

GESUND HEIT 18.1

*Eine **Große Koalition** des Blockierens?
Oder ziehen die Partner **an einem Strang?**
Sechs Monate nach Start der GroKo, vier
Monate nach **Gesundheit 18.0** eine **erste
Bilanz.***

EINE ARBEITSGRUNDLAGE
Working Paper 2.2014
1.7.2014

Inhalt

Warum dieses Papier?.....	3
Politik macht Wirtschaft.....	3
Der Druck im Kessel steigt. Die „zweite Natur des Gesundheitswesens“ verhindert seine Anpassung.....	4
Große Koalition – Stillstand oder Aufbruch?	4
Nach nur sechs Monaten: Geräuschlose Effektivität als Markenzeichen.....	5
Erfolgreicher Start.....	5
Umstrukturierungen im Hause.....	6
Die Vorhaben im Einzelnen	7
Einzelne Themenbereiche und Ausblick	8
Arzneimittelversorgung	8
Finanzstruktur und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz (GKV- FQWG).....	9
Haushaltbegleitgesetz 2014.....	10
Der gesundheitspolitische Statusbericht in tabellarischem Überblick	11
Ausblick auf das 2. Halbjahr 2014	14
Klinikreform.....	15
Schnittstellenproblematik ambulante und stationäre Versorgung	16
Präventionsgesetz	16
Innovationsfonds und Qualitätsinstitut	17

Informationstechnologie/eGK	17
Pflegeversicherung	17
Über 2017 hinaus. Ein Ausblick	17
Anlage: Tabelle Gesundheitspolitische Vorhaben im Koalitionsvertrag für die 18. Legislaturperiode.....	20
Das KovarHuss Angebot	0

Warum dieses Papier?

Die Gesundheitswirtschaft ist eine der starken Säulen unserer Gesellschaft. Jeder 10. Arbeitsplatz in Deutschland ist inzwischen im Gesundheitsbereich angesiedelt, rund 10% des Bruttoinlandsproduktes wird in diesem Bereich erwirtschaftet. Jeder von uns ist von der Qualität der Leistungserbringung persönlich betroffen. Das führt dazu, dass zu hoher Visibilität des gesamten Bereichs.

Politik macht Wirtschaft

Kein anderer Wirtschaftsbereich, die Arbeitsmarktpolitik vielleicht ausgenommen, wird in so hohem Maße über politische Vorgaben definiert. Vom Arzneimittelbereich abgesehen, in dem die Zulassung weitgehend europäisiert ist, verfügt die nationale Politik über weitgehende Gestaltungshoheit.

Veränderungen des Gesundheitsbereichs erfolgen, trotzdem oder deswegen (?), nur in kleinsten Dosierungen. Die freiberufliche Tätigkeit von Ärzten und Apothekern wird für sakrosankt erklärt, die notwendige Frage nach der Wirtschaftlichkeit medizinischer Entscheidungen ins Unmoralische gerückt. Versuche, das Mehr- oder Fremdbesitzverbot von Apotheken zu verändern, scheitern ebenso regelmäßig ebenso wie Überlegungen, vernetztes Handeln in der Gesundheitsversorgung durch medizinische Versorgungszentren zu stimulieren. Die Öffnung des Gesundheitsbereichs für Management- oder Kapitalgesellschaften, die den Trend zu vernetzter Medizin und zu leistungsfähiger indikationsorientierter Therapie beschleunigen könnten, werden regelmäßig durch die ständisch organisierten Berufsgruppen verhindert.

Wie sieht ein klarer Rahmen für ein gutes und zukunftsfähiges Gesundheitswesen aus? Nicht nur das alltägliche Rangeln ambulanter und stationärer Leistungserbringer im G-BA, auch die mangelnde Bereitschaft der Politik, eine klare Rahmenplanung vorzunehmen, verhindert bessere Leistungen des Gesundheitswesens. Der

demographische Wandel der Bevölkerung, aber noch stärker der im Gesundheitswesen tätigen Personen, von Ärzten und Pflegekräften, rücken das Thema auf der politischen Tagesordnung weiter nach vorne.

Der Druck im Kessel steigt. Die „zweite Natur des Gesundheitswesens“ verhindert seine Anpassung

2012 haben wir mit „Out of the Box“ eine Arena-Analyse des Gesundheitswesens vorgelegt. Basis der Arena-Analyse waren Experteninterviews. Das Ergebnis: Demographie, Technologie und Verbrauchersouveränität sind die externen Treiber des Gesundheitssystems. Aber längst ist die institutionelle Ordnung und das honorartechnische Geflecht zur „Zweiten Natur des Gesundheitswesens“ geworden und raubt ihm die Fähigkeit, sich aus eigenem Antrieb auf neue Herausforderungen einzustellen.

Große Koalition – Stillstand oder Aufbruch?

Ohne diese ordnungspolitischen Fragen zu thematisieren, hat die große Koalition die Allparteienpolitik im Bereich Gesundheit fortgeschrieben. Jenseits des politischen „Reizthemas“ Erhalt der PKV versus Bürgerversicherung halten alle Parteien an einem weitgehend einheitlich und konsensuell organisierten Gesundheitswesen fest. Politik definiert den Rahmen und überlässt die Umsetzung dem G-BA, in dem sich Leistungserbringer und Kostenerstatter auf Spitzenebene verständigen.

