

Für eine leistungsfähige und finanzierbare gesetzliche Krankenversicherung

Vorschläge der Arbeitgeber für eine „Gesundheitsreform 2023“

15. November 2022

Zusammenfassung

Die gesetzliche Krankenversicherung muss 2023 umfassend reformiert werden, damit sie dauerhaft leistungsfähig und finanzierbar bleibt. Die in den letzten Jahren beschlossenen gesetzlichen Änderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung haben sich regelmäßig auf Einzelbereiche beschränkt und die ohnehin steigende Kostenbelastung zum Teil sogar noch verschärft. Statt langfristiger Strukturreformen hat vor allem Kurzfristdenken die Gesundheitspolitik geprägt. Das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz, mit dem die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung gerade einmal für ein Jahr (2023) gesichert wird, ist dafür nur ein Beispiel. Dieses Stückwerk darf nicht weiter fortgesetzt werden.

Mit diesem Papier legen die Arbeitgeber ihre Vorschläge für eine Gesundheitsreform 2023 vor. Sie bestehen aus einer Kombination von kurzfristigen Überbrückungsmaßnahmen zur finanziellen Stabilisierung mit langfristigen Strukturreformen in zentralen Bereichen (u. a. Krankenhausesektor, sektorenübergreifende Versorgung). Dabei wird bewusst auf gesundheitspolitische Vereinbarungen des Koalitionsvertrags aufgebaut und auf Reformvorschläge verzichtet, die zwar wünschenswert, aber im aktuellen politischen Umfeld unrealistisch sind (wie z. B. eine umfassende Finanzierungsreform oder Selektivverträge der Krankenkassen mit niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern)¹.

Im Einzelnen

Kurzfristige Maßnahmen zur Überbrückung notwendig

Um die Zeit zu überbrücken, bis echte Strukturreformen im Gesundheitswesen wirken, müssen sowohl auf der Einnahmen- als auch auf der Ausgabenseite zeitnah Maßnahmen ergriffen werden, damit die Beitragssätze konstant gehalten werden können. Die ohnehin international extrem hohe Abgabenbelastung auf Löhne und Gehälter in Deutschland darf nicht noch weiter nach oben getrieben werden. Gerade in der aktuellen Phase der wirtschaftlichen Unsicherheit, in der Wirtschaft und Bürgerinnen und Bürger massiv unter Preissteigerungen leiden, darf es keine zusätzlichen Belastungen durch höhere Sozialbeiträge geben.

¹ Umfassende Vorschläge finden sich im BDA-Konzept zur Neuordnung der gesetzlichen Krankenversicherung. https://arbeitgeber.de/wp-content/uploads/2022/11/bda-arbeitgeber-positionspapier-bda_konzept_zur_neuordnung_der_gesetzlichen_krankenversicherung-2022_11_15.pdf



Folgende Maßnahmen können bereits kurzfristig zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung beitragen, ohne dass die Versorgung für die Patientinnen und Patienten beeinträchtigt würde:

Einnahmenseite

Vorrangig sollten zwei im Koalitionsvertrag dem Grundsatz nach vereinbarte Vorhaben umgesetzt werden:

- Zahlung kostendeckender Beiträge für Arbeitslosengeld-II-Beziehende durch den Bund (zusätzlich ca. 10 Mrd. €), damit die Krankenkassen für die Übernahme der Versorgung von Hilfebedürftigen die Mittel erhalten, die sie dafür benötigen.
- Dynamisierung des Bundeszuschusses für versicherungsfremde Leistungen (zusätzlich ca. 6 Mrd. €, damit der Bundeszuschuss wieder seinen ursprünglichen (2012) Anteil von 7 % der Beitragseinnahmen erreicht.), um einer schleichenden Entwertung des Bundeszuschusses entgegenzuwirken.

Darüber hinaus sollten beschlossen werden:

- Einführung einer Beitragspflicht für mitversicherte Ehegatten (ca. 2,8 Mrd. € bei weiterhin beitragsfreier Mitgliedschaft während der Elternzeit), um den Umfang nicht beitragsgedeckter Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung zu reduzieren und um Fehlanreize gegen die Aufnahme einer Beschäftigung abzubauen.
- Ausbau der Eigenbeteiligung, z. B. Eigenbeteiligung beim Arztbesuch (ca. 2 Mrd. €) und Dynamisierung der bisherigen Zuzahlungssätze, um Versicherte zu wirtschaftlichem Verhalten und Kostenverantwortung zu motivieren, Anreize für ein gesundheitsbewusstes Verhalten zu setzen und das Subsidiaritätsprinzip zu stärken.

Kein sinnvoller Weg zur Verbesserung der Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung wäre dagegen, die Beitragsbemessungsgrenze außerordentlich anzuheben. Hierdurch würde die ohnehin schon hohe Beitragslast noch weiter erhöht und das Solidarprinzip in der Krankenversicherung überstrapaziert, denn schon heute beträgt der Höchstbeitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung ein Vielfaches des Mindestbeitrags – trotz identischem Versicherungsschutz. Es widerspräche dem Versicherungsprinzip, wenn der Zusammenhang zwischen Beiträgen und dadurch erworbenen Versicherungsschutz noch weiter ausgehöhlt würde und die Krankenversicherungsbeiträge noch stärker den Charakter einer Sondersteuer auf Arbeit annehmen.

