

2
3 **Ambulante Versorgung**

4
5 Im Zentrum unserer Gesundheitspolitik stehen die Patientinnen und Patienten und die Quali-
6 tät ihrer medizinischen Versorgung. Die Freiberuflichkeit der niedergelassenen Ärztinnen und
7 Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist
8 unverzichtbares Element für die flächendeckende ambulante Versorgung der Patientinnen
9 und Patienten in Deutschland. Sie ist ein Garant für die Diagnose- und Therapiefreiheit und
10 für die freie Arztwahl der Patientinnen und Patienten.

11
12 Zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung wollen wir die Anreize zur Niederlas-
13 sung in unterversorgten Gebieten weiter verbessern, indem wir unnötige bürokratische An-
14 forderungen abbauen und die Rahmenbedingungen für Zulassungen für Ärztinnen und Ärzte
15 und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten flexibilisieren. Die Möglichkeit zur Zulas-
16 sung von Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung in unterversorgten Gebieten wird ver-
17 bessert. Dazu wird bei der Ermächtigung in § 116 a SGB V das Wort „kann“ durch „muss“
18 ersetzt und eine jährliche verbindliche Überprüfung eingeführt. Die Förderung von Praxisnet-
19 zen wollen wir verbindlich machen und ausbauen. Die gesetzlichen Vorgaben zum Abbau
20 von Überversorgung durch den Aufkauf von Arztsitzen werden von einer „Kann“ in eine
21 „Soll“-Regelung überführt.

22
23 Wir wollen in der psychotherapeutischen Versorgung Wartezeiten reduzieren und mehr Be-
24 troffenen ein zeitnahes Angebot für eine Kurzzeittherapie eröffnen. Hierzu werden wir das
25 Antrags- und Gutachterverfahren entbürokratisieren, die Gruppentherapie fördern und den
26 Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragen, in einer gesetzlich definierten Frist die Psy-
27 chotherapie richtlinie zu überarbeiten. Die bestehenden Befugnisbeschränkungen für Psycho-
28 therapeutinnen und Psychotherapeuten werden wir überprüfen.

29
30 Für gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten wollen wir die Wartezeit auf einen Arzt-
31 termin deutlich reduzieren. Gesetzlich Versicherte sollen sich zukünftig bei Überweisung an
32 einen Facharzt an eine zentrale Terminservicestelle bei der Kassenärztlichen Vereinigung
33 (KV) wenden können, damit diese ihnen innerhalb einer Woche einen entsprechenden Be-
34 handlungstermin vermittelt. Dabei soll für den Termin im Regelfall eine Wartezeit von vier
35 Wochen nicht überschritten werden. Gelingt dies nicht, wird von der Terminservicestelle ein
36 Termin - außer in medizinisch nicht begründeten Fällen - zur ambulanten Behandlung in ei-
37 nem Krankenhaus angeboten. Die Behandlung erfolgt dann zu Lasten des jeweiligen KV-
38 Budgets. Diese Terminsservicestellen können in Kooperation mit Krankenkassen betrieben
39 werden.

40
41 Wir wollen auch in der Zukunft die Rolle des Hausarztes fördern und die hausärztliche Ver-
42 sorgung weiter stärken. Die von Fachärztinnen und Fachärzten erbrachten hausärztlichen
43 Leistungen sollen zukünftig nicht den hausärztlichen Teil der Gesamtvergütung mindern, dies
44 gilt umgekehrt für von Hausärztinnen und Hausärzten erbrachte fachärztliche Leistungen.

45
46 Die Vertreterversammlungen von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Kassenärztlichen
47 Vereinigungen werden zu gleichen Teilen aus Haus- und Fachärztinnen und Fachärzten ge-
48 bildet. Über rein hausärztliche Belange entscheiden die hausärztlichen Mitglieder der Vertre-
49 terversammlung, über rein fachärztliche Belange die fachärztlichen Mitglieder der Vertreter-
50 versammlung. Für angestellte Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten Versorgung werden wir
51 verpflichtend einen beratenden Fachausschuss vorsehen.

53 Künftig werden auch arztgruppengleiche Medizinische Versorgungszentren zugelassen. Au-
54 ßerdem wird es auch Kommunen ermöglicht, Medizinische Versorgungszentren zu gründen;
55 davon unberührt gilt der Vorrang eines ärztlichen Bewerbers nach § 103 Abs. 4c SGB V. Bei
56 Vergütung und Zulassung dürfen die Medizinischen Versorgungszentren im Rahmen des
57 bestehenden Rechts nicht benachteiligt werden.

58
59 Wir werden für Arznei- und Heilmittel gesetzlich vorgeben, dass die heutigen Wirtschaftlich-
60 keitsprüfungen bis Ende 2014 durch regionale Vereinbarungen von Krankenkassen und Kas-
61 senärztlicher Selbstverwaltung ersetzt werden. Unberechtigte Regressforderungen bei
62 Retaxationen gegenüber Heilmittelerbringern wollen wir zudem unterbinden.

63
64 Leistungslücken beim Übergang vom stationären in den ambulanten Versorgungsbereich
65 wollen wir überwinden, indem das Entlassungsmanagement durch eine gesetzliche Koordi-
66 nationsfunktion der Krankenkassen ergänzt wird. Die Möglichkeiten der Krankenhäuser, bei
67 einer Entlassung Leistungen zu verordnen, werden ausgeweitet. Krankenhäuser können eine
68 pflegerische Übergangsversorgung veranlassen. Wirtschaftlichkeitsvorgaben sind zu beach-
69 ten, eine vorrangige Berücksichtigung von Einrichtungen der verordnenden Krankenhäuser
70 ist auszuschließen.

71
72 Für Erwachsene mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen werden
73 medizinische Behandlungszentren analog zu den sozialpädiatrischen Zentren zur (zahn-)
74 medizinischen Behandlung (neuer § 119c SGB V) geschaffen.

