ECONSTOR
Make Your Publications Visible.

A Service of
ZBW
Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Pfeiffer, Doris; Greß, Stefan; Bieback, Karl-Jürgen; Ulrich, Volker

Article

Haushaltssanierung auf Kosten der Krankenkassen: Folgen höhere Sozialabgaben?

ifo Schnelldienst

Provided in Cooperation with:
Ifo Institute – Leibniz Institute for Economic Research at the University of Munich

Suggested Citation: Pfeiffer, Doris; Greß, Stefan; Bieback, Karl-Jürgen; Ulrich, Volker (2014) : Haushaltssanierung auf Kosten der Krankenkassen: Folgen höhere Sozialabgaben?, ifo Schnelldienst, ISSN 0018-974X, ifo Institut - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung an der Universität München, München, Vol. 67, Iss. 07, pp. 3-12

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/165411

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

WWW.ECONSTOR.EU

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

Haushaltssanierung auf Kosten der Krankenkassen: Folgen höhere Sozialabgaben?

Um im Jahr 2015 einen ausgeglichenen Haushalt zu erreichen, soll der Bundeszuschuss an die Krankenkassen gekürzt werden. Ist dieser Weg der Haushaltskonsolidierung nachhaltig?

Schuldenfreier Bundeshaushalt: Haushaltskonsolidierung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung

Nicht ohne Pathos verkündete der Bundesfinanzminister am 12. März 2014 anlässlich der haushaltspolitischen Beschlüsse des Bundeskabinetts, dass mit dem Regierungsentwurf zum Bundeshaushalt 2014 sowie den weiteren Finanzplanungen bis zum Jahr 2018 eine Zäsur markiert werde. Denn ab 2015 nehme der Bund keine neuen Schulden mehr auf. »Wir geben nicht mehr aus, als wir einnehmen und setzen gleichzeitig Schwerpunkte bei Zukunftsinvestitionen. Wir wollen Deutschlands Zukunft gestalten – und zwar ohne neue Schulden«, trug der Bundesminister vor. Ausgeglichene Haushalte seien Zukunftsvorsorge, stabilitätsorientierte Finanzpolitik sei Wachstumspolitik (vgl. Bundesministerium der Finanzen 2014a).

Ohne Frage handelt es sich um finanzpolitisch bemerkenswerte Beschlüsse, die das Kabinett in diesem Frühjahr fasste. Einen ausgeglichenen Bundeshaushalt ohne neue Kredite hatte es zuletzt 1969 zur Zeit der ersten Großen Koalition unter Kiesinger gegeben. Diese Feststellung gilt selbst dann, wenn man berücksichtigt, dass die Rahmenbedingungen für die öffentlichen Haushalte gegenwärtig ausgesprochen günstig sind:

- Die Zinsausgaben des Bundes für den Schuldendienst haben dank des niedrigen Zinsniveaus einen historischen Tiefstand erreicht. Lag der Anteil der Zinsen an den Gesamtausgaben des Bundes im Jahr 2000 noch bei über 15%, waren es 2012 nur noch rund 10% (vgl. Deutsche Bundesbank 2013).
- Wirtschaftliches Wachstum und Beschäftigung entwickeln sich nach den kurzen Einbrüchen 2008/2009 anhaltend positiv. Geradezu eindrucksvoll ist die Entwicklung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung, die seit 2006 im Wachstumstrend liegt und ein Niveau von rund 30 Mill. Beschäftigten erreicht hat (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2014).

Umso dringlicher stellt sich die Frage nach der Nachhaltigkeit des eingeschlagenen Wegs der Haushaltskonsolidierung. Kritisiert wird in diesem Kontext vielfach, dass die weitgehend auf Konsum ausgerichtete Ausgabenstruktur der öffentlichen Haushalte eine Aufzehrung der öffentlichen Infrastruktur bedingt, die uns künftig teuer zu stehen kommen werde. Es werden höhere Investitionsanstrengungen eingefordert, wobei ein Teil der Kritiker durchaus die Auffassung vertritt, dass diese nicht zu Lasten der staatlichen Sozialausgaben gehen dürften.[1]

Große Koalition entzieht dem Gesundheitsfonds 8,5 Mrd. Euro

Als Vertreterin der gesetzlichen Krankenversicherung möchte ich mich aber einem anderen zentralen Kritikpunkt der aktuellen Haushaltspolitik zuwenden: Bestandteil der finanzpolitischen Entscheidungen der Großen Koalition ist der Beschluss über den Entwurf eines Haushaltsbegleitgesetzes für das Jahr 2014. Mit diesem »kleinen Gesetz« werden lediglich drei Vorschriften im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung geändert. Diese haben es allerdings in sich: Durch die Änderungen werden der strukturell ausgeglichene Bundeshaushalt 2014 und der völlig schuldenfreie Bundeshaushalt 2015 erst möglich. Zur pauschalen Abgeltung ihrer versicherungsfremden Aufwendungen erhalten die gesetzlichen Krankenkassen eine jährliche Beteiligung des Bundes, die an den Gesundheitsfonds gezahlt wird. Der ursprünglichen gesetz-

© K. S. Fischer

Doris Pfeiffer*

* Dr. Doris Pfeiffer ist Vorsitzende des Vorstands des GKV-Spitzenverbands, Berlin.

[1] Zur Kritik an der aktuellen Haushaltspolitik vgl. u.a. Boysen-Hogrefe (2014); Die Welt (2014).

lichen Intention und Vorgabe folgend sollte die Bundesbeteiligung ab dem Jahr 2012 konstant 14 Mrd. Euro jährlich betragen. Doch die bereits für das Jahr 2013 um 2,5 Mrd. Euro reduzierte Bundesbeteiligung[2] soll nach dem Willen des Kabinetts nun auch in den Jahren 2014 und 2015 zugunsten des Bundeshaushalts gekürzt werden. Vorgesehen sind nach dem vorliegenden Entwurf des Haushaltsbegleitgesetzes Kürzungen in Höhe von 3,5 Mrd. Euro (2014) und 2,5 Mrd. Euro (2015) (vgl. Bundesministerium der Finanzen 2014b). Wird das Gesetz vom Deutschen Bundestag verabschiedet, werden dem Gesundheitsfonds für den Zeitraum von 2013 bis 2015 insgesamt 8,5 Mrd. Euro entzogen.

Im Gegensatz zu anderen, weniger transparenten fiskalischen Maßnahmen zu Lasten der Sozialversicherung bekennt sich der Gesetzgeber dieses Mal ganz offen und klar zur haushaltspolitischen Zielsetzung. Ziel sei eine nachhaltige Haushaltspolitik, also die Konsolidierung des Bundeshaushalts. Und zur Erreichung des Ziels könne die gesetzliche Krankenversicherung aufgrund ihrer derzeit günstigen Finanzlage vorübergehend beitragen.[3]

Nur »vorübergehender Beitrag« der Krankenversicherung?

