

Für eine leistungsfähige und finanzierbare gesetzliche Krankenversicherung

BDA-Konzept zur Neuordnung der gesetzlichen Krankenversicherung

15. November 2022

Zusammenfassung

Der Gesundheitssektor ist ein bedeutender Wachstumsbereich, der Innovationen fördert und wegen seiner Personalintensität auch erhebliche Arbeitsmarktrelevanz hat. Die überdurchschnittlich guten Wachstumsperspektiven des Gesundheitssektors gründen auf dem demographiebedingt zu erwartenden Anstieg des Behandlungsbedarfs und neuen Behandlungsmöglichkeiten.

Soweit das Wachstum in diesem Bereich über eine lohnbezogene Finanzierung zu steigenden Personalzusatzkosten bzw. Arbeitskosten führt, entsteht daraus jedoch gesamtwirtschaftlich ein schwerwiegendes Beschäftigungshemmnis sowie eine Bremse für das Wirtschaftswachstum insgesamt. Genau das ist der Fall bei der gesetzlichen Krankenversicherung. Ohne durchgreifende Reformen droht hier ein deutlicher Anstieg der Beiträge. Erforderlich sind daher Maßnahmen, die einerseits die Aufrechterhaltung einer ausreichenden Versorgung sicherstellen und eine weiter dynamische Entwicklung der Gesundheitswirtschaft ermöglichen, andererseits aber auch die Finanzierungskosten der gesetzlichen Krankenversicherung und die Belastung des Faktors Arbeit begrenzen.

Zur Effizienzsteigerung und Ausgabenbegrenzung in der gesetzlichen Krankenversicherung sind insbesondere folgende Maßnahmen unverzichtbar:

- Der Wettbewerb im Gesundheitswesen muss auf allen Ebenen intensiviert werden. Vertragsfreiheit für die Krankenkassen – unter Beachtung kartellrechtlicher Vorschriften – ist eine zentrale Voraussetzung für einen kosten senkenden und Qualität sichernden Wettbewerb.
- Der Leistungskatalog muss auf eine Basissicherung konzentriert werden. Hierzu muss insbesondere sichergestellt werden, dass künftig grundsätzlich nur noch solche Leistungen von den Krankenkassen übernommen werden, deren Nutzen und Wirtschaftlichkeit nachgewiesen sind. Darüber hinaus sollten für möglichst viele Indikationen verbindliche evidenzbasierte Versorgungsleitlinien entwickelt werden.
- Die Eigenverantwortung der Versicherten ist auszubauen. Hierzu bedarf es einer besseren Kostentransparenz und mehr Selbstbeteiligung, insbesondere in den Bereichen, in denen eine steuernde Wirkung auf das Verhalten der Versicherten zu erwarten ist.



Das beste Finanzierungskonzept für die gesetzliche Krankenversicherung ist das Gesundheitsprämienmodell. Mit ihm wird der Automatismus durchbrochen, dass sich steigende Finanzierungserfordernisse negativ auf die Entwicklung der Arbeitskosten auswirken und damit Wachstum und Beschäftigung gefährden. Zudem kann der gebotene Sozialausgleich für Einkommensschwache im Gesundheitsprämienmodell treffsicherer organisiert werden als bei der derzeitigen lohnbezogenen Finanzierung. Als erster Schritt zu seiner Einführung sollte der bisherige Arbeitgeberbeitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung künftig steuerfrei zusätzlich zum Bruttolohn an die Beschäftigten ausgezahlt werden.

In Deutschland existiert ein bewährtes duales Gesundheitssystem aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung, das erhalten werden muss. Es trägt mit bei zu einer hohen Qualität des gesamten Versorgungsniveaus und erhöht die Handlungsspielräume der Bürger.

Im Einzelnen

1. Reformbedarf auf der Leistungsseite

Für das deutsche Gesundheitssystem werden vielfach bestehende Ineffizienzen benannt, die Kostensenkungen ohne Einbußen bei der Dichte und Qualität der Versorgung erlauben würden. Diese Potenziale werden auf bis zu 20 % der Gesundheitsausgaben beziffert¹. Allein die Vermeidung von ambulant sensitiven Krankenhausfällen bietet Einsparpotenziale von bis zu 9,2 Mrd. €. Diese Ineffizienzen müssen endlich abgebaut und das damit verbundene Einsparpotenzial erschlossen werden.

1. Wettbewerb auf allen Ebenen verstärken

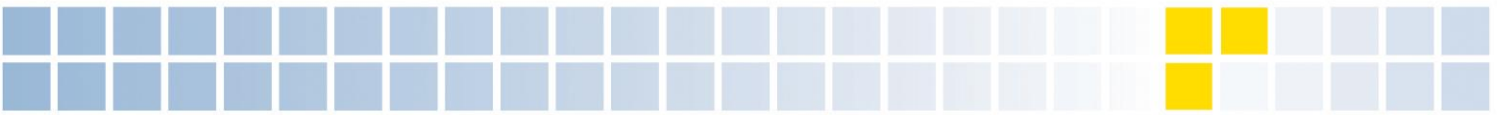
Der Ausbau von Wettbewerbselementen ist eines der wirksamsten Mittel zur Sicherung einer kostengünstigen flächendeckenden Versorgung mit hoher Qualität. Bedarfsgerechte, qualitätssichernde sowie kostengünstige Strukturen und Angebote im Gesundheitswesen setzen allerdings wettbewerbsorientierte Steuerungsprozesse und Handlungsspielräume für alle Marktteilnehmer voraus.

a. Vertragsfreiheit ausbauen

Die Krankenkassen und ihre jeweiligen Verbände sollten das Recht erhalten, eigenständig – insbesondere mit einzelnen Ärzten, Ärzteguppen sowie Krankenhäusern – zu verhandeln sowie Verträge über Preise, Mengen und Qualitäten abzuschließen. Sie sollten auch grundsätzlich selbst bestimmen, wie sie die im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehenen Leistungen für ihre Versicherten erbringen. Der Gesetzgeber sollte daher die Regelung der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern sowie zwischen den Krankenkassen und Versicherten so weit wie möglich dem Vertragswettbewerb überlassen.

¹ Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (2018): Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern: Gründe und Reformoptionen, S. 36.
https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Ministerium/Geschaeftsbereich/Wissenschaftlicher_Beirat/Gutachten_und_Stellungnahmen/Ausgewaehlte_Texte/2018-06-19-Ueber-und-Fehlversorgung-Krankenh.pdf?__blob=publicationFile&v=3 (letzter Abruf 14. November 2022).

² Lange et al. (2020): Hochkostenversicherte in Deutschland: Leistungs- und Kostenprofile. In: Zeitschrift für Evidenz Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Volumes 153–154, 2020, S. 76-83, S. 80.



Dadurch kann ein Wettbewerb um die beste Versorgungsform (z. B. integrierte Versorgung, kassenartenspezifische Vertragsarztmodelle, medizinische Versorgungszentren, Hausarztssystem, Kostenerstattung oder Sachleistung, stationäre Versorgung) gestartet werden. Eine Verpflichtung der Kassen, eine bestimmte Versorgungsform anzubieten, sollte es dagegen nicht geben. Im Gegenzug müssen die gesetzlichen Krankenkassen den Sicherstellungsauftrag mit übernehmen, um eine Unter- oder Überversorgung in einzelnen Leistungsbereichen zu vermeiden und eine flächendeckende Versorgung (z. B. Ärzte, Arzneimittel) zu gewährleisten.

