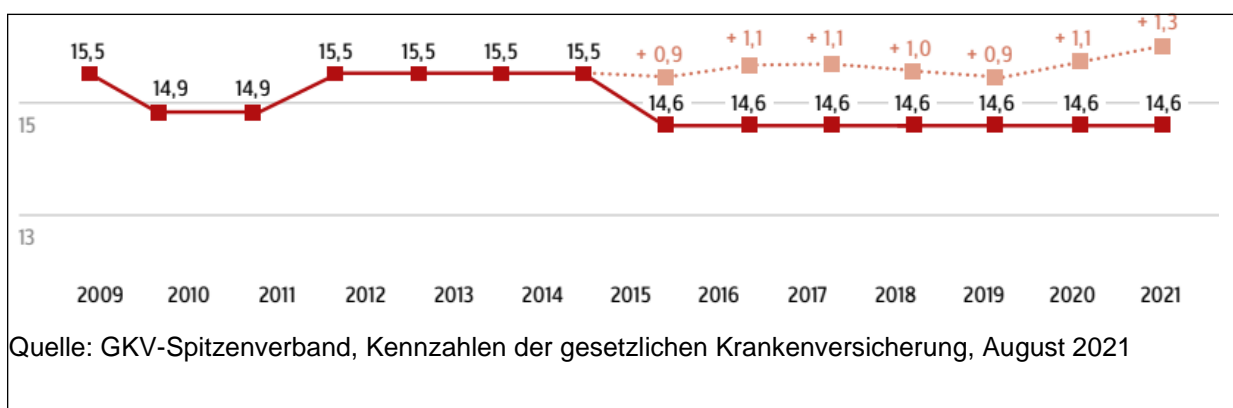


GKV-Finanzierung: Das Geld der Beitragszahlenden ist endlich

Laut einer aktuellen Umfrage¹ sehen es 55 Prozent der Deutschen als größte gesundheitspolitische Herausforderung an, die Ausgaben und Beiträge zur Krankenversicherung zu begrenzen. Aktuell liegt der durchschnittliche Beitragssatz auf einem Rekordniveau bei knapp 15,9 Prozent (durchschnittlicher allgemeiner Beitragssatz 14,6 Prozent, tatsächlicher durchschnittlicher Zusatzbeitrag 1,28 Prozent). Die von der aktuellen Bundesregierung selbst auferlegte Grenze aller sozialversicherungspflichtigen Abgaben mit Renten- und Arbeitslosenversicherung von insgesamt 40 Prozent wird nur noch knapp unterschritten.

allgemeiner Beitragssatz/durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz in Prozent



Maßgeblich für den Anstieg der Beitragssätze ist eine vornehmlich ausgabenorientierte Gesundheitspolitik der letzten Jahre, die in der laufenden Legislaturperiode ihren Höhepunkt erreicht hat.

Hinzu kommen die Bundeszuschüsse zum Gesundheitsfonds, die 2021 mit dem seit 2017 fixen Zuschuss von 14,5 Milliarden Euro plus der Corona-Hilfen in Höhe von 5 Milliarden Euro ein Volumen von derzeit 19,5 Milliarden Euro erreichen. Für 2022 wurde der Bundeszuschuss um 7 Milliarden erhöht, trotzdem geht der GKV-Spitzenverband aktuell jedoch von einem zusätzlichen Bedarf in Höhe von weiteren 7 Milliarden Euro aus.

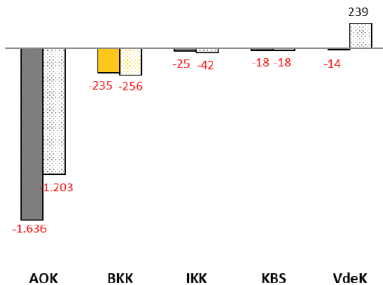
Die Bundeszuschüsse sind grundsätzlich für die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen gedacht, decken aber deren Kosten bei Weitem nicht. So sind staatlich garantierte Krankenversicherungsbeiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld II nicht annähernd kostendeckend. Das Iges-Institut schätzte in einer Studie (2017) den diesbezüglichen Jahresfehlbetrag auf gut 8,6 Milliarden Euro. Die Summe aller versicherungsfremden Leistungen zusammen schätzt das Wig²-Institut für das Jahr 2016 auf ein Volumen von gut 56 Milliarden Euro.

