



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

zum Thema:

„Eine bessere Gesundheits- und Pflegeversorgung
für Nordrhein-Westfalen:
Für einen sozialen Neustart in der
Gesundheits- und Pflegepolitik!“

Antrag der SPD-Fraktion
- Drucksache 17/14076 -

Anhörung
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landtags Nordrhein-Westfalen
am 15. September 2021

Gliederung

	Seite:
Einleitung	4
I. Pflege	7
I.1 Versorgung Pflegebedürftiger in Nordrhein-Westfalen	7
I.2 Reform der Pflegeversicherung	8
I.3 Pflegestützpunkte	10
I.4 Digitalisierung in der Pflege	10
I.5 Rechtssichere Arbeitsverträge für ostdeutsche Betreuungskräfte	10
II. Stationäre Versorgung	11
II.1 Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen	11
II.2 Telemedizin in Nordrhein-Westfalen	13
II.3 Finanzierung stationärer Leistungen	14
III. Ambulante Versorgung	16
III.1 Versorgungssituation in Nordrhein-Westfalen	16

III.2	Behebung struktureller Probleme:	16
	a) Sperrung von Planungsbereichen mit einem Versorgungsgrad von 100 Prozent	
	b) Ausbau der Infrastruktur	
	c) Ausweisung von Arztsitzen in strukturschwachen und ländlichen Regionen	
	d) Hausärzte – Gewinnung von Nachwuchs und weitere Maßnahmen	
III.3	Einbindung des stationären Sektors in die ambulante Versorgung	19
III.4	Einsatz von Gesundheitslotsen	19
IV.	Prävention und Betriebliches Gesundheitsmanagement	20
IV.1	Entwicklung in Nordrhein-Westfalen seit dem Präventionsgesetz	20
IV.2	Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe	21
IV.3	Gesundheitskompetenzen stärken	21
V.	Bürgerversicherung	23
VI.	Zusammenfassung	25

Einleitung

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) und die Ersatzkassen begrüßen, dass mit dem vorliegenden Antrag zahlreiche Themen der Gesundheits- und Pflegeversorgung aufgegriffen und einer vertieften Diskussion zugeführt werden. Dadurch können wichtige Impulse für notwendige Reformen gegeben werden und die Ersatzkassen bedanken sich für die Möglichkeit, hierzu Stellung nehmen zu können.

Die Ersatzkassen verfolgen das Ziel, den gesetzlich Kranken- und Pflegeversicherten eine qualitativ hochwertige und bezahlbare Versorgung zu gewährleisten, die unabhängig von sozialem Status und der Region gewährleistet sein muss. Dies alles können die Versicherten zu Recht auch erwarten.

In der bestehenden Corona-Pandemie hat sich das deutsche Gesundheitssystem insgesamt als stark und belastbar erwiesen. Eine Überforderung des Gesundheitssystems, insbesondere der Krankenhäuser, wurde vermieden. Dazu haben alle ihren Beitrag finanziell sowie durch flexible Regelungen geleistet, insbesondere auch die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen. Aber ebenso hat die Pandemie das Augenmerk auf bereits bestehende Schwachstellen gerichtet oder neue offengelegt. In diesen Bereichen setzt sich der vdek mit den Ersatzkassen für Reformen ein.

In Nordrhein-Westfalen besteht nach Ansicht der Ersatzkassen insgesamt eine gute medizinische Versorgung, sowohl bei der Versorgung mit Ärzten, in der Krankenhauslandschaft sowie in der Rehabilitation und der Pflege. Doch die Rahmenbedingungen ändern sich auch für das Gesundheitssystem. Auf den demografischen Wandel, die Veränderungen in der Gesellschaft und in der Arbeitswelt sowie den technischen Fortschritt mit der Notwendigkeit zur stärkeren Digitalisierung muss das Gesundheitssystem reagieren.

Deshalb sind Reformen im Gesundheitssystem notwendig, die in vielen Bereichen auf Bundesebene politisch zu gestalten sind, und zwar zeitnah nach der anstehenden Bundestagswahl. Als Beispiel ist hier eine umfassende Pflegereform zu nennen. Allerdings hat auch das Land Gestaltungsmöglichkeiten, die es nutzt bzw. nutzen kann. Das gilt z. B. bei der Krankenhausplanung und bei der Entwicklung der Pflegeinfrastruktur und Pflegelandschaft.

Ziel muss es sein, im Sinne der Versicherten und Patienten zukunftsfähige Versorgungsstrukturen zu erhalten, auszubauen oder zu schaffen. Der Maßstab dafür muss nach Überzeugung der Ersatzkassen die Qualität in der medizinischen Behandlung und Versorgung sein. Diese muss sich an der Ergebnisqualität orientieren und messen lassen. Auch die Balance zwischen Qualität und Wirtschaftlichkeit ist immer wieder neu herzustellen.

In diesem Zusammenhang ist auf die angespannte Finanzsituation der gesetzlichen Krankenkassen und das strukturelle Defizit hinzuweisen. Nur eine solide Finanzbasis der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) garantiert den Versicherten eine umfassende und qualitativ gute medizinische Versorgung sowie Pflege. Die schwierige Finanzlage geht auch auf viele kostenintensive bundesgesetzliche Regelungen in den vergangenen Legislaturperioden zurück, insbesondere auf die politische Entscheidung, mit dem Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (GPVG) die Liquiditätsreserve im Gesundheitsfonds und die Rücklagen der gesetzlichen Krankenkassen bis zum Jahresende 2021 erheblich zu reduzieren.

Dies erschwert mittelfristig die Planungssicherheit und Beitragssatzstabilität der gesetzlichen Krankenkassen: Ohne Rücklagen unterlägen die Beitragssätze größeren Schwankungen und müssten in kürzeren Abständen angepasst werden. Dies gilt umso mehr für 2022, in dem eine dynamische Ausgabenentwicklung – auch bedingt durch die Corona-Pandemie – verbunden mit voraussichtlich sinkenden Einnahmen erwartet wird. Diese Entwicklung könnte den Zusatzbeitragssatz auf über zwei Prozent hochschnellen lassen. Erschwerend tritt hinzu, dass der Bundeszuschuss zur pauschalen Abgeltung der versicherungsfremden Leistungen der GKV längst nicht die Ausgaben für diese Leistungen abdeckt.

Deshalb fordern die Ersatzkassen eine Reform der GKV-Finzen. Diese sollte einen höheren und dauerhaften Steuerzuschuss umfassen, um die Belastung der Sozialversicherungsbeiträge unter 40 Prozent zu halten und um die versicherungsfremden Leistungen abzudecken. Zudem sollten die Beiträge der Bundesagentur für Arbeit (Empfänger von Arbeitslosengeld II) an die GKV kostendeckend sein. Darüber hinaus gilt es, den morbiditätsbedingten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) weiterzuentwickeln. Eingriffe in die Finanzautonomie der gesetzlichen Krankenkassen sollten künftig unterlassen werden.

Inhaltlich konzentriert sich diese Stellungnahme angesichts der Vielzahl der im Antrag aufgegriffenen Themen auf die Kernpositionen der Ersatzkassen. Diese werden anhand der jeweiligen Versorgungsbereiche dargestellt, um den aus Sicht der Ersatzkassen notwendigen Änderungsbedarf klarer darzustellen. Im Fazit werden diese zusammengefasst.

