



6 • 2017

KOALITIONSVERTRAG & GROSSE KOALITION – CHANCEN UND RISIKEN



Jenseits von Paragraphen und Verträgen lebt unser Gesundheitssystem vom Gespräch und vom Austausch der Akteure. Vor allem Weiterentwicklungen unseres Gesundheitssystems finden nicht am Reißbrett statt, sondern im Diskurs der Akteure miteinander. Mit iX-Media wird diesem Austausch eine Plattform gegeben. Wir laden „auf allen Kanälen“ zum Dialog ein: Print, Audio und Video stehen Ihnen zur Verfügung, um Ihre Positionen, Ihre Ideen, Ihre Erkenntnisse der gesundheitspolitischen Community mitzuteilen.

Mit Dr. Albrecht Kloepper, Dr. Jutta Visarius, Dr. Martina Kloepper und dem übrigen iX-Media-Team stehen langjährige Systemexperten hinter dem Projekt, die wissen wie gesundheitspolitisch der Hase läuft (und zukünftig laufen wird), die der Komplexität des Themas auch mit einfachen Worten gerecht werden können und denen auch die technischen Aspekte medialer Umsetzungen vertraut sind. Wenden Sie sich an uns – wir sind für Sie da!



GESUNDHEITSPOLITISCHER WOCHENRÜCKBLICK

Die iX-Highlights informieren immer montags über aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen und liefern relevante Hintergrundinformationen. In seinem gesundheitspolitischen Editorial bewertet Dr. Albrecht Kloepper ein herausragendes Wochenthema. In der Rubrik „Mondphasen“ kommen einmal im Monat Vertreter aus Politik oder Selbstverwaltung zu Wort. Aktuelle Dateien der Woche (Bundestagsdrucksachen, Studien etc.) können als Service zusätzlich kostenlos abgerufen werden.



GESUNDHEITSPOLITIK IN DER DISKUSSION

Die Zeitschriften-Reihe iX-Forum greift die großen gesundheitspolitischen Themen des Gesundheitswesens auf und bietet Ihnen die Möglichkeit, mit ausreichend Platz und in ansprechendem Rahmen Ihre Positionen, Ihre Ideen, Ihre Erkenntnisse der gesundheitspolitischen Szene mitzuteilen. Der Clou an der Sache: Die Hefte werden bundesweit an mehr als 2.500 gesundheitspolitische Entscheider und Meinungsführer versandt. – Wir sorgen dafür, dass Ihre Gedanken Beachtung finden!



GESUNDHEITSPOLITIK ZUM HÖREN

In monatlicher Folge widmet sich iX-Radio einem aktuellen gesundheitspolitischen Thema und lässt dazu die wichtigsten Entscheider zu Wort kommen. Erläuternde Moderationen beleuchten die Hintergründe und stellen das jeweilige Thema in den Kontext der unterschiedlichen Interessen. Ziel dabei ist, dass nicht nur die Szene sich selbst bespiegelt, sondern dass unser komplexes Gesundheitssystem auch Außenstehenden nahe gebracht wird.



VISUELLE PRÄSENZ IM GESUNDHEITSWESEN

iX-Spotlight ist die Video-Plattform für Ihre bildstarke Kommentierung des aktuellen Zeitgeschehens im Gesundheitssystem. Denn um überzeugende Statements sichtbar in Szene zu setzen, sind nicht nur eindrucksvolle Bilder ausschlaggebend, sondern vor allem auch fundierte Kenntnisse des Systems. Mit Dr. Martina Kloepper haben wir eine bühnen- und filmerfahrene Expertin im Team, die auch Sie medienwirksam „in Szene setzen“ kann.

Koalitionsvertrag & große Koalition – Chancen und Risiken



- 4** **Editorial**
Dr. Jutta Visarius, Dr. Albrecht Kloepper
Herausgeber



- 6** **Koalition punktet mit Parität – und muss dicke Bretter bohren**
Dr. Jörg Meyers-Middendorf
Vertreter der Vorstandsvorsitzenden und Abteilungsleiter
Politik/Selbstverwaltung Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)



- 10** **Die gesundheitspolitischen Pläne der Großen Koalition:
Zwischen Aufbruch und „Weiter so“**
Jürgen Hohnl
Geschäftsführer des IKK e.V.



- 14** **Konkrete Verbesserungen statt teurer ideologischer Experimente**
Dr. Volker Leienbach
Direktor des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V.



- 18** **Licht und Schatten aus Sicht der ambulanten Versorgung**
Martin Degenhardt
Hauptstadtrepräsentant für die Freie Allianz der Länder-KVen (FALK)



- 22** **Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die
19. Legislaturperiode – Bewertung aus Sicht des VLK**
Prof. Dr. Hans Fred Weiser
Präsident des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V.



- 28** **Versorgung gestalten, die Chancen der Digitalisierung nutzen
und Parodontitis bekämpfen – Die politische Agenda der KZBV**
Dr. Wolfgang Eßer
Vorsitzender des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung



- 33** **Digitalisierung, Pflege und viele Reformkommissionen – ein Blick auf den
Koalitionsvertrag 2018-21 – Eine Analyse seitens der Bundeszahnärztekammer**
Dr. Peter Engel
Präsident der Bundeszahnärztekammer



- 37** **Reform des Psychotherapeutengesetzes**
Dr. Dietrich Munz
Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer



- 41** **Die Herausforderungen der Großen Koalition in der Gesundheitspolitik**
Birgit Fischer
Hauptgeschäftsführerin des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller e. V.

Impressum

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

vor Ihnen liegt die erste Ausgabe der neuen Reihe „iX-Forum“, die aus dem alten „Forum für Gesundheitspolitik“ des LetV-Verlages hervorgegangen ist.

Wir setzen damit die erfolgreiche Diskussionsplattform zum aktuellen gesundheitspolitischen Geschehen fort und können stolz berichten, dass die Hefte des iX-Forums ab sofort kostenfrei an mehr als 2.500 gesundheitspolitische Entscheider aus Bund und Ländern versandt werden. Wir würden uns freuen, mit den Beiträgen unserer Autorinnen und Autoren (und unseren eigenen) dazu beitragen zu können, die gesundheitspolitische Diskussionskultur anzuregen und weiter zu differenzieren. Wir sind zutiefst davon überzeugt, dass nur auf diesem Wege – und nicht etwa durch wechselseitige Blockaden oder juristische Auseinandersetzungen – unser Gesundheitssystem den Herausforderungen gewachsen sein wird, denen es durch den demographischen Wandel, den medizinisch technischen Fortschritt und die digitale Revolution bereits jetzt und in den kommenden Jahren noch verstärkt ausgesetzt sein wird. Wir sind zudem der festen Überzeugung, dass sich das intellektuelle Ringen um dieses weltweit einmalige System trotz oder gerade wegen aller historisch gewachsenen Absonderlichkeiten und Zufälle lohnt. Zusammen mit den anderen Produkten der iX-Media soll auch das iX-Forum zu dieser Diskussion seinen Beitrag leisten.

Mit Ihnen zusammen und für uns alle!

Der Koalitionsvertrag und die neue „große“ Koalition sind die Sujets unseres ersten Heftes, in dem wir eine Frühbilanz und Prognose wagen wollen: Auch mit diesem Koalitionsvertrag bewahrheitet sich die Beobachtung, dass wir in unserem Gesundheitssystem offensichtlich kein Erkenntnis-, sondern ein Umsetzungsproblem haben. Was im Koalitionsvertrag formuliert ist, zeigte sich auch in der Aussprache zur Regierungserklärung des neuen Bundesgesundheitsministers Jans Spahn: Gute Absichten mit viel

Konsens, aber wenig konkrete Aussagen zur Umsetzung – und Skepsis bei mehr oder minder konkreten Ideen zur Verbesserung der aktuellen Situation.

Am deutlichsten wird dies bei jenen 8.000 Pflegekräften, die zukünftig die Altenpflege verstärken sollen. Niemand kann im Ernst etwas dagegen haben (Zustimmung von allen Seiten) – aber wie soll das bewerkstelligt werden? Woher sollen diese Kräfte kommen? Sie sind letztlich auch nur ein Tropfen auf den heißen Stein, die sprichwörtliche Weiße Salbe, die zwar nichts schadet, aber an der konkreten Situation auch nichts ändert? Böse Zungen unken: „Ja und? Wir hatten 20.000 fehlende Pflegekräfte, jetzt haben wir halt 28.000...“

Tendenzen für derartige Weiße Salben lassen sich im Koalitionsvertrag in Serie ausmachen. Sie finden auch Ausdruck in zahllosen Kommissionen und Arbeitsgruppen, die in den Jahren 2019, 2020 oder wann auch immer Lösungsideen zu Überwindung der Situation vorlegen sollen. Es wäre verwunderlich, wenn hier mehr zelebriert würde als die politische Kunst, einen Luftballon laut steigen und leise platzen zu lassen. So oder ähnlich fallen auch die Urteile der Autorinnen in Autoren dieses iX-Forum-Heftes aus. Jeweils aus der eigenen Perspektive, versteht sich, und deswegen umso umfassender in der Gesamtschau. Was Hoffnung macht – uns und unseren schreibenden Gästen –, ist die Person Jens Spahn. Wer den dynamischen und ehrgeizigen Münsterländer kennt, weiß, dass das Warten auf irgendwelche Kommissionsergebnisse Jens Spahns Sache nicht ist. Die Vorstellung, den Minister in seinem Hause beim Däumchendreien zu beobachten, bis beispielsweise im Jahre 2020 die Bund/Länder-Arbeitsgruppe zu sektorenübergreifenden Versorgung geneigt ist, ihr Ergebnisse vorzulegen, ist absurd. Spahn wird handeln, und er hat sicher nicht zufällig bereits an seinem ersten Amtstag mehrmals darauf hingewiesen, dass ihm nur noch dreieinhalb Jahre Zeit bleiben. Auch die Personalentscheidungen der ersten Tage zeigen, dass der Minister unverzüglich die Ärmel hochkrempeln will und sich auf ein in den letzten Jahren stabil gewachsenes Netz-

werk von treuen Macherinnen und Machern verlassen kann. Dass dabei auf die geregelten Biographien von Ministerialbürokratien keine Rücksicht genommen wird, deutet den Stil an, mit dem Spahn sich anschickt, das Gesundheitswesen neu zu sortieren. Hier wird der Umgang mit dem eigenen Haus nur der erste und vermutlich harmloseste Schritt sein. Noch spannender dürfte es für die Funktionäre der GKV-Selbstverwaltung werden, die sich vermutlich noch immer in der Sicherheit wiegen, schon viele Gesundheitsminister kommen und gehen gesehen zu haben. Das weiß auch der neue Minister, und er dürfte wenig Neigung verspüren auch sein Haupt einst an der traditionsreichen Trophäenwand der GKV-Selbstverwaltung wiederzufinden. Wer hier Jäger und wer Gejagter ist, wird zu den spannendsten Fragen der nächsten Legislaturperiode gehören.

Damit schließt sich der Kreis. Uns und die iX-Media treibt mit unseren Angeboten die feste Überzeugung um, dass

die im Kern bewährte Selbstverwaltung unserer Gesetzlichen Krankenversicherung nur dann eine Existenzberechtigung hat und sich bewahren kann, wenn sie bereit und in der Lage ist, sich in dem Maße zu reformieren und zu erneuern, in dem sich auch das System selbst durch die eingangs genannten äußeren Einflüsse erneuern wird – und zwar ob sie will oder nicht!

Nur wer sich ändert, bleibt sich treu, sang einst Wolf Biermann. Die jetzt angebrochene Legislaturperiode wird wie kaum eine zuvor zeigen, ob sich unser bisheriges, selbst verwaltetes Gesundheitssystem in diesem Sinne treu bleibt. Diesen Prozess zu begleiten, zu befördern, zu befruchten und – wenn nötig – zu beschleunigen ist Ziel, Aufgabe und Fokus des jetzt vorliegenden aber auch aller zukünftigen Hefte des iX-Forum.

Wir freuen uns darauf – und hoffen auf Ihre rege Begleitung!

Herzlich grüßen Sie



Dr. Jutta Visarius



Dr. Albrecht Kloepper

Koalition punktet mit Parität – und muss dicke Bretter bohren

Dr. Jörg Meyers-Middendorf
Vertreter der Vorstandsvorsitzenden und Abteilungsleiter Politik/Selbstverwaltung
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)



Nach relativ kurzen Verhandlungen haben sich CDU, CSU und SPD am 7.2.2018 auf einen Koalitionsvertrag verständigt. Der Druck war groß. Fünf Monate nach der Bundestagswahl und dem Scheitern von Jamaika ging es darum, schnell eine tragfähige Absprache zu formulieren, die die Basis für eine stabile Regierung in Deutschland unter einer erneuten großen Koalition bildet.

Das ist gelungen. Mit dem Koalitionsvertrag werden wesentliche Probleme angegangen. Natürlich sind viele Details noch offen. Es wird sich zeigen, wie der neue Gesundheitsminister seine Spielräume nutzen und den Koalitionsvertrag umsetzen wird. Dabei muss er sich zentralen Zukunftsaufgaben stellen:

- Die starre, sektorale Struktur wirkt immer anachronistisch. Sie muss überwunden und die Vernetzung im Gesundheitssystem vorangetrieben werden.
- Die Herausforderungen, die sich aus der Digitalisierung ergeben, müssen proaktiv aufgenommen und in den Dienst einer besseren, effizienten und modernen Versorgung gestellt werden.
- Die wichtigste Ressource in der medizinischen und pflegerischen Versorgung ist der Mensch. Diese Ressource muss gepflegt werden; durch gute Arbeitsbedingungen, faire Gehälter und berufliche Entwicklungsperspektiven.

Mit Jens Spahn ist einem gesundheitspolitisch erfahrenen Sozialpolitiker die Verantwortung für das Gesundheitsressort übergeben worden. Das ist gut, denn das wichtige Gesundheitsministerium braucht angesichts der sich stellenden Aufgaben eine starke Führung.

Handlungsfeld ärztliche Versorgung

Versorgungsthemen gehören auf die Agenda einer jeden Bundesregierung. In den ländlichen Gebieten werden In-

frastrukturversprechen immer schwerer einlösbar. Die Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung dort brennt unter den Nägeln und erfordert eine Überwindung der starren Grenzen zwischen ambulant und stationär. Auch die technischen Entwicklungen und die sich ändernden Nutzungsgewohnheiten werden sich nicht an überkommenen Sektorengrenzen ausrichten. Eine Arbeitsgruppe aus Bund und Ländern soll sich mit diesen Fragen befassen. Es sind dicke Bretter, die gebohrt werden müssen und die Regierung hat sich klug beraten, überschaubare Einstiege, wie ihn die Notfallversorgung darstellt, zu wählen. Die laufenden Diskussionen zwischen den Vertretern der Krankenhäuser und der niedergelassenen Ärzteschaft zeigen: Schon das wird schwer genug.

Der Koalitionsvertrag zeigt, welche Ideen die neue Regierung bei der Versorgungsgestaltung verfolgen will. Unter anderem sollen Landärzte und die „sprechende Medizin“ besser vergütet werden. Mit einem seiner ersten Gesetzgebungsverfahren will Jens Spahn die Attraktivität der Niederlassung im ländlichen Raum erhöhen, die Ärzte stärker in die Pflicht nehmen und die unselige Diskussion um eine Zweiklassenmedizin beenden. Das ist überfällig. Auch nach einer aktuellen Umfrage des vdek fühlen sich GKV-Versicherte am meisten bei den Wartezeiten auf einen Arzttermin benachteiligt. Dazu sollen die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) unter einer bundesweit einheitlichen Telefonnummer ganztägig zu erreichen sein und zusätzlich zu den fachärztlichen auch haus- und kinderärztliche Termine vermitteln.

