

Verhandlungsergebnisse Gesundheit – Pflege (Endfassung)

Ambulante Versorgung

Im Zentrum unserer Gesundheitspolitik stehen die Patientinnen und Patienten und die Qualität ihrer medizinischen Versorgung. Die Freiberuflichkeit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist unverzichtbares Element für die flächendeckende ambulante Versorgung der Patientinnen

Künftig werden auch arztgruppengleiche Medizinische Versorgungszentren zugelassen. Außerdem wird es auch Kommunen ermöglicht, Medizinische Versorgungszentren zu gründen; davon unberührt gilt der Vorrang eines ärztlichen Bewerbers nach § 103 Abs. 4c SGB V. Bei Vergütung und Zulassung dürfen die Medizinischen Versorgungszentren im Rahmen des bestehenden Rechts nicht benachteiligt werden.

Wir werden für Arznei- und Heilmittel gesetzlich vorgeben, dass die heutigen Wirtschaftlichkeitsprüfungen bis Ende 2014 durch regionale Vereinbarungen von Krankenkassen und Kassenärztlicher Selbstverwaltung ersetzt werden. Unberechtigte Regressforderungen bei Retaxationen gegenüber Heilmittelerbringern wollen wir zudem unterbinden.

Leistungslücken beim Übergang vom stationären in den ambulanten Versorgungsbereich wollen wir überwinden, indem das Entlassungsmanagement durch eine gesetzliche Koordinationsfunktion der Krankenkassen ergänzt wird. Die Möglichkeiten der Krankenhäuser, bei einer Entlassung Leistungen zu verordnen, werden ausgeweitet. Krankenhäuser können eine pflegerische Übergangsversorgung veranlassen. Wirtschaftlichkeitsvorgaben sind zu beachten, eine vorrangige Berücksichtigung von Einrichtungen der verordnenden Krankenhäuser ist auszuschließen.

Für Erwachsene mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen werden medizinische Behandlungszentren analog zu den sozialpädiatrischen Zentren zur (zahn-) medizinischen Behandlung (neuer § 119c SGB V) geschaffen.

Der Einsatz von qualifizierten nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen, die delegierte ärztliche Leistungen erbringen, soll flächendeckend ermöglicht und leistungsgerecht vergütet werden. Modellvorhaben zur Erprobung neuer Formen der Substitution ärztlicher Leistung sollen aufgelegt und evaluiert werden. Je nach Ergebnis werden sie in die Regelversorgung überführt.

Die Krankenkassen müssen Freiräume erhalten, um im Wettbewerb gute Verträge gestalten und regionalen Besonderheiten gerecht werden zu können. Für die verschiedenen Möglichkeiten zur Vereinbarung von integrierten und selektiven Versorgungsformen (§§ 63 bis 65, 73a, 73b, 73c, 140a ff. SGB V) werden die rechtlichen Rahmenbedingungen angeglichen und bestehende Hemmnisse bei der Umsetzung beseitigt. Gleichartig geregelt werden insbesondere die Evaluation integrierter und selektiver Versorgungsformen durch eine Vereinbarung der Vertragspartner sowie der Nachweis der Wirtschaftlichkeit gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde nach jeweils vier Jahren. Wir werden Regelungen zur Mindestdauer und zur Substitution der Regelversorgung aufheben und die Bereinigungsverfahren vereinfachen. Versorgungsformen, deren Qualität und Wirtschaftlichkeit erwiesen ist, sollten in geeigneter Weise in die Regelversorgung überführt werden.

Die Krankenkassen bleiben gesetzlich verpflichtet, hausarztzentrierte Versorgung anzubieten. Die hausarztzentrierte Versorgung wird weiterentwickelt und um geeignete Instrumente zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und zur Qualitätssicherung ergänzt. Die bestehenden Vergütungsbeschränkungen werden aufgehoben. Die strukturierten Behandlungsprogramme müssen, soweit sie die Hausärzte betreffen, Bestandteil der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung sein. Darüber hinaus soll die fachärztliche Versorgung gestärkt werden.

Die strukturierten Behandlungsprogramme für chronisch Kranke haben sich bewährt und dazu beigetragen, die Versorgungsqualität zu verbessern. Sie werden deshalb weiterentwickelt; neue Programme sollen entwickelt werden für die Behandlung von Rückenleiden und Depressionen.

Die sektorübergreifende Qualitätssicherung mit Routinedaten wird ausgebaut. Wir werden gesetzlich ein Institut begründen, das dauerhaft und unabhängig die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung ermittelt und dem Gemeinsamen Bundesausschuss Entscheidungsgrundlagen liefert. Die gesetzlichen Krankenkassen werden verpflichtet, dem Institut geeignete pseudonymisierte Routinedaten zur Verfügung zu stellen.

Die Verfügbarkeit der Routinedaten aus der GKV für die Versorgungsforschung und für das Versorgungsmanagement der Krankenkassen wollen wir erhöhen. Die Morbidität soll künftig zudem nicht nur mit Leistungsdaten bestimmt werden, mittelfristig sollen auch epidemiologische Daten herangezogen werden.

