



BARMER

Für eine starke und stabile Gesundheitsversorgung

Forderungen der BARMER zur Bundestagswahl 2025

Inhalt

I.

Gesundheitssystem dauerhaft stabilisieren

II.

Selbstverwaltetes Gesundheitssystem stärken

Staatliche Eingriffe in das selbstverwaltete Gesundheitswesen abwehren
Rahmenbedingungen für die Soziale Selbstverwaltung verbessern

III.

Gesundheitsversorgung patientenorientiert gestalten

Digitalisierung der Gesundheitsversorgung beschleunigen
Klare Rahmenbedingungen für nichtärztliche Berufe schaffen
Integrierte Versorgung konsequent weiterentwickeln
Krankenhausstrukturen qualitäts- und bedarfsorientiert reformieren
Arzneimittelversorgung – krisenfest und bezahlbar halten
Hilfsmittelversorgung qualitätsorientiert ausrichten
Prävention und Gesundheitsförderung stärken

IV.

GKV-Finzen konsolidieren

Kassenfinanzausgleich fair gestalten
Keine Beitragsmittel für staatliche Aufgaben verwenden
Verantwortungsvoller Umgang mit Beitragsgeldern – Ausgabendynamik begrenzen
Einheitliche Aufsicht für die gesetzliche Krankenversicherung schaffen

V.

Pflegeversicherung zukunftsfest machen

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen entlasten
Soziale Pflegeversicherung als Teilleistungssystem stärken
Pflege durch Digitalisierung entlasten
Pflegeberufe attraktiver machen

Vorwort

Nach dem Ende der Ampel-Koalition ist die gesundheitspolitische Gesetzgebung vorzeitig beendet. Die nächste Bundesregierung ist gefordert, zügig ihre Arbeit aufzunehmen und den Reformstau im Gesundheitswesen aufzulösen. Es sind umfassende strukturelle Reformen notwendig, um die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems zu erhalten. Bund und Länder sollten in der kommenden Legislaturperiode gemeinsam den politischen Willen aufbringen, nachhaltige Reformen auf den Weg zu bringen: Die medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten muss durch eine effiziente Nutzung knapper werdender Personal- und Finanzressourcen sichergestellt werden. Eine wesentliche Rolle spielen dabei die Weiterentwicklung moderner und vernetzter Versorgungsstrukturen sowie die Digitalisierung.

Dringend notwendig ist auch die finanzielle Stabilisierung sowohl der gesetzlichen Krankenversicherung als auch der sozialen Pflegeversicherung. Beide Systeme stehen unter erheblichem finanziellen Druck. Grund dafür sind nicht nur die rapide steigenden Kosten für die Versorgung. Hohe finanzielle Belastungen entstehen der Kranken- und Pflegeversicherung auch aus der systemwidrigen Verwendung von Beitragsmitteln für staatliche Aufgaben. Ein Beispiel hierfür sind die Kosten für die Krankenversicherungsbeiträge von Bürgergeldbeziehenden in Milliardenhöhe. Um die Akzeptanz der gesetzlich Versicherten für die beitragsfinanzierten Systeme nicht zu gefährden, dürfen öffentliche Aufgaben nicht weiter durch Beitragsgelder finanziert werden. Die neue Bundesregierung trägt Verantwortung dafür, dass die Beiträge nicht weiterhin unbegrenzt steigen. Schließlich muss der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich umfassend weiterentwickelt werden, um einen fairen Wettbewerb unter den Krankenkassen zu ermöglichen.

Die BARMER legt hiermit ihre gesundheitspolitischen Forderungen zur Bundestagswahl 2025 vor. Im Mittelpunkt steht dabei, die gesetzliche Krankenversicherung und die soziale Pflegeversicherung für die Herausforderungen der nächsten Jahre stark zu machen und die medizinische und pflegerische Versorgung der gesetzlich Versicherten bestmöglich zu organisieren. Dafür braucht es eine unabhängige und starke Selbstverwaltung mit den notwendigen Freiräumen für die Gestaltung der medizinischen Versorgung.



Sylvi **Krisch**
Vorsitzende des Verwaltungsrates



Prof. Dr. med. Christoph Straub
Vorsitzender des Vorstandes

I.

Gesundheitssystem dauerhaft stabilisieren

Das deutsche Gesundheitswesen ist leistungsfähig. Es sichert Patientinnen und Patienten einen guten Zugang zur medizinischen Versorgung, vor allem zur hochspezialisierten Medizin. Strukturelle Reformen werden jedoch immer drängender, weil sich die Rahmenbedingungen für die medizinische Versorgung ändern: Das Gesundheitssystem muss sich an eine veränderte Alters- und Morbiditätsstruktur der Bevölkerung anpassen, an knappe Personalressourcen besonders in ländlichen Regionen sowie an stetig steigende Kosten etwa durch innovative Arzneimittel und Behandlungsmethoden. Digitale Prozesse spielen eine entscheidende Rolle für die strukturelle Weiterentwicklung.

■ Strukturreformen konsequent angehen

Die medizinische Versorgung muss digital vernetzt, kooperativ und interprofessionell organisiert werden. Dazu gehören eine sektorenübergreifende Planung der Versorgung und der Abbau von Doppelstrukturen im ambulanten und stationären Bereich sowie in der Notfallversorgung. Der Gesetzgeber muss integrierten Versorgungsformen endlich zum Durchbruch verhelfen. Es braucht dafür den gemeinsamen politischen Willen von Bund und Ländern.

Im Rahmen ihrer Krankenhausplanung haben die Bundesländer über Jahrzehnte den Status quo lediglich fortgeschrieben. Die Folge sind Überkapazitäten, ineffiziente Strukturen und eine fehlende Qualitätsorientierung. Die angestoßene Krankenhausreform wird die Probleme im Krankenhausbereich nicht beseitigen. Es braucht weitergehende Maßnahmen für eine stärkere Konzentration der Krankenhaushandschaft, um die Qualität der Versorgung und damit die Patientensicherheit zu erhöhen. Zentral sind dabei bundesweit verbindliche Vorgaben für eine einheitliche Qualität – ohne viele Ausnahmetatbestände.

Die digitale Vernetzung muss beschleunigt werden, um Dokumentation und Behandlungsprozesse zu verbessern. Instrumente wie eine digital unterstützte Ersteinschätzung im Notfall oder die digitale Terminvergabe im niedergelassenen Bereich ermöglichen zum Beispiel eine effizientere Nutzung der vorhandenen Versorgungskapazitäten. Mit der Einführung der elektronischen Patientenakte für alle Versicherten ab 2025 wurde ein entscheidender Schritt bei der digitalen Vernetzung gemacht. Jetzt brauchen die Krankenkassen ausreichend Freiräume, um digitale Lösungen für ihre Versicherten anbieten zu können.

■ Gesundheitsversorgung bezahlbar halten

Die Gesetzgebung der letzten Jahre hat zu enormen zusätzlichen Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung und damit für die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler geführt. Um die Akzeptanz in der Bevölkerung für das beitragsfinanzierte System nicht zu gefährden, müssen die Beiträge stabil gehalten werden. Der Gesetzgeber ist gefordert, die zur Verfügung stehenden Finanzmittel ausgewogen und verantwortungsvoll einzusetzen. Darüber hinaus muss der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich umfassend weiterentwickelt werden, damit Krankenkassen für die Versorgung ihrer Versicherten die notwendigen Finanzmittel zugewiesen bekommen. Reformen müssen sowohl auf die Verbesserung der Versorgung ausgerichtet sein, als auch auf die Effizienz des Systems. Die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen ist Aufgabe der öffentlichen Hand.

■ Gesundheitssystem nachhaltig gestalten

Nachhaltiges Handeln im Gesundheitssystem erfordert auch von der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung beträchtliche Anstrengungen für den Klima- und Umweltschutz. Sowohl die medizinische Versorgung als auch das Verwaltungshandeln müssen ressourcenschonend gestaltet werden.