Dass es sich lediglich um einen »vorübergehenden Beitrag« handeln soll, ergibt sich aus der Bestimmung, dass die Bundesbeteiligung ab dem Jahr 2017 jährlich 14,5 Mrd. Euro statt 14,0 Mrd. Euro betragen wird. Mit anderen Worten: Der Bund will die beschlossenen Kürzungen für 2014 und 2015 ab dem Jahr 2017 in jährlichen Raten von 500 Mill. Euro an den Gesundheitsfonds zurückzahlen. Betrachten wir allein die mit dem Haushaltsbegleitgesetz 2014 vorgesehenen Kürzungen von 6 Mrd. Euro, wäre dieser »Kredit« nach zwölf Jahren, also mit Ablauf des Jahres 2028, beglichen. Damit wird ein Planungshorizont beschrieben, der aus Sicht der GKV angesichts ihrer Erfahrungen mit der im Jahr 2004 eingeführten Bundesbeteiligung eher ins Genre »Science Fiction« fällt. Politisch-fiskalische Garantien für solch ferne Zeiträume können nicht mehr als wohlfeile Absichtserklärungen sein. Immerhin zeigen die Darlegungen über den »vorübergehenden Charakter« der Kürzungen, dass sich der Gesetzgeber seines ordnungspolitischen Fehlgriffs durchaus bewusst ist. Weil er sich Steuererhöhungen verbietet – sei es nun aus wirtschaftspolitscher Überzeugung oder weil sich ein Koalitionspartner in eine Sackgasse manövriert hat –, greift der Bund nun in die Taschen der Beitragszahler der Sozialversicherung. Denn nicht der Steuerzahler, sondern die Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen und ihre Arbeitgeber haben mit ihren Sozialbeiträgen die Reserven des Gesundheitsfonds gefüllt. Wesentlich durch die Beitragssatzerhöhung von 14,9% auf 15,5% zum 1. Januar 2011 steht die GKV heute so gut da wie seit langem nicht. Grob geschätzt bewirkte diese Beitragssatzerhöhung um 0,6 Prozentpunkte in den vergangenen drei Jahren Mehreinnahmen von rund 18 Mrd. Euro, aufgebracht von gesetzlich versicherten Arbeitern und Angestellten, von ihren Arbeitgebern, von Rentnerinnen und Rentnern, von den freiwillig gesetzlich Versicherten, aber eben nicht von privat versicherten Selbstständigen oder Beamten, Unternehmern oder Abgeordneten. D.h. große Teile der besonders leistungsfähigen Bürgerinnen und Bürger haben zur Bildung dieser Rücklagen gar nichts beigetragen, gleichwohl werden sie zur Finanzierung allgemeiner Staatsaufgaben eingesetzt. Dies widerspricht ordnungspolitischen Grundsätzen ebenso wie dem Gerechtigkeitsempfinden der Bürgerinnen und Bürger.

Der gelegentliche Einwand, der Bund vereinnahme doch gar keine Krankenversicherungsbeiträge, sondern reduziere lediglich seine steuerfinanzierten Zuschüsse in Zeiten, in denen die GKV diese aufgrund der guten Finanzlage gar nicht benötige, ist wenig überzeugend. Denn diese Betrachtung blendet den speziellen Charakter der Bundesbeteiligung völlig aus. Die Bundesbeteiligung ist eben keine staatliche Subvention für die Sicherstellung der originären Versicherungsleistungen der Krankenkassen, kein Almosen des Steuerzahlers für gesetzlich Versicherte. Die Bundesbeteiligung dient ihrem Sinn nach und ebenso nach dem gesetzlichen Wortlaut der pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen.[4] Und diese Leistungen erbringen die Krankenkassen Jahr für Jahr in beträchtlichem Umfang. Auch wenn bislang eine allgemeingültige Definition dieser Leistungen fehlt, so sind zweifelsohne diejenigen Ausgaben, die nicht für den Versicherungsfall Krankheit anfallen, als versicherungsfremd anzusehen. Dazu zählen etwa alle Leistungen, die bei Schwangerschaft und Mutterschaft anfallen, also in einem ausgesprochenen Fall von Gesundheit. Die Leistungen der GKV sind hier umfassend, beginnend mit der ärztlichen Betreuung und Hebammenhilfe, über die ambulante oder stationäre Entbindung, Zahlung des Mutterschaftsgeldes, bis hin zum Krankengeld für die Betreuung eines kranken Kindes. Hinzu kommen Leistungen im Bereich der Empfängnisverhütung, der Sterilisationen, der nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbrüche und nicht zuletzt die Gewährung beitragsfreien Versicherungsschutzes für Versicherte in Mutterschutz und Elternzeit. Der hiermit umschriebene Leistungsbereich allein hat ein jährliches Volumen von rund 5 Mrd. Euro. Die Charakterisierung dieser Ausgaben als versicherungsfremd geht Hand in Hand mit der Bewertung, dass die erbrachten Leistungen zugleich von hohem gesamtgesellschaftlichem Interesse sind, eine Finanzierung über Steuern somit angezeigt wäre. Der Gesetzgeber selbst hat zudem festgestellt, dass zu den versicherungsfremden Leistungen der Krankenkassen nicht zuletzt die Leistungsausgaben für beitragsfrei versicherte Kinder und Jugendliche zählen. Eben deshalb hatte er mit

[2] Kürzung durch das Haushaltsbegleitgesetz 2013 vom 20. Dezember 2012, Bundesgesetzblatt I, S. 2781.
[3] Vgl. oben genannter Gesetzentwurf, Vorblatt, Punkt A.
[4] Siehe § 221 Abs. 1 SGB V.

dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz die Bundesbeteiligung perspektivisch auf das heutige Niveau von 14 Mrd. Euro angehoben (vgl. Deutscher Bundestag 2006, S. 181).

Versicherungsfremde Ausgaben der Krankenkassen von jährlich über 20 Mrd. Euro

Nimmt man allein die beiden Ausgabenbereiche Schwangerschaft/Mutterschaft und beitragsfreie Mitversicherung von Kindern/Jugendlichen in den Fokus, so erbringt die GKV jährlich Leistungen von über 20 Mrd. Euro für gesamtgesellschaftliche, bei näherem Hinsehen familienpolitische Zwecke.[5] Diese über 20 Mrd. Euro tragen also die Beitragszahler der GKV Jahr für Jahr, obwohl sie eigentlich vollständig über Steuern zu finanzieren wären. Selbst die nach Überzeugung des Gesetzgebers ausreichende bzw. angemessene Bundesbeteiligung von 14 Mrd. Euro p.a. reichte für eine vollständige Abgeltung dieser Lasten nicht aus. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass eine Kürzung dieser Bundesmittel gleichzusetzen ist mit einer unmittelbaren Vereinnahmung von Beitragsmitteln für allgemeine staatliche Aufgaben.

