

Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung und Herausforderungen für die Zukunft

In der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland sind rund 85% der Bevölkerung versichert. Mit Ausgaben in Höhe von fast 200 Mrd € ist sie nach der Rentenversicherung der zweitgrößte Sozialversicherungszweig. In den vergangenen zehn Jahren lag ihr Ausgabenanstieg deutlich über dem der übrigen großen Sozialversicherungszweige, obwohl wiederholte Eingriffe des Gesetzgebers in das Leistungsrecht erfolgten. Aufgrund der schwächeren Zunahme der beitragspflichtigen Einkommen musste der Beitragssatz deutlich angehoben werden, und zusätzlich wurden erheblich mehr Mittel aus dem Bundeshaushalt überwiesen. Derzeit scheint die finanzielle Lage der gesetzlichen Krankenversicherung angesichts hoher Rücklagen bei den Kassen und beim Gesundheitsfonds entspannt. Dabei hat sich der Trend aber bereits wieder umgekehrt. Schon im laufenden Jahr ist mit Defiziten und einem Abschmelzen der finanziellen Reserven zu rechnen. Bei anhaltend kräftiger Ausgabenentwicklung werden die Beitragssätze perspektivisch steigen müssen.

Die gesetzliche Krankenversicherung ist durch eine hohe Komplexität und zahlreiche starke Interessengruppen gekennzeichnet. Obwohl in den letzten Jahren grundlegende Reformen diskutiert wurden, kam es letztlich nur zu graduellen Veränderungen. Weiterhin sind Ansatzpunkte vorhanden, um die Effizienz zu steigern und die Verteilungsmechanismen transparenter und zielgerichteter zu gestalten. Hierzu könnten eine stärkere Verlagerung der Einkommensumverteilung in das Steuer- und Transfersystem der Gebietskörperschaften und eine nachvollziehbare Kopplung der Zuschüsse aus dem Bundeshaushalt an konkret spezifizierte versicherungsfremde Leistungen einen Beitrag leisten. Mehr Transparenz bezüglich der jeweiligen Kosten für die Patienten wie auch des therapeutischen Wertes verfügbarer Leistungen könnten ebenso die Wirtschaftlichkeit des Systems steigern wie eine weitere Stärkung der Eigenbeteiligung. Letztlich wird der Gesetzgeber gefordert bleiben, den Kostendruck im Gesundheitswesen zu bremsen. Angesichts der demografischen Veränderungen wird es auch darauf ankommen, die Finanzierungsbasis durch eine stärkere Erwerbsbeteiligung zu stabilisieren. Ein entsprechend der zunehmenden Lebenserwartung steigendes gesetzliches Rentenalter ist auch in diesem Sinne hilfreich, erweiterte Frühverrentungsmöglichkeiten dagegen kontraproduktiv.

Grundzüge der gesetzlichen Krankenversicherung

Dominierende Stellung der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) umfasste im Jahr 2013 noch 134 Krankenkassen¹⁾ und gut 52 Millionen Mitglieder, davon etwa 36 Millionen überwiegend abhängig beschäftigte Personen im Erwerbsalter und 16 ½ Millionen Rentner. Einschließlich der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen waren 70 Millionen Personen gesetzlich krankenversichert.²⁾ Pflichtversichert in der GKV sind insbesondere abhängig Beschäftigte mit einem monatlichen (Brutto-) Einkommen bis zu 4 462,50 € (einheitliche Versicherungspflichtgrenze für Ost- und Westdeutschland).³⁾ Bei einem höheren Einkommen besteht für abhängig Beschäftigte die Möglichkeit zur freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung oder zu einem Wechsel in die private Krankenversicherung (vgl. die Erläuterungen auf S. 36 f.).

Finanzierung über einkommensabhängige Beiträge im Umlageverfahren

Die GKV finanziert sich größtenteils (2013 zu 93%) über einkommensproportionale Beiträge bis zur Bemessungsgrenze (derzeit 4 050 € pro Monat). Hinzu kommen insbesondere Bundeszuschüsse (6%), die seit 2004 deutlich aufgestockt, aber auch immer wieder diskretionär geändert wurden. Die GKV ist grundsätzlich im Umlageverfahren finanziert, das heißt, die laufenden Einnahmen werden unmittelbar zur Deckung der laufenden Ausgaben verwendet. Rücklagen sind lediglich zum Ausgleich kurzfristiger Einnahmen- und Ausgabenschwankungen vorgeschrieben. Darlehensaufnahmen sind nicht zulässig.

Umstellung des Finanzierungssystems mit dem Gesundheitsfonds

Seit der Schaffung des Gesundheitsfonds im Jahr 2009 fließen die Beitragseinnahmen und die Bundeszuschüsse an den Fonds, und die Kassen erhalten von diesem risikoadjustierte Beträge je Versichertem. Statt zuvor kassenspezifischer Beitragssätze wurde per Gesetz ein einheitlicher Satz von zunächst 15,5% festgelegt. Verbleibende Finanzbedarfe müssen die einzelnen Krankenkassen derzeit noch über einkommensunabhängige Zusatzbeiträge von ihren Mitgliedern decken. Zuletzt hat der Ge-

setzgeber allerdings beschlossen, dass die Zusatzbeiträge ab dem Jahr 2015 einkommensproportional zu erheben sind.

Die gesetzliche Krankenversicherung zeichnet sich durch einen Kontrahierungszwang ohne Risikoprüfung aus.⁴⁾ Ein Risikostrukturausgleich von Kassen mit unterdurchschnittlichen zu solchen mit überdurchschnittlichen Krankheitsrisiken soll Anreize zur Risikoselektion durch die Krankenkassen verringern und damit den wettbewerbsfördernden Kassenwechsel unabhängig vom jeweiligen Gesundheitszustand erleichtern.

Die Leistungen der GKV sind grundsätzlich im Sozialgesetzbuch geregelt (SGB V). Neben der Behandlung von Krankheiten sind auch Maßnahmen zur Prävention, Früherkennung, medizinischen Rehabilitation, bei Schwangerschaft und Mutterschaft sowie Krankengeldzahlungen vorgesehen. Die Auslegung der gesetzlichen Bestimmungen findet vor allem über den Gemeinsamen Bundesausschuss mit Vertretern der Leistungserbringer und der Krankenkassen statt. Richtlinien dieses Ausschusses regeln den konkreten Leistungsanspruch gesetzlich Krankenversicherter auf bestimmte Behandlungen oder Untersuchungen. Im Regelfall rechnen die Krankenkassen ohne Einbeziehung der Versicherten mit den Leistungserbringern ab (Sachleistungsprinzip).

Risikostrukturausgleich Voraussetzung für funktionierenden Kassenwettbewerb

Leistungen gesetzlich festgelegt, Sachleistungen dominierend

1 Im Jahr 2003 lag die Zahl der Kassen noch bei 324 und 1992 bei 1 223.

2 Die privaten Krankenversicherer verzeichneten im Jahr 2012 etwa neun Millionen Vollversicherte.

3 Im Fall versicherungspflichtig Beschäftigter wird das Brutto-Arbeitsentgelt zugrunde gelegt. Bei Ruheständlern ist der Zahlbetrag der gesetzlichen Rente oder auch von Versorgungsbezügen (Betriebsrenten) zu verbeitragen. Sonderregelungen bestehen für Arbeitslose, Seeleute, Künstler und Publizisten, Jugendliche und Behinderte in Einrichtungen sowie Studenten und Praktikanten. Für freiwillige GKV-Mitglieder regelt die Selbstverwaltung eine einheitliche Beitragsbemessung, die nicht niedriger sein darf als für Pflichtversicherte. Selbständige haben grundsätzlich ein Einkommen in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze zu verbeitragen, bei Nachweis eines niedrigeren Einkommens im Regelfall mindestens drei Viertel der Beitragsbemessungsgrenze (§§ 226 ff. SGB V).

4 Für zuvor privat Krankenversicherte gelten indes Einschränkungen.

Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung

Position	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2013 gegen 2003
Grundlohnsumme in Mrd € ¹⁾	965	969	976	989	1 019	1 028	1 049	1 073	1 112	1 150	–
Grundlohnsumme je Mitglied in € pro Jahr	19 054	19 230	19 339	19 487	19 941	20 066	20 414	20 800	21 373	21 930	–
Mitglieder (in Millionen)	50,6	50,4	50,5	50,7	51,1	51,2	51,4	51,6	52,0	52,4	–
darunter:											–
Pflichtversicherte (AKV)	28,7	28,7	28,7	29,2	29,7	29,9	30,1	29,9	30,1	30,5	–
Freiwillig Versicherte (AKV) ²⁾³⁾	5,1	4,8	4,8	4,6	4,5	4,4	4,5	4,9	5,2	5,3	–
Rentner (KVdR) ²⁾⁴⁾	16,8	16,9	16,9	16,9	16,9	16,9	16,8	16,8	16,8	16,7	–
Versicherte (in Millionen)	70,2	70,5	70,4	70,3	70,2	70,0	69,8	69,7	69,7	69,9	–
Beitragsatz (in %) ⁵⁾	14,2	14,2	14,2	14,8	14,9	15,2	14,9	15,5	15,5	15,5	–
Beitragsbemessungsgrenze (€ pro Monat)	3 488	3 525	3 563	3 563	3 600	3 675	3 750	3 713	3 825	3 938	–
Versicherungspflichtgrenze (€ pro Monat)	3 863	3 900	3 938	3 975	4 013	4 050	4 163	4 125	4 238	4 350	–
Anzahl der Krankenkassen	280	267	257	242	221	202	169	156	146	134	–
	Veränderung gegenüber Vorjahr in %										jährlich
Grundlohnsumme	1,0	0,5	0,7	1,3	3,0	0,9	2,0	2,3	3,6	3,4	1,9
Grundlohnsumme je Mitglied	1,3	0,9	0,6	0,8	2,3	0,6	1,7	1,9	2,8	2,6	1,5
Mitglieder	– 0,3	– 0,4	0,1	0,5	0,7	0,3	0,3	0,4	0,9	0,7	0,3
darunter:											
Pflichtversicherte (AKV)	– 0,7	– 0,2	0,2	1,5	1,7	0,9	0,5	– 0,6	0,8	1,1	0,5
Freiwillig Versicherte (AKV) ²⁾³⁾	– 1,1	– 4,8	– 0,8	– 3,2	– 2,8	– 1,1	0,3	10,3	5,2	2,6	0,4
Rentner (KVdR) ²⁾⁴⁾	0,8	0,5	0,0	0,0	– 0,1	– 0,1	– 0,2	– 0,2	– 0,2	– 0,6	0,0
Versicherte	– 0,2	0,4	– 0,3	0,0	– 0,2	– 0,3	– 0,3	– 0,1	0,0	0,2	– 0,1
Beitragsatz (in Prozentpunkten) ⁵⁾	– 0,1	– 0,1	0,0	0,6	0,1	0,3	– 0,3	0,6	0,0	0,0	0,1
Beitragsbemessungsgrenze	1,1	1,1	1,1	0,0	1,1	2,1	2,0	– 1,0	3,0	2,9	1,3
Versicherungspflichtgrenze	1,0	1,0	1,0	1,0	0,9	0,9	2,8	– 0,9	2,7	2,7	1,3
Anzahl der Krankenkassen	– 13,6	– 4,6	– 3,7	– 5,8	– 8,7	– 8,6	– 16,3	– 7,7	– 6,4	– 8,2	– 8,5

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und GKV-Spitzenverband sowie eigene Berechnungen. ¹⁾ Ermittelt aus Beitragseinnahmen und durchschnittlichem Beitragssatz. ²⁾ Freiwillig versicherte Rentner werden ab Mitte 2004 den freiwilligen Mitgliedern ohne Krankengeldanspruch zugeordnet. ³⁾ AKV: Allgemeine Krankenversicherung (Mitglieder ohne Rentner). ⁴⁾ KVdR: Krankenversicherung der Rentner. ⁵⁾ Jahresdurchschnitt. Bis einschl. 2008 durchschnittlicher Beitragssatz aller Krankenkassen. Ohne Zusatzbeiträge ab 2009.