Außerdem soll das Mindestsprechstundenangebot der Vertragsärzte für GKV-Patienten von 20 auf 25 Stunden erhöht werden. Solche Auflagen sind den Ärzten durchaus zumutbar, und es sollte auch über geeignete Sanktionsmechanismen nachgedacht werden. Die ärztlichen Themen werden Spahn damit aber nicht verlassen. Eine wissenschaftliche Kommission soll sich dem Thema Honorarangleichung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung annehmen und bis Ende 2019 Vorschläge erarbeiten. Das ist eine Mammutaufgabe, die viele Fallstricke bietet und bei der es nicht nur Gewinner geben kann.

Handlungsfeld Krankenhaus

Im stationären Bereich wollen sich die Koalitionäre insbesondere dem Pflegepersonal annehmen. Es sollen verbindliche Personalbemessungsinstrumente eingeführt und die Personaluntergrenzen im Krankenhaus auf alle bettenführenden Abteilungen erweitert werden. Zudem sollen die Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen herausgelöst werden. Dies ist ein heißes Eisen, denn es greift tief in die Entgeltsystematik im Krankenhausbereich ein. In der Umsetzung ist darauf zu achten, dass keine Fehlanreize entstehen und die Pflege bei den Menschen ankommt. Das kann nur gelingen, wenn in diesem Zuge Transparenz über die Pflegeaufwände entsteht und nachgehalten werden kann, welches Krankenhaus Pflegepersonal einstellt und nicht – wie bisher – abbaut. Der vdek wird diese Transparenz massiv einfordern. Einen Bogen macht die neue Koalition um das Thema Krankenhausinvestitionen. Zwar soll der Strukturfonds, der in der letzten Legislaturperiode eingeführt worden ist und aus Mitteln des Gesundheitsfonds und der Bundesländer gespeist wird, fortgeführt werden. Das ersetzt aber nicht die Investitionsförderung durch die Länder. Nach wie vor kommen diese ihren Finanzierungsverpflichtungen nicht umfassend nach.

Handlungsfeld Pflege

Ungeachtet der Tatsache, dass hier in den letzten Jahren große Reformen umgesetzt wurden, ist die Pflege eines der gesundheitspolitischen Mega-Themen dieser Wahlperiode. Kein Wunder – ob in der Altenpflege oder im Krankenhaus – überall herrscht Personalnot. Gleichzeitig wächst der Bedarf an Pflegekräften. Der vdek unterstützt das Ziel, eine gute Pflege nachhaltig personell zu sichern. Angesichts der Situation auf dem Arbeitsmarkt ist dies eine anspruchsvolle Aufgabe und es braucht mehr als Geld und gute Worte. Die Koalitionäre wollen gleich zu Beginn ein Sofortprogramm auflegen, um zusätzliche Stellen in der Alten- und Krankenpflege zu fördern. Zur Bekämpfung der Personalknappheit soll eine Ausbildungs-offensive erfolgen und Anreize für die Rückkehr von Teilzeit in Vollzeit gesetzt werden. Sie sprechen sich für die flächendeckende Anwendung von Tarifverträgen aus und in einem ersten Schritt sollen 8.000 neue Fachkraftstellen für die medizinische Behandlungspflege in Pflegeeinrichtungen geschaffen werden. Letztere sollen allerdings von der GKV finanziert werden. Hierüber mag man streiten. Unstrittig ist: Wenn es gelingen soll, genügend Menschen für die Pflegeberufe zu begeistern und sie dauerhaft zu halten, braucht es gute Arbeitsbedingungen, berufliche Entwicklungsperspektiven und eine höhere Wertschätzung dieser gesellschaftlich so wichtigen Arbeit.

Handlungsfeld Finanzierung

Es gehört zur Aufgabe einer jeden Regierung, die Finanzierungsgrundlagen der GKV sicherzustellen. Die GKV hat in den vergangenen Jahren von dem Anstieg sozialversicherungspflichtiger Arbeitsverhältnisse profitiert und steht zurzeit gut da. Das wird nicht ewig so bleiben. Die Kosten werden steigen. Deshalb ist die beschlossene Rückkehr zur Parität in der Krankenversicherung ein großer Schritt. Immerhin werden die Versicherten um gut sieben Milliarden Euro im Jahr entlastet. Hierfür hat sich der vdek seit Jahren stark gemacht. Ab dem 1.1.2019

werden die Krankenkassenbeiträge wieder hälftig von Arbeitgeber und Arbeitnehmer finanziert. Damit übernehmen auch die Arbeitgeber wieder mehr Verantwortung für ein leistungsfähiges und effizientes Versorgungssystem. Dies hatten sie angesichts eingefrorener Arbeitgeberbeiträge fast vergessen. In Zuge dieses Gesetzes sollen auch die sogenannten „kleinen Selbständigen“ bei den Krankenversicherungsbeiträgen entlastet werden. Ungewiss ist, ob die Regierung ihre Zusage, die Zuschüsse zur Krankenversicherung für die Bezieher von ALG II schrittweise bis zur Kostendeckung anzuheben, wirklich nachkommen wird. Hier hat der Finanzminister das letzte Wort. Die Koalitionäre wollen sich auch der drängenden Aufgabe annehmen, den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich mit dem Ziel eines fairen Wettbewerbs und dem Schutz vor Manipulationen weiterzuentwickeln. Die derzeitige Ausgestaltung des RSA erzeugt massive Wettbewerbsverzerrungen zugunsten der AOKen und zulasten der anderen Kassensysteme. Hier ist schnelles Handeln erforderlich, damit sich die Schieflage nicht weiter verstärkt.

Handlungsfeld Selbstverwaltung

Die soziale, die gemeinsame und die berufsständische Selbstverwaltung sind konstituierend für das Gesundheitssystem in Deutschland. In der aktuellen Legislaturperiode sollen die Sozialwahlen modernisiert werden. Einen erfolglosen Anlauf dazu gab es bereits; es ist zu hoffen, dass die neue Regierung erfolgreicher sein wird. In den Ersatzkassen wird das Prinzip der Urwahlen aktiv gelebt. Der vdek setzt sich für Online-Wahlen ein, um die Sozialwahlen zeitgemäß durchführen zu können. Die Politik ist gut beraten, die Kräfte in der Selbstverwaltung zu stärken und zu nutzen. Am Beispiel des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) wird deutlich, dass die Haltung der Politik zur Selbstverwaltung nach wie vor ambivalent ist. Der MDK soll – so der Koalitionsvertrag – unabhängig nach bundesweit einheitlichen und verbindlichen Regelungen arbeiten. Das wird heute schon

so gelebt. Die Arbeit des MDK erfolgt nah am Menschen. Gesetzliche Fristen sichern ein Handeln ohne Zeitverluste. Die wichtige Arbeit des MDK eignet sich nicht für die politische Profilierung. Im Gegenteil: Es gilt, seine Handlungsfähigkeit zu sichern und eine reibungslose Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und MDK zu unterstützen.

Handlungsfeld Digitalisierung

Der Koalitionsvertrag enthält viel zur Digitalisierung: Die Telematikinfrastruktur soll ausgebaut, die Patientenakte für alle Versicherten bis 2021 eingeführt, neue Zulassungswege für digitale Anwendungen geschaffen, die Interoperabilität hergestellt werden. Weiter soll das Fernbehandlungsverbot überprüft, der Impfpass, der Mutterpass und das Untersuchungsheft digital gespeichert und das Zahnbonusheft digital verwaltet werden. Auch die Akteure im Gesundheitswesen – allen voran Krankenkassen – schaffen mit ihren Projekten Fakten. Die Grundlage für eine rasche technologische Entwicklung ist der dringend erforderliche Ausbau des Breitbandnetzes in Deutschland. Wenn Deutschland zum Vorreiter für digitale Innovationen im Gesundheitssystem werden soll, müssen erst einmal die Rückstände aufgeholt werden. Bei aller Technikbegeisterung darf nicht vergessen werden, dass der Patient immer freiwillig entscheiden können muss, ob er die neuen Angebote nutzen will oder nicht. Er kann verlangen, dass seine persönlichen Daten geschützt werden. Der jüngste Facebook-Skandal hat einmal mehr gezeigt, dass technische Möglichkeiten zu unerwünschtem Handeln verleiten können. Ein digitalisiertes Gesundheitswesen braucht wirksame Sicherungen.

Die Ersatzkassen und ihr Verband werden die Gesundheitspolitik der 19. Legislaturperiode engagiert begleiten und ihre Expertise und ihre Ideen einbringen. Mit ihren Projekten zeigen sie auf, wo Verbesserungs- und Entwicklungsmöglichkeiten bestehen. Sie tun dies mit einem starken Mandat aus den Sozialwahlen und im Interesse ihrer Versicherten.

Die gesundheitspolitischen Pläne der Großen Koalition: Zwischen Aufbruch und „Weiter so“



Jürgen Hohnl

Geschäftsführer des IKK e.V.

Neuer Aufbruch, neue Dynamik und neuer Zusammenhalt – mit diesem Versprechen hat die neue Regierung ihren 177-seitigen Koalitionsvertrag überschrieben. Wohl auch, um gar nicht erst den Eindruck zu erwecken, die neue (alte) große Koalition stehe für ein „Weiter so“. Doch gelingt ihr das?

Im Part „Gesundheit und Pflege“ des Koalitionsvertrags zeigt sich ein Motiv, das auch schon in der letzten Legislaturperiode oft zum Tragen kam: Zwar werden für die Versorgung wichtige und richtige Probleme angesprochen, doch zur Problemlösung wird dann oft und gern auf die vermeintlich überquellenden Kassen der GKV zugegriffen. Dies aber, ohne gleichzeitig den Kassen entsprechende Gestaltungsmöglichkeiten zu geben.

Schwerpunkt Pflege

Wie schon bei den Sondierungsgesprächen zur Jamaika-Koalition, steht die Verbesserung der Situation in der Pflege ganz oben auf der Prioritätenliste des neuen Gesundheitsministers. Ein ohne Zweifel wichtiges Anliegen. Hierfür sollen in einem Sofortprogramm neue Fachkraftstellen geschaffen werden. Damit dies nicht von den zu Pflegenden bezahlt werden muss, sollen diese im Rahmen der medizinischen Behandlungspflege voll durch die GKV finanziert werden. Die Zahl 8.000 scheint aus der Luft gegriffen zu sein. Sozialverbände sehen hier nur einen Tropfen auf dem heißen Stein, andere fragen, wo denn die qualifizierten Fachkräfte herkommen sollen? Aus unserer Sicht ist es vor allem der angekündigte Einstieg in die Verlagerung der medizinischen Behandlungspflege auf die Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), den wir mit Sorge sehen. Der GKV-SV rechnet mit Kosten in Höhe von bis zu 450 Millionen Euro. Das Volumen der Behandlungspflege wird auf insgesamt rund drei Milliarden Euro geschätzt. Ist dies nur ein Verschiebeparkplatz? Oder ist es ein Vertrag zu Lasten Dritter?

Ebenfalls soll die Pflege im stationären Bereich besser abgesichert werden. Der Ansatz auch hier: Die GKV wird zur Finanzierung von Tarifsteigerungen herangezogen. Das erleichtert den Tarifpartnern natürlich das Geschäft. Man würde sich wünschen, dass der Appell an die Tarifpartner, für eine bessere Vergütung zu sorgen, nicht nur dann erfolgt, wenn es zu Lasten der GKV geht. Gerade zum Beispiel im Bildungsbereich könnte man hier einige Akzente setzen. Da diese aber natürlich zum Beispiel die Länderhaushalte treffen würden, verzichtet man hier auf derartige Appelle.

Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen angehen

Apropos Finanzierung. Natürlich ist dieses Stichwort für die gesetzliche Krankenversicherung, die im selbstverwal-

teten System der Sozialversicherung nicht umsonst als „Kostenträger“ fungiert, wichtig. Es ist der letzte Absatz des siebten Kapitels („Soziale Sicherung gerecht und verlässlich gestalten“), der sich mit diesem Thema beschäftigt. Fünf der insgesamt 13 Zeilen werden für die Themen ALG-II-Bezieher und kleine Selbstständige verwendet. Vier Zeilen widmen sich der Wiederherstellung der paritätischen Finanzierung der Beiträge ab Januar 2019, wovon auch der Zusatzbeitrag erfasst werden soll. Dies wird von den Versichertenvertretern und Gewerkschaften als Erfolg bewertet, wird es doch zu einer Entlastung der Versicherten führen. Die Arbeitgebervertreter sehen die Gefahr der Belastung der Wirtschaft. Sie beharren deshalb schon jetzt darauf, dass die Sozialbeiträge nicht über 40 Prozent steigen sollen. Das Problem wird bei einer anhaltend guten wirtschaftlichen Lage und Beschäftigungssituation nicht virulent. Aber in Zeiten einer wirtschaftlichen Krise und eines Einbruchs am Arbeitsmarkt wird sich das schnell ändern. Dann werden sich die Griffe in die Geldtasche der Sozialversicherung schnell rächen.

Auch Sicht der Innungskrankenkassen fehlt ein klares Bekenntnis, dass die versicherungsfremden Leistungen aus Steuermitteln finanziert werden sollen. Da tröstet es nicht, dass endlich kostendeckende Beiträge zur GKV für die Bezieher von ALG II vorgesehen sind, wenn im nächsten Satz zu lesen ist, dass zur Entlastung von „kleinen Selbstständigen(n)“ die Bemessungsgrundlage für die Mindestkrankenversicherungsbeiträge auf 1.150 Euro nahezu halbiert werden soll. Hier drängt sich der Gedanke auf, dass das Problem von nicht auskömmlicher Selbstständigkeit zu Lasten der GKV gelöst werden soll. Bei einer Veranstaltung des IKK e.V. zu dem Thema „Solo-Selbstständige zwischen Eigenverantwortung und Solidarität“ wurde von den Experten nahezu einvernehmlich darauf verwiesen, dass das Problem der sozialen Absicherung von atypisch Beschäftigten und von sog. kleinen Selbstständigen eine umfassende Reform erfordert. Wenn es erklärtes Ziel ist, dass man von seinem Einkommen leben können soll, dann ist es die falsche Lösung, auf Seiten der

Sozialversicherung Abstriche vorzunehmen. Aus diesem Grund lehnen die Innungskrankenkassen eine Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrenze auf ein Niveau unter dem in der letzten Koalition mühsam errungenen Kompromiss zu einem Mindestlohn entschieden ab. Die Innungskrankenkassen wie das organisierte Handwerk sehen in dem Vorhaben eine Subventionierung von nicht auskömmlicher Selbstständigkeit zu Lasten der Sozialversicherung. Damit werden Scheinselbstständigkeit und Selbstausbeutung zu Lasten eines fairen Qualitätswettbewerbs gefördert. Dies geht auch auf Kosten von Handwerk und Mittelstand.

Faire Wettbewerbsbedingungen notwendig

Erfreulich aus Sicht der Innungskrankenkassen ist der letzte Absatz des gesundheitspolitischen Kapitels. Es scheint, als hätte er gerade noch so die Hürde in den Vertrag genommen. Hierbei geht es um die dringend notwendige Weiterentwicklung des Morbi-RSA. Es ist beruhigend, dass sich die Koalitionäre an dieser Stelle für die Ziele „fairer Wettbewerb“ und „Manipulationssicherheit“ aussprechen. Kann man hier doch erkennen, dass man aus politischer Sicht zu den Aussagen im vorliegenden Sondergutachten des wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA vorsichtig auf Distanz geht. Von einer breiten Kassenallianz von den Ersatz- über die Betriebs- bis zu den Innungskrankenkassen wurde an dem Gutachten kritisiert, dass Wettbewerbsprobleme und Manipulationsanreize zwar anerkannt, aber keine Notwendigkeit für eine Änderung des derzeitigen Systems gesehen wurde. Vielmehr hält man am Mantra der Zielgenauigkeit fest und verweist im Übrigen auf das Wettbewerbs- und Kartellrecht oder beim immer noch omnipräsenten Thema Manipulation auf die Aufsichten bzw. die Staatsanwaltschaften. Die Innungskrankenkassen begrüßen die Zielausrichtung im Koalitionsvertrag. Da man Erfolge aber erst feiern sollte, wenn sie auch eingetreten sind, bleiben wir hier verhalten optimistisch!

