

Soziale Sicherung | Sozialversicherung

Leitlinien für ein Gesundheitssystem der Zukunft

vbw

Position
Stand: Mai 2023

Die bayerische Wirtschaft



Hinweis

Zitate aus dieser Publikation sind unter Angabe der Quelle zulässig.

Vorwort

Unser Gesundheitssystem leistungsfähig und bezahlbar halten

Gesundheit wird in unserer alternden Gesellschaft immer wichtiger – sowohl auf individueller als auch auf volkswirtschaftlicher Ebene. Die Bedeutung einer hochwertigen und flächendeckenden Gesundheitsversorgung hat zuletzt die Corona-Pandemie eindrucksvoll veranschaulicht.

Um auch künftig ein leistungsfähiges und finanzierbares Gesundheitssystem in Deutschland vorhalten zu können, gilt es jedoch, Reformen einzuleiten. Wir müssen kurzfristig die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung stabilisieren. Eine dauerhaft steigende Beitragsbelastung und immer höhere Steuerzuschüsse gefährden die Wettbewerbsfähigkeit des Standorts Deutschland und müssen dringend verhindert werden. Gleichzeitig gilt es, strukturelle Anpassungen im Gesundheitswesen voranzutreiben, die auch in Zukunft eine Behandlung garantieren, die sich am neuesten Stand des medizinischen Fortschritts ausrichtet.

In unserem Positionspapier skizzieren wir den Handlungsbedarf, um auch künftig eine qualitativ hochwertige Versorgung zu garantieren und gleichzeitig eine nachhaltige, generationengerechte Finanzierung sicherzustellen.

Bertram Brossardt
Mai 2023

Inhalt

Position auf einen Blick	2
1 Herausforderungen im Gesundheitswesen	3
1.1 Demografische Entwicklung und Konsequenzen für das Gesundheitswesen	3
1.2 Wachsende Finanzierungslücken	4
1.3 Ausblick	7
2 Reformbedarf in der kurzen Frist	8
2.1 Kostendeckende Beiträge für Bürgergeld-Beziehende	8
2.2 Dynamisierung des Bundeszuschusses für versicherungsfremde Leistungen	8
2.3 Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze ausschließen	9
2.4 Absenkung der Mehrwertsteuer für Krankenversicherungsleistungen	9
2.5 Abschaffung der Prüfquote für Krankenhausabrechnungen	9
3 Langfristige Strukturreformen	10
3.1 Reformbedarf bei der stationären Versorgung	10
3.2 Sektorgrenzen überwinden und Potenziale der Ambulantisierung nutzen	11
3.3 Eigenverantwortung der Versicherten ausbauen	12
3.4 Digitalisierung vorantreiben	13
3.5 Prävention und Rehabilitation stärken	13
Ansprechpartner/Impressum	15

Position auf einen Blick

Ohne grundlegende Reformen riskieren wir die Finanzierbarkeit unseres Gesundheitssystems.

Unser Gesundheitswesen steht vor großen Herausforderungen. Ein wesentlicher Faktor ist die demografische Entwicklung, die einerseits dazu führt, dass künftig der Anteil der Älteren an der Bevölkerung zunimmt und damit tendenziell auch die Gesundheitskosten steigen. Andererseits gehen die Beitragszahlungen bedingt durch den Rückgang der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter zurück. Nicht zuletzt verschärft die Demografie aber auch Fachkräfteengpässe im Gesundheitswesen.

Neben der Demografie löst aber auch der medizinisch-technische Fortschritt einen Handlungsbedarf aus. Behandlungsmethoden werden immer spezialisierter und individualisierter, was Anpassungen bei den bestehenden Versorgungsstrukturen nötig macht.

Gleichzeitig verschärft sich die finanzielle Lage der gesetzlichen Krankenversicherung (gKV) immer weiter. Bis zum Jahr 2025 und in der Folge bis 2030 gehen die Sozialversicherungsexperten Prof. Dr. Thiess Büttner und Prof. Dr. Martin Werding davon aus, dass deutlich höhere Bundeszuschüsse zur Krankenversicherung nötig sein werden als bislang. Hinzu kommen weitere Beitragssatzsprünge.

Mit Blick auf die Herausforderungen gilt es in der kurzen Frist Reformmaßnahmen durchzuführen, die die Finanzen der gKV stabilisieren. Mittel- und langfristig müssen grundlegende Strukturreformen erfolgen, die unser Gesundheitssystem zukunftsfähig machen.