Deutsche Bundesbank

Umverteilung in der GKV

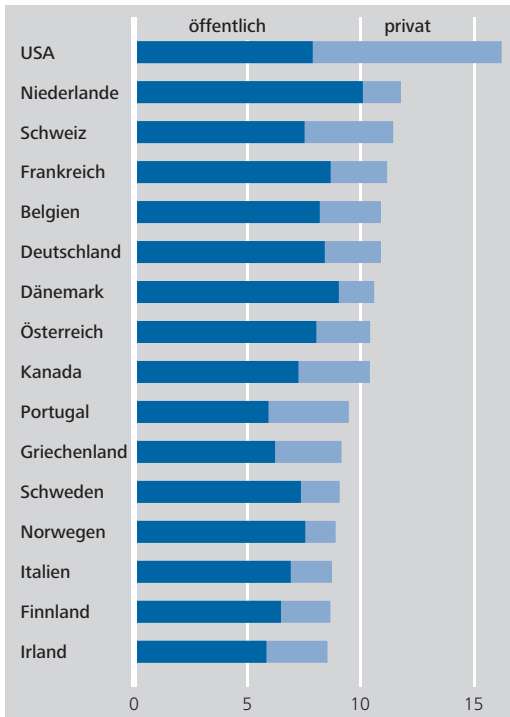
Die GKV ist entsprechend ihrem Hauptzweck durch eine Umverteilung von Personen mit einem niedrigeren zu solchen mit einem höheren Krankheitsrisiko charakterisiert. Hinzu kommt eine Einkommensumverteilung von besser zu schlechter Verdienenden sowie von beitragszahlenden Mitgliedern zu Mitversicherten beziehungsweise von Haushalten mit weniger zu solchen mit mehr beitragsfrei Mitversicherten. Im Unterschied zur gesetzlichen Rentenversicherung und zur Arbeitslosenversicherung besteht zwischen der individuellen Beitragshöhe und dem Umfang des dadurch erworbenen Versicherungsschutzes – ebenso wie in der sozialen Pflegeversicherung – prak-

tisch keine Verbindung.⁵⁾ Die demografische Veränderung in Deutschland bewirkt über die Zeit hinweg nicht zuletzt wegen typischerweise deutlich größerer Krankheitskosten Älterer eine intergenerative Umverteilung. Folgt die Anhebung des gesetzlichen Rentenalters nicht der Zunahme der Lebenserwartung, führt dies selbst ohne kostentreibenden medizinisch-technischen Fortschritt und bei Herausrechnung der altersbezogenen Staffelung der Krankheitskosten zu einem Beitragssatzschub,

⁵⁾ Wichtigste Ausnahme ist hier das an das Entgelt anknüpfende Krankengeld, das etwa 5% der Gesamtausgaben ausmacht.

Gesundheitsausgaben in ausgewählten Ländern im Jahr 2012

in % des BIP



Quelle: OECD Health Data 2014.
 Deutsche Bundesbank

lichen Rentenversicherung die zweitgrößte Sozialversicherung Deutschlands. Einschließlich der Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung und der Beihilfezahlungen für Beamte beliefen sich die gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben nach Angaben der OECD im Jahr 2012 auf knapp 8½% des BIP. Werden zusätzlich Aufwendungen der privaten Versicherungsunternehmen sowie teilweise oder ausschließlich durch die Patienten bezahlte Gesundheitsleistungen einbezogen, so lagen die Ausgaben bei fast 11% des BIP. Im internationalen Vergleich belegt Deutschland damit einen der vorderen Plätze, aber unter anderem deutlich hinter den Vereinigten Staaten (gut 16%) und knapp hinter Frankreich (gut 11%).

Große gesamtwirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitssystems auch im internationalen Vergleich

da die Beiträge der Rentner im Durchschnitt nicht kostendeckend sind.

Mit einem Ausgabenvolumen von gut 194 Mrd € oder gut 7% des Bruttoinlandsprodukts (BIP) im Jahr 2013 ist die GKV nach der gesetz-

Grundtendenzen in den vergangenen zehn Jahren⁶⁾

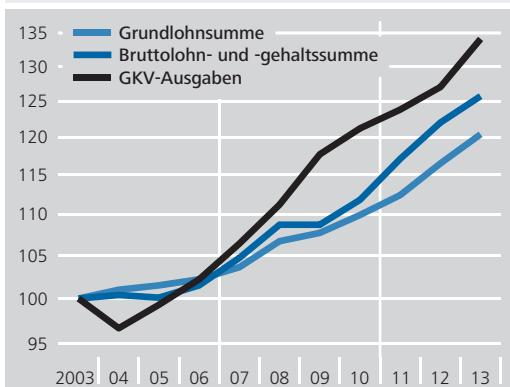
Entwicklung der GKV-Financen

Derzeit befindet sich die gesetzliche Krankenversicherung in einer relativ komfortablen finanziellen Lage mit Rücklagen von insgesamt 30 Mrd € zum Jahresende 2013 (16½ Mrd € bei den Krankenkassen und 13½ Mrd € beim Gesundheitsfonds). Im vergangenen Jahr trug dazu noch einmal ein Überschuss von 2 Mrd € bei. Zu Beginn des hier betrachteten Zeitraums (Ende 2003) hatte sie dagegen eine Nettoverschuldung von 6 Mrd € angehäuft, nachdem im Jahr 2003 ein Defizit von 3½ Mrd € verzeichnet worden war.⁷⁾

Aktuell günstige Finanzlage

Einnahmenbasis und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung

2003 = 100, log. Maßstab



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (KJ1-Statistik) und eigene Berechnungen.
 Deutsche Bundesbank

⁶⁾ Zur vorherigen Entwicklung vgl.: Deutsche Bundesbank, Finanzielle Entwicklung und Perspektiven der gesetzlichen Krankenversicherung, Monatsbericht, Juli 2004, S. 15 ff.

⁷⁾ Eine Kreditfinanzierung ist den Kassen zwar nicht erlaubt. Nach wiederholten (zu optimistischen) Fehlprognosen der Einnahmen und Ausgaben kam es dennoch zu einer Kreditaufnahme zur vorübergehenden Deckung der daraus resultierenden Finanzierungslücken. Das im Jahr 2004 in Kraft getretene GKV-Modernisierungsgesetz legitimierte die Kreditaufnahme nachträglich und schrieb gleichzeitig eine planmäßige Rückführung in vier gleichmäßigen Jahresritten vor. Die Korrektur gelang schneller als erwartet, und die vorsorgliche Fristverlängerung um ein Jahr mit dem Vertragsrechtsänderungsgesetz musste nicht in Anspruch genommen werden.

Ausgaben und Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung											
Mrd €											
Position	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2013 gegen 2003
Beitragseinnahmen	140,1	140,3	142,2	150,0	155,9	158,7	160,8	170,9	176,4	182,2	–
Bundeszuschuss	1,0	2,5	4,2	2,5	2,5	7,2	15,7	15,3	14,0	11,5	–
Sonstige Einnahmen	3,2	3,0	3,5	3,6	4,1	4,0	3,0	2,9	2,9	2,7	–
Einnahmen insgesamt 1)	144,3	145,7	149,9	156,1	162,5	169,8	179,5	189,0	193,3	196,4	–
Leistungsausgaben insgesamt	131,2	134,8	138,7	144,4	150,9	160,4	165,0	168,7	173,2	182,7	–
darunter:											
Stationäre Krankenhausbehandlung	47,6	49,0	50,3	50,9	52,6	56,0	56,7	58,5	60,2	62,9	–
Ärztliche Behandlung	23,0	23,1	23,9	24,8	25,9	27,6	28,4	29,1	29,7	32,8	–
Zahnärztliche Behandlung 2)	11,3	9,9	10,4	10,7	10,9	11,2	11,4	11,7	11,7	12,6	–
Arzneimittel 3)	21,8	25,4	25,8	27,8	29,1	30,7	30,1	28,9	29,2	30,1	–
Heil- und Hilfsmittel	8,3	8,3	8,3	8,7	9,1	9,6	10,6	11,2	11,5	12,1	–
Rehabilitation	2,4	2,4	2,3	2,5	2,5	2,4	2,4	2,4	2,4	2,5	–
Fahrkosten	2,6	2,8	2,9	3,0	3,3	3,5	3,6	3,8	4,0	4,3	–
Krankengeld	6,4	5,9	5,7	6,0	6,6	7,3	7,8	8,5	9,2	9,8	–
Verwaltungsausgaben	8,2	8,3	8,3	8,5	8,7	8,9	9,6	9,5	9,7	10,0	–
Sonstige Ausgaben	0,9	0,9	1,3	1,4	1,8	1,5	1,3	1,4	1,4	1,8	–
Ausgaben insgesamt	140,3	144,1	148,3	154,3	161,3	170,8	175,8	179,6	184,3	194,5	–
Saldo von Einnahmen und Ausgaben	4,0	1,7	1,6	1,7	1,2	– 1,0	3,7	9,4	9,0	1,9	–
	Veränderung gegenüber Vorjahr in %										jährlich
Beitragseinnahmen	1,3	0,1	1,4	5,5	3,9	1,8	1,3	6,3	3,2	3,3	2,8
Sonstige Einnahmen	39,1	– 5,3	18,5	1,3	15,0	– 3,8	– 23,7	– 5,2	1,8	– 6,8	1,8
Einnahmen insgesamt	1,9	1,0	2,9	4,1	4,1	4,5	5,7	5,3	2,3	1,6	3,3
Leistungsausgaben insgesamt	– 3,7	2,8	2,8	4,1	4,5	6,3	2,8	2,3	2,6	5,5	3,0
darunter:											
Stationäre Krankenhausbehandlung	1,7	2,9	2,8	1,0	3,5	6,4	1,3	3,2	2,8	4,5	3,0
Ärztliche Behandlung	– 5,5	0,6	3,5	3,7	4,4	6,8	2,9	2,2	2,2	10,5	3,0
Zahnärztliche Behandlung 2)	– 4,7	– 11,9	4,4	3,1	2,2	2,7	1,8	2,0	0,8	7,4	0,7
Arzneimittel 3)	– 9,9	16,3	1,9	7,6	4,9	5,3	– 1,8	– 4,0	0,8	3,1	2,2
Heil- und Hilfsmittel	– 12,0	0,0	0,2	4,7	4,6	5,3	10,8	5,5	2,5	5,3	2,5
Rehabilitation	– 6,6	– 1,0	– 1,6	5,0	1,2	– 1,7	– 1,9	– 1,5	2,8	3,5	– 0,2
Fahrkosten	– 8,7	8,8	2,6	4,4	7,1	7,5	2,9	5,7	5,2	8,4	4,3
Krankengeld	– 8,7	– 7,8	– 2,7	5,4	9,4	10,2	7,4	9,4	7,5	6,4	3,4
Verwaltungsausgaben	– 0,1	1,3	0,2	1,8	2,5	3,1	6,8	– 0,7	2,4	2,8	2,0
Ausgaben insgesamt	– 3,3	2,7	2,9	4,1	4,5	5,9	2,9	2,2	2,6	5,6	3,0

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, endgültige Jahresergebnisse (KJ1-Statistik) und eigene Berechnungen. 1 Ohne Zahlungen im Rahmen des Risikostrukturausgleichs. 2 Einschl. Zahnersatz. 3 Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken und von Sonstigen.

Deutsche Bundesbank

Durch staatliche Eingriffe gebremstes Ausgabenwachstum

Die Ausgabenentwicklung ist in den letzten zehn Jahren – wie schon zuvor und wohl auch zukünftig – maßgeblich durch Regelungen des Gesetzgebers beeinflusst. Dessen Eingriffe hatten zumeist Ausgabenbegrenzungen zum Ziel. Besonders heraus sticht dabei das im Jahr 2003 verabschiedete GKV-Modernisierungsgesetz mit Leistungsausschlüssen, Zuzahlungserhöhungen und nicht zuletzt der Praxisgebühr. Außerdem wurden Zwangsrabatte, die von Arzneimittelherstellern zu gewähren sind, wiederholt befristet angehoben. Im Ergebnis stiegen die Ausgaben jahresdurchschnittlich um 3% (sowohl insgesamt wie auch je Versicherten). In Prozent des BIP wuchsen die GKV-Aus-

gaben damit von 6¾% im Jahr 2003 auf gut 7% im vergangenen Jahr. In Relation zu den beitragspflichtigen Einkommen der Beschäftigten und der Rentner (Grundlohnsumme) nahmen die Ausgaben allerdings von gut 15% auf fast 17% zu.

