

Gesundheitspolitisches Handlungskonzept 2025

Nach der Bundestagswahl muss dringend ein gesundheitspolitischer Kurswechsel vollzogen werden. In den letzten Jahren sind im Gesundheits- und Pflegebereich gravierende Probleme aufgetreten, die unter der Regierung Scholz und Gesundheitsminister Lauterbach nicht sachadäquat aufgearbeitet und gelöst wurden. Diese Herausforderungen gilt es nun zu bewältigen.

Eine neue Bundesregierung muss endlich eine umfassende Reformagenda für die gesundheitliche Versorgung umsetzen. In den Koalitionsverhandlungen und im Koalitionsvertrag müssen die richtigen Weichenstellungen in den Bereichen Gesundheit und Pflege erfolgen.

Die ehemalige Bundesregierung unter Kanzler Olaf Scholz mit Gesundheitsminister Karl Lauterbach hat zwar viele Gesetzentwürfe produziert, aber die drängenden Probleme des Gesundheitswesens, das sich mit zunehmend begrenzten finanziellen und personellen Ressourcen konfrontiert sieht, nicht wirklich angepackt. Zu Vieles ist liegengeblieben, diese ungelösten Herausforderungen gilt es jetzt anzunehmen und zu bewältigen.

Der Gesundheitspolitische Arbeitskreis (GPA) der MIT-SH hat drängende Problemfelder identifiziert und Reformideen sowie Lösungsvorschläge für eine zukunftsfähige Gesundheitspolitik in der kommenden Legislaturperiode entwickelt.

Zukunftsfeste Gestaltung der Krankenversicherung durch Einführung differenzierter Tarife

- **Basisabsicherung:** Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung für alle Versicherten mit Leistungen, die zur Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation eines Gesundheitsproblems erforderlich sind. Sicherstellung, dass alle im Rahmen der Basisversicherung abgedeckten Leistungen dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis entsprechen, evidenzbasiert und medizinisch notwendig sind sowie ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind.
- **Wahlleistungen:** medizinische Zusatzleistungen, die über die medizinische Grundversorgung hinausgehen und erweiterte Untersuchungs-, Behandlungs- und Therapie-Optionen, differenzierte Qualitäten oder besondere medizinische Wahlmöglichkeiten bieten.
- **Duales Versicherungssystem:** Grundsätzliches Beibehalten des dualen Systems von GKV und PKV und Ablehnung einer Bürgerversicherung. Weiterentwicklung der Systeme der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der privaten Krankenversicherung (PKV) mit Wettbewerbsstrukturen.
- **Gesundheitsfonds und Risikostrukturausgleich reformieren:** Anpassung der Finanzierungsgrundlagen, um eine gerechtere und effizientere Finanzierung der Gesundheitsversorgung zu gewährleisten und intransparente politische und wirtschaftliche Einflussnahme zu reduzieren.
- **Versicherungsfremde Leistungen:** Finanzierung nicht aus dem Beitragsaufkommen, sondern aus dem allgemeinem Steueraufkommen.

Deregulierung im Gesundheitssystem

- **Bürokratieabbau:** Reduzierung administrativer Hürden im gesamten Gesundheitswesen, um die Effizienz des Systems zu steigern und die Arzt-Patienten-Beziehung, Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit zu stärken. Als wirksame Bürokratiebremse sind Gesetze, Verordnungen und Regelungen mit einem Verfallsdatum zu versehen und ist die Vorgabe „one in, two out“ zu berücksichtigen.
- **Digitalisierung:** Schaffung nutzerorientierter störungsfreier IT-Infrastruktur und einheitlicher standardisierter und für die Leistungserbringer kostenneutraler Schnittstellen. Rechtliche Verpflichtung zur Anwendung digitaler Verwaltungshandlungen (z.B. eAU, ePA, eRezept) nur nach abgeschlossener praxisorientierter Erprobung. Finanzielle Förderung der Einführung von ausschließlich zertifizierter KI für Diagnostik und Therapie durch Schaffung eines Rechts- und Werterahmens. Medizinische Entscheidungen müssen in ärztlicher Hand bleiben.
- **Honorarordnungen:** Einführung leistungsorientierter, unabhängiger Honorarordnungen für die Heilberufe mit festgelegter regelmäßiger Anpassung ohne Budgetierung.
- **Medizinproduktegesetz deregulieren:** Vereinfachung der Zulassungsverfahren für medizinische Produkte und Verbesserung der Medical Device Regulation (MDR), um Innovationen zu fördern und Bürokratie abzubauen.

Selbstverwaltungen im Gesundheitswesen

- **Gesetzgebungsverfahren:** Frühzeitige und umfassende Einbeziehung der funktionalen Selbstverwaltung der Heilberufe sowie der gemeinsamen Selbstverwaltung und ihrer Expertise bei allen gesundheitspolitischen Gesetz- und Verordnungsgebungen.
- **Mehr Gestaltungsmöglichkeiten für die Selbstverwaltung:** Rückkehr zum Grundprinzip, dass der Staat den Rahmen vorgibt und die Selbstverwaltungen bei der Umsetzung über Gestaltungsspielräume verfügen, um praxisnahe Lösungen zu schaffen. Kein weiteres Hineinregieren der Politik in die Selbstverwaltung einschließlich des G-BA.

Eigenverantwortung und Gesundheitsförderung

- **Gesundheitserziehung:** Förderung von Prävention und gesundheitsbewusstem Verhalten durch Aufklärung und Bildung als gesamtgesellschaftliche Verantwortung.
- **Eigenbeteiligung fördern:** Einführung oder Verstärkung von sozialverträglichen finanziellen Eigenbeteiligungen, um bei den Versicherten Anreize für einen verantwortungsbewussten Umgang mit den begrenzten Ressourcen des Gesundheitswesens zu fördern.
- **Patientensteuerung nach medizinischen Kriterien:**
 - **Notfallversorgung:** Einführung einer verpflichtenden gezielten Steuerung von Patienten in der ambulanten und stationären Notfallversorgung zur Entlastung des Systems von Fällen ohne medizinische Dringlichkeit und zur zielgerichteteren Nutzung der Notfallstrukturen.
 - **Akutversorgung:** Sicherstellung, dass Patienten bei akuten gesundheitlichen Problemen schnell und effizient versorgt werden.
 - **Primärarztprinzip:** Stärkung des Prinzips, dass Patienten zuerst ihren Primärarzt (Hausarzt oder grundversorgender Facharzt) konsultieren, der bei Bedarf die Einbindung weiterer Fachgruppen oder medizinischer Hilfsangeboten nach medizinischen Erfordernissen koordiniert.

Reformoptionen bei Krankmeldung und Krankengeld -

- **Einführung von Karenztagen mit eingeschränkter Entgeltfortzahlung sowie Überprüfung der Regelung zur Lohnfortzahlung im Krankheitsfall**, um Missbrauch zu vermeiden und Effizienz zu steigern.
- **Begrenzung des Krankengeldes im Regelfall** auf ein Jahr, um Anreize zur Rückkehr an den Arbeitsplatz zu schaffen, sofern medizinisch vertretbar.
- **Überprüfung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU)**: Ziel der Überprüfung ist es, die eAU langfristig funktional, benutzerfreundlich und effizient zu gestalten, sodass der digitale Krankmeldungsprozess für alle Beteiligten reibungslos verläuft.
- **Prüfung der Einführung einer Teilzeit-Krankschreibung** je nach Arbeitseinsatz.

Wirtschaftlich stabile Freiberuflichkeit

- **Freie Arzt- und Apothekenwahl**: Die freie Arzt- und Apothekenwahl sichert eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung und stärkt die Autonomie der Patienten.
- **Freiberuflichkeit**: Förderung der Freiberuflichkeit und insbesondere der freiberuflich-selbständigen Berufsausübung in den akademischen Heilberufen um eine leistungsorientierte, flächendeckende und gemeinwohlorientierte Versorgung und die Attraktivität der Gesundheitsberufe zu erhalten.
- **Entbudgetierung**: Die ungekürzte Vergütung aller erbrachter ärztlicher Leistungen ist Grundlage, um die Patientenversorgung zu gewährleisten. Jede erbrachte Leistung durch Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten und Zahnärzte muss auch vollständig und ohne einschränkende Budgets bezahlt werden.
- **Investorengeführte Medizinische Versorgungszentren (iMVZ): Regulierung der iMVZ-Gründung**, um Überversorgung in Ballungsräumen zu vermeiden, Vergewerblichung zu stoppen und eine regional verankerte patientenorientierte Versorgung zu erhalten.

Aus- und Weiterbildung sicherstellen

- **Haus- und fachärztliche und psychotherapeutische Weiterbildung**: Förderung und Sicherstellung einer hochwertigen Weiterbildung von Hausärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten. Ausbau der Weiterbildung von Fachärzten insbesondere in der ambulanten Versorgung.
- **Psychotherapeuten**: Schaffung gesetzlicher Regelungen zur Sicherstellung der Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung. Dazu gehört eine Anpassung des SGB V zur Ausfinanzierung der Kosten von Weiterbildungsstätten bzgl. der Gehälter der Psychotherapeuten in Weiterbildung sowie der zusätzlichen Weiterbildungskosten (Theorie, Supervision und Selbsterfahrung).
- **Gesamtkonzept für Anforderungen an Assistenzberufe**: Gesamtkonzepte für welche Berufe eine Akademisierung sinnvoll sein kann und wo dies neue Hürden zum Berufseinstieg aufbauen würde.

Präsenzapotheken stärken und erhalten

- **Präsenzapotheken**: Stärkung und Verbesserung des Apothekennetzes. Apotheken benötigen eine Soforthilfe, um die Schließungswelle zu stoppen. Die pharmazeutische und pharmakologische Expertise der Apothekerinnen und Apotheker in Präsenzapotheken stärker nutzen und diese kontinuierlich als Lotsen im Gesundheitswesen fest etablieren und honorieren.

- **Honoraranpassung:** Apotheken benötigen nach über 20 Jahren ohne nennenswerte Erhöhung und über 10 Jahren ohne jegliche Honorarerhöhung eine angemessene Honorierung mit einer Dynamisierung.
- **Digitalisierungsaufwand:** Apotheken wie auch andere Gesundheitsdienstleister sind mindestens kostenneutral an die von der Politik und GKV gewollten neuen digitalen Aufgaben und Aufträge an- und einzubinden. Stichwort: eRezept(-verwaltung/speicherung), ePA, Cardlink, Schnittstellen, TI etc.
- **Medikamentensicherheit:** Sicherstellung der Verfügbarkeit, Qualität und Sicherheit von Arzneimitteln durch Anpassungen der regulatorischen Rahmenbedingungen und Standortbedingungen und beschleunigte Zulassungsverfahren.