75
76 Der Einsatz von qualifizierten nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen, die delegierte ärztliche
77 Leistungen erbringen, soll flächendeckend ermöglicht und leistungsgerecht vergütet werden.
78 Modellvorhaben zur Erprobung neuer Formen der Substitution ärztlicher Leistung sollen auf-
79 gelegt und evaluiert werden. Je nach Ergebnis werden sie in die Regelversorgung überführt.

80
81 Die Krankenkassen müssen Freiräume erhalten, um im Wettbewerb gute Verträge gestalten
82 und regionalen Besonderheiten gerecht werden zu können. Für die verschiedenen Möglich-
83 keiten zur Vereinbarung von integrierten und selektiven Versorgungsformen (§§ 63 bis 65,
84 73a, 73b, 73c, 140a ff. SGB V) werden die rechtlichen Rahmenbedingungen angeglichen
85 und bestehende Hemmnisse bei der Umsetzung beseitigt. Gleichartig geregelt werden ins-
86 besondere die Evaluation integrierter und selektiver Versorgungsformen durch eine Verein-
87 barung der Vertragspartner sowie der Nachweis der Wirtschaftlichkeit gegenüber der zustän-
88 digen Aufsichtsbehörde nach jeweils vier Jahren. Wir werden Regelungen zur Mindestdauer
89 und zur Substitution der Regelversorgung aufheben und die Bereinigungsverfahren vereinfach-
90 en. Versorgungsformen, deren Qualität und Wirtschaftlichkeit erwiesen ist, sollten in ge-
91 eigneter Weise in die Regelversorgung überführt werden.

92
93 Die Krankenkassen bleiben gesetzlich verpflichtet, hausarztzentrierte Versorgung anzubie-
94 ten. Die hausarztzentrierte Versorgung wird weiterentwickelt und um geeignete Instrumente
95 zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und zur Qualitätssicherung ergänzt. Die bestehenden
96 Vergütungsbeschränkungen werden aufgehoben. Die strukturierten Behandlungsprogramme
97 müssen, soweit sie die Hausärzte betreffen, Bestandteil der Verträge zur hausarztzentrierten
98 Versorgung sein. Darüber hinaus soll die fachärztliche Versorgung gestärkt werden.

99
100 Die strukturierten Behandlungsprogramme für chronisch Kranke haben sich bewährt und da-
101 zu beigetragen, die Versorgungsqualität zu verbessern. Sie werden deshalb weiterentwickelt;
102 neue Programme sollen entwickelt werden für die Behandlung von Rückenleiden und De-
103 pressionen.

104

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

110
111 Die Verfügbarkeit der Routinedaten aus der GKV für die Versorgungsforschung und für das
112 Versorgungsmanagement der Krankenkassen wollen wir erhöhen. Die Morbidität soll künftig
113 zudem nicht nur mit Leistungsdaten bestimmt werden, mittelfristig sollen auch epidemiologi-
114 sche Daten herangezogen werden.

115
116 Elektronische Kommunikations- und Informationstechnologien können die Leistungsfähigkeit
117 in unserem Gesundheitswesen weiter verbessern. Dies gilt insbesondere für die Versiche-
118 renstammdaten, die Notfalldaten, die Kommunikation zwischen allen Leistungserbringern,
119 Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit und Daten für ein verbessertes Einwei-
120 sungs- und Entlassmanagement. Hindernisse beim Datenaustausch und Schnittstellenprob-
121 leme werden beseitigt und der Anbieterwettbewerb zwischen IT-Anbietern befördert. Dabei
122 muss ein hoher Datenschutz beachtet werden. Telemedizinische Leistungen sollen gefördert
123 und angemessen vergütet werden.

124
125 Patientinnen und Patienten müssen sich darauf verlassen können, dass ihre Gesundheit und
126 nicht ein finanzielles Interesse im Mittelpunkt der Behandlung steht. Um die weit überwie-
127 gende Mehrzahl der Ehrlichen im Gesundheitswesen zu schützen und die Lauterkeit und
128 Freiheit des Wettbewerbs zu stärken, werden wir einen neuen Straftatbestand der Bestech-
129 lichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen im Strafgesetzbuch schaffen.

130
131 Zur Förderung innovativer sektorübergreifender Versorgungsformen und für die Versor-
132 gungsforschung wird ein Innovationsfonds geschaffen. Dafür werden 300 Mio. Euro von den
133 Krankenkassen zur Verfügung gestellt; dafür erhalten die Krankenkassen 150 Mio. Euro an
134 zusätzlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Aus dem Innovationsfonds werden
135 für Versorgungsleistungen, die über die Regelversorgung hinausgehen, Mittel in Höhe von
136 insgesamt 225 Mio. Euro und für Versorgungsforschung Mittel in Höhe von insgesamt 75
137 Mio. Euro verwendet. Für die Vergabe der Mittel legt der Gemeinsame Bundesausschuss
138 Kriterien fest. Die Vergabe erfolgt durch ein jährliches Ausschreibungsverfahren, das vom
139 Gemeinsamen Bundesausschuss durchgeführt wird. Eine Evaluierung erfolgt nach vier Jah-
140 ren.

141

142

143 **Krankenhausversorgung**

144

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

147

148 Gut heißt: Die Menschen müssen sich darauf verlassen können, nach dem neuesten medizi-
149 nischen Stand und in bester Qualität behandelt zu werden. In einer Qualitätsoffensive wer-
150 den wir die Qualität der stationären Versorgung verbessern. Qualität wird als weiteres Kriteri-
151 um für Entscheidungen der Krankenhausplanung gesetzlich eingeführt (§ 1 KHG).

