

66 Empfehlungen für die Beitragsstabilität der GKV

Statt Strukturreform doch nur Turbosparliste

Ende März war es endlich so weit und die Blaupause für die kommende Kosteneinsparrunde in der gesetzlichen Krankenversicherung geliefert. Die FinanzKommission Gesundheit veröffentlichte die von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken seit Monaten angekündigten Reformempfehlungen zur Stabilisierung der Krankenkassenbeiträge.

Mit 66 Vorschlägen zur Kostenreduktion und Einnahmenverbesserung wollen die zehn von der Ministerin berufenen professoralen Expertinnen und Experten die Rückkehr zu der geforderten einnahmenorientierten Ausgabenpolitik erreichen und so den Grundsatz der Beitragsstabilität stärken. Damit war der Startschuss zu einer bemerkenswerten Gesetzesrallye im April gegeben.

Viel Zeit ließ man den Betroffenen samt den Verbänden nicht, die 66 Vorschläge der FinanzKommission Gesundheit (FKG) zu analysieren. Insbesondere die von den Kürzungsvorschlägen stark belastete Vertragsärzteschaft stand vor der unangenehmen Situation, dass die einzelnen Fachgruppen unterschiedlich stark betroffen waren. Teile und herrsche at its best! Keine zwei Wochen später folgte bereits der erste Referentenentwurf namens Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung, kurz GKV-BStabG. Diesmal ließ man Betroffenen respektive deren Verbänden sogar nur drei Tage, natürlich inklusive Wochenende, um das komplexe Regelungsdickicht zu durchdringen samt Formulierung von Bedenken und Verbesserungsvorschlägen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wie auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft waren ob dieses Vorgehens so angefressen, dass sie der Anhörung fernblieben und stattdessen eine eigene Pressekonferenz veranstalteten.

Und wie sollte es auch anders sein: Der Referentenentwurf war natürlich nicht identisch mit den 66 Vorschlägen der FKG. 43 Maßnahmen fanden sich im Gesetzesvorschlag wieder. Zwölf davon waren „angepasst“ worden. Hinzu kamen 14 Vorschläge aus dem üblichen Sparbaukasten des Bundesgesundheitsministeriums. Ein prototypisches Beispiel: Die Erhöhung des Kassenabschlages für die Apotheker (entspricht einem Honorarabatt je abgegebenem Arzneimittel), einer der Vorschläge der FKG, soll um 30 Cent auf 2,07 Euro erhöht werden. Aktuell diskutierter Funfact: Weil im Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD versprochen, soll das Apothekerhonorar ab 1. Juli in einem mehrstufigen Verfahren erhöht werden, zuerst um 57 Cent. Ah, ja.

Ende April, und keine vier Wochen nach der Vorstellung der Reformempfehlungen der FKG, verabschiedete das Bundeskabinett bereits besagten Gesetzentwurf. Angesichts der sonstigen politischen Handlungsschnelligkeit eine bemerkenswerte kurze Zeit. Das Signal: Wir können Reform. Und die Hatz geht weiter, soll doch das GKV-BStabG noch vor der Sommerpause als Gesetz verabschiedet werden.

Und weil die Bundesregierung schon mal so gut in Schwung war, verabschiedete sie im April in einer Hauruckaktion auch noch die Notfallreform. Dieses Relikt aus Zeiten von Ex-Gesundheitsminister Karl

Lauterbach war damals noch im Kontext der Krankenhausreform „gedacht“. In der gegebenen Situation wirkt der überarbeitete Gesetzentwurf jedenfalls wie aufgepfropft und wenig bis gar nicht mit den Konsequenzen der Einsparungsmaßnahmen des GKV-BStabG abgestimmt. Für die Leistungserbringer in der ambulanten und stationären Versorgung bedeutet dieser Gesetzesvorschlag mit seinen vielzähligen zusätzlichen Regelungen eine weitere Steigerung der bereits durch das GKV-BStabG induzierten Veränderungskomplexität.

