

Hintergrundpapier

Solidarisch, aber pleite?
Zeit für einen Neustart der
GKV-Finanzierung

März 2025

Vorwort

Nach der vorgezogenen Wahl zum 21. Deutschen Bundestag obliegt es nun Friedrich Merz (CDU/CSU) als designiertem Bundeskanzler, die staatspolitische Verantwortung der Bundesrepublik Deutschland in einer Zeit komplexer Herausforderungen zu übernehmen. Angesichts der fehlenden absoluten Mehrheit ist die Union auf die Bildung einer Koalition angewiesen und hat sich mit der SPD auf weiterführende Verhandlungen verständigt. Nach Abschluss von Sondierungsgesprächen treten beide Parteien nun in formelle Koalitionsverhandlungen ein. Die rasche Konstituierung einer handlungsfähigen Exekutive ist von zentraler Bedeutung, um den drängenden gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und insbesondere gesundheitspolitischen Herausforderungen mit nachhaltigen Reformansätzen begegnen zu können. Die auf sie zukommenden Herausforderungen sind immens.

In den vergangenen Legislaturperioden wurde das Gesundheitssystem immer wieder mit kostspieligen Initiativen und Gesetzen belastet, die signifikante Kosten zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verursachten. Die zugrundeliegenden strukturellen Herausforderungen blieben dabei weitgehend unangetastet und haben so das System zu einem multimorbiden Patienten gemacht.

Während bisherige Regierungen die Augen vor notwendigen Maßnahmen und Reformen verschlossen haben, bekommt die GKV kein Auge mehr zu. Sie ringt mit einer immer größer werdenden Finanzierungslücke, die ohne grundlegende Neuerungen in den kommenden Jahren weiterwachsen und das gesamte Gesundheitssystem zum Kollabieren bringen könnte.

Die neue Bundesregierung muss nun in die Umsetzung gehen und sich nicht länger auf vage Zusagen beschränken. Es sind sofortige Maßnahmen und Reformen erforderlich, um Effizienzsteigerungen herbeizuführen und Leistungskürzungen zu verhindern. Eine kontinuierliche Anhebung des GKV-Zusatzbeitragssatzes stellt keine nachhaltige Lösung dar. Im Gegenteil: Sie verlagert die Last einseitig auf die Schultern der Versicherten und Arbeitgebenden, ohne die strukturellen Ursachen zu adressieren. Klar ist: Im Gesundheitssystem stehen ausreichend Finanzmittel zur Verfügung, die jedoch einer effizienten und nachhaltigen Verteilung bedürfen, um die langfristige Stabilität des Systems sicherzustellen.

Wir sind überzeugt, dass eine zukunftsfähige Kranken- und Pflegeversicherung nur durch eine gemeinsame Anstrengung von Politik, Gesellschaft sowie allen Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitswesen erreicht werden kann. Sie lädt die mkk – meine krankenkassen mit diesem Papier dazu ein, den dringend notwendigen Dialog aktiv mitzugestalten und nachhaltige Lösungen für die Finanzierung unseres Gesundheitssystems nicht nur zu entwickeln, sondern auch umzusetzen.

Weiter wird auf das gesundheitspolitische Aufgabenheft 2025–2029 des BKK Dachverbandes verwiesen, welches die mkk – meine krankenkasse unterstützt. Die darin formulierten Positionen des BKK Dachverbandes sollen durch dieses Hintergrundpapier aus der Perspektive einer Einzelkasse sowie unter Berücksichtigung praktischer Erfahrungen weiter untermauert und ergänzt werden.

Gemeinsam! Für unsere Gesundheit!

