

## Prof. Dr. Straub zur KH-Reform- und Finanzdebatte

Das wichtigste und wohl auch umstrittenste Projekt im Gesundheitsbereich in dieser Legislaturperiode ist die geplante Krankenhausstrukturreform. Die Kritik von Krankenkassen und Bundesländern hält unvermindert an. Gleichzeitig führt das Gesetz auch zu einer erheblichen Kostensteigerung für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und damit letztlich für die Beitragszahler, ohne dass es zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität käme. Nach Ansicht von Prof. Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER, ist die Finanzentwicklung der GKV – insbesondere im Krankenhausbereich – eine starke Belastung für die Stabilität des Systems.

### *Herr Straub, wie bewerten Sie den aktuellen Stand der geplanten Krankenhausreform?*

Eine Reform der Krankenhausstrukturen ist dringend notwendig, darüber besteht allgemein Konsens. Das ursprüngliche Reformkonzept der Regierungskommission war sehr mutig. Wie wir alle wissen, sind die Vorschläge jedoch im Konflikt zwischen Bund und Ländern stark verwässert worden. Ich befürchte, dass die Bundesländer die Vorhaben des Ministers für bundesweit einheitliche Qualitätsvorgaben im laufenden Prozess noch weiter aufweichen könnten.

Hinzu kommt, dass durch die Krankenhausreform eine weitere Beitragserhöhung in der GKV unausweichlich wird. Das hat der Bundesgesundheitsminister gerade erst angekündigt. So sollen etwa die Zuweisungen an die Krankenkassen für einen Zeitraum von zehn Jahren um 2,5 Milliarden Euro jährlich verringert werden, um Liquidität für einen Krankenhausstrukturfonds zu schaffen, der ja primär Aufgabe der Länder ist. Begründet wird dies damit, dass die Kostenträger durch die Reform jährlich eine Milliarde Euro mehr einsparen können. Dies wird aus meiner Sicht nicht funktionieren. Fraglich ist für mich auch die Grundlage dieser Berechnung. Eine solche Einsparung wäre in der Geschichte der bundesdeutschen Gesundheitspolitik ein absolutes Novum.

### *Wie beurteilen Sie die Ausgestaltung des Krankenhausstrukturfonds?*

Die Bundesregierung hat die Einrichtung eines Transformationsfonds vorgeschlagen, der zur Hälfte aus GKV-Betragsmitteln finanziert werden soll. Die damit vorgesehene Umgestaltung der Krankenhauslandschaft ist aber eine Aufgabe der Bundesländer und muss entsprechend durch öffentliche Mittel finanziert werden. Auch der Bundesrechnungshof hat kürzlich noch einmal darauf hingewiesen, dass die Finanzierung von Krankenhausstrukturen nicht Aufgabe der GKV ist. Der Fonds sollte sich nach meinem Verständnis strikt auf die Förderung von Schließungs-, Konzentrations- und Umwandlungsmaßnahmen konzentrieren. Leider lassen die Erfahrungen aus dem auslaufenden Krankenhausstrukturfonds aber befürchten, dass genau dies nicht eintreten wird.

Sehr kritisch sehen wir daher auch die Forderungen der Bundesländer nach umfassenderen Fördertatbeständen. Ich befürchte hier eine verdeckte Investitionskostenförderung aus Beitragsmitteln, die kaum Qualitätsverbesserungen für die Versorgung bringen wird. Der Bundestag sollte sich daher unter keinen Umständen auf eine weitergehende Aufweichung der Fördertatbestände einlassen.

***Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung steigen auch in diesem Jahr in wichtigen Leistungsbereichen stark an. Einige Kassen mussten ihre Beiträge in diesem Jahr unterjährig anheben – wie sehen Sie die aktuelle Entwicklung für die GKV insgesamt?***

Wir sehen vor allem bei den Ausgaben für Arzneimittel und für Krankenhausleistungen eine alarmierende Entwicklung. Die Ausgabensteigerungen im Krankenhaus betragen aktuell GKV-weit sieben bis acht Prozent. Die Gründe dafür sind unter anderem die Einführung des Selbstkostendeckungsprinzips bei den Pflegeleistungen und die umfassende Übernahme der Inflationskosten. Dass die Ausgaben trotz geringer Bettenbelegungen so stark steigen, ist für uns ein Warnsignal. Mit den bereits beschlossenen Gesetzen und dem, was noch vor uns liegt, wird der Kostendruck im Krankenhausbereich auch in den kommenden Jahren enorm hoch bleiben. Dies stellt die Krankenkassen vor große Probleme und belastet die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler.

Wichtig ist für mich auch, dass wir die Frage der Akzeptanz eines beitragsfinanzierten Gesundheitssystems nicht aus dem Blick verlieren, auch deshalb dürfen die Beitragssätze nicht immer weiter angehoben werden. Die steigenden Beiträge – auch in den anderen Sozialversicherungszweigen – gefährden zudem die Attraktivität unseres Wirtschaftsstandorts. Wir brauchen daher viel effizientere Strukturen im Gesundheitswesen, die Übernahme versicherungsfremder Leistungen durch den Bund und mehr finanzielle Beteiligung der Bundesländer, besonders dort, wo die Länder gesetzlich gefordert sind.

***Auch die angespannte finanzielle Lage der sozialen Pflegeversicherung könnte bereits in wenigen Monaten zu einer erneuten Anhebung des Beitragssatzes führen. Steuermittel für die Pflegeversicherung sind laut aktuellen Haushaltsverhandlungen aber nicht vorgesehen. Welche Lösungsvorschläge gibt es?***

Die Regierungsparteien haben sich im Koalitionsvertrag darauf verständigt, versicherungsfremde Leistungen wie die Rentenbeiträge für pflegende Angehörige und die pandemiebedingten Zusatzkosten komplett aus Steuermitteln zu finanzieren. Das passiert aber leider nicht. Aus meiner Sicht müssen die Zuständigkeiten für die Finanzierung zwischen Bund, Ländern und Pflegeversicherung grundsätzlich geklärt werden. Dabei müssen wir auch über die Finanzierung der Pflegeausbildung, des Pflegestudiums und der neu geplanten bundesweiten Pflegefachassistentenausbildung reden. Diese sind grundsätzlich Aufgabe der Bundesländer, werden aber zum Großteil durch die gesetzliche Krankenversicherung und die Pflegebedürftigen selbst getragen. Gleiches gilt für die Investitionskosten, sie sollten von den Ländern finanziert werden. Wenn Pflegebedürftige von den Kosten für Ausbildung und Investitionen entlastet würden, könnten die Eigenanteile in Pflegeeinrichtungen deutlich niedriger ausfallen.

## Gesundes-Herz-Gesetz (GHG)

28.08.2024  
Kabinettsbeschluss

19.06.2024  
Referentenentwurf

## Gesundes-Herz-Gesetz vom Bundeskabinett beschlossen

Die Bundesregierung hat in ihrer Kabinettsitzung am 28.08.2024 den Entwurf für ein Gesetz zur Stärkung der Herzgesundheit beschlossen. Ziel des Gesetzes bleibt es, die Krankheitslast von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu senken und die allgemeine Herzgesundheit der Bevölkerung zu verbessern (siehe Berlin kompakt Nr. 8/2024). Dafür sollen unter anderem die Früherkennungsuntersuchungen im Kindes- und Erwachsenenalter angepasst sowie Medikamente verstärkt zur Cholesterinsenkung angewandt werden. Der Entwurf sieht vor, dass die Mehrkosten für die geplanten Maßnahmen aus Mitteln der Kranken-

kassen für Angebote der Individualprävention finanziert werden. Im Vergleich zum Referentenentwurf vom 19.06.2024 hat es einige Änderungen am Gesetzesentwurf gegeben.

