

1 **Verhandlungsergebnisse Gesundheit – Pflege (Endfassung)**

2

3 **Ambulante Versorgung**

4

5 Im Zentrum unserer Gesundheitspolitik stehen die Patientinnen und Patienten und die Quali-  
6 tät ihrer medizinischen Versorgung. Die Freiberuflichkeit der niedergelassenen Ärztinnen und  
7 Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist  
8 unverzichtbares Element für die flächendeckende ambulante Versorgung der Patientinnen

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

58  
59 Wir werden für Arznei- und Heilmittel gesetzlich vorgeben, dass die heutigen Wirtschaftlich-  
60 keitsprüfungen bis Ende 2014 durch regionale Vereinbarungen von Krankenkassen und Kas-  
61 senärztlicher Selbstverwaltung ersetzt werden. Unberechtigte Regressforderungen bei  
62 Retaxationen gegenüber Heilmittelerbringern wollen wir zudem unterbinden.

63  
64 Leistungslücken beim Übergang vom stationären in den ambulanten Versorgungsbereich  
65 wollen wir überwinden, indem das Entlassungsmanagement durch eine gesetzliche Koordi-  
66 nationsfunktion der Krankenkassen ergänzt wird. Die Möglichkeiten der Krankenhäuser, bei  
67 einer Entlassung Leistungen zu verordnen, werden ausgeweitet. Krankenhäuser können eine  
68 pflegerische Übergangsversorgung veranlassen. Wirtschaftlichkeitsvorgaben sind zu beach-  
69 ten, eine vorrangige Berücksichtigung von Einrichtungen der verordnenden Krankenhäuser  
70 ist auszuschließen.

71  
72 Für Erwachsene mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen werden  
73 medizinische Behandlungszentren analog zu den sozialpädiatrischen Zentren zur (zahn-)  
74 medizinischen Behandlung (neuer § 119c SGB V) geschaffen.

75  
76 Der Einsatz von qualifizierten nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen, die delegierte ärztliche  
77 Leistungen erbringen, soll flächendeckend ermöglicht und leistungsgerecht vergütet werden.  
78 Modellvorhaben zur Erprobung neuer Formen der Substitution ärztlicher Leistung sollen auf-  
79 gelegt und evaluiert werden. Je nach Ergebnis werden sie in die Regelversorgung überführt.

80  
81 Die Krankenkassen müssen Freiräume erhalten, um im Wettbewerb gute Verträge gestalten  
82 und regionalen Besonderheiten gerecht werden zu können. Für die verschiedenen Möglich-  
83 keiten zur Vereinbarung von integrierten und selektiven Versorgungsformen (§§ 63 bis 65,  
84 73a, 73b, 73c, 140a ff. SGB V) werden die rechtlichen Rahmenbedingungen angeglichen  
85 und bestehende Hemmnisse bei der Umsetzung beseitigt. Gleichartig geregelt werden ins-  
86 besondere die Evaluation integrierter und selektiver Versorgungsformen durch eine Verein-  
87 barung der Vertragspartner sowie der Nachweis der Wirtschaftlichkeit gegenüber der zustän-  
88 digen Aufsichtsbehörde nach jeweils vier Jahren. Wir werden Regelungen zur Mindestdauer  
89 und zur Substitution der Regelversorgung aufheben und die Bereinigungsverfahren vereinfach-  
90 en. Versorgungsformen, deren Qualität und Wirtschaftlichkeit erwiesen ist, sollten in ge-  
91 eigneter Weise in die Regelversorgung überführt werden.

92  
93 Die Krankenkassen bleiben gesetzlich verpflichtet, hausarztzentrierte Versorgung anzubie-  
94 ten. Die hausarztzentrierte Versorgung wird weiterentwickelt und um geeignete Instrumente  
95 zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und zur Qualitätssicherung ergänzt. Die bestehenden  
96 Vergütungsbeschränkungen werden aufgehoben. Die strukturierten Behandlungsprogramme  
97 müssen, soweit sie die Hausärzte betreffen, Bestandteil der Verträge zur hausarztzentrierten  
98 Versorgung sein. Darüber hinaus soll die fachärztliche Versorgung gestärkt werden.

