

Pressemitteilung

Presse: Michaela Gottfried

Verband der Ersatzkassen e. V.

Askanischer Platz 1

10963 Berlin

Tel.: 0 30 / 2 69 31 – 12 00

Fax: 0 30 / 2 69 31 – 29 15

michaela.gottfried@vdek.com

www.vdek.com

✉@vdek_presse

29. Januar 2025

Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl
vdek fordert Stabilitätsoffensive für GKV und SPV: mehr Steuerung, bessere Versorgung, stabile Beiträge

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) will eine Stabilitätsoffensive für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und soziale Pflegeversicherung (SPV). Uwe Klemens, Vorstandsvorsitzender, und Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des vdek, stellten auf der Neujahrs-Pressekonferenz des vdek dazu zwei zentrale Maßnahmenpakete vor. Dabei handelt es sich erstens um Maßnahmen mit Sofortwirkung für die Finanzen sowie um Maßnahmen für eine bessere Orientierung und Steuerung in der Versorgung.

Maßnahmen mit Sofortwirkung für die Finanzen

„Die Aufwärtsspirale bei den Beitragssätzen muss durch ein Sofortgesetz gebremst werden“, so Klemens. Die durchschnittlich erhobenen Beitragssätze stiegen seit 2015 von 15,4 auf 17,5 Prozent. Das heißt, dass Versicherte mit durchschnittlichem Einkommen 2015 noch rund 2.850 Euro jährlich für ihren Versicherungsschutz bezahlten, heute werden etwa 3.900 Euro fällig – ein Anstieg von 1.050 Euro oder mehr als einem Drittel. Die GKV habe ein massives Effizienz- und Ausgabenproblem. Für 2025 liegen die Ausgaben mit geschätzt 341 Milliarden Euro deutlich höher als die Einnahmen mit 295 Milliarden Euro. Die Politik habe mit ihrer freigiebigen Gesetzgebung hohe Preissteigerungen für Gesundheitsleistungen veranlasst und Steuerungsinstrumente den Krankenkassen entzogen. Damit sei der Vertragswettbewerb, etwa durch Ausschreibungen bei Hilfsmitteln, zum Erliegen gekommen.

Klemens forderte eine stabilitätsorientierte Ausgabenpolitik als Richtschnur für alle Leistungsbereiche. Konkret heißt das: Ausgaben dürfen nur noch in gleichem Umfang wachsen wie die Einnahmen. Darüber hinaus sollten der

GKV die Kosten für versicherungsfremde Leistungen in vollem Umfang erstattet werden. Hierzu zählen die Gesundheitskosten für Bürgergeldempfängerinnen und –empfänger, für Mutterschutz oder Kinderkrankengeld. Allein beim Bürgergeld bestehe eine Finanzierungslücke von neun bis zehn Milliarden Euro. Der Bund dürfe die GKV nicht länger als „Neben–Staatshaushalt“ behandeln, wie sich auch bei der Finanzierung des Umbaus der Krankenhauslandschaft zeige. Die Ausgaben für den Transformationsfonds seien aus Steuermitteln zu finanzieren, statt sie den Mitgliedern der GKV und ihren Arbeitgebern anzulasten.

Auch in der SPV seien die Finanzierungsprobleme trotz ständig steigender Beitragssätze nicht gelöst worden, so Klemens. So stiegen die Ausgaben der SPV in den letzten zehn Jahren um rund 140 Prozent, die Einnahmen lediglich um 20 Prozent. Die Rücklagen der SPV würden immer weiter abgebaut und betragen nur noch 5,3 Milliarden Euro. „Die Pflegeversicherung muss zur Chefsache werden“, so Klemens. Neben der Übernahme der Kosten für versicherungsfremde Leistungen fordert der vdek einen Finanzausgleich zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung. Diese beiden Maßnahmen würden die SPV jährlich um mindestens sechs Milliarden Euro entlasten. Die ebenfalls geforderte Rückzahlung der pandemiebedingten Zusatzkosten würde einmalig deutlich über fünf Milliarden Euro bringen. Um die Pflegebedürftigen von steigenden Eigenanteilen zu entlasten, sei zudem eine jährliche Dynamisierung der Leistungsbeträge bei den Eigenanteilen in stationären Pflegeeinrichtungen vorzunehmen.

Maßnahmen für bessere Orientierung und Steuerung in der Versorgung

Höhere Ausgaben im **ambulanten ärztlichen Bereich** – diese werden 2025 insgesamt mehr als 50 Milliarden Euro betragen – hätten die Versorgung in der Wahrnehmung der Versicherten nicht verbessert, betonte die vdek–Vorstandsvorsitzende Elsner. Dies zeige sich deutlich an der Diskussion um lange Wartezeiten und Versorgungsengpässe auf dem Land. „Die Patientinnen und Patienten brauchen klare Anlaufstellen, an die sie sich bei einem medizinischen Problem wenden können.“ Um die Situation zu verbessern, spricht sich der vdek für die Entwicklung neuer Versorgungsmodelle mit der Ärzteschaft aus, zum Beispiel mit obligatorischer telefonischer Ersteinschätzung durch Hausarzt– und Facharztpraxen sowie Telemedizin. Zudem müssten GKV und Ärzteschaft ein gemeinsames Online–Terminportal zur schnelleren Terminvergabe aufbauen.

Mehr Steuerung und Orientierung bräuchten die Versicherten auch dringend in der **Notfallversorgung**. Die längst konsentrierte Reform müsse rasch umgesetzt werden. Gleichzeitig sollten die Strukturen des Rettungsdienstes reformiert werden. Dazu gehört eine stärkere Konzentration der Rettungsleitstellen und deren Ausbau zu Gesundheitsleitstellen, die Versicherte nicht nur ins Krankenhaus, sondern auch in die ambulante, akut psychische oder pflegerische Versorgung vermitteln.

Um die **explodierenden Arzneimittelausgaben** – 2025 geschätzt 58 Milliarden Euro – zu stoppen, möchte der vdek vor allem die Preise für neue patentgeschützte Arzneimittel anpassen. „Zehn Prozent der abgegebenen Arzneimittel verursachen derzeit 50 Prozent der Ausgaben. Wir brauchen daher Instrumente für faire Arzneimittelpreise. Vorbild könnte das Fair-Pricing-Model sein.“ Maßstab für die Preisgestaltung sind dabei Kriterien wie die Kosten für Forschung und Entwicklung. Nach Berechnungen der Universität Bremen liegen die Preise aktuell doppelt bis 13-mal so hoch wie der Preis nach diesem Preisfindungsmodell. Daneben fordert der vdek eine Nutzenbewertung ohne Ausnahmen auch für Orphan Drugs, Erstattungsbeträge im Rahmen des AMNOG bereits bei Markteintritt, höhere Herstellerabschläge und den Ausbau von Versorgungsverträgen (statt Einschränkungen bei Rabattverträgen).

Im **Krankenhausbereich** – größter Ausgabenblock, 2025 mit geschätzt 107 Milliarden Euro – komme es jetzt entscheidend auf die Umsetzung der Krankenhausreform an, „ob die Versorgung tatsächlich besser oder nur teurer wird.“ Elsner forderte Bund und Länder auf, die Versorgungsqualität in den Mittelpunkt zu stellen anstelle von Besitzstandswahrung. Die gemeinsame Selbstverwaltung solle nach dem Vorbild Nordrhein-Westfalens aktiv in den Planungsprozess für bedarfsgerechte Strukturen eingebunden werden. Das gelte auch für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bei der Festsetzung von Qualitätsanforderungen. Es bedürfe zudem eines klaren Bekenntnisses der Politik, die Kosten des Transformationsfonds aus Steuermitteln zu finanzieren.

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) ist Interessenvertretung und Dienstleistungsunternehmen aller sechs Ersatzkassen, die zusammen rund 29 Millionen Menschen in Deutschland versichern:

- Techniker Krankenkasse (TK), X: @TK_Presse
- BARMER, X: @BARMER_Presse
- DAK-Gesundheit, X: @DAKGesundheit
- KKH Kaufmännische Krankenkasse, X: @KKH_Politik
- hkk - Handelskrankenkasse, X: @hkk_Presse
- HEK - Hanseatische Krankenkasse, X: @HEKonline

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) wurde am 20. Mai 1912 unter dem Namen „Verband kaufmännischer eingeschriebener Hilfskassen (Ersatzkassen)“ in Eisenach gegründet. Bis 2009 firmierte der Verband unter dem Namen „Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.“ (VdAK).

Beim vdek arbeiten bundesweit über 700 Beschäftigte. Hauptsitz des Verbandes mit mehr als 300 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist die Bundeshauptstadt Berlin. In den einzelnen Bundesländern sorgen 15 Landesvertretungen mit über 400 sowie mehr als 30 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Pflegestützpunkten für die regionale Präsenz der Ersatzkassen.

Statement Uwe Klemens, ehrenamtlicher Verbandsvorsitzender

Meine Damen und Herren,

die Finanzlage der GKV spitzt sich von Jahr zu Jahr zu. 82 von 93 Krankenkassen mussten zu Beginn dieses Jahres ihren Zusatzbeitragssatz zum Teil drastisch erhöhen. Die Beitragssätze haben mit 17,5 Prozent einen historischen Höchststand erreicht. 2015 waren es noch 15,4 Prozent. Während ein Versicherter mit einem durchschnittlichen Einkommen 2015 rund 2.850 Euro im Jahr für seinen Versicherungsschutz zahlen musste, sind es heute über ein Drittel mehr – etwa 3.900 Euro. Diese extremen Beitragssatzsteigerungen hätten vermieden werden können. Sie bringen die Versicherten nicht nur an ihre Belastungsgrenzen, sondern schwächen auch das Vertrauen der Menschen in die sozialen Sicherungssysteme und in die Handlungsfähigkeit der Politik. Wenn nichts passiert, werden die Beitragssätze auch 2026 und in den Folgejahren drastisch steigen. Nach der Regierungsneubildung muss deshalb ein **„Sofort-Gesetz“ zur Stabilisierung der Beitragssätze** aufgelegt werden.

Wir haben in der GKV vor allem ein massives Effizienz- und Ausgabenproblem. Deshalb müssen wir **zu einer stabilitätsorientierten Ausgabenpolitik zurückkommen**. Seit 2015 öffnet sich die Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben immer weiter. Die Gesamtausgaben der GKV stiegen seit 2015 von 209 Milliarden Euro auf prognostiziert 341 Milliarden Euro 2025 – fast fünf Prozent pro Jahr, also weitaus schneller als die Lohnentwicklung oder die Verbraucherpreise. Die Einnahmen stiegen dagegen nur von 198 Milliarden auf 295 Milliarden Euro. Es steht also eigentlich viel Geld zur Verfügung, aber die Versorgung ist mit dieser Mehr-ist-mehr-Politik nicht besser geworden. Die Politik hat mit ihrer freigiebigen Gesetzgebung in den letzten Jahren hohe Preissteigerungen veranlasst und daneben Steuerungsinstrumente der Krankenkassen aufgegeben. In der Folge sind die Leistungsausgaben stark gestiegen. Krankenhäuser – mit einem Drittel der gesamten Ausgaben die stärksten Kostentreiber – sind dafür ein augenfälliges Beispiel. Für 2024 rechnen wir mit 100 Milliarden Euro. Auch im zweitgrößten Ausgabenposten, dem Arzneimittelbereich, hat die Politik

einen Kostenanstieg auf mittlerweile 55 Milliarden Euro pro Jahr zulasten der Beitragszahlenden hingenommen. Hinzu kommen kostentreibende Maßnahmen bei Heilmitteln, welche die Ausgaben um weit über 50 Prozent in fünf Jahren gesteigert haben. Die Abschaffung von Ausschreibungen bei Hilfsmitteln hat darüber hinaus den Vertragswettbewerb völlig zum Erliegen gebracht mit der Folge, dass sich die Preise teilweise verdreifacht haben. Beispielsweise ist der Vertragspreis bei sogenannten Tens-Geräten, die zum Muskelaufbau und zur Schmerzreduktion eingesetzt werden, von 74 auf 218 Euro pro hochwertigem Gerät geklettert. Auch im letzten Jahr hat sich der Ausgabenanstieg ungebremst fortgesetzt. 2024 verzeichnen wir in fast allen Leistungsbereichen durchgängig Steigerungsraten von fünf bis zehn Prozent. Enttäuschend ist, dass sich der Staat trotz wiederholter Zusagen seiner Pflicht entzieht, für eine angemessene Refinanzierung der Kosten für Bürgergeldempfängerinnen und -empfänger zu sorgen, was sowohl die schwarz-rote Koalition 2017 als auch die Ampelregierung 2021 in ihren Koalitionsverträgen zugesichert hatten – ohne den Ankündigungen Taten folgen zu lassen. Auch bei der **Refinanzierung versicherungsfremder Leistungen**, wie etwa Kosten für den Mutterschutz, Ausbildungskosten bei Pflegefachberufen oder Kinderkrankengeld, fehlen staatliche Mittel. 2010 betrug der Bundeszuschuss an die GKV noch 15,7 Milliarden Euro, d. h. 9,1 Prozent der Ausgaben, 2025 sind es nur noch 14,5 Milliarden Euro und damit 4,2 Prozent der Ausgaben. Gemessen an den Ausgaben hat sich der Bundeszuschuss faktisch mehr als halbiert.

Damit nicht genug. Der Staat kommt nicht nur seinen Finanzierungszusagen nicht nach, er überträgt den Beitragszahlenden auch noch fortwährend weitere Aufgaben wie jüngst die Co-Finanzierung des Krankenhaus-Transformationsfonds.

Folgende Maßnahmen müssen aus unserer Sicht in ein „Sofort-Gesetz“ gegossen werden:

1. Der Staat muss seiner Verpflichtung nachkommen, die **Gesundheitskosten für Bürgergeldempfängerinnen und -empfänger** auskömmlich zu finanzieren. Hier geht es um bis zu zehn Milliarden Euro pro Jahr, die der GKV fehlen.
2. Der **Bundeszuschuss** muss entsprechend der jährlichen Steigerung der Leistungsausgaben der GKV dynamisiert werden. Konkret ist eine

jährliche Anhebung um mindestens 500 Millionen bis zu 1 Milliarde Euro erforderlich.

3. Der **Krankenhaus-Transformationsfonds** muss ordnungspolitisch sauber aus Steuermitteln finanziert werden. Sonst wird die GKV um 2,5 Milliarden Euro pro Jahr zusätzlich belastet werden.
4. Längst überfällig ist die **Absenkung der Mehrwertsteuer für Arzneimittel** auf den ermäßigten Satz von sieben Prozent, wie es in anderen europäischen Ländern üblich ist. Arzneimittel sind kein Luxusgut, sondern so notwendig wie Lebensmittel, für die ebenfalls nur sieben Prozent erhoben werden. Einsparvolumen: bis zu sieben Milliarden Euro.
5. Für eine stabilitätsorientierte Ausgabenpolitik braucht es eine Rückkehr zur **Grundlohnsummenbindung** in allen Vertragsbereichen. Damit wird sichergestellt, dass die Ausgaben wieder den Beitragseinnahmen der GKV folgen.
6. Das beste Mittel gegen ausufernde Kosten bei Hilfsmitteln sind wettbewerbliche **Ausschreibungen**. Werden diese wieder zugelassen, bestehen Einsparpotenziale von 250 Millionen Euro jährlich.
7. Nicht zuletzt fordern wir auch ein **Klagerecht für die soziale Selbstverwaltung**, um die ständigen Eingriffe des Staates in die Finanzautonomie der Selbstverwaltung zu unterbinden. Das betrifft auch die hälftige Finanzierung des Krankenhaustransformationsfonds durch die Krankenkassen. Aus der Sicht der Krankenkassen sind hier erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken anzumelden. Das Klagerecht sollte durch eine Ergänzung der Vorschriften im Sozialgerichtsgesetz sowie im Bundesverfassungsgerichtsgesetz eingeräumt werden.

Pflege muss politische Chefsache werden

In diesem Jahr dürfen wir uns über das 30-jährige Jubiläum der Pflegeversicherung freuen. Manche erinnern sich, wie hart das damals durchgefochten werden musste. Inzwischen sind alle Kritiker überzeugt. Die Pflegeversicherung ist eine tragende Säule der sozialen Sicherung geworden. Sie hat über lange Zeit dazu beigetragen, die Last der Pflegebedürftigkeit sozial abzufedern, und vielen Betroffenen damit den Gang zum Sozialamt erspart. Nur mit der Pflegeversicherung war es auch möglich, eine Pflege-Infrastruktur aufzubauen. Mit dem **demografischen Wandel** und dem **Fachkräftemangel** hat sich die Sachlage jedoch geändert. Heute sind bereits

rund 5,6 Millionen Menschen pflegebedürftig. Die Zahlen werden korrespondierend mit der Alterung der Bevölkerung steigen. Die Einnahmen der Pflegeversicherung steigen jedoch nicht mit der gleichen Dynamik. Während die Ausgaben in den letzten zehn Jahren um rund 140 Prozent gestiegen sind, betrug die Steigerung bei den beitragspflichtigen Einnahmen nur 20 Prozent. Trotz ständiger Beitragssatz-Anhebungen ist das Rücklagenpolster der Pflegeversicherung inzwischen aufgebraucht. Die **Finanzprobleme der Pflegeversicherung** sind inzwischen so evident, dass es nicht mehr ausreicht, ein paar Schraubchen zu drehen. Deshalb fordern wir, dass die nächste Bundesregierung die Pflegeversicherung zur Chefsache macht.

Unsere Forderungen an die kommende Bundesregierung sind daher:

1. **Versicherungsfremde Leistungen** müssen gesamtgesellschaftlich finanziert werden. Die SPV übernimmt seit Jahren versicherungsfremde Aufgaben. Dazu gehört etwa die Finanzierung der sozialen Absicherung der pflegenden An- und Zugehörigen in Höhe von rund 4,5 Milliarden Euro jährlich, die aus Steuermitteln erfolgen muss. Ebenso muss die Politik ihr Versprechen einhalten und von der SPV übernommene pandemiebedingte Zusatzkosten in Höhe von 5,3 Milliarden Euro wie zugesagt zurückzahlen. Zudem muss der für die Jahre 2024 bis 2027 ausgesetzte Bundeszuschuss in Höhe von einer Milliarde Euro jährlich dauerhaft fließen und darüber hinaus dynamisiert werden.
2. Zu einer gerechten Lastenverteilung gehört zwingend auch ein **Finanzausgleich zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung**. Es ist nicht zu erklären, dass ausgerechnet die private Pflegeversicherung von der Absicherung des gesamtgesellschaftlichen Pflegeaufwands ausgenommen wird. Ein Ausgleich würde eine Entlastung der SPV von jährlich zwei Milliarden Euro bedeuten.
3. Um die stetig steigenden finanziellen Belastungen für Pflegebedürftige und deren Angehörige durch Eigenanteile abzufedern und die Wertbeständigkeit zu sichern, sollten die **Leistungsbeträge jährlich dynamisiert** und an volkswirtschaftlichen Kenngrößen wie das Bruttoinlandsprodukt ausgerichtet werden.

Insgesamt muss die Politik auf allen Ebenen ihre Verantwortung als Impulsgeberin für gute Pflegebedingungen viel stärker wahrnehmen. Pflege ist ein Thema, das immer mehr Menschen in ihrem persönlichen Umfeld betreffen wird. Es ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die Betroffenen nicht allein zu lassen und kommunale und zivile Unterstützungsnetzwerke auszubauen.

Statement Ulrike Elsner, hauptamtliche Vorstandsvorsitzende

Meine Damen und Herren,

Herr Klemens hat dargestellt, wie dramatisch die Finanzsituation in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung aktuell ist.

Wir brauchen daher für 2025 ein **Sofortgesetz für eine stabilitätsorientierte Ausgabenpolitik** in der GKV. Gleichzeitig brauchen wir einen passenderen Zugang zur Versorgung – Stichwort: Arzttermine und Notfallversorgung.

Die letzten Jahre haben gezeigt, dass höhere Ausgaben eben nicht automatisch eine bessere Versorgung bedeuten. Viele Versicherte haben stattdessen das Gefühl, dass sich insbesondere der Zugang zur Versorgung verschlechtert hat. Das sehen wir bei den **Wartezeiten auf Facharzttermine** und in einigen ländlichen Regionen auch, wenn es darum geht, einen Hausarzt zu finden. Dabei fließt 2025 mit voraussichtlich 53 Milliarden Euro erneut mehr Geld in die ambulante ärztliche Versorgung. Und wir haben viele engagierte Menschen im Gesundheitswesen, die gut behandeln.

Was ist also unser Vorschlag, damit die Wartezeiten auf notwendige Behandlungen akzeptabel werden? Wir müssen **den Versicherten mehr Orientierung geben**, welche Behandlung sie tatsächlich benötigen. Das bedeutet: Wir brauchen leicht zugängliche Ersteinschätzungsangebote, damit Versicherte nicht zuerst durch das Gesundheitssystem irren, bevor sie am richtigen Behandlungsort ankommen. Das kann zum Beispiel so aussehen, dass Versicherte sich für ein Versorgungsmodell entscheiden, bei dem sie immer dann klar definierte Anlaufstellen aufsuchen, wenn sie ein medizinisches Problem haben. Solche Anlaufstellen können Hausärzte, Fachärzte und eine telemedizinische Ersteinschätzung per Telefon und Video sein. Bei der Entwicklung solcher Modelle wollen wir uns als Ersatzkassen mit der Ärzteschaft zusammentun, damit am Ende auch praktikable Lösungen entstehen. Vom Gesetzgeber erwarten wir allein den gesetzlichen Rahmen, um hier als gemeinsame Selbstverwaltung flexible Versorgungsangebote zu entwickeln.

Zentraler Baustein für ein Sofortgesetz ist zudem die **Reform der Notfallversorgung**, die nach zwei gescheiterten Anläufen nun endlich gelingen muss. Die Vorschläge dazu liegen auf dem Tisch und werden von uns unterstützt. Auch hier ist eine bessere Steuerung der Versicherten elementar, damit sie schneller so versorgt werden, wie es medizinisch sinnvoll ist und auf diese Weise auch die Notaufnahmen entlastet werden. Gleichzeitig müssen auch die **Strukturen des Rettungsdienstes** reformiert werden. Beim Rettungsdienst haben sich die Kosten für die verschiedenen Rettungsmittel von 2013 bis 2023 mehr als verdoppelt auf 6,8 Milliarden Euro. Und in den ersten drei Quartalen 2024 sind die Kosten für Einsätze von Rettungswagen erneut um mehr als zehn Prozent gestiegen. Wir haben zu viele Leitstellen, die zu wenig dürfen. Stattdessen sollten wir sie als größere Einheiten konzentrieren – das hat das Land Berlin bereits vorgemacht mit einer zentralen Leitstelle, die die Rettungsmittel dann koordiniert. Was fehlt, ist der **Ausbau zu einer Gesundheitsleitstelle** nach österreichischem Vorbild: einer Gesundheitsleitstelle, die nicht nur Rettungswagen rausschickt, sondern die Versicherten zu ambulanten, akut psychischen oder pflegerischen Versorgungs- und Unterstützungsangeboten leiten kann.

Mein zweiter Punkt ist die **Arzneimittelversorgung**, der zweitgrößte Ausgabenblock. Die Krankenkassen werden 2025 geschätzt 58 Milliarden Euro dafür ausgeben. Im vergangenen Jahr hatten wir eine Steigerungsrate von zehn Prozent. Woran liegt das?

Neue Arzneimittel kommen mit immer höheren Einstiegspreisen auf den Markt: So hat sich der Packungspreis neu eingeführter Arzneimittel von rund 900 Euro im Jahr 2011 auf über 53.000 Euro im Jahr 2023 entwickelt. Einen besonderen Einfluss haben die sogenannten Orphan Drugs, also Arzneimittel für seltene Erkrankungen, für die bei den neu eingeführten Präparaten Jahrestherapiekosten von im Durchschnitt mehr als 500.000 Euro entstehen. Die Zahl der Versicherten, die von solchen Therapien profitieren könnten, ist zwar klein, aber der Effekt auf die Ausgaben ist enorm und macht mittlerweile mit Ausgaben von mehr als sieben Milliarden Euro schon einen Anteil von 13,5 Prozent aus.

Und es drängen zunehmend neue Behandlungsoptionen wie die Gentherapien auf den Markt, die früher im Bereich der Utopie zu verorten waren:

Hochspezialisierte Therapien mit Kosten im Millionenbereich. Wir stehen damit ganz neuen Herausforderungen gegenüber, für die endlich Lösungen erarbeitet werden müssen, auch wenn wir die Auswirkungen erst nach und nach spüren werden.

Bisherige gesetzgeberische Initiativen haben es nicht vermocht, der Entwicklung nachhaltig etwas entgegenzusetzen, obwohl die Arzneimittelpolitik regelmäßig auf der Agenda der Akteure steht. Wir brauchen also dringend Maßnahmen, die eine Stabilisierung der Ausgaben erreichen. Für uns im Fokus sollten dabei die Preise für patentgeschützte Arzneimittel als die Hauptausgabentreiber stehen (zehn Prozent der abgegebenen Arzneimittel verursachen 50 Prozent der Ausgaben). Wir fordern daher, die Kriterien für die Preisbildung neuer Arzneimittel anzupassen. Wir brauchen **faire Arzneimittelpreise**. Maßstab müssen die Kosten für Forschung und Entwicklung sein. Diese Kosten für Forschung und Entwicklung, aber auch einen Bonus für relevante Innovationen beinhaltet das sogenannte **Fair-Pricing-Modell**. Eine Studie der Universität Bremen hat gezeigt, dass die aktuellen Preise zwei bis 13-mal so hoch sind wie der fair berechnete Preis. Es ist also durchaus möglich, die Kostenbelastung der Versichertengemeinschaft auf ein vernünftiges Maß zu beschränken und gleichzeitig relevante Innovationen der Industrie zu honorieren. Diese Preisbildungsmodelle werden auch in den Niederlanden, in Belgien und in Frankreich debattiert. Das Fair-Pricing-Modell bietet eine große Chance für die Stabilisierung der Arzneimittelausgaben.

Ich komme damit zu meinem dritten Punkt, die **Krankenhausversorgung**. 2025 werden die Krankenkassen geschätzt 107 Milliarden Euro für die stationäre Versorgung ausgeben. Das sind fast sieben Prozent mehr als 2024. Ab 2026 sollen die Krankenkassen dann auch noch über den Transformationsfonds den Umbau der Krankenhauslandschaft mitfinanzieren mit jährlich 2,5 Milliarden Euro über zehn Jahre hinweg. Damit die Krankenhausreform in die richtigen Bahnen gelenkt wird, kommt es jetzt darauf an, dass die im Bundesrat zustimmungspflichtigen Rechtsverordnungen mit Substanz gefüllt werden. Hiervon wird abhängen, ob die Reform nicht nur eine reine Finanzierungs-, sondern auch eine Strukturreform wird, eine Strukturreform für eine bessere Versorgung. Es ist ja zwischenzeitlich allgemeiner Erkenntnisstand, dass bei komplexen Erkrankungen die Versorgung in Spezialzentren zu besseren

Behandlungsergebnissen führt. Für diesen Prozess der Umgestaltung braucht es die **Expertise der Selbstverwaltungspartner** vor Ort – also der Krankenkassen- und Krankenhausvertreter. Die neue Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen ist für uns ein gutes Beispiel der Beteiligung von Krankenkassen und Krankenhäusern. Ebenso appellieren wir an die Länder, bei der Festlegung und Weiterentwicklung der Qualitätsvorgaben auf die **Vorarbeiten des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)** zurückzugreifen. Der G-BA hat die Expertise und er hat transparente und valide Verfahren, um diese komplexen Fragen gut zu lösen. Noch einmal: Es geht um die Versorgungsqualität für Patientinnen und Patienten und nicht um die Besitzstandswahrung von Institutionen.

Sehr geehrte Damen und Herren,

soweit unsere Vorschläge für eine Stabilitätsoffensive für die Finanzierung und mehr Zufriedenheit in der Versorgung.

Stabilitätsoffensive für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und soziale Pflegeversicherung (SPV)

Maßnahmen mit Sofortwirkung für die Finanzen

Die Aufwärtsspirale bei den Beitragssätzen ist zu bremsen und versicherungsfremde Leistungen sind fair zu finanzieren. Die Ausgaben dürfen nur parallel mit den Einnahmen wachsen – das muss für alle Leistungsbereiche das Leitprinzip sein.

- Alle Vergütungsvereinbarungen müssen sich an der Einnahmenentwicklung orientieren.
- Das Prinzip des Wettbewerbs muss wieder gelten, zum Beispiel durch Wiedereinführung der Ausschreibungen bei Hilfsmitteln.
- Der Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen ist jährlich entsprechend der Steigerung der GKV-Leistungsausgaben anzuheben. Die jährliche Dynamisierung sollte 500 Millionen bis eine Milliarde Euro betragen.
- Die Gesundheitskosten für Bürgergeldempfangende sind kostendeckend zu refinanzieren (neun bis zehn Milliarden Euro pro Jahr).
- Der Krankenhaus-Transformationsfonds ist aus Steuermitteln zu finanzieren (Belastung ab 2026: jährlich 2,5 Milliarden Euro für zehn Jahre).
- Die vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen für alle Krankenhausbeschäftigten erzeugt teure Fehlanreize und muss rückgängig gemacht werden.
- Die Mehrwertsteuer für Arzneimittel sollte auf sieben Prozent abgesenkt werden (sechs bis sieben Milliarden Euro pro Jahr).
- In der SPV müssen die Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung der pflegenden An- und Zugehörigen aus Steuermitteln finanziert werden (4,5 Milliarden Euro jährlich).
- Der Bund muss pandemiebedingte Zusatzkosten an die SPV zurückzahlen (5,3 Milliarden Euro einmalig).
- Es sollte ein Finanzausgleich zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung (zwei Milliarden jährlich) erfolgen.
- Patientensicherheit in allen Versorgungsbereichen stärken, denn durch Diagnose- und Medikationsfehler entstehen jährlich Schäden in Milliardenhöhe

Maßnahmen für eine bessere Orientierung und Steuerung in der Versorgung

Die hohen Ausgaben sollten die Versorgung der Versicherten spürbar verbessern. Strukturierte Versorgungspfade müssen mehr Orientierung schaffen. Für Arzneimittel ist eine faire Preisgestaltung erforderlich. Bei der Krankenhausreform sollten Qualitätskriterien im Vordergrund stehen. Der Umbau der Krankenhauslandschaft kann nur mit der Einbindung der Krankenkassen und Krankenhäuser funktionieren.

Ambulante Versorgung und Rettungswesen

- Entwicklung neuer Versorgungsmodelle mit der Ärzteschaft, zum Beispiel mit obligatorischer Ersteinschätzung durch Hausärzte, Fachärzte und Telemedizin
- Schnellere Terminvergabe durch Aufbau eines Online-Terminportals von GKV und Ärzteschaft
- Für Notfälle eine Koordinierung der Versorgung über Gesundheitsleitstellen organisieren
- Doppelstrukturen bei den vorhandenen Leitstellen des Rettungsdienstes abbauen (eine Leitstelle je eine Million Einwohnende)
- In ländlichen Regionen Regionale Gesundheitszentren (RGZ) aufbauen für eine Versorgung aus einer Hand

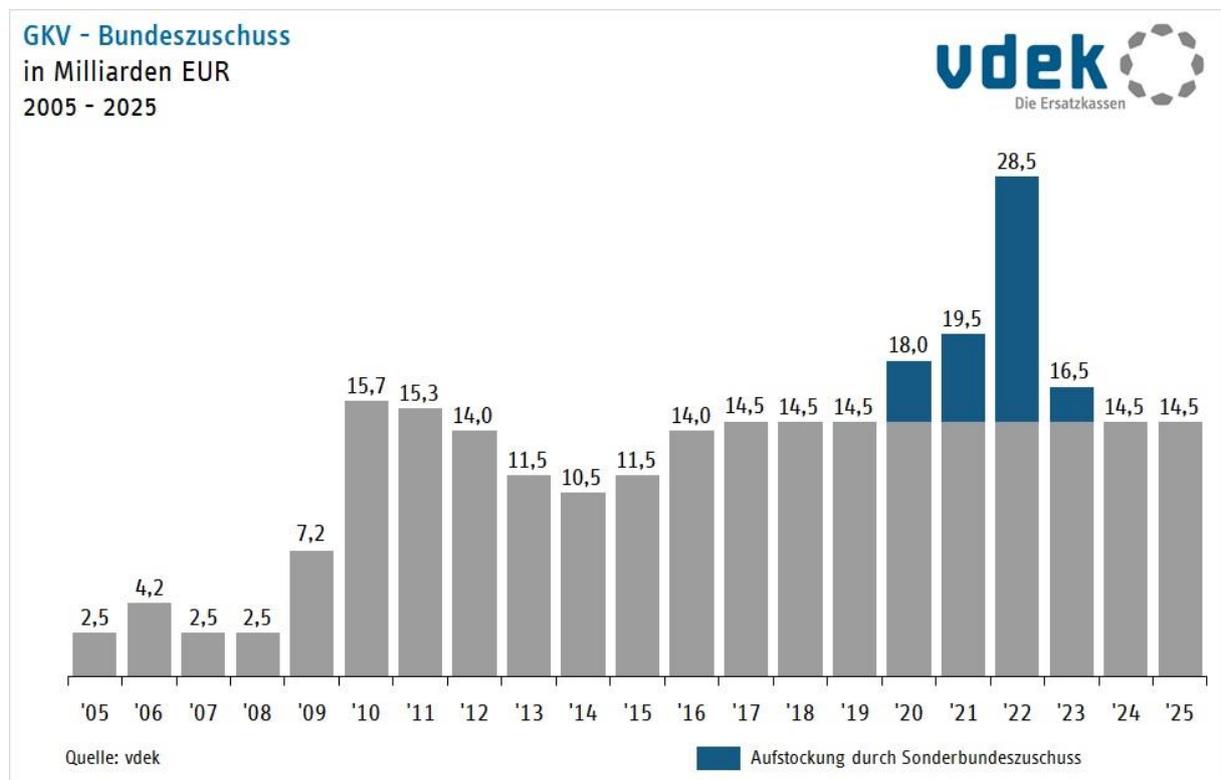
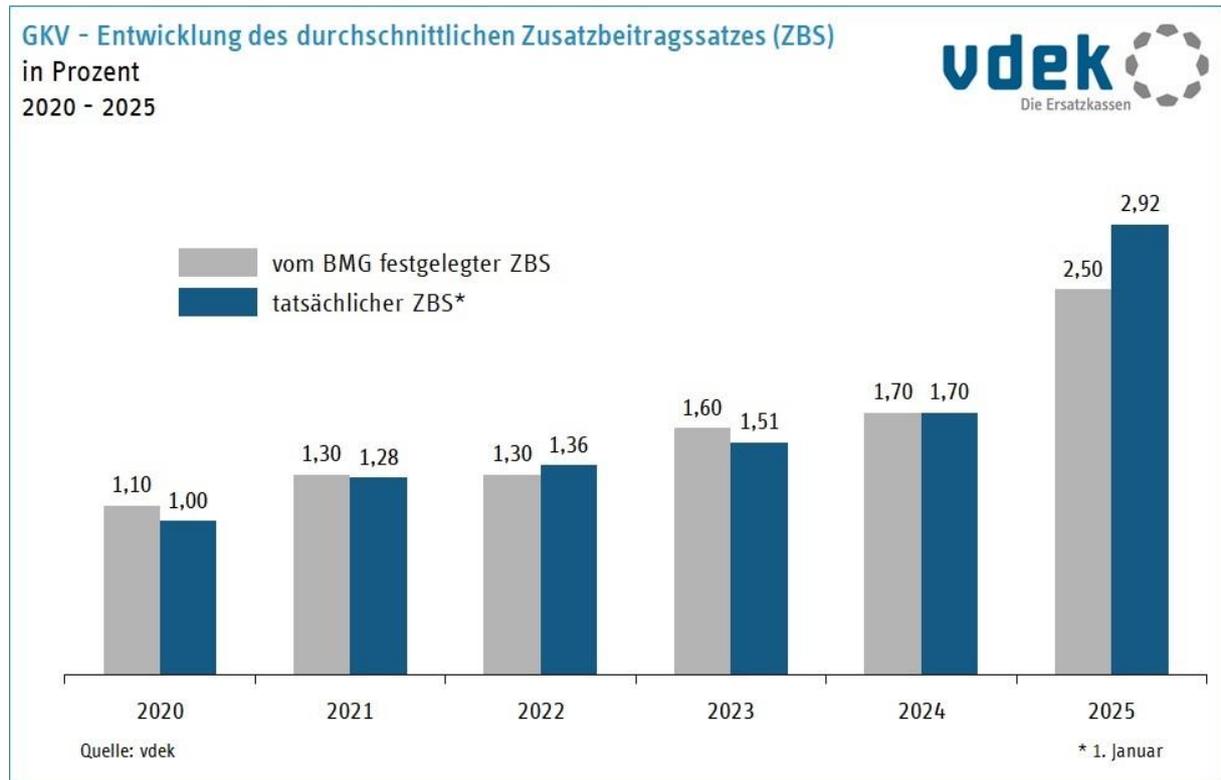
Ausgabenexplosion bei neuen Arzneimitteln stoppen

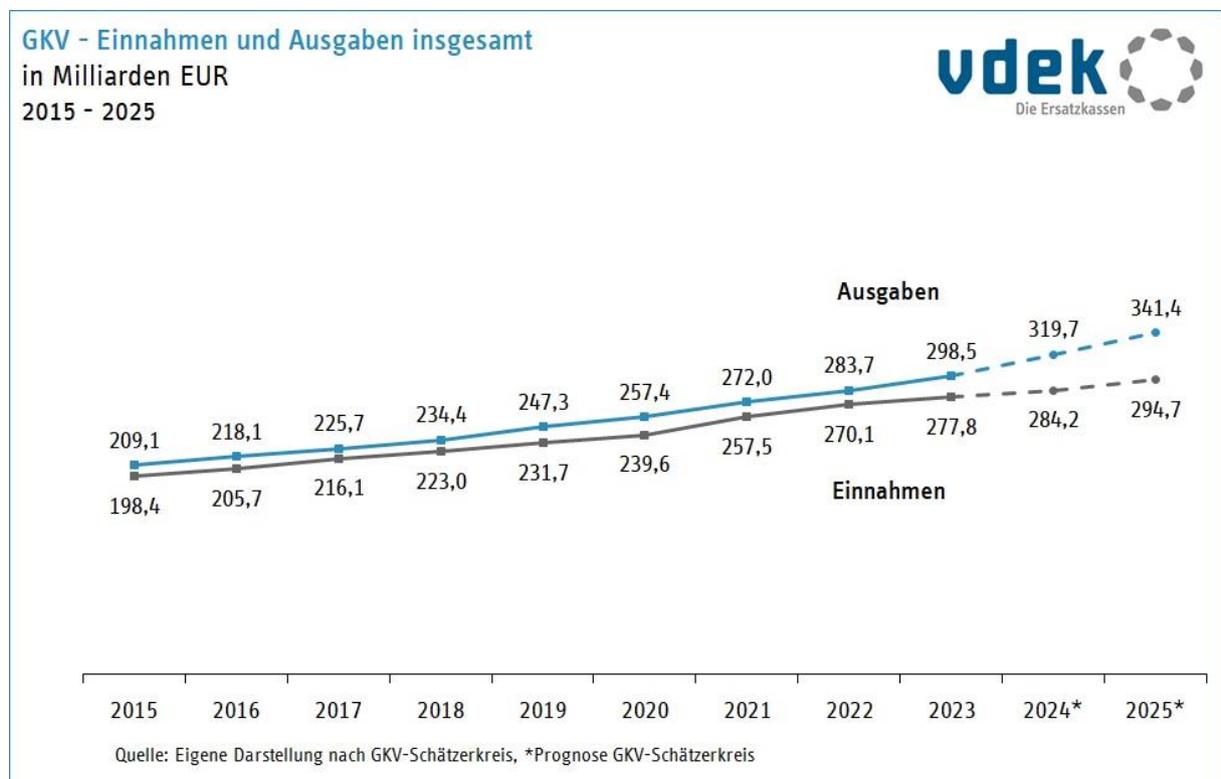
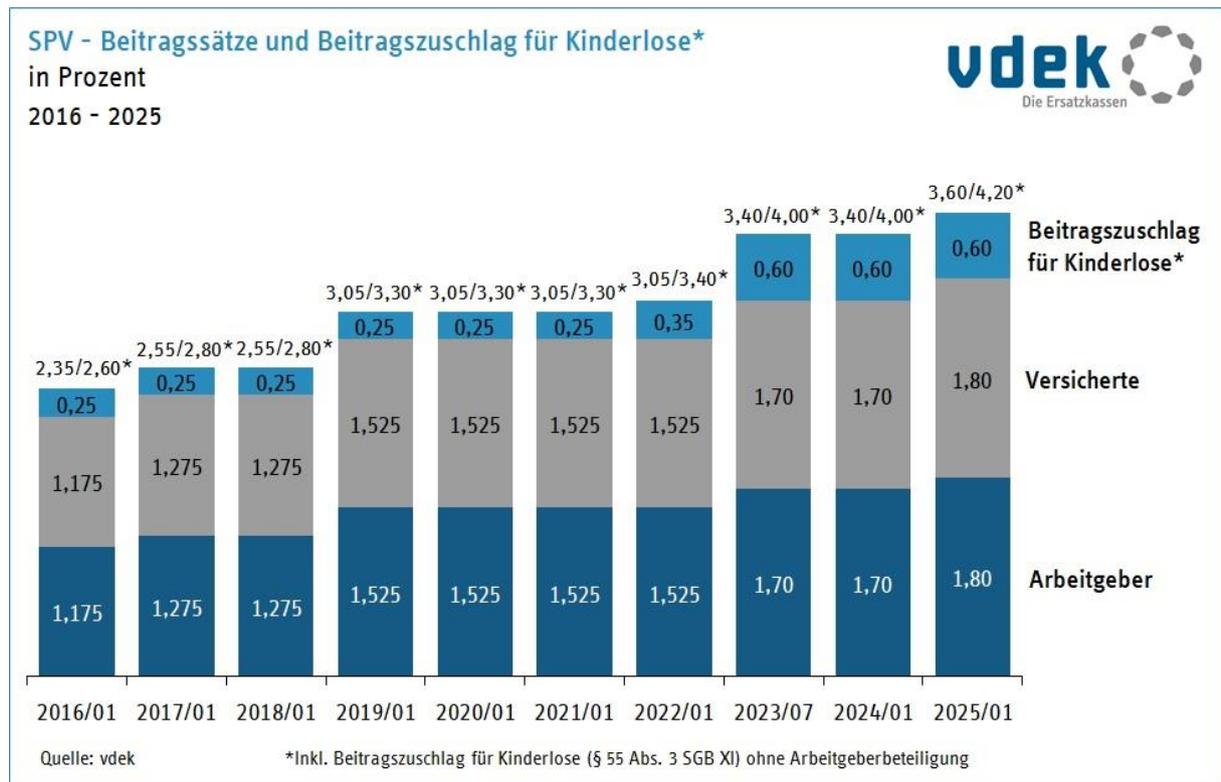
- Bei patentgeschützten Arzneimitteln sind wegen der extrem steigenden Preise weitere Preisgestaltungsinstrumente notwendig. 50 Prozent der Ausgaben entstehen für zehn Prozent der abgegebenen Arzneimittel. Deshalb brauchen wir neue Kriterien für die Preisverhandlungen (Fair-Pricing-Modell): Die Verhandlungspartner berücksichtigen die tatsächlichen Kosten für Forschung und Entwicklung sowie einen angemessenen Gewinnaufschlag.
- Auch für Orphan Drugs darf es keine Ausnahmen in der Nutzenbewertung geben.
- Keine Wirtschaftsförderung der pharmazeutischen Industrie auf Kosten der Versichertengemeinschaft
- Die Herstellerabschläge sollten als Sofortmaßnahme wieder erhöht werden.
- Erstattungsbeträge müssen ab Markteintritt gelten.
- Versorgungsverträge ausbauen statt Einschränkungen bei Rabattverträgen
- Die ungenutzten Mittel im Fonds für pharmazeutische Dienstleistungen müssen ausgeschüttet und der Fonds aufgelöst werden.

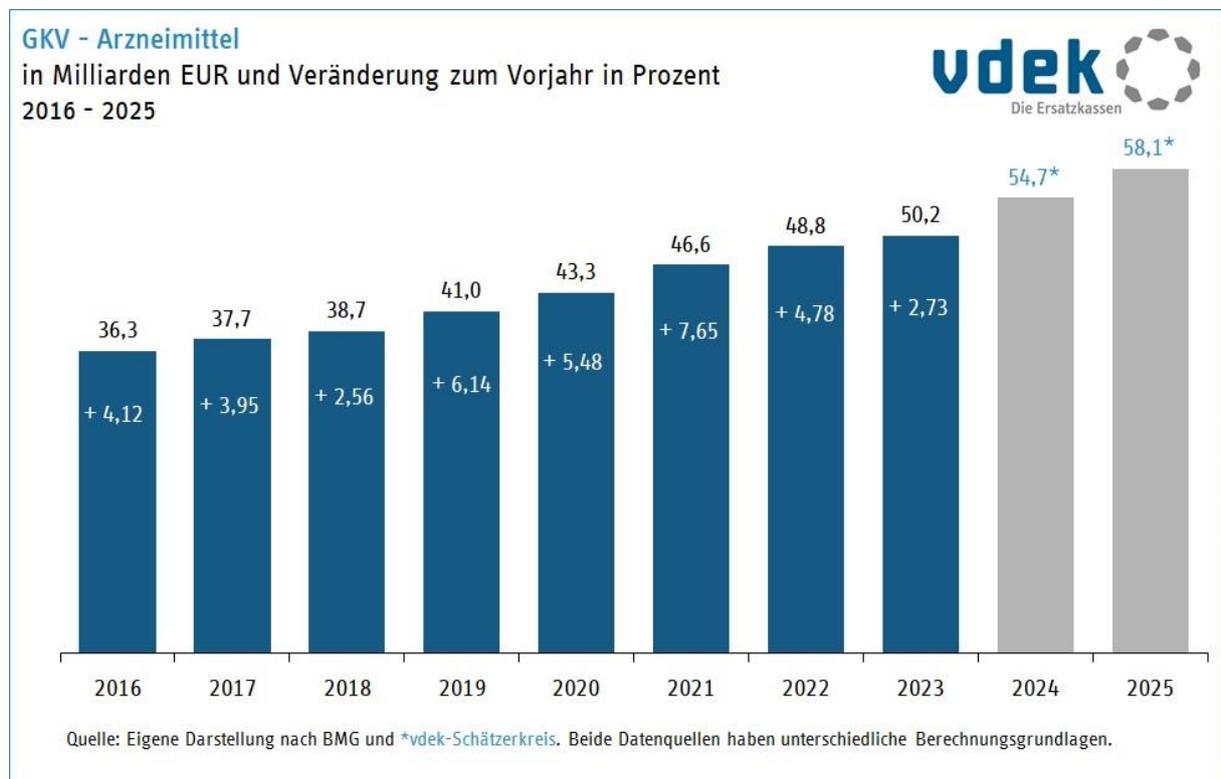
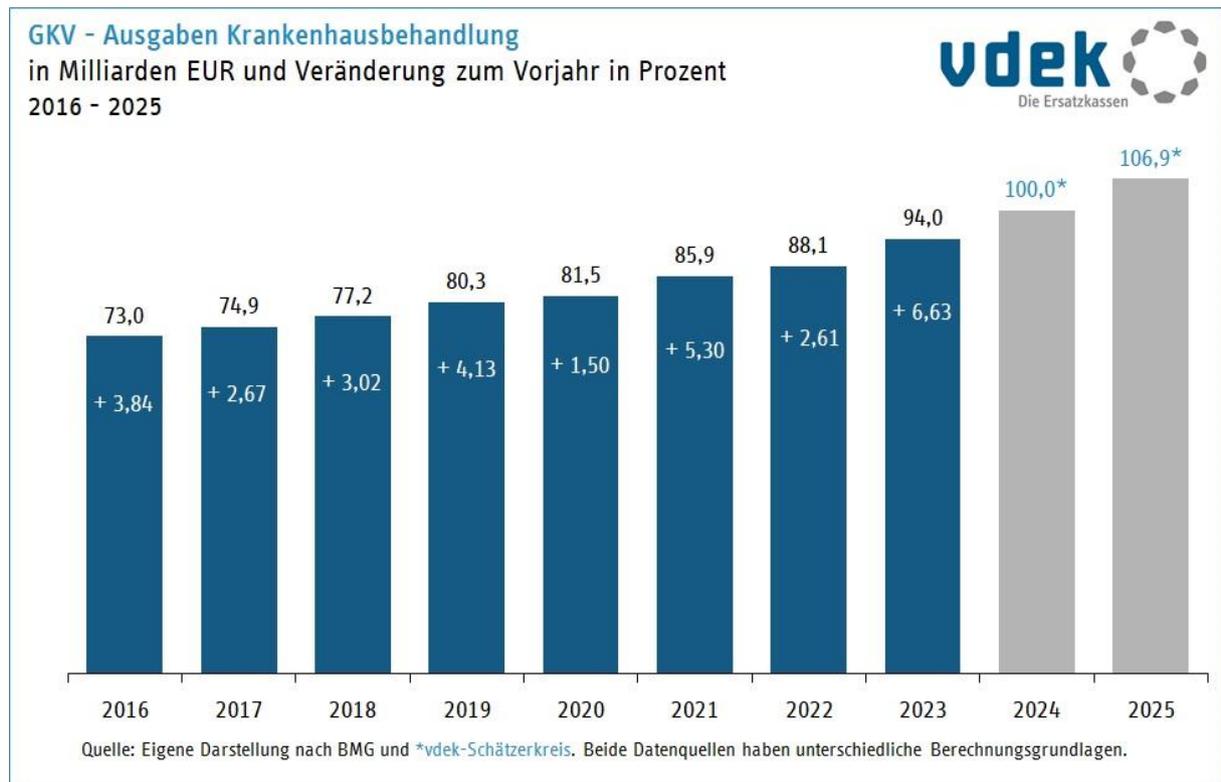
In der Krankenhausreform die Weichen jetzt richtig stellen

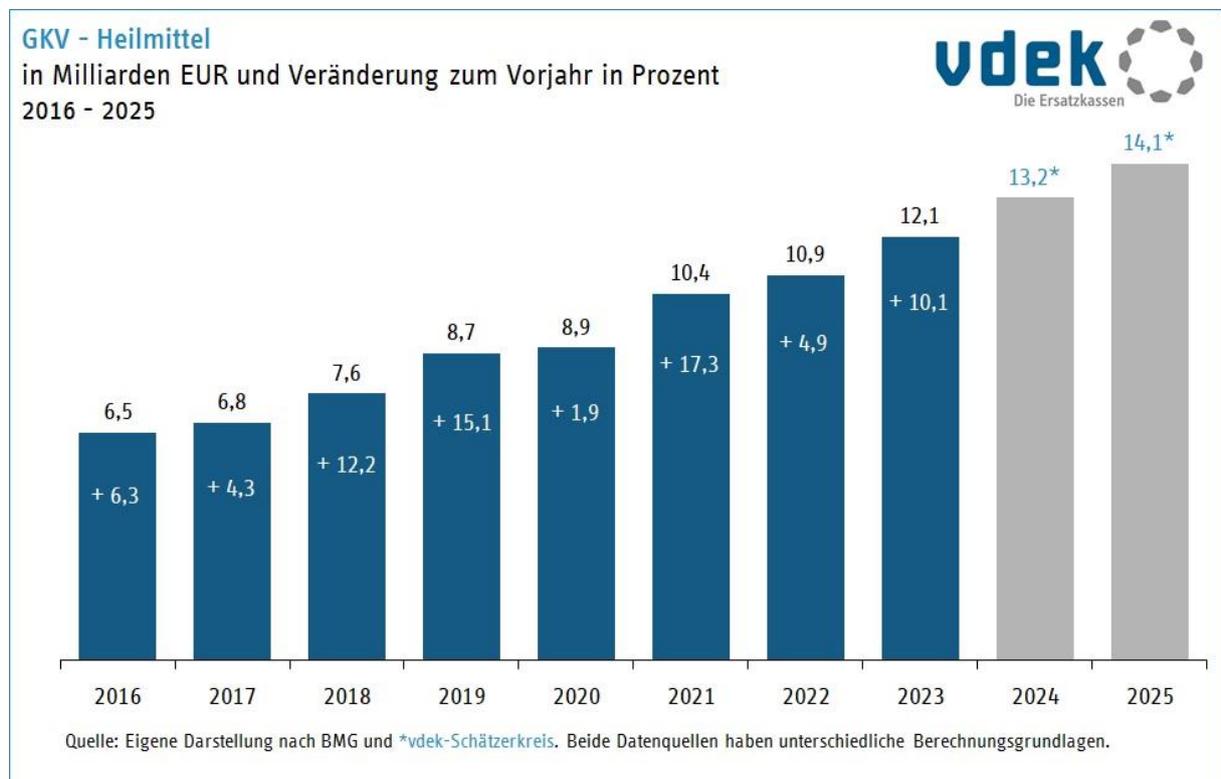
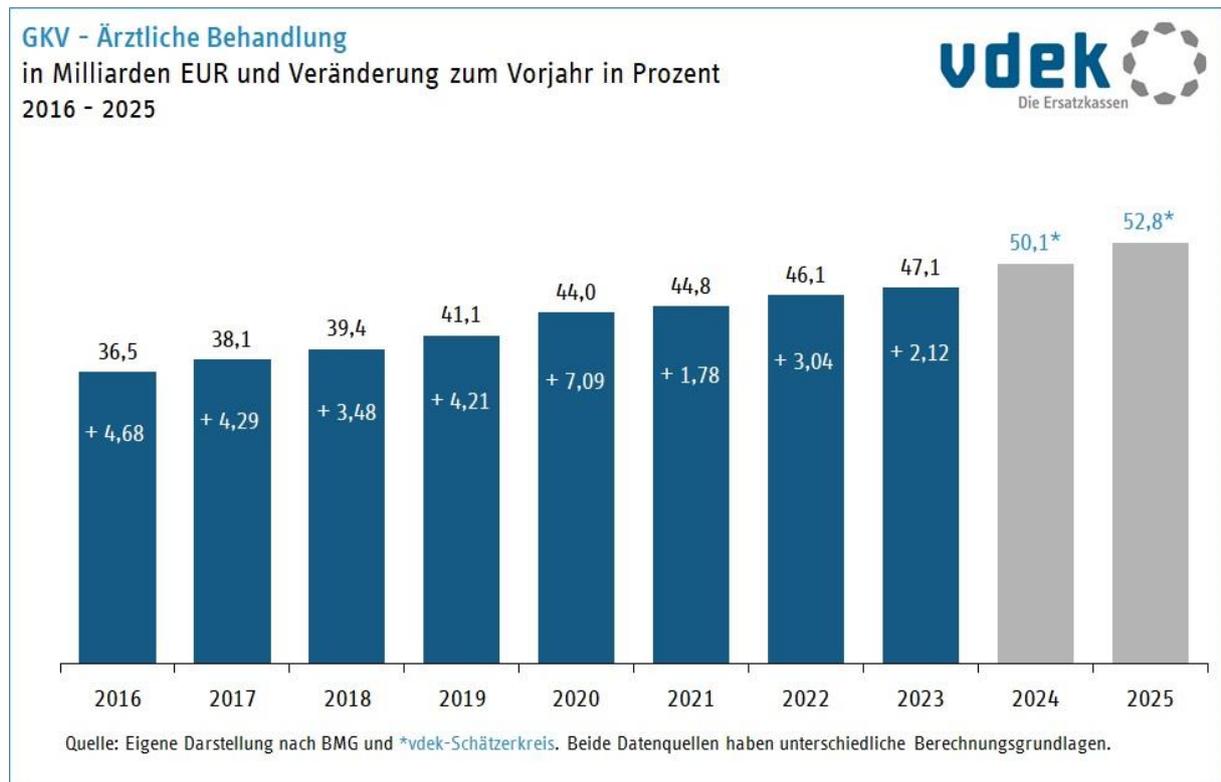
- Umbau–Investitionen müssen aus Steuermitteln finanziert werden.
- Selbstverwaltung nach dem Vorbild Nordrhein–Westfalens aktiv in den Planungsprozess für bedarfsgerechte Strukturen einbeziehen
- Expertise des Gemeinsamen Bundesausschusses (G–BA) für die Qualitätsanforderungen der Leistungsgruppen nutzen
- Ambulantisierung weiter ausbauen
- Arbeit sinnvoll zwischen den Sektoren aufteilen und am verfügbaren Fachpersonal ausrichten

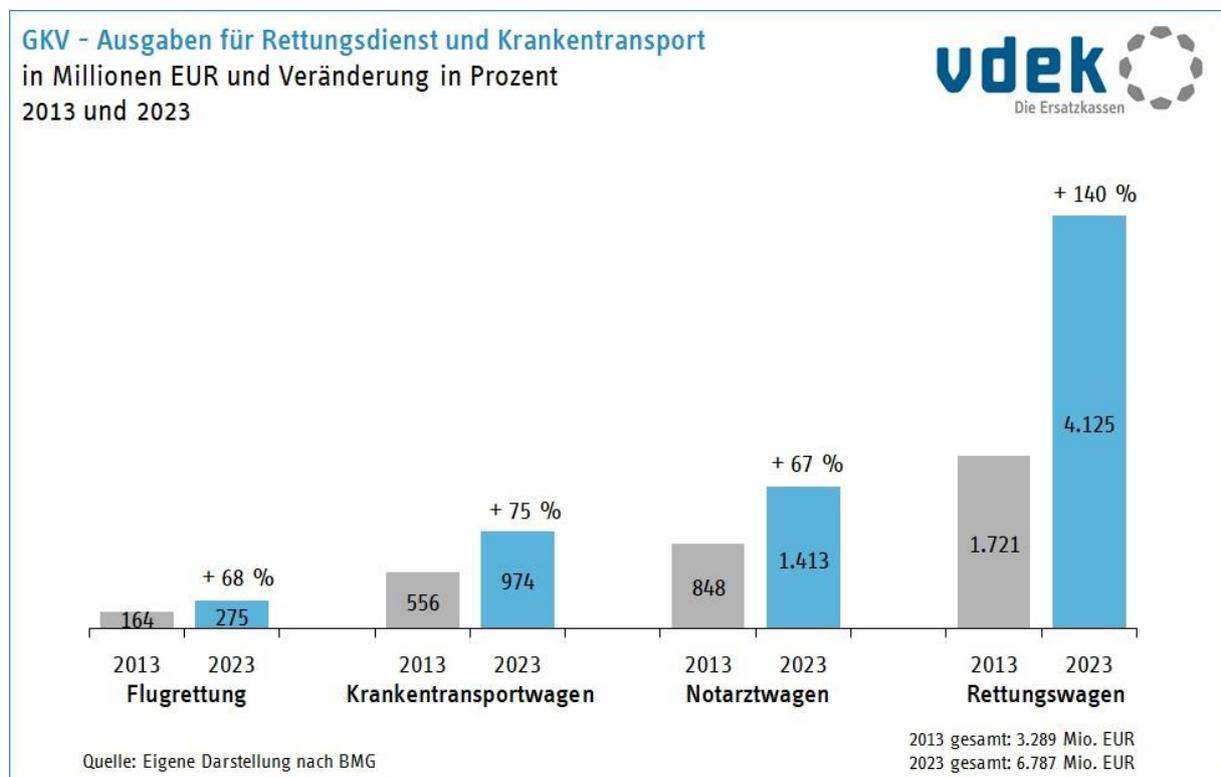
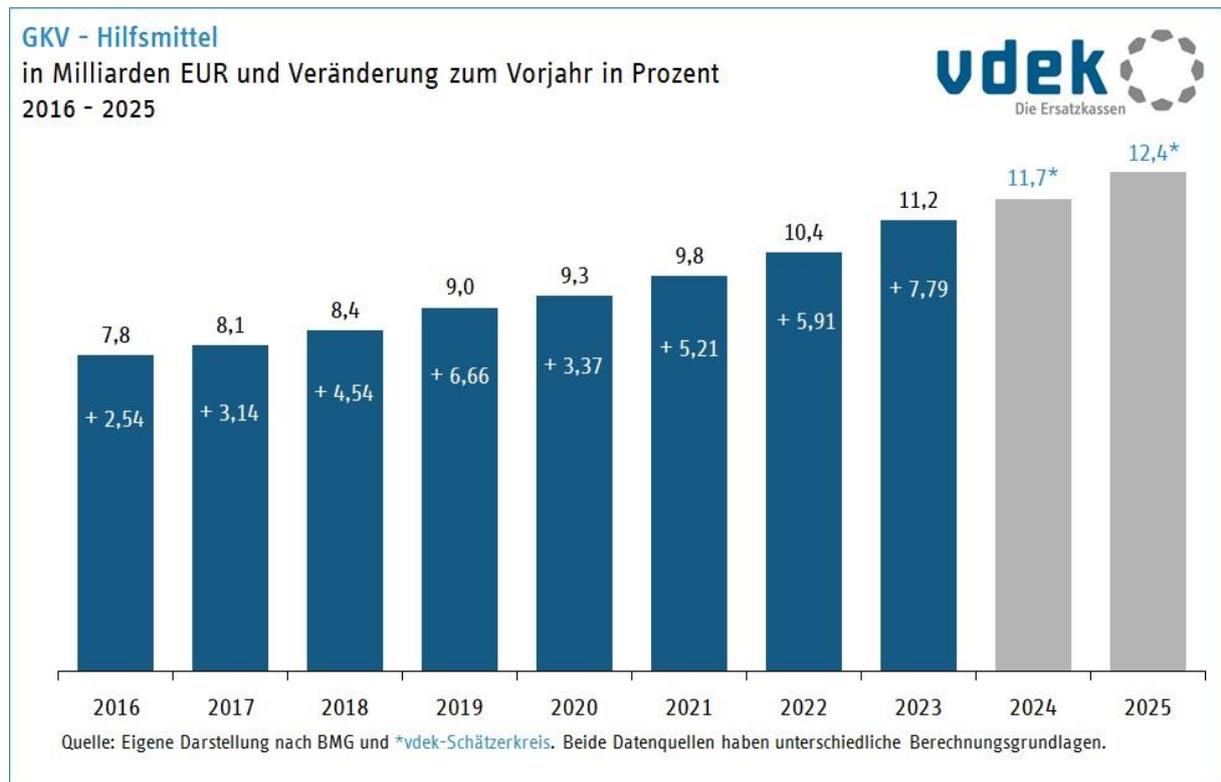
Stand: 29. Januar 2025



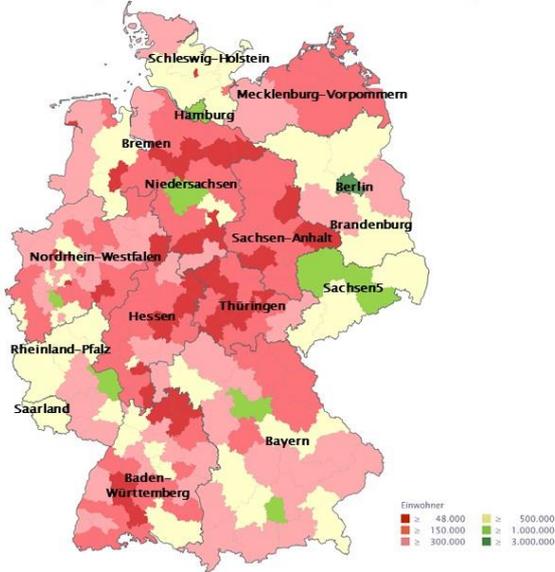








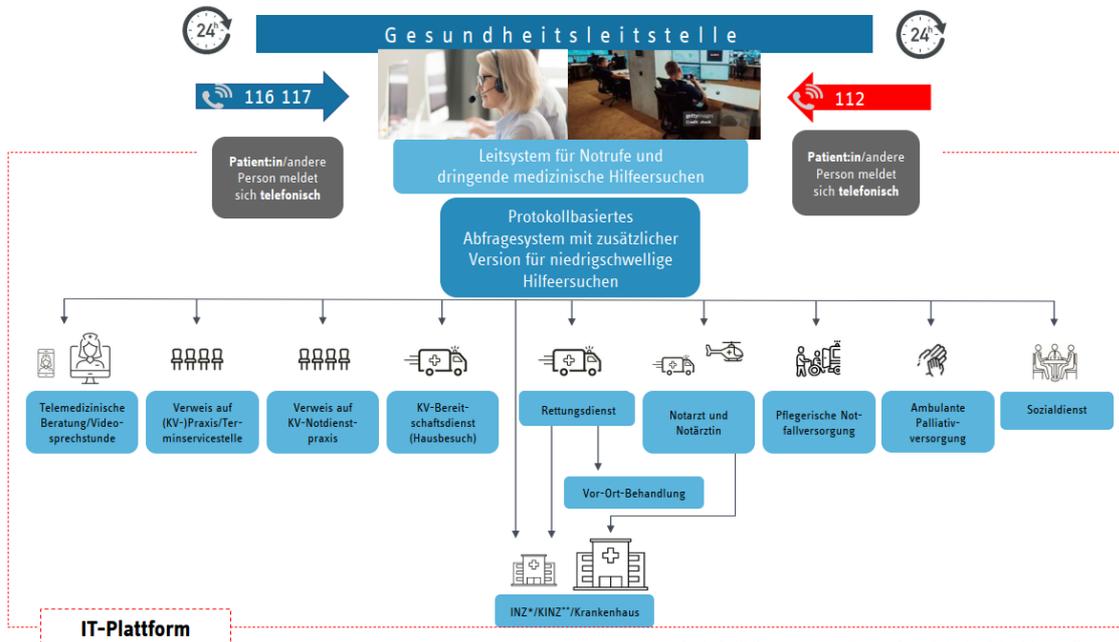
Rettungsdienst: Einwohner je Leitstellengebiet



Anzahl Leitstellen je Bundesland



Quelle: Eigene Darstellung vdek, Daten: geofabrik 2023; Trautmann, R., Reuter-Oppermann, M., & Christiansen, J. (2022). PSAP-G-ONE—Eine explorativ-deskriptive Studie über Leitstellen der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr in der Bundesrepublik Deutschland. Deutsche Gesellschaft für Rettungswissenschaften e. V. (DGRe), Aachen.



*INZ: integriertes Notfallzentrum. **KINZ: integriertes Notfallzentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Quelle: Dr. Wolfgang Hagemann, Vortrag „Gesundheitsleitstelle“ auf der 100. Sitzung des Landesausschusses Rettungsdienst Niedersachsen am 29.06.2023. Freigabe vom Autor erteilt.