Insgesamt wird so ein striktes Versorgungsmanagement ermöglicht. Ziel eines solchen Versorgungsmanagements ist es, dass die Krankenkassen die Regie übernehmen und durch direkte Selektivverträge Netzwerke mit Leistungserbringern aufbauen, durch welche die Patienten geleitet werden können. Patientinnen und Patienten müssten sich dann nicht mehr selbst im unübersichtlichen Leistungsangebot zurechtfinden, wodurch Ineffizienzen und Wartezeiten deutlich reduziert werden können. Internationale Erfahrungen, wie z. B. die Accountable Care Organisations (ACOs) in den USA und Großbritannien, zeigen vielversprechende Ansätze. In Deutschland konnten bereits positive Erfahrungen im Bereich des Versorgungsmanagements von regionalen integrierten Versorgungsmodellen wie dem Gesunden Kinzigtal oder dem vom Innovationsfonds geförderten Projekt IGiB-StimMT der AOK-Nordost gesammelt werden.

Der wissenschaftliche Beirat beim Bundesfinanzministerium beziffert das Kostendämpfungs- oder Einsparpotenzial auf bis zu 20 % der Gesundheitsausgaben, und zwar ohne Einbußen beim medizinischen Nutzen³. Auch wenn ein aktives Versorgungsmanagement Aufwand für die Krankenkassen bedeutet, werden diese durch die möglichen Kosteneinsparungen beim Abbau von Ineffizienzen deutlich überkompensiert: Nach einer Studie stehen einem Anstieg der Verwaltungskosten um 9 %, was weniger als einem Prozent der Gesamtausgaben entspricht, ein Rückgang der Krankenhausbehandlungen um 60 % entgegen⁴.

Ein solcher Wettbewerb würde nicht zu einem abweichenden Versicherungsumfang führen, wohl aber zu verschiedenen Versorgungsangeboten und damit die Wahlmöglichkeiten der Versicherten stärken. Die Krankenkassen hätten deutlich bessere Möglichkeiten, sich durch eigene Angebote von anderen Krankenkassen abzuheben.

Es ist auch nicht zu befürchten, dass der verstärkte Wettbewerb auf Kosten der Qualität geht, da die Krankenkassen im Wettbewerb um Versicherte eine hohe Qualität bieten müssen, wenn sie erfolgreich sein wollen, und zudem auch weiter verpflichtet bleiben, die gesetzlich vorgesehenen Leistungen für ihre Versicherten sicherzustellen.

Die erweiterten Handlungsspielräume der Krankenkassen erfordern allerdings die Beachtung von kartell- und wettbewerbsrechtlichen Regelungen. Es bleibt zudem – auch mit Blick auf kleine und mittlere Betriebe der Gesundheitshandwerke – wichtig, dass marktwirtschaftliche Anbietervielfalt gewährleistet bleibt. Eine Bündelung der Interessenvertretung kleinerer Leistungserbringer ist deshalb ebenso sinnvoll wie etwa die Anerkennung kleinerer Interessengemeinschaften neben einer bislang obligatorischen zentralen Vertretung (z. B. bei der Ärzteschaft).

³ Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (2018): Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern: Gründe und Reformoptionen, S. 36.
https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Ministerium/Geschaeftsbereich/Wissenschaftlicher_Beirat/Gutachten_und_Stellungnahmen/Ausgewaehlte_Texte/2018-06-19-Ueber-und-Fehlversorgung-Krankenh.pdf?__blob=publicationFile&v=3 (letzter Abruf 14. November 2022).

⁴ Duggan/ Gruber/ Vabson (2018): The Consequences of Health Care Privatization: Evidence from Medicare Advantage Exits, American Economic Journal: Economic Policy 10(1), S. 153–186.



b. Wettbewerbselemente in den einzelnen Versorgungsbereichen stärken

Konkret bedarf es in den einzelnen Versorgungsbereichen folgender Änderungen:

Stationäre Versorgung

Der heute im stationären Bereich bestehende Zwang zu einheitlichen, gemeinsam ausgehandelten Versorgungsverträgen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern verhindert den notwendigen Vertragswettbewerb und die damit mögliche Ausschöpfung von Effizienzreserven. An die Stelle kollektiver und einheitlicher Verträge müssen schrittweise individuell ausgehandelte Verträge von Krankenkassen und Krankenhäusern treten.

Zudem muss der bestehende Kontrahierungszwang, nach dem die Krankenkassen mit allen von den Ländern im Krankenhausbedarfsplan aufgenommenen Krankenhäusern Versorgungsverträge abschließen müssen, abgeschafft, zumindest aber gelockert werden. Eine Abschaffung des Kontrahierungszwangs würde die wettbewerbliche Entwicklung wirtschaftlicher Krankenhausstrukturen fördern und den Abbau der z. T. noch erheblichen Überkapazitäten im Krankenhausbereich beschleunigen.

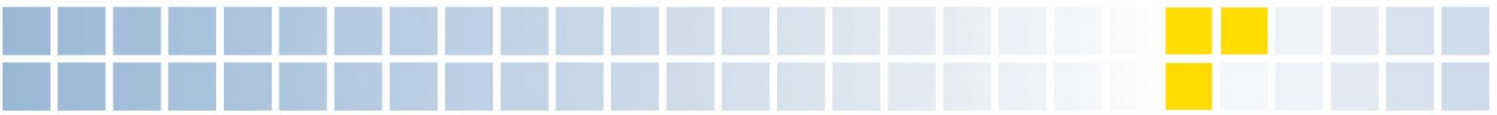
Der Wegfall der Krankenhausplanung durch die Länder erfordert im Gegenzug die Übernahme des Sicherstellungsauftrags durch die gesetzlichen Krankenkassen sowie außerdem die mit dem Krankenhausplanungsrecht verbundene, heute von den Ländern übernommene Finanzierung der Investitionen der Krankenhäuser. Wie der Bundesrechnungshof 2020⁵ bestätigt, kommen die Länder dieser Aufgabe nicht in vollem Umfang nach. Damit der Übergang kostenneutral für die Krankenkassen erfolgt, muss die bisherige Investitionsfinanzierung durch einen dynamisierten Steuerzuschuss ersetzt werden. Dieser Zuschuss muss von Bund und/oder von den Ländern in einen zentralen Fonds bzw. in den Gesundheitsfonds gezahlt werden.

Durch die Umstellung auf eine monistische Finanzierung der Krankenhäuser, d. h. eine einheitliche Vergütung der Betriebs- und Investitionsaufwendungen der Krankenhäuser aus einer Hand, können Investitionsmittel statt bislang pauschal künftig leistungsorientiert auf die Krankenhäuser verteilt werden, z. B. durch Investitionszuschläge auf die diagnosebezogenen Fallpauschalen. Auch dadurch würde der Leistungswettbewerb zwischen den Krankenhäusern gefördert.

