

GKV-BEITRAGSSATZSTABILISIERUNGSGESETZ: VERSORGUNG SICHERN STATT KAPUTTSPAREN

Das Bundesministerium für Gesundheit plant mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz tiefgreifende Eingriffe in das Gesundheitssystem, um die Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung zu stabilisieren. Hintergrund ist eine strukturelle Finanzierungslücke von bis zu 40 Milliarden Euro bis zum Jahr 2030.

Doch der vorliegende Gesetzentwurf verfehlt sein Ziel. Er setzt einseitig bei den Leistungserbringern an – insbesondere bei Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten – und gefährdet damit unmittelbar die Versorgung der Patientinnen und Patienten.

Dieses Gesetz spart nicht das System gesund – es spart die Versorgung krank.

ZENTRALE KRITIKPUNKTE

Sparen an der Versorgung statt an den Ursachen

Der Gesetzentwurf verlagert die finanzielle Last der Stabilisierung nahezu vollständig auf diejenigen, die die Versorgung tagtäglich sicherstellen. Rund drei Viertel der geplanten Entlastung sollen von Leistungserbringern getragen werden. Damit wird das Finanzproblem direkt in die Arztpraxen und Krankenhäuser verschoben – zulasten der Patientinnen und Patienten.

Gleichzeitig zieht sich der Staat zunehmend aus seiner Verantwortung zurück. Insbesondere bei der Finanzierung von Beiträgen für Bürgergeldempfänger erfolgt keine ausreichende Gegenfinanzierung aus Steuermitteln. Stattdessen wird der Gesundheitsfonds weiterhin belastet. Der Staat nutzt damit faktisch die Beitragsmittel als Ersatzfinanzierung – ein gesundheitspolitisch falscher Ansatz, der das System zusätzlich unter Druck setzt.

Deckelung der Vergütungen bedeutet Rationierung

Mit der Einführung einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik wird die Vergütung medizinischer Leistungen systematisch an die Entwicklung der Grundlohnsumme gekoppelt. Diese bildet jedoch weder die tatsächlichen Kostensteigerungen in den Praxen noch den wachsenden Versorgungsbedarf ab.

Hinzu kommt eine weitere Verschärfung: Für die Jahre 2027 bis 2029 wird die maßgebliche Veränderungsrate zusätzlich pauschal um einen Prozentpunkt abgesenkt. **Die Vergütung wird damit bewusst unterhalb der Einnahmeentwicklung begrenzt.**

Das bedeutet im Ergebnis eine reale Kürzung der finanziellen Grundlagen der ambulanten Versorgung. Leistungen werden eingeschränkt, Behandlungsangebote reduziert und die Zeit für Patientinnen und Patienten sinkt.

Wer Leistungen deckelt, rationiert Versorgung.

Längere Wartezeiten durch Abbau funktionierender Steuerung

Der Wegfall der TSVG-Regelungen beseitigt zentrale Anreize für eine schnelle Terminvergabe und schwächt funktionierende Steuerungsinstrumente. Gleichzeitig wird über ein verpflichtendes Primärarztsystem diskutiert – ohne die dafür notwendigen strukturellen Voraussetzungen zu sichern.

Das ist widersprüchlich: Ohne funktionierende Terminsteuerung kann eine gezielte Patientenlenkung nicht umgesetzt werden. Die Folge werden längere Wartezeiten und eine weitere Verschlechterung der Versorgung sein.

Schwächung der psychotherapeutischen Versorgung

Die Streichung von Zuschlägen für Kurzzeittherapien erschwert den schnellen Zugang zu psychotherapeutischer Hilfe. Statt frühzeitiger Behandlung drohen längere Krankheitsverläufe und eine stärkere Belastung anderer Versorgungsbereiche.

Zusätzlich wird die Versorgung durch aktuelle Honorarentscheidungen weiter unter Druck gesetzt: Gegen die Stimmen der ärztlichen und psychotherapeutischen Selbstverwaltung wurde eine Absenkung der Vergütung um **-4,5 %** beschlossen. Diese Entscheidung verschärft die wirtschaftliche Situation vieler Praxen und setzt ein falsches Signal in einem Bereich mit wachsendem Behandlungsbedarf.

Ob das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) diesen aus Versorgungssicht problematischen Beschluss beanstanden wird, ist bislang offen.

Gerade in einem Bereich mit steigender Nachfrage wird damit ein falscher Anreiz gesetzt. **Hier wird an einer besonders sensiblen Stelle gespart.**

Gefährdung von Prävention und ambulanter Versorgung

Das Gesetz konterkariert zentrale gesundheitspolitische Ziele. Prävention, ambulantes Operieren und die Ambulantisierung insgesamt werden durch Budgetgrenzen ausgebremst.

Die Konsequenzen sind absehbar: weniger Vorsorge, mehr stationäre Behandlungen und langfristig steigende Kosten.

Wer bei Prävention und Ambulantisierung kürzt, zahlt später doppelt – mit Geld und mit Gesundheit.

