich, bei Hospizen, in der Prävention und in der Pflege. In vielen Bereichen sind jedoch weitere Reformarbeiten notwendig. Die Ersatzkassen machen hierzu Vorschläge.

Um gleiche Wettbewerbschancen für alle Krankenkassen sicherzustellen, müssen die verschiedenen Aufsichtsbehörden zwingend geltende Prüfkriterien einheitlich anwenden. Nur dann sind die Voraussetzungen gegeben, dass die vielen Prüfinstanzen BVA, Landesaufsichten und Bundesrechnungshof maßvoll Aufsicht ausüben können. In einem föderalistischen und wettbewerblichen System ist wichtig, dass sich Aufsichtshandeln nicht von Land zu Land oder zwischen Bundes- und Landesebene unterscheidet – Aufsichtshandeln muss sich durch die einheitliche Anwendung geltender Prüfkriterien auszeichnen.

Ein zentrales Problem der Krankenhausfinanzierung ist die seit Jahren rückläufige Investitionsförderung der Länder. Halbherzige Investitionsförderprogramme folgen einer Krankenhausplanung, die bestehende Strukturen in der Regel nur fortschreibt. Die Länderinvestitionsquote liegt derzeit im Bundesdurchschnitt bei etwa 3,5 Prozent. Die tatsächlichen Investitionsausgaben der Krankenhäuser dürften bei sechs bis acht Prozent liegen. Das bedeutet, dass etwa die Hälfte der Investitionsausgaben aus Betriebskosteneinsparungen finanziert wird. Die Wirtschaftlichkeit konnte durch Fallzahlsteigerungen und Personalstellenabbau, hauptsächlich im Pflegebereich, erhöht werden („schleichende Monistik“).

Die Länder waren im Rahmen der Krankenhausstrukturreform 2015 nicht bereit, ihre Investitionsförderung zu erhöhen. Stattdessen wurden Verbesserungen der Betriebskostenfinanzierung durchgesetzt, die die Fehlentwicklungen der letzten Jahre noch verstärken. Überhöhte Betriebskostentgelte zur Kompensation fehlender Investitionsmittel werden weitere Mengenausweitungen verursachen. Medizinisch nicht indizierte Leistungen sind

**Gute Versorgung
braucht einheitliche
Aufsichtspraxis.**

**Krankenhausfinan-
zierung immer noch
unzureichend: Bundes-
länder müssen endlich
ihre Investitions-
förderung erhöhen.**

**Die unzureichende
Investitionsfinanzierung
der Länder führt zu
zahlreichen Problemen.**

aber zu vermeiden. Gerade operative Leistungen setzen Patienten einem erhöhten Risiko aus.

Eine erhebliche Verkürzung der stationären Liegedauer führte zu freiwerdenden Bettenkapazitäten, die durch den beschriebenen Fallzahlanstieg kompensiert wurden. Insgesamt hat dies zu einer erheblichen Leistungsverdichtung, insbesondere im Pflegebereich, geführt. Gleichzeitig wurden aber viele Pflegestellen abgebaut, um durch Betriebskosteneinsparungen fehlende Investitionsmittel zu kompensieren. Auch höhere Ausfallquoten und Fluktuation dürften auf diese Entwicklung zurückgehen. Die Attraktivität des Pflegeberufes ist durch diese Entwicklung stark in Mitleidenschaft gezogen worden. Auch das Pflegesonderprogramm 2009 bis 2011 konnte diese Entwicklung nicht stoppen. Es führte nicht zu einer nachhaltigen Verbesserung der Personalsituation im Pflegedienst. Personal wurde auf- und gleichzeitig bzw. später wieder abgebaut. Die Nachweispflichten waren unzureichend geregelt und haben die Nachhaltigkeit des Programms nicht gewährleisten können. Das neue Pflegestellenförderprogramm geht in dieselbe falsche Richtung. Zudem fehlen derzeit Anreize für eine verstärkte Aus- und Weiterbildung von Pflegekräften.

Die kritische Mengen- und Pflegepersonalentwicklung geht letztendlich auf eine unzureichende Investitionsfinanzierung der Länder zurück.

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) von 2009 hatte der Gesetzgeber die Investitionsfinanzierung reformiert. So ist für Plankrankenhäuser eine Förderung in Form von leistungsorientierten Investitionspauschalen seit 2012 möglich.

Entsprechende Kataloge der Investitionsbewertungsrelationen vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) liegen für die letzten Jahre vor. Diese Möglichkeit wird von den Ländern aber bisher kaum genutzt.

Der pauschalierte Investitionsbedarf wird mithilfe von bundeseinheitlichen Investitionsbewertungsrelationen (IBR) in einem Katalog abgebildet. Der Katalog zeigt den leistungsbezogenen Investitionsbedarf für die unterschiedlichen Fallpauschalen auf und dient dazu, die Investitionsmittel der Bundesländer transparenter und gerechter an die Krankenhäuser zu verteilen.

Deshalb fordern die Ersatzkassen:

- Die Bundesländer stellen ihre Pauschalförderung auf leistungsbezogene Investitionsbewertungsrelationen um. Hiermit soll Transparenz und Verteilungsgerechtigkeit erwirkt werden.
- Der Bund muss sich an der Investitionsfinanzierung beteiligen (zum Beispiel mit einem „Sonderfinanzierungsprogramm leistungsfähige Krankenhäuser“, das aus Mitteln des Bundeshaushaltes finanziert wird). Zusätzlich ist eine Investitionsquote für die Länder gesetzlich als Untergrenze zu verankern.
- Bei der Mittelverteilung im Rahmen der Einzelförderung müssen die Krankenkassen ein verbindliches Mitspracherecht bei der Aufstellung der Investitionsprogramme erhalten.
- Damit Pflegepersonal nicht aufgrund fehlender Investitionsmittel abgebaut wird, bedarf es einer geregelten Nachweispflicht der bestehenden Pflegestellen gegenüber den Krankenkassen.

Eine Investitionsquote muss gesetzlich als Untergrenze verankert werden.

Aktives Versorgungsmanagement gestalten

Um den universellen Versorgungsauftrag der Krankenkassen zu verbessern, sollten die Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, auch aktiv in das Versorgungsmanagement der Versicherten einzugreifen, damit die Versicherten von den Krankenkassen gezielt über für sie geeignete Versorgungsangebote informiert und beraten werden können. Ansonsten können Versicherte in der Regel nur über die eigene Nachfrage von den kassenspezifischen Versorgungsangeboten erfahren bzw. sind auf Informationen durch die Leistungserbringer angewiesen, die in der Regel nicht über die Infrastruktur für eine umfassende und aktuelle Information der Versicherten verfügen.

Zudem ist ein „Werben“ der Leistungserbringer für Versorgungsangebote der Krankenkassen häufig mit zusätzlichen Vergütungsforderungen verbunden, sodass die Kompetenzstärkung der Krankenkassen auch aus Wirtschaftlichkeitsgründen angezeigt ist (Änderung des § 11 Absatz 4 SGB V).

Für eine proaktive Durchführung des Versorgungsmanagements durch die Krankenkassen ist es notwendig, dass geeignete Versicherte identifiziert werden, um diese dann gezielt den jeweiligen Angeboten des Versorgungsmanagements zuführen zu können. Hierzu bedarf es einer Grundlage zur Nutzung von Krankheitsinformationen der Abrechnungs- und Leistungsdaten (Änderung des § 284 SGB V).

Mehrausgaben im vertragsärztlichen Bereich für konkrete Versorgungsziele verwenden

Die Gesamtvertragspartner auf Landesebene vereinbaren jährlich eine Steigerung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die die Veränderung der Morbiditätsstruktur abbilden soll. Diese Ver-

änderungsrate wird bisher ohne Beachtung spezifischer regionaler Versorgungsbedarfe dem Behandlungsbedarf zugesetzt.

Aus Sicht der Ersatzkassen sollten die Gesamtvertragspartner verpflichtet werden, zumindest einen Teil dieser morbiditätsbedingten Veränderungsrate für konkrete, regionale Versorgungsziele zu verwenden. Auf diese Weise kann sichergestellt werden, dass das Geld auch dort ankommt, wo es in der Versorgung gebraucht wird. Das bisherige „Gießkannenprinzip“ wird damit zumindest teilweise durch eine bedarfsorientierte, gezielte Förderung abgelöst.

Die mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) erfolgte Aufhebung ambulanter Kodierrichtlinien ist rückgängig zu machen. Mit den Kodierrichtlinien soll den Ärzten eine Unterstützung an die Hand gegeben werden, die das Kodieren vereinfacht und vereinheitlicht. Eine qualitativ hochwertige Kodierung ist die Voraussetzung, um Diagnosen für die Berechnung von Morbiditätsstrukturen und -änderungen wie im Morbi-RSA und in der vertragsärztlichen Versorgung nutzen zu können.

Im stationären Bereich wurden bei der Einführung des DRG-Systems stationäre Kodierrichtlinien ebenfalls verpflichtend eingeführt. Auch im Bereich der Qualitätssicherung, beispielsweise bei der Einhaltung von „Mindestmengen“, ist eine einheitliche Dokumentationspraxis auch für die ambulante Behandlung erforderlich. Ambulante Kodierrichtlinien sollten auch verbindlich für die spezialärztliche Versorgung vorgeschrieben werden. Nur so kann im Rahmen interdisziplinärer Zusammenarbeit einheitlich kodiert werden.

Ambulante Kodierrichtlinien einführen

Grundlage für die Erhebung von Kostenstrukturdaten im vertragsärztlichen Bereich schaffen

Damit ambulante Kodierrichtlinien ihre Wirkung auch tatsächlich entfalten können, muss ihre Anwendung verpflichtend sein bzw. eine Missachtung mit Sanktionsmaßnahmen verbunden sein.

Im Rahmen seiner gesetzlichen Aufgaben, insbesondere bei der jährlichen Anpassung des Orientierungswertes, aber auch bei der Überprüfung und Weiterentwicklung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes, ist der Bewertungsausschuss auf eine valide Datengrundlage angewiesen. Er verfügt jedoch über keine Daten zu Praxis- und Gerätekosten der Vertragsärzte. Behelfsweise herangezogene Daten, beispielsweise vom Statistischen Bundesamt, werden nicht jährlich erhoben, sind nicht für alle relevanten Facharztgruppen vorhanden und beinhalten auch dann nicht den Umfang und die Qualität, die erforderlich wären. Es ist daher die gesetzliche Grundlage für eine jährliche Kostenstrukturerhebung des Bewertungsausschusses zu schaffen, die eine repräsentative Stichprobe von Vertragsarztpraxen zu einer Teilnahme verpflichtet. Nur so können gewünschte neue Vergütungsformen entwickelt werden, die Sektorengrenzen überwinden. Nur so kann gewährleistet werden, dass ambulante Leistungen angemessen vergütet werden.

Datenbasis für die Weiterentwicklung der zahnärztlichen Honorare und für die Vergütungsverhandlungen im Heilmittelbereich schaffen

Aufgrund der Aufhebung der strikten Grundlohnsummenanbindung im zahnärztlichen und im Heilmittelbereich spielen nachgewiesene Kosten eine wesentliche Rolle in den Vergütungsverhandlungen. Die Krankenkassen haben keinen Einblick in die Kostensituation der Leistungserbringer und sind deshalb in den Verhandlungen benachteiligt. Deshalb muss eine Datengrundlage zunächst unabhängig von den Vertragsparteien geschaffen werden. Mit einer Institutslösung nach dem Vorbild

des Institutes für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) könnte das Datenproblem gelöst und somit die IST-Situation der Leistungserbringer verlässlicher abgebildet werden. Alternativ kann die Gefahr ungerechtfertigter Steigerungssätze oberhalb der Beitragsmehreinnahmen auch durch die Wiedereinführung der strengen Anbindung an die Grundlohnsammenentwicklung begrenzt werden.

Heute finden sich viele ambulante Notfallpatienten in den Notaufnahmen der Krankenhäuser wieder, die eigentlich für die schweren Notfälle vorgesehen sind. Eine Überlastung der Notaufnahmen und lange Wartezeiten für die weniger dringlich behandlungsbedürftigen Notfälle sind die Folgen. Beides ist nicht im Sinne einer guten Patientenversorgung. Die Fehlinsprache der Notaufnahmen der Krankenhäuser hat viele Gründe. Die Betroffenen und deren Angehörige kennen in der Regel das nächst gelegene Krankenhaus. Hinzu kommt, dass Krankenhäuser verkehrstechnisch ausgeschildert und rund um die Uhr besetzt sind. Der notdiensthabende Vertragsarzt ist hingegen nicht immer bekannt. Gleiches gilt für die einheitliche Telefonnummer 116 117 des vertragsärztlichen Notdienstes. Etwa die Hälfte der ambulanten Notfälle wird daher heute in den Notaufnahmen der Krankenhäuser behandelt.

Den Ersatzkassen ist es wichtig, die Entscheidungen der Notfallpatienten zu respektieren. Aus Gründen der Patientenautonomie und -orientierung soll es ambulanten Notfallpatienten auch weiterhin möglich sein, ein Krankenhaus als Anlaufstelle im Notfall aufzusuchen.

**Patientenorientierung
in der Notfallversorgung
verstärken**

**Das Konzept der
Ersatzkassen, Portal-
praxen einzurichten,
weist den Weg in der
Notfallversorgung.**

Im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz 2015 und im Krankenhausstrukturgesetz 2016 wurde eine Reform der ambulanten Notfallversorgung vorgegeben. Der G-BA soll ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern beschließen.

Voraussetzung für eine Basisnotfallversorgung ist die 24-stündige Notfallbereitschaft an 365 Tagen. Grundsätzlich sollen alle Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) in diesen Krankenhäusern Portalpraxen einrichten. Eine Portalpraxis sollte mit Ärzten der KVen betrieben werden. Die Portalpraxis sollte immer aus einer Anlaufstelle bestehen, die die Behandlungsbedürftigkeit (notfallmedizinische Ersteinschätzung) abklärt und den Notfallpatienten den Weg in die Notaufnahme, in die Notdienstpraxis oder zum Vertragsarzt weist. Es sollte eine Notdienstpraxis eingerichtet sein, in der die ambulante Notfallbehandlung durchgeführt wird (organisatorisch von der Notaufnahme getrennt).

Eine bundesweit einheitliche und gute Versorgung der ambulanten Notfallversorgung ist für die Ersatzkassen besonders wichtig.

Deshalb fordern die Ersatzkassen:

1. Der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Notfallbehandlung bleibt weiterhin bei den KVen.
2. Die KVen müssen eine bundesweit vorgegebene Anhaltszahl von Notärzten je 100.000 Einwohnern garantieren.
3. Wenn die erforderlichen Ärzte für die Notfallbehandlung nicht bereitgestellt werden können, müssen die KVen

Verträge mit den Krankenhäusern oder Krankenhausärzten schließen (personelle Kooperation).

4. Die KVen richten in oder an allen Krankenhäusern, die an der stationären Notfallversorgung rund um die Uhr teilnehmen, Portalpraxen ein (räumliche Kooperation).
5. Die Portalpraxis ist rund um die Uhr Anlaufstelle und kann vollständig oder zeitweise Notdienstpraxis für ambulante Notfallpatienten sein.
6. In festzulegenden Sprechstundenzeiten ist der vertragsärztliche Bereich die primäre Anlaufstelle für ambulante Notfallpatienten.
7. Eine einheitliche notfallmedizinische Ersteinschätzung wird in den Portalpraxen und in den Telefonzentralen der Rettungsleitstellen (Rufnummer 112) sowie der Leitstellen für den ambulanten Notdienst (Rufnummern 116 und 117) durchgeführt.