Kurzfristig umzusetzen sind die folgenden Maßnahmen:

- Einführung kostendeckender Beiträge für Bürgergeld-Beziehende
- Dynamisierung des Bundeszuschusses für versicherungsfremde Leistungen
- Absenkung der Mehrwertsteuer für gKV-Leistungen
- Abschaffung der Prüfquoten für Krankenhausabrechnungen

Mittel- und langfristig gilt es Strukturreformen einzuleiten, die an folgenden Punkten ansetzen:

- Sicherstellung einer bedarfsgerechten und finanzierbaren stationären Versorgung
- Überwindung der Sektorgrenzen und gezielte Nutzung von Ambulantisierungspotenzialen
- Ausbau der Eigenverantwortung der Versicherten
- Ausschöpfung von Digitalisierungspotenzialen
- Stärkung von Prävention und Rehabilitation

1 Herausforderungen im Gesundheitswesen

Demografie und medizinisch-technischer Fortschritt lösen Reformbedarf aus

Das Gesundheitswesen in Deutschland sieht sich mit wachsenden Herausforderungen konfrontiert. Diese betreffen insbesondere die wachsenden Finanzierungslücken und die sich stetig verschärfenden Fachkräfteengpässe in Pflege- und Gesundheitsberufen. Gleichzeitig steigt die Bedeutung einer qualitativ hochwertigen und flächendeckenden Gesundheitsversorgung in einer alternden Bevölkerung. Der Handlungsbedarf ist akut und es gilt zeitnah die nötigen Strukturreformen auf den Weg zu bringen.

1.1 Demografische Entwicklung und Konsequenzen für das Gesundheitswesen

Bis Mitte der 2030er Jahre wird in Deutschland die Zahl der Menschen im Rentenalter (ab 67 Jahren) um etwa vier Millionen auf mindestens 20,0 Millionen steigen. Die Zahl der über 80-Jährigen wird zwar noch bis Mitte der 2030er Jahre relativ stabil bleiben, danach wird die Zahl der Hochaltrigen jedoch massiv zunehmen, da die Baby-Boomer-Generationen diese Alterskohorten erreichen.

Die Zahl der Menschen im Erwerbsalter von 20 bis 66 Jahren wird in den kommenden Jahren abnehmen. Aktuell gehören in Deutschland 51,4 Millionen Menschen dieser Altersgruppe an. Selbst bei hoher Nettozuwanderung würde es bis Mitte der 2030er Jahre zu einer leichten Abnahme um 1,6 Millionen Personen kommen. Bei niedriger Nettozuwanderung könnte die Zahl um 4,8 Millionen Personen sinken.

Für das Gesundheitswesen folgen aus der demografischen Entwicklung verschiedene Konsequenzen. Erstens steigen Gesundheitskosten tendenziell mit dem Alter. Zwar sind dank veränderter Lebensumstände und medizinisch-technischem Fortschritt heute viele ältere Menschen gesünder als in der Vergangenheit, dem gegenüber stehen aber eine steigende Lebenserwartung und ein quantitativer steigender Anteil Älterer an der Gesamtbevölkerung.

Zweitens folgt aus dem Rückgang der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter auch eine Abnahme der Beitragszahlungen in die gKV, da Rentner*innen geringere Beitragszahlungen leisten. Durch diese Entwicklung werden sich die Finanzierungslücken im Gesundheitssystem künftig weiter verschärfen.

Nicht zuletzt ist das Gesundheitswesen stärker als andere Wirtschaftsbereiche vom Fachkräftemangel betroffen. Denn nicht nur, dass die aktuellen Belegschaften sukzessive in den Ruhestand gehen und der Nachwuchs fehlt, die Nachfrage nach Personal im Gesundheits- und Pflegewesen steigt in den nächsten Jahren durch die Alterung der Gesellschaft.

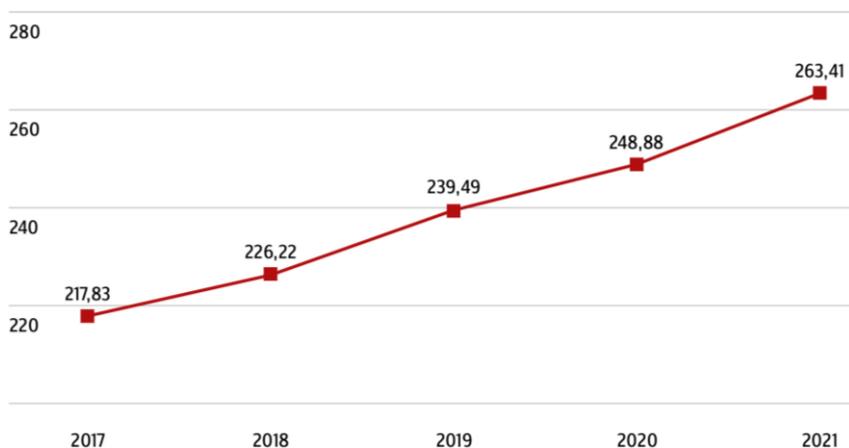
1.2 Wachsende Finanzierungslücken

Die Ausgabenentwicklung in der gKV kannte zuletzt nur eine Richtung: steil nach oben. Auch ohne Corona-Sonderausgaben ist über die letzten fünf Jahre ein deutlicher Anstieg der Leistungsausgaben zu verzeichnen, wie die nachstehende Abbildung zeigt.