Gewalt und Aggression in Praxen entgegenwirken

- **Übergriffe nehmen zu:** Gewalt in Praxen und Apotheken bezieht sich auf physische oder verbale Übergriffe von Patienten gegenüber medizinischem und pharmazeutischem Personal. Diese ist gesellschaftlich zu ächten.
- **Strafrechtsreform:** Der Umgang mit solcher Gewalt erfordert sowohl präventive und repressive Maßnahmen als auch gesetzliche Unterstützung durch eine Änderung im Strafgesetzbuch. Alle Gesundheitsberufe sind einzubeziehen, um die Sicherheit und das Wohlbefinden aller Beteiligten zu gewährleisten.

Krankenhausreform

- **Finanzierung der Investitionen:** Umstellung der Krankenhausfinanzierung, sodass Investitionen aus den allgemeinen öffentlichen Haushalten und nicht über die Beitragszahler finanziert werden.
- **Fokus auf Qualität und Effizienz:** Sicherstellung einer effizienten Nutzung der Mittel unter Berücksichtigung der ambulanten Versorgung.
- **Ambulantisierung nur koordiniert und unter gleichen Bedingungen:** Keine unkoordinierte Öffnung von Krankenhäusern für ambulante Leistungserbringung in Konkurrenz zu freiberuflich-selbständigen Praxen ohne Mehrwert für die regionale Versorgung.

(Erstellt mit Beiträgen von **Dr. Anita Baresel**, Landesgeschäftsführerin Freier Verband Deutscher Zahnärzte; **Dr. Christina Bern**, Leitung Weiterbildung Psychotherapeutenkammer SH; **Karsten Brandstetter**, stellv. Vorstandsvorsitzender KVSH; **Prof. Dr. Thomas Drabinski**, Leiter IfMDA; **Arne Hansen**, Inhaber Pflegeeinrichtung Klappschau; **Hauke Hansen**, MdL, Gesundheitspolitischer Sprecher der CDU-Fraktion SH; **Ralf Hermes**, Vorstand der IKK-Die Innovationskasse; **Dr. Roland Kaden**, Landesvorsitzender Freier Verband Deutscher Zahnärzte; **Hans-Günter Lund**, Vorsitzender Apothekerverband SH; **Alexander Paquet**, Vorstandsmitglied KVSH; **Volker Schulz**, Geschäftsführer Medical IT Nord UG; **Dr. Axel Schroeder**, 2. Vorsitzender ägNord; **Dr. Mark F. Tobis**, Landesvorsitzender Hartmannbund; **Georg Zwenke**, Geschäftsführer Apothekerverband SH; **Hans-Peter Küchenmeister**, Vorsitzender GPA)

(Mit Unterstützung von **Dr. Michael Brandt**, Präsident Zahnärztekammer SH; **Dr. Kai Christiansen**, Präsident Apothekerkammer SH; **Dr. Michael Diercks**, Vorsitzender KZV-SH; **Dr. Svante Gehring**, 1. Vorsitzender ägNord; **Hannes Max Schaefer**, Vorstandsmitglied Apothekerverband SH; **Dr. Clemens Veltrup**, Präsident Psychotherapeutenkammer SH).

24.02.2025

GPA - Gesundheitspolitischer Arbeitskreis der MIT-SH, Hans-Peter Küchenmeister - Vorsitzender, Dreiangel 8, 24161 Altenholz, 0173-99 123 88, 0431-12 800 191, gpa@kuechenmeister.net, www.mit-sh.de

Die Mittelstands- und Wirtschaftsunion Deutschland (MIT) ist die größte parteipolitische Wirtschaftsvereinigung Europas. Sie engagiert sich für die Klein – und Mittelständischen Unternehmen (KMU). www.mit-sh.de

GPA-Gesundheitspolitisches Handlungskonzept 2025

Anlage 1 - Zukunftsfeste Gestaltung der Krankenversicherung durch Einführung differenzierter Tarife

- **Basisabsicherung:** Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung für alle Versicherten mit Leistungen, die zur Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation eines Gesundheitsproblems erforderlich sind. Sicherstellung, dass alle im Rahmen der Basisversicherung abgedeckten Leistungen dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis entsprechen, evidenzbasiert und medizinisch notwendig sind sowie ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind.
- **Wahlleistungen:** Medizinische Zusatzleistungen, die über die medizinische Grundversorgung hinausgehen und erweiterte Untersuchungs-, Behandlungs- und Therapie-Optionen, differenzierte Qualitäten oder besondere medizinische Wahlmöglichkeiten bieten.
- **Duales Versicherungssystem:** Grundsätzliches Beibehalten des dualen System von GKV und PKV und Ablehnung einer Bürgerversicherung. Weiterentwicklung der Systeme der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der privaten Krankenversicherung (PKV) mit Wettbewerbsstrukturen.
- **Gesundheitsfonds und Risikostrukturausgleich reformieren:** Anpassung der Finanzierungsgrundlagen, um eine gerechtere und effizientere Finanzierung der Gesundheitsversorgung zu gewährleisten und intransparente politische und wirtschaftliche Einflussnahme zu reduzieren.
- **Versicherungsfremde Leistungen:** Finanzierung nicht aus dem Beitragsaufkommen, sondern aus dem allgemeinem Steueraufkommen.

+++++

Ergänzende Anmerkung Prof. Dr. Thomas Drabinski, IfmDA:

Neudefinition des GKV-Leistungskatalogs:

- 1) notwendige Basisversorgung: medizinische Leistungen, die zwingend erforderlich sind, um akute oder grundlegende medizinische Bedürfnisse zu erfüllen, das Leben zu erhalten oder schwere gesundheitliche Schäden zu verhindern
- 2) Grundversorgung: medizinische Leistungen, die die langfristige Erhaltung der Gesundheit unterstützen und zur allgemeinen medizinischen Versorgung beitragen
- 3) Wahlleistungen: medizinische Zusatzleistungen, die über die notwendige Basis- und Grundversorgung hinausgehen und erweiterte Untersuchungs-, Behandlungs- und Therapie-Optionen, differenzierte Qualitäten, kurze Wartezeiten oder besondere medizinische Wahlmöglichkeiten bieten
- 4) Komfortleistungen: (medizinische) Leistungen, die nicht notwendig oder (noch) nicht evident sind

Reformierte Dualität: Reform der PKV

Im Finanzierungssystem der PKV sind in den letzten Jahrzehnten keine grundsätzlichen Innovationen zu erkennen. Gleiches gilt für das PKV-Vergütungssystem der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und für Zahnärzte (GOZ).

Diese Systeme benötigen eine Reform, um nachhaltige Ergebnisse für Versicherte, Arzt- und Zahnarztpraxen und weitere Leistungsanbieter im Bereich der Privatmedizin sicherzustellen. Auch die Prämienbelastung der PKV-Versicherten steigt mittlerweile spürbar an und sollte einer Überprüfung unterzogen werden; vgl. PKV-Verband (2024), Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. Warum 2025 die Beiträge zur Privaten Krankenversicherung steigen. Website pkv.de.

Im Rahmen der „reformierten Dualität“ kann eine Reform der privaten Krankenversicherung (PKV) umgesetzt werden. Es gibt zahlreiche nachhaltige Gestaltungsmöglichkeiten einer PKV-Reform, z.B. Prämienbelastung im Alter, Portabilität der Alterungsrückstellungen, Organisation der Beihilfe, Sozialtarife in der PKV, Höhe der Verwaltungs- und Vertriebskosten, GOÄ, GOZ, Justierung der GKV/PKV-Systemgrenze (Versicherungspflichtgrenze).

+++

Ergänzende Anmerkung des Vorstands der KVSH:

Um dem Problem des ungesteuerten Aufsuchens insbesondere von Fachärzten zu begegnen, sollten die „Wahltarife“ ggf. weniger bzw. nicht nur auf das Thema Leistungsumfang fokussieren, sondern mit dem Gedanken Primärarztssystem gekoppelt werden.

Konkret:

- Tarif Basisabsicherung / Primärarzt – Aufnahme des Aspekts, dass der Tarif eine Steuerung durch einen vom Patienten gewählten Primärarzt beinhaltet. Wer sich verpflichtet, sich auf einen koordinierenden Arzt zu beschränken und diesen immer zuerst aufzusuchen, erhält einen vergünstigten Krankenkassenbeitrag (d.h. dieser Tarif ist günstiger als der Tarif Wahlleistungen):
- Tarif Wahlleistungen – Aufnahme des Aspekts, dass der Tarif keine Steuerung durch einen Primärarzt beinhaltet, d.h. der Versicherte hat unverändert einen unkoordinierter Zugang zu allen Ärzten / Fachgruppen, d.h. ohne „Steuerung“ durch Primärarzt, aber höherer Krankenkassenbeitrag.

Diese Differenzierung der GKV-Beiträge ließe sich damit begründen, dass diese Patienten dadurch, dass sie ohne medizinische Einschätzung eigenständig Ärztinnen und Ärzte jeglicher Fachrichtung aufsuchen, Mehrkosten im System verursachen, die nicht durch die Allgemeinheit zu tragen sind.

+++

Ergänzende Anmerkung Dr. Roland Kaden/Dr. Anita Baresel, Landesvorstand FVDZ-SH:

Das wichtigste Ziel der medizinischen Versorgung ist das Patientenwohl. Um langfristig die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems zu erhalten sind umfassende und nachhaltige Reformen mit Einschnitten in die bisherige Krankheitsversorgung (medizinische Betreuung) unabdingbar. Das bisherige duale System aus dem solidarischen System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Privaten Krankenversicherung (PKV) hat sich bewährt. Bei einer Überführung der GKV in PKV könnte es zur Verstärkung sozialer Ungerechtigkeiten kommen. Eine partielle Öffnung des Systems der GKV kann andererseits das Gesundheitswesen nachhaltig stärken.

Durch eine Reduktion des GKV-Katalogs auf Kernleistungen mit Zusatzleistungen kommt es zu mehr Wettbewerb zwischen den Krankenkassen. Soziale Härten können solidarisch abgedeckt werden.

Bei einer Neudefinition des GKV-Leistungskatalogs müssen notwendige Kernleistungen definiert werden, die zwingend erforderlich sind, um akute oder grundlegende medizinische Bedürfnisse zu erfüllen. Dazu zählen alle medizinischen Leistungen, die die langfristige Erhaltung der Gesundheit unterstützen und zur allgemeinen medizinischen Versorgung beitragen.

Zusätzlich können die Versicherten auf freiwilliger Basis Wahlleistungen (erweiterte Untersuchungs-, Behandlungs- und Therapieoptionen sowie differenzierte Qualitätsstandards, verkürzte Wartezeiten, Präventionskonzepte o.ä.) oder Komfortleistungen (nicht notwendige Leistungen, alternative Heilmethoden) privat zusatzversichern.

Bei medizinischen Leistungen sollte das Zuzahlungsverbot (Patient kann sich für eine über die beschriebene Kernleistung hinausgehende Therapie entscheiden, ohne dabei den Anspruch auf die Kernleistung zu verlieren) aufgehoben werden.