Ebenso wenig sinnvoll wäre, 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 Krankenversicherung 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.



Ausgabenseite

- Absenkung der Mehrwertsteuer auf 7 % für alle Krankenversicherungsleistungen mit bislang vollem Mehrwertsteuersatz (ca. 4,7 Mrd. € bei Arzneimitteln und ca. 0,6 Mrd. € bei Hilfsmitteln). Es ist weder nachzuvollziehen noch begründbar, warum (lebens-)notwendige Humanarzneimittel höher besteuert werden als z. B. Süßigkeiten, Katzenfutter oder Tierarzneimittel.
- Abschaffung der Überprüfungsbegrenzungen (Prüfquote) für Krankenhausabrechnungen (ca. 1,8 Mrd. €). Es darf nicht länger zugelassen werden, dass die Krankenkassen auf Kosten der Beitragszahler ungeprüfte Krankenhausabrechnungen bezahlen müssen.
- Schließung der Investitionslücke in den Krankenhäusern durch Bund und Länder, damit die derzeitige Betriebsmittelfinanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung gesenkt werden kann (ca. 3 Mrd. €). Die Länder kommen ihren Investitionsverpflichtungen für die Krankenhäuser derzeit nicht nach², was dazu führt, dass Investitionen sachfremd aus den DRGs, die zur Finanzierung der Betriebskosten gedacht sind, bezahlt werden müssen.

Strukturreformen in der gesetzlichen Krankenversicherung lange überfällig

Die aktuellen Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung sind hausgemacht: Anstatt dringend notwendige Strukturreformen anzugehen, hat die Politik für teure Kostensteigerungen gesorgt. Allein die vielen Gesetze der letzten Legislaturperiode haben zu Mehrausgaben von rund 33 Mrd. € im Zeitraum von 2019 bis 2022 geführt – wohlgemerkt: ohne coronabedingte Ausgaben.

Deutschland hat das teuerste Gesundheitssystem der EU³, ohne dafür auch eine Spitzengesundheitsversorgung zu haben. Oder wie es der heutige Bundesgesundheitsminister in seiner Zeit als Mitglied im Sachverständigenrat Gesundheit treffend ausgedrückt hat: „Wir bezahlen einen Mercedes und bekommen einen Golf“. Dass große Effizienzpotenziale in der gesetzlichen Krankenversicherung schlummern und auch Überversorgung stattfindet, ist häufig genug nachgewiesen worden.

Dabei besteht bezüglich der notwendigen Maßnahmen kein Erkenntnisproblem. Wissenschaftler und der Sachverständigenrat Gesundheit machen seit Jahrzehnten Vorschläge für mehr Wettbewerb in der Versorgung, für eine Krankenhausreform, für die Überwindung der Sektorengrenzen sowie für die Digitalisierung im Gesundheitswesen, um so die Versorgung zu verbessern und die Effizienz im Gesundheitswesen zu steigern. Deshalb ist jetzt das Bundesgesundheitsministerium gefordert, nachhaltige und kostensenkende Strukturreformen auf den Weg zu bringen, um die vorhandenen Einsparpotenziale auszuschöpfen.

Insbesondere folgende Maßnahmen sind dringend zur Hebung der vorhandenen Effizienzpotenziale:

² Bundesrechnungshof 2020: Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO, S. 32 f. https://www.bundesrechnungshof.de/SharedDocs/Downloads/DE/Be-richte/2020/krankenhausfinanzierung-gkv-volltext.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (letzter Abruf 7. Oktober 2022).

³ OECD Country Health Profile Germany 2019. https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/germany-country-health-profile-2019_36e21650-en#page1 (letzter Abruf 7. Oktober 2022).



Krankenhauslandschaft konsolidieren und Grundversorgung sachgerecht sicherstellen:

Durch eine Konsolidierung des Krankenhaussektors, dem größten Ausgabenbereich der gesetzlichen Krankenversicherung, können erhebliche Kosten gespart und die Versorgungsqualität verbessert werden. Als erster wichtiger Schritt hin zu einer nachhaltigen und qualitätsbasierten gestuften Krankenhausstruktur (Basisversorgung und spezialisierte Versorgung) 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 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, zeigt⁴.

Die Ergebnisse von der Bertelsmann-Stiftung beauftragten Studie zur zukunftsfähigen Krankenhausversorgung⁵ 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 Coronapandemie aktuell. Gerade hier fand die stationäre und intensivmedizinische Versorgung überwiegend in großen und spezialisierten Krankenhäusern statt⁶. 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-Vergleich⁷ die vierthöchste Dichte an Pflegefachpersonen (13,95 Pflegefachpersonen je 1.000 Einwohner) hat, 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 erfol-

⁴ Kurzfassung des Ergebnisberichts zum Projekt „Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren (WiZen)“, S. 2. https://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/termine/kurzfassung_ergebnisbericht_wi-zen.pdf (letzter Abruf 4. Oktober 2022).