Selbstverwaltung stärken

Ein Verbandsmensch liest einen Koalitionsvertrag natürlich auch mit einer ordnungspolitischen Brille. Die beschlägt leider sehr schnell, angesichts der vielen angekündigten Sündenfälle: Nehmen wir den Hinweis auf die Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK), die gewährleistet werden soll. Außerdem sollen durch bundesweit verbindliche Regelungen eine einheitliche Aufgabenwahrnehmung sichergestellt werden. In der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden im März 2018 zur Vorbereitung der Gesundheitsministerkonferenz wurde man schon deutlicher: Die Medizinischen Dienste sollen eine neue Struktur erhalten, sie sollen von den Krankenkassen abgekoppelt werden. Eine Diskussion, die schon längere Zeit läuft und geprägt ist vom irrealen Glauben, dass durch eine Abkopplung von den Krankenkassen Entscheidungen nur noch positiv getroffen werden. Nein, auch bei einer anderen Trägerschaft wird es Anträge auf Reha, auf Mutter/Vater-Kind-Kuren und Hilfsmittel geben, die abgelehnt werden, weil sie nicht den Gesetzen oder Richtlinien entsprechen. Die Kritik an den medizinischen Diensten ist übrigens auch deshalb nicht verständlich, weil ja gerade in dem heiklen Bereich der Pflegebegutachtung die neutral durchgeführte Zufriedenheitsbefragung Werte ergibt, auf die jede staatliche Stelle stolz wäre! Wieso eigentlich hier der Aktionismus? Messbare positive Ergebnisse wird er nicht zeitigen.

An einer anderen Stelle könnte man schneller eine Wirkung erzielen – und das auch noch bei einem Schwerpunktthema der Koalition, der Digitalisierung. Zwar hat man große Pläne zum Auf- und Ausbau der Telematik-Infrastruktur, aber an der organisationsrechtlichen Verfassung der gematik soll nichts geändert werden. Dabei fordern die Krankenkassen schon seit langem eine verbesserte Entscheidungslage durch die Mehrheit der Stimmen in der Gesellschafterversammlung. Dann freilich wären wir gefragt, auch die Ergebnisse sicherzustellen. Ein

Gedanke, der dem ein oder anderen auch Kopfschmerzen bereiten dürfte und nicht geheilt wird dadurch, dass es jetzt im Bundesgesundheitsministerium eine neue Abteilung mit dem Zuständigkeitsbereich „Digitalisierung und Innovation“ geben wird.

Zu guter Letzt, quasi in „eigener Sache“: Die Koalitionspartner zeigen teils offen, teils versteckt ihr Misstrauen gegen die Selbstverwaltung, und zwar sowohl gegen die soziale wie auch gegen die gemeinsame. Zwar sind die Sätze zur Modernisierung der Sozialwahlen hinreichend unpräzise und immerhin an eine Diskussion mit den Sozialpartnern geknüpft, aber beim Gemeinsamen Bundesausschuss sieht man deutlich, in welche Richtung es gehen wird. Da sollen Innovationen schneller in die Versorgung gelangen. Klingt gut. Wenn man sich dann aber daran erinnert, dass ein Ausschluss von Leistungen seit geraumer Zeit nur noch mit einer Mehrheit von mindestens neun von 15 Stimmen erfolgen kann, dann ist zu befürchten, dass Leistungen in den Katalog kommen lediglich aufgrund von Hinweisen auf einen eventuellen Nutzen. Zeigen sich die nicht, oder noch schlimmer: zeigen sich in der realen Versorgung auch Schadenspotenziale für die Patienten, ist ein Ausschluss nur dann möglich, wenn alle Bänke zustimmen. Ein schwer zu erzielendes Ergebnis. Und auch beim Thema Innovationsfonds sieht man, dass man gern zum Geld der GKV greift: Zukünftig sollen auch Projekte des BMG förderfähig sein. Ist das dann wieder eine Finanzierung von staatlichen Aufgaben durch Beitragsmittel? Eine Frage, die ja im Zusammenhang mit der durch das Präventionsgesetz geregelten BZgA-Beauftragung noch der rechtlichen Klärung harrt.

Einige Lichtblicke enthält der Koalitionsvertrag bei aller Kritik aber doch. Wichtige Versorgungsthemen wie die geplante Regelung zur Notfallversorgung oder der verbesserte Zugang von GKV-Versicherten zur Versorgung beim Facharzt stehen auf der TO-DO-Liste des neuen Ministers. Unter dem Stichwort „sektorübergreifende Versorgung“ soll auch die Zusammenarbeit und Vernetzung im Gesundheitswesen gestärkt werden. Hiermit verlinkt ist auch

die angedachte Neujustierung der Aufgabenverteilung unter den Gesundheitsberufen zu sehen. Ein äußert begrüßenswertes Vorhaben, für welches sich die Innungskrankenkassen seit langem stark machen. Mit Delegation, Substitution und Kooperation können Schnittstellenprobleme gelöst und die Versorgung der Bevölkerung zukunftsorientiert organisiert werden.

Kurzum: Der Koalitionsvertrag macht ein weites Tableau an Themen auf. Ob sie in der Gesundheitspolitik dem Anspruch von Aufbruch und Dynamik gerecht werden, bleibt abzuwarten. Es wird sicherlich noch spannende Diskussionen zwischen den Koalitionspartnern, aber auch im Rahmen der Selbstverwaltung geben. Nach der langen Phase der Regierungsbildung scheinen aber alle gewillt zu sein, endlich in die Sacharbeit einzusteigen. Dem können wir uns nur anschließen!

Konkrete Verbesserungen statt teurer ideologischer Experimente

Dr. Volker Leienbach

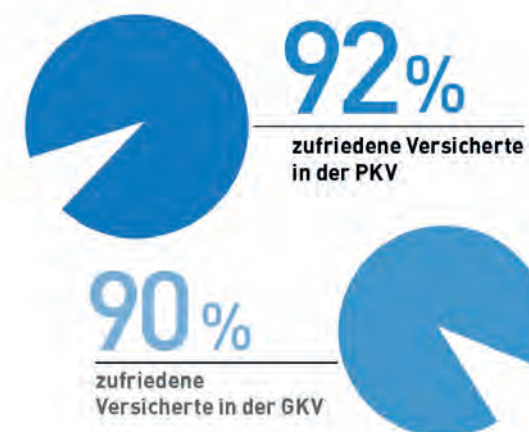
Direktor des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V.



Die Koalitionsvereinbarung steckt einen gesundheitspolitischen Kurs ab, der die tatsächlichen Herausforderungen der medizinischen und pflegerischen Versorgung ins Auge fasst. Von großer Bedeutung für unser Gesundheitssystem ist dabei etwas, was der Vertrag bewusst nicht vorsieht: Veränderungen an der Dualität von Gesetzlicher (GKV) und Privater Krankenversicherung (PKV) wurden nicht vereinbart. Das war so nicht unbedingt zu erwarten. Denn während der Sondierungsphase und in den Koalitionsverhandlungen hatte sich die SPD explizit für die Einführung einer sogenannten Bürgerversicherung oder doch zumindest für eindeutige Schritte in diese Richtung stark gemacht.

Wir begrüßen es deshalb sehr, dass die Union sich nicht hat beirren lassen: CDU und CSU stehen verlässlich zum lebendigen Systemwettbewerb von GKV und PKV als maßgeblichem Garanten für die Qualität des deutschen Gesundheitssystems. Auf diesen beiden Säulen ruht eine medizinische Versorgung, die so gut ist wie in kaum einem anderen Land: Mit freier Arztwahl, international rekordverdächtig kurzen Wartezeiten und der Teilhabe am medizinischen Fortschritt für alle.

Hohe Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung in Deutschland



Quelle: Allensbach-Institut, April 2017

In ihrem steten Ringen um einerseits möglichst rasche Innovationen und andererseits evidenzbasierte Qualitätssicherung ergänzen sich die beiden Systeme sehr gut und treiben sich gegenseitig an. Dabei nimmt die PKV häufig die Rolle des Innovationsmotors ein, da neue Verfahren und Medikamente bei ihr keine langwierigen Zulassungsverfahren abwarten müssen. Im Ergebnis sichert die Dualität ein hohes und innovatives Versorgungsniveau für alle Patienten.

Die guten Ergebnisse des dualen Krankenversicherungssystems verdanken sich nicht zuletzt den speziellen Stärken der PKV. Diese ist mit ihren Alterungsrückstellungen

ein stabilisierendes Element in unserer alternden Gesellschaft. Zwar trifft die anhaltende Niedrigzinspolitik der Europäischen Zentralbank, die auf Kosten aller Sparer geht, auch die Privatversicherten. Doch selbst in schwierigem Umfeld bildet die PKV jährlich mehr als zwölf Milliarden Euro zusätzliche Rückstellungen. Sie konnte so ihr Vorsorgevolumen für die Versicherten in den vergangenen 10 Jahren auf inzwischen über 245 Milliarden Euro verdoppeln.

Zum anderen hat die PKV gezeigt, dass sie in der Lage ist, sich selbst weiter zu entwickeln und notwendige Reformen anzupacken. Sie hat das Tarifwechselrecht gestärkt und kundenfreundlicher ausgestaltet: Alle notwendigen Informationen mitsamt den zu zahlenden Beiträgen in den Zieltarifen stehen den Versicherten schnell und übersichtlich zur Verfügung.

Mit Hochdruck unterwegs sind wir auch beim Zukunftsthema Digitalisierung: So können Privatversicherte künftig per Smartphone auf ihre persönlichen Gesundheitsdaten in einer elektronischen Patientenakte zugreifen. Dieses digitale Angebot erfüllt alle Kernfunktionen aus dem E-Health-Gesetz: Stamm- und Notfalldaten, den Arztbrief, einen Medikationsplan sowie zusätzlich noch einen Impfpass. Dabei gilt: Die Versicherten bestimmen jederzeit selbst, wem sie ihre Daten zur Verfügung stellen.

Und mit den weit gediehenen Vorarbeiten zur Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte haben Bundesärztekammer und PKV-Verband bewiesen, dass sie willens und in der Lage sind, gemeinsam eine Lösung für eine angemessene Vergütung der Ärzte in Deutschland zu finden. Eine Passage zu den ärztlichen Gebührenordnungen enthält ja auch der Koalitionsvertrag – es ist übrigens die einzige Stelle, an der die Private Krankenversicherung deziert erwähnt wird. Und da bemühen sich bereits einige, die Vereinbarungen nachträglich in ihrem Sinne umzu- deuten. So verbreitet zurzeit der SPD-Politiker Prof. Lauterbach die Legende, die geplante wissenschaftliche Kommission zur Reform der Ärzte-Vergütung solle Vorschläge für eine einheitliche Gebührenordnung für Privatpatienten

und gesetzlich Versicherte unterbreiten. Doch nichts dergleichen steht im Vertrag. Dort heißt es vielmehr: „Sowohl die ambulante Honorarordnung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (EBM), als auch die Gebührenordnung der Privaten Krankenversicherung (GOÄ) müssen reformiert werden.“ Es geht also darum, jede Vergütungsart für sich zu modernisieren.

Nur ein solches Vorgehen ist berechtigt, denn das vielbeachtete Memorandum namhafter Wissenschaftler im Auftrag des PKV-Verbandes verdeutlicht: Eine Vereinheitlichung der Vergütungsordnungen wäre nicht nur in großen Teilen verfassungswidrig, sondern würde auch mehr Nach- als Vorteile für die Versicherten und Patienten mit sich bringen. So birgt eine Vereinheitlichung auf GOÄ-Niveau für GKV-Versicherte das Risiko massiver Kosten- und Beitragssatzsteigerungen. Da drohen bereits einem Durchschnittsverdiener in der GKV pro Jahr über 220 Euro mehr Beitrag.

Würde sich dagegen eine einheitliche Gebührenordnung an den Mengen- und Preisregulierungen des GKV-Systems orientieren, gingen der medizinischen Infrastruktur in der Folgezeit erhebliche finanzielle Mittel verloren. So müsste jede niedergelassene Arztpraxis pro Jahr im Schnitt mehr als 50.000 Euro Einbußen verkraften – was viele nicht könnten.

Zugleich würde man dem „Ideal“ der Gleichheit nicht näher kommen: In der Folge würde sich schnell ein neuer Zusatzversicherungsmarkt etablieren, der all diejenigen Leistungs- und Preisdifferenzierungen erneut wiedereinführt, die vom Gesetz- und Verordnungsgeber durch die einheitliche Gebührenordnung gerade vermieden werden sollten.

Die von der Koalition geplante Kommission wäre also gut beraten, den Auftrag des Koalitionsvertrages wörtlich zu nehmen und die Reformspielräume innerhalb der beiden bestehenden Systeme auszuloten. Eine ideale Blaupause für den GOÄ-Bereich liegt dabei, wie gesagt, bereits vor: Unser gemeinsam mit Ärzteschaft und Beihilfe entwickeltes Konzept umfasst den neuesten Stand der Medizin, es ist offen für eine rasche Integration zukünftiger Innova-

tionen und es stärkt die „sprechende Medizin“, also die persönliche Zuwendung der Ärzte zu ihren Patienten. Weitere Vorschläge der PKV zur Verbesserung der Kundenfreundlichkeit liegen auf dem Tisch, bedürfen aber der Unterstützung des Gesetzgebers. Im Interesse der Privatversicherten wäre eine Reform zur Verstetigung der Beitragsentwicklung. Denn nach den geltenden Regeln kann es zu einem Wechsel von Jahren der Stabilität und dann umso größeren Beitragssprüngen kommen. Außerdem sollte der gut funktionierende PKV-Sozialtarif, der „Standardtarif“, wieder allen Versicherten offen stehen. Da das Leben nicht immer so läuft wie geplant, müssen und wollen wir den Menschen in allen Lebenslagen – auch in sozialer Not – Lösungen anbieten können.

Bedauerlicherweise wurde nichts davon im Koalitionsvertrag vereinbart. Zwar ist die Union zu solchen Verbesserungen für die Versicherten seit längerem bereit, doch die SPD hat das bereits in den vergangenen vier Jahren verweigert und auch jetzt wieder auf stur geschaltet. Im Verbraucherinteresse sollten die Sozialdemokraten diese Blockade beenden. So könnte die Beitragsentwicklung in der PKV viel moderater sein – durch kleine Gesetzeskorrekturen, die auch der Verbraucherzentrale Bundesverband unterstützt. Und es gäbe eine noch bessere Abhilfe für Versicherte mit sozialen Problemen.

Außerdem könnte die steuerliche Abzugsfähigkeit von betrieblichen Krankenversicherungen (bKV) verbessert werden, um diese sinnvolle Absicherungsmöglichkeit zum Nutzen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern noch attraktiver zu machen.

Je mehr Menschen und Leistungen kapitalgedeckt in der PKV abgesichert werden, desto besser für die Zukunft des Gesundheitswesens. Schon heute steht fest, dass der demografische Wandel das über Umlage finanzierte System der GKV an seine Grenzen bringen wird. Um zukünftige Beitragszahler nicht zusätzlich zu belasten, ist es deshalb ungeheuer wichtig, dass möglichst viele Menschen selbst für ihre Bedürfnisse im Alter vorsorgen. Die Privatversicherten bilden einen großen Kapitalstock für die höheren

Kosten im Alter – während die GKV ihre steigenden Ausgaben einfach den kleiner werdenden künftigen Generationen überlässt. Umso mehr stärkt der solide Finanzierungsbeitrag der PKV die Gesundheitsversorgung. Die Private Krankenversicherung steht für den Ausbau der kapitalgedeckten Säule bereit, und zwar in der Krankenversicherung ebenso wie in der Pflegeversicherung. Sie trägt mit ihrer Vorsorge maßgeblich zur nachhaltigen und generationengerechten Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens bei. Mit dem Koalitionsvertrag hat die Politik das Gesamtsystem stabilisiert und Rückschritte vermieden. Nun müssen weitere Schritte folgen, damit die Gesundheits- und Pflegepolitik im Interesse aller Bürger zukunftsfest gemacht werden kann.