I. Pflege

I.1 Versorgung Pflegebedürftiger in Nordrhein-Westfalen

Nordrhein-Westfalen ist das bevölkerungsreichste Bundesland. Im bundesweiten Vergleich befindet sich nahezu jede fünfte Pflegeeinrichtung in Nordrhein-Westfalen. Ende 2019 waren in Nordrhein-Westfalen rund 965.000 Menschen pflegebedürftig, das entspricht einem Anteil von 5,4 Prozent der Gesamtbevölkerung. Vier von fünf Pflegebedürftigen wurden dabei zu Hause versorgt. In der pflegerischen Versorgung ist Nordrhein-Westfalen insgesamt gut aufgestellt. Die Versorgung ist flächendeckend durch wohnortnahe Strukturen sichergestellt.

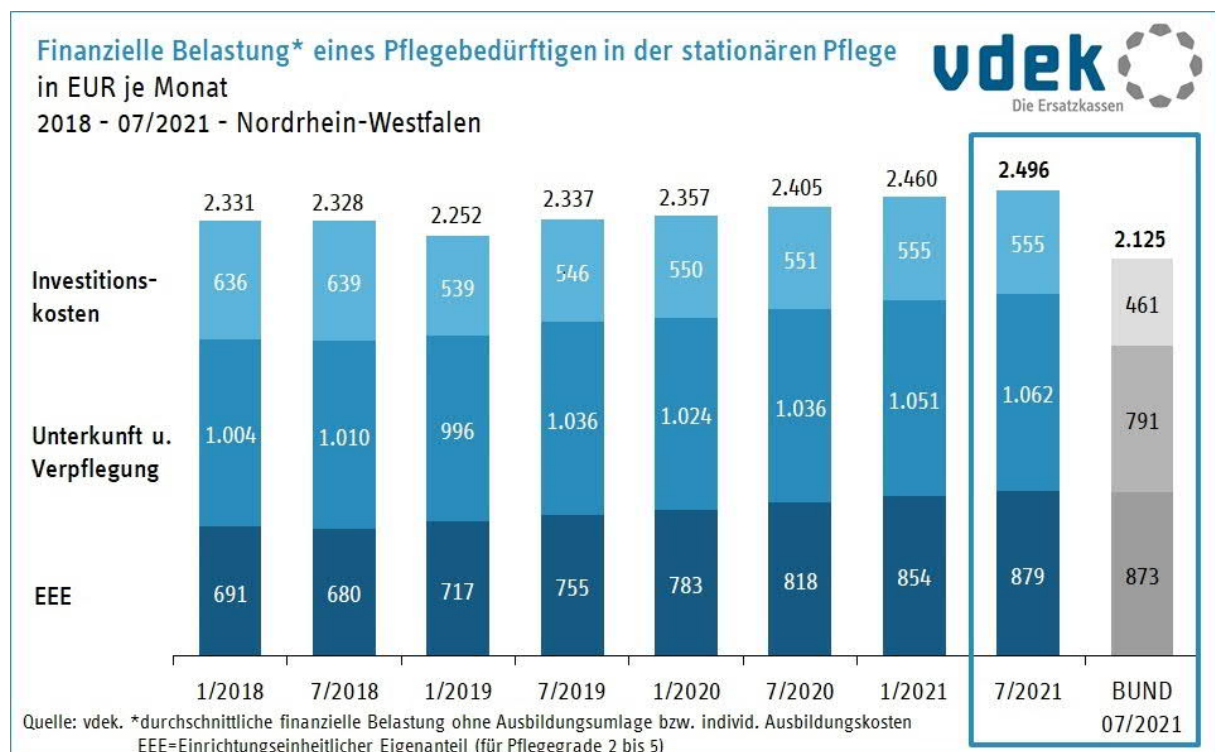
Jedoch wird aufgrund der demografischen Entwicklung die Zahl der Pflegebedürftigen weiter zunehmen. Dieser Anstieg macht den weiteren Ausbau von ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen aus Sicht der Ersatzkassen notwendig. Zwar hat sich die Anzahl der ambulanten Pflegedienste in den vergangenen zehn Jahren um über 30 Prozent erhöht und die der Einrichtungen der Tagespflege mehr als verdoppelt. Dagegen ist für den Zeitraum von 2011 bis 2019 die Anzahl der vollstationären Dauerpflegeplätze nur um zwei Prozent gestiegen.

Das Land Nordrhein-Westfalen fokussiert seine Bemühungen vorrangig auf den Ausbau ambulanter Wohn- und Versorgungsstrukturen. Durch das neue Landespflegegesetz haben seit 2015 die Kommunen die Möglichkeit, die Förderung der Investitionskosten neuer Pflegeeinrichtungen davon abhängig zu machen, dass für die geplante Einrichtung ein Bedarf bestätigt wird. Rund ein Drittel der Kommunen in Nordrhein-Westfalen hat bereits eine verbindliche Pflegebedarfsplanung in der stationären Pflege eingeführt. Allerdings ist ein nennenswerter Ausbau an stationären Pflegeplätzen zumeist nicht zu verzeichnen. Nach Einschätzung von Kritikern erfolgt letztlich eine Pflegeplanung in Abhängigkeit von der Finanzlage der Kommunen. Viele Einrichtungen haben bereits wieder längere Wartelisten. Für Nordrhein-Westfalen ist auch weiterhin ein moderater Ausbau an stationären Pflegeplätzen, insbesondere in den Ballungszentren, notwendig. Nur bei einem kontinuierlichen Ausbau der ambulanten sowie der stationären Versorgungsstrukturen ist sichergestellt, dass Pflegebedürftige eine Wahlmöglichkeit haben und auch im Alter selbstbestimmt leben und im Bedarfsfall entsprechend ihren Bedürfnissen gut versorgt werden können.

I.2 Reform der Pflegeversicherung

Am 02.06.2021 wurde das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) beschlossen. Künftig sollen nur noch Pflegeeinrichtungen zugelassen werden, die ihre Pflege- und Betreuungskräfte nach Tarif bezahlen. Die Pflegekassen in Nordrhein-Westfalen bieten den Pflegeeinrichtungen schon seit Jahren die Refinanzierung von Tarifgehältern an, dies wurde aber – vor allem von privaten Trägern – nicht durchgehend genutzt. Von der Verpflichtung zur Tarifbezahlung wird ein wichtiger Impuls für die Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs und auch für eine längere Tätigkeit in der Pflege ausgehen. Dazu wird auch die künftige Vorgabe verbindlicher und besserer Personalschlüssel in der stationären Pflege beitragen. Ebenso sinnvoll ist es, die Pflegefachkräfte zu berechtigen, die Versorgung Pflegebedürftiger mit Hilfsmitteln anstoßen zu können.

Insbesondere die Tarifbindung der Pflege- und Betreuungskräfte sowie ein verbindlicher Personalschlüssel in stationären Pflegeeinrichtungen führen allerdings auch zu einer weiteren, zusätzlichen finanziellen Belastung der Pflegebedürftigen. Diese Belastung hat aus Sicht der Ersatzkassen eine Dimension angenommen, die zumindest im stationären Bereich die Schwelle der Tragfähigkeit vieler Pflegebedürftiger überschreitet. Im Schnitt bezahlt aktuell jeder stationär versorgter Pflegebedürftige für pflegebedingte Aufwendungen, Ausbildungsumlage, Investitionskosten sowie Unterkunft und Verpflegung zusammen durchschnittlich 2.496,00 Euro (Stand: 01.07.2021) in Nordrhein-Westfalen.