Mit dem im Januar diesen Jahres vorgelegten [Working Paper 01/2014](#) haben wir unter dem Titel „Gesundheit 18.0“ Bestand aufgenommen. Die tabellarisch aufgelistete Regierungsvereinbarung erleichtert den Überblick über die zahlreichen und oftmals kleinteiligen Vorhaben, die die große Koalition in dieser Legislaturperiode bewältigen will. Heute, rund sechs Monate später, erfolgt mit dem Working Paper 02-2014 „Gesundheit 18.1 ein erstes Update.

Nach nur sechs Monaten: Geräuschlose Effektivität als Markenzeichen

Es besteht kein Zweifel: Die Koalition arbeitet ihre anspruchsvolle gesundheitspolitische Agenda ohne größere Reibungsverluste ab.

Die detaillierten Ausarbeitungen der Regierungsvereinbarung werden von beiden Seiten als verbindlich akzeptiert und zügig in die Umsetzung gebracht.

Erfolgreicher Start

Großen Respekt hat sich Gesundheitsminister Hermann Gröhe insbesondere aufgrund seiner weitgehend geräuschlosen und kompetenten Arbeitsweise verschafft.

„Was haben Bundesarbeitsministerin Andrea Nahles und Gesundheitsminister Herrmann Gröhe gemeinsam? Beide gehören zu den Fleißigsten in Angela Merkels Kabinett. Mit ihrem Rentengesetz und dem am Donnerstag in erster Lesung im Bundestag beratenen Mindestlohngesetz hat SPD-Frau Nahles binnen weniger Monate zwei schwergewichtige Reformvorhaben auf den Weg gebracht. Das gleiche kann auch Gröhe von sich sagen. Sein Zusatzbeitragsgesetz wurde jetzt vom Bundestag verabschiedet. Die Pflegereform des Christdemokraten ging vergangene Woche ohne bedeutende Änderungen schon mal durchs Kabinett.

Und was ist der Unterschied? Andrea Nahles steht seit Monaten wegen der Rente mit 63 unter Beschuss des Koalitionspartners Union. Beim Mindestlohngesetz bahnt sich der nächste Streit um Ausnahmen an. Da läge es schon aus Gründen der Balance nahe, dass die SPD auf Gröhe einhauen würde. Doch Fehlanzeige.“,

bewertet das Handelsblatt am 6.6.2014 die Arbeit des Neu-Gesundheitspolitikers.

Umstrukturierungen im Hause

Auf einen Fundamentalumbau des Hauses hat Gröhe dabei verzichtet. Zwei Monate nach Beginn konnte der Minister Vollzug melden, wie Andreas Mihm in der FAZ vom 25.2.2014 berichtet hat:

FAZ, DIENSTAG, 25. FEBRUAR 2014

WIRTSCHAFT

Gesundheitsminister Gröhe baut sein Haus um

Zwei Monate hat Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) seit seiner Ernennung Mitte Dezember gebraucht, um sein Ministerium umzubauen. Jetzt steht der neue Zuschnitt, auch die freien Kästchen im – noch nicht veröffentlichten – Organigramm auf Leitungsebene sind beschriftet. Spätestens Anfang März, so heißt es im Ministerium, seien „alle Mann an Deck“. Es gilt die Devise: Mehr CDU, mehr Frauen, mehr Pflege und mehr Familienministerium.

Sechs statt bisher fünf Abteilungen wird das Ministerium fortan haben. In der neuen Abteilung werden die beiden Unterabteilungen Pflege und Prävention mit ihren Referaten gebündelt. Das soll im Organigramm widerspiegeln, wo der Minister und die Regierungskoalition einen Schwerpunkt ihrer Arbeit setzen wollen. Das erste von mindestens zwei geplanten Pflegegesetzen ist für dieses Jahr vorgesehen, auch das Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsvorsorge und Krankheitsvorbeugung soll, im dann vierten Anlauf, in und durch Bundestag und Bundesrat gebracht werden.

An die Spitze der Abteilung „Pflegesicherung und Prävention“ wird eine Frau berufen. Sie heißt Regina Kraushaar, bisher Leiterin der Abteilung „Kinder und Jugend“ im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Kraushaar, die früher den Paritätischen Wohlfahrtsverband Sachsen geleitet hat und als erfahren im Sozialbereich gilt, hatte den Posten im Familienministerium im Herbst 2012 von Lutz Stroppe (CDU) übernommen, als der Staatssekretär im Familienministerium wurde. Stroppe ist seit Januar beamteter Staatssekretär und „Amtschef“ im Gesundheitsministerium.

Kraushaar wird neben Karin Knufmann-Happe, die für Gesundheitsschutz zuständig bleibt, zwar die zweite Abteilungsleiterin. Sie ist allerdings nur einer unter mehreren Importen aus dem Familienministerium. Auch Pressesprecherin Katja Angeli und den neuen Leiter der Zentralabteilung, Ingo Behnel, hat

Stroppe aus dem Familienministerium mitgebracht. Behnels Vorgänger war in Pension gegangen.

Auch Minister Gröhe, der in den vergangenen Jahren im Konrad-Adenauer-Haus die Geschäfte der Bundes-CDU führte, umgibt sich mit alten Bekannten. Für Grundsatzfragen im Ministerium wird künftig Oliver Schenk zuständig sein. Der verantwortet bisher in der CDU-Zentrale den Bereich politische Planung und Analyse. Sein Vorgänger im Gesundheitsministerium, Christian Weber, wird in den einstweiligen Ruhestand versetzt. Der damalige Gesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) hatte den Mann, der früher für die private Krankenversicherung tätig war, 2010 an Bord geholt. Jetzt ist für kein Platz mehr ihn auf der Leitungsebene.

