

**Präsidium
Bundesvorstand
Bundesausschuss
alle Landesverbände**

Antrag 2

Annahme

Gesundheitsversorgung

Inhalt

1	Zur Ausgangssituation.....	4
2	Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).....	5
2.1	Leistungskatalog	6
2.1.1	Umsetzung bestehender Rechtsansprüche der Versicherten durch die Krankenkassen.....	6
2.1.2	Leistungsausgrenzung und Zuzahlungen.....	6
2.1.3	Individuelle Gesundheitsleistungen – IGeL	7
2.1.4	Zahnersatz	7
2.1.5	Medikamente.....	7
2.1.5.1	Zuzahlungen	8
2.1.5.2	OTC-Medikamente	8
2.1.5.3	Aufzahlungen	8
2.1.6	Heil- und Hilfsmittel, Medizinprodukte	9
2.1.6.1	Hilfsmittelberatung.....	10
2.1.6.2	Heilmittel	10
2.1.7	Krankengeld	11
2.2	Leistungserbringung	11
2.2.1	Altersgerechtes Gesundheitssystem	11
2.2.1.1	Koordination der Versorgung	12
2.2.1.2	Geriatrische Versorgung	12
2.2.1.3	Hausärztliche Versorgung	12
2.2.1.4	Ärztliche und zahnärztliche Versorgung in Pflegeheimen	13
2.2.2	Prävention	14
2.2.2.1	Früherkennung.....	15
2.2.2.2	Konzentration der Individualprävention auf Risikogruppen	15
2.2.2.3	Prävention und Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene	16
2.2.2.4	Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder	16
2.2.2.5	Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen	17
2.2.2.6	Betriebliche Gesundheitsförderung	18
2.2.2.7	Gesundheitsförderung für Arbeitslose	19
2.2.3	Rehabilitation	19
2.2.3.1	Rehabilitation im Alter	19
2.2.4	Überwindung der sektoralen Grenzen.....	20
2.2.5	Sicherung der flächendeckenden ärztlichen Versorgung	21
2.2.6	Einheitliche Notfallversorgung.....	22
2.2.7	Versorgung im Krankenhaus.....	22
2.2.7.1	Personalmindestbemessung im Krankenhaus	23
2.2.8	Barrierefreie Gesundheitsversorgung.....	24

2.2.9	Palliativversorgung	24
2.3	Patientenorientierung	25
2.3.1	Patientenberatung	25
2.3.2	Patientenrechte und Behandlungsfehler	26
2.3.3	Patientenbeteiligung	27
2.3.4	Selbstverwaltung	27
2.4	Digitalisierung	28
2.4.1	Anbindung aller Akteure im Gesundheitswesen an eine einheitliche Telematikinfrastruktur	28
2.4.2	Elektronische Patientenakte	29
2.4.3	Telemedizin	30
2.4.4	Apps in der Gesundheitsversorgung	30
2.5	Wettbewerb	31
2.6	Finanzierung	32
2.6.1	Paritätische Finanzierung	32
2.6.2	Verbesserung der Einnahmesituation der Krankenkassen	32
2.6.2.1	Solidarische Versicherung der Gesamtbevölkerung	32
2.6.2.2	Familienversicherung	33
2.6.2.3	Finanzierung durch Beiträge und Beitragsgerechtigkeit	33
2.6.2.4	Definition der beitragspflichtigen Einnahmen, Beitragsbemessungsgrenze	34
2.6.2.5	Bundesbeteiligung für versicherungsfremde Leistungen	34

1 Zur Ausgangssituation

In der vergangenen Legislaturperiode war die Große Koalition in der Gesundheits- und Pflegepolitik besonders aktiv.

Mehr als zwei Dutzend Gesetze und Verordnungen sind erlassen worden. Anders als bei der Reformpolitik der vergangenen Jahre ging es nicht um eine höhere Belastung der Versicherten durch Leistungsausgrenzungen, Zuzahlungen, Festzuschüsse und kassenindividuelle Zusatzbeiträge. Ziel der Reformwerke war vielmehr die Weiterentwicklung und Stärkung von Patientenrechten, ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen, der Arzneimittel, der Heil- und Hilfsmittelversorgung sowie der Prävention und Pflegeversicherung. Patienten haben in diesen Bereichen vielfach Anspruch auf bessere und umfangreichere Leistungen. In der Pflege wurde mit dem neuen Pflegebegriff eine zentrale Ungerechtigkeit beseitigt. Die Hospiz- und Palliativversorgung wurde verbessert und Versorgungslücken bei der Entlassung aus dem Krankenhaus und beim Krankengeld wurden geschlossen. Mit dem Recht auf Zweitmeinung und Terminservicestellen wurden die Patientenrechte gestärkt und mit der Krankenhausreform wichtige Schritte für mehr Transparenz und Qualität im Krankenhaus geschaffen. Bei der Arzneimittelpreisbildung sollen Therapiealternativen ermöglicht werden. Inwieweit die Patienten tatsächlich von diesen Maßnahmen profitieren, hängt von der Umsetzung ab.

Während der Gesetzgeber in der Pflegeversicherung mit den Pflegestärkungsgesetzen einen Paradigmenwechsel eingeleitet hat, sind in der Krankenversicherung strukturelle Weichenstellungen ausgeblieben.

Dies gilt insbesondere für die Finanzierung. Durch die Leistungsausweitungen in der letzten Legislaturperiode steigen die Ausgaben um ca. 40 Mrd. Euro. Die positive Arbeitsmarktentwicklung verdeckt zurzeit die strukturellen Probleme der GKV-Finanzierung. Wenn sich die wirtschaftliche Entwicklung wieder abkühlt, müssen diese Zusatzausgaben und alle weiteren Kostenanstiege aufgrund des medizinischen Fortschritts und der Alterung der Gesellschaft allein von den Versicherten getragen werden.

Das deutsche Gesundheitswesen arbeitet auf einem hohen wissenschaftlichen und technischen Niveau. Der freie Zugang der Patienten zu den Einrichtungen des Gesundheitswesens ist aber nach wie vor abhängig von ihrem Einkommen, ihrem Alter, ihrem Bildungsniveau und ihrem Wohnort. Der schnelle und unbehinderte Zugang zur Behandlung ihrer Krankheiten ist für Patienten das entscheidende Qualitätsmerkmal für eine gute Gesundheitsversorgung. Daher ist die vom Sozialstatus und Wohnort unabhängig erreichbare medizinische Versorgung aus der Sicht der Betroffenen wichtiger als die Qualität einer nur für wenige Privilegierte erreichbare Spit-

zenversorgung. Ein ausschließlich am Wohl der Patienten orientiertes Gesundheitswesen muss durch eine durchgehend solidarische Krankenversicherung (einkommensstark für einkommensschwach/gesund für krank/jung für alt) einerseits und durch einen umfassenden, an der Qualität der Indikationsstellung und Therapie orientierten Leistungskatalog sichergestellt werden. Ein ausschließlich gewinn- und renditeorientierter Wettbewerb ist abzulehnen, ein Wettbewerb um bestmögliche Qualität und persönliche Betreuung der Patienten bzw. Versicherten ist dagegen nachhaltig zu stärken.

2 Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Die Solidarprinzipien (gesund für krank, jung für alt bzw. alt für jung, Einkommensstärkere für Einkommensschwächere, Singles für Familien) müssen weiterhin die Richtschnur für alle Veränderungen sein. Veränderungen müssen innerhalb des Systems stattfinden. Die demografische Entwicklung erfordert einen gerechten und fairen Solidarausgleich zwischen den Generationen; einseitige Belastungen der älteren Generation sind weder sachgerecht noch sozial und deshalb nicht akzeptabel.

Durch mehr Beitragsgerechtigkeit muss die Benachteiligung der Versicherten oder einzelner Versichertengruppen beseitigt werden. Die Arbeitgeber müssen wieder paritätisch an der Finanzierung beteiligt werden. Hierzu gehört, dass Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeitrag sich wieder parallel entwickeln und die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags abgeschafft wird. Die Mindestbemessungsgrundlagen für freiwillig versicherte Selbstständige und Ruheständler müssen abgeschafft werden.

Gesundheit darf nicht privatisiert werden. Die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung muss ohne Einschränkung des Zugangs alle notwendigen, wissenschaftlich begründeten Leistungen gewährleisten. Die Leistungen müssen altersgerecht, ausreichend und zweckmäßig sein und ohne Zugangsbeschränkung als Sachleistung oder im Rahmen eines persönlichen Budgets gewährt werden. Das Sachleistungsprinzip schützt zudem Patienten vor Überforderungen und finanziellen Vorleistungen. Bei Leistungen der medizinischen Rehabilitation sollen behinderte Menschen im Rahmen eines persönlichen Budgets selbst entscheiden, welche Hilfen für sie am besten sind und welcher Dienst und welche Person zu dem von ihnen gewünschten Zeitpunkt eine Leistung erbringen soll.

Die gesetzliche Krankenversicherung dient den Versicherten, nicht den Profiten von Konzernen, seien es Pharmakonzerne oder Krankenhauskonzerne. Gesundheitsversorger dürfen sich nicht die lukrativen Leistungen herauspicken, sondern müssen sich am Wohle des Patienten orientieren.

2.1 Leistungskatalog

2.1.1 Umsetzung bestehender Rechtsansprüche der Versicherten durch die Krankenkassen

Die Krankenkassen kommen ihren gesetzlichen Aufklärungs-, Informations- und Beratungspflichten nur unzureichend nach. Bestehende Rechtsansprüche auf Leistungen werden häufig nicht umgesetzt. Hierzu gehören insbesondere Rechtsansprüche in den Bereichen

- Versorgungsmanagement,
- Pflege nach Krankenhaus,
- geriatrische und ambulante Rehabilitation,
- Entlassmanagement,
- Soziotherapie,
- Behandlung multiresistenter Keime (MRSA-Sanierung) und
- Patienteninformation.

Der Sozialverband VdK fordert, dass Entscheider der Krankenkassen auch für die Versicherten regional erreichbar sind und sich nicht hinter anonymen Call-Centern verstecken. Es muss sichergestellt werden, dass die Krankenkassen ihren Informations-, Aufklärungs- und Beratungspflichten umfassend nachkommen und bestehende Rechtsansprüche erfüllen. Hierzu müssen die Rechtsaufsicht verschärft und bei Umsetzungsdefiziten Bund und Länder zu einer Ersatzvornahme verpflichtet werden. Dazu sollte in allen Bundesländern ein unabhängiger Patientenbeauftragter benannt werden.

2.1.2 Leistungsausgrenzung und Zuzahlungen

Die Ausgrenzung von Leistungen, wie z. B. bei nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, Zuzahlungen generell, Aufzahlungen bei notwendigen Arznei und Hilfsmitteln, die Umwandlung von Festbeträgen in Festzuschüsse bzw. eine Aufteilung in Grund- und Wahlleistungen widersprechen den oben genannten Prinzipien und lehnt der Sozialverband VdK daher ab. Dies gilt ebenso für Leistungseinschränkungen durch die restriktive Bewilligung von Leistungen und

Bewertung von Diagnostik und Therapie in allen Leistungsbereichen. Dies gilt insbesondere für ärztliche Behandlungsmethoden, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Rehabilitation und Krankengeld.