Beitrags- statt Steuerfinanzierung staatlicher Aufgaben ist ordnungspolitisch fragwürdig

Die Beitragserhebung in der gesetzlichen Krankenversicherung wird durch eine Beitragsbemessungsgrenze (BBG) begrenzt. Das heißt, Einkommen, die die Bemessungsgrenze von derzeit 48 600 Euro übersteigen, unterliegen nicht der Beitragspflicht zur Krankenversicherung. Die BBG ist ein traditionelles Element des GKV-Finanzierungssystems, zum einen Ausdruck des Prinzips der Äquivalenz von Beitrag und Leistung, welches sich heute noch in der Leistung des Krankengeldes im Falle der Arbeitsunfähigkeit wiederfindet: Korrespondierend zum Höchstbeitrag des Mitglieds ist auch das Krankengeld als Lohnersatzleistung auf einen entsprechenden kalendertäglichen Höchstbetrag begrenzt. Zum anderen dient die BBG nach der bewussten Grundentscheidung des Gesetzgebers dazu, den Einkommensausgleich zwischen weniger und stärker leistungsfähigen Versicherten im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung zu begrenzen. Die politische wie verfassungs- und sozialrechtliche Diskussion um Sinn und Zweck der Ausgestaltung der Beitragsbemessungsgrenze soll an dieser Stelle gar nicht geführt werden. Hier ist allein entscheidend, dass die spezifische Art der Beitragserhebung in der GKV oberhalb der BBG einen regressiven Belastungsverlauf erzeugt, der mit steuerpolitisch intendierten Belastungswirkungen wenig gemein hat. Wenn nun aber an die Stelle einer (Einkommen-)Steuerfinanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben ein staatlicher Rückgriff auf die Rücklagen des Gesundheitsfonds tritt, wird der verteilungspolitische Fehlgriff der Finanzpolitik deutlich: Die Beitragszahler der GKV werden mit einer »Sonderabgabe« zur Finanzierung allgemeiner Staatsaufgaben belastet. Zugleich tragen innerhalb der GKV die unteren und mittleren Einkommensbezieher die Hauptlast dieser Weichenstellung für eine zukünftig schuldenfreie Finanzpolitik des Bundes. Dass dies keine ordnungspolitisch vertretbare Lösung sein kann, liegt auf der Hand.

Welches Fazit ist nun aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung zu ziehen?

1. Der Deutsche Bundestag, der im Rahmen seiner Haushaltskompetenz auch das letzte Wort zum vorliegenden Haushaltsbegleitgesetz 2014 haben wird, wäre gut beraten, der vom Kabinett beschlossenen Haushaltskonsolidierung zu Lasten der Beitragszahler zu widersprechen.
2. Geschieht dies nicht, drohen zwar nicht unmittelbar Beitragserhöhungen für die gesetzlich Versicherten. Die vorgesehenen Regelungen stellen sicher, dass die Kürzungen in den Jahren 2014 und 2015 tatsächlich zu Lasten der Rücklage des Gesundheitsfonds gehen und die Finanzausstattung der Krankenkassen in diesen Jahren nicht belasten.
3. Zugleich ist aber auch klar, dass die einmal abgeschöpften Reserven mittelfristig nicht mehr für die gesundheitliche Versorgung der gesetzlich Versicherten zur Verfügung stehen. Künftige Ausgabensteigerungen, die über der allgemeinen Lohn- und Gehaltsentwicklung liegen, werden demnach frühzeitiger zu einem höheren Beitragsbedarf der Krankenkassen führen. Insofern stellen die angekündigten Kürzungen der Bundesbeteiligung mittelfristig sehr wohl ein Beschleunigungsprogramm für Beitragserhöhungen dar.
4. Die häufigen diskretionären Eingriffe des Staates zeigen, dass wir verlässlichere Garantien des Bundes für die Abgeltung der versicherungsfremden Leistungen der Krankenkassen benötigen. Einen höheren Grad an Verbindlichkeit verspricht der Vorschlag, künftig die Höhe der Bundesbeteiligung im Wege einer Legaldefinition der versicherungsfremden Leistungen regelgebunden zu bestimmen. Damit ließe sich zugleich eine sachgerechte Dynamisierung erreichen.
5. Darüber hinaus zeigen nicht nur die ernüchternden Erfahrungen der GKV mit der Bundesbeteiligung, sondern auch die gegenwärtig avisierte Abschaffung des erst 2011 eingeführten steuerfinanzierten Sozialausgleichs, dass Finanzierungsmodelle, die insbesondere auf eine zunehmende Steuerfinanzierung der Krankenversicherung setzen, an den fiskalischen Realitäten des Bundes vorbeigehen. Perspektivisch gilt es, illusionsfrei die begrenzten Finanzierungsspielräume des Steuerstaates anzuerkennen und – wohlgemerkt neben einer stringenten Abgrenzung der Zuständigkeit des Bundes für die

[5] Bei Einbeziehung der beitragsfreien Mitversicherung auch der weiteren nach § 10 SGB V anspruchsberechtigten Angehörigen (Ehegatten, Lebenspartner, ältere Kinder) kommt man für das Jahr 2012 sogar auf versicherungsfremde Leistungen der GKV in Höhe von rund 34 Mrd. Euro.

Finanzierung versicherungsfremder Leistungen durch die Krankenkassen – die gegebene Beitragsfinanzierung mittel- bis langfristig so weiterzuentwickeln, dass sie auch in Zukunft eine stabile und belastungsgerechte Finanzierung sicherstellen kann.

Literatur

Boysen-Hogrefe, J. (2014), »Öffentliche Haushalte: Überschüsse kein Ruhekissen«, *Wirtschaftsdienst* 94(3), 156.

Bundesagentur für Arbeit (2014), *Beschäftigtenstatistik: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach ausgewählten Merkmalen,* erstellt am 7. Januar, Nürnberg.
Bundesministerium der Finanzen (2014a), »Bundeskabinett beschließt Regierungsentwurf des Bundeshaushalts 2014 und Eckwerte für die Jahre 2015 bis 2018«, Pressemitteilung Nr. 8, 12. März 2014.

Bundesministerium der Finanzen (2014b), *Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Haushaltsbegleitgesetz 2014* , 12. März.

Deutsche Bundesbank (2013), *Monatsbericht*, September, Frankfurt am Main.

Deutscher Bundestag (2006), *Gesetzentwurf der Fraktionen von CDU/CSU und SPD für ein GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz,* Drucksache 16/3100, Begründung zu Artikel 2 Nr. 29 (§ 221 SGB V).

Die Welt (2014), »Bofinger verlangt von Schäuble mehr Schulden«, 15. März.