Licht und Schatten aus Sicht der ambulanten Versorgung

Martin Degenhardt

Hauptstadtrepräsentant für die
Freie Allianz der Länder-KVen
(FALK)



Die neue Bundesregierung ist vereidigt. Die Zeit des Wartens ist vorbei. Im Vergleich zur letzten Großen Koalition ergeben sich für die Gesundheitspolitik zwei wesentliche Unterschiede.

Zum einen wurden die getroffenen Regelungen im Koalitionsvertrag im Vergleich zur Vorgängerregelung nicht im Detail ausgearbeitet. Hermann Gröhe hatte sehr enge Vorgaben in seinem Koalitionsvertrag erhalten, die er als Bundesgesundheitsminister bis ins kleinste Detail abgearbeitet hat, ohne große eigene Akzente zu setzen. Daher fanden sich die Regelungen des Koalitionsvertrags nahezu eins-zu-eins in Gesetzesform wieder.

In dieser Hinsicht bietet der jetzige Koalitionsvertrag sehr viel Gestaltungsspielraum. Ohne Zweifel wird der neue Gesundheitsminister Jens Spahn diesen Spielraum zu nutzen wissen – zumal Herr Spahn während der Verhandlungen den Gesundheitsbereich nicht begleitet hat und deswegen nicht so sehr an Absprachen gebunden ist.

Damit sind wir beim zweiten großen Unterschied in der Koalition: den handelnden Politikern. Jens Spahn ist ein versierter Fachmann im Gesundheitswesen und bereits die ersten Äußerungen zeigen, dass er – im Gegensatz zu seinen fachfremden Vorgängern – keine Einarbeitungszeit brauchen wird. Was die ersten Äußerungen auch nahelegen: ein gewisses Grundvertrauen in die Ausrichtung der Gesundheitspolitik erscheint mit Blick auf die ambulanten Versorgungsstrukturen durchaus gerechtfertigt. Es gibt jedenfalls keine Anzeichen, dass der Gesundheitsminister Spahn von seiner insgesamt niederlassungsfreundlichen Position abrücken wird. Gefüttert wird dieses Grundvertrauen auch durch weitere Personalentscheidungen. So geben bereits erste personelle Neuerungen innerhalb des Bundesgesundheitsministeriums Hoffnung, dass die von uns als sehr klinikzentriert wahrgenommene Politik seines Amtsvorgängers unter dem neuen Bundesgesundheitsminister Jens Spahn eine gewisse Korrektur erfahren könnte. Diese Hoffnungen werden gestützt von den gesundheitspolitischen Sprechern der regierenden Fraktionen. Sowohl Karin Maag, die gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU Fraktion, als auch Sabine Dittmar, gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Fraktion und Hausärztin aus Bayern, gelten als Expertinnen auf ihrem Gebiet und haben sich mehrfach zur ambulanten Versorgung bekannt.

Eben weil der Koalitionsvertrag diese großen Handlungsspielräume gelassen hat, ist der Blick auf die prägenden Personen der Gesundheitspolitik so relevant. Aus den politischen Kreisen ist auch zu vernehmen, dass man diesmal bewusst diese Spielräume gelassen hat. Da viele Formulierungen aus unserer Sicht gleichsam Chancen und Risiken bieten, entscheidet letztlich die konkrete Umsetzung darüber, ob die neuen Regelungen zum Schaden oder zum Nutzen der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten oder der Selbstverwaltung ausgestaltet werden.

FALK wird sich jedenfalls dafür einsetzen, dass der Grundsatz „ambulant vor stationär“ die Umsetzung der Grundlagen des Koalitionsvertrags prägt und dass die Chancen einer weitreichenden Ambulantisierung genutzt werden. Werfen wir einen Blick auf die konkreten Regelungen des Vertrags.

Ein entscheidender Aspekt, den auch der neue Gesundheitsminister als eines seiner Ziele genannt hat, ist die Verkürzung der Wartezeiten auf Termine bei Ärzten und Psychotherapeuten. Die Erreichung dieses Ziels wird durch zahlreiche Maßnahmen angestrebt. Dazu gehört die Ausweitung der Terminservicestellen und der Mindestsprechstundenzeiten. Ob es sich dabei um ein reines Komfortproblem handelt, spielt dabei keine Rolle und auch nicht die Tatsache, dass wir in Deutschland im internationalen Vergleich die kürzesten Wartezeiten haben.

Das Ziel, am Ende die Wartezeiten auf Arzttermine zu verkürzen, ist durchaus im Interesse der Niedergelassenen. Wir wollen deswegen einen Beitrag dazu leisten, dieses Thema anzugehen. Allerdings halten wir den Weg über bürokratische Regelungen für grundfalsch. Weder der Eingriff in die Sprechstundengestaltung des freien Arztberufs wird letztlich zu kürzeren Wartezeiten führen, noch die Ausweitung der Terminservicestellen. Schließlich arbeiten bereits heute die meisten Niedergelassenen deutlich mehr als die nun anvisierten 25 Stunden für Kassenpatienten.

Was hilft, sind aus unserer Sicht zwei Dinge: eine Verringerung der Bürokratielast in den Praxen, um mehr Zeit für die Patientenversorgung zu erreichen und eine Honorierung der Arbeit ohne Budgetierung. Zumindest die Grundleistungen und die ärztliche Arbeitszeit müssen endlich ohne Budget voll vergütet werden. Dann steigt auch der Anreiz neue Patienten aufzunehmen und mehr Termine anzubieten.

Ein Themenfeld, das ebenso lange in der Diskussion ist, wie die Wartezeiten, ist der Bereich der Notfallversorgung. Es war deswegen zu erwarten, dass es dazu Aussagen im Koalitionsvertrag geben wird. Dieser sieht nun vor: Der Sicherstellungsauftrag für die Notfallversorgung soll künftig von den Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsam mit den Landeskrankenhausgesellschaften erfüllt werden – in gemeinsamer Finanzierungsverantwortung. Bisher ist die genaue Ausgestaltung dieser Festlegung unklar. Spannend bleibt deswegen, ob die Krankenhäuser den derzeitigen Ruf nach immer mehr Geld beibehalten ohne Strukturänderungen in Kauf zu nehmen oder ob sie bereit sind mit zu gestalten und ob die Krankenhausgesellschaft nun ähnlich wie die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine Körperschaft wird. Denn ohne einen gesicherten Statuts auf Krankenhausseite erscheint eine gemeinsame Verantwortung kaum umsetzbar.

Es ist aber wichtig darauf hinzuweisen, dass in den letzten Jahren gewaltige Kraftanstrengungen in den Bundesländern vorgenommen wurden, um das System der ärztlichen Versorgung zu stundentfreien Zeiten zukunftsfähig aufzustellen. Dazu gehört die Etablierung der Rufnummer 116117 als bundesweit erreichbare Notfallnummer. Ebenso zählen hierzu die zahlreichen Maßnahmen für die Etablierung von Bereitschaftsdienstpraxen (Portalpraxen) an Kliniken. Diesem System sollte die Möglichkeit gegeben werden, die volle Wirkung zu entfalten, bevor weitere Eingriffe erfolgen. Richtig wäre es, die Finanzierung des Notdienstes aus der budgetierten Gesamtvergütung herauszunehmen. Die FALK-KVen stehen zum derzeitigen gestuf-

ten Notfallmodell. Wir sind sicher, dass die Versorgung außerhalb der Sprechzeiten auch mit der Anzahl der bestehenden Praxen sicherzustellen ist.

Das zentrale Problem bei der Notfallversorgung ist die geänderte Inanspruchnahme der Patienten. Durch die Umstellung des Systems mit zentralen Bereitschaftspraxen und einer intensiven Bewerbung der 116117 können diese Entwicklungen jedoch auch wieder umgekehrt werden. Das Ziel muss es sein, die Patienten wieder stärker in die richtigen Versorgungsbereiche zu lenken. Dazu gibt es kreative Ideen, wie zum Beispiel das hessische Modell der Partnerpraxen, die es den Krankenhäusern auch zu Sprechstundenzeiten erleichtern, ambulante Patienten in den ambulanten Bereich zu umzuleiten.

Zwei größere Trends durchziehen daneben den Koalitionsvertrag und sollen an dieser Stelle noch kurz genannt und bewertet werden.

Positiv ist der offensichtliche Wille der Regierungsparteien, die ambulante Versorgung der Patienten zu stärken. Dafür sprechen der geplante Ausbau von Disease-Management-Programmen und der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen, die Ausweitung des Strukturfonds in Verbindung mit dem Entfall von Zulassungssperren in strukturschwachen Gebieten, die Fortführung des Innovationsfonds und vor allem die Bekenntnis zur besseren Vergütung der hausärztlichen Versorgung und der „sprechenden Medizin“. Wir werden für eine bürokratiearme Umsetzung und für eine ausreichende Finanzierung dieser Verbesserungsvorschläge werben. Denn wir sind sicher, dass damit ein Beitrag zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung geleistet wird.

Deutlich negativer fällt unser Urteil aus, wenn es um die angestrebte Ausweitung der Kompetenzen der Länder geht. Aus unserer Sicht drückt diese Entwicklung ein echtes Misstrauen der Politik gegenüber der Selbstverwaltung aus, und wir wagen zu bezweifeln, dass es zu sachgerech-

teren Entscheidungen kommen wird, wenn die Länder in den Zulassungsausschüssen mitwirken sollen.

Statt mehr staatlichem Einfluss brauchen wir mehr Freiheiten für die Selbstverwaltung. Derzeit sind wir beim ganzen Bereich der Sicherstellung eingemauert zwischen einem immer dicker werdenden SGB V und einer Flut von Gerichtsentscheidungen, die den Handlungsspielraum fast vollkommen eingeschränkt haben. Beim Honorar gilt das Gleiche: die Möglichkeiten des SGB V sind extrem begrenzt. Aktuell werden diese durch die Entscheidungen der Aufsichten (vor allem des Bundesversicherungsamts) auf ein Minimum reduziert. Für beide Punkte gilt: so kann eine patientengerechte Versorgung, die auch von den Vertretern vor Ort akzeptiert wird, nicht gelingen.

Die Selbstverwaltung benötigt auch eine stärkere Handhabe bei der Gestaltung der Versorgungsstrukturen, denn hier gibt es die Tendenz zu immer größeren Zusammenschlüssen, häufig geleitet von ökonomischen Interessen. Insbesondere bei der Zulassung benötigen die Zulassungsausschüsse die Möglichkeit, eine Sitzverlagerung in ein MVZ nach Versorgungsgesichtspunkten bewerten zu können und diesem gegebenenfalls auch zu widersprechen. Denn eines müssen wir verhindern: Kapitalgesellschaften dürfen nicht die zentralen Akteure in der ambulanten Versorgung werden. Wenn es uns nicht gelingt, dass wirtschaftlich eigenverantwortlich tätige Vertragsärzte auch weiterhin die ambulante Versorgung prägen, dann werden jegliche Bemühungen um sinnvolle Verbesserungen in der Patientenversorgung konterkariert.

Zusammenfassend lässt sich feststellen: Der Koalitionsvertrag benennt die Arbeitspakete der neuen Legislatur. Nicht alle Ideen sind dafür geeignet, die Probleme zu lösen aber einige der Ideen sind es wert, zeitnah umgesetzt zu werden. Wir werden dafür werben, dass der neue Gesundheitsminister und die Abgeordneten von CDU/CSU und SPD den vorhandenen Handlungsspielraum nutzen, um durch einen weitgehenden Ausbau der ambulanten

Medizin die ärztliche und psychotherapeutische Versorgung der Menschen in Deutschland zu verbessern. Dazu bedarf es mutiger Schritte und nicht einer Einigung auf dem kleinsten gemeinsamen Nenner.

Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 19. Legislaturperiode – Bewertung aus Sicht des VLK

Prof. Dr. Hans Fred Weiser
Präsident des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V.



Der Bundespräsident hat völlig recht wenn er einfordert: Wer sich um politische Macht bewirbt, darf nicht kneifen, wenn er sie in den Händen hält! Es ist mehr als peinlich, wenn erst nahezu sechs Monate nach der Wahl die Regierungsbildung abgeschlossen werden konnte. Jedem Handwerker, der einen mit solchen Fristen bedient (oder eben nicht bedient), wäre der Auftrag längst entzogen worden. Aber politisch scheinen wir uns an die organisierte Verantwortungslosigkeit gewöhnt zu haben. Vielleicht sogar zu recht: Die Welt ist nicht untergegangen, auch wenn wir ein paar Monate nicht regiert wurden. Nun ist es endlich geschafft!

Die vierte GroKo steht, Angela Merkel wurde am 14. März 2018 zum vierten Mal zur Bundeskanzlerin der Bundesrepublik Deutschland gewählt. Die Fachminister sind vereidigt, das Kabinett der 19. Legislaturperiode kann mit der Regierungsarbeit auf Basis des Koalitionsvertrages vom 07.02.2018 beginnen. Der Vertrag umfasst 177 Seiten. Gut 7 Seiten sind dem Thema „Gesundheit und Pflege“ gewidmet. Das Kapitel steht unter dem Leitsatz:

„Das Patientenwohl ist für uns entscheidender Maßstab für gesundheitspolitische Entscheidungen, die Patientenorientierung ist unser Leitbild für das Gesundheitswesen.“

Dabei waren die Verhandlungen zum Thema Gesundheit der alten und neuen Großkoalitionäre, ähnlich wie in der Vergangenheit, schwierig und in weiten Bereichen von ideologischen Grundsätzen, parteipolitischen und persönlichen Ängsten und weniger von Sachorientierung geprägt. Entsprechend findet sich in mehr als der Hälfte des Textes recht unverbindliche politische Lyrik, die so oder so ähnlich nicht nur in jedem gesundheitspolitischen Planungspapier stehen könnte, sondern die sich auch darauf beschränkt, die buchstäblich seit Jahrzehnten bekannten System-Probleme in ewig bekannter Form zu perpetuieren. Allem voran der schon lange schwelende Skandal um die **unzureichende Investitionsfinanzierung unserer Krankenhäuser**, der in altbewährter Weise mit dem Hinweis auf die Länderkompetenz in der Krankenhausplanung und der sich daraus ableitenden Verpflichtung zur Investitionsfinanzierung abgehakt wurde. Das „Schwarze-Peter-Spiel“ zwischen Bund und Ländern geht also weiter. Jeder Tag, der hier ungenutzt verstreicht, vergrößert die Probleme – und zwar auf den Rücken von Patienten, Ärzten und Pflegekräften. Erfreulich ist allerdings, dass – bei wohlwollender Betrachtung – in dem im Koalitionsvertrag dokumentierten Pflichtenheft für den Bereich Gesundheit

und Pflege doch eine Reihe positiv zu wertender Elemente zur Weiterentwicklung des Deutschen Gesundheitswesens enthalten sind.

Jetzt gilt es, mit politischem Augenmaß und –wie versprochen – orientiert am Patientenwohl, die Restposten der 18. Legislaturperiode und die hehren politischen Wünsche und Ziele des Koalitionsvertrages zur 19. Legislaturperiode soweit wie möglich umzusetzen. Dabei ist insbesondere vom neuen Gesundheitsminister Jens Spahn keine neue Gesetzes- und Verordnungsflut, sondern kreatives und sachorientiertes Handeln gefordert. So soll z. B. die **Zusammenarbeit und Vernetzung im Gesundheitswesen ausgebaut** und verstärkt werden:

„Für eine sektorenübergreifende Versorgung wollen wir weitere nachhaltige Schritte einleiten. ... wir werden eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Einbeziehung der Regierungsfaktionen im Deutschen Bundestag einrichten. Diese Arbeitsgruppe wird Vorschläge für die Weiterentwicklung zu einer sektorenübergreifenden Versorgung des stationären und ambulanten Systems ... bis 2020 vorlegen.“

Diese Bund-Länder-AG soll bis 2020 konkrete Vorschläge zur Weiterentwicklung der nur in Deutschland existierenden sektoral gegliederten ärztlichen Versorgung erarbeiten. Ein real existierender Anachronismus, der seit mehreren Dekaden von den Gralshütern der reinen Lehre in Selbstverwaltung und Politik kontrovers diskutiert und vehement verteidigt wird und für den es weder eine medizinische noch eine historische Begründung gibt.