2.1.3 Individuelle Gesundheitsleistungen – IGeL

Bei den individuellen Gesundheitsleistungen wird das Vertrauensverhältnis zum Arzt ausgenutzt, um Patienten Leistungen zu verkaufen. **Sofern diese Leistungen einen medizinischen Nutzen haben, gehören sie in den Leistungskatalog der GKV.** Andernfalls dürfen sie Patienten nicht angeboten werden.

2.1.4 Zahnersatz

Die Kosten für Zahnersatz überfordern immer mehr Geringverdiener und Menschen mit kleiner Rente. Patienten verzichten auf notwendigen Zahnersatz, weil sie es sich schlicht nicht leisten können. Das zieht Probleme bei der Ernährung und der sozialen Teilhabe nach sich.

Die Krankenkasse zahlt derzeit die Hälfte der Regelversorgung, bei regelmäßiger Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen auch bis zu 65 Prozent, den sogenannten Festzuschuss. Für Menschen mit geringem Einkommen gibt es die Härtefallregelung, nach der 100 Prozent übernommen werden. Die Regelversorgung und damit die Höhe des Festzuschusses wurden 2017 erstmals seit 2004 wieder an den Stand der Zahnmedizin angepasst. Die Differenz trugen jahrelang die Patienten.

Darüber hinaus rechnen die Zahnärzte Zahnersatz, der nicht der Regelversorgung entspricht, nach der privaten Gebührenordnung der Zahnärzte ab und unterliegen nicht der Qualitätssicherung der GKV.

Der Sozialverband VdK fordert, dass Zahnersatz wieder finanzierbar wird. Armut darf nicht an den Zähnen sichtbar werden. Dazu muss die Regelversorgung, auf deren Grundlage die Krankenkasse ihre Festzuschüsse berechnet, regelmäßig an den Stand der Zahnmedizin angepasst werden. Eine gewünschte Mehrleistung darf nicht dazu führen, dass die gesamte Versorgung privat abgerechnet wird. Für Geringverdiener und Menschen mit kleiner Rente muss es eine Möglichkeit geben, auch ohne Eigenanteil einen feststehenden Zahnersatz zu erhalten.

2.1.5 Medikamente

Patienten und Patientinnen sind von steigenden Ausgaben für Arzneimittel betroffen. Insbesondere für Menschen mit einer kleinen Rente und mehreren chronischen Erkrankungen sind die Arzneimittelausgaben eine hohe Belastung. Obwohl jeder vierte

Rentner und weitere 200.000 Menschen mit geringem Einkommen von Zuzahlungen befreit sind, ist dem Sozialverband VdK aus seiner Beratungspraxis bekannt, dass ältere Menschen mit kleiner Rente ihre Rezepte teilweise nicht einlösen, weil sie es sich nicht leisten können.

Finanzielle Überforderung entsteht neben den Zuzahlungen durch Leistungsausschluss der nicht verordnungspflichtigen Medikamente und durch Aufzahlungen für verordnete Arzneimittel.

2.1.5.1 Zuzahlungen

Besonders günstige Medikamente können die Krankenkassen für alle Patienten von der Zuzahlung freistellen. Während 2010 noch über 12.000 Medikamente zuzahlungsfrei waren, sind es inzwischen unter 4000. Der Hauptgrund ist die regelmäßige Absenkung der Festbeträge durch den Spitzenverband der Krankenkassen.

2.1.5.2 OTC-Medikamente

Patienten müssen Medikamente, die nicht verschreibungspflichtig sind, selbst bezahlen, auch wenn diese ärztlich verordnet werden. Die einzelnen Summen sind gering, aber gerade ältere Patienten nehmen häufig mehrere dieser Medikamente dauerhaft ein. Dadurch ergeben sich hohe finanzielle Belastungen, die nicht durch die soziale Begrenzung der Zuzahlungen abgedeckt werden.

2.1.5.3 Aufzahlungen

Für verordnete Arzneimittel werden neben den Zuzahlungen teilweise Aufzahlungen fällig. Diese ergeben sich, wenn der Preis des Medikaments über dem Festbetrag für die Wirkstoffgruppe liegt, oder die Kasse einen Rabattvertrag für ein anderes, günstigeres Medikament geschlossen hat.

Grundsätzlich soll die Apotheke ein wirkstoffgleiches Medikament zum Festbetrag oder das Rabattarzneimittel abgeben, unabhängig davon, welches konkrete Präparat der Arzt verordnet hat. Wenn allerdings der Arzt den Austausch in der Apotheke ausschließt (aut-idem-Kreuz) oder das Medikament auf der Substitutionsausschlussliste steht, trägt der Patient die Kosten über dem Festbetrag allein. Es gibt auch Festbetragsgruppen für pharmakologisch-therapeutisch vergleichbare Arzneimittel, die aber durch den Apotheker nicht ausgetauscht werden dürfen, weil es sich nicht um denselben Wirkstoff handelt.

Auf Anregung des Sozialverbands VdK wurden die Preise für Medikamente 2017 in die Praxissoftware aufgenommen. Jetzt sehen Ärzte bereits bei der Verordnung die

Aufzahlungen und können in Rücksprache mit dem Patienten ein anderes Arzneimittel, gegebenenfalls mit einem anderen Wirkstoff, verordnen.

Der Anteil aufzahlungspflichtiger Verordnungen beträgt 2017 nur noch 7,8 Prozent aller Verordnungen.

Der Sozialverband VdK fordert, dass Patienten alle vom Arzt verordneten Medikamente aufzahlungsfrei erhalten müssen. Wenn eine medizinische Notwendigkeit besteht, darf diese nicht zu Mehrkosten für den Patienten führen. Die bestehende Zuzahlungsregelung – 10 Prozent des Abgabepreises, mindestens 5 und höchstens 10 Euro, höchstens den Abgabepreis – bliebe bestehen. Dadurch werden für Menschen, die nicht zuzahlungsbefreit sind, keine Anreize gesetzt für eine Packung Kopfschmerztabletten zum Arzt zu gehen. Rentner und Rentnerinnen mit kleinem Einkommen wären aber durch die Überforderungsklausel geschützt.

Freiverkäufliche Arzneimittel können schwere Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln verursachen. Deshalb ist gerade für chronisch Kranke, die bereits mehrere Arzneimittel einnehmen, eine ärztliche Verordnung wichtig. Der Anreiz wird durch die Zuzahlungsbefreiung für chronisch Kranke gesetzt. Durch eine ärztliche Verordnung wird auch sichergestellt, dass Patienten nur die Medikamente einnehmen, die wirklich wirken.

Die Preisverhandlungen für Medikamente auf der Substitutionsausschlussliste müssen die Krankenkassen übernehmen. Der einzelne Patient hat keine Möglichkeit, durch eine veränderte Nachfrage auf die Preisgestaltung Einfluss zu nehmen weil keine medizinischen Gründe vorliegen, die einen Austausch verhindern.

Die Regelung, dass mindestens ein Drittel der Festbetragsgruppe zum Festbetrag erhältlich sein soll, wird nicht immer eingehalten. Hier ist die Rechtsaufsicht gefordert.

Die Mehrwertsteuer auf Medikamente muss abgeschafft werden.

2.1.6 Heil- und Hilfsmittel, Medizinprodukte

Die Versorgung im Hilfsmittelbereich ist in den letzten Jahren immer komplexer und intransparenter geworden. Das Wunsch- und Wahlrecht ist eingeschränkt und das System von Festbeträgen und Vertragspreisen für den Versicherten kaum noch zu durchschauen. Versicherte stehen oft vor der Wahl, entweder hohe Eigenanteile zu akzeptieren oder mit schlechter Qualität abgespeist zu werden. **Der Sachleistungsanspruch auf Hilfsmittelversorgung muss wieder durchgesetzt werden.** Die Krankenkassen müssen den Rechtsanspruch auf vollen Behinderungsausgleich gewährleisten und die Kosten übernehmen.

Der ab 2018 zu veröffentlichende Bericht des GKV-Spitzenverbands (GKV-SV) über die Mehrkostenvereinbarungen muss nach Krankenkassen differenziert werden, um Qualitätsunterschiede zu verdeutlichen.

Die europaweite Zertifizierung von Medizinprodukten ist unzureichend. Trotz Bestätigung durch eine anerkannte Prüfstelle werden Standards und Normen nicht eingehalten. Als Folge passen beispielsweise Atemtherapiegeräte und Masken unterschiedlicher Hersteller nicht zusammen, obwohl beide dieselbe Norm angeben. **Solange das System auf europäischer Ebene nicht verbessert wird, muss der GKV-SV die Normeinhaltung sicherstellen. Für Medizinprodukte wie Endoprothesen und Herzklappen muss es unabhängige, verpflichtende Register geben.**

Bei Hilfsmitteln mit einem hohen Dienstleistungsanteil, wie Stomaversorgung, muss es Wahlfreiheit zwischen den Leistungserbringern geben. Solch eine intime Dienstleistung kann nicht durch die Krankenkasse vorgegeben und nach Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten alle 2 Jahre ausgetauscht werden. Auch bei der Inkontinenzversorgung ist ein Vertrauensverhältnis wichtig, das von zentralen Verteilerdepots nicht geschaffen werden kann. Dienstleistung und Produkt könnten getrennt werden.

2.1.6.1 Hilfsmittelberatung

Patienten brauchen eine Beratung, die von finanziellen Interessen unabhängig ist. Sie darf weder von der Krankenkasse noch von dem Leistungserbringer, also dem Sanitätshaus oder dem Hersteller, erbracht werden. Eine individuelle, passgenaue Hilfsmittelversorgung setzt eine qualifizierte Beratung voraus. Vor allem für angepasste Hilfsmittel, wie Prothesen, Rollstühle oder Beatmungsmasken, braucht es Spezialwissen. **Es ist sicherzustellen, dass Kranken- und Pflegekassen sowie die öffentliche Hand unabhängige Hilfsmittelberatungsstellen finanzieren. Sie können bei gemeinnützig tätigen Organisationen, bei öffentlichen Körperschaften oder auch bei privatwirtschaftlich tätigen Institutionen angesiedelt sein.** Für seltene und individuell anzupassende Hilfsmittel sollten spezielle Berater aufsuchende Beratung anbieten. Für häufige, nicht angepasste Hilfsmittel, wie Windeln und Rollatoren, muss die Beratung wohnortnah und niedrigschwellig erfolgen. Der MDK ist zurzeit nicht ausreichend ausgestattet und unabhängig, um diese Beratung zu leisten.

