GESUNDHEIT 18.0

Gesundheit wird zur **DEMOGRAPHIE-POLITIK.** *Große Herausforderungen. Auf zwölf Seiten hat die* **GROKO** *ihre Vorstellungen skizziert. Das vorliegende Arbeitspapier markiert den* **START-PUNKT**, *eine Arbeitshilfe, die* **EIGENE AGENDA** *zu adaptieren.*

EINE ARBEITSGRUNDLAGE
Working Paper 1-2014

KOVARHUSS
POLICY ADVISORS

Inhalt

Warum dieses Papier? 2
Verstetigung als Grundidee 3
Die Leitgedanken 3
Kostenentwicklung und andere externe Themen erfordern weiteren Anpassungsbedarf 3
Krankenhaus und Pflege werden die kommende Legislaturperiode prägen 4
Vorhaben im ambulanten Bereich 4
Vorhaben im stationären Bereich 6
Zum Thema Arzneimittelversorgung 7
Zur Zukunft der medizinischen Berufe 7
Prävention und Gesundheitsförderung 7
Finanzierung und Risikostrukturausgleich 8
Pflege 8
Zusammenfassung und Ausblick 8
Anlage: Tabelle Gesundheitspolitische Vorhaben im Koalitionsvertrag für die 18. Legislaturperiode 11
Das KovarHuss Angebot 0

Warum dieses Papier?

Gesundheitspolitik ist eines der Themen, bei denen die Politik über weitgehende Gestaltungsmacht verfügt. Trotzdem ist der Job des Gesundheitsministers nicht begehrt. Nur mit ausgezeichneten Sekundärtugenden, allen voran Verhandlungsfähigkeit *und* die Fähigkeit, sich öffentliche Kampagnen zu widersetzen, kann man sich dieser Aufgabe mit Erfolgsaussichten stellen. Wir wünschen Gesundheitsminister Hermann Gröhe und seinem Team dazu viel Erfolg.

Das vorliegende Papier will den Koalitionsvertrag für den Bereich Gesundheitspolitik in einer übersichtlichen Form aufbereiten: Als Excel-Sheet eignet sich der Tabellenanhang hervorragend, um auf Basis der Agenda der Bundesregierung die eigene Agenda fortzuschreiben.

Gesundheitsunternehmen müssen, mehr als Unternehmen jeder anderen Branche, Prioritätenverschiebungen und Themenverschiebungen unverzüglich wahrnehmen. Schnell ergeben sich daraus Chancen und Risiken für die eigene Position, das Unternehmen oder den Verband. Gesundheitspolitik ist diskontinuierlich, sprunghaft. Themen bauen sich manchmal über Jahre auf. Und werden plötzlich in Reformmaßnahmen zusammengepackt. Updates der gesundheitspolitischen Agenda sind deshalb die Regel, nicht die Ausnahme.

„Ja, mach nur einen Plan!/Sei nur ein großes Licht!/Und mach dann noch ’nen zweiten Plan/Gehn tun sie beide nicht“, formuliert Bert Brecht in seiner Dreigroschenoper. Auch die Gesundheitspolitik orientiert sich an dieser lebensweltlichen Erkenntnis. Vor diesem Hintergrund wollen wir es mit dem vorliegenden Tabellenwerk erleichtern, den Fortgang dieser Planung und möglicherweise die Ergänzung/Überlagerung durch andere Ereignisse nachzuverfolgen.

KovarHuss verfolgt in seiner Arbeit einen Smart Lobbying Ansatz. Im Gesundheitsbereich heißt das für uns, die Herausforderungen des

Gesundheitssystems wahrzunehmen und mit unseren Kunden Ansätze zu entwickeln, die für das Unternehmen und das Gesundheitssystem zu besseren Lösungen führen. Es erfordert die Fähigkeit, die Dinge differenziert zu analysieren, Entwicklungen in die Zukunft fortschreiben zu können, um dann auf Basis einer eigenen Haltung eine eigenständige Agenda zu definieren.

Verstetigung als Grundidee

Die Leitgedanken

Die Koalitionsvereinbarung setzt den durch die Vorgängerregierungen eingeschlagenen Weg in der Gesundheitspolitik fort. Sie verzichtet auf größere Kurskorrekturen und etabliert **weitere Kompetenzen für die Selbstverwaltung**.

Der Gemeinsame Bundesausschuss **(GBA)** ist längst zur zentralen Planungs-, Umsetzungs- und Schlichtungsinstitution geworden. Unterstützt wird er dabei von einem dichter werdenden Netz wissenschaftlicher Expertise. Neben dem IQWIG, das nach seiner stürmischen Anfangsphase in ruhigeres Fahrwasser gekommen ist, soll jetzt ein weiteres **Institut für Qualitätssicherung** ins Leben gerufen werden.

Kostenentwicklung und andere externe Themen erfordern weiteren Anpassungsbedarf

Veränderungen im Gesundheitswesen werden nicht nur von konzeptionellen Überlegungen getragen, sondern oftmals von veränderten Rahmenbedingungen oder externen Entwicklungen. An erster Stelle ist hier der **Finanzbedarf** des Gesundheitswesens zu nennen. Unsere Studie „Out of the Box“, 2012, nennt weitere drei langfristig wirkende Faktoren: **Demographie, Technologie und Verbrauchersouveränität bleiben die mittelfristigen Treiber**. Die Studie skizziert noch immer die systemischen Herausforderungen für die kommende Dekade.

Die gute finanzielle Ausstattung des Gesundheitsfonds lässt erwarten, dass für 2014 kein dringender finanzieller Handlungsbedarf besteht.

Krankenhaus und Pflege werden die kommende Legislaturperiode prägen

Zu erwarten ist, dass in der kommenden Legislaturperiode zwei Themen ganz oben stehen: Zum einen besteht im Krankenhausbereich dringender Handlungsbedarf. Zum anderen wächst sich Gesundheitspolitik immer mehr zur **Demographiepolitik** aus. Die Berufung von Karl-Joseph Laumann, einem erfahrenen Sozialpolitiker, zum Patienten- und Pflegebeauftragten verweist darauf, dass das Thema Gesundheitspolitik stärker in die allgemeine Gesellschaftspolitik migriert. Die Versorgung des ländlichen Raumes, die veränderten Anforderungen durch die alternde Bevölkerung, der Generationswechsel bei den im Gesundheitswesen Beschäftigten macht schon auf Stichwortebene deutlich, dass hier ein multidimensionaler, offener Prozess zu managen ist. Sie betrifft nicht nur **Bundes, Landes- und Kommunalpolitik**, sondern betrifft auch die Arbeit von Organisationen des **Gesundheits- und Wohlfahrtsbereichs**, berührt und verändert damit auch das **Selbstverständnis unserer Gesellschaft**.

Gleichwohl bleiben neben dem Pflegebereich auch die Entscheidungsnotwendigkeiten im klassischen Gesundheitsbereich groß. Die Schwerpunkte in den einzelnen Bereichen seien im Folgenden überblicksartig skizziert.

