



**Positionspapier
zum Koalitionsvertrag**

Deutschlands Zukunft gestalten

**Soziale Sicherheit,
Gesundheit und Pflege**

**zwischen CDU, CSU und SPD
in der 18. Legislaturperiode**

Stand: 26. Februar 2014

Inhalt

1	Finanzierung der GKV	3
1.1	Abschaffung der pauschalen Zusatzbeiträge	3
1.2	Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich	5
2	Verträge und Versorgung	7
2.1	Qualität	7
2.2	Stationäre Versorgung	8
2.3	Ambulante Versorgung / ärztliche Vergütung	12
2.4	Entfall Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Arznei- und Heilmittel	16
3	Fehlverhalten im Gesundheitswesen: Korruption und Manipulationen	17
4	Innovation	18
4.1	Arzneimittel	18
4.2	Innovationsfonds	20
5	Elektronische Gesundheitskarte	22
6	Pflege	24
7	Prävention	28
8	Selbstverwaltung und Sozialwahlen	30
9	Reform der Eingliederungshilfe – Bundesteilhabegesetz	32
10	Sonstige Forderungen	33
10.1	Wettbewerb	33
10.2	Aufsichtshandeln	34
10.3	Europa	35
10.4	Patientenrechte und Patientensouveränität	36

1 Finanzierung der GKV

1.1 Abschaffung der pauschalen Zusatzbeiträge

Aussage Koalitionsvertrag

Die derzeitige gute Finanzlage der GKV darf nicht darüber hinweg täuschen, dass schon 2015 die prognostizierten Ausgaben des Gesundheitsfonds seine Einnahmen übersteigen. Daher ist eine umsichtige Finanzpolitik notwendig.

...

Festsetzung des von AG und Versicherten paritätisch zu zahlenden Beitragssatzes auf 14,6 %. AG-Beitrag wird auf 7,3 % eingefroren. Statt eines pauschalen Zusatzbeitrags wird von den Kassen ein prozentualer Satz vom beitragspflichtigen Einkommen erhoben.

...

Der 0,9 %-Sonderbeitrag fließt in den Zusatzbeitrag ein. Ein vollständiger Einkommensausgleich bleibt bestehen.

...

Die Notwendigkeit eines steuerfinanzierten Sozialausgleichs entfällt.

Bewertung

- Der Schritt in Richtung mehr Beitragssatzautonomie wird grundsätzlich positiv gesehen.
- Eine umsichtige Finanzpolitik ist mit Blick auf absehbare Kostensteigerungen im Krankenhaus- und Arzneimittelbereich und fehlender Zusage von Steuerfinanzierung nicht zu erkennen.
- Die Innungskrankenkassen sehen das Problem, dass Versicherte bei zukünftigen Kostensteigerungen einseitig belastet werden, und sie hierdurch eine zunehmende Nettolohnminderung hinzunehmen haben.

Lösungsvorschlag

- Auch aus verwaltungsökonomischer Sicht ist ein am Einkommen orientierter und per Quellenabzug abgeführter Zusatzbeitrag zu begrüßen.
- Der bestehende Ausgleich der unterschiedlichen Grundlohnsummen zwischen den Kassen muss sichergestellt sein. Gestaltet werden kann dies über den Gesundheitsfonds als Finanzkraftausgleich. Einkommensstarke Kassen müssen bei Überschreitung eines durchschnittlichen Beitragssatzes einen Teil der Mehreinnahmen abführen; einkommensschwache Kassen erhalten einen Zuschuss.

- Zur weiteren Entlastung der Löhne und Lohnkosten muss die Steuerfinanzierung ausgebaut werden. Die gesamtgesellschaftlichen Aufgaben müssen künftig von allen Bürgerinnen und Bürgern des Landes getragen werden. Diese müssen dauerhaft über Steuern finanziert und diese Finanzierung über die Aufnahme in die mittel- und langfristige Finanzplanung des Bundes abgesichert werden. Die im Gesetz festgelegten 14 Mrd. € sind dabei eine absolute Untergrenze.
- Der schleichende Rückzug aus gemeinsamen Finanzierungsformen durch Bund, Länder und Kommunen (etwa die Übernahme der Investitionskosten der Krankenhäuser durch die Länder) und Leistungserbringer (etwa beim Aufbau von Krebsregistern) muss gestoppt werden.
- 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 die Finanzierungsgerechtigkeit zu berücksichtigen. Der bürokratische Aufwand ist minimal zu halten.
- Um die Lohnkosten zu entlasten, sollten nicht-personalintensive, umsatz- und ertragsstarke Unternehmen einen zusätzlichen finanziellen Beitrag im Sinne einer Solidarabgabe leisten.

1.2 Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich

Aussage Koalitionsvertrag

Die im jüngsten Gutachten des wissenschaftlichen Beirates des BVA gemachten Vorschläge zur Weiterentwicklung des RSA zur Annualisierung der Kosten für Verstorbene, zum Krankengeld und den Auslandsversicherten sollen zeitgleich umgesetzt werden.

Bewertung

- Die Koalitionsvereinbarung setzt weiter auf Finanzierungsgerechtigkeit und lässt dabei Bedenken hinsichtlich der Verlässlichkeit und Manipulationsresistenz der Datengrundlage außen vor. Die Optimierung der Zielgenauigkeit ist zwar aus wissenschaftlicher Sicht naheliegend, für die Verhinderung von Risikoselektion aber in keiner Weise nötig. Die Wirksamkeit des Morbi-RSA ist gesichert: Eine morbiditätsstarke Versichertenstruktur stellt aktuell keine Benachteiligung mehr da.
- Die vorgesehenen Anpassungen lösen nicht die tiefer liegenden Gerechtigkeitsprobleme des Morbi-RSA. Nur zur Annualisierung der Leistungsausgaben Verstorbener liegen konkrete Vorschläge vor. Zu den Auslandsversicherten und dem Krankengeld wurden seitens des wissenschaftlichen Beirates keine konkreten Umsetzungsvorschläge vorgelegt.
- Für einige Kassenarten sind die geplanten Modifikationen mit erheblichen finanziellen Risiken verbunden. Für die Innungskrankenkassen können sich die Einnahmeverluste auf bis zu 155 Mio. Euro jährlich belaufen.
- Die Diskussion um die Einführung der Verstorbenenregelung ist rein verteilungspolitisch motiviert. Die bereits heute finanziell gut ausgestatteten morbiditätsstarken Kassen würden noch einmal stark begünstigt.
- Eine Reform der Krankengeldzuweisungen unter alleiniger Berücksichtigung der Einkommenskomponente stellt eine prinzipielle Bevorteilung von grundlohnstarken Kassen dar, weil die Krankengeldbezugszeiten außer Acht gelassen werden. Dadurch würden Kassen mit niedrigem Beitragsaufkommen strukturell schlechter gestellt.
- Der Morbi-RSA muss in Zukunft präventionsneutral ausgestaltet werden. Grund sind die Fehlanreize durch den RSA, der vor allem Volkskrankheiten berücksichtigt. Diese Fehlanreize sind durch eine Änderung der Krankheitsauswahl des RSA zu beheben.
- Zudem ist das Änderungsverfahren fragwürdig: Weitreichende Vorhaben können durch das Bundesversicherungsamt (BVA) ohne politische Kontrolle verabschiedet werden.