152

153 In dem neu zu gründenden Qualitätsinstitut werden sektorenübergreifend Routinedaten ge-
154 sammelt, ausgewertet und einrichtungsbezogen veröffentlicht. Die Anforderungen der Quali-
155 tätsrichtlinien des GBA sind zwingend einzuhalten. Der Medizinische Dienst der Krankenkas-
156 sen soll zur Überprüfung der durch den GBA zur internen und externen Qualitätssicherung
157 gemachten Vorgaben zukünftig unangemeldet Kontrollen in den Krankenhäusern durchfüh-

158 ren. Die Befugnis des GBA zur Festlegung von Mindestmengen wollen wir rechtssicher ge-
159 stallen. Die Ausnahmebefugnisse der Länder bleiben davon unberührt.

160
161 Die jährlich zu erstellenden Qualitätsberichte der Krankenhäuser müssen verständlicher,
162 transparenter und als Grundlage für die Patientenentscheidung präziser werden. Der GBA
163 wird beauftragt, in seinen Vorgaben die Aussagekraft und Verständlichkeit der Qualitätsbe-
164 richte zu verbessern und Aspekte der Patientensicherheit sowie Ergebnisse von Patientenbe-
165 fragungen zu integrieren. Dazu soll das Qualitätsinstitut eine online einsehbare Vergleichsli-
166 ste erstellen und führen und die Vielzahl von Zertifikaten bewerten und einordnen. Die teilwei-
167 se in Krankenhäusern bereits genutzten OP-Sicherheits-Checklisten werden allgemeiner
168 Standard der Qualitätssicherung.

169
170 Gute Qualität muss sich für die Krankenhäuser auch finanziell lohnen. Die Menge soll künftig
171 nur da berücksichtigt werden, wo sie entsteht. Das heute bestehende System der Mehrleis-
172 tungsabschläge wollen wir dabei differenzieren: Leistungen mit nachgewiesener hoher Qualität
173 können daher von Mehrleistungsabschlägen ausgenommen werden, für besonders gute
174 Qualität sind Zuschläge möglich. Umgekehrt sollen bei unterdurchschnittlicher Qualität für
175 einzelne Leistungen auch höhere Abschläge möglich sein. Die Qualität soll dabei risikoadjus-
176 tiert und anhand wesentlicher Indikatoren gemessen werden. Die Degression des Landesba-
177 sisfallwertes bei landesweiten Mengensteigerungen wird entsprechend vermindert.

178
179 Zur weiteren Stärkung der Qualität in der Versorgung wird für vier vom GBA ausgewählte
180 planbare Leistungen den Krankenkassen in den Jahren 2015 bis 2018 die Möglichkeit gege-
181 ben, modellhaft Qualitätsverträge mit einzelnen Krankenhäusern abzuschließen. Die Kriterien
182 für Qualitätsverträge werden von den Krankenkassen auf Landesebene einheitlich und ge-
183 meinsam festgelegt. Die freie Krankenhauswahl bleibt dabei unberührt. Danach erfolgt eine
184 Evaluierung.

185
186 Gut erreichbar heißt: Nicht nur in Ballungsräumen, sondern auch in ländlichen Regionen
187 muss die wohnortnahe Krankenhausversorgung der Bevölkerung gewährleistet sein. Hierzu
188 wollen wir sicherstellen, dass auch Krankenhäuser in strukturschwachen Regionen ihren
189 Versorgungsauftrag wahrnehmen können. Die Einführung des DRG-Systems als leistungs-
190 orientiertes Entgeltsystem war richtig. Um die Aktualisierung der DRGs zu verbessern, kann
191 das InEK künftig Kalkulationskrankenhäuser adäquat repräsentativ auswählen. Gesunkene
192 Sachkosten sind zeitnah bei der Kalkulation der DRGs abzubilden, damit keine Überzahlung
193 zu Lasten pflegeintensiver Bereiche eintritt.

194
195 Wir wollen die Länder bei der Weiterentwicklung der Krankenhausplanung von einer stand-
196 ortbasierten Planung hin zu einer erreichbarkeitsorientierten Versorgungsplanung unterstüt-
197 zen. Dazu sollen die bisher von der Selbstverwaltung kaum genutzten Möglichkeiten, Sicher-
198 stellungszuschläge zu vereinbaren, gesetzlich konkretisiert werden. Die Festlegung von Kri-
199 terien erfolgt zukünftig durch den GBA. Werden diese erfüllt, ist nach Zustimmung des Lan-
200 des ein Sicherstellungszuschlag zu zahlen. In diesem Zusammenhang ist auch zu überprü-
201 fen, ob für Krankenhäuser die Vorhaltekosten, insbesondere für die Notfallversorgung, über
202 das aktuelle Vergütungssystem ausreichend finanziert werden.

203
204 Sicher heißt: Die Menschen müssen sich darauf verlassen können, dass nur Operationen
205 durchgeführt werden, die auch tatsächlich medizinisch notwendig sind. Daher haben Patien-
206 ten zukünftig regelhaft die Möglichkeit, bei vom GBA zu definierenden mengenanfälligen
207 planbaren Behandlungen eine Zweitmeinung bei einem weiteren Facharzt oder Krankenhaus
208 einzuholen. Die Ärzte müssen bei Indikationsstellung die Patienten über deren Recht zur
209 Einholung einer Zweitmeinung verbindlich aufklären. Diese Aufklärung muss mindestens
210 zehn Tage vor der Operation erfolgen. Die Kosten übernehmen die Krankenkassen.

211

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

218
219 Krankenhäuser, in denen neue Medizinprodukte mit hoher Risikoklasse zum Einsatz kom-
220 men, sollen verpflichtet werden, sich in der Phase nach der Markteinführung an Nutzen- und
221 Sicherheitsstudien des GBA zu beteiligen. Entsprechende Methodenbewertungsverfahren
222 des GBA sollen regelmäßig nach spätestens zwei Jahren abgeschlossen sein.