Die Einnahmen wuchsen mit jahresdurchschnittlich fast 3½% etwas schneller als die Ausgaben. Trotz im Jahr 2004 eingeführter und insgesamt deutlich gestiegener Bundeszuschüsse (2013: 11½ Mrd € oder umgerechnet 1% der Grundlohnsumme) musste die schwächere Entwicklung der beitragspflichtigen Einkommen allerdings durch höhere Beitragssätze

Kräftiges Einnahmenwachstum durch höhere Bundesmittel und gestiegene Beitragssätze

Beziehung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung

Gesetzlich Krankenversicherte können in eine private Krankenversicherung wechseln, wenn ihr Jahreseinkommen die Versicherungspflichtgrenze übersteigt oder wenn sie nicht mehr sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind. Eine Rückkehr in die GKV ist möglich, wenn das individuelle Einkommen wieder unter diese Grenze fällt. Einmalig (und unwiderruflich) kann in diesem Fall für den Verbleib in der privaten Versicherung optiert werden. Über 55-Jährige können aber auch dann nicht mehr in die GKV wechseln, wenn sie in den vorangegangenen fünf Jahren nicht gesetzlich versichert waren. Damit soll privat Versicherten, die sich längere Zeit nicht an der Umlagefinanzierung innerhalb der GKV beteiligt haben, die Rückkehr erschwert werden.

Im Unterschied zur umlagefinanzierten GKV basiert das Finanzierungsmodell der privaten Krankenversicherer zusätzlich auf Kapitaldeckung. Jüngere zahlen einen Beitrag, der ihre aktuellen durchschnittlichen Krankheitskosten übersteigt. Damit wird eine Rücklage aufgebaut, die im Alter allmählich wieder aufgelöst wird, wenn der laufende Beitrag die dann aktuellen Krankheitskosten nicht mehr deckt. Eine Anhebung der privaten Versicherungsprämien ist dennoch möglich, etwa wenn die Kosten im Gesundheitswesen schneller steigen als kalkuliert, die Lebenserwartung der privat Versicherten stärker steigt als erwartet oder die Rendite der Kapitalanlagen niedriger ausfällt als unterstellt.

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurden private Krankenversicherer verpflichtet, ab dem Jahr 2009 einen Basistarif für alle aktuell oder ehemals privat Krankenversicherten anzubieten. Auch freiwillig gesetzlich Versicherte sollten ein auf sechs Monate befristetes einmaliges Wechselrecht in diesen privaten Tarif erhalten.¹⁾ Mit einer gleichzeitig eingeführten allgemeinen Versicherungspflicht sollte verhindert werden, dass Personen durch Verzicht auf Versicherungsschutz im Krankheitsfall finanziell überlastet werden.

Der Basistarif muss Leistungen, wie sie auch von (gesetzlichen) Krankenkassen gewährt würden, zu einem Preis anbieten, der den GKV-Höchstbeitrag (derzeit 628 € pro Monat) nicht übersteigt.²⁾ Einschließlich Ehe- oder Lebenspartner beträgt die Obergrenze für die Versicherungsprämie das Andert-halb-fache des maximalen GKV-Beitrags. Bei Sozialhilfebedürftigkeit³⁾ ist der Beitrag zu halbieren – zu Lasten der privaten Versichertengemeinschaft. Ein Ausgleichsmechanismus unter den privaten Versicherern soll Anreize zur Risikoselektion eliminieren. Etwaige Zuschüsse der Sozialämter beziehungsweise Arbeitsagenturen für den verbleibenden hälftigen Beitrag sind begrenzt auf die Beiträge, die für Bezieher von Arbeitslosengeld II gezahlt werden.⁴⁾ Bis zum Jahr 2012 lag der Anteil der im Basis- oder im Standardtarif Versicherten noch unter 1% aller vollversicherten Personen in einer privaten Krankenversicherung.

1 Generell wurde mit diesem Gesetz die Wechselmöglichkeit von der gesetzlichen zur privaten Krankenversicherung erschwert, indem ab 2006 nicht mehr ein Jahr mit einem Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze ausreichen sollte, sondern künftig über drei aufeinanderfolgende Jahre diese Grenze überschritten werden musste. Diese Regelung ist mit dem GKV-Finanzierungsgesetz zum 1. Januar 2010 wieder aufgehoben worden.

2 Der hinsichtlich Preis und Leistung identische, bereits zuvor anzubietende „Standardtarif“ konnte nur von über 65-Jährigen gewählt werden. Der Höchstbetrag ermittelt sich aus dem allgemeinen GKV-Beitragsatz multipliziert mit der Beitragsbemessungsgrenze zzgl. durchschnittlichem Zusatzbeitrag bzw. ab 2015 zzgl. maximalem Sonderbeitrag.

3 Im Sinne des SGB II (Arbeitslosengeld II) oder SGB XII (Sozialhilfe).

4 Für Bezieher von Arbeitslosengeld II wird bis Ende 2014 täglich der dreißigste Teil des 0,345-fachen der monatlichen Bezugsgröße (Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Kalenderjahr, derzeit 2 765 € in West- und 2 345 € in Ostdeutschland) als Bemessungsgrundlage für den GKV-Beitrag zugrunde gelegt. Durch das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz wurde ab 2015 die Bemessungsgrundlage auf das 0,206-fache der monatlichen Bezugsgröße zurückgenommen, von den täglichen auf pauschale monatliche Bemessungsgrundlagen umgestellt und die Vorrangigkeit einer Familienmitversicherung abgeschafft.

Mit dem Basistarif wurde auch eine Möglichkeit zur Übertragung von Alterungsrückstellungen zwischen Versicherungen geschaffen. Seit 2009 privaten Krankenversicherungen Beigetretene können seither ihre auf den Tarifdurchschnitt kalkulierten Rückstellungen soweit auf einen neuen Versicherer übertragen, wie sie sich bei einer kontinuierlichen Versicherung im Basistarif ergeben würden. Altkunden (vor dem 1. Januar 2009) wurde eine einmalige, auf ein halbes Jahr befristete Übertragungsoption für den Wechsel in einen Basistarif eines anderen Anbieters gewährt.

Der Wettbewerb der privaten Krankenversicherungen um Bestandskunden bleibt im Ergebnis eingeschränkt, weil die Alterungsrückstellungen nur unvollständig portabel sind. Das zentrale Problem besteht dabei in der Bestimmung der zu transferierenden Alterungsrückstellungen, die auf Basis der Risikoeinschätzung bei Versicherungsbeginn kalkuliert worden sind. Die Mitnahmemöglichkeit einer auf den Durchschnitt der

jeweiligen Risikoklasse kalkulierten Rückstellung würde es für Personen mit nachweisbar relativ geringen Krankheitsrisiken attraktiv machen, die Versicherung zu verlassen und sich bei einem neuen Anbieter mit geringeren Rückstellungen beziehungsweise niedrigeren Versicherungsprämien neu zu versichern. Die Folge wäre ein Wettbewerb der Versicherungen um „gute Risiken“, der die Versicherungsfunktion untergraben könnte. In der gesetzlichen Krankenversicherung soll dieser Wettbewerb durch den Risikostrukturausgleich ausdrücklich vermieden werden. Für die „schlechten Risiken“ wäre die verbleibende Rückstellungssumme dann nicht mehr ausreichend, sodass eine Prämienhöhung im abgebenden System notwendig würde.⁵⁾

⁵ Vgl.: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme, Bericht der Kommission, Berlin 2003, S. 169.

kompensiert werden. So stieg der durchschnittliche Beitragssatz der Krankenkassen von 14,3% im Jahr 2003 bis auf 14,9% im Jahr 2008. Seit 2009 gilt ein einheitlicher Beitragssatz für alle Kassen. Dieser wurde zunächst auf 15,5%⁸⁾ festgelegt, zur Stützung der Konjunktur aber bereits Mitte 2009 auf 14,9% zurückgenommen und erst Anfang 2011 wieder auf 15,5% erhöht. Die Einnahmehöhe der gesetzlichen Krankenversicherung hat sich im hier betrachteten Zeitraum mit einer jahresdurchschnittlichen Wachstumsrate von knapp 2% im Vergleich zur Summe der Bruttolöhne und -gehälter und zum BIP (jeweils + 2 ½%) unterproportional entwickelt.⁹⁾

Die hohen Rücklagen wurden insbesondere in den Jahren 2011 und 2012 mit Überschüssen von jeweils rund 9 Mrd € aufgebaut. Dies war allerdings nicht Ergebnis einer zielgerichteten Planung, sondern ergab sich vielmehr aus einer im Vergleich zu den Erwartungen deutlich günstigeren Finanzentwicklung (vgl. Erläute-

rungen auf S. 38 f.). Im laufenden Jahr deutet sich hier aber eine Trendwende an, insbesondere aufgrund des sich zurzeit anbahnenden ungebremsten Ausgabenwachstums in einer Größenordnung von 4% bis 5%. Da die beitragspflichtigen Entgelte in ihrer Summe kaum mit dem derzeit angelegten Ausgabentrend mitwachsen dürften, sind perspektivisch entweder höhere Beitragssätze oder erneute diskretionäre Einschränkungen im Leistungsrecht absehbar.

⁸ Davon waren grundsätzlich paritätisch 14,6% von einerseits Arbeitgebern bzw. der gesetzlichen Rentenversicherung und andererseits Arbeitnehmern bzw. Rentnern zu zahlen und 0,9% als Sonderbeitrag von den Mitgliedern allein.

⁹ Zu dieser negativen Abkopplung hat der verlangsamte Anstieg der Rentenzahlungen beigetragen. Außerdem sind Nettoabwanderungen der Mitglieder zur privaten Krankenversicherung in Rechnung zu stellen, die für sich genommen allerdings auch den Ausgabenanstieg verlangsamt haben.

Rücklagenaufbau aufgrund unerwartet günstiger Entwicklung, aber offenbar bereits Trendwende

Finanzbeziehungen zwischen Gesundheitsfonds und Krankenkassen

Im Jahr 2009 wurde die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung neu organisiert. Während zuvor die Krankenkassen die Beiträge ihrer Mitglieder sowie die anteiligen Bundeszuschüsse zur Finanzierung ihrer Ausgaben vereinnahmt hatten, wurde nun ein Fonds eingerichtet, dem diese Einnahmen zur weiteren Verteilung an die Kassen zuzuleiten sind. Gleichzeitig wurde beschlossen, dass die Beitragssätze nicht mehr individuell von den Kassen festgelegt werden, sondern ein einheitlicher Beitragssatz gilt. Dieser beträgt zurzeit 14,6% zuzüglich eines Satzes von 0,9% als Sonderbeitrag der Mitglieder – zusammen also 15,5%. Darüber hinaus wurde den einzelnen Kassen das Recht eingeräumt, kassenindividuelle einkommensunabhängige Zusatzbeiträge von ihren Mitgliedern zu erheben. Ab dem Jahr 2015 wird dieser Zusatzbeitrag aber wieder abgeschafft. Stattdessen können die Kassen dann einen kassenindividuellen einkommensproportionalen Mitgliedsbeitrag festlegen, der den derzeit einheitlichen Sonderbeitrag der Mitglieder von 0,9% ersetzt.

Der (standardisierte) Ausgabenbedarf der Kassen eines Jahres wird im Vorhinein durch einen Schätzerkreis¹⁾ prognostiziert und vor diesem Hintergrund vom Bundesversicherungsamt festgelegt. Soweit die voraussichtlichen Einnahmen ausreichen, überweist der Gesundheitsfonds den Kassen diesen Betrag in gleichen Monatsraten. Der Höchstbetrag bemisst sich grundsätzlich nach den laufenden Einnahmen des Fonds. Eine Unterdeckung der Kassenausgaben ist also möglich. Die monatlichen Raten setzen sich aus einer Grundpauschale je Versicherten sowie Zu- und Abschlägen zusammen, die sich aus der Alters- und Geschlechtsverteilung der jeweiligen Versicherten ergeben. Außerdem werden Zuschläge für Fälle der Erwerbsminderung sowie zum Ausgleich der Folgekosten besonders schwerwiegender Erkrankungen gewährt („morbidityorientierter Risiko-

strukturausgleich“). Schließlich erfolgen noch Zuweisungen in Höhe der durchschnittlichen Verwaltungskosten je Versicherten.

