



Dachverband

#rebootGKV

Neu machen!

Das gesundheitspolitische Aufgabenheft
für die Legislatur 2025–2029

Kaum einer blickt noch durch. Und es wird immer teurer.

Alles ist geregelt im Gesundheitswesen. Und ständig wird reformiert. Alles gut also? Mitnichten! Denn das Ergebnis der Reformen ist in der Regel: Alle bekommen mehr Geld, aber im Kern bleibt alles beim Alten.

1.253 Paragraphen

... umfasst das Sozialgesetzbuch (SGB) allein in den sechs Büchern, die für die Gesundheitsversorgung bedeutsam sind. Darunter das SGB V für die gesetzliche Krankenversicherung mit 427 Paragraphen sowie das SGB XI für die soziale Pflegeversicherung mit 154 Paragraphen. Der „Einheitliche Bewertungsmaßstab für kassenärztliche Leistungen“, nach dem die Kassenärztinnen und Kassenärzte mit den Krankenkassen abrechnen, umfasst 2.077 Seiten!

Das deutsche Gesundheitssystem steckt in der Krise: Es gehört zu den teuersten der Welt, aber auch zu den ineffizientesten. Die Beitragszahlenden zahlen mehr für ihre Gesundheit als in anderen vergleichbaren Industrieländern, sterben aber im Durchschnitt früher. Die Kluft zwischen dem, was in unserem Gesundheitssystem möglich wäre, und dem, was wir daraus machen, ist riesig.

Der soziale Zusammenhalt ist gefährdet

Die Grenzen der Belastbarkeit der Versicherten und ihrer Arbeitgebenden sind erreicht. Der soziale Zusammenhalt des Landes und seine internationale Wettbewerbsfähigkeit stehen auf dem Spiel. Fast 60 Prozent der Menschen haben kein oder nur noch geringes Vertrauen in die Fähigkeit der Politik, eine hochwertige und bezahlbare Gesundheitsversorgung sicherzustellen.*

Die Betriebskrankenkassen fordern deshalb von der nächsten Bundesregierung grundlegende Veränderungen am kranken Gesundheitssystem. Nur ein Neustart kann verloren gegangenes Vertrauen wiederherstellen und das Gesundheitssystem zukunftsfest machen. Schnell und präzise, bitte!

* <https://www.bosch-health-campus.de/de/story/forsa-umfrage-grosser-vertrauensverlust-die-gesundheitspolitik>



Mehr Fakten,
Hintergrund und Infografiken

Präzise Erwartungen der Versicherten

Die Versicherten interessiert nicht, wer schuld ist am seit Jahren immer deutlicher werdenden Dilemma der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland. Stattdessen haben sie dringende Erwartungen an die Gesundheitspolitik.** Und die sind seit der Bundestagswahl 2021 nahezu unverändert:

Mehr Qualität und Transparenz bei der medizinischen Versorgung

- ▶ 77 Prozent fordern mehr Informationen über die Qualität von Ärztinnen und Ärzten und Krankenhäusern.
- ▶ 75 Prozent fordern eine transparentere Dokumentation ihrer Behandlung und besseren Zugang zu ihren Behandlungsunterlagen.
- ▶ 73 Prozent fordern mehr Möglichkeiten für ihre Krankenkasse, sie durch das Gesundheitssystem zu lotsen und präzise Versorgungsangebote zu unterbreiten.
- ▶ 73 Prozent fordern mehr Vernetzung der Leistungsanbietenden.
- ▶ 73 Prozent fordern eine Bezahlung der Ärztinnen und Ärzte und Krankenhäuser nach der Qualität der erbrachten Leistung. Und außerdem wollen die Versicherten: mehr sinnvolle digitale Betreuung sowie mehr Prävention und Gesundheitsförderung.

Alles nachvollziehbar und zweifellos berechtigt. Aber weit entfernt von der Realität. Deshalb gilt für die Gesundheitspolitik der nächsten Bundesregierung: Neu machen! Die gesetzliche Krankenversicherung neu aufstellen. Eine Jahrhundertaufgabe. Aber: Eine Herausforderung, die sich auszahlen wird. Und lohnt. Für alle! Versprochen!

