

ENTWURF

Leitplanken für eine leistungsfähige, finanzierbare Gesundheitsversorgung

Gesundheitspolitische Positionen der DIHK

Gliederung und Inhaltsübersicht

Einleitung

Kernforderungen auf einen Blick

- 1. Finanzierung beschäftigungsfreundlich und tragfähig gestalten**
- 2. Krankheitsbedingte Ausfälle reduzieren und Anreizstrukturen überprüfen**
- 3. Vergütung an Nutzen, Qualität und Effizienz ausrichten**
- 4. Bürokratie abbauen und Regulierung modernisieren**
- 5. Digitalisierung, Datennutzung und KI konsequent voranbringen**
- 6. Versorgungsstrukturen regional, sektorenübergreifend und bedarfsgerecht organisieren**

Fazit

Einleitung

Deutschlands Gesundheitswesen steht vor einer doppelten Herausforderung: Der Versorgungsbedarf wächst, während die Finanzierungsgrundlagen zunehmend unter Druck geraten. Für Unternehmen bedeutet dies steigende Sozialabgaben und damit höhere Lohnzusatzkosten, zunehmende Fachkräfteengpässe sowie wachsende Belastungen durch krankheitsbedingte Ausfälle. Eine erfolgreiche Gesundheitsreform muss deshalb Versorgungssicherheit, wirtschaftliche Tragfähigkeit und Innovationsfähigkeit gemeinsam in den Blick nehmen.

Die bisherige Entwicklung ist dauerhaft nicht tragfähig. Gesundheitsausgaben steigen seit Jahren dynamischer als die beitragspflichtigen Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Zugleich erhöht der demografische Wandel den Versorgungsbedarf und verschärft den Fachkräftemangel. Das Statistische Bundesamt geht davon aus, dass bis 2049 zwischen 280.000 und 690.000 Pflegekräfte fehlen könnten.

Reformen dürfen daher nicht allein zusätzliches Geld in bestehende Strukturen geben. Erforderlich ist ein struktureller Modernisierungspfad, der vorhandene Ressourcen besser nutzt, Fachkräfte entlastet, Fehlanreize abbaut, Digitalisierung konsequent einsetzt und Innovationen schneller in die Versorgung bringt.

Eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung ist zugleich ein wichtiger Standortfaktor: Sie trägt dazu bei, Erkrankungen frühzeitig zu erkennen, Behandlungen rechtzeitig einzuleiten, Ausfallzeiten zu verkürzen und die Beschäftigungsfähigkeit zu sichern.

Aus Sicht der gewerblichen Wirtschaft müssen künftige Gesundheitsreformen daher stärker auf strukturelle Effizienzsteigerungen, Produktivitätsgewinne, Prävention, Digitalisierung und den Abbau von Fehlanreizen setzen. Ziel muss sein, die Ausgabendynamik zu begrenzen. Unternehmen, Leistungserbringer und Investoren benötigen außerdem stabile und planbare Rahmenbedingungen. Häufige kurzfristige Eingriffe in Vergütungs-, Erstattungs- und Regulierungsstrukturen können Investitionen in Forschung, Digitalisierung, neue Versorgungsformen und Produktionskapazitäten beeinträchtigen. Gleichzeitig müssen Innovationen schneller in die Versorgung gelangen und unnötige Belastungen von Unternehmen, Beschäftigten und Leistungserbringern reduziert werden.

Die folgenden Leitplanken bündeln die im DIHK-Ausschuss für Gesundheitswirtschaft sowie im Arbeitskreis Gesundheitswirtschaft der IHKs erarbeiteten Vorschläge zu Finanzierung, Vergütung, Bürokratieabbau, Digitalisierung und Versorgungsstrukturen.

Kernforderungen auf einen Blick

1. Finanzierung beschäftigungsfreundlich und tragfähig gestalten.

Die Gesundheitsversicherungsbeiträge sollten stabilisiert, versicherungsfremde Leistungen transparent aus Steuermitteln finanziert und die GKV-Finanzierung vom Faktor Arbeit entkoppelt werden. Wettbewerb und Wahlmöglichkeiten im Krankenversicherungssystem sowie Eigenverantwortung und Kostentransparenz der Versicherten sollten gestärkt werden.

2. Krankheitsbedingte Ausfälle reduzieren und Anreizstrukturen überprüfen.

Die Anreizwirkungen der Regelungen bei Arbeitsunfähigkeit und Entgeltfortzahlung sollten überdacht und Alternativen wie Karenzregelungen und abgestufte Leistungsansprüche geprüft werden.

3. Vergütung konsequent an Nutzen, Qualität und Effizienz ausrichten.

Vergütungssysteme sollten den medizinischen Nutzen, den Behandlungserfolg und eine effiziente Ressourcennutzung stärker honorieren. Fehlanreize zur Mengenausweitung sollten abgebaut, sektorübergreifende Patientenpfade gestärkt sowie Prävention, Früherkennung, Rehabilitation und Innovationen besser im Vergütungssystem verankert werden.

4. Bürokratie abbauen und Regulierung modernisieren.

Berichtspflichten, Nachweise und Dokumentationsanforderungen sollten konsequent reduziert und digitalisiert werden. Regulierung muss sich stärker an Ergebnisqualität statt Strukturvorgaben orientieren. Sie muss Verwaltungsverfahren vereinfachen und innovationsfreundliche Zulassungs-, Zertifizierungs- und Genehmigungsprozesse ermöglichen.

5. Digitalisierung, Datennutzung und KI konsequent voranbringen.

Die Elektronische Patientenakte, Telemedizin und interoperable Systeme sollten flächendeckend und praxistauglich eingesetzt werden. Gesundheitsdaten müssen für Versorgung, Forschung und Innovation rechtssicher nutzbar sein, während KI-Anwendungen verlässliche rechtliche Rahmenbedingungen und schnelle Zulassungs- und Erstattungsverfahren benötigen.

6. Versorgung regional, sektorenübergreifend und bedarfsorientiert organisieren.

Die Gesundheitsversorgung sollte stärker sektorenübergreifend organisiert und durch eine bessere Patientensteuerung unterstützt werden. Telemedizin, betriebliche Gesundheitsprävention und eine leistungsfähige arbeitsmedizinische Versorgung können dazu beitragen, die Gesundheitsversorgung zu sichern, Fachkräfte zu entlasten und die Beschäftigungsfähigkeit der Bevölkerung langfristig zu erhalten.