Um Transparenz, Eigenverantwortung und Gesundheitsbewusstsein zu fördern, sollte in der Zahnmedizin die Kostenerstattung wiedereingeführt werden. Durch diese Maßnahme werden die dualen Systeme angenähert.

Um das bewährte duale System zu erhalten ist auch eine Reformierung der PKV notwendig. Für eine hundertprozentige Erstattung müssen dabei so genannte Exzellenzversicherungstarife angeboten werden. Der Versicherte kann zwischen der Exzellenzversicherung und verschiedenen Versicherungstarifen mit Eigenbeteiligung wählen, die die Prämienbelastung im Alter, Portabilität von Altersrückstellungen, Sozialtarife o.ä. berücksichtigen.

Die Versicherungspflichtgrenze zwischen PKV und GKV muss ohne Präferenzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung neu justiert werden.

Der Beihilfekatalog muss auf eine wirkliche Beihilfe (Pauschale Unterstützung für ausgewählte Kerntherapien) reduziert werden.

+++

Ergänzende Anmerkungen von Prof. Dr. Thomas Drabinski (IfmDA):

Rückbau des Gesundheitsfonds

Es wird empfohlen, den Gesundheitsfonds auf ein notwendiges Mindestmaß zurückzubauen (ca. 60 % seines heutigen Volumens) und die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) neu zu strukturieren. Denn die Analyse der historischen Entwicklung und der aktuellen Herausforderungen des Gesundheitsfonds zeigen, dass eine grundlegende Reform der Struktur des Gesundheitsfonds überfällig ist. Während der Gesundheitsfonds in den ersten Jahren seines Bestehens für eine Phase Stabilität gebracht hatte, zeigen sich zunehmend Verwerfungen in der Krankenkassen-Finanzierung und eine Destabilisierung der Versorgungsstrukturen, die zu Notlagen im gesamten GKV-System führen.

Im Wesentlichen wird empfohlen, den Gesundheitsfonds nach drei Kriterien auszurichten:

Nachhaltigkeit

Transparenz

Generationengerechtigkeit

ad 1) Nachhaltigkeit

Die aktuelle Finanzierung der GKV durch den Gesundheitsfonds leidet unter einem wachsenden strukturellen Defizit. Dieses entsteht durch:

Demografische Verschiebungen: Ein wachsender Anteil älterer Menschen führt zu steigenden Gesundheitskosten, während gleichzeitig die Zahl der erwerbstätigen Beitragszahler abnimmt.

Kostenexplosion im Gesundheitswesen: Fortschritte in der Medizintechnologie, steigende Arzneimittelpreise und eine Vollkasko-Versorgung führen zu einer Kosteninflation.

Ungenügende Anpassungsfähigkeit: Der Gesundheitsfonds bietet keine ausreichenden Mechanismen, um flexibel auf diese Herausforderungen zu reagieren.

Es ist daher nötig, die Beitragsfinanzierung in der GKV neu zu organisieren, z.B. durch die Einführung kostendeckender Gesundheitspauschalen und durch die Schaffung eines vereinfachten Verteilungsmechanismus (neuer Risikostrukturausgleich) lösen. Dadurch könnte die langfristige Finanzierbarkeit (=Nachhaltigkeit) und Resilienz des GKV-Systems gesichert werden.

ad 2) Transparenz

Die derzeitige Struktur des Gesundheitsfonds ist fast allen Beitragszahlern der GKV unbekannt. Auch der Morbi-RSA als Modell ist nur für sehr wenige Personen nachvollziehbar. Noch nicht einmal dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) als Träger des Gesundheitsfonds gelingt es, dieses Modell in einer Broschüre für die Allgemeinheit nachvollziehbar darzustellen.

Der Morbi-RSA als „Herz der Gesundheitsfonds“ basiert auf komplexen Algorithmen, Inhalten und Daten und führt letztendlich zu intransparenten Zuweisungs-Ergebnissen an die Krankenkassen. Die Legitimation des Gesundheitsfonds ist daher neu zu definieren und ein System zu schaffen, das für alle Akteure -- Versicherte, Krankenkassen, Leistungsanbieter und gesundheitspolitische Entscheidungsträger -- klar und nachvollziehbar ist.

ad 3) Generationen-Gerechtigkeit

Die Status-quo-Finanzierung der GKV belastet vor allem erwerbstätige Mitglieder, während Rentner, beitragsfrei Mitversicherte und andere Gruppen im Vergleich geringere oder keine Finanzierungslasten zu tragen haben: Diese Personengruppen werden durch die erwerbstätigen Mitglieder und deren Arbeitgeber subventioniert („Umverteilung in der GKV“). Zudem droht eine weitere Abwälzung steigender Beitragslasten auf nachwachsende Generationen, wenn die strukturellen Defizite weiter aufwachsen.

Zur Umsetzung wird daher empfohlen:

Festschreibung der Arbeitgeberbeiträge (z.B. auf 8 %)

Einführung von kassenindividuellen Gesundheitspauschale (mit sozialem Ausgleich) und Wegfall der prozentualer Arbeitnehmerbeiträge

Regelgebundene Definition von versicherungsfremden Leistungen und Finanzierung über zuständige öffentliche Haushalte (z.B. BMAS, Bundesagentur für Arbeit, Rentenversicherung, Bundeshaushalt)

Neuer Gesundheitsfonds (ca. 60 % seines heutigen Volumens)

Einfacher Risikostrukturausgleich für den neuen Gesundheitsfonds

Das Reformkonzept i. bis v. kann so justiert werden, dass ein Ausgleich zwischen Marktorientierung und zentraler Planung stattfindet. Zusätzlich kann eine Balance zwischen marktwirtschaftlicher Dynamik und sozialer Sicherheit geschaffen werden. Der Rückbau der zentralen Planwirtschaft und die Fokussierung auf wenige Umverteilungs- und Steuerungsmechanismen im neuen Gesundheitsfonds führt dazu, dass die zentralplanerische Bürokratie im GKV-System deutlich reduziert wird. Gleichzeitig erfordert dies von Krankenkassen mehr langfristig ausgelegtes betriebswirtschaftliches Handeln und weniger kurzfristiges Agieren in der Planwirtschaft (um kurzfristig ausgelegte Haushaltspläne zu erfüllen). Da die Arbeitgeberbeiträge zur GKV bei 8 % fixiert werden, wird der Standort Deutschland gestärkt: Denn sinkende Lohnnebenkosten bedeuten eine verbesserte internationale Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen in Deutschland.

GPA-Gesundheitspolitisches Handlungskonzept 2025

Anlage 2 - Deregulierung im Gesundheitssystem

- **Bürokratieabbau:** Reduzierung administrativer Hürden im gesamten Gesundheitswesen, um die Effizienz des Systems zu steigern und die Arzt-Patienten-Beziehung, Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit zu stärken. Als wirksame Bürokratiebremse sind Gesetze, Verordnungen und Regelungen mit einem Verfallsdatum zu versehen und ist die Vorgabe „one in- two out“ zu berücksichtigen.
- **Digitalisierung:** Schaffung nutzerorientierter störungsfreier IT-Infrastruktur und einheitlicher standardisierter und für die Leistungserbringer kostenneutraler Schnittstellen. Rechtliche Verpflichtung zur Anwendung digitaler Verwaltungshandlungen (z.B. eAU, ePA, eRezept) nur nach abgeschlossener praxisorientierter Erprobung. Finanzielle Förderung der Einführung von ausschließlich zertifizierter KI für Diagnostik und Therapie durch Schaffung eines Rechts- und Werterahmens. Medizinische Entscheidungen müssen in ärztlicher Hand bleiben.
- **Honorarordnungen:** Einführung leistungsorientierter, unabhängiger Honorarordnungen für die Leistungserbringer mit festgelegter regelmäßiger Anpassung ohne Budgetierung.
- **Medizinproduktegesetz deregulieren:** Vereinfachung der Zulassungsverfahren für medizinische Produkte und Verbesserung der Medical Device Regulation (MDR), um Innovationen zu fördern und Bürokratie abzubauen.

+++++

Zusätzliche Anmerkungen des Vorstands der KVSH:

Bürokratieabbau

- Grundsätzlich teilt die KVSH die Vorschläge der KBV zum Bürokratieabbau: <https://www.kbv.de/html/416.php>
- Darüber hinaus bietet die Digitalisierung große Chancen im Bereich Bürokratieabbau, auch hierzu gibt es eine umfangreiche Positionierung der KBV: <https://www.kbv.de/html/70208.php>
Kurzgefasst ist das Argument: Im Zuge der Digitalisierung ist es unter dem Blickwinkel des Bürokratieabbaus wichtig, nicht analoge Prozesse „unverändert“ in digitale Prozesse umzuwandeln, sondern die Prozesse und ihre Abläufe selbst auf den Prüfstand zu stellen, d.h. die Einzelschritte der Abläufe und ggf. z.B. ein Formular insgesamt auf weitere Notwendigkeit zu prüfen, bevor ein Prozess oder Formular digitalisiert wird.
- Grundsätzlich regen wir zudem auch an, die zahlreichen Anfragen von Krankenkassen an Arztpraxen strukturiert zu digitalisieren, um den diesbezüglichen Bearbeitungsaufwand in den Praxen zu senken. In diesem Zusammenhang wäre auch zu überlegen, ob es tatsächlich immer sinnvoll ist, dass die Krankenkassen Informationen wie z.B. zur Dauer einer Krankmeldung oder zur Einleitung eines Reha-Verfahrens stets in den Praxen nachfragen oder ob in diesen Fällen nicht auch der Versicherte Auskünfte gegenüber seiner Kasse geben könnte.
- Ein wichtiges Thema ist auch die Digitalisierung der DMP. Bei den bereits beschlossenen digitalen DMP-Angeboten kommt es darauf an, die Umsetzung so zu gestalten, dass die digitalisierten Abläufe tatsächlich zu einer Entlastung führen und nicht zu neuen Belastungen der Praxen. Es bedarf zudem einer

digitalen Möglichkeit für die Praxen, einzusehen, ob ein Patient bereits in einer anderen Praxis in ein DMP eingeschrieben ist, um Doppeleinschreibungen zu vermeiden.

- Nicht nur in den Bereich Bürokratieabbau, aber auch gehört die Forderung nach einem deutlichen „Rückbau“ im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Die KVSH teilt die KBV-Forderung *„Wir fordern konsequentes Umsteuern von Sanktionen hin zu Anreizen. Überzogene Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen, die nicht der guten Versorgung dienen, belasten die Praxen und ihre Teams. Als Sofortmaßnahme müssen die gesetzlichen Regelungen zu Regressen für verordnete Leistungen korrigiert und mit einer Bagatellgrenze, die unsinnige Prüfungen verhindert, versehen werden.“*
- Diese Forderung gilt grundsätzlich für alle Prüfmechanismen, sowohl jene, die die Praxen betreffen als auch solche, die Anfragen an die KVen beinhalten.

