

und besser miteinander verzahnen. Sicherungs- und Förderlücken sollen vermieden werden.

2.4. Gesundheit und Pflege

Ambulante Gesundheitsversorgung

Im Zentrum unserer Gesundheitspolitik stehen die Patientinnen und Patienten und die Qualität ihrer medizinischen Versorgung. Die Freiberuflichkeit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist unverzichtbares Element für die flächendeckende ambulante Versorgung. Sie ist ein Garant für die Diagnose- und Therapiefreiheit und für die freie Arztwahl.

Zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung wollen wir die Anreize zur Niederlassung in unterversorgten Gebieten weiter verbessern. Darum werden wir unnötige bürokratische Anforderungen abbauen und die Rahmenbedingungen für Zulassungen für Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten flexibilisieren. Die Möglichkeit zur Zulassung von Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung in unterversorgten Gebieten wird verbessert. Dazu wird bei der Ermächtigung in § 116 a SGB V das Wort „kann“ durch „muss“ ersetzt und eine jährliche verbindliche Überprüfung eingeführt. Die Förderung von Praxisnetzen wollen wir verbindlich machen und ausbauen. Die gesetzlichen Vorgaben zum Abbau von Überversorgung durch den Aufkauf von Arztsitzen werden von einer „Kann“ in eine „Soll“-Regelung überführt.

Wir wollen in der psychotherapeutischen Versorgung Wartezeiten reduzieren und mehr Betroffenen ein zeitnahes Angebot für eine Kurzzeittherapie eröffnen. Hierzu werden wir das Antrags- und Gutachterverfahren entbürokratisieren, die Gruppentherapie fördern und den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragen, in einer gesetzlich definierten Frist die Psychotherapierichtlinie zu überarbeiten. Die bestehenden Befugnisbeschränkungen für Psychotherapeuten werden wir überprüfen.

Für gesetzlich Versicherte wollen wir die Wartezeit auf einen Arzttermin deutlich reduzieren. Sie sollen sich zukünftig bei Überweisung an einen Facharzt an eine zentrale Terminservicestelle bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) wenden können. Diese vermittelt innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin. Für den Termin soll im Regelfall eine Wartezeit von vier Wochen nicht überschritten werden. Gelingt dies nicht, wird von der Terminservicestelle ein Termin - außer in medizinisch nicht begründeten Fällen - zur ambulanten Behandlung in einem Krankenhaus angeboten. Die Behandlung erfolgt dann zu Lasten des jeweiligen KV-Budgets. Diese Terminservicestellen können in Kooperation mit Krankenkassen betrieben werden.

Wir wollen auch in der Zukunft die Rolle des Hausarztes fördern und die hausärztliche Versorgung weiter stärken. Die von Fachärztinnen und Fachärzten erbrachten hausärztlichen Leistungen sollen zukünftig nicht den hausärztlichen Teil der Gesamtvergütung mindern. Dies gilt umgekehrt für von Hausärztinnen und Hausärzten erbrachte fachärztliche Leistungen.

Die Vertreterversammlungen von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Kassenärztlichen Vereinigungen werden zu gleichen Teilen aus Haus- und Fachärztinnen und -ärzten gebildet. Über rein hausärztliche Belange entscheiden die hausärztlichen Mitglieder der Vertreterversammlung, über rein fachärztliche Belange die fachärztlichen Mitglieder der Vertreterversammlung. Für angestellte Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten Versorgung werden wir verpflichtend einen beratenden Fachausschuss vorsehen.

Künftig werden auch arztgruppengleiche Medizinische Versorgungszentren zugelassen. Außerdem wird es auch Kommunen ermöglicht, Medizinische Versorgungszentren zu gründen; davon unberührt gilt der Vorrang eines ärztlichen Bewerbers (§ 103 Abs. 4c SGB V). Bei Vergütung und Zulassung dürfen die Medizinischen Versorgungszentren im Rahmen des bestehenden Rechts nicht benachteiligt werden.

Wir werden für Arznei- und Heilmittel gesetzlich vorgeben, dass die heutigen Wirtschaftlichkeitsprüfungen bis Ende 2014 durch regionale Vereinbarungen von Krankenkassen und Kassenärztlicher Selbstverwaltung ersetzt werden. Unberechtigte Regressforderungen bei Retaxationen gegenüber Heilmittelerbringern wollen wir zudem unterbinden.