Hier beobachtet der VLK mit großer Sorge, dass sich die Kombattanten auf der Funktionärebene mit jedem verstreichenden Tag tiefer (und mit immer abstruseren Argumenten) in ihren Schützengräben verschanzen. Je länger Politik hier wartet, desto schwieriger dürfte es werden, die ineinander verbissenen Vertreter von Kassen-

ärztlicher Bundesvereinigung und Krankenhausgesellschaft wieder zu trennen und mit ihnen gemeinsam das Problem einer vernünftigen, also der Versorgungsrealität angemessenen, Lösung zu finden.

Dies gilt insbesondere für die aktuell im G-BA kontrovers diskutierte **Neustrukturierung der stationären Notfallversorgung**. Wie nicht anders zu erwarten, waren die Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes mit Unterstützung von Intensiv- und Notfallmediziner*innen mit den Vorstellungen der DKG und den Stellungnahmen zahlreicher Fachgesellschaften nicht in Einklang zu bringen. Nach erheblichen Kontroversen zwischen dem unparteiischen Vorsitzenden des G-BA, den Bänken der Selbstverwaltung, der BÄK und diversen Fachverbänden wurde das Thema dem zuständigen G-BA-Unterausschuss entzogen und zur Beschlussfassung für den 19.04.2018 an das Plenum des G-BA verwiesen. Dabei steht zu erwarten, dass ein Beschluss über ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern verabschiedet wird, das im Ergebnis durch hohe strukturelle und personelle Anforderungen zu einer deutlichen Reduzierung der an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser führen wird. Mit diesem monosektoralen Ansatz würde die Chance vergeben, mit Hilfe einer echten, die Versorgungssektoren übergreifenden, d.h. integrierten Neustrukturierung der Notfallversorgung die notwendige Reform, orientiert am Patientennutzen, in organisatorischer und finanzieller Hinsicht neu zu gestalten.

Entsprechende Vorschläge des VLK, die sich nicht zuletzt am Gutachten des Sachverständigenrats vom Juni 2017 orientieren, liegen seit geraumer Zeit vor. Eine sektorenübergreifende oder besser integrierte Lösung bietet sich nach Einschätzung des VLK schon deshalb an, weil im Koalitionsvertrag die gemeinsame Sicherstellung der Notfallversorgung von Landeskrankenhausesgesellschaften und KVen in gemeinsamer Finanzierungsverantwortung vorgesehen ist. Wenn die Notfallversorgung wirklich sektorenübergreifend ausgestaltet werden soll, dann ist es

angezeigt, dass sich die Gesundheitsministerkonferenz der Länder im Rahmen ihrer Planungsverantwortung ebenfalls dieses Themas annimmt, um eine tragfähige Lösung zu finden. Deshalb macht es Sinn, erst Mitte Juni 2018 die nächste GMK hiermit zu befassen und erst danach unter Einbeziehung der dort erzielten Beratungsergebnisse und ggf. einer Stellungnahme des neuen Bundesgesundheitsministers die Beschlussfassung im G-BA herbeizuführen und zwar unter Berücksichtigung der nach § 136 c Abs. 4 SGB V geforderten Folgenabschätzung. Der VLK plädiert deswegen für die Einhaltung des Grundsatzes **„Gründlichkeit geht vor Schnelligkeit“**!

Die im Koalitionsvertrag ebenfalls vorgesehene Einsetzung einer wissenschaftlichen Kommission, die bis Ende 2019 Vorschläge für die Ausgestaltung eines modifizierten Vergütungssystems für Arzthonorare vorlegen soll, über deren Umsetzung dann zu einem späteren Zeitpunkt entschieden werden soll, trägt nach Einschätzung des VLK zur Versachlichung der derzeit hitzig geführten Diskussion bei. Entscheidender Wermutstropfen ist allerdings, dass damit die Inkraftsetzung einer novellierten GOÄ eine weitere Verzögerung von mindestens zwei bis drei Jahren erfährt. Eine politisch gewollte Vorgehensweise, die im Vergleich zu anderen freien Berufen absolut inakzeptabel ist! Nur für den Bereich der Arzthonorare ist, insbesondere mit Blick auf die finanziellen Probleme der Beihilfekassen der Länder, eine zeit- und sachgerechte Anpassung der Arzthonorare an die aktuelle Preissteigerungsrate über mehr als zwei Dekaden überfällig.

Den größten Raum im Kapitel Gesundheit und **Pflege** des Koalitionsvertrages nimmt der Bereich Pflege ein, der in den Koalitionsverhandlungen zwischen Union und SPD besonders schnell abgearbeitet werden konnte. Offenbar, weil allen Parteien nach halbherzigen Entscheidungen und langem Zögern in der Vergangenheit die große gesellschaftspolitische Bedeutung, um nicht zu sagen „Sprengkraft“, dieses Themas bei dem nicht mehr weg-zudiskutierenden Personalmangel bewusst geworden ist.

Bereits in der vergangenen Legislaturperiode wurde mit dem Pflegestärkungsgesetz versucht, vor allem das Leistungsspektrum zu erhöhen und dem immer sichtbarer werdenden Personalmangel in der Alten- und stationären Pflege entgegenzuwirken. In dieser Legislaturperiode soll nun das notwendige Personal gefunden werden, das die vorgegebenen Leistungen möglichst schnell umsetzen soll. Die neue GroKo scheint offensichtlich damit Ernst zu machen, den realen Pflegenotstand in Deutschland tatkräftig bekämpfen zu wollen. Als erste Maßnahme wurden 8000 Fachkräfte für die Behandlungspflege in Altenheimen in Aussicht gestellt. Im Vertragstext heißt es:

„In einem Sofortprogramm werden wir 8000 neue Fachkraftstellen im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeeinrichtungen schaffen.“

Der dafür erforderliche finanzielle Mehraufwand soll durch eine Vollfinanzierung aus Mitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen. Leider werden die neu zu schaffenden Stellen am akuten Pflegenotstand in der Altenpflege nicht viel ändern. Umgerechnet auf alle deutschen Altenheime entsprechen 8000 zusätzliche Pflegekräfte rein rechnerisch nur ca. einer 2/3 Stelle für jedes Altenheim. Mit einem Bündel von zusätzlichen Maßnahmen sollen deshalb ergänzend zu diesem Sofortprogramm weitere Schritte folgen. Im Rahmen einer

„Konzertierten Aktion Pflege“

wollen die Koalitionäre u. a. eine Ausbildungsoffensive starten, Anreize für eine bessere Rückkehr von Teil- in Vollzeitarbeit schaffen und ein Wiedereinstiegsprogramm in den Beruf begründen. Des Weiteren soll ein Weiterqualifizierungsprogramm von Pflegehelferinnen und Helfern zu Pflegefachkräften aufgelegt werden. Die Bezahlung in der Altenpflege soll nach dem Willen der Politik nach Tarifrecht verbessert werden.

Zweifel an der Umsetzungsfähigkeit dieser Forderungen sind allerdings angebracht, da es derzeit je nach Bundesland zum Teil drastische Unterschiede in der Bezahlung von Pflegekräften gibt. Die Vorstellung der GroKo, dass Tarifverträge flächendeckend angewendet und bundesweit angeglichen werden sollen, ist bezüglich ihrer Umsetzungsmöglichkeiten zumindest fraglich, da es bislang bundesweit keine einheitliche Tarifbindung gibt. Politik müsste zunächst massiv in Strukturen eingreifen, um einheitliche Tarifpartner und damit die Möglichkeit flächendeckender Tarifverträge zu schaffen. Angekratztes Berufsbild, hohe Arbeitsbelastung und bis auf Weiteres unzureichende Honorierung in der Altenpflege stützen aus Sicht des VLK die Zweifel an der Umsetzbarkeit der angekündigten „Konzertierten Aktion Pflege“.

Im vergangenen Jahr hat das BMG den GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft damit beauftragt, **Pflegepersonaluntergrenzen** für pflegeintensive Abteilungen in Krankenhäusern zu definieren. Während die Verhandlungen derzeit andauern, will die GroKo den Auftrag erweitern. Die Untergrößen sollen nun für alle bettenführenden Abteilungen gelten. Allerdings lässt der aktuelle Diskussionsstand vermuten, dass eine zeitnahe Umsetzung der Pflegepersonaluntergrenzen für alle bettenführenden Abteilungen länger auf sich warten lassen wird, als politisch gewünscht. Offene Fragen, die in den Verhandlungen der Selbstverwaltung nach wie vor kontrovers diskutiert werden, sind

- Welcher Ausbildungsstand für das Pflegepersonal wird gefordert?
- Welcher Prüfmodus für die Vorgaben wird festgelegt (wer, wann, wo, wie oft)?
- Gibt es Ausnahmetatbestände?
- Werden bei Nichterreichen der Prüfziele Sanktionen festgelegt?
- Wie wird Flexibilität des Personaleinsatzes für die Krankenhäuser gewährleistet?

- Kommt es bei Nichterfüllung der Quoten zu Sperrungen von Bettenkapazitäten durch den MDK?

In Aussicht gestellt wurde auch eine sofortige, spürbare Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Bezahlung in der Krankenpflege. Dazu wurde die **vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen**, verbunden mit der Nachweispflicht, dass dies auch tatsächlich bei den Beschäftigten ankommt, festgeschrieben. Schließlich wollen die Koalitionäre die derzeit geltenden Finanzierungsgrundlagen für das Pflegepersonal grundlegend verändern. Neben der vollständigen Refinanzierung von Tarifsteigerungen soll künftig die Finanzierung von Pflegepersonalkosten unabhängig vom pauschalierenden Entgeltsystem (DRG) erfolgen. **Das DRG-System zur Krankenhausvergütung soll auf eine Kombination von Fallpauschalen und Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt** werden. Dabei soll die Pflegepersonalkostenvergütung die Aufwendungen für den krankenhausindividuellen Pflegepersonalbedarf decken, d.h. die DRG-Berechnungen sollen um den Pflegepersonalkostenanteil bereinigt werden. Wenn dieser Passus des Koalitionsvertrages tatsächlich eins zu eins umgesetzt wird, handelt es sich aus Sicht des VLK um eine deutliche und sehr zu begrüßende Abkehr vom ausschließlich leistungsorientierten Vergütungssystem, das in den vergangenen 14 Jahren zu unerträglichem Kostendruck, zu Mengenausweitungen lukrativer Leistungen und zu einem Abbau von Pflegepersonal geführt hat. Bedingt durch die Nachweispflicht, dass das herausgerechnete Personalkostenbudget auch tatsächlich bei den Pflegenden ankommt, wird ein Anreiz für eine sachgerechte und auskömmliche Personalausstattung der Krankenhäuser geschaffen. In Kombination mit der Berechnung von Personaluntergrenzen für alle bettenführenden Einheiten könnte so, nach einer entsprechenden Übergangsfrist zur Ausbildung der erforderlichen Pflegekräfte, der derzeitige Personalmangel möglicherweise abgebaut werden.

14 Jahre nach seiner Einführung wollen Union und SPD das pauschalierende Vergütungssystem nun erstmals

grundlegend verändern. Mit der Anpassung des Krankenhausvergütungssystems an die aktuellen Notwendigkeiten dokumentieren die Großkoalitionäre erstmals seit 2004 ihren Willen zu einem sachgerechten Umdenken. Auch in diesem Schritt sieht der VLK einen sinnvollen Ansatz zur Weiterentwicklung der derzeitigen Finanzierungssystematik.

Ebenfalls positiv zu bewerten ist die **Neuaufgabe** des Strukturfonds über weitere vier Jahre in Höhe von 1 Milliarde Euro jährlich. Auch die Fortführung des **Innovationsfonds** über das Jahr 2019 hinaus mit einem Volumen von 200 Mio. Euro jährlich ist zu begrüßen und befördert sachgerecht den notwendigen Strukturwandel der Deutschen Krankenhauslandschaft.

Aus Sicht des VLK scheinen die Gesundheitspolitiker der vierten GroKo auch die Probleme, die der **Medizinische Dienst der Krankenversicherung** (MDK) in seiner Abhängigkeit von der GKV in den vergangenen Jahren zu Lasten von Patienten und Krankenhäusern zu verantworten hat, erkannt zu haben. Zu begrüßen ist die Ankündigung, den MDK in seiner Unabhängigkeit zu stärken und dafür bundesweit einheitliche und verbindliche Regelungen bei der Aufgabenwahrnehmung einzuführen. Bei einer kritischen Betrachtung der Ist-Situation nimmt es schon Wunder, dass wir uns im Gesundheitswesen in Zeiten, in denen die Gesellschaft von Compliance redet, einer Kontrollinstitution bedienen, die ihrerseits einer Überprüfung nach entsprechenden modernen Compliance-Maßstäben schwerlich standhalten dürfte. Der MDK ist schon dem Namen nach eine Institution der Krankenkassen. Soll Neutralität bei der Prüfung von Krankenhausleistungen walten? Schwer zu glauben, und eigentlich nur dann tragbar, wenn man sich die Kassen als wirklich neutralen Sachverwalter und Treuhänder der Versicherten denkt. Damit aber ist es spätestens seit den Zeiten des Kassenwettbewerbs und der Insolvenzfähigkeit von Krankenkassen vorbei. Kassen sind von der Politik genauso zu Marktteilnehmern in der Gesundheitswirtschaft degradiert worden wie alle anderen Beteiligten auch.

Höchste Zeit also, sich mit dem MDK auseinanderzusetzen. Denn im MDK begegnet uns die Institution einer alten Welt, die den vorwettbewerblichen Strukturen angemessen sein mag, die aber heute gänzlich neu aufgestellt werden müsste, wenn sie eine wirklich neutrale Funktion im Spiel zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen erfüllen sollte. Was also spricht dagegen, eine tatsächlich neutrale Instanz zu gründen z. B. gemeinsam von Kassen und Krankenhäusern, die dann mit stichprobenartigen Prüfungen von Krankenhausleistungen beauftragt wird. Der MDK 2.0 wäre dann gewissermaßen ein MDKK – ein medizinischer Dienst der Kassen und Krankenhäuser. Dann hätten wir ein System, in dem Vertrauen erstmal der bessere Weg wäre und in dem Kontrolle eine zwar notwendige, aber die grundsätzlich schlechtere Alternative bliebe.

Ein ebenfalls wichtiger und sachgerechter Passus im Koalitionsvertrag vom 07.02.2018 ist die Ankündigung, den Aufgabenkatalog und die Ablaufstrukturen des **Gemeinsamen Bundesausschusses** (G-BA) zu reformieren. Den Bundesländern werden künftig in den Beratungen zur Bedarfsplanung und zu allen Aspekten der Qualitätssicherung die gleichen Rechte und Pflichten wie den Patientenvertretern eingeräumt. Es ist mehr als dringend notwendig, den G-BA sowohl in seiner Zusammensetzung wie auch in seiner Arbeitsfähigkeit neu zu strukturieren, um sowohl das zunehmende Misstrauen der Verhandlungspartner untereinander wie auch das Beharrungsvermögen der beteiligten Selbstverwaltungspartner zu beenden. Durch eine deutliche Neuausrichtung dieser untergesetzlichen Behörde sieht der VLK einen längst überfälligen Ansatz, politische Vorgaben nicht wie bisher bis zur Unkenntlichkeit zu verwässern und ihre Umsetzung möglichst zu verhindern bzw. zu verzögern.

Eine kontinuierliche und sachgerechte Weiterentwicklung des Deutschen Gesundheitssystems kann aus Sicht des VLK nur gelingen, wenn Politik wieder Letztverantwortung übernimmt und den ihr zuarbeitenden G-BA erneut zu

dem macht, was er nach der ursprünglichen Idee war: Zuarbeiter – und nicht Gehilfe einer schleichenden Ausdünnung der Versorgungslandschaft.