I. Status Quo infrage stellen und verändern

Obwohl das Gesundheitssystem über erhebliche Mittel verfügt, befindet es sich in einer finanziellen Schieflage: Auf der **Einnahmenseite** belasten weiterhin versicherungsfremde Leistungen¹ massiv die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenkassen. Sie müssen diese Leistungen aktuell übernehmen, obwohl sie in staatlicher Verantwortung liegen. Auf der **Ausgabenseite** treiben ineffiziente Strukturen, restriktive Regelungen und steigende Kosten – vor allem in den Leistungsbereichen Krankenhaus, Ärztliche Behandlungen sowie Arzneimittel – die Ausgaben in die Höhe. Um diese Herausforderungen zu überwinden, sind tiefgreifende Strukturreformen, deren Wirkung sich erst mit Verzögerung entfalten sowie kurz- und mittelfristige Sofortmaßnahmen, die schnell Effizienzreserven heben, dringend erforderlich.

1. Einnahmenseite stabilisieren

Ausreichende Finanzierung versicherungsfremder Leistungen

Die GKV erhält einen jährlichen Bundeszuschuss, um verschiedene versicherungsfremde Leistungen zu finanzieren. Dieser Zuschuss ist jedoch nicht an die steigenden Ausgaben gekoppelt, was zu einer stetig wachsenden Finanzierungslücke führt. Wenn Bund und Länder ihrer Verantwortung nicht nachkommen und die versicherungsfremden Leistungen übernehmen, welche sachgerecht aus dem allgemeinen Steueraufkommen zu finanzieren wären, muss der Bundeszuschuss dynamisch an die Kostenentwicklung angepasst werden, um den Beitragszahlenden nicht Lasten aufzubürden, die sich aus den steigenden Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen, bei gleichzeitig unverändertem Zuschuss zwangsläufig ergeben, weil nur dadurch die Deckungslücke geschlossen werden kann.

Auch ist die Zahlung ausgabendeckender Beiträge für Bürgergeldbeziehende unerlässlich. Aktuell übernehmen die gesetzlichen Krankenversicherungen diese Kosten, was das System erheblich belastet. Durch eine Anhebung der gezahlten Pauschalen, die den tatsächlichen Ausgaben entspricht, die jährlich auf 9 bis 10 Milliarden Euro veranschlagt werden, könnte die finanzielle Stabilität der GKV gestärkt werden. Diese Maßnahme ist nicht nur sachgerecht, sie trägt zur Entlastung der Solidargemeinschaft und zur langfristigen Sicherung der Gesundheitsversorgung bei.

2. Ausgabenwachstum dämpfen

Krankenhaus-Transformationsfonds – Versichertengelder nicht weiter zweckentfremden

Die Finanzierung des Krankenhaus-Transformationsfonds, der mit 50 Milliarden Euro ausgestattet werden soll, soll zum Teil durch die gesetzliche Krankenversicherung getragen werden. Dies würde eine

¹ Als versicherungsfremde Leistungen werden medizinische Leistungen bezeichnet, die familienpolitisch motiviert oder von gesamtgesellschaftlichem Interesse sind, welche die GKV übernimmt und aus ihrem Budget bezahlt, die aber sachgerecht aus dem allgemeinen Steueraufkommen zu finanzieren wären.

jährliche Belastung von bis zu 2,5 Milliarden Euro für die GKV bedeuten. Aufgrund der Zweckbindung der Sozialversicherungsbeiträge ist diese Finanzierung verfassungsrechtlich problematisch und muss durch die neue Bundesregierung rückgängig gemacht werden. Die finanziellen Mittel für den Fonds müssen als Investitionen in die Daseinsvorsorge zwingend durch den Staat und somit aus Steuermitteln aufgebracht werden. In den laufenden Sondierungsgesprächen haben sich Union und SPD unter anderem auf ein „Sondervermögen Infrastruktur“ verständigt, mit dessen Mittel auch Investitionen in Krankenhäuser finanziert werden sollen. Noch ist unklar, ob die zusätzlichen Bundesmittel direkt dem Transformationsfonds zugutekommen.

Zudem sei darauf hingewiesen, dass die Zuweisung der durch das Bundesamt für Soziale Sicherung aus dem Transformationsfonds ausgezahlten Fördermittel als Einnahmen der Länder, die in deren Haushalten verbucht werden, nicht tragbar ist. Um sicherzustellen, dass die Länder ihren Investitionsverpflichtungen zukünftig nachkommen, sind Auszahlungen aus einem Transformationsfonds so zu gestalten, dass Vorhaben zunächst aus Mitteln der Länder finanziert werden.

