

Nachhaltige GKV-Finanzierung: Mehr Effizienz – Faire Lastenverteilung

Die finanzielle Verantwortung für die Gesundheitspolitik darf nicht ausschließlich von den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) getragen werden. Ob Krankenhausinvestitionen, Struktur- oder Wirtschaftsförderung, Medizinstudienplätze oder die Ausbildungsförderung – alle guten wie schlechten Ideen der Gesundheitspolitik soll die GKV bezahlen. Den Beitragszahlenden werden so immer mehr Ausgaben aufgebürdet, die eigentlich vom Bund oder den Ländern bezahlt werden müssten. Dabei treiben versicherungsfremden Leistungen schon heute die Ausgaben und das strukturelle Defizit der GKV in die Höhe. Die Folgen tragen allein die GKV-Mitglieder und ihre Arbeitgeber: ihre Beiträge steigen Jahr für Jahr. Ein Ende der Beitragsspirale ist nicht in Sicht.

Die Techniker Krankenkasse (TK) fordert die Gesundheitspolitik auf, die Ausgaben in den Blick zu nehmen und die GKV-Finanzien nachhaltig zu stabilisieren. Sie braucht mehr Vertrauen in den Wettbewerb als Effizienztreiber und den Mut für nachhaltige Reformen der Versorgungsstruktur. Auf der Einnahmenseite fehlt weiterhin eine faire Verteilung der Lasten – neben stabilen Beiträgen braucht es eine verlässliche und auskömmliche Finanzierung von versicherungsfremden Leistungen. Einmaleffekte und Experimente an der Systemgrenze lehnt die TK ab.

Die GKV stabilisiert das Gesundheitswesen

Die GKV ist ein Stabilitätsanker für das deutsche Gesundheitswesen. Sie trägt mit Beitragsgeldern in erheblichem Umfang zur wirtschaftlichen Stabilität der Leistungserbringer bei. Mit ihren Strukturen und Prozessen unterstützt sie in Krisensituationen den Staat bei der Daseinsfürsorge. Sie trägt damit ihren Teil zur Krisenfestigkeit und Widerstandsfähigkeit des Gemeinwesens bei. Gleichzeitig belasten eine ganze Reihe ungelöster struktureller Probleme das deutsche Gesundheitssystem. So wurden etwa Über-, Unter- und Fehlversorgung oder der Personalmangel lange Jahre nicht wirksam angegangen. Dringend benötigte Investitionen, vor allem in die Digitalisierung und in die Attraktivität der Arbeit, wären der richtige Weg. Viel Geld wurde hingegen ausgegeben, um Verteilungskonflikte zu befrieden oder politische Ideen umzusetzen, die nicht zu den Aufgaben der GKV gehören, bzw. die vom Staat zu bezahlen wären: Die GKV ist nicht der Bund.

Umso schwerer wiegt es daher, dass der GKV in den vergangenen Jahren an vielen Stellen die Möglichkeiten genommen wurden, die ihr zur Verfügung stehenden Beitragsmittel wirtschaftlich einzusetzen. Dadurch hat sich im Gesundheitswesen eine Selbstbedienungsmentalität entwickelt. Trotz stabiler Beitragseinnahmen muss Jahr für Jahr aufs Neue ein strukturelles Defizit gedeckt werden. Dafür haben die Gesundheitsminister wiederholt auf die Rücklagen der Krankenkassen zurückgegriffen. Diese fehlen jetzt zur Stabilisierung der Zusatzbeiträge.

Dass es der GKV vor diesem Hintergrund gelungen ist, organisatorisch und finanziell handlungsfähig zu bleiben, zeugt von ihrer Resilienz, kann aber nicht die Grundlage für ein langfristig stabiles Gesundheitssystem sein. Damit es nicht an seine Grenzen stößt, muss der Gesetzgeber jetzt

handeln. Tut er dies nicht, wird er bald vor der Alternative stehen, entweder Leistungen in bedeutendem Umfang einzuschränken oder die Beitragszahlenden in noch stärkerem Maß finanziell zu belasten. Im Interesse des gesamten Gesundheitssystems dürfen daher unwirtschaftliche Strukturen nicht länger mit Beitragsgeldern am Leben gehalten werden. Die Finanzautonomie der Krankenkassen muss gestärkt und die strukturellen Ursachen der Probleme in Versorgung und Finanzierung müssen beseitigt werden.