99  
100 Die strukturierten Behandlungsprogramme für chronisch Kranke haben sich bewährt und da-  
101 zu beigetragen, die Versorgungsqualität zu verbessern. Sie werden deshalb weiterentwickelt;  
102 neue Programme sollen entwickelt werden für die Behandlung von Rückenleiden und De-  
103 pressionen.

104

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

110  
111 Die Verfügbarkeit der Routinedaten aus der GKV für die Versorgungsforschung und für das  
112 Versorgungsmanagement der Krankenkassen wollen wir erhöhen. Die Morbidität soll künftig  
113 zudem nicht nur mit Leistungsdaten bestimmt werden, mittelfristig sollen auch epidemiologi-  
114 sche Daten herangezogen werden.

115  
116 Elektronische Kommunikations- und Informationstechnologien können die Leistungsfähigkeit  
117 in unserem Gesundheitswesen weiter verbessern. Dies gilt insbesondere für die Versiche-  
118 renstammdaten, die Notfalldaten, die Kommunikation zwischen allen Leistungserbringern,  
119 Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit und Daten für ein verbessertes Einwei-  
120 sungs- und Entlassmanagement. Hindernisse beim Datenaustausch und Schnittstellenprob-  
121 leme werden beseitigt und der Anbieterwettbewerb zwischen IT-Anbietern befördert. Dabei  
122 muss ein hoher Datenschutz beachtet werden. Telemedizinische Leistungen sollen gefördert  
123 und angemessen vergütet werden.

124  
125 Patientinnen und Patienten müssen sich darauf verlassen können, dass ihre Gesundheit und  
126 nicht ein finanzielles Interesse im Mittelpunkt der Behandlung steht. Um die weit überwie-  
127 gende Mehrzahl der Ehrlichen im Gesundheitswesen zu schützen und die Lauterkeit und  
128 Freiheit des Wettbewerbs zu stärken, werden wir einen neuen Straftatbestand der Bestech-  
129 lichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen im Strafgesetzbuch schaffen.

130  
131 Zur Förderung innovativer sektorübergreifender Versorgungsformen und für die Versor-  
132 gungsforschung wird ein Innovationsfonds geschaffen. Dafür werden 300 Mio. Euro von den  
133 Krankenkassen zur Verfügung gestellt; dafür erhalten die Krankenkassen 150 Mio. Euro an  
134 zusätzlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Aus dem Innovationsfonds werden  
135 für Versorgungsleistungen, die über die Regelversorgung hinausgehen, Mittel in Höhe von  
136 insgesamt 225 Mio. Euro und für Versorgungsforschung Mittel in Höhe von insgesamt 75  
137 Mio. Euro verwendet. Für die Vergabe der Mittel legt der Gemeinsame Bundesausschuss  
138 Kriterien fest. Die Vergabe erfolgt durch ein jährliches Ausschreibungsverfahren, das vom  
139 Gemeinsamen Bundesausschuss durchgeführt wird. Eine Evaluierung erfolgt nach vier Jah-  
140 ren.

141

142

### 143 **Krankenhausversorgung**

144

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

147

148 Gut heißt: Die Menschen müssen sich darauf verlassen können, nach dem neuesten medizi-  
149 nischen Stand und in bester Qualität behandelt zu werden. In einer Qualitätsoffensive wer-  
150 den wir die Qualität der stationären Versorgung verbessern. Qualität wird als weiteres Kriteri-  
151 um für Entscheidungen der Krankenhausplanung gesetzlich eingeführt (§ 1 KHG).

152

153 In dem neu zu gründenden Qualitätsinstitut werden sektorenübergreifend Routinedaten ge-  
154 sammelt, ausgewertet und einrichtungsbezogen veröffentlicht. Die Anforderungen der Quali-  
155 tätsrichtlinien des GBA sind zwingend einzuhalten. Der Medizinische Dienst der Krankenkas-  
156 sen soll zur Überprüfung der durch den GBA zur internen und externen Qualitätssicherung  
157 gemachten Vorgaben zukünftig unangemeldet Kontrollen in den Krankenhäusern durchfüh-

158 ren. Die Befugnis des GBA zur Festlegung von Mindestmengen wollen wir rechtssicher ge-  
159 stallen. 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.

