

Maßnahmen zur Verbesserung der Finanzsituation der GKV im Hinblick auf die Ausgabensteuerung (Stand: Mai 2023)

Politische Ausgangslage

Mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) hat der Deutsche Bundestag das Bundesgesundheitsministerium (BMG) beauftragt, bis Ende Mai 2023 ein Konzept zu einer stabilen, verlässlichen und solidarischen Finanzierung der GKV zu erarbeiten. Hierbei soll – so der gesetzliche Auftrag – insbesondere auch die Ausgabenseite der GKV betrachtet werden. Dies ist notwendig, weil die Bundesregierung mit dem GKV-FinStG lediglich eine kurzfristige Lösung bezüglich 2023 vorgelegt hat. Um einen weiteren, sprunghaften Anstieg der Zusatzbeiträge zu vermeiden, sind jetzt konsequente Maßnahmen erforderlich. Bislang liegt noch kein öffentlich gewordenes Konzept vor.

Zum Hintergrund: Für das Jahr 2023 war ein Defizit in Höhe von 17 Milliarden Euro prognostiziert worden. Für das Jahr 2024 scheint aktuell die Prognose günstiger zu sein, jedoch sind die sich aus den angekündigten weiteren Reformvorhaben ergebenden Kosten völlig offen, z. B. in der stationären Versorgung. Mit Blick auf die weiterhin hohe Inflation sowie die ansteigende Morbidität sind zudem sowohl aus dem Bereich der stationären wie der ambulanten Versorgung massive Forderungen (z. B. DKG und KBV) nach Vergütungsanpassungen gestellt worden.

Damit bleibt auch zukünftig unklar, wie Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach das von ihm selbst gesetzte Ziel des Primats der medizinischen Perspektive vor ökonomischen Zwängen ohne Kostensteigerungen erreichen will. Verschärfend kommt hinzu, dass von Seiten des Bundesfinanzministers die im Koalitionsvertrag angekündigten Einnahmeverbesserungen blockiert werden.

IKK-Positionen zur Ausgabensteuerung in den einzelnen Versorgungsbereichen

Ambulante ärztliche Versorgung

Im ambulanten Bereich wurde in den vergangenen Jahrzehnten die Pauschalfinanzierung (= Gesamtvergütung) in Richtung einer zunehmenden Einzelleistungsvergütung verschoben. Darüber hinaus wurde und wird das Instrument der Budgetierung ausgehöhlt. Mit dem Gesetz „Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland“ werden Leistungen der allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin von mengenbegrenzenden Maßnahmen der Honorarverteilung ausgenommen und Budgets ausgesetzt. Geplant ist lt. Koalitionsvertrag außerdem, die Budgetierung für den hausärztlichen Bereich aufzuheben. Diese Maßnahmen werden zu weiteren Kostensteigerungen führen.

Vor diesem Hintergrund ist es umso bedeutsamer, dass die Zahl der Arztbesuche im internationalen Vergleich in Deutschland mit zehn Arztbesuchen jährlich sehr hoch ist. Dies ist u. a. darauf zurückzuführen, dass chronisch Kranke für Folgeverordnungen je Quartal einmal in die Praxis kommen müssen. Außerdem wird oftmals ein „Fachärzte-Hopping“ beklagt.

Darüber hinaus werden innerhalb der Regierung derzeit mögliche Gefahren für die Patientinnen und Patienten gerade durch investorengetragene MVZ (iMVZ) gesehen. Befürchtet wird, dass der Betrieb von iMVZs sich zu stark an Renditezielen orientiert. Mögliche Folgen wären das isolierte Anbieten einzelner Leistungen aus einem Leistungsspektrum oder die sog. „Buy and Build“-Praktik, bei der iMVZs zuerst aufgebaut und dann gewinnbringend verkauft werden. Im Rahmen des geplanten Versorgungsgesetzes II werden entsprechende Regelungen diskutiert, um derlei Praktiken zu unterbinden.