Digitalisierung

- Alle Anwendungen müssen nutzerorientiert, nutzbringend und anwenderorientiert sein, d.h. einen Mehrwert für die Versorgung bieten, ohne Mehrarbeit zu verursachen.
- Alle Anwendungen dürfen erst in die Versorgung kommen, wenn sich ausreichend getestet sind und verlässlich funktionieren. Im Interesse einer guten Medizin ist die Expertise derjenigen in der Versorgung zwingend in die Entwicklung einzubeziehen, die die Anwendungen nutzen sollen.
- Unverzichtbar ist eine stabile, sichere und leistungsfähige TI-Infrastruktur
- Die Verantwortung für die Funktionsfähigkeit von Anwendungen darf nicht auf die Anwender in der Versorgung abgewälzt werden. Die finanziellen Sanktionierungen von Leistungserbringern im Bereich TI-Anwendungen sind deshalb abzuschaffen.
- Zu fordern ist eine Vernetzung aller Akteure im Gesundheitswesen, dazu sind einheitliche Schnittstellen und technische Standards erforderlich.
- Digitalisierung kostet Geld, dass in Vergütungen von Leistungen nicht hinterlegt ist. Es bedarf verlässlicher und angemessener finanzieller Rahmenbedingungen, nicht festgelegt durch den Staat, sondern die Partner der Selbstverwaltung.
- Digitalisierung unterstützt und verbessert Versorgung durch Vernetzung, Informationsaustausch und mehr Effizienz der Prozesse. Sie ersetzt nicht die persönliche Nähe und Beziehung zwischen den im Gesundheitswesen Tätigen und den Patienten.

Honorar

Die Honorierung der Ärzte und Psychotherapeuten in der ambulanten Versorgung muss grundlegend reformiert werden. Die zu geringen Honorarzuwächse, die den gesetzlichen Vorgaben geschuldet sind, decken immer weniger die stark gestiegenen Kosten für Personal, Mieten, Versicherungen und Energie in den Praxen. Die Budgetierung ist zudem leistungsfeindlich und verschärft die wirtschaftliche Lage der Praxen. Zu fordern ist:

- Grundsätzliche Änderung der gesetzlichen Regeln für die Honorierung ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen
- Aufhebung der Budgetierung für alle Fachgruppen. Jede erbrachte Leistung muss vollständig und ohne Abzüge vergütet werden.
- Ins Gesetz ist aufzunehmen, dass Steigerungen des kalkulatorischen Arztgehaltes in den Honorarverhandlungen verbindlich und dauerhaft zu berücksichtigen sind.
- Die tatsächliche Kostenentwicklung muss angemessen und zeitnah berücksichtigt werden, um die Kostensteigerungen in den Praxen ohne Zeitverzug auszugleichen.

- Die Vergütungsstruktur muss an die Erfordernisse einer modernen Versorgungsrealität angepasst werden, in der mehr Leistungen an qualifiziertes Praxispersonal delegiert wird. Der Gesetzgeber sollte deshalb die Voraussetzungen schaffen, dass neben dem Arzt-Patienten-Kontakt eine neue Abrechnungsmöglichkeit des Praxis-Patienten-Kontakts geschaffen und die Vergütungsregelungen damit an die Versorgungswirklichkeit angepasst wird.
- Stärkung der Verhandlungs- und damit Gestaltungsmöglichkeiten der Partner der Selbstverwaltung.

GPA-Gesundheitspolitisches Handlungskonzept 2025

Anlage 3 - Selbstverwaltungen im Gesundheitswesen

- **Gesetzgebungsverfahren:** Frühzeitige und umfassende Einbeziehung der funktionalen Selbstverwaltungen der Heilberufe sowie der gemeinsamen Selbstverwaltung und ihrer Expertise bei allen gesundheitspolitischen Gesetz- und Verordnungsgebungen.
- **Mehr Gestaltungsmöglichkeiten für die Selbstverwaltung:** Rückkehr zum Grundprinzip, dass der Staat den Rahmen vorgibt und die Selbstverwaltungen bei der Umsetzung über Gestaltungsspielräume verfügen, um praxisnahe Lösungen zu schaffen. Kein weiteres Hineinregieren der Politik in die Selbstverwaltung einschließlich des G-BA.

+++++

Ergänzende Anmerkung Dr. Roland Kaden/Dr. Anita Baresel, Vorstand FVDZ:

Die staatliche Aufsicht auf die Selbstverwaltungsorgane berufsständiger Vereinigungen (funktionale Selbstverwaltung) hat sich auf die Rechtsaufsicht zu beschränken. Es ist eine ausgewogene Balance zwischen Selbstverwaltung und öffentlicher Kontrolle durch die Beschränkung staatlicher Kontrolle auf die Rechtsaufsicht wiederherzustellen.

Die hauptamtlichen Positionen in der ärztlichen und zahnärztlichen Selbstverwaltung sollten wieder in ehrenamtliche Tätigkeit überführt werden. Damit ist würden die Interessen der Basis der jeweiligen Berufsgruppen wieder stärker vertreten werden. Bürokratie und Kosten würden reduziert werden. Ehrenamtlich Tätige orientieren sich in ihren Entscheidungen unabhängiger von äußeren politischen Einflüssen im Sinn der Fachkompetenz. Mit der Ehrenamtlichkeit findet eine Rückbesinnung auf die ursprüngliche Idee der Selbstverwaltung statt. Der Staat gibt die Rahmenbedingungen vor und die Selbstverwaltungen schaffen innerhalb der Gestaltungsspielräume praxisnahe Lösungen.

Durch die Gesetzgebung wurden Fristen für Entscheidungen innerhalb der Selbstverwaltung verkürzt. Das reduziert den Handlungsspielraum der Selbstverwaltung (bspw. Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) u.a.

Beispiel: G-BA Verkürzung Fristen und Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden für den GKV-Leistungskatalog

+++

Ergänzende Anmerkung Dr. Mark Tobis, Landesvorsitzender Hartmannbund SH:

Zur Regelung von speziellen Ausführungsbestimmungen regelmäßiges Verweisen in Gesetzestexten auf die Selbstverwaltungen mit Sätzen wie z.B. „Die speziellen Ausführungen regelt die zuständige ärztliche Selbstverwaltung.“ Das gleiche gilt für die Selbstverwaltungen der Apotheker und Psychotherapeuten.

+++

Ergänzende Anmerkung des Vorstands der KVSH:

- Das Prinzip der Selbstverwaltung als tragende Säule des deutschen Gesundheitssystems hat sich über Jahrzehnte bewährt und eine qualitativ hochwertige und patientennahe Versorgung ermöglicht.

- Das Prinzip der Selbstverwaltung stellt eine Versorgung sicher, die sich staatsfern an medizinischen Kriterien und Versorgungsaspekten orientiert und zugleich sicherstellt, dass das Patientenwohl und nicht ökonomischen Interessen Richtschnur des Handelns sind.
- Die Selbstverwaltung sowohl der Heilberufe als auch gemeinsam mit den Krankenkassen sowie auf Bundesebene im G-BA und weiteren Gremien ermöglicht, dass das Wissen und die Erfahrung jener, die Versorgungsverantwortung tragen, unmittelbar in die Gestaltung der Versorgung einfließen.
- Das Prinzip der Selbstverwaltung sorgt dafür, dass die Gesundheitsversorgung wirtschaftlich und evidenzbasiert ist. Der G-BA als zentrale Entscheidungsinstanz auf Bundesebene stellt sicher, dass weder ökonomische noch politischen Interessen, sondern Versorgungs- und medizinische Aspekte ausschlaggebend etwa für die Aufnahme von Leistungen in den Leistungskatalog der GKV oder die Verordnungsfähigkeit von Medikamenten sind.
- Die vergangenen Jahre waren durch eine besorgniserregende Zunahmen von politischen und gesetzgeberischen Eingriffen in die Gestaltungsspielräume der Selbstverwaltung geprägt, in der Amtszeit von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach hat sich diese Tendenz beschleunigt.
- Deshalb bedarf es einer Trendumkehr. Künftig muss wieder gelten, dass der Staat sich auf die Rahmensetzung beschränkt und die Akteure der Selbstverwaltung mit eigenen Gestaltungsspielräumen die Versorgung in diesem Rahmen organisieren. Die Organisation der medizinischen Versorgung gehört in die Hände der Selbstverwaltung.

GPA-Gesundheitspolitisches Handlungskonzept 2025

Anlage 4 - Eigenverantwortung und Gesundheitsförderung

- **Gesundheitserziehung:** Förderung von Prävention und gesundheitsbewusstem Verhalten durch Aufklärung und Bildung als gesamtgesellschaftliche Verantwortung.
- **Eigenbeteiligung fördern:** Einführung oder Verstärkung von sozialverträglichen finanziellen Eigenbeteiligungen, um bei den Versicherten Anreize für einen verantwortungsbewussten Umgang mit den begrenzten Ressourcen des Gesundheitswesens zu fördern.
- **Patientensteuerung nach medizinischen Kriterien:**
 - **Notfallversorgung:** Einführung einer verpflichtenden gezielten Steuerung von Patienten in der ambulanten und stationären Notfallversorgung zur Entlastung des Systems von Fällen ohne medizinische Dringlichkeit und zur zielgerichteteren Nutzung der Notfallstrukturen.
 - **Akutversorgung:** Sicherstellung, dass Patienten bei akuten gesundheitlichen Problemen schnell und effizient versorgt werden.
 - **Primärarztprinzip:** Stärkung des Prinzips, dass Patienten zuerst ihren Primärarzt (Hausarzt oder grundversorgender Facharzt) konsultieren, der bei Bedarf die Einbindung weiterer Fachgruppen oder medizinischer Hilfsangeboten nach medizinischen Erfordernissen koordiniert.

+++++

Ergänzende Anmerkung Dr. Mark Tobis, Landesvorsitzender Hartmannbund SH:

Gesundheits- und Ernährungsunterrichtseinheiten in den Schulen müssen mehrfach in verschiedenen Jahrgangsstufen in den Lehrplänen eingeführt werden.

+++

Ergänzende Anmerkung Dr. Roland Kaden/Dr. Anita Baresel, Vorstand FVDZ-SH:

Einführung von Wahltarifen bei Krankenversicherungen mit Anreizen zur Nutzung präventiver Aktivitäten und gesundheitsbewusster Lebensweise. Höhere Eigenbeteiligung bei vermeidbaren Gesundheitsrisiken, z. B. bestimmte Sportarten.

+++

Ergänzende Anmerkung des Vorstands der KVSH

Eigenbeteiligung:

Im Fall von Eigenbeteiligungen grundsätzlich nur Regelungen, bei denen die Krankenkassen diese gegenüber den Versicherten einfordern.

Grundsätzlich hierbei keine Regelungen, die dazu führen, dass Praxen mit erhöhtem Verwaltungs-/Buchhaltungsaufwand eingebunden werden oder Aufgaben oder Verantwortung diesbezüglich übernehmen.