Feuer mit Feuer bekämpfen

Ob dieser ungewohnten politischen Entscheidungsgeschwindigkeit der Regierung zeigte sich der Bundeskanzler entsprechend enthusiastisch und verkündete: „Diese Reform der Krankenversicherung stellt eine der größten Sozialstaatsreformen der letzten Jahrzehnte dar.“ Zur Zufriedenheit der Regierungspolitiker hat insbesondere das Timing der drei fast gleichzeitig vom Stapel gelassenen „Reformen“ – 66 Vorschläge der FKG, GKV-BStabG und Notfallreform – beigetragen. Denn im „Markt“ wirkten diese wie Feuer und Gegenfeuer. Entsprechend überlagerten sich die Analysen samt Reaktionen für die betroffenen Marktteilnehmer und nur wenige erzeugten einen „wahrnehmbaren“ Widerhall in der Öffentlichkeit. Was wiederum der Bundesgesundheitsminister

terin sehr zupass kam. O-Ton Nina Warken nach der Vorstellung des Gesetzesvorschlages: „Es geht um nicht weniger als die Zukunft dieses Sozialstaates.“ Für ein Gesetz, welches der Beitragssatzstabilität der GKV ab 2027 dienen soll, schien die Ministerin ziemlich hoch ins Phrasenregal gegriffen zu haben.

„Kies“-Grube GKV

Doch genau hier liegt der zweite Grund der koalitionären Eile: Parallel zum GKV-BStabG musste auch der Haushalt 2027 und die mittlere Finanzplanung des Bundes bis 2030 verabschiedet werden. Die von Vizekanzler und Finanzminister Lars Klingbeil (SPD) vorgegeben Prioritäten: Investitionen für Wachstum, grundlegende Strukturreformen auch in sozialen Sicherungssystemen und strikte Haushaltskonsolidierung. Und hier spielt das GKV-BStabG eine durchaus (ge)wichtige Rolle, soll doch nicht nur die für 2027 drohende Finanzlücke in der GKV in Höhe von rund 15,3 Milliarden Euro abgewendet werden, sondern auch die Basis gelegt werden, um bis 2030 gemäß FKG eine auf 63,9 Milliarden steigende Finanzwirkung (Einsparungen plus Einnahmeverbesserungen) zu erzielen. Einmal in Schwung und mit Blick auf Lars Klingbeils Haushaltsvorgaben einigte sich das Kabinett gleich noch auf eine weitere Milliarde und steigerte damit das Einsparvolumen auf 16,3 Milliarden in der GKV für das kommende Jahr.

Um die Mühlsteine zu verstehen, in der das GKV-BStabG und all die damit Betroffenen stecken, ist ein Blick über das Bundesministerium für Gesundheit hinaus notwendig. Am gleichen Tag hatte die Bundesregierung nämlich auch die Eckwerte für ihren Haushalt beschlossen: 543,3 Milliarden Euro Ausgaben. Die Neuverschuldung beträgt 110,8 Milliarden Euro plus weitere „Haushaltsinjektionen“ aus dem sogenannten Sondervermögen in Höhe von 85,7 Milliarden. Macht summa summarum 196,5 Milliarden Euro neuer Schulden. Den mit Abstand größten Etat hält das Bundesministerium für Arbeit und

Soziales. Dieser überschreitet als größter Etat in 2027 mit 201,2 Milliarden Euro erstmals die 200-Milliarden-Marke. 2030 soll das Budget auf sage und schreibe 233,5 Milliarden steigen. Zweitgrößter Etat ist der Verteidigungshaushalt, der von 82,7 auf 105,8 Milliarden klettert. Bis 2030 soll er dann 179,9 Milliarden erreichen. Drittgrößter Etatposten sind bereits die Zahlungen für Zinsen, für die in 2027 42,7 Milliarden fällig werden. Auch hier Tendenz massiv steigend, denn für 2030 sind bereits 78,7 Milliarden eingeplant.