211

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

218  
219 Krankenhäuser, in denen neue Medizinprodukte mit hoher Risikoklasse zum Einsatz kom-  
220 men, sollen verpflichtet werden, sich in der Phase nach der Markteinführung an Nutzen- und  
221 Sicherheitsstudien des GBA zu beteiligen. Entsprechende Methodenbewertungsverfahren  
222 des GBA sollen regelmäßig nach spätestens zwei Jahren abgeschlossen sein.

223  
224 Register verbessern aufgrund ihrer Langzeitbeobachtungen die Patientensicherheit und  
225 Qualität. Wir werden als ersten Schritt ein Transplantationsregister und ein Implantateregister  
226 aufbauen, die Datenlieferung ist verpflichtend. Dabei werden bereits bestehende Register  
227 einbezogen. Zur sicheren Behandlung gehört auch die Vermeidung von  
228 Krankenhausinfektionen. Hier werden wir die bereits eingeleiteten Maßnahmen evaluieren  
229 und erweitern. Das Infektionsgeschehen in einem Haus muss verpflichtender Bestandteil der  
230 Qualitätsberichte werden.

231  
232 Weitere Maßnahmen: Die Unterschiede in den Landesbasisfallwerten, die sich nicht durch  
233 Besonderheiten in der Versorgungs- und Kostenstruktur oder der unterschiedlichen  
234 Umsetzung gesetzlicher Verpflichtungen begründen lassen, sollen aufgehoben werden. Die  
235 Bund-Länder-Arbeitsgruppe erarbeitet auf Basis des hierzu vorzulegenden Gutachtens  
236 Eckpunkte. Eine gesetzliche Regelung zur Umsetzung der Eckpunkte soll zum 1.1.2016 in  
237 Kraft treten.

238  
239 Die Kosten der Krankenhäuser sollen mit der Fortentwicklung der Krankenhauspreise über  
240 den Orientierungswert besser berücksichtigt werden; dieser muss deshalb auch stärker auf  
241 die spezifischen Gegebenheiten im Krankenhausbereich abstellen. Gleichzeitig bleibt es  
242 Aufgabe der Krankenhäuser, effizient und wirtschaftlich zu arbeiten.

243  
244 Die zunehmende Konzentration der ambulanten Notfallversorgung außerhalb der allgemei-  
245 nen Praxisprechzeiten auf die Krankenhäuser macht eine Anpassung der gesetzlichen  
246 Rahmenbedingungen und der entsprechenden Vergütung erforderlich. Wir streben dabei ei-  
247 ne regelhafte Kooperation der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenhäuser zur  
248 Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung an. In eine solche Kooperation soll der Not-  
249 dienst der Apotheken einbezogen werden. Der Sicherstellungsauftrag verbleibt bei den Kas-  
250 senärztlichen Vereinigungen.

251  
252 Wir werden die besonderen Aufgaben der Universitätskliniken und der Krankenhäuser der  
253 Maximalversorgung besser im DRG-System vergüten. Für Hochkostenfälle, die nicht durch  
254 Fallpauschalen sachgerecht abgebildet werden können, hat das InEK bis Ende 2014 eine  
255 geeignete gesonderte Vergütungsform vorzulegen. Leistungen der Hochschulambulanzen  
256 werden künftig angemessen vergütet.

257  
258 Qualität wird als Kriterium zur Teilnahmerechtigung an der ambulanten spezialfachärztli-  
259 chen Versorgung nach §116 b SGB V gestärkt. Wie die Qualitätsnachweise zu führen sind,  
260 legt der Gemeinsame Bundesausschuss fest. Genutzt werden dazu auch die Qualitätsdaten  
261 des Qualitätsinstituts.

262  
263 Die geplante Umstrukturierung oder Umwandlung von Krankenhäusern führt vor Ort meist zu  
264 großem Widerstand, nicht zuletzt, weil die Folgenutzung unklar ist. Deswegen wollen wir  
265 Krankenhausträger, die sich in Abstimmung mit der Landesplanung entscheiden, einen

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

278  
279 Wir werden zur Vorbereitung der skizzierten Krankenhausreform unter Federführung des  
280 Bundesministeriums für Gesundheit eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Beteiligung der  
281 Koalitionsfraktionen einsetzen, die bis Ende 2014 entsprechende Eckpunkte erarbeiten soll.