Lösungsvorschlag

- Die Innungskrankenkassen bekennen sich zum Morbi-RSA, jedoch muss er transparenter, unbürokratischer und manipulationssicher ausgestaltet werden.
- Die unangemessen starke Berücksichtigung von Volkskrankheiten muss zurück genommen werden. Künftig sollen nur schwerwiegende, eng abgrenzbare und teure Krankheiten ausgeglichen werden.
- Vor einer einseitigen Veränderung von Verteilungsschlüsseln im Bereich Krankengeld, Auslandsversicherte oder Verstorbene ist eine Analyse der Wirkungen des Morbi-RSA nebst Maßnahmen zum Ausschluss der Strategie- und Manipulationsanfälligkeit erforderlich.
- Die Datengrundlagen des RSA, insbesondere die ambulanten Diagnosen, sind stark manipulationsanfällig. Ein Ausschluss ambulanter Diagnosen zumindest bis zur Einführung von verbindlichen Kodierrichtlinien würde hier Abhilfe schaffen.
- 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.
- Die Einführung eines Ausgleichs von regionalen Kostenunterschieden lehnen die Innungskrankenkassen angesichts der dadurch bewirkten Zementierung von Überversorgung ab.
- Der Gestaltungsspielraum des BVA ist angesichts der hohen Umverteilungsvolumina des Morbi-RSA gesetzlich einzugrenzen.

2 Verträge und Versorgung

2.1 Qualität

Aussage Koalitionsvertrag

Ausbau der sektorübergreifenden Qualitätssicherung mit Routinedaten: Gesetzliche Begründung eines Instituts, das dauerhaft und unabhängig die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung ermittelt und dem G-BA Entscheidungsgrundlagen liefert. Die GKV wird verpflichtet, dem Institut geeignete pseudonymisierte Routinedaten zur Verfügung zu stellen.

Bewertung

- Die Innungskrankenkassen begrüßen es, dass Qualität eine größere Rolle in der ambulanten und stationären Versorgung spielen soll. Die Krankenkassen müssen mehr Möglichkeiten erhalten, die Versorgung ihrer Versicherten qualitätsorientiert zu steuern. Ebenso befürworten wir eine nachhaltige Verankerung der Qualitätssicherung. Um in einem einheitlichen und von allen akzeptierten Rahmen Qualität zu messen, ist die Gründung eines an den G-BA angebotenen Institutes nachvollziehbar.
- Die Innungskrankenkassen geben aber zu bedenken, dass, bevor neue Strukturen zur Qualitätssicherung geschaffen werden, geprüft werden sollte, welche Daten bereits heute an welcher Stelle erhoben werden und zur Qualitätssicherung herangezogen werden können.

Lösungsvorschläge

- Die bestehenden Strukturen zur (sektorübergreifenden) Qualitätssicherung (AQUA-Institut, DIMDI) gilt es zu festigen und auszubauen.
- Um mehr Transparenz über die Versorgungsqualität herzustellen, fordern die Innungskrankenkassen, jene Einrichtungen offen zu benennen, die Leistungen unterhalb bestimmter Qualitätsparameter erbringen. Dies sorgt für mehr Transparenz im Versorgungsgeschehen und erleichtert die Beurteilung des Versorgungsgeschehens.
- Im Hinblick auf drängende Versorgungsdefizite und besondere Problemlagen wie z. B. Pandemien und MRSA-Problematik bedarf es eines gemeinsamen, koordinierten Vorgehens. An der Finanzierung sind Leistungserbringer, Leistungsträger aber auch die öffentliche Hand angemessen zu beteiligen.
- Eine von der Politik angestoßene Debatte in Bezug auf die zunehmenden Resistenzen bei Antibiotika ist dringend erforderlich.

2.2 Stationäre Versorgung

Aussage Koalitionsvertrag

Sicherstellung flächendeckende Versorgung

Verbesserung der Zulassung von Krankenhäusern in unterversorgten Gebieten zur ambulanten Versorgung. Dazu wird bei der Ermächtigung in § 116a SGB V das Wort „kann“ durch „muss“ ersetzt und eine jährliche verbindliche Überprüfung eingeführt.

...

Sicherstellung der wohnortnahen stationären Versorgung in diesen Regionen durch Sicherstellungszuschläge. Die Kriterien stellt der G-BA auf.

...

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) mit Regelungen zum Ambulanten Operieren ist zusammenzufassen. Qualitätsnachweise als Kriterium der Teilnahme an ASV. Einsetzung einer Bund-Länder-AG zur Erarbeitung von Eckpunkten bis 2014.

Qualitätsoffensive Krankenhaus

Qualität als Kriterium für Entscheidungen der KH-Planung, Gründung eines neuen Qualitätsinstituts (siehe 2.1), Verbesserung der Qualitätsberichte, Qualitätsorientierte Finanzierung der Krankenhäuser über Zu- und Abschläge.

...

Selektivverträge: Für vier vom G-BA festgelegte elektive Leistungen sollen 2015-2018 modellhafte „Qualitätsverträge“ zw. Kassen u. Häusern möglich sein.

...

Zweitmeinungsverfahren: Einführung bei bestimmten ausgewählten Operationen (Knie, Hüfte, Rücken), G-BA soll betreffende Operationen benennen.

...

Sicherstellung von Personal in KH: Sicherstellung, dass das Personal, das in den Fallpauschalen eingerechnet ist, auch tatsächlich in den Häusern vorgehalten wird. Nachweisführung durch Krankenhäuser.

Finanzierung

Anpassung DRG: InEK kann künftig Kalkulationskrankenhäuser adäquat repräsentativ auswählen. Gesunkene Sachkosten sind zeitnah bei der Kalkulation der DRGs abzubilden.

...

Besondere Aufgaben der Unikliniken sollen in DRG-Vergütung mehr berücksichtigt werden. Hochkostenfälle benötigen eine gesonderte Vergütungsform. Leistungen der Hochschulambulanzen sollen besser vergütet werden.

...

Unterschiede der Landesbasisfallwerte (LBFW), die sich nicht begründen lassen, sollen aufgehoben werden. Bund-Länder-AG erarbeitet Vorschläge.

...

Kosten der Krankenhäuser sollen besser über den Orientierungswert abgebildet werden.

...

*Anpassung der Vergütung angesichts hoher Notfallversorgung außerhalb allgemeiner
Praxissprechzeiten. Hierzu Kooperation KV und Kliniken sowie Notdienst der Apotheken.
Sicherstellungsauftrag bleibt bei der KV.*

Bewertung

Sicherstellung flächendeckende Versorgung

- Die im Koalitionsvertrag vorgesehenen Regelungen zur Sicherstellung der flächendeckenden, wohnortnahen Versorgung werden als sinnvoll erachtet.
- Für die GKV – besonders für regionale Kassen in strukturschwachen Regionen – können Mehrkosten entstehen. Ausschlaggebend werden hier die Kriterien des G-BA sein. Diese sollten daher bedarfsgerecht und Strategie unanfällig formuliert werden. Grundsätzlich werden Sicherstellungszuschläge für Häuser in unterversorgten Gebieten begrüßt, sofern ansonsten eine angemessene Grundversorgung der Bevölkerung nicht gewährleistet werden könnte.
- Kritisch sehen die Innungskrankenkassen, dass im Koalitionsvertrag lediglich der Abbau von Unterversorgung in strukturschwachen Regionen, nicht jedoch der Abbau von Überversorgung finanziert werden soll.

Qualitätsoffensive Krankenhaus

- Die Innungskrankenkassen begrüßen die angestrebte Qualitätsoffensive im stationären Bereich, wenngleich es schwierig werden dürfte, die (Ergebnis-)Qualität richtig zu messen. Dies gilt auch für das Ziel, Qualitätsmessung als Grundlage für Entscheidungen bei der Krankenhausplanung und der qualitätsorientierten Finanzierung über Zu- und Abschläge vorzusehen.
- Für das Vorhaben, dass in den Jahren 2015-2018 Selektivverträge („Qualitätsverträge“) zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern in vier vom G-BA festgelegten Indikationen geschlossen werden können, bestehen – je nach Umsetzung – Chancen und Risiken. Den Innungskrankenkassen ist wichtig, dass es im Krankenhausbereich zu keinem Wettbewerb zwischen den Krankenkassen kommt, der letztlich auch negative Auswirkungen auf die Versorgung der Versicherten haben könnte. Stattdessen sollte der qualitätsorientierte Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern das Ziel sein.
- Die flächendeckende Einführung eines „Zweitmeinungsverfahrens“ ist, insbesondere im Zusammenhang mit Selektivverträgen, unterstützenswert. Zweitmeinungsverfahren dürfen jedoch keine bindende Wirkung entfalten. Sie dienen zunächst dem Patienten zur Abwägung von Chancen und Risiken.