Das Prinzip der Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen verlangt vor allem strukturelle Veränderungen. Das Ziel bleibt eine wirksame und zugleich effiziente medizinische Versorgung. Der Gesetzgeber muss einen klaren Rahmen setzen, der den knappen Personal- und Finanzressourcen Rechnung trägt. Hier zeigt sich die Notwendigkeit von Reformen: Der Abbau von Doppelstrukturen im Bereich der ambulanten und stationären Versorgung zugunsten kooperativer Strukturen, die bessere Anpassung der stationären Strukturen an den zukünftigen Bedarf und ein noch stärkerer Einsatz digitaler Möglichkeiten.

■ Unabhängigkeit der Selbstverwaltung erhalten

In der gesundheitspolitischen Gesetzgebung der letzten Jahre zeichnet sich ein Trend zu staatlichen Eingriffen in die Kompetenzen der gemeinsamen Selbstverwaltung ab. Dies führt zu einer zu kleinteiligen Regulierung der Versorgung und einer unsachgemäßen Verwendung von Beitragsgeldern für staatliche Aufgaben. Diese Entwicklung muss gestoppt werden. Die Selbstverwaltung steht in der Verantwortung für eine Gesundheitsversorgung, die sich an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten ausrichtet, sie besitzt dafür die Kompetenzen und das notwendige Wissen. Für den Wettbewerb um Qualität und Effizienz benötigt sie Freiräume. Der Gesetzgeber muss die Unabhängigkeit der Selbstverwaltung stärken.

Selbstverwaltetes Gesundheitssystem stärken

II.

Die besondere Stellung des deutschen Gesundheitssystems als mittelbare Staatsverwaltung garantiert den Selbstverwaltungspartnern weitgehende Unabhängigkeit bei der Umsetzung der gesetzlichen Regelungen im Bereich der Gesundheitsversorgung. Dies ist im Sinne der Patientinnen und Patienten. Der Interessenausgleich zwischen den Selbstverwaltungspartnern ist von hoher Bedeutung für das Gemeinwesen und muss möglichst frei von staatlicher Einflussnahme bleiben.

STAATLICHE EINGRIFFE IN DAS SELBSTVERWALTETE GESUNDHEITSSYSTEM ABWEHREN

■ GKV-Beitragsmittel nicht für staatliche Aufgaben zweckentfremden

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt im Wesentlichen durch die Beiträge ihrer Mitglieder. Die Finanzgrundlage der gesetzlichen Krankenversicherung wird gefährdet, wenn Mitgliedsbeiträge systemwidrig zur Finanzierung staatlicher Aufgaben verwendet werden, denn

diese Gelder fehlen an anderer Stelle. Das Bundessozialgericht hat am Beispiel der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung klar entschieden: Der Gesetzgeber darf die Beitragsgelder der Versicherten nicht zweckentfremden.

■ **Unabhängigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses erhalten**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wurde vom Gesetzgeber beauftragt, die Inhalte der gesundheitlichen Versorgung zu bestimmen und zu entscheiden, welche Leistungen von der gesetzlichen Krankenversicherung gezahlt werden.

Die Entscheidungen im G-BA werden auf einer breiten wissenschaftlichen und fachlichen Basis erarbeitet und sind dem Prinzip der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit verpflichtet. Fachliche Eingriffe des Bundesgesundheitsministeriums, die über die gesetzlich geregelte Rechtsaufsicht hinausgehen, verletzen die Autonomie der gemeinsamen Selbstverwaltung und gefährden die hohen Qualitätsstandards in der Versorgung.

RAHMENBEDINGUNGEN FÜR DIE SOZIALE SELBSTVERWALTUNG VERBESSERN

■ **Arbeit der Selbstverwaltung braucht politische Anerkennung**

Die Selbstverwaltung ist das tragende Prinzip des deutschen Gesundheitswesens. Deshalb sind politische Anerkennung und Unterstützung der ehrenamtlichen Arbeit wichtig. Für die Akzeptanz des selbstverwalteten Systems bei den gesetzlich Versicherten ist es notwendig, dass die Arbeit und das Engagement der ehrenamtlichen Versichertenvertreterinnen und Versichertenvertreter in der Öffentlichkeit sichtbar sind. Dazu sollten kostenlose Wahlwerbung im öffentlich-rechtlichen Rundfunk ermöglicht und Urwahlen gestärkt werden.

■ **Sozialwahlen im einfachen Online-Verfahren ermöglichen**

Die Teilnahme an den Sozialwahlen sollte für alle Wahlberechtigten vereinfacht werden, um eine hohe Wahlbeteiligung zu erzielen. Eine wichtige Grundlage dafür ist die Einführung der regelhaften Online-Wahl bei gleichzeitiger Briefwahlmöglichkeit.

■ **Teilnahme an Gremiensitzungen für Mitglieder der Selbstverwaltung erleichtern**

Berufstätigen Mitgliedern der Selbstverwaltung muss grundsätzlich ermöglicht werden, durch zeitweise Freistellung von der beruflichen Tätigkeit an den Sitzungen der Gremien teilzunehmen. Dies wird auch erleichtert, wenn Gremiensitzungen möglichst online stattfinden. Die steuerliche Berücksichtigung der gewährten Aufwandsentschädigungen sollte bundeseinheitlich geregelt werden.

Gesundheitsversorgung patientenorientiert gestalten

Das deutsche Gesundheitswesen muss strukturell neu ausgerichtet werden – stärker integriert und patientenorientiert, um die Versorgungsqualität nachhaltig zu verbessern. Eine enge Vernetzung besonders zwischen ambulantem und stationärem Bereich ist dabei zentral, um Doppelstrukturen abzubauen und Fehlanreize zu vermeiden. Im Krankenhausbereich bedarf es klarer Vorgaben für eine bundesweit einheitlich hohe Qualität.

Die Digitalisierung spielt eine entscheidende Rolle für die Verbesserung der Prozesse. Ziel ist es, die elektronische Patientenakte als zentrale Anwendung für alle Leistungserbringer einzurichten und damit Behandlungen einfacher zu koordinieren. Außerdem müssen telemedizinische Angebote ausgebaut werden, um gerade in ländlichen Gebieten die Versorgung für Patientinnen und Patienten besser zugänglich zu machen.

DIGITALISIERUNG DER GESUNDHEITSVERSORGUNG BESCHLEUNIGEN

■ ePA als zentrale Anwendung für alle Leistungserbringer einrichten

Die elektronische Patientenakte (ePA) muss zu einer zentralen Anwendung für alle Leistungserbringer werden, sowohl im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung als auch in der sozialen Pflegeversicherung. Wesentlich dafür ist, alle für die Versorgung von Patientinnen und Patienten notwendigen Daten in der ePA zusammenzuführen. Zudem müssen alle Leistungserbringer an die Telematikinfrastruktur angeschlossen sein und diese auch nutzen.

■ ePA Daten bedarfsgerecht zur Verfügung stellen

Die Daten in der ePA müssen so gespeichert werden, dass sie Leistungserbringern entsprechend der jeweiligen Versorgungssituation bedarfsgerecht zur Verfügung stehen. Dies ist mit den derzeit genutzten Medizinischen Informationsobjekten (MIO) wie dem Impfpass oder dem Bonusheft bislang noch nicht möglich. Ziel ist, dass alle Daten einheitlich und übersichtlich in der angebundenen Praxissoftware auslesbar sind. Um die Potenziale der ePA voll nutzen zu können, sollten Krankenkassen in der Akte mehr kassenindividuelle Angebote und Inhalte anbieten können, beispielsweise Patiententagebücher oder die Verarbeitung von Fitnesstracker-Daten.

■ Tagesgleiche ambulante Versorgungsdaten liefern

Die Daten der ambulanten Versorgung müssen den Krankenkassen schneller als bisher zur Verfügung stehen, am besten als tagesgleiche Meldungen. Im Krankenhausbereich ist dies bereits geübte Praxis. So können Krankenkassen zukünftig auf ihre Versicherten zugehen, ihnen passgenaue Versorgungsangebote unterbreiten und ein effizientes Case- und Versorgungsmanagement durchführen.