282  
283 Ein neues Vergütungssystem in der Psychiatrie und Psychosomatik darf schwerst psychisch  
284 Erkrankte nicht benachteiligen, muss die sektorenübergreifende Behandlung fördern und die  
285 Verweildauer verkürzen, ohne Drehtüreffekte zu erzeugen. Dazu sind systematische Verän-  
286 derungen des Vergütungssystems vorzunehmen. An dem grundsätzlichen Ziel, mehr Trans-  
287parenz und Leistungsorientierung und eine bessere Verzahnung ambulanter und stationärer  
288 Leistungen in diesen Bereich zu bringen, halten wir fest.

289  
290

## 291 **Arzneimittel und Apotheken**

292  
293 Wir stehen für eine flächendeckende, innovative und sichere Arzneimittelversorgung in  
294 Deutschland. Der unmittelbare Zugang zu neuen Arzneimitteln für alle Versicherten in  
295 Deutschland ist ein hohes Gut. Wir wollen einen ressortübergreifenden Dialog unter Beteili-  
296 gung von Wissenschaft und Arzneimittelherstellern einrichten, um den Standort Deutschland  
297 für Forschung und Produktion zu stärken.

298  
299 Die mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz eingeführte Nutzenbewertung und die an-  
300 schließende Verhandlung von Erstattungsbeträgen für innovative Arzneimittel ist ein ent-  
301 scheidender Schritt für eine qualitätsorientierte und wirtschaftliche Arzneimittelversorgung.  
302 Allerdings zeigen sich beim Aufruf des so genannten Bestandsmarktes eine Reihe rechtli-  
303 cher, verfahrenstechnischer und praktischer Probleme. Daher werden wir den gesamten Be-  
304 standsmarktaufruf nach § 35a Abs. 6 SGB V beenden. Dies gilt auch für laufende Verfahren.  
305 Um das hier ursprünglich geplante Einsparvolumen doch zu erreichen, werden wir das  
306 Preismoratorium auf dem Niveau der Preise vom 1.8. 2009 nahtlos fortführen und den Her-  
307 stellerrabatt auf verschreibungspflichtige Arzneimittel nach § 130a Abs. 1 SGB V ab dem  
308 Jahr 2014 von sechs auf sieben Prozent erhöhen. Ein Gesetzentwurf dazu wird noch im Jahr  
309 2013 in erster Lesung beraten. Diese Regelung wird ab 2015 jährlich daraufhin überprüft, ob  
310 abhängig von der finanziellen Lage der gesetzlichen Krankenversicherung eine Anpassung  
311 nötig ist. Der Rabatt darf sechs Prozent nicht unterschreiten. Wir sehen das Zusammenspiel  
312 von Nutzenbewertung und anschließenden Preisverhandlungen grundsätzlich als lernendes  
313 System, das wir bei Bedarf weiterentwickeln werden. In Zukunft soll regelhaft mindestens ein  
314 Vertreter einer Mitgliedskasse des GKV-Spitzenverbandes an den Preisverhandlungen teil-  
315 nehmen, um den Versorgungsaspekt zu stärken. Die Benennung dieses Vertreters erfolgt in  
316 einem rechtsfesten Verfahren.

317  
318 Die gesetzlichen Voraussetzungen für die frühe Nutzenbewertung von Arzneimitteln werden  
319 so gefasst, dass alle Wirkstoffe, die nach dem 1.1. 2011 in den Markt eingeführt worden sind,

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

323  
324 Wir werden gesetzlich klarstellen, dass der vereinbarte Erstattungsbetrag Grundlage für die  
325 Berechnung der Zu- und Abschläge in den Vertriebsstufen ist. Die Ausweisung eines Listen-  
326 preises durch den pharmazeutischen Unternehmer bleibt davon unberührt.  
327 Beim Abschluss von Rabattverträgen müssen die Vertragspartner die Versorgungssicherheit  
328 gewährleisten, indem sie Maßnahmen gegen Lieferengpässe vereinbaren. Dies gilt insbe-  
329 sondere für Impfstoffe.

330  
331 Der GBA wird mit der Erarbeitung einer sogenannten Substitutionsliste beauftragt, auf der  
332 Medikamente aufgeführt sind, die im Rahmen von Rabattverträgen nicht ausgetauscht wer-  
333 den dürfen. Erfolgt die Festlegung nicht in einer gesetzlich vorgegeben Frist, wird die Liste im  
334 Rahmen einer Ersatzvornahme festgesetzt.