Das Kernproblem in der Versorgung der GKV-Versicherten mit Arzneimitteln ist der anhaltende Trend, neu in den Markt tretende Arzneimittel zu exorbitant hohen Tagestherapiekosten anzubieten. Ursache hierfür ist, dass pharmazeutische Unternehmen ihre Produkte direkt nach der Zulassung zum selbstgesetzten Preis auf den Markt bringen können. Gleichzeitig können alle niedergelassenen Ärzte diese Produkte ab Markteinführung für die gesamte Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland, also auch zulasten des Solidarsystems der GKV, nahezu

**Hochpreispolitik bei
Arzneimitteln beenden**

Der verhandelte Preis für Medikamente muss ab dem ersten Tag gelten.

uneingeschränkt verordnen und diese verordneten Arzneimittel zu diesem Preis an die Apotheken liefern.

Derartige massive Preissteigerungen können auch bei intensiver Ausschöpfung aller der GKV zur Verfügung stehenden Maßnahmen (unter anderem Festbeträge, Rabattverträge) nicht dauerhaft gebremst werden, weshalb die Ausgaben für Arzneimittel mit durchschnittlich fünf Prozent pro Jahr deutlich stärker steigen als die Grundlohnsumme als Maßstab für die Entwicklung der Einnahmen der GKV.

So verteuern neue Arzneimittel im Bereich der Krebsbehandlung bereits bestehende Kosten für die Basistherapie in Höhe von oft mehreren 10.000 Euro nochmals um zusätzliche 80.000 bis 100.000 Euro, da diese meist als sogenannte Add-on-Therapie zusätzlich gegeben werden. Auch neue Therapieoptionen zum Beispiel in der Behandlung von Multiple-Sklerose-Patienten verteuern die Therapie um mehrere 10.000 Euro pro Jahr und Patient. Ähnliches gilt auch für große Volkskrankheiten wie Rheuma oder verbesserte Therapieoptionen zur Behandlung der Hepatitis C.

Daher ist es zwingend erforderlich, sich vom bisherigen Dogma der freien Preisbildung bei Arzneimitteln zu trennen. Der verhandelte Preis für Medikamente sollte rückwirkend ab dem ersten Tag gelten (Wegfall des Schwellenwertes). ■

6

Digitalisierung befördern

6

Die Digitalisierung muss endlich in der Versorgung ankommen.

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens stellt eine große gesellschaftspolitische Herausforderung dar. Unzählige „Digital Health“-Start-ups entstehen, große Technologie-Unternehmen drängen in den „Gesundheitsmarkt“. Ähnlich wie in Gesellschaft und Wirtschaft durchlebt das Gesundheitswesen in Deutschland derzeit die Transformation zu digitalen Prozessen.

Aus Sicht der Ersatzkassen muss das Gesundheitswesen schneller als bisher den Übergang ins digitale Zeitalter meistern. Deshalb fordern die Ersatzkassen vom Gesetzgeber eine Digitalisierungsstrategie, die die Prozesse modernisiert, den Beteiligten im Gesundheitswesen neue Wege der Versorgung eröffnet und Kommunikation und Service unterstützt.

Fitnessarmbänder, Aktivitätstracker, Schrittzähler, Puls- und Blutdruckmessgeräte überschwemmen den Markt. Das Angebot an sogenannten Gesundheits-Apps ist mittlerweile sehr unübersichtlich, täglich wird es größer. Viele Anwendungen sind Wellness-Angebote. Daneben gibt es medizinische Apps. Es ist wichtig, dass zwischen Lifestyle-Apps und Apps mit Funktionen als Medizinprodukt unterschieden wird. Eine App wird zu einem Medizinprodukt, wenn sie der Initiierung oder Steuerung medizinischer Therapien dient, mit ihrer Hilfe medizinische Diagnosen erstellt werden oder ihre Anwendung einer Screening- oder Präventionsmaßnahme gleichkommt. Unverzichtbar sind bei diesen Apps Zweckmäßigkeit und Sicherheit, deshalb sollte durch eine europaweit gültige Regelung geklärt werden, dass Apps mit einer solchen Zweckbestimmung unter die entsprechende Medizinprodukterichtlinie fallen. Außerdem ist für diese eine abgestufte Zulassung notwendig, und zwar mit Anforderungen, die sich an

dem jeweiligen Risiko des Produkts (von reiner Information bis hin zum Ersatz ärztlicher Leistungen) orientieren.

Zurzeit entwickeln sich in Deutschland ständig neue Gesundheitsregionen oder regionale Projekte, die auf der Grundlage digitaler Vernetzung neue Formen der Versorgung und Behandlung testen („Digital Health-Modellregionen“). Die Ersatzkassen zeigen in vielen Regionen Flagge und sind die Vorreiter neuer Formen der Vernetzung. Diese Modellregionen liefern wichtige Erkenntnisse, wie durch einrichtungs- und institutionsübergreifende Einsicht in Patientenakten für Patienten, Ärzte und Krankenhäuser die Versorgung verbessert und unnötige Doppeluntersuchungen vermieden werden könnten. Vorbedingung für telemedizinische Anwendungen ist das reibungslose Ineinandergreifen von Datenstrukturen und Applikationen.

Digitale Gesundheitsanwendungen dürfen nicht der Kommerzialisierung von Daten dienen. Große Smartphone-Anbieter oder globale Konzerne, die Patientendaten kommerziell nutzen wollen, sind hier fehl am Platz. Die Krankenkassen haben lange Erfahrungen mit sensiblen Versichertendaten. Und sie sind sich bewusst, dass die Validität der Daten entscheidend ist. Eigentümer der personenbezogenen Daten müssen die Versicherten bleiben, Versicherte entscheiden eigenverantwortlich über den Gebrauch ihrer Daten. Die gesetzlichen Anforderungen des Datenschutzes müssen zu jeder Zeit gewahrt sein. ■

**Eigentümer der
personenbezogenen
Daten müssen die
Versicherten bleiben.**

7

Entwicklungen in der personalisierten Medizin unterstützen

7

Die Ersatzkassen haben sich bereits 2013 mit dem Thema „personalisierte Medizin“ befasst:

- An Verfahren der personalisierten Medizin müssen die gleichen methodischen Maßstäbe wie an herkömmliche Verfahren angelegt werden.
- Zum Schutz der Patienten müssen die Zulassungsstudien die Kriterien der Evidenzbasierten Medizin (EbM) erfüllen. Auch die Bewertung neuer Verfahren der personalisierten Medizin ist nach den etablierten Methoden der EbM durchzuführen.
- Die Bestimmung von Biomarkern ist nur gerechtfertigt, wenn hierdurch ein Nutzen für den Patienten erzielt wird. Der Zusammenhang zwischen diagnostischen Biomarkern und Behandlungsergebnis muss sicher belegt sein.
- Neue Medikamente müssen einen Qualitätsgewinn für die Versorgung darstellen, um Leistung der GKV zu sein.
- Ärzte haben die Pflicht, den Patienten in verständlicher Form über die Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten zu informieren und aufzuklären.
- Die Ersatzkassen bekennen sich zum Solidarprinzip und lehnen jede Form der Diskriminierung aufgrund genetischer Merkmale ab.

Die Ersatzkassen haben klare Kriterien definiert, an denen sich die Weiterentwicklungen in der personalisierten Medizin messen lassen müssen.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität muss eine größere Rolle spielen.

Spätestens seit dem Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der GKV (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – AMNOG) im Jahr 2010 hat die Lebensqualität bei der Bewertung neuer Arzneimittel eine zentrale Position. „Vorrangig sind klinische Studien, insbesondere direkte Vergleichsstudien mit anderen Arzneimitteln dieser Wirkstoffgruppe mit patientenrelevanten Endpunkten, insbesondere Mortalität, Morbidität und Lebensqualität, zu berücksichtigen“, gibt nun der neue § 35 Absatz 1b Satz 5 SGB V vor. Dennoch enthält derzeit nur etwa die Hälfte der dem G-BA vorgelegten Nutzen-Dossiers Daten zur Lebensqualität.

Die Ersatzkassen fordern, dass Arzneimittelstudien grundsätzlich das Kriterium der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erfassen müssen, damit die Auswirkungen auf die Lebensqualität bei der Therapie- und Arzneimittelbewertung berücksichtigt werden können. Sie unterstützen dabei Initiativen zur Entwicklung objektiver valider Messinstrumente.

Auch Begleitdiagnostika müssen ihren Nutzen belegen.

Bei der Anwendung von personalisierter Medizin kommen zunehmend sogenannte Begleitdiagnostika (Companion Diagnostics) zum Einsatz. Sie basieren auf der Bestimmung von Biomarkern und sind der eigentlichen Behandlung vorgeschaltet. Mit ihrer Hilfe soll sich das Ansprechen auf eine Therapie besser abschätzen lassen. Gleichzeitig sollen Patienten vor unerwünschten Wirkungen geschützt werden. Für Lungen-, Brust- und Darmkrebs gibt es mittlerweile einige diagnostische Tests. Sie werden von den Krankenkassen erstattet, wenn sie laut Fachinformationen zwingend vorgeschrieben sind.

Derzeit sind die regulatorischen und fachlichen Bestimmungen noch unklar. Die Patienten können nur dann davon profitieren, wenn die Tests vor Markteintritt intensiv geprüft werden. Die Ersatzkassen fordern, dass die Zulassungsbehörden klare Kriterien definieren, nach denen solche außerordentlichen Zulassungen in Betracht kommen. Analog zu anderen labormedizinischen Anwendungen muss eine ständige Qualitätssicherung gewährleistet sein.

Bei Therapien im Bereich der personalisierten Medizin handelt es sich um eine hochspezialisierte und komplexe Versorgung. Sie erfordert besonders qualifizierte Ärzte und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit in noch höherem Maße als herkömmliche onkologische Therapien. Für die sichere Anwendung und um weitere Erkenntnisse konzentriert zu erfassen, ist es unerlässlich, dass Diagnostik und Behandlung an spezialisierten Zentren stattfinden.

Diese Zentren aus ambulantem und stationärem Bereich können die notwendige Zusammenarbeit von verschiedenen Facharztgruppen sicherstellen und die personalisierte Medizin unter idealen interdisziplinären Bedingungen anwenden. ■

**Onkologische
Diagnostik und
Versorgung gehören
an spezialisierte
Zentren.**

8

Prävention als gesamt- gesellschaftliche Verantwortung wahrnehmen

8

Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe, die von allen Sozialversicherungsträgern, der PKV, Bund, Ländern und Kommunen getragen und finanziert werden muss, denn wesentliche Determinanten und Einflussfaktoren zum Schutz vor Krankheit und Förderung von Gesundheit liegen außerhalb des Einfluss- und Gestaltungsbereichs der Krankenkassen und im Weiteren der Gesundheitspolitik.

Die größten Erfolge lassen sich langfristig nur durch kollektive Umsetzungen erzielen. Übergreifende Präventionsstrategien erfordern deshalb eine intersektorale Ausrichtung und gemeinsame Finanzverantwortung. Dazu müssen andere relevante Bereiche wie Verbraucherschutz, Arbeit, Wirtschaft, Ernährung, Jugend oder Familie eingebunden und die entsprechenden Ressourcen von allen verantwortlichen und beteiligten Akteuren bereitgestellt werden.

Das 2015 verabschiedete Präventionsgesetz hat in diesem Sinne einen Webfehler: Es ist in der jetzigen Ausgestaltung mit der hohen Gestaltungs- und Finanzverantwortung auf der GKV-Seite deutlich einseitig und krankenkassenfokussiert ausgerichtet. Es reicht nicht, Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu verstehen. Sie muss auch in der Praxis ausgestaltet werden. Gesamtgesellschaftliche Verantwortung misst sich nicht nur an der Teilnahme an Konferenzen und Runden Tischen, sondern auch an konkreten Aufgaben und finanziellem Engagement. Hier stehen bisher vorwiegend die GKV und die soziale Pflegeversicherung in der Pflicht. Wichtige Beteiligte, wie die PKV, der Bund, die Länder, Kommunen und weiteren Sozialversicherungsträger bleiben weitgehend außen vor. Hier zeigt sich, dass das Präventionsgesetz

**Übergreifende
Präventionsstrategien
brauchen endlich
intersektorale Ausrich-
tung und gemeinsame
Finanzverantwor-
tung aller Akteure.**

Finanzierung der BZgA mit Beitragsgeldern zurücknehmen

an entscheidender Stelle nicht gesamtgesellschaftlich ausgestaltet ist und damit viel Potenzial verschenkt wird.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) leistet einen wichtigen Beitrag bei der Gesundheitserziehung und Aufklärung der Bevölkerung, unter anderem durch Informationskampagnen. Die Regelung des Präventionsgesetzes überträgt der BZgA gemäß § 20a Abs. 3 und 4 SGB V Aufgaben im Rahmen der Primärprävention in den Lebenswelten. Präventionsprojekte in den Regionen zu konzipieren und zu steuern, ist allerdings eine Aufgabe der Selbstverwaltung und der Akteure vor Ort.

Die Krankenkassen haben hierfür jahrelang Erfahrungen, Kompetenzen und bewährte Strukturen aufgebaut. Die Finanzierung einer dem BMG unmittelbar nachgeordneten Bundesbehörde mit Mitteln der Beitragszahler der GKV ist nicht sachgerecht. Die Praxis zeigt bereits heute, dass durch die „Zwischenschaltung“ der BZgA bürokratische Hürden aufgebaut werden und die Zielgenauigkeit des Mitteleinsatzes darunter leidet. Die Mittel sollten daher künftig unmittelbar den Versicherten zugutekommen. ■

9

Soziale Pflegeversicherung gerät langfristig unter Druck

9

**Die zukünftigen
Probleme der
Pflegeversicherung
bereits frühzeitig in
den Blick nehmen**

In der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) hat die Bundesregierung in der 18. Legislaturperiode mit drei Gesetzen zur Stärkung der pflegerischen Versorgung wichtige Reformen in die Wege geleitet.

Die Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung ist Ende 2016 gut: Sie verfügt über Rücklagen in Höhe von ca. neun Milliarden Euro bei einem Ausgabenvolumen von rund 32 Milliarden Euro. Die Beitragssatzerhöhungen zum 1.1.2015 um 0,3 Prozent und zum 1.1.2017 um weitere 0,2 Prozent sorgen ab 2017 für Mehreinnahmen von jährlich rund 6,8 Milliarden Euro mit leicht steigender Tendenz, bedingt durch die positiven Lohn- und Beschäftigungsentwicklungen. Mit den Beitragserhöhungen und den bestehenden Rücklagen sind die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die damit verbundenen Bestandsschutzregelungen für die Versicherten zunächst finanziell abgesichert.

Allerdings gerät die soziale Pflegeversicherung langfristig unter Druck. Hauptgrund ist die demografische Entwicklung, die zu einer steigenden Zahl an Pflegebedürftigen führt. Aktuelle Berechnungen gehen davon aus, dass die Zahl von insgesamt rund 2,84 Millionen Pflegebedürftigen im Jahre 2015 auf voraussichtlich rund 3,47 Millionen Pflegebedürftige im Jahr 2030 und rund 4,59 Millionen Pflegebedürftige im Jahr 2050 steigt. Dies wird die Ausgabenseite belasten. Auf der Einnahmenseite wird der Rückgang der erwerbsfähigen Personen an der Gesamtbevölkerungszahl dazu führen, dass die Finanzierungsbasis abschmilzt. So werden 2030 rund 700.000 Erwerbspersonen weniger einzahlen als 2014.

Deshalb ist die Entwicklung mittel- und langfristiger Finanzierungsstrategien dringend geboten, die aus Sicht der Ersatzkassen innerhalb des umlagefinanzierten Systems angelegt sein müssen.