Sofern die Einnahmen des Gesundheitsfonds von den Ausgaben des Fonds abweichen, fließen Überschüsse in eine Rücklage beziehungsweise werden Defizite hieraus ausgeglichen. Die Rücklage des Fonds soll mindestens 20% (derzeit knapp 3½ Mrd €) seiner durchschnittlichen Monatsausgaben umfassen. Dabei trägt der Gesundheitsfonds grundsätzlich ein Risiko unerwarteter unterjähriger Entwicklungen auf der Einnahmenseite, da die Auszahlungen an die Krankenkassen im Vorhinein festgelegt sind.²⁾ Fallen die Beitragseinnahmen höher aus als erwartet, so ergibt sich beim Fonds ein günstigerer Finanzierungssaldo – und umgekehrt.

Auf der Ebene der Krankenkassen können sich dagegen unerwartete Entwicklungen vor allem auf der Ausgabenseite ergeben, da die Zahlungen des Fonds feststehen. Hier können die geschätzten Finanzierungssalden somit bei niedriger als erwarteten Ausgaben günstiger ausfallen – und umgekehrt. Die Kassen haben zur Kompensation in aller Regel ebenfalls Rücklagen, wobei mit dem Zusatzbeitrag ein Reaktionsparameter bei stärkeren oder nachhaltigen Abweichungen zur Verfügung steht.

Die vom zuständigen Schätzerkreis erstellten Prognosen für die Einnahmen und Ausgaben des Krankenversicherungssystems beeinflussen somit sowohl die Finanzlage des Fonds wie auch die der Krankenkassen.

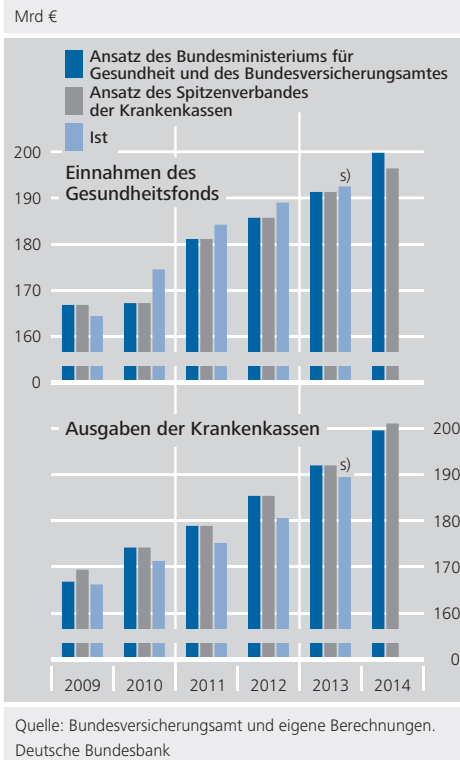
¹ Neben dem Bundesversicherungsamt sind das Bundesgesundheitsministerium und der Spitzenverband der Krankenkassen Mitglieder dieses Schätzerkreises.

² Nach Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres findet eine Anpassung an die tatsächliche Mitgliederentwicklung bzw. -verteilung unter den Kassen statt. Die Summe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds bleibt hiervon jedoch unberührt.

Erstmals wurden im Oktober 2008 für das Jahr 2009 die Einnahmen des Gesundheitsfonds und der größte Teil der Ausgaben der Krankenkassen geschätzt. Bisher wurden die Beitragseinnahmen zumeist unterschätzt und die Leistungs- und Verwaltungsausgaben stets überschätzt. Zwar war im Herbst 2008 das Ausmaß des Konjunkturerinbruchs im Folgejahr nicht vorhergesehen worden. Im weiteren Verlauf wurde jedoch die wirtschaftliche Erholung regelmäßig zu pessimistisch eingeschätzt. Auf der Ausgaben-seite konnte man sich in der ersten Schätzung vom Herbst 2008 nicht auf einen gemeinsamen Ansatz verständigen. Diese Schätzung war von besonderer Bedeutung, da es seinerzeit auch um die Festlegung des für eine 100-prozentige Ausgabendeckung notwendigen allgemeinen Beitragssatzes ging. Er wurde schließlich entsprechend der niedrigeren Ausgabenschätzung des Bundesgesundheitsministeriums und des Bundesversicherungsamtes bei 15,5% gesetzlich festgeschrieben. Aus heutiger Sicht hat sich zwar auch dieser Satz als überhöht erwiesen, im Krisenjahr 2009 führte er dennoch zunächst zu einem Defizit beim Gesundheitsfonds, der aufgrund verzögerter Auszahlungstermine aber ohne Liquiditätshilfen des Bundes auskam. Auf Basis der noch höheren Schätzung der Krankenkassen wäre ein Beitragssatz von 15,8% notwendig gewesen, der die Überschüsse in den Folgejahren um jeweils gut 3 Mrd € höher hätte ausfallen lassen.

Für die Jahre 2010 bis 2013 wurden die Ausgaben dann im Konsens überschätzt. Dadurch ergaben sich beträchtliche Überschüsse bei den Kassen, wodurch die Notwendigkeit zur Erhebung einkommensabhängiger Zusatzbeiträge in engen Grenzen gehalten wurde. Beim Gesundheitsfonds führte die unerwartet günstige Beschäftigungs- und Entgeltentwicklung im gleichen Zeitraum ebenfalls zu hohen Überschüssen. Im Jahr 2010 wären überdies die Zuweisungen an die Kassen höher festgesetzt worden, wenn die Einnahmementwicklung nicht unterschätzt worden wäre.

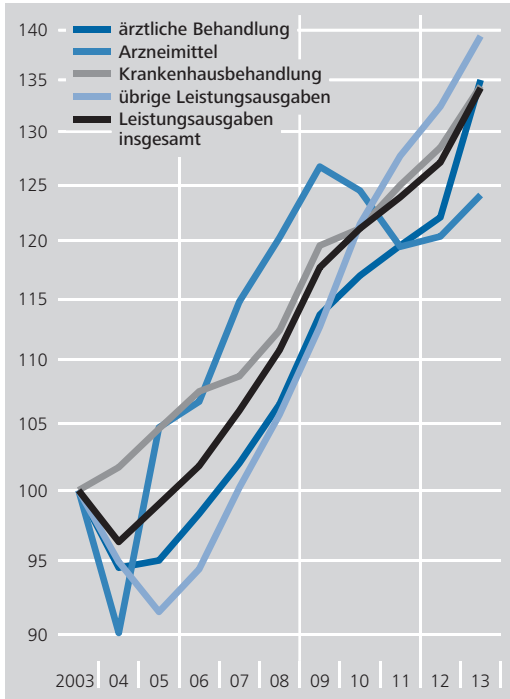
Schätzungen und tatsächliche Finanzentwicklung der GKV



Für das Jahr 2014 konnte wiederum kein Konsens über die Schätzung erreicht werden. Auf der Einnahmenseite berücksichtigten Bundesgesundheitsministerium und Bundesversicherungsamt die politischen Absichtserklärungen, den Bundeszuschuss 2014 um 3,5 Mrd € auf 10,5 Mrd € zu kürzen. Die Krankenkassen vermissten dagegen die rechtliche Klarstellung und rechneten deshalb weiterhin mit dem gesetzlichen Wert von 14 Mrd €. Außerdem erwarteten die Kassen einen um 1½ Mrd € stärkeren Ausgabenanstieg als die anderen Schätzparteien. Letztlich wurden die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds auf Basis der niedrigeren Ausgabenansätze durch das Bundesgesundheitsministerium im Einvernehmen mit dem Bundesfinanzministerium festgelegt (§ 242a Abs. 2 SGB V). Die Kürzung des Bundeszuschusses wurde für die Kassen durch einen Rückgriff auf die Finanzreserven des Fonds neutralisiert.

Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung

2003 = 100, log. Maßstab



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (KJ1-Statistik) und eigene Berechnungen.
 Deutsche Bundesbank

Maßnahmen zur Ausgabenkontrolle

Wiederholte Eingriffe auf der Ausgabenseite

In der GKV besteht grundsätzlich die Tendenz zu einer starken Ausgabendynamik. Zum einen steigt der Stellenwert von Gesundheitsleistungen in einer entwickelten und alternden Gesellschaft. Zum anderen ist der Effizienzdruck angesichts geringer Kostendisziplinierung durch die einzelnen Versicherten und einer starken Stellung der Leistungsanbieter eher schwach ausgeprägt. Überdies führt der medizinisch-technische Fortschritt tendenziell zu Kostensteigerungen. Als Reaktion darauf wird in die Ausgabenentwicklung der GKV regelmäßig durch gesetzgeberische Maßnahmen eingegriffen, um den Anstieg in Grenzen zu halten (vgl. Anhang auf S. 49 ff.). In den vergangenen zehn Jahren betraf dies vor allem die Ausgaben für Arzneimittel sowie für die stationäre und die ambulante Behandlung.

Instrumente im Bereich der Arzneimittel waren dabei insbesondere vorübergehende Anhebungen der Zwangsrabatte der Hersteller und Händler (einschl. Apotheken), aber auch der Versuch, die von den Festbeträgen (als faktischer Preisobergrenze) im Grundsatz ausgenommenen patentgeschützten Arzneimittel nach ihrem tatsächlichen Zusatznutzen zu bepreisen. Nach den Zuzahlungserhöhungen¹⁰⁾ der Versicherten und einem einmalig von 6% auf 16% angehobenen Herstellerrabatt für verschreibungspflichtige Arzneimittel im Jahr 2004 stiegen die Aufwendungen in den Folgejahren jedoch wieder deutlich überproportional, sodass der Herstellerrabatt zum 1. August 2010 erneut auf 16% angehoben wurde.¹¹⁾ Außerdem wurde ein Preismoratorium auf dem Stand vom 1. August 2009 verhängt. Die Kassen konnten überdies in Verhandlungen mit den Arzneimittelherstellern zusätzliche kassenspezifische Rabatte aushandeln. Im Ergebnis gelang es damit, den Ausgabenanstieg bei Arzneimitteln in den Jahren 2003 bis 2013 mit jahresdurchschnittlich gut 2% spürbar unter dem der gesamten Leistungsausgaben (+ 3%) zu halten. Nach dem Auslaufen der erhöhten Zwangsrabatte ist hier allerdings zuletzt eine deutliche Beschleunigung festzustellen.

Zwangsrabatte und Nutzenbewertung bei Arzneimitteln

Die Ausgaben im Krankenhausbereich sind im betrachteten Zeitraum mit jahresdurchschnittlich 3% parallel zu den Leistungsausgaben insgesamt gestiegen. Dies ging einher mit einem Rückgang der Krankenhausbetten um 1% pro Jahr zwischen 2003 und 2012, während die Zahl der Patienten jährlich um fast 1% anstieg. Ermöglicht wurde dies durch eine Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer um gut 1½% pro Jahr (von 8,9 Tagen im Jahr 2003 auf 7,6 Tage im Jahr 2012).¹²⁾ Auch wenn Rück-

Krankenhausbereich durch Bettenabbau und verkürzte Belegzeiten gekennzeichnet

¹⁰⁾ Zuzahlungen werden dabei nicht als Einnahmen, sondern als negative Ausgaben berücksichtigt.

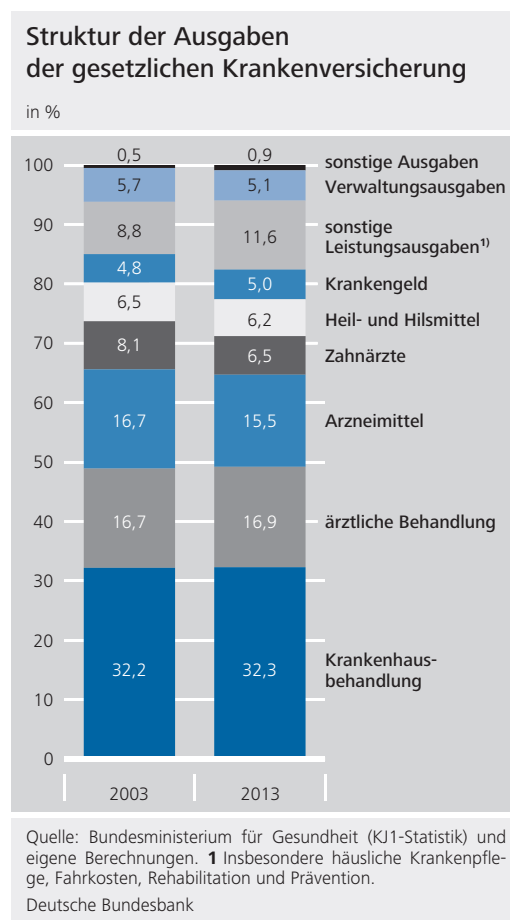
¹¹⁾ Für Arzneimittel schreibt der Gesetzgeber einen allgemeinen (Mengen-)Rabatt zugunsten der Krankenkassen vor. Er wurde ab 2014 dauerhaft von 6% auf 7% angehoben.