** Quelle: repräsentative Versichertenbefragung, BKK Dachverband, 2023



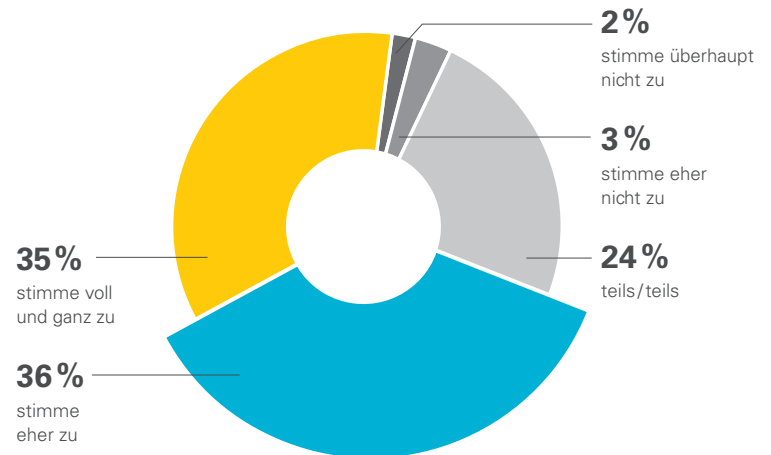
Einfach zu wenig

2023 betragen die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) pro Versicherten insgesamt 4.126,01 Euro. Für Prävention konnte sie davon je Versicherten im Schnitt gerade einmal 8,49 Euro ausgeben, etwa zwei Promille. Im gleichen Jahr betrug der Anteil der Ausgaben für Prävention in der GKV 2,89 Prozent der gesamten Leistungsausgaben.

Aktuell sind die Krankenkassen überwiegend dafür zuständig, die Versorgung ihrer Versicherten bei Erkrankung zu organisieren – nicht aber für deren Gesundheit insgesamt. Die Folge: Jedes Jahr stirbt nach Berechnungen der Europäischen Union (EU) in Deutschland eine Großstadt wie Wolfsburg aufgrund fehlender Prävention. 124.000 Sterbefälle wären vermeidbar, würden alle Möglichkeiten der Prävention und Gesunderhaltung ausgeschöpft.

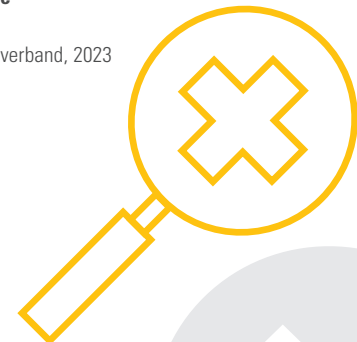
Das Sozialgesetzbuch (SGB) zielt zwar ausdrücklich auf die „Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen“ durch Aufklärung, Beratung und Leistungen, aber integrierte Strategien gegen vermeidbare Erkrankungen scheitern an den „Sektoren-Silos“ unseres Gesundheitssystems.

Die Versicherten wollen mehr Prävention und Gesundheitsförderung



Versorgungsgestaltung: gewünschte Einflussnahme der Krankenversicherung auf die Strukturen

Quelle: repräsentative Versichertenbefragung, BKK Dachverband, 2023



Viel mehr Prävention hilft richtig

Zivilisationskrankheiten werden nicht am besten bekämpft, indem ständig vor ihnen gewarnt wird. Prävention kann viel mehr!

Ein Beispiel: Die elektronische Patientenakte zeigt die medizinische Biografie wie Diagnosen, Therapieformen sowie Therapieerfolge und -misserfolge eines Patienten. Die Telemedizin ermöglicht es darüber hinaus, dass jeder Mensch alle möglichen medizinischen Messwerte in Echtzeit übermitteln kann. Diese Daten können mit Hilfe Künstlicher Intelligenz (KI) kontinuierlich ausgewertet werden. Eine App auf dem Smartphone könnte darauf reagieren und rechtzeitig vor zu erwartenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen warnen, verbunden mit konkreten Vorschlägen und der Motivation zur individuellen Gesunderhaltung. Andere Länder machen es uns bereits vor.

Das und noch viel mehr, ob am Arbeitsplatz, in der Schule, Ausbildung oder Freizeit wollen die Betriebskrankenkassen künftig tun dürfen, damit ihre Versicherten gar nicht erst krank werden, sondern gesund bleiben. Deshalb fordern sie:

- ▶ Das Recht auf ein gesundes Leben muss politische Priorität erhalten. Überall. Neben dem Gesundheitswesen auch bei Ernährung, Bildung, Städtebau oder Verkehr. Sonst bleiben Präventionsmaßnahmen ein Tropfen auf dem immer heißer werdenden Stein.

- ▶ Die Potentiale der KI-gestützten Datenanalyse müssen für die Prävention von Krankheiten, die Ableitung von Maßnahmen und die Erfolgsmessung viel stärker genutzt werden.
- ▶ Krankheitsprävention muss im Sinne des Vorsorgeprinzips Priorität in der Gesundheitsversorgung erhalten. Dieses Prinzip muss auch im Sozialgesetzbuch abgebildet sein.
- ▶ Krankheitsprävention muss gleichberechtigter Teil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung werden. Daher muss auch immer im Krankheitsmanagement hinterfragt werden, ob nicht eher Prävention statt einer Pille Vorrang zu geben ist.
- ▶ Krankenkassen müssen mehr Möglichkeiten erhalten, individuell auf Versicherte zugehen zu dürfen, um sie anhand von Analysedaten gezielter beraten zu können.
- ▶ Das Know-how der Betriebs- und Werksärzte muss künftig besser genutzt werden können, damit Prävention und Versorgung nicht länger am „Werkstor“ haltmachen müssen.