Vorhaben im ambulanten Bereich

(Nennung in der dargelegten Reihenfolge, nicht der Gewichtung der Themen)

- Anreize zur Niederlassung in unterversorgten Gebieten
- Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung
- Reduzierung von Wartezeiten bei ambulanten Fachärzten
- Stärkung der Hausarztrolle und hausärztlichen Versorgung

- Reduzierung der Schnittstellenproblematik zwischen ambulantem und stationärem Bereich
- Bessere Versorgung von geistig Behinderten durch spezialisierte Behandlungszentren
- Erprobung des Einsatzes qualifizierter nichtärztlicher Gesundheitsberufe
- Weiterentwicklung strukturierter Versorgungsprogramme für Rückenleiden und Depressionen
- Vereinfachte Nutzung von Routinedaten aus GKV für Versorgungsforschung und -management
- Bessere Nutzung der I&K Technologie
- Einrichtung eines Investitionsfonds für sektorenübergreifende Versorgungsformen im Umfang von 300 Mio.€
- Schaffung der strafrechtlichen Tatbestände Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen.

Konsolidierung der Leistungsfähigkeit in der ambulanten Versorgung, unter diesem Stichwort könnte man die Beschlüsse in diesem Bereich zusammenfassen.

Besondere Bedeutung dürften folgende drei Bereiche gewinnen:

- Die Einrichtung einer zentralen **Terminvermittlungsstelle** für die Facharztüberweisung bei den KVen zwingt diese dazu, mehr Verantwortung für die Realisierung des Versorgungsauftrags zu übernehmen. Fehlleistungen gehen künftig auf Kosten der Kassenärztlichen Vereinigungen.

- Bewegung wird der 300 Mio. € schwere **Innovationsfonds** für sektorübergreifende Versorgungsfomen bringen. Zu hoffen ist, dass diese Innovationspflanzen nicht, wie bereits mehrfach, nur zu kurzer Blüte gelangen, sondern wie in der Vereinbarung skizziert, bei Bewährung in den Regelbetrieb übergehen.

- Das Thema „Strafrechtliche Tatbestände der **Bestechlichkeit** im medizinischen Bereich“ dürfte wieder für mediale Aufregung sorgen. Eine „gute Praxis“ der Zusammenarbeit im

Gesundheitsbereich wird sich aber nur einstellen, wenn sie nicht nur aufoktroyiert wird, sondern durch eine Haltung der Beteiligten und einer gemeinsamen Ergebnisverantwortung getragen wird. Dies sollte auch in entsprechenden strafrechtlichen Kodifizierungen seinen Niederschlag finden. **Eine adäquate Lösung ist im Spannungsfeld von Kontrolle, Verantwortung und Vertrauen zu finden.**

Vorhaben im stationären Bereich

Eine Neuordnung ist für den Bereich der stationären Versorgung zu erwarten.

Die **Einrichtung eines neuen Qualitätsinstituts** neben dem AQUA wird in Fachkreisen bereits in Zweifel gezogen.

Die Vorhaben der Bundesregierung zur Steigerung von Transparenz und qualitätsadäquate Honorierung sind zu begrüßen. Es bleibt abzuwarten, inwieweit sich die verständlichen Wünsche innerhalb einer Legislaturperiode umsetzen lassen. Die Berücksichtigung von **Qualitätskriterien in der Vergütung** (Auf- und Abschlag) sowie die Datenerfassung und Dokumentation von Qualitätsdaten dürften auf erhebliche Vorbehalte und Umsetzungsprobleme stoßen.

Für anhaltende Diskussionen dürften auch die Vorhaben der **Krankenhausplanung** führen. Das deutsche Gesundheitswesen leidet an der zurückgehenden Investitionsbereitschaft der Bundesländer, die durch den Mangel an einer qualifizierten Krankenhausplanung und der fehlenden Bereitschaft, die notwendigen, manchmal schmerzhaften Entscheidungen zu treffen, verstärkt wird. Stadt-, Gemeinderäte und Kreisräte fühlen sich derzeit von diesen Themen überfordert und alleine gelassen. Und das Gesundheitssystem in seiner jetzigen Form erlaubt es nicht, die Potentiale moderner Medizin und Technologie in neuen Formen zu nutzen.

Das Vorhaben, bis **Ende 2014 in einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe zu gemeinsamen Eckpunkten für die künftige Krankenhausplanung** zu

definieren, ist auf jeden Fall zu begrüßen. Sie werden zu einer ersten Bewährungsprobe des neuen Gesundheitsministers werden.

Zum Thema Arzneimittelversorgung

Entlastung haben sich die Gesundheitspolitiker im Bereich der Arzneimittelversorgung verschafft. Durch **Kompensationszusagen** ist es den **Arzneimittelherstellern** gelungen, Druck aus den **Nutzenbewertungsverfahren** zu nehmen. Auf einen Bestandsmarktaufruf im Rahmen der AMNOG-Verfahren wird verzichtet. Die notwendigen Einsparungen werden durch die Fortführung und Erweiterung des Preismoratoriums erzielt. Damit wird Kostendruck von den forschenden Arzneimittelunternehmen genommen und auf die gesamte Branche umverteilt.

Für den Apothekenbereich sind keine Veränderungen geplant. Der Einzelapotheker bleibt die Säule der Arzneimittelversorgung. Auch Online-Konsultationen für Erstverschreibungen, die den Trend zur Online-Apotheke verstärkt haben, soll ein Riegel vorgeschoben werden.

Zur Zukunft der medizinischen Berufe

Um der sich abzeichnenden **Knappheit an Ärzten**, insbesondere dem Fehlen von Allgemeinärzten entgegenzuwirken, soll von den verantwortlichen Ministern für Gesundheit und Wissenschaft in Bund und Länder ein **Masterplan Medizinstudium 2020** erstellt werden.

Prävention und Gesundheitsförderung

Ebenfalls **noch in diesem Jahr** soll das **Präventionsgesetz** verabschiedet werden. Ob es gelingt, ein Gesetz zu verabschieden, das zu nachweisbaren Ergebnissen in der Prävention führt und nicht nur zu einem für das Marketing der Krankenkassen attraktiven „Wohlfühlfaktor“, bleibt abzuwarten. Weniger kann da mehr sein.

Möglicherweise stellt sich das Thema aber anders dar, wenn man den Trend zur Smartphone- und App-gestützten **Selbstmessung** und zur gesundheitlichen Selbstwahrnehmung berücksichtigt. Der **mündige**

Patient, der bisher vor allem in den Reden der Gesundheitsfunktionäre lebt, könnte damit seine Gesundheit stärker selbst in die Hand nehmen. Und gegenüber den Ärzten und Krankenversicherungen tatsächlich seine Rechte einfordern.

Finanzierung und Risikostrukturausgleich

Mit den Veränderungen der **Zuzahlungsregelungen**, der künftig ein kassenindividueller prozentualer Zuschlag sein wird, ist der Bann der drohenden einheitlichen Zuzahlung möglicherweise gebrochen. Sicher ist dies jedoch nicht. Nur wenn die Einführung von Zusatzbeiträgen, die nicht vor 2015 oder 2016 erfolgen wird, von einer ganzen Reihe von Kassen erhoben werden wird, kann die Massenflucht aus einzelnen Kassen verhindert werden. Entsprechende Spar- und Beharrungseffekte haben in der vergangenen Legislaturperiode zum Austrocknen neuer Versorgungsformen geführt.

