

GESUND HEIT 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.*

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

Gesundheitssysteme 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 Versorgungsformen 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 aufoktroiert 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 Kreisträte 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**, die 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 Pflegebeauftragten 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/Detaillierung	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/Detaillierung	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		Entbürokratisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens			GBA
			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/Detaillierung	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						
		Ausschluß 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/Detaillierung	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 hausarztzentrierten Versorgung					Vertragspartner
		Gesetzliche Verpflichtung von Krankenkassen zur hausarztzentrierten Versorgung bleibt				
		Weiterentw. der hausarztzentrierten Versorgung bzgl. Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung			Prüfauftrag	Gesetzgeber
		Aufhebung der Vergütungsbeschränkungen				
		Strukturierte Behandlungsprogr. bei Betroffenheit künftig Bestandteil der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung				
		Stärkung der fachärztlichen Versorgung				
		Überprüfung von Vergütungsschiefen (Prüfungsauftrag)				
		Unterschiede in der ärztlichen Vergütung durch Besonderheit, ggfls. 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					

K O V A R H U S S

P O L I C Y A D V I S O R S

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 Mengensteigerung				
	Modellversuche zur Qualitätssteigerung					
		Umfang: vier vom GBA ausgewählte planbare Leistungen			Auswahl	GBA
		Zeitliche Eingrenzung auf Jahre 2015-2018				
		Gegenstand: Modellhafte Qualitätsverträge 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				

K O V A R H U S S

P O L I C Y A D V I S O R S

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						
		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: Transplantationsregister 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: Inkrafttreten entsprechender Eckwerte bis 2016			spätestens 1/2016		

Th/Seite	Ziele	Maßnahmen	Umsetzung/Detaillierung	Wann	Was	Wer
	Kostenentwicklung von Krankenhäusern					
			Stärkere Berücksichtigung der Kosten über den Orientierungswert			
			Künftig stärkere Berücksichtigung der speizischen 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 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						

K O V A R H U S S

P O L I C Y A D V I S O R S

Th/Seite	Ziele	Maßnahmen	Umsetzung/Detailierung	Wann	Was	Wer
Gesundheitsberufe						
	Entwicklung	Masterplan	Medizinstudium 2020			BLK Ges/Wis
	Ziel:					
			Zielgerichtete 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						
			Analog Förderung der Zahngesundheit (§ 21 SGB V) und Schutzimpfungen (§ 20d Abs. 3 SGB V)		Rahmenvereinb.	B-L, Beteiligte
			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/Detaillierung	Wann	Was	Wer
Finanzierung und Risikostrukturausgleich						
Grundsatzaussagen						
Ab 2015 werden die Einnahmen 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		Personalmindeststandards				
		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)				

K O V A R H U S S
P O L I C Y A D V I S O R S

Th/Seite	Ziele	Maßnahmen	Umsetzung/Detaillierung	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				
		Kontinuierliche 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 vereinbarten kurzfristigen Leistungsverbesserungen (insb. bessere Betreuung von Pflegeberühftigen 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				

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 wahr, 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.

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>

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