Mehr Fakten,
Hintergrund und Infografiken

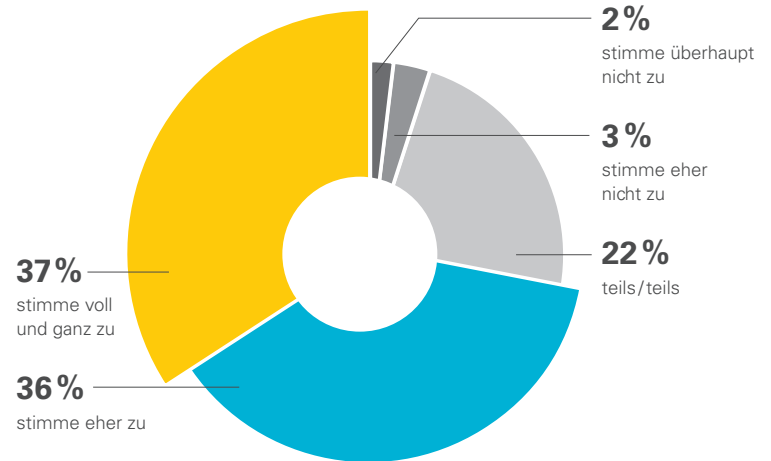
Ärztmangel, Wartezeiten, Mittelmaß

56 Prozent der Deutschen beklagen, dass sie zu lange auf einen Facharzttermin warten müssen. Wer einen Arzt sucht, hört häufig: „Aufnahmestopp“ für Neupatienten! Dabei haben wir im internationalen Vergleich deutlich mehr Ärztinnen und Ärzte als andere Länder. Wir verwalten den Mangel im Überfluss!

„Sprechstunden“ erfolgen im Schnelldurchgang: Während sich niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für die Untersuchung eines Patienten in den USA durchschnittlich 21,1 Minuten und in Schweden 22,5 Minuten Zeit nehmen, sind es hierzulande nur 7,6 Minuten. Noch gravierender: Eine Behandlung muss nicht immer im besten Sinne des Patienten sein, um abgerechnet werden zu können. Auch suboptimale Behandlungsentscheidungen zahlen sich in unserem Gesundheitssystem aus! Und jeder macht sein Ding: Präzise Kooperation, Vernetzung der beteiligten Fachrichtungen, transparente Übergabe vom Krankenhaus zum Hausarzt sind die Ausnahme. Sektorales Tunnelhandeln wird honoriert und dominiert. Der Patient steht allein gelassen zwischen all der klugen Medizin.

Spitzenreiter ist das deutsche Gesundheitssystem aber beim Rückstand bei der Digitalisierung. Hier wird weiter gefaxt, während andere Gesundheitssysteme in Europa schon komplett durchdigitalisiert sind.

Die Versicherten wollen mehr Vernetzung der Leistungsanbietenden



Versorgungsgestaltung: gewünschte Einflussnahme der Krankenversicherung auf die Strukturen

Quelle: repräsentative Versichertenbefragung, BKK Dachverband, 2023



Versorgung anders gestalten lohnt sich!

Die Betriebskrankenkassen fordern eine Runderneuerung der Gesundheitsversorgung. Der Hürdenlauf für hilfesuchende Patienten muss ein Ende haben.

Man muss es nur wollen! Wie im fast menschenleeren Südkarelien im Südosten Finnlands. Dort ist der Weg zum nächsten Arzt extrem weit. Seit 15 Jahren ist dort ein Kleinbus unterwegs, ausgestattet wie eine Arztpraxis und vollgepackt mit telemedizinischer Hightech. Pflegekräfte, die viel mehr dürfen als hierzulande, bieten im Bus medizinische Versorgung an. Der Arzt sitzt im zentralen Krankenhaus der Region und erhält über Breitbandverbindung Videobilder und Diagnosedaten – und die Pflegekraft kann vieles selbst machen oder tut, was er sagt. Reicht der Bus nicht aus, kommt der Hubschrauber. Was in Deutschland Ärztemangel und Unterversorgung heißen würde, ist in Südkarelien seit anderthalb Jahrzehnten kein Thema mehr. Die finnische Realität heute: Etwa 80 Prozent der Gesundheitsversorgung erfolgt digital, rund 20 Prozent findet vor Ort in medizinischen Einrichtungen statt.