Die mit der Pflegereform jüngst verabschiedeten Änderungen, wie ein pauschaler Bundeszuschuss in Höhe von jährlich einer Milliarde Euro und die gestaffelten Zuschläge auf die jeweils zu zahlenden Eigenanteile in der stationären Pflege werden nicht ausreichen, um die bei den Pflegebedürftigen entstehenden Mehrkosten zu kompensieren. Steigende Löhne, bessere Arbeitsbedingungen und zusätzliche Mitarbeiter und Auszubildende in der Pflege werden kurz- und mittelfristig die Belastungen für die Pflegebedürftigen weiter steigen lassen. Die Absicherung des Pflege-
risikos ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die verlässlich finanziert werden muss. Sonst werden immer mehr Menschen – trotz Pflegeversicherung – auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen sein.

Die Ersatzkassen setzen sich für eine weitergehende Reform mit folgenden Änderungen ein:

- **Dauerhafter, verbindlicher Steuerzuschuss**
Der Zuschuss sollte so ausgestaltet werden, dass er im Gleichklang mit den Ausgaben der Pflegeversicherung steigt.
- **Finanzausgleich zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung**
In der privaten Pflegeversicherung sind vor allem einkommensstarke Personen mit geringen Risiken und geringer Pflegewahrscheinlichkeit versichert. Die private Pflegeversicherung sollte sich an einem gemeinsamen Solidarausgleich mit der sozialen Pflegeversicherung beteiligen. Der Finanzausgleich könnte die soziale Pflegeversicherung um bis zu zwei Milliarden Euro jährlich entlasten.
- **Übernahme der Investitionskosten durch die Länder**
Die Förderung der Investitionskosten ist Aufgabe der Länder. Dieser Aufgabe kommen die Länder, einschließlich Nordrhein-Westfalen, nicht umfassend nach. Aktuell belaufen sich die Investitionskosten in stationären Pflegeeinrichtungen auf 555,00 Euro je Monat in Nordrhein-Westfalen. Durch eine verbindliche Verpflichtung der Länder zur Übernahme der Investitionskosten würde die finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen kurzfristig ebenfalls deutlich gesenkt.

I.3 Pflegestützpunkte

Nach der in 2009 zwischen Land, Kommunen und Pflegekassen erfolgten Entwicklung der Rahmenbedingungen für die Bildung von Pflegestützpunkten wurden in vielen Kreisen und kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen Pflegestützpunkte geschaffen. Nach der Logik der Rahmenregelungen war ihre Einrichtung von der Zustimmung zur Beteiligung seitens der Kommune abhängig. Ihre Zahl nahm in den Folgejahren nach entsprechenden kommunalen Entscheidungen ab. Parallel haben die Pflegekassen in den letzten 12 Jahren ihre Beratungsangebote für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sowohl quantitativ als auch qualitativ kontinuierlich ausgebaut. Begleitend wurden projektbezogene Unterstützungs- und Beratungsangebote – mit zum Teil bis zu einer 75-Prozent-Finanzierung durch die Pflegeversicherung – immer weiter ausgebaut. Die Pflegekassen sehen daher keinen Bedarf, die Infrastruktur „Pflegestützpunkte“ mit neuen Impulsen zu versehen.

I.4 Digitalisierung in der Pflege

Die Digitalisierung zur Beschreibung von Prozessabläufen/Dokumentationen in der Pflege ist ein wichtiger Baustein zur Minimierung der Bürokratie und zur Schonung der knappen personellen Ressourcen. Die Landesverbände der Pflegekassen haben mit den Leistungserbringerverbänden in Nordrhein-Westfalen vor kurzem erste wichtige Schritte zur Nutzbarkeit von digitalisierten Pflegedokumentationen und Leistungsnachweisen vereinbart. Weitere Schritte befinden sich in der Verhandlung der Partner auf der Bundesebene. Detailliert hat sich der vdek in Nordrhein-Westfalen in seiner schriftlichen Stellungnahme zu der Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtags Nordrhein-Westfalen am 08.05.2020 zu den Chancen der Digitalisierung in der Pflege geäußert (Drucksache 17/2751).

I.5 Rechtssichere Arbeitsverträge für osteuropäische Betreuungskräfte

Die Forderung, rechtssichere Arbeitsverträge – verbunden mit der Einschränkung auf die gesetzlich vorgeschriebenen Grenzen der wöchentlichen Arbeitszeit – für osteuropäische Betreuungskräfte zu schaffen, ist grundsätzlich zu unterstützen. Dabei ist zusätzlich das Urteil des Bundesarbeitsgerichts zur Anwendung des Pflege-mindestlohns zu beachten. Im Einzelfall bestehender Bedarf an 24-Stunden-Pflege, der dann nur noch mit drei statt einer beschäftigten Betreuungskraft realisierbar ist, verteuert diese Form der Versorgung jedoch in einem Maße, dass sie unattraktiv und kaum noch nachgefragt werden wird.

II. Stationäre Versorgung

II.1 Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen

Für die Ersatzkassen in Nordrhein-Westfalen ist die Sicherstellung einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen stationären Versorgung für Versicherte jeden Alters und unabhängig vom Wohnort von hoher Bedeutung. Die Ersatzkassen haben sich daher in der Vergangenheit regelmäßig dezidiert zu den strukturellen Schwächen der Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen geäußert und konkrete Vorschläge für Versorgungsverbesserungen adressiert. Wir verweisen hier auch auf die gemeinsame Stellungnahme der Verbände der Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen im Rahmen der Anhörung zum neuen Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) am 09.12.2020 (Drucksache 17/3347) und des vdek in Nordrhein-Westfalen zur Finanzierung der stationären Kinder- und Jugendmedizin am 25.02.2021 (Drucksache 17/3605).

Ergänzend möchten wir gleichwohl die nachfolgenden Punkte nochmals deutlich hervorheben, die für leistungsfähige Krankenhausstrukturen wichtig sind.

- Die Logik der Krankenhausplanung der Vergangenheit, mit einer geringen Regelungstiefe, hat nur bedingt funktioniert. Aus Sicht der Ersatzkassen leidet die stationäre Versorgung in Nordrhein-Westfalen unter strukturellen Defiziten, die seit Jahren bekannt sind und durch das vom Land Nordrhein-Westfalen im Jahr 2019 in Auftrag gegebene Gutachten von Lohfert & Lohfert eindrücklich bestätigt worden sind. Überversorgung, gepaart mit einem unstrukturierten Nebeneinander verschiedenster Leistungsangebote, verhindert eine bessere Versorgung der Patientinnen und Patienten und ist zudem für den Steuer- und Beitragszahler auf Dauer nicht tragbar. Der neue Krankenhausplan in Nordrhein-Westfalen stellt die Weichen für eine bedarfsgerechte Versorgung und stellt die qualitativ hochwertige Versorgung für die Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt. Dabei müssen die vorgesehenen Qualitätskriterien für die einzelnen Leistungsgruppen konsequent angewandt werden.
- An der Erarbeitung des neuen Krankenhausplans, der am 20.08.2021 in seinen wesentlichen Inhalten öffentlich vorgestellt wurde, waren über die Arbeitsgruppen neben dem Ministerium auch die gesetzlichen Krankenkassen und deren Verbände, die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V. und die Ärztekammern in über 50 Sitzungen beteiligt.