Pflege

Schwerpunkt der kommenden Legislaturperiode wird die anstehende **Weiterentwicklung der Pflegeversicherung** werden. Die Koalitionsvereinbarung liest sich wie ein umfangreicher Kriterienkatalog. Es wird der ganzen Überzeugungskraft und Härte des Patienten- und Pflegebeauftragten Karl-Joseph Laumann und der Rückendeckung seines Ministers und der Kanzlerin bedürfen, im Pflegebereich zu einer gleichermaßen finanzierbaren, umsetzbaren und menschenwürdigen Lösung zu kommen. Die bereits jetzt wahrnehmbare Entideologisierung der Gesundheitsdebatten kann ein wichtiger Faktor dafür sein, dass das sich jetzt öffnende Zeitfenster auch genutzt werden kann.

Zusammenfassung und Ausblick

Wie kann man einen Fachfremden zum Gesundheitsminister machen? Diese Frage hat sich, zumindest heimlich, mancher Gesundheitsexperte gestellt, als bekannt geworden war, dass der

vorherige CDU-Generalsekretär Hermann Gröhe zum neuen Gesundheitsminister berufen werden soll.

Man sollte sich da nicht täuschen. Die wenigsten Gesundheitsminister waren Gewächse des Gesundheitswesens. Möglicherweise ist Distanz zu dem hochverregelten Bereich nicht die schlechteste Voraussetzung, um sich im gesundheitspolitischen Unterholz zurecht zu finden.

Die bisher durchsetzungsfähigsten Gesundheitsminister, allen voran Ulla Schmidt und Horst Seehofer, waren beide angelernte Gesundheitsexperten. Das Gesundheitsministerium gilt vielen als Schleudersitz. Die primären Tugenden sind schnelle Auffassungsgabe, Vertrauensbildung *und* Standfestigkeit oder gar Robustheit gegenüber öffentlichen Angriffen. Als Jurist mit Erfahrung im Kanzleramt und, durch seine Tätigkeit als Generalsekretär, ein Ohr bei den Bürgerinnen und Bürgern hat Herrmann Gröhe nicht die schlechtesten Voraussetzungen, die umfangreiche und sehr detaillierte Agenda Stück für Stück abzuarbeiten. In seinem Pflegebeauftragen Karl-Joseph Laumann hat er zudem einen erfahrenen Sozialpolitiker zur Seite, der ihm in Sachen Pflege große Entlastung bringen wird.

Zwei Themen seien noch erwähnt:

Außen vor bleibt in der gesamten Koalitionsvereinbarung die Rolle und Zukunft der **Privaten Krankenversicherung**. Nach der scharfen Auseinandersetzung um die Bürgerversicherung mutet dies merkwürdig an.

Es bleibt abzuwarten, ob das PKV-System die Zeit nutzt, um sich für die Zukunft besser aufzustellen. Neben externen Risiken, insbesondere der geringen Verzinsung der angelegten Gelder, ist die mangelnde Transparenz innerhalb des Systems eine weitere Herausforderung. Dass die PKV mit ihren Kapitalrücklagen besser gegen den demographischen Wandel abgesichert ist, darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass eine Menge Hausaufgaben im

Vergütungs- und Versorgungsbereich zu erledigen sind, damit die PKV auch von neuen und jungen Menschen als Alternative betrachtet wird. Sich in frühen Jahren und damit lebenslang, an ein Versicherungssystem zu binden, widerspricht der optionalen Zeitgeist-Mentalität. Die PKV-Versicherungen sind gefordert, das Konzept des Dualen Versicherungsmarktes tatsächlich zum Leben zu erwecken und die differierenden Wünsche ihrer Versicherten aufzugreifen.

Wer den Blick **über diese 18. Legislaturperiode hinaus** richtet, muss sich auch der Frage stellen, ob der eingeschlagene Weg der **Zentralisierung und Formalisierung** von Entscheidungen tatsächlich erfolgversprechend bleibt. Die Vereinheitlichung von Verfahrensweisen, auch wenn sie auf Basis hochaggregierter evidenzbasierter Studien legitimiert werden, führt zu einem Kompetenzverlust der medizinisch-therapeutischen Praxis und birgt die Gefahr der Delegitimation an sich erfolgreicher Therapieverfahren. Es darf in Frage gestellt werden, ob zentrale Entscheidungen auf Basis studienabgesicherter Expertise tatsächlich der einzige Weg sind, auf dem die multidimensionalen Herausforderungen des Gesundheitswesens zu bewältigen sind. Wir werden zu dieser scheinbar alternativlosen Roadmap des Gesundheitswesens in den kommenden Monaten einige kritische Nachfragen formulieren. Die Risiken des eingeschlagenen Weges (Politologen und Soziologen reden von Deliberation und Legitimation durch wissenschaftliches Verfahren) liegen in stark schwindender Bewegungsfähigkeit und dem Verlust spontaner Anpassungsfähigkeit des Gesundheitssystems. Wer aus Sorge vor der Abhängigkeit des medizinisch-industriellen Komplexes, und hier besonders der Pharma-Industrie, zentrale Planungs- und Kontrollmechanismen favorisiert, übersieht, dass auch Zentralisierung, Formalisierung und Evaluation zu erheblichen zeitlichen Verzögerungen, Kosten und Folgewirkungen führen.

Nikolaus Huss, 20.01.2014

Anlage: Tabelle Gesundheitspolitische Vorhaben im Koalitionsvertrag für die 18. Legislaturperiode

Überblick: Gesundheitspolitische Vorhaben im Koalitionsvertrag der 18. Legislaturperiode

Anleitung zur Tabellennutzung

Die abgedruckte Tabelle gibt die Inhalte der Koalitionsvereinbarung in tabellarischer Form wieder. Lehrzeilen bedeuten neuen Absatz. Die Angabe des Verantwortlichen und der Aktivität ist weitgehend aus der Koalitionsvereinbarung entnommen, Fristsetzungen sind ausschließlich aus der Koalitionsvereinbarung heraus vermerkt.

Das Dokument kann kostenfrei als offene Excel-Tabelle unter www.kovarhuss.de/Gesundheit abgerufen und unter Angabe der Quelle genutzt werden. Das Dokument wird regelmäßig aktualisiert, um den Fortgang der Ereignisse verfolgen zu können.