1. Finanzierung beschäftigungsfreundlich und tragfähig gestalten

Die Finanzierung des Gesundheitssystems darf nicht zu stetig steigenden Lohnzusatzkosten führen. Deutschland weist bereits heute eine im internationalen Vergleich hohe Belastung des Faktors Arbeit durch Steuern und Sozialabgaben auf. Steigende Sozialversicherungsbeiträge verteuern Beschäftigung, verringern Investitions- und Innovationsspielräume der Unternehmen und mindern die verfügbaren Einkommen der Beschäftigten. Dies wirkt sich unmittelbar auf Wettbewerbsfähigkeit, Wachstum und Beschäftigung aus.

Gleichzeitig steht die gesetzliche Krankenversicherung unter erheblichem Finanzierungsdruck. Die Ausgaben der Krankenkassen steigen seit Jahren stärker als die beitragspflichtigen Einnahmen. In der heutigen Finanzierungsstruktur führen steigende Gesundheitsausgaben nahezu automatisch zu höheren Beiträgen von Arbeitgebern und Beschäftigten. Auch die aktuelle Gesetzgebung zur Stabilisierung der GKV-Beitragssätze zeigt den politischen Handlungsdruck.

Nachhaltige Reformen müssen deshalb die Ausgabendynamik begrenzen und die Finanzierung breiter, transparenter und beschäftigungsfreundlicher aufstellen.

Gesamtgesellschaftliche Aufgaben aus Steuern finanzieren

Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt in erheblichem Umfang Aufgaben, die nicht unmittelbar dem Versicherungsprinzip folgen, sondern gesellschafts-, familien- oder sozialpolitischen Zielen dienen. Dazu zählen insbesondere die Finanzierung der Gesundheitskosten von Bürgergeldempfängern, die beitragsfreie Familienversicherung, Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft, bestimmte Präventions- und Strukturfördermaßnahmen sowie Entlastungen einkommensschwacher Gruppen durch beitrags- oder zuzahlungsrechtliche Sonderregelungen. Laut IGES-Institut wird der Umfang versicherungsfremder Leistungen in verschiedenen Untersuchungen deutlich höher eingeschätzt als die derzeitigen Bundeszuschüsse an die GKV. Gesamtgesellschaftliche beziehungsweise versicherungsfremde Aufgaben gehören aus Sicht der Wirtschaft in den Steuerhaushalt. Dies würde nicht nur die Sozialbeiträge entlasten, sondern auch die Transparenz erhöhen. Politische Leistungsversprechen würden dort finanziert, wo über sie entschieden wird – im Staatshaushalt.

GKV-Finanzierung langfristig vom Faktor Arbeit entkoppeln

Die GKV-Finanzierung sollte langfristig nicht von der Entwicklung der Lohnsumme abhängen. Der demografische Wandel führt zu einem steigenden Bedarf an Gesundheitsleistungen, während die Zahl der Beitragszahler deutlich langsamer wächst. Ein System, dessen Ausgaben langfristig schneller wachsen als seine lohnabhängige Finanzierungsbasis, gerät strukturell unter Druck. Der soziale Ausgleich kann zielgenauer über das Steuer- und Transfersystem organisiert werden als über immer höhere Sozialbeiträge.

Wettbewerb und Wahlmöglichkeiten im Krankenversicherungssystem erhalten

Wettbewerb und Wahlmöglichkeiten im Krankenversicherungssystem sollten gestärkt werden. Innovationen benötigen verlässliche Erstattungswege und Referenzmärkte, in denen

neue Produkte und Versorgungsformen erprobt und etabliert werden können. Dies gilt insbesondere für digitale Gesundheitsanwendungen, Medizintechnik, Arzneimittel und neue Versorgungsmodelle. Wettbewerb zwischen Kostenträgern kann dazu beitragen, solche Innovationen schneller in die Regelversorgung zu überführen. Das Zusammenspiel von gesetzlicher und privater Krankenversicherung kann dabei als wichtiger Innovations- und Effizienztreiber wirken. Es ermöglicht unterschiedliche Versorgungs- und Vergütungsmodelle, kann die Einführung neuer Diagnose- und Behandlungsmethoden beschleunigen und trägt dazu bei, Innovationen schneller in die Versorgung zu überführen. Reformen sollten daher Wettbewerbsspielräume erhalten und Fehlanreize abbauen, statt bestehende Strukturen weiter zu vereinheitlichen.

Eigenverantwortung und Kostentransparenz stärken

In einem weitgehend sachleistungsbasierten System nehmen Versicherte die tatsächlichen Kosten medizinischer Leistungen nicht unmittelbar wahr. Wo Leistungen als vollständig kostenfrei wahrgenommen werden, gehen wichtige Steuerungswirkungen verloren. Gleichzeitig entstehen Fehlsteuerungen, wenn Patienten zwischen verschiedenen Versorgungsangeboten ohne ausreichende Orientierung oder Kenntnis der Kostenunterschiede wählen. Aus Sicht der Wirtschaft sollten daher auch Eigenverantwortung und Kostentransparenz gestärkt werden. Versicherte sollten besser nachvollziehen können, welche Leistungen in ihrem Namen erbracht und abgerechnet werden und welche Kosten dadurch entstehen. Mehr Transparenz über Behandlungsabläufe, Versorgungsalternativen und Kosten kann Kostenbewusstsein fördern und Fehlsteuerungen reduzieren. Dabei sollten Instrumente wie Wahltarife, Selbstbehaltsmodelle, Kostenerstattungsmodelle sowie Bonusprogramme für Prävention und gesundheitsbewusstes Verhalten geprüft und weiterentwickelt werden. Chronisch Kranke und Versicherte mit niedrigen Einkommen sollten dabei nicht unangemessen belastet werden.