2.1.6.2 Heilmittel

Heilmittel wie Physiotherapie oder Podologie können die Gesundheit wiederherstellen oder bewahren und damit Operationen wie Gelenkersatz oder Amputationen überflüssig machen. Bewegung kann den Schmerzmitteleinsatz reduzieren helfen. **In**

einer alternden Gesellschaft müssen daher zukünftig mehr Heilmittel erbracht werden.

Bei der Versorgung mit Heilmitteln besteht allerdings im Rahmen eines vorgegebenen Richtgrößenvolumens für den behandelnden Arzt eine Ausgabenobergrenze. Diese berücksichtigt nicht die Empfehlungen des Heilmittelkatalogs, sondern orientiert sich vor allen Dingen an den Ausgaben des Vorjahres. Der Heilmittelkatalog orientiert sich am Bedarf. Hier wird beschrieben, welche und wie viele Heilmittel verordnet werden sollten, um im Regelfall eine medizinisch angemessene und wirtschaftlich sinnvolle Versorgung zu erreichen. Mit der langfristigen Genehmigung und den Praxisbesonderheiten wurden Heilmittel für Menschen mit Behinderung und besonders schweren Erkrankungen aus diesen Budgets herausgenommen. Noch immer erhalten aber auch diese Personengruppen nicht alle notwendigen Therapien.

Der Sozialverband VdK fordert daher, die Heilmittelrichtgrößen abzuschaffen. Gleichzeitig muss die Heilmittelerbringung weiterentwickelt werden. So ist es beispielsweise nicht nachvollziehbar, warum Menschen mit allen Symptomen eines diabetischen Fußes, aber ohne Diabetes, keine Podologie erhalten können, die sie vor Amputationen schützen würde. Die Verfahren zur Anerkennung neuer Arzneimittel im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) funktionieren nicht für die Heilmittel.

2.1.7 Krankengeld

Die Ausgaben für das Krankengeld sind zwischen 2011 und 2016 von 9,17 auf 11,68 Mrd. Euro gestiegen. Sie sind bei den einzelnen Krankenkassen, abhängig von den Krankenständen und den Durchschnittseinkommen ihrer Versicherten, unterschiedlich. Krankenkassen mit hohen Ausgaben versuchen durch ihr Krankengeldmanagement mit allen Mitteln, primär Versicherte aus dem Krankengeldbezug zu drängen, um ihre Situation im Wettbewerb nicht zu verschlechtern.

Der Sozialverband VdK fordert, dass die Aufwendungen der Krankenkassen für Krankengeld vollständig durch den Risikostrukturausgleich ausgeglichen werden, um keine Anreize zu setzen, Kranke aus dem Krankengeldbezug zu drängen.

2.2 Leistungserbringung

2.2.1 Altersgerechtes Gesundheitssystem

Angesichts des engen Zusammenhangs zwischen chronischer Erkrankung, Behinderung und Pflegebedürftigkeit auf der einen sowie Erhalt der Erwerbsfähigkeit, längere Lebensarbeitszeit und Wahrung der Selbstständigkeit auf der anderen Seite, reicht

die Bedeutung eines altersgerechten Gesundheitssystems weit über den engen Bereich der medizinischen Versorgung hinaus.

2.2.1.1 Koordination der Versorgung

Eine altersgerechte Gesundheitsversorgung stellt besondere Anforderungen an die Koordination der Versorgung. Ältere Menschen haben oft mehrere und chronische Erkrankungen. **Dies erfordert eine ganzheitliche Ausrichtung der Versorgung und komplexe und fachübergreifende Behandlungsstrategien.** Hausärztliche, ambulante und stationäre fachärztliche sowie pflegerische Behandlungsleistungen müssen im Rahmen einer interdisziplinären Kooperation mit Angeboten zur Prävention, zur Rehabilitation, zur Arzneimittelversorgung sowie mit Leistungen von sozialen Einrichtungen, der Selbsthilfe und des Ehrenamts sinnvoll verzahnt werden.

2.2.1.2 Geriatrische Versorgung

Der demografische Wandel führt dazu, dass immer mehr alte Patienten behandelt werden, die auf spezielle ärztliche Hilfe angewiesen sind. Diese Patientengruppe weist einen hohen Grad an Gebrechlichkeit und Multimorbidität auf und erfordert einen ganzheitlichen Ansatz. Geriatrie umfasst daher nicht nur organorientierte Medizin, sondern bietet die Behandlung im interdisziplinären Team, welche den funktionellen Status und die Lebensqualität des älteren Patienten verbessert und seine Autonomie fördert.

Die Aus-, Fort- und Weiterbildung aller an der Versorgung geriatrischer Patienten beteiligten Berufsgruppen muss qualitativ und quantitativ deutlich verbessert werden.

Erforderlich ist die Entwicklung, Erprobung, Evaluation, Verbreitung und regionale Vernetzung innovativer geriatrischer Versorgungsangebote. Es muss sichergestellt werden, dass dem geriatrischen Patienten alle individuell notwendigen fachspezifischen Versorgungsangebote, von ambulant bis stationär, für alle Phasen der Erkrankung wohnortnah und gut vernetzt zur Verfügung stehen. Hierzu braucht es ein gutes Versorgungsmanagement, das nicht erst nach dem Krankenhausaufenthalt ansetzt, sondern darauf zielt, diesen zu vermeiden und ältere sowie multimorbide Patienten durch die Vielzahl der ambulanten Versorgungsangebote geleitet.

2.2.1.3 Hausärztliche Versorgung

Dem Hausarzt kommt bei der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen eine große Bedeutung zu. Bei Menschen über 60 Jahren gibt es gemäß einer Befragung des Robert-Koch-Instituts faktisch eine primärärztliche Versorgung: Über 90 Prozent

suchen bei gesundheitlichen Problemen zuerst den Hausarzt auf. Ältere über 60 haben im Durchschnitt 5 Arztkontakte im Vergleich zu 2,5 Arztkontakten bei Jüngeren.

Um dem Hausärztemangel entgegenzuwirken, sollten Krankenschwestern und medizinische Hilfsberufe auch ohne den Numerus Clausus um Medizinstudium zugelassen werden. Das Studium ist so anzupassen, dass Menschlichkeit mehr zählt als Auswendiglernen.

Der Sozialverband VdK lehnt die weitere Zersplitterung der ärztlichen Tätigkeit ab. Der ältere Patient braucht möglichst viele Versorgungsleistungen aus einer Hand beim Hausarzt, die Vergütungsstruktur sollte dafür Anreize setzen. Des Weiteren sollte der Facharzt für Geriatrie in Krankenhäusern und Rehakliniken eingesetzt werden, nicht in der ambulanten Versorgung. Alle Hausärzte müssen auch über geriatrisches Fachwissen verfügen.

Für ältere, insbesondere hochbetagte Patienten, ist der Hausbesuch ein Schlüssel für die Verbesserung der Versorgung. Der Hausbesuch eröffnet vielfältige Möglichkeiten hinsichtlich Diagnostik, Versorgungsdefiziten, Wohnumfeld, Ressourcen und Bedürfnissen sowie insbesondere familienmedizinischen Interventionen (Angehörigenberatung). **Daneben ist auch bei Hausbesuchen eine verstärkte Delegation an Mitarbeiter nichtärztlicher Gesundheitsberufe, unter anderem auch dual ausgebildete Arzt-Assistenten, erforderlich.**

2.2.1.4 Ärztliche und zahnärztliche Versorgung in Pflegeheimen

Wegen ihrer hohen Morbidität, ihrer eingeschränkten Mobilität und häufig erschwerten Transportfähigkeit haben pflegebedürftige Menschen einen hohen Bedarf an ärztlicher und fachärztlicher Versorgung in ihrer Einrichtung. Dies gilt auch für die zahnmedizinische und zahnprothetische Versorgung, die für eine selbstständige Nahrungsaufnahme von entscheidender Bedeutung sind.

Der Sozialverband VdK begrüßt daher, dass mit dem Hospiz- und Palliativgesetz in § 119b SGB V die ärztliche Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen dadurch verbessert worden ist, dass stationäre Pflegeeinrichtungen Kooperationsvereinbarungen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern abschließen sollen. Dies war bisher lediglich als gesetzliche Möglichkeit vorgesehen. **Darüber hinaus muss es Pflegeeinrichtungen ermöglicht werden, durch angestellte Ärzte die medizinische Versorgung in ihrer Einrichtung sicherzustellen.** Diese Ärzte könnten zudem in ihrem räumlichen Umfeld zugleich zu einer besseren ambulanten ärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen beitragen.

2.2.2 Prävention

Ziel der Prävention und Gesundheitsförderung ist die Vermeidung von Krankheiten und ihren Folgen. Dadurch sollen Lebensqualität und Wohlbefinden gesteigert, Leistungs- und Arbeitsfähigkeit erhalten sowie die in Gesundheit verbrachte Lebenszeit verlängert werden. Zudem können präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen zur Verminderung von sozial bedingten gesundheitlichen Nachteilen beitragen, indem sie sich auch und gerade an sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen richten.

Seit dem Jahr 2000 steht der Präventionsgedanke wieder verstärkt im Fokus der Gesundheitspolitik. Gründe hierfür sind die demografische Entwicklung mit einem erfreulichen Anstieg der Lebenserwartung und der damit verbundenen Alterung der Bevölkerung, der Wandel des Krankheitsspektrums hin zu chronisch-degenerativen und psychischen Erkrankungen sowie die veränderten Anforderungen in der Arbeitswelt. Zugleich zeigen neue Erkenntnisse der Public-Health-Forschung, dass sowohl gesellschaftliche Lebensbedingungen als auch individuelle Lebensgewohnheiten maßgeblichen Einfluss auf die Gesundheit nehmen.

Nach zwei gescheiterten Versuchen in den Jahren 2005 und 2013 trat im Jahr 2015 das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention in Kraft. Ziel dieses Präventionsgesetzes ist es, unter Einbeziehung aller Sozialversicherungsträger, der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflegeversicherung die Gesundheitsförderung und Prävention, insbesondere in den Lebenswelten der Bürgerinnen und Bürger, auch unter Nutzung bewährter Strukturen und Angebote zu stärken. Außerdem sollen Leistungen der Krankenkassen zur Früherkennung von Krankheiten weiterentwickelt und das Zusammenwirken von betrieblicher Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz verbessert werden. **Mit dem Präventionsgesetz wurden diese Ziele nur teilweise erreicht bzw. umgesetzt.**

Während die Lebenserwartung steigt, geht die Schere zwischen den oberen und unteren Einkommensklassen, vor allem für Männer, immer weiter auf. Ziel einer guten Präventionspolitik müsste es eigentlich sein, diese soziale Ungerechtigkeit zu beheben. **Dazu müsste Gesundheit in allen Politiken mitbedacht werden, analog des Gender-Mainstreamings oder der Umweltverträglichkeitsprüfung. Auf internationaler Ebene wird dies unter dem Schlagwort „Health in all policies“ gefordert.**

Um im Rahmen der deutschen Gesetzgebung anschlussfähig zu bleiben, konzentriert sich auch der Sozialverband VdK auf Früherkennung, Individualprävention und betrieblichen Gesundheitsschutz.

