

Beitragszahlende nicht noch stärker belasten – auf teure und nicht qualitätsverbessernde Maßnahmen verzichten

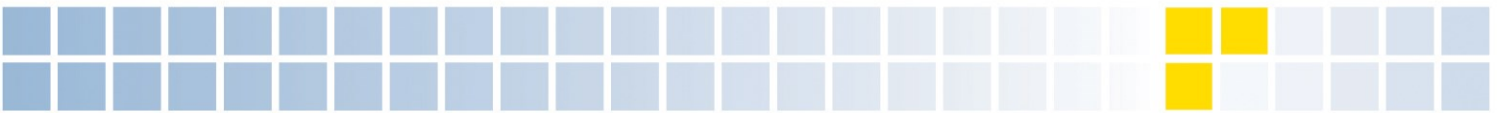
Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) und den verbundenen Anträgen

11. November 2024

Zusammenfassung

In kaum einem anderen Land bleibt den Beschäftigten so wenig von ihrem erwirtschafteten Einkommen wie in Deutschland. Vor allem die hohen Sozialbeiträge sind dafür verantwortlich, dass netto so wenig für die Beschäftigten bleibt. Vor dem Hintergrund der historisch höchsten, dynamisch steigenden Krankenkassenbeiträge und der absehbar weiter steigenden Renten- und Pflegebeiträge müssen jetzt alle Anstrengungen darauf gerichtet sein, die Kosten in der gesetzlichen Krankenversicherung zu begrenzen, anstatt sie noch mehr nach oben zu treiben. Ein weiterer Anstieg der Belastung des Faktors Arbeit muss unbedingt verhindert werden, damit Beschäftigung in Deutschland erhalten bleibt und die Jobs der Zukunft hier geschaffen werden.

Vor diesem Hintergrund ist es richtig, dass der Gesetzentwurf auf ursprünglich geplante Maßnahmen wie die Einrichtung von Gesundheitskiosken und die Finanzierung von Medizinstudienplätzen aus Mitteln der Beitragszahlenden verzichtet. Ebenfalls verzichtet werden sollte auf die Entbudgetierung ärztlicher Leistungen. Die Hausärzte in Deutschland verdienen mit dem 4,4-fachen eines Durchschnittsgehalts und die Fachärzte mit dem 5,4-fachen bereits sehr gut und liegen damit an der Spitze der OECD-Länder. Den Ärzten noch mehr Geld zu zahlen, macht das heute schon teuerste Gesundheitssystem der EU, das wir in Deutschland haben, nicht besser. Eine Entbudgetierung ist weder geeignet, für eine bessere Verteilung der Ärztinnen und Ärzte zu sorgen, noch den Trend der Überalterung und des Austritts aus dem Berufsleben aus Altersgründen in der Ärzteschaft zu beheben. Vielmehr würde eine Entbudgetierung ausschließlich die Sozialabgaben weiter in die Höhe treiben. Die bestehenden Beteiligungsrechte von Patientenvertretungen und Berufsorganisationen der Pflegeberufe sind ausreichend. Eine Ausweitung würde das richtige Anliegen des Gesetzgebers konterkarieren, die Abläufe im G-BA zu beschleunigen.



Im Einzelnen

Gesundheitskioske sind unnötig und teuer

Es ist ausdrücklich zu begrüßen, dass die lange verfolgte Idee der Gesundheitskioske nicht in den Gesetzentwurf aufgenommen wurde. Auf ihre Umsetzung sollte auch weiterhin verzichtet werden. Mit dem Aufbau der Gesundheitskioske hätte die Gefahr bestanden, dass unnötige und teure Doppelstrukturen in der medizinischen Versorgung geschaffen werden, denn die Beratung von Versicherten und die Vermittlung von Versorgungsleistungen wird bereits durch die Krankenkassen und die Leistungserbringer gewährleistet. Personen, die sich im Gesundheitswesen nicht zurechtfinden, haben neben den Krankenkassen schon heute genügend Anlaufstellen, wie z. B. die Unabhängige Patientenberatung, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Ombudspersonen, Verbraucherzentralen usw. Noch mehr Beratungsstellen werden nicht benötigt. In Zeiten von Arbeits- und Fachkräftemangel würde durch die Errichtung und den Betrieb dieser Gesundheitskioske ohne Not Personal gebunden, das woanders tatsächlich gebraucht wird.

