

Rundschreiben 4/2014

Kurzanalyse der neuen GKV-Finanzierung

Das Rundschreiben auf einer Seite

Anlass: Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Änderung der Finanzierung in der GKV.

DSi-Diagnose:

- Zum 1. Januar 2015 soll das Finanzierungssystem der GKV erneut verändert werden. Der allgemeine Beitragssatz soll von 15,5 auf 14,6 Prozent sinken, indem der zusätzliche Beitragssatzbestandteil von 0,9 Prozent entfällt. Auch einkommensunabhängige Zusatzbeiträge und Beitragsprämien werden abgeschafft. Im Gegenzug sollen die Krankenkassen nur noch einkommensbezogene Zusatzbeiträge erheben dürfen.
- Aufgrund der Ersetzung einkommensunabhängiger durch einkommensbezogene Zusatzbeiträge wird die Finanzierung der GKV dem Äquivalenzprinzip immer weniger gerecht.
- Künftig werden Versicherte mit höheren Einkommen tendenziell stärker zusätzlich belastet als Versicherte mit geringen Einkommen, während das Leistungsangebot weitestgehend einkommensunabhängig ist.
- Das neue Finanzierungssystem wird allerdings vor allem wegen des Wegfalls des bürokratischen Sozialausgleichs einfacher.
- Die Einrichtung des neuen Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen ist unnötig, weil dadurch kostspielige Doppelstrukturen drohen.
- Gemäß der neuen Finanzplanung des Bundes soll der Bundeszuschuss zur GKV im kommenden Jahr erneut um 2,5 Mrd. Euro gekürzt werden. Dies ist ein zweckwidriger Zugriff auf die Reserven der GKV.

DSi-Empfehlungen:

- Kritik an einkommensbezogenen Zusatzbeiträgen,
- Festhalten am Sonderkündigungsrecht zum 1. Januar 2015,
- Verzicht auf das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen,
- gesetzliche Zweckbindung des Bundeszuschusses an die Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen,
- gesetzliche Zweckbindung und Begrenzung der Reserven beim Gesundheitsfonds und bei den Krankenkassen.

Kurzanalyse der neuen GKV-Finanzierung

Inhaltsverzeichnis

1	Geplante Änderungen zum 1. Januar 2015	1
2	Beurteilung der geplanten Änderungen	3
2.1	Unstetige Finanzierungspolitik	3
2.2	Schritt zur ungerechteren Finanzierung	4
2.3	Beitrag zur Vereinfachung	5
2.4	Belastungswirkungen	6
2.5	Mögliche Folgen für den Krankenkassenwettbewerb	7
2.6	Nachrichtlich: Erneute Reduzierung des Bundeszuschusses zur GKV	9
2.7	Exkurs: Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	10
3	Fazit und Empfehlungen	11
	Literaturverzeichnis	13

1 Geplante Änderungen zum 1. Januar 2015

Mitte Februar 2014 legte die Bundesregierung einen ersten Referentenentwurf zur Änderung der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vor.¹ Darin plant sie, den allgemeinen Beitragssatz zur GKV zum 1. Januar 2015 von derzeit 15,5 auf 14,6 Prozent festzusetzen. Dieser Beitragssatz soll paritätisch von Arbeitnehmern und Arbeitgebern aufgebracht werden. Statt wie bisher einkommensunabhängige Zusatzbeiträge erheben zu dürfen, dürfen die Krankenkassen künftig nur noch einkommensbezogene, prozentuale Zusatzbeiträge einfordern. Insofern entfällt formal der bisher allein von den Arbeitnehmern getragene zusätzliche Beitragssatz von 0,9 Prozent, weil er nun in den kassenindividuellen Zusatzbeitrag einfließen soll. Ebenfalls entfällt die Möglichkeit, Beitragsprämien auszuschütten. Um Wettbewerbsverzerrungen und eine Risikoselektion zu vermeiden, wird zudem ein vollständiger Einkommensausgleich zwischen den Krankenkassen eingeführt.

Tabelle 1: Überblick über die bisherige und geplante Finanzierung der GKV

	aktuell	ab 2015
einheitlicher Beitragssatz in Prozent	15,5	14,6
<i>davon hälftig von Arbeitnehmern bzw. Mitgliedern und Arbeitgebern gezahlt</i>	14,6	14,6
<i>davon nur von Arbeitnehmern bzw. Mitgliedern gezahlt</i>	0,9	0,0
kassenindividueller Zusatzbeitrag (nur von Mitgliedern zu zahlen)	einkommensunabhängig	einkommensabhängig
Auszahlung einer Beitragsprämie möglich	ja	nein

Quelle: Bundesregierung (2014).