Mit dem Präventionsgesetz wurde eine Nationale Präventionskonferenz eingesetzt. Sie soll als Arbeitsgruppe eine nationale Präventionsstrategie erarbeiten und umsetzen. Träger der Nationalen Präventionskonferenz sind nur die gesetzlichen Spitzen-

organisationen von Kranken-, Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung. Vertreter von Bundes- und Landesministerien, kommunalen Spitzenverbänden, Bundesagentur für Arbeit, Sozialpartnern, Patientinnen und Patienten sowie der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung sind nur mit beratender Stimme beteiligt. Die private Kranken- und Pflegeversicherung haben von ihrem Teilnahmerecht nicht Gebrauch gemacht. Die Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderung erfolgt weiterhin aus Finanzmitteln der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Bund wird sogar finanziell entlastet, weil die GKV Verwaltungskosten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung für die Durchführung von Präventionsmaßnahmen in Lebenswelten erstatten muss.

Da es sich bei der gesundheitlichen Prävention und Gesundheitsförderung um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt, müssen in die Finanzierung neben den Trägern der gesetzlichen Krankenkassen, der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung, der sozialen Pflegeversicherung auch Bund, Länder und Kommunen, die Arbeitslosenversicherung sowie die private Kranken- und Pflegeversicherung einbezogen werden. Die Investitionen in Prävention und Gesundheitsförderung müssen deutlich erhöht werden.

2.2.2.1 Früherkennung

Das rechtzeitige Erkennen von Krankheiten, wie insbesondere Krebs, kann die Chancen auf einen Behandlungserfolg bzw. auf eine vollständige Heilung erhöhen. Früherkennungsmaßnahmen bergen allerdings auch Risiken. Neben den allgemeinen Nebenwirkungen besteht das Problem der falschen Diagnose. Eine von 10 Mammografien ist beispielsweise falschpositiv. Das bedeutet, dass jede 10. Frau, die an der Reihenuntersuchung teilnimmt, unnötigerweise verängstigt und häufig auch operiert wird. Das dadurch entstehende psychische Leid wird in die Schaden-Nutzen-Analyse nicht einbezogen.

Der Sozialverband VdK fordert, dass die Qualität von Früherkennungsmaßnahmen verbessert und über Chancen und Risiken besser informiert wird. Es sollte sichergestellt werden, dass bei positiven Befunden vor Operationen und vergleichbaren Eingriffen eine Zweitmeinung eingeholt wird.

2.2.2.2 Konzentration der Individualprävention auf Risikogruppen

Wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass Präventionsprogramme für spezielle Risikogruppen deutlich effizienter als die bisherige Praxis sind. So lassen sich mit Sturzprophylaxe Oberschenkelhalsbrüche bei älteren Menschen mit Osteoporose deutlich reduzieren.

Aus Sicht des Sozialverbands VdK sollten Maßnahmen der Individualprävention vorrangig gefährdeten Patientengruppen entsprechend ihres Bedarfs zugänglich gemacht werden. Hierzu gehören insbesondere auch ältere Menschen. Wenn Ärzte solche Maßnahmen direkt bei der Diagnose der Risikofaktoren verordnen, steigt die Bereitschaft zur Mitarbeit seitens des Patienten, und es können auch Menschen aus bildungsferneren Schichten direkt erreicht werden. Dazu muss der Arzt konkrete Kurse benennen können und nicht nur auf die wettbewerblichen Angebote der Krankenkasse verweisen. Es zeigt sich, dass die Ablehnungsquoten für stationäre medizinische Vorsorgeleistungen besonders hoch sind. **Die Mittel müssen so aufgestockt werden, dass auch alle Risikopatienten erreicht werden können.**

2.2.2.3 Prävention und Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene

Die kommunale Ebene ist entscheidend für die Realisierung gesundheitsförderlicher und präventiver Maßnahmen in Lebenswelten¹. Kommunen haben den besten Überblick darüber, wo örtliche Bedarfe bestehen und welche örtlichen Akteure vorhanden sind. Aus Sicht des Sozialverbands VdK hat es sich nicht bewährt, dass die im Wettbewerb stehenden Krankenkassen selbst in ihren Satzungen Art und Umfang von Präventionsleistungen festlegen können. Nach wie vor sind Kursangebote der Krankenkassen vor allem auf die Mittelschicht ausgerichtet, da diese in der Regel für die Krankenkassen eine attraktivere Versichertengruppe darstellen.

Der Sozialverband VdK fordert deshalb, dass in den Kommunen vermehrt sozialraum- und lebensweltorientierte Angebote zur Gesundheitsförderung und primären und sekundären Rehabilitation auf- und ausgebaut werden. Zur Entwicklung von passgenauen individuellen und praxisorientierten Gesundheits- und Pflegekonzepten sollten Bildungs-, Sport-, ambulante Rehabilitationseinrichtungen, Sozial- und Pflegedienste sowie Hausärzte kooperieren. In den Wohnquartieren sollte zudem die soziale Umwelt so gestaltet werden, dass Selbstständigkeit, Autonomie und Teilhabe gefördert werden. Die Kommunen sollten hier die Koordination z. B. in Gesundheitskonferenzen übernehmen. Die Potentiale der kommunalen Ebene müssen bei der Präventionspolitik des Bundes unterstützt und finanziell gefördert werden.

2.2.2.4 Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder

Insbesondere Kinder aus sozial schwachen Familien sind besonders auf regelmäßige ärztliche Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten angewiesen. Behinderten und von Behinderung bedrohten Kindern kann durch rechtzeitige Förderung häufig zu einem selbstbestimmten Leben verholfen werden. Vorsorgeuntersuchungen sind auch für ältere Kinder notwendig, damit Entwicklungsverzögerungen

¹ Im Detail siehe auch 7. Altenbericht der Bundesregierung

rechtzeitig entdeckt und behandelt werden. Mit dem Präventionsgesetz ist die Altersgrenze für Gesundheitsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen auf das 18. Lebensjahr angehoben worden, und Kinder- und Jugendärzte sind verpflichtet, individuelle Leistungen zur Primärprävention zu empfehlen.

Um einen niederschweligen nicht diskriminierenden und zielgruppensensiblen Zugang zu notwendigen Präventionsleistungen zu ermöglichen, sollten Kinder- und Jugendärzte nicht nur Präventionsbedarf feststellen und über Präventionsangebote informieren, sondern diese auch gleich verordnen. Die neue ärztliche Präventionsempfehlung reicht nicht aus.

Im ländlichen Raum und in sozial schwachen Stadtteilen fehlt es an Kinderärzten und Hebammen. Durch den Geburtenanstieg wird dieses Problem noch weiter verstärkt. **Damit Prävention bei Kindern gelingen kann, muss die flächendeckende Versorgung sichergestellt werden.**

2.2.2.5 Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen

Die Menschen werden immer älter und auch ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung steigt. Deshalb wird die Frage, wie gesundes Altern gelingen kann, immer wichtiger. Ältere Menschen wollen in ihrem gewohnten Umfeld, ihrem Quartier wohnen bleiben. Dadurch können sie Kontakte zu Freunden und Nachbarn weiterhin pflegen. Diese Netzwerke sind zentral für ein gesundes Altern. Für eine selbstständige Lebensführung in der eigenen Wohnung sind der Umgang mit chronischer Erkrankung und mit zunehmender Gebrechlichkeit ausschlaggebend. Ein ganz wichtiger Faktor für die Lebensqualität ist die psychische Gesundheit. Viele Senioren nehmen Antidepressiva mit massiven Nebenwirkungen ein, erhalten aber keine Psychotherapie.

Die Möglichkeiten der Prävention im Hinblick auf Ziele der Erhaltung von Selbstständigkeit, Autonomie und Teilhabe auch im hohen Alter werden in Deutschland bei weitem nicht ausreichend genutzt.

Präventionsangebote können Ältere nicht über Angebote in Lebenswelten wie Arbeitsplatz oder Kita erreichen. Aber fast alle haben regelmäßig Kontakt mit ihrem Hausarzt, zu dem in der Regel auch ein gutes Vertrauensverhältnis besteht. **Der Sozialverband VdK fordert, dass für ältere Menschen individuelle Präventionsangebote bereitgestellt werden sollten. Hierzu gehört insbesondere die Prävention psychischer Erkrankungen. Der präventive Hausbesuch durch den Hausarzt oder eine besonders geschulte Pflegekraft muss in den Pflichtleistungskatalog der Kranken- bzw. Pflegeversicherung aufgenommen werden.**

2.2.2.6 Betriebliche Gesundheitsförderung

Durch verstärkte Anstrengungen in der Prävention, dem Arbeitsschutz und der Rehabilitation müssen Arbeitsunfähigkeit, vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben und Frühverrentung in weit größerem Umfang als bisher verhindert werden.

Nach § 20a SGB V erbringen die Krankenkassen Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben. Ziel dieser Leistungen ist insbesondere, dass im Betrieb gesundheitliche Potenziale wie auch Risiken erhoben werden und darauf aufbauend Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation im Betrieb entwickelt werden. Das Präventionsgesetz strebt in der betrieblichen Gesundheitsförderung mit der verpflichtenden Beteiligung von Sicherheitsfachkräften, Betriebsärztinnen und -ärzten, staatlichen Arbeitsschutzbehörden sowie der Leistungsausrichtung auf die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren eine engere Verknüpfung mit dem Arbeitsschutz an (§ 20b und 20c SGB V). Aus Sicht des Sozialverbands VdK fehlen hier die Einbeziehung der Rehabilitation und die Verknüpfung mit dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement. Ziel muss es sein, ein Angebot in Betrieben bereitzustellen, bei dem sich die Leistungen der Betrieblichen Gesundheitsförderung, der medizinischen und beruflichen Rehabilitation sowie des Arbeitsschutzes sinnvoll ergänzen. Das Betriebliche Gesundheitsmanagement sollte flächendeckend in den Betrieben unter Einbeziehung aller Beteiligten implementiert und mit dem Arbeitsschutz und sämtlichen Formen von Rehabilitation, insbesondere aber mit der beruflichen Rehabilitation, verbunden werden.

Um dies zu erreichen, ist ein gemeinsamer Wissenskanon notwendig, der die Rollen, Aufgaben und Leistungen der einzelnen Akteurinnen und Akteure im Feld der Betrieblichen Gesundheitsförderung definiert. Nach dem Präventionsgesetz sind Krankenkassen nur verpflichtet, ihre Leistungen in gemeinsamen kassenübergreifenden Koordinierungsstellen auf Landesebene in Zusammenarbeit mit regionalen Unternehmensorganisationen in den Betrieben anzubieten (§ 20b Abs. 3 SGB V). Stattdessen sollten die Rehabilitationsträger verbindliche Ansprechpartner für Klein- und Mittelbetriebe benennen. In Betrieben ohne Betriebsrat bzw. Schwerbehindertenvertretung sollte der Arbeitgeber verpflichtet werden, den Rentenversicherungsträger bzw. das Integrationsamt einzubeziehen.

