

Werkzeugkasten ist geöffnet

Die Finanzkommission Gesundheit hat im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums Ende März ihre Sparvorschläge zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vorgelegt. Betroffen sind fast alle Akteure des Gesundheitswesens. Angesichts der dramatischen Finanzsituation der Krankenkassen erkennen die meisten die Notwendigkeit von Einsparungen an – nur nicht bei sich selbst.

von Heike Korzilius



Foto: Andrii Atanov/istockphoto.com

Auf gut 15 Milliarden Euro beziffert die Finanzkommission Gesundheit die Finanzlücke der GKV im Jahr 2027. Werden keine schnell wirkenden Gegenmaßnahmen ergriffen, steigt dieser Fehlbetrag den Sachverständigen zufolge bis zum Jahr 2030 sukzessive auf über 40 Milliarden Euro. Der Grund: Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen wachsen deutlich schneller als die Einnahmen aus den Beiträgen der Versicherten und Arbeitgeber, heißt es im Bericht der Kommission. Ziel müsse deshalb die Rückkehr zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik sein. Von diesem Pfad sei man seit 2009 in fast allen Sektoren des Gesundheitswesens zunehmend abgewichen. Die Zahlen belegen das eindrücklich: Zwischen 2010 und 2025 haben sich der Finanzkommission zufolge die Ausgaben mehr als verdoppelt, während die beitragspflichtigen Einnahmen nur um das 1,8-fache gestiegen sind. Seit 2012 liege die Gesamtentwicklung der Ausgaben kontinuierlich über der Entwicklung auf der Einnahmeseite. Ab 2019 sei eine weitgehende Entkopplung von Einnahmen und Ausgaben erkennbar, die nahezu alle Leistungsbereiche betreffe.

Zur Stabilisierung der Beitragssätze hat die Kommission nun zunächst 66 kurzfristig wirksame Sparvorschläge vorgelegt, die so gut wie alle Bereiche des Gesundheitswesens betreffen. Würden diese komplett umgesetzt, ergäbe sich daraus ein Einsparvolumen von 42,3 Milliarden Euro für das Jahr 2027 und von 63,9 Milliarden Euro für das Jahr 2030. Das übersteige die prognostizierte Deckungslücke bei Weitem. „Die Politik hat damit einen großen Ermessensspielraum und kann entscheiden, welche Empfehlungen umgesetzt werden sollen“, schreiben die Sachverständigen in ihrem Bericht.

Dabei liegt der Fokus der Empfehlungen klar auf einer Begrenzung der Ausgaben. Allein 19 Milliarden Euro könnten demnach 2027 aufseiten der Leistungserbringer und Hersteller eingespart werden; das entspricht 45 Prozent des Einsparvolumens. Darunter fällt beispielsweise im ambulanten Bereich die Streichung der Vergütungsanreize für die schnellere Vergabe von Facharztterminen aus dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG). Sie haben nach Analyse der Sachverständigen nicht den erhofften Effekt erzielt. Dazu gehöre aber auch die Abschaffung des Pflegebudgets inklusive der Refinanzierung sämtlicher Tarifsteigerungen sowie die Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten in die Fallpauschalen. Würden Tarifsteigerungen einfach an die Krankenkassen durchgereicht, gefährde das den Grundsatz der Beitragssatzstabilität, so die Finanzkommission. Auch die Pharmaindustrie soll durch einen dynamischen Herstellerabschlag und Selektivverträge für therapeutisch gleichwertige Patentarzneimittel ihren Sparbeitrag leisten. Weitere 4,1 Milliarden Euro (10 Prozent) ließen sich über eine „maßvolle“ Inflationsanpassung von Selbstbeteiligungen der Patienten sowie den Wegfall nicht evidenzbasierter Leistungen wie das anlasslose Hautkrebscreening oder die Homöopathie generieren.

Die Einnahmen könnten um 4,8 Milliarden Euro (11 Prozent) an zusätzlichen Beiträgen erweitert werden,

indem zum Beispiel die beitragsfreie Ehegattenversicherung abgeschafft werde. Eine erhöhte Abgabe auf stark zuckerhaltige Erfrischungsgetränke, Alkohol und Tabak würde mit 1,9 Milliarden Euro (4 Prozent) zu Buche schlagen. Dazu kämen weitere 12,5 Milliarden Euro, wenn der Staat für die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen aufkommen würde, darunter die kostendeckende Übernahme der Krankenkassenbeiträge für Bürgergeldempfänger.

Die Bundesregierung drückt jetzt aufs Tempo. Bereits knapp zwei Wochen nach Vorlage der Kommissionsempfehlungen kündigte Bundesgesundheitsministerin Nina Warken Mitte April an, „mehr als drei Viertel“ der dort vorgeschlagenen Maßnahmen umzusetzen. Das Einsparvolumen bezifferte sie auf knapp 20 Milliarden Euro. Bereits am 29. April (*nach Redaktionsschluss dieser Ausgabe*) soll ein entsprechender Gesetzentwurf im Bundeskabinett beschlossen werden.