Abbildung 1
Entwicklung der Leistungsausgaben in der gKV

Leistungsausgaben insgesamt

Angaben in Mrd. Euro

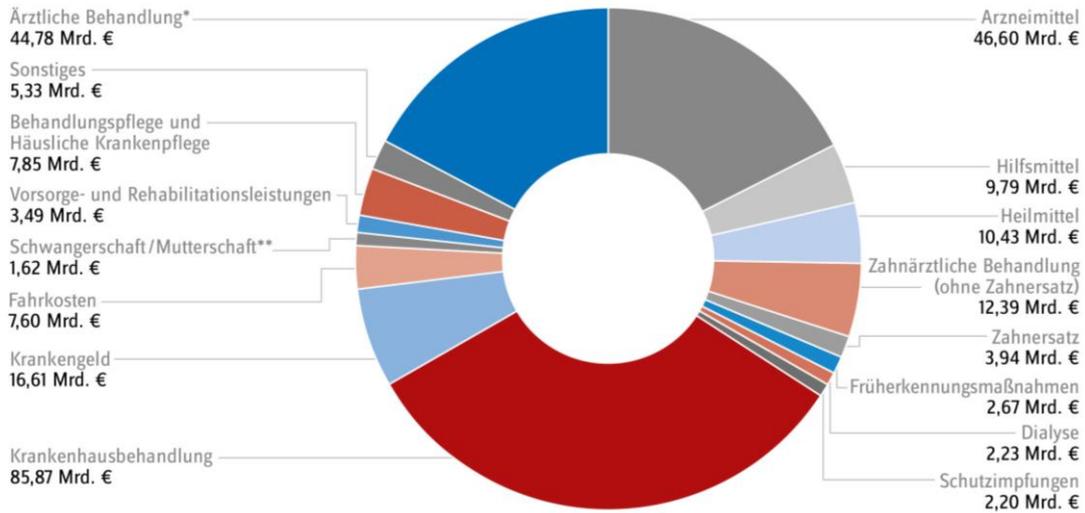


Quelle: GKV-Spitzenverband

Die größten Ausgabenblöcke in der gKV lassen sich auf die Krankenhausbehandlungen, Arzneimittel und ärztliche Behandlungen zurückrechnen. Die Krankenhausbehandlungen stehen mit 32,60 Prozent für fast ein Drittel der Leistungsausgaben der gKV und die Kosten in diesem Bereich sind in den letzten Jahren erheblich gestiegen. Die folgende Abbildung veranschaulicht die Ausgaben für einzelne Leistungsbereiche der gKV im Jahr 2021.

Abbildung 2

Ausgaben der gKV nach Leistungsbereichen 2021, in Milliarden Euro



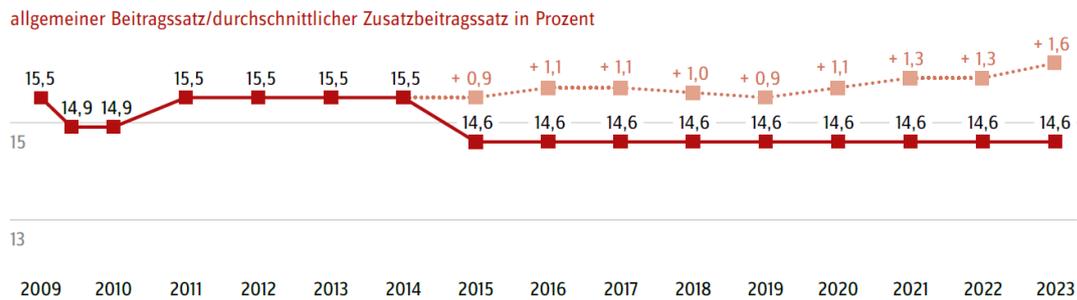
* Nicht berücksichtigt wurden die gezahlten Beträge für Früherkennung, Impfungen, ehemals Sonstige Hilfen und Dialyse-Sachkosten.
** ohne stationäre Entbindung

Quelle: GKV-Spitzenverband

Auf der Einnahmenseite ist in den letzten Jahren sowohl ein Anstieg des Zusatzbeitrages zur gKV als auch eine Erhöhung des Bundeszuschusses zu verzeichnen.