Aus dem Adenauer-Haus mitgebracht hat Gröhe auch Heiko Rottmann, der Chef des Leitungsstabs im Ministerium ist. Bestätigt wurden Ulrich Orłowski als Abteilungsleiter für die gesetzliche Krankenversicherung sowie Erhard Schmidt für Arzneimittel. Einige Wechsel gibt es auch auf der Ebene der Unterabteilungsleiter. In der Führung des Hauses mit seinen 600 Beschäftigten an den beiden Standorten Bonn und Berlin ist man stolz darauf, den Umbau durch Umsetzungen und ohne neues Personal bewerkstelligt zu haben. Nur für den neuen Pflegebevollmächtigten Karl-Josef Laumann soll es neue Stellen geben. Acht sind derzeit beim Haushaltsausschuss beantragt, zwölf wollte er haben.

Die Vorhaben im Einzelnen

Mit der Regierungsvereinbarung hat die Regierungskoalition eine sehr detaillierte Aufgabenliste vorgelegt. Die gesamte Koalitionsvereinbarung für den gesundheitspolitischen Bereich ist in tabellarischer Form weiterhin abrufbar:

<http://kovarhuss.de/gesundheit/>

Die Umsetzung der Aufgaben ist weitgehend planmäßig erfolgt. Wie die Medien, u.a. die [DAZ online](#) berichten, erleichtern informelle Abstimmungstreffen eine reibungslose Umsetzung.

Schwerpunkte der Arbeit der ersten sechs Monate waren der **Arzneimittelbereich**, das Thema **Finanzierung** und die ersten Schritte zur Weiterentwicklung des **Pflegebereichs**. Der G-BA hat mit der Fortschreibung der Bedarfsplanungsrichtlinie zur Feststellung von Über- und Unterversorgung seinen Beitrag geleistet. Das Thema

Versorgungsgefälle zwischen Stadt und Land ist auch Thema des Sachverständigengutachtens 2014 unter dem Titel "Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche".

Die wesentlichen gesundheitspolitischen Vorhaben des 1. Halbjahrs 2014:

Vorhaben	Letzter Status	Status Kommentar
Bedarfsplanungs-Richtlinie: Maßstäbe zur Feststellung von Über- und Unterversorgung	09.12.2013	Verabschiedung, Inkrafttreten am 26.2.2014
13. und 14. SGB-V-Änderungsgesetz	14.03.2014	20.02.2014 (BT) 14.3.2014 (BR, Billigung), Inkraftsetzung rückwirkend zum 1.1.2014
Haushaltsbegleitgesetz 2014	04.04.2014	Gesetzesentwurf Bundesregierung
Bund-Länder-Arbeitsgruppe Klinikreform	23.05.2014	Erste Sitzung der Arbeitsgruppe
Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz - Pflegereform	28.05.2014	Verabschiedung Kabinettsentwurf
GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz	05.06.2014	verabschiedet, Inkrafttreten 1.1.2015
Gutachten SVR Gesundheit	23.06.2014	Übergabe an Bundesregierung

Einzelne Themenbereiche und Ausblick

Arzneimittelversorgung

Die Einführung des AMNOG stellte das bedeutendste Vorhaben der 17. Legislaturperiode dar. Wie im Koalitionsvertrag vereinbart, wurde die Bestandmarkt看wertung im Rahmen des AMNOG nicht weiter aufgerufen. Als „Kompensation“ wurde das Preismoratorium der Pharmabranche mit einem Herstellerrabatt von 7 Prozent fortgeschrieben. Im Arzneimittelbereich sind lediglich kleinere Nachbesserungen zu erwarten, G-BA-Vorsitzender Hecken listete diese jüngst (u.a. auf dem Hauptstadtkongress) auf.

Finanzstruktur und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) *Beitragssätze*

Durch das Gesetz wird zum 1. Januar 2015 der allgemeine Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung von 15,5 Prozent auf 14,6 Prozent abgesenkt werden. Die Hälfte, nämlich 7,3 Prozent, trägt der Arbeitnehmer, die andere Hälfte trägt der Arbeitgeber. Der bisherige mitgliederbezogene Beitragssatzanteil von 0,9 Prozentpunkten entfällt. Stattdessen können die Krankenkassen künftig einkommensabhängig Zusatzbeiträge erheben. Gleichzeitig wird durch eine Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs die Zielgenauigkeit der Zuweisungen, die die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds erhalten, verbessert.

Bei der Erhebung von Zusatzbeiträgen erhält jedes Kassenmitglied Sonderkündigungsrecht.

Qualitätsinstitut

Das Gesetz schafft die Grundlage für die Gründung eines Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).

Versorgung mit Hebammenhilfe

In das Gesetz wurden im parlamentarischen Verfahren auch Regelungen aufgenommen, mit denen Hebammen im Hinblick auf steigende Prämien für ihre Berufshaftpflichtversicherung finanziell entlastet werden. Das Gesetz regelt zudem, dass Hebammen ab dem 1. Juli 2015 einen Sicherstellungszuschlag erhalten, wenn sie die zu vereinbarenden Qualitätsanforderungen erfüllen und aufgrund zu geringer Geburtenzahlen durch die Prämie wirtschaftlich überfordert sind.