Stefan Greß*

Karl-Jürgen Bieback**

Steuerfinanzierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung – keine Verlässlichkeit und Stetigkeit

Bundesfinanzminister Schäuble hat zur Finanzierung eines ausgeglichenen Bundeshaushalts in den Gesundheitsfonds gegriffen und den Bundeszuschuss zur gesetzlichen Krankenversicherung von ursprünglich geplanten 14 Mrd. Euro auf 10,5 Mrd. Euro im Jahr 2014 bzw. 11,5 Mrd. Euro im Jahr 2015 reduziert. Die Abwehrversuche des Gesundheitsministers Gröhe waren – genauso wie ähnliche Aktivitäten seines Amtsvorgängers Bahr – angesichts der hohen Rücklagen im Gesundheitsfonds und bei den gesetzlichen Krankenkassen selbst von vornherein zum Scheitern verurteilt.

Der Bundeszuschuss zur GKV ist eine vergleichsweise junge Entwicklung, denn bis zum Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) im Jahr 2004 wurde die GKV ausschließlich aus Beiträgen finanziert. Ein steuerfinanzierter Bundeszuschuss – wie etwa in der gesetzlichen Rentenversicherung oder der Arbeitslosenversicherung – war bis dahin ein Fremdkörper im System der GKV-Finanzierung. Seit 2004 hat der Bund jedoch mit einigen Schwankungen einen nicht unerheblichen Anteil der GKV-Finanzierung übernommen. Der Bund beteiligt sich gemäß § 221 SGB V zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen an der GKV-Finanzierung. Seit Einführung des Bundeszuschusses im Jahr 2004 haben unterschiedliche Bundesregierungen die Höhe des Bundeszuschusses insgesamt sieben Mal verändert. Am höchsten war der Finanzierungsanteil mit immerhin knapp zehn Prozent der Gesamtausgaben im Jahr 2010.

* Prof. Dr. Stefan Greß leitet das Fachgebiet Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie im Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda.
** Prof. Dr. Karl-Jürgen Bieback leitet die Forschungsstelle für Sozialrecht und Sozialpolitik an der Universität Hamburg.

Argumente für eine Steuerfinanzierung in der GKV

Es gibt durchaus gute Argumente für eine Teilfinanzierung der Ausgaben in der GKV durch Steuermittel. Die im Gesetz genannte Finanzierung versicherungsfremder Leistungen – korrekter formuliert müsste eigentlich von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben die Rede sein – ist nur eines davon. »Versicherungsfremde Leistung« ist jedoch eine äußerst unpräzise Kategorie. In der Regel werden darunter mindestens die familienpolitischen Leistungen, die kostenfreie Mitversicherung von Kindern und Jugendlichen und von nicht erwerbstätigen Ehegatten verstanden. Sie mitzuversichern ist zwar traditionell Aufgabe der Sozialversicherung, aber es ist auch sachgerecht, sie als allgemeine staatliche Aufgaben anzusehen.

Dann aber müssen diese Aufgaben über Steuern finanziert werden. Zwar wird die GKV auch nach dem Grundsatz der Leistungsfähigkeit finanziert: Bei gleichen Leistungsansprüchen steigt die Belastung mit höherem Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Aber in der Beitragsfinanzierung der GKV wird die Leistungsfähigkeit nicht ausgeschöpft, denn das Erwerbseinkommen jenseits der Beitragsbemessungsgrenze wird ebenso wenig der Beitragspflicht unterworfen wie Einkommensarten jenseits von Einkommen aus unselbständiger Arbeit. Außerdem können sich Teile der Bevölkerung der Beitragszahlung und damit in der GKV-Finanzierung immanenten Umverteilungsmechanismen durch einen Wechsel in die private Krankenversicherung entziehen.

Zumindest bei der Erhebung der Einkommensteuer ist das Prinzip der Leistungsfähigkeit deutlich stringenter umgesetzt als in der Beitragsfinanzierung der GKV. Die Einkommensteuer verläuft bei höheren Einkommen mindestens proportional zum Einkommen, während die Beitragsbemessungsgrenze für einen regressiven Effekt sorgt. Selbst die Mehrwertsteuer wirkt wegen der vielfältigen Ausnahmen vom vollen Mehrwertsteuersatz nur mäßig regressiv. Dieser Umverteilungseffekt der Steuer wird noch dadurch verstärkt, dass sich auch privat versicherte Individuen der Steuerzahlung nicht entziehen können. In der Summe ist die durch Steuerfinanzierung induzierte vertikale Gerechtigkeit damit höher als im derzeitigen Beitragssystem (vgl. Härpfer, Cacace und Rothgang 2009) – auch wenn man die unterschiedlichen Möglichkeiten zur Reduzierung des zu versteuernden Einkommens bei Erwerbstätigen und Selbständigen berücksichtigt.

Zweifel an Stetigkeit und Verlässlichkeit der Steuerfinanzierung

Aspekte der vertikalen Verteilungsgerechtigkeit können deshalb den Ausbau der Steuerfinanzierung durchaus begründen. Weniger positiv fällt dagegen die Bewertung der Steuerfinanzierung im Hinblick auf Stetigkeit und Verlässlichkeit aus. Kritiker haben schon bei Einführung des Bundeszuschusses mit Verweis auf die Investitionsfinanzierung von Krankenhäusern darauf hingewiesen, dass die Erfahrungen mit der Finanzierung aus Steuermitteln im Bereich der Gesundheitsversorgung nicht uneingeschränkt positiv sind. Gemessen als Anteil am Bruttoinlandsprodukt sind die Aufwendungen der Bundesländer für die Investitionsfinanzierung von 0,24% im Jahr 1991 auf 0,10% in den Jahren 2012 und 2013 gesunken (vgl. DKG 2014).

Diese Befürchtungen wurden schon mit der Verabschiedung des Haushaltsbegleitgesetzes 2006 – also nur zwei Jahre nach Einführung des Bundeszuschusses im Jahr 2004 – erstmals bestätigt. Das Haushaltsbegleitgesetz sah seinerzeit das Auslaufen des Bundeszuschusses für das Jahr 2008 vor. Eine erneute Trendwende beschloss dann die erste große Koalition im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes im Jahr 2007, das einen kontinuierlichen Ausbau des Bundeszuschusses bis auf 14 Mrd. Euro im Jahr 2016 vorsah. In der Wirtschafts- und Finanzkrise wurde dieser Aufwuchs im Rahmen des Konjunkturpakets II deutlich beschleunigt. Die Regierungskoalition aus CDU/CSU und FDP hat darüber hinaus im Jahr 2010 im Rahmen des Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetzes einen außerordentlichen Bundeszuschuss in Höhe von 3,9 Mrd. Euro für die Jahr 2010 und 2011 beschlossen, durch den die Einnahmeausfälle als Folge der Finanz- und Wirtschaftskrise kompensiert werden sollten.