DIHK-Position:

Gesundheitsreformen sollten die Sozialbeiträge stabilisieren, versicherungsfremde Leistungen transparent aus Steuern finanzieren und die GKV-Finanzierung langfristig vom Faktor Arbeit entkoppeln. Versicherungsleistungen und Umverteilungsaufgaben sollten klar voneinander getrennt werden. Das Zusammenspiel von gesetzlicher und privater Krankenversicherung sollte als Innovations- und Effizienztreiber erhalten bleiben. Geeignete Wahltarif-, Selbstbehalts-, Kostenerstattungs- und Bonusmodelle sollten weiterentwickelt werden, um Eigenverantwortung und Kostenbewusstsein zu stärken.

2. Krankheitsbedingte Ausfälle reduzieren und Anreizstrukturen überprüfen

Hohe Krankenstände belasten Unternehmen durch Produktionsausfälle, organisatorischen Mehraufwand, Vertretungsaufwand und zusätzliche Kosten. Besonders kleine und mittlere Unternehmen verfügen häufig nur über begrenzte Möglichkeiten, kurzfristige Personalausfälle aufzufangen. Zugleich verschärfen hohe Fehlzeiten bestehende Fachkräfteengpässe und beeinträchtigen die Leistungsfähigkeit der Wirtschaft insgesamt.

Vor diesem Hintergrund sollten die bestehenden Anreiz- und Finanzierungsstrukturen im Bereich der Arbeitsunfähigkeit kritisch überprüft werden. Dazu gehören insbesondere die Regelungen zur Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall sowie mögliche Instrumente zur Stärkung der Eigenverantwortung bei kurzfristigen Arbeitsunfähigkeiten. Ziel muss sein, Fehlanreize zu vermeiden und die Inanspruchnahme von Arbeitsunfähigkeitszeiten stärker an der tatsächlichen gesundheitlichen Notwendigkeit auszurichten.

Viele europäische Staaten sehen Karenzregelungen, Eigenbeteiligungen oder abgestufte Leistungsansprüche im Krankheitsfall vor. So gilt in Schweden zu Beginn jeder Erkrankung ein Karenzabzug, durch den Beschäftigte einen Teil der Kosten kurzfristiger Arbeitsunfähigkeiten selbst tragen. Auch andere europäische Staaten kennen Wartezeiten oder reduzierte Leistungsansprüche in den ersten Krankheitstagen. Deutschland zählt mit der vollständigen Entgeltfortzahlung ab dem ersten Krankheitstag für bis zu sechs Wochen zu den großzügigeren Systemen Europas. Der Gesetzgeber sollte daher internationale Erfahrungen systematisch auswerten und prüfen, welche Instrumente geeignet sind, vermeidbare Fehlzeiten zu reduzieren. Dazu können Karenztage, abgestufte Leistungsansprüche oder Modelle gehören, bei denen während einer begrenzten Karenzphase nur ein Teil des Arbeitsentgelts – beispielsweise entsprechend der Höhe des Krankengelds – fortgezahlt wird. Maßgeblich sollte sein, ob solche Instrumente einen Beitrag zur Verringerung kurzfristiger Fehlzeiten leisten, ohne Gesundheitsschutz, Infektionsschutz und die langfristige Beschäftigungsfähigkeit der Arbeitnehmer unangemessen zu beeinträchtigen.

DIHK-Position:

Zur Begrenzung der Belastungen für Unternehmen sollten Reformoptionen bei Arbeitsunfähigkeit und Entgeltfortzahlung geprüft werden. Dazu gehören auch Karenzregelungen, abgestufte Leistungsansprüche, Modelle einer zeitlich begrenzten reduzierten Entgeltfortzahlung oder andere Instrumente, die Anreize bei kurzfristigen Arbeitsunfähigkeiten stärker berücksichtigen. Maßstab müssen die Wirksamkeit bei der Reduktion vermeidbarer Fehlzeiten, die wirtschaftlichen Auswirkungen auf die Betriebe sowie die Wahrung eines angemessenen Gesundheits- und Infektionsschutzes sein.

3. Vergütung an Nutzen, Qualität und Effizienz ausrichten

Die Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung sind begrenzt. Sie sollten dort eingesetzt werden, wo Leistungen nachweisbar zu besserer Versorgung, höherer Qualität, wirksamer Prävention oder effizienteren Behandlungsabläufen beitragen. Vergütungssysteme müssen deshalb stärker auf medizinischen Nutzen, Behandlungserfolg und Wirtschaftlichkeit ausgerichtet werden.

Fehlanreize zur Mengenausweitung abbauen

Die bestehende Vergütungslandschaft setzt in Teilen Anreize, die nicht immer mit einer effizienten und bedarfsgerechten Versorgung übereinstimmen. Wenn sich Vergütung primär an einzelnen Leistungen, Untersuchungen oder Behandlungsfällen orientiert, können zusätzliche

Leistungen wirtschaftlich attraktiver sein als Prävention, Koordination oder die Verlagerung in kostengünstigere Versorgungsformen. Medizinisch nicht erforderliche Untersuchungen, stationäre Aufnahmen oder Mehrfachbehandlungen binden Fachkräfte, Kapazitäten und Finanzmittel, die an anderer Stelle fehlen.

Wirtschaftlicher Erfolg und medizinische Qualität dürfen nicht gegeneinanderstehen, sondern müssen sich gegenseitig verstärken. Fallpauschalen, Einzelleistungsvergütung und Vorhaltefinanzierung haben jeweils Vor- und Nachteile. Entscheidend ist ein ausgewogener Vergütungsmix, der notwendige Versorgung verlässlich finanziert, Qualität belohnt und Fehlanreize zur Mengenausweitung minimiert.

Vergütung sektorübergreifend weiterentwickeln

Zugleich führt die strikte Trennung zwischen ambulanter, stationärer, rehabilitativer und pflegerischer Versorgung zu Schnittstellenproblemen, Doppeluntersuchungen und ineffizientem Ressourceneinsatz. Besonders bei älteren, chronisch kranken und multimorbiden Patienten erschwert die sektorale Fragmentierung eine kontinuierliche und bedarfsgerechte Versorgung.

Vergütungssysteme sollten daher sektorübergreifend weiterentwickelt werden. Vergleichbare Leistungen sollten stärker nach Nutzen, Qualität und Wirtschaftlichkeit finanziert werden, unabhängig davon, ob sie ambulant, stationär, hybrid, rehabilitativ oder pflegerisch erbracht werden. Ein ausgewogener Vergütungsmix muss notwendige Versorgung verlässlich finanzieren, Qualität belohnen und Fehlanreize zur Mengenausweitung minimieren.