Da für die Realisierung dieses Idealmodells noch politische Hürden zu überwinden sind, sollten kurzfristig zumindest bereits erste Elemente hin zu einer nachhaltigen und qualitätsbasierten gestuften Krankenhausstruktur (Basisversorgung und spezialisierte Versorgung) umgesetzt werden. Dazu sollte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gesetzlich beauftragt werden, bundeseinheitliche, verbindlich umzusetzende Strukturvorgaben sowie Mindestmengen für die Behandlung in Krankenhäusern vorzugeben, die bei der Krankenhausplanung eingehalten werden müssen. Dabei ist sicherzustellen, dass Krankenhausbehandlungen künftig nur noch dort durchgeführt und finanziert werden, wo die vorgegebenen notwendigen medizinischen und personellen Voraussetzungen erfüllt werden. Die Folge wäre eine quantitative Konsolidierung der Krankenhauslandschaft bei gleichzeitiger Verbesserung der Behandlungsqualität und einer stärker ausdifferenzierten Versorgungslandschaft. Wie wichtig Spezialisierung für den

⁵ Bundesrechnungshof (2020): Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO über die Prüfung der Krankenhausfinanzierung durch die gesetzliche Krankenversicherung, S. 32 f.

https://www.bundesrechnungshof.de/SharedDocs/Downloads/DE/Berichte/2020/krankenhausfinanzierung-gkv-volltext.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (letzter Abruf: 14. November 2022).



Behandlungserfolg ist, zeigt z. B. die aktuelle WiZen-Studie, die einen deutlichen Überlebensvorteil für Patientinnen und Patienten mit Krebs, die in zertifizierten Zentren behandelt werden, nachweist⁶.

Die Ergebnisse der von der Bertelsmann-Stiftung beauftragten Studie zur zukunftsfähigen Krankenhausversorgung⁷ lassen darauf schließen, dass eine Verringerung der Klinikanzahl von aktuell knapp 1.400 auf deutlich unter 600 Häuser in Deutschland möglich und zudem auch qualitätssteigernd wäre. Diese Feststellung bleibt grundsätzlich auch vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie aktuell. Gerade hier fand die stationäre und intensivmedizinische Versorgung überwiegend in großen und spezialisierten Krankenhäusern statt⁸. Durch eine solche Konzentration auf notwendige Krankenhäuser bzw. Krankenhausbetten lassen sich auch die begrenzten Personalressourcen schonen und die Voraussetzungen dafür schaffen, dass Ärzte und Pflegekräfte ihre Aufgaben bestmöglich erfüllen können. Das ist dringend erforderlich, denn Deutschland hat zwar im OECD-Vergleich⁹ die vierthöchste Dichte an Pflegefachpersonen (13,95 Pflegefachpersonen je 1.000 Einwohner), rangiert mit einer „Nurse-to-bed-ratio“ von nur 0,88 jedoch nur auf den hinteren Plätzen. In den Niederlanden oder Dänemark hingegen beträgt das Verhältnis 1,44 oder sogar 2,74 Pflegefachpersonen je Krankenhausbett.

Die Krankenhausvergütung sollte grundsätzlich weiter nach dem Fallpauschalensystem erfolgen. Es hat maßgeblich und erfolgreich zur Einhaltung der Beitragssatzstabilität und zur Kontrolle der Krankenhauskosten beigetragen. Allerdings sollten die Potenziale zur Verbesserung der Leistungsgerechtigkeit und der fairen Verteilung der Mittel im Fallpauschalensystem genutzt werden. Eine ergänzende erlösunabhängige Vorhaltefinanzierung kann dazu beitragen, dass auch in ländlichen Gebieten eine Grundversorgung sichergestellt werden kann. Dabei ist sicherzustellen, dass durch eine Vorhaltefinanzierung kein allgemeiner Leerstand und kein Überangebot finanziert wird, sondern dass das vorgehaltene Angebot zumindest phasenweise vom potenziellen Bedarf ausgeschöpft wird. Die Vorhaltefinanzierung muss also bedarfsgerecht erfolgen und sich am Umfang der potenziell zu versorgenden Bevölkerung in vornehmlich wohnortnah vorzuhaltenden Leistungsbereichen unter Einbezug aller Versorgungsstrukturen orientieren. Finanzielle Mittel für die Vorhaltekostenfinanzierung könnten aus den DRG-Fallpauschalen ausgegliedert werden. Eine zusätzliche Finanzierung neben den derzeitigen Fallpauschalen würde hingegen zu einer Doppelfinanzierung der Vorhaltekosten führen und noch weitere Anreize für medizinisch nicht notwendige Operationen setzen.

Unnötige stationäre Behandlungen und die damit verbundenen Risiken für die Patientinnen und Patienten müssen vermieden und die Kapazitäten im ambulanten Bereich genutzt werden. Aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts können immer mehr Behandlungen ambulant durchgeführt werden. Nach einem aktuellen IGES-Gutachten könnten die aktuell möglichen ambulanten Operationen (AOP-Katalog) um fast 2.500 verschiedene Leistungen

⁶ Ergebnisbericht zum Projekt „Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren (WiZen)“, S. 16 ff. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/abschluss-dokumente/268/2022-10-17_WiZen_Ergebnisbericht.pdf (letzter Abruf 11. November 2022).

⁷ Loos/Albrecht/Zich (2019): Zukunftsfähige Krankenhausversorgung, S. 81 ff. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/zukunftsfaeilige-krankenhausversorgung> (letzter Abruf 4. Oktober 2022).

⁸ Projektbericht RWI/TU Berlin zum Leistungsgeschehen in der Corona-Krise 2021, S. 4 ff. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Analyse_Leistungen_Ausgleichszahlungen_2020_Corona-Krise.pdf (letzter Abruf 4. Oktober 2022)

⁹ Datenquelle OECD Health Statistics 2022, <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9> (letzter Abruf 28. Mai 2022).



ausgeweitet werden – das entspricht rund 90 % des bisherigen Leistungsumfangs¹⁰. Die Vergütung dieser Leistungen muss ausschließlich, wie auch gesetzlich vorgesehen, ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) erfolgen – egal, wo sie erfolgen.

Auch können Krankenhausaufenthalte durch eine effektive und rechtzeitige ambulante Versorgung im Vorfeld verhindert werden (z. B. Krankheiten, die durch präventive Maßnahmen zu verhindern gewesen wären, akut auftretende Beschwerden, die im ambulanten Bereich kontrolliert werden könnten oder chronische Beschwerden, die durch eine adäquate Versorgung weniger akute Episoden aufweisen würden). Hier sind die Rahmenbedingungen so zu setzen, dass diese Leistungen auch im ambulanten Bereich und nicht im Krankenhaus erfolgen. Im Bereich der sogenannten ambulant-sensitiven Krankheitsfälle (ASK) bestehen nach aktuellen Studien Einsparpotenziale von bis zu 9,2 Mrd. €. ¹¹ In der Corona-Pandemie hat sich gezeigt, dass unnötige Krankenhausaufenthalte durch ambulante Behandlungen vermieden werden konnten. Hier kam es zu einem deutlichen und voraussichtlich auch bleibenden Leistungsrückgang hinsichtlich Höhe und Dauer¹² - wohlgernekt unnötiger Behandlungen und nicht z. B. Krebsbehandlungen.

Ambulante Versorgung

Einen umfassenden Vertrags- und Versorgungswettbewerb im ambulanten Bereich gibt es nach wie vor nicht. Zwar gibt es in den Bereichen der hausarztzentrierten Versorgung und der besonderen ambulanten Versorgung eine Selektivvertragsoption, diese ist aber aus folgenden Gründen nicht zielführend:

- Im Bereich der hausärztlichen Versorgung sind die Krankenkassen verpflichtet, flächendeckend Selektivverträge zur hausarztzentrierten Versorgung zu schließen. Diese Verträge dürfen zudem nur mit Gemeinschaften geschlossen werden, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks einer Kassenärztlichen Vereinigung vertreten. Eine in dieser Art geregelte Selektivvertragsoption verdient ihren Namen nicht und stellt kaum eine Veränderung gegenüber der alten kollektivvertraglichen Regelung dar.
- Zudem müssen die Krankenkassen die vereinbarte Vergütung für diese Selektivverträge weitgehend zusätzlich zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zahlen, da es an einer konkreten Bereinigungsregelung mangelt. Solange die Kassen die kollektivvertraglichen Vergütungsansprüche der Kassenärztlichen Vereinigungen (vertragsärztliche Gesamtvergütung) nicht um die von ihnen im Rahmen der Selektivverträge geleisteten Zahlungen bereinigen können, werden sie aufgrund dieser Doppelfinanzierung kaum Anreize haben, Selektivverträge abzuschließen.