223
224 Register verbessern aufgrund ihrer Langzeitbeobachtungen die Patientensicherheit und
225 Qualität. Wir werden als ersten Schritt ein Transplantationsregister und ein Implantateregister
226 aufbauen, die Datenlieferung ist verpflichtend. Dabei werden bereits bestehende Register
227 einbezogen. Zur sicheren Behandlung gehört auch die Vermeidung von
228 Krankenhausinfektionen. Hier werden wir die bereits eingeleiteten Maßnahmen evaluieren
229 und erweitern. Das Infektionsgeschehen in einem Haus muss verpflichtender Bestandteil der
230 Qualitätsberichte werden.

231
232 Weitere Maßnahmen: Die Unterschiede in den Landesbasisfallwerten, die sich nicht durch
233 Besonderheiten in der Versorgungs- und Kostenstruktur oder der unterschiedlichen
234 Umsetzung gesetzlicher Verpflichtungen begründen lassen, sollen aufgehoben werden. Die
235 Bund-Länder-Arbeitsgruppe erarbeitet auf Basis des hierzu vorzulegenden Gutachtens
236 Eckpunkte. Eine gesetzliche Regelung zur Umsetzung der Eckpunkte soll zum 1.1.2016 in
237 Kraft treten.

238
239 Die Kosten der Krankenhäuser sollen mit der Fortentwicklung der Krankenhauspreise über
240 den Orientierungswert besser berücksichtigt werden; dieser muss deshalb auch stärker auf
241 die spezifischen Gegebenheiten im Krankenhausbereich abstellen. Gleichzeitig bleibt es
242 Aufgabe der Krankenhäuser, effizient und wirtschaftlich zu arbeiten.

243
244 Die zunehmende Konzentration der ambulanten Notfallversorgung außerhalb der allgemei-
245 nen Praxissprechzeiten auf die Krankenhäuser macht eine Anpassung der gesetzlichen
246 Rahmenbedingungen und der entsprechenden Vergütung erforderlich. Wir streben dabei ei-
247 ne regelhafte Kooperation der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenhäuser zur
248 Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung an. In eine solche Kooperation soll der Not-
249 dienst der Apotheken einbezogen werden. Der Sicherstellungsauftrag verbleibt bei den Kas-
250 senärztlichen Vereinigungen.

251
252 Wir werden die besonderen Aufgaben der Universitätskliniken und der Krankenhäuser der
253 Maximalversorgung besser im DRG-System vergüten. Für Hochkostenfälle, die nicht durch
254 Fallpauschalen sachgerecht abgebildet werden können, hat das InEK bis Ende 2014 eine
255 geeignete gesonderte Vergütungsform vorzulegen. Leistungen der Hochschulambulanzen
256 werden künftig angemessen vergütet.

257
258 Qualität wird als Kriterium zur Teilnahmeberechtigung an der ambulanten spezialfachärztli-
259 chen Versorgung nach §116 b SGB V gestärkt. Wie die Qualitätsnachweise zu führen sind,
260 legt der Gemeinsame Bundesausschuss fest. Genutzt werden dazu auch die Qualitätsdaten
261 des Qualitätsinstituts.

262
263 Die geplante Umstrukturierung oder Umwandlung von Krankenhäusern führt vor Ort meist zu
264 großem Widerstand, nicht zuletzt, weil die Folgenutzung unklar ist. Deswegen wollen wir
265 Krankenhausträger, die sich in Abstimmung mit der Landesplanung entscheiden, einen

266 Krankenhausstandort umzuwandeln, unterstützen. Dazu werden wir einen Investitionsfonds
267 auflegen, der insbesondere den Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von Kran-
268 kenhausstandorten, die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre lokale Ver-
269 sorgungseinrichtungen (z. Bsp. Gesundheits- oder Pflegezentren) oder die Sicherung bereits
270 umgesetzter Strukturänderungen unterstützen soll. Analog zum erfolgreichen Programm zur
271 Erneuerung der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern sollen Länder und Kassen je-
272 weils in gemeinsamen Vereinbarungen das Nähere regeln. Der Investitionsfonds beteiligt
273 sich mit maximal 50 Prozent an den jeweiligen Kosten, es wird einmalig aus der Liquiditäts-
274 reserve des Gesundheitsfonds eine Summe von 500 Mio. Euro zur Verfügung gestellt; diese
275 Summe steht aufgeteilt nach dem Königsteiner Schlüssel für Maßnahmen in den Ländern zur
276 Verfügung. Nicht verbrauchte Finanzmittel fließen nach fünf Jahren in den Gesundheitsfonds
277 zurück.

278
279 Wir werden zur Vorbereitung der skizzierten Krankenhausreform unter Federführung des
280 Bundesministeriums für Gesundheit eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Beteiligung der
281 Koalitionsfraktionen einsetzen, die bis Ende 2014 entsprechende Eckpunkte erarbeiten soll.

282
283 Ein neues Vergütungssystem in der Psychiatrie und Psychosomatik darf schwerst psychisch
284 Erkrankte nicht benachteiligen, muss die sektorenübergreifende Behandlung fördern und die
285 Verweildauer verkürzen, ohne Drehtüreffekte zu erzeugen. Dazu sind systematische Verän-
286 derungen des Vergütungssystems vorzunehmen. An dem grundsätzlichen Ziel, mehr Trans-
287parenz und Leistungsorientierung und eine bessere Verzahnung ambulanter und stationärer
288 Leistungen in diesen Bereich zu bringen, halten wir fest.

289
290

291 **Arzneimittel und Apotheken**

292
293 Wir stehen für eine flächendeckende, innovative und sichere Arzneimittelversorgung in
294 Deutschland. Der unmittelbare Zugang zu neuen Arzneimitteln für alle Versicherten in
295 Deutschland ist ein hohes Gut. Wir wollen einen ressortübergreifenden Dialog unter Beteili-
296 gung von Wissenschaft und Arzneimittelherstellern einrichten, um den Standort Deutschland
297 für Forschung und Produktion zu stärken.