- Krankenkassen sollten den Versicherten für planbare Operationen Empfehlungen von Krankenhäusern aussprechen dürfen.
- Die Sicherstellung, dass das Personal, das in den Fallpauschalen eingerechnet ist, auch tatsächlich in den Häusern vorgehalten wird (Nachweisführung) wird von den Innungskrankenkassen befürwortet. Als wichtig erachten die Innungskrankenkassen, dass das Personaltabelleau (Ist-Besetzung) mit der bestehenden Finanzierung abgeglichen wird.

Finanzierung

- Die Innungskrankenkassen bedauern, dass das Hauptproblem der Krankenhausfinanzierung nicht gelöst wird. Es besteht darin, dass die Länder der notwendigen Investitionsfinanzierung nur unzureichend nachkommen. Dies führt dazu, dass die Krankenhäuser Mittel der GKV, die zur Versorgung und für die Betriebs- und Personalkosten gedacht sind, für Investitionen nutzen. Hierfür bietet der Koalitionsvertrag keinen Lösungsansatz.
- Das geplante Vorhaben zur Anpassung der DRG ist uneingeschränkt zu unterstützen, da die Güte der Kalkulation positiv beeinflusst wird. Als wichtig erachten die Innungskrankenkassen aber, dass das InEK Herr des Verfahrens bleibt, um die Akzeptanz der Kalkulation nicht zu gefährden.
- Die IKKn lehnen es ab, dass besondere Aufgaben der Unikliniken in der DRG-Vergütung mehr berücksichtigt werden sollen. Hochkostenfälle benötigen vielmehr eine gesonderte Vergütungsform. Zu den Hochkostenfällen besteht bereits ein Prüfauftrag ans InEK, dessen Ergebnis ist abzuwarten und gegebenenfalls umzusetzen.
- Hinsichtlich des Vorhabens, Leistungen der Hochschulambulanzen besser zu vergüten, geben die Innungskrankenkassen zu bedenken, dass unklar ist, ob die Öffnung nicht über den Zweck von Forschung und Lehre hinausgeht.
- Die Forderung, die Vergütung stationärer Einrichtungen im Rahmen der Notfallversorgung anzupassen, wenn außerhalb der Praxissprechzeiten Leistungen notwendig werden, ist nachvollziehbar. Die Anpassung ist allerdings aus dem KV-Budget abzuleiten.
- Ambulantes Operieren zu stärken, um mehr stationäre Fälle zu substituieren, wird von den Innungskrankenkassen begrüßt.

Lösungsvorschläge

- Die Krankenkassen müssen mehr Möglichkeiten erhalten, die Versorgung ihrer Versicherten qualitätsorientiert zu steuern.
- Zum Abbau von Überversorgung im ambulanten Bereich müssen finanzielle Anreizmechanismen, wie Zu- und Abschläge, möglich sein.
- Es kann festgestellt werden, dass die duale Finanzierung in ihrer jetzigen Form gescheitert ist. Dennoch sollen die Länder weiterhin über die Investitionen und die Krankenhausplanung entscheiden. Dies hat in Zukunft aber im Einvernehmen mit den Krankenkassen zu geschehen.
- Die Krankenkassen müssen gemeinsam die Möglichkeit erhalten, bei nicht gesicherter Qualität Krankenhäuser von der Versorgung auszuschließen.
- Selektivverträge: Um einen versorgungsschädlichen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen bei der selektivvertraglichen Versorgung bei planbaren Operationen zu vermeiden, schlagen die Innungskrankenkassen vor, dass die Kassen gemeinsam Selektivverträge mit bestimmten Krankenhäusern schließen („Kollektive Selektivverträge“).
- Geeignete Qualitätsparameter hinsichtlich der geforderten qualitätsorientierten Vergütung zu entwickeln, ist für alle Beteiligten eine große Herausforderung. Für die Innungskrankenkassen steht fest, dass neben der (schwieriger zu messenden) Ergebnisqualität auch Struktur- und Prozessqualitätsvorgaben gemacht werden müssen.
- In unterversorgten Regionen befürworten die Innungskrankenkassen die Gründung von Gesundheitszentren bzw. die Öffnung von Krankenhäusern für die ambulante Versorgung.
- Landesbasisfallwert-Anpassung muss auch eine Absenkung beinhalten. Hier sollten die bestehenden Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes zu den Landesbasisfallwert-Verhandlungen berücksichtigt werden.
- Eine Veränderung des Orientierungswertes muss den Produktivitätsfaktor einbeziehen.
- Eine Anpassung der Vergütung bei hohen Notfallversorgungsbedarfen außerhalb allgemeiner Praxisprechzeiten ist aus dem KV-Budget zu finanzieren.
- Die Innungskrankenkassen fordern – wie auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband –, die neu eingeführten Schlichtungsstellen auf Bundes- und Landesebene gem. § 17c SGB V wieder abzuschaffen. Die Schlichtungsstellen drohen schon jetzt, überbürokratisiert zu werden.
- Leistungserbringer in der ambulanten, stationären und pflegerischen Versorgung müssen von überflüssigen Dokumentationen entlastet werden.

2.3 Ambulante Versorgung / ärztliche Vergütung

Aussage Koalitionsvertrag

Versorgungsstruktur

Zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung sollen die Anreize zur Niederlassung in unterversorgten Gebieten weiter verbessert werden: Abbau von unnötigen bürokratischen Anforderungen und Flexibilisierung der Rahmenbedingungen für Zulassungen für Ärzte und Psychotherapeuten.

...

Es wird geprüft, ob sich die Unterschiede in der ärztlichen Vergütung durch Besonderheiten in der Versorgungs- und Kostenstruktur begründen lassen und wie unbegründete Unterschiede aufgehoben werden können.

Wartezeiten

Für gesetzlich Versicherte sollen die Wartezeiten auf einen Arzttermin deutlich reduziert werden. Sie sollen sich zukünftig bei Überweisung an einen Facharzt an eine zentrale Terminservicestelle bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) wenden können. Diese vermittelt innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin. Für den Termin soll im Regelfall eine Wartezeit von vier Wochen nicht überschritten werden. Gelingt dies nicht, wird von der Terminservicestelle ein Termin - außer in medizinisch nicht begründeten Fällen - zur ambulanten Behandlung in einem Krankenhaus angeboten. Die Behandlung erfolgt dann zu Lasten des jeweiligen KV-Budgets. Diese Terminservicestellen können in Kooperation mit Krankenkassen betrieben werden.

Hausärztliche Versorgung / Verträge

Förderung der Rolle des Hausarztes und Stärkung der hausärztlichen Versorgung. Die von Fachärzten erbrachten hausärztlichen Leistungen sollen zukünftig nicht den hausärztlichen Teil der Gesamtvergütung mindern. Dies gilt umgekehrt für von Hausärzten erbrachte fachärztliche Leistungen.

...

Die Krankenkassen sollen 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. Aufhebung von Regelungen zur Mindestdauer und zur Substitution der Regelversorgung und Vereinfachung der Bereinigungsverfahren. Versorgungsformen, deren Qualität und Wirtschaftlichkeit erwiesen ist, sollen 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.

Psychotherapeutische Versorgung

Reduktion von Wartezeiten in der psychotherapeutischen Versorgung. Mehr Betroffenen soll ein zeitnahes Angebot für eine Kurzzeittherapie eröffnet werden. Hierzu sollen das Antrags- und Gutachterverfahren entbürokratisiert, die Gruppentherapie gefördert und der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt werden, in einer gesetzlich definierten Frist die Psychotherapierichtlinie zu überarbeiten. Die bestehenden Befugnisbeschränkungen für Psychotherapeuten werden überprüft.