¹⁰ Albrecht et al. (2022): Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V, S. 184 ff. https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e27603/e27841/e27842/e27844/attr_obj27932/IGES_AOP_Gutachten_032022_ger.pdf (letzter Abruf 4. Oktober 2022).

¹¹ Lange et al. (2020): Hochkostenversicherte in Deutschland: Leistungs- und Kostenprofile. In: Zeitschrift für Evidenz Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Volumes 153–154, 2020, S. 76-83, S. 80. <https://www.zefq.de/2020/07/153-154-2020-s-76-83-s-80/>

¹² Projektbericht RWI/TU Berlin zum Leistungsgeschehen in der Corona-Krise 2021, S. 4 f. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Analyse_Leistungen_Ausgleichszahlungen_2020_Corona-Krise.pdf (letzter Abruf 4. Oktober 2022).



Vielmehr muss auch im ambulanten Bereich unter Beachtung des Wettbewerbs- und Kartellrechts vollständige Vertragsfreiheit zwischen Ärzten, Arztnetzwerken sowie ihren Verbänden auf der einen Seite und den Krankenkassen und ihren Verbänden auf der anderen Seite gewährleistet werden. Damit ein Wettbewerb um effiziente Angebote in der ambulanten Versorgung entsteht, müssen Ärzte auch exklusiv mit den Kassen bestimmte Tarife und Konditionen separat verhandeln dürfen.

Auch muss für eine bessere Verteilung von vertragsärztlichen Kapazitäten gesorgt werden¹³. Zum einen lässt sich eine Konzentration der ärztlichen Versorgung in wohlhabenden urbanen Regionen feststellen, in denen auch viele Privatversicherte leben. Zum anderen existieren zunehmende Defizite in der Ausgewogenheit des Verhältnisses zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung. Um die Fehlverteilung der Kapazitäten abzubauen, sind finanzielle Anreize erforderlich. Zuschläge für Ärzte in unterversorgten Gebieten oder in Fachbereichen mit personellen Engpässen müssen dabei aber zu Lasten der Ärzte in überversorgten Gebieten oder überdurchschnittlich besetzten Fachbereichen finanziert werden, um die Steuerung der Versorgung kostenneutral für die Beitrags- und Steuerzahler zu gestalten. Dies muss kassenindividuell und unter Berücksichtigung der ökonomischen Rahmenbedingungen in der jeweiligen Region erfolgen. Wenn die marktwirtschaftlichen Steuerungsinstrumente nicht greifen oder politisch nicht umgesetzt werden, dann bliebe nur, den Wegfall der Kassenzulassung von frei werdenden Arztsitzen in eklatant überversorgten Gebieten gesetzlich verpflichtend zu regeln.

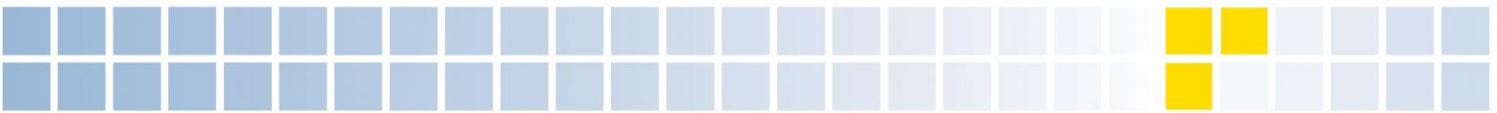
Arzneimittelversorgung

Die Liberalisierung des Arzneimittelvertriebs muss fortgeführt werden. Durch die weiterhin vorgeschriebenen einheitlichen Apothekenabgabepreise für verschreibungspflichtige Medikamente wird ein Preiswettbewerb zwischen den Apotheken weitgehend verhindert. Die Preisbindung durch die Arzneimittelpreisverordnung muss daher beseitigt werden.

Stattdessen muss den Krankenkassen und ihren Verbänden ermöglicht werden, neben den Rabattverträgen mit Pharmaherstellern auch mit den Apotheken und ihren Verbänden Versorgungsverträge auf selektivvertraglicher Basis zu schließen.

Auch das Mehr- und Fremdbesitzverbot für Apotheken ist im Interesse einer höheren Wettbewerbsintensität in der Arzneimittelversorgung vollständig aufzuheben. Es bedeutet eine Ausschließlichkeit der eigentümergeführten Präsenzapothek und verhindert den Betrieb von Apotheken durch Kapitalgesellschaften. Im Ergebnis stellt dies eine Einschränkung des Wettbewerbs dar, weil z. B. Apothekenketten gar nicht erst zugelassen werden. Bedenken, dass Apothekenketten zu monopolartigen Strukturen und damit zu einer Einschränkung des Wettbewerbs führen könnten, sind unbegründet und erscheinen schon angesichts der großen Anzahl von 18.700 Apotheken und der hohen Apothekendichte (weniger als 4.400 Einwohner pro Apotheke) konstruiert. Dies gilt auch deshalb, weil das Entstehen monopolartiger Strukturen bereits durch das geltende Kartellrecht ausgeschlossen werden kann. Auch das Ziel der sorgfältigen Arzneimittelabgabe und somit des Gesundheitsschutzes der Bevölkerung wird durch die Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbots nicht gefährdet. Schließlich muss auch in Filialapotheken stets ein Apotheker tätig sein, der alle Pflichten übernimmt, wie sie auch sonst für die Apothekenleitung gelten (§ 2 ApoG).

¹³ SVR Gesundheit (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Ziffer 443 ff. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2014/Langfassung2014.pdf (letzter Abruf 14. November 2022).



2. Leistungen auf Basissicherung konzentrieren

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung müssen auf eine Basissicherung konzentriert werden, die einerseits die medizinisch notwendige Versorgung sichert, aber andererseits verzichtbare Leistungen ausschließt. Die Definition einer Basissicherung ist notwendige Voraussetzung, um die gesetzliche Krankenversicherung finanzierbar zu halten und die in anderen Ländern schon heute praktizierten Formen der Rationierung von Gesundheitsleistungen (z. B. altersbezogene Leistungsausschlüsse, Ausschluss Einzelner vom medizinischen Fortschritt) auch künftig vermeiden zu können.