Prävention, Früherkennung und Rehabilitation besser verankern

Prävention, Früherkennung und Rehabilitation sollten im Vergütungssystem stärker verankert werden, wenn sie Erkrankungen vermeiden, Arbeitsunfähigkeit verkürzen oder Pflegebedürftigkeit hinauszögern. Für Unternehmen sind sie ein wichtiger Beitrag zur Fachkräftesicherung und zur Reduktion krankheitsbedingter Ausfälle. Angesichts des demografischen Wandels sollte der Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit über den gesamten Erwerbsverlauf stärker in den Mittelpunkt rücken.

Innovationen fördern, Wettbewerbsfähigkeit stärken

Auch Innovationen benötigen verlässliche und planbare Erstattungswege. Deutschland verfügt über starke Unternehmen in Arzneimitteln, Medizintechnik, Biotechnologie, Diagnostik und Digital Health. Diese Branchen leisten einen wichtigen Beitrag zu Wertschöpfung, Beschäftigung, Forschung und Exporten. Gleichzeitig stehen sie in einem intensiven internationalen Innovationswettbewerb um Investitionen, Fachkräfte und Kapital. Entscheidend für Investitionen in Forschung und Entwicklung ist dabei auch die Frage, wie schnell und unter welchen Bedingungen Innovationen Eingang in die Regelversorgung finden.

Damit neue Produkte und Versorgungsformen schneller in die Regelversorgung gelangen, müssen Nutzenbewertung, Preisbildung und Erstattungsverfahren transparent, verlässlich und innovationsfreundlich ausgestaltet werden. Deutschland sollte auch künftig ein

attraktiver Referenzmarkt bleiben, in dem neue Versorgungsformen erprobt und erfolgreiche Innovationen zügig in die Versorgung überführt werden können. Langwierige oder schwer kalkulierbare Erstattungsverfahren schwächen Investitionsanreize und verzögern den Nutzen neuer Technologien für Patienten.

Daneben benötigen innovative Gesundheitsunternehmen auch ausreichend Zugang zu Investitions- und Finanzierungsmöglichkeiten. Dies gilt insbesondere für forschungsintensive Branchen mit hohen Entwicklungsaufwendungen und langen Innovationszyklen.

DIHK-Position:

Vergütungssysteme sollten konsequent an Patientennutzen, Ergebnisqualität und effizienter Ressourcennutzung ausgerichtet werden. Fehlanreize zur Mengenausweitung sollten abgebaut, sektorübergreifende Patientenpfade gestärkt und Prävention, Früherkennung sowie Rehabilitation besser berücksichtigt werden. Erstattungs- und Vergütungsverfahren müssen Innovationen fördern, die Versorgungsqualität und Effizienz nachweislich verbessern. Deutschland braucht planbare, transparente und international wettbewerbsfähige Rahmenbedingungen für die Aufnahme innovativer Leistungen in die Regelversorgung.

4. Bürokratie abbauen und Regulierung modernisieren

Ärzte, Pflegekräfte und weitere Gesundheitsberufe verbringen einen wachsenden Teil ihrer Arbeitszeit mit administrativen Aufgaben statt mit der Versorgung von Patienten. Dokumentations-, Nachweis-, Prüf- und Berichtspflichten binden personelle Ressourcen, verschärfen Personalengpässe, erhöhen Kosten und verringern die Produktivität des Systems.

Bürokratische Belastungen betreffen auch die Unternehmen der Gesundheitswirtschaft. Arzneimittelhersteller, Medizintechnikunternehmen, Digital-Health-Anbieter, Labore und weitere Gesundheitsunternehmen sehen sich mit zahlreichen Dokumentations-, Nachweis-, Berichts-, Zulassungs- und Prüfpflichten konfrontiert. Gerade kleine und mittlere Unternehmen stoßen bei komplexen regulatorischen Anforderungen und langwierigen Verfahren an Belastungsgrenzen. Bürokratieabbau ist daher nicht nur eine Frage effizienterer Versorgung, sondern auch eine Voraussetzung für Innovation, Wettbewerbsfähigkeit und Investitionen.

Reformen sollten konsequent darauf ausgerichtet sein, Unternehmen und Fachkräfte von administrativen Tätigkeiten zu entlasten und Ressourcen wieder stärker für die Patientenversorgung und Innovationsfähigkeit verfügbar zu machen. Neue Vorgaben brauchen einen verbindlichen Praxischeck. Bestehende Berichtspflichten, Nachweise und Dokumentationsanforderungen sollten regelmäßig auf ihren Nutzen überprüft, auf das notwendige Maß begrenzt und konsequent digitalisiert werden. Bestehende Ermessensspielräume sollten genutzt werden, um Vorschriften praxisnah, verhältnismäßig und wirtschaftsfreundlich umzusetzen.

Ergebnisqualität statt Detailsteuerung

Regulierung sollte stärker Ziele und Ergebnisqualität vorgeben, statt betriebliche Abläufe kleinteilig zu steuern. In vielen Bereichen des Gesundheitswesens erfolgt die

Qualitätssicherung über detaillierte Vorgaben, beispielsweise hinsichtlich Personaluntergrenzen, zur organisatorischen Ausgestaltung von Versorgungsprozessen oder umfangreichen Berichtspflichten gegenüber Kostenträgern und Aufsichtsbehörden. Solche Vorgaben können Mindeststandards sichern, dürfen aber nicht dazu führen, dass Ressourcen vorrangig in die Erfüllung formaler Anforderungen fließen. So schränken starre Strukturvorgaben die Flexibilität der Leistungserbringer ein und erschweren innovative Organisationsformen. Krankenhäuser, Arztpraxen, Pflegeeinrichtungen und andere Leistungserbringern sollten größere organisatorische Spielräume erhalten, solange Behandlungsergebnisse transparent gemessen und überprüft werden können. Entscheidend sind beispielsweise Behandlungserfolge, Patientensicherheit, Vermeidung von Komplikationen, Patientenzufriedenheit, erfolgreiche Rehabilitation oder die nachhaltige Sicherung der Versorgungsqualität.