Die Finanzlage verschärft sich. So verzeichnen alle Kassenarten im 1. Halbjahr 2021 ein negatives Ergebnis, das allerdings einzelne Kassenarten über Korrekturbuchungen in Form von Rückstellungen noch etwas dramatisieren, wie die nachstehende Grafik zeigt. Der vom Bundesgesundheitsminister mit dem Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz

¹ Meinungsforschungsinstitut YouGow, repräsentative Umfrage im Auftrag der Bundesvereinigung der Apothekerverbände (ABDA), ABDA-Presseinfo vom 2. September 2021

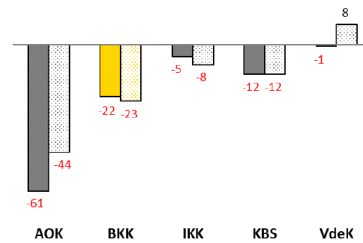
– GPVG beschlossene Abbau der Finanzen in Höhe von 8 Milliarden Euro (2 Milliarden Euro je Quartal) ist dabei wesentlich für das GKV-Defizit:

Ergebnis je Kassenart
Ergebnis nach Einnahmen und Ausgaben mit Bereinigungen
(in Mio. Euro, KV45 2021, 2. Quartal)



Das amtliche Ergebnis entspricht somit nicht der Finanzrealität!

Ergebnis je Kassenart je Versicherten
Ergebnis nach Einnahmen und Ausgaben mit Bereinigungen
(in EUR, KV45 2021, 2. Quartal)



■ Amtliches Ergebnis □ Ergebnis ohne individuelle RSA-Buchungen

■ Amtliches Ergebnis □ Ergebnis ohne individuelle RSA-Buchungen

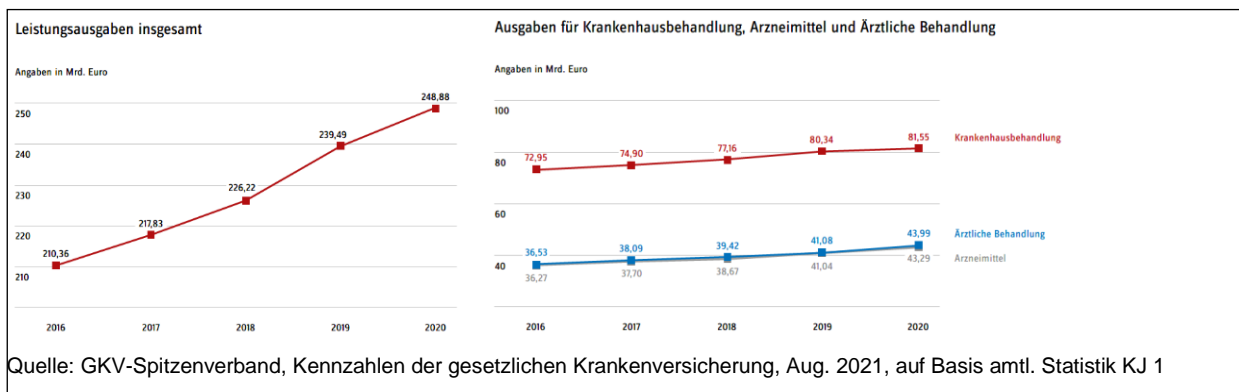
* Korrekturbuchungen: Die Kassen können Rückstellungen für unvorhersehbare Risiken buchen, die, wenn nicht benötigt, im Folgejahr wieder aufgelöst werden müssen. Diese Buchungsoption wird seit einigen Jahren insbesondere vom AOK System genutzt, um das Finanzergebnis deutlich nach unten zu korrigieren.

GKV-Finanzergebnisse Januar bis Juni 2021 (KV 45 II 2021)

5



Für die Gesamtausgaben der GKV prognostizierte der GKV-Spitzenverband zuletzt im Schätzerkreis (2020) ein Volumen von 277 Milliarden Euro, die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben wurden auf 263 Milliarden Euro geschätzt. Der stete und starke Anstieg der Leistungsausgaben setzt sich demnach stetig fort.



Infolgedessen werden bei immer mehr Krankenkassen die Rücklagen aufgebraucht. Dass dies noch nicht bei allen der Fall ist, hängt vorrangig mit der verringerten Leistungsanspruchnahme infolge der Corona-Pandemie zusammen, die insbesondere 2020 die Ausgaben für Behandlungen in Krankenhäusern und Arztpraxen entlastete.