DMP

Die strukturierten Behandlungsprogramme müssen, soweit sie die Hausärzte betreffen, Bestandteil der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung sein. Darüber hinaus soll die fachärztliche Versorgung gestärkt werden. Für die Indikationen „Rückenleiden“ und „Depression“ sollen neue DMP entwickelt werden (durch den GBA).

Bewertung

Versorgungsstruktur / Ärztliche Vergütung

- Weitere Anreize zur Niederlassung ambulant tätiger Vertragsärzte in unterversorgten Gebieten zu schaffen, ist ein begrüßenswertes Vorhaben. Sofern damit finanzielle Anreize verbunden sind, sollten diese nicht über Punktwertzuschläge, sondern im Rahmen der Honorarverteilung im KV-System erfolgen. Gleiches gilt für die unterschiedliche Vergütungsstruktur in den Arztgruppen. Eine Anpassung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung kann nicht die Lösung sein, um diese Unterschiede auszugleichen. Vielmehr müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen sicherstellen, dass das Geld innerhalb der Ärzteschaft richtig verteilt wird.
- Kritisch sehen die Innungskrankenkassen, dass im Koalitionsvertrag lediglich der Abbau von Unterversorgung in strukturschwachen Regionen, nicht jedoch der Abbau von Überversorgung finanziert werden soll.

Wartezeiten

- Die Innungskrankenkassen begrüßen es sehr, wenn die Terminvergabe bei Fachärzten deutlich beschleunigt wird. Die KVen sind hierfür in die (finanzielle) Verantwortung zu nehmen. Wenn die Terminservicestellen in Kooperation mit Krankenkassen betrieben werden, dann muss eine wettbewerbsneutrale Umsetzung gewährleistet werden.

Hausärztliche Versorgung / Verträge

- Die Stärkung der primärärztlichen Leistung ist aus Sicht der Innungskrankenkassen zu begrüßen. Interne Vergütungsregelungen im KV-System dementsprechend anzupassen, dürfte der richtige Weg sein. Darüber hinaus sehen die Innungskrankenkassen das Vorhaben der Regierungskoalition, die rechtlichen Rahmenbedingungen für integrierte und selektive Versorgungsformen anzupassen und gleichartige Regelungen der Evaluation und des Nachweises der Wirtschaftlichkeit zu schaffen, als positiv an.

Psychotherapeutische Versorgung

- Eine Verringerung der Wartezeiten für Patienten und eine bessere psychotherapeutische Versorgung sind wichtige und unterstützenswerte Ziele der Bundesregierung. Hier kommt es allerdings auf die richtige Ausgestaltung an.

DMP

- DMP sind ein wichtiger Baustein in der Versorgung chronisch Kranker. Aufgrund der ausgeweiteten Möglichkeiten für die Krankenkassen, integrierte Versorgungsverträge mit Leistungserbringern zu schließen, hat die Bedeutung der DMP abgenommen. Daher sollte Integrationsverträgen grundsätzlich Vorrang vor DMP eingeräumt werden.

Lösungsvorschläge

- Sofern finanzielle Anreize zur Bekämpfung von medizinischer Unterversorgung geschaffen werden sollen, sind diese im Rahmen der Honorarverteilung in der KV zu administrieren.
- In unterversorgten Regionen befürworten die Innungskrankenkassen die Gründung von Gesundheitszentren bzw. die Öffnung von Krankenhäusern für die ambulante Versorgung.
- Um selektive und integrierte Versorgungsmodelle zu fördern und die rechtlichen Rahmenbedingungen zu verbessern, sind auch zwingend die unterschiedlichen

Prüf- und Bewilligungspraktiken der Aufsichtsbehörden in den Blick zu nehmen. Im Zusammenhang mit gleichlautenden Selektivverträgen wird regelmäßig von unterschiedlichen Prüfergebnissen berichtet, abhängig davon, ob eine Krankenkasse der Landesaufsicht oder der Aufsicht des BVA untersteht. Dies ist ein Missstand, der auch wettbewerblich relevant ist.

- Die Regelungen des § 73b SGB V (hausarztzentrierte Versorgung) sollten so angepasst werden, dass Hausarztverträge freiwillig zu schließen sind. Regelungen über Vergütung und Vertragsgestaltung sollten allein in der Hand der Vertragspartner liegen.
- Eine bedarfsgerechte Versorgung muss sichergestellt werden. Die diesbezüglichen Instrumente und Konzepte müssen überprüft und umgesetzt werden.
- Der IKK e.V. fordert die Schaffung eines rechtssicheren ordnungspolitischen Rahmens, innerhalb dessen die Krankenkassen oder ihre Verbände Selektivverträge mit niedergelassenen Ärzten, mit Kliniken, aber auch mit Arzneimittelherstellern schließen können, um über die Preise, Qualität und Menge zu verhandeln.
- Leistungserbringer in der ambulanten, stationären und pflegerischen Versorgung müssen von überflüssigen Dokumentationen entlastet werden.
- Statt für weitere Indikationen neue DMP zu entwickeln, sollte integrierten Versorgungsverträgen Vorrang eingeräumt werden.
- Die von Fachärzten erbrachten hausärztlichen Leistungen müssen zu einer Kürzung der Gesamtvergütung bei Hausärzten führen. Dies muss umgekehrt auch für von Hausärzten erbrachte fachärztliche Leistungen gelten.

2.4 Entfall Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Arznei- und Heilmitteln

Aussage Koalitionsvertrag

Wirtschaftlichkeitsprüfungen inklusive der Regresse werden bis Ende 2014 durch regionale Vereinbarungen von Krankenkassen und kassenärztlicher Selbstverwaltung ersetzt.

Bewertung

- Das bisherige Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfungen hat sich als sehr aufwändig erwiesen. Eine Veränderung ist also wünschenswert. Inwieweit sich auf Basis von regionalen Vereinbarungen ein vereinfachtes aber effizientes Verfahren finden lässt, ist offen. Klar ist indes, dass die vorgegebene Zeitschiene nicht realistisch ist.

Lösungsvorschlag

- Auf der Bundesebene müssen Regelungen gefunden werden, um einen sauberen Übergang von den bisherigen Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu regionalen Vereinbarungen zu gewährleisten. Ziel sollte es daher sein, dass auf regionaler Ebene in Abstimmung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen alternative Prüfvereinbarungen auf Wirtschaftlichkeit – speziell im Arzneimittelbereich – entwickelt werden.
- Hierbei darf es nicht zu „vertragslosen“ Zeiten kommen. Bis zur Schließung entsprechender regionaler Vereinbarungen müssen die bisherigen Regelungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung Bestand haben.

3 Fehlverhalten im Gesundheitswesen: Korruption und Manipulationen

Aussage Koalitionsvertrag

Für alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen soll ein neuer Straftatbestand der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen im Strafgesetzbuch geschaffen werden

Bewertung

- Wird von den Innungskrankenkassen begrüßt.

4 Innovation

4.1 Arzneimittel

Aussage Koalitionsvertrag

Beendigung der Nutzenbewertung im Bestandsmarkt der Arzneimittel:

Gesamter Bestandsmarktaufruf wird beendet, inklusive dem Wettbewerbsmarkt!

...

Um geplantes Einsparvolumen zu erreichen, wird Preismoratorium für den Bestandsmarkt auf dem Niveau der Preise vom 1. August 2009 fortgeführt u. der Herstellerrabatt auf verschreibungspflichtige Arzneimittel von 6 % auf 7 % erhöht.

....

Jährliche Überprüfung, ob abhängig von der finanziellen Lage der GKV eine Anpassung nötig ist.

...

Preisverhandlungen im GKV-System:

Nutzenbewertung und anschließende Preisverhandlungen als „lernendes System“

...