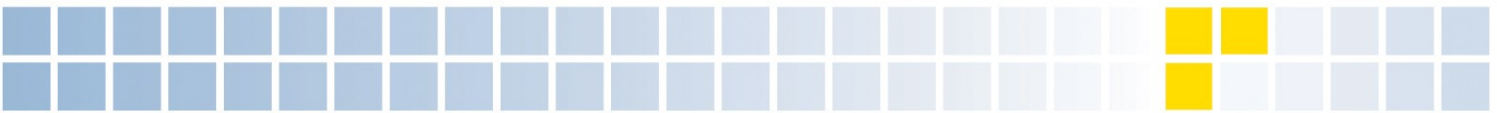
Obwohl die Gesundheitskioske Aufgaben der öffentlichen Daseinsvorsorge hätten übernehmen sollen, war vorgesehen, dass der von den Kommunen verantwortete Teil der Daseinsvorsorge nur durch einen pauschalen Finanzierungsanteil von 20 % abgedeckt werden sollte. Die Finanzierung der Gesundheitskioske sollte stattdessen weit überwiegend (mit 74,5 %) durch die gesetzliche Krankenversicherung erfolgen.

Die gesetzliche Krankenversicherung hat seit Jahren ein massives Ausgabenproblem, das durch kostensteigernde Gesetze immer weiter verschärft wird. Deutschland hat das teuerste Gesundheitssystem der EU, ohne dafür auch eine Spitzengesundheitsversorgung zu haben. Die Errichtung von Gesundheitskiosken befeuert diese Entwicklung weiter und belastet die Beitragszahlenden, ohne dass diese dafür eine qualitativ bessere Versorgung erhalten. Nach den ersten Gesetzesplänen sollte „perspektivisch ein Kiosk die Beratung für ca. 80.000 Einwohnerinnen und Einwohner sicherstellen“. Somit hätten die Beitragszahlenden zur gesetzlichen Krankenversicherung für die 1.000 Kioske zusätzlich jährlich ca. 300 Mio. € aufbringen müssen.

Im Übrigen wäre der geplante Umfang des Vorhabens weit über den Koalitionsvertrag hinausgeschossen, der vorsieht: „In besonders benachteiligten Kommunen und Stadtteilen (5 %) errichten wir niedrigschwellige Beratungsangebote (z. B. Gesundheitskioske) für Behandlung und Prävention.“ Bei ca. 1.000 Gesundheitskiosken war anzunehmen, dass nicht nur besonders benachteiligte Kommunen einen Kiosk erhalten würden.

Finanzierung von Studienplätzen nicht zu Lasten der Beitragszahlenden

Es ist ebenfalls richtig, dass der Gesetzentwurf nicht die Idee aufgreift, einen Medizinstudienplätze-Förderfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zu finanzieren. Die Finanzierung von Schulen und Universitäten ist eine Kernaufgabe des Staates und es wäre ordnungspolitisch falsch, wenn die Beitragszahlenden der gesetzlichen Krankenversicherung zwei Drittel der neuen Studienplätze im Bereich der Humanmedizin finanzieren müssten.



Budgetierung der vertragsärztlichen Vergütung beibehalten

Es besteht kein Bedarf für noch höhere Honorare für Ärzte und Ärztinnen. Dass die Ärzteschaft nicht auskömmlich vergütet sei, ist eine Mär. Vergleicht man die Vergütung der Hausärzte mit dem Durchschnittslohn eines Landes, so liegen die niedergelassenen Hausärzte in Deutschland mit dem 4,4-fachen eines Durchschnittsgehalts an der Spitze der OECD-Länder¹. In der Schweiz erhalten Hausärzte nur das 3-fache und in den Niederlanden nur das 2,7-fache. Die niedergelassenen Fachärzte erhalten sogar das 5,4-fache eines deutschen Durchschnittsgehalts. In der Schweiz ist es nur das 3,2-fache.

Die Überschüsse je Inhaber einer Hausarztpraxis sind zwischen 2015 und 2021 jährlich im Durchschnitt um über 5 % gestiegen². Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen für die ärztliche Behandlung haben sich von 2012 bis 2022 von knapp 29 auf über 46 Mrd. € pro Jahr erhöht und sind damit im 10 Jahreszeitraum um 60 % gestiegen³. Für 2024 wurden bereits weitere Erhöhungen von ca. 2 Mrd. € beschlossen⁴. Weitere Erhöhungen müssen daher unterbleiben.