Forderungen:

1. Stärkung der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV)

- ➔ Der generalistisch ausgebildete Facharzt für Allgemeinmedizin sollte gegenüber den hochspezialisierten Fachärzten wieder an Bedeutung gewinnen. Bedingung hierfür ist die ausreichende Anzahl und flächendeckende Niederlassung von entsprechend qualifizierten Fachärztinnen und Fachärzten für Allgemeinmedizin.
- ➔ Für eine effiziente und gute Leistungserbringung bedarf es einer stärkeren Steuerungsfunktion im Gesundheitswesen, um den Patienten im Krankheitsfall mit einer Lotsenfunktion zu unterstützen. Die Krankenkassen sollten die Möglichkeit erhalten, den Versicherten entsprechende Angebote zu einer gesteuerten Versorgung im Sinne eines Primärarztmodells anzubieten.
- ➔ Im Koalitionsvertrag ist die Forderung enthalten, den hausärztlichen Bereich aus der Budgetierung herauszunehmen. Dies lehnen wir ab. Denkbar wäre es allenfalls zu überlegen, den Hausärzten über Modellvorhaben eine erweiterte Budgetverantwortung zu geben.
- ➔ Es müssen im Sinne einer qualitätsorientierten Versorgung Instrumente gefunden werden, die die Leistungsanspruchnahme maßvoll und angemessen regulieren und für die sowohl die Versicherten als auch die Leistungserbringer gleichermaßen in die Verantwortung genommen werden.
- ➔ Der Hausarzt sollte künftig im Rahmen delegierbarer und nicht ärztlicher Tätigkeiten entlastet werden.

2. Regulierung der ambulanten Versorgung

- ➔ MVZs sollten der Stärkung der regionalen sektoren- und fachübergreifenden medizinischen Versorgung vor Ort dienen. Die Behandlung von Patientinnen und Patienten darf dabei nicht vornehmlich renditeorientiert erfolgen. Die Renditen der Finanzinvestoren sollten hier wie im Bereich der stationären Versorgung begrenzt werden.
- ➔ Auch die Möglichkeiten der Telemedizin und der Einsatz von ePA und eRezept sollten in der Versorgung konsequent genutzt werden.

Stationäre Versorgung

Im stationären Bereich werden die Personalkosten bereits zum Teil als Ist-Kosten (v. a. durch das Pflegebudget) von den Kassen übernommen. Von einer Differenzierung der Versorgungsstufen und einer verstärkten Ambulantisierung (insbesondere künftige Krankenhäuser des Levels Ii), sind die Steigerung der Effizienz und der Qualität der Leistungserbringung zu erwarten. Gerade die Ambulantisierung birgt Potenzial. So geht der GKV-SV davon aus, dass es pro Jahr rund vier Millionen stationär behandelte Fälle mit einer Verweildauer von einem Tag gibt, die definitiv ein Indikator für eine zu erhöhende Ambulantisierungsrate sind. Hier gilt es stringenter als bisher, neue Ansätze hinsichtlich der sektorenübergreifenden Versorgung zu finden und auszubauen.

Forderungen:

1. Wirtschaftlichkeit im Krankenhauswesen:

- ➔ Prüfrechte für Krankenhausrechnungen der Kassen sind uneingeschränkt wiederherzustellen bzw. auszubauen, um die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung als Basis für eine solidarische Lastenverteilung zu gewährleisten.
- ➔ Die Renditen der Finanzinvestoren müssen auch im stationären Bereich begrenzt werden.
- ➔ Bei der sektorengleichen Vergütung gilt es, Mengen- und Preiskomponenten zu beachten, um zu verhindern, dass im Zuge der beabsichtigten „Ambulantisierung“ das Vergütungsniveau des stationären Sektors auf den ambulanten Sektor übertragen wird.