Eine über den Regelungszweck des Transformationsfonds nach §12b Absatz 1 KHG hinausgehende Förderung der Infrastruktur ist nicht zu befürworten. Es muss eine klare Begrenzung auf die Fördertatbestände „Schließung, Konzentration und Umwidmung“ vorgenommen werden. Gelder für Vorhaben aus dem Transformationsfonds sollten erst dann zur Verfügung gestellt werden, wenn eine Zuweisung der Leistungsgruppen durch die Landesplanungsbehörden erfolgt ist.

Prüfquoten bei Krankenhausrechnungen abschaffen

Ein erheblicher Anteil der Krankenhausabrechnungen kann von den Krankenkassen nicht überprüft werden, da die gesetzliche Prüfquote aktuell auf maximal 12,5 Prozent der Rechnungen begrenzt ist. Dies bedeutet, dass Krankenkassen in der Mehrheit der Fälle keine Möglichkeit haben, Abrechnungen auf Plausibilität oder medizinische Notwendigkeit hin zu überprüfen, was potenziell zu fehlerhaften Zahlungen in Milliardenhöhe führt. Es erscheint irrational, dass die Solidargemeinschaft für nicht erbrachte oder fehlerhaft abgerechnete Leistungen aufkommen soll. Die Nachprüfbarkeit grundsätzlich jeder Rechnung stellt sicher, dass nur tatsächlich erbrachte Leistungen bezahlt werden und schützt das System vor Missbrauch. Das Prüfquotensystem sollte abgeschafft werden. Damit könnte ein Einsparpotenzial von rund 1,1 Milliarden Euro jährlich freigesetzt werden und erheblich zur Reduktion der Ausgaben beitragen. Jede Rechnung muss – wie in anderen Leistungszweigen der GKV und in anderen Wirtschaftszweigen auch – faktisch prüfbar sein.

300-Euro-Aufwandspauschale bei Rechnungsprüfungen abschaffen

In der aktuellen Abrechnungspraxis zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen wird bei strittigen Rechnungen eine Aufwandspauschale von 300 Euro für Krankenkassen fällig, wenn eine geprüfte Abrechnung letztlich korrekt ist. Umgekehrt müssen Krankenhäuser einen Rechnungsaufschlag an Krankenkassen zahlen, wenn eine Krankenhausabrechnung überprüft und dabei eine fehlerhafte Abrechnung festgestellt wird. Dann muss das Krankenhaus nicht nur die Rechnung korrigieren, sondern zusätzlich einen finanziellen Aufschlag entrichten.

Diese Regelung soll ursprünglich Fehlrechnungen reduzieren, führt jedoch zu administrativem Mehraufwand auf beiden Seiten. Eine alleinige Abschaffung einer der beiden Komponenten wäre nicht sinnvoll und schwer vermittelbar, da dies die bürokratischen Hürden lediglich verschieben würde.

Durch die vollständige Abschaffung dieser Regelung könnte ein Einsparpotenzial von rund 200 Millionen Euro jährlich freigesetzt werden.

Ausschreibungen für Hilfsmittel wieder ermöglichen

Das 2019 eingeführte Verbot für Krankenkassen, Ausschreibungen für Hilfsmittel durchzuführen, muss aufgehoben werden. Die Möglichkeit von Ausschreibungen ist ein bewährtes Instrument, um die Wirtschaftlichkeit und Effizienz im Gesundheitswesen zu steigern und für Versicherte die bestmögliche Versorgung sicherzustellen. Eine Ausschreibung, die nicht nur den Preis, sondern auch Qualitätsstandards und Versorgungsanforderungen berücksichtigt, kann sicherstellen, dass Patientinnen und Patienten eine qualitätsgesicherte Versorgung erhalten, die Vielfalt der Anbieter erhalten bleibt und gleichzeitig der Markt für innovative Lösungen geöffnet wird.