Dies gilt auch für den Einsatz neuer Technologien, digitaler Anwendungen und innovativer Formen der Arbeitsteilung. Dort, wo nachweislich gleiche oder bessere Behandlungsergebnisse erzielt werden, sollten regulatorische Vorgaben ausreichend Spielraum für neue Versorgungsmodelle, Telemedizin, interprofessionelle Zusammenarbeit und den erweiterten Einsatz qualifizierter nichtärztlicher Gesundheitsberufe lassen.

Marktzugang für innovative Unternehmen erleichtern

Neben Finanzierung und Vergütung stellt der regulatorische Marktzugang eine zentrale Herausforderung für innovative Unternehmen der Gesundheitswirtschaft dar. Gerade innovative Unternehmen, Start-ups und KMU sehen sich jedoch häufig komplexen Zulassungs-, Zertifizierungs- und Genehmigungsverfahren gegenüber. Unterschiedliche regulatorische Anforderungen, zahlreiche Zuständigkeiten auf nationaler und europäischer Ebene sowie hohe Dokumentationspflichten binden erhebliche personelle und finanzielle Ressourcen und können dazu führen, dass Innovationen verspätet in den Markt gelangen oder Investitionen in andere Standorte verlagert werden.

Besonders die Erfahrungen mit der europäischen Medizinprodukte-Verordnung und der In-vitro-Diagnostika-Verordnung haben gezeigt, dass umfangreiche Zertifizierungspflichten, Engpässe bei Benannten Stellen und langwierige Verfahren erhebliche Belastungen für Unternehmen verursachen können. Auch bei digitalen Gesundheitsanwendungen und KI-Lösungen besteht Handlungsbedarf. Neben den Anforderungen des Gesundheitsrechts müssen Unternehmen zunehmend zusätzliche Vorgaben aus dem Datenschutz- und KI-Recht erfüllen. Nicht ausreichend aufeinander abgestimmte Regelungen können den Markteintritt verzögern und erhebliche zusätzliche Kosten verursachen.

Hohe Standards für Sicherheit, Qualität und Patientenschutz bleiben unverzichtbar, müssen jedoch risikobasiert, verhältnismäßig, mittelstandorientiert und innovationsfreundlich umgesetzt werden.

Selbstverwaltung stärken, Verfahren beschleunigen

Die gemeinsame Selbstverwaltung ermöglicht es, fachliche Entscheidungen durch Krankenkassen, Leistungserbringer und ihre Verbände nahe an der Versorgungspraxis und nicht unmittelbar durch den Gesetzgeber getroffen werden können. Gleichzeitig steht die

Selbstverwaltung in der Kritik, weil Entscheidungsprozesse häufig langwierig, komplex und wenig transparent sind. Die Abstimmung zwischen zahlreichen Beteiligten und umfangreiche Beteiligungsverfahren können dazu führen, dass neue Versorgungsformen, digitale Anwendungen oder innovative Behandlungsmethoden erst mit erheblicher Verzögerung in die Versorgung gelangen.

Die gemeinsame Selbstverwaltung sollte gestärkt, zugleich aber stärker auf Umsetzung, Transparenz und Geschwindigkeit ausgerichtet werden. Verbindliche Fristen, klare Verantwortlichkeiten und schlankere Verfahren können dazu beitragen, neue Versorgungsformen, digitale Anwendungen und innovative Behandlungsmethoden schneller verfügbar zu machen. Wettbewerb mit anderen Innovationsstandorten findet nicht nur über Forschungsförderung statt, sondern auch über die Geschwindigkeit, mit der Innovationen tatsächlich in die Versorgung gelangen. Wo Entscheidungen nicht innerhalb angemessener Zeiträume getroffen werden, sollten gesetzlich definierte Eskalations- oder Ersatzmechanismen greifen.

Verwaltungsverfahren der Krankenkassen effizienter machen

Die Vielzahl gesetzlicher Krankenkassen kann Wahlfreiheit, Wettbewerb und Servicequalität fördern. Gleichzeitig entstehen durch parallele Verwaltungsstrukturen, unterschiedliche Verfahren und heterogene Anforderungen erhebliche Bürokratiekosten für Leistungserbringer, Unternehmen und Versicherte.

Verwaltungsverfahren der Krankenkassen sollten einfacher, digitaler und einheitlicher werden. Standardisierte Schnittstellen, gemeinsame digitale Plattformen und einheitliche Abrechnungs- und Nachweisverfahren können Bürokratie abbauen, ohne den Wettbewerb einzuschränken.

Ein konkretes Beispiel ist die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Das derzeitige Abrufverfahren verpflichtet Arbeitgeber dazu, Arbeitsunfähigkeitsdaten aktiv bei den Krankenkassen abzurufen und verursacht damit zusätzlichen organisatorischen Aufwand. Digitale Meldeverfahren sollten grundsätzlich so ausgestaltet sein, dass verfügbare Informationen automatisiert und medienbruchfrei an berechtigte Empfänger übermittelt werden. Das in Österreich praktizierte Push-Verfahren bei Arbeitsunfähigkeitsmeldungen kann hierfür als Vorbild dienen.

DIHK-Position:

Bürokratieabbau muss zu einem zentralen Reformprinzip werden. Bestehende Regelungen sollten pragmatisch, verhältnismäßig und unternehmensfreundlich angewendet werden. Berichtspflichten, Nachweise und Dokumentationsanforderungen sind regelmäßig zu überprüfen, zu vereinfachen und digital umzusetzen. Regulierung sollte Ergebnisqualität sichern, aber organisatorische und unternehmerische Spielräume ermöglichen. Selbstverwaltung und Kassenverfahren sollten durch klare Fristen, standardisierte Schnittstellen und schlankere Prozesse effizienter werden. Bei der eAU sollte das Abrufverfahren durch ein automatisiertes Push-Verfahren ersetzt werden. Zulassungs-, Zertifizierungs- und Genehmigungsverfahren müssen schneller, transparenter und besser aufeinander abgestimmt werden. KMU und Start-ups benötigen regulatorische Beratung, planbare Verfahren und praxisnahe

Erprobungsmöglichkeiten. Fast-Track-Verfahren, Reallabore, regulatorische Sandboxes und zentrale Beratungsangebote sollten ausgebaut werden. Die Umsetzung von MDR und IVDR muss stärker an den Belangen von Innovation, Mittelstand und Versorgungssicherheit ausgerichtet werden.