Basissicherung bedeutet, dass grundsätzlich nur noch solche Leistungen übernommen werden, deren Nutzen nachgewiesen ist und die wirtschaftlich erbracht werden. Zur Definition einer solchen Basissicherung sollten bestehende Strukturen wie der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) sowie das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) genutzt werden. Sowohl das IQWiG, das mit Nutzenbewertungen von Arzneimitteln und Behandlungsmethoden befasst ist, als auch das IQTIG werden durch den G-BA beauftragt. Da der G-BA paritätisch mit Vertretern der Krankenkassen und der Leistungserbringer besetzt ist, ist ein ausgewogener Abstimmungsprozess gewährleistet. Insbesondere kann der G-BA Leistungen „einschränken oder ausschließen, wenn nach allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind“ (§ 92 SGB V). Dies gilt allerdings im Wesentlichen nur für den ambulanten Sektor. Die Regelungen zu den neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB), nach denen diese so lange zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden können, bis der G-BA sie von der Versorgung ausschließt (Verbotsvorbehalt), sowie die nahezu uneingeschränkte Erstattungsfähigkeit von Medikamenten in den ersten 12 Monaten direkt nach Zulassung (z. B. Zolgensma) führen dazu, dass im stationären Sektor und im Arzneimittelbereich die gewollten Nutzen- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen weitgehend nicht greifen. Deshalb ist der gesetzliche Auftrag bislang noch nicht ausreichend und muss wie folgt erweitert werden:

- Alle von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommenen Leistungen zur Krankenbehandlung – sowohl neue als auch bereits im Leistungskatalog enthaltene – müssen in einem vergleichenden Verfahren laufend auf ihren Nutzen überprüft werden. Leistungen, für die kein (Zusatz-)Nutzen nachweisbar ist, sind aus dem Leistungskatalog zu streichen bzw. nicht in den Leistungskatalog aufzunehmen. Medizinische Leistungen, deren Nutzen (noch) nicht ausreichend nachgewiesen ist, sollen ausschließlich im Rahmen von klinischen Studien erbracht werden dürfen. Damit wird zum einen sichergestellt, dass die Einführung und Prüfung von Innovationen nicht behindert wird. Zum anderen wird zusätzlich der Anreiz erhöht, entsprechende Studien durchzuführen und vorzulegen und die Datenlage für Entscheidungen des G-BA verbessert. Darüber hinaus wird so ein größtmöglicher Patientenschutz garantiert und das Gefühl der Patienten, bei Ausschluss einer Leistung durch den G-BA „etwas weggenommen zu bekommen“, entfällt. Dies erhöht – auch für die Politik – die Akzeptanz der Entscheidungen des G-BA.
- Nach erfolgter (positiver) Nutzenbewertung müssen die medizinischen Leistungen durchgängig auf Wirtschaftlichkeit anhand von Kosten-Nutzen-Analysen überprüft werden. Nur Leistungen, die einen (Zusatz-)Nutzen aufweisen, der in einem angemessenen Verhältnis zu den Kosten steht, dürfen in den Leistungskatalog aufgenommen werden bzw. im Katalog verbleiben. Andere Leistungen, z. B. solche, die im Vergleich zu einer kostengünstigeren Alternative keinen oder nur einen geringen Zusatznutzen bieten, sind dagegen zu streichen. Im Einzelnen müssen zur Beurteilung, wann ein Kosten-Nutzen-



Verhältnis angemessen ist, konsistente, ethisch vertretbare Kriterien entwickelt werden, zu denen insbesondere auch der Schweregrad der Erkrankung gehören sollte. Hierzu ist ein breit anerkanntes Verfahren zu entwickeln, das internationalen Standards und dem neuesten Stand der Wissenschaft genügt.

- In Ergänzung zur durchgehenden Nutzen- und Wirtschaftlichkeitsprüfung sind schrittweise für möglichst viele Indikationen verbindliche evidenzbasierte Leitlinien zu entwickeln, wie sie heute schon im Bereich der Disease-Management-Programme (z. B. zu Asthma, Diabetes und koronaren Herzkrankheiten) bestehen. Dadurch wird die Erbringung medizinisch nicht notwendiger Leistungen (z. B. überflüssige Untersuchungen, unnötige Verordnungen, nicht sachgerechte Behandlungen) unterbunden und auch die Angleichung der regionalen Basisversorgung, soweit wie möglich und sachgerecht, sichergestellt. Eine Erprobung könnte im Rahmen von entsprechenden Wahlтарifen erfolgen.
- Zur Messung der Zielerreichung und des Erfolges einer Konzentration des Leistungskataloges auf eine Basissicherung ist zudem eine Evaluation der Wirkung und der Kosteneinsparungen in regelmäßigen Abständen erforderlich. Ein geeigneter Evaluationsprozess ist zu entwickeln und einzuführen. Die Evaluation könnte ebenfalls durch den G-BA erfolgen.

Aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts kann die Nutzen- und Wirtschaftlichkeitsbewertung und die Hinterlegung mit evidenzbasierten Leitlinien niemals vollständig und umfassend erfolgen. Ziel muss aber sein, die oben genannten Schritte auf möglichst viele Leistungen zur Krankenbehandlung anzuwenden. Zudem muss mit der Umsetzung der oben genannten Maßnahmen umgehend begonnen werden, da sie – wie Erfahrungen in anderen Ländern zeigen – einige Jahre in Anspruch nehmen kann und eine Wirkung erst mittel- bis langfristig eintritt.

Auch die Digitalisierung im Gesundheitswesen kann nur Erfolg haben, wenn digitale Anwendungen einen Nutzen bzw. Mehrwert für die Versicherten bringen. Auch im Bereich der digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) ist es notwendig, das Bewertungsverfahren zum Nachweis der Evidenz schrittweise an die bestehenden Zugangsvoraussetzungen für andere Leistungsbereiche der GKV anzugleichen. Um hohe Preisforderungen einzelner Hersteller zu verhindern, sollten die Beträge schon zum Zeitpunkt der Aufnahme in das BfArM-Verzeichnis verhandelt werden.

Darüber hinaus sollten zur Konzentration der Leistungen auf eine Basissicherung aus dem gesetzlichen Leistungskatalog einzelne, insbesondere medizinisch nicht notwendige Leistungen herausgenommen und in die Eigenverantwortung der Versicherten überführt werden (z. B. Aufwendungen für die hauswirtschaftliche Versorgung und Haushaltshilfen). Andere gesetzlich vorgesehene Leistungen können zumindest dem Umfang nach beschränkt werden. Dies gilt zum Beispiel für das Krankengeld, dessen maximale Bezugsdauer von bis zu 78 Wochen auf maximal 52 Wochen begrenzt werden sollte. Die Leistungsdauer in Deutschland ist deutlich länger als in den übrigen europäischen Nachbarländern. Dort beträgt die Dauer der Leistungen im Krankheitsfall überwiegend 52 Wochen oder weniger. Diese Befristung ist auch sachgerecht, weil im Falle einer über ein Jahr währenden Krankheit eine zumindest vorübergehend verminderte Erwerbsfähigkeit vorliegt. Die Absicherung dieses Risikos ist jedoch nicht Aufgabe der Krankenversicherung, sondern der Rentenversicherung (Erwerbsminderungsrente).



3. *Eigenverantwortung ausbauen*

Die Eigenverantwortung der Versicherten ist durch mehr Selbstbeteiligung und mehr Kostentransparenz auszuweiten. Das ist als Steuerungselement unverzichtbar und stellt auch keine Überforderung der Versicherten dar. Nach wie vor weist Deutschland ein im internationalen Vergleich unterdurchschnittliches Niveau bei Eigenbeteiligungen auf¹⁴. Im europäischen Vergleich sind die Kostenbeteiligungen gering bis moderat, zumal derzeit bei Haus- und Fachärzten gar keine Zuzahlungen zu leisten sind¹⁵.