Solche Lösungen müssen auch in Deutschland möglich werden. Also mehr Offenheit für die Einbeziehung aller Gesundheitsberufe, verpflichtende Kooperationen, weg mit den Sektoren und dem Kästchendenken, medizinische und digitale Vernetzung, wo immer sinnvoll und möglich:

- ▶ Krankenkassen müssen eine aktivere Rolle als „Lotsen im Gesundheitswesen“ für ihre Versicherten übernehmen dürfen. Dazu ist ihnen ein Wettbewerb um die beste Versorgung zu ermöglichen.
- ▶ Krankenkassen müssen durch mehr Gestaltungsfreiheit problemlos Verträge mit Ärzten und Krankenhäusern und anderen Leistungserbringenden schließen dürfen, die den Aufbau von Gesundheitsnetzwerken ermöglichen. Sie sollen für Patienten eine kontinuierliche Behandlung ohne unnötige Wartezeiten in bestmöglicher Qualität sicherstellen.
- ▶ Das Bemühen um wirklichen Behandlungserfolg muss sich endlich lohnen. Die medizinischen Daten der Versicherten und ihr Feedback sind dabei die wesentlichen Kriterien.
- ▶ Die medizinischen Versorgungskapazitäten müssen grundsätzlich an die Bedarfe der Patienten angepasst werden. Dazu müssen die Krankenkassen mehr Transparenz über den Status quo erhalten, um passgenau neue Versorgungskonzepte entwickeln und umsetzen zu können.
- ▶ Um die Chancen der Digitalisierung und KI besser auszuschöpfen, muss der Grundsatz „Menschenschutz vor Datenschutz“ gelten.



Mehr Fakten,
Hintergrund und Infografiken

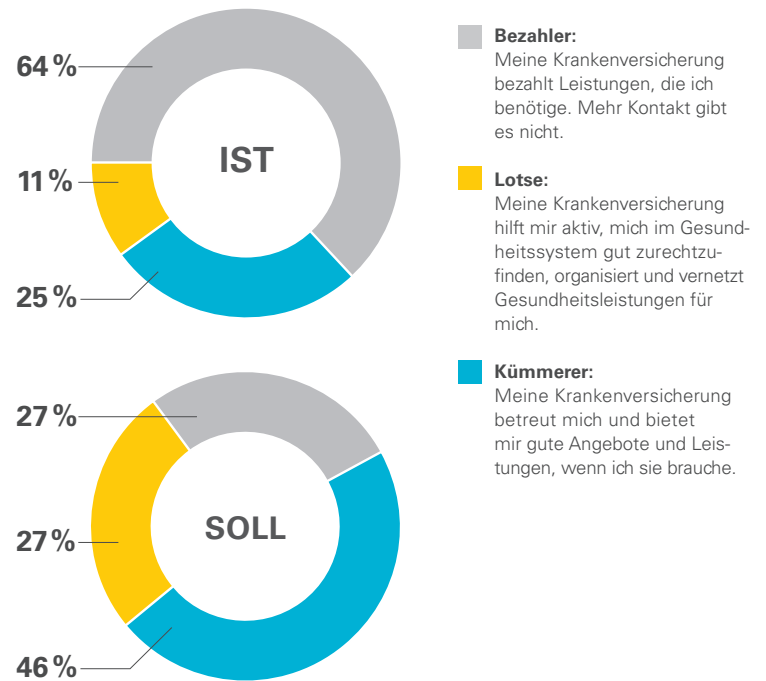
Zu antiquiert, zu bürokratisch und intransparent

Jeder schaut nur auf sich: die Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus oder im ambulanten Bereich, die Rehabilitation oder die Pflege. Und zwischen den Sektoren geht der Patient verloren, während sich die Akteure einen „Wolf“ dokumentieren. Der Grund: Unser Sozialgesetzbuch (SGB) will es so.

Das SGB, ein Buch voller Fehlanreize. Sie führen dazu, dass in Deutschland 776 Krankenhausbetten auf 100.000 Einwohner kommen – in Schweden reichen dagegen 200, in Spanien 296. Die Folge: Viele Betten stehen leer, und die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus liegt hierzulande bei 8,8 Tagen, in den Niederlanden dagegen bei 4,5. Die Statistik zeigt auch: Patienten werden in Deutschland oft stationär behandelt, obwohl es auch ambulant ginge. Zudem werden häufiger als in vergleichbaren Ländern Implantate eingesetzt – oft mit zweifelhaftem Nutzen. Das Gesundheitswesen folgt dem Sozialgesetzbuch und verschwendet so teure und knappe Ressourcen.

Das kann niemand wollen. Man doktert an den Symptomen herum und das Sozialgesetzbuch wird dabei immer detaillierter und komplizierter. Inzwischen ist das SGB V dreimal so dick wie bei seinem Inkrafttreten 1989. Nur noch wenige Spezialisten blicken durch. Die Regelungswut erstickt notwendige Verbesserungen im Keim.

