

# *Gesundheitspolitische Positionen der Ersatzkassen*

# **2021**

*für die 20. Legislaturperiode des  
Deutschen Bundestages*



# Die Mitgliedskassen



## Techniker Krankenkasse (TK)

Bramfelder Straße 140 · 22305 Hamburg

Tel.: 0 40 / 69 09-17 83

Fax: 0 40 / 69 09-13 53

E-Mail: [pressestelle@tk.de](mailto:pressestelle@tk.de)

Internet: [www.tk.de](http://www.tk.de)

 [@TK\\_Presse](https://twitter.com/TK_Presse)

## BARMER

### BARMER

Postfach 11 07 04 · 10837 Berlin

Tel.: 08 00 / 33 31 01-0

Fax: 08 00 / 3 33 00 90

E-Mail: [service@barmer.de](mailto:service@barmer.de)

Internet: [www.barmer.de](http://www.barmer.de)

 [@BARMER\\_Presse](https://twitter.com/BARMER_Presse)



## DAK-Gesundheit

Nagelsweg 27-31 · 20097 Hamburg

Tel.: 0 40 / 2 36 48 55-0

Fax: 0 40 / 3 34 70-12 34 56

E-Mail: [service@dak.de](mailto:service@dak.de)

Internet: [www.dak.de](http://www.dak.de)

 [@DAKGesundheit](https://twitter.com/DAKGesundheit)



## KKH Kaufmännische Krankenkasse

Karl-Wiechert-Allee 61 · 30625 Hannover

Tel.: 05 11 / 28 02-0

Fax: 05 11 / 28 02-99 99

E-Mail: [service@kkh.de](mailto:service@kkh.de)

Internet: [www.kkh.de](http://www.kkh.de)

 [@KKH\\_Politik](https://twitter.com/KKH_Politik)



## hkk – Handelskrankenkasse

Martinistraße 26 · 28195 Bremen

Tel.: 04 21 / 36 55-0

Fax: 04 21 / 36 55-37 00

E-Mail: [info@hkk.de](mailto:info@hkk.de)

Internet: [www.hkk.de](http://www.hkk.de)

 [@hkk\\_Presse](https://twitter.com/hkk_Presse)



## HEK – Hanseatische Krankenkasse

Wandsbeker Zollstraße 86 – 90 · 22041 Hamburg

Tel.: 08 00 / 0 21 32 13

Fax: 0 40 / 6 56 96-54 00

E-Mail: [kontakt@hek.de](mailto:kontakt@hek.de)

Internet: [www.hek.de](http://www.hek.de)

 [@HEKonline](https://twitter.com/HEKonline)

# Positionen zur Bundestagswahl 2021

Stand: 05.05.2021  
(Beschlossen durch die Mitgliederversammlung)

## Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	S. 4
I	Gesundheitspolitik	S. 7
II	Selbstverwaltung	S. 9
III	GKV-Finanzierung, Risikostrukturausgleich und Mitgliedschaftsrecht	S. 11
IV	Digitalisierung	S. 14
V	Prävention und Patient:innensicherheit	S. 18
VI	Ambulante Versorgung	S. 21
VII	Arznei-, Heil- und Hilfsmittel	S. 24
VIII	Stationäre Versorgung	S. 27
IX	Notfallversorgung	S. 30
X	Pflege	S. 32

# Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,  
liebe Leser:innen,

dass ein Virus einmal die Welt fast zum Stillstand bringt, konnte sich vor eineinhalb Jahren kein Mensch vorstellen. Nach nunmehr fast eineinhalb Jahren unter Pandemiebedingungen ist es an der Zeit, Resümee zu ziehen und daraus Aufgaben für die Zukunft abzuleiten. Das trifft vor allem auf den Bereich der Gesundheitsversorgung zu. Gerade das Gesundheitswesen im Allgemeinen und die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) im Speziellen standen im Fokus der Pandemiebewältigung.

Nicht zuletzt haben politische Entscheidungen selten einen so großen und direkten Einfluss auf das Leben der Bürger:innen gehabt wie in der COVID-19-Pandemie. Lockdown, Kontaktbeschränkungen, Maskenpflicht, Reiseverbote sind dabei nur Beispiele für das, was den Menschen zugemutet werden musste, um die Pandemie zu bewältigen.

Zu den getroffenen Maßnahmen gehören aber auch diejenigen, die in Zukunft besser werden müssen. Dazu zählen unter anderem die Impf- und Teststrategie, insbesondere in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen und die Ausstattung des Öffentlichen Gesundheitsdiensts (ÖGD). Ziele für politisches Handeln in der Zukunft müssen beispielsweise die Stärkung des ÖGD und eine bessere Vorbereitung auf einen Pandemiefall sein.

Dass Krankenhäuser systemrelevante Einrichtungen sind, ist nicht erst eine Erkenntnis der Corona-Pandemie. Es hat sich aber gezeigt, dass trotz dringend benötigter Behandlungskapazitäten nicht jedes vorhandene Krankenhaus einen sinnvollen Beitrag leisten kann. Die Freihaltepauschalen in der ersten Pandemiephase waren ein viel zu undifferenziertes Instrument zur Sicherstellung benötigter Behandlungskapazitäten. Die Bundesregierung hat aus den Fehlern gelernt und sukzessive ein zielgenaueres Instrument zur Stützung der Krankenhäuser installiert.

Der Krankenhausrettungsschirm ist das teuerste Beispiel aus einer Reihe von Rettungsmaßnahmen der Bundesregierung, die ohne Steuermittel und die Finanzkraft des Gesundheitsfonds und dessen Liquiditätsreserve zu Beginn des Jahres 2020 nicht möglich gewesen wären. Oftmals finanziert die GKV aus ihren Einnahmen vor, ohne dass eine vollständige Refinanzierung durch den Bund

geregelt ist. Die finanziellen Folgen der Pandemie für die GKV müssen aber verlässlich und vollständig entweder durch direkte Steuerzuschüsse oder durch indirekte Rückerstattungen an die Liquiditätsreserve ausgeglichen werden. Es muss dabei selbstverständlich sein, dass die GKV und ihre Beitragszahler:innen am Ende nicht auf ungedeckten Ausgaben sitzen bleiben.

Während der COVID-19-Pandemie hat die GKV gezeigt, was in ihr steckt. Sie hat sich als Systemfeiler bewährt und ihren Beitrag geleistet. Das Prinzip der Sozialen Selbstverwaltung, aber auch der gemeinsamen Selbstverwaltung war der Garant für schnelle und ausgeglichene Entscheidungen in Zeiten der Krise.

Daneben haben Sondergesetze, zahllose Rechtsverordnungen, Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und Vereinbarungen das System in der Krise stabilisiert. Viele Dinge, die zuvor undenkbar schienen, waren plötzlich möglich: die Substitution heilkundlicher Tätigkeiten, strengere Bevorratungspflichten für Krankenhausapotheken oder auch Handelskontrollen für kritische Gesundheitsgüter, darüber hinaus auch die längere Gültigkeit von Entlass-Rezepten oder Entlass-Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen nach Krankenhausaufenthalten. Krankschreibungen per Telefon haben ebenfalls genutzt. Das sind nur wenige Beispiele dafür, wie gut und flexibel das Gesundheitssystem reagiert hat.

Wir wollen aus den Erfahrungen der Pandemie für die Zukunft lernen.

Als Verband richten wir gemeinsam mit unseren Mitgliedern, den Ersatzkassen, den gesundheitspolitischen Blick auf die kommende Bundestagswahl und nachfolgende Koalitionsverhandlungen. Wir sehen Handlungsbedarf auch über die Folgenbewältigung der Pandemie hinaus. Die gesetzliche Krankenversicherung hat ihre Attraktivität, ihre Stabilität und ihre Leistungsfähigkeit in den letzten Jahren unter Beweis gestellt. Die Versicherten erwarten zu Recht eine hohe Versorgungsqualität und weiterhin eine solidarische Absicherung.

Es stellen sich aber auch grundlegende Fragen. Die Reform des Finanzausgleichs, des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA), war ein Erfolg. Der **Wettbewerb** zwischen den Kassen ist nun fairer als zuvor. Doch kann das schon der letzte Schritt gewesen sein? Aus Sicht der Ersatzkassen braucht es die einheitliche Bundesaufsicht für alle Krankenkassen. Die Zersplitterung der Aufsichtsverantwortung mit der Folge unterschiedlicher Aufsichtspraxen zwischen Bund und Ländern schadet in letzter Konsequenz dem fairen Wettbewerb der Kassen untereinander.

Auch im **Krankenhaussektor** steht das Gesundheitssystem vor einem großen Reformstau. Eine umfassende Strukturreform und eine konsequente Fokussierung auf Qualität müssen auf die Agenda. Dazu müssen auch die Länder ihrer Pflicht zur Finanzierung der Investitionskosten endlich vollständig nachkommen. Die Krankenkassen finanzieren im Gegenzug den Betrieb und die Versorgung.

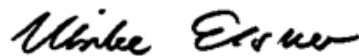
Daneben gibt es viele andere Aspekte, die angegangen werden müssen. **Hochpreisige Arzneimittel** belasten die GKV immer stärker. Dafür bedarf es neuer Preisregulierungsmechanismen. Die **Digitalisierung des Gesundheitswesens** muss überall ankommen. Hinzu kommt ein enormer **Pflegepersonalmangel**.