Abbildung 3

Entwicklung des Beitragssatzes zur gKV

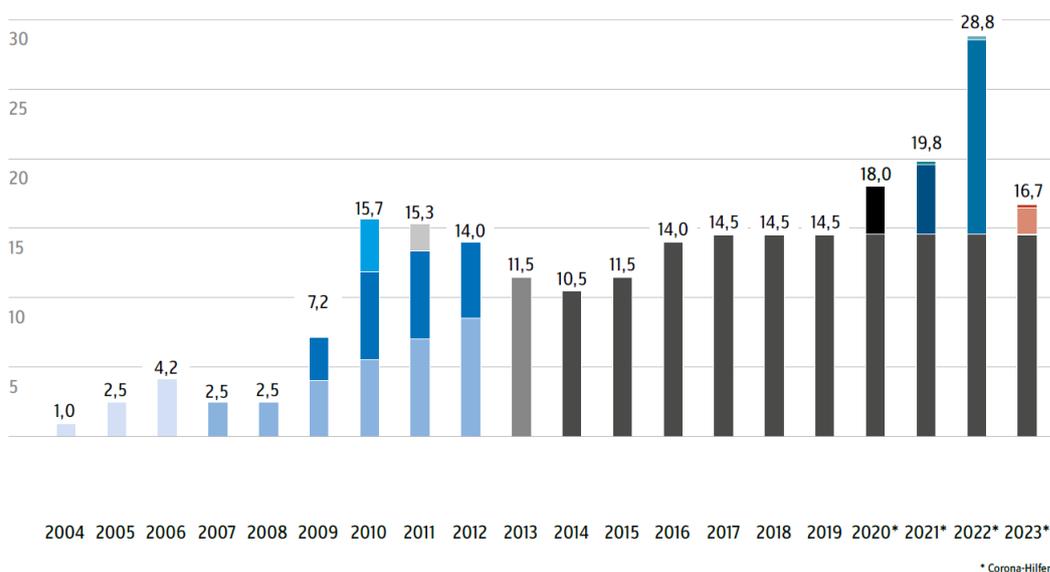


Quelle: GKV-Spitzenverband

Der allgemeine Beitragssatz zur gKV liegt derzeit bei 14,6 Prozent, der durchschnittliche Zusatzbeitrag nach Schätzungen des Bundesgesundheitsministeriums bei 1,6 Prozent.

Nachdem schon im Jahr 2021 eine Anhebung des Zusatzbeitrags nötig wurde, folgte zum Jahreswechsel 2023 ein erneuter Anstieg. Anders als der allgemeine Beitragssatz, wird der Zusatzbeitrag von den einzelnen Krankenkassen individuell festgelegt und variiert zwischen den einzelnen Kassen. Dieser Zusatzbeitrag wird mittlerweile auch paritätisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmern getragen.

Abbildung 4
Entwicklung der Bundeszuschüsse in Milliarden Euro



- Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004-2006
- GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007-2012
- Konjunkturpaket II 2009-2012
- Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetz 2010
- Haushaltsbegleitgesetz 2011
- Haushaltsbegleitgesetz 2013
- Haushaltsbegleitgesetz 2014
- Zweites Nachtragshaushaltsgesetz 2020
- Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (GPVG) 2021
- GWB-Digitalisierungsgesetz (Ausgleich für Corona-Kinderkrankengeld) 2021
- Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG)/Bundeszuschussverordnung 2022
- Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes (Ausgleich für Corona-Kinderkrankengeld) 2022
- GKV-Finanzstabilisierungsgesetz 2023
- Gesetz zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung (Ausgleich für Corona-Kinderkrankengeld) 2023

Quelle GKV-Spitzenverband

Der Bundeszuschuss zur gKV beträgt seit dem Jahr 2017 regulär 14,5 Milliarden Euro pro Jahr. Zuletzt lag dieser jedoch zum Ausgleich von Corona-Sonderausgaben deutlich höher. Mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz wurde losgelöst von der Pandemie für das Jahr 2023 eine Erhöhung des Bundeszuschusses um zwei Milliarden Euro beschlossen, um Finanzierungslücken der gKV zu schließen. Die steigenden Bundeszuschüsse zeigen, dass eine Finanzierung der gKV alleine über Beitragsmittel derzeit nicht mehr möglich ist.

1.3 Ausblick

Für die kommenden Jahre ist damit zu rechnen, dass sich die Finanzierungsdefizite weiter verschärfen. Bis zum Jahr 2025 und in der Folge bis 2030 gehen die Sozialversicherungsexperten Prof. Dr. Thies Büttner und Prof. Dr. Martin Werding von jährlichen Bundeszuschüssen zur Krankenversicherung in Höhe von 18,5 Milliarden Euro bzw. 22,5 Milliarden Euro aus. Auch die Beitragssätze zur Krankenversicherung werden den Prognosen nach in diesem Zeitraum spürbar steigen, bis 2030 auf über 18,2 Prozent der beitragspflichtigen Einkommen.

