



Analyse des GKV-FinStG

Eine finstere Angelegenheit

Man kann nicht behaupten, dass die Mitarbeiter des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) nicht rührig oder nicht pfiffig sind. Aber vielleicht sind sie auch mit schrägem Humor ausgestattet. Es dürfte kein Zufall sein, dass in der seitens des BMG gewählten Abkürzung für den bei Abfassung dieses Beitrags als Gesetzentwurf vom 05.08.2022 (BR-Drs. 366/22) vorliegenden, relativ bescheidene 76 Seiten umfassenden „Gesetz zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz) die Abkürzung „GKV-FinStG“ gewählt wurde und darin bei unbefangener Lektüre das Wort „finster“ angedeutet wird.

„Finstern“ eignet sich durchaus als Charakterisierung der Ambitionen des GKV-FinStG. Noch selten wurde so unverhohlen seitens des Gesetzgebers der Versuch gemacht, den ambulanten zugunsten des stationären Sektors zu benachteiligen. Unter anderem deshalb ist das GKV-FinStG einer näheren Betrachtung wert.

Viele Eckpunkte des GKV-FinStG sind bereits bekannt und als Aufreger schon auf der Basis der Referentenentwürfe diskutiert worden. Bei den Ärzten ist es vor allem die Re-Budgetierung der durch das Terminservice-Versorgungsgesetz (TSVG) entbudgetierten Neupatienten. Erwartet werden dadurch Minderausgaben „in einem mittleren dreistelligen Millionenbetrag“ (BR-Drs. 366/22, S. 5, 22).

Bei den Zahnärzten geht es um die Begrenzung des Anstiegs der Punktwerte (außer für Zahnersatz) für das Jahr 2023 auf höchstens um die um 0,75 Prozentpunkte und für das Jahr 2024 höchstens um die um 1,5 Prozentpunkte verminderte Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einkommen im jeweiligen Jahr (§ 85 Abs. 2d SGB V-E) und zugleich die Begrenzung der Veränderungsrate der zahnärztlichen Gesamtvergütung für das Jahr 2023 auf höchstens um die um 0,75 Prozentpunkte verminderte durchschnittliche Veränderungsrate und für das Jahr 2024 auf höchstens um die um 1,5 Prozentpunkte verminderte durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einkommen

im jeweiligen Jahr (§ 85 Abs. 3a Satz 1 SGB V-E). Erwartet werden dadurch Minderausgaben für das Jahr 2023 in Höhe von rund 120 Millionen Euro und im Jahr 2024 in Höhe von rund 340 Millionen Euro (BR-Drs. 366/22, S. 6, 22). Das sind angesichts von Stand Ende 2020 47.697 Vertragszahnärzten immerhin 2.516 bzw. 7.128 €/Jahr – und das in Zeiten stark steigender Allgemeinkosten für Hygiene, Energie, Gehälter usw.

Nicht unerwähnt bleiben soll, dass die Vergütung für IP-Leistungen nach § 22 SGB V, für Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (§ 23a SGB V) und für bestimmte Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche (§ 26 Abs. 1 Satz 5 SGB V) von der Begrenzung ausgenommen werden sollen (§ 85 Abs. 2c Satz 3 SGB V-E).

Zahnärzte überproportional belastet

Setzt man die Zahl der Vertragszahnärzte zur Zahl der Vertragsärzte (2021 ohne Psychologische Psychotherapeuten: 152.028) in Bezug, dann braucht man keinen Taschenrechner, um zu erkennen, dass die Zahnärzteschaft durch das GKV-FinStG überproportional belastet werden soll.

Große Sparmaßnahmen sind auch für den Arzneimittelbereich vorgesehen. Man erhofft sich davon Milliarden an Minderaus-

gaben. Abgebaut werden soll auch das Finanzpolster der gesetzlichen Krankenkassen.

Für den Krankenhausbereich wird dagegen nur vorgegeben, dass ab dem Jahr 2024 nur noch die Pflegepersonalkosten qualifizierter Pflegekräfte, die in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen eingesetzt sind, im Pflegebudget berücksichtigt werden können. Das ist angesichts des bekannten und sich stetig verschlimmernden Problems, für den Krankenhausbereich überhaupt qualifiziertes Pflegepersonal zu finden, entweder Ausfluss gesetzgeberischer Ignoranz gegenüber den Tatsachen des Pflegebereichs oder aber ein Alibiversuch, um anzudeuten, der Krankenhausbereich müsse im GKV-FinStG irgendwie auch einen Beitrag zur Kostendämpfung leisten.