Nicht zuletzt soll ein **Masterplan „Medizinstudium 2020“** die Neureglung des Studienzuganges herbeiführen, mehr Studienplätze schaffen und die Allgemeinmedizin stärken. Aus Sicht des VLK ein Schritt in die richtige Richtung, der von allen Beteiligten im Gesundheitswesen, bei seit Jahren deutlich zu konstatierendem und steigendem Ärztemangel, schon länger gefordert wurde.

Die Wiedereinführung der **paritätischen Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge** als positive Weiterentwicklung verkaufen zu wollen, ist zumindest kühn: Schließlich war die einst heilige Kuh der Parität unter der Kanzlerschaft eines SPD-Kanzlers geschlachtet worden und auch für den einseitig arbeitnehmerfinanzierten Zusatzbeitrag zeichneten die Sozialdemokraten in einer schwarz/roten GroKo Mitverantwortung.

Obwohl im Gesundheitswesen dringende Entscheidungen anstehen, die nicht bis zum Sankt-Nimmerleins-Tag auf die lange Bank geschoben werden können, lassen die alten/neuen Großkoalitionäre die entscheidende Frage – was ist realistisch umsetzbar – weitestgehend unbeantwortet. Auf sieben der 177 Seiten umfassenden Absichtserklärung der Koalitionsvereinbarung für den Themenkomplex „Gesundheit und Pflege“ wurde viel politische Lyrik und viel Wunschdenken aufgelistet, deren Umsetzung aus Sicht des VLK zumindest fraglich erscheint. Dennoch dürfen die zum Teil kritischen Anmerkungen des VLK nicht darüber hinwegtäuschen, dass das Papier eine Reihe sachorientierter und positiv zu bewertender Passagen enthält, die sich wie angekündigt an einer am Patientenwohl orientierten Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens ausrichten.

Versorgung gestalten, die Chancen der Digitalisierung nutzen und Parodontitis bekämpfen – Die politische Agenda der KZBV



Dr. Wolfgang Eßer

Vorsitzender des Vorstandes
der Kassenzahnärztlichen
Bundesvereinigung (KZBV)

Die obersten Ziele und Handlungsfelder der Vertragszahnärzteschaft sind die Verbesserung der Mundgesundheit der Bevölkerung sowie die Sicherstellung einer wohnortnahen, flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Versorgung. Die KZBV begrüßt daher ausdrücklich, dass die neue Bundesregierung in ihrem Koalitionsvertrag ihr Hauptaugenmerk auf die Versorgung gerichtet hat, mit dem Ziel, gleichwertige Lebensverhältnisse in ganz Deutschland herzustellen. Mit der Fokussierung auf versorgungspolitische Ziele und Handlungsfelder sieht die KZBV deutliche Schnittmengen mit der „Agenda Mundgesundheit 2017–2021“, die wir im vergangenen Sommer veröffentlicht haben, unsere Richtschnur für unser Handeln in dieser Legislaturperiode. Dem Ziel der Großen Koalition, gleichwertige Lebensverhältnisse in ganz Deutschland und eine gute Versorgung vor Ort zu schaffen, hat sich die KZBV immer verpflichtet gefühlt. Dafür setzen wir uns auch weiterhin mit voller Kraft ein.

Wohnortnahe flächendeckende Versorgung sicherstellen – MVZ versorgungsorientiert ausgestalten und Degression abschaffen

Gleichwertige Lebensbedingungen in ganz Deutschland lassen sich nur realisieren, wenn die Menschen, die in ländlichen Räumen und einkommensschwachen Regionen leben, nicht von der Versorgung abgekoppelt werden. Wir sind froh, dass die Bundesregierung diese Einschätzung teilt. Gerade erst hat Bundeskanzlerin Merkel in ihrer Regierungserklärung noch einmal betont, dass viele Menschen die Sorge umtreibe, ob eine flächendeckende Gesundheitsversorgung in Zukunft möglich sei.

Aktuell gibt es in der zahnärztlichen Versorgung, anders als im ärztlichen Bereich, keine Unterversorgung – auch nicht im ländlichen Raum. Vereinzelt kann sich die Situation lokal jedoch anders darstellen. Mittelfristig lassen Prognosen darauf schließen, dass mit einer Verschlechterung der Versorgungssituation gerechnet werden muss, die die Gefahr lokaler Unterversorgung birgt. In den nächsten Jahren wird sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern eine größere Zahl älterer Zahnärzte aus ihrem Beruf ausscheiden.

Aufgrund der durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz geschaffenen Voraussetzung zur Gründung arztgruppen gleicher Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) ist es zu einem ungebremsen Anstieg bei der Entstehung reiner Zahnarzt-MVZ gekommen. Unsere regelmäßigen Auswertungen zeigen, dass sich dieser Trend verstetigt und weiter festigt. Die MVZ sind stark regional konzentriert und siedeln sich vor allem in Großstädten, Ballungsräumen und einkommensstarken ländlichen Regionen an. Wir haben die große Sorge, dass es durch den demografischen Wandel innerhalb des Berufsstandes sowie aufgrund der Sogwirkung von MVZ in Großstädten und Ballungsgebieten künftig zu Engpässen und Unterversorgungen im ländlichen Raum kommen wird. Anders als in der ärztlichen Versorgung kann die zahnärztliche Versorgung nicht durch den stationären Bereich „aufgefangen“ wer-

den. Findet eine zahnärztliche Landpraxis keinen Nachfolger, entsteht eine Unterversorgung. Eine Gefahr für die Versorgung im ländlichen Raum stellen auch Fremdkapitalgeber und Finanzinvestoren dar, die die Kettenbildung von MVZ in Ballungsräumen forcieren. Mit großer Sorge beobachten wir die zunehmend aggressiven Marktaktivitäten von Kapitalinvestoren, die nun auch in Deutschland versuchen, große Versorgungsketten durch Kauf von zahnärztlichen Praxen zu schaffen mit dem Ziel, marktbeherrschende Kartelle zu bilden.

Um den Herausforderungen des demografischen Wandels und den damit einhergehenden strukturellen Veränderungen zu begegnen, müssen in einem gemeinsamen Kraftakt von Politik und Selbstverwaltung die Rahmenbedingungen so gestaltet werden, dass die vertragszahnärztliche Versorgung von morgen sichergestellt wird. Dazu gehört, dass die Versorgung durch freiberuflich tätige Vertragszahnärzte in bewährten Praxisstrukturen und -formen anerkannt und weiter gefördert wird. Darüber hinaus ist es dringend geboten, für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung MVZ ausschließlich arztgruppenübergreifend auszugestalten. Denn wir blicken aus der Perspektive der Patienten auf das System: Im zahnärztlichen Bereich haben MVZ für Patienten nur dann einen Mehrwert, wenn sie fachgruppenübergreifend ausgerichtet sind.

Ein sinnvoller Beitrag zur nachhaltigen Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung wäre auch, unsere langjährige Forderung nach Abschaffung der Degression aufzugreifen und nicht diejenigen Zahnärztinnen und Zahnärzte zu bestrafen, die in Regionen mit einem hohen Versorgungsbedarf durch ihr besonderes Engagement der Unterversorgung entgegenarbeiten. Sie im Nachhinein durch Degression des Lohns ihrer zusätzlichen Mühe zu berauben, ist demotivierend und leistungsfeindlich. Denn die undifferenzierte Anwendung der Degression bei der Überschreitung bestimmter Punktmengengrenzen konterkariert das Engagement von Zahnärzten in Regionen, in denen sie am meisten gebraucht werden. Dadurch drohen im schlimmsten Fall Unterversorgungsszenarien.

Versorgungspolitisch ist es daher höchste Zeit, die Degression abzuschaffen. Wir arbeiten daran, diese „Dauerbaustelle“ in der laufenden Legislaturperiode mit dem Ziel einer konkreten Versorgungsverbesserung für unsere Patienten zu schließen.

Gleichzeitig begrüßen wir als versorgungspolitisch gute Nachricht für die Patientinnen und Patienten, dass sich die Große Koalition darauf geeinigt hat, die Festzuschüsse für Zahnersatz von bisher 50 auf 60 % zu erhöhen.

Mundgesundheit erhalten und Prävention ausbauen – Parodontitis erfolgreich bekämpfen

Die Hinwendung zur präventionsorientierten Zahnmedizin ist eine Erfolgsgeschichte. Es ist uns gelungen, das Mundgesundheitsbewusstsein der Bevölkerung grundlegend zu verändern, das Mundpflegeverhalten zu verbessern und die Bereitschaft zu erhöhen, den Zahnarzt regelmäßig zur Kontrolle aufzusuchen. Unsere Strategie setzt darauf, Präventionsmaßnahmen über den gesamten Lebensbogen hinweg konsequent umzusetzen und auszubauen und die Versorgung an den Bedarfen der Patienten zu orientieren.

Dabei haben wir alle Bevölkerungsgruppen im Blick und in kurzer Zeit bereits Bemerkenswertes erreicht: Für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung haben wir neben der aufsuchenden Betreuung in stationären und häuslichen Pflegesituationen einen Anspruch auf zusätzliche präventive Versorgung umgesetzt. Für die ganz Kleinen haben wir den Verweis vom Kinder- oder Hausarzt zum Zahnarzt bereits im gelben Kinder-Untersuchungsheft verankert. Derzeit arbeiten wir im G-BA an der konkreten Ausgestaltung der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen. Diese Erfolge gilt es, weiter zu verstetigen.

Die nächste Versorgungslücke, die wir schließen wollen, gilt der Volkskrankheit Parodontitis. Bei der Parodontalversorgung ist der GKV-Leistungskatalog auf dem Stand der 70er Jahre stehen geblieben und deckt den heutigen

wissenschaftlichen Erkenntnisstand und die notwendigen Therapiemaßnahmen nicht ausreichend ab.

Parodontitis ist neben Karies die zweite große Volkskrankheit, die unbehandelt zu Zahnverlust fortschreiten kann. Parodontitis ist keine lokal auf die Mundhöhle begrenzte Infektion, sondern steht in Verbindung mit Typ-II-Diabetes, kardiovaskulären und anderen chronischen Erkrankungen. Die Folgekosten parodontaler Erkrankungen sind immens.

Die Tatsache, dass die Menschen in Deutschland immer mehr mundgesunde Lebensjahre erleben werden und sich die Krankheitslasten erst im höheren Alter verdichten, wird zu einem Anstieg des Behandlungsbedarfs von Parodontalbehandlungen führen. Darauf deuten die Daten der Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) des Instituts der Deutschen Zahnärzte hin. Jeder zweite Erwachsene in Deutschland ist heute parodontal erkrankt: Dabei hat sich zwar die Erkrankungslast der schweren Parodontitis über den Zeitverlauf halbiert, mildere, aber dennoch behandlungsbedürftige Erkrankungsformen der Parodontitis haben aber zugenommen.

Um die hohe Parodontitisprävalenz zu senken, hat die deutsche Zahnärzteschaft im Schulterschluss mit der Wissenschaft ein Versorgungskonzept für eine moderne Parodontistherapie entwickelt, das gesetzlich krankenversicherten Patienten eine dem Stand der Wissenschaft entsprechende Therapie und die Teilhabe am medizinischen Fortschritt ermöglichen soll: Unser PAR-Versorgungskonzept. Im GKV-Leistungskatalog fehlen heute vor allem das ärztliche Gespräch, die Reevaluation und eine strukturierte Nachsorge in Form der unterstützenden Parodontistherapie (UPT). Diese Leistungen sind elementare Bausteine für den Langzeiterfolg einer modernen Therapie. Um die vorgesehenen Ziele zu erreichen, sieht das Konzept eine Kombination aus Sachleistungen und Zuschüssen vor und setzt Anreize über ein Bonussystem. Ausgangspunkt für das Bonussystem in der PAR-Versorgung soll das Bonusheft beim Zahnersatz sein.

Im G-BA arbeiten wir bereits intensiv an einer konkreten Versorgungsverbesserung. Ohne Anpassung der gesetz-

lichen Rahmenbedingungen bei der Ausgestaltung der Versorgung und ihrer Vergütung wird eine Umsetzung des PAR-Versorgungskonzeptes aber nicht gelingen. Hierbei benötigen wir die Unterstützung der politischen Entscheidungsträger.

Digitalisierung des Gesundheitswesens – Chancen nutzen, Datenschutz und Datensicherheit gewährleisten

Die Vertragszahnärzteschaft begreift die Digitalisierung im Bereich des Gesundheitswesens als Chance, Gesundheitskompetenz zu stärken, einen gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsinformationen zu schaffen, Versorgung zu verbessern und effizienter zu gestalten sowie Bürokratielasten zu bewältigen. Voraussetzung hierfür sind nutzenstiftende Technologieanwendungen sowie der Aufbau sicherer Kommunikationsstrukturen. Es ist von grundlegender Bedeutung, dass der Nutzen digitaler Anwendungen mit entsprechend hohen Datenschutzstandards einhergeht und Datensicherheit ohne Abstriche jederzeit gewährleistet wird. Das Zahnarzt-Patientenverhältnis muss auch in einer digitalen Welt im Vordergrund stehen und vollumfänglich geschützt bleiben. Der Patient muss Souverän seiner Daten bleiben.

Für uns ist es essentiell, dass digitale Anwendungen Zahnärzten eine Fokussierung auf ihre Kernkompetenz ermöglichen, die Versorgung ihrer Patienten. Daran misst sich der Nutzen digitaler Anwendungen im Praxisalltag. Eine Chance bieten digitale Anwendungen insbesondere dann für die Bewältigung von Bürokratielasten, wenn Sie bisherige papiergebundene Verfahren sowie Praxisabläufe vereinfachen und effizienter gestalten können. Wir begrüßen daher ausdrücklich, dass Union und SPD im Koalitionsvertrag den Bürokratieabbau in Diagnostik und Dokumentation als Ziel verankert haben. Auch das Vorhaben, das Zahnbonusheft digital zu verwalten, verstehen wir als wichtigen Beitrag zum Abbau von Bürokratielasten. Ein digitales Zahnbonusheft begrüßen wir sowohl aus zahnärztlicher Perspektive als auch aus Patientensicht.

Wir freuen uns insbesondere darüber, dass damit auch die politische Wertschätzung gegenüber dem Bonusheft zum Ausdruck kommt. Es ist in der Bevölkerung breit verankert und akzeptiert.

Die KZBV wird sich in der laufenden Legislaturperiode dafür einsetzen, dass die Ausgestaltung der Digitalisierung im Bereich des Gesundheitswesens in den Händen der Selbstverwaltung liegt, die die Vorgaben und Zielsetzungen für eine Digitalisierungsstrategie maßgeblich mitentwickelt und praxisorientiert umsetzt. Dafür bedarf es gesetzlicher Rahmenbedingungen, die die Rolle der Selbstverwaltung stärken und ihren Gestaltungsspielraum für die Entwicklung der digitalen Zukunft erweitern.

Mundgesundheitskompetenz weiter stärken

Für uns Zahnärzte ist die Förderung der Mundgesundheitskompetenz integraler Bestandteil unseres Auftrags. Wir berücksichtigen dies in unseren Zielsetzungen wie auch im konkreten Informations- und Beratungshandeln der zahnärztlichen Praxis. Daher hat die KZBV eine Gesamtstrategie zur Verbesserung der Mundgesundheitskompetenz in Deutschland entwickelt, die die bereits bestehenden, vielfältigen Maßnahmen und Strategien bündelt, aufeinander abstimmt und neu ausrichtet. Auf diese Weise werden die unterschiedlichen Maßnahmen einen möglichst effektiven Beitrag zur Verbesserung der Mundgesundheitskompetenz leisten. Vor diesem Hintergrund wirkt die KZBV als Partner der vom Bundesministerium für Gesundheit initiierten Allianz für Gesundheitskompetenz mit. Das im Koalitionsvertrag angekündigte Vorhaben, ein nationales Gesundheitsportal aufzubauen, auf dem sich Patienten schnell, verlässlich und umfassend im Internet über medizinische Fragen informieren können, begrüßt die KZBV grundsätzlich. Wir werden den Weg hin zu einem nationalen Gesundheitsportal konstruktiv begleiten. Dabei erachten wir es als notwendig, dass die Partner der Allianz für Gesundheitskompetenz eng eingebunden werden und dass der Leitgedanke verfolgt wird,

dass das Portal lediglich auf seriöse Gesundheitsinformationen verweist.

