GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz

3 Fragen an

Prof. Dr. Thomas Ratajczak

Der Justiziar des BDIZ EDI gibt im Kurzinterview einen Überblick über seine Analyse des Gesetzentwurfs in dieser Ausgabe, Rubrik Abrechnung und Recht, sowie seine Einschätzung zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz.

Herr Prof. Ratajczak, in Ihrer Analyse des GKV-BStabG kritisieren Sie, dass der Bund die GKV weiterhin mit versicherungsfremden Leistungen belastet und den Bundeszuschuss sogar kürzt. Welche rechtlichen oder politischen Mechanismen wären aus Ihrer Sicht notwendig, um diese systematische Fehlfinanzierung endlich verbindlich zu beenden?

Das SGB V enthält in § 221 SGB V eine pauschalierende Beteiligung des Bundes an den versicherungsfremden Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen in Höhe von aktuell 14,5 Mrd. Euro jährlich. Sie soll durch das GKV-BStabG um 2,5 Mrd. Euro abgesenkt werden.

Dabei wird schon seit vielen Jahren ignoriert, dass die Krankenkassen nicht für die Zahlung von versicherungsfremden Leistungen herangezogen werden dürfen. Die Krankenkassen dürfen aus Beitragsgeldern nur das bezahlen, was ihre Mitglieder an Leistungen der Krankenversicherung in Anspruch nehmen (dürfen).

Das Bundesverfassungsgericht hat in mehreren Entscheidungen die strikte Zweckgebundenheit von Sozialversicherungsbeiträgen betont. Sie dürfen nicht zur Finanzierung des allgemeinen Staatshaushalts verwendet werden (Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 22.5.2018, AZ: 1 BvR 1728/12 und 1 BvR 1756/12 sowie weitere Entscheidung vom 18.7.2005, AZ: 2 BvF 2/01).

Die Regelung des § 221 SGB V ist daher schon strukturell falsch. Versicherungsfremde Leistungen darf es in der GKV nicht geben. Selbst die bloße Übertragung der Abwicklung solcher Aufgaben auf die Krankenkassen belastet die Beitragszahler, weil das ja nicht ohne Aufwand zu erledigen ist.

Der Anteil versicherungsfremder Leistungen der GKV lag im Jahr 2025 bei 19,5 Prozent, also mehr als 60 Mrd. Euro. Derzeit erhalten die Krankenkassen vom Bund für sog. Bürgergeldempfänger pro Monat eine pauschale Ausgleichszahlung von 144 Euro (1.728 Euro/Jahr). Die tatsächlichen Ausgaben für diesen Bereich liegen nach Angaben der Krankenkassen jedoch bei etwa dem Dreifachen. Wenn man dann bedenkt, dass ein erheblicher Teil der Bürgergeldempfänger Kriegsflüchtlinge aus der Ukraine sind, dann finanzieren die hiesigen Beitragszahler auch einen Teil dieser Kriegsfolgekosten mit.

Würde der Bund die 60 Mrd. Euro, die er der GKV zu Unrecht entnimmt, stattdessen der GKV belassen bzw. zuführen, gäbe es keinen Anlass für das jüngste Sparpaket. Dort wird nach 16,5 Mrd. oder vielleicht auch wieder nach 20 Mrd. Euro gesucht, ein Drittel des Betrages, den der Bund der GKV zu Unrecht auflastet. Es ist eine einfache Rechnung, wenn man bedenkt, dass der Bund nicht nur für dieses Jahr, sondern für viele Jahre hohe Summen in die GKV zurückzahlen müsste.

Wir diskutieren in Deutschland über die Gefährdung der Versorgungslandschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung, die mit ihren strukturellen Auswirkungen z. B. für die Krankenhausversorgung eine Gefährdung für alle darstellt, weil der Bund seit Jahrzehnten in die Sozialkassen greift.

Die geplante Beschränkung kieferorthopädischer Leistungen auf Fachzahnärzte bezeichnen Sie als verfassungsrechtlich unzureichend begründet – ähnlich bewertet wird das im Gutachten der BZÄK zum Fachzahnarztvorbehalt. Welche juristischen Angriffspunkte sehen Sie konkret, falls diese Regelung in der vorliegenden Form Gesetz würde?