Die Bundesregierung geht davon aus, dass den Krankenkassen infolge der Reduzierung des allgemeinen Beitragssatzes Mindereinnahmen in Höhe von rund elf Milliarden Euro entstehen werden. Es ist daher anzunehmen, dass die meisten Krankenkassen die Mindereinnahmen durch die Erhebung eines Zusatzbeitrags in Höhe der geplanten Absenkung des allgemeinen Beitragssatzes, also 0,9 Prozentpunkten, kompensieren werden. Da einige Krankenkassen im Jahr 2014 eine einkommensunabhängige Beitragsprämie auszahlen, könnten vor allem diese Krankenkassen zum 1. Januar 2015 statt der dann nicht mehr möglichen Prämie einen niedrigeren Zusatzbeitragssatz von unter 0,9 Prozent erheben.

¹ Vgl. Bundesregierung (2014).

Entfallen soll der vom Bund zu finanzierende Sozialausgleich. Der Sozialausgleich ist im geltenden Finanzierungssystem implementiert, um Überforderungen einkommensschwacher Versicherter durch die einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge zu verhindern. Er sollte dann einsetzen, wenn der durchschnittliche Zusatzbeitrag aller Krankenkassen zwei Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen eines Mitglieds übersteigt.² Da die Krankenkassen aufgrund der guten finanziellen Lage 2014 keine Zusatzbeiträge erheben, käme der Sozialausgleich frühestens ab 2015 zur Wirkung. Mit dem nun geplanten Wegfall des Sozialausgleichs entsteht daher in den nächsten vier Jahren eine Entlastung des Bundeshaushalts von insgesamt 3,8 Mrd. Euro. Zudem wird der Bund im selben Zeitraum aufgrund der durch den Übergang von einkommensunabhängigen zu einkommensbezogenen Zusatzbeiträgen bedingten niedrigeren Beitragszahlungen für Arbeitslosengeld-II-Empfänger in Höhe von insgesamt einer Milliarde Euro entlastet (siehe *Tabelle 2*).

Tabelle 2: Voraussichtliche Entlastungen des Bundeshaushalts in Mrd. Euro

	2015	2016	2017	2018
Wegfall des Sozialausgleichs	0,20	0,50	1,00	2,10
Niedrigere Beitragszahlungen für ALG-II-Empfänger	0,09	0,19	0,31	0,43
Summe	0,29	0,69	1,31	2,53

Quelle: Bundesregierung (2014).

Der Referentenentwurf soll am 26. März im Kabinett verabschiedet werden. Das Gesetzgebungsverfahren soll im Juli beendet sein (siehe *Tabelle 3*).

Tabelle 3: Voraussichtlicher Ablauf des Gesetzgebungsverfahrens

26.03.2014	Kabinettsbeschluss
08./09.05.2014	1. Lesung Bundestag
23.05.2014	1. Durchgang Bundesrat
27.06. oder 04.07.2014	2./3. Lesung Bundestag
11.07.2014	2. Durchgang Bundesrat
01.01.2015	Inkrafttreten

Quelle: Verband der Privaten Krankenversicherung (www.pkv.de).

² Siehe § 242b SGB V.

2 Beurteilung der geplanten Änderungen

2.1 Unstetige Finanzierungspolitik

Zur Einordnung der geplanten Änderungen ist ein Blick in die Historie hilfreich, denn in den vergangenen Jahren wurde die Finanzierung der GKV mehrmals geändert.³

Bis Mitte 2005 durften die Krankenkassen individuell einen prozentualen Beitragssatz zur Finanzierung ihrer Leistungen erheben, der zu gleichen Teilen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern bezahlt wurde. Zum **1. Juli 2005** wurde ein einheitlicher zusätzlicher Beitragssatz von 0,9 Prozent eingeführt, der allein von den Versicherten zu zahlen war. Dieses Finanzierungssystem bestand bis Ende 2008 und führte zeitweise zu Beitragssatzunterschieden zwischen den Krankenkassen von drei bis vier Prozentpunkten.

Zum **1. Januar 2009** wurde die Finanzierung der GKV grundlegend geändert. Der Gesetzgeber legte einen einheitlichen Beitragssatz fest. Die Beitragssatzautonomie der Krankenkassen entfiel. Zur Verteilung der Beitragseinnahmen an die Krankenkassen wurde ein Gesundheitsfonds geschaffen. Diejenigen Krankenkassen, die ihre Ausgaben mit den zugewiesenen Fondsmitteln nicht vollständig decken konnten, durften einen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern erheben. Dieser konnte sowohl einkommensabhängig als auch einkommensunabhängig sein. Jedoch durfte der Zusatzbeitrag ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens des Versicherten nicht übersteigen. Sofern der Mittelbedarf der einzelnen Krankenkasse ihre Zuweisung aus dem Fonds unterschritt, war es möglich, eine Prämie an die Krankenkassenmitglieder auszuschütten.⁴

Zum **1. Januar 2011** hat die damalige Bundesregierung aus Union und FDP die Möglichkeit zur Erhebung von einkommensbezogenen Zusatzbeiträgen abgeschafft. Den Krankenkassen ist es seitdem lediglich erlaubt, einkommensunabhängige Zusatzbeiträge zu erheben. Um die Überforderung einkommensschwacher Versicherter zu verhindern, wurde ein aus Bundesmitteln finanzierter Sozialausgleich eingeführt.⁵

³ Zur Historie der Gesetzesänderungen in der GKV siehe *Steffen* (2011), S. 59ff.