Vorrangiges Ziel ist es, eine zielgerichtete Inanspruchnahme nicht durch Eigenbeteiligungen, sondern durch Anreizsysteme und die Steuerung von Patienten nach medizinischen Kriterien zu erreichen.

Patientensteuerung:

Eine verbindliche Steuerung von Patienten ausgehend von medizinischen Erfordernissen ist erforderlich, um eine Über- und insbesondere Fehlbeanspruchung zu vermeiden und zurückzuführen, sowohl in der Regelversorgung als auch insbesondere in der Notfallversorgung.

- Dies gebietet der verantwortungsvolle Umgang mit den endlichen finanziellen und personellen Ressourcen im Gesundheitswesen.
- Dies ist im Sinne der Patienten, denen mit einer gezielten und für das eigene Beschwerdebild adäquaten Behandlung mehr geholfen ist als durch ein unkoordiniertes „Herumirren“ im System, das im Ergebnis eine verlässliche Diagnose und zügige Behandlung verzögert und erschwert.

Notfallversorgung:

Es bedarf einer umfassenden Reform der Notfallversorgung orientiert an den Vorschlägen, die bereits seit längerer Zeit diskutiert werden. Aspekte sind:

- „Hotline first“-Strategie, d.h. effiziente Patientensteuerung in der Notfallversorgung dadurch, dass Patienten mit unklaren Beschwerden möglichst immer zuerst die 116117 für eine medizinische Ersteinschätzung und Versorgungskoordination kontaktieren.
- Verbindliche Kooperation ambulant-stationär in der Notfallversorgung an Krankenhausstandorten (INZ) auf Augenhöhe.
- Bundesweite Standards für die Einrichtung eines INZ. Regionale Gestaltungspielräume für Einzelheiten wie Öffnungszeiten etc., die regional nach Bedarf und nicht gesetzlich festzulegen sind.
- Klare Definition des auf absolute medizinische Notfälle beschränkten Leistungsumfangs möglicher Notaufnahmen ohne INZ.
- Einsatz einer zertifizierten Ersteinschätzung sowohl bei der 116117 als auch in den INZ, Ausbau der Möglichkeiten zur „Selbsteinschätzung“ für Patienten („Patienten-Navi“),
- Erweiterte Steuerung der Patienten nach medizinischen Kriterien zum adäquaten Versorgungsangebot.
- Engere Vernetzung 116117 und 112 insbesondere durch digitale Schnittstellen zur Fallübergabe. Verbindlichkeit auch auf Seiten der Leitstellen des Rettungsdienstes zur Kooperation und technischen Vernetzung.
- Verbindliche Finanzierung des Bereitschaftsdienstes durch die Krankenkassen.
- Klare Definition des Leistungsumfangs der Notfallversorgung, d.h. Abgrenzung von der Regelversorgung und keine Schaffung von „Alternativangeboten“ zur regulären Versorgung. Insbesondere keine Schaffung von Fahrdiensten 24/7 oder INZ-Angeboten zur Praxisöffnungszeiten als „Alternative“ zur Praxis.
- Rechtliche Klarstellung zur sozialversicherungsrechtlichen Einordnung der Bereitschaftsdienste für Vertrags- und Poolärzte, d.h.
 - Klarstellung, dass Bereitschaftsdienste für Vertragsärzte Teil ihrer selbständigen Tätigkeit sind und damit nicht gesondert sozialversicherungspflichtig,
 - Schaffung einer Regelung angelehnt an die Regelung für Notärzte zur Befreiung von der Sozialversicherungspflicht für Poolärzte im Bereitschaftsdienst, insbesondere Klarstellung der Freistellung von der Sozialversicherungspflicht für Ärzte im Ruhestand, die Dienste übernehmen.

+++

Ergänzende Anmerkungen Hans-Günter Lund/Georg Zwenke Vorstand und GF Apothekerverband SH:

Der (häufige) Konsum einer Reihe von Genussmitteln belastet das Krankenversicherungssystem stark; auch die Ausübung von ausgeprägten Risikosportarten sollte hinsichtlich der Kostenbelastung für das Gesundheitssystem geprüft werden.

- Denjenigen, die diese Sportarten ausüben möchten, sollten (maßvolle) Zusatzversicherungen von der GKV angeboten werden.
- Auf jeden Verkauf eines gesundheitsgefährdenden Genussmittels, insbesondere Alkohol, Tabak, Cannabis, Energydrink ist neben den bisherigen Steuern eine spezifische Steuer an das Gesundheitssystem zu entrichten.

+++

Ergänzende Anmerkung von Dr. Axel Schroeder, 2. Vorsitzender ägNord:

Für uns als freie Organisation und äg Nord sind wichtig und dürfen in einer effizienten Versorgungsstruktur nicht außer Acht gelassen werden: Die im SGB V vorgesehenen Selektivverträge:

§ 73b hausarztzentrierte Versorgung

§ 140 a besondere Versorgung (fachärztliche)

Im Kapitel Eigenverantwortung und Gesundheitsversorgung (s.u.) sind in dem Punkt verpflichtende Patientensteuerung im Pkt. Primärarzt – bzw. Hausarztprinzip die Nutzung von Selektivverträgen unverzichtbar und weniger aufwändig!

Wir befürworten ein freiwilliges Primärarzt bzw. ein Hausarzt-Facharztprinzip in einem Selektivvertrag, um die Gesundheitsversorgung effizienter zu gestalten. Ein freiwilliges Primärarztssystem in einer Erprobungsphase im Selektivvertrag; später könnte auch das Primärarztssystem im Kollektivvertrag nützlich sei.

Am Ende muss es über Anreize für die Versicherten funktionieren und zu den gewünschten Effekten einer Umsteuerung der Patientenversorgung führen: weniger Krankenhausaufenthalte ...etc. Diese Erfahrungen gibt es bei unseren europäischen Nachbarn (als Pflicht), wir haben gute Erfahrungen auf freiwilliger Basis in Baden-Württemberg und anderen Bundesländern mit dem freiwilligen Hausarztprinzip, gekoppelt an selektive Haus- und Facharztverträge.

GPA-Gesundheitspolitisches Handlungskonzept 2025

Anlage 5 - Reformoptionen bei Krankmeldung und Krankengeld

- **Einführung von Karenztagen mit eingeschränkter Entgeltfortzahlung sowie Überprüfung der Regelung zur Lohnfortzahlung im Krankheitsfall**, um Missbrauch zu vermeiden und Effizienz zu steigern.
- **Begrenzung des Krankengeldes** im Regelfall auf ein Jahr, um Anreize zur Rückkehr an den Arbeitsplatz zu schaffen, sofern medizinisch vertretbar.
- **Überprüfung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU):** Ziel der Überprüfung ist es, die eAU langfristig funktional, benutzerfreundlich und effizient zu gestalten, sodass der digitale Krankmeldungsprozess für alle Beteiligten reibungslos verläuft.
- **Prüfung der Einführung einer Teilzeit-Krankschreibung** je nach Arbeitseinsatz.

+++++

Ergänzende Anmerkungen Dr. Mark Tobis, Landesvorsitzender Hartmannbund SH:

- Einführung von Karenztagen, an denen keine Entgeltfortzahlung gezahlt wird, um den Missbrauch von Krankmeldungen zu reduzieren (mindestens 3).
- Begrenzung des Krankengeldes im Regelfall auf ein Jahr, um Anreize zur Rückkehr an den Arbeitsplatz zu schaffen, sofern medizinisch vertretbar.
- Überprüfung der Regelungen zur Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, um Missbrauch zu vermeiden und Effizienz zu steigern.
- Optimierung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU): Ziel der Optimierung ist es, die eAU langfristig funktional, benutzerfreundlich und effizient zu gestalten, sodass der digitale Krankmeldungsprozess für alle Beteiligten reibungslos und transparent verläuft. Die Arbeitgeber müssen sich über den Zustand der Krankmeldung von Angestellten informieren können unmittelbar, einfach und ohne Beanspruchung von Dritten.
- Die telefonische Krankschreibung sollte erhalten bleiben, um ein erhöhtes Infektionsgeschehen aus den Praxen fernzuhalten. Aber um einem möglichen Missbrauch entgegenzuwirken, sollte die telefonische Krankschreibung nur von einem Hausarzt oder dessen Vertreter vorgenommen werden dürfen, bei dem der Patient schon im Vorfeld bekannt ist (Vermeidung des Arzthoppings zur Erreichung einer telefonischen Krankschreibung). Dieser Arzt kann für die telefonische Krankschreibung nur quartalsweise gewechselt werden.

+++

Ergänzende Anmerkung Dr. Roland Kaden/Dr. Anta Baresel Landesvorstand FVDZ SH:

- Reformen der Krankmeldung und des Krankentagegelds müssen dem Bürokratieabbau dienen und Anreize zum Wiedereintritt in den Arbeitsprozess dienen.
- Um Kurzeiterkrankungen zu reduzieren sind mindestens 3 Karenztage einzuführen.
- Beim Krankentagegeld sind Abstufungen notwendig. Je länger die Krankschreibung dauert, desto stärker sinkt das Krankentagegeld. Dadurch wird ein Anreiz zum Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess geschaffen.
- Es sind Regelungen für weibliche Freiberufler für den Fall der Schwangerschaft, bei denen Arbeitnehmer ein Beschäftigungsverbot ausgesprochen bekommen, zu treffen (Infektionsschutz).

- Zur freiwilligen eigenverantwortlichen Abdeckung der Karenzzeiten, zur Absicherung von Teilkrankschreibungen oder des „Arbeitsverbots“ nach dem Infektionsschutzgesetz bei weiblichen Freiberuflern könnten Zusatzversicherungen dienen.
- Der Informationsfluss zum Krankmeldungsprozess muss unbürokratisch mittels eines zentralen Erfassungsportals geregelt werden, so dass Ärzte, Zahnärzte Krankenkassen und Arbeitsgeber vernetzt sind.

+++

Ergänzende Anmerkungen aus Sachverständigenrat:

Mit gebrochenem Bein ins Büro?

Wirtschaftsweise offen für Teilzeit-Krankschreibung

Die Ökonomin Monika Schnitzer hält Teilzeit-Krankschreibungen für einige Stunden am Tag unter bestimmten Bedingungen für sinnvoll. „Auch im Sinne der Wiedereingliederung kann eine Teilzeit-Krankschreibung sinnvoll sein“, sagte die Chefin der „Wirtschaftswesen“ den Zeitungen der Funke Mediengruppe. Was möglich sei, müsse dann der Hausarzt entscheiden, meint Schnitzer.

Auch seien einige Arbeiten je nach Erkrankung weiterhin teilweise möglich: „Wenn ich als Verkäufer hinter der Wursttheke arbeite und mir das Bein breche, dann muss ich natürlich krankgeschrieben werden. Wenn ich aber einen Bürojob habe, dann wäre es mir vielleicht trotz gebrochenem Bein möglich, eine gewisse Zeit zu arbeiten“, sagte Schnitzer. Die Entscheidung, was möglich sei, müssten die Hausärzte im Einzelfall einschätzen.