Es gibt von mir zu diesem Punkt ein sehr ausführliches verfassungsrechtliches Gutachten. Die noch vorgesehene Maßnahme ist nicht verfassungsrechtlich unzureichend begründet, sie ist es gar nicht. Die zentrale Begründung im Gesetzentwurf hat folgenden Text (S. 99 des Entwurfs):

„Angesichts der höchst unterschiedlichen Kenntnisse und Fertigkeiten auf dem Gebiet der Kieferorthopädie innerhalb der Zahnärzteschaft können kieferorthopädische Leistungen von sehr unterschiedlicher Qualität sein. Eine Einordnung ist den Patientinnen und Patienten kaum möglich beziehungsweise haben sie keine Kenntnis von diesen Gegebenheiten. Daher ist es gerechtfertigt, künftig eine Weiterbildung zur Fachzahnärztin oder zum Fachzahnarzt (für) Kieferorthopädie für das Erbringen kieferorthopädischer Behandlungen im Rahmen der GKV vorauszusetzen. Nur so kann eine Behandlung auf dem notwendigen und einem möglichst einheitlichen Qualitätsniveau sichergestellt werden."

Dafür fehlt jegliche Evidenz. Dass medizinische Leistungen „von sehr unterschiedlicher Qualität" sein können, ist eine Binsenweisheit, die für alle an einem Markt angebotenen Leistungen gilt, und für sämtliche Facharztbereiche der Medizin ebenso. Die von der FinanzKommission in ihrem ersten Bericht dazu herangezogenen Studien geben für eine solche Aussage nichts her, was auch nur ansatzweise als Beleg gelten könnte.

Es geht nur um den Versuch, Ausgaben dadurch zu reduzieren, dass man das Leistungsangebot verknappt. Dass sich das im Zweifel vor allem zulasten sozial ohnehin benachteiligter Schichten auswirken dürfte, wird noch nicht einmal thematisiert.

Sollte § 28 SGB V wie im Gesetzentwurf vorgesehen geändert werden, muss man gegen das Gesetz Verfassungsbeschwerde einlegen.

Sie schreiben in Ihrem Beitrag, das Gesetz verlagere das gesamte Morbiditätsrisiko wieder auf die Leistungserbringer. Welche strategischen Schritte sollten KZVen und Berufsverbände jetzt vorbereiten, um Honorare und Versorgungssicherheit zu schützen?

Wir haben in der GKV ein Problem, zu dessen Lösung KZVen und zahnärztliche Berufsverbände nur wenig beitragen können, und das sind die steigenden Arzneimittelausgaben.

Mein Friseur hat mir letzthin en passant erzählt, dass seine Hausärztin ihm ein Herzmedikament prophylaktisch verordne, das, wie er gerade im Heimaturlaub auf Sizilien erfahren habe, pro Packung 30.000 Euro koste. Er habe es sich dort auch besorgen wollen. Ein Rezept hatte er dabei. Die Apothekerin habe ihm erklärt, sie besorge es ihm, aber nur, wenn er die 30.000 Euro anzahle. Meine Nachfrage, wofür er das Medikament braucht, konnte er nicht beantworten.

Das Verhältnis von kurativen Ausgaben zu Arzneimittelausgaben verändert sich seit Jahren kontinuierlich zulasten der kurativen Ausgaben. Wenn man sich anschaut, was an neuen Medikamentenstudien veröffentlicht wird, was der Gemeinsame Bundesausschuss wegen der bestehenden Gesetzeslage nolens volens durchwinken muss, wenn man sieht, wie wenig ernsthaften Zusatznutzen viele neue Medikamente nur bringen hinsichtlich Lebensqualität (ohnehin eine sehr subjektive Wahrnehmung) oder Verschieben des Todeszeitpunkts, dann fehlt in Deutschland die Grundsatzdebatte, wofür die Solidargemeinschaft eigentlich heute zuständig sein soll. Die gesetzliche Krankenversicherung begann ihre Existenz 1883 mit dem „Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter" zum Schutz und Erhalt der arbeitenden Bevölkerung, nicht, um den Tod hinauszuzögern. Heute ist sie für das allgemeine Wohlbefinden zuständig. Die Etatfrage ist, ob das noch bezahlt werden kann, die politische, ob und warum das weiterhin bezahlt werden soll.

Zusatzfrage: Die GOÄ-Reform ist seit Jahren angekündigt, aber politisch immer wieder vertagt worden. Vor dem Hintergrund der aktuellen Spargesetzgebung stellt sich die Frage: Halten Sie es für realistisch, dass die GOÄ-Novelle in dieser Legislatur überhaupt noch kommt – und falls nicht, welche rechtlichen oder strukturellen Folgen hätte ein erneutes Scheitern für die privatärztliche Versorgung und die Gebührenordnungssystematik insgesamt?

