



GESUNDHEITSPOLITISCHER KOMPASS

POSITIONEN DER
DAK-GESUNDHEIT FÜR DIE
20. LEGISLATURPERIODE

DAK
Gesundheit
Ein Leben lang.

03	VORWORT der Vorsitzenden des Verwaltungsrates
04	DREI LEITGEDANKEN für die 20. Legislaturperiode
06	STATIONÄRE VERSORGUNG: Patienten- und qualitätsorientierte Versorgung stärken
08	AMBULANTE VERSORGUNG: Qualitätstransparenz schaffen und Versorgung sektorenübergreifend gestalten
10	PATIENTENRECHTE STÄRKEN: Neuausrichtung der UPD erforderlich
12	ARZNEIMITTEL: Qualitativ hochwertige Versorgung zu fairen Preisen
13	HEIL- UND HILFSMITTEL: Wettbewerb stärken
14	PRÄVENTION, GESUNDHEITSKOMPETENZ UND ÖGD: Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe
16	KRANKENKASSEN-WETTBEWERB: Transparenz der Leistungsqualität fördern
17	GENDERGERECHTE MEDIZIN: Geschlechterunterschiede in der Gesundheitsversorgung berücksichtigen
18	PFLEGE STÄRKEN: Pflegeversicherung zukunftsfest gestalten
20	DIGITALISIERUNG: Von der Theorie in die Praxis

VORWORT

DER VORSITZENDEN DES VERWALTUNGSRATES

AUS DER KRISE LERNEN – QUALITÄT UND STABILITÄT DER GESUNDHEITSVERSORGUNG STÄRKEN

Die Corona-Pandemie führt uns zwei Sachverhalte deutlich vor Augen: Zum einen ist das deutsche Gesundheitswesen stabil genug, um auch schwerste Krisen zu meistern. Zum anderen fördert die Pandemie schonungslos die bestehenden strukturellen und qualitativen Mängel der Versorgung zutage. Es gilt deshalb, die von der Krise und ihrer Bewältigung ausgehenden Impulse für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens und der Pflege zu nutzen.

Die Politik wird in den kommenden Jahren richtungsweisende Entscheidungen treffen müssen. Denn zur Bewältigung der Corona-Krise und ihrer Folgen treten die großen Herausforderungen des demographischen Wandels und der Digitalisierung des Gesundheitswesens hinzu. Die Gesundheitspolitik der 20. Legislaturperiode sollte daher drei Leitgedanken folgen:

1. Die Kranken- und Pflegeversicherung darf ihre Funktion als gesellschaftlicher Stabilitätsanker nicht verlieren. Dazu muss die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen wieder deutlich gestärkt werden.
2. Die Qualität der Versorgung muss Richtschnur künftiger Reformen werden.
3. Die finanzielle Stabilität der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung muss gesichert sein.

Der hohe Ressourcenbedarf der Pandemiebewältigung hat den ohnehin bestehenden Handlungsdruck nochmals erhöht, die Versorgungslandschaft effizienter zu gestalten. Im stationären Sektor ist daher auf eine stärkere Konzentration und Spezialisierung der Leistungen zu achten, während im ambulanten Bereich gestufte und vernetzte Behandlungsstrukturen gestärkt werden sollten. Dies kann nur unter Einbeziehung aller Beteiligten und durch einen vernünftigen Interessenausgleich erreicht werden. Der Gesetzgeber ist deshalb gut beraten, diese Aufgabe nicht der Exekutive zu überlassen, sondern die soziale und gemeinsame Selbstverwaltung damit zu betrauen und sie dabei zu stärken.

In dem vorliegenden Positionspapier haben wir deshalb den Fokus auf die Weiterentwicklung der medizinischen Versorgungsstrukturen, die Digitalisierung des Gesundheitswesens und die Neuausrichtung der Pflegeversicherung gelegt. Daneben beinhaltet es auch Reformvorschläge zur Weiterentwicklung der Arzneimittelversorgung, zur Verbesserung des Wettbewerbs bei Heil- und Hilfsmitteln, zur Prävention sowie zur Stärkung der Gendermedizin und der Gesundheitskompetenz der Versicherten. Wir freuen uns, wenn unsere Vorschläge in der Debatte um eine zukunftsfähige soziale Kranken- und Pflegeversicherung aufgegriffen werden und wir darüber mit vielen sozial- und gesundheitspolitischen Akteurinnen und Akteuren in einen fruchtbaren Dialog treten.



Dieter Schröder
Vorsitzender des Verwaltungsrates
der DAK-Gesundheit
(Versichertenvertreter)



Horst Zöller
Stellv. Vorsitzender des Verwaltungsrates
der DAK-Gesundheit
(Arbeitgebervertreter)



DREI LEITGEDANKEN

FÜR DIE 20. LEGISLATURPERIODE

Die 2020er Jahre werden unser Gesundheitswesen besonders herausfordern. Megatrends wie der demografische Wandel, die Digitalisierung und eine zunehmende Personalisierung der Medizin treffen mit der Corona-Pandemie auf die vermutlich größte Gesundheitskrise der jüngeren Geschichte. Die Politik muss daher zu Beginn der 2020er Jahre richtungsweisende Entscheidungen treffen. Die notwendige Weiterentwicklung der Versorgung sowie die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens müssen dabei miteinander in Einklang gebracht werden. Vor diesem Hintergrund sollte die Gesundheitspolitik der 20. Legislaturperiode aus Sicht der DAK-Gesundheit drei Leitgedanken folgen:

Leitgedanke 1: Qualität als Leitbild der Gesundheits- und Pflegepolitik

Ziel der DAK-Gesundheit ist es, ihren Versicherten medizinische Leistungen in hoher Qualität zu einem angemessenen Preis zur Verfügung zu stellen, sie optimal zu beraten und ihnen einen leicht zugänglichen und umfassenden Service anzubieten.

Auch im Mittelpunkt der Gesundheitspolitik sollte ein „Leitbild Qualität“ stehen, an dem sich Entscheidungen und künftige Reformen orientieren. Grundsatz dieses Leitbildes sollte eine strukturelle Stärkung der Patientensicherheit, -souveränität und Versorgungsqualität sowie ein barrierearmer Zugang zu Gesundheits- und Dienstleistungen sein. Bei den notwendigen Reformen in der kommenden Legislaturperiode sollten dafür Anpassungen der Versorgungsstrukturen und der Vergütung verstärkt als Anreize zum Erreichen höherer Qualitätsstandards eingesetzt werden.

Leitgedanke 2: Die GKV & SPV als gesellschaftlichen Stabilitätsanker stärken

Den immensen Herausforderungen der Corona-Pandemie war Deutschland gerade aufgrund des Sozialversicherungssystems gut gewachsen. Gerade in unsicheren Zeiten beweist sich das Solidarsystem der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung (SPV) als Anker einer solidarisches und robusten Gesellschaft. GKV und SPV schaffen existenzielle Sicherheit für jeden Einzelnen und für den sozialen Zusammenhalt in der Gesellschaft. In der alternden Gesellschaft wird die Bedeutung der solidarischen Kranken- und Pflegeversicherung noch weiter zunehmen. Aus diesem Grund müssen die Strukturen der GKV und SPV wieder gestärkt werden.