Als Kassenart mit mehr als 28 Millionen Versicherten wollen wir uns intensiv in die gesundheitspolitische Debatte einbringen. Dazu unterbreiten die gewählten Vertreter:innen der Versicherten und Arbeitgeber:innen in der vdek-Mitgliederversammlung nachfolgende Reformvorschläge. Wir stehen für einen konstruktiven Dialog bereit.

Mit freundlichen Grüßen



Uwe Klemens  
Ehrenamtlicher Verbandsvorsitzender



Ulrike Elsner  
Hauptamtliche Vorstandsvorsitzende

# I Gesundheitspolitik

Der Gesetzgeber war in den vergangenen Jahren sehr aktiv und hat viele, zum Teil sehr kostspielige Reformen auf den Weg gebracht. Diese hatten insbesondere das Ziel, die Versorgung transparenter und besser zu machen und die verschiedenen Leistungsbereiche stärker zu verzahnen. Die COVID-19-Pandemie hat das Gesundheitssystem stärker in den Fokus der öffentlichen Wahrnehmung gerückt. Schnelles, flexibles und umsichtiges Handeln war notwendig. In der Pandemie hat sich das Gesundheitssystem bewährt und seine Leistungsfähigkeit unter Beweis gestellt. Aus diesen Erfahrungen sollte nun gelernt und die richtigen Schlüsse gezogen werden. Es sollte geprüft werden, welche der vielen Sondermaßnahmen geeignet sind, die Regelversorgung zu verbessern. Dazu ist eine sorgfältige Evaluierung nötig.

Auch jenseits der Pandemie gibt es Reformbedarf. In den nächsten Jahren gilt es, das Erreichte zu sichern, denn die finanziellen Spielräume werden in der GKV spürbar enger. Das darf jedoch weder zulasten der Versorgung gehen, noch eine Beitragsexplosion auslösen.

Es braucht weiterhin eine faire Wettbewerbsordnung. Die Versicherten profitieren von der Möglichkeit, ihre Krankenkasse frei wählen zu können. Es muss gesetzgeberisch ein neuer Anlauf unternommen werden, den bundeseinheitlichen Kassenwettbewerb anzugehen und alle Krankenkassen unter die Aufsicht des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) zu stellen.

## *Die Ersatzkassen fordern daher, ...*

...die **einheitliche Bundesaufsicht** über die gesetzlichen Krankenkassen unter dem Bundesamt für Soziale Sicherung umzusetzen. Nur so kann ungleichen Bedingungen im wettbewerblichen Krankenversicherungsmarkt wirksam entgegengetreten werden. Bislang werden nur diejenigen Krankenkassen unter Bundesaufsicht gestellt, die in mehr als drei Bundesländern aktiv sind. Von derzeit insgesamt 103 Krankenkassen (Stand: 01.01.2021) befinden sich bereits 63 unter Bundesaufsicht und der Rest unter Aufsicht der jeweiligen Landesbehörde. Die uneinheitliche Aufsichts- und Prüfpraxis der jeweiligen Aufsichtsbehörden verzerrt den Wettbewerb.

...dass kassenindividuelle Gestaltungsspielräume wie **Satzungsleistungen, Selektivverträge, Bonusprogramme und Wahltarife** erhalten bleiben. Der Großteil des Leistungsspektrums der Gesetzlichen Krankenversicherung ist kollektivvertraglich

geregelt und bei allen Krankenkassen identisch. Durch diese Möglichkeiten und die einheitliche Bundesaufsicht wird der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen um die optimale Versorgung der Versicherten gestärkt. Diese Gestaltungsspielräume müssen erhalten, gestärkt und ausgebaut werden.

...in der Konsequenz auch einen **starken Verbraucherschutz**. Für die Versicherten muss transparent und klar sein, welche Krankenkasse welche individuellen Vorzüge bietet. Das stärkt nicht nur den Kassenwettbewerb, sondern gestaltet diesen auch fair aus. Dazu braucht es eine, wie zuvor bereits genannt, einheitliche Aufsichts- und Prüfpraxis der Aufsichtsbehörden. Das gelingt am besten durch eine einheitliche Aufsicht für alle Krankenkassen durch das Bundesamt für Soziale Sicherung.

...**Transparenz über das Leistungsgeschehen** der gesetzlichen Krankenkassen herzustellen. Dies stärkt die Versicherten bei ihren Entscheidungen.

...den **Innovationsfonds weiterzuentwickeln**. Innovationen sind ein unverzichtbarer Treiber der modernen Gesundheitsversorgung. Der Innovationsfonds hat in der Vergangenheit wichtige Impulse gesetzt. Der Innovationsfonds zeigte in der Praxis aber auch starre Strukturen und viel Bürokratie. Für die Zukunft sollte der Fonds daher weiterentwickelt werden.

...eine **Evaluierung aller COVID-19-bedingten Sonderregelungen**. In Pandemiezeiten wurden Dinge möglich, die zuvor undenkbar erschienen. Beispielfhaft stehen hier die Krankschreibung per Telefon oder die coronabedingte Substitution ärztlicher Leistungen in bestimmten Bereichen. Solche Regelungen bieten sich auch für die Regelversorgung an. Gemeinsam mit allen Akteuren im Gesundheitssystem sollte geprüft werden, welche weiteren Maßnahmen in die Regelversorgung übernommen werden können.



## II Selbstverwaltung

Die Selbstverwaltung ist der Erfolgsgarant für das Gesundheitswesen. Sie garantiert eine versichertennahe, leistungsfähige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung. Die Vertreter:innen von Versicherten und Arbeitgeber:innen sind demokratisch über die Sozialwahlen legitimiert und stellen gemeinsam in den Verwaltungsräten der Krankenkassen sicher, dass die Versorgung im Interesse der Betroffenen gestaltet wird.

Der Gesetzgeber hat in den vergangenen Jahren wiederholt in die Entscheidungskompetenz und Rechte der Selbstverwaltung eingegriffen. Das Gegenteil muss wieder Teil der gesundheitspolitischen Reformagenda sein! Die Selbstverwaltung muss gestärkt werden. Jeden Tag zeigen sich die Vorteile des selbstverwalteten Gesundheitssystems. Kostenträger:innen und Leistungserbringer:innen gestalten gemeinsam die Versorgung, während die Politik die Rahmenbedingungen vorgibt.

### *Die Ersatzkassen fordern daher, ...*

...die **politischen Eingriffe** in die Handlungsautonomie der Selbstverwaltung **zu unterlassen** und ihre **Gestaltungsmöglichkeiten zu respektieren und auszuweiten**. Die Selbstverwaltung ist ein entscheidender Grundpfeiler und ein Beleg für ein leistungsfähiges Gesundheitssystem mit einer qualitativ hochwertigen, gerechten und zugleich wirtschaftlichen Versorgung, das weltweit seinesgleichen sucht. Auch die Corona-Pandemie macht deutlich, dass die Selbstverwaltung reaktionsstark handeln kann. Beispielsweise die Einführung der Krankschreibung per Telefon, das länger gültige Entlassrezept nach einem Krankenhausaufenthalt oder die Ermöglichung von Videosprechstunden. Die massiven Einschränkungen – beispielsweise bei der Beitragssatzgestaltung der Krankenkassen und bei der Vorabgenehmigung von Vorstandsverträgen – sind ausdrücklich abzulehnen und zurückzunehmen. Durch Eingriffe des Gesetzgebers wird der Erfolg des Gesundheitssystems gefährdet und die demokratisch legitimierte Selbstverwaltung eingeschränkt. Die Soziale und die gemeinsame Selbstverwaltung garantiert ein leistungsfähiges Gesundheitswesen durch einen fairen Ausgleich der Interessen aller beteiligten Akteure. In den Verwaltungsräten der Krankenkassen etwa treffen die Selbstverwalter:innen verantwortungsvolle Entscheidungen über den jeweiligen Zusatzbeitrag. Im Gemeinsamen Bundesausschuss wurden von der gemeinsamen Selbstverwaltung kurzfristig Entscheidungen als Reaktion auf die Corona-Pandemie getroffen.

...das **Ehrenamt in der Sozialen Selbstverwaltung** weiter zu stärken. Die Rahmenbedingungen könnten zum Beispiel über angemessene Steuerfreibeträge für die Aufwandsentschädigungen der Ehrenamtlichen, die zudem bundesweit einheitlich gehandhabt werden sollten, verbessert werden. Ein passendes Vorbild liefert hier die sogenannte Übungsleiterpauschale für die Tätigkeit in Sportvereinen. Aufwandsentschädigungen sollten zudem bei Rentenbezug nicht als Hinzuverdienst berücksichtigt werden.

...die **Selbstverwaltung zu modernisieren und digitalisieren**. Die Online-Sozialwahlen 2023 sind ein erster großer Schritt in Richtung Digitalisierung und hin zu zeitgemäßen Verwaltungsprozessen innerhalb der Selbstverwaltung. Es gilt, diese digitalen Prozesse weiterzuentwickeln. Die Online-Sozialwahlen 2023 sind zu evaluieren und nach erfolgreicher Evaluation zwingend zu verstetigen. Zusätzlich zu schriftlichen Beschlussverfahren der Selbstverwaltungsgremien müssen auch digitale Beschlussverfahren im Rahmen von Videokonferenzen gesetzlich ermöglicht werden.

