

1 Verhandlungsergebnisse Gesundheit – Pflege (Endfassung)

3 Ambulante Versorgung

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
9 und Patienten in Deutschland. Sie ist ein Garant für die Diagnose- und Therapiefreiheit und
10 für die freie Arztwahl der Patientinnen und Patienten.

12 Zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung wollen wir die Anreize zur Niederlas-
13 sung in unterversorgten Gebieten weiter verbessern, indem wir unnötige bürokratische An-
14 forderungen abbauen und die Rahmenbedingungen für Zulassungen für Ärztinnen und Ärzte
15 und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten flexibilisieren. Die Möglichkeit zur Zulas-
16 sung von Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung in unterversorgten Gebieten wird ver-
17 bessert. Dazu wird bei der Ermächtigung in § 116 a SGB V das Wort „kann“ durch „muss“
18 ersetzt und eine jährliche verbindliche Überprüfung eingeführt. Die Förderung von Praxisnet-
19 zen wollen wir verbindlich machen und ausbauen. Die gesetzlichen Vorgaben zum Abbau
20 von Überversorgung durch den Aufkauf von Arztsitzen werden von einer „Kann“ in eine
21 „Soll“-Regelung überführt.

23 Wir wollen in der psychotherapeutischen Versorgung Wartezeiten reduzieren und mehr Be-
24 troffenen ein zeitnahes Angebot für eine Kurzzeittherapie eröffnen. Hierzu werden wir das
25 Antrags- und Gutachterverfahren entbürokratisieren, die Gruppentherapie fördern und den
26 Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragen, in einer gesetzlich definierten Frist die Psy-
27 chotherapie richtlinie zu überarbeiten. Die bestehenden Befugnisbeschränkungen für Psycho-
28 therapeutinnen und Psychotherapeuten werden wir überprüfen.

30 Für gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten wollen wir die Wartezeit auf einen Arzt-
31 termin deutlich reduzieren. Gesetzlich Versicherte sollen sich zukünftig bei Überweisung an
32 einen Facharzt an eine zentrale Terminservicestelle bei der Kassenärztlichen Vereinigung
33 (KV) wenden können, damit diese ihnen innerhalb einer Woche einen entsprechenden Be-
34 handlungstermin vermittelt. Dabei soll für den Termin im Regelfall eine Wartezeit von vier
35 Wochen nicht überschritten werden. Gelingt dies nicht, wird von der Terminservicestelle ein
36 Termin - außer in medizinisch nicht begründeten Fällen - zur ambulanten Behandlung in ei-
37 nem Krankenhaus angeboten. Die Behandlung erfolgt dann zu Lasten des jeweiligen KV-
38 Budgets. Diese Terminservicestellen können in Kooperation mit Krankenkassen betrieben
39 werden.

41 Wir wollen auch in der Zukunft die Rolle des Hausarztes fördern und die hausärztliche Ver-
42 sorgung weiter stärken. Die von Fachärztinnen und Fachärzten erbrachten hausärztlichen
43 Leistungen sollen zukünftig nicht den hausärztlichen Teil der Gesamtvergütung mindern, dies
44 gilt umgekehrt für von Hausärztinnen und Hausärzten erbrachte fachärztliche Leistungen.

46 Die Vertreterversammlungen von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Kassenärztlichen
47 Vereinigungen werden zu gleichen Teilen aus Haus- und Fachärztinnen und Fachärzten ge-
48 bildet. Über rein hausärztliche Belange entscheiden die hausärztlichen Mitglieder der Vertre-
49 terversammlung, über rein fachärztliche Belange die fachärztlichen Mitglieder der Vertreter-
50 versammlung. Für angestellte Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten Versorgung werden wir
51 verpflichtend einen beratenden Fachausschuss vorsehen.

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 Wir werden prüfen, ob sich die Unterschiede in der ärztlichen Vergütung durch Besonderhei-
101 ten in der Versorgungs- und Kostenstruktur begründen lassen und wie unbegründete Unter-
102 schiede aufgehoben werden können.