Unabhängige Patientenberatung

Das Gesetz weitet die Förderung der unabhängigen Patientenberatung (UPD) deutlich aus, um insbesondere das Angebot der telefonischen Beratung zu verbessern.

PEPP

Eine weitere Regelung des GKV-FQWG aus dem parlamentarischen Verfahren betrifft die Verlängerung der Einführungsphase des pauschalierenden Vergütungssystems für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser und Fachabteilungen (PEPP) um zwei Jahre. Für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen bedeutet das, dass sie auch in den Jahren 2015 und 2016 frei darüber entscheiden können, ob sie bereits das neue oder noch das alte Vergütungssystem anwenden wollen.

Haushaltbegleitgesetz 2014

Kürzung des Bundeszuschusses zur GKV in den Jahren 2014 und 2015 auf 10,5 bzw. 11,5 Mrd. Euro (statt 14 Mrd. Euro). 2016 beträgt der Zuschuss wieder 14 Mrd. Euro und ab dem Jahr 2017 14,5 Mrd. Euro jährlich. Zum Ausgleich werden den Einnahmen des Gesundheitsfonds 2014 und 2015 3,5 bzw. 2,5 Mrd. Euro aus der Liquiditätsreserve zugeführt.

Der gesundheitspolitische Statusbericht in tabellarischem Überblick

Der Überblick über die laufenden und abgeschlossenen Maßnahmen zeigt, dass die Koalition die von ihr geplanten Maßnahmen abgearbeitet hat und weitere Aktivitäten in Planung hat.

Die Legende der Farbcodierung wird im Anschluss an die Tabelle erläutert, die Tabelle mit Quellenlinks ist dem Anhang zu entnehmen

RegV (Seite)	Umsetzung Stand 6/2014
Seite	Koalitionsvertrag 2014
<hr/>	
75	Ambulante Versorgung
	Sicherstellung flächendeckender Versorgung
	Gesetzesinitiative 2 HJ. 2014
	Verbesserung der Wartezeiten bei ambulanten Ärzten
	Gespräche mit KBV
	Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung
	GKV-FQWG
	Stärkung der Hausarztrolle und hausärztlichen Versorgung
	Gesetzesinitiative 2 HJ. 2014
	Einrichtung MVZs
	Zusammenarbeit ambulant/stationär
	Gesetzesinitiative 2 HJ. 2014
	Bessere Versorgung geistig Behinderter
	Erprobung Einsatz qualifizierter nichtärztlicher Berufe
	Mehr Vertragsfreiheit für Krankenkassen
	Überprüfung Vergütungsschiefen
	Weiterentwicklung strukturierter Versorgungsprogramme für Chroniker
	Aufruf für Vorschläge (G-BA aktuell 1-2014) und B-BA aktuell 2-2014
<hr/>	
77	Governance

Bessere Verfügbarkeit von Routinedaten für Qualitätssicherung und Versorgungsmanagement	
Bessere Nutzung von Informationstechnologie	Gesetzliche Initiative eGK 2014
Strafrechtliche Regelung Bestechlichkeit und Bestechung	
Innovationsfonds 300 Mi. €	GKV-FQWG
Einrichtung Qualitätsinstitut	GKV-FQWG

78 Krankenhausbereich

Qualitätsberichte der Krankenhäuser	Erste Umsetzung durch G-BA erfolgt
Qualität und Vergütung	
Krankenhausplanung	
Patientensicherheit und operative Eingriffe	
Neue Medizinprodukte	
Einführung von Registern Patientensicherheit (Transplantation/Implantate)	
Fallwertunterschiede	
Kostenentwicklung im Krankenhausbereich	Bund-Länder-Arbeitsgruppe Pflege
Ambulante Notfallversorgung	Bund-Länder-Arbeitsgruppe Pflege
Universitätskliniken	Bund-Länder-Arbeitsgruppe Pflege
Ambulant spezialfachärztliche Versorgung	Bund-Länder-Arbeitsgruppe Pflege
Krankenhausreform	Bund-Länder-Arbeitsgruppe Pflege

Psychiatrie und Psychosomatik (Veränderung des Vergütungssystems)	
---	--

80 Arzneimittel		
	Nutzenbewertung und Preisverhandlung	13. und 14. SGB-V-Änderungsgesetz
	Frühe Nutzenbewertung	13. und 14. SGB-V-Änderungsgesetz
	Vermeidung von Versorgungsengpässen	
	Substitutionsliste nicht rabattierfähiger Produkte	
	Face-to-Face-Kontakt bei Arzneimittelverschreibung (Erstkontakt)	
82 Gesundheitsberufe		
	Masterplan Medizinstudium 2020	"mittelfristig" angekündigt
	Förderung Weiterbildung Allgemeinärzte	
	Geburtshilfe/Hebammen	Bericht interministerielle Arbeitsgruppe vorgelegt
	Prävention und Gesundheitsförderung	Präventionsgesetz für 2. HJ 2014 angekündigt
83 Finanzierung und Risikostrukturausgleich		
	Beitragsatzbemessung	<i>GKV-FQWG</i>
	Morbi-RSA	
83 Pflege		
	Definition Pflegebedürftigkeitsbegriff	Ankündigung zur Umsetzung Zweites Pflegestärkungsgesetz "Noch in dieser Legislaturperiode)
	Thema Demenz	Ankündigung zur Umsetzung Zweites Pflegestärkungsgesetz "Noch in dieser Legislaturperiode)
	Unterstützung familiärer Pflege	<i>5. SGBXI-Änd-Ges (Erstes Pflegestärkungsgesetz)</i>
	Überangsregelungen für Pflege	<i>5. SGBXI-Änd-Ges (Erstes Pflegestärkungsgesetz)</i>