2. Finanzierungsverbesserung der Krankenhausversorgung

- ➔ Die Finanzierungsverantwortung und Bedarfsplanung gehören in eine Hand. Dabei gilt es, eine stärkere Verdichtung und Spezialisierung von Leistungen in Zentren zu fördern und dies durch ein Gesamtkonstrukt aus Vorhalte-, Sicherstellungs- und Leistungsfinanzierung zu sichern.
- ➔ Die Vorhaltefinanzierung sollte als öffentliche Daseinsfürsorge eingestuft werden, die dann folgerichtig aus Steuer- und nicht aus Beitragsmitteln zu finanzieren wäre.

3. Strukturverbesserung der Krankenhausversorgung

- ➔ Die Schaffung von Einrichtungen, die integrierte ambulant/stationäre Versorgung anbieten ist zu fördern, um die Versorgung mit Basis- und Notfalleleistungen sowohl ambulant wie stationär in dünnbesiedelten Gebieten zu sichern. Die dafür erforderlichen sektorenübergreifenden Finanzierungsmöglichkeiten sind bundeseinheitlich zu regeln. Eine Option hierfür wird in den von der Bundesregierung vorgesehenen Krankenhäusern des Level Ii gesehen.
- ➔ Die Bedarfsplanung sollte für Krankenhäuser nicht isoliert nach Betten, sondern nach Leistungen über Sektorengrenzen hinweg erfolgen.
- ➔ Wichtig sind die Konzentration der Krankenhausleistungen und die stärkere Vernetzung der Krankenhäuser zur Erhöhung der Qualität und Bündelung des begrenzt zur Verfügung stehenden Personals. Dafür notwendig ist die Bereitstellung von Bundesmitteln für den Umbau der Krankenhausstrukturen.

Arzneimittel und Apotheken

Der Arzneimittelbereich ist nach wie vor durch hohe Preissteigerungen gekennzeichnet. Ursächlich hierfür sind Strategien der Hersteller, die gezielt die Märkte für „orphan drugs“ und personalisierte Medizin sowie gentechnisch-modifizierte Wirkstoffe bearbeiten. Darüber hinaus wurden auch hier Steuerungsmöglichkeiten der Kassen eingeschränkt. Den Krankenkassen sind aktuell wichtige Steuerelemente zur wirtschaftlichen Versorgung ihrer Versicherten genommen worden. Tatsächlich ist es jedoch für eine sowohl qualitativ hochwertige als auch wirtschaftliche Versorgung durchaus nötig, den Wettbewerb im Arzneimittelbereich unter Einhaltung von Qualitätsvorgaben zu fördern und zu stärken.

Ob die vorgenommenen Anpassungen im AMNOG-Verfahren hier die Entwicklung stoppen können, ist fraglich. Gleichzeitig wird unter dem Stichwort „Lieferengpässe“ eine erhöhte Vergütung von generischen Arzneimitteln gefordert, um den Produktionsstandort Deutschland bzw. Europa aufzubauen bzw. zu sichern. Mit dem Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz (ALBVVG) sollen diesbezüglich Sonderregelungen für den Bereich Antibiotikaversorgung eingeführt werden.

Kostensteigerungen sind auch im Apothekenbereich zu verzeichnen. So erhalten Apotheker verstärkt Zusatzaufgaben (u. a. Impfungen, pharmazeutische Dienstleistungen), ohne dass das Problem der nicht zielführenden und zu hohen Vergütung angegangen wird.

Forderungen:

1. Verbesserung der Rahmenbedingungen für die GKV im Arzneimittelbereich
 - ➔ Senkung der Mehrwertsteuer im Arzneimittelbereich auf 7 Prozent.
 - ➔ Praxisgerechtere Ausgestaltung von Ersatzansprüchen der Krankenkassen bei mangelhaften Arzneimitteln.
 - ➔ Beibehaltung bzw. Wiedereinführung der Ausschreibungsoption und der Option der Vereinbarung von Rabattverträgen zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Versorgung.