- Eine Ausweitung der Eigenverantwortung der Versicherten trägt dazu bei, den Einzelnen zu wirtschaftlichem Verhalten und Kostenverantwortung zu motivieren. Eine höhere Selbstbeteiligung schafft Anreize, Leistungen dort nicht in Anspruch zu nehmen, wo sie nicht erforderlich sind, bzw. Leistungen kostenbewusst nachzufragen. Damit die Versicherten ihrer Kostenverantwortung gerecht werden können, müssen jedoch unterstützend auch Transparenz und Information der Versicherten erhöht werden. Hierbei sollte jede Krankenkasse die Wahl haben, vom Sachleistungs- auf das Kostenerstattungsprinzip umzustellen.
- Mehr Selbstbeteiligung setzt Anreize für ein gesundheitsbewusstes Verhalten. Ein Großteil der Krankheitskosten ist verhaltensbedingt (z. B. durch falsche Ernährung, Bewegungsmangel, Genussmittelmisbrauch) und lässt sich daher durch entsprechende Verhaltensänderungen vermeiden.
- Durch eine angemessene Selbstbeteiligung wird dem Grundsatz Rechnung getragen, dass sich die Solidarversicherung entsprechend dem Subsidiaritätsprinzip auf die Leistungen beschränken sollte, die der Einzelne nicht selbst tragen kann.
- Die Übernahme kleiner Risiken durch den Einzelnen ist Voraussetzung dafür, dass die großen Risiken schwerer Erkrankungen auch weiterhin solidarisch abgedeckt werden können.

Konkret sollte die heute geltende Belastungsobergrenze für Selbstbeteiligung von 2 auf 3 % der jährlichen Bruttoeinnahmen angehoben werden. Eine solche Belastungsgrenze reicht aus, um eine Überforderung des Einzelnen zu verhindern und gewährleistet, dass auch im späteren Verlauf eines Jahres noch die gewünschte Steuerungswirkung der Zuzahlungsregelungen gegeben ist.

Bei den einzelnen Leistungsarten ist Selbstbeteiligung vor allem dort auszubauen, wo sie Anreize zu gesundheits- und kostenbewusstem Verhalten, also Steuerungswirkung, haben kann. Insbesondere sollte daher die Praxisgebühr wieder eingeführt werden und grundsätzlich bei jedem Arztbesuch anfallen. Die Abschaffung der bis Ende 2012 erhobenen Praxisgebühr von 10 €, die bei Arztbesuchen einmalig im Quartal zu zahlen war, ist ein Fehler gewesen. Sie hat die Krankenkassen und damit die Beitragszahler mit rund 2 Mrd. € zusätzlich belastet.

¹⁴ OECD: Health at a glance 2021, Chapter 5, https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ae3016b9-en/1/3/5/4/index.html?itemId=/content/publication/ae3016b9-en&_csp_=ca413da5d44587bc56446341952c275e&itemGO=oecd&itemContentType=book (letzter Abruf 4. Oktober 2022).

¹⁵ Bahnsen (2022): Kostenbeteiligungen, Wartezeiten, Leistungsumfang - Ein europäischer Vergleich der Gesundheitssysteme, WIP-Analyse Februar 2022, S. 19. https://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Dokumente/Studien_in_Buchform/WIP-2022-Kostenbeteiligung-Wartezeiten-Leistungsumfang-Ein_europaeischer_Vergleich.pdf (letzter Abruf 4. Oktober 2022).



Stattdessen hätte die Praxisgebühr weiterentwickelt werden müssen, da sie in der alten Form nicht ihre optimale Steuerungswirkung entfalten konnte. Mit einer bei jedem Arztbesuch erhobenen, aber dafür etwas niedrigeren Praxisgebühr ließe sich hingegen sowohl eine – moderate – Ausweitung der Selbstbeteiligung als auch eine verbesserte Kostensteuerung erreichen. Das Instrument der Zuzahlung beim Hausarzt und Facharzt wird von vielen europäischen Ländern zur Mitfinanzierung des Gesundheitswesens und Steuerung der Arztbesuche genutzt, wie z. B. der Schweiz, Portugal, Norwegen, Frankreich usw.¹⁶. Bei der Zahl der Arztkontakte belegt Deutschland im internationalen Vergleich einen Spitzenplatz. Versicherte konsultieren in Deutschland nahezu doppelt so häufig einen Arzt wie zum Beispiel Finnen, Norweger oder Schweizer und fast viermal so häufig wie Schweden. In diesen Ländern sind die Zuzahlungen gemessen am Haushaltseinkommen wesentlich höher als in Deutschland und in der Schweiz sogar doppelt so hoch¹⁷.

Zudem sind die Zuzahlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arznei- und Verbandmittel, Krankenhausbehandlung und Reha, Heil- und Hilfsmittel sowie Fahrtkosten) anzupassen. Die Zuzahlungen bzw. deren Mindest- und Höchstbeträge sind seit dem 1. Januar 2004 konstant¹⁸ und wurden seither der allgemeinen Lohn- und Preisentwicklung nicht angepasst. Eine Anpassung und Dynamisierung ist notwendig, um die ursprüngliche Bedeutung dieser Zuzahlungen wieder herzustellen und auch künftig zu erhalten.

3. Notfallversorgung effizient gestalten

An der Notfallversorgung sind in Deutschland die Kassenärztlichen Bereitschaftsdienste/niedergelassenen Ärzte, der Rettungsdienst und die Notaufnahmen der Krankenhäuser beteiligt. Zwingend erforderlich ist eine übergreifende Koordinierung und Steuerung der Patientinnen und Patienten in das für den jeweiligen Behandlungsanlass „richtige“ und kostengünstigste System. Diese findet aktuell noch nicht in ausreichendem Maße statt, was zu einer nicht bedarfsgerechten und damit teuren und ineffizienten Inanspruchnahme führt. Schätzungen gehen davon aus, dass bis zu 53 % der Fälle in Notaufnahmen der Krankenhäuser ambulant durch Vertragsärzte behandelbar wären¹⁹ (33 % durch die Vertragsärzteschaft behandelbaren Patientinnen und Patienten im Bereich allgemeiner Notfallleistungen zuzüglich grundsätzlich außerhalb des Krankenhauses behandelbaren Patientenanteil von 20 %). Damit blockieren ambulant gut behandelbare Patienten mit harmlosen Beschwerden spezialisierte und teure Behandlungskapazitäten.

¹⁶ Bahnsen (2022): Kostenbeteiligungen, Wartezeiten, Leistungsumfang - Ein europäischer Vergleich der Gesundheitssysteme, WIP-Analyse Februar 2022, S. 17. https://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Dokumente/Studien_in_Buchform/WIP-2022-Kostenbeteiligung-Wartezeiten-Leistungsumfang-Ein_europaeischer_Vergleich.pdf (letzter Abruf 4. Oktober 2022).

¹⁷ OECD: Health at a glance 2021, Chapter 5, https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ae3016b9-en/1/3/5/4/index.html?itemId=/content/publication/ae3016b9-en&_csp_=ca413da5d44587bc56446341952c275e&itemIGO=oecd&itemContentType=book (letzter Abruf 4. Oktober 2022).

¹⁸ Bundesministerium für Gesundheit: Zuzahlungsregelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/A/Arzneimittelversorgung/Zuzahlungsregelungen_der_GKV.pdf (letzter Abruf 14. Oktober 2022).

¹⁹ Haas C, Larbig M, Schöpke T et al. (2015) Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus. Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse. Management Consult Kestermann GmbH, Hamburg, S. 72 ff. https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.2_Finanzierung_und_Leistungskataloge/2.2.4_Ambulante_Verguetung/2.2.4.4_Ambulante_Notfallbehandlung_durch_Krankenhaeuser/2015-02-17_Gutachten_zur_ambulanten_Notfallversorgung_im_Krankenhaus_2015.pdf (letzter Abruf 4. Oktober 2022).