335  
336 Eine qualitativ hochwertige, sichere und wohnortnahe Arzneimittelversorgung erfordert frei-  
337 beruflich tätige Apothekerinnen und Apotheker in inhabergeführten Apotheken. An dem be-  
338 stehenden Mehr- und Fremdbesitzverbots wird festgehalten.

339  
340 Wir werden klarstellen, dass Voraussetzung für die Erstverschreibung von Arzneimitteln ein  
341 direkter Arzt-Patienten-Kontakt sein muss. Online-Konsultationen reichen dafür nicht aus,  
342 sondern bergen das Risiko von Fehldiagnosen und können so den Patientenschutz gefähr-  
343 den.

344

345

## 346 **Gesundheitsberufe und Medizinstudium**

347

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

352

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

355

356 Zudem stößt die Vermittlung praxisrelevanten Wissens ausschließlich in Kliniken an Gren-  
357 zen. Daher wollen wir die ärztliche Weiterbildung aller grundversorgenden Fachgebiete in  
358 ambulanten Einrichtungen fördern.

359

360 Bei der Anstellung bzw. Zulassung ausländischer Ärzte und Psychotherapeuten in Deutsch-  
361 land sollen künftig deren Kenntnisse der deutschen Sprache und der medizinischen Fach-  
362 sprache einer kompetenten Sprachverwendung (Referenzniveau C1) entsprechen.

363

364 Wir werden das Psychotherapeutengesetz samt der Zugangsvoraussetzungen zur Ausbil-  
365 dung überarbeiten.

366

367

## 368 **Prävention und Gesundheitsförderung in den Vordergrund stellen**

369

370 Wir werden noch 2014 ein Präventionsgesetz verabschieden, das insbesondere die Präven-  
371 tion und Gesundheitsförderung in Lebenswelten wie Kita, Schule, Betrieb und Pflegeheim  
372 und die betriebliche Gesundheitsförderung stärkt und alle Sozialversicherungsträger einbe-  
373 zieht.

374  
375 Hierzu werden wir den in der gesetzlichen Krankenversicherung vorgegebenen Richtwert für  
376 Ausgaben in der Prävention und Gesundheitsförderung als neuen Mindestwert ab 1.1.2015  
377 auf sieben Euro je Versichertem erhöhen. Dieser Wert erhöht sich jährlich um einen Euro bis  
378 zu einem Wert von zehn Euro je Versichertem. Diese Mittel werden für die einzelnen Präven-  
379 tionsarten differenziert verwendet, jedoch mindestens 80 Prozent für Maßnahmen in Le-  
380 benswelten, davon ein Drittel für die betriebliche Gesundheitsförderung. Die weiteren Sozial-  
381 versicherungsträger sowie die private Krankenversicherung leisten einen angemessenen Bei-  
382 trag. Die Sicherstellung von Zielorientierung und Qualität in der Gesundheitsförderung und  
383 Prävention und deren Evaluation soll über ein nationales Kompetenzzentrum gewährleistet  
384 werden, das bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) angesiedelt wird.  
385 Die BzgA erhält einen Teil der Mittel für bundesweite Kampagnen zur Prävention. Über deren  
386 konkrete Verwendung schließt sie einen Kooperationsvertrag mit dem GKV-Spitzenverband.  
387

388 Die Kooperation und Koordination aller Sozialversicherungsträger sowie der Länder und  
389 Kommunen werden über verpflichtende Rahmenvereinbarungen analog der Regelungen zur  
390 Förderung der Zahngesundheit (§ 21 SGB V) und von Schutzimpfungen (§20d Abs. 3 SGB  
391 V) auf Landesebene verbessert. Dabei sind bundesweit einheitliche Gesundheitsziele und  
392 Vorgaben zur Qualität und Evaluation zu berücksichtigen. Länderpräventionsansätze werden  
393 einbezogen.  
394

395 Darüber hinaus werden wir die Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und die ärztli-  
396 chen Vorsorgeuntersuchungen bei Erwachsenen stärken. Zudem wollen wir durch geeignete  
397 Maßnahmen die Impfquoten in Deutschland erhöhen.  
398