Eine gute Versorgung ist auch wirtschaftlich

Die GKV ist eine Solidargemeinschaft. Effizienz und Wirtschaftlichkeit sind für sie kein Selbstzweck, sondern Instrumente für einen nachhaltigen Umgang mit Beitragsgeldern und ein besseres Versorgungsangebot. Die Krankenkassen müssen daher das geeignete Instrumentarium und die notwendigen Handlungsspielräume zurückerhalten, um das Wirtschaftlichkeitsgebot zu erfüllen.

Ein Beispiel ist die Prüfung der Krankenhausrechnungen. Schon heute gelten sehr niedrige **Prüfquoten**. So müssen viele nicht ordnungsgemäß erstellte Rechnungen zu Lasten der Solidargemeinschaft bezahlt werden. Das Effizienzpotenzial bei Krankenhausaussgaben der GKV wird dadurch künstlich niedrig gehalten. Die geringen Prüfquoten sind de facto eine Subvention des stationären Sektors zu Lasten der GKV-Beitragszahlenden. Da die Ausgaben für die Krankenhausversorgung einen großen Teil der Gesamtausgaben ausmachen, wirkt sich dies besonders stark auf das Defizit der GKV aus. Im Zuge der Krankenhausreform soll die systematische Prüfung der Abrechnungen ganz abgeschafft werden. Stattdessen sollen – unter dem Deckmantel des Bürokratieabbaus – nur noch Stichprobenprüfungen vorgenommen werden. Künftig würden dann noch mehr fehlerhafte Krankenhausrechnungen bezahlt werden. Das lehnt die TK ab.

Für eine bedarfsgerechte Finanzierung der stationären Versorgung sollten stattdessen die Prüfquoten abgeschafft werden. Es ist davon auszugehen, dass ein höherer Anteil von Prüfungen auch zu höheren Korrekturbeträgen führt. Ein starker Anreiz, die Validität der Rechnungsstellung zu verbessern, bliebe damit dauerhaft bestehen.

Die **Prüfung des Krankengeldanspruchs** ist ein weiteres Handlungsfeld. Die jetzige Einwilligungsregelung beschränkt die Möglichkeiten und verschlechtert so die Beratung und Hilfestellung für die Versicherten durch ihre Krankenkasse und führt zu steigenden Ausgaben. Als pragmatische Lösung bieten sich stattdessen eine Ankündigungsregelung oder eine Widerspruchslösung an. Beide Varianten wahren die Entscheidungshoheit der Versicherten über den Kontakt mit ihrer Krankenkasse. Sie geben den Krankenkassen gleichzeitig die Möglichkeit, ihre Versicherten besser zu beraten und zudem das vom Sachverständigenrat 2015 identifizierte Einsparpotential von circa 10 Prozent der Krankengeldzahlungen zu realisieren. Bei GKV-weit rund 18 Mrd. Euro Ausgaben für Krankengeld (2022) wären dies bis zu 1,8 Mrd. Euro. Auch die Empfehlung des Sachverständigenrates, die gesetzlichen Grundlagen für das Krankengeld neu zu strukturieren und zu regeln, sollte weiterverfolgt werden. Dabei sollten die Prüfpflichten der Krankenkassen im Krankengeldmanagement explizit als gesetzliche Aufgabe definiert werden. Diese Aufgabe sollte gesetzlich auch von der Beratung und Hilfestellung nach § 44 Abs. 4 SGB V abgegrenzt werden.