Nach Auffassung des Sozialverbands VdK sollte jeder Betrieb verpflichtet werden, solch ein Konzept zur Gesundheitsförderung zu praktizieren. Für kleinere Betriebe sind betriebsübergreifende und gemeinschaftliche Lösungen vorzunehmen.

Das Arbeitsschutzgesetz verpflichtet Arbeitgeber, Maßnahmen zur Verhütung von arbeitsbedingten Erkrankungen zu ergreifen und für eine Verbesserung der Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten zu sorgen. Hierzu gehört insbesondere die

Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen für alle Betriebe. Allerdings müssen nur Betriebe ab 10 Beschäftigten die Ergebnisse der Beurteilung sowie die festgelegten Arbeitsschutzmaßnahmen dokumentieren.

Trotz dieser gesetzlichen Verpflichtung werden nach einer Evaluation der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie nur in 51 Prozent aller Betriebe Gefährdungsbeurteilungen durchgeführt und 59 Prozent der Kleinstbetriebe (1 bis 9 Beschäftigte) führen gar keine Gefährdungsbeurteilung durch.²

Aus Sicht des Sozialverbands VdK ist es notwendig, das Instrument der Gefährdungsbeurteilung auszubauen. Notwendig ist, dass auch für **Betriebe mit bis zu 10 Beschäftigten Dokumentationspflicht** eingeführt wird. Dies entspricht im Übrigen auch europäischen Vorgaben³, die bislang von der Bundesregierung nicht umgesetzt worden sind.

2.2.2.7 Gesundheitsförderung für Arbeitslose

Arbeitslosigkeit ist nicht nur das Resultat von Erkrankungen, sondern häufig auch der Grund für Erkrankungen. Der BKK-Gesundheitsreport 2016 zeigt, dass Arbeitslose (Arbeitslosengeld I) nach wie vor insgesamt die meisten Fehltage haben.

Aus Sicht des Sozialverbands VdK sollten Arbeitsagenturen und Jobcenter die gleiche Verantwortung und Verpflichtung zur Prävention erhalten wie Arbeitgeber.

2.2.3 Rehabilitation

Der Zugang zur Rehabilitation ist immer noch schwierig. Hier finden die meisten Widersprüche statt. **Ärzte müssen ohne Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen Rehabilitation und präventive Maßnahmen im Rahmen eines einheitlichen Systems direkt verordnen können. Darüber hinaus müssen noch vorhandene kasseninterne Reha-Budgets abgeschafft werden.**

Der Sozialverband VdK fordert, dass die medizinische Rehabilitation verpflichtender Bestandteil der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärzten wird.

2.2.3.1 Rehabilitation im Alter

Gerade im hohen Lebensalter steigt das Risiko fortschreitender chronischer Erkrankung und zunehmender Gebrechlichkeit. Bestehende Rehabilitationspotentiale werden häufig nicht genutzt.

² Dachevaluation GDA 2011

³ EG-Rahmenrichtlinie Arbeitsschutz (89/391/EWG)

Für geriatrische Patienten – auch in Pflegeheimen – muss daher der frühestmögliche Zugang zu Rehabilitations- und Präventionsmaßnahmen sichergestellt werden. Ziel ist die Erhaltung von Selbstständigkeit, Autonomie und Teilhabe. Finanzielle Fehlanreize, die die Inanspruchnahme notwendiger Rehabilitationsleistungen be- oder verhindern, müssen durch Bonus- und Ausgleichssysteme ersetzt werden. Die Trennung zwischen Geriatrie im Krankenhaus und geriatrischer Rehabilitation muss überwunden werden. Entsprechend dem Bedarf müssen ausreichend Angebote der mobilen, ambulanten und stationären Rehabilitation zur Verfügung stehen. Besonders zu beachten ist die fachliche und ethisch fundierte Versorgung von demenzkranken Menschen und ihren Angehörigen⁴.

2.2.4 Überwindung der sektoralen Grenzen

Ein zentrales Problem des deutschen Gesundheitswesens ist die strenge Trennung zwischen Prävention, ambulanter und stationärer Versorgung, Rehabilitation und Pflege, zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Berufsgruppen.

Mittelfristig notwendig ist eine integrierte Bedarfsplanung der gesamten medizinischen Versorgung. Hierfür sollen die Länder, die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Akteure der Selbstverwaltung gleichrangige Mitsprache- und Gestaltungsrechte erhalten. Zentrale Aufgabe dieser sektorenübergreifenden Planung muss die strikte Ausrichtung und Verteilung aller Behandlungskapazitäten an den regionalen Versorgungsbedürfnissen sein. Wesentliches Auswahlkriterium muss hierbei die Qualität der Leistungserbringung sein. Die Krankenhäuser sind dort, wo es zur Sicherstellung der Versorgung notwendig ist, in die ambulante Versorgung der Patienten einzubinden.

Durch moderne Kooperationsformen über die gesamte medizinische und pflegerische Versorgungskette kann eine ganzheitliche und bedarfsgerechte Patientenversorgung erreicht werden. Erforderlich sind **abgestimmte Behandlungs- und Pflegekonzepte zwischen den Kassenärzten, die die Patienten vor und nach stationären Behandlungen betreuen sowie dem Krankenhaus, der Reha- und Pflegeeinrichtung unter rein medizinischen und pflegerischen Aspekten.**

Disease-Management-Programme, die Instrumente der besonderen Versorgung, medizinische Versorgungszentren und eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung sind geeignet, eine durchgängige Therapie sicherzustellen.

Erfolgreiche Projektergebnisse müssen in die Regelversorgung überführt werden und dürfen nicht nach dem Ende der Projektfinanzierung eingestellt werden. **Der Sozial-**

⁴ Empfehlung 26, 7. Altenbericht der Bundesregierung

verband VdK fordert deshalb, die Finanzierung für die integrierte Versorgung dauerhaft zu sichern.

Der bestehende Rechtsanspruch auf ein sektorenübergreifendes Krankenhausentlassmanagement ist eine Bringschuld der Krankenhäuser. Die Krankenhäuser müssen ihre neuen Möglichkeiten zur Verordnung von Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln und Häuslicher Krankenpflege bei Entlassung endlich nutzen. Insbesondere für chronisch Kranke, behinderte, alte und pflegebedürftige Menschen muss ein nahtloser Übergang von der stationären Akutbehandlung über die Rehabilitation in die ärztliche, fachärztliche und therapeutische sowie pflegerische Anschlussversorgung sichergestellt werden. Alle individuell notwendigen Versorgungsangebote für alle Phasen einer Erkrankung müssen wohnortnah, gut vernetzt und in ausreichender Dauer zur Verfügung stehen.

2.2.5 Sicherung der flächendeckenden ärztlichen Versorgung

Für eine bedarfsgerechte Versorgung ist entscheidend, dass ausreichend Haus- und Fachärzte wohnortnah verfügbar sind. Insbesondere in ländlichen Gebieten droht ein Hausärztemangel. Betroffen sind vor allem Gebiete mit einer schwachen Infrastruktur und einem überdurchschnittlichen Anteil älterer Menschen. Dem gegenüber steht eine Überversorgung in und um Ballungszentren. Mit den bestehenden rechtlichen Rahmenbedingungen wird eine gleichmäßigere Verteilung nur langfristig und in kleinen Schritten erzielbar sein. Es ist davon auszugehen, dass das Niederlassungsverhalten ohne Veränderungen weiter deutlich zu Ungunsten der ländlichen Regionen verlaufen wird.

Der Sozialverband VdK fordert, die vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen vorgeschlagenen Maßnahmen wie den Landarztzuschlag, Stipendienprogramme, eine verbesserte Aus-, Fort- und Weiterbildung, neue Arbeitsformen und verbesserte Arbeitsbedingungen mit familienkompatiblen Arbeitszeiten⁵ zügig umzusetzen. Notwendig ist eine **Bedarfsplanung, die sich nicht mehr am Bestand, sondern am tatsächlichen Bedarf orientiert. Hierzu hat die Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss ein ausführliches Konzept vorgelegt. Eine verantwortliche Mitwirkung der Kommunen sollte gesetzlich vorgeschrieben werden. Kommunen sollten stärker in die Planungsprozesse und in die Planungsausschüsse der Kassenärztlichen Vereinigung einbezogen werden.⁶ Neben Haus- und Fachärzten müssen auch Psychotherapeuten in die Planung einbezogen werden. **Anreize für Ärzte, sich in Regionen mit vielen Privatpatienten niederzulassen, müssen beseitigt werden, indem die****

⁵ Siehe auch Empfehlung 26, 7. Altenbericht der Bundesregierung

⁶ Empfehlung 20, 7. Altenbericht der Bundesregierung

Vergütung der Ärzte in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung vereinheitlicht wird.

2.2.6 Einheitliche Notfallversorgung

Medizinische Notfälle werden in Deutschland in drei voneinander getrennten Bereichen behandelt, dem Bereitschaftsdienst der niedergelassenen Ärzte, dem Rettungsdienst und den Notfallaufnahmen der Krankenhäuser.

Die Notaufnahmen der Krankenhäuser klagen über Überlastung und „Bagatellfälle“ vor allem abends und am Wochenende, während gleichzeitig die Patienten unter langen Wartezeiten in überfüllten Notaufnahmen leiden. Die Behandlungszahlen im Bereitschaftsdienst sind dagegen stetig gesunken. Die Zeiten, in denen man seinen Hausarzt im Notfall auch abends oder nachts anrufen konnte, sind vorbei. Befragungen zeigen, dass der Bereitschaftsdienst über der Hälfte der Patienten in der Notaufnahme nicht bekannt war⁷. In einigen Bundesländern ist der Bereitschaftsdienst in einer eigenen Praxis auf dem Klinikgelände angesiedelt, in anderen ist er noch sehr schwer zu erreichen.

Durch die Vergütung des Rettungsdienstes für Transporte in die Klinik und nicht für die Versorgung vor Ort werden falsche Anreize gesetzt, Patienten in die Klinik zu fahren. Dort gibt es wiederum falsche finanzielle Anreize, die Patienten stationär aufzunehmen. Dies sorgt nicht nur für zu hohe Ausgaben, sondern auch für unnötige Belastungen der Patienten

Der Sozialverband VdK fordert eine einheitliche Notrufnummer für medizinische Notfälle, die mit Fachpersonal besetzt ist, das über die richtige Versorgung entscheidet und diese einleitet. Unabhängig von den Notaufnahmen der Krankenhäuser sollen auf dem Klinikgelände integrierte Notfallzentren geschaffen werden. Diese behandeln alle Fälle nach ihrer Dringlichkeit. Die niedergelassenen Ärzte sollen verstärkt Sprechstunden in den Abendstunden und am Samstag anbieten, um auch berufstätigen Patienten eine kontinuierliche haus- und fachärztliche Versorgung zu gewährleisten. Die elektronische Patientenakte muss umgesetzt werden, um in der Notfallversorgung auf alle Daten zugreifen zu können.