Die Versicherten wollen eine aktivere Krankenversicherung



Ist- und Soll-Beschreibung der Krankenversicherung aus Sicht der Versicherten

Quelle: repräsentative Versichertenbefragung, BKK Dachverband, 2023

Das Sozialgesetzbuch muss neu geschrieben werden

Die nächste Bundesregierung muss das Sozialgesetzbuch neu schreiben: transparenter, prägnanter, offen für Neues und vor allem für eine bessere Versorgung. Zweifellos eine Mammutaufgabe. Aber alternativlos, um den Versicherten und Leistungserbringern ein zukunftsfestes Gesundheitswesen zu ermöglichen. Das neue Sozialgesetzbuch muss folgenden Prinzipien folgen:

- ▶ Der diskriminierungsfreie Zugang zu präventiven und medizinischen Leistungen für alle Versicherten muss als oberstes Prinzip festgeschrieben werden. Unzumutbare Wartezeiten für Hilfebedürftige sind auszuschließen. Medizinische Innovationen müssen allen Versicherten innerhalb kürzester Zeit zugänglich sein. Die Gesunderhaltung und Qualität der medizinischen Versorgung ist oberstes Gebot.
- ▶ Die einzelnen Versorgungsbereiche – wie niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen – müssen verpflichtet werden, medizinische Leistungen gemeinsam zu erbringen und sich über den Behandlungsverlauf eines Patienten abzustimmen. Der Patient muss in jeder Phase einer Behandlung wissen, an wen er sich wenden kann. Eine solche vernetzte und integrierte Versorgung muss kontinuierlich hinsichtlich ihrer Qualität evaluiert werden und das Feedback der Patienten einbeziehen.

- ▶ Die Vergütung der Leistungen von Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern und anderen Leistungserbringenden muss nach einem einheitlichen Vergütungssystem erfolgen – unabhängig davon, ob die Leistungen ambulant oder stationär erbracht werden. Gleichzeitig muss sich die Vergütung an der erbrachten Qualität orientieren und Anreize für die ressourcenschonendste Behandlungsform setzen.
- ▶ Die Krankenkassen müssen untereinander in einen Wettbewerb um die beste medizinische Versorgung treten können, um so viele Innovationen wie möglich anzubieten. Nur so kann das Gesundheitswesen mit dem medizinischen und technischen Fortschritt Schritt halten.
- ▶ Die Möglichkeiten der Digitalisierung müssen standardmäßig genutzt werden. Alle analogen Prozesse müssen auch digital erledigt werden können.



Mehr Fakten,
Hintergrund und Infografiken

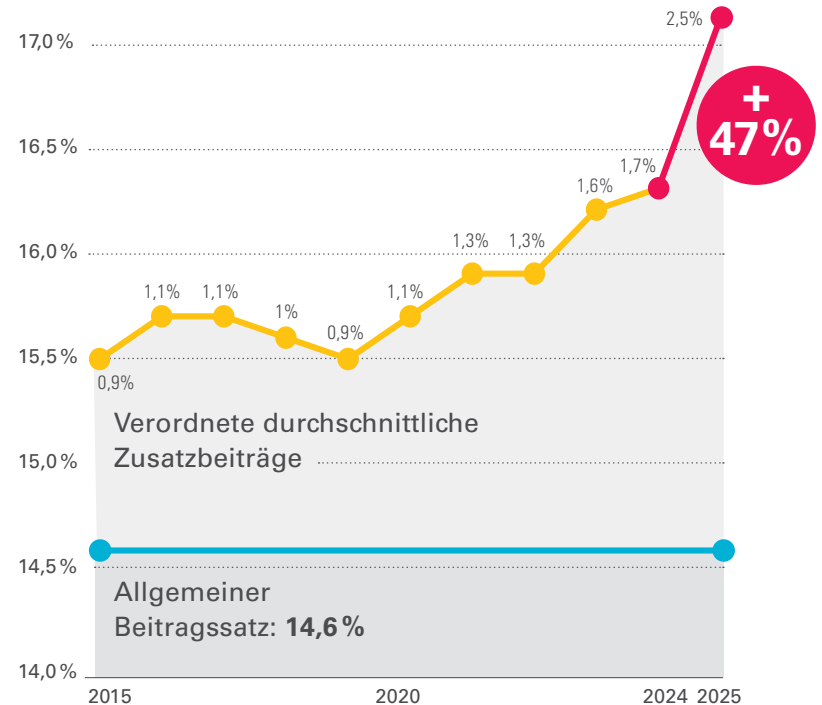
Die Beitragsexplosion zu Beginn 2025 hätte so nicht sein müssen

„Beitragsschock“ und „Es wird richtig happig“, so oder ähnlich titelten die Medien im Dezember 2024. Der Grund: Die Beitragssätze in der GKV sollten 2025 durchschnittlich um 0,8 Beitragssatzpunkte steigen – de facto waren es 1,1. Was die Medien nicht erklären: Der Beitragssatz müsste bei weitem nicht so stark steigen. Aber bei den Bundes- und Landesregierungen hat sich über Jahrzehnte ein unfairer und in Teilen verfassungswidriger Griff in die Taschen der GKV-Beitragszahlenden etabliert, der ein wesentlicher Grund für die hohen Beiträge ist.