Leistungslücken beim Übergang vom stationären in den ambulanten Versorgungsbereich wollen wir überwinden, indem das Entlassungsmanagement durch eine gesetzliche Koordinationsfunktion der Krankenkassen ergänzt wird. Die Möglichkeiten der Krankenhäuser, bei einer Entlassung Leistungen zu verordnen, werden ausgeweitet. Krankenhäuser können eine pflegerische Übergangsversorgung veranlassen. Wirtschaftlichkeitsvorgaben sind zu beachten, eine vorrangige Berücksichtigung von Einrichtungen der verordnenden Krankenhäuser ist auszuschließen.

Für Erwachsene mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen werden medizinische Behandlungszentren analog zu den sozialpädiatrischen Zentren zur (zahn-) medizinischen Behandlung (neuer § 119c SGB V) geschaffen.

Der Einsatz von qualifizierten nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen, die delegierte ärztliche Leistungen erbringen, soll flächendeckend ermöglicht und leistungsgerecht vergütet werden. Modellvorhaben zur Erprobung neuer Formen der Substitution ärztlicher Leistung sollen aufgelegt und evaluiert werden. Je nach Ergebnis werden sie in die Regelversorgung überführt.

Die Krankenkassen müssen Freiräume erhalten, um im Wettbewerb gute Verträge gestalten und regionalen Besonderheiten gerecht werden zu können. Für die verschiedenen Möglichkeiten zur Vereinbarung von integrierten und selektiven Versorgungsformen (§§ 63 bis 65, 73a, 73b, 73c, 140a ff. SGB V) werden die rechtlichen Rahmenbedingungen angeglichen und bestehende Hemmnisse bei der Umsetzung beseitigt. Gleichartig geregelt werden insbesondere die Evaluation integrierter und selektiver Versorgungsformen durch eine Vereinbarung der Vertragspartner sowie der Nachweis der Wirtschaftlichkeit gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde nach jeweils vier Jahren. Wir werden Regelungen zur Mindestdauer und zur Substitution der Regelversorgung aufheben und die Bereinigungsverfahren vereinfachen. Versorgungsformen, deren Qualität und Wirtschaftlichkeit erwiesen ist, sollten in geeigneter Weise in die Regelversorgung überführt werden.

Die Krankenkassen bleiben gesetzlich verpflichtet, hausarztzentrierte Versorgung anzubieten. Die hausarztzentrierte Versorgung wird weiterentwickelt und um geeignete Instrumente zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und zur Qualitätssicherung ergänzt. Die bestehenden Vergütungsbeschränkungen werden aufgehoben. Die strukturierten Behandlungsprogramme müssen, soweit sie die Hausärzte betreffen, Bestandteil der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung sein. Darüber hinaus soll die fachärztliche Versorgung gestärkt werden.

Wir werden prüfen, ob sich die Unterschiede in der ärztlichen Vergütung durch Besonderheiten in der Versorgungs- und Kostenstruktur begründen lassen und wie unbegründete Unterschiede aufgehoben werden können.

Die strukturierten Behandlungsprogramme für chronisch Kranke werden weiterentwickelt; neue Programme sollen entwickelt werden für die Behandlung von Rückenleiden und Depressionen.

Die sektorübergreifende Qualitätssicherung mit Routinedaten wird ausgebaut. Wir werden gesetzlich ein Institut begründen, das dauerhaft und unabhängig die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung ermittelt und dem Gemeinsamen Bundesausschuss Entscheidungsgrundlagen liefert. Die gesetzlichen Krankenkassen werden verpflichtet, dem Institut geeignete pseudonymisierte Routinedaten zur Verfügung zu stellen.

Die Verfügbarkeit der Routinedaten aus der Gesetzlichen Krankenversicherung für die Versorgungsforschung und für das Versorgungsmanagement der Krankenkassen wollen wir erhöhen. Die Morbidität soll künftig zudem nicht nur mit Leistungsdaten bestimmt werden, mittelfristig sollen auch epidemiologische Daten herangezogen werden. Zur Verbesserung der Datenlage für die Versorgungsforschung werden zukünftig Regionalkennzeichen der patientenbezogenen Ausgaben erhoben.

Elektronische Kommunikations- und Informationstechnologien können die Leistungsfähigkeit in unserem Gesundheitswesen weiter verbessern. Dies gilt insbesondere für die Versichertenstammdaten, die Notfalldaten, die Kommunikation zwischen allen Leistungserbringern, Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit und Daten für ein verbessertes Einweisungs- und Entlassmanagement. Hindernisse beim Datenaustausch und Schnittstellenprobleme werden beseitigt und der Anbieterwettbewerb zwischen IT-Anbietern befördert. Dabei muss ein hoher Datenschutz beachtet werden. Telemedizinische Leistungen sollen gefördert und angemessen vergütet werden.

Wir werden einen neuen Straftatbestand der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen im Strafgesetzbuch schaffen.