Beim Ausbau der Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung muss berücksichtigt werden, dass sie sich mit ihren tragenden Strukturprinzipien „paritätisch“ und „solidarisch“ als Instrument zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit bewährt hat. Deshalb sind bei einer Weiterentwicklung diese Finanzierungsgrundsätze zu erhalten und zu stärken.

Neben einer zukunftsfesten Einnahmehasis muss auch eine effiziente Verwendung der zur Verfügung stehenden Mittel wichtigste Maxime sein. Die Gelder müssen dem wachsenden Kreis der Pflegebedürftigen zugutekommen. Die Finanzierung muss folgende Grundsätze beachten:

- Die pflegerische Versorgung erfolgt im Rahmen der Pflegeversicherung.
- Die einkommensabhängige und paritätische Finanzierung ist beizubehalten.
- Das Solidarprinzip gilt.
- Die Pflegeversicherung wird weiter über Beiträge finanziert.

Beteiligung der privaten Pflegeversicherung am Solidarausgleich

Sichere Verwendung der Mittel im Vorsorge- fonds

Allerdings muss sich die private Pflegeversicherung zukünftig am Finanzausgleich beteiligen und so ihren Beitrag zum Solidarausgleich leisten, denn bei gleichen Leistungsvoraussetzungen und -ansprüchen für gesetzliche und privat versicherte Pflegebedürftige sind die Pflegerisiken höchst unterschiedlich verteilt. Die Mitglieder der privaten Pflegeversicherung sind weitaus weniger von Pflegebedürftigkeit betroffen, was sich deutlich in den Leistungsausgaben widerspiegelt. Dies hat in den vergangenen Jahren dazu geführt, dass die privaten Versicherungsunternehmen neben den notwendigen individuellen Altersrückstellungen große Überschüsse generieren konnten. Ein Finanzausgleich würde die Pflegeversicherung um bis zu zwei Milliarden Euro entlasten.

Im Ersten Pflegestärkungsgesetz (PSG I) wurde der Pflegevorsorgefonds eingeführt, 0,1 Beitragssatzpunkte fließen in den Pflegevorsorgefonds als Sondervermögen (das sind zurzeit jährlich 1,3 Milliarden Euro). Zwanzig Jahre lang soll ein Sondervermögen angespart werden, das ab 2035 wieder der sozialen Pflegeversicherung zugeführt werden soll. Dann werden rund 3,61 Millionen Pflegebedürftige erwartet. Mit dem Pflegevorsorgefonds soll der demografiebedingte Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen abgedeckt werden. Da die Mittel aus Beitragsgeldern stammen, muss sichergestellt werden, dass das Fondsvermögen vor staatlichem Zugriff geschützt ist und die Mittel nur zweckgebunden zur Stabilisierung des Beitragssatzes verwendet werden. Dabei muss klar definiert werden, welche Aufgaben demografiebedingt entstehen.

Im Hinblick auf die zu erwartenden Ausgabensteigerungen in der sozialen Pflegeversicherung und den Risiken des Kapitalmarktes

ist mit der aktuellen Konstruktion nicht gewährleistet, dass genügend Mittel zur Verfügung stehen, um Beitragssatzsteigerungen aufzufangen.

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz und dem PSG I wurden seit 2008 die lange Zeit nicht angepassten Leistungsbeträge der sozialen Pflegeversicherung angehoben. Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) wurde diese Entwicklung mit den weitreichenden Überleitungsregelungen - von den drei Pflegestufen zu den fünf Pflegegraden - für die zum 31.12.2016 Pflegebedürftigen fortgeführt. Die Pflegebedürftigen wurden somit entlastet. Mit der Dynamisierung der Leistungsbeträge durch das PSG I wurde gleichzeitig eine Regelung (§ 30) in das SGB XI aufgenommen, wonach die Bundesregierung alle drei Jahre eine Anpassung der Leistungsbeträge überprüft. Die erste Überprüfung soll 2020 erfolgen. Als Orientierungswert für die Anpassungsnotwendigkeit dient die kumulierte Preisentwicklung der letzten drei abgeschlossenen Kalenderjahre in Abhängigkeit der Bruttolohnentwicklung im gleichen Zeitraum.

Der Prüfauftrag und die damit verbundenen Orientierungswerte sind in eine verbindliche Regelung zu überführen. Die Ersatzkassen fordern, dass die Dynamisierung an eine verbindliche volkswirtschaftliche Kenngröße, wie zum Beispiel die Preisentwicklung, gekoppelt wird. Damit wäre die Wertstabilität der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung dauerhaft gesichert. Eine solche Regelung würde die Pflegebedürftigen dauerhaft vor einer schleichenden Entwertung ihrer Pflegeleistungen schützen.

Dynamisierung der Leistungsbeträge an eine feste Wirtschaftsgröße koppeln

Pflegeberatung in einer Hand lassen

Die Pflegeberatung ist für die Versicherten ein wichtiger Schlüssel zu den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff bringt ein für die Versicherten gerechteres, aber auch deutlich komplexeres Begutachtungssystem mit sich. Gleichzeitig werden die Leistungsangebote vielfältiger. Die Bedeutung der Beratung nimmt also zu. Die Ersatzkassen und die Medizinischen Dienste stehen ihren Versicherten mit umfassenden Beratungsangeboten zur Seite. Auch in den zahlreichen – von den Ersatzkassen finanzierten – Pflegestützpunkten finden umfassende und trägerübergreifende Beratungen statt. Bei allen weiteren Überlegungen zur Stärkung der Beratungsstrukturen sollte immer im Vordergrund stehen, die bestehenden Strukturen besser zu vernetzen und diese bei Bedarf auch auszubauen. Der Aufbau und die Etablierung von Doppelstrukturen in der Beratung sind nicht nur aus ökonomischer Sicht problematisch, sondern insbesondere auch deshalb abzulehnen, weil die Qualität und die Übersichtlichkeit der Beratung nicht zwangsläufig mit der Zahl der Angebote steigen.

Verpflichtung der Pflegekassen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen braucht Zeit und nachhaltige Konzepte.

Die vom Gesetzgeber neu aufgenommene Verpflichtung der Pflegekassen, in stationären Pflegeeinrichtungen Prävention nach dem Setting-Ansatz gemäß § 5 SGB XI umzusetzen, ist grundsätzlich zu begrüßen. Für die Pflegekassen ist dieser Bereich allerdings ein neues Aufgabenfeld. Für eine wirksame und nachhaltige Umsetzung braucht es Zeit, denn die gesetzlichen Pflegekassen stehen vor der Herausforderung, dass in diesem Bereich bislang keine wissenschaftlich fundierten, leitfadenskonformen und qualitätsgesicherten Konzepte existieren. Auch die stationären Pflegeeinrichtungen müssen sukzessive neue Strukturen etablieren bzw. vorhandene Strukturen neu definieren. Vor

diesem Hintergrund ist der finanzielle Pflichtwert von aktuell 31 Cent pro Versicherten nicht sachgerecht und sollte zugunsten eines Richtwertes (ausreichend wären zunächst 15 Cent pro Versicherten) ersetzt werden. Auf dieser Grundlage können zunächst neue, nachhaltige Konzepte generiert und erprobt sowie die stationären Pflegeeinrichtungen für das neue Themenfeld sensibilisiert werden. ■

Die vdek-Landesvertretungen

BADEN-WÜRTTEMBERG

Christophstraße 7 · 70178 Stuttgart
Tel.: 07 11 / 2 39 54-0
Fax: 07 11 / 2 39 54-16
E-Mail: lv-baden-wuerttemberg@vdek.com

BAYERN

Arnulfstraße 201 a · 80634 München
Tel.: 0 89 / 55 25 51-0
Fax: 0 89 / 55 25 51-14
E-Mail: lv-bayern@vdek.com

BERLIN-BRANDENBURG

Friedrichstraße 50 - 55 · 10117 Berlin
Tel.: 0 30 / 25 37 74-0
Fax: 0 30 / 25 37 74-19 oder -26
E-Mail: lv-berlin.brandenburg@vdek.com

BREMEN

Martinstraße 34 · 28195 Bremen
Tel.: 04 21 / 1 65 65-6
Fax: 04 21 / 1 65 65-99
E-Mail: lv-bremen@vdek.com

HAMBURG

Sachsenstraße 6 (Haus D) · 20097 Hamburg
Tel.: 0 40 / 41 32 98-0
Fax: 0 40 / 41 32 98-22
E-Mail: lv-hamburg@vdek.com

HESSEN

Walter-Kolb-Straße 9 - 11 · 60594 Frankfurt/M.
Tel.: 0 69 / 96 21 68-0
Fax: 0 69 / 96 21 68-90
E-Mail: lv-hessen@vdek.com

MECKLENBURG-VORPOMMERN

Werderstraße 74 a, III. OG · 19055 Schwerin
Tel.: 03 85 / 52 16-0
Fax: 03 85 / 52 16-1 11
E-Mail: lv-mecklenburg-vorpommern@vdek.com

NIEDERSACHSEN

An der Börse 1 · 30159 Hannover
Tel.: 05 11 / 3 03 97-0
Fax: 05 11 / 3 03 97-99
E-Mail: lv-niedersachsen@vdek.com

NORDRHEIN-WESTFALEN

Ludwig-Erhard-Allee 9 · 40227 Düsseldorf

Tel.: 02 11 / 3 84 10-0

Fax: 02 11 / 3 84 10-20

E-Mail: lv-nordrhein-westfalen@vdek.com

GESCHÄFTSSTELLE WESTFALEN-LIPPE

Kampstraße 42 · 44137 Dortmund

Tel.: 02 31 / 9 17 71-0

Fax: 02 31 / 9 17 71-30

E-Mail: gs-westfalen-lippe@vdek.com

RHEINLAND-PFALZ

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 22 · 55130 Mainz

Tel.: 0 61 31 / 9 82 55-0

Fax: 0 61 31 / 83 20-15

E-Mail: lv-rheinland-pfalz@vdek.com

SAARLAND

Heinrich-Böcking-Straße 6 - 8 · 66121 Saarbrücken

Tel.: 06 81 / 9 26 71-0

Fax: 06 81 / 9 26 71-19

E-Mail: lv-saarland@vdek.com

SACHSEN

Glacisstraße 4 · 01099 Dresden

Tel.: 03 51 / 8 76 55-0

Fax: 03 51 / 8 76 55-43

E-Mail: lv-sachsen@vdek.com

SACHSEN-ANHALT

Schleiufer 12 · 39104 Magdeburg

Tel.: 03 91 / 5 65 16-0

Fax: 03 91 / 5 65 16-30

E-Mail: lv-sachsen-anhalt@vdek.com

SCHLESWIG-HOLSTEIN

Wall 55 (Sell-Speicher) · 24103 Kiel

Tel.: 04 31 / 9 74 41-0

Fax: 04 31 / 9 74 41-23

E-Mail: lv-schleswig-holstein@vdek.com

THÜRINGEN

Lucas-Cranach-Platz 2 · 99099 Erfurt

Tel.: 03 61 / 4 42 52-0

Fax: 03 61 / 4 42 52-28

E-Mail: lv-thueringen@vdek.com

Impressum

Herausgeber:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Askanischer Platz 1 · 10963 Berlin
Tel.: 0 30 / 2 69 31-0
E-Mail: info@vdek.com
Internet: www.vdek.com

Verantwortlich für die Inhalte:

Dr. Jörg Meyers-Middendorf
Abteilung Politik/Selbstverwaltung

Redaktion:

Abteilung Kommunikation

Gestaltung:

Schön und Middelhaufe GbR, Berlin

Druck:

Druckerei Conrad GmbH, Berlin

Stand:

18. Juli 2017

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Askanischer Platz 1 · 10963 Berlin

Tel.: 0 30 / 2 69 31-0

E-Mail: info@vdek.com

Internet: www.vdek.com



Positionen des VDGH
zur Weiterentwicklung
des Gesundheitswesens

9

VDGH

Verband der Diagnostica-Industrie

Aktualisierte Fassung | 2017

VDGH

Inhalt

Vorwort	5
Übersicht	6
Thesen in der Langfassung	
1 Zugang zu Laborinnovation sicherstellen und beschleunigen	8
2 Angemessene Vergütung sichert den Stellenwert der Labordiagnostik	10
3 Potenziale der Krankheitsfrüherkennung besser nutzen	12
4 Infektionsschutz ausbauen – Gezielter Einsatz von Diagnostika vermindert Antibiotikaresistenzen	14
5 Labordiagnostik ist der Schlüssel zur Personalisierten Medizin	16
6 Diabetes-Selbstmanagement – Mehr als nur ein Messwert	18
7 Regulatorische Anforderungen an In-vitro-Diagnostika weiterentwickeln	20
8 Steuerliche Forschungsförderung setzt Impulse für Wachstum und Hightecharbeitsplätze	22
9 Für einen ideologiefreien Umgang mit Individuellen Gesundheitsleistungen	24
Der VDGH	26

Vorwort



Matthias Borst



Dr. Martin Walger

Die Diagnostika-Industrie ist Teil der Gesundheitswirtschaft, einem der größten Wirtschaftszweige in Deutschland. Im Jahr 2016 generierte die Gesundheitswirtschaft 12 Prozent der deutschen Bruttowertschöpfung. Sie ist zudem ein Beschäftigungsmotor. Mit insgesamt 7 Millionen Beschäftigten ist jeder sechste Arbeitnehmer in einem gesundheitsrelevanten Beruf tätig. Als Teil der gesamten Gesundheitswirtschaft stärkt die industrielle Gesundheitswirtschaft insbesondere Effektivität und Effizienz des Gesundheitssystems. Kennzeichnend für sie sind ihre Exportstärke, eine hohe Arbeitsproduktivität und die hohe F&E-Intensität. In der Diagnostika-Industrie fließen rund 11 Prozent des Inlandsumsatzes in Forschung und Entwicklung. Der Wert liegt damit deutlich über dem anderer Industriezweige.

Der VDPGH vertritt rund 100 Mitgliedsfirmen, die In-vitro-Diagnostika (IVD) und Produkte für die Forschung in den Lebenswissenschaften herstellen. Die Unternehmen repräsentieren 90 Prozent des inländischen Umsatzes mit Diagnostika. Der VDPGH setzt sich für forschungs- und innovationsfreundliche Rahmenbedingungen in Deutschland ein. Diese sind notwendig, damit die moderne Labordiagnostik ihren medizinischen Nutzen für die Patienten und ihren volkswirtschaftlichen Nutzen für unsere Sozialsysteme entfalten kann. Beide Aspekte werden vernachlässigt, wenn die Labordiagnostik nur als Kostenfaktor im Gesundheitswesen betrachtet wird. Dabei bieten die modernen Methoden der Labordiagnostik ausgezeichnete Chancen: Von der Krankheitsfrüherkennung bis hin zur Personalisierten Medizin, von der Prozessoptimierung und Qualitätssteigerung der medizinischen Versorgung bis hin zur nachweislichen Kostensenkung für das Gesundheitswesen. Gleichzeitig sorgen die Investitionen in Produktion, Forschung und Entwicklung für volkswirtschaftliche Wertschöpfung und qualifizierte Arbeitsplätze.

Deutschland hat eine gute Gesundheitsversorgung. Wir können und wollen sie noch präziser und effizienter machen. Daher möchte der VDPGH Politik und alle Partner unseres Gesundheitssystems zum Dialog über den Wert der Labordiagnostik einladen.

Berlin, im April 2017

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'M. Borst'.

Matthias Borst
Vorstandsvorsitzender des VDPGH

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Dr. Martin Walger'.