Festhalten an zentralen Preisverhandlungen zw. GKV-SV und pharmazeutischen Unternehmen. Zukünftig soll regelhaft mindestens ein Vertreter einer Mitgliedskasse an Verhandlungen teilnehmen, um den Versorgungsaspekt zu stärken.

...

Benennung des Vertreters erfolgt in einem rechtsfesten Verfahren.

Bewertung

- Es ist erfreulich, dass es keine weitergehenden, einseitigen Nachjustierungen am AMNOG geben soll. So können weitere Erfahrungen gesammelt werden.
- Die Ausnahme des Bestandsmarktes aus der Nutzenbewertung ist bedauerlich. Wichtig ist, dass bereits getroffene Bewertungen Bestand haben und von den pharmazeutischen Unternehmen nicht ausgehöhlt werden können.
- Mit Blick auf die unmittelbar durchschlagende Wirkung der Absenkung des Herstellerrabatts gilt es, das Preismoratorium EU-rechtskonform auszugestalten.

Lösungsvorschlag

- Sicherstellung der Weitergeltung der bereits getroffenen Entscheidungen zur Nutzenbewertung im Bestandsmarkt.
- Die Berücksichtigung von Versorgungsfragen bei den Preisverhandlungen ist richtig und wichtig. Es muss aber sichergestellt werden, dass die Informationen aus den Verhandlungen nicht einseitig wettbewerblich ausgenutzt werden können. Deshalb ist ein wettbewerbsneutrales Verfahren notwendig. So kann das bewährte „Drei-dabei-Verfahren“ angewandt werden oder ein Rotationsprinzip zum Tragen kommen.
- Arzneimittel werden derzeit in Deutschland mit dem vollen Mehrwertsteuersatz belegt. Auch mit Blick auf die in anderen europäischen Ländern geltenden reduzierten Steuersätze sollte die Mehrwertsteuer auf Arzneimittel auf 7 % gesenkt werden.

4.2 Innovationsfonds

Aussage Koalitionsvertrag

Innovationsfonds wird zur Förderung innovativer Versorgungsformen und für die Versorgungsforschung geschaffen.

...

Das Finanzierungsvolumen beträgt 300 Mio. €.

...

Für die Vergabe der Mittel legt der G-BA Kriterien fest.

Bewertung

- Die gezielte und abgestimmte Förderung innovativer, sektorübergreifender Versorgungsformen und der Versorgungsforschung über den GBA sind zu befürworten.
- Technische Neuerungen und medizinischer Fortschritt werden hierzulande oft nur als Kostentreiber gesehen. Der substitutive Charakter von Innovationen kommt zu wenig zum Tragen.
- Skandale um fehlerhafte Hüftendoprothesen oder Brustimplantate haben gezeigt, wie unsicher das heutige Zulassungsverfahren bei implantierbaren Medizinprodukten ist.

Lösungsvorschlag

- Prozess-, Struktur- und Produktinnovationen müssen transparent und schnell evaluiert werden, damit sie zeitnah, bedarfsgerecht und zu einem angemessenen Preis zur Verfügung gestellt werden können.
- Abgleich von Förderkriterien/unterschiedlichen Akteuren und Ansätzen sinnvoll. Bsp.: Versorgungsnahe Forschung.
- Es muss möglich sein, den Leistungskatalog in Bezug auf Leistungen, die nicht mehr dem aktuellen Standard entsprechen, zu bereinigen. Die heutige Struktur des G-BA lässt dies faktisch nicht mehr zu, nachdem mit dem Versorgungsstrukturgesetz eine 2/3-Mehrheit für solche Entscheidungen eingeführt wurde. Dies ist zurückzunehmen.
- Medizinprodukte einer hohen Gefahrenklasse müssen ein strengeres und zentrales Zulassungsverfahren durchlaufen, um eine größtmögliche Produktsicherheit zu gewährleisten. Dazu gehören auch an dem Standard der Arzneimittelzulassung orientierte klinische Prüfungen.

- Bei der stationären Anwendung von Hochrisiko-Medizinprodukten sollte eine schnelle, patientenrelevante Nutzenbewertung durch den G-BA obligatorisch werden.
- Der IKK e.V. setzt sich für ein (europaweites) Medizinprodukte-Register ein, das eine schnelle Rückverfolgbarkeit bis zum einzelnen Patienten gewährleistet.

5 Elektronische Gesundheitskarte

Aussage Koalitionsvertrag

IT kann Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens verbessern:

Versichertenstammdaten

Notfalldaten

Kommunikation zw. Leistungserbringern

Arzneimitteltherapiesicherheit

Daten für Entlassmanagement

Beseitigung von Hindernissen bei Datenaustausch und Schnittstellen.

Anbieterwettbewerb wird gefördert. Datenschutz wichtig. Förderung und angemessene Vergütung der Telemedizin.

Bewertung

- 10 Jahre nach der gesetzlichen Verankerung und nach Investitionskosten von bislang schon ca. 1 Mrd. Euro ist die erste Generation der elektronischen Gesundheitskarten (eGK) zwar flächendeckend im Markt, ein Mehrwert ist jedoch weder für die Versicherten noch für die Krankenkassen vorhanden.
- Die Kostenschätzungen variieren auf hohem Niveau: Der GKV-Spitzenverband geht bis 2020 von Gesamtkosten in Höhe von 2 bis 4,5 Mrd. Euro aus. Alleine für 2016 wird mit (Investitions-) Ausgaben in Höhe von bis zu 920 Mio. Euro gerechnet.
- Demgegenüber ist ein Nutzen nach wie vor nicht kalkulierbar, da mit Ausnahme des Versichertenstammdatenmanagements bisher alle Anwendungen/Funktionen nicht verbindlich sind.
- Der eingeschlagene Weg zur Etablierung der gematik-Projekte (Online-Rollout Stufe 1 mit Abgleich und Aktualisierung der Versichertenstammdaten, Einführung elektr. Signatur zur Kommunikation zwischen den Leistungserbringern) wird weitergegangen. Enttäuschend ist, dass kein größerer politischer Druck aufgebaut wird.
- Hinsichtlich des Nutzens der eGK ist das wohl größte Hemmnis die Abhängigkeit vom (fehlenden) Umsetzungswillen der Leistungserbringer. Von Seiten der Ärzteschaft wird die Online-Anbindung systematisch untergraben. Solange die Leistungserbringer keiner gesetzlichen Verpflichtung zur Umsetzung (z. B. verpflichtende Online-Anbindung) unterliegen, wird sich das Projekt weiter verzögern und verteuern.
- Der Abbau von Hindernissen beim Datenaustausch sowie die Beseitigung von Schnittstellenproblemen bei Beachtung des Datenschutzes ist positiv zu bewerten.

- Angesichts der sich aus der demografischen Entwicklung ergebenden Probleme für eine flächendeckende haus- und fachärztliche Versorgung, wird dem Bereich „Telemedizin“ zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt.

Lösungsvorschlag

- Die Entscheidungsstruktur der gematik muss grundsätzlich überdacht werden. Solange die Leistungserbringer keiner gesetzlichen Verpflichtung zur Umsetzung unterliegen, wird das Projekt aufgrund der Stimmgleichheit in der gematik immer weiter verzögert und dadurch auch verteuert werden. Hier lohnt ein Blick nach Österreich, wo entsprechende Entscheidungen keiner formalen Zustimmung der Leistungserbringer bedürfen. Die Stimmenparität zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherung muss aufgehoben werden.
- Eine Möglichkeit, die Nutzenpotentiale zu steigern, kann darin bestehen, weitere Funktionen/Anwendungen der eGK für die Leistungserbringer verbindlich vorzuschreiben. In erster Linie sollte der Bereich der elektronischen Kommunikation der Leistungserbringer in Betracht gezogen werden. Da die Leistungserbringer sich nach wie vor hauptsächlich über das System der Gesetzlichen Krankenversicherung finanzieren, kann ihnen die Mitwirkung an einem so wichtigen Projekt wie der eGK durchaus zugemutet werden.
- Aber auch die Anwendungen, die einer freiwilligen Zustimmung der Versicherten bedürfen, sollten einer politischen Bewertung unterzogen werden. Gerade die Arzneimittelsicherheit hat den Ausschlag für die Initiierung des Projektes gegeben. Eine rein freiwillige Anwendung der Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung wäre aus Sicht der Patientensicherheit fahrlässig. Gleiches gilt für das Notfalldatenmanagement.