Zur Förderung innovativer sektorübergreifender Versorgungsformen und für die Versorgungsforschung wird ein Innovationsfonds geschaffen. Dafür werden 300 Mio. Euro von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt; dafür erhalten die Krankenkassen 150 Mio. Euro an zusätzlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Aus dem Innovationsfonds werden für Versorgungsleistungen, die über die Regelversorgung hinausgehen, Mittel in Höhe von insgesamt 225 Mio. Euro und für Versorgungsforschung Mittel in Höhe von insgesamt 75 Mio. Euro verwendet. Für die Vergabe der

Mittel legt der Gemeinsame Bundesausschuss Kriterien fest. Die Vergabe erfolgt durch ein jährliches Ausschreibungsverfahren, das vom Gemeinsamen Bundesausschuss durchgeführt wird. Eine Evaluierung erfolgt nach vier Jahren.

Krankenhausversorgung

Eine flächendeckende Krankenhausversorgung gehört zu den wesentlichen Elementen der Daseinsvorsorge. Das Krankenhaus der Zukunft muss gut, gut erreichbar und sicher sein.

Die Menschen müssen sich darauf verlassen können, nach dem neuesten medizinischen Stand und in bester Qualität behandelt zu werden. In einer Qualitätsoffensive werden wir die Qualität der stationären Versorgung verbessern. Qualität wird als weiteres Kriterium für Entscheidungen der Krankenhausplanung gesetzlich eingeführt (§ 1 KHG).

In dem neu zu gründenden Qualitätsinstitut werden sektorenübergreifend Routinedaten gesammelt, ausgewertet und einrichtungsbezogen veröffentlicht. Die Anforderungen der Qualitätsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) sind zwingend einzuhalten. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen soll zur Überprüfung der Vorgaben des GBA zur internen und externen Qualitätssicherung zukünftig unangemeldet Kontrollen in den Krankenhäusern durchführen. Die Befugnis des GBA zur Festlegung von Mindestmengen wollen wir rechtssicher gestalten. Die Ausnahmebefugnisse der Länder bleiben davon unberührt.

Die jährlich zu erstellenden Qualitätsberichte der Krankenhäuser müssen verständlicher, transparenter und als Grundlage für die Patientenentscheidung präziser werden. Der GBA wird beauftragt, in seinen Vorgaben die Aussagekraft und Verständlichkeit der Qualitätsberichte der Krankenhäuser zu verbessern und Aspekte der Patientensicherheit sowie Ergebnisse von Patientenbefragungen zu integrieren. Dazu soll das Qualitätsinstitut eine online einsehbare Vergleichsliste erstellen und führen und die Vielzahl von Zertifikaten bewerten und einordnen. Die teilweise in Krankenhäusern bereits genutzten OP-Sicherheits-Checklisten werden allgemeiner Standard der Qualitätssicherung.

Gute Qualität muss sich für die Krankenhäuser auch finanziell lohnen. Die Menge soll künftig nur da berücksichtigt werden, wo sie entsteht. Das heute bestehende System der Mehrleistungsabschläge wollen wir dabei differenzieren: Leistungen mit nachgewiesener hoher Qualität können von Mehrleistungsabschlägen ausgenommen werden, für besonders gute Qualität sind Zuschläge möglich. Umgekehrt sollen bei unterdurchschnittlicher Qualität für einzelne Leistungen auch höhere Abschläge möglich sein. Die Qualität soll dabei risikoadjustiert und anhand wesentlicher Indikatoren gemessen werden. Die Degression des Landesbasisfallwertes bei landesweiten Mengensteigerungen wird entsprechend vermindert.

Zur weiteren Stärkung der Qualität in der Versorgung wird für vier vom GBA ausgewählte planbare Leistungen den Krankenkassen in den Jahren 2015 bis 2018 die Möglichkeit gegeben, modellhaft Qualitätsverträge mit einzelnen Krankenhäusern abzuschließen. Die Kriterien für Qualitätsverträge werden von den Krankenkassen

auf Landesebene einheitlich und gemeinsam festgelegt. Die freie Krankenhauswahl bleibt dabei unberührt. Danach erfolgt eine Evaluierung.

Nicht nur in Ballungsräumen, sondern auch in ländlichen Regionen muss die wohnortnahe Krankenhausversorgung der Bevölkerung gewährleistet sein. Hierzu wollen wir sicherstellen, dass auch Krankenhäuser in strukturschwachen Regionen ihren Versorgungsauftrag wahrnehmen können. Die Einführung des Systems diagnosebezogener Fallgruppen (DRG-System) als leistungsorientiertes Entgeltsystem war richtig. Künftig kann das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus Kalkulationskrankenhäuser adäquat repräsentativ auswählen. Gesunkene Sachkosten sind zeitnah bei der Kalkulation abzubilden.