...dass eine 50-prozentige **Geschlechterquote** in allen Vorstands- und Selbstverwaltungsgremien von Organisationen eingeführt wird. Die Selbstverwaltung repräsentiert und vertritt die Interessen aller Beitragszahler:innen – ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis ist die Konsequenz daraus. 2023 greift erstmals eine Geschlechterquote für die Sozialwahlen; diese gilt es weiterzuentwickeln. Der Quote sollten jene Organisationen und Bundesverbände unterworfen sein, die im gesetzlich-öffentlichen Auftrag Aufgaben wahrnehmen, etwa Verhandlungsmandate oder Aufgaben der Leistungserbringung.

# III GKV–Finanzierung, Risikostrukturausgleich und Mitgliedschaftsrecht

Die 19. Legislaturperiode waren aus Sicht der GKV–Finanzen turbulente Jahre. Ein sehr aktiver Gesetzgeber hat eine Vielzahl von Reformen auf den Weg gebracht. Etwa die Generalreform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, für die die Ersatzkassen sich lange eingesetzt haben und die den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen künftig fairer ausgestaltet wird. Trotzdem ist für die Ersatzkassen klar, dass der Morbi–RSA ein lernendes System ist, das es beständig weiterzuentwickeln und anzupassen gilt.

Hinzu kamen weitere Reformen, teure Leistungsausweitungen und letztlich die COVID–19–Pandemie, die für die GKV eine nie da gewesene Herausforderung bedeutet und viele Ressourcen gebunden hat. In der kommenden Legislaturperiode wird der Finanzierung der GKV hohe Aufmerksamkeit zukommen.

Dies gilt umso mehr, als dass mit der GKV–Finanzarchitektur aus dem Gesundheitsversorgungsverbesserungsgesetz (GPVG) zur „Sozialgarantie 2021“ die Liquiditätsreserve im Gesundheitsfonds und die Rücklagen der Krankenkassen bis zum Jahresende 2021 erheblich reduziert sein werden. Das ist kritisch, denn sie sichern mittelfristig die Planungssicherheit und Beitragssatzstabilität einer Krankenkasse ab. Ohne Rücklagen unterlägen die Beitragssätze einer höheren Volatilität; sie müssten in kürzeren Abständen angepasst werden. Dies gilt umso mehr mit Blick auf das Jahr 2022, für das wir eine sehr dynamische Ausgabenentwicklung – auch noch coronabedingt – verbunden mit einer zurückbleibenden Einnahmenbasis erwarten, die den Zusatzbeitragssatz auf über zwei Prozent hochschnellen lassen könnte.

Erschwerend tritt hinzu, dass der Bundeszuschuss zur pauschalen Abgeltung der versicherungsfremden Leistungen der GKV längst nicht die Ausgaben für diese Leistungen abdeckt.

*Die Ersatzkassen fordern daher, ...*

...den **Steuerzuschuss** aus dem Bundeshaushalt in den Gesundheitsfonds auf einem höheren Niveau zu verstetigen, um alle versicherungsfremden Leistungen

abzudecken und eine Explosion der Zusatzbeiträge konkret ab dem Jahr 2022 zu verhindern. Die Lücke zwischen dem Steuerzuschuss zur pauschalen Abgeltung der versicherungsfremden Leistungen der GKV und dem tatsächlichen Volumen versicherungsfremder Leistungen muss geschlossen und die GKV nachhaltig finanziert werden.

...den Beitrag für **Hartz-IV-Bezieher:innen** anzupassen. Unbestritten ist, dass seit vielen Jahren die Krankenkassen für Hartz-IV-Bezieher:innen nach den gesetzlichen Regelungen einen Mitgliedsbeitrag zugewiesen bekommen, der in Summe systematisch und deutlich unter den durchschnittlichen Leistungsausgaben dieser Versicherten liegt. Die Unterfinanzierung wird heute alleine von den übrigen Beitragszahler:innen der GKV geschultert und bürdet ihnen weitere systemfremde Aufgaben auf, die mit dem heutigen Steuerzuschuss nicht abgegolten sind. Eine IGES-Untersuchung von 2017 kommt zu dem Schluss, dass die Deckungslücke bei insgesamt etwa zehn Milliarden Euro liegt.

...für die Leistungsbereiche in der GKV, in denen heute eine Mehrwertsteuerpflicht besteht, diese generell auf den ermäßigten Steuersatz von sieben Prozent abzusenken. Dies gilt bereits heute z. B. für Grundnahrungsmittel und kulturelle Leistungen. Dadurch würden nicht nur die Beitragszahler:innen in der GKV, sondern auch Menschen mit geringen Einkommen z. B. bei der Selbstmedikation mit rezeptfreien Arzneimitteln entlastet.

...den **Morbi-RSA** konsequent weiterzuentwickeln. Die Reform mit dem Faire-Kassenwettbewerbs-Gesetz war richtig und wichtig. Darauf aufbauend müssen aber noch weitere Maßnahmen folgen. So muss Wettbewerbsverzerrung weiterhin systematisch ausgeschlossen werden und faire Bedingungen ausnahmslos für alle gesetzlichen Krankenkassen gelten. Gerade die Ersatzkassen fühlen sich, als ausschließlich bundesweit geöffnete Kassenart, die auch zueinander in Konkurrenz steht, einem fairen Wettbewerb besonders verpflichtet. Wahlfreiheit für die Versicherten einerseits und Konkurrenz der Krankenkassen andererseits sorgen dafür, dass die Versorgung auf die Patient:innen zugeschnitten wird und Innovationen auch tatsächlich bei ihnen ankommen.

... dass die Sonderregelung zum 50-prozentigen **Ist-Kosten-Ausgleich beim Krankengeld** im Risikostrukturausgleich (RSA) als Regelverfahren verstetigt wird, da sie mit einer einfachen Methodik eine gute Zielgenauigkeit bietet.

...die Zuweisungen im Risikostrukturausgleich für **Auslandsversicherte** nicht pauschal zu berechnen, sondern dass die tatsächlichen landesspezifischen Kostenniveaus berücksichtigt werden. Für Versicherte mit Wohnsitz im Ausland gab es jahrelang zu viel Geld aus dem Gesundheitsfonds, weil die tatsächlichen Kosten

der Versorgung im Ausland meist geringer ausfallen als die auf inländischen Maßstäben errechneten Zuweisungen. Eine Gesundheitsversorgung ist beispielsweise in Südeuropa nominell weniger kostenintensiv als in Nordeuropa. Die Ersatzkassen regen hier an, künftig – wie in Gutachten aufgezeigt – die Zuweisungen im Morbi-RSA auf der Grundlage der jährlichen landesspezifischen Rechnungssummen vorzunehmen.

...für neue Beamt:innen zu Beginn ihres Arbeitslebens die Wahlfreiheit zwischen privater oder gesetzlicher Krankenversicherung zu eröffnen. Mittelfristig ist mindestens die bundesweite Etablierung des **Hamburger Modells** mit einem Beitragszuschuss durch den Dienstherrn in Höhe des halben Beitrags bei einer Versicherung in der GKV für Beamt:innen anzustreben. Dies kann nur ein erster Schritt sein. Perspektivisch sollte die Einbeziehung der Beamt:innen in die Versicherungspflicht der GKV erfolgen.

# IV Digitalisierung

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens nimmt – nach anfänglichen Schwierigkeiten – Fahrt auf. Dem E-Health-Gesetz von 2015 folgten das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) 2019 und das Patientendaten-Schutzgesetz (PDSG) 2020. Mit dem Digitale-Versorgung- und Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG) wurde Ende 2020 ein weiterer Schritt nach vorn gemacht. Die Corona-Pandemie zeigt deutlich, wie wichtig es ist, das große Potenzial der Digitalisierung im Gesundheitswesen zu nutzen. Im Mittelpunkt muss der Nutzen der Anwendungen für die Versicherten stehen.

E-Patientenakte, E-Rezept, E-Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) oder auch digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) sind Beispiele für digitale Anwendungen, die das Gesundheitssystem und die Versorgung der Versicherten ganz konkret verbessern können. Durch einen engeren Datenaustausch aller im Gesundheitssystem beteiligten Akteure können unnötige und teure Doppeluntersuchungen vermieden und die Versorgungsqualität erheblich verbessert werden.

Die Grundlage der digitalen Anwendungen bildet die Telematikinfrastruktur (TI). Sie ermöglicht die Vernetzung und den sicheren sektorenübergreifenden Austausch von Informationen im sogenannten Gesundheitsnetz. Der Fortsetzung ihres Aufbaus mit der Anbindung weiterer Akteure des Gesundheitswesens sowie ihrer Weiterentwicklung, mit einer noch anwendungsfreundlicheren Ausgestaltung und Erweiterung der Nutzungsmöglichkeiten, kommen daher eine entscheidende Bedeutung zu. Ziel ist ihre zukunfts feste und langfristige Ausrichtung.