Duales System erhalten und weiterentwickeln

Die Vertragszahnärzteschaft hat sich immer zum dualen System der Krankenversicherung in Deutschland bekannt, denn das duale System gehört zu den besonderen Stärken des deutschen Gesundheitswesens. Dass sich beide Säulen, gesetzliche und private Krankenversicherung, weiterentwickeln müssen, steht dabei außer Frage.

Bei der Frage der zukünftigen Finanzierung unseres Krankenversicherungssystems wurden aus Sicht der KZBV u. a. mit der Rückkehr zu Parität bei den Beiträgen zur GKV sowie mit der schrittweisen Einführung von kostendeckenden Beiträgen zur Krankenversicherung aus Steuermitteln für ALG II-Bezieher sachorientierte Lösungen für die Weiterentwicklung des bewährten dualen Krankenversicherungssystems erarbeitet.

Die Einsetzung sowie die Arbeit der im Koalitionsvertrag angekündigten wissenschaftlichen Kommission, die Vorschläge für ein modernes Vergütungssystem erarbeiten soll, werden wir aufmerksam begleiten.

In der laufenden Legislaturperiode stehen unser Gesundheitswesen und auch die vertragszahnärztliche Versorgung weiterhin vor großen Herausforderungen. Wir Zahnärztinnen und Zahnärzte wollen einen Beitrag dazu leisten, unser Gesundheitswesen und die Versorgung unserer Patientinnen und Patienten zukunftssicher zu gestalten. Wir freuen uns daher auf den politischen Austausch zu unseren Zielen und Positionen.

Digitalisierung, Pflege und viele Reformkommissionen – ein Blick auf den Koalitionsvertrag 2018-21

Dr. Peter Engel
Präsident der
Bundeszahnärztekammer



„Habemus Grokum“ – so viel Erleichterung wie vor einigen Tagen gab es selten bei der Unterzeichnung eines Koalitionsvertrags, der Wahl der Kanzlerin und der Vereidigung des Kabinetts. Der Weg zu einer stabilen Regierung war lang und steinig. Der in langen Nächten ausgehandelte Koalitionsvertrag bietet nun eine recht detaillierte Grundlage für die gesundheitspolitische Arbeit der verbleibenden dreieinhalb Jahre dieser Legislatur.

Aus Sicht der Bundeszahnärztekammer können wir mit Blick auf den Koalitionsvertrag eine gemischte Bilanz ziehen.

„Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land.“ Die Ziele sind bereits in der Überschrift des Koalitionsvertrags hoch gesteckt. Die Diskussionen und das harte Ringen der Verhandlungsparteien aus CDU, CSU und SPD um die Einführung oder Nicht-Einführung einer wie auch immer gearteten Bürgerversicherung haben gezeigt, dass auch die Gesundheitspolitik imstande ist, das Land zu spalten.

Die Bürgerversicherung kommt, wie aus dem Koalitionsvertrag zu lesen ist, (jedenfalls vorerst) nicht. Das stimmt uns aus zahnärztlicher Sicht positiv. Dennoch sehen wir die Notwendigkeit, das bestehende duale System aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung zu reformieren. Die wissenschaftliche Kommission, die laut Koalitionsvertrag ab Herbst die Arbeit aufnehmen soll, muss daher in ihren Vorschlägen Lösungen anbieten, die einerseits die wirtschaftliche Tragfähigkeit des GKV-PKV-Systems in den kommenden Jahren garantiert und gleichzeitig Ungerechtigkeiten, ob gefühlt oder real, beseitigen. Das wird ein hartes Stück Arbeit. Aber diese Reform eröffnet auch Chancen der gesellschaftlichen Befriedung und des Erhalts von Qualität und Innovation in der medizinischen Versorgung. Wir sind froh, dass die zahnärztliche Versorgung von den strukturellen Problemen (Vorwurf einer Wartezeitenungleichheit in Folge einer Zwei-Klassen-Medizin, Unterversorgung) größtenteils nicht betroffen ist. Gleichzeitig muss sich aber auch die Zahnärzteschaft mit den demografischen Herausforderungen und der Sicherstellung des Versorgungsauftrags über den Tag und die Legislaturperiode hinaus beschäftigen. Fragen der Fachkräftesicherung im Assistenzbereich und Anreizsetzung zur Niederlassung, aber auch die überfällige Anpassung der privaten Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) an wissenschaftliche und zahnmedizinische Fortschritte sowie die allgemein Kostenentwicklung – Stichwort Punktwertterhöhung – stehen dabei an erster Stelle.

Die beiden anderen Themenschwerpunkte in dieser Legislaturperiode, so der neue Bundesgesundheitsminister

Jens Spahn im Rahmen seiner Regierungserklärung am 23. März, sind die Digitalisierung und die Pflege. Der zahnärztliche Sektor ist im Bereich der Altersmedizin und der Pflege insbesondere bei der Mundgesundheit aktiv, die gerade in der Pflege schnell unter die Räder gerät. Hier sehen wir unsere Aufgabe darin, bei der Verbesserung der Qualität der Pflege mitzuwirken, indem wir die Mundgesundheit der Pflegebedürftigen stärker in den Fokus der Aufmerksamkeit rücken. Dass eine gute Mundgesundheit die Lebensqualität erheblich verbessert, ist sicher keine Überraschung. Dass sie jedoch auch präventiv wirkt gegenüber schwereren Erkrankungen, muss letztlich ausschlaggebend sein für eine adäquate Berücksichtigung in Ausbildung, Vergütung und bei der Berechnung von Pflegeminuten. Hier ist das Ministerium am Zug. Eine erste Möglichkeit die Mundgesundheit in der Pflege zu stärken, ist eine angemessene Berücksichtigung dieses Pflegeaspekts im neuen Ausbildungscurriculum. Die Bundeszahnärztekammer hat hierzu Vorschläge präsentiert.

Die Entwicklungen in den Bereichen Telematik und Digitalisierung treten in Teilen auf der Stelle und nehmen andererseits so rasant an Fahrt auf, dass es einem schwindelig werden kann. Während wir bundesweit immer noch beim Glasfaserausbau hinterherhinken, nehmen wir wahr, dass am anderen Ende der Welt KI-Systeme bereits teilweise Zahnimplantate an lebenden Patienten setzen. Gleichzeitig arbeiten Startup-Unternehmen an Systemen und Produkten, die den Gesundheitsmarkt revolutionieren sollen, aber erstmal mit bestehenden Heilkundengesetzen kollidieren. Diesem Wildwuchs zu begegnen, flächendeckende technische Voraussetzungen zu schaffen für die Teilhabe an digitalen Entwicklungen und gleichzeitig Leitplanken für die Digitalisierung im Gesundheitswesen zu setzen, das wird die große Aufgabe in dieser Legislaturperiode. Neben dem bunten Strauß an Möglichkeiten, die die Digitalisierung eröffnet, müssen wir uns sektorübergreifend im Gesundheitswesen aber auch Gedanken machen, wo wir Grenzen der Digitalisierung sehen. Nicht alles was technisch möglich ist, muss auch

ethisch vertretbar oder als Leistung abrechenbar sein. Insbesondere bei den Patientendaten muss sorgsam zwischen Datenschutz und Patientennutzen abgewogen werden. Wir begrüßen daher sehr die Einsetzung einer Daten-Ethik-Kommission.

Ein schönes Beispiel dafür, dass „einfach nur drauflos digitalisieren“ nicht zwingend Verbesserungen mit sich bringt, ist die im Koalitionsvertrag vorgesehene digitale Verwaltung des zahnärztlichen Bonusheftes. Hilfreich ist das nur, wenn dadurch keine weitere Bürokratie für die Praxen entsteht und die Umsetzung mit weiteren Maßnahmen einhergeht: Bleibt dabei die elektronische Gesundheitskarte und mit ihr die (immerhin ebenfalls vorgesehene) elektronische Patientenakte (in das so ein Bonusheft unserer Meinung nach auch gehört) weiter auf der Strecke, entbehrt sich der Sinn der Maßnahme. In diesem Zusammenhang sprechen wir sicher auch unseren gynäkologischen und hausärztlichen Kolleginnen und Kollegen aus der Seele, denn Mutter- und Impfpass sollen ebenfalls digital verwaltet werden.

Viele weitere Digitalisierungsvorhaben hingegen sind klug und zielführend, aber nicht auf die zahnärztliche Arbeit anwendbar. So ist die Fernbehandlung in unserer Versorgung in den allermeisten Fällen ausgeschlossen. Wir bemerken jedoch eine Zunahme von Geschäftsmodellen unter den Startups, die an den Grenzen der unterschiedlichen Heilberufegesetze und des Selbstbehandlungsverbots agieren. Hier sehen wir eine klare Aufgabe der Politik, im App- und Startup-Dschungel für Qualitätsstandards zu sorgen, die nicht unterschritten werden dürfen und die die bestehende Gesetzgebung nicht unterlaufen. Im Einflussbereich des ZHG sind dies vor allem zahnkosmetische Anwendungen.

Im Koalitionsvertrag bekennen sich Union und SPD an verschiedenen Stellen zur Stärkung der Freien Berufe, der Kammern und zum Bürokratieabbau. Damit dies nicht bloße Lippenbekenntnisse bleiben, benötigen wir in dieser

Legislaturperiode auch eindeutige Maßnahmen. In diesem Zusammenhang sei ein Verweis auf die Freien Berufe und die Mittelstandspolitik auf europäischer Ebene gestattet: Hier hat sich die Koalition festgelegt darauf zu achten, dass „die Unabhängigkeit freiberuflicher Dienstleistungen und die Einhaltung der hohen Qualitätsstandards im europäischen Kontext angemessen berücksichtigt“ werden. Angesichts des Regulierungsvolumens in Brüssel ist dies eine notwendige Garantie für die Zahnärzteschaft, die Ärzteschaft und alle anderen Freien Berufe.

Eine wichtige Maßnahme ist dabei die Sicherstellung einer weitgehenden Ausnahme der Heilberufler vom Europäischen Dienstleistungspaket, insbesondere dem sog. Proportionalitätstest. Diese Richtlinie wird dieser Tage im Trilog zwischen Europäischem Rat, der Kommission und dem EU-Parlament beschlossen.

Wichtig ist auch der Schutz der Therapiefreiheit in Diagnose und Behandlung im zahnärztlichen Alltag sowie die Stärkung der Attraktivität der Ausbildung bei ärztlichem und nicht-ärztlichem Personal. Wir begrüßen die Neuregelung der Zulassungsbedingungen zum (Zahn)Medizinstudium und die Einführung der Landarztquote. Denn auch im zahnärztlichen Bereich sinken wie bei den Hausärzten die Bereitschaft und der Mut zur Niederlassung, insbesondere im ländlichen Raum. Ob die Möglichkeiten zur Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) hier Abhilfe schaffen können, ist die große Frage. Allerdings sehen wir den dringenden Bedarf, die Regelungen aus dem Versorgungsstärkungsgesetz nachzujustieren und dem zahnärztlichen Berufsrecht auch für diese Ausführungsformen gleichermaßen zum Durchbruch zu verhelfen. Denn mit der Einführung der arztgruppengleichen MVZ wird die wohnortnahe Sicherstellung der Versorgung im vertragszahnärztlichen Bereich ohne Not aufs Spiel gesetzt. Gefördert werden stattdessen Großversorgungsstrukturen und eine zunehmende Ökonomisierung und Industrialisierung des zahnärztlichen

Heilberufs. Reine Zahnarzt-MVZ entfalten ganz zwangsläufig mit ihren unbegrenzten Anstellungsmöglichkeiten und ihrer gewerblichen Ausrichtung eine Sogwirkung Richtung Ballungsräume und entwickeln große Attraktivität für interessengeleitete Fremdkapitalgeber und Finanzinvestoren. Hier bestehen konkrete Pläne, mittelfristig den deutschen Dentalmarkt mit Großversorgungsstrukturen (Dentalketten) zu überziehen. Dem wollen wir entgegenwirken zum Wohle der Patientinnen und Patienten und des freien Heilberufs. Wir müssen sicherstellen, dass es in solchen Strukturen nicht zu Rechtsproblemen in der Berufsausübung kommt. Denn auch der im MVZ angestellte Zahnarzt ist dem Berufsrecht in all seinen Facetten unterworfen. Diese Kontrollfunktion darf nicht durch unklare Aufsichtsregelungen unterminiert werden.

Der Abbau von Bürokratie in der Praxisführung ist generell eines unserer Hauptanliegen. Wenn es um Fortschritte in der Digitalisierung geht, dann muss darauf ein Schwerpunkt gesetzt werden. Aktuell ist in einer zahnärztlichen Praxis eine Vollzeitkraft zusammengerechnet 100 Tage im Jahr ausschließlich mit der Erfüllung von Dokumentations- und Informationspflichten beschäftigt. Das muss reduziert werden! Wir haben bereits gemeinsam mit dem Normenkontrollrat eine Erhebung über notwendige und verzichtbare Dokumentations- und Informationspflichten vorgenommen. Denn Zeit, die nicht mit überflüssiger Bürokratie verbracht werden muss, kommt 1:1 den Patientinnen und Patienten zugute. Anknüpfend daran freuen wir uns über die Aussage im Koalitionsvertrag, dass die sprechende Medizin besser vergütet werden soll. Gerade für die Bereiche der Aufklärung und Prävention, die einen großen Stellenwert in der zahnärztlichen Arbeit einnehmen, wäre das ein echter Gewinn für die Behandlungsqualität.

Große Erleichterung bringt uns die Festlegung der Großen Koalition auf die Umsetzung der Novelle der Zahnärztlichen Approbationsordnung. Nach dem Abstimmungsde-saster und der Vertagung im Bundesrat im Herbst 2017

bestehen jetzt gute Chancen, die seit 1955 bestehende Approbationsordnung zu erneuern. Offene Punkte wie die Neugestaltung der Zulassungsbestimmungen zum Medizinstudium sind durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts geklärt. Jetzt werden mit der Novelle der Approbationsordnung endlich die Lücken geschlossen, die uns vor allem im Bereich der Gleichwertigkeit der Berufsabschlüsse aber auch der Anpassung der Ausbildung an neue Krankheitsbilder erhebliche Bauchschmerzen bereitet haben.

Der Koalitionsvertrag bringt großen Handlungsbedarf zutage, die wieder aufgelegte Große Koalition hat sich im Gesundheitsbereich viel vorgenommen. Der neue Bundesgesundheitsminister ist ambitioniert und willens, Gesundheit und Pflege ein gutes Stück voranzubringen. Die Zahnärzteschaft wird ihren Teil beitragen, wo es möglich ist – genau hinsehen und Einspruch erheben, wo es nötig ist, um für den zahnärztlichen Heilberuf, die Qualität der Behandlung und das Wohlergehen der Patientinnen und Patienten in unserem Land Verbesserungen anzustoßen.

Reform des Psychotherapeuten-gesetzes

Dr. Dietrich Munz

Präsident der Bundes-
psychotherapeutenkammer



Im Koalitionsvertrag haben CDU/CSU und SPD verabredet, die Reform des Psychotherapeutengesetzes zügig abzuschließen. Das ist auch dringend notwendig, denn jedes Jahr Verzögerung bedeutet, dass der psychotherapeutische Nachwuchs ein weiteres Jahr seinen Beruf unter prekären Bedingungen erlernen muss. Jedes Jahr Verzögerung verlängert die Unsicherheit, ob das gewählte Studium ausreicht, um danach für eine Psychotherapeutenausbildung zugelassen zu werden. Wohin die Reise gehen soll, ist schon dank der Vorarbeiten des Bundesministeriums für Gesundheit und der Bundesländer klar. Der mit dem Psychotherapeutengesetz eingeschlagene Sonderweg wird beendet. Die Qualifizierung von Psychotherapeuten wird künftig der bewährten Aus- und Weiterbildungsstruktur anderer akademischer Heilberufe folgen.