Wir wollen die Länder bei der Weiterentwicklung der Krankenhausplanung von einer standortbasierten hin zu einer erreichbarkeitsorientierten Versorgungsplanung unterstützen. Dazu sollen die Möglichkeiten, Sicherstellungszuschläge zu vereinbaren, gesetzlich konkretisiert werden. Die Festlegung von Kriterien erfolgt zukünftig durch den GBA. Werden diese erfüllt, ist nach Zustimmung des Landes ein Sicherstellungszuschlag zu zahlen. Es ist auch zu überprüfen, ob für Krankenhäuser die Vorhaltekosten, insbesondere für die Notfallversorgung, aktuell ausreichend finanziert werden.

Die Menschen müssen sich darauf verlassen können, dass nur Operationen durchgeführt werden, die auch tatsächlich medizinisch notwendig sind. Daher haben Patienten zukünftig regelhaft die Möglichkeit, eine Zweitmeinung bei einem weiteren Facharzt oder Krankenhaus einzuholen. Dies betrifft vom GBA zu definierende mangananfällige planbare Behandlungen. Die Ärzte müssen bei Indikationsstellung die Patienten über deren Recht zur Einholung einer Zweitmeinung verbindlich aufklären. Diese Aufklärung muss mindestens zehn Tage vor der Operation erfolgen. Die Kosten übernehmen die Krankenkassen.

Eine sichere Behandlung ist letztendlich nur dort möglich, wo das ärztliche und pflegerische Personal nicht über Gebühr belastet wird. Wir wollen gewährleisten, dass auf Ebene der DRG-Kalkulation die Personalkosten, insbesondere die der Pflege, in ausreichender Höhe und Gewichtung berücksichtigt werden. Dass die Krankenhäuser diese Mittel auch tatsächlich für Personalkosten eingesetzt haben, müssen sie in den Budgetverhandlungen in geeigneter Weise unbürokratisch nachweisen.

Krankenhäuser, in denen neue Medizinprodukte mit hoher Risikoklasse zum Einsatz kommen, sollen verpflichtet werden, sich in der Phase nach der Markteinführung an Nutzen- und Sicherheitsstudien des GBA zu beteiligen. Entsprechende Methodenbewertungsverfahren des GBA sollen regelmäßig nach spätestens zwei Jahren abgeschlossen sein.

Register verbessern aufgrund ihrer Langzeitbeobachtungen die Patientensicherheit und Qualität. Wir werden als ersten Schritt ein Transplantationsregister und ein Implantateregister aufbauen, die Datenlieferung ist verpflichtend. Dabei werden bereits bestehende Register einbezogen. Zur Vermeidung von Krankenhausinfektionen werden wir die bereits eingeleiteten Maßnahmen evaluieren und erweitern. Informationen zu Krankenhausinfektionen müssen verpflichtender Bestandteil der Qualitätsberichte werden.

Bestimmte Unterschiede in den Landesbasisfallwerten lassen sich nicht durch Besonderheiten in der Versorgungs- und Kostenstruktur oder der unterschiedlichen Umsetzung gesetzlicher Verpflichtungen begründen. Sie sollen aufgehoben werden. Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe erarbeitet auf Basis des hierzu vorzulegenden Gutachtens Eckpunkte. Eine gesetzliche Regelung zur Umsetzung der Eckpunkte soll zum 1. Januar 2016 in Kraft treten.

Die Kosten der Krankenhäuser sollen mit der Fortentwicklung der Krankenhauspreise über den Orientierungswert besser berücksichtigt werden; dieser muss deshalb auch stärker auf die spezifischen Gegebenheiten im Krankenhausbereich abstellen. Gleichzeitig bleibt es Aufgabe der Krankenhäuser, effizient und wirtschaftlich zu arbeiten.

Die ambulante Notfallversorgung konzentriert sich außerhalb der allgemeinen Praxisprechzeiten auf die Krankenhäuser. Das macht eine Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen und der entsprechenden Vergütung erforderlich. Wir streben dabei eine regelhafte Kooperation der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenhäuser zur Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung an. In eine solche Kooperation soll der Notdienst der Apotheken einbezogen werden. Der Sicherstellungsauftrag verbleibt bei den Kassenärztlichen Vereinigungen.