## *Die Ersatzkassen fordern daher, ...*

...dass die **digitalen Behandlungsmöglichkeiten** ausgebaut werden. Das ermöglicht nicht nur einen einfacheren Zugang zu fachärztlicher Expertise, sondern ist auch für leichtere Erkrankungen geeignet, insbesondere im Zusammenspiel mit der eingeführten eAU und dem eRezept. Die Politik ist gefordert, dafür die erforderliche Breitbandinfrastruktur, insbesondere des 5G-Mobilfunkstandards, zu schaffen.

...dass auch in der digitalisierten Gesundheitsversorgung **Qualität vor Quantität** kommt. Es dürfen nur Anwendungen in die Versorgung gelangen, die nach wissenschaftlichen Kriterien nachweisen konnten, dass sie den Patient:innen nützen und keinesfalls schaden. Auch müssen Anwendungen den Anforderungen an

Datenschutz und Datensicherheit entsprechen. Das gilt beispielsweise für Gesundheits-Apps bzw. DiGA.

...dass insgesamt Mechanismen für eine **faire Preisbildung** aller digitalen Gesundheitsprodukte gefunden werden. Bereits die ersten Erfahrungen mit DiGA zeigen, dass der geforderte Herstellerpreis in einem Missverhältnis zum Patient:innennutzen steht, insbesondere bei DiGA, die sich noch in der Erprobung befinden. Ein fairer Preis muss sich aus dem Nutzen, also dem konkreten Patient:innennutzen, ableiten lassen und die Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsleistung berücksichtigen. Er muss in Verhandlungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem bzw. der jeweiligen Hersteller:in bestimmt werden. Zusätzlich muss dieser verhandelte Preis rückwirkend ab dem ersten Tag nach Markteinführung gelten. Überzahlungen müssen den Krankenkassen von den Herstellern erstattet werden. Um überzogenen Preisforderungen, bedingt durch das gewinnorientierte Kalkül der Industrie, zu begegnen, ist darüber hinaus eine Höchstpreisregelung einzuführen.

...die Einführung von Gesundheits-Apps höherer Risikoklassen (IIb oder III) in die Regelversorgung. Wichtig ist, dass die medizinische Evidenz gegeben sein muss, wozu ein geeignetes **Bewertungsverfahren beim G-BA** in Analogie zum AMNOG-Verfahren zu implementieren ist. Seit Oktober 2020 sind die ersten DiGA der niedrigen Risikoklassen (I und IIa) in der GKV erstattungsfähig. Das sogenannte Fast-Track-Bewertungsverfahren, das vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) durchgeführt wird, ist für Gesundheits-Apps höherer Risikoklassen jedoch nicht geeignet, da das Schadenspotenzial dieser Anwendungen größer ist. Auch stellen bisherige DiGA vielmehr Add-On-Leistungen in der Versorgung dar, während Gesundheits-Apps höherer Risikoklassen das Potenzial haben, bestehende „analoge“ Versorgungsformen zu substituieren. Es müssen die Weichen gestellt werden, um analoge und digitale Therapieansätze miteinander zu verzahnen, damit diese sich sinnvoll ergänzen.

...dass einhergehend mit der Einführung digitaler Lösungen in der Gesundheitsversorgung eine stärkere **Berücksichtigung der entstehenden Effizienzgewinne** in Behandlungs- und Verwaltungsabläufen bei der Weiterentwicklung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und der Diagnosis Related Groups (DRGs) erfolgt.

...dass die **digitale Gesundheitskompetenz** weiter gefördert wird. Diese ist essenziell, um den Zugang zu den Anwendungsfeldern der Digitalisierung im Gesundheitswesen zu ermöglichen. Angebote der Krankenkassen sind ein erster Schritt, um einen informativen Umgang mit digitalen Angeboten zu gewährleisten. Allerdings ist der Aufbau digitaler Gesundheitskompetenz als eine

gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu verstehen. Insofern sind weitere Akteure, wie Bildungseinrichtungen, einzubinden. Nicht zuletzt darf sich der Aufbau digitaler Gesundheitskompetenz nicht nur auf Patient:innen beschränken, sondern muss alle an der Versorgung beteiligten Akteure umfassen.

...dass für bundeslandübergreifende Forschungsprojekte sowie alle digitalen Gesundheitsanwendungen eine **einheitliche Datenschutzaufsicht** zuständig ist. Der datenschutzrechtliche Flickenteppich in Deutschland, mit getrennten Aufsichtszuständigkeiten je nach Bundesland, ist seit Jahren ein Diskussions- und Kritikpunkt. Eine einheitliche Datenschutzaufsicht über Gesundheitsforschungsprojekte ist zu begrüßen. Sofern hohe Datenschutzstandards gewahrt sind, ist es auch im Interesse der Versicherten, dass in Deutschland klinisch geforscht werden kann.

...dass der **Datenschutz** unter Berücksichtigung der geltenden bundes- sowie europarechtlichen Regelungen stärker am Nutzen der Versicherten ausgerichtet wird. Unterschiedliche Rechtsauslegungen dürfen nicht dazu führen, dass Versicherte zulasten des eigentlichen Nutzens in ihren Rechten „geschützt“ werden, wie es zuletzt am Beispiel der Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) deutlich wurde. Dieser Aspekt muss eindeutiger mit den berechtigten Datenschutzerfordernissen in Einklang gebracht werden.

...dass die **Telematikinfrastruktur (TI)** auf Basis von Software- statt Hardware-Lösungen zukunftsfähig weiterentwickelt wird und auf einer offenen und modernen IT-Sicherheitsarchitektur fußt. In einer stets zunehmend digitalen mobilen Welt ist es notwendig, dass sich auch die Zukunft der digitalen Gesundheit daran ausrichtet. Der Einsatz von Software-Lösungen muss insbesondere auch im Einklang mit der geplanten Anbindung weiterer Leistungserbringer an die TI stehen. Es gilt dabei, unnötige Kosten für das zeitnahe Ersetzen von Hardware-Komponenten zu vermeiden.

...dass die **aktuelle Aufstellung der gematik** hinsichtlich ihrer Rolle und ihrer Ziele überprüft wird. Mit der Übernahme der mehrheitlichen Gesellschafteranteile durch den Bund wurden die Einflussmöglichkeiten der Selbstverwaltung geschwächt, sodass ein Gestalten und Entgegensteuern z. B. bei Fehlentwicklungen schwierig ist. Dies ist insbesondere auch angesichts gewonnener Kompetenzzuwächse der gematik problematisch. So ist die gematik nun viel stärker in die Entwicklung und Betriebsverantwortung technischer Anwendungen involviert und schränkt damit die Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen erheblich ein. Daher muss klar geregelt werden, dass die Aufgaben der gematik auf die Spezifikation und Zulassung von Komponenten in der Telematikinfrastruktur beschränkt werden und sie nicht auch die Verantwortung für Entwicklung und Betrieb der Komponenten übernimmt. Hier



muss ein kassenindividueller Gestaltungsspielraum für die Entwicklung digitaler Anwendungen uneingeschränkt bestehen. Die Selbstverwaltung muss wieder verbindlicher in die strategische Ausrichtung eingebunden werden.

...dass die Weiterentwicklung der **elektronische Patientenakte (ePA)** zügig vorangetrieben und um weitere medizinische Inhalte in Form strukturierter Datensätze ergänzt wird, wie es beispielsweise mit der Übertragung von Daten aus digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) oder Dispensierinformationen vorgesehen ist. Die ePA besitzt das Potenzial, sich zum Nukleus und einer zentralen Plattform digitaler Angebote zu entwickeln.

... dass die **Verfügbarkeit und Nutzung von Gesundheits- und Behandlungsdaten für die Forschung** weiter verbessert wird, wie vom Sachverständigenrat in seinem Gutachten „Digitalisierung und Gesundheit“ (2021) vorgeschlagen. So sollten Krankenkassen und ihre Verbände in der Lage sein, die freiwillig durch Versicherte zur Verfügung gestellten und pseudonymisierten ePA-Daten für eine gezieltere Forschung und Versorgung ihrer Versicherten zu nutzen. Der Schutz der Gesundheitsdaten sollte hierbei im Sinne eines umfassenden Patienten- und Gesundheitsschutzes verstanden werden, durch welchen eine zielgerichtete Behandlung von Krankheiten ermöglicht wird. Zugunsten des Allgemeinwohls sollte es deshalb Standard sein, dass Gesundheitsdaten von Patient:innen in ihrem Sinne ausgewertet werden. Zusätzlich zur Nutzung der ePA-Daten sollten auch die Potenziale von medizinischen Registern geprüft werden, da sie einen hohen Nutzen für die Versorgungsforschung bergen. Außerdem müssen die unzähligen heterogenen Forschungsklauseln und Verarbeitungsbedingungen durch bundesweit einheitliche und praktikable Regelungen für die Forschung mit Gesundheitsdaten ersetzt werden.

...dass die Rolle der gesetzlichen **Krankenkassen als Gestalter der Digitalisierung** gestärkt wird. Als Partner:innen der Versicherten brauchen die Krankenkassen größere Spielräume, etwa für digitale Versorgungslösungen, eine nutzer:innenorientierte Weiterentwicklung der ePA oder auch die Nutzung von ePA-Daten.