Verbesserung sozialräumlicher Pflege	5. SGBXI-Änd-Ges (Erstes Pflegestärkungsgesetz)
Selbstbestimmte Alltagsbewältigung für Pflegebedürftige	
Palliativmedizin	
Vereinbarkeit von Pflege und Beruf	5. SGBXI-Änd-Ges (Erstes Pflegestärkungsgesetz)
Weiterentwicklung der Pflegeberufe	
Bessere Bündelung und Vernetzung der Angebote	
Qualitätssicherung und Transparenz	
Aufgabe Bund-Länder-Kommission für Pflege	Bund-Länder-Arbeitsgruppe Pflege
Beitragsanpassung 1 (0,3 Punkte)	5. SGBXI-Änd-Ges (Erstes Pflegestärkungsgesetz)
Beitragsanpassung 2 (0,2 Punkte)	Ankündigung zur Umsetzung Zweites Pflegestärkungsgesetz "Noch in dieser Legislaturperiode)

Legende:

- erledigt
- Umsetzung in 2014
- Umsetzung konkretisiert
- Im Verzug



Ausblick auf das 2. Halbjahr 2014

Das zweite Halbjahr 2014 wird von neuen Vorhaben geprägt sein. Im Mittelpunkt steht die **Klinikreform**, für das eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe bereits installiert ist. Angekündigt ist ebenso ein **Präventionsgesetz**. Die Debatten um die Ausgestaltung des **Innovationsfonds** sowie die Installation des neuen **Qualitätsinstituts** dürfte daneben ein weiteres Schwerpunktthema des 2. Halbjahres darstellen. Eine Beschleunigung zeichnet sich für die Umsetzung der

eGK ab. Die 2. Phase der **Pflegereform** dürfte zwar vorangetrieben werden, die Umsetzung wird sich jedoch über einen längeren Zeitraum hinziehen.

Klinikreform

Die **Bund-Länder-Aktivitäten zur Klinikreform**, die bis Ende des Jahres abgeschlossen sein sollen, werden für den Minister und sein Team zu einer ersten, harten Bewährungsprobe.

Die defizitäre Lage der deutschen Kliniklandschaft ist seit Jahren bekannt und vom RWI in Essen im Krankenhausreport 2014 für das zurückliegende Jahr aus neue bestätigt worden. Die Reform der Klinikstruktur stellt deshalb eine besondere Herausforderung dar, weil darin nicht nur alle politischen Ebenen (Kommunen/Kreise, Bundesländer, Bund) eingebunden sind, sondern darüber hinaus die Krankenhausträger und die Krankenkassen eine wichtige Rolle spielen.

Akteur	Rolle/Interessen	Herausforderung
BMG	Gesamtkonzept	Keine direkten Eingriffsrechte in Krankenhausplanung und –finanzierung.
Bundesländer	Krankenhausplanung und -finanzierung (Investitionskosten)	Experten schätzen Finanzierungsdefizit ceteris paribus auf 2,7 Mrd. € . Strukturbereinigung notwendig, rund 1/3 (absolute Anzahl: ca. 300) der vorhandenen Kliniken sind nach Expertenschätzungen nicht notwendig. Nur eine differenzierende Stukturplanung (Universitätskliniken, Maximalversorgung, Grundversorgung) ermöglicht Steigerung der Kosteneffizienz. Alle Themen sind aber hoch konfliktbelastet.
Kommunen/Kreise	Träger, Finanzierer, Sachwalter regionaler Interessen	Krankenhausschließungen sind hochexplosive Themen. Regionale Krankenhausplanung erfordert hohe Kompetenz und Standfestigkeit gegenüber Bestandsinteressen. In strukturschwachen Gebieten sind Kliniken oftmals einer der letzten Arbeitgeber für hochwertige Arbeitskräfte.
Krankenhausträger	Betrieb des Krankenhauses	Sehr heterogene Trägerstruktur und -kompetenz. Auch Krankenhausschließungen erfordern Investitionen.

Krankenkassen	Kostenerstattung Behandlungskosten	Könnten stärkere Rolle übernehmen, sind derzeit beschränkt auf Selektivverträge, Qualitätstransparenz.
----------------------	---------------------------------------	--

Schnittstellenproblematik ambulante und stationäre Versorgung

Erschwert wird die Reform der Krankenhausstruktur auch durch die duale Struktur von ambulanter und stationärer Versorgung. Die betroffenen Gruppen (niedergelassenen Ärzten) sind aktuell nur in stark unterversorgten Gebieten bereit, von ihrem (dann nicht erfüllten) Versorgungsauftrag abzurücken und ihre Interessen gegenüber einem Versorgungsauftrag hintenan zu stellen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat in ihrem Vertreterversammlungsbeschluss ihre Position bekräftigt.

Das [Positionspapier vom 24.3.2014](#) betont weiterhin ihre vorrangig standesorientierte Position und unterbreitet jenseits der Forderung nach höheren Honoraren keine Vorschläge, wie auf die wachsenden Herausforderungen und Veränderungen des Gesundheitssystems reagiert werden kann.