Die Geschichte der GOÄ-Reform ist die Geschichte eines beispiellosen Systemversagens des Staats als Regulator des Gebührenrechts, aber auch eines Versagens der verfassten Ärzteschaft, die das mit sich machen lässt.

Die GOÄ ist im Wesentlichen seit 1982 unverändert, die GOZ mit kleinen Anpassungen seit 1988. Es gibt vermutlich keinen Bereich der Medizin oder Zahnmedizin, in dem 2026 die Dinge noch so laufen wie 1982 bzw. 1988. Die Leistungserbringung und die Unzahl der Analogleistungspositionen haben mit den Gebührenordnungstexten nicht mehr sonderlich viel gemein.

Das ist ordnungspolitisch ein Problem allererster Güte, weil sich die Frage stellt, ob es für eine staatliche Regulierung des privat-(zahn)ärztlichen Gebührensektors überhaupt noch eine Rechtfertigung gibt, wenn diese Regulierung durch den Staat seit Jahrzehnten unterbleibt. Bei der GOÄ sind es mittlerweile 44 Jahre, bei der GOZ 38 Jahre.

Nur für die tierärztliche Gebührenordnung (GOT) kann man dem Gesetzgeber Untätigkeit oder Nichtbeachtung nicht vorwerfen. Die fällt allerdings nicht in die Zuständigkeit des Bundesgesundheitsministeriums.

Wenn die jetzt geplante GOÄ-Reform mit ihren 5.506 Leistungsziffern und ihrer neuen Systematik nicht kommt, wäre das kein Beinbruch. Auch sie wäre ja schon wieder stark veraltet. Die letzte inhaltliche Bearbeitung fand nach meiner Kenntnis 2018 oder noch länger zurück statt. Was fängt man im Jahr 2028, ab dem sie bisher evtl. gelten soll, mit einer veralteten Gebührenordnung an? Wie viel Zeit und Geld verschlingt die neue Systematik allein an Schulungsaufwand und EDV-Aufwand für die Praxen?

Eine Reform, die den finanziellen Status quo und die jahrzehntelange Vernachlässigung der Privatmedizin akzeptiert – und das macht diese Reform – darf scheitern, ohne dass man ihr eine Träne nachweinen müsste. Aber dafür braucht es dann den Mut, eine Vertragsgebührenordnung zu propagieren. Vertragspartner: Arzt und Patient, meinetwegen auch PKV und verfasste Ärzteschaft, aber ohne den Gesetzgeber. In der Zahnheilkunde wurde dieser Weg schon mal vorbereitet.

Was mit der GOÄ-Reform passieren wird, lässt sich schwer vorhersagen. Der Kampf um die Ausgestaltung der GOÄ ist ja nicht nur ein Kampf um die „gute" Sache, sondern auch um die Marktanteile der einzelnen Fachgebiete am Gesamtkuchen PKV. Dahinter stecken also im Ergebnis handfeste wirtschaftliche Interessen, für deren Ausgleich bisher der Gesetzgeber sorgen sollte. Nachdem er das aber im Gebührenrecht nicht macht, muss ein Konsens innerhalb der Ärzteschaft hergestellt werden.

Immerhin schien das mal 2018 mit dem GOÄ-Entwurf gelungen. Deshalb kann ich durchaus verstehen, dass die Bundesärztekammer immer noch darauf hofft, dass die Arbeit nicht vergebens war.

Vorbild könnte die GOT sein. Daran hat der Staat nur ein geringes Interesse, weil es keine verbeamteten Tiere gibt und die Tiere in Staatsdiensten (vor allem Diensthunde und -pferde) kalkulierbare Kosten verursachen. Die Anhebung des Gebührenniveaus in der GOT seit 1982 um rund 135 Prozent sollte Ärzten und Zahnärzten Anlass zum Nachdenken sein. Die Tierkrankenversicherungen haben keinen Aufstand gemacht, als die Gebührensätze der GOT zum 1.10.2022 auf einen Schlag um ca. 60 Prozent erhöht wurden. Zuletzt waren sie 1999 als „allgemeine Anpassungslinie von 15 bis 20 v. H. an das seit 1988 geänderte Kostenniveau" erhöht worden, wie man in der Bundesratsdrucksache 260/99 vom 30.4.1999 auf S. 66 nachlesen kann.

Es geht also, wenn man als Verordnungsgeber will.

Vielen Dank für Ihre ausführlichen Antworten.

Das Interview führte Chefredakteurin Anita Wuttke.