# V Prävention und Patient:innensicherheit

2015 trat das Präventionsgesetz in Kraft. Zuvor hatte es mehrere erfolglose Anläufe unter verschiedenen Gesundheitsminister:innen und Bundesregierungen gegeben. Insofern ist dies ein echter politischer Meilenstein. Im Zentrum steht, Prävention und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten der Versicherten stärker zu verankern – beim Heranwachsen, am Arbeitsplatz oder im Alter. In der Praxis gibt es viel zu tun. Gerade die Lebensweltenprävention findet (noch) mehr auf dem Papier als in der Realität statt. Die Gründe dafür sind vielfältig. Am Geld, das haben die letzten Jahre deutlich gezeigt, liegt es dabei nicht. Oft fehlen die Strukturen für eine effektive Umsetzung, zuweilen auch das Verantwortungsbewusstsein.

## *Die Ersatzkassen fordern daher, ...*

...dass **Prävention und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten** gesamtgesellschaftlich getragen und konsequent ressortübergreifend umgesetzt wird. Die gesetzlichen Krankenkassen sind weiterhin die einzigen Institutionen, die nach den Regelungen im SGB V zur Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten verpflichtet werden. Gesundheitsförderung ist aber eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die insbesondere durch die öffentliche Hand im Rahmen ihrer Daseinsvorsorge strukturiert umgesetzt und finanziert werden muss. Insbesondere die Länder und auch die Kommunen sind daher stärker als bisher gefragt, verbindliche Konzepte vorzulegen und Strategien ganzheitlich anzugehen und so Gesundheitsförderung und Prävention in die nachgeordneten Lebenswelten wie Schule und Kindertagesstätten nachhaltig zu verankern.

...dass durch innovative Konzepte für **Arbeitsplatzprävention und betriebliches Gesundheitsmanagement** auch im Betrieb der Ansatz der Prävention fester verankert wird. Dazu gehören auch die Stärkung der Betriebsärzt:innen und eine enge Einbindung der Mitarbeiter:innenvertretungen, der Betriebs- und Personalräte.

...die **Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken**. Eine repräsentative Studie der Universität Bielefeld zeigt, dass mehr als die Hälfte der Menschen in Deutschland Probleme hat, sich in der Gesundheitsinformationsflut zurecht zu finden und gute Entscheidungen für ihre Gesundheit zu treffen. Seriöse und unseriöse Angebote seien dabei oft schwer zu unterscheiden. Das Nationale Gesundheitsportal, ein Webangebot des Bundesministeriums für Gesundheit, ist ein

guter Zwischenschritt. Ziel muss es sein, dass die Verbesserung der Gesundheitskompetenz als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe wahrgenommen wird. Hier besteht noch ein erhöhter Handlungsbedarf. Die Ersatzkassen unterstützen ihre Versicherten mit Projekten und passgenauen Versorgungsangeboten dabei, die individuelle allgemeine, aber auch digitale Gesundheitskompetenz auf- und auszubauen. Krankenkassen leisten damit wichtige Aufklärungsarbeit, um ihren Versicherten so eine noch bessere und individuellere Versorgung anbieten zu können. Essenziell ist, die Wirtschaft stärker einzubinden, damit diese sich ihrer **gesellschaftlichen Verantwortung** bewusst wird. Beispielsweise mit Blick auf die Nahrungsmittelindustrie haben sich die bisher auf Freiwilligkeit beruhenden Ansätze nicht bewährt. Noch immer ist der Fett-, Zucker- und Salzgehalt in industriellem Fertiggerichten und in der Gemeinschaftsverpflegung, z. B. in Schulen, Kindertagesstätten und Betriebskantinen, deutlich zu hoch. Ansätze wie der Nutri-Score sollten weiter verfolgt und zunehmend verbindlicher werden.

...die **Finanzierung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)** aus GKV-Beitragsmitteln einzustellen. Eine dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nachgeordneten Bundesbehörde mit Beitragsmitteln zu finanzieren, ist ordnungspolitisch höchst fragwürdig und im konkreten Fall völlig fehlgeleitet. Denn derzeit liegen rund 68 Millionen Euro an Beitragsgeldern ungenutzt im Bundeshaushalt. Das Geld wäre in konkreten Präventionsangeboten und der Patient:innenversorgung deutlich besser aufgehoben. Die BZgA sollte sich auf ihre Kernkompetenz konzentrieren.

...dass für den Fall, dass aus politischen Erwägungen an der **Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD)** festgehalten werden soll, sich eine Reform an den folgenden Grundsätzen orientiert. Ziel der Reform sollte sein, dass die UPD genau das sein kann, was sie dem Namen nach bereits sein sollte: Unabhängig! Wenn Aufklärung und Beratung von Patient:innen eine gesamtgesellschaftliche und damit staatliche Aufgabe sein soll, dann muss eine entsprechende auf Dauer angelegte Finanzierung aus Steuermitteln sichergestellt und die bisherige Ausschreibungspraxis beendet werden. Notwendig ist ein auf Dauer angelegter Betrieb, der der Unabhängigkeit und Komplexität der Aufgabe gerecht wird. Das Beratungsangebot muss eine hohe Qualität besitzen und sich einer laufenden Evaluierung unterziehen.

...den **öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)** deutlich zu stärken. Es reicht nicht, in Pandemiezeiten Geld und Personal punktuell aufzubauen. Vielmehr muss der ÖGD systematisch gestärkt, finanziell von den Ländern abgesichert werden und mehr Kompetenzen erhalten. Ein leistungsfähiger ÖGD ist eine wesentliche Voraussetzung, um Prävention und Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene wirksam und bedarfsgerecht zu organisieren und umzusetzen. Der ÖGD sollte über

die Prävention einer Pandemie hinaus Kompetenzen und Personal im Bereich der Gesundheitsförderung aufbauen und zur Verfügung stellen. Damit kann die gewünschte steuernde Funktion der Kommune bei der Umsetzung von Präventionsangeboten ermöglicht werden. Dazu gehört auch, dass der ÖGD an die TI angebunden und es ermöglicht wird, mit dem ÖGD Daten auszutauschen. Die Fehler der Vergangenheit müssen korrigiert werden. Der ÖGD wurde von der öffentlichen Hand systematisch unterfinanziert. Das muss ein Ende haben.

...dass die **strukturelle Benachteiligung von Frauen in Wahltarifen** beendet werden muss. Krankenkassen können eine Prämie an ihre Versicherten ausschütten, wenn sie für längere Zeit keinen Arzt aufsuchen. Davon ausgenommen sind aus guten Gründen beispielsweise Früherkennungsuntersuchungen. Die quartalsweise Wiedervorstellung beim Gynäkologen zur Ausstellung eines Folgerezeptes für die Antibabypille ist bisher gesetzlich jedoch keine solche Ausnahme. Das sollte korrigiert werden.

# VI Ambulante Versorgung

In der vertragsärztlichen Versorgung muss die flächendeckende Verfügbarkeit ambulanter Behandlungskapazitäten langfristig gesichert werden. Dies stellt vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklungen sowohl in der Vertragsärzt:innenschaft als auch bei den Versicherten eine Herausforderung dar. Gleichzeitig muss die Wirtschaftlichkeit des Systems bewahrt werden.

Die Versorgung von Patient:innen an den Sektorengrenzen hat sich in den letzten Jahrzehnten zu einem Konglomerat an diversen Behandlungsformen mit unterschiedlichsten Rechtsgrundlagen sowie Planungs- und Vergütungsformen entwickelt. Von alltäglicher ambulanter Behandlung bis hin zu hochspezialisierter Behandlung wird alles erbracht.

Die bestehenden Strukturen müssen auch vor dem Hintergrund der demografischen und wirtschaftlichen Entwicklung im Sinne der Versicherten klar strukturiert und definiert sowie weiterentwickelt werden.

## *Die Ersatzkassen fordern daher, ...*

...zielgerichtete Maßnahmen für eine Sicherstellung der **haus- und fachärztlichen Grundversorgung**, auch in ländlichen Regionen, mit einem verstärkten Aufbau von Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und neuen Lösungen wie mobilen Fahrdiensten, zu ergreifen. Gleichzeitig müssen Überkapazitäten in Ballungsräumen reduziert werden.

...dass weitergehende Maßnahmen zur **Delegation nicht zwingend ärztlicher Tätigkeiten** auf entsprechend ausgebildete Fachkräfte ergriffen werden.

...eine Erhöhung der Zahl der **Studienplätze im Bereich der Humanmedizin** durch die Bundesländer, bei gleichzeitiger Fokussierung der Studieninhalte auf eine spätere Tätigkeit in der (vertragsärztlichen) Versorgung.

...das **Vergütungssystem von budgetierten und nicht-budgetären Bestandteilen** beizubehalten. Es sichert zum einen die Wirtschaftlichkeit und unterstützt zum anderen die Erbringung förderungswürdiger Leistungen. Eine von ärztlicher Seite geforderte Einzelleistungsvergütung würde nicht nur zu massiven Belastungen der Beitragszahler:innen führen, sondern auch Risiken für Versicherte durch medizinisch nicht notwendige Behandlungen bergen.