Dr. Martin Walger
VDPGH-Geschäftsführer

Übersicht

1 Zugang zu Laborinnovationen sicherstellen und beschleunigen

Die Aufnahme von Laborinnovationen in die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) braucht klare Verfahrensregeln, Transparenz über den Beratungsprozess sowie definierte Zeitspannen zur Entscheidungsfindung. Mitwirkungsmöglichkeiten für die Industrie, Patientenorganisationen und Vertreter aus der Wissenschaft sind zu verbessern.

2 Angemessene Vergütung sichert den Stellenwert der Labordiagnostik

Diagnostik und Therapie sind gleichwertige Eckpfeiler der Medizin. Eine angemessene Vergütung gewährleistet die sichere und präzise Diagnostik zum Nutzen der Patienten. Sie muss so gestaltet sein, dass Labordiagnostik als ärztliche Leistung flächendeckend erhalten bleibt. Für die Diagnostika-Hersteller setzt eine angemessene Vergütung geeignete Anreize, neue Tests zu erforschen und zu entwickeln.

3 Potenziale der Krankheitsfrüherkennung besser nutzen

Die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene sind regelmäßig zu überprüfen und dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnis anzupassen. Insbesondere die ärztliche Gesundheitsuntersuchung („Check-up 35“) sollte modernisiert werden und auch gesundheitliche Risiken und Belastungen erfassen. Bekanntheitsgrad und Inanspruchnahme der Gesundheitsuntersuchung sowie weiterer Früherkennungsprogramme der GKV können durch flankierende Maßnahmen verbessert werden.

4 Infektionsschutz ausbauen – Gezielter Einsatz von Diagnostika vermindert Antibiotikaresistenzen

Die Dynamik des Infektionsgeschehens ist groß. Deshalb ist der gesetzliche Rahmen zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten unter Berücksichtigung epidemiologischer Erkenntnisse regelmäßig weiterzuentwickeln. Weitere Vergütungspositionen für das Screening gefährlicher Erreger im Krankenhaus und für die Diagnostik im vertragsärztlichen Bereich sind zu vereinbaren. Um die zielgerichtete Antibiotikagabe zu fördern und Antibiotikaresistenzen wirksam zu begegnen, ist der Einsatz von Diagnostika insbesondere in der vertragsärztlichen Versorgung durch geeignete Anreizstrukturen zu fördern.

5 Labordiagnostik ist der Schlüssel zur Personalisierten Medizin

In der Personalisierten Medizin haben diagnostische Tests eine Schlüsselfunktion. Sie bestimmen genetische oder molekulare Merkmale eines Patienten und ermöglichen somit die Auswahl des besten Medikaments bei der Behandlung. Darin liegt der einzigartige Nutzen dieser Begleitdiagnostik. Die Erstattungsbedingungen der Tests in der vertragsärztlichen Versorgung und im Krankenhaus sind weiter zu verbessern. In diesem Zusammenhang muss auch die Digitalisierung des Gesundheitswesens vorangetrieben werden, um Versorgungsdaten besser zu nutzen und sinnvolle diagnostische Anwendungen zu unterstützen.

6 Diabetes-Selbstmanagement – Mehr als nur ein Messwert

Angesichts der weiter ansteigenden Belastungen durch Diabetes mellitus für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft insgesamt muss die Erkrankung einen höheren Stellenwert erhalten. Dabei sollten Prävention, Früherkennung und die Befähigung zu selbstbestimmtem Handeln des Diabeteskranken im Mittelpunkt einer nationalen Diabetesstrategie stehen. Die Blutzucker- und Glukoseselbstmessung ist zentraler Bestandteil einer wirksamen Therapie. Der einseitige Fokus der Kostenträger auf den Preis eines Teststreifens ist der Dimension der Krankheit nicht angemessen und vernachlässigt die Versorgungsqualität.

7 Regulatorische Anforderungen an In-vitro-Diagnostika weiterentwickeln

Der VdGH tritt für ein supranationales System des Inverkehrbringens von In-vitro-Diagnostika ein. Die neue europäische IVD-Verordnung hat dem Wechsel zu einem staatlichen Zulassungssystem zu Recht eine Absage erteilt, denn die Patientensicherheit würde damit nicht erhöht. Wichtig ist, dass die Übergangszeit von fünf Jahren auch bei der nationalen Implementierung so ausgenutzt wird, dass Hersteller weiterhin in einem funktionierenden System agieren können. Bei den Konformitätsbewertungsverfahren sind Justierungen erforderlich, um ein reibungsloses Funktionieren zu garantieren.

8 Steuerliche Forschungsförderung setzt Impulse für Wachstum und Hightecharbeitsplätze

Um Deutschland als Standort für Forschung und Entwicklung zu stärken, Wachstum zu stimulieren und die Innovationskraft der Unternehmen zu erhalten, sollte eine steuerliche F&E-Förderung zusätzlich zur bestehenden Projektförderung eingeführt werden, z. B. als „tax credit“ in Form eines prozentualen Abzugs des F&E-Aufwands von der Steuerschuld. Um forschende Unternehmen aller Größenklassen adäquat zu berücksichtigen, sollte die Förderung ggf. nach Größenklassen variieren.

9 Für einen ideologiefreien Umgang mit Individuellen Gesundheitsleistungen

Die sogenannten Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) werden häufig als medizinisch überflüssig stigmatisiert. Dies geht an der Versorgungsrealität vorbei. Alle politisch Verantwortlichen und die gesetzlichen Krankenkassen sind aufgerufen, sich einem konstruktiven Dialog zu öffnen. Mündige Bürger sind auch als GKV-Versicherte in der Lage, eigenverantwortlich zu handeln. Eine wichtige Voraussetzung hierfür ist die ausführliche sachliche Information über die Leistungsinhalte durch den behandelnden Arzt.

1

Zugang zu Laborinnovation sicherstellen und beschleunigen

Die Aufnahme von Laborinnovationen in die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) braucht klare Verfahrensregeln, Transparenz über den Beratungsprozess sowie definierte Zeitspannen zur Entscheidungsfindung. Mitwirkungsmöglichkeiten für die Industrie, Patientenorganisationen und Vertreter aus der Wissenschaft sind zu verbessern.

Wesentliches Qualitätsmerkmal entwickelter Gesundheitssysteme ist, dass der Patient schnellen Zugang zu medizinischen Innovationen erhält. Trotz vielfältiger gesetzlicher Vorgaben, die auf dieses Ziel abstellen, bleibt die Situation für den Bereich der Labordiagnostik defizitär. In der vertragsärztlichen Versorgung ist die Aufnahme von Laborinnovationen in den GKV-Leistungskatalog sogar fast vollständig zum Erliegen gekommen.

Sicherheit, Qualität und Leistungsfähigkeit eines IVDs werden durch ein aufwendiges Konformitätsbewertungsverfahren nachgewiesen. Nach erfolgreicher CE-Kennzeichnung ist das Produkt dann europaweit verkehrsfähig. Für die Abrechnungsfähigkeit neuer Laborleistungen zu Lasten der GKV ist in Deutschland zusätzlich eine Nutzenbewertung erforderlich.

Für die Aufnahme neuer Laborleistungen in den EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) ist der Bewertungsausschuss von KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) und GKV-Spitzenverband zuständig. Die Beratungen dort stellen sich weiterhin als „Black Box“ dar. Transparenz über die Entscheidungsabläufe und handelnden Personen sind wünschenswert, nicht nur für die Industrie, sondern auch für Patienten und Versicherte. Ferner sollten angemessene Zeitvorgaben für die Bewertungsverfahren festgelegt werden. Verfahren, die deutlich länger als der Produktlebenszyklus eines Labortests ausfallen, verfehlen das Ziel. Der Gesetzgeber hat dieses Problem erkannt und mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz von 2015 reagiert. Der Bewertungsausschuss wurde verpflichtet, in seiner Verfahrensordnung auch Fristen in Bezug auf die Beratungen und Beschlussfassung über die Aufnahme neuer Laborleistungen und humangenetischer

Leistungen in den EBM aufzunehmen. Diese Vorgabe wurde von der Selbstverwaltung nicht umgesetzt. Daher bleibt der Gesetzgeber aufgefordert, die Umsetzung des politisch Gewollten weiter zu verfolgen und steuernd einzugreifen. Erforderlich sind explizite Vorgaben für die Selbstverwaltung, bis wann die Verfahrensordnung zu verabschieden ist und welche Beratungsfristen im eigentlichen Verfahren aus Sicht des Gesetzgebers angemessen sind.

In der Zuständigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) wurde mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz von 2011 die Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 137e SGB V eingeführt. Weder die Grundidee einer Innovation auf Probe noch die Hoffnung auf eine Beschleunigung der Innovationsbewertung haben sich bislang in der Praxis bewährt. Die Erprobungsregelung sollte deshalb vom G-BA weiterentwickelt werden, ggf. flankiert durch gesetzliche Klarstellungen. Haushaltsvorbehalte des G-BA dürfen nicht zu einem Nadelöhr für Erprobungen werden. Ferner sollte die positive Potenzialfeststellung durch den G-BA einen Rechtsanspruch auf Einleitung der Methodenbewertung oder die vorläufige Aufnahme in den Leistungskatalog der GKV bewirken.

Für die Nutzenbewertung in der Verantwortung des G-BA wird eine grundsätzliche Diskussion darüber angeregt, welche Bewertungsmethoden für In-vitro-Diagnostika angemessen sind. Das Konzept des klini-

schen Nutzens bei IVD unterscheidet sich grundlegend von dem eines Arzneimittels oder therapeutischen Medizinproduktes. Fraglich ist auch, ob aus dem Fehlen von expliziten Nutznachweisen in der vom IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) und G-BA geforderten Evidenzbasierung geschlussfolgert werden darf, dass die entsprechende Untersuchungsmethode keinen Nutzen hat. Heute bleiben Verfahren wie die Genexpressionsanalyse oder die „Liquid Biopsy“ (Krebsdiagnostik aus dem Blut) dem GKV-Versicherten vorenthalten, während sie in Gesundheitssystemen außerhalb Deutschlands medizinisch anerkannte Leistungen sind.

Wissenschaft und Industrie führen Erfindungen zur marktfähigen Innovation – Patienten profitieren davon. Dass gerade diese Gruppen bei der Bewertung von Innovationen durch den Bewertungsausschuss bzw. den G-BA außen vor bleiben, ist schwer nachvollziehbar. Ihre Kompetenz sollte über die nur im Ansatz bestehenden Mitwirkungsmöglichkeiten hinaus einbezogen werden (Antrags- und Stimmrechte).

Schon gewusst?

Der Bundesverband der Innungskrankenkassen stellte im Jahr 2003 den Antrag, die Einführung des HPV-Tests als labordiagnostische Methode zur Früherkennung des Gebärmutterhalskrebses zu prüfen. 2013 gab der Gesetzgeber mit dem Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz der Selbstverwaltung Termine und Fristen vor. Im Jahr 2017 berät die Selbstverwaltung weiter über die Details zur Umsetzung des Screeningprogramms.

2

Angemessene Vergütung sichert den Stellenwert der Labordiagnostik

Diagnostik und Therapie sind gleichwertige Eckpfeiler der Medizin. Eine angemessene Vergütung gewährleistet die sichere und präzise Diagnostik zum Nutzen der Patienten. Sie muss so gestaltet sein, dass Labordiagnostik als ärztliche Leistung flächendeckend erhalten bleibt. Für die Diagnostika-Hersteller setzt eine angemessene Vergütung geeignete Anreize, neue Tests zu erforschen und zu entwickeln. Die Vergütung von Laborleistungen in der vertragsärztlichen Versorgung darf nicht Spielball honorarpolitischer Verteilungskämpfe sein.

Laboruntersuchungen sind eine unverzichtbare Querschnittsaufgabe der modernen Medizin. Sie werden von nahezu allen ärztlichen Berufsgruppen erbracht. Labordiagnostik ist die Grundlage für zwei Drittel aller klinischen Diagnosen. Sie stärkt die Prävention, indem Erkrankungen noch vor Auftreten einer typischen Symptomatik erkannt werden. Mit objektiven und präzisen Diagnoseergebnissen bildet sie die Grundlage für gezielte Therapie und ermöglicht im Rahmen der Therapiekontrolle eine unmittelbare Anpassung der Behandlung an den jeweiligen Heilungserfolg. Damit werden Behandlungsprozesse individualisiert und optimiert mit dem Ergebnis einer medizinischen wie auch ökonomischen Effektivitätssteigerung. Dieser umfassende Nutzen der Labordiagnostik muss angemessen vergütet werden.

Die Vergütung stationärer und ambulanter Laborleistungen muss ferner so bemessen sein, dass sie als ärztliche Leistung auskömmlich erbracht werden können, auch von kleineren Einrichtungen und Praxen. Derzeit ist das Vergütungssystem insbesondere im vertragsärztlichen Bereich eher laborfeindlich konstruiert. Laborvergütungen im EBM werden pauschal abgesenkt (quotiert). Arztgruppen, die per Erlaubnis der KV bestimmte Laborleistungen abrechnen dürfen, unterliegen zusätzlich einer fallwertbezogenen Budgetierung. In Form des sogenannten Wirtschaftlichkeitsbonus werden über 13 Prozent des Honorarvolumens laborärztlicher Leistungen für die Nichterbringung von Laborleistungen verwendet. Dies setzt Fehlanreize. Der Wirtschaftlichkeitsbonus sollte reduziert und langfristig abgeschafft werden. Dadurch frei werdende Mittel sind für die Finanzierung labordiagnostischer Innovationen bzw. eine bessere Vergütung bestehender Laborleistungen im EBM zu verwenden.

Die Reform der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bleibt auf der gesundheitspolitischen Agenda. Die Kalkulation der einzelnen Gebühren sollte transparent und auf Basis nachvollziehbarer repräsentativer Daten erfolgen. Zu berücksichtigen ist, dass die GOÄ in den Grundzügen aus den frühen 80er Jahren resultiert und die seitdem aufgetretenen Kostensteigerungen und den technischen Fortschritt nicht abbildet. Der Grundgedanke einer Förderung der „sprechenden Medizin“ rechtfertigt weder die Absenkung von Laborvergütungen noch die Umschichtung von Mitteln aus dem Labor in andere Bereiche. Die rein technische Leistung einer Laborziffer in der GOÄ beträgt lediglich 20 Prozent; der große Rest ist die ärztliche Leistung.

Schon gewusst?

Seit 1999 hat sich der Anteil der Laborausgaben an den GKV-Gesamtausgaben von 3,09 Prozent auf 3,00 Prozent reduziert und bleibt damit über mehr als 15 Jahre auf einem konstant niedrigen Niveau. Gleichzeitig hat sich die Zahl der durchgeführten Laboruntersuchungen deutlich erhöht.

3

Potenziale der Krankheitsfrüherkennung besser nutzen

Die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene sind regelmäßig zu überprüfen und dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnis anzupassen. Insbesondere die ärztliche Gesundheitsuntersuchung („Check-up 35“) sollte modernisiert werden und auch gesundheitliche Risiken und Belastungen erfassen. Bekanntheitsgrad und Inanspruchnahme der Gesundheitsuntersuchung sowie weiterer Früherkennungsprogramme der GKV können durch flankierende Maßnahmen verbessert werden.

Die demografische Entwicklung und der Wandel des Krankheitsspektrums hin zu chronisch-degenerativen und psychischen Erkrankungen erfordern eine effektive Gesundheitsförderung und Prävention. Früherkennungsuntersuchungen können dazu beitragen, das Fortschreiten einer Erkrankung zu begrenzen und insbesondere teure Folgeerkrankungen zu vermeiden. Je früher eine Krankheit erkannt wird, desto erfolgversprechender, schneller und kostengünstiger kann sie behandelt, ggf. sogar geheilt werden. Früherkennung mit Labordiagnostik bietet hier konkrete und objektive Untersuchungsergebnisse, so dass wirksam Verhaltensänderungen herbeigeführt und/oder therapeutische Maßnahmen ergriffen werden können.