Die Leistungsausgaben steigen allerdings im 1. Halbjahr 2021 wieder stark an. Deshalb ist mittelfristig keine Stabilisierung des Leistungsniveaus auf Basis der Corona-Pandemie-Phase zu vermuten. Eine Abkehr von einer rein ausgabenorientierten Klientelpolitik hin zu einer patientenorientierten Gesundheitspolitik bleibt umso mehr das Gebot. Geld ist schon jetzt mehr als genügend im System. Es ist in vielen Bereichen des Gesundheitswesens nur falsch verteilt.

Der reine Blick aufs Geld verfestigt überholte Strukturen.

Im Sinne einer am Menschen orientierten Versorgung ist es nicht nur bei zunehmend knapper werdenden Ressourcen wichtig, dass die Belastungen der Beitragszahlenden begrenzt werden; unabhängig davon, ob der Griff ins Portemonnaie über GKV-Sozialbeiträge oder aus Steuermitteln generiert wird.

Gelder, die in das Gesundheitswesen fließen, müssen stets einen Mehrwert im Sinne des gesundheitlichen Wohls der Bevölkerung bringen. Honorar- und sonstige Kostensteigerungen, dürfen nicht aus Partikularinteressen erfolgen, sondern müssen stets mit strukturellen Veränderungen im Sinne von qualitativen Verbesserungen einhergehen. Wir brauchen eine Umkehr zu einer am Gemeinwohl orientierten Vergütung und damit eine Abkehr von einer zunehmend menschlich entfremdeten und rein auf wirtschaftlichen Gesichtspunkten fokussierten Versorgung.

Ganz generell gilt: Eine solitäre finanzielle Lösung mag eine einfache Forderung sein, sie verdeckt aber weiterhin, dass vorrangig strukturelle Themen in Angriff genommen werden müssen. Und eine Politik der reinen Einnahmenvermehrung (Bürgerversicherung) oder Ausgabenvermehrung durch eine bessere Vergütung verfestigt die strukturellen Probleme eher als sie zu lösen. Das schafft neue Begehrlichkeiten oder zweifelhafte Verteilungsgerechtigkeit (Mehrbelastung für Rentner bei Bürgerversicherung).

Zwei Beispiele für eine qualitätsverbessernde Ausgabensteuerung:

- Beispiel: Finanzierung Pflegekräfte

Eine solitäre Besserbezahlung der Pflegekräfte ändert strukturell nichts und verbessert somit auch nicht die Versorgung der Patientinnen und Patienten. Reformen, die auf eine bessere Vergütung von Pflegekräften zielen, müssen vielmehr mit gesamtsystemischen Veränderungen im Krankenhaus einhergehen.

Auch, wenn die Einkommensrelation von pflegerischem zu ärztlichen Personal in einer denkbar schlechten Relation steht, so liegt der Fachkräftemangel im Pflegebereich wesentlich an der zunehmenden Arbeitsbelastung, die eine logische Folge einer Leistungs- und Umsatzorientierung darstellt. Deutschland hat im Vergleich mit anderen Ländern mit 12,9 Pflegekräften pro 1.000 Einwohnern deutlich mehr, als die OECD (8,8 auf 1.000 Einwohner). Allerdings ist die Leistungsanspruchnahme mit 255 Krankenhausfällen pro 1.000 Einwohnern in Deutschland im OECD-Vergleich im stationären Bereich am höchsten (66% über dem OECD-Durchschnitt).

- Beispiel: Hebammen – Vergütung mit präventionsfördernden Elementen verknüpfen

Das Ausbildungskurrikulum für Hebammen und Entbindungspfleger setzt sich aus den drei Kompetenzbereichen Schwangerschaft, Geburt sowie Wochenbett und Stillzeit zusammen. Dabei wird aus den Kurrikula offensichtlich, dass präventive Elemente, die auf eine Stärkung der Eltern-Kind-Beziehung bauen, nur im geringfügigen Stundenteil aufgenommen werden. Aus der Bindungsforschung ist bekannt, welchen enormen Einfluss eine starke frühkindliche Bindung auf die gesamte gesundheitliche Entwicklung in der weiteren Entwicklung eines Menschen hat.