¹²⁾ Vgl.: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser, Wiesbaden 2014.

gänge bereits zuvor festzustellen waren, dürfte der weitgehende Ersatz von tagesbezogenen Pflegesätzen durch Fallpauschalen seit 2004 hierzu beigetragen haben.¹³⁾ Hinzu kamen aber auch andere Eingriffe des Gesetzgebers, die aus Sicht der Krankenkassen sowohl Be- als auch Entlastungen brachten. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde im Jahr 2006 außerdem ein verpflichtender Rechnungsabschlag der Krankenhäuser in Höhe von 0,5% zugunsten der Krankenkassen eingeführt. Er wurde allerdings mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz 2009 wieder abgeschafft, und den Krankenhäusern wurden überdies zusätzliche Mittel insbesondere zur Deckung der Hälfte der Tariflohnsteigerungen in den Jahren 2008 und 2009 gewährt, soweit sie über die Grundlohnzuwächse hinausgingen. Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz wurden ab 2011 wiederum Entlastungen der Kassen beschlossen, indem Preisabschläge bei Mehrleistungen über die vertraglichen Vereinbarungen hinaus vorgeschrieben wurden, während im Jahr 2013 Verbesserungen zugunsten der Krankenhäuser insbesondere in Form von Versorgungszuschlägen beschlossen wurden.

Umstellung der ärztlichen Vergütungen führte zu Mehrausgaben

Die Vergütung der ambulanten ärztlichen Behandlung wurde durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ab dem Jahr 2009 von Punktwerten, die eine strikte Budgetierung in Anlehnung an die Entwicklung der beitragspflichtigen Entgelte ermöglichte, auf feste fallbezogene Preise umgestellt. Eine angebotsinduzierte Mengenausweitung über den objektiven Bedarf hinaus sollte dadurch verhindert werden, dass die Vergütung regressiv ausgestaltet wurde, sobald Regelleistungsvolumina überschritten werden. Im Ergebnis kam es gleichwohl zu einer merklichen Ausgabenbeschleunigung im Jahr 2009. Ein weiterer Ausgabenschub von fast 2 Mrd € ergab sich 2013 durch die Abschaffung der im Jahr 2004 eingeführten Praxisgebühr von 10 € pro Quartal. Insgesamt sind die Ausgaben für die ärztliche Behandlung in den Jahren 2003 bis 2013 um jahresdurchschnittlich 3% gestiegen.



Die Ausgaben für die übrigen Leistungsbereiche sind mit fast 3½% überdurchschnittlich gewachsen. Hervorzuheben sind hier insbesondere die häusliche Krankenpflege, aber auch die Position Fahrkosten. Bei den Krankengeldausgaben zeigten sich im Beobachtungszeitraum zunächst Rückgänge, seit dem Jahr 2007 aber wieder starke Zuwächse. Hierzu weist das Bundesgesundheitsministerium darauf hin, dass diese Leistung überwiegend von älteren erwerbstätigen Versicherten in Anspruch genommen wird.¹⁴⁾ Das Krankengeld dürfte somit auch zum vorzeitigen Ausscheiden aus dem Erwerbsleben ge-

Überproportional wachsende sonstige Leistungsausgaben

¹³ Die Finanzierung der Krankenhäuser ist grundsätzlich dual aufgebaut, d.h., die Investitionsfinanzierung obliegt den Ländern, während die laufenden Aufwendungen durch die Leistungsabrechnungen mit den Krankenkassen zu decken sind. Das Vergütungssystem wurde dabei schrittweise von der vollständigen Kostendeckung über Tages-Pflegesätze auf Fallpauschalen umgestellt, die insbesondere keinen Anreiz zu länger als notwendigen Behandlungen mehr setzen. Der Fallpauschalen-Katalog wird jährlich durch die Selbstverwaltung aktualisiert.

¹⁴ Vgl.: Bundesministerium für Gesundheit, Pressemitteilung Nr. 30 vom 19. Juni 2014.

nutzt werden, nachdem die diesbezüglichen Möglichkeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung sukzessive abgeschafft worden sind.

Ausgewählte Aspekte der Diskussion über die gesetzliche Krankenversicherung

Weiterentwicklung des Finanzierungssystems

Grundsatzdiskussion um Finanzierungssystem

Nach der letzten größeren Reform der Gesundheitsleistungen im Jahr 2004 durch das GKV-Modernisierungsgesetz konzentrierte sich nicht nur die Fachdiskussion, sondern auch die Gesundheitspolitik in den vergangenen Jahren in erster Linie auf die Ausgestaltung der Finanzierung der GKV. Ausgangspunkt der Reformüberlegungen war zumeist die umfangreiche und dabei relativ intransparente und weniger zielgenaue Einkommensumverteilung innerhalb der GKV.

Bürgerversicherung versus ...

Die Befürworter einer „Bürgerversicherung“ streben grundsätzlich eine Verbreiterung der Finanzierungsbasis an, indem sowohl die Beitragsbemessungsgrundlage als auch der Kreis der Pflichtversicherten ausgedehnt werden. Während aktuell nahezu ausschließlich originäre oder abgeleitete Arbeitseinkommen (wie Einkommensleistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder der betrieblichen Altersversorgung) zur Berechnung der Beiträge herangezogen werden, sollen dabei etwa auch Einkünfte aus Kapitalvermögen oder Vermietung und Verpachtung einbezogen werden. Außerdem soll der Pflichtversichertenkreis um Beamte, Selbständige und besserverdienende abhängig Beschäftigte erweitert werden. Im Detail sind hier vielfältige Ausgestaltungen und Abgrenzungen denkbar. Der wesentliche Effekt besteht letztlich in einem niedrigeren Beitragssatz, der auf eine breitere Bemessungsgrundlage angewendet wird. Sicher ist dabei die Wirkungsrichtung zusätzlich verbeitragter positiver Einkünfte, während die zusätzlichen Versicherten nicht nur höhere Einnahmen erbringen,

sondern auch höhere Ausgaben verursachen. Die Bürgerversicherung ließe kaum Raum für eine private Krankenvollversicherung mit ihren zumeist spürbar höheren Vergütungssätzen, sondern es könnten im Wesentlichen noch Zusatzversicherungen (über den Leistungskatalog der Bürgerversicherung hinaus) angeboten werden. Die Funktion der Einkommensumverteilung innerhalb der GKV würde dabei noch ausgeweitet, indem zusätzliche Einkommen und Personen einbezogen werden.

Auf der anderen Seite steht mit der einkommensunabhängigen „Gesundheitsprämie“ ein Konzept, das eine Verlagerung der Einkommensumverteilung in das eigentliche Steuer- und Transfersystem vorsieht. Innerhalb einer einzelnen Krankenkasse soll jedes Mitglied danach den gleichen Preis für den identischen Versicherungsschutz zahlen.¹⁵⁾ Zur Sicherstellung eines funktionierenden Wettbewerbs sollen sich die Prämien zwischen den Kassen allerdings unterscheiden können. Konkrete Ausgestaltungsvarianten unterscheiden sich unter anderem hinsichtlich der Frage, ob bislang beitragsfrei Mitversicherte eine (volle) Gesundheitsprämie zahlen sollen. Insbesondere kommt es zudem darauf an, wie der soziale Ausgleich konkret geregelt wird, um untere Einkommensgruppen vor (sozial-) politisch zu definierenden Überlastungen zu schützen. Dabei ist auch die Gegenfinanzierung des sozialen Ausgleichs festzulegen. Im Gespräch waren insbesondere höhere Mehrwertsteuersätze oder eine Anhebung des Solidaritätszuschlags.¹⁶⁾ Für die Befürworter ist es dabei nicht zuletzt von Bedeutung, dass der soziale Ausgleich zielgenau und transparent erfolgen kann und sich somit insgesamt

... Gesundheitsprämienmodell

¹⁵ Für die Lohnersatzleistung Krankengeld (70% des vorherigen Bruttoentgelts, maximal aber 90% des vorherigen Nettoentgelts nach Auslaufen des Entgeltfortzahlungsanspruchs von sechs Wochen) ist in diesen Konzepten regelmäßig eine gesonderte Versicherung vorgesehen, die im Sinne der Beitragsäquivalenz über einkommensabhängige Beiträge finanziert wird.

¹⁶ Vgl.: Deutsche Bundesbank, Finanzielle Entwicklung und Perspektiven der gesetzlichen Krankenversicherung, Monatsbericht, Juli 2004, S. 27 ff.

die Belastung mit verzerrenden Abgaben reduzieren lässt.¹⁷⁾

zupassenden allgemeinen Beitragssatz gedeckt werden.

Gesundheitsfonds als Zwischenlösung

Anstelle dieser eher grundlegenden Reformvorschläge wurden graduelle Veränderungen beschlossen. So wurde mit der Einführung des Gesundheitsfonds ab dem Jahr 2009 ein erster Schritt gemacht, ohne die endgültige Zielrichtung bereits festzulegen. Die Krankenkassen reichen seither die vereinnahmten Beiträge an den Fonds weiter, der im Anschluss den Kassen Versicherungsprämien je Mitglied überweist, die nicht mehr die Einkommen, sondern nur noch die schematisch ermittelten Gesundheitsrisiken der bei der jeweiligen Kasse Versicherten widerspiegeln. In diesem Zusammenhang wurde auch der Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen umgestellt. Während zuvor allein die Kriterien Geschlecht, Alter und Erwerbsminderungsstatus berücksichtigt wurden, wird nunmehr auch eine morbiditätsorientierte Komponente einbezogen, die die Verteilung und Kosten von 80 Krankheitsbildern berücksichtigt (vgl. auch die Erläuterungen auf S. 38 f.). Der bis dahin ebenfalls durchgeführte Einkommensausgleich, der Zahlungen von Kassen mit überdurchschnittlich zu solchen mit unterdurchschnittlich verdienenden Mitgliedern auslöste, ist durch den Gesundheitsfonds überflüssig geworden.

Ein weiterer Schritt in Richtung Gesundheitsprämiensystem erfolgte mit dem im Jahr 2011 in Kraft getretenen GKV-Finanzierungsgesetz. Damit wurde die Begrenzung für den einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag aufgehoben. Künftig sollte der einheitliche einkommensproportionale Beitragssatz unverändert gelassen werden und ein etwaiger zusätzlicher Finanzierungsbedarf der Krankenkassen vollständig durch den Zusatzbeitrag ausgeglichen werden. Als sozialer Ausgleich für das einzelne Mitglied war eine in letzter Instanz aus dem Bundeshaushalt zu kompensierende Senkung des Arbeitnehmeranteils vorgesehen, wenn der über alle Krankenkassen gemittelte maximal erforderliche Zusatzbeitrag 2% des beitragspflichtigen Einkommens des Mitglieds überstieg. Indem ein Durchschnittswert und nicht der tatsächliche Zusatzbeitrag zum Maßstab genommen wurde, blieb ein Anreiz für die GKV-Mitglieder zum Wechsel in eine Kasse mit einem möglichst niedrigen Zusatzbeitrag erhalten.

... wurden in Richtung eines unbegrenzten einkommensunabhängigen Zusatzbeitrags ausgeweitet, ...

Erste Versuche mit begrenztem einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag ...