Ausschlaggebend für diese Entwicklung sind auch politische Entscheidungen. Gerade in den letzten zwei Legislaturperioden sind in der Krankenversicherung eine erhebliche Zahl von Leistungsausweitungen beschlossen worden, die alle als Einzelreform nachvollziehbar und erklärbar, aber in der Summe der Beschlüsse, unabhängig von jeglichen Corona-Kosten, jährlich wiederkehrend, vor allem teuer und beitragswirksam sind. Im Zeitraum von 2019 bis 2022 haben sich die Mehrausgaben alleine durch Gesetze der letzten Legislaturperiode auf 33 Milliarden Euro summiert.

Sowohl eine steigende Beitragsbelastung als auch wachsende Steuerzuschüsse sind abzulehnen. Höhere Beiträge führen zu steigenden Lohnzusatzkosten und gefährden so die Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen. Immer stärker ansteigende Zuschüsse aus dem Bundeshaushalt verstärken die Budgetkonkurrenz und beschneiden den Spielraum für Investitionen in Infrastruktur und Maßnahmen zur Begleitung der Nachhaltigkeitstransformation. Das gilt umso mehr, als nicht nur die gKV vor Finanzierungsproblemen steht, sondern die Pflege- und Rentenversicherung ebenfalls.

Mit Blick auf den dringenden Handlungsbedarf gilt es sowohl kurzfristige Maßnahmen zur Entlastung der gKV Finanzen zu ergreifen wie auch langfristige Strukturreformen umzusetzen.

2 Reformbedarf in der kurzen Frist

Ansatzpunkte zur kurzfristigen Stabilisierung von Einnahmen und Ausgaben

Um in den nächsten Jahren weitere Beitragssatzsteigerungen zu verhindern, gilt es kurzfristig sowohl auf der Einnahmen- als auch auf der Ausgabenseite Maßnahmen zur finanziellen Stabilisierung umzusetzen.

2.1 Kostendeckende Beiträge für Bürgergeld-Beziehende

Die anfallenden Kosten für die medizinische Versorgung von Bürgergeld-Empfänger*innen werden durch die Versicherung in der gKV gedeckt. Der Staat zahlt hierzu entsprechende Beiträge an die gKV, die politisch festgelegt werden und somit in der Höhe stark davon abhängen, welche Bereitschaft besteht, entsprechende Haushaltsmittel bereitzustellen. In der Vergangenheit waren die Beiträge nicht kostendeckend. Das IGES Institut hat zuletzt geschätzt, dass die jährliche Unterfinanzierung bei zehn Milliarden Euro liegt. Das resultierende Defizit muss von den Beitragszahlern gedeckt werden. Dieser Umstand ist nicht weiter hinnehmbar. Der Bund muss künftig kostendeckende Beiträge für SGB-II-Leistungsempfänger*innen an die gKV zahlen.

2.2 Dynamisierung des Bundeszuschusses für versicherungsfremde Leistungen

Die gKV erhält seit dem Jahr 2004 einen Bundeszuschuss, der in den Gesundheitsfonds fließt. Darüber sollen versicherungsfremde Leistungen pauschal abgegolten werden. Es fehlt allerdings ein Anpassungsmechanismus, durch den sichergestellt wird, dass der Bundeszuschuss analog zu der allgemeinen Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen angepasst wird. Da ein solcher Mechanismus fehlt, wird der Bundeszuschuss schleichend entwertet.

Damit der Bundeszuschuss wieder den ursprünglichen Anteil von sieben Prozent der Beitragseinnahmen erreicht, muss dieser um ca. sechs Milliarden Euro erhöht werden. Zudem gilt es einen Dynamisierungsmodus zu entwickeln, der der Kostenentwicklung Rechnung trägt.

Jenseits des Anpassungsbedarfs bei dem Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen ist eine Ausweitung der Finanzierung der gKV über Haushaltsmittel des Bundes jedoch abzulehnen. Es besteht die Gefahr, so den notwendigen Bedarf für Strukturreformen zu verschleiern. Zudem droht – wie bereits ausgeführt – perspektivisch eine erhebliche Belastung des Bundeshaushalts. Nicht zuletzt würde so auch sukzessive das selbstverwaltete

System der gKV durch ein steuerfinanziertes Gesundheitswesen abgelöst. Eine solche Entwicklung ist abzulehnen.

2.3 Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze ausschließen

Klar abzulehnen ist der Vorstoß, durch eine außerordentliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze die Einnahmensituation der gKV zu verbessern. Dadurch würde die Beitragsbelastung sowohl für Arbeitgeber als auch Arbeitnehmer deutlich steigen und das Solidarprinzip überstrapaziert. Bereits heute liegt der Höchstbetrag zur gKV deutlich über dem Mindestbetrag, bei einem gleichen Versicherungsschutz. Auch um das Versicherungsprinzip im Kern zu erhalten, dürfen Beiträge und Leistungen nicht weiter auseinanderklaffen. Eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze wäre nichts anderes als eine Sondersteuer auf den Faktor Arbeit. Welche Belastung sich für verschiedene Berufe und Branchen durch eine höhere Beitragsbemessungsgrenze ergeben würde, zeigt das vbw Positionspapier „Sozialversicherung und Lohnzusatzkosten“ auf.