Portalpraxen und die strukturierte medizinische Ersteinschätzung (SmED) der Kassenärztlichen Vereinigungen sind ein erster Schritt in die richtige Richtung. Für eine effiziente Notfallversorgung sind jedoch dringend weitere Schritte und auch Vergütungsanreize erforderlich. Sektorübergreifende Integrierte Notfallzentren (INZ), wie sie auch vom Sachverständigenrat für Gesundheit in seinem Gutachten „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“ (2018)²⁰ gefordert werden, können eine übergreifende Koordinierung und Steuerung ermöglichen. Rechtsgrundlage für die flächendeckend verfügbaren INZ sollte eine durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu erarbeitende Notfallversorgungs-Richtlinie sein, die unter anderem die notwendigen Strukturen, die Qualifikation und Ausbildung des Personals und die Vorgaben für die Erreichbarkeit für INZ festlegt. Die Vergütung der Leistungserbringung in den INZs kann im Rahmen eines eigenständigen Notfallversorgungsbudgets entsprechend dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), den von den Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen bereitgestellten Mitteln für die Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes und den Kosten der Krankenhäuser für die Zentralen Notaufnahmen erfolgen.

4. Digitalisierung vorantreiben

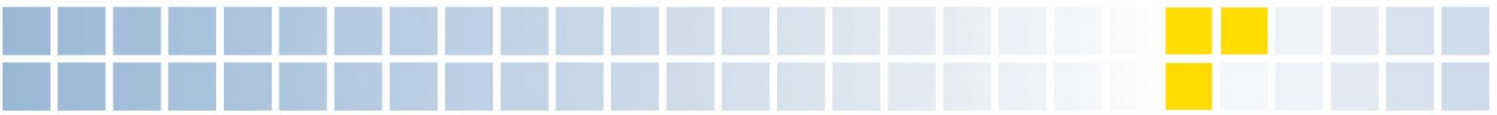
Die Digitalisierung im Gesundheitswesen besitzt nicht nur das Potenzial, Prozesse effizienter zu gestalten, sondern auch die Versorgung im Gesundheitswesen zu verbessern. Die elektronische Patientenakte (ePA) und digitale Gesundheitsanwendungen können hier u. a. einen Beitrag leisten. So kann die ePA zu effizienteren Arbeitsprozessen beitragen und die administrative Belastung vermindern sowie die Versorgung durch die Nutzung entscheidungsunterstützender Systeme verbessern. Sie kann ebenfalls dazu beitragen, unnötige (Doppel-)Untersuchungen und Folgebehandlungen zu reduzieren und die Notfallversorgung zu verbessern. Auch kann sie die für eine effiziente Versorgungssteuerung durch die Krankenkassen notwendigen Daten liefern.

Trotzdem hat die ePA nach wie vor – im Gegensatz zu anderen Ländern – (noch) keine weite Verbreitung im deutschen Gesundheitswesen gefunden. Um die Vorteile nutzen zu können muss schnellstmöglich das Vorhaben aus dem Koalitionsvertrag umgesetzt werden, dass alle Leistungserbringenden die ePA verpflichtend befüllen und die Daten der ePA automatisch zur Verfügung stellen bzw. weitergegeben werden, es sei denn, die bzw. der Versicherte widerspricht der Verwendung ausdrücklich. Nur so kann die Zahl der Versicherten mit einer ePA erheblich vergrößert und das Potenzial der ePA zur Erhöhung der Effizienz der Versorgungsprozesse und der Qualität der Versorgung ausgeschöpft werden. Des Weiteren muss der Gesetzgeber dafür sorgen, dass schnellstmöglich alle Leistungserbringenden verpflichtend an die Telematikinfrastruktur angeschlossen werden.

Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass die Gesundheits- und Sozialdaten der Versicherten auch von den Krankenkassen zur effizienten Patientensteuerung sowie von der Wissenschaft zur Versorgungsforschung und medizinischen Forschung genutzt werden können. Der Sachverständigenrat Gesundheit liefert in seinem Sondergutachten „Digitalisierung für Gesundheit“ (2021)²¹ eine umfangliche und detaillierte Beschreibung der Problemlage und listet präzise die notwendigen Maßnahmen auf.

²⁰ SVR-G (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Ziffer 904 ff. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf (letzter Abruf 4. Oktober 2022).

²¹ SVR-G (2021): Digitalisierung für Gesundheit Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems. <https://www.svr->



Damit Digitalisierung auch zu einer effizienteren Versorgung führt, muss sichergestellt werden, dass die Leistungserbringenden die durch die Digitalisierung erzielten Kosteneinsparungen an die Krankenversicherungen und diese die Vorteile auch an die Beitragszahlenden weitergeben.

II. Reformbedarf auf der Finanzierungsseite

Die bislang überwiegend lohnbezogene Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung sollte auf eine Finanzierung über einkommensunabhängige Gesundheitsprämien umgestellt werden. Zu Recht hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung in seinem Jahresgutachten 2014/15 noch einmal ausdrücklich hervorgehoben, dass eine einkommensunabhängige Finanzierung die am besten geeignete Finanzierungsform für die gesetzliche Krankenversicherung ist.

1. Das Gesundheitsprämienmodell

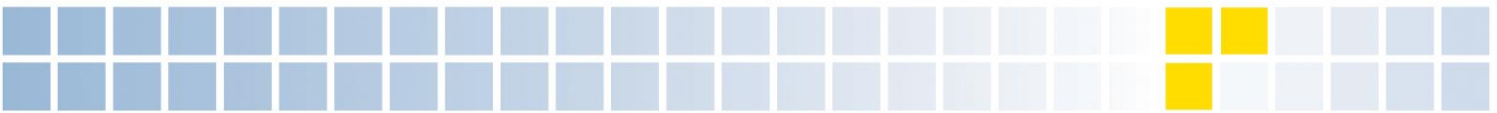
Zentraler Reformschritt muss die Entkopplung der Krankheitskostenfinanzierung vom Arbeitsverhältnis sein.

- Dazu ist die lohnbezogene Beitragsfinanzierung auf ein einkommensunabhängiges Gesundheitsprämienmodell umzustellen. Der bisherige Arbeitgeberbeitrag sollte zusätzlich zum Bruttolohn steuerfrei an die Beschäftigten ausgezahlt werden. Entsprechend erfolgt die Auszahlung des Zuschusses der gesetzlichen Rentenversicherung zur Krankenversicherung der Rentner als zusätzliche Rentenleistung.
- Der versicherte Personenkreis entspricht dem heutigen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Grundsätzlich müssen alle Erwachsenen eine kassenindividuelle Gesundheitsprämie zahlen. Die beitragsfreie Versicherung während der Elternzeit bleibt jedoch erhalten so wie auch die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder.
- Mitglieder, die durch die Zahlung einer vollen Gesundheitsprämie finanziell überfordert würden, erhalten einen sozialen Ausgleich. Er wird dadurch gewährleistet, dass die Krankenkassen bei ihnen die Prämie nur bis zu der Höhe einfordern, die sie nicht überfordert. Das dadurch ausfallende Prämienaufkommen wird den Krankenkassen über den Risikostrukturausgleich erstattet.

Die Vorteile eines solchen Gesundheitsprämienmodells sind insbesondere:

- Arbeitskosten und Krankheitskostenfinanzierung werden entkoppelt: Lohn- und Gehaltserhöhungen und höhere Beitragssätze führen nicht mehr zu höheren Personalzusatzkosten, der beschäftigungsfeindliche Abgabenkeil zwischen Arbeitskosten und Nettolöhnen wird verkleinert, mittel- und langfristig sind nachhaltig positive Beschäftigungswirkungen zu erwarten.
- Der soziale Ausgleich erfolgt deutlich zielgenauer und transparenter als heute. Das Umverteilungsvolumen kann dadurch begrenzt werden.