Der Beitragssatz wird seit dem Jahr 2009 einheitlich per Gesetz festgelegt. Eine für den Wettbewerb wichtige Beitragsdifferenzierung zwischen den Kassen erfolgt seither über einkommensunabhängige Zusatzbeiträge je Versicherten (oder auch Prämienauszahlungen). Diese wurden allerdings zunächst auf maximal 1% des individuellen beitragspflichtigen Einkommens begrenzt. Zur Vereinfachung konnte auf eine Einkommensprüfung verzichtet werden, wenn der Zusatzbeitrag 8 € pro Monat nicht überstieg. Zusatzbeiträge waren direkt durch die Kassen von ihren Mitgliedern einzuziehen. Insgesamt sollten über alle Kassen gesehen aber weiterhin mindestens 95% der Kassenausgaben durch Mittel des Gesundheitsfonds und damit über den gegebenenfalls an-

Der zu erwartende durchschnittliche Zusatzbeitragsbedarf wurde im Vorhinein durch den hierfür zuständigen Schätzerkreis prognostiziert, indem die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen ihren Einnahmen (jeweils pro Mitglied) gegenübergestellt wurden. Tatsächlich ergab sich bis heute aber noch kein durchschnittlicher Zusatzbeitragsbedarf, weil die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds – auch im Nachhinein – stets ausreichten, um die Kassenausgaben insgesamt zu decken. Trotzdem mussten einzelne Kassen Zusatzbeiträge erheben, um Deckungslücken in ihrem Haushalt zu schließen. Im Ergebnis verzeichneten die Kassen mit einem Zusatzbeitrag teil-

... der aber praktisch nicht zur Anwendung kam

¹⁷ In Form der „Bürgerpauschale“ legte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung ein Kompromissmodell vor. Hierbei wurde von der Bürgerversicherung die Erweiterung des Versichertenkreises und von der Gesundheitsprämie die einkommensunabhängige Finanzierung übernommen. Vgl.: Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Jahresgutachten 2004/05, Tz. 485 ff.

weise beträchtliche Mitgliederverluste. Der dadurch erzeugte Druck, durch geeignete Maßnahmen eine Erhebung zu vermeiden, dürfte nicht zuletzt zur Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven (auch in Form von Betriebsgrößenanpassungen durch Kassenfusionen) beigetragen haben.

Zuletzt wieder Umstellung auf einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag

Mit dem im Juni 2014 verabschiedeten GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz wird der einkommensunabhängige Zusatzbeitrag ab dem Jahr 2015 wieder abgeschafft und durch einen einkommensproportionalen Sonderbeitrag ersetzt, den ebenfalls allein die Mitglieder zu zahlen haben. Hierbei wird auf die bestehenden Strukturen aufgesetzt. Zum einen wird der paritätische allgemeine Beitragssatz von 14,6% festgeschrieben. Zum anderen ersetzt der einkommensproportionale Sonderbeitrag den bislang noch einheitlich nur von den Mitgliedern ergänzend zu zahlenden Beitragssatz in Höhe von 0,9%.¹⁸⁾ Angesichts der umfangreichen Rücklagen der Krankenkassen könnte der künftige Sonderbeitragssatz im Durchschnitt zunächst niedriger als der bisherige allgemeine ausfallen. Perspektivisch ist hier aber ein erneuter Anstieg zu erwarten, da die Gesundheitsausgaben tendenziell weiterhin schneller steigen dürften als die beitragspflichtigen Einkommen der Versicherten.

Verlagerung der Umverteilungsaufgabe in das Steuer- und Transfersystem gestoppt

Insgesamt wurde mit der jüngsten Reform der Schritt in Richtung einer Gesundheitsprämie wieder zurückgenommen, und eine relativ intransparente und wenig zielgerichtete Einkommensumverteilung bleibt ein wesentliches Merkmal der gesetzlichen Krankenversicherung. Die teilweise Verlagerung in das Steuer- und Transfersystem, indem die Kosten des sozialen Ausgleichs wie vorgesehen ab dem Jahr 2015 nach dem Verzehr der Fondsrücklagen aus dem Bundeshaushalt finanziert werden sollten, ist damit hinfällig.¹⁹⁾ Infolge des Verzichts auf die Gesundheitsprämie könnte sich der Kassenwettbewerb weniger intensiv gestalten, weil die zusätzliche Beitragsbelastung nunmehr von der Abwicklung her wieder intrans-

paranter sein wird. Dagegen dürfte die relative Vorteilhaftigkeit privater Krankenversicherungen mit einkommensunabhängiger Prämiengestaltung für Bezieher von Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze perspektivisch wieder zunehmen.

Die Arbeitgeber sind durch die gesetzliche Vorgabe eines einheitlichen allgemeinen Abgabesatzes seit dem Jahr 2011 nicht mehr direkt an Beitragssatzsteigerungen beteiligt, und ihr unmittelbarer Finanzierungsanteil dürfte künftig sinken.²⁰⁾ Damit könnte ihr Interesse an einer moderaten Ausgabenentwicklung schwächer ausfallen als zuvor, da sie zumindest in der ersten Runde nicht mehr betroffen sind. Letztlich wird aber eine stärkere Abgabenbelastung der Arbeitnehmer im Rahmen der Lohnverhandlungen im weiteren Verlauf zumindest teilweise wieder auf die Arbeitgeber überwälzt werden.

Arbeitgeber gegen steigende Beitragssätze abgeschirmt

Es zeigt sich, dass in den vergangenen zehn Jahren sowohl auf der Ausgaben- als auch der Einnahmenseite vieles unternommen wurde, um die Finanzen der GKV zu stabilisieren. Dies ist auch insofern gelungen, als die Schulden abgebaut und erhebliche Rücklagen aufgebaut wurden. Ausschlaggebend hierfür war, dass die Bundeszuschüsse und die Beitragssätze im Ergebnis stärker angehoben wurden, als es zur Finanzierung der laufenden Ausgaben notwendig gewesen wäre. Die ergriffenen Maßnah-

Gesundheitspolitik der letzten zehn Jahre mit schwankendem Kurs

¹⁸ Ergänzend erfolgt im Hinblick auf den Sonderbeitrag ein vollständiger kassenübergreifender Einkommensausgleich, durch den eine Benachteiligung von Kassen mit unterdurchschnittlich verdienenden Mitgliedern vermieden werden soll. Dazu vereinnahmt der Gesundheitsfonds zunächst die Sonderbeiträge der einzelnen Kassen und leitet jeweils den durchschnittlichen Sonderbeitrag je Mitglied zurück, der sich ergeben hätte, wenn bundesweit der von der jeweiligen Kasse festgesetzte Satz erhoben worden wäre.

¹⁹ Der Bund hatte vor der jüngsten Reform in seinen Haushaltsplanungen eine Belastung von gut ½ Mrd € ab dem Jahr 2015 eingestellt. Auch wenn diese Planung aus heutiger Sicht für die Anfangsphase überhöht war, hätten sich hier bei Fortschreibung einer stärkeren GKV-Ausgabenentwicklung in absehbarer Zeit weitaus größere Lasten für den Bundeshaushalt ergeben.

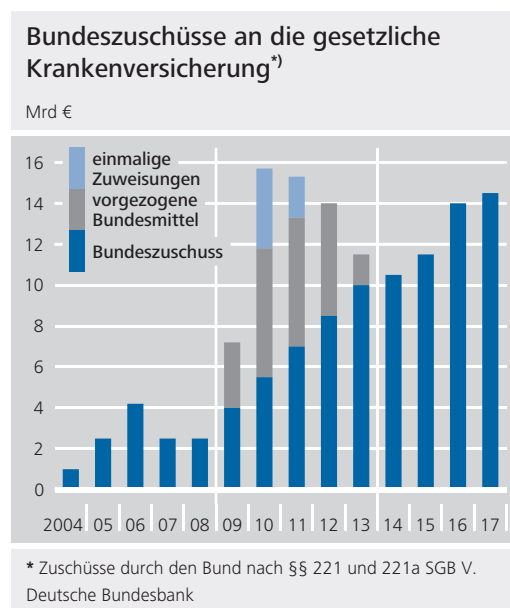
²⁰ Dies gilt ebenso für die gesetzliche Rentenversicherung, die dadurch gegen Belastungen zur Finanzierung überproportionaler Ausgabensteigerungen in der GKV abgeschirmt wird.

men deuten insgesamt allerdings nicht auf eine langfristig angelegte konsistente gesundheitspolitische Zielsetzung hin. So wurden beispielsweise Arzneimittelrabatte wiederholt erhöht und wieder reduziert, die Finanzmittel für die Krankenhäuser gekürzt und ausgeweitet sowie die Praxisgebühr eingeführt und wieder abgeschafft. Auch das Finanzierungssystem wurde zunächst in Richtung einer Gesundheitsprämie umgestaltet, um zuletzt praktisch wieder in die Nähe der Ausgangssituation zurückzukehren. Den Vorteilen einer stärkeren Beitragsäquivalenz durch Gesundheitsprämien und einer transparenteren Einkommensumverteilung wurde offenbar wenig Bedeutung beigemessen, wobei auch die Widerstände gegen die Offenlegung der Verteilungsströme und nicht zuletzt die absehbaren Kosten des sozialen Ausgleichs für den Bundeshaushalt eine Rolle gespielt haben dürften.

Finanzbeziehungen zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und dem Bundeshaushalt

Beitragssystem als wichtiges Merkmal der Sozialversicherungen

In Deutschland setzen Leistungen der Sozialversicherungen prinzipiell die Mitgliedschaft in der Sozialversicherung und die Zahlung von Beiträgen voraus. In der gesetzlichen Rentenversicherung und der Bundesagentur für Arbeit besteht durch eine enge Beziehung zwischen Leistungshöhe und Umfang der Beitragszahlung eine vergleichsweise ausgeprägte Beitragsäquivalenz. Im Fall der gesetzlichen Kranken- und der sozialen Pflegeversicherung ist dieser Zusammenhang dagegen – wie zuvor erläutert – weniger eng. Darüber hinaus werden in der GKV spezifische gesamtgesellschaftliche beziehungsweise versicherungsfremde Leistungen erbracht. Damit diese nicht aus Beiträgen der Mitglieder, sondern sachgerecht vom breiteren Kreis der Steuerzahler finanziert werden, müssten solche Aufgaben aus (grundsätzlich nicht mit konkreten Gegenleistungen verbundenen) allgemeinen Steuermitteln – also etwa durch



konkret zweckgebundene Bundeszuschüsse – abgedeckt werden.

Der Bundeszuschuss wurde erstmals mit dem GKV-Modernisierungsgesetz im Jahr 2004 eingeführt. Er sollte von zunächst 1 Mrd € auf 4,2 Mrd € ab dem Jahr 2006 ansteigen. Begründet wurde er mit der pauschalen Abgeltung versicherungsfremder Leistungen. Er sollte insbesondere Leistungen der Krankenkassen abdecken, die im engeren Sinne nicht mit einer Krankheit in Verbindung stehen (insbesondere bei Schwanger- und Mutterschaft). Bereits im Jahr 2007 wurde der Zuschuss aber zur kurzfristigen Entlastung des Bundeshaushalts wieder auf 2,5 Mrd € zurückgenommen. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde der Bundeszuschuss dann wieder deutlich ausgeweitet. Hierdurch sollten ursprünglich die Kosten der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern aus Steuermitteln finanziert werden. Als Zielwert für den Bundeszuschuss wurde ein Betrag von 14 Mrd € pro Jahr festgelegt, der nach jährlichen Erhöhungsschritten von 1,5 Mrd € im Jahr 2016 erreicht werden sollte. Im Zuge der Wirtschaftskrise des Jahres 2009 wurden umfangreiche Konjunkturprogramme aufgelegt, die auch Entlastungen bei den Sozialbeiträgen umfassten. Um die Einnahmehausfälle aus einer Beitragssatzsenkung um 0,6 Prozentpunkte zu kompensieren, wurden Erhöhungs-

Bundeszuschüsse mit recht erratischer Entwicklung

stufen des Bundeszuschusses vorgezogen. Darüber hinaus wurden in den Jahren 2010 und 2011 einmalige zusätzliche Beträge zur Kompensation konjunktureller Mindereinnahmen in Höhe von 4 Mrd € und 2 Mrd € überwiesen. Im Ergebnis erreichte der Bundeszuschuss im Jahr 2010 seinen bisherigen Höchstwert von 15,7 Mrd € und sank dann bis 2012 wieder auf seinen langfristigen Zielwert von 14 Mrd € ab. Die auch danach äußerst günstige Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung wurde dann offenbar wieder als Potenzial zur Kürzung der Bundesmittel angesehen, ohne die Beitragsbelastung erhöhen zu müssen. So wurde der Zuschuss im Jahr 2013 um 2,5 Mrd € auf 11,5 Mrd € gekürzt. Mit dem Haushaltsbegleitgesetz 2014 wird der Zuschuss im laufenden Jahr weiter auf 10,5 Mrd € reduziert. Für die kommenden Jahre ist damit wieder eine Anhebung über 11,5 Mrd € und 14 Mrd € auf den neuen Zielwert von 14,5 Mrd € ab dem Jahr 2017 in Aussicht gestellt. Der vorübergehende Einnahmefehl durch die jüngsten Kürzungen soll durch Rückgriffe auf die Finanzreserven des Gesundheitsfonds kompensiert werden, sodass die Kassen nicht von gekürzten Zuweisungen betroffen sind.