Elektronische Kommunikations- und Informationstechnologien können die Leistungsfähigkeit in unserem Gesundheitswesen weiter verbessern. Dies gilt insbesondere für die Versichererstammdaten, die Notfalldaten, die Kommunikation zwischen allen Leistungserbringern, Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit und Daten für ein verbessertes Einweisungs- und Entlassmanagement. Hindernisse beim Datenaustausch und Schnittstellenprobleme werden beseitigt und der Anbieterwettbewerb zwischen IT-Anbietern befördert. Dabei muss ein hoher Datenschutz beachtet werden. Telemedizinische Leistungen sollen gefördert und angemessen vergütet werden.

Patientinnen und Patienten müssen sich darauf verlassen können, dass ihre Gesundheit und nicht ein finanzielles Interesse im Mittelpunkt der Behandlung steht. Um die weit überwiegende Mehrzahl der Ehrlichen im Gesundheitswesen zu schützen und die Lauterkeit und Freiheit des Wettbewerbs zu stärken, werden wir einen neuen Straftatbestand der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen im Strafgesetzbuch schaffen.

Zur Förderung innovativer sektorübergreifender Versorgungsformen und für die Versorgungsforschung wird ein Innovationsfonds geschaffen. Dafür werden 300 Mio. Euro von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt; dafür erhalten die Krankenkassen 150 Mio. Euro an zusätzlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Aus dem Innovationsfonds werden für Versorgungsleistungen, die über die Regelversorgung hinausgehen, Mittel in Höhe von insgesamt 225 Mio. Euro und für Versorgungsforschung Mittel in Höhe von insgesamt 75 Mio. Euro verwendet. Für die Vergabe der Mittel legt der Gemeinsame Bundesausschuss Kriterien fest. Die Vergabe erfolgt durch ein jährliches Ausschreibungsverfahren, das vom Gemeinsamen Bundesausschuss durchgeführt wird. Eine Evaluierung erfolgt nach vier Jahren.

Krankenhausversorgung

Eine flächendeckende Krankenhausversorgung gehört zu den wesentlichen Elementen der Daseinsvorsorge. Das Krankenhaus der Zukunft muss gut, gut erreichbar und sicher sein.

Gut heißt: Die Menschen müssen sich darauf verlassen können, nach dem neuesten medizinischen Stand und in bester Qualität behandelt zu werden. In einer Qualitätsoffensive werden wir die Qualität der stationären Versorgung verbessern. Qualität wird als weiteres Kriterium für Entscheidungen der Krankenhausplanung gesetzlich eingeführt (§ 1 KHG).

In dem neu zu gründenden Qualitätsinstitut werden sektorenübergreifend Routinedaten gesammelt, ausgewertet und einrichtungsbezogen veröffentlicht. Die Anforderungen der Qualitätsrichtlinien des GBA sind zwingend einzuhalten. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen soll zur Überprüfung der durch den GBA zur internen und externen Qualitätssicherung gemachten Vorgaben zukünftig unangemeldet Kontrollen in den Krankenhäusern durchfüh-

158 ren. Die Befugnis des GBA zur Festlegung von Mindestmengen wollen wir rechtssicher ge-
159 stalten. Die Ausnahmebefugnisse der Länder bleiben davon unberührt.

160
161 Die jährlich zu erstellenden Qualitätsberichte der Krankenhäuser müssen verständlicher,
162 transparenter und als Grundlage für die Patientenentscheidung präziser werden. Der GBA
163 wird beauftragt, in seinen Vorgaben die Aussagekraft und Verständlichkeit der Qualitätsbe-
164 richte zu verbessern und Aspekte der Patientensicherheit sowie Ergebnisse von Patientenbe-
165 fragungen zu integrieren. Dazu soll das Qualitätsinstitut eine online einsehbare Vergleichsli-
166 ste erstellen und führen und die Vielzahl von Zertifikaten bewerten und einordnen. Die teilwei-
167 se in Krankenhäusern bereits genutzten OP-Sicherheits-Checklisten werden allgemeiner
168 Standard der Qualitätssicherung.

169
170 Gute Qualität muss sich für die Krankenhäuser auch finanziell lohnen. Die Menge soll künftig
171 nur da berücksichtigt werden, wo sie entsteht. Das heute bestehende System der Mehrleis-
172 tungsabschläge wollen wir dabei differenzieren: Leistungen mit nachgewiesener hoher Qualität
173 können daher von Mehrleistungsabschlägen ausgenommen werden, für besonders gute
174 Qualität sind Zuschläge möglich. Umgekehrt sollen bei unterdurchschnittlicher Qualität für
175 einzelne Leistungen auch höhere Abschläge möglich sein. Die Qualität soll dabei risikoadjus-
176 tiert und anhand wesentlicher Indikatoren gemessen werden. Die Degression des Landesba-
177 sisfallwertes bei landesweiten Mengensteigerungen wird entsprechend vermindert.

