

GKV-Sparpläne gefährden ambulante Versorgung – wo sparen wirklich notwendig wäre!

Der GKV-Spitzenverband hat ein eigenes Sparpaket vorgelegt. Darin definiert er mehr als 50 Maßnahmen, mit denen sich jährlich rund 50 Milliarden Euro in der gesetzlichen Krankenversicherung einsparen lassen sollen. Der ambulante Bereich hat sich durch moderate Abschlüsse beim Orientierungswert und trotz Budgetierung unbezahlter, aber erbrachter Leistungen im Wert von 2,7 Mrd. € jährlich bereits solidarisch mit der Finanzlage der GKV gezeigt. Trotzdem macht der GKV-SV mit seinen Sparvorschlägen auch vor den Vertragsärzten und -psychotherapeuten keinen Halt. Dabei fehlt vor allem der kritische Blick auf die eigenen Strukturen.

Wer jedoch die ambulante Versorgung im Rahmen einer Spardiskussion zur Disposition stellt, gefährdet nicht nur die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens, sondern konkret die Gesundheit der GKV-Versicherten. Wir erleben erneut eine Diskussion, die ausschließlich den Status quo betrachtet und die verheerenden Folgen kurzfristiger Sparmaßnahmen v.a. für die Bürgerinnen und Bürger ignoriert.

Seit 1977 gab es zahlreiche Gesundheitsreformen – und wo stehen wir heute? Die bisherigen Maßnahmen haben, wenn überhaupt, nur kurzfristig gewirkt und allenfalls eine vorübergehende Stabilisierung der Finanzen gebracht. Die „Einsparungen“ im ambulanten Bereich haben zudem dazu geführt, dass eine längst mögliche und weitgehende Ambulantisierung unterblieb oder massiv verzögert wurde. So spricht das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) immer noch von 40 % Fehlbelegung in deutschen Krankenhäusern. Außerdem konnten 60 % der Krankenhausfälle des Jahres 2024 dem Ambulantisierungspotenzial zugeordnet werden – hochgerechnet über acht Millionen GKV-Fälle.

Krankenhäuser haben selten einen substanziellen Beitrag zur Stabilisierung der Gesundheitskosten geleistet, waren aber gleichzeitig verantwortlich für Dysfunktionalität, erhöhte Kosten, Unwirtschaftlichkeit und Qualitätsdefizite im deutschen Gesundheitswesen.

Die Konsequenz: In der ambulanten Versorgung, dem effizientesten Bereich im deutschen Gesundheitswesen, fehlten und fehlen die Mittel für eine nachhaltige Digitalisierung und Vernetzung, die längst hätte erfolgen können. Die ambulante Zitrone ist ausgepresst. Jetzt erneut einen Kahlschlag zu fordern, wird spürbare Konsequenzen für die ambulante Patientenversorgung haben.



In Folge werden nicht – wie politisch gefordert – mehr, sondern weniger Termine in v.a. fachärztlichen Bereichen angeboten werden können. Warum? Leistungsbeschränkungen im fachärztlichen Bereich durch Budgetierung müssen konsequenterweise zu weniger Terminangeboten führen. Hingegen geht man die eigentlichen Ursachen für Kostensteigerungen im Gesundheitswesen wieder nicht an, u.a. die ineffektive und teure deutsche Krankenhauslandschaft, echte nicht nur symbolische Sparbemühungen bei den Arzneimittelausgaben und eine nachhaltige Strukturreform der GKV.

Eine weitere notwendige Maßnahme – die Steuerung der GKV-Versicherten, die das System inadäquat in Anspruch nehmen – ist ebenfalls unterblieben.

Die Folgen sind:

- zu viele, zu teure und Krankenhäuser mit leerstehenden Betten
- massive Fehlinanspruchnahmen von Krankenhausambulanzen trotz vorhandener Bereitschaftsdienststrukturen der KVen bei gleichzeitiger Verweigerung zur Nutzung bestehender Systeme zur Patientensteuerung
- zu viele und zu teure Krankenkassen, teils mit Dreifachstrukturen und aufgeblähten Verwaltungen
- exzessive Arzneimittelkosten
- fehlende Mitverantwortung der GKV-Versicherten
- fehlende Verbindlichkeit in der Patientensteuerung
- eine immer weiter ins Hintertreffen geratene Ambulantisierung und Digitalisierung

Deutschland hat die zweithöchsten Arzneimittelpreise weltweit – bei gleichzeitig erheblichen Lieferproblemen, ohne dass es noch ein relevanter Produktionsstandort wäre. Es muss daher dort gespart und reformiert werden, wo Geld im deutschen Gesundheitswesen ohne Nutzen für die Patienten oder den Standort ausgegeben wird – und zwar so, dass Einsparungen die Versorgung nicht gefährden.