Begründung des Bundeszuschusses durch konkrete versicherungsfremde Leistungen zu empfehlen

Die eher erratischen Anpassungen des Bundeszuschusses zur Krankenversicherung dürften nicht zuletzt von der angestrebten Haushaltsentwicklung des Bundes getrieben worden sein. Die Begründung des Zuschusses mit der Abgeltung unspezifischer versicherungsfremder Leistungen bietet wenig Anhaltspunkte zur Beurteilung und Überprüfung seiner Angemessenheit. Daher erschiene eine begründete Aufstellung der aus Steuermitteln zu finanzierenden gesamtgesellschaftlichen Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung hilfreich. Dazu wäre zunächst darzulegen, worin der Gesetzgeber die Kernaufgabe der beitragsfinanzierten gesetzlichen Krankenversicherung sieht, und dann wären die darüber hinausgehenden und insofern versicherungsfremden Aufgaben aufzuführen. Auch wenn Einzelfälle dabei umstritten sein mögen und gewisse Ermessensspielräume bestehen, würden eine Auflistung

und Begründung die Diskussion um die Bundesmittel doch auf eine besser nachvollziehbare Grundlage stellen. Die Planungssicherheit für die GKV würde verbessert, und der Eindruck eines Verschiebebahnhofs je nach Haushaltslage könnte vermieden werden.

Aus haushaltspolitischer Sicht mag es zwar attraktiv erscheinen, durch diskretionäre Bemessung der Bundeszuschüsse über einen gewissen Puffer im Bundeshaushalt zu verfügen. Allerdings geht dies auf Kosten der Haushalte der GKV, die letztlich auch durch Zwangsabgaben finanziert werden. Vor diesem Hintergrund erscheint es angeraten, Zuschüsse an die GKV aufgabenbezogen zu bemessen und den für notwendig befundenen Puffer unmittelbar im Bundeshaushalt einzuplanen. Damit verbundene Überschüsse wären zur Rückführung der hohen Schulden des Bundes ohnehin ratsam.

Haushaltspolitische Puffer nicht in Sozialversicherungen verstecken

Ausblick und Herausforderungen

Die aktuelle Finanzlage der GKV stellt sich mit einem nochmaligen Überschuss im vergangenen Jahr und hohen Rücklagen auf den ersten Blick gut dar. Dies darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass es sich dabei nur um eine Momentaufnahme handelt und ein wieder größerer finanzieller Druck absehbar ist. Nicht nur aufgrund des demografischen Wandels, sondern auch aufgrund einer grundsätzlich steigenden Nachfrage dürften die Gesundheitsleistungen künftig weiter an Bedeutung gewinnen. Soweit sich dies in der GKV niederschlägt, ist bei konstanten Beitragssätzen auch künftig eine Finanzanspannung infolge einer grundsätzlich schwächer wachsenden Beitragsbasis zu erwarten. Der Verzehr der Rücklagen im GKV-System ist vorgezeichnet. Schon im laufenden Jahr ist nicht zuletzt durch die Kürzung des Bundeszuschusses, die mit einem Rückgriff auf die Reserven des Gesundheitsfonds aufgefangen werden soll, mit einem erheblichen Defizit zu rechnen. In den kommenden Jahren dürfte es bei anhaltendem Ausgabendruck wei-

Rücklagenverzehr vorgezeichnet

ter steigen, auch wenn der Bundeszuschuss wie derzeit geplant angehoben wird. Perspektivisch stehen damit weitere Beitragssatzanhebungen über das heutige Niveau hinaus an. Die derzeit gute Finanzausstattung der GKV, die die Begehrlichkeiten der verschiedenen Interessengruppen ebenso wachsen lässt, wie sie die „Abwehrkräfte“ zur Ausgabenbegrenzung schwächt, erlaubt insofern wohl nur eine Atempause, die sogar schon enden dürfte, bevor die demografischen Veränderungen auch im Gesundheitssystem stärker spürbar werden.

*Langfristige
Voraus-
berechnungen
weisen erheb-
liche Kosten-
risiken aus, ...*

Für die EU-Mitgliedstaaten wurden zuletzt im Jahr 2012 umfangreiche langfristige Vorausberechnungen für die altersabhängigen Ausgaben vorgelegt.²¹⁾ Demnach wird erwartet, dass die staatlichen Gesundheitsausgaben in Deutschland ohne entsprechende Gegenmaßnahmen von 8% des BIP im Jahr 2010 spürbar steigen könnten, und es wird für das Jahr 2060 eine Spanne von gut 8½% bis fast 11% ausgewiesen. Die relativ große Spannbreite bebildert, dass sich die Ausgabenentwicklung aufgrund vielfältiger Einflussfaktoren weniger verlässlich vorausberechnen lässt als etwa im Bereich der Altersversorgung. Dabei kommen sowohl nachfrageseitige Faktoren (Bevölkerungsentwicklung, Reaktion der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen auf Einkommenssteigerungen, Entwicklung des Krankheitsrisikos bei höherer Lebenserwartung) als auch angebotsseitige Faktoren (Lohnkosten im Gesundheitsbereich, kostensteigernder medizinisch-technischer Fortschritt) zum Tragen. Zudem ist entscheidend, wie der Leistungskatalog des staatlichen Gesundheitssystems (einschl. Zuzahlungen) zukünftig gesetzlich geregelt wird und inwieweit (Ausgaben-)Rationierungen vorgenommen werden. Relativ flach könnte der Anstieg dann ausfallen, wenn die Zahl der Lebensjahre, in denen verstärkt Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen werden, trotz steigender Lebenserwartung im Durchschnitt konstant bliebe – das heißt, wenn sämtliche „gewonnenen“ Lebensjahre bei eher guter Gesundheit verbracht werden können. Besonders stark könnte die Gesundheitsausga-

benquote dagegen dann ansteigen, wenn die Phase intensiveren medizinischen Betreuungsbedarfs länger und außerdem der medizinisch-technische Fortschritt kostentreibend ausfällt.

Die prognostizierten Ausgabenanstiege deuten auf eine künftig deutlich höhere Abgabenbelastung hin. In Beitragssätze umgerechnet, würde sich gemäß den EU-Vorausberechnungen bis zum Jahr 2060 ein Anstieg auf einen Wert zwischen 16½% und 21½% ergeben. Zusammen mit den übrigen alterungsabhängigen Ausgaben im Alterssicherungs- und Pflegebereich sowie im Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit könnte der Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz danach auf eine Größenordnung von 47½% bis 54½% steigen – gegenüber derzeit 39½%. Im Unterschied etwa zu den Rentenausgaben, die durch das in der Anpassungsformel angelegte sinkende Rentenniveau begrenzt werden, fehlen im Gesundheitsbereich vergleichbare regelbasierte Dämpfungsfaktoren. Vielmehr sind hier fallweise Eingriffe in das Leistungs- und Vergütungsrecht üblich, mit denen auch deshalb zu rechnen ist, weil etwa im Vergleich zu Rentenanwartschaften ein weniger konkreter Anspruch besteht. Solche Maßnahmen können aber nur unter sehr großer Unsicherheit in Vorausberechnungen berücksichtigt werden.

*... die zu
entsprechend
höheren
Beitragssätzen
führen könnten*

Die voraussichtlich weiter steigenden Ausgaben für Gesundheitsleistungen dürften tendenziell den Präferenzen der Versicherten entsprechen, teilweise aber auch auf eine angebotsinduzierte Nachfrageausweitung zurückzuführen sein, die wiederum durch einen Mangel an Transparenz auf diesem spezifischen Markt erleichtert wird. Im Fall einer Versicherung, bei der die Inanspruchnahme von Leistungen weitgehend ohne individuelle Kostenbeteiligung und ohne strikte Überprüfung der erbrachten

*„Moral hazard“
begünstigt Über-
nachfrage nach
Gesundheits-
leistungen*

²¹ Vgl.: Europäische Kommission (DG ECFIN) und Ausschuss für Wirtschaftspolitik (AWG), The 2012 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010–2060), Joint Report, in: European Economy 2/2012. Unter staatlichen Gesundheitsausgaben werden hier insbesondere die Ausgaben der GKV und für die Beamtenbeihilfe subsummiert.

Möglichkeiten zur Ausgabenbegrenzung: Transparenz und Kostenbeteiligung erhöhen

Leistungen erfolgt, besteht die Gefahr einer übermäßigen Nachfrage, insbesondere wenn die Leistungsanbieter einen starken Einfluss auf diese ausüben können.

Diese grundlegenden Probleme im Rahmen einer Versicherung können mit verschiedenen Instrumenten eingedämmt werden, die in der gesetzlichen Krankenversicherung noch intensiver genutzt werden könnten. Ein Ansatzpunkt wäre eine höhere Transparenz für die Patienten über die in Rechnung gestellten Behandlungen und Kosten. Diese könnte beispielsweise durch einen (teilweisen) Wechsel vom Sachleistungszum Kostenerstattungsprinzip verbessert werden. Zwar können alle gesetzlich Versicherten für die Kostenerstattung optieren. Tatsächlich ist die Inanspruchnahme aber mangels individueller Vorteile auf nachvollziehbar niedrigem Niveau geblieben. Einer Überinanspruchnahme kann auch durch Selbstbehalte, Kostenbeteiligungen und Beitragsrückerstattungen entgegengewirkt werden. Diese Instrumente sind bereits Bestandteil des Leistungsrechts, und sie wurden insbesondere durch das Wettbewerbsstärkungsgesetz im Jahr 2007 durch Möglichkeiten zum Angebot von kassenspezifischen Wahlтарifen ausgeweitet. Ein Überlastungsschutz soll verhindern, dass Haushalte durch diese Zuzahlungen tatsächlich überfordert werden.²²⁾ Mit der Abschaffung der Praxisgebühr im vergangenen Jahr wurde allerdings wieder eine andere Richtung eingeschlagen.²³⁾ Generell wird die (politische) Umsetzung derartiger Maßnahmen dadurch erschwert, dass die Nachteile für Leistungserbringer und potenzielle Zuzahler unmittelbar sichtbar sind, während die Vorteile einer niedrigeren Finanzierungslast breit streuen. Weiterhin scheinen Potenziale zur Schaffung von mehr Transparenz zwischen Nachfragern und Anbietern im Gesundheitssystem (etwa über die Versichertenkarte oder Internetportale) sowie zur Verbesserung der medizinischen Therapien durch konsequenter Auswertung grundsätzlich verfügbarer Daten zu bestehen.

Mit der Rücknahme des langfristig auf ein Prämiennmodell hinauslaufenden einkommensunabhängigen Zusatzbeitrags wurde das Ziel wieder aufgegeben, der jeweiligen Krankenversicherung einen Preis beizumessen und die Umverteilungseffekte im Rahmen der GKV-Finanzierung genauer zu steuern. Damit besteht hier weiterhin ein Potenzial, die Belastung mit verzerrenden und daher wachstumsschädlichen staatlichen Abgaben enger zu begrenzen. Es wird abzuwarten bleiben, ob die Diskussion um das Finanzierungssystem in wirtschaftlich und vor allem demografisch weniger günstigen Zeiten wieder verstärkt einsetzen wird, wenn der Druck auf die Beitragssätze spürbar zunehmen wird. Eine nachvollziehbar aufgabenbezogene Finanzierung versicherungsfremder Leistungen aus dem Bundeshaushalt ist unabhängig hiervon anzuraten.