Der traurige Rest

Die verbliebenen 193,6 Milliarden des Bundeshaushaltes verteilen sich auf die restlichen 14 Ministerien – und erreichen mit 36 Prozent am Gesamthaushalt noch nicht einmal die Höhe des für Arbeit und Soziales aufgewendeten Etatanteils. Der beträgt nämlich 37 Prozent.

Etat des BMG sinkt dramatisch

Bei solchen Konstellationen wundert es nicht mehr, dass der Etat des Bundesgesundheitsministeriums um 5,2 Milliarden auf 16,571 Milliarden Euro sinken soll. Und

nun der Knaller und ein erneuter Griff in die Beitragskasse: Der sogenannte Bundeszuschuss als Ausgleich für die sogenannten versicherungsfremden Leistungen in der GKV in Höhe von 14,5 Milliarden soll statt zu steigen ebenfalls gekürzt werden. Nun heißt es im Gesetzentwurf: „Aufgrund der notwendigen Haushaltskonsolidierung des Bundes ist eine Reduktion des Bundeszuschusses für die GKV ab dem Jahr 2027 um zwei Milliarden Euro erforderlich.“ Damit beträgt die von der GKV einzuspargende Summe bereits 18,3 Milliarden Euro. Genauer: die von den Beitragszahlern, Arbeitgebern und Leistungserbringern, zu denen auch die Hersteller gezählt werden, aufgebracht bzw. eingespart werden müssen.

In den vergangenen Monaten klang dieses noch ganz anders. Abgesehen von der anhängigen Klage der Kassen gegen den Bund auf volle Abgeltung der GKV-Kosten für die Bürgergeldbeziehenden forderte und verhandelte (?) Nina Warken für einen um 12 Milliarden auf 26,5 Milliarden erhöhten Bundeszuschuss. Die 12 Milliarden waren auch seitens der FKG als höchster Einzelposten der Maßnahmen zur Einnahmeverbesserung eingeplant.

Nr.	Maßnahmen Einnahmen	Finanzwirkung 2027	Finanzwirkung 2030
60	Abschaffung beitragsfreie Ehegattenversicherung	3,5 Mrd €	3,1 Mrd €
61	Anpassung Beitragssatz für gewerbliche Arbeitgeber geringfügig Beschäftigter	1,3 Mrd €	1,3 Mrd €
62	Finanzierung der Beiträge von Bürgergeldbeziehenden in der GKV	12,0 Mrd €	12,0 Mrd €
63	Dynamisierung des Bundeszuschusses	0,5 Mrd €	2,6 Mrd €
64	Erhöhung der Tabaksteuer	1,2 Mrd €	3,8 Mrd €
65	Erhöhung der Alkoholsteuer auf Spirituosen	0,6 Mrd €	1,2 Mrd €
66	Einführung einer gestaffelten Steuer auf zuckergesüßte Erfrischungsgetränke	0,1 Mrd €	0,5 Mrd €
Gesamt		19,2 Mrd €	24,5 Mrd €

Die Finanzwirkung der Vorschläge der Finanzkommission Gesundheit zur Verbesserung der Einnahmensituation der GKV sind mit dem aktuellen Gesetzentwurf für das GKV-BStabG bereits Makulatur. Nur die Maßnahmen Nr. 60 und 61 entfalten noch die geplante Finanzwirkung. Sie werden ja auch von den Beitragszahlenden (Versicherte und Arbeitnehmer) finanziert.

Egal wie, Stand Anfang Mai bleiben auf der Einnahmenseite nur die Maßnahme Nr. 60 Abschaffung der beitragsfreien Ehegattenversicherung sowie die Maßnahme Nr. 61 Anpassung des Beitragsatzes für gewerbliche Arbeitgeber geringfügig Beschäftigter erhalten.