Approbationsstudium auf Masterniveau

Einheitliches Qualifikationsniveau

Seit der Einführung der Bachelor- und Masterstruktur ist für Studierende nicht mehr klar, welche Kompetenzen sie erwerben müssen, um im Anschluss an ein Studium eine psychotherapeutische Ausbildung beginnen zu können. Die mit der Bologna-Reform angestrebte Vielfalt von Studienabschlüssen ist nicht kompatibel mit der Notwendigkeit für akademische Heilberufe, bundesweit ein einheitliches Qualifikationsniveau sicherzustellen. Eine Lösung ist umso dringlicher, als für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in einigen Bundesländern sogar Bachelorabsolventen zur Ausbildung zugelassen werden. Dies ist unter qualitativen Gesichtspunkten eine untragbare Entwicklung. Ein akademischer Heilberuf sollte stets auf einem Abschluss auf Masterniveau basieren.

Entscheidungssicherheit zu Beginn des Studiums

Für junge Menschen, die sich entscheiden, Psychotherapeut zu werden, ist aktuell mit Beginn des Studiums nicht sicher, ob dieses Studium sie für die Aufnahme einer Ausbildung zum Psychotherapeuten qualifiziert. Dies ist eine unzumutbare Situation, weil sie keine Zukunftsplanung ermöglicht.

Eckpunkte der Approbationsordnung

Über eine Approbationsordnung kann der Bundesgesetzgeber bundesweit einheitlich vorgeben, welche Ausbildungsziele mit dem Studium erreichbar werden sollen. Diese Kompetenzen werden nach Abschluss eines Studiums auf Masterniveau in einem Staatsexamen geprüft und mit bestandenem Staatsexamen kann die Approbation verliehen werden. Die Vorgaben der Approbationsordnung prägen ferner die Weiterbildung, in der Psychotherapeuten vertieft qualifiziert werden. Bereits während des Studiums sollen die Studierenden die verschiedenen psycho-

therapeutischen Methoden und Verfahren kennenlernen und dabei auch schon ausreichend praktische Erfahrungen sammeln. Nach der Approbation sollten sie, neben einer guten wissenschaftlichen Qualifikation, über die Fähigkeit zur Diagnostik und über Basiskompetenzen in der psychotherapeutischen Behandlung verfügen und beides anwenden können. Das Bundesgesundheitsministerium hat in der letzten Legislaturperiode einen ersten Arbeitsentwurf vorgelegt, der zwar in die richtige Richtung wies, aber noch keine Approbationsordnung mit den Details der praktischen Ausbildung enthielt.

Weiterbildung für eine gute Versorgung

Für die Breite der Anforderungen qualifizieren

An das Approbationsstudium soll sich eine Weiterbildung anschließen, in der sich Psychotherapeuten auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen oder Erwachsenen spezialisieren und gleichzeitig ein psychotherapeutisches Verfahren erlernen. Die Weiterbildung soll in hauptberuflicher Stellung mindestens 5 Jahre dauern. Sie soll sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich qualifizieren. Dies ist notwendig, da die psychotherapeutische Versorgung im stationären Bereich andere Kernkompetenzen erfordert als die ambulante Versorgung psychisch kranker Menschen. Ferner sind psychotherapeutische Kompetenzen auch der Jugend-, Behinderten- und Suchthilfe sowie in der Gemeindepsychiatrie gefordert. Deshalb sollten auch in diesen Tätigkeitsfeldern optional Weiterbildungen von bis zu einem Jahr ermöglicht werden.

Stationäre Weiterbildung

Die stationäre Weiterbildung wird in weiten Teilen den Strukturen der ärztlichen Weiterbildung folgen. Sukzessive kann damit ein Teil der Stellen von Psychologen, der in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern sowie in Rehabilitationskliniken frei wird, von Psychothe-

rapeuten in Weiterbildung besetzt werden. Diese werden wie ihre ärztlichen Kollegen einen substanziellen Beitrag zur Versorgung im stationären Bereich leisten und entsprechend vergütet werden. Psychotherapeuten in Weiterbildung brauchen genauso wie Ärzte in Weiterbildung eine spezifische Anleitung. Dadurch werden Mehraufwendungen entstehen. Außerdem werden sie sich neben dem Lernen durch ihre Versorgungstätigkeit am Patienten auch theoretisch und in Selbsterfahrung weiterbilden müssen. In einer vom Deutschen Krankenhausinstitut durchgeführten Studie wird dieser Mehrbetrag auf jährlich circa 23 Millionen Euro geschätzt. Mit einer zweijährigen stationären Weiterbildung will die Profession auch eine Engführung des Psychotherapeutengesetzes aus dem Jahre 1998 korrigieren. Damals wurde Psychotherapie in erster Linie als ambulantes Versorgungsangebot gedacht. Heute gehört Psychotherapie zu einer leitlinienorientierten stationären Versorgung. Diese Standards werden auch in die neuen Personalanforderungen für psychiatrische und psychosomatische Kliniken ab dem Jahr 2020 einfließen. Die Weiterbildung der Psychotherapeuten wird die Umsetzung dieser Qualitätsstandards in der stationären Versorgung qualitativ und quantitativ ermöglichen.

Ambulante Weiterbildung

In einer künftigen ambulanten Weiterbildung benötigen Psychotherapeuten vor allem Qualifikationen, die auf Sprechstunde, Akutversorgung, Einzel- und Gruppenpsychotherapie sowie Rezidivprophylaxe gemäß der reformierten Psychotherapie-Richtlinie vorbereiten. Die Profession empfiehlt, dabei auf Institute zu setzen, wie sie heute schon in der postgradualen Ausbildung erfolgreich tätig sind. Die heutigen Aus- und künftigen Weiterbildungsinstitute sichern die Qualität der Weiterbildung durch den interkollegialen Diskurs, aber insbesondere durch abgestimmte Angebote für Lehre, Selbsterfahrung und Supervision. Die Profession schlägt deshalb auch vor, durch Institute getragene Weiterbildungsverbünde zu schaffen, sodass eine koordinierte ambulante und stationäre Weiterbildung möglich wird.

Finanzierung der ambulanten Weiterbildung

Damit beschreitet die Profession in Teilen neue Wege. Für die ärztliche Weiterbildung gibt es eine Finanzierung der ambulanten Weiterbildung nur für Fachärzte der Allgemeinmedizin und für grundversorgende Fachärzte. Diese Weiterbildung ist quantitativ eng begrenzt und wird von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gemeinsam finanziert.

Bereits heute erbringen Psychotherapeuten während ihrer Ausbildung ambulante Versorgungsleistungen, die von den Krankenkassen bezahlt werden. Dies wird auch künftig so bleiben. Die Einnahmen aus der ambulanten Versorgung werden aber nicht ausreichen, um ein Tarifgehalt zu ermöglichen und die Leistungen der Weiterbildungsinstitute für die Psychotherapeuten in Weiterbildung, insbesondere für Supervision und Selbsterfahrung, abzudecken. Deshalb sind zusätzliche Mittel notwendig, um die psychotherapeutische Weiterbildung im ambulanten Bereich zu finanzieren.

Auch bei Psychotherapeuten ist eine gemeinsame Finanzierung von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen denkbar. Man könnte aber auch zusätzlich einen Fonds auflegen, der über einen Vorwegabzug aus dem Gesundheitsfonds finanziert wird. Damit würde sichergestellt, dass alle Krankenkassen gleichermaßen einen substanziellen Beitrag zur ambulanten psychotherapeutischen Weiterbildung leisten und gleichzeitig Steuergelder für die psychotherapeutische Weiterbildung eingesetzt werden. Die Psychotherapeuten halten das zweite Modell für eine angemessene Lösung.

Geht man davon aus, dass jährlich 2.500 Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung beginnen, sind dafür weitere 190 Millionen Euro jährlich notwendig, zusätzlich zu den Mitteln, die die Krankenkassen für die Versorgungsleistungen der Psychotherapeuten in Weiterbildung ausgeben. Damit würde es möglich, die aktuell prekären Le-

bensverhältnisse von Psychotherapeuten in Ausbildung zu verbessern und ihnen, wie den Ärzten, eine angemessen vergütete sozialversicherungspflichtige Weiterbildung im ambulanten Bereich zu ermöglichen. Für die Beendigung dieses Missstandes muss nun 20 Jahre nach Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes die notwendige Finanzierung sichergestellt werden. Gleichzeitig würde wie für andere Gesundheitsberufe auch der Grundsatz gelten, dass sie ihre Weiterbildung nicht selbst finanzieren müssen.

Die Herausforderungen der Großen Koalition in der Gesundheitspolitik

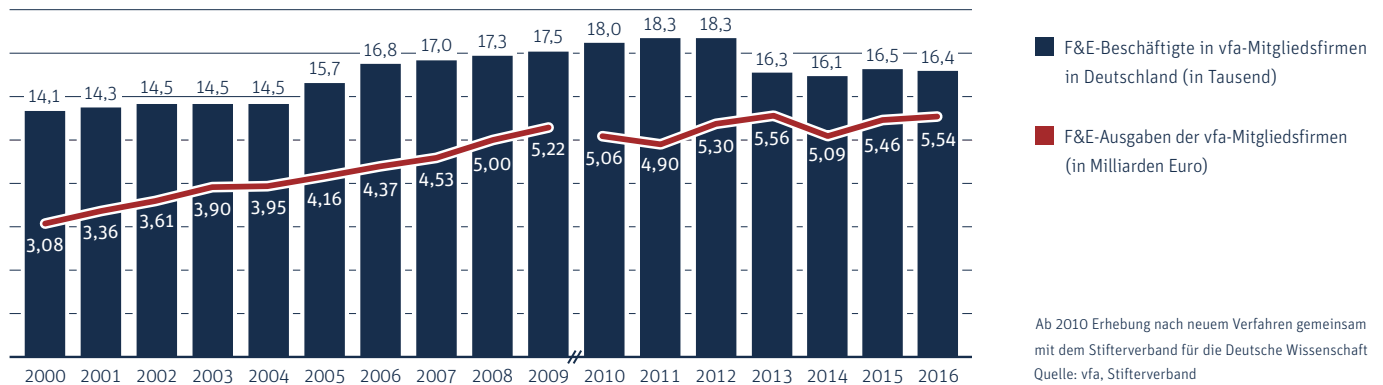
Birgit Fischer

Hauptgeschäftsführerin des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller e.V.



Dass die große Koalition gleich zu Beginn auf Kollisionskurs mit Europa gehen würde, war sicher eine Überraschung. Dabei sprechen für eine europäische Nutzenbewertung sowohl Gründe des europäisch geprägten Koalitionsvertrages als auch die Argumente in der Sache: Ist ein Portugiese anders krank als ein Deutscher? Wohl kaum.

Forschende Pharma-Unternehmen: Mitarbeiter und Ausgaben für Forschung und Entwicklung (F&E)



Warum sollte sich also die medizinische Bewertung der Arzneimitteltherapie danach richten, welche Nationalität ein Europäer hat. Verschieden sind die Lebensbedingungen in Deutschland und Portugal. Eine Differenzierung nach Nationalitäten macht bei den zu verhandelnden Preisen Sinn, nicht aber bei der medizinischen Bewertung.

Und wie bei der europäischen Zulassung, wird auch bei der europäischen Nutzenbewertung die Qualitätssicherung der Bewertungen und die Effizienz der Verfahren größer und es bleibt viel Raum für das Einbringen nationaler Erfahrungen und Kompetenzen. G-BA und IQWiG werden in einer europäischen Nutzenbewertung auch zukünftig eine starke Rolle spielen.

Innovationen brauchen ein starkes Umfeld damit kluge Köpfe ihre Ideen in Deutschland verwirklichen. Eine steuerliche Forschungsförderung könnte helfen... wenn sie nicht zu kurz springt. Leider beschränkt der Koalitionsvertrag die steuerliche Förderung auf kleinere und mittlere Unternehmen und klammert die besonders forschungsintensiven Großunternehmen aus.

Wie die Industrie ohne eine steuerliche Forschungsförderung auch für große Unternehmen ihren Beitrag zum eigentlich lobenswerten Ziel schaffen soll, die Forschungsquote auf 3,5 Prozent des BIP zu steigern, bleibt rätselhaft.

Bei der Entwicklung nationaler Strategien gegen Krebs, Demenz und Diabetes – wie sie der Koalitionsvertrag vorsieht – kommt dem neuen Bundesgesundheitsminister eine wichtige Rolle zu: Er muss viele Akteure an einen Tisch holen, Ziele vereinbaren, Potenziale zusammenführen und Umsetzungsschritte auf den Weg bringen. Ohne politische Begleitung bleiben gesundheitspolitische Vorhaben leider oft bloße Absichtserklärung. Der bisherige Stand der Digitalisierung im Gesundheitswesen ist da ein abschreckendes Beispiel. Es bleibt ein Rätsel, warum im Jahr 2018 in einem Land wie Deutschland täglich tausende Patienten mit gerollten Röntgenbildern und ausgedruckten Arztbriefen unterwegs sind oder in telefonischen Warteschleifen hängen. Mit der geplanten eHealth-Strategie besteht jedoch die Möglichkeit, dass alle Beteiligten künftig Chancen unter Leitung der Politik gemeinsam gestalten. Es gibt also genug Themen und Aufgaben für das Gespräch zwischen Politik und Industrie. Der Pharmadialog bietet dafür die richtige Plattform.

Zu Beginn seiner Amtszeit wird Jens Spahn als neuer Gesundheitsminister eine Richtungsentscheidung treffen müssen. Mit der Einführung eines Arztinformationssystems geht es um die Frage, wie Ärzten qualitätsgesicherte Informationen zur Verfügung gestellt werden können, ohne dass die Krankenkassen in die Therapiefreiheit der Ärzte eingreifen.

**Herausgeber:**

Dr. Albrecht Klopfer
Wartburgstraße 11 | 10823 Berlin
post@ix-institut.de | www.ix-media.de

Redaktion:

Dr. Albrecht Klopfer, Dr. Jutta Visarius, Sophia V. M. Wagner

In Zusammenarbeit mit

**Druck:**

PrintingHouse,
Union Sozialer Einrichtungen gGmbH,
Genter Str. 8 in 13353 Berlin

Satz und Layout:

Mediengestaltung der
Union Sozialer Einrichtungen gGmbH,
Koloniestr. 133–136 in 13359 Berlin

www.u-s-e.org

Erscheinungsweise: Mindestens 6 Ausgaben im Jahr. Bezugspreis 78,– Euro einschließlich Versandkosten (Inland) und MwSt. Ein Abonnement verlängert sich um ein Jahr, wenn es nicht sechs Wochen vor Ende des Kalenderjahres gekündigt wird. Sämtliche Nutzungsrechte am iX-Forum liegen bei der iX-Media. Jegliche Nutzung, insbesondere die Vervielfältigung, Verbreitung, öffentliche Wiedergabe oder öffentliche Zugänglichmachung ist ohne die vorherige schriftliche Einwilligung der iX-Media unzulässig.

Die Fotorechte liegen bei der jeweiligen Institution.

ISSN 2569-6289, 24. Jahrgang 2018, Ausgabe 6 · 2017, Erscheinungsdatum: 16. April 2018.

Folgende Themen bewegen das iX-Media Team und sollen in der iX-Forum Reihe näher betrachtet werden:

- **Digitalisierung**
- **Sektorenübergreifende Versorgung**
- **AIS**
- **Elektronische Gesundheitskarte**
- **Industrie als Versorgungspartner**

Die Aufzählung unterliegt keiner zeitlichen Reihenfolge. Selbstverständlich reagieren wir auch auf aktuelle politische Entwicklungen

Die iX-Forum Reihe wird bundesweit mit über 2.500 Exemplaren personalisiert an Parlamente, Ministerien, Verbände, wissenschaftliche Fachgesellschaften und andere wichtige Akteure im Gesundheitswesen versandt.

Sie haben Interesse, einmal einen Diskussionsbeitrag in der iX-Forum Reihe zu veröffentlichen? Kommen Sie mit uns ins Gespräch.

**Besuchen Sie
unsere Website:**

www.ix-media.de