178
179 Zur weiteren Stärkung der Qualität in der Versorgung wird für vier vom GBA ausgewählte
180 planbare Leistungen den Krankenkassen in den Jahren 2015 bis 2018 die Möglichkeit gege-
181 ben, modellhaft Qualitätsverträge mit einzelnen Krankenhäusern abzuschließen. Die Kriterien
182 für Qualitätsverträge werden von den Krankenkassen auf Landesebene einheitlich und ge-
183 meinsam festgelegt. Die freie Krankenhauswahl bleibt dabei unberührt. Danach erfolgt eine
184 Evaluierung.

185
186 Gut erreichbar heißt: Nicht nur in Ballungsräumen, sondern auch in ländlichen Regionen
187 muss die wohnortnahe Krankenhausversorgung der Bevölkerung gewährleistet sein. Hierzu
188 wollen wir sicherstellen, dass auch Krankenhäuser in strukturschwachen Regionen ihren
189 Versorgungsauftrag wahrnehmen können. Die Einführung des DRG-Systems als leistungs-
190 orientiertes Entgeltsystem war richtig. Um die Aktualisierung der DRGs zu verbessern, kann
191 das InEK künftig Kalkulationskrankenhäuser adäquat repräsentativ auswählen. Gesunkene
192 Sachkosten sind zeitnah bei der Kalkulation der DRGs abzubilden, damit keine Überzahlung
193 zu Lasten pflegeintensiver Bereiche eintritt.

194
195 Wir wollen die Länder bei der Weiterentwicklung der Krankenhausplanung von einer stand-
196 ortbasierten Planung hin zu einer erreichbarkeitsorientierten Versorgungsplanung unterstüt-
197 zen. Dazu sollen die bisher von der Selbstverwaltung kaum genutzten Möglichkeiten, Sicher-
198 stellungszuschläge zu vereinbaren, gesetzlich konkretisiert werden. Die Festlegung von Kri-
199 terien erfolgt zukünftig durch den GBA. Werden diese erfüllt, ist nach Zustimmung des Lan-
200 des ein Sicherstellungszuschlag zu zahlen. In diesem Zusammenhang ist auch zu überprü-
201 fen, ob für Krankenhäuser die Vorhaltekosten, insbesondere für die Notfallversorgung, über
202 das aktuelle Vergütungssystem ausreichend finanziert werden.

203
204 Sicher heißt: Die Menschen müssen sich darauf verlassen können, dass nur Operationen
205 durchgeführt werden, die auch tatsächlich medizinisch notwendig sind. Daher haben Patien-
206 ten zukünftig regelhaft die Möglichkeit, bei vom GBA zu definierenden mengenanfälligen
207 planbaren Behandlungen eine Zweitmeinung bei einem weiteren Facharzt oder Krankenhaus
208 einzuholen. Die Ärzte müssen bei Indikationsstellung die Patienten über deren Recht zur
209 Einholung einer Zweitmeinung verbindlich aufklären. Diese Aufklärung muss mindestens
210 zehn Tage vor der Operation erfolgen. Die Kosten übernehmen die Krankenkassen.

Eine sichere Behandlung ist letztendlich nur dort möglich, wo das ärztliche und pflegerische Personal nicht über Gebühr belastet wird. Wir wollen gewährleisten, dass auf Ebene der DRG-Kalkulation die Personalkosten, insbesondere die der Pflege, in ausreichender Höhe und Gewichtung berücksichtigt werden. Dass die Krankenhäuser diese Mittel auch tatsächlich für Personalkosten eingesetzt haben, müssen sie in den Budgetverhandlungen in geeigneter Weise unbürokratisch nachweisen.

Krankenhäuser, in denen neue Medizinprodukte mit hoher Risikoklasse zum Einsatz kommen, sollen verpflichtet werden, sich in der Phase nach der Markteinführung an Nutzen- und Sicherheitsstudien des GBA zu beteiligen. Entsprechende Methodenbewertungsverfahren des GBA sollen regelmäßig nach spätestens zwei Jahren abgeschlossen sein.

Register verbessern aufgrund ihrer Langzeitbeobachtungen die Patientensicherheit und Qualität. Wir werden als ersten Schritt ein Transplantationsregister und ein Implantateregister aufbauen, die Datenlieferung ist verpflichtend. Dabei werden bereits bestehende Register einbezogen. Zur sicheren Behandlung gehört auch die Vermeidung von Krankenhausinfektionen. Hier werden wir die bereits eingeleiteten Maßnahmen evaluieren und erweitern. Das Infektionsgeschehen in einem Haus muss verpflichtender Bestandteil der Qualitätsberichte werden.

Weitere Maßnahmen: Die Unterschiede in den Landesbasisfallwerten, die sich nicht durch Besonderheiten in der Versorgungs- und Kostenstruktur oder der unterschiedlichen Umsetzung gesetzlicher Verpflichtungen begründen lassen, sollen aufgehoben werden. Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe erarbeitet auf Basis des hierzu vorzulegenden Gutachtens Eckpunkte. Eine gesetzliche Regelung zur Umsetzung der Eckpunkte soll zum 1.1.2016 in Kraft treten.

Die Kosten der Krankenhäuser sollen mit der Fortentwicklung der Krankenhauspreise über den Orientierungswert besser berücksichtigt werden; dieser muss deshalb auch stärker auf die spezifischen Gegebenheiten im Krankenhausbereich abstellen. Gleichzeitig bleibt es Aufgabe der Krankenhäuser, effizient und wirtschaftlich zu arbeiten.