## **Gemeinsamer Bundesausschuss wird bei Ausgestaltung nun doch eingebunden**

Im Referentenentwurf war geplant, dass Vorgaben für die Früherkennungsuntersuchungen und die präventive Medikation zur Senkung des Cholesterinspiegels allein per Rechtsverordnung durch das Bundesgesundheitsministerium (BMG) vorgenommen werden. Dies wurde geändert. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll nun die entsprechenden Richtlinien für die Versorgung erarbeiten, die sich aus den gesetzlich vorgegebenen Leistungsansprüchen für die Versicherten ableiten.

Gleiches ist auch bei den Anpassungen der bestehenden Früherkennungsuntersuchungen vorgesehen. Kinder und Jugendliche sollen künftig einen Anspruch auf die Früherkennung einer Fettstoffwechselstörung haben. Versicherte im Alter von 25, 40 und 50 Jahren erhalten das Recht auf einen erweiterten Gesundheits-Check-up.

- **Das BMG hat auf die breite Kritik aus der Fachwelt reagiert. So ist die Entscheidung, den Gemeinsamen Bundesausschuss nun doch an der inhaltlichen Weiterentwicklung der Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu beteiligen, richtig aber nicht ausreichend. Es muss weiterhin die Aufgabe des G-BA bleiben, neue Leistungen in Gänze auf Nutzen, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit hin zu bewerten, was auch im aktuellen Entwurf nicht vorgesehen ist. Durch die geplante Regelung würden Leistungen ohne erwiesene Evidenz in das System gelangen.**

## **Refinanzierung aus Mitteln der Individualprävention**

Im Gesetzesentwurf ist weiterhin vorgesehen, dass die Krankenkassen ihre Versicherten zu den Früherkennungsuntersuchungen einladen und dass Apotheken enger durch Vorfelduntersuchungen im Rahmen der Check-ups oder durch jährliche Blutdruckmessungen in die Prävention eingebunden werden. Zudem sollen Versicherte einen erweiterten Anspruch auf eine medikamentöse Tabakentwöhnungstherapie erhalten. Vertragsärztinnen und -ärzte sollen künftig außerdem Präventionsempfehlungen zur Tabakentwöhnung und zu gesunder Ernährungsweise geben können. Für die Finanzierung dieser Maßnahmen sind Mittel der Krankenkassen vorgesehen, die diese bisher für Angebote der Individualprävention aufwenden.

- **Gerade bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen haben individuelle verhaltensbezogene Angebote der Primärprävention, die zu einer gesundheitsbewussten Lebensweise beitragen, einen erwiesenermaßen hohen Nutzen für die Versicherten. Daher ist die mit dem GHG geplante Umwidmung von Finanzmitteln, die bisher für die qualitätsgesicherte Präventionsarbeit der Krankenkassen eingesetzt werden, falsch. Sie führt zu einer Schwächung der finanziellen Grundlage dieser Angebote und damit der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen insgesamt.**

## **Anpassungen bei strukturierten Behandlungsprogrammen bleiben unverändert**

Mit dem vom Kabinett beschlossenen Entwurf ist auch vorgesehen, die strukturierten Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme, DMP) weiterzuentwickeln (siehe Berlin kompakt Nr. 8/2024). Die Krankenkassen müssen ihren Versicherten künftig verpflichtend DMP anbieten. Zudem sollen für die bestehenden DMP „Diabetes mellitus Typ1 und 2“ sowie „Koronare Herzkrankheit“ eine qualitätsorientierte, erfolgsabhängige Vergütung eingeführt werden. Dem G-BA kommt die Aufgabe zu, Anforderungen an ein neues krankheitsübergreifendes DMP für behandlungsbedürftige Versicherte mit einem

[Zum Download](#)

Kabinettsfassung GHG

hohen Risiko für eine Herz-Kreislauf-Erkrankung zu beschließen. Darüber hinaus soll die DMP-Programmkostenpauschale entfallen. Die DMP-bedingten Leistungsausgaben der Krankenkassen werden dann regulär im Risikostrukturausgleich des Gesundheitsfonds berücksichtigt. Im Gegenzug müssen DMP künftig nicht mehr vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) zugelassen werden.