... eine **sektorenübergreifende Bedarfsplanung** zu etablieren, um einen flächendeckenden Zugang zur sektorenübergreifenden Versorgung zu gewährleisten. Dazu gehört eine klare Definition der sektorenübergreifenden Versorgung. Die Angebote von ambulanter und stationärer Versorgung sowie „vor Ort“-Leistungen und digital erbrachte Leistungen, wie beispielsweise Videosprechstunden, sollten besser aufeinander abgestimmt werden. Dazu müssen die jeweiligen Planungsinstitutionen enger zusammenarbeiten. Zusätzlich könnten beispielsweise Medizinische Versorgungszentren (MVZ), insbesondere im ländlichen Raum, Lücken an den Sektorengrenzen schließen. Ein flexibler und wechselseitiger Einsatz der Fachärzt:innen und der technischen Möglichkeiten im Krankenhaus und im niedergelassenen Bereich schafft die Voraussetzung, um doppelte fachärztliche Strukturen zu reduzieren.

...dass eine **einheitliche Vergütungssystematik** für Leistungen eingeführt wird, die von Leistungserbringern:innen unterschiedlicher Sektoren erbracht werden können. Dazu gehören auch **sektorenübergreifende und transparente Qualitätssicherungsinstrumente**. Diese müssen entwickelt werden.

...die **Steigerungssätze für mehrkostenfähige zahnärztliche Leistungen streng zu begrenzen**. Das SGB V sieht systematisch bei der Versorgung mit Zahnfüllungen, Zahnersatz und kieferorthopädischen Leistungen die Möglichkeit für die Zahnärztin bzw. den Zahnarzt vor, Leistungen nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) abzurechnen. Die Höhe der in den Abrechnungen angesetzten Steigerungsfaktoren ist abhängig davon, wie die Zahnärztin bzw. der Zahnarzt selbst den Schwierigkeitsgrad der Leistungserbringung einschätzt. Dies führt dazu, dass im Bundesgebiet für gleiche Leistungen die Rechnungsbeträge unterschiedlich hoch sind und die Versicherten somit unterschiedlich hoch durch die systembedingten Eigenanteile belastet werden. Eine Begrenzung des Steigerungsfaktors bei der Abrechnung der sogenannten mehrkostenfähigen Leistungen führt dazu, dass die Eigenanteile der Versicherten bundesweit begrenzt und planbar sind.

...bei der **Veränderung von Angebotsstrukturen** in der Versorgung darauf zu achten, dass systemfremde Investoren wie Private Equity Fonds, die ausschließlich Kapitalinteressen verfolgen, keinen Gestaltungseinfluss erhalten.

...dass die **vollständigen Abrechnungsunterlagen für die tatsächlich durchgeführte zahnärztliche Versorgung** übermittelt werden. Die Krankenkassen können heute zahlreiche Fragestellungen von Versicherten nicht beantworten, da sie systembedingt keine Kenntnis von den tatsächlich durchgeführten und abgerechneten Leistungen erhalten. Um darüber hinaus auch die zahnmedizinische Versorgung am Bedarf der Versicherten besser ausrichten zu können, ist es unabdingbare Voraussetzung, Transparenz über die tatsächliche Gesamtversorgung

und die entsprechende Gesamtabrechnung gegenüber den Krankenkassen herzustellen. Dies schließt in den Versorgungsfällen die außervertraglichen Leistungen ein.

...dass die **Hausarztzentrierte Versorgung (HzV)** reformiert wird. Die HzV-Verträge in der aktuellen Form haben zum Aufbau von Parallelstrukturen neben dem KV-System geführt und sich inhaltlich nicht bewährt. Die Pflicht der Kassen, mit den Verbänden der Hausärzt:innen entsprechende Vereinbarungen abzuschließen (Kontrahierungszwang), gehört abgeschafft.

# VII Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

Die Arzneimittelausgaben in der GKV steigen im langjährigen Mittel jährlich um etwa fünf Prozent an und erreichten 2019 ein Volumen von 43,9 Milliarden Euro. Die Steigerung liegt damit kontinuierlich deutlich oberhalb der Entwicklung der Grundlohnsumme und damit der Einnahmen der GKV.

Dieser Trend verstärkt sich zunehmend durch die geradezu explosionsartige Steigerung der Kosten für neu zugelassene Arzneimittel. Dies ist vor allem bei chronischen Erkrankungen, die über viele Jahre oder gar Jahrzehnte einer Arzneimittelbehandlung bedürfen, festzustellen. Dazu gehören neben onkologischen Erkrankungen auch die Behandlung von Rheumapatient:innen sowie neurologische Veränderungen wie bei Multipler Sklerose oder Stoffwechselstörungen.

Weitere Risiken bestehen bei der kontinuierlichen Versorgung der Patient:innen mit versorgungsrelevanten Arzneimitteln durch Lieferengpässe aufgrund von Logistik- oder Herstellungs-Problemen, denen durch Rabattausschreibungen im Mehrpartnermodell vorgebeugt werden kann. Aber auch über die beschleunigte Arzneimittelzulassung entstehen aufgrund fehlender oder mangelhafter Daten Gefahren im Hinblick auf die Arzneimittelsicherheit.

## *Die Ersatzkassen fordern daher, ...*

...dass das erste Jahr der freien Preisbildung entfällt. Der am Ende des AMNOG-Verfahrens zu verhandelnde **Erstattungsbetrag** soll rückwirkend ab dem ersten Tag nach Markteintritt gelten. So können Anreize verhindert werden, die zum Aufrufen von Mondpreisen verleiten.

...die Einführung eines **kriterienbasierten, vorläufigen Preises** (z. B. in Höhe der Kosten für die zweckmäßige Vergleichstherapie) bis zur Vereinbarung des Erstattungsbetrages, insbesondere für hochpreisige Arzneimittel. Hierfür bieten die Hersteller bisher meist nur sogenannte Pay-for-Performance-Vereinbarungen an, mit einer oft problematischen Risikoverteilung der Kosten zwischen Industrie und Kassen. Das mag im Einzelfall sinnvoll sein, sollte aber nicht als generelles Preismodell dienen.



...dass eine **normative Obergrenze** (z. B. ein maximal von der GKV zu zahlender Betrag pro Jahr oder Therapie) für einzelne Arzneimittel bzw. für Arzneimittelgruppen sowie bezogen auf das Gesamtausgabenvolumen der GKV geschaffen wird.

...das **Preismoratorium** für Arzneimittel, das Ende 2022 auslaufen soll, zu entfristen und als dauerhaftes Preisregulierungsinstrument abzusichern.

...in Zeiten von hoch spezialisierter und personalisierter Medizin Ansätze wie **Zentrenanwendungen** zu forcieren. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) sollten beispielsweise grundsätzlich nur in Spezialzentren erprobt werden dürfen. Hoch innovative Spezialmedikationen zielen auf einen extrem abgegrenzten Bereich von Patient:innengruppen ab. Eine Anwendung ausschließlich durch in dieser Behandlung erfahrene Ärzt:innen würde die Therapiesicherheit und deren Erfolg erhöhen und auch den sachgerechten Einsatz von GKV-Mitteln sicherstellen.

...dass das Problem der **Arzneimittellieferengpässe** entschieden angegangen wird. Dazu sollten Bevorratungspflichten für die Distributionsebene (Hersteller:innen, Großhandel, Apotheken und Krankenhausapotheken) ausgeweitet, auf europäischer Ebene Depots eingerichtet und vernetzt, Kontroll- und Sanktionsmechanismen bei Verstößen verschärft und Anreize für mehr Produktionsstätten geschaffen werden. Zur Vermeidung von Lieferengpässen sollte bei Ausschreibungen das Mehrpartnermodell möglich sein, da die Ersatzkassen bei ihren Ausschreibungen damit bessere Versorgungs- und Lieferquoten erreichen konnten als mit Exklusivverträgen.

...die Anforderungen an die **Datenlage in den Zulassungsstudien** nicht abzusenken. Auch in immer kleineren Patient:innengruppen in der personalisierten Medizin mit neuen Studiendesigns und Endpunkten muss der Goldstandard von randomisierten und kontrollierten Studienbedingungen eingehalten werden. Die beschleunigte Zulassung von Arzneimitteln bei unklarer Daten- und Studienlage muss die absolute Ausnahme sein. Auch solche Arzneimittel, wie z. B. Orphan-Drugs, müssen dann zumindest dem regulären Verfahren der frühen Nutzenbewertung und anschließender Erstattungsbetragsverhandlung unterzogen werden.

...eine international engere Zusammenarbeit bei der **Überwachung der Produktionsqualität** von Arzneimitteln und deren Vorstufen. Eine Überprüfung der bisherigen Regelungen für gute Herstellungspraxis und Umweltverträglichkeitsprüfungen wird derzeit von der Europäischen Kommission im Rahmen ihrer Arzneimittelstrategie angestrengt. Die gesetzlichen Krankenkassen unterstützen

dieses Vorhaben auf EU-Ebene. Strenge Vorgaben sollten aus Sicht der Ersatzkassen international Schule machen.

