

Beschluss der Fraktion der Freien Demokraten im Deutschen Bundestag

## **Fitness-Check Gesundheit. Wie wir unser Gesundheitswesen zukunftsfest machen wollen**

### **Unsere Gesundheitspolitik: Gute Qualität, die für jedermann bezahlbar bleibt**

Unsere Gesundheitsversorgung ist für die Bürger da. Wir möchten eine qualitativ hochwertige Versorgung, die für alle zugänglich bleibt.

Wenn wir jetzt nichts tun, wird der Beitrag für die Kranken- und Pflegekasse im Jahr 2040 auf zusammen bis zu 27 Prozent steigen. Das sind rund 50 Prozent mehr als heute.

Wir wollen deshalb, dass die Gesundheitsausgaben durch ein stärkeres Kostenbewusstsein weniger schnell wachsen. Ohne Veränderungen wird die Gesundheitsversorgung unbezahlbar.

Es darf keine Abstriche an der Qualität der Versorgung geben. Deshalb wollen wir an Verwaltung und Bürokratie sparen, auf Digitalisierung setzen und alte Zöpfe bei den Strukturen im Gesundheitswesen abschneiden.

Wir möchten Prävention und Gesundheitsförderung stärker in den Mittelpunkt rücken. Gemeinden, Schulen und Unternehmen spielen hier eine Schlüsselrolle, denn Prävention lässt sich am besten vor Ort und in enger Zusammenarbeit mit den Bürgern organisieren. Auch Ärzte und Krankenhäuser sollen sich mehr um Prävention kümmern. Gute Versorgung heißt Fachkenntnisse nutzen. Wir möchten, dass sich die Behandlungen immer am neuesten Stand der Wissenschaft orientieren. Unsere Patienten haben ein Recht darauf, von Innovationen zu profitieren.

### **Ausgangslage**

Das deutsche Gesundheitswesen ist ein gewachsenes und stark reguliertes System. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist nach dem Solidarprinzip aufgebaut. Sie kennt zwar die Eigenverantwortung der Versicherten. Es gibt aber nur wenige wettbewerbliche Elemente. Überhaupt wurde erst 1996 mit der Einführung des Krankenkassenwahlrechts der Wettbewerb in der GKV eingeführt. Er dient vor allem dazu, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Begrenzt wird der Wettbewerb durch das korporatistische Gesundheitssystem: der gemeinsamen Selbstverwaltung. Krankenkassen und Leistungserbringer füllen die Rahmenvorgaben des Gesetzgebers dabei gemeinsam aus. Der

Leistungskatalog der GKV wird von der Selbstverwaltung und insbesondere dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegt. Er ist deshalb zu ca. 95 Prozent deckungsgleich. Die Krankenkassen haben also ein sehr ähnliches Leistungsangebot. Nur über freiwillig in der Satzung festgeschriebene Leistungen für alle in einer Krankenkasse Versicherten, über Ermessensleistungen oder über Wahltarife gibt es Unterschiede.

Wir halten es weiterhin für sinnvoll und zielführend, der Selbstverwaltung weitestgehend die Definition des Leistungskatalogs zu übertragen und ihn nicht zu einem politischen Spielball zu machen. Wir haben deshalb die Aufgabe, andere Wege zu finden, um unser Gesundheitswesen fit für die Zukunft zu machen. Denn dazu besteht heute mehr denn je die Notwendigkeit.

Eine große Herausforderung ist die in den letzten Jahren betriebene intensive Politik der Leistungsausweitungen: Diese hat die Ausgaben des Gesundheitswesens in die Höhe schnellen lassen.

Die Gesamtausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind von 194,5 Mrd. Euro im Jahr 2013 auf 239,4 Mrd. Euro im Jahr 2018 um 23,1 Prozent gestiegen. Das sind durchschnittlich 4,24 Prozent pro Jahr. Die großen Koalitionen waren dabei besonders ausgabefreudig. So gab es immer wieder den Griff in die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, die trotz andauernder Überschüsse von 13,6 Mrd. Euro im Jahr 2013 auf 9,7 Mrd. Euro im Januar 2019 gesunken ist. Aber auch dauerhaft wirksame Leistungsausweitungen wurden getätigt. So setzt die aktuelle Gesetzgebung diesen Trend fort: Alleine die Mehrausgaben aufgrund des Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetzes (PpSG) und des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) belaufen sich bis 2022 nach Schätzungen des GKV-Spitzenverbandes auf über 20 Mrd. Euro.

Die zweite große Herausforderung ist der demographische Wandel. Dieser setzt sich fort: Die Alterung der Bevölkerung in Deutschland wird sich in den kommenden Jahren sogar weiter deutlich verstärken. Das zeigt die 14. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes vom Juni 2019. Trotz positiver Einflussfaktoren wie einer höheren Geburtenhäufigkeit, steigender Lebenserwartung und mehr Nettozuwanderung lässt sich der demographische Wandel nicht aufhalten.

Seine Auswirkungen betreffen in besonderem Maße auch die Systeme der Gesundheit und Pflege. Denn diese sind umlagefinanziert. Das heißt, dass hier die Beitragszahler für die aktuellen Krankheits- und Pflegekosten der Patienten aufkommen.

Die mit dem demographischen Wandel sinkende Zahl der jüngeren Beitragszahler geht einher mit einer steigenden Zahl von älteren Versicherten mit geringeren Beitragszahlungen. Die Zahl der Menschen im Alter ab 67 Jahren stieg bereits zwischen 1990 und 2018 um 54 Prozent von 10,4 Mio. auf 15,9 Mio. Sie wird bis 2039 um weitere fünf bis sechs Mio. auf mindestens 21 Mio. wachsen und anschließend bis 2060 relativ stabil bleiben. Dagegen wird die Zahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter (20 bis 66 Jahre) von 51 Mio. auf 26,1 Mio. in 2060 schrumpfen.

Diese Entwicklung sorgt auch für eine Verschiebung der Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen. Ältere Menschen erkranken häufiger und die Krankheiten sind komplexer. Es wird also in Zukunft insgesamt mehr Fallzahlen und mehr multimorbide Kranke geben. Wegen der niedrigeren Alterseinkünfte wird auch die Finanzierung schwieriger. Die immer kleiner werdende Altersgruppe der GKV-Solidargemeinschaft im erwerbsfähigen Alter muss im Umlagesystem einen ungleich größeren Teil der Leistungsausgaben tragen. Denn ein Großteil der Rentner ist in der günstigen Krankenversicherung der Rentner (KVdR) versichert. Insgesamt sind 26 Prozent der GKV-Mitglieder in der KVdR versichert. Die KVdR trägt aber nur zu 23,2 Prozent der Beitragseinnahmen der gesamten GKV bei, allerdings entfallen 49,9 Prozent der Leistungsausgaben auf ihre Mitglieder.

## **Ziel**

Wir wollen unser Gesundheitswesen zukunftsfest machen. Die Beiträge in der GKV müssen stabil bleiben. Für uns als Fraktion der Freien Demokraten ist es deshalb ein elementares Ziel, für mehr und fairen Wettbewerb im Gesundheitswesen einzutreten und dieses Thema mit einem Gewinn an Wirtschaftlichkeit und einer Verbesserung der Qualität zu flankieren. Das bedeutet:

- Ohne den Preiswettbewerb im Versicherungsmarkt, der eine wirtschaftliche und effiziente Mittelverwendung sichert, ist die Finanzierbarkeit einer hochwertigen Versorgung dauerhaft nicht zu gewährleisten. Der Wettbewerb muss dabei fair sein (GKV/PKV, Morbi-RSA, einheitliche Aufsicht).
- Im Leistungsmarkt (Krankenkassen-Leistungserbringer) benötigen wir mehr Freiheiten bei den Selektivverträgen unter fairen kartellrechtlichen Bedingungen.
- Beim Wettbewerb im Behandlungsmarkt (Versicherter-Leistungserbringer) gibt es aufgrund des Sachleistungsprinzips keinen Preiswettbewerb, hier kann aber der Qualitäts- und Servicewettbewerb gestärkt werden. In allen Bereichen des Gesundheitswesens muss die Qualitätsfrage angegangen und die Versorgung unter diesem Aspekt neu ausgerichtet werden. An eine gute Qualität muss auch eine gute Vergütung geknüpft sein.

Die Themen Wettbewerb, Wirtschaftlichkeit und Qualität sind der „Rote Faden“ einer liberalen Gesundheitspolitik, weil uns dies von all denen unterscheidet, die sich für mehr Regulierung bis hin zur Staatsmedizin einsetzen. Der Wettbewerbsbezug und die Bedeutung der Qualität in der Versorgung werden wir bei unserer parlamentarischen Arbeit stark in den Vordergrund stellen. Dazu schlagen wir ein Maßnahmenbündel vor.

## **Acht Maßnahmen zur Stabilisierung der Beiträge in der GKV**

1. Konsequente Umsetzung der Digitalisierung. Das macht das Gesundheitswesen schneller, besser und günstiger. Nach einer

Untersuchung von McKinsey (2018) lassen sich bis zu 34 Mrd. Euro einsparen. Umstellung auf papierloses Gesundheitswesen (Datenerfassung und -übermittlung, Arbeitsabläufe) virtuelle Netzwerke z.B. zwischen Hausärzten, Fachärzten und Uniklinken elektronische Patientenakte, Verordnung, Abrechnungen bzw. Heil- und Kostenpläne.

2. Fehl-, Über- und Unterversorgung vermeiden. Wir müssen die Qualität der Versorgung in den Mittelpunkt der Diskussion stellen. Die Patienten benötigen eine wohnortnahe Grundversorgung, gleichzeitig wollen wir aber im Gesundheitswesen eine stärkere Zentralisierung und Spezialisierung erreichen. In Deutschland werden vergleichsweise viele Behandlungen stationär durchgeführt, die auch ambulant erfolgen könnten. Außerdem sollten komplexe Behandlungen nur von zugelassenen Spezialisten durchgeführt werden. Ausweitung des ambulanten Operierens (§ 115b SGB V) Weiterentwicklung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (§ 116b SGB V) Regelungen zu Qualitätsanforderungen für bestimmte Behandlungen, z.B. Mindestmengen, im stationären Bereich (§ 136b SGB V) Bessere Wegweiser und Anlaufstellen für Versicherte, damit diese schnell die richtige Versorgung erhalten.
3. Schluss mit Silo-Denken. Es müssen Strukturen bereinigt werden: Deutschland verfügt über einen sehr großen Krankenhaussektor. Pro 100.000 Einwohner gibt es 813 Betten (58 % über EU-Schnitt). Zusätzlich ist die Verteilung der Häuser aufgrund der bei den Ländern liegenden Krankenhausplanung in den Regionen sehr unterschiedlich - insbesondere in Bayern gibt es viele kleine defizitäre Häuser (Bayern hat die höchste KH-Dichte bundesweit und mit 52 % den größten Anteil kleiner Kliniken mit unter 150 Betten). Wichtig ist es deshalb, eine Strukturreform durchzuführen, die sich am Patientenwohl und der Qualität orientiert. Zu diesem Themenkomplex zählt auch die Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung und die Behebung von Schnittstellenproblemen und Verschiebepfaden (z.B. zwischen GKV und Pflegeversicherung oder der Rentenversicherung bei Reha-Maßnahmen).
4. Wirtschaftlichkeitsprinzip stärker beachten. So könnten z.B., wie auch vom Bundesrechnungshof kritisiert, die Krankenhausabrechnungen effektiver kontrolliert werden oder auch in der ambulanten Versorgung eine Vergütung nur dann erfolgen, wenn eine an den Leitlinien orientierte Therapie stattfindet (z.B. bei der Antibiotikaverordnung).
5. Die Verwaltungskosten der Krankenkassen müssen gekürzt und gedeckelt werden (Transparenz und Reduzierung der Kosten, durchschnittlicher Kostendeckel der Verwaltungsausgaben pro Versicherten, Ziel: 10 % Einsparungen der derzeit 11,42 Mrd. Verwaltungskosten).
6. Vorbeugen ist besser als heilen. Präventionsmaßnahmen in der Medizin und Pflege müssen früh einsetzen, z.B. bei Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes (Vorbeugung von Pflege auch mit Ehrenamt und Nachbarschaftspflege). In der Prävention setzen wir uns für zielgerichtete

und evidenzbasierte Maßnahmen ein, die regelmäßig evaluiert werden sollen.

7. Wettbewerb muss stärker als Instrument genutzt werden, um finanzielle Einsparungen zu erzielen. Die gesetzlichen Krankenversicherungen konkurrieren untereinander über Selektivverträge mit Leistungserbringern. Durch diese kann die Qualität der Versorgung erhöht und noch besser an die Bedürfnisse der Patienten angepasst erbracht werden. Das muss unter fairen wettbewerbs- und kartellrechtlichen Bedingungen stattfinden. Dazu gehört auch eine einheitliche Aufsicht. Selektivverträge könnten auch im stationären Bereich umgesetzt werden. Darüber hinaus gibt es den Zusatzversicherungsmarkt, in dem besondere Wahlleistungen im Wettbewerb angeboten werden. Diese Wahltarife (z.B. mit Beitragsrückerstattungen oder Leistungsausschlüssen) sollten gestärkt werden, allerdings ohne in unfaire Konkurrenz zur PKV zu treten. Die zukunftsfeste Finanzierung kann auch mit einem Teil-Prämienmodell abgesichert werden.
8. Nicht-evidenzbasierte Leistungen sollen schrittweise aus der Erstattung gestrichen werden (allein die gesamten von Kasse zu Kasse unterschiedlich gehandhabten und oft lediglich zu Marketingzwecken eingesetzten Satzungs- und Ermessensleistungen kosten pro Jahr ca. 1,1 Mrd. Euro). Leistungen, die bisher noch keiner Wirksamkeits- und Nutzenbewertung unterzogen wurden, müssen dies innerhalb einer Frist nachholen.

Ansprechpartner:

Christine Aschenberg-Dugnus MdB, gesundheitspolitische Sprecherin der FDP-Fraktion  
Telefon: 030 227 - 77266 – E-Mail: [christine.aschenberg-dugnus@bundestag.de](mailto:christine.aschenberg-dugnus@bundestag.de)