⁵ Loos/Albrecht/Zich (2019): Zukunftsfähige Krankenhausversorgung, S. 81 ff. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/zukunftsfaeihige-krankenhausversorgung> (letzter Abruf 4. Oktober 2022).

⁶ 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)

⁷ Datenquelle OECD Health Statistics 2022, <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9> (letzter Abruf 28. Mai 2022).



gen 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.

Sektorengrenzen sachgerecht überwinden:

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 ausgeweitet werden – das entspricht rund 90 % des bisherigen Leistungsumfangs⁸. Die Vergütung dieser Leistungen muss ausschließlich, wie auch gesetzlich vorgesehen, ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) erfolgen – egal, wo sie erfolgen.

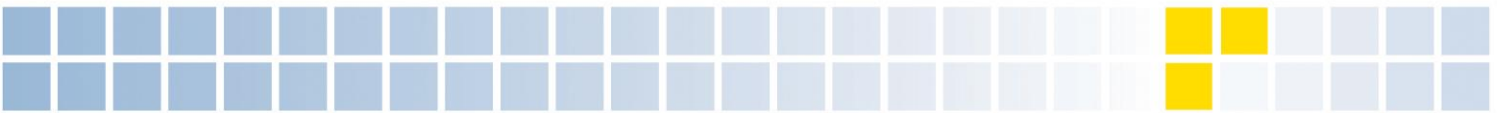
Auch können Krankenhausaufenthalte durch eine effektive und rechtzeitige ambulante Versorgung im Vorfeld verhindert werden (z. B. Krankheiten, die durch präventive Maßnahmen zu verhindern gewesen wären, akut auftretende Beschwerden, die im ambulanten Bereich kontrolliert werden könnten oder chronische 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 Krankenhäuserfälle (ASK) bestehen nach aktuellen Studien Einsparpotenziale von bis zu 9,2 Mrd. €⁹. 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 Dauer¹⁰ - wohlgermerkt unnötiger Behandlungen und nicht z. B. Krebsbehandlungen.

Zudem ist die Notfallversorgung effizienter zu gestalten. Eine Reform der Notfallversorgung ist auch im Koalitionsvertrag vorgesehen. An der Notfallversorgung sind in Deutschland die Kassenärztlichen Bereitschaftsdienste/niedergelassenen Ärzte, der Rettungsdienst und die Notaufnahmen der Krankenhäuser beteiligt. Zwingend erforderlich ist eine übergreifende Koordination 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

⁸ 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_objjs27932/IGES_AOP_Gutachten_032022_ger.pdf (letzter Abruf 4. Oktober 2022).

⁹ 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.

¹⁰ 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)



Krankenhäuser ambulant durch Vertragsärzte behandelbar wären¹¹ (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. Portalpraxen und die strukturierte medizinische Ersteinschätzung (SmED) der Kassenärztlichen Vereinigungen sind ein erster richtiger Schritt in dieser 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)¹² 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.

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 Eigenbeteiligungen¹³ auf. Im europäischen Vergleich sind die Kostenbeteiligungen gering bis moderat, zumal derzeit bei Haus- und Fachärzten gar keine Zuzahlungen zu leisten sind¹⁴.

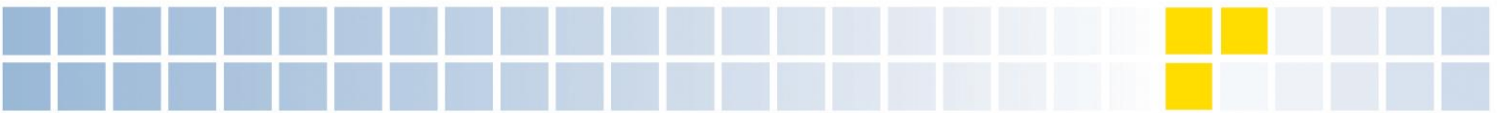
Eine Ausweitung der Eigenverantwortung der Versicherten trägt dazu bei, den Einzelnen zu wirtschaftlichem Verhalten und Kostenverantwortung zu motivieren, setzt Anreize für ein gesundheitsbewusstes Verhalten und verwirklicht den Grundsatz, dass sich die Solidarversicherung entsprechend dem Subsidiaritätsprinzip 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.

¹¹ 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).

¹² 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).

¹³ 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).

¹⁴ 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).



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 Beitragszahlenden mit rund 2 Mrd. € zusätzlich belastet. 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.¹⁵ 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 hoch¹⁶.

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 konstant¹⁷ 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.

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

¹⁵ 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).

¹⁶ 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).

¹⁷ 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).



Folgebehandlungen zu reduzieren und die Notfallversorgung zu verbessern. Auch sie kann 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) eine umfängliche und detaillierte Beschreibung der Problemlage und listet präzise die notwendigen Maßnahmen auf.

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.

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.