2.4 Absenkung der Mehrwertsteuer für Krankenversicherungsleistungen

Nach wie vor unterliegen einige Leistungen der gKV dem vollen Mehrwertsteuersatz von 19 Prozent. Das gilt zum Beispiel für Arznei- und Hilfsmittel. Hier gilt es künftig den reduzierten Mehrwertsteuersatz von sieben Prozent anzuwenden, denn es ist nicht nachvollziehbar, warum Medikamente höher besteuert werden als Süßigkeiten und Tierfutter. Allein im Bereich Arzneimittel könnten so Einsparungen in Höhe von 4,7 Milliarden Euro erzielt werden.

2.5 Abschaffung der Prüfquote für Krankenhausabrechnungen

Für die Prüfung von Krankenhausabrechnungen gelten gestaffelte Prüfquoten. D. h. derzeit kann nicht jede auffällige Abrechnung überprüft werden. In der Konsequenz müssen durch die Kassen Rechnungen auf Kosten der Beitragszahler beglichen werden, die u. U. fehlerhaft sind und zu hohe Forderungen enthalten. Dieser Umstand ist nicht hinnehmbar, es gilt daher die Prüfquoten abzuschaffen.

3 Langfristige Strukturreformen

Zur langfristigen Stabilisierung des Gesundheitssystems sind Strukturreformen unumgänglich.

Ohne grundlegende Strukturreformen kann weder eine solide und generationengerechte Finanzierung unseres Gesundheitswesens gewährleistet werden noch eine hochwertige Versorgung. Deutschland hat im EU-Vergleich die höchsten Gesundheitsausgaben pro Kopf, rangiert aber mit Blick auf die Lebenserwartung nicht in der Spitzengruppe der EU.

Deutschland verfügt im internationalen Vergleich auch über eine hohe Anzahl von Ärzten und Pflegekräften bezogen auf die Gesamtbevölkerung. Gleichzeitig hat Deutschland aber z. B. im EU-Vergleich die höchste Rate an Krankenhausbetten (7,9 Krankenhausbetten je 1.000 Personen, EU-Durchschnitt: 5,3 Krankenhausbetten auf 1.000 Personen). In der Konsequenz ist trotz der quantitativ hohen Zahl an Ärzten und Pflegekräften die Betreuungsrate am Bett in Deutschland im EU-Vergleich eine der niedrigsten.

Mit Blick auf die wachsenden Fachkräfteengpässe im Gesundheitswesen und die Finanzierungsherausforderungen gilt es Ineffizienzen im Gesundheitswesen gezielt abzubauen.

3.1 Reformbedarf bei der stationären Versorgung

Die Ausgaben für Krankenhausbehandlungen machen mit 32,6 Prozent anteilmäßig den größten Kostenblock der Leistungsausgaben der gKV aus. Gleichzeitig sehen sich aktuell zahlreiche Krankenhäuser mit existenzbedrohenden wirtschaftlichen Herausforderungen konfrontiert. Nach Angaben der Bayerischen Krankenhausgesellschaft rechnen 89 Prozent der Krankenhäuser in Bayern mit zum Teil immensen Verlusten in Millionenhöhe für das Jahr 2023. Ursächlich hierfür sind ein mangelnder Inflationsausgleich, aber auch Fachkräfteengpässe, die dazu führen, dass es zu Minderbelegungen kommt.

Der Reformbedarf in der Krankenhausversorgung ist akut, andernfalls droht ein kalter Strukturwandel mit negativen Konsequenzen für die Versorgungsstrukturen, die insbesondere den ländlichen Raum treffen würden. Die Reformbestrebungen der Bundesregierung sind daher dem Grunde nach zu begrüßen.

So kann durch die Einführung einer Vergütung von Vorhaltekosten für bestimmte Leistungen sichergestellt werden, dass auch in ländlichen Gebieten eine Grundversorgung aufrechterhalten werden kann, da eine Vergütung unabhängig der Fallmengen erfolgt. Wichtig ist jedoch, auch diese Vorhaltefinanzierung bedarfsgerecht auszugestalten und Fehlreize zu verhindern. Eine Ausgliederung aus dem derzeitigen Fallpauschalensystem ist nötig, um Doppelfinanzierungen auszuschließen. Losgelöst von der Vorhaltefinanzierung für bestimmte Leistungen gilt es aber am etablierten Fallpauschalensystem festzuhalten und dieses weiterzuentwickeln.

Jede Krankenhausreform, die der Bund anstößt, muss jedoch den Grundsatz beachten, dass die Krankenhausplanung im Kompetenzbereich der Länder liegt und dort auch zukünftig verankert sein muss.