Die Selbstverwaltung als Rückgrat einer solidarischen GKV & SPV

Das Rückgrat der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung bildet die durch demokratische Wahlen legitimierte Selbstverwaltung. Die soziale Selbstverwaltung steht für die eigenverantwortliche Gestaltung der Gesundheits- und Pflegeversorgung durch die Versicherten und ihre Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber. Diese institutionelle Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern sowie der Sozialpartner ist die Grundlage ausgewogener Beschlüsse und erhöht die Akzeptanz von Entscheidungen. Damit stärkt die Selbstverwaltung die Funktion der GKV und SPV als gesellschaftlicher Stabilitätsanker.

Die gemeinsame Selbstverwaltung aus Krankenkassen und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern entlastet den Staat, indem Aufgaben und Verantwortungsbereiche an verschiedene Träger delegiert werden. Sie organisieren eigenverantwortlich die medizinische und pflegerische Versorgung in Deutschland. Trotz der tragenden Rolle der Selbstverwaltung hat die Politik in den letzten Jahren gravierend in ihre Autonomie eingegriffen. Insbesondere die Beschneidung der Rechte der sozialen Selbstverwaltung durch das Einsetzen des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses (LKA) und das Herausdrängen der Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter aus den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste sowie Beschränkungen der Finanzautonomie stellen gravierende Eingriffe dar. Diese Beschneidungen müssen in der 20. Legislaturperiode wieder zurückgenommen und die Selbstverwaltung gestärkt werden.

Leitgedanke 3: Solidarische Finanzierung der GKV & SPV sicherstellen

Damit GKV und SPV auch in der Zukunft ihre Aufgabe als gesellschaftlicher Stabilitätsanker erfüllen können, muss ihre

Finanzierung sichergestellt werden. Doch die Finanzlage von GKV und SPV ist angespannt. Dies liegt vor allem an der Übernahme großer Teile der coronabedingten Mehrausgaben, den kostenintensiven Reformen der 19. Legislaturperiode sowie der aktuellen durch die Pandemie geprägten wirtschaftlichen Entwicklung.

Diese Situation wird sich voraussichtlich in den kommenden Jahren noch verschärfen: Die Folgen der Pandemie und die damit verbundenen Kosten sowie die Auswirkungen der angestoßenen Reformen werden sich noch weit in die kommende Legislaturperiode hinein auswirken und die Finanzen der GKV weiter strapazieren. Nicht zuletzt führt auch der demografische Wandel zu steigenden Ausgaben der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung.

Doch eine moderne Gesellschaft muss eine qualitativ hochwertige pflegerische und medizinische Versorgung ihrer Bevölkerung sicherstellen. Eine solidarische und auskömmliche Finanzierung der GKV und SPV ist auch entscheidend für die weitere Stabilität und Zukunftsfähigkeit des Landes. Die Begrenzung des Gesamtsozialversicherungsbeitrages auf maximal 40 Prozent im Jahr 2021 ist begrüßenswert, um Unternehmen in der Pandemie zu entlasten. Diese Zahl darf jedoch nicht zum Dogma werden. Denn der medizinisch-technische Fortschritt sowie die alternde Bevölkerung und die sich verändernden gesellschaftlichen Bedarfe müssen solide und verlässlich finanziert werden. Außerdem droht bereits zu Beginn der neuen Legislaturperiode eine Verdoppelung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes oder aber gesetzlich erforderliche Leistungseinschränkungen. Eine Verlängerung der Sozialgarantie ohne eine Erhöhung des Steuerzuschusses an die GKV wird nicht möglich sein.

Angesichts der Finanzlage und der Herausforderungen der kommenden Jahre müssen gesamtgesellschaftliche Aufgaben, die die Kranken- und Pflegeversicherung übernehmen, über auskömmliche Bundeszuschüsse finanziert werden, wenn massive Beitragssatzerhöhungen vermieden werden sollen. Zudem sollten Effizienzpotenziale im Gesundheitswesen konsequenter genutzt werden. Über-, Fehl- und Unterversorgung müssen systematisch angegangen und behoben werden. Nur so kann langfristig eine qualitativ hochwertige und solidarische Gesundheitsversorgung für alle gewährleistet werden.

Im Folgenden werden erste konkrete Schritte für eine qualitative Weiterentwicklung der Versorgung und ein finanzierbares Gesundheitswesen beschrieben.

STATIONÄRE VERSORGUNG:

PATIENTEN- UND QUALITÄTSORIENTIERTE VERSORGUNG STÄRKEN

Ein zentraler Baustein eines zukunfts- sowie qualitätsorientierten und gleichzeitig finanzierbaren Gesundheitswesens ist eine umfassende Reform des stationären Sektors. Überkapazitäten müssen abgebaut und eine stärkere Spezialisierung gefördert werden. Dazu müssen die Ziele der Krankenhausplanung und -finanzierung in Einklang gebracht werden. Denn aktuell führen Zielkonflikte und ein Kompetenzgerangel zwischen Bund und Ländern zu ineffizienten Strukturen und Fehlallokationen der ohnehin knappen Mittel.

Die Krankenhausplanung der Länder verfolgt mit der Tendenz zur Aufrechterhaltung historisch gewachsener Versorgungsstrukturen in der Fläche andere Ziele als das diagnosebezogene

Fallpauschalensystem (DRG) mit seinen zentralisierenden Auswirkungen. Zusätzlich geraten Krankenhäuser durch die systematische Unterfinanzierung der Investitionskosten unter massiven ökonomischen Druck, da die Bundesländer ihren Verpflichtungen nicht nachkommen. Von der GKV bereitgestellte Betriebsmittel werden deswegen häufig zur Finanzierung dringend notwendiger Investitionen zweckentfremdet und der Versorgung entzogen. Die Folge sind unterfinanzierte Krankenhäuser, Personalmangel – insbesondere in der Pflege – und ökonomisch indizierte Mengenausweitungen. Eine Neustrukturierung der Krankenhausplanung und des Finanzierungssystems ist daher zur Erhöhung der Versorgungsqualität zwingend erforderlich. Besonders deutlich wird dies z. B. beim Blick auf die derzeit vor allem in ländlichen



Regionen unbefriedigende Lage der stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie Schwangeren.

Dazu sollten Bund, Länder und die Selbstverwaltung ein gemeinsames Leitbild für die Krankenhausversorgung 2030 entwickeln. In einem Krankenhauspakt sollten anschließend klare Zuständigkeiten für die Planung und Finanzierung festgelegt und rechtssichere Mechanismen entwickelt werden, die eine qualitativ hochwertige Versorgung in einer umstrukturierten Krankenhauslandschaft sicherstellen.

Eine qualitativ hochwertige Versorgung bedeutet dabei in erster Linie eine am Patientenbedarf ausgerichtete Versorgung. Dazu gehören eine evidenzbasierte Indikationsstellung sowie medizinisch, personell und technisch gut ausgestattete Krankenhäuser mit guter professioneller Pflege am Bett. Ökonomische Anreize für medizinisch nicht indizierte Leistungserbringung müssen drastisch reduziert werden.