- **Zur Sicherung der Qualität und Wirksamkeit ist eine zentrale Prüfung beziehungsweise Zulassung der Disease Management Programme weiterhin notwendig. Die Implementierung eines neuen risikobezogenen und krankheitsübergreifenden DMP passt zudem nicht zur bisherigen Systematik, die auf Versicherte mit einer bereits manifesten Erkrankung abzielt. Eine erhebliche Erweiterung des in DMP eingeschriebenen Personenkreises würde zudem zur Überversorgung der Patientinnen und Patienten sowie zu einer Überlastung der Arztpraxen führen. Es drohen dabei erhebliche Mehrkosten für die gesetzliche Krankenversicherung.**

## Kabinett beschließt einheitliche Pflegefachassistentenausbildung

Am 04.09.2024 hat das Bundeskabinett den Entwurf eines Gesetzes über die Einführung einer bundeseinheitlichen Pflegefachassistentenausbildung beschlossen. Mit dem Pflegefachassistenteneinführungsgesetz greift die Bundesregierung ein Vorhaben auf, bei dem laut Koalitionsvertrag Bund und Länder für die Finanzierung verantwortlich sein sollten. Aktuell sind die Pflegeassistenten- beziehungsweise Pflegehilfesausbildungen jeweils landesrechtlich geregelt. Sie unterscheiden sich zum Teil erheblich in ihrer inhaltlichen Ausrichtung, der Ausbildungsdauer oder der Zahlung einer Ausbildungsvergütung. Mit dem nun vorliegenden Entwurf soll ein eigenständiges und bundeseinheitliches Berufsbild der Pflegefachassistenten geschaffen werden. Ziel ist es auch, die Attraktivität des Berufsbilds zu erhöhen, um mehr Menschen für die Ausbildung zu gewinnen.

Bei der Finanzierung der Pflegefachassistentenausbildung orientiert sich die Bundesregierung an der Systematik der im Jahr 2020 eingeführten generalistischen Pflegeausbildung und des Pflegestudiums. Danach zahlt die gesetzliche Krankenversicherung über Zuschläge mehr als die Hälfte der Gesamtkosten für die Ausbildung. Pflegebedürftige werden über ihre Eigenanteile mit über 30 Prozent an den Ausbildungskosten beteiligt, während der Anteil der Bundesländer bei knapp neun Prozent liegt, die soziale Pflegeversicherung ist mit 3,6 Prozent beteiligt.

- **Mit der Einführung einer bundeseinheitlichen Ausbildung zur Pflegefachassistenten wird es möglich, die bislang unterschiedlichen Regelungen der Länder zu harmonisieren. Allerdings weicht die Bundesregierung bei der Frage der Finanzierung von ihrer Position im Koalitionsvertrag ab, nach der Bund und Länder gemeinsam die Kosten für die Ausbildung tragen sollen. Es ist nicht Aufgabe der GKV, die Kosten für die Pflegeausbildung zu tragen. Erneut entzieht sich die öffentliche Hand damit ihrer finanziellen Verantwortung. Damit würden einmal mehr staatliche Aufgaben durch die Sozialversicherungsträger quersubventioniert. Besonders kritisch ist, dass die Eigenanteile der Pflegebedürftigen weiter steigen würden – notwendig ist jedoch deren Entlastung.**

### Pflegefachassistenteneinführungsgesetz

04.09.2024

Kabinettsbeschluss

16.07.2024

Referentenentwurf

### Zum Download

Kabinettsfassung  
Pflegefachassistenteneinführungsgesetz

### Zum Download

Tabelle Gesetzgebung

## Termine laufender Gesetzgebungsverfahren