Es lässt sich vor diesem Hintergrund durchaus argumentieren, dass immerhin drei Änderungen eine teilweise substanzielle Aufstockung des Bundeszuschusses zur Folge hatten. Der Bundeszuschuss hat ohne Zweifel in der Finanz- und Wirtschaftskrise die Beiträge zur GKV stabil gehalten und damit auch einen wichtigen Beitrag zur gesamtwirtschaftlichen Stabilisierung geleistet (vgl. Döring et al. 2009). Allerdings sind die Perspektiven für eine Stabilisierung des Bundeszuschusses in der Zukunft wenig günstig. Der fiskalische Spielraum des Bundes wird zukünftig durch die grundgesetzlich verankerte Schuldenbremse und den auf europäischer Ebene vereinbarten Fiskalpakt deutlich eingeschränkt. Der europäische Fiskalpakt lässt ab 2014 ein strukturelles Defizit von nur noch 0,35% des Bruttoinlandsprodukts zu. Vor diesem Hintergrund besteht sogar die Gefahr, dass der Bundeszuschuss insgesamt in Frage gestellt wird. So wurde Ende des Jahres 2012 von Sparplänen des Bundesfinanzministers berichtet, die angeblich eine vollständige Streichung des Bundeszuschusses nach der Bundestagswahl und die Einführung eines Aufschlags auf die Einkommensteuer (»Gesundheits-Soli«) vorsahen (vgl. *Spiegel Online* 2012).

Die Ursachen für die starken Schwankungen bei der Höhe der Steuerfinanzierung liegen zum einen darin, dass Steuern

im Gegensatz zu Beiträgen dem Non-Affektationsprinzip unterliegen. Nach § 7 des Haushaltsgrundsätzegesetzes dienen alle Einnahmen als Deckungsmittel für alle Ausgaben. Mit anderen Worten unterliegen Steuern grundsätzlich keiner Zweckbindung. Mit diesem Grundsatz soll einerseits die Handlungsfähigkeit politischer Akteure sichergestellt werden. Andererseits bedeutet die Einhaltung des Grundsatzes aber auch, dass unterschiedliche Ausgabenzwecke regelmäßig untereinander konkurrieren und selbst ein »Gesundheits-Soli« keiner direkten Zweckbindung unterliegen würde.

Keine klare Regelbindung für Höhe des Bundeszuschusses

Eine weitere Ursache für die dargestellten Schwankungen ist die Tatsache, dass die Höhe des Bundeszuschusses keiner klaren Regelbindung unterliegt. Von den »versicherungsfremden Leistungen« sind allein die familienpolitischen Ausgaben für die beitragsfreie Mitversicherung in den Jahren 2006 bis 2010 von 24,5 Mrd. Euro auf 28.8 Mrd. Euro angestiegen. Insgesamt hätten danach im Jahr 2010 die Beitragszahler der GKV familienpolitische Leistungen – zuzüglich der Aufwendungen für Schwangerschaft und Mutterschaft – in Höhe von 33,2 Mrd. Euro finanziert (vgl. *Handelsblatt* 2013). Der tatsächlich gezahlte Bundeszuschuss trägt davon im Jahr 2014 noch nicht einmal ein Drittel dieser Summe.

Eine präzisere Regelbindung könnte die Schwankungsbreite des Bundeszuschusses reduzieren (vgl. Jacobs 2013). Dazu müssten jedoch die Kernaufgaben der Sozialversicherung eindeutig definiert und die Zuweisungen an die Krankenkassen zudem dynamisiert werden (vgl. Deutsche Bundesbank 2014). Dies ist etwa in den Niederlanden geschehen, wo der Steuerzuschuss klar an die Aufwendungen der Krankenversicherer für Kinder und Jugendliche gebunden ist. Von einer präziseren Formulierung hat der Gesetzgeber in Deutschland jedoch Abstand genommen. Hintergrund war offensichtlich die Befürchtung, dass die privaten Krankenversicherer bzw. ihre Versicherten aus Gleichbehandlungsgründen eine ähnliche Kompensation einfordern könnten.

Perspektive: Reform der Beitragsfinanzierung statt Ausbau der Steuerfinanzierung

Zusammenfassend ist es unbestritten, dass ein Ausbau der Steuerfinanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung Vorteile gegenüber dem Status quo der Beitragsfinanzierung hätte. Diese Vorteile liegen insbesondere in einer stärkeren Orientierung am Prinzip der Leistungsfähigkeit. Ein höheres Ausmaß an Steuerfinanzierung könnte somit die Defizite der Beitragsfinanzierung im Hinblick auf horizontale und vertikale Gerechtigkeit zumindest teilweise kompensieren. Allerdings gibt es vor dem Hintergrund fiskalischen Konsolidierungsdrucks sowie der aktuellen Erfahrungen deutliche Zweifel an der Stetigkeit und Verlässlichkeit einer Steuerfinanzierung. Die Finanzierung von GKV-Ausgaben müsste kontinuierlich mit anderen Ausgabentiteln im Bundeshaushalt konkurrieren. Perspektivisch ist daher eher mit einem weiteren Abbau des Bundeszuschusses und damit einer steigenden finanziellen Belastung der Beitragszahler zu rechnen. Insofern ist auch die Ankündigung der Bundesregierung mit großer Skepsis zu bewerten, den Bundeszuschuss im Jahr 2016 wieder auf den Betrag von 14 Mrd. Euro zu erhöhen. Diese Skepsis wird auch von der Deutschen Bundesbank geteilt, die im Zusammenhang mit der von der Bundesregierung geplanten kollektiven Kapitalrücklage in der sozialen Pflegeversicherung auf »Begehrlichkeiten … zur Finanzierung von Projekten des Bundes« verweist (Deutsche Bundesbank 2014, S. 10).

Zur Korrektur der unbestrittenen Defizite des Beitragssystems, zur nachhaltigeren Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung und zur Kompensation des perspektivisch eher sinkenden Steueranteils der Finanzierung der GKV plädieren die Autoren vielmehr für die Einführung einer Bürgerversicherung. Entsprechende Vorschläge liegen vor (vgl. etwa Bieback 2014; Greß und Bieback 2013). Damit könnten dann auch eine Gruppe von den Steuerzuschüssen profitieren, die jetzt davon ausgeschlossen sind: Die Selbständigen in der PKV, die oft ebenfalls niedrige Einkommen haben, aber deren Familienlasten in der Krankenversicherung nicht über die Steuer subventioniert werden. Die Umsetzung dieser Vorschläge steht jedoch zumindest in dieser Legislaturperiode nicht auf der Tagesordnung.

Literatur

Beback, K.-J. (2014), *Sozial- und verfassungsrechtliche Aspekte der Bürgerversicherung,* 2. Aufl., Nomos, Baden-Baden.

Deutsche Bundesbank (2014), *Monatsbericht* März, Deutsche Bundesbank, Frankfurt am Main.