REFORMVORSCHLÄGE

Entwicklung eines gemeinsamen Leitbilds Krankenhausversorgung 2030 von Bund, Ländern und Selbstverwaltung für eine grundlegende Neuordnung der Krankenhausplanung und -finanzierung:

Krankenhausplanung

- Entwicklung eines gestaffelten Versorgungskonzeptes zur Sicherstellung wohnortnaher Grundversorgung, Schwerpunktversorgung sowie einer hochqualitativen, spezialisierten und konzentrierten Maximalversorgung:
 - **Grundversorgung:** verstärkter Aufbau ambulanter Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) und regionaler Pflegekompetenzzentren (ReKo), die nicht zwingend notwendige stationäre Leistungen vermeiden
 - **Schwerpunktversorgung:** Elektive Behandlungen, die eine Planung des Klinikaufenthalts möglich machen, sollen in Krankenhäusern erbracht werden, die in bestimmten Disziplinen eine besondere Expertise aufgebaut haben.
 - **Maximalversorgung:** qualitätsorientierte Strukturbereinigung bei gleichzeitiger Definition von regionalen Umkreis- oder Verantwortungskorridoren für Häuser der Maximalversorgung
- Aufnahme von Qualitätsaspekten als Planungskriterium und Spezialisierung zur Konzentration des Leistungsgeschehens, insbesondere bei mengersensiblen Leistungen
- Ein zentraler oder (länder-)übergreifender Versorgungsauftrag für Notfallsituationen wie Pandemien und ausgewählte spezialisierte Leistungen wie Stammzellentransplantationen
- Notwendige Neuordnung der verfassungsrechtlichen Kompetenzen in der Krankenhausplanung zwischen Bund und Ländern mit Sanktionsmöglichkeiten des Bundes gegenüber den Ländern, wenn diese ihren Verpflichtungen nicht nachkommen

Krankenhausfinanzierung

- Sicherstellung einer auskömmlichen Finanzierung von Investitionskosten und Betriebskosten der reformierten und bedarfsorientierten (statt historisch gewachsenen) Strukturen durch Bund und Länder
- Modernisierung des Vergütungssystems unter Berücksichtigung unterschiedlicher regionaler Rahmenbedingungen und Anpassung der Vorhaltefinanzierung an Kostenunterschiede unterschiedlicher Versorgungsstufen
- Qualitätsverbesserung durch Ausweitung der Vorgaben zur Strukturqualität
- Anreize für mehr Leistungsqualität durch eine stärkere Berücksichtigung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festzulegenden Kriterien für Prozess- und Ergebnisqualität bei der Vergütung
- Drastische Reduktion ökonomischer Anreize für medizinisch nicht indizierte Leistungserbringung
- Notwendige Neuordnung der verfassungsrechtlichen Kompetenzen in der Krankenhausfinanzierung zwischen Bund und Ländern

AMBULANTE VERSORGUNG:

QUALITÄTSTRANSparenZ SCHAFFEN UND VERSORGUNG SEKTORENÜBERGREIFEND GESTALTEN

Die flächendeckende wohnortnahe ambulante medizinische Versorgung ist ein zentrales Element des deutschen Gesundheitswesens. Nicht umsonst gilt „ambulant vor stationär“ als Leitsatz der deutschen Gesundheitspolitik. Es ist richtig, dass Patientinnen und Patienten so lange wie möglich und gesundheitlich vertretbar ambulant versorgt werden sollen.

Umso wichtiger ist es, die Versorgungsqualität in der ambulanten Versorgung weiter zu fördern und für die Patientinnen und Patienten transparent zu gestalten. Doch während es im stationären Bereich zumindest erste Bestrebungen in Richtung Qualitätstransparenz gibt, fehlt es im ambulanten Sektor noch an verlässlichen Qualitätsinformationen. Weder existieren Vorgaben zur Qualitätsberichterstattung auf Ebene der Praxen, noch gibt es Indikatoren, die einen Vergleich der Behandlungsqualität ermöglichen könnten. Hier besteht dringender Handlungsbedarf. Die Qualität der Versorgung muss messbar gemacht werden. Laut einer im November 2020 erschienen Studie des IGES Institutes fühlt sich in Deutschland fast die Hälfte der Patientinnen und Patienten bei der Arztwahl unzureichend informiert,

was eine qualitätsorientierte Auswahl erschwert. Um Qualitätsinformationen einfach zugänglich zu machen, könnten z.B. auf dem Gesundheitsportal des Bundesministeriums für Gesundheit (www.gesund.bund.de) Ergebnisse von noch zu entwickelnden Qualitätsindikatoren veröffentlicht werden.

Ein bekanntes Problem bleibt, dass das Gesundheitswesen trotz zahlreicher politischer Initiativen zur Überwindung der Sektorengrenzen noch zu oft in seinen starren Strukturen verharret. Dabei ist eine sektorenübergreifende Behandlung ein Schlüssel für eine qualitativ hochwertige und patientenorientierte Versorgung. Bisherige Reformbemühungen haben die Überwindung der Sektorengrenzen jedoch kaum erreicht. Die bessere Verzahnung der Sektoren, insbesondere auch durch eine intensivere Einbindung digitaler Lösungen, muss daher in der kommenden Legislaturperiode oben auf der Agenda stehen. Eine Überwindung der Sektorengrenzen ist nämlich nicht nur im Interesse der Patientinnen und Patienten, sondern ermöglicht es, Fehlanreize im System zu beseitigen und Effizienzpotenziale zu heben.



Der Stellenwert der hausärztlichen Versorgung ist unbestritten. Auch die Corona-Pandemie hat die große Bedeutung der Hausärztinnen und Hausärzte für die Gesundheitsversorgung in Deutschland noch einmal verdeutlicht. Insbesondere hinsichtlich des besorgniserregenden Rückgangs der Anzahl der Praxen bedarf es in der kommenden Legislaturperiode – vor allem auch durch die Förderung der Allgemeinmedizin bereits in den Hochschulen – einer Stärkung der Hausärztinnen und Hausärzte. Darüber hinaus klagen viele niedergelassene Ärztinnen und Ärzte über eine hohe Belastung und entsprechend wenig Zeit für die Behandlungen. Sehr hilfreich wird hier die stärkere Etablierung der Tele-Medizin sein. Auch sollte geprüft werden, welche ärztliche Leistungen an nichtärztliche Fachkräfte delegiert werden können. Dies wäre ein wichtiger Baustein, wenn es darum geht, Ärztinnen und Ärzte zu entlasten und eine wohnort-

nahe medizinische Versorgung insbesondere im ländlichen Raum sicherzustellen. Der Ausbau der Delegation sollte daher weiter vorangetrieben werden. Hierzu fehlt es jedoch noch an gesetzlichen Grundlagen.

Die hausärztliche Versorgung könnte durch die bessere Koordination und Steuerung der Behandlung eine qualitativ hochwertige Versorgung gewährleisten. Doch die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) in ihrer aktuellen Form ist reformbedürftig. Die verpflichtenden Verträge haben sich nicht bewährt. Sie verursachen erhebliche Zusatzkosten, ohne die Versorgung zu verbessern. Um eine effiziente Versorgungssteuerung zu ermöglichen, ist mehr Flexibilität notwendig. Statt der verpflichtenden Verträge sollten die Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, mehr sektorenübergreifende Versorgungsmodelle zu etablieren.