Da klingt es wie Hohn, wenn sich der Finanzminister öffentlichkeitswirksam lobt, weil er „weitere“ 250 Millionen Euro als Einstieg in die Finanzierung der Gesundheitskosten von Bürgergeldempfängern geplant habe. Die Vorschläge der FKG zur Erhöhung der Steuern auf Spirituosen und Tabak finden sich in den Zahlen des Gesetzentwurfes übrigens nicht. In Anbetracht der Höhe der Finanzwirkung und der chronischen Finanznot im Bundeshaushalt wundert dies nicht. Lediglich auf die Einführung einer Abgabe auf zuckerhal-

tige Getränke mit einer Finanzwirkung in Höhe von 500 Millionen wird in dem Gesetzentwurf hingewiesen. Diese soll in einem weiteren Gesetz geregelt werden und ebenfalls ab 2027 wirksam werden. Zu hoffen bleibt, dass diese Einnahmen dem Vorschlag der FKG folgend dann auch dem Gesundheitsfond zur Präventionsfinanzierung zur Verfügung gestellt werden.

Nota bene: Besagte 14 Bundesministerien sollen noch bis Mitte Mai weitere Kosteneinsparungsvorschläge in Milliardenhöhe liefern.

Den ganzen Aufwand von 66 Maßnahmen für die ministerielle Vorgabe an die FKG – stabile GKV-Beiträge auf Höhe des 2026er Beitragssatzes inkl. Zusatzbeitrag für 2027 bis 2030 und Rückkehr zu einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik –

hätte man sparen können, wenn man sich an der finanziellen Dreistigkeit von Lars Klingbeil ein Beispiel genommen hätte. Warum nicht einfach die vom Bundesgesundheitsministerium und der Fachkommission kalkulierten GKV-Deckungslücken in Höhe von 15,3 Milliarden in 2027 und auf 40,4 Milliarden Euro steigend in 2030 ebenfalls via Arbeitseinkommen finanzieren zu lassen. Dies hatte einer mittleren jährlichen Mehrbelastung für Arbeitgeber und Arbeitnehmer in Höhe von 260 Euro in 2027 und 680 Euro in 2030 entsprochen, entsprechend monatlich 22 Euro und 60 Euro – Ironie aus.

Hätte, hätte, Fahrradkette

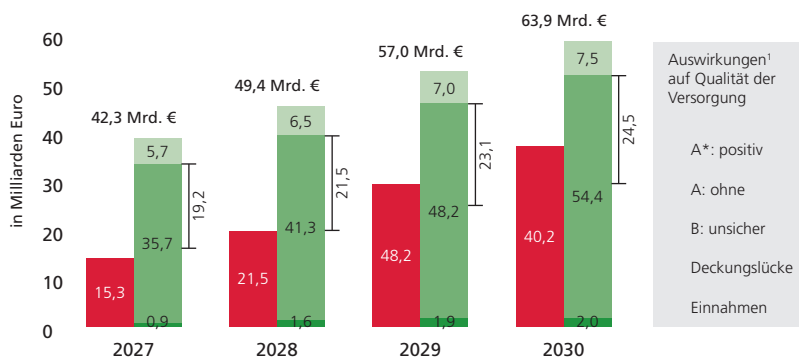
Oder eine andere naheliegende Möglichkeit. Würde der Bund tatsächlich seinen (gesetzlichen) Verpflichtungen aus den der GKV aufgebürdeten versicherungsfremden Leistungen nachkommen (und sich einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik befleißigen), wären sogar „echte“ Strukturreformen möglich gewesen. Stattdessen führt der Weg nun über ein knallhartes Kosteneinsparungsgesetz zulasten der Leistungserbringer und der Patienten zu stabilen GKV-Beiträgen.