■ Telemedizinische Versorgung ermöglichen

Die telemedizinische Versorgung muss zukünftig eine wichtigere Rolle einnehmen, damit niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie stationäre Behandlungspartner ihre Patientinnen und Patienten auch überregional und langfristig betreuen können. Beispielhaft für eine funktionierende

telemedizinische Überwachung ist das Versorgungsprogramm zur Herzinsuffizienz in Kooperation mit der Charité. Damit können Wiedereinweisungen in das Krankenhaus verhindert und die Mortalität gesenkt werden. Auch in anderen Behandlungskontexten kann eine telemonitorische Überwachung sehr wichtig sein, beispielsweise bei COPD oder Diabetes. Um eine solche sektorenübergreifende Versorgung künftig kollektivvertraglich anbieten zu können, muss der Gesetzgeber eine entsprechende Regelung treffen.

■ Einheitliche digitale Plattform zur Vermittlung von Arztterminen aufbauen

Um den Zugang von Patientinnen und Patienten zu Facharztterminen zu erleichtern, sollte eine bundeseinheitliche und tagesaktuelle Terminvermittlungsplattform aufgebaut werden, an die die Leistungserbringer einen bestimmten Teil ihrer Mindestsprechstundentermine melden. Die bestehenden Angebote wie regionale Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen, privatwirtschaftliche Lösungen oder Anwendungen der Krankenkassen würden verpflichtend an diese Plattform angeschlossen. Vorteile der Anbindung von Arztpraxen an die Plattform über die Praxisverwaltungssysteme wären unkomplizierte Überweisungen, Terminumbuchungen oder Absagen in Echtzeit.

Die Plattform sollte von der gemeinsamen Selbstverwaltung betrieben werden, ohne die Einbindung privatwirtschaftlicher Drittanbieter. Der datenschutzgerechte und diskriminierungsfreie Zugang der Patientinnen und Patienten zum Terminangebot der Leistungserbringer muss dabei vollständig gesichert sein.

■ Erprobungszeitraum für Digitale Gesundheitsanwendungen einführen

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) können die medizinische Versorgung sinnvoll ergänzen. Versicherten fehlen jedoch häufig ausreichende Informationen zum Umgang damit. Deshalb müssen im DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) die für Versicherte wesentlichen Informationen übersichtlicher dargestellt werden.

Mit Blick auf die hohen Preise für DiGA wäre ein Erprobungszeitraum von 14 Tagen notwendig, in dem Versicherte eine DiGA testen können. Eine Vergütung würde erst bei fortlaufender Nutzung der Anwendung gezahlt. Ziel ist ein angemessenes Preisniveau für DiGA bereits bei ihrer Markteinführung.

KLARE RAHMENBEDINGUNGEN FÜR NICHTÄRZTLICHE BERUFE SCHAFFEN

■ Gesundheitsberufe bundeseinheitlich regeln

Eine bundeseinheitliche gesetzliche Regelung der Qualitätsanforderungen für nichtärztliche Berufsbilder sowie ein bundesweit einheitlicher Rahmen für Bachelor- und Masterstudiengänge sind notwendig, um gleiche Qualitätsstandards für die Versorgung zu garantieren und die Akzeptanz für diese Berufe in der Bevölkerung und bei Medizinerinnen und Medizinern zu erreichen. Beschäftigte in den Gesundheitsberufen erhalten damit nicht nur zusätzliche Karrieremöglichkeiten, sondern auch überregionale Flexibilität in der Ausübung ihres Berufs.

■ Kompetenzen nichtärztlicher Fachkräfte ausweiten und im Heilberufegesetz verankern

Die Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten auf besonders qualifizierte medizinische und pflegerische Fachkräfte bedeutet mehr Eigenständigkeit und macht das Berufsbild dieser qualifizierten Fachkräfte für neue Zielgruppen attraktiv. Der Gesetzgeber muss dringend eine zeitgemäße Arbeitsteilung zwischen

ärztlichen und nichtärztlichen Berufen in einem allgemeinen Heilberufegesetz regeln. Bei der Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten auf nichtärztliches Personal müssen Haftungsfragen berücksichtigt werden. Die Haftung muss auf die verantwortlichen Berufsgruppen übertragen werden.

■ Befugnisse des nichtärztlichen Rettungsdienstpersonals erweitern

Nicht jeder Notfall erfordert den Einsatz eines Rettungswagens mit Notarzt. Stattdessen müssen verstärkt Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter zum Einsatz kommen. Notwendig dafür sind eine zusätzliche Qualifizierung und eine Erweiterung ihres Aufgabenfeldes. Hierdurch können vorhandene Personalressourcen besser genutzt werden. Erforderlich sind regelmäßige Fortbildungen für Notfallsanitäterinnen sowie Notärzte oder Telenotärztinnen auf Grundlage bundesweit einheitlicher Mindeststandards.

INTEGRIERTE VERSORGUNG KONSEQUENT WEITERENTWICKELN

■ Gemeinsame Bedarfsplanung für ambulanten und stationären Sektor entwickeln

Immer mehr medizinische Eingriffe an der Schnittstelle zwischen ambulant-fachärztlicher sowie der Grund- und Regelversorgung im Krankenhaus können ambulant statt stationär durchgeführt werden. Die Bedarfsplanung muss diese Entwicklung mitgehen. Für die patienten- und qualitätsorientierte Versorgung ist eine gemeinsame Planung des ambulanten und des stationären Versorgungsbereichs notwendig, die das Angebot medizinischer Leistungen möglichst in Einklang mit der Nachfrage bringt und das Nebeneinander nicht abgestimmter Versorgungsangebote und -strukturen beendet. Die gemeinsame Bedarfsplanung muss die bedarfsorientierte Steuerung der Patientinnen und Patienten in die richtige Versorgungsebene ermöglichen.

■ Bestmögliche Versorgung durch gezielte Patientensteuerung

Die medizinische Behandlung muss sowohl nach dem medizinischen Bedarf als auch nach den Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten erfolgen. Wichtig ist eine frühzeitige Erkennung von Gesundheitsrisiken und eine konsequente Steuerung der Patientinnen und Patienten in die für sie richtige Behandlung.

Im Notfall ist eine standardisierte Ersteinschätzung notwendig, um Patientinnen und Patienten gezielt in die medizinisch notwendige Behandlungsebene zu steuern und die Notfallkapazitäten im Krankenhaus effektiv zu nutzen. Um die Versorgung chronisch Erkrankter verlässlich zu steuern, müssen evidenzbasierte Behandlungspfade aufgebaut werden. Zudem braucht es klare Kriterien für die Entscheidung über eine stationäre oder ambulante Behandlung bei planbaren Eingriffen. Grundlage dafür ist die Nutzung einer umfassenden Datenbasis.

■ Integrierte Notfallversorgung unter Einbindung des Rettungsdienstes schaffen

Voraussetzung für eine integrierte Notfallversorgung ist es, den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst, die Notaufnahmen der Krankenhäuser und den Rettungsdienst eng miteinander zu vernetzen. Die neue Bundesregierung muss die Reform der Notfallversorgung rasch wiederaufgreifen. Besonders wichtig ist dabei die Integration des Rettungsdienstes in das Sozialgesetzbuch V. Damit wird Transparenz über den Anspruch der GKV-Versicherten auf medizinische Notfalleistungen geschaffen. Zudem ermöglicht dies bundesweit einheitliche Qualitätsvorgaben für rettungsdienstliche Leistungen. Schließlich entsteht Klarheit über die Zuständigkeiten für die Finanzierung des Rettungsdienstes: Die Kosten für die Inanspruchnahme des Rettungsdienstes sollten über kostendeckende Benutzungsentgelte finanziert werden, Investitionen und Kosten der Vorhaltung hingegen als Teil der Daseinsvorsorge durch die Länder.