Die zunehmende Konzentration der ambulanten Notfallversorgung außerhalb der allgemeinen Praxisprechzeiten auf die Krankenhäuser macht eine Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen und der entsprechenden Vergütung erforderlich. Wir streben dabei eine regelhafte Kooperation der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenhäuser zur Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung an. In eine solche Kooperation soll der Notdienst der Apotheken einbezogen werden. Der Sicherstellungsauftrag verbleibt bei den Kassenärztlichen Vereinigungen.

Wir werden die besonderen Aufgaben der Universitätskliniken und der Krankenhäuser der Maximalversorgung besser im DRG-System vergüten. Für Hochkostenfälle, die nicht durch Fallpauschalen sachgerecht abgebildet werden können, hat das InEK bis Ende 2014 eine geeignete gesonderte Vergütungsform vorzulegen. Leistungen der Hochschulambulanzen werden künftig angemessen vergütet.

Qualität wird als Kriterium zur Teilnahmerechtigung an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach §116 b SGB V gestärkt. Wie die Qualitätsnachweise zu führen sind, legt der Gemeinsame Bundesausschuss fest. Genutzt werden dazu auch die Qualitätsdaten des Qualitätsinstituts.

Die geplante Umstrukturierung oder Umwandlung von Krankenhäusern führt vor Ort meist zu großem Widerstand, nicht zuletzt, weil die Folgenutzung unklar ist. Deswegen wollen wir Krankenhausträger, die sich in Abstimmung mit der Landesplanung entscheiden, einen

Krankenhausstandort umzuwandeln, unterstützen. Dazu werden wir einen Investitionsfonds auflegen, der insbesondere den Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von Krankenhausstandorten, die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre lokale Versorgungseinrichtungen (z. Bsp. Gesundheits- oder Pflegezentren) oder die Sicherung bereits umgesetzter Strukturänderungen unterstützen soll. Analog zum erfolgreichen Programm zur Erneuerung der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern sollen Länder und Kassen jeweils in gemeinsamen Vereinbarungen das Nähere regeln. Der Investitionsfonds beteiligt sich mit maximal 50 Prozent an den jeweiligen Kosten, es wird einmalig aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds eine Summe von 500 Mio. Euro zur Verfügung gestellt; diese Summe steht aufgeteilt nach dem Königsteiner Schlüssel für Maßnahmen in den Ländern zur Verfügung. Nicht verbrauchte Finanzmittel fließen nach fünf Jahren in den Gesundheitsfonds zurück.

Wir werden zur Vorbereitung der skizzierten Krankenhausreform unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Beteiligung der Koalitionsfraktionen einsetzen, die bis Ende 2014 entsprechende Eckpunkte erarbeiten soll.

Ein neues Vergütungssystem in der Psychiatrie und Psychosomatik darf schwerst psychisch Erkrankte nicht benachteiligen, muss die sektorenübergreifende Behandlung fördern und die Verweildauer verkürzen, ohne Drehtüreffekte zu erzeugen. Dazu sind systematische Veränderungen des Vergütungssystems vorzunehmen. An dem grundsätzlichen Ziel, mehr Transparenz und Leistungsorientierung und eine bessere Verzahnung ambulanter und stationärer Leistungen in diesen Bereich zu bringen, halten wir fest.

Arzneimittel und Apotheken

Wir stehen für eine flächendeckende, innovative und sichere Arzneimittelversorgung in Deutschland. Der unmittelbare Zugang zu neuen Arzneimitteln für alle Versicherten in Deutschland ist ein hohes Gut. Wir wollen einen ressortübergreifenden Dialog unter Beteiligung von Wissenschaft und Arzneimittelherstellern einrichten, um den Standort Deutschland für Forschung und Produktion zu stärken.

Die mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz eingeführte Nutzenbewertung und die anschließende Verhandlung von Erstattungsbeträgen für innovative Arzneimittel ist ein entscheidender Schritt für eine qualitätsorientierte und wirtschaftliche Arzneimittelversorgung. Allerdings zeigen sich beim Aufruf des so genannten Bestandsmarktes eine Reihe rechtlicher, verfahrenstechnischer und praktischer Probleme. Daher werden wir den gesamten Bestandsmarktaufruf nach § 35a Abs. 6 SGB V beenden. Dies gilt auch für laufende Verfahren. Um das hier ursprünglich geplante Einsparvolumen doch zu erreichen, werden wir das Preismoratorium auf dem Niveau der Preise vom 1.8. 2009 nahtlos fortführen und den Herstellerrabatt auf verschreibungspflichtige Arzneimittel nach § 130a Abs. 1 SGB V ab dem Jahr 2014 von sechs auf sieben Prozent erhöhen. Ein Gesetzentwurf dazu wird noch im Jahr 2013 in erster Lesung beraten. Diese Regelung wird ab 2015 jährlich daraufhin überprüft, ob abhängig von der finanziellen Lage der gesetzlichen Krankenversicherung eine Anpassung nötig ist. Der Rabatt darf sechs Prozent nicht unterschreiten. Wir sehen das Zusammenspiel von Nutzenbewertung und anschließenden Preisverhandlungen grundsätzlich als lernendes System, das wir bei Bedarf weiterentwickeln werden. In Zukunft soll regelhaft mindestens ein Vertreter einer Mitgliedskasse des GKV-Spitzenverbandes an den Preisverhandlungen teilnehmen, um den Versorgungsaspekt zu stärken. Die Benennung dieses Vertreters erfolgt in einem rechtsfesten Verfahren.