Mehr Bürokratie statt Entlastung

Anstatt das System zu entlasten, schafft das Gesetz zusätzliche bürokratische Belastungen. Neue Nachweispflichten, komplexe Verfahren und steigende Dokumentationsanforderungen binden wertvolle Ressourcen in den Praxen.

Besonders kritisch ist, dass seit Beginn der 21. Legislaturperiode ein Bürokratieentlastungsgesetz für das Gesundheitswesen angekündigt wurde – spürbare Entlastungen sind bislang jedoch ausgeblieben. Auch der vorliegende Gesetzentwurf lässt diese Chance erneut ungenutzt. Statt Bürokratie abzubauen und damit Effizienzreserven zu heben, werden zusätzliche Belastungen geschaffen.

Dabei liegen konkrete Vorschläge längst auf dem Tisch: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat ein Einsparpotenzial von **rund 400 Millionen Euro** durch Bürokratieabbau berechnet. Gleichzeitig könnten Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten **rund acht zusätzliche Arbeitstage pro Jahr für die Versorgung** gewinnen.

Statt diese Potenziale zu heben, produziert das Gesetz neue Bürokratie.

Ein gefährlicher Systemwechsel

In der Summe markiert das Gesetz einen grundlegenden Paradigmenwechsel: weg von einer am medizinischen Bedarf orientierten Versorgung hin zu einem System, das sich primär an finanziellen Grenzen orientiert.

Damit droht eine schleichende Verschlechterung der Versorgung. **Gesundheit darf nicht von der Kassenlage abhängig gemacht werden.**

Was dieses Gesetz konkret bedeuten würde

Sollte der Gesetzentwurf in der vorliegenden Form umgesetzt werden, droht eine spürbare Verschlechterung der Versorgung:

Die ohnehin angespannte Terminlage wird sich weiter verschärfen. Bereits heute werden rund 40 Millionen Termine nicht vergütet. Künftig wird sich das Termin- und Leistungsangebot zunehmend am verfügbaren Finanzrahmen orientieren – nicht am tatsächlichen Bedarf.

Die Grundlagen für eine funktionierende Patientensteuerung werden nachhaltig geschädigt. Steuerungsinstrumente verlieren ihre Wirkung oder werden vollständig zurückgebaut. Damit wird auch ein zukünftiges Primärarztssystem faktisch unterlaufen.

Wartezeiten werden steigen – auch für dringende Behandlungen. Gleichzeitig wird sich das Leistungsangebot insgesamt verknappen, da Praxen gezwungen sind, ihre Leistungen an die vorgegebenen Budgetgrenzen anzupassen.

Das Ergebnis ist eine reale Rationierung ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen.

Ehrlichkeit statt politischer Scheinversprechen

Wenn die Politik Honorare begrenzen will oder muss, ist das eine legitime Entscheidung. Dann muss sie jedoch auch die Konsequenzen offen benennen.

Ein gedeckeltes System kann kein unbegrenztes Leistungsversprechen geben. Politische Zusagen wie ein Rechtsanspruch auf einen Arzt- oder Psychotherapietermin innerhalb weniger Wochen oder umfassende Versorgungsgarantien werden unter diesen Bedingungen faktisch inhaltslos.

Wer Budgets einführt, muss auch sagen, dass Leistungen begrenzt sind. Alles andere ist unehrlich gegenüber den Patientinnen und Patienten.

Was jetzt notwendig ist – und was die Politik liefern muss

Die Stabilisierung der GKV-Finzen ist notwendig – darf aber nicht auf Kosten der Versorgung erfolgen. Die Bundesregierung ist gefordert, den vorliegenden Gesetzentwurf grundlegend zu überarbeiten und die Eingriffe in die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung zurückzunehmen.

Notwendig ist ein echter Dialog mit allen Beteiligten im Gesundheitswesen, um tragfähige und nachhaltige Lösungen zu entwickeln. Dazu gehört vor allem eine faire Lastenverteilung, die nicht einseitig die Leistungserbringer belastet.

Zentral ist dabei die Frage der versicherungsfremden Leistungen. Hier gilt ein klares Prinzip: Was gesamtgesellschaftlich veranlasst ist, muss aus Steuermitteln finanziert werden – nicht aus Beiträgen der Versichertengemeinschaft.

Im politischen Raum wurde dieses Veranlassungsprinzip wiederholt betont. In der praktischen Umsetzung bleibt die Bundesregierung jedoch dahinter zurück. Der Gesundheitsfonds wird weiterhin als Ersatzfinanzierung für staatliche Aufgaben genutzt.

Die Bundesregierung muss hier nachsteuern: Versicherungsfremde Leistungen gehören in den Bundeshaushalt – nicht in die Beitragskasse.

Darüber hinaus ist die ambulante Versorgung als Rückgrat des Systems konsequent zu stärken, da die ambulante Versorgung nicht nur die für die Gesundheit, sondern auch finanziell bessere Alternative ist. Investitionen in Steuerung, Digitalisierung und Prävention sind zwingend erforderlich, um Versorgung effizient und patientengerecht und dauerhaft auch finanziell besser zu organisieren.

Die Politik muss Verantwortung übernehmen und die Versorgung stärken – nicht beschneiden.