Ähnlich [grundsätzlich äußert sich auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft](#), die richtigerweise auf das Investitionsdefizit der Länder von 2,7 Mrd. € hinweist, jedoch keinerlei Vorschläge für einen Abbau von Klinikkapazitäten, wie sie von Experten für notwendig erachtet wird, unterbreitet.

Auch unter Experten werden derzeit lediglich mögliche Vorschläge für eine Krankenhausreform erörtert, aufgrund der Vielzahl beteiligter Interessen (s.O.) können jedoch keine Aussagen über den Ausgang der Verhandlungen gemacht werden.

Präventionsgesetz

Ebenfalls für das 2.Halbjahr 2014 ist die Vorlage eines Präventionsgesetzes vorgesehen. Inwieweit darin die Konzepte der 17. Legislaturperiode aufgenommen werden oder neue Akzente gesetzt werden sollen, ist nicht bekannt.

Innovationsfonds und Qualitätsinstitut

Erwartungsgemäß werden mit dem Innovationsfonds große Erwartungen verbunden. Eine Konkretisierung der Vorstellungen durch den G-BA erfolgt ebenfalls im 2. Halbjahr 2014.

Auf der Tagesordnung bleiben werden auch die Themen Qualität der Versorgung. Die Einrichtung des Qualitätsinstituts wird das Interesse vieler Akteure finden. Für das Thema „Qualitätsorientierte Vergütung für ambulante und stationäre Versorgung“ (Pay for Performance), immer wieder kontrovers diskutiert, dürfte angesichts der Komplexität und der notwendigen Rechtssicherheit jedoch nicht mit einem Ergebnis in 2014 zu rechnen sein.

Informationstechnologie/eGK

Äußerungen von Minister Gröhe in Nachgang zur eHealth-Conference 2014 und auf dem Hauptstadtkongress deuten darauf hin, dass der Minister die Einführung der eGK mit einem Leistungsspektrum über die Basisfunktionen hinaus durch eine [gesetzlichen Neuregelung](#) beschleunigen will. Die Einführung der eGK hat bisher zu Kosten von rund 1 Mrd. und einem Planungsvorlauf von 8 Jahren geführt. Trotzdem können bisher nur die Basisfunktionen der Karte genutzt werden. Nur rund 90% der Patienten verfügen derzeit über eine eGK.

Pflegeversicherung

Die 2. Stufe der Umsetzung der neuen Pflegeversicherung soll bis zum Ende der Legislaturperiode erfolgt sein.

Über 2017 hinaus. Ein Ausblick

Die 18. Legislaturperiode wird, wie sich derzeit abzeichnet, gesundheitspolitisch zu einer Periode effektiver Umsetzung entwickeln; - dringend notwendig, wenn die notwendigen Veränderungen im Gesundheitswesen nicht weiter aufgeschoben werden sollen.

Allerdings verwundert die weitgehend alternativlose Fortschreibung einer weitgehend einheitlichen und sich nur widerwillig den

veränderten Anforderungen stellenden Gesundheitswirtschaft. Die Rede vom „besten Gesundheitssystem der Welt“ scheint eher eine Beschwörung denn eine Verständigung darüber, die zur Erhaltung einer hochwertigen Versorgung notwendigen Dinge ins Auge zu fassen und nicht nur auf Veranstaltungen zu diskutieren, sondern auch tatsächlich umzusetzen.

Beispiel Innovationsfonds: Sicher ist es notwendig, über neue Strukturen und Konzepte der Gesundheitsversorgung nachzudenken. Aber woher sollte die Zuversicht genommen werden, dass den Ergebnissen des Innovationsfonds nicht dasselbe Schicksal beschied ist wie den vormaligen Konzepten für integrierte Versorgung? Ein zugegebener [zugespitzter Beitrag](#) anlässlich einer entsprechenden Debatte auf dem Spreestadtforum umreißt das Problemfeld. Die These: Es fehlt nicht an Konzepten, aber der institutionelle Rahmen blockiert die Umsetzung.

Politik ist, so scheint es, fasziniert von ihrer Allmacht, die, wenn konflikthafte Zuspitzung droht, sehr schnell in Ohnmacht umschlägt.

Umso dringender stünde eine Besinnung auf neue und andere ordnungspolitische Konzepte der Gesundheitswirtschaft an. Da die Regierung, wie es scheint, zuverlässig arbeitet, wäre es an der Zeit, über 18. ff hinaus zu denken.

Folgende Leitfragen wären dabei zu stellen:

- Wie ist zu gewährleisten, dass sich Innovationen und neue Verfahren im Gesundheitswesen etablieren können, ohne erst bürokratische Hürden und Blockade überwinden zu müssen?
- Wie ist der Rahmen zu setzen, damit Dynamik und Vielfalt nicht auf Kosten sozialer Gerechtigkeit stattfinden?
- Wie kann es gelingen, dass sich Institutionen im Gesundheitswesen von sich aus verändern und an neue Herausforderungen anpassen?

- Wie ist zu gewährleisten, dass Wettbewerb um mehr Qualität „von unten“, intrensisch, entsteht und nicht als bürokratischer Zwang implementiert wird.
- Wie können die unterschiedlichen Interessen von Patienten anstatt ein scheinbares "einheitliches Patienteninteresse" systemwirksam gemacht werden?
- Was kann man dabei von welchem der ausländischen Gesundheitssysteme lernen?
- Kann die Dualität von PKV und GKV-System dabei ein machbarer Weg sein, um das Streben nach besserer Leistung zu stimulieren?