Über adäquate Versorgungsstrukturen muss vor Ort – im Zusammenwirken von Kommunen und Ländern – entschieden werden. Bei einer Krankenhausreform muss deshalb eine intensive Beteiligung der Länder gesichert sein, zudem müssen Spielräume für regionale Ausnahmeregelungen geschaffen werden. Die Herausforderungen vor Ort variieren zwischen den einzelnen Ländern, ein „one-fits-all-Ansatz“ ist hier nicht zielführend.

Insbesondere in Flächenländern wie Bayern sind gute Versorgungsstrukturen im ländlichen Raum besonders wichtig und als Standortfaktor für Unternehmen zur Gewinnung und Bindung von Arbeits- und Fachkräften von zentraler Bedeutung. Im Zuge der angedachten Krankenhausreform gilt es daher auch gezielt die Optionen für eine Vernetzung von ambulanter und stationärer Versorgung zu stärken, ebenso wie die enge Vernetzung von kleineren Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung im ländlichen Raum mit Schwerpunktzentren.

3.2 Sektorgrenzen überwinden und Potenziale der Ambulantisierung nutzen

Insbesondere mit Blick auf die angespannte Personalausstattung im stationären Bereich gilt es zu prüfen, welche Behandlungen zwingend stationär erfolgen müssen und in welchen Bereichen stärker als bisher auch eine ambulante Versorgung möglich ist.

Ein Hinweis auf bestehende Ambulantisierungspotenziale liefern beispielsweise die rückläufigen Fallzahlen während der Corona-Pandemie von ambulant-sensitiven Behandlungen, die sowohl im Krankenhaus als auch von entsprechend qualifizierten niedergelassenen Ärzten durchgeführt werden können. So gingen die ambulant-sensitiven Behandlungen im Jahr 2022 um 23 Prozent zurück – im Vergleich zum Jahr 2019. Bei der Somatik insgesamt lag dieser Rückgang nur bei 15 Prozent.

Auch bei der Notfallversorgung in Deutschland gibt es Anhaltspunkte für unnötige stationäre Aufnahmen. In Deutschland werden ca. 50 Prozent der Notfälle stationär aufgenommen, in den europäischen Nachbarländern Frankreich und den Niederlanden ist diese Quote deutlich niedriger (32 bzw. 22 Prozent). Auch wenn keine direkte Vergleichbarkeit zwischen den Ländern gegeben ist, geben die Zahlen einen Hinweis darauf, dass in Deutschland öfter auch eine ambulante Behandlung von Notfällen möglich sein könnte.

Eine stärkere Ambulantisierung bietet die Chance für Entlastungen des Krankenhauspersonals und sorgen für einen möglichst effizienten Einsatz der immer knapper werdenden Ressource Personal im Gesundheitswesen. Gleichzeitig können so auch Kosteneinsparungen realisiert werden.

Grundsätzlich muss eine stärkere Vernetzung des ambulanten und des stationären Sektors erfolgen. Insbesondere um die Versorgungssicherheit im ländlichen Raum zu gewährleisten, gilt es verstärkt in Richtung integrierter Versorgungszentren zu denken.

3.3 Eigenverantwortung der Versicherten ausbauen

Das Gesundheitssystem in Deutschland zeichnet sich im internationalen Vergleich durch eine unterdurchschnittliche Eigenbeteiligung der Versicherten aus. Um eine zielgerichtete Verwendung der öffentlichen und solidarisch finanzierten Mittel sicherzustellen, gilt es aber mehr Selbstbeteiligung und mehr Kostentransparenz einzuführen. Nur so kann die Eigenverantwortung des Einzelnen gestärkt werden.

Mehr 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.

Konkret gilt es über eine Wiedereinführung einer angepassten Praxisgebühr bei jedem Arztbesuch wieder eine Steuerungswirkung zu erzielen. Das Instrument der Zuzahlung beim Hausarzt und Facharzt wird von vielen europäischen Ländern zur Mitfinanzierung des Gesundheitswesens und Steuerung der Arztbesuche genutzt, wie in der Schweiz, Portugal, Norwegen, Frankreich usw. Bei der Zahl der Arztkontakte belegt Deutschland im internationalen Vergleich einen Spitzenplatz. Versicherte konsultieren in Deutschland nahezu doppelt so häufig einen Arzt wie z. B. Finnen, Norweger oder Schweizer und fast viermal so häufig wie Schweden.

Auch die Belastungsgrenze bei der Selbstbeteiligung ist von derzeit zwei auf drei Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen anzuheben. Zudem müssen die Zuzahlungen für verschiedene Leistungen der gKV künftig dynamisch an die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung angepasst werden.