In der **Hilfsmittelversorgung** gibt es ebenfalls sinnvolle Handlungsoptionen: Ausschreibungen haben sich hier als ein probates und bewährtes Wettbewerbsinstrument bewiesen und sollten in dafür geeigneten Produktbereichen wieder ermöglicht werden. Hier können bei gleichzeitig hoher Versorgungsqualität erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven von bis zu 500 Mio. Euro erschlossen werden. Das kann über verpflichtende Qualitätsparameter in den Versorgungsverträgen realisiert werden, die durch die Krankenkassen vereinbart, konsequent geprüft und bei Nichteinhaltung sanktioniert werden. Eine wirtschaftlich orientierte Versorgung mit Hilfsmitteln bedarf zudem der Rückkehr zu echten Vertragsverhandlungen mit verschiedenen Anbietern. Um das Gleichgewicht an den Verhandlungstischen wiederherzustellen, muss der Einfluss monopolartiger Strukturen eingeschränkt werden, der de facto zu Preisdiktaten führt. Es bedarf klarer Regeln der Wettbewerbskontrolle im Bereich der Hilfsmittelversorgung.

Bei den Verträgen der **Heilmittel-Leistungserbringer** nach § 125 SGB V sollte zur Grundlohnsummenbindung zurückgekehrt werden. Ihre Aufhebung war mit der Hoffnung auf Vergütungssteigerungen verbunden. Diese sind mittlerweile vollzogen, die Ursache für die Entkopplung ist also entfallen. Eine gesetzliche Klarstellung der Verhandlungsmandate im Heilmittelbereich könnte zudem die Abschlüsse beschleunigen und auf beiden Seiten zu erheblichen Entlastungen und Synergieeffekten führen. So ließen sich Kapazitäten freisetzen, die für weitere Neuerungen und Innovationen genutzt werden könnten.

Die Senkung der **Umsatzsteuer für Arzneimittel** auf den ermäßigten Satz von sieben Prozent wäre eine weitere wirksame Sofortmaßnahme. Arzneimittel sind mittlerweile der zweitgrößte Ausgabenposten der GKV: Hier könnten für die GKV jährliche Einsparungen von rund 6 Milliarden Euro erreicht werden. Mittel- bis langfristig bedarf es einer grundlegenden Weiterentwicklung des AMNOG mit dem Ziel einer fairen und transparenten Preisfindung, die auf objektiven Faktoren wie dem tatsächlichen Entwicklungskosten und dem Nutzen einer Innovation basiert. Für alle Maßnahmen gilt der Grundsatz: Sie müssen so gestaltet sein, dass es für die Industrie nicht möglich ist, die Kosten an anderer Stelle wieder zu addieren. Nur so können die Maßnahmen eine Wirkung auf die Gesamtausgaben haben und zu echten Einsparungen in der GKV führen und die Arzneimittelversorgung für die GKV-Versicherten dauerhaft sichern.

Seit dem AMNOG (2011) hat es keine nachhaltige und strukturelle Reform auf der Ausgabenseite gegeben. Wenn es Einsparungen gab, waren sie temporär. Stattdessen wurden Instrumente zur Begrenzung der Leistungsausgaben aufgeweicht und Möglichkeiten zur Effizienzsteigerung eingeschränkt oder abgeschafft. Verteilungskonflikte und strukturelle Mängel wurden nicht gelöst, sondern mittels zusätzlicher Beitragsgelder der GKV kurzfristig befriedet. Neben der steigenden finanziellen Belastung hat dies den Effekt, dass essenzielle Veränderungen wie die Digitalisierung und die Krankenhausreform verzögert wurden.

Effiziente Strukturen können bedarfsgerecht versorgen

Ein zentraler Hebel für Effizienz im Gesundheitssystem ist die Umgestaltung der Versorgungslandschaft. Der stationäre Versorgungssektor ist mit knapp 86 Milliarden Euro (2022), also 32,6 Prozent der Leistungsausgaben, der größte Ausgabenposten des Solidarsystems. Eine zeitgemäße Anpassung der Klinikstrukturen mit auf einheitlichen Kriterien basierender Planung, klarem Fokus auf mehr Qualität und einer sinnvolleren Arbeitsteilung zwischen den Häusern ist seit Jahren überfällig.