Die Krankenhausfinanzierung ist nach dem Grundgesetz Gegenstand der „konkurrierenden Gesetzgebung“: Die Länder sind zuständig, sofern der Bund nicht selbst tätig wird. Um Zweifel auszuschließen: Nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und dem Grundgesetz sind die Länder seit 1972 verpflichtet, alle Investitionen der Krankenhäuser in ihrem Land zu finanzieren. Die Betriebskosten, die durch die Behandlung der Patienten entstehen, müssen von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden.

Im Jahr 1972 zahlten die Länder 25 Prozent der gesamten Krankenhauskosten für Investitionen wie Klinikneubauten, deren medizinische Ausstattung sowie die Erhaltung der Krankenhäuser. Im Jahr 2021 waren es nur noch vier Prozent.

Unfair und gegen die Verfassung: Das wird immer teurer



Entwicklung der vom Bundesminister für Gesundheit verordneten durchschnittlichen Zusatzbeiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Finanzierung der GKV muss wieder verfassungskonform und fair gestaltet werden

Der nächste Verfassungsbruch ist bereits beschlossen: Die Hälfte der Kosten für die Krankenhausreform sollen die Versicherten der GKV zahlen. 25 Milliarden Euro in zehn Jahren ab 2026 – alles für Investitionen, eigentlich Ländersache.

Höchst unfair geht es bei den Versicherungsbeiträgen für Bürgergeldbeziehende zu, die der Bund aufbringt. Er gibt sich selbst einen Rabatt von rund 60 Prozent und zahlt der GKV 119 Euro statt 350 Euro. Insgesamt 9 bis 10 Milliarden Euro Verlust für die GKV.

Ein weiteres Beispiel: Die Mehrwertsteuer auf Arzneimittel, die wie bei Luxusgütern 19 Prozent beträgt, obwohl auf Waren des täglichen Bedarfs nur 7 Prozent berechnet werden.

Schon jetzt hätte die GKV um 16 bis 21 Milliarden Euro entlastet werden können, wenn die Bundesregierung ihre Hausaufgaben gemacht hätte. Der Beitragsschock zu Jahresbeginn hätte aufgefangen werden können.

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung muss wieder verfassungskonform und fair werden.

Die Betriebskrankenkassen fordern:

- ▶ Regelmäßige Anpassung des Bundeszuschusses für versicherungsfremde Leistungen
- ▶ Faire Beitragszahlungen für Bürgergeldbeziehende durch den Bund
- ▶ Jeder zahle seine Zeche selbst: Die Bundesländer verfassungsgemäß die Investitionen in die deutschen Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, der Bund die quasi-staatlichen Behörden und die medizinischen Einrichtungen die Ausbildungskosten.
- ▶ Eine Absenkung des Mehrwertsteuersatzes für alle Waren und Dienstleistungen, die der Gesundheit der Patienten dienen, wie in fast allen anderen EU-Ländern auch.
- ▶ Die Krankenkassen müssen wieder mehr Gestaltungsmöglichkeiten erhalten: Weniger staatlich verordneter Vermögensabbau und mehr Planbarkeit bei den Ausgaben.



Mehr Fakten,
Hintergrund und Infografiken



Keine Strategie

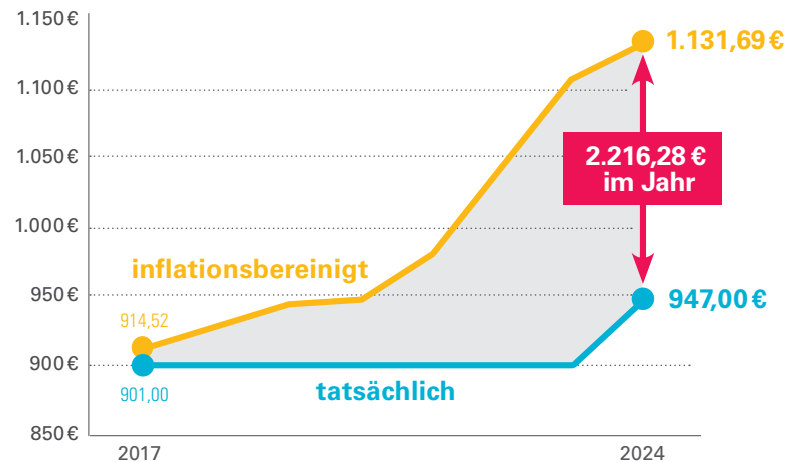
Die soziale Pflegeversicherung (SPV) ist faktisch pleite. Eine Beitragssatzerhöhung von 0,2 Prozentpunkten zum 1. Januar 2025 dürfte in kürzester Zeit verpuffen. Die Ausgaben werden die Einnahmen schnell wieder deutlich übersteigen.