Wir werden die besonderen Aufgaben der Universitätskliniken und der Krankenhäuser der Maximalversorgung besser im DRG-System vergüten. Für Hochkostenfälle, die nicht durch Fallpauschalen sachgerecht abgebildet werden können, hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis Ende 2014 eine geeignete gesonderte Vergütungsform vorzulegen. Leistungen der Hochschulambulanzen werden künftig angemessen vergütet.

Qualität wird als Kriterium zur Teilnahmeberechtigung an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (§116 b SGB V) gestärkt. Wie die Qualitätsnachweise zu führen sind, legt der GBA fest. Genutzt werden dazu auch die Qualitätsdaten des Qualitätsinstituts.

Wir werden zur Vorbereitung der skizzierten Krankenhausreform unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe einsetzen, die bis Ende 2014 entsprechende Eckpunkte erarbeiten soll.

Ein neues Vergütungssystem in der Psychiatrie und Psychosomatik darf schwerst psychisch Erkrankte nicht benachteiligen, muss die sektorenübergreifende Behandlung fördern und die Verweildauer verkürzen, ohne Drehtüreffekte zu erzeugen. Dazu sind systematische Veränderungen des Vergütungssystems vorzunehmen. An dem grundsätzlichen Ziel, mehr Transparenz und Leistungsorientierung und eine bessere Verzahnung ambulanter und stationärer Leistungen in diesen Bereich zu bringen, halten wir fest.

Arzneimittel, Gesundheitsberufe und Prävention

Wir stehen für eine flächendeckende, innovative und sichere Arzneimittelversorgung in Deutschland. Der unmittelbare Zugang zu neuen Arzneimitteln für alle Versicherten in Deutschland ist ein hohes Gut. Wir wollen einen ressortübergreifenden Dialog

unter Beteiligung von Wissenschaft und Arzneimittelherstellern einrichten, um den Standort Deutschland für Forschung und Produktion zu stärken.

Wir sehen das Zusammenspiel von Nutzenbewertung und anschließenden Preisverhandlungen grundsätzlich als lernendes System, das wir bei Bedarf weiterentwickeln werden. In Zukunft soll regelhaft mindestens ein Vertreter einer Mitgliedskasse des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung an den Preisverhandlungen teilnehmen, um den Versorgungsaspekt zu stärken. Wir werden den gesamten Bestandsmarktaufruf (§ 35a Abs. 6 SGB V) beenden. Dies gilt auch für laufende Verfahren. Um das hier geplante Einsparvolumen zu erreichen, werden wir das Preismonitorium auf dem Niveau der Preise vom 1. August 2009 nahtlos fortführen und den Herstellerrabatt auf verschreibungspflichtige Arzneimittel (§ 130a Abs. 1 SGB V) ab dem Jahr 2014 von sechs auf sieben Prozent erhöhen. Diese Regelung wird ab 2015 jährlich daraufhin überprüft, ob abhängig von der finanziellen Lage der gesetzlichen Krankenversicherung eine Anpassung nötig ist. Der Rabatt darf sechs Prozent nicht unterschreiten.

Die gesetzlichen Voraussetzungen für die frühe Nutzenbewertung von Arzneimitteln werden so gefasst: Alle Wirkstoffe, die nach dem 1. Januar 2011 in den Markt eingeführt worden sind, werden nach Erstzulassung und bei Indikationsausweitung von dem Verfahren der Nutzenbewertung erfasst. Die Phase freier Preisbildung wird nur einmalig, nämlich bei Bewertung der Neuheit eines Wirkstoffes, eingeräumt.

Wir werden gesetzlich klarstellen, dass der vereinbarte Erstattungsbetrag Grundlage für die Berechnung der Zu- und Abschläge in den Vertriebsstufen ist. Die Ausweisung eines Listenpreises durch den pharmazeutischen Unternehmer bleibt davon unberührt.

Beim Abschluss von Rabattverträgen müssen die Vertragspartner die Versorgungssicherheit gewährleisten, indem sie Maßnahmen gegen Lieferengpässe vereinbaren. Dies gilt insbesondere für Impfstoffe.

Der GBA wird mit der Erarbeitung einer sogenannten Substitutionsliste beauftragt, auf der Medikamente aufgeführt sind, die im Rahmen von Rabattverträgen nicht ausgetauscht werden dürfen. Erfolgt die Festlegung nicht in einer gesetzlich vorgegebenen Frist, wird die Liste im Rahmen einer Ersatzvornahme festgesetzt.

Eine qualitativ hochwertige, sichere und wohnortnahe Arzneimittelversorgung erfordert freiberuflich tätige Apothekerinnen und Apotheker in inhabergeführten Apotheken. An dem bestehenden Mehr- und Fremdbesitzverbot wird festgehalten.