Die Maßnahmen zur **Neugliederung der Krankenhauslandschaft**, wie sie die Regierungskommission vorgeschlagen hat, begrüßt die TK grundsätzlich. Das ursprüngliche Ziel, flächendeckend mehr Qualität durch sinnvolle Arbeitsteilung zwischen den Kliniken zu schaffen, gerät jedoch zunehmend in den Hintergrund. Stattdessen entstehen neue Kostenfallen für die Beitragszahlenden: Beim Transformationsfonds sollen sie mit 25 Milliarden Euro einspringen; Großzügige Zuschläge sollen hunderte Millionen Euro kosten. Die Krankenhausreform nähert sich damit dem Kipppunkt, an dem keine Reform das kleinere Übel ist. Es braucht daher eine Kurskorrektur. Die Politik muss sich auf die ursprüngliche, sinnvolle Ausrichtung besinnen: Eine bedarfsgerechte Krankenhausplanung für Somatik und Psychiatrie auf Basis bundesweit gültiger **Strukturanforderungen und den vorgeschlagenen Leistungsgruppen**. Die Vorhaltekostenfinanzierung darf nicht Doppelstrukturen und fehlende Planung subventionieren und verstetigen.

Schon 2012 hat der Sachverständigenrat die geringe Durchlässigkeit der einzelnen Versorgungsektoren sowie die nicht konsistenten finanziellen Anreize zur **Ambulantisierung** bemängelt. Mit den **Hybrid-DRG** will der Gesetzgeber über eine sektorengleiche und leistungserbringerunabhängige Vergütung die Ambulantisierung fördern und entsprechende Potenziale heben. Diese Idee ist richtig und unterstützenswert.

Auch bei der Reform der ambulanten Versorgung hat sich die Koalition die richtigen Ziele gesetzt. Über-, Unter- oder Fehlversorgung und fehlende Kooperation und Koordination zwischen den ärztlichen und nicht-ärztlichen Professionen sollen strukturell und nachhaltig angegangen werden. Aus Sicht der TK ist auch hier eine Erhöhung von Effizienz und Effektivität notwendig. Diesen Anspruch

löst das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG) jedoch nicht ein. Es handelt sich von Anfang an um eine Auflistung von Regelungen, deren Mehrwert und effektiver Beitrag zur Verbesserung der Versorgung bei erheblicher Kostenwirkung zweifelhaft ist. Und auch hier widersteht die Politik nicht der Versuchung, staatliche Aufgaben wie die Finanzierung von Medizinstudienplätzen der GKV aufzubürden. Fragwürdig bleibt aber, eine Versorgungsverbesserung primär über finanzielle Anreize mit Gießkanneneffekt wie eine Entbudgetierung im hausärztlichen Bereich herbeizuführen und strukturelle Reformen darüber zu vernachlässigen. Insbesondere die gestrichenen **Primärversorgungszentren** hätten das Potenzial, besonderen Versorgungsbedarfen besser entgegenzukommen und nicht-ärztliche Professionen stärker einzubinden.

Keine nachhaltige Finanzierung ohne konsequente Digitalisierung

Ein nachhaltig finanziertes System kann sich aus wirtschaftlicher Perspektive einen Verzicht auf die konsequente Digitalisierung schlichtweg nicht leisten – auch wenn Digitalisierung heute vor allem ein Investitionsthema ist. Studien gehen von einem erheblichen Einsparpotential durch die Digitalisierung aus (McKinsey 2022: 42 Mrd. Euro p.a.). So könnten durch den Einsatz digitaler Technologien Versorgungsqualität und Kosteneffizienz erhöht und gleichzeitig Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten sowie die Arbeitssituation des Personals im Gesundheitswesen deutlich verbessert werden.