103
104 Die strukturierten Behandlungsprogramme für chronisch Kranke haben sich bewährt und da-
105 zu beigetragen, die Versorgungsqualität zu verbessern. Sie werden deshalb weiterentwickelt;

106 neue Programme sollen entwickelt werden für die Behandlung von Rückenleiden und De-
107 pressionen.

108
109 Die sektorübergreifende Qualitätssicherung mit Routinedaten wird ausgebaut. Wir werden
110 gesetzlich ein Institut begründen, das dauerhaft und unabhängig die Qualität der ambulanten
111 und stationären Versorgung ermittelt und dem Gemeinsamen Bundesausschuss Entschei-
112 dungsgrundlagen liefert. Die gesetzlichen Krankenkassen werden verpflichtet, dem Institut
113 geeignete pseudonymisierte Routinedaten zur Verfügung zu stellen.

114
115 Die Verfügbarkeit der Routinedaten aus der GKV für die Versorgungsforschung und für das
116 Versorgungsmanagement der Krankenkassen wollen wir erhöhen. Die Morbidität soll künftig
117 zudem nicht nur mit Leistungsdaten bestimmt werden, mittelfristig sollen auch epidemiologi-
118 sche Daten herangezogen werden. Zur Verbesserung der Datenlage für die Versorgungsfor-
119 schung werden zukünftig Regionalkennzeichen der patientenbezogenen Ausgaben erhoben.

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

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

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

146

147

148 **Krankenhausversorgung**

149

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

152

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

157

158 In dem neu zu gründenden Qualitätsinstitut werden sektorenübergreifend Routinedaten ge-
159 sammelt, ausgewertet und einrichtungsbezogen veröffentlicht. Die Anforderungen der Quali-

160 tätsrichtlinien des GBA sind zwingend einzuhalten. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen soll zur Überprüfung der durch den GBA zur internen und externen Qualitätssicherung
161 gemachten Vorgaben zukünftig unangemeldet Kontrollen in den Krankenhäusern durchfüh-
162 ren. Die Befugnis des GBA zur Festlegung von Mindestmengen wollen wir rechtssicher ge-
163 stalten. Die Ausnahmebefugnisse der Länder bleiben davon unberührt.

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

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

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

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

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

208
209 Sicher heißt: Die Menschen müssen sich darauf verlassen können, dass nur Operationen
210 durchgeführt werden, die auch tatsächlich medizinisch notwendig sind. Daher haben Patien-
211 ten zukünftig regelhaft die Möglichkeit, bei vom GBA zu definierenden mengenanfälligen
212 planbaren Behandlungen eine Zweitmeinung bei einem weiteren Facharzt oder Krankenhaus
213 einzuholen. Die Ärzte müssen bei Indikationsstellung die Patienten über deren Recht zur

214 Einholung einer Zweitmeinung verbindlich aufklären. Diese Aufklärung muss mindestens
215 zehn Tage vor der Operation erfolgen. Die Kosten übernehmen die Krankenkassen.

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

223
224 Krankenhäuser, in denen neue Medizinprodukte mit hoher Risikoklasse zum Einsatz kom-
225 men, sollen verpflichtet werden, sich in der Phase nach der Markteinführung an Nutzen- und
226 Sicherheitsstudien des GBA zu beteiligen. Entsprechende Methodenbewertungsverfahren
227 des GBA sollen regelmäßig nach spätestens zwei Jahren abgeschlossen sein.

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

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

243
244 Die Kosten der Krankenhäuser sollen mit der Fortentwicklung der Krankenhauspreise über
245 den Orientierungswert besser berücksichtigt werden; dieser muss deshalb auch stärker auf
246 die spezifischen Gegebenheiten im Krankenhausbereich abstellen. Gleichzeitig bleibt es
247 Aufgabe der Krankenhäuser, effizient und wirtschaftlich zu arbeiten.