■ Hohes Ambulantisierungspotenzial weiter ausschöpfen

Im internationalen Vergleich weist Deutschland einen hohen Anteil an stationär durchgeführten medizinischen Behandlungen auf, die ambulant erfolgen könnten. Das hohe Ambulantisierungspotenzial muss konsequent genutzt, der bestehende Katalog ambulant durchführbarer Operationen und der Hybrid-DRG-Leistungskatalog deutlich erweitert werden. Weniger unnötige Krankenhausaufenthalte liegen nicht nur im Interesse der Patientinnen und Patienten. Dies trägt gleichzeitig dazu bei, personelle Ressourcen auf Seiten der Leistungserbringer und finanzielle Ressourcen auf Seiten der Kostenträger zu schonen, die an anderer Stelle effektiver und effizienter eingesetzt werden können.

■ Trägervielfalt für MVZ erhalten – MVZ wirksam regulieren

Die Bedeutung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) für die flächendeckende medizinische Versorgung hat in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen. Um kooperative, interdisziplinäre Strukturen unter einem Dach aufzubauen, werden Investitionen und, abhängig vom jeweiligen Versorgungsbereich, eine hohe Anschubfinanzierung benötigt. Hierbei kommt investorenfinanzierten MVZ eine wichtige Rolle zu.

Notwendig ist dabei eine wirksame Regulierung, die Monopole verhindert und gleichzeitig einen fairen Wettbewerb um die beste Versorgung sichert. Dazu müssen die Betreiber eines MVZ auf den Praxis-schildern für Patientinnen und Patienten ersichtlich sein und die notwendigen Informationen für ein öffentliches Transparenzregister zusammengeführt werden. Die Deckelung der Marktanteile sollte sich an den bereits etablierten Regelungen des Kartell- und Wettbewerbsrechts orientieren.

KRANKENHAUSSTRUKTUREN QUALITÄTS- UND BEDARFSORIENTIERT REFORMIEREN

■ Stationäre Versorgungsstrukturen modernisieren

Bund und Länder haben den Reformbedarf im stationären Bereich endlich erkannt. Nur wenn die Krankenhauslandschaft in Deutschland dem Bedarf und den Entwicklungen in der Medizin angepasst wird, lassen sich Über- und Fehlversorgung vermeiden sowie die finanziellen und personellen Ressourcen sinnvoll einsetzen. Notwendig ist eine stärkere Bedarfs- und Qualitätsorientierung vor allem durch bundeseinheitliche Qualitätsvorgaben. Nur so entstehen zukunftsfähige und finanzierbare Versorgungsstrukturen.

Die kürzlich verabschiedete Krankenhausreform erreicht diese Ziele jedoch absehbar nicht. Während die ursprünglichen Reformvorschläge noch verbindliche und strikte Qualitätsanforderungen etwa im Rahmen von Versorgungsstufen vorsahen, sind im Gesetzgebungsverfahren zu viele Abstriche gemacht worden. Gleichzeitig führt die Reform für die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler zu erheblichen Kosten – ohne dass es zu notwendigen Strukturanpassungen kommt.

■ Stärkere Konzentration und Spezialisierung für bessere Versorgung

Entscheidend für gute Behandlungsergebnisse ist nicht die Nähe zum nächstgelegenen Krankenhaus, sondern die technische Ausstattung sowie erfahrenes und ausreichendes Personal. Deshalb sollten grundsätzlich nur solche Krankenhäuser Patientinnen und Patienten behandeln, die dafür technisch und personell ausgestattet sind. Notwendig sind verbindliche Versorgungsstufen mit klaren und detaillierteren Qualitätsanforderungen in Verbindung mit Leistungsgruppen, die als Basis für die Krankenhausplanung dienen. Damit könnten Krankenhäuser nur die Leistungen erbringen, für die sie entsprechend ausgestattet sind. Dies verbessert die Patientensicherheit und bündelt die begrenzten personellen und finanziellen Ressourcen.

Im Rahmen einer gestuften Versorgung ist gleichzeitig eine ausdifferenzierte Leistungserbringung notwendig: Insbesondere die Behandlungen, die eine qualitative Expertise und ein multiprofessionelles Team erfordern, sollten an den entsprechenden Krankenhausstandorten konzentriert werden. Nur an diesen Standorten finden Diagnostik, Therapiefestlegung sowie notwendige Eingriffe statt. Sobald die individuellen Behandlungsbedarfe festgelegt und notwendige Interventionen durchgeführt wurden, kann eine weitere Versorgung in Wohnortnähe und damit eine Verlegung der Patientinnen und Patienten erfolgen. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen dabei in engem Kontakt und Austausch zur weiteren stationären Versorgung – telemedizinische Angebote können dabei unterstützen.

■ **Bundeseinheitlichen Rahmen für mehr Qualität setzen**

Der Erfolg einer Krankenhausstrukturreform steht und fällt mit einem länderübergreifenden einheitlichen Rahmen für mehr Qualität und damit Patientensicherheit in der stationären Versorgung. Besonderes Augenmerk fällt dabei nun auf die von Bund und Ländern zu beschließenden Verordnungen zu Leistungsgruppen und Mindestvorhaltezahlen. Denn die Qualität der Krankenhausversorgung darf nicht zwischen den Bundesländern variieren und muss gleichbleibend hoch sein. Daher bedarf es einheitlicher Vorgaben seitens des Bundes auch bei der Zuordnung von Leistungsgruppen zu den Krankenhausstandorten. Die Bundesländer müssen diese verpflichtend anwenden. Abweichungen müssen auf ein Minimum begrenzt, befristet und mit entsprechenden Zielvorgaben erfolgen. Gleichzeitig dürfen sie nur im Einvernehmen mit den Kostenträgern im jeweiligen Bundesland Anwendung finden. Schließlich sollten alle Ausnahmeregelungen in den Bundesländern im Transparenzregister veröffentlicht und regelmäßig aktualisiert werden. Ziel muss sein, dass die Patientinnen und Patienten ausreichend Transparenz über die für sie notwendigen Versorgungsangebote erhalten.

Strukturvorgaben zur Qualitätssicherung sollten dabei in bewährter Weise evidenzbasiert vom G-BA erlassen und nicht Gegenstand der politischen Auseinandersetzung zwischen Bund und Ländern werden. So wird eine bundesweit einheitliche Mindestqualität bei der Leistungserbringung sichergestellt. Der G-BA muss dabei zwingend an der Festlegung der Mindestqualitätsvorgaben zu den Leistungsgruppen beteiligt sein.

ARZNEIMITTELVERSORGUNG – KRISEFEST UND BEZAHLBAR HALTEN

■ **Liefersicherheit von Arzneimitteln erhöhen**

Trotz zahlreicher politischer Initiativen in den letzten Jahren kommt es immer wieder zu Lieferschwierigkeiten auch bei versorgungsrelevanten Medikamenten. Um die Versorgungssicherheit vor dem Hintergrund zunehmender geopolitischer Risiken zu erhöhen, bedarf es entschlossener Maßnahmen auf nationaler und europäischer Ebene. Dazu zählen die Stärkung der Arzneimittelproduktion insbesondere für versorgungskritische Arzneimittel, die Diversifizierung der Lieferketten sowie ein einheitlicher Rahmen für die Einfuhr und Zulassung von Arzneimitteln aus Drittstaaten.

Im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen müssen die erfolgreich etablierten Rabattverträge als wettbewerbliche Liefersicherungsverträge genutzt werden. Denn Arzneimittel-Rabattverträge sind das beste Mittel, um Lieferung und Bedarfsmenge zu planen, Lieferverpflichtungen zu verankern sowie die Herstellerketten-Resilienz zu berücksichtigen.

■ AMNOG-Verfahren erhalten und fortentwickeln

Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen durchlaufen seit dem Jahr 2011 das Verfahren nach dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG). Der gute Zugang zu neuen Arzneimitteln in Deutschland zeigt, dass sich das System bewährt hat.