5. Digitalisierung, Datennutzung und KI konsequent voranbringen¹

Digitalisierung als Produktivitätshebel nutzen

Der Fachkräftemangel, die Alterung der Bevölkerung und die angespannte Finanzlage der Sozialversicherungssysteme machen Produktivitätssteigerungen im Gesundheitswesen zu einer zentralen Aufgabe. Medienbrüche sowie mangelhaft verknüpfte Informationssysteme führen dazu, dass Informationen mehrfach erfasst, übertragen oder überprüft werden müssen. Ärzte, Pflegekräfte sowie weitere Gesundheitsberufe verbringen erhebliche Teile ihrer Arbeitszeit mit administrativen Aufgaben statt mit der unmittelbaren Versorgung von Patienten. Digitalisierung kann deshalb dazu beitragen, Informationsflüsse zu verbessern, Dokumentationsaufwand zu reduzieren, Doppeluntersuchungen zu vermeiden und Fachkräfte von Routinetätigkeiten zu entlasten.

Elektronische Patientenakten, digitale Verordnungen, interoperable Informationssysteme, Telemedizin, Telemonitoring und automatisierte Verwaltungsprozesse können Behandlungsabläufe beschleunigen und die sektorenübergreifende Versorgung verbessern.

Die elektronische Patientenakte (ePA) ist dafür ein zentrales Instrument. Sie kann relevante Informationen wie Befunde, Arztbriefe, Medikationsdaten und Laborergebnisse sektorenübergreifend verfügbar machen und damit Informationsverluste an den Schnittstellen zwischen ambulanter, stationärer und pflegerischer Versorgung reduzieren. Seit dem 1. Oktober 2025 sind Praxen, Krankenhäuser und Apotheken bundesweit verpflichtet, die ePA zu nutzen. Damit die ePA ihr Potenzial entfalten kann, müssen Interoperabilität, Datenqualität, Prozessintegration und Nutzerfreundlichkeit konsequent verbessert werden. Die Akte darf nicht nur rechtlich eingeführt sein; sie muss technisch nahtlos in die Primärsysteme der Leistungserbringer integriert und für den Versorgungsalltag nutzerfreundlich ausgestaltet werden.

Auch digitale Assistenzsysteme und KI-Anwendungen können dazu beitragen, Fachkräfte von Routinetätigkeiten zu entlasten. Telemedizinische Angebote können insbesondere im ländlichen Raum einen wichtigen Beitrag zur Sicherung der Versorgung leisten. Telemonitoring eröffnet zudem die Möglichkeit, chronisch kranke Menschen engmaschiger zu betreuen und therapeutische Maßnahmen früher einzuleiten.

Gesundheitsdaten verantwortungsvoll nutzbar machen

Die Pandemie hat gezeigt, wie wichtig leistungsfähige Gesundheitsforschung und eine schnelle Nutzung von Daten für Forschung und Versorgung sein können. Gesundheitsdaten

¹ Ausführlichere Positionen zur Digitalisierung im Gesundheitssektor finden sich in einem gesonderten DIHK-Positionspapier: [Digitalisierung im Gesundheitssektor - DIHK Positionierung](#).

sind eine zentrale Voraussetzung für Diagnostik, personalisierte Medizin, Versorgungssteuerung, Gesundheitsforschung, KI-Anwendungen und die Entwicklung neuer Therapien.

Deutschland verfügt über leistungsfähige Unternehmen in Digital Health, Medizintechnik, KI, Biotechnologie und Gesundheits-IT. Diese können ihre Potenziale jedoch nur nutzen, wenn für sie rechtssichere Zugänge zu anonymisierten oder pseudonymisierten Gesundheitsdaten, interoperable Standards und praxistaugliche Genehmigungsverfahren bestehen.

Datenschutz und Datennutzung dürfen nicht gegeneinander ausgespielt werden. Bürger müssen die Hoheit über ihre Daten behalten; zugleich brauchen Versorgung, Forschung und Innovation klare rechtliche Rahmenbedingungen für eine verantwortungsvolle Nutzung. Uneinheitliche Datenschutzinterpretationen, komplexe Genehmigungsprozesse, zersplitterte Zuständigkeiten und fehlende technische Standards erschweren insbesondere Start-ups, KMU, Forschungseinrichtungen und forschenden Unternehmen die Entwicklung innovativer Lösungen. Unternehmen in Deutschland müssen so häufig auf Gesundheitsforschungsdaten aus anderen Ländern zurückgreifen, um digitale Anwendungen weiterzuentwickeln, KI-Systeme zu trainieren oder medizinische Produkte zu verbessern. Dadurch gehen Innovationspotenziale und Wertschöpfung verloren.

Neben rechtlichen Hürden bestehen erhebliche technische Defizite beim Datenaustausch. Gesundheitsdaten werden häufig in unterschiedlichen Formaten gespeichert und können zwischen Krankenhäusern, Arztpraxen, Pflegeeinrichtungen, Rehabilitationseinrichtungen, Forschungseinrichtungen und Unternehmen nur eingeschränkt gemeinsam genutzt werden. Fehlende Interoperabilität verhindert damit nicht nur eine bessere Versorgung, sondern erschwert auch Forschung, Innovation und die Entwicklung datenbasierter Geschäftsmodelle. Gemeinsame Standards und funktionierende Schnittstellen sind daher eine zentrale Voraussetzung für die digitale Transformation des Gesundheitswesens.

Der europäische Gesundheitsdatenraum bietet die Chance, einen grenzüberschreitenden Zugang zu Gesundheitsdaten zu ermöglichen und so die Wettbewerbsfähigkeit des europäischen Gesundheitsstandorts zu stärken.