Aber daran glaubten selbst die zehn professoralen Expertinnen und Experten unterschiedlicher Fachdisziplinen nicht und entwickelten einen interessanten methodischen Ansatz für ihre 66 Vorschläge. Mittels Kostentreiberanalyse der jeweiligen GKV-Ausgabenbereiche (Segmente) und Einbeziehung der Stakeholder im Gesundheitswesen, von denen über 1.700 Vorschläge eingereicht wurden, wurden letztlich 59 Vorschläge zu Kostensenkungen und sieben zu Einnahmeverbesserungen ermittelt. Zudem wurden die einzelnen Maßnahmen im Hinblick auf die möglichen Auswirkungen kategorisiert:

- Kategorie A*: Maßnahmen können die Versorgung verbessern
 - 6 Vorschläge
 - Finanzwirkung: 2027 1 Milliarde, 2030 2 Milliarden Euro/Jahr

Die 66 Empfehlungen der FinanzKommission Gesundheit

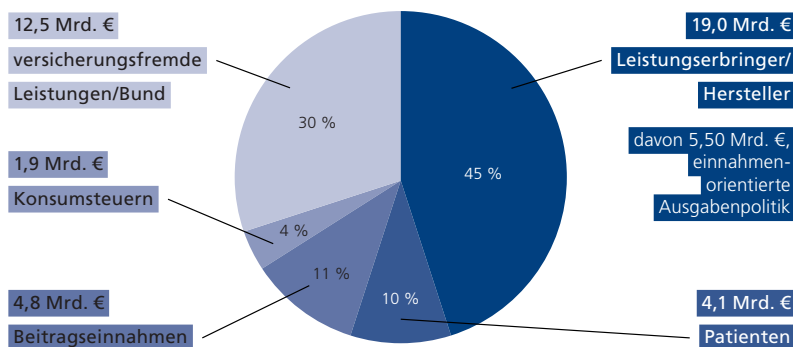
Finanzwirkung nach Kategorien



¹zusätzlich relevante Dimensionen: Zugang zur Versorgung, Förderung der Eigenverantwortung, Verteilungsgerechtigkeit

Verteilung der Belastung auf viele Schultern

Einsparvolumen 2027 nach Quelle



- Kategorie A: keine erwartbaren Auswirkungen auf die Versorgung
 - 39 Vorschläge
 - Finanzwirkung: 2027 21,3 Milliarden, 2030 41,2 Milliarden Euro/Jahr
- Kategorie B: mit unsicheren oder potenziell negativen Auswirkungen auf die Versorgung
 - 14 Vorschläge
 - Finanzwirkung: 2027 5,7 Milliarden, 2030 7,6 Milliarden Euro/Jahr
- Einnahmen
 - 7 Vorschläge
 - Finanzwirkung: 2027 19,9 Milliarden, 2030 24,5 Milliarden Euro/Jahr
- 1,3 Mrd. Einsparvolumen durch Streichung der TSVG-Vergütungen (v. a. Fach.)
- 240 Millionen durch Aussetzen des Hautkrebscreenings (v. a. Derm., Haus.)
- 100 bis 200 Millionen durch Einschränkung des Check-up 35 (v. a. Gyn., Haus.)
- 600 Millionen durch Entfall der Vergütung für die ePA-Erstbefüllung (alle)
- 40 Millionen durch Entfall der Homöopathievergütung (Haus.)
- 60 Millionen durch Entfall der Organspendeberatung (Haus.)

Die vollständige Auflistung sämtlicher 66 Maßnahmen und Ihre jeweilige Finanzwirkung würden diesen Bericht sprengen, Sie finden diese als Tabelle auf der Website des Bundesgesundheitsministeriums im Managementsummary aufgelistet:



Der 483 Seiten starke Bericht Teil 1 der FinanzKommissionGesundheit zur Stabilisierung der Beitragssätze in der GKV ab dem Jahr 2027 bis 2030 findet sich ebenda:



Leistungserbringer sehr unterschiedlich belastet

Wie zu erwarten war, treffen die Einsparungen neben den Patienten insbesondere die Leistungserbringer. Und auch hier ist die Belastung nicht gleichmäßig verteilt. Am stärksten sind die Kliniken und die niedergelassenen Vertragsärzte, diese wiederum je nach Fachgruppe unterschiedlich betroffen. Als Beispiel sei die ambulante vertragsärztliche Versorgung aufgeführt, die gemäß einer aktuellen Wirkungsanalyse in 2027 besonders unter folgenden Maßnahmen zu leiden hätte:

- 5,5 Milliarden Einsparvolumen durch Begrenzung des Orientierungswertes auf die Grundlohnrate minus 1 Prozent (alle, inkl. Zahnmedizin)

Für die Zahnmedizin hatte die FKG zwei Maßnahmen vorgeschlagen, allerdings mit skurriler Kategorisierung. So soll die Maßnahme Nr. 22 „Rücknahme der Erhöhung der Festzuschüsse für Zahnersatz“ mit 0,6 Milliarden Finanzwirkung in 2027 und 2030 bringen. Diese ist in Gruppe B kategorisiert, also mit unsicheren oder potenziell negativen Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung. Ganz anders Maßnahme Nr. 23 „Begrenzung von potenzieller Über- und Fehlversorgung in der kieferorthopädischen Versorgung“. Hier erwartet die FKG sogar positive Auswirkungen auf die Versorgung, wenn Geld gespart wird. Die Finanzwirkung ist mit 0,1 Milliarden in 2027, die auf 0,2 Milliarden im Jahr 2030 steigen soll, kalkuliert. Sachlogisch erschließen sich beide Begründungen nicht.

Soweit einige wenige Beispiele zu den vorgeschlagenen Einsparungen der FKG. An dieser Stelle sei noch auf den kumulativen Effekt einzelner Maßnahmen hingewiesen. Gemäß Berechnungen der FKG soll sich die Finanzwirkung der Maßnahme Nr.1 „Globale Begrenzung der Vergütungsanstiege“ von 5,5 Milliarden in 2027 auf 16,6 Milliarden in 2030 erhöhen.

Es wird sich zeigen, inwieweit der Gesetzesentwurf für das GKV-BStabG die parlamentarischen Beratungen übersteht. Jedenfalls verteidigt Bundesgesundheitsministerin Nina Warken ihr Sparkonzept ernsthaft als sozial ausgewogen. Allerdings: „Wie soll

ich sagen: Mir wäre eine andere Lösung natürlich auch lieber gewesen.“

Dass die massiven Sparmaßnahmen ohne Qualitätsverlust, insbesondere bei den Vertragsärzten, aber auch bei den Vertragszahnärzten, bleiben werden, kann man getrost ins Reich der Märchen verweisen. Genauso wie die Vorstellung, dass all diese Maßnahmen ohne Auswirkungen auf die Versorgungsdichte bleiben werden. Junge Mediziner wie Zahnmediziner werden sich eine Niederlassung zweimal mehr überlegen, und über 60-Jährige, ob sie unter diesen Bedingungen ihre Praxen überhaupt noch weiterführen wollen.

Als Sieger fühlen kann sich nur einer: Bundesfinanzminister Lars Klingbeil, der die schöne Welt der FKG-Einnahmenverbesserung vaporisiert hat. Und der es schaffte, sogar zwei Milliarden zusätzlich aus dem bisherigen Bundeszuschuss zu streichen. Das ist nichts anderes als die Steigerung der schon unverschämten Plünderung der beitragsfinanzierten Krankenkassen.

Frau Warken kann man bei der Suche nach weiteren, sozial ausgewogenen Einsparungsmöglichkeiten, um die zusätzliche Milliarde einzusparen, nur viel Fortune wünschen. Die dadurch noch länger werdenden Bremsspuren tauchen allerdings nicht bei den Kassen auf, sondern in den Bilanzen der Hersteller, Krankenhäuser, der niedergelassenen Leistungsträger und auch der Patienten. Bevor auf die eh schon stark belasteten Leistungserbringer wie auch Versicherten weiter aufgesattelt wird, müssten die bis dato wenig oder noch gar nicht belasteten Gruppen in Betracht gezogen werden. Was zur nächsten Frage führt: Welche Gruppe wurde bis dato gar nicht oder nur wenig belastet? Der pharmazeutische Großhandel und die gesetzlichen Krankenkassen.

Mal schauen, wie lange es dauern wird, bis die Forderung nach Reduktion der Krankenkassenanzahl richtig laut werden wird.

Dr. med. Uwe Axel Richter