Eine große Herausforderung stellt jedoch die immer größer werdende Zahl hochpreisiger Arzneimittel im Bereich neuer Therapien dar, etwa in der Onkologie. Das AMNOG bedarf daher einer Weiterentwicklung: So sollten künftig die Evidenz und der Preis eines neuen Arzneimittels Kriterien dafür sein, wie intensiv dessen Einführung in Deutschland gesteuert wird. Die Markteinführung neuer Arzneimittel mit schwacher Evidenz und hohem Preis erfordert dabei besondere Aufmerksamkeit. Bei Arzneimitteln mit deutlich eingeschränkter Evidenz müssen zügig weitere Daten zu Risiken und Nutzen gewonnen werden. Bei hochpreisigen Medikamenten sollte die Verordnung auf besonders qualifizierte Schwerpunktpraxen oder Krankenhäuser beschränkt werden – bei gleichzeitiger Anwendungsforschung. Diese anwendungsbegleitende Datenerhebung soll insbesondere auch bei Arzneimitteln zum Einsatz kommen, die ihr Produktversprechen nicht halten und daher neu bewertet werden müssen.

Das bisher nicht genutzte Instrument der Kosten-Nutzen-Bewertung sollte als optionale Ergänzung zur frühen Nutzenbewertung auf Antrag der Krankenkassen drei bis fünf Jahre nach Markteinführung durchgeführt werden können. Wegen des hohen Aufwandes sollte die Kosten-Nutzen-Bewertung jedoch nur bei bedeutsamen Wirkstoffen mit einer möglichen Umsatzschwelle Anwendung finden.

■ Zusatznutzen auch bei Orphan Drugs nachweisen

Eine weitere Herausforderung stellen Arzneimittel gegen seltene Erkrankungen dar, so genannte Orphan Drugs. Bei Markteintritt neuer Orphan Drugs stehen in der Regel zu wenige und qualitativ unzureichende Daten über den tatsächlichen Patientennutzen zur Verfügung. Um Anreize für deren Entwicklung zu schaffen, wird in Deutschland ein Zusatznutzen losgelöst von der konkreten Datenlage anerkannt. Im Interesse der Patientinnen und Patienten sollten jedoch auch für Orphan Drugs spätestens ab Markteintritt verpflichtend valide Daten zum Zusatznutzen erhoben werden und schnellstmöglich Eingang in die Preisverhandlungen finden. Der Gesetzgeber muss die Sonderstellung der Orphan Drugs im Rahmen einer umfassenden AMNOG-Reform zwingend überarbeiten.

HILFSMITTELVERSORGUNG QUALITÄTSORIENTIERT AUSRICHTEN

■ Qualität in der Hilfsmittelversorgung fördern

Um auch in Zukunft eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Hilfsmittelversorgung zu gewährleisten, bedarf es einer stärkeren Qualitätsorientierung. Dazu muss es den Krankenkassen wieder ermöglicht werden, die Versorgung auch im Rahmen von Ausschreibungen sicherzustellen. Damit kann die Krankenkasse den Versicherten mit Blick auf individuellen Bedarf und Kosten ein bestmögliches Versorgungsangebot unterbreiten.

Die Versicherten sollen gleichzeitig von einer guten und hochwertigen Versorgung profitieren, ohne durch Mehrkosten oder Aufzahlungen belastet zu werden. Im Versorgungsprozess ist deshalb eine größere Transparenz für die Krankenkassen notwendig, insbesondere bei der Beratung durch die Leistungsanbieter zu etwaigen Mehrkosten. Denn zu einer guten Qualität gehört auch eine umfassende und kompetente Beratung.

■ Chancen der Digitalisierung nutzen

Die Digitalisierung bietet auch in der Hilfsmittelversorgung neue Möglichkeiten etwa bei der Hilfsmittelherstellung und -anpassung. So können durch eine stärker digitale Hilfsmittelversorgung individuelle Bedürfnisse besser berücksichtigt werden. Um die Effizienz in der Hilfsmittelversorgung zu steigern und den Versicherten zeitgemäße Produkte und Betreuung zu bieten, ist daher eine konsequente Förderung digitaler Lösungen in der Hilfsmittelversorgung nötig.

PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG STÄRKEN

Mit dem Ziel, Krankheiten vorzubeugen, den Umgang mit Erkrankungen zu erlernen und die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten und zu verbessern ist in Deutschland ein breites Angebot von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung aufgebaut worden, unter wesentlicher Beteiligung der gesetzlichen Krankenkassen. Es sollte erhalten und zielgerichtet weiterentwickelt werden. Dabei müssen Aufgabenbereiche sowie Finanzierungsverantwortung klar berücksichtigt werden.

■ Beratung Versicherter mit besonderem Unterstützungsbedarf durch Krankenkassen

Die Nutzung digitaler Versorgungsdaten kann Aufschluss über das Gesundheitsrisiko von Versicherten geben. Krankenkassen können ihren Versicherten damit mehr passgenaue und auf ihre individuellen Risiken ausgerichtete Informationen geben und ihnen zugleich gezielte Präventionsangebote unterbreiten.

Patientinnen und Patienten, die an schwerwiegenden Erkrankungen leiden oder schwerwiegenden Gesundheitsgefährdungen ausgesetzt sind, stehen bei der Bewältigung ihrer alltäglichen gesundheitlichen Situation vor hohen Anforderungen. Wichtig ist, dass Betroffene in diesen Situationen unterstützt werden, sei es, um sich einen Überblick über bestehende Hilfeangebote zu verschaffen, sei es, um sich im Geflecht der Zuständigkeiten der verschiedenen Leistungsträger und der jeweiligen Leistungsvoraussetzungen zurechtzufinden. Die Versicherten sollten bei entsprechendem Bedarf gegenüber ihrer Krankenkasse einen Anspruch auf eine breit angelegte Beratung haben.

Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung muss es dabei sein, den Versicherten über eine individuelle Versorgungsberatung Unterstützung und Hilfestellung bei der Inanspruchnahme notwendiger medizinischer, pflegerischer, gesundheitsfördernder und sozialer Hilfen zu geben. Der neue krankenversicherungsrechtliche Beratungsanspruch sollte dabei auch Ansätze aufgreifen, die sich bei dem in der sozialen Pflegeversicherung etablierten Beratungsanspruch (§ 7a SGB XI) bereits bewährt haben.

■ Präventionsaufgaben der Krankenkassen erhalten

Die Krankenkassen spielen eine zentrale Rolle bei der Prävention und Gesundheitsförderung in der Bevölkerung. Sie bieten eine Vielzahl von zertifizierten Präventionsprogrammen und Gesundheitskursen an, um die Gesundheit ihrer Versicherten zu fördern. Denn individuelle verhaltensbezogene Angebote der Primärprävention, die zu einer gesundheitsbewussten Lebensweise beitragen, haben einen erwiesenermaßen hohen gesundheitlichen Nutzen für die Versicherten. Finanzielle Mittel, die bislang für krankenkassenindividuelle und qualitätsgesicherte Präventionsangebote vorgesehen sind, müssen den Krankenkassen daher auch weiterhin in vollem Umfang zur Verfügung stehen.

■ „Pakt für den ÖGD“ weiterfinanzieren

Die Förderung von öffentlicher Gesundheit und Krankheitsverhütung ist eine wesentliche Aufgabe der öffentlichen Daseinsvorsorge. Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) mit den Gesundheitsämtern ist dabei der zentrale Akteur. Angesichts der Corona-Pandemie haben Bund und Länder 2020 einen „Pakt für den ÖGD“ geschlossen. Insgesamt hat der Bund dabei etwa vier Milliarden Euro bereitgestellt. Mit diesen Mitteln wurden Personal und Strukturen aufgebaut und die Digitalisierung beschleunigt.