KI und digitale Innovation rechtssicher ermöglichen

Künstliche Intelligenz kann Ärzte bei Diagnostik und Therapieentscheidungen unterstützen, seltene Erkrankungen schneller erkennen, Dokumentationsaufgaben automatisieren und große Datenmengen auswerten. Auch bei Telemonitoring, automatisierter Dokumentation, Codierung, Abrechnung sowie Termin- und Ressourcensteuerung bestehen erhebliche Produktivitätspotenziale. Damit KI-Anwendungen verantwortungsvoll eingesetzt werden können, braucht es klare rechtliche Rahmenbedingungen, verlässliche Haftungsregeln, hochwertige Gesundheitsdaten und schnelle, transparente Zulassungs- und Erstattungsverfahren. Insbesondere Start-ups und kleine sowie mittlere Unternehmen stoßen hier bislang auf hohe Markteintrittsbarrieren.

Neue digitale Lösungen sollten unter realitätsnahen Bedingungen erprobt werden können. Reallabore, regulatorische Sandboxes und beschleunigte Verfahren können dazu beitragen, digitale Innovationen unter realitätsnahen Bedingungen zu erproben, Risiken frühzeitig zu

identifizieren und erfolgreiche Innovationen schneller in die Versorgung zu überführen. Eine stärkere Koordinierung regulatorischer Anforderungen auf Bundes- und EU-Ebene würde die Planungssicherheit für Unternehmen erhöhen.

DIHK-Position:

Deutschland braucht ein digital vernetztes Gesundheitswesen, das Bürokratie abbaut, Fachkräfte entlastet und Versorgung verbessert. ePA, Telemedizin, Telemonitoring, digitale Verordnungen und interoperable Systeme müssen praxistauglich umgesetzt werden. Gesundheitsdaten sollten für Versorgung, Forschung und Innovation rechtssicher nutzbar sein. Datenschutz und Datennutzung sind gemeinsam zu denken. KI-Anwendungen und digitale Innovationen benötigen klare Haftungsregeln, transparente Anforderungen, schnelle Zulassungs- und Erstattungsverfahren sowie Reallabore und regulatorische Erprobungsräume.

6. Versorgungsstrukturen regional, sektorenübergreifend und bedarfsgerecht organisieren

Versorgung sektorenübergreifend gestalten

Ambulante, stationäre, rehabilitative und pflegerische Versorgung werden heute vielfach getrennt geplant, finanziert und organisiert. Die Regierungskommission zur Krankenhausreform hat darauf hingewiesen, dass die sektorale Trennung im deutschen Gesundheitswesen im internationalen Vergleich besonders ausgeprägt ist. Diese Sektortrennung führt zu Doppelstrukturen, Schnittstellenproblemen, Informationsverlusten und einer ineffizienten Nutzung knapper personeller und finanzieller Ressourcen. Knappe Fachkräfte werden parallel in unterschiedlichen Versorgungseinrichtungen vorgehalten werden, während gleichzeitig regionale Versorgungslücken bestehen. Diese können dazu führen, dass Diagnosen, Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen später erfolgen und krankheitsbedingte Ausfälle länger andauern.

Die getrennte Planung von Krankenhausversorgung, ambulanter Versorgung, Rehabilitation und Pflege sollte schrittweise zu einer integrierten regionalen Versorgungsplanung weiterentwickelt werden. Ziel muss sein, Versorgungskapazitäten regional und sektorenübergreifend so zu organisieren, dass Versorgungslücken geschlossen, Doppelstrukturen abgebaut und Fachkräfte effizient eingesetzt werden. Telemedizinische Angebote und digitale Versorgungsformen sollten dabei systematisch einbezogen werden.

Versorgung in ländlichen Regionen sichern

Eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung in allen Regionen Deutschlands ist ein wichtiger Bestandteil gleichwertiger Lebensverhältnisse und zugleich ein bedeutender Standortfaktor für die Wirtschaft. Gerade in ländlichen und strukturschwächeren Regionen beeinflusst die Verfügbarkeit von Hausärzten, Fachärzten, Krankenhäusern, Rehabilitations- und Pflegeangeboten nicht nur die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung, sondern auch die Attraktivität eines Standorts für Fachkräfte, Unternehmen und Investitionen. Versorgungslücken

können die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten beeinträchtigen, krankheitsbedingte Ausfallzeiten verlängern und die Fachkräftesicherung zusätzlich erschweren.

Gleichzeitig stehen viele ländliche Regionen vor besonderen Herausforderungen. Demografischer Wandel, Fachkräftemangel und eine teilweise unzureichende Nachbesetzung von Arztpraxen erschweren die Sicherstellung einer wohnortnahen Versorgung. Künftige Reformen sollten daher nicht allein auf einzelne Versorgungssektoren, sondern stärker auf die tatsächlichen Bedarfe vor Ort ausgerichtet werden. Erforderlich sind flexible und regionale Versorgungskonzepte, die ambulante, stationäre, rehabilitative, pflegerische und digitale Angebote miteinander verknüpfen und knappe personelle Ressourcen möglichst effizient einsetzen.

Eine moderne Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum setzt zudem leistungsfähige digitale Infrastrukturen, eine gute Verkehrsanbindung sowie ausreichend Fachkräfte voraus. Gesundheitsversorgung sollte deshalb stärker als Teil einer integrierten Regional- und Fachkräftestrategie verstanden werden. Wo es gelingt, medizinische Versorgung, Digitalisierung, Mobilität und Fachkräftesicherung gemeinsam zu denken, steigen sowohl die Lebensqualität als auch die wirtschaftliche Entwicklungsperspektive der Regionen.

Patienten besser steuern

Das deutsche Gesundheitswesen bietet Patienten einen vergleichsweise direkten Zugang zu zahlreichen Versorgungsangeboten. Gleichzeitig fehlen häufig wirksame Mechanismen, um Patienten zielgerichtet durch das Versorgungssystem zu führen. Hausärzte, Fachärzte, Krankenhäuser, Notaufnahmen, Bereitschaftsdienste, Rehabilitationseinrichtungen und digitale Angebote stehen häufig nebeneinander, ohne ausreichend miteinander verknüpft zu sein. Die Folge sind Mehrfachuntersuchungen, unnötige Facharztkontakte, lange Wartezeiten und eine vermeidbare Inanspruchnahme von Notaufnahmen und Krankenhausleistungen. Zugleich werden teure Facharztkapazitäten für Fälle gebunden, die auch auf einer niedrigeren Versorgungsstufe behandelt werden könnten.