298
299 Die mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz eingeführte Nutzenbewertung und die an-
300 schließende Verhandlung von Erstattungsbeträgen für innovative Arzneimittel ist ein ent-
301 scheidender Schritt für eine qualitätsorientierte und wirtschaftliche Arzneimittelversorgung.
302 Allerdings zeigen sich beim Aufruf des so genannten Bestandsmarktes eine Reihe rechtli-
303 cher, verfahrenstechnischer und praktischer Probleme. Daher werden wir den gesamten Be-
304 standsmarktaufruf nach § 35a Abs. 6 SGB V beenden. Dies gilt auch für laufende Verfahren.
305 Um das hier ursprünglich geplante Einsparvolumen doch zu erreichen, werden wir das
306 Preismoratorium auf dem Niveau der Preise vom 1.8. 2009 nahtlos fortführen und den Her-
307 stellerrabatt auf verschreibungspflichtige Arzneimittel nach § 130a Abs. 1 SGB V ab dem
308 Jahr 2014 von sechs auf sieben Prozent erhöhen. Ein Gesetzentwurf dazu wird noch im Jahr
309 2013 in erster Lesung beraten. Diese Regelung wird ab 2015 jährlich daraufhin überprüft, ob
310 abhängig von der finanziellen Lage der gesetzlichen Krankenversicherung eine Anpassung
311 nötig ist. Der Rabatt darf sechs Prozent nicht unterschreiten. Wir sehen das Zusammenspiel
312 von Nutzenbewertung und anschließenden Preisverhandlungen grundsätzlich als lernendes
313 System, das wir bei Bedarf weiterentwickeln werden. In Zukunft soll regelhaft mindestens ein
314 Vertreter einer Mitgliedskasse des GKV-Spitzenverbandes an den Preisverhandlungen teil-
315 nehmen, um den Versorgungsaspekt zu stärken. Die Benennung dieses Vertreters erfolgt in
316 einem rechtsfesten Verfahren.

317
318 Die gesetzlichen Voraussetzungen für die frühe Nutzenbewertung von Arzneimitteln werden
319 so gefasst, dass alle Wirkstoffe, die nach dem 1.1. 2011 in den Markt eingeführt worden sind,

320 nach Erstzulassung und bei Indikationsausweitung von dem Verfahren der Nutzenbewertung
321 erfasst werden, die Phase freier Preisbildung aber nur einmalig, nämlich bei Bewertung der
322 Neuheit eines Wirkstoffes, eingeräumt wird.

323
324 Wir werden gesetzlich klarstellen, dass der vereinbarte Erstattungsbetrag Grundlage für die
325 Berechnung der Zu- und Abschläge in den Vertriebsstufen ist. Die Ausweisung eines Listen-
326 preises durch den pharmazeutischen Unternehmer bleibt davon unberührt.
327 Beim Abschluss von Rabattverträgen müssen die Vertragspartner die Versorgungssicherheit
328 gewährleisten, indem sie Maßnahmen gegen Lieferengpässe vereinbaren. Dies gilt insbe-
329 sondere für Impfstoffe.

330
331 Der GBA wird mit der Erarbeitung einer sogenannten Substitutionsliste beauftragt, auf der
332 Medikamente aufgeführt sind, die im Rahmen von Rabattverträgen nicht ausgetauscht wer-
333 den dürfen. Erfolgt die Festlegung nicht in einer gesetzlich vorgegebenen Frist, wird die Liste im
334 Rahmen einer Ersatzvornahme festgesetzt.

335
336 Eine qualitativ hochwertige, sichere und wohnortnahe Arzneimittelversorgung erfordert frei-
337 beruflich tätige Apothekerinnen und Apotheker in inhabergeführten Apotheken. An dem be-
338 stehenden Mehr- und Fremdbesitzverbots wird festgehalten.

339
340 Wir werden klarstellen, dass Voraussetzung für die Erstverschreibung von Arzneimitteln ein
341 direkter Arzt-Patienten-Kontakt sein muss. Online-Konsultationen reichen dafür nicht aus,
342 sondern bergen das Risiko von Fehldiagnosen und können so den Patientenschutz gefähr-
343 den.

344

345

346 **Gesundheitsberufe und Medizinstudium**

347

348 Für eine zielgerichtetere Auswahl der Studienplatzbewerber, zur Förderung der Praxisnähe
349 und zur Stärkung der Allgemeinmedizin im Studium wollen wir in einer Konferenz der
350 Gesundheits- und Wissenschaftsminister von Bund und Ländern einen „Masterplan Medizin-
351 studium 2020“ entwickeln.

352

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

355

356 Zudem stößt die Vermittlung praxisrelevanten Wissens ausschließlich in Kliniken an Gren-
357 zen. Daher wollen wir die ärztliche Weiterbildung aller grundversorgenden Fachgebiete in
358 ambulanten Einrichtungen fördern.

359

360 Bei der Anstellung bzw. Zulassung ausländischer Ärzte und Psychotherapeuten in Deutsch-
361 land sollen künftig deren Kenntnisse der deutschen Sprache und der medizinischen Fach-
362 sprache einer kompetenten Sprachverwendung (Referenzniveau C1) entsprechen.

363

364 Wir werden das Psychotherapeutengesetz samt der Zugangsvoraussetzungen zur Ausbil-
365 dung überarbeiten.

366

367

368 **Prävention und Gesundheitsförderung in den Vordergrund stellen**

369

370 Wir werden noch 2014 ein Präventionsgesetz verabschieden, das insbesondere die Präven-
371 tion und Gesundheitsförderung in Lebenswelten wie Kita, Schule, Betrieb und Pflegeheim
372 und die betriebliche Gesundheitsförderung stärkt und alle Sozialversicherungsträger einbe-
373 zieht.