Den Ärzten noch mehr Geld zu zahlen macht das heute schon teuerste Gesundheitssystem der EU, das wir in Deutschland haben, keinen Deut besser. Dies bestätigt auch der Bundesrechnungshof in seinem Gutachten „Extrabudgetäre Vergütung von vertragsärztlichen Leistungen in der ambulanten Versorgung“⁵. Er sieht keine konkreten Anhaltspunkte dafür, dass mit einer Entbudgetierung die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung von Versicherten maßgeblich verbessert würden. Vielmehr würde der medizinisch notwendige Behandlungsbedarf der Versicherten als ausgabensteuerndes Kriterium durch eine Entbudgetierung vollständig abgeschafft. Die Expertise stellt fest, dass die extrabudgetäre Vergütung die Gefahr unwirtschaftlicher, insbesondere medizinisch nicht erforderlicher Leistungserbringung erhöht, was Fehlversorgungen und Ausgabenanstiege nach sich zieht. Die Krankenkassen schätzen die Kosten für eine Entbudgetierung der haus- und fachärztlichen Vergütung auf rund 3 Mrd. € pro Jahr, was einem Beitragssatzanstieg von ca. 0,15 Beitragssatzpunkten entspricht. Steigende Sozialabgaben schwächen den Wirtschaftsstandort Deutschland weiter und allen Beschäftigten bleibt noch weniger netto vom brutto. Daher sollten Maßnahmen, die zu weiteren Beitragssatzanstiegen führen, unterbleiben.

Eine Entbudgetierung der hausärztlichen Vergütung würde zudem gerade dort, wo die hausärztliche Versorgung unterdurchschnittlich ist, gar nichts helfen. Denn begünstigt würden allein die Hausärzte in den Ballungszentren und Großstädten, in denen die hausärztliche Versorgung wesentlich besser ist als in strukturschwachen Gegenden. Bereits heute bekommen die Hausärzte in den meisten Bundesländern und ländlichen Regionen ihre Leistungen zu rund 100 % vergütet. Eine Entbudgetierung würde damit keinen Anreiz zur Niederlassung in schwächer versorgten Regionen setzen. In Städten und Ballungsgebieten, in denen bereits zum Teil eine Überversorgung besteht, braucht es keine weiteren finanziellen Wohltaten oder Anreize zur Niederlassung.

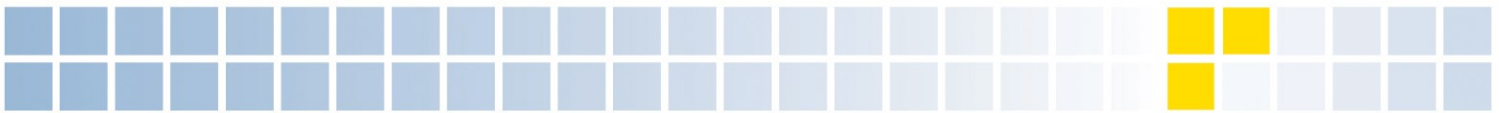
1 [OECD Health Statistics 2022](#).

2 Klein (2024): Die wirtschaftliche Situation von Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten in Deutschland. In: [GKV 90 Prozent, Ausgabe 36, Februar 2024](#).

3 *ibid.*

4 *ibid.*

5 [Bundesrechnungshof \(2023\): Extrabudgetäre Vergütung von vertragsärztlichen Leistungen in der ambulanten Versorgung](#).



Versorgungspauschale – bloße Mitnahmeeffekte vermeiden

Die geplante hausärztliche Versorgungspauschale, die die quartalsweise abzurechnende Chronikerpauschale ersetzen soll, kann dazu geeignet sein, medizinisch nicht erforderliche Arzt-Patientenkontakte zu reduzieren. Da durch die Pauschalisierung die Transparenz über Art und Umfang der tatsächlich erbrachten ärztlichen Leistungen verloren geht, besteht jedoch die Gefahr von Mitnahmeeffekten in der Abrechnung. Es muss daher sichergestellt werden, dass eine ärztliche Versorgung tatsächlich im angemessenen Umfang stattfindet. Zu begrüßen ist, dass die Regelungen zur Versorgungspauschale so ausgestaltet werden sollen, dass sie zumindest nicht zu Mehrausgaben führen.

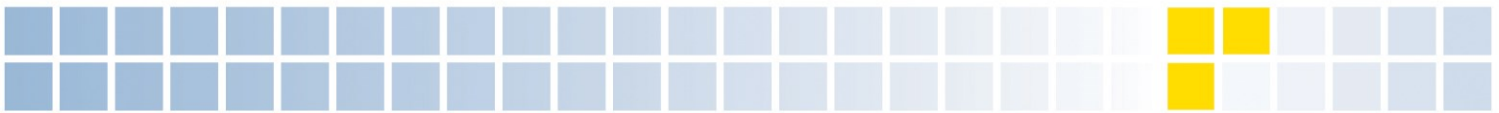
Weitergehende Beteiligungsrechte im G-BA nicht notwendig

Eine Ausweitung der Beteiligungsrechte der Patientenvertretung sollte unterbleiben. Sie würde das richtige Anliegen des Gesetzgebers, die Abläufe im G-BA zu beschleunigen, konterkarieren. Die Patientenvertretung hat schon heute grundsätzlich in allen Gremien des G-BA ein umfassendes Antrags- und Mitberatungsrecht und kann im Rahmen der Beschlussfassung im Plenum des G-BA ihre Positionierung gegenüber der Beschlussvorlage darstellen. Damit wird den Anliegen von Patientinnen und Patienten bereits hinreichend Rechnung getragen. Im Übrigen werden die Interessen von Patientinnen und Patienten im G-BA auch durch die Krankenkassen vertreten, deren Selbstverwaltung sich jeweils mindestens zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten zusammensetzt.

