

VERSORGUNG KOORDINIEREN, RESSOURCEN GEZIELT EINSETZEN

Impulse zum zweiten Bericht der FinanzKommission Gesundheit

30. August 2026

Bundesverband Managed Care e.V.

Vorstand: Prof. Dr. Lutz Hager, PD Dr. Ursula Hahn, Dr. Carola Reimann (Stellv. Vors.),
Dr. Gertrud Demmler, Sandra Postel, Dr. Matthias Wernicke, Dr. Larisa Wewetzer
Friedrichstr. 136 · 10117 Berlin · +49 30 28 09 44 80
bmcev@bmcev.de · www.bmcev.de



VORSCHLÄGE FÜR STRUKTURREFORMEN

Der erste Bericht der FinanzKommission Gesundheit stellt kurzfristige Maßnahmen zur Stabilisierung der GKV-Financen in den Mittelpunkt. Der zweite Bericht muss nun den Blick auf die mittel- und langfristig notwendigen Strukturreformen richten. Denn die Antwort auf die angespannte Finanzlage kann nicht allein in zusätzlichen Mitteln oder kurzfristigen Ausgabenbegrenzungen liegen. Entscheidend ist vielmehr, wie sich mit den vorhandenen Mitteln durch bessere Strukturen eine höhere Versorgungsqualität erreichen lässt.

Eine besser koordinierte und interprofessionell organisierte Versorgung kann Versorgungsbrüche vermeiden, Verantwortung bündeln, knappe Ressourcen gezielter einsetzen und Patientinnen und Patienten verlässlich durch das System führen. Beitragsstabilität entsteht nicht durch kurzfristige Kürzungen, sondern durch eine Versorgung, die sich konsequent an Qualität und Ergebnissen orientiert. Der BMC schlägt dafür im Folgenden acht Reformschritte vor. Sie verbessern die Versorgungsergebnisse und ermöglichen einen wirksameren Einsatz der personellen und finanziellen Ressourcen.

1. Primärversorgung als erste Anlaufstelle stärken

- Bei neuen Behandlungsanlässen eine einheitliche, qualitätsgesicherte Erst- und Dringlichkeitseinschätzung verbindlich vorsehen. Sie muss digital, telefonisch und vor Ort verfügbar sein und unmittelbar in den passenden Versorgungspfad einschließlich digitaler Überweisung und Terminvermittlung führen.
- Wohnortnahe Primärversorgungseinheiten als verlässliche erste Anlaufstelle etablieren. Praxen, Zentren und Netze arbeiten multiprofessionell, erfüllen personelle und qualitative Mindeststandards, versorgen den Großteil der Fälle abschließend und koordinieren weitere Behandlungsschritte.
- Die freiwillige Bindung an eine Primärversorgungseinheit durch Anreize stärken. Hausarztzentrierte Versorgung und DMP als Ausgangspunkt nutzen und um Früherkennung, Prävention sowie die kontinuierliche Versorgung chronisch erkrankter Menschen erweitern.

Entlastungswirkung: Eine verbindliche Erststeuerung und eine stärkere fallabschließende Versorgung in der Primärversorgung verringern Fehluweisungen, unnötige Facharzt- und Notfallkontakte sowie vermeidbare Krankenhausbehandlungen. Das dämpft die Ausgabenentwicklung.

2. Koordinierung strukturell verankern

- Für Menschen mit erhöhtem Koordinierungsbedarf einen Care Plan als standardisiertes Informationsobjekt in der ePA verankern. Er bildet den individuellen Versorgungsverlauf ab, orientiert sich an evidenzbasierten Behandlungspfaden und macht Entscheidungen, Übergänge und Abweichungen transparent. Für Anlage, Übergabe und Abschluss sind klare Kriterien festzulegen.
- Ziele, Maßnahmen, Zuständigkeiten, Fristen und Ergebnisse in einem fortschreibbaren Plan zusammenführen. Die Primärversorgung übernimmt die fachliche Gesamtverantwortung, weitere Beteiligte melden Ergebnisse strukturiert zurück.
- Patientinnen und Patienten einen verständlichen und barrierearmen Zugang geben und sie aktiv an Zielen, Maßnahmen und Entscheidungen beteiligen. Eigene Aufgaben und Rückmeldungen werden im Care Plan dokumentiert. Erstellung, Fortschreibung und Rücklaufprüfung als eigenständige Versorgungsleistung vergüten.

Entlastungswirkung: Ein verbindlicher Care Plan reduziert Doppeluntersuchungen, Such- und Abstimmungsaufwand sowie Versorgungslücken. Früh erkannte Abweichungen können Komplikationen und kostenintensive Folgebehandlungen verhindern.

3. Verantwortung und Ergebnis vergüten

- Die Einzelleistungsvergütung zu einem Mischsystem aus morbiditätsorientierten Grundpauschalen, ergänzenden Einzelleistungen, Team- und Koordinationsvergütung sowie Qualitäts- und Ergebnisanteilen weiterentwickeln.
- Vergütung praxis- und teambezogen ausrichten. Qualifizierte nichtärztliche Gesundheitsberufe mit klaren Kompetenzprofilen und rechtssicheren Delegations- und Substitutionsmöglichkeiten einbeziehen. Ihre Leistungen müssen in der Teamvergütung eigenständig abgebildet werden.
- Versorgungsergebnisse risikoadjustiert messen und verbindliche Qualitätsziele hinterlegen. Finanzielle Anreize dürfen nicht zu Unterversorgung führen.