Die letzte große Aufstockung der Vergütung für Hebammen war wesentlich von den hohen Abgaben für die Berufshaftpflichtversicherung begründet (z.B. Sicherstellungszuschlag für freiberuflich tätige Hebammen mit Geburtshilfe, seit Sommer 2015). Das mag im Einzelfall wichtig sein, greift aber zu kurz. Eine qualitätsorientierte Vergütung würde eine bessere Bezahlung mit Fortbildungselementen zur frühkindlichen Bindung verknüpfen.

Kurz- und mittelfristig sind folgende gesundheitspolitische Maßnahmen essentiell, wenn die Finanzierung der GKV über 2021 hinaus sicher sein soll:

- **Versicherungsfremde Leistungen**
Erhöhung der zweckorientierten Bundeszuschüsse für versicherungsfremde Leistungen. Die Unterdeckungen infolge des jährlichen Bundeszuschuss und die realen GKV-Ausgaben für GKV-ferne Leistungsbereiche schätzen wir auf Basis der Wig²-Untersuchung auf über 40 Milliarden Euro im Jahr.
- **Krankenhausversorgung (siehe auch Hintergrundpapier zur Krankenhausversorgung)**
 - Investitionskosten (auch Infrastruktur inklusive Digitalisierung) konsequent über den Staat finanzieren.
 - Das DRG-/ Fallpauschalensystem mit einer differenzierten Vergütung für Versorgungsstufen weiter entwickeln. Eine deutlich einfachere Finanzierung muss angestrebt werden.
 - Intersektorale und Versorgung in regionalen Netzwerken fördern und somit Doppelstrukturen abbauen.
 - Knappe Personalressourcen patientenorientiert und qualitätsfördernd nutzen: Vertikale und horizontale Trennung der Sektoren zwischen ambulant, stationär und nachstationär abschaffen. Krankenhäuser für die ambulante fachärztliche Versorgung öffnen. Intersektorale Versorgungsplanung stärken und die Struktur der fachärztlichen Versorgung auf den Prüfstand stellen.
- **Arzneimittelversorgung**
Eine Neuordnung der Arzneimittelpreise, etwa durch die Festsetzung des AMNOG-Erstattungspreises für Arzneimittel mit Zusatznutzen ab dem 1. Tag des Inverkehrbringens und die Deckelung des Aufschlages in der Arzneimittelpreisverordnung bei hochpreisigen Arzneimitteln.
- **Ambulante ärztliche Versorgung**
 - Friktionen und Doppelstrukturen an den Sektorengrenzen abbauen: Eine intersektorale Versorgungsplanung trägt auch im ambulanten Bereich zu einer erheblichen Schonung der Personalressourcen bei (Vermeidung der doppelten Facharztschiene). Dies wird durch eine sinnvolle Arbeitsteilung in der Arztpraxis und mehr Kompetenzen für medizinische Fachangestellte unterstützt.
 - Das Verbot von Aufschlägen in der Sachkostenabrechnung von ambulant tätigen Ärzten. Sachkosten, wie z.B. für Röntgenkontrastmittel oder auch optische Linsen, müssen ein durchlaufender Posten sein. Aktuell werden diese von vielen Arztpraxen zu einem relativ günstigen Preis (v.a. in großen Praxen) eingekauft, aber den Krankenkassen gewinnbringend (teilweise bis zu dem dreifachen Betrag) in Rechnung gestellt.
 - Verpflichtende Prüfung der Versorgungsaufträge im ambulanten Sektor. Aktuell besteht das Problem, dass einige Vertragsärzte ihrem Versorgungsauftrag nicht

in dem gebotenen Maße nachkommen. Es gibt aus den jeweiligen Zulassungsausschüssen zahlreiche Beispiele für die Nichteinhaltung von Versorgungsaufträgen, was in unterversorgten Regionen dazu führt, das Potenzial im hausärztlichen und psychotherapeutischen Bereich ungenutzt bleibt.

- Stärkere Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsausrichtung der Hausarztverträge im Sinne einer patientenorientierten Versorgungspraxis fördern. Das bedeutet eine teamorientierte, interprofessionelle Organisation als hausärztliche Primärversorgerpraxis, die alle Praxisressourcen über die ärztliche Expertise hinaus im Sinne ihrer Patientinnen und Patienten nutzt.

(Stand: September 2021)