Da die gesetzliche Krankenversicherung nach dem Umlageverfahren ohne versicherungstechnisch kalkulierte Rücklagen finanziert wird, schlagen sich die absehbaren demografischen Veränderungen sowohl auf der Einnahmenseite über eine schmalere Beitragsbasis als voraussichtlich auch auf der Ausgabenseite über den steigenden Anteil älterer Versicherter nieder. Ein kapitalgedecktes System mit Alterungsrückstellungen wäre diesen Veränderungen weniger stark ausgesetzt. Allerdings wäre ein Wechsel des Finanzierungssystems übergangsweise mit Doppelbelastungen der Mitglieder verbunden, da sie zusätzlich zu den laufenden Ausgaben den Aufbau eines Kapitalstocks zu finanzieren hätten. Mit einer kollektiven Rücklage, wie sie in der sozialen Pflegeversicherung vorgesehen ist, kann eine Umverteilung zwischen unterschiedlichen Versichertenjahrgängen erreicht werden. Dies setzt allerdings nicht zuletzt voraus, dass

Einkommensunabhängige Finanzierung könnte wieder auf die Agenda kommen

Kapitaldeckung keine grundlegende Lösung des Finanzierungsproblems, jüngste Rentenreform führt in die falsche Richtung

²² Die derzeitige Regelung sieht vor, dass Zuzahlungen eines Mitglieds (und seiner Mitversicherten) nur zu leisten sind bis 2% der jährlichen Bruttoeinnahmen des Haushalts erreicht werden. Für chronisch Kranke liegt diese Schwelle bei 1% (§ 62 SGB V).

²³ Mit der Praxisgebühr sollte der in Deutschland überdurchschnittlichen Häufigkeit der Arzt-Patienten-Kontakte insofern Rechnung getragen werden, als durch eine gewisse finanzielle Beteiligung die damit verbundenen Kosten stärker in das Nachfragekalkül einbezogen werden.

die Rücklage vor einem zweckfremden Zugriff der Politik geschützt bleibt. Im Hinblick auf die Bevölkerungsentwicklung wird es wichtig sein, die durch die Alterung geschwächte Finanzierungsbasis zu stabilisieren. Hierzu liegt es nahe, das gesetzliche Rentenalter weiter an die stei-

gende Lebenserwartung anzupassen. Die jüngsten Beschlüsse insbesondere zur abschlagsfreien Rente mit 63 begünstigen dagegen Frühverrentungen und gehen von daher auch mit Blick auf die GKV in die falsche Richtung.

■ Anhang

Wichtige finanzwirksame Neuregelungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung²⁴⁾

Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (2006)

Insbesondere zweijähriges Moratorium für Arzneimittel-Herstellerpreise.

Haushaltsbegleitgesetz 2006 (2006)

Zum 1. Januar 2006 wird die Beitragsbemessungsgrundlage für Bezieher von Arbeitslosengeld II von 36,2% auf 34,5% der monatlichen Bezugsgröße gesenkt und der pauschale Abgabensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung für geringfügig Beschäftigte von 11% auf 13% angehoben.

Der Bundeszuschuss an die gesetzliche Krankenversicherung wird ab dem Jahr 2007 von 4,2 Mrd € auf 1,5 Mrd € gekürzt.

Vertragsrechtsänderungsgesetz (2006)

Die Frist zum vollständigen Schuldenabbau der Krankenkassen, die im Jahr 2003 mit dem GKV-Modernisierungsgesetz festgelegt wurde, wird um ein Jahr bis Ende 2008 verlängert.

GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (2007)

Einführung eines Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009, der die Beiträge vereinnahmt und risikoadjustierte Kopfpauschalen an die Krankenkassen weiterleitet. Die Fondsmittel sollen dauerhaft mindestens 95% der Kassenausgaben decken. Die Differenz müssen die Kassen gegebenenfalls durch einkom-

mensunabhängige Zusatzbeiträge ausgleichen. Der Zusatzbeitrag darf dabei 1% des beitragspflichtigen Einkommens nicht übersteigen, sofern er höher als 8 € pro Monat festgelegt wird.

Ab dem Jahr 2009 wird der allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung jährlich nach Auswertung der Prognosen des zuständigen Schätzerkreises von der Bundesregierung per Rechtsverordnung (ohne Zustimmung des Bundesrates) festgelegt.

Der Risikostrukturausgleich wird auf der Basis von 80 kostenintensiven chronischen Krankheiten morbiditätsbezogen ausgestaltet.

Der Bundeszuschuss wird für die Jahre 2007 und 2008 auf jeweils 2,5 Mrd € festgelegt und soll danach pro Jahr um 1,5 Mrd € bis auf 14 Mrd € angehoben werden.

Das Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung wird von festen Punktwerten, die eine strikte Budgetierung erlaubten, auf feste Leistungsentgelte umgestellt, die bei Überschreiten von Regelleistungsvolumina regressiv gestaffelt sind.

Die privaten Krankenversicherungen werden verpflichtet, einen Basistarif anzubieten, der maximal zum durchschnittlichen Höchstbetrag in der gesetzlichen Krankenversicherung deren Leistungen anbieten muss. Bei Sozialhilfebedürftigkeit ist die Versicherungsprämie zulasten der privaten Versicherten-gemeinschaft zu halbieren.

²⁴ Dargestellt sind hier die wichtigsten Neuregelungen seit dem 2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetz. Vgl. zur vorherigen Entwicklung: Deutsche Bundesbank, Finanzielle Entwicklung und Perspektiven der gesetzlichen Krankenversicherung, Monatsbericht, Juli 2004, S. 15 ff.

Zum Wechsel in die private Krankenversicherung muss nicht mehr nur in einem Jahr ein Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze erreicht werden, sondern in drei aufeinanderfolgenden Jahren.

Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (2008)

Die Rechnungslegungsvorschriften für die gesetzlichen Krankenkassen werden stärker den Bewertungsgrundsätzen des Handelsgesetzbuchs angepasst.

Insbesondere werden alle Krankenkassen ab dem 1. Januar 2010 insolvenzfähig und überdies verpflichtet, bis zum Jahr 2050 ausreichende Pensionsrückstellungen für ihre Beamten und Dienstordnungsangestellten zu bilden.

Verordnung zur Festlegung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (2008)

Der allgemeine Beitragssatz wird zum 1. Januar 2009 auf 15,5% festgelegt. 14,6% sind paritätisch zu finanzieren und 0,9% von den Mitgliedern allein aufzubringen.

Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (2009)

Um die finanzielle Ausstattung der Krankenhäuser zu verbessern, werden die Krankenkassen insbesondere verpflichtet, die für die Jahre 2008 und 2009 vereinbarten tariflichen Entgeltsteigerungen des Krankenhauspersonals auf Dauer zur Hälfte zu refinanzieren, soweit sie die für die Leistungsvergütung maßgebliche Veränderungsrate der durchschnittlichen beitragspflichtigen Einkommen überschreiten.

Gesetz zur Sicherung von Beschäftigung und Stabilität in Deutschland (2009)

Zur Kompensation der durch die Beitragssatzsenkung zum 1. Juli 2009 (von 15,5% auf 14,9%) verursachten Einnahmehausfälle wird der Bundeszuschuss für das Jahr 2009 von zuvor geplanten 4 Mrd € auf 7,2 Mrd € und für das Jahr 2010 von 5,5 Mrd € auf 11,8 Mrd € angehoben.

Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetz (2010)

Im Jahr 2010 leistet der Bund einen zusätzlichen Bundeszuschuss in Höhe von 3,9 Mrd €.

Gesetz zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (2010)

Der Herstellerabschlag für Arzneimittel ohne Festbetrag wird von 6% auf 16% angehoben. Für zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegebene Arzneimittel wird ein Preismoratorium festgelegt. Beide Regelungen gelten vom 1. August 2010 bis Ende 2013.

Arzneimittelneuordnungsgesetz – AMNOG (2010)

Neue und innovative Arzneimittel werden nur noch ein Jahr lang zum geforderten Preis erstattet. Bis dahin müssen die Produzenten den Zusatznutzen des neuen Medikaments nachgewiesen haben; ansonsten wird lediglich der im Festbetragssystem geltende Preis erstattet.

GKV-Finanzierungsgesetz (2010)

Die Deckelung des einkommensunabhängigen Zusatzbeitrags auf 1% des beitragspflichtigen Einkommens wird aufgehoben. Sofern der durchschnittliche Zusatzbeitrag künftig 2% des individuellen beitragspflichtigen Einkommens übersteigt, erfolgt ein sozialer Ausgleich durch eine entsprechende Rückerstattung des einkommensabhängigen Arbeitnehmerbeziehungsweise Rentnerbeitrags. Die dadurch verursachten Einnahmehausfälle beim Gesundheitsfonds sollen ab dem Jahr 2015 aus dem Bundeshaushalt erstattet werden.

Der allgemeine Beitragssatz wird zum 1. Januar 2011 von 14,9% auf 15,5% angehoben. Eine regelgebundene Anpassung dieses Beitragssatzes ist nicht mehr vorgesehen.

Zur Begrenzung des Ausgabenanstiegs werden insbesondere die Zahlungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen für Verwaltungskosten in den Jahren 2011 und 2012 auf dem Niveau des Jahres 2010 eingefroren, Abschläge bei der Vergütung von Krankenhäusern bei Leistungen über das vereinbarte Volumen hinaus vorgesehen und die Vergütung von

Zahnärzten sowie in Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung begrenzt.

Zum Wechsel in die private Krankenversicherung reicht wieder ein Jahr mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze.

Haushaltsbegleitgesetz 2011 (2010)

Der Bund überweist im Jahr 2011 weitere 2 Mrd € zusätzlich an den Gesundheitsfonds.

GKV-Versorgungsstrukturgesetz (2011)

Das ärztliche Vergütungssystem wird umgestaltet, um die Versorgung mit Gesundheitsleistungen in strukturschwachen Gebieten zu gewährleisten.

Gesetz zu Änderungen im Bereich der geringfügigen Beschäftigung (2012)

Die Entgeltgrenze für geringfügige Beschäftigungen (für die ein pauschaler GKV-Beitragssatz von grundsätzlich 13% bzw. 5% bei haushaltsnahen Dienstleistungen gilt) wird ab dem 1. Januar 2013 von 400 € auf 450 € pro Monat angehoben.

Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (2012)

Die im Jahr 2004 eingeführte Praxisgebühr für Arzt- oder Zahnarztbesuche in Höhe von 10 € pro Quartal wird ab 2013 wieder abgeschafft.

Haushaltsbegleitgesetz 2013 (2012)

Der Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds für das Jahr 2013 wird einmalig um 2,5 Mrd € auf 11,5 Mrd € abgesenkt.

Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (2013)

Abschaffung des erhöhten Säumniszuschlags von 5% der rückständigen Beitragszahlungen.

Einführung eines Notlagentarifs in der privaten Krankenversicherung für Versicherte, die ihrer Pflicht zur Beitragszahlung nicht nachkommen.

Versorgungszuschläge für Krankenhäuser und weitere Maßnahmen zur Berücksichtigung der tatsächlichen Kostensteigerungen der Krankenhäuser.

13. SGB V-Änderungsgesetz (2013)

Das bis Ende 2013 befristete Preismoratorium für zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen abgegebene Arzneimittel wird bis Ende März 2014 verlängert.

14. SGB V-Änderungsgesetz (2014)

Die bereits vor dem AMNOG auf den Weg gebrachte Nutzenbewertung von Arzneimitteln im Bestandsmarkt wird mit der Begründung eines unverhältnismäßig hohen methodischen und administrativen Aufwands aufgegeben.

Zur Kompensation wird das Arzneimittel-Preismoratorium bis Ende 2017 verlängert.

Der Ende 2013 wieder von 16% auf 6% zurückgenommene Herstellerrabatt auf Arzneimittel ohne Festbetrag wird zum 1. Januar 2014 auf 7% angehoben.

Haushaltsbegleitgesetz 2014 (2014)

Der Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds wird im Jahr 2014 um 3,5 Mrd € auf 10,5 Mrd € abgesenkt, 2015 wieder auf 11,5 Mrd € und 2016 auf 14 Mrd € angehoben. Ab dem Jahr 2017 sollen jedes Jahr 14,5 Mrd € überwiesen werden.

GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (2014)

Der einkommensunabhängige Zusatzbeitrag wird zum 1. Januar 2015 abgeschafft, und der von den Mitgliedern allein aufzubringende Zusatzbeitragssatz in Höhe von 0,9% kann künftig von den Krankenkassen jeweils entsprechend ihren Finanzbedarfen festgelegt werden. Der planmäßig ab dem Jahr 2015 aus dem Bundeshaushalt zu finanzierende soziale Ausgleich wird damit hinfällig.