Einnahmen an Ausgaben knüpfen

Bei der Vorstellung ihrer Reformpläne formulierte die Ministerin zwei Leitlinien: Die Ausgaben sollen zukünftig an die Entwicklung der Einnahmen geknüpft werden. Zudem müssen alle Leistungen, die zulasten der GKV erbracht werden, einen nachweisbaren Nutzen für die Versicherten haben. Alle Bereiche des Gesundheitswesens sollten einen Beitrag zur Konsolidierung leisten, betonte Warken. Für die Krankenhäuser steht zum Beispiel die sogenannte Meistbegünstigungsklausel zur Disposition, die es diesen bislang ermöglichte, teils höhere Personalkosten abzurechnen als tatsächlich anfallen. Außerdem sollen die Zuwächse beim Pflegebudget begrenzt werden. Bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sollen – wie von der Finanzkommission empfohlen – die Vergütungsanreize aus dem TSVG entfallen. Insgesamt soll nach den Plänen der Ministerin die „Ausgabendynamik“ im ambulanten Bereich begrenzt werden. Auch Pharmaindustrie und Apotheken sollen ihren Sparbeitrag leisten, ebenso wie Versicherte durch steigende Zuzahlungen. Die von der Finanzkommission empfohlene Übernahme versicherungsfremder Leistungen ist hingegen nicht Teil der Gesetzespläne. Auch eine Erhöhung der Steuern auf Zucker, Tabak und Alkohol ist dort nicht vorgesehen, weil, so Warken, das Bundesgesundheitsministerium hier nicht federführend sei.

Dabei hätten sich die meisten Akteure im Gesundheitswesen gerade für eine Verbreiterung der Einnahmehasis der GKV erwärmen können. Die Reaktionen auf die von der Finanzkommission empfohlenen und von der Politik aufgegriffenen Sparmaßnahmen fallen hingegen unterschiedlich aus.

Der Präsident der Bundesärztekammer (BÄK) Dr. Klaus Reinhardt mahnte, bei der konkreten Ausgestaltung des Sparpakets müsse darauf geachtet werden, dass einzelne Akteure nicht übermäßig belastet würden und die Lasten insgesamt fair verteilt seien. „Allen Beteiligten muss klar sein: Es reicht nicht aus, die eigenen Reformbeiträge möglichst gering zu halten und im Übrigen am

Status quo festzuhalten. Gefragt ist jetzt die Bereitschaft zu echter Veränderung“, so der BÄK-Präsident.

Deutlich kritischer äußerten sich andere Betroffene von Kürzungsvorschlägen. Der Marburger Bund bemängelte Maßnahmen, die „einseitig und global die Vergütungsentwicklung in ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen begrenzen“. Wer Vergütungen pauschal deckele, begrenze zwangsläufig auch Leistungen. Ähnlich argumentiert die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). Die von der Finanzkommission vorgeschlagenen und derzeit in der Koalition diskutierten Maßnahmen seien ein massiver Angriff auf die Krankenhausversorgung in Deutschland. Sie bedeuteten pauschale Kürzungen, zusätzliche Bürokratie und den Abbau von Pflegepersonal. „Die stationäre Versorgung wird dadurch nachhaltig gefährdet“, so die DKG.

Mit dem Wegfall von Millionen Arztterminen droht die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), sollten die Vergütungsregelungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes ersatzlos gestrichen sowie Vergütungsanstiege global begrenzt werden. Den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten werde in diesem Fall nichts anderes übrigbleiben, als ihre Leistungen und Terminvergaben den ohnehin zu knappen und dann noch weiter reduzierten Finanzmitteln anzupassen. Schon heute würden über 40 Millionen fachärztliche Termine nicht vergütet. „Es kann niemand ernsthaft davon ausgehen, dass das so nun einfach weiterlaufen wird“, heißt es vonseiten der KBV.

Überwiegendes Lob für die Vorschläge von Kommission und Ministerin kommt hingegen von den Krankenkassen. Die Ankündigung von Warken, die Einnahmeentwicklung bei den Kassen zum Maßstab für deren Ausgaben zu machen, begrüße man ausdrücklich, hieß es vonseiten des GKV-Spitzenverbands. Die Kassen dürften nicht länger gezwungen sein, mehr Geld auszugeben, als sie einnehmen. Man könne aufgrund der Lohnentwicklung mit steigenden Einnahmen rechnen und damit in einem angemessenen Rahmen auch steigende Ausgaben finanzieren. „Uferlose Ausgabensteigerungen“ müssten aber ein Ende haben. Die gesetzlichen Krankenkassen geben dem GKV-Spitzenverband zufolge heute pro Tag über eine Milliarde Euro für die Versorgung aus; das müsse reichen. Allein im vergangenen Jahr seien die Krankenhausaussgaben um fast zehn Prozent gestiegen, die Ausgaben für die Honorare der niedergelassenen Ärzte um fast acht Prozent und die Aufwendungen für Medikamente um rund sechs Prozent. Um das alles zu bezahlen, habe man zum Jahreswechsel die Krankenkassenbeiträge erneut erhöhen müssen. Weiter steigende Beiträge seien jedoch weder den Versicherten noch der Wirtschaft zuzumuten. Gleichzeitig kritisieren die Kassen, dass die von der Finanzkommission empfohlene Übernahme versicherungsfremder Leistungen durch den Bund nicht Teil des Sparpaketes werden soll. Wegen der „systematischen Unterfinanzierung der gesundheitlichen Versorgung von gesetzlich versicherten Bürgergeldbeziehenden“ hatte der GKV-Spitzenverband bereits im September 2025 Klage vor dem Landessozialgericht NRW eingereicht. **RA**

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/finanzkommission-gesundheit-ergebnisse-30-03-26>