Nach der finalen Abstimmung ist im September 2021 die parlamentarische Anhörung im Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtags Nordrhein-Westfalen geplant.

Sobald der neue Krankenhausplan verabschiedet ist, soll ab 2022 in 16 Planungsregionen die regionalen Planungskonzepte erarbeitet werden.

An der Erarbeitung des neuen Krankenhausplans hat der vdek aktiv mitgearbeitet, um die Versorgung der Patienten qualitativ zu verbessern. Wir begrüßen, dass der neue Krankenhausplan künftig definierte Leistungsbereiche und Leistungsgruppen mit verbindlichen Qualitätskriterien verknüpft. Hierdurch wird der Versorgungsauftrag eines Krankenhauses verbindlicher definiert als es bislang der Fall war. Gerade die beabsichtigte Konzentration von hochspezialisierten Leistungen an klar definierten Kliniken, in angemessener Erreichbarkeit, führt dazu, dass diese Leistungen häufiger - und damit in besserer Qualität - erbracht werden. Zudem kann eine Konzentration auch den Fachkräftemangel, insbesondere im pflegerischen und medizinischen Bereich, lindern.

- In einem Flächenland, wie Nordrhein-Westfalen müssen sich die Menschen auf eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung verlassen können. Die Ersatzkassen wollen ausdrücklich keine flächendeckenden Schließungen von Krankenhäusern. Das sieht das neue KHGG NRW und die darauf basierende neue Krankenhausplanung im Übrigen auch nicht vor. Das gilt ausdrücklich für die Grundversorgung in ländlichen Regionen. Die Ersatzkassen lehnen aber rein politisch motivierte Bestandsgarantien für Krankenhäuser ab, die weder bedarfsnotwendig, noch strukturell oder personell in der Lage sind, die Patientinnen und Patienten medizinisch optimal zu versorgen. Alle Analysen zeigen klar, dass derzeit, insbesondere in den Ballungszentren, Krankenhäuser auch bei spezialisierten Leistungen an der Versorgung teilnehmen, die keine nennenswerten Versorgungsbeiträge erbringen. Das ist schlecht für die Qualität und ineffizient. Insofern sollte dieser Zustand nicht länger hingenommen werden. Qualität geht dabei immer vor Erreichbarkeit.
- Durch die bessere Leistungsstrukturierung im Land können die knappen Investitionsmittel des Landes für Krankenhäuser optimaler und zielgerichtet verwendet werden. Gleichwohl ist an das Land die Forderung zu richten, dass es flankierend weitere und auskömmliche finanzielle Mittel für Investitionen, Innovationen und Digitalisierung bereitstellt, um so den erforderlichen Wandel zu unterstützen.

- Die Ersatzkassen halten Forderungen nach einer sektorenübergreifenden Planung von stationären und ambulanten Angebotsstrukturen versorgungspolitisch grundsätzlich für richtig. Neben einer fehlenden Rechtsgrundlage gibt es derzeit aber noch keine schlüssige Methodik, wie die Versorgungssektoren planungsrechtlich sinnvoll miteinander verzahnt werden können.

Neben den noch ungelösten Rechtsfragen stellt dabei auch die völlig unterschiedliche Finanzierungslogik ambulanter ärztlicher Leistungen und stationärer Leistungen derzeit eine weitere wesentliche Hürde dar. Zudem sind auch die Interessenstrukturen der relevanten Akteure, sowohl auf Bundes-, aber auch auf der Ebene der Länder, äußerst heterogen. Auch das macht eine flächendeckende und rechtsverbindliche gemeinsame Planungsperspektive derzeit wenig wahrscheinlich.

II.2 Telemedizin in Nordrhein-Westfalen

Aus Sicht der Ersatzkassen ist eine deutlich stärkere Digitalisierung der Versorgungsprozesse von entscheidender Bedeutung. Die Digitalisierung ist ein wesentlicher Hebel, um auch beim Ausbau der sektorenübergreifenden Versorgung nunmehr endlich voranzukommen. Hierbei geht es nicht allein um den Krankenhausbereich, sondern auch um das Zusammenspiel mit anderen Sektoren und Versorgern im Gesundheitswesen, wie Arztpraxen, Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeheimen, Hospizen. Es ist nicht länger hinnehmbar, dass die Übertragung von Berichten, Befunden und Laborwerten zwischen den verschiedenen Sektoren noch immer papierbasiert erfolgt. Im Sinne der Patientenschonung und des ressourcenschonenden Mitteleinsatzes ist der rechtssichere Informationsaustausch zwischen den Sektoren in beiden Richtungen standardisiert und digital zu implementieren. Die Optimierung erfasst daneben aber auch die Behandlungsmöglichkeiten des Patienten. Im Krankenhaus sind speziell die Teleradiologie und das Telemonitoring sowie die Telekonsultation (Videosprechstunde) zu nennen, die sich in besonderer Weise bei der Behandlung von COVID-19-Patienten bewährt haben.

Die Ersatzkassen haben daher bereits im Jahr 2019 das vom Land initiierte Projekt des „Virtuellen Krankenhauses“ und darüber hinaus auch den Vorläufer TELnet@NRW auf allen Ebenen aktiv unterstützt. Das „Virtuelle Krankenhaus“ hat zwischenzeitlich im Rahmen der Bekämpfung der Covid-19-Pandemie seine Leistungsfähigkeit im Bereich der Teleintensivmedizin unter Beweis gestellt.

Die Ersatzkassen begrüßen daher ausdrücklich, dass das Land Nordrhein-Westfalen im Rahmen des zwischenzeitlich implementierten Krankenhauszukunftsfonds 90 Millionen Euro Fördermittel für nicht-universitäre Krankenhäuser vorgesehen hat, die die Angebote des „Virtuellen Krankenhauses“ in Nordrhein-Westfalen nutzen. Derzeit läuft die Leistungsfinanzierung des „Virtuellen Krankenhauses“ nicht über die gesetzlichen Krankenkassen. Das „Virtuelle Krankenhaus“ benötigt für seine Zukunftsfähigkeit gleichwohl eine dauerhaft solide Finanzierung. Dem Leistungsspektrum muss darüber hinaus eine nachvollziehbare Bedarfslogik folgen.

Aus Sicht der Ersatzkassen ist es daher wichtig, dass ein weiteres Hochskalieren des Leistungsspektrums schrittweise und mit Augenmaß erfolgt und die diesbezüglichen Schritte mit der neuen Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen und darüber hinaus auch mit den regelhaften Finanzierungsinstrumenten der stationären Versorgung eng verzahnt werden.