Wir werden klarstellen, dass Voraussetzung für die Erstverschreibung von Arzneimitteln ein direkter Arzt-Patienten-Kontakt sein muss. Online-Konsultationen reichen dafür nicht aus, sondern bergen das Risiko von Fehldiagnosen und können so den Patientenschutz gefährden.

Gesundheitsberufe und Medizinstudium

Für eine zielgerichtetere Auswahl der Studienplatzbewerber, zur Förderung der Praxisnähe und zur Stärkung der Allgemeinmedizin im Studium wollen wir in einer Kon-

ferenz der Gesundheits- und Wissenschaftsminister von Bund und Ländern einen „Masterplan Medizinstudium 2020“ entwickeln.

Die Förderung der Weiterbildung in Allgemeinmedizin wird um 50 Prozent erhöht und bei Bedarf länderübergreifend koordiniert.

Zudem stößt die Vermittlung praxisrelevanten Wissens ausschließlich in Kliniken an Grenzen. Daher wollen wir die ärztliche Weiterbildung aller grundversorgenden Fachgebiete in ambulanten Einrichtungen fördern.

Wir werden das Psychotherapeutengesetz samt den Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung überarbeiten.

Die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit Geburtshilfe ist uns wichtig. Wir werden daher die Situation der Geburtshilfe und der Hebammen beobachten und für eine angemessene Vergütung sorgen.

Prävention und Gesundheitsförderung in den Vordergrund stellen

Wir werden noch 2014 ein Präventionsgesetz verabschieden, das insbesondere die Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten wie Kita, Schule, Betrieb und Pflegeheim und die betriebliche Gesundheitsförderung stärkt und alle Sozialversicherungsträger einbezieht.

Die Kooperation und Koordination aller Sozialversicherungsträger sowie der Länder und Kommunen werden über verpflichtende Rahmenvereinbarungen analog der Regelungen zur Förderung der Zahngesundheit (§ 21 SGB V) und von Schutzimpfungen (§ 20d Abs. 3 SGB V) auf Landesebene verbessert. Dabei sind bundesweit einheitliche Gesundheitsziele und Vorgaben zur Qualität und Evaluation zu berücksichtigen. Länderpräventionsansätze werden einbezogen.

Darüber hinaus werden wir die Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und die ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen bei Erwachsenen stärken. Zudem wollen wir die Impfquoten in Deutschland erhöhen.

Wir wollen die jeweiligen Besonderheiten berücksichtigen, die sich aus der Frauen- und Männergesundheitsforschung insbesondere für die gesundheitliche Versorgung und die Erarbeitung von medizinischen Behandlungsleitlinien ergeben.

Finanzierung und Risikostrukturausgleich

Die derzeitige gute Finanzlage der Gesetzlichen Krankenversicherung darf nicht darüber hinweg täuschen, dass schon ab 2015 die prognostizierten Ausgaben des Gesundheitsfonds seine Einnahmen übersteigen werden. Dem wollen wir mit einer umsichtigen Ausgabenpolitik begegnen.

Der allgemeine paritätisch finanzierte Beitragssatz wird bei 14,6 Prozent festgesetzt, der Arbeitgeberanteil damit bei 7,3 Prozent gesetzlich festgeschrieben.

Die gesetzlichen Krankenkassen erheben im Wettbewerb den kassenindividuellen Zusatzbeitrag zukünftig als prozentualen Satz vom beitragspflichtigen Einkommen.

Der heute vom Arbeitnehmer alleine zu tragende Anteil von 0,9 Beitragssatzpunkten fließt in diesen Zusatzbeitrag ein. Damit die unterschiedliche Einkommensstruktur der Krankenkassen nicht zu Wettbewerbsverzerrungen führt, ist ein vollständiger Einkommensausgleich notwendig.

Die Notwendigkeit eines steuerfinanzierten Sozialausgleichs entfällt damit.

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) bildet die finanzielle Ausgangslage für einen fairen Wettbewerb zwischen den Kassen. Die im jüngsten Gutachten des wissenschaftlichen Beirats des Bundesversicherungsamtes gemachten Vorschläge zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs zur Annualisierung der Kosten für verstorbene Versicherte sowie zum Krankengeld und den Auslandsversicherten wollen wir zeitgleich umsetzen.

Pflege

Pflege muss für alle Menschen, die auf sie angewiesen sind, bezahlbar bleiben.

Wir wollen die Pflegebedürftigkeit besser anerkennen, um die Situation der Pflegebedürftigen, von Angehörigen und Menschen, die in der Pflege arbeiten, zu verbessern. Dazu wollen wir den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff auf der Grundlage der Empfehlungen des Expertenbeirates in dieser Legislaturperiode so schnell wie möglich einführen. Insbesondere Menschen mit Demenzerkrankungen sollen damit bessere und passgenauere Leistungen erhalten. Diejenigen, die heute Leistungen erhalten, werden durch die Einführung nicht schlechter gestellt.