Th/Seite	Ziele	Maßnahmen	Umsetzung/Detailierung	Wann	Was	Wer
75			Notfalldaten			
Ambulante Gesundheitsversorgung						
	Grundaussagen					
		Qualität der medizinischen Versorgung				
		Freiberuflichkeit der Ärzte und Therapeuten				
			Basis ambulanter Versorgung			
			Garant für Diagnose- und Therapiefreiheit			
			Freie Arztwahl			
	Sicherstellung flächendeckender Versorgung					
		Anreize zur Niederlassung in unterversorgten Gebieten				Gesetzgeber
		Abbau bürokratischer Anforderungen				
		Flexibilisierung der Rahmenbedingungen für Zulassung				
		Verbesserung der Zulassungsmöglichkeiten von Krankenhäusern in unterversorgten Gebieten.				
			Ersetzung von "Kann" durch "Muss" in § 116 SGB V			
			jährliche verbindliche Überprüfung			
		Verbindliche Förderung von Arztnetzen				

Th/Seite	Ziele	Maßnahmen	Umsetzung/Detailierung	Wann	Was	Wer
	Abbau von Überversorgung					
			Ersetzung von "Kann" durch "Soll" in § 116 SGB V			Gesetzgeber
	Verbesserung der psychotherapeutische Versorgung					
		Wartezeiten reduzieren				
		Zeitnahes Angebot für Kurzzeittherapie für mehr Betroffene				GBA
			Entbürokratisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens			
			Förderung der Gruppentherapie			
			Auftrag zur Überarbeitung der Psychotherapierichtlinie an GBA innerhalb der gesetzlich definierten Frist			
		Überprüfung der Befugnisbeschränkungen für Psychotherapeuten				
	Reduzierung von Wartezeiten für GKV-Versicherte bei ambulanten Ärzten					
		Einrichtung einer zentralen Terminvermittlungsstelle für Facharztüberweisung bei der KV				Gesetzgeber
			Ziel: Vermittlung "in der Regel" innerhalb einer Woche, maximal vier Wochen			
			Danach: Überweisung in ein Krankenhaus			
			Behandlung dann zu Lasten des KV-Budgets			
			Terminservicestellen optional in Kooperation mit den Krankenkassen			
	Stärkung der Hausarztrolle und hausärztlichen Versorgung					
		Von Fachärzten erbrachte hausärztliche Leistungen künftig nicht mehr zu Lasten der hausärztlichen Gesamtvergütung				
		Gilt auch umgekehrt				
76		Zusammensetzung der Vertreterversammlungen der KVen künftig gleichmäßig durch Allgemeinärzte und Fachärzte				
		Bei fachgruppenspezifischen Entscheidungen entscheidet die betroffene Gruppe alleine				
		Einrichtung eines zwingenden Fachausschusses für angestellte Ärzte in der ambulanten Versorgung				

Th/Seite	Ziele	Maßnahmen	Umsetzung/Detailierung	Wann	Was	Wer
	Einrichtung von MVZs					
		Künftig auch Zulassung arztgruppengleicher MVZs				
		Kommunen können künftig MVZs gründen, Vorrang des ärztlichen Niederlassungsanspruchs bleibt				
		MVZs dürfen bei Vergütungen gegenüber Niedergelassenen nicht benachteiligt werden				
		Regionale Vereinbarungen für Wirtschaftlichkeitsprüfungen von Krankenkassen und Kven			Ende 2014	Gesetzgeber
		Unberechtigte Regressforderungen bei Retaxationen gegenüber Heilmittelerbringern werden unterbunden				
	Vermeidung von Leistungslücken beim Übergang vom stationären zum ambulanten Bereich					
		Gesetzliche Koordinationsfunktion der Krankenkassen			Gesetz	Gesetzgeber
		Erweiterte Möglichkeiten von Leistungsverordnungen von Krankenhäusern bei Entlassungen				
			Pflegerische Übergangsversorgung			
			Beachtung von Wirtschaftlichkeitsvorgaben			
			Aussschluß vorrangiger Berücksichtigung durch Einrichtungen der verordnenden Krankenhäuser			
	Bessere Versorgung von geistig Behinderten					
		Einrichtung medizinischer Behandlungszentren analog der sozialpädiatrischen Zentren zur (zahn) medizinischen Versorgung			Gesetzgeber	
	Erprobung des Einsatzes qualifizierter nichtärztlicher Gesundheitsberufe					
		Erbringung delegierter ärztlicher Leistungen				Vertragspartner
			Flächendeckende Erprobung			
			Leistungsgerechte Entlohnung			
			Modellvorhaben zur Substitution ärztlicher Leistungen sollen aufgelegt und evaluiert werden			
		Ergebnisabhängige Überführung in die Regelversorgung				Gesetzgeber

Th/Seite	Ziele	Maßnahmen	Umsetzung/Detailierung	Wann	Was	Wer
	Mehr Vertragsfreiheit für Krankenkassen					
		Angleichung der rechtlichen Rahmenbedingungen für integrierte und selektive Versorgung				Gesetzgeber
			Betrifft §§ 63-65, 73a,b,c 140a ff. SGB V			
		Beseitigung von Hemmnissen				
		Gleichartige Regelung für Evaluation				Vertragspartner
		Aufhebung von Regulierungen zur Mindestdauer und Substitution				
		Überführung von Versorgungsformen, deren Qualität und Wirtschaftlichkeit erwiesen ist, in Regelversorgung				Gesetzgeber
77	Weiterentwicklung der hausarztzentierten Versorgung					Vertragspartner
		Gesetzliche Verpflichtung von Krankenkassen zur hausarztzentrierten Versorgung bleibt				
		Weiterentw. der hausarztzentierten Versorgung bzgl. Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung			Prüfauftrag	Gesetzgeber
		Aufhebung der Vergütungsbeschränkungen				
		Struktuierte Behandlungsprogr. bei Betroffenheit künftig Bestandteil der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung				
		Stärkung der fachärztlichen Versorgung				
	Überprüfung von Vergütungsschieflagen (Prüfungsauftrag)					
		Unterschiede in der ärztlichen Vergütung durch Besonderheit, ggflls. Aufhebung			Prüfauftrag	Gesetzgeber
	Weiterentwicklung der strukturierten Versorgungsprogramme für chronisch Kranke					
		Neue Programme für Rückenleiden und Depressionen				
	Ausbau der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung durch Routinedaten					
		Einr. eines Instituts zur dauerhaften Qualitätsermittlung in der ambul. und stat. Versorgung			Gesetz	Gesetzgeber
		Verpflichtung der Krankenkassen zur anonymisierten Datenbereitstellung			Gesetz	Gesetzgeber
	Verbesserte Verfügbarkeit der Routinedaten aus GKV für Versorgungsforschung und -management					
		Bestimmung der Morbidität künftig mit Leistungsdaten und (mittelfristig) epidemiologischen Daten				
		Künftig bei patientenbezogenen Daten auch Regionalkennzahlen				

Th/Seite	Ziele	Maßnahmen	Umsetzung/Detailierung	Wann	Was	Wer
	Bessere Nutzung der elektronischen Kommunikations- und Informationstechnologien					
		Fokus auf				
			Versichertenstammdaten			
			Notfalldaten			
		Nutzung für				
			Kommunikation zwischen den Leistungserbringern			
			Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit			
			Einweisungs- und Entlassmanagement			
		Beseitigung von Hindernissen beim Datenaustausch				
		Beseitigung von Schnittstellenproblemen				
		Förderung des Anbieterwettbewerbs				
		Hoher Datenschutz muss gewährleistet bleiben				
		Telemedizinische Leistungen sollen gefördert und angemessen vergütet werden				
	Neuer strafrechtlicher Tatbestand der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen (StGB)				Gesetz	Gesetzgeber
	Einrichtung eines Investitionsfonds für die Förderung sektorenübergreifender Versorgungsformen				Gesetz	Gesetzgeber
		Umfang 300 Mio. €, davon 150 Mio € zusätzlich aus Gesundheitsfonds				
		Verwendung:				
			225 Mio. € für zusätzliche Versorgungsleistungen			
78			75 Mio. € für Versorgungsforschung			
		Kriterienfestlegung durch GBA				
		jährliche Ausschreibung				
		Evaluation nach 4 Jahren				