Der Präsident der Bundesärztekammer Klaus Reinhardt hatte Teilzeit-Krankschreibungen vor dem Hintergrund einer sich ändernden Arbeitswelt und Homeoffice ins Gespräch gebracht.

Schnitzer ist Vorsitzende des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. Das Gremium berät die Politik in wirtschaftspolitischen Fragen. Die Mitglieder werden auch "Wirtschaftsweise" genannt.

01.01.2025, dpa/red. änd

GPA-Gesundheitspolitisches Handlungskonzept 2025

Anlage 6 - Wirtschaftlich stabile Freiberuflichkeit

- **Freie Arzt- und Apothekenwahl:** Die freie Arzt- und Apothekenwahl sichert eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung und stärkt die Autonomie der Patienten.
- **Freiberuflichkeit:** Förderung der Freiberuflichkeit und insbesondere der freiberuflich-selbständigen Berufsausübung in den akademischen Heilberufen um eine leistungsorientierte, flächendeckende und gemeinwohlorientierte Versorgung und die Attraktivität der Gesundheitsberufe zu erhalten.
- **Entbudgetierung:** Die ungekürzte Vergütung aller erbrachter ärztlicher Leistungen ist Grundlage, um die Patientenversorgung zu gewährleisten. Jede erbrachte Leistung durch Haus-, Fachärzte sowie Psychotherapeuten und Zahnärzte muss auch vollständig und ohne einschränkende Budgets bezahlt werden.
- **Investorenführte Medizinische Versorgungszentren (iMVZ): Regulierung der iMVZ-Gründungen,** um Überversorgung in Ballungsräumen zu vermeiden, Vergewerblichung zu stoppen und eine regional verankerte patientenorientierte Versorgung zu erhalten.

+++++

Ergänzende Anmerkung Dr. Mark Tobis, Landesvorsitzender Hartmannbund SH:

- Freie Arztwahl: Im System der Primärarztsteuerung besteht eine mindestens ein Quartal dauernde Bindung an den Primärarzt. (Reduzierung des Arzthoppings)
- Versicherungsbezogene Haftsummenbegrenzung: Um für alle Fachrichtungen ein relativ gleiches Haftungsrisiko im Schadensfall zu gewährleisten und um die Versicherungsprämien von Haftpflichtversicherungen nicht in das Unermessliche steigen zu lassen, sollten durch Haftpflichtversicherungen zu kompensierende Schäden auf eine maximal mögliche Haftungssumme begrenzt werden. Übersteigende Haftungssummen sollten staatlich reguliert werden, z.B. über einen Haftungsfond.
- Arbeit muss sich wieder lohnen: Arbeit muss sich wieder lohnen. Wenn mehr gearbeitet wird, muss der Nettolohn der Mehrarbeit einen deutlich spürbareren Mehrwert an Entlohnung enthalten. Der Lohn von Arbeit außerhalb der gesellschaftlichen Regelarbeitszeit (abends, nachts, an Wochenenden, feiertags) muss deutlich steuerlich begünstigt sein. Nicht die Verpflichtung, sondern der wirtschaftliche Vorteil muss Anreiz sein für das Erbringen von Dienstleistungen zu Unzeiten (z.B. Notdienst, Bereitschaftsdienst).

+++

Ergänzende Anmerkung des Vorstands der KVSH:

Entbudgetierung

- Die Entbudgetierung muss uneingeschränkt alle Fachgruppen und alle Leistungsbereiche der ambulanten Versorgung umfassen.
- Die Entbudgetierung muss bürokratiearm und schlank erfolgen, dem einfach Grundsatz folgend: Erbrachte Leistungen werden entbudgetiert gemäß der Definition und Bewertung der Gebührenordnungsposition im EBM vergütet.

- Eine Koppelung der Entbudgetierung an weitere Kriterien, wie z.T. in den Plänen des bisherigen Gesundheitsministers zur Entbudgetierung der hausärztlichen Leistungen vorgesehen, ist abzulehnen.

Freiberuflichkeit

Die auch in den Berufsordnungen festgeschriebene Festlegung, dass der Arztberuf „seiner Natur nach ein freier Beruf“ ist, darf nicht durch zunehmende staatliche Regulierung in Frage gestellt werden. Diese Freiberuflichkeit dient dem Patientenwohl, da sie die Therapie- und Handlungsfreiheit des Arztes und der Ärztin frei von z.B. ökonomischen Aspekten oder staatlichen Vorgaben sichert. Die Freiberuflichkeit ist die Grundlage einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung.

Die Freiberuflichkeit in der ambulanten Versorgung kann am besten in freiberuflich-selbständig geführten Praxen und MVZ gewahrt werden, da diese durch ihre wirtschaftliche Unabhängigkeit die Freiheit des Arztes von sachfremdem Interessen sicherstellt.

Die Politik ist aufgefordert, diese Form der Versorgung zu stärken und bei Maßnahmen, die die Finanzierung der ambulanten Versorgung betreffen, stets zu berücksichtigen, dass – wie es auch die Berufsordnungen formulieren – der ärztliche Beruf kein Gewerbe ist. Deshalb ist es im Interesse der Sicherstellung der Versorgung, die freiberuflich-selbständige Berufsausübung in der ärztlichen Versorgung sowie in den akademischen Heilberufen insgesamt zu fördern.

Die freiberuflich-selbständige Berufsausübung ist patientenorientiert, leistungsstark, regional ausgerichtet und flexibel, sowohl hinsichtlich der Versorgungsangebote für die Patienten als auch als Berufsfeld für Nachwuchskräfte.

Auch vor dem Hintergrund einer gewachsenen Zahl von Nachwuchsärzten, die vorübergehend oder dauerhaft in Anstellung arbeiten möchten, ergibt sich kein Bedarf der staatlicher Forcierung alternativer Organisationsformen wie nicht-ärztlicher MVZ, denn 3/4 der Anstellungen finden in inhabergeführten Praxen und MVZ freiberuflich-selbständiger Ärztinnen und Ärzte statt und unterstreichen so die Anpassungsfähigkeit dieser Strukturen an veränderte Bedürfnisse.

Praxisgründern hilft, was auch Bestandpraxen hilft:

- Abbau der Bürokratie und weniger Regulierung
- Konsequente und umfassende Entbudgetierung
- Reduzierung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Einführung von Bagatellgrenzen in angemessener Höhe

Regulierung der iMVZ-Gründung

Die ambulante Versorgung sollte weiterhin vorrangig in freiberuflich-selbständigen Strukturen erfolgen, die in besonderen Fällen auch durch regionale Akteure von regionale Kliniken oder Kommunen getragen werden können. Um zu vermeiden, dass MVZ-Gründungen aus Erwägungen erfolgen, die nicht versorgungsorientiert sind, ist zu fordern:

- Erweiterte Transparenzregeln für iMVZ, d.h. Angaben zur Besitzverhältnissen und Verflechtungen, die auch für Patienten sichtbar und nachvollziehbar sind.
- Beschränkung der MVZ-Gründungseigenschaft von Kliniken auf Fachgebiete, die das gründende Krankenhaus selbst auch in seinem stationären Versorgungsangebot vorhält.
- Regionale Beschränkung der MVZ-Gründungseigenschaft von Kliniken, d.h. Kliniken können MVZ nur in der Region gründen, in der sie tätig sind (z.B. KV-Bezirk).

+++

Ergänzende Anmerkung Dr. Roland Kaden/Dr. Anta Baresel, Landesvorstand FVDZ SH:

- Die freiberuflich selbstständige Praxis ist ein tragender Grundpfeiler des deutschen Gesundheitssystems. Zur Freiberuflichkeit gehören die Niederlassungsfreiheit und das Recht auf leistungsgerechte Vergütung sowie das Recht und die Möglichkeit des Patienten seinen Arzt frei auszuwählen. Um diesen Eckpfeiler des Gesundheitswesens zu erhalten, muss die Bürokratielast auf ein Minimum heruntergefahren werden. Es sind Anreize für die Niederlassung in strukturschwachen Gebieten zu schaffen.
- Der Erhalt und die Förderung der freiberuflich selbstständigen niedergelassenen ärztlichen oder zahnärztlichen Praxis in Einzelpraxen und BAG muss sichergestellt sein. Die Vergewerblichung der medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung in iMVZ ist zu stoppen. Das erhält die patientenorientierte Versorgung. Die Gründungsberechtigung für iMVZ ist auf räumlich-regionale sowie medizinisch fachliche Bezüge zu beschränken. Zwischen iMVZ und niedergelassenen Praxen sind einheitliche Wettbewerbsbedingungen herzustellen. Es sollte kein Ersatz von regionalen Versorgungslücken durch kommunale, KV- oder KZV-betriebene MVZ stattfinden.
- Es muss Planungssicherheit hergestellt werden. Deshalb sind staatlich verordnete Budgetierungen auf temporäre Ausnahmesituationen zu begrenzen und es müssen faire Honorarsysteme zur Sicherstellung leistungsgerechter Vergütung für freiberufliche tätige Ärzte oder Zahnärzte im Bereich der GKV (unter Berücksichtigung des § 12 des SGB V) und der PKV geschaffen werden. Diese Vergütungen sind nach einschlägigen Indizes jährlich anzupassen.

+++

Ergänzende Anmerkung aus einem EUGH-Urteil: (Auszug aus Meldung BZÄK/KZBV)

Europäischer Gerichtshof erlaubt Mitgliedsstaaten Verbot von Fremdinvestoren

Ob Rechtsanwaltskanzlei, Arzt- oder Zahnarztpraxis – Finanzinvestoren haben Freiberuflerpraxen als Renditeobjekte ausgemacht. Dabei steht es außer Frage, dass das erklärte Ziel eines Finanzinvestors – die Gewinnmaximierung – Einfluss auf die Organisation und die Tätigkeit einer Freiberufler-Gesellschaft haben kann. Überzogene Renditeerwartungen führen oft dazu, dass die Interessen der Mandanten, Kunden oder gar Patienten hintenangestellt werden, um die Gewinne zu steigern.

Aus diesem Grund hat sich der deutsche Gesetzgeber entschlossen, Rechtsanwaltsgesellschaften einem Fremdbesitzverbot zu unterwerfen. Dieses untersagt es der Anwaltschaft, reine Kapitalinvestoren in ihre Kanzleien zu holen. Damit soll die anwaltliche Unabhängigkeit gestärkt und die anwaltliche Berufsausübung vor Einflussnahme von Investoren auf die Mandatsführung und -auswahl unter Rentabilitäts Gesichtspunkten geschützt werden.

Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hat diese Regelung nun einer kritischen Prüfung unterzogen. In seinem mit Spannung erwarteten Urteil vom 19.12.2024 (C-295/23) hat das Gericht jetzt festgehalten:

Ein Mitgliedstaat darf die Beteiligung reiner Finanzinvestoren am Kapital einer Rechtsanwaltsgesellschaft verbieten. Eine solche Beschränkung der Niederlassungsfreiheit und des freien Kapitalverkehrs sei durch das Ziel gerechtfertigt, zu gewährleisten, dass Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte ihren Beruf unabhängig und unter Beachtung ihrer Berufs- und Standespflichten ausüben könnten, so das Gericht.

Damit stützt der EuGH die auch von der Zahnärzteschaft wiederholt erhobene Forderung, auch den Schutz der Patientinnen und Patienten vor der Einflussnahme durch Finanzinvestoren gesetzlich sicherzustellen.

GPA-Gesundheitspolitisches Handlungskonzept 2025

Anlage 7 - Aus- und Weiterbildung sicherstellen

- **Haus- und fachärztliche und psychotherapeutische Weiterbildung:** Förderung und Sicherstellung einer hochwertigen Weiterbildung von Hausärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten. Ausbau der Weiterbildung von Fachärzten insbesondere in der ambulanten Versorgung.
- **Psychotherapeuten:** Schaffung gesetzlicher Regelungen zur Sicherstellung der Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung. Dazu gehört eine Anpassung des SGB V zur Ausfinanzierung der Kosten von Weiterbildungsstätten bzgl. der Gehälter der Psychotherapeuten in Weiterbildung sowie der zusätzlichen Weiterbildungskosten (Theorie, Supervision und Selbsterfahrung).
- **Gesamtkonzept für Anforderungen an Assistenzberufe:** Gesamtkonzepte für welche Berufe eine Akademisierung sinnvoll sein kann und wo dies neue Hürden zum Berufseinstieg aufbauen würde.

+++++

Ergänzende Anmerkung Dr. Roland Kaden/Dr. Anita Baresel, Landesvorstand FVDZ-SH:

- Aus zahnärztlicher Sicht darf es **keine „Akademisierung“** zahnärztlicher Mitarbeiterinnen geben. Eine Akademisierung der zahnärztlichen „Hilfsberufe“ führt zur Steigerung der Ausbildungskosten, der Bürokratielasten (Dokumentationspflichten) und des Fachkräftemangels. Die Qualität wird nicht verbessert. Es würde zu einer Aufwertung von Tätigkeiten kommen, die akademisch nicht gerechtfertigt ist. Einfache Tätigkeiten werden entwertet. Es könnte die Zuwendung zum Patienten sinken und es gleichzeitig durch die Schaffung akademischer Berufe zu Kostensteigerungen im Gesundheitswesen kommen.
- Weitere **Fachärzte sollten innerhalb des Bereichs der Zahnmedizin nicht** geschaffen werden. Eine Aufsplitterung ist unnötig und wird zu weiteren Kostensteigerungen führen (Beispiel: Kostenzunahme im Bereich der Oralchirurgie (siehe Apobank Report))
- **Abschaffung der Überprüfung der Fortbildungspflicht** durch die KZV (Bürokratieentlastung). Die Fortbildungspflicht ergibt sich aus den Berufsordnungen der Länderzahnärztekammern.

+++

Ergänzende Anmerkung des Vorstands der KVSH:

Haus- und fachärztliche sowie psychotherapeutische Weiterbildung

- Die Ambulantisierung der Medizin bedeutet auch, dass insbesondere in der fachärztlichen Weiterbildung es immer wichtiger wird, dass angehende Fachärzte auch Weiterbildungsabschnitte in Praxen absolvieren, um die volle medizinische Bandbreite des Versorgungsgeschehens kennenzulernen. Deshalb bedarf es hier einer Ausweitung der Förderung u.a. durch die Aufhebung der gesetzlichen Begrenzung der finanziellen Förderung im Bereich der Fachärzte auf die grundversorgenden Fachärzte und weitere Restriktionen.
- Zudem müssen die Finanzierungsgrundlagen insgesamt geprüft und angepasst werden, damit das Engagement der Praxen in der Weiterbildung nicht zu Mehrkosten führt.

Weiterbildung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

- Es ist dringend erforderlich, auf der Bundesebene eine verbindliche Finanzierungsregelung zu schaffen. Dies ist bedauerlicherweise rund fünf Jahre nach Umsetzung der Reform der Aus- und Weiterbildung in der Psychotherapie nicht erfolgt.
- Durch dieses Nichthandeln auf der Bundesebene ist die aktuelle Situation entstanden, in der sowohl Praxen als auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Weiterbildung sowie Kassenärztliche Vereinigungen sich mit einer Situation konfrontiert sehen, in der erste Absolventinnen und Absolventen eine Weiterbildung beginnen, ohne dass es eine Regelung zur Finanzierung gibt.
- Seitens der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) liegen Regelungsvorschläge zur Finanzierung der ambulanten Weiterbildung in der Psychotherapie vor, um die Aufwände der Praxen für die Weiterbildung im Vergütungssystem künftig auch über Zuschläge im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) besser abzubilden.
- Eine neue Bundesregierung ist gefragt, sich zügig dieses Problems anzunehmen.

Qualifikation und Aufgaben von Assistenzberufen in der Gesundheitsversorgung

- Es braucht eine übergreifende Verständigung innerhalb der Gesundheitsversorgung und mit der Politik, welche Gesundheitsberufe es künftig mit welchen Qualifikationen geben soll sowie ein Gesamtkonzept, wie die verschiedenen Berufe in Zeiten des Fachkräftemangels attraktiv gestaltet werden können.
- Ein solches Gesamtkonzept würde auch definieren, für welche Berufe eine Akademisierung sinnvoll sein kann (Beispiel Physician Assistants) und in welchen Bereichen dies im Gegenteil eher neue Hürden zum Berufseinstieg aufbauen würden, die zu einem Rückgang dringend benötigter Interessenten führen könnten.
- In der ärztlichen Versorgung ist bereits heute deutlich, dass die Bedeutung der Delegation und damit der Übertragung von Aufgaben an nicht-ärztliches Personal steigen wird.
- Deshalb müssen die medizinischen und pflegerischen Assistenzberufe attraktiver werden, um das erforderliche Personal gewinnen zu können. Dies betrifft eine angemessene Bezahlung, aber auch weitere Aspekte wie die Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie Weiterbildungs- und Aufstiegsmöglichkeiten.
- Mit der zunehmenden Bedeutung von Assistenzberufen stellt sich die Frage, wie sich deren Leistungen künftig in den Honorarordnungen abbilden sollen. Die Personalkosten, die insbesondere durch qualifiziertes Personal entstehen, müssen sich aus der Vergütung refinanzieren lassen. Es bedarf insbesondere im ärztlichen Vergütungssystem adäquater Abrechnungsmöglichkeiten, um zum Beispiel neue, arztentlastende Berufe in den Praxen einsetzen zu können wie z.B. Physician Assistants oder Community Health Nurses. Der Gesetzgeber sollte deshalb die Voraussetzungen schaffen, dass neben dem Arzt-Patienten-Kontakt eine neue Abrechnungsmöglichkeit des Praxis-Patienten-Kontakts geschaffen wird, um diese neuen Versorgungsoptionen in das Vergütungssystem zu integrieren.

GPA-Gesundheitspolitisches Handlungskonzept 2025

Anlage 8 - Präsenzapotheken stärken und erhalten

- **Präsenzapotheken:** Stärkung und Verbesserung des Apothekennetzes. Apotheken benötigen eine Soforthilfe, um die Schließungswelle zu stoppen. Die pharmazeutische und pharmakologische Expertise der Apothekerinnen und Apotheker in Präsenzapotheken stärker nutzen und diese kontinuierlich als Lotsen im Gesundheitswesen fest etablieren und honorieren.
- **Honoraranpassung:** Apotheken benötigen nach über 20 Jahren ohne nennenswerte Erhöhung und über 10 Jahren ohne jegliche Honorarerhöhung eine angemessene Honorierung mit einer Dynamisierung.
- **Digitalisierungsaufwand:** Apotheken wie auch andere Gesundheitsdienstleister sind mindestens kostenneutral an die von der Politik und GKV gewollten neuen digitalen Aufgaben und Aufträge an- und einzubinden. Stichwort: eRezept(-verwaltung/speicherung), ePA, Cardlink, Schnittstellen, TI etc.
- **Medikamentensicherheit:** Sicherstellung der Verfügbarkeit, Qualität und Sicherheit von Arzneimitteln durch Anpassungen der regulatorischen Rahmenbedingungen und Standortbedingungen und beschleunigte Zulassungsverfahren.

+++++

Anmerkung Dr. Roland Kaden/Dr. Anita Baresel, Landesvorstand FVDZ-SH:

Präsenzapotheken leisten besonders auf dem Land einen wichtigen Beitrag für die wohnortnahe flächendeckende Gesundheitsversorgung mit Medikamenten. Im Gegensatz zu Internetapotheken leisten sie einen unverzichtbaren Beitrag zur Medikamentenversorgung in Akutfällen und bei der Soforthilfe in Fragen zur Gesundheit. Sie leisten damit einen kostenlosen Beitrag zur Prävention und Gesundheitsförderung.

+++

Anmerkung des Vorstands des Apothekerverbands Schleswig-Holstein

Arzneimittelversorgung:

- Stabilisierung der wohnortnahen persönlichen Arzneimittelversorgung durch freie Wahl der Präsenzapothek.
- Erhalt der Freiberuflichkeit und Anerkennung, dass Apotheken als kleine und mittelständische Unternehmen (KMU) Erträge erwirtschaften müssen.
- Erhöhung der in der Arzneimittelpreisverordnung festgelegten packungsbezogenen Zuschlagspauschale.
- Dynamisierung: Einführung eines regelhaften Mechanismus, der die Vergütung der Apotheken jährlich an die allgemeine Kostenentwicklung anpasst, ohne dass es gesonderter Maßnahmen des Gesetz- und Verordnungsgebers bedarf.
- Einführung einer Grundsicherungspauschale für jede Betriebsstätte.
- Reduzierung von Zahlungsverweigerungen der Kostenträger auf das sachlich gebotene Maß.
- Schaffung von ökonomischen Anreizen zur möglichst wirtschaftlichen Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln.