Für die Akzeptanz eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist entscheidend, dass keine neuen Ungerechtigkeiten entstehen. Außerdem ist zu vermeiden, dass zu Lasten der Versichertengemeinschaft Kosten anderer Träger auf die Pflegeversicherung verlagert werden.

Wir wollen die mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff einhergehende Begutachtungssystematik auf ihre Umsetzbarkeit und Praktikabilität hin erproben und wissenschaftlich auswerten. Auf dieser Grundlage werden anschließend auch die leistungsrechtlichen Bestimmungen in dieser Legislaturperiode umgesetzt.

Die „Allianz für Menschen mit Demenz“ soll Betroffene unterstützen und das Verständnis und die Sensibilität für Demenzerkrankungen fördern. Dafür sollen bereits vorhandene Initiativen auf lokaler Ebene zusammengeführt, gebündelt und gemeinsam weiterentwickelt werden.

Pflege im Sozialraum braucht qualifizierte Dienste und Einrichtungen. Die Pflegearbeit der Angehörigen und Familien, engagierter Bürger und von Ehrenamtlichen soll durch qualifizierte Dienste und Einrichtungen professionell begleitet und ergänzt werden. Zur Stärkung der ambulanten Pflege werden wir die Leistungen im ambulanten und stationären Bereich weiter einander angleichen.

Bis zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden wir zügig vor allem die schon bestehenden Betreuungsleistungen weiter ausbauen und auf alle Pflegebedürftigen ausdehnen. Bei einem Schlüssel von einer Betreuungskraft auf 20

Pflegebedürftige werden so zum Beispiel in stationären Einrichtungen insgesamt bis zu 45.000 Betreuungskräfte tätig sein.

Weiterhin werden wir die Leistungen der Pflegeversicherung wie die Kurzzeit- und Verhinderungspflege, die Tages- und Nachtpflege sowie die unterschiedlichen Betreuungsformen auch durch die Einführung von Budgets besser und flexibler aufeinander abstimmen.

Im Sinne einer sozialräumlichen Pflege, werden wir die Zuschüsse für Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen oder die Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohnformen ausbauen.

Wir wollen, dass ältere und pflegebedürftige Menschen ihren Alltag in der eigenen Wohnung weitgehend selbstbestimmt bewältigen können. Die Entwicklung von Angeboten altersgerechter Begleitung und technischer Unterstützungssysteme wollen wir daher weiter fördern und sie in den Leistungskatalog der Pflegeversicherung aufnehmen.

Zu einer humanen Gesellschaft gehört das Sterben in Würde. Wir wollen die Hospize weiter unterstützen und die Versorgung mit Palliativmedizin ausbauen.

Wer einen anderen Menschen pflegt, braucht dafür Zeit und muss die Pflege mit dem Beruf vereinbaren können. Wir werden die Möglichkeiten des Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetzes unter einem Dach mit Rechtsanspruch zusammenführen und weiterentwickeln, um die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf besser zu unterstützen.

Die zehntägige Auszeit für Angehörige, die kurzfristig Zeit für die Organisation einer neuen Pflegesituation benötigen, werden wir aufbauend auf der geltenden gesetzlichen Regelung mit einer Lohnersatzleistung analog Kinderkrankengeld koppeln.

Die Hilfen zur Weiterführung des Haushalts wollen wir weiter ausbauen. Wir werden prüfen, ob die Anrechnung von Pflegezeiten in der Rentenversicherung verbessert werden kann.

In den Entscheidungsgremien des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen sollen künftig Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie der Pflegeberufe stimmberechtigt vertreten sein.

Wir prüfen die Schnittstellen zwischen SGB V und SGB XI im Hinblick auf die konsequente Umsetzung der Grundsätze ambulant vor stationär und Prävention vor Rehabilitation vor Pflege. Wir werden die Finanzierungsverantwortung dort verorten, wo der Nutzen entsteht, um Verschiebebahnhöfe zu beseitigen. Deshalb werden wir auch prüfen, ob die Pflegeversicherung sich an den Kosten der geriatrischen Rehabilitation beteiligen soll.

Gute Pflege setzt qualifiziertes und motiviertes Personal voraus. Wir setzen uns im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten für Personalmindeststandards im Pflegebereich ein und wollen die Pflegeberufe aufwerten. Dokumentationspflichten und Bürokratie müssen auf das Nötigste begrenzt werden.