Entlastungswirkung: Ein ausgewogener Vergütungsmix begrenzt Mengenanreize und honoriert Koordination, Qualität und Ergebnis. Die kompetenzgerechte Aufgabenverteilung nutzt vorhandene Versorgungskapazitäten wirtschaftlicher.

4. Einen sektorenunabhängigen Versorgungsbereich schaffen

- Im SGB V einen gemeinsamen Ordnungsrahmen mit einheitlichen Anforderungen an Teilnahme, Qualität, Nutzenbewertung und Vergütung verankern. Selektivvertragliche Gestaltung und flexible Kooperationen ermöglichen.
- Patientennutzen im Leistungs- und Wirtschaftlichkeitsgebot verankern und anhand patientenrelevanter Endpunkte einschließlich PROMs und PREMs bewerten.
- Leistungskomplexe zu diagnosebezogenen Versorgungspauschalen bündeln und für populationsbezogene Versorgungsaufträge regionale Budgets ermöglichen. Versorgungsteams entscheiden über den Mitteleinsatz und übernehmen gemeinsame Ergebnis- und Finanzverantwortung.

Entlastungswirkung: Gemeinsame Ergebnis- und Finanzverantwortung begrenzt Verlagerungseffekte zwischen den Sektoren und ineffiziente Mengenausweitung. Transparente Nutzenmessung erleichtert es, Überversorgung und Leistungen mit geringem Patientennutzen zurückzudrängen.

5. Versorgung regional organisieren

- Regionalverträge in einem neuen § 140b SGB V verankern, kassenübergreifende Beteiligung über ein verbindliches Quorum sichern und lange Laufzeiten sowie Schiedsverfahren vorsehen.
- Ambulante, stationäre, pflegerische und soziale Versorgung gemeinsam planen und auf belastbare regionale Bedarfsdaten stützen.
- Regionale Budgets mit Qualitätszielen und geteilter Ergebnisverantwortung ermöglichen. Koordinations- und Managementkosten müssen finanzierbar sein.

Entlastungswirkung: Regionale Planung und Budgets richten Kapazitäten stärker am tatsächlichen Bedarf aus und schaffen Anreize für Koordination und Prävention. So lassen sich Doppelstrukturen, Überversorgung und vermeidbare Krankenhausaufnahmen reduzieren.

6. Prävention stärken und ausbauen

- Evidenzbasierte, indikationsbezogene Präventionsprogramme dauerhaft in der Regelversorgung verankern. Die Inanspruchnahme wirksamer Früherkennungs- und Impfangebote gezielt erhöhen.

- Für ältere Menschen ohne oder mit niedrigem Pflegegrad Präventionsangebote im SGB XI schaffen und finanzielle Zugangshürden abbauen.
- Prävention und Gesundheitsförderung in den Landesgesundheitsgesetzen als kommunale Pflichtaufgabe verankern und mit einer verlässlichen Finanzierung unterlegen. Krankenkassen, Pflegekassen, Kommunen, Primärversorgung und Public Health regional verzahnen.
- § 25b SGB V so erweitern, dass Krankenkassen Versicherte rechtssicher und individuell zu evidenzbasierten Präventionsangeboten ansprechen können. Dabei sind insbesondere Menschen mit hohem Präventionsbedarf zu erreichen.

Entlastungswirkung: Wirksame und gezielt eingesetzte Prävention kann Komplikationen und vermeidbare Krankenhausaufnahmen reduzieren sowie Pflegebedürftigkeit hinauszögern. Das begrenzt die Ausgaben in Kranken- und Pflegeversicherung vor allem mittel- und langfristig.

7. Digitale Prozesse zum Standard machen

- Die ePA zum Koordinierungsinstrument weiterentwickeln. Elektronischen Medikationsplan, Care Plan, E-Überweisung und Terminvermittlung miteinander verknüpfen.
- Strukturierte Daten, verbindliche Interoperabilitätsstandards und offene Schnittstellen für Praxis-, Krankenhaus- und Pflegesysteme vorgeben. Alle beteiligten Berufsgruppen an die Telematikinfrastruktur anbinden.
- Digitale Verfahren bei fachlicher Gleichwertigkeit rechtlich und vergütungsseitig gleichstellen. Papierbasierte Parallelprozesse konsequent beenden.

Entlastungswirkung: Durchgängig digitale Prozesse reduzieren Mehrfacheingaben, Doppeluntersuchungen und Verwaltungsaufwand. Aktuelle Medikationsdaten können Medikationsfehler, Komplikationen und vermeidbare Krankenhausaufnahmen verringern.

8. Wirksame Innovationen in die Regelversorgung überführen

- Den Innovationsfonds zu einem Innovationssystem weiterentwickeln, das Erprobung, Einführung und Verbreitung miteinander verbindet.
- Für nachweislich wirksame Modelle einen klaren und fristgebundenen Überführungsweg schaffen. Bewertungen am Patientennutzen und an der Kosten-Nutzen-Bilanz ausrichten.
- Regionale, kassenübergreifende Erprobungen fördern und für die Überführung in die Regelversorgung befristete Übergangsfinanzierungen vorsehen. Technischer Anschluss, Transferweg und dauerhafte Finanzierung müssen von Beginn an mitgedacht werden.

Entlastungswirkung: Klare Transferwege vermeiden wiederholte Erprobungen und mehrfachen Entwicklungs- und Anschlussaufwand. Wirksame Modelle können schneller skaliert werden, sodass ihre Effizienzgewinne früher in der Regelversorgung ankommen.