Die aktuelle Regelung führt dazu, dass Krankenkassen gezwungen sind, sich auf vorgegebene Lieferanten zu beschränken, was potenziell Kostensteigerungen nach sich zieht. Eine gezielte und faire Ausschreibung könnte diesen negativen Entwicklungen entgegenwirken und Kostentransparenz sowie gerechtfertigte Preis-Leistungs-Verhältnisse fördern.

Gleichzeitig wird auf diese Weise gewährleistet, dass nicht erst durch eine nachgelagerte Prüfung Mängel in der Versorgung zum Nachteil der Versicherten festgestellt werden, die zudem zum Nachteil der Versichertengemeinschaft schwerer sanktionierbar sind. Die mit Hilfe von Ausschreibungen beschreibbaren Anforderungen an eine qualitätsvolle Versorgung, werden für Versicherte vorteilhaft wirken.

Zudem würde die Möglichkeit zur Ausschreibung Krankenkassen mehr Flexibilität geben, individuelle und spezialisierte Lösungen für ihre Versicherten zu finden, während gleichzeitig eine langfristige Kostenkontrolle gewahrt bliebe. Es ist daher im Interesse der Versicherten sowie der gesamten Gesundheitsversorgung, die Option der Ausschreibung für Hilfsmittel wieder zu ermöglichen.

Eine Schätzung des mit dieser Maßnahme verbundenen Einsparpotentials ist schwierig, angesichts der bestehenden Intransparenz. Nicht zuletzt hat der Bundesrechnungshof bereits kartellartige Strukturen im Hilfsmittelmarkt gerügt. Margen von bis zu 70 Prozent auf Basis der Erhebungen der Kassen vor Einführung des Verbots deuten darauf hin, dass hier bei einem Gesamtvolumen von 11,2 Mrd. Euro (2023), die die GKV für Hilfsmittelversorgung aufwendet, ein erhebliches Wirtschaftlichkeitspotential besteht.

Weiter ist ein reduzierter Mehrwertsteuersatz auf Hilfsmittel notwendig, denn Rollstühle, Prothesen oder Hörgeräte sind keine freiwillige Anschaffung. Während für Grundbedürfnisse wie Lebensmittel 7 Prozent Mehrwertsteuer fällig werden, unterliegen notwendige medizinische Hilfsmittel weiterhin dem höheren Satz von 19 Prozent. Diese Maßnahme würde Einsparungen von 750 Millionen Euro pro Jahr ermöglichen.

Heilmittelvergütungen wieder an die Grundlohnsumme koppeln

Die Kopplung der Heilmittelvergütungen an die Grundlohnsumme stellt eine notwendige Maßnahme dar, um die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung zu sichern und Kostensteigerungen nachhaltig zu begrenzen. Ohne diese Anbindung entwickeln sich die Vergütungen an Leistungserbringende unabhängig von der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Systems, was zu erheblichen Mehrbelastungen führt. Eine Stabilisierung der Ausgaben durch die

Grundlohnsummenanbindung würde jährliche Einsparungen von rund 270 Millionen Euro ermöglichen, ohne die Versorgungsqualität für Versicherte zu beeinträchtigen.

Kostenanstieg durch bestehende oder Aufnahme neuer Leistungen vermeiden

Es werden kontinuierlich neue Leistungen in die Vergütungssysteme aufgenommen und zunächst extrabudgetär vergütet. Leistungen, die traditionell Teil der ärztlichen Versorgung waren, erhalten nun eine separate Finanzierung, die die Nachvollziehbarkeit erschwert. In Anbetracht dessen sollte der Kostenanstieg ausgesetzt und eine Bündelung ähnlicher Leistungen angestrebt werden, sodass diese gegebenenfalls in einem einzigen Fall abgerechnet werden könnten.

Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung rückgängig machen

Die Entbudgetierung, die für Hausärztinnen und Hausärzte die Honorarobergrenzen abschafft und Pauschalen für besondere hausärztliche Leistungen einführt, wurde am 30.01.2025 vom Deutschen Bundestag beschlossen. Die aktuelle Regelung bietet keinen erkennbaren Vorteil für die Patientenbehandlung und beseitigt nicht die strukturellen Ungleichgewichte in der hausärztlichen Versorgung. Die Entbudgetierung für alle Hausärztinnen und Hausärzte, ohne Berücksichtigung von unterversorgten Gebieten, führt zu Nachteilen für ländliche Praxen und Regionen mit Versorgungsengpässen. Sinnvoller wäre es, die Verträge der Hausarztzentrierten Versorgung abzuschaffen und stattdessen Leistungsschwerpunkte zu fördern. Die Entbudgetierung kann einen Sog-Effekt erzeugen: Wenn finanzielle Mittel unbegrenzt bereitgestellt werden, kann auch die Zahl der erbrachten Leistungen steigen; wie etwa im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin ersichtlich.

Arzneimittel – Herstellerabschlag hoch, Mehrwertsteuer runter

Zur Sicherstellung der finanziellen Stabilität der GKV sollte der allgemeine Herstellerabschlag für Arzneimittel von derzeit 7 Prozent auf 12 Prozent erhöht werden. Diese Maßnahme würde jährlich Einsparungen von etwa 1,3 Milliarden Euro ermöglichen. Zusätzlich sollte der reduzierte Mehrwertsteuersatz von 7 Prozent auf Arzneimittel angewendet werden, was potenziell 6 bis 7 Milliarden Euro an Einsparungen pro Jahr zur Folge hätte.

Eingliederung des Rettungsdienstes ins SGB V

Die Eingliederung des Rettungsdienstes in das Sozialgesetzbuch V würde eine grundlegende Veränderung in der Kostentransparenz und der Preisgestaltung des Rettungsdienstes mit sich bringen. Aktuell bestimmen die Landkreise über ihre eigenen Satzungen die Kostensätze für den Rettungsdienst, ohne dass die GKV hier ein Mitspracherecht hat. Dadurch ist es der GKV nicht möglich, die Kalkulationen sowohl inhaltlich (fachlich) als auch preislich (rechnerisch) nachzuvollziehen. Häufig sind die Preise in diesem Bereich überzogen und entsprechen keiner wirtschaftlichen Kalkulation. Durch die Eingliederung in das SGB V wären die Landkreise verpflichtet, die Kalkulationen im Vorfeld offen zu legen und mit der GKV zu verhandeln. Dies würde zu einer besseren Kontrolle der Ausgaben und einer deutlichen Verbesserung der Kostenstruktur im Rettungsdienst führen.

Preise für Digitale Gesundheitsanwendungen regulieren

Die freie Preisbildung bei digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) muss abgelöst und stattdessen eine regulierte Preisbildung bzw. Preisbegrenzung eingeführt werden, analog zu digitalen Pflegeanwendungen. Eine Aut-idem-Regelung für DiGA bei gleichem Indikationsspektrum fördert den Wettbewerb und hilft, die Auswahl zu steuern. Zudem müssen Folgeverordnungen begrenzt werden, da aktuell etliche DiGAs mit bis zu sieben Folgeverordnungen in der Versorgung landen, was zu einer unnötigen Kostenbelastung führt. Insbesondere angesichts der steigenden Insolvenzen von DiGA-Herstellern, die dazu führen, dass GKV-Forderungen häufig nicht mehr durchsetzbar sind, könnte die Einrichtung eines Sicherungsfonds durch DiGA-Hersteller sinnvoll sein. Dieser würde gewährleisten, dass die Gelder der GKV nicht verloren gehen und die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenkassen gewahrt bleibt.

II. *Paradigmenwechsel im Gesundheitssystem*

Gesundheitssystem der Zukunft: Von einem kurativen zu einem präventiven Fokus

Das aktuelle Gesundheitssystem ist explizit auf die Behandlung von Krankheiten ausgerichtet, anstatt proaktiv die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten. Es funktioniert primär kurativ – es setzt an, wenn Menschen bereits erkrankt sind, anstatt Krankheiten vorzubeugen. Dieser reaktive Ansatz ist nicht nur teuer, sondern auch ineffizient. Um ein nachhaltiges und zukunftsfähiges Gesundheitssystem zu schaffen, muss ein Umdenken stattfinden: Prävention muss in den Mittelpunkt rücken.