Der Wechsel zwischen den Berufen in der Pflege muss erleichtert werden. Wir wollen die Pflegeausbildung reformieren, indem wir mit einem Pflegeberufegesetz ein einheitliches Berufsbild mit einer gemeinsamen Grundausbildung und einer darauf aufbauenden Spezialisierung für die Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege etablieren. Wir wollen die Ausbildungsangebote an staatlichen Berufsfachschulen stärken und die Ausbildung gerecht, einheitlich und gemeinsam finanzieren. Ziel sollte eine transparentes und durchlässiges Aus- und Weiterbildungssystem sein.

Wir prüfen ein verbindliches Verfahren zur Refinanzierung der Ausbildungskosten, um die Kostenbeteiligung aller Einrichtungsträger zu gewährleisten. Der dualen Ausbildung mit Ausbildungsbetrieb und Schule wird zukünftig eine zentrale Bedeutung zukommen.

Die Ausbildung muss für jeden Auszubildenden kostenfrei sein. Die Finanzbeteiligung der Länder an den Ausbildungskosten der Schulen muss auch weiterhin gewährleistet sein. Eine verbindliche und langfristige Regelung zur vollständigen Finanzierung der Ausbildungskosten bei Umschulungsmaßnahmen durch den Bund und die Länder sollte getroffen werden.

Wir wollen die Selbsthilfe-Arbeit, die Angebote der Pflegekassen, Pflegestützpunkte und andere vorhandene Unterstützungsfaktoren und Angebote der Pflegekassen zur Entlastung von pflegenden Angehörigen besser bündeln und vernetzen. Wir setzen uns für eine Weiterentwicklung des Pflegetelefons zu einem Notruftelefon „Pflege für Angehörige“ ein.

Um die Transparenz und Nutzerorientierung im Pflegebereich zu verbessern, müssen Qualitätssicherungsverfahren wissenschaftlichen Standards genügen und kontinuierlich - auch im Hinblick auf eine Entbürokratisierung und ein sektorenübergreifendes Vorgehen - weiterentwickelt und verbindlicher gestaltet werden.

Die Pflege-Transparenzvereinbarung soll mit dem Ziel weiterentwickelt werden, die Qualitätsunterschiede der Einrichtungen für die Verbraucher in Zukunft deutlicher zu machen. Wir werden hier die Entscheidungsstrukturen der Selbstverwaltungspartner straffen und Blockademöglichkeiten reduzieren.

Wir werden das Verfahren der Veröffentlichung der Ergebnisse der durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. vorgenommenen Qualitätsprüfungen verbessern.

Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Deshalb haben die Kommunen und die Länder nach dem Pflegeversicherungsgesetz schon jetzt einen wichtigen Beitrag zu leisten.

Wir werden in einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit klären, wie die Rolle der Kommunen bei der Pflege noch weiter gestärkt und ausgebaut werden kann. Insbesondere soll geklärt werden, wie die Steuerungs- und Planungskompetenz für die regionale Pflegestruktur gestärkt werden kann. Im Zusammenwirken mit städteplanerischen Instrumenten sollen Sozialräume so entwickelt werden, dass pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben können. Außerdem sollen Kommunen stärker

in die Strukturen der Pflege verantwortlich eingebunden werden. Hierfür kommen auf Grund ihres hohen sozialräumlichen Bezuges aufsuchende und begleitende Pflegeberatung insbesondere in Pflegestützpunkten, Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Engagierte, die laufende Beratung der Empfänger von Pflegegeld sowie die Beteiligung bei der Leistungsgewährung für Infrastruktur fördernde Maßnahmen in Betracht.

Der paritätische Beitragssatz zur Pflegeversicherung wird spätestens zum 1. Januar 2015 um 0,3 Prozentpunkte erhöht. Aus dieser Erhöhung stehen die Einnahmen von 0,2 Prozentpunkten zur Finanzierung der vereinbarten kurzfristigen Leistungsverbesserungen, insbesondere für eine bessere Betreuung der Pflegebedürftigen, sowie der für 2015 gesetzlich vorgesehenen Dynamisierung der Leistungen zur Verfügung. Die Einnahmen aus der weiteren Erhöhung um 0,1 Prozentpunkte werden zum Aufbau eines Pflegevorsorgefonds verwendet, der künftige Beitragssteigerungen abmildern soll. Dieser Fonds wird von der Bundesbank verwaltet.

In einem zweiten Schritt wird mit der Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs der Beitrag um weitere 0,2 Prozentpunkte und damit insgesamt um 0,5 Prozentpunkte in dieser Legislaturperiode angehoben.