Th/Seite	Ziele	Maßnahmen	Umsetzung/Detailierung	Wann	Was	Wer
Krankenhausversorgung						
	Grundaussagen					
		Flächendeckende Krankenhausversorgung ist ein wesentliches Element der Daseinsvorsorge				
		Krankenhaus der Zukunft muss gut, gut erreichbar und sicher sein				
	Bekenntnis zur neuestem medizinischem Stand und bester Qualität der Versorgung					
	Qualitätsoffensive zur Verbesserung der Qualität der stationären Versorgung					
	Qualität künftig auch als Kriterium für Entscheidungen der Krankenhausplanung gesetzlich verpflichtend (§ 1)					
	Aufgaben der neuen Qualitätsinstituts					
		Sammlung, Auswertung und einrichtungsbezogene Veröffentlichung von Routinedaten				
		Zwingende Berücksichtigung der GBA-Qualitätsrichtlinien				
		Unangemeldete Kontrollen durch MD zur Überprüfung der Einhaltung künftig möglich				
		Befugnis des GBA zur Festlegung von Mindestmengen künftig rechtssicher gestaltbar			Gesetz	Gesetzgeber
		Ausnahmebefugnisse der Länder bleiben davon unberührt				
	Qualitätsberichte der Krankenhäuser					
		Veröffentlichung künftig jährlich				
		Kriterien: Verständlichkeit und Transparenz				
		Ziel: Eignung als Grundlage für Patientenentscheidungen				
		GBA Auftrag:			Vorgaben	GBA
			Vorgaben für Aussagekraft und Verständlichkeit der Qualitätsberichte			
			Integration von Aspekten der Patientensicherheit			
			Integration von Patientenbefragungsergebnissen			
		Zulieferung von online einsehbaren Vergleichslisten durch Institut			Vorlage	Institut
		Bewertung der zahlreichen Zertifikaten				
		OP-Checklisten sollen allgemeiner Standard der Qualitätssicherung werden				

Th/Seite	Ziele	Maßnahmen	Umsetzung/Detailierung	Wann	Was	Wer
	Qualität und Vergütung					
		Gute Qualität soll sich lohnen				
		Menge findet künftig nur Berücksichtigung dort, wo sie anfällt				
		Differenzierung von Mehrleistungsabschlägen				
			Bei nachgewiesener hoher Qualität kann von Abschlägen abgesehen werden			
			Zuschläge für besonders hohe Qualität			
			Abschläge bei besonders niedriger Qualität			
		Qualität wird risikoadjustiert und anhand wesentlicher Indikatoren gemessen				
			Verminderung der Degression des Landesbasisfallwertes bei landesweiten Mengensteingerung			
	Modellversuche zur Qualitätssteigerung					
		Umfang: vier vom GBA ausgewählte planbare Leistungen			Auswahl	GBA
		Zeitliche Eingrenzung auf Jahre 2015-2018				
		Gegenstand: Modellhafte Qualitätsverräge mit einzelnen Krankenhäusern				
		Kriterien werden von Krankenkassen auf Landesebene einheitlich und gemeinsam festgelegt				KK/Landesebene
		Freie Krankenhauswahl bleibt unberührt				
79		Anschließend Evaluation				
	Sicherstellung der Krankenhausversorgung in der ländlichen Region					
		Wohnortnahe Krankenhausversorgung muss gewährleistet sein				
		Sicherstellung, dass Versorgungsauftrag auch erfüllt werden kann				
		Bestätigung des DRG-Systems				
		Ermächtigung des Instituts, Kalkulationskrankenhäuser adäquat repräsentativ auszuwählen				InEK
		Gesunkene Sachkosten sind zeitnah in der Kalkulation abzubilden				

Th/Seite	Ziele	Maßnahmen	Umsetzung/Detailierung	Wann	Was	Wer
	Krankenhausplanung					
		Veränderung von Standortbezogener zu erreichbarkeitsbezogener Planung				
		Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen soll gesetzlich konkretisiert werden			Gesetz	Gesetzgeber
		Kriterienfestsetzung durch GBA			Kriterien	GBA
		Nach Zustimmung des Landes ist Zuschlag zu zahlen				
		Überprüfung möglicher Vorhaltekosten für Notfallversorgung			Prüfauftrag	
	Patientensicherheit und operative Eingriffe				Gesetz	Gesetzgeber
		Sicherstellung der Notwendigkeit von Operationen				
		Möglichkeit zur Einholung von Zweitmeinungen				
		Eingrenzung auf vom GBA zu definierende mengenanfällige planbare Behandlungen			Entscheidung	GBA
		Ärzte müssen Patienten darüber verbindlich aufklären				
		Aufklärung mindestens 10 Tage vor Eingriff				
		Kostenübernahme durch Krankenkassen				
	Neue Medizinprodukte im Krankenhaus					
		Bei Einsatz neuer Medizinprodukte mit hoher Risikoklasse nach deren Einführung				
			Verpflichtung zur Beteiligung an Nutzen- und Sicherheitsstudien des GBA			
			Methodenbewertungsverfahren des GBA regelmäßig nach spätestens 2 Jahren abgeschlossen			
	Einführung von Registern					
		Ziel: Verbesserung der Patientensicherheit und Qualität				
		Erster Schritt: Transpantationsregister und Implantateregister				
		Erweiterung und Evaluation von Maßnahmen zur Vermeidung von Krankenhausinfektionen				
		Informationen zu Krankenhausinfektionen werden verpflichtender Bestandteil von Qualitätsberichten				
80						
	Fallwertunterschiede					
		Korrektur von nicht nachvollziehbaren Unterschieden in Landesbasisfallwerten				
		Erstellung eines Gutachtens als Grundlage einer Entscheidungsvorlage der BL-AG			Gutachten	BL-Arbeitsgruppe
		Ziel: Inkraftreten entsprechender Eckwerte bis 2016		spätestens 1/2016		