Die gesetzlichen Voraussetzungen für die frühe Nutzenbewertung von Arzneimitteln werden so gefasst, dass alle Wirkstoffe, die nach dem 1.1. 2011 in den Markt eingeführt worden sind,

nach Erstzulassung und bei Indikationsausweitung von dem Verfahren der Nutzenbewertung erfasst werden, die Phase freier Preisbildung aber nur einmalig, nämlich bei Bewertung der Neuheit eines Wirkstoffes, eingeräumt wird.

Wir werden gesetzlich klarstellen, dass der vereinbarte Erstattungsbetrag Grundlage für die Berechnung der Zu- und Abschläge in den Vertriebsstufen ist. Die Ausweisung eines Listenpreises durch den pharmazeutischen Unternehmer bleibt davon unberührt. Beim Abschluss von Rabattverträgen müssen die Vertragspartner die Versorgungssicherheit gewährleisten, indem sie Maßnahmen gegen Lieferengpässe vereinbaren. Dies gilt insbesondere für Impfstoffe.

Der GBA wird mit der Erarbeitung einer sogenannten Substitutionsliste beauftragt, auf der Medikamente aufgeführt sind, die im Rahmen von Rabattverträgen nicht ausgetauscht werden dürfen. Erfolgt die Festlegung nicht in einer gesetzlich vorgegeben Frist, wird die Liste im Rahmen einer Ersatzvornahme festgesetzt.

Eine qualitativ hochwertige, sichere und wohnortnahe Arzneimittelversorgung erfordert freiberuflich tätige Apothekerinnen und Apotheker in inhabergeführten Apotheken. An dem bestehenden Mehr- und Fremdbesitzverbots wird festgehalten.

Wir werden klarstellen, dass Voraussetzung für die Erstverschreibung von Arzneimitteln ein direkter Arzt-Patienten-Kontakt sein muss. Online-Konsultationen reichen dafür nicht aus, sondern bergen das Risiko von Fehldiagnosen und können so den Patientenschutz gefährden.

Gesundheitsberufe und Medizinstudium

Für eine zielgerichtetere Auswahl der Studienplatzbewerber, zur Förderung der Praxisnähe und zur Stärkung der Allgemeinmedizin im Studium wollen wir in einer Konferenz der Gesundheits- und Wissenschaftsminister von Bund und Ländern einen „Masterplan Medizinstudium 2020“ entwickeln.

Die Förderung der Weiterbildung in Allgemeinmedizin wird um 50% erhöht und bei Bedarf länderübergreifend koordiniert.

Zudem stößt die Vermittlung praxisrelevanten Wissens ausschließlich in Kliniken an Grenzen. Daher wollen wir die ärztliche Weiterbildung aller grundversorgenden Fachgebiete in ambulanten Einrichtungen fördern.

Bei der Anstellung bzw. Zulassung ausländischer Ärzte und Psychotherapeuten in Deutschland sollen künftig deren Kenntnisse der deutschen Sprache und der medizinischen Fachsprache einer kompetenten Sprachverwendung (Referenzniveau C1) entsprechen.

Wir werden das Psychotherapeutengesetz samt der Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung überarbeiten.

Prävention und Gesundheitsförderung in den Vordergrund stellen

Wir werden noch 2014 ein Präventionsgesetz verabschieden, das insbesondere die Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten wie Kita, Schule, Betrieb und Pflegeheim und die betriebliche Gesundheitsförderung stärkt und alle Sozialversicherungsträger einbezieht.

Hierzu werden wir den in der gesetzlichen Krankenversicherung vorgegebenen Richtwert für Ausgaben in der Prävention und Gesundheitsförderung als neuen Mindestwert ab 1.1.2015 auf sieben Euro je Versichertem erhöhen. Dieser Wert erhöht sich jährlich um einen Euro bis zu einem Wert von zehn Euro je Versichertem. Diese Mittel werden für die einzelnen Präventionsarten differenziert verwendet, jedoch mindestens 80 Prozent für Maßnahmen in Lebenswelten, davon ein Drittel für die betriebliche Gesundheitsförderung. Die weiteren Sozialversicherungsträger sowie die private Krankenversicherung leisten einen angemessenen Beitrag. Die Sicherstellung von Zielorientierung und Qualität in der Gesundheitsförderung und Prävention und deren Evaluation soll über ein nationales Kompetenzzentrum gewährleistet werden, das bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) angesiedelt wird. Die BzgA erhält einen Teil der Mittel für bundesweite Kampagnen zur Prävention. Über deren konkrete Verwendung schließt sie einen Kooperationsvertrag mit dem GKV-Spitzenverband.