Es wäre kontraproduktiv, wenn der Pakt im Jahr 2026 auslaufen und damit Fördermittel wegfallen würden. Es reicht nicht aus, für einen begrenzten Zeitraum Fördermittel bereitzustellen, wenn die damit aufgebaute Infrastruktur und der Personalstamm anschließend nicht erhalten werden können. Der Staat muss sich zum ÖGD bekennen und Steuermittel bereitstellen, um den ÖGD langfristig und nachhaltig zu stärken.

IV.

GKV-Finanzen konsolidieren

Die Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung hat sich in den letzten Jahren erheblich verschärft. Maßgeblich hierfür sind neben Kostensteigerungen durch den medizinischen-technischen Fortschritt und eine alternde Bevölkerung besonders die ausgabenintensiven Gesetze der vergangenen Legislaturperioden. Dringend notwendig sind strukturelle Maßnahmen sowohl zur Stabilisierung der Einnahmen des Gesundheitsfonds als auch zur Begrenzung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen, die zu einer langfristigen Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems beitragen. Schon jetzt erreichen die Beiträge der GKV-Mitglieder mit dem massiven Anstieg des Zusatzbeitragsatzes ein Rekordniveau, das die Akzeptanz des beitragsfinanzierten Gesundheitssystems zunehmend gefährdet und die Lohnnebenkosten in Deutschland in die Höhe treibt. Darüber hinaus muss der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich umfassend weiterentwickelt werden, damit Krankenkassen für die Versorgung ihrer Versicherten die notwendigen Finanzmittel zugewiesen bekommen.

KASSENFINANZAUSGLEICH FAIR GESTALTEN

■ Risikostrukturausgleich weiterentwickeln

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) ist seit seiner Einführung als lernendes System angelegt. Er muss umfassend weiterentwickelt werden, um Risikoselektion von Versicherten im System der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zu begünstigen, einen fairen Wettbewerb unter den Kassen zu ermöglichen und die Morbiditätsrisiken zielgenauer abzusichern.

Nach der Reform des Morbi-RSA im Rahmen des Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb und der Vorlage der bisher gesetzlich vorgesehenen Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesamt für Soziale Sicherung zur Überprüfung der neu eingeführten Elemente, ist weiterer Handlungsbedarf erkennbar. Denn in seiner derzeitigen Ausgestaltung zeigt der Morbi-RSA weiteren Anpassungsbedarf in der Zuweisungssystematik: Es gibt stark unterdeckte Versichertengruppen, zu denen insbesondere erkrankte und ältere Patientinnen und Patienten gehören. Für diese Versicherten erhalten Krankenkassen mit höherem Versorgungsaufwand nicht die notwendigen, kostendeckenden Finanzmittel. Daher müssen Zuweisungen für überdeckte Versichertengruppen reduziert und unterdeckten Versichertengruppen zugeführt werden.

■ Manipulationsbremse abschaffen

Fehlentwicklungen im Kassenfinanzausgleich zeigen sich auch bei der so genannten Manipulationsbremse, die in Verbindung mit dem Vollmodell in den Morbi-RSA eingeführt wurde. Die Manipulationsbremse verfehlt das politische Ziel, Manipulation bei der Kodierung von Krankheiten vorzubeugen oder zu verhindern. Vielmehr führt sie zu einer systematischen Benachteiligung von Krankenkassen mit einer hohen Morbidität, so ein Ergebnis des Gutachtens des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesamt für Soziale Sicherung. Greift die Manipulationsbremse, so fließen die Zuweisungen an die Kassen nicht länger auf Grundlage einer spezifischen Krankheitslast der Versicherten. Stattdessen werden die freigewordenen Mittel nach den allgemeinen, nicht an der Krankheitslast orientierten Kriterien umverteilt. Davon profitieren Kassen mit gesünderen Versicherten und geringerer Krankheitslast.

Diese Fehlentwicklung muss kurzfristig korrigiert werden, indem die Manipulationsbremse im Morbi-RSA zurückgenommen wird. Notwendig ist eine faire Verteilung der Beitragsmittel, damit Krankenkassen unabhängig von der Zusammensetzung ihrer Versichertenstruktur ausreichend finanzielle Mittel für die Versorgung erhalten.

KEINE BEITRAGSMITTEL FÜR STAATLICHE AUFGABEN VERWENDEN

■ Öffentliche Aufgaben nicht über Beitragsgelder finanzieren

Vor dem Hintergrund der angespannten finanziellen Lage der gesetzlichen Krankenversicherung muss konsequent zwischen steuerfinanzierten und beitragsfinanzierten Leistungen unterschieden werden. Die Finanzierung GKV-fremder Leistungen aus Steuermitteln ist daher dringend geboten: Beitragsmittel der gesetzlich Versicherten dürfen nicht für staatliche Aufgaben zweckentfremdet werden. So liegt etwa die Pauschale, die der Bund an die gesetzliche Krankenversicherung für die gesundheitliche Versorgung von Bürgergeldbeziehern zahlt, seit Jahren weit unter den tatsächlichen Leistungsausgaben für diese Versichertengruppe. Auch ist die Finanzierung zum Beispiel der gematik, von Ausbildungskosten für Gesundheitsberufe sowie der Krebsregister nicht Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern die der öffentlichen Hand.

Auch die Bereitstellung der Krankenhausstrukturen ist Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge und liegt damit nicht in der finanziellen Verantwortung der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler. So ist es die verfassungsrechtliche und gesetzliche Pflicht der Bundesländer, die Kosten für die Investitionen der Krankenhäuser zu tragen. Dennoch kommen die Länder dieser Verpflichtung seit Jahrzehnten nicht ausreichend nach. Die Bundesländer müssen deshalb endlich die Investitionsmittel für Krankenhäuser signifikant erhöhen.

Bei der Umsetzung der Krankenhausreform und des darin vorgesehenen Krankenhaus-Transformationsfonds werden die gesetzliche Krankenversicherung – und damit die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler – künftig dauerhaft an der Finanzierung der Krankenhausstrukturen beteiligt. So wird die gesetzliche Krankenversicherung verpflichtet, innerhalb der nächsten zehn Jahre bis zu 25 Milliarden Euro aus Beitragsgeldern zur Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen aufzubringen. Diese systemwidrige Zweckentfremdung von Versichertengeldern muss in der kommenden Legislaturperiode rückgängig gemacht werden.

■ Gesetzlich geregelten Bundeszuschuss zur GKV regelhaft dynamisieren

Der seit Jahren unveränderte Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen muss die wachsende Ausgabendynamik in der gesetzlichen Krankenversicherung abbilden. Der Gesetzgeber darf die Höhe des Steuerzuschusses nicht willkürlich bestimmen, sondern muss sich an festen Kriterien wie der Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung orientieren. Hierzu könnten die vorangegangenen drei Jahre als Orientierung dienen.

VERANTWORTUNGSVOLLER UMGANG MIT BEITRAGSGELDERN – AUSGABENDYNAMIK

BEGRENZEN

■ Kostenentwicklung im stationären Bereich deutlich dämpfen

Die Ausgabensteigerungen im Krankenhausbereich haben sich dramatisch entwickelt. Allein im Jahr 2023 hat die gesetzliche Krankenversicherung 94 Milliarden Euro nur für Krankenhausleistungen ihrer Versicherten aufgebracht. Auch im Jahr 2024 hat sich der rasante Ausgabenanstieg fortgesetzt mit Kosten von inzwischen deutlich mehr als 100 Milliarden Euro. Prognosen zeigen einen ähnlichen Anstieg für 2025. Wesentlicher Treiber der Ausgabenentwicklung sind einerseits die gestiegenen Sachkosten. Andererseits führt die zunehmende Selbstkostendeckung bei der Krankenhausfinanzierung zu höheren Kosten, vor allem durch die Einführung der Pflegebudgets im Jahr 2020.