Vor diesem Hintergrund sind die Leistungen der GKV zur Früherkennung von Krankheiten kontinuierlich weiterzuentwickeln. In den letzten Jahren sind hier bei der Früherkennung von Darmkrebs und Gebärmutterhalskrebs begrüßenswerte Weichenstellungen vorgenommen worden. Handlungsbedarf besteht weiter bei der ärztlichen Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Abs. 1 SGB V, dem sogenannten „Check-up 35“. Diese Untersuchung ist in der jetzigen Ausgestaltung sehr pauschal und steht für den überholten Ansatz „one size fits all“. So entsprechen Angebote für die ältere Bevölkerung denen für Junge. Das ist nicht zielführend. Der Leistungskatalog und der Kreis der Anspruchsberechtigten sollten gemäß den gesetzlichen Vorgaben neu strukturiert und inhaltlich differenziert werden, sodass eine zeitgemäße zielgruppenspezifische Versorgung der Bevölkerung gewährleistet ist.

Der VdGH hat auf der Basis vorliegender Studien und Leitlinien sowie Erkenntnissen aus der ärztlichen Praxis einen „Vorschlag für eine Neufassung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien“ erarbeitet. Dieser wählt bevölkerungsmedizinisch bedeutsame Krankheiten wie z. B. Diabetes, Herz-Kreislauf- oder rheumatische Erkrankungen aus. Auf dieser Grundlage werden, beginnend mit dem 18. Lebensjahr und geschlechtsspezifisch differenziert, unterschiedlich umfangreiche Vorsorgemodule definiert.

Um den Stellenwert und die Inanspruchnahme der Früherkennung insgesamt zu erhöhen, sollte die Aktualisierung der Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Abs. 1 SGB V durch die folgenden weitergehenden Maßnahmen flankiert werden:

- Die Gesundheitsuntersuchung wird mit einer aktiven Ansprache, z. B. mit einem organisierten Einladungsverfahren, kombiniert. Hierbei sind auch Maßnahmen vorzusehen, die den Menschen am Arbeitsplatz erreichen.
- Die Aufmerksamkeit für die Gesundheitsuntersuchung soll in geeigneter Weise durch systematische Öffentlichkeitsarbeit begleitet werden. Es wird angeregt, die Kapazitäten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung einzubinden.

- Für die Versicherten können Boni, z. B. in Form von Rückerstattungen oder Zuzahlungsbefreiungen, vorgesehen werden.
- Da beim jetzigen „Check-up 35“ eine systematische Bewertung fehlt, sollte auf der Basis der erhobenen Daten eine Evaluation der „neuen“ Gesundheitsuntersuchung, z. B. nach sechs Jahren, durchgeführt werden.

Schon gewusst?

Der heutige Leistungskatalog des „Check-up 35“ stammt im Wesentlichen aus dem Jahr 1989, größere inhaltliche Anpassungen wurden seitdem nicht mehr vorgenommen. Die Alterung medizinischen Wissens erfolgt gegenwärtig mit einer Halbwertszeit von fünf Jahren.

4

Infektionsschutz ausbauen – Gezielter Einsatz von Diagnostika vermindert Antibiotika- resistenzen

Die Dynamik des Infektionsgeschehens in Krankenhäusern, Arztpraxen und anderen Einrichtungen ist groß. Deshalb ist das Infektionsschutzgesetz als Rahmen zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten unter Berücksichtigung epidemiologischer Erkenntnisse regelmäßig weiterzuentwickeln. Weitere Vergütungspositionen für das Screening gefährlicher Erreger im Krankenhaus und für die Diagnostik im vertragsärztlichen Bereich sind zu vereinbaren.

Um die zielgerichtete Antibiotikagabe zu fördern und Antibiotikaresistenzen wirksam zu begegnen, ist der Einsatz von Diagnostika insbesondere in der vertragsärztlichen Versorgung durch geeignete Anreizstrukturen zu fördern.

Mit der Novellierung des Infektionsschutzgesetzes hat der Gesetzgeber bereits 2011 wichtige Impulse gesetzt. So wurde die Selbstverwaltung verpflichtet, Vergütungsziffern für die Diagnostik und Therapie von MRSA¹-besiedelten bzw. -infizierten Patienten in der vertragsärztlichen Vergütung zu schaffen. Die Epidemiologie zeigt jedoch, dass neue Gefahren auftauchen. Im Frühjahr 2017 veröffentlichte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine globale Liste resistenter bakterieller Erreger, die derzeit die größte Bedrohung für die menschliche Gesundheit darstellen. Und Erreger machen nicht vor Sektorengrenzen halt. Deshalb müssen zum einen weitere diagnostische Vergütungsziffern für Krankenhäuser und Vertragsärzte geschaffen werden, die der Bedrohungslage folgen. Zum anderen sind die Meldepflichten umfassend und sektorenübergreifend auszugestalten unter Einbezug weiterer Einrichtungen. Vorgaben und Fristsetzungen durch den Gesetzgeber haben sich bewährt.

Die Vermeidung behandlungsassoziierter Infektionen muss auf der politischen Agenda bleiben und mit der Evaluation eingeleiteter und der Erprobung weiterer Maßnahmen einhergehen. Wirksamer Infektionsschutz ist ein echter Qualitätsindikator der Gesundheitsein-

1 MRSA = Methicilin-resistenter Staphylococcus aureus

richtungen. Deshalb sollten die Qualitätssicherungsaktivitäten der Krankenhäuser und Arztpraxen sowie die Ergebnisqualität stärker sichtbar gemacht werden, insbesondere in der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung sowie in den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser gemäß SGB V. In der stationären Versorgung sind dauerhafte Anstrengungen erforderlich, um den Infektionsschutz zu stärken. Hierzu gehören neben Hygienemaßnahmen auch gezielte Screeningverfahren bei Aufnahme und Entlassung sowie eine umfassende Diagnostik im Behandlungsfall. Die Vergütung solcher Maßnahmen muss gewährleistet sein.

Die Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen ist eine gesellschaftliche Aufgabe ersten Ranges. Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz von 2017 aufgegriffen, dass eine umgehende Diagnostik von Infektionserregern die Grundlage für eine schnelle, wirksame und sachgerechte Antibiotikatherapie ist. Die Selbstverwaltung hat danach zu prüfen, in welchem Umfang Diagnostika zur schnellen und qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie in der vertragsärztlichen Versorgung eingesetzt werden können. Entsprechende Anpassungen im EBM sind vorzunehmen.

Diese Neuregelung wird vom VDGH begrüßt. Geeignete Tests sind seit Jahren in Deutschland erhältlich und werden zunehmend für den Einsatz im Präsenzlabor des Arztes bzw. als patientennahe Diagnostik weiter-

entwickelt. Bereits die treffsichere Unterscheidung zwischen einer viralen und einer bakteriellen Infektion kann den zielgenauen Einsatz von Antibiotika in der Arztpraxis erheblich optimieren. Auch Tests zur Identifikation von Erregern (Einzeltests, Paneltests) und zur Resistenzbestimmung einzelner Erreger stehen bereit. Ihr zögerlicher Einsatz ist nicht der fehlenden Marktverfügbarkeit geschuldet, sondern den Erstattungsbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Es fehlen EBM-Vergütungsziffern für wichtige Tests, so z.B. für den Entzündungsparameter Procalcitonin, der im Krankenhaus seit langem flächendeckend und erfolgreich eingesetzt wird. Und unter den gegebenen Rahmenbedingungen belastet der Vertragsarzt, der seinen Patienten vor der Entscheidung über eine antibiotische Therapie testet, sein Laborbudget und darf die diagnostische Leistung unter Umständen nicht selbst abrechnen. Ärztliche Leistungen der Diagnostik zur Antibiotikatherapie sollten daher generell extrabudgetär (außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung) finanziert werden. Zudem sind Anreize für die Testung vor Antibiotikagabe in der hausärztlichen Versorgung zu schaffen. Zumindest die Ausschlussdiagnostik muss auch vom Hausarzt erbringbar und abrechenbar sein.

Schon gewusst?

Die Kosten durch Antibiotikaresistenzen liegen in der Europäischen Union bei schätzungsweise 1,5 Milliarden Euro im Jahr. Es wird mit steigenden Kosten in den kommenden Jahrzehnten gerechnet.

5

Labordiagnostik ist der Schlüssel zur Personalisierten Medizin

In der Personalisierten Medizin haben diagnostische Tests eine Schlüsselfunktion. Sie bestimmen genetische oder molekulare Merkmale eines Patienten und ermöglichen somit die Auswahl des besten Medikaments bei der Behandlung. Darin liegt der einzigartige Nutzen dieser Begleitdiagnostik. Die Erstattungsbedingungen der Tests in der vertragsärztlichen Versorgung und im Krankenhaus sind weiter zu verbessern. In diesem Zusammenhang muss auch die Digitalisierung des Gesundheitswesens vorangetrieben werden, um Versorgungsdaten besser nutzen und sinnvolle diagnostische Anwendungen zu unterstützen.

Zunehmend werden Arzneimittel entwickelt und zugelassen, deren Einsatz an eine vorhergehende Testung des Patienten gebunden ist. Mit Hilfe geeigneter Labortests kann vor der Gabe des Arzneimittels ausgeschlossen werden, dass das Arzneimittel z. B. aufgrund genetischer Besonderheiten des Patienten unwirksam bleibt oder zu schweren Nebenwirkungen führt. Bereits heute sind rund 50 Wirkstoffe für verfügbare Medikamente gelistet, vor deren Anwendung in Deutschland ein (Gen)-Test gemäß Arzneimittelinformation zwingend vorgeschrieben oder empfohlen ist. Der Einsatz von Diagnostikum und Arzneimittel ist untrennbar gekoppelt.

Die medizinisch notwendige Koppelung von Diagnostikum und Arzneimittel muss auch bei der Erstattung durch die GKV gegeben sein. Während Arzneimittel unmittelbar nach ihrer Zulassung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können, ist dies bei den Labortests als Begleitdiagnostik (Companion Diagnostics) nicht der Fall. Mit den Neuregelungen des Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetzes wird die Erstattung der Begleitdiagnostik besser geregelt und soll zeitgleich mit dem Beschluss über die Nutzenbewertung eines Arzneimittels erfolgen. Dieser wichtige Schritt wird vom VDPGH begrüßt. Die Koppelung sollte jedoch auch für Begleitdiagnostik gelten, deren Einsatz nicht als zwingend erforderlich formuliert ist. Denn die Fachinformation des Arzneimittels bringt nicht immer die Notwendigkeit der Begleitdiagnostik klar zum Ausdruck, selbst wenn die wissenschaftlichen Nachweise gegeben sind. Für den Patienten ist es ferner entscheidend, auch in der Zeitphase zwischen Zulassung des Arzneimittels und Beschluss des Bewertungsausschusses die Begleitdiagnostik in Anspruch nehmen zu können. Daher sollte für diese Zeitphase eine vorläufige Erstattungsmöglichkeit geschaffen werden.

Derzeit ist die Onkologie der vornehmliche Anwendungsbereich der Personalisierten Medizin; andere Gebiete werden intensiv beforscht und rücken nach. Damit das Potenzial der Personalisierten Medizin nachhaltig genutzt werden kann, ist das Mitwachsen entsprechender ärztlicher Kompetenz unerlässlich.

Eine stärkere Berücksichtigung diesbezüglicher Inhalte in der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung ist wünschenswert.

Die Möglichkeit, Patienten zukünftig individueller und präziser diagnostizieren und behandeln zu können, geht einher mit dem Grad der Digitalisierung unseres Gesundheitswesens. Big-Data-Anwendungen erschließen neue Diagnosemöglichkeiten. Vor diesem Hintergrund regt der VDPGH einen Austausch über die Chancen der Digitalisierung, den aktuellen Umsetzungsstand und die kurz- und mittelfristigen Entwicklungsperspektiven an. Eine Plattform hierfür könnte das Bundesministerium für Gesundheit errichten. Als wesentliche Beteiligte sollten die relevanten Industriebranchen einbezogen werden.

Schon gewusst?

Die durchschnittliche Wirksamkeit von Arzneimitteln beläuft sich auf ca. 25 Prozent für Krebserkrankungen und bis zu 60 Prozent für Asthma und Diabetes, bezogen auf die behandelte Patientenpopulation. Companion Diagnostics können den Wirksamkeitsgrad erhöhen.

6

Diabetes-Selbstmanagement – Mehr als nur ein Messwert

Angesichts der weiter ansteigenden Belastungen durch Diabetes mellitus für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft insgesamt muss die Erkrankung einen höheren Stellenwert erhalten. Dabei sollten Prävention, Früherkennung und die Befähigung zu selbstbestimmtem Handeln des Diabeteskranken im Mittelpunkt einer nationalen Diabetesstrategie stehen.

Die Blutzuckerselbstmessung ist zentraler Bestandteil einer wirksamen Therapie. Der einseitige Fokus der Kostenträger auf den Preis eines Teststreifens ist kontraproduktiv. Er ist der Dimension der Krankheit nicht angemessen und vernachlässigt die Versorgungsqualität. Zu den herkömmlichen Messverfahren treten neue von der Industrie entwickelte Methoden der Glukoseselbstmessung hinzu, deren Patientennutzen beträchtlich ist

Laut Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) des Robert Koch-Instituts vom Jahre 2012 haben in Deutschland 7,2 Prozent der Bevölkerung einen bekannten Diabetes und zusätzlich bis zu 2,1 Prozent einen unentdeckten Diabetes (insgesamt 9,3 Prozent). Dies entspricht rund 7,5 Millionen Betroffenen. Diabetes ist heute die teuerste chronische Erkrankung. Die Gesamtkosten zur Behandlung des Diabetes betragen rund 20 Prozent der gesamten Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Dafür sind insbesondere die hohen Kosten für diabetesbedingte Komplikationen und Folgeerkrankungen verantwortlich.

Angesichts dieser Herausforderung spricht alles dafür, eine nationale Diabetesstrategie aufzulegen. Experten sind sich darüber einig, dass der gesellschaftspolitischen Herausforderung Diabetes mellitus vor allem mit Maßnahmen der Primärprävention und – basierend auf einer frühzeitigen Diagnose – mit einer Umstellung der Lebensgewohnheiten (Bewegung, Ernährung) begegnet werden kann. Zur Früherkennung eines Diabetes stehen verlässliche Labortests zur Verfügung. Bereits Erkrankte erhalten mit der Blutzuckerselbstmessung eine unmittelbare Rückmeldung darüber, wie sich das eigene Verhalten auf ihren Blutzucker auswirkt.

Um dies sicherzustellen und den Therapieerfolg zu gewährleisten, muss der Patient in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt ausreichend Entscheidungsfreiheit bezüglich der Auswahl des für ihn richtigen und passenden Blutzuckermesssystems haben. Dabei zählt nicht nur ein genauer, zeitnah zur Verfügung stehender Messwert. Der erfolgreiche Einsatz hängt vielmehr vom sicheren, gewohnten bzw. eingeübten Umgang des Patienten mit dem Blutzuckermessgerät ab. Schulungs- und Serviceprogramme sollten hierfür zur Verfügung stehen. Insofern ist das Blutzuckermesssystem kein beliebiges, austauschbares Produkt.