⁴ Siehe ausführlich *KBI* (2008).

⁵ Siehe S. 1.

Der seit 2009 bestehende Gesundheitsfonds gilt als eine politische Kompromisslösung⁶ der damaligen Großen Koalition, in der die Union für Pauschalprämien⁷ zur Finanzierung der GKV plädierte, während die SPD eine Bürgerversicherung⁸ bevorzugte. Dieses Mischsystem aus einkommensbezogenem allgemeinen Beitrag und einkommensunabhängigem Zusatzbeitrag sollte zum einen den Anstieg der Lohnnebenkosten verhindern und zum anderen zu einer gerechteren Finanzierung der Krankenversicherungsleistungen beitragen. Die Einführung der einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge war hierfür ein wichtiger Schritt.⁹ Sechs Jahre nach Einführung dieses Kompromissmodells verabschiedet sich die erneute Große Koalition von der einkommensunabhängigen Finanzierungskomponente.

Zum **1. Januar 2015** soll damit die eingangs erläuterte nächste wesentliche Änderung des Finanzierungssystems erfolgen.¹⁰ Der Blick in die jüngere Vergangenheit zeigt, dass das Finanzierungssystem der GKV zum Spielball der Politik geworden ist. Den Erfahrungen nach dürfte bereits jetzt wahrscheinlich sein, dass auch die nächste Bundesregierung – sollte sie von anderen Fraktionen getragen werden als die amtierende – wiederum Änderungen am Finanzierungssystem der GKV vornehmen wird. Für die Beitragszahler ist dies ein negatives Signal hinsichtlich der Verlässlichkeit geltender Gesetze. Stattdessen leisten kontinuierliche Änderungen der Rechtsunsicherheit Vorschub und können letztlich die Akzeptanz der GKV beeinträchtigen.

2.2 Schritt zur ungerechteren Finanzierung

Da im Jahr 2014 keine Krankenkasse einen einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag erhebt, werden die Beiträge zur GKV derzeit grundsätzlich als ein bestimmter Prozentsatz vom beitragspflichtigen Arbeitsentgelt bzw. -einkommen bis zu einer Höhe von 4.050 Euro/Monat erhoben. Bis zu dieser Beitragsbemessungsgrenze zahlen Versicherte mit unterschiedlich hohen Einkommen unterschiedlich hohe Beiträge zur GKV. Eine solche einkommensbezogene Beitragserhebung wäre nur dann mit dem Versicherungs- bzw. Äquivalenzprinzip vereinbar, wenn auch alle Leistungen der GKV nach dem Einkommen der Versicherten gestaffelt

⁶ Das Konzept des Gesundheitsfonds geht auf *Richter* (2005) und dem den *BMF-Beirat* (2005) zurück.

⁷ Zur Kritik des Konzepts siehe *KBI* (2004).

⁸ Zur Kritik an der Bürgerversicherung siehe *KBI* (2005).

⁹ Siehe auch Kapitel 2.2.

¹⁰ Siehe Kapitel 1.

wären. Doch bis auf das Krankengeld sind alle übrigen Leistungen der GKV einkommensunabhängig und können von den Versicherten im gleichen Ausmaß beansprucht werden. Eine Beitrags-Leistungs-Äquivalenz besteht in der GKV also weitestgehend nicht, denn für unterschiedlich hohe Beiträge erhalten die Versicherten Leistungen in gleicher Höhe. Die einkommensabhängige Beitragsgestaltung widerspricht somit dem Äquivalenzprinzip.¹¹ Dem Äquivalenzprinzip und damit der Belastungsgerechtigkeit entsprechen würde stattdessen die Finanzierung der GKV-Leistungen durch einkommensunabhängige Beiträge.

Insofern war die Einführung des einkommensunabhängigen Zusatzbeitrags ein Schritt zu mehr Belastungsgerechtigkeit in der GKV. Es wäre daher sinnvoller gewesen, an den einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen festzuhalten. Die nun geplante Abschaffung des einkommensunabhängigen Zusatzbeitrags läuft deshalb einer gerechten Finanzierung der GKV zuwider. In Anbetracht der im vorangestellten Kapitel skizzierten geschichtlichen Entwicklung ist es aber auch ein Zeichen dafür, dass die (teilweise) Umstellung des Finanzierungssystems auf einkommensunabhängige Beiträge politisch bei keiner derzeit realistischen Regierungskonstellation umsetzbar erscheint.