Th/Seite	Ziele	Maßnahmen	Umsetzung/Detailierung	Wann	Was	Wer
	Kostenentwicklung von Krankenhäusern					
		Stärkere Berücksichtigung der Kosten über den Orientierungswert				
		Künftig stärkere Berücksichtigung der spiezischen Gegebenheiten im Krankenhausbereich				
		Verpflichtung der Krankenhäuser auf Effizienz und Wirtschaftlichkeit				
	Ambulante Notfallversorgung					
		Konzentration auf Krankenhäuser außerhalb allgemeiner Sprechzeiten				
		Anpassung der Rahmenbedingungen und der Vergütung notwendig				
		Ziel: regelhafte Kooperation der KVen und Krankenhäuser zur Sicherstellung ambulanter Notfallversorgung				
		Einbeziehung der Apotheken				
		Sicherstellungsauftrag verbleibt dabei bei KVen				
	Universitätskliniken					
		Bessere Berücksichtigung der Maximalversorgung im DRG-System				
		Auftrag Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus				
			Vorschlag für Vergütungsform von Hochkostenfällen, die nicht durch Fallpauschalen abgebildet werden können			
			Angemessene Vergütung der Hochschulambulanzen			InEG
	Ambulant spezialfachärztliche Versorgung					
		Stärkung des Qualitätskriterium als Teilnahmevoraussetzung				
		Festlegung durch GBA			Richtlinie	GBA
		Nutzung der Qualitätsdaten des Qualitätsinstituts				
	Krankenhausreform					
		Vorbereitung durch Bund-Länder-Arbeitsgruppe		Dez 14	Konzept	BL-Arbeitsgruppe
		Vorlage von Eckpunkten bis Ende 2014				

Th/Seite	Ziele	Maßnahmen	Umsetzung/Detailierung	Wann	Was	Wer
	Psychiatrie und Psychosomatik					
		Systematische Veränderungen des Vergütungssystems				
		Ziele				
			Förderung sektorenübergreifender Behandlung			
			Verkürzung der Verweildauer			
			Vermeidung von Drehtüreneffekten			
		Verweis auf grundsätzliche Ziele Transparenz, Leistungsorientierung und Verzahnung ambulant und stationär				
Arzneimittel, Gesundheitsberufe und Prävention						
	Grundaussagen					
		Flächendeckende, innovative und sichere Arzneimittelversorgung in Deutschland				
		Unmittelbarer Zugang zu neuen Arzneimitteln für alle Versicherten ist hohes Gut				
81		Ressortübergreifender Dialog unter Beteiligung von Wissenschaft und Arzneimittelherstellern zur Stärkung von F&E- Standorts				
	Nutzenbewertung und Preisverhandlung					
		Verständnis als lernendes System, das bei Bedarf weiterentwickelt werden kann				
		Künftig regelhafte Teilnahme mindestens eines Krankenkassenteilnehmers an den Preisverhandlungen				
			Hintergrund: Stärkung des Versorgungsaspektes			
		Bestandsmarktaufruf, einschließlich laufender Verfahren, wird beendet				
		Fortführung des Preismoratoriums auf Basis 1.9.2009			Gesetz	Gesetzgeber
			Ziel: Erreichung des angestrebten Kostenvolumens			
		Erhöhung des Herstellerrabatts auf verschreibungspflichtige Arzneimittel			Gesetz	Gesetzgeber
			Von sechs auf sieben Prozent ab 2014			
			Ab 2015 jährliche Überprüfung der Anpassungsnotwendigkeit		Gesetz	Gesetzgeber
		Rabatt darf sechs Prozent nicht unterschreiten				

Th/Seite	Ziele	Maßnahmen	Umsetzung/Detailierung	Wann	Was	Wer
	Frühe Nutzenbewertung					
		Erfassung aller Wirkstoffe, die ab 1.1.2011 auf den Markt gekommen sind				
		Freie Preisbildung nur, wenn Wirkstoff als Neuheit eingestuft wurde				
		Klarstellung:			Gesetz	Gesetzgeber
			Vereinbarter Erst.-Beitrag Grundlage für Berechnung der Zu- und Abschläge in den Vertriebsstufen			
		Ausweisung eines Listenpreises bleibt davon unberührt				
	Vermeidung von Versorgungsengpässen					
		Bei Abschluss von Rabattverträgen muss Versorgungssicherheit gewährleistet sein				
		Entsprechende Maßnahmen gegen Lieferengpässe sind zu vereinbaren				
		Besonderer Augenmerk auf Impfstoffen				
	Festlegung einer Substitutionsliste					GBA
		GBA erarbeitet eine Liste von Medikamenten, die über Rabattverträge nicht substituiert werden dürfen				
		Bei Nichterstellung innerhalb der gesetzlichen Frist wird Liste in Ersatzvornahme erstellt				
	Rahmenbedingungen für Apotheken					
		Freiberufliche Apotheker in inhabergeführten Apotheken sind Garant hochwertiger, sicherer und wohnortnaher Versorgung.				
		Festschreibung des Mehr- und Fremdbesitzverbotes				
	Klarstellung von Face-to-Face Kontakt bei Erstverschreibung von Arzneimitteln					
		Untersagung von Online-Konsultationen aus diesem Grund				
82						

Th/Seite	Ziele	Maßnahmen	Umsetzung/Detailierung	Wann	Was	Wer
Gesundheitsberufe						
	Entwicklung Masterplan Medizinstudium 2020					BLK Ges/Wis
		Ziel:				
			Zielgerichtetere Auswahl der Bewerber			
			Förderung der Praxisnähe			
			Stärkung der Allgemeinmedizin			
	Weiterbildung in der Allgemeinmedizin					
		Erhöhung der Förderung um 50% und bei Bedarf länderübergreifende Koordination				
		Förderung der Weiterbildung in grundversorgenden Fachgebieten in ambulanten Einrichtung				
	Psychotherapeuten					
		Überarbeitung des Psychotherapeutengesetzes samt Zugangsvoraussetzungen				
	Geburtshilfe					
		Beobachtung der Situation der Geburtshilfe und Hebammen				
		Angemessene Vergütung				

Th/Seite	Ziele	Maßnahmen	Umsetzung/Detailierung	Wann	Was	Wer
Prävention und Gesundheitsförderung						
	Präventionsgesetz					
		Verabschiedung noch 2014		2014	Gesetz	Gesetzgeber
		Besondere Berücksichtigung folgender Bereiche				
			Kita			
			Schule			
			Betrieb			
			Pflegeheim			
			Betrieb			
		Einbeziehung aller Sozialversicherungsträger				
	Verbesserung von Kooperation und Koordination incl. Länder und Kommunen				Rahmenvereinb.	B-L, Beteiligte
		Analog Förderung der Zahngesundheit ((§ 21 SGB V) und Schutzimpfungen (§ 20d Abs. 3 SGB V)				
		Bundeseinheitliche Gesundheitsziele und Vorgaben zur Qualität und Evaluation sind zu berücksichtigen				
		Länderpräventionsansätze werden einbezogen				
	Gender					
		Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Besonderheiten für Versorgung und Behandlungsrichtlinien				