2. Maßnahmen zur Regulierung von Arzneimittelpreisen
 - ➔ Der Herstellerabschlag für Fertigarzneimittel (§ 130a Abs.1Satz 1 SGB V) wurde – befristet für das Jahr 2023 – von 7 auf 12 Prozent angehoben. Die Befristung sollte verlängert bzw. verstetigt werden.
 - ➔ Weiterentwicklung AMNOG: Der ausgehandelte Erstattungspreis für neue Medikamente sollte ab Tag 1 in Kraft treten, nicht erst ab dem siebten Monat.
 - ➔ Die „orphan-drug“-Umsatzschwelle sollte von 30 Millionen Euro auf 20 Millionen Euro abgesenkt werden (wie urspr. schon im GKV-FinStG geplant)
 - ➔ Genaue Beobachtung der Auswirkungen der AMNOG-Reformen aus dem GKV-FinStG, und Nachschärfungen, sofern die Preisentwicklung nicht nachhaltig abgedeckt wird. Auch bei „orphan drugs“, personalisierter Medizin und Gen- und Zelltherapeutika muss die Preisentwicklung eine Deckelung erfahren.
 - ➔ Es gilt die Austauschbarkeit in der Apotheke für alle Biologika zeitnah umzusetzen.

3. Maßnahmen zur Verbesserung der Arzneimittelverfügbarkeit

- ➔ Die Bevorratung von Arzneimitteln in der Lieferkette sollte grundsätzlich verpflichtend werden.

4. Maßnahmen zur Ausgestaltung der Apothekenvergütung

- ➔ Streichung coronabedingter und unbefristeter Abgabeerleichterungen in Apotheken.
- ➔ Abschaffung der allgemeinen Botendiensthonorare, stattdessen Botendiensthonorare nur nach ärztlicher Verordnung.
- ➔ Begrenzung der zusätzlich möglichen Serviceleistungen der Apotheken auf ausgewählte pharmazeutische Dienstleistungen, die die Versorgung der Patienten spürbar verbessern.
- ➔ Umgestaltung der Apothekenvergütung: Erkenntnisse aus dem bereits aus der vorletzten Legislaturperiode stammenden BMWi-Gutachten umsetzen und Einsparpotentiale nutzen.

Hilfsmittel

Die zahlreichen gesetzlichen Änderungen im Bereich Hilfsmittelversorgung innerhalb der letzten Legislaturperiode (allein 10 geänd. Fassungen des § 127 SGB V) waren geprägt von einer einseitigen Belastung der Krankenkassen zugunsten der Leistungserbringer und hatten in der Folge nicht nur monetäre, sondern auch administrative Auswirkungen zu Lasten der Versicherungsgemeinschaft, ohne dass diese dadurch eine Qualitätsverbesserung ihrer individuellen Versorgung erfahren hat. Zugleich ist mit dem Verbot der Ausschreibungen ein wichtiges Kosten- und Qualitätssteuerungsinstrument entfallen.

So führte allein das Verbot von Ausschreibungen zu deutlich steigenden Preisforderungen auch bei den Krankenkassen, die selbst gar keine Ausschreibungsverträge geschlossen hatten. Die mehrfachen Anpassungen insbesondere des Beitrittsrechtes bewirkten in der Folge eine Monopolisierung des gesamten Versorgungsmarktes. Monopolistische Strukturen sorgen für ein Preisdiktat, das sogar das Bundeskartellamt beschäftigt. Des Weiteren hat sich das Verfahren der Festbetragsfestsetzung als nicht rechtssicher erwiesen.

Den Krankenkassen sind aktuell wichtige Steuerelemente zur wirtschaftlichen Versorgung ihrer Versicherten genommen worden. Tatsächlich ist es jedoch für eine sowohl qualitativ hochwertige als auch wirtschaftliche Versorgung durchaus nötig, den Wettbewerb im Hilfsmittelbereich unter Einhaltung von Qualitätsvorgaben zu fördern und zu stärken. Zur Ausgabensteuerung müssen deshalb alternative Instrumente eingeführt werden.