Die Versorgungsausgaben steigen in allen Bereichen signifikant. Obwohl auch die Investitionen in Prävention wachsen, bleibt ihr Anteil an den Gesamtkosten marginal – und damit zu gering. Präventionsmaßnahmen rücken stetig in den Hintergrund, während finanzielle Mittel vorrangig in Versorgungsstrukturen fließen, da dort wirtschaftliche Anreize dominieren. Dieses Ungleichgewicht trägt zur fortschreitenden Belastung des Gesundheitssystems bei.

Präventive Maßnahmen sind der Schlüssel zur langfristigen Entlastung des Systems, da sie nicht nur die Lebensqualität der Menschen verbessern, sondern auch die steigenden Gesundheitskosten dämpfen. Ein System, das präventiv denkt und handelt, kann wesentlich gesünder und kostengünstiger für die Gesellschaft insgesamt sein.

Förderung eines präventiven Gesundheitsmanagements durch Krankenkassen

Mit dem Gesundheitsdatennutzungsgesetzes (GDNG) wurde den Kranken- und Pflegekassen gemäß §25b SGB V die Möglichkeit eingeräumt, Gesundheitsdaten auszuwerten, um individuelle Gesundheitsrisiken frühzeitig zu erkennen. Dies schafft eine wichtige Grundlage, um gezielte präventive Maßnahmen anzubieten. Doch der derzeitige Ansatz des §25b SGB V greift für ein nachhaltiges Gesundheitswesen zu kurz.

Um das volle Potenzial dieses Gesetzes auszuschöpfen, muss der Fokus über die bloße zur Identifikation von Risiken hinausgehen und sollte als wichtiger Teil einer proaktiven Präventionsstrategie begriffen werden. Gesundheitsdaten sollten gezielt für präventive Maßnahmen genutzt werden, die die Entstehung von Krankheiten von Anfang an verhindern.

Die neue Bundesregierung muss eine Erweiterung des §25b SGB V auf den Weg bringen, die es Pflege- und Krankenkassen ermöglicht, Gesundheitsdaten frühzeitig für konkrete präventive Maßnahmen zu nutzen und somit aktiv zur Gesunderhaltung der Bevölkerung beizutragen und nicht nur - wie aktuell - auf fünf konkrete Anwendungsfälle beschränkt zu sein und dadurch das eigentliche Potenzial der Nutzung von Gesundheitsdaten nicht zu erschließen. Neben der Förderung einer langfristigen Gesundheit würde dieser „Systemumbau“ auch eine spürbare Entlastung des Gesundheitssystems bewirken. Eine geringere Krankheitslast trägt bei, die dringend notwendige Abkehr von einem fallinduzierten zu einem konsequent fallvermeidenden System zu vollziehen und stärkt somit die finanzielle Nachhaltigkeit der Kranken- und Pflegekassen und gewährleistet den Zugang zu hochwertiger Versorgung für Versicherte.

Impressum

Herausgeberin:

BKK mkk – meine krankenkasse
Lindenstraße 67
10969 Berlin

Über die mkk – meine krankenkasse

Die mkk – meine krankenkasse gehört mit 540.000 Kundinnen und Kunden sowie rund 100.000 Firmenkundinnen und Firmenkunden zu den 25 größten Krankenkassen Deutschlands und ist bundesweit mit rund 1.150 Mitarbeitenden an 30 Standorten vertreten. Seit ihrer Errichtung 1993 setzt sich die mkk – meine krankenkasse als gesetzliche Krankenkasse mit Andrea Galle als Vorständin dafür ein, Gesundheitsversorgung zu verbessern und weiterzuentwickeln. Der Hauptsitz der mkk – meine krankenkasse befindet sich in Berlin. Weitere Informationen unter

Kontakt sowie V.i.S.d.P.:
Sandy Doehler, Leitung Politik und Kommunikation
Tel.: 030 726 12-1313
www.meine-krankenkasse.de
sandy.doehler@meine-krankenkasse.de

© 2025 mkk – meine krankenkasse