DKG (2014), *Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, Stand: Januar 2014, Deutsche Krankenhausgesellschaft,* online verfügbar unter: http://www.dkgev.de/media/file/15861.RS046-14-anlage-bestandsaufnahme_januar-2014_pdf, aufgerufen am 27. März 2014.

Döriung D., S. Greß, C. Logeay und R. Zwiener (2009), *Kurzfristige Auswirkungen der Finanzmarktkrise auf die sozialen Sicherungssysteme und mittelfristiger Handlungsbedarf,* WISO diskurs – Expertisen und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik, Expertise im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung, Bonn.

Greß, S. und K.-J. Bieback (2013), *Zur Umsetzbarkeit einer Bürgerversicherung bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit,* Gutachten für die Arbeiterwohlfahrt, AWO Bundesverband, Berlin.

Härpfer, M., M Cacace und H. Rothgang (2009), »And Fairness for all? Wie gerecht ist die Finanzierung im deutschen Gesundheitssystem? Eine Berechnung des Kakwani-Index auf Basis der EVS«, ZeS-Arbeitppaier Nr. 4, Zentrum für Sozialpolitik, Bremen.

Handelsblatt (2013), »Daniel Bahr kämpft um sein Geld«, 8. Februar, 8–9.

Jacobs, K. (2013), »Gesundheitsfonds: Regelbindung für stabile GKV-Finanzen und sinnvollen Kassenwettbewerb«, *Wirtschaftsdienst* 93(1), 24–27.

Spiegel Online (2012), »Schäubles Liste«, 22. Dezember, online verfügbar unter: http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-90254915.html, aufgerufen am 27. Februar 2013.

Volker Ulrich*

Haushaltssanierung auf Kosten der Krankenkassen: Folgen höhere Sozialabgaben?

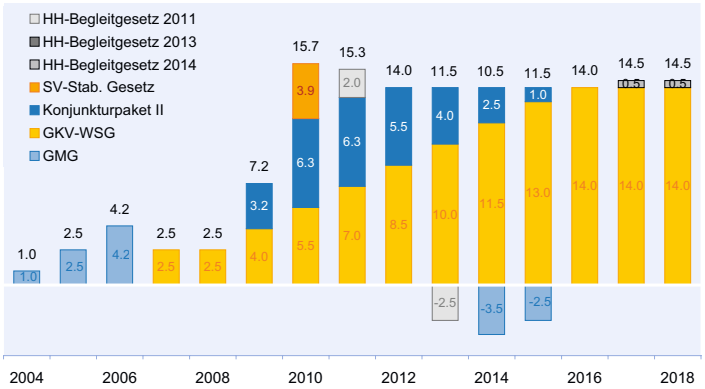
Ausgangslage

Trotz teilweise stark gestiegener Ausgaben der Krankenkassen – insbesondere für die ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie durch die Streichung der Praxisgebühr – hat das GKV-System im Gesamtjahr 2013 erneut einen Überschuss verbucht: knapp 1,2 Mrd. Euro bei den Krankenkassen und 510 Mill. Euro beim Gesundheitsfonds. Damit steigt die Finanzreserve insgesamt auf den Rekordbetrag von 30,2 Mrd. Euro, die sich auf die Krankenkassen (16,7 Mrd. Euro) und den Gesundheitsfonds (13,5 Mrd. Euro) verteilen (zu den Zahlenangaben vgl. die Finanzergebnisse des Bundesgesundheitsministeriums für das Gesamtjahr 2013). Die gesetzlichen Krankenkassen geben für die Versorgung der Versicherten pro Tag rund 500 Mill. Euro aus. Die gesamten Rücklagen bei den Krankenkassen und dem Gesundheitsfonds in Höhe von 30 Mrd. Euro reichen zusammen somit lediglich für rund zwei Monate und stellen unter diesem Gesichtspunkt zunächst eine notwendige Reserve für die kommenden Jahre dar, in denen mit weiter steigenden Ausgaben für Ärzte, Krankenhäuser und Arzneimittel gerechnet werden muss. Eine plausible Argumentationslinie ist, da die Überschüsse bei den Krankenkassen und im Gesundheitsfonds aus den Geldbeuteln der Beitragszahler stammen, dass das Geld für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehen sollte und nicht dazu verwendet werden sollte, den anvisierten Haushaltsausgleich schneller als ursprünglich geplant zu erreichen bzw. ihn sogar zu gefährden. Eine zweite, davon abweichende Meinung betont, dass das Umlageverfahren keine Kapitalbildung in dieser Höhe vorsieht und dass es zur Logik staatlicher Zuschüsse gehört, dass man sie regelmäßig überprüft und zeitlich flexibel handhabt.

* Prof. Dr. Volker Ulrich ist Inhaber des Lehrstuhls für Volkswirtschaftslehre, insb. Finanzwissenschaft, an der Universität Bayreuth.

Abb. 1
Bundeszuschuss zur GKV, 2004–2018

in Mrd. EUR



Quelle: Darstellung des Autors.

Trotz der Rekordrücklagen erhalten die gesetzlichen Krankenkassen weiterhin Milliardenzuschüsse aus dem Bundeshaushalt. Abbildung 1 zeigt die Entwicklung des Bundeszuschusses seit seiner Einführung im Jahr 2004. Zunächst betrug der Bundeszuschuss nach dem GKV-Modernisierungsgesetz 1 Mrd. Euro, das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (2007) verstetigte diese Entwicklung und hat eine Endausbaustufe des Bundeszuschusses für die GKV in Höhe von 14,0 Mrd. Euro ab dem Jahr 2016 vorgesehen. Dabei ist es aber nicht lange geblieben.

Die Finanz- und Verschuldungskrise ab 2007 hat zu höheren Zuschüssen an die GKV geführt. Im Krisenjahr 2010 hat der Gesetzgeber die konjunkturbedingten Einnahmenausfälle der GKV mit einem um 6,3 Mrd. Euro erhöhten Bundeszuschuss abgefedert (Konjunkturpaket II, 2009) und gleichzeitig durch das Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetz (2010) den Krankenkassen weitere 3,9 Mrd. Euro zur Stabilisierung der Lohnnebenkosten zukommen lassen. Dadurch konnte vermieden werden, dass die Krankenkassen in ein hohes Defizit gerieten bzw. Zusatzbeiträge erheben mussten. Im Jahr 2011 erhielt die GKV einen weiteren Steuerzuschuss in Höhe von 2,0 Mrd. Euro, der zur Finanzierung des Sozialausgleichs im Rahmen pauschaler Zusatzbeiträge gedacht war.