...dass das **Hilfsmittel-Ausschreibungsverbot** zurückgenommen wird. Kern der GKV ist die wirtschaftliche und medizinisch notwendige Versorgung ihrer Versicherten. Das Erfolgsmodell der Arzneimittel-Rabattverträge soll auch im Hilfsmittelbereich voll zum Tragen kommen. Seit dem Ausschreibungsverbot im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) ist festzustellen, dass sich die Verhandlungen aufgrund unrealistischer Preisforderungen der Hersteller:innen über mehrere Monate hinziehen. Diese liegen, ohne erkennbaren Grund, mitunter 100 bis 200 Prozent über den vorherigen Preisen. Eine Vertragsgestaltung per Ausschreibung würde wieder zu bürokratiearmen Vertragsabschlüssen führen und eine gute Hilfsmittelversorgung gewährleisten.

...dass für den Bereich **Heilmittel** eine **Preisbremse** definiert wird. Die Heilmittel-Ausgaben der GKV haben sich in den letzten Jahren – von 2015 bis 2019 – um fast 43 Prozent erhöht. Die bestehende Systematik zur Preisfindung steht im Gegensatz zur Beitragssatzstabilität und zum Wirtschaftlichkeitsgebot. Wir fordern eine Preisbremse, die weitere Ausgabenexplosionen begrenzt. Die Rückkehr zur Preisbindung an die Entwicklung der Grundlohnsumme könnte ein gangbarer Weg sein.

... dass im Bereich der **Fahrkosten** weiterhin Selektivverträge der Krankenkassen mit einzelnen Anbieter:innen zugelassen werden. Das Ziel ist eine qualitative Versorgung unter Beachtung der Beitragssatzstabilität.

# VIII Stationäre Versorgung

Die Krankenhauslandschaft steht vor großen Herausforderungen. Der Personalmangel in der Krankenhauspflege wird sich ausweiten, bedingt durch die demografische Entwicklung und die zunehmende Arbeitsbelastung. In urbanen Ballungsgebieten herrscht meistens eine Überversorgung mit Krankenhäusern im Gegensatz zu einer teilweisen Unterversorgung im ländlichen, strukturschwachen Raum.

Zu Recht wird mehr Qualität und Spezialisierung in den Häusern eingefordert. Nicht jedes Krankenhaus muss die gesamte Bandbreite von Leistungen vorhalten. Es braucht einen vernünftigen Ausgleich zwischen einer flächendeckenden Grundversorgung von Krankenhäusern und einzelnen Standorten, die Spitzenmedizin anbieten.

## *Die Ersatzkassen fordern daher, ...*

...dass die **stationären Versorgungsstrukturen zukunfts- und demografiefest** zu gestalten sind. Es muss sichergestellt werden, dass Überversorgung in urbanen Regionen abgebaut und Unterversorgung im ländlichen Raum ausgeglichen wird. Eine sinnvolle Strukturanpassung muss das Ziel sein. Der prognostizierte Fachkräftemangel wird es notwendiger denn je machen, die Versorgung zu bündeln, um eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten. Es braucht deshalb einen ausgewogenen Mix aus maximalversorgenden und hochspezialisierten Zentren auf der einen und einer basisversorgenden Krankenhauslandschaft in der breiten Fläche auf der anderen Seite. Weiße Flecken darf es nicht geben!

...in der Breite eine konsequente **Qualitätsverbesserung durch Leistungsverdichtung** zu praktizieren. Nicht an jedem Krankenhaus muss jeder Eingriff durchgeführt werden können. Gerade die COVID-19-Pandemie hat gezeigt, dass besonders kritische Fälle, wie beispielsweise intensivmedizinische Beatmungsfälle, vor allem an hochspezialisierten Fachkrankenhäusern oder Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung konzentriert wurden. Daraus sind für die Zukunft die richtigen Lehren zu ziehen.

...dass der **Grundsatz ambulant vor stationär** gilt. Durch den medizinischen Fortschritt können heute mehr Leistungen als je zuvor ambulant durchgeführt werden, die früher stationär vorgenommen werden mussten. Das realisiert hohe Effizienzpotenziale in der stationären Versorgung.

...die **Fallpauschalen methodisch weiterzuentwickeln**. Die aktuelle DRG-Systematik setzt Fehlanreize für eine starke Mengenausweitung von oftmals unnötigen Operationen. Das führt zu einer Personalkonzentration in ohnehin bereits überversorgten Regionen, zu einem Personalmangel in unterversorgten Regionen und damit zu einer Fehlversorgung. Die Tendenz zur OP- und Hochtechnologiemedizin im Krankenhaus muss korrigiert und die Patient:innenorientierung in den Mittelpunkt gestellt werden. Das hat auch erheblichen Einfluss auf Behandlungsqualität und Patientensicherheit. Aus diesem Grund haben das Aktionsbündnis Patient:innensicherheit und der vdek gemeinsam bereits 2018 das Weißbuch „Patientensicherheit“ vorgelegt.

...eine **Differenzierung der Vergütung nach Versorgungsstufen**. Ein maximalversorgendes Universitätsklinikum hat andere Aufgaben als ein Kreiskrankenhaus auf dem Land. Die Komplexität der jeweiligen Leistungserbringung spiegelt sich aber in der bestehenden Krankenhausplanung nur unzureichend wieder. Eine einheitliche G-BA-Definition nach Versorgungsstufe und entsprechender Leistungsgruppe, mit klaren Kriterien wie Mindestmengen oder Personalquoten, muss bundeseinheitlich gelten und einer ebenso einheitlichen Vergütung entsprechen.

...eine stärkere Berücksichtigung von **Vorhaltekosten** in den DRGs. Bestimmte versorgungskritische Abteilungen müssen auch in der Fläche finanziert werden, selbst wenn sich diese nicht wirtschaftlich tragen. Dazu müssen deren Leistungen klar definiert und stärker als bislang in der Krankenhausplanung und in der Finanzierung berücksichtigt werden. Gleichzeitig muss sichergestellt sein, dass nicht allein durch die Vorhaltekosten Krankenhausstandorte finanziert werden, die nicht versorgungsrelevant bzw. bedarfsnotwendig sind. Der Weiterentwicklung der Vergütung muss deshalb unbedingt die notwendige Strukturanpassung vorausgehen.

...in der Krankenhausfinanzierung die **Kosten für pflegerische Leistungen adäquat abzubilden**. Die Politik hat einen erheblichen Eingriff in die Vergütungssystematik der Krankenhäuser vorgenommen. Seit 2020 werden die Pflegekosten durch separate Pflegebudgets außerhalb der DRGs finanziert. Das Prinzip der Selbstkostendeckung ist jedoch weder nachhaltig noch wirtschaftlich. Dazu braucht es die Wiedereingliederung der Pflegekosten in die DRGs, flankiert von Pflegepersonaluntergrenzen für alle Fachabteilungen und einem leistungsgerechten Pflegepersonalbemessungsinstrument.

...dass die Bundesländer ihrer Finanzierungsverantwortung für die **Investitionskostenfinanzierung** nachkommen, etwa durch gesetzliche Investitionsquoten, leistungsbezogene Investitionsbewertungsrelationen und

flankierende Bundesprogramme. In jedem Fall sind die Krankenkassen mit einem verbindlichen Mitspracherecht zu beteiligen.

...dass ein **Bund-Länder-Pakt für moderne Krankenhausstrukturen** geschlossen wird. Jede Reform im Krankenhaussektor stößt auf Widerstände. Ein übergreifendes Commitment für eine umfassende Reform ist dringend nötig, um das schädliche Lagerdenken zu überwinden.

# IX Notfallversorgung

Die Strukturen der Notfallversorgung sind grundlegend reformbedürftig. Um dem Problem der steigenden Patientenzahlen in den Notaufnahmen zu begegnen, sollen Portalpraxen an Krankenhäusern, die rund um die Uhr an der stationären Notfallversorgung teilnehmen, eingerichtet werden. Eine Portalpraxis sollte mit Ärzt:innen der KVen betrieben werden. Die Portalpraxis sollte immer aus einem zentralen gemeinsamen Tresen (Anlaufstelle) bestehen, die die Behandlungsbedürftigkeit (notfallmedizinische Ersteinschätzung) abklärt und den Notfallpatient:innen den Weg zu den Vertragsärzt:innen in die Notdienstpraxis oder Notaufnahme weist. Zusätzlich kann eine Portalpraxis eine kassenärztliche Notdienstpraxis beinhalten, in der die ambulante Notfallbehandlung durchgeführt wird (organisatorisch von der Notaufnahme getrennt). Eine bundesweit einheitliche und gute Versorgung der Notfallversorgung ist für die Ersatzkassen besonders wichtig.

## *Die Ersatzkassen fordern daher, ...*

...dass der **Sicherstellungsauftrag** für die Notfallbehandlung weiterhin bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) bleibt und diese eine bundesweit einheitlich vorgegebene Mindestzahl von Notärzt:innen je 100.000 Einwohner:innen garantieren.

...dass, wenn die erforderlichen Ärzt:innen für die Notfallbehandlung nicht bereitgestellt werden können, die KVen **Kooperationsverträge** mit den Krankenhäusern oder Krankenhausärzt:innen schließen müssen.