Die Kooperation und Koordination aller Sozialversicherungsträger sowie der Länder und Kommunen werden über verpflichtende Rahmenvereinbarungen analog der Regelungen zur Förderung der Zahngesundheit (§ 21 SGB V) und von Schutzimpfungen (§20d Abs. 3 SGB V) auf Landesebene verbessert. Dabei sind bundesweit einheitliche Gesundheitsziele und Vorgaben zur Qualität und Evaluation zu berücksichtigen. Länderpräventionsansätze werden einbezogen.

Darüber hinaus werden wir die Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und die ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen bei Erwachsenen stärken. Zudem wollen wir durch geeignete Maßnahmen die Impfquoten in Deutschland erhöhen.

Wir wollen die Möglichkeiten, ambulante medizinische Vorsorgeleistungen in anerkannten deutschen Kurorten wahrzunehmen, verbessern.

Finanzierung und Morbi-RSA

Die derzeitige gute Finanzlage der Gesetzlichen Krankenversicherung darf nicht darüber hinweg täuschen, dass schon ab 2015 die prognostizierten Einnahmen des Gesundheitsfonds seine Ausgaben übersteigen werden. Dem wollen wir mit einer umsichtigen Ausgabenpolitik begegnen.

Der Bundeszuschuss von 14 Milliarden Euro bleibt auch in Zukunft zur Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten.

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) bildet die finanzielle Ausgangslage für einen fairen Wettbewerb zwischen den Kassen. Die im jüngsten Gutachten des wissenschaftlichen Beirats des Bundesversicherungsamtes gemachten Vorschläge zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs zur Annualisierung der Kosten für verstorbene Versicherte sowie zum Krankengeld und den Auslandsversicherten wollen wir zeitgleich umsetzen.

SPD:	Abschaffung des Zusatzbeitrages zugunsten der Beitragssatzautonomie der Krankenkassen mit paritätischem Beitragssatz und vollem Risikostrukturausgleich
CDU/CSU:	Ablehnung (<u>Anlage 1</u>)
CDU/ CSU:	Einführung eines Pflege-Vorsorgefonds (0,1 Beitragssatzpunkte), schrittweise Erhöhung des Pflegebeitragssatzes um bis zu 0,5 Prozentpunkte
SPD:	Ablehnung des Vorsorgefonds, Erhöhung 0,5 Beitragssatzpunkte in 2014 (<u>Anlage 2</u>)

CDU/SPD:	Beibehaltung des vollen Finanzkraftausgleichs im RSA
CSU:	Regionalisierung des RSA (<u>Anlage 3</u>)

Pflege

Pflege muss für alle Menschen, die auf sie angewiesen sind, bezahlbar bleiben. Wir wollen an der gesetzlich vorgesehenen Dynamisierung festhalten.

Wir werden den Beitrag für die gesetzliche Pflegeversicherung erhöhen.

Wir wollen die Pflegebedürftigkeit besser anerkennen, um die Situation der Pflegebedürftigen, von Angehörigen und Menschen, die in der Pflege arbeiten, zu verbessern. Dazu wollen wir den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff auf der Grundlage der Empfehlungen des Expertenbeirates in dieser Legislaturperiode so schnell wie möglich einführen, damit insbesondere Menschen mit Demenzerkrankungen bessere und passgenauere Leistungen erhalten. Diejenigen, die heute Leistungen erhalten, werden durch die Einführung nicht schlechter gestellt.

Für die Akzeptanz eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist entscheidend, dass keine neuen Ungerechtigkeiten entstehen. Außerdem ist zu vermeiden, dass zu Lasten der Versicherungsgemeinschaft Kosten anderer Träger auf die Pflegeversicherung verlagert werden.

Deshalb werden wir die mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff einhergehende Begutachtungssystematik auf ihre Umsetzbarkeit und Praktikabilität hin erproben und wissenschaftlich auswerten. Auf dieser Grundlage werden anschließend auch die leistungsrechtlichen Bestimmungen in dieser Legislaturperiode umgesetzt.

Die „Allianz für Menschen mit Demenz“ soll Betroffene unterstützen und das Verständnis und die Sensibilität für Demenzerkrankungen fördern.

Pflege im Sozialraum braucht qualifizierte Dienste und Einrichtungen, die die Pflegearbeit der Angehörigen und Familien, engagierter Bürger und von Ehrenamtlichen professionell begleitet, fördert und ergänzt. Zur Stärkung der ambulanten Pflege werden wir die Leistungen im ambulanten und stationären Bereich weiter einander angleichen.

Bis zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden wir zügig vor allem die schon bestehenden Betreuungsleistungen weiter ausbauen und auf alle Pflegebedürftigen ausdehnen.

Weiterhin werden wir die Leistungen der Pflegeversicherung wie die Kurzzeit- und Verhinderungspflege, die Tages- und Nachtpflege sowie die unterschiedlichen Betreuungsformen auch durch die Einführung von Budgets besser und flexibler aufeinander abstimmen.

Im Sinne einer sozialräumlichen Pflege, werden wir die Zuschüsse für Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen oder die Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohnformen ausbauen.