Aus Sicht der TK als Digitalisierungspartner der Versicherten gibt es hier zahlreiche Handlungsfelder. Sie bergen auch den Schlüssel für eine nutzerfreundliche und breit genutzte elektronische Patientenakte (ePA). Die **Opt-out-Regelung** ist der erste Schritt. Weitere, wie eine einfache Handhabung und eine Einbindung der PVS-Anbieter, müssen schnell folgen. Die Krankenkassen haben mit den neuen Möglichkeiten zur **Datennutzung und -verarbeitung** die Chance, ihre Aufgaben effizient und effektiv zu erfüllen, allerdings müssen sie noch immer sehr lange auf die Daten der Leistungserbringer warten. Eine **Zusendung von Abrechnungsdaten** innerhalb von vier Monaten, mag eine Verbesserung zu den bisher geltenden bis zu neun Monaten sein, dauert aber immer noch zu lange. Die Daten müssen tagesgleich bei den Kassen und damit auch bei den Versicherten ankommen. Eine anschließende kluge Datennutzung ist ein wichtiges Bindeglied im Rahmen einer funktionierenden **Digitalisierungsstrategie**, deren Chancen auf individueller (bessere Versorgung, bessere Therapiesicherheit und -adhärenz) und kollektiver Ebene (Gesundheitsschutz) nicht ungenutzt bleiben dürfen.

Der Digitalisierungsgrad unseres Gesundheitssystems hängt maßgeblich von **funktionierenden digitalen Standardprozessen** ab. Wenn beim Arztbesuch die eGK nicht vorliegt, oder eine Behandlung per Videotelefonie erfolgt, braucht es eine **Ersatzbescheinigung**. Allein die TK bekommt dazu täglich tausende Anfragen von Versicherten. Dies geht aktuell nur telefonisch oder per Krankenkassen-App. Der Prozess könnte deutlich vereinfacht werden, indem die Bestätigung direkt aus der Praxissoftware bei der Krankenkasse angefragt wird. Ein gutes Beispiel also wie durch einen digitalen Prozess Kapazitäten und somit Beitragsgelder eingespart werden können. Um Arztpraxen und Krankenkassen von unnötiger Bürokratie zu befreien, muss hier das Gesetz geändert werden.

Einnahmen – das Solidarsystem braucht eine faire Lastenbilanz

Das strukturelle Defizit der GKV ist durch die Krisen der 20er Jahre deutlich zu Tage getreten. Eine nachhaltige Finanzierung der GKV bedeutet eine faire Verteilung der steigenden Lasten. Die Große Koalition schoss mit Verweis auf die Pandemie Steuermittel in großem Umfang zu, löste aber gleichzeitig einen Großteil der Reserven des Gesundheitsfonds und der Krankenkassen auf. Die Ampelkoalition bekannte sich 2021 zunächst dazu, große versicherungsfremde Ausgabenblöcke (vor allem Beiträge für Bürgergeldbeziehende) mit Haushaltsmitteln zu unterfüttern und den Steuerzuschuss zu dynamisieren. Mit dem GKV-FinStG (2022) fiel sie jedoch in das bekannte, problematische Muster zurück: Das Defizit wurde im Wesentlichen von den GKV-Beitragszahlenden gedeckt – über einen steigenden Zusatzbeitragssatz und die Auflösung der verbleibenden Rücklagen. Diese fehlen nun den Krankenkassen. Die Ausgaben der GKV haben sich 2023 dynamischer entwickelt als erwartet. Dies setzt sich 2024 fort. Hinzu kommen erhebliche Ausgabenrisiken im Zuge der Krankenhausreform und der anderen Vorhaben der Koalition. Die fehlenden Rücklagen und

die steigenden Ausgaben haben das ihrige zu der sprunghaften Beitragsentwicklungen einiger Krankenkassen am Jahreswechsel 2023/2024 beigetragen und werden es weiter tun.