Auch mit der Umsetzung der Krankenhausreform ist ein weiterer Kostenschub zu erwarten. Die Gründe dafür liegen zum Beispiel in der Einführung neuer Personalbemessungsinstrumente oder der vollständigen Finanzierung von Tarifsteigerungen. Durch die Selbstkostendeckung werden die Kliniken aus der Verpflichtung zum wirtschaftlichen Handeln entlassen, die finanziellen Konsequenzen tragen die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler. Um eine immer stärkere Belastung der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler zu verhindern, sind dringend effizienzsteigernde und ausgabenstabilisierende Maßnahmen nötig sowie die Abkehr vom Trend zur Selbstkostendeckung.

■ Umsatzsteuer bei Arznei- und Hilfsmitteln senken

Eine kurzfristige Maßnahme zur Entlastung der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung stellt eine Absenkung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel und Hilfsmittel von 19 auf den ermäßigten Steuersatz von sieben Prozent dar. Jährlich zahlen Versicherte rund sechs Milliarden Euro Mehrwertsteuer an den Staat. Im europäischen Vergleich weist Deutschland damit einen der höchsten Steuersätze in diesem Bereich auf, in einigen Ländern sind Arzneimittel sogar vollständig von der Mehrwertsteuer befreit. Überdies würde die Vereinheitlichung des Mehrwertsteuersatzes für alle Hilfsmittel zur Entbürokratisierung beitragen.

■ Herstellerabschlag auf Arzneimittel erhöhen

Die gesetzliche Krankenversicherung verzeichnet seit Langem erhebliche Steigerungen bei den Arzneimittelausgaben. Treiber des Ausgabenanstiegs sind dabei vor allem patentgeschützte Arzneimittel und innovative Therapien. Auch der Wegfall des erhöhten Herstellerabschlags seit Anfang 2024 spielt eine wesentliche Rolle.

Um die finanzielle Stabilität der Krankenkassen kurzfristig zu sichern und eine weitere Belastung der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler durch steigende Arzneimittelausgaben zu vermeiden, sollte der Herstellerabschlag wieder auf zwölf Prozent angehoben werden. Damit werden auch die Unternehmen der pharmazeutischen Industrie angemessen an der Finanzierung des Gesundheitssystems beteiligt.

■ Budgets sichern Qualität und Wirtschaftlichkeit

Die Budgetsystematik in der vertragsärztlichen Versorgung hat sich bewährt und sichert medizinische Qualität und Wirtschaftlichkeit. Eine Abschaffung der Budgetierung ist der falsche Weg, da sie das einzige Instrument zur wirksamen Mengenbegrenzung ist. Beim Wegfall der Budgetierung ist mit einer medizinisch nicht begründbaren Leistungsausweitung und erheblichen Mehrkosten für die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung zu rechnen.

Notwendig ist darüber hinaus, den extrabudgetären Anteil der Vergütung von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zu verringern. Die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Budgets muss der Regelfall sein. Inzwischen machen extrabudgetäre Leistungen jedoch mehr als 40 Prozent der ärztlichen Vergütung aus, mit steigender Tendenz. Der ursprüngliche Gedanke der extrabudgetären Vergütung war, bestimmte Leistungen vorübergehend durch einen finanziellen Anreiz zu fördern. Leistungen, die auf Dauer im Versorgungsalltag etabliert sind, sollten in die Gesamtbudgets überführt werden.

EINHEITLICHE AUFSICHT FÜR DIE GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG SCHAFFEN

■ Bundesweite Aufsicht für alle Kassen durch BAS durchsetzen

Die unterschiedliche Aufsichtspraxis der Behörden von Bund und Ländern wird in allen Bereichen der Krankenversicherung deutlich und hat massive wettbewerbliche Auswirkungen auf die Krankenkassenlandschaft. So entscheiden Bundesaufsicht und Landesaufsichten in den Bereichen des Haushalts-, Vertrags- und Leistungsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung regelmäßig uneinheitlich und teilweise widersprüchlich. Eine einheitliche Bundesaufsicht für alle Kassen durch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) ist aber Voraussetzung für einen fairen Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen. Sichergestellt werden muss ein einheitliches Aufsichtshandeln nicht nur im Bereich der Haushalts- und Finanzaufsicht, sondern auch über das Vertrags- und Versorgungsmanagement der Krankenkassen.

■ Gemeinsame Datenschutzaufsicht einrichten

Die unterschiedliche Auslegung der Datenschutzregelungen durch Bundes- und Landesaufsichten hat ungleiche Wettbewerbsbedingungen für gesetzliche Krankenkassen auch bei Digitalangeboten zur Folge. Die Bundesregierung hat das Problem erkannt, jedoch zuletzt mit dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz nicht gelöst. Eine gemeinsame Aufsicht ist notwendig, um künftig ein einheitliches Handeln der zuständigen Datenschutzbehörden zu gewährleisten. Bislang stimmen diese ihr Aufsichtshandeln nur teilweise miteinander ab. Wichtig ist, dass die Krankenkassen mit den Daten vollumfänglich für das Gesundheitswohl der Patientinnen und Patienten agieren können. Versicherten muss ermöglicht werden, auf Wunsch ihre Daten für die Forschung zur Verfügung zu stellen.

Pflegeversicherung zukunftsfest machen

Mehr als 80 Prozent aller pflegebedürftigen Menschen in Deutschland werden zu Hause von ihren Angehörigen, Nachbarn oder mit Hilfe ambulanter Pflegedienste versorgt. Das Prinzip „ambulant vor stationär“ wird in Deutschland gelebt, die ambulante Pflege muss jedoch weiter gestärkt werden. So benötigen Pflegebedürftige und ihre Angehörigen organisatorische und finanzielle Entlastungen. In Zukunft sollten Pflegebedürftige auch eine quartiersnahe Versorgung wählen können.

Indes steigt die Zahl der Pflegebedürftigen stark an, auch die Dauer der Pflegebedürftigkeit hat sich in den letzten Jahren fast verdoppelt. Die steigenden Kosten für die pflegerische Versorgung setzen das System unter finanziellen Druck. Um das beitragsfinanzierte Teilleistungssystem und die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler zu entlasten, muss die soziale Pflegeversicherung von versicherungsfremden Leistungen befreit werden. Darüber hinaus müssen die Bundesländer die Kosten für Investitionen und Ausbildungsstrukturen übernehmen.

PFLEGEBEDÜRFTIGE UND IHRE ANGEHÖRIGEN ENTLASTEN

■ Leistungsbeträge regelmäßig dynamisieren

Die allgemeine Preisentwicklung wirkt sich auch auf die Pflegeversicherungsleistungen aus. Um eine schleichende Entwertung von Pflegeleistungen dauerhaft zu vermeiden und vor allem die ambulante pflegerische Versorgung zu fördern, ist es erforderlich, die Leistungsbeträge regelmäßig anzupassen. Zur Entlastung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen sollten die Leistungsbeträge daher jährlich in Anlehnung an die Grundlohnrate (oder die Inflation) dynamisiert werden.

■ Quartiersnahe Versorgung sicherstellen

Eine Möglichkeit, der wachsenden Nachfrage Pflegebedürftiger nach Verbleib in der gewohnten Umgebung gerecht zu werden, bieten quartiersnahe Versorgungsmodelle wie betreutes Wohnen, Pflege-Wohngemeinschaften oder Mehrgenerationenhäuser. Diese Modelle erleichtern den Zugang zur Pflege, zur Gesundheitsversorgung und zur Unterstützung im Alltag. Gleichzeitig stärken sie die soziale Teilhabe Pflegebedürftiger. Pflegenden Angehörigen können dabei die professionelle ambulante Versorgung in der Häuslichkeit der Pflegebedürftigen weiterhin unterstützen. Für eine bedarfsgerechte Versorgung sollte der Zugang zur Pflege in quartiersnahen Wohnformen erleichtert werden.

Wichtig ist dabei, die Wirtschaftlichkeit dieser Versorgungsform sicherzustellen und Länder und Kommunen an der Finanzierung von quartiersnahen Wohnformen zu beteiligen. Dies gilt besonders für gesamtgesellschaftliche Aufgaben wie den Bau von barrierefreien Wohnungen und die Sicherstellung bezahlbarer Mieten für Pflegebedürftige.