2.3 Beitrag zur Vereinfachung

Gleichwohl dürfte die geplante Änderung das Finanzierungssystem vereinfachen. Zurzeit finanziert sich die GKV strenggenommen aus vier verschiedenen Einnahmequellen: dem allgemeinen Beitragssatz von 14,6 Prozent, dem zusätzlichen Beitragssatz von 0,9 Prozent, dem einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag der Krankenkassen sowie dem Bundeszuschuss aus Steuermitteln. Künftig entfällt mit dem zusätzlichen Beitragssatz von 0,9 Prozent eine Finanzierungskomponente, sodass schon deshalb das Finanzierungssystem transparenter wird.

Der wesentliche Beitrag zur Vereinfachung liegt aber in der Abschaffung des bürokratischen Sozialausgleichs. Der Sozialausgleich sollte dann in Kraft treten, wenn der durchschnittliche Zusatzbeitrag¹² aller Krankenkassen zwei Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen eines Mitglieds übersteigt. Bei versicherten Arbeitnehmern sollte der Arbeitgeber den Sozialaus-

¹¹ Vgl. *KBI* (2010), S. 63ff.; *Fichte/Schulemann* (2010), S. 680.

¹² Der durchschnittliche Zusatzbeitrag wurde bisher jeweils zum 1. November vom Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen festgelegt.

gleich durchführen, indem er das mögliche Überschreiten der Überforderungsgrenze prüft. Der Sozialausgleich ist vor allem dann kompliziert, wenn der Versicherte Einnahmen aus mehreren Quellen bezieht. In solchen Fällen prüft die Krankenkasse diesen Anspruch. Hierzu hat sie alle beitragsrechtlich relevanten Daten zusammenzuführen. Die Krankenkasse informiert dann die einzelnen Arbeitgeber, von welchem Zeitpunkt an und nach welchem Verfahren sie jeweils die Beiträge zu bemessen haben. Der Sozialausgleich hätte somit zu bürokratischen Belastungen der Arbeitgeber und Krankenkassen geführt, die mit der geplanten Änderung des Finanzierungssystems nun entfallen.¹³

2.4 Belastungswirkungen

Die Regierungspläne werden in Zukunft tendenziell dazu beitragen, dass GKV-Mitglieder mit höherem Einkommen noch höhere Beiträge zur GKV entrichten werden. Denn bisher sollen einkommensunabhängige Zusatzbeiträge erhoben werden, sodass die Versicherten – abgesehen von jenen, die vom Sozialausgleich profitieren – mit gleichem absolutem Betrag zusätzlich zur Finanzierung der GKV beitragen. Künftig werden die Zusatzbeiträge als prozentualer Einkommensanteil einbezogen. Auf diese Weise werden Hochverdiener absolut stärker zusätzlich belastet als Geringverdiener (siehe *Tabelle 4*).

Tabelle 4: Beispiel für mögliche Belastungswirkungen der bisherigen und der neuen Finanzierung

monatliches Einkommen des Versicherten in Euro	bisher: einkommensunabhängiger Zusatzbeitrag (Beispiel: 30 Euro)		künftig: einkommensabhängiger Zusatzbeitrag (Beispiel: 1,0 Prozent) ¹	
	<i>in Euro</i>	<i>in Prozent des Einkommens</i>	<i>in Prozent des Einkommens</i>	<i>in Euro</i>
2.000	30	1,5	1,0	20
3.000	30	1,0	1,0	30
4.000	30	0,75	1,0	40

¹ Annahme: Darüber hinaus besteht weiterhin ein zusätzlicher Beitragssatz von 0,9 Prozent.

Eigene Berechnungen.

¹³ Die Entlastung bei den Bürokratiekosten aus Informationspflichten wird auf 31 Mio. Euro jährlich geschätzt. Vgl. *Bundesregierung* (2014).

Wie bereits eingangs erwähnt, sind Beitragsentlastungen zum 1. Januar 2015 flächendeckend nicht zu erwarten.¹⁴ Zusatzbeiträge von unter 0,9 Prozent, die zu einer Entlastung der Beitragszahler führen könnten, sind aber bei den Krankenkassen wahrscheinlich, die bereits jetzt schon einkommensunabhängige Beitragsprämien auszahlen. Aufgrund der hohen Reserven der GKV könnten aber höhere Entlastungen der Beitragszahler erzielt werden. So verfügte der Gesundheitsfonds Ende 2013 über eine Reserve von 13,6 Mrd. Euro. Die Krankenkassen bauten zudem Rücklagen von 16,7 Mrd. Euro auf. Wie das DSI bereits in der Vergangenheit empfohlen hat, sollte zum einen die Reserve des Gesundheitsfonds auf 0,2 Monatsausgaben¹⁵ bzw. rund 3 Mrd. Euro begrenzt werden. Auch die Rücklagen der Krankenkassen sollten nicht höher als eine Monatsausgabe bzw. 15,5 Mrd. Euro sein.¹⁶ Bei einer solchen Begrenzung der Reserven könnten rund 12 Mrd. Euro an die Beitragszahler ausgeschüttet werden. Auf diese Weise könnten zumindest temporär Beitragsentlastungen erreicht werden. Hinzu kommt, dass durch eine Abschmelzung und eine gesetzliche Fixierung des Rücklagenzwecks Zweckentfremdungen durch die Politik vorgebeugt werden kann.¹⁷

2.5 Mögliche Folgen für den Krankenkassenwettbewerb

Künftig soll ein vollständiger Einkommensausgleich zwischen den Krankenkassen implementiert werden. Der Einkommensausgleich soll vor allem verhindern, dass Krankenkassen aufgrund der Einkommensstruktur ihrer Mitglieder Zusatzbeiträge erheben müssen. Zudem soll er einen Wettbewerb um einkommensstarke Versicherte begrenzen.