6 Pflege

Aussage Koalitionsvertrag

Finanzierung:

Schrittweise Erhöhung des Beitrages für die soziale Pflegeversicherung um 0,5 Prozentpunkte.

...

Erster Schritt: Bis 01.01.15 um 0,3 Prozentpunkte. Davon 0,2 Prozentpunkte zur Finanzierung der vereinbarten kurzfristigen Leistungsverbesserungen u. zur Dynamisierung und 0,1 Prozentpunkte zum Aufbau eines Pflegevorsorgefonds. Der Fonds wird von der Bundesbank verwaltet.

...

Zweiter Schritt: Anhebung um weitere 0,2 Prozentpunkte zur Finanzierung der Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Umsetzung Pflegebedürftigkeitsbegriff (PBB):

Der PBB soll auf der Grundlage der Empfehlungen des Expertenbeirates so schnell wie möglich eingeführt werden. Diejenigen, die heute Leistungen erhalten, sollen durch die Einführung nicht schlechter gestellt werden.

...

Die neue Begutachtungssystematik soll auf ihre Umsetzbarkeit und Praktikabilität hin erprobt und wissenschaftlich ausgewertet werden.

Prüfung der Schnittstellen zw. SGB V und SGB XI im Hinblick auf die konsequente Umsetzung der Grundsätze ambulant vor stationär u. Prävention vor Reha vor Pflege.

Verortung der Finanzierungsverantwortung dort, wo der Nutzen entsteht, um Verschiebebahnhöfe zu beseitigen.

...

Prüfung der Beteiligung der PV an den Kosten der geriatrischen Rehabilitation.

Pflegebegutachtung

In den MDK-Entscheidungsgremien sollen künftig Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie der Pflegeberufe stimmberechtigt vertreten sein.

Qualitätssicherungsverfahren sollen weiterentwickelt und verbindlicher gestaltet werden:

Weiterentwicklung der Pflegetransparenz-Vereinbarung! Das Verfahren zur Veröffentlichung der Qualitätsergebnisse soll verbessert werden.

Pflege als gesamtgesellschaftliche Aufgabe:

Eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe soll klären, wie die Rolle der Kommunen noch weiter gestärkt und ausgebaut werden kann, insbesondere mit Blick auf die Steuerungs- und Planungskompetenz für die regionale Pflegestruktur.

Bewertung

Finanzierung

- Die Bereitstellung von mehr finanziellen Mitteln zur Finanzierung dringend notwendiger Leistungen ist zu begrüßen! Positiv ist auch, dass an der paritätischen Finanzierung der SPV festgehalten wird.
- Eine „ausreichende“ Lösung für die auf die Pflegeversicherung zukommenden finanziellen Belastungen u.a. aufgrund der zu verbessernden Versorgung von Demenzkranken und der demografischen Entwicklung ist jedoch weiterhin nicht in Sicht.
- Ein kollektiver Kapitalfonds zur Pflegevorsorge ist ein umlageversicherungsfremdes Element. Inwieweit der staatliche Zugriff durch die Ansiedlung des Fonds bei der Bundesbank geschützt ist, bleibt fraglich.

Umsetzung Pflegebedürftigkeitsbegriff (PBB)

- Insgesamt sind die Vorschläge zur Weiterentwicklung der Pflege zu begrüßen.
- Die Eckpunkte des Pflege-Expertenbeirats von 2009 wurden bisher sind noch nicht umgesetzt: Die Zeitkorridore in der Pflege spiegeln den tatsächlichen Pflegebedarf nicht angemessen wider und auch nach dem Pflege-Neuordnungsgesetz gilt immer noch, dass Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, wie z. B. Demenzkranke, nicht ausreichend versorgt werden.
- Eine schnelle Umsetzung des PBB sehen wir deswegen auch in der 18. Legislaturperiode nicht. Für die Umsetzung muss genug Vorlaufzeit eingeplant werden, mindestens jedoch 18 Monate (für Leistungsrechtliche Umsetzung etc.).

Prüfung der Schnittstellen zw. SGB V und SGB XI im Hinblick auf die konsequente Umsetzung der Grundsätze ambulant vor stationär u. Prävention vor Reha vor Pflege

- Der Vorschlag ist zu befürworten. Die Schnittstellenprüfung sollte jedoch durch die Kassen begleitet werden.

Pflegebegutachtung

- Das derzeitige Bewertungssystem im Rahmen der Pflegekostentransparenz weist Mängel auf.
- Der Vorschlag des Koalitionsvertrages konterkariert jedoch das Selbstverwaltungshandeln.
- Ein Stimmrecht der Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie der Pflegeberufe lässt sich in Fragen der Struktur- und Leistungsentscheidungen nicht begründen (siehe auch G-BA, Teilnahmerechte im Pflege-Plenum ohne Stimmrecht).

- Eine Einbindung der Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen kann aber in Verfahrensfragen erfolgen.
- Hier bleibt die Frage noch der konkreten Ausgestaltung offen (In welchem Gremium sollen die Versicherten ein Stimmrecht erhalten?)

Qualitätssicherungsverfahren sollen weiterentwickelt und verbindlicher gestaltet werden

- Das Ziel der Weiterentwicklung der Pflegetransparenz-Vereinbarung, Qualitätsunterschiede deutlicher herauszustellen, ist zu begrüßen. Es ist wichtig, die aktuell vorhandenen Blockademöglichkeiten zu beseitigen.

Pflege als gesamtgesellschaftliche Aufgabe:

- Es ist es tendenziell kritisch, wenn neben bereits bestehenden Beratungsstrukturen parallele Strukturen entwickelt werden.
- Hier besteht die Gefahr, dass der Sicherstellungsauftrag im Rahmen der Verantwortung zur Aufrechterhaltung von Beratungsstrukturen von den Kassen auf Kommunen verlagert wird.

Schnittstelle ambulant/stationär

- Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sind nur gering verzahnt.
- Die ärztliche, insbesondere die fachärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen sowie in der häuslichen Umgebung ist defizitär.

Lösungsvorschläge

Finanzierung

- Verwaltung des Pflegefonds durch die SPV, nicht durch die Bundesbank, um ihm dem Einfluss des Bundesfinanzministeriums zu entziehen. Der Pflegefonds darf nicht zur Spielmasse der Politik werden.
- Die Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung ist auch weiterhin gesamtgesellschaftlich solidarisch auszugestalten. Der IKK e.V. fordert eine Beitragsentlastung von Familien.

Umsetzung Pflegebedürftigkeitsbegriff (PBB):

- Die Vorschläge des Expertenrates zur Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes müssen zügig umgesetzt werden.
- Der neu entwickelte Pflegebedürftigkeitsbegriff muss dazu führen, dass möglichst alle pflegerischen Bedarfe angemessen abgebildet werden.

- Ziel muss es sein, von der zeitlichen Berechnung beim Ausgleich von körperlichen Defiziten wegzukommen. Stattdessen muss der Pflegebedarf am Grad der Selbstständigkeit bemessen werden.