399 Wir wollen die Möglichkeiten, ambulante medizinische Vorsorgeleistungen in anerkannten  
400 deutschen Kurorten wahrzunehmen, verbessern.  
401

401

402

## 403 **Finanzierung und Morbi-RSA**

404

405 Die derzeitige gute Finanzlage der Gesetzlichen Krankenversicherung darf nicht darüber  
406 hinweg täuschen, dass schon ab 2015 die prognostizierten Einnahmen des Gesundheits-  
407 fonds seine Ausgaben übersteigen werden. Dem wollen wir mit einer umsichtigen Ausga-  
408 benpolitik begegnen.  
409

409

410 Der Bundeszuschuss von 14 Milliarden Euro bleibt auch in Zukunft zur Finanzierung der ver-  
411 sicherungsfremden Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten.  
412

412

413 Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) bildet die finanzielle Aus-  
414 gangslage für einen fairen Wettbewerb zwischen den Kassen. Die im jüngsten Gutachten  
415 des wissenschaftlichen Beirats des Bundesversicherungsamtes gemachten Vorschläge zur  
416 Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs zur Annualisierung der Kosten für verstorbe-  
417 ne Versicherte sowie zum Krankengeld und den Auslandsversicherten wollen wir zeitgleich  
418 umsetzen.  
419

419

420 SPD: Abschaffung des Zusatzbeitrages zugunsten der Beitragssatzautonomie der Kranken-  
421 kassen mit paritätischem Beitragssatz und vollem Risikostrukturausgleich

422 CDU/CSU: Ablehnung (Anlage 1)  
423

423

424 CDU/ CSU: Einführung eines Pflege-Vorsorgefonds (0,1 Beitragssatzpunkte), schrittweise Erhö-  
425 hung des Pflegebeitragssatzes um bis zu 0,5 Prozentpunkte

426 SPD: Ablehnung des Vorsorgefonds, Erhöhung 0,5 Beitragssatzpunkte in 2014 (Anlage 2)  
427

427

428  
429  
430  
431  
432  
433  
434  
435  
436  
437  
438  
439  
440  
441  
442  
443  
444  
445  
446  
447  
448  
449  
450  
451  
452  
453  
454  
455  
456  
457  
458  
459  
460  
461  
462  
463  
464  
465  
466  
467  
468  
469  
470  
471  
472  
473  
474  
475  
476  
477  
478  
479  
480

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

## 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.

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

485  
486 Die zehntägige Auszeit für Angehörige, die kurzfristig Zeit für die Organisation einer neuen  
487 Pflegesituation benötigen, werden wir aufbauend auf der geltenden gesetzlichen Regelung  
488 mit einer Lohnersatzleistung analog Kinderkrankengeld koppeln.

489  
490 Die Hilfen zur Weiterführung des Haushalts wollen wir weiter ausbauen. Wir werden prüfen,  
491 ob die Anrechnung von Pflegezeiten in der Rentenversicherung verbessert werden kann.

492  
493 In den Entscheidungsgremien des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen sollen künftig  
494 Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie der Pflegeberufe stimmberechtig-  
495 tigt vertreten sein.

496  
497 Wir prüfen die Schnittstellen zwischen SGB V und SGB XI im Hinblick auf die konsequente  
498 Umsetzung der Grundsätze ambulant vor stationär und Prävention vor Rehabilitation vor  
499 Pflege. Wir werden die Finanzierungsverantwortung dort verorten, wo der Nutzen entsteht,  
500 um Verschiebepunkte zu beseitigen. Deshalb werden wir auch prüfen, ob die Pflegeversi-  
501 cherung sich an den Kosten der geriatrischen Rehabilitation beteiligen soll.

502  
503 Gute Pflege setzt qualifiziertes und motiviertes Personal voraus. Wir setzen uns im Rahmen  
504 der rechtlichen Möglichkeiten für Personalmindeststandards im Pflegebereich ein und wollen  
505 die Pflegeberufe aufwerten. Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf können  
506 den Verbleib im Beruf erleichtern. Dokumentationspflichten und Bürokratie müssen auf das  
507 nötigste begrenzt werden.

508  
509 Der Wechsel zwischen den Berufen in der Pflege muss erleichtert werden. Hierzu führen wir  
510 eine generalistische Pflegeausbildung ein. Ziel sollte ein transparentes und durchlässiges  
511 Aus- und Weiterbildungssystem sein.