Die Einführung einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge hat indes im Vergleich zum bis Ende 2008 geltenden System mit einkommensbezogenen Beiträgen zu einer erhöhten Bereitschaft der Versicherten geführt, die Krankenkasse zu wechseln. Die einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge entfalteten anscheinend eine stärkere preisliche Signalwirkung und stärken das Preisbewusstsein der Versicherten, weil sie grundsätzlich dazu beitragen, die

¹⁴ Siehe S. 1.

¹⁵ Abzüglich eines sachgerecht bemessenen Bundeszuschusses in Höhe der geschätzten Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen von 13 Mrd. Euro ergibt eine beitragsgedeckte Monatsausgabe der GKV im Jahr 2014 rund 15,5 Mrd. Euro. Siehe auch Kapitel 2.6.

¹⁶ Vgl. ausführlich *KBI* (2012a), S. 23ff.; *KBI* (2012b).

¹⁷ Siehe auch Kapitel 2.6.

Gesundheitskosten für die Versicherten transparenter zu machen.¹⁸ Der Beitragswettbewerb zwischen den Krankenkassen wurde aus diesem Grunde intensiviert.¹⁹

Ob die einkommensbezogenen Zusatzbeiträge zu ähnlichen Wirkungen führen werden, kann aus heutiger Sicht nicht beantwortet werden. Einerseits zeigen die Erfahrungen aus der Vergangenheit, dass einkommensunabhängige Beiträge stärker wahrgenommen werden als einkommensbezogene. Mit dem neuen System könnte daher die Wechselbereitschaft zurückgehen.²⁰ Andererseits könnten die Versicherten durch das bestehende System für Zusatzbeiträge jeglicher Art sensibilisiert worden sein, sodass auch im künftigen Finanzierungssystem ähnliche Wanderungsbewegungen von Krankenkassen mit (hohen) Zusatzbeiträgen zu Krankenkassen mit geringeren oder ohne Zusatzbeiträgen erfolgen könnten. Für letzteres spricht auch, dass Versicherte mit relativ höherem Einkommen künftig absolut höhere Zusatzbeiträge leisten müssen und diese Versichertengruppe daher wechselwilliger sein dürfte als Geringverdiener.

Grundsätzlich dürfen die Mitglieder der Krankenkassen die Krankenkasse nach 18 Monaten Mitgliedschaft wechseln. Zudem gilt ein Sonderkündigungsrecht, wenn die Krankenkasse den Zusatzbeitrag erstmalig erhebt oder ihn erhöht. Diese Regelungen sollen weiterhin bestehen bleiben. Da es als sicher gilt, dass alle Krankenkassen zum 1. Januar 2015 einen Zusatzbeitrag erheben, hat die Regelung zum Sonderkündigungsrecht zur Folge, dass alle GKV-Mitglieder zu diesem Zeitpunkt berechtigt sein werden, die Krankenkasse zu wechseln. Der IKK Bundesverband befürchtet dadurch spürbare Wanderungsbewegungen und regt an, das Sonderkündigungsrecht zum 1. Januar 2015 nur dann zu gewähren, wenn der Zusatzbeitrag höher ist als 0,9 Prozent.²¹ Nach Ansicht des DSI sollte das geplante Sonderkündigungsrecht zum 1. Januar 2015 jedoch bestehen bleiben. Denn dadurch erhalten alle Versicherten die Freiheit, ihre Krankenkasse neu zu wählen, was für die Krankenkassen wiederum einen Anreiz bietet, einen möglichst niedrigen Zusatzbeitrag zu wählen.

¹⁸ Vgl. *SVR Wirtschaft* (2004), Tz. 496.

¹⁹ Vgl. *Eibich/Schmitz/Ziebarth* (2011).