Knappe personelle und finanzielle Ressourcen können nur dann optimal eingesetzt werden, wenn Patienten möglichst früh im richtigen Versorgungsbereich behandelt werden. Digitale Ersteinschätzungen, strukturierte Zugangswege und eine stärkere hausärztliche Lotsenfunktion können dazu beitragen, Patienten schneller in den richtigen Versorgungsbereich zu führen, Wartezeiten zu verkürzen und Facharzt- sowie Krankenhauskapazitäten gezielter einzusetzen. Voraussetzung hierfür ist eine ausreichende hausärztliche Versorgung.

Telemedizin ausbauen

Die Sicherstellung einer wohnortnahen medizinischen Versorgung insbesondere in ländlichen Regionen und strukturschwachen Gebieten wird angesichts des demografischen Wandels und des zunehmenden Fachkräftemangels immer anspruchsvoller. Telemedizin kann dazu beitragen, regionale Versorgungsunterschiede zu verringern und den Zugang zu medizinischer Expertise auch dort zu ermöglichen, wo bestimmte Fachrichtungen oder spezialisierte Angebote vor Ort nur eingeschränkt verfügbar sind. Videosprechstunden, Telekonsile, Telemonitoring und digitale Nachsorgeangebote können Wegezeiten reduzieren, unnötige Arztbesuche vermeiden und die Versorgung bei knappen personellen Ressourcen. Dies kommt

nicht nur den Patienten zugute, sondern kann auch krankheitsbedingte Ausfallzeiten verkürzen und die Beschäftigungsfähigkeit insbesondere in strukturschwächeren Regionen stärken.

Damit Telemedizin ihr Potenzial entfalten kann, braucht es eine leistungsfähige digitale Infrastruktur, interoperable Systeme, rechtssichere Vergütungsregelungen sowie klare Verantwortlichkeiten und Kompetenzregelungen. Telemedizin ersetzt nicht jede persönliche Untersuchung, sollte aber als gleichwertiger Bestandteil moderner Versorgung dort eingesetzt werden, wo sie medizinisch sinnvoll und wirtschaftlich effizient ist.

Betriebliche Gesundheitsprävention stärken

Auch die Gesundheitsprävention in den Betrieben sollte stärker in die Gesundheitsversorgung eingebunden werden. Unternehmen leisten wichtige Beiträge zur Gesundheit ihrer Beschäftigten durch betriebliches Gesundheitsmanagement, arbeitsmedizinische Betreuung, Präventionsangebote und Wiedereingliederungsmaßnahmen. Diese Strukturen sollten besser mit Krankenkassen, Rehabilitation, Arbeitsmedizin und weiteren Gesundheitsakteuren verzahnt werden. Gerade kleine und mittlere Unternehmen brauchen klare Ansprechpartner, weniger Bürokratie und leichteren Zugang zu Unterstützungsangeboten.

Eine besondere Rolle kommt den betriebsärztlichen Strukturen in den Unternehmen zu. Betriebsärzte können einen wichtigen Beitrag zur Prävention, Gesundheitsförderung, Früherkennung gesundheitlicher Risiken sowie zur beruflichen Wiedereingliederung leisten. Ihre stärkere Einbindung in Präventions- und Versorgungsstrategien kann helfen, Gesundheitsprobleme frühzeitig zu erkennen und die Beschäftigungsfähigkeit langfristig zu erhalten.

Die betriebsärztliche Versorgung steht selbst zunehmend unter Fachkräftedruck. Gerade kleine und mittlere Unternehmen haben häufig Schwierigkeiten, ausreichende betriebsärztliche Betreuung sicherzustellen. Eine nachhaltige Stärkung der Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung setzt deshalb auch voraus, die arbeitsmedizinischen Kapazitäten auszubauen, den Nachwuchs für die Arbeitsmedizin zu sichern und den Zugang zu betriebsärztlichen Leistungen zu erleichtern.

Die IHK-Organisation unterstützt Unternehmen dabei, Gesundheitsförderung und Betriebliches Gesundheitsmanagement als Bestandteil einer modernen Fachkräftestrategie zu etablieren. Sie informiert über gute Praxisbeispiele, Qualifizierungsangebote und Unterstützungsstrukturen und fungiert als Vermittlerin zwischen Unternehmen, Krankenkassen, Gesundheitsdienstleistern und weiteren Akteuren. Gerade für kleine und mittlere Unternehmen können die IHKs dazu beitragen, geeignete Präventions- und Gesundheitsangebote leichter zu identifizieren und bestehende Unterstützungsstrukturen besser zu nutzen.

DIHK-Position:

Versorgung sollte regional, sektorenübergreifend und bedarfsorientiert organisiert werden. Patientensteuerung, Telemedizin, Telemonitoring und digitale Versorgungsformen müssen reguläre Bestandteile moderner Versorgung werden. Betriebliche Gesundheitsförderung, Arbeitsmedizin, Rehabilitation und die Angebote der gesetzlichen Krankenversicherung sollten stärker miteinander verzahnt werden, um Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten,

krankheitsbedingte Ausfälle zu reduzieren und Fachkräfte zu sichern. Voraussetzung hierfür sind ausreichend betriebsärztliche Kapazitäten. Die Arbeitsmedizin sollte daher durch eine stärkere Nachwuchsgewinnung, attraktive Weiterbildungswege und flexible Versorgungsmodelle gestärkt werden. Die IHK-Organisation kann dabei als Vermittlerin, Informationsplattform und Partner für den Wissenstransfer zwischen Unternehmen und Gesundheitsakteuren einen wichtigen Beitrag leisten.

Fazit

Die Stabilität des Gesundheitssystems wird nicht durch dauerhaft höhere Beiträge, pauschale Vergütungskürzungen oder immer neue Regulierungen erreicht. Entscheidend ist eine Reformagenda, die Produktivitätsreserven hebt, Innovationen ermöglicht, Fehlanreize abbaut und vorhandene Ressourcen wirksamer einsetzt.

Deutschland braucht ein Gesundheitswesen, das medizinischen Fortschritt ermöglicht, Fachkräfte entlastet und zugleich die Belastung von Unternehmen und Beschäftigten begrenzt. Maßstab aller Reformschritte muss sein, die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens zu sichern, ohne die Lohnzusatzkosten weiter zu belasten.