Pflegebegutachtung:

- Der IKK e.V. lehnt eine Einbindung der Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie der Pflegeberufe in Fragen der Struktur- und von Leistungsentscheidungen ab. Allerdings befürworten die Innungskrankenkassen eine Einbindung der Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen in Verfahrensfragen, wie zum Beispiel bei der Entwicklung der Pflege-transparenz-Richtlinie.
- Die Leistungen der Pflegeeinrichtungen und der ambulanten Pflegedienste müssen transparent und vergleichbar sein. Sie müssen den Versicherten und seinen Angehörigen objektiv sowie barrierefrei zur Verfügung gestellt werden. Die erkannten Probleme bei der jetzigen Pflege-transparenz-Vereinbarung sind kurzfristig zu beheben. Hier wäre es zu überlegen, inwieweit es über die Beteiligung von Vertretern der Pflegebedürftigen gelingen könnte, die Verhinderungsstrategie der Leistungserbringer auszuhebeln. Die Vertreter der Pflegebedürftigen müssten Stimmen zu Lasten der Leistungserbringer erhalten.

Schnittstelle ambulant/stationär:

- Eine umfassende psychosoziale, medizinische und pflegerische Versorgung muss sichergestellt werden. In diesem Zusammenhang muss es auch darum gehen, die Attraktivität des Pflegeberufes zu verbessern.
- Die Leistungen im ambulanten und stationären Bereich sollten stärker verzahnt werden: Der Hausarzt muss in die pflegerische Versorgungskette einbezogen werden.

7 Prävention

Aussage Koalitionsvertrag

Prävention und Gesundheitsförderung in den Vordergrund stellen

...

Verabschiedung eines Präventionsgesetzes (noch im Jahr 2014)

...

Kooperation und Koordination aller Sozialversicherungsträger sowie der Länder und Kommunen werden über verpflichtende Rahmenvereinbarungen auf Landesebene verbessert.

...

Berücksichtigung von bundesweit einheitlichen Gesundheitszielen und Qualitätsvorgaben.

...

Betriebliche Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz sollen enger miteinander verknüpft werden.

Bewertung

- Die Forderung des IKK e.V. „Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe“ zu sehen, bleibt bestehen: Gesundheit und Prävention müssen in allen Politikbereichen verankert sein, um der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung gerecht zu werden.
- Bundesweit einheitliche Gesundheitsziele werden begrüßt. Diese sollten aber übergreifend für alle Sozialversicherungsträger, Bund, Länder und Kommunen gelten. Eine Festlegung von Gesundheitszielen einzig im SGB V wäre ordnungspolitisch nicht korrekt.
- Qualitätsvorgaben primärpräventiver Leistungen werden bereits heute im Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes festgelegt. Sie dürfen nicht durch andere Akteure festgelegt werden.
- Das Vorhaben, Settingansätze auszubauen und deren nachhaltige Finanzierung sicherzustellen, ist aus Sicht der Innungskrankenkassen positiv zu sehen. Kritisch ist, dass die vorgesehene Verpflichtung anderer Sozialhilfeträger zur Mitfinanzierung der Prävention wieder entfallen ist.
- Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung(BGF) sind zwei unterschiedliche Ansätze. Dort, wo eine Verknüpfung sinnvoll ist, geschieht dies schon heute. Der Arbeitsschutz in den Unternehmen ist verpflichtend. BGF ergänzt als freiwillige Maßnahmen den betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz und setzt dessen Umsetzung voraus.

Lösungsvorschlag

- Gesundheit und Prävention müssen in allen Politikbereichen verankert sein, um der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung gerecht zu werden. Einheitliche Gesundheitsziele sollten übergreifend für alle Sozialversicherungsträger, Bund, Länder und Kommunen gelten.
- Betriebliche Gesundheitsförderung in kleineren und mittleren Unternehmen muss an Bedeutung gewinnen und als wettbewerbliches Handlungsfeld der GKV erhalten bleiben. Settingansätze müssen auf Basis des Leitfadens Prävention ausgebaut und deren nachhaltige Finanzierung sichergestellt werden. Dabei muss gewährleistet werden, dass alle Sozialversicherungsträger zur Finanzierung herangezogen werden.
- Eine Trennung von betrieblichen und nichtbetrieblichen Settings im Rahmen einer Quotenregelung wird abgelehnt. Ausgehend von bestehenden Bedarfen soll es den Kassen überlassen bleiben, in welchen „Settings“ sie sich besonders engagieren.
- Krankenkassen müssen ihre zielgerichteten Angebote für Individualprävention beibehalten dürfen, um die Eigenverantwortung der Versicherten zu fördern.
- Der Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention muss im Rahmen der Pflege verbessert werden. Dies gilt sowohl in Bezug auf die professionell Pflegenden als auch für die pflegenden Angehörigen und die zu Pflegenden selber.
- Nutzen und Risiken von Früherkennungsuntersuchungen sind stärker abzuwägen.
- Die Unabhängigkeit von Impfempfehlungen muss gesichert werden.

8 Selbstverwaltung und Sozialwahlen

Aussage Koalitionsvertrag

Selbstverwaltung stärken und Sozialwahlen modernisieren.

...

Online-Wahlen, um die Wahlbeteiligung zu erhöhen. In der GKV sollen die Auswahlmöglichkeiten durch mehr Direktwahlen verbessert werden.

...

Das repräsentative Verhältnis von Frauen und Männern in der Selbstverwaltung soll optimiert werden.

...

Mehr Transparenz über die Arbeit der SV, mehr Möglichkeit der Weiterbildung und Präzisierung der Freistellungsregelungen

Bewertung

- Das Ziel der Stärkung der Selbstverwaltung ist zu begrüßen.
- Positiv ist auch das Ziel, mehr Transparenz über die Arbeit der Selbstverwaltung herzustellen.
- Die Einführung einer Frauenquote ist zu begrüßen.
- Die Verankerung der Selbstverwaltung bei den Sozialpartnern ist angemessen und hat sich bewährt. Eine Erweiterung der Listenfähigkeit wird abgelehnt.
- Die Friedenswahl hat sich bewährt. Urwahlen sind nur dort sinnvoll, wo tatsächlich mehr Kandidaten als Listenplätze vorhanden sind. Es muss den Listenträgern überlassen bleiben, wie viele Kandidaten aufgestellt werden.
- Bei Urwahlen können Online-Wahlen ergänzend genutzt werden.
- Die Parität von Versicherten- und Arbeitgebervertretern ist zu erhalten oder herzustellen. Auch in Zukunft sind sie die tragenden Säulen unseres Gesundheitssystems.
- Die Innungskrankenkassen vermissen Vorschläge, wie das Ehrenamt in der Selbstverwaltung gestärkt werden kann, um die Attraktivität dieser wichtigen Arbeit zu erhöhen. So fehlen Vorschläge, wie die Vereinbarkeit von Ehrenamt, Beruf und Familie in der Selbstverwaltung verbessert werden kann.

Lösungsvorschlag

- Das Prinzip der Selbstverwaltung in der GKV muss gestärkt werden. Ein erster Schritt ist hierzu die Wiedereinführung der vollständigen Beitragssatzautonomie.
- Die Verankerung der Selbstverwaltung bei den Sozialpartnern ist angemessen und hat sich bewährt. Eine Erweiterung der Listenfähigkeit wird abgelehnt.
- Die Innungskrankenkassen sehen Bestrebungen kritisch, nach denen aus den Listenwahlen grundsätzlich Personalwahlen werden sollen. Ein Persönlichkeitswahlkampf entspricht nicht dem Charakter von Sozialwahlen.
- 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. Hierzu zählt auch die alters- wie geschlechtsbezogene Ausgewogenheit der Selbstverwalter.
- Die Parität von Versicherten- und Arbeitgebervertretern ist zu erhalten oder herzustellen. Auch in Zukunft sind sie die tragenden Säulen unseres Gesundheitssystems.
- Die Innungskrankenkassen schlagen vor, die geltenden Rahmenbedingungen ehrenamtlicher Arbeit in der sozialen Selbstverwaltung einer Prüfung zu unterziehen und darauf hinzuwirken, dass Fragen einer Verbesserung der Vereinbarkeit von Ehrenamt, Beruf und Familie in den Blick genommen werden.