- Weiterentwicklung des Leistungskatalogs, um die demografischen Entwicklung hin zu einer immer älteren und behandlungsbedürftigeren Bevölkerung beherrschbar zu machen: – Präventionsleistung, Therapiemonitoring, Anerkennung der Apotheke als „Kümmerer“ im Quartier.
- Notdienste – Zusammenarbeit mit dienstbereiten Ärzten, Notfallpraxen: Enge Abstimmung mit Nutzung bereits bestehender digitaler Anwendungen (TIM, KIM) während der Dienstzeiten. Keine (digitale) Offenlegung von Arzneimittelbeständen in Warenlagern der Apotheken, weil entsprechende Bestandsangaben zwar eine Abgabefähigkeit im Zeitpunkt der Arzneimittelverschreibung suggerieren, die konkrete Lieferfähigkeit im Zeitpunkt der Abgabe in der Apotheke bspw. durch Abgabe an Dritte im Zeitraum zwischen Verordnung und Erscheinen des Patienten nicht abbilden kann und vor allem weil die flächendeckende Versorgung vom lieferengpassbedrohter Arzneimittel durch Bevorratung einzelner Apotheken, ohne dass ärztliche Verschreibungen vorliegen, sich deutlich verschlechtern würde. Die Funktion des Arzneimittelgroßhandels als zentrale Vertriebsstelle von auch knappen Arzneimitteln an die Apotheken, die bereits ärztliche Verordnungen vorliegen haben, muss gestärkt werden und nicht durch Anreize zu Beschaffungsvorgängen einzelner Apotheken, um bei einem theoretischen künftigen Versorgungsbedarf lieferfähig zu sein, geschwächt werden.
- Verbot der Gründung, des Betriebs oder der Beteiligung an Arzneimittelspezialgroßhandlungen durch vollsortimentierte Arzneimittelgroßhandlungen.

Arzneimittellieferengpässe:

- Anerkennung der Realität, dass Arzneimittel ein knappes Gut sind und weltweit gehandelt werden.
- Abkehr von der ideologischen Vorstellung, Deutschland könne den Arzneimittelpreis vorgeben.
- Anerkennung der Tatsache, dass der Aufbau einer Arzneimittelproduktionsstätte ein kosten- und zeitintensiver Prozess ist, der nur in die Wege geleitet wird, wenn das Vertrauen besteht, dass sich die umfangreiche Investitionsentscheidung auch einmal amortisieren wird.
- Anerkennung der Tatsache, dass Arzneimittel in mehreren Stufen synthetisiert und die einzelnen Stufen oftmals von unterschiedlichen Firmen weltweit hergestellt werden.
- Anerkennung der Tatsache, dass angesichts der weltweiten Arzneimittelknappheit Apotheken, deren Hauptaufgabe die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln ist, maximale Handlungsfreiheit brauchen, um Arzneimittel schnell und ggf. auf dem Weltmarkt zu beschaffen, damit gefährliche Therapieverzögerungen vermieden werden können. Dieser Importaufwand ist äußerst personalintensiv. Genehmigungsprozesse und -verfahren der Kostenträger müssen deutlich schlanker und dadurch schneller werden. Die Beschaffungsaufwände der Apotheken beim Import von Arzneimitteln sind diesen zu vergüten.

Medikamentensicherheit:

- Sicherstellung der Qualität und Sicherheit von Arzneimitteln durch strengere Kontrollen jener, die Arzneimittel aus dem Ausland an Mitbürger abgeben, ohne an ihrem Unternehmenssitz den gleichen Überprüfungen und Kontrollen zu unterliegen, wie die deutschen Apotheken und pharmazeutischen Unternehmen.

+++

Anmerkung des Vorstands der KVSH:

- **Medikamentenverfügbarkeit.** Schaffung einer digitalen Übersicht zur Verfügbarkeit von knappen Medikamenten in den Apotheken.

GPA-Gesundheitspolitisches Handlungskonzept 2025

Anlage 9 - Gewalt und Aggression in Praxen entgegenwirken

- **Übergriffe nehmen zu:** Gewalt in Praxen und Apotheken bezieht sich auf physische oder verbale Übergriffe von Patienten gegenüber medizinischem und pharmazeutischem Personal. Diese ist gesellschaftlich zu ächten.
- **Strafrechtsreform:** Der Umgang mit solcher Gewalt erfordert sowohl präventive und regressive Maßnahmen als auch gesetzliche Unterstützung durch eine Änderung im Strafgesetzbuch. Alle Gesundheitsberufe sind einzubeziehen, um die Sicherheit und das Wohlbefinden aller Beteiligten zu gewährleisten.

+++++

Ergänzende Anmerkung Dr. Mark Tobis, Hartmannbund:

§ 115 StGB sollte mit folgendem Absatz ergänzt werden:

Nach § 113 wird auch bestraft, wer Beschäftigte in Einrichtungen des Gesundheitswesens (Kliniken, Arztpraxen, Zahnarztpraxen, Apotheken, Praxen für Psychotherapie) durch Gewalt oder durch Drohung mit Gewalt behindert. Nach § 114 wird bestraft, wer die o.g. Beschäftigten in diesen Situationen tötlich angreift.

+++

Ergänzende Anmerkung des Vorstands der KVSH:

Pläne zur Verschärfung des Strafrechts in Fällen von Gewalt gegen Polizisten, Hilfeleistenden der Feuerwehr, des Katastrophenschutzes, eines Rettungsdienstes usw. müssen umgesetzt werden.

Im Gegensatz zum Entwurf der Vorgängerregierung muss eine neue Bundesregierung alle Angehörigen der Gesundheitsberufe in diese Regelung aufnehmen, explizit auch jene, die in ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Praxen, im ärztlichen Bereitschaftsdienst und in Notaufnahmen tätig sind.

Anlage 10 – Krankenhausreform

- **Finanzierung der Investitionen:** Umstellung der Krankenhausfinanzierung, sodass Investitionen aus den allgemeinen öffentlichen Haushalten und nicht über die Beitragszahler finanziert werden.
- **Fokus auf Qualität und Effizienz:** Sicherstellung einer effizienten Nutzung der Mittel unter Berücksichtigung der ambulanten Versorgung.
- **Ambulantisierung nur koordiniert und unter gleichen Bedingungen:** Keine unkoordinierte Öffnung von Krankenhäusern für ambulante Leistungserbringung in Konkurrenz zu freiberuflich-selbständigen Praxen ohne Mehrwert für die regionale Versorgung.

+++++

Ergänzende Anmerkung von Dr. Mark Tobis (Hartmannbund):

Finanzierung der Investitionen: Schon jetzt ist es Sache der Länder, die Investitionen der Krankenhäuser zu finanzieren. Dieser Aufgabe sind die Länder in den letzten Jahrzehnten immer weniger nachgekommen. Die Investitionen der Krankenhäuser wurden bislang aus den Überschüssen der wirtschaftlichen Erträge erbracht, was auch zu einer Leistungsausweitung von lukrativen Gesundheitsleistungen führte. Daher wäre hier eine gesetzliche Verpflichtung der Länder bzw. ein Rechtsanspruch der Krankenhäuser auf Finanzierung von Investitionen einzuführen.

+++

Ergänzende Anmerkung des Vorstands der KVSH:

Eine Reform der Krankenhausversorgung ist erforderlich. Das in der zu Ende gehenden Wahlperiode verabschiedete Krankenhausreformgesetz jedoch bedarf unter einer neuen Bundesregierung einer deutlichen Korrektur.

- Die im Gesetz vorgesehene Ermächtigung von Krankenhäusern zur ambulanten hausärztlichen Versorgung ohne zeitliche Begrenzung und ohne Berücksichtigung der Bedarfsplanung leistet keinen Beitrag zur Lösung von Versorgungsproblemen in der hausärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen. Die Regelung schafft stattdessen ein Konkurrenzverhältnis um begrenzte Ressourcen und führt zu Doppelstrukturen ohne Mehrwert für die Versorgung. Zudem ist es nicht hinnehmbar, dass niedergelassene Hausärzte Bereitschaftsdienste leisten, während diese neuen Klinikstrukturen nicht beteiligt werden sollen. Auch stellt es eine massive Verzerrung dar, dass ambulante hausärztliche Angebote von Kliniken auf eine öffentlich finanzierte Infrastruktur zurückgreifen können, während die Praxen ihre Investitionen eigenständig zu stemmen haben. Diese Öffnung von Kliniken für die hausärztliche Versorgung ist deshalb von einer neuen Bundesregierung dringend rückgängig zu machen.
- Für die Regelung besteht auch deshalb keine Notwendigkeit, weil Krankenhäuser bereits nach bisheriger Rechtslage überall dort, wo keine Niederlassungsbeschränkungen bestehen, mit einer MVZ-Gründung vollumfänglich an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen können.
- Dies gilt auch für den im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) vorgesehenen Anspruch von sektorenübergreifenden Krankenhäusern und sogenannte „Sicherstellungskrankenhäuser“ auf Ermächtigungen zur ambulanten fachärztlichen Versorgung, soweit in dem jeweiligen Fachgebiet keine Zulassungsbeschränkungen bestehen. Das bedeutet, dass

eine Ermächtigung auch bereits in Planungsbereichen möglich ist, in denen mit Versorgungsgraden zwischen 100 und 110 Prozent eine nach der Bedarfsplanung angemessene Versorgung besteht. Auch diese Regelung führt zu Verzerrungen, löst die Versorgungsprobleme nicht und sollte deshalb aufgehoben werden.

- Statt dieser Lösungen bedarf es einer koordinierten und versorgungsorientierten Ambulantisierung auf Augenhöhe und einer engeren Vernetzung der Versorgungsebenen statt einer unstrukturierten Öffnung der ohnehin auch vom Ärzte- und Ressourcenmangel betroffenen Krankenhäusern für die ambulante Versorgung.

+++

Ergänzende Anmerkung von Dr. Roland Kaden (FVDZ):

Um den Krankenhaussektor nachhaltig zu reformieren sind strukturelle Maßnahmen nötig. Gleichzeitig muss der ambulante Sektor gestärkt werden, um einer Überlastung der Krankenhäuser durch unzureichende ambulante Versorgung entgegenzuwirken (Patienten suchen teilweise Kliniken auf, weil ambulante Angebote fehlen). Eine Stärkung des ambulanten Bereichs, auch durch freiberuflich geführte Tageskliniken entlastet den stationären Bereich, führt zur schnelleren Versorgung, geringeren Kosten und einer möglichen Reduktion von Krankenhausbetten.

Eine Krankenhausreform, die stationären und ambulanten Bereich berücksichtigt schafft bessere Versorgung der Patienten, sorgt für bessere Effizienz und entlastet das gesamte Gesundheitssystem.

- Mischfinanzierung der Krankenhäuser verteilt die Kosten und sichert Interesse aller Beteiligten.
- Investitionen in die Infrastruktur und technische Ausstattung der Krankenhäuser sollten staatlich (Bund, Länder, Kommunen) finanziert werden (dadurch annähernd gleiche Ausstattungen der Krankenhäuser), steuerfinanzierte Spezialisierungen von ausgewählten Klinikbereichen.
- Teilfinanzierung für bestimmte Projekte durch die Krankenkassen. Krankenkassen finanzieren die Behandlungskosten, eine Beteiligung in die Infrastruktur stärkt die Transparenz und den Einblick in Versorgungsbedarf und ermöglicht gezielten Mitteleinsatz.
- Stärkung der ambulanten Versorgung, insbesondere des Hausarztes als Gatekeeper. Das reduziert unnötige Krankenhausbesuche.
- Strikte Trennung ambulanter und stationärer Bereich