Wir werden uns auch in den kommenden Monaten und Jahren an der Diskussion über ein besseres, weil gesellschaftlich verantwortliches, aber anpassungsfähigeres Gesundheitswesen beteiligen. Mit kontroversen und zugespitzten [Meinungsbeiträgen](#) ebenso wie mit fundierten Studien und Arbeitsgruppen.

Einige Publikationen, die in jüngerer Zeit in diesem Themenfeld erschienen sind:

Autor(en)	Jahr	Verlag	Titel
Münch, Eugen, Scheytt, Stephan	2014	Springer Gabler Verlag	Netzwerkmedizin
Gorr, Claus-Dieter; Reick, Markus; Candidus, Wolfram-Arnim; Eichhorn, Marcus; Herffs, Harro; Hess, Rainer; Jacobi, Thomas H.; Kailuweit, Ingo; Konrad, Thomas; Schlegel, Thomas; Wagner, Riccardo; Weber, Roland; Zipperer, Manfred	2014	Medhochzwei	Zukunftskreis Gesundheit – Neuausrichtung Gesundheitssystem; Faktencheck Gesundheits- und Versicherungssystem in Deutschland – Grundlage für politische Handlungsmaßnahmen zur Weiterentwicklung des deutschen Gesundheits- und Krankenversicherungssystems
Helmig, Lutz	2013	IFB Verlag	Gesundheit und Freiheit
Porter, Michael E. et al.	2012	Springer Gabler	Chancen für das Deutsche Gesundheitssystem

Huss, Nikolaus; Kovar, Andreas; Schumacher, Nikolaus	2012	Selbstverlag	Out of the Box. Arena-Analyse des deutschen Gesundheitswesens.
Porzsolt, Franz (Hrsg.)	2011	Verband der privatwirtschaftlichen Verrechnungsstellen	Grundlagen der klinischen Ökonomik
Beske, Fritz u.a.	2009	Schmidt & Klaunig	Gesundheitspolitische Agenda 2009, Für ein verlässliches, solidarisches und gerechtes Gesundheitswesen; Ein Handlungskonzept
Clayton M. Christensen	2009	McGraw Hill	The Innovators Prescription, a disruptive Solution for Health Care
IGES Institut (im Auftrag von Jansen Cilag)	2008	Eigenverlag	Delphi V: Perspektive 2020, Zukunft als Chance

Nikolaus Huss, 07.07.2014

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

Überblick: Update Gesundheitspolitische Vorhaben im Koalitionsvertrag der 18. Legislaturperiode mit Quellenverweisen

Anleitung zur Tabellennutzung

Die abgedruckte Tabelle gibt die wesentlichen Inhalte der Koalitionsvereinbarung in tabellarischer Form und mit Verweisen/Fundstellen wieder.

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.

RegV (Seite)	Umsetzung	Stand	Quelle
Koalitionsvertrag 2014			
			http://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2013/2013-12-17-koalitionsvertrag.pdf;jsessionid=78F234215792DA825C2493651F43ED44.s1t1?__blob=publicationFile&v=2
75 Ambulante Versorgung			
Sicherstellung flächendeckender Versorgung	Gesetzesinitiative	2 HJ. 2014	http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/R/Reden/140527_Rede_Min_Groehe_117._AErztetag.pdf
Verbesserung der Wartezeiten bei ambulanten Ärzten	Gespräche mit KBV		
Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung	GKV-FQWG		
Stärkung der Hausarztrolle und hausärztlichen Versorgung	Gesetzesinitiative	2 HJ. 2014	http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/R/Reden/140527_Rede_Min_Groehe_117._AErztetag.pdf
Einrichtung MVZs			

Zusammenarbeit ambulant/stationär	Gesetzesinitiative 2 HJ. 2014	http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/R/Reden/140527_Rede_Min_Groehe_117._AErztetag.pdf
--------------------------------------	----------------------------------	---

Bessere Versorgung geistig
Behinderter

Erprobung Einsatz qualifizierter
nichtärztlicher Berufe

Mehr Vertragsfreiheit für
Krankenkassen

Überprüfung Vergütungsschief lagen

Weiterentwicklung strukturierter Versorgungsprogramme für Chroniker	Aufruf für Vorschläge (G- BA aktuell 1-2014) und B- BA aktuell 2-2014	https://www.g-ba.de/institution/presse/newsletter/134/
---	---	---

77 Governance

Bessere Verfügbarkeit von
Routinedaten für Qualitätssicherung
und Versorgungsmanagement

Bessere Nutzung von Informationstechnologie	Gesetzliche Initiative eGK	Ankündigung Hauptstadtkongress 2014
--	----------------------------	-------------------------------------

Strafrechtliche Regelung
Bestechlichkeit und Bestechung

Innovationsfonds 300 Mi. €	GKV-FQWG	http://www.portal-sozialpolitik.de/recht/gesetzgebung/gesetzgebung-18-wahlperiode/gkv-fqwg
Einrichtung Qualitätsinstitut	GKV-FQWG	http://www.portal-sozialpolitik.de/recht/gesetzgebung/gesetzgebung-18-wahlperiode/gkv-fqwg

78 Krankenhausbereich

Qualitätsberichte der Krankenhäuser	Erste Umsetzung durch G-BA erfolgt	https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1979/
-------------------------------------	------------------------------------	---