Th/Seite	Ziele	Maßnahmen	Umsetzung/Detailierung	Wann	Was	Wer
Finanzierung und Risikostrukturausgleich						
	Grundsatzaussagen					
		Ab 2015 werden die Einahmen des Gesundheitsfonds die Ausgaben wieder überschreiten				
		Umsichtige Ausgabenpolitik soll dem entgegenwirken				
83	Beitragssatzbemessung					
		Festlegung des Beitragssatzes auf 14,6 %			Gesetz	Gesetzgeber
		Gesetzliche Festschreibung des Arbeitgeberanteils auf 7,3 %				
		Kassenindividueller Zusatzbeitrag künftig als prozentuale Zuzahlung zum beitragspflichtigen Einkommen				
		Verrechnung mit dem aktuell vom Arbeitnehmer zu tragenden Anteil von 0,9 %-Punkten				
		Kompensation der unterschiedlichen Einkommensstruktur durch vollständigen Einkommensausgleich				
		Steuerfinanzierter Sozialausgleich entfällt				
	Morbi-RSA				Gesetz	Gesetzgeber
		Zeitgleiche Umsetzung der Vorschläge des Gutachtens des wissenschaftlichen Beirats des Bundesversicherungsamtes				
			Weiterentwicklung Risikostrukturausgleich			
			Annualisierung der Kosten für verstorbene Versicherte			
			Krankengeld			
			Auslandsversicherte			

Th/Seite	Ziele	Maßnahmen	Umsetzung/Detailierung	Wann	Was	Wer
Pflege						
	Grundaussage					
		Pflege muss für alle Menschen, die auf sie angewiesen sind, bezahlbar bleiben				
	Definition Pflegebedürftigkeitsbegriff					
		Schnellstmögliche Einführung des neuen Bedürftigkeitsbegriff				
			Grundlage: Empfehlung des Expertenbeirates		Erprobung und Evaluation	Beteiligte
			Insbesondere Menschen mit Demenzerkrankungen sollen bessere und passgenauere Leistungen erhalten	18.Leg.	Rahmenbedingungen	Gesetzgeber
			Der heutige Leistungsstand wird durch Einführung nicht schlechter gestellt			
		Zusatzkriterien bei der Einführung des neuen Begriffs				
			Keine neuen Ungerechtigkeiten			
			Keine Lastenverschiebung zu Ungunsten der Pflegeversicherung			
			Überprüfung und wissenschaftliche Auswertung der Begutachtungssystematik auf Umsetzbarkeit/Praktikabilität			
			Daraus abgeleitet Umsetzung der leistungsrechtlichen Bestimmungen in dieser Legislaturperiode			
	Thema Demenz					
	Allianz für Menschen mit Demenz					
		Aufbau eines Netzwerks				
		Zusammenführung, Bündelung und gemeinsame Weiterentwicklung bereits vorhandener Initiativen auf lokaler Ebene				
	Unterstützung familiärer Pflegearbeit					
		Aufbau qualifizierter Dienste und Einrichtungen zur professionellen Begleitung und Ergänzung				
		Angleichung von ambulanten und stationären Leistungen zur Stärkung der ambulanten Pflege				

Th/Seite	Ziele	Maßnahmen	Umsetzung/Detailierung	Wann	Was	Wer
	Übergangsregeln für Pflege					
		Bis Umsetzung des neuen Pflegebegriffs:				
			Bestehende Betreuungsleistungen weiter ausgebaut und auf alle Pflegebedürftigen ausgeweitet			
			Bei einem Betreuungsschlüssel von 20 Personen/Betreuer werden in stationären Einrichtungen bis zu 45.000 Pflegekräfte tätig sein			
84		Einführung von Budgets für Leistungen der Pflegeversicherung, um diese besser und flexibler aufeinander abstimmen zu können				
			betrifft Tages- und Nachtpflege, sowie die unterschiedlichen Betreuungsformen			
	Verbesserung der sozialräumlichen Pflege					
		Zuschüsse für Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen oder Anschubfinanzierung durch ambulant betreute Wohnformen				
	Selbstbestimmte Alltagsbewältigung für Pflegebedürftige					
		Entwicklung von Angeboten altersgerechter Begleitung und technischer Unterstützungssysteme				
		Aufnahme in den Leistungskatalog der Pflegeversicherung				
	Palliativmedizin					
		Sterben in Würde				
		Unterstützung von Hospitzen				
		Ausbau der Versorgung mit Palliativmedizin				
	Vereinbarkeit von Pflege und Beruf					
		Zusammenführung und Weiterentwicklung von Pflegezeit- und Familiengesetz mit Rechtsanspruch				
			Ziel: Bessere Vereinbarkeit ermöglichen			
		Kostenübernahme der zehntägigen Auszeit für Organisation einer neuen Pflegesituation analog der Kinderkrankengeldregelung				

Th/Seite	Ziele	Maßnahmen	Umsetzung/Detailierung	Wann	Was	Wer
	Sonstige Vereinbarungen					
		Aufnahme von Vertretern der Pflegebedürftigen, Angehörigen und Pflegeberufe				
	Weiterentwicklung der Pflegeberufe					
		"Setzen uns ein für"				
85			Personalmindststandards			
			Aufwertung der Pflegeberufe			
		Begrenzung von Bürokratie und Dokumentation auf das Nötigste				
		Erleichterte Wechselmöglichkeiten zwischen den Pflegeberufen				
		Reform der Pflegeausbildung durch Pflegeberufgesetz				
			Gemeinsame Grundausbildung			
			Darauf aufbauende Spezialisierung für Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege			
			Stärkung des Ausbildungsangebotes an staatlichen Berufsfachschulen			
			Gerechte, einheitliche und gemeinsame Finanzierung			
			Ziel: Transparentes und durchlässiges Aus- und Weiterbildungssystem			
		Prüfungsauftrag: Verbindliches Verfahren zur Refinanzierung der Ausbildungskosten				
			Beteiligung aller Einrichtungsträger			
			Duale Ausbildung bekommt zentrale Bedeutung			
		Kostenfreie Ausbildung				
			Weiterhin Finanzbeteiligung der Länder ist zu gewährleisten.			
			Verbindliche und langfristige Regelung zur vollständigen Finanzierung der Ausbildungskosten bei Umschulung durch Bund und Länder (Soll-Vereinbarung)			

Th/Seite	Ziele	Maßnahmen	Umsetzung/Detailierung	Wann	Was	Wer
	Bessere Bündelung und Vernetzung der Angebote					
		Pflegekassen				
		Pflegestützpunkte				
		Andere Unterstützungsfaktoren und Angebote für Angehörige				
		Weiterentwicklung des Pflegetelefons zu einem Notruftelefon "Pflege für Angehörige"				
	Transparenz und Nutzerorientierung					
		Qualitätssicherungsmaßnahmen auf Basis wissenschaftlicher Standards				
		Kontiniuierliche Weiterentwicklung der Standards				
			Entbürokratisierung			
			Sektorenübergreifendes Vorgehen			
		Weiterentwicklung der Pflegetransparenzvereinbarung				
			Ziel: Transparenz über Qualitätsunterschiede sichtbar machen			
			Straffung der Entscheidungsstrukturen der Selbstverwaltungspartner			
			Blockademöglichkeiten reduzieren			