374
375 Hierzu werden wir den in der gesetzlichen Krankenversicherung vorgegebenen Richtwert für
376 Ausgaben in der Prävention und Gesundheitsförderung als neuen Mindestwert ab 1.1.2015
377 auf sieben Euro je Versichertem erhöhen. Dieser Wert erhöht sich jährlich um einen Euro bis
378 zu einem Wert von zehn Euro je Versichertem. Diese Mittel werden für die einzelnen Präven-
379 tionsarten differenziert verwendet, jedoch mindestens 80 Prozent für Maßnahmen in Le-
380 benswelten, davon ein Drittel für die betriebliche Gesundheitsförderung. Die weiteren Sozial-
381 versicherungsträger sowie die private Krankenversicherung leisten einen angemessenen Bei-
382 trag. Die Sicherstellung von Zielorientierung und Qualität in der Gesundheitsförderung und
383 Prävention und deren Evaluation soll über ein nationales Kompetenzzentrum gewährleistet
384 werden, das bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) angesiedelt wird.
385 Die BzgA erhält einen Teil der Mittel für bundesweite Kampagnen zur Prävention. Über deren
386 konkrete Verwendung schließt sie einen Kooperationsvertrag mit dem GKV-Spitzenverband.
387

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

394
395 Darüber hinaus werden wir die Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und die ärztli-
396 chen Vorsorgeuntersuchungen bei Erwachsenen stärken. Zudem wollen wir durch geeignete
397 Maßnahmen die Impfquoten in Deutschland erhöhen.

398
399 Wir wollen die Möglichkeiten, ambulante medizinische Vorsorgeleistungen in anerkannten
400 deutschen Kurorten wahrzunehmen, verbessern.

401

402

403 **Finanzierung und Morbi-RSA**

404

405 Die derzeitige gute Finanzlage der Gesetzlichen Krankenversicherung darf nicht darüber
406 hinweg täuschen, dass schon ab 2015 die prognostizierten Einnahmen des Gesundheits-
407 fonds seine Ausgaben übersteigen werden. Dem wollen wir mit einer umsichtigen Ausga-
408 benpolitik begegnen.

409

410 Der Bundeszuschuss von 14 Milliarden Euro bleibt auch in Zukunft zur Finanzierung der ver-
411 sicherungsfremden Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten.

412

413 Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) bildet die finanzielle Aus-
414 gangslage für einen fairen Wettbewerb zwischen den Kassen. Die im jüngsten Gutachten
415 des wissenschaftlichen Beirats des Bundesversicherungsamtes gemachten Vorschläge zur
416 Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs zur Annualisierung der Kosten für verstorbe-
417 ne Versicherte sowie zum Krankengeld und den Auslandsversicherten wollen wir zeitgleich
418 umsetzen.

419

420 SPD: Abschaffung des Zusatzbeitrages zugunsten der Beitragssatzautonomie der
421 Krankenkassen mit paritätischem Beitragssatz und vollem Risikostrukturaus-
422 gleich

423 CDU/CSU: Ablehnung (Anlage 1)

424

425 CDU/ CSU: Einführung eines Pflege-Vorsorgefonds (0,1 Beitragssatzpunkte), schrittweise
426 Erhöhung des Pflegebeitragssatzes um bis zu 0,5 Prozentpunkte

427 SPD: Ablehnung des Vorsorgefonds, Erhöhung 0,5 Beitragssatzpunkte in 2014 (An-
428 lage 2)

430 CDU/SPD: Beibehaltung des vollen Finanzkraftausgleichs im RSA
431 CSU: Regionalisierung des RSA (Anlage 3)

432
433

434 **Pflege**

435

436 Pflege muss für alle Menschen, die auf sie angewiesen sind, bezahlbar bleiben. Wir wollen
437 an der gesetzlich vorgesehenen Dynamisierung festhalten.

438

439 Wir werden den Beitrag für die gesetzliche Pflegeversicherung erhöhen.

440

441 Wir wollen die Pflegebedürftigkeit besser anerkennen, um die Situation der Pflegebedürfti-
442 gen, von Angehörigen und Menschen, die in der Pflege arbeiten, zu verbessern. Dazu wollen
443 wir den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff auf der Grundlage der Empfehlungen des Exper-
444 tenbeirates in dieser Legislaturperiode so schnell wie möglich einführen, damit insbesondere
445 Menschen mit Demenzerkrankungen bessere und passgenauere Leistungen erhalten. Dieje-
446 nigen, die heute Leistungen erhalten, werden durch die Einführung nicht schlechter gestellt.

447

448 Für die Akzeptanz eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist entscheidend, dass keine
449 neuen Ungerechtigkeiten entstehen. Außerdem ist zu vermeiden, dass zu Lasten der Versi-
450 chertengemeinschaft Kosten anderer Träger auf die Pflegeversicherung verlagert werden.

451

452 Deshalb werden wir die mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff einhergehende Begutach-
453 tungssystematik auf ihre Umsetzbarkeit und Praktikabilität hin erproben und wissenschaftlich
454 auswerten. Auf dieser Grundlage werden anschließend auch die leistungsrechtlichen Be-
455 stimmungen in dieser Legislaturperiode umgesetzt.

456

457 Die „Allianz für Menschen mit Demenz“ soll Betroffene unterstützen und das Verständnis und
458 die Sensibilität für Demenzerkrankungen fördern.

459

460 Pflege im Sozialraum braucht qualifizierte Dienste und Einrichtungen, die die Pflegearbeit der
461 Angehörigen und Familien, engagierter Bürger und von Ehrenamtlichen professionell beglei-
462 tet, fördert und ergänzt. Zur Stärkung der ambulanten Pflege werden wir die Leistungen im
463 ambulanten und stationären Bereich weiter einander angleichen.