Deshalb wird sich diese - auf Vorschlag der gesetzlichen Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen - nach der Konzeption der Zentrumsfinanzierung richten. Im Rahmen der Budgetverhandlung werden Zuschläge vereinbart, sofern das „Virtuelle Krankenhaus“ als Zentrum mit der entsprechenden Indikation (z. B. „Herzzentren“) im Feststellungsbescheid ausgewiesen ist. Nicht jede der geplanten Indikationen ist aktuell über Zentrumszuschläge abbildbar, hierzu bedarf es weiterer vorbereitender Beschlüsse im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Gemäß des Grundsatzes der dualen Krankenhausfinanzierung können durch die Zentrumszuschläge lediglich Betriebskosten, nicht aber Investitionskosten (z. B. Kosten für die Implementierung und der Infrastruktur) übernommen werden. Hier ist das Land in der Pflicht. Das Versorgungsmodell darf zudem nicht dazu führen, dass nachfragende Krankenhäuser ihre personellen Ressourcen vor Ort herunterfahren und die Leistungen durch das „Virtuelle Krankenhaus“ kompensatorisch gesichert werden.

II.3 Finanzierung stationärer Leistungen

Die aktuelle Finanzierungssystematik stationärer Leistungen über das DRG-System hat aus Sicht der Ersatzkassen Schwächen. Das System setzt Fehlanreize für eine starke Mengenausweitung und unnötige Behandlungen. Für die Ersatzkassen sind daher eine Weiterentwicklung der Fallpauschalen und eine Differenzierung der DRGs nach Versorgungsstufen sinnvoll. Im Rahmen einer methodischen Weiterentwicklung des DRG-Systems müssen auch bedarfsnotwendige Vorhaltekosten noch stärker berücksichtigt werden als bisher. Dabei muss aber sichergestellt sein, dass Krankenhausstandorte nicht am Leben erhalten werden, die weder strukturpolitisch sinnvoll noch bedarfsnotwendig sind. Deshalb ist eine enge Verknüpfung mit der jeweiligen Krankenhausplanung wichtig.

Das Land Nordrhein-Westfalen leistet sich eine Krankenhausinfrastruktur mit fast 350 Krankenhäusern, ohne aber eine ausreichende Finanzierung sicherzustellen. Nordrhein-Westfalen liegt bei wesentlichen Kennziffern der Investitionsfinanzierung, im Vergleich zu anderen Bundesländern, regelmäßig auf den hinteren Plätzen. Konkret erhält in Nordrhein-Westfalen ein Krankenhaus pro Fall rund 30,00 Euro weniger als im Bundesdurchschnitt.

Die Ersatzkassen begrüßen daher ausdrücklich, dass der Bund mittlerweile über den Bundesstrukturfonds (jährlich rund 100 Millionen Euro, die mit weiteren 100 Millionen Euro zu 40 Prozent aus Landesmitteln und zu 10 Prozent von der GKV aufgestockt werden) und über den Krankenhauszukunftsfonds (2021: 622 Millionen Euro plus 270 Millionen Euro aus Landesmitteln) die Bundesländer bei der Krankenhausfinanzierung unterstützt. Problematisch ist dabei allerdings, dass die gesetzlichen Krankenkassen hier zwar an der Finanzierung durchgängig beteiligt sind, aber nur teilweise ein Mitspracherecht haben, wie die Finanzmittel konkret eingesetzt werden. Zudem fehlt es an einer - auch langfristig - tragfähigen Gesamtkonzeption für eine auskömmliche Krankenhausfinanzierung, beispielsweise im Rahmen eines Bund-Länder-Paktes.

III. Ambulante Versorgung

III.1 Versorgungssituation in Nordrhein-Westfalen

Aus Sicht der Ersatzkassen ist die ambulante Versorgung durch Vertragsärzte in Nordrhein-Westfalen nach wie vor gut. Es stehen in ausreichender Anzahl Ärzte sowohl im fachärztlichen als auch im hausärztlichen Bereich zur Verfügung, so dass eine flächendeckende, wohnortnahe Versorgung sichergestellt werden kann. Dies belegen auch die Bedarfspläne, die für die beiden Regionen Nordrhein und Westfalen-Lippe zuletzt im Frühsommer 2021 fortgeschrieben wurden: Landesweit sind im fachärztlichen Versorgungsbereich aufgrund bestehender Überversorgung 90 Prozent der Regionen für Neuzulassungen gesperrt. Zudem gibt es keine einzige Region mit drohender oder bestehender Unterversorgung. Im hausärztlichen Bereich sind rund 50 Prozent der Regionen überdurchschnittlich versorgt und für Neuzulassungen gesperrt. Lediglich die Region Lage ist von Unterversorgung bedroht. Hier werden entsprechend Sicherstellungszuschläge gezahlt, so dass Anreize für Hausärzte bestehen, entweder ihre Tätigkeit auszuweiten oder sich neu niederzulassen.

III.2 Behebung struktureller Probleme

Dass möglicherweise dennoch Versorgungsprobleme wahrgenommen werden, liegt an strukturellen Problemen, die zu einer ungleichen Verteilung der Leistungserbringer im Land führen können. Aber auch hier wird bereits mit unterschiedlichen Maßnahmen gegengesteuert, die die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gemeinsam beschlossen haben:

a) Sperrung von Planungsbereichen mit einem Versorgungsgrad von 100 Prozent

Das Ruhrgebiet wurde aufgrund der eng beieinanderliegenden Ballungszentren lange als Sonderregion betrachtet und in der Bedarfsplanung mit höheren Verhältniszahlen berücksichtigt. Seitdem diese Regelungen in der Bedarfsplanungs-Richtlinie zum 01.01.2018 beendet und damit weitere Zulassungsmöglichkeiten geschaffen wurden, haben sich Ärzte verstärkt in Städten um eine Niederlassung bemüht. Die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen haben dagegen gesteuert, indem Planungsbereiche bereits ab einem Versorgungsgrad von 100 Prozent gesperrt wurden. Dadurch ist es gelungen, eine bessere Verteilung in den beiden Landesteilen zu erreichen. Leider werden diese Regelungen zum 30.06.2022 auslaufen.

Die Ersatzkassen setzen sich deshalb dafür ein, diese Sperrmöglichkeit dauerhaft in die Bedarfsplanungs-Richtlinie aufzunehmen, um eine Landflucht der Ärzte zu vermeiden. Sie würden es begrüßen, wenn die Landesregierung die gesetzlichen Krankenkassen bei ihren Bemühungen unterstützen würde.

b) Ausbau der Infrastruktur

Da die Bedarfsplanung bezogen auf Städte bzw. Kreise erfolgt, kann es durchaus zu einer Ungleichverteilung der Ärzte zwischen den Stadtteilen kommen. Aber auch hier wird die in der Bedarfsplanung vorgegebene Erreichbarkeit von Hausärzten innerhalb von 20 Minuten, von allgemeinen Fachärzten innerhalb von 30 Minuten und von spezialisierten Fachärzten innerhalb von 40 Minuten mit dem öffentlichen Nahverkehr eingehalten. Auch auf dem Land werden diese Werte größtenteils erreicht. Dies verdeutlicht, dass eine ausreichend ausgebauten Infrastruktur einen weiteren Garant für eine wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung darstellt.

c) Ausweisung von Arztsitzen in strukturschwachen und ländlichen Regionen

Darüber hinaus gibt das Gesetz den Ländern die Möglichkeit, in gesperrten Regionen zusätzliche Arztsitze auszuweisen, wenn sie als ländlich und strukturschwach gelten. Dies ist in Nordrhein-Westfalen bislang noch nicht erfolgt, da die Definition von objektiven Kriterien für eine Ausweisung entsprechender Gebiete äußerst schwierig ist. Sobald dies gelungen ist, wird es zu weiteren Versorgungsverbesserungen kommen, wenn sich beispielsweise in strukturschwachen Stadtteilen weitere Ärzte niederlassen können.

d) Hausärzte - Gewinnung von Nachwuchs und weitere Maßnahmen

Das überdurchschnittliche Alter der Hausärzte in Nordrhein-Westfalen und die demographische Entwicklung der Bevölkerung stellen eine große Herausforderung für die zukünftige Bedarfsplanung dar. Aufgrund einer Überalterung der Landbevölkerung und der weiterhin stattfindenden Landflucht wird es zusehends schwieriger, in diesen Regionen Nachfolger für einen Hausarzt zu finden. Es ist absehbar, dass die Zahl der Patienten zusehends sinken wird, so dass sich mittelfristig die Frage stellt, ob die dort ansässigen Praxen noch wirtschaftlich betrieben werden können.