...**Portalpraxen** der KVen in oder an Krankenhäusern einzurichten, die rund um die Uhr an der stationären Notfallversorgung teilnehmen. Die Portalpraxis muss rund um die Uhr Anlaufstelle sein, die die Patient:innen in die richtige Versorgungsstruktur leitet. Die Verteilung der Portalpraxen im ganzen Land sollte sich an regionalen Gegebenheiten und Bedarfen orientieren, um eine personelle und finanzielle Überforderung der KVen zu vermeiden.

...dass in festzulegenden **Sprechstundenzeiten** der vertragsärztliche Bereich die primäre Anlaufstelle für ambulante Notfallpatient:innen ist.

...eine einheitliche **notfallmedizinische Ersteinschätzung**, die in den Portalpraxen und in den Telefonzentralen der Rettungsleitstellen (Rufnummer 112) sowie den Leitstellen für den ambulanten Notdienst (Rufnummer 116 117) durchgeführt wird.

Der auf Eis gelegte Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung von Anfang 2020 bietet dafür eine gute Grundlage. Es sollte konsequent weiter ein ganzheitlicher Ansatz verfolgt werden. Regional unterschiedliche Notfallversorgungsstrukturen sollten vereinheitlicht und gemeinsame Leitstellen mit einheitlichen Vorgaben installiert werden.

# X Pflege

Pflege ist das gesundheitspolitische Kernthema der kommenden Jahrzehnte. Der demografische Wandel sorgt dafür, dass auf immer weniger junge Menschen, die die Pflegeversicherung finanzieren, immer mehr ältere Menschen kommen, die die Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen. Damit stellt sich die Frage, wie die künftigen zusätzlichen finanziellen Belastungen geschultert werden sollen. Denn schon heute sind die Eigenanteile der Pflegebedürftigen sehr hoch und haben zumindest im stationären Bereich eine Dimension angenommen, die die Schwelle der Tragfähigkeit von vielen Pflegebedürftigen überschreitet.

Gleichzeitig existiert in der Pflege ein enormer Personalmangel. Durch die Konzertierte Aktion Pflege hat die aktuelle Bundesregierung bereits viele Verbesserungen auf den Weg gebracht. Dennoch müssen sich weiterhin die Arbeitsbedingungen verbessern. Hier sind die Tarifpartner in der Pflicht. Bereits heute gibt es die gesetzliche Möglichkeit, einen Tarifvertrag in der Altenpflege für allgemeinverbindlich zu erklären. Versicherte und Arbeitgeber:innen sind in der Pflicht.

Die Ersatzkassen befassen sich insbesondere auch mit der Finanzierung der sozialen Pflegesicherung (SPV). Die Pflegeversicherung braucht eine verlässliche Finanzierung, um in Zukunft stabil zu bleiben und ihr Leistungsniveau halten zu können. Der vdek hat sich im Dezember 2020 deshalb zu den wichtigen Finanzierungsfragen positioniert und unterbreitet konkrete Reformvorschläge.

## *Die Ersatzkassen fordern daher, ...*

...dass die Tarifpartner ihre Möglichkeiten nutzen, um für **gute Arbeitsbedingungen in der Pflege** zu sorgen. Dazu gehören nicht nur angemessene Löhne, sondern auch die anderen Rahmenbedingungen, wie Arbeitszeiten, Urlaubsansprüche oder Teilzeitregelungen. Nötigenfalls muss der Gesetzgeber ohne Eingriffe in die Tarifautonomie rechtlich nachschärfen. Das wird einen Teil dazu beitragen, um dem Pflegepersonalproblem Herr zu werden.

...dass die Vorhaben der „Konzertierten Aktion Pflege“ (KAP) konsequent verfolgt, umgesetzt und unter Beteiligung aller Akteure auch sinnvoll fortgeschrieben werden. Hier gibt es gesetzgeberisch enormen Aufholbedarf. Dazu gehört auch, mehr für **Personalgewinnung und -Ausbildung** zu tun. Etwa durch die Anwerbung ausländischer Pflegefachkräfte oder die Nach- und Weiterqualifizierung von Pflegehilfskräften zu Pflegefachkräften. Ebenfalls sollte, wie in der KAP verabredet,



den Pflegefachkräften **mehr Verantwortung** übertragen und zugetraut werden. Die Pflegefachkräfte haben eine hochwertige Ausbildung absolviert. In der Ausbildung von Pflegefachkräften sollten pflegediagnostische Kompetenzen stärker in den Fokus genommen werden. Gleichfalls müssen die **Chancen der Digitalisierung** auch in der Pflege genutzt und fortentwickelt werden. Durch die komplette Umstellung auf elektronische Datenprozesse können die Pflegekräfte von unnötiger Bürokratie und Zettelwirtschaft entlastet werden.

...die Leistungen der Kurzzeit- und Verhinderungspflege zu einem jährlichen **Entlastungsbudget** zusammenzufassen. Das entlastet vor allem die pflegenden Angehörigen und sollte flexibel und unbürokratisch in Anspruch genommen werden können. Die Tages- und Nachtpflege ist als isolierte Leistung fortzuführen, da sich die bestehenden Regelungen als monatliche Sachleistung, orientiert an den Pflegegraden, in der Praxis bewährt haben.

...dass ein **dauerhafter Steuerzuschuss** die Pflegeversicherung stützt. Die Absicherung des Pflegerisikos ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die verlässlich finanziert werden muss. Der Steuerzuschuss muss dauerhaft und verlässlich sein, um die Gefahr einer Finanzierung nach Kassenlage und kurzfristige Beitragssatzerhöhungen zu verhindern. Der Zuschuss könnte regelgebunden z. B. als Anteil der Leistungsausgaben ausgestaltet werden, der im gleichen Verhältnis wie die Ausgaben der Pflegeversicherung steigt.

...dass die finanzielle **Gesamtbelastung der Pflegebedürftigen** nicht unvermindert weiter steigen darf, da sonst immer mehr Menschen – trotz Pflegeversicherung – auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen sind. Hier sind dringend politische Lösungen gefordert, da die erfolgten und noch zu erwartenden Mehrbelastungen, z. B. durch verbesserte Tariflöhne in der Pflege, die Belastungen noch weiter steigen lassen bzw. im ambulanten Bereich dazu führen, dass die Pflegebedürftigen sich immer weniger Leistungen einkaufen können.

...dass die im SGB XI verankerten **Leistungsbeträge einmalig anzuheben** sind, um eine kurzfristig spürbare Entlastung für die Pflegebedürftigen bei den pflegebedingten Eigenanteilen zu schaffen. Dadurch könnten die erfolgten und noch zu erwartenden Mehrbelastungen, z. B. durch verbesserte Tariflöhne in der Pflege, ausgeglichen werden. Im vollstationären Bereich würde damit der vom Pflegebedürftigen zu tragende einrichtungseinheitliche Eigenanteil reduziert werden. Im ambulanten Bereich könnten die Pflegebedürftigen sich mehr Leistungen einkaufen, was zu einer Entlastung der pflegenden Angehörigen führen würde.

... dass sich die **private Pflegeversicherung (PPV) am gemeinsamen Finanzausgleich mit der SPV beteiligt**. Dies wäre solidarisch, da die PPV im Vergleich zur SPV vor

allem einkommensstarke Personen mit guten Risiken (geringere Pflegewahrscheinlichkeit) versichert. Nach Ansicht von Expert:innen findet hier aktuell eine Risikoselektion statt. Der Finanzausgleich könnte die SPV um bis zu zwei Milliarden Euro jährlich entlasten.

...dass die Bundesländer die **Investitionskosten** verbindlich übernehmen. Die Förderung von Investitionskosten ist gemäß den Vorschriften des SGB XI Aufgabe der Länder. Bei Einführung der SPV sollte so eine Kompensation für die damalige erhebliche finanzielle Entlastung der Länder bei der Sozialhilfe durch die Einführung der SPV erreicht werden. Dieser Aufgabe kommen die Länder aber bis heute nicht umfassend nach und nutzen die derzeit unverbindliche Regelung im SGB XI, um sich ihrer finanziellen Verantwortung zu entziehen. Möglich wird dies, indem die Investitionskosten auf die Vergütungssätze und damit auf die Pflegebedürftigen umgelegt werden. Aktuell belaufen sich die dadurch verursachten Mehrkosten bundesdurchschnittlich auf 453 Euro je Monat und Pflegebedürftigen. Die Pflegebedürftigen sollten grundsätzlich nicht für die Investitionskosten aufkommen müssen. Durch eine verbindliche Verpflichtung der Länder zur Übernahme der Investitionskosten würde die finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen kurzfristig deutlich gesenkt.

...dass die **Kosten der medizinischen Behandlungspflege** in stationären Pflegeeinrichtungen weiterhin durch die SPV getragen werden. Eine Verlagerung der medizinischen Behandlungspflege in die GKV wäre mit einem erheblichen Bürokratieaufwand bei den Krankenkassen verbunden. Denn die Leistungen müssten zukünftig ärztlich verordnet und von der Krankenkasse genehmigt werden. Zudem würde die ohnehin bereits sehr angespannte Finanzsituation der Krankenkassen weiter verschärft.