2.2.7 Versorgung im Krankenhaus

Für die Krankenhausfinanzierung sind die Länder zuständig. Da sie dieser Verpflichtung nicht ausreichend nachkommen, ist ein erheblicher Investitionsstau entstanden.

⁷ Werkstattbericht des SVR Gesundheit zum Gutachten 2018, welcher im Frühjahr erscheint.

Ferner werden bei der Planung und Überprüfung von Krankenhausstrukturen Qualitätsaspekte nicht ausreichend berücksichtigt.

Krankenhausversorgung und -planung sind Bestandteil der Daseinsvorsorge. Sie dürfen nicht den Zielen der Struktur- und Arbeitsmarktförderung untergeordnet und durch Marktteilnehmer und Wettbewerb gesteuert werden. Missbräuche bei der Privatisierung von Krankenhäusern müssen verhindert werden.

Alle Patienten in Deutschland müssen Zugang zu einer sicheren und qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung haben. Sie müssen im Notfall und bei planbaren Krankenhausaufenthalten Krankenhäuser mit der besten Qualität mit angemessenem Aufwand erreichen können. Krankenhauskapazitäten, die über den Bedarf hinausgehen oder die den Qualitätsanforderungen nicht entsprechen, müssen abgebaut werden. Bei entsprechendem Bedarf können sie z. B. in Einrichtungen der pflegerischen Versorgung oder in facharztübergreifende Versorgungsstrukturen umgewandelt werden.

Der Sicherstellungsauftrag und die Krankenhausplanung soll Länderaufgabe bleiben. Planungen müssen interkommunal erfolgen⁸. Zu den Planungskriterien müssen insbesondere auch Qualität und altersmedizinische Expertise gehören.⁹ Die verantwortliche Mitwirkung der Kommunen muss gesetzlich vorgeschrieben werden.¹⁰ Es muss sichergestellt werden, dass die Länder ihrer Verpflichtung zur Investitionsförderung in ausreichendem Umfang nachkommen. Keinesfalls dürfen Nutzungsentgelte für Investitionen verwendet werden.

2.2.7.1 Personalmindestbemessung im Krankenhaus

In den letzten Jahrzehnten sind die Pflegekräfte in Krankenhäusern soweit reduziert worden, dass schon von einem Pflegenotstand gesprochen wird. Neben der Unterstützung lebenswichtiger Funktionen, wie Atmung und Ernährung, sind die Pflegekräfte auch für die Prävention von Komplikationen, wie Dekubitus, Thrombosen oder Harnwegsinfekten, und vor allem die kontinuierliche Überwachung der Patienten zuständig. Dadurch, dass einfache Tätigkeiten wie Essen bringen oder Betten beziehen ausgelagert wurden und das Pflegepersonal auf den Stationen massiv reduziert wurde, leidet die professionelle Krankenbeobachtung und es kommt zu mehr und zu spät erkannten Komplikationen¹¹. Um diesen Missstand zu beheben, soll die Selbstverwaltung nun Pflegepersonaluntergrenzen in pflegeintensiven Bereichen schaffen.

⁸ Empfehlung 20, 7. Altenbericht der Bundesregierung

⁹ ebd.

¹⁰ ebd.

¹¹ Simon, M. 2017: Vorüberlegungen zu einem System der Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser durch Pflegepersonaluntergrenzen.

Für die Pflegekräfte selbst ist die Arbeitsbelastung auf den unterbesetzten Stationen heute so hoch, dass viele aus gesundheitlichen Gründen nur noch Teilzeit arbeiten. Pflegekräfte müssen besonders häufig und besonders früh Erwerbsminderungsrente beantragen, was einer der Gründe für weibliche Altersarmut ist. Mit attraktiveren Arbeitsbedingungen könnte sich der Fachkräftemangel in der Pflege beheben lassen.

Der Sozialverband VdK fordert, ohne weitere Verzögerung ausreichende Mindestpersonalquoten für Krankenhäuser zu schaffen und umzusetzen, um die Sicherheit der Patienten und die Gesundheit der Pflegekräfte zu gewährleisten.

2.2.8 Barrierefreie Gesundheitsversorgung

78 Prozent der Allgemeinarztpraxen sind nicht ebenerdig zugänglich. Auch stationäre Einrichtungen wie Krankenhäuser sind für den Umgang mit geistig verwirrten oder dementen Patienten nicht gerüstet. Dies schränkt den Zugang zur medizinischen Versorgung und die freie Arztwahl von Millionen von Menschen mit Behinderungen und älteren Menschen massiv ein.

Einrichtungen und Angebote der medizinischen Versorgung müssen barrierefrei zugänglich sein. Deshalb fordert der Sozialverband VdK ein KfW-Förderprogramm zum barrierefreien Umbau von Arztpraxen. Der Sozialverband VdK Deutschland hält einen Umfang von 80 Mio. Euro jährlich für erforderlich. Dies rechnet sich für die öffentliche Hand, wie die Begleitstudie von Prognos zum Programm „Altersgerecht umbauen“ gezeigt hat. Von jedem Euro, der in die Barrierefreiheit investiert wird, fließen 40 Cent an die öffentliche Hand zurück. Durch die zusätzliche Mobilisierung privaten Kapitals entsteht ein positiver Rückfluss an den Fiskus, insbesondere in Form von Lohn- und Einkommensteuer.

Für die Versorgung von Patienten mit eingeschränkter Alltagskompetenz in Krankenhäusern sind speziell geschulte Pflegekräfte notwendig. Diese Menschen sollten das Recht haben, von einem Angehörigen oder Vertrauten begleitet zu werden.

2.2.9 Palliativversorgung

Die Rechtsansprüche auf eine würdevolle Versorgung am Lebensende wurden in den letzten Jahren ausgebaut. Es fehlt aber sowohl in der speziellen ambulanten Palliativversorgung als auch in der neuen allgemeinen ambulanten Palliativversorgung an Leistungserbringern.

Der Sozialverband VdK fordert die Sicherstellung einer flächendeckenden ambulanten wie stationären Palliativversorgung.¹²

¹² Empfehlung 26, 7. Altenbericht der Bundesregierung

2.3 Patientenorientierung

Die große Heterogenität, insbesondere bei der Gruppe alter Menschen – bezogen auf individuellen Lebensstil, vorhandene Potenziale und bestehende Risiken sowie Lebenslagen und kulturelle Milieus –, wird in der medizinischen Versorgung nicht ausreichend beachtet. Dies gilt für die Kommunikation mit den Patienten, den Zugang zur Versorgung sowie für Diagnostik und Therapie.¹³

Der Sozialverband VdK fordert deshalb, dass sich die gesundheitliche Versorgung selbst und die in der Versorgung handelnden Akteure an den verschiedenartigen Versorgungsbedarfen¹⁴ und Versorgungsbedürfnissen, d. h. den berechtigten Wünschen, Erwartungen sowie der Zufriedenheit der Patienten, orientieren müssen. Diese Ziele müssen Ausgangspunkt einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung und Maßstab für die Definition von Über-, Unter- und Fehlversorgung sein. Dies gilt insbesondere für die Bedürfnisse behinderter, älterer sowie sozial benachteiligter Menschen. Die Kompetenz zu einer personorientierten, lebenslagen- und kultursensiblen Ansprache von Patienten soll zum wesentlichen Ausbildungsziel des Medizinstudiums werden.¹⁵

Die **Versorgungsziele dürfen nicht allein auf die Heilung von Krankheiten beschränkt werden, sondern müssen ganzheitlich definiert werden.** Zu den zentralen Versorgungszielen von behinderten und älteren Patienten gehören: Selbstbestimmung, Erhalt der Selbstständigkeit sowie Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft.

Hierzu **müssen die kollektiven und individuellen Rechte der Patienten gestärkt werden.** Patienten müssen gesundheitspolitische Entscheidungen auf den unterschiedlichen Ebenen mitgestalten können und ihr Recht auf Information und Selbstbestimmung muss in der individuellen Beziehung zwischen Leistungserbringer und Patient gewahrt werden.

2.3.1 Patientenberatung

Patienten brauchen leistungsträger- und leistungserbringerunabhängige qualifizierte Information und Beratung, um sich im unübersichtlichen deutschen Gesundheitssystem zurechtzufinden. Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) ist in Organisationen und Strukturen entwickelt worden, die sich gemeinnützig und ohne Gewinnerzielungsabsicht parteilich für die Interessen und Bedürfnisse von Patienten einsetzen. Eine organisatorische Verknüpfung der UPD mit den maßgeblichen Pati-

¹³ Empfehlung 23, 7. Altenbericht der Bundesregierung

¹⁴ ebd.

¹⁵ ebd.

entenorganisationen nach § 140f SGB V ermöglicht erhebliche Synergien. So kann einerseits die Erfahrung aus der Beratungsarbeit in Prozesse der Patientenbeteiligung in Gremien oder in politische Forderungen einfließen. Andererseits kann die Erfahrung aus der Patientenbeteiligung in die Beratungsarbeit einfließen.

Der Sozialverband VdK fordert deshalb, dass die Verantwortung für die UPD künftig wieder in die Verantwortung der Organisationen gelegt wird, die als maßgebliche Patientenorganisation anerkannt sind. Um institutionelle Verlässlichkeit sowohl gegenüber den Ratsuchenden als auch gegenüber den Akteuren im Gesundheitswesen zu gewährleisten, sollte auf eine befristete Vergabe verzichtet werden und eine Dauerförderung erfolgen. Die Finanzierung sollte von den Krankenkassen unabhängig sein, um mögliche Einflussnahmen auf die Beratung und auf Rückmeldungen an die Politik (Seismographenfunktion) auszuschließen. Damit für alle Ratsuchenden in Deutschland ein vergleichbares und gut erreichbares Angebot besteht, muss das Beratungsnetz ausgeweitet werden und darf nicht auf ein Callcenter reduziert werden.

2.3.2 Patientenrechte und Behandlungsfehler

2013 sind mit dem Patientenrechtegesetz die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze kodifiziert worden. Nach wie gestaltet sich aber für Patienten der Nachweis von Behandlungsfehlern schwierig und langwierig. Es gibt weder genügend Anwälte, die Patienten vertreten, noch Gutachter. Die privaten Haftpflichtversicherungen versuchen aggressiv jedes Schuldeingeständnis eines Arztes zu unterdrücken. Dabei geht es vielen Patienten erst einmal um eine Entschuldigung. Gleichzeitig überfordern die Prämien für die private Haftpflichtversicherung regelmäßig Berufsgruppen wie die Hebammen.

Der Sozialverband VdK fordert, die Patientenrechte vollständig neu im Sozialgesetzbuch zu regeln. Die Arzthaftung sollte in die Unfallversicherung übertragen werden. Bereits heute sind Gesundheitsschäden im Zusammenhang mit einer Organspende über die Unfallversicherung abgesichert.