Dies haben die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen erkannt und folgende Maßnahmen initiiert:

- Durch die Vergabe von Stipendien an Studierende für die Durchführung von Famulaturen oder Förderung von Praktika in hausärztlichen Praxen wird frühzeitig das Interesse für eine spätere Tätigkeit in diesem Bereich geweckt.
- Die Förderung des Quereinstiegs von Krankenhausärzten in die ambulante Versorgung hat zu weiteren Niederlassungen in ländlichen Regionen geführt.
- Über die Förderung von Niederlassungen, Zweigpraxen, Filialpraxen und angestellten Ärzten mit einem dringenden Versorgungsbedarf über den Strukturfonds konnte in vielen Regionen eine drohende Unterversorgung vermieden werden.
- Die Einbindung von nichtärztlichen Praxisassistentinnen in die Versorgung von Patientinnen und Patienten in der Häuslichkeit reduziert die Arbeitsbelastung der Ärzte.
- Die Zahlung von Strukturzuschlägen in von Unterversorgung bedrohten Regionen fördert die Bereitschaft zur Niederlassung bzw. Ausweitung der Praxistätigkeit.

Aus Sicht der Ersatzkassen reichen diese Maßnahmen aber wohl nicht aus, um mittelfristig die Versorgung sicherzustellen. Deshalb sollten weitere hinzukommen:

- Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die Möglichkeit, freiwerdende Praxissitze aufzukaufen und selbst mit angestellten Ärzten zu betreiben. Dieser gesetzlich vorgesehene Aufbau von Eigeneinrichtungen wurde bislang noch nicht genutzt.
- Durch eine stärkere Delegation ärztlicher Tätigkeiten an Weiterbildungsassistentinnen, ausgebildete Praxisassistentinnen und Pflegekräfte könnten die Hausärzte entlastet werden und hätten Zeit für die Versorgung von mehr Patienten als bisher.
- Insbesondere in ländlichen Regionen erspart die Durchführung von Videosprechstunden oder der Transport von Patienten durch mobile Fahrdienste den Ärzten lange Anfahrtswege.

- Durch die weitere Erhöhung der Zahl der Studienplätze im Bereich der Humanmedizin kann langfristig die Zahl der Ärzte stabil gehalten oder sogar erhöht werden.

III.3 Einbindung des stationären Sektors in die ambulante Versorgung

Auch in Zukunft sollte aus Sicht der Ersatzkassen der Schwerpunkt der Versorgung im ambulanten Bereich liegen. Hier gilt weiterhin der Grundsatz ambulant vor stationär. Gleichwohl ist eine stärkere Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung, vor allem in ländlichen Regionen, erforderlich, damit diese weiterhin wohnortnah erfolgen kann. Insbesondere im fachärztlichen Bereich können die beiden Sektoren ambulant und stationär eng zusammenarbeiten, beispielsweise, indem sie technische Ausstattungen gemeinsam nutzen oder das Personal flexibel in beiden Bereichen einsetzen. Durch digitale Anwendungen lässt sich zusätzlich der Austausch zwischen den Sektoren sowie zwischen Arzt und Patienten verbessern.

Auf lange Sicht könnte damit eine gemeinsame Facharztschiene für den ambulanten bzw. den stationären Bereich etabliert werden. Eine gemeinsame Leistungserbringung setzt auch eine einheitliche Vergütung voraus. Diese wird im Laufe des nächsten Jahres über die Bundesebene beschlossen. Auf Grundlage eines über ein Gutachten definierten Katalogs stationsersetzender Leistungen wird eine neue Vergütungssystematik entwickelt, die eine Leistungserbringung sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor attraktiv machen soll.

Neben einer Erweiterung des Katalogs ambulanter Operationen werden auch weitere Leistungen hinzukommen, die sich für eine ambulante Erbringung eignen. Die Ersatzkassen verbinden mit diesem Ansatz die Hoffnung, dass das bestehende Potential ambulant-sensitiver Fälle in Zukunft gehoben werden kann und die mit einer einheitlichen Vergütung verbundenen Mehrkosten hierüber ausgeglichen werden.

III.4 Einsatz von Gesundheitslotsen

Zur Verbesserung der Versorgung könnte es auch aus Sicht der Ersatzkassen sinnvoll sein, wenn Städte und Gemeinden sogenannte Gesundheitslotsen in strukturschwachen Regionen einsetzen und diese finanzieren. Das Problem einer mangelnden Versorgung ist oftmals die fehlende Kenntnis von Behandlungs- und Präventionsmöglichkeiten, insbesondere im ambulanten Bereich. Gesundheitslotsen könnten den Versicherten dabei helfen, sich im Gesundheitswesen besser zurechtzufinden.

IV. Prävention und Betriebliches Gesundheitsmanagement

IV.1 Entwicklung in Nordrhein-Westfalen seit dem Präventionsgesetz

Mit dem Präventionsgesetz von 2015 hat die Gesundheitsförderung ein stärkeres Gewicht erhalten. Die Angebote der gesetzlichen Krankenkassen zielen daher darauf ab, die entsprechende Zielgruppe in ihrer Lebenswelt (Kindergarten, Schule, Quartier etc.) bei der Umsetzung einer gesunden Ernährung, einer ausreichenden Bewegung, dem maßvollen Umgang mit Suchtmitteln sowie in der Stärkung der Psychosozialen Gesundheit zu unterstützen. Dadurch sollen Risikofaktoren minimiert und vermeidbare Krankheiten verhindert werden.

In Nordrhein-Westfalen sind seit dem Abschluss der Landesrahmenvereinbarung Nordrhein-Westfalen 2016 über 30 regionale Angebote entstanden, die mit über fünf Millionen Euro von den gesetzlichen Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen finanziert wurden. Im Vergleich zu anderen Bundesländern ist die Zahl der neugeschaffenen Angebote ausgesprochen hoch. Darüber hinaus wurden bestehende Landesprogramme ausgebaut bzw. neue Angebote geschaffen. Insbesondere Kinder und Jugendliche werden erreicht, etwa mit den langjährigen Angeboten „Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“ und „Bildung und Gesundheit“. Dabei wird die psychosoziale Gesundheit immer stärker ins Blickfeld genommen. Angebote wurden um entsprechende Module ergänzt, neue Angebote aufgebaut, etwa auch das von der Landesregierung geförderte Landesprogramm „KIPS“, mit dem eine Beratungsstruktur in Nordrhein-Westfalen für Kinder aus suchtbelasteten Familien aufgebaut werden soll.