9 Reform der Eingliederungshilfe – Bundesteilhabegesetz

Aussage Koalitionsvertrag

Es soll ein Bundesteilhabegesetz geschaffen werden, um die Kommunen von den Kosten der Eingliederungshilfe zu entlasten (5 Mrd. Euro / Jahr aus Steuermitteln).

...
Leistungen sollen „aus einer Hand“ erfolgen.

Bewertung

- Grundsätzlich wird ein Bundesleistungsgesetz mit der Einführung eines Bundesteilhabegeldes für die Betroffenen positiv bewertet.
- Die im Teil Gesundheit und Pflege des Koalitionsvertrages vorgenommene Vereinbarung, Kosten anderer Träger nicht zu Lasten der Versichertengemeinschaft auf die Pflegeversicherung zu verlagern, wird an anderer Stelle des Koalitionsvertrages in der ein Bundesteilhabegesetz gefordert wird konterkariert.
- Die bisher vorliegenden Eckpunkte lassen darauf schließen, dass die Länder/Kommunen zu Lasten der Sozialversicherungsträger (Beitragszahler) entlastet werden sollen. Das wird strikt abgelehnt.

Lösungsvorschlag

- Die erfolgreiche Umsetzung trägerübergreifenden Handelns der Rehabilitationsträger kann nur gemeinsam und abgestimmt erreicht werden. Kooperation, Koordination, Konvergenz als Parameter des SGB IX sind dazu wesentliche Eckpunkte.
- Personenzentrierung darf nicht zu einer weiteren Ausdifferenzierung und Zergliederung von Leistungszuständigkeiten führen. Neue Unübersichtlichkeiten für die Leistungsberechtigten würden entstehen. Deswegen sollte die gemeinsame Verantwortung für eine umfassende Leistungserbringung gestärkt und die im SGB IX geschaffenen Grundlagen gemeinsam von den Sozialversicherungsträgern weiterentwickelt werden.
- Trägerübergreifende Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung: Bei Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen können Bedarfe an Teilhabeleistungen aus mehreren Leistungsgruppen und Ansprüche an verschiedene Rehabilitationsträger erwachsen. Dafür braucht es im gegliederten deutschen Sozialsystem eine trägerübergreifende gemeinsame Grundlage, vor allem wenn mehrere Träger an der individuellen Leistungsgestaltung beteiligt sind. Die Entscheidungen über Leistungen sollen jedoch weiterhin dem jeweiligen Rehabilitationsträger obliegen.
- Für die Zusammenarbeit der Träger ist ein einheitliches, gemeinsames Verfahrensrecht zentrale Voraussetzung. Das SGB IX ist das führende Gesetz für Rehabilitation und Teilhabe und bildet das gemeinsame „Leistungsverfahrensgesetz“ für alle Rehabilitationsträger. Dies gilt es zu erhalten.

10 Sonstige Forderungen

10.1 Wettbewerb

Problemstellung

- Zum Wesen der GKV gehört die ambivalente Entwicklung eines steigenden staatlichen Einflusses auf der einen und einer Ausweitung wettbewerblicher Elemente auf der anderen Seite. Selektivvertragliche Regelungen ergänzen den kollektivvertraglichen Bereich.
- 95 % der Leistungen der GKV sind bei allen Krankenkassen identisch. Auch der Beitrag ist (zurzeit) einheitlich festgesetzt. Nur im Bereich der Satzungsleistungen (etwa die Wahltarife) sowie im Service unterscheiden sich die Krankenkassen voneinander.
- Darüber hinaus schreitet der Konzentrationsprozess voran. Wenige Großkassen dominieren schon heute den Krankenkassenmarkt. Die 20 größten Krankenkassen versichern bereits 80 % der Versicherten. Fusionen werden trotz entstehender Kassen mit regional marktbeherrschender Stellung genehmigt.

Lösungsvorschlag

- 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. Voraussetzung hierfür ist, dass die Kassen Handlungsspielräume hinsichtlich der Leistungen, des Services und der Preise erhalten.
- Dabei muss sichergestellt sein, dass die verschiedenen Aufsichtsbehörden der Krankenkassen nach einheitlichen Kriterien agieren.
- Die GKV braucht eine solidarische Wettbewerbsordnung, die insbesondere die kleineren Mitbewerber vor der Marktmacht großer Kassen schützt. Die Anwendung des Kartellrechts zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern ist geboten.
- Der IKK e.V. spricht sich zudem für eine kartellrechtliche Prüfung von Fusionen von Krankenkassen aus.
- 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.

10.2 Aufsichtshandeln

Problemstellung

- Zurzeit unterliegen die Krankenkassen einer Vielzahl von nicht aufeinander abgestimmten (Doppel-)Prüfungen. Diese werden durchgeführt von den Aufsichten (Bundesversicherungsamt und Landesaufsichten) dem Bundesrechnungshof, dem Bundeskartellamt, aber auch von Finanzämtern und dem Bundesamt für Steuern, der Bundesagentur für Arbeit und der Deutschen Rentenversicherung. Darüber hinaus werden die Kassen regelmäßig einer Datenschutzprüfung unterzogen und müssen ihre Haushalte einem Wirtschaftsprüfer vorlegen.

Lösungsvorschlag

- Die Vielzahl von Prüfungsinstanzen der Krankenkassen ist aufgrund des hohen Verwaltungsaufwands bei den Krankenkassen zu reduzieren.
- Zudem sind unnötige Doppelprüfungen der Behörden zu vermeiden. Es ist sicherzustellen, dass das BVA und die Landesaufsichten nach einheitlichen Kriterien prüfen und handeln.

10.3 Europa

Problemstellung

- Die Souveränität der nationalen Entscheidungen, die tragenden Prinzipien des deutschen Systems und die Qualität der Versorgung müssen gewahrt bleiben. Der Einfluss der EU-Rechtsprechung auf die nationale Gesetzgebung und damit mittelbar auch auf die GKV wächst. Die Freizügigkeit von Personen und Waren innerhalb Europas führt zum Verlust der Souveränität nationaler Entscheidungen.

Lösungsvorschlag

- In den Institutionen auf europäischer Ebene muss das Bewusstsein geschärft werden, dass Krankenkassen im Rahmen ihrer Kostenverantwortung auch Inhalt und Form der Leistungen mit gestalten. Sie sollten sich stärker als bisher aktiv in Entscheidungsprozesse einbringen.

10.4 Patientenrechte und Patientensouveränität

Problemstellung

- Mit dem Patientenrechtegesetz wurde auf Basis der ständigen Rechtsprechung ein Schritt in die richtige Richtung getan. Jetzt geht es darum, die Regelungen konsequent weiterzuentwickeln.

Lösungsvorschlag

- Angebote von individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) bedürfen strengerer Rahmenbedingungen.
- Der IKK e.V. fordert eine verbindliche Aufklärung des Patienten durch den Arzt über
- Die Risiken der IGeL-Leistungen 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.
- Behandlungsfehler müssen so weit wie möglich verhindert werden. Die Leistungserbringer müssen zu einem offensiveren Umgang mit Fehlern finden. Der Aufbau von Fehlermelde- und Fehlervermeidungssystemen muss insbesondere in den Krankenhäusern eine höhere Priorität erhalten.
- Betroffene von Behandlungsfehlern sind durch zeitintensive Prozesse oft doppelt geschädigt. Wenn ein Behandlungsfehler offenbar ist und ein Schaden vorliegt, muss eine grundsätzliche Beweislastumkehr gelten.
- Medizinische Leistungserbringer müssen verpflichtet werden, jederzeit über eine ausreichend gedeckte Haftpflichtversicherung zu verfügen. Ein jährlicher Nachweis gegenüber der zuständigen Kammer muss gesetzlich festgelegt werden.
- Haftpflichtversicherer haben einen Härtefallfonds einzurichten, der durch Behandlungsfehler Geschädigte einen Ausgleich ermöglicht, wenn sich Haftpflichtversicherer in Streitfällen nicht einig werden.