Th/Seite	Ziele	Maßnahmen	Umsetzung/Detailierung	Wann	Was	Wer
		Pflege als gesamtgesellschaftliche Aufgabe				
			Kommunen und Länder "haben schon jetzt" wichtigen Beitrag zu leisten			
	Aufgaben der Bund-Länder-Kommission				Konzept	BMG/BLK
		Rolle der Kommunen bei der Pflege				
		Wachsende Verantwortung der kommunalen Ebene verankern				
		Stärkung der Steuerungs- und Planungskompetenz für regionale Pflegestruktur				
86		Entwicklung der Sozialräume, um Pflegebedürftige maximal in ihrem gewohnten Umfeld zu belassen				
		Stärkere und verbindlichere Einbindung der Kommunen in die Strukturen der Pflege				
			Aufsuchende und begleitende Pflegeberatung, insb. In Pflegestützpunkten			
			Pflegekurse für Angehörige und Ehrenamtliche			
			Laufende Beratung der Empfänger von Pflegegeld			
			Beteiligung bei der Leistungsgewährung für Infrastruktur fördernde Maßnahmen			
	Beitragsanpassung					
		Paritätische Beitragssatzerhöhung spätestens bis 1.1.2015 um 0,3 Prozentpunkte		bis 1.2015	Gesetz	Gesetzgeber
		Verteilung zusätzlicher Mittel				
			0,2 %-Punkte: Finanzierung der verinbarten kurzfristigen Leistungsverbesserungen (insb. bessere Betreuung von Pflegeberüftigen und für die ab 2015 vorgesehene Dynamisierung der Leistungen			
			0,1 %-Punkte: Aufbau eines Pflegevorsorgefonds, der künftige Beitragssteigerungen abfedern soll			
			Fondsverwaltung erfolgt durch die Bundesbank			
		Weitere Beitragserhöhung mit Umsetzung des neuen Bedürftigkeitsbegriffs um 0,2 %-Punkte				

KOVARHUSS
POLICY ADVISORS

Das KovarHuss Angebot

Wir arbeiten auf Basis transparenter Corporate Governance-Richtlinien und mit einer gesellschaftsbezogenen Smart-Lobbying-Orientierung (siehe dazu unser Policy Paper 2013-01 „Smart Lobbying“).

Mit unserer Studie „Out of the Box“ haben wir, basierend auf Experteninterviews, eine mittelfristige Perspektive für das Gesundheitswesen skizziert und die wesentlichen Herausforderungen definiert.

Mit regelmäßigen Policy Papers und Working Papers begleiten wir gesellschaftliche Prozesse aktiv. Die Papiere stellen wir zur Diskussion und zur eigenen Nutzung (Working Papers) über unsere Homepage zur Verfügung.

www.kovarhuss.de/Downloads

Die wichtigsten Smart-Lobbying Bausteine

Bestandsaufnahme: Smart Lobbying setzt auf rationalen Interessensausgleich und die Bildung von Vertrauen, das auf Respekt, Transparenz und Verlässlichkeit beruht. Arena-Analysen und langjährige Erfahrung bilden die Grundlage für maßgeschneiderte und faktenbasierten Lobbyingprogramme von Unternehmen.

Positionsbestimmung: Mit welchen Werten tritt das Unternehmen an? Welche Ziele und Märkte verfolgt es? Wo hält das Unternehmen besondere Angebote für die Politik und Zivilgesellschaft bereit? Wo ist mit Konflikten zu rechnen? Wo ist es notwendig, konfliktbereite Partner zu gewinnen? Schnell ändernde Rahmenbedingungen erfordern die Besinnung auf Kernwerte des Unternehmens.

Strategieentwicklung: Welche Ziele sind mit welchen Maßnahmen in welcher Zeit zu erreichen? Gibt es einen Plan B? Wie nehmen wir Zukunftsszenarien war, welche Ausweichstrategien gibt es an welchen Wegmarken? Wann sollte die Strategie überprüft und gegebenenfalls revidiert werden? Welche Mitstreiter können wir finden? Wir setzen auf die Entwicklung strategischer Alternativen. Die Vorab-Skizzierung verschiedener Wege ermöglicht Chancen- und Risikovergleiche unterschiedlicher Optionen.

Umsetzung: Mit wem wollen wir sprechen? Welche Gesprächspartner sind vertrauenswürdig, auch wenn die Themen schwierig werden? Auf wen kann man sich verlassen? Mit welchen Kontrahenten sollten wir uns auseinandersetzen? Wo sind öffentliche Auseinandersetzungen angesagt? Smart Lobbying setzt auch auf die offene Diskussion kontroverser Positionen. Neben vertrauensbildenden Gesprächen betrachten wir die Arbeit mit kontroversen Positionspapieren als ein wichtiges Mittel, um Nachdenken im öffentlichen Raum und gesellschaftliches Change Management zu ermöglichen.

Die offene Arbeit mit NGOs, die Nutzung von Social Networks, Blogs etc. sind für uns selbstverständlicher Bestandteil unserer Arbeit.

Überprüfung und Feinjustierung: Wurden die Ziele und Meilensteine erreicht? Müssen Korrekturen in der Erwartungshaltung vorgenommen, Ziele adjustiert, Maßnahmen angepasst werden?

Haltung und Transparenz: Wir machen Lobbying mit Haltung. Unternehmen sind für uns Teil eines auszubalancierenden Machtdreiecks von Staat, Wirtschaft und Zivilgesellschaft. Durch Transparenz, die Verpflichtung auf klare, schriftlich niedergelegte Regeln schaffen wir Vertrauen, auch wenn in Sachfragen unterschiedliche Meinungen bestehen. Der Wert unserer Arbeit misst sich in substanziellen Ergebnissen für Unternehmen und Gesellschaft.

Unsere Leistungen

- Strategieworkshops
- Arena-Analysen/Themenfeldanalysen/Stakeholder Analysen
- Szenariendarstellung und -diskussion
- Strategieentwicklung
- Strategiecoaching
- Konfliktmoderationen
- Öffentliche Stakeholderprozesse
- Entwicklung von Corporate Governance Richtlinien
- Lobbying

KovarHuss Policy Advisors wurde 2011 von Andreas Kovar und Nikolaus Huss gegründet. KovarHuss in **Berlin** ist Mitglied der Public Affairs-Alliance, die **mit Büros in Brüssel** (eacongroup), **Wien** (Kovar & Partners) und **Zürich-Bern** (MC&P Mueller Consulting & Partner) direkt vertreten sind. Die Alliance arbeitet auf Basis einer gemeinsam erarbeiteten Governance-Richtlinie.

KOVARHUSS
POLICY ADVISORS

Veröffentlichungen

Datum	Titel	Gegenstand
04.07.2012	Out of the Box	Arena-Analyse des deutschen Gesundheitswesens
23.11.2013	Smart Lobbying	Policy Paper 01/2013 zum Verhältnis von Wirtschaft und Politik
17.12.2013	Neustart	Policy Paper 02/2013 zur ersten Einschätzung der neuen Regierungskonstellation
03.01.2014	Europa	Policy Paper 01/2014 zur Europäischen Frage
21.1.2014	Gesundheit 18.0	Working Paper 01/2014 zu den gesundheitspolitischen Themen der Regierungsvereinbarungen

http://www.kovarhuss.de/downloads

KOVARHUSS
POLICY ADVISORS

Kontakt und V.i.S.d.P:

Nikolaus Huss
KovarHuss GmbH
Unter den Linden 21
10117 Berlin
030/767 71833
nh@kovarhuss.de
www.kovarhuss.de