Wir wollen, dass ältere und pflegebedürftige Menschen ihren Alltag in der eigenen Wohnung weitgehend selbstbestimmt bewältigen können. Die Entwicklung von Angeboten altersgerechter Begleitung und technischer Unterstützungssysteme wollen wir daher weiter fördern und sie in den Leistungskatalog der Pflegeversicherung aufnehmen.

Wer einen anderen Menschen pflegt, braucht dafür Zeit, und muss die Pflege mit dem Beruf vereinbaren können. Wir werden die Möglichkeiten des Pflegezeit- und des Familienpflegezeitgesetzes unter einem Dach mit Rechtsanspruch zusammenführen und weiterentwickeln, um die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf besser zu unterstützen.

Die zehntägige Auszeit für Angehörige, die kurzfristig Zeit für die Organisation einer neuen Pflegesituation benötigen, werden wir aufbauend auf der geltenden gesetzlichen Regelung mit einer Lohnersatzleistung analog Kinderkrankengeld koppeln.

Die Hilfen zur Weiterführung des Haushalts wollen wir weiter ausbauen. Wir werden prüfen, ob die Anrechnung von Pflegezeiten in der Rentenversicherung verbessert werden kann.

In den Entscheidungsgremien des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen sollen künftig Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie der Pflegeberufe stimmberechtigt vertreten sein.

Wir prüfen die Schnittstellen zwischen SGB V und SGB XI im Hinblick auf die konsequente Umsetzung der Grundsätze ambulant vor stationär und Prävention vor Rehabilitation vor Pflege. Wir werden die Finanzierungsverantwortung dort verorten, wo der Nutzen entsteht, um Verschiebeparkplätze zu beseitigen. Deshalb werden wir auch prüfen, ob die Pflegeversicherung sich an den Kosten der geriatrischen Rehabilitation beteiligen soll.

Gute Pflege setzt qualifiziertes und motiviertes Personal voraus. Wir setzen uns im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten für Personalmindeststandards im Pflegebereich ein und wollen die Pflegeberufe aufwerten. Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf können den Verbleib im Beruf erleichtern. Dokumentationspflichten und Bürokratie müssen auf das Nötigste begrenzt werden.

Der Wechsel zwischen den Berufen in der Pflege muss erleichtert werden. Hierzu führen wir eine generalistische Pflegeausbildung ein. Ziel sollte ein transparentes und durchlässiges Aus- und Weiterbildungssystem sein.

Zur Erhöhung der Ausbildungskapazitäten müssen Wettbewerbsnachteile der ausbildenden Einrichtungen verhindert werden. Dazu prüfen wir ein verbindliches Verfahren zur Refinanzierung der Ausbildungskosten, um die Kostenbeteiligung aller Einrichtungsträger zu gewährleisten. Der dualen Ausbildung mit Ausbildungsbetrieb und Schule wird zukünftig eine zentrale Bedeutung zukommen.

Die Ausbildung muss für jeden Auszubildenden kostenfrei sein. Die Finanzbeteiligung der Länder an den Ausbildungskosten der Schulen muss auch weiterhin gewährleistet sein. Eine verbindliche und langfristige Regelung zur vollständigen Finanzierung der Ausbildungskosten bei Umschulungsmaßnahmen durch den Bund und die Länder sollte getroffen werden.

Um die Transparenz und Nutzerorientierung im Pflegebereich zu verbessern, müssen Qualitätssicherungsverfahren wissenschaftlichen Standards genügen und kontinuierlich - auch im Hinblick auf eine Entbürokratisierung und ein sektorenübergreifendes Vorgehen - weiterentwickelt und verbindlicher gestaltet werden.

Die Pflege-Transparenzvereinbarung soll mit dem Ziel weiterentwickelt werden, die Qualitätsunterschiede der Einrichtungen für die Verbraucher in Zukunft deutlicher zu machen. Wir werden hier die Entscheidungsstrukturen der Selbstverwaltungspartner straffen und Blockademöglichkeiten reduzieren.

Wir werden das Verfahren der Veröffentlichung der Ergebnisse der durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. vorgenommenen Qualitätsprüfungen verbessern.

Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Deshalb haben die Kommunen und die Länder nach dem Pflegeversicherungsgesetz schon jetzt einen wichtigen Beitrag zu leisten.

Wir werden in einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Leitung des BMG klären, wie die Rolle der Kommunen noch weiter gestärkt und ausgebaut werden kann. Insbesondere soll geklärt werden, wie die Steuerungs- und Planungskompetenz für die regionale Pflegestruktur gestärkt werden kann, damit sie im Zusammenwirken mit städteplanerischen Instrumenten Sozialräume so entwickeln, dass pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben können. Außerdem soll ein Vorschlag erarbeitet werden, wie die Kommunen vor Ort stärker in die Strukturen der Pflege verantwortlich eingebunden werden sollen. Hierfür kommen auf Grund ihres hohen sozialräumlichen Bezuges die Sicherung und Durchführung der aufsuchenden und begleitenden Pflegeberatung insbesondere in Pflegestützpunkten, Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Engagierte, die laufende Beratung der Empfänger von Pflegegeld sowie die Beteiligung bei der Leistungsgewährung für Infrastruktur fördernde Maßnahmen in Betracht.