464

465 Bis zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden wir zügig vor allem die
466 schon bestehenden Betreuungsleistungen weiter ausbauen und auf alle Pflegebedürftigen
467 ausdehnen.

468

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

472

473 Im Sinne einer sozialräumlichen Pflege, werden wir die Zuschüsse für Wohnumfeld verbes-
474 sernde Maßnahmen oder die Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohnformen aus-
475 bauen.

476

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

481
482 Wer einen anderen Menschen pflegt, braucht dafür Zeit, und muss die Pflege mit dem Beruf
483 vereinbaren können. Wir werden die Möglichkeiten des Pflegezeit- und des Familienpflege-
484 zeitgesetzes unter einem Dach mit Rechtsanspruch zusammenführen und weiterentwickeln,
485 um die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf besser zu unterstützen.
486
487 Die zehntägige Auszeit für Angehörige, die kurzfristig Zeit für die Organisation einer neuen
488 Pflegesituation benötigen, werden wir aufbauend auf der geltenden gesetzlichen Regelung
489 mit einer Lohnersatzleistung analog Kinderkrankengeld koppeln.
490
491 Die Hilfen zur Weiterführung des Haushalts wollen wir weiter ausbauen. Wir werden prüfen,
492 ob die Anrechnung von Pflegezeiten in der Rentenversicherung verbessert werden kann.
493
494 In den Entscheidungsgremien des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen sollen künftig
495 Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie der Pflegeberufe stimmberechtig-
496 tigt vertreten sein.
497
498 Wir prüfen die Schnittstellen zwischen SGB V und SGB XI im Hinblick auf die konsequente
499 Umsetzung der Grundsätze ambulant vor stationär und Prävention vor Rehabilitation vor
500 Pflege. Wir werden die Finanzierungsverantwortung dort verorten, wo der Nutzen entsteht,
501 um Verschiebepflichten zu beseitigen. Deshalb werden wir auch prüfen, ob die Pflegeversi-
502 cherung sich an den Kosten der geriatrischen Rehabilitation beteiligen soll.
503
504 Gute Pflege setzt qualifiziertes und motiviertes Personal voraus. Wir setzen uns im Rahmen
505 der rechtlichen Möglichkeiten für Personalmindeststandards im Pflegebereich ein und wollen
506 die Pflegeberufe aufwerten. Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf können
507 den Verbleib im Beruf erleichtern. Dokumentationspflichten und Bürokratie müssen auf das
508 nötigste begrenzt werden.
509
510 Der Wechsel zwischen den Berufen in der Pflege muss erleichtert werden. Hierzu führen wir
511 eine generalistische Pflegeausbildung ein. Ziel sollte ein transparentes und durchlässiges
512 Aus- und Weiterbildungssystem sein.
513
514 Zur Erhöhung der Ausbildungskapazitäten müssen Wettbewerbsnachteile der auszubildenden
515 Einrichtungen verhindert werden. Dazu prüfen wir ein verbindliches Verfahren zur Refinan-
516 zierung der Ausbildungskosten, um die Kostenbeteiligung aller Einrichtungsträger zu gewähr-
517 leisten. Der dualen Ausbildung mit Ausbildungsbetrieb und Schule wird zukünftig eine zent-
518 rale Bedeutung zukommen.
519
520 Die Ausbildung muss für jeden Auszubildenden kostenfrei sein. Die Finanzbeteiligung der
521 Länder an den Ausbildungskosten der Schulen muss auch weiterhin gewährleistet sein. Eine
522 verbindliche und langfristige Regelung zur vollständigen Finanzierung der Ausbildungskosten
523 bei Umschulungsmaßnahmen durch den Bund und die Länder sollte getroffen werden.
524
525 Um die Transparenz und Nutzerorientierung im Pflegebereich zu verbessern, müssen Quali-
526 tätssicherungsverfahren wissenschaftlichen Standards genügen und kontinuierlich - auch im
527 Hinblick auf eine Entbürokratisierung und ein sektorenübergreifendes Vorgehen - weiterent-
528 wickelt und verbindlicher gestaltet werden.
529
530 Die Pflege-Transparenzvereinbarung soll mit dem Ziel weiterentwickelt werden, die Quali-
531 tätsunterschiede der Einrichtungen für die Verbraucher in Zukunft deutlicher zu machen. Wir
532 werden hier die Entscheidungsstrukturen der Selbstverwaltungspartner straffen und Blocka-
533 demöglichkeiten reduzieren.
534

535 Wir werden das Verfahren der Veröffentlichung der Ergebnisse der durch den Medizinischen
536 Dienst der Krankenversicherung und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Kranken-
537 versicherung e.V. vorgenommenen Qualitätsprüfungen verbessern.
538

539 Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Deshalb haben die Kommunen und die
540 Länder nach dem Pflegeversicherungsgesetz schon jetzt einen wichtigen Beitrag zu leisten.
541

542 Wir werden in einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Leitung des BMG klären, wie die Rolle
543 der Kommunen noch weiter gestärkt und ausgebaut werden kann. Insbesondere soll geklärt
544 werden, wie die Steuerungs- und Planungskompetenz für die regionale Pflegestruktur ge-
545 stärkt werden kann, damit sie im Zusammenwirken mit städteplanerischen Instrumenten So-
546 zialräume so entwickeln, dass pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich in ihrem ge-
547 wohnten Umfeld verbleiben können. Außerdem soll ein Vorschlag erarbeitet werden, wie die
548 Kommunen vor Ort stärker in die Strukturen der Pflege verantwortlich eingebunden werden
549 sollen. Hierfür kommen auf Grund ihres hohen sozialräumlichen Bezuges die Sicherung und
550 Durchführung der aufsuchenden und begleitenden Pflegeberatung insbesondere in Pflege-
551 stützpunkten, Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Engagierte, die laufende Bera-
552 tung der Empfänger von Pflegegeld sowie die Beteiligung bei der Leistungsgewährung für
553 Infrastruktur fördernde Maßnahmen in Betracht.
554

1 **Anlage 1: GKV-Finanzierung / Zusatzbeiträge**

2
3 **SPD-Position:**

4
5 Die Große Koalition wird die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig
6 sichern. Es ist unser Ziel, damit mehr Versorgungsqualität, besseren Zugang zu Gesund-
7 heitsleistungen sowie besseren Verbraucherschutz zu ermöglichen.