Die Jahre 2013 bis 2015 bringen weitere Änderungen beim GKV-Bundeszuschuss, der durch die Haushaltsbegleitgesetze 2013 und 2014 um 2,5 Mrd. Euro (2013), 3,5 Mrd. Euro (2014) und erneut 2,5 Mrd. Euro (2015) gekürzt wird. Die Reduzierung des Zuschusses war ursprünglich nicht geplant, doch angesichts einer auf 30,2 Mrd. Euro gewachsenen Finanzreserve im Gesundheitsfonds und bei den Krankenkassen sieht der Finanzminister die Chance, die Neuverschuldung des Bundes schneller zurückfahren zu können. Vereinbart wurde, dass der Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds ab 2017 dauerhaft und über das Jahr 2018 hinaus auf 14,5 Mrd. Euro erhöht werden soll.

Neue Finanzarchitektur Gesundheitsfonds

Die Konstruktion von Gesundheitsfonds und Zusatzbeitrag ab dem Jahr 2009, welche die erste große Koalition unter Gesundheitsministerin Schmidt mit dem GKV-WSG eingeführt hatte, beseitigte die Beitragsautonomie der Krankenkassen – genau genommen die Autonomie nach oben. Denn der Zusatzbeitrag einer Krankenkasse durfte nicht höher als 1% der beitragspflichtigen Einnahmen einer Krankenkasse sein, während eine Prämienausschüttung der Höhe nach nicht begrenzt war. Mit dem Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG, 2011) stellte die schwarz-gelbe Regierung dann auch die Beitragsautonomie nach oben wieder her: Der Zusatzbeitrag kann seitdem in jeder beliebigen Höhe erhoben werden. Dies wurde möglich, weil der Sozialausgleich zur Vermeidung der Überforderung einkommensschwacher GKV-Mitglieder, der bei Einführung des Gesundheitsfonds zunächst von der jeweiligen Kasse zu bewerkstelligen war, ab 2011 externalisiert und auf den Gesundheitsfonds verlagert wurde.

Der neue Sozialausgleich ab dem Jahr 2011 musste allerdings bisher noch nicht angewendet werden, da der Gesundheitsfonds seit 2011 kontinuierlich 100 % der zu erwartenden Ausgaben finanzierte, faktisch ja sogar deutlich mehr, so dass die hohen Rücklagen bei den Krankenkassen aufgebaut werden konnten. Dies deutet darauf hin, dass die schwarz-gelbe Bundesregierung die insbesondere von Ökonomen geforderte stärkere lohneinkommensunabhängige Finanzierung über eine stärkere Pauschalierung des Zusatzbeitrags zwar rhetorisch unterstützte, insgesamt aber wenig unternahm, damit der pauschale Zusatzbeitrag als Wettbewerbsparameter auch greifen konnte. Gegenwärtig erhebt keine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag, im Gegenteil, eine Reihe von ihnen schüttet Prämien an die Versicherten aus. Der Steuerzuschuss musste 2013 von den Krankenkassen an den Bund rückerstattet werden.

In einer Situation, in der alle Krankenkassen keinen Zusatzbeitrag haben, riskiert die Krankenkasse, die einen solchen einführt, von den Mitgliedern durch Abwanderung in hohem Ausmaß abgestraft zu werden – von 10% bis 40% Mitgliederverluste zeigen die Beispiele. Die Beitragsautonomie ist im gegenwärtigen GKV-System zwar faktisch gegeben, der Preiswettbewerb über den Zusatzbeitrag wird aber als so stark empfunden, dass keine Kasse von der Autonomie Gebrauch machen und einen Zusatzbeitrag einführen möchte (vgl. Jacobs und Wasem 2013). Mehrjähriges Denken, das etwa in IV-Verträgen notwendig ist, um mittelfristig Einspa-

rungen zu erzielen, ist so kaum zu erwarten. Die Fixierung auf die Vermeidung des Zusatzbeitrags in Verbindung mit den Unvollkommenheiten im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich führten dazu, dass die Jahre mit dem pauschalen Zusatzbeitrag unter Versorgungsaspekten letztlich verlorene Jahre waren, woraus sich die Forderung der Krankenkassen nach Rückgabe der »gefühlten Beitragssatzautonomie« über den einkommensabhängigen, prozentualen Zusatzbeitrag ergibt, der im nächsten Jahr das bisherige System ablöst.

Im Koalitionsvertrag haben sich CDU, CSU und die SPD auf folgende Weiterentwicklung der Finanzarchitektur im Rahmen des Gesundheitsfonds geeinigt. Der allgemeine Beitragssatz in der GKV soll von 15,5% auf 14,6% gesenkt werden. Der Arbeitgeberanteil wird bei 7,3% festgeschrieben. Künftig werden Kassen individuell Zusatzbeiträge prozentual vom beitragspflichtigen Einkommen erheben können. In den Zusatzbeitrag fließt auch der bisher allein von Beschäftigten getragene Anteil von 0,9 Beitragssatzpunkten ein. Im Grunde genommen startet das System mit einem Basiszusatzbeitrag in Höhe dieser 0,9% und die einzelnen Krankenkassen entscheiden, ob sie ihn vollständig, teilweise oder gar nicht erheben (müssen).

Da aber auch die neue Finanzarchitektur zu massiven Belastungsunterschieden zwischen den Krankenkassen und den Beitragszahlern führen wird, ist es eine offene Frage, ob prozentuale Zusatzbeiträge, im Vergleich zu pauschalen Zusatzbeiträgen, ein weniger scharfes Preissignal darstellen (vgl. Tab. 1). Anhand dreier Einkommensbeispiele und dreier Krankenkassentypen (Kasse 1 bis Kasse 3 mit unterschiedlichen prozentualen Zusatzbeiträgen von 0,4% bis 0,9%) zeigt die Tabelle die finanziellen Auswirkungen für die Beitragszahler.

Tabelle 1 zeigt, dass sich unter den getroffenen Annahmen der vom Versicherten zu zahlende Zusatzbeitrag deutlich ausdifferenzieren wird, in Abhängigkeit von der Einkommensposition des Versicherten und in Abhängigkeit von der kassenspezifischen Höhe des Zusatzbeitrags. In Tabelle 1 schwankt er zwischen 48 Euro und 672 Euro.

Hinzu kommt, dass auch die prozentuale Beitragsfinanzierung ausschließlich lohnzentriert bleibt und damit die intergenerative Umverteilung nicht begrenzt. Die Verlierer dieser neuen Finanzarchitektur sind die gegenwärtigen geburtenstarken Jahrgänge der 1960er und 1970er Jahre sowie die kommenden Generationen. Aus ökonomischer Perspektive sind die Festlegungen im Koalitionsvertrag daher durchaus ambivalent zu bewerten. Einkommensunabhängige Beiträge mit steuerfinanziertem Einkommensausgleich sind einkommensabhängigen Beiträgen in einem wettbewerbsneutralen Umfeld überlegen. Der Grund ist, dass Bezieher hoher Einkommen im Steuersystem sehr viel mehr für die Finanzierung der Krankenversicherung einkommensschwacher Bevölkerungsschichten zahlen, auch diejenigen, die gar nicht in der GKV versichert sind (Beamte, Selbständige). Insgesamt gesehen sollten deshalb bei der Finanzierung der GKV nachhaltig ausgerichtete Reformschritte nach wie vor stärker auf der gesundheitspolitischen Agenda stehen.