REFORMVORSCHLÄGE

Die Arztwahl auf Basis von transparenten und aussagekräftigen Qualitätskriterien sollte gestärkt werden. Patientinnen und Patienten müssen Zugang zu verlässlichen Qualitätsinformationen erhalten, um eine informierte, qualitätsorientierte Arztwahl im ambulanten Bereich treffen zu können:

- Entwicklung von aussagekräftigen Qualitätsindikatoren für die ambulante Versorgung, die eine informierte Arztwahl ermöglichen; z.B. Angaben zu Fort- und Weiterbildungen, Zahlen zu Behandlungshäufigkeiten und unerwünschten Ereignissen.
- Bereitstellung eines Tools zur informierten Arztsuche auf Basis der noch zu entwickelnden Qualitätsindikatoren; z.B. auf dem Gesundheitsportal des Gesundheitsministeriums.

Ein Schlüssel zur besseren Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors ist die schrittweise Angleichung der Rahmenbedingungen:

- Entwicklung einheitlicher Vergütungsstrukturen für definierte Leistungen, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können
- Sektorenübergreifende Bedarfsplanung, insbesondere der Leistungen, die ambulant und stationär erbracht werden können
- Flexibilisierung beim gemeinsamen Einsatz von Personal und technischer Ausstattung für ambulante und stationäre Leistungserbringung

Zukunftssichere ambulante Versorgung

- Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung durch Beseitigung regionaler Ungleichgewichte und Förderung von Praxisgründungen in unterversorgten Gebieten, besonders im ländlichen Raum
- Ausbau der Delegation ärztlicher Leistungen, insb. Schaffung rechtlicher Grundlagen
- Statt verpflichtende Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) Schaffung gesetzlicher Rahmenbedingungen zur Ermöglichung weiterer sektorenübergreifender Versorgungsmodelle

PATIENTENRECHTE STÄRKEN:

NEUAUSRICHTUNG DER UPD ERFORDERLICH

Eine umfassende qualitativ hochwertige und serviceorientierte Beratung ist aus Sicht der DAK-Gesundheit grundlegende Voraussetzung dafür, dass Versicherte die vielfältigen Leistungen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zielgerichtet in Anspruch nehmen können. Deshalb bietet die DAK-Gesundheit ihren Versicherten an sieben Tagen in der Woche rund um die Uhr qualifizierte Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner. Dieser Service wird Tag für Tag tausendfach genutzt und ist bereits vielfach ausgezeichnet worden.

Neben den gesetzlichen Aufklärungs-, Beratungs- und Auskunftspflichten der Krankenkassen wurde vom Gesetzgeber vor rund 20 Jahren ergänzend die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) verankert. Heute steht die UPD mehr denn je auf dem Prüfstand. So wird seit dem Betreiberwechsel 2016 nicht nur ihre Unabhängigkeit in Frage gestellt. Kritisiert wird grundsätzlich auch das zugrundeliegende Ausschreibungsmodell, mit dem die UPD alle 6 Jahre an einen Betreiber neu zu vergeben ist. Dies führt durch personelle Diskontinuitäten und Verluste beim Wissenstransfer im Ergebnis zu einer qualitativ schlechteren Beratung. Zudem deutet die in jüngster Vergangenheit rückläufige Anzahl von Beratungskontakten auf mangelnde Akzeptanz und/oder Erreichbarkeit hin.

In einem Ende 2020 vorgelegten wissenschaftlichen Gutachten im Auftrag der Patientinnen- und Patientenbeauftragten der Bundesregierung werden vier Alternativmodelle zur heutigen UPD untersucht. Die Gutachter stellen dabei auch ein sogenanntes Ausbaumodell vor. Danach könne die Beratung beispielsweise an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) oder die/den Patientinnen- und Patientenbeauftragte/n angegliedert werden. Allerdings sieht das Gutachten hierbei haftungsrechtliche und Neutralitätsprobleme, weil beide Institutionen in direkter Abhängigkeit zum Bundesgesundheitsministerium stehen.

Um eine neutrale, weithin akzeptierte und qualitativ hochwertige UPD zu schaffen, muss sie auf eine neue Grundlage gestellt werden. Damit künftig Qualitätsverluste durch Betreiberwechsel vermieden werden, ist das Ausschreibungsmodell durch ein fest institutionalisiertes und nachhaltig legitimiertes Ausbaumodell zu ersetzen. Da es sich dabei um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt, ist sie aus Steuermitteln zu finanzieren. Vor diesem Hintergrund sollte die bisherige Position der/des Patientinnen- und Patientenbeauftragten der Bundesregierung künftig dem Deutschen Bundestag zugeordnet und vom ihm gewählt werden – analog der/des heutigen Wehrbeauftragten.

REFORMVORSCHLAG



Eine vom Deutschen Bundestag direkt gewählte Patientenbeauftragte als unabhängige Ombudsperson soll Patientinnen und Patienten beraten, ihre Interessen vertreten und

- ein grundgesetzlich verankertes Organ mit Anbindung an den Deutschen Bundestag darstellen, um die Legitimation und Unabhängigkeit des Amtes und der UPD zu bekräftigen.
- die bisherige Patientenbeauftragte der Bundesregierung ersetzen, um Akzeptanz und Vertrauen durch die Verknüpfung von Beratung und Interessenvertretung wechselseitig zu stärken.
- eine feste Institution mit gesetzlich geregelten Kompetenzen, Befugnissen sowie einer ausreichenden Finanzausstattung aus dem Bundeshaushalt schaffen und damit Ausschreibungen erübrigen.



Einsatz für
eine bestmögliche
Versorgung

ARZNEIMITTEL:

QUALITATIV HOCHWERTIGE VERSORGUNG ZU FAIREN PREISEN

12

Die Kosten für neu zugelassene Arzneimittel erreichen einen neuen Höchststand. Seit 2010 haben sich die Preise neuer Arzneimittel in Deutschland fast vervierfacht. Die durchschnittlichen Kosten für neu eingeführte Arzneimittel pro Person und Jahr sind von 40.000 auf 150.000 Euro gestiegen. Inzwischen ist jedes vierte neue Medikament ein Hochpreis-Medikament mit Kosten von über 100.000 Euro, womit sich deren Anteil verdoppelt hat. Gründe für die enormen Preissteigerungen sind unter anderem die zunehmende Bedeutung der personalisierten Medizin sowie neue Therapiemöglichkeiten für seltene Erkrankungen. Folge dieser Entwicklung ist, dass die wenigen Verordnungen dieser hochpreisigen Therapieoptionen einen sehr großen Anteil der gesamten GKV-Arzneimittelausgaben beanspruchen.

Die Finanzierung fortlaufend neuer, früh eingesetzter und extrem hochpreisiger Therapieoptionen stellt somit eine große Herausforderung für das Solidarsystem dar. Die mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) etablierte Bewertung des Zusatznutzens als Entscheidungsgrundlage für Preisverhandlungen bei neuen Arzneimitteln hat sich seit ihrer Einführung im Jahre 2011 als lernendes und flexibles System bewährt. Angesichts des zunehmenden Markteintritts extrem hochpreisiger Therapieoptionen muss das AMNOG nun „lernen“, mit dieser neuen Entwicklung umzugehen. Dazu sollte das AMNOG so fortentwickelt werden, dass Patientinnen und Patienten weiterhin Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung erhalten, ohne jedoch das solidarisch finanzierte Gesundheitssystem zu überfordern.