Dabei haben die Probleme eigentlich gerade erst begonnen: Die Zahl der Pflegebedürftigen hat sich zwischen 2013 und 2023 auf 5,69 Millionen mehr als verdoppelt – im Jahr 2055 könnten es 7,6 Millionen sein. Und die Kosten steigen exponentiell: Der Eigenanteil in Pflegeheimen liegt im Schnitt bereits bei rund 2.424 Euro, während die Regelaltersrente nach allen Abzügen bei durchschnittlich 908 Euro für Frauen und 1.348 Euro für Männer liegt.

Die häusliche Pflege ist ein Quell von Armut. 86 Prozent der Pflegebedürftigen leben zu Hause. Ein Viertel der pflegenden Angehörigen kann keiner Vollzeitbeschäftigung mehr nachgehen. Manche Pflegenden müssen ihre Berufstätigkeit ganz aufgeben. Bei manchmal jahrelanger Pflege droht die Verarmung. Zumindest zahlt die Pflegeversicherung pflegenden Angehörigen Beiträge zur Rentenversicherung, was aber eigentlich eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe wäre.

Fehlender Inflationsausgleich diskriminiert häusliche Pflege

Beispiel am Pflegegrad 5



Monatliches Pflegegeld für häusliche Pflege real und inflationsbereinigt

Quelle: eigene Berechnungen, BKK Dachverband, 2024

Zeitenwende in der Pflegeversicherung statt tradierter Konzepte

Schon heute gilt nach Angaben des Sozialverbands VdK jeder vierte pflegende Angehörige als arm. Aber die Kassen sind leer.

Kaum ein ambulanter oder stationärer Pflegeanbieter kann seine offenen Pflegestellen noch besetzen. Aber es ist weniger der Fachkräftemangel, sondern vielmehr die ineffiziente und falsche Verteilung von Pflegekräften, die problematisch ist. Mit dramatischen Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen einerseits und die pflegerische Qualität andererseits.

Laut Statistischem Bundesamt fehlten 2024 etwa 130.000 Pflegekräfte. 2049 könnten es bis zu 690.000 sein.

Die Betriebskrankenkassen wollen die Pflege wieder zukunftsfest und finanziell gesund gestalten. Sie fordern:



- ▶ Die soziale Pflegeversicherung muss durch dauerhafte Steuerzuschüsse von den Kosten versicherungsfremder Leistungen entlastet werden, die ihr aus sozialpolitischen Gründen auferlegt wurden.
- ▶ Die Prävention zur Vermeidung, Verzögerung und Minderung von Pflegebedürftigkeit muss massiv ausgebaut und präzise strukturiert werden.
- ▶ Pflegebedürftigkeit muss konsequenter vermieden oder hinausgezögert werden. Dazu gehören frühzeitige rehabilitative Maßnahmen sowie eine engere Verzahnung von medizinischer und pflegerischer Versorgung.
- ▶ Pflegende An- und Zugehörige müssen – unter bestimmten Voraussetzungen – einen eigenen Anspruch auf einen Pflege Lohn erhalten.
- ▶ Es muss ein Gründungsprogramm aufgelegt werden, damit Unternehmen sich betrieblich engagieren und für ihre Mitarbeitenden Kurzzeit- und Tagespflegedienste aufbauen.
- ▶ Dem Fachkräftemangel muss mit nachhaltigen und guten Arbeitsbedingungen begegnet werden.



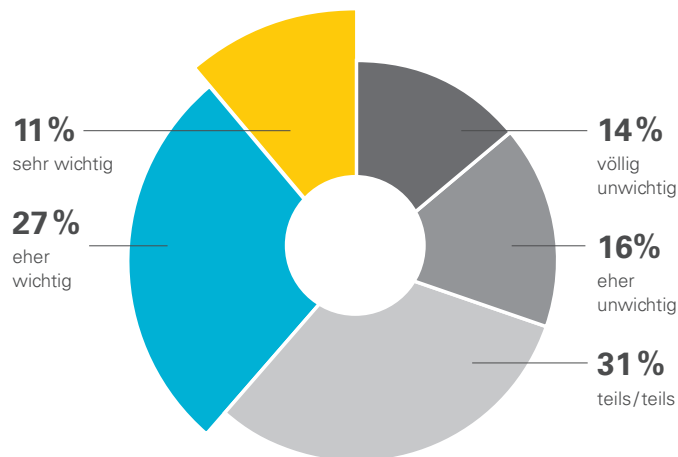
Mehr Fakten,
Hintergrund und Infografiken

Jede Menge Nachholbedarf

Die Gesundheitssysteme Europas haben bereits heute mit ansteigenden Zahlen umwelt- und klimawandelbedingter Erkrankungen zu kämpfen – und auch mit den entsprechenden Kosten.