Häufig richtet sich das Augenmerk der Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Apothekerverbände einseitig auf die Kosten der Blutzuckerselbstmessung, sei es durch rechtlich unzulässige

Ausschreibungen von Teststreifen, sei es durch Quotenvorgaben und Fangprämien für die Umstellung von Patienten auf Messsysteme einer niedrigeren Preisklasse. Erforderliche Qualitätskriterien für den Patienten drohen damit unterlaufen zu werden. Wirtschaftliche Zwänge hierfür bestehen nicht. Die vorhandenen wettbewerblichen Strukturen bewerkstelligen bereits seit Jahren sinkende Preise für Blutzuckerteststreifen durch Preisverhandlungen und die Existenz unterschiedlicher Vertriebswege.

Schon gewusst?

Nach China und Indien liegt „Diabetes-Land“ an dritter Stelle der bevölkerungsreichsten Staaten der Erde. Rund 415 Mio. Menschen sind nach Angaben der International Diabetes Federation weltweit an Diabetes erkrankt.

7

Regulatorische Anforderungen an In-vitro-Diagnostika weiterentwickeln

Der VdGH tritt für ein supranationales System des Inverkehrbringens von In-vitro-Diagnostika ein. Die neue europäische IVD-Verordnung hat dem Wechsel zu einem staatlichen Zulassungssystem zu Recht eine Absage erteilt, denn die Patientensicherheit würde damit nicht erhöht. Wichtig ist, dass die Übergangszeit von fünf Jahren auch bei der nationalen Implementierung so ausgenutzt wird, dass Hersteller weiterhin in einem funktionierenden System agieren können. Bei den Konformitätsbewertungsverfahren sind Justierungen erforderlich, um vor Ablauf der Übergangszeit ein reibungsloses Funktionieren zu garantieren. Für die innerhalb einer Gesundheitseinrichtung erzeugten Produkte (Inhouse-Herstellung) müssen die gleichen regulatorischen Anforderungen gelten wie für industriell hergestellte Produkte.

In-vitro-Diagnostika kommen nie mit dem menschlichen Körper in Kontakt, sondern untersuchen aus dem Körper entnommene Proben „im Glas“ (in vitro). Das Risikopotenzial ist also ein ungleich niedrigeres als bei Produkten, die in den Körper eingebracht werden. Dies begründet eigenständige Rechtsgrundlagen für IVD im Rahmen des Medizinprodukterechts.

Zielsetzung regulatorischer Anforderungen für In-vitro-Diagnostika ist es, die Sicherheit und Leistungsfähigkeit der Produkte zu gewährleisten und die Regularien im Sinne der Patientensicherheit bezüglich neuer Entwicklungen anzupassen. Zugleich ist der wissenschaftliche und technische Fortschritt zu bewerten, ohne Innovationen unnötig zu verzögern oder zu verhindern.

Damit In-vitro-Diagnostika in Verkehr gebracht werden können, müssen sie die vorgegebenen Anforderungen an Sicherheit, Qualitätssicherungsmaßnahmen und Leistungsanforderungen erfüllen. Mit der CE-Kennzeichnung seiner Produkte dokumentiert der Hersteller die lückenlose Konformität mit diesen Bestimmungen, deren Einhaltung einen hohen Grad an Gesundheitsschutz, Leistungsfähigkeit und Sicherheit gewährleistet. Abhängig von der Risikoeinstufung des IVD-Produktes muss eine Benannte Stelle als Konformitätsbewertungsstelle eingeschaltet werden – zur Prüfung und Zertifizierung des Qualitätsmanagementsystems, zur Prüfung der Produktauslegung und zur externen Überwachung. Diese komplexen Anforderungen an Qualität und Sicherheit sollten nicht nur an industriell gefertigte Produkte gestellt werden, sondern auch an die innerhalb einer Gesundheitseinrichtung (inhouse) hergestellten Produkte.

Nach mehrjähriger politischer Diskussion tritt die neue europäische IVD-Verordnung 2017 in Kraft. Positiv ist, dass die Anwendung der regulatorischen Vorgaben EU-weit stärker harmonisiert wird. Der neue Rechtsrahmen wird jedoch die Entwicklung und Produktion von In-vitro-Diagnostika deutlich aufwendiger machen, da die regulatorischen Rahmenbedingungen spürbar verschärft wurden. Offen ist, wie der immense zusätzliche Personalbedarf abgedeckt werden kann. Nicht nur die Unternehmen benötigen mehr Personal. Auch für die Benannten Stellen und die Aufsichtsbe-

hörden dürfte es eine flächendeckende Herausforderung darstellen, Experten für die Umsetzung der gestiegenen Systemanforderungen zu finden.

Der VDPH unterstützt die Einrichtung eines Nationalen Arbeitskreises zur Implementierung der neuen IVD-Verordnung durch das Bundesministerium für Gesundheit und wirkt dort aktiv mit. Für die Hersteller ist es wichtig, dass national keine zusätzlichen bürokratischen Hürden eingeführt werden und die erforderlichen Anpassungen im Medizinproduktegesetz und seinen Verordnungen konsistent erfolgen. Die enorm angestiegene Berichtspflicht sollte gebündelt und entbürokratisiert werden. Die fünfjährige Übergangsphase muss so genutzt werden, um die Umstellung auf den neuen Rechtsrahmen möglichst friktionsfrei zu bewerkstelligen.

Schon gewusst?

Unter der IVD-Richtlinie 98/79/EG waren bisher ca. 20 Prozent der IVDs unter der Aufsicht von benannten Stellen. Die kommende IVD-Verordnung wird über 85 Prozent aller IVDs unter die Aufsicht von Benannten Stellen bringen. Somit ist eine gute Ressourcenplanung der Benannten Stellen und der Aufsichtsbehörden nötig.

8

Steuerliche Forschungsför- derung setzt Impulse für Wachstum und Hightecharbeits- plätze

Um Deutschland als Standort für Forschung und Entwicklung zu stärken, Wachstum zu stimulieren und die Innovationskraft der Unternehmen zu erhalten, sollte eine steuerliche F&E-Förderung eingeführt werden. Diese sollte zusätzlich zur Projektförderung erfolgen und als „tax credit“ in Form eines prozentualen Abzugs des F&E-Aufwands von der Steuerschuld ausgestaltet werden. Um forschende Unternehmen aller Größenklassen adäquat zu berücksichtigen, sollte die Förderung ggf. nach Größenklassen variieren.

Im Gegensatz zur Mehrzahl der OECD- und EU-Staaten existiert in Deutschland keine steuerliche Forschungsförderung. Ihre Einführung ist überfällig. Denn jene Länder, die am meisten in ihre Innovationsfähigkeit investieren, zählen zu den wirtschaftlich erfolgreichsten Nationen. Steuerliche Anreize werden gerade im Bereich Life Science Research immer dringender, da die Projektförderung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung seit zwei Jahren rückläufig ist.

Ordnungspolitisch ist eine steuerliche Förderung von F&E sinnvoll, weil sie den Firmen die Wahl der Forschungsthemen überlässt, leicht und unbürokratisch ausgestaltet werden kann und einzelne Branchen oder Unternehmen weder bevorzugt noch benachteiligt. Eine steuerliche Förderung von Forschungsaktivitäten wird zu höheren Forschungsaufwendungen der Unternehmen und zu gesamtwirtschaftlichen Wohlfahrtsgeinnen führen. Jeder so eingesetzte Euro des Staates induziert nach volkswirtschaftlichen Berechnungen zusätzliche F&E-Aufwendungen der Unternehmen von 1,25 Euro. Gleichzeitig würde die deutsche Volkswirtschaft durch Steuermehreinnahmen und Nutzung des technischen Fortschritts mit ungefähr 750 Millionen Euro pro Jahr profitieren, so dass innerhalb kurzer Zeit ein Return on Investment für den Staatshaushalt gegeben wäre.

In den meisten OECD-Staaten werden entsprechende steuerliche Anreize (tax credits) in einer Höhe von 8 bis 20 Prozent gesetzt. Deutschland sollte sich daran orientieren. Im Sinne eines schrittweisen Vorgehens ist eine Fokussierung zunächst auf kleine und mittelständische Unternehmen (z. B. tax credits in Höhe von 30 statt 10 Prozent) denkbar sowie die hälftige Anrechnung bewilligter Projektförderungen auf die

Steuervorteile. Die Einführung von tax credits für innovative Unternehmen darf die bisherige Projektförderung im Volumen nicht schmälern.

Schon gewusst?

Annähernd 12 Prozent der Beschäftigten der Diagnostika- und Life-Science-Research-Industrie sind im Bereich Forschung und Entwicklung tätig. Dies ist ein Spitzenwert im Vergleich zu anderen Industriebranchen.

9

Für einen ideologiefreien Umgang mit Individuellen Gesundheits- leistungen

Die sogenannten Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) werden häufig als medizinisch überflüssig stigmatisiert. Dies geht an der Versorgungsrealität vorbei. Alle politisch Verantwortlichen und die gesetzlichen Krankenkassen sind aufgerufen, sich einem konstruktiven Dialog zu öffnen. Mündige Bürger sind auch als GKV-Versicherte in der Lage, eigenverantwortlich zu handeln. Eine wichtige Voraussetzung hierfür ist die ausführliche sachliche Information über die Leistungsinhalte durch den behandelnden Arzt.

IGeL sind medizinische Leistungen, die über den aktuell von der Gemeinsamen Selbstverwaltung festgelegten Leistungskatalog der GKV hinausgehen und deshalb vom GKV-Versicherten selbst gezahlt werden müssen. Das Spektrum ist dabei breit gefächert. Es können Leistungen sein, die außerhalb des Versorgungsumfangs der GKV liegen (z. B. Reisetauglichkeit, Sporttaucherattest) oder die vom Patienten explizit gewünscht, aber ohne medizinische Zielsetzung sind (z. B. Schönheitsoperation). IGeL umfassen aber auch Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, für die der Gemeinsame Bundesausschuss noch keine positive Nutzenbewertung vorgenommen hat oder deren Erbringung der G-BA zwar im Krankenhaus zulässt, aber nicht beim Vertragsarzt (z. B. Procalcitonin, Genexpressionstest).

Diese Vielfalt entlarvt bereits die Behauptung, IGeL seien nutzlose oder sogar schädliche Leistungen, als unzutreffend. Die Vielfalt zeigt vor allem aber die unterschiedlichen Wünsche und Präferenzen der Versicherten. Diese Freiheit sollte respektiert werden, sie ist Ausdruck der Patientensouveränität. Die heutigen Informationsmöglichkeiten des Patienten sind beeindruckend groß und werden ausgiebig genutzt. Auch vor diesem Hintergrund erscheinen Überlegungen, dem behandelnden Arzt die Erbringung von IGeL zu verbieten, als anachronistisch und bevormundend.

Unentbehrlich hingegen sind ausführliche, sachliche und ausgewogene Informationen auf der Basis einer schriftlichen Vereinbarung zwischen Patient und dem behandelnden Arzt. Sie umfassen Aussagen über die Kosten der Maßnahme, die vom Patienten selbst zu tragen sind, und müssen vor der Leistungserbringung erfolgen. Ein solches Vorgehen fördert das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten und ermöglicht dem Patienten, eine informierte und verantwortliche Entscheidung zu treffen.

Die Bewertung neuer labordiagnostischer Verfahren zur Aufnahme in die Erstattung der GKV erstreckt sich nicht selten über einen Zeitraum von zehn Jahren und länger. Angesichts dessen sind IGeL ein gangbarer Weg, dem Patienten Zugang zu innovativen Labortests zu ermöglichen. Insofern können IGeL eine Vorstufe einer späteren GKV-Leistung darstellen. Insgesamt

wächst das Spektrum medizinischer Möglichkeiten, zum Teil auch schneller als die Beitragseinnahmen und Ressourcen der GKV. Ohne IGeL würde das solidarisch finanzierte Gesundheitssystem noch schneller an seine Grenzen stoßen.

Schon gewusst?

Was einst ein gescholtener IGeL war, ist heute eine allseits anerkannte Leistung der GKV: Seit dem 1. Juli 2008 wird das Hautkrebsscreening flächendeckend angeboten und von den Krankenkassen erstattet. Jeder Versicherte über 35 Jahre hat Anspruch auf eine Untersuchung im Abstand von zwei Jahren.

Der VDGH



Der Verband der Diagnostica-Industrie e.V. (VDGH) ist der Wirtschaftsverband der in Deutschland tätigen Hersteller von In-vitro-Diagnostika (IVD) und Life-Science-Research-Unternehmen (LSR). Als In-vitro-Diagnostika werden Medizinprodukte bezeichnet, die ausschließlich zur Untersuchung von Körperflüssigkeiten und -gewebe außerhalb des menschlichen Körpers eingesetzt werden.

Der VDGH vertritt rund 100 Mitgliedsunternehmen. Sie erforschen, entwickeln, produzieren und vertreiben diese laboranalytischen Produkte und deren Vorstufen sowie Patientenselbsttests. Mithilfe von In-vitro-Diagnostika können Gesundheitsrisiken aufgedeckt, Krankheitszustände erkannt, die Wirksamkeit von Medikamenten vor der Einnahme abgeklärt und Therapiekonzepte erstellt werden. Die Produkte der LSR-Unternehmen dienen in Form von Instrumenten, Reagenzien, Testsystemen und Verbrauchsmaterialien der Forschung in den Lebenswissenschaften.

Die Unternehmen im VDGH repräsentieren 90 Prozent des inländischen Umsatzes mit Diagnostika. Zwei Drittel der Firmen betreiben Forschung und Entwicklung und haben in Deutschland Produktionsstätten.

Die Diagnostika-Industrie beschäftigt etwa 13 Prozent ihres Personals im Bereich Forschung und Entwicklung. Mit diesem Forschungsanteil liegen die Diagnostika-Unternehmen im Vergleich aller Industriebranchen weit vorn.

Herausgeber

VDGH Verband der Diagnostica-Industrie e.V.
Dr. Martin Walger, verantwortlich

Neustädtische Kirchstr. 8
10117 Berlin

T 030 200 599-40

vdgh@vdgh.de
www.vdgh.de

Stand

April 2017

Gestaltung

FGS Kommunikation, Berlin

Bildnachweis

Henning Schacht (S. 5)

Druck & Repro

trigger.medien, Berlin

© VDGH

VDGH
Verband der Diagnostica-Industrie e.V.
Neustädtische Kirchstr. 8
10117 Berlin
T 030 200 599-40
vdgh@vdgh.de
www.vdgh.de

Gesundheit und Wohlstand

Lösungsbeiträge der
forschenden Pharma-Unternehmen
zur Bundestagswahl 2017

Zwei Dinge sind den meisten Menschen besonders wichtig: Gesundheit und Wohlstand. Zu beiden tragen die forschenden Arzneimittelunternehmen in Deutschland erheblich bei.

Sie erforschen, produzieren und vertreiben innovative, wirksame und sichere Medikamente. Wir brauchen sie, um gesund zu bleiben, wieder zu werden oder zumindest bestmöglich mit einer Erkrankung leben zu können. Und sie schaffen viele hochwertige Arbeitsplätze und Steuereinnahmen. Wir brauchen sie, um den wirtschaftlichen Wohlstand unseres Landes zu erhalten und auszubauen. Ein rohstoffarmes Land wie Deutschland ist besonders stark auf innovative Branchen angewiesen.

Deutschland war bisher ein guter Standort für Pharmaforschung und -produktion. Und die meisten Patientinnen und Patienten konnten bisher die Arzneimittel bekommen, die sie benötigten. Doch wir dürfen uns nicht auf der Vergangenheit ausruhen. Wir sind an einem Wendepunkt.

Denn immer häufiger erhalten Menschen in Deutschland nicht mehr die für sie erforderlichen Medikamente. Zahlreiche Regulierungen verhindern das. Das müssen wir wieder ändern.

