



MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND INTEGRATION
DER MINISTER



HESSISCHES MINISTERIUM FÜR
SOZIALES UND INTEGRATION
DER STAATSMINISTER

Stuttgart/Wiesbaden am 4. Juni 2019

Alternativkonzept zum Faire-Kassenwahl-Gesetz

Eckpunkte für Maßnahmen zur Stärkung regionaler Verantwortungs- und Steuerungsstrukturen im Gesundheitswesen zur Sicherung einer leistungsfähigen und bürgerorientierten Gesundheitsversorgung

*Von Minister Manne Lucha MdL (Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg)
und Staatsminister Kai Klose MdL (Hessisches Ministerium für Soziales und Integration)*

In der Gesundheitspolitik ist eine Rückbesinnung auf die Notwendigkeiten von an den Bedarfen und Bedürfnissen von Bürgerinnen und Bürgern, Patientinnen und Patienten vor Ort ausgerichteten Versorgungsangeboten erforderlich. Damit stellt sich der Auftrag für eine konsequente Regionalisierung von Finanz- und Steuerungsverantwortung im Gesundheits- und Pflegebereich. Zentrales Element der (Rück-)Verlagerung der Verantwortlichkeiten im Gesundheitsbereich auf die föderale Ebene bildet die Kongruenz von Handlungs- und Finanzverantwortung. Die gesundheitlichen Versorgungsstrukturen sind entlang der verschiedenen regionalen Gegebenheiten und Bedarfe flexibel zu organisieren. Dabei ist auf die sektorenübergreifende Versorgung ein besonderes Augenmerk zu richten.

Folgende Maßnahmen könnten als wichtige Eckpunkte ausgestaltet werden:

1. Einführung einer Versorgungsaufsicht durch die Länder

Die Rechtsaufsicht für Versorgungsverträge gem. SGB V und SGB XI wird ausschließlich dem jeweiligen Land zugeordnet – und damit der Ebene, auf der sie auch vereinbart und für Bürgerinnen und Bürger spürbar werden. Damit wird der Bedeutung landesbezogener Versorgungsgestaltung und der den Ländern zukommenden Verantwortung Rechnung getragen. Gleichzeitig wird dem Vorwurf vermeintlicher Unwuchten im Kassenwettbewerb durch eine abweichende Aufsichtspraxis der Boden entzogen. Im Übrigen verbleibt es bei der Kassenaufsicht beim Status quo nach Artikel 87 Abs. 2 GG.

2. Versorgungsverantwortung auf Landesebene stärken

Die versorgungsfernen engen Vorgaben zur Vergütungsgestaltung im vertragsärztlichen Bereich gemäß § 87a Abs. 2 und 3 SGB V und die darauf fußenden Beschlüsse des Bewertungsausschusses werden beseitigt. Damit wird die Versorgungsverantwortung auf Landesebene weiter gestärkt.

3. Entbürokratisierung der Leistungsanspruchnahme

Die KV-übergreifende Leistungsanspruchnahme wird entbürokratisiert. Der sogenannte Fremdkassenzahlungsausgleich wird durch eine nichtbudgetierte Vergütung gem. EBM abgelöst. Auch diese Maßnahme stärkt die Fokussierung auf die Sicherstellung regionaler Versorgungsangebote im jeweiligen Verantwortungsbereich.

4. Landesindividuelle Preisgestaltung sicherstellen

Im Krankenhausbereich wird die Vereinbarung des Unterschiedsbetrags zwischen Veränderungswert und Tarifraten von der Bundesebene auf die Landesebene verlagert. Diese Vereinbarung hat maßgeblichen Einfluss auf die landesindividuelle Preisgestaltung, den Landesbasisfallwert. Bei den Verhandlungen zum Landesbasisfallwert wird zukünftig die Tarifenwicklung im jeweiligen Land zugrunde gelegt. Konsequenz und folgerichtig wird bei der Bemessung des Unterschiedsbetrages auch die Tarifraten an den für das jeweilige Land relevanten Tarifenwicklungen ausgerichtet.

5. Heilmittelversorgung wieder dezentral ausgestalten

Die mit dem TSVG eingeführte Zentralisierung der Heilmittelversorgung auf Bundesebene wird rückgängig gemacht, insbesondere um der Gefahr immenser Preissteigerungen vorzubeugen.

6. Sektorenübergreifende Pflegeverträge ermöglichen

In der Pflegeversicherung wird zudem eine neue sektorenübergreifende Vertragsnorm eröffnet, die es Landesverbänden der Pflegekassen und Ersatzkassen ermöglicht, mit Pflegeeinrichtungen Versorgungsverträge abzuschließen, die ambulante, stationäre und teilstationäre Pflege sowie die Krankenpflege nach SGB V miteinander verbinden.

7. Präventionsbudget auf Länderebene einführen

Die gem. § 20a Abs. 3 SGB V an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) abzuführenden Gelder werden in ein im Rahmen von § 20f SGB V auf Landesebene gemeinsam zu bewirtschaftendes Präventionsbudgets überführt.

8. Stärkung der Patientensouveränität und der Ergebnisorientierung durch verbesserte Transparenz

Die Sozialversicherungsträger sollen verpflichtet werden, insbesondere im Bereich der medizinischen Rehabilitation in laienverständlicher, geeigneter Form Übersichten über die gestellten Anträge, vor allem auf Vorsorge- und Reha-Leistungen, die Ablehnungsbescheide, die Widersprüche und die Widerspruchserfolgsquoten zu veröffentlichen.