Auch die Berufsorganisationen der Pflegeberufe haben derzeit ausreichende Beteiligungsrechte im G-BA wie z. B. im Bereich der Qualitätssicherung oder bei den Richtlinien nach § 63 Abs. 3c SGB V.

Ambulante Versorgung bedarfsgerecht sicherstellen

Die Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten ist so hoch wie nie. Zum 31. Dezember 2023 nahmen 187.441 Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Davon waren 153.726 Ärztinnen und Ärzte und 33.715 Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Gegenüber 2014 ist die Zahl damit um knapp 14 % gestiegen. Im internationalen Vergleich belegt Deutschland einen der vordersten Plätze in Bezug auf die Arzt- und Psychotherapeutendichte. Anstelle der Schaffung immer neuer vertragsärztlicher Sitze muss für eine bessere Verteilung von Kapazitäten gesorgt werden. Zum einen lässt sich eine Konzentration der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung in wohlhabenden urbanen Regionen bzw. Regionen mit Universitäten und Ausbildungsinstituten feststellen, in denen auch viele Privatversicherte leben. Zum anderen existieren zunehmende Defizite in der Ausgewogenheit des Verhältnisses zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung. Um die Fehlverteilung der Kapazitäten abzubauen, sind finanzielle Anreize erforderlich. Zuschläge für Leistungserbringende in unterversorgten Gebieten oder in Fachbereichen mit personellen Engpässen müssen dabei aber zu Lasten der Leistungserbringenden in überversorgten Gebieten oder überdurchschnittlich besetzten Fachbereichen finanziert werden, um die Steuerung der Versorgung kostenneutral für die Beitrags- und Steuerzahlenden zu gestalten. Neben den marktwirtschaftlichen Steuerungsinstrumenten ist auch die Förderung der Attraktivität der unterversorgten Region entscheidend, z. B. durch die Sicherung der Kinderbetreuung und von Schulplätzen, von Arbeitsplätzen, von kulturellen Angeboten, von Einkaufsmöglichkeiten und der öffentlichen Verkehrsinfrastruktur. Für der Sicherstellung der medizinischen Versorgung müssen die Länder zudem ihren Aufgaben nachkommen und die notwendigen Strukturen schaffen. Keine Lösung hingegen wäre eine Entbudgetierung der fachärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen.



Digitalisierung vorantreiben

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen besitzt nicht nur das Potenzial, Prozesse effizienter zu gestalten, sondern auch die Versorgung im Gesundheitswesen zu verbessern. Die elektronische Patientenakte (ePA) und digitale Gesundheitsanwendungen und digitale Lösungen für arztentlastende Prozesse können hier u. a. einen Beitrag leisten. Damit Digitalisierung auch zu einer effizienteren Versorgung führt, muss sichergestellt werden, dass die Leistungserbringenden die durch die Digitalisierung erzielten Kosteneinsparungen an die Krankenversicherungen und diese die Vorteile auch an die Beitragszahlenden weitergeben.

Delegation von Kompetenzen sachgerecht ausgestalten

Die Erweiterung der Kompetenzen von medizinischem Fachpersonal kann zu einer effizienten Aufgabenverteilung zwischen verschiedenen Beschäftigtengruppen beitragen und Effizienzreserven heben. Für eine verzahnte und aufeinander abgestimmte Versorgung muss aber eine Abgrenzung zwischen den Leistungserbringenden erfolgen. Zudem ist sicherzustellen, dass die mit einer Kompetenzerweiterung einhergehende mögliche Leistungsverlagerung nicht zu doppelten Leistungserbringungen und Doppelausgaben führen, sondern eine entsprechende Bereinigung vorgenommen wird. Nur so können auch tatsächlich Effizienzgewinne erzielt und Ineffizienzen vermieden werden.

Ansprechpartner:

BDA | DIE ARBEITGEBER

Bundesvereinigung der
Deutschen Arbeitgeberverbände

Abteilung Soziale Sicherung

T +49 30 2033-1600

soziale.sicherung@arbeitgeber.de

Die BDA organisiert als Spitzenverband die sozial- und wirtschaftspolitischen Interessen der gesamten deutschen Wirtschaft. Wir bündeln die Interessen von einer Million Betrieben mit rund 30,5 Millionen Beschäftigten. Diese Betriebe sind der BDA durch freiwillige Mitgliedschaft in Arbeitgeberverbänden verbunden.