Qualität und Vergütung

Krankenhausplanung

Patientensicherheit und operative Eingriffe

Neue Medizinprodukte

Einführung von Registern
Patientensicherheit
(Transplantation/Implantate)

Fallwertunterschiede

Kostenentwicklung im Krankenhausbereich	Bund-Länder-Arbeitsgruppe Pflege	http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/article/857030/arbeitsgruppe-formiert-klinikreform-startloechern.html
Ambulante Notfallversorgung	Bund-Länder-Arbeitsgruppe Pflege	http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/article/857030/arbeitsgruppe-formiert-klinikreform-startloechern.html

Universitätskliniken	Bund-Länder-Arbeitsgruppe Pflege	http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/article/857030/arbeitsgruppe-formiert-klinikreform-startloechern.html
Ambulant spezialfachärztliche Versorgung	Bund-Länder-Arbeitsgruppe Pflege	http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/article/857030/arbeitsgruppe-formiert-klinikreform-startloechern.html
Krankenhausreform	Bund-Länder-Arbeitsgruppe Pflege	http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/article/857030/arbeitsgruppe-formiert-klinikreform-startloechern.html

Psychiatrie und Psychosomatik
(Veränderung des Vergütungssystems)

80 Arzneimittel

Nutzenbewertung und Preisverhandlung	13. und 14. SGB-V-Änderungsgesetz	http://www.portal-sozialpolitik.de/recht/gesetzgebung/gesetzgebung-18-wahlperiode/13-und-14-sgb-v-aendg
Frühe Nutzenbewertung	13. und 14. SGB-V-Änderungsgesetz	http://www.portal-sozialpolitik.de/recht/gesetzgebung/gesetzgebung-18-wahlperiode/13-und-14-sgb-v-aendg

Vermeidung von Versorgungsengpässen

Substitutionsliste nicht rabattierfähiger Produkte

Face-to-Face-Kontakt bei Arzneimittelverschreibung (Erstkontakt)

82 Gesundheitsberufe

Masterplan Medizinstudium 2020	"mittelfristig" angekündigt
--------------------------------	--------------------------------

Förderung Weiterbildung Allgemeinärzte

Geburtshilfe/Hebammen	GKV- FQWG/Abschlußbericht Interministerielle Kommission	http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Bericht/Abschlussbericht_IMAG-Gesamt.pdf
-----------------------	--	---

Prävention und Gesundheitsförderung	Präventionsgesetz für 2. HJ 2014 angekündigt
-------------------------------------	--

83 Finanzierung und Risikostrukturausgleich

Beitragssatzbemessung	GKV-FQWG	http://www.portal-sozialpolitik.de/recht/gesetzgebung/gesetzgebung-18-wahlperiode/gkv-fqwg
-----------------------	----------	---

Morbi-RSA

83 Pflege

Definition Pflegebedürftigkeitsbegriff	Ankündigung zur Umsetzung Zweites Pflegerstärkungsgesetz "Noch in dieser Legislaturperiode)	http://www.bmg.bund.de/pflege/pflegestaerkungsgesetze/pflegestaerkungsgesetz-ii.html
Thema Demenz	Ankündigung zur Umsetzung Zweites Pflegerstärkungsgesetz "Noch in dieser Legislaturperiode)	http://www.bmg.bund.de/pflege/pflegestaerkungsgesetze/pflegestaerkungsgesetz-ii.html
Unterstützung familiärer Pflege	5. SGBXI-Änd-Ges (Erstes Pflegerstärkungsgesetz)	http://www.bmg.bund.de/pflege/pflegestaerkungsgesetze/pflegestaerkungsgesetz-i.html
Überangsregelungen für Pflege	5. SGBXI-Änd-Ges (Erstes Pflegerstärkungsgesetz)	http://www.bmg.bund.de/pflege/pflegestaerkungsgesetze/pflegestaerkungsgesetz-i.html
Verbesserung sozialräumlicher Pflege	5. SGBXI-Änd-Ges (Erstes Pflegerstärkungsgesetz)	http://www.bmg.bund.de/pflege/pflegestaerkungsgesetze/pflegestaerkungsgesetz-i.html
Selbstbestimmte Alltagsbewältigung für Pflegebedürftige		
Palliativmedizin		
Vereinbarkeit von Pflege und Beruf	5. SGBXI-Änd-Ges (Erstes Pflegerstärkungsgesetz)	http://www.bmg.bund.de/pflege/pflegestaerkungsgesetze/pflegestaerkungsgesetz-i.html

Weiterentwicklung der Pflegeberufe

Bessere Bündelung und Vernetzung
der Angebote

Qualitätssicherung und Transparenz

Aufgabe Bund-Länder-Kommission für Pflege	Bund-Länder-Arbeitsgruppe Pflege	http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/article/857030/arbeitsgruppe-formiert-klinikreform-startloechern.html
Beitragsanpassung 1 (0,3 Punkte)	5. SGBXI-Änd-Ges (Erstes Pflegestärkungsgesetz)	http://www.portal-sozialpolitik.de/uploads/sopo/pdf/2014/2014-05-31_5_SGB_XI_AendG_PS.pdf
Beitragsanpassung 2 (0,2 Punkte)	Ankündigung zur Umsetzung Zweites Pflegestärkungsgesetz "Noch in dieser Legislaturperiode)	http://www.bmg.bund.de/pflege/pflegestaerkungsgesetze/pflegestaerkungsgesetz-ii.html

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