Ein weiterer Baustein für die nachhaltige Finanzierbarkeit der Arzneimittelversorgung ist die seit langem politisch diskutierte Preisfreiheit im ersten Jahr nach Markteintritt. Das AMNOG ist, wie im DAK-AMNOG-Report 2020 erneut gezeigt, ein anerkanntes Verfahren für die Preisfindung innovativer Therapieoptionen. Berechtigte Interessen von Industrie und Beitragszahlenden werden im Verfahren abgewogen und ermöglichen verlässliche Rahmenbedingungen für Innovationen und die Versorgung der Versicherten. Es ist daher wenig nachvollziehbar, dass der im AMNOG-Verfahren festgesetzte Preis keine rückwirkende Anwendung ab Markteintritt findet.



Arzneimittel sind elementarer Bestandteil vieler Therapien und ihre verlässliche Verfügbarkeit von enormer Bedeutung für die Patientinnen und Patienten. Um Lieferengpässe zu reduzieren und das Gesundheitswesen krisenfester aufzustellen, sollte die Politik künftig Anreize für die Arzneimittelproduktion in Deutschland und der Europäischen Union schaffen.



REFORMVORSCHLÄGE

- Weiterentwicklung des AMNOG-Verfahrens zur Entwicklung neuer Erstattungsmodelle für hochpreisige Orphan Drugs
- Einführung des rückwirkenden Erstattungsbetrages nach 130b SGB V ab dem Markteintritt des Arzneimittels

HEIL- UND HILFSMITTEL:

WETTBEWERB STÄRKEN



13

Heil- und Hilfsmittel müssen – wie andere Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung auch – ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich erbracht werden und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Doch auch aufgrund geänderter gesetzlicher Rahmenbedingungen sind die Heilmittel-Ausgaben der GKV in den Jahren von 2015 bis 2019 um fast 43 Prozent gestiegen. So wurden z.B. die direkt zwischen Krankenkassen und Heilmittelerbringern geschlossenen Verträge durch bundeseinheitliche Versorgungsverträge abgelöst. Dieser neue Mechanismus ist allerdings ungeeignet, um die Preisexplosion im Heilmittelbereich zu bremsen. Im Gegenteil: Für das Jahr 2021 haben die Verbände der unterschiedlichen Heilmittelerbringer bereits heute Preisvorstellungen im hohen zweistelligen Bereich vorgelegt.

Die DAK-Gesundheit begrüßt grundsätzlich die Stärkung von ambulanten Behandlungen im Bereich der Heilmittel. Im Sinne eines wirtschaftlichen Umgangs mit den Beitragsgeldern sollte künftig jedoch unbedingt wieder eine effektive Bremse für die Preisentwicklung etabliert werden, wie sie mit der Grundlohnsummenanbindung bereits einmal bestanden hat. An welche ökonomische Kennzahl eine Preisbegrenzung künftig angebunden wird, ist politisch zu entscheiden. Auch sollte die Vertragsabschlusskompetenz wieder auf die Einzelkassen bzw. Wettbewerbsverbände übergehen. Somit könnten Nachfragepotenziale patientenorientiert in qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Verträgen münden.

Auch die Preise im Hilfsmittelbereich steigen stetig. Seit dem Ausschreibungsverbot für Hilfsmittel im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) ist festzustellen, dass sich die Vertragsverhandlungen mit den Herstellern über mehrere Monate hinziehen. Grund sind die sehr hohen, teils unrealistischen Preisforderungen der Hersteller. Diese liegen ohne erkennbaren Grund mitunter 100 bis 200 Prozent über den vorherigen Preisen. Eine Vertragsgestaltung per Ausschreibung würde wieder zu wirtschaftlichen und bürokratiearmen Abschlüssen führen, die eine gute Hilfsmittelversorgung gewährleisten.

REFORMVORSCHLÄGE



- Etablierung einer Preisbremse für die Heilmittelausgaben und Wiedereinsetzung kassenindividueller Vertragsabschlusskompetenzen
- Zurücknahme des Ausschreibungsverbots im Bereich Hilfsmittel

PRÄVENTION, GESUNDHEITS- KOMPETENZ UND ÖGD:

GESUNDHEITSFÖRDERUNG ALS GESAMTGESELLSCHAFTLICHE AUFGABE



Der Schutz vor Krankheiten und die Förderung der Gesundheit sind zentrale Elemente der Gesundheitsversorgung. Eine nachhaltige Präventionspolitik kann auf lange Sicht Krankheits(folge)kosten verringern und das Gesundheitssystem vor Überlastung schützen. Damit präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen jedoch langfristig wirken können, müssen sie in allen Lebensbereichen verankert werden. Dies ist häufig noch nicht der Fall. Daher ist ein besonderer Fokus auf die Prävention und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten zu legen. Außerdem müssen entsprechende Maßnahmen für Kinder und Jugendliche, am Arbeitsplatz und im Alter stärker implementiert werden.

Trotz der hohen Relevanz des Themas sind die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen sowie die Rentenversicherung weiterhin die einzigen Institutionen, die nach den Regelungen im SGB zur Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten verpflichtet werden. Prävention ist aber eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und muss daher auch durch die öffentliche Hand im Rahmen ihrer Daseinsvorsorge strukturiert umgesetzt und finanziert werden.

Auch Unternehmen und Industrie müssen ihrer gesellschaftlichen Verantwortung für eine gesündere Arbeits- und Umwelt stärker

nachkommen. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass Appelle und freiwillige Verpflichtungserklärungen der Industrie nicht ausreichen. Um z. B. die gesundheitlich schädlichen hohen Zuckerzusätze in Nahrungsmitteln endlich zu senken, sind einschneidendere Maßnahmen notwendig. Dazu zählen z. B. ein gesetzlich verankertes Werbeverbot für überzuckerte, zu kalorienreiche Kinderlebensmittel, eine Herstellerabgabe auf zuckergesüßte Erfrischungsgetränke und insbesondere auch eine für alle Bevölkerungsschichten verständliche Aufklärung über Inhaltsstoffe von Lebensmitteln.

Um die Vorteile, die sich durch die Digitalisierung ergeben, erfolgreich umsetzen und die damit zur Verfügung stehenden Angebote nutzen zu können, sind die dafür notwendigen digitalen Gesundheitskompetenzen elementar. Damit sich die Versicherten in der immer breiter werdenden Angebotsvielfalt von digitalen Anwendungen zurechtfinden, müssen die wesentlichen Inhalte u.a. zu Verfügbarkeit, Verwendung und Nutzen vermittelt werden. So entwickeln Krankenkassen im Rahmen von § 20k SGB V bereits Bildungsprogramme für digitale Gesundheitskompetenz. Sie leisten damit wichtige Aufklärungsarbeit, um ihren Versicherten eine noch bessere individuelle Versorgung anbieten zu können.

Aus dem bisher bestehenden Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen, die digitale Gesundheitskompetenz ihrer Versicherten zu fördern, sollte ein gesamtgesellschaftlicher Auftrag werden. Die digitale Gesundheitskompetenz muss z. B. Bestandteil sowohl der Schulbildung als auch der Erwachsenenbildung sein.

Modernisierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes dringend erforderlich

Die Corona-Pandemie hat auch die Reformnotwendigkeiten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) deutlich zu Tage treten lassen. Die Entwicklungen bis zum Ausbruch der Pandemie haben dazu geführt, dass der ÖGD zum einen unterfinanziert und unterbesetzt den kurzfristigen Handlungserfordernissen nicht nachkommen konnte. Zum anderen wurden die bisherigen Versäumnisse, digitale Meldewege zu etablieren, offengelegt – mit spürbaren Folgen für die Reaktionsfähigkeit beim Management des Ausbruchsgeschehens und bei der Nachverfolgung der Infektionsketten.

Vor diesem Hintergrund ist es von zentraler Bedeutung, dass die Länder und Kommunen ihren Finanzierungs- und Investitionspflichten nachkommen, um eine Modernisierung des ÖGD zu ermöglichen und dessen Leistungsfähigkeit im Sinne der Pandemiebekämpfung sowie der allgemeinen Gesundheitsvorsorge sicherzustellen. Eine Übertragung der Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes auf Krankenkassen muss künftig unterbleiben. Zwar wird der ÖGD durch den „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ von Bund und Ländern über sechs Jahre mit vier Milliarden Euro personell und technisch aufgerüstet. Geld allein reicht jedoch nicht. Notwendig sind übergeordnete Netzwerkstrukturen, die die Leistungs- und Handlungsfähigkeit des ÖGD stärken.



REFORMVORSCHLÄGE

- Verpflichtung der Länder und Kommunen, verbindliche Konzepte vorzulegen, um Gesundheitsförderung und Prävention in Schulen und Kindertagesstätten nachhaltig zu verankern
- Etablierung von verpflichtenden Konzepten für Unternehmen zu Arbeitsplatzprävention und betrieblichem Gesundheitsmanagement. Stärkung der Betriebsärzte und Betriebsärztinnen sowie enge Einbindung der Personalvertretungen und Betriebsräte. Das Gesundheitsmanagement muss als Teilnehmer im Arbeitsschutzausschuss (§16 ASiG) verankert werden.
- Einführung einer Herstellerabgabe auf Erfrischungsgetränke mit hohem Zuckergehalt
- Verpflichtung der Industrie zur verständlichen Kennzeichnung von Lebensmitteln sowie ein Werbeverbot für besonders zuckerhaltige Lebensmittel für Kinder
- Stärkung der Finanzverantwortung von Ländern und Kommunen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst
- Aufbau institutionalisierter Netzwerkstrukturen, die die Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsämtern verbessern und eine Standardisierung insbesondere bei der Pandemiebekämpfung fördern

KRANKENKASSEN- WETTBEWERB:

TRANSPARENZ DER LEISTUNGSQUALITÄT FÖRDERN

1996 wurde mit der freien Kassenwahl der Wettbewerb zwischen Krankenkassen eröffnet. Ziel war es, eine zweckmäßige, wirtschaftliche, qualitativ hochwertige medizinische Versorgung zu fördern sowie die Kundenorientierung und effektive Organisation der Leistungserbringung zu stärken. In den vergangenen zweieinhalb Jahrzehnten wurde es jedoch versäumt, vergleichbare Indikatoren für die Leistungs- und Servicequalität der Krankenkassen zu entwickeln. Diese fehlende, für eine funktionierende Konkurrenz jedoch zwingend erforderliche Transparenz verengt den Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen fast ausschließlich auf den Preis.

Um eine qualitativ hochwertige Versorgung zu stärken, muss die Qualität des Versorgungsangebots der Krankenkassen in den Fokus rücken. Statt eines reinen Preiswettbewerbs, der sich ausschließlich am niedrigsten Zusatzbeitrag orientiert, sollte ein stärkerer Wettbewerb um Leistungs- und Servicequalität ermöglicht werden. Eine größere Transparenz könnte hier den Wettbewerb um besseren Service und Leistungen zwischen den Krankenkassen intensivieren. Besondere Versorgungsangebote und kurze Bearbeitungszeiten könnten so zu Entscheidungskriterien von Versicherten werden.

Voraussetzung für den Einsatz solcher Indikatoren ist eine definierte und einheitliche Vorgehensweise: Unterschiedliche Prozesse, Meldewesen und Verfahren bei den Krankenkassen stehen messbaren Indikatoren aktuell jedoch entgegen. In einem ersten Schritt sollten daher zunächst unabhängige Versichertenbefragungen durchgeführt werden, um einen repräsentativen Vergleich zu ermöglichen. Mittelfristig sollten einheitliche Qualitätsindikatoren eingeführt und die Ergebnisse regelmäßig zentral ausgewertet und veröffentlicht werden.

Ein solcher Vergleich setzt faire Wettbewerbsbedingungen unter den gesetzlichen Krankenkassen voraus. Dringend benötigt wird dazu eine einheitliche Aufsicht über die Krankenkassen, denn bislang führt das unterschiedliche Aufsichtshandeln in Bund und Ländern zu teils massiven Wettbewerbsverzerrungen. Solche Verzerrungen würden sich auch ergeben, wenn künftig Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber die Krankenkasse bestimmen könnten, die für ihren Betrieb den Einzug der Sozialversicherungsbeiträge durchführt. Dass diese Aufgabe gleichberechtigt von allen Krankenkassen erfüllt wird, ist nicht nur wettbewerbsneutral, sondern hat sich zudem seit langer Zeit bewährt.

REFORMVORSCHLÄGE



Entwicklung von Indikatoren für die Leistungs- und Servicequalität von Krankenkassen

- **Kurzfristig:** Unabhängige Befragung der GKV-Versicherten zur Erhebung von Kennzahlen
- **Mittelfristig:** Schaffung und zentrale Auswertung sowie Veröffentlichung einheitlicher Qualitätsindikatoren

Herstellung und Wahrung fairer Wettbewerbsbedingungen

- Herstellung einer einheitlichen Aufsicht über die Krankenkassen in Bund und Ländern
- Wahrung des gleichberechtigten und wettbewerbsneutralen Einzugs der Sozialversicherungsbeiträge durch die Krankenkassen

GENDERGERECHTE MEDIZIN:

GESCHLECHTERUNTERSCHIEDE IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG BERÜCKSICHTIGEN

Frauen und Männer haben unterschiedliche medizinische Bedarfe, Krankheitsbilder und Gesundheitsprobleme. In den letzten Jahren wurden erste Schritte – z.B. durch den ersten Gesundheitsbericht des RKI zur gesundheitlichen Lage der Frauen in Deutschland – unternommen, um für die Thematik zu sensibilisieren. Diese Bemühungen müssen künftig intensiviert und um Maßnahmen erweitert werden, die Geschlechterunterschiede in Versorgung, Forschung und Gesundheitsbildung aufgreifen und bestehende Ungleichheiten in unserem Gesundheitssystem reduzieren.