[gesundheits.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2021/SVR_Gutachten_2021.pdf](https://www.gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2021/SVR_Gutachten_2021.pdf) (letzter Abruf 14. November 2022).



- Die bestehenden Ungerechtigkeiten in der Beitragsbelastung haben ein Ende: Die Finanzierung der Gesundheitsprämien leisten Versicherte aus dem gesamten Einkommen und Vermögen. Die derzeit bestehende Diskriminierung von Doppelverdienerhaushalten, die heute bei gleichem oder geringerem Haushaltseinkommen zum Teil mehr Beiträge zahlen als Alleinverdienerhaushalte, findet nicht mehr statt.
- Der Umfang des Risikostrukturausgleichs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen sinkt erheblich, weil der Einkommensausgleich aus der gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen wird.
- Die Abhängigkeit der Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung von der konjunkturellen Entwicklung und der Arbeitsmarktlage wird weitgehend beseitigt.
- Negative einnahmeseitige Effekte des demografischen Wandels werden verringert, da ein steigender Rentneranteil nicht mehr zu Beitragsmindereinnahmen führt. Bis zu einem Drittel der fiskalischen Effekte der demografischen Struktur können hierdurch aufgefangen werden.

2. Schritte in die richtige Richtung

Bis zu einer Realisierung des Gesundheitsprämienmodells sollten zunächst erste Elemente hin zu einer nachhaltigeren Finanzierung im aktuellen System umgesetzt werden.

a. Auszahlung des Arbeitgeberanteils

Als erster Schritt in Richtung auf ein Gesundheitsprämienmodell sollte der Arbeitgeberbeitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung als zusätzliche Leistung zum Bruttolohn steuerfrei an die Beschäftigten ausbezahlt werden. Der Arbeitgeberanteil ist ohnehin nur eine Rechengröße, denn tatsächlich müssen die Arbeitnehmer sowohl ihren Bruttolohn als auch die darauf entfallenden Lohnzusatzkosten erwirtschaften, damit ihr Arbeitsplatz dauerhaft rentabel ist. Nicht zu Unrecht gehört der Arbeitgeberbeitrag daher auch in den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen zum Arbeitnehmerentgelt. Daher ist es nur folgerichtig, auch diesen Teil des Arbeitnehmerentgelts ab einem Stichtag zusätzlich zum bisherigen Bruttolohn an die Beschäftigten auszuzahlen. Die Auszahlung würde steuerfrei erfolgen, weil auch der bisherige Arbeitgeberbeitrag steuerfrei ist und Vorsorgeaufwendungen grundsätzlich vom steuerpflichtigen Einkommen abgesetzt werden können. Mit der Auszahlung des Arbeitgeberanteils würde eine nachhaltige Loslösung der GKV-Finanzierung von den Arbeitskosten erreicht. Entsprechend könnte auch der Krankenversicherungszuschuss der gesetzlichen Rentenversicherung an die Rentner rentenerhöhend ausbezahlt werden.

Für die Berechnung des auszahlenden Arbeitgeberbeitrags sollte dabei der Beitragssatz der günstigsten bundesweit wählbaren Krankenkasse gelten. Wenn Versicherte eine teurere Krankenkasse wählen wollen, dann sollten sie auch selbst und allein für die damit verbundenen Mehrausgaben aufkommen.



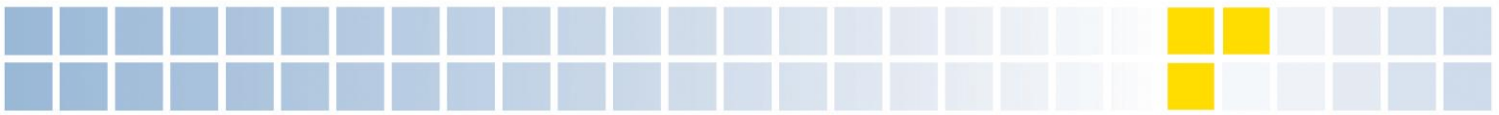
b. Bundeszuschuss dynamisieren und versicherungsfremde Leistungen vollständig abdecken

Zu einer nachhaltigen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung gehört auch, dass der Bundeszuschuss an die gesetzliche Krankenversicherung zur Finanzierung versicherungsfremder Aufgaben verlässlich ist und nicht vom Gesetzgeber nach Belieben gekürzt wird. Ziel muss sein, dass versicherungsfremde Leistungen nicht von den Beitragszahlenden finanziert werden. Die seit 2017 vorgesehene Festschreibung des Bundeszuschusses bei 14,5 Mrd. € darf daher nicht unterschritten werden. Im Gegenteil sollte der Bundeszuschuss regelmäßig angehoben, also dynamisiert, werden, um einer schleichenden Entwertung des Bundeszuschusses entgegenzuwirken, und damit er seinen ursprünglichen (2012) Anteil von 7 % der Beitragseinnahmen erreicht. Auch müssen die Ausgleichszahlungen für ALG-II-Beziehende erhöht werden, um kostendeckend zu sein. Zur auskömmlichen Gegenfinanzierung der Krankenkassenausgaben für die Versorgung der ALG-II-Empfangenden wären derzeit zusätzlich 10 Mrd. € notwendig. Diese beiden Maßnahmen sind richtigerweise auch dem Grundsatz nach im Koalitionsvertrag vereinbart und sollten zeitnah umgesetzt werden.

Soweit weiter nicht gewährleistet ist, dass die Länder ihrer Investitionsverpflichtung für die Krankenhäuser nicht vollumfänglich nachkommen²², muss der Bundeszuschuss um die Mittel für Investitionen in die Krankenhausinfrastruktur aufgestockt werden. Nur so kann sichergestellt werden, dass nicht die Investitionen sachfremd aus den DRGs, die zur Finanzierung der Betriebskosten gedacht sind, bezahlt werden müssen.

Nicht sinnvoll hingegen wäre es, die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung – über die Abdeckung nicht beitragsgedeckter Leistungen hinaus – durch Bundeszuschüsse zu finanzieren. Hierdurch würde die Notwendigkeit von nachhaltigen Strukturreformen der gesetzlichen Krankversicherung nur verschleiert. Die Finanzierungsprobleme würden dadurch nicht gelöst, sondern lediglich auf den Bund verlagert. Zudem würde das beitragsfinanzierte und selbstverwaltete System der gesetzlichen Krankenversicherung durch einen schleichenden Übergang in ein steuerfinanziertes System geschwächt.

²² Bundesrechnungshof (2020): Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO über die Prüfung der Krankenhausfinanzierung durch die gesetzliche Krankenversicherung, S. 32 f.



Ansprechpartner:

BDA | DIE ARBEITGEBER

Bundesvereinigung der
Deutschen Arbeitgeberverbände

Soziale Sicherung

T +49 30 2033-1600

soziale.sicherung@arbeitgeber.de

Die BDA organisiert als Spitzenverband die sozial- und wirtschaftspolitischen Interessen der gesamten deutschen Wirtschaft. Wir bündeln die Interessen von einer Million Betrieben mit rund 20 Millionen Beschäftigten. Diese Betriebe sind der BDA durch freiwillige Mitgliedschaft in Arbeitgeberverbänden verbunden.