Im Kern richtig ist die Feststellung des BMG, dass die Ausgabenzuwächse auch während der Corona-Pandemie weiterhin teils deutlich über vier Prozent pro Jahr liegen und „auch in den kommenden Jahren vor allem vom medizinisch-technologischen Fortschritt und der demografischen Alterung sowie steigenden Löhnen insbesondere aufgrund des Fachkräftemangels geprägt sein“ dürften. Diese Lücke würde nach Annahme des BMG zwischen Einnahmen und Ausgaben jedes Jahr zu einem Anstieg des Zusatzbeitragssatzes von 0,2 bis 0,3 Prozentpunkten führen (BR-Drs. 366/22, S. 1, 15).

Eigenbeteiligung wäre ein sinnvolles Instrument

Wie wäre es denn, wenn man wieder über die Dämpfung der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen nachdächte und statt der „Alles umsonst“-Mentalität Eigenbeteiligungen als Steuerinstrumente anpackte? Die Zahnärzteschaft hat es vorgemacht, dass man mit solchen Instrumenten nicht dazu kommt, die „Armen an ihren Zahnlücken“ erkennen zu können, wie der Vorwurf damals gelaute hatte.

Man könnte an vielen Stellen ansetzen, etwa dem flächendeckenden Missbrauch der Notfallversorgung als Tag- und Nachtsprechstunde. Viel Geld ließe sich sparen, würde der Gesetzgeber bei den Dokumentationspflichten eingreifen und diese auch mit Wirkung für die Haftungsrechtsprechung zurückfahren. Dann würde sehr viel Behandlungskapazität frei, die jetzt mit dem Ausfüllen von Formularen und anderem mehr vergeudet wird.

Stückwerk bei der Digitalisierung

Noch mehr ließe sich sparen, wenn es endlich eine einheitliche Konzeption von Digitalisierung im Gesundheitswesen gäbe, mit einheitlicher Datenerfassung und -nutzung. Die bisherigen Ansätze im DVG (Digitale-Versorgung-Gesetz – 2019) und DVPMG (Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz – 2021) sind Stückwerk, dem keine in sich konsistente Vorstellung eines

digitalen Gesundheitswesens zugrunde liegt. Das aktuelle Tohuwabohu um den Konnektorenaustausch für die Telematikinfrastruktur stellt die Kompetenz der entscheidungsbefugten Behörden infrage.

Eine elektronische Patientenakte nützt nur, wenn sie vollständig ist. Opt-out und Opt-in sind kostenträchtige Irrwege, an deren Ende der konkrete Patient zu Schaden kommt. Wenn für den Behandler nicht klar ist, dass die Daten des Patienten aktuell und valide, sprich vollständig sind, führt am üblichen kostenträchtigen und zeitintensiven Diagnosemarathon kein Weg vorbei.

Man sollte meinen, die Probleme mit den Gesundheitsdaten während der Corona-Pandemie hätten auch dem engagiertesten Datenschützer gezeigt, dass Gesundheitsschutz im Zweifel Vorrang haben muss. Dass wir in Deutschland lieber mit Impfen zuwarten, bis wir Studiendaten aus Israel haben, weil die Durchführung solcher Studien in Deutschland am Datenschutz scheiterte, ist ein Armutszeugnis. Dass dieses Zuwarten folgenlos für nicht frühzeitig geimpfte Patienten geblieben ist, können nur die größten Optimisten annehmen.

Es wäre also an der Zeit, zu prüfen:

- Was brauchen wir?
- Was wollen wir?
- Was können wir uns leisten?
- Womit darf die Solidargemeinschaft belastet werden?

Stattdessen wird erneut Stückwerk abgeliefert. Das GKV-FinStG betrifft nur die Jahre 2023 und 2024. Warum nicht mehr? 2025 sind Bundestagswahlen!

Aber in diesem Stückwerk wird der Krankenhausbereich ausgespart. Es ist in den letzten Monaten viel von Ambulantisierung die Rede. Das GKV-FinStG geht in eine andere Richtung.

RAT

Autor

Prof. Dr. Thomas Ratajczak

Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht,
Fachanwalt für Sozialrecht, Justiziar des BDIZ EDI

Kanzlei RATAJCZAK & PARTNER mbB Rechtsanwälte
Berlin · Duisburg · Essen · Freiburg im Breisgau ·
Köln · Meißen · München · Sindelfingen

Posener Straße 1, 71065 Sindelfingen
Tel.: +49 7031 9505-27 (Sybill Ratajczak)
Fax: +49 7031 9505-99
E-Mail: ratajczak@bdizedi.org
syr@rmed.de