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

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

262
263 Qualität wird als Kriterium zur Teilnahmeberechtigung an der ambulanten spezialfachärztli-
264 chen Versorgung nach §116 b SGB V gestärkt. Wie die Qualitätsnachweise zu führen sind,
265 legt der Gemeinsame Bundesausschuss fest. Genutzt werden dazu auch die Qualitätsdaten
266 des Qualitätsinstituts.

267

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

283
284 Wir werden zur Vorbereitung der skizzierten Krankenhausreform unter Federführung des
285 Bundesministeriums für Gesundheit eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe einsetzen, die bis Ende
286 2014 entsprechende Eckpunkte erarbeiten soll.

287
288 Ein neues Vergütungssystem in der Psychiatrie und Psychosomatik darf schwerst psychisch
289 Erkrankte nicht benachteiligen, muss die sektorenübergreifende Behandlung fördern und die
290 Verweildauer verkürzen, ohne Drehtüreffekte zu erzeugen. Dazu sind systematische Verän-
291 derungen des Vergütungssystems vorzunehmen. An dem grundsätzlichen Ziel, mehr Trans-
292parenz und Leistungsorientierung und eine bessere Verzahnung ambulanter und stationärer
293 Leistungen in diesen Bereich zu bringen, halten wir fest.

294
295

296 **Arzneimittel und Apotheken**

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

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

322
323 Die gesetzlichen Voraussetzungen für die frühe Nutzenbewertung von Arzneimitteln werden
324 so gefasst, dass alle Wirkstoffe, die nach dem 1.1. 2011 in den Markt eingeführt worden sind,
325 nach Erstzulassung und bei Indikationsausweitung von dem Verfahren der Nutzenbewertung
326 erfasst werden, die Phase freier Preisbildung aber nur einmalig, nämlich bei Bewertung der
327 Neuheit eines Wirkstoffes, eingeräumt wird.

328
329 Wir werden gesetzlich klarstellen, dass der vereinbarte Erstattungsbetrag Grundlage für die
330 Berechnung der Zu- und Abschläge in den Vertriebsstufen ist. Die Ausweisung eines Listen-
331 preises durch den pharmazeutischen Unternehmer bleibt davon unberührt.

332
333 Beim Abschluss von Rabattverträgen müssen die Vertragspartner die Versorgungssicherheit
334 gewährleisten, indem sie Maßnahmen gegen Lieferengpässe vereinbaren. Dies gilt insbe-
335 sondere für Impfstoffe.

336
337 Der GBA wird mit der Erarbeitung einer sogenannten Substitutionsliste beauftragt, auf der
338 Medikamente aufgeführt sind, die im Rahmen von Rabattverträgen nicht ausgetauscht wer-
339 den dürfen. Erfolgt die Festlegung nicht in einer gesetzlich vorgegebenen Frist, wird die Liste im
340 Rahmen einer Ersatzvornahme festgesetzt.

341
342 Eine qualitativ hochwertige, sichere und wohnortnahe Arzneimittelversorgung erfordert frei-
343 beruflich tätige Apothekerinnen und Apotheker in inhabergeführten Apotheken. An dem be-
344 stehenden Mehr- und Fremdbesitzverbots wird festgehalten.

345
346 Wir werden klarstellen, dass Voraussetzung für die Erstverschreibung von Arzneimitteln ein
347 direkter Arzt-Patienten-Kontakt sein muss. Online-Konsultationen reichen dafür nicht aus,
348 sondern bergen das Risiko von Fehldiagnosen und können so den Patientenschutz gefähr-
349 den.

350
351

352 **Gesundheitsberufe und Medizinstudium**

353
354 Für eine zielgerichtetere Auswahl der Studienplatzbewerber, zur Förderung der Praxisnähe
355 und zur Stärkung der Allgemeinmedizin im Studium wollen wir in einer Konferenz der
356 Gesundheits- und Wissenschaftsminister von Bund und Ländern einen „Masterplan Medizin-
357 studium 2020“ entwickeln.