Wie die Arbeitgeber würden auch die Ärzte, Krankenhäuser und medizinischen Hilfsberufe Beiträge an die Unfallversicherung zahlen. Im Falle eines Behandlungsfehlers übernehme die Unfallversicherung Krankheits- und Pflegekosten, nötige Umbauten, Verletztengeld sowie gegebenenfalls eine Rente oder Hinterbliebenenrente.

Im Streitfall stünde der Gang zum Sozialgericht offen. Durch die Prozesskostenfreiheit und den Amtsermittlungsgrundsatz hätten viele Patienten plötzlich die reale Möglichkeit, zu ihrem Recht zu kommen.

2.3.3 Patientenbeteiligung

Hochkomplexe Krankheits- und Symptombilder sowie mögliche funktionale Einbußen, insbesondere auch im hohen Alter, erfordern eine deutlich stärkere Patientenmitwirkung bei der Entwicklung von medizinischen Standards und Leitlinien wie auch bei der Definition individueller Therapie- und Rehabilitationsziele und ihrer Umsetzung.

Der Sozialverband VdK fordert deshalb, dass die Mitwirkung und Mitbestimmung alter Menschen sowohl bei der Entwicklung von medizinischen Standards und Leitlinien als auch im gesamten individuellen Behandlungsprozess gestärkt werden muss.¹⁶

Bei Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses haben die Patientenvertreter ein Mitberatungsrecht und das Recht, Anträge zu stellen. Im deutschen Gesundheitswesen folgt die Leistung dem Geld. Wichtige Versorgungsfragen werden durch die Entscheidung über die finanzielle Bewertung von Leistungen entschieden. Eine Patientenbeteiligung ist aber u. a. bei Rahmen- und Gesamtverträgen (Heilmittel, Arzneimittel), Strukturverträgen (Verträgen zur integrierten Versorgung, DMP-Verträgen) und insbesondere Vereinbarungen zur finanziellen Bewertung ärztlicher und nichtärztlicher Leistungen auf Bundes- und Landesebene (Bewertungsausschuss) nicht vorgesehen.

Die kollektive Patientenbeteiligung muss in den Entscheidungsgremien des Gesundheitswesens weiter ausgebaut werden. Als ersten Schritt ist der Patientenvertretung ein Stimmrecht in Verfahrensfragen einzuräumen. Zudem sollte die Beteiligung auf den Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung, zu medizinischen Versorgungszentren, zu generalisierenden Rahmenverträgen und auf die Krankenhausplanung ausgedehnt werden.

Patientenvertreter müssen organisatorisch und finanziell vergleichbar mit den Vertretern der Leistungserbringer und ihren Verbänden unterstützt werden. Der Sozialverband VdK fordert, dass die Beteiligungsrechte der Patientenvertretungen für alle Angelegenheiten der Landes-, Zulassungs- und Berufungsausschüsse sowie die Unterstützungsleistungen der Gemeinsamen Landesausschüsse analog zum Gemeinsamen Bundesausschuss geregelt werden.

2.3.4 Selbstverwaltung

Die gegenwärtigen rechtlichen Regelungen ermöglichen nicht allen Versicherten- und deren Organisationen den fairen Zugang zu den Sozialwahlen, so dass

¹⁶ Empfehlung 24, 7. Altenbericht der Bundesregierung

diese in den Selbstverwaltungsgremien nicht adäquat repräsentiert sind. Die Vorschlagsberechtigung ist einseitig arbeitnehmerorientiert und erlaubt nur selbstständigen Arbeitnehmerorganisationen und nicht Sozialverbänden unter eigenem Namen als Liste anzutreten.

Die paritätische Besetzung der Selbstverwaltungsgremien mit Arbeitgebervertretern ist nicht mehr zeitgemäß, da die Arbeitgeber in den Sozialversicherungszweigen längst nicht mehr paritätisch an der Finanzierung beteiligt sind.

Der Sozialverband VdK fordert deshalb eine Reform der Selbstverwaltung mit dem Ziel, eine breitere Versichertenrepräsentanz zu ermöglichen. Patientenvertreter müssen in allen Selbstverwaltungsgremien einschließlich des MDK vertreten sein, um die Versichertenbank gegenüber den Arbeitgebern zu stärken. Versicherten- und Patientenbeteiligung müssen gleichgewichtig ausgebaut werden.

2.4 Digitalisierung

Aus Sicht des Sozialverbands VdK bietet Digitalisierung große Chancen für das Gesundheitswesen. Durch die neuen Informations- und Kommunikationstechnologien können insbesondere

- Effizienz und Transparenz im Gesundheitswesen gesteigert,
- Versorgungsprozesse vernetzt,
- Versorgungslücken, insbesondere im ländlichen Bereich, teilweise geschlossen und
- die Information und Selbstbestimmung sowie ihre Versorgung insgesamt verbessert werden.

2.4.1 Anbindung aller Akteure im Gesundheitswesen an eine einheitliche Telematikinfrastuktur

Die Politik hat mit dem E-Health-Gesetz den Rahmen für ein digital vernetztes Gesundheitswesen geschaffen. Es enthält einen sanktionsbewehrten Fahrplan zur digitalen Vernetzung für die Selbstverwaltung (GKV-Spitzenverband, KBV, KzBV und DKG) und weitere Schritte für nutzbringende Anwendungen. Erreicht werden soll ein sektoren- und systemübergreifender sowie sicherer Austausch von Informationen in einem geschlossenen Netz. Die Einführung der Telematikinfrastuktur soll mit der Umsetzung des Versichertenstammdatenmanagements (VSDM) beginnen. Die Anwendung ist für Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten, die an der Versorgung gesetzlich Versicherter beteiligt sind, verpflichtend. Es fehlt die direkte Anbindung

des Pflegebereichs mit einer sanktionsbewerten zeitlichen Vorgabe an die Telematikinfrastruktur.

Intelligente E-Health-Lösungen sind eine wichtige Hilfe zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen. Sie können dazu beitragen, eine hohe Versorgungsqualität zu gewährleisten und älteren sowie mobilitätsbehinderten Menschen ein selbstbestimmtes Leben in der gewohnten Umgebung und mehr Lebensqualität zu ermöglichen. Insbesondere hilfe- bzw. pflegebedürftige Menschen benötigen sowohl eine medizinische als auch pflegerische Versorgung. Hinzu kommt, dass sie nicht selten mehrfach zwischen ambulanten und stationären Versorgungsformen wechseln. Ebenso wichtig ist die Vernetzung mit den Heil- und Hilfsmittelerbringern.

Wenn bis Mitte 2018 die Anbindung an die Telematikinfrastruktur nicht gelingt, dürfen die festgelegten Sanktionen nicht ausgesetzt werden. Darüber hinaus fordert der Sozialverband VdK, dass alle Akteure im Gesundheitswesen – und nicht nur die an der elektronischen Gesundheitskarte Beteiligten – schnellstmöglich miteinander vernetzt werden und ein sicherer und schneller Datentransfer ermöglicht wird.

Der Medikationsplan muss endlich flächendeckend eingeführt werden, um Unter-, Über- und Fehlversorgung bei Arzneimitteln zu verhindern.

2.4.2 Elektronische Patientenakte

Mit dem E-Health-Gesetz wird der Einstieg in die elektronische Patientenakte gefördert. Diese soll alle Daten des Patienten zusammenführen. Die elektronische Gesundheitskarte ist der Schlüssel, mit dem Ärzte und Heilberufe auf diese Akte zugreifen können.

Bis Ende 2018 müssen die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass Daten der Patienten aus bereits vorhandenen Anwendungen und Dokumentationen, wie z. B. Notfalldaten oder Medikationsplan, in einer solchen elektronischen Patientenakte bereitgestellt werden. Daten aus der Patientenakte sollen in einem Patientenfach gespiegelt werden. Im Patientenfach können auch eigene Daten, wie z. B. ein Tagebuch über Blutzuckermessungen, abgelegt werden. In dem Patientenfach sollten Patienten anders als bei der Patientenakte ihre Daten auch außerhalb von Arztpraxen, Apotheken und Kliniken eigenständig einsehen können, bisher fehlt dazu aber eine technische Lösung.

Bereits heute existieren in Krankenhäusern und Arztpraxen elektronische Patientenakten für jeden Patienten. Diese sind aber nicht kompatibel und häufig auch nicht ausreichend geschützt. Der Austausch von Informationen über eine elektronische Patientenakte kann zu einer höheren Versorgungsqualität führen und die Kommuni-

kation zwischen Arzt und Patient verbessern. Sie bietet insbesondere die Chance, die Arznei- und Therapiesicherheit zu verbessern, indem beispielsweise Doppeluntersuchungen vermieden und gefährliche Wechselwirkungen zwischen Medikamenten ausgeschlossen werden.

Aus Sicht des Sozialverbands VdK ist es völlig inakzeptabel, dass die verfügbaren elektronischen Gesundheitskarten bisher keinerlei messbaren Zusatznutzen im Vergleich zur bisherigen Krankenversicherungskarte haben.

Das informelle Selbstbestimmungsrecht des Patienten muss gewahrt bleiben, d. h., er entscheidet über die Nutzung der elektronischen Patientenakte sowie über die Speicherung und Freigabe der Daten. Ihm muss ein direkter Zugriff auf die Daten ermöglicht werden. Das geplante Patientenfach ist hierzu nicht geeignet.

2.4.3 Telemedizin

Telemedizinische Lösungen können in geeigneten Fällen eine Ergänzung oder sogar Alternative zu einer Vor-Ort-Behandlung sein. Die digitale medizinische Versorgung kommt zum Patienten, ohne dass er sich auf den Weg machen muss. Dies erleichtert insbesondere mobilitätsbehinderten und älteren Patienten die Behandlung. Gleichzeitig können telemedizinische Leistungen einer Unterversorgung in ländlichen Gebieten entgegenwirken.

Der Sozialverband VdK fordert deshalb eine gesetzliche Regelung von zulässigen Fernbehandlungen.

2.4.4 Apps in der Gesundheitsversorgung

In den vergangenen Jahren hat bei den Gesundheitsapps in der Gesundheitsversorgung eine rasante Entwicklung stattgefunden. Nutzer müssen sich darauf verlassen können, dass die von Apps gelieferten Ergebnisse sichere medizinische Entscheidungen ermöglichen. Über die Gefahren dieser medizinischen Selbstdiagnose ist noch zu wenig bekannt.

Der Sozialverband VdK fordert deshalb, dass medizinische Apps in der Gesundheitsversorgung als Medizinprodukte zertifiziert werden und die entsprechenden Anforderungen an Qualität, Sicherheit und Datenschutz erfüllen.