Denn der internationale Wettbewerb um Investitionen in den Pharmastandort wird immer schärfer. Andere Länder bieten innovativen Unternehmen attraktive Investitionsanreize. Zusätzlich bringen aktuelle Neuausrichtungen internationaler Handelsbeziehungen nicht nur Risiken, sondern insbesondere auch Chancen für die deutsche Wirtschaft. Diese müssen wir nutzen.

Die Fähigkeit, in Deutschland Innovationen zu entwickeln und einzusetzen, entscheidet über unsere Zukunft!

Darum haben die forschenden Arzneimittelunternehmen Handlungsfelder identifiziert, in denen Deutschland besser werden muss. Sie zeigen, was momentan falsch läuft und wie man es lösen kann.

Das betrifft zum einen die Gesundheitspolitik: Denn die Gesundheitsversorgung ist nur dann gut und gerecht, wenn alle Bürgerinnen und Bürger am medizinischen Fortschritt teilhaben.

Das betrifft zum anderen die Wirtschafts- und Forschungspolitik: Denn Wohlstand und Arbeitsplätze werden auch gesichert, wenn Deutschland ein starker Pharmastandort ist.

Verantwortungsvolle Politik denkt beides zusammen.

1.

Gesundheitspolitik

**Die Gesundheitsversorgung
ist nur dann gut und gerecht,
wenn alle Bürgerinnen und Bürger
am medizinischen Fortschritt
teilhaben.**

Das Gesundheitssystem in Deutschland ist gut. Es ist uns über Jahrzehnte gelungen, eine Balance zwischen einer hochwertigen medizinischen Versorgung und den dafür angemessenen Krankenversicherungsbeiträgen zu finden. Doch seit einigen Jahren läuft in Deutschland etwas schief. Mehr und mehr Bürgerinnen und Bürger bekommen nicht mehr die für sie erforderlichen Medikamente.

Sechs Jahre nach Einführung des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) wird immer deutlicher, dass das Pendel zu stark in Richtung kurzfristiger Sparziele ausschlägt: Jedes fünfte neue Arzneimittel ist inzwischen in Deutschland nicht mehr verfügbar! Jeder dritte Patient hat bereits die Erfahrung gemacht, dass sein Arzt ihm ein bestimmtes Medikament aus Kostengründen nicht verordnet! Darüber hinaus gibt es immer mehr regionale Ungleichheiten. In einigen Regionen bekommen Patienten essenzielle Arzneimittel nicht mehr, die es in anderen Teilen Deutschlands gibt. Patienten, Ärzte und Apotheker beklagen die Entwicklungen immer öfter auch öffentlich.

Warum ist das so? Und wie lässt sich die Situation verbessern, damit sich wieder alle Menschen überall in Deutschland darauf verlassen können, im Krankheitsfall die benötigten Arzneimittel zu angemessenen Preisen zu bekommen? Denn darüber besteht ja Einigkeit: Eine Rationierung aus Kostengründen darf es in Deutschland nicht geben! Der Aspekt der Versorgungsqualität muss wieder mehr in den Vordergrund rücken.

Mit dem vor sechs Jahren eingeführten, völlig neuen Erstattungssystem für innovative Medikamente wurde Neuland betreten. Jedem war klar, dass das System einen Lernprozess durchlaufen muss. Die nun vorliegenden Erfahrungen zeigen, dass insbesondere zwei Punkte verbessert werden müssen:

- Die Bewertungen innovativer Arzneimittel müssen sachgerechter durchgeführt werden. Sie dürfen nicht zu schlechten Ergebnissen kommen, weil sie vom internationalen Standard abweichen und die medizinisch-therapeutische Perspektive ausblenden.**
- Die Preise für innovative Arzneimittel müssen nachhaltiger gestaltet werden. Die Restriktionsschraube darf nicht so weit überdreht werden, dass erforderliche Medikamente vom deutschen Markt verschwinden.**

Sachgerechte Bewertungen innovativer Arzneimittel

Was läuft falsch?

Die Bewertungskriterien. Das deutsche Erstattungssystem bewertet neue Arzneimittel methodisch anders und deutlich restriktiver als internationale Erstattungssysteme, Zulassungsbehörden und ärztliche Fachgesellschaften. Studien, die international akzeptiert sind, fallen in Deutschland häufig unter den Tisch. Teilweise werden sogar Vergleichstherapien, die am Anfang des Bewertungsprozesses vereinbart wurden, während des Verfahrens plötzlich verändert. Dem betroffenen Arzneimittelhersteller wird keine Möglichkeit gegeben, darauf noch zu reagieren. Im Ergebnis fallen knapp 75 Prozent aller negativen Bewertungen aus „formalen Gründen“ negativ aus. Es werden nicht nur verbesserte klinische Parameter häufig nicht anerkannt. Auch Verbesserungen der Anwendungsform der Arzneimittel für die Patienten, wie beispielsweise die Einnahme des Medikamentes als Tablette statt als Spritze oder die Einmalgabe statt der Mehrfachgabe, werden nicht als Verbesserungen akzeptiert. Selbst wenn neue Krebsmedikamente die Überlebenszeit der Patienten im Vergleich zu den bisher verfügbaren Medikamenten zweifelsfrei verlängern, wird ihnen manchmal kein sogenannter „Zusatznutzen“ gegenüber der herkömmlichen Therapiealternative zuerkannt. Die auf dieses Urteil folgenden Regulierungsmaßnahmen führen dann dazu, dass neue Medikamente oftmals in Deutschland nicht mehr verfügbar sind oder nicht verordnet werden dürfen.

Die Bewertungsstrukturen. Die methodischen Probleme haben einen strukturellen Ursprung. Die Krankenkassen – und damit ihre oftmals kurzsichtigen finanziellen Interessen – sind in dem Gesamtprozess überproportional vertreten. Sie sind sowohl Spieler als auch Schiedsrichter. Sie sind nicht nur dominant vertreten in dem Gremium, das die Regeln für die medizinisch-therapeutische Bewertung der Arzneimittel vorgibt und über die konkreten Bewertungsergebnisse einzelner Arzneimittel letztlich entscheidet – dem Gemeinsamen Bundesausschuss. Sie verhandeln danach auf Grundlage der selbst mitgestalteten Bewertungen dann auch als Monopolist für alle Versicherten in Deutschland die Preise mit den Arzneimittelherstellern. Eine Trennung von Bewertung und Preisverhandlung fehlt in Deutschland.

Die Patienten haben in dem gesamten Bewertungsprozess kein Stimmrecht. Die ärztlichen Fachgesellschaften ebenfalls nicht. Sie sind nicht einmal in dem Gremium vertreten. Arzneimittelhersteller ohnehin nicht. Eine Abstimmung mit den Zulassungsbehörden für Arzneimittel erfolgt nur sporadisch. Eine internationale Harmonisierung der methodischen Anforderungen wird nur zögerlich vorangetrieben.

Die demokratische Legitimation der sehr weitreichenden Kompetenzen eines derartig aufgestellten Gemeinsamen Bundesausschusses zum Erlass von Leistungs- und Berufsregeln ohne ausreichende Beteiligung der davon Betroffenen ist heftig umstritten und wurde bereits vom Bundesverfassungsgericht mit einigen Fragezeichen versehen.

Die Probleme sind lösbar!

Bewertungskriterien versachlichen. Die Kriterien der Arzneimittelbewertung müssen zwischen den Zulassungsbehörden und den Erstattungsorganen verbindlich harmonisiert werden. Sie müssen einheitlichen wissenschaftlichen Standards folgen, die sich nicht von internationalen Standards unterscheiden. Ein Medikament kann bei deutschen Patienten nicht anders wirken als bei anderen Europäern. Dabei müssen auch Fortschritte in den Therapieformen, die die Therapietreue verbessern, berücksichtigt werden. Denn das beste Medikament wirkt nicht, wenn es nicht genommen wird. Natürlich bevorzugen Patienten beispielsweise eine einmalige Gabe als Dragee anstelle einer mehrfach anzuwendenden Spritze. Dass dies jedoch als „nicht patientenrelevant“ abgelehnt wird, muss dringend korrigiert werden. Die zu Beginn des Bewertungsprozesses vereinbarten Studiendesigns und Vergleichstherapien müssen verbindlich bis zum Ende des Verfahrens gültig bleiben. Ohne ein Mindestmaß an Verlässlichkeit und Kontinuität ist keine wissenschaftlich seriöse Studienplanung und Bewertung möglich.

Bewertungsstrukturen neutraler aufstellen. Die Rolle der Zulassungsbehörden, der medizinischen Fachgesellschaften sowie der betroffenen Patienten im Bewertungsprozess muss strukturell gestärkt werden. Eine bloße Anhörungsoption, ohne echte Beteiligung an Bewertung und Entscheidung, reicht nicht aus. Für möglicherweise auftretende unterschiedliche Einschätzungen der Beteiligten sollte eine unabhängige Clearingstelle aus den Zulassungsbehörden und Erstattungsorganen eingerichtet werden.

Die Krankenkassen und ihre Interessenverbände als Verwaltungsorganisationen der Beitragsgelder haben an dieser Stelle der medizinisch-therapeutischen Bewertung keinerlei fachliche Kompetenz. Ihre Motivation und Kompetenz sind finanzieller Natur. Daher sollten die Kassen maßgeblich erst danach – auf der Basis der erfolgten unabhängigen Bewertung – in einem zweiten Schritt den Preis des Medikamentes mit dem pharmazeutischen Unternehmer verhandeln.

Nachhaltige Preise für innovative Arzneimittel

Was läuft falsch?

Der Tunnelblick. Kurzfristiges Sparsdenken klassifiziert Ausgaben für Arzneimittel lediglich als Kostenfaktor. Doch wer so denkt und handelt, verspielt nicht nur eine hochwertige Versorgung für die aktuell Erkrankten, sondern auch die nachhaltige Sicherung unseres solidarisch finanzierten Gesundheitssystems für kommende Generationen.

Denn innovative Medikamente helfen nicht nur dem einzelnen Patienten, indem sie dessen Lebenschancen und Lebensqualität verbessern. Sie heilen Erkrankungen, lindern sie oder lassen sie gar nicht erst entstehen. Sie reduzieren somit beispielsweise Krankenhausaufenthalte, Pflegebedürftigkeit, Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung. Sie senken also auch die Ausgaben für Sozialleistungen und erhöhen die Einnahmen der Sozialkassen. Darüber hinaus ist das Geld der Versicherten für innovative Arzneimittel auch eine Investition in die eigene Gesundheit. Denn davon werden nicht nur die schon heute verfügbaren Medikamente bezahlt. Es ermöglicht auch die Erforschung zukünftiger besserer Therapiemöglichkeiten.

Die Ausgaben für innovative, patentgeschützte Arzneimittel werden dramatisch überschätzt. Sie machen nur sechs Prozent der Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen aus. Und nach dem Patentablauf werden sie meist sehr günstig – der durchschnittliche Herstellerabgabepreis eines Nachahmerproduktes liegt bei ca. 14 Cent pro Tablette. Was für wenige Jahre teuer erscheint, ist danach sehr lange günstig.

Innovationsfeindliche Preisgrenzen. Doch sogar die neuen, patentgeschützten Medikamente sind seit einigen Jahren schon während ihrer Patentlaufzeit durch staatlich verordnete Preisrestriktionen stark unter Preisdruck. Immer öfter zu stark. Preisrestriktionen werden überzogen, sodass einige innovative Medikamente in Deutschland nicht mehr verfügbar sind. Denn Unternehmen müssen rational handeln. Sie reagieren auf staatlich gesetzte Anreize und Regulierungen. Wenn beispielsweise der Preis eines verbesserten, neu entwickelten Medikamentes kaum über dem Preis des alten billigsten Medikamentes liegen darf, kann es in Deutschland nicht mehr ökonomisch rational angeboten werden. Das gilt umso mehr, wenn es in dem Therapiegebiet seit vielen Jahren kein neues Medikament gab und somit alle bisher verfügbaren Medikamente auf billigstem Nachahmer-Preisniveau liegen. Derartig restriktive Preisgrenzen würgen Anreize zur Entwicklung neuer Medikamente sowie deren Einsatz in Deutschland ab.

Innovationsfeindliche Rabatttransparenz. Auch können Unternehmen innovative Medikamente in Deutschland nicht zu einem viel geringeren Preis als in anderen europäischen Ländern anbieten, solange der für Deutschland ermäßigte Preis allen anderen Ländern bekannt gemacht wird. Denn fast alle Länder in Europa sowie viele Länder weltweit bilden ihre Preise unter Einbezug der deutschen Preise. Rabatte in Deutschland werden also automatisch zu Rabatten weltweit und machen damit eine Vermarktung zu den geforderten Konditionen in Deutschland vielfach unmöglich.

Aber auch grundsätzlich noch verfügbare Arzneimittel kommen immer öfter letztlich doch nicht beim Patienten an. Denn die rabattierten Preise sind inzwischen in Deutschland in vielen Fällen deutlich geringer als in anderen europäischen Ländern. Und sie sind für alle Groß- und Zwischenhändler offen einsehbar. Das Ergebnis ist klar: Die Arzneimittel werden durch Zwischenhändler in andere Länder weiterverkauft. Während früher der spanische oder griechische Markt leer gekauft wurde, werden heute innovative Medikamente aus Deutschland beispielsweise nach Großbritannien oder Skandinavien wegverkauft. Da die Rabatte für alle öffentlich verfügbar sind, führen sie also nicht zu geringeren Preisen für deutsche Versicherte, sondern zu hohen Margen der Zwischenhändler. Das kann nicht gewollt sein. Denn die Verlierer sind die deutschen Versicherten und Patienten gleichermaßen.

Pauschale Zwangsrabatte. Darüber hinaus dürfen Arzneimittelpreise seit acht Jahren nicht erhöht werden. Und die Pharmafirmen sind verpflichtet, den gesetzlichen Krankenkassen sowie den privaten Krankenversicherungen einen pauschalen Zwangsrabatt in Höhe von aktuell sieben Prozent zu gewähren – zeitweilig waren es sogar sechzehn Prozent! Ursprünglich mal eingeführt als „kurzfristige Notmaßnahme“ aufgrund drohender Kassendefizite, gilt diese nun fast schon ein Jahrzehnt, obwohl die Kassen inzwischen seit Jahren Rücklagen in zweistelliger Milliardenhöhe horten. So ein dirigistischer Markteingriff des Staates verringert nochmals die Deckungsbeiträge und damit Investitionen in die Entwicklung neuer Medikamente.

Monopolistische Strukturen. Neben dem inzwischen unübersichtlich großen Arsenal zahlreicher staatlich festgelegter Preisreduktionen besteht in Deutschland ein strukturelles Problem der Arzneimittelpreisbildung. Die Preise für innovative Arzneimittel werden zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und dem Arzneimittelhersteller „verhandelt“. Doch diese „Verhandlung“ ist faktisch gar keine Verhandlung, denn in Deutschland agiert der GKV-Spitzenverband zentral für alle Krankenkassen. Als Monopolblock vereint er die gesamte Nachfrage auf sich und übt damit eine unbegrenzte Marktmacht mit entsprechend überzogenen Forderungen nach Niedrigstpreisen aus. Dem Hersteller bleibt teilweise keine andere Wahl, als sein Produkt zu den geforderten Bedingungen nicht mehr auf dem deutschen Markt anzubieten, um auf dem Weltmarkt bestehen zu können.