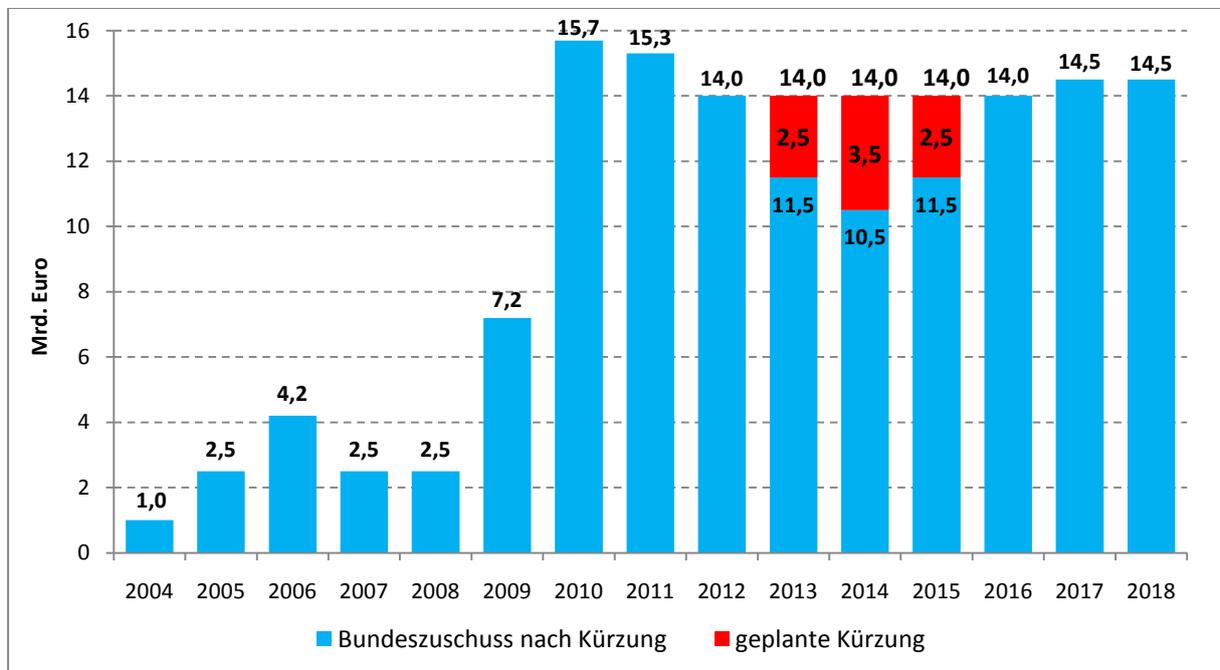
²⁰ Vgl. auch *Ziebarth* (2013), S. 804f.

²¹ Vgl. *IKK* (2014), S. 12.

2.6 Nachrichtlich: Erneute Reduzierung des Bundeszuschusses zur GKV

2015 soll der Bundeszuschuss zur GKV niedriger als nach bisheriger Planung ausfallen. Diese Kürzung ist kein Bestandteil des vorliegenden Gesetzentwurfs; sie wurde im Rahmen der mittelfristigen Finanzplanung des Bundes beschlossen.²² Danach soll der Bundeszuschuss zur GKV 2015 um 2,5 Mrd. Euro reduziert werden. Nach den außerplanmäßigen Kürzungen in den Jahren 2013 (um 2,5 Mrd. Euro) und 2014 (um 3,5 Mrd. Euro) ist dies bereits die dritte Reduzierung in Folge. Insgesamt hat sich der Bund auf diese Weise um 8,5 Mrd. Euro zulasten der GKV bereichert (siehe *Abbildung 1*).

Abbildung 1: Voraussichtliche Entwicklung des Bundeszuschusses zur GKV



Quelle: diverse Bundeshaushaltspäne, BMF (2014), S.8.

Gemäß Gesetz erhält die GKV den Bundeszuschuss zur „pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen“.²³ Diese Zweckbindung ist grundsätzlich sachgerecht, denn dadurch wird sichergestellt, dass der Bund sich an der Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen der GKV beteiligt.²⁴ Die geltende gesetzliche Vorgabe ist allerdings nicht hinreichend. Denn zum einen wird lediglich von einer „pauschalen Abgeltung“ gesprochen, was zur Folge hat, dass der Bundeszuschuss nicht genau den

²² Vgl. BMF (2014), S. 8.

²³ Siehe § 221 Abs. 1 SGB V.

²⁴ Siehe auch Abschnitt 2.2.

Ausgaben der GKV für versicherungsfremde Leistungen entspricht. Zum anderen fehlt im Gesetz bisher eine Definition des Begriffs der versicherungsfremden Leistungen.²⁵

Dies hat zur Folge, dass der Bund angesichts der hohen Reserven im Gesundheitsfonds von rund 13 Mrd. Euro nach den Finanzierungsmitteln der GKV greift und sie zweckwidrig zur Haushaltskonsolidierung einsetzt. Um dies künftig zu verhindern, bedarf es einer strikten Zweckbindung des Bundeszuschusses an den Umfang der versicherungsfremden Leistungen²⁶ sowie einer Definition des Katalogs der Fremdleistungen.²⁷

Bei einer strikten Zweckbindung des Bundeszuschusses an den Umfang der versicherungsfremden Leistungen würde ein Bundeszuschuss von schätzungsweise 13 Mrd. Euro ausreichen, um dessen sachgemäße Aufgabe erfüllen zu können.²⁸ Bei einem Verzicht auf die versicherungsfremde beitragsfreie Mitversicherung von Erwachsenen²⁹ würden nach DSI-Kalkulationen Bundesmittel in Höhe von rund vier Mrd. Euro ausreichen, um die verbleibenden (ausgabenseitigen) versicherungsfremden Leistungen zu decken.