Die Überlegungen des GKV-Spitzenverbandes, die lediglich die Wechselbeziehung zwischen Einnahmen und Ausgaben fokussieren, greifen zu kurz. Eine langfristige Stabilisierung der GKV-Finzen erfordert eine Reform der dysfunktionalen Strukturen. Damit sind die Forderungen 2.1 bis 2.15 des GKV-SV zwar prinzipiell zu unterstützen, führen aber nicht zu einer echten Reform.



Forderungen der FALK-KVen

1. Reform der Kassenlandschaft

Zur Reduzierung von Kosten, braucht es effiziente und kostengünstige Krankenkassen. Dies erreicht man durch folgende Maßnahmen

- Festschreibung der Verwaltungskosten pro Kopf
- Krankenkassen mit sinkenden Mitgliederzahlen müssen Verwaltungskosten absolut senken
- Dreifachverwaltungen (Landesverbände, Bundesverband, GKV-SV) sind zu beenden
- Fusionspflicht für defizitäre Krankenkassen (Fusionen werden vom BAS verfügt)
- Streichung unnützer Ausgaben durch Satzungsleistungen außerhalb des originären Leistungskatalogs
- Werbeverbot für Krankenkassen mit gesetzlichem Auftrag (Einsparpotenzial: bis zu 100 Mio. Euro jährlich)

2. Krankenhäuser

Reduzierung der Krankenhausbetten auf Landesebene auf europäischen Durchschnitt:

- 7 Betten/1.000 Einwohner in 2026
- 6 Betten/1.000 Einwohner in 2027
- 5 Betten/1.000 Einwohner in 2028
- Finanzierung ab 2029 nur bei Teilnahme an externem, unabhängigem Qualitätsmanagement
- Einführung von Mindestmengen ab 2026 für die 100 häufigsten DRGs
- Deckelung des Mengenzuwachses auf 2 % pro Jahr (Ausnahme: nachgewiesene Wirtschaftlichkeitsreserven)
- Einheitliches, standardisiertes, strukturiertes und verbindliches Ersteinschätzungsverfahren zur Patientensteuerung in INZ. Dieses muss das Niveau eines Medizinproduktes aufweisen und vom G-BA festgelegt werden



3. Apotheken

- Verpflichtung zu 24/7-Bereitschaftsdienst mit Fahrdienst pro Mittelbereich (50.000 Einwohner), um doppelte Hausbesuche, Rettungsdienstfahrten und die Verschlechterung von Krankheitsfällen zu verhindern
- Abschlag von 10 % auf Fixkostenzuschlag bei Nichterfüllung

4. Pharmazeutische Dienstleistungen

- Abschaffung oder Vergütung analog EBM mit Budgetierung und Wirtschaftlichkeitsprüfung
- Dokumentationspflicht in separatem ePA-Bereich

5. Ambulanter Bereich

Weitere Effizienzsteigerung des ambulanten Bereichs durch

- Entbudgetierung und Aufhebung von Fallzahlbegrenzungen.
- Angleichung der Steigerungen des ambulanten Orientierungswertes an die Steigerung des Orientierungswertes der Krankenhäuser.
- Entlastung durch Entbürokratisierung und Befreiung von Überkontrolle in Misstrauenskultur gegenüber Vertragsärztinnen und - Ärzten
- Entlastung durch Abschaffung von Regressbedrohungen und Einführung von Bagatellgrenzen
- Entlastung durch funktionstüchtige Digitalisierung ohne Zwangsmaßnahmen
- Sicherstellung der künftigen Versorgung durch Vereinfachung des Zulassungswesens
- Nachwuchssicherung durch Bereitstellung von Mitteln zur Weiterbildung des ärztlichen und psychotherapeutischen Nachwuchses im ambulanten Bereich
- Stärkung der umfassenden Rolle der KVen im ambulanten Versorgungssystem



6. Weitere Maßnahmen

- Verbindlichkeit in der Patientensteuerung der notdienstlichen Akutversorgung mit Ticketsystem für die Zuweisung von Ort- und Zeitpunkt der bedarfsgerechten Versorgung. Einzug einer Eigenbeteiligung von Patienten durch die Krankenkassen bei Nichteinhaltung der zugewiesenen Versorgungsebene.
- Kostenbeteiligung bei Heilmitteln auf 15 % erhöhen, Überprüfung des Heilmittelkatalogs.
- Versicherungsfremde Leistungen vollständig den öffentlichen Haushalten zuordnen oder in der GKV refinanzieren
- Reform der Rettungsdienste: 20 Prozent Abschlag auf Vorhaltekosten bei fehlender einheitlicher Landesleitstelle oder nicht vorhandener Vernetzung

Zusammengefasst: Einsparungen dort, wo sie die Versorgung nicht gefährden, und eine echte Strukturreform für ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen.