Die Ersatzkassen unterstützen mit dem vdek-Präventionskonzept insbesondere die sogenannten vulnerablen Zielgruppen – Kinder und Erwachsene, die aus sozial schwachen Verhältnissen stammen, Alleinerziehende, Migranten und Menschen mit Behinderungen. Eines der in Nordrhein-Westfalen entwickelten Angebote – das Projekt „Nordstark“ für Kinder im Alter zwischen 6 und 10 Jahren – hat 2019 den NRW-Gesundheitspreis erhalten. Das Konzept wurde inzwischen in Duisburg und Gelsenkirchen übernommen.

Mit dem Präventionsgesetz ist auch die Betriebliche Gesundheitsförderung gestärkt worden. In Nordrhein-Westfalen sowie in den anderen Bundesländern sind Koordinierungsstellen für die Betriebliche Gesundheitsförderung insbesondere in kleinen und mittelständischen Betrieben entstanden.

Eine Vielzahl von Industrie- und Handelskammern in Nordrhein-Westfalen sowie die Unternehmensverbände in Nordrhein-Westfalen wirken als Partner mit. Dies gilt auch für die Betriebliche Gesundheitsförderung in der Pflege.

IV.2 Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Trotz dieser positiven Entwicklung sind weiterhin Schwächen und Lücken vorhanden. Dabei mangelt es nicht an Geld, sondern oftmals an fehlenden Strukturen oder an der Bereitschaft, sich in diesem Bereich zu engagieren. So sind die Kommunalen Spitzenverbände in Nordrhein-Westfalen bis heute der Landesrahmenvereinbarung nicht beigetreten. Dies erschwert den Aufbau gesundheitsfördernder Angebote in den Kommunen in Nordrhein-Westfalen.

Für die Ersatzkassen ist Gesundheitsförderung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Sie setzen sich daher dafür ein, dass insbesondere die öffentliche Hand im Rahmen ihrer Daseinsvorsorge Prävention strukturiert umsetzt und mitfinanziert. Auch die Betriebliche Gesundheitsförderung ist nach Auffassung der Ersatzkassen stärker zu verankern. Sie halten es deshalb für notwendig, die Betriebsärzte sowie die Vertretungen der Mitarbeitenden, die Betriebs- und Personalräte, zu stärken.

IV.3 Gesundheitskompetenzen stärken

Einen stärkeren Handlungsbedarf sehen die Ersatzkassen auch darin, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken. Eine aktuelle, repräsentative Studie der Universität Bielefeld belegt, dass mehr als die Hälfte der Menschen in Deutschland Probleme hat, sich in der Flut von Informationen über die Gesundheit zurechtzufinden und gute Entscheidungen für ihre Gesundheit zu treffen.

Dies gilt insbesondere für die digitale Gesundheitskompetenz, die einen immer größeren Stellenwert einnimmt. Besonders schwer fallen der Studie zufolge die Beurteilung (digitaler) Gesundheitsinformationen – die Bewertung der Vertrauenswürdigkeit und Neutralität von Informationen – und die Anwendung.

Die Ersatzkassen setzen sich dafür ein, dass unabhängige und wissenschaftlich präzise recherchierte Informationen im Internet für Versicherte und Patienten eingestellt werden. Ein gutes Beispiel dafür ist das Internetportal „gesundheitsinformation.de“ des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Das Nationale Gesundheitsportal, ein Webangebot des Bundesministeriums für Gesundheit, halten die Ersatzkassen für einen guten Zwischenschritt.

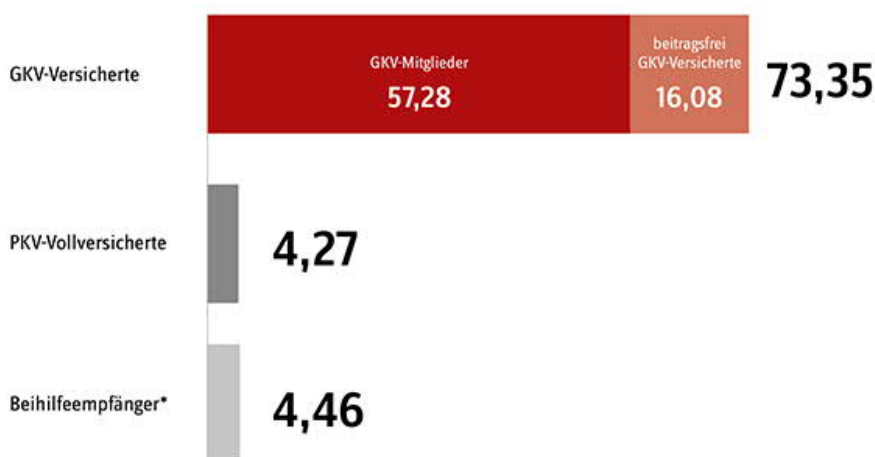
Ziel muss es nach ihrer Auffassung sein, auch die Verbesserung der Gesundheitskompetenz als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe wahrzunehmen. Hier sehen die Ersatzkassen noch einen erhöhten Handlungsbedarf. Essenziell ist es in diesem Prozess, die Wirtschaft stärker und verbindlicher einzubinden, damit sich diese ihrer gesellschaftlichen Verantwortung bewusst wird. So haben sich mit Blick auf die Nahrungsmittelindustrie die bisher auf Freiwilligkeit beruhenden Ansätze nicht bewährt. Noch immer ist der Fett-, Zucker- und Salzgehalt in industriellem Fertiggericht und in der Gemeinschaftsverpflegung, etwa in Schulen, Kindertagesstätten und Betriebskantinen, deutlich zu hoch. Ansätze, wie der Nutri-Score sollten weiterverfolgt und zunehmend verbindlicher werden.

V. Bürgerversicherung

Rund 90 Prozent der Bevölkerung in Deutschland sind gesetzlich krankenversichert und genießen damit einen umfassenden Krankenversicherungsschutz. Dies zeigt die Attraktivität und die Zukunftsfähigkeit des solidarischen Umlagesystems. Das Prinzip der gesetzlichen Krankenversicherung beruht im Gegensatz zur Privaten Krankenversicherung mit ihren Einzelverträgen auf Solidarität und Verantwortung der Starken gegenüber den Schwachen. Damit trägt die GKV nicht nur zur Stabilität der deutschen Gesellschaft bei, sondern als Standortfaktor auch zum wirtschaftlichen Erfolg Deutschlands. In der Corona-Pandemie hat sich zudem gezeigt, dass das gesetzliche Krankenkassensystem mit den schnellen Sonderregelungen wesentlich flexibler handeln und reagieren kann als die Private Krankenversicherung.

Mitglieder und Versicherte GKV - PKV

Versicherte in Mio.