Aus DSI-Sicht ist es sinnvoll, die Rücklage des Gesundheitsfonds als Liquiditätsreserve zum Ausgleich unterjähriger Einnahmeschwankungen gesetzlich festzulegen. Zudem ist die Höhe der Reserve, die derzeit nicht begrenzt ist, auf 0,2 Monatsausgaben bzw. rund drei Mrd. Euro zu begrenzen. Überschüssige Mittel wären an die Krankenkassen bzw. an die Versicherten auszusahlen.³⁰

2.7 Exkurs: Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Über die Änderungen der Finanzierung hinaus ist der Aufbau eines neuen Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen geplant. Aufgabe des Instituts soll sein,

²⁵ Vgl. *KBI* (2010), S. 79f.

²⁶ Dies fordert auch aktuell der GKV-Spitzenverband. Vgl. *GKV-Spitzenverband* (2014).

²⁷ Vgl. *KBI* (2010), S. 79ff.

²⁸ Hierbei wird zum einen von rund vier Mrd. Euro an ausgabenseitigen Fremdleistungen ausgegangen (vgl. *KBI* (2010), S. 79ff.). Hinzu kommen schätzungsweise neun Mrd. Euro für die beitragsfreie Mitversicherung von Erwachsenen. Bei der Schätzung dieser Summe wurde unterstellt, dass die beitragsfrei mitversicherten andernfalls einen Beitrag in Höhe des Beitrags des Bundes für Grundsicherungsempfänger (142,13 Euro/Monat) zahlen müssten (ebd., S. 71 ff.).

²⁹ Vgl. *KBI* (2010), S. 68ff.

³⁰ Vgl. ausführlich *KBI* (2012a), S. 23ff.; *KBI* (2012b); *Fichte* (2012), S. 332ff. Siehe auch Kapitel 2.4.

„sich wissenschaftlich mit der Ermittlung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität zu befassen und dem Gemeinsamen Bundesausschuss die notwendigen Entscheidungsgrundlagen für die von ihm nach § 137 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zu gestaltenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu liefern“³¹.

Diese Aufgabenstellung ist nicht neu. Sie ist derzeit im § 137a SGB V definiert. Die Aufgaben werden gegenwärtig durch Vergabe entsprechender Untersuchungsaufträge an adäquate Institute erfüllt. Aktuell wurde der Auftrag an das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA) vergeben. Die Ausgaben für das neue Institut sollen gemäß Gesetzentwurf bis zu 14 Mio. Euro jährlich betragen und um einen einstelligen Millionenbetrag über den derzeitigen Ausgaben für die Auftragsvergabe an AQUA liegen.

Vor diesem Hintergrund stellt sich zum einen die Frage, warum im Vergleich zur Auftragsvergabe an AQUA mit dem Aufbau eines neuen Instituts eine teurere Alternative gewählt wurde. Zum anderen beschäftigt sich das bestehende Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) bereits mit der Qualitätssicherung in diesem Bereich. Möglicherweise wäre es sinnvoller und günstiger gewesen, das IQWiG mit den Aufgaben gemäß § 137a SGB V zu beauftragen, anstatt ein neues Institut zu gründen. So droht aber der Aufbau von kostspieligen Doppelstrukturen.³²

Auf Empfehlung des DSI hat der BdSt diese Fragen bereits in einer schriftlichen Eingabe an das Bundesministerium für Gesundheit gerichtet und um eine Stellungnahme gebeten.

3 Fazit und Empfehlungen

Die geplanten Änderungen des GKV-Finanzierungssystems bergen Licht und Schatten. Aufgrund der Ersetzung einkommensunabhängiger durch einkommensbezogene Zusatzbeiträge wird die Finanzierung der GKV ungerechter. Künftig werden Versicherte mit höheren Einkommen tendenziell stärker zusätzlich belastet als Versicherte mit geringen Einkommen.

³¹ Bundesregierung (2014), S. 3.

³² Das neue Institut wird auch vom DGB (vgl. DGB (2014), S. 7) und dem IKK Bundesverband (vgl. IKK (2014), S. 5f.) kritisch gesehen.

Dies widerspricht dem Äquivalenzprinzip. Auf der anderen Seite wird das neue Finanzierungssystem vor allem wegen des Wegfalls des bürokratischen Sozialausgleichs einfacher. Die Folgen für den Beitragswettbewerb sind schwer abschätzbar. Darüber hinaus ist die Einrichtung eines neuen Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen kritisch zu sehen. Schließlich ist gemäß der neuen Finanzplanung des Bundesministeriums der Finanzen für 2015 eine erneute Kürzung des Bundeszuschusses zur GKV geplant. Damit greift der Bund erneut auf die Rücklagen des Gesundheitsfonds zu und führt sie zweckwidrig seinem Haushalt zu.