Perspektivisch gilt es auch die Option sogenannter „Managed Care“ Systeme anzudenken. Versicherte in der gKV könnten dann wählen zwischen Tarifen mit Versorgungsmanagement und anderen, herkömmlicheren Tarifen. Die Tarife mit Versorgungsmanagement bieten Versicherten Zugang zu einer umfassenden Versorgung durch die von der jeweiligen Kasse mit Selektivverträgen gebundenen bevorzugten Leistungserbringer. Tarife ohne Versorgungsmanagement beinhalten weiterhin eine freie Arzt- und Krankenhauswahl. Damit die Tarifwahl sinnvoll ausgeübt werden kann, bedarf es nicht nur einer Intensivierung des (Preis)-Wettbewerbs zwischen verschiedenen Kassen, sondern auch einer Beitragsgestaltung, die Kostenbewusstsein erzeugt. So könnten für Tarife mit Wahlmöglichkeiten einkommensunabhängige Zusatzprämien durch die Versicherten anfallen.

3.4 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. Sie kann auch die für eine effiziente Versorgungssteuerung durch die Krankenkassen notwendigen Daten liefern.

Bei der Einführung der ePA brauchen wir jetzt endlich den Durchbruch, um die Zahl der Versicherten mit ePA deutlich zu vergrößern. Gleichzeitig muss sichergestellt sein, dass die Leistungserbringer verpflichtend an die Telematikinfrastruktur angeschlossen werden.

Die durch die Digitalisierung erzielten Kosteneinsparungen sind an die Krankenversicherungen und über diese an die Beitragszahlenden weiterzugeben.

3.5 Prävention und Rehabilitation stärken

Prävention umfasst Maßnahmen und Aktivitäten, mit denen die Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen gestärkt werden. Darunter fallen Ansätze

- zur Verhütung von Krankheiten durch die Beseitigung der Krankheitsursachen,
- zur Vermeidung von Krankheiten bei bereits bestehenden krankhaften Befunden und
- gegen die Verschlimmerung bei bestehenden Krankheiten.

Durch die demografischen Verschiebungen kommt der Prävention eine größere Bedeutung zu. Das gilt insbesondere auch mit Blick auf die Fachkräftesicherung und das Bestreben, Menschen möglichst lange gesund und leistungsfähig im Beruf zu halten. Es gilt das Ziel einer vorausschauenden Gesundheitsförderung zu stärken und die Voraussetzungen für eine verbesserte Vernetzung und Kooperation der verschiedenen Akteure im Bereich der Prävention zu schaffen. Hierbei ist immer auch der Einzelne gefordert, die Verantwortung darf nicht einseitig den Unternehmen aufgebürdet werden.

Neben der Prävention kommt auch dem Rehabereich in einer alternden Bevölkerung eine immer größere Rolle zu. Denn mit steigendem Alter wird Rehabilitation immer häufiger in Anspruch genommen.

Die Gesetzliche Rentenversicherung ist in der Regel zuständig, wenn durch eine Rehabilitation Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden können, etwa zur Vermeidung von Frühverrentung (Reha vor Rente). Die von der gKV finanzierten Rehabilitationsleistungen kommen zum Einsatz, um Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Hier gilt

das Schlagwort Reha vor Pflege. Zudem erbringt die gKV Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen.

Für Unternehmen ist vor allem die von der Rentenversicherung finanzierte Rehabilitation relevant, da sie in Zukunft Belegschaften mit höherem Durchschnittsalter haben. Rehabilitationsmaßnahmen, welche in effizienter Weise die Erwerbstätigkeit der Beschäftigten wiederherstellen, sind in diesem Szenario von wachsender Bedeutung, da sie voraussichtlich einen höheren Teil der Belegschaft betreffen.

Um das Reha-System diesem sich wandelnden Bedarf anzupassen, müssen konsequent Einsparpotentiale gehoben werden – bei der gleichzeitigen Sicherung einer hohen Versorgungsqualität. Dies gilt sowohl für die durch die Krankenversicherung als auch für die von der Rentenversicherung getragene Rehabilitation. Dazu müssen

- die Dauer von Rehabilitationsmaßnahmen weiter optimiert,
- innovative Rehabilitationsmaßnahmen gefördert,
- ein bedarfsgerechtes Angebot vorgehalten und
- die Schnittstellen zwischen Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen verbessert werden.

Ansprechpartner/Impressum

Beate Neubauer

Abteilung Sozial- und Gesellschaftspolitik

Telefon 089-551 78-534

beate.neubauer@vbw-bayern.de

Impressum

Alle Angaben dieser Publikation beziehen sich ohne jede Diskriminierungsabsicht grundsätzlich auf alle Geschlechter.

Herausgeber

vbw

Vereinigung der Bayerischen
Wirtschaft e. V.

Max-Joseph-Straße 5
80333 München

www.vbw-bayern.de

© vbw Mai 2023