Eine Reform der GKV-Finanzierung muss mit diesen Fehlern aufräumen. Der Staat muss dort, wo er der GKV Aufgaben zuweist, die jenseits des eigentlichen Aufgabenspektrums der Krankenversicherung liegen, für eine auskömmliche Finanzierung aus dem Bundeshaushalt sorgen. Der Koalitionsvertrag von 2021 sieht hierfür eine **Dynamisierung des Steuerzuschusses** vor. Die TK schlägt in diesem Zusammenhang die Veränderungsrate der GKV-Leistungsausgaben des Vorjahres oder den Durchschnittswert mehrerer Jahre als Dynamisierungsfaktor vor. Für zusätzlich übertragene versicherungsfremde Leistungen sollte eine Anpassung auf Basis der prognostizierten jährlichen Kosten erfolgen.

Einen besonderen Fall stellt die gesundheitliche Versorgung von Empfängerinnen und Empfängern von **Bürgergeld** dar. Diese Transferleistung wird von der GKV für die Allgemeinheit übernommen, aber nicht kostendeckend durch den Staat finanziert. Das IGES hat bereits 2017 die daraus resultierende zusätzliche Belastung der GKV-Beitragszahlenden auf rund 10 Mrd. Euro geschätzt. Die Summe wiegt umso schwerer, als dass sie die GKV unmittelbar gegenüber der privaten Krankenversicherung (PKV) benachteiligt, wo ein deutlich höherer Beitragszuschuss gezahlt wird. Auch hier hat sich die Ampelkoalition grundsätzlich dazu bekannt, für eine auskömmlichere Finanzierung aus dem Bundeshaushalt zu sorgen.

Wenn die Politik für stabile Beitragssätze sorgen will, muss sie zudem die Vorgaben für die **Rücklagen der Krankenkassen** ändern. Der Korridor vom 0,2 bis 0,5-fachen einer Monatsausgabe ist zu eng. Er eliminiert den haushälterischen Spielraum zur Begrenzung von Beitragssatzanpassungen. In der Praxis führt es dazu, dass Krankenkassen selbst bei geringfügig höheren Rücklagen die Anhebung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nicht mitgehen können. In letzter Konsequenz kann dies zu unnötig starken Sprüngen des individuellen Zusatzbeitragssatzes führen. Neben einem massiven Eingriff in die Finanzautonomie der Krankenkassen stellt dies auch ein großes Maß an Unkalkulierbarkeit für Beitragszahlende dar. Für eine seriöse Kalkulation brauchen die Krankenkassen eine Garantie ihrer Rücklagen und die Rückkehr zu einer Obergrenze vom 0,8-fachen einer Monatsausgabe.

Angesichts der allgemein steigenden Kosten ist es politisch geboten, nicht weiter auf steigende Beiträge zu setzen. Letztlich wird dadurch die **Wettbewerbsposition der GKV gegenüber der PKV geschwächt** und der Preiswettbewerb in der GKV weiter forciert. Steigende Beiträge machen für freiwillig Versicherte den Wechsel in die PKV attraktiver. Erhöht die Politik bei Sozialabgaben deutlich über 40% den Preisdruck weiter, schwächt sie die Solidargemeinschaft dauerhaft, denn diese Versicherten werden nicht in die GKV zurückkehren. Daher warnt die TK davor, die Beitragsbelastung der GKV-Versicherten und der Arbeitgeber weiter zu steigern. Sei es durch steigende Zusatzbeiträge oder durch eine Anhebung der **Beitragsbemessungsgrenze**. Vor allem Letzteres wäre ein finanzielles Strohfeuer: Kurzfristig zu erwartenden Mehreinnahmen stünden erhebliche und dauerhafte Abgänge von Versicherten in die PKV und entsprechende langfristige Einnahmenverluste gegenüber. Wenn die Politik die Finanzierung der GKV stärken will, muss sie von solch unkalkulierbaren Veränderungen an der Systemgrenze von GKV und PKV Abstand halten.

Techniker Krankenkasse
Berliner Büro
Luisenstraße 46
10117 Berlin
Tel. 030 – 28 88 47 10
Berlin-gesundheitspolitik@tk.de