Vereinbarungen sind nicht verbindlich. Selbst wenn zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Arzneimittelhersteller ein Preis für ein Medikament vereinbart werden konnte, zu dem es weiterhin in Deutschland angeboten werden kann, gilt diese Vereinbarung in der Realität häufig nicht. Das ist absurd: Dieselben Krankenkassen, für die stellvertretend ihr Spitzenverband einen deutschlandweit gültigen Preis für alle Anwendungsbereiche des Medikamentes vereinbart hat, können hinterher diesen Preis als „nicht wirtschaftlich“ für einzelne Anwendungsbereiche des Medikamentes bezeichnen und die Ärzte mit Regresszahlungen für ihre Verordnungen bedrohen. Wozu dann die Vereinbarung? Das Abweichen von der bundesweiten Vereinbarung wird auch noch unterschiedlich nach Region und Krankenkasse gehandhabt. Die Folge: Innovationen kommen in Deutschland nicht mehr bzw. unterschiedlich nach Region und Krankenkasse beim Patienten an.

Die Probleme sind lösbar!

Wettbewerb schaffen. Der Monopolblock der Krankenkassen muss aufgebrochen werden. Verhandlungen müssen fair und wettbewerblich erfolgen, damit ein ausgewogenes Ergebnis erzielt werden kann, das sowohl eine hochwertige Arzneimittelversorgung ohne Versorgungslücken durch Marktausschlüsse als auch die finanzielle Stabilität der Sozialsysteme sicherstellt. Im Wettbewerb stehende Krankenkassen müssen eigenverantwortlich und direkt mit den Anbietern verhandeln können und für ihr Handeln auch Verantwortung übernehmen. Dann entsteht ein produktiver Qualitätswettbewerb zum Wohle der Versicherten.

Klare Verantwortlichkeit schaffen. Jeder Beteiligte muss endlich für das verantwortlich gemacht werden, wofür er auch wirklich verantwortlich ist: die Ärzte für die medizinisch-therapeutisch korrekte Verordnung innovativer Medikamente, die Kassen und Pharma-Unternehmen für den wirtschaftlichen Preis innovativer Medikamente.

Denn nur so lässt sich eine medizinisch hochwertige Arzneimittelversorgung bei gleichzeitiger Kostenkontrolle sicherstellen: Die Ärzte verordnen innovative Medikamente entsprechend der medizinisch-therapeutischen Notwendigkeit. Hierzu werden sie selbstverständlich weiterhin regional informiert und geprüft. Sie müssen allerdings davon ausgehen können, dass die Erstattungspreise der innovativen Medikamente ökonomisch wirtschaftlich sind. Denn das wird ja durch die ausführliche Bewertung und Preisverhandlung zwischen der Kranken-

kasse und dem Pharma-Unternehmen sichergestellt, indem verbindlich ein fester Preis für fest erwartete Mengen für alle Anwendungsgebiete des Medikamentes vereinbart wird. Sollten die tatsächlichen Verordnungsmengen darüber hinausgehen, greifen automatisch weitere vorab fest vereinbarte Preisabschläge.

Jeder bekäme die Medikamente, die er bräuchte. Die Therapiefreiheit der Ärzte bliebe erhalten. Es gäbe für keinen Beteiligten einen Anreiz zu unnötigen Mengenausweitungen. Die Krankenkassen hätten die volle Kostenkontrolle.

Qualitativ hochwertige Informationen anbieten. Die Ärzte können für den medizinisch-therapeutisch gebotenen Einsatz der neuartigen Medikamente durch moderne Informationssysteme unterstützt werden. Die Bewertungsergebnisse der neuen Medikamente sowie vor allem die berufsrechtlich relevanten Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften sollten ihnen niedrigschwellig zugänglich gemacht werden. Dabei muss jedoch genauestens darauf geachtet werden, dass ein solches Informationssystem den behandelnden Arzt auch wirklich „informiert“ und nicht unangemessen „steuert“. Die gelieferten Informationen müssen jederzeit aktualisiert und für den Praxisfall medizinisch-therapeutisch relevant sein. Die Informationen müssen semantisch unmissverständlich dargestellt werden, indem beispielsweise klar über den Nutzen von Medikamenten aufgeklärt wird. Ein Aspekt, dessen enorme Bedeutung für die Praxis oft unterschätzt wird. Der Grat zwischen einem „Informationssystem für die Ärzte“ und einem „kostengetriebenen Verordnungssteuerungsinstrument durch die Krankenkassen“ ist sehr schmal. Die Therapiefreiheit der Ärzte darf nicht aus

Kostengründen eingeschränkt werden. Die Entwicklung und Ausführung eines Arztinformationssystems sollte daher frei von jeglichen finanziellen Interessen – also weder unter Beteiligung der Krankenkassen noch der Industrie – erfolgen.

Forschung und Wert des Medikamentes honorieren. Die Preise von neuen, besseren Medikamenten dürfen sich nicht am Preis der billigsten generischen Vergleichstherapie orientieren und selbst für anerkannte Verbesserungen nur minimale Zuschläge zulassen. Solche pauschalen und innovationsfeindlichen Preisrestriktionen dürfen nicht staatlich vorgegeben werden. Die Preise sollten von den für die Preisgestaltung verantwortlichen Verhandlungspartnern – also den Krankenkassen und den Pharmafirmen – individuell für jedes Arzneimittel wettbewerblich verhandelt werden und somit den Wert des neu entwickelten innovativen Arzneimittels für die Patienten und die Gesellschaft widerspiegeln. Dabei sollte in der Preisfindung neben dem medizinisch-therapeutischen Nutzen auch der volkswirtschaftliche Nutzen berücksichtigt werden, der sich u. a. im Erhalt der Arbeitsfähigkeit oder der Reduktion der Krankenhausaufenthalte und damit der Sicherung der Beitragseinnahmen und der Reduktion der Gesundheitsausgaben widerspiegelt.

Rabatte und Zugang für Beitragszahler in Deutschland sichern. Die von den Krankenkassen für ihre Versicherten ausgehandelten Rabatte für neuartige Medikamente sollten direkt zwischen den Pharma-Unternehmen und den Krankenkassen abgerechnet werden. Ein Verfahren, das für „klassische“ Rabattvertrags-Arzneimittel und damit für mehr als die Hälfte aller Arzneimittelverordnungen in Deutschland seit vielen

Jahren reibungslos funktioniert. Nur so kommen die ausgehandelten Rabatte für innovative Medikamente auch tatsächlich bei den gesetzlich und privat Versicherten in Deutschland an statt als Gewinne bei den Zwischenhändlern. Und damit wäre auch sichergestellt, dass die Medikamente wirklich in Deutschland verfügbar sind, statt von den Zwischenhändlern in andere Länder wegverkauft zu werden.

Keine Planwirtschaft. Staatlich verordnete Preisrabatte und Preis-moratorien sind unspezifische, planwirtschaftliche Zwangsmechanismen mit den entsprechenden Fehlanreizen für die Erforschung und Entwicklung neuartiger Medikamente und sind daher aufzuheben.

2.

Wirtschafts- und Forschungspolitik

**Wohlstand und Arbeitsplätze
werden gesichert,
wenn Deutschland ein starker
Pharmastandort ist.**

Die Erforschung und Entwicklung von Innovationen sind für ein rohstoffarmes Land wie Deutschland von zentraler Bedeutung für Wohlstand und Beschäftigung. Eine der forschungsintensivsten und innovativsten Branchen ist die pharmazeutische Industrie. Sie schafft dementsprechend viele hochwertige Arbeitsplätze, sichert die Kaufkraft und zahlt hohe Summen in die deutsche Steuerkasse sowie die Sozialversicherungssysteme. Denn die Arbeitsplätze der vielen hoch qualifizierten Beschäftigten der pharmazeutischen Industrie haben eine enorm hohe Bruttowertschöpfung – durchschnittlich mehr als das Dreifache des Durchschnitts der Gesamtwirtschaft.

Deutschland ist bisher ein guter Standort für Pharmaforschung und -produktion. Doch darauf können wir uns nicht ausruhen. Denn im Zuge der Globalisierung ist der internationale Standortwettbewerb um Investitionen unter den bisherigen Akteuren Europa, USA und Japan, aber auch mit neuen Wettbewerbern wie Singapur, Indien und China immer intensiver geworden und gefährdet so die Stellung Deutschlands. Zudem bieten aktuelle weltpolitische Entwicklungen wie beispielsweise der „Brexit“ neue Möglichkeiten der Investitionsorientierung, in deren Verlauf Deutschland seine Stellung im internationalen Standortwettbewerb weiter ausbauen könnte.

Wie kann das gelingen? Was muss getan werden, damit die forschenden Arzneimittelunternehmen in Deutschland Arbeitsplätze, Einkommen und Steuereinnahmen für Bund, Länder und Gemeinden nicht nur sichern, sondern noch weiter ausbauen?

Natürlich müssen Lohn- und Energiekosten wettbewerbsfähig gehalten und Fachkräfte gut ausgebildet werden. Doch insbesondere müssen innovationsfreundliche und verlässliche Rahmenbedingungen für Arzneimittelforschung und -produktion in Deutschland geschaffen werden.

Innovationsfreundliche Rahmenbedingungen

Was läuft falsch?

Geringe Investitionsquoten. Der deutschen Wirtschaft geht es vordergründig gut. Doch die genauere Analyse zeigt, dass die Situation nicht von Dauer sein wird. Denn wir sorgen heute nicht für morgen vor. Die Investitionsquote in Deutschland und damit die Grundlage der zukünftigen Wirtschaftsentwicklung ist im internationalen Vergleich erschreckend niedrig. Auch das Potenzial der forschenden Pharmaindustrie für den deutschen Wirtschaftsstandort könnte noch mehr genutzt werden, um Deutschland für die Zukunft stark aufzustellen. Doch in Innovationen und deren Entwicklung muss zuerst einmal investiert werden, ehe sie sich positiv auf die Wirtschaft auswirken.

Zu wenig Wagniskapital. Es gibt in Deutschland aktuell nicht genügend Kapital für die Finanzierung von innovativen Wachstumsunternehmen und -ideen. Statt auf das enorme Potenzial für zukünftige Renditen zu setzen, scheuen mögliche Investoren zu oft das Risiko der hochkomplexen und stark regulierten Pharmaforschung und -produktion. Anders als in anderen Ländern werden in Deutschland nicht die Investitionen erleichtert, indem die Risiken reduziert oder gestreut werden. Es fehlen ausreichende Investitionsfonds und nationale Förderprogramme. Die rechtlichen und steuerlichen Rahmenbedingungen für junge Unternehmen sind äußerst restriktiv. Junge deutsche Unternehmen und frische Ideen haben somit in Deutschland einen klaren Standortnachteil im globalen Wettbewerb um Beteiligungskapital.

Keine steuerliche Forschungsförderung. Anders als in fast allen anderen OECD-Staaten gibt es in Deutschland keine steuerliche Forschungsförderung. Ein Standortnachteil für alle forschenden Pharma- und Biotech-Unternehmen, egal wie groß oder klein, alt oder jung sie sind. Denn innovative Ideen gibt es in allen Unternehmen. Und alle Unternehmen stehen im internationalen Wettbewerb um Investitionsentscheidungen global tätiger Unternehmen.

Zu wenig Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Industrie.

Der Transfer von wissenschaftlichen Ideen in gesellschaftlich nutzbare Produkte und Dienstleistungen ist in Deutschland noch immer verbesserungsbedürftig. Weil staatliche Forschungs- und Bewertungseinrichtungen, Pharmafirmen, Kliniken, Ärzte und Patienten zu wenig kooperieren, bleiben Hürden im gesamten Prozess der Arzneimittelforschung und -produktion noch immer unerkannt oder unverstanden. Die Abschottung der Beteiligten verschenkt viel innovatives Lösungspotenzial.

Digital im Hintertreffen. Deutschland droht den internationalen Anschluss bei der digitalen Transformation im Gesundheitswesen zu verlieren. Viele Länder wie Dänemark, die Niederlande, die Schweiz oder einige baltische Länder sind uns deutlich voraus. Die neuen Technologien können die Patientenversorgung verbessern. Zum einen führen digitale Analyseinstrumente und Big-Data-Anwendungen zu einer noch effizienteren Forschung, Produktion und Logistik. Zum anderen werden die Übergänge zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren durchlässiger und ermöglichen neue Versorgungsprogramme, beispielsweise in Form von zertifizierten Apps oder telemedizinischen Sprechstunden.

Die Probleme sind lösbar!

Mehr Innovationskapital schaffen. Junge, innovative Unternehmen in Deutschland brauchen mehr und schneller Kapital, um international konkurrenzfähig zu bleiben. Dazu müssen die Rahmenbedingungen für Beteiligungsinvestitionen verbessert werden. Wir brauchen gezielte Fördermaßnahmen, die das Risiko des Investors streuen oder mildern. Die rechtlichen und steuerlichen Rahmenbedingungen für Wagniskapital sollten beispielsweise durch Steuergutschriften für junge, innovative Unternehmen international wettbewerbsfähig gestaltet werden. Auch sollte die Bandbreite möglicher Kapitalgeber verbreitert werden. Beispielsweise könnte Lebensversicherungen und Stiftungen die Möglichkeit eröffnet werden, in begrenztem Umfang Wagniskapital zu vergeben.

Forschung steuerlich fördern. Um die Investitionstätigkeit global agierender Unternehmen in Deutschland zu erhöhen, sollte eine steuerliche Forschungsförderung unabhängig von der Unternehmensgröße erfolgen und damit ein Nachteil Deutschlands gegenüber fast allen anderen OECD-Staaten ausgeglichen werden. Es ist unstrittig, dass steuerliche Forschungsförderung nicht zu sogenannten Mitnahmeeffekten führt, sondern einen positiven Return on Investment generiert. Die von der Bundesregierung eingerichtete Expertenkommission Forschung und Innovation (EFI) hat bereits mehrfach eine steuerliche Forschungsförderung mit Nachdruck gefordert und hierfür verschiedene Modelle vorgeschlagen, die an den Forschungsausgaben oder am Forschungspersonal ansetzen.

Transfer von wissenschaftlichen Ideen in Produkte beschleunigen.

Die Durchlässigkeit der Ausbildungs- und Beschäftigungssysteme zwischen Wissenschaft und Industrie sollte erhöht und der Austausch zwischen allen an der Wertschöpfungskette beteiligten Akteuren verbessert werden. Dazu müssen mehr Beiräte und institutionell vernetzte Arbeitsstrukturen zwischen den staatlichen Forschungs- und Bewertungseinrichtungen, den Kliniken, den Ärzten, den Patienten und der Industrie geschaffen werden, um bislang nicht erkannte oder verstandene Hürden für einen schnellen und praxistauglichen Transfer der Forschungsergebnisse in Produkte zu überwinden.

Innovationen schützen. Der Schutz geistigen Eigentums ist ein starker Anreiz für Investitionen in die Forschung und Entwicklung neuer Produkte. Um den Standort Deutschland im globalen Wettbewerb zu stärken, müssen die bestehenden geistigen Schutzrechte, insbesondere im Patentrecht und beim Unterlagenschutz, bewahrt werden. In multi- und bilateralen Handelsabkommen muss Deutschland sich für die Einhaltung der Regeln des TRIPS-Übereinkommens in allen Unterzeichnerstaaten einsetzen.

Nationale E-Health-Strategie entwickeln. Neben der Schaffung der notwendigen Grundlagen für die Digitalisierung der Gesundheitswirtschaft, wie z. B. des Breitbandausbaus, der Telematikinfrastruktur und international harmonisierter Regelungen zum Umgang mit Gesundheits- und Forschungsdaten, braucht es eine politische Bündelung der Aktivitäten und vielen Pilotprojekte im Bereich E-Health. Damit würde die Akzeptanz für digitale Technologien im Gesundheitswesen erhöht und die Effizienz der Forschung, Produktion und Versorgung gesteigert.

vfa
Hausvogteiplatz 13
10117 Berlin
Telefon 030 206 04-0
www.vfa.de