Anlage 1: GKV-Finanzierung / Zusatzbeiträge

SPD-Position:

Die Große Koalition wird die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig sichern. Es ist unser Ziel, damit mehr Versorgungsqualität, besseren Zugang zu Gesundheitsleistungen sowie besseren Verbraucherschutz zu ermöglichen.

Der Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung wird wieder prozentual einkommensabhängig und voll paritätisch erhoben – jeweils hälftig durch die Versicherten- und die Arbeitgeberseite. Dazu werden Zusatz- und Sonderbeitrag abgeschafft. Die gesetzlichen Krankenkassen erhalten wieder das Recht, den Beitragssatz eigenständig festzusetzen. Dazu wird der Gesundheitsfonds beibehalten, um Finanzkraftausgleich und Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich durchzuführen.

Der gesetzliche Beitragssatz, der zur Deckung von 100 Prozent der geschätzten Ausgaben des Folgejahres notwendig ist, wird jährlich mittels einer Rechtsverordnung festgelegt. Die Kassen haben die Möglichkeit den gesetzlichen Beitragssatz zu unter- oder zu überschreiten. Die Beitragsmittel fließen in vollständiger Höhe des gesetzlichen Beitragssatzes an den Gesundheitsfonds und nehmen in Gänze am Finanzausgleich teil.

CDU/CSU-Position:

An der derzeitigen Finanzierungsform (gesetzliche Festlegung des Beitragssatzes, Festschreiben Arbeitgeberanteil und Zusatzbeiträge in absoluter Höhe mit Sozialausgleich) wird festgehalten werden, da sie einen wichtigen Bestandteil einer transparenten und damit wettbewerblichen Ordnung der GKV darstellt.

Anlage 2: Pflege-Vorsorgefonds

CDU/CSU-Position:

Wir werden den Beitrag zur Pflegeversicherung schrittweise um bis zu 0,5 Prozentpunkte erhöhen, davon sind 0,1 Prozentpunkte zum Aufbau des Pflegevorsorgefonds vorgesehen.

Deutschland wird jeden Tag älter. Die Zahl der über 85jährigen wird sich in den nächsten Jahren von heute über 1,5 Millionen Menschen auf 5,5 Millionen in 2050 erhöhen. Bei aller Unschärfe solcher langfristiger Prognosen ist damit jetzt schon absehbar, dass auch die Zahl der Pflegebedürftigen steigen wird, bis 2030 wird mit einem Anstieg um eine Millionen auf 3,4 Millionen Pflegebedürftige in Deutschland gerechnet. Damit ist klar, dass Pflege in den nächsten Jahren teurer wird, für jeden Einzelnen und für die Gesellschaft insgesamt. Wir wollen dabei eine ausgewogene Balance zwischen dem nötigen Finanzbedarf und einer nicht übermäßigen Mehrbelastung künftiger Generationen finden. Ziel muss es sein, insbesondere für den Zeitraum, in dem die geburtenstarke Babyboomer-Generation der 50er und 60er-Jahre in das typische Pflegealter kommt, vorzusorgen. Dies sind die Jahre 2035 bis 2055. Für diese Zeit wollen wir jetzt beginnen, eine Rücklage zu schaffen. Daher wollen wir ab 2015 beginnen, eine Milliarde Euro pro Jahr in einen kollektiven Pflege-Vorsorgefonds zu überführen. Dieser sollte von der Bundesbank verwaltet und vor zweckentfremdenden Rückgriffen geschützt werden.

SPD-Position:

Die begrenzten Mittel der Pflegeversicherung sollen den aktuell Pflegebedürftigen zu gute kommen. Eine Rücklage, auch vor dem Hintergrund der Situation an den Kapitalmärkten, wird als nicht sinnvoll abgelehnt.

Wir werden den Beitragssatz für die gesetzliche Pflegeversicherung im Jahr 2014 um 0,5 Prozentpunkte erhöhen.

Anlage 3: Finanzkraftausgleich / Regionalisierung des RSA

Gem. Position SPD und CDU:

Am bestehenden vollständigen Finanzkraftausgleich und bundesweit einheitlichen Zuweisungen halten wir fest.

CSU-Position:

In diesem Zusammenhang ist auch zu prüfen, welche Elemente des Gesundheitsfonds und morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) sich bewährt haben und welche weiterzuentwickeln sind. Dies schließt auch eine gerechtere und transparente Steuerung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen ein. Der Morbi-RSA wird zu diesem Zweck stetig weiterentwickelt. Insbesondere muss der Gesundheitsfonds künftig mehr Rücksicht auf regionale Unterschiede nehmen, um vorhandene Versorgungsstrukturen nicht zu gefährden. Der Morbi-RSA wird hierzu um eine regionale Differenzierung ergänzt. Wir wollen umgehend die rechtlichen Grundlagen dafür schaffen, dass im Morbi-RSA wieder Regionalkennzeichen von den Krankenkassen erhoben werden. Diese sollen der Versorgungsforschung und regionalen Versorgungssteuerung sowie als Grundlage für eine transparente und gerechte Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs dienen.