* Der Beihilfesatz variiert zwischen 50 % und 80 %, meist mit ergänzender privater Krankenversicherung.
Summen können rundungsbedingt abweichen.
Darstellung: GKV-Spitzenverband; Quelle: Amtliche Statistik KM 1 Mai 2021 (Stand Juni 2021) und PKV Zahlenbericht 2019 (Stand Juni 2021)

Das Konzept der Bürgerversicherung zielt darauf ab, die Finanzkraft der GKV zu stärken, indem der versicherungs- und beitragspflichtige Personenkreis erweitert wird. Die Beamtinnen und Beamten, die über das System der Beihilfe und privaten Versicherung versichert sind, und privat versicherte Selbstständige und Besserdienende sollen in die GKV einbezogen werden. Dieser Ansatz ist grundsätzlich zu begrüßen, da er positive Folgen für die Finanzsituation der GKV haben kann. Auch aus dem Aspekt der Gerechtigkeit würde es die GKV stärken.

Gleichwohl bleiben die Ersatzkassen bezüglich der konkreten Umsetzung und politischen Umsetzung des Konzepts skeptisch. Wesentliche ökonomische, rechtliche, strukturelle und demografische Aspekte sind bisher nicht ausreichend analysiert worden. Unklar ist weiterhin, welche finanziellen Auswirkungen das Konzept nicht nur auf die Beiträge, sondern auch auf die Ausgaben haben wird.

Dies legt es aus Sicht der Ersatzkassen nahe, sinnvolle und schneller umzusetzende Alternativen zur Bürgerversicherung umzusetzen, die zu einer Stärkung der GKV unter den bestehenden Rahmenbedingungen führen. Neben der bereits in der Einleitung dargestellten Forderung zur Sicherung der Finanzbasis der gesetzlichen Krankenkassen plädieren die Ersatzkassen insbesondere dafür, dass Beamtinnen und Beamte nach dem Hamburger Modell eine „echte“ Wahl zwischen dem gesetzlichen und dem privaten Krankenversicherungssystem ermöglicht wird.

Dies hat der vdek in Nordrhein-Westfalen detailliert in der schriftlichen Stellungnahme zu der Anhörung zu dem Thema am 29.06.2019 dargelegt (Drucksache 17/1620). Zu dieser „echten Wahlfreiheit“ gehört zwingend die pauschale Beihilfe. Nur sie kann diese finanzielle Benachteiligung der Beamten ändern und dafür sorgen, dass Beamtinnen und Beamte nicht mehr - wie bisher - bei einer gesetzlichen Krankenversicherung alleine die volle Beitragshöhe zu leisten haben.

Eine solche Neuregelung durch den Bundesgesetzgeber würde die Selbstbestimmung bei der Wahl des Krankenversicherungssystems erhöhen. Das ist aus Sicht der Ersatzkassen ordnungs- und versorgungspolitisch geboten. Zudem würde die Wahlfreiheit es insbesondere den neu zu verbeamteten Personen, die bereits gesetzlich krankenversichert sind, erleichtern, Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung zu bleiben und bei einem Umzug in ein anderes Bundesland einen Wechsel des Krankenversicherungssystems zu vermeiden. Ein solcher Wechsel kann mit finanziellen Nachteilen für sie verbunden sein. Gleichzeitig wird es Beamtinnen und Beamten ermöglicht, leichter die Vorteile der solidarischen gesetzlichen Krankenversicherung zu nutzen. Dazu zählen gerade für junge Beamtinnen und Beamten - im Gegensatz zur privaten Krankenversicherung - die beitragsfreie Mitversicherung der Ehepartner und der Kinder, aber auch die Krankenversicherungsbeiträge im Alter, die im Vergleich zur privaten Krankenversicherung deutlich niedriger liegen.

VI. Zusammenfassung

Pflege

- Für Nordrhein-Westfalen ist auch weiterhin ein moderater Ausbau an stationären Pflegeplätzen, insbesondere in den Ballungszentren, notwendig.
- Von der Verpflichtung zur Tarifbezahlung wird ein wichtiger Impuls für die Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs und auch für eine längere Tätigkeit in der Pflege ausgehen.
- Die Absicherung des Pflegerisikos ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Notwendig sind ein dauerhafter, verbindlicher Steuerzuschuss, ein Finanzausgleich zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung sowie die Übernahme der Investitionskosten durch die Länder.

Krankenhaus

- Die stationäre Versorgung in Nordrhein-Westfalen leidet seit Jahren unter Defiziten.
- Der neue Krankenhausplan in Nordrhein-Westfalen stellt Weichen für eine bedarfsgerechte Versorgung und stellt die qualitativ hochwertige Versorgung für die Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt. Dabei müssen die vorgesehenen Qualitätskriterien für die einzelnen Leistungsgruppen konsequent angewandt werden. An eine flächendeckende Schließung von Krankenhäusern ist nicht gedacht.
- Eine deutlich stärkere Digitalisierung der Versorgungsprozesse ist von entscheidender Bedeutung.
- Das DRG-System setzt Fehlanreize für eine starke Mengenausweitung und unnötige Behandlungen. Eine Weiterentwicklung der Fallpauschalen und eine Differenzierung der DRGs nach Versorgungsstufen sind daher sinnvoll.

Ambulante Versorgung

- In Nordrhein-Westfalen ist die ambulante Versorgung flächendeckend und wohnortnah sichergestellt. Mit einer Vielzahl an Maßnahmen gelingt es, Unterversorgung zu vermeiden und einer Landflucht der Ärzte entgegenzuwirken. Hierzu ist es erforderlich, die Möglichkeit zur Sperrung von Planungsbereichen ab einem Versorgungsgrad von 100 Prozent dauerhaft vorzusehen. Außerdem sollten die Möglichkeiten der Telemedizin und Delegation umfassender als bisher genutzt werden.
- Eine stärkere Einbindung der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung kann in ländlichen Regionen ein geeigneter Ansatz sein. Eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung obliegt der Bundesebene und ist in naher Zukunft nicht zu erwarten.
- Gesundheitslotsen können eine sinnvolle Ergänzung darstellen und in sozial benachteiligten Stadtteilen den Zugang in die ambulante, ärztliche Versorgung erleichtern. Diese sollten von den Kommunen finanziert werden.

Prävention und Gesundheitskompetenzen

- Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.
- Insbesondere die öffentliche Hand sollte Prävention im Rahmen ihrer Daseinsvorsorge strukturiert umsetzen und mitfinanzieren.
- Auch die Betriebliche Gesundheitsförderung ist stärker zu verankern. Die Betriebsärzte sowie die Vertretungen der Mitarbeitenden, die Betriebs- und Personalräte, sind dabei zu stärken.
- Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung sollte verbessert werden, auch indem die Wirtschaft stärker einbezogen wird.
- Ansätze, wie der Nutri-Score sollten weiterverfolgt und zunehmend verbindlicher werden.

Bürgerversicherung

- Der Ansatz einer Bürgerversicherung ist grundsätzlich zu begrüßen, da er den Aspekt der Gerechtigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung stärkt und sich positiv auf die Finanzen der GKV auswirken könnte.
- Gleichwohl bleiben viele Fragen bei der Umsetzung weiterhin offen.
- Deshalb ist es sinnvoll, über realistische Alternativen nachzudenken, die zu einer Stärkung der GKV unter den bestehenden Rahmenbedingungen führen. So sollten Beamtinnen und Beamte eine „echte“ Wahl zwischen dem gesetzlichen und dem privaten Krankenversicherungssystem ermöglicht werden.