Forderungen:

1. Wiederzulassung von Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich

- ➔ Wahlfreiheit für die Kassen, ob mit Einzelvertragspartnern oder Verbänden verhandelt wird.
- ➔ Keine Beitrittsmöglichkeit zu Kollektivverträgen für Verbände schaffen, um Monopolisierung zu vermeiden.
- ➔ Verzicht auf die Verpflichtung zur Bekanntmachung von Vertragspartnern und Preisen, um die Bereitschaft zum Vertragsabschluss zu fördern.
- ➔ Vertragsvielfalt herstellen: Möglichkeit von Selektiv- und Open-House-Verträgen schaffen.
- ➔ Schiedsverfahren nur bei Abschlussmandat und Bindungswirkung für alle Mitglieder.
- ➔ Prüf- und Dokumentationspflichten sind auf Aufwand und Nutzen zu prüfen, insbesondere unvertretbare Betreiberpflichten für die Krankenkassen sind ersatzlos zu streichen.

2. Verbesserung der Rahmenbedingungen für die GKV im Hilfsmittelbereich

- ➔ Einheitlichen und verminderten Mehrwertsteuersatz auf umsatzsteuerpflichtige Hilfsmittel einführen.

3. Qualitätssicherung von Hilfsmitteln

- ➔ Einführung verpflichtender und überprüfbarer Standards für Leistungserbringer in der Beratung zur Hilfsmittelversorgung.
- ➔ Wiedereinführung der Beratung und Steuerung der Versicherten durch die Kassen. Streichung des Wortes „Krankenkasse“ im § 33 Abs. 6 Satz 2 SGB V.
- ➔ Überprüfung des Hilfsmittelverzeichnisses im Rahmen einer Nutzenbewertung von Hilfsmitteln.

Heilmittel

Im Heilmittelbereich wurde die Verhandlungsfähigkeit der Einzelkassen zugunsten des GKV-SV eingeschränkt. Darüber hinaus wurde per Gesetz die Vergütung erhöht. Basis bildet nunmehr der deutschlandweit höchste Preis. Der Bereich unterlag in den vergangenen Jahren enormen Veränderungen, die mit hohen Ausgabensteigerungen für die GKV verbunden waren.

Forderung:

- ➔ Bei der Vergütungsfindung wäre eine Rückkehr zur Anbindung an die Grundlohnsammenentwicklung hilfreich und kostendämpfend. Dies würde auch die Ausgaben für Heilmittel bei den Krankenkassen wieder besser planbar machen.

Digitalisierung

Die Initiative einer „Digitalisierungsstrategie Gesundheit und Pflege“ durch das Bundesministerium für Gesundheit hat im Zuge der zu beschleunigenden digitalen Transformation eine hohe Priorität und Dringlichkeit. Ein Kernstück stellt dabei die Implementierung der elektronischen Patientenakte (ePA) dar. Gerade unter dem Aspekt der Forderung einer gesteuerten Versorgung im Sinne eines Primärarztmodells, ist es zur Realisierung von Qualitäts- und Effizienzgewinnen erforderlich, den Behandlungsverlauf ganzheitlich über die ePA abbilden zu können.

Der G-BA-Beschluss zur 30. Änderung der DMP-Anforderungs-Richtlinie bietet perspektivisch die Möglichkeit einer elektronischen Einwilligung in die Teilnahme an den Disease-Management -Programmen (DMP) und der damit verbundenen Verarbeitung und Aufbewahrung von Daten. Damit wurde eine gesetzliche Grundlage für die Einführung der digitalen Einschreibung in den DMP geschaffen, welche nun in die Praxis und auf weitere Bereiche zu übertragen ist.

2019 wurden mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen. Mit der Einführung dieser neuen Leistungsart wurden allerdings einige Ausnahmereiche für DiGA geschaffen, die es künftig rückzubauen gilt.

Forderungen:

1. Einschreibung in DMP

- ➔ Das Verfahren der elektronischen Einschreibung sollte auf verschiedene Verträge der integrierten Versorgung übertragbar sein, um die Anerkennung bei den Leistungserbringern zu sichern und den Einschreibeprozesses für die Versicherten zu erleichtern.
- ➔ Das angewendete Einschreibeverfahren muss die geforderte Datensicherheit und eine RSA-Konformität gewährleisten.

2. Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)

- ➔ Für Nutznachweis und Zulassung von DiGA sollte wieder auf ein ex-ante Verfahren mit bereits nachgewiesenem Nutzen umgestellt werden. Das Fast-Track-Verfahren ist aufzuheben.
- ➔ Werden im Rahmen der Anwendung von DiGA persönliche Leistungen erbracht, so sollten Zulassungs- oder Zertifizierungsanforderungen auch für das eingesetzte Personal gelten.
- ➔ Der Nutznachweis für DiGA sollte in vergleichenden Studien und gegen eine entsprechende analoge Versorgung erfolgen und mindestens mit einem Nachweis der Nichtunterlegenheit erfolgen.
- ➔ Anwendung von Höchstpreisen mit Beginn der Aufnahme einer DiGA in das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und Einführung der Zuzahlung auch für die Sachleistung DiGA, um die Nutzung zu intensivieren.
- ➔ Die Preisgestaltung von DiGA ist an deren Nutzung und an deren Nutzen auszurichten. (Aufhebung der Abrechnung bei Freischaltung der Anwendung).

Weiterführende Forderungen:

1. Verbesserung der Betrugserkennung und Verhinderung im Gesundheitswesen
 - ➔ Die Effektivität der Kranken- und Pflegekassen bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen muss durch gesetzliche und organisatorische Maßnahmen insbesondere in den Bereichen Verhinderung und Betrugserkennung verbessert werden. Dadurch wird auch das Entdeckungsrisiko für Betrugshandlungen erhöht. Elemente sind Veränderungen in der Organisation und Ausstattung sowie Einführung von KI-Systemen zur Betrugserkennung. Einführung eines gemeinsamen kassenübergreifenden Datenaustausches von Abrechnungsdaten.
2. Überarbeitung des Leistungskatalogs unter Evidenzgesichtspunkten
 - ➔ Zudem bedarf es einer konsequenten Überarbeitung des gesamten Leistungskatalogs der GKV unter Evidenzgesichtspunkten. Neue Leistungen sollten dabei veraltete Leistungen in der Gesamregelversorgung ablösen. Für den Ausschluss von Leistungen aus dem Leistungskatalog der GKV bedarf es einer Absenkung der Mehrheitsvorgaben (derzeit 2/3) im G-BA.
3. Bekenntnis zur Grundlohnsummenorientierung bei den Preisverhandlungen der GKV
 - ➔ Seit Beendigung der Grundlohnsummenanbindung (2015) sind erhebliche Vergütungssteigerungen für die GKV auszumachen. Zur Begrenzung der Ausgaben und zur Vermeidung weiterer Beitragssatzsteigerungen ist daher eine Rückkehr zur Grundlohnsummenorientierung u. a. für die Bereiche „ambulante Versorgung“, „Heil- und Hilfsmittel“ sowie den Bereich „Reha“ dringend geboten.
4. Zeitnahe Aufnahme in Reha- und Vorsorgeeinrichtungen sicherstellen
 - ➔ Der Korridor zwischen Antragsstellung und Aufnahme in Reha- und Vorsorgeeinrichtungen wird kontinuierlich größer. Bei Mutter/Vater-Kind-Maßnahmen haben Einrichtungen im Schnitt erst neun Monate nach Bewilligung freie Termine. Je nach Indikation werden Rehabilitationen erst nach 6 Monaten angetreten. Im Bereich der Anschlussrehabilitation ist immer häufiger festzustellen, dass die Aufnahme innerhalb der 14 Tage nach Krankenhausentlassung nicht sichergestellt werden kann. Zudem nehmen Rehabilitationskliniken im Bereich der Neurologischen Rehabilitation keine Versicherten/Patienten mehr auf, die beim Barthel-Index einen Wert von unter 50 aufweisen. Die Aufnahme der Versicherten in Reha- und Vorsorgeeinrichtungen muss daher zeitnah erfolgen, um so den medizinischen Behandlungserfolg nicht zu gefährden.