2.5 Wettbewerb

In seinem Sondergutachten 2012 hat der Sachverständigenrat festgestellt, dass es sich beim Kassenwettbewerb um einen – ohne nennenswerte Bezüge zur Versorgungsqualität – Beitragswettbewerb handelt. Der Zusatzbeitrag stärkt diese Tendenz noch. Die meisten Kassenwechsler sind nach den bisherigen Erfahrungen junge und besser gebildete Versicherte mit einer geringen Inanspruchnahme von Kassenleistungen. Diese interessiert die von den Krankenkassen gebotene Versorgungsqualität weniger, weil sie nur in geringem Umfang Krankenkassenleistungen in Anspruch nehmen müssen.

Die zentrale Herausforderung besteht daher darin, zu einem stärker versorgungsorientierten Wettbewerb der Krankenkassen zu kommen, der nicht im Wesentlichen über Beiträge, sondern in erster Linie über gute Versorgung geführt wird.

Die Bewilligungsquoten für Antragsleistungen variieren stark zwischen den Krankenkassen¹⁷. Auch die Mehrkostenvereinbarungen für Hilfsmittel sind von der Vertragspraxis der Krankenkasse abhängig. **Daher müssen diese Zahlen für einen echten Qualitätswettbewerb transparent gemacht werden, damit die Patienten sich für eine gute und nicht nur eine billige Krankenkasse entscheiden können.**

Durch innovative Versorgungsansätze, z. B. Programme für Diabetiker, können Krankenkassen die Ausgaben unterhalb der Zuweisung aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich halten, beispielsweise durch weniger Krankenhauseinweisungen bei entgleistem Stoffwechsel. Sie können aber auch durch eine restriktive Leistungsgewährung ihre Bilanz verbessern.

Der Sozialverband VdK fordert, dass es sich für Krankenkassen nicht lohnen darf, Menschen mit Behinderung schlecht zu versorgen. Der Risikostrukturausgleich muss im Sinne der Behandlungsqualität weiter verbessert werden. Als Grundlage hierfür soll das Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats genutzt werden. Insbesondere sollte die Begrenzung der morbiditätsbegründenden Krankheiten auf 80 bei der Berechnung des Ausgleichs überprüft werden. Um die Datengrundlage für die Berechnung zu verbessern, sollten verbindliche Vorgaben für die Erfassung der ärztlichen Diagnosen festgelegt werden. **Der Krankenkassenwettbewerb darf nicht zu einer Risikoselektion der Versicherten führen.**

Die Ausweitung des Wettbewerbs auf Satzungsleistungen hat sich nicht bewährt. Sie sind kein Wechselkriterium. Alte Menschen erfahren häufig erst in der Akutsituation, was ihre Kasse übernimmt und was nicht. **Der Sozialverband VdK fordert, dass**

¹⁷ IGES 2017: Leistungsbewilligungen und -ablehnungen durch Krankenkassen.

sinnvolle Satzungsleistungen allen Patienten, die sie benötigen, zur Verfügung stehen sollten.

2.6 Finanzierung

2.6.1 Paritätische Finanzierung

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) hat der Gesetzgeber ab 2015 den Arbeitgeberbeitragssatz festgeschrieben. Beitragssatzsteigerungen sind seitdem ausschließlich von den Versicherten über kassenindividuelle einkommensabhängige Zusatzbeiträge zu finanzieren. Dies widerspricht dem Solidarprinzip, weil alle zukünftigen Beitragssatzsteigerungen allein von den Versicherten zu tragen sind, hierdurch wird die Legitimation der hälftigen Beteiligung der Arbeitgeber innerhalb der Selbstverwaltungsgremien und das Interesse der Arbeitgeber an einer effizienten und wirtschaftlichen Versorgung zunehmend in Frage gestellt.

Der Sozialverband VdK fordert deshalb die sofortige Rückkehr zur paritätischen Finanzierung durch Arbeitgeber und Versicherte.

2.6.2 Verbesserung der Einnahmesituation der Krankenkassen

2.6.2.1 Solidarische Versicherung der Gesamtbevölkerung

Die Abgrenzung zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und privater Krankenversicherung ist verteilungspolitisch und unter dem Gesichtspunkt einer einheitlichen Versorgung ungerecht. Die Regelungen zur Beitragsbemessung bei freiwillig Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung zeigen, dass die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland zu komplex ist. Die vielen Ausnahmen verhindern Beitragsgerechtigkeit. So müssen etwa Beamte, denen wegen einer Behinderung der Zugang zu PKV verwehrt wird, derzeit in der GKV bei freiwilliger Versicherung den vollen Beitragssatz zahlen.

Der Sozialverband VdK fordert, dass zur Stärkung der Solidargemeinschaft und der Vermeidung einer Zweiklassenmedizin die gesamte Bevölkerung im System der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung versicherungspflichtig wird und damit eine Krankenvollversicherung in der PKV abgeschafft wird.

In einem ersten Schritt sollten

- die Vergütung für Ärzte bei gesetzlich und privat Versicherten – bei stabiler Gesamtvergütung – vereinheitlicht,
- ein Solidarausgleich zwischen privater und gesetzlicher Kranken- und Pflegeversicherung eingeführt und
- Beamten auf Antrag die Möglichkeit der Pflichtversicherung in der GKV mit paritätischer Beteiligung des Dienstherrn gegeben werden, wie es in Hamburg bereits umgesetzt wurde.

2.6.2.2 Familienversicherung

Die beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten und Kindern im Rahmen der Familienversicherung muss als besondere Form des Solidarausgleichs und zur Entlastung von Familien in der Erziehungsphase beibehalten werden. **Familienpolitische Leistungen als besondere Form des Solidarausgleichs sind allerdings eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und sollten deshalb steuerfinanziert werden.**

2.6.2.3 Finanzierung durch Beiträge und Beitragsgerechtigkeit

Die umlagefinanzierte Krankenversicherung hat sich in Krisenzeiten bewährt. Die Finanz- und Wirtschaftskrise hat bewiesen, dass Kapitaldeckung keine Alternative ist. Die Einführung einer ergänzenden Kapitalfundierung im umlagefinanzierten Kranken- und Pflegeversicherungssystem wird abgelehnt. Die Finanzierung sollte deshalb weiter überwiegend durch Beiträge – und einen verlässlichen Bundeszuschuss erfolgen.

Ruheständler werden mit dem vollen Krankenversicherungsbeitrag auf Versorgungsbezüge belastet. Bei der Beitragsgestaltung ist eine unterschiedliche Behandlung für die Aufbringung von erwerbstätig beschäftigten Versicherten und Ruheständlern nicht sachgerecht. Weitere Belastungen sind deshalb völlig inakzeptabel.

Beiträge zu einer privaten Altersvorsorge sind im Rahmen der Entgeldumwandlung sozialversicherungsbeitragsfrei. Dadurch werden die Arbeitgeber entlastet und der Sozialversicherung notwendige Beiträge entzogen. Die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung werden dagegen auch zur Bemessung der Krankenversicherungsbeiträge herangezogen. Diese Ungleichbehandlung ist nicht sachgerecht. Sie schwächt die Sozialversicherungen und mindert die Ansprüche auf Krankengeld, Arbeitslosengeld und Rente des einzelnen Arbeitnehmers.

Bei freiwillig Versicherten, Selbstständigen und Ruheständlern gelten Mindestbemessungsgrundlagen für die Beitragsfestsetzung, auch wenn das tatsächlich erzielte und mittels Steuerbescheid ausgewiesene Einkommen darunter liegt. Dies widerspricht dem Solidarprinzip und dem Grundsatz in § 240 SGB V, wonach die Beitragsfestsetzung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit berücksichtigen soll. Auch führen die Mindestbemessungsgrundlagen häufig zu unzumutbaren Härten. Unverhältnismäßig hohe Krankenversicherungsbeiträge erschweren zusätzlich gering verdienenden Selbstständigen den Aufbau einer Alterssicherung.

Der Sozialverband VdK fordert deshalb die Einführung einer Versicherungspflicht für Selbstständige in der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung. In einem ersten Schritt sollten die bestehenden Mindestbeiträge für freiwillige Mitglieder deutlich abgesenkt werden.

2.6.2.4 Definition der beitragspflichtigen Einnahmen, Beitragsbemessungsgrenze

Zur Sicherung der notwendigen, zweckmäßigen Leistungen entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts hält der Sozialverband VdK eine Verbesserung der Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung für notwendig. Nach allen bisherigen Erfahrungen ist von einem weiteren Wachstum der Gesundheitsausgaben auszugehen. Hier hat sich als problematisch erwiesen, dass Bemessungsgrundlage für die Beiträge im Wesentlichen nur die Erwerbseinkommen sind. Ebenso haben sich Erwerbs- und Kapitaleinkommen ungleich entwickelt. Diese sind in der Vergangenheit wegen sinkender oder stagnierender Lohnquote oder Arbeitslosigkeit nicht entsprechend den Ausgaben gewachsen. Überproportional zugenommen haben insbesondere höhere Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze. Hierdurch kam es zu Defiziten in der Krankenversicherung.

Daher hält es der Sozialverband VdK für notwendig, die Beitragsbemessungsgrenze mindestens auf das Niveau der Rentenversicherung anzuheben und die Bemessungsgrundlage auf alle Einkommensarten auszudehnen. Für Altersvorsorge muss es wirksame Freibeträge geben. Dadurch würde es insgesamt zu einer Senkung des Beitragssatzes kommen, und insbesondere kleine und mittlere Einkommen würden entlastet.

2.6.2.5 Bundesbeteiligung für versicherungsfremde Leistungen

Nach der Schätzung des GKV-Spitzenverbands lagen die versicherungsfremden Leistungen in 2011 bei ca. 34 Mrd. Euro. Die Bundesbeteiligung für versicherungsfremde Leistungen wurde mit dem GKV-Modernisierungsgesetz 2004 eingeführt und seither viermal geändert. Die jährlichen Zahlbeträge wurden je nach der Finanzlage

des Bundes oder der GKV reduziert oder wieder erhöht. Ab 2017 ist der Bundeszuschuss auf jährlich 14,5 Mrd. Euro festgeschrieben. Versicherungsfremd erfolgt, neben den bekannten Leistungen für die Familienmitversicherung, eine Subventionierung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, ebenso die Finanzierung des Strukturfonds aus Beitragsmitteln. Desgleichen ist die Pauschale für Arbeitslosengeld II-Empfänger unzureichend. Geplant ist des Weiteren, dass mit der Reform des Sozialen Entschädigungsrechts die Kosten für die Heilbehandlung von Entschädigungsberechtigten nicht mehr vom Bund erstattet werden.

Der Sozialverband VdK fordert, dass im Rahmen einer nachhaltigen Finanzierung der GKV die Erstattung von versicherungsfremden Leistungen durch den Bund auf eine verlässliche rechtliche Grundlage gestellt werden und dem tatsächlichen Aufwand entsprechen muss. Der Griff in die Sozialkassen durch die Politik zur Haushaltssanierung muss gesetzlich ausgeschlossen werden. Die Finanzierungsbeteiligung des Bundes muss jährlich dynamisiert werden.