512  
513 Zur Erhöhung der Ausbildungskapazitäten müssen Wettbewerbsnachteile der ausbildenden  
514 Einrichtungen verhindert werden. Dazu prüfen wir ein verbindliches Verfahren zur Refinan-  
515 zierung der Ausbildungskosten, um die Kostenbeteiligung aller Einrichtungsträger zu gewähr-  
516 leisten. Der dualen Ausbildung mit Ausbildungsbetrieb und Schule wird zukünftig eine zent-  
517 rale Bedeutung zukommen.

518  
519 Die Ausbildung muss für jeden Auszubildenden kostenfrei sein. Die Finanzbeteiligung der  
520 Länder an den Ausbildungskosten der Schulen muss auch weiterhin gewährleistet sein. Eine  
521 verbindliche und langfristige Regelung zur vollständigen Finanzierung der Ausbildungskosten  
522 bei Umschulungsmaßnahmen durch den Bund und die Länder sollte getroffen werden.

523  
524 Um die Transparenz und Nutzerorientierung im Pflegebereich zu verbessern, müssen Quali-  
525 tätssicherungsverfahren wissenschaftlichen Standards genügen und kontinuierlich - auch im  
526 Hinblick auf eine Entbürokratisierung und ein sektorenübergreifendes Vorgehen - weiterent-  
527 wickelt und verbindlicher gestaltet werden.

528  
529 Die Pflege-Transparenzvereinbarung soll mit dem Ziel weiterentwickelt werden, die Quali-  
530 tätsunterschiede der Einrichtungen für die Verbraucher in Zukunft deutlicher zu machen. Wir  
531 werden hier die Entscheidungsstrukturen der Selbstverwaltungspartner straffen und Blocka-  
532 demöglichkeiten reduzieren.

533

534 Wir werden das Verfahren der Veröffentlichung der Ergebnisse der durch den Medizinischen  
535 Dienst der Krankenversicherung und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Kranken-  
536 versicherung e.V. vorgenommenen Qualitätsprüfungen verbessern.

537  
538 Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Deshalb haben die Kommunen und die  
539 Länder nach dem Pflegeversicherungsgesetz schon jetzt einen wichtigen Beitrag zu leisten.

540  
541 Wir werden in einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Leitung des BMG klären, wie die Rolle  
542 der Kommunen noch weiter gestärkt und ausgebaut werden kann. Insbesondere soll geklärt  
543 werden, wie die Steuerungs- und Planungskompetenz für die regionale Pflegestruktur ge-  
544 stärkt werden kann, damit sie im Zusammenwirken mit städteplanerischen Instrumenten So-  
545 zialräume so entwickeln, dass pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich in ihrem ge-  
546 wohnten Umfeld verbleiben können. Außerdem soll ein Vorschlag erarbeitet werden, wie die  
547 Kommunen vor Ort stärker in die Strukturen der Pflege verantwortlich eingebunden werden  
548 sollen. Hierfür kommen auf Grund ihres hohen sozialräumlichen Bezuges die Sicherung und  
549 Durchführung der aufsuchenden und begleitenden Pflegeberatung insbesondere in Pflege-  
550 stützpunkten, Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Engagierte, die laufende Bera-  
551 tung der Empfänger von Pflegegeld sowie die Beteiligung bei der Leistungsgewährung für  
552 Infrastruktur fördernde Maßnahmen in Betracht.

553

1 **Anlage 1: GKV-Finanzierung / Zusatzbeiträge**

2  
3  
4 **SPD-Position:**

5  
6 Die Große Koalition wird die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig  
7 sichern. Es ist unser Ziel, damit mehr Versorgungsqualität, besseren Zugang zu Gesund-  
8 heitsleistungen sowie besseren Verbraucherschutz zu ermöglichen.

9  
10 Der Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung wird wieder prozentual einkommensab-  
11 hängig und voll paritätisch erhoben – jeweils hälftig durch die Versicherten- und die Arbeitge-  
12 berseite. Dazu werden Zusatz- und Sonderbeitrag abgeschafft. Die gesetzlichen Kranken-  
13 kassen erhalten wieder das Recht, den Beitragssatz eigenständig festzusetzen. Dazu wird  
14 der Gesundheitsfonds beibehalten, um Finanzkraftausgleich und Morbiditätsorientierten Risi-  
15 kostrukturausgleich durchzuführen.