Angesichts dieser Planungen empfiehlt das DSI zusammenfassend die folgenden Maßnahmen:

- Grundsätzlich sollte an einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen festgehalten werden. Da diese Forderung wahrscheinlich nicht mehr umzusetzen ist, sollte zumindest die Einführung von einkommensbezogenen Zusatzbeiträgen kritisiert werden.
- Das Sonderkündigungsrecht zum 1. Januar 2015 sollte wie geplant umgesetzt werden.
- Das neue Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen sollte nicht eingerichtet werden.
- Bundeszuweisungen an die GRV sollten strikt nach den Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen bemessen werden, um eine sachgerechte Finanzierung von versicherungsfremden und versicherungsgemäßen Leistungen sicherzustellen. Hierzu ist es notwendig, die Zweckbindung gesetzlich zu fixieren und den Katalog der versicherungsfremden Leistungen eindeutig zu definieren.
- Die Rücklage des Gesundheitsfonds sollte nur zum Ausgleich unterjähriger Einnahmeschwankungen eingesetzt werden dürfen. Sie ist deshalb auf etwa 0,2 Monatsausgaben der GKV zu begrenzen.
- Auch die Reserven der Krankenkassen sollten auf maximal eine Monatsausgabe begrenzt werden. Überschüssige Mittel wären an die Beitragszahler auszuschütten. Dadurch könnten spürbare Beitragsentlastungen erreicht werden.

Literaturverzeichnis

Bundesregierung (2014): Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG), Bearbeitungsstand: 12. Februar 2014, 14:02 Uhr.

Bundesministerium der Finanzen (BMF) (2014): 2. Regierungsentwurf des Bundeshaushalts 2014: Eckwerte des Regierungsentwurfs des Bundeshaushalts 2015 und des Finanzplans bis 2018.

Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) (2014): Stellungnahme zur Anhörung des Bundesministeriums für Gesundheit am 24. Februar 2014 zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Eibich, P., Schmitz, H. und Ziebarth, N. (2011): Zusatzbeiträge erhöhen die Preistransparenz – Mehr Versicherte wechseln die Krankenkasse, in: DIW-Wochenbericht, Nr. 51+52/2011, S. 3-12.

Fichte, D. (2012): Regelgebundene Verwendung der Sozialversicherungsrücklagen, in: Wirtschaftsdienst, 92. Jahrgang, Heft 5/2012, S. 332-338.

Fichte, D. und Schulemann, O. (2010): Versicherungsfremde Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Wirtschaftsdienst, 90. Jahrgang, Heft 10/2010, S. 676-682.

GKV-Spitzenverband (2014): Bundeszuschuss muss verbindlich sein, Statement vom 5. März 2014.

IKK (2014): Stellungnahme des IKK e. V. zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Karl-Bräuer-Institut des Bundes der Steuerzahler (KBI) (2004): Zur Einführung einer Gesundheitsprämie in der Gesetzlichen Krankenversicherung nach dem Vorschlag der CDU (Parteitagsbeschluss vom Dezember 2003), Rundschreiben Nr. 6/2004, Berlin.

Karl-Bräuer-Institut des Bundes der Steuerzahler (KBI) (2005): Die Bürgerversicherung – Die falsche Medizin für die Krankenversicherung, Sonderinformation Nr. 47, Berlin.

Karl-Bräuer-Institut des Bundes der Steuerzahler (KBI) (2008): Das neue Finanzierungssystem der Gesetzlichen Krankenversicherung – Kritik und Empfehlungen, Rundschreiben Nr. 9/2008, Berlin.

Karl-Bräuer-Institut des Bundes der Steuerzahler (KBI) (2010): Versicherungsfremde Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Schriftenreihe, Heft Nr. 106, Berlin.

Karl-Bräuer-Institut des Bundes der Steuerzahler (KBI) (2012a): Rücklagen in der gesetzlichen Sozialversicherung, Sonderinformation Nr. 65, Berlin.

Karl-Bräuer-Institut des Bundes der Steuerzahler (KBI) (2012b): Gesetzliche Krankenversicherung: Änderungsbedarf bei Vorgaben zur Reservebildung, KBI kompakt Nr. 11, Berlin.

Richter, W. (2005): Gesundheitsprämie oder Bürgerversicherung? Ein Kompromissvorschlag, in: Wirtschaftsdienst, 85. Jahrgang, Heft 11/2005, S. 693-697.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR Wirtschaft) (2004): Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland, Jahresgutachten 2004/05, Wiesbaden.

Steffen, J. (2011): Sozialpolitische Chronik, Bremen.

Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (BMF-Beirat) (2005): Zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung: Ein Konsensmodell.

Ziebarth, N. (2013): Gesetzliche Krankenversicherung: Rolle rückwärts beim Wettbewerb, in: Wirtschaftsdienst, 93. Jahrgang, Heft 12/2013, S. 804-805.