So werden Frauen in medizinischen Studien zur Impfstoff und Medikamentenentwicklung noch immer nicht angemessen berücksichtigt. Infolgedessen leiden Frauen häufig unter viel schwereren Nebenwirkungen. Dazu kommt, dass manche Medikamente bei ihnen andere Wirkungen als bei Männern entfalten. Auch bei der Diagnose von Krankheiten sind Frauen häufig benachteiligt, weil

in der Praxis übersehen wird, dass sich zum Beispiel Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen anders ankündigen als bei Männern und dadurch oft fehlerhaft oder gar nicht diagnostiziert werden. Der genetische Unterschied zwischen Frauen und Männern bedeutet außerdem, dass es Krankheiten gibt, die mal Frauen und mal Männer bevorzugt treffen. So sind beispielsweise drei Viertel aller Autoimmunerkrankten weiblich.

Der Zusammenhang zwischen Geschlecht und Gesundheit muss daher bei der medizinischen und pflegerischen Versorgung stärker berücksichtigt werden. Schlüssel für eine qualitativ hochwertige Versorgung ist die Anerkennung dieser Unterschiede und die Bereitstellung einer bedarfsgerechten medizinischen Behandlung – von Prävention bis hin zu Therapieansätzen. Denn es gilt: Eine qualitativ hochwertige Versorgung bedeutet in erster Linie eine am Bedarf der Patientinnen und Patienten ausgerichtete Versorgung.

REFORMVORSCHLÄGE



Stärkere Berücksichtigung der geschlechterbedingten Unterschiede in der Gesundheitsversorgung:

Studium und Lehre

- Verankerung geschlechtssensibler Lehre sowie Inhalten zu gesundheitlichen Unterschieden im Curriculum angehender Ärztinnen und Ärzte
- Förderung der Forschung und Lehre zu Gendermedizin und gesundheitlichen Ungleichheiten, u.a. durch Gründung weiterer Institute und Lehrstühle für Gendermedizin in Deutschland. Mit dem Institut für Gendermedizin an der Charité existiert bisher erst ein einziges Institut in Deutschland.

Entwicklung und Zulassung von Medikamenten und Impfstoffen

- Sicherstellung einer angemessenen Repräsentation von Frauen in Studien zur Medikamenten- und Impfstoffentwicklung unter Berücksichtigung der notwendigen Schutzmaßnahmen in Bezug auf die Fortpflanzungsfähigkeit der Studienteilnehmerinnen
- Gewinnung von Daten zu Wirkung und Nebenwirkungen der Medikamente/Impfstoffe für beide Geschlechter. Verpflichtende Aufschlüsselung der Nebenwirkungen nach dem Geschlecht in Zulassungsstudien für Medikamente und Impfstoffe

E-Health / KI

- Insbesondere mit Blick auf die Entwicklung von digitalen und KI-basierten Lösungen im Gesundheitswesen ist eine Berücksichtigung der Genderperspektive unerlässlich
- Bei Entwicklung von KI-basierten Lösungen (z.B. automatische Analyse von Röntgenbildern) verpflichtender Einschluss von Frauen zur Sicherstellung der geschlechtergerechten Leistungserbringung der KI

PFLEGE STÄRKEN:

PFLEGEVERSICHERUNG ZUKUNFTSFEST GESTALTEN

Pflege ist die soziale Frage der 2020er Jahre. Die Pflegeversicherung steht heute vor ähnlich gravierenden Herausforderungen wie zum Zeitpunkt ihrer Einführung vor 25 Jahren. Denn steigende Pflegekosten und die dadurch bedingten wachsenden Eigenanteile in der stationären Pflege überfordern viele Pflegebedürftige finanziell. Für viele Menschen wird Pflege immer häufiger zum Armutsrisiko. Die Pflegeversicherung verliert damit an Legitimität: Sie deckt das Pflegerisiko immer unzureichender finanziell ab. Dadurch rutschen immer mehr Pflegedürftige in die Fürsorge.

18

Eine weitere Herausforderung ist der demografische Wandel: Eine immer höhere Zahl an Pflegebedürftigen muss auch in Zukunft auf eine qualitativ hochwertige Pflege vertrauen können. Damit erhöhen sich auch die Ausgaben der Pflegeversicherung, während ihre Einnahmen aufgrund der geringer werdenden Anzahl beitragszahlender Erwerbstätiger gleichzeitig zurückgehen. Neben dem erhöhten Finanzbedarf erfordert der demografische Wandel vor allem eine breite Fachkräftebasis. Anders gesagt: Es müssen mehr Menschen für den Pflegeberuf begeistert werden. Dies kann in erster Linie durch eine Verbesserung der Ausbildung sowie der Arbeitsbedingungen und Löhne gelingen.

Die geplanten Verbesserungen in der Pflege dürften jedoch nicht allein zu Lasten der Pflegebedürftigen gehen. Eine Reform der Pflegeversicherung muss deshalb prioritär die Deckelung der Eigenanteile der Pflegebedürftigen in Heimen zum Inhalt haben. Um die Finanzierungsgrundlage langfristig zu stabilisieren, bedarf es einer fairen Lastenverteilung zwischen beitrags- und steuerzahlenden Personen und Pflegebedürftigen. Die private Pflegeversicherung sollte zudem am Solidarausgleich der SPV beteiligt werden. Nach Ansicht von Fachleuten findet hier aktuell eine Risikoselektion statt. Der Finanzausgleich könnte die SPV um bis zu zwei Milliarden Euro jährlich entlasten.

Auch ambulante Versorgung stärken

Von der Gesamtzahl der Leistungsbeziehenden der sozialen Pflegeversicherung werden fast 75 Prozent zu Hause – überwiegend

durch pflegende Angehörige – versorgt. Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, die ambulante Versorgung attraktiver und vor allem übersichtlicher zu gestalten. Oftmals ist den Pflegebedürftigen und Pflegenden nicht bewusst, welche Leistungen sie im Rahmen eines bedarfsgerechten Versorgungssettings in Anspruch nehmen können. So ist laut einem Bericht des Statistischen Bundesamtes vielen Pflegebedürftigen der Anspruch z.B. auf „Entlastungsleistung“ nicht bekannt. Es ist daher wichtig, die Leistungen der Pflegeversicherung besser zu bündeln und z.B. durch die Installierung eines Jahresbudgets für den Entlastungsbetrag transparenter zu gestalten.

Unterstützung der pflegenden Angehörigen

Wer sich für die Pflege seiner Angehörigen entscheidet und dafür seine Erwerbsarbeit unterbricht, sollte dies flexibler als bisher gestalten können. Der Anspruch auf Pflegezeit bis zu sechs Monaten besteht derzeit für einen pflegebedürftigen Angehörigen nur in einem Block. Eine Aufteilung in getrennte Zeiträume ist nicht möglich. Die Pflegezeit von sechs Monaten sollte daher z.B. bei Langzeitpflege innerhalb von drei Jahren nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit flexibel und auch danach in begrenztem Umfang genutzt werden können. Zudem sollte bei einer Änderung der Pflegebedürftigkeit um zwei Pflegegrade ein neuer Anspruch auf Pflegezeit für einen begrenzten Zeitraum entstehen.

Pflegeberatung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zur Verfügung stellen

Im Gegensatz zur aktuellen gesetzlichen Lage ist ein Fallmanagement im Rahmen des SGB XI vor der eigentlichen Beantragung von Leistungen und damit bereits bei einem bestehenden Hilfe- und Beratungsbedarf sinnvoll. Gerade bei schweren Krankheitsverläufen und auch bei Erkrankungen, die sich schleichend entwickeln (z.B. bei Demenz), ist es wichtig und hilfreich, so früh wie möglich ein Fallmanagement zu starten. Damit können Eskalationen im Alltag der Betroffenen vermieden und die Versorgung zeitnah den aktuellen Gegebenheiten angepasst werden.