16  
17 Der gesetzliche Beitragssatz, der zur Deckung von 100 Prozent der geschätzten Ausgaben  
18 des Folgejahres notwendig ist, wird jährlich mittels einer Rechtsverordnung festgelegt. Die  
19 Kassen haben die Möglichkeit den gesetzlichen Beitragssatz zu unter- oder zu überschreiten.  
20 Die Beitragsmittel fließen in vollständiger Höhe des gesetzlichen Beitragssatzes an den  
21 Gesundheitsfonds und nehmen in Gänze am Finanzausgleich teil.

22  
23  
24 **CDU/CSU-Position:**

25  
26 An der derzeitigen Finanzierungsform (gesetzliche Festlegung des Beitragssatzes, Fest-  
27 schreiben Arbeitgeberanteil und Zusatzbeiträge in absoluter Höhe mit Sozialausgleich) wird  
28 festgehalten werden, da sie einen wichtigen Bestandteil einer transparenten und damit wett-  
29 bewerblichen Ordnung der GKV darstellt.

30

## 1 Anlage 2: Pflege-Vorsorgefonds

### 4 CDU/CSU-Position:

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

9 Deutschland wird jeden Tag älter. Die Zahl der über 85jährigen wird sich in den nächsten  
10 Jahren von heute über 1,5 Millionen Menschen auf 5,5 Millionen in 2050 erhöhen. Bei aller  
11 Unschärfe solcher langfristiger Prognosen ist damit jetzt schon absehbar, dass auch die Zahl  
12 der Pflegebedürftigen steigen wird, bis 2030 wird mit einem Anstieg um eine Millionen auf 3,4  
13 Millionen Pflegebedürftige in Deutschland gerechnet. Damit ist klar, dass Pflege in den  
14 nächsten Jahren teurer wird, für jeden Einzelnen und für die Gesellschaft insgesamt.  
15 Wir wollen dabei eine ausgewogene Balance zwischen dem nötigen Finanzbedarf und einer  
16 nicht übermäßigen Mehrbelastung künftiger Generationen finden. Ziel muss es sein, insbe-  
17 sondere für den Zeitraum, in dem die geburtenstarke Babyboomer-Generation der 50er und  
18 60er-Jahre in das typische Pflegealter kommt, vorzusorgen. Dies sind die Jahre 2035 bis  
19 2055. Für diese Zeit wollen wir jetzt beginnen, eine Rücklage zu schaffen. Daher wollen wir  
20 ab 2015 beginnen, eine Milliarde Euro pro Jahr in einen kollektiven Pflege-Vorsorgefonds zu  
21 überführen. Dieser sollte von der Bundesbank verwaltet und vor zweckentfremdenden Rück-  
22 griffen geschützt werden.

### 25 SPD-Position:

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

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

1 **Anlage 3: Finanzkraftausgleich / Regionalisierung des RSA**

2  
3  
4 **Gem. Position SPD und CDU:**

5  
6 Am bestehenden vollständigen Finanzkraftausgleich und bundesweit einheitlichen Zuwei-  
7 sungen halten wir fest.

8  
9  
10 **CSU-Position:**

11  
12 In diesem Zusammenhang ist auch zu prüfen, welche Elemente des Gesundheitsfonds und  
13 morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) sich bewährt haben und welche  
14 weiterzuentwickeln sind. Dies schließt auch eine gerechtere und transparente Steuerung der  
15 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen ein. Der Morbi-RSA wird zu  
16 diesem Zweck stetig weiterentwickelt. Insbesondere muss der Gesundheitsfonds künftig  
17 mehr Rücksicht auf regionale Unterschiede nehmen, um vorhandene Versorgungsstrukturen  
18 nicht zu gefährden. Der Morbi-RSA wird hierzu um eine regionale Differenzierung ergänzt.  
19 Wir wollen umgehend die rechtlichen Grundlagen dafür schaffen, dass im Morbi-RSA wieder  
20 Regionalkennzeichen von den Krankenkassen erhoben werden. Diese sollen der Versor-  
21 gungsforschung und regionalen Versorgungssteuerung sowie als Grundlage für eine transpa-  
22 rente und gerechte Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs dienen.

23