■ Transparenz über das pflegerische Angebot in den Ländern schaffen

Die Suche Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen nach knapper werdenden Angeboten der pflegerischen Versorgung sollte erleichtert werden. Sowohl im Krankenhausbereich als auch in der Pflege fehlen belastbare Informationen über freie Kapazitäten. Transparenz über die verfügbaren Plätze würde durch Berichts- und Monitoringformate entstehen. Ein Beispiel hierfür ist der Pflegeheimfinder in Nordrhein-Westfalen, der eine Suche nach freien Kurzzeit- und Dauerpflegeplätzen ermöglicht. Diese Hilfestellung erleichtert auch den Sozialdiensten der Krankenhäuser das Entlassmanagement.

■ Steuerfinanzierte Pflegezeit für Angehörige prüfen

Die Angebote der darlehensbasierten Familienpflegezeit werden von pflegenden Angehörigen bislang wenig in Anspruch genommen. Menschen, die ihre Berufstätigkeit für die Pflege von Angehörigen (zeitweilig) aufgeben, sollten daher staatliche Unterstützung zur Sicherung ihres Lebensunterhalts ohne die Verpflichtung zur Rückzahlung erhalten können. Dazu muss die Einführung einer steuerfinanzierten Pflegezeit geprüft werden. Diese könnte pflegenden Angehörigen in Anlehnung an die Elternzeit, also für einen begrenzten Zeitraum und abhängig von der Höhe des Einkommens, finanzielle Unterstützung bringen.

SOZIALE PFLEGEVERSICHERUNG ALS TEILLEISTUNGSSYSTEM STÄRKEN

■ Länder müssen mehr in die Pflegeinfrastruktur investieren

Die Länder sind für die Vorhaltung einer leistungsfähigen und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur verantwortlich. Die Finanzierung der notwendigen Investitionskosten liegt bei den Bundesländern. Investitionskosten müssen transparent sein und sollten deshalb Teil der Pflegesatzverhandlungen werden. Auch die Kosten für die Digitalisierung gehören zu den Investitionskosten.

Um den steigenden Bedarf der Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen nach qualitativ hochwertigen Betreuungskonzepten erfüllen zu können, sind mehr Investitionen der Bundesländer zur Förderung von Tages- und Kurzzeitpflegeplätzen notwendig. Ansonsten können die entsprechenden Leistungen nicht adäquat abgerufen werden. Auch für Kinder und Jugendliche gibt es zu wenig Kurzzeitpflegeplätze. Die Länder müssen den genauen Bedarf künftig regelmäßig feststellen und strukturell mit Fördermitteln absichern.

■ Soziale Pflegeversicherung von gesamtgesellschaftlichen Kosten entlasten

Zur Stabilisierung der sozialen Pflegeversicherung ist nicht nur eine Finanzierungsreform notwendig, sondern auch eine klare Abgrenzung der Zuständigkeiten für die Finanzierung zwischen Bund, Ländern und der Pflegeversicherung.

So stellt die Finanzierung der Ausbildung von Pflegekräften und sonstigem Gesundheitspersonal in Pflegeeinrichtungen eine öffentliche Aufgabe dar und muss grundsätzlich über Steuern finanziert werden. Bislang wird jedoch der Großteil der generalistischen Pflegeausbildung durch die gesetzliche Krankenversicherung und die Pflegebedürftigen getragen. Die Bundesländer stehen finanziell in der Pflicht, die ständig steigenden Eigenanteile der Pflegebedürftigen zu begrenzen.

■ Bund muss Sozialversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige tragen

Die Finanzierung der Renten- und Arbeitslosenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, verantwortlich dafür darf nicht die soziale Pflegeversicherung sein, sondern der Bund. Eine schnelle Umsetzung dieses politisch bereits breit diskutierten Vorhabens ist notwendig, um die Pflegeversicherung finanziell zu entlasten.

■ Finanzausgleich zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung einführen

Die Leistungsansprüche in der sozialen und der privaten Pflegeversicherung sind identisch. Durch die günstigere Altersverteilung und Pflegeprävalenz weist die private Pflegeversicherung ein deutlich geringeres Ausgabenniveau auf. Bei gleichem Leistungsrecht und identischen Beurteilungskriterien sind die

durchschnittlichen Leistungsausgaben der privaten Pflegeversicherung weitaus niedriger als die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung. Die private Pflegeversicherung verfügt zudem über erhebliche Rücklagen. Es ist daher wichtig, einen solidarischen Finanzausgleich zwischen beiden Systemen einzuführen, um die soziale Pflegeversicherung erheblich zu entlasten.

PFLEGE DURCH DIGITALISIERUNG ENTLASTEN

■ **Alle Leistungserbringer schnellstmöglich an Telematikinfrastruktur anbinden**

Ab Mitte 2025 müssen sich auch Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur (TI) anschließen. Ziel ist ein schneller und sicherer Austausch von Daten, der zu effizienteren Prozessen und zur Arbeitsentlastung von Fachkräften führt. Der digitale Austausch von Befunden und Medikationsplänen zwischen Arztpraxen und Pflegediensten verbessert die medizinische Behandlung der Pflegebedürftigen. Auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit soll auf diese Weise erleichtert werden. Die Anbindung der Heil- und Hilfsmittelerbringer an die TI ist für die Pflege besonders wichtig, weil diese Versorgungsbereiche für Pflegebedürftige von besonderer Bedeutung sind. Entscheidend ist, dass sich alle Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste an die TI anschließen. Voraussetzung dafür ist der flächendeckende Zugang zum Internet, der in stationären Einrichtungen noch nicht sichergestellt ist.

■ **Telepflegerische Angebote ausbauen**

Telepflegerische Angebote unterstützen den Grundsatz „ambulant vor stationär“, da Pflegebedürftige mit Hilfe dieser Angebote länger in der eigenen Häuslichkeit versorgt werden können. Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels kann der Einsatz telepflegerischer Angebote eine wichtige Unterstützung in der Pflege sein. Für die Anwendung der neuen Angebote ist die Vermittlung digitaler Kompetenzen wichtig, diese wären ein sinnvoller Bestandteil der Pflegeausbildung.

PFLEGEBERUFE ATTRAKTIVER MACHEN

■ **Pflegeberufe durch gute Aus- und Weiterbildung attraktiver machen**

Die Generalisierung der Pflegeausbildung und der Wegfall des Schulgeldes waren wichtige Schritte zur Aufwertung der Pflegeberufe, dadurch wird auch ein Wechsel der Pflegefachkräfte zwischen allen Bereichen der Pflege leichter möglich. Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten sowie Studiengänge in den Pflegeberufen müssen gut aufeinander abgestimmt werden, um den Pflegekräften fachliche Aufstiegschancen und bessere Verdienstmöglichkeiten zu eröffnen sowie eine qualitativ hohe Versorgung besonders bei komplexen Leistungen zu gewährleisten.

■ **Effizienter Einsatz professioneller Pflege**

Je nach individuellem Bedarf benötigen Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser Pflegekräfte mit unterschiedlichen Qualifikationen. Für den effizienten Einsatz professioneller Pflegekräfte ist die eindeutige Beschreibung der Tätigkeiten und Verantwortlichkeiten der unterschiedlichen Berufsgruppen notwendig. Dies ermöglicht eine klare Arbeitsteilung von Pflegehilfskräften, Pflegefachkräften und akademisch ausgebildeten Fachkräften. Die kommende Regierung muss den Impuls aus dem ursprünglich geplanten Pflegekompetenzgesetz weiterverfolgen.

Impressum

Herausgeber

BARMER
Postfach 110704
10837 Berlin

Verantwortlich für den Inhalt

Verwaltungsrat
Vorstand

Realisierung

Abteilung Politik
Abteilung Unternehmenskommunikation

Redaktion

Ruth Rumke
Albrecht Walther
Susanna Weineck

Bild

AVTG/stock.adobe.com

© BARMER, Dezember 2024