REFORMVORSCHLÄGE

Reform der Finanzierung der Pflegeversicherung:

- Die Pflegeversicherten müssen von den steigenden einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen entlastet werden. Daher sind die Eigenanteile der Pflegebedürftigen in Heimen zu deckeln.
- Die Bundesländer sollten verbindlich an den Investitionskosten beteiligt werden.
- Zur solidarischen Finanzierung der Pflegeversicherung und insbesondere zur Deckung der gesamtgesellschaftlichen Kosten muss ein pauschaler Bundeszuschuss aus Steuermitteln eingeführt werden.

Stärkung der ambulanten Pflege und Entlastung der pflegenden Angehörigen

- Zusammenfassung der Leistungen der Kurzzeit- und Verhinderungspflege zu einem jährlichen Entlastungsbudget. Dadurch werden vor allem die pflegenden Angehörigen entlastet. Dieses Entlastungsbudget sollte flexibel und unbürokratisch in Anspruch zu nehmen sein.
- Erleichterung der Zugangsvoraussetzungen und Vereinfachung der Inanspruchnahme von Leistungen; z.B. Ausweitung um (noch) nicht zugelassene, aber qualitätsgesicherte ambulante Dienste mit nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag; bundeseinheitliche Legalisierung niedrigschwelliger Angebote der Qualifikation zur Erbringung von Leistungen der Betreuung und zur Entlastung im Alltag
- Auszahlung von 10 % der nicht verbrauchten Gelder des Entlastungsbudgets jeweils zum Jahresende als eine Art Bonus an die pflegebedürftigen Menschen
- Ermöglichung der flexiblen Inanspruchnahme der Pflegezeit von sechs Monaten innerhalb von drei Jahren nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit und Schaffung eines erneuten Anspruchs auf bis zu drei Monaten Pflegezeit nach drei Jahren der Pflegebedürftigkeit (Stichwort: Langzeitpflege). Bei einer Erhöhung der Pflegebedürftigkeit um mindestens zwei Pflegegrade sollte die Möglichkeit der erneuten Inanspruchnahme von Pflegezeit für drei Monate geschaffen werden.
- Möglichkeit der Inanspruchnahme von Pflegeberatung auch ohne vorherigen Pflegeleistungsbezug bzw. Pflegeleistungsantrag

DIGITALISIERUNG:

VON DER THEORIE IN DIE PRAXIS



Elektronische Patientenakte, digitale Gesundheits- und Pflegeanwendungen, eRezept: Nach vielen Jahren, in denen das deutsche Gesundheitswesen bei der Digitalisierung international weit abgeschlagen war, wurden in der 19. Legislaturperiode zahlreiche wichtige gesetzliche Voraussetzungen für ein digitales Gesundheitswesen geschaffen.

Verantwortungsvoll und klug eingesetzt ermöglicht die Digitalisierung grundlegende Verbesserungen der medizinischen sowie pflegerischen Versorgung und der Prävention. Therapien können stärker an die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten angepasst, Behandlungspfade optimiert oder Services der Krankenkassen verbessert werden. Gemeinsames Ziel von Politik, Krankenkassen sowie Leistungserbringerinnen und Leistungs-

erbringern sollte es daher sein, die Chancen der Digitalisierung in der kommenden Legislaturperiode noch besser für die Versicherten nutzbar zu machen.

Grundlegende Voraussetzung ist, dass digitale Lösungen auch bei den Versicherten ankommen. Zu häufig ist dies aktuell noch nicht der Fall oder dauert entschieden zu lange. Einhergehend ist es notwendig, die Gesundheitskompetenz der Versicherten in einer zunehmend digitalisierten Versorgung kontinuierlich zu steigern, um digitale Lösungen möglichst effizient einzuführen und Mehraufwand zu vermeiden. Ein Anliegen der DAK-Gesundheit ist es den Nutzen von digitalen Anwendungen, wie der elektronischen Patientenakte, in der Gesundheitsversorgung greifbar zu machen, um zu einer effektiveren Adaption beizutragen.

In den vergangenen Jahren hat sich der Staat weitreichende Kompetenzen im Bereich der Digitalisierung zugeschrieben, um Prozesse zentral zu steuern und zu beschleunigen. So wird beispielsweise über den Leistungsumfang digitaler Gesundheits- und Pflegeanwendungen (DiGA & DiPA) der Krankenkassen behördlich in einem Schnellverfahren entschieden, in dem jedoch die etablierten Standards der Nutzenbewertung und Preisgestaltung teilweise untergraben werden. Um das Vertrauen der Menschen in eine versichertenorientierte und qualitätsorientierte Gestaltung der digitalen Gesundheitsversorgung zu wahren, ist künftig wieder eine sinnvolle Aufgabenteilung zwischen Staat und Selbstverwaltung erforderlich.

Insgesamt sollte sich der Staat auf die Organisation der Rahmenbedingungen konzentrieren, während die gemeinsame Selbstverwaltung wieder eine aktivere Steuerungsrolle bei dem Leistungsangebot und der gesundheitlichen Versorgung einnehmen sollte. Als neue Steuerungsinstanz könnte die GKV zum Wertetreiber einer patientenorientierten und nicht profitgetriebenen Versorgung werden. Es gilt der GKV die notwendigen Handlungsmöglichkeiten zu geben, um die digitale Transformation innovativ und effektiv für die Versicherten gestalten zu können.

Zudem ist eine gesellschaftliche Debatte notwendig, wie Datenschutz und innovative Datennutzung im Sinne der Patientinnen und Patienten in Einklang zu bringen sind. Dazu gehört z.B. eine Harmonisierung der Auslegung datenschutzrechtlicher Bestimmungen auf Landes-, Bundes- und EU-Ebene.



REFORMVORSCHLÄGE



Maßnahmen, um die Potenziale der Digitalisierung schneller für die Versicherten nutzbar zu machen:

Digitale Gesundheits- und Pflegeanwendungen

- Überarbeitung der Zulassungs- und Bewertungskriterien sowie der Nutzenbewertung und Preisfindung für DiGA und DiPA
- Aktivere Steuerungsrolle für die gemeinsame Selbstverwaltung bei der Festlegung des Leistungsangebots und in der gesundheitlichen Versorgung

Ein gemeinsames Digitalisierungsleitbild von Politik und Selbstverwaltung

- Digitalisierungsgipfel zur Entwicklung eines gemeinsamen Leitbilds durch Politik, Selbstverwaltung, Industrie und Wissenschaft, in dem regulatorische Rahmenbedingungen und Zuständigkeiten klar definiert werden
- Gesellschaftliche Debatte, um Datenschutz und innovative Datennutzung in Einklang zu bringen
- Harmonisierung der Auslegung des Datenschutzes im Sinne der Patientinnen und Patienten

DAK-Gesundheit

Abteilung Unternehmenskommunikation
Nagelsweg 27–31, 20097 Hamburg

www.dak.de

Gedruckt 04/21.

DAK
Gesundheit
Ein Leben lang.