



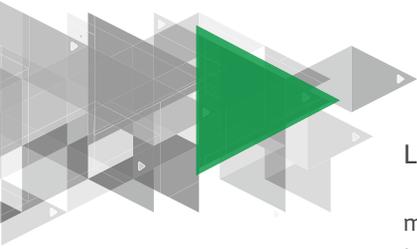
weiter.gehen >

AOK-Positionen zur
Gesundheitspolitik nach
der Bundestagswahl 2017

Inhalt

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





Liebe Leserinnen und Leser,

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

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

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

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

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

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

Fritz Schösser
Alternierender
Vorsitzender des
Aufsichtsrates

Dr. Volker Hansen
Vorsitzender
des Aufsichtsrates

Martin Litsch
Vorstandsvorsitzender
des AOK-Bundesverbandes

Jens Martin Hoyer
Stellvertretender
Vorstandsvorsitzender
des AOK-Bundesverbandes



I. Selbstverwaltung stärken



Fritz Schösser
Alternierender
Vorsitzender des
Aufsichtsrates



Dr. Volker Hansen
Vorsitzender
des Aufsichtsrates

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

Versicherten- und Patientennähe sicherstellen

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

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

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

Selbstverwaltungsrechte ausbauen

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

Paritätische Stimmengewichtung sicherstellen

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

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



II. Rahmenbedingungen für die Gesundheitsversorgung neu sortieren



Martin Litsch

Vorstandsvorsitzender des
AOK-Bundesverbandes



Jens Martin Hoyer
Stellvertretender

Vorstandsvorsitzender des
AOK-Bundesverbandes

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

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

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

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

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

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



III. Medizinische und pflegerische Qualität weiterentwickeln

Gesundheitspolitische Agenda für die nächste Legislaturperiode:

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

Qualität ausbauen – Patientensicherheit steigern

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

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

Behandlungsqualität durch mehr Erfahrung verbessern

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

Investitionsstau beenden, Zentrenbildung und Spezialisierung fördern

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



Detlef Lamm
Vorstandsvorsitzender
der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen

„Wir sind da“ AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen

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

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

Qualitätsindikatoren für moderne Krankenhausstrukturen nutzen

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



Rainer Striebel

Vorstandsvorsitzender
der AOK PLUS - Die
Gesundheitskasse für
Sachsen und Thüringen

„Wir sind da“

AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen

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

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

Ressourcen der Notfallversorgung bündeln

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

Kodierrichtlinien im ambulanten Sektor einführen

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

Klare Rahmenbedingungen schaffen, Wildwuchs beenden

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

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



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

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

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

Bei der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung Kurs halten

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

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

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

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

Pflegequalität ausbauen

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

Anzeigepflicht für alle Wohnformen schaffen

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

braucherrechtlich gelten für diese Einrichtungen durch landesindividuelle Regelungen unterschiedliche Standards.

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



Dr. Helmut Platzer
Vorstandsvorsitzender
der AOK Bayern - Die
Gesundheitskasse

„Wir sind da“ AOK Bayern - Die Gesundheitskasse

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



IV. Nutzenorientierung bei Medizinprodukten erhöhen

Gesundheitspolitische Agenda für die nächste Legislaturperiode:

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

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

Rechte für Patienten im Schadensfall ausbauen

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

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

Nutzenorientierung stärken

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

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

Medizinprodukte besser kennzeichnen

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

Verbindlichkeit der EU-Regelungen sicherstellen

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

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

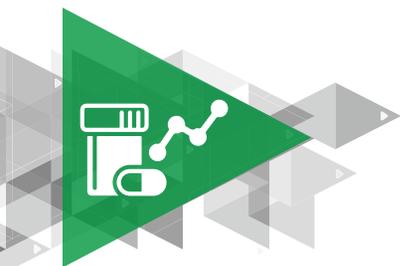


Olaf Woggan

Vorstandsvorsitzender der
AOK Bremen/Bremerhaven

„Wir sind da“ AOK Bremen/Bremerhaven

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



V. Zukunft der Arzneimittelversorgung sichern

Gesundheitspolitische Agenda für die nächste Legislaturperiode:

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

Mondpreise verhindern

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

Rückwirkende Erstattungspreise einführen

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

Nutzenorientierung weiterentwickeln

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

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

Krankenkassen mehr Gestaltungsmöglichkeiten einräumen

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

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

Mehr Transparenz in der Lieferkette schaffen

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

Sicherheit bei Arzneimittelzulassungen erhalten

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

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

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



Dr. Christopher Hermann
Vorstandsvorsitzender der
AOK Baden-Württemberg

„Wir sind da“ AOK Baden-Württemberg

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



VI. Ordnungsrahmen für den Wettbewerb in der GKV weiterentwickeln

Gesundheitspolitische Agenda für die nächste Legislaturperiode:

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

Wettbewerb zwischen den Krankenkassen neu justieren

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

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

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

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

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

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

Risikostrukturausgleich systematisch weiterentwickeln

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Föderales Aufsichtsrecht erhalten

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



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

„Wir sind da“ AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen

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



VII. Mit Beitragsgeldern verantwortungsbewusst umgehen

Gesundheitspolitische Agenda für die nächste Legislaturperiode:

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

Bundeszuschuss verlässlich ausgestalten

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

Staatliche Finanzierungsverantwortung umsetzen

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

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

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

Beitragsgerechtigkeit herstellen

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

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

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

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

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



Tom Ackermann
Vorstandsvorsitzender
der AOK NordWest
- Die Gesundheitskasse

„Wir sind da“ AOK NordWest - Die Gesundheitskasse

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



VIII. Chancen der Digitalisierung nutzen

Gesundheitspolitische Agenda für die nächste Legislaturperiode:

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

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

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

Strukturen für die Telematik reformieren

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

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

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

Rechtssicherheit beim Datenschutz schaffen

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

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

Nutzenbewertung für medizinische Apps und digitale Medizinprodukte einführen

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

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

Fernbehandlungsverbot lockern

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

Übermittlung von Verordnungsdaten modernisieren

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

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

Digitale Angebote durch vereinfachte Schriftform ausbauen

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



Frank Michalak
Vorstandsvorsitzender
der AOK Nordost -
Die Gesundheitskasse

„Wir sind da“ AOK Nordost - Die Gesundheitskasse

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



IX. Gesundheitlichen Verbraucherschutz ausbauen

Gesundheitspolitische Agenda für die nächste Legislaturperiode:

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

Rechte der Versicherten stärken

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

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



Günter Wältermann
Vorstandsvorsitzender der
AOK Rheinland/Hamburg
- Die Gesundheitskasse

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

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

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

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

Faire Preise bei zahnärztlichen Leistungen sicherstellen

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

Gesundheitsförderung als übergreifendes Politikfeld ausbauen

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

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

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

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

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

Gesundheitskompetenz stärken

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

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

Auf Kinderwerbung für ungesunde Lebensmittel verzichten

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

Verständliche Lebensmittelkennzeichnung einführen

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



Ralf Dralle

Vorstandsvorsitzender
der AOK Sachsen-Anhalt
- Die Gesundheitskasse

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

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

www.gesunde-wahl.de