358
359 Die Förderung der Weiterbildung in Allgemeinmedizin wird um 50% erhöht und bei Bedarf
360 länderübergreifend koordiniert.

361
362 Zudem stößt die Vermittlung praxisrelevanten Wissens ausschließlich in Kliniken an Gren-
363 zen. Daher wollen wir die ärztliche Weiterbildung aller grundversorgenden Fachgebiete in
364 ambulanten Einrichtungen fördern.

365
366 Bei der Anstellung bzw. Zulassung ausländischer Ärzte und Psychotherapeuten in Deutsch-
367 land sollen künftig deren Kenntnisse der deutschen Sprache und der medizinischen Fach-
368 sprache einer kompetenten Sprachverwendung (Referenzniveau C1) entsprechen.

369
370 Wir werden das Psychotherapeutengesetz samt der Zugangsvoraussetzungen zur Ausbil-
371 dung überarbeiten.

372
373 Die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit Geburtshilfe ist uns wichtig. Wir
374 werden daher die Situation der Geburtshilfe und der Hebammen im Speziellen beobachten
375 und für eine angemessene Vergütung sorgen.

376

377

378 **Prävention und Gesundheitsförderung in den Vordergrund stellen**

379

380 Wir werden noch 2014 ein Präventionsgesetz verabschieden, das insbesondere die Präven-
381 tion und Gesundheitsförderung in Lebenswelten wie Kita, Schule, Betrieb und Pflegeheim
382 und die betriebliche Gesundheitsförderung stärkt und alle Sozialversicherungsträger einbe-
383 zieht.

384

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

397

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

404

405 Darüber hinaus werden wir die Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und die ärztli-
406 chen Vorsorgeuntersuchungen bei Erwachsenen stärken. Zudem wollen wir durch geeignete
407 Maßnahmen die Impfquoten in Deutschland erhöhen.

408

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

411

412

413 **Finanzierung und Morbi-RSA**

414

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

419

420 Der allgemeine paritätisch finanzierte Beitragssatz wird bei 14,6 Prozent festgesetzt, der
421 Arbeitgeberanteil damit bei 7,3 Prozent gesetzlich festgeschrieben.

422

423 Die gesetzlichen Krankenkassen erheben im Wettbewerb den kassenindividuellen
424 Zusatzbeitrag zukünftig als prozentualen Satz vom beitragspflichtigen Einkommen. Der heute
425 vom Arbeitnehmer alleine zu tragende Anteil von 0,9 Beitragssatzpunkten fließt in diesen
426 Zusatzbeitrag ein. Damit die unterschiedliche Einkommensstruktur der Krankenkassen nicht
427 zu Wettbewerbsverzerrungen führt, ist ein vollständiger Einkommensausgleich notwendig.

428

429 Die Notwendigkeit eines steuerfinanzierten Sozialausgleichs entfällt damit.

430
431 Der Bundeszuschuss von 14 Milliarden Euro bleibt auch in Zukunft zur Finanzierung der ver-
432 sicherungsfremden Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten.

433
434 Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) bildet die finanzielle Aus-
435 gangslage für einen fairen Wettbewerb zwischen den Kassen. Die im jüngsten Gutachten
436 des wissenschaftlichen Beirats des Bundesversicherungsamtes gemachten Vorschläge zur
437 Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs zur Annualisierung der Kosten für verstorbe-
438 ne Versicherte sowie zum Krankengeld und den Auslandsversicherten wollen wir zeitgleich
439 umsetzen.

440

441

442 **Pflege**

443

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

446

447 Wir werden den Beitrag für die gesetzliche Pflegeversicherung erhöhen.

448

449 Wir wollen die Pflegebedürftigkeit besser anerkennen, um die Situation der Pflegebedürfti-
450 gen, von Angehörigen und Menschen, die in der Pflege arbeiten, zu verbessern. Dazu wollen
451 wir den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff auf der Grundlage der Empfehlungen des Exper-
452 tenbeirates in dieser Legislaturperiode so schnell wie möglich einführen, damit insbesondere
453 Menschen mit Demenzerkrankungen bessere und passgenauere Leistungen erhalten. Dieje-
454 nigen, die heute Leistungen erhalten, werden durch die Einführung nicht schlechter gestellt.

455

456 Für die Akzeptanz eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist entscheidend, dass keine
457 neuen Ungerechtigkeiten entstehen. Außerdem ist zu vermeiden, dass zu Lasten der Versi-
458 chertengemeinschaft Kosten anderer Träger auf die Pflegeversicherung verlagert werden.

459

460 Deshalb werden wir die mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff einhergehende Begutach-
461 tungssystematik auf ihre Umsetzbarkeit und Praktikabilität hin erproben und wissenschaftlich
462 auswerten. Auf dieser Grundlage werden anschließend auch die leistungsrechtlichen Be-
463 stimmungen in dieser Legislaturperiode umgesetzt.

464

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

467

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

472

473 Bis zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden wir zügig vor allem die
474 schon bestehenden Betreuungsleistungen weiter ausbauen und auf alle Pflegebedürftigen
475 ausdehnen. Bei einem Schlüssel von einer Betreuungskraft auf 20 Pflegebedürftige werden
476 so zum Beispiel in stationären Einrichtungen insgesamt bis zu 45.000 Betreuungskräfte tätig
477 sein.

478

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

482

483 Im Sinne einer sozialräumlichen Pflege, werden wir die Zuschüsse für Wohnumfeld verbes-
484 sernde Maßnahmen oder die Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohnformen aus-
485 bauen.

486
487 Wir wollen, dass ältere und pflegebedürftige Menschen ihren Alltag in der eigenen Wohnung
488 weitgehend selbstbestimmt bewältigen können. Die Entwicklung von Angeboten altersge-
489 rechter Begleitung und technischer Unterstützungssysteme wollen wir daher weiter fördern
490 und sie in den Leistungskatalog der Pflegeversicherung aufnehmen.

491
492 Wer einen anderen Menschen pflegt, braucht dafür Zeit, und muss die Pflege mit dem Beruf
493 vereinbaren können. Wir werden die Möglichkeiten des Pflegezeit- und des Familienpflege-
494 zeitgesetzes unter einem Dach mit Rechtsanspruch zusammenführen und weiterentwickeln,
495 um die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf besser zu unterstützen.

496
497 Die zehntägige Auszeit für Angehörige, die kurzfristig Zeit für die Organisation einer neuen
498 Pflegesituation benötigen, werden wir aufbauend auf der geltenden gesetzlichen Regelung
499 mit einer Lohnersatzleistung analog Kinderkrankengeld koppeln.

500
501 Die Hilfen zur Weiterführung des Haushalts wollen wir weiter ausbauen. Wir werden prüfen,
502 ob die Anrechnung von Pflegezeiten in der Rentenversicherung verbessert werden kann.

503
504 In den Entscheidungsgremien des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen sollen künftig
505 Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie der Pflegeberufe stimmberech-
506 tigt vertreten sein.

507
508 Wir prüfen die Schnittstellen zwischen SGB V und SGB XI im Hinblick auf die konsequente
509 Umsetzung der Grundsätze ambulant vor stationär und Prävention vor Rehabilitation vor
510 Pflege. Wir werden die Finanzierungsverantwortung dort verorten, wo der Nutzen entsteht,
511 um Verschiebebahnhöfe zu beseitigen. Deshalb werden wir auch prüfen, ob die Pflegeversi-
512 cherung sich an den Kosten der geriatrischen Rehabilitation beteiligen soll.

513
514 Gute Pflege setzt qualifiziertes und motiviertes Personal voraus. Wir setzen uns im Rahmen
515 der rechtlichen Möglichkeiten für Personalmindeststandards im Pflegebereich ein und wollen
516 die Pflegeberufe aufwerten. Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf können
517 den Verbleib im Beruf erleichtern. Dokumentationspflichten und Bürokratie müssen auf das
518 nötigste begrenzt werden.

519
520 Der Wechsel zwischen den Berufen in der Pflege muss erleichtert werden. Hierzu führen wir
521 eine generalistische Pflegeausbildung ein. Ziel sollte eine transparentes und durchlässiges
522 Aus- und Weiterbildungssystem sein.

523
524 Zur Erhöhung der Ausbildungskapazitäten müssen Wettbewerbsnachteile der ausbildenden
525 Einrichtungen verhindert werden. Dazu prüfen wir ein verbindliches Verfahren zur Refinan-
526 zierung der Ausbildungskosten, um die Kostenbeteiligung aller Einrichtungsträger zu gewähr-
527 leisten. Der dualen Ausbildung mit Ausbildungsbetrieb und Schule wird zukünftig eine zentra-
528 le Bedeutung zukommen.

529
530 Die Ausbildung muss für jeden Auszubildenden kostenfrei sein. Die Finanzbeteiligung der
531 Länder an den Ausbildungskosten der Schulen muss auch weiterhin gewährleistet sein. Eine
532 verbindliche und langfristige Regelung zur vollständigen Finanzierung der Ausbildungskosten
533 bei Umschulungsmaßnahmen durch den Bund und die Länder sollte getroffen werden.

534
535 Um die Transparenz und Nutzerorientierung im Pflegebereich zu verbessern, müssen Quali-
536 tätssicherungsverfahren wissenschaftlichen Standards genügen und kontinuierlich - auch im

537 Hinblick auf eine Entbürokratisierung und ein sektorenübergreifendes Vorgehen - weiterent-
538 wickelt und verbindlicher gestaltet werden.

539
540 Die Pflege-Transparenzvereinbarung soll mit dem Ziel weiterentwickelt werden, die Quali-
541 tätsunterschiede der Einrichtungen für die Verbraucher in Zukunft deutlicher zu machen. Wir
542 werden hier die Entscheidungsstrukturen der Selbstverwaltungspartner straffen und Blocka-
543 demöglichkeiten reduzieren.

544
545 Wir werden das Verfahren der Veröffentlichung der Ergebnisse der durch den Medizinischen
546 Dienst der Krankenversicherung und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Kranken-
547 versicherung e.V. vorgenommenen Qualitätsprüfungen verbessern.

548
549 Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Deshalb haben die Kommunen und die
550 Länder nach dem Pflegeversicherungsgesetz schon jetzt einen wichtigen Beitrag zu leisten.

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

564
565 Der paritätische Beitragssatz zur Pflegeversicherung wird spätestens zum 01. Januar 2015
566 um 0,3 Prozentpunkte erhöht. Aus dieser Erhöhung stehen die Einnahmen von 0,2 Prozent-
567 punkten zur Finanzierung der vereinbarten kurzfristigen Leistungsverbesserungen, insbe-
568 sondere für eine bessere Betreuung der Pflegebedürftigen, sowie der für 2015 gesetzlich
569 vorgesehenen Dynamisierung der Leistungen zur Verfügung. Die Einnahmen aus der weite-
570 ren Erhöhung um 0,1 Prozentpunkte werden zum Aufbau eines Pflegevorsorgefonds ver-
571 wendet, der künftige Beitragssteigerungen abmildern soll. Dieser Fonds wird von der Bun-
572 desbank verwaltet.

573
574 In einem zweiten Schritt wird mit der Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs der Beitrag
575 um weitere 0,2 Prozentpunkte und damit insgesamt um 0,5 Prozentpunkte in dieser Legisla-
576 turperiode angehoben.