8
9 Der Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung wird wieder prozentual einkommensab-
10 hängig und voll paritätisch erhoben – jeweils hälftig durch die Versicherten- und die Arbeitge-
11 berseite. Dazu werden Zusatz- und Sonderbeitrag abgeschafft. Die gesetzlichen Kranken-
12 kassen erhalten wieder das Recht, den Beitragssatz eigenständig festzusetzen. Dazu wird
13 der Gesundheitsfonds beibehalten, um Finanzkraftausgleich und Morbiditätsorientierten Risi-
14 kostrukturausgleich durchzuführen.

15
16 Der gesetzliche Beitragssatz, der zur Deckung von 100 Prozent der geschätzten Ausgaben
17 des Folgejahres notwendig ist, wird jährlich mittels einer Rechtsverordnung festgelegt. Die
18 Kassen haben die Möglichkeit den gesetzlichen Beitragssatz zu unter- oder zu überschreiten.
19 Die Beitragsmittel fließen in vollständiger Höhe des gesetzlichen Beitragssatzes an den
20 Gesundheitsfonds und nehmen in Gänze am Finanzausgleich teil.

21
22
23 **CDU/CSU-Position:**

24
25 An der derzeitigen Finanzierungsform (gesetzliche Festlegung des Beitragssatzes, Fest-
26 schreiben Arbeitgeberanteil und Zusatzbeiträge in absoluter Höhe mit Sozialausgleich) wird
27 festgehalten werden, da sie einen wichtigen Bestandteil einer transparenten und damit wett-
28 bewerblichen Ordnung der GKV darstellt.

29

1 **Anlage 2: Pflege-Vorsorgefonds**

2
3 **CDU/CSU-Position:**

4
5 Wir werden den Beitrag zur Pflegeversicherung schrittweise um bis zu 0,5 Prozentpunkte
6 erhöhen, davon sind 0,1 Prozentpunkte zum Aufbau des Pflegevorsorgefonds vorgesehen.
7

8 Deutschland wird jeden Tag älter. Die Zahl der über 85jährigen wird sich in den nächsten
9 Jahren von heute über 1,5 Millionen Menschen auf 5,5 Millionen in 2050 erhöhen. Bei aller
10 Unschärfe solcher langfristiger Prognosen ist damit jetzt schon absehbar, dass auch die Zahl
11 der Pflegebedürftigen steigen wird, bis 2030 wird mit einem Anstieg um eine Millionen auf 3,4
12 Millionen Pflegebedürftige in Deutschland gerechnet. Damit ist klar, dass Pflege in den
13 nächsten Jahren teurer wird, für jeden Einzelnen und für die Gesellschaft insgesamt.

14 Wir wollen dabei eine ausgewogene Balance zwischen dem nötigen Finanzbedarf und einer
15 nicht übermäßigen Mehrbelastung künftiger Generationen finden. Ziel muss es sein, insbe-
16 sondere für den Zeitraum, in dem die geburtenstarke Babyboomer-Generation der 50er und
17 60er-Jahre in das typische Pflegealter kommt, vorzusorgen. Dies sind die Jahre 2035 bis
18 2055. Für diese Zeit wollen wir jetzt beginnen, eine Rücklage zu schaffen. Daher wollen wir
19 ab 2015 beginnen, eine Milliarde Euro pro Jahr in einen kollektiven Pflege-Vorsorgefonds zu
20 überführen. Dieser sollte von der Bundesbank verwaltet und vor zweckentfremdenden Rück-
21 griffen geschützt werden.

22
23 **SPD-Position:**

24
25 Die begrenzten Mittel der Pflegeversicherung sollen den aktuell Pflegebedürftigen zu gute
26 kommen. Eine Rücklage, auch vor dem Hintergrund der Situation an den Kapitalmärkten,
27 wird als nicht sinnvoll abgelehnt.

28
29 Wir werden den Beitragssatz für die gesetzliche Pflegeversicherung im Jahr 2014 um 0,5
30 Prozentpunkte erhöhen.
31

1 **Anlage 3: Finanzkraftausgleich / Regionalisierung des RSA**

2

3 **Gem. Position SPD und CDU:**

4

5 Am bestehenden vollständigen Finanzkraftausgleich und bundesweit einheitlichen Zuwei-
6 sungen halten wir fest.

7

8 **CSU-Position:**

9

10 In diesem Zusammenhang ist auch zu prüfen, welche Elemente des Gesundheitsfonds und
11 morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) sich bewährt haben und welche
12 weiterzuentwickeln sind. Dies schließt auch eine gerechtere und transparente Steuerung der
13 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen ein. Der Morbi-RSA wird zu
14 diesem Zweck stetig weiterentwickelt. Insbesondere muss der Gesundheitsfonds künftig
15 mehr Rücksicht auf regionale Unterschiede nehmen, um vorhandene Versorgungsstrukturen
16 nicht zu gefährden. Der Morbi-RSA wird hierzu um eine regionale Differenzierung ergänzt.
17 Wir wollen umgehend die rechtlichen Grundlagen dafür schaffen, dass im Morbi-RSA wieder
18 Regionalkennzeichen von den Krankenkassen erhoben werden. Diese sollen der Versor-
19 gungsforschung und regionalen Versorgungssteuerung sowie als Grundlage für eine transpa-
20 rente und gerechte Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs dienen.

21