Tab. 1
Finanzielle Effekte des prozentualen Zusatzbeitrags (Jahreswerte, in Euro)

	Einkommen	%-ZB Kasse 1 0,4%	%-ZB Kasse 2 1,0%	%-ZB Kasse 3 1,4%
Geringverdiener	1 000	48	120	168
Durchschnittsverdiener	2 000	96	240	336
Gutverdiener	4 000	192	520	672

Quelle: Berechnungen des Autors nach IfMDA (2013).

Haushaltssanierung zu Lasten der Krankenversicherung

Wie ist diese Gemengelage aus Haushaltssanierung und Bundeszuschüssen in Verbindung mit der neuen Finanzarchitektur der GKV in der Gesamtschau zu bewerten? Die zu diskutierende These lautet, dass gegenwärtig eine Haushaltssanierung auf Kosten der Krankenkassen stattfindet, die zwangsläufig künftig zu steigenden Beitragssätzen führen wird.

Dafür spricht, dass der Bundeszuschuss grundsätzlich kein Almosen an die GKV ist, welches das Finanzministerium je nach Kassenlage vergibt. Er dient vor allem der Finanzierung eines Teils der familienpolitischen Leistungen, welche die GKV erbringt und die eine gesellschaftliche Aufgabe darstellen, die steuerfinanziert werden sollte. Die größte versicherungsfremde Leistung der GKV ist der Krankenversicherungsschutz für rund 18 Mill. Personen, die keine eigenen Beiträge leisten, also Kinder, Jugendliche und nicht erwerbstätige Ehegatten. Dafür geben die Krankenkassen im Jahr rund 30 Mrd. Euro aus. Hinzu kommen z.B. das Krankengeld, wenn Eltern wegen der Erkrankung eines Kindes zu Hause bleiben, oder die Leistungen rund um Schwangerschaften und Geburten. Der Bundeszuschuss soll genau diese Leistungen, die als gesamtgesellschaftliche Aufgaben angesehen werden, dauerhaft (mit)finanzieren. Weiterhin stellen die Reserven des Gesundheitsfonds einen wichtigen Puffer für konjunkturelle und strukturelle Risiken der Krankenkassen dar. Allein die Arzneimittelausgaben sind im Januar 2013 gegenüber dem Vorjahresmonat um 7,4% gestiegen. Diese Punkte sprechen dafür, dass die Überschüsse dem GKV-System erhalten werden sollten. Den Bundeszuschuss zu kürzen, ist

unter diesen Aspekten ein Beschleunigungsprogramm für Erhöhungen des allgemeinen Beitragssatzes oder des neuen prozentualen Zusatzbeitrags.

Es gibt aber auch eine gegenteilige Sichtweise. Die GKV ist ein Umlagesystem, das eine Kapitalbildung in diesem Ausmaß nicht vorsieht. Vor Einführung des Gesundheitsfonds hätte das Bundesversicherungsamt bei einer so guten Finanzlage verlangt, dass die Krankenkassen die Beitragssätze senken. Das ist in einer Welt mit Gesundheitsfonds und einheitlichem Beitragssatz nicht mehr möglich.

Zudem könnte man argumentieren, dass der Gesetzgeber nicht willkürlich, sondern sachgerecht und flexibel auf die Finanzsituation der GKV reagiert hat. In den Krisenjahren ab 2009 hat der Gesetzgeber die konjunkturbedingten Einnahmenausfälle der GKV mit einem erhöhten Bundeszuschuss abgefedert und ein prozyklisches Verhalten der GKV vermeiden können. Es gehört zur Logik der staatlichen Zuschüsse, dass sie stets aktualisiert werden sollten. Es macht zudem volkswirtschaftlich keinen Sinn, dass der Bund für Kredite Zinsen bezahlt, wenn in der GKV gleichzeitig 30 Mrd. Euro Überschüsse bestehen. Zudem ist es keine ureigene Aufgabe der GKV, Kapitalvermögen zu bilden.

Die seit 2010 jedes Jahr erzielten Überschüsse und wachsenden Rücklagen haben auch nicht zu einer Qualitätsoffensive der Krankenkassen geführt, so dass die Krankenkassen die finanziellen Spielräume kaum genutzt haben. Den größten Posten der familienpolitischen Leistungen bildet die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder. Zu Beginn der 2000er Jahre ist politisch intensiv diskutiert worden, die Finanzierung der GKV auf ein System mit Gesundheitsprämien umzustellen und den erforderlichen Sozialausgleich in das Steuersystem zu verlagern (vgl. SVR 2004; Richter 2005; Ulrich und Wille 2009). Diese Diskussion ist heute verstummt: Der pauschale Zusatzbeitrag ist Vergangenheit, auch zum Wohlgefallen der meisten Krankenkassen.

Das Dilemma der widersprüchlichen Einschätzungen zur Kürzung des Bundeszuschusses besteht darin, dass man jede Meinung vertreten kann, solange es keine verbindliche Koppelung der Höhe des Bundeszuschusses an die Entwicklung der versicherungsfremden Ausgaben gibt. Die Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen in der GKV sollte unbedingt nach festen Regeln erfolgen, damit sie nicht weiterhin Spielball der Politik bleibt. Diese Spielregeln sind umso mehr erforderlich, als die mittelfristige Entwicklung steigende Gesundheitsausgaben erwarten lässt und die Überschüsse schnell abgebaut sein dürften. Hier besteht der eigentliche Handlungsbedarf, will man das System nicht unnötigerweise und auch nicht ungerechterweise durch höhere Abgaben oder eine schlechtere Qualität destabilisieren.

Literatur

IfMDA – Institut für Mikrodaten-Analyse (2013), *Zukünftige Finanzierung der GKV, generationen-gerechter Ausbau des Zusatzbeitrags,* IfMDA; Kiel.

Jacobs, K. und J. Wasem (2013), »Vier Jahre Gesundheitsfonds – ein Modell mit Zukunft?«, *GGW – Gesundheit und Gesellschaft-Wissenschaft* 13(1), 15–22.

Richter, W. (2005), »Gesundheitsprämie oder Bürgerversicherung? Ein Kompromissvorschlag«, *Wirtschaftsdienst* 85(11), 693–697.

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

Ulrich, V. und E. Wille (2009), »Weiterentwicklung des Gesundheitssystems«, in: E. Wille, D. Cassel und V. Ulrich (Hrsg.), *Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und des Arzneimittelmarktes,* Nomos, Baden-Baden, 15–78.