Das deutsche Gesundheitswesen ist aber keineswegs nur Opfer, sondern trägt maßgeblich selbst zu Umweltproblemen bei. So verursacht es etwa eineinhalb Mal so viel klimaschädliches Kohlendioxid wie der Flugverkehr. Lachgas, das vielfach zur Narkose eingesetzt wird, gelangt häufig in die Atmosphäre und ist 265-mal klimaschädlicher als CO₂. Kontrastmittel aus Untersuchungen mit Magnetresonanz- und Computertomographen werden immer häufiger im Trinkwasser nachgewiesen – Risiko bislang unbekannt. Die Gesundheitswirtschaft produziert auch immense Mengen an Abfällen – vor allem weil sterile Produkte überwiegend nur einmal verwendet werden. So landen schätzungsweise etwa 4.000 Tonnen Chrom jährlich im Müll. Für Naturkautschuk, der in Kathetern und OP-Handschuhen steckt, wird illegal Regenwald abgeholzt, Menschenrechte werden auf solchen Plantagen oft mit Füßen getreten. Und für jedes der knapp 480.000 Krankenhausbetten in Deutschland werden im Schnitt tagtäglich 300 bis 600 Liter Wasser verbraucht.

Die Versicherten wollen mehr Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen



Wie wichtig ist Nachhaltigkeit bei der Wahl einer für Sie geeigneten Krankenversicherung?

Quelle: repräsentative Versichertenbefragung, BKK Dachverband, 2023



Krankenkassen müssen Nachhaltigkeit vertraglich einfordern dürfen



Die Betriebskrankenkassen wollen mehr Nachhaltigkeit. Drei Beispiele, die sofort realisiert werden könnten: Bisher werden Medizinprodukte kaum recycelt, obwohl es immer mehr Technologien dafür gibt. Allein schon mit der Wiederaufbereitung von Herzkathetern ließen sich etwa rund 450 Tonnen CO₂ im Jahr einsparen. Oder: Das für die Atmosphäre so schädliche Lachgas kann zum Teil durch andere Narkosemethoden ersetzt werden. Schadstoffe aus Kontrastmitteln können fast vollständig aufgefangen werden.

Die Krankenkassen haben in der Regel keinen Einfluss auf die Ausgestaltung bestimmter Leistungen. Als Kostenträger müssen sie medizinische Leistungen bezahlen, auch wenn diese medizinisch überflüssig sind und die Umwelt mehr als notwendig belasten. Sie müssen bezahlen, was Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser und andere Leistungserbringende nach allgemeingültigen Vergütungsordnungen abrechnen. Verträge, in denen mehr Nachhaltigkeit vereinbart werden könnte, können sie in aller Regel nicht schließen.

Denn sie sind durch das Sozialgesetzbuch auf das sogenannte „Wirtschaftlichkeitsgebot“ verpflichtet. Gesundheit soll finanzierbar und daher möglichst preiswert bleiben. Selbst wenn die Krankenkassen also bereit wären, für eine Narkose ein paar Euro mehr zu bezahlen, wenn das Narkosegas aufgefangen wird: Sie dürften es nicht verlangen.

Die Betriebskrankenkassen kennen die Wege zu mehr Nachhaltigkeit. Sie fordern:

- ▶ Die Krankenkassen müssen die Möglichkeit erhalten, vertragliche Vereinbarungen mit Ärzten, Krankenhäusern und anderen Leistungserbringenden schließen zu können, in denen konkrete Maßnahmen zur Nachhaltigkeit und Ressourcenschonung vereinbart werden.
- ▶ Neben dem Wirtschaftlichkeitsgebot muss im Sozialgesetzbuch auch ein Nachhaltigkeitsgebot verankert werden. So werden die Krankenkassen von der Pflicht entbunden, nur auf die kurzfristigen finanziellen Kosten zu schauen, selbst wenn die Umwelt und das Klima und damit auch die Gesundheit der Menschen leidet.
- ▶ Es ist eine nationale Nachhaltigkeitsstrategie für das Gesundheitswesen zu entwickeln, die die besondere Rolle der Krankenkassen einerseits als Kostenträger und andererseits als für die Gesundheit der Versicherten verantwortliche Institutionen berücksichtigt.



Mehr Fakten,
Hintergrund und Infografiken



Kontakt

Stephanie Bosch
Abteilungsleiterin
Politik und Kommunikation
Telefon 030 2700406-300
E-Mail politik@bkk-dv.de

Thorsten Greb

Referent Kommunikation
Telefon 030 2700406-302
E-Mail presse@bkk-dv.de

Impressum

BKK Dachverband e. V.
Mauerstraße 85
10117 Berlin

Stand: Januar 2025



Hier finden Sie noch viele weitere Fakten, Zahlen und Argumente, die zeigen: Es führt kein Weg an einem Neustart für die gesetzliche Krankenversicherung vorbei. Lesenswert und sinnstiftend.

Übrigens: Notfallversorgung, Rehabilitation, Arzneimittelversorgung, Arzthonorare, Pflege, Krankenhaus